Google

## Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

## Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

## Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Google

Тем, что эта книга дошла до Вас, мы обязаны в первую очередь библиотекарям, которые долгие годы бережно хранили её. Сотрудники Google оцифровали её в рамках проекта, цель которого – сделать книги со всего мира доступными через Интернет.

Эта книга находится в общественном достоянии. В общих чертах, юридически, книга передаётся в общественное достояние, когда истекает срок действия имущественных авторских прав на неё, а также если правообладатель сам передал её в общественное достояние или не заявил на неё авторских прав. Такие книги – это ключ к прошлому, к сокровищам нашей истории и культуры, и к знаниям, которые зачастую нигде больше не найдёшь.

В этой цифровой копии мы оставили без изменений все рукописные пометки, которые были в оригинальном издании. Пускай они будут напоминанием о всех тех руках, через которые прошла эта книга – автора, издателя, библиотекаря и предыдущих читателей – чтобы наконец попасть в Ваши.

**Правила пользования**
Мы гордимся нашим сотрудничеством с библиотеками, в рамках которого мы оцифровываем книги в общественном достоянии и делаем их доступными для всех. Эти книги принадлежат всему человечеству, а мы – лишь их хранители. Тем не менее, оцифровка книг и поддержка этого проекта стоят немало, и поэтому, чтобы и в дальнейшем предоставлять этот ресурс, мы предприняли некоторые меры, чтобы предотвратить коммерческое использование этих книг. Одна из них – это технические ограничения на автоматические запросы.

Мы также просим Вас:

- **Не использовать файлы в коммерческих целях.** Мы разработали программу Поиска по книгам Google для всех пользователей, поэтому, пожалуйста, используйте эти файлы только в личных, некоммерческих целях.
- **Не отправлять автоматические запросы.** Не отправляйте в систему Google автоматические запросы любого рода. Если Вам требуется доступ к большим объёмам текстов для исследований в области машинного перевода, оптического распознавания текста, или в других похожих целях, свяжитесь с нами. Для этих целей мы настоятельно рекомендуем использовать исключительно материалы в общественном достоянии.
- **Не удалять логотипы и другие атрибуты Google из файлов.** Изображения в каждом файле помечены логотипами Google для того, чтобы рассказать читателям о нашем проекте и помочь им найти дополнительные материалы. Не удаляйте их.
- **Соблюдать законы Вашей и других стран.** В конечном итоге, именно Вы несёте полную ответственность за Ваши действия – поэтому, пожалуйста, убедитесь, что Вы не нарушаете соответствующие законы Вашей или других стран. Имейте в виду, что даже если книга более не находится под защитой авторских прав в США, то это ещё совсем не значит, что её можно распространять в других странах. К сожалению, законодательство в сфере интеллектуальной собственности очень разнообразно, и не существует универсального способа определить, как разрешено использовать книгу в конкретной стране. Не рассчитывайте на то, что если книга появилась в поиске по книгам Google, то её можно использовать где и как угодно. Наказание за нарушение авторских прав может оказаться очень серьёзным.

**О программе**
Наша миссия – организовать информацию во всём мире и сделать её доступной и полезной для всех. Поиск по книгам Google помогает пользователям найти книги со всего света, а авторам и издателям – новых читателей. Чтобы произвести поиск по этой книге в полнотекстовом режиме, откройте страницу `http://books.google.com`.

COUNTWAY LIBRARY
HC 24M3 H

Digitized by Google

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

WASHINGTON, D.C.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

# Русскій Врачъ.

## ЕЖЕНЕДѢЛЬНАЯ ГАЗЕТА,

посвященная всѣмъ отраслямъ клинической медицин[ы,] общественной и частной гигіэнѣ и вопросамъ врачебна[го] быта.

*Органъ, основанный въ память В. А. МАНАССЕИНА.*

Подъ редакціей проф. В. В. ПОДВЫСОЦКАГО и д-ра С. В. ВЛАДИСЛАВЛЕВА.

## ТОМЪ III.

### ПЕРВОЕ ПОЛУГОДІЕ

(№№ 1—26, стр. 1—952).

LIBRARY
NOV 10 1906
19327.

ПЕТЕРБУРГЪ.
ИЗДАНІЕ О. А. РИККЕРЪ.
1904.

Digitized by Google

BOSTON
FEB 29 1964
MEDICAL LIBRARY

Типографія Я. Трей, Разъѣзжая, 43

Digitized by Google

# АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

## ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.


### А.

**Адамюкъ, В.** Къ этіологіи кольцевиднаго кератита 902.

**Агаджанянцъ, К. С.** Роль психотерапіи въ дерматологіи 404.

**Ануфріевъ, А. А.** Основы и задачи оперативнаго акушерства 353.

### Б.

**Баратынскій, П. А.** О наружномъ сѣченіи пищевода, какъ неотложной операціи при удаленіи инородныхъ тѣлъ 441.

**Бертенсонъ, Л. Б.** Къ вопросу о предупрежденіи несчастныхъ случаевъ среди сельско-хозяйственныхъ рабочихъ при работахъ съ орудіями и машинами и о подачѣ первой помощи увѣчнымъ 44.

**Бомштейнъ, И. С.** Кріоскопія молока и ея практическое значеніе 90.

**Бочаровъ, Н. И.** Къ фармакологіи веронала 201.

**Брейтманъ, М. Я.** Сердце, какъ мышечный органъ съ опредѣленной локализаціей отправленій (подобно центрамъ нервной системы). Законъ синергіи и дизергіи. О клиническомъ распознаваніи локализаціи болѣзненнаго процесса въ мышцѣ сердца 899, 934.

**Букоемскій, Ф. В.** Къ вопросу о фагоцитозѣ и лейколизѣ при впрыскиваніи въ брюшную полость вирулентныхъ стрептококковъ 161, 241.

### В.

**Веберъ, Ф. К.** Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи выпаденій прямой кишки 46, 86.

**Воскресенскій, А. В.** Рѣдкій случай аневризмы аорты 693.

**Вреденъ, Р. Р.** Къ техникѣ вылущенія гортани подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ 356.

### Г.

**Галебскій, А. Я.** Объ операціяхъ подъ непосредственной провѣркой лучами *Roentgen*'а 444.

**Гейнацъ, В. Н.** Памяти проф. *Василія Александровича Ратимова* 433.

**Гегерштедтъ, А. Ф.** О техникѣ количественнаго опредѣленія бѣлка въ мочѣ и другихъ жидкостяхъ по *Brandberg*'у 85.

**Его-же.** О техникѣ перегонки аммiака при опредѣленіи азота по *Kjeldahl*'ю 734.

**Головинъ, С. С.** О значеніи клѣточныхъ ядовъ въ патологіи глаза и въ частности въ патогенезѣ сочувственнаго (симпатическаго) воспаленія 802.

**Грейденбергъ, В. С.** Солевыя вливанія въ терапіи душевныхъ болѣзней 159.

**Груздевъ, В. С.** Къ терапіи пузырныхъ свищей у женщинъ 77.

**Его-же.** Къ вопросу о т. наз. «возвращающихся фиброидахъ» (recurrentfibroids) матки 313.

### Д.

**Данилевскій, В. Я.** Попытка искусственнаго полученія микроцефаліи у собакъ 641.

**Двужильный, А. Ю.** Къ мочегонному дѣйствію теоцина 399.

**Его-же.** Къ казуистикѣ кисть и псейдокисть поджелудочной железы. Случай травматическаго кровоизліянія въ полость малаго сальника 767, 806.

**Деминъ, В. Ѳ.** Русскія народно-врачебныя средства отъ пьянства 132.

### Ж.

**Ждановъ, П. М.** Къ примѣненію электрическихъ токовъ высокаго напряженія и большой частоты (Tesla-d'Arsonval'я) въ области хирургіи 532.

**Желтухинъ, В. В.** Организація акушерской помощи въ Петербургѣ 815, 850.

### З.

**Заблудовскій, И. В.** Переутомленіе при занятіяхъ письмомъ и музыкой 681, 721.

**Заболотновъ, П. П.** Къ вопросу о существованіи фиксатора въ организмѣ естественно невоспріимчиваго животнаго 932.

**Закусовъ, В. В.** Къ вопросу о дѣйствіи ядовъ на сосуды изолированныхъ почекъ 530.

**Зельдовичъ, Я. В.** Разлитые перитониты, вызываемые болѣзнями женскихъ половыхъ органовъ 81.

**Землиновъ, В. И.** О санитарныхъ условіяхъ массовой перевозки по желѣзнымъ дорогамъ переселенцевъ и рабочихъ 573, 615.

**Зиминъ, А. Н.** Объ окоченѣніи сердечной мышцы 320.

**Златогоровъ, С. И.** Къ морфологіи и біологіи микроба бубонной чумы, и палочки ложной бугорчатки грызуновъ (bac. pseudotuberculosis rodentium Pf.) 601, 648, 689.

**Зѣнецъ, М. К.** Случай полнаго обратнаго размѣщенія внутренностей (Situs viscerum inversus universalis) 317.

### И.

**Ивановъ, К. С.** Къ вопросу объ образованіи сахара въ изолированной печени при пропусканіи жидкости *Ringer-Locke*'а черезъ ея сосуды 775.

### I.

**Іоосифовъ, Г. М.** Способы инъекцій лимфатическихъ сосудовъ 357.

### К.

**Карницкій, А. О.** Индивидуализирующій способъ при изученіи законовъ роста человѣческаго тѣла 238.

**Качкачевъ, А. В.** Тіоколъ и сиролинъ при лѣченіи легочной бугорчатки 244.

**Его-же.** Случай отсутствія локтевой кости 325.

**Кириковъ, Н. Н.** Къ вопросу о патогенезѣ т. наз. гипертрофическихъ желтушныхъ циррозовъ печени 4.

**Его-же.** Къ вопросу объ экспериментальныхъ заразныхъ межуточныхъ воспаленіяхъ печени вслѣдствіе общаго зараженія организма 805.

**Кисель, А. А.** Къ вопросу о тяжелой формѣ железистой лихорадки (Drüsenfieber *Pfeiffer*'а) 804.

**Его-же.** Къ вопросу о связи между *Werlhof*'овой болѣзнью и бугорчаткой 929.

**Китаевъ, Ѳ. Я.** Къ ученію о секреторныхъ депрессивныхъ нейрозахъ 43.

**Клопотовскій, Н. И.** Случай хроническаго внѣдренія кишекъ 727.

**Козловскій, Б. С.** Операція *Talm*'ы (пришиваніе сальника) при брюшной водянкѣ отъ цирроза печени и результаты ея 273.

**Колотинскій, В. Д.** Полный выворотъ матки, обусловленный громаднымъ фиброидомъ; операція 11.

**Коровицкій, К. И.** Значеніе изслѣдованія крови для распознаванія и лѣченія болѣзней 566, 606.

**Корольковъ, П. Я.** Мелкоклѣточковая саркома (лимфосаркома) забрюшинныхъ железъ у 3-лѣтней дѣвочки 360.

**Корчакъ-Чепурковскій, А. В.** Войны и эпидеміи 561.

**Кравковъ, Н. П.** О ядовитомъ секретѣ кожныхъ железъ у жабъ 761.

**Крюковъ, М. М.** Случай саркомы ключицы 775.

**Кулябко, А. А. и Александровичъ, И. И.** (*Дочевскій*). Нѣкоторыя наблюденія надъ дѣйствіемъ лѣкарственныхъ веществъ и ядовъ на движеніе вырѣзаннаго кишечника теплокровныхъ животныхъ 897.

### Л.

**Левашевъ, В. А.** Къ вопросу о приспособленіяхъ для быстраго развитія паровъ формальдегида для цѣлей обеззараживанія 898.

**Левашовъ, С. В.** Объ общественныхъ задачахъ отечественной клинической медицины на порогѣ XX вѣка 501.

**Левшинъ, Л. Л.** Первая (временная) повязка для пулевыхъ ранъ 317.

**Левинъ, В. В.** Anus praeternaturalis vaginalis 903.

**Липскій, А. А.** Санитарныя требованія для кладбищенскихъ церквей 614.

**Лифшицъ, М. И.** Случай сирингоміэліи въ начальныхъ ступеняхъ ея развитія 477.

**Лондонъ, Е. С.** О физіолого-патологическомъ значеніи эманаціи радія 869.

**Лотинъ, А. В.** О лѣченіи болѣзней слёзныхъ путей электролизомъ 770, 809.

**Лурье, А. И.** Измѣненія въ красныхъ кровяныхъ тѣльцахъ, какъ ранній признакъ свинцоваго отравленія 611.

**Лянцъ, А. И.** Современное состояніе ученія о розовомъ шелушащемся лишаѣ (pityriasis rosea *Gibert*'а) 277.

### М.

**Мари, Н. Н.** Къ вопросу о предохранительныхъ прививкахъ противъ собачьяго бѣшенства 393.


Digitized by Google

**Мееровичъ, О. С.** Къ вопросу о вліяніи холоднаго электрическаго свѣта (лампочекъ накаливанія) на различныя заболѣванія средняго уха 653.
**Меньшиковъ, В. К.** Къ бактеріологіи кори 927.
**Минцъ, В. М. и Даниловичъ, Г. Ѳ.** Нагноеніе прямой мышцы живота при брюшномъ тифѣ 813.
**Михновъ, С. Д.** О цѣлительной силѣ природы 117.
**Морковитинъ, А. П.** Случай аппендицита, при которомъ усѣченный червеобразный отростокъ содержалъ острицъ 323.
**Муратовъ, А. А.** Нѣсколько замѣчаній по поводу 3-хъ случаевъ кесарскаго сѣченія 473.

## Н.

**Никоновъ, С. А.** Случай прободающаго воспаленія червеобразнаго отростка съ обильнымъ кровоизліяніемъ въ брюшную полость 12.

## О.

**Орловскій, З. Ф.** Къ діагностикѣ рака желудка 843, 874.
**Орловъ, В. Н.** Къ вопросу о коренномъ лѣченіи рака матки 197.
**Его-же.** Рѣдкій случай долголѣтняго пребыванія инороднаго тѣла (крокетнаго шара) во влагалищѣ 395.
**Останчукъ, В. С.** Естественное зараженіе болотной лихорадкой въ лазаретѣ въ ноябрѣ 89.

## П.

**Павловскій, А. Д.** Принципіальныя основы мышленія въ медицинѣ и задачи медицинскихъ Обществъ въ Россіи 233.
**Парышевъ, Д. А.** О грязелѣченіи на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ. Его исторія и особенности 167, 207, 245, 285.
**Петровъ, В. Ф.** Наблюденія надъ бѣлыми шариками при брюшномъ тифѣ и при нѣкоторыхъ осложненіяхъ его 846, 879.
**Преображенскій, С. С.** Роль носа, глотки и горла въ кровохарканіяхъ. Pharyngitis haemorrhagica 642.

## Р.

**Рощевскій, С. П.** Къ вопросу о лѣченіи нѣкоторыхъ глазныхъ заболѣваній морскими купаньями 13.
**Рубель, М. Н.** Къ гигіэнѣ городскихъ улицъ 655, 694.
**Рыбаковъ, Ѳ. Е.** Объ организаціи амбулаторій для алкоголиковъ 130.
**Его-же.** О принудительномъ помѣщеніи алкоголиковъ въ лѣчебницы 397.

## С.

**Сахаровъ, Н. А.** Необходимъ-ли кислородъ для дѣйствія гидролитическихъ бродилъ? 613.
**Сивре, А. В.** О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ паренхиматозныхъ органовъ при дѣйствіи на нихъ гепатолитической сыворотки 877.
**Совинскій, З. В.** О токсинѣ мягко-шанкрозной палочки 129.
**Соловьевъ, Ѳ. А.** Къ казуистикѣ большихъ кистъ яичника 899.
**Стрѣлковъ, А. Г.** Пургатинъ, какъ слабительное средство. 321.
**Сяноженскій, Г. О.** Краткій обзоръ хирургической дѣятельности при гинекологическомъ интернатѣ въ Кіевской городской больницѣ Цесаревича Александра въ 1900 и 1901 гг. 325, 364, 406.

## Т.

**Тавилдаровъ, Ф. Н.** Децидуальныя клѣтки при эндометритахъ 359.
**Турнеръ, Г. И.** Объ искривленіяхъ шейки бедренной кости (Coxa vara et valga) 434.
**Его-же.** Въ защиту антисептики (по поводу способа *Phelps*'а) 925.

## У.

**Угрюмовъ, П. К.** О химическихъ измѣненіяхъ въ организмѣ животныхъ, рожденныхъ отъ истощенныхъ голоданіемъ производителей 41.

## Ф.

**Фавицкій, А. П.** О скрыто протекающемъ ракѣ желудка 525.
**Федченко, Н. П.** Новая ртутная соль для лѣченія сифилиса—анилиновая ртуть (Hydrargyrum anilinicum) 445.

## Х.

**Ханутина, М. Д.** Къ казуистикѣ сирингоміэліи 685, 729.
**Холмогоровъ, С. С.** Вѣсъ дѣтей при узкомъ тазѣ 282.
**Хольцовъ, Б. Н.** Сравнительная оцѣнка способовъ оперативнаго лѣченія при гипертрофіи предстательной железы и показанія къ нимъ 124.

## Ц.

**Цеге-фонъ-Мантейфель, В. Г.** Примѣненіе гуттаперчевыхъ перчатокъ въ военной хирургіи. 393.
**Цейдлеръ, Г. Ф.** Объ острой непроходимости кишекъ въ связи съ заболѣваніями женскихъ половыхъ органовъ 157.

## Ч.

**Черно-Шварцъ, Б. Н.** Бактеріологическій способъ въ распознаваніи дифтеріи 7.
**Чеховичъ, Ч. П.** Къ казуистикѣ гриппозныхъ менингитовъ 571.
**Чуевскій, И. А.** Къ вопросу о механизмѣ питанія (resp кровоснабженія) сердца теплокровныхъ животныхъ 437.

## Ш.

**Шацкій, Е. А.** Новый способъ вапоризаціи лѣкарственныхъ веществъ 841, 872.
**Шлатеръ, Г. Г.** О жизни и смерти 478, 504, 537.

## Ѳ.

**Ѳедоровъ, С. П.** Къ хирургіи желчныхъ путей 1.
**Его-же.** Нѣсколько словъ о ректоскопіи 801.

## Э.

**Эккъ, А. А.** О лѣченіи недостаточности сердечной мышцы посредствомъ ваннъ съ 3 фазнымъ синусоидальнымъ перемѣннымъ токомъ 164.

## Я.

**Ягнъ, П. П.** О вліяніи радія на специфическую гэмолитическую сыворотку 653.
**Якимовъ, В. Л.** Къ біологіи трипанозомъ 318, 360.
**Яновскій, Ѳ. Г.** О примѣненіи препаратовъ надпочечниковъ при болѣзняхъ пищевода 724.

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ.

**Заркевичъ, Н.** Полемическіе пріемы г. М. Драгомирова въ спорѣ о военно-санитарной реформѣ 904.
**Дембо, Г.** По поводу 25-лѣтія «Русскаго Общества охраненія народнаго здравія» 507.
**Амстердамскій, А.** О преобразованіи вспомогательной медицинской Кассы, учрежденной *Я. А. Чистовичемъ*, въ связи съ анализомъ ея приходорасходнаго бюджета со дня основанія Кассы (1866) до 1901 г. включительно—за 36 лѣтъ 577.
**Бабаевъ-Бабаянъ, А.** (Письмо 1-е). Изъ Абастумана. Значеніе для Россіи Абастумана и его минеральныя воды. Краткій очеркъ прошлаго Абастумана 92.
**Его-же.** (Письмо 2-е). Изъ Абастумана. Что нужно Абастуману, чтобы быть первоклассным курортомъ? 170.
**Его-же.** (Письмо 3-е). Изъ Абастумана. Необходимость курортнаго положенія для санитарно-административнаго и хозяйственнаго управленія Абастуманомъ.—Необходимость передачи минеральныхъ водъ въ вѣдѣніе Министерства государственныхъ имуществъ 366.
**Кацъ, Р.** Гигіэна дѣтскаго глаза на Международной научно-промышленной выставкѣ «Дѣтскій міръ» 49.
**Его-же.** Отголоски «Дѣтскаго міра» по гигіэнѣ дѣтскаго глаза 327.
**Марковниковъ, А.** Къ вопросу о реорганизаціи земскихъ больницъ 15.
**Отвѣтъ** Петербургской городской санитарной Коммиссіи по поводу «Очерка» д-ра *А. Рубеля* 407, 448.
**Розановъ, П.** Ялта, какъ курортъ, и д-ръ *В. Н. Дмитріевъ* 735, 818, 939.
**Рубель, А.** Очеркъ врачебно-санитарной организаціи Петербурга 208, 248, 289.
**Фишъ, М.** Опытъ спеціальной уѣздной земской больницы 777.
**Якобій, П.** Забытыя жертвы войны 882.

# ПИСЬМА ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

**Дембо, Г.** Медицина въ Японіи 541, 619, 696.
**Коварскій, А.** Изъ Berlin'а. Берлинское медицинское Общество. Общія свѣдѣнія о немъ; отношеніе нѣмецкихъ врачей къ женщинамъ-врачамъ. Изъ послѣднихъ засѣданій Общества: о радіи; циклической альбуминуріи. Успѣшная прививка сифилиса обезьянамъ 16.
**Его-же.** Изъ Berlin'а. Проф. *Behring*—о дѣтскомъ молокѣ и дѣтской смертности 93.
**Его-же.** Изъ Berlin'а. Противники системы свободнаго выбора врача въ Berlin'ѣ. Устройство 2-хъ новыхъ dispensaires. Организація практическихъ медицинскихъ Академій. Смерть *Jolly* 171.
**Его-же.** Изъ Berlin'а. Дополненія и разъясненія къ докладу *Behring*'а о возникновеніи и распространеніи бугорчатки. Докладъ *Westenhoeffer*'а о путяхъ зараженія дѣтскаго организма бугорчаткой. Опытъ проф. *Moeller*'а. Дальнѣйшій ходъ борьбы врачей съ кассами въ Berlin'ѣ 368.
**Его-же.** Изъ Berlin'а. Дѣло магнетопата *Schröter*'а 480.
**Его-же.** Изъ Berlin'а. Со Съѣзда нѣмецкихъ хирурговъ въ Berlin'ѣ. Борьба врачей съ кассами въ Leipzig'ѣ и заявленіе Leipzig'скихъ профессоровъ. Положеніе дѣла борьбы врачей съ кассами въ Berlin'ѣ 657.
**Его-же.** Изъ Berlin'а. Годовое собраніе нѣмецкаго центральнаго Комитета по устройству здравницъ для легочныхъ больныхъ. Совѣщаніе представителей нѣмецкихъ городовъ по вопросу объ устройствѣ приморскихъ колоній для дѣтей. Новыя Общества, основанныя профф. *Hoffa* и *Heubner*'омъ. Новое средство противъ легочной бугорчатки проф. *Jacob*'а 907.

Digitized by Google

**Лебедевъ, И.** Новая санаторія для легочныхъ больныхъ въ Закопанахъ, въ Галиціи 329.

**Петровъ, Н.** Хирургія въ Парижѣ 737.

**Яковенко, Е.** Курсы для врачей въ Berlin'ѣ. Бактеріологогигіэническіе курсы въ *Koch*'овскомъ Институтѣ 51.

## РЕЦЕНЗІИ НОВЫХЪ КНИГЪ.

**Albrecht, Ehrenfried**. Arzt in Berlin. Der Herzmuskel und seine Bedeutung für Physiologie, Pathologie und Klinik des Herzens. Ein Versuch zur Entwickelung einer allgemeinen Pathologie und Symptomatologie der Herzmuskelerkrankungen auf anatomischer Grundlage. Mit 3 Lichtdruck und 3 lithographierten Tafeln. Berlin. Julius Springer. 1903, стр. XV+590. *М. Брейтмана.* 946.

**Бехтеревъ, В. М.** проф. Внушеніе и его роль въ общественной жизни. Петербургъ, 1904 г. Ц. 1 р. Изд. К. Л. Риккера. *Б. Воротынскаго.* 381.

**Бинштокъ, В. И.** Петербургскій городской санитарный врачъ. Наставленіе для дезинфекторовъ. Изд. 2-ое, испр. и доп. 1904 г. *Д. Заболотнаго.* 30.

**Блуменфельдъ, Сергѣй** ассистентъ университетской хирургической клиники. Юрьевъ. 1903. Современное состояніе научныхъ изслѣдованій о Flexura sigmoidea. Диссертація на степень доктора медицины. *Л. Старокадомскаго.* 263.

**Bondi Maximilian**, Dr. Anleitung zur Bestimmung der Refractions und Akkomodations Anomalien des Auges. Съ 28 рис. въ текстѣ. Wien. 1903. *Р. Каца.* 591.

**Bonmariage, A.** La Russie d'Europe. Essai d'Hygiène générale. 1903. Bruxelles. 559 стр. Ц. 20 фр. *І. Хлопина.* 494.

**Владыкинъ, В. В.** и **Арронетъ, Г. И.** Карманная книжка для сестеръ и братьевъ милосердія. 1904. *Г. Турнера.* 551.

**Волковъ, М. М.** проф. Клиническіе этюды. Опытъ индивидуальнаго изученія развитія болѣзненныхъ состояній. Вып. I. Петербургъ. 1904 г. Ц. 1 р. 50 к. *В. Орловскаго.* 422.

**Croner**, Dr. Терапія Университетскихъ Берлинскихъ клиникъ. Переводъ подъ редакціей д-ра мед. *Е. Б. Блюменау.* Петербургъ, 1903 г., 499 стр. Ц. 3 р. *С. Новосельскаго.* 591.

**Ганнушкинъ, П. Б.** Острая паранойя (paranoia acuta). Клиническая сторона вопроса. 1904, Москва, 248 стр. (Диссертація изъ Московской психіатрической клиники. *С. Суханова.* 754).

**Дюнкельбергъ, Ф. В.** проф. Техника очистки клоачныхъ и сточныхъ водъ промышленныхъ заведеній ирригаціей земельныхъ угодій и фильтраціей черезъ почву. Переводъ подъ редакціей инж. Л. Я. Бершадскаго. Изд. К. Л. Риккера. 1903 г. Ц. 1 р. 20 к. *Д. Никольскаго.* 551.

**Ecker's A. und Wiedersheim's R.** Anatomie des Frosches auf Grund eigener Untersuchungen durchaus neu bearbeitet von Prof. Dr. *E. Gaupp.* III Abth. 2 Hälfte. Braunschweig. 1904. Verlag von Fr. Vieweg u. Sohn. Ц. 18 мар. *В. Тонкова.* 674.

**Engler und Prantl.** Бактеріи, ихъ морфологія, систематика и циклъ развитія. Изъ «Die natürlichen Pflanzenfamilien». Перевелъ *П. И. Колтоновскій,* завѣдующій лабораторіей Могилевскаго акцизнаго Управленія. Могилевъ, 1903, 81 стр., 16°. Ц. 1 р. *С. Новосельскаго.* 713.

**Gautier, Armand.** L'Alimentation et les régimes chez l'homme sain et chez les malades. 1904. Парижъ. 528 стр. *Г. Хлопина.* 465.

**Grancher, J. et Comby, J.** Traité des maladies de l'enfance. 2-ое изд. Paris. 1904. Вып. I. Mosson et Cie. 1046 стр. Ц. 22 фр. *И. Троицкаго.* 634.

**Hanszel, Friedrich.** Ueber Fremdkörper in den oberen Luftwegen. Wien. 1903. 53 стр. Цѣна 1 мар. 50 пф. *В. Дитмана.* 147.

**Heubner, O.** Lehrbuch der Kinderheilkunde. T. 1. 1903 г. Изд. S. A. Barth'a въ Leipzig'ѣ. 716 стр. Ц. 17 мар. *И. Троицкаго.* 344.

**Игумновъ, С. Н.,** санитарный врачъ. Сборникъ статистическихъ свѣдѣній по Московской губерніи. Отдѣлъ санитарный. T. VI. Матеріалы по опредѣленію санитарнаго состоянія Московской губерніи. Вып. VIII. Звенигородскій уѣздъ. Очеркъ движенія населенія за десятилѣтіе съ 1885 г. по 1894 г. Москва. 1903. *Д. Никольскаго.* 673.

**Икавитцъ, Эдуардъ.** Къ вопросу объ оперативномъ вмѣшательствѣ при раненіяхъ сердца. Диссертація на степень доктора медицины. Москва. 1903. 293 + 55 стр. *В. В. Дитмана.* 107.

**Кастексъ** (Castex), проф. Парижскій Университетъ. Ушныя болѣзни. Съ 91 рис. въ текстѣ. Переводъ съ французскаго д-ра *Л. Е. Выгодскаго.* Съ предисловіемъ, дополненіями и примѣчаніями проф. Клиническаго Института В. Кн. Елены Павловны *В. Н. Окунева.*— Петербургъ. Изданіе журнала «Современная Медицина и Гигіэна». 1902. 250 стр. Ц. 1 р. 50 к. *В. В. Дитмана.* 30.

**Кореневъ, Е. Н.** Диссертація 1903 г. Очеркъ санитарноэкономическаго положенія рабочихъ на золотыхъ промыслахъ Витимско-Олекминской системы Якутской области. 256 стр. *Д. Никольскаго.* 189.

**Кравковъ, Н. П.** Основы фармакологіи. Часть I. Изд. I. Петербургъ. 1904 г., стр. 396. Ц. 2 р. 50 к. *В. Орловскаго.* 713.

**Kronfeld, Robert.** Die Zähne des Kindes. Leipzig. Verlag v. Arth. Felix. 1903 г. 136 стр. Ц. 4 мар. 40 пф. *И. Троицкаго.* 147.

**Мальцевъ, Александръ.** Исторія и настоящее состояніе призрѣнія душевно-больныхъ въ Полтавской губ. Диссертація. Петербургъ, 1903 г. XVII + 580 стр. *Б. Грейденберга.* 463.

**Маньянъ и Легренъ.** Вырождающіеся. — Перев. съ франц. *Ю. В. Португалова,* съ предисловіемъ *В. М. Бехтерева.* Петербургъ. 1903. *Б. Воротынскаго.* 225.

**Образцовъ, В. Н.** Письмо душевно больныхъ. Съ рис. и табл. письма. Казань, 1904. *Б. Воротынскаго.* 863.

**Ошманъ, А. А.** Резекція локтевого сочлененія. Историческій обзоръ развитія этого оперативнаго способа и конечные его результаты при современномъ состояніи хирургіи. (Литературноклиническое изслѣдованіе). Диссертація на степень доктора медицины. Москва. 1903. VIII + 303 стр. *В. В. Дитмана.* 66.

**Поповъ, Г.** Русская народно-бытовая медицина. По матеріаламъ этнографическаго бюро кн. В. Н. Тенишева. Петербургъ. 1903 г. *В. Демича.* 106.

**Пуссонъ, А.,** проф. (A. Pousson-Бордо). Руководство по болѣзнямъ мочевыхъ путей. Съ 191 рис. Перев. съ французскаго д-ра *С. З. Серебренникова.* (Prof. *A. Pousson.* Précis des maladies des voies urinaires. Paris. 1901). Петербургъ. Изданіе журнала «Современная Медицина и Гигіэна». 1903 г. 566 стр. Ц. 3 р. 50 к. *А. Гарина.* 66.

**Ростовцевъ, Г. И.** Санитарный врачъ. Сборникъ статистическихъ свѣдѣній по Московской губерніи. Отдѣлъ санитарный. Вып. III. Къ характеристикѣ физическаго развитія населенія Дмитровскаго уѣзда. 1903 г. *Д. Никольскаго.* 832.

**Rothschild** de **H.** Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier age. T. I. Paris. Изд. Oct. Doin. 1904 г., стр. 748, ц. 15 фр. *И. Троицкаго.* 832.

**Рѣшетилло, Д. Ф.** Проказа. Изложеніе исторіи, географическаго распространенія, статистики, этіологіи, бактеріологіи, распознаванія, лѣченія, законодательства и общественной профилактики проказы. Съ 37 рис. въ текстѣ, 2 географическими картами и 1 хромолитографической таблицей. Продается въ пользу прокаженныхъ. Петербургъ, 1904 г. Стр. 515+XX. Ц. 4 р. *Н. Кирилова.* 792.

**Сборникъ** юбилейный трудовъ по психіатріи и нейропатологіи, посвященный *Владиміру Михайловичу Бехтереву.* Томъ 2-ой. Петербургъ, 1903 г., 574 стр. *Б. Грейденберга.* 516.

**Свенцицкій, В.** Краткое руководство къ военно-полевой хирургіи. Съ предисловіемъ и подъ редакціей проф. *П. И. Дьяконова. Г. Турнера.* 304.

**Статистика** несчастныхъ случаевъ съ рабочими въ промышленныхъ заведеніяхъ, подчиненныхъ надзору фабричной инспекціи, за 1901 г. Изданіе Министерства Финансовъ. Петербургъ. 1903 г. *В. Дукельскаго.* 493.

**Сухановъ, С. А.,** прив.-доц. Семіотика и діагностика душевныхъ болѣзней (въ связи съ уходомъ за больными и лѣченіемъ ихъ). Часть I. Москва, 1904 г. Ц. 1 р. *Б. Воротынскаго.* 422.

**Труды** 15-го губернскаго Съѣзда членовъ врачебно-санитарныхъ организацій Московскаго Земства. 1902. Вып. I, 266 стр. Вып. II, 607+931 стр. Москва. 1903 г. Ц. 5 р. *Д. Никольскаго.* 919.

**Уваровъ, М. С.** Гигіэна. Систематическій курсъ для лицъ, получившихъ среднее образованіе. Петербургъ. 1903 г. Ц. 75 к. *В. Левашева.* 344.

**Филатовъ, Нилъ.** Лекціи объ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ у дѣтей. 5-ое изд., съ дополн. И. Рахманинова. Москва, 1903 г. 503 стр., ц. 2 р. 50 к. *И. Троицкаго.* 67.

**Vossius, A.,** проф. Руководство по офталмологіи. Переводъ съ 3 нѣмецкаго изданія д-ра *В. А. Дагилайскаго,* съ дополненіями и предисловіемъ автора къ русскому изданію, съ 236 рис. Петербургъ. 1903. *Р. Каца.* 552.

**Цейссль Максимиліанъ,** профессоръ въ Университетѣ въ Wien'ѣ. Переводъ сочиненія «Lehrbuch der venerischen Krankheiten von Prof. Dr. *Maximilian von Zeissl*» д-ра *Л. П. Шафира,* подъ редакціей *Т. П. Павлова,* профессора Императорской Медицинской Академіи. Съ 50 рис. въ текстѣ. Петербургъ. Изд. К. Л. Риккера. 1903 г., стр. XVI, 702. Ц. 5 р. *А. Гарина.* 890.

## РУССКІЯ ИМЕНА.

### А.

Абраамъ 747. Абрамовъ 186, 347, 418, 586. Абрамычевъ 495, 513, 628, 790, 790, 862. Абрикосовъ 265. Авербахъ 69. Авроровъ 256, 465, 919. Автандиловъ 794. Автократовъ 219, 668, 788, 826. Агаджанянцъ 404, 517, 628, 794. Агишевскій 67. Агровскій 522. Адамюкъ 902. Адельгеймъ 262, 339. Азаревичъ 384. Айкановъ 520, 837. Акимовъ-Перетцъ 65. Алафуввъ 522, 558. Александровичъ 897. Александровъ 27, 28, 184, 303, 346, 428, 519, 520, 832, 837. Алексенко 184, 548. Алексѣевъ 187, 711. Алкорувовъ 498. Алмазовъ 227. Алтуховъ 26. Альбицкій 257, 596. Амстердамскій 416, 555, 580, 596. Анановъ 794. Андіонъ 416, 555. Аннинъ 381, 888. Анрепъ 675, 714, 755. Антошевскій 837. Антушевичъ 668, 788. Ануфріевъ 353. Анфимовъ 217, 457, 459, 629, 669, 787, 919. Араповъ 143, 828, 944, 944, 945, 946. Арбековъ 675, 919. Арнольдовъ 220, 746, 827. Арронетъ 150, 551. Арсеньевъ 346. Артемьевъ 221. Арустамовъ 893. Архангельская 145, 151, 466, 795. Архангельскій 556. Ассендельфтъ 151. Ассѣевъ 35. Аствацатуровъ 755. Астраханъ 830, 832. Асѣевъ 864. Ауэ 596. Афонасьевъ 947. Аѳанасьевъ 33.

Digitized by Google

## Б.

Бабаевъ-Бабаянъ 93, 171, 367. Бабкинъ 490. Багрянскій 556. Бадмаевъ 111. Баженовъ 110, 301, 462, 466. Баларджевъ 222, 223. Балинскій 465. Балтага 717. Банщиковъ 345. Баранниковъ 491. Барановичъ 915. Баратынскій 151, 441. Бардахъ 794, 795. Бари 26, 385, 667, 667. Барсовъ 837. Бартъ 306, 828. Баршахъ 222. Барштакъ 757. Барщевскій 345. Барышевскій 864. Барышевъ 716. Батуевъ 306, 715, 892. Бацевичъ 185. Безбокая 425. Безбрязгловъ 306. Векманъ 754. Беллярминовъ 224, 337, 338, 378, 381, 707, 707, 789, 790, 791, 792, 792, 887, 888, 922. Бендерскій 180. Бергманъ 226. Березкинъ 466. Березскій 892. Берестневъ 226, 496, 707. Бернгардтъ 374. Бернштейнъ 28, 146, 301, 339, 340, 419, 492, 550, 751, 786, 826. Бертенсонъ 44, 189, 419, 557, 675, 714, 714. Бершадскій 551. Бехтеревъ 186, 216, 225, 381, 385, 385, 455, 516, 630, 757, 787, 915. Вилибинъ 558. Винштокъ 30, 943. Витный-Шляхто 490, 794. Витусъ 69. Благовѣщенскій 636. Блауберґъ 221. Блессигъ 380, 707, 789, 792, 792. Блуменау 146, 147, 385, 385, 591, 628, 914, 915. Блуменфельдъ 263. Блюмъ 665, 667. Бобинъ 380, 790. Бобкевичъ 758. Бобровъ 520, 556. Бовинъ 676. Богаевскій 981. Богдановъ 109, 515, 919. Богдановъ-Березовскій 300, 376. Боголѣповъ 756. Богомолецъ 667. Богопольскій 749. Богоразъ 268. Богровъ 255, 462, 514, 514, 707. Боде 191, 228. Боевъ 385. Божовскій 343, 830, 860, 862. Бойно-Родзевичъ 385. Бокитько 491, 586. Болдыревъ 384. Болеманъ 717. Бомштейнъ 90. Бондаревъ 27. Бонштедтъ 549. Борисовъ 748, 892, 892. Боришпольскій 629. Борнгауптъ 107, 555. Бородулинъ 226. Борхманъ 710. Ботвинникъ 381. Боткинъ 65, 180, 256, 298, 345, 384, 425, 892, 920, 946, 947, 949. Бочаровъ 201, 466, 947. Бочкарева 597. Бояркинъ 28, 302, 672, 791. Брагинъ 596. Браунштейнъ 338, 376, 378, 707, 788, 789, 790, 888. Брегманъ 665. Брейтманъ 220, 256, 263, 299, 346, 422, 752, 899, 934, 946. Бременеръ 595. Бретцель 346. Бродъ 376. Бройде 35. Бронштейнъ 303. Брудзинскій 486. Брусянинъ 794. Брутанъ 35. Бубновъ 716. Будуговъ 863. Будуповъ 791. Букоемскій 161, 241, 675. Булавинцевъ 861. Булатовъ 835, 893. Бургсдорфъ 858, 859. Бурдзиновскій 794. Буржинскій 385. Бурминъ 180. Бухманъ 715, 828. Буховцевъ 226. Бухштабъ 794. Буцке 308, 749. Бушуевъ 62, 520. Быстровъ 835. Бѣлицъ-Гейманъ 150. Бѣлкинъ 889. Бѣловъ 863. Бѣлоголовый 520. Бѣлоусовъ 179, 490, 490, 491, 491. Бѣльскій 35. Бѣляевъ 299, 385, 834. Бялоблоцкій 35.

## В.

Вагнеръ 495, 919. Вадигинъ 190. Вайншенкеръ 151. Вайнштейнъ 708, 887. Вакуленко 304. Валь 794. Вальтеръ 109, 715, 756, 892. Варлихъ 265. Варнекъ 302, 302, 548, 671, 672, 791. Варшавскій 294, 332. Василевскій 35, 35. Василенко 947. Васильевскій 32, 336. Васильевъ 261, 303, 468, 631, 834, 950. Васильковичъ 468. Вастенъ 380, 753. Вахрамѣевъ 944. Вашкевичъ 556. Введенскій 466, 490, 492, 750. Веберъ 46, 86. Вейденгаммеръ 492. Вейнбергъ 66. Вейсбродъ 34. Вельяминовъ 143, 182, 893. Венгловскій 149. Венеръ 791. Вербицкій 755, 919. Вербовъ 28, 29, 146, 893. Вержбицкій 834, 921. Веріго 306, 715. Вермель 303. Вертель 549. Вершининъ 375, 384. Веселкинъ 257. Веселовзоровъ 489, 675, 783. Вестенрикъ 752. Вигдорчикъ 33. Викторовъ 827. Вилланенъ 794. Вильямъ 712. Виноградскій 112, 706. Виноградовъ 498, 586. Винокуровъ 794. Винтеръ 112. Виршъ 191, 228. Владиміровъ 29, 36, 104, 303, 710, 711, 832. Владиславлевъ 33, 304. Владыкинъ 551. Влаевъ 64, 71. Внуковъ 192. Воейковъ 151. Вознесенскій 919. Войничъ-Сяноженцкій 144, 715, 756, 828. Войцеховскій 223. Вокачъ 714. Волковичъ 27, 142, 144, 181, 182, 183, 222, 223, 522, 637. Волковъ 106, 422, 425, 518, 862. Волковыскій 794. Волпянскій 794. Волынскій 745. Волькенштейнъ 676. Вольскій 717. Воробьевъ 260, 300, 339, 550, 550, 750, 756. Вороновъ 513, 597, 597. Воротынскій 219, 225, 382, 384, 422, 666, 864, 913, 915. Ворошильскій 345. Воскресенскій 666, 693, 796, 919. Воячекъ 259. Вреденъ 182, 182, 183, 356, 384, 426. Вучиховскій 797, 865. Выгодскій 30, 224, 259, 377, 380, 634, 707, 788, 789, 888. Вырубовъ 218, 456, 460, 518, 556, 667, 787, 826. Высоковичъ 520, 675, 706, 835. Вышемирскій 547. Вѣвіоровскій 708. Вѣрюжскій 714.

## Г.

Габричевскій 32, 344, 496, 520, 521, 706, 715, 756, 756. Гагаринъ 294, 381. Гагенъ-Торнъ 143. Гадзяцкій 915. Гаевскій 555. Галебскій 444, 495. Галюнъ 496. Гапвенъ 495. Ганнушкинъ 301, 555, 754. Ганшеевъ 491. Гаринъ 66, 513, 515, 546, 628, 708, 791, 858, 863, 891. Гарлинскій 223, 224. Гартье 421. Ге 513, 514, 547. Гегерштедтъ 85, 734. Гейденрейхъ 790. Гейеръ 226, 492, 493. Гейкингъ 945. Гейманъ 72, 254, 265. Гейнацъ 182, 433, 756, 829. Гейнъ 495. Гейрицїусъ 782, 783. Гейслеръ 180, 256, 298, 299, 425, 631. Геллатъ 487, 547, 790. Гентеръ 422. Георгіевскій 226, 491. Герверъ 218, 517, 786, 788. Герзони 753. Германъ 33, 458, 468. Герратъ 520. Герценъ 144, 190. Герцъ 331. Гетье 520. Гиллерсонъ 105, 303, 711. Гиммельфарбъ 549. Гинзбургъ 182, 338, 377, 788, 790, 944, 945. Гиппіусъ 103, 346, 830. Гирголавъ 755. Гиршгаузенъ 866. Глинка 228, 677. Глѣбовскій 859. Глѣбовъ 556. Говсѣевъ 496, 636, 637. Гоштидзе 675. Годлевскій 212. Годыцкій-Цвирко 556. Гойеръ 346. Головинъ 109, 802, 892. Голомбъ 306. Голубевъ 266, 497. Голубининъ 180, 255, 756. Голубниченко 260. Гольдбергъ 794. Гольдендахъ 917. Гольцингеръ 629. Гомбергъ 345. Гомолицкій 914. Горбочевичъ 636. Горбачевъ 119, 180. Гордонъ 756. Гороховъ 143, 182, 190, 302, 638, 671. Горталовъ 110. Готманъ 345. Грабовскій 110, 748, 790, 888. Гравировскій 552. Грамматчиковъ 828, 916. Гранъ 109, 419. Грауэрманъ 28, 672, 791. Граціановъ 336. Гребенщиковъ 415, 555, 835. Грейденбергъ 64, 159, 216, 385, 455, 465, 518, 628, 665, 786, 825, 826, 827, 913, 915. Грейфе 549. Грековъ 145. Грибоѣдовъ 457, 458, 668. Гривцовъ 638. Григорьевъ 26, 26, 218. Гринспертъ 308. Гродзенскій 260. Грозенштейнъ 426. Гростернъ 228. Груздевъ 77, 313, 421, 465, 549. Грузиновъ 950. Грунау 69. Гуладзе 548. Губаревъ 419, 421. Губерманъ 179, 417, 587. Губертъ 148, 263, 265. Гундобинъ 219, 256, 336, 421, 675, 712. Гундоровъ 515, 709, 709, 790, 863. Гунъ 263. Гурари 345. Гурвичъ 338, 707, 788, 946. Гуревичъ 260, 493, 496. Гурецкій 36. Гутманъ 549. Гюббенетъ 426.

## Д.

Давидсонъ 427. Давыдовъ 631, 833. Дагилайскій 552. Далецкій 752. Данилевскій 490, 490, 490, 641. Даниловичъ 813. Даниловъ 28, 316, 346. Дарашкевичъ 458, 787. Дацковъ 748. Двужильный 399, 767, 806. Дегіо 71. Делекторскій 493. Делицынъ 139, 636. Дембо 26, 31, 221, 263, 263, 415, 509, 543, 587, 621, 700, 827, 942, 944. Дементьевъ 220. Демичъ 107, 132, 217. Демпель 893. Денемаркъ 491. Деннеръ 268. Деревенко 755. Дерюжинскій 183. Десятовъ 745. Дехтеревъ 26. Дешинъ 265. Дѣвицкій 592. Дидрихсонъ 675. Диканская 789. Димантъ 634, 748. Дитерихсъ 265, 660. Дитманъ 30, 66, 107, 147, 257, 299, 375, 487. Діатроптовъ 307, 388, 521, 835. Длугоборскій 797. Дмитріевъ 348, 385, 520, 735, 818, 939. Добкевичъ 922. Добрадинъ 346. Добровольскій 306, 409, 450, 522, 791, 834. Догель 489, 489, 552. Докучаевъ 26. Долгополовъ 35, 215, 415, 417. Долженковъ 35, 221, 946. Долинскій 185, 335, 378, 591, 864. Доманскій 558. Домашевичъ 555. Домбровскій 753. Дорфъ 28, 627, 666. Дочевскій 897. Драницынъ 633. Дрейеръ 346, 830, 832. Джевецкій 794. Дриль 385, 385. Дроздовскій 835, 914. Дудинъ 712, 794. Дукельскій 222, 224, 494, 494. Дунканъ 149. Духанинъ 382, 425. Дьяконовъ 68, 182, 304, 520. Дьяченко 861, 862. Дьячковъ 515, 790, 945. Дѣдовъ 704. Дю Бюше 794. Дюнкельбергъ 551.

## Е.

Евграфовъ 30. Евецкій 338, 707, 790. Егоровъ 35, 35, 677. Ермоловичъ 266. Ермонскій 692. Ершовъ 110.

## Ж.

Жандръ 490. Жардецкій 109. Жбанковъ 221, 222, 416, 417, 520, 596, 676. Ждановъ 532, 550. Жебровъ 944. Жеваховъ 27. Жевержеевъ 794. Желтухинъ 815, 850. Жирмунскій 258. Жолкова 108. Жолтковъ 345. Жуковскій 378, 418, 590, 590.

## З.

Заблудовскій 681, 721. Заболотновъ 932. Заболотный 30, 301, 589, 752, 920. Заболотскій 379, 463. Забусовъ 677, 757, 794, 865, 921, 946, 949, 949. Завадскій 35. Заведеевъ 149. Зайцевъ 68, 336, 385, 627. Заккисъ 385. Закусовъ 530, 714. Закъ 187, 188, 495, 709. Зальцъ 346. Залѣсскій 717, 947. Замшинъ 549, 591. Заремба 630. Заржецкій 522. Заркевичъ 907. Зарубинъ 35, 112, 468, 497, 892. Заруцкій 556. Засѣдателевъ 345. Заусайловъ 148. Збруевъ 919. Зейфартъ 632. Зеленковскій 338, 381, 788, 887. Зельгеймъ 794. Зельдовичъ 81, 103, 145, 152, 183. Земацкій 31, 143, 418, 829. Землиновъ 573, 615. Землинскій 491. Зененко 182, 715, 756, 828, 829. Зерунинъ 143, 182. Зерновъ 226, 597. Зиберъ 342. Зильберберґъ 672, 794. Зиминъ 320. Златогоровъ 601, 648, 689. Золотаревъ 638. Зотовъ 296, 422. Зотосъ 592. Зѣнецъ 317.

## И.

Ивановъ 148, 184, 217, 218, 378, 515, 546, 552, 627, 629, 630, 670, 775, 788, 790, 791, 825, 826, 863, 915. Иванцовъ 346, 947. Иваньшинъ 490. Игнатовскій 589. Игнатьевъ 496. Игумновъ 466, 673. Иверґинъ 417. Икавитцъ 107. Ильинъ 716. Ильичевъ 68. Иноземцевъ 522. Исаковичъ 835. Ишунинъ 714.

## І.

Іогихесъ 336. Іорданъ 919. Іосифовъ 139, 357.

## К.

Кавалеровъ 748. Кавецкій 107. Кавунъ 917. Каганъ 257, 514, 515. Кадыковъ 490. Кадьянъ 182, 715, 829, 944, 946. Казанскій 227. Казариновъ 71. Казасъ 294. Кайданъ 192. Какушкинъ 378, 420, 944, 945, 945, 946. Калабинъ 27. Калачниковъ 520. Калашниковъ 788. Калуджеровичъ 422. Каменевъ 667. Каменская 71. Каменскій 492. Камоцкій 428. Канель 419. Каннегисеръ 753. Капланъ 670. Капустинъ 220, 221, 221, 637, 920. Карницкій 94, 223, 223, 224, 238, 256. Карпинскій 518, 757. Карповъ 715. Карташевскій 257. Карташевъ 416. Касперскій 35, 35. Кастексъ 30. Кауфманъ 794. Кацнельсонъ 675. Кацъ 51, 107, 152, 329, 338, 380, 552, 592, 634, 666, 707, 888. Качкачевъ 244, 325. Качкинъ 837, 795. Кашкадамовъ 715. Кашъ 261. Кащенко 385, 455, 496,

Digitized by Google

825, 946. Квасковъ 382, 796. Квятковскій 495. Кернигъ 296. Кетчеръ 946. Кечекъ 863. Кикуши 794. Килюшко 265. Кипарскій 380, 549, 753. Кириковъ 4, 180, 256, 299, 805. Кирилловъ 65, 190, 496, 793. Кирѣевъ 346, 631. Киселевъ 387. Кисель 104, 105, 148, 187, 187, 188, 189, 219, 295, 296, 303, 303, 335, 336, 341, 342, 342, 346, 710, 711, 712, 797, 804, 830, 830, 832, 929. Китаевъ 43. Китерманъ 335. Клейненбергъ 755. Клейнъ 465. Клепкинъ 496. Климовичъ 33. Клитинъ 828. Клопотовскій 727. Клюковскій 36. Кногъ 631. Кобринеръ 214. Кобылинскій 755. Кобылянскій 757. Ковалевскій 216, 458, 787, 922. Ковалевъ 498. Коварскій 18, 94, 173, 370, 482, 659, 835, 908. Когановъ 829. Коганъ 377, 378, 428, 863, 888. Кожевниковъ 496, 496, 919. Коженко 346. Козловскій 144, 223, 273, 296, 333, 632. Кокинъ 487. Колачевскій 921. Колесовъ 950. Колли 831. Колоколовъ 71. Коломенкинъ 301. Колосовъ 346, 666. Колотинскій 11. Колпакчи 492. Колтоновскій 713. Колчинъ 794. Колюбакинъ 384. Конанскій 556. Кондоратскій 892. Кондорскій 35, 521. Кондратовичъ 30, 226. Кондратьевъ 495. Кони 186, 186. Константиновскій 598. Контковскій 916. Контребинскій 224. Конухесъ 263, 794. Кореневъ 189. Корженевскій 466, 467. Коркуновъ 385, 466. Корниловичъ 65. Корниловъ 339, 750, 751. Коробковъ 837. Коробовъ 914. Коровинъ 217, 666. Коровицкій 566, 606. Корольковъ 360, 422. Корчакъ-Чепурковскій 561. Косинскій 744. Косовскій 492. Косой 267. Костеничъ 149, 466, 596. Костинъ 714. Костковичъ 555. Костромитиновъ 558. Котелевскій 334. Коцовскій 218, 417, 518, 668, 825. Кочевицкій 671. Кравковъ 65, 105, 265, 596, 713, 761, 862, 919. Кравченко 714. Кравинскій 219, 456, 459, 667, 669, 787, 827, 913. Красенскій 150. Краснобаевъ 103, 144, 188, 303, 711, 830, 830, 832. Красновъ 71. Краюшкинъ 716. Крейндель 111. Креницкій 260. Крепсъ 829. Кривенко 148. Кривскій 754. Криденеръ 190. Кричевскій 382. Крогіусъ 385. Кротовъ 100. Крумбмиллеръ 30, 226. Крыловъ 638, 677. Крымовъ 715. Крыштопенко 495. Крюгеръ 385. Крюковъ 190, 262, 263, 337, 775, 917. Кубе 256. Кубли 707, 888. Кудишъ 144, 223. Кудревецкій 261. Кудринъ 636, 892. Кузмицкій 189. Кузнецкій 145, 549. Куликовскій 227. Култышевъ 947. Кульбинъ 298, 425, 827, 915. Кульневъ 860. Кульчицкій 140, 141, 178, 179. Кулябко 385, 897. Куманинъ 346, 346. Куницкій 490. Кунцевичъ 496. Куриловъ 388. Куркинъ 520, 521. Курловъ 346, 385, 426, 676. Кусковъ 188, 220, 303, 335, 341, 463, 631, 632, 794, 832. Кутузовъ 556. Куфко 556.

## Л.

Л. 29, 147. Лабзинъ 495. Лаврентьевъ 190, 378, 789, 887, 888. Лазаревъ 222, 223, 224. Лазурскій 385. Лампеко 947. Лампсаковъ 182, 631. Ланговой 756. Лангъ 859. Ландау 139. Лапинскій 520. Латухинъ 946. Лауенштейнъ 189, 916. Лауръ 71. Лащенковъ 794. Лебедевъ 330, 748, 892, 919, 944. Левашевъ 26, 27, 109, 220, 297, 298, 344, 466, 715, 916, 943, 943. Левашовъ 501, 556, 892. Левданскій 35. Левенсонъ 489. Левинъ 180, 296. Левицкій 71, 192, 632. Левчаткинъ 517. Левченко 864. Левшинъ 317, 756, 828. Леженевъ 794. Лезинъ 903, 947. Лейбсонъ 556, 556. Леоновъ 556. Леонтовичъ 140, 178. Леперъ 426. Лесгафтъ 794. Лешко-Попель 33, 33, 69, 72. Либихъ 834. Ливе 894. Лизогубъ 947. Ликерникъ 253. Линдеманъ 268. Линтваревъ 633, 633. Липскій 336, 376, 614, 715, 916. Лисенковъ 425. Лисицынъ 262, 263, 888. Лисянскій 27. Лифшицъ 477. Личкусъ 379, 380, 591, 591, 754. Лійкъ 376, 489. Лобановъ 224, 337, 376, 378, 381, 381, 707, 788, 789, 792, 887. Ложечниковъ 190, 262, 917. Ловинскій 27, 263. Ломиковскій 491. Лондонъ 869. Лосскій 385. Лотинъ 377, 381, 770, 789, 809. Лощиловъ 69. Лубенецкій 384. Луковскій 256, 675. Лукьяновъ 520. Лукьянченко 794. Лурье 223, 345, 611. Лучникъ 496. Лысенковъ 675, 892. Лѣсовой 28, 147, 634, 634, 753. Любимовъ 187, 417, 587, 636, 826. Любомудровъ 715. Лютксвичъ 190, 262, 263, 834. Лютыкъ 837. Ляминъ 716. Лянцъ 277, 495, 513, 514, 546, 547, 628.

## М.

Маевскій 459, 788, 826. Маевъ 307, 947. Мазингъ 36, 388. Макаренко 597. Маклаковъ 190, 917. Максимовичъ 378. Максимовъ 35, 141, 178, 180, 260, 586. Малининъ 495. Малиновскій 72, 714. Малисъ 221, 944, 944. Малковъ 384, 466, 947. Малышевъ 463. Мальцевъ 463. Мальчевскій 947. Мамаевъ 866. Манассеинъ 35, 35, 110, 221, 552, 557, 794. Мандельштамъ 794, 835. Мансуровъ 306. Мантейфель 71. Маньковскій 141, 178, 302, 340. Марголина 418, 419, 745, 747. Марголинъ 377, 378. Маргулисъ 918. Марки 268, 393. Марковниковъ 16. Марковскій 634. Мартемьяновъ 345, 893. Мартиновскій 755. Мартыновъ 465. Марциновскій 514, 707, 891. Маршанъ 111. Марьянчикъ 27. Масленниковъ 189, 917. Масловскій 950. Массенъ 109, 185. Матавкинъ 888. Матвѣевъ 28. Матвѣенко 946. Матусевичъ 714. Махцевичъ 308. Мацѣевскій 184, 420. Медвѣдевъ 490. Медовой 345. Мееровичъ 489, 653, 834. Мезавцевъ 745. Мельниковъ-Разведенковъ 385. Мендельсонъ 25, 32, 216, 945. Менчинскій 31. Менчковскій 191. Меньшиковъ 927. Меркуловъ 556, 946. Мертваго 34. Мечниковъ 112, 112, 638, 717, 920, 922, 922. Мещерскій 462. Меѳодіевъ 556. Микаберидзе 756. Микульскій 458, 668, 826. Миллеръ 592. Миллѣевъ 636. Минкевичъ 185. Миноръ 260, 301, 339, 339, 461, 550. Минкъ 149. Минцъ 144, 182, 183, 346, 813. Миропольскій 794. Мисевичъ 388, 589. Митропольскій 520. Митрофановъ 346. Михайловъ 34, 188, 192, 222, 223, 223, 267, 295. Михалкинъ 496. Михинъ 184, 491, 549. Михновъ 67, 117. Мицкевичъ 222, 461, Мишинъ 69. Мишневскій 675, 864. Миштовтъ 715. Модестовъ 26. Мойгисъ 837. Мокроусовъ 385. Моллесонъ 946. Молоденковъ 466. Молчановъ 301, 462. Мольковъ 419, 520. Монкевичъ 149. Монтвилло 634. Мордвиновъ 556. Морковитинъ 323. Морововъ 140, 190, 219, 340, 458. Мочутковскій 110, 190, 426. Мошинскій 631. Мрововскій 192. Мультановскій 919. Муратовъ 27, 27, 184, 260, 461, 473, 493, 495, 548, 549, 749, 751, 918. Мурашевъ 837. Мухаринскій 794. Мышь 466.

## Н.

Напалковъ 67, 462. Натансонъ 262, 263, 263, 377, 378, 917. Нардовъ 794, 795. Науманъ 261, 262. Неаполитанскій 557. Невскій 947. Неволина 792. Недзвецкій 425. Недѣльскій 27. Несве 555. Нееловъ 864. Немверъ 944. Ненадовичъ 185, 549. Неницкій 837. Нечаевъ 385, 385. Нижегородцевъ 26, 186, 221, 222, 587, 757, 944. Никитинъ 151, 186, 266, 305, 516. Николаевъ 266, 266, 946. Никольская 419, 747. Никольскій 187, 189, 302, 427, 552, 552, 548, 674, 708, 832, 919, 919. Николюкинъ 333. Никоновъ 12, 34. Новожиловъ 947. Новомарьевскій 756. Новосельскій 591, 713. Новцель 148. Ножниковъ 946. Ноншевскій 224, 337, 338, 377, 516, 669, 707, 708, 789, 790, 887.

## О.

Образцовъ 226, 255, 298, 863. Обрядчиковъ 496. Овсянниковъ 520. Огневъ 520, 756. Окинчицъ 754. Околовъ 308. Оксъ 789. Окуневъ 828. Окуньковъ 794. Оленинъ 145. Ольдерогге 836. Ольшвангъ 556. Омельченко 417, 920. Омелянскій 304, 304, 589, 706, 752. Опимаховъ 384. Оппель 466, 829, 947. Оппенгеймъ 409, 450, 519, 552, 592, 635. Органовичъ 837. Ордынскій 492. Орловскій 65, 71, 386, 425, 468, 518, 592, 714, 752, 843, 874. Орловъ 197, 220, 378, 395, 636, 637, 714, 755, 834, 921, 942. Оршанскій 628, 667. Орѣчкинъ 33, 265. Осиповъ 186, 217, 385, 520, 558, 629, 666, 669, 786, 788, 825, 920, 921, 946, 947. Оскановъ 835. Осковъ, 946. Останковъ 219, 460, 794, 915. Остапчукъ 89. Островскій 219, 256, 295, 335, 422, 713. Острогорскій, 256, 263. Остроумовъ 110, 555. Остраннинъ 95. Оттъ 28, 29, 59, 145, 146, 147, 379, 379, 421, 520, 596, 632, 633, 753, 755. Охотниковъ 920. Очаповскій 792. Ошманъ 66.

## П.

Павликовскій 860, 922. Павловскій 233, 306, 636. Павловъ 64, 179, 189, 513, 520, 596, 628, 631, 790, 794, 859, 863, 890. Пайсель 864. Палладинъ 751. Пальчиковскій 589. Панфиловъ 756. Панченко 306. Парацельсъ 598. Парфеновъ 755. Парышевъ 167, 207, 245, 285, 919. Паціорковскій 628. Педенко 861. Педьковъ 677. Пель 218. Пенскій 465. Перлисъ 27. Перримондъ 715. Перцевъ 186, 588. Пескова-Прокофьева 382, 518, Петерсенъ 596, 628. Петерсъ 220, 295, 417. Петинъ 140, 141, 141. Петкевичъ 192. Петровскій 675, 677, 716. Петровъ 142, 143, 192, 490, 715, 739, 846, 879. Петрункевичъ 32, 419. Пецольдъ 268. Пилипейко 152. Пильновъ 859. Пименовъ 261. Пирошковъ 110. Писемскій 675. Писменный 558, 757. Пистерманъ 919. Пичугинъ 756. Пищикъ 345. Піотровскій 26, 149, 265. Плюшкинъ 35, 35. Поваляшина 466. Поггенполь 755. Погожевъ 190. Подвысоцкій 306, 715, 866, 892, 894. Подгорецкій 591. Подрѣзанъ 555. Пожарискій 586, 586, 587, 794. Познанская 676. Покровская 747. Покровскій 105, 747, 748, 860. Поліевктовъ 346. Полонскій 223, 224. Полотебновъ 628, 859. Полтановъ 496. Поляковъ 179, 459. Полякъ 221, 306, 336. Помбракъ 255. Помяловскій 715. Попельскій 189. Поповъ 106, 109, 184, 226, 342, 346, 348, 385, 520, 549, 558, 587, 624, 625, 677, 794, 861, 862, 916, 920. Порошинъ 590, 752. Португаловъ 225. Посадскій 26. Поспѣловъ 32, 227, 308, 462. Постовскій 189, 751. Потаповъ 34. Почобутъ 785. Праводубовъ 69. Правосудъ 262, 263, 917. Предтеченскій 298. Преображенскій 146, 180, 186, 190, 421, 461, 493, 516, 549, 630, 630, 642, 918. Пржибыльскій 388. Пржибытекъ 916. Пржиходвкій 794. Приклонскій 463. Прибытковъ 301, 301, 919. Прищепенко 921. Прозоровскій 636. Прокофьева 596. Проскуряковъ 110, 858, 859. Протопоповъ 35, 797. Прохоровъ 859, 860. Пудеръ 192. Пупкинъ 675. Пуссепъ 517, 629, 826. Путиловъ 588. Пухальскій 69. Пѣвницкій 25, 216, 218, 219, 518, 835. Пѣуновъ 558, 715.

## Р.

Рабекъ 745. Рабиновичъ 185, 256, 794. Равиковичъ 223. Радецкій 263, 388, 589. Радинъ 787. Разумовскій 32, 144, 182, 188, 676. Ракуза 268. Ралисъ 831. Растегаевъ 35, 458, 826. Ратимова 495. Ратимовъ 428, 829. Раухфусъ 220, 256, 295, 335. Раухъ 35. Рафесъ 747. Рахманиновъ 664. Рахмановъ 28, 302, 747. Рачинскій 548. Редлихъ 100, 674. Рейманъ 339. Реймеръ 186, 457, 518. Рейнгардъ 376, 377, 789. Рейнъ 184, 378, 520, 834. Репманъ 493. Рерле 346. Ржаксинскій 716. Ржентковскій 54. Родзевичъ 111, 522. Рожанскій 107, 496. Розановъ 105, 190, 220, 346, 346, 346, 627, 737, 820, 941. Розенбахъ 186, 218, 467. Розенбергъ 152, 345, 522. Розенталь 30, 226, 755. Розенфельдъ 794. Розенъ 714. Рознатовскій 465. Рокицкій 715, 756. Романинъ 266. Романовъ 556, 892. Россолимо 339, 340, 461, 550, 628, 669, 751, 890. Ростовцевъ 832. Ротъ 259, 301, 340, 493, 520, 551, 667, 749, 750, 917. Рощевскій 13, 521. Рубашкинъ 65, 106, 139, 140, 178, 179, 256, 417, 489, 586, 586, 670. Рубель 211, 250, 290, 407, 448, 520, 553, 555, 594, 627, 655, 666, 674, 694, 944, 944, 944, 945, 946. Рубергъ 512. Рубецъ 522. Рубинштейнъ 345. Рубисовъ 633, 633.


Digitized by Google

Рудневъ 638. Румшевичъ 835. Русаковъ 188. Руссовъ 296. Рутковскій 32, 495. Рыбаковскій 794. Рыбаковъ 130, 216, 217, 218, 397, 665, 674. Рыбалкинъ 790. Рыбальченко 425. Рымовичъ 294. Рышковъ 946. Рѣшетилло 792. Рѣщиковъ 558. Рюдигеръ 598. Рязановъ 556. Рязанцевъ 490, 490. Рясянскій 149.

## С.

Сабанѣевъ 425. Савельевъ 265, 297. Савинъ 555. Савицкая 717. Савичъ 306. Савостьяновъ 180, 298. Сагаловичъ 794. Садовскій 675, 753, 794. Салазкинъ 342. Самельсонъ 228. Самохоцкій 426. Самсоновъ 36. Сандбергъ-Дебеле 752. Сапожниковъ 385. Сапѣжко 109, 305, 892. Сарачевъ 757. Сарычевъ 190, 190. Сато 794. Сафроновъ 794. Саханскій 489. Сахаровъ 613, 756, 835. Сахновскій 555. Свенсонъ 492. Свенцицкій 304. Свіяжниновъ 632. Свѣца 260. Свѣчниковъ 148. Северинъ 922. Севостьяновъ 255. Селицкій 513, 514, 548. Семека 189, 667. Семидаловъ 339, 462, 493, 918. Сентъ-Илеръ 65. Серапинъ 64. Сербскій 301, 339, 462, 550, 551, 751. Сергіевскій 190, 385, 716. Сердюковъ 515. Серебренниковъ 385. Серебровскій 190. Сивре 877. Сигристъ 919. Сикорскій 758. Симановскій 376. Синани 26, 186, 457, 665. Сиротининъ 65, 299, 520, 892. Сицинскій 419. Скворцевъ 28, 33, 221. Скибневскій 496. Склотовскій 152. Скоренниковъ 346. Скробанскій 141. Славскій 556, 556, 556. Славчевъ 515. Словцовъ 342, 343, 794. Слѣпакъ 345. Смирновъ 150, 385, 587, 834, 947. Смоленскій 220. Смоличъ 752. Смѣловъ 186, 308, 457, 516, 667. Снегиревъ 145, 262, 262, 263, 263, 420, 420, 421, 834, 917. Сникеръ 708, 790. Соболевъ 178, 342, 417, 586, 587, 628. Совинскій 129. Содманъ 110. Сокальскій 217, 218, 427, 456, 459, 826, 827. Соколова 378, 707, 790, 888. Соколовскій 146. Соколовъ 27, 223, 224, 296, 303, 346, 346, 385, 427, 462, 487, 495, 495, 514, 794, 835, 866, 946. Солнцевъ 556. Соловьевъ 35, 301, 302, 899. Солодовниковъ 522. Соломка 190. Соломонъ 223. Сонгайло 224. Сотинъ 152. Софроницкій 498. Спальвингъ 714. Спасскій 748. Сперанскій 831. Спримонъ 190. Ставровскій 336. Ставскій 220, 417. Станиловскій 461. Станиславскій 382, 796. Станкевичъ 637. Старокадомскій 264. Стеклицкій 794. Стембо 545. Степановъ 257, 259, 385, 386, 866. Стерлингъ 175. Столкиндъ 712. Столыпинскій 379. Стояновскій 950. Стояновъ 345, 515. Стравинскій 379. Страховъ 190, 262, 263, 916, 917, 917. Стржельбицкій 219, 335. Стржеминскій 703. Строгановъ 146, 149, 183, 185, 596, 755. Стройновскій 467. Стрѣлковъ 321. Стрѣльцовъ 301. Субботинъ 181, 182, 715, 828, 829, 919. Суворовъ 149, 597. Сулима 345, 555. Сулима-Самуйло 794. Суринъ 756. Суровъ 226, 888. Сусловъ 466, 947. Сухаревъ 495. Сухановъ 260, 300, 301, 340, 340, 422, 462, 492, 493, 493, 551, 751, 755, 826, 890, 919, 919. Суховъ 263, 547, 548, 709, 859, 919. Сяноженскій 325, 364, 406, 794.

## Т.

Тавилдаровъ 359, 794. Таккель 306. Тальковскій 756. Тампіонеръ 465. Таранухинъ 304, 751, 794, 921. Тарасевичъ 673. Тарасовъ 228. Тарновскій 520, 628. Тархановъ 267, 306, 717. Татариновъ 149. Тауберъ 834. Таубкинъ 794. Тварьяновичъ 152. Тведеръ 947. Твердовскій 183. Тевяковъ 266, 266, 556. Теребинскій 862. Теріанъ 915. Терновскій 345. Тилингъ 146, 147, 596, 633, 893. Тимоновъ 715. Тиморевъ 466. Тимофеевъ 147. Тимофѣевъ 666, 668. Тимошенко 919. Тимошокъ 374. Титовъ 180, 255, 298, 756. Тиховъ 466. Тихомировъ 796. Тихоновъ 139, 140. Тишковъ 416, 458, 460, 787. Тишуткинъ 32, 141, 142, 178, 179, 179, 552. Толмачевъ 220, 634. Толочиновъ 827. Томашевскій 65, 217, 555. Тонковъ 139, 140, 141, 179, 189, 670, 674. Топорковъ 217, 218, 384, 668, 668. Трайкинъ 826. Трайнинъ 459. Трандафиловъ 345. Трапезниковъ 919. Трахтенбергъ 893. Третьяковъ 268. Тритшель 268, 520. Троицкій 18, 67, 105, 147, 219, 222, 335, 344, 491, 492, 635, 833. Трофимовъ 259, 299, 376, 382, 487, 487. Трошинъ 517. Трояновскій 226. Трояновъ 107, 144, 829, 829, 861, 893. Трусевичъ 263. Трусовъ 306. Тулубъ 498. Турнеръ 305, 434, 551, 636, 925, 947. Туровскій 222. Турчиновичъ-Выжниковичъ 68, 112, 190. Туръ 489. Тюринъ 466, 835. Теріанъ 666, 667.

## У.

Уваровъ 26, 343. Угрюмовъ 41, 256. Удинцовъ 306. Укке 589. Улевко-Строганова 754. Усовъ 180, 298. Успенскій 384. Устиновъ 104, 346, 711, 830. Ухтомскій 491. Ушинскій 256, 261, 756. Ушковъ 301.

## Ф.

Фавицкій 64, 71, 384, 525, 834. Фавръ 496, 521, 708, 756. Фамиліеръ 797. Фаренгольцъ 36. Фармаковскій 28, 29. Федоровъ 425, 636, 836. Федченко 445, 547, 548. Фейнбергъ 866. Фельверъ 224, 792, 792. Феноменовъ 379, 379, 589, 590, 581, 892. Филатовъ 67. Филипповичъ 866. Филипповъ 491, 492. Филоновичъ 758. Философовъ 755. Финкельштейнъ 715, 794. Фирсановъ 556. Фишеровъ 794. Фишеръ 794. Фишъ 780. Флеровъ 34, 460. Флитъ 223. Фортунатовъ 919. Фохтъ 756. Францъ 33. Фраткинъ 226, 893. Фрейбергъ 95, 221, 755, 835, 947. Фреммертъ 894. Фридманъ 419, 513, 548, 709, 791, 863. Фроловъ 628, 860, 863. Фурсовъ 298.

## Х.

Хапутина 685, 729. Харазовъ 756. Хашимото 794. Хворостанскій 556. Хвощинскій 919. Хейсинъ 419. Хенцинскій 149, 677. Хлопинъ 71, 306, 386, 465, 494, 715, 827. Хлѣбниковъ 463. Хмѣльницкій 345. Хайкинъ 306. Ходневъ 947. Холмогоровъ 184, 282. Холодковскій 549, 556. Холостовъ 35. Холшевниковъ 256. Хольцовъ 124, 830. Храбростинъ 345.

## Ц.

Цвѣтаевъ 428. Цеге-фонъ-Мантейфель 142, 145, 183, 393, 496. Цезаревскій 714. Цейдлеръ 157, 182, 183. Цейтлинъ 185. Целерицкій 915. Цукерманъ 795. Цыпкинъ 346. Цѣновскій 587. Цѣповскій 547. Цѣхомскій 545.

## Ч.

Чаганакскій 522. Чапинъ 790, 944. Чарнецкій 339, 551, 751. Чебышева-Дмитріева 263. Чекуновъ 491. Чемолосовъ 224, 378, 380, 792, 792, 887, 888. Червенцовъ 794. Червинскій 151. Чердынцевъ 597. Черемухинъ 306, 384. Черемшанскій 186. Черепнинъ 26, 598, 752. Черкасовъ 837. Чермакъ 65. Черниховскій 302, 672, 791. Черновскій 110. Черновъ 222, 223. Черномординъ 35. Черно-Шварцъ 7, 303, 624. Чернышевъ 756. Чернявскій 947. Чертовъ 520, 627. Чеховичъ 571. Чечоттъ 186, 752, 915. Чигаовъ 425, 861. Чижъ 385, 520, 629, 665, 667, 669, 786, 788, 826, 827, 913, 915. Чирвинскій 756. Чистовичъ 295, 342, 425, 586, 586, 587, 675, 715, 755, 794. Чистяковъ 547, 598, 944, 944. Членовъ 375, 376, 463, 463, 514, 709. Чорба 592. Чудновскій 827. Чуевскій 437. Чупровъ 183.

## Ш.

Шабадъ 256, 296. Шабанова 676. Шавловскій 139, 140, 180. Шадринъ 110. Шайкевичъ 385, 749. Шалита 947. Шамшинъ 105, 190, 346. Шанцеръ 308. Шапировъ 263. Шаповаленко 862. Шапошниковъ 794. Шаркевичъ-Шаржинскій 514. Шатерниковъ 490. Шафиръ 268, 859, 890. Шацкій 841, 872. Шварцъ 19, 794. Швейцеръ 104, 303, 341. Швецовъ 835, 946. Шеболдаевъ 716. Шене 422. Шенкъ 892. Шенъ 382. Шепилевскій 26, 495, 495, 827. Шервинскій 180, 180, 256, 520, 756, 950. Шеръ 338, 377, 859. Шестакова 295. Шефферъ 636. Шибовскій 824. Шидловскій 26, 27, 221, 520, 755, 916, 916. Шиле 583. Шиллингъ 521. Шимановскій 223, 714, 835. Шингаревъ 227, 384, 415, 496, 556, 556, 666. Шиповъ 30, 226. Ширманъ 345. Широкихъ 152. Ширяевъ 514, 588, 858. Шишкинъ 756. Шкаринъ 335. Шкотъ 385. 922. Шлатеръ 179, 478, 504, 537. Шлейеръ 671. Шлоккеръ 35. Шляпошниковъ 794. Шмидтъ 192, 268. Шмурло 374. Шнарбаховскій 306. Шнейдеръ 259, 375. Шницеръ 223, 224. Шолле 711. Шоуръ 922. Шпанбокъ 152. Шпигель 308, 866. Шрамченко 717. Штанге 346, 752. Штейнбергъ 305, 458. Штейнфельдъ 346, 386, 747, 749. Штейнфинкель 794. Штейнъ 299, 375, 376. Штернъ 637. Штраухъ 388, 791. Шуениновъ 631, 632. Шульгинъ 794. Шумахеръ 422. Шумова-Симановская 342.

## Щ.

Щастный 298. Щегловъ 516, 866. Щеголевъ 109. Щедровичъ 348. Щепановскій 228. Щербаковъ 148. Щербакъ 211, 261. Щербининъ 460, 787. Щукинъ 335, 495, 712.

## Э.

Эберлинъ 671. Эберманъ 149, 346. Эвансъ 495. Эверъ 489. Эйберъ 223. Эккъ 164. Энгельманъ 511. Эрберъ 345. Эрдманъ 755. Эрисманъ 716. Эриксонъ 915. Эрлихъ 417, 418, 586. Эрнротъ 381.

## Ю.

Юрасовскій 672, 791. Юрьевъ 714. Юцевичъ 384. Ющенко 457, 668.

## Я.

Яблоковъ 188, 190, 190, 303, 335, 346, 712, 830. Явейнъ 149, 342, 790, 861, 862, 863. Ягнъ 653. Якимовичъ 513, 514. Якимовъ 318, 362, 707. Якобзонъ 833. Якобій 883. Якобсонъ 147, 192, 487, 633. Яковенко 53, 462, 520. Яковлевъ 190, 190, 597, 708. Якубовичъ 520. Якубовъ 715. Якушевичъ 298. Ямпольскій 223. Янишевскій 152, 558. Яновскій 342, 667, 724, 860, 861, 862. Янчевскій 794. Яроцкій 946. Ярошевскій 216, 218, 665, 825. Ярхо 831. Ясенецкій-Войно 306. Ясный 491. Ястремскій 35, 35. Яхнина 222. Яхонтовъ 27. Яцута 376.

## Ѳ.

Ѳаворскій 62, 62, 63. Ѳедоровъ 1, 65, 152, 182, 522, 636, 717, 801, 866, 828, 829.

Digitized by Google

## ИНОСТРАННЫЯ ИМЕНА.


### A.

Achard 152. Adler 621, 621. Ahlström 583. Albanus 510. Albarran 370. Albrecht 946. Alessandri 783. Allen 388. Altschüler 883. Amann 24. Ameisen 664. André 543. Andrews 228. D'Antona 797. Antonelli 138. Apetz 623. Ardin-Delteil 661. Aremberg d' 498. Arlt 100. Arrhenius 36. Asakawa 290. Aschaffenburg 268. Audebert 333. Augagneur 866.

### B.

Baas 911. Baerman 913. Bajardi 212. Balestre 36. Ballay 387. Ballowitz 670. Balvay 252. Bälz 638. Bamberg 512. Barabás 510. Baraduc 72. Bardas 866. Bardeleben 796. Barfourth 670. Barjansky 909. Barkan 453. Barnard 135. Barraquer 100. Baskerville 678. Bass 410. Bassevitz 884. Bassini 758. Bastian 413. Baudouin 387. Baumstark 909. Bayle 428. Bayly 598. Bechir 678. Beck 411. Behrend 702 Behring 946. Belli 54. Becquerel 866. Berger 72. Bergmann 56. Bergonié 821. Bernstein 822. Bertarelli 251, 468. Bevan 663. Bier 428, 582. Bierring 136. Bindermann 334. Bizard 415. Blascheck 58. Blauel 56. Bloch 413. Bloodgood 292. Bluhm 704. Blum 543. Boettiger 857. Bokay 177. Bombarda 758. Bonanome 702. Bondi 591, 624. Bonis 660. Bonmariage 494. Bonnal 36. Bornstein 55. Bouchard 428. Bozoky 741. Braus 670. Brindel 59. Brindley 660. Broca 332, 866. Brodie 621. Brouardel 268. Brugsch 251. Brunn 511. Bruns v. 57. Brunsgaard 177. Buday 908. Büdingen 781. Bullow 700. Bum 922. Bunge 176, 213.

### C.

Calmette 36, 717. Cantonnet 59, 885. Cao 659. Caro 705. Carrion de la Carrière 717. Caseaux 585. Castex 30. Cavazzani 781. Caziot 661. Celli 20. Chamberland 922. Chantemesse 36, 72, 152. Charpentier 72, 151, 387. Charrin 758. Chevassu 662. Chompret 885. Clark 662. Clemm 741. Cohen 136. Cohn 455, 585. Cohnheim 410. Coley 782. Collins 583. Comanos-Pacha 597. Comby 635. Condamin 705. Condelli 660. Coppez 58, 824, 824. Corda 824. Cornil 428. Costa Hemao da 758. Coste 136. Courmont 543. Craig 546. Cramer 546. Credé 450. Cristiani 821. Croner 591. Crzellitzer 138. Cuperus 911. Curie 72, 112, 151. Curran 36. Cybulski 894.

### D.

Danysz 36, 72. Darling 837. Davidson 662. Debout 884. Debove 152, 308, 428. Delbastée 498. Delherm 215. Dembiński 622. Demmler 96. Dennis 664. Depage 824. Destot 98. Devaux 228. Devilliers 855. Dewar 371. Diel 885. Dignat 678. Dilg 483. Dixon 621. Dokin 544. Donovan 558. Douglas 372. Downes 23. Doyen 348, 922. Dreuw 913. Dreyfus 139. Dubois 922. Duclaux 672, 678, 717, 884. Dufaur 758. Duplay 72. Dupond 60. Durr 192. Duyse van 886.

### E.

Ebel 510. Ecker 674. Edel 782. Edsall 857. Ehrlich 583, 678, 796. Ehrmann 486. Ehrnrooth 455. Eiselsberg 213. Ellis 135. Elsberg 332. Ely 21. Emminghaus 348. Engler 713. Enriquez 661. Erb 413, 820, 912. Esbach 35. Ewald 678. Exner 758.

### F.

Fabian 484. Faisans 152. Falkenstein 174. Faucette 192. Faulds 823. Farreras 99. Fassett 468. Federmann 702. Fehling 24. Fehr 856. Feilke 454. Fejér 412, 453. Ferlito 622. Feuerstein 486. Ficker 483. Finger 498. Fischer 487, 621, 742. Fliess 454. Foisy 174. Fordyce 887. Forgue 663. Forsyth 700. Fournier 922. Fraenkel 910. Françon 950. Frank 372, 740. Franke 373. Frankenhäuser 97. Frankl 214 Freund 856, 922. Freud 385. Frick 484. Friedberger 482. Friedländer v. 22. Friedmann 660. Froelich 98. Fuchs 622. Fueth 176, 176.

### G

Gaffky 387. Gaillard 825. Galewski 677. Gally 192. Gant 663. Garnier 468. Gaucher 786. Gaupp 674. Gautier 465. Geissler 781. Geldner 139. Gelpke 743. Genairon 580. Genth 546. Georgii 701. Gerber 60. Gerest 580. Gerock 623. Gibson 332. Gilles de la Tourette 922. Ginestous 59. Giordano 370. Giovanni 468. Girard 192. Glaessner 291, 661. Glenny 662. Glower 678. Glücksmann 910. Goldscheider 428. Golgi 468. Golli 740. Gosset 702. Gottlieb-Salus 21. Grancher 634. Granjux 797. Grasset 36. Grawitz 268. Greeff 598. Gregoire 584. Groenouw 856. Grothjan 268. Grünbaum 837. Grützner 54. Guilford 100. Guiteras 21. Gurwitsch 670. Gusserow 308, 922.

### H.

Hackenbruch 137. Hacker 268. Hackl 372. Hahn 54, 412. Hähnel 268. Haim 910. Hale 100. Hallion 661. Hallopeau 308. Hamburger 60. Hanszel 147. Harman 58. Harris 428. Harte 331. Harz 212. Hasse 268. Hawthorne 371. Heichelheim 409. Heinecke 822. Hekma 543. Hellendall 57, 744. Hellion 213. Hengge 705. Henriet 866. Hérard de Bessé 36. Herbert 451, 911. Hertel 623. Hesse 510. Heubner 344. Heymann 621. Hichens 371. Hildebrandt 175. ...genreiner 412. Hippel 583. Hirschberg 138, 624. His 837. Hochenegg 228. Hochstetter 670. Hodgson 661. Hofbauer ... Hofman 453, 483. Holzknecht 922. Hotz 485. Hulleu 178. ... 58. Hutinel 214.

### I.

Ibrahim Pacha Hassan 598. Impens 482.

### J.

Jackson 36, 428. Jacobi 834, 886. Jägerroos 250. Jaksch ... Jameson 387. Jeanbrau 663. Jentsch 385. Jesionek 177. Jes... 59, 824. Jochman 20. Jolly 152, 267, 922. Joteyko 866. Juler ... Jürgens 884.

### K.

Kamen 212. Kampherstein 744. Kaplan 700. Kappis 510. Ka...mann 785. Kayser 291, 623. Keferstein 268. Keibel 670. Kel... 411. Kemp 942. Kermargant 468. Kienböck 922. Kisch 820. Kje...berg 558. Klebs 308. Klein 152. Klieneberger 452. Knecht ... Koch 385, 922. Koenig 796. Köhler 825. Kohnke 866. Köllik... 670. Kollmann 670. Körte 452. Kossel 544. Kraemer 101, 3... Kramer 409. Kraft 717. Krause 268, 348, 543. Krebs 661. Kre... 950. Krogius 57. Kronfeld 147. Kuhn 942. Kurella 385. Kuttn... 348, 638. Küttner 452. Kurzezunge 704. Kuwahara 138.

### L.

Labadie-Lagrave 291. Ladenburg 268. Lafosse 825. Lagorio 55... Landry 411. Landolt 468. Landouzy 717. Lapenta 72. Lapersonn... 99, 138. Lasegstein 268. Lassueur 909. Lauenstein 581. Lavera... 460. Lawerence 428. Laquerrière 215. Lecène 702. Legrain 22... Le Gendre 678. Leibholz 410, 820. Leibkind 292. Lenné 45... 741. Lentz 19. Lepage 678. Lereboullet 678. Lermoyez 151. Leroux 138. Le Roux 784. Lesser 625. Lettan 137. Letulle 152. Levison 292. Levy 152, 371. Lewerenz 56. Liébault 348, 922. Liebreich 509. Lion 910. Lipfert 511. Lisner 913. Loebl 545. Loeper 739. Loew 485. Loewenfeld 385, 385. Lomer 101. Löppritz 57 Louste 739. Löw 701. Löwy 665. Lucas 742. Lucas-Championnière 175. Luciani 468. Lucke 215.

### M.

Mabille 72. Mac Ballan 36. Mac Callan 58. Mc Coy 22. Mac Dermott 498. Mac Donald 894. Mac Gée Newcomb 387. Mackie 785. Magendie 35. Magnan 225. Maher 661. Maiocchi 468. Mallory 152, 705. Mangiagalli 834. Manton 139. Marchand 112, 348. Marcuse 758. Marey 837, 866. Marie-Davy 894. Mark 23. Martin 22, 24, 942. Martina 176. Martino de 498. Martin-Saint-Laurent 215. Marx 455. Massey 454, 454. Maston 797. Matignon 387. Mayer 268. Maylard 942. Meyer 331, 374, 758. Mellinger 468, 758. Menzer 483. Mercier-Bellevue 254. Mériel 663. Mering 621. Merkel 112. Meurisset 228. Meves 670. Mezincescu 251. Michel 544. Michelis de 821. Miguel don 180, 255, 297. Mikulicz 293. Millant 428. Mishima 99. Moat 866. Mohaupt 176. Moissonnier 99. Moll 251. Monell 192. Morelli 883. Morgan 135. Morichau-Beauchaut 411. Morisani 797, 834. Morrow 22. Morse 102. Moser 254. Mosse 268, 348. Mosso 468. Moullin 372. Moure 59. Mousse 758. Müller 175, 410, 660. Munyon 866. Murray 292.

### N.

Nance 512. Narath 411. Naunyn 678, 950. Neeck 661. Nehrkorn 703. Neilson 332. Neisser 638, 785, 822. Neumann 484, 498. Nicolich 370. Nicolle 884. Nitsch 102. Nobécourt 173. Noguchi 894. Noorden 922. Norris 662.

### O.

Oberlaender 455. Olivièr 72. Onfray 823. Opin 138. Oppenheimer 23, 58, 331. Ornellas d' 717. Ostrcil 911. Oswald 700. Overlach 510.

### P.

Pacyna 512. Pal 292. Palm 212. Paltauf 252. Panas 950. Pannwitz 192, 268. Papegaey 825. Pasteur 950. Paterno 678. Pawinski 622. Payr 373, 373. Péchin 59, 137. Perzerico 387. Pfaehler 598. Pfeiffer 112. Pflüger 468. Phillips 72. Phisalix 387. Pilsbury 700. Pinckney 428. Pirone 450. Ploetz 268. Poirier 308. Pollak 704. Ponfick 268. Portis 854. Potain 557. Poulard 784. Pousson 66. Prantl 713. Pręgowski 415. Prettin 292. Primrose 136. Proust 72. Przewoski 485. Pulstinger 291. Pusey 453.

### Q.

Quest 664.

### R.

Rabl 950. Raczyński 740. Radzikowski 544. Raehlmann 174. Rafin 823. Rahm 598. Raimann 544. Ramström 670. Reclus 662.


Digitized by Google

Reguanlt 411. Reingold 701. Remlinger 482. Renard 884. Renault 858. Renaut 36. Rénon 175. Retzius 670. Reuter 758. Reverdin 758, 911, 922. Revon 598. Riecke 177. Riegler 330. Riehl 56. Riese 137. Ritsert 580. Ritter 678. Robin 557. Robinson 583, 678. Rodet 19, 922. Roger 152, 705. Rollin 137, 291. Romberg 112, 348. Rona 334. Rosenthal 228. Rosewater 451. Rostaine 786. Rothberger 53. Rothschild 832. Roussel 557. Roux 36, 54, 112, 717, 920, 922. Rubel 60. Rucker 701. Runeberg 544. Rust 453. Rydygier 582.

## S.

Saake 55. Salge 177. Salzmann 294. Samberger 102. Santos Fernandez 23. Sauerbruch 742. Sawyer 372. Saxe 21. Scarenzio 468, 797. Schaefer 451. Schaper 670. Schauta 25. Schede 428. Schenk 941. Schiele 291. Schmidt 913. Schmidt-Rimpler 373 Schröder 451. Schrötter 922. Schücking 371. Schultz 214. Schultze 670, 702. Schumburg 291. Schumacher 825. Schuster 545. Schwab 581. Schwarz 290. Schweinitz 857. Schweninger 428, 638. Scott 522. Scrib 638. Seegen 112. Seiffert 484. Seiler 701. Senator 97. Senn 348, 388. Senni 663. Sheldon 598. Sichel 663. Sick 623. Siegrist 345, 468, 468. Siemerling 887. Sieveking 388. Sigel 661. Silberstein 886. Simon 558. Sklarek 255. Slosse 758. Slusher 717. Smart 387. Snellen 348. Soltmann 454. Sombart 385. Sommer 135. Spencer 385. Sperk 486. Stankovic 100. Stanley 372. Steindorff 138. Stephenson 824. Stern 543. Stewart 412, 498. Stocker 468, 758. Stoutz 701. Struntz 598. Sulzer 332. Sutzenberger 213. Szendeff 797.

## T.

Tabora 252, 780. Tappeiner 177. Taylor 337, 742. Tessier 228. Thomas 485. Thomson 854. Thondike 717. Thoenes 21, 623. Tietz 19. Tingvall 268. Trevithick 411. Troncoso 412. Trousseau 99. Truffi 468. Trüper 268.

## U.

Uhlworm 304. Uhthoff 268. Urstein 290, 580.

## V.

Vacari 883. Veiel 334, 785. Veit 24. Veyrassat 911. Vidal 152, 557. Vincentiis 866. Virchow 110, 228, 268. Voelcker 411. Vogel 137. Vogler 758. Vogt 670. Voisin 173. Volhard 19. Volland 781. Volpino 251. Vossius 552. Vriese de 670.

## W.

Wagner 96. Waitz 797. Wallart 101. Wallich 744. Wallset 706. Walsh 854. Warry 36. Weaver 821. Weber 484. Weichardt 53. Weil 705. Weinbrenner 584. Wernicke 485. Wertheim 23. Westcott 152. Weyprecht 97. Whittles 622. Widowitz 102. Wiedersheim 674. Wiesener 717. Willcock 621. Williamson 215. Wing 583. Winter 584. Winternitz 581. Witberbee 136. Wolffberg 58. Wood 387. Woolsey 293. Wurdack 910.

## Z.

Zabel 100. Zeissl 890. Zeleński 102, 745. Ziechen 267, 922. Ziehl-Gabbet 35. Zirkelbach 22. Zlocisti 333.

# ПО ПРЕДМЕТАМЪ [1]).

## А.

**Абастуманъ** 92, 170, 366. **Адреналинъ**, впрыскиванія подкожныя, вліяніе на кровь 297; —, — —, измѣненіе цвѣта кожи 371; —, — — при бронхіальномъ удушьѣ 700; — въ глазной практикѣ 58, 58; — для обезкровливанія при гинекологическихъ операціяхъ 371; —, невоспріимчивость къ нему 297; — при болѣзняхъ уха и носа 254; — — почечуйныхъ узлахъ 855; —, смѣсь съ кокаиномъ 174; —, физіологическія свойства 621. **Академіи** медицинскія практическія, организація 171. Академія В.-Медицинская, врачи оставленные при ней 755; — — —, — прикомандированные, отправка на Дальній Востокъ 226, 636, 892; — — —, замѣщеніе уѣхавшихъ на Дальній Востокъ профессоровъ чч. преподавателями 384; — — —, защита диссертацій см. врачи, защитившіе диссертаціи; — — —, каѳедры свободныя, кандидаты 425; — — —, Коммиссія испытательная 465; — — —, — —, число окончившихъ 714; — — —, курсы для подготовки сестеръ милосердія на театръ военныхъ дѣйствій 466, 947; — — —, — японскаго языка 426; — — —, отмѣна лагернаго сбора для студентовъ 835; — — —, памятникъ *С. П. Боткину* 892; — — —, персоналъ преподавательскій въ 1902—1903 г. 265; — — —, порядокъ допущенія къ соисканію званія ч. преподавателя 425; — — —, правила о пріемѣ 948; — — —, практическія занятія по рентгеноскопіи 921; — — —, преподаваніе зубныхъ болѣзней, улучшеніе постановки 636; — — —, присужденіе наградъ 755; — — —, профессора новые 834; — — —, рѣчь актовая въ 1904 г. 425; — Медико-Хирургическая, юбилей врачей выпуска 1854 г. 149. Акромегалія 302. Актиномикозъ см. грибокъ лучистый. Акушерство оперативное, его основы и задачи 353; —, положеніе его у славянъ внѣ предѣловъ Россіи 185. **Алкоголизмъ**, борьба съ нимъ 386, 397, 665, 665, 666, 717, 949; —, — — —, амбулаторіи 216; —, — — —, курсы для изученія его въ Berlin'ѣ 268; —, — — — путемъ печати, искъ одного изъ фабрикантовъ ликеровъ противъ Georges'a Ohnet 36; —, — — — чрезъ посредство народной школы 267; —, запись преступленій, совершенныхъ въ состояніи опьяненія 467; —, лѣченіе амбулаторное 25; —, — внушеніемъ 25, 216; —, русскія народно врачебныя средства отъ него 132, 217; — среди женщинъ въ London'ѣ 387; — — учащихся въ народныхъ школахъ 949. Алкоголики, амбулаторіи для нихъ, значеніе въ борьбѣ съ пьянствомъ 216; —, — — —, организація 130, 216, 216; —, заболѣваніе нервное, интересное съ бытовой стороны 837; —, лѣчебницы для нихъ 717; —, — — —, организація 216; —, — — —, принудительное помѣщеніе 397, 665, 665, 666; —, лѣченіе въ спеціальномъ учрежденіи, основные пункты психотерапіи 217; —, пріютъ въ Саратовѣ 71. **Алкоголь**, вліяніе на образованіе предохраняющихъ веществъ 482; —, обеззараживаніе рукъ 176; —, отравленіе 857; —, увеличеніе расхода водки съ введеніемъ казенной продажи 307. **Амбулаторіи** см. больницы. Амбулаторія см. больница. Аммiакъ, техника перегонки 734. Амфибіи, яйца, способность возрождаться 670. **Анейризма** аорты 260, 411, 693; — — восходящей, распознаваніе тромбовъ 298. Анкилостоміазъ 387. Антипиринъ, отравленіе имъ 54, 665. **Аорта**, анатомическія измѣненія при сифилисѣ 418; —, анейризма 260, 411, 693; — восходящая, анейризма, распознаваніе тромбовъ 298. **Аппендицитъ** см. отростокъ червеобразный. Аптека походная 919. Аптеки вольныя, дозволеніе заниматься женщинамъ 69; —, неточные мѣры и вѣсы 69; —, новый уставъ 921; — новыя, нормальныя въ Петербургѣ 468; —, отклоненіе ходатайства Полтавской Думы объ открытіи городской аптеки 894. **Арестанты**, антисанитарное содержаніе 716. Армія дѣйствующая, борьба со столбнякомъ 715; — —, — — эпидеміями 715, 755, 755; — —, заболѣваемость 892; — —, снабженіе ея лазаретами и отрядами 555; — —, оспопрививаніе 555; — —, хлопоты о распространеніи гомеопатическаго лѣченія въ ней 387; — русская, распространеніе парши 513; — —, санитарныя условія службы въ Туркестанскомъ военномъ округѣ 192; — французская, смертность 192; — —, частота дифтеріи 797; — японская, заболѣваемость 638, 758; — —, похвала солдату 837; — —, смертность ежедневная отъ холеры 794; — —, число врачей и фармацевтовъ 348; — —, эпидеміи 835, 894. Артеріи основанія мозга 670. Артеріосклерозъ, параличъ глазной 137; — черепномозговой, душевное разстройство 492; — экспериментальный 820. Артерія затылочная, расширенія 510; — подключичная, расширеніе травматическое при переломѣ ключицы 332; — сонная внутренняя, расширеніе 56; — — наружная, перевязка 1-сторонняя при новообразованіяхъ 181; — — общая, медленная перевязка 885; — центральная сѣтчатки, закупорка частичная 294, 453. **Аспиринъ** при Виттовой пляскѣ 215. Асфиксія, вліяніе на маточныя сокращенія 333. Атропинъ, желательность примѣненія его при нѣкоторыхъ глазныхъ болѣзняхъ 888; —, отравленіе 911. Ахилія см. желудокъ.

## Б.

**Бактеріи** см. микробы. Бактеріологія кори 927; —, техника 261. Балантидіи 632. Бани народныя общественныя 70. **Бедро**, грибокъ лучистый 56. Безобразія санитарныя 151. Безплодіе, достиженіе его, выборъ способа операціи 546; —, лѣченіе оперативное 22. Безсиліе половое, іогимбинъ 428. Беременность, аппендицитъ 670; — внѣматочная, измѣненія въ слизистой оболочкѣ матки 585; — —, сходство съ аппендицитомъ 302; — межуточная 584; —, прерываніе искусственное при заболѣваніяхъ внутреннихъ органовъ 25; —, — — — заразныхъ болѣзняхъ 25; —, — — — сочетанномъ порокѣ сердца и падучей 27; — при прогрессивномъ параличѣ 704; —, созиданіе плода 250; —, соотношеніе съ бугорчаткою 54. Библіотеки въ больницахъ желѣзнодорожныхъ 865; — жертвуемыя 69. **Больница** «Allgemeines Krankenhaus», закладка новыхъ зданій 950; —, амбулаторія безплатная въ Ковнѣ 266; —, — русская въ Тегеранѣ 308; —, — центральная при факультетскихъ клиникахъ въ Одессѣ 109; — безплатная въ Charlotenburg'ѣ 950; — для раненыхъ въ Харбинѣ 345; — городская Алафузовская, Общество благотворительное 33; — — въ Курскѣ 467; — — — Николаевѣ, добрый починъ попечительнаго Совѣта 426; — — дѣтская, новая, въ Петербургѣ, главный врачъ 835; — — Кіевская, Цесаревича Александра, конкурсъ на должность ординатора хирургическаго отдѣленія, кандидатура профессора 306; — — —, — —, обзоръ хирургической дѣятельности при гинекологическомъ интернатѣ въ 1900 и 1901 гг. 325, 364, 406; — —, Лазаретъ Рождественскій барачный въ Петербургѣ, назначеніе главнаго врача 149; — —, — — — — —, училище лѣкарскихъ помощницъ и фельдшерицъ, назначеніе директора 149; — — Либавская, «инцидентъ съ врачами» 71; — — Маріупольская, обвиненія въ печати 35; — — Московская глазная имени Алексѣевыхъ, назначеніе директора 69; — — — психіатрическая Алексѣевская, назначеніе главнаго врача 946; — — Одесская, музей патолого-анатомическій 149, 677; — —, смѣта на содержаніе въ 1904 г. 69,

[1]) Для болѣе удобнаго отъискиванія *каждое слово съ новой второй буквой* набрано болѣе жирнымъ шрифтомъ; кромѣ того, набраны болѣе жирнымъ шрифтомъ и слова, особенно богатыя указаніями. — Если передъ цифрой стоитъ №, то это значитъ, что данная цифра относится къ обложкѣ соотвѣтственнаго №.

Digitized by Google

806; — — Петропавловская, въ Петербургѣ, главный врачъ 834; — — Св. Пантелеймона для душевно-больныхъ, отчетъ за 1902 г. 308; — — Севастопольская, перемѣна старшаго врача 34; —, грязелѣчебница Сакская, вопросъ о коллегіальномъ завѣдываніи врачами 557; — для алкоголиковъ въ New-York'ѣ 717; — — затяжныхъ больныхъ въ Саратовѣ 347, 836; — — неизлѣчимыхъ больныхъ въ Минскѣ 308; — — чернорабочихъ въ Кіевѣ, 10-лѣтіе 266; — д-ра *С. Н. Колачевскаго* 921; —, «Домъ призрѣнія для душевно-больныхъ» на Удѣльной, институтъ помощниковъ надзирателей 667; — дѣтская заразная *Pasteur*'а въ Парижѣ 711; — — новая въ Вѣнѣ 103; — — Ольгинская въ Москвѣ, данныя за 15 лѣтъ для этіологіи, симптоматологіи и распознаванія фибриновнаго воспаленія легкаго 104; — Gross Lichterfelde, исключеніе изъ списка больницъ для прохожденія практическаго года 638; — земская губернская Воронежская, реорганизація 467; — —, уѣздная, спеціальная 777; — — Харьковской губ., отчетъ по психіатрическимъ отдѣленіямъ за 1902 г. 385; — Китайская во Владивостокѣ 757; —, лазаретъ гарнизонный въ Metz'ѣ, анкилостоміазъ 387; —, лѣчебница глазная въ Ковнѣ при амбулаторіи Краснаго Креста 190; —, — — — Новобаязетѣ 467; —, — — Петербургская, назначеніе директора 33, 149; —, — городская въ Елисаветполѣ 308; —, — для алкоголиковъ въ Астрахани 190; —, — — душевно-больныхъ близь Штакельна 386; —, — — хрониковъ въ Маріинскомъ посадѣ 386; —, — земская Рѣчицкая, устройство здравницы для легочныхъ больныхъ 109; —, — Краснаго Креста въ Елизаветградѣ 386; — монастырская Саровской пустыни, пожаръ 228; — Норвежская въ New-York'ѣ 348; — общественная Бендерская, курьезный уставъ 796; — Петербургская Маріинская, назначеніе директора 946; — психіатрическая Смоленскаго Земства, массовый уходъ ординаторовъ 225, 382, 796; — — Уфимскаго —, отчетъ за 1902 г. 427; — родовспомогательная новая въ Серпуховѣ 227; — фабричная въ Шуѣ, безпорядки 111; — Winchester'ская, постройка «солнечной палаты» 308. Больницы, амбулаторіи для алкоголиковъ 132, 216, 216; —, — — —, участіе ихъ въ борьбѣ съ пьянствомъ 216; —, — новыя 836; — , — Петербургскаго попечительства о народной трезвости и городской санитарной Коммиссіи, лѣченіе пьянства внушеніемъ 25; — городскія Московскія, избраніе старшихъ врачей 466; — — —, недопущеніе полотеровъ со стороны 468; — — —, положеніе ихъ 921; — — —, эвакуація больныхъ 921; — — Петербургскія, ассигновка на ихъ улучшеніе 921; —, «dispensaires antituberculeuses», устройство ихъ въ Berlin'ѣ 171; — для душевно-больныхъ, борьба съ бугорчаткой 668; — — чахоточныхъ, запрещеніе открывать въ городской чертѣ въ Калифорніи 468; — дѣтскія, вторичныя заболѣванія, борьба съ ними 711, 830; —, желательность безплатной работы въ нихъ незамужнихъ состоятельныхъ женщинъ 678; желѣзно-дорожныя, библіотеки 865; — земскія, отношенія взаимныя между ними и университетскими клиниками 346, 496, 636; — —, реорганизація 15; — —, смотрителя 796; — London'скія, скудость содержанія интерновъ 894; —, лѣчебницы для алкоголиковъ 216; —, — — —, принудительное помѣщеніе 397; —, лѣченіе больничное заразныхъ больныхъ 942; налогъ больничный, проэктъ 110; — New-York'скія, дефицитъ 228; — новыя 103, 171, 190, 190, 227, 266, 308, 308, 308, 345, 347, 348, 386, 386, 386, 467, 467, 468, 597, 597, 597, 836; 921, 950; —, правила больничныя, мѣры противъ нарушенія ихъ больными 676; —, приспособленіе ихъ для принятія раненыхъ 426; — психіатрическія, однообразная форма отчетности 455; — сгорѣвшія 228, 388, 468, 866, 893; —, число больныхъ бугорчаткою 598. Больной, убитый обрушившимся потолкомъ 837. **Больные** душевные, бугорчатка у нихъ 668; — — бѣсноватые, устраненіе скопленія ихъ около церквей и удаленіе изъ церквей 71; — —, осужденные за преступленія 757; — —, отсутствіе пріютовъ для нихъ въ Восточной Сибири 557; — —, положеніе ихъ въ Приморской области 557; — —, призрѣніе ихъ 496; — —, — —, опытъ выселенія изъ больницъ въ семьи крестьянъ 190; — —, — —, организація 186, 456; — —, — —, — въ Россіи 455; — —, псейдоафазическая спутанность сознанія 918; — - , содержаніе на привязи 34; — —, уходъ за ними 667; — —, число ихъ въ Варшавской губ. 34; — заразные, лѣченіе больничное 942; — —, предохранительныя мѣры 701; — истеричные, ритмическія движенія гортани 374; — —, placentophagia. 758; — —, удаленіе изъ церквей 71; — истощенные, поддержаніе питанія, подкожныя впрыскиванія бѣлковыхъ растворовъ 450; — нервные, лѣченіе ихъ въ курортахъ и здравницахъ 913. Болѣзни глазныя см. глаза; — гнилостныя, колляргол 545; — душевныя, границы сумасшествія 301; — —, кататонія 786, 786, 786; — —, массовыя галлюцинаціи и иллюзіи 186; — —, непреодолимое влеченіе къ поѣданію необычныхъ веществъ 339; — —, психозъ *Корсаковскій* 549; — —, — полиневритическій 186; — —, терапія ихъ, солевыя вливанія 159, 826; — дѣтскія, спеціальность, современное положеніе 219; — женскія, дисменоррея, происхожденіе 214; — — разлитые перитониты 81; — заразныя, борьба съ распространеніемъ ихъ, нежелательность насильственныхъ мѣропріятій 34; — — въ Кашгаріи 589; — —, обеззараживаніе, права земскихъ врачей 637; — — острыя, воспаленіе зрительныхъ нервовъ 138; — — — у дѣтей, измѣненія въ спинномозговыхъ узлахъ 336, — —, прерываніе беременности 25; — затяжныя, лѣченіе большимъ количествомъ яицъ 22; — , значеніе изслѣдованія крови для распознаванія и лѣченія 566, 606; — кожныя см. кожа; — колоніальныя, необходимость примѣненія механической защиты кожи отъ укуса комаровъ 468; — народныя, борьба съ ними 419; — нервныя, лѣченіе электромагнитами 585; — — острыя, происхожденіе 825; — —, этіологія значеніе trichocephalus dispar 262; — острыя, лѣченіе большимъ количествомъ яицъ 22; — половыя среди студентовъ, борьба съ ними 708; — послѣродовыя см. роды; — профессіональныя булочниковъ 677; — — грузчиковъ 151. Болѣзнь англійская у дѣтей, вскармливаемыхъ материнскимъ молокомъ 219, 219; — *Banti*, изсѣченіе селезенки 292; — бери-бери въ Японіи и Сахалинѣ 65; — — —, заразительность 135; — *Bright*'ова, оперативное лѣченіе 21; — Craw-craw 622; — *Weil*'я 255; — *Werlhof*'ова, связь съ бугорчаткой 929. **Бредъ**, состоянія бредовыя, скоропроходящія 750. Бродила въ живыхъ и убитыхъ дрожжахъ 751; — гидролитическія 613; — окислительныя полости рта и слюны 300; — пищеварительныя у плодовъ и недоношенныхъ дѣтей 712. Бромъ, вліяніе на жизнеспособность животныхъ и холерныхъ палочекъ 827; —, обеззараживаніе питьевой воды 26. Бронхи, болѣзни ихъ, кодеинъ іодистый 291; —, бронхо-пнеймонія у дѣтей, хлориды спинно-мозговой жидкости 173. Брошюра иллюстрированная въ память врача-человѣка *И. В. Лешко-Попеля* 33; — проф. *Fournier* на языкѣ эсперанто 922. Брыжейка общая, ненормальное положеніе кишки взрослаго человѣка 140; — ободочной восходящей кишки, опухоль млечная 663. Брюшина, бугорчатка, лѣченіе 21, 623; —, воспаленіе прободное тифозное у дѣтей 332; —, — — —, успѣшная операція 331; —, — разлитое, вызванное болѣзнями женскихъ половыхъ органовъ 81; — пристѣночная, нервы 670. **Бугорчатка**, борьба съ ней 151, 152, 637, 668, 677, 894; —, — — —, Бюро центральное Международное 268; —, — — — въ Россіи 268; —, — — —, рекламныя снадобья, какъ помѣха 468; — брюшины, лѣченіе 21, 623; —, возникновеніе 781; —, вызываніе невоспріимчивости у морскихъ свинокъ 660; — гортани, лѣченіе фенилъ-пропіоловокислымъ натромъ 701; — грыжевого мѣшка 623; — десенъ 331; —, дѣйствіе чеснока 781; — животныхъ, содержатъ-ли лимфатическія железы предохранительныя или лѣчебныя вещества? 19; —, журналъ спеціальный новый 950; костей и суставовь 142; — — — —, мѣстоположеніе ея, разстройства кровообращенія 143; — — — — у дѣтей 143; — легочная, вливанія легочныя проф. *Jacob*'а 907; — —, значеніе вторичныхъ микробовъ 883; — —, кровотеченія, особенности 741; — —, лѣченіе 661; — —, — іодоформомъ 371; — —, — тіоколомъ и сиролиномъ 244; — —, — фенилъ-пропіоловокислымъ натромъ 701; — —, — хирургическое 96; — —, мокрота, обнаруженіе палочекъ 483, 510; — —, отношеніе къ порокамъ сердца 741; — —, предсказаніе, значеніе частоты пульса 175; — —, происхожденіе и распространеніе, взглядъ *Behring*'а 331, 368; — —, смертность 717; — — хроническая, газовый обмѣнъ 581; — — —, подкожная эмфизема 175; — матки, сочетаніе съ ракомъ 101; —, номенклатура 950; — оболочекъ сосудистой и соединительной глаза 824; — органовъ половыхъ женскихъ 24, 548; — первичная, поджелудочной железы 586; —, передача сигарами 387; —, пораженіе кишки, двукратное изсѣченіе 261; —, — кожи 177; — почекъ, распознаваніе, значеніе изслѣдованія мочи на бугорчатковыя палочки 21; —, прививка ея человѣку, опытъ проф. *Moeller*'а 368; — просовидная у дѣтей 491; — путей слезныхъ 784; —, пути зараженія дѣтскаго организма 368; —, связь съ *Werlhof*'овой болѣзнью 929; —, смертность въ New-York'ѣ 152; —, — — штатѣ Massachusetts, уменьшеніе 267; —, соотношеніе съ беременностью 54; — суставовъ, задачи хирургіи 143; — — оперативное лѣченіе, изсѣченіе 181; —, Съѣздъ Американскій Bell'я, отказъ отъ участія врачей штата Indiana 152; —, устройство «Dispensaires antituberculeuses» въ Berlin'ѣ 171; — хирургическая 142; — —, гнойники холодные 143; — —, зараженіе смѣшанное 142; — —, отношеніе ея къ легочной чахоткѣ и траумамъ 143; —, число больныхъ въ больницахъ 598. **Бѣлки**, введеніе ихъ въ организмъ, значеніе количества при сахарномъ мочеизнуреніи 450; —, изслѣдованія ихъ 544; —, растворы бѣлковые, подкожныя впрыскиванія для поддержанія питанія истощенныхъ больныхъ 450; —, созиданіе плода 250; — тѣла, измѣненіе ихъ при голоданіи 343. Бѣлокъ фибринородный, повышеніе количества его въ плазмѣ при стрептококковомъ и пнеймококковомъ зараженіи 268. Бѣшенство 482; — въ Philadelphi'и, лѣченіе по *Pasteur*'у 758; — людей отъ укусовъ бѣшенаго волка, прививки, смерть 228; —, прививки лѣчебныя 677, 716; —, — предохранительныя 393, 558; —, токсины и «virus fixe», вліяніе на окислительную способность организма 342; —, тѣльца *Negri* 251; —, эпизоотія и эпидемія его въ Ананьевѣ Херсонской губ. 347. **Бюро** медико-санитарное Нижегородское, условія службы 69; — — — центральныя 521; — Международное центральное по борьбѣ съ бугорчаткою 268; — санитарное въ штатѣ Utah, борьба съ патентованными средствами 558; — — при Харьковской губернской земской Управѣ, назначеніе завѣдующаго 466; — центральное психіатрическо-статистическое 455. Бюстъ проф. *И. М. Балинскаго* 465; — — *Bardeleben*'а 796; — — *E. Bälz*'а 638; — — *Koenig*'а 796; — — *Schrötter*'а 922; — — *J. Scrib*'а 638.

# В.

**Вагоны** для чахоточныхъ 428; — склады 835. Ванны грязевыя въ Ессентукахъ, постоянный врачъ 795; — для рожениц 302, 825; — углекислыя, тепловое раздраженіе кожи, какъ причина дѣйствія ихъ 97; — электрическія, съ перемѣннымъ токомъ, лѣченіе недостаточности сердечной мышцы 164, 781. Вена

Digitized by Google

воротная, склерозъ первичный 908; — непарная, шумъ венный 292; — нижняя полая, возможность поранения при изсѣченіи почки 702. Вены, расширеніе врожденное 828. Вероналъ 544, 621; —, фармакологія его 201. Вещества азотъ содержащія, обмѣнъ при сифилисѣ 860; — защитительные молока 941; — лѣкарственныя, вліяніе на движенія вырѣзаннаго кишечника животныхъ 897; — —. новый способъ вапоризаціи 841, 872; — осмотическія, лѣченіе глаукомы 885; — предохраняющія, вліяніе алкоголя на ихъ образованіе 482; — флуоресцирующія, введеніе въ желудокъ при опредѣленіи положенія величины и равномѣрности стѣнокъ его 942; — —, лѣченіе кожныхъ болѣзней 177; — химическія, обеззараживающія, дѣйствіе на микробовъ 291. Вещество жировое, новое 509; — упругое, окрашиваніе 179. **Вибраціи** механическія, физіологическое дѣйствіе 211, 261. Висмолъ 543. Влагалище см. рукавъ. **Внутренности**, опущеніе ихъ, повязка изъ липкаго пластыря 451; —, полное обратное размѣщеніе 317. **Вода** горячая, обеззараживаніе рукъ 176; —, дѣйствіе ея на умершія нервныя клѣтки въ мозговой корѣ человѣка 415; —, количественное опредѣленіе азотной кислоты, оцѣнка способовъ 26; — обезвложенная, какъ мѣстное обезболивающее 663; — питьевая, обеззараживаніе бромомъ и іодомъ 26; — —, — іодомъ 260; — —, — по способу *Шепилевскаго* 827; — —, — хлористымъ серебромъ 678; — —, передача дифтеріи 701; — —, чистота, давняя извѣстность пользы 894; — перегнанная, дѣйствіе на нервъ 491. Водопроводъ, распространеніе брюшного тифа 837; —, стоимость его въ London'ѣ 387. Водоснабженіе въ Петербургѣ 916; — — Смоленскѣ 151. Воды минеральныя Абастумана 92, 170, 366; — —, источники Тифлисскіе сѣрные 521; — — Кавказскія, грязелѣченіе, его исторія и особенности 167, 207, 245, 285; — — —, директоръ новый 919; — — —, старшій врачъ 919; — — Маккавеевскія, предоставленіе пользованія источниками раненымъ и заболѣвшимъ на войнѣ 384; — — Славянскія, — — ваннами — — — — — — 947; — — французскія, поѣздки врачей для ознакомленія 717; — сточныя, біохимическая очистка 916. Водянка брюшная печеночнаго происхожденія, лѣченіе 180; — —, — —, операція *Talm*'ы 273; — —, проводникъ для троакара 661. Воздухъ горный, богатое содержаніе радіоактивныхъ веществъ 55; — — при нефритахъ и циклической альбуминуріи 782; — горячій, прижиганія при твердомъ шанкрѣ 705; —, опредѣленіе углекислоты 916; —, содержаніе кислорода, связь съ напряженностью окислительныхъ процессовъ въ тѣлѣ человѣка 490; —, — формальдегида 866; —, чистота, вліяніе поливки улицъ 821. **Война** англо-бурская, вліяніе на британскій народъ 498; — — —, число убитыхъ и умершихъ 388; —, жертвы забытыя 882; — Россіи съ Японіей, анти санитарное состояніе Харбина 837; — — — —, аптека походная 919; — — — —, армія дѣйствующая см. армія; — — — —, бой морской, трудность подачи врачебной помощи 598; — — — —, больница для раненыхъ въ Харбинѣ 345; — — — —, врачи, взятые въ плѣнъ 466, 715, 835, 835, 946; — — — — — — —, освобожденіе 919; — — — — —, замѣнявшіе другъ друга за деньги 345; — — — —, — какъ дѣятели на войнѣ 920; — — — —, — — — —, необезпеченность оставляемыхъ ими семей, различіе условій службы и назначеній 306: — — — —, —, командировки изъ запаса 265, 306, 520, 756; — — — —, —, помощь семьямъ 835; — — — —, —, — прикомандированныхъ къ В.-Медицинской Академіи 226, 636, 892; — — — —, —, — профессоровъ 384, 636, 675; — — — —, —, сохраненіе должностей и содержанія 345, 426, 756; — — — —, —, льготы по проѣзду по желѣзнымъ дорогамъ 715; — — — —, — награжденные орденомъ св. Георгія 345; — — — —, —, невѣрныя свѣдѣнія о нихъ 794; — — — —, — погибшіе и раненые, пенсіи 637; — — — —, —, призывъ не отправляющихся на войну къ пожертвованіямъ 265; — — — —, — раненые 920; — — — —, —, своеобразный взглядъ ч. пр. *Негълова* на обязанности врачей воюющихъ сторонъ 864; — — — —, —, сумка походная для нихъ 426; — — — —, —, число ихъ въ Японской арміи 348; — — — —, —, — уѣхавшихъ изъ Варшавы 384; — — — —, вызванный ею недостатокъ во врачахъ 994; — — — —, дѣятельность нашихъ студентовъ-медиковъ 947; — — — —, замѣщеніе военно-медицинскихъ должностей 948; — — — —, заявленіе женщинъ-врачей о желаніи ѣхать на Дальній Востокъ 466; — — — —, — слушательницъ Женскаго Медицинскаго Института о желаніи ѣхать на Дальній Востокъ 345, 466; — — — —, здравницы для больныхъ воиновъ 466, 496, 920, 922; — — — —, командировки студентовъ-медиковъ 265; — — — —, Крестъ Красный Русскій, Комитетъ при Казанскомъ Университетѣ 466; — — — —, — — —, лазареты, стоимость содержанія одного больного въ сутки 426; — — — —, — — —, назначеніе уполномоченнаго 345; — — — —, — — —, общая сумма капиталовъ 426; — — — —, — — —. Управленіе Главное, Коммиссія исполнительная, объявленіе 345; — — — —, — — Японскій 348, 388; — — — —, — — —, дѣятельность его 598; — — — —, курсы для подготовленія сестеръ милосердія 345, 426, 466, 466, 466, 466, 495, 636, 636, 676, 676, 756, 756, 947; — — — —, — японскаго языка при В.-Медицинской Академіи 426; — — — —, — лазареты японскіе, врачи старшіе 794; — — — —, назначеніе главнаго хирурга дѣйствующей арміи 426; — — — —, — завѣдующихъ медицинскими частями 345; — — — —, — корпусныхъ хирурговъ 384; — — — —, — окружного в.-медицинскаго инспектора 835; — — — —, — полевого — — — 636; — — — —, организація врачебно санитарной помощи 265, 266, 306, 306, 306, 345, 346, 384, 384, 384, 426, 426, 426, 466, 495, 520, 555, 555, 555, 595, 595, 636, 636, 675, 675, 676, 676, 715, 715, 715, 755, 756, 756, 756, 756, 794, 794, 794, 794, 794, 835, 835, 835, 835, 864, 864, 864, 892, 919, 920, 920, 920, 947, 947, 947; — — — —, — — — —, назначеніе главныхъ врачей 265, 265, 306, 345, 345, 384, 919, 919, 947; — — — —, отправка американцами амбулянсовъ въ Японію 388, 557; — — — —, отчисленіе % съ жалованья врачами и профессорами въ пользу больныхъ и раненыхъ воиновъ 265, 426; — — — —, — — — — — — — на нужды Краснаго Креста 265; — — — —, пожертвованія 892; — — — —, — въ пользу врачей больныхъ и раненыхъ и ихъ семействъ 426, 520, 715, 794; — — — —, — — — раненыхъ 265, 308, 384, 675; — — — —, — на дѣло помощи русскимъ воинамъ 345; — — — —, — — нужды войны 384, 384; — — — —, — — — Краснаго Креста 384; — — — —, помощь врачебная иностранныхъ государствъ Россіи 387, 428, 498; — — — —, — — — Японіи 348, 387, 388, 498, 498; — — — —, — — семьямъ ушедшихъ 596; — — — —, — — — —, дача санаторія для дѣтей 715; — — — —, — матеріальная семьямъ ушедшихъ 715; — — — —, — психіатрическая 892; — — — —, посылка Британскимъ правительствомъ «медицинскихъ attachés» къ обѣимъ воюющимъ сторонамъ 468; — — — —, потребность во врачахъ терапевтахъ 522; — — — —, предоставленіе кроватей больнымъ и раненымъ Московскимъ Университетомъ 466; — — — —, — безплатныхъ ваннъ Славянскими минеральными водами раненымъ 947; — — — —, — пользованія Маккавеевскими минеральными водами раненымъ 384; — — — —, приспособленіе больницъ и клиникъ для помѣщенія раненыхъ 426, 426, 466, 495, 920; — — — —, — помѣщеній для больныхъ и раненыхъ въ монастыряхъ 947; — — — —, пункты эвакуаціи больныхъ и раненыхъ 466; — — — —, санитарное неблагоустройство 520; — — — —, сборъ для помощи русскимъ раненымъ во Франціи 387; — — — —, — — Японской арміи въ Philadelphi'и 387; — — — —, стоимость содержанія больныхъ 596; — — — —, ускореніе экзаменовъ на званіе врача въ русскихъ университетахъ 426; — — — —, фондъ для лѣченія раненыхъ воиновъ 426; — — — —, французскіе отголоски 678; — — — —, центръ для операцій Краснаго Креста 306; — — — —, число выбывшихъ изъ строя 919; — — — —, эпидеміи, борьба съ ними 715, 755, 755; — — — —, —, возможность появленія ихъ 495, 496; — — — —, — въ Мукденѣ 837; — — — —, — среди войскъ 520, 715. Войны и эпидеміи 561. Войска см. армія. Волчанка 790, 790; —, лѣченіе по *Finsen*'у 858, 858, 859; —, новый способъ лѣченія 913; — щекъ, ушей и носа, лѣченіе по способу *Holländer*'а 462. **Врачи** австрійскіе, смертность 894; — административно-ссыльные, отклоненное ходатайство золотопромышленниковъ о пользованіи ими въ качествѣ фельдшеровъ во время эпидеміи сыпного тифа 894; — — —, ходатайство о нихъ Красноярской Думы 496; — американскіе, запрещеніе имъ именоваться врачами въ Германіи 837; — англійскіе, отъѣздъ въ Японію 498; —, благодарности 266; —, — вдовы д-ра *Амазова* 227; —, — — — *Шиллинга* 521; —, — д-ру *Г. Е. Выгодскому* 552; —, — — *А. Р. Грунау* 69; —, — — *А. А. Драницыну* 495; —, — —, *Г. Л. Куликовскому* 227; —, — д-рамъ *С. Н. Лажечникову, Н. Г. Правосуду, В. П. Стѣхову* и *Н. Н. Дислеру* 635; —, — — *К. А. Раухфусу, Р. А. Петерсу* и *А. А. Руссову* 425; — больничные, выходъ въ отставку 71; — — главные, докладъ Совѣта о дальнѣйшей организаціи призрѣнія душевно-больныхъ въ Петербургѣ 186; — —, интерны London'скихъ больницъ, скудость содержанія 894; — ветеринарные, погибшій отъ зараженія чумными палочками 68, 112; —, взятые въ плѣнъ 466, 715, 835, 835, 946; —, вмѣшательство врачебное 221; — военные, реформа врачебно-санитарной 904; — —, сумка походная для нихъ 426; —, возмутительное коварное насиліе надъ д-ромъ *Н. П. Забусовымъ* 677; —, — — — — — — — — —, выраженіе сочувствія ему 757. 794, 865, 921, 949, 949; — городовые въ Керчь-Еникалѣ, увеличеніе содержанія 949; — городскіе Одесскіе, конфликтъ между ними и санитарной Коммиссіей при городскомъ Управленіи 466; — —, права городскихъ Управленій по ихъ увольненію 555, 921; —, губернаторъ Гвинеи 387; —, дежурства постоянныя ночныя въ Симбирскѣ 110; —, 10 въ одной семьѣ 558; —, должности новыя 795, 892; — женщины американскія, организовавшая санитарный отрядъ и отправившаяся въ Японію 387; — — въ должности сельскихъ врачей 834; — —, завѣдующія врачебно-санитарными отрядами 466; — —, заявленіе желанія ѣхать на Дальній Востокъ 466; — —, здравница 949; — — на оффиціальныхъ должностяхъ 717, 797, 866; — —, непринятіе на службу земствами 521; — —, отношеніе къ нимъ врачей-мужчинъ 16, 597; — —, предсѣдательница Бельгійскаго неврологическаго Общества 866; — —, проводы *Т. В. Таккель* 306; — —, реклама въ общей печати 111; — —, увольненіе г-жи *Жолковой* 108; — — шведскія, разрѣшеніе занимать мѣста, занимаемыя до сихъ поръ исключительно мужчинами 268; —, защитившіе диссертаціи въ В.-Медицинской Академіи 148, 189, 226, 265, 306, 384, 426, 495, 675, 714, 794, 834; —, — — — Университетѣ Кіевскомъ 675; —, — — — — Московскомъ 189, 226, 265, 345, 465, 495, 520, 555, 595, 636, 714, 755, 834; —, — — — — Одесскомъ 834; —, — — — — Томскомъ 384, 892; —, — — — — Харьковскомъ 675; — земскіе, Ананьевскаго уѣзда, внутренній разладъ 108; — —, замѣна ихъ правительственными 496; — — Макарьевскаго земства, день свободный отъ пріема амбулаторныхъ больныхъ 110; — —, массовый выходъ въ отставку 225, 382, 521, 796; — —, недопустимость совмѣстительства должности земскаго врача съ должностью городового 306; — —, — — земской и фабрично-заводской службы 109; — —; обращеніе къ н... желѣзнодорожныхъ служащихъ 150; — —, права н... по обеззараживанію 637; — —, тяжелыя условія

службы 385; — —, — — —, вмѣшательство земскихъ начальниковъ 716, 794; — — участковые, ходатайство объ оказании содѣйствія къ доставленію церковными причтами свѣдѣній о родившихся, брачущихся и умершихъ 150; — —, чествованіе памяти умершихъ 946; —, злоупотребленіе ихъ именемъ для рекламъ 758; — зубные, испытаніе на званіе зубного врача 306; — —, профессіональное страданіе глазъ 100; —, избранные членами иностранныхъ Обществъ 596; — иностранные, отклоненное ходатайство занять должность фельдшера 922; — —, попытка привлечь всѣхъ на службу государству 758; —, искъ къ нимъ больныхъ 228; —, — — — родственниковъ больныхъ 35; —, какъ дѣятели на войнѣ 306; — китайскіе, лѣченіе императора 387; --, клевета на нихъ въ общей печати 894; —, командировки 755; —, — научныя 835; —, — — , отчеты 466, 596, 637, 893; — кураторы городскіе въ Кіевѣ 386; —, курсы для нихъ въ Berlin'ѣ 51, 348; — Московской губ., Коммиссія по вопросу объ организаціи взаимопомощи 426; — морскіе, награжденіе орденами 345; —, названіе улицъ въ честь ихъ 69, 557, 694, 922; —, назначенія новыя 520, 596, 714, 714, 892, 946; —, недостатокъ, вызванный войною 794; —, необыкновенное присутствіе духа 797; — нѣженка 597; — нѣмецкіе, борьба съ кассами 268, 368, 657, 796; — — кассовые 171; — —, отношеніе къ женщинамъ-врачамъ 16; — —, противники системы свободнаго выбора врача въ Berlin'ѣ 171; — —, Союзъ для охраны экономическихъ интересовъ сословія 348; — , обвиненія въ нанесеніи побоевъ сторожамъ 71, 468; —, — — — — фельдшеру 192; —, — — небрежномъ отношеніи 894; —, — — неисполненіи обязанностей 557; —, — — неподачѣ помощи еврею 597; —, — — общей печати 192, 192, 468, 557, 597, 597, 894; —, — — преступномъ выкидышѣ 111, 522, 717; —, — — явной неосторожности 192; —, — — — —, оправданіе по суду 267; —, — неправильныя 33; —, обвинитель товарищей 34; — общественные дѣятели 387, 735, 818, 939; — — —, чествованіе памяти 385, 427; — , Общество санаторій для врачей въ Крыму 588; —, операція врачу-отцу, произведенная 2 сыновьями-врачами 228; —, оправданный судомъ 468; —, оскорбленіе памяти покойнаго д-ра *Вирина* 191, 228; —, оставленные при В.-Медицинской Академіи 755; —, отвѣтственность въ нѣкоторыхъ случаяхъ изъ практики 221; —, — предъ уголовнымъ закономъ 221; —, — профессіональная 221; —, отзывы теплые въ общей печати 33; —, отношенія другъ къ другу 34, 192; --, — симпатичное попечительнаго Совѣта городской больницы въ Николаевѣ 426; —, отрѣшенный отъ должности 151; —, перемѣщенія 919; —, подарокъ д-ру *І. А. Романину* 266; —, позорная изобрѣтательность 428; —, покушеніе на ихъ жизнь 192, 192; — посланникъ Штатовъ С. А. въ Кореѣ 388; —, пострадавшіе на полѣ военныхъ дѣйствій, помощь имъ и ихъ семьямъ 265, 426, 520, 715, 794; —, поѣздки образовательныя 717; —, права ихъ, какъ санитарныхъ попечителей 336; — преклонные 228, 388; —, преподаватели частные Академіи В. Медицинской, бюро 675; —, — — — — —, порядокъ допущенія къ соисканію этого званія 425; —, — — новые 32. 148, 384, 465, 675, 794; - , привлеченные къ отвѣтственности 797; —, приглашеніе ихъ къ участію въ сыскномъ дѣлѣ 348; —, призывъ къ пожертвованіямъ въ пользу дѣйствующей арміи 265; —, — на военную службу единственнаго въ городѣ врача 345, 386; —, присяжные засѣдатели, помощь больнымъ 267; —, проводы *П. А. Арбекова* 919; —, — *Бирщевскаго* 345; —, — *А. П. Битуса* 69; —, — *Г. Г. Бойно-Роозевича* 385; —, — *П. В. Вербицкаго* 919; —, — *Волковыскаго* 794; —, — *Волтянскаго* 794; —, — *В. П. Воскресенскаго* 919; —, — *Ѳ. К. Геррата* 520; —, — *Н. А. Глѣбова* 556; —, — *Готмана* 345; —, — *Добровольскаго* 306; —, — *Домишевича* 555; —, — *Д. Н. Жбанкова* 596; —, — *Жержеева* 794; —, — *Жолткова* 345; —, — *Е. Е. Збруева* 919; —, — *Г. О. Коварскаго* 835; —, — *М. Ф. Кондорацкаго* 892; —, — *В. П. Кравкова* 919; —, — *Лубенецкаго* 384; —, — *Лукьянченко* 794; —, — *Мансурова* 306; —, — *И. И. Никольскаго* 427; —, — *Г. В. Ольдерогге* 836; —, — *Г. И. Омельченко* 920; —, — *Пайсля* 864; —, — *П. А. Пистермана* 919; —, — *Пищика* 345; —, — *А. Поляка* 306; —, — *Рабиновича* 794; —, — *Сагаловича* 794; —, — *М. Л. Сергіевскаго* 385; —, — *Стеклицкаго* 794; —, — *Стоянова* 345; —, — *Суриша* 756; —, — *А. Д. Сухова* 919; —, — *В. Ф. Тальковскаго* 756; —, — *Таубкина* 794; —, — *А. И. Тимошенко* 919; —, — *Трандафилова* 345; —, — *В. Н. Фортунатова* 919; —, — *Фишерова* 794; —, — *Р. Б. Хайкина* 306; —, — *Хмѣльницкаго* 345; —, — *Цеге-фонъ-Мантейфеля* 496; —, — *Шварца* 794; —, — *Шляпошникова* 794; —, — *Эрбера* 345; — раненые на войнѣ 920; —, раненый товарищемъ изъ-за недоразумѣній по дѣламъ практики 192; — рекламисты 35, 347, 497, 522; --, рекламы о нихъ въ общей печати 71, 111, 425; —, — публичныя 428; —, розыскъ изъявившаго желаніе быть вольноопредѣляющимся 387; — русскіе, касса пенсіонно-эмеритальная, предварительные разсчеты по учрежденію 415; — —, обезпеченность матеріальная 415, 558; — —, смертность среди нихъ съ 1890 по 1902 г. 415; — санитарные, выходъ изъ состава медико-санитарнаго бюро 69; — — думскіе Петербургскіе, прибавка къ содержанію 921; — —, командировки научныя, предположеніе ассигновки 33, 69; — —, конкурсъ въ Царьградѣ 678; — —, роль ихъ въ городской медицинской организаціи 336; — сельскіе въ Восточной Сибири, инструкціи 637; — —, женщины врачи 834; — спекулянтъ 797; —, страхованіе взаимное 416; — умершіе 36, 72, 112, 152, 192, 228, 268, 308, 348, 388, 428, 468, 498, 522, 558, 598, 638, 678, 717, 717, 758, 797, 837, 866, 894, 922, 950; — университетскій Петербургскій, отчетъ его за 1903 г.

427; — фабричные, обвиненія въ «Домашнемъ Врачѣ» 150,
677; — французскіе, *Doyen* и его ученіе о чужеядномъ
348; — —, —, кандидатура въ палату депутатовъ 922; —
заявленіе д-ра *Baraduc*'а о правѣ первенства въ открытіи п
чей 72; — —, стремленіе украшать себя титулами 428; —, чи
ихъ въ Австріи 112; —, — — — Италіи 348; —, — — — Ш
тахъ С. Америки 308, 388; —, — — — Японской арміи 348
члены Могилевскаго Общества, предоставленіе себя на вр
войны въ распоряженіе Краснаго Креста 265; — шарлат
638; — эксперты, разногласіе во мнѣніи 385; — —, этика
—, этика, проэктъ кодекса 678; — юбиляры 149. **Вывихъ** д
стороннiй тазобедренныхъ сочлененій 144. Выкидышъ прест
ный 111, 522, 717. Выпоты, точка замерзанія 54. Вырожде
физическіе признаки 300, 550, 820. Выставка въ St.-Louis,
дѣлъ медицинской журналистики 468; — Международная на
но-промышленная «Дѣтскій міръ», гигіэна дѣтскаго глаза
327; — — по гигіэнѣ 717; — психіатрическая 455. Вытяж
мужского папоротника, отравленіе 372. **Вѣки** и вѣко см. гла
Вѣсъ дѣтей при узкомъ тазѣ 184, 282; — удѣльный мочи, пр
боръ для опредѣленія 21. Вѣтеръ, сила его на Южномъ полю
112.

# Г.

**Газета**, пожертвованіе на изданіе 110. Газъ угарный, отра
леніе 428. Галлюцинаціи массовыя 186; — ложныя зрѣнія 66
Гемиплегія см. параличи. **Гигіэна** городскихъ улицъ 655, 69
— дѣтскаго возраста, устройство образцоваго музея въ Петер
бургѣ 263; — — глаза 49, 327; — и городскія смѣты 336; —, пре
подаваніе ея въ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ 919; —, спо
собы распространенія гигіэническихъ свѣдѣній среди населені
263; —, чтеніе лекціи для преподавателей городскихъ народ
ныхъ училищъ 386. Гидрохинонъ, какъ антинейральгическое 331
Гинекологія, положеніе ея у славянъ внѣ предѣловъ Россі
185. Гипернефромы 587. Гипнозъ, примѣненіе шарлатанами 866
—, ученіе о сущности его 217. **Глаза**, амбліопія праваго глаз
отъ неупотребленія у зубныхъ врачей 100; —, — табачно-ал
когольная 857; —, — токсическая 138; —, аномалія развитія
263; —, астигматизмъ 784; —, —, происхожденіе, роль профес
сій 100; —, близорукость 623; —, —, коррекція полная 789
—, —, связь между астигматизмомъ и центральнымъ воспале
ніемъ сосудистой оболочки 784; —, —, хирургическое лѣченіе
743; —, —, изслѣдованіе пятна и области *Mariott*'а 59; — , болѣзни,
адреналинъ 58, 58; —, — заразныя, борьба съ ними, учрежденіе
летучихъ отрядовъ 36; —, —, значеніе клѣточныхъ ядовъ 802;
—, —, лѣченіе гомеопатическое 381; —, —, — морскими ку
паньями 13; —, —, мѣдь лимоннокислая 100; —, —, примѣне
ніе врачекъ расширяющихъ средствъ 888; —, — при проказѣ
512; —, — профессіональныхъ у зубныхъ врачей 100; —, — —
— рабочихъ на табачныхъ фабрикахъ 100; —, бѣльмы, нагное
ніе 263; —, воспаленіе гнойное у новорожденныхъ безъ гонокок
ковъ 100; —, — перелойно-переносное 623; —, — сочувствен
ное, глухота 58; —, — —, патогенезъ 802; —, выпячиваніе и
потеря отъ удара въ високъ при кровоточивости 453; —, вѣки,
выворотъ рубцевый, операція 485; —, —, заворотъ, операція
377, 916; —, —, слоновость отъ повторной рожи лица 99; —,
вѣко верхнее, опущеніе, видоизмѣненія въ операціяхъ 99; —,
— —, саркома слизистой оболочки 380; —, —, fibroma molluscum
263; —, глазница, опухоль 224, 792, 792, 917; —, —, пораженіе
лучисто-грибковое 824; —, —, рана огнестрѣльная 917; —, —,
тѣло инородное 792; —, —, флегмоны 792; —, глаукома, адре
налинъ 58; —, — затяжная, подконъюнктивальный свищъ 911;
—, —, лѣченіе осмотическими веществами 885; —, —, осложненная пролиферирующимъ ретинитомъ 262; —, — острая
травматическая, безъ видимыхъ признаковъ поврежденія 453;
—, — отъ душевныхъ волненій 99; —, —, папиллитъ 262; —,
— первичная, оперативное лѣченіе, результаты 707; —, — —,
раздѣленіе на условныя формы 707; — дѣтскіе, гигіэна ихъ на
Международной научно-промышленной выставкѣ «Дѣтскій міръ»
49, 327; —, железа слезная, заболѣванія, экзофтальмъ 262; —,
— —, цилиндрома 99; —, зараженіе эндогеное 887; —, здравоохраненіе при обученіи рукодѣлію 23; —, зрѣніе, ослабленіе
послѣ электрическаго удара 58; —, —, острота, зависимость ея
отъ продолжительности освѣщенія 332; —, —, —, изслѣдованіе
матросовъ 888; —, —, —, мѣткость стрѣльбы 337; —, —, поле
магнитное перемѣнное, зрительное ощущеніе 490; —, —, пониженіе его отъ кофе 583; —, — послѣ операціи у врожденно слѣпыхъ и у потерявшихъ зрѣніе въ первые годы жизни 224; —,
— при strabismus alternans 707; —,—, псейдогаллюцинаціи 669;
—, —, разстройство при свинкѣ 138; —, изслѣдованія тонометрическія 511; — искусственные, опоры 100, 583; —, катаракта,
всасываніе самородное 263; —, —, извлеченіе, зараженіе глаза,
сывороточное лѣченіе 294; —, — неосложненная, причины 623;
—, — старческая, химическій составъ водянистой влаги 412; —,
— у выдувальщиковъ стекла 583; —, катарръ табачный 100;
—, кератитъ кольцевидный 902; —, косоглазіе сходящееся, лѣченіе 546; —, — у дѣтей, лѣченіе 512; —, мышцы глазныя, параличи отъ отравленія атропиномъ 911; —, —, —, поврежденіе
453; —, мѣшокъ слезный, вылущеніе 223, 788, 917; —, нагноеніе переносное при ракѣ пищевода 823; —, нервъ зрительный,
воспаленіе въ связи съ первыми мѣсячными и при прекращеніи
ихъ 380; —, — —, — при остро-заразныхъ болѣзняхъ 138; —,
— —, огнестрѣльное пораненіе 138; —, — —, отрывъ на мѣстѣ
входа его въ глазное яблоко 294; —, —, сосокъ, новообразованіе 704; —, — —, —, саркома вокругъ него 138; —, ни-

Digitized by Google

стагмъ 911; —, оболочка радужная, воспаленіе острое 790; —, — —, утеря травматическая 412; —, — роговая, вліяніе кокаина и голокаина 887; —, — —, воспаленіе межуточное, сифилитическое 583, 583; —, — —, нагноеніе послѣ татуировки 99; —, — —, перерожденіе пятнистое семейное 856; —, — —, прижиганіе звѣздчатое 59; —, — соединительная, бугорчатка ея и сосудистой оболочки 824; —, — —, пребываніе живыхъ піявокъ 138; —, — —, саркома 263; —, — сосудистая, бугорчатка ея и соединительной оболочки 824; —, — —, воспаленіе центральное 784; —, — —, ракъ переносный 824; —, операціи магнитныя 373; —, офтальмоплегія 917; —, ощущенія цвѣтовыя, разстройства при спинной сухоткѣ 665; —, параличи отъ артеріосклероза 137; —, — приспособленія послѣдифтерійные, противудифтерійная сыворотка 59; —, повреждения газетными пружинами 792; —, — предметами, окрашенными анилиновыми красками 263; —, — профессіональныя на нефтяныхъ промыслахъ 294; —, пораженіе при множественномъ склерозѣ 744; —, пораненіе школьными чернилами 58; —, пороки развитія, причины 886; —, пути слезные, бугорчатка 784; —, — —, заболѣванія, скопленіе грибковъ 789; —, — —, — у негровъ 23; —, — —, —, электролизъ 770, 789, 809; —, сведеніе послѣдифтерійное, противудифтерійная сыворотка 39; —, сифилисъ наслѣдственный, зачаточныя явленія 703; —, склера, склеритъ, опасность примѣненія адреналина 58; —, слѣпота, вліяніе радія 138, 598; —, — врожденная на слова 485; —, — въ Курляндской губ, причины ея 376; —, — истерическая 784; —, — куриная и ея спутники 333; —, —, лучи *Bequerel*'я 138; —, — на цвѣта 152; —, — послѣ впрыскиванія парафина 58; —, —, предупрежденіе, Попечительство въ Россіи 266; —, — преходящая при свинцовомъ отравленіи 485; —, стафилема, нагноеніе 263; —, сѣтчатка, адаптація и явленіе Purkinyé 708; —, —, ангіонейровы 338; —, —, артерія центральная, закупорка частичная, выздоровленіе 294, 453; —, —, гліома двухсторонняя 624; —, —, пятно желтое, колобома 224; —, —, ретинитъ бѣлокровный 263; —, —, — пролиферирующій 262; —, —, — — при глаукомѣ 262; —, тонометръ *Лифшица* 338; —, трахома 789; —, —, борьба съ ней, изученіе этіологіи 377; —, — въ Курской губ. 583; —, —, лѣченіе механическое 253; —, —, — оперативное 376; —, —, распространеніе ея 376; —, ударъ электрическій, ослабленіе зрѣнія 58; —, хрусталикъ, вывихъ произвольный 624; —, —, извлеченіе при помутнѣніи задней его сумки 333; —, —, повреждение осколкомъ мѣди 332; —, —, помутнѣніе отъ іода 824; —, —, удаленіе желѣзнаго осколка съ сохраненіемъ прозрачности 454; —, —, утеря травматическая 412; —, шрифты *Кубли* 917; —, яблоко, ангіома 792; —, —, двойное прободеніе желѣзнымъ осколкомъ 546; —, —, массажъ для излѣченія закупорки центральной артеріи сѣтчатки 453; —, —, ушибъ 412. Глисты ленточные, taenia nana 492; — —, цѣпень невооруженный 56; —, острицы въ усѣченномъ червеобразномъ отросткѣ при аппендицитѣ 323. Глицеринъ, прибавка его къ оспенной лимфѣ 371. Глотка, миндалины, гипертрофія въ дѣтскомъ возрастѣ 422; —, —, пораженіе при гриппѣ 212; —, роль ея въ кровохарканьяхъ 641. Глухонѣмота, борьба съ ней въ Россіи 375; —, регистрація ея 375; —, статистика ея въ Петербургѣ 376. Глухонѣмые, истязанія въ училищѣ Екатеринославской губ. 228, 497; —, падучный, мозгъ его 260. Глухота см. уши. Гнойники холодные при хирургической бугорчаткѣ 143. Гомеопаты 587; —, аптечки походныя 921; —, не нашедшіе возможнымъ принять на себя трудъ земскаго врача-гомеопата въ Нижне-дѣвицкомъ земствѣ 468; —, статистика 522; —, съѣздъ ихъ 522; —, привлеченный къ суду за лѣченіе 866; —, хлопоты ихъ о распространеніи гомеопатическаго лѣченія въ дѣйствующей арміи 387. **Голоданіе**, вліяніе на производительность 41, 256; —, измѣненіе бѣлковъ тѣла 343; — минеральное 257. Голокаинъ, вліяніе на роговую оболочку 887. Горло дыхательное, озена 60; — —, пораженіе тяжелое, смѣшанное, у дѣтей 709; — —, роль въ кровохарканіяхъ 642. Города, гигіэна и смѣты городскія 336; —, организація медицинская, роль санитарныхъ Попечительствъ и санитарныхъ врачей 336; — —, санитарная 336; —, правильная постановка обеззараживанія частныхъ жилищъ и общественныхъ учрежденій 943; —, удаленіе дыма 678. Гортань, болѣзни, свѣтолѣченіе 489; —, бугорчатка, фенилъ-пропіоловокислый натръ 701; —, изсѣченіе полное подъ мѣстной анэстезіей 182, 356; —, ритмическія движенія у истеричной 374. Госпитали во Франціи, бюджетъ 387. Госпиталь Baltimor'скій Johns Hopkins Hospital, убытки отъ пожара 468; — — — — —, пожертвованіе J. D. Rockefeller'а 388; — морской Иркутскій, расширеніе 676; — — новый въ Washington'ѣ 468; — *Pasteur*'а въ Парижѣ, лѣченіе заразныхъ больныхъ 942. Грибки въ слезныхъ канальцахъ 789. Грибокъ лучистый бедра 56; — — глазницы 824; — — кожи 139; — — стѣнки брюшной 829; — — яичниковъ 139. Гриппъ, менингитъ 340, 571; —, первичное пораженіе миндалинъ 212. Гробовщики, стачка 922. Грыжа 12-перстно-тощая 411; — мозговыхъ оболочекъ 622; —, мѣшокъ грыжевой, бугорчатка 623; — паховая свободная, операція, непроходимость кишекъ 292; — срамной губы 582. Грыжи омертвѣвшія, первичное изсѣченіе кишекъ 176; —, операція по *Bassini* 910; — паховыя у мужчинъ, аппендицитъ 261; — ущемленныя 97. Грязелѣчебница см. больница. Грязелѣченіе на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ 167, 207, 245, 285. Губа верхняя, язва 463; — нижняя, ракъ 510.

# Д.

Дантисты, изобрѣтатель діафрагмы-iris 228; —, скрывшійся съ чужими деньгами 757. **День** рожденія проф. *Cornil*'я 428; — — — *Ehrlich*'а 796; — — — *Edwin*'а *Klebs*'а 308; — — — *Д. И. Менделѣева* 32; — — — *Snellen*'а 348. Деньги бумажныя, присутствіе палочекъ, обеззараживаніе 387. Департаментъ медицинскій, сверхштатные медицинскіе чиновники 495; — —, 100 лѣтіе 33. Дерматологія, роль психотерапіи 404. Десны, бугорчатка 331. **Дифтерія** 498; — во французской арміи 797; —, лѣченіе сывороточное 785; — людей и птицъ 411; —, признаки угрожающаго паралича сердца 372; —, распознаваніе, бактеріологическій способъ 7, 303; —, распространеніе водой 701; — рта и женскихъ половыхъ органовъ 581. **Діазореакція**, значеніе ея при кори 175. **Домъ** имени *С. П. Боткина* 949; — — императора Фридриха и императрицы Фридерики 348. Дорога желѣзная Владикавказская, санитарная стоянка 949; — — городская New-York'ская, запрещеніе кондукторамъ слюнить пальцы при выдачѣ билетовъ 468; — — Pensylvani'йская, распоряженіе о привитіи оспы всѣмъ служащимъ 348; — — Средне-Азіатская, жилища рабочихъ 746. Дороги желѣзныя Виленскія, курсы гигіэны 757; — —, врачебная помощь служащимъ 150; — —, врачебно-санитарный надзоръ 745; — —, несчастія 498; — —, перевозка, массовая переселенцевъ и рабочихъ, санитарныя условія 418, 573, 615; — — Юго Западныя, курсы подачи скорой помощи 110; —, поливка ихъ смолой и нефтью 821. **Дрожжи**, бродила въ нихъ 751; —, изслѣдованіе ихъ 543. **Дума** Кіевская, воспрещеніе куренія табака 385; — Красноярская, ходатайство о предоставленіи административно-ссыльнымъ врачамъ временно правъ службы у города 496; — Петербургская, организація санитарнаго надзора 467; — —, постановленіе о перевозкѣ умершихъ дѣтей 795; — Полтавская, ходатайство объ открытіи городской аптеки 894. **Дымъ** табачный, обезвреживаніе 386; —, удаленіе изъ городовъ 678. **Дѣло** больничное въ Царствѣ Польскомъ 191; — врачебное, вліяніе частной практики 676; — гомеопата *А. А. Лаура* 71; — д-ра *П. А. Баратынскаго* 151; — — *W. Becher*'а съ редакторомъ «Berliner klinische Wochenschrift» 678; — — *С. И. Васильковича* 468; — — *Н. П. Забусова* 677, 757, 794, 865, 921, 949, 949; — — *Н. Н. Михайлова* 192; — — *І. Н. Родзевича* 111, 522; — кумысное и кумысолѣчебное, Съѣздъ по урегулированію его 109; — по крупному денежному иску между 2-мя врачами 428; — по обвиненію «врачемъ Тибетской медицины» г. Бадмаевымъ д-ра *И. С. Крейнделя* 111; — проф. *Morisani* 797; — санитарно-врачебное, преобразованіе 191; — — —, —, проэктъ, критика 108, 190, 426, 596; — ч. пр. *И. Я. Розенбаха* съ г. Кравзъ-Тарнавскимъ 467; — шарлатана-магнетопата Schröter'а 348, 480. **Дѣти**, акромегалія 302; —, ангіома печени 295; —, анурія 8-дневная при скарлатинѣ 711; — арестантовъ, пріютъ для нихъ въ Минскѣ 190; — безпризорныя, Общество попеченія въ Кутаисѣ 949; —, біологическія свойства крови 941; —, больница заразная *Pasteur*'а въ Парижѣ 711; —, болѣзни заразныя, острыя, измѣненія въ спинномозговыхъ узлахъ 336; —, болѣзнь сахарная 222; —, бронхопнеймонія, хлориды спинно мозговой жидкости 173; —, бугорчатка костей и суставовъ 143; —, — просовидная 491; —, —, пути зараженія ею 368; —, воспаленіе легкихъ фибриновое, лѣченіе, исходы и смертность по даннымъ больницы св. Ольги 341; —, врожденный порокъ сердца 104; —, вскармливаніе грудное, противопоказанія къ нему 335; —, — —, рахитъ 219, 219; —, вылущеніе слезнаго мѣшка, осложненія 223; —, гипертрофія глоточной миндалины 422; — глухонѣмыя, истязаніе ихъ въ училищѣ 228, 497; — грудныя, атрофія, патолого-анатомическія измѣненія кишечника 335; — —, воспаленіе легкаго, лѣченіе противопнеймококковой сывороткой 102; — —, изслѣдованіе газовъ въ кишкахъ 664; — —, катарръ желудка и кишекъ, изслѣдованіе 413; — —, — острый тонкихъ кишекъ, лѣченіе, употребленіе женскаго молока 177; — —, смертность отъ задушенія кормящими 152; —, fibroma molluscum 302; —, заболѣванія больничныя вторичныя, борьба съ ними 711, 830; —, здравницы новыя 756, 922; —, катарръ мочевого пузыря, этіологія 102; —, коклюшъ, дѣйствіе кипарисоваго масла 454; —, колоніи лѣчебныя 637; —, косоглазіе, лѣченіе 512; —, кріоскопія мочи 256; —, кровоточивость 302; —, лишай чешуйчатый 831; —, малокровіе злокачественное 625; —, менингитъ церебро-спинальный, обусловленный палочками гриппа 340; —, молоко дѣтское 93; —, морфологическія измѣненія крови при краснухѣ 295; —, мочеизнуреніе несахарное 624; — новорожденныя, вѣсъ ихъ при узкомъ тазѣ 184, 282; — —, гнойное воспаленіе глазъ безъ гонококковъ 100; — —, недоноски, бродила пищеварительныя 712; — —, —, уходъ за ними въ повивальномъ Институтѣ 378; — —, кровоизліянія тяжелыя, лѣченіе желатиной 590; — —, pemphigus neonatorum 705; — —, смерть мнимая, способъ оживленія 185; — —, столбнякъ 220; — —, функціональная способность печени 220; — —, язва сифилитическая пупка 214; —, опухоль брюшной полости 222; —, отекъ слизистый 187, 830; —, — —, лѣченіе щитовидной железой 710; —, отравленіе морфіемъ 223; —, параличи 421; —, пляска св. Витта 624; —, почка блуждающая ложная 486; — работницъ фабричныхъ, смертность 757; —, ракъ водяной, щеки, распознаваніе 710; —, рождаемость, уменьшеніе отъ интиллигентныхъ отцовъ 717; —, саркома, мелкоклѣточковыя забрюшинныхъ железъ 360; —, сифилисъ гуммозный 187; —, — кожи 340; —, — невинныхъ 223; — сифилитиковъ, смертность 583, —, скарлатина, измѣненіе вѣса 335; —, —, изслѣдованіе кожи, тѣльца близкія къ protozoa 705; —, — трехкратная 491; — слабыя, проэкты убиванія ихъ 498; —, смертность

Digitized by Google

93; —, —, борьба съ ней 921; —, —, уменьшеніе въ Chicago 308; —, страхованіе 498; —, taenia nana 492; —, тифозное прободное воспаленіе брюшины 332; —, тифъ брюшной 296; —, —, шелушеніе кожи 669; —, тяжелое смѣшанное пораженіе горла 709; —, увеличеніе селезенки 745; —, удушье зобное 335; — умершія, перевозка ихъ 795; — уроды 712, 829; —, уротропинъ, какъ средство, предупреждающее нефритъ при скарлатинѣ 102; —, хорея, осложненная истеріей 214; —, шанкръ твердый наружныхъ половыхъ частей 786; —, эмфизема подкожная 664; —, энцефалитъ острый, выздоровленіе 224.

# Ж.

**Жаба** грудная гнилостная, заразная 622. Жабы, пересадка конечностей у головастиковъ 670; —, ядовитый секретъ кожныхъ железъ 105, 761. **Железа** зобная, свищи 373; — поджелудочная, болѣзни, органотерапія 661; — —, заболѣваніе острое, успѣшная операція 293; — —, измѣненія при саркоматозныхъ пораженіяхъ 417; — —, кисты и псейдокисты 767; — —, кровоизліяніе 213; — — нормальная человѣка, сокъ, изслѣдованіе 291; — —, островки *Langerhans*'а, струма 587; — —, первичная бугорчатка 586; — —, хирургія ея 293; — половая мужская, развитіе у млекопитающихъ животныхъ 179; — предстательная, гипертрофія, лѣченіе оперативное, сравнительная оцѣнка способовъ и показанія къ нимъ 124; — —, — удаленіе 828; — —, —, — со стороны промежности 411; слезная см. слезы; — сонная, опухоли 662; — щитовидная, лѣченіе ею 710; — —, сыворотка тиреотоксическая 854. Железы бронхіальныя, первичное пораженіе бугорчаткой 491; — грудныя, массажъ, общее зараженіе 139; — забрюшинныя лимфатическія, значеніе ихъ 136; — — —, лимфосаркома 360; — кожныя у жабъ, ядовитый секретъ 105, 761; — лимфатическія животныхъ, одержимыхъ бугорчаткой, содержаніе веществъ, имѣющихъ лѣчебное или предохранительное значеніе 19; — —, лихорадка железистая 801; — миндалевидныя см. глотка. **Желтуха**, патогенезъ 586; — сифилитическая, происхожденіе 102; — хроническая, кровяные свертки 484. **Желудокъ**, ахилія, вліяніе вливаній соляной кислоты на содержаніе пепсина 409; —, —, поносы 780; —, —, усвоеніе азота и жировъ пищи 260; —, изслѣдованіе химизма, способъ *Sahli* 261; —, катарръ грудныхъ дѣтей 413; —, кровоизліяніе при скарлатинѣ 831; —, операціи, причины смерти 583; —, опухоли соединительнотканныя 783; —, опущеніе, лѣченіе оперативное 136; —, привратникъ, съуженіе врожденное, заболѣваніе 942; —, раздуваніе искусственное съ распознавательною цѣлью, опасность 702; —, разрывы, происхожденіе 742; —, ракъ, лѣченіе сывороткой 61; —, — скрыто протекающій 525; —, —, распознаваніе 843, 874; —, раны огнестрѣльныя 663; —, рубцовыя перетяжки, тіозинаминъ и массажъ 252, 909; —, содержимое желудочное, способъ опредѣленія общей кислотности 19; —, сокъ желудочный, естественный, вліяніе на усвоеніе азота и жировъ пищи при ахиліи 260; —, стѣнки, опредѣленіе положенія, величины и равномѣрности 942; —, температура при различныхъ состояніяхъ дѣятельности и покоя 740; — формы песочныхъ часовъ 855; —, язва, лѣченіе 96. Желятина, кровоостанавливающее дѣйствіе 251, 590. Женщины, дозволеніе заниматься въ аптекахъ 69; —, недопущеніе заниматься медициной вмѣстѣ съ мужчинами 922; — незамужнія, состоятельныя, желательность безплатной работы въ больницахъ въ теченіи года 678; —, развитіе пьянства въ London'ѣ 387; —, свищи пузырные 77. Живосѣченія, мнѣніе проф. *И. П. Павлова* 596; —, противники ихъ 837. **Животныя**, дѣйствіе искусственныхъ разводокъ палочки проказы 828; —, — обширныхъ ожоговъ 660; — естественно невоспріимчивыя, существованіе фиксатора въ организмѣ 932; —, жизнеспособность, вліяніе брома и іода 827; — млекопитающія, молодыя, внѣшній видъ нервныхъ элементовъ мозжечковой коры 260; — —, нервные приборы сердца, посмертная раздражимость 490; — —, развитіе половой железы 179; — —, — яицъ яичника 141; —, одержимыя бугорчаткой, лѣчебное или предохранительное значеніе лимфатическихъ железъ 19; —, плоды, морфологія крови 712; — позвоночныя, внѣшній видъ протоплазматическихъ клѣточекъ 2-холмія и 4-холмія 551; —, прививка сифилиса 785; —, свойства кровяной сыворотки при кормленіи кровью и бактеріями 19; —, специфическія измѣненія свойствъ крови при кормленіи убитыми разводками микробовъ 304; — теплокровныя, кишечникъ, движенія 897; — —, сердце ихъ, механизмъ питанія 437; — —, — —, тетаническое сокращеніе при электрическомъ раздраженіи 490; —, химическія измѣненія въ организмѣ рожденныхъ отъ истощенныхъ голоданіемъ производителей 41, 251. Животъ, массажъ у сердечныхъ больныхъ 484; —, мышца прямая, нагноеніе при брюшномъ тифѣ 813; —, опухоли, распознаваніе 410; —, рана ножевая съ громаднымъ выпаденіемъ кишекъ 260. Жидкости, количественное опредѣленіе бѣлка по *Brandberg*'у 85. Жидкость спинномозговая см. мозгъ спинной. Жизнь 478, 504, 537. Жилища, опредѣленіе влажности 942; — рабочихъ желѣзнодорожныхъ 746; — частныя, обеззараживаніе 943. Жировикъ забрюшинный, возвращающійся 782. Жиры, разложеніе, вліяніе солей желѣза и марганца 752. Журналистика медицинская на выставкѣ въ St.-Louis 468. **Журналъ** «Allmänna Svenska Läkartidningen» 558; — «Бактеріологическія Извѣстія» 715; — «British Medical Journal», взглядъ его на участіе врачей въ торговой рекламѣ 112; — «Вегетаріанскій Вѣстникъ», пропаганда шарлатанства 267, 717; — «В.-Медицинскій» заявленіе *Г. Г. Франца* 33; — — —, приказъ о назначеніи г. *Громзина* младшимъ врачемъ 796, 834; — «Лѣчебная Газета», замѣтка по поводу помѣщеннаго въ ней пис... д-ра *Влаева* 71; — «Врачебно-санитарная Хроника Курской г... 496; — «Вѣстникъ общественной гигіены, судебной и практи... ской медицины», субсидія 266; — «Вѣстникъ психологіи, кри... нальной антропологіи и гипнотизма» 385; — «Centralblatt f. norm... und pathol. Anatomie mit Einschluss d. Mikrotechnik», 268, 8... — «Conseiller du Praticien» 72; — «Daily Medical Journal» 758; — «Deutsches Archiv f. klinische Medicin», просьба къ ...трудникамъ писать статьи возможно короче 522; — «Домаш... Врачъ» 150, 497, 677; — «La Gazzetta medica» 72; — «Gine... logia» 637; — «Journal des médecins» 72; —, «Журналъ Общ... ства охраненія народнаго здравія», избраніе отвѣтственнаго ...дактора 794; — «Journal of infections diseases» 152; — «Зна... и Жизнь» 306; — «Извѣстія Петербургской біологической лаб... раторіи», содержаніе 2-го вып. 7-го тома 794; — «Illustrat... Review of Physiologic therapeutics» 192, 678; — «Index Medicu... 36; — «Maryland Medical Journal», пострадавшій отъ пожара 3... — Медицинскаго Общества штата Colorado 36; — «New-Yo... Medical Journal and Philadelphia Medical Journal», бестактна... выходка 348; — Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*, некрологъ и портретъ д-ра *Е. А. Осипова* 920; — «Pathologie infantile» 152; — «Physicalisch-medicinische Monat... hefte» 717; — «Промышленность и Здоровье», предложеніе ре... дактора Московскому Обществу фабричныхъ врачей взять жур... налъ въ свои руки 190; — «Рецептъ», замѣтка по поводу письм... проф. *Поспѣлова* въ «Русскомъ Врачѣ» 227; — «La Revu... thérapeutique et clinique de la tuberculose» 950; — «La Riform... Medica», преобразованіе изъ ежедневнаго въ еженедѣльный 36... — «Southern Medicine», бывшій «The Georgia Journal of Medi... cine and Surgery» 36; — «Strassburger medicinische Zeitung» 152... — «The Lancet», руссофобскій шовинизмъ 866; — «The Thera... peutic Review» 387; — «Tuberculosis», статья д-ра *А. Пецольд*... 268, — «Zeitschrift f aerztliche Fortbildung» 638. Журналы новые 36, 36, 72, 72, 150, 152, 152, 152, 192, 267, 268, 306, 348, 385, 387, 496, 558, 637, 638, 715, 717, 950; —, преобразованіе 36, 36.

# З.

**Заведенія** родовспомогательныя см. больницы. Заводы винокуренные, санитарное состояніе 597; «Записки врача» *Вересаева*, англійскій переводъ 678. Запись обязательная парикмахеровъ 267; — преступленій, совершенныхъ въ состояніи опьяненія 467. Запоры, зависящіе отъ недостатка секретина, лѣченіе 661; — хроническіе, діэтетическое и физическое лѣченіе 213. Зараженіе внѣполовое сифилисомъ 334, 515, 858; — глаза послѣ извлеченія катарактъ 294; — естественное болотной лихорадкой въ ноябрѣ 89; — общее гроздекоккомъ отъ неразборчиваго примѣненія массажа грудныхъ железъ 139; — острымъ суставнымъ ревматизмомъ 371; — послѣродовое, показанія къ изсѣченію матки 24; —, роль въ происхожденіи острыхъ нервныхъ заболѣваній 825; — смѣшанное, опредѣленіе его у лихорадящихъ чахоточныхъ 451; — — при бугорчаткѣ легочной 483; — — — — хирургической 142; — стрептококковое и пнеймококковое, повышеніе количества фибринороднаго бѣлка плазмы 268; — эндогенное глаза 887. **Здравница** въ Гатчинѣ для безпризорныхъ дѣвочекъ 716; — — Лапландіи 388; — — Wiesbaden'ѣ для русскихъ раненыхъ офицеровъ 922; — для больныхъ бугорчаткой 69, 637; — — — воиновъ въ Кеммернѣ 346; — — — — — Крыму 466; — — дѣтей 756, 922; — — — городскихъ училищъ около Кіева 948; — — женщинъ врачей 949; — — легочныхъ больныхъ въ Davos'ѣ 268; — — — — — Закопанахъ, въ Галиціи 329; — — — — — Numela 267; — — — — — Пущѣ-Водицѣ 637, 921; — — — — — Ялтѣ 893; — — — — на о. Мадейрѣ 192; — — — — при Рѣчицкой земской лѣчебницѣ, устройство 109; — — — — «Халила» 109; — лагерь для чахоточныхъ чиновъ флота въ Америкѣ 348. Здравницы для легочныхъ больныхъ 907; —, лѣченіе нервныхъ больныхъ 913; — новыя 597, 637, 716, 756, 836, 894, 921, 922, 948; —, Общество санаторій на Ессентукской группѣ Кавказскихъ минеральныхъ водъ 597. **Земства** въ Юго-Западномъ краѣ 556; —, пожертвованія въ пользу раненыхъ 675. Земство Александровское, массовый уходъ врачей 521; — Елисаветградское, аптечный складъ 756; — Новоторжское, замѣна земскихъ врачей правительственными 496. **Змѣи** ядовитыя, ужаленіе, лѣченіе 884; —, ядъ, сыворотка противозмѣиная 387, 894. **Зобъ**, железа зобная, свищи 373; —, удушье 335. **Зубы**, флюсы, свѣтолѣченіе 213. Зудъ см. кожа. **Зѣвъ**, язвы, лѣченіе хромовой кислотой 790.

# И.

**Идіотизмъ**, трепанація 629. Идіоты, призрѣніе ихъ 457. **Изопралъ** 290, 482, 580. Изсѣченіе гортани 182; — двукратное кишки восходящей ободочной 829; — — — при бугорчатковомъ пораженіи 261; — кишки слѣпой 829; — клѣтки грудной вмѣстѣ съ плейрою 183; — кости, пораженной саркомой 137; — крупныхъ суставовъ конечностей при бугорчаткѣ 181; — матки 24; — первичное кишекъ при омертвѣвшихъ грыжахъ 176; — почки, возможность пораненія нижней полой вены 702; — предстательной железы 411; — раковой опухоли въ области *Vater*'ова сосочка 452; — селезенки 292. **Иллюзіи** массовыя 186. **Институтъ** бактеріологическій, Виленскій, отчетъ о предохранитель-

Digitized by Google

стагмъ 911; —, оболочка радужная, воспаленіе острое 790; —, — —, утеря травматическая 412; —, — роговая, вліяніе кокаина и голокаина 887; —, — —, воспаленіе межуточное, сифилитическое 583, 583; —, — —, нагноеніе послѣ татуировки 99; —, — —, перерожденіе пятнистое семейное 856; —, — —, прижиганіе звѣздчатое 59; —, — соединительная, бугорчатка ея в сосудистой оболочки 824; —, — —, пребываніе живыхъ піявокъ 138; —, — —, саркома 263; —, — сосудистая, бугорчатка ея и соединительной оболочки 824; , — —, воспаленіе центральное 784; —, — —, ракъ переносный 824; —, операціи магнитныя 373; —, офтальмоплегія 917; —, ощущенія цвѣтовыя, разстройства при спинной сухоткѣ 665; —, параличи отъ артеріосклерова 137; —, — приспособленія послѣдифтерійные, противудифтерійная сыворотка 59; —, поврежденія газетными пружинами 792; —, — предметами, окрашенными анилиновыми красками 263; —, — профессіональныя на нефтяныхъ промыслахъ 294; —, пораженіе при множественномъ склерозѣ 744; —, пораненіе школьными чернилами 58; —, пороки развитія, причины 886; —, пути слезные, бугорчатка 784; —, — —, заболѣванія, скопленіе грибковъ 789; —, — —, — у негровъ 23; —, — —, —, электролизъ 770, 789, 809; —, сведеніе послѣдифтерійное, противудифтерійная сыворотка 39; —, сифилисъ наслѣдственный, зачаточныя явленія 703; —, склера, склеритъ, опасность примѣненія адреналина 58; —, слѣпота, вліяніе радія 138, 598; —, — врожденная на слова 485; —, — въ Курляндской губ , причины ея 376; —, — истерическая 784; —, — куриная и ея спутники 333; —, —, лучи *Bequerel'я* 138; —, — на цвѣта 152; —, — послѣ впрыскиванія парафина 58; —, —, предупрежденіе, Попечительство въ Россіи 266; —, — преходящая при свинцовомъ отравленіи 485; —, стафилема, нагноеніе 263; —, сѣтчатка, адаптація и явленіе Purkinyé 708; —, —, ангіонейрозы 338; —, —, артерія центральная, закупорка частичная, выздоровленіе 294, 453; —, —, гліома двухсторонняя 624; —, —, пятно желтое, колобома 224; —, —, ретинитъ бѣлокровный 263; —, —, — пролиферирующій 262; —, —, — — при глаукомѣ 262; —, тонометръ *Лифшица* 338; —, трахома 789; —, —, борьба съ ней, изученіе этіологіи 377; —, — въ Курской губ. 583; —, —, лѣченіе механическое 253; —, —, — оперативное 376; —, —, распространеніе ея 376; —, ударъ электрическій, ослабленіе зрѣнія 58; —, хрусталикъ, вывихъ произвольный 624; —, —, извлеченіе при помутнѣніи задней его сумки 333; —, —, поврежденіе осколкомъ мѣди 332; —, —, помутнѣніе отъ іода 824; —, —, удаленіе желѣзнаго осколка съ сохраненіемъ прозрачности 454; —, —, утеря травматическая 412; —, шрифты *Кубли* 917; —, яблоко, ангіома 792; —, —, двойное прободеніе желѣзнымъ осколкомъ 546; —, —, массажъ для излѣченія закупорки центральной артеріи сѣтчатки 453; —, —, ушибъ 412. **Глисты** ленточные, taenia nana 492; — —, цѣпень невооруженный 56; —, острицы въ усѣченномъ червеобразномъ отросткѣ при аппендицитѣ 323. **Глицеринъ**, прибавка его къ оспенной лимфѣ 371. **Глотка**, миндалины, гипертрофія въ дѣтскомъ возрастѣ 422; —, —, пораженіе при гриппѣ 212; —, роль ея въ кровохарканьяхъ 641. **Глухонѣмота**, борьба съ ней въ Россіи 375; —, регистрація ея 375; —, статистика ея въ Петербургѣ 376. **Глухонѣмые**, истязанія въ училищѣ Екатеринославской губ. 228, 497; —, падучный, мозгъ его 260. **Глухота** см. уши. **Гнойники** холодные при хирургической бугорчаткѣ 143. **Гомеопаты** 587; —, аптечки походныя 921; —, не нашедшіе возможнымъ принять на себя трудъ земскаго врача-гомеопата въ Нижне-дѣвицкомъ земствѣ 468; —, статистика 522; —, съѣздъ ихъ 522; —, привлеченный къ суду за лѣченіе 866; —, хлопоты ихъ о распространеніи гомеопатическаго лѣченія въ дѣйствующей арміи 387. **Голоданіе**, вліяніе на производительность 41, 256; —, измѣненіе бѣлковъ тѣла 343; — минеральное 257. **Голокаинъ**, вліяніе на роговую оболочку 887. **Горло** дыхательное, озена 60; — —, пораженіе тяжелое, смѣшанное, у дѣтей 709; — —, роль въ кровохарканіяхъ 642. **Города**, гигіэна и смѣты городскія 336; —, организація медицинская, роль санитарныхъ Попечительствъ и санитарныхъ врачей 336; — —, санитарная 336; —, правильная постановка обеззараживанія частныхъ жилищъ и общественныхъ учрежденій 943; —, удаленіе дыма 678. **Гортань**, болѣзни, свѣтолѣченіе 489; —, бугорчатка, фенилъ-пропіоловокислый натръ 701; —, изсѣченіе полное подъ мѣстной анэстезіей 182, 356; —, ритмическія движенія у истеричной 374. **Госпитали** во Франціи, бюджетъ 387. **Госпиталь** Baltimor'скій Johns Hopkins Hospital. убытки отъ пожара 468; — — — — —, пожертвованіе J. D. Rockefeller'a 388; — морской Иркутскій, расширеніе 676; — — новый въ Washington'ѣ 468; — *Pasteur*'a въ Парижѣ, лѣченіе заразныхъ больныхъ 942. **Грибки** въ слезныхъ канальцахъ 789. **Грибокъ** лучистый бедра 56; — — глазницы 824; — — кожи 139; — — стѣнки брюшной 829; — — яичниковъ 139. **Гриппъ**, менингитъ 340, 571; —, первичное пораженіе миндалинъ 212. **Гробовщики**, стачка 922. **Грыжа** 12-перстно-тощая 411; — мозговыхъ оболочекъ 622; —, мѣшокъ грыжевой, бугорчатка 623; — паховая свободная, операція, непроходимость кишекъ 292; — срамной губы 582. **Грыжи** омертвѣвшія, первичное изсѣченіе кишекъ 176; —, операція по *Bassini* 910; — паховыя у мужчинъ, аппендицитъ 261; — ущемленныя 97. **Грязелѣчебница** см. больница. **Грязелѣченіе** на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ 167, 207, 245, 285. **Губа** верхняя, язва 463; — нижняя, ракъ 510.

# Д.

**Дантисты**, изобрѣтатель діафрагмы-iris 228; —, скрывшійся съ чужими деньгами 757. **День** рожденія проф. *Cornil*'я 428; — — — *Ehrlich*'a 796; — — — *Edwin*'a *Klebs*'a 308; — — — *Д. И. Менделѣева* 32; — — — *Snellen*'a 348. **Деньги** бумажныя, присутствіе палочекъ, обеззараживаніе 387. **Департаментъ** медицинскій, сверхштатные медицинскіе чиновники 495; — —, 100 лѣтіе 33. **Дерматологія**, роль психотерапіи 404. **Десны**, бугорчатка 331. **Дифтерія** 498; — во французской арміи 797; —, лѣченіе сывороточное 785; — людей и птицъ 411; —, признаки угрожающаго паралича сердца 372; —, распознаваніе, бактеріологическій способъ 7, 303; —, распространеніе водой 701; — рта и женскихъ половыхъ органовъ 581. **Діазореакція**, значеніе ея при кори 175. **Домъ** имени *С. П. Боткина* 949; — — императора Фридриха и императрицы Фридерики 348. **Дорога** желѣзная Владикавказская, санитарная стоянка 949; — — городская New-York'ская, запрещеніе кондукторамъ слюнить пальцы при выдачѣ билетовъ 468; — — Pensylvani'йская, распоряженіе о привитіи оспы всѣмъ служащимъ 348; — — Средне-Азіатская, жилища рабочихъ 746. **Дороги** желѣзныя Виленскія, курсы гигіэны 757; — —, врачебная помощь служащимъ 150; — —, врачебно-санитарный надзоръ 745; — —, несчастія 498; — —, перевозка, массовая переселенцевъ и рабочихъ, санитарныя условія 418, 573, 615; — — Юго Западныя, курсы подачи скорой помощи 110; —, поливка ихъ смолой и нефтью 821. **Дрожжи**, бродила въ нихъ 751; —, изслѣдованіе ихъ 543. **Дума** Кіевская, воспрещеніе куренія табака 385; — Красноярская, ходатайство о предоставленіи административно-ссыльнымъ врачамъ временно правъ службы у города 496; — Петербургская, организація санитарнаго надзора 467; — —, постановленіе о перевозкѣ умершихъ дѣтей 795; — Полтавская, ходатайство объ открытіи городской аптеки 894 **Дымъ** табачный, обезвреживаніе 386; —, удаленіе изъ городовъ 678. **Дѣло** больничное въ Царствѣ Польскомъ 191; — врачебное, вліяніе частной практики 676; — гомеопата *А. А. Лаура* 71; — д-ра *П. А. Баратынскаго* 151; — — *W. Becher*'a съ редакторомъ «Berliner klinische Wochenschrift» 678; — — *С. И. Васильковича* 468; — — *Н. П. Забусова* 677, 757, 794, 865, 921, 949, 949; — — *Н. Н. Михайлова* 192; — — *I. И. Родзевича* 111, 522; — кумысное и кумысолѣчебное, Съѣздъ по урегулированію его 109; — по крупному денежному иску между 2-мя врачами 428; — по обвиненію «врачемъ Тибетской медицины» г. Бадмаевымъ д-ра *И. С. Крейнделя* 111; — проф. *Morisani* 797; — санитарно-врачебное, преобразованіе 191; — — —, —, проэктъ, критика 108, 190, 426, 596; — ч. пр. *П. Я. Розенбаха* съ г. Кравзъ-Тарнавскимъ 467; — шарлатана-магнетопата Schröter'a 348, 480. **Дѣти**, акромегалія 302; —, ангіома печени 295; —, анурія 8-дневная при скарлатинѣ 711; — арестантовъ, пріютъ для нихъ въ Минскѣ 190; — безпризорныя, Общество попеченія въ Кутаисѣ 949; —, біологическія свойства крови 941; —, больница заразная *Pasteur*'a въ Парижѣ 711; —, болѣзни заразныя, острыя, измѣненія въ спинномозговыхъ узлахъ 336; —, болѣзнь сахарная 222; —, бронхопнеймонія, хлориды спинно мозговой жидкости 173; —, бугорчатка костей и суставовъ 143; —, — просовидная 491; —, —, пути зараженія ею 368; —, воспаленіе легкихъ фибринозное, лѣченіе, исходы и смертность по даннымъ больницы св. Ольги 341, —, врожденный порокъ сердца 104; —, вскармливаніе грудное, противопоказанія къ нему 335; —, — —, рахитъ 219, 219; —, вылущеніе слезнаго мѣшка, осложненія 223; —, гипертрофія глоточной миндалины 422; — глухонѣмыя, истязаніе ихъ въ училищѣ 228, 497; — грудныя, атрофія, патолого-анатомическія измѣненія кишечника 335: — —, воспаленіе легкаго, лѣченіе противопнеймококковой сывороткой 102; — —, изслѣдованіе газовъ въ кишкахъ 664; — —, катарръ желудка и кишекъ, изслѣдованіе 413; — —, — острый тонкихъ кишекъ, лѣченіе, употребленіе женскаго молока 177; — —, смертность отъ задушенія кормящими 152; —, fibroma molluscum 302; —, заболѣванія больничныя вторичныя, борьба съ ними 711, 830; —, здравницы новыя 756, 922; —, катарръ мочевого пузыря, этіологія 102; —, коклюшъ. дѣйствіе кипарисоваго масла 454; —, колоніи лѣчебныя 637; —, косоглазіе, лѣченіе 512; —, кріоскопія мочи 256; —, кровоточивость 302; —, лишай чешуйчатый 831; —, малокровіе злокачественное 625; —, менингитъ церебро-спинальный, обусловленный палочками гриппа 340; —, молоко дѣтское 93; —, морфологическія измѣненія крови при краснухѣ 295; —, мочеизнуреніе несахарное 624; — новорожденныя, вѣсъ ихъ при узкомъ тазѣ 184, 282; — —, гнойное воспаленіе глазъ безъ гонококковъ 100; — —, недоноски, бродила пищеварительныя 712; — —, —, уходъ за ними въ повивальномъ Институтѣ 378; — —, кровоизліянія тяжелыя, лѣченіе желятиной 590; — —, pemphigus neonatorum 705; — —, смерть мнимая, способъ оживленія 185; — —, столбнякъ 220; — —, функціональная способность печени 220; — —, язва сифилитическая пупка 214; —, опухоль брюшной полости 222; —, отекъ слизистый 187, 830; —, — —, лѣченія щитовидной железой 710; —, отравленіе морфіемъ 223; —, параличи 421; —, пляска св. Витта 624; —, почка блуждающая ложная 486; — работницъ фабричныхъ, смертность 757; —, ракъ водяной, щеки, распознаваніе 710; —, рождаемость, уменьшеніе отъ интиллигентныхъ отцовъ 717; —, саркома, мелкоклѣточковыя забрюшинныхъ железъ 360; —, сифилисъ гуммозный 187; —, — кожи 340; —, — невинныхъ 223; — сифилитиковъ, смертность 583, —, скарлатина, измѣненіе вѣса 335; —, —, изслѣдованіе кожи, тѣльца близкія къ protozoa 705; —, — трехкратная 491; — слабыя, проэкты убиванія ихъ 498; —, смертность

Digitized by Google

93; —, —, борьба съ ней 921; —, —, уменьшеніе въ Chicago 308; —, страхованіе 498; —, taenia nana 492; —, тифозное прободное воспаленіе брюшины 332; —, тифъ брюшной 296; —, — —, шелушеніе кожи 669; —, тяжелое смѣшанное пораженіе горла 709; —, увеличеніе селезенки 745; —, удушье зобное 335; — умершія, перевозка ихъ 795; — уроды 712, 829; —, уротропинъ, какъ средство, предупреждающее нефритъ при скарлатинѣ 102; —, хорея, осложненная исторіей 214; —, шанкръ твердый наружныхъ половыхъ частей 786; —, эмфизема подкожная 664; —, энцефалитъ острый, выздоровленіе 224.

# Ж.

**Жаба** грудная гнилостная, заразная 622. Жабы, пересадка конечностей у головастиковъ 670; —, ядовитый секретъ кожныхъ железъ 105, 761. **Железа** зобная, свищи 373; — поджелудочная, болѣзни, органотерапія 661; — —, заболѣваніе острое, успѣшная операція 293; — —, измѣненія при саркоматозныхъ пораженіяхъ 417; — —, кисты и псейдокисты 767; — —, кровоизліяніе 213; — — нормальная человѣка, сокъ, изслѣдованіе 291; — —, островки *Langerhans*'а, струма 587; — —, первичная бугорчатка 586; — —, хирургія ея 293; — половая мужская, развитіе у млекопитающихъ животныхъ 179; — предстательная, гипертрофія, лѣченіе оперативное, сравнительная оцѣнка способовъ и показанія къ нимъ 124; — —, —, удаленіе 828; — —, — — со стороны промежности 411; слезная см. слезы; — сонная, опухоли 662; — щитовидная, лѣченіе ею 710; — —, сыворотка тиреотоксическая 854. Железы бронхіальныя, первичное пораженіе бугорчаткой 491; — грудныя, массажъ, общее зараженіе 139; — забрюшинныя лимфатическія, значеніе ихъ 136; — — —, лимфосаркома 360; — кожныя у жабъ, ядовитый секретъ 105, 761; — лимфатическія животныхъ, одержимыхъ бугорчаткой, содержаніе веществъ, имѣющихъ лѣчебное или предохранительное значеніе 19; — —, лихорадка железистая 801; — миндалевидныя см. глотка. **Желтуха**, патогенезъ 586; — сифилитическая, происхожденіе 102; — хроническая, кровяные свертки 484. **Желудокъ**, ахилія, вліяніе вливаній соляной кислоты на содержаніе пепсина 409; —, —, поносы 780; —, —, усвоеніе азота и жировъ пищи 260; —, изслѣдованіе химизма, способъ *Sahlé* 261; —, катарръ грудныхъ дѣтей 413; —, кровоизліяніе при скарлатинѣ 831; —, операціи, причины смерти 583; —, опухоли соединительнотканныя 783; —, опущеніе, лѣченіе оперативное 136; —, привратникъ, съуженіе врожденное, заболѣваніе 942; —, раздуваніе искусственное съ распознавательною цѣлью, опасность 702; —, разрывы, происхожденіе 742; —, ракъ, лѣченіе сывороткой 61; —, — скрыто протекающій 525; —, —, распознаваніе 843, 874; —, раны огнестрѣльныя 663; —, рубцовыя перетяжки, тіозинаминъ и массажъ 252, 909; —, содержимое желудочное, способъ опредѣленія общей кислотности 19; —, сокъ желудочный, естественный, вліяніе на усвоеніе азота и жировъ пищи при ахиліи 260; —, стѣнки, опредѣленіе положенія, величины и равномѣрности 942; —, температура при различныхъ состояніяхъ дѣятельности и покоя 740; — формы песочныхъ часовъ 855; —, язва, лѣченіе 96. Желатина, кровоостанавливающее дѣйствіе 251, 590. Женщины, дозволеніе заниматься въ аптекахъ 69; —, недопущеніе заниматься медициной вмѣстѣ съ мужчинами 922; — незамужнія, состоятельныя, желательность безплатной работы въ больницахъ въ теченіи года 678; —, развитіе пьянства въ London'ѣ 387; —, свищи пузырные 77. Живосѣченія, мнѣніе проф. *И. П. Павлова* 596; —, противники ихъ 837. **Животныя**, дѣйствіе искусственныхъ разводокъ палочки проказы 828; —, — обширныхъ ожоговъ 660; — естественно невоспріимчивыя, существованіе фиксатора въ организмѣ 932; —, жизнеспособность, вліяніе брома и іода 827; — млекопитающія, молодыя, внѣшній видъ нервныхъ элементовъ мозжечковой коры 260; — —, нервные приборы сердца, посмертная раздражимость 490; — —, развитіе половой железы 179; — —, — яицъ яичника 141; —, одержимыя бугорчаткой, лѣчебное или предохранительное значеніе лимфатическихъ железъ 19; —, плоды, морфологія крови 712; — позвоночныя, внѣшній видъ протоплазматическихъ клѣточекъ 2-холмія и 4-холмія 551; —, прививка сифилиса 785; —, свойства кровяной сыворотки при кормленіи кровью и бактеріями 19; —, специфическія измѣненія свойствъ крови при кормленіи убитыми разводками микробовъ 304; — теплокровныя, кишечникъ, движенія 897; — —, сердце ихъ, механизмъ питанія 437; — —, — —, тетаническое сокращеніе при электрическомъ раздраженіи 490; —, химическія измѣненія въ организмѣ рожденныхъ отъ истощенныхъ голоданіемъ производителей 41, 251. Животъ, массажъ у сердечныхъ больныхъ 484; —, мышца прямая, нагноеніе при брюшномъ тифѣ 813; —, опухоли, распознаваніе 410; —, рана ножевая съ громаднымъ выпаденіемъ кишекъ 260. Жидкости, количественное опредѣленіе бѣлка по *Brandberg*'у 85. Жидкость спинномозговая см. мозгъ спинной. Жизнь 478, 504, 537. Жилища, опредѣленіе влажности 942; — рабочихъ желѣзнодорожныхъ 746; — частныя, обеззараживаніе 943. Жировикъ забрюшинный, возвращающійся 782. Жиры, разложеніе, вліяніе солей желѣза и марганца 752. Журналистика медицинская на выставкѣ въ St.-Louis 468. **Журналъ** «Almänna Svenska Läkartidningen» 558; — «Бактеріологическія Извѣстія» 715; — «British Medical Journal», взглядъ его на участіе врачей въ торговой рекламѣ 112; — «Вегетаріанскій Вѣстникъ», пропаганда шарлатанства 267, 717; — «В.-Медицинскій» заявленіе *Г. Г. Франца* 33; — — —, приказъ о назначеніи г. *Громзина* младшимъ врачемъ 796, 834; — «Врачебная Газета», замѣтка по поводу помѣщеннаго въ ней письма д-ра *Влаева* 71; — «Врачебно-санитарная Хроника Курской губ.» 496; — «Вѣстникъ общественной гигіены, судебной и практической медицины», субсидія 266; — «Вѣстникъ психологіи, криминальной антропологіи и гипнотизма» 385; — «Centralblatt f. normale und pathol. Anatomie mit Einschluss d. Mikrotechnik», 268, 848; — «Conseiller du Praticien» 72; — «Daily Medical Journal» 36, 758; — «Deutsches Archiv f. klinische Medicin», просьба къ сотрудникамъ писать статьи возможно короче 527; — «Домашній Врачъ» 150, 497, 677; — «La Gazzetta medica» 72; — «Ginekologia» 637; — «Journal des médecins» 72; —, «Журналъ Общества охраненія народнаго здравія», избраніе отвѣтственнаго редактора 794; — «Journal of infections diseases» 152; — «Знаніе и Жизнь» 306; — «Извѣстія Петербургской біологической лабораторіи», содержаніе 2-го вып. 7-го тома 794; — «Illustrated Review of Physiologic therapeutics» 192, 678; — «Index Medicus» 36; — «Maryland Medical Journal», пострадавшій отъ пожара 388; — Медицинскаго Общества штата Colorado 36; — «New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal», безтактная выходка 348; — Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*, некрологъ и портретъ д-ра *Е. А. Осипова* 920; — «Pathologie infantile» 152; — «Physicalisch-medicinische Monatshefte» 717; — «Промышленность и Здоровье», предложеніе редактора Московскому Обществу фабричныхъ врачей взять журналъ въ свои руки 190; — «Рецептъ», замѣтка по поводу письма проф. *Поспѣлова* въ «Русскомъ Врачѣ» 227; — «La Revue thérapeutique et clinique de la tuberculose» 950; — «La Riforma Medica», преобразованіе изъ ежедневнаго въ еженедѣльный 36; — «Southern Medicine», бывшій «The Georgia Journal of Medicine and Surgery» 36; — «Strassburger medicinische Zeitung» 152; — «The Lancet», руссофобскій шовинизмъ 866; — «The Therapeutic Review» 387; — «Tuberculosis», статья д-ра *А. Пецольда* 268, — «Zeitschrift f. aerztliche Fortbildung» 638. Журналы новые 36, 36, 72, 72, 150, 152, 152, 152, 192, 267, 268, 306, 348, 385, 387, 496, 558, 637, 638, 715, 717, 950; —, преобразованіе 36, 36.

# З.

**Заведенія** родовспомогательныя см. больницы. Заводы винокуренные, санитарное состояніе 597; «Записки врача» *Вересаева*, англійскій переводъ 678. Запись обязательная парикмахеровъ 267; — преступленій, совершенныхъ въ состояніи опьяненія 467. Запоры, зависящіе отъ недостатка секретина, лѣченіе 661; — хроническіе, діэтетическое и физическое лѣченіе 213. Зараженіе внѣполовое сифилисомъ 334, 515, 858; — глаза послѣ извлеченія катарактъ 294; — естественное болотной лихорадкой въ ноябрѣ 89; — общее гроздекоккомъ отъ неразборчиваго примѣненія массажа грудныхъ железъ 139; — острымъ суставнымъ ревматизмомъ 371; — послѣродовое, показанія къ изсѣченію матки 24; —, роль въ происхожденіи острыхъ нервныхъ заболѣваній 825; — смѣшанное, опредѣленіе его у лихорадящихъ чахоточныхъ 451; — — при бугорчаткѣ легочной 483; — — — — хирургической 142; — стрептококковое и пнеймококковое, повышеніе количества фибринороднаго бѣлка плазмы 268; — эндогенное глаза 887. **Здравница** въ Гатчинѣ для беспризорныхъ дѣвочекъ 716; — — Лапландіи 388; — — Wiesbaden'ѣ для русскихъ раненыхъ офицеровъ 922; — для больныхъ бугорчаткой 69, 637; — — — воиновъ въ Кеммернѣ 346; — — — — — Крыму 466; — — дѣтей 756, 922; — — — городскихъ училищъ около Кіева 948; — — женщинъ врачей 949; — — легочныхъ больныхъ въ Davos'ѣ 268; — — — — — Закопанахъ, въ Галиціи 329; — — — — Numela 267; — — — — — — Пущѣ-Водицѣ 637, 921; — — — — Ялтѣ 893; — — — — на о. Мадейрѣ 192; — — — — при Рѣчицкой земской лѣчебницѣ, устройство 109; — — — — «Халила» 109; — лагерь для чахоточныхъ чиновъ флота въ Америкѣ 348. Здравницы для легочныхъ больныхъ 907; —, лѣченіе нервныхъ больныхъ 913; — новыя 597, 637, 716, 756, 836, 894, 921, 922, 948; —, Общество санаторій на Ессентукской группѣ Кавказскихъ минеральныхъ водъ 597. **Земства** въ Юго-Западномъ краѣ 556; —, пожертвованія въ пользу раненыхъ 675. Земство Александровское, массовый уходъ врачей 521; — Елисаветградское, аптечный складъ 756; — Новоторжское, замѣна земскихъ врачей правительственными 496. **Змѣи** ядовитыя, ужаленіе, лѣченіе 884; —, ядъ, сыворотка противоядная 387, 894. **Зобъ**, железа зобная, свищи 373; —, удушье 335. **Зубы**, флюсы, свѣтолѣченіе 213. Зудъ см. кожа. **Зѣвъ**, язвы, лѣченіе хромовой кислотой 790.

# И.

**Идіотизмъ**, трепанація 629. Идіоты, призрѣніе ихъ 457. **Изопралъ** 290, 482, 580. Изсѣченіе гортани 182; — двукратное кишки восходящей ободочной 829; — — — при бугорчатковомъ пораженіи 261; — кишки слѣпой 829; — клѣтки грудной вмѣстѣ съ плейрою 183; — кости, пораженной саркомой 137; — крупныхъ суставовъ конечностей при бугорчаткѣ 181; — матки 24; — первичное кишекъ при омертвѣвшихъ грыжахъ 176; — почки, возможность пораненія нижней полой вены 702; — предстательной железы 411; — раковой опухоли въ области *Vater*'ова сосочка 452; — селезенки 292. **Иллюзіи** массовыя 186. **Институтъ** бактеріологическій, Виленскій, отчетъ о предохранитель-

Digitized by Google

ныхъ прививкахъ противъ водобоязни 386; — Ветеринарный, необходимость устройства въ Западной Сибири 35, 384; — для изслѣдованія раковыхъ заболѣваній 638; — Женскій Медицинскій, клиника акушерско-гинекологическая «Московская» 595; — — —, пожертвованія ему 636; — — —, принятіе его въ вѣдѣніе Министерства народнаго просвѣщенія 345; — — —, связь съ Петропавловской больницей 834; — — —, слушательницы, заявленіе желанія отправиться на Дальній Востокъ 345, 466; —, Hamburg'скій тропической медицины, курсъ спеціальный по судовой и тропической гигіенѣ и по тропическимъ болѣзнямъ 428; — Клиническій Еленинскій, желательныя измѣненія въ постановкѣ преподаванія 146; — — —, командировки земскихъ врачей, отчеты о нихъ 466, 596; — — Повивальный, 100-лѣтній юбилей и открытіе новыхъ зданій 346; — — —, уходъ за недоносками 378; — имени *Bassini* въ Milano 758; — *Koch*'овскій, бактеріолого-гигіеническіе курсы 51; — *Pasteur*'овскій въ Chicago, прививки противъ бѣшенства 558; — — — Парижѣ, директоръ и помощникъ 717, 922; — — — —, предоставленіе помѣщенія проф. Curie для его занятій съ радіемъ 112, 151; — — — —, пріобрѣтеніе большого числа шимпанзе 111; — физіологическій новый въ Вѣнѣ 758. Инструменты новые 262. **Испанія**, распространеніе рака 72. Испражненія выздоравливающихъ брюшнотифозныхъ, изслѣдованіе на присутствіе *Eberth*'овскихъ палочекъ 451; —, обнаруженіе тифозныхъ и паратифозныхъ палочекъ 19; —, размельченіе ихъ 54; —, флагеллаты 589. Истерія на крайнемъ Сѣверо-Востокѣ 461; —, признаки истинные и ложные 857; — при хореѣ 214; —, ритмическія движенія гортани 374; —, слѣпота истерическая 784. Истощеніе, какъ причина смерти при операціяхъ на желудкѣ и кишкахъ 583.

# I.

**Іогимбинъ** при половомъ безсиліи 428. Іодизмъ 709. Іодипинъ, впрыскиванія подкожныя при рейматоидныхъ воспаленіяхъ суставовъ 545; — при сифилисѣ 708. Іодоформъ, лѣченіе легочной бугорчатки 371. Іодъ, вліяніе на жизнеспособность животныхъ и холерныхъ палочекъ 827; —, обеззараживаніе питьевой воды 26, 260; —, помутнѣніе хрусталика 824.

# К.

**Калій** іодистый, лѣченіе всѣхъ ступеней сифилиса 415. Канализація въ г. Santiago, ассигновка 10.000000 р. 72. Камфора, вздорожаніе ея 428. Каналъ см. протокъ. Капиталъ *С. П. Боткина*, отчетъ 105; — В. А. Манассеина («рубль») 221, 417; — *А. И. Пѣунова* 715; — спеціальный общій для обезпеченія лицъ врачебнаго персонала 150. Касса вспомогательная медицинская имени *Я. А. Чистовича*, постановленіе 676; — — — — — — —, Кіевское отдѣленіе, общее Собраніе 555; — — — — — — —, о преобразованіи ея 416, 577, 714; — пенсіонно-эмеритальная для врачей, предварительные расчеты по учрежденію 415. Кататонія 786, 786, 786. **Квасъ**, постановленіе объ изготовленіи и торговлѣ 717. **Кислородъ**, гидролитическія бродила 613; — при цистоскопіи 823. Кислота азотная въ водѣ, количественное опредѣленіе 26; — борная, отравленіе 785; — карболовая чистая, наружное примѣненіе при оспѣ 660; — соляная, вліяніе на содержаніе пепсина въ желудкѣ 409; — сѣрная при зудѣ 825; — хромовая при язвахъ рта и зѣва 790. Кислоты, вліяніе на образованіе трипсина изъ трипсиногена 543. Киста первичная почки 591; — яичника 598, 705, 899. Кисты железы поджелудочной 767, 806. Кишечникъ, вырѣзанный животныхъ теплокровныхъ, вліяніе на движенія его лѣкарственныхъ веществъ и ядовъ 897; —, измѣненія патолого-анатомическія при атрофіи грудныхъ дѣтей 335; —, непроходимость 183; —, отсутствіе измѣненій при брюшномъ тифѣ 752. Кишка, бугорчатка, двукратное изсѣченіе 261; — взрослаго человѣка, ненормальное положеніе при общей брыжейкѣ 140; — ободочная восходящая, новообразованіе злокачественное, изсѣченіе 829; — прямая, выпаденіе, лѣченіе оперативное 46, 86; — —, ректоскопія 801; — —, свищи влагалищно-прямокишечные 903; — —, тѣло инородное 911; — слѣпая, воспаленіе первичное 623; — —, новообразованіе злокачественное, изсѣченіе 829. Кишки, внѣдреніе хроническое 727; —, выпаденіе громадное при ножевой ранѣ живота 260; —, газы, изслѣдованіе 664; —, изсѣченіе первичное при омертвѣвшихъ грыжахъ 176; —, катарръ у грудныхъ дѣтей 413; —, непроходимость 183; —, — острая въ связи съ заболѣваніями женскихъ половыхъ органовъ 157; —, — послѣ операціи свободной паховой грыжи 292; —, операціи, причины смерти 583; —, перетяжки рубцовыя, тіозинаминъ 909; —, разрывы, происхожденіе 742; — толстыя, воспаленія язвенныя, затяжныя, хирургическое лѣченіе 703; — —, ободочная восходящая, брыжейка, опухоль 663; — —, расширеніе самородное 292; — —, состояніе пищевыхъ массъ при переходѣ въ нихъ 105; — тонкія, катарръ острый у грудныхъ дѣтей, лѣченіе, женское молоко 177; — —, Meckel'іево расширеніе, воспаленіе и омертвѣніе 412. **Кладбища** городскія Московскія 716; —, разстояніе ихъ отъ питейныхъ домовъ 866; —, церкви, санитарныя требованія 614, 916. Клиника хирургическая въ Charité, новое зданіе 796; — — госпитальная въ Юрьевѣ, ветхость ея 837. Клиники университетскія, взаимныя отношенія между ними и земскими лѣчебницами 346, 496, 636; — факультетскія въ Одессѣ, центральная амбулаторія 109, 757. Клѣтка грудная, изсѣченіе значительнаго участка ея 183; — —, постукиваніе, парадоксальныя явленія 295. Клѣтки децидуальныя при эндометритахъ 359; — нервныя умершія, въ мозговой корѣ человѣка, дѣйствіе на нихъ воды 415; —, противутѣла, химическая природа ихъ и мѣсто образованія 543; — эозинофильныя въ мокротѣ 175. Клѣточка растительная и животная, протоплазма, вліяніе нервныхъ ядовъ 490. Клѣтки нервныя 2-холмія и 4-холмія, протоплазматическіе отростки, внѣшній видъ 551. Клѣтчатка, раздѣленіе водороднаго и метановаго броженія 304. Ключица, переломъ, расширеніе подключичной артеріи 332; —, саркома 775. **Книга** по эпидеміологіи 521. Книги медицинскія, число вышедшихъ въ 1902—1903 ак. году 428; —, отношеніе числа ихъ къ общему числу населенія 757. **Кодеинъ** іодистый 291. **Кожа**, атрофія идіопатическая 462; —, болѣзни, лѣченіе *Roentgen*'овскими лучами 374; —, —, — флуоресцирующими веществами 177; —, —, тигенолъ 512; —, бугорчатковое пораженіе 177; —, грибокъ лучистый 139; —, гэморрагическія измѣненія при язвенномъ эндокардитѣ 910; —, дѣйствіе свѣта 255; —, fibroma molluscum 302; —, железы кожныя жабъ, ядовитый секретъ 105, 761; —, защита механическая отъ укуса комаровъ 468; —, зудъ, лѣченіе сѣрной кислотой 825; —, herpes zoster 334; —, изслѣдованіе при скарлатинѣ, тѣльца близкія къ protozoa 705; —, крапивница, вызванная примулой 139; —, лейкоплякія, лѣченіе по способу д-ра *Bockhardt*'а 375; — лица, пораженіе, трудно поддающееся опредѣленію 546; —, лишай розовый шелушащійся 277, 628; —, — чешуйчатый 831; —, mycosis fungoides 177; —, naevus vasculosus 790; —, омертвѣніе 463; —, pemphigus neonatorum s. contagiosus 705; —, — vegetans 60; —, — —, патологія 515; —, pityriasis rubra pilaris 863; —, prurigo, дистрофія 628; —, пятна родимыя пигментныя, лѣченіе растворомъ перекиси водорода 455; —, раздраженіе тепловое, дѣйствіе углекислыхъ ваннъ 97; —, саркома 463; —, саркоматозъ 862; —, сифилисъ 340; —, слоновость наружныхъ половыхъ частей 512; —, сыпь антипириновая 665; —, температура, вліяніе свѣтотеплового лучеиспусканія 135; —, фолликулитъ бугорчатковый 863; —, цвѣтъ, рѣзкое, преходящее измѣненіе отъ впрыскиванія адреналина 371; —, чувствительность, нормальное распредѣленіе 827; —, шелушеніе послѣ брюшного тифа 664. Кокаинъ, вліяніе на роговую оболочку 887; —, впрыскиванія въ спинно-мозговой каналъ 23; —, отравленіе 797; —, смѣсь съ адреналиномъ 174. Коклюшъ, дѣйствіе кипарисоваго масла 454. Колляргол, примѣненіе въ формѣ клистировъ 545. Колоніи для легочныхъ больныхъ, новыя 677; — дѣтскія лѣчебныя 637, 907. Колонія для душевно-больныхъ, Бурашевская, отчетъ за 1902 г. 347; — — прокаженныхъ 34; — дѣтская лѣтняя 150. Комары, распространеніе болотной лихорадки, механическая защита кожи отъ укусовъ 468. Комитетъ В.-медицинскій ученый, назначеніе совѣщательныхъ членовъ 189. Коммиссіи испытательныя медицинскія 465, 465, 834, 864; — — —, немедленное образованіе ихъ при нѣкоторыхъ университетахъ для ускоренія экзаменовъ на званіе врача 426. Коммиссія о пеллагрѣ 498; — по вопросу объ алкоголизмѣ 25; — — — — организаціи взаимопомощи врачей Московской губ. 426; — — изученію болотной лихорадки въ Россіи, «Труды», содержаніе вып. 1-го 496; — — — — — — — —, —, — — 2-го 756; — — распространенію гигіэническихъ знаній въ народѣ, Курская, докладъ Управы объ образованіи ея, протестъ губернскаго Присутствія 150; — санитарная городская Одесская, конфликтъ между нею и городскими врачами 466; — — — Петербургская, отвѣтъ д-ру *Рубелю* 407, 488; — санитарно-исполнительная во Владивостокѣ 757; — соединенная Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ и психологическаго Общества по вопросамъ, представленнымъ на ихъ разрѣшеніе постояннымъ Бюро Съѣздовъ русскихъ исправительныхъ заведеній 889; — справочно-посредническая при *Пироговскомъ* Обществѣ 68; — — — — — —, предписаніе о закрытіи ея 426, 520. Конечности нижнія, уродство 144; —, омертвѣніе послѣ фибриновнаго воспаленія легкихъ 332; —, пересадка ихъ у головастиковъ 670; —, суставы крупные, изсѣченіе при бугорчаткѣ 181. Конина, Коммиссія для изученія пригодности ея съ лѣчебной цѣлью 152. Корь, бактеріологія 927; —, значеніе *Koplik*'овскихъ пятенъ, діазореакція и кривой температуры 175; —, прививки шимпанзе 837; —, эпидемія въ Сѣв. Америкѣ 558; —, — у эскимосовъ 837. Косолапость, лѣченіе оперативное 22, 144. Кости, бугорчатка 142; —, —, мѣстоположеніе ея, вліяніе на кровообращеніе 143; —, — у дѣтей 143; —, гетеропластическое образованіе 586; —, измѣненія при рейматизмѣ 910; —, остеомаляція, вызванная искусственно 758; —, пломбировка іодоформная по *Mosetig-Moorhof*'у 143; — плюсневыя, трещины и переломы 484; — черепныя, переломы осложненные, недостачи 176; — —, — —, —, закрытіе 623; —, чувствительность костная, мѣстоположеніе и значеніе ея 339. Кость бедренная, вертелъ большой, глубокая слизистая сумка, воспаленіе 511; — —, шейка, искривленія 434; — лобковая, поперечный переломъ 98; — локтевая, отсутствіе ея 325; — подвздошная отвѣсная, переломъ 98; —, саркома, изсѣченіе, выздоровленіе 137. Кофе, отравленіе 583. Краснуха, морфологическія измѣненія въ крови 295. Крематоріи въ Россіи 949. Крессъ-салатъ, какъ причина распространенія брюшного тифа 36. Крестъ Красный итальянскій, пожертвованіе вдовы проф. Palasciano 387; — —, отдѣлъ въ Philadelph'іи, сборъ пожертвованій на нужды Японской арміи 387; — — Русскій, Иркутское отдѣленіе, непринятіе врачей-евреевъ 714; — — —, Коммиссія исполнительная, объявленіе о дѣятельности 345; — — —, лазареты на Дальнемъ Востокѣ 555; — — —, — — — —, стоимость содержанія больного въ сутки 426; — — —, мастерская центральнаго склада 835; — — —, общія суммы всѣхъ капиталовъ 426; — — —, отчисленіе % съ жалованья служащихъ на нужды его 265, 420; — — —, пожертвованіе 675; — — —, приглашеніе уполномоченнаго 345; — — —, товарищъ предсѣдателя 675; — —, устрой-

Digitized by Google

ство Обществъ въ разныхъ государствахъ 268, 837; — — французскій, сборъ пожертвованій въ пользу русскихъ 387; — —, центръ его операцій во время Русско-Японской войны 306; — — Японскій 348, 388, 598. Кріоскопія молока 90; — мочи 256, 256. Кровать имени д ра *Н. П. Скоренникова* 346. Кровоизліяніе въ брюшную полость при воспаленіи червеобразнаго отростка 12; — — желудокъ при скарлатинѣ 831; — — поджелудочную железу 213; — травматическое въ полость малаго сальника 767, 806; — тяжелое у дѣтей, лѣченіе желатиной 590. Кровообращеніе, разстройства, вліяніе мѣстоположенія бугорчатки въ костяхъ и суставахъ 143. Кровотеченія легочныя, особенности при бугорчаткѣ 741. Кровоточивость при ударѣ въ високъ 453; — у дѣтей 302. Кровохарканіе, роль носа, глотки и горла 642. Кровь, бѣлокъ фибринородный, повышеніе количества при стрептококковомъ и пнеймококковомъ зараженіи 268; —, введеніе гипертоническихъ растворовъ 261; —, вліяніе подкожныхъ впрыскиваній адреналина 297; —, давленіе у нейрастениковъ 628; — животныхъ, измѣненія специфическія свойствъ ея при кормленіи убитыми разводками микробовъ 304; —, измѣненія при тяжелыхъ разстройствахъ кровотворенія 298; —, — — утопленія 913; —, изслѣдованіе въ связи съ бактеріолого анатомическимъ изслѣдованіемъ скарлатины 20; —, —, значеніе для распознаванія лѣченія болѣзней 566, 606; —, клѣтки новообразованій 739; —, количество мочевины у больныхъ 909; —, лейколизъ 161, 241; —, малокровіе, впрыскиваніе гэмолитической сыворотки 543; —, — злокачественное, лѣченіе противодѣпекокковой сывороткой 854; —, — — у дѣтей 625; —, — сифилитическое, происхожденіе 102; — матери и ребенка, біологическія свойства 941; —, морфологическія измѣненія при краснухѣ 295; —, мочекровіе, поясничный проколъ 484; — плода животныхъ, морфологія 712; — —, физіолого-химическія наблюденія во время рожденія 94; —, свертки кровяные при желтухѣ хронической 484; —, составъ ея, вліяніе гэмолитической сыворотки 256; —, — —, — забрюшинныхъ железъ 136; —, сыворотка кровяная животныхъ, свойства ея при кормленіи кровью и бактеріями 19; —, — — здоровыхъ людей, склеивающія качества по отношенію къ палочкѣ кроваваго поноса 700; —, — —, склеивающая сила, вліяніе стафилококка 291; —, тѣльца кровяныя бѣлыя, измѣненія при брюшномъ тифѣ и его осложненіяхъ 846, 879; —, — — —, увеличеніе числа ихъ, значеніе при аппендицитахъ 702; —, — —, измѣненія при свинцовомъ отравленіи 611; —, — — красныя, рѣзкое увеличеніе числа ихъ при хроническомъ отравленіи окисью углерода 701; —, — — —, особенности у саламандръ 670; — человѣческая, способъ для отличительнаго распознаванія отъ крови животныхъ 455. Крысы, громадное количество во Франціи, экспедиція для истребленія ихъ 72; —, распространители чумы 821, 854; —, строеніе дыхательнаго прибора 178; —, чума 308. Купанья морскія при глазныхъ заболѣваніяхъ 13. Куреніе табака, воспрещеніе въ Кіевской Думѣ 285; — —, Общество воздержанія 110. Курорты, лѣченіе нервныхъ больныхъ 913; —, поселки курортные на Одесскихъ лиманахъ, бытовыя и санитарныя безобразія 893; —, Ессентуки 795; —, Ялта 735. 818, 939. Курсы бактеріолого гигіэническіе въ *Koch*'овскомъ Институтѣ 51; — высшіе женскіе медицинскіе, потребность открытія въ Харьковѣ 149; — для врачей въ Berlin'ѣ 51, 348; — — подготовки сестеръ милосердія см. война; — гигіэны 757; — научные для изученія алкоголизма 268; — скорой помощи на Юго-Западныхъ желѣзныхъ дорогахъ 110.

## Л.

**Лабораторія** бактеріологическая въ Астрахани 190; — — — —, содержаніе 756; — — — Курляндской губ. 427; — — и ветеринарная въ Забайкальѣ, содержаніе 756; — военно-медицинская Кавказскаго военнаго округа, дѣятельность за 1902 г. 557; — прикладной физіологіи 112; — противочумная въ Кронштадтѣ, назначеніе завѣдующаго 226; — физики проф. Curie, скудная обстановка 72, 112, 151; — санитарная городская въ Витебскѣ 110. Лактаголъ 333. Лампа, угаръ отъ нея 212. Лампочка накаливанія электрическая, вліяніе на заболѣванія средняго уха 653; — — — проф. *Отта* для освѣщенія брюшной полости 59. **Левулеза** въ мочѣ при сахарной болѣзни 621. **Легкія**, болѣзни ихъ, кодеинъ іодистый 291; —, бугорчатка, фенилъпропіоловокислый натръ 701; —, верхушка правая, шумъ венный 292; —, воспаленіе, впрыскиванія скипидара 580; —, — у грудныхъ дѣтей, лѣченіе противопнеймококковой сывороткой 102; —, — фибринозное въ Chicago 558, 866; —, — —, закупорка сосудовъ, омертвѣніе конечностей 332; —, — —, лѣченіе, исходы и смертность 341; —, — —, смертность 717; —, — —, этіологія, симптоматологія и распознаваніе 104; —, заносы въ нихъ послѣ чревосѣченія 510; —, звукъ барабанный, условія происхожденія 860; —, измѣненія при утопленіи 913; —, нарковъ легочной 942; —, плева легочная, изсѣченіе 183; —, строеніе легочнаго прибора у крысъ 178; —, эмфизема 292. Лейколизъ 161, 241. Лекція по гигіэнѣ, чтеніе для преподавателей городскихъ народныхъ училищъ 386. Лецитинъ, разложеніе лучами радія 299. **Лиманъ** Куяльницкій 893; — —, впускъ морской воды 467. **Лимфа** оспенная см. оспопрививаніе; — *Хавкина*, предохранительное дѣйствіе 700; —, эндолимфа въ полукружныхъ каналахъ, перемѣщеніе во время вращенія 300. **Лихорадка** болотная, борьба съ ней 498, 522, 835, 835, 866, 949; — —, зараженіе естественное въ лазаретѣ въ ноябрѣ 89; — — злокачественная, патологическая анатомія ея 418; — —, предупрежденіе заболѣваній 20; — —, причины исчезновенія 291; — —, стоянка санитарная 949; — железистая, тяжелая 804; — сѣнная, сыворотка проф. *Dunbar*'a 22. Лице, кожа, пораженіе ея, трудно поддающееся опредѣленію 546; —, ожоги при лѣченіи x-лучами 228; —, рожа повторная, слоновость вѣкъ 99; —, сифилисъ гуммозный 790. **Лучи** *Bequerel*'я, вліяніе на слѣпоту 138; —, лучеиспусканіе свѣтотепловое, вліяніе на кожную температуру 135; лучи-*n*, заявленіе д-ра *Baraduc*'a о правѣ первенства въ открытіи ихъ 72; — —, различія ихъ 151; — —, связь съ наркозомъ 866; — —, способъ обнаруженія ихъ 387; — радія, разложеніе лецитина 290; — —, реакція простѣйшихъ организмовъ 621; — —, свойства ихъ 290; — *Roentgen*'a, вліяніе на животный организмъ 822; — —, высшая школа для ихъ изученія 678; — —, излѣченіе саркомы черепа 57; — —, лѣченіе кожныхъ болѣзней 374; — —, —, ожоги послѣдовательныя 228, 912; — —, — опухолей злокачественныхъ 663, 782; — —, — рака 57; — —, —, язвы послѣдовательныя 912; — —, награда «Illustrated Review of physiologie therapeutics» 678; — —, провѣрка при операціяхъ 444. **Лѣкарства**, изслѣдованіе ихъ, неудовлетворительность обычнымъ требованіямъ 192; —, опасность самолѣченія 348; —, проэктъ новаго таможеннаго тарифа 149. Лѣчебницы см. больницы. Лѣченіе гомеопатическое глазныхъ болѣзней 381; — —, хлопоты о распространеніи его въ дѣйствующей арміи 387; — діэтетическое и физическое 213; — катафорическимъ дѣйствіемъ электричества 454, 454; — климатическое 547; — морскими купаньями 13; —, опасность самолѣченія 348; — откармливаніемъ 55, 496; — пьянства амбуляторное 25; — — внушеніемъ 25, 216. — *Roentgen*'овскими лучами 57, 374; — — —, ожоги 228, 912; — — —, язвы 912; — сывороточное 64, 254, 294, 451, 496, 744, 745, 745, 785, 785, 831, 854; — —, сущность и будущность 252; — флуоресцирующими веществами 177.

## М.

**Мази** ртутныя, употребляемыя при сифилисѣ 547. Маретинъ 909. Масло касторовое, лѣченіе брюшного тифа 410; — кипарисовое при коклюшѣ 454. Массажъ глазного яблока 453; — грудныхъ железъ, общее зараженіе 139; — двуручный сердца 136; — живота у сердечныхъ больныхъ 484; — при рубцовыхъ перетяжкахъ желудка 252. Матеріалъ перевязочный, измѣненіе свойствъ при стерилизаціи 828; — —, недостатокъ въ Енисейской губ. 427. Матка, выворотъ полный, обусловленный фиброидомъ, операція 11; —, выпаденія, кольпопексія 420; —, заболѣваніе бугорчаткой сочетанно съ ракомъ 101; —, изсѣченіе при послѣродовомъ зараженіи 24; —, міомы, сохраняющее оперативное лѣченіе 584; —, оболочка слизистая, измѣненія при внѣматочной беременности 585; —, разрывъ во время родовъ 301, 413, 515, 515, 515; —, ракъ, излѣчимость 101; —, —, измѣненія въ лимфатической системѣ половыхъ органовъ 101; —, —, кесарское сѣченіе 791; —, —, лѣченіе коренное 197; —, —, — чревосѣченіемъ 23, 379; —, расширеніе 671; —, — съ распознавательной цѣлью, гистеротомія 413; —, сокращенія маточныя, вліяніе асфиксіи 333; —, фиброидъ 11; —, «фиброиды возвращающіеся» 313; —, фиброміома 753; —, шейка, ракъ неоперируемый, осложнившій роды 28; —, эндометриты, децидуальныя клѣтки при нихъ 359. Медаль см. врачи, студенты, профессора. **Медицина** въ Японіи 541, 619, 696; — желѣзнодорожная, историческій очеркъ ея развитія въ Россіи 418; — земская въ Тверской губ. 467; — —, смотрителя въ земскихъ больницахъ 796; — клиническая, физіологическое созерцаніе 106; — — отечественная, общественныя задачи 501; — народная китайская, коллекція препаратовъ 190; —, принципіальныя основы мышленія въ ней 233; — сельская въ Сибири, матеріалы къ характеристикѣ 33, 266; — фабричная Московская, состояніе ея въ прошломъ году 190. Метанъ, выдѣленіе въ природѣ при біологическихъ процессахъ 706. **Микробы**, бактеріолизъ 660; —, вибріонъ язычный 212; — вторичные, значеніе въ развитіи легочной бугорчатки 843; —, дѣйствіе химическихъ обеззараживающихъ веществъ 291; — молока, вліяніе $H_2O_2$ 884, 884; —, отсутствіе въ китайской и японской туши 99; —, палочки бугорчатки, изслѣдованіе на присутствіе ихъ въ мочевомъ осадкѣ 411; —, — — мертвыя, вызываніе невоспріимчивости у кроликовъ 622; —, — —, обнаруженія ихъ въ мокротѣ 483, 510; —, — — ложной грызуновъ 601, 648, 689; —, — гриппа, обусловливающія церебро-спинальный менингитъ 340; —, — дифтерійныя, изъязвленія во рту и на половыхъ частяхъ 581; —, — *Eberth*'a взаимное отношеніе съ b. foecalis alcaligenes 883; —, — —, вліяніе стафилококка на склеиваніе ихъ сывороткой 291; —, — —, методика выдѣленія 483; —, — —, обнаруженіе въ испражненіяхъ 19; —, — —, присутствіе въ мочѣ и испражненіяхъ выздоравливающихъ брюшно-тифозныхъ 451; —, — мягко-шанкрозныя, токсинъ 129; —, — — —, чистая разводка 487; —, — паратифозныя, обнаруженіе въ испражненіяхъ 19; —, — поноса кроваваго, склеивающая сила кровяной сыворотки здоровыхъ людей 700; —, —, присутствіе ихъ на бумажныхъ деньгахъ 387; —, — проказы, искусственныя разводки 828; —, — сумочныя въ китайской туши 99; —, — холерныя, жизнеспособность, вліяніе брома и іода 827; — пигментные, окраска пота 212; — свинки 837; — скарлатины 152; —, склеиваніе, сущность этого процесса 290; —, спириллы, какъ возбудители нагноенія при піэлитѣ 251; —, стафилококкъ, вліяніе на склеивающую способность сыворотки 291; —, стрептококки вирулентные, впрыскиваніе въ брюшную полость, фагоцитовъ, лейколизъ 161, 241; —, —, роль при скарлатинѣ 821; — убитые, кормленіе животныхъ, вліяніе на свойства крови 304; — чумные 601, 648, 689. Микроскопъ новый 174; —, тео-

Digitized by Google

рія устройства 589. Миндалины см. глотка. **Мозгъ** глухонѣмого падучнаго 260; —, оболочки, воспаленіе, эпидемія 797; —, —, грыжа 622; —, —, менингитъ церебро-спинальный, обусловленный палочками гриппа 340, 571; —, —, пахименингитъ 417; — спинной, вліяніе радія 36; — —, жидкость спинно-мозговая, значеніе для распознаванія 887; — —, — — —, хлориды при различныхъ патологическихъ состояніяхъ 173; — —, — — —, цитодіагностика 374; — —, каналъ спинно-мозговой, впрыскиванія кокаина 23; — —, обезболиваніе 582; — —, оболочки, опухоли, распознаваніе и оперативное лѣченіе 702; — —, размягченіе 461; — —, сирингоміэлія 477, 685, 729; — —, сухотка 62, 228, 625, 665, 885; — —, —, сифилитическое происхожденіе 413; — —, узлы спинно-мозговые см. узлы; — черепной, артеріосклерозъ, душевное разстройство 492; — —, артерія основанія 670; — —, борозды у зародышей 670; — —, 2-холміе переднее, поврежденіе, нисходящія системы 62; — —, мозжечокъ, кора, внѣшній видъ нервныхъ элементовъ у молодыхъ млекопитающихъ 260; — —, ножка, пораженіе коры 493; — —, придатокъ, опухоль 586; — —, проколъ пробный 822; — —, тѣло инородное 717; — —, центры корковые, потоотдѣлительные 186; — —, энцефалитъ гэморрагическій, патогенезъ и патологическая анатомія 630; — —, — острый, выздоровленіе 224; — человѣка, дѣйствіе воды на умершія нервныя клѣтки въ мозговой корѣ 415. **Мокрота**, количество эозинофильныхъ клѣтокъ 175; —, обнаруженіе палочекъ бугорчатки 483, 510; —, примѣненіе постояннаго тока для облегченія отхаркиванія ея 545. **Молоко**, вещества защитительныя 941; —, выдѣленіе, усиленіе мукой изъ сѣмянъ хлопчатой бумаги 333; — дѣтское 93; — женское, вліяніе на развитіе рахита у дѣтей 219, 219; — — при лѣченіи остраго катарра кишекъ у грудныхъ дѣтей 177; — коровье, передача заразы 268; — — продажное, полученіе и храненіе 486; —, кріоскопія, практическое значеніе 90; —, микробы, вліяніе $H_2O_2$ 884, 884. **Моргъ** въ Breslau, отклоненное пожертвованіе г-жи Kempner 894. **Мороженое**, отравленіе 920; —, постановленіе о торговлѣ 717. **Морфій**, отравленіе ребенка 223. **Моча**, альбуминурія, вліяніе горнаго воздуха 782; —, — физіологическая 700; —, — циклическая 16; —, анурія 8-дневная при скарлатинѣ 711; —, бѣлокъ, количественное опредѣленіе по *Brandberg*'у 85; — выздоравливающихъ брюшнотифозныхъ, изслѣдованіе на присутствіе *Eberth*'овскихъ палочекъ 451; —, вѣсъ уд., приборъ для опредѣленія «urino-pyknometer» 21; —, гликозурія пищевая, отношеніе къ «недостаточности печени» 18; —, діазореакція, значеніе ея при кори 175; —, изслѣдованіе на бугорчатковыя палочки 411; —, — — — —, значеніе для распознаванія бугорчатки почекъ 21; —, кріоскопія 256; —, — при скарлатинѣ 256; —, полученіе изъ каждой почки отдѣльно 370; —, сахаръ, количественное опредѣленіе, новый газометрическій способъ 330. **Мочевина**, количество ея въ крови больныхъ 909. **Мочеизнуреніе** несахарное у дѣтей 624; — сахарное, бронзовый діабетъ 861; — —, значеніе количества вводимыхъ въ организмъ бѣлковъ 450; — —, кома, лѣченіе 741; — —, левулеза 621; — —, спячка, лѣченіе ея 372; — — у дѣтей 222. **Мочекровіе** см. кровь. **Мочеточники**, катетризація съ лѣчебной цѣлью 823. **Мошонка**, омертвѣніе кожи 463, —, слоновость 463. **Музей** антропологіи и этнографіи при Академіи Наукъ, даръ д-ра *Кириллова* 190; — гигіены дѣтскаго возраста 263; — патолого анатомическій «*Строгановскій*» при Одесской городской больницѣ 149. **Мука**, засореніе спорыньей 347; — изъ сѣмянъ хлопчатой бумаги, какъ средство, усиливающее выдѣленіе молока 333. **Мышца** глазная см. глаза; — прямая живота, нагноеніе при брюшномъ тифѣ 813; — сердечная см. сердце. **Мышцы**, поліміозитъ 918; —, пораженія при сифилисѣ 887; —, раздражительность, вліяніе утомленія 491; —, ткань зародышевая, тончайшее строеніе 179. **Мѣдь** лимоннокислая, дѣйствіе при глазныхъ заболѣваніяхъ 100. **Мѣсячныя**, molimina menstrualia, появленіе послѣ удаленія матки, кастрація 704; — первыя, воспаленіе зрительнаго нерва 380; —, устраненіе, выборъ способа операціи 546. **Мясо**, заготовка въ прокъ по способу *Morgan*'а 921; —, недоброкачественныхъ мясныхъ консервовъ 948.

# Н.

**Награда** *И. И. Буша* 465; — *Н. А. Бѣлоголоваго* 520; — *В. И. Долженкова, И. И. Моллесона и Е. А. Осипова* 946; — за изслѣдованіе рыбнаго яда 893; — «Illustrated Review of physiologie therapeutics» 678; — *А. Я. Кожевникова* 919; — *Е. А. Осипова* 947; — Володи Павлова 149; — *А. П. Разцвѣтова* 149; — Съѣзда представителей исправительныхъ заведеній 865. **Надзоръ** врачебно-санитарный на желѣзныхъ дорогахъ 745; — санитарный въ Петербургѣ, изученіе организаціи его 467; — — — за пищевыми продуктами 921; — — за богомольцами 71; — — — проститутками 597, 795; — — — рабочими ремесленныхъ заведеній 749; — — — школами 497, 894. **Надпочечники**, препараты, примѣненіе при болѣзняхъ пищевода 724. **Наказанія** тѣлесныя, боэзнь ихъ 228; — —, отсутствіе приговоровъ о нихъ въ Нижегородскомъ уѣздѣ въ 1903 г. 557. **Налогъ** больничный, проэктъ 110. **Нарывъ** см. гнойникъ. **Населеніе** Варшавы, недостатокъ врачебной помощи 468; — Великобританіи, численность его 228; — Madagascar'а, крайняя рѣдкость спинной сухотки 228; —, отношеніе къ числу его числа появляющихся въ странѣ книгъ 757; —, помощь психіатрическая 456, 456; —, распространеніе гигіеническихъ свѣдѣній 263; — сельское, сифилисъ 215. **Насморкъ** атрофическій зловонный 60; — — —, впрыскиваніе парафина 59, 454. **Натръ** сѣрнистокислый, какъ предохранительное средство противъ отравленія оловомъ 678; — фенилъ-пропіоловокислый при бугорчаткѣ гортани и легкихъ 701. **Нафталинъ** при болѣзняхъ мочевого пузыря 485. **Невоспріимчивость** къ бугорчаткѣ 660; — къ мертвымъ бугорчатковымъ палочкамъ 622. **Негры**, рѣдкость заболѣванія слезныхъ путей 23. **Неврастенія** 628. **Неврозы** секреторные, депрессивные 43. **Некрологъ** *М. Д. Агровскаго* 522; — *С. А. Алафузова* 558; — *В. Н. Александрова* 428; — *М. Ө. Батаги-Савицкой* 717; — *Я. И. Билибина* 558; — *И. Е. Бобкевича* 758; — *А. А. Богораза* 268; — *В. Р. Буцке* 308; — *В. Д. Владимірова* 29, 36; — *Г. Н. Гривцова* 638; — *Ф. А. Грузинова* 950; — *В. И. Добровольскаго* 522; — *Н. А. Зарубина* 112; — *П. Е. Иноземцева* 522; — *В. П. Курилова* 388; — *И. В. Лешко-Попеля* 72; — *Liébault* 348; — *И. Ф. Масловскаго* 950; — *О. К. Мойтиса* 837; — *І. А. Мрозовскаго* 192; — *И. З. Мурашева* 837; — *Е. А. Осипова* 558, 920; — *Э. Г. Павликовскаго* 922; — *В. И. Протопопова* 797; — *В. А. Ратимова* 428; — *П. П. Самсонова* 36; — *J. Seegen*'а 112; — *Н. А. Соколова* 388; — *И. К. Тваръяновича* 152; — *В. И. Турчиновича-Выжникевича* 112; — *В. И. Фаренюльца* 36; — *C. de Vincentiis* 866; — *Г. Ө. Фреммерта* 894; — *А. О. Шафиръ* 268; — *М. А. Штрауха* 388; — *І. И. Щедровича* 348. **Нервъ** депрессорный 489; —, дѣйствіе перегнанной воды 491; — зрительный см. глаза; — лицевой, параличи вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ 550; — —, параличъ, хирургическое лѣченіе 137, 742. **Нервы** пристѣночной брюшины 670. **Несчастія** желѣзнодорожныя 498. **Нефритъ** см. почки. **Нефть**, поливка улицъ 821. **Нити** оленьи сухожильныя для швовъ 549. **Новообразованія** см. опухоли. **Новорожденныя** см. дѣти. **Ноги**, бугры осязательные 670. **Носъ**, болѣзни, адреналинъ 254; —, волчанка 462; —, впрыскиваніе парафина подъ слизистую оболочку при атрофическомъ зловонномъ насморкѣ 59; —, перегородка, искривленіе, лѣченіе 257, 258, 259; —, пораженія сифилитическія и ихъ послѣдствія, лѣченіе 547; —, риносклерома 462; —, —, очагъ заболѣваній 60; —, ринофима, лѣченіе 462; —, роль его въ кровохарканьяхъ 642.

# О.

**Обезболиваніе** мѣстное водой обезпложенной 663; — — впрыскиваніемъ смѣси кокаина съ адреналиномъ 174, 182; — —, полное изсѣченіе гортани 182, 356; — спинномозговое 582. **Обеззараживаніе** бумажныхъ денегъ 387; — воды питьевой 26, 260; — въ земской практикѣ 637; —, защита его 925; —, камеры обеззараживающія городскія, условія общественнаго пользованія ими 943; —, — формалиновыя 828; — рукъ 176; — — механическое 76; — формальдегидомъ 828, 898, 916; — частныхъ жилищъ и общественныхъ учрежденій 943. **Обезпложиваніе** матеріала перевязочнаго, измѣненія свойствъ 828; — пробокъ 866. **Обезьяны**, невоспріимчивость къ сифилису 112; —, прививка сифилиса 16, 112, 462, 638, 920; — шимпанзе, пріобрѣтеніе большой партіи Pasteur'овскимъ Институтомъ 111; — —, прививки кори, скарлатины и брюшного тифа 837. **Обзоръ** краткій хирургической дѣятельности при гинекологическомъ интернатѣ въ Кіевской городской больницѣ Цесаревича Александра въ 1900 и 1901 г. г. 325, 364, 406; — санитарный Пермской губ. за 1902 г. 386. **Облысѣніе** и сѣдина 387. **Обмѣнъ** азотъ содержащихъ веществъ при сифилисѣ 860; — веществъ, вліяніе гэмолитической сыворотки 256; — — при бронзовомъ діабетѣ 861; — дыхательный газовый у больныхъ бугорчаткою 581. **Оболочка** ворсинчатая, всасываніе твердыхъ тѣлъ 670; — слизистая носа, впрыскиваніе парафина при зловонномъ насморкѣ 59. **Общества** врачебныя англійскія, вступленіе короля членомъ 72; — Краснаго Креста, устройство ихъ въ разныхъ государствахъ 268, — медицинскія въ Россіи, задачи ихъ 233; — новыя 110, 190, 226, 346, 386, 597, 678, 835, 894, 907; — — благотворительныя 33, 346, 385, 588, 716, 837, 949. **Общество** акушерско-гинекологическое въ Кіевѣ 27; — — — Петербургѣ 378, 379, 379, 589, 752; — — — — —, отчеты секретаря, казначея и библіотекаря 379; — — — при Московскомъ Университетѣ 27, 301, 302, 671, 791; — анатомическое 346; — Астраханское врачей 427; — бальнеологическое въ Пятигорскѣ, подписка на фондъ имени *А. И. Пѣунова* 715; — Бельгійское нейрологическое, избраніе ж.-врача вице-президентомъ 866; — Berlin'ское медицинское 16; — благотворительное при городской Алафузовской больницѣ въ Петербургѣ 33; — больничныхъ врачей въ Петербургѣ, Протоколъ общаго Собранія и отчетъ секретаря 944; — борьбы съ дѣтской смертностью въ Саратовѣ 921; — — — заразными болѣзнями, ходатайства 597; — взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія 28, 146, 632, 633; — — —, — — — — — — —, дѣятельность, желательныя измѣненія 29; — — —, — — — — — — —, уставъ, желательныя измѣненія 29; — — для устройства санаторій и пансіона для врачей въ Крыму 588; — Виленскихъ врачей, дѣятельность въ 1903 г. 893; — военныхъ врачей въ Москвѣ, составъ Правленія 715; — воздержанія отъ куренія табака 110; — Вологодское медицинское, борьба съ рекламою 521, — — —, «Протоколы и Труды» за 1901 и 1902 г., содержаніе 110; — врачей любителей физическихъ упражненій, исключеніе изъ членовъ гомеопата А. А. Лаура 71; — — Мясницкой больницы въ Москвѣ 463; — глазныхъ врачей въ Москвѣ 262, 262, 916; — — — — —, избраніе Правленія 190; — для борьбы съ бугорчаткой въ Philadelphi'и 894; — — разработки ураниевой руды съ цѣлью извлеченія радія 387; — дѣтскихъ врачей въ Кіевѣ 222, 222, 223; — — — — Москвѣ 103, 187, 302, 340, 709, 710, 830; — — —

Digitized by Google

— —, составъ Правленія 346; — — — — Петербургѣ 421, 712; — естествоиспытателей при Юрьевскомъ Университетѣ 65; — Кавказское медицинское, избраніе Правленія 794; — — —, — почетныхъ членовъ 946; — «Капли молока» 346; — Кіевскихъ врачей, отчетъ о дѣятельности за 1902—1903 г. 60; — — —, признательность городского Управленія 921; — — —, фондъ для пособій врачамъ юго-западнаго края, отправляющимся на Дальній Востокъ, и ихъ семьямъ 520; — Кіевское офталмологическое, составъ Правленія 835; — Курскихъ врачей, «Труды» за 1901 и 1902 г. г.», содержаніе 35; — медицинское англо-американское въ Вѣнѣ 678; — въ штатѣ Illinois, просьба къ газетамъ не называть именъ врачей при описаніи разныхъ случаевъ 192; — — Елисаветградское, торжественное засѣданіе въ честь отъѣзжающихъ на Дальній Востокъ товарищей 345; — — Иваново-Вознесенское, отчетъ о дѣятельности въ 1902—1903 г. 190; — — Штата Colorado, изданіе журнала 36; — микробіологическое въ Петербургѣ 304, 589, 751; — Московское венерологическое и дерматологическое 462; — — врачей, выборъ Правленія 385; — — терапевтическое, противозаразные отряды 755; — нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ 259, 300, 339, 461, 492, 549, 749, 889, 917; — — — — — — —, премія *А. Я. Кожевникова*, тема 919; — Нижегородскихъ врачей, составъ Правленія 496; — Одесскихъ врачей, избраніе Правленія 794; — — —, изданіе «Трудовъ» вмѣсто «Протоколовъ» 426; — охраненія народнаго здравія 25, 26, 263, 916; — — — —, Коммиссія по вопросу объ алкоголизмѣ 25; — — — —, Правленіе 3-го отдѣленія 715; — — — —, юбилей 25-лѣтній 148, 507; — Петербургское врачебное взаимной помощи 32, 495, 835; — — Медико-хирургическое, «Протоколы» 893; — — медицинское 752; — — —, составъ Правленія 346; — — офталмологическое 224, 380, 791, 792; — подачи скорой медицинской помощи въ Ригѣ 386; — попеченія о безпризорныхъ дѣтяхъ 949; — — — больныхъ бугорчаткою въ Петербургѣ 226, 385; — психіатровъ въ Петербургѣ 186, 186; — Псковскихъ врачей, «Протоколы за 1901 и 1902 г. г.», содержаніе 35; — Русскихъ врачей въ Москвѣ, засѣданіе годовое 190; — — — — —, «Труды» его за 1902 и 1903 г. г., содержаніе 346; — — — — память *Н. И. Пирогова*, библіографическій указатель по земско-медицинской литературѣ 920; — — — — — — — — —, Коммиссія по изученію болотной лихорадки 496, 756; — — — — — — — —, — справочно-посредническая 68; — — — — — — — —, — — —, закрытіе ея 426, 520; — — — — — — — — —, личный составъ исполнительныхъ органовъ на межсъѣздный періодъ 1904—1905 г. г. 520; — — — — — — — — — —, требованіе департамента полиціи 920; — — — — — — — — — —, — сен. Турау 920; — — — — Петербургѣ 64, 105, 342, 860; — Русское медицинское въ Варшавѣ 260, 260, 261; — Русское сифилидологическое и дерматологическое въ Петербургѣ 514, 790, 862; — — хирургическое *Пирогова*, 828, 828, 829; — — — —, составъ Правленія 715, 756; — Саратовскихъ врачей 835; — скорой медицинской помощи въ Ригѣ, открытіе станціи 468; — Смоленскихъ врачей, постановленіе по поводу массоваго ухода врачей изъ мѣстной психіатрической больницы 796; —, Собранія научныхъ врачей при клиникѣ нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета 62; —, Совѣщанія врачей Маріинской больницы въ Петербургѣ 631; —, — научныя 2-лѣтнія врачей Харьковской губернской земской больницы 63; —, — при поликлиникѣ дѣтскихъ болѣзней въ Харьковскомъ Университетѣ 491; —, Союзъ для охраны экономическихъ интересовъ Германскаго врачебнаго сословія, число членовъ 348; — Сызранскихъ врачей, учрежденіе его, курьезъ съ уставомъ 467; — фармацевтовъ военнаго и морского вѣдомствъ 190; — физико-медицинское въ Москвѣ, юбилей 100-лѣтній 636; — — — — Саратовѣ, пріемъ въ завѣдываніе пріюта для алкоголиковъ 71; — — — при Московскомъ Университетѣ, годовое засѣданіе 226; — Харьковское медицинское, ходатайство объ изданіи журнала 715; — Хедивское медицинское въ Каирѣ 597; — «*Шеболдаевское*» для помощи выписывающимся изъ Сумской городской больницы нуждающимся больнымъ 716; — Ярославскихъ врачей, «Протоколы засѣданій за 1902—1903 г.», содержаніе 226. Община Томская сестеръ милосердія, курьезная цензура медицинскихъ журналовъ 35. Объявленія газетныя о рекламахъ, цензура 866. **Оживленіе** при мнимой смерти новорожденныхъ 185; — — помощи двуручнаго массажа сердца 136. Ожирѣніе общее, какъ признакъ физическаго вырожденія 820. Ожоги обширные, дѣйствіе на животныхъ 660; — при лѣченіи x-лучами 912. **Окись** углерода хроническое отравленіе, увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ 701. Олово, отравленіе 678. **Операціи** въ полости брюшной, вливанія нормальнаго раствора поваренной соли 662; — гинекологическія, впрыскиваніе адреналина для обезкровливанія 371; — —, освѣщеніе брюшной полости 59; — магнитныя на глазу 373; — на желудкѣ и кишкахъ, причины смерти 583; — опущенія верхняго вѣка, видоизмѣненія 99; — подъ непосредственной провѣркой лучами *Roentgen*'а 444; — у врожденно-слѣпыхъ и у потерявшихъ зрѣніе въ первые годы жизни 224. Операція *Bassini* 910; — вскрытіе мочевого пузыря со стороны промежности 372; — заворота вѣкъ 377; — при полномъ выворотѣ матки, обусловленномъ фиброидомъ 11; — ранняя аппендицита 373; — *Talm*'ы 273; —, трепанація лобной пазухи 262; — эктопія мочевого пузыря, техника 181. Опечатки №№ 4, 9, 10, 20, 22, 23, 24; —, какъ предметъ обвиненій 35. Опіекурильни, уничтоженіе во Владивостокѣ 72. Опухоли, гипернефромы 587; — железы поджелудочной 767, 806; — живота, распознаваніе 410; — заглоточныя 57; — злокачественныя, лѣченіе радіемъ 662; — —, — x-лучами 663, 782; — —, строма 417; —, клѣтки ихъ въ крови 739; — кожистыя передняго средостѣнія 213; — мочеиспускательнаго канала 22; — мѣшетчатыя селезенки 783. оболочекъ спинного мозга, распознаваніе и оперативное лѣче 702; —, перевязка 2-сторонняя наружной сонной артеріи — половыхъ органовъ женскихъ, сосочковыя 744; — раков лѣченіе катафорическимъ дѣйствіемъ электричества 454, 454; соединительнотканныя желудка 783; — сонной железы — сосудистыя, лѣченіе 411 Опухоль брыжжейки мѣшетча млечная 663; — въ брюшной полости 222; — глазницы 2 792, 792; —, гліома, двусторонняя сѣтчатки 624; — киш слѣпой и восходящей ободочной злокачественная, изсѣченіе 8 — нерва зрительнаго 704; — придатка мозгового 586; — ра вая въ области *Vater*'ова сосочка, изсѣченіе 452; — ребе первичная, изсѣченіе участка грудной клѣтки вмѣстѣ съ пле рою 183; —, хлорома 371; — яичника, struma colloides 7 Организація см. устройство. Организмъ женскій, содержа фосфора, вліяніе холощенія 621; — животнаго естественно н воспріимчиваго, существованіе фиксатора 932; — животны вліяніе лучей *Roentgen*'а 822; — животныхъ, химическія и мѣненія у рожденныхъ отъ истощенныхъ голоданіемъ прои водителей 41, 256; —, значеніе ограниченнаго введенія пов ренной соли 54, —, образованіе ядовитыхъ продуктовъ при уто леніи 53; — человѣческій, благотворное вліяніе горнаго во духа, причины 55. Организмы простѣйшіе, реакція на лучи р дія 621. Органотерапія 661. Органы внутренніе, заболѣвані искусственное прерываніе беременности 25; — пищеварені иннервація 489; — половые женскіе, болѣзни ихъ, вызывае мые ими перитониты 81; — — —, — —, острая непроходи мость кишекъ 157; — — —, бугорчатка 24, 548; — — — грыжа 582; — — —, дифтерія 581; — — — наружные, шанкр твердый 786; — — —, опухоли сосочковыя 744; — — —, по роки развитія вмѣстѣ съ неправильно развившимся задне-проходнымъ отверстіемъ 100; — — —, ракъ 886; — — —, система лимфатическая, измѣненія въ ней при ракѣ матки 101; — — наружные, слоновость 463, 512; — паренхиматозные, дѣйствіе гепатолитической сыворотки 877. **Освѣщеніе**, продолжительность, вліянія на остроту зрѣнія 332. Оспа, вліяніе краснаго свѣта 598; — во Владивостокѣ 71, 386; —, вторичное зараженіе 822; — въ Штатахъ С. Америки 36; —, лѣченіе 521; —, — карболовой кислотой 660. Оспопрививаніе вторичное 822; — въ дѣйствующей арміи 555; —, лимфа оспенная, прибавка глицерина 371; — обязательное въ Турціи 468; — — служащимъ на Pensylvani'йской желѣзной дорогѣ 348; —, порученіе его учителямъ и учительницамъ въ Вяземскомъ Земствѣ 865. Осязаніе, бугры осязательные 670. **Отекъ**, слизистый 187, 830; — —, лѣченіе щитовидной железой 710. Отравленіе алкоголемъ 857; — антипириномъ 54, 665; — атропиномъ 911; — бобовымъ салатомъ 387; — ветчиной и колбасой 638; — вытяжкой мужского папоротника 372; — кислотой борной 785; — кокаиномъ 797; — кофе 583; — мороженымъ 920; — морфіемъ 223; — оловомъ 678; — свинцовое, измѣненія въ красныхъ кровяныхъ тѣльцахъ 611; — —, — почекъ въ начальномъ стадіи 452; — —, преходящая слѣпота 485; — спиртомъ древеснымъ 866; — стрихнинное 490; — табакомъ 857; — угарнымъ газомъ 428; — хроническое окисью углерода 701. Отростокъ сосцевидный, трепанація 487; — червеобразный воспаленіе, вліяніе мясной пищи 175; — —, —, значеніе увеличенія числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 702; — —, —, наслѣдственность 598; — —, — прободающее, кровоизліяніе въ брюшную полость 12; — —, — въ паховыхъ грыжахъ мужчинъ 261; — —, —, нехирургическое лѣченіе 741; — —, —, операція ранняя 373; — —, — при беременности 671; — —, —, способъ возникновенія 581; — —, —, сходство съ внѣматочной беременностью 302; — —, —, усѣченіе, присутствіе въ немъ острицъ 323; — —, срощеніе съ передней брюшной стѣнкою, свищъ пупочный 137. Отряды летучіе глазные 777; — — — въ Египтѣ 36; — санитарные см. война, организація врачебной помощи. Отчетъ медицинскій Ялтинской санаторіи для недостаточныхъ чахоточныхъ 893; — по призрѣнію душевно больныхъ Екатеринославскимъ губернскимъ Земствомъ за 1902 г. 496; — по психіатрическимъ отдѣленіямъ Харьковской губернской земской больницы за 1902 г. 385; — психіатрической больницы Уфимскаго губернскаго Земства за 1902 г. 427; — университетскаго врача Петербургскаго Университета за 1903 г. 427. Отчеты о научныхъ командировкахъ 466, 596, 637, 893. Очеркъ врачебно-санитарной организаціи Петербурга 208, 248, 289; — — — — — —, отвѣтъ Петербургской городской санитарной Коммиссіи 407, 488; — историческій развитія желѣзнодорожной медицины въ Россіи 418. Очки защитительные для стрѣльбы 792; —, коррекція полная при близорукости 789.

## П.

**Падучая**, прерываніе беременности 27; —, разстройства сознанія, пріемы изслѣдованія 751; —, трепанація 629. Падучные глухо-нѣмые, мозгъ ихъ 260; —, призрѣніе ихъ 457; —, число ихъ въ Варшавской губ. 34. Пазуха лобная, воспаленіе 262, 262; — —, заболѣванія, значеніе *Roentgen*'оскопіи при распознаваніи 487; — —, трепанація 262; — поперечная, закупорка, оперативное лѣченіе 489. Пальцы, дактилитъ гуммозный 790; —, ненормально большое число ихъ 670. Памятникъ д-ру *Noël Ballay*'ю 387; — *С. П. Боткину* 892; — *Panas*'у 950; — *Теофрасту Парацельсу* 598; — *Pasteur*'у 950; — проф. *Schede* 428; — — *R. Virchow*'у 268. Память *В. Д. Владимірова* 29; — *В. Г. Дехтерева* 26; — *В. И. Добровольскаго* 791; — *E. Duclaux* 672; — *И. В. Лешко-Попеля* 33, 33;

Digitized by Google

— **В. А. Манассеина** 35, 221; — *О. О. Мочутковскаго* 190; — *А. В. Попова* 916; — *В. А. Ратимова* 433; — *В. И. Турчиновича Выжникевича*, месса заупокойная 190, 706; — *Н. Ф. Филатова* 340; — *С. Н. Черепнина* 752; — *Н. К. Чермака* 65; — *М. А. Штрауха* 791; — *Ф. Ю. Шредера* 224. Панихида по *В. А. Ратимовѣ* 829. Папортникъ мужской, вытяжка, отравленіе 372. Параличи дѣтскіе 421; — нерва лицевого вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ 550; —, электролѣченіе 215. Параличъ глазной отъ артеріосклероза 137; — глазныхъ мышцъ отъ отравленія атропиномъ 911; — нерва лицевого, хирургическое лѣченіе 137, 742; — послѣдифтерійный, приспособленія, сыворотка противодифтерійная 59; — прогрессивный, беременность 704; — сердца дифтерійный, признаки 372. Параплегіи сифилитическія 630. Парафинъ, впрыскиваніе при зловонномъ насморкѣ 59, 454; —, —, слѣпота 58. Парикмахеры, обязательная запись въ New-York'ѣ 267. Парша, анатомія патологическая 513; —, лѣченіе 513, 513; —, — формалиномъ 374, 514, 514. **Пеллагра**, Коммиссія по борьбѣ съ ней 498; —, патологическая анатомія ея 417. Пенсіи врачамъ и ихъ семьямъ 637. Пепсинъ, содержаніе его при желудочной ахиліи, вліяніе вливаній соляной кислоты 409. Перекись водорода, вліяніе на микробы молока 884, 884; — —, растворъ, лѣченіе родимыхъ пятенъ 455. Перелой, лѣченіе 215; —, пораженіе колѣннаго сустава 863; —, — полости рта 884. Переломъ позвоночника, подвѣшиваніе 98; — поперечный лобковой и отвѣсной подвздошной костей 98. Переломы осложненные черепной покрышки, недостачи костныя, взглядъ *Kocher*'а 176; — плюсневыхъ костей 484. Переселенцы, массовая перевозка по желѣзнымъ дорогамъ, санитарныя условія 418, 573, 615. Переутомленіе при занятіяхъ письмомъ и музыкой 681, 721. Перитонитъ см. брюшина, воспаленіе. Персоналъ врачебный, обезпеченіе его, составленіе особаго спеціальнаго общаго капитала 150; — медицинскій городской больницы въ Николаевѣ, симпатичное отношеніе къ нему попечительнаго Совѣта 426; — — и фармацевтическій, штатъ и государственная служба 191, 427, 467, 596; — —, перчатки при уходѣ за заразными больными 701. Перчатки для персонала, имѣющаго близкое соприкосновеніе съ больными 701; — гуттаперчевыя, примѣненіе въ военной хирургіи 393. Печать медицинская иностранная, нелѣпые слухи о Россіи 387; — —, неправильное обвиненіе 33; — —, опечатки въ правописаніи иностранныхъ фамилій врачей 35; — —, перепроизводство 152; — — популярная, обвиненія врачей 150, 497, 677; — —, претензія г. *Вайншенкера* 151; — —, языкъ международный 228; — научная, упадокъ этики 796; — общая, борьба противъ алкоголизма, искъ предъявленный Georges'у Ohnet однимъ изъ фабрикантовъ ликеровъ 36; — —, вопросы больничной жизни, къ характеристикѣ отношеній къ нимъ нѣкоторыхъ органовъ 308; — —, — врачебные 228; — —, — —, невѣжественность корреспондентовъ 835, 893; — — иностранная, нелѣпые слухи о Россіи 152; — —, клевета на врачей 894; — —, литературное воровство 796; — —, нелѣпые взгляды на санитарію 716; — —, обвиненія больницъ 35, 111, 192; — —, — врачей 71, 192, 192, 468, 557, 597, 597, 893, 894; — —, объявленія рекламныя д-ра *Зарубина* 35; — —, отзывы о врачахъ какъ дѣятеляхъ на войнѣ 306; — —, — теплые о врачахъ 35; — —, рекламы безстыдныя 498; — —, — о врачахъ 71, 111; — —, — — — непрошенныя 425; — —, — — — публичныя 428; — —, шарлатановъ 866; — —, —, штрафъ редактора 498; — —, статья г. Земскаго «Кастовая свѣтобоязнь» 497; —, распространеніе шарлатанства 267. Печень, ангіома 295; —, атрофія острая 587; —, воспаленія межуточныя заразныя экспериментальныя 805; —, капилляры желчные, патогенезъ 586; —, «недостаточность», пищевая гликозурія 18; —, образованіе сахара 775; —, разрывъ, операція 332; —, функціональная способность у новорожденныхъ 220; —, циррозы гипертрофическіе желтушные, патогенезъ 4; —, —, операція *Talm*'ы 273. **Письма** изъ Абастумана 92, 170, 366; — — Berlin'а 16, 171, 368, 480, 657, 907; — — заграницы 16, 51, 93, 171, 329, 368, 480, 541, 619, 657, 696, 737, 907; — — Россіи 15, 49, 92, 170, 208, 248, 289, 327, 366, 407, 448, 507, 577, 735, 777, 818, 882, 904, 939. Письмо *А. Агишевскаго* 67; — *В. Александровы* 519; — *А. Барышевскаго* 864; — *М. Безбокой* 425; — *Л. Бертенсона* 189, 714; — *Ѳ. Борнгаупта* 107; — бывшаго Правленія Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ 147; — *В. Вишневскаго* 774; —, вниманію должниковъ Томскаго Общества вспомоществованія учащимся 68; — *М. Волкова* 518; — врачей, занимавшихся въ Московской глазной больницѣ 635; — —, пріѣзжавшихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія 552; — — слушателей Клиническаго Еленинскаго Института 425, 495; — *Г. Габричевскаго* 344; — *Д. Гурари* 345; — *Д. Давыдова* 833; — *Г. Дембо* 31; — *И. Долинскаго* и *Г. Левченко* 864; — *Н. Духанина* 425; — *П. Дьяконова* 68; — *А. Зайцева* 68; — *І. Земацкаго* 31; — земскихъ врачей Ананьевскаго уѣзда 108; — *М. Иванова* и *В. Гравировскаго* 552; — *В. Ильичева* 68; — *Р. Каца* 107; — *А. Киселя* 147; — Коммиссіи, состоящей при Московскомъ терапевтическомъ Обществѣ по организаціи противозаразныхъ отрядовъ 891; — *Г. Конухеса* 794; — *В. Кривенко* 148; — къ товарищамъ выпуска 1879 г. Московскаго Университета 635; — — — — 1883 г. В.-Медицинской Академіи 425; — *М. Манасеина* 552; — *Е. Марциновскаго* 891; — *О. Мееровича* 834; — *А. Менчинскаго* 31; — *С. Михнова* 67; — *В. Мишневскаго* 864; — Московскихъ земскихъ врачей 518; — *А. Муратова* 494; — *Н. Напалкова* 67; — *Д. Никольскаго* 552; — *А. Оппенгейма* 635; — ординаторовъ Смоленской психіатрической больницы 30, 225; — *А. Орлова* 755, 834; — *С. Орѣхина* 265; — открытое д-ра *Л. Б. Бертенсона* д-ру *А. Robin*'у 557; — *Е. Песковой-Прокофьевой* 382; — *Ф. Піотровскаго* 264; — *А. Поспѣлова* 32; — постановленіе климато-терапевтической секціи Ялтинскаго Отдѣла Русскаго Общества охраненія народнаго здравія 946; —, — Суда чести по дѣлу *В. Г. Дзѣвицкаго* и *З. М. Зотоса* 592; —, — — — — — *З. А. Кричевскаго* и *Н. Э. Шенг* и *Н. В. Духанина* 382; — предсѣдателя организаціоннаго Комитета Съѣзда врачей и представителей общественныхъ учрежденій Самарской, Уфимской и Оренбургской губ. по урегулированію кумыснаго и кумысолѣчебнаго дѣла 107; — президента Общества Смоленскихъ врачей 382; —, программа дѣятельности отрядовъ въ память *С. П. Боткина* для борьбы съ заразными болѣзнями на театрѣ военныхъ дѣйствій, организуемыхъ Московскимъ терапевтическимъ Обществомъ при содѣйствіи особаго Комитета Е. В. В. Кн. Елисаветы Федоровны 892; — *Р. Ратимовой* 495; — *А. Редлиха* 674; — *А. Рубеля* 519, 552, 553, 592, 674; — *Ѳ. Рыбакова* 674; — *Л. Рыбальченко* 425; — *Д. Семеки* 189; — *А. Siegrist*'а 345; — *Д. Соколова* 495, 946; — *В. Строганова* 755; — *А. Тампіонера* 465; — *А. Таубера* 834; — *Н. Тишуткина* 552; — *В. Тонкова* 189; — *Н. Трофимова* 382; — *А. Троянова* 107; — *П. Цезаревскаго* 714; — *Н. Чистовича* 755; — *М. Штейнберга* 305; — *К. Шульгина* 794; — *Л. Якобзона* 833. Пища, азотъ и жиры, усвоеніе при желудочной ахиліи, вліяніе естественнаго желудочнаго сока 260; —, конина, пригодность для лѣчебныхъ цѣлей 152; —, массы пищевыя, состояніе ихъ при переходѣ въ толстыя кишки 105; — мясная, вліяніе на развитіе аппендицита 175; — недоброкачественная, отравленіе 638; —, продукты пищевые, надзоръ санитарный въ Петербургѣ 921; —, — —, поддѣлка, опубликованіе фамилій и именъ уличенныхъ торговцевъ, покровительственные взгляды Петербургской городской Управы 149. Пищеводъ, болѣзни, примѣненіе препаратовъ надпочечниковъ 724; —, врожденная непроходимость 485; —, ракъ, введеніе зонда à demeure 291; —, —, переносное нагноеніе глаза 823; —, сѣченіе наружное при удаленіи инородныхъ тѣлъ 441. **Плевра** легочная, изсѣченіе 183. Пляска св. Витта, аспиринъ 215; — — —, лѣченіе 624. Пнеймонія см. легкія. **Повязка** первая (временная) для пулевыхъ ранъ 317; — простая изъ липкаго пластыря при лѣченіи опущенія внутренностей 451. Подагра, своеобразное объясненіе сущности ея и лѣченіе 174; —, цитаринъ 410, 820. Пожертвованія Л. С. Аржанова 597; — Ю. И. Базановой 33; — Л. Бродскаго 865; — О. Вавиловой 387; — д-ра *Вучиховскаго* 865; — въ пользу раненыхъ см. война; — — — учащихся 32, 33; — г. Cornegie, общій итогъ 36; Cassel'я 36; — D. Currie 498; — А. М. Дмитрянъ 386, 836; — душеприказчиковъ Солодовникова 227; — г. Еремѣева 836; — проф. *Hallopeau* 308; — М. А. Кононовой 266; — г-жи Коротковой 386; — Крупенской 266; — г. Кузнецова 836; — проф. *М. Г. Курлова* 346; — *Н. М. Лебедева* 892; — г-жи Lewis Н. Hyde 308; — А. И. Маевой 307; — Э. К. Мостовниковой 948; — на больницы 266, 307, 308, 346, 386, 386, 388, 597, 865, 865, 948; — — университеты 305, 428, 498, 865; — наслѣдника покойнаго проф. *О. О. Мочутковскаго* 110, 426; — неизвѣстнаго 636, 865; — J. F. H. Nevins 678; — Общества врачей спеціалистовъ въ Петербургѣ 426; — *А. А.* и В. С. *Остроумовыхъ* 110; — *М. Поляка* 637; — J. D. Rockefeller'а 388; — Е. Г. Степановой 32, 756; — г. Тарасова 865; — Е. М. Терещенко 427; — Х. Н. Топалова 597; — г-жи Тряпкиной 836; — г. Тура 466; — И. М. де-Шодуаръ 716; — г. Valancour'а 428. Позвоночникъ, неподвижность 749; —, переломъ, излѣченіе подвѣшиваніемъ 98. Полипы канала мочеиспускательнаго у женщинъ 584. Полость брюшная, водянка, особый проводникъ для троакара 661; — —, впрыскиваніе вирулентныхъ стрептококковъ, лейколизъ, фагоцитозъ 161, 241; — —, кровоизліяніе при воспаленіи червеобразнаго отростка 12; — —, операціи, польза послѣдовательныхъ вливаній нормальнаго раствора поваренной соли 662; — —, опухоль безъ точнаго опредѣленія 222; — —, освѣщеніе при гинекологическихъ операціяхъ 59; — —, эхинококкъ множественный 260; — грудная, двойная сквозная рана 373. Полюсъ Южный, температура и сила вѣтра 112. Помощь акушерская въ Петербургѣ 815, 850; — ветеринарная въ Западной Сибири, недостаточность, необходимость устройства ветеринарнаго Института 35; — военно-медицинская въ Японіи 228; — глазная постоянная 777, 795; — медицинская бѣднымъ въ Москвѣ 949; — — въ Архангельской губ. 228; — — — Варшавѣ, недостаточность 468; — — — Забайкальѣ, — 192; — — — Закавказьѣ 716; — — — —, кредитъ 893; — — — Сибирскомъ казачьемъ войскѣ, неудовлетворительность 309; — — — тайгѣ, плачевное состояніе 894; — — земская, проволочки въ утвержденіяхъ врачей 893; — — населенію, проэктъ улучшенія въ Харьковской губ. 70; — — — первая служащимъ на желѣзныхъ дорогахъ 150; — — при морскомъ боѣ 598; — — сельскохозяйственнымъ рабочимъ при увѣчьяхъ орудіями и машинами 44; — — скорая, открытіе станціи въ Ригѣ 468; — — —, курсы на Ю.-Западныхъ желѣзныхъ дорогахъ 110; — — —, Общество въ Ригѣ 386; — психіатрическая на войнѣ 882, 892; — — — населенію 456, 456. Поносъ кровавый, палочка 700; — —, этіологія 740; — при ахиліи 780 Попечительства по предупрежденію слѣпоты въ Россіи, отчетъ расходовъ 266; — санитарныя, роль ихъ въ городской медицинской организаціи 336. Портретъ *Ehrlich*'а 796; — *И. В. Лешко-Попеля* 33; — *Е. А. Осипова* 920. Послѣдъ, отрывъ пуповины во время родовъ 824; —, placentophagia 758. Постановленіе Думы Красноярской объ административно-ссыльныхъ врачахъ 496; — — Кіевской о воспрещеніи куренія табака въ ней 385; — — Петербургской о перевозкѣ умершихъ дѣтей 795; — — — объ учрежденіи Коммиссіи для изученія организаціи санитарнаго надзора въ Петербургѣ 467; — Земства Вяземскаго объ оспопрививаніи 865; — — Елисаветградскаго о новомъ самостоятельномъ фельдшерскомъ пунктѣ, мнѣніе Совѣщанія врачей 949; —

Digitized by Google

Общества Смоленскихъ врачей по поводу массоваго ухода врачей изъ мѣстной психіатрической больницы 796; — Собранія Сумскаго очередного земскаго о ходатайствѣ передъ губернаторомъ объ оказаніи содѣйствія къ доставленію участковымъ земскимъ врачамъ церковными причтами свѣдѣній о родившихся, брачущихся и умершихъ 150; — — Ярославскаго уѣзднаго земскаго о недопущеніи на службу женщинъ-врачей 521; — Съѣзда Тамбовскаго губернскаго о недопустимости совмѣстительства службы земскихъ и фабричныхъ врачей 109. Постановленія губернскаго земскаго Собранія Владимірской губ. о школьныхъ завтракахъ 347, 796; — — — — Вологодской губ. 950; — — — — Новгородской губ. 190; — — — — Симбирской губ. 949; — — Съѣзда, VIII, врачей и предсѣдателей земскихъ Управъ Саратовской губ. 266, 497; — по санитарной организаціи очередного губернскаго земскаго Собранія Саратовской губ. 427; — уѣздныхъ земскихъ Собраній Воронежской губ. 227, 307; — — — — Московской губ. 347; — — — — Нижегородской губ. 151; — — — — Рязанской губ. 836; — — — — Саратовской губ. 865; — — — — Тверской губ. 150. Потъ, окраска его, пигментныя бактеріи 212. Почечуй, оперативное лѣченіе 753; —, узлы, адреналинъ 855; —, —, удаленіе 23. Почка блуждающая ложная 486; —, изсѣченіе, возможность пораненія нижней полой вены 702; —, киста первичная 591; — сливная 664. Почки, анатомическія измѣненія при свинцовомъ отравленіи 453; —, бугорчатка, распознаваніе, значеніе изслѣдованія мочи на бугорчатковыя палочки 21; —, воспаленіе, вліяніе горнаго воздуха 782; —, — при скарлатинѣ, уротропинъ 102; —, —, эпидемія 702; —, выдѣленіе склеивающихъ веществъ 95; —, дѣйствіе салициловыхъ препаратовъ 251, 910; — изолированныя, дѣйствіе ядовъ на ихъ сосуды 530; —, лоханки, воспаленіе бактерійное, лѣченіе промываніями 823; —, —, —, возбудители нагноенія 251; —, піэлонефритъ, вліяніе на теченіе послѣродового періода 744; —, поврежденія подкожныя 137; —, полученіе мочи изъ каждой отдѣльно 370; —, работа нормальная обѣихъ, сравнительное изслѣдованіе 370; —, — у сифилитиковъ 860. Практика частная, вліяніе на врачебное дѣло 676. Преграда грудобрюшная, распредѣленіе лимфатическихъ сосудовъ 452. Предъявленія въ Обществѣ акушерско-гинекологическомъ въ Петербургѣ 379, 590, 590; — — — врачей Мясницкой больницы 463; — — — глазныхъ врачей въ Москвѣ 262, 263, 916, 917; — — — дѣтскихъ врачей въ Кіевѣ 222, 223; — — — — — Москвѣ 104, 187, 710, 830, 831; — — — — — Петербургѣ 421; — — — Московскомъ венерологическомъ и дерматологическомъ 462; — — — невропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ 260, 461, 550, 917; — — — охраненія народнаго здравія 916; — — — Петербургскомъ офталмологическомъ 224, 792; — — — психіатровъ въ Петербургѣ 186; — — — Русскихъ врачей въ Петербургѣ 860; — — — Русскомъ медицинскомъ въ Варшавѣ 260, 261; — — — — сифилидологическомъ и дерматологическомъ 514, 790, 862; — — — хирургическомъ *Пирогова* 828, 828, 829; — на Совѣщаніи врачей Маріинской больницы въ Петербургѣ 621; — — Съѣздѣ анатомовъ въ Jen'ѣ 670; — —, I, — Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ 421, 515; — —, IX, — Русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* 140, 142, 179, 180, 546, 707, 708. Премія см. награда. Препараты китайской народной медицины, богатая коллекція 190; — надпочечниковъ 724; — салициловые, дѣйствіе на почки 251, 910; — химико-фармацевтическіе, проэктъ новаго таможеннаго тарифа 149. Приборъ *Згрсвича* 828, 916; — «uri по pyknometer» для опредѣленія уд. вѣса мочи 21. Прививки брюшного тифа, скарлатины и кори шимпанзе 837; — противъ бѣшенства 228, 393, 558, 716; — — —, недѣйствительность 677; — — —, результаты ихъ въ 1902 г. въ Виленскомъ бактеріологическомъ Институтѣ 386; — сифилиса животнымъ 785; — — обезьянамъ 16, 112, 462, 638, 920. Призрѣніе душевно-больныхъ 186, 190, 455, 456, 496; — общественное во Франціи, бюджетъ по учрежденіямъ его 387. Примула, заболѣваніе крапивницей 139. Природа, цѣлительная сила ея 117. Пріютъ для алкоголиковъ въ Саратовѣ 71; — — дѣтей арестантовъ въ Минскѣ 190; — — неизлѣчимо-больныхъ въ Минскѣ 468; — — слабыхъ здоровьемъ учениковъ, при Ялтинской гимназіи 921; — родильный новый 110. Проба *Gruber-Vidal'я* 822, 910; — *Justus*'а 486; — *Селиванова* 621. Пробки, обезпложиваніе 866. Пробы біологическія, практическое примѣненіе 659. Прокаженные изъ Россіи въ Америкѣ 152; —, колонія 34; —, число ихъ въ Германіи 348; —, — — — Индіи 428. Проказа въ New-South Wales'ѣ 894; —, заболѣванія глазъ 512; —, изслѣдованіе научное, открытіе бактеріологической лабораторіи въ одной изъ лепрозорій Курляндской губ. 427; —, лепрозоріи новыя 865; —, палочки, искусственныя разводки 828. Проколъ поясничный при мочекровіи 484; — пробный эхинококковыхъ пузырей, опасность 22. Промывательныя изъ колларгола 545. Промыслы нефтяные, профессіональныя поврежденія глазъ 294. Прописи врачебныя, неразборчивость, указъ Австрійскаго Министерства 72. Пропоты, точка замерзанія 54. Проституція, регламентація ея 597, 795. Протокъ желчный, разрывъ подкожный 412; — —, съуженіе рубцевое, операція 452; — мочеиспускательный женскій, образованіе 27; — — —, полипы 584; — —, опухоли 22; — —, сифилома цилиндроидная 858; — —, строеніе осумкованныхъ тѣлецъ 140. — черепно-глоточный у человѣка 670. Профессора, избраніе почетными членами 675, 755, 834, 919; — иностранные, возрастъ предѣльный 308; — —, выходъ въ отставку 678; — —, назначенія новыя 228, 922; — —, — сенаторами 468; — —, оставленіе должностей 308; — —, перемѣщеніе 72, 267, 498, 922, 950, 950; — —, поднесеніе золотыхъ медалей 428, 468; — —, умершіе 171, 498; — Leipzig'скіе, заявленіе ихъ по поводу борьбы врачей съ кассами 657; —, назначеніе совѣщательны[ми] членами В.-медицинскаго ученаго Комитета 189; — новые 18[…] 384, 465, 465, 495, 495, 520, 520, 714, 714, 834, 892, 919; —, п[е]ремѣщеніе 675; —, совмѣстительство должностей 835; — экстр[а]ординарные, назначеніе ординарными 265, 794, 892. Профессор[ъ] *Bouchard*, юбилей, поднесеніе золотой медали 428; — *Corni[l]* день рожденія, — — — 428; — ***Koch***, возвращеніе изъ коман[]дировки въ Трансвааль 922; — ***Д. И. Менделѣевъ***, 70-лѣтіе 3[…] — ***И. И. Мечниковъ***, избраніе членомъ корреспондентомъ 92[…] — ***Moeller,*** опытъ его съ прививкою себѣ бугорчатки 368; — ***А. Д. Павловскій***, снявшій свою кандидатуру съ конкурса н[а] занятіе должности ординатора больницы 306; — ***Reverdin***, при[]глашеніе въ Genèv'скій Университетъ 922; — ***Angelo Scarenzio*** поднесеніе золотой медали по поводу 40 лѣтія предложеннаг[о] имъ способа лѣчить сифилисъ 468, 797; — ***Schweninger***, защи[]щавшій шарлатана 428; — ***А. Н. Соловьевъ***, присужденный к[ъ] уплатѣ 100 р. родственнику умершей больной 35. Проходъ задній, неправильно развившійся 100. **Психотерапія**, роль ея въ дерматологіи 404. **Пузырь** мочевой, болѣзни его, нафталинъ 485; — —, вскрытіе со стороны промежности 372; — —, катарръ у дѣтей, этіологія 102; — —, разрывъ при переломѣ лобковой и отвѣсной подвздошной костей, операція, выздоровленіе 98; — —, растяженіе кислородомъ при цистоскопіи 823; — —, свищи у женщинъ 77; — —, эктопія, операція 181. Пульсъ, частота его, значеніе для предсказанія при легочной бугорчаткѣ 175. Пунктъ глазной въ Витебской губ. 795; — переселенческій въ Благовѣщенскѣ, госпиталь 921; — фельдшерскій самостоятельный въ Елисаветградскомъ Земствѣ 949. Пункты врачебно-продовольственные въ Екатеринославской губ. 677. Пуповина, отрывъ отъ послѣда во время родовъ 824. Пупокъ, язва сифилитическая 214. Пургатинъ 321, 740. Пути желчные, разрывъ подкожный травматическій 56; — —, хирургія 1; — кровеносные въ селезенкѣ 179; — слезные см. глаза. **Пыль**, вліяніе поливки улицъ 821. Піявки живыя въ соединительно-оболочечномъ мѣшкѣ человѣческаго глаза 138. Пятна *Koplik*'овскія, значеніе ихъ при кори 175; — родимыя см. кожа. Пятно желтое см. глаза.

# Р.

**Работницы** Петербургскія, санитарное положеніе 747; — фабричныя, смертность дѣтей 757. Работы съ сельско-хозяйственными орудіями и машинами, предупрежденіе несчастныхъ случаевъ 44. Рабочіе, болѣзни профессіональныя булочниковъ 677; —, — — грузчиковъ 151; — горнозаводскіе, положеніе ихъ больныхъ женъ 748; — желѣзнодорожные, жилища 746; — —, заболѣванія, участіе подрядчиковъ въ расходахъ на амбуляторное и больничное лѣченіе 110; —, массовая перевозка по желѣзнымъ дорогамъ, санитарныя условія 468, 573, 615; — на стеклянныхъ заводахъ, профессіональныя заболѣванія глазъ 583; — — табачныхъ фабрикахъ, профессіональное страданіе глазъ 100; —, порядокъ выдачи медицинскихъ свидѣтельствъ 948; — ремесленные, организація санитарнаго надзора 749; — сельскохозяйственные, подача первой помощи увѣчнымъ 44; — — —, предупрежденіе несчастныхъ случаевъ при работахъ съ орудіями и машинами 44; —, страхованіе ихъ 419. Радій 16; —, вещества радіоактивныя, содержаніе въ горномъ воздухѣ 55; —, вліяніе на специфическую гэмолитическую сыворотку 653; —, — — спинной мозгъ и вообще на центральную нервную систему 36; —, — — слѣпоту 138, 598; — въ медицинскомъ отношеніи 821; —, дѣйствіе на змѣиный ядъ и противозмѣиную сыворотку 387; —, каѳедра радіологіи въ Вѣнскомъ Университетѣ 922; —, лѣченіе 909; —, — злокачественныхъ новообразованій 662; —, — язвы разъѣдающей 663; —, лучи см. лучи; —, руда радіева 72, 387, 638, —, ссуда его на прокатъ врачамъ 797; —, эманація, физіолого-патологическое значеніе 869. Ракъ водяной щеки 710; — въ области *Vater*'ова сосочка, изсѣченіе 452; — губы нижней 510; — желудка, лѣченіе сывороткой 64; — —, распознаваніе 843, 874; — —, скрыто протекающій 525; — корсетный 742; —, лѣченіе катафорическимъ дѣйствіемъ электричества 454, 454; —, —, новый способъ 428; —, — *Roentgen*'овскими лучами 57; — матки вмѣстѣ съ бугорчаткой 101; — —, излѣчимость 101; — —, измѣненія въ лимфатической системѣ половыхъ органовъ 101; — —, кесарское сѣченіе 791; — —, лѣченіе коренное 197; — —, — чревосѣченіемъ 23, 379; — пищевода, введеніе зонда à demeure 291; — —, переносное нагноеніе глаза 823; — похотника первичный 886; —, распространеніе въ Испаніи 72; — сосудистыхъ оболочекъ глаза 824; —, чужеядное его 348; — шейки матки неоперируемый 28. Рана двойная сквозная грудной полости, выздоровленіе 373; — ножевая живота съ громаднымъ выпаденіемъ кишекъ 260; — огнестрѣльная глазницы 917. Раны брюшныя операціонныя, закрытіе 136; — огнестрѣльныя желудка 663; — — обоихъ зрительныхъ нервовъ 138; — — пулевыя, первая повязка 317; — сердца, оперативное лѣченіе 663. Растворъ физіологической соли, вливаніе при душевныхъ болѣзняхъ 159, 826; — — — —, послѣ операцій въ брюшной полости 662; — — —, —, техника его 826. Растворы бѣлковые, подкожныя впрыскиванія для поддержанія питанія истощенныхъ больныхъ 450; — гипертоническіе, введеніе въ кровь 261. Растенія медицинскія, культура ихъ 308. Рахитъ см. болѣзнь англійская. Реакція см. проба. **Ребра**, опухоль первичная, изсѣченіе участка грудной клѣтки вмѣстѣ съ плеврою 183; — шейныя 830. Ревматизмъ суставной, лѣченіе противоцѣпокковой сывороткой *Menzer*'а 451; — — острый, заразительность 371; — —, измѣненіе костей 910; —, узлы подкожные, необычная форма 411. Реклама д-ра *Зарубина* 35, 497; — о водѣ «Сальваторъ» 717; — торговая, запросъ одного

корреспондента «The British Medical Journal» и отвѣтъ журнала 112; — — съ именами профессоровъ 227; — шарлатанская 866; — —, борьба съ ней во Франціи 468. Рекламы 717; — безстыдныя 498; —, борьба съ ними 498, 521; — врачей 522; — о врачахъ 71, 111; — — — непрошенныя 425; — — патентованныхъ средствахъ, борьба съ ними 866, 894; — — — —, — — — въ Америкѣ 72; — — — — и приборахъ, запрещеніе печатать изображеніе людей и частей человѣческаго тѣла 468; — публичныя 428. Ректоскопія 801. Рентгеноскопія при распознаваніи заболѣваній лобныхъ пазухъ 487; — — ревматизмѣ 910. Рецепты см. прописи. **Роды**, болѣзни послѣродовыя мѣстныя гнилостныя, лѣченіе 419; — въ стоячемъ положеніи, отрывъ пуповины отъ послѣда 824; — двойнями 886; —, зараженіе послѣродовое, изсѣченіе матки 24; — осложненные неоперируемымъ ракомъ матки 28; —, періодъ послѣродовой, вліяніе піэлонефрита на теченіе его 744; —, плодъ, бродила пищеварительныя 712; —, —, уроды 830; —, —, физіолого химическія наблюденія надъ кровью во время его рожденія 94; —, разрывъ матки 301, 413, 515, 515, 515; — форсированные, оцѣнка способовъ 183. Рожа лица повторная, слоновость вѣкъ 99. Рождаемость, уменьшеніе въ Америкѣ 717; —, — — Германіи 267. Роженицы, ванны очищающія 302; —, —, цѣлесообразность ихъ 825; —, одно изъ проявленій истеріи 758. Ротъ, бродила окислительныя 300; —, вибріонъ язычный 212; —, изъязвленіе, вызванное дифтерійными палочками 581; —, полость, воспаленіе перслойное 884; —, —, своеобразное заболѣваніе 514; -, —, язва проникающая 885; —, -, язвы, лѣченіе хромовой кислотой 790. **Ртуть** анилиновая, лѣченіе сифилиса 445, 548. **Рукавъ**, возстановленіе путемъ перенесенія заднепроходнаго отверстія и прямой кишки 421; —, пораненіе при совокупленіи 214; —, разрывъ 515; —, свищъ влагалищно прямокишечный 903; —, тѣло инородное, долголѣтнее пребываніе 395. Руки, бугры осязательные 670; —, кисть, влагалища сухожильныя бугорчатково перерожденныя, вылущеніе 57; —, обеззараживаніе алкоголемъ и горячей водой 176; —, — механическое 176. **Рѣчь** *І. И. Дембо* 263; — *Д. Н. Жбанкова* 221; — *В. К. Рота* 259; — *В. Ф. Снегирева* 145.

## С.

**Салитъ** 660. Сальникъ большой, защитительная работа 450; — малый, кровотеченіе травматическое въ его полость 767, 806. Самокаты, спортъ самокатный, упадокъ 922. Санитарія, мѣры предупредительныя противъ чумы 95. Саркома вокругъ соска врительнаго нерва 138; — ключицы 775; — кости плечевой, изсѣченіе, выздоровленіе 137; — мелкоклѣточковая забрюшинныхъ железъ 360; — поджелудочной железы 417; — слизистой оболочки верхняго вѣка 380; — соединительной оболочки глаза 263; — черепа, излѣченіе *Röntgen*'овскими лучами 57. Саркоматозъ кожный 862. Сахаръ, образованіе въ изолированной печени 775. **Свинка** микроорганизмы 837; —, разстройство зрѣнія 138. Свищи влагалищно-прямокишечные 903; — зобной железы 373; — пузырные у женщинъ 77. Свищъ подконъюнктивальный 911; — пупочный, обусловленный сращеніемъ червеобразнаго отростка съ переднею брюшною стѣнкою 137. Свѣтолѣченіе 909; —, наблюденія 455; — по *Finsen*'у 858, 858, 859; — при болѣзняхъ гортани 489; — — флюсахъ 213. Свѣтъ, дѣйствіе на кожу 255; — красный, дѣйствіе на оспу 598; —, лучеиспусканіе свѣто тепловое, вліяніе на кожную температуру 135; —, лѣчебное дѣйствіе, причины 135; — электрическій холодный, вліяніе на заболѣванія средняго уха 653. **Себоррея**, лѣченіе формоломъ 215. Секретинъ, недостатокъ его, запоры, лѣченіе ихъ 661. Селезенка, гипертрофія идіопатическая 261; —, изсѣченіе при болѣзни *Banti* 292; —, опухоли мѣшетчатыя 783; —, пути кровеносные 179; —, развитіе ея у гекко 141; —, увеличеніе у дѣтей 745. **Сердце**, болѣзни его, вліяніе apocyni cannabini 65; —, — —, дѣйствіе электрическихъ ваннъ 781; —, — —, массажъ живота 484; —, дѣйствіе холода 661; — какъ мышечный органъ съ опредѣленной локализаціей отправленій 899, 934; —, массажъ двуручный 136; —, мышцы сердечныя, недостаточность, лѣченіе электрическими ваннами 164; —, — —, окоченѣніе 320; —, — —, строеніе 141; —, оболочка внутрисердечная, язвенное воспаленіе 910; —, параличъ дифтерійный 372; —, пораженія сифилитическія 544; —, пороки, отношеніе къ бугорчаткѣ легкихъ 741; —, порокъ врожденный 104; —, — сочетанный, прерываніе беременности 27; —, раны, оперативное лѣченіе 663; —, сосуды кровеносные, иннервація 489; —, сорочка околосердечная, дренажъ 144; —, состояніе его въ моментъ смерти, ошибочныя заключенія 53; — теплокровныхъ животныхъ, механизмъ питанія 437; — — —, приборы нервные, посмертная раздражимость 490; — — —, тетаническое сокращеніе при электрическомъ раздраженіи 490; —, хирургія его 144. Серебро хлористое, какъ средство обеззараживающее питьевую воду 678. Серотерапія, примѣненіе къ ней физической химіи 36. **Сидѣлка**, пострадавшая при обвалѣ потолка 837. Синька метиленовая, окрашиваніе нервной системы 179, 493. Сирингоміэлія см. мозгъ спинной. Сиролинъ при легочной бугорчаткѣ 244. Система лимфатическая женскихъ половыхъ органовъ, измѣненія въ ней при ракѣ матки 101; — — — — —, описаніе ея 101; — нервная, значеніе вибраціонныхъ раздраженій для физіологіи и патологіи ея 261; — —, окрашиваніе метиленовой синькой 179, 493; — — периферическая, развитіе 670; — — центральная, вліяніе радія 36. Системы нисходящія при поврежденіи передняго 2-холмія въ связи съ физіологическими явленіями 62. Сифилидъ импетигинозный 790; — пигментный шеи 178. Сифилисъ, анатомическія измѣненія аорты 418; —, борьба съ нимъ 637, 920; —, вліяніе на обмѣнъ азотъ содержащихъ веществъ 860; — гуммовный 463; — — лица и пальцевъ 790; — — у 6-мѣс. ребенка 187; —, зараженіе внѣполовое 334, 515, 858; — заразный, продолжительность въ сельскомъ населеніи 215; — злокачественный галопирующій 334; —, изслѣдованія микроскопическія 706; —, келоиды 463; —, климатотерапія 547; — — кожи 340; —, лѣченіе анилиновою ртутью 445, 548; —, — іодипиномъ 708; —, — іодистымъ каліемъ 415; —, — ртутными мазями 547; —, —, эмпиризмъ 517; —, малокровіе сифилитическое и желтуха, происхожденіе 102; —, множественность сифилитическаго шанкра 825; — наслѣдственный, зачаточныя явленія въ глазахъ 703; — —, пораженіе суставовъ 583; — невинныхъ 223; —, невоспріимчивость, вызванная у шимпанзе 112; —, пораженія мышцъ 887; —, — носа и послѣдствія ихъ, лѣченіе 547; —, — сердца 544; —, прививка животнымъ 785; —, — обезьянамъ 16, 112, 462, 638, 920; —, распространеніе пастухами 557; —, — солдатами 497; —, сифилома цилиндроидная мочеиспускательнаго канала 858; — среди киргизъ 521; —, сухотка спинная 413, 625; —, шанкръ твердый, лѣченіе прижиганіями горячимъ воздухомъ 705; —, — — на наружныхъ половыхъ частяхъ у дѣвочекъ 786; —, — —, похожая на него форма мягкой язвы 708; —, экспериментальное изслѣдованіе 112; —, ядъ сифилитическій, проникновеніе въ организмъ 486; —, язва сифилитическая пупка 214. Сифилитики, проба *Justus*'а 486; —, работа почекъ 860; —, смертность дѣтей 585. **Скабіолъ** 510. Скарлатина, анурія 8-дневная 711; — безлихорадочная 661; —, измѣненія вѣса больныхъ 335; —, изслѣдованіе бактеріолого-анатомическое въ связи съ изслѣдованіемъ крови 20; —, — кожи, тѣльца близкія къ protozoa 705; —, кріоскопія мочи 256; —, кровоизліяніе смертельное въ желудокъ 831; —, микробъ 152, 821; —, передача заразы черезъ молоко 268; —, прививки шимпанзе 837; —, роль стрептококковъ 821; —, сывороточное лѣченіе 254, 496, 744, 745, 745, 785, 785, 831; — трехкратная у одного и того-же ребенка 491; —, уротропинъ, какъ предупреждающее нефритъ 102; —, эпидемія 268. Скипидаръ при пнеймоніяхъ 580. Скелеты, торговля ими 922. Склерозъ множественный, пораженіе глазъ 744; — первичный воротной вены 908. **Славяне**, положеніе акушерства и гинекологіи у нихъ внѣ предѣловъ Россіи 185. Слоновость см. кожа. Слухъ см. уши. Слѣпые см. глаза. Слюна, бродила окислительныя 300. **Смертность** во французской арміи 192; — врачей въ Австріи 894; — въ Москвѣ въ 1903 г. 757; — — Philadelphi'и 348; — дѣтская 93; — —, борьба съ ней 921; — — въ Chicago, уменьшеніе 308; — — отъ задушенія кормящими 152; — — — фибринознаго воспаленія легкихъ 341; — — — у фабричныхъ работницъ 757; — отъ бугорчатки въ New-York'ѣ, уменьшеніе 152; — — — — штатѣ Massachusetts, уменьшеніе 267; — — — легочной 717; — — фибринознаго воспаленія легкихъ 558, 717; — — — — — и чахотки въ Chicago 866; — среди русскихъ врачей 415. Смерть 478, 504, 537; — мнимая новорожденныхъ, простой способъ оживленія 185; — отъ урагана 948; — — утопленія, измѣненія въ крови и въ легкихъ 913; —, состояніе сердца въ моментъ ея, ошибочныя заключенія 53. Смола, поливка улицъ 821. **Собаки**, микроцефалія искусственная 641. Совокупленіе, разрывъ влагалища 214. Совѣтъ главныхъ врачей Петербургскихъ городскихъ больницъ, докладъ о дальнѣйшей организаціи призрѣнія душевно-больныхъ въ Петербургѣ 186; — медицинскій, почетные члены 892; — —, 100-лѣтіе 33. Сокъ желудочный см. желудокъ; —, полученный изъ нормальной поджелудочной железы человѣка, изслѣдованіе его 291. Соли желѣза, вліяніе на жиры 752; — марганца, вліяніе на жиры 752. Соль, вливанія солевыя въ терапіи душевныхъ болѣзней 159, 826; — поваренная, введеніе ограниченнаго количества въ организмъ и значеніе его 54; — —, нормальный растворъ, польза вливаній въ брюшную полость послѣ операцій въ ней 662; — ртутная новая для лѣченія сифилиса 445, 548. Сосуды, закупорка послѣ фибринознаго воспаленія легкихъ, омертвѣніе конечностей 332; —, — — чревосѣченія 510; — кровеносные сердца, иннервація 489; — лимфатическіе грудобрюшной преграды, распредѣленіе ихъ 452; — —, налитіе 139, 357; — периферическіе у неврастениковъ 628; — почекъ изолированныхъ, дѣйствіе ядовъ 530. **Спиртъ** древесный, отравленіе 866. Спорынья 211; —, засореніе муки 347. Способъ бактеріологическій въ распознаваніи дифтеріи 7, 303; — *Brandberg*'а 85; — *Brockhardt*'а 375; — для распознаванія человѣческой крови отъ крови животныхъ 455; — *Holländer*'а 462, 705; — индивидуализирующій при изученіи законовъ роста человѣческаго тѣла 238, 256; — лѣченія язвы желудка 96; — *Morgan*'а заготовки мяса въ прокъ 921; — *E. Neisser*'а 822; — новый газометрическій для количественнаго опредѣленія сахара въ мочѣ 330; — — кантопластики 262; — — лѣченія волчанки 913; — — — рака 428; — — обнаруженія тифозныхъ и паратифозныхъ палочекъ въ испражненіяхъ 19; — обнаруженія n-лучей 387; — оживленія при мнимой смерти новорожденныхъ 185; — опредѣленія общей кислотности желудочнаго содержимаго 19; — *Phelps*'а 925; — *Sahli* 261; — *Шацкаго* 841, 872; — *Шепилевскаго* 827. Способы количественнаго опредѣленія азотной кислоты въ водѣ 26; — обеззараживанія питьевой воды бромомъ и іодомъ 26; — — — — іодомъ, бактеріологическая оцѣнка 260; — — рукъ 176, 176; — оперативнаго лѣченія гипертрофіи предстательной железы, оцѣнка ихъ 124; — опредѣленія влажности жилыхъ помѣщеній 942. Спячка больныхъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ, лѣченіе 372; —, наблюденіе за температурой 372. **Средостѣніе** переднее, опухоли кожистыя 213. Средства болеутоляющія 510, 580; — жаропонижающія 909; — лѣкарственныя заграничныя готовыя, ввозъ въ Россію 191, 949; — — народ-

Digitized by Google

ныя, испытательная станція 949; — —, недостатокъ въ Енисейской губ. 427; — — новыя 290, 291, 510, 510, 544, 820, 907, 909; — — —, пріемы фабрикантовъ для сбыта 152; — патентованныя борьба съ ними 521; — —, — — — — въ Америкѣ 72, 558; — —, изгнаніе изъ Австраліи 797; — —, — — Швеціи 598; — русскія народно врачебныя отъ пьянства 132, 217; — секретныя составъ ихъ 678; — слабительныя 321; — снотворныя 482, 544, 580, 621; — усиливающія выдѣленіе молока 333; — шарлатанскія 348; — —, какъ помѣха въ борьбѣ съ бугорчаткою 468. **Станція** бактеріологическая Общества скорой медицинской помощи въ Одессѣ 795; — Одесская земско-городская, отчетъ 703; — испытательная народныхъ лѣкарственныхъ средствъ 949; — Общества скорой медицинской помощи въ Ригѣ 468; — *Pasteur*'овская въ Варшавѣ 347; — — — Москвѣ 597; — — — Самарѣ, отчетъ за 1899 г. 638; — — — Таліенванѣ 71. Старики преклонные 468, 497, 521. Статистика глухонѣмоты въ Петербургѣ 376; — половыхъ болѣзней среди студентовъ 708; — санитарная земская 521. Статьи о преобразованіи врачебно-санитарнаго строя 190. Стипендіи въ Томскомъ Университетѣ 465, 520. Столбнякъ новорожденныхъ, клиника и патологическая анатомія 220. Стопа, pied forcé 484; — плоская, оперативное лѣченіе 22. Страхованіе взаимное врачей 416; — дѣтей 498; — рабочихъ 419. Студентессы въ Швейцарскихъ университетахъ, превышеніе числа ихъ надъ числомъ студентовъ 268; — русскія въ Парижѣ, условія жизни 557. Студентъ, занимавшійся лѣченіемъ 837. Студенты, болѣзни половыя, борьба съ ними 708; —, — —, статистика 708, 890; — исключенные за невзносъ платы, число ихъ 595; — медики В.-Медицинской Академіи, отмѣна лагернаго сбора 835; — — въ русскихъ университетахъ, ускоренные выпуски 426; — —, дѣятельность ихъ на войнѣ 947; — —, командировка на театръ военныхъ дѣйствій 265, 791; — —, приглашеніе желающихъ ѣхать на Дальній Востокъ 947; — —, присужденіе медалей 148; — —, уменьшеніе числа ихъ въ Германскихъ университетахъ 267; —, число ихъ въ 2-хъ университетахъ Венгріи 36; — японскіе, работоспособность ихъ 598. Стѣнка брюшная передняя, грибокъ лучистый 829; — — —, сращеніе съ червеобразнымъ отросткомъ, свищъ пупочный 137; — — —, фиброма 752. **Субкутинъ** 580. Суда японскія лазаретныя, описаніе ихъ 228. Судъ чести, постановленіе по дѣлу *В. Г. Дзѣвицкаго* и *З. Н. Зотоса* 592; — —, — — — *З. А. Кричевскаго*, *Н. Э. Шена* и *Н. В. Духанина* 382. Сумка слизистая глубокая большого вертела, воспаленіе 511. Супрарениннъ, дѣйствіе на животныя ткани 410. Суставъ бедренный, воспаленіе обезображивающее 511; — голеностопный, воспаленіе острое гнойное пнеймококковаго происхожденія 545; — колѣнный, перелойное пораженіе 863; — —, сведеніе, пересадка сухожилія 2-главой мышцы 372. Суставы, бугорчатка 142; — —, задачи хирургіи 143; — —, мѣстоположеніе ея, вліяніе на кровообращеніе 142; —, — у дѣтей 143; —, воспаленія затяжныя реиматоидныя, впрыскиванія іодипина 545; — крупные конечностей, бугорчатка, оперативное лѣченіе 181; — — —, сифилитическое пораженіе 583; — тазобедренные, вывихъ двустороннiй 144; — —, спинносухоточныя пораженія 62. Сухожиліе 2-главой мышцы, пересадка при сведеніи колѣннаго сустава 372. Сухотка спинная, омертвѣніе множественное челюсти 885; — —, отношеніе къ сифилису 625; — —, пораженіе суставовъ тазобедренныхъ 62; — —, разстройства воспріятія цвѣтовыхъ ощущеній 665; — —, рѣдкость среди туземцевъ Madagascar'а 228; — —, сифилитическое происхожденіе 413. **Суженіе** рубцевое желчнаго протока, операція 452. **Съѣздъ** Американскій по бугорчаткѣ, отношеніе Совѣта медицинскаго Общества штата Indiana 152; — анатомовъ въ Jen'ѣ 670; — врачей, I, Архангельской губ., перечень докладовъ 555; — — желѣзнодорожныхъ въ Тифлисѣ, программа занятій 921; — — и представителей земствъ Рязанской губ., программа занятій 677; — — — — общественныхъ учрежденій Самарской, Уфимской и Оренбургской губерній по урегулированію кумыснаго и кумысолѣчебнаго дѣла 109, 865; — — — предсѣдателей земскихъ Управъ Воронежской губ., «Труды» содержаніе ихъ 556; — — Саратовскаго губернскаго Земства, постановленія 497; —, IX, — Пермской губ. 346; — Всероссійскій, I, гинекологовъ и акушеровъ 32, 145, 183, 419, 515, 548; — —, IV, одонтологическій 715; —, I, горнозаводскихъ, фабричныхъ и рудничныхъ врачей Екатеринославской губ., «Труды» 69; —, VI, губернскій врачей Вологодской губ., программа 795; —, VIII, — — и предсѣдателей земскихъ Управъ Саратовской губ., постановленія 266; —, XVI, — членовъ и представителей врачебно санитарныхъ организацій Московскаго Земства, отсрочка начала занятій 227; — земскихъ врачей Екатеринославской губ., экстренный, ходатайство о дополненіи Совѣта всѣми ветеринарными врачами 427; —, XII, естествоиспытателей и врачей, постановленія распорядительнаго Комитета 306, 715; —, II, латино-американскій по медицинѣ и гигіенѣ 498; — Международный, XV, медицинскій въ Лиссабонѣ 757; — —, X, офталмологическій 345, 468, 758; — — по борьбѣ съ бугорчаткою, представитель медицинскаго Совѣта 714; — —, VII, по гидрологіи и климатологіи 468; — — — гигіенѣ жилищъ 891; — —, V, — дерматологіи и сифилису 950; — —, VII, — отологіи 151; — — — физіологіи 758; — —, I, по школьной гигіенѣ 263, 521; — —, II, — — — 638; — — — электричеству 678; — національный матерей 498; — нѣмецкихъ врачей-терапевтовъ въ Leipzig'ѣ 112, 348; — — естествоиспытателей и врачей 268; — — — — —, рѣчь проф. *Ladenburg*'а 268; — — хирурговъ въ Berlin'ѣ 657; —, X, польскихъ естествоиспытателей и врачей 522; —, —, — — — —, отсрочка въ виду событій на Дальнемъ Востокѣ 428; — представителей исправительныхъ заведеній 889; — — — —, учрежденіе преміи за лучшее руководство по психіатрическому изслѣдованію и наблюденію за воспитывающимися въ исправительныхъ заведеніяхъ 865; —, IV, Россійскихъ хирурговъ 32, 142, 181; —, IX, Русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* 32, 102, 139, 178, 216, 255, 295, 335, 375, 487, 513, 546, 586, 627, 664, 706, 745, 786, 825, 858, 887, 913, 942; —, —, — — — — — — —, новый предсѣдатель организаціоннаго Комитета 520; —, —, — — — — — — —, отдѣлъ анатоміи 139; —, —, — — — — — — — — —, — бактеріологіи 706; —, —, — — — — — — — — —, — внутреннихъ болѣзней 180, 255, 297; —, —, — — — — — — — — — — вопросовъ врачебнаго быта 221, 415, 587; —, —, — — — — — — —, — гистологіи и эмбріологіи 140, 178; —, —, — — — — — — —, — гигіэны 220, 827, 942; —, —, — — — — — — —, — глазныхъ болѣзней 337, 376, 707, 788, 887; —, —, — — — — — — — —, — дѣтскихъ болѣзней 219, 256, 295, 335; —, —, — — — — — — — —, — — —, программные вопросы къ слѣдующему Съѣзду 336; —, —, — — — — — — — — —, — желѣзнодорожной медицины и водныхъ путей сообщенія 418, 745; —, —, — — — — — — — — —, — кожныхъ и венерическихъ болѣзней 513, 546, 628, 708, 858; —, —, — — — — — — — — —, — нервныхъ и душевныхъ болѣзней 216, 455, 628, 665, 786, 825, 913; —, —, — — — — — — — — —, — носовыхъ, горловыхъ и ушныхъ болѣзней 257, 299, 375, 487; —, —, — — — — — — — — —, — общей патологіи 256; —, —, — — — — — — — —, — общественной медицины 336; —, —, — — — — — — — — —, — патологической анатоміи и гистологіи 417, 586; —, —, — — — — — — — — —, подъотдѣлъ городской медицины 336, 627; —, —, — — — — — — — — —, — фабричной и горнозаводской медицины 419, 747; —, —, — — — — — — — — —, — физіологіи 489; —, —, — — — — — — — — —, составъ Правленія 32; —, IX, санитарный земскихъ врачей Петербургской губ. 227; — сельскихъ врачей Тобольской губ. 226; — Совѣщательный желѣзнодорожныхъ врачей 307; — Тамбовскій губернскій, постановленіе о недопустимости совмѣстительства службы земскихъ и фабричныхъ врачей 109; —, I, французскихъ климатотерапевтовъ въ Nice 36; —, XI, членовъ и представителей земскихъ учрежденій по врачебно-санитарной части во Владимірской губ., программа занятій 715. Съѣзды врачей губернскіе, желательность устройства выставокъ 521; — — періодическіе Кубанской и Терской областей 346; — медицинскіе британскіе, требованіе Комитета допущенія членами исключительно врачей 428; — русскихъ терапевтовъ, неразрѣшеніе ихъ Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ 948. **Сыворотка** *Власова* 64; — гепатолитическая, дѣйствіе на паренхиматозные органы 877; — гэмолитическая, вліяніе на составъ крови и обмѣнъ веществъ 256; — —, — радія 653; — —, впрыскиваніе малокровнымъ 543; — *Dunbar*'а при сѣнной лихорадкѣ 22; — кровяная см. кровь; — противодифтерійная, впрыскиваніе при последифтерійномъ параличѣ приспособленія и сведеніи глазъ 59; — противозмѣиная 894; — —, дѣйствіе на нее радія 387; — противопнеймококковая, лѣченіе воспаленія легкихъ 102; — противоскарлатинная *Bujwid*'а 744; — — *Moser*'а 177, 831; — — *Пальмирскаго* 745, 745, 785; — противоцѣпококковая 831; — — при дифтеріи 785; — — — малокровіи злокачественномъ 854; — — — реиматизмѣ сочленовномъ 451; — — — скарлатинѣ 496, 744, 785; — противочумная, осадки специфическія 304; —, тиреотоксическая 854. Сыворотки противочумныя, бѣлки ихъ, отношеніе иммунъ-тѣлъ 751; — специфическія для различныхъ сортовъ крахмала 659. Сыпь см. кожа. **Сѣченіе** кесарское 473, 791.

# Т.

**Табакъ**, куреніе, воспрещеніе въ Кіевской Думѣ 385; —, —, обезвреживаніе дыма 386; —, —, Общество воздержанія 110; —, —, отравленіе 857. Тазъ узкій, вѣсъ дѣтей 184, 282. Тарифъ таможенный новый, увеличеніе пошлины на химико-фармацевтическіе препараты 149. Татуировка, нагноеніе роговой оболочки 99. **Температура** желудка 740; — кожи, вліяніе свѣтотеплового лучеиспусканія 135; —, кривая, значеніе ея при кори 175; — максимальная 662; —, наблюденіе при спячкѣ 372; — на Южномъ полюсѣ 112. Теоцинъ, мочегонное дѣйствіе его 399. **Тигенолъ** при кожныхъ болѣзняхъ 512. Тифъ брюшной въ Butler'ѣ 837; — — въ Philadelph'іи 837; — —, изслѣдованіе мочи и испражненій больныхъ въ періодъ выздоровленія на содержаніе въ нихъ *Eberth*'овскихъ палочекъ 451; — —, лѣченіе касторовымъ масломъ 410; — —, наблюденія надъ бѣлыми шариками 846, 879; — —, нагноеніе прямой мышцы живота 813; — —, отсутствіе измѣненій въ кишечникѣ 752; — —, прививки шимпанзе 837; — —, проба *Gruber-Vidal*'я 822; — —, прободное воспаленіе брюшины, операція 331; — —, — — — у дѣтей 332; — —, распознаваніе раннее 701; — —, распространеніе крессъ-салатомъ 36; — —, «typhus-diagnosticum» *Ficker*'а 544; — — у дѣтей 296; — — — — —, шелушеніе кожи 664, — —, усиленное кормленіе 496; — сыпной въ Ачинскѣ 637, 677, 716; — — — Красноярскѣ 520; — — — Петербургѣ 26; — — — тайгѣ 894. **Тіозинаминъ** при рубцовыхъ перетяжкахъ желудка 252, 909. Тіоколъ при легочной бугорчаткѣ 244. **Ткани** животныя, дѣйствіе супраренина 410; —, обезболиваніе мѣстное впрыскиваніемъ смѣси кокаина съ адреналиномъ 174. Ткань мышечная зародышевая, тончайшее строеніе 179. Токи и токъ см. электричество. **Токсинъ** мягко-шанкровой палочки 129. Токсины бѣшенства, вліяніе на окислительную способность организма 342. Тонометръ новый *Лифшица* 338. Торій 678. **Траума**, отношеніе къ ней хирургической бугорчатки 143. Трепанація при падучей и идіо-

Digitized by Google

корреспондента «The British Medical Journal» и отвѣтъ журнала 112; — — съ именами профессоровъ 227; — шарлатанская 866; — —, борьба съ ней во Франціи 468. Рекламы 717; — безстыдныя 498; —, борьба съ ними 498, 521; — врачей 522; — о врачахъ 71, 111; — — — непрошенныя 425; — — патентованныхъ средствахъ, борьба съ ними 866, 894; — — — —, — — — въ Америкѣ 72; — — — — и приборахъ, запрещеніе печатать изображеніе людей и частей человѣческаго тѣла 468; — публичныя 428. Ректоскопія 801. Рентгеноскопія при распознаваніи заболѣваній лобныхъ пазухъ 487; — — рейматизмѣ 910. Рецепты см. прописи. **Роды**, болѣзни послѣродовыя мѣстныя гнилостныя, лѣченіе 419; — въ стоячемъ положеніи, отрывъ пуповины отъ послѣда 824; — двойнями 886; —, зараженіе послѣродовое, изсѣченіе матки 24; — осложненные неоперируемымъ ракомъ матки 28; —, періодъ послѣродовой, вліяніе піэлонефрита на теченіе его 744; —, плодъ, бродила пищеварительныя 712; —, —, уроды 830; —, —, физіолого химическія наблюденія надъ кровью во время его рожденія 94; —, разрывъ матки 301, 413, 515, 515, 515; — форсированные, оцѣнка способовъ 183. Рожа лица повторная, слоновость вѣкъ 99. Рождаемость, уменьшеніе въ Америкѣ 717; —, — — Германіи 267. Роженицы, ванны очищающія 302; —, —, цѣлесообразность ихъ 825; —, одно изъ проявленій истеріи 758. Ротъ, бродила окислительныя 300; —, вибріонъ язычный 212; —, изъязвленіе, вызванное дифтерійными палочками 581; —, полость, воспаленіе перслойное 884; —, —, своеобразное заболѣваніе 514; —, —, язва проникающая 885; —, —, язвы, лѣченіе хромовой кислотой 790. **Ртуть** анилиновая, лѣченіе сифилиса 445, 548. **Рукавъ**, возстановленіе путемъ перенесенія заднепроходнаго отверстія и прямой кишки 421; —, пораненіе при совокупленіи 214; —, разрывъ 515; —, свищъ влагалищно прямокишечный 903; —, тѣло инородное, долголѣтнее пребываніе 395. Руки, бугры осязательные 670; —, кисть, влагалища сухожильныя бугорчатково перерожденныя, вылущеніе 57; —, обеззараживаніе алкоголемъ и горячей водой 176; —, — механическое 176. **Рѣчь** *Г. И. Дембо* 263; — *Д. Н. Жбанкова* 221; — *В. К. Рота* 259; — *В. Ф. Снегирева* 145.

# С.

**Салитъ** 660. Сальникъ большой, защитительная работа 450; — малый, кровотеченіе травматическое въ его полость 767, 806. Самокаты, спортъ самокатный, упадокъ 922. Санитарія, мѣры предупредительныя противъ чумы 95. Саркома вокругъ соска зрительнаго нерва 138; — ключицы 775; — кости плечевой, изсѣченіе, выздоровленіе 137; — мелкоклѣточковая забрюшинныхъ железъ 360; — поджелудочной железы 417; — слизистой оболочки верхняго вѣка 380; — соединительной оболочки глаза 263; — черепа, излѣченіе *Röntgen*'овскими лучами 57. Саркоматозъ кожный 862. Сахаръ, образованіе въ изолированной печени 775. **Свинка** микроорганизмы 837; —, разстройство зрѣнія 138. Свищи влагалищно-прямокишечные 903; — зобной железы 373; — пузырные у женщинъ 77. Свищъ подконъюнктивальный 911; — пупочный, обусловленный срощеніемъ червеобразнаго отростка съ переднею брюшною стѣнкою 137. Свѣтолѣченіе 909; —, наблюденія 455; — по *Finsen*'у 858, 858, 859; — при болѣзняхъ гортани 489; — — флюсахъ 213. Свѣтъ, дѣйствіе на кожу 255; — красный, дѣйствіе на оспу 598; —, лучеиспусканіе свѣто тепловое, вліяніе на кожную температуру 135; —, лѣчебное дѣйствіе, причины 135; — электрическій холодный, вліяніе на заболѣванія средняго уха 653. **Себоррея**, лѣченіе формоломъ 215. Секретинъ, недостатокъ его, запоры, лѣченіе ихъ 661. Селезенка, гипертрофія идіопатическая 261; —, изсѣченіе при болѣзни *Banti* 292; —, опухоли мѣшетчатыя 783; —, пути кровеносные 179; —, развитіе ея у гекко 141; —, увеличеніе у дѣтей 745. **Сердце**, болѣзни его, вліяніе apocyni cannabini 65; —, — —, дѣйствіе электрическихъ ваннъ 781; —, — —, массажъ живота 484; —, дѣйствіе холода 661; — какъ мышечный органъ съ опредѣленной локализаціей отправленій 899, 934; —, массажъ двуручный 136; —, мышцы сердечныя, недостаточность, лѣченіе электрическими ваннами 164; —, — —, окоченѣніе 320; —, — —, строеніе 141; —, оболочка внутрисердечная, язвенное воспаленіе 910; —, параличъ дифтерійный 372; —, пораженія сифилитическія 544; —, пороки, отношеніе къ бугорчаткѣ легкихъ 741; —, порокъ врожденный 104; —, — сочетанный, прерываніе беременности 27; —, раны, оперативное лѣченіе 663; —, сосуды кровеносные, иннервація 489; —, сорочка околосердечная, дренажъ 144; —, состояніе его въ моментъ смерти, ошибочныя заключенія 53; — теплокровныхъ животныхъ, механизмъ питанія 437; — — —, приборы нервные, посмертная раздражимость 490; — — —, тетаническое сокращеніе при электрическомъ раздраженіи 490; —, хирургія его 144. Серебро хлористое, какъ средство обеззараживающее питьевую воду 678. Серотерапія, примѣненіе къ ней физической химіи 36. **Сидѣлка**, пострадавшая при обвалѣ потолка 837. Синька метиленовая, окрашиваніе нервной системы 179, 493. Сирингоміэлія см. мозгъ спинной. Сиролинъ при легочной бугорчаткѣ 244. Система лимфатическая женскихъ половыхъ органовъ, измѣненія въ ней при ракѣ матки 101; — — — — —, описаніе ея 101; — нервная, значеніе вибраціонныхъ раздраженій для физіологіи и патологіи ея 261; — —, окрашиваніе метиленовой синькой 179, 493; — — периферическая, развитіе 670; — — центральная, вліяніе радія 36. Системы нисходящія при поврежденіи передняго 2-холмія въ связи съ физіологическими явленіями 62. Сифилидъ импетигинозный 790; — пигментный шеи 178. Сифилисъ, анатомическія измѣненія аорты 418; —, борьба съ нимъ 637, 920; —, вліяніе на обмѣнъ азотъ содержащихъ веществъ 860; — гуммозный 463; — — лица и пальцевъ 790; — — у 6-мѣс. ребенка 187; —, зараженіе внѣполовое 334, 515, 858; — заразный, продолжительность въ сельскомъ населеніи 215; — злокачественный галопирующій 334; —, изслѣдованія микроскопическія 706; —, келоиды 463; —, климатотерапія 547; — кожи 340; —, лѣченіе анилиновою ртутью 445, 548; —, — іодипиномъ 708; —, — іодистымъ каліемъ 415; —, — ртутными мазями 547; —, —, эмпиризмъ 517; —, малокровіе сифилитическое и желтуха, происхожденіе 102; —, множественность сифилитическаго шанкра 825; — наслѣдственный, зачаточныя явленія въ глазахъ 703; — —, пораженіе суставовъ 583; — невинныхъ 223; —, невоспріимчивость, вызванная у шимпанзе 112; —, пораженія мышцъ 887; —, — носа и послѣдствія ихъ, лѣченіе 547; —, — сердца 544; —, прививка животнымъ 785; —, — обезьянамъ 16, 112, 462, 638, 920; —, распространеніе пастухами 557; —, — солдатами 497; —, сифилома цилиндроидная мочеиспускательнаго канала 858; — среди киргизъ 521; —, сухотка спинная 413, 625; —, шанкръ твердый, лѣченіе прижиганіями горячимъ воздухомъ 705; —, — — на наружныхъ половыхъ частяхъ у дѣвочекъ 786; —, — —, похожая на него форма мягкой язвы 708; —, экспериментальное изслѣдованіе 112; —, ядъ сифилитическій, проникновеніе въ организмъ 486; —, язва сифилитическая пупка 214. Сифилитики, проба *Justus*'а 486; —, работа почекъ 860; —, смертность дѣтей 585. **Скабіолъ** 510. Скарлатина, анурія 8-дневная 711; — безлихорадочная 661; —, измѣненія вѣса больныхъ 335; —, изслѣдованіе бактеріолого-анатомическое въ связи съ изслѣдованіемъ крови 20; —, — кожи, тѣльца близкія къ protozoa 705; —, кріоскопія мочи 256; —, кровоизліяніе смертельное въ желудокъ 831; —, микробъ 152, 821; —, передача заразы черезъ молоко 268; —, прививки шимпанзе 837; —, роль стрептококковъ 821; —, сывороточное лѣченіе 254, 496, 744, 745, 745, 785, 785, 831; — трехкратная у одного и того-же ребенка 491; —, уротропинъ, какъ предупреждающее нефритъ 102; —, эпидемія 268. Скипидаръ при пнеймоніяхъ 580. Скелеты, торговля ими 922. Склерозъ множественный, пораженіе глазъ 744; — первичный воротной вены 908. **Славяне**, положеніе акушерства и гинекологіи у нихъ внѣ предѣловъ Россіи 185. Слоновость см. кожа. Слухъ см. уши. Слѣпые см. глаза. Слюна, бродила окислительныя 300. **Смертность** во французской арміи 192; — врачей въ Австріи 894; — въ Москвѣ въ 1903 г. 757; — — Philadelphi'и 348; — дѣтская 93; — —, борьба съ ней 921; — — въ Chicago, уменьшеніе 308; — — отъ задушенія кормящими 152; — — — фибринознаго воспаленія легкихъ 341; — — у фабричныхъ работницъ 757; — отъ бугорчатки въ New-York'ѣ, уменьшеніе 152; — — — — штатѣ Massachusetts, уменьшеніе 267; — — — легочной 717; — — фибринознаго воспаленія легкихъ 558, 717; — — — — — — и чахотки въ Chicago 866; — среди русскихъ врачей 415. Смерть 478, 504, 537; — мнимая новорожденныхъ, простой способъ оживленія 185; — отъ урагана 948; — — утопленія, измѣненія въ крови и въ легкихъ 913; —, состояніе сердца въ моментъ ея, ошибочныя заключенія 53. Смола, поливка улицъ 821. **Собаки**, микроцефалія искусственная 641. Совокупленіе, разрывъ влагалища 214. Совѣтъ главныхъ врачей Петербургскихъ городскихъ больницъ, докладъ о дальнѣйшей организаціи призрѣнія душевно-больныхъ въ Петербургѣ 186; — медицинскій, почетные члены 892; — —, 100-лѣтіе 33. Сокъ желудочный см. желудокъ; —, полученный изъ нормальной поджелудочной железы человѣка, изслѣдованіе его 291. Соли желѣза, вліяніе на жиры 752; — марганца, вліяніе на жиры 752. Соль, вливанія солевыя въ терапіи душевныхъ болѣзней 159, 826; — поваренная, введеніе ограниченнаго количества въ организмъ и значеніе его 54; — —, нормальный растворъ, польза вливаній въ брюшную полость послѣ операцій въ ней 662; — ртутная новая для лѣченія сифилиса 445, 548. Сосуды, закупорка послѣ фибринознаго воспаленія легкихъ, омертвѣніе конечностей 332; —, — — чревосѣченія 510; — кровеносные сердца, иннервація 489; — лимфатическіе грудобрюшной преграды, распредѣленіе ихъ 452; — —, налитіе 139, 357; — периферическіе у нейрастениковъ 628; — почекъ изолированныхъ, дѣйствіе ядовъ 530. **Спиртъ** древесный, отравленіе 866. Спорынья 211; —, засореніе муки 347. Способъ бактеріологическій въ распознаваніи дифтеріи 7, 303; — *Brandberg*'а 85; — *Brockhardt*'а 375; — для распознаванія человѣческой крови отъ крови животныхъ 455; — *Holländer*'а 462, 705; — индивидуализирующій при изученіи законовъ роста человѣческаго тѣла 238, 256; — лѣченія язвы желудка 96; — *Morgan*'а заготовки мяса въ прокъ 921; — *E. Neisser*'а 822; — новый газометрическій для количественнаго опредѣленія сахара въ мочѣ 330; — — кантопластики 262; — — лѣченія волчанки 913; — — — рака 428; — — обнаруженія тифозныхъ и паратифозныхъ палочекъ въ испражненіяхъ 19; — обнаруженія n-лучей 387; — оживленія при мнимой смерти новорожденныхъ 185; — опредѣленія общей кислотности желудочнаго содержимаго 19; — *Phelps*'а 925; — *Sahli* 261; — *Шацкаго* 841, 872; — *Шепилевскаго* 827. Способы количественнаго опредѣленія азотной кислоты въ водѣ 26; — обеззараживанія питьевой воды бромомъ и іодомъ 26; — — — — іодомъ, бактеріологическая оцѣнка 260; — — рукъ 176, 176; — оперативнаго лѣченія гипертрофіи предстательной железы, оцѣнка ихъ 124; — опредѣленія влажности жилыхъ помѣщеній 942. Спячка больныхъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ, лѣченіе 372; —, наблюденіе за температурой 372. **Средостѣніе** переднее, опухоли кожистыя 213. Средства болеутоляющія 510, 580; — жаропонижающія 909; — лѣкарственныя заграничныя готовыя, ввозъ въ Россію 191, 949; — — наркот.

Digitized by Google

ныя, испытательная станція 949; — —, недостатокъ въ Енисейской губ. 427; — — новыя 290, 291, 510, 510, 544, 820, 907, 909; — — —, пріемы фабрикантовъ для сбыта 152; — патентованныя борьба съ ними 521; — —, — — — въ Америкѣ 72, 558; — —, изгнаніе изъ Австраліи 797; — —, — — Швеціи 598; — русскія народно врачебныя отъ пьянства 132, 217; — секретныя составъ ихъ 678; — слабительныя 321; — снотворныя 482, 544, 580, 621; — усиливающія выдѣленіе молока 333; — шарлатанскія 348; — —, какъ помѣха въ борьбѣ съ бугорчаткою 468. **Станція** бактеріологическая Общества скорой медицинской помощи въ Одессѣ 795; — — Одесская земско-городская, отчетъ 703; — испытательная народныхъ лѣкарственныхъ средствъ 949; — Общества скорой медицинской помощи въ Ригѣ 468; — *Pasteur*'овская въ Варшавѣ 347; — — — Москвѣ 597; — — — Самарѣ, отчетъ за 1899 г. 638; — — — Таліенванѣ 71. **Старики** преклонные 468, 497, 521. **Статистика** глухонѣмоты въ Петербургѣ 376; — половыхъ болѣзней среди студентовъ 708; — санитарная земская 521. **Статьи** о преобразованіи врачебно-санитарнаго строя 190. **Стипендія** въ Томскомъ Университетѣ 465, 520. **Столбнякъ** новорожденныхъ, клиника и патологическая анатомія 220. **Стопа**, pied forcé 484; — плоская, оперативное лѣченіе 22. **Страхованіе** взаимное врачей 416; — дѣтей 498; — рабочихъ 419. **Студентессы** въ Швейцарскихъ университетахъ, превышеніе числа ихъ надъ числомъ студентовъ 268; — русскія въ Парижѣ, условія жизни 557. **Студентъ**, занимавшійся лѣченіемъ 837. **Студенты**, болѣзни половыя, борьба съ ними 708; —, — —, статистика 708, 890; — исключенные за невзносъ платы, число ихъ 595; — медики В.-Медицинской Академіи, отмѣна лагернаго сбора 835; — — въ русскихъ университетахъ, ускоренные выпуски 426; — —, дѣятельность ихъ на войнѣ 947; — —, командировка на театръ военныхъ дѣйствій 265, 791; — —, приглашеніе желающихъ ѣхать на Дальній Востокъ 947; — —, присужденіе медалей 148; — —, уменьшеніе числа ихъ въ Германскихъ университетахъ 267; —, число ихъ въ 2-хъ университетахъ Венгріи 36; — японскіе, работоспособность ихъ 598. **Стѣнка** брюшная передняя, грибокъ лучистый 829; — — —, сращеніе съ червеобразнымъ отросткомъ, свищъ пупочный 137; — — —, фиброма 752. **Субкутинъ** 580. **Суда** японскія лазаретныя, описаніе ихъ 228. **Судъ** чести, постановленіе по дѣлу *В. Г. Дзѣвицкаго* и *З. Н. Зотоса* 592; — —, — — — *З. А. Кричевскаю*, *Н. Э. Шена* и *Н. В. Духанина* 382. **Сумка** слизистая глубокая большого вертела, воспаленіе 511. **Супраренинъ**, дѣйствіе на животныя ткани 410. **Суставъ** бедренный, воспаленіе обезображивающее 511; — голеностопный, воспаленіе острое гнойное пнеймококковаго происхожденія 545; — колѣнный, перелойное пораженіе 863; — —, сведеніе, пересадка сухожилія 2-главой мышцы 372. **Суставы**, бугорчатка 142; — —, задачи хирургіи 143; —, —, мѣстоположеніе ея, вліяніе на кровообращеніе 142; —, — у дѣтей 143; —, воспаленія затяжныя ревматоидныя, впрыскиванія іодипина 545; — крупные конечностей, бугорчатка, оперативное лѣченіе 181; — — —, сифилитическое пораженіе 583; — тазобедренные, вывихъ двусторонній 144; — —, спинносухоточныя пораженія 62. **Сухожиліе** 2-главой мышцы, пересадка при сведеніи колѣннаго сустава 372. **Сухотка** спинная, омертвѣніе множественное челюсти 885; — —, отношеніе къ сифилису 625; — —, пораженіе суставовъ тазобедренныхъ 62; — —, разстройства воспріятія цвѣтовыхъ ощущеній 665; — —, рѣдкость среди туземцевъ Madagascar'а 228; — —, сифилитическое происхожденіе 413. **Съуженіе** рубцевое желчнаго протока, операція 452. **Съѣздъ** Американскій по бугорчаткѣ, отношеніе Совѣта медицинскаго Общества штата Indiana 152; — анатомовъ въ Jen'ѣ 670; — врачей, I, Архангельской губ., перечень докладовъ 555; — — желѣзнодорожныхъ въ Тифлисѣ, программа занятій 921; — — и представителей земствъ Рязанской губ., программа занятій 677; — — — — общественныхъ учрежденій Самарской, Уфимской и Оренбургской губерній по урегулированію кумыснаго и кумысолѣчебнаго дѣла 109, 865; — — — предсѣдателей земскихъ Управъ Воронежской губ., «Труды» содержаніе ихъ 556; — — Саратовскаго губернскаго Земства, постановленія 497; —, IX, — Пермской губ. 346; — Всероссійскій, I, гинекологовъ и акушеровъ 32, 145, 183, 419, 515, 548; — —, IV, одонтологическій 715; —, I, горнозаводскихъ, фабричныхъ и рудничныхъ врачей Екатеринославской губ., «Труды» 69; —, VI, губернскій врачей Вологодской губ., программа 795; —, VIII, — — и предсѣдателей земскихъ Управъ Саратовской губ., постановленія 266; —, XVI, — членовъ и представителей врачебно санитарныхъ организацій Московскаго Земства, отсрочка начала занятій 227; — земскихъ врачей Екатеринославской губ., экстренный, ходатайство о дополненіи Совѣта всѣми ветеринарными врачами 427; —, XII, естествоиспытателей и врачей, постановленія распорядительнаго Комитета 306, 715; —, II, латино-американскій по медицинѣ и гигіенѣ 498; — Международный, XV, медицинскій въ Лиссабонѣ 757; — —, X, офталмологическій 345, 468, 758; — — по борьбѣ съ бугорчаткою, представитель медицинскаго Совѣта 714; — —, VII, по гидрологіи и климатологіи 468; — — — гигіенѣ жилищъ 894; — —, V, — дерматологіи и сифилису 950; — —, VII, — отологіи 151; — — — физіологіи 758; — —, I, по школьной гигіенѣ 263, 521; — —, II, — — — 638; — — — электричеству 678; — національный матерей 498; — нѣмецкихъ врачей-терапевтовъ въ Leipzig'ѣ 112, 348; — — естествоиспытателей и врачей 268; — — — — — —, рѣчь проф. *Ladenburg*'а 268; — — хирурговъ въ Berlin'ѣ 657; —, X, польскихъ естествоиспытателей и врачей 522; —, —, — — — —, отсрочка въ виду событій на Дальнемъ Востокѣ 428; — представителей исправительныхъ заведеній 889; — — — —, учрежденіе преміи за лучшее руководство по психіатрическому изслѣдованію и наблюденію за воспитывающимися въ исправительныхъ заведеніяхъ 865; —, IV, Россійскихъ хирурговъ 32, 142, 181; —, IX, Русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* 32, 102, 139, 178, 21[illegible] 255, 295, 335, 375, 487, 513, 516, 586, 627, 664, 706, 745, 78[illegible] 825, 858, 887, 913, 942; — —, — — — — — — — — —, новы[illegible] предсѣдатель организаціоннаго Комитета 520; —, —, — — — — — — —, отдѣлъ анатоміи 139; —, —, — — — — — — — — бактеріологіи 706; —, —, — — — — — — — — —, — внутреннихъ болѣзней 180, 255, 297; —, —, — — — — — — — — вопросовъ врачебнаго быта 221, 415, 587; —, —, — — — — — — —, — гистологіи и эмбріологіи 140, 178; —, —, — — — — — — —, — гигіены 220, 827, 942; —, —, — — — — — — — —, — глазныхъ болѣзней 337, 376, 707, 788, 887; —, —, — — — — — — — —, — дѣтскихъ болѣзней 219, 256, 295, 335; — —, — — — — — — — —, — — —, программные вопросы к[illegible] слѣдующему Съѣзду 336; —, —, — — — — — — — — —, — желѣзнодорожной медицины и водныхъ путей сообщенія 418, 745 —, —, — — — — — — — —, — кожныхъ и венерическихъ болѣзней 513, 546, 628, 708, 858; —, —, — — — — — — — — —, — нервныхъ и душевныхъ болѣзней 216, 455, 628, 665, 786, 825 913; —, —, — — — — — — — — —, — носовыхъ, горловыхъ и ушныхъ болѣзней 257, 299, 375, 487; —, —, — — — — — — — — — общей патологіи 256; —, —, — — — — — — — — —, — общественной медицины 336; —, —, — — — — — — — — —, — патологической анатоміи и гистологіи 417, 586; —, —, — — — — — — — — —, подъотдѣлъ городской медицины 336, 627; —, —, — — — — — — — — — фабричной и горнозаводской медицины 419, 747; —, —, — — — — — — — — —, — физіологіи 489; —, —, — — — — — — — — —, составъ Правленія 32; —, IX, санитарный земскихъ врачей Петербургской губ. 227; — сельскихъ врачей Тобольской губ. 226; — Совѣщательный желѣзнодорожныхъ врачей 307; — Тамбовскій губернскій, постановленіе о недопустимости совмѣстительства службы земскихъ и фабричныхъ врачей 109; —, I, французскихъ климатотерапевтовъ въ Nice 36; —, XI, членовъ и представителей земскихъ учрежденій по врачебно-санитарной части во Владимірской губ., программа занятій 715. **Съѣзды** врачей губернскіе, желательность устройства выставокъ 521; — — періодическіе Кубанской и Терской областей 346; — медицинскіе британскіе, требованіе Комитета допущенія членами исключительно врачей 428; — русскихъ терапевтовъ, неразрѣшеніе ихъ Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ 948. **Сыворотка** *Власова* 64; — гепатолитическая, дѣйствіе на паренхиматозные органы 877; — гэмолитическая, вліяніе на составъ крови и обмѣнъ веществъ 256; — —, — радія 653; — —, впрыскиваніе малокровнымъ 543; — *Dunbar*'а при сѣнной лихорадкѣ 22; — кровяная см. кровь; — противодифтерійная, впрыскиваніе при последифтерійномъ параличѣ приспособленія и сведеніи глазъ 59; — противозмѣиная 894; — —, дѣйствіе на нее радія 387; — противопнеймококковая, лѣченіе воспаленія легкихъ 102; — противоскарлатинная *Bujwid*'а 744; — — *Moser*'а 177, 831; — — *Пальмирскаго* 745, 745, 785; — противоцѣпекокковая 831; — — при дифтеріи 785; — — — малокровіи злокачественномъ 854; — — — ревматизмѣ сочленовномъ 451; — — — скарлатинѣ 496, 744, 785; — противочумная, осадки специфическія 304; —, тиреотоксическая 854. **Сыворотки** противочумныя, бѣлки ихъ, отношеніе иммунъ-тѣлъ 751; — специфическія для различныхъ сортовъ крахмала 659. **Сыпь** см. кожа. **Сѣченіе** кесарское 473, 791.

# Т.

**Табакъ**, куреніе, воспрещеніе въ Кіевской Думѣ 385; —, —, обезвреживаніе дыма 386; —, —, Общество воздержанія 110; —, —, отравленіе 857. **Тазъ** узкій, вѣсъ дѣтей 184, 282. **Тарифъ** таможенный новый, увеличеніе пошлины на химико-фармацевтическіе препараты 149. **Татуировка**, нагноеніе роговой оболочки 99. **Температура** желудка 740; — кожи, вліяніе свѣтотеплового лучеиспусканія 135; —, кривая, значеніе ея при кори 175; — максимальная 662; —, наблюденіе при спячкѣ 372; — на Южномъ полюсѣ 112. **Теоцинъ**, мочегонное дѣйствіе его 399. **Тигенолъ** при кожныхъ болѣзняхъ 512. **Тифъ** брюшной въ Butler'ѣ 837; — — въ Philadelph'іи 837; — —, изслѣдованіе мочи и испражненій больныхъ въ періодъ выздоровленія на содержаніе въ нихъ *Eberth*'овскихъ палочекъ 451; — —, лѣченіе касторовымъ масломъ 410; — —, наблюденія надъ бѣлыми шариками 846, 879; — —, нагноеніе прямой мышцы живота 813; — —, отсутствіе измѣненій въ кишечникѣ 752; — —, прививки шимпанзе 837; — —, проба *Gruber-Vidal*'я 822; — —, прободное воспаленіе брюшины, операція 331; — —, — — — у дѣтей 332; — —, распознаваніе раннее 701; — —, распространеніе кресс-салатомъ 36; — —, «typhus-diagnosticum» *Ficker*'а 514; — — у дѣтей 296; — — — —, шелушеніе кожи 664. — —, усиленное кормленіе 496; — сыпной въ Ачинскѣ 637, 677, 716; — — — Красноярскѣ 520; — — — Петербургѣ 26; — — — тайгѣ 894. **Тіозинаминъ** при рубцовыхъ перетяжкахъ желудка 252, 909. **Тіоколъ** при легочной бугорчаткѣ 244. **Ткани** животныя, дѣйствіе супраренина 410; —, обезболиваніе мѣстное впрыскиваніемъ смѣси кокаина съ адреналиномъ 174. **Ткань** мышечная зародышевая, тончайшее строеніе 179. **Токи** и **токъ** см. электричество. **Токсинъ** мягко-шанкровой палочки 129. **Токсины** бѣшенства, вліяніе на окислительную способность организма 342. **Тонометръ** новый *Лифшица* 338. **Торій** 678. **Травма**, отношеніе къ ней хирургической бугорчатки 143. **Трепанація** при падучей и идіо-

Digitized by Google

тизмѣ 629; — сосцевиднаго отростка 487. **Тригеминъ** 510. **Трипанозомы**, біологія ихъ 318, 362. **Трипсинъ**, образованіе его изъ трипсиногепа, вліяніе кислотъ 543. **Трупъ** физіолога *Marey*'я, сожженіе 886. **Трупы**, вскрытіе, стоимость 894; — дѣтскіе, перевозка ихъ въ Петербургѣ 795; —, правила предосторожности при вырытіи для погребенія въ другомъ мѣстѣ 191; —, сжиганіе въ Парижѣ 922; —, стачка гробовщиковъ 922. **Тушь** китайская и японская, отсутствіе микробовъ 99. **Тѣла** бѣлковыя простѣйшія, изслѣдованія ихъ 544; —, иммунъ-тѣла, отношеніе ихъ къ бѣлкамъ противочумныхъ сыворотокъ 751; — инородныя въ пищеводѣ, удаленіе ихъ, наружное сѣченіе 441. **Тѣло**, измѣненіе бѣлковъ при голоданіи 343; — инородное во влагалищѣ 395; — — въ глазу 454, 546, 792; — — — кишкѣ прямой 911; — — — мозгу 717; — человѣка, изученіе законовъ роста 238, 256; — —, испусканіе n лучей 72, 151, 387, 866; — —, максимальная температура 662; — —, процессы окислительные, напряженность ихъ съ содержаніемъ кислорода въ воздухѣ 490. **Тѣльца** *Negri* 251; — осумкованныя мочеиспускательнаго канала, строеніе 140.

## У.

**Убѣжище** для стариковъ и старухъ 678; — изоляціонное для здоровыхъ 627. **Угаръ** отъ лампы 212. **Углекислота**, упрощенные способы опредѣленія ея въ воздухѣ 916. **Ударъ** электрическій, порча зрѣнія 58. **Удушье** бронхіальное, обрываніе подкожными впрыскиваніями адреналина 700; — зобное 335. **Узлы** подкожные рейматическіе, необычная форма 411; — почечуйные, адреналинъ 855; — —, удаленіе 23; — спинномозговые, заболѣваніе, связаное съ пахименингитомъ 417; — —, измѣненія при острыхъ заразныхъ болѣзняхъ у дѣтей 336; — —, элементы нервные, эндоцеллюлярная сѣть въ нихъ 340. **Указатель** библіографическій по земско-медицинской литературѣ 920. **Улицы** городскія, гигіэна 655, 821; —, названія въ честь врачей 69, 557, 694, 922. **Университетъ** Варшавскій, исключеніе студентовъ за невзносъ платы 595; — —, назначеніе декана 148; — Вѣнскій, закрытіе вслѣдствіе безпорядковъ 468; — —, каѳедра радіологіи 922; — Glasgow'скій недопущеніе женщинъ заниматься медициной вмѣстѣ съ мужчинами 922; — Казанскій, Комитетъ Краснаго Креста 466; — —, — — —, курсы для подготовки сестеръ и братьевъ милосердія 466; — Кіевскій, профессора новые 520, 714; — —, число окончившихъ 864; — Краковскій, ректоръ 894; — Московскій, безплатные курсы по уходу за ранеными и больными 426, 466, 495; — —, Коммиссія испытательная, назначеніе предсѣдателя 465; — —, предоставленіе 100 кроватей для больныхъ и раненыхъ воиновъ 466; — —, профессора новые 520; — Münster'скій, отклоненіе проэкта учрежденія медицинскаго факультета 758; — Одесскій, деканъ 892; — —, кураторы 892; — —, испытанія на степень доктора медицины, число желающихъ подвергнуться ему 265; — —, каѳедры свободныя, кандидаты 425; — —, клиника факультетская хирургическая, открытіе ея 426; — —, клиники факультетскія, центральная амбулаторія 109, 757; — —, перемѣщеніе профессоровъ 675; — —, профессора новые 495, 520, 892; — —, устройство ортопедическаго Института 305; — Парижскій, каѳедры свободныя, кандидаты 152; — —, манифестаціи противъ рѣшенія Сената упразднить правила о предѣльномъ возрастѣ профессоровъ 308; — Петербургскій, отчетъ врача 426; — Томскій, каѳедры свободныя 675; — —, приспособленіе для нуждъ военнаго времени клиникъ 426, 466, 495, 675; — —, — — — — — студенческаго общежитія 920; — —, профессора новые 465, 714, 919; — —, стипендіи новыя 465, 520; — —, ходатайство объ ассигновкѣ суммъ на устройство госпитальныхъ клиникъ 305; — —, — — учрежденіи акушерско-гинекологическаго Общества 864; — —, число кончившихъ курсъ врачей 919; — Харьковскій, профессора новые 465; — —, число кончившихъ курсъ врачей 834; — —, юбилей 100-лѣтній 426; — Юрьевскій, деканъ 520; — —, обвалъ потолка въ хирургической клиникѣ 837; — —, профессора новые 495; — —, экзамены государственные, ходатайство о перенесеніи ихъ съ осени на весну 595, 675. **Университеты** въ Венгріи, число студентовъ 36; — Германскіе, число студентовъ медиковъ 267, 598; — русскіе, клиники университетскія, отношеніе ихъ къ земскимъ лѣчебницамъ 346, 496, 636; — —, приспособленіе клиникъ для помѣщенія раненыхъ 495; — —, уравненіе дипломовъ съ дипломами западно-европейскихъ Университетовъ 226, 306; — —, ускореніе экзаменовъ на званіе врача 426, 595; — французскіе, число изучающихъ медицину 638; — Швейцарскіе, число слушательницъ 268. **Управа** Курская губернская земская, докладъ объ образованіи при губернскомъ врачебномъ Совѣтѣ Коммиссіи по распространенію гигіэническихъ знаній въ населеніи, протестъ губернскаго Присутствія 150. **Управленіе** врачебно-санитарное центральное, преобразованіе 594. **Ураганъ** въ Москвѣ 948. **Уродство** нижнихъ конечностей 144; —, полное одностороннее недоразвитіе Вольфовыхъ тѣлъ и протока у мужчинъ 140; — сиреновидное или симподія, теорія происхожденія 140. **Уроды** 712, 829, 830. **Уротропинъ** 102. **Уставъ** аптекарскій новый 921; — Общества взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія, желательныя измѣненія 29. **Устройство** акушерской помощи въ Петербургѣ 815, 850; — врачебно-санитарное въ военномъ вѣдомствѣ 904; — — — городское 336; — — — — Москвы, смѣта расходовъ 637; — — — —, роль участковыхъ санитарныхъ Попечительствъ и санитарныхъ врачей 336; — — — Петербурга 208, 248, 289, 627; — государственное санитарное, необходимость 33; — сельско-врачебное въ Бакинской губ., проэктъ улучшенія 34. **Усыпленіе**, наркозъ ранній 453; —, связь съ излученіемъ n-лучей 866; — смѣшанное гедоналъ-хлороформное 182; — сочетанное бромъэтилъ хлороформное 182, 631; — черезъ легкія 942. **Усѣченіе**, простѣйшій способъ 828. **Утомленіе**, вліяніе на раздражительность мышцъ 491; —, образованіе ядовитыхъ продуктовъ въ организмѣ 53. **Утопленіе**, измѣненія въ крови и въ легкихъ 913. **Ухо**, болѣзни, адреналинъ 254; —, каналъ полукружный, перемѣщеніе эндолимфы во время вращенія 299; — —, — —, сдавленіе его, состояніе слуха 299; — среднее, болѣзни, вліяніе холоднаго электрическаго свѣта 653; — —, воспаленіе гнойное, внутричерепныя осложненія 489, 783; — —, — острое, хирургическое вмѣшательство 254. **Ученики** народныхъ школъ, алкоголизмъ 949; —, пансіонъ для слабыхъ здоровьемъ при Ялтинской гимназіи 921. **Училище** глухонѣмыхъ въ Екатеринославской губ., истязанія дѣтей 228, 497; — лѣкарскихъ помощницъ и фельдшерицъ при Петербургскихъ городскихъ Рождественскихъ баракахъ, назначеніе директора 149. **Учительницы** въ роли оспопрививателей 865; —, погибшая вслѣдствіе антигигіэничной школьной обстановки 72. **Учителя** въ роли оспопрививателей 865; — городскихъ народныхъ училищъ, лекціи по гигіэнѣ 386. **Учрежденія** общественныя, обеззараживаніе 943. **Уши**, глухота, вызванная сочувственнымъ воспаленіемъ глаза 58; —, lupus erithematosus 462; —, слухъ, разстройство, при частичномъ сдавленіи полукружнаго канала 299; — у вырождающихся 550.

## Ф.

**Фабрики** Московскія, состояніе медицины въ прошломъ году 190; —, недопустимость частнаго соглашенія съ ними земскихъ врачей 109; — табачныя, воспрещеніе работать малолѣтнимъ 386; — — въ Симферополѣ, санитарное состояніе 638; — —, профессіональное страданіе глазъ у работающихъ 100. **Фагоцитозъ** 161, 241. **Факультетъ** медицинскій см. Университетъ. **Фармакологія** веронала 201. **Фельдшера**, невѣжество медицинское ихъ 386. **Фельдшеръ**, спасшій больныхъ изъ горѣвшей больницы 866. **Фетронъ** 509. **Фиброидъ** матки 11; — — возвращающійся 313. **Фиброма** передней брюшной стѣнки 752; — яичника съ саркоматознымъ перерожденіемъ 27. **Фиброміомы** матки 753. **Фильтръ** *Berkefeld*'а, условія прохожденія чрезъ него яда бѣшенства 482. **Флегмоны** глазницы 792. **Фондъ** (см. также капиталъ) для пособій врачамъ Юго-Западнаго края, отправляющимся на Дальній Востокъ, и ихъ семьямъ 520. **Фосфоръ** въ организмѣ женскихъ особей, вліяніе холощенія 621. **Формалинъ**, камеры формалиновыя 828; —, лѣченіе парши 374, 514, 514. **Формальдегидъ**, обеззараживаніе 828, 898, 916; —, содержаніе его въ воздухѣ 866. **Формолъ** при соборреѣ 215.

## Х.

**Химія** физическая, примѣненіе къ серотерапіи 36. **Хининъ**, міровое потребленіе 638. **Хирургія** военная, примѣненіе гуттаперчевыхъ перчатокъ 393; — въ Парижѣ 737; — желчныхъ путей 1; —, задачи ея въ вопросѣ о бугорчатковомъ пораженіи суставовъ 143; — поджелудочной железы 293; —, примѣненіе въ ней токовъ *Tesla-d'Arsonval*'я 532; — сердца 144. **Хлориды** спинно-мозговой жидкости 173. **Холера**, борьба съ нею 152; —, возможность ея на Дальнемъ Востокѣ 496; — въ арміи японской 794, 894; — — Багдадѣ 758; — — Kerbela 267, — — Китаѣ 797; — — Тавризѣ 866; —, палочки, вліяніе на жизнеспособность ихъ брома и іода 827. **Холощеніе**, вліяніе на содержаніе фосфора 621; — вслѣдствіе появленія molimina menstrualia послѣ удаленія матки 704. **Хорея**, осложненная истеріей 214. **Хромота** перемежающаяся 912.

## Ц.

**Циррозы** печени см. печень. **Цистоскопія** 823, 829. **Цитаринъ** при подагрѣ 410, 820. **Цитрофенъ** 622. **Ціанидъ** какодила 522. **Цынга** въ с. Н. Кулаткѣ 637; — — Читѣ 948.

## Ч.

**Чахотка**, борьба съ нею 498; —, лѣченіе 483; —, отношеніе къ ней хирургической бугорчатки 143; —, смертность въ Chicago 866. **Чахоткобоязнь** въ Австраліи 268. **Чахоточные**, запрещеніе открывать больницы для нихъ въ городской чертѣ въ Калифорніи 468; —, здравницы для нихъ 109, 192, 267, 268, 329, 348, 637; —, кашель, значеніе и лѣченіе его 252; — лихорадящіе, опредѣленіе смѣшаннаго зараженія 451. **Человѣкъ**, психическіе зачатки 638; —, черепно глоточный каналъ 670. **Челюсть**, омертвѣніе множественное при спинной сухоткѣ 885. **Черепъ**, микроцефалія искусственная у собакъ 641; —, саркома, излѣченіе лучами *Roentgen*'а 57. **Чеснокъ** при бугорчаткѣ 781. **Чесотка**, скабіолъ 510. **Чествованіе** (см. также врачи—проводы, день, юбилей) проф. *Ehrlich*'а 678, 796. **Членъ** половой, омертвѣніе кожи 463; — —, слоновость кожи 463. **Чревосѣченія**, послѣдовательная закупорка сосудовъ 510; — при ракѣ матки 23, 379. **Чувствительность** вибраціонная 261, 339, 669; — кожи, нормальное распредѣленіе 827; —, разстройства диссоціированныя при сифилитическихъ параплегіяхъ 630. **Чужеядныя**, анкилостоміазъ 387; —, балантидіи 632; —, нитчатка, хирургическое лѣченіе 136; —, protozoa 514, 707; — —, тѣльца близкія къ

Digitized by Google

нимъ при скарлатинѣ 705; — рака 348; —, trichocephalus dispar, значеніе въ этіологіи нервныхъ болѣзней 262; —, трипанозомы, біологія 318, 362; —, флагеллаты въ испражненіяхъ 589; — «чернаго языка» 705. **Чума** 36, 112, 192, 267, 388, 428, 498, 498, 558, 638, 678, 717, 797, 837, 866, 894, 894, 922; —, борьба съ ней 152; — въ Александріи 112, 797; — — Египтѣ 717; — — Lima 678; — — San-Francisco 308; — — фортѣ Императора Александра I 68; — — — — — —, объявленіе его благополучнымъ 148; —, зараженіе живыми разводками, смерть 68, 112; — крысъ 308; —, крысы, какъ распространители 821, 854; —, лимфа *Хавкина* 700; — людей 308; —, микробъ, морфологія и біологія 601, 648, 689; —, мѣры санитарныя предупредительныя 95.

# Ш.

**Шанкръ** дифтерійный омертвѣлый фагеденическій 334; — мягкій, бубоны, лѣченіе проколомъ 709; — —, палочка его, разводка 487; — —, — —, токсинъ 129; — —, похожій на твердый 708; — —, рубцеваніе своеобразное 863; — твердый см. сифилисъ. **Шарлатанство**, распространеніе печатью 267. **Шарлатаны** въ роли цѣлителей гипнозомъ 866; —, дѣло магнетопата Schröter'а 348, 480; —, защищаемый проф. *Schweninger*омъ 428; —, обращеніе къ врачамъ съ просьбой за плату направлять къ нимъ больныхъ 267. **Швы**, нити оленьи сухожильныя 549. **Шея**, ребра шейныя 830; —, сифилидъ пигментный 178. **Школа** высшая для изученія x-лучей и вообще электротерапіи 678; — фельдшерицъ въ Глазовскомъ Земствѣ, нелѣпое обвиненіе предсѣдателя уѣзднаго Съѣзда 557. **Школы** въ Chicago, врачебная инспекція 894; — въ Дорогобужскомъ уѣздѣ, антигигіеническая обстановка, смерть учительницы 72; —, завтраки школьные 347, 796; — земскія, врачебно-санитарный надзоръ 497; — народныя, распространеніе алкоголя 949; — —, участіе въ борьбѣ съ алкоголизмомъ 267; — общественныя въ Америкѣ 152; —, учрежденіе новыхъ врачебно-санитарныхъ должностей въ Министерствѣ народнаго просвѣщенія 892; — фельдшерскія, расширеніе программъ 949; —, эпидеміи въ нихъ, порядокъ закрытія 837. **Штаты** С. Америки, борьба противъ распространенія рекламъ о патентованныхъ средствахъ 72; — — —, врачъ посланникъ въ Кореѣ 388; — — —, общее число врачей 308, 388; — — —, оспа 36; — — —, празднованіе дня независимости, мѣры предосторожности противъ несчастій 894; — — —, Съѣздъ по бугорчаткѣ, отказъ отъ участія штата Indiana 152. **Шумъ** венный въ непарной венѣ въ области правой легочной верхушки 292.

# Щ.

**Щеки**, lupus erithematosus 462; —, ракъ водяной 710.

# Э.

**Эзофагоскопъ** *Glücksmann*'а 910. **Экзема** хроническая, бактеріологическое изслѣдованіе 334. **Эклямпсія** 911. **Экспедиція** для истребленія крысъ 72; — Тибетская, медицинскій персоналъ 717. **Экспертиза** судебно-медицинская, врачебная этика 588; — — психіатрическая, положеніе и значеніе 757, 835, 864; — — —, современное состояніе ея 467. **Электричество**, вліяніе на сердце теплокровнаго животнаго 490; —, Съѣздъ Международный 678; —, токи высокаго напряженія и большой частоты, примѣненіе ихъ въ хирургіи 532; —, токъ постоянный, примѣненіе для облегченія отхаркиванія мокроты 545. **Электролизъ** при болѣзняхъ слезныхъ путей 770, 789, 809. **Электролѣченіе** гемиплегій 215; — раковыхъ опухолей 454, 454; —, школа высшая для его изученія 678. **Электромагнитизмъ** при нервныхъ болѣзняхъ 585. **Эмпироформъ** 255. **Эмфизема** легочная у стеклодувовъ 292; — подкожная 175, 664. **Эпидеміи**, борьба съ ними 497; —, — —, нежелательность насильственныхъ мѣропріятій 34; — въ арміи русской см. армія и война; — — — Японской 794, 835, 894; — — школахъ 837; — и войны 561. **Эпидемія** бѣшенства 347; — воспаленія оболочекъ мозга 797; — — подтековъ 702; — кори 558, 837; — оспы 386; — скарлатины 268; — тифа брюшного 837, 837; — — сыпного въ Ачинскѣ 637, 677, 716; — — — въ тайгѣ 894; — цынги въ с. Н. Кулаткѣ 637. **Эпизоотія** бѣшенства 347. **Эсперанто**, переводъ брошюры проф. ***Fournier*** 922. **Эхинококкъ** 260; — множественный брюшной полости 260; —, проколъ пробный, опасность 22.

# Ю.

**Юбилей** 35-лѣтній *П. К. Брезскаго* 892; — проф. ***Bouchard***'а 428; —, 50-лѣтній, выпуска врачей 1854 г. Медико-Хирургической Академіи 149; — *С. С. Давидсона* 427; — *И. В. Егорова* 677; — *Е. П. Казанскаго* 227; —, 100-лѣтній, Клиническаго повивальнаго Института 316; —, 50-лѣтній, *В. С. Кудрина* 636; —, 100-лѣтній, медицинскихъ Департамента и Совѣта 33; — *В. Н. Никитина* 266; —, 25-лѣтній, Общества охраненія народнаго здравія 148, 507; — *Ф. В. Овсянникова* 520; — *К. В. Окунькова* 794; — *А. Scarenzio* 468; —, 50-лѣтній, *И. П. Суворова* 597; —, 100-лѣтній, Физико-медицинскаго Общества въ Москвѣ 636; —, —, Харьковскаго Университета 426; — *И. Я. Червинскаго* 151; —, 50-лѣтній, *К. А. Шенка* 892; — *А. Я. Яковлева* 597.

# Я.

**Ядъ** бѣшенства, условія прохожденія чрезъ фильтръ *Berkefeld*'а 482; — железъ кожныхъ у жабъ 105; — змѣиный, дѣйствіе радія 387; — —, сыворотка противъ него 387, 894; — наиболѣе сильный 522; — сифилитическій, способъ проникновенія въ организмъ 486. **Яды**, вліяніе на движенія вырѣзаннаго кишечника животныхъ 897; —, дѣйствіе ихъ на сосуды изолированныхъ почекъ 530; — клѣточные, значеніе ихъ въ патологіи глаза вообще и въ патогенезѣ сочувственнаго воспаленія въ частности 802; — нервные, вліяніе на протоплазму растительной и животной клѣточекъ 490. **Язва** губы верхней 463; — желудка, лѣченіе 96; — моровая 757; — Пендинская 790; — —, protozoa 514, 707; — проникающая рта 885; — разъѣдающая, лѣченіе радіемъ 663; — сифилитическая пупка 214. **Язвы** полости рта и зѣва, лѣченіе хромовой кислотой 790; — при лѣченіи лучами *Roentgen*'а 912. **Языкъ** международный для медицинской печати 228; — «черный», чужеядное 705. **Яичники**, болѣзнь лучисто-грибковая 139; —, киста 598, 899; —, — дермоидная двусторонняя 705; —, развитіе яицъ у млекопитающихъ 141; —, struma colloides 754; —, фиброма съ саркоматознымъ перерожденіемъ 27. **Яйца** амфибій, способность возрождаться 670; —, лѣченіе острыхъ и затяжныхъ болѣзней 22. **Ялта**, какъ курортъ 735, 818, 939. **Японія**, медицина 541, 619, 696; —, народное просвѣщеніе 598. **Ясли**-пріюты 637, 949; — —, расширеніе въ Верхнеднѣпровскомъ уѣздѣ Екатеринославской губ., отношеніе представителей сельской интеллигенціи 267. **Ящерица**-гекко, строеніе селезенки 141; —, саламандра, особенность красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 670.

Digitized by Google

Digitized by Google

# I. Къ хирургіи желчныхъ путей [1]).

Проф. С. П. Ѳедорова.

Мм. Гг.! Съ каждымъ днемъ въ сферу хирургическихъ вмѣшательствъ входитъ все большее и большее число такихъ болѣзней, которыя еще въ недавнемъ прошломъ принадлежали всецѣло вѣдѣнію спеціалистовъ по внутреннимъ болѣзнямъ. Все болѣе и болѣе чувствуется теперь необходимость совмѣстной, рука объ руку, работы хирурговъ и терапевтовъ, и съ полнымъ правомъ можно сказать, что современный хирургъ долженъ быть и терапевтомъ по столько же, по скольку терапевтъ—быть знакомымъ съ хирургіей.

Современнаго хирурга отъ терапевта отличаютъ только тѣ спеціальные, технические пріемы, которыми онъ пользуется при лѣченіи своихъ больныхъ,—тѣ пріемы, которые называютъ операціями; методы-же распознаванія, изслѣдованія и наблюденія должны быть знакомы и тому, и другому въ одинаковой мѣрѣ.

Хирургъ лѣчитъ такъ-же, какъ и терапевтъ, и давно пора перестать смотрѣть на операцію, какъ на особый какой-то способъ лѣченія, на который нужно рѣшаться только тогда, когда нѣтъ уже болѣе никакихъ надеждъ на исцѣленіе другими средствами. Операція—такое же лѣчебное средство, какъ и всякое лѣкарство, даваемое внутрь терапевтомъ: въ однихъ случаяхъ она излѣчиваетъ болѣзнь совершенно, въ другихъ облегчаетъ только тѣ или другіе припадки ея, наконецъ въ третьихъ можетъ и не помочь, какъ не помогаютъ сплошь да рядомъ и внутреннія лѣкарства.

Древнее правило—не вредить больному лѣченіемъ—должно быть постоянною путеводною звѣздою всякаго врача, и различіе въ положеніи хирурга и терапевта у постели больного главнымъ образомъ то, что хирургу труднѣе устранить опасныя стороны примѣняемыхъ имъ методовъ лѣченія.

Это частью сознательно, частью инстинктивно понимаютъ и больные, въ огромномъ большинствѣ случаевъ прибѣгающіе прежде всего къ лѣченію внутренними средствами. При этомъ, чѣмъ затяжнѣе болѣзнь, чѣмъ меньше субъективныхъ болѣзненныхъ ощущеній, тѣмъ дольше обыкновенно самъ больной не обращается къ хирургической помощи.

Вслѣдствіе такого образа дѣйствій больныхъ и взгляда ихъ на операцію, какъ на ultimum refugium, нерѣдко упускается удобный для операціи моментъ, и тогда хирургу приходится, вмѣсто коренной операціи, или дѣлать только палліативную, или даже вовсе отказываться отъ таковой.

Къ подобнымъ затяжнымъ болѣзнямъ, по поводу которыхъ больные неохотно обращаются къ хирургу, принадлежитъ и желчнокаменная. Происходитъ это отъ того, что камни въ желчныхъ путяхъ, будучи въ состояніи покоя, часто не проявляютъ себя никакими субъективными припадками. Многимъ изъ хирурговъ и мнѣ въ томъ числѣ, приходилось не разъ встрѣчаться при чревосѣченіяхъ, предпринятыхъ по другимъ причинамъ, съ камнями въ желчномъ пузырѣ, присутствія которыхъ и не подозрѣвали ни сами больные, ни лѣчившіе ихъ врачи. А между тѣмъ желчнокаменная болѣзнь встрѣчается сравнительно часто, особенно въ Швейцаріи и южной Германіи, гдѣ при вскрытіяхъ почти въ каждомъ 10-мъ трупѣ находятъ желчные камни.

Какъ извѣстно, вся обычная клиническая картина этой болѣзни проявляется только при наличности одного изъ 2-хъ условій: во 1-хъ, если камни закупориваютъ желчные протоки и этимъ затрудняютъ оттокъ желчи, и, во 2-хъ, если къ камнямъ присоединяется зараженіе, и въ желчныхъ путяхъ развиваются воспалительныя явленія. Проходятъ камни или стихаютъ явленія воспаленія,—и больной чувствуетъ себя выздоровѣвшимъ иногда на долгое время до слѣдующаго приступа: случается, что уже при первомъ приступѣ выходитъ съ испражненіями нѣсколько десятковъ желчныхъ камней, а тѣмъ не менѣе считать больного вполнѣ излѣченнымъ нельзя, такъ какъ нерѣдко послѣ отхожденія камней находили при операціи у такихъ больныхъ еще десятки и даже сотни сростковъ. Иногда-же приступы желчной колики хотя и повторяются довольно часто, но бываютъ такъ непродолжительны, что больные вскорѣ поправляются и забываютъ о перенесенныхъ страданіяхъ; правильный образъ жизни, цѣлесообразная діэта и время отъ времени предпринимаемое лѣченіе минеральными водами могутъ на цѣлые годы отсрочить появленіе приступа и даютъ больному право считать себя излѣченнымъ.

Однако такое благопріятное теченіе принимаетъ только та форма желчнокаменной болѣзни, которую *Naunyn* называетъ «правильной» (regulär), подразумѣвая подъ ней періодически появляющіеся и недолго длящіеся приступы коликъ, то сопровождаемыя желтухой или отхожденіемъ камней, то нѣтъ.

Подъ «неправильной» (irregulär) формой желчнокаменной болѣзни разумѣются уже тѣ болѣе тяжелые случаи ея, когда колики длятся цѣлыми днями, когда днями-же, недѣлями и даже мѣсяцами продолжается желтуха, появляются знобы и повышается температура, а въ промежуткахъ между приступами коликъ наблюдаются отсутствіе позыва на ѣду, диспептическія явленія и болѣе или менѣе сильныя тупыя боли въ подреберьѣ, наконецъ когда, кромѣ того, (почти постоянно) прощупывается измѣненный желчный пузырь.

Съ наличностью такихъ признаковъ мы встрѣчаемся при операціяхъ въ тяжелыхъ случаяхъ ангіохолита, холецистита, эмпіемы желчнаго пузыря, при закупоркѣ пузырнаго или желчнаго протоковъ, при перициститахъ, свищахъ и прорывахъ въ различныхъ участкахъ желчныхъ путей. Это тѣ случаи, въ которыхъ мало или вовсе не помогаетъ внутренняя терапія и которые подлежатъ, на мой взглядъ, только хирургическому лѣченію. И, если въ доказательство могущества внутренней терапіи при подобныхъ заболѣваніяхъ желчныхъ путей приводятъ случаи, когда послѣ пріемовъ каломеля или *Durande*'овской смѣси съ испражненіями отходятъ большіе камни, то можно почти утверждать, что въ данномъ случаѣ больного исцѣлилъ не врачъ и не лѣкарство, а vis medicatrix naturae, т. е., благодаря только счастливой случайности, камень не вывалился въ брюшную полость, а вышелъ черезъ свищъ, образовавшійся между желчнымъ пузыремъ или протоками и какой либо кишкой. Долженъ замѣтить еще, что на надежду прогнать камень черезъ любой изъ протоковъ съ помощью желчегонныхъ средствъ я смотрю скорѣе какъ на иллюзію, такъ какъ повысить до такой степени секреторное давленіе въ печени, чтобы преодолѣть давленіе въ крупныхъ желчныхъ протокахъ, нельзя. Поэтому я считаю показаннымъ оперировать въ подобныхъ болѣе тяжелыхъ случаяхъ и вполнѣ присоединяюсь къ *Kehr*'у и *Riedel*'ю, которые говорятъ, что желающіе видѣть пользу отъ операціи, должны приглашать хирурга «въ началѣ, а не въ концѣ трагедіи», т. е. тогда, когда различныя, главнымъ образомъ воспалительнаго свойства, осложненія не сдѣлали еще операцію технически трудной и опасной для жизни больного.

Однако, чтобы приступить къ операціи съ болѣе или менѣе опредѣленнымъ планомъ нужны, кромѣ общихъ распознавательныхъ соображеній, болѣе точныя данныя о сосредоточеніи страданія въ извѣстномъ отдѣлѣ желчныхъ путей.

Наиболѣе характерными являются картины острой закупорки камнемъ пузырнаго и желчнаго протоковъ.

При закупоркѣ пузырнаго протока внезапно появляется острый приступъ печеночной колики, сопровождаемый раздраженіемъ брюшины (рвотой, перитонеальными болями и т. п.), начинается иногда потрясающій ознобъ и затѣмъ жаръ; вмѣстѣ съ тѣмъ почти на глазахъ выростаетъ опухоль желчнаго пузыря; *желтухи обыкновенно не бываетъ*. Кончается закупорка,—и быстро все приходитъ къ нормѣ, и въ какихъ-нибудь 2—3 дня безслѣдно исчезаетъ и опухоль. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда подоб-

[1]) Сообщено на торжественномъ въ память *Н. И. Пирогова* соединенномъ засѣданіи Обществъ Русскаго Хирургическаго *Пирогова*, Русскихъ врачей, Петербургскаго медицинскаго и Петербургскаго медико-Хирургическаго 23/XI 1903 г.

Digitized by Google

ные приступы повторяются часто и стѣнки пузыря измѣнены воспалительнымъ процессомъ, опухоль держится много дольше, а, если попадаетъ заразное начало, дѣло можетъ осложниться гнойнымъ холециститомъ или эмпіемой пузыря.

Приблизительно при тѣхъ-же явленіяхъ, но большею частью *съ рѣзко выраженной желтухой* протекаетъ закупорка желчнаго протока. И при ней въ тѣхъ случаяхъ, когда свободенъ пузырный протокъ, наблюдается увеличеніе желчнаго пузыря. Это явленіе однако далеко не постоянно; наоборотъ, *въ большинствѣ случаевъ при закупоркѣ желчнаго протока приходится наблюдать малые, сморщенные, рубцовоперерожденные и плотные при ощупываніи желчные пузыри.* Объясняется это тѣмъ, что обыкновенно камни попадаютъ въ желчный протокъ изъ пузыря, въ которомъ вслѣдствіе предшествовавшаго воспаленія уже наступило столь сильное перерожденіе стѣнокъ, что даже повышенное давленіе въ желчномъ протокѣ не въ силахъ уже растянуть пузырь. У 4-хъ изъ 5-ти [1]) оперированныхъ мною больныхъ съ камнями въ желчномъ протокѣ пришлось видѣть рубцовоперерожденные атрофичные желчные пузыри,—1, напр., величиной всего съ фалангу пальца.

Наибольшія трудности для распознаванія представляетъ закрытіе просвѣта желчнаго протока новообразованіемъ, развившимся или на мѣстѣ *Vater*'овой заслонки, или въ головкѣ поджелудочной железы. Однако болѣе или менѣе продолжительное наблюденіе больного поможетъ рѣшить и этотъ вопросъ: камни въ протокахъ никогда не закрываютъ просвѣта ихъ въ одинаковой [2]) мѣрѣ; кромѣ того, камень можетъ перемѣщаться въ протокѣ, а потому и явленія желтухи при камняхъ въ желчномъ протокѣ будутъ временами, то сильнѣе, то слабѣе. Что же касается опухоли, то, разъ начавшись, она будетъ увеличиваться непрерывно, а явленія желтухи—наростать постоянно. Наконецъ при съуженіяхъ желчнаго протока опухолью, желчный пузырь будетъ значительно растянутъ, ибо на немъ, какъ на здоровомъ въ такихъ случаяхъ органѣ, должно рѣзко отразиться повышеніе давленія въ желчномъ протокѣ. Мнѣ пришлось наблюдать 2 случая, подтверждающихъ сказанное.

1-ый больной съ явленіями все нароставшей желтухи, темнобронзоваго цвѣта, съ ясно увеличеннымъ и дававшимъ зыбленіе желчнымъ пузыремъ былъ оперированъ мною въ прошломъ году. При операціи найдена значительная водянка желчнаго пузыря, сильно расширенный желчный протокъ, а у мѣста впаденія его въ 12-перстную кишку находилась, величиной съ крупную горошину, плотная, какъ камень, опухоль. Во время попытки раздѣлить окружавшія опухоль спайки появилось сильное кровотеченіе, отъ котораго больной и погибъ послѣ операціи. На вскрытіи найдена, величиной съ горошину, раковая опухоль *Vater*'овой заслонки.

Во 2-мъ случаѣ дѣло шло о 27-лѣтнемъ больномъ, у котораго, не смотря ни на какія терапевтическія мѣропріятія, желтуха все болѣе и болѣе увеличивалась. Въ животѣ удавалось нащупать нѣсколько увеличенный желчный пузырь. При операціи, дѣйствительно, былъ найденъ растянутый до размѣровъ куринаго яйца желчный пузырь, а въ головкѣ поджелудочной железы была опухоль, сдавливавшая желчный протокъ. По удаленіи опухоли, оказавшейся эхинококкомъ, желчный пузырь быстро опорожнился и желчный протокъ спался. Больной поправился вполнѣ [3]).

Такимъ образомъ въ обоихъ этихъ случаяхъ желчный пузырь съ вполнѣ здоровыми стѣнками былъ растянутъ отъ повышенія давленія въ желчномъ протокѣ вслѣдствіе закрытія просвѣта послѣдняго опухолями.

Между тѣмъ при камняхъ желчнаго протока, какъ я уже упоминалъ выше, мнѣ приходилось встрѣчаться большей частью съ небольшими пузырями, съ инфильтрованными или такъ сильно склерозированными стѣнками, что послѣ холедохотоміи въ 3-хъ случаяхъ пришлось изсѣчь попутно и желчный пузырь.

[1]) Одинъ изъ этихъ больныхъ оперированъ мной въ госпитальной Академической клиникѣ.

[2]) Судя по 2-мъ моимъ наблюденіямъ, хроническая закупорка желчнаго протока можетъ зависѣть также отъ сдавливанія его воспалительнымъ инфильтратомъ въ лимфатическихъ железахъ; въ такихъ случаяхъ клиническая картина, по видимому, не отличается отъ наблюдаемой при закупоркѣ камнемъ.

[3]) Отчетъ факультетской хирургической клиники въ Москвѣ, № 693.

Наиболѣе простыми для распознаванія и легкими для операціи будутъ случаи камней желчнаго пузыря, если даже они и осложняются воспалительными явленіями. Во всѣхъ такихъ случаяхъ типичная опухоль желчнаго пузыря, болѣе плотная при камняхъ и мягкоупругая при эмпіемѣ его или водянкѣ, а также отсутствіе желтухи значительно облегчаютъ правильное распознаваніе. При лѣченіи приходится, смотря, конечно, по особенностямъ каждаго случая, или вынимать только камни, или дѣлать холецистостомію, холецистоэнтеростомію, холецистогастростомію или, наконецъ, холецистэктомію, т. е. удалять весь желчный пузырь.

Я не буду говорить здѣсь подробно о показаніяхъ для каждой изъ этихъ операцій, такъ какъ нѣсколько стѣсненъ временемъ; замѣчу лишь, что лично я не принадлежу къ поклонникамъ удаленія желчнаго пузыря изъ за принципа. Удалять *принципіально* желчный пузырь при воспалительныхъ измѣненіяхъ его при каменной болѣзни—это значитъ не быть достаточно знакомымъ съ патологіей желчныхъ путей. Главный доводъ, который приводятъ защитники холецистэктоміи, тотъ, что послѣ вскрытія пузыря остаются незаживающіе свищи и что впослѣдствіи въ немъ вновь образуются камни. Дѣйствительно, свищи иногда не закрываются долгое время, но обыкновенно въ тѣхъ только случаяхъ, гдѣ имѣются препятствія для нормальнаго оттока желчи. Такіе свищи приходится иной разъ даже поддерживать и расширять, чтобы лѣчить при помощи ихъ катарръ слизистой оболочки пузыря. Когда-же состояніе слизистой оболочки приходитъ къ нормѣ и пузырный протокъ дѣлается проходимымъ, то заживить свищъ пузыря не представляетъ уже никакихъ затрудненій. Поэтому наложеніе свища желчнаго пузыря (холецистостомію) я считаю операціей, крайне цѣлесообразной и примѣняю ее весьма охотно даже въ тѣхъ случаяхъ, когда не удается съ точностью убѣдиться въ проходимости пузырнаго протока, ибо не разъ мнѣ приходилось видѣть, какъ изъ желчнаго пузыря, въ которомъ, при вскрытіи его, не было найдено ни капли желчи и чрезъ который нельзя было прозондировать пузырнаго протока, уже на 2-й день по наложеніи свища показывались на повязкѣ большія количества желчи.

Что-же касается возможности вторичнаго образованія камней въ желчномъ пузырѣ послѣ холецистостоміи, то это относится пока къ области предположеній, и изсѣкать пузырь въ виду такого опасенія такъ-же логично, какъ изсѣкать, напр., весь желудокъ при круглой язвѣ его, ибо съ такимъ-же правомъ можно предположить, что по изсѣченіи одной язвы въ желудкѣ появится другая.

Прекрасной операціей—нѣкоторые хирурги почему-то хотѣли-бы видѣть ее погребенной—я считаю т. наз. «идеальную холецистотомію», при которой, по удаленіи камней, на-глухо зашиваютъ и пузырь, и брюшную стѣнку. Я произвелъ ее съ полнымъ успѣхомъ 4 раза и нахожу, что при правильныхъ къ ней показаніяхъ нельзя и требовать болѣе совершеннаго способа лѣченія. Наиболѣе-же важными показаніями къ идеальной холецистотоміи будутъ: во 1-хъ, мало измѣненная стѣнка желчнаго пузыря, а во 2-хъ,—несомнѣнная проходимость пузырнаго и желчнаго протоковъ.

Такимъ образомъ на желчномъ пузырѣ и его протокѣ (ductus cysticus) оперируютъ почти исключительно въ тѣхъ случаяхъ, когда по вскрытіи полости живота находятъ въ нихъ камни или какія-либо воспалительныя измѣненія. Эти операціи рѣдко бываютъ технически трудными и иногда, какъ, напр., при идеальной холецистотоміи, длятся всего 20—30 мин. Несравненно серьезнѣе положеніе больного и гораздо значительнѣе техническія трудности операціи, когда камни находятся въ желчномъ или печеночномъ протокахъ, особенно если дѣло осложняется еще при этомъ зараженіемъ.

Удаляя камни изъ желчнаго протока (d. choledochus), всего еще нѣсколько лѣтъ назадъ старались протолкнуть ихъ въ 12-перстную кишку, или-же, если былъ расширенъ пузырный протокъ, продвинуть ихъ обратно въ желчный пузырь и вынуть, вскрывъ послѣдній. Если-же камни не проходили ни туда, ни сюда, то ихъ разминали внутри

Digitized by Google

желчнаго протока, не вскрывая послѣдняго, и въ измельченномъ видѣ проталкивали затѣмъ въ кишку. Мнѣ пришлось помогать при одной изъ такихъ операцій, и я очень хорошо помню, что одно только разминаніе камней, сидѣвшихъ въ желчномъ протокѣ, продолжалось около 2-хъ часовъ и что операторъ неоднократно поручалъ дѣлать это разминаніе помощнику, такъ какъ отъ такой процедуры очень легко уставали пальцы. Оперированная поправилась вполнѣ, послѣ того, какъ у нея съ испражненіями отошло около 20,0 песка и размятыхъ камней.

Но я думаю, что оба эти способа удаленія камней изъ желчнаго протока въ настоящее время уже устарѣли и могутъ быть примѣнены развѣ лишь въ очень исключительныхъ случаяхъ: напр., если въ желчномъ протокѣ находится *навѣрно* только 1 камень и его можно протолкнуть въ кишку *безъ насилія*. Дѣло въ томъ, что обыкновенно при закупоркѣ желчнаго протока бываетъ расширенъ и печеночный, въ которомъ нерѣдко также находятъ камни; кромѣ того, обыкновенно слизистая оболочка обоихъ этихъ протоковъ бываетъ катаррально воспалена, иногда изъязвлена, а по сосѣдству съ язвой инфильтрована. Язвы иной разъ трудно бываетъ замѣтить, а инфильтрація стѣнокъ протоковъ тѣмъ не менѣе значительна. Изъ сказаннаго понятно, что разминаніе камней, какъ траума, можетъ оказать очень вредное вліяніе на воспалительный процессъ въ протокахъ, съ одной стороны, а съ другой,— дѣйствуя, такъ сказать въ темную, можно не замѣтить и оставить даже крупные камни въ малодоступномъ осязанію печеночномъ протокѣ. Поэтому единственно цѣлесообразной операціей для удаленія камней изъ желчнаго протока надо считать холедохотомію, за исключеніемъ, впрочемъ, тѣхъ случаевъ, гдѣ камни фиксированы въ кишечной части желчнаго протока и гдѣ можетъ быть болѣе удобнымъ подойти къ камню черезъ 12-перстную кишку. Вскрывъ желчный протокъ, извлекаютъ камни, а затѣмъ входятъ въ него пальцемъ или толстымъ зондомъ, ищутъ камней въ направленіи печеночнаго протока и убѣждаются наконецъ въ проходимости кишечнаго конца протока. Послѣ этого изслѣдованія, если не находятъ болѣе камней и желчный протокъ оказывается вполнѣ проходимымъ, обыкновенно возникаетъ вопросъ, и до сихъ поръ еще не вполнѣ разрѣшенный, какъ поступать дальше? Зашивать-ли на-глухо рану желчнаго протока или дренировать ее наружу?

A priori казалось-бы наиболѣе цѣлесообразнымъ, возстановивъ полную проходимость протока, всегда зашивать на-глухо сдѣланную въ немъ рану. На практикѣ-же оказывается, что, во 1-хъ, это технически не всегда исполнимо, а, во 2-хъ—при такомъ образѣ дѣйствій, по видимому, чаще наступаютъ возвраты желчнокаменной болѣзни. Дѣйствительно, иногда желчный протокъ лежитъ такъ недоступно среди массы спаекъ и такъ глубоко подъ увеличенной печенью, что съ трудомъ удается найти мѣсто для вскрытія его стѣнки и извлеченія камня, а послѣдующее зашиваніе разрѣза стѣнки является прямо неисполнимымъ. Тогда въ силу необходимости приходится оставлять рану въ желчномъ протокѣ открытой.

Что-же касается другихъ случаевъ, гдѣ зашиваніе технически возможно, то я думаю, что закрытіе раны желчнаго протока швами допустимо во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно установить отсутствіе воспалительныхъ измѣненій въ стѣнкахъ этого протока и быть увѣреннымъ, что въ немъ камней больше не осталось. Кромѣ того, зашиваніе раны желчнаго протока наглухо позволительно только тогда, когда свободно проходимъ протокъ пузырный и не зарощенъ желчный пузырь, который въ такихъ случаяхъ вшивается обыкновенно въ брюшную рану и вскрывается. Дѣлается это для того, чтобы образованіемъ пузырнаго свища понизить давленіе въ желчныхъ протокахъ и предотвратить просачиваніе желчи черезъ швы, наложенные на желчный протокъ. Поэтому крупной ошибкой, которая можетъ повести и къ роковымъ для оперированныхъ послѣдствіямъ, будетъ зашиваніе на глухо желчнаго протока при одновременномъ изсѣченіи желчнаго пузыря или непроходимости пузырнаго протока.

Въ 2-хъ изъ своихъ случаевъ я оставилъ желчный протокъ открытымъ и дренировалъ его наружу при помощи полосокъ марли; въ остальныхъ 3-хъ зашивалъ его одноэтажнымъ шелковымъ швомъ, но отъ линіи швовъ всякій разъ выводилъ наружу турунду, независимо отъ того, изсѣкался-ли желчный пузырь или нѣтъ. Всѣ больные послѣ холедохотоміи избавились вполнѣ отъ мучившей ихъ болѣзни. При этомъ, насколько мнѣ извѣстно, ни у кого изъ нихъ свищъ не существовалъ болѣе $^1/_2$-года.

Въ 1-мъ изъ своихъ случаевъ я не зашилъ желчнаго протока потому, что при извлеченіи изъ него 2-го камня этотъ послѣдній раскололся пополамъ, при чемъ одна изъ его половинъ проскользнула обратно въ желчный протокъ, и я ни пальцемъ, ни инструментами не могъ найти ея болѣе. Въ разсчетѣ на то, что остатокъ камня выйдетъ черезъ разрѣзъ въ протокѣ я и дренировалъ послѣдній наружу. Однако, не смотря на очень обильное истеченіе желчи черезъ свищъ, камень не вышелъ, ни черезъ него, ни, по видимому, съ испражненіями. Больная приблизительно черезъ годъ пришла опять съ жалобами на колики и была принята въ хирургическую факультетскую клинику въ Москвѣ. Здѣсь оказалось, что у нея бываютъ очень кратковременныя и мало болѣзненныя колики, но совершенно безъ желтухи. Колики эти при болѣе покойномъ образѣ жизни больной не появлялись. Возможно было, конечно, говорить здѣсь и о возвратѣ, но нельзя было исключить и подозрѣнія на то, что виновникомъ коликъ служитъ, можетъ быть, и ускользнувшая при операціи обратно $^1/_2$ камня.

*Kehr*, наиболѣе авторитетный по лѣченію желчно-каменной болѣзни хирургъ, не зашиваетъ за послѣднее время желчнаго протока, а дренируетъ черезъ него и еще печеночный протокъ, ибо, какъ онъ говоритъ, никогда нельзя быть увѣреннымъ въ томъ, что во время операціи были удалены изъ протоковъ всѣ камни. Если даже и удалены всѣ камни изъ желчнаго протока, то это еще не значитъ, что ихъ нѣтъ въ печеночномъ и что они не спустятся туда впослѣдствіи. И дѣйствительно, дренируя послѣ холедохотоміи печеночный протокъ, *Kehr* наблюдалъ нерѣдко послѣдовательное отхожденіе желчныхъ камней. *Kehr* [1]) оперировалъ съ дренажемъ печеночнаго протока 97 больныхъ и говоритъ, что при этомъ способѣ онъ имѣлъ очень мало возвратовъ. Кромѣ того онъ указываетъ на возможность возникновенія ангіохолита при зашиваніи наглухо желчнаго протока, если между швами застрянетъ или сгусточекъ крови или осколочекъ камня.

Но болѣе всего показана холедохотомія съ дренированіемъ протоковъ при заразныхъ процессахъ въ желчныхъ путяхъ, осложняющихъ желчно-каменную болѣзнь: среди многочисленныхъ операцій *Kehr*'а можно найти не мало блестящихъ, подтверждающихъ сказанное примѣровъ. Здѣсь, мнѣ кажется, надо всецѣло присоединиться къ *Kehr*'у, такъ какъ эта операція даетъ свободный и широкій выходъ желчи наружу. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ я не зашивалъ наглухо желчнаго протока, больные первые 10—12 дней чрезвычайно обильно, по нѣсколько разъ въ день, смачивали желчью свои повязки. Понятно, что при такомъ усиленномъ оттокѣ желчи вмѣстѣ съ нею вымываются и массы микроорганизмовъ, кусочки измѣненныхъ и распавшихся тканей, сростки и т. п. Сама желчь макроскопически быстро мѣняется и изъ мутной (зараженной) превращается въ прозрачную. Давленіе во всѣхъ протокахъ тотчасъ-же понижается, застойныя явленія исчезаютъ, и начинается правильное кровообращеніе въ стѣнкахъ протоковъ, способствующее обновленію ихъ эпителіальнаго покрова. Въ этомъ способѣ лѣченія ангіохолита я вижу полную аналогію съ лѣченіемъ всѣхъ полостныхъ органовъ съ мышечными стѣнками, которые заболѣваютъ вслѣдствіе недостаточнаго опорожненія ихъ: возьмемъ, напр., циститы при съуженіяхъ мочеиспускательнаго канала, нагноившіеся гидронефрозы при съуженіяхъ мочеточниковъ, эзофагиты, развивающіеся выше съуженія пищевода, или колиты надъ съуженіями кишекъ и увидимъ, что наиболѣе тяжелыя формы этихъ заболѣваній, если и проходятъ, то только при хирургическихъ вмѣшательствахъ, которыя устраняютъ препятствія, или даютъ инымъ путемъ свободный оттокъ содержимому, принося этимъ покой больному органу.

Основываясь на той-же аналогіи, надо помнить, что, чѣмъ раньше оказать такому больному органу цѣлесообразную помощь, тѣмъ вѣрнѣе можно разсчитывать на бо-

[1]) Archiv für klinische Chirurgie, т. 69 *(Berger)*.

Digitized by Google

ные приступы повторяются часто и стѣнки пузыря измѣнены воспалительнымъ процессомъ, опухоль держится много дольше, а, если попадаетъ заразное начало, дѣло можетъ осложниться гнойнымъ холециститомъ или эмпіемой пузыря.

Приблизительно при тѣхъ-же явленіяхъ, но большею частью *съ рѣзко выраженной желтухой* протекаетъ закупорка желчнаго протока. И при ней въ тѣхъ случаяхъ, когда свободенъ пузырный протокъ, наблюдается увеличеніе желчнаго пузыря. Это явленіе однако далеко не постоянно; наоборотъ, *въ большинствѣ случаевъ при закупоркѣ желчнаго протока приходится наблюдать малые, сморщенные, рубцовоперерожденные и плотные при ощупываніи желчные пузыри.* Объясняется это тѣмъ, что обыкновенно камни попадаютъ въ желчный протокъ изъ пузыря, въ которомъ вслѣдствіе предшествовавшаго воспаленія уже наступило столь сильное перерожденіе стѣнокъ, что даже повышенное давленіе въ желчномъ протокѣ не въ силахъ уже растянуть пузырь. У 4-хъ изъ 5-ти [1]) оперированныхъ мною больныхъ съ камнями въ желчномъ протокѣ пришлось видѣть рубцовоперерожденные атрофичные желчные пузыри,— 1, напр., величиной всего съ фалангу пальца.

Наибольшія трудности для распознаванія представляетъ закрытіе просвѣта желчнаго протока новообразованіемъ, развившимся или на мѣстѣ *Vater*'овой заслонки, или въ головкѣ поджелудочной железы. Однако болѣе или менѣе продолжительное наблюденіе больного поможетъ рѣшить и этотъ вопросъ: камни въ протокахъ никогда не закрываютъ просвѣта ихъ въ одинаковой [2]) мѣрѣ; кромѣ того, камень можетъ перемѣщаться въ протокѣ, а потому и явленія желтухи при камняхъ въ желчномъ протокѣ будутъ временами, то сильнѣе, то слабѣе. Что же касается опухоли, то, разъ начавшись, она будетъ увеличиваться непрерывно, а явленія желтухи—наростать постоянно. Наконецъ при съуженіяхъ желчнаго протока опухолью, желчный пузырь будетъ значительно растянутъ, ибо на немъ, какъ на здоровомъ въ такихъ случаяхъ органѣ, должно рѣзко отразиться повышеніе давленія въ желчномъ протокѣ. Мнѣ пришлось наблюдать 2 случая, подтверждающихъ сказанное.

1-ый больной съ явленіями все нароставшей желтухи, темнобронзоваго цвѣта, съ ясно увеличеннымъ и дававшимъ зыбленіе желчнымъ пузыремъ былъ оперированъ мною въ прошломъ году. При операціи найдена значительная водянка желчнаго пузыря, сильно расширенный желчный протокъ, а у мѣста впаденія его въ 12-перстную кишку находилась, величиной съ крупную горошину, плотная, какъ камень, опухоль. Во время попытки раздѣлить окружавшія опухоль спайки появилось сильное кровотеченіе, отъ котораго больной и погибъ послѣ операціи. На вскрытіи найдена, величиной съ горошину, раковая опухоль *Vater*'овой заслонки.

Во 2-мъ случаѣ дѣло шло о 27-лѣтнемъ больномъ, у котораго, не смотря ни на какія терапевтическія мѣропріятія, желтуха все болѣе и болѣе увеличивалась. Въ животѣ удавалось нащупать нѣсколько увеличенный желчный пузырь. При операціи, дѣйствительно, былъ найденъ растянутый до размѣровъ куринаго яйца желчный пузырь, а въ головкѣ поджелудочной железы была опухоль, сдавливавшая желчный протокъ. По удаленіи опухоли, оказавшейся эхинококкомъ, желчный пузырь быстро опорожнился и желчный протокъ спался. Больной поправился вполнѣ [3]).

Такимъ образомъ въ обоихъ этихъ случаяхъ желчный пузырь съ вполнѣ здоровыми стѣнками былъ растянутъ отъ повышенія давленія въ желчномъ протокѣ вслѣдствіе закрытія просвѣта послѣдняго опухолями.

Между тѣмъ при камняхъ желчнаго протока, какъ я уже упоминалъ выше, мнѣ приходилось встрѣчаться большей частью съ небольшими пузырями, съ инфильтрованными или такъ сильно склерозированными стѣнками, что послѣ холедохотоміи въ 3-хъ случаяхъ пришлось изсѣчь попутно и желчный пузырь.

Наиболѣе простыми для распознаванія и легкими для операціи будутъ случаи камней желчнаго пузыря, если даже они и осложняются воспалительными явленіями. Во всѣхъ такихъ случаяхъ типичная опухоль желчнаго пузыря, болѣе плотная при камняхъ и мягкоупругая при эмпіемѣ его или водянкѣ, а также отсутствіе желтухи значительно облегчаютъ правильное распознаваніе. При лѣченіи приходится, смотря, конечно, по особенностямъ каждаго случая, или вынимать только камни, или дѣлать холецистостомію, холецистоэнтеростомію, холецистогастростомію или, наконецъ, холецистэктомію, т. е. удалять весь желчный пузырь.

Я не буду говорить здѣсь подробно о показаніяхъ для каждой изъ этихъ операцій, такъ какъ нѣсколько стѣсненъ временемъ; замѣчу лишь, что лично я не принадлежу къ поклонникамъ удаленія желчнаго пузыря изъ за принципа. Удалять *принципіально* желчный пузырь при воспалительныхъ измѣненіяхъ его при каменной болѣзни—это значитъ не быть достаточно знакомымъ съ патологіей желчныхъ путей. Главный доводъ, который приводятъ защитники холецистэктоміи, тотъ, что послѣ вскрытія пузыря остаются незаживающіе свищи и что впослѣдствіи въ немъ вновь образуются камни. Дѣйствительно, свищи иногда не закрываются долгое время, но обыкновенно въ тѣхъ только случаяхъ, гдѣ имѣются препятствія для нормальнаго оттока желчи. Такіе свищи приходится иной разъ даже поддерживать и расширять, чтобы лѣчить при помощи ихъ катарръ слизистой оболочки пузыря. Когда-же состояніе слизистой оболочки приходитъ къ нормѣ и пузырный протокъ дѣлается проходимымъ, то заживить свищъ пузыря не представляетъ уже никакихъ затрудненій. Поэтому наложеніе свища желчнаго пузыря (холецистостомію) я считаю операціей, крайне цѣлесообразной и примѣняю ее весьма охотно даже въ тѣхъ случаяхъ, когда не удается съ точностью убѣдиться въ проходимости пузырнаго протока, ибо не разъ мнѣ приходилось видѣть, какъ изъ желчнаго пузыря, въ которомъ, при вскрытіи его, не было найдено ни капли желчи и чрезъ который нельзя было прозондировать пузырнаго протока, уже на 2-й день по наложеніи свища показывались на повязкѣ большія количества желчи.

Что-же касается возможности вторичнаго образованія камней въ желчномъ пузырѣ послѣ холецистостоміи, то это относится пока къ области предположеній, и изсѣкать пузырь въ виду такого опасенія такъ-же логично, какъ изсѣкать, напр., весь желудокъ при круглой язвѣ его, ибо съ такимъ-же правомъ можно предположить, что по изсѣченіи одной язвы въ желудкѣ появится другая.

Прекрасной операціей—нѣкоторые хирурги почему-то хотѣли-бы видѣть ее погребенной—я считаю т. наз. «идеальную холецистотомію», при которой, по удаленіи камней, на-глухо зашиваютъ и пузырь, и брюшную стѣнку. Я произвелъ ее съ полнымъ успѣхомъ 4 раза и нахожу, что при правильныхъ къ ней показаніяхъ нельзя и требовать болѣе совершеннаго способа лѣченія. Наиболѣе-же важными показаніями къ идеальной холецистотоміи будутъ: во 1-хъ, мало измѣненная стѣнка желчнаго пузыря, а во 2-хъ,—несомнѣнная проходимость пузырнаго и желчнаго протоковъ.

Такимъ образомъ на желчномъ пузырѣ и его протокѣ (ductus cysticus) оперируютъ почти исключительно въ тѣхъ случаяхъ, когда по вскрытіи полости живота находятъ въ нихъ камни или какія-либо воспалительныя измѣненія. Эти операціи рѣдко бываютъ технически трудными и иногда, какъ, напр., при идеальной холецистотоміи, длятся всего 20—30 мин. Несравненно серьезнѣе положеніе больного и гораздо значительнѣе техническія трудности операціи, когда камни находятся въ желчномъ или печеночномъ протокахъ, особенно если дѣло осложняется еще при этомъ зараженіемъ.

Удаляя камни изъ желчнаго протока (d. choledochus), всего еще нѣсколько лѣтъ назадъ старались протолкнуть ихъ въ 12-перстную кишку, или-же, если былъ расширенъ пузырный протокъ, продвинуть ихъ обратно въ желчный пузырь и вынуть, вскрывъ послѣдній. Если-же камни не проходили ни туда, ни сюда, то ихъ разминали внутри

---

[1]) Одинъ изъ этихъ больныхъ оперированъ мной въ госпитальной Академической клиникѣ.

[2]) Судя по 2-мъ моимъ наблюденіямъ, хроническая закупорка желчнаго протока можетъ зависѣть также отъ сдавливанія его воспалительнымъ инфильтратомъ въ лимфатическихъ железахъ; въ такихъ случаяхъ клиническая картина, по видимому, не отличается отъ наблюдаемой при закупоркѣ камнемъ.

[3]) Отчетъ факультетской хирургической клиники въ Москвѣ, № 693.

Digitized by Google

желчнаго протока, не вскрывая послѣдняго, и въ измельченномъ видѣ проталкивали затѣмъ въ кишку. Мнѣ пришлось помогать при одной изъ такихъ операцій, и я очень хорошо помню, что одно только разминаніе камней, сидѣвшихъ въ желчномъ протокѣ, продолжалось около 2-хъ часовъ и что операторъ неоднократно поручалъ дѣлать это разминаніе помощнику, такъ какъ отъ такой процедуры очень легко уставали пальцы. Оперированная поправилась вполнѣ, послѣ того, какъ у нея съ испражненіями отошло около 20,0 песка и размятыхъ камней.

Но я думаю, что оба эти способа удаленія камней изъ желчнаго протока въ настоящее время уже устарѣли и могутъ быть примѣнены развѣ лишь въ очень исключительныхъ случаяхъ: напр., если въ желчномъ протокѣ находится *навѣрно* только 1 камень и его можно протолкнуть въ кишку *безъ насилія*. Дѣло въ томъ, что обыкновенно при закупоркѣ желчнаго протока бываетъ расширенъ и печеночный, въ которомъ нерѣдко также находятъ камни; кромѣ того, обыкновенно слизистая оболочка обоихъ этихъ протоковъ бываетъ катаррально воспалена, иногда изъязвлена, а по сосѣдству съ язвой инфильтрована. Язвы иной разъ трудно бываетъ замѣтить, а инфильтрація стѣнокъ протоковъ тѣмъ не менѣе значительна. Изъ сказаннаго понятно, что разминаніе камней, какъ траума, можетъ оказать очень вредное вліяніе на воспалительный процессъ въ протокахъ, съ одной стороны, а съ другой,— дѣйствуя, такъ сказать въ темную, можно не замѣтить и оставить даже крупные камни въ малодоступномъ осязанію печеночномъ протокѣ. Поэтому единственно цѣлесообразной операціей для удаленія камней изъ желчнаго протока надо считать холедохотомію, за исключеніемъ, впрочемъ, тѣхъ случаевъ, гдѣ камни фиксированы въ кишечной части желчнаго протока и гдѣ можетъ быть болѣе удобнымъ подойти къ камню черезъ 12-перстную кишку. Вскрывъ желчный протокъ, извлекаютъ камни, а затѣмъ входятъ въ него пальцемъ или толстымъ зондомъ, ищутъ камней въ направленіи печеночнаго протока и убѣждаются наконецъ въ проходимости кишечнаго конца протока. Послѣ этого изслѣдованія, если не находятъ болѣе камней и желчный протокъ оказывается вполнѣ проходимымъ, обыкновенно возникаетъ вопросъ, и до сихъ поръ еще не вполнѣ разрѣшенный, какъ поступать дальше? Зашивать-ли на-глухо рану желчнаго протока или дренировать ее наружу?

А priori казалось-бы наиболѣе цѣлесообразнымъ, возстановивъ полную проходимость протока, всегда зашивать на-глухо сдѣланную въ немъ рану. На практикѣ-же оказывается, что, во 1-хъ, это технически не всегда исполнимо, а, во 2-хъ—при такомъ образѣ дѣйствій, по видимому, чаще наступаютъ возвраты желчнокаменной болѣзни. Дѣйствительно, иногда желчный протокъ лежитъ такъ недоступно среди массы спаекъ и такъ глубоко подъ увеличенной печенью, что съ трудомъ удается найти мѣсто для вскрытія его стѣнки и извлеченія камня, а послѣдующее зашиваніе разрѣза стѣнки является прямо неисполнимымъ. Тогда въ силу необходимости приходится оставлять рану въ желчномъ протокѣ открытой.

Что-же касается другихъ случаевъ, гдѣ зашиваніе технически возможно, то я думаю, что закрытіе раны желчнаго протока швами допустимо во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ можно установить отсутствіе воспалительныхъ измѣненій въ стѣнкахъ этого протока и быть увѣреннымъ, что въ немъ камней больше не осталось. Кромѣ того, зашиваніе раны желчнаго протока наглухо позволительно только тогда, когда свободно проходимъ протокъ пузырный и не заращенъ желчный пузырь, который въ такихъ случаяхъ вшивается обыкновенно въ брюшную рану и вскрывается. Дѣлается это для того, чтобы образованіемъ пузырнаго свища понизить давленіе въ желчныхъ протокахъ и предотвратить просачиваніе желчи черезъ швы, наложенные на желчный протокъ. Поэтому крупной ошибкой, которая можетъ повести и къ роковымъ для оперированныхъ послѣдствіямъ, будетъ зашиваніе на глухо желчнаго протока при одновременномъ изсѣченіи желчнаго пузыря или непроходимости пузырнаго протока.

Въ 2-хъ изъ своихъ случаевъ я оставилъ желчный протокъ открытымъ и дренировалъ его наружу при пом[…] полосокъ марли; въ остальныхъ 3-хъ зашивалъ его о[…] этажнымъ шелковымъ швомъ, но отъ линіи швовъ вс[…] разъ выводилъ наружу турунду, независимо отъ того, сѣкался-ли желчный пузырь или нѣтъ. Всѣ больные п[…] холедохотомій избавились вполнѣ отъ мучившей ихъ бо[…]ни. При этомъ, насколько мнѣ извѣстно, ни у кого […] нихъ свищъ не существовалъ болѣе $^1/_2$-года.

Въ 1-мъ изъ своихъ случаевъ я не зашилъ желчнаго про[…] потому, что при извлеченіи изъ него 2-го камня этотъ пос[…]ній раскололся пополамъ, при чемъ одна изъ его половинъ […] скользнула обратно въ желчный протокъ, и я ни пальцемъ, […] инструментами не могъ найти ея болѣе. Въ разсчетѣ на то, […] остатокъ камня выйдетъ черезъ разрѣзъ въ протокѣ я и дре[…]ровалъ послѣдній наружу. Однако, не смотря на очень обил[…] истеченіе желчи черезъ свищъ, камень не вышелъ, ни чер[…] него, ни, по видимому, съ испражненіями. Больная прибли[…]тельно черезъ годъ пришла опять съ жалобами на колики и […]ла принята въ хирургическую факультетскую клинику въ М[…]сквѣ. Здѣсь оказалось, что у нея бываютъ очень кратковрем[…]ныя и мало болѣзненныя колики, но совершенно безъ желту[…] Колики эти при болѣе покойномъ образѣ жизни больной не […] являлись. Возможно было, конечно, говорить здѣсь и о возвра[…] но нельзя было исключить и подозрѣнія на то, что виновнико[…] коликъ служитъ, можетъ быть, и ускользнувшая при операц[…] обратно $^1/_2$ камня.

*Kehr*, наиболѣе авторитетный по лѣченію желчно-камен[…]ной болѣзни хирургъ, не зашиваетъ за послѣднее врем[…] желчнаго протока, а дренируетъ черезъ него и еще печеноч[…]ный протокъ, ибо, какъ онъ говоритъ, никогда нельзя быт[…] увѣреннымъ въ томъ, что во время операціи были удален[…] изъ протоковъ всѣ камни. Если даже и удалены всѣ кам[…]ни изъ желчнаго протока, то это еще не значитъ, что их[…] нѣтъ въ печеночномъ и что они не спустятся туда впо[…]слѣдствіи. И дѣйствительно, дренируя послѣ холедохото[…]мій печеночный протокъ, *Kehr* наблюдалъ нерѣдко послѣдовательное отхожденіе желчныхъ камней. *Kehr*[1]) оперировалъ съ дренажемъ печеночнаго протока 97 больныхъ и говоритъ, что при этомъ способѣ онъ имѣлъ очень мало возвратовъ. Кромѣ того онъ указываетъ на возможность возникновенія ангіохолита при зашиваніи наглухо желчнаго протока, если между швами застрянетъ или сгусточекъ крови или осколочекъ камня.

Но болѣе всего показана холедохотомія съ дренированіемъ протоковъ при заразныхъ процессахъ въ желчныхъ путяхъ, осложняющихъ желчно-каменную болѣзнь: среди многочисленныхъ операцій *Kehr*'а можно найти не мало блестящихъ, подтверждающихъ сказанное примѣровъ. Здѣсь, мнѣ кажется, надо всецѣло присоединиться къ *Kehr*'у, такъ какъ эта операція даетъ свободный и широкій выходъ желчи наружу. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ я не зашивалъ наглухо желчнаго протока, больные первые 10—12 дней чрезвычайно обильно, по нѣсколько разъ въ день, смачивали желчью свои повязки. Понятно, что при такомъ усиленномъ оттокѣ желчи вмѣстѣ съ нею вымываются и массы микроорганизмовъ, кусочки измѣненныхъ и распавшихся тканей, сростки и т. п. Сама желчь макроскопически быстро мѣняется и изъ мутной (зараженной) превращается въ прозрачную. Давленіе во всѣхъ протокахъ тотчасъ-же понижается, застойныя явленія исчезаютъ, и начинается правильное кровообращеніе въ стѣнкахъ протоковъ, способствующее обновленію ихъ эпителіальнаго покрова. Въ этомъ способѣ лѣченія ангіохолита я вижу полную аналогію съ лѣченіемъ всѣхъ полостныхъ органовъ съ мышечными стѣнками, которые заболѣваютъ вслѣдствіе недостаточнаго опорожненія ихъ: возьмемъ, напр., циститы при съуженіяхъ мочеиспускательнаго канала, нагноившіеся гидронефрозы при съуженіяхъ мочеточниковъ, эзофагиты, развивающіеся выше съуженія пищевода, или колиты надъ съуженіями кишекъ и увидимъ, что наиболѣе тяжелыя формы этихъ заболѣваній, если и проходятъ, то только при хирургическихъ вмѣшательствахъ, которыя устраняютъ препятствія, или даютъ инымъ путемъ свободный оттокъ содержимому, принося этимъ покой больному органу.

Основываясь на той-же аналогіи, надо помнить, что, чѣмъ раньше оказать такому больному органу цѣлесообразную помощь, тѣмъ вѣрнѣе можно разсчитывать на бо-

[1]) Archiv für klinische Chirurgie, т. 69 *(Berger)*.

Digitized by Google

лѣе полное возстановленіе его мышечной сократимости, а, стало быть, и на правильную его работу въ будущемъ. Опыты *Ehret*'а и *Stolz*'а [1]) и др. съ положительностью доказали, что недостаточное опорожненіе желчныхъ протоковъ способствуетъ проникновенію въ нихъ бактерій изъ 12-перстной кишки и возникновенію ангіохолита и холецистита,—фактъ, совершенно аналогичный появленію восходящаго уретерита и піэлита при недостаточномъ опорожненіи пузыря. Камни, рубцевыя съуженія, новообразованія и т. п. патологическія измѣненія служатъ и тамъ и тутъ причинами застоя, на почвѣ котораго охотно развивается такъ или иначе попавшее туда заразное начало.

Идя дальше въ этой аналогіи, можно предположить, что причинами застоя въ желчномъ пузырѣ и крупныхъ желчныхъ протокахъ, помимо органическихъ препятствій, можетъ быть и недостаточная сократительность стѣнокъ ихъ—т. наз. атонія, существованіе которой, кажется мнѣ, надо признать доказаннымъ для почечныхъ лоханокъ и мочеточниковъ. Несомнѣнно, бываютъ случаи (наблюдалъ ихъ и я), гдѣ при расширенныхъ и свободно проходимыхъ мочеточникахъ приходится встрѣчать большіе гидронефрозы, а при цистоскопіи видѣть въ этихъ случаяхъ расширенное несмыкающееся отверстіе мочеточника. На лицо—парезъ мышцъ выводящаго органа, а вслѣдствіе этого создаются благопріятныя условія для попаданія въ полость его микроорганизмовъ. Разумѣется, я говорю только въ видѣ предположенія о попаданіи въ желчный протокъ микроорганизмовъ изъ кишки вслѣдствіе атоніи его, а также о возможности происхожденія ангіохолита въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при операціи не находятъ камней и гдѣ нѣтъ никакихъ данныхъ думать о гэматогенномъ зараженіи.

Наконецъ, при желчнокаменной болѣзни наблюдаются иногда заболѣванія и другихъ близко лежащихъ органовъ, при чемъ припадки желчнокаменной болѣзни отступаютъ на задній планъ, или ихъ и не бываетъ вовсе. Чаще всего, по видимому, воспалительныя срощенія и инфильтраты, встрѣчающіеся при камняхъ желчнаго пузыря (pericystitis, perigastritis), вызываютъ въ большей или меньшей степени явленія съуженія привратника. 2-хъ такихъ больныхъ мнѣ пришлось наблюдать и оперировать въ факультетской хирургической клиникѣ въ Москвѣ.

У 1-ой больной, страдавшей въ значительной степени разстройствомъ двигательной способности желудка, прощупывалась, кромѣ того, довольно плотная опухоль, признанная опытнымъ хирургомъ, видѣвшимъ больную ранѣе, за ракъ привратника. Бывшія однако у этой больной, правда незначительные, приступы желчныхъ коликъ, послѣ которыхъ начали развиваться явленія съуженія привратника, дали мнѣ нѣкоторую возможность предположить и воспалительный характеръ съуженія. Операція показала, что привратникъ былъ плотно спаянъ съ инфильтрованнымъ и рубцево-перерожденнымъ желчнымъ пузыремъ, въ которомъ находились 2 камня. Одинъ изъ этихъ камней наполовину уже вывалился изъ пузыря и лежалъ среди плотнаго инфильтрата, спаявшаго пузырь съ привратникомъ. Сдѣлана была передняя гастроэнтеростомія, а камни удалены. Больная поправилась и чувствовала себя очень хорошо около 3-хъ мѣсяцевъ послѣ операціи. Дальнѣйшихъ свѣдѣній о ней я не имѣю.

2-ая больная давно страдала и много лѣчилась отъ желчныхъ камней. Послѣдніе года $1\frac{1}{2}$ колики уже не безпокоили ее, но появилось расширеніе желудка и развились явленія непроходимости привратника. При операціи были найдены перигастрическія спайки въ области привратниковой части желудка, а желчный пузырь оказался наполненнымъ камнями въ видѣ тутовыхъ ягодъ. Сдѣланы идеальная холецистотомія и передняя гастроэнтеростомія. Больная отлично перенесла операцію и выбыла вполнѣ выздоровѣвшей.

Оба эти случая особенно поучительны, на мой взглядъ, въ распознавательномъ отношеніи и даютъ право предполагать существованіе доброкачественнаго съуженія привратника въ тѣхъ случаяхъ, когда явленія съуженія начали развиваться непосредственно или вскорѣ послѣ приступовъ желчныхъ коликъ. Прощупываемая въ области привратника опухоль не имѣетъ въ такихъ случаяхъ рѣшающаго значенія для распознаванія.

Въ итогѣ я думаю, что хирургія желчныхъ путей разработана въ настоящее время настолько достаточно, что мы смѣло можемъ предлагать больнымъ въ извѣстныхъ случаяхъ оперативную помощь. Есть, конечно, и невыясненныя стороны въ этомъ вопросѣ; встрѣчаются и противорѣчивые взгляды различныхъ авторовъ; бываютъ наконецъ и ошибки какъ въ распознаваніи, такъ и въ лѣченіи отдѣльныхъ формъ желчнокаменной болѣзни. Но, спрошу я, въ какомъ изъ отдѣловъ медицинскихъ знаній мы, врачи не встрѣчались въ извѣстные періоды развитія того или другого вопроса съ такими-же препятствіями? Наконецъ не надо забывать и того, что нерѣдко и ошибки вели къ познанію истины.

Вопросъ о желчнокаменной болѣзни и ея лѣченіи вопросъ молодой и обширный. Въ разработкѣ его, въ силу чисто мѣстныхъ условій [1]), насъ опередили наши западные товарищи обиліемъ накопившихся у нихъ наблюденій. Эти наблюденія однако—достояніе общечеловѣческое; разбирая и провѣряя ихъ на основаніи личнаго опыта, каждый изъ насъ можетъ внести и свое хорошее, новое и оригинальное. Но для наиболѣе плодотворной *дѣятельности* въ вопросѣ о желчно-каменной болѣзни намъ хирургамъ можетъ быть болѣе, чѣмъ когда-либо, нужна теперь совмѣстная работа съ врачами-терапевтами. Нужно, чтобы эти послѣдніе пришли къ убѣжденію, что многіе изъ наблюдаемыхъ ими больныхъ съ заболѣваніями желчныхъ путей подлежатъ совмѣстному наблюденію и лѣченію съ хирургами, подобно тому какъ мало по малу пришли они къ такому-же заключенію относительно лѣченія аппендицита. Только при такой совмѣстной и дружной работѣ возможны, думается мнѣ, и у насъ быстрые успѣхи въ лѣченіи желчнокаменной болѣзни—успѣхи, которые поставили-бы и этотъ отдѣлъ нашей отечественной хирургіи на ту почетную высоту, на которую поднялась русская медицинская наука, благодаря таланту того, въ память котораго собрались мы сегодня здѣсь на торжественное засѣданіе.

---

## II. Къ вопросу о патогенезѣ т. наз. гипертрофическихъ желтушныхъ циррозовъ печени.

Ч. пр. **Н. Н. Кирикова**.

Вопросъ о патогенезѣ желтушныхъ циррозовъ печени разрабатывался довольно усердно, и нѣсколько лѣтъ назадъ уже казалось, что изъ всей многообразной ихъ области можно съ увѣренностью выдѣлить нѣкоторыя опредѣленныя формы и съ извѣстными названіями, напр. «гипертрофическій циррозъ съ хроническою желтухой (болѣзнь *Hanot*)» или «біліарный (напр. желчнокаменный) циррозъ печени» связывать и опредѣленныя, раздѣльныя понятія объ ихъ происхожденіи и этіологіи. Выясненію вопроса въ этомъ направленіи способствовали изслѣдованія главнымъ образомъ французскихъ ученыхъ во главѣ съ *Hanot*, а также наблюденія и работы нѣкоторыхъ русскихъ авторовъ, и прежде всего проф. *Л. В. Попова*.

Однако даже и среди французскихъ наблюдателей вполнѣ однороднаго воззрѣнія на этотъ вопросъ не выработалось и до сего дня: соглашаясь съ заразною природою желтушныхъ циррозовъ, нѣкоторые (*Gilbert* и его школа) снова настаиваютъ на общности патогенеза ихъ съ чисто «желчными» циррозами, т. е. возникающими исключительно вслѣдствіе застоя желчи, и первичнымъ пораженіемъ считаютъ въ обоихъ случаяхъ восходящій заразный ангіохолитъ. По мнѣнію *Gilbert*'а [1]) циррозъ *Hanot* есть тотъ же «біліарный» циррозъ, но лишь произвольно развивающійся, безъ закупорки желчныхъ путей.

Отголоскомъ работъ школы *Gilbert*'а появилось, между прочимъ, и недавнее сообщеніе д-ра *Г. И. Волынцева* [2]), въ которомъ онъ руководился, по видимому исключительно, трудомъ ученика *Gilbert*'а *P. Lereboullet* «Les cirrhoses biliaires» (Paris 1902), по крайней мѣрѣ относительно вопросовъ этіологіи и патогенеза. Въ этомъ сообщеніи д-ра *Г. И. Волынцева*, сдѣланномъ имъ на 3-мъ Съѣздѣ россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ въ 1902 г., довольно подробно излагается содержаніе труда *Lereboullet*, работы-же

---

[1]) Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, 1900.

[1]) Какъ я упоминалъ выше, число больныхъ, страдающихъ желчнокаменной болѣзнью въ Западной Европѣ, неизмѣримо больше, чѣмъ у насъ въ Россіи.

Digitized by Google

русскихъ авторовъ, защищающихъ иные взгляды, не разбираются и даже не значатся, правда въ короткомъ, спискѣ источниковъ. Говорится только, что «проф. *Л. В. Поповъ* въ 1895 г., *Н. Н. Кириковъ* въ 1900 г. сочли желчный циррозъ за общую заразную болѣзнь съ преимущественнымъ мѣстоположеніемъ заразнаго начала въ селезенкѣ, печени и лимфатическихъ железахъ..... Однако, всѣ эти теоріи рушатся при строгой критикѣ *Gilbert*'а и его школы, полагающей, что всѣ желчные циррозы возникаютъ на почвѣ врожденной слабости эпителія желчныхъ путей отъ вхожденія въ желчные каналы заразнаго начала изъ кишекъ». Ни одна теорія, кромѣ теоріи *Gilbert*'а, оказывается, не пригодна для того, чтобы объединить всѣ разновидности желчныхъ циррозовъ.

Какъ видно изъ приведенныхъ датъ, отзывъ о работахъ проф. *Л. В. Попова* и моихъ сдѣланъ по книгѣ *Lereboullet*, а не на основаніи личнаго знакомства съ ними автора, дѣлавшаго спеціальный докладъ Съѣзду. Между тѣмъ воззрѣнія школы *Gilbert*'а, сводъ которымъ и сдѣланъ въ трудѣ *Lereboullet*, еще и въ самой Франціи не получили, какъ будетъ видно ниже, общаго признанія, а изслѣдованія проф. *Л. В. Попова* по этому вопросу, и помимо *Lereboullet*, въ той же Франціи не оставляются въ тѣни и приводятся въ изданіяхъ и у авторовъ въ достаточной мѣрѣ компетентныхъ, какъ напр. *Chauffard*'омъ [3]), считаясь притомъ важными для дѣла. Интересно, что *Chauffard*'у рядомъ съ наблюденіями *Л. В. Попова*, въ силу логики фактовъ, приходится поставить въ тотъ-же рядъ явленій и случаи «спленомегалическаго гипертрофическаго желтушнаго цирроза», описанные самимъ *Gilbert*'омъ, въ сотрудничествѣ съ *Fournier* [4]).

*Г. И. Волынцевъ* приписываетъ важное значеніе ангіохолиту какъ въ смыслѣ постояннаго исходнаго пораженія, такъ и по значенію его въ клинической картинѣ циррозовъ, при чемъ ставитъ положеніе, что лихорадка, боль, колики, явленія недостаточности печени служатъ выраженіемъ присоединенія того или другого ангіохолита. Мнѣ еще въ 1893 г. въ засѣданіи Московскаго медицинскаго (нынѣ терапевтическаго) Общества пришлось показывать препараты, на основаніи которыхъ можно отвергать мнѣніе о происхожденіи т. наз. гипертрофическаго цирроза исключительно изъ первичнаго разлитого ангіо- и періангіохолита [5]). Уже и поэтому приходится отдѣлять названную форму отъ «біліарнаго», собственно желчнаго цирроза, какъ то полагаетъ и д-ръ *Janowski* [6]), изслѣдовавшій патолого-анатомически такіе «біліарные» циррозы. Точно также на препаратахъ *В. М. Эрлангера* [7]), въ другомъ случаѣ изъ клиники проф. *К. М. Павлинова*, не замѣчалось никакихъ особыхъ измѣненій въ эпителіи желчныхъ ходовъ; его слущиваніе наблюдалось мѣстами лишь въ болѣе крупныхъ ходахъ. Едва-ли бы встрѣчались такіе случаи, если бы ангіохолитъ игралъ свою исключительную роль въ происхожденіи, развитіи и теченіи желтушныхъ циррозовъ. Лихорадка-же, боль (лишь рѣдко сильная) и явленія недостаточности печени, пожалуй, не менѣе понятны какъ выраженіе разлитого воспаленія печени (включая сюда и возможный, одновременный или вторичный, ангіохолитъ), чѣмъ какъ новое проявленіе одного ангіохолита. Слѣдующее положеніе д-ра *Волынцева*, что присоединяющійся ангіохолитъ ускоряетъ теченіе цирроза, а равно допущеніе цирроза безъ ангіохолита (см. положеніе 5 тамъ же), нужно признать, стоятъ даже въ нѣкоторомъ внутреннемъ противорѣчіи съ идеею автора или—вѣрнѣе—*Gilbert*'а о патогенетическомъ значеніи именно ангіохолита,—и потому и приходится предположить, кромѣ ангіохолита катарральнаго и гнойнаго, еще особый «циррогенный» ангіохолитъ, протекающій безъ всякой лихорадки и безъ болей и отожествляемый съ «желчнымъ циррозомъ» (въ смыслѣ терминологіи школы *Gilbert*'а). До полученія циррогеннаго свойства такой ангіохолитъ можетъ долго оставаться хроническимъ, совершенно безлихорадочнымъ и выражаться только явленіями «холеміи», какъ ихъ описываетъ школа *Gilbert*'а.

Какъ я уже упоминалъ, воззрѣнія *Gilbert*'а не замедлили встрѣтить возраженія среди его соотечественниковъ. Такъ, *Em. Boix* [8]) поддерживалъ, вопреки мнѣнію *Gilbert*'а и *Fournier*, тотъ взглядъ, установленный проф. *Л. В. Поповымъ* и раздѣляемый и мною, что гипертрофическій циррозъ съ хроническою желтухой есть своеобразная болѣзнь, общее зараженіе, кромѣ печени поражающее, во многихъ случаяхъ задолго раньше, и селезенку. *Hayem* [9]) вслѣдъ за выходомъ названной выше книги *Lereboullet* въ томъ-же 1902 г. коснулся въ своихъ клиническихъ лекціяхъ нѣкоторыхъ вопросовъ, возбуждаемыхъ ею и, по его мнѣнію, спорныхъ. Школа *Gilbert*'а, кромѣ восходящаго зараженія желчныхъ путей, основу заболѣванія видитъ еще въ особомъ семейномъ предрасположеніи, обусловленномъ особенною ранимостью желчныхъ путей, проявляющеюся долгое время лишь «холеміей» безъ желтухи, какъ выраженіемъ скрытаго ангіохолита. *Hayem* указываетъ, что относительно наслѣдственнаго предрасположенія въ клинической этіологіи страданія встрѣчаются многочисленныя исключенія; что-же касается особаго состоянія эпителія желчныхъ путей, то пока это лишь гипотеза безъ всякихъ фактическихъ доказательствъ. *Hayem* искалъ и холемію у безжелтушныхъ, но, согласно указанію *Gilbert*'а и *Lereboullet*, представляющихъ неправильности въ кожной пигментаціи. Изъ 28 такихъ больныхъ только у 1 получилась въ кровяной сывороткѣ легкая реакція *Gmelin*'а, спустя нѣсколько дней уже снова не обнаруживавшаяся. Слѣд., приходится допустить, что кровь иногда содержитъ нѣкоторое количество билирубина, не вызывая тѣмъ желтушной окраски покрововъ; но при сильной красящей способности билирубина въ такихъ случаяхъ можно лишь думать о переходѣ этого пигмента въ кровь не только въ слабыхъ количествахъ, но притомъ и съ большими промежутками.

Въ клиникѣ переходъ другихъ формъ желтухи въ циррозъ обыкновенно не наблюдается; напротивъ, именно гипертрофическій циррозъ печени съ хроническою желтухой довольно обычно находятъ у лицъ, дотого никогда не представлявшихъ проявленій какого-либо страданія печени. Это заболѣваніе, по видимому, зависитъ отъ своеобразныхъ условій, еще не вполнѣ дознанныхъ и, можетъ быть, отличныхъ отъ производящихъ хроническія доброкачественныя желтухи.

Что касается восходящаго зараженія желчныхъ путей, то и *Hayem* не склоненъ видѣть въ немъ единственную причину раздраженія и катарра желчныхъ путей. Извѣстно, что токсины дѣятельно выдѣляются печенью. Недавніе опыты, произведенные въ лабораторіи *Hayem*'а, убѣдили его, что вслѣдъ за впрыскиваніемъ токсиновъ въ вены желчь получаетъ сильныя раздражающія свойства. Возможно, слѣд., что способъ происхожденія пораженій желчныхъ путей не всегда одинъ и тотъ-же и что токсинфекціонныя вліянія со стороны крови въ нѣкоторыхъ случаяхъ получаютъ преобладающую важность. Такимъ образомъ *Hayem*, по крайней мѣрѣ для нѣкоторыхъ случаевъ, становится на точку зрѣнія общаго зараженія съ мѣстнымъ расположеніемъ пораженій въ органахъ, защищаемую проф. *Л. В. Поповымъ* и мною. Заключаетъ свою критику *Hayem* указаніемъ на сложность вопроса, на опасность поспѣшныхъ обобщеній въ стремленіи къ новымъ объединяющимъ нозологическимъ построеніямъ и на необходимость дальнѣйшихъ изысканій.

Какъ извѣстно, теорія общаго зараженія организма при болѣзни *Hanot* была обнародована въ 1893 г. *Kiener*'омъ [10]) во Франціи, на основаніи главнымъ образомъ гистологическаго изслѣдованія одного случая, описаннаго въ 1892 г. въ диссертаціи *Sacaze*'а [11]). Въ 1892 же году, на своихъ клиническихъ чтеніяхъ студентамъ В.-Медицинской Академіи, руководясь другимъ путемъ—клиническаго анализа, формулировалъ свое ученіе и проф. *Л. В. Поповъ*. Въ печати чтенія эти появились въ 1894 г., — послѣ того какъ выраженныя въ нихъ идеи уже сдѣлались руководящими въ клиникѣ *Л. В. Попова* при дальнѣйшемъ изученіи разбираемаго страданія, казуистика котораго въ клиникѣ представила довольно значительный матеріалъ. На подобную-же точку зрѣнія относительно этіологіи и патогенеза тогда-же сталъ и самъ *Hanot*.

*Lereboullet* подвергаетъ теорію общаго зараженія критикѣ и выставляетъ противъ нея прежде всего то обсто-

Digitized by Google

ятельство, что по наличности артеріальныхъ пораженій на препаратахъ печени при циррозѣ *Hanot* нельзя заключать, что эти пораженія существовали съ самаго начала страданія, а слѣд. имѣли патогенетическое значеніе. На это можно замѣтить, что по одной гистологической картинѣ безъ сопоставленія съ клиникою, дѣйствительно, нельзя устанавливать рѣшающихъ заключеній. Между тѣмъ *Lereboullet* наблюдалъ такія *вторичныя* пораженія артерій въ случаяхъ паразитарнаго цирроза животныхъ, который, по собственному его замѣчанію въ другомъ мѣстѣ книги (ор. с.), значительно отличается отъ разбираемыхъ циррозовъ у людей—расширеніемъ желчныхъ путей и выраженными измѣненіями печеночной паренхимы, частью, по видимому, зависящими именно отъ закупорки. Съ другой стороны, слѣд., и по наличности на препаратахъ ангіо—и періангіохолита нельзя заключать объ ихъ первичномъ характерѣ въ развитіи страданія. И, дѣйствительно, мнѣ пришлось видѣть на не описанныхъ еще въ печати препаратахъ экспериментальнаго гэпатита у бѣлыхъ мышей съ ясными межуточными пораженіями развитіе воспалительной инфильтраціи, хотя и исходящей изъ сосудовъ, но скопляющейся главнымъ образомъ вокругъ желчныхъ протоковъ, равно какъ и признаки ангіохолита,—при одновременномъ пораженіи и артерій, вслѣдствіе общаго зараженія завѣдомо со стороны крови, вызваннаго подкожными впрыскиваніями микробныхъ разводокъ. Такимъ образомъ падаетъ доказательное значеніе гистологическихъ картинъ разлитого и преобладающаго на препаратахъ ангіо—и періангіохолита, на которыя такъ часто въ этомъ направленіи ссылались. На подобные-же результаты со впрыскиваніемъ токсиновъ ссылается и *Hayem*, какъ я уже говорилъ выше; сюда-же можно отнести и опыты *Claude*'а съ отравленіемъ токсинами, о которыхъ *Lereboullet* отзывается лишь мимоходомъ, но которые въ свое время тотчасъ-же нашли себѣ надлежащее вниманіе со стороны *Chauffard*'а [12]), на ряду съ опытами *Charrin*'а и *Н. П. Кравкова*.

Далѣе *Lereboullet* указываетъ, что, кромѣ печени и селезенки, поражаются лимфатическія железы, притомъ въ особенности стоящія на пути лимфатическаго тока печени. Однако повседневное наблюденіе показываетъ, что обычнымъ является пораженіе и периферическихъ железъ, не говоря уже о пораженіи железъ брызжеечныхъ, а иногда и лимфатическаго прибора кишечника, замкнутыхъ фолликуловъ кишекъ, о чемъ въ другомъ мѣстѣ говоритъ самъ *Lereboullet*. Вопреки его утвержденіямъ, пораженіе периферическихъ железъ чуть не въ каждомъ случаѣ гипертрофическаго желтушнаго цирроза наблюденіями *Л. В. Попова* получило значеніе непререкаемаго клиническаго факта. То же почти можно сказать и о пораженіяхъ костей, костнаго мозга, пальцевыхъ фалангъ, а также и суставовъ, наблюдавшихся въ клиникѣ проф. *Л. В. Попова* давно и часто, въ томъ числѣ и у взрослыхъ.

Желтуха и желудочно-кишечныя разстройства, которыя выдвигаетъ *Lereboullet*, вовсе не всегда открываютъ собою симптоматологію разбираемаго страданія; начало его нерѣдко, какъ извѣстно, отмѣчается и другими явленіями, намекающими именно на общее зараженіе скорѣе, чѣмъ на мѣстный восходящій, хотя бы и заразный, ангіохолитъ. Сюда относятся прежде всего случаи, отмѣченные *Л. В. Поповымъ*, въ которыхъ дѣло начинается съ пораженія селезенки. Объ этихъ случаяхъ *Lereboullet* ведетъ рѣчь отдѣльно, нѣсколько дальше, присоединяя сюда-же воззрѣнія *Chauffard*'а, примкнувшаго въ этомъ отношеніи къ проф. *Л. В. Попову*.

Наконецъ *Lereboullet*, согласно со взглядомъ *Gilbert*'а, почти отожествляетъ циррозы желтушные гипертрофическіе съ циррозами желчными желчно-каменными. Трудно думать, чтобы пораженія, столь различныя по своему значенію для организма и по своей исторіи развитія, удалось отожествить и въ будущемъ; пока-же такое сближеніе ихъ остается произвольнымъ и не доказательнымъ.

Приведенными данными и исчерпывается въ сущности «строгая» критика *Lereboullet*, если оставить въ сторонѣ еще одно его замѣчаніе о банальности микробовъ, доселѣ находимыхъ въ отдѣльныхъ случаяхъ болѣзни,—въ виду незаконченности бактеріологическаго изученія дѣла. Затѣмъ приходится сказать о роли селезенки и тѣхъ соображеніяхъ, которыя по этому поводу выставляетъ *Lereboullet*.

Не имѣя возможности отрицать существованія случаевъ, указанныхъ *Л. В. Поповымъ*, гдѣ болѣзнь начинается съ пораженія селезенки и нерѣдко долго не сопровождается никакими опредѣленными признаками заболѣванія печени и протекаетъ безъ желтухи, *Lereboullet* допускаетъ раннее существованіе безжелтушнаго ангіохолита и наслѣдственной семейной холеміи. Примѣромъ онъ приводитъ одно свое наблюденіе (№ 33), гдѣ, не смотря на селезеночное, по видимому, начало болѣзни можно было обнаружить давнее, до установленія увеличенія селезенки, существованіе «желчныхъ» припадковъ. Однако изъ приложенной подробной исторіи болѣзни видно, что «холеміи» нельзя было доказать въ этомъ случаѣ и что его начало какъ разъ было такое, какое и привело проф. *Л. В. Попова*, на основаніи строгаго клиническаго анализа, къ необходимости допустить раннее общее зараженіе организма.

Не то важно, что первичное пораженіе селезенки наблюдается рѣже и что величина селезенки подвержена колебаніямъ даже въ теченіи отдѣльныхъ случаевъ. Важно то, что въ хорошо прослѣженныхъ случаяхъ такое первичное пораженіе селезенки несомнѣнно встрѣчается. Наблюдавшееся *Lereboullet* значительное уменьшеніе объема селезенки вслѣдъ за большими желудочно-кишечными кровотеченіями еще не доказываетъ пассивнаго характера гиперэміи селезенки, застойнаго ея происхожденія въ значительной части. Мною наблюдалось (ор. с.) при подобныхъ-же вліяніяхъ уменьшеніе объема и самой печени въ одномъ случаѣ желтушнаго гипертрофическаго цирроза *).

Защищая ученіе о первичномъ ангіохолитѣ, *Lereboullet* далѣе принужденъ былъ сдѣлать нѣсколько вполнѣ гипотетическихъ допущеній, а именно принять возможность обратнаго тока крови въ селезеночной венѣ, приносящаго изъ печени сѣмена заразы въ селезенку, возможность перехода подвижныхъ микробовъ изъ печени въ селезенку по тому-же направленію, обратному постоянному току крови, наконецъ особенное отношеніе селезенки къ пораженіямъ печени: селезенка отвѣчаетъ какъ-бы въ качествѣ настоящаго «лимфатическаго ганглія печени», увеличиваясь больше и раньше, чѣмъ самъ первично пораженный органъ; по *Lereboullet* селезенка болѣе чувствительна по отношенію къ зараженіямъ печени, чѣмъ по отношенію къ зараженіямъ другихъ органовъ и зараженіямъ общимъ. Всѣ эти утвержденія, конечно, нуждаются въ соотвѣтствующихъ доказательствахъ.

При естественномъ токѣ заразы или вообще вредоносныхъ началъ отъ селезенки къ печени, по видимому, возможно развитіе печеночныхъ пораженій безъ заболѣванія самихъ приводящихъ сосудовъ, въ чемъ сомнѣвается *Lereboullet*. Мнѣ [13]) пришлось указать на возможность такого хода явленій въ иномъ мѣстѣ, при обсужденіи одного случая гнойнаго воспаленія печени.

Въ заключеніе рѣчи объ этомъ предметѣ *Lereboullet*, выставивъ съ своей стороны рядъ гипотезъ, сомнѣвается въ послѣдовательномъ характерѣ печеночныхъ пораженій и въ томъ отдѣлѣ заболѣваній, фактическія описанія которыхъ были сдѣланы *Banti* и которыя извѣстны подъ именемъ болѣзни послѣдняго.

Относительно спорности главнаго положительнаго доказательства *Lereboullet*, а именно, что гистологическія картины свидѣтельствуютъ въ пользу признанія междольковыхъ желчныхъ ходовъ исходною точкою заболѣванія, было уже достаточно сказано выше. Прибавлю еще, что самое изложеніе взглядовъ проф. *Л. В. Попова* сдѣлано въ книгѣ *Lereboullet* не вполнѣ точно; такъ, напр., ему приписывается утвержденіе, будто бы увеличеніе селезенки *всегда* выражено значительно сильнѣе увеличенія печени. Соотвѣтственно этому не совсѣмъ удачна и попыт-

*) Опыты д-ра *Малкова* (Петербургская диссертація 1897 г. изъ клиники проф. *Л. В. Попова*) также не говорятъ въ пользу пассивнаго застойнаго характера значительныхъ увеличеній селезенки при застоѣ желчи въ печени и позволяютъ не придавать значенія тѣмъ новымъ доводамъ, которые выставилъ *Lereboullet* относительно этого пункта въ засѣданіи Парижскаго больничнаго Общества 29 мая (н. ст.) 1903 г.

Digitized by Google

ка автора признать работу *Л. В. Попова* «не сравнимою» съ трудомъ *Gilbert*'а и *Fournier* 1895 г. Дѣло все, по видимому, въ томъ, что статья этихъ авторовъ появилась лишь на 5 мѣсяцевъ раньше нѣмецкаго перевода лекціи *Л. В. Попова*, притомъ послѣ ея обнародованія въ русскомъ журналѣ въ самомъ началѣ 1894 г. [14]). Такимъ образомъ въ этой сторонѣ вопроса пора возстановить пріоритетъ русской науки.

Въ итогѣ взгляды *Gilbert*'а и его школы возвращаются къ нѣкоторымъ уже опровергнутымъ точкамъ зрѣнія и допускаютъ рядъ недоказанныхъ предположеній, не будучи свободны и отъ внутреннихъ противорѣчій. Изъ послѣднихъ можно еще отмѣтить неопредѣленность, допускаемую въ понятіи о предрасположеніи: то это есть лишь особый темпераментъ, то уже само заболѣваніе, хотя и скрытое,—«семейная холэмія есть слѣдствіе очень ослабленнаго хроническаго зараженія желчныхъ путей». Нельзя не видѣть также натяжки и извѣстнаго противорѣчія въ допущеніи посредствующаго *вторичнаго* восходящаго ангіохолита въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ первоначально была-бы поражена какимъ-либо общимъ зараженіемъ или отравленіемъ селезенка. Наконецъ не заключается-ли внутренняго противорѣчія и въ допущеніи наслѣдственной слабости эпителія желчныхъ канальцевъ и рядомъ съ нею повышенной дѣятельности, повышеннаго противодѣйствія клѣтки печеночной?

Въ результатѣ мало доказанная теорія *Gilbert*'а приводитъ его, въ стремленіи создать новое нозологическое «желчное семейство», къ объединенію въ одну группу такихъ заболѣваній, какъ катарральная желтуха, острая инфекціонная желтуха съ возвратами (болѣзнь *Вейля*), циррозъ *Hanot*, гнойный холециститъ, желчнокаменная болѣзнь и «простая семейная холэмія».—Врядъ-ли такое «объединяющее» ученіе выгодно отличаетъ эту теорію и представляетъ собою дѣйствительный шагъ впередъ.

Такимъ образомъ «строгая критика» *Lereboullet* пока не можетъ устранить ученія о первоначальной общности заболѣванія при разбираемомъ страданіи—ученія, впервые формулированнаго на своихъ лекціяхъ проф. *Л. В. Поповымъ*. Очевидно, для окончательнаго рѣшенія вопроса нужно ждать новыхъ изслѣдованій, въ томъ числѣ экспериментальныхъ и бактеріологическихъ. Вопросъ достаточно созрѣлъ для этого.

Въ послѣдніе годы сдѣлана попытка подойти къ рѣшенію этого вопроса еще инымъ, новымъ путемъ. *Ascoli* въ клиникѣ проф. *Maragliano* изучалъ характеръ обмѣна веществъ при гипертрофическомъ желтушномъ циррозѣ и пришелъ къ тѣмъ-же заключеніямъ, какія проф. *Л. В. Поповъ* вывелъ изъ чисто клиническаго наблюденія. По мнѣнію *Ascoli* [15]) біологическое различіе азотнаго и калорійнаго баланса указываетъ, что понятіе о печеночномъ циррозѣ во всякомъ случаѣ охватываетъ 2 существенно различныхъ болѣзни. Циррозъ *Hanot* нужно понимать, по характеру обмѣна, какъ токсическій или токси-инфекціонный процессъ, котораго входной пунктъ, вѣроятно, лежитъ въ крови или селезенкѣ, тогда какъ печень поражается лишь вторично. *Ascoli* въ своей работѣ придаетъ все значеніе изслѣдованіямъ и *Л. В. Попова*. При этомъ можно вспомнить, что къ подобнымъ-же заключеніямъ относительно обмѣна пришелъ въ свое время *Münzer* [16]) и для острой лихорадочной заразной желтухи *Вейля-Васильева*, при которой обмѣнъ оказался «чисто лихорадочнымъ» — безъ особеннаго вліянія на него пораженія печени.

Въ заключеніе не могу не выразить своего удовольствія по поводу того, что посильною группировкою данныхъ и соображеній, подтверждающихъ воззрѣнія, высказанныя въ свое время проф. *Л. В. Поповымъ*, пріоритетъ котораго въ нѣкоторыхъ сторонахъ ученія о т. наз. гипертрофическомъ циррозѣ печени съ хронической желтухой не былъ достаточно ясно установленъ, особенно въ иностранной литературѣ, мнѣ въ настоящемъ случаѣ дана возможность и съ своей стороны выразить дань уваженія къ научнымъ трудамъ и взглядамъ этого почтеннаго дѣятеля клинической медицины, нынѣ 35 лѣтъ проработавшаго съ честью для русской науки.

**Источники**: 1) *Gilbert* et *Surmont*. Les formes cliniques des cirrhoses du foie. Докладъ на Международномъ Съѣздѣ врачей въ Москвѣ, Paris, 1897, стр. 20—21, 23. — 2) *Г. И. Волынцевъ*. «Желчные циррозы и ангіохолиты и пр. «Русскій Врачъ», 1903, № 43.—3) *Chauffard*. Pathologie générale et sémiologie du foie, стр. 17, 19. Traité de pathologie générale de *Bouchard*, т. V, Paris, 1901.—4) *Gilbert* et *Fournier*. La cirrhose hypertrophique avec ictère chez les enfants. Société de biologie, 1895, стр. 419—420. «Revue mensuelle des maladies de l'enfance», 1895, іюль.—5) *Н. Кириковъ*. Случай т. наз. гипертрофическаго цирроза печени. «Протоколы Московскаго медицинскаго Общества», 1893, стр. 72—77. «Медицинское Обозрѣніе», 1897, сентябрь. «Zeitschrift für klinische Medicin», т. 36, стр. 444. Также «положенія» въ диссертаціи, СПБ. 1894.—6) *Janowski*. Beitrag zur pathologischen Anatomie der biliären Lebercirrhose. «*Ziegler*'s Beiträge zur pathologischen Anatomie», 1892, т. 11, стр. 344—394.—7) *В. М. Эрлангеръ*. Случай гипертрофическаго цирроза печени. «Протоколы Московскаго медицинскаго Общества», 1903, стр. 80.—8) *Em. Boix*. Note sur la maladie de *Hanot* ou cirrhose hypertrophique biliaire avec ictère chronique. Société de biologie, 12 марта 1898.—9) *Hayem*. De la cholémie, à propos d'un cas de cirrhose hypertrophique biliaire. «Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie», 1902, 14 и 21 сентября.—10) *Kiener*. Sur un cas de «maladie de *Hanot*» ou cirrhose hypertrophique du foie avec ictère chronique. «La Semaine médicale», 1893, № 44.—11) *Sacaze*. La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique ou maladie de *Hanot*. Thèse de Montpellier, 1892.—12) *Chauffard*. Formes cliniques des cirrhoses du foie. Докладъ на Международномъ Съѣздѣ врачей въ Москвѣ, Paris, 1897, стр. 16—17. — 13) *Н. Кириковъ*. Случай гнойнаго воспаленія печени. «Медицинское Обозрѣніе», 1898, февраль, стр. 226.—14) Проф. *Л. В. Поповъ*. Гипертрофическій циррозъ печени съ хронической желтухой. Псейдолейкэмія. «Современная Клиника», 1894, №№ 1 и 2.—«Therapeutische Wochenschrift», 1895, №№ 45 и 46.—15) *Ascoli*. Zur Pathologie der Lebercirrhose. Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1901, т. 71, стр. 414.—16) *Münzer*, Zeitschrift für Heilkunde, 1892, т. 13.

---

III. Изъ дѣтской больницы Св. Владиміра въ Москвѣ.

## Бактеріологическій способъ въ распознаваніи дифтеріи *).

**В. Н. Черно-Шварца.**

Прошло уже то время, когда вопросъ о роли *Loeffler*'овскихъ палочекъ въ патогенезѣ дифтеріи еще возбуждалъ сомнѣнія. Горячіе споры по этому поводу постепенно смолкли, а блестящіе успѣхи сывороточнаго лѣченія убѣдили даже и тѣхъ немногихъ скептиковъ, которые все еще не могли отказаться отъ старыхъ взглядовъ.

Въ настоящее время специфичность *Loeffler*'овскихъ палочекъ можно считать общепризнанной. Всякое распознаваніе дифтеріи, претендующее на научность, должно быть подтверждено бактеріологическимъ изслѣдованіемъ, и только обнаруженіе *Loeffler*'овскихъ палочекъ даетъ распознаванію прочную опору. Поэтому нѣтъ ничего удивительнаго, если бактеріологическій способъ получилъ самое широкое распространеніе. Всякая жаба, всякій насморкъ и ляринситъ стали подвергаться бактеріологическому изслѣдованію какъ въ больницахъ, такъ и въ частныхъ лабораторіяхъ, разсчитанныхъ на требованія со стороны практическихъ врачей. При такомъ массовомъ изслѣдованіи вскорѣ выяснился неожиданный фактъ, что палочки *Loeffler*'а встрѣчаются не только при типичной пленчатой дифтеріи *Bretonneau*, но и при другихъ жабахъ, на которыя принято было смотрѣть, какъ на катарральныя, лякунарныя, фолликулярныя, при насморкахъ, ляринситахъ безъ пленокъ. Пришлось передѣлать всю общепринятую классификацію и признать возможной дифтерію съ разнообразной клинической картиной. «Со времени введенія полнаго бактеріологическаго изслѣдованія», писалъ *К. А. Раухфусъ* [1]) въ 1894 г..... «принадлежность къ дифтеріи случаевъ crup d'emblée, равно и нѣкоторыхъ случаевъ мѣшетчатой, а иногда и катарральной жабы опредѣляется съ полной увѣренностью до истеченія 1-хъ и много 2-хъ сутокъ».

Приведя рядъ авторовъ, находившихъ *Loeffler*'овскія палочки при катарральной жабѣ, Коммиссія [2]) дѣтскихъ врачей въ Москвѣ также высказалась въ пользу диф-

*) Сообщено въ Обществѣ дѣтскихъ врачей въ Москвѣ 10/XII 1903 г.

Digitized by Google

терійнаго характера жабы, не смотря на отсутствіе характерныхъ пленокъ. Въ засѣданіи Общества дѣтскихъ врачей 8-го марта 1900 г. д-ръ *Кишенскій* [3]) сообщилъ объ эпидеміяхъ дифтеріи въ 2-хъ Институтахъ, при чемъ клинически болѣзнь протекала, какъ катарральная или фолликуллярная жаба.

Съ теоретической точки зрѣнія такое отнесеніе различныхъ по клинической картинѣ формъ къ дифтеріи вполнѣ допустимо и въ первое время находило себѣ опору въ томъ, что присутствіе вирулентныхъ дифтерійныхъ палочекъ на слизистыхъ оболочкахъ здоровыхъ людей, если и бываетъ, то только, какъ рѣдкость. «Извѣстно, пишетъ *К. А. Раухфусъ* [4])», что вредоносная палочка встрѣчается, хотя и рѣдко, и на здоровой слизистой оболочкѣ здороваго человѣка». Съ теченіемъ времени однако эта опора, казавшаяся сначала прочной, пошатнулась. По мѣрѣ пріобрѣтенія опыта и наростанія числа наблюденій выяснилось, что палочки *Lœffler*'а находятъ далеко не рѣдко на слизистыхъ оболочкахъ здоровыхъ людей, не только соприкасавшихся съ дифтерійными больными, но и не встрѣчавшимися съ ними. Въ томъ-же докладѣ Коммиссіи [2]) дѣтскихъ врачей приводятся слѣдующія литературныя указанія: *Kober* вывелъ среднія цифры изъ данныхъ, сообщенныхъ разными авторами, и получилъ 18,8% носителей палочекъ для лицъ, встрѣчавшихся съ дифтерійными больными, и 7% для невстрѣчавшихся съ таковыми. Его собственное изслѣдованіе дало 8% для встрѣчавшихся и 2½% для не имѣвшихъ никакого соприкосновенія съ дифтерійными больными. По *Simonin*'у и *Benoit* во время эпидеміи палочки *Loeffler*'а встрѣчаются у здоровыхъ въ 21, 3%, черезъ 3 мѣсяца послѣ начала эпидеміи въ 18, 12, а въ концѣ ея лишь въ 3, 8%. Д-ръ *Войновъ* [5]) среди здоровыхъ сестеръ милосердія и сидѣлокъ дифтерійныхъ бараковъ находилъ носителей *Loeffler*'овскихъ палочекъ у 34, 8%, а среди персонала скарлатинныхъ бараковъ у 18%. Нѣтъ ничего удивительнаго въ томъ, что въ большихъ городахъ, какъ Москва, гдѣ дифтерійныя заболѣванія не переводятся въ теченіи цѣлаго года, значительная часть населенія является носителями палочекъ *Loeffler*'а, особенно въ тѣхъ учрежденіяхъ, которыя поставляютъ главный контингентъ больныхъ въ больницы, каковы: школы, гимназіи, пріюты, институты, вдовьи дома, дома съ безплатными квартирами и пр. Для Москвы это было доказано изслѣдованіями д-ровъ *Берестнева*, *Габричевскаго*, *Кишенскаго* и др., въ свое время сообщенными Обществу дѣтскихъ врачей [6]). Вмѣстѣ съ тѣмъ выяснилось, что извѣстный % (различный по различнымъ авторамъ) этихъ здоровыхъ носителей палочекъ *Loeffler*'а заболѣваетъ съ теченіемъ времени дифтеріей. По сводной таблицѣ *Г. Н. Габричевскаго*, приводимой въ докладѣ Коммиссіи дѣтскихъ врачей (стр. 6), этотъ % можетъ достигать 33. Въ то-же время оказалось, что эти здоровые носители палочекъ *Loeffler*'а, даже не заболѣвая сами, могутъ заражать другихъ настоящей дифтеріей. Попытки установить какую-нибудь связь между вредоносностью *Loeffler*'овскихъ палочекъ у такихъ носителей и заболѣваемостью какъ самихъ носителей, такъ и окружающихъ ихъ пока не увѣнчались успѣхомъ. Разные авторы получали неодинаковые результаты. У *Müller*'а ⅓ разводокъ оказалась вирулентной, у *Берестнева* только ⅐, у *Kober*'а [7]) ⅓.

Во всякомъ случаѣ, самый фактъ опасности присутствія такихъ носителей для окружающихъ былъ установленъ съ несомнѣнностью. На этой почвѣ возникъ широкій вопросъ о предупрежденіи дифтеріи, объ уединеніи носителей, особенно въ помѣщеніяхъ съ большимъ населеніемъ, а въ частности и больницахъ. Поднялся вопросъ о поголовныхъ изслѣдованіяхъ всѣхъ поступающихъ въ больницы, независимо отъ ихъ основной болѣзни. Въ настоящее время въ литературѣ имѣется уже много данныхъ по этому вопросу, собранныхъ разными авторами. Среди больныхъ, поступившихъ на скарлатинное отдѣленіе, *Sellner* находилъ палочки *Loeffler*'а у 2%, *Soerensen* у 2½%, *Neisser* и *Heymann* у 7, 5%, *Garrath* и *Washbourn* у 1, 2%, *Baginsky* и *Sommerfeld* у 6%, *Variot* у 5, 7% (прив. по *Шабаду*), *Шабадъ* [8]) у 6%, *Войновъ* у 2, 7%. По мѣрѣ накопленія этихъ фактовъ естественнымъ образомъ возникъ вопросъ, какъ-же относиться къ этимъ палочкамъ, считать-ли ихъ случайными спутниками-сапрофитами, или-же возбудителями болѣзни? На дѣлѣ различные авторы рѣшаютъ этотъ вопросъ неодинаково. Такъ, *Baginsky*, *Sommerfeld* и *Variot* (прив. по *Войнову*) считаютъ присутствіе палочекъ *Loeffler*'а у скарлатинныхъ больныхъ доказательствомъ смѣшаннаго зараженія. *Soerensen* (прив. по *Войнову*), хотя и становится на ту-же точку зрѣнія, даже по отношенію къ случаямъ, гдѣ не было налетовъ, а только катарральная жаба, но уже не безъ нѣкотораго колебанія. Еще болѣе колебанія обнаруживаетъ д-ръ *Шабадъ*. Онъ считаетъ, правда, вполнѣ законнымъ сомнѣніе въ патологическомъ значеніи палочекъ *Loeffler*'а, находимыхъ у скарлатинныхъ больныхъ безъ клинической картины дифтеріи, но самъ, по видимому, все-же склоненъ и эти случаи относить къ дифтеріи, хотя и легкой формы. Д-ръ *Войновъ* высказывается уже болѣе рѣшительно. «Далеко не во всѣхъ случаяхъ, гдѣ находятся дифтерійныя бациллы въ зѣвѣ скарлатиннаго больного, мы вправѣ говорить о существованіи дифтеріи» (стр. 471). «При скарлатинѣ могутъ быть находимы дифтерійныя бациллы, не вызвавшія никакихъ специфическихъ измѣненій въ зѣвѣ и, слѣд., не принимающія никакого участія въ процессѣ» (стр. 446). Какъ *Шабадъ*, такъ и *Войновъ* уже не считаютъ достаточнымъ для распознаванія смѣшаннаго заболѣванія скарлатиной и дифтеріей обнаруженія *Loeffler*'овскихъ палочекъ въ зѣвѣ скарлатинныхъ больныхъ, а требуютъ сочетанія клиническихъ и бактеріологическихъ данныхъ.

Несомнѣнное существованіе *Loeffler*'овскихъ палочекъ на слизистыхъ оболочкахъ у здоровыхъ людей не могло не поколебать взглядовъ практическихъ врачей и на патологическое значеніе этихъ палочекъ по отношенію къ катарральной, фолликулярной и лякунарнымъ жабамъ. Такъ, д-ръ *Гиппіусъ* въ засѣданіи Общества дѣтскихъ врачей 8-го марта 1900 г. (см. «Труды», стр. 50) выразилъ свое недоумѣніе въ сообщеніи о случаѣ типичной фолликулярной жабы, гдѣ были найдены *Loeffler*'овскія палочки, оказавшіяся вредоносными по отношенію къ морской свинкѣ. «Можетъ быть», пишетъ д-ръ *Войновъ* (стр. 497), «въ недалекомъ будущемъ факты подтвердятъ, что дифтерійныя бациллы, находимыя изрѣдка въ зѣвѣ больныхъ лакунарной и фолликулярной ангиной, представляютъ собой не что иное, какъ бациллы, не успѣвшія исчезнуть изъ зѣва здоровыхъ, не смотря на заболѣваніе ангиной».

Изъ приведенныхъ литературныхъ данныхъ видно, что во взглядахъ авторовъ на значеніе бактеріологическаго способа въ распознаваніи дифтеріи съ теченіемъ времени произошла значительная перемѣна. Тогда какъ прежде установленное бактеріологическимъ способомъ присутствіе *Loeffler*'овскихъ палочекъ въ зѣвѣ больныхъ той или другой жабой рѣшало вопросъ въ сторону дифтеріи, теперь все чаще и чаще стали раздаваться голоса, высказывающіе сомнѣніе въ правильности такого заключенія. Эти сомнѣнія имѣютъ, мнѣ кажется, научное основаніе, съ одной стороны, въ доказанномъ существованіи среди населенія довольно многочисленныхъ здоровыхъ носителей палочекъ *Loeffler*'а, а, съ другой, въ особенностяхъ самого бактеріологическаго способа. Не слѣдуетъ упускать изъ вида, что бактеріологическій способъ, при современномъ положеніи дѣла, не можетъ рѣшить вопроса, дифтерія у больного или нѣтъ? Въ лучшемъ случаѣ бактеріологическое изслѣдованіе можетъ дать отвѣтъ на вопросъ, имѣются-ли истинныя *Loeffler*'овскія палочки въ матеріалѣ, употребленномъ для изслѣдованія? Говорю «въ лучшемъ случаѣ» потому, что до самыхъ послѣднихъ лѣтъ бактеріологи все еще спорили о возможности отдѣлять палочку истинной дифтеріи отъ ложно-дифтерійной; существуетъ-ли истинная, но не вирулентная палочка? можетъ-ли она стать вирулентной? Въ настоящее время, по видимому, уже можно считать установленнымъ, что ложно-дифтерійныя палочки и палочки истинной дифтеріи совершенно различны, другъ въ друга не переходятъ и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ могутъ быть отличены однѣ отъ другихъ по множеству признаковъ; что палочки истинной дифтеріи могутъ утратить свою вирулентность, но могутъ при благопріятныхъ усло-

віяхъ и вернуть ее. Доводы д-ра *Шабада*[10]), а особенно опыты д-ра *Бомштейна*[11]) кажутся мнѣ вполнѣ убѣдительными въ этомъ отношеніи, хотя никакъ нельзя умолчать, что французская школа съ *Roux* во главѣ и не кто иной, какъ *Behring* все еще числятся въ рядахъ унитаристовъ.

Но, если даже и не сомнѣваться въ вѣрности способовъ, такъ сказать удостовѣряющихъ личность *Loeffler*'овской палочки, все-же въ каждомъ сомнительномъ случаѣ врачу всегда приходится рѣшать еще другой вопросъ: какое ихъ участіе въ патологическомъ процессѣ, можно-ли ихъ признать за возбудителей болѣзни или надо считать сапрофитами? Единственный изъ существующихъ способовъ, который могъ-бы дать точный отвѣтъ на вопросъ о характерѣ заболѣванія—это опредѣленіе присутствія дифтерійнаго токсина въ крови. Къ сожалѣнію, способъ этотъ еще такъ сложенъ и хлопотливъ, что пока и рѣчи не можетъ быть о его широкомъ примѣненіи. И потому вовсе не рѣдкость, что результатъ бактеріологическаго изслѣдованія въ иныхъ случаяхъ не только не выводитъ врача изъ затрудненія, но создаетъ новое, еще болѣе уменьшая вѣроятность правильнаго распознаванія. За 2 почти года моей ассистентуры въ дѣтской больницѣ Св. Владиміра мнѣ приходилось неоднократно испытывать всѣ эти недоумѣнія и затрудненія у постели больного, и мнѣ кажется, что краткое изложеніе нашихъ наблюденій будетъ не лишено нѣкотораго интереса.

За послѣдніе годы у всѣхъ больныхъ, поступающихъ на «контагіозное отдѣленіе» дѣтской больницы Св. Владиміра, немедленно по пріемѣ, дѣлается посѣвъ изъ зѣва и носа на свернутую сыворотку съ цѣлью ранняго уединенія носителей *Loeffler*'овскихъ палочекъ. Полной сводки этого большого матеріала еще не сдѣлано. Я ограничусь поэтому только больными, поступившими на отдѣленіе за время моей ассистентуры, которые были мной изслѣдованы съ клинической и бактеріологической стороны. Изъ 385 больныхъ, поступившихъ въ скарлатинное и коревое отдѣленія, 45 (11,6%) дали въ первомъ-же посѣвѣ ростъ дифтерійныхъ палочекъ, характерныхъ по своей морфологіи и окраскѣ по *Roux* и *Neisser*'у. Любопытно, что носители *Loeffler*'овскихъ палочекъ распредѣлялись неравномѣрно между коревымъ и скарлатиннымъ отдѣленіями; тогда какъ на 207 скарлатинныхъ больныхъ было только 8 (3,6%) носителей *Loeffler*'овскихъ палочекъ, на 168 коревыхъ больныхъ послѣднихъ было 37 (21,92%). По видимому, коревой и скарлатинный зѣвъ представляютъ собой далеко неодинаковую среду для роста дифтерійныхъ палочекъ *). Изъ упомянутыхъ 8 скарлатинныхъ больныхъ у 7 была омертвѣвающая жаба, у 1 фолликулярная.

У одного изъ нихъ бульонная эмульсія суточной разводки на сывороткѣ была впрыснута свинкѣ **), вѣсомъ въ 750,0. Свинка погибла черезъ сутки при типичной картинѣ дифтеріи. Этотъ больной былъ въ тоже время единственный изъ всѣхъ 8, заболѣвшій (на 18-й день поступленія) дифтеріей носа.

Изъ 37 коревыхъ больныхъ съ *Loeffler*'овскими палочками только 2 заболѣли дифтеріей. Испытаніе на вирулентность было произведено въ 3-хъ случаяхъ.

Въ 1-мъ свинка погибла черезъ сутки, во 2-мъ черезъ 2-ое сутокъ при типическихъ явленіяхъ, въ 3-мъ она осталась жива. Черезъ недѣлю новая разводка была впрыснута другой свинкѣ, и эта послѣдняя погибла черезъ сутки отъ дифтеріи.

Подобно *Габричевскому*, *Берестневу*, *Кишенскому*, *Войнову* и др. и мнѣ неоднократно приходилось убѣждаться въ томъ, что при появленіи нѣсколькихъ заболѣваній дифтеріей въ отдѣленіи поголовные посѣвы обнаруживаютъ присутствіе палочекъ *Loeffler*'а у ряда дѣтей частью безъ всякихъ измѣненій въ зѣвѣ, частью лишь съ незначительными катарральными явленіями. Такъ въ іюлѣ 1902 г. изъ нижняго этажа 1-го скарлатиннаго барака были выведены 2-е дѣтей съ дифтеріей зѣва. Посѣвы, сдѣланные у всѣхъ остальныхъ дѣтей, обнаружили у 4- дифтерійныя палочки при незначительныхъ катарра- ныхъ явленіяхъ въ зѣвѣ. Изъ этихъ 4-хъ дѣтей ник клинической дифтеріей не заболѣлъ. На терапевтич скомъ отдѣленіи мнѣ неоднократно приходилось набл дать заболѣванія катарральной жабой, протекавшей бе лѣченія сывороткой въ нѣсколько дней, при чемъ посѣв давалъ ростъ дифтерійныхъ палочекъ, характерныхъ п своей морфологіи и полярной окраскѣ. Вотъ нѣскольк тому примѣровъ.

1. А. Ф., 12 л., поступила 30/XII 1902 г. съ рожею лица. 1/ 1903 г. опредѣлена катарральная жаба. Посѣвъ на сыворотк далъ ростъ *Loeffler*'овскихъ палочекъ, характерно окрашиваю щихся по *Neisser*'у. 6/I краснота въ зѣвѣ исчезла. 13/I А. Ф выписана.

2. Е. Р., 11 л. поступила 25/IX 1902 г. по поводу третичнаго сифилиса. 5/I 1903 г.: Катарральная жаба. Въ посѣвѣ выросли кокки и дифтерійныя палочки, дающія типическую окраску по *Neisser*'у. 7/I: Зѣвъ блѣденъ. Въ посѣвѣ растутъ только стафилококки. 9/I: Новый посѣвъ—стафилококки. 22/I: Лякунарная жаба на правомъ миндалѣ. Посѣвъ—кокки. 29/I: Взята домой.

3. О. Г., 8 л., поступила 30/I 1903 г., со стригущимъ лишаемъ (herpes tonsurans). 1/II 1903 г.: Незначительная катарральная жаба. Въ посѣвѣ палочки *Loeffler*'а, дающія характерную окраску по *Neisser*'у. 3/II: Зѣвъ блѣденъ. 9/II: Посѣвъ; снова—палочки *Loeffler*'а. 14/II: Посѣвъ; кокки. 11/III: Взята домой.

4. И. Б., 3 л., поступилъ 30/XI 1902 г. изъ-за хронической пнеймоніи. 13/I 1903 г.: Умѣренная катарральная жаба. Въ посѣвѣ чистая разводка *Loeffler*'овскихъ палочекъ, характерно окрашивающихся по *Neisser*'у. 15/I: Зѣвъ блѣдный. 10/II: Взятъ домой.

5. Ѳ. Т. 13 л., поступила 29/XII 1902 г. съ хронической головной водянкой. 5/I 1903 г.: Катарральная жаба. Въ посѣвѣ чистая разводка *Loeffler*'овскихъ палочекъ, характерно окрашивающихся по *Neisser*'у. Впрыскиваніе свинкѣ бульонной эмульсіи изъ суточной разводки на сывороткѣ вызывало смерть свинки черезъ сутки при типическихъ явленіяхъ дифтеріи.

Во всѣхъ вышеприведенныхъ случаяхъ антидифтерійная сыворотка не была примѣнена. Не смотря на присутствіе дифтерійныхъ палочекъ, клинически болѣзнь протекала, какъ обыкновенная катарральная жаба. При наблюденіи такихъ случаевъ невольно рождается сомнѣніе въ ихъ дифтерійномъ характерѣ, невольно возникаетъ вопросъ, не правильнѣе-ли считать ихъ за обычную катарральную жабу, а найденныя *Loeffler*'овскія палочки—за случайныхъ ея спутниковъ?

Не отрицая теоретической возможности катарральныхъ жабъ дифтерійной природы, все-же нельзя не отмѣтить, что въ данныхъ бактеріологическаго изслѣдованія мы не получаемъ никакого новаго мѣрила, которое давало-бы право рѣшать вопросъ въ томъ или другомъ смыслѣ. Приведенные случаи представляются въ сущности еще сравнительно простыми. Гораздо большія затрудненія встрѣчаются, когда возникаетъ вопросъ о смѣшанномъ зараженіи; правда, въ нѣкоторыхъ изъ такихъ случаевъ, какъ, напр., въ нижеслѣдующемъ, возможность до извѣстной степени разобраться даетъ иногда клиническое теченіе.

В. З., 6 л., поступилъ 9/X 1902 г. на скарлатинное отдѣленіе на 3-ей недѣлѣ заболѣванія по поводу нефрита. Въ 1-мъ посѣвѣ выросли стафилококки. 3/XI: На обоихъ миндаляхъ въ углубленіяхъ тонкіе, бѣлые налеты. Утр. 36°,6, веч. 36°,8. Въ мазкахъ, окрашенныхъ по *Roux* и *Neisser*'у палочки и спириллы *Vincent*'а въ большомъ количествѣ. Палочекъ *Loeffler*'а найти не удается. Въ посѣвѣ выросли кокки, среди которыхъ попадается немного *Loeffler*'овскихъ палочекъ, характерно окрашивающихся по *Neisser*'у. 4/XI: Новое изслѣдованіе мазковъ и новый посѣвъ съ прежнимъ результатомъ. 7/XI: Справа налетъ исчезъ; слѣва онъ тоньше. Стоматита нѣтъ. 11/XI: Остается еще бѣлая точка въ кратерѣ лѣваго миндаля. 13/XI: Жаба ярче. Слѣва налетъ увеличился. Новые островчатые налеты на обоихъ миндаляхъ. Температура, до того все время нормальная (36°,6—37°), поднялась до 37°,6. Въ мазкахъ единичныя *Vincent*'овскія палочки, немного спириллъ и порядочно палочекъ *Loeffler*'а, характерно окрашивающихся по *Roux* и *Neisser*'у. Въ посѣвѣ почти безпримѣсная разводка *Loeffler*'овскихъ палочекъ съ типичной морфологіей и окраской. Впрыснуто 2000 антитоксина. 14/XI: Тонкіе фибринозные налеты на обоихъ миндаляхъ еще держатся. 37°,4. 15/XI: Зѣвъ почти чистъ отъ налетовъ. 37°. 18/XI: Зѣвъ чистъ, блѣденъ. 26/XI: Посѣвъ даетъ разводку *Loeffler*'овскихъ палочекъ. 3/XII: Взятъ домой.

Въ этомъ случаѣ дѣло, по видимому, шло такъ, что вначалѣ *Loeffler*'овскія палочки, заполученныя въ отдѣленіи, играли роль невинныхъ спутниковъ *Vincent*'овской жабы, а затѣмъ перешли въ активное состояніе и дали клиническую картину дифтеріи. Болѣе трудную задачу для распознаванія представлялъ слѣдующій случай.

*) По отношенію къ скарлатиннымъ больнымъ этотъ фактъ отмѣченъ *Baumgarten*'омъ, *Soerenson*'омъ, *Tibiger*'омъ (см. у д-ра *Шабада*), *Войновымъ*.

**) Эта и всѣ дальнѣйшія прививки свинкамъ были произведены д-ромъ *Бронштейномъ* въ лабораторіи д-ра *Блюменталя*. Приношу искреннюю благодарность д-ру *Бронштейну* за любезно взятый на себя трудъ производства прививокъ, а д-ру *Блюменталю* за предоставленіе въ мое распоряженіе средствъ своей лабораторіи.

Digitized by Google

Е. С. поступила въ сомнительное отдѣленіе по поводу жабы 26/ix 1903 г. 37°,6. Въ зѣвѣ умѣренная краснота; на лѣвомъ миндалѣ рыхлый налетъ, желтоватаго цвѣта. Десны нормальны. Слабый запахъ изо рта. Подчелюстная железка слѣва припухла, болѣзненна. Въ мазкахъ множество спириллъ и палочекъ *Vincent*'а. Палочекъ *Loeffler*'а не видно. Въ посѣвѣ выросли дифтерійныя палочки, характерныя по морфологіи и отношенію къ окраскѣ *Neisser*'а. 27/ix: Налетъ распадается. На его мѣстѣ видна неглубокая язвочка съ сѣроватымъ дномъ. 37°,4. Въ мазкахъ, помимо *Vincent*'овскихъ палочекъ и спириллъ, группы *Loeffler*'овскихъ палочекъ, окрашивающихся по *Neisser*'у. Новый посѣвъ далъ почти безпримѣсную разводку *Loeffler*'овскихъ палочекъ. Свинка, коей впрыснута была бульонная эмульсія однодневной разводки на сывороткѣ, погибла черезъ 40 час. при типической картинѣ дифтеріи. 28/ix: Язвочка чище. 36°,8. 29/ix: Зѣвъ безъ перемѣны. Въ мазкахъ очень немного *Vincent*'овскихъ палочекъ и спириллъ; попадаются палочки *Loeffler*'а. 1/x Зѣвъ чистъ. 4/x: Въ посѣвѣ выросли кокки и палочки *Loeffler*'а. 11/x: Въ посѣвѣ растутъ только кокки. 13/x: Возвращена матери здоровой.

По отношенію къ этому случаю уже чрезвычайно трудно рѣшить, была-ли здѣсь *Vincent*'овская жаба съ *Loeffler*'овскими палочками въ качествѣ сапрофитовъ, или, наоборотъ, дифтерія зѣва съ сапрофитирующими *Vincent*'овскими палочками, или-же, наконецъ, смѣшанное зараженіе тѣми и другими. Если здѣсь и была дифтерія, то, не смотря на доказанную вредоносность найденныхъ палочекъ *Loeffler*'а, ее надо признать за очень легкую, тѣмъ болѣе, что сыворотки впрыснуто не было.

Не меньшія трудности возникаютъ при рѣшеніи вопроса объ одновременномъ заболѣваніи скарлатиной и дифтеріей. Въ подобныхъ случаяхъ иногда чувствуешь себя перенесеннымъ въ эпоху жаркихъ споровъ о скарлатинной дифтеріи и скарлатинныхъ омертвѣніяхъ. Д-ръ *Шабадъ* и д-ръ *Войновъ* не удовлетворяются уже, какъ было сказано, одними бактеріологическими данными для распознаванія смѣшаннаго заболѣванія скарлатиной и дифтеріей, а требуютъ и соотвѣтствующей клинической картины, сознавая въ тоже время, что всѣ эти клиническіе признаки (плотные пленчатые налеты, распространяющіеся за предѣлы миндалей, альбуминурія, ѣдкая течь изъ носа, адениты, ларингитъ) порознь могутъ быть не убѣдительны, а въ совокупности встрѣчаются нечасто. Я тоже не разъ бывалъ въ подобномъ затрудненіи и пришелъ къ заключенію, что при наличности *Loeffler*'овскихъ палочекъ только послѣдовательные дифтерійные параличи и ларингитъ (послѣдній только при отсутствіи признаковъ отека гортани) являются достаточнымъ доказательствомъ одновременнаго заболѣванія скарлатиной и дифтеріей. Имѣя въ виду представить отдѣльную работу о сочетаніи скарлатины съ дифтеріей, я ограничусь на этотъ разъ слѣдующими 2-мя исторіями болѣзни.

М. Ю., 2 л. 4 мѣс., поступила въ смѣшанное отдѣленіе 22/x 1902 г. По всему тѣлу мелкоточечная сыпь. Яркая жаба съ плотными налетами въ углубленіяхъ миндалей. Грубоватый кашель; сиплый голосъ. Адениты. Въ посѣвѣ характерныя по морфологіи и окраскѣ палочки *Loeffler*'а. Бульонная эмульсія суточной разводки на сывороткѣ убивала свинку черезъ сутки при типичныхъ явленіяхъ дифтеріи. Впрыснуто 2000 антитоксина. 24/x: Сыпь яркая. Налеты прочно держатся. Голосъ сиплый. Снова 2000 антитоксина. 25/x: Налеты приняли характеръ омертвѣвающихъ. 26/x: Сыпь поблѣднѣла. Въ зѣвѣ омертвѣнія. Пнеймоническое гнѣздо въ правой нижней долѣ. Сердце расширено. Пульсъ слабый. 28/x: Течь изъ праваго уха. 31/x: При питьѣ сильно поперхивается. Пульсъ слабый. Очаги омертвѣнія увеличились. 7/xi: Зѣвъ почти свободенъ отъ гнѣздъ омертвѣнія. 11/xi: Въ зѣвѣ только краснота. Течь изъ обоихъ ушей. 15/xi: Въ зѣвѣ ничтожная краснота. При питьѣ все еще немного поперхивается. Колѣнные рефлексы живые. Шелушеніе. 26/xi: Взята домой здоровой.

Въ этомъ случаѣ плотные вначалѣ налеты, ларингитъ и послѣдовательныя затяжныя параличныя явленія дѣлали распознаваніе смѣшаннаго заболѣванія несомнѣннымъ. Слѣдующій случай представляется съ моей точки зрѣнія уже сомнительнымъ.

С. М., 10 л., поступилъ 22/x 1902 г. Яркая эритема и мелкоточечная сыпь по всему тѣлу. Малиновый языкъ. Яркая жаба безъ налетовъ. Пульсъ частый, слабоватый. Въ посѣвѣ стафилококки и палочки *Loeffler*'а, характерныя по морфологіи и окраскѣ по *Neisser*'у. Бульонная эмульсія однодневной разводки на сывороткѣ убивала свинку черезъ сутки при типичной картинѣ дифтеріи. 23/x: Сыпь приняла синюшный оттѣнокъ. Яркая жаба съ бѣлесоватыми миндалями. Слабость. Тяжелое общее состояніе. Впрыснуто 2000 антитоксина. 24/x: Сыпь блѣднѣе. На заднихъ дужкахъ и задней стѣнкѣ глотки плотные налеты. Порядочные адениты съ обѣихъ сторонъ. 40°. Бредъ. Пульсъ слабый. Въ 3 часа дня мальчикъ умеръ.

Въ этомъ случаѣ плотные налеты на дужкахъ и особенно на задней стѣнкѣ глотки невольно склоняли распознаваніе въ пользу смѣшаннаго зараженія. Я все-же не считалъ возможнымъ высказаться рѣшительно въ этомъ направленіи, такъ какъ не разъ видѣлъ, что скарлатинныя пораженія зѣва иногда поразительно напоминаютъ дифтерію, а между тѣмъ поспѣшное распознаваніе не оправдывается повѣрочнымъ бактеріологическимъ изслѣдованіемъ.

Изъ всего вышеизложеннаго, думается, ясно, что бактеріологическій способъ въ настоящее время не всегда является рѣшающимъ условіемъ въ распознаваніи дифтеріи. Естественнымъ образомъ возникаетъ желаніе выработать опредѣленную точку зрѣнія для его оцѣнки въ отдѣльныхъ случаяхъ, установить, такъ сказать, предѣлы его компетенціи.

Свой взглядъ по этому вопросу я позволю себѣ выразить въ слѣдующихъ положеніяхъ.

1. Несомнѣнное и безусловное значеніе имѣетъ отрицательный результатъ повторнаго изслѣдованія на содержаніе *Loeffler*'овскихъ палочекъ. Бактеріологическій способъ съ несомнѣнностью установилъ (и въ этомъ одномъ уже его огромная заслуга), что пленчатыя жабы, ларингиты и крупы могутъ быть и не дифтерійнаго происхожденія. Въ отчетѣ дѣтской больницы принца Ольденбургскаго за 1894 *К. А. Раухфусъ* представилъ чрезвычайно поучительное собраніе подобныхъ случаевъ. Съ тѣхъ поръ этотъ фактъ уже сталъ общепризнанной истиной, и потому я не стану приводить всѣхъ своихъ наблюденій такого-же свойства. Отмѣчу только, что мнѣ пришлось, между прочимъ, наблюдать 7 случаевъ ларингостеноза при чистомъ зѣвѣ (а эти случаи всегда возбуждаютъ сомнѣніе на дифтерію), гдѣ повторныя изслѣдованія не обнаружили присутствія *Loeffler*'овскихъ палочекъ.

2. Столь-же несомнѣнно, по моему убѣжденію, значеніе положительнаго результата бактеріологическаго изслѣдованія, если и клиническая картина говоритъ въ пользу дифтеріи. Я вполнѣ согласенъ съ д-ромъ *Шабадомъ*, что въ настоящее время едва-ли кому-нибудь придетъ въ голову сомнѣваться въ дифтерійномъ характерѣ пленчатой жабы, если бактеріологическое изслѣдованіе обнаруживаетъ въ пленкахъ наличность *Loeffler*'овскихъ палочекъ.

3. Зато во всѣхъ случаяхъ, гдѣ клиническая картина противорѣчитъ положительнымъ даннымъ изслѣдованія на *Loeffler*'овскія палочки или представляется такъ или иначе сомнительной, бактеріологическій способъ не даетъ намъ прочной опоры для распознаванія. Во всѣхъ такихъ случаяхъ намъ придется отказываться отъ распознаванія до тѣхъ поръ, пока бактеріологическая діагностика не обогатится новымъ точнымъ способомъ, который будетъ рѣшать вопросъ не только о наличности *Loeffler*'овскихъ палочекъ, но и объ отравленіи организма дифтерійнымъ ядомъ.

Во избѣжаніе недоразумѣній считаю нужнымъ оговориться, что въ настоящей работѣ я имѣлъ въ виду только научное распознаваніе дифтеріи и не касался практической стороны вопроса о мѣропріятіяхъ, связанныхъ съ обнаруженіемъ въ зѣвѣ *Loeffler*'овскихъ палочекъ. Я видѣлъ, что носители *Loeffler*'овскихъ палочекъ частью сами съ теченіемъ времени заболѣваютъ дифтеріей, частью заражаютъ окружающихъ, и потому предохранительныя мѣры имѣютъ свой raison d'être независимо отъ распознаванія основной болѣзни, при которой *Loeffler*'овскія палочки могутъ быть и случайными спутниками.

Въ заключеніе считаю своимъ долгомъ выразить глубокую благодарность *В. И. Дрейеру* и *А. А. Соколову*, любезно разрѣшившимъ мнѣ воспользоваться для этой работы больничнымъ матеріаломъ.

**Источники.** *К. А. Раухфусъ*. Очеркъ устройства и 25-лѣтней дѣятельности дѣтской больницы Принца Петра Ольденбургскаго 1869—1894 гг., стр. 334. — **2**. Докладъ Коммиссіи Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ по вопросу о предохранительныхъ мѣрахъ противъ дифтеріи. «Труды Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ» 1901—1902 г., стр. 5.—3. Д-ръ *Кишенскій*. Тамъ-же, 47—48. — 4. *К. А. Раухфусъ*. Медицинскій отчетъ дѣтской больницы Принца Петра Ольденбургскаго 1894 г., стр. 133.—5. *Войновъ*. Дифтерія и дифтерійныя бациллы при скар-

Digitized by Google

латинѣ. «Практическій Врачъ», 1903 г., №№ 18, 19, 20 и 21.—6. «Труды Общества дѣтскихъ врачей», 1900—1901 г., стр. 44—48.—7. Докладъ Коммиссіи дѣтскихъ врачей. «Труды», 1900—1901 г., стр. 6.—8. *Шабадъ*. Diphteria und der Diphtheriebacillus bei Scharlach. «Archiv für Kinderheilkunde», т. 34, стр. 162.—9. *Онъ-же*. Die klinische Bacteriologie der Diphtherie. «Jahrbuch für Kinderheilkunde», 1901 г., т. 54, тетр. 4. — 10. *Бомштейнъ*. Опыты превращенія невирулентнаго дифтерійнаго бацилла и псевдо-дифтерійнаго въ вирулентнаго *Löffler*'овскаго бацилла. «Русскій Архивъ патологіи», 1902 г.

---

## IV. Полный выворотъ матки, обусловленный громаднымъ фиброидомъ; операція.

**В. Д. Колотинскаго** (с. Сима, Юрьевскаго уѣзда, Владимірской губ.).

Только опухоли десмоиднаго характера — фиброміомы, міомы и міо-саркомы—были тѣми опухолями матки, которыя причиняли ея выворотъ во всѣхъ относящихся сюда случаяхъ, описанныхъ въ литературѣ. Такіе случаи, не смотря на частоту міомъ вообще, встрѣчаются однако далеко не часто. По статистикѣ *Cross*'а[1]) изъ 400 случаевъ выворота матки, собранныхъ имъ въ литературѣ, только 40 обусловливались маточными опухолями; въ это число, какъ указываетъ *Gusserow*, вошло однако много случаевъ сомнительныхъ изъ старой литературы. *Pozzi* [2])-же собралъ изъ литературы всего 21 случай, въ которыхъ фиброміомы въ днѣ матки повели къ вывороту и усѣченію органа.

*Atthill* и *Scanzoni* [3]) насчитали 22 случая. Мнѣ удалось найти въ литературѣ указанія или описанія случаевъ, которые наблюдали *Heister*, *Plattner*, *Sabatier*, *Jourdan*, *Clarke*, *Lewy*, *Clinbock*, *Dunkan*, *Hippius*, *Oldmann*, *Churchill* [4]), *Atthill* [5]), *Ф. А. Троянова* [6]), *Werth* [7]), *Winter* [8]), *Н. И. Смирновъ* [9]), *M. Bouquet* [10]), *Otto Küstner* [11]), *Martin* [12]), *Field* [13]), *M. Clintoc* [14]); послѣдній описалъ 2 случая; слѣд., всего—22 наблюденія. Изъ всѣхъ этихъ описаній видно, что выворотъ матки вызывался болѣе или менѣе значительными подслизистыми фиброміомами, такими, которыя къ тому-же прикрѣплялись къ внутренней поверхности матки болѣе или менѣе широкимъ основаніемъ. Опухоли-же, снабженныя длинной тонкой ножкой, что наблюдается при т. наз. фиброзныхъ полипахъ матки, никогда не сопровождались выворотомъ ея; это легко объясняется тѣмъ, что, благодаря своей хорошо развитой ножкѣ, опухоли эти могутъ легко выходить черезъ маточный зѣвъ, не увлекая за собой одновременно дна матки. По мнѣнію *Atthill*'я и *Scanzoni*, собравшихъ изъ литературы, какъ упомянуто, 22 случая, выворотъ матки опухолями происходитъ только при опухоляхъ, прикрѣпляющихся безъ ножки къ маточному дну. Если такія опухоли сидятъ на днѣ матки и сильно растутъ книзу всей своей массой, не обособляя при этомъ ножки, связующей ихъ со стѣнкой матки, то онѣ уже одной своей тяжестью должны оттягивать маточное дно книзу. При дальнѣйшемъ ростѣ опухоль все больше выполняетъ полость матки и равномѣрно растягиваетъ её; стѣнка матки равномѣрно истончается, за исключеніемъ того мѣста, гдѣ находится основаніе опухоли; послѣдняя отраженно, вслѣдствіе давленія на внутреннюю поверхность матки, вызываетъ маточныя сокращенія, которыя и производятъ значительные смѣщенія опухоли и постепенное, черезъ раскрывающуюся подъ ея напоромъ шейку, появленіе ея во влагалищѣ. Этому процессу особенно благопріятствуютъ мѣсячныя, какъ на это указывалъ *Schroeder* (стр. 289). Разъ опухоль появилась уже во влагалищѣ, она тѣмъ легче увлекаетъ за собой дно матки, чѣмъ тѣснѣе и шире связь, существующая между ней и дномъ матки, и подъ вліяніемъ тяжести опухоли и сокращеній брюшного пресса дѣло доходитъ до частичнаго или полнаго выворота матки и даже выступанія ея вмѣстѣ съ прикрѣпляющейся къ ней опухолью изъ наружныхъ половыхъ частей.

Перехожу къ описанію своего случая.

Въ маѣ 1901 г. я былъ позванъ къ больной по поводу задержки мочеиспусканія. А. Ф., 46 л., крестьянка, очень малокровная и худая, жаловалась на частыя и обильныя кровотеченія изъ половыхъ органовъ, боли и появившуюся въ послѣднее время задержку въ мочеиспусканіи. Удаливъ мочу изъ мочевого пузыря, я приступилъ къ изслѣдованію половыхъ органовъ. На нару ныхъ половыхъ частяхъ и въ рукавѣ оказалась кровь; маточн шейка была раскрыта пальца на 2; изъ нея выдавалась плотн опухоль сѣровато-краснаго цвѣта; матка была больше кула при ощупываніи почти безболѣзненна, яйцевидной формы и пло ная; въ сводахъ было свободно. Изъ разспросовъ выяснило что А. Ф. больна уже 3-ій годъ; болѣзнь началась кровотеч ніемъ и болями; прежде ничѣмъ особеннымъ не болѣла; 18 лѣ вдовѣетъ; имѣла 2-хъ сыновей, изъ коихъ 1 умеръ 5 лѣтъ н задъ отъ оспы; 2-ой живъ; ему 20 лѣтъ; до болѣзни мѣсячн были по 5 дней, черезъ 3 недѣли. На основаніи данныхъ изсл дованія и анамнеза я распозналъ подслизистую фиброміому предложилъ больной операцію — удалить опухоль. Больная об щала подумать. Съ тѣхъ поръ, однако, она долгое время ничег не давала о себѣ знать, и лишь черезъ 10 мѣсяцевъ я снов былъ вызванъ къ ней, и мнѣ представилась слѣдующая картина Больная очень слаба; лице осунулось; глаза ввалились; языкъ сухой, обложенный; 39°; продолжительный запоръ; въ комнат рѣзкій гнилостный запахъ. При осмотрѣ оказалось, что пред наружными половыми частями, между бедеръ больной, лежала громадная опухоль, достигавшая внизъ почти до колѣнъ, а свер ху толстымъ стержнемъ, толщиной съ нижнюю часть предплечья взрослаго, переходившая во влагалище. При попыткахъ оттянуть опухоль внизъ появлялась сильная боль. Опухоль была неравномѣрно плотная, сѣро-краснаго цвѣта; стержень ея мясисто-красный; она была покрыта кровянисто-гнойнымъ отдѣляемымъ; омертвѣвшая нижняя часть ея, темно-сѣраго цвѣта, была изъязвлена; при давленіи отсюда выдавливалась гнилосто-пахнувшая жидкость. Опухоль, по словамъ больной, выпадала постепенно въ недѣлю времени, безъ особенно сильной боли, а лежитъ больная съ ней въ описанномъ сейчасъ видѣ недѣли 2. Теперь больная соглашалась на операцію и была въ тотъ-же день помѣщена для этого въ завѣдуемую мной больницу. Здѣсь при болѣе обстоятельномъ изслѣдованіи было найдено, что стержень, мясокрасная поверхность котораго кровоточила даже при легкомъ прикосновеніи, уходилъ во влагалище, гдѣ было много кровянисто-гнойнаго отдѣленія. Палецъ, введенный по поверхности этого стержня, безъ всякой границы вездѣ кругомъ переходилъ прямо на стѣнку влагалища; тотъ же непосредственный переходъ установленъ и осмотромъ. Слизистая оболочка влагалища была красна и рыхла. При наружно-внутреннемъ изслѣдованіи чрезъ влагалище и прямую кишку матки найдено не было, но и типичной воронки, какъ это описывается при выворотахъ матки, опредѣлить тоже не удавалось. Очевидно, что здѣсь имѣлось дѣло съ полнымъ выворотомъ матки, при чемъ она въ вывороченномъ, гипертрофированномъ и воспаленномъ состояніи и представляла тотъ стержень, на которомъ держалась опухоль, причинившая ея выворотъ. Опухоль по всѣмъ признакамъ представляла изъ себя фиброміому, начавшую уже гнилостно распадаться. Въ виду слабости больной и гнилостнаго распаденія опухоли операція была произведена въ тотъ-же день, какъ больная поступила въ больницу.

Наркозъ хлороформный. Послѣ надлежащаго омовенія и обеззараживанія соотвѣтствующихъ частей и тщательнаго завертыванія всей опухоли компрессами, смоченными въ растворѣ сулемы, опухоль была оттянута изъ рукава книзу, и на ея стержень предъ самыми наружными половыми частями наложенъ туго затянутый упругій жгутъ. Отступя отъ жгута на палецъ, я перерѣзалъ ножемъ стержень, при чемъ нѣсколько колебался, гдѣ сдѣлать разрѣзъ, такъ какъ никакой ясной границы между опухолью и маткой замѣтить было нельзя, и сдѣлалъ разрѣзъ тамъ, гдѣ стержень былъ, по видимому, мягче, а поверхность его становилась мясистѣе и краснѣе. Оставшаяся культя быстро сократилась и ускользнула въ рукавъ; жгутъ свалился. При помощи *Museux*'евскихъ щипцевъ культя была захвачена и вытянута обратно наружу. Сильное кровотеченіе, преимущественно паренхиматозное, было остановлено, помимо перевязки болѣе крупныхъ сосудовъ, сшиваніемъ раны наглухо; наложено было 7 шелковыхъ швовъ въ переднезаднемъ направленіи. Во влагалище введенъ тампонъ изъ іодоформной марли.

Въ послѣдующіе дни больная постепенно поправлялась; температура черезъ 3 дня стала нормальной; появился позывъ на ѣду; запоры постепенно устранены были назначеніемъ тоническихъ средствъ. Кровотеченія изъ влагалища не появлялось. Влагалище ежедневно проспринцевывалось и тампонировалось. На 5-ый день швы на культѣ пришлось снять: они прорѣзались, и рана разошлась. Сама культя, вывороченная матка, уменьшилась; средина ея начала вплачиваться, а черезъ нѣсколько дней на мѣстѣ ея имѣлась уже почти нормальная на видъ маточная шейка; вывороченная матка, очевидно, вправилась. Въ полость ея зондъ входилъ на 4 стм., и при двуручномъ изслѣдованіи черезъ прямую кишку прощупывалась нормальной формы матка, а позднѣе стало возможнымъ прощупывать ее и черезъ влагалище: очевидно, она приняла и болѣе нормальное положеніе. Черезъ 2 недѣли послѣ операціи больная ходила и чувствовала себя здоровой, а черезъ мѣсяцъ выписалась изъ больницы и по временамъ являлась для осмотра. У нея вскорѣ появились мѣсячныя, типа черезъ 3 недѣли по 5 дней, т. е. такого-же, какой былъ до болѣзни. Въ послѣдній разъ я видѣлъ больную въ октябрѣ 1902 г. и не нашелъ у нея никакихъ разстройствъ.

Удаленная опухоль тотчасъ послѣ операціи вѣсила около 5 ф.; длиной она была 25 стм.; окружность въ самомъ широкомъ мѣстѣ—44 стм., т. е. значительно больше окружности головы новорожденнаго. Опухоль состояла изъ 2-хъ неравныхъ частей: верхней большей, неправильно веретенообразной формы, и ниж-

Digitized by Google

ней, отдѣлявшейся отъ первой плоскимъ перехватомъ, гораздо меньшей, колбообразно-закругленной, изъязвленной и размягченной.

Болѣе подробное изслѣдованіе опухоли было произведено въ Казанской акушерско-гинекологической клиникѣ подъ руководствомъ проф. *В. С. Груздева*, по предложенію котораго опухоль и была предоставлена въ даръ Музею клиники. На поверхности продольнаго разрѣза ея представлялись 2 разнородныя части, верхняя, совершенно бѣлая, плотная, и нижняя, темно-коричневая, болѣе мягкая, т. е. верхняя, еще сохранившая свою цѣлость, и нижняя, подвергнувшаяся уже перерожденію, что подтвердилось и микроскопическимъ изслѣдованіемъ. На микроскопическихъ препаратахъ изъ верхней части вблизи операціоннаго разрѣза видна была лишь фиброзная соединительная ткань, въ которой встрѣчались пучками и гладкія мышечныя волокна, а дальше въ болѣе центральныхъ отдѣлахъ были ясно замѣтны ряды веретенообразныхъ саркоматозныхъ клѣточекъ, проходящіе въ фиброзной основѣ. Въ силу этого опухоль была признана фибромiомой, перерожденной саркоматозно; это микроскопическое распознаваніе опухоли было подтверждено проф. *Н. М. Любимовымъ*.

Опухоль представляетъ значительный интересъ своей выдающейся величиной, во всякомъ случаѣ исключительной для подслизистыхъ фиброидовъ. Въ литературѣ, мнѣ доступной, я нашелъ только 1 случай, описанный *Н. И. Смирновымъ*, гдѣ вѣсъ опухоли достигалъ тоже 5 ф., въ среднемъ-же опухоли, вызывавшія выворотъ матки, имѣли величину кулака, и фибромiома, напр., въ случаѣ *Otto Küstner*'a, вѣсила 540 грм.; это, по видимому, и будетъ средній вѣсъ такихъ опухолей. Въ моемъ случаѣ большой объемъ опухоли въ значительной степени долженъ быть отнесенъ на счетъ ея саркоматознаго перерожденія; не тѣмъ ли же объясняется болѣе значительный объемъ такихъ опухолей и въ случаяхъ другихъ авторовъ? Къ сожалѣнію, въ описаніяхъ не вездѣ приводятся данныя микроскопическаго изслѣдованія, а между тѣмъ въ послѣднее время все больше подтверждается тотъ фактъ, впервые указанный еще *Rokitansk*'имъ, что фибромiомы очень нерѣдко подвергаются саркоматозному перерожденію. На частоту такихъ перерожденій фибромiомъ указывалъ и проф. *Д. О. Оттъ* [15]). *К. П. Улезко-Строганова* [16]) говоритъ, что перерожденіе фибромiомъ, имѣющее своимъ источникомъ мышечную клѣтку и въ позднѣйшихъ стадіяхъ сходное съ саркомами, встрѣчается въ 10%.

Хотя вѣсъ опухоли несомнѣнно имѣетъ немалое значеніе въ происхожденіи выворота матки, однако приписать исключительно ему значеніе въ этомъ процессѣ я не могу. Извѣстны случаи, гдѣ очень небольшія опухоли, вѣсъ которыхъ не могъ играть замѣтной роли, вызывали однако выворотъ матки. *Charles West* [17]) говоритъ, что и очень маленькихъ опухолей достаточно, чтобы вызвать выворотъ матки. *M. Clintoc* наблюдалъ случай, въ которомъ небольшая, едва достигшая величины яйца, опухоль послѣ сильной рвоты вызвала выворотъ матки вмѣстѣ съ выпаденіемъ послѣдней; имъ-же описанъ еще одинъ такой-же случай, гдѣ также очень небольшая опухоль подобнаго рода дала поводъ къ вывороту. Очевидно, здѣсь, помимо тяжести самой опухоли, играютъ важную роль и другія условія. На дѣйствіе брюшного пресса я уже указывалъ, и 1-ый случай *M. Clintoc*'a подтверждаетъ это. Возможно, что при этомъ происходитъ и патологическое измѣненіе въ самихъ мышцахъ матки, способствующее ея вывороту; это и предполагается, но опредѣленныхъ доказательствъ не приводитъ никто; скорѣе встрѣчаются отрицательныя данныя; такъ, *Winter* [18]) въ своемъ случаѣ удаленія опухоли и вывороченной ею матки при микроскопическомъ изслѣдованіи не нашелъ перерожденія мышцъ послѣдней. На это-же указываетъ и *Gusserow*, не обнаружившій въ своемъ случаѣ и ненормальностей въ прикрѣпленіи нижняго отрѣзка матки, которыя могли-бы способствовать вытѣсненію нижняго отрѣзка дна матки наружу при потугообразныхъ сокращеніяхъ послѣдней.

Въ связи съ этимъ вопросомъ слѣдуетъ указать на возрастъ больныхъ; по видимому, въ среднемъ онъ соотвѣтствуетъ періоду полового увяданія или времени, близкому къ нему; такъ, въ случаѣ *Н. И. Смирнова* больной было 45 л., *Otto Küstner*'a—40 л., *M. Bouquet*—36 л., *Ф. А. Трояновой*—45 л., въ моемъ случаѣ—46 л. Возможно допустить, что въ этихъ мѣстахъ мышцы матки и помимо патологическаго перерожденія, дѣлаются уже менѣе упругими, а потому болѣе способными дать выворотъ ея.

Къ какимъ-же практическимъ указаніямъ въ смыслѣ лѣченія можетъ привести мой случай? Здѣсь прежде всего я долженъ согласиться съ выводомъ *Н. И. Смирнова*, что въ такихъ случаяхъ при удаленіи опухоли трудно бываетъ рѣшить, гдѣ кончается опухоль и гдѣ начинается матка. Если перерѣзать ножку подальше отъ опухоли, можно попасть на матку и вскрыть воронку выворота. Такъ и было въ случаѣ *Winter*'a, когда воронка выворота была перерѣзана при перерѣзкѣ ножки впереди наружнаго маточнаго зѣва и, вслѣдствіе открытой въ полость брюшины раны маточной стѣнки, матка была удалена; у больной развился перитонитъ, но она поправилась. Съ другой стороны, принимая во вниманіе нерѣдкость саркоматознаго перерожденія фибромiомъ, нельзя вполнѣ согласиться съ другимъ выводомъ *Н. И. Смирнова*, что въ виду указанной трудности опредѣлить границы при операціи слѣдуетъ держаться возможно ближе къ опухоли, такъ какъ, оставляя часть опухоли, тѣмъ самымъ создаютъ бóльшую возможность возврата ея. Очевидно, въ этихъ случаяхъ мы лишены опредѣленныхъ данныхъ для категорическаго рѣшенія вопроса и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ должны строго соображаться со всѣми особенностями его и удѣлять большое вниманіе цвѣту, плотности и пр. ножки опухоли. Въ иныхъ случаяхъ можно будетъ, быть можетъ, поступить такъ, что, удаливъ главную массу опухоли, остальное срѣзывать слоями, пока не обнаружится ясно мышечная ткань матки.

Укажу еще на благопріятное дѣйствіе систематическихъ тампонадъ влагалища на вправленіе вывороченной матки въ моемъ случаѣ; это подтверждаетъ тотъ взглядъ, что ихъ всегда слѣдуетъ примѣнять въ соотвѣтствующихъ случаяхъ, не дожидаясь произвольнаго вправленія, о которомъ сообщаютъ нѣкоторые авторы.

**Источники.** 1. Прив. по *Gusserow*'y. Новообразованія матки. 2. *Pozzi*. De la valeur de l'hysterotomie и пр. Paris. 1875 г. Прив. по *Gusserow*'y. 3. *Горвицъ*. «Руководство по женскимъ болѣзнямъ», 1878 г., стр. 879. 4. *Churchill*. «Руководство къ женскимъ болѣзнямъ», стр. 546. 5. *Atthill*. «The British medical Journal», 1881 г., 16 апр., стр. 599. 6. *Ф. А. Троянова*. «Врачъ», 1886 г., № 19, стр. 367. 7. *Werth*. Прив. по «Врачу», 1884 г., № 1, стр. 10; реф. изъ «Archiv für Gynaekologie», т. XXII. 8. *Winter*. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XXXV, стр. 132. 9. *Н. И. Смирновъ*. «Хирургическій Вѣстникъ», 1888 г., стр. 542. 10. *M. Bouquet*. «L'Union médical», 1888 г., № 107. 11. *Veit*. Handbuch der Gynaekologie. т. I, стр. 224. 12. *Martin*. «Monatsschrift für Geburtshülfe», 34, 410; прив. по *Gusserow*'y. 13. Clinical Memoire on diseases of women. 1863 г., стр. 97. прив. по *Gusserow*'y. 14. *K. Schroeder*. «Руководство къ болѣзнямъ женскихъ половыхъ органовъ», стр. 266. 15. «Еженедѣльникъ», 1901 г., стр. 346 (Засѣданіе акушерско-гинекологическаго Общества). 16. «Врачебная Газета», 1901 г., № 31, стр. 577 (Засѣданіе акушерско-гинекологическаго Общества). 17. *Ch. West*. Lehrbuch der Frauenkrankheiten, стр. 297. 18. *Winter*. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XXXV, стр. 132.

V. Изъ Севастопольской городской больницы.

## Случай прободающаго воспаленія червеобразнаго отростка съ обильнымъ кровоизліяніемъ въ брюшную полость.

С. А. Никонова.

Не смотря на то, что мнѣ приходилось и видѣть, и дѣлать самому не одинъ разъ операціи по поводу воспаленія червеобразнаго отростка, до нижеприводимаго случая я ни разу не видалъ кровотеченія изъ изъязвившихся сосудовъ отростка. Да и въ учебникахъ и вообще въ доступной мнѣ литературѣ я также не нашелъ ни одного указанія на такіе случаи, и лишь въ кн. IV т. VI «Лѣтописи Русской Хирургіи» за 1901 г., мнѣ попалась краткая рецензія *Н. Розенберга*, о книгѣ *E. Erich*'a «Кровотеченія изъ изъязвленій при перитифлитѣ» разбирающей указываемое осложненіе. По *Erich*'y, такіе случаи наблюдаются, хотя и крайне рѣдко, при чемъ кровотеченія происходятъ чаще всего изъ подвздошныхъ сосудовъ и т. наз. vasa circumflexa ilei. Одинъ такой случай, не провѣренный, впрочемъ, вскрытіемъ, приводитъ и *Erich*.

Digitized by Google

Какъ извѣстно, при операціи аппендицита приходится встрѣчать или обособленный иногда внѣбрюшинный гнойникъ, или воспаленный отростокъ, часто съ срощеніями; но ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ обыкновенно не встрѣчаютъ крови, излившейся въ сколько-нибудь значительномъ количествѣ. Нижеприводимый случай представляетъ, мнѣ кажется, поэтому нѣкоторый интересъ, такъ какъ, вмѣсто большого скопленія гноя, которое я съ помогавшими мнѣ при операціи товарищами ожидали найти, мы натолкнулись на огромную гэматому, содержавшую по приблизительному разсчету не менѣе литра крови. Случай этотъ слѣдующій.

25/VI 1901 г. въ 9 час. веч. въ Севастопольскую городскую больницу былъ доставленъ Я. Р., 23 л., наборщикъ, крѣпкаго сложенія, заболѣвшій 10 дней назадъ, когда у него внезапно появилась острая боль внизу живота справа. На низъ и до, и во время болѣзни ходилъ правильно; запоровъ не было. Подъ вліяніемъ примѣнявшагося дома лѣченія ему стало лучше: боль стихла; рвоты не было ни разу; лихорадило все время. Такъ дѣло шло до 23/VI, когда въ ночь на 24/VI появилась очень острая, мучительная боль въ той-же области (въ правой подвздошной ямкѣ) и вскорѣ присоединилась повторная частая рвота зеленовато-черною жидкостью. 25/VI веч. приглашенный врачъ посовѣтовалъ отправить больного въ больницу для операціи.

Крайне слабъ. Пульсъ нитевидный, около 160 с. Чрезвычайно блѣденъ. Facies hyppocratica. Тоны сердца глухи. Частая рвота черноватой жидкостью. 36°,6. Правая $^1/_2$ живота замѣтно выпячена, начиная пальца на 2 выше пупка, книзу вплоть до подвздошной ямки; здѣсь ясное зыбленіе и рѣзкое притупленіе звука. Болѣзненность не ровная; больной, впрочемъ, по видимому, плохо воспринималъ боли. Слѣва и въ верхней $^1/_2$ живота боль значительно меньше. Кишки вздуты.

На совѣщаніи съ *Л. А. Флеровымъ* и *Я. В. Молдавскимъ* мы пришли къ заключенію, что имѣемъ дѣло съ прободнымъ аппендицитомъ; время прободенія ясно отмѣчено въ анамнезѣ больного (ночь съ 23/VI на 24/VI), когда онъ внезапно почувствовалъ въ животѣ очень острую боль. Но, принимая во вниманіе, что выпячиваніе и зыбленіе наблюдались съ одной только правой стороны живота и что брюшина лѣвой $^1/_2$ и верхней части живота не была, по видимому, захвачена воспалительнымъ процессомъ, признали возможнымъ допустить гнойникъ, какимъ либо образомъ (срощеніями и т. п.) отграниченный отъ остальной брюшной полости. На этомъ основаніи мы и рѣшили немедленно приступить къ операціи, видя въ разрѣзѣ и въ выпускѣ гноя последнюю, хотя и слабую надежду спасти больного. Пока дѣлались приготовленія къ операціи, больному впрыснуто подъ кожу бедра 600 к. стм. теплаго физіологическаго раствора поваренной соли; вскорѣ послѣ этого пульсъ немного поднялся (130—140, лучшаго наполненія). Въ 11 час. ночи подъ легкимъ хлороформнымъ наркозомъ приступлено къ операціи. Операціонное поле обмыто мыльнымъ, а затѣмъ обыкновеннымъ спиртомъ; послойный *Kocher*'овскій разрѣзъ надъ *Poupart*'овой связкой, продолженный нѣсколько кзади передней верхней ости подвздошной кости. По вскрытіи брюшины изъ брюшной полости хлынула черная, жидкая кровь съ сильнымъ каловымъ запахомъ, а затѣмъ, когда былъ расширенъ разрѣзъ брюшины, оттуда стали выходить и частью извлечены пальцемъ кровяные сгустки въ большомъ количествѣ. Всего вышло не менѣе литра крови. Между сгустками вышелъ и небольшой, съ вишневую косточку, каловый камушекъ, вполнѣ напоминающій извлекаемые при операціяхъ изъ больного червеобразнаго отростка. Въ разрѣзѣ камень этотъ представлялъ рядъ концентрическихъ наслоеній. Рыхлая тампонада полости. Повязка. Послѣ операціи влито еще 400 к. стм. солевого раствора подъ кожу другого бедра. Больной обложенъ грѣлками. Камфорное масло подъ кожу.

26/VI. Къ утру пульсъ лучшаго наполненія, 130; 36°,6. Рвоты не было. На боль не жалуется. Повязка сильно промокла сукровицей (подбинтована). Назначенныя солевыя клизмы удерживаетъ плохо.

Много пьетъ. Дано вино. Крайняя блѣдность лица, какъ при острыхъ малокровіяхъ. Веч. пульсъ тотъ-же; 37°,7. Впрыснуто еще 600 к. стм. солевого раствора подъ кожу.

27/VI: Перевязка. Вышли еще сгустки и жидкая черная кровь съ сильнымъ каловымъ запахомъ. 37°,4. Пульсъ 150, нитевидный. Животъ не вздутъ и не болитъ при ощупываніи. Къ вечеру состояніе тоже. Ни впрыскиваніе камфоры, ни солевой растворъ не могли поднять сердечной дѣятельности. Рвоты не было ни разу. 38°,2.

28/VI.: Въ 2 часа утра скончался при постепенномъ упадкѣ силъ и сердечной дѣятельности. Вскрытія сдѣлать было нельзя.

Операція подтвердила сдѣланное нами распознаваніе съ однимъ лишь исключеніемъ: мы нашли прободной аппендицитъ (о чемъ вполнѣ убѣдительно свидѣтельствуетъ каловой камень, который могъ попасть въ брюшную полость лишь изъ червеобразнаго отростка); нашли и ограниченное скопленіе въ брюшной полости; только вмѣсто ожидаемаго гноя, это было огромное скопленіе крови.

Является вопросъ, откуда могла излиться эта кровь? На этотъ вопросъ отвѣтъ можетъ быть лишь болѣе или менѣе близкій къ дѣйствительности, такъ какъ вскрытія, къ сожалѣнію, сдѣлать было нельзя. Мнѣ кажется, что въ данномъ случаѣ можно устранить, какъ источникъ кровотеченія, подвздошные сосуды или т. наз. vasa circumflexa ilei. Процессъ шелъ очень быстро, болѣзнь тянулась всего 10 дней и при томъ первое время протекала въ довольно слабой формѣ, безъ рвоты и перитонеальныхъ явленій. Между тѣмъ, чтобы довести до прободенія упомянутые сосуды, процессъ долженъ бы быть гораздо болѣе напряженнымъ (продолжительное нагноеніе, напр., чего въ данномъ случаѣ не было; примѣси гноя къ крови не было замѣтно,—такъ его было мало).

Кромѣ того, кровотеченіе изъ подвздошныхъ сосудовъ, вѣроятно, было бы сразу смертельнымъ. Остается допустить, что оно произошло изъ артерій самаго отростка или его брыжжейки, артеріи, разрушенной во время его прободенія. Это предположеніе кажется мнѣ наиболѣе вѣроятнымъ.

Я долженъ остановиться еще на одномъ обстоятельствѣ, а именно—на ближайшей причинѣ смерти больного. Во время операціи я не считалъ дозволительнымъ копаться въ глубинѣ раны среди сгустковъ, чтобы отыскать отростокъ, рискуя разорвать, можетъ быть, крайне нѣжныя срощенія и занести въ брюшную полость заразу; да въ этомъ и не было особой надобности, такъ какъ было почти очевидно, по виду сгустковъ и загнившей черной сыворотки, что кровотеченіе уже прекратилось. Сдѣланная 27/VI перевязка подтвердила это, такъ какъ, хотя во время нея и вышли еще сгустки и темная жидкая кровь, но на этотъ разъ ихъ было сравнительно немного и они были уже сильно измѣнены и загнившіе. Очевидно, со времени операціи до перевязки больной крови не терялъ. Общаго воспаленія брюшины, судя по картинѣ болѣзни послѣ операціи, также не было (ни вздутія живота, ни рвоты, ни болей). Если это такъ (чего, впрочемъ, съ полной достовѣрностью утверждать нельзя), то причину смерти придется искать въ крайней слабости больного, подвергшагося дѣйствію сильнаго заразнаго начала и потерявшаго при томъ очень много крови. Эта потеря крови настолько подорвала его силы, что онъ уже не могъ бороться съ зараженіемъ и погибъ при явленіяхъ нароставшаго упадка сердечной дѣятельности.

---

## VI. Къ вопросу о лѣченіи нѣкоторыхъ глазныхъ заболѣваній морскими купаньями [1]).

**С. П. Рощевскаго** (Раненбургъ, Рязанской губ.).

Офтальмологія сравнительно съ другими отдѣлами медицины очень мало занимается вопросомъ о климатическо-гигіэническомъ лѣченіи глазныхъ заболѣваній, къ крайнему ущербу терапіи послѣднихъ.

Я не буду здѣсь подробно разбирать отдѣльныхъ видовъ глазныхъ заболѣваній, происходящихъ отъ золотухи, рахита, малокровія, сифилиса и пр., остановлюсь лишь на 2-хъ формахъ, съ которыми чаще всего приходится сталкиваться практическимъ врачамъ и которыя по своей упорности превосходятъ всѣ остальныя. Разумѣю т. наз. золотушныя пораженія глазъ и трахому — этотъ страшный бичъ человѣчества, жертвами котораго дѣлается чуть-ли не половина лицъ, потерявшихъ зрѣніе.

При лѣченіи трахомы и золотушныхъ пораженій, кромѣ мѣстнаго лѣченія, иногда почти безсильнаго, примѣняются различныя діэтетическо-гигіэническія мѣры, имѣющія цѣлью поставить организмъ въ условія болѣе благопріятныя въ отношеніи питанія и чистоты воздуха. Такъ, золотушнымъ дѣтямъ предписывается укрѣпляющее лѣченіе, пребываніе на открытомъ воздухѣ, движенія и пр. Изрѣдка, смотря по состоянію больныхъ, назначаютъ соленыя ванны, обтиранія и купанья въ минеральныхъ водахъ. Трахомнымъ совѣтуютъ соблюдать чистоту глазъ, возможно долго оставаться на чистомъ воздухѣ и пр. Но тутъ

[1]) Сообщено на 2-мъ Всероссійскомъ бальнеологическомъ Съѣздѣ въ Пятигорскѣ.

Digitized by Google

ней, отдѣлявшейся отъ первой плоскимъ перехватомъ, гораздо меньшей, колбообразно-закругленной, изъязвленной и размягченной.

Болѣе подробное изслѣдованіе опухоли было произведено въ Казанской акушерско-гинекологической клиникѣ подъ руководствомъ проф. *В. С. Груздева*, по предложенію котораго опухоль и была предоставлена въ даръ Музею клиники. На поверхности продольнаго разрѣза ея представлялись 2 разнородныя части, верхняя, совершенно бѣлая, плотная, и нижняя, темно-коричневая, болѣе мягкая, т. е. верхняя, еще сохранившая свою цѣлость, и нижняя, подвергнувшаяся уже перерожденію, что подтвердилось и микроскопическимъ изслѣдованіемъ. На микроскопическихъ препаратахъ изъ верхней части вблизи операціоннаго разрѣза видна была лишь фиброзная соединительная ткань, въ которой встрѣчались пучками и гладкія мышечныя волокна, а дальше въ болѣе центральныхъ отдѣлахъ были ясно замѣтны ряды веретенообразныхъ саркоматозныхъ клѣточекъ, проходящіе въ фиброзной основѣ. Въ силу этого опухоль была признана фиброміомой, перерожденной саркоматозно; это микроскопическое распознаваніе опухоли было подтверждено проф. *Н. М. Любимовымъ*.

Опухоль представляетъ значительный интересъ своей выдающейся величиной, во всякомъ случаѣ исключительной для подслизистыхъ фиброидовъ. Въ литературѣ, мнѣ доступной, я нашелъ только 1 случай, описанный *Н. И. Смирновымъ*, гдѣ вѣсъ опухоли достигалъ тоже 5 ф., въ среднемъ-же опухоли, вызывавшія выворотъ матки, имѣли величину кулака, и фиброміома, напр., въ случаѣ *Otto Küstner*'а, вѣсила 540 грм.; это, по видимому, и будетъ средній вѣсъ такихъ опухолей. Въ моемъ случаѣ большой объемъ опухоли въ значительной степени долженъ быть отнесенъ на счетъ ея саркоматознаго перерожденія; не тѣмъ ли же объясняется болѣе значительный объемъ такихъ опухолей и въ случаяхъ другихъ авторовъ? Къ сожалѣнію, въ описаніяхъ не вездѣ приводятся данныя микроскопическаго изслѣдованія, а между тѣмъ въ послѣднее время все больше подтверждается тотъ фактъ, впервые указанный еще *Rokitansk*'имъ, что фиброміомы очень нерѣдко подвергаются саркоматозному перерожденію. На частоту такихъ перерожденій фиброміомъ указывалъ и проф. *Д. О. Оттъ* [15]). *К. П. Улезко-Строганова* [16]) говоритъ, что перерожденіе фиброміомъ, имѣющее своимъ источникомъ мышечную клѣтку и въ позднѣйшихъ стадіяхъ сходное съ саркомами, встрѣчается въ 10%.

Хотя вѣсъ опухоли несомнѣнно имѣетъ немалое значеніе въ происхожденіи выворота матки, однако приписать исключительно ему значеніе въ этомъ процессѣ я не могу. Извѣстны случаи, гдѣ очень небольшія опухоли, вѣсъ которыхъ не могъ играть замѣтной роли, вызывали однако выворотъ матки. *Charles West* [17]) говоритъ, что и очень маленькихъ опухолей достаточно, чтобы вызвать выворотъ матки. *M. Clintoc* наблюдалъ случай, въ которомъ небольшая, едва достигшая величины яйца, опухоль послѣ сильной рвоты вызвала выворотъ матки вмѣстѣ съ выпаденіемъ послѣдней; имъ-же описанъ еще одинъ такой-же случай, гдѣ также очень небольшая опухоль подобнаго рода дала поводъ къ вывороту. Очевидно, здѣсь, помимо тяжести самой опухоли, играютъ важную роль и другія условія. На дѣйствіе брюшного пресса я уже указывалъ, и 1-ый случай *M. Clintoc*'а подтверждаетъ это. Возможно, что при этомъ происходитъ и патологическое измѣненіе въ самихъ мышцахъ матки, способствующее ея вывороту; это и предполагается, но опредѣленныхъ доказательствъ не приводитъ никто; скорѣе встрѣчаются отрицательныя данныя; такъ, *Winter* [18]) въ своемъ случаѣ удаленія опухоли и вывороченной ею матки при микроскопическомъ изслѣдованіи не нашелъ перерожденія мышцъ послѣдней. На это-же указываетъ и *Gusserow*, не обнаружившій въ своемъ случаѣ и ненормальностей въ прикрѣпленіи нижняго отрѣзка матки, которыя могли-бы способствовать вытѣсненію нижняго отрѣзка дна матки наружу при потугообразныхъ сокращеніяхъ послѣдней.

Въ связи съ этимъ вопросомъ слѣдуетъ указать на возрастъ больныхъ; по видимому, въ среднемъ онъ соотвѣтствуетъ періоду полового увяданія или времени, близкому къ нему; такъ, въ случаѣ *Н. И. Смирнова* больной было 45 л., *Otto Küstner*'а—40 л., *M. Bouquet*—36 л., *Ф. А. Трояновой*—45 л., въ моемъ случаѣ—46 л. Возможно допустить, что въ этихъ мѣстахъ мышцы матки и помимо патологическаго перерожденія, дѣлаются уже менѣе упругими, а потому болѣе способными дать выворотъ ея.

Къ какимъ-же практическимъ указаніямъ въ смыслѣ лѣченія можетъ привести мой случай? Здѣсь прежде всего я долженъ согласиться съ выводомъ *Н. И. Смирнова*, что въ такихъ случаяхъ при удаленіи опухоли трудно бываетъ рѣшить, гдѣ кончается опухоль и гдѣ начинается матка. Если перерѣзать ножку подальше отъ опухоли, можно попасть на матку и вскрыть воронку выворота. Такъ и было въ случаѣ *Winter*'а, когда воронка выворота была перерѣзана при перерѣзкѣ ножки впереди наружнаго маточнаго зѣва и, вслѣдствіе открытой въ полость брюшины раны маточной стѣнки, матка была удалена; у больной развился перитонитъ, но она поправилась. Съ другой стороны, принимая во вниманіе нерѣдкость саркоматознаго перерожденія фиброміомъ, нельзя вполнѣ согласиться съ другимъ выводомъ *Н. И. Смирнова*, что въ виду указанной трудности опредѣлить границы при операціи слѣдуетъ держаться возможно ближе къ опухоли, такъ какъ, оставляя часть опухоли, тѣмъ самымъ создаютъ бо̀льшую возможность возврата ея. Очевидно, въ этихъ случаяхъ мы лишены опредѣленныхъ данныхъ для категорическаго рѣшенія вопроса и въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ должны строго соображаться со всѣми особенностями его и удѣлять большое вниманіе цвѣту, плотности и пр. ножки опухоли. Въ иныхъ случаяхъ можно будетъ, быть можетъ, поступить такъ, что, удаливъ главную массу опухоли, остальное срѣзывать слоями, пока не обнаружится ясно мышечная ткань матки.

Укажу еще на благопріятное дѣйствіе систематическихъ тампонадъ влагалища на вправленіе вывороченной матки въ моемъ случаѣ; это подтверждаетъ тотъ взглядъ, что ихъ всегда слѣдуетъ примѣнять въ соотвѣтствующихъ случаяхъ, не дожидаясь произвольнаго вправленія, о которомъ сообщаютъ нѣкоторые авторы.

**Источники**. 1. Прив. по *Gusserow*'у. Новообразованія матки. 2. *Pozzi*. De la valeur de l'hysterotomie и пр. Paris. 1875 г. Прив. по *Gusserow*'у. 3. *Горвицъ*. «Руководство по женскимъ болѣзнямъ», 1878 г., стр. 879. 4. *Churchill*. «Руководство къ женскимъ болѣзнямъ», стр. 546. 5. *Atthill*. «The British medical Journal», 1881 г., 16 апр., стр 599. 6. *Ф. А. Троянова*. «Врачъ», 1886 г., № 19, стр. 367. 7. *Werth*. Прив. по «Врачу», 1884 г., № 1, стр. 10; реф. изъ «Archiv für Gynaekologie», т. XXII. 8. *Winter*. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XXXV, стр. 132. 9. *Н. И. Смирновъ*. «Хирургическій Вѣстникъ», 1888 г., стр. 542 10. *M. Bouquet*. «L'Union médical», 1888 г., № 107. 11. *Veit*. Handbuch der Gynaekologie. т. I, стр. 224. 12. *Martin*. «Monatschrift für Geburtshülfe», 34, 410; прив. по *Gusserow*'у. 13. Clinical Memoire on diseases of women. 1863 г., стр. 97. прив. по *Gusserow*'у. 14. *K. Schroeder*. «Руководство къ болѣзнямъ женскихъ половыхъ органовъ», стр. 266. 15. «Еженедѣльникъ», 1901 г., стр. 346 (Засѣданіе акушерско-гинекологическаго Общества). 16. «Врачебная Газета», 1901 г., № 31, стр. 577 (Засѣданіе акушерско-гинекологическаго Общества). 17. *Ch. West*. Lehrbuch der Frauenkranheiten, стр. 297. 18. *Winter*. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XXXV, стр. 132.

---

V. Изъ Севастопольской городской больницы.

## Случай прободающаго воспаленія червеобразнаго отростка съ обильнымъ кровоизліяніемъ въ брюшную полость.

**С. А. Никонова.**

Не смотря на то, что мнѣ приходилось и видѣть, и дѣлать самому не одинъ разъ операціи по поводу воспаленія червеобразнаго отростка, до нижеприводимаго случая я ни разу не видалъ кровотеченія изъ изъязвившихся сосудовъ отростка. Да и въ учебникахъ и вообще въ доступной мнѣ литературѣ я также не нашелъ ни одного указанія на такіе случаи, и лишь въ кн. IV т. VI «Лѣтописи Русской Хирургіи» за 1901 г., мнѣ попалась краткая рецензія *Н. Розенберга*, о книгѣ *E. Erich*'а «Кровотеченія изъ изъязвленій при перитифлитѣ» разбирающей указываемое осложненіе. По *Erich*'у, такіе случаи наблюдаются, хотя и крайне рѣдко, при чемъ кровотеченія происходятъ чаще всего изъ подвздошныхъ сосудовъ и т. наз. vasa circumflexa ilei. Одинъ такой случай, не провѣренный, впрочемъ, вскрытіемъ, приводитъ и *Erich*.

Digitized by Google

Какъ извѣстно, при операціи аппендицита приходится встрѣчать или обособленный иногда внѣбрюшинный гнойникъ, или воспаленный отростокъ, часто съ срощеніями; но ни въ томъ, ни въ другомъ случаѣ обыкновенно не встрѣчаютъ крови, излившейся въ сколько-нибудь значительномъ количествѣ. Нижеприводимый случай представляетъ, мнѣ кажется, поэтому нѣкоторый интересъ, такъ какъ, вмѣсто большого скопленія гноя, которое я съ помогавшими мнѣ при операціи товарищами ожидали найти, мы натолкнулись на огромную гэматому, содержавшую по приблизительному разсчету не менѣе литра крови. Случай этотъ слѣдующій.

25/vi 1901 г. въ 9 час. веч. въ Севастопольскую городскую больницу былъ доставленъ Я. Р., 23 л., наборщикъ, крѣпкаго сложенія, заболѣвшій 10 дней назадъ, когда у него внезапно появилась острая боль внизу живота справа. На низъ и до, и во время болѣзни ходилъ правильно; запоровъ не было. Подъ вліяніемъ примѣнявшагося дома лѣченія ему стало лучше: боль стихла; рвоты не было ни разу; лихорадило все время. Такъ дѣло шло до 23/vi. когда въ ночь на 24/vi появилась очень острая, мучительная боль въ той-же области (въ правой подвздошной ямкѣ) и вскорѣ присоединилась повторная частая рвота зеленовато-черною жидкостью. 25/vi веч. приглашенный врачъ посовѣтовалъ отправить больного въ больницу для операціи.

Крайне слабъ. Пульсъ нитевидный, около 160 с. Чрезвычайно блѣденъ. Facies hyppocratica. Тоны сердца глухи. Частая рвота черноватой жидкостью. 36°,6. Правая 1/2 живота замѣтно выпячена, начиная пальца на 2 выше пупка, книзу вплоть до подвздошной ямки; здѣсь ясное зыбленіе и рѣзкое притупленіе звука. Болѣзненность не ровная; больной, впрочемъ, по видимому, плохо воспринималъ боли. Слѣва и въ верхней 1/2 живота боль значительно меньше. Кишки вздуты.

На совѣщаніи съ *Л. А. Флеровымъ* и *Я. В. Молдавскимъ* мы пришли къ заключенію, что имѣемъ дѣло съ прободнымъ аппендицитомъ; время прободенія ясно отмѣчено въ анамнезѣ больного (ночь съ 23/vi на 24/vi), когда онъ внезапно почувствовалъ въ животѣ очень острую боль. Но, принимая во вниманіе, что выпячиваніе и зыбленіе наблюдались съ одной только правой стороны живота и что брюшина лѣвой 1/2 и верхней части живота не была, по видимому, захвачена воспалительнымъ процессомъ, признали возможнымъ допустить гнойникъ, какимъ либо образомъ (срощеніями и т. п.) отграниченный отъ остальной брюшной полости. На этомъ основаніи мы и рѣшили немедленно приступить къ операціи, видя въ разрѣзѣ и въ выпускѣ гноя последнюю, хотя и слабую надежду спасти больного. Пока дѣлались приготовленія къ операціи, больному впрыснуто подъ кожу бедра 600 к. стм. теплаго физіологическаго раствора поваренной соли; вскорѣ послѣ этого пульсъ немного поднялся (130—140, лучшаго наполненія). Въ 11 час. ночи подъ легкимъ хлороформнымъ наркозомъ приступлено къ операціи. Операціонное поле обмыто мыльнымъ, а затѣмъ обыкновеннымъ спиртомъ; послойный *Kocher*'овскій разрѣзъ надъ *Poupart*'овой связкой, продолженный нѣсколько кзади передней верхней ости подвздошной кости. По вскрытіи брюшины изъ брюшной полости хлынула черная, жидкая кровь съ сильнымъ каловымъ запахомъ, а затѣмъ, когда былъ расширенъ разрѣзъ брюшины, оттуда стали выходить и частью извлечены пальцемъ кровяные сгустки въ большомъ количествѣ. Всего вышло не менѣе литра крови. Между сгустками вышелъ и небольшой, съ вишневую косточку, каловый камушекъ, вполнѣ напоминающій извлекаемые при операціяхъ изъ больного червеобразнаго отростка. Въ разрѣзѣ камень этотъ представлялъ рядъ концентрическихъ наслоеній. Рыхлая тампонада полости. Повязка. Послѣ операціи влито еще 400 к. стм. солевого раствора подъ кожу другого бедра. Больной обложенъ грѣлками. Камфорное масло подъ кожу.

26/vi. Къ утру пульсъ лучшаго наполненія, 130; 36°,6. Рвоты не было. На боль не жалуется. Повязка сильно промокла сукровицей (подбинтована). Назначенныя солевыя клизмы удерживаетъ плохо.

Много пьетъ. Дано вино. Крайняя блѣдность лица, какъ при острыхъ малокровіяхъ. Веч. пульсъ тотъ-же; 37°,7. Впрыснуто еще 600 к. стм. солевого раствора подъ кожу.

27/vi: Перевязка. Вышли еще сгустки и жидкая черная кровь съ сильнымъ каловымъ запахомъ. 37°,4. Пульсъ 150, нитевидный. Животъ не вздутъ и не болитъ при ощупываніи. Къ вечеру состояніе тоже. Ни впрыскиваніе камфоры, ни солевой растворъ не могли поднять сердечной дѣятельности. Рвоты не было ни разу. 38°,2.

28/vi.: Въ 2 часа утра скончался при постепенномъ упадкѣ силъ и сердечной дѣятельности. Вскрытія сдѣлать было нельзя.

Операція подтвердила сдѣланное нами распознаваніе съ однимъ лишь исключеніемъ: мы нашли прободной аппендицитъ (о чемъ вполнѣ убѣдительно свидѣтельствуетъ каловой камень, который могъ попасть въ брюшную полость лишь изъ червеобразнаго отростка); нашли и ограниченное скопленіе въ брюшной полости; только вмѣсто ожидаемаго гноя, это было огромное скопленіе крови.

Является вопросъ, откуда могла излиться эта кровь? На этотъ вопросъ отвѣтъ можетъ быть лишь болѣе или менѣе близкій къ дѣйствительности, такъ какъ вскрытія, къ сожалѣнію, сдѣлать было нельзя. Мнѣ кажется, что въ данномъ случаѣ можно устранить, какъ источникъ кровотеченія, подвздошные сосуды или т. наз. vasa circumflexa ilei. Процессъ шелъ очень быстро, болѣзнь тянулась всего 10 дней и при томъ первое время протекала въ довольно слабой формѣ, безъ рвоты и перитонеальныхъ явленій. Между тѣмъ, чтобы довести до прободенія упомянутые сосуды, процессъ долженъ бы быть гораздо болѣе напряженнымъ (продолжительное нагноеніе, напр., чего въ данномъ случаѣ не было; примѣси гноя къ крови не было замѣтно,—такъ его было мало).

Кромѣ того, кровотеченіе изъ подвздошныхъ сосудовъ, вѣроятно, было бы сразу смертельнымъ. Остается допустить, что оно произошло изъ артерій самаго отростка или его брызжейки, артеріи, разрушенной во время его прободенія. Это предположеніе кажется мнѣ наиболѣе вѣроятнымъ.

Я долженъ остановиться еще на одномъ обстоятельствѣ, а именно—на ближайшей причинѣ смерти больного. Во время операціи я не считалъ дозволительнымъ копаться въ глубинѣ раны среди сгустковъ, чтобы отыскать отростокъ, рискуя разорвать, можетъ быть, крайне нѣжныя срощенія и занести въ брюшную полость заразу; да въ этомъ и не было особой надобности, такъ какъ было почти очевидно, по виду сгустковъ и загнившей черной сыворотки, что кровотеченіе уже прекратилось. Сдѣланная 27/vi перевязка подтвердила это, такъ какъ, хотя во время нея и вышли еще сгустки и темная жидкая кровь, но на этотъ разъ ихъ было сравнительно немного и они были уже сильно измѣнены и загнившіе. Очевидно, со времени операціи до перевязки больной крови не терялъ. Общаго воспаленія брюшины, судя по картинѣ болѣзни послѣ операціи, также не было (ни вздутія живота, ни рвоты, ни болей). Если это такъ (чего, впрочемъ, съ полной достовѣрностью утверждать нельзя), то причину смерти придется искать въ крайней слабости больного, подвергшагося дѣйствію сильнаго заразнаго начала и потерявшаго при томъ очень много крови. Эта потеря крови настолько подорвала его силы, что онъ уже не могъ бороться съ зараженіемъ и погибъ при явленіяхъ наростявшаго упадка сердечной дѣятельности.

---

## VI. Къ вопросу о лѣченіи нѣкоторыхъ глазныхъ заболѣваній морскими купаньями [1]).

**С. П. Рощевскаго** (Раненбургъ, Рязанской губ.).

Офтальмологія сравнительно съ другими отдѣлами медицины очень мало занимается вопросомъ о климатическо-гигіэническомъ лѣченіи глазныхъ заболѣваній, къ крайнему ущербу терапіи послѣднихъ.

Я не буду здѣсь подробно разбирать отдѣльныхъ видовъ глазныхъ заболѣваній, происходящихъ отъ золотухи, рахита, малокровія, сифилиса и пр., остановлюсь лишь на 2-хъ формахъ, съ которыми чаще всего приходится сталкиваться практическимъ врачамъ и которыя по своей упорности превосходятъ всѣ остальныя. Разумѣю т. наз. золотушныя пораженія глазъ и трахому — этотъ страшный бичъ человѣчества, жертвами котораго дѣлается чуть-ли не половина лицъ, потерявшихъ зрѣніе.

При лѣченіи трахомы и золотушныхъ пораженій, кромѣ мѣстнаго лѣченія, иногда почти безсильнаго, примѣняются различныя діэтетическо-гигіэническія мѣры, имѣющія цѣлью поставить организмъ въ условія болѣе благопріятныя въ отношеніи питанія и чистоты воздуха. Такъ, золотушнымъ дѣтямъ предписывается укрѣпляющее лѣченіе, пребываніе на открытомъ воздухѣ, движенія и пр. Изрѣдка, смотря по состоянію больныхъ, назначаютъ соленыя ванны, обтиранія и купанья въ минеральныхъ водахъ. Трахомнымъ совѣтуютъ соблюдать чистоту глазъ, возможно долго оставаться на чистомъ воздухѣ и пр. Но тутъ

[1]) Сообщено на 2-мъ Всероссійскомъ бальнеологическомъ Съѣздѣ въ Пятигорскѣ.

Digitized by Google

сплошь и рядомъ упускають изъ вида главное обстоятельство, а именно вопросъ, гдѣ больной можетъ найти этотъ чистый воздухъ, чтобы на ряду съ купаньями онъ имѣлъ въ данной мѣстности и чистую, незараженную атмосферу, свободную отъ всякихъ постороннихъ примѣсей, такъ губительно дѣйствующихъ на нѣжныя ткани роговицы и соединительной оболочки.

Извѣстно, что трахома встрѣчается лишь въ низменностяхъ и почти чужда горамъ. Родина трахомы и главное гнѣздо ея, откуда она распространилась по всему свѣту,—Египетъ. Въ Египтѣ трахомой (ophthalmia Aegyptiaca, malum Aegyptiacum) поражено 40% населенія. Въ Западной Европѣ болѣзнь эта распространена также главнымъ образомъ въ низменностяхъ, въ гористыхъ-же мѣстахъ она встрѣчается крайне рѣдко. Такъ, она нашла себѣ широкое расиространеніе въ бассейнѣ р. Рейна, по Дунайской низменности; въ Россіи она чаще всего встрѣчается въ южныхъ и сѣверо-восточныхъ губерніяхъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ, есть мѣстности, почти не знающія трахомы: Тироль, Швейцарія, горныя провинціи Средней Австріи, нѣкоторыя мѣста побережья Средиземнаго и Адріатическаго морей, Скандинавія.

Въ Россіи трахома встрѣчается главнымъ образомъ въ южныхъ степныхъ и черноземныхъ губерніяхъ, въ низменныхъ и сырыхъ губерніяхъ Западнаго и Сѣверо-Западнаго края, въ Остзейскихъ провинціяхъ, въ пыльномъ и знойномъ Туркестанѣ, въ болотистыхъ мѣстахъ Кавказа. На ряду съ этимъ и въ Россіи есть области, почти не затронутыя трахомой, гдѣ она даетъ лишь ничтожный % глазныхъ заболѣваній; къ такимъ мѣстамъ относятся: вся Сѣверо-Восточная Россія по бассейну р. Волги, Уралъ, горы Крыма и Кавказа.

Причины, задерживающія развитіе трахомы въ упомянутыхъ областяхъ, сводятся главнымъ образомъ къ слѣдующимъ 2-мъ: къ умѣренной насыщенности воздуха водяными парами и къ незначительному содержанію постороннихъ примѣсей въ атмосферѣ, особенно пыли, благодаря усиленному и свободному провѣтриванію воздуха. Чистый горный воздухъ особенно способствуетъ нормальному состоянію наружныхъ частей глаза, и поэтому жители нашихъ немногочисленныхъ горныхъ областей поставлены въ исключительно благопріятныя условія. Въ Средней-же и Сѣверо-Восточной Россіи малое распространеніе трахомы зависитъ отъ обилія лѣсовъ и связаннаго съ послѣднимъ чистоты воздуха.

Терапевтическія мѣры, при помощи которыхъ медицина борется съ вышеупомянутыми глазными заболѣваніями, къ сожалѣнію, почти исключительно сводятся лишь къ мѣстному лѣченію пораженныхъ оболочекъ глаза. Тутъ сплошь да рядомъ забывается главное, а именно необходимость поставить больного въ такія условія, которыя-бы устраняли вліяніе всякихъ внѣшнихъ раздражителей на глазъ при обиліи чистаго воздуха. Въ этомъ отношеніи весьма благопріятно должно дѣйствовать климатическое лѣченіе, гдѣ въ связи съ общимъ укрѣпленіемъ организма охраняется и больной глазъ отъ вліянія вредныхъ раздражителей. И дѣйствительно, всѣмъ извѣстно, какъ успѣшно лѣчатся золотушныя заболѣванія глазъ пребываніемъ въ Крыму, на Кавказѣ, въ особенности при одновременномъ пользованіи морскими купаньями.

Я уже упоминалъ о благотворномъ вліяніи горнаго климата на горцевъ, почти не знающихъ трахомы. Приведу нѣсколько фактовъ заслуживающихъ, мнѣ кажется, вниманія офталмологовъ.

Прежде всего остановлюсь на пользованіи нѣкоторыхъ формъ трахомы и фолликулеза морскими купаньями. Не буду приводить здѣсь точныхъ цифровыхъ данныхъ и исторій болѣзней; ограничусь лишь главными выводами и показаніями къ пользованію этихъ болѣзней морскими купаньями [1]).

[1]) Матеріалъ, которымъ я располагаю по этому вопросу, обнимаетъ около 100 случаевъ, прослѣженныхъ мною въ теченіи достаточнаго времени. Почти въ $^{1}/_{2}$ случаевъ больные были дѣти или подростки, страдавшіе золотушными пораженіями соединительной оболочки и роговицы. Примѣненіе соленыхъ ваннъ, купанье въ минеральныхъ озерахъ и особенно въ морѣ дало у нихъ очень хорошіе результаты. Фликтены конъюнктивы и инфильтраты роговицы, часто возвращавшіеся и крайне мучившіе больныхъ, быстро исчезали подъ вліяніемъ общаго укрѣпленія организма и пребыванія въ чистомъ воздухѣ. Остальные случаи относятся къ трахомѣ и фолликулезу, при чемъ были случаи и свѣжіе, и запущенные, отъ легкой зернистости переходныхъ складокъ конъюнктивы до рубцовыхъ формъ, осложненныхъ pannus'омъ и инфильтратами. Въ 1 случаѣ трахомы, отъ которой больная лѣчилась уже 20 лѣтъ, наступило полное излѣченіе въ $^{1}/_{2}$ года, какъ только больная поселилась въ Ривьерѣ стала пользоваться здѣсь на ряду съ мѣстнымъ лѣченіемъ морскими купаньями. Не могу не привести также 1 случай хронической бленорреи слезнаго мѣшка, излѣченной морскими купаньями; больная пользовалась ими изъ-за общаго упадка силъ; излѣченіе отъ хроническаго дакріоцистита, находившагося, по видимому, въ связи съ постояннымъ насморкомъ и гипертрофіей носовыхъ раковинъ и дававшаго иногда бурныя обостренія, наступило здѣсь какъ-бы попутно, незамѣтно для больной.

На первомъ мѣстѣ стоитъ т. наз. фолликулезъ, зернистое воспаленіе соединительной оболочки глазъ — тотъ фолликулезъ, который сплошь и рядомъ принимается за трахому и иногда, дѣйствительно, почти не отличимъ отъ нея. При этомъ заболѣваніи морскія купанья даютъ превосходные результаты и въ короткое время значительно улучшаютъ формы, запущенныя даже цѣлыми годами. Для легкихъ же, начинающихся случаевъ фолликулеза морская вода является своего рода specificum и едва ли чѣмъ можетъ быть замѣнена.

При истинной трахомѣ морскія купанья дѣйствуютъ также въ высшей степени благотворно; во всѣхъ свѣжихъ случаяхъ трахомы показуется примѣненіе морской воды. Но и запущенные случаи, съ начинающимся pannus'омъ роговицы, иногда заканчиваются благополучно сравнительно быстро, конечно, при одновременномъ мѣстномъ лѣченіи глазъ по общепринятымъ способамъ.

Дѣйствіе морской воды на глаза при купаніи въ ней сводится главнымъ образомъ къ тому, что растворъ солей, попадая въ глазъ, оказываетъ обеззараживающее дѣйствіе и механически удаляетъ скопившіеся продукты воспаленія. Освобождая глазъ отъ слизи и гноя, такъ раздражающихъ не пораженныя еще части глаза, морская вода приноситъ и огромное субъективное облегченіе, ощущаемое каждымъ больнымъ послѣ всякаго купанья. Изъ составныхъ частей морской воды особенно благотворно дѣйствуетъ на пораженныя оболочки глазъ обильно содержащійся въ ней хлористый натръ, а также и двууглекислый натръ и хлористый калій. Нельзя также отрицать и дѣйствія солей іода на соединительную оболочку глазъ. Попадая въ конъюнктивальный мѣшокъ, морская вода, безъ сомнѣнія, проникаетъ и въ слезные пути, оказывая и въ нихъ обеззараживающее дѣйствіе и тѣмъ создаетъ благопріятныя условія для чистоты наружныхъ оболочекъ глаза. Нельзя также оставлять безъ вниманія и всасывающей способности роговицы и конъюнктивы, присущей въ значительной степени всѣмъ слизистымъ оболочкамъ вообще. Только осмотическими явленіями и можно объяснить сравнительно быстрое, и при томъ чисто мѣстное, дѣйствіе съуживающихъ и расширяющихъ зрачекъ средствъ. Жидкость передней камеры кролика, которому впущенъ въ глазъ атропинъ, можетъ вызвать достаточное расширеніе зрачка у другого животнаго. Такое-же просачиваніе въ глубь тканей соединительной оболочки и роговицы, безъ сомнѣнія, присуще и другимъ растворамъ солей. Даже кратковременнаго соприкосновенія глаза съ морской водой вполнѣ достаточно для того, чтобы послѣдняя, задержавшись въ конъюнктивальномъ мѣшкѣ и орошая всѣ наружныя части глаза, всосалась, хотя бы и въ незначительномъ количествѣ, въ конъюнктиву и роговицу.

Въ послѣднее время многіе офталмологи примѣняютъ при лѣченіи трахомы и другихъ заболѣваній глазъ подъконъюнктивальныя впрыскиванія раствора хлористаго натра и другихъ соединеній и получаютъ удовлетворительные результаты. При орошеніи глаза растворами солей, содержащихся въ морской водѣ, вслѣдствіе проникновенія ихъ въ глубину тканей получается подобное-же дѣйствіе,—конечно, въ болѣе слабой степени *).

Что не только морская вода, но и вода минеральныхъ озеръ, солевая насыщенность которыхъ опредѣляется въ 4% и болѣе, вовсе не раздражаетъ глазъ, хорошо извѣстно всѣмъ купавшимся въ морѣ; наоборотъ, соленая вода

*) Не лишеннымъ интереса считаю тотъ фактъ, что простой народъ, въ поискахъ за цѣлебными силами природы, охотно примѣняетъ воду различныхъ минеральныхъ источниковъ и озеръ при лѣченія глазныхъ болѣзней. Укажу, напр., на т. наз. «глазной источникъ», находящійся въ пещерѣ Провала въ окрестностяхъ Пятигорска; на кочевниковъ низовьевъ Волги и Прикаспійскихъ степей, стекающихся къ соленымъ озерамъ этой области ради пользованія глазныхъ заболѣваній. Въ Сибири, въ Забайкальской Области, также имѣются излюбленные у инородцевъ минеральные источники для лѣченія болѣзней глазъ, пользующихся тамъ большой славой и, по отзывамъ врачей, иногда дѣйствительно достигающіе цѣли.

Digitized by Google

морей и озеръ пріятно освѣжаетъ глазъ, и развѣ только при первомъ морскомъ купаніи испытывается легкое пощипываніе глазъ, не замѣчаемое уже при повторномъ погруженіи въ воду. Приморскіе жители и матросы свободно раскрываютъ глаза при ныряніи и глядятъ все время пребыванія подъ водой.

Изъ всего сказаннаго можно заключить, что на ряду съ мѣстнымъ лѣченіемъ глазъ при вышеупомянутыхъ заболѣваніяхъ необходимо ставить больного въ благопріятныя атмосферныя условія, что успѣшно достигается въ горныхъ мѣстностяхъ, въ особенности тамъ, гдѣ имѣются и горы, и море, напр., въ Россіи—въ Крыму и особенно на Черноморскомъ побережьи, гдѣ незначительная густота населенія и связанная съ этимъ большая чистота воздуха особенно благопріятны для лѣченія указанныхъ формъ глазныхъ болѣзней. Остается пожелать, чтобы военное вѣдомство, а также многочисленныя благотворительныя и общественныя учрежденія, расходующія большія средства на организацію врачебной помощи глазнымъ больнымъ, обратили болѣе серьезное вниманіе на необходимость курортнаго ихъ лѣченія и устроили для этого особыя горныя и приморскія станціи на нашемъ Югѣ.

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Къ вопросу о реорганизаціи земскихъ больницъ.

Позволю себѣ высказать нѣсколько своихъ соображеній по вопросу, поднятому д-ромъ *А. Н. Челищевымъ* въ его письмѣ, озаглавленномъ—«Одна изъ нуждъ провинціальнаго врача» («Русскій Врачъ», 1902 г., № 36).

Уважаемый товарищъ указываетъ на то, что врачу, желающему пополнить и расширить свои познанія, трудно «съ дѣйствительной пользой распорядиться своимъ временемъ», даже при условіи полученія спеціальной командировки. Существующихъ для этой цѣли 2-хъ спеціальныхъ учрежденій—Еленинскаго Института для врачей въ Петербургѣ и Гинекологическаго Института для врачей въ Москвѣ—далеко недостаточно; вслѣдствіе этого очень многіе врачи направляются въ столичныя больницы, но надо еще узнать (что пріѣзжему не всегда легко), въ какой больницѣ и по какой спеціальности можно съ пользой позаняться, надо получить разрѣшеніе на это и надо еще, чтобы у больничныхъ врачей, помимо добраго желанія, было и достаточно времени, чтобы помогать пріѣзжимъ врачамъ своими указаніями; въ больницахъ къ такимъ занятіямъ не все приспособлено, вслѣдствіе чего у пріѣзжаго врача много времени уходитъ непроизводительно; такимъ образомъ использованіе предназначеннаго на занятія времени находится въ зависимости отъ многихъ случайностей, да и, какъ пишетъ д-ръ *Челищевъ*, «положеніе посторонняго врача, ищущаго въ этихъ больницахъ возможности какимъ-либо путемъ пополнить свой запасъ знаній, по меньшей мѣрѣ неловко и щекотливо». «Мнѣ кажется», справедливо добавляетъ онъ, «необходимо обезпечить врачамъ полную и законную возможность совершенствованія».

Что эту «нужду» сознаютъ и земства, видно изъ того, что Екатеринославское губернское земское Собраніе текущаго года постановило—ходатайствовать о томъ, чтобы въ Еленинскомъ Институтѣ была дана возможность заниматься большему числу врачей, т. е., въ сущности, чтобы Институтъ былъ расширенъ, такъ какъ производительность клиническихъ занятій обратно пропорціональна числу занимающихся: тутъ бо̀льшею частью важно не видѣть и слышать, а дѣйствовать самому подъ опытнымъ руководствомъ. Нельзя не присоединиться какъ къ этому ходатайству Екатеринославскаго Земства, такъ и къ пожеланію д-ра *Челищева*, чтобы были устроены такіе же Институты для врачей и въ другихъ центрахъ, какъ Москва или Кіевъ; но и то, и другое, вѣроятно, еще долго будетъ оставаться въ области благихъ пожеланій; да и осуществившись, такія учрежденія едва-ли будутъ въ состояніи удовлетворять всему числу желающихъ позаняться.

Другой путь удовлетворенія этой «нужды», указываемый д-ромъ *Челищевымъ*, это—«учрежденіе при тѣхъ-же столичныхъ больницахъ экстерната для врачей на короткіе сроки, примѣнительно хотя бы къ срокамъ отпусковъ, даваемыхъ обыкновенно земствами своимъ врачамъ съ научной цѣлью». Противъ этого ничего нельзя возразить, кромѣ того, что этотъ проэктъ, какъ мнѣ кажется, едва-ли будетъ осуществленъ, даже если-бы онъ и не потребовалъ особыхъ затратъ, потому что учрежденіямъ, которымъ принадлежатъ столичныя больницы, мало дѣла до нуждъ земствъ и земскихъ врачей.

Мнѣ думается, такой проэктъ можно было-бы осуществить гораздо скорѣе, если-бы нуждающійся самъ заботился о себѣ, т. е. въ данномъ случаѣ губернскія земства, сознавъ, подобно Екатеринославскому, эту нужду служащихъ у нихъ врачей, должны, по возможности, удовлетворить ее соотвѣтствующей реорганизаціей губернскихъ больницъ; конечно, я не хочу этимъ сказать, что губернскія больницы могутъ быть превращены въ своего рода «Еленинскіе Институты»; однако, вѣдь, ѣдутъ совершенствоваться не только въ Институтъ для врачей, но и въ столичныя больницы, такъ какъ, отправляясь въ научную командировку, врачи по большей части стремятся ознакомиться не съ научными открытіями, чего можно достигнуть и съ помощью журналовъ, а съ техническими пріемами, которымъ изъ книгъ не научишься и которые необходимо продѣлать самому подъ чьимъ-либо руководствомъ или, по крайней мѣрѣ, видѣть ихъ примѣненіе; таковымъ запросамъ, очевидно, и удовлетворяютъ хорошо обставленныя столичныя больницы, привлекающія къ себѣ пріѣзжихъ врачей. По моему мнѣнію, и губернскія больницы—по крайней мѣрѣ, въ нѣкоторыхъ губерніяхъ—могли-бы удовлетворять этимъ запросамъ при нѣкоторомъ приспособленіи больницъ для этихъ цѣлей, отчего значительно выиграли-бы и самыя губернскія больницы; правда, среди персонала столичныхъ больницъ встрѣчаются иногда профессора и чч.-преподаватели, но нельзя сказать, чтобы и провинція была уже совсѣмъ лишена научныхъ силъ, и при нѣкоторомъ стараніи земствъ привлечь такія силы въ свои больницы послѣднія могли-бы быть обставлены не хуже тѣхъ больницъ, куда врачи съѣзжаются для занятій со всѣхъ концовъ Россіи; губернскія больницы, весьма вѣроятно, давали-бы занимающимся даже больше, чѣмъ столичныя, такъ какъ онѣ были-бы спеціально приспособлены для занятій.

Я не берусь представлять общій планъ реорганизаціи въ этомъ направленіи губернскихъ больницъ, но приведу конкретный примѣръ больницы, постановка дѣла въ которой мнѣ достаточно извѣстна и гдѣ, по моему, легко можно было-бы безъ большихъ затратъ осуществить то, о чемъ я говорю. Я имѣю въ виду одну изъ губернскихъ больницъ, имѣющую 225 кроватей въ соматическомъ отдѣленіи и около 400 въ психіатрическомъ; что земство и раньше шло на встрѣчу научнымъ запросамъ больницы, видно изъ того, что больница эта обладаетъ *Röntgen*'овскимъ приборомъ, а въ этомъ году построена отдѣльная бактеріологическая лабораторія и приглашенъ прозекторъ, получившій спеціальную подготовку. Штатъ больницы состоитъ изъ 13 врачей, а среди нихъ почти всѣ спеціальности имѣютъ болѣе или менѣе опытныхъ представителей, которые по своимъ спеціальнымъ познаніямъ могли-бы быть полезными помощниками своимъ участковымъ товарищамъ при ихъ занятіяхъ въ той или иной области врачеванія. Такимъ образомъ врачебный персоналъ этой больницы и въ настоящее время можетъ удовлетворить запросу на руководство по разнымъ спеціальностямъ, а въ будущемъ, если при замѣщеніи открывающихся вакансій ординаторовъ будетъ обращено особое вниманіе на спеціальный научный цензъ, то больница можетъ быть обставлена еще лучше. Кромѣ того, если въ нее будутъ пріѣзжать для усовершенствованія въ той или иной области участковые врачи, то это явится новымъ и очень сильнымъ стимуломъ къ дальнѣйшему научному совершенствованію самихъ больничныхъ ординаторовъ-спеціалистовъ и къ болѣе тщательному веденію ими дѣла.

Разумѣется, чтобы руководство занятіями пріѣзжихъ

Digitized by Google

врачей не оставалось пустымъ звукомъ и чтобы ординаторы губернскихъ больницъ могли клинически разобрать больныхъ и удѣлять нужное время на совмѣстныя занятія съ пріѣзжими товарищами и на личное научное усовершенствованіе, необходимо не обременять ихъ большимъ числомъ больныхъ и обезпечить болѣе или менѣе достаточнымъ содержаніемъ; научныя занятія и клиническое веденіе больного отнимають, какъ извѣстно, очень много времени, а потому нельзя требовать добросовѣстнаго выполненія такихъ обязанностей отъ ординатора, принужденнаго ради обезпеченія существованія искать себѣ заработка на сторонѣ. Сказать кстати, и вообще различные недостатки въ больничномъ дѣлѣ, проявляющіеся то здѣсь, то тамъ, главной своей причиной имѣютъ ту же необезпеченность содержаніемъ врачебнаго персонала, не имѣющаго возможности отдавать все свое время только больницѣ.

Такимъ образомъ для реорганизаціи въ указываемомъ мною направленіи губернскихъ больницъ—по крайней мѣрѣ, нѣкоторыхъ—большихъ расходовъ не потребуется, и затрата будетъ тѣмъ меньшая, чѣмъ выше была въ научномъ смыслѣ постановка больничнаго дѣла раньше. Для того-же, чтобы отъѣзды въ губернскую больницу участковыхъ врачей не отзывались неблагопріятно на ихъ дѣлѣ, можно было-бы создать при губернскихъ больницахъ штатъ интерновъ или эпидемическихъ врачей, получающихъ отъ нея помѣщеніе и полное содержаніе; на эти мѣста удобнѣе было-бы приглашать по преимуществу только-что кончившихъ курсъ, холостыхъ врачей, какъ элементъ, болѣе подвижной, для котораго такія мѣста имѣли-бы значеніе переходной ступени отъ школьной скамьи къ вполнѣ самостоятельной дѣятельности. Врачи эти исполняли-бы обязанности младшихъ ординаторовъ въ больницѣ, посылались-бы на эпидеміи, а также временно замѣщали-бы участковыхъ врачей, пріѣзжающихъ для занятій въ губернскую больницу; при пользованіи послѣднимъ, вмѣсто уѣхавшаго интерна, готовымъ помѣщеніемъ и содержаніемъ отъ больницы, расходы на такія поѣздки сократились-бы до minimum'а; дѣло отъ этого также нисколько-бы не страдало, такъ какъ происходилъ-бы только временный обмѣнъ врачебнаго персонала между участкомъ и губернской больницей. При такихъ условіяхъ можно было-бы предоставить участковымъ врачамъ возможность пріѣзжать для занятій въ губернскую больницу и не въ зачетъ отпусковъ, разъ есть свободный интернъ. Для надлежащаго приспособленія къ этому губернской больницѣ потребуются весьма незначительные расходы, а постановка дѣла, несомнѣнно, лишь выиграетъ какъ въ участкахъ, такъ и въ самой больницѣ.

Въ послѣднее время стали указывать, что губернскія больницы обслуживаютъ населеніе почти исключительно городское и ближайшихъ окрестностей, а не служатъ нуждамъ всей губерніи, и потому средства губернскаго земства расходуются на нихъ неправильно. Взглядъ этотъ имѣетъ вполнѣ справедливое основаніе; но, если бы губернскія больницы превратились въ своего рода маленькіе научные центры, онѣ пріобрѣли-бы и общее для всей губерніи значеніе. *А. Марковниковъ.*

---

## Изъ Berlin'a.

**Берлинское медицинское Общество. Общія свѣдѣнія о немъ; отношеніе нѣмецкихъ врачей къ женщинамъ-врачамъ. Изъ послѣднихъ засѣданій Общества: о радіи; циклической альбуминуріи. Успѣшная прививка сифилиса обезьянамъ.**

Среди врачебныхъ Обществъ Германской столицы Берлинское медицинское Общество (Berliner Medicinische Gesellschaft) какъ по давности своего существованія, такъ и по числу и научнымъ заслугамъ своихъ членовъ занимаетъ, безспорно, первое мѣсто. Оно образовалось еще въ 1860 г. черезъ сліяніе 2-хъ Обществъ: Общества научной медицины, основаннаго въ 1844 г., и Союза Берлинскихъ врачей, существовавшаго въ 1858 г. Число членовъ его къ концу 1902 г. доходило до 1300.

Благодаря тому, что за предсѣдательскимъ столомъ этого Общества сидятъ такія крупныя врачебно-научныя величины, какъ v. *Bergmann*, *König*, *Waldeyer*, *Senator*, *Israël*, *Joly*, *Ewald*, *Mendel*, а на членскихъ скамьяхъ—не мало извѣстныхъ профессоровъ и врачей съ извѣстными именами и выдающимися заслугами въ медицинской наукѣ и литературѣ, засѣданія имѣютъ большой интересъ, особенно, когда дѣло доходитъ до преній: среди присутствующихъ всегда находится достаточное число компетентныхъ лицъ по разбираемому вопросу, и къ высказаннымъ докладчиками положеніямъ нерѣдко прибавляется много очень цѣнныхъ дополненій или вѣскихъ критическихъ отзывовъ, не мало способствующихъ выясненію вопроса. Обыкновеннаго практическаго врача въ это Общество особенно привлекаетъ то обстоятельство, что оно не носитъ спеціальнаго характера: на засѣданіяхъ его обсуждаются всѣ безъ исключенія вопросы научной и практической медицины, а также врачебно бытовые, если они имѣютъ общій интересъ и значеніе. Средній практикъ, имѣющій слишкомъ мало свободнаго времени, чтобы по повременнымъ изданіямъ слѣдить за всѣми новостями медицинской науки, выноситъ изъ этихъ засѣданій много полезныхъ и цѣнныхъ свѣдѣній. Поэтому каждую среду, около $7^1/_2$ час. веч., довольно глухая въ обычное время Ziegelstrasse на короткое время оживляется цѣлымъ потокомъ врачей, спѣшащихъ къ дому Langenbeck'a, гдѣ происходятъ засѣданія Берлинскаго медицинскаго Общества. Въ дни особенно интересныхъ засѣданій членамъ Общества приходится тѣсниться въ сравнительно непомѣстительномъ залѣ засѣданій и располагаться по лѣстницамъ и въ проходахъ устроеннаго амфитеатромъ помѣщенія. Но какъ бы ни былъ интересенъ докладъ и оживлены пренія, ровно въ 9 час. засѣданіе закрывается, и заговорившемуся или увлекшемуся оратору предсѣдатель или сама аудиторія самымъ не двусмысленнымъ образомъ даютъ понять, что пора кончить. Но и въ эти $1^1/_2$ часа успѣваютъ сдѣлать столько, что читая затѣмъ стенографическій отчетъ о засѣданіи, прямо поражаешься, какъ много (а въ большинствѣ случаевъ и многое) можно сказать въ такое сравнительно короткое время. Невольно при этомъ напрашивается сравненіе этихъ засѣданій съ засѣданіями нашихъ русскихъ ученыхъ Обществъ, затягивающихся нерѣдко до полуночи и дольше, и, надо признаться, результатъ сравненія оказывается не въ нашу пользу. Причина этого, мнѣ кажется, кроется главнымъ образомъ въ томъ, что вслѣдствіе недостаточнаго развитія у насъ общественной жизни большинство русскихъ врачей не привыкли говорить публично и излагать сжато и вмѣстѣ съ тѣмъ складно и красиво свои мысли. Доклады у насъ читаются часто по писанному; во время преній многое не досказывается, что, въ свою очередь, вызываетъ вопросы, а отвѣты на нихъ безъ нужды затягиваютъ дѣло. Въ Берлинѣ докладчикъ крайне рѣдко читаетъ по писанному; передъ нимъ въ большинствѣ случаевъ лежитъ только краткая программа или небольшой набросокъ, содержащій цифровыя или другія данныя, которыя трудно удержать въ памяти; и участвующіе въ преніяхъ (не говоря уже объ извѣстныхъ профессорахъ и ученыхъ) въ огромномъ большинствѣ случаевъ настолько ясно и красиво излагаютъ свои мысли, что слушателямъ не приходится дѣлать ни малѣйшаго напряженія для того, чтобы усвоить сказанное. Иные позволяютъ себѣ и съострить, и умѣстная шутка всегда встрѣчаетъ должную оцѣнку у слушателей. Даже такой сурово-серьезный ученый, какъ покойный *Virchow* довольно часто смѣшилъ врачебную публику въ качествѣ предсѣдателя Общества своими, подчасъ очень ядовитыми, остротами и замѣчаніями. Врачебная публика Берлинскаго медицинскаго Общества, какъ и всякая публика, имѣетъ своихъ любимцевъ, мнѣніе которыхъ въ вопросахъ, требующихъ голосованія, часто имѣетъ рѣшающее значеніе. Однимъ изъ такихъ любимцевъ былъ покойный *Virchow*; изъ теперешнихъ дѣятелей особеннымъ уваженіемъ и любовью пользуются *Bergmann* и *Senator*.

Просматривая годовые отчеты Берлинскаго медицинскаго Общества за послѣднія 5 лѣтъ, я натолкнулся на одно очень любопытное обстоятельство, характеризующее

Digitized by Google

отношеніе нѣмецкихъ врачей къ женскому медицинскому образованію и отчасти и къ иностраннымъ врачамъ. Годовое засѣданіе Общества въ январѣ 1900 г. цѣликомъ посвящено было вопросу объ измѣненіи § Устава, опредѣляющаго цензъ лицъ, которые могутъ быть приняты въ члены Общества. Измѣненіе это понадобилось по слѣдующему поводу: въ члены Общества пожелала быть принятой женщина-врачъ, кончившая курсъ въ Швейцаріи. По нашимъ русскимъ понятіямъ это дѣло представляется очень простымъ и обыкновеннымъ: женщину-врача слѣдовало принять и не затѣвать никакихъ исторій; но нѣмецкіе врачи, за всѣми небольшими исключеніями, очень недружелюбно и даже враждебно относятся къ вторженію, какъ они выражаются, женщины въ медицину. Избирательная Коммиссія не пожелала принять въ члены Общества представительницу прекраснаго пола и мотивировала свой отказъ тѣмъ, что въ § Устава, опредѣляющемъ, кто можетъ быть избранъ въ члены Общества, значится, что членомъ Общества можетъ быть только практическій врачъ или «doctor medicinae rite promotus», а, такъ какъ слово «promotus» указываетъ на мужской полъ, то слѣд. женщинъ допускать нельзя....

Коммиссія, очевидно, сознавала сама неубѣдительность подобной мотивировки и потому побудила Правленіе видоизмѣнить этотъ § Устава такъ, чтобы на будущее время не приходилось, въ случаѣ отказа, прибѣгать къ такимъ неудобнымъ натяжкамъ. Новая редакція § гласитъ, что членами Общества могутъ быть исключительно врачи, сдавшіе государственный экзаменъ въ Германіи. Такъ какъ женщины тогда допускались къ государственному экзамену лишь въ видѣ единичныхъ исключеній, то этимъ самымъ онѣ устранялись отъ вступленія въ члены Общества. Вмѣстѣ съ тѣмъ были лишены возможности стать членами Общества и всѣ иностранные врачи, живущіе въ Берлинѣ; по уставу Общества, они могутъ посѣщать засѣданія только въ качествѣ гостей. Удивительнѣе всего то, что защитниками новой редакціи выступили покойный *Virchow* и *Bergmann*, изъ коихъ первый въ своей политической дѣятельности являлся всегда ярымъ врагомъ всякихъ ненужныхъ стѣсненій и ограниченій, а второй самъ имѣетъ дипломъ русскаго университета и только, поступивъ на германскую службу, получилъ званіе нѣмецкаго доктора медицины honoris causa. Во время преній по этому вопросу, между прочимъ, выяснилось, что нѣсколько Берлинскихъ сословныхъ врачебныхъ Союзовъ дошли въ своемъ враждебномъ отношеніи къ практикующимъ въ Берлинѣ женщинамъ-врачамъ (а ихъ всего нѣсколько человѣкъ) до того, что донесли на нихъ начальнику полиціи, указавъ на то, что ихъ слѣдуетъ поставить на одну доску съ обыкновенными шарлатанами на томъ-де основаніи, что онѣ не имѣютъ прусскаго диплома. Само собою разумѣется, что главной причиной такого отрицательнаго отношенія къ товарищамъ женскаго пола является боязнь конкуренціи. Въ концѣ концевъ однако и новая редакція § не помѣшала женщинамъ проникнуть въ Берлинское медицинское Общество, ибо теперь уже появились кандидатки съ германскими дипломами, а, такъ какъ въ новой редакціи нѣтъ слова, кончающагося на «us», то избирательной Коммиссіи, скрѣпя сердце, приходится принимать въ члены Общества и женщинъ. Послѣднія, можетъ быть, на первыхъ порахъ и будутъ чувствовать себя не очень хорошо среди недружелюбно настроенныхъ коллегъ, но можно быть увѣреннымъ, что чрезъ нѣкоторое время онѣ съумѣютъ заставить уважать себя, такъ какъ эти первыя піонерки, несомнѣнно, обладаютъ достаточными данными для того, чтобы наравнѣ съ мужчинами участвовать въ научныхъ преніяхъ. Въ менѣе многолюдномъ здѣшнемъ терапевтическомъ Обществѣ одна изъ нихъ съ успѣхомъ уже участвовала въ преніяхъ.

Перехожу теперь къ краткому очерку наиболѣе интересныхъ засѣданій, происходившихъ въ 1-ой половинѣ минувшаго декабря. Одно изъ нихъ было всецѣло посвящено модному теперь вопросу *о дѣйствіи радіевыхъ лучей*. Для ознакомленія слушателей съ физическими и химическими свойствами радія былъ приглашенъ профессоръ Scharlottenburg'скаго Политехникума *Miethe*. О дѣйствіи радіевыхъ лучей на глазъ долженъ былъ докладывать проф. *Greeff*, но онъ, къ сожалѣнію, не явился и, вмѣсто него, говорили о своихъ опытахъ съ радіемъ д-ра *Caspari* и *Aschkinass*, производившіе свои изслѣдованія въ *Koch*'овскомъ Институтѣ. Исходя изъ уже раньше установленныхъ ими сильныхъ бактеріеубивающихъ свойствъ радіевыхъ лучей, они пытались найти примѣненіе новому элементу при лѣченіи заразныхъ болѣзней. Въ виду того, что лучи радія поглощаются тканями, ими, какъ и *Roentgen*'овскими, нельзя пользоваться для лѣченія внутреннихъ болѣзней. Докладчики поэтому рѣшили примѣнять соли радія въ видѣ раствора и впрыскивать его животнымъ. Такъ какъ современные препараты радія содержатъ въ видѣ примѣси довольно много растворимыхъ баріевыхъ солей, которыя, какъ извѣстно, являются сильными сердечными ядами, то докладчики сначала превратили эти соли (хлористый барій) черезъ прибавленіе сѣрной кислоты въ нерастворимыя сѣрнокислыя соединенія и во взвѣшенномъ видѣ вводили ихъ животнымъ. Результаты, однако, оказались далеко неободряющаго свойства, такъ какъ во всѣхъ опытахъ рѣзко обнаруживалось разрушающее дѣйствіе радія на ткани. Если-же примѣнялись слишкомъ незначительныя количества, то они не убивали возбудителей болѣзни. Если впрыскиванія радіевыхъ солей примѣнялись лишь мѣстно и впрыскивались, напр., въ опухшія бугорчатковыя железы, то, хотя сами железы и уменьшались и опухоли исчезали, но дальнѣйшее распространеніе болѣзни этимъ не задерживалось. Авторы теперь испытываютъ дѣйствіе мѣстныхъ впрыскиваній при ракѣ; эти наблюденія еще только что начаты, и покамѣстъ лишь обнаружилось, что разрушающее дѣйствіе даже незначительныхъ количествъ радіоактивныхъ солей на раково-измѣненную ткань очень велико. Д-ръ *Aschkinass* испытывалъ дѣйствіе лучей радія на самомъ себѣ. Онъ положилъ на кожу предплечья коробочку съ бромистымъ радіемъ такимъ образомъ, что между лучеиспускающими веществами и рукой находилась лишь довольно тонкая аллюминіевая пластинка, и держалъ коробку на рукѣ въ теченіи 2-хъ часовъ. Дѣйствіе радія обнаружилось лишь черезъ 28 дней въ видѣ воспаленію подобнаго измѣненія, оставившаго послѣ себя пигментированное пятно величиною съ ту коробку, въ которой находился бромистый радій. Пятно не исчезло и до сихъ поръ, не смотря на то, что опытъ произведенъ былъ 3 года тому назадъ. Повтореніе опыта дало тотъ-же результатъ.

О дѣйствіи лучей радія на глазъ и зрѣніе говорилъ д-ръ *Crzellitzer*. По его мнѣнію, надежды, что при помощи новаго элемента удастся вернуть зрительную способность слѣпымъ, неосуществимы, такъ какъ лучи радія кореннымъ образомъ отличаются отъ обыкновенныхъ свѣтовыхъ лучей: оба рода лучей, испускаемыхъ радіемъ ($\alpha$ и $\beta$), подобно *Roentgen*'овскимъ, не обладаютъ способностью преломленія, и поэтому при помощи ихъ нельзя получить въ глазу изображеній или даже очертаній предметовъ. Если между коробкой, содержащей бромистый радій, и глазомъ наблюдателя помѣстить оловянный экранъ, въ которомъ вырѣзано отверстіе какой-бы то ни было формы, то глазъ получаетъ общее неопредѣленной формы свѣтовое впечатлѣніе, а не изображеніе, похожее на форму отверстія. Лучи радія дѣйствуютъ неизбирательно только на свѣточувствительный слой сѣтчатки (палочки и колбочки), подобно обыкновеннымъ свѣтовымъ лучамъ; они производятъ лишь общее свѣтовое раздраженіе, такъ какъ приводятъ въ фосфоресцирующее состояніе роговицу, хрусталикъ и, сильнѣе всего, стекловидное тѣло. Поэтому подъ вліяніемъ лучей радія въ глазу получается не одно какое-нибудь опредѣленное свѣтовое воспріятіе, а только разлитое ощущеніе свѣта.

Въ засѣданіи 2-го декабря обсуждался весьма интересный и съ теоретической, и съ практической точки зрѣнія вопросъ *о циклической альбуминуріи* у дѣтей. Докладчикъ д-ръ *Hauser* говорилъ въ сущности главнымъ образомъ только о т. наз. ортотической альбуминуріи, т. е. о той формѣ, когда бѣлокъ появляется въ мочѣ лишь тогда, когда дѣти встаютъ съ постели. Онъ строго ограничиваетъ понятіе циклической альбуминуріи только такими случаями, въ которыхъ, не смотря на тщательное и повторное микроско-

Digitized by Google

пическое изслѣдованіе, ни разу не удалось найти почечныхъ форменныхъ элементовъ, и думаетъ, что въ основѣ этихъ альбуминурій лежитъ всегда извѣстное поврежденіе почки, явившееся слѣдствіемъ заразнаго заболѣванія. Запасная сила почекъ вслѣдствіе этого невелика, и достаточно незначительныхъ разстройствъ въ кровообращеніи или вліянія ядовъ или продуктовъ обмѣна въ увеличенномъ количествѣ, какъ, напр., послѣ мышечныхъ напряженій, для того, чтобы почка отвѣчала на это выдѣленіемъ бѣлка. По мнѣнію докладчика, болѣзненныя поврежденія въ этихъ случаяхъ сосредоточиваются главнымъ образомъ въ эпителіѣ наружной поверхности сосудистыхъ петель *Malpighi*'евыхъ клубочковъ. Изъ 14 больныхъ, тщательно изслѣдованныхъ и находившихся подъ наблюденіемъ очень долгое время, ни у одного въ анамнезѣ не отсутствовали указанія на связь альбуминуріи съ бывшими ранѣе заразными заболѣваніями. Кромѣ того, большинство дѣтей, страдающихъ ортотической альбуминуріей, обнаруживаютъ клиническіе признаки, напоминающіе таковые у нефритиковъ. Очень рѣдко среди нихъ встрѣчаются крѣпкія, здоровыя дѣти, не обнаруживающія никакихъ видимыхъ признаковъ болѣзни. Въ большинствѣ-же случаевъ такихъ дѣтей приводятъ къ врачу потому, что они блѣдны, малокровны, имѣютъ утомленный видъ, неспособны къ физическому и умственному труду, раздражительны и часто страдаютъ головными болями. Что касается лѣченія, то въ виду того, что большинство клиницистовъ не признаетъ при ортотической альбуминуріи пораженія почекъ, то терапевтическія мѣропріятія обыкновенно ограничиваются въ этихъ случаяхъ общимъ укрѣпляющимъ режимомъ, при чемъ предполагается, что съ теченіемъ времени альбуминурія прекратится сама собой. Докладчикъ-же, наоборотъ, считаетъ нужнымъ болѣе серьезное лѣченіе, которое онъ ведетъ слѣдующимъ образомъ. Сначала назначается постельное содержаніе, при чемъ изъ пищи устраняется все то, что какимъ-бы то ни было образомъ можетъ раздражать почки; всякія пряности, алкоголь, копченыя, соленыя и маринованныя кушанья совершенно исключаются, и больной долгое время получаетъ лишь молоко и растительную пищу. У дѣтей провести такую діэту очень легко; они при ней прибавляются въ вѣсѣ; внѣшній видъ ихъ улучшается, и большинство ихъ субъективныхъ жалобъ скоро исчезаетъ. Только тогда, когда въ теченіи нѣсколькихъ недѣль въ мочѣ не удается обнаружить бѣлка, переходятъ сначала къ яйцамъ, затѣмъ къ мясу, сначала бѣлому, вареному, затѣмъ къ жареному и наконецъ къ обыкновенной говядинѣ. Но самымъ главнымъ въ лѣченіи авторъ считаетъ постепенное упражненіе почекъ, пріученіе (тренировку) ихъ къ увеличенной тѣлесной работѣ. *Hauser* проводитъ это систематически такъ: послѣ того какъ при постельномъ содержаніи и молочной діэтѣ моча въ теченіи 8 дней уже не содержитъ бѣлка, больному позволяютъ сидѣть все дольше и дольше сначала въ постели, затѣмъ въ креслѣ; далѣе ему разрѣшаютъ ходить по комнатѣ, затѣмъ подниматься на лѣстницу, гулять и т. д. Само собою разумѣется, что во все время т. наз. тренировки почекъ изслѣдуется всякая порція мочи на бѣлокъ и, если какой-нибудь родъ движенія вызываетъ альбуминурію, то его прекращаютъ, а затѣмъ къ нему приступаютъ опять, но болѣе постепенно. Движеніе и работа рукъ не оказываютъ вліянія на альбуминурію, и поэтому ихъ запрещать не слѣдуетъ. Этимъ путемъ во многихъ случаяхъ докладчику удавалось добиться полнаго излѣченія. Понятно, что для того, чтобы провести такой способъ лѣченія успѣшно, требуется со стороны родителей и окружающихъ ребенка самый тщательный и безпрерывный уходъ. Обычно приводимому возраженію, что въ подобныхъ случаяхъ излѣченіе часто наступаетъ само собой, докладчикъ противоставляетъ тѣ случаи, которые переходятъ въ настоящій нефритъ и кончаются весьма печально. 2 такихъ предоставленныхъ собственному теченію случая, окончившіеся вслѣдствіе этого смертью больныхъ, ему пришлось видѣть лично, и они произвели на него такое впечатлѣніе, что онъ не считаетъ возможнымъ брать на себя отвѣтственности за исходъ каждаго случая и поэтому признаетъ нужнымъ во всѣхъ случаяхъ вести лѣченіе вышеописаннымъ путемъ.

Участвовавшіе въ преніяхъ по этому докладу проф. *Senator*, *Fürbringer* и *Litten* въ общихъ чертахъ согласились съ докладчикомъ относительно происхожденія и лѣченія циклической альбуминуріи. *Senator* возсталъ только противъ самого названія «ортотическая альбуминурія», предложеннаго *Heubner*'омъ, такъ какъ, помимо перемѣны положенія тѣла, есть цѣлый рядъ другихъ причинъ, вызывающихъ циклически альбуминурію, при чемъ и тамъ причина временной проходимости почекъ для бѣлка кроется въ частичномъ поврежденіи почечной ткани.

*Fürbringer* коснулся способа лѣченія *Hauser*'a и нашелъ, что назначаемое послѣднимъ постельное содержаніе въ началѣ лѣченія въ сущности лишне.

Въ своемъ заключительномъ словѣ докладчикъ подкрѣпилъ свои доводы слѣдующей выдержкой изъ работы *Leube*, который считается большимъ авторитетомъ въ этой области: «Чѣмъ дольше, говоритъ *Leube*, я занимаюсь распознаваніемъ, тѣмъ осторожнѣе обращаюсь съ исключеніемъ нефрита при кажущихся невинными альбуминуріяхъ».

Въ засѣданіи 16-го декабря проф. *Lassar* показывалъ 2-хъ человѣкоподобныхъ обезьянъ—шимпанзе и оранга, которымъ онъ съ успѣхомъ привилъ сифилисъ. У обоихъ животныхъ на мѣстѣ прививки появился склерозъ, а у одного изъ нихъ (шимпанзе) уже очень ясно выражены вторичныя явленія. Впервые сифилисъ удачно привили человѣкоподобнымъ обезьянамъ *Roux* и *И. И. Мечниковъ*.

Berlin. 24 декабря 1903 г. *А. Коварскій.*

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 1. Д-ръ *П. В. Троицкій* изслѣдовалъ *отношеніе пищевой гликозуріи къ «недостаточности печени»*, т. е. къ состояніямъ, характеризующимся выпаденіемъ или уменьшеніемъ отправленій этого органа. Надъ выясненіемъ признаковъ недостаточности печени работали преимущественно французскіе авторы, которые систематизацію относящихся сюда клиническихъ явленій постепенно довели до выдѣленія ихъ въ обособленную и самостоятельную клиническую картину съ особой этіологіей и патогенезомъ. Разборъ литературныхъ данныхъ и сопоставленіе ихъ съ клиническими наблюденіями привело автора къ выводу, что для подобнаго выдѣленія явленій недостаточности печени въ самостоятельную клиническую форму еще не имѣется достаточныхъ фактическихъ основаній. Невозможность отдѣлить ядовитое дѣйствіе желчныхъ кислотъ и другихъ составныхъ частей желчи (при наличности желтухи) отъ явленій самой недостаточности печени; затрудненія, возникающія при обособленіи признаковъ органическаго пораженія печени отъ явленій, напр., застоя при застойныхъ (сердечныхъ) циррозахъ печени; тѣсная зависимость нормальныхъ и ненормальныхъ отправленій этого органа отъ дѣятельности другихъ органовъ, напр., почекъ—все это существенно мѣшаетъ выдѣленію признаковъ недостаточности печени, какъ таковой, отъ другихъ явленій. Единственнымъ фактическимъ достояніемъ клиники является форма полнаго угнетенія отправленій печени въ видѣ т. наз. острой желтой атрофіи ея. Болѣе или менѣе типическую картину, обнаруживающуюся при этой болѣзни, по видимому, можно было бы принять за основаніе при обсужденіи явленій частичнаго выпаденія отправленій печени. Но оказывается, что и здѣсь большая часть признаковъ не имѣетъ отношенія къ недостаточности печени и состоитъ изъ явленій пораженія нервной системы подъ вліяніемъ отравленія. Что касается малыхъ и среднихъ степеней недостаточности печени, то онѣ не сопровождаются опредѣленной совокупностью припадковъ; въ этихъ случаяхъ распознаваніе можетъ основываться только на извѣстныхъ пробахъ, указывающихъ на пониженіе того или иного изъ отправленій печени. Такъ, напр., по уменьшенію мочевины въ мочѣ или по появленію искусственно вызванной аммонуріи можно судить о недостаточности мочеобразовательной дѣятель-

Digitized by Google

ности печени; увеличеніе содержанія индикана въ мочѣ, а также увеличеніе ядовитости послѣдней служатъ показателемъ способности печени обезвреживать ядовитыя вещества и т. д. Наибольшимъ распространеніемъ изъ этихъ способовъ пользуется изслѣдованіе печени на ея способность превращать углеводы въ гликогенъ, при чемъ нарушеніе этой способности сопровождается, при введеніи въ организмъ извѣстныхъ количествъ сахара, появленіемъ пищевой гликозуріи. Но и распознавательное значеніе этой гликозуріи подверглось въ послѣднее время существеннымъ ограниченіямъ, и потому оказалась необходимость въ новыхъ способахъ. Такой способъ предложенъ былъ *Strauss*'омъ въ видѣ пищевой левулезуріи, при чемъ въ основу его положенъ былъ тотъ фактъ, что при устраненіи печени изъ кровообращенія усвоеніе декстрозы идетъ хорошо, тогда какъ усвоеніе левулезы понижается, и она появляется въ мочѣ. Опираясь на свои и чужія наблюденія, авторъ доказываетъ, что пищевая левулезурія чувствительнѣе пробы съ виноградным сахаромъ, но что положительный результатъ при пробѣ съ левулезой не всегда совпадаетъ съ другими признаками недостаточности печени и потому имѣетъ значеніе вспомогательнаго, а не опредѣляющаго признака (Извѣстія В.-Медицинской Академіи, 1903 г. ноябрь, № 3). *И. Назаровъ.*

2. Проф. *Rodet* задался цѣлью опредѣлить, *не содержатъ-ли въ себѣ лимфатическія железы животныхъ, одержимыхъ бугорчаткой, такихъ веществъ, которыя имѣли-бы лѣчебное или предохранительное значеніе* при названной болѣзни, или-же могли-бы служить средствомъ для полученія сыворотки, обладающей такими лѣчебными и предохранительными свойствами. Для опытовъ онъ пользовался эмульсіей изъ лимфатическихъ железъ бугорчатковыхъ морскихъ свинокъ, обезпложенной прибавленіемъ тимола, и впрыскивалъ ее подъ кожу морскимъ свинкамъ, зараженнымъ бугорчаткой, или въ чистомъ видѣ, или въ смѣси съ кровяной сывороткой козы и лошади. Результатъ опытовъ былъ таковъ: дольше всѣхъ жили повѣрочныя животныя, а скорѣе всѣхъ умерли тѣ, которыя получали эмульсію вмѣстѣ съ кровяной сывороткой лошади. Въ 1-ую половину опыта у повѣрочныхъ животныхъ вѣсъ также прибывалъ значительнѣе, чѣмъ у подвергавшихся впрыскиваніямъ. Во 2-мъ рядѣ опытовъ авторъ впрыскивалъ эмульсію свинкамъ, которыя затѣмъ были заражены бугорчаткой. Повѣрочныя прожили въ среднемъ 93 дня, получившія прививку—104. Опыты съ кровяной сывороткой состояли въ томъ, что зараженнымъ свинкамъ вводилась подъ кожу кровяная сыворотка козы, получившей передъ кровопусканіемъ отъ 8 до 21 впрыскиваній упомянутой эмульсіи; сыворотка эта обладала довольно сильными склеивающими свойствами; результаты опытовъ таковы: повѣрочныя животныя прожили въ среднемъ 105 дней, а получавшія сыворотку 118. Такимъ образомъ результаты этихъ опытовъ въ итогѣ были отрицательные. Къ сожалѣнію, слѣдуетъ замѣтить, въ чемъ сознается и самъ авторъ, что не всѣ опыты были поставлены имъ съ безукоризненной точностью (Montpellier médical, № 36). *Н. Ст—въ.*

3. Д-ръ *М. Шварцъ*, изучая *свойства кровяной сыворотки животныхъ при кормленіи кровью и бактеріями*, нашелъ, что при кормленіи кроликовъ и морскихъ свинокъ лошадиной кровью кровяная сыворотка ихъ пріобрѣтаетъ кроверастворяющія свойства по отношенію къ краснымъ кровянымъ шарикамъ этой крови. При кормленіи этихъ животныхъ разводками кишечной палочки, сыворотка ихъ получаетъ склеивающія и, по видимому, бактеріоубивающія свойства только къ кишечной палочкѣ; проникновенія кишечной палочки черезъ неповрежденный кишечникъ въ кровь при кормленіи—авторомъ не наблюдалось. При повторныхъ впрыскиваніяхъ животнымъ лошадиной кровяной сыворотки, совершенно свободной отъ примѣси красныхъ кровяныхъ шариковъ, получается сыворотка, склеивающая красные шарики лошадей, но не растворяющая ихъ (Труды Харьковскаго Медицинскаго Общества 1903 г., вып. 1-й). *С. Новосельскій.*

**Физіологическая химія.** 4. Д-ръ *Franz Volhard* (изъ клиники проф. *Riegel*'я въ Giessen'ѣ) нашелъ, что обычно примѣняемый во всѣхъ клиникахъ *способъ опредѣленія общей кислотности желудочнаго содержимаго* черезъ титрованіе децинормальной щелочью съ фенолъ-фталеиномъ въ качествѣ показателя даетъ ошибочные результаты. Причина этого кроется въ томъ, что фенолъ-фталеинъ является чувствительнымъ показателемъ только по отношенію къ кислотѣ; къ щелочи-же онъ относится такъ же, какъ растворъ конго къ кислотѣ, т. е. обнаруживаетъ только свободную щелочь, но не связанную. Такъ какъ продукты переваривания бѣлка — пептонъ и альбумозы—обладаютъ способностью связывать ѣдкую щелочь и эта связанная щелочь не обнаруживается фенолъ-фталеиномъ, то при титрованіи желудочнаго сока всегда приходится употреблять больше щелочи, чѣмъ того требуютъ кислореагирующія составныя части его. Избытокъ связывается альбумозами и пептономъ, и только по насыщеніи ихъ щелочью появляется розовое окрашиваніе титруемой жидкости. Что это на самомъ дѣлѣ такъ, легко можно убѣдиться, если 2 порціи одного и того-же желудочнаго содержимаго титровать съ различными показателями: одну съ фенолъ-фталеиномъ, а другую съ лакмусомъ или ализариномъ; окажется, что число кк. стм. щелочи, употребленной для осредненія 1-ой порціи, будетъ больше, чѣмъ для 2-ой. Въ виду того, что ошибка, происходящая отъ примѣненія фенолъ-фталеина, какъ показателя, при опредѣленіяхъ общей кислотности желудочнаго содержимаго, не во всѣхъ случаяхъ одинакова (такъ какъ количество альбумозъ и пептона зависитъ отъ количества пищеваренія), то, по мнѣнію автора, этотъ способъ слѣдуетъ совершенно оставить и вмѣсто фенолъ-фталеина при опредѣленіи общей кислотности употреблять въ качествѣ показателя растворъ лакмуса или ализарина Для опредѣленія количества свободной соляной кислоты наиболѣе удобнымъ и пригоднымъ для практики онъ признаетъ способъ *Töpfer*'а (титрованіе ѣдкой щелочью съ диментилъ-амидоазобензоломъ въ качествѣ показателя). Титрованіе и фенолъ-фталеиномъ при одновременномъ опредѣленіи общей кислотности другимъ путемъ можетъ дать представленіе о количествѣ щелочи—связывающихъ веществъ (главнымъ образомъ альбумозъ и пептона) въ желудочномъ содержимомъ. Судить-же о количествѣ кислыхъ фосфорнокислыхъ солей на основаніи опредѣленія общей кислотности при помощи фенолъ-фталеина и количества свободной соляной кислоты, какъ показали изслѣдованія автора, никоимъ образомъ нельзя. Онъ нашелъ, что количество кислыхъ фосфорнокислыхъ солей въ желудочномъ содержимомъ послѣ пробнаго завтрака гораздо меньше, чѣмъ это принято считать до сихъ поръ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 50). *А. К.*

**Бактеріологія.** 5. Д-ра *Otto Lentz* и *Julius Tietz* (Idar) предлагаютъ *новый способъ для обнаруженія тифозныхъ и паратифозныхъ палочекъ въ испражненіяхъ*. Сущность способа заключается въ томъ, что изъ испражненій сначала дѣлается засѣвъ на питательную среду, состоящую изъ *Loeffler*'овскаго мясо-пептонъ-агара, къ которому прибавленъ Malachitgrün въ количествѣ 1:6000. На этой средѣ задерживается ростъ обыкновенной кишечной палочки, въ то время какъ тифозная и въ особенности паратифозная ростутъ хорошо. Но такъ какъ, кромѣ тифозныхъ палочекъ, здѣсь выростаетъ еще и другая, выдѣляющая щелочь, палочка, представляющая по своимъ морфологическимъ свойствамъ сходство съ тифозными, но для отличія обоихъ родовъ и увеличенія числа колоній тифозной палочки въ тѣхъ случаяхъ, когда ихъ мало, авторы пользуются средой *Conradi-Drigalsk*'аго, на которой палочки тифа легче отличить отъ образующей щелочь палочки. Техника способа слѣдующая: изслѣдуемыя испражненія растираются двойнымъ количествомъ физіологическаго раствора поваренной соли до полученія равномѣрной массы плотности жидкой кашицы. Изъ этой массы берутъ около 0,1—0,2 к. стм. при помощи не очень большого стекляннаго шпателя и дѣлаютъ сначала посѣвъ на пластинку съ Malachitgrün, а затѣмъ на 2 пластинки со средой *Conradi-Drigalsk*'аго (лакмусъ-лактоза-агаръ). Посѣвы производятся точно такъ-же, какъ при изслѣдованіи по способу *Conradi-Drigalsk*'аго. Послѣ 20-часового пребыванія пластинокъ въ термостатѣ, осматриваютъ сначала синія пластинки. Если на нихъ не находятъ типичныхъ колоній

тифозной палочки, то переходятъ къ зеленой, на которой рѣдко вырастаетъ больше 300 колоній. При помощи укола снимаютъ съ нея 4—5 подозрительныхъ на тифъ колоній и изслѣдуютъ ихъ при помощи сильно склеивающей сыворотки. Если результатъ изслѣдованія не ясенъ и взятыя палочки не типичны, то всю зеленую пластинку обливаютъ 2 к. стм. бульона или физіологическаго раствора поваренной соли и изъ полученной такимъ образомъ эмульсіи берутъ одну петлю и засѣваютъ на 2 большія пластинки среды *Conradi-Drigalsk*'аго. Черезъ 16—20 часовъ пребыванія въ термостатѣ эти пластинки изслѣдуются на содержаніе въ нихъ тифозныхъ или паратифозныхъ палочекъ. Путемъ провѣрочныхъ опытовъ авторы убѣдились, что этимъ способомъ удается открыть тифозныя палочки тогда, когда ихъ бываетъ очень мало и когда при помощи другихъ способовъ ихъ найти не удается. На 180 изслѣдованій, произведенныхъ авторами, положительный результатъ получился въ 20 случаяхъ, при чемъ въ 8 изъ нихъ на синихъ пластинкахъ тифозныхъ палочекъ найти не удалось, и только путемъ вторичнаго пересѣва съ зеленой пластинки удалось получить хорошій ростъ колоній тифозныхъ или паратифозныхъ палочекъ. Для того, чтобы описанный способъ давалъ хорошіе результаты, необходимо предварительно провѣрить свойства продажнаго Malachitgrün по отношенію къ росту обычной кишечной палочки, такъ какъ найденное авторами количество его, которое нужно прибавить къ питательной средѣ (1:6000), можетъ оказаться неподходящимъ, и тогда нужно найти, при какихъ условіяхъ крѣпости питательной среды получается наименьшій ростъ кишечной палочки (Münchener medicinische Wochenschrift, № 49). *А. Коварскій.*

6. Д-ръ *G. Jochman* производилъ *бактеріолого-анатомическія изслѣдованія скарлатины въ связи съ изслѣдованіемъ крови.* Авторъ изслѣдовалъ бактеріологически кровь у 164 скарлатинныхъ больныхъ въ разныхъ ступеняхъ болѣзни. Для точности изслѣдованія онъ бралъ черезъ проколъ вены большее количество крови: 15—20 к. стм. по способу *Schottmüller*'а (шприцемъ *Lüer*'а). Подобное кровопусканіе не давало никакихъ вредныхъ послѣдствій. Кровь смѣшивалась съ предварительно расплавленнымъ агаромъ (въ нѣсколькихъ пробиркахъ по 5 к. стм.) и разливалась въ чашечки *Petri.* На 161 случай въ 25 въ крови при жизни найдены были цѣпекокки, а именно длинный гноеродный цѣпекоккъ. Въ ступени самаго обильнаго высыпанія (на 1-й—2-й дни болѣзни) цѣпекокковъ не найдено. Въ клиническомъ отношеніи случаи съ цѣпекокками въ крови ничѣмъ не отличались отъ тяжелыхъ случаевъ скарлатины, въ которыхъ въ крови цѣпекокковъ не было. Въ случаяхъ молніеносной скарлатины въ крови ни разу цѣпекокковъ не оказалось. Предсказаніе въ случаяхъ съ цѣпекокками въ крови безусловно неблагопріятно. У 50% дѣтей, умершихъ въ теченіи скарлатины (за исключеніемъ случаевъ смерти отъ воспаленія почекъ), незадолго до смерти въ крови найдены цѣпекокки, при чемъ оказалось, что цѣпекокки быстро размножаются въ крови передъ самой смертью больного, но во всякомъ случаѣ при жизни въ крови ихъ не такъ много, какъ въ крови, взятой послѣ смерти. Кромѣ того, авторъ изслѣдовалъ на 70 трупахъ дѣтей, умершихъ отъ скарлатины, кровь, миндалины, костный мозгъ, селезенку и почки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровь бралась изъ сердца (праваго) сейчасъ-же послѣ смерти, въ большинствѣ-же случаевъ—черезъ 12—18 час. Изъ 70 случаевъ цѣпекокки найдены въ крови въ 50. Авт. объясняетъ такую частоту обнаруженія ихъ послѣ смерти больного переходомъ ихъ въ кровь изъ разныхъ очаговъ во время агоніи. Въ 36 случаяхъ онъ изслѣдовалъ микроскопически миндалины и кровь; въ 30 былъ омертвѣвающій тонзиллитъ; во всѣхъ этихъ случаяхъ найдено скопленіе цѣпекокковъ на поверхности миндалинъ и въ очагахъ омертвѣнія; въ 2 случаяхъ съ катарральной жабой также найдены цѣпекокки на поверхности миндалинъ; въ 16 найдены цѣпекокковые тромбы въ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудахъ ткани, окружающей миндалины. Въ крови найдены цѣпекокки въ 25 случаяхъ, изъ коихъ въ 24 были цѣпекокки на миндалинахъ. Поучителенъ случай молніеносной скарлатины, въ которомъ не было ни омертвѣвающаго тонзиллита, ни цѣпекокковъ какъ на поверхности миндалинъ, такъ и въ ихъ окружности. Изслѣдованіе костнаго мозга дало согласный результатъ: въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ были цѣпекокки въ крови, ихъ находили въ костномъ мозгу и въ селезенкѣ; наоборотъ, въ 17 случаяхъ, въ которыхъ кровь оказалась стерильной, изслѣдованіе костнаго мозга и селезенки дало также отрицательный результатъ. Тоже относится и къ изслѣдованію почекъ. Авт. приходитъ къ выводу, что, безспорно, существуютъ случаи воспаленія почекъ, обусловленнаго цѣпекокковымъ зараженіемъ; но, съ другой стороны, наблюдаются и такіе случаи, въ которыхъ на основаніи бактеріолого-анатомическихъ изслѣдованій можно почти съ положительностью сказать, что цѣпекокки не играли тутъ никакой роли ни мѣстно (ихъ не находили въ почкахъ), ни какъ источникъ зараженія. Въ 20 случаяхъ скарлатиннаго воспаленія почекъ цѣпекокковъ въ мочѣ не оказалось, тогда какъ въ 1 сл. общаго зараженія послѣ скарлатины, въ которомъ были найдены цѣпекокки въ крови, они были обнаружены также и въ мочѣ. Въ 2 случаяхъ воспаленія почекъ послѣ скарлатины кровь и всѣ органы оказались стерильными (смерть на 28-й и 32-й день скарлатины), при чемъ въ миндалинахъ не оказалось никакихъ измѣненій. Принимая во вниманіе и тотъ клиническій фактъ, что воспаленіе почекъ часто развивается послѣ скарлатины съ благопріятнымъ теченіемъ, безъ явленій омертвѣнія въ зѣвѣ, авторъ высказываетъ предположеніе, что цѣлый рядъ воспаленій почекъ, появляющихся на 3-ей недѣлѣ, не имѣетъ ничего общаго съ дѣйствіемъ цѣпекокковъ. Окончательный выводъ его тотъ, что цѣпекокковое зараженіе играетъ при скарлатинѣ важную роль, но для того, чтобы признать цѣпекокковъ специфическими возбудителями скарлатины, нѣтъ еще твердо обоснованныхъ данныхъ (Deutsches Archiv für klinische Medicin, т. LXXVIII, тетр. 3 и 4). *С. Э. Островскій.*

**Гигіэна.** 7. Проф. *Celli* указываетъ рядъ мѣръ, которыя необходимо примѣнять для *предупрежденія заболѣваній болотною лихорадкой.* Сюда относятся: 1) искусственное развитіе невоспріимчивости къ болотной лихорадкѣ посредствомъ назначенія либо ежедневныхъ пріемовъ хинина (по 0,3—0,4 взрослымъ, дѣтямъ—половину), либо пріемовъ еженедѣльныхъ, что однако менѣе дѣйствительно (2 вечера подрядъ по 1,0, дѣтямъ—половину); 2) специфическое обеззараживаніе крови болотно-лихорадочныхъ больныхъ хининомъ; оно достигается тѣмъ, что больные эти лѣчатся хининомъ въ теченіи цѣлаго года и особенно въ періоды, предшествующіе взрывамъ эпидеміи болотной лихорадки; 3) предупрежденіе зараженій болотною лихорадкой путемъ соотвѣтствующей механической защиты жилищъ и обнаженныхъ частей тѣла; авторъ оговаривается, что мѣра эта обходится дорого и не вездѣ примѣнима; 4) отдѣленіе болотно-лихорадочныхъ больныхъ въ дома, защищенные отъ комаровъ, или въ мѣстности, свободныя отъ болотной лихорадки; 5) истребленіе anopheles'овъ, мѣра, широкое примѣненіе которой тоже связано съ большими затрудненіями; 6) оздоровленіе мѣстности съ помощью извѣстныхъ гидротехническихъ и земледѣльческихъ работъ, создающихъ условія, неблагопріятныя для размноженія anopheles'овъ и для зараженія ихъ чужеяднымъ болотной лихорадки. Если болотная лихорадка распространена мало и не отличается тяжелымъ теченіемъ, то можно довольствоваться примѣненіемъ лишь нѣкоторыхъ мѣръ изъ числа перечисленныхъ. Для того-же, чтобы освободить отъ этой болѣзни цѣлую страну, необходимо еще создать такія условія, при которыхъ указанныя мѣры могли-бы быть осуществлены съ необходимою полнотою. Поэтому борьба съ болотною лихорадкой должна въ этомъ случаѣ вестись—на слѣдующихъ основаніяхъ: приготовленіе хинина должно находиться въ рукахъ государства, которое должно продавать это вещество по возможно низкой цѣнѣ въ каждой лавочкѣ; прибыль отъ продажи хинина должна идти на дальнѣйшую борьбу съ лихорадкой; всѣ крестьяне, работающіе въ лихорадочныхъ мѣстностяхъ, а также рабочіе, занятые общественными работами, должны имѣть право на безплатное полученіе хинина, а врачи должны получить возможность раздавать по своему усмот-

Digitized by Google

ренію хинина для лѣченія болотной лихорадки и для предупрежденія ея; на предпринимателей должна быть возлагаема отвѣтственность за тѣ случаи, когда кто-либо изъ ихъ рабочихъ умретъ отъ недостаточнаго лѣченія хининомъ; всѣмъ рабочимъ, прямо или косвенно зависящимъ отъ государства, а также рабочимъ, занятымъ общественными работами, должно быть предоставлено право требовать, чтобы ихъ жилища въ лихорадочныхъ мѣстностяхъ и въ теченіи лихорадочной части года были защищены отъ комаровъ; государство должно выдавать награды тѣмъ изъ землевладѣльцевъ, которые станутъ вводить такой-же порядокъ въ своихъ имѣніяхъ. Что касается оздоровательныхъ гидротехническихъ работъ, то онѣ должны вестись сообразно тѣмъ указаніямъ, какія даетъ знакомство съ жизнью anopheles'а въ водѣ, а также должны сопровождаться заселеніемъ оздоровленныхъ участковъ. Необходимо, наконецъ, распространять какъ среди врачей, такъ и среди широкихъ слоевъ населенія знакомство съ новѣйшими способами предупрежденія болотной лихорадки (Hygienische Rundschau, 1903, № 20). *И. Назаровъ.*

**Внутреннія болѣзни.** 8. Д-ръ *C. Thoenes* на основаніи собственныхъ наблюденій и литературныхъ данныхъ разсматриваетъ вопросъ о *лѣченіи бугорчатки брюшины.* Норвежскій хирургъ *Borchgrevink*, написавшій монографію по этому вопросу, высказался противъ хирургическаго лѣченія путемъ чревосѣченія, такъ какъ, сравнивая результаты, полученные послѣ операціи, съ таковыми послѣ сохраняющаго способа лѣченія, онъ нашелъ, что оперативное лѣченіе даетъ 64% выздоровленій, между тѣмъ какъ среди больныхъ, пользованныхъ безъ операціи, число выздоровленій дошло до 80%. Однако результаты другихъ авторовъ не согласуются съ данными *Borchgrevink*'а, и авторъ, собравшій большій матеріалъ, нашелъ, что въ случаяхъ внутренняго лѣченія получается 48,2% выздоровленія, между тѣмъ какъ при хирургическомъ лѣченіи % выздоровленій=54,1%. Принимая во вниманіе, что внутреннее лѣченіе обыкновенно примѣняется въ болѣе легкихъ случаяхъ, между тѣмъ какъ оперативное въ болѣе тяжелыхъ, эти статистическія данныя надо признать доказательствомъ превосходства хирургическаго лѣченія передъ выжидательнымъ. Несомнѣнно, однако, что есть много случаевъ, переходящихъ въ выздоровленіе и безъ операціи, и поэтому авторъ предлагаетъ при выборѣ способа лѣченія руководиться слѣдующими показаніями. Во всѣхъ случаяхъ, сопровождающихся нагноеніемъ или закрываніемъ просвѣта кишечника, показано хирургическое лѣченіе. Точно также слѣдуетъ не медлить съ операціей тогда, когда ухудшеніе объективныхъ припадковъ—продолжительная лихорадка, ухудшеніе состоянія сердечной дѣятельности не подаетъ надежды добиться улучшенія выжидательнымъ путемъ. Въ остальныхъ случаяхъ слѣдуетъ приступать къ операціи лишь тогда, когда примѣненіе раціональнаго внутренняго лѣченія въ теченіи многихъ недѣль не привело къ сколько-нибудь замѣтному улучшенію. Операція противопоказана въ случаяхъ, осложненныхъ довольно далеко уже зашедшей впередъ бугорчаткой легкихъ, гортани или кишекъ или при общемъ гнилостномъ состояніи (По докладу, читанному на Съѣздѣ естествоиспытателей и врачей въ Cassel'ѣ, сообщено въ Münchener medicinische Wochenschrift, № 50). *А. Коварскій.*

9. Разсматривая вопросъ о *значеніи изслѣдованія мочи на бугорчатковыя палочки для распознаванія бугорчатки почекъ,* д-ръ *Gottlieb Salus* (изъ гигіэническаго Института проф. *Hueppe* въ Прагѣ) считаетъ единственно вѣрнымъ способомъ обнаруженія бугорчатковыхъ палочекъ — опытъ на животномъ, при чемъ предлагаетъ прививку мочевого осадка морскимъ свинкамъ дѣлать всегда подкожно. Подкожная прививка представляетъ въ сравненіи съ внутрибрюшинной то преимущество, что при ней, съ одной стороны, дана возможность прослѣдить развитіе бугорчатковаго процесса, начиная отъ мѣста впрыскиванія, а съ другой — легче отличить настоящую бугорчатку отъ анатомическихъ измѣненій, вызываемыхъ другими кислотоупорными палочками, встрѣчающимися въ мочѣ. Въ послѣдніе годы нѣкоторые французскіе авторы (*Fournier* и *Beaufumé, Foulerton* и *Hillier*) нашли бугорчатковыя палочки въ мочѣ у такихъ больныхъ, у которыхъ вскрытіе не обнаружило никакихъ измѣненій въ мочеполовыхъ органахъ. Хотя автору лично не удалось собственными изслѣдованіями подтвердить этотъ фактъ, но онъ считаетъ его возможнымъ и объясняетъ его проникновеніемъ бугорчатковыхъ палочекъ изъ легкихъ или другихъ органовъ при посредствѣ крови черезъ почки. Онъ полагаетъ, что у многихъ, страдающихъ бугорчаткой, почки болѣе или менѣе повреждены, и поэтому такое проникновеніе черезъ нихъ бактерій весьма вѣроятно. Въ подтвержденіе того, что у больныхъ бугорчаткой почки дѣйствительно поражены, онъ приводитъ результатъ изслѣдованія мочи 28 бугорчатковыхъ больныхъ изъ клиники проф. *Jacksck*'а, при чемъ у 12 (44%) найденъ бѣлокъ въ видѣ небольшихъ слѣдовъ, а у 14 (51%) почечные цилиндры, красные кровяные шарики и почечный эпителій. Во всякомъ случаѣ авторъ считаетъ изслѣдованіе мочи черезъ прививку животнымъ необходимымъ звеномъ въ цѣпи клиническихъ способовъ изслѣдованія для распознаванія бугорчатки, такъ какъ положительный результатъ всегда свидѣтельствуетъ о существованіи бугорчатковаго гнѣзда въ организмѣ, а въ огромномъ большинствѣ случаевъ помогаетъ при распознаваніи бугорчатки почекъ или пузыря (Berliner klinische Wochenschrift, № 50). *А. Коварскій.*

10. Д-ръ *Guiteras* собралъ 120 случаевъ *оперативнаго лѣченія* затяжной *Bright'овой болѣзни.* Въ разныхъ случаяхъ примѣнялось пришиваніе почки, разрѣзъ, снятіе сумки, снятіе корковаго вещества. Въ 16% наступило выздоровленіе, въ 40% улучшеніе, въ 11% больные остались безъ улучшенія, въ 33% погибли. По мнѣнію автора, хирургическимъ путемъ могутъ быть лѣчимы: подвижная почка съ бѣлкомъ и цилиндрами въ мочѣ, подвижная почка въ соединеніи съ воспаленіемъ ея, затяжное межуточное, затяжное паренхиматозное и разлитое воспаленія почекъ. При этомъ слѣдуетъ оперировать лишь послѣ того, какъ лѣкарственное лѣченіе оказалось безуспѣшнымъ. Операція показана, если процессъ быстро идетъ впередъ; но не слѣдуетъ приступать къ операціи при общей водянкѣ и плохой сердечной дѣятельности. Наилучшіе результаты даетъ пришиваніе почки; наиболѣе неблагопріятны случаи разлитого воспаленія (75% смертности). Въ случаѣ яснаго разрушительнаго процесса въ почкахъ вслѣдствіе воспаленія, операція оказываетъ задерживающее дѣйствіе на нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 7 и 14 ноября).

11. Иногда удается добыть для изслѣдованія лишь незначительное количество мочи. Такъ обстоитъ дѣло у маленькихъ дѣтей, при катетеризаціи мочеточниковъ, при маломъ отдѣленіи мочи въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда необходимо изслѣдовать тотчасъ выпущенную мочу, сколько бы ея ни было. Существующіе способы *опредѣленія уд. вѣса мочи* при небольшомъ количествѣ ея или недостаточно точны (разведеніе водою въ нѣсколько разъ, гидрометры), или-же требуютъ дорогихъ приборовъ и навыка (вѣсы *Westphal*'я, пикнометръ). Д-ръ *Saxe* предлагаетъ изобрѣтенный имъ приборъ *«urino-pyknometer»*, лишенный, по его мнѣнію, обоихъ указанныхъ недостатковъ. Построенъ приборъ на томъ принципѣ, что равные объемы жидкостей разнятся въ вѣсѣ въ той-же степени, какъ и ихъ уд. вѣсъ. Инструментъ состоитъ изъ стержня, имѣющаго дѣленія отъ 1060 (вверху) до 1000 (внизу) и переходящаго внизу въ шарообразное расширеніе. Къ шарику припаяна снизу удлиненная бутылочка, горлышко которой обращено внизъ и заткнуто стеклянной—какъ и весь приборъ—пробочкой; внутри послѣдней заключено немного ртути для удержанія всего прибора въ отвѣсномъ положеніи. Если, перевернувъ приборъ, наполнить бутылочку до сдѣланной на ней мѣтки перегнанной водой (около 3 к. стм.) и, заткнувъ пробочкой, опрокинуть въ цилиндръ съ перегнанной водой, то нижній край мениска придется на чертѣ 1000. Если-же, вмѣсто воды, въ бутылочку налита моча, приборчикъ опустится до черты, указывающей уд. вѣсъ ея. Показанія прибора очень точны; обращеніе съ нимъ простое (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 17 октября). *Л. Старокадомскій.*

12. Д-ръ *Ely* настоятельно совѣтуетъ давать больнымъ

Digitized by Google

при нѣкоторыхъ острыхъ и затяжныхъ болѣзняхъ *большое количество яицъ*, что, по наблюденіямъ автора, дѣйствуетъ на нихъ укрѣпляющимъ и бодрящимъ образомъ. Предпочтительны сырыя яйца, при чемъ стараются проглотить выпущенное яйцо, не раздавливая его желтка, заключеннаго въ тонкую оболочку. Въ приводимыхъ д-ромъ *Ely* 9 изъ его наблюденій больные нейрастеніей, легочной бугорчаткой, брюшнымъ тифомъ, фибринознымъ воспаленіемъ легкихъ, дифтеріей, получали отъ 15 до 36 яицъ въ сутки—черезъ каждый часъ или 2 по 1—2 шт. Одна больная тяжелой формой нейрастеніи въ теченіи года приняла такимъ образомъ 3006 яицъ, а больной бугорчаткой легкихъ—5475 яицъ въ годъ. По словамъ автора, не слѣдуетъ опасаться, что можетъ наступить альбуминурія вслѣдствіе чрезмѣрнаго введенія яичнаго бѣлка. Въ случаѣ появленія тошноты, рвоты, поноса, можно давать одинъ бѣлокъ куринаго яйца, безъ желтка; авторъ давалъ нѣкоторымъ тифознымъ больнымъ въ теченіи нѣсколькихъ дней по 48 яичныхъ бѣлковъ ежедневно (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 14 ноября). *Л. С.*

13. Въ 15 случаяхъ *сѣнной лихорадки* д-ръ *Mc Coy* примѣнялъ сыворотку, приготовленную проф. *Dunbar*'омъ противъ яда пыльцы нѣкоторыхъ злаковъ. Сыворотка накапывалась на соединительную оболочку глазъ въ количествѣ 1—2 капель, 2—4 раза въ день, и на слизистую оболочку носа—2—4 капли, 2—6 разъ въ день. Во всѣхъ случаяхъ—приведены только 6 изъ нихъ—черезъ 2—5 дней значительно ослаблялись болѣзненныя явленія, свойственныя заболѣванію: зудъ въ глазахъ, носу и зѣвѣ, чиханье, судорожный кашель, астма, нервная раздражительность и чувство утомленія; спустя нѣкоторое время—до мѣсяца—больные окончательно выздоравливали. Между больными было не мало такихъ, которые ежегодно подвергались приступамъ сѣнной лихорадки и ничѣмъ не могли отъ нея избавиться. Авторъ считаетъ свои случаи подтвержденіемъ положенія *Dunbar*'а, что сѣнная лихорадка происходитъ отъ дѣйствія яда, заключающагося въ пыльцѣ злаковъ (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 21 ноября). *Л. Старокадомскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 14. Д-ръ *Anton Zirkelbach* (Budapest). *Объ опасностяхъ пробнаго прокола эхинококковыхъ пузырей.* Какъ извѣстно, проколъ эхинококковаго пузыря, какъ и всякое поврежденіе его, въ большинствѣ случаевъ сопровождается болѣе или менѣе серьезными явленіями. Самое частое изъ нихъ—это сыпь на кожѣ, похожая на крапивницу; далѣе наблюдаются: сильныя боли, повышеніе температуры, рвота, одышка, колляпсъ. Если при проколѣ въ пузырь попадаетъ воздухъ и съ нимъ микробы, содержимое его дѣлается мутнымъ или гнойнымъ и бываютъ воспаленія и нагноенія какъ самой кисты, такъ и окружающихъ ее частей (брюшины), кончающіяся смертельно. Другая опасность прокола кроется въ томъ, что просачиваніе жидкости черезъ уколочный ходъ даетъ возможность для внутрибрюшиннаго распространенія эхинококковъ и образованія новыхъ пузырей, что подтверждено не только клиническимъ наблюденіемъ, но и опытами на животныхъ, у которыхъ впрыскиваніе въ брюшную полость содержимаго эхинококковыхъ кистъ вызывало образованіе кистъ. Иногда проколъ эхинококковой кисты вызываетъ немедленную смерть больного. Въ клиникѣ проф. *Kétly* съ 1897 г. проколъ былъ сдѣланъ въ 11 случаяхъ. У 6 онъ не имѣлъ непріятныхъ послѣдствій, у 3 была лихорадка въ теченіи нѣсколькихъ дней, а у 2, о которыхъ рѣчь будетъ ниже, наблюдались очень тяжелыя явленія. По видимому, эхинококковая жидкость содержитъ ядовитыя вещества.

1. 36-лѣтній, въ высшей степени малокровный больной жаловался на сильныя боли и колотье въ правой 1/2 груди. Сдѣланъ проколъ по лопаточной линіи въ 7-мъ межреберьи. Полученная жидкость содержала много хлористаго натрія и слѣды бѣлка; уд. вѣсъ ея былъ 1,011. 3 дня спустя проколъ былъ повторенъ съ цѣлью опредѣлить величину эхинококковаго пузыря; выпущено 1700 к. стм. жидкости, слегка опалесцировавшей и содержавшей крючья. Такъ какъ послѣдніе были найдены и въ мокротѣ, то изъ этого можно было заключить, что пузырь сообщался съ бронхами. Послѣ прокола наступили одышка, рвота, синюха, поверхностный, малый пульсъ. Вскорѣ присоединились сонливость, повышенія температуры до 39°. Смерть наступила черезъ 7 часовъ послѣ прокола. При вскрытіи оказалась эхинококковая киста праваго легкаго, сообщавшаяся съ бронхами. Причина смерти не могла быть установлена съ точностью.

2-ой случай относится къ 25-лѣтнему больному, поступившему 7/v 1903 г. съ жалобами на боли въ правой 1/2 груди, въ особенности подъ реберною дугою; въ послѣдніе мѣсяцы появилось новообразованіе подъ правымъ реберным краемъ, медленно увеличивавшееся и имѣвшее гладкую поверхность. 15/v пробнымъ проколомъ извлечено немного опалесцирующей жидкости съ уд. вѣсомъ 1,009 и обильнымъ содержаніемъ поваренной соли. Послѣ прокола больной вдругъ почувствовалъ себя нехорошо, наступила тошнота, затѣмъ потеря сознанія, нитевидный пульсъ, синюха, и похолодѣніе конечностей. Только послѣ 1½-часового искусственнаго дыханія, впрыскиваній камфоры и эѳира больной пришелъ въ себя, послѣ чего тотчасъ-же приступили къ операціи. Въ правой долѣ печени нашли бѣлую спавшуюся эхинококковую кисту, величиною въ голову взрослаго человѣка. Въ животѣ не было ни крови, ни гноя. Смерть 20/v.

Въ обоихъ случаяхъ проколъ былъ сдѣланъ при соблюденіи строжайшихъ требованій чистоплотности. Смерть, по видимому, зависѣла отъ попаданія въ грудную и брюшную полость пузырной жидкости и всасыванія изъ нея ядовитыхъ веществъ. Изъ этого слѣдуетъ, что нужно воздерживаться отъ пробнаго прокола эхинококковыхъ пузырей, а въ сомнительныхъ случаяхъ производить ихъ лишь при томъ условіи, когда послѣ прокола можетъ быть произведена и коренная операція (Ungarische medizinische Presse, 20 октября). *В. В. Дитманъ.*

15. Д-ръ *Martin* сообщаетъ случай успѣшнаго *оперативнаго лѣченія безплодія*, обусловленнаго воспаленіемъ придатка яичка.

Въ 1897 г. больной имѣлъ перелойное воспаленіе мочеиспускательнаго канала, осложнившееся двустороннимъ воспаленіемъ придатка. Съ весны 1898 г. въ сѣмени больного или совершенно не было сѣмянныхъ нитей или-же онѣ встрѣчались по 2—3 въ препаратѣ. Безплодіе. Въ декабрѣ 1901 г. сѣмя не содержало нитей. Въ концѣ этого мѣсяца произведена операція: выносящій протокъ лѣваго яичка отдѣленъ до уровня головки придатка и вскрытъ по длинѣ на 1/4 дюйма; срѣзана часть головки придатка, и края ранъ придатка и выносящаго протока соединены тонкими серебряными проволочными швами; кожа зашита кэтгутомъ. Послѣдовательное поверхностное нагноеніе въ ранѣ. Черезъ 18 дней въ сѣмени найдены очень подвижныя нити, хотя и въ меньшемъ противъ нормы количествѣ. За 2 дня до изслѣдованія больной началъ половыя сношенія, и черезъ 281 день «его жена разрѣшилась нормальной дѣвочкой, представлявшей по истинѣ смѣшное сходство съ отцомъ» (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 10 октября). *Л. С.*

16. Д-ръ *Morrow* сообщилъ *3 случая опухолей мочеиспускательнаго канала.* 2 раза опухоли помѣщались на мѣстѣ перехода предстательной части канала въ перепончатую и 1 разъ—въ предстательной части.

У 1-го больного, 49 л., никогда не болѣвшаго венерическими болѣзнями, въ каналѣ имѣлось много мелкихъ опухолей и 1 большая; новообразованія состояли изъ волокнистой ткани. 20 изъ нихъ были удалены петлею послѣ неудачныхъ попытокъ уничтожить ихъ прижигающими веществами; большая, сидѣвшая на ножкѣ опухоль оторвалась сама.

Во 2-мъ случаѣ новообразованіе было въ горошину величиною, имѣло также волокнистое строеніе и было удалено щипцами.

Такимъ-же способомъ была удалена опухоль у 3-го больного; характеръ ея не былъ опредѣленъ.

Въ 1-мъ случаѣ наблюдались частые позывы на мочеиспусканіе и временами обильныя кровотеченія изъ канала. У 2-го были признаки затяжного страданія предстательной железы, чувствительность предстательной части канала и мутная моча; послѣднія 2 явленія остались послѣ излѣченія болѣзни железы и послужили поводомъ къ открытію опухоли. 3-ій больной жаловался на частое и болѣзненное мочеиспусканіе. Авторъ отрицаетъ вліяніе перелойнаго воспаленія на развитіе наблюдавшихся имъ новообразованій (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 30 октября). *Л. Старокадомскій.*

17. Д-ръ *Friedrich v. Friedländer* (Wien). *Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи косолапости и плоской стопы.* Въ упорно возвращающихся случаяхъ плоской стопы *F.* предлагаетъ слѣдующій способъ операціи: Вскрытіе нижняго скакового сустава (artic. talo-calconea) снаружи, путемъ наружнаго дугового разрѣза, примѣняющагося при операціи косолапости. Послѣ вывихиванія стопы черезъ усиленную супинацію нижнею поверхностью бабковой кости (talus) дѣлается выпуклая, верхнею-же поверхностью пяточной кости вогнутая. Такимъ образомъ бабко-пяточный суставъ превращается въ плоское шаровидное сочлененіе и позволяетъ 1) возстановленіе супинаціи, 2) по-

Digitized by Google

правку подошвеннаго сгибанія пяточной кости и 3) устраненіе отведеннаго положенія стопы. Благодаря этому, ладьеобразная кость вновь приходитъ въ прикосновеніе съ внутренней фасеткой головки бабки, предполагая, что послѣдняя не отклонилась слишкомъ далеко къ подошвѣ. Если же это уже случилось, то *F.* совѣтуетъ сначала путемъ подошвеннаго сгибанія и приведенія (въ видоизмѣненномъ нижнемъ скаковомъ суставѣ) противопоставить ладьеобразную кость головкѣ бабки и лишь впослѣдствіи исправить остроконечную стопу перерѣзкою Ахиллова сухожилія. Вскрытіе сустава между пяточною и кубовидною костями, составляющее существенную часть операціи при косолапости, при операціи плоской стопы не является необходимымъ. Послѣ операціи слѣдуетъ ожидать анкилоза въ бабко-пяточномъ суставѣ, но это для отправленій стопы важнаго значенія не имѣетъ, зато обезпечиваетъ прочность результата безъ продолжительнаго послѣдовательнаго лѣченія (Wiener klinische Wochenschrift, 1 октября).

18. Д-ръ *Downes* предлагаетъ для *удаленія почечуйныхъ узловъ* новый инструментъ, названный имъ электротермическимъ ангіотрибомъ. По расширеніи сжимающей заднепроходное отверстіе мышцы замѣчаютъ, пользуясь самоудерживающимся зеркаломъ автора, положеніе узловъ, которые захватываются затѣмъ смазанными масломъ концами сосудораздавливателя; послѣ этого тщательно подводятся предохранительные листовидные щипцы (автора) и замыкается токъ. Для пропусканія тока на одной изъ вѣтвей раздавливателя, имѣющаго видъ крѣпкихъ щипцовъ съ перекрещивающимися вѣтвями, помѣщаются контакты, а на внутренней сторонѣ этой вѣтви вдѣлана полоса иридіевой платины. Приблизительно черезъ $^1/_2$ минуты счищаютъ ножемъ выдающуюся надъ щипцами часть узла, удаляютъ инструменты, и на мѣстѣ расширенныхъ венъ остается тонкая бѣлая пластинка, вдающаяся въ просвѣтъ кишки и расположенная по ея оси. Авторъ примѣнилъ свой способъ въ 25 случаяхъ и ни разу не наблюдалъ послѣдовательнаго кровотеченія. Выгода предлагаемой операціи заключается еще и въ томъ, что послѣоперационное время протекаетъ съ значительно меньшими болями и чище, чѣмъ при другихъ способахъ (New-York Medical Journal and Philadephia Medical Journal, 10 октября).

19. Разсмотрѣвъ имѣющіяся въ настоящее время данныя о способѣ обезболиванія при помощи *впрыскиванія раствора кокаина въ спинно-мозговой каналъ* и приведя 8 своихъ случаевъ, касающихся операцій на мочеполовыхъ органахъ, д-ръ *Mark* приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Способъ этотъ такъ-же, если не болѣе, безопасенъ, какъ и общее обезболиваніе; можно совершенно безопасно употреблять до $^{48}/_{100}$ грана кокаина. Если наступаетъ шокъ, то онъ бываетъ гораздо слабѣе, чѣмъ при общемъ обезболиваніи. Непріятныя послѣдовательныя явленія наступаютъ рѣже. Вслѣдствіе измѣнчивой продолжительности обезболивающаго дѣйствія, способъ противопоказанъ, если операція должна длиться долгое время (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 31 октября).

**Глазныя болѣзни.** 20. Д-ръ *Santos Fernandez*, уже болѣе 25 лѣтъ практикующій на Кубѣ, убѣдился въ необычайной *рѣдкости заболѣванія слезныхъ путей у негровъ*, о чемъ онъ и сообщилъ на послѣднемъ Международномъ Съѣздѣ врачей въ Madrid'ѣ. Причиной означеннаго явленія, какъ автору показали его наблюденія и изслѣдованія на живыхъ и на трупахъ, служитъ то обстоятельство, что слезно-носовой каналъ у негра широкъ и почти прямолинеенъ, въ то время какъ у бѣлыхъ онъ замѣтно длиннѣе и извилистѣе, почему онъ и болѣе предрасположенъ у послѣднихъ къ съуженіямъ и заболѣваніямъ (Opthalmologische Klinik, № 14; Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 13 августа). *Р. Кацъ.*

21. Разбирая вопросъ о *здравоохраненіи глазъ при обученіи рукодѣлію*, д-ръ *Oppenheimer* (Berlin), между прочимъ, высказывается противъ допущенія къ означенному занятію такихъ дѣтей, у которыхъ имѣются либо близорукость выше 5 D, либо астигматизмъ больше 3 D, либо—по какой бы то ни было причинѣ—меньше $^1/_2$ нормальной остроты зрѣнія на обоихъ глазахъ, либо, наконецъ, нѣкоторыя страданія глазъ, въ родѣ дрожанія (nystagmus). При близорукости же между 3 и 5 D, астигматизмѣ въ 1,5—3 D, при косоглазіи и ослабленіи зрѣнія на одномъ глазу, ниже $^1/_2$ нормальнаго, если на другомъ острота зрѣнія равна $^2/_3$ противъ нормы, авторъ считаетъ возможнымъ разрѣшить рукодѣльныя работы, но лишь болѣе крупныя (По передачѣ изъ Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, въ Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 25 іюня). *Р. Кацъ.*

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 22. Проф. *E. Wertheim* (Wien) сообщаетъ *результаты лѣченія рака матки путемъ чревосѣченія по разработанному имъ способу, при которомъ вмѣстѣ съ маткой удаляются соотвѣтствующіе отдѣлы клѣтчатки и железы.* Авторъ примѣняетъ этотъ способъ со 2-ой половины 1898 г. Операція распадается на слѣдующіе моменты: 1) вскрытіе брюшной полости разрѣзомъ по бѣлой линіи отъ лоннаго соединенія до пупка, въ положеніи *Trendelenburg*'а; 2) отпрепарованіе мочеточниковъ въ тазовой ихъ части; 3) отдѣленіе пузыря, перевязка и перерѣзка круглыхъ, а также воронково-тазовыхъ связокъ; 4) перевязка и разсѣченіе маточныхъ сосудовъ подъ руководствомъ указательнаго пальца, проведеннаго черезъ параметрій къ пузырю параллельно мочеточнику, отпрепарованіе пузырной части мочеточниковъ и дальнѣйшее отдѣленіе пузыря отъ передней стѣнки влагалища; 5) отдѣленіе прямой кишки; 6) изсѣченіе параметріевъ возможно ближе къ стѣнкѣ таза съ отведеніемъ мочеточниковъ въ стороны; 7) разсѣченіе влагалищной трубки ниже раковаго новообразованія послѣ зажатія ея въ этомъ мѣстѣ изогнутыми пинцетами; 8) отыскиваніе железъ: отпрепарованіе области подвздошныхъ сосудовъ общихъ, наружныхъ и внутреннихъ и изсѣченіе всѣхъ находящихся здѣсь сколько-нибудь увеличенныхъ железъ; 9) проведеніе со стороны брюшной полости во влагалище выпускника изъ іодоформной марли, закрытіе брюшины надъ выпускникомъ и зашиваніе брюшныхъ покрововъ. — До настоящаго времени авторъ произвелъ эту операцію въ 120 случаяхъ. Съ теченіемъ времени выяснилась необходимость тщательныхъ подготовительныхъ мѣръ по отношенію къ новообразованной ткани: раковыя массы необходимо выскоблить, стѣнки образовавшейся полости прижечь и самую полость туго выполнить тампонами изъ ваты, пропитанной растворомъ сулемы. Съ тѣхъ поръ какъ операція производится съ этими предосторожностями, у автора не было ни одного смертнаго случая, не смотря на то, что послѣдніе 20 случаевъ относятся къ весьма тяжелымъ. Далѣе, благодаря предложенному *Krönig*'омъ пришиванію обнаженнаго отъ брюшины пузыря къ передней стѣнкѣ влагалища, улучшается дѣятельность пузыря, и у нѣкоторыхъ больныхъ мочеиспусканіе совершалось произвольно уже съ 1 го дня.—Изъ первыхъ 30 оперированныхъ погибли 12, изъ 2-го такого-же ряда — 5, изъ 3-го—3 и изъ 4-го—4; такимъ образомъ общая смертность составляетъ 20%; если-же не принимать въ разсчетъ первыхъ 30 случаевъ, относящихся къ періоду недостаточно разработанной техники, то % смертности будетъ равенъ 13. Продолжительность операціи съ улучшеніемъ техники уменьшилась съ 2—$2^1/_2$ час. до 1—$1^1/_2$ час. Операція производилась въ 1-мъ ряду случаевъ въ 29%, во 2-мъ—въ 40%, въ 3-мъ въ 52, 9% и въ 4-мъ — въ 50% всѣхъ представившихся автору случаевъ. А между тѣмъ въ клиникахъ *Chrobak*'а и *Schauta* (тоже въ Вѣнѣ), операція при ракѣ матки (влагалищное изсѣченіе) производилась лишь въ 15%. При этомъ автору пришлось 1 разъ изсѣчь мочеточникъ, въ другомъ случаѣ—прямую кишку, а въ нѣсколькихъ случаяхъ—все влагалище. Что касается дальнѣйшей судьбы оперированныхъ, то изъ 13 больныхъ 1-го ряда, изъ которыхъ у оперированной позже всѣхъ минуло уже $2^1/_2$ года послѣ операціи, лишь у 3 появился возвратъ, т. е. до сихъ поръ 77% остаются безъ возврата, между тѣмъ какъ у *Zweifel*'я, судя по недавней работѣ *Glockner*'а, при частотѣ операціи въ 30%, къ концу 2-го года остаются безъ возврата лишь 44%. Изъ 2-го ряда автора послѣдняя больная была оперирована слишкомъ годъ назадъ, а изъ 24 больныхъ, при частотѣ операціи въ 40% лишь у 6 появился возвратъ, т. е. 75% осталось безъ возврата, между тѣмъ какъ по статистикѣ *Glockner*'а послѣ

1-го года были свободны отъ возврата лишь 55% (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäekologie, т. XVI, дополнит. тетр.). *С. Бродскій.*

23. Въ обстоятельныхъ докладахъ, представленныхъ IV-му Международному Съѣзду акушеровъ и гинекологовъ, по вопросу о *бугорчаткѣ женскихъ половыхъ органовъ*, профф. *J. Veit* (Leiden) и *A. Martin* (Greifswald) и ч. пр. *J. A. Amann* (München) приходятъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) *J. Veit*. Къ первичной бугорчаткѣ можно было-бы относить лишь тѣ случаи, гдѣ при самомъ тщательномъ изслѣдованіи специфическія измѣненія находятъ исключительно на половыхъ органахъ или, пожалуй, еще на брюшинѣ и на мозговыхъ оболочкахъ. Если, затѣмъ, принять во вниманіе, что процессъ, возникшій на мѣстѣ вхожденія яда, можетъ зажить, не оставивъ явныхъ слѣдовъ, то станетъ понятнымъ, какъ трудно указать клинически вѣрные признаки первичной бугорчатки. Вообще говоря, бугорчатку женскихъ половыхъ органовъ, на основаніи анатомическихъ данныхъ, правильнѣе было-бы считать вторичною. По отношенію къ распознаванію интересно то наблюденіе, что нерѣдко *при трубной беременности труба оказывается пораженною бугорчаткою.* Что касается лѣченія, то хорошіе результаты отъ оперативнаго вмѣшательства получаются не только при первичной (т. е. одиночной или мѣстной) формѣ, но иногда и при вторичной формѣ бугорчатки; при послѣдней, впрочемъ, на первомъ планѣ чаще всего должно стоять общее лѣченіе и прежде всего лѣченіе въ санаторіяхъ. Изъ средствъ, пригодныхъ для искореннаго мѣстнаго лѣченія, авторъ придаетъ наибольшую цѣну примѣненію іодоформа. 2) *A. Martin.* 1) Бугорчатка половыхъ органовъ у женщинъ встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ это принимали до сихъ поръ. 2) Затяжные воспалительные процессы (послѣродовые, перелойные, сифилитическіе), а также разстройства питанія и недоразвитіе повышаетъ предрасположеніе къ бугорчаткѣ. 3) При воспалительномъ заболѣваніи половыхъ органовъ явная бугорчатка въ другихъ органахъ должна возбуждать подозрѣніе о бугорчатковомъ характерѣ мѣстнаго страданія. 4) Точное распознаваніе возможно единственно на основаніи патолого-анатомическаго изслѣдованія; при отсутствіи специфическихъ палочекъ многими авторами признается достаточной наличность характерныхъ бугорковъ. 5) Если процессъ ограничивается половыми органами, или если заболѣваніе этихъ органовъ въ данное время угрожаетъ жизни, показано изсѣченіе соотвѣтственнаго гнѣзда, а въ случаѣ надобности—и всего полового прибора.—3) *J. A. Amann.* 1) Въ утробной жизни зараженіе бугорчаткой совершается черезъ кровь. 2) У дѣтей старшаго возраста и у взрослыхъ зараженіе происходитъ почти исключительно со стороны дыхательнаго прибора, при чемъ первыми заражаются железы шеи, дыхательнаго горла и бронховъ: со стороны кишечника зараженіе, если и происходитъ, то во всякомъ случаѣ очень рѣдко. 3) Для женскихъ половыхъ органовъ съ положительностью доказано только зараженіе черезъ кровь со стороны бронхіальныхъ железъ; что же касается непосредственнаго перехода заболѣванія съ брюшины или съ кишечника, а также распространенія его по лимфатическимъ путямъ, то, по видимому, относящіеся сюда случаи встрѣчаются очень рѣдко. 4) Одновременно съ бугорчаткой женскихъ половыхъ органовъ почти всегда наблюдается такой же процессъ въ легкихъ или въ бронхіальныхъ железахъ. 5) Бугорчатка половыхъ органовъ встрѣчается у пораженныхъ бугорчаткою женщинъ гораздо чаще, чѣмъ у мужчинъ: у первыхъ въ 20%, у вторыхъ въ 3%; при этомъ недоразвитіе половыхъ органовъ повышаетъ воспріимчивость къ зараженію у тѣхъ и у другихъ (на 80 случаевъ недоразвитія *Merletti* приводитъ 24 случая бугорчатки). 6) Прежде всего и больше всего почти всегда поражается труба; въ дальнѣйшемъ, черезъ посредство стекающаго отдѣленія заражаются матка на всемъ протяженіи и влагалище. 7) Существованіе первичной бугорчатки женскихъ половыхъ органовъ, происшедшей путемъ зараженія извнѣ, представляется въ высокой степени спорнымъ. 8) При т. наз. зараженіи отъ сожительства наибольшее значеніе, по мнѣнію автора, имѣетъ зараженіе со стороны дыхательныхъ путей, а не половыя сношенія. 9) Первичныя бугорчатковыя пораженія на наружныхъ половыхъ частяхъ или на влагалищѣ съ увеличеніемъ соотвѣтственныхъ железъ достовѣрно наблюдаемы не были. 10) Существованіе несомнѣнной первичной бугорчатки половыхъ органовъ у взрослыхъ отрицается цѣлымъ рядомъ выдающихся патолого-анатомовъ, каковы: *Bollinger*, *v. Reklinghausen*, *Ribbert*, *Albrecht* (Wien), *Schmauss*, *Schmorl*, *Aschoff*, *Albrecht* (München). 11) Названіе—«восходящая» и «низходящая» формы бугорчатки неправильно, такъ какъ и въ т. наз. первичной формѣ, т. е. той, гдѣ слѣдовало-бы предполагать восходящее зараженіе, прежде всего поражаются трубы. 12) Выраженіе «мочевая бугорчатка у женщины»—неточно, такъ какъ заболѣваніе мочевого прибора протекаетъ независимо отъ пораженія половыхъ органовъ: мочеточникъ и пузырь, если зараженіе ихъ не произошло обособленно черезъ кровь, заражаются обыкновенно черезъ выдѣленіе изъ почекъ, и переходъ заболѣванія съ одного прибора на другой едва-ли бываетъ (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, т. XVI, дополнительная тетр.). *С. Бродскій.*

24. Проф. *H. Fehling* (Strassburg) разбираетъ *показанія къ изсѣченію матки при послѣродовомъ зараженіи.* Авторъ разослалъ вопросные листы многимъ (140) гинекологамъ Германіи, Австріи и Швейцаріи и получилъ 94 отвѣта. Изъ числа этихъ гинекологовъ 41 не оперировали ни при гнилостномъ зараженіи, ни при разрывахъ матки. Остальные сообщили слѣдующія данныя: 1) При *гнилостномъ послѣродовомъ зараженіи* (sepsis) операція была произведена 61 разъ; въ томъ числѣ 19 разъ сдѣлано было изсѣченіе матки черезъ брюшныя стѣнки; смертность 31,5%; 33 раза—изсѣченіе черезъ влагалище; смертность 69,6%; 4 надвлагалищныхъ изсѣченія съ 50% и 4 полныхъ изсѣченія при выкидышѣ съ 75% смертности. 2) *При разрывѣ матки во время родовъ* операція была произведена 100 разъ съ 58% смертности; въ томъ числѣ: 59 разъ сдѣлано изсѣченіе чрезъ брюшную стѣнку съ 50,8%, 27 разъ—черезъ влагалище съ 70,3%, 14 надвлагалищныхъ усѣченій, съ 64,2% смертности.—Далѣе, литература, собранная *Zipperlen*'омъ (1899 г.), даетъ всего 43 случая съ 44,1% смертности; изъ нихъ было: 26 изсѣченій чрезъ брюшную стѣнку съ 42,3%, 6 влагалищныхъ съ 50%, 7 надвлагалищныхъ усѣченій съ 28,5% и 4 полныхъ изсѣченія при выкидышѣ съ 75% смертности. Наконецъ, недавно *Trotta* нашелъ 46 случаевъ изсѣченія послѣродовой матки съ 45,6% смертности; изъ нихъ 24 влагалищныхъ съ 54,1% и 21 изсѣченіе чрезъ брюшные покровы съ 45% смертности. У *Osterloh*, въ *Dresden*'ской больницѣ, было 98 тяжелыхъ случаевъ; изъ нихъ выздоровленіе безъ операціи наступило въ 50%. Еще лучше были результаты въ Strassburg'ѣ (у автора): изъ 367 больныхъ, поступившихъ за послѣднія 11 лѣтъ извнѣ, умерли лишь 18%. Сопоставивъ все извѣстное по этому поводу, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ заключеніямъ. При общемъ гнилокровіи изсѣченіе матки, какъ совершенно безполезное, должно быть отвергнуто, показано-же оно лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ очагъ зараженія или отравленія ограниченъ маткой, — слѣд., при разложеніи вслѣдствіе задержанія дѣтскаго мѣста, при ихорозномъ распаденіи фиброміомъ въ послѣродовомъ періодѣ и при такомъ-же разложеніи остатковъ яйца послѣ выкидыша и невозможности удалить эти остатки другимъ путемъ. Такимъ образомъ показаніе къ этой операціи будетъ встрѣчаться очень рѣдко. Наконецъ, пользы отъ нея можно ждать еще въ нѣкоторыхъ случаяхъ воспаленія маточныхъ венъ, съ явленіями гноекровія; въ этихъ случаяхъ полезно производить изсѣченіе матки вмѣстѣ съ перевязкой или изсѣченіемъ закупоренныхъ венъ (сѣмянныхъ и венъ широкихъ связокъ), или же ограничиваться одной послѣдней операціей. Тѣхъ-же показаній къ операціи изсѣченія матки при послѣродовомъ зараженіи держится и проф. *Leopold* (Dresden). Всѣ случаи зараженія онъ дѣлитъ на 6 группъ: 1) общее воспаленіе брюшины, возникающее вслѣдствіе перехода возбудителей нагноенія съ матки на брюшину; 2) воспаленіе матки и околоматочной клѣтчатки, осложненное гнилостной закупоркой венъ; 3) заболѣваніе слизистой оболочки матки съ переходомъ

Digitized by Google

на придатки одной стороны; 4) множественное нагноеніе въ мышечномъ слоѣ матки съ воспаленіемъ тазовой брюшины; 5) воспаленіе брюшины вслѣдствіе сдавленія опухолей или размозженія тканей подъ вліяніемъ родового акта, съ послѣдующимъ омертвѣніемъ; 6) раствореніе тканей послѣродовой матки съ воспаленіемъ брюшины, вслѣдствіе задержанія дѣтскаго мѣста, неудалимаго черезъ влагалище. Изсѣченіе матки авторъ считаетъ обоснованнымъ лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда источникомъ зараженія служитъ матка и когда всѣ другія мѣры къ оздоровленію этого источника остались безъ результата; сюда относятся, слѣд., случаи послѣдней группы; во всѣхъ-же остальныхъ случаяхъ при неудержимомъ развитіи болѣзни на первомъ мѣстѣ должно стоять разыскиваніе и опорожненіе гнойныхъ очаговъ. Дальнѣйшія клиническія наблюденія покажутъ, насколько въ сочетаніи съ такимъ лѣченіемъ окажется полезнымъ примѣненіе противоцѣпекокковой сыворотки (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, т. XVI, дополнит. тетр.). *С. Бродскій.*

25. ***Fr. Schauta*** (Wien) разбирая вопросъ объ *искусственномъ прерываніи беременности при заболѣваніяхъ внутреннихъ органовъ* на основаніи своего обширнаго матеріала (около 40000 родовъ) и литературныхъ данныхъ, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. *При заразныхъ болѣзняхъ* показанія къ прерыванію беременности въ большинствѣ случаевъ нѣтъ; во многихъ-же случаяхъ подобное вмѣшательство противопоказано изъ-за опасности осложнить теченіе болѣзни гнилостнымъ зараженіемъ въ послѣродовомъ періодѣ (при оспѣ, дифтеріи и пр.). Въ нѣкоторыхъ заразныхъ болѣзняхъ показаніе создается осложненіями, возникающими въ теченіи болѣзни; сюда относятся: гриппъ, болотная лихорадка, возвратный тифъ, коклюшъ, заушница. Что касается *отравленій*, то лишь при отравленіи фосфоромъ, если является сильное кровотеченіе, можетъ понадобиться тампонада, обусловливающая косвенную опасность перерыва беременности. При *новообразованіяхъ*, каковы фиброміомы, кисты и кожевики, а также при ракѣ матки, искусственный выкидышъ является безцѣльнымъ. При оперируемыхъ ракахъ показано полное изсѣченіе матки независимо отъ надежды сохранить беременность; при неоперируемыхъ-же, если плодъ жизнеспособенъ, показуется кесарское сѣченіе, лучше всего по способу *Porro*. При оперируемыхъ злокачественныхъ новообразованіяхъ нижняго отдѣла живота, не исходящихъ изъ половыхъ органовъ, прерываніе беременности ранѣе производства коренной операціи показано въ тѣхъ случаяхъ, когда техническія условія для такой операціи несовмѣстимы съ беременностью, или когда родовой актъ можетъ оказать неблагопріятное вліяніе на ходъ выздоровленія послѣ операціи. При зобѣ показуется изсѣченіе опухоли съ послѣдующимъ лѣченіемъ вытяжкой; прерываніе-же беременности противопоказано. — Въ общемъ авторъ на основаніи собственнаго опыта относится къ прерыванію беременности очень сдержанно. Оказалось, что въ большинствѣ случаевъ мнѣніе объ опасности, представляемой сочетаніемъ беременности съ тѣмъ или инымъ изъ указанныхъ выше страданій, преувеличено; кромѣ того, производство искусственныхъ родовъ, не ведя къ устраненію существующей опасности, создаетъ въ тоже время новую и еще бо́льшую—въ зависимости отъ родового акта. Но и благополучное окончаніе родовъ также еще весьма мало обезпечиваетъ скорое исцѣленіе или хотя бы улучшеніе. Даже при такихъ заболѣваніяхъ, какъ бугорчатка легкихъ или сердечныя разстройства, для прерыванія беременности требуются, по мнѣнію автора, наличность нѣкоторыхъ особыхъ условій, а именно: при бугорчаткѣ въ легкихъ случаяхъ беременность прерывается въ интересахъ матери и плода, въ тяжелыхъ—показанъ выкидышъ въ первые мѣсяцы беременности, въ безнадежныхъ-же случаяхъ — преждевременные роды для сохраненія жизни плода. Что касается пороковъ сердца, то, вообще говоря, родовой актъ для сердца гораздо опаснѣе беременности, и лишь при безуспѣшности лѣченія внутренними средствами или при осложненіи бугорчаткой здѣсь, какъ и при болѣзняхъ почекъ, показуется прерываніе беременности. Исключеніе составляетъ съуженіе лѣваго веннаго отверстія, гдѣ такое показаніе существуетъ уже при легкихъ разстройствахъ уравновѣшиванія. — Въ общемъ, при производствѣ родовъ ради заболѣваній внутреннихъ органовъ больше всего принимаются во вниманіе интересы матери, и во многихъ случаяхъ при тяжелыхъ заболѣваніяхъ приходится жертвовать жизнью ребенка, принимая во вниманіе и то обстоятельство, что подобныя заболѣванія чаще всего и сами по себѣ обусловливаютъ смерть плода. Въ другихъ случаяхъ оперативное вмѣшательство въ послѣдніе 2 мѣсяца беременности предпринимается въ интересахъ матери и плода (напр., при хореѣ). Наконецъ есть такіе случаи, гдѣ въ этомъ-же періодѣ беременности роды должны были бы производиться исключительно ради ребенка. Это—тѣ случаи, гдѣ мать обречена на близкую смерть, плодъ-же еще живъ, но самопроизвольныхъ родовъ можно ждать лишь послѣ смерти плода; сюда относятся напр., опухоли или кровоизліянія въ полости черепа, просовидная бугорчатка, злокачественное малокровіе. По внѣшнимъ причинамъ, однако, такое показаніе чаще всего будетъ оставаться невыполненнымъ (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, т. XVI, дополнит. тетр.). *С.Б.*

---

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

---

### *1. Изъ Общества охраненія народнаго здравія. Коммиссія по вопросу объ алкоголизмѣ.*

(Засѣданіе 8-го октября).

*А. А. Пѣвницкій. Къ вопросу о лѣченіи пьянства амбуляторно.* Признавая важное значеніе гипноза въ лѣченіи пьянства, докладчикъ еще бо́льшее значеніе приписываетъ всѣмъ тѣмъ мѣропріятіямъ, которыя направлены къ выравниванію измѣненій, вызванныхъ въ организмѣ алкоголемъ. Въ лѣченіи алкоголиковъ мало ихъ гипнотизировать и слѣдить за теченіемъ ихъ выздоровленія; надо стремиться стать ихъ другомъ, овладѣть ихъ довѣріемъ и изучить ихъ жизнь, чтобы или устранить то, что имъ вредно, или сгладить вліяніе неизбѣжныхъ вредныхъ условій. Поэтому лѣчить можно лишь тѣхъ, кто добровольно обращается къ врачу и горячо желаетъ вылѣчиться, а не тѣхъ, кто позволяетъ только себя лѣчить. Огромное большинство больныхъ (чуть-ли не 99%) обращаются теперь такъ поздно къ врачу, что рано или поздно наступаютъ возвраты, съ одной стороны, подрывающіе вѣру во врача, если онъ обѣщалъ больному исцѣленіе, съ другой—уносящіе тѣ силы, которыя больной успѣлъ накопить въ трезвый промежутокъ. Успѣхъ лѣченія пьянства въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ умѣнія бороться съ возвратами. Послѣднимъ часто предшествуютъ предвѣстники, и уже въ это время слѣдуетъ брать больныхъ и помѣщать ихъ въ лѣчебное заведеніе, подвергая ихъ постельному содержанію или, если возможно, open air treatment. Это даетъ возможность или предотвратить, или оборвать возвраты и такимъ образомъ позволяетъ провести дальнѣйшее укрѣпленіе здоровья и воли больного. Многіе больные оставляютъ лѣченіе, такъ какъ въ гипнозѣ не достигается состояніе сна или послѣдующей амнезіи, чего они жаждутъ и во что вѣрятъ. При этомъ плохо помогаютъ снотворныя; переводъ нормальнаго сна въ гипнотическій связанъ съ слишкомъ большой затратой времени, почему имъ практически рѣдко можно пользоваться; въ виду этого докладчикъ совѣтуетъ испробовать предложенный проф. *Farel*'омъ сомноформъ. Въ заключеніе докладчикъ высказался за то, что алкоголиковъ надо принуждать становиться дѣятельными членами обществъ трезвости и стремиться къ тому, чтобы свѣдѣнія о вредѣ алкоголя все шире распространялись; тогда больные раньше будутъ обращаться къ врачу.

*А. А. Мендельсонъ. Опытъ лѣченія алкоголизма внушеніемъ въ амбулаторіяхъ Петербургскаго попечительства о народной трезвости и городской санитарной Коммиссіи.* Докладчикъ основываетъ свои выводы на 300 больныхъ, получившихъ болѣе 1500 внушеній, и считаетъ, что психотерапія является однимъ изъ самыхъ дѣйствительныхъ способовъ лѣченія алкоголизма въ широкомъ смыслѣ этого слова. Характерная особенность дѣйствія внушенія на алкоголиковъ заключается въ быстромъ устраненіи тяжелыхъ припадковъ (тоски, тошноты, безсонницы и пр.), обыкновенно побуждающихъ больного продолжать злоупотребленіе алкоголемъ. Внушеніе приноситъ прочную пользу лишь въ томъ случаѣ, когда больной добровольно и сознательно приступаетъ къ лѣченію, находясь въ состояніи хотя-бы кратковременнаго протрезвленія. Рабочіе относятся къ этому способу лѣченія съ большимъ довѣріемъ. Въ извѣстныхъ случаяхъ оказывается полезнымъ сочетать внушеніе съ лѣченіемъ лѣкарствами

Digitized by Google

и физическими способами. Лѣчебный успѣхъ внушенія не находится въ зависимости отъ глубины сна; необходимо лишь привести больного въ состояніе внушаемости. Повторные возвраты и случаи полной неудачи амбулаторнаго лѣченія внушеніемъ не даютъ еще права считать такихъ больныхъ безнадежными. Тщательное обслѣдованіе такихъ случаевъ убѣждаетъ въ необходимости продолжительнаго обособленія подобныхъ больныхъ отъ окружающей ихъ среды и полнаго подчиненія ихъ лѣчебному режиму и длительному врачебному вліянію. Поэтому, широкая организація амбулаторнаго лѣченія внушеніемъ не устраняетъ необходимости въ особыхъ лѣчебныхъ заведеніяхъ для тяжелыхъ случаевъ алкоголизма, гдѣ должно также примѣняться внушеніе, въ особенности передъ выпиской больного. Въ интересахъ полученія однообразнаго матеріала желательно установить опредѣленную программу для записи такихъ больныхъ и условной нормы, когда больной можетъ считаться выздоровѣвшимъ. Докладчикъ высказывается также за то, чтобы лѣчащіеся алкоголики становились членами обществъ трезвости, братствъ и кружковъ трезвенниковъ.

Пренія по обоимъ докладамъ велись одновременно, при чемъ предсѣдатель *М. Н. Нижегородцевъ* предложилъ высказаться особенно по вопросу, можно-ли при лѣченіи алкоголизма внушеніемъ ограничиваться лишь амбулаторнымъ способомъ или-же, примѣняя послѣдній, необходимо пользоваться и коечнымъ.

*А. Э. Бари* высказался за необходимость устройства при амбуляторіяхъ и постоянныхъ кроватей.

*Б. Н. Синани* присоединился къ мнѣнію о необходимости имѣть на ряду съ амбуляторіями для алкоголиковъ и спеціальныя больницы для нихъ.

*Н. И. Григорьевъ* указалъ на формальныя трудности при организаціи Обществъ трезвости, и, кромѣ того, предложилъ ходатайствовать объ учрежденіи во всѣхъ губернскихъ городахъ при Попечительствахъ о народной трезвости амбуляторій для лѣченія алкоголиковъ внушеніемъ. *Г. Дембо.*

## II. Изъ Общества охраненія народнаго здравія.

(Засѣданіе 3-го Отдѣла 15-го октября).

Открывъ засѣданіе, предсѣдатель, проф. *С. В. Шидловскій*, напомнилъ присутствовавшимъ о понесенной Обществомъ утратѣ въ лицѣ д-ра *В. Г. Дехтерева,* скончавшагося 27-го апрѣля текущаго года. Охарактеризовавъ дѣятельность покойнаго, какъ члена Общества охраненія народнаго здравія, *С. В.* предложилъ почтить память покойнаго вставаніемъ.

*А. Ф. Докучаевъ. Сравнительная оцѣнка нѣкоторыхъ способовъ количественнаго опредѣленія азотной кислоты въ водѣ.* Произведя рядъ сравнительныхъ опредѣленій содержанія азотной кислоты въ водѣ по способу *Marx*'а-*Tromsdorf*'а, *Schultze-Tiemann*'а, *Grandval-Lajoux*, *Костямина* и *Noll*'я, авторъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Способъ *Schultze-Tiemann*'а по своимъ постояннымъ и точнымъ результатамъ, не зависящимъ отъ состава и случайныхъ примѣсей къ испытуемой водѣ, долженъ считаться наилучшимъ. Однако, для своего примѣненія онъ требуетъ со стороны производящаго изслѣдованіе лабораторной обстановки и навыка въ химической лабораторной техникѣ. Точное примѣненіе всѣхъ указанныхъ нѣкоторыми предосторожностей и необходимая внимательность ко всѣмъ фазамъ опыта, дѣлая этотъ способъ безопаснымъ для изслѣдователя, вполнѣ обезпечиваютъ точность опредѣленія. 2. Результаты очень близкіе къ дѣйствительнымъ величинамъ даетъ способъ *Noll*'я. Этотъ способъ могъ-бы даже считаться точнымъ, насколько, конечно, можетъ быть точенъ цвѣтовой способъ, гдѣ большую роль играютъ степень и равномѣрность освѣщенія, а болѣе всего личная чувствительность къ различенію цвѣтовыхъ оттѣнковъ у каждаго изслѣдователя. Неблагопріятныя для примѣненія этого способа обстоятельства, въ видѣ присутствія въ изслѣдуемой водѣ желѣза, большихъ количествъ свѣжей мочи и пептона, едва-ли должны считаться крупнымъ препятствіемъ къ примѣненію этого способа: желѣзо легко устраняется изъ воды кипяченіемъ, а остальныя примѣси въ количествахъ, препятствующихъ опредѣленію, могутъ встрѣтиться въ видѣ рѣдкаго исключенія. Во всякомъ случаѣ способъ *Noll*'я по простотѣ, легкости исполненія и достаточной точности результатовъ долженъ занять, если не равное мѣсто со способомъ *Schultze-Tiemann*'а, то и не особенно далекое отъ него. 3. Способъ *Grandval*'я-*Lajoux*, столь распространенный во Франціи, можетъ служить съ успѣхомъ лишь при изслѣдованіи чистыхъ водъ, такъ какъ наиболѣе часто встрѣчающіяся въ водѣ примѣси—желѣзо, хлориды, органическія вещества (въ частности—особенно моча), совершенно не допускаютъ примѣненія этого способа. 4. Способъ д-ра *Костямина,* въ томъ видѣ, какъ его предлагаетъ авторъ, оказывается совершенно непримѣнимымъ. 5. Недостатки способа *Marx*'а *Tromsdorf*'а заключаются, главнымъ образомъ, въ непостоянствѣ результатовъ; этотъ способъ давно уже обстоятельно и по существу разобранный проф. *А. И. Щербаковымъ*, удерживается столь продолжительное время въ методикѣ изслѣдованія воды лишь по той причинѣ, что не требуетъ особенно сложныхъ приспособленій.

Въ обмѣнѣ мнѣній по содержанію доклада приняли участіе: *М. И. Алтуховъ*, *Е. А. Шепилевскій*, проф. *С. В. Шидловскій* и докладчикъ.

*Е. А. Шепилевскій. О способахъ примѣненія брома и іода для обезвреживанія питьевой воды.* Докладчикъ изложилъ результаты произведенныхъ имъ опытовъ очистки питьевой воды іодомъ и бромомъ, впервые предложеннымъ для этой цѣли *Schumburg*'омъ. На основаніи полученныхъ данныхъ докладчикъ высказался за возможность и цѣлесообразность практическаго примѣненія брома для только-что названной цѣли, особенно въ условіяхъ военнаго быта.

*В. А. Левашевъ* обратилъ вниманіе, что вопросъ о томъ, при какихъ именно количествахъ брома болѣзнетворные микробы уничтожаются въ питьевыхъ водахъ вполнѣ надежно, по видимому, не можетъ еще считаться окончательно решеннымъ. По крайней мѣрѣ, на такую мысль наводятъ изслѣдованія д-ра *Ballner*'а, напечатанныя въ только-что вышедшей книжкѣ «Archiv für Hygiene» (т. 48, тетр. 2); авторъ высказывается здѣсь за малую пригодность брома для практическаго примѣненія его въ цѣляхъ очистки питьевой воды.

Проф. *С. В. Шидловскій* заявилъ, что докладчикъ имѣлъ цѣлью придти на помощь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, какъ, напр., въ походной жизни, никакихъ другихъ способовъ зачастую примѣнить нельзя. Само собою разумѣется, что, исходя изъ такихъ соображеній, разработка и усовершенствованіе способовъ химической очистки питьевой воды для примѣненія ихъ въ только-что названныхъ условіяхъ, являются цѣлесообразными и желательными. Однако, всюду, гдѣ возможно, слѣдуетъ отдавать предпочтеніе кипяченію, какъ единственному способу обезвреживанія воды, вполнѣ надежному и наиболѣе простому.

*С. Н. Черепнинъ. О послѣдней вспышкѣ сыпного тифа въ Петербургѣ* въ 1902—1903 г. (напечатано въ «Вѣстникѣ общественной гигіены» ноябрь, 1903 г.). Указавъ на вѣроятные пути занесенія сыпного тифа на Охту и описавъ подробно первые случаи заболѣванія этой болѣзнью какъ на Охтѣ, такъ и въ городѣ, докладчикъ сдѣлалъ характеристику какъ общаго хода эпидеміи, такъ и отдѣльныхъ ея періодовъ, и заключилъ разборомъ возможныхъ причинъ, содѣйствовавшихъ развитію эпидеміи. Общее число больныхъ сыпнымъ тифомъ во все время эпидеміи было 428, изъ коихъ 89 относятся къ 1-му періоду эпидеміи, съ 9/XII по 31/XII 1902 г., остальные къ періоду съ 6/I по 1/VII 1903 г. По роду занятій больные въ ¼ всѣхъ случаевъ были чернорабочіе. Больше всего поступало въ больницу больныхъ изъ мѣстъ скопленія народа: ночлежныхъ домовъ, трактирныхъ и чайныхъ заведеній, постоялыхъ дворовъ и т. п. По мѣстожительству больныхъ въ 1-мъ періодѣ главнымъ образомъ хворали жители Охтенскаго и Полюстровскаго участковъ; во 2-мъ періодѣ эпидемія распространилась по всему городу (больше въ южной его части); въ концѣ эпидеміи въ составъ больныхъ входили почти исключительно пришлые рабочіе (апрѣльскаго пріѣзда). % смертности равнялся 9,5. % всѣхъ осложненныхъ случаевъ (со смертельными) выразился цифрою, близкою къ 25 (Въ передачѣ докладчика).

*М. С. Уваровъ* высказалъ, что выслушанное сообщеніе представляетъ весьма цѣнный матеріалъ. Данныя докладчика подтверждаютъ наблюденія д-ра *Н. А. Граціанова*, сдѣланныя въ свое время въ Нижнемъ-Новгородѣ относительно хода эпидеміи возвратнаго тифа. Изъ этихъ наблюденій тоже оказалось, что заболѣванія появляются обыкновенно осенью сперва среди пришлыхъ рабочихъ, а затѣмъ переходятъ и на коренное населеніе; къ веснѣ эпидемія обыкновенно стихаетъ. Такой ходъ заболѣваній наблюдался и въ другихъ городахъ; его мы видимъ и въ настоящемъ случаѣ. Пришлый элементъ, плохо питающійся, живущій грязно и скученно, и здѣсь играетъ выдающуюся роль. Поэтому, въ борьбѣ съ эпидеміями подобнаго рода необходимо всегда обращать особое вниманіе именно на обитателей ночлежныхъ домовъ, постоялыхъ дворовъ и т. п. учрежденій, являющихся наиболѣе опасными и постоянными очагами заразы.

*С. В. Посадскій* обратилъ вниманіе, что, помимо ночлежныхъ домовъ и постоялыхъ дворовъ, значительную роль въ распространеніи эпидемій играютъ фабрики и заводы. Такова, напр., исторія заболѣваній сыпнымъ тифомъ на фабрикѣ бр. Шапшалъ. Вслѣдствіе большого скопленія на фабрикахъ и заводахъ рабочихъ передача заразы совершается легко; отсюда болѣзнь заносится въ жилища рабочихъ и распространяется далѣе. Поэтому, помимо жилищъ рабочаго люда, необходимо имѣть наблюденіе и за тѣми пунктами, гдѣ они работаютъ.

*Е. А. Шепилевскій* отмѣтилъ ту роль, которую играютъ въ дѣлѣ передачи разбираемой болѣзни насѣкомыя—клопы и блохи.

*Ф. И. Піотровскій* сообщилъ исторію собственнаго заболѣванія сыпнымъ тифомъ и отмѣтилъ сильную заразительность этой болѣзни, какъ условіе, играющее крайне важную роль въ дѣлѣ развитія эпидеміи.

*Н. И. Григорьевъ* также описалъ условія, при которыхъ пришлось ему самому заразиться сыпнымъ тифомъ.

*П. В. Модестовъ* высказалъ, что, помимо заразнаго начала, наличность котораго, по его мнѣнію, само по себѣ имѣетъ еще небольшое значеніе, существенную роль въ дѣлѣ развитія эпидеміи играетъ вся совокупность данныхъ мѣстныхъ условій, въ которыхъ находится населеніе, каковы: жилищныя условія, питаніе, характеръ и тяжесть работы, угнетенное или бодрое настроеніе духа и т. д. Нагляднымъ примѣромъ этому можетъ служить поучительная исторія заболѣваній тифомъ въ русской и иностранныхъ арміяхъ въ войну 1854—1855 г. Мѣропріятія наши въ дѣлѣ борьбы съ эпидеміей и должны быть направляемы главнымъ образомъ на эту сторону дѣла, а не ограничиваться лишь мѣрами обеззараживанія, которыя сами по себѣ, взятыя отдѣльно, не могутъ принести существенной помощи.

*М. С. Уваровъ*, подтверждая важное значеніе условій, ослабляющихъ организмъ, въ дѣлѣ распространенія сыпного тифа, указалъ на вспышки его въ разныхъ мѣстахъ Россіи среди населенія, пострадавшаго отъ неурожаевъ. Подъемъ питанія, конеч-

Digitized by Google

но, необходимо поставить на первомъ планѣ въ числѣ основныхъ мѣръ въ борьбѣ съ эпидеміей сыпного тифа.

Проф. *С. В. Шидловскій* указалъ, что какъ наличность заразнаго начала, такъ и предрасположеніе организма къ заболѣванію, обусловливаемая тѣми или иными обстоятельствами, должны быть названы основными причинами, благопріятствующими развитію и распространенію эпидеміи. Мѣропріятія наши въ дѣлѣ борьбы съ болѣзнью, должны быть направляемы поэтому съ равнымъ вниманіемъ какъ на уничтоженіе заразнаго начала, такъ и на улучшеніе жизненныхъ условій и созданіе такой обстановки, которая уменьшала-бы воспріимчивость организма. Только при этихъ условіяхъ мы и можемъ разсчитывать на быстрый и вѣрный успѣхъ въ борьбѣ съ эпидеміями.

*В. Левашевъ.*

## III. Изъ акушерско-гинекологическаго Общества въ Кіевѣ.

(Засѣданіе 27-го октября).

*Ѳ. А. Соколовъ. Случай прерыванія беременности по поводу сочетанною порока сердца и падучей.* Б., 32 л., изъ здоровой семьи. Послѣдняя мѣсячныя 20/x 1902 г. Беременна была 10 разъ. Во время послѣдней беременности ($2^1/_2$ года назадъ) въ началѣ 8-го мѣсяца появились припадки падучей и, повторяясь черезъ 7—10 дней, продолжались до 5-го мѣсяца послѣ родовъ. Въ ноябрѣ 1902 г. съ наступленіемъ новой беременности припадки опять стали появляться, но уже чаще, до 5—6 разъ въ сутки. При изслѣдованіи распознаны: беременность 5-мѣсячная, сочетанный порокъ сердца (съуженіе 2-створчатой заслонки и недостаточность заслонокъ аорты) и падучая. Въ мочѣ слѣды бѣлка. Лѣкарственное лѣченіе не принесло никакого облегченія. Рѣшено поэтому прервать беременность, что и исполнено путемъ введенія въ матку кольпейринтера. Припадки падучей послѣ этого почти совершенно прекратились.—Довольно подробное разсмотрѣніе литературы вопроса не дало докладчику опредѣленныхъ указаній относительно того, необходимо-ли прерывать беременность при падучей. Большинство авторовъ (*Müller*, *Kaltenbach*, *Tarnier* и *Budin*, *Schroeder*, *Ahlfeld*, *Runge* и др.) говорятъ, что беременность оказываетъ благопріятное вліяніе на теченіе падучей, и только *Schauta*, *Simpson*, *Draghiesco* и *Hohl* считаютъ ее показаніемъ къ прерыванію беременности. 2 послѣднихъ автора такъ и поступили въ 2-хъ тяжелыхъ случаяхъ, но съ неблагопріятнымъ исходомъ. Тѣмъ не менѣе докладчикъ считаетъ, что въ его случаѣ прерываніе беременности было показано какъ потому, что подъ вліяніемъ беременности возможно обостреніе падучей, такъ въ особенности по той причинѣ, что падучая могла дурно повліять на пораженное сочетаннымъ порокомъ сердце.

Проф. *А. А. Муратовъ* замѣтилъ, что, упоминая о способахъ предупрежденія и лѣченія падучей, докладчикъ не упомянулъ объ уменьшеніи кровенаполненія въ маткѣ для пониженія вызывающихъ падучую рефлексовъ, т. е. о насѣчкахъ. *А. А.* въ 1 случаѣ падучей при беременности насѣчками удавалось предупреждать припадки. Въ описанномъ докладчикомъ случаѣ при послѣдующей беременности при появленіи падучныхъ припадковъ также придется прибѣгнуть къ такимъ насѣчкамъ.

Нѣкоторыя замѣчанія сдѣлали ч. пр. *И. А. Бондаревъ* и *С. В. Жеваховъ*.

Проф. *Н. М. Волковичъ. Къ вопросу объ образованіи женскаго мочеиспускательнаго канала.* Докладчикъ изложилъ примѣненный имъ способъ искусственнаго образованія женскаго мочеиспускательнаго канала. У оперированной докладчикомъ больной, перенесшей трудные роды, мочеиспускательнаго канала совсѣмъ не было; на мѣстѣ его находилась только рубцовая ткань. Жома мочевого пузыря также не было, а выше того мѣста, гдѣ долженъ былъ находиться жомъ, имѣлся пузырно-влагалищный свищъ такой величины, что пропускалъ кончикъ указательнаго пальца. Операція состояла въ томъ, что сперва мочевой пузырь въ той его части, гдѣ находился свищъ, былъ отдѣленъ соотвѣтственными разрѣзами отъ сосѣднихъ органовъ. Отдѣленіе пузыря начато было чрезъ надлобковый разрѣзъ и окончено со стороны влагалища. Надлобковый разрѣзъ проведенъ по средней линіи; влагалищный былъ начатъ выше свищевого отверстія и продолженъ въ стороны. Затѣмъ въ замѣстившей мочеиспускательный каналъ рубцовой ткани былъ продѣланъ ходъ, и чрезъ него протянута ко входу во влагалище выдѣленная часть мочевого пузыря. Пузырь низведенъ былъ потягиваніемъ за нити, проведенныя чрезъ края низводимой его части, такъ какъ попытки сдѣлать это корнцангомъ не удались. Этими же нитями низведенная стѣнка пузыря была прикрѣплена къ наружному отверстію искусственно образованнаго хода. Въ заключеніе чрезъ надлобковый разрѣзъ въ мочевой пузырь вставленъ катетеръ. Послѣоперaціонное время прошло безъ особыхъ осложненій; наблюдалось только отложеніе въ новообразованномъ каналѣ мочекислыхъ солей на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ были втянувшіяся вглубь нити. По удаленіи нитей это отложеніе солей прекратилось. Удерживать мочу больная стала уже черезъ мѣсяцъ послѣ операціи. Сначала это было для нея возможно въ теченіи непродолжительнаго времени, а затѣмъ она могла удерживать все дольше, такъ что въ послѣднее время нуждалась въ опорожненіи мочевого пузыря не болѣе 6—7 разъ въ сутки. Катетеръ вынимался 2 раза въ день для очищенія, а черезъ мѣсяцъ былъ удаленъ совсѣмъ (Оперированная была показана).

*Ѳ. А. Соколовъ* замѣтилъ, что слѣдовало мочевой пузырь вполнѣ отдѣлить отъ матки; тогда легче было-бы его низвести.

Ч. пр. *А. П. Яхонтовъ* полагаетъ, что низведеніе стѣнки мочевого пузыря потягиваніемъ корнцангомъ за ея край, т. е. за слизистую оболочку, было затруднительно потому, что была захвачена слизистая оболочка близкаго къ Lieutaudi'еву 3-угольнику отдѣла пузыря, слѣд., тамъ, гдѣ она прикрѣплена къ подлежащей ткани очень плотно.

*В. С. Перлисъ* находитъ идею докладчика чрезвычайно удачной. Д-ру *П.* съ отсутствіемъ мочеиспускательнаго канала пришлось имѣть дѣло въ 3-хъ случаяхъ на 50 оперированныхъ имъ мочевыхъ свищей. Въ этихъ случаяхъ д-ръ *П.* образовывалъ мочеиспускательный каналъ такъ, что отъ похотника и до отверстія свища проводилъ 2 параллельныхъ разрѣза, по краямъ разрѣзовъ отдѣлялъ лоскуты и края лоскутовъ сшивалъ.

*В. Ѳ. Недѣльскій* находитъ заглавіе доклада неправильнымъ; надо было-бы сказать: «Къ вопросу *объ искусственномъ* образованіи мочеиспускательнаго канала»; иначе можно думать, что говорится о развитіи мочеиспускательнаго канала.

*Докладчикъ* (д-ру *Перлису*): Вашимъ способомъ мы будемъ, такъ сказать, латать пузырь. При моемъ же способѣ, притягивая слизистую оболочку пузыря, мы низводимъ вмѣстѣ съ ней его стѣнку, слѣд., и мышечную оболочку пузыря. Поэтому съ стѣнкѣ вновь образованнаго мочеиспускательнаго канала несомнѣнно имѣются мышечныя волокна, т. е. образуется нѣчто вродѣ жома. Затѣмъ, въ виду того, что при свищахъ пузырь бываетъ спавшимся и мышечный слой нѣсколько атрофируется, я примѣнялъ послѣдовательное растяженіе пузыря, наполняя его жидкостью. Этимъ я старался вызвать гипертрофію мышечнаго слоя пузыря для того, чтобы въ стѣнкѣ вновь образованнаго мочеиспускательнаго канала было, по возможности, большее количество мышечныхъ волоконъ.

*Н. П. Марьяничикъ*: Въ описанномъ случаѣ можно было-бы примѣнить способъ *Gersuni*, т. е. перекручиванія слизистой оболочки мочеиспускательнаго канала.

*Докладчикъ:* Способъ *Gersuni* здѣсь былъ не примѣнимъ, такъ какъ мочеиспускательнаго канала не было.

Д-ръ *Лисянскій* спросилъ д-ра *Перлиса*, почему онъ не примѣнилъ способа *Pawlik*'а.

Д-ръ *Перлисъ* отвѣтилъ, что не видитъ въ этомъ способѣ никакихъ преимуществъ.

Ч. пр. *И. А. Бондаревъ* спросилъ, не было-ли мочевыхъ камней до операціи?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что камни образовались на швахъ.

*С. В. Жеваховъ* находитъ, что имѣющіяся въ слизистой оболочкѣ пузыря мышечныя волокна могутъ развиться въ нѣчто вродѣ жома. Во всякомъ случаѣ у показанной докладчикомъ больной моча несомнѣнно задерживается, такъ какъ на половыхъ частяхъ нѣтъ никакой экземы.

Проф. *А. А. Муратовъ* замѣтилъ, что какъ всякій новый способъ, мы должны привѣтствовать и способъ докладчика, тѣмъ болѣе что исходъ операціи получился вполнѣ удовлетворительный. Однако, признавая всѣ достоинства описаннаго способа, *А. А.* считаетъ, что лучше было-бы прямо удлиннить мочеиспускательный каналъ путемъ освѣженія и соединенія соотвѣтственныхъ поверхностей, т. е. поступить такъ, какъ поступилъ онъ, въ подобномъ-же случаѣ, описанномъ въ «Русскомъ Врачѣ» (1902 г., № 30). *В. Лозинскій.*

## IV. Изъ акушерско-гинекологическаго Общества при Московскомъ Университетѣ.

(Засѣданіе 12-го ноября).

*А. А. Александровъ. Случай фибромы яичника съ саркоматознымъ перерожденіемъ.* Указавъ на сравнительную рѣдкость плотныхъ опухолей яичника, докладчикъ разсмотрѣлъ относящіяся сюда литературныя данныя и, коснувшись вопроса о строеніи подобнаго рода опухолей, перешелъ къ изложенію своего случая, наблюдавшагося въ факультетской хирургической клиникѣ. Ж. Ф., 50 л., дѣвица, поступила въ клинику 22/ix 1903 г. Мѣсячныя имѣла съ 16 лѣтъ и до 40. Со времени ихъ прекращенія стала замѣчать внизу живота подвижную опухоль, съ кулакъ, увеличивавшуюся чрезвычайно медленно. Съ апрѣля 1903 г. опухоль замѣтно выросла; присоединились боли въ животѣ и спинѣ. Хорошаго сложенія и питанія; брюшныя стѣнки жирны. Внизу живота прощупывается опухоль, немного болѣе головы взрослаго, очень плотная, безболѣзненная, немного подвижная, главнымъ образомъ въ боковыхъ направленіяхъ. При ощупываніи опухоли получалось ощущеніе, какъ будто она состоитъ изъ 2-хъ или 3-хъ отдѣльныхъ отрѣзковъ, слегка подвижныхъ по отношенію одинъ къ другому. 7/x чревосѣченіе. Удаленная опухоль вѣсила 9 ф., была размѣромъ немного болѣе головы взрослаго, съ бугристой поверхностью (1 бугоръ въ періодѣ размягченія); 2 болѣе выступавшихъ бугра направлены одинъ къ подложечной области, другой въ малый тазъ. На наружной поверхности опухоли находился раструбъ *Fallopi*'евой трубы съ бахромками. Труба была утолщена и спускалась въ толщѣ ножки опухоли къ правому углу матки. Длина ножки 8 стм.; она была значительно утолщена и не перекручена. Ножка была прошита 5-ю лигатурами и перерѣзана, послѣ чего культя закрыта брюшиной и погружена въ брюшинную складку, соединенную надъ культей рядомъ швовъ. Брюшная рана закрыта наглухо. Послѣоперaціонное теченіе прекрасное. Подъ микроскопомъ оказалось, что дѣло имѣлось съ фибромой, начавшей саркоматозно перерождаться (Препаратъ былъ предъявленъ).

*И. С. Калабину* нѣсколько лѣтъ назадъ пришлось наблюдать больную съ саркомой. Была произведена операція, но черезъ

Digitized by Google

годъ получился возвратъ, и больная умерла. Въ случаяхъ саркомы нельзя дѣлать благопріятнаго предсказанія.

*Докладчикъ*: Предсказаніе было сдѣлано благопріятное потому, что только часть опухоли была саркоматозно перерождена, большая же часть ея представляла фиброму. Въ описанномъ случаѣ была только начальная ступень развивающейся саркомы.

Д-ръ *Даниловъ* спросилъ, не нашелъ-ли докладчикъ указаній въ литературѣ, въ какомъ отношеніи это новообразованіе стоитъ къ беременности и родамъ и какое его происхожденіе? Не вліяетъ-ли количество предшествовавшихъ родовъ на появленіе фибромъ яичника?

*Докладчикъ*: Едва-ли подобнаго рода новообразованія находятся въ связи съ предшествовавшими родами. Больная, о которой сообщилъ я, не рожала; встрѣчаются саркомы даже и въ дѣтскомъ возрастѣ.

*Г. Л. Грауэрманъ. Роды, осложненные неоперируемымъ ракомъ шейки матки.* Разобравъ литературу вопроса, докладчикъ перешелъ къ описанію случаевъ осложнившаго роды рака шейки матки, встрѣтившихся ему въ родильномъ пріютѣ Старо-Екатерининской больницы, гдѣ на 8500 родовъ въ теченіи послѣднихъ 6 лѣтъ было 2 случая, и въ гинекологическомъ отдѣленіи, гдѣ, не смотря на громадное число лежащихъ и приходящихъ больныхъ, былъ всего 1 случай за то же время.—а) 24/xII 1900 г. поступила въ женское отдѣленіе больницы беременная въ 11-й разъ, 38 л. Послѣдніе роды 10 лѣтъ назадъ; послѣ родовъ не хворала. Мѣсячныя черезъ 3 недѣли по 3—4 дня; послѣдній разъ были 8 мѣс. назадъ. Черезъ 6 недѣль послѣ начала беременности появилось кровотеченіе, повторявшееся нѣсколько разъ; 1/xI было сильное кровотеченіе, со сгустками, въ продолженіи 1½ сутокъ. За 2 недѣли до поступленія появились боли внизу живота, а за 1½ недѣли непрерывное кровотеченіе. Сердцебіенія плода не слышно; движенія его прекратились 2 дня назадъ. Шейка матки пріоткрыта; мѣстами она твердой, почти хрящеватой плотности; оба свода инфильтрированы. 37°. 30/xII при незначительныхъ схваткахъ прошли воды, и выпала мацерированная ножка; туловище родилось произвольно; вслѣдствіе неподатливости шейки головка застряла; пришлось прибѣгнуть къ прободенію ея, и тогда уже удалось извлечь плодъ. Послѣродовой періодъ прошелъ удовлетворительно. Родильница выписалась на 17-й день. Инфильтраты распространились на лѣвую широкую связку и на мочевой пузырь.—б) 27/xII 1901 г. поступила беременная въ 10-й разъ, 36 л. Родила 8 живыхъ дѣтей. При 9-хъ родахъ, 3 года назадъ, въ земской больницѣ дѣлали операцію: «вынимали ребенка по кускамъ». Кровотеченіями никогда не страдала. Послѣднія мѣсячныя въ концѣ марта; около этого времени пошли бѣли, сначала бѣлыя, безъ запаха, а съ іюля съ сильнымъ запахомъ. Воды прошли въ день поступленія. Сердцебіеніе плода справа; предлежитъ головка. Шейка матки вся занята раковымъ новообразованіемъ; задняя губа разрушена; на передней стѣнкѣ влагалища раковые узлы; задній и правый сводъ инфильтрированы. Шейка пропускаетъ 1½—2 пальца; до предлежащей части дойти не удается; при изслѣдованіи палецъ всюду ощущаетъ кровоточащіе раковые узлы. Отъ больной ужасный запахъ. Схватки рѣдки и слабы. Въ виду вѣроятности обширныхъ поврежденій измѣненной ракомъ шейки и послѣдующаго обильнаго кровотеченія при родахъ черезъ естественные пути, рѣшено, съ согласія больной, приступить къ кесарскому сѣченію. Извлеченъ живой мальчикъ вѣсомъ въ 2600 грм. На матку наложены глубокіе и поверхностные швы; брюшная рана закрыта наглухо. Въ послѣопераціонномъ періодѣ температура все время была нормальная; отдѣляемое изъ рукава вонючее. На 11-й день сняты швы; въ нижней части нагноеніе въ швахъ, выше—срощеніе первымъ натяженіемъ; въ нижнемъ углу раны каловой свищъ. При постепенно развивавшемся упадкѣ силъ на 20-ый день послѣ операціи больная скончалась. При вскрытіи оказалось: полость брюшины раздѣлена слипшимися кишками и сальникомъ на 2 отдѣла; въ верхнемъ брюшина чиста и блестяща, въ нижнемъ ко дну матки припаяны петли кишекъ. Швы на маткѣ разошлись; края раны омертвѣли. На одной изъ припаянныхъ петель толстой кишки—проникающая омертвѣлая язва. Въ нижнемъ отдѣлѣ брюшной полости много гноя, смѣшаннаго съ каломъ. — в) 5/x 1903 г. доставлена въ Пріютъ беременная въ 7-ой разъ, 35 л., сильно обезкровленная, послѣ продолжавшагося двое сутокъ дома обильнаго кровотеченія. Прежніе роды и послѣродовой періодъ нормальные. Послѣднія мѣсячныя 1/I; въ іюлѣ было кровотеченіе, скоро прекратившееся. Были отеки ногъ. Движенія плода перестала чувствовать за день до поступленія. Дно плотной матки на 2 пальца ниже подложечной области. Сердцебіенія плода не слышно. На задней губѣ твердое раковое новообразованіе въ видѣ узла, распространявшееся на заднюю стѣнку вполнѣ сохранившагося шейнаго канала, который былъ длиной около 5,5—6 стм.; задній и лѣвый боковой своды инфильтрированы. Зѣвъ пропускалъ 2 пальца; воды не прошли; предлежавшая головка съ трудомъ была достижима. Для ускоренія родовъ, послѣ предварительнаго тщательнаго очищенія рукава, былъ введенъ кольпейринтеръ *Champetier de Ribes*; черезъ 14 час. онъ вышелъ, не вызвавъ значительныхъ схватокъ. Чтобы дать головкѣ возможность опуститься и приспособиться къ родовому каналу, произвели, при открытіи зѣва на 3—3½ пальца, прободеніе головки съ удаленіемъ мозга. И только почти черезъ сутки послѣ прободенія головки передняя губа сгладилась и произвольно произошли роды; родился мальчикъ, вѣсомъ въ 3750 грм.; вслѣдъ за его рожденіемъ вышло небольшое количество водъ и вонючіе газы. Кровотеченія не было, не смотря на дряблость матки. Пульсъ родильницы очень слабый, подкожное вливаніе солевого раствора, впрыснута камфора; на животъ положенъ ледъ. Черезъ 7—8 час. послѣ рожденія ребенка больная скончалась отъ гнилокровія (какъ показало вскрытіе).—Описанные случаи докладчикъ дѣлитъ на 2 группы: 1) когда при родахъ, осложненныхъ неоперируемымъ ракомъ шейки, плодъ живой и жизнеспособный (случай б), и 2) когда плодъ мертвый (случаи а и в). Разсмотрѣвъ затѣмъ взгляды авторовъ на это осложненіе родового акта и разобравъ мѣропріятія, примѣняемыя въ подобныхъ случаяхъ, онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. 1) Во время и послѣ срочныхъ или къ нимъ приближающихся родовъ, осложненныхъ неоперируемымъ ракомъ шейки матки, роженица и жизнеспособный плодъ (послѣдній, конечно, только во время родовъ) подвергаются смертельной опасности, всё равно заканчиваются ли роды произвольно, или при помощи оперативнаго пособія черезъ естественные пути. 2. Значительно меньше представляетъ опасности (по скорости, малой потерѣ крови и возможности предупредить заразу) для матери и совершенно безопасный для живаго и жизнеспособнаго плода путь для родоразрѣшенія—это кесарское сѣченіе по *Porro* съ внѣбрюшиннымъ уходомъ за ножкой. 3. При значительно недоношенныхъ или мацерированныхъ плодахъ роды предоставляются силамъ природы или заканчиваются операціями, наименѣе опасными для роженицы.

*А. Н. Рахмановъ* не согласился съ предложеніемъ докладчика, дѣлать кесарское сѣченіе по *Porro* съ вшиваніемъ культи въ брюшную рану. Зачѣмъ удалять здоровыя ткани, оставляя пораженныя раковымъ новообразованіемъ? Возможно, что послѣднее скорѣе распространится на здоровыя ткани и мочевой пузырь.

*Докладчикъ* думаетъ, что ракъ непремѣнно пойдетъ выше и поразитъ культю: онъ можетъ пойти по сводамъ въ широкія связки; конечно, нельзя отрицать возможности распространенія рака на культю, но не безусловно.

*Ѳ. А. Александровъ* спросилъ, какія были показанія къ прободенію головки плода при открываніи зѣва на 3½ пальца и при подвижной головкѣ и отчего не былъ сдѣланъ поворотъ? Когда же было сдѣлано прободеніе, почему не кончили родовъ краніоклазіей? Д-ръ *А.* высказался противъ раздѣленія этихъ 2-хъ операцій.

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что прободеніе головки безъ послѣдующей краніоклазіи имѣло полное основаніе въ 3-мъ случаѣ. Подвижная головка находилась надъ входомъ въ тазъ; желательно было, при уменьшеніи ея объема, дать ей возможность легче и скорѣе вступить въ тазъ и приспособиться къ несглаженной шейкѣ. Правда, и при такихъ условіяхъ можно было бы протащить краніокластомъ головку, но цѣной глубокихъ разрывовъ пораженной ракомъ шейки, что, конечно, было не желательно.

*Г. Ф. Матвѣевъ* замѣтилъ, что разъ было сдѣлано прободеніе головки, слѣдовало тотчасъ же дѣлать и краніоклазію. Да и вообще слѣдовало-ли дѣлать прободеніе? Шейка, вѣдь, скорѣе раскрывается головкой не прободенной, чѣмъ прободенной.

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что прободеніе головки плода, при маломъ открытіи зѣва, безъ послѣдующей краніоклазіи предлагается проф. *Н. Н. Феноменовымъ*, напр., при воспаленіи слизистой оболочки матки во время родовъ. Головка, уменьшенная въ своемъ объемѣ на счетъ удаленнаго мозга, гораздо скорѣе можетъ приспособиться къ родовымъ путямъ и растянуть недостаточно подготовленную шейку, чѣмъ это сдѣлаетъ головная опухоль. Большая или нормальная головка для своего прохожденія требуетъ времени больше, чѣмъ малая или искусственно уменьшенная.

*С. Бояркинъ.*

## V. Изъ Общества взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія.

(Экстренное засѣданіе 13-го ноября).

Присутствовали: предсѣдатель проф. *Д. О. Оттъ*, товарищъ его *А. А. Драницынъ*, секретарь *А. В. Марковскій*, казначей *В. Л. Якобсонъ*, временные члены правленія *Чемодановъ*, *Бекчуринъ*, *Бернштейнъ* и *Бабушкинъ* и 43 дѣйствительныхъ члена Общества..

Заслушанъ и утвержденъ протоколъ общаго собранія 27-го октября.

Отъ имени ревизіонной Коммиссіи въ составѣ д-ровъ *Лѣсового*, *Вербова* и *Скворцева*, *В. Г. Лѣсовой* прочиталъ докладъ, изъ котораго видно, что всѣ денежныя дѣла Общества, а также приходо-расходная книга у казначея находятся въ полномъ порядкѣ.

Прочитанный д-ромъ *Бернштейномъ* докладъ «*Сужденія по поводу намѣченнаго на предстоящемъ Съѣздѣ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова вопроса объ организаціи врачебнаго сословія*» вызвалъ оживленный обмѣнъ мнѣній.

Д-ръ *Фармаковскій* предложилъ остановиться на матеріальной сторонѣ вопроса объ организаціи, такъ какъ тогда проэктъ встрѣтитъ меньше препятствій къ осуществленію.

Д-ръ *Дорфъ*, привѣтствуя докладъ, совѣтуетъ прочитать его на предстоящемъ Пироговскомъ Съѣздѣ, но предварительно расширить его и дополнить фактическими данными, которыя могутъ придать докладу характеръ болѣе рѣзкой фактической обоснованности.

Предсѣдатель *Д. О. Оттъ*, соглашаясь, чтобы этотъ докладъ отъ имени Общества былъ прочитанъ докладчикомъ на Пироговскомъ Съѣздѣ, предложилъ Собранію высказаться по

существу, останавливаясь на каждомъ положеніи доклада отдѣльно.

Съ незначительными поправками положенія были приняты въ слѣдующей окончательной формѣ:

1. Организація всероссійскаго Союза врачей вполнѣ своевременна и необходима. 2. Въ составъ Союза должны обязательно войти всѣ лица обоего пола врачебнаго сословія въ Россіи. 3. Всероссійскій Союзъ врачей имѣетъ цѣлью: а) возвысить для блага Общества культурное значеніе и достоинство врачебнаго сословія; б) улучшить его матеріальный бытъ. 4. При Всероссійскомъ Союзѣ врачей организуется Судъ чести, дѣйствію котораго обязательно подлежать всѣ члены Союза. Въ кругъ задачъ Суда чести входитъ урегулированіе отношеній врачей къ больнымъ, къ общественнымъ учрержденіямъ и между собою. 5. При Всероссійскомъ Союзѣ врачей должна быть устроена профессіональная касса съ обязательнымъ участіемъ всѣхъ врачей. 6. Главный принципъ врачебной профессіональной кассы—начало взаимопомощи при совершенномъ устраненіи благотворительнаго оттѣнка. 7. Средства Кассы составляются изъ обязательныхъ взносовъ всѣхъ ея членовъ. 8. Для выработки Устава Всероссійскаго Союза врачей, Суда чести при немъ и профессіональной Кассы необходимо избрать при Правленіи Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* постоянную Коммиссію и поручить ей, проведя обсужденіе выработанныхъ ею проэктовъ чрезъ всѣ русскія общественно-медицинскія учрежденія, представить сводъ всѣхъ полученныхъ данныхъ на разсмотрѣніе слѣдующаго X-го Пироговскаго Съѣзда врачей.

Постановили: отъ имени Правленія «Общества взоимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія» обратиться съ ходатайствомъ въ организаціонный Комитетъ IX-го Пироговскаго Съѣзда помѣстить въ программу отдѣла бытовыхъ вопросовъ вышеприведенный докладъ, при чемъ докладчикомъ отъ имени Общества избранъ д-ръ *Бернштейнъ*.

Д-ръ *Фармаковскій* прочиталъ докладъ *о желательныхъ измѣненіяхъ въ Уставѣ и дѣятельности Общества взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія*. Сущность доклада сводится къ слѣдующимъ положеніямъ: 1. Признать необходимымъ увеличить размѣръ членскаго взноса до 5 р. вмѣсто 3 р., считая его единовременнымъ. 2. Признать необходимымъ возможно широкое распространеніе свѣдѣній о цѣляхъ и дѣятельности Общества путемъ а) печатанія его отчетовъ и протоколовъ въ медицинскихъ изданіяхъ, б) разсылки Устава Общества, в) воззваній къ медико-статистическимъ бюро и врачебнымъ Совѣтамъ при земскихъ Управахъ съ просьбой предложить врачамъ заблаговременно вступить въ члены Общества и т. п. 3) Признать необходимымъ устройство при правленіи Общества справочнаго бюро [1]), въ которомъ можно было-бы получать необходимыя справки научно-медицинскаго характера; для работы въ бюро пригласить постоянное лицо съ опредѣленнымъ вознагражденіемъ. 4. Признать необходимымъ наемъ помѣщенія или предварительное соглашеніе съ содержателемъ меблированныхъ комнатъ, съ цѣлью дать возможность пріѣзжающимъ въ Петербургъ членамъ Общества имѣть за недорогую плату временную квартиру до пріисканія постоянной. 5. Признать необходимымъ устройство для членовъ Общества столовой. 6. Просить Правленіе представить къ слѣдующему общему Собранію примѣрную смѣту содержанія столовой. 7. Предложить всѣмъ врачамъ-слушателямъ Института, не состоящимъ еще членами Общества, теперь же вступить въ его составъ и уплатить членскій взносъ.—Одинъ изъ главныхъ пунктовъ, возбудившихъ оживленныя пренія,—это предложеніе докладчика, въ цѣляхъ увеличенія оюджета Общества, поднять членскій взносъ для пріѣзжающихъ врачей съ 3 до 5 р., а для постоянныхъ членовъ оставить въ прежнемъ размѣрѣ.

Д-ръ *Вербовъ* думаетъ, что увеличеніе членскаго взноса можетъ вызвать уменьшеніе числа членовъ Общества.

Предсѣдатель проф. *Д. О. Оттъ* замѣтилъ, что, согласно устава, общее Собраніе имѣетъ право повышать членскій взносъ, не возбуждая ходатайства объ измѣненіи самаго устава и что въ принципѣ нежелательно вносить разницу между пріѣзжими и постоянными членами. Принимая-же во вниманіе принципіальное, по видимому, согласіе Собранія на увеличеніе членскаго взноса, предсѣдатель предложилъ слѣдующій компромиссъ; всякій вновь вступающій въ члены Общества платитъ 5 р. только въ 1-мъ году своего членства, а затѣмъ въ послѣдующіе годы по 3 р. Предложеніе предсѣдателя принято единогласно.—По 2-му положенію доклада рѣшено просить «Русскій Врачъ» печатать свѣдѣнія по Обществу [2]).—3-е положеніе рѣшено принять, при чемъ организованное уже бюро пока оставить безъ особо оплачиваемой должности письмоводителя.—4-е положеніе рѣшено принять къ свѣдѣнію и просить, если это окажется возможнымъ, какого-либо содержателя меблированныхъ комнатъ давать свѣдѣнія о свободныхъ номерахъ ко времени съѣзда слушателей-врачей.—5-ое и 7-ое положеніе приняты.—По 6-му положенію выражено пожеланіе имѣть вновь столовую съ одной или двумя свободными комнатами, гдѣ вновь прибывающіе врачи могли-бы останавливаться впредь до пріисканія постоянной квартиры, и предложено казначею представить къ будущему общему Собранію приблизительную смѣту столовой. *В. Л.*

1) Таковое уже открыло свои дѣйствія въ помѣщеніи Клиническаго Повивальнаго Института (В. О. Университетская линія, 3, обращаться къ завѣдующему бюро д-ру *В. Г. Лѣсовому*).

2) Охотно предоставимъ страницы «Русскаго Врача» для извѣстій о дѣятельности весьма симпатичнаго намъ Общества. *Ред.*

## *VI. Памяти Владиміра Дмитріевича Владимірова.*

29-го ноября 1903 г. въ терапевтическомъ отдѣленіи больницы Пензенскаго губернскаго Земства скончался извѣстный русскій хирургъ *В. Д. Владиміровъ*, бывшій въ теченіи 22 лѣтъ старшимъ врачемъ этой больницы. Причина смерти—артеріосклерозъ и на почвѣ его—омертвѣніе стопы. Покойный родился въ Томскѣ 17-го декабря 1837 г. Окончивъ курсъ въ мѣстной гимназіи въ 1854 г., *В. Д.* поступилъ на медицинскій факультетъ Казанскаго Университета. Блестящія способности его были замѣчены факультетомъ уже на студенческой скамьѣ, и по окончаніи курса cum eximia laude онъ былъ тотчасъ-же командированъ за границу для подготовленія къ профессорской каѳедрѣ. За границей онъ увидѣлъ, что подготовка, которую въ то время могли давать врачамъ русскіе Университеты, совершенно недостаточна: ему, какъ говаривалъ покойный, пришлось начать «съ азовъ» и переучиваться вновь. Увлеченный подъемомъ естествознанія и научной медицины 60-хъ годовъ, *В. Д.* съ жаромъ отдался работѣ. Онъ работалъ главнымъ образомъ у проф. *Luschk*'а и посѣщалъ аудиторіи и клиники тогдашнихъ корифеевъ германской медицины: *Virchow'a*, *Niemeyer*'а, *Billroth*'а, *Koelliker*'а, *Graefe*, *Traube* и др. По возвращеніи изъ-за границы, *В. Д.* былъ назначенъ ординаторомъ хирургической клиники Казанскаго Университета. По защитѣ докторской диссертаціи: «*Нѣсколько новыхъ остеопластическихъ операцій на нижней конечности*» (Казань, 1872 г.), *В. Д.*, по порученію факультета, читалъ студентамъ лекціи по оперативной хирургіи. Дополненіе къ помянутой диссертаціи, представленное IV-му Съѣзду русскихъ врачей и естествоиспытателей (напечатано въ «Протоколахъ Съѣзда») доставило *В. Д.* премію Съѣзда за лучшее изъ представленныхъ Съѣзду сочиненій. Громкую, но, къ сожалѣнію, быстро заглохшую, извѣстность *В. Д.* доставила предложенная имъ операція на стопѣ. Русскіе врачи не оцѣнили въ достаточной мѣрѣ заслуги *В. Д.* и вскорѣ забыли объ изобрѣтенной имъ операціи. Только въ 1880 г., когда бывшій ассистентъ проф. *Billroth*'а *Mikulicz*, нынѣ извѣстный профессоръ хирургіи, произвелъ на одномъ больномъ и описалъ въ 1881 г. операцію, ничѣмъ не отличавшуюся отъ *Владиміровской*, покойный проф. *С. П. Коломнинъ* напомнилъ о ней Лондонскому Международному Съѣзду и обвинилъ проф. *Mikulicz*'а въ плагіатѣ. Въ 1884 г. на Международномъ Съѣздѣ въ Копенгагенѣ пріоритетъ *Владимірова* на эту операцію былъ окончательно установленъ, но почему-то операція, всё-таки, называется «*Владимірова-Mikulicz*'а», а не просто «*Владимірова*». Насколько, однако, мало оцѣненъ былъ способъ *В. Д.* и таланты его, видно изъ того, что въ 1874 г. для замѣщенія каѳедры хирургіи было избрано Казанскимъ Университетомъ другое лицо, а *В. Д.* занялъ мѣсто старшаго врача Пензенской губернской больницы, на которомъ и оставался въ теченіи 22 слишкомъ лѣтъ (съ 1874 по 1897 г.). Здѣсь-то, почти съ первыхъ лѣтъ его службы, пишущій эти строки и имѣлъ возможность, въ началѣ въ качествѣ больного, а затѣмъ съ 1883 г. и сослуживцемъ—товарища, узнать близко покойнаго. *В. Д.* былъ личностью далеко незаурядной; но эта талантливость и оригинальность ума принесла покойному, какъ сплошь и рядомъ бывало у насъ, русскихъ, много горя отъ ума... Выбитый изъ академической среды, къ которой онъ готовился, лишенный возможности удовлетворить своему страстному стремленію учить и дѣлиться своими знаніями, *В. Д.* долго—почти всю жизнь—страдалъ отъ сознанія несправедливости судьбы, забросившей его въ такую провинціальную глушь, какой была въ то время Пенза. Какъ многіе даровитые русскіе люди, *В. Д.* былъ крайне строгъ къ научной работѣ; русская застѣнчивость не позволяла ему выступать съ мелкими работами въ печати, и только товарищи, близко наблюдавшіе его дѣятельность, могутъ засвидѣтельствовать, какого крупнаго и оригинальнаго хирурга и врача лишился Казанскій Университетъ, не съумѣвшій удержать его въ своихъ стѣнахъ. *В. Д.* не считалъ нужнымъ и достойнымъ описывать всѣ тѣ случайныя изобрѣтенія и варіаціи техническихъ способовъ, примѣнявшіяся имъ примѣнительно къ данному случаю при операціяхъ и описывавшіяся послѣ другими, какъ «новые способы». Такими мелочами *В. Д.*, можно сказать, обильно сорилъ при операціяхъ. Оригинальность и простота изобрѣтеній поражали видѣвшихъ его операціи. Помню, напр., что способъ введенія дренажа съ помощью натягиванія его на зондъ, описанный въ «Календарѣ для врачей», былъ задолго до этого описанія въ употребленіи въ Пензенской больницѣ. Предварительное наложеніе *Esmarch*'овскаго бинта для скорѣйшаго полученія замораживанія при операціяхъ на конечностяхъ и сбереженія эѳира было также одной изъ случайныхъ счастливыхъ мыслей *В. Д.* Таково-же употребленіе мелкихъ *Nélaton*'овскихъ катетеровъ, вмѣсто *Belloc*'овской трубочки, употребленіе кусочковъ твердыхъ каучуковыхъ катетеровъ при уранопластическомъ швѣ и много тому подобныхъ мелочей.

Чтобы удовлетворить свою потребность дѣлиться съ другими своими познаніями и оригинальной продуктивностью ума, *В. Д.* въ бытность свою старшимъ врачемъ Пензенской больницы собиралъ вокругъ себя молодыхъ врачей и студентовъ и не скупился своимъ временемъ, если видѣлъ хоть малѣйшее желаніе работать. И не мало есть его учениковъ, которые обязаны ему пробужденіемъ критической мысли и освобожденіемъ ея отъ путъ какихъ-бы то ни было научныхъ авторитетовъ. Въ тоже время *В. Д.* училъ своимъ примѣромъ гуманности по отношенію къ больнымъ. Его добросердечіе и готовность помогать близкимъ, особенно учащейся молодежи, нерѣдко эксплоатировались и недостойными такой помощи. Снисходительность къ недостаткамъ

Digitized by Google

людей и добродушіе вредили, конечно, его административной дѣятельности, но оставили по себѣ прочную и хорошую память у всѣхъ его подчиненныхъ, особенно низшихъ, извинявшихъ ему его вспыльчивость и нетерпѣливость. Въ 1882 г. *В. Д.* ѣздилъ опять за границу, чтобы ознакомиться съ новѣйшей техникой антисептики и занимался главнымъ образомъ у проф. *Volkmann*'а. Вернувшись изъ-за границы, *В. Д.* собирался напечатать свой обширный матеріалъ по камнесѣченію и камнедробленію (болѣе 1000 случаевъ), но, къ сожалѣнію, это намѣреніе не осуществилось. Мнѣ неизвѣстно, куда дѣвалъ покойный свою богатую коллекцію камней, извлеченныхъ изъ мочевого пузыря; но онъ говаривалъ, что отдастъ ее нѣмцамъ, чтобы у русскихъ она не пропала такъ же безплодно, какъ пропала его операція... Часть коллекціи, кажется, была подарена имъ проф. *Volkmann*'у.

Въ 1897 г. *В. Д.* оставилъ, по недоразумѣніямъ съ Управой, а главнымъ образомъ вслѣдствіе развивавшейся у него болѣзненной раздражительности, должность старшаго врача Пензенской больницы при общемъ сожалѣніи и земства, и общества. Съ мая 1897 г. по январь 1898 г. онъ занималъ должность старшаго врача Владимірской губернской больницы, а съ 1898 г. до кончины жилъ въ качествѣ вольнопрактикующаго врача въ г. Пензѣ. Послѣдніе годы были для него годами тяжкихъ испытаній и матеріальной нужды вслѣдствіе подтачивавшей его нервной болѣзни и преждевременной дряхлости.

Декабрьская сессія Пензенскаго губернскаго земскаго Собранія, освѣдомившись о его кончинѣ, помянула его память панихидой, отслуженной въ залѣ Собранія, и постановила: помѣстить портретъ покойнаго въ комнатѣ Совѣщаній врачей больницы и принять похороны его на земскій счетъ, ассигновавъ родственникамъ его 300 р. въ возмѣщеніе ихъ расходовъ на похороны.

*В. Д.*, согласно волѣ его, погребенъ на больничномъ кладбищѣ. Быть можетъ, товарищи-врачи пожелаютъ, хотя послѣ его смерти, воздать должное забытому русскому хирургу, принеся посильныя лепты на постановку ему намогильнаго памятника [1])?... Миръ праху твоему, высокоталантливый и неоцѣненный русскій хирургъ, прямой и честный человѣкъ и добрый товарищъ!

*К. Евграфовъ.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

*Проф. Кастексъ (Castex). Парижскій Университетъ. Ушныя болѣзни. Съ 91 рис. въ текстѣ. Переводъ съ французскаго д-ра Л. Е. Выгодскаго. Съ предисловіемъ, дополненіями и примѣчаніями проф. Клиническаго Института В. Кн. Елены Павловны В. Н. Окунева. — С.-Петербургъ. Изданіе журнала „Современная Медицина и Гигіэна". 1902.—250 стр. Цѣна 1 р. 50 к.*

Въ виду бѣдности нашей литературы по ушнымъ болѣзнямъ, учебникъ *Castex*'а можетъ быть рекомендованъ и русскимъ врачамъ. Достоинства книги—сжатое, но въ то-же время достаточно полное изложеніе предмета. Въ особенности авторъ удѣляетъ вниманіе клинической картинѣ и распознаванію ушныхъ болѣзней. Зато анатомическимъ даннымъ въ оригиналѣ отведено уже слишкомъ мало мѣста. Этотъ пробѣлъ, однако, вполнѣ исправленъ проф. *В. Н. Окуневымъ*, снабдившимъ русскій переводъ учебника необходимыми анатомическими свѣдѣніями и сдѣлавшимъ также немало дополненій относительно лѣченія. Глава о сухомъ затяжномъ катаррѣ переработана почти вновь, сообразно новѣйшимъ даннымъ. Цѣннымъ добавленіемъ являются рисунки, взятые изъ учебниковъ *Politzer*'а, *Bonnier*, *Hartmann*'а и *Kirchner*'а. Благодаря такой обработкѣ, руководство *Castex*'а значительно выиграло и займетъ подобающее мѣсто въ числѣ учебниковъ. Переводъ, за исключеніемъ нѣкоторыхъ недочетовъ, удовлетворителенъ. Внѣшность изданія—какъ бумага, такъ и тщательность набора—оставляетъ желать лучшаго. *В. В. Дитманъ.*

*Наставленіе для дезинфекторовъ. Сост. В. И. Бинштокъ, Петербургскій городской санитарный врачъ. Изд. 2-е, испр. и доп. 1904 г.*

Всякій, кому приходилось работать на эпидеміяхъ, знаетъ, какую важную роль играетъ достаточная подготовка низшаго персонала, на который можно было-бы положиться. Едва-ли не самой трудной задачей является организація обеззараживанія, для производства которыхъ обыкновенно приходится приготовлять персоналъ ex tempore.

Наставленіе, составленное д-ромъ *В. И. Бинштокомъ*, окажетъ въ этихъ случаяхъ большую услугу. Составленное кратко, ясно и точно, оно поможетъ фельдшеру или толковому дезинфектору сознательно относиться къ своей работѣ и лучше справляться съ практической задачей въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ. Заключая въ себѣ наиболѣе важныя указанія по обеззараживанію, наставленіе можетъ служить и «справочной памяткой».

Для удобства справокъ во 2-мъ изданіи прибавлена страница о приготовленіи обеззараживающихъ растворовъ.

Въ общемъ книжку д-ра *Бинштока* можно смѣло предложить городскимъ и земскимъ учрежденіямъ, тѣмъ болѣе, что и цѣна ея не высокая— 30 коп. *Д. Заболотный.*

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

I. М. Г.! Не откажите, въ интересахъ истины, дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Недавно появился «Отчетъ по психіатрической больницѣ Смоленскаго губернскаго Земства за 1902 г.», составленный старшимъ врачемъ *В. М. Бяшковымъ*. Считаемъ своимъ нравственнымъ долгомъ довести до свѣдѣнія товарищей, что означенный «Отчетъ» не вполнѣ соотвѣтствуетъ дѣйствительности, давая невѣрную картину жизни больницы, и можетъ ввести въ заблужденіе читателя. Такъ, напр., за всѣ предъидущіе годы г. *Бяшковымъ* въ «Отчетахъ» по больницѣ всегда указывались несчастные случаи, особыя происшествія, побѣги и исходы ихъ, взаимныя драки и столкновенія между больными, нападенія на служащихъ, какъ это и принято отмѣчать во всѣхъ такихъ «Отчетахъ». Между тѣмъ въ вышеупомянутомъ «Отчетѣ» г. *Бяшковымъ* ничего подобнаго не указано. Изъ этого однако вовсе не слѣдуетъ, что отчетный годъ дѣйствительно отличался такимъ исключительнымъ благополучіемъ. Какъ лица, близко стоящія къ дѣлу и наблюдающія жизнь больницы изо дня въ день, мы можемъ удостовѣрить, что за этотъ періодъ времени въ Смоленской психіатрической больницѣ произошло нѣсколько весьма серьезныхъ несчастныхъ случаевъ: одна больная повѣсилась и умерла, другой больной былъ вынутъ изъ петли и съ трудомъ возвращенъ къ жизни; была и еще одна попытка къ самоубійству; во время работъ на молотилкѣ одному больному оторвало кисть руки; побѣговъ было очень много, и они вовсе не носили того невиннаго характера, который имъ приданъ въ «Отчетѣ»; такъ, на послѣднемъ губернскомъ земскомъ Собраніи однимъ изъ гласныхъ было заявлено, что больной, бѣжавшій «оттого, что ему было трудно работать», былъ найденъ весной замерзшимъ; о довольно частыхъ дракахъ и столкновеніяхъ между больными, которыя нерѣдко оканчивались травматическими поврежденіями, также не сказано ни слова. Относительно цынги указанъ только 1 смертный случай, но не упомянуто, что цынга въ отчетномъ году, какъ и ранѣе, много уже лѣтъ не переводится въ больницѣ, нося эндемическій характеръ.

Ординаторы Смоленской психіатрической больницы *Н. Н. Шиповъ, А. Розенталь, К. Кондратовичъ, В. Крумбмиллеръ.*

Смоленскъ. 20/XII 1903 г.

II. М. Г.! Въ № 49 «Русскаго Врача» за 1903 г. въ отдѣлѣ «Хроника и мелкія извѣстія» (№ 2934) перепечатанъ отчетъ д-ра *А. Ф. Лисина* изъ «Врачебно-Санитарной Хроники Саратовской губ.», касательно хирургическихъ курсовъ, читанныхъ въ Клиническомъ Институтѣ В. Кн. Елены Павловны. Въ этомъ отчетѣ имѣются относительно курса по оперативной хирургіи, читаннаго мною, существенныя отступленія отъ истины, которыя не могутъ быть оставлены безъ отвѣта.

Во-1-хъ, д-ръ *Л.* утверждаетъ, что мною былъ проведенъ только 1 курсъ практическихъ упражненій, а 2-ой курсъ не состоялся-де за отсутствіемъ слушателей. Между тѣмъ весною 1903 г. были мною проведены 2 курса: 1-ый, въ которомъ былъ записанъ д-ръ *Л.*, съ 15 января по 12 февраля, а 2-ой съ 9 марта по 26 марта. По видимому д-ръ *Лисинъ* уѣхалъ до начала марта.

Во 2-хъ, д-ръ *Л.* находитъ, что у меня по оперативной хирургіи было сравнительное благополучіе относительно матеріала для занятій. Я нахожу, что имѣть въ одно утро на 12 чел. слушателей 1 трупъ (рѣдко—2), съ крайне тягостными ограниченіями не оперировать на лицѣ, на головѣ, на конечностяхъ—нельзя назвать благополучіемъ курса.

Въ 3-хъ, д-ръ *Л.* незнакомъ съ программой того курса, о которомъ онъ напечаталъ отзывъ, потому что пишетъ: «немногимъ лучше результаты получатся и у самыхъ талантливыхъ руководителей, когда такой сложный предметъ, какъ оперативная хирургія, долженъ уложиться въ 8—10 дней». По моему, это даже физически немыслимо. Моя программа практическихъ занятій по хирургіи исключаетъ всѣ операціи на конечностяхъ, всѣ перевязки сосудовъ, всѣ пластическія операціи и операціи на черепѣ. Въ нее входятъ только 20 операцій изъ области неотложной хирургіи. А эти 20 операцій вполнѣ возможно слушателю продѣлать добросовѣстно въ продолженіи 12 дней занятій. Слѣд., программа этого курса далека отъ того, чтобы совмѣстить несовмѣстимое.

Въ 4-хъ, д-ръ *Л.* высказываетъ сожалѣніе, что не имѣется курсовъ по топографической анатоміи и «что безъ курса топографической анатоміи занятія по оперативной хирургіи смахиваютъ на ремесленную выучку». Никто не будетъ возражать противъ желательности подобныхъ курсовъ. Но времени у врачей слушателей слишкомъ мало для того, чтобы подобные курсы имѣли успѣхъ. Въ нынѣшнемъ году д-ръ *Зельдовичъ* объявилъ готов-

[1]) Пожертвованія могли-бы быть направлены въ Пензенское медицинское Общество или пишущему эти строки: Пенза, завѣдующему психіатрическимъ отдѣленіемъ Пензенской губернской больницы *К. Р. Евграфову*.—Мы, съ своей стороны, охотно примемъ на себя передачу пожертвованій. *Ред.*

Digitized by Google

ность прочесть врачамъ курсъ топографической анатоміи нѣсколькихъ областей человѣческаго тѣла и не нашлось ни одного слушателя изъ числа 150 пріѣхавшихъ въ осенній семестръ. Необходимо продлить срокъ командировокъ врачей до $^1/_2$ года; тогда станутъ возможны курсы топографической анатоміи и болѣе полные курсы оперативной хирургіи, а покуда приходится сожалѣть только о томъ, что изъ-за недостатка времени существуетъ такой важный пробѣлъ.

Въ 5-хъ, не могу не коснуться того высокомѣрнаго отношенія д-ра *Л.* къ практическимъ упражненіямъ по оперативной хирургіи, которое имъ высказано en toutes lettres. По моему, все значеніе и весь смыслъ практическихъ занятій по оперативной хирургіи для врачей заключается въ той «ремесленной выучкѣ», которая такъ не нравится д-ру *Л.* При этихъ занятіяхъ слушателю необходимо отказаться отъ собственной иниціативы, необходимо *именно* «ремесленнымъ», т. е. механическимъ образомъ продѣлать наивозможно точно данную операцію по данному способу и продѣлать ее собственноручно, «кто во что гораздъ», и не срамясь, что выполненіе операціи далеко отъ артистичности. Вѣдь, въ этомъ и заключается наука. Безъ этой механической, чисто ремесленной выучки хирургъ не пройдетъ школы и останется хирургомъ-любителемъ, а только школа, т. е. именно эта механическая выучка и создаетъ спеціалиста. Если-бы не было школы и дисциплины, врачи хирурги превратились-бы въ дилетантовъ, а дилетантизмъ—это то поверхностное отношеніе къ предмету, которое въ дѣлахъ науки и искусства приноситъ только вредъ. Заканчиваю свое и безъ того слишкомъ длинное письмо пожеланіемъ, дабы среди людей врачебной науки поменьше было поверхностныхъ дилетантовъ, а побольше такихъ дѣятелей, которые не чуждались-бы собственноручно, «кто во что гораздъ», изучать методы науки по строгимъ правиламъ дисциплины и школы.

*I. Земацкій.*

Петербургъ. 24 декабря 1903 г.

III. М. Г.! Не откажите помѣстить нѣсколько строкъ по поводу «Обзора» ч. пр. *Н. И. Напалкова.* Получивъ въ концѣ ноября, какъ подписчикъ «Хирургіи», этотъ трудъ, я былъ не мало удивленъ, что въ заголовкѣ его, какъ авторъ, стоитъ только прив.-доц. *Напалковъ.* Хотѣлось думать, что здѣсь кроется какое-нибудь недоразумѣніе—редакторскій или типографскій недосмотръ, но, къ сожалѣнію, пришлось разстаться и съ этой соломинкой, такъ какъ «авторъ» и въ текстѣ вполнѣ сознательно умалчиваетъ объ участникахъ въ составленіи этой объемистой, кропотливой работы. Оставляя на отвѣтственности «автора» первыя 112 страницъ, которыхъ около 50 наполнены образчиками различныхъ бланковъ, рисунками, каталогомъ библіотеки и т. п., объ остальныхъ (около 550 стр.) считаю долгомъ сказать, что онѣ составлены другими лицами. Генеалогія этого историческаго «Обзора» обстоятельно изложена въ письмѣ ординаторовъ клиники, помѣщенномъ въ № 51 «Русскаго Врача»; поэтому я ограничусь только просьбой присоединить и мою подпись къ заявленію товарищей, такъ какъ, исполняя ординаторскія обязанности въ теченіи $19^{01}/_{02}$ г. въ госпитальной хирургической клиникѣ, я также принималъ непосредственное участіе въ составленіи «Обзора.....» прив.-доц. *Напалкова.*

Земскій врачъ *А. Менчинскій.*

Бѣлевъ. Тульской губ. 25 декабря 1903 г.

IV. М. Г.! Только что прочелъ въ № 52 «Русскаго Врача» письмо д-ра *М. С. Уварова,* написанное «по порученію Педагогическаго Совѣта Гигіеническихъ курсовъ», и считаю своимъ долгомъ немедленно опровергнуть слова д-ра *Уварова* относительно основаній будто-бы «домашняго свойства», заставившихъ бывшихъ преподавателей курсовъ отказаться отъ дѣла, «въ которое», по словамъ того-же д-ра *Уварова* «вложено не мало энергіи со стороны прежнихъ дѣятелей».

Прежде всего позволю себѣ сдѣлать одно замѣчаніе. Д-ръ *М. С. Уваровъ* (отъ себя или отъ Совѣта курсовъ, не знаю) въ началѣ письма дѣлаетъ упрекъ д-ру *Д. М. Цвѣту* за «таинственное указаніе на протоколъ Совѣта отъ 9 го октября, т. е. на причины, никому, кромѣ Совѣта, неизвѣстныя». Въ своемъ-же письмѣ онъ самъ дѣлаетъ указанія еще болѣе таинственныя на «основанія, такъ сказать домашняго свойства», не объясняя, на сколько широко нынѣшній Совѣтъ толкуетъ эти «основанія домашняго свойства».

Между тѣмъ, значеніе ссылки на протоколъ засѣданія отъ 9-го октября было очень простое: бывшіе преподаватели курсовъ желали, чтобы новый Составъ Совѣта, прежде, чѣмъ приступить къ веденію этого сложнаго дѣла, былъ освѣдомленъ обо всемъ, что происходило до него. Какъ видно, это «таинственное указаніе» достигло цѣли: Совѣтъ ознакомился съ этимъ протоколомъ, а толкованіе, которое онъ придалъ ему, не для всѣхъ обязательно...

Въ виду того, что нынѣшній Совѣтъ обѣщаетъ препроводить протоколъ засѣданія отъ 9-го октября для опубликованія, и Вы, г. редакторъ, любезно согласились ему удѣлить мѣсто въ «Русскомъ Врачѣ», я ограничусь указаніемъ только на одинъ основной пунктъ ухода преподавателей для иллюстраціи широкаго толкованія термина «основанія, такъ сказать, домашняго свойства», котораго держится д-ръ *М. С. Уваровъ* и нынѣшній педагогическій Совѣтъ курсовъ.

Въ концѣ 1901—1902 уч. года Гигіеническіе курсы переживали тяжелый моментъ: курсы, не смотря на безплатность труда лекторовъ, не окупали себя (правда, Общество охраненія здоровья женщины, учредившее курсы, брало съ нихъ сперва 750, затѣмъ 500 р. за право пользоваться помѣщеніемъ Общества); слушательницы были недовольны, такъ какъ многіе предметы не читались имъ за отсутствіемъ безплатныхъ преподавателей и т. д.; возникало даже предположеніе о прекращеніи дѣятельности курсовъ. Глубоко вѣря въ пользу этого дѣла и возможность лучшей его постановки, педагогическій Совѣтъ въ нѣсколькихъ засѣданіяхъ (совмѣстно съ Правленіемъ Общества) обсуждалъ этотъ вопросъ и пришелъ къ заключенію, что самымъ крупнымъ тормазомъ въ дѣлѣ развитія курсовъ является несовершенство устава, по которому вся хозяйственно-административная часть сосредоточивалась не въ Педагогическомъ Совѣтѣ, а въ Правленіи Общества. Результаты такого веденія дѣлъ были крайне печальные. Многіе предметы, какъ было сказано, слушательницамъ не читались въ виду того, что безплатныхъ преподавателей не было, а по уставу вознагражденіе преподавателямъ могло быть опредѣлено только въ концѣ года въ размѣрѣ $^1/_2$ чистой прибыли. Плата 10 слушательницъ устанавливалась Правленіемъ и была слишкомъ высока (40 р.). Преподаваніе носило крайне теоретическій характеръ въ виду отсутствія учебныхъ пособій, пріобрѣтеніе которыхъ зависѣло отъ Правленія. Всѣ вопросы по административнымъ и хозяйственнымъ дѣламъ должны были идти черезъ Правленіе Общества, что не выгодно отражалось на теченіи дѣлъ курсовъ. Педагогическій Совѣтъ тогда предложилъ Правленію, что онъ гарантируетъ убытки, которые можетъ дать дальнѣйшее веденіе курсовъ при условіи передачи ему хозяйственно-административной части курсовъ. Такого рода соглашеніе формально было заключено между Педагогическимъ Совѣтомъ и Правленіемъ Общества охраненія здоровья женщины и подписано всѣми членами Правленія во главѣ съ г-жей *Волковой.*

Пользуясь своимъ правомъ, Совѣтъ въ слѣдующимъ году сократилъ плату (до 20 р.), пригласилъ платныхъ преподавателей, пріобрѣлъ учебныя пособія, озаботился о болѣе широкомъ ознакомленіи публики съ курсами. Въ виду того, что прежнимъ плательницамъ нѣкоторые необходимые предметы (напр., подача первой помощи) не читались, Совѣтъ предложилъ имъ безвозмездно посѣщать курсы еще въ теченіи года.

Въ общемъ теченіе дѣлъ курсовъ получило болѣе правильное направленіе, посѣщаемость курсовъ увеличилась, матеріально курсы окупили себя.

Не смотря на то, что правильнсть такого веденія дѣлъ была доказана воочію, Правленіе Общества ничего не сдѣлало для измѣненія устава въ указанномъ смыслѣ. Правленіемъ, по видимому, даже овладѣло раскаяніе по поводу состоявшагося соглашенія; слухи о томъ, что курсы живутъ не по уставу, достигли (какимъ путемъ, можетъ быть, согласится объяснить г-жа *Волкова*) надлежащихъ сферъ, и *въ іюлѣ* мѣсяцѣ предсѣдательницей Общества охраненія здоровья женщины г-жей *Волковой* было получено желанное предложеніе строго держаться устава. Г-жа *Волкова* однако своевременно членамъ Педагогическаго Совѣта объ этомъ не сообщила. Совѣтъ собрался послѣ лѣтнихъ вакацій, организовалъ занятія на курсахъ, и только черезъ 2 дня послѣ акта (*3-го октября*) члены Педагогическаго Совѣта получили о вышесказанномъ извѣщеніе съ предложеніемъ продолжать свою дѣятельность, *строго придерживаясь буквы устава.*

Возвращаться къ прежнему порядку, непрактичность котораго достаточно выяснилась на опытѣ, не имѣло никакого основанія, что и выяснилось на засѣданіи 9-го октября. Съ болью въ сердцѣ мы должны были оставить дѣло, такъ какъ не сомнѣвались, что при этихъ условіяхъ курсы не могли не только развиваться, но и оставаться на прежнемъ уровнѣ. Некорректность—по меньшей мѣрѣ—поступка г-жи *Волковой* отступала при этомъ рѣшеніи на второй планъ.

Все это изложено, въ ряду другихъ тормазовъ развитія курсовъ, ясно и отчетливо въ протоколѣ засѣданія отъ 9-го октября. Я не упоминаю о другихъ основаніяхъ нашего ухода, разсчитывая на появленіе въ печати протокола засѣданія.

Неужели г. *Уваровъ* вкупѣ съ нынѣшними членами Педагогическаго Совѣта считаютъ все изложенное «основаніемъ, такъ сказать, домашняго свойства»? Если это такъ, то русскую литературу можно поздравить съ появленіемъ въ лексиконѣ еще одной фразы, очень удобной и очень растяжимой; я думаю, что этому выраженію предстоитъ будущность...

Не знаю, какъ теперь ведутся дѣла курсовъ. Если Совѣтъ въ своихъ дѣйствіяхъ строго придерживается устава, то, къ искреннему сожалѣнію, курсамъ трудно предсказать успѣхъ. Если-же Совѣтъ пользуется тѣми-же правами, какими пользовались мы по соглашенію съ Правленіемъ, то ему угрожаетъ другая опасность: въ извѣстный моментъ совершенно неожиданно имъ могутъ предложить держаться буквы далеко несовершеннаго устава. Результаты, вѣроятно, будутъ тѣ-же, что и въ наше время... И это perpetuum mobile можетъ долго продолжаться, такъ какъ на смѣну нынѣшнимъ членамъ Совѣта найдутся новые, которые найдутъ въ поступкахъ своихъ предшественниковъ только «основанія, такъ сказать, домашняго свойства»...

Я позволилъ себѣ высказать эти замѣчанія потому, что велъ протоколъ того засѣданія, который, и къ сожалѣнію, ничего не сказалъ ни уму, ни сердцу многоуважаемыхъ нынѣшнихъ членовъ Совѣта.

Бывшій преподаватель Гигіеническихъ курсовъ *Г. Дембо.*

Петербургъ. 6 января 1904 г.

V. М. Г.! Напечатавъ мое совершенно ясное и вполнѣ корректное письмо въ 41 № редактируемой Вами газеты «Русскій

Врачъ», Вы снабдили его своими примѣчаніями, которыя совершенно измѣняютъ смыслъ вышеупомянутаго письма и не могутъ быть мною оставлены безъ надлежащего отвѣта.

Совершенно не соглашаясь, какъ съ этими примѣчаніями, такъ равно и примѣчаніями по моему адрессу, сдѣланными редакціею въ 49 № той-же газеты (стр. 1766), прошу Васъ напечатать въ ближайшемъ № «Русскаго Врача» слѣдующее:

I. Не дѣлая никакого различія между «рекламою» въ тривіальномъ значеніи этого слова и врачебнымъ указаніемъ на составъ и способъ употребленія того или другого врачебнаго средства, редакція «Русскаго Врача» совершенно произвольно называетъ мое врачебное указаніе, которымъ снабженъ каждый кусокъ моего сѣрно-дегтярнаго мыла, «рекламною оберткою»—услужливо кѣмъ-то (?) присланную въ редакцію.

Редакціи очевидно неизвѣстно, что точно такими-же врачебными указаніями съ обозначеніемъ именъ авторовъ ихъ снабжаются многія врачебныя средства, какъ напр. пережиренное мыло д-ра *Eichhoff*'а, противудифтеритная сыворотка проф. *Behring*'а, противубугорчаточная сыворотка проф. *Maragliano* и т. п.

Но само собою разумѣется, что никому изъ представителей врачебной заграничной печати не придетъ на мысль таковыя «врачебныя указанія»—называть опошленнымъ именемъ «рекламы», а ихъ авторовъ ставить чуть-ли не на одну доску съ какими-то игнорантами, незнакомыми съ основными понятіями врачебной этики, не вѣсть что «urbi et orbi» проповѣдующими съ университетскихъ кафедръ «рекламы—ради».

2. Такъ или иначе понимать вещи—это безспорно дѣло факультативное, но нельзя-же навязывать свои понятія другимъ, какъ это дѣлаетъ редакція «Русскаго Врача» по отношенію ко мнѣ, утверждая будто-бы «и самъ проф. *Поспѣловъ* не отрицаетъ (?!) рекламнаго характера обертки своего мыла», и попутно удивляется, какъ это проф. *Поспѣловъ* «не видитъ ничего особеннаго въ упоминаніи его имени при такихъ условіяхъ». На это я отвѣчу, что касается не только старѣйшаго Университета, но и лично меня, то я *не только вижу, но и хорошо знаю* границы какъ дозволеннаго, такъ и недозволеннаго въ печати. А потому подобно моимъ уважаемымъ товарищамъ-профессорамъ *Auspitz*'у, *J.* и *H. Hebra*, *Kaposi*, *Behring*'у, *Maragliano* и др., поставившихъ свои авторитетныя имена (гарантіи, а не «рекламы конечно, ради») на этикеткахъ ими придуманныхъ врачебныхъ средствъ,—я не усматриваю въ напечатаніи и моего имени на обложкахъ моего лѣкарственнаго препарата ровно ничего противорѣчащаго разумнымъ требованіямъ врачебной этики, а тѣмъ болѣе достоинству занимаемой мною кафедры, хотя-бы и «старѣйшаго» университета и которые (sic. *Ред.*), къ слову сказать, редакціи неумѣстно было-бы и затрогивать.

3. Все это само собою понятно для каждаго взрослаго и не предубѣжденнаго человѣка. Но вотъ что является непонятнымъ: желая измѣнить совершенно ясный и вполнѣ корректный смыслъ моего письма въ редакцію (№ 41) «Русскаго Врача», редакція дѣлаетъ между прочимъ слѣдующее добавленіе: «Проф. *Поспѣловъ*, сообщившій съ каѳедры, какъ и слѣдовало, составъ и способъ изготовленія своего мыла urbi et orbi счелъ почему-то нужнымъ повѣдать ихъ особо 3-мъ Московскимъ фармацевтамъ». Что это за двусмыслица? Въ моемъ письмѣ въ редакцію (стр. 1449) совершенно ясно сказано, что ко мнѣ обратились за рецептомъ *три*, имѣющіе лучшія лабораторіи для изготовленія медицинскихъ мылъ—фармацевта, коимъ мною и данъ былъ мой рецептъ, *но ни какъ не особо*, а всѣмъ *тремъ*, причемъ рецептъ «повѣданъ» былъ мною *не почему-то* (?), а опять-таки, какъ ясно сказано въ томъ-же письмѣ: *по ихъ личной просьбѣ* и при томъ безмездно. Спрашивается, что-же подразумѣвала редакція и ея нравственно отвѣтственный редакторъ докторъ *Владиславлевъ*, утверждая въ печати, будто-бы я «повѣдалъ» свой рецептъ «почему-то» «особо» «только 3-мъ» Московскимъ фармацевтамъ?

Въ этой притчѣ, преслѣдуя «рекламу», г. редакторъ, (повидимому, перешелъ не только границы врачебной этики, но и обычныя рамки дозволеннаго въ печати.

Москва. 21/xп 1903 г. Проф. *А. Поспѣловъ*.

---

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1. 4-го января *открылъ свою дѣятельность IX Пироговскій Съѣздъ*. Обиліе членовъ, рядъ животрепещущихъ программныхъ вопросовъ и умѣлое распредѣленіе занятій по отдѣламъ обѣщаютъ Съѣзду живую и плодотворную работу. Отъ всего сердца присоединяемся къ горячимъ пожеланіямъ Съѣзду всего мыслящаго русскаго общества—полнѣйшаго успѣха на благо родины.

2. Почетнымъ предсѣдателемъ Пироговскаго Съѣзда избранъ проф. *В. И. Разумовскій*, товарищемъ его бывшій долгое время старшимъ врачемъ Тверской губернской земской больницы и дѣятельнымъ гласнымъ Тверского земства *М. И. Петрункевичъ*, почетными секретарями ч. пр. Московскаго Университета *Г. Н. Габричевскій* и Одесскій санитарный врачъ *Н. П. Васильевскій*.

3. Собиравшіеся на послѣднихъ дняхъ минувшаго декабря спеціальные Съѣзды врачей—*1-ый Всероссійскій гинекологовъ и акушеровъ и 4-ый Россійскихъ хирурговъ*—привлекли немалое число участвовавшихъ и прошли съ большимъ оживленіемъ. Отчеты о засѣданіяхъ этихъ Съѣздовъ мы въ скоромъ времени дадимъ. Вполнѣ признавая назрѣвшую потребность болѣе частаго обмѣна мнѣній по текущимъ вопросамъ крупныхъ спеціальностей въ медицинѣ, чѣмъ это можно дѣлать на Съѣздахъ Пироговскихъ, мы все-же думаемъ, что созывъ такихъ спеціальныхъ Съѣздовъ всего за нѣсколько дней до Съѣзда Пироговскаго—какое-то грустное недоразумѣніе. Обычное въ такихъ случаяхъ указаніе на Западъ, гдѣ эти спеціальные Съѣзды давно уже заведены, не вполнѣ примѣнимо къ условіямъ развитія врачебнаго дѣла у насъ на Руси: на Западѣ нѣтъ такого объединяющаго въ научной работѣ всѣхъ врачей страны учрежденія, какъ Пироговскіе Съѣзды.

4. Глубокоуважаемый *А. В. Рутковскій*, секретарь Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи, проситъ насъ сообщить, что во *вторникъ 13-го января* въ залѣ Краснаго Креста (Инженерная, 9) въ 8 час. вечера имѣетъ быть *засѣданіе Правленія Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи* съ участіемъ членовъ Общества и его провинціальныхъ Отдѣленій. Засѣданіе это будетъ посвящено преимущественно обсужденію вопроса *о Судѣ чести*. Члены Общества и особенно члены его Отдѣленій, желающіе помимо настоящаго извѣщенія, получить на это засѣданіе особыя повѣстки, благоволятъ сообщить свои Петербургскіе адресса секретарю Правленія (9-я Рождественская, 18). Члены Пироговскаго Съѣзда, не состоящіе членами Общества взаимной помощи, приглашаются пожаловать на это засѣданіе въ качествѣ гостей.

5. Въ январѣ текущаго года *исполняется 70-лѣтіе проф. Д. И. Менделѣева*. Отъ души желаемъ знаменитому отечественному химику прожить еще много лѣтъ на славу своей родины.

6. Д-ръ *Н. П. Тишуткинъ избранъ ч. преподавателемъ* В.-Медицинской Академіи по каѳедрѣ гистологіи съ эмбріологіей («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 25 декабря).

7. Е. Г. Степанова по устному завѣщанію *оставила на помощь учащимся въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ 15000 р.* Дочь г-жи Степановой, Е. П. Ярошенко, извѣщая Совѣтъ о волѣ своей матери, выразила желаніе пожертвовать отъ себя 15000 р. съ тѣмъ, чтобы весь капиталъ оставался непри-

---

¹) Дадимъ отвѣтъ на напечатанное съ сохраненіемъ всѣхъ особенностей стиля и правописанія письмо проф. *Поспѣлова* по пунктамъ-же.

1. Намъ прекрасно извѣстно, смѣемъ увѣрить въ томъ проф. *Поспѣлова*, что въ благодарной памяти современниковъ и потомства сохраняется, на ряду съ сущностью того или другого пріобрѣтенія человѣческой мысли во славу науки и на пользу человѣчества, и авторское имя. Ту-же судьбу раздѣляютъ и «врачебныя указанія» (рецепты тожъ), исходящія отъ лицъ, безусловно компетентныхъ въ той или другой области медицинскихъ знаній. Пригодность изготовленнаго по этимъ указаніямъ лѣкарственнаго средства гарантируется знаніями врача, признавшаго нужнымъ воспользоваться этимъ средствомъ въ своей практической дѣятельности, и добросовѣстностью отпустившей лѣкарство аптеки, а не оберткой съ именами. *Сергѣй Петровичъ Боткинъ*, предложивъ свою смѣсь, свои капли, ни въ какія переговоры ни съ какими фармацевтическими лабораторіями по поводу ихъ изготовленія не вступалъ и не находилъ нужнымъ снабжать ихъ «гарантіи ради» особой оберткой съ его именемъ и съ указаніемъ, когда ихъ употреблять. Если въ интересы торговаго товарищества не входило сообщать самый способъ изготовленія бѣлаго дегтя, то проф. *Поспѣлову* предстояло ограничиться лишь указаніемъ на эту составную часть его мыла, буде онъ все-же признавалъ ее безусловно нужной, и затѣмъ предоставить дѣло его нормальному теченію, т. е., чтобы назначали лѣкарство его состава—врачи, а изготовляли его по ихъ рецептамъ—всѣ аптеки всего міра.

2. Проф. *Поспѣлову*, не только, какъ онъ пишетъ, видящему, но и хорошо знающему границы какъ дозволеннаго, такъ и недозволеннаго въ печати, должно-бы быть извѣстно, что въ кавычкахъ принято приводить точныя выраженія автора цитируемой статьи, замѣтки и т. п. Заключенная имъ въ кавычки часть нашей замѣтки къ его письму, помѣщенному въ № 41 «Русскаго Врача», на самомъ дѣлѣ изложена такъ: «Удивляетъ насъ, впрочемъ, не столько это, сколько то, что, не отрицая, по видимому, рекламнаго характера обертки его мыла, на что мы собственно и указывали (въ письмѣ этотъ пунктъ совершенно обойденъ), проф. *Поспѣловъ* не видитъ въ упоминаніи его имени при этихъ условіяхъ ничего особаго». Гдѣ-же тутъ навязываніе своихъ понятій другимъ? Предоставляя проф. *Поспѣлову* полную свободу мнѣній, мы сохраняемъ ее и за собой и продолжаемъ утверждать, что обертка сѣрнодегтярнаго мыла съ его именемъ, съ обозначеніемъ на ней, что «привиллегія заявлена», и съ приложеніемъ указаній *отъ Правленія торговаго товарищества*, когда и какъ его употреблять, носитъ, несомнѣнно, рекламный характеръ.

3-ій пунктъ письма проф. *Поспѣлова* можно бы было оставить вовсе безъ отвѣта, если бы въ немъ, за кажущимся недоразумѣніемъ, не таилось очевиднаго намѣренія затуманить то, что ясно «для каждаго взрослаго и непредубѣжденнаго человѣка». Въ приведенныхъ въ письмѣ проф. *Поспѣлова* въ кавычкахъ словахъ моихъ (на этотъ разъ совершенно точныхъ) онъ усмотрѣлъ «двусмыслицу» и «притчу»; оттого-то, вѣроятно, въ данномъ имъ за ними разъясненіи и содержится такой глубокій смыслъ. Проф. *Поспѣловъ* не хочетъ, видно, понять, что сообщеніе съ каѳедры состава лѣкарства и способа его изготовленія дѣлаетъ излишней особую передачу того и другаго 3-мъ фармацевтамъ, каждому-ли порознь или всѣмъ заразъ, по личной-ли ихъ просьбѣ или по собственному побужденію, «и при томъ безмездно»: извѣстное всѣмъ должно быть и будетъ извѣстно и имъ. *Ред.*

Digitized by Google

косновеннымъ, а изъ %%—въ выдавались стипендіи слушательницамъ Института («Новое Время», 4 января).

8. Ю. И. Базанова *пожертвовала 2000 р.* въ пользу недостаточныхъ студентовъ Томскаго Университета («Новости», 28 декабря).

9. 31 декабря 1903 г. исполнилось *100-лѣтіе* со дня учрежденія Медицинскаго Департамента и Медицинскаго Совѣта Министерства внутреннихъ дѣлъ («Биржевыя Вѣдомости», 23 декабря).

10. Въ газетѣ «Русь» (23 и 24 декабря) помѣщена статья проф. *И. П. Скворцова «О необходимости государственной санитарной организаціи»*. Статья эта вызвана проэктомъ преобразованія центральнаго врачебно-санитарнаго управленія (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 50, стр. 1808). Мы лично не можемъ вполнѣ согласиться съ многоуважаемымъ авторомъ о дѣйствительной необходимости такой государственной организаціи и полагаемъ, что при современныхъ нашихъ русскихъ условіяхъ жизни залогъ санитарнаго благополучія и оздоровленія населенія коренится въ возможно широкомъ и свободномъ развитіи общественнаго врачебно-санитарнаго дѣла—земской и городской медицины; къ высказываемымъ-же проф. *И. И. Скворцовымъ* взглядамъ на вышеупомянутый проэктъ мы всецѣло присоединяемся: «Всѣ болѣе или менѣе свѣдущіе люди знаютъ», говоритъ авторъ, «что, по сравненію съ другими культурными европейскими странами, уровень состоянія у насъ народнаго здоровья очень низокъ. Въ то время, какъ въ другихъ странахъ изъ 1000 населенія умираетъ въ годъ 15—20—25 чел., въ Россіи изъ того же числа погибаетъ 30—35. Если населеніе у насъ не уменьшается, то лишь благодаря очень высокой рождаемости (45—50 на 1000), которая, однако, на ряду съ большой смертностью, служитъ не къ укрѣпленію, а къ ослабленію населенія и къ уменьшенію его производительности, слѣд., къ его обѣднѣнію. Статистика неоднократно уже констатировала, что какъ большая смертность, такъ и большая рождаемость свойственны наиболѣе невѣжественнымъ и въ то же время наиболѣе бѣднымъ странамъ и группамъ населенія. Это приводитъ къ такому постоянно повторяемому выводу, что для поднятія уровня народнаго здравія необходимо поднять уровень и народнаго просвѣщенія, и народнаго благосостоянія... Вѣрнѣе же всего будетъ сказать, что всѣ эти 3 стороны народной жизни нуждаются въ одновременномъ и равномѣрномъ воздѣйствіи, если только стремленіе къ народному благу не должно оставаться пустой или мало состоятельной фразой, за которой скрывается или равнодушіе, или недоразумѣніе. О народномъ просвѣщеніи говорено у насъ въ послѣдніе годы очень много, не мало и сдѣлано для него, хотя самая постановка его оставляетъ желать очень и очень много. Вопросъ о народномъ благосостояніи пріобрѣлъ у насъ въ настоящее время такое положеніе, что является теперь едва-ли не самымъ важнымъ вопросомъ нашей внутренней жизни. Народное здоровье какъ было, такъ и осталось на заднемъ планѣ». «Давно уже и неоднократно говорилось у насъ и писалось о необходимости создать у насъ особое высшее учрежденіе, которое бы спеціально вѣдало народное здоровье. Одни проэктировали министерство здоровья, другіе что-нибудь въ видѣ главнаго управленія, санитарнаго совѣта или департамента... Но вотъ появился проэктъ, который ограничивается только санитарнымъ отдѣломъ въ «главномъ управленіи по дѣламъ мѣстнаго хозяйства». Этого, вѣроятно, никто изъ причастныхъ къ вопросамъ народнаго здоровья не ожидалъ». «И такъ—народное здоровье, требующее для своей оцѣнки и для надлежащей цѣлесообразности принимаемыхъ для его охраны и улучшенія мѣръ далеко нелегкой и теоретической и практической подготовки, приравнивается къ такимъ сторонамъ народнаго быта, какъ чисто хозяйственная и даже какъ дорожная и пожарная, для оцѣнки которыхъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ достаточно здраваго смысла, нѣкоторой практической опытности, нѣкотораго знакомства съ мѣстными нуждами и потребностями, безъ всякаго спеціальнаго научнаго образованія. Можно, не считая себя пророкомъ, предсказать, что въ такой практической или технической средѣ, какъ проэктируемое «главное управленіе», народное здоровье останется и впредь тѣмъ-же забытымъ въ углу пасынкомъ, какимъ оно является теперь. Громадное большинство членовъ «совѣта» при немъ будутъ имѣть о немъ самое смутное понятіе и въ наилучшемъ случаѣ лишь платоническое расположеніе, тогда какъ интересы хозяйства, въ связи съ дорогами и пожарами, должны представлять для нихъ прямой и при томъ вполнѣ наглядный интересъ. Здоровье—основа всякаго благополучія и личнаго, и общественнаго, и государственнаго, какъ земледѣліе считается у насъ основой народнаго богатства, какъ просвѣщеніе -- основой народной нравственности и вообще внутренняго народнаго быта. И для земледѣлія, и для просвѣщенія имѣются у насъ цѣлыя министерства, а народное здоровье передается въ вѣдѣніе начальника отдѣленія. Заботы о народномъ здоровьи (какъ въ жизни лица, семьи) должны вездѣ стоять не на заднемъ, а на самомъ переднемъ планѣ. Англія, Германія, Франція, С.-Американскіе Штаты и другія высококультурныя страны потому такъ дѣятельны и предпріимчивы, что они здоровы».

11. Мы слышали, что директоромъ Петербургской Глазной Лѣчебницы *назначается* бывшій старшій врачъ ея *Ф. Ф. Германъ*.

12. «Новости» (23 декабря) передаютъ, что при городской Алафузовской больницѣ въ Петербургѣ учреждается *благотворительное Общество* съ цѣлью снабжать выходящихъ изъ больницы, по выздоровленіи, бѣдныхъ больныхъ одеждою и оказывать имъ денежныя пособія на прокормленіе и ночлегъ, впредь до того времени, когда силы ихъ дозволятъ заняться работою, или для отправленія ихъ на родину.

13. Въ «Приднѣпровскомъ Краѣ» (20 декабря) среди текста очень тепло написанной статьи г. Феникса, посвященной памяти покойнаго *И. В. Лешко-Попель*, помѣщенъ прекрасный свѣтописный *снимокъ его съ подписью «Врачъ-человѣкъ»*.

14. А. Г. Авчинниковъ, приступая къ изданію *иллюстрированной брошюры, посвященной памяти врача-человѣка И. В. Лешко-Попеля*, проситъ всѣхъ, кто бы могъ подѣлиться своими воспоминаніями объ этомъ другѣ бѣдняковъ, не отказать сообщить свои воспоминанія составителю письменно по нижеслѣдующему адрессу: концелярія 134 пѣхотнаго Ѳеодосійскаго полка въ Екатеринославѣ, штабсъ-капитану А. Г. Авчинникову («Донская Рѣчь», 22 декабря).

15. Въ Одесскую городскую Думу поступилъ докладъ предсѣдателя городской санитарной Коммиссіи *П. Т. Климовича объ ежегодномъ ассигнованіи извѣстной суммы денегъ* (до 2000 р.) на *научныя командировки находящихся* въ вѣдѣніи Коммиссіи *санитарныхъ врачей*. Продолжительность командировки предполагается не менѣе 3-хъ мѣсяцевъ, при чемъ ежегодно Коммиссія будетъ посылать въ командировку по 2 врача въ весеннемъ и въ осеннемъ $\frac{1}{2}$-годіяхъ. При разсмотрѣніи смѣты въ Думѣ предложеніе это, нужно думать, будетъ удовлетворено, ибо интересы здравоохраненія населенія требуютъ періодическихъ пополненій санитарными врачами ихъ свѣдѣній по различнымъ вопросамъ санитаріи и гигіены въ тѣхъ городахъ, гдѣ вопросы эти наиболѣе разработаны.

16. *Г. Г. Францъ* проситъ насъ оповѣстить товарищей, что онъ съ 1-го сего января не состоитъ въ редакціи «В.-Медицинскаго Журнала» и никакого отношенія къ ней не имѣетъ.

17. Изъ «Врачебной Газеты» (№ 1, стр. 27) мы узнали, что ««редакція»» народившагося «Врачебнаго Вѣстника», ««между прочимъ, отмѣчаетъ слѣдующую «жалкую мѣру, противорѣчащую всѣмъ обычаямъ журнальной среды», принятую по отношенію къ «Врачебному Вѣстнику» почтеннымъ товарищемъ *С. В. Владиславлевымъ*: «Не зная, чѣмъ еще насолить новому органу, д-ръ *С. В. Владиславлев*, по сообщенію конторы «Русскаго Врача», самолично распорядился вычеркнуть изъ отдѣла публикацій присланное нами для № 49 этой газеты платное объявленіе о нарождающемся «Врачебномъ Вѣстникѣ».—Считаемъ долгомъ»», продолжаетъ «Врачебная Газета», ««для утѣшенія редакціи «Врачебнаго Вѣстника» сообщить, что мѣра, принятая *С. В. Владиславлевымъ*, уже была примѣнена по отношенію къ «Врачебной Газетѣ» редакторомъ «Практическаго Врача» почтеннымъ товарищемъ *С. Б. Орѣчкинымъ*, которому такимъ образомъ долженъ по праву принадлежать пріоритетъ во введеніи этой «жалкой мѣры, противорѣчащей всѣмъ обычаямъ журнальной среды»—въ русскую медицинскую журналистику»».—Если-бы «Врачебная Газета», руководясь желаніемъ знать правду, взяла на себя трудъ провѣрить заявленіе г. *Аѳанасьева* о моемъ отношеніи къ его новому органу, какъ редактора «Русскаго Врача», она легко бы могла убѣдиться, что о нарождавшемся «Врачебномъ Вѣстникѣ» въ «Русскомъ Врачѣ» 1) было помѣщено платное объявленіе въ № 45 (стр. VIII обертки), 2) разослано объявленіе при № 48 и 3) въ № 49 (стр. 1768) сдѣлана редакціонная замѣтка съ указаніемъ нѣкоторыхъ основныхъ пунктовъ программы «преобразованнаго» журнала. Кажется, въ отношеніи новаго нарождавшагося органа г. *Аѳанасьева*, съ которымъ мы во многомъ до сихъ поръ такъ рѣзко расходились во взглядахъ и журнальные пріемы котораго заставили меня обратиться къ Суду чести, я сдѣлалъ все, что могутъ требовать «обычаи журнальной среды» и житейская вѣжливость. Когда послѣ 2-кратнаго извѣщенія г. *Аѳанасьева* о его новомъ органѣ я увидалъ, что онъ намѣренъ пользоваться гостепріимствомъ «Русскаго Врача», хотя-бы и въ отдѣлѣ платныхъ объявленій, слишкомъ уже широко, я вынужденъ былъ показать, наконецъ, ему, что всему-же есть мѣра.

18. Въ «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостяхъ» (№№ 20—24) помѣщена весьма интересная работа д-ра *Н. А. Вигдорчика* подъ заглавіемъ «*Матеріалы къ характеристикѣ сельской медицины въ Сибири*». Статья эта содержитъ обстоятельную и всестороннюю разработку статистическихъ данныхъ о дѣятельности 2-го врачебнаго участка Красноярскаго уѣзда за 5-лѣтній періодъ его существованія. Въ виду обширности статьи ограничиваемся передачею лишь заключительныхъ ея выводовъ: «На предыдущихъ страницахъ», говоритъ авторъ, «передъ нами прошелъ рядъ цифръ, рисующихъ печальное положеніе врачебнаго дѣла во 2-мъ участкѣ Красноярскаго уѣзда. Мы видѣли, какъ этотъ участокъ, вслѣдствіе неправильно проведенныхъ границъ и неудачнаго выбора амбулаторнаго пункта, съ самаго начала былъ обреченъ на прозябаніе. Мы убѣдились далѣе, что, дѣйствительно, за 5-лѣтнее свое существованіе врачебное дѣло въ немъ не только не подвинулось ни на іоту впередъ, а сдѣлало еще замѣтный шагъ назадъ. И абсолютныя, и относительныя цифры больныхъ въ послѣдній годъ 5-лѣтія оказались ниже, чѣмъ въ первый годъ. Незначительная дѣятельность амбулаторіи распространялась на небольшой поясъ, непосредственно примыкающій къ пункту, а громадныя пространства за предѣлами этого пояса почти не знали амбулаторнаго лѣченія. Такимъ образомъ $\frac{6}{7}$ населенія обслуживалось исключительно разъѣздами. Но разъѣздная помощь прежде всего не есть дѣйствительная врачебная помощь: въ большинствѣ случаевъ это—обманъ, а въ меньшинствѣ—это лѣченіе внушеніемъ. Но и разъѣздами удавалось удовлетворить едва десятую долю существующей потребности. Многія селенія не посѣщались цѣлыми годами, а въ большинствѣ врачебный персоналъ бывалъ разъ въ нѣсколько мѣсяцевъ.—Далѣе мы видѣли, что и та незначительная помощь, которую оказывали амбулаторіи и разъѣзды, распредѣлялась несправедливо и доста-

валась не тому, кто больше въ ней нуждается. Распредѣленіе разъѣздовъ зависѣло отъ цѣлаго ряда такихъ случайныхъ причинъ, какъ краснорѣчіе сельскаго писаря; амбуляторное-же лѣченіе доставалось преимущественно экономически сильнымъ группамъ населенія — мужчинамъ, людямъ рабочаго возраста, представителямъ болѣе зажиточныхъ слоевъ деревни. Стаціонарнаго лѣченія почти не существовало; оспопрививаніе было поставлено неудовлетворительно. И, наконецъ, во всей дѣятельности участка господствовалъ духъ какой-то стихійности: никто не слѣдилъ за этой дѣятельностью, никто не интересовался ея итогами, никто не исправлялъ и не направлялъ ея. И, можетъ быть, лѣтъ черезъ 5 или 10, при сохраненіи существующей организаціи дѣла, будущій статистикъ придетъ къ еще болѣе печальнымъ результатамъ, чѣмъ пришли мы на предъидущихъ страницахъ. А между тѣмъ 2-й участокъ Красноярскаго уѣзда не составляетъ исключенія среди другихъ участковъ Енисейской губерніи. Наоборотъ, по густотѣ населенія, по сравнительно незначительнымъ своимъ размѣрамъ, по близости къ культурному центру, по удовлетворительности путей сообщенія, по однородности племенного состава населенія онъ стоитъ впереди многихъ участковъ Енисейской, да и не одной Енисейской губерніи. Вотъ почему мы вправѣ утверждать, что, будь произведена статистическая разработка данныхъ по другимъ участкамъ Восточной Сибири, результаты получились-бы такіе-же и во всякомъ случаѣ столь-же печальные, какъ въ изслѣдованномъ нами 2-мъ участкѣ Красноярскаго уѣзда. Во всей Сибири сельская медицина поставлена ненормально и влачитъ жалкое существованіе. Само собой напрашивается вопросъ о тѣхъ мѣрахъ, какими можно исправить ненормальное положеніе дѣла. Если-бы мы захотѣли быть близорукими и не видѣть дальше поверхности явленій, мы могли бы намѣтить цѣлый рядъ частныхъ мѣропріятій, долженствующихъ устранить тѣ или иные изъ найденныхъ недостатковъ. Мы могли-бы посовѣтовать измѣнить границы участка, перенести пунктъ въ другое мѣсто, увеличить число врачей въ уѣздѣ, учредить самостоятельные фельдшерскіе пункты, увеличить число коекъ въ лѣчебницѣ и пр., и пр., и пр. Но стоитъ только продумать до конца, какъ осуществить любое изъ этихъ мѣропріятій, стоитъ только представить себѣ тѣ препятствія, какія встрѣтитъ каждое нововведеніе на практикѣ, чтобы увидѣть, что корень зла лежитъ гораздо глубже, чѣмъ въ упомянутыхъ выше недостаткахъ. Корень зла лежитъ въ самой организаціи дѣла—въ той организаціи, при которой для перемѣны участковыхъ границъ нужно цѣлые годы безуспѣшныхъ хлопотъ, при которой для увеличенія персонала, хотя бы на одного фельдшера, или лѣчебницы, хотя бы на одну койку, нужно ходатайствовать передъ Министерствомъ; въ той организаціи, которая съ момента своего основанія застыла, какъ каменная глыба, не подавая никакихъ признаковъ жизни и не проявляя никакого поползновенія къ развитію и усовершенствованію. *Бюрократическая организація сельской медицины въ Сибири—вотъ причина всѣхъ неустройствъ во врачебномъ дѣлѣ*. Не странно-ли, въ самомъ дѣлѣ, что за 5 лѣтъ, прошедшихъ со дня введенія реформы, въ строѣ сельской медицины не произведено ровно ни одного измѣненія. Можно-бы подумать, что реформа была до того совершенна, что до сихъ поръ не выяснилось ни одного недостатка въ ней. Но, къ сожалѣнію, многіе недостатки были очевидны при самомъ введеніи реформы, и еще болѣе выяснилось недостатковъ на первыхъ-же порахъ дѣятельности новой врачебной организаціи. Развѣ много требовалось времени, чтобы убѣдиться въ неправильности топографіи участковъ, въ недостаточности врачебнаго штата, въ неудобствахъ наемныхъ или дарственныхъ помѣщеній для лѣчебницъ? Развѣ необходимость собственнаго телятника для нуждъ Восточной Сибири не была ясна съ самаго начала? и т. д., и т. д. И что же? Всѣ ходатайства, исходящія отъ отдѣльныхъ врачей, отъ сельскихъ Обществъ и отъ врачебныхъ Отдѣленій, или отклоняются, или лежатъ безконечно долгое время подъ сукномъ въ центральныхъ канцеляріяхъ. Не ясно ли послѣ этого что сама постановка врачебнаго дѣла въ селеніяхъ Сибири не выдерживаетъ критики? Бюрократическая организація давно уже произнесла приговоръ сама надъ собою. И поэтому, если нужно въ заключеніе нашей статистической работы предложить какое-либо мѣропріятіе для исправленія выяснившихся недостатковъ дѣла, то мы, не колеблясь, скажемъ: *только введеніе земскихъ учрежденій можетъ вдохнуть живую душу въ безжизненный строй Сибирской сельской медицины*».

19. «Виленскій Вѣстникъ» (22 декабря) передаетъ, что по требованію Варшавскаго губернатора начальники уѣздовъ собрали подробныя свѣдѣнія *о числѣ душевно-больныхъ и падучныхъ въ Варшавской губ.*, каковыхъ оказалось тамъ 520. Между тѣмъ Варшавская губернія, платящая на содержаніе лѣчебницы въ Творкахъ по 38000 р. въ годъ, имѣетъ право содержать въ ней не свыше 45 больныхъ (въ томъ числѣ 3 сверхъ комплекта). Остальныхъ больныхъ, болѣе опасныхъ, содержатъ въ гминныхъ арестахъ и тюрьмахъ, но, такъ какъ и тамъ мѣста мало, то часть больныхъ остается на попеченіи родныхъ, которые *держатъ ихъ на привязи въ хлѣвахъ и конюшняхъ*. Губернаторъ исходатайствовалъ разрѣшеніе построить въ Ловичѣ уѣздный первый пріютъ для неизлѣчимыхъ душевно-больныхъ.

20. По словамъ «Казбека» (18 декабря), Бакинская губернская администрація выработала *проэктъ усиленія и улучшенія сельско-врачебной части въ Бакинской губ.*, который и передала въ Управленіе медицинской частью гражданскаго вѣдомства на Кавказѣ. Предположено: 1) учредить въ Бакинской губ., сверхъ существующихъ 6, еще 12 сельско-врачебныхъ пріемныхъ покоевъ; 2) учредить при каждомъ пріемномъ покоѣ еще 1, 4-ю, должность фельдшера и замѣнить повивальныхъ бабокъ акушерками-фельдшерицами; 3) учредить потребное число должностей врачей для порученій, спеціальное назначеніе которыхъ заключалось-бы въ исправленіи обязанностей отсутствующихъ по какимъ-либо причинамъ сельскихъ врачей, и 4) увеличить оклады содержанія всѣмъ служащимъ по сельско-врачебной части.

21. Въ Сальскомъ округѣ, Донской Области, на земскія средства устраивается, какъ передаетъ «Харьковскій Листокъ» (20 декабря), *колонія для прокаженныхъ*.

22. Въ засѣданіи Старобѣльскаго (Харьковской губ.) врачебнаго Совѣта недавно обсуждался циркуляръ Харьковскаго губернатора по врачебному Отдѣленію, которымъ всѣмъ земскимъ врачамъ уѣзда вмѣняется въ обязанность *доноситъ уѣздному врачу чрезъ каждую недѣлю о степени распространенія заразныхъ болѣзней въ уѣздѣ* для того, чтобы уѣздный врачъ, сдѣлавъ сводку по уѣзду, представлялъ ее во врачебное Отдѣленіе («Врачебная Хроника Харьковской губ.», 1903 г., № 1—6). При обсужденіи было указано, что со введеніемъ въ губерніи санитарной организаціи надзоръ за эпидеміями и принятіе мѣръ противъ нихъ составляетъ одну изъ наиболѣе важныхъ обязанностей земскихъ санитарныхъ врачей, которые постоянно слѣдятъ за степенью распространенія эпидемическихъ заболѣваній на основаніи сообщеній, доставляемыхъ земскими врачами въ уѣздныя Управы; настоящимъ циркуляромъ губернатора земскіе врачи обременяются двойной и излишней перепиской, и свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ могли-бы безъ обремененія земскихъ врачей доставляться уѣзднымъ санитарнымъ врачемъ непосредственно во врачебное Отдѣленіе или черезъ уѣзднаго врача. Врачебный Совѣтъ постановилъ возбудить передъ губернаторомъ соотвѣтственное ходатайство. При обсужденіи д-ръ *Б. З. Вейсбродъ* указалъ на любопытный фактъ, что уѣздный врачъ *Н. С. Михайловъ*, считая одною изъ самыхъ цѣлесообразныхъ мѣръ въ борьбѣ съ эпидеміями *приставленіе къ избамъ, гдѣ находятся больные, карауловъ изъ сотскихъ*, совѣтовалъ ему *обязательно примѣнять* такую мѣру при появленіи заразныхъ заболѣваній. По этому поводу Совѣтъ, конечно, единогласно высказался, что всякія насильственныя мѣропріятія въ борьбѣ съ заразными заболѣваніями крайне нежелательны и совершенно нецѣлесообразны, и рѣшилъ просить уѣздную Управу выяснить путемъ сношенія съ врачебнымъ Отдѣленіемъ степень обязательности примѣненія такого рода мѣропріятій для земскихъ врачей Старобѣльскаго уѣзда.—Въ какія нелѣпыя формы могутъ излиться подобныя насильственныя мѣропріятія, осуществляемыя къ тому-же черезъ низшихъ представителей полиціи и администраціи, показываетъ слѣдующій случай въ Одессѣ («Свѣдѣнія о врачебно-санитарной организаціи г. Одессы», 1903 г., № 22). Въ засѣданіи Одесской городской санитарной Коммиссіи было доложено заявленіе Петропавловскаго санитарнаго Попечительства, что къ родителямъ одного заболѣвшаго тифомъ ребенка *явился городовой и потребовалъ выдачи ему ребенка для препровожденія его въ больницу*. Считая подобное явленіе крайне нежелательнымъ и полагая, что вмѣшательство полиціи въ данномъ случаѣ можетъ только затруднить дѣло борьбы съ эпидеміей, побуждая населеніе скрывать появляющіяся среди него заболѣванія, Попечительство просило Коммиссію о зависящихъ распоряженіяхъ для предупрежденія подобныхъ фактовъ. Коммиссія постановила сообщить объ указанномъ случаѣ полиціймейстеру, прося его распоряженія, чтобы всѣ мѣры по отношенію къ заразнымъ заболѣваніямъ осуществлялись полиціей чрезъ посредство санитарной Коммиссіи, располагающей для того спеціальными силами и средствами.

23. Со словъ «Новаго Времени», мы уже сообщали (см. «Русскій Врачъ», 1903, № 52, стр. 1860) о томъ, что новый старшій врачъ Севастопольской городской больницы г. *Мертваго* подалъ въ городскую Думу докладную записку, обвиняя только-что оставившихъ службу въ больницѣ врачей въ цѣломъ рядѣ крупныхъ упущеній по врачебной части, а бывшаго старшаго врача *С. А. Никонова*, кромѣ того, и въ преступномъ попустительствѣ по хозяйству, и что Дума потребовала отъ г. *Мертваго* представленія фактическихъ данныхъ. Въ полученныхъ нами № 324 и № 325 «Крымскаго Вѣстника» (19 и 20 декабря) помѣщенъ *отчетъ о Думскомъ засѣданіи*, въ которомъ разсматривалась эта записка и сдѣлано вышеупомянутое постановленіе. Въ отчетѣ приведены полностью какъ самая записка, такъ и заключеніе разсматривавшей ее Коммиссіи и относящіяся къ дѣлу справки. Приводимъ изъ докладной записки г. *Мертваго* нѣсколько выдержекъ, характеризующихъ его взгляды на постановку больничнаго дѣла: ....«д-ръ *Никоновъ* ввелъ въ больничную жизнь совсѣмъ новый элементъ, превративъ имѣющее совершенно опредѣленное назначеніе въ больницахъ дѣло пріема приходящихъ больныхъ въ громадное и вполнѣ непосильное удовлетвореніе желанія массы городскихъ жителей получить даровую помощь врача и даровыя лѣкарства». «Такъ какъ всѣ отдѣленія д-ра *Никонова*, *Флерова* и *Потапова* я принялъ въ свое завѣдываніе, производя въ то-же время и нужныя операціи, перевязки и указаніе относительно родовспоможенія, и трудясь въ совершенно ненормальныхъ условіяхъ, о которыхъ говорить не нахожу нужнымъ, я вовсе не могу сказать, чтобы дѣйствительное количество работы требовало спѣшнаго и безотлагательнаго рѣшенія вопроса о приглашеніи новыхъ врачей на мѣсто ушедшихъ». .... «выдача всѣмъ приходящимъ лѣкарствъ изъ больничной аптеки недопустима за малыми исключеніями». «Какъ бы нарочно увеличивая массу своей работы, отодвигавшей его

Digitized by Google

отъ общаго надзора и управленія, *С. А. Никоновъ* ввелъ и курсы для акушерокъ и что то въ этомъ родѣ. Этимъ дѣломъ, разумѣется, я тоже заниматься не буду, какъ дѣломъ вполнѣ постороннимъ службѣ». Судя по отчету, на Думскомъ засѣданіи по адресу г. *Мертваго* было сказано очень мало лестнаго. Вотъ, напр., нѣкоторыя изъ замѣчаній: «Гл. Березинъ... нужно сейчасъ-же пригласить врачей-спеціалистовъ. Мы слышали здѣсь, что г. *Мертваго* взялъ на себя хирургическую часть и акушерско-гинекологическую, и по внутреннимъ болѣзнямъ, и административную часть; я нахожу такую дѣятельность для врача невозможной.... Лѣтъ 8 тому назадъ онъ оставилъ службу въ больницѣ и теперь возвращается къ дѣятельности хирурга и гинеколога. Не думаю, что, будучи городскимъ головой, г. *Мертваго* усовершенствовался въ хирургіи и гинекологіи, и полагаю, что при его знаніяхъ онъ не можетъ замѣнить нашихъ врачей-спеціалистовъ. Необходимо немедленно пригласить врачей, чтобы населеніе не было лишено необходимой медицинской помощи». «Гл. Бируля. Второй разъ я слышу докладную записку г. *Мертваго* и нахожу, что Управа ошиблась, назначивъ такого врача (въ публикѣ слышны аплодисменты). Больница раньше существовала для больныхъ, и больные встрѣчали тамъ теплое отношеніе. Теперь тамъ хотятъ создать какое-то формальное отношеніе, какъ видно изъ доклада старшаго врача, въ которомъ онъ намѣтилъ программу своей дѣятельности. Въ больницѣ такой порядокъ безусловно нетерпимъ. По докладу г. *Мертваго*, больные представляются назойливыми людьми, которые мѣшаютъ какой-то работѣ старшаго врача по установленію порядка въ больницѣ». «Чл. упр. Жандръ предлагаетъ, до приглашенія новыхъ врачей, просить д-ра *Мертваго* не дѣлать операцій, а въ случаѣ надобности приглашать врачей-спеціалистовъ, покрывая этотъ расходъ изъ свободныхъ остатковъ по больничной смѣтѣ». «Дума единогласно постановила: сохранить въ городской больницѣ какъ дежурства врачей, выдачу лѣкарствъ, такъ и пріемъ амбуляторныхъ больныхъ, при чемъ освободившіяся вакансіи врачей въ городской больницѣ замѣнить теперь-же новыми врачами. Кромѣ того поручить Управѣ, по полученіи отъ д-ра *Мертваго* фактическихъ данныхъ о замѣченныхъ имъ неправильностяхъ въ больничной отчетности, провѣрить матеріальную и другую отчетности больницы и о результатахъ доложить Думѣ».

24. «*Труды Общества Курскихъ врачей за 1901 и 1902 г.*», (Курскъ, 1903), посвященные памяти **В. А. Манассеина** (см. «Русскій Врачъ», 1903, № 42, стр. 1488), кромѣ Протоколовъ засѣданій, содержатъ: *И. К. Конодорскаго*—О значеніи психическихъ факторовъ въ дѣлѣ возникновенія и теченія болѣзней; *И. М. Левданскаго* — Случай полинейрита; *Я. Е. Черномордика* — 2 случая порока развитія матки; *Г. Н. Егорова* — Случай родовъ тройнями; *В. Д. Ястремскаго*—Очеркъ научной и общественной дѣятельности *R. Virchow*'а (по поводу 80-лѣтія его жизни); *А. Бройде* — О механическомъ лѣченіи подкожныхъ водянокъ; *В. И. Долженкова* — О жизнеспособности дѣтей до 1 года въ зависимости отъ времени ихъ рожденія по мѣсяцамъ года; *Н. М. Долгополова*—Сифилисъ въ Озеренскомъ межуѣздномъ участкѣ Курскаго уѣзда за 8 лѣтъ; *Г. Н. Егорова*—Медицинскій отчетъ родильнаго пріюта безплатной лѣчебницы Курскихъ врачей за 1899 и 1900 г.; *В. И. Протопопова*—Куриная слѣпота въ Курской губерніи; *Г. Л. Шлоккеръ*—Отчетъ по родильному отдѣленію лѣчебницы Общества врачей за 1902 г.; *Его же*—Отчетъ по повивальной школѣ при родильномъ отдѣленіи лѣчебницы за 1902 г.; *Н. И. Растегаева* — Случай индуцированнаго помѣшательства; *В. И. Асѣева* — Перемежная лихорадка въ Курской губ. за 8 лѣтъ; *В. Д. Ястремскаго* — Памяти *R. Virchow*'а; *Его-же*—Школьная трахома въ Курской губ. за 1901 г.; *К. А. Андруса*—Ихтіолъ при трахомѣ; *П. Д. Максимова*—Свѣдѣнія о душевно-больныхъ въ Курской губ.—Къ началу 1902 г. въ Обществѣ состояло 84 члена. Правленіе его составляли: предсѣдатель почетный членъ—*В. И. Долженковъ*, товарищъ его—*З. А. Завадскій*, секретарь—*В. Д. Ястремскій*, библіотекарь—*Г. Н. Егоровъ*.

25. «*Протоколы Общества Псковскихъ врачей 1901—1902 г.*» (Псковъ 1903) содержатъ: *А. П. Бѣльскаго*—Статистика дифтеріи въ Псковской земской больницѣ за 1900 г.; *Л. М. Касперскаго*—Къ вопросу о коренномъ лѣченіи паховыхъ грыжъ; *Л. Ц. Бялоблоцкаго* —Мѣстное пузырчатое воспаленіе кожи; *Ф. А. Василевскаго*—О злоупотребленіи техническимъ терминомъ «фильтръ»; *Н. Ф. Плюшкина*—Наилучшіе способы обезвреживанія нечистотъ въ городахъ; *П. А. Брутана*—О кумысолѣченіи; *А. Н. Холостова*—При какихъ условіяхъ душевное состояніе истеро-эпилептички, въ послѣродовомъ состояніи совершившей преступленіе, можетъ быть признано нормальнымъ?; *Н. Ф. Плюшкина*—Вопросы земской медицины и гигіены на VIII-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ; *Л. М. Касперскаго*—Хирургическій отдѣлъ VIII-го Пироговскаго Съѣзда и *Ф. А. Василевскаго*—О наружномъ употребленіи салициловаго метила. Къ началу отчетнаго года Общество насчитывало 56 дѣйствительныхъ членовъ и 4 почетныхъ. Предсѣдателемъ Общества состоялъ *К. А. Раухъ*, вице-предсѣдателемъ—*А. П. Бѣльскій*, секретаремъ *Ф. А. Василевскій*. Общество Псковскихъ врачей содержитъ при субсидіи отъ города и уѣзднаго земства лѣчебницу и полицейскій пріемный покой.

26. «Сибирская Жизнь» (16 декабря) передаетъ, что особая Коммиссія изъ представителей Министерствъ путей сообщенія, финансовъ и земледѣлія, разсмотрѣвъ возбужденное Съѣздомъ дѣятелей по молочному хозяйству Западной Сибири ходатайство о возможно скорѣйшемъ основаніи ветеринарнаго Института въ Томскѣ, пришла къ заключенію, что, въ виду отсутствія правильно поставленной ветеринарной помощи и надзора и недостатка въ научныхъ дѣятеляхъ въ области эпизоотологіи, *необходимо устроить ветеринарный Институтъ въ Западной Сибири*.

27. Заговоривъ въ № 51 о томъ, *какъ слѣдуетъ печатать иностранныя фамиліи врачей*, «Врачебная Газета» заканчиваетъ свою замѣтку слѣдующими словами: «Мы склонны полагать, что русское правописаніе, пожалуй, лучше, чѣмъ невѣрное иностранное, которое усваиваетъ, напр., «Русскій Врачъ». Въ видѣ изумительнаго примѣра правописанія, вводимаго этимъ органомъ печати, указываемъ на № 50, стр. 1811, замѣтка № 2987, гдѣ знаменитый физіологъ *Magendie* переименованъ въ *Mageandit*. Правописаніе фамилій такихъ выдающихся ученыхъ должно-бы быть доподлинно извѣстно почтеннымъ редакторамъ органа, основаннаго въ память *В. А. Манассеина*».—Искренне недоумѣваемъ, по какимъ соображеніямъ понадобилось «Врачебной Газетѣ» удостоить такого вниманія обыкновеннѣйшую опечатку, возможную вездѣ и, смѣемъ завѣрить, тотчасъ-же по выходѣ № замѣченную, но, къ сожалѣнію, не оговоренную, редакціей «Русскаго Врача». Опечатка эта, конечно, крайне прискорбна, касаясь знаменитаго имени и будучи вдобавокъ двойною, но указывать на нее, какъ на «изумительный примѣръ правописанія, вводимаго», «усваиваемаго» нами, «Врачебная Газета» едва-ли имѣетъ нравственное право уже по тому одному, что погрѣшность допущена корректоромъ *однократно*, слѣд., во всякомъ случаѣ должна быть относима къ опечаткамъ. Во всякомъ случаѣ, за указаніе ея мы очень признательны почтенной редакціи органа, «во многомъ болѣе, чѣмъ «Русскій Врачъ», сходящагося съ покойнымъ «Врачемъ» покойнаго *В. А. Манассеина*» (слова замѣтки въ хроникѣ на той-же 1264 стр. «Врачебной Газеты»); но, чтобы не остаться предъ нею въ долгу, отвѣтимъ и ей совѣтами по части правописанія-же, на основаніи данныхъ, почерпнутыхъ при бѣгломъ просмотрѣ того самого № «Врачебной Газеты», гдѣ говорится о подаваемыхъ нами «изумительныхъ примѣрахъ». Начнемъ хотя-бы съ обертки: именуя свое изданіе на 3-хъ языкахъ, правильнѣе будетъ писать его по нѣмецки Aerzte-Zeitung, вмѣсто страннаго Aerzte Zeitung (безъ соединительной черточки). Или возьмемъ первую оригинальную статью того-же №: тамъ на стр. 1 фигурируетъ трижды (стало быть, пожалуй, и не опечатка) *Essbach*, вмѣсто извѣстнаго *Esbach*'а; на стр. 2 читаемъ «substance corticale diminué», вмѣсто правильнаго «s. c. diminuée»; на стр. 3 встрѣчаемъ дважды «influenze» вмѣсто «influenza». Обратимся, далѣе, хотя-бы къ 3-ей статьѣ—стр. 1241—1242: здѣсь на протяженіи всего 1½ столбцовъ читателю *четырежды* толкуютъ о никому невѣдомомъ способѣ «*Liehl-Gabbeta*»; смѣемъ думать, что почтеннымъ редакторамъ «Врачебной Газеты» «должно-бы быть доподлинно извѣстно правописаніе фамилій» (и произношеніе, ибо и оно здѣсь измѣнено до неузнаваемости, тогда какъ наше несчастное *Mageandit* всякій, читающій по-французски, прочтетъ такъ-же, какъ и правильное *Magendie*), которыя долженъ знать всякій врачъ, ибо рѣчь, вѣдь, идетъ объ элементарнѣйшемъ способѣ окраски мокроты на бугорчатковыя палочки, о способѣ *Ziehl Gabbet* (не *Gabbeta* и даже не *Gabbet*'а, ибо французская фамилія *Gabbet* не должна быть склоняема и по-русски, за неслышностью въ произношеніи конечнаго t).

28. Въ «Русскомъ Словѣ» (24 декабря) по адресу Маріупольской городской больницы направленъ *рядъ тяжелыхъ обвиненій*. Надѣемся, что товарищъ, въ вѣдѣніи котораго находится больница, не оставитъ этихъ обвиненій безъ отвѣта.

29. Д-ръ *И. Зарубинъ*, о своеобразной «литературной» дѣятельности котораго мы уже неоднократно говорили (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 24, стр. 920 и № 41, стр. 1451), помѣстилъ въ рядѣ изданій *объявленія объ издаваемомъ имъ «гигіеническомъ семейномъ журналѣ» «Будьте здоровы!»* Въ журналѣ этомъ даются «безплатные медицинскіе совѣты подписчикамъ касательно ихъ здоровья и болѣзней» и «въ провинціальной семьѣ, гдѣ часто приходится не только лѣчиться самому безъ помощи врача, но и лѣчить окружающихъ, этотъ журналъ можетъ замѣнить собою домашняго врача». Въ объявленіяхъ, кромѣ сказаннаго, невольно обращаетъ на себя вниманіе таинственный адресъ: «С.-Петербургъ, журналу *Будьте здоровы!*»

30. Въ удовлетвореніе иска живущаго въ Одессѣ г. Зильберфарба къ бывшему профессору Юрьевскаго Университета *А. Н. Соловьеву*, имѣющему въ Одессѣ женскую лѣчебницу, мировой судья постановилъ *взыскать съ А. Н. Соловьева въ пользу истца 100 р.* Искъ возбужденъ былъ по слѣдующему поводу: приглашенный къ беременной сестрѣ г. З., проф. *С.* нашелъ необходимымъ помѣстить ее въ свою лѣчебницу. З. уплатилъ проф. *С.* 200 р.; больной была сдѣлана операція, послѣ которой она умерла. Тогда З. потребовалъ деньги обратно. Проф. *С.* отказался ихъ возвратить, заявивъ, что произведенная операція потребовала множество расходовъ («Одесскій Листокъ», 17 декабря).

31. «Виленскій Вѣстникъ» (24 декабря), со словъ «Сибирскаго Вѣстника», *передаетъ о слѣдующемъ курьезѣ*: «Въ Томской Общинѣ сестеръ милосердія получается нѣсколько журналовъ медицинскаго характера. Журналы эти прежде всѣхъ просматриваются завѣдующей Общиной, которая производитъ надъ этими спеціальными изданіями довольно странную манипуляцію: она смотритъ рисунки, приложенные къ статьямъ, и тѣ изъ нихъ, на которыхъ изображено, напр., наложеніе акушерскихъ щипцовъ, обращеніе съ зеркалами, столики для операцій и т. п., находя «неприличными», вырѣзаетъ или вырываетъ изъ журналовъ, дабы опекаемыя ею сестры милосердія не могли видѣть «неприличнаго».—Старая истина, что дуренъ тотъ, кто самъ обо всемъ дурно думаетъ.

Digitized by Google

32. *Оспа въ Соединенныхъ Штатахъ* дала за время съ 27/VI по 4/XII 1903 г. 11908 случаевъ заболѣванія съ 491 случаемъ смерти, противъ 14262 случаевъ заболѣванія и 729 смерти за соотвѣтствующій періодъ прошлаго года («American Medicine», 12 декабря).

33. *Брюшной тифъ и крессъ-салатъ*. Въ Англіи уже неоднократно заподозривали, что брюшной тифъ разносится, между прочимъ, и крессъ-салатомъ (жеруха,—watercress), а недавняя эпидемія въ Hackney сильно подтвердила эти подозрѣнія. По отчету д-ра *King Warry* въ названномъ городкѣ за іюнь и іюль текущаго года было замѣчено рѣзкое усиленіе заболѣваемости брюшнымъ тифомъ,—іюнь далъ 48 случаевъ и іюль 62, всего 110 случаевъ, въ 95 семьяхъ. Исключивъ вліяніе воды, молока, моллюсковъ, мороженаго и санитарныхъ недочетовъ, какъ источниковъ зараженія, д-ръ *Warry* обратилъ вниманіе на то, что многіе изъ заболѣвшихъ были обычными потребителями кресса—29 изъ 48 заболѣвшихъ въ іюнѣ (64,4%) и 28 изъ іюльскихъ (48,2%),—всего 55,3%, тогда какъ во всемъ населеніи отношеніе ѣдящихъ кресс не превышаетъ 27,5%. Тогда авторъ отчета предпринялъ поѣздку въ West Ham на крессовые огороды и убѣдился, что для поливки ихъ употребляется вода изъ крайне грязной рѣчки Lea, а бактеріологическое изслѣдованіе этой воды въ *Lister*'овскомъ Институтѣ показало, что она изобилуетъ зародышами изъ разряда кишечныхъ, содержа, между прочимъ, не менѣе 50 зародышей кишечной палочки въ 1 к. стм. («The British Medical Journal», 2 января).

34. *Медицинское Общество штата Colorado предпринимаетъ изданіе собственнаго журнала*, подъ редакціей д-ра *E. Jackson*'а. Только-что выпущенная 1-ая книжка его обращаетъ на себя вниманіе, между прочимъ, тѣмъ, что вовсе не содержитъ объявленій («The Journal of the American Medical Association», 19 декабря).

35. The Georgia Journal of Medicine and Surgery» переходитъ, по свѣдѣніямъ «Medical News» (26 декабря), къ новому редактору-издателю и будетъ выходить теперь подъ именемъ «*Southern Medicine*».

36. Журналъ «*Index Medicus*» насчитываетъ всего 450 подписчиковъ, но, если число ихъ возрастетъ всего до 500, то Carnegie Institute намѣренъ продолжать это полезное изданіе. Передавая это, «Medical News» (26 декабря) не безъ горечи замѣчаютъ, что изъ 120000 американскихъ врачей слѣдовало-бы найтись и болѣе чѣмъ 500 подписчикамъ, при очень скромной цѣнѣ изданія—5 долларовъ.

37. New-York'скою фирмою Medical Publishing Company of America предпринято, какъ передаетъ «La Presse médicale» (30 декабря), *ежедневное медицинское изданіе* «*Daily Medical Journal*», имѣющее давать за 1 долларъ въ годъ (включая еще ежемѣсячникъ «The New-York Medical Critic») ежедневные №№ по 6 страницъ. Газета печатается въ 100000 экземпляровъ и редактируется д-ромъ *W. Curran*'омъ. Зато итальянское ежедневное изданіе «*La Riforma Medica*» недавно преобразовано, какъ передаетъ таже газета, въ еженедѣльникъ.

38. Извѣстный американскій богачъ Carnegie, по подсчету американскихъ газетъ, *пожертвовалъ* на разныя благотворительныя учрежденія 150000000 долларовъ т. е. *около 300000000 р.* въ этомъ числѣ на медицинскія учрежденія, госпитали, преміи на научныя сочиненія, музеи и лабораторіи около 100000000 р. («New-York Herald», 2 января).

39. Въ декабрскомъ засѣданіи Парижской Академіи Наукъ д-ръ *Roux* сообщилъ о дальнѣйшихъ опытахъ, произведенныхъ въ *Pasteur*'овскомъ Институтѣ въ Парижѣ д-ромъ *Danysz*'емъ надъ *вліяніемъ радія на спинной мозгъ и вообще на центральную нервную систему*. Закрытую стеклянную трубочку съ радіемъ нѣсколько часовъ держали передъ клѣткой, въ которой была мышь, такъ, чтобы она приходилась вдоль спинного мозга животнаго. Въ результатѣ мышь погибла при явленіяхъ паралича.—Производство опытовъ съ радіемъ, какъ извѣстно, крайне затрудняется его чрезвычайной дороговизной: 1 грм. радія стоитъ 150000 фр., и нѣтъ пока никакой надежды на его удешевленіе; его находятъ лишь въ одномъ мѣстѣ въ Богеміи въ чрезвычайно рѣдкой ураніевой рудѣ (остальныя ураніевыя руды въ Англіи и Сѣверной Америкѣ вовсе не содержатъ радія), а количество радія, найденнаго супругами Curie въ Богемской ураніевой рудѣ такъ мало, что для того, чтобы добыть 1 млгрм. радія, требуется подвергнуть переработкѣ нѣсколько тысячъ пудовъ руды.

40. Какъ сообщаетъ «Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges» (№ 49), *Египетское правительство*, благодаря крупному пожертвованію (1000000 фр.) нѣкоего Cassel'я, приступило къ *учрежденію летучихъ отрядовъ для борьбы съ заразными глазными болѣзнями*, по примѣру Россіи. Во главѣ 1-го такого отряда сталъ англійскій глазной врачъ *Mac Ballan*, который отправился въ путь съ туземнымъ окулистомъ, имѣя въ своемъ распоряженіи извѣстное число палатокъ для тяжелыхъ и подлежащихъ операціи случаевъ.

41. Въ литературныхъ кружкахъ Парижа не мало шума надѣлалъ *процессъ*, возбужденный *противъ* извѣстнаго писателя Georges Ohnet однимъ изъ фабрикантовъ ликера по слѣдующему поводу. Ohnet рѣшился вести борьбу съ алкоголизмомъ при помощи беллетристики. Въ журналѣ «Echo de Paris» въ фельетонѣ печатался его романъ—«Marchand de poissons» (Торговецъ рыбой), въ которомъ выясняется огромный вредъ отъ злоупотребленія спиртными напитками вообще и ликерами въ частности; во многихъ мѣстахъ романа названа одна изъ обращающихся въ продажѣ марокъ ликеровъ. Фабрикантъ этого, якобы, обезчещеннаго ликера возбудилъ противъ романиста процессъ, требуя во 1-хъ, чтобы въ отдѣльныхъ изданіяхъ романа G. Ohnet были выпущены всѣ тѣ мѣста, гдѣ названъ ликеръ истца, а, во-2-хъ, чтобы романистъ уплатилъ штрафъ въ 500 фр. за убытки, причиненные фирмѣ. Какъ ни странно, но первая торговая палата Парижа удовлетворила искъ фабриканта.

42. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 2 января). Въ Индіи за 3 послѣднія недѣли ноября 1903 г.—по 14, 21 и 28 этого мѣсяца — умерли 18360, 18329 и 17617 чел., т. е. умирало приблизительно на 8000 чел. въ недѣлю больше, чѣмъ въ тѣ же недѣли прошлаго года. По отдѣльнымъ городамъ и областямъ смертность за указанныя 3 недѣли распредѣляется такъ: городъ Bombay 56, 47 и 57 случаевъ, Bombay'ское Президентство 10285, 9791 и 8825, Calcutta 16, 22 и 21, Bengal 469, 685 и 717, Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh 1021, 1819 и 1917, Punjab 751, 1154 и 1223, Центральныя провинціи 2490, 2051 и 1945, Rajputana 16, 24 и 26, Kashmir 17, 23 и 27, Центральная Индія 942, 975 и 1025, Hyderabad 962, 792 и 843, Madras'ское Президентство 242, 264 и 275, Mysore State 623, 673 и 662. Въ Cape Colony за недѣли по 21/XI и 28/XI и 5/XII чума наблюдалась только въ King's Williamstown'ѣ, гдѣ 15/XI былъ найденъ умершій отъ нея туземецъ; зараженныхъ крысъ продолжали находить въ Port-Elizabeth'ѣ, East London'ѣ, Knysna, Queenstown'ѣ и въ Lady Grey Bridge'ѣ. На островѣ св. Маврикія за недѣли по 3/XII, 10/XII и 17/XII заболѣли чумою 60, 70 и 83 чел., а умерли отъ нея 41, 46 и 49. Hong-Kong за недѣли по 5/XII и 12/XII далъ всего 1 и 1 случай заболѣванія съ такимъ-же числомъ смертей. По телеграммѣ изъ Rio de Janeiro отъ 17/XII, въ этомъ городѣ за предшествовавшую недѣлю обнаружено 25 случаевъ заболѣваній чумою, 21—смерти отъ нея, и 74 больныхъ находились на лѣченіи.

43. Въ Nice съ 4-го по 9 ое апрѣля 1904 г. соберется, подъ почетнымъ предсѣдательствомъ князя Monaco и министра Rouvier, *1-ый Съѣздъ французскихъ климатотерапевтовъ*, руководство которымъ взяли на себя проф. *Renaut*, *Chantemesse*, *Grasset*, *Calmette* и *Balestre*. Французскія и итальянскія дороги согласились дѣлать 50% скидки участникамъ Съѣзда, владѣльцы отелей въ Nice—тоже, а города Cannes, Monte Carlo, Mentone и Grasse организуютъ торжественные пріемы. Заявленія о желаніи участвовать на Съѣздѣ и членскіе взносы (по 20 фр.) принимаетъ д-ръ *Bonnal* (Nice, Boulevard Victor Hugo 19), а всѣ необходимыя справки даетъ Генеральный Секретарь Съѣзда д-ръ *Hérard de Bessé* въ Beaulieu («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 20 декабря).

44. *Число студентовъ въ 2-хъ университетахъ Венгріи* достигаетъ за 1-ое полугодіе текущаго акад. года, по «Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift» (20 декабря), 789 въ Budapest'ѣ (въ прошломъ году 727) и 122 (134) въ Nagy-Szeben'ѣ (Hermannstadt'ѣ нѣмцевъ).

45. Извѣстный шведскій химикъ проф. *Arrhenius*, сообщая 22-го декабря въ Berlin'скомъ Gesundheitsamt'ѣ о своихъ новыхъ изслѣдованіяхъ касательно *примѣненія физической химіи къ серотерапіи*, заявилъ, что полученныя до сихъ поръ данныя серотерапіи объясняются законами, которые выработаны неорганическою химіею («Deutsche medicinische Wochenschrift», 1 января).

46. *Умерли:* 1) 12-го ноября въ Эривани, отъ чахотки, младшій врачъ Эриванской бригады отдѣльнаго корпуса пограничной стражи *Петръ Павловичъ Самсоновъ*, родившійся въ 1872 г., а званіе врача получившій (въ В.-Медицинской Академіи) въ 1896 г. Покойный товарищъ живо интересовался врачебной наукой, а въ службѣ и врачебной дѣятельности отличался исполнительностью, добросовѣстностью и честностью. Недугъ быстро разбилъ его молодыя силы. Миръ его праху! (Сообщено д-ромъ *Архангельскимъ*).—2) 29-го ноября въ Пензѣ *Владиміръ Дмитріевичъ Владиміровъ*, родившійся въ 1837 г., а званіе врача получившій въ 1860 г.—3) 26-го декабря въ Каменецъ-Подольскѣ, отъ воспаленія легкихъ, *Вильгельмъ Ивановичъ Фаренгольцъ*, родившійся въ 1835 г., а званіе врача получившій въ 1862 г. Не смотря на почтенный возрастъ и частыя недомоганія въ послѣдніе годы жизни, покойный не переставалъ слѣдить за наукой, заниматься практикой и высказывать живой интересъ къ врачебно-общественнымъ дѣламъ до послѣдней болѣзни, сведшей его въ могилу. Онъ былъ неоднократно избираемъ президентомъ Общества Подольскихъ врачей. Отказавшись 2 года назадъ отъ выбора въ президенты, *В. И.* посвятилъ всю свою дѣятельность Каменецъ-Подольскому Отдѣленію Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи. Отдѣленіе это, возникшее въ августѣ 1893 г. по почину и благодаря энергіи покойнаго, было его любимымъ дѣтищемъ. Оно обязано очень многимъ *В. И.* Онъ былъ первымъ предсѣдателемъ Правленія и скончался, занимая съ честью и достоинствомъ этотъ постъ. *В. И.* состоялъ почетнымъ членомъ какъ Общества Подольскихъ врачей, такъ и Каменецъ-Подольскаго Отдѣленія Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи (Сообщено *И. Р. Мазинымъ*).—4) Въ Границѣ, Петроковской губ., *Альфонсъ Антоновичъ Гурецкій* («Przegląd lekarski», 9 января), родившійся въ 1854 г., а званіе врача получившій въ 1879 г. — 5) Въ Варшавѣ *Валеріанъ Доминиковичъ Клюковскій* (тамъ-же), родившійся въ 1832 г., а званіе врача получившій въ 1861 г.

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Нѣмецкіе.

**Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere.** T. XCVIII. Тетр. 3—4.

1. **W. v. Sobierański.** *Weitere Beiträge zur Nierenfunction und Wirkungsweise der Diuretica.* Объ измѣненіяхъ почечнаго эпителія подъ вліяніемъ мочегонныхъ. Гистологическое изслѣдованіе. 2. **F. Winkler.** *Untersuchungen über die Beziehungen des Abdominaldrucks zur Respiration.* Экспериментальныя изслѣдованія надъ колебаніями внутрибрюшного давленія при дыханіи; вліяніе наркоза. 3. **H. Landolt.** *Ueber die Innervation der Thränendrüse.* У кролика и обезьяны секреторныя волокна для слезной железы залегаютъ въ лицевомъ нервѣ; то-же самое, по клиническимъ наблюденіямъ, и у человѣка.

T. XCVIII. Тетр. 5 и 6.

1. **Georg Modrakowski.** *Weitere Beiträge zur Nierenfunction. Ueber das Verhalten der Granula in der Niere unter dem Einfluss der verschiedenen Diuretica.* Измѣненія въ зернышкахъ клѣтокъ почечнаго эпителія кроликовъ подъ вліяніемъ кофеина, мочевины и азотнокислаго натра. 2. **W. Straub.** *Quantitative Untersuchung des Eindringens von Alkaloiden in lebende Zellen.* Опыты надъ сердцемъ Aplysia. 3. **W. Brünings.** *Beiträge zur Elektrophysiologie.* Сообщеніе 1-е: о токѣ покоя мышцы лягушки. 4. **Georg v. Marikowsky.** *Ueber den Zusammenhang zwischen der Muskulatur und dem Labyrinth.* Опыты надъ голубями и кроликами. 5. **A. Tschermak** und **P. Hoefer.** *Ueber binoculare Tiefen Wahrnehmung auf Grund von Doppelbildern.* Объ опредѣленіи глубины при бинокулярномъ зрѣніи. Экспериментальное изслѣдованіе. 6. **E. von Dungern.** *Einige Bemerkungen zur Abhandlung von A. Schücking. Zur Physiologie der Befruchtung. Parthenogenese und Entwickelung.* Замѣчанія къ работѣ *Schücking*'а (т. 97 этого журнала).

T. XCVIII. Тетр. 7 и 8.

1. **E. v. Cyon.** *Zur Physiologie der Zirbeldrüse.* Предварительные опыты. 2. **F. Tewildt.** *Ueber den Einfluss körperlicher Bewegungen auf die Pulszahl beim Gesunden.* На учащеніе пульса больше всего вліяетъ быстрота тѣлодвиженій. 3. **B. Bienenfeld.** *Das anatomische Verhalten des muscularis mucosae in Beziehung zu ihrer physiologischen Bedeutung.* Измѣренія толщины мышечнаго слоя слизистой оболочки у различныхъ животныхъ. 4. **E. Veress.** *Farbenmischung in Folge der chromatischen Aberration des Auges.* Значеніе хроматической аберраціи глаза въ опытахъ со смѣшеніемъ цвѣтовъ.

**Archiv für Hygiene,** т. 47, тетр. 4.

**П. М. Аргутинскій.** *Ueber Malaria im europäischen Russland.* О распространеніи болотной лихорадки въ Европейской Россіи (по даннымъ Медицинскаго Департамента за 1893—95 гг.). 2. **F. Sidler.** *Untersuchungen über die gebräuchlichsten, in der Schweiz fabrikmässig hergestellten Milchpräparate.* Изслѣдованіе пастеризованнаго, стерилизованнаго и сгущеннаго молока въ отношеніи химическаго состава, содержанія бактерій, способности свертываться и варимости (in vitro).

**Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie.** T. 4, тетр. 5 и 6.

1. **Muneo Kumagawa** und **Renzo Suto.** *Ueber die Bestimmung des Fettgehaltes tierischer Flüssigkeiten nach Pflüger-Dormeyer.* Описаніе способа; результаты изслѣдованія молока. 2. **G. v. Bergmann.** *Die Überführung von Cystin in Taurin im thierischen Organismus.* Вводимый съ пищей цистинъ превращается въ тауринъ; тауринъ желчи происходитъ изъ бѣлковъ пищи. 3. **M. Jacoby.** *Ueber Crotin-Immunität.* О строеніи кротино-лизина; термостабильный антикротинъ въ слизистой оболочкѣ желудка. 4. **A. Fraenkel.** *Über die Wirkung des Ricins auf Fischblut.* Рицинъ слабо агглютинируетъ кровяные шарики рыбы. 5. **A. Steyrer.** *Ein Beitrag zur Chemie des entarteten Muskels.* Количественныя опредѣленія міозина и міогена въ тетанизируемой и въ перерожденной мышцѣ. 6. **O. Loew.** *Zur Kenntniss der Eiweissbildung bei den Pilzen.* Замѣчанія и поправки къ работѣ *Czapek*'а (т. III). 7. **H. Hildebrandt.** *Über das biologische Verhalten von Nerol, Geraniol, Cyclogeraniol.* Опыты надъ разложеніемъ этихъ соединеній въ организмѣ кролика. 8. **H. Wolff.** *Über die Beurteilung des Fäulnisszustandes von Fleisch nach dem Gehalt an Bernsteinsäure.* Опредѣленіе количества янтарной кислоты въ гніющемъ мясѣ. 9. **K. Oppenheimer.** *Über die Einwirkung der Trypsinverdauung auf die Präzipitinreaktion.* Преципитинъ разрушается отъ дѣйствія трипсина.

**Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.** T. XIV. № 15.

**Albert Brion.** *Ueber Cytodiagnostik.* Обзоръ работъ по цитодіагностикѣ. 2. **Meade Bolton** und **D. L. Harris.** *Eine Agar-Agar-Formalinmischung als Einbettungsmedium.* Авторы предлагаютъ уплотнять и заключать куски свѣжихъ органовъ въ 5%-мъ агаръ-агарѣ, содержащемъ 10% формалина. 3. **Bernhard Fischer.** *Zur Fettfärbung.* Предпочитаетъ спиртные растворы краски (*Fettponceau*) щелочно-алкогольнымъ растворамъ *Herxheimer*'а.

**Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten.** T. XXXIV. № 5.

1. **Robert Doerr.** *Beitrag zum Studium des Dysenteriebacillus.* Въ отличительномъ распознаваніи кровавопоносной палочки и близкихъ къ ней микробовъ. 2. **Anton Ghon** und **Milan Sachs.** *Beiträge zur Kenntniss der anaëroben Bakterien des Menschen.* (Продолженіе). 3. **E. Wiener.** *Weitere Bemerkungen zur Entstehung von Rattenepizootieen.* Опыты кормленія крысъ разводками палочки брюшного тифа. 4. **E. Bertarelli.** *Ueber einen ziemlich seltenen Tuberkelsputumbefund.* Бугорчатковыя палочки въ мокротѣ въ видѣ зооглей. 5. **F. J. Bose.** *Les epithéliomas parasitaires. La clavelée et l'epithélioma claveleux.* Гистологическое изслѣдованіе пораженій кожи, роговицы и внутреннихъ органовъ при овечьей оспѣ. (Не окончена). 6. **A. Lipstein.** *Ueber Immunisierung mit Diphtheriebacillen.* Сыворотка иммунизированныхъ кроликовъ не обнаруживаетъ бактеріеубивающихъ свойствъ. 7. **H. Zangger.** *Deutungsversuch der Eigenschaften und Wirkungsweise der Immunkörper.* Антитѣла, какъ коллоиды. 8. **Pröscher.** *Ueber die künstliche Immunität gegen Staphylokokken.* Изслѣдованія надъ склеиваніемъ стафилококковъ; опредѣленіе силы противустафилококковой сыворотки и способа ея дѣйствія. 9. **Oskar Bail** und **Alfred Pettersson.** *Untersuchungen über natürliche und künstliche Milzbrandimmunität.* Статья VII. Опытъ объясненія воспріимчивости кролика къ сибирской язвѣ. 10. **U. Lambotte.** *Contribution à l'étude de l'origine de l'alexine bactéricide.* По содержанію бактеріеубивающаго алексина, плазма крови не отличается отъ сыворотки. 11. **Paul Theodor Müller.** *Zur Theorie der natürlichen antibakteriellen Immunität.* (Не окончена). 12. **Jvo Bandi.** *Beitrag zur bakteriologischen Erforschung des Gelbfiebers.* Новый способъ выдѣленія b. icteroides *Sanarelli.* 13. **Rudolf Zielleczky.** *Antwort auf die Bemerkungen von Herrn Dr. Alfred Wolff in seiner Abhandlung «Die Differentialdiagnose des Typhusbacillus vom Bakterium coli») auf Grund der Säurebildung.* Полемическая замѣтка.

**Centralblatt für die gesammte Therapie.** Сентябрь.

1. **Th. R. Offer.** *Die Frage der Fleischkost bei Nierenerkrankungen.* Къ вопросу о разницѣ состава бѣлаго и обыкновеннаго мяса. (Не окончена). 2. **G. Nobl.** *Erfahrungen über die dermatologische Verwertung der Elektrolyse.* (Окончаніе).

**Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte.** № 16.

1. **A. Goenner.** *Die Berechtigung des künstlichen Abortes und der Perforation des lebenden Kindes, sowie die Möglichkeit von Konflikten mit dem Strafgesetz wegen Ausführung dieser Eingriffe.* Оцѣнка показаній къ этимъ операціямъ. 2. **M. Stooss.** *Barlow'sche Krankheiten (Skorbut der kleinen Kinder).* (Окончаніе).

**Deutsches Archiv für klinische Medicin.** T. LXXVII. Тетр. 3 и 4.

1. **H. Luce.** *Ueber Leukanämie.* Клиническое и патолого-анатомическое описаніе случая, въ которомъ изслѣдованіе крови давало картину бѣлокровія и злокачественнаго малокровія. 2. **H. Roeder.** *Das Westphal'sche Phänomen bei croupöser Pneumonie im Kindesalter.* Исчезаніе колѣннаго рефлекса при фибринозной пнеймоніи—признакъ непостоянный и не имѣющій распознавательнаго значенія. 3. **P. Jensen.** *Zur Analyse der Muskelstörung bei der Thomsen'schen Krankheit.* Изученіе кривыхъ мышечныхъ сокращеній въ 1 случаѣ врожденной міотоніи. 4. **E. Bloch.** *Zur Klinik und Pathologie der Biermer'schen progressiven Anämie.* Къ патогенезу наростающаго малокровія. 5. **E. Rautenberg.** *Ueber antiperistaltische Bewegungen des Magens.* Описаніе 2-хъ случаевъ, въ которыхъ наблюдались антиперистальтическія движенія желудка. 6. **P. Reckzeh.** *Das Verhalten der weissen Blutkörperchen, besonders der eosinophilen Zellen, bei einigen Erkrankungen der Haut, des Blutes und bei Infectionskrankheiten.* Изслѣдованіе крови въ 70 случаяхъ разнообразныхъ заболѣваній. 7. **O. Moritz.** *Der Blutdruck bei Körperarbeit gesunder und herzkranker Individuen.* Изслѣдованія на 6 здоровыхъ людяхъ и 23 съ заболѣваніями сердца. 8. **K. Hasebroek.** *Versuch einer Theorie der gymnastischen Therapie der Circulationsstörungen auf Grund einer neuen Darstellung des Kreislaufes.* Периферическая кровеносная система, какъ самостоятельный органъ кровообращенія. 9. **Ch. Thorel.** *Pathologisch-anatomische Beobachtungen über Heilungsvorgänge bei Nephritis.* (Продолженіе).

**Die Heilkunde.** Январь.

1. **F. Riegel.** *Über Magenerweiterung.* О распознаваніи и лѣченіи расширенія желудка. 2. **E. Raimann.** *Zur Frühdiagnose der progressiven Paralyse.* Семіотика начальныхъ стадій наростающаго паралича. 3. **J. Veverka.** *Über die Prophylaxis der Augenblennorrhoe bei Neugeborenen durch Protargol.* Хорошіе результаты примѣненія протаргола въ 1100 случаяхъ у новорожденныхъ. 4. **P. Schober.** *Über die Psychophysiologie von Zola.* **E. Frey.** *Pharmakologische Rundschau. Iodipin. Aphtisin.* Обзоръ работъ о терапевтическомъ примѣненіи іодипина и афтизина.

Февраль.

1. **Seifert.** *Lungentuberkulose und Gravidität.* Случай съ благопріятнымъ исходомъ. 2. **L. Pincus.** *Die Stellung des praktischen Arztes zur Atmokausis und Zestokausis.* Дѣйствіе способовъ—показанія къ примѣненію. 3. **T. L. v. Criegern** und **A. Gröber.** *Über Mesotan.* Втиранія мезотана въ 31 случаѣ разныхъ заболѣваній. 4. **Krone.** *Zur Behandlung der Tuberkulos.*

Digitized by Google

32. *Оспа въ Соединенныхъ Ш* по 4/XII 1903 г. 11908 случаевъ смерти, противъ 14262 случаев соотвѣтствующій періодъ прош 12 декабря).

33. *Брюшной тифъ и крессъ* нократно заподозривали, что бр прочимъ, и крессъ-салатомъ (ж эпидемія въ Hackney сильно п чету д-ра *King Warry* въ наз текущаго года было замѣчено брюшнымъ тифомъ,—іюнь далъ случаевъ, въ 95 семьяхъ. Искл люсковъ, мороженаго и санита ковъ зараженія, д-ръ *Warry* о гіе изъ заболѣвшихъ были об 29 изъ 48 заболѣвшихъ въ ію (48,2%),—всего 55,3%, тогда ка ѣдящихъ крессъ не превыша предпринялъ поѣздку въ West дился, что для поливки ихъ у ной рѣчки Lea, а бактеріологи *Lister*'овскомъ Институтѣ пок шами изъ разряда кишечныхъ менѣе 50 зародышей кишечно tish Medical Journal», 2 янва

34. *Медицинское Обществ чаетъ изданіе собственна E. Jackson*'а. Только-что вы щаетъ на себя вниманіе, м содержитъ объявленій («The Association», 19 декабря).

35. The Georgia Journal of по свѣдѣніямъ «Medical Nev торъ-издателю и будетъ выхо *Medicine*».

36. Журналъ «*Index Medic* писчиковъ, но, если число Carnegie Institute намѣренъ Передавая это, «Medical N замѣчаютъ, что изъ 120000 а найтись и болѣе чѣмъ 500 цѣнѣ изданія—5 долларовъ.

37. New-York'скою фирмо America предпринято, какъ (30 декабря), *ежедневное ме cal Journal*», имѣющее дав еще ежемѣсячникъ «The Nev ные №№ по 6 страницъ. Газ пляровъ и редактируется д-р ское ежедневное изданіе «*L* разовано, какъ передаетъ та

38. Извѣстный американс американскихъ газетъ, *пож* тельныя учрежденія 10000000 въ этомъ числѣ на медицин на научныя сочиненія, музеи («New-York Herald», 2 янва

39. Въ декабрскомъ засѣда *Roux* сообщилъ о дальнѣй *Pasteur*'овскомъ Институтѣ *вліяніемъ радія на спинно нервную систему*. Закрыту нѣсколько часовъ держали мышь, такъ, чтобы она прих вотнаго. Въ результатѣ мыш Производство опытовъ съ р трудняется его чрезвычайно 150000 фр., и нѣтъ пока ни его находятъ лишь въ одно рѣдкой ураніевой рудѣ (ост Сѣверной Америкѣ вовсе н дія, найденнаго супругами такъ мало, что для того, чт подвергнуть переработкѣ нѣ

40. Какъ сообщаетъ «Woc des Auges» (№ 49), *Eнun* крупному пожертвованію ( ступило къ *учрежденію ле разными глазными болѣзн* 1-го такого отряда сталъ ан который отправился въ путь своемъ распоряженіи извѣс и подлежащихъ операціи сл

41. Въ литературныхъ кр далъ *процессъ*, Georges Ohnet му поводу. Oh помощи беллет тонѣ печатался рыбой), въ кот ленія спиртны во многихъ м въ продажѣ м щеннаго лике

Digitized by Google

о 10 разводокъ холероподобныхъ вибріоновъ, ...иптѣ. 2. C. Terni. *Studien über die Pest.* ...енія надъ чумой; клиническое и бактеріоло...ніе чумы.

*Ueber Immunität und Agglutination bei Strep*...на кроликахъ и мышахъ. 2. F. K. Kteine. ...ы съ вліяніемъ живыхъ и убитыхъ разводокъ ... на животныхъ. 3. Jaroslav Elgart. *Zur* ...*uten Exantheme.* Предохранительныя мѣры ...сыпныхъ заболѣваній. 4. With. Koelzer. ...*dem Lehrsatze: «Die ruhige Exspirationsluft* ...*llkommen frei von Tuberkelbacillen».* Крити... H. Jaeger. *Die spezifische Agglutination als Hilfsmittel zu ihrer Artbestimmung und Diagnose der epidemischen Genickstarre.* По...реакцію склеиванія къ распознаванію менин...ер Korte. *Ein Beitrag zur Kenntniss des* ...просу о паратифозныхъ заболѣваніяхъ. 7. A. ... *die Serumtherapie des Milzbrandes.* Сыворо...рской язвы. 8. Otto E. Vogel. *Die Seuche Lago di Lugano.* Изслѣдованіе эпидеміи. 9. ...*das Absterben von Bacterien beim Kochen* ...*Druck.* О вліяніи кипяченія при низкомъ ...

...rtshülfe und Gynaekologie. T. L. Тетр. 1. *Zum Vergleich der vaginalen und abdomina...bei Carcinoma uteri.* Сравнительная оцѣн... брюшиннаго оперативныхъ способовъ при ...helm Weinberg. *Der Einfluss des Stillens* ...*Befruchtung.* Вліяніе менопаузы на мѣсяч...ие. 3. H. Fehling. *Zum Geburtsmechanismus.* 4. Wolfgang Weichardt. *Ueber die Aetio...* Къ вопросу объ этіологіи эклямпсіи. 5. ...ld. *Zur Frage der vererblichen Anlage zu* ...врожденномъ предрасположеніи къ много... 6. Emil Kraus. *Angiom der Placenta.* ... опухолей дѣтскаго мѣста. 7. Max Hen... *Geburten derselben Frau mit engem Bec...* ...ыхъ родовъ у женщины съ узкимъ тазомъ. ...п. *Ueber solitäre Hämatocelen.* Случаи изъ ...нные. 9. Samuel M. Brickner. *Unvoll... Querverschluss der Scheide, nebst einer Theo...es Ursprunges.* Неполное поперечное сро... объясненіе происхожденія этого уродства. ...egg. *Ein Fall von Placentaradhärenz.* Опи...

...nische Medicin. T. L. Тетр. 3 и 4. *Weitere Mittheilungen über die Vertheilung ...bstanzen im Harne des kranken Menschen.* ...нія надъ распредѣленіемъ азотъ-содержа...чѣ больныхъ. 2. W. Hale White. *Ver... als eine Ursache des Fiebers.* Наблюденія ...вонзліяній въ мозгъ. 3. A. Lion. *Das Ver...lexe bei Nierenentzündung.* Слѣдствіемъ повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ. 4. ...*um sind wissenschaftliche Schlussvolgerun...er Heilkunde so schwierig, und in welchem ...tliche Fehlerquellen durch die betriebstech...trachtungsweise vermindert oder beseitigt* 5. E. Barg. *Ueber muskuläre Rücken...orsalis myopathica Senator) mit besonderer ...umatischen Ursprungs.* Міогенная форма ...хожденія. Описаніе случая. 6. Karren... *Körperarbeit.* При физическомъ трудѣ остается на прежнемъ уровнѣ, или по...и на солдатахъ). 7. O. Loewe. *Ueber ...lystieren auf die Peristaltik und Secretion* ...пыты на кошкахъ.

...esundheitspflege. № 8. ... *Schulpantoffeln in Amsterdam.* Предла...аимъ дѣтямъ для защиты ногъ отъ хо...уфли. 2. E. H. Oppenheimer. *Ueber und Schultinte.* Случай раненія глаза пе...рнилами, окончившійся выздоровленіемъ. *Schulgebäude und seine Einrichtung in ...ass Lothringen.* Устройство школьныхъ ...гигіи. 4. Moritz Fürst. *Ueber die Rei...ssen.* Объ очисткѣ помѣщеній въ народ...

...schaftliche Mikroskopie und für mik... ...густъ. ...*nige Neurungen am R. Jung'schen Stu...* упрощеннаго Yung'овскаго микротома Krefft. *Rotation-Mikrotom «Herzberge».* ... съ полулуннымъ ножомъ. 3. Fried... *Eine Modification des Pantographen ...hnen mikroskopischer Präparate.* Описа...ованнаго пантографа. 4. A. Hinterber...*rbezwecke.* Сосуды, наполненные уксус... A. Schuberg. *Fläschchen für Immer...* ...а для кедроваго масла. 6. J. G. de ... Новое сочетаніе кармина. 7. Arthur von Tompa. *Zwei botanische Tinctionsmethoden.* 2 новыхъ спо...соба окраски. 8. P. F. Reinooh. *Neue Methode der Darstellung von Horizontalschnitten dünner mehrschichtiger vegetabler Flachengewebe.* Новые способы микроскопической методики.

## Французскія.

**Annales de gynécologie et d'obstétrique. Августъ.**

1. V. Morax. *Sur l'étiologie des ophtalmies du nouveau né et la déclaration obligatoire.* Бактеріологическое изслѣдованіе 5 случаевъ конъюнктивита у новорожденныхъ съ отрицательными результатами. Объ этіологіи конъюнктивита новорожденныхъ вообще. 2. K. Д. Давіель. *Les exostoses du bassin au point de vue obstétrical. Exostoses ostéogéniques.* Критическій обзоръ литературныхъ данныхъ.

Сентябрь. T. L.

1. Paul Carton. *Modifications du sang pendant l'accouchement et les suites de couches normales et pathologiques.* Въ послѣдніе мѣсяцы беременности въ крови наблюдается лейкоцитовъ, нарощеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и увеличеніе числа многоядерныхъ. Во время родовъ—гиперлейкоцитовъ. 2. Samuel Gache. *Le rachitisme en Amérique et son influence obstétricale.* Распространеніе рахитизма въ Америкѣ и вліяніе его на женскія болѣзни. 3. Constantin Daniel. *Les exostoses du bassin au point de vue obstétrical exostoses ostéogéniques.* (Продолженіе и окончаніе).

**Annales des maladies des organes génito-urinaires. Сентябрь. № 16.**

1. F. Legueu et P. Duval. *L'ablation de l'urètre antérieur chez la femme avec urétrostomie vaginale.* Случай. 2. B. Motz et E. Montfort. *Quelques remarques sur les cystites chroniques.* Общая этіологія затяжного цистита; замѣтки о лѣченіи. 3. Eynard. *Des interventions intra-vesicales avec le cystoscope opératoire du Pr. Nitze.* Примѣненіе гальванокаутера Nitze въ случаяхъ сосочковой опухоли и язвы мочевого пузыря. 4. Leon Imbert. *Piles ou accumulateurs?* Неудобства примѣненія аккумуляторовъ въ медицинской практикѣ.

№ 17.

1. Paul Rychner. *Traitement de l'uréthrite totale blennorrhagique par l'ichthargane.* На 22 больныхъ убѣдился въ благопріятномъ дѣйствіи ихтаргана. 2. Arthur Lewin. *Considérations générales sur le traitement des inflammations blennorrhagiques.* Переводъ съ нѣмецкаго.

№ 18.

1. Maurice Patel et Paul Cavaillon. *Du traitement chirurgical des néphrites. A propos d'un cas de néphrite unilatérale chronique guérie par la capsulectomie.* Выздоровленіе въ случаѣ нефрита послѣ насѣченія сумки. 2. E. Desnos. *De la dilatation électrolytique de l'urètre.* 25 случаевъ лѣченія съуженій мочеиспускательнаго канала электролизомъ.

**Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Сентябрь. № 3.**

1. A. Balland. *Les principales légumineuses alimentaires des colonies Françaises.* Главнѣйшіе овощные продукты французскихъ колоній и ихъ химическая характеристика. 2. Nina-Rodrigues. *Des ruptures de l'hymen dans les chutes.* Литературный очеркъ и патогенезъ разрывовъ влагалища при паденіи. 3. Paul Reille. *La vaccination obligatoire.* Состояніе оспопрививанія въ Европейскихъ государствахъ.

**Annales de l'Institut Pasteur. Августъ. № 8.**

1. E. Duclaux. *Études d'hydrographie souterraine.* Изслѣдованіе подпочвенныхъ водъ. (Не окончена). 2. Henry Tissier et Pascal Gasching. *Recherches sur la fermentation du lait.* Бактеріологія кислаго молока. 3. E. Marchoux et A. Salimbeni. *La garotilha.* Описаніе Бразильской эпизоотіи.

**Annales de médecine vétérinaire. Сентябрь—Октябрь. № 9 и 10.**

1. Dupuis et Van den Eeckhout. *Eeckhout. L'adrénalin.* Объ адреналинѣ; его свойство и вліяніе на животныхъ. 2. G. Mosselman. *Nouveau procédé de destruction des cadavres d'animaux.* Новый способъ уничтоженія труповъ павшихъ животныхъ. 3. F. Hendrickx. *Un curieux cas de cryptorchidie chez le cheval; operation; guérison.* Рѣдкій случай крипторхизма у лошади. 4. G. Hebrant. *Ostéo-sarcôme de la voûte du crâne chez le chien.* Остеосаркома черепа у собаки. 5. Онъ-же. *Sur la pachyméningite spinale ossificante du chien.* Пахименингитъ съ новообразованіемъ кости у собакъ. 6. M. Heger. *Un cas d'absence congénitale du gros intestin chez le chien.* Случай врожденнаго отсутствія толстой кишки у собаки.

**Archives générales de médecine. Сентябрь. № 33.**

1. Ch. Greene-Cumston. *Contribution à l'étude des hernies épigastriques.* Разборъ 7 наблюденій. 2. G. Houzel. *Les veines de l'anus.* Анатомическія данныя. 3. Guillaume-Louis. *Rupture intra-pulmonaire d'un tubercule sous-pleural. Emphysème interstitiel, médiastinal et sous cutané consécutif.* Случай. 4. N. Vaschide et D. Draghiosco. *La physiologie de l'alcoolisme d'après les travaux de l'école de Kraepelin.* (Продолженіе). 5. E. Desesquelle. *Du choix d'une préparation mercurielle pour les injections hypodermiques dans le traitement de ...philis.* (Продолженіе).

№ 34.

1. Klippel et Lhermitte. *Sur ... pleuropulmonaires rythmés par le cœur.* Шумъ трен... ...новременный съ

Digitized by Google

*mit Hetolsanguinal.* Предлагаетъ пилюли гетолъ-сангвинала. 5. E. Wehl. *Der Einfluss der Tuberkulose auf das Seelenleben, speziell das Sexualgefühl.* По поводу романа Corday «Les embrasés» (перепечатка отзывовъ спеціалистовъ—изъ «Revue internationale de la tuberculose»).

Мартъ.

1. H. Goldberg. *Versuche mit Eumydrin, einem Ersatzmittel des Atropinsulfates.* Дѣйствіе эймидрина на врачекъ наступаетъ быстрѣе и исчезаетъ раньше, чѣмъ атропина. 2. J. Schnitzler. *Bemerkungen zur Behandlung einiger entzündlicher Erkrankungen.* Значеніе пріемовъ, вызывающихъ гиперэмію при воспалительныхъ заболѣваніяхъ. 3. Weinbaum. *Zur Frage der gerichtlichen Beurteilung von Geistesstörungen nach Hypnose.* О вредныхъ послѣдствіяхъ гипноза. (Не окончена). 4. M. Porosz. *Eine gefüllte Taschen-Tripperspritze.* Описаніе шприца (рисунокъ).

Апрѣль.

1. R. Hess. *Ueber die Heilanstalt Falkenstein im Taunus, ihre Einrichtung und die in ihr geübte Behandlungsweise.* Санаторія для чахоточныхъ. 2. Weinbaum. *Zur Frage der gerichtlichen Beurteilung von Geistesstörungen nach Hypnose.* (Окончаніе). 3. R. Streit. *Theocin, ein neues Diureticum.* О мочегонномъ дѣйствіи теоцина (4 наблюденія). 4. J. Alexander. *Der Entwurf des preussischen Ausführungsgesetzes zum Reichsseuchengesetz.* О проэктѣ закона. 5. E. Gärtner. *Wissenschaftliche und soziale Medizin in der neuen belletristischen Litteratur.* Медицинскія темы въ романѣ (продолженіе, см. 1902 г.).

Май.

1. C. Ritter. *Die praktische Bedeutung der natürlichen Schmerzlinderung.* О смягчающемъ боль вліяніи гиперэміи и отечной инфильтраціи. 2. R. Fuchs. *Ueber die Migräne und ihre Behandlung.* Предлагаетъ таблетки изъ фенацетина, кофеина и кодеина. 3. A. Crha. *Beitrag zur Beurteilung des therapeutischen Wertes des Heroins.* Наблюденія надъ дѣйствіемъ героина у чахоточныхъ и бронхитиковъ. 4. И. С. Колбасенко. *Thiolum liquidum bei Pocken.* Предлагаетъ примѣнять при оспѣ.

Іюнь.

1. A. Glockner. *Die Enderfolge der Uterusextirpation bei Gebärmutterkrebs.* Обзоръ 260 случаевъ, въ которыхъ произведена была операція въ Leipzig'ской клиникѣ. 2. H. Baum. *Das Aristochin, ein Ersatzmittel des Chinins.* Хвалитъ, какъ специфическое средство при болотной лихорадкѣ, а также какъ хорошее противонейральгическое, жаропонижающее, при нѣкоторыхъ формахъ лихорадокъ, лишенное почти совсѣмъ побочныхъ дѣйствій. 3. J. Ruhemann. *Die sofortige quantitative Bestimmung der Harnsäure mit Hilfe des Uricometers.* Описаніе прибора. 4. A. Wolff. *Der Werth des Zuckers, besonders des Malzzuckers für die Heilkunde.* Предлагаетъ мальц-экстрактъ въ кристаллической формѣ.

Іюль.

1. F. Valentin. *Ueber einheimische Malariaerkrankungen.* Описаніе нѣсколькихъ случаевъ болотной лихорадки (Берлинъ). 2. E. Fink. *Aristol in der Rhinologie und Otologie.* Аристолъ при ринитахъ—особенно при т. наз. rhinitis nervosa. 3. A. Weiss. *Erfahrungen aus 40 jähriger Kinderpraxis.* О лѣченіи заболѣваній желудка и кишекъ у грудныхъ дѣтей. 4. O. Schwartz. *Die Notwendigkeit eines Verbotes gewerbsmässiger Kurpfuscherei durch die staatliche Strafgesetzgebung.* О необходимости борьбы со знахарствомъ законодательнымъ путемъ. 5. E. Frey. *Pharmakologische Rundschau.* О кургатинѣ. 6. W. Plessner. *Die Sanosinbehandlung der Tuberkulose.* 3 случая примѣненія; санозинъ дѣйствуетъ подобно другимъ эфирнымъ масламъ и специфическаго дѣйствія не имѣетъ.

Сентябрь.

1. К. П. Улезко-Строганова. *Ueber das maligne Uterusmyom (Leiomyoma malignum uteri).* Рѣдкость описаній злокачественныхъ міомъ авторъ объясняетъ тѣмъ, что таковыя описывались, какъ саркомы или какъ міомы. Злокачественная міома быстро даетъ возвраты и переносы. Исходной точкой развитія злокачественной міомы являются мышечныя клѣтки. 2. B. Schwendener. *Ueber einen Fall von angewachsener Placenta und Uterusruptur nach Crédé'schem Handgriff.* При выжиманіи послѣда по способу Credé произошелъ разрывъ матки вслѣдствіе того, что послѣдъ былъ срощенъ съ маткой. 3. Ludwig Friedmann. *Zur Ätiologie der isolierten tiefliegenden Scheidenverletzungen sub coitu.* Случай глубокаго разрыва влагалища во время совокупленія. 4. Robort Asch. *Zur Radikaloperation bei puerperaler Sepsis.* Къ вопросу о коренныхъ операціяхъ при послѣродовыхъ зараженіяхъ. 5. Rosenstein. *Zur Behandlung der puerperalen Sepsis.* О примѣненіи при послѣродовыхъ зараженіяхъ коллоидного серебра. 6. Johann Lachs. *Die Hygiene im Geschlechtsleben der Frau und während der Geburt im alten Griechenland und Rom.* Къ исторіи медицины: гигіена половой жизни и родовъ у древне греческихъ и древне-римскихъ женщинъ.

**Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.** Сентябрь.

1. H. di Gaspero. *Beitrag zur Polyneuritis.* По поводу одного случая полинейрита, осложненнаго *Корсаковской* церебропатіей. 2. Otfrid Foerster. *Ein Fall von elementarer allgemeiner Somatopsychose (Afunktion der Somatopsyche).* Описаніе случая. 3. В. М. Бехтеревъ. *Ueber halluzinatorisches Irresein bei Affektionen des Gehörorgans.* О галлюцинаторномъ помѣшательствѣ при пораженіяхъ органа слуха. 4 случая. 4. Max Sommer. *Zur Kenntniss der amnestischen Störungen nach Strangulationsversuchen.* Собственные 2 случая и краткая литература вопроса. 5. Th. Ziehen. *Einige neue Untersuchungsapparate des Utrechter Laboratoriums.* Простой приборъ для опредѣленія степени вниманія.

**Schmidt's Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten Medicin.** Сентябрь.

1. Edinger und A. Wallenberg. *Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie des Centralnervensystems in den Jahren 1901 und 1902.*

**Skandinavisches Archiv für Physiologie.** Сентябрь. Т. XV. Тетр. 1 и 2.

1. Wilhelm Maar. *Ueber den Einfluss der die Lungenpassirenden Menge Blutes auf den respiratorischen Stoffwechsel derselben.* Вліяніе количества проходящей черезъ легкія крови на дыхательный обмѣнъ. 2. Chr. Bohr. *Ueber den respiratorischen Stoffwechsel beim Embryo kaltblütiger Thiere.* О дыхательномъ обмѣнѣ у зародыша холоднокровныхъ животныхъ. 3. Sv. Johansson und Karl Pétrén. *Untersuchungen über das Weber'sche Gesetz beim Lichtsinne des Netzhautcentrums.* Приложеніе *Weber*'овскаго закона къ свѣтоощущенію въ сѣтчаткѣ. 4. Онъ-же. *Ueber die Beziehungen zwischen der Adaptation und der Abhängigkeit der relativen Unterschiedsempfindlichkeit von der absoluten Intensität.* Критика литературы и собственные опыты. 5. Max. Oker-Blom. *Thierische Säfte und Gewebe in physikalisch-chemischer Beziehung.* Объ осмотическихъ свойствахъ бѣлковъ сыворотки. 6. Magnus Blix. *Zur Frage über die menschliche Arbeitskraft.* Къ вопросу о силѣ человѣческаго труда.

**Therapeutische Monatshefte.** Сентябрь.

1 G. Gaertner. *Ueber einen neuen Sphygmographen.* Описаніе и рисунокъ прибора. 2. Franz Kuhn. *Pulmonale Narkose.* Оцѣнка наркоза черезъ вдыханіе анэстезирующихъ веществъ. 3. Bruno Galli-Valerio. *Etwas über Lysoform.* Противогнилостныя свойства лизоформа. 4. Ludwig Thieme. *Erfahrungen über Aspirin.* Въ 5 случаяхъ авторъ не получилъ успѣха отъ употребленія аспирина при дисменорреѣ. 5. H. Ratz. *Ueber Salicylsäureglyzerinester (Glykosal).* Терапевтическое дѣйствіе гликозала. 6. L. Köhler. *Zur Behandlung der Dysenterie in den Tropen.* Авторъ предлагаетъ свой способъ лѣченія тропическаго кроваваго поноса, который онъ считаетъ специфическимъ. 7. G. Krebs. *Trochlearislähmung bei Kieferhöhleneiterung.* Параличи блоковаго нерва при нагноеніяхъ въ верхней челюсти. 8. Richard Bloch. *Beiträge zur Diagnose und Behandlung rheumatischer Affektionen.* Отличительное распознаваніе и лѣченіе реиматическихъ заболѣваній. 9. Rudolf Katz. *Ueber die Erweiterung der Cervix mittels Metaldilatatoren.* Описаніе способа расширенія канала шейки матки.

**Tuberculosis.** Т. II. № 8.

Протоколъ засѣданія Международнаго Бюро для борьбы съ бугорчаткой въ Парижѣ 4—6 мая 1903 г.

**Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin.** Т. CLXXIII. Тетр. 3.

1. G. Riebold. *Ein Beitrag zur Lehre von den Oesophagusdivertikeln, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Anatomie und ihrer Pathogenese.* Подробное изслѣдованіе 46 дивертикуловъ пищевода. 2. K. Kleist. *Die Veränderungen der Spinalganglienzellen nach der Durchschneidung des peripherischen Nerven und der hinteren Wurzel.* Различныя стадіи «тигролиза» нервныхъ клѣтокъ; опыты на кроликахъ. 3. R. Bodon. *Die morphologischen und tinktoriellen Veränderungen nekrobiotischer Blutzellen.* Явленія некробіоза бѣлыхъ и красныхъ шариковъ человѣческой крови. 4. D. A. de Jong. *Lienale Leukämie bei einem fünf Wochen alten Kalbe.* Гистологическое изслѣдованіе въ случаѣ селезеночнаго бѣлокровія у 5-недѣльнаго теленка. 5. N. Guleke. *Zur Frage des Verhaltens der Nebennieren bei kongenitaler Syphilis.* Межуточное воспаленіе, гнѣзда омертвѣнія и гуммозные процессы въ надпочечникахъ при врожденномъ сифилисѣ. 6. С. Салтыковъ. *Beitrag zur Kenntniss des Myeloms.* Описаніе случая. 7. R. Meyer. *Struma ovarii colloides.* Случай коллоидной кисты яичника. 8. B. Huguenin. *Ueber einen Fall von Gallenblasenruptur mit töllicher Blutung infolge eines Carcinoma haematodes an der Vereinigungsstelle der drei Hauptgallengänge nebst Bemerkungen über einige gleichzeitige Leber-und Pankreasveränderungen.* Исторія болѣзни, вскрытіе; микроскопическое изслѣдованіе. 9. C. Sternberg. *Ein Fall von Agenesie der Milz.* Случай полнаго отсутствія селезенки у женщины. 10. W. Ebstein. *Einige Bemerkungen zu der Geschichte der Recidive bei den Pocken.* Нѣсколько случаевъ раннихъ и позднихъ возвратовъ оспы изъ старой литературы.

**Zeitschrift für Heilkunde.** Августъ. Т. XXIV. Тетр. 8.

1. M. Löwit und Karl Schwarz. *Ueber Baktericide und Agglutination im Normalblute.* Къ вопросу объ естественной невоспріимчивости. Бактеріеубивающія и склеивающія свойства нормальной крови. 2. Carl Pichler. *Ein Fall von Haemangioma hepatis. Heilung durch Exstirpation.* Сосудистая опухоль печени; операція; выздоровленіе. 3. Emil Haim. *Ueber Knochenveränderungen bei akutem Gelenksrheumatismus im Röntgenbilde.* Рентгеноскопія при острыхъ сочленовныхъ заболѣваніяхъ. 4. Luigi Ferrannini. *Ueber experimentelle Aorteninsufficienz.* Искусственное воспроизведеніе недостаточности заслонокъ аорты.

**Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten.** Т. XLIV. Тетр. 1.

1. W. Kolle und E. Gottschlich. *Untersuchungen über die bakteriologische Choleradiagnostik und Specificität des Koch'schen Choleravibrio.* Сравнительныя изслѣдованія 59 разводокъ холер-

ныхъ вибріоновъ и 10 разводокъ холероподобныхъ вибріоновъ, выдѣленныхъ въ Египтѣ. 2. **С. Terni.** *Studien über die Pest.* Клиническія наблюденія надъ чумой; клиническое и бактеріологическое распознаваніе чумы.

Т. IV. Тетр. 2.

1. **F. Neufeld.** *Ueber Immunität und Agglutination bei Streptokokken.* Опыты на кроликахъ и мышахъ. 2. **F. K. Kteine.** *Ueber Rotz.* Опыты съ вліяніемъ живыхъ и убитыхъ разводокъ сапныхъ палочекъ на животныхъ. 3. **Jaroslav Elgart.** *Zur Prophylaxe der acuten Exantheme.* Предохранительныя мѣры противъ острыхъ сыпныхъ заболѣваній. 4. **With. Koelzer.** *Eine Anmerkung zu dem Lehrsatze: «Die ruhige Exspirationsluft des Phtisikers ist Vollkommen frei von Tuberkelbacillen».* Критическая замѣтка. 5. **H. Jaeger.** *Die spezifische Agglutination der Meningokokken als Hilfsmittel zu ihrer Artbestimmung und zur bakteriologischen Diagnose der epidemischen Genickstarre.* Попытка примѣнить реакцію склеиванія къ распознаванію менингококковъ. 6. **Walter Korte.** *Ein Beitrag zur Kenntniss des Paratyphus.* Къ вопросу о паратифозныхъ заболѣваніяхъ. 7. **A. Jürgelunas.** *Ueber die Serumtherapie des Milzbrandes.* Сывороточное лѣченіе сибирской язвы. 8. **Otto E. Vogel.** *Die Seuche unter den Agoni des Lago di Lugano.* Изслѣдованіе эпидеміи. 9. **J. Schut jr.** *Ueber das Absterben von Bacterien beim Kochen unter erniedrigtem Druck.* О вліяніи кипяченія при низкомъ давленіи на бактеріи.

**Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie.** Т. L. Тетр. 1.

1. **R. Olshausen.** *Zum Vergleich der vaginalen und abdominalen Operationsmethode bei Carcinoma uteri.* Сравнительная оцѣнка влагалищнаго и брюшиннаго оперативныхъ способовъ при ракѣ матки. 2. **Wilhelm Weinberg.** *Der Einfluss des Stillens auf Menstruation und Befruchtung.* Вліяніе менопаузы на мѣсячныя и оплодотвореніе. 3. **H. Fehling.** *Zum Geburtsmechanismus.* Механизмъ родовъ. 4. **Wolfgang Weichardt.** *Ueber die Aetiologie der Eklampsie.* Къ вопросу объ этіологіи эклямпсіи. 5. **Siegfried Rosenfeld.** *Zur Frage der vererblichen Anlage zu Mehrlingsgeburten.* О врожденномъ предрасположеніи къ многоплодной беременности. 6. **Emil Kraus.** *Angiom der Placenta.* 4 случая сосудистыхъ опухолей дѣтскаго мѣста. 7. **Max Henkel.** *Ueber mehrfache Geburten derselben Frau mit engem Becken.* Случай повторныхъ родовъ у женщины съ узкимъ тазомъ. 8. **Ernst Alterthum.** *Ueber solitäre Hämatocelen.* Случаи изъ литературы и собственные. 9. **Samuel M. Brickner.** *Unvollständiger angeborener Querverschluss der Scheide, nebst einer Theorie zur Erklärung seines Ursprunges.* Неполное поперечное сращеніе влагалища и объясненіе происхожденія этого уродства. 10. **Hans Meyer-Rüegg.** *Ein Fall von Placentaradhärenz.* Описаніе случая.

**Zeitschrift für klinische Medicin.** Т. L. Тетр. 3 и 4.

1. **R. v. Jaksch.** *Weitere Mittheilungen über die Vertheilung der stickstoffhaltigen Substanzen im Harne des kranken Menschen.* Дальнѣйшія изслѣдованія надъ распредѣленіемъ азотъ-содержащихъ веществъ въ мочѣ больныхъ. 2. **W. Hale White.** *Vermehrte Wärmebildung als eine Ursache des Fiebers.* Наблюденія на 4-хъ случаяхъ кровоизліяній въ мозгъ. 3. **A. Lion.** *Das Verhalten der Sehnenreflexe bei Nierenentzündung.* Слѣдствіемъ отравленія является повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ. 4. **O. Rosenbach.** *Warum sind wissenschaftliche Schlussvolgerungen auf dem Gebiete der Heilkunde so schwierig, und in welchem Umfange können wesentliche Fehlerquellen durch die betriebstechnische (energetische) Betrachtungsweise vermindert oder beseitigt werden?* (Окончаніе). 5. **E. Barg.** *Ueber muskuläre Rückenversteifung (Rigiditas dorsalis myopathica Senator) mit besonderer Berücksichtigung des traumatischen Ursprungs.* Міогенная форма травматическаго происхожденія. Описаніе случая. 6. **Karrenstein.** *Blutdruck und Körperarbeit.* При физическомъ трудѣ кровяное давленіе или остается на прежнемъ уровнѣ, или понижается. (Изслѣдованія на солдатахъ). 7. **O. Loewe.** *Ueber den Einfluss von Nährklystieren auf die Peristaltik und Secretion im Magendarmkanal.* Опыты на кошкахъ.

**Zeitschrift für Schulgesundheitspflege.** № 8.

1. **J. M. C. Mouton.** *Schulpantoffeln in Amsterdam.* Предлагаетъ выдавать бѣднѣйшимъ дѣтямъ для защиты ногъ отъ холода и промачиванія—туфли. 2. **E. H. Oppenheimer.** *Ueber Verletzungen des Auges und Schultinte.* Случай раненія глаза перомъ, загрязненнымъ чернилами, окончившійся выздоровленіемъ. 3. **Alfred Kuhn.** *Das Schulgebäude und seine Einrichtung in Frankreich und in Elsass Lothringen.* Устройство школьныхъ зданій въ Эльзасъ-Лотарингіи. 4. **Moritz Fürst.** *Ueber die Reinigung der Volksschulklassen.* Объ очисткѣ помѣщеній въ народныхъ школахъ.

**Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie und für mikroskopische Technik.** Августъ.

1. **H. Bluntschli.** *Einige Neurungen am R. Jung'schen Studentenmikrotom.* Описаніе упрощеннаго Yung'овскаго микротома для студентовъ. 2. **P. Krefft.** *Rotation-Mikrotom «Herzberge».* Новая модель микротома съ полуулиннымъ ножомъ. 3. **Friedrich von Friedländer.** *Eine Modification des Pantographen (Storchschnabel) zum Zeichnen mikroskopischer Präparate.* Описаніе и рисунокъ новоустроеннаго пантографа. 4. **A. Hinterberger.** *Thermophore für Färbezwecke.* Сосуды, наполненные уксусно-кислымъ натріемъ. 5. **A. Schuberg.** *Fläschchen für Immersionsöl.* Описаніе пузырька для кедроваго масла. 6. **J. G. de Groot.** *Eisen-Carmalaun.* Новое сочетаніе кармина. 7. **Arthur von Tompa.** *Zwei botanische Tinctionsmethoden.* 2 новыхъ способа окраски. 8. **P. F. Reinoch.** *Neue Methode der Darstellung von Horizontalschnitten dünner mehrschichtiger vegetabler Flachengewebe.* Новые способы микроскопической методики.

**Французскіе.**

**Annales de gynécologie et d'obstétrique.** Августъ.

1. **V. Morax.** *Sur l'étiologie des ophtalmies du nouveau-né et la déclaration obligatoire.* Бактеріологическое изслѣдованіе 5 случаевъ конъюнктивита у новорожденныхъ съ отрицательными результатами. Объ этіологіи конъюнктивита новорожденныхъ вообще. 2. **К. Д. Давіель.** *Les exostoses du bassin au point de vue obstétrical. Exostoses ostéogéniques.* Критическій обзоръ литературныхъ данныхъ.

Сентябрь. Т. L.

1. **Paul Carton.** *Modifications du sang pendant l'accouchement et les suites de couches normales et pathologiques.* Въ послѣдніе мѣсяцы беременности въ крови наблюдается лейкоцитовъ, нарощеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и увеличеніе числа многоядерныхъ. Во время родовъ—гиперлейкоцитозъ. 2. **Samuel Gache.** *Le rachitisme en Amérique et son influence obstétricale.* Распространеніе рахитизма въ Америкѣ и вліяніе его на женскія болѣзни. 3. **Constantin Daniel.** *Les exostoses du bassin au point de vue obstétrical exostoses ostéogéniques.* (Продолженіе и окончаніе).

**Annales des maladies des organes génito-urinaires.** Сентябрь. № 16.

1. **F. Legueu** et **P. Duval.** *L'ablation de l'urètre antérieur chez la femme avec urétrostomie vaginale.* Случай. 2. **B. Motz** et **E. Montfort.** *Quelques remarques sur les cystites chroniques.* Общая этіологія затяжного цистита; замѣтки о лѣченіи. 3. **Eynard.** *Des interventions intra-vesicales avec le cystoscope opératoire du Pr. Nitze.* Примѣненіе гальванокаутера Nitze въ случаяхъ сосочковой опухоли и язвы мочевого пузыря. 4. **Leon Imbert.** *Piles ou accumulateurs?* Неудобства примѣненія аккумуляторовъ въ медицинской практикѣ.

№ 17.

1. **Paul Rychner.** *Traitement de l'uréthrite totale blenorrhagique par l'ichthargane.* На 22 больныхъ убѣдился въ благопріятномъ дѣйствіи ихтаргана. 2. **Arthur Lewin.** *Considérations générales sur le traitement des inflammations blennorrhagiques.* Переводъ съ нѣмецкаго.

№ 18.

1. **Maurice Patel** et **Paul Cavaillon.** *Du traitement chirurgical des néphrites. A propos d'un cas de néphrite unilatérale chronique guérie par la capsulectomie.* Выздоровленіе въ случаѣ нефрита послѣ изсѣченія сумки. 2. **E. Desnos.** *De la dilatation électrolytique de l'urètre.* 25 случаевъ лѣченія съуженій мочеиспускательнаго канала электролизомъ.

**Annales d'hygiène publique et de médecine légale.** Сентябрь. № 3.

1. **A. Balland.** *Les principales ligumineuses alimentaires des colonics Françaises.* Главнѣйшіе овощные продукты французскихъ колоній и ихъ химическая характеристика. 2. **Nina-Rodrigues.** *Des ruptures de l'hymen dans les chutes.* Литературный очеркъ и патогенезъ разрывовъ влагалища при паденіи. 3. **Paul Reille.** *La vaccination obligatoire.* Состояніе оспопрививанія въ Европейскихъ государствахъ.

**Annales de l'Institut Pasteur.** Августъ. № 8.

1. **E. Duclaux.** *Études d'hydrographie souterraine.* Изслѣдованіе подпочвенныхъ водъ. (Не окончена). 2. **Henry Tissier** et **Pascal Gasching.** *Recherches sur la fermentation du lait.* Бактеріологія кислаго молока. 3. **E. Marchoux** et **A. Salimbeni.** *La garotilha.* Описаніе Бразильской эпизоотіи.

**Annales de médecine vétérinaire.** Сентябрь—Октябрь. № 9 и 10.

1. **Dupuis** et **Van den Eeckhout.** *Eeckhout. L'adrénalin.* Объ адреналинѣ; его свойство и вліяніе на животныхъ. 2. **G. Mosselman.** *Nouveau procédé de destruction des cadavres d'animaux.* Новый способъ уничтоженія труповъ павшихъ животныхъ. 3. **F. Hendrickx.** *Un curieux cas de cryptorchidie chez le cheval; operation; guérison.* Рѣдкій случай крипторхизма у лошади. 4. **G. Hebrant.** *Ostéo-sarcôme de la voûte du crâne chez le chien.* Остеосаркома черепа у собаки. 5. **Онъ-же.** *Sur la pachyméningite spinale ossificante du chien.* Пахименингитъ съ новообразованіемъ кости у собакъ. 6. **M. Heger.** *Un cas d'absence congénitale du gros intestin chez le chien.* Случай врожденнаго отсутствія толстой кишки у собаки.

**Archives générales de médecine.** Сентябрь. № 33.

1. **Ch. Greene-Cumston.** *Contribution à l'étude des hernies épigastriques.* Разборъ 7 наблюденій. 2. **G. Houzel.** *Les veines de l'anus.* Анатомическія данныя. 3. **Guillaume-Louis.** *Rupture intra-pulmonaire d'un tubercule sous-pleural. Emphysème interstitiel, médiastinal et sous-cutané consécutif.* Случай. 4. **N. Vaschide** et **D. Draghicesco.** *La physiologie de l'alcoolisme d'après les travaux de l'école de Kraepelin.* (Продолженіе). 5. **E. Desesquelle.** *Du choix d'une préparation mercurielle pour les injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis.* (Продолженіе).

№ 34.

1. **Klippel** et **Lhermitte.** *Sur les bruits pleuropulmonaires rythmés par le coeur.* Шумъ тренія плевры, одновременный съ

Digitized by Google

сердцебіеніемъ. 2. **G. Michel** et **G. Gross**. *Fistule appendico-vésicale vraie.* Случай. Операція. 3. **N. Vaschide** et **D. Draghicesco**. *La psychologie de l'alcoolisme d'après les travaux de l'École de Kraepelin.* Окончаніе критическаго обзора.

№ 35.

1. **M. Fatel** et **P. Cavaillon**. *Deux observations d'exclusion unilatérale dans les cas de tumeurs malignes du gros intestin.* 2 случая операцій на кишкахъ съ образованіемъ соустій по поводу злокачественныхъ опухолей. 2. **Marcon**. *Atrophie rapide des gros foies cirrhotiques au cours des infections.* О циррозѣ печени, развивающемся послѣ заразныхъ болѣзней.

T. II. № 37 и 38.

1. **E. Brissaud**, **L. Hallion** et **H. Meige**. *Acrocyanose et crampe des écrivains.* Случай писчей судороги. 2. **R. Morichau-Beauchant** et **R. Bessonnet**. *Le xanthome héréditaire et familial.* 2 собственныхъ случая и перечень случаевъ изъ литературы. 3. **H. Morestin**. *Traitement de l'acné hypertrophique du nez.* 2 случая. 4. **L. Spillmann** et **L. Hoche**. *Un cas de maladie d'Addison à dénouement rapide contagion génitale de la tuberculose.* Описаніе случая, сопровождавшагося патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ. 5. **H. Morestin**. *Plaie du coeur.* Случай. 6. **Maurice Brelet**. *Un cas de tabes conjugal.* Краткое описаніе случая. 7. **E. Lefas**. *La morphologie du sang dans les néphrites, le signe de Pieraccini.* Критическая замѣтка.

№ 40.

1. **F. Barjon** et **A. Cade**. *A propos des hydrocèles.* Патогенезъ заболѣванія и обзоръ случаевъ изъ литературы. 2. **Romain Gutowski**. *Cas tout particulier de morve aiguë chez un homme.* Рѣдкій случай сапа у человѣка.

**Archives d'anatomie microscopique.** Сентябрь. T. VI. Вып. I.

1. **J. Renaut**. *Sur la tramule du tissu conjonctif.* Микроскопическія изслѣдованія соединительной ткани. 2. **Онъ-же**. *Le pancreas de deux ophidiens.* Строеніе поджелудочной железы при окраскѣ кислой метиленовой синькой. 3. **P. Stephan**. *Recherches sur quelques points de la spermiogénèse des sélaciens.* Къ вопросу о спермогенезѣ у акулъ. 4. **J. Kunstler**. *Sur la bouche des protozoaires.* О ротовомъ отверстіи у простѣйшихъ. 5. **Онъ-же**. *Notice sur les téguments des micro-organismes.* Къ вопросу о существованіи оболочки у микробовъ. 6. **Онъ-же** и **J. Chaine**. *Notice sur le cryptococcus.* Тонкое строеніе микроорганизма. 7. **P. Ferret**. *Observations relatives au développement de la cuticule chez le sarcocystis tenella.* Развитіе кожицы у sarcocystis tenella.

**Archives d'électricité médicale.** Августъ. № 128.

1. **H. Guilleminot**. *Rapport sur l'état actuel de l'orthodiagraphie.* По мнѣнію автора, ортодіаграфія въ настоящее время можетъ занять видное мѣсто среди другихъ способовъ клиническаго изслѣдованія. 2. **A. Béclère**. *Le radiodiagnostic des calculs urinaires.* Радіографія почечныхъ камней не всегда даетъ положительные результаты; однако каждый больной, у котораго предполагаются почечные камни долженъ быть подвергнутъ изслѣдованію съ помощью x-лучей. 3. **H. Bordier**. *Interrupteur rheostatique rythmique.* Описаніе и рисунокъ прибора.

Сентябрь. № 129.

1. **Stéphane Leduc**. *Etude sur les courants intermittents.* Физіологическое дѣйствіе перемежающихся токовъ. 2. **A. Béclère**. *L'emploi des cylindres compresseurs en radiographie et le nouveau cylindre-compresseur ajustable au porteampoule-diaphragme-iris.* Описаніе приборовъ и ихъ употребленіе съ рисунками. 3. **H. Bordier**. *Appareil pour la mesure des résistances électriques des tissus chez l'homme.* Описаніе и рисунокъ прибора для измѣренія электрической сопротивляемости тканей у человѣка. 4. **Wertheim-Salomonson**. *Courants de haute fréquence non amortis.* Краткая замѣтка. 5. **Mondain**. *Un cas de cancer guéri par les rayons x.* Случай рака, излѣченнаго лучами-x. 6. **Ch. Jnfroit**. *La radiographie par la machine statique à la Salpétrière.* Краткій отчетъ.

**Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique.** № 1.

1. **G. Legros**. *Recherches histologiques sur les gangrènes gazeuses aiguës.* Измѣненія мышцъ у морской свинки и человѣка. 2. **J. Albarran** et **L. Bernard**. *Étude sur les cytotoxines rénales.* Вызываемыя у опытныхъ животныхъ измѣненія не ограничиваются ножами—не специфичны. 3. **M. Troussaint**. *A propos de l'ostéopathie palustre: sur un cas de trophonévrose ossifiante des extrémités chez un paludéen.* Исторія болѣзни. 4. **E. Maurel**. *Contribution à l'étude expérimentale du bromhydrate neutre de quinine.* Къ токсикологіи бромистаго хинина. (Статья 2-ая). 5. **M. J. Jolly**. *Sur les mouvements des lymphocytes.* Замѣтка къ работѣ *Wolff*'а. 6. **Ch. Achard** et **M. Loeper**. *L'eau dans l'organisme après la ligature du pédicule des reins.* Измѣненія состава крови и тканевыхъ жидкостей послѣ перевязки. Опыты на кроликахъ. 7. **P. Courmont** et **M. Potet**. *Les bacilles acido-résistants du beurre, du lait et de la nature comparés au bacille de Koch.* Сопоставленіе кислотоупорныхъ палочекъ различнаго происхожденія и палочекъ бугорчатки. 8. **R. Lépine**. *Les glycosuries toxiques.* Критическій обзоръ.

**Archives de médecine et de pharmacie militaires.** Сентябрь. № 9.

1. **Chandeze**. *Cure opératoire de l'hydrocèle vaginale sans résection de la séreuse.* 4 случая. 2. **Ferraton**. *Note sur le traitement des kystes hydatiques du foie. Marsupialisation et extirpation totale.—Comparaison des deux procédés.* Сравнительная оцѣнка оперативныхъ способовъ удаленія эхинококка печени. 3. **Chavigny**. *Palpitations cardiaques: leur diagnostic dans l'armée.* Распознаваніе легочныхъ сердцебіеній у солдатъ. 4. **Vidal**. *Sur quelques cas de blessures par coups de feu observées dans le sud-oranais de 1900 a 1903.* 38 случаевъ. 5. **Cardot**. *Syncope mortelle au cours d'une crise d'angine de poitrine, provoquée par des ganglions bronchiques hypertrophiés.* Смерть въ случаѣ грудной жабы послѣдовала отъ сдавленія бронхъ перибронхіальными железами. 6. **Gazin**. *Exostose douloureuse du calcanéum. Ablation.* Случай удаленія болѣзненнаго костнаго нароста на пяточной кости. 7. **L. Jaubert**. *Hernie inguino-interstitielle étranglée depuis deux jours. Ectopie testiculaire.—Kélotomie.—Guérison.* Операція; выздоровленіе. 8. **Auban**. *Luxation en avant du semi-lunaire et du pyramidal sur l'extrémité antéro-inférieure de l'avantbras.* Вывихъ полулунной и пирамидальной костей въ верхней конечности. 9. **F. Carrey**. *Artérite et phlébite typhiques de la jambe: gangrène du membre. Amputation au lieu d'élection. Guérison.* Оперативное излѣченіе при омертвѣніи ноги. 10. **Dettling**. *Un cas de phlébite dysentérique.* Описаніе случая.

**Archives de neurologie.** Сентябрь. № 93. T. XVI. Г. 25.

1. **E. Marandon de Montyel**. *Obsession et délire.* 2 случая. 2. **С. А. Сухановъ**. *Contribution à l'étude des manifestations individuelles des peurs obsédantes dans la constitution idéo-obsessive.* Патогенезъ навязчивыхъ идей. 3. **A. Vigouroux** et **P. Suquelier**. *Délire et petit brightisme.* (Продолженіе). 4. **Bourneville** et **Poulard**. *Un cas de maladie des tics; guérison.* Случай.

Сентябрь. № 93.

1. **E. Marandon de Montyel**. *Obsession et délire.* 2 наблюденія. 2. **С. А. Сухановъ**. *Contribution à l'étude des manifestations individuelles des peurs obsédantes dans la constitution idéo-obsessive.* Симптоматологія бреда преслѣдованія. 3. **A. Vigouroux** et **P. Suquelier**. *Délire et petit brightisme.* (Продолженіе). 4. **Bourneville** et **Poulard**. *Un cas de maladie des tics; guérison.* Описаніе случая.

**Archives italiennes de biologie.** Сентябрь. T. XXXIX. T. XI.

1. **A. Angelucci**. *Lois de sécrétion de l'humeur aqueuse et effets de leur perturbation.* По мнѣнію автора, механизмъ выдѣленія водянистой влаги глаза зависитъ отъ жизнедѣятельности клѣточныхъ элементовъ, составляющихъ стѣнку сосудовъ. 2. **G. Manca**. *Recherches chimiques sur les animaux à sang froid soumis à l'inanition.* Химическое изслѣдованіе животныхъ холоднокровныхъ, подвергнутыхъ голоданію. 3. **A. Valenti**. *Recherches sur la formation de l'acide urique dans l'organisme animal.—Transformation de la coféine et de la xanthine en acide urique.* Аутореферать. 4. **V. Ducceschi**. *Sur une modification macroscopique du sang, qui précède la coagulation.* Механизмъ свертыванія крови. 5. **A. Sclavo**. *Contribution à l'étude du pouvoir toxique du sérum de sang.* Токсическія свойства кровяной сыворотки. 6. **A. Valenti**. *Sur l'élimination de l'apomorphine à travers l'estomac.* О выдѣленіи апоморфина слизистой оболочкой желудка. 7. **G. Zirolia**. *Le corpuscule de Poggi dans les organes hématopoétiques des foetus prématurés.* Признаетъ тѣльца *Poggi* за молодыя красныя тѣльца. 8. **R. Monti** et **A. Monti**. *Les glandes gastriques des marmottes durant la léthargie hivernale et l'activité estivale.* Аутореферать работы о микроскопическомъ строеніи слизистой оболочки желудка. 9. **A. Valenti**. *Recherches sur le mécanisme d'action et sur l'absorption de la cocaine injecté dans le canal rachidien.* Механизмъ всасыванія и дѣйствія кокаина при впрыскиваніи въ спинно-мозговой каналъ. 10. **A. Panella**. *L'acide phosphocarnique dans la substance cérébrale.* Опыты на животныхъ; химическое изслѣдованіе мозга. 11. **Онъ-же**. *L'acide de phosphocarnique des muscles après la mort.* Химическое изслѣдованіе мышцъ. 12. **Онъ-же**. *L'acide phosphocarnique du sang.* Химическое изслѣдованіе крови. 13. **G. Fasola** et **G. Galeotti**. *Recherches expérimentales sur la perméabilité de la vessie.* Къ вопросу о проходимости стѣнокъ мочевого пузыря. 14. **G. Paladino**. *Sur la genèse des espaces intervilleux et de leur premier contenu chez la femme.* Микроскопическія изслѣдованія человѣческаго послѣда.

**Bulletin de L'Institut Pasteur.** № 12.

1. **F. Mesnil**. *Les travaux récents sur les coccidies.* Обзоръ новѣйшихъ работъ о кокцидіяхъ. (Не оконченъ).

Августъ. № 13.

1. **Felix Mesnil**. *Les travaux récents sur les coccidies.* Критическій обзоръ новѣйшихъ работъ о кокцидіяхъ. (Продолженіе).

**Revue de thérapeutique.** Сентябрь. № 16.

1. **A. Benoit**. *Extraction des corps étrangers de l'estomac et de la moitié inférieure de l'oesophage.* Лучшій оперативный способъ извлеченія посторонних тѣлъ на нижней $^{1}/_{3}$ пищевода—гастротомія. 2. **Foveau de Courmelles**. *Nouveaux résultats photothérapiques.* Нѣсколько случаевъ свѣтолѣченія.

№ 17.

1. **Chevalier**. *L'intoxication par les champignons.* Какъ избѣжать отравленія грибами?

---

Редакторы { **Проф. В. В. Подвысоцкій.**
**Д-ръ С. В. Владиславлевъ.**

Digitized by Google

VII. Изъ химической лабораторіи В.-Медицинской Академіи.

# О химическихъ измѣненіяхъ въ организмѣ животныхъ, рожденныхъ отъ истощенныхъ голоданіемъ производителей.

П. К. Угрюмова.

(Сообщено въ отдѣлѣ общей патологіи на IX Пироговскомъ Съѣздѣ).

Цѣлью моихъ изслѣдованій было опредѣленіе уклоненій въ химическомъ составѣ животныхъ, рожденныхъ отъ истощенныхъ производителей. По предложенію моего покойнаго учителя проф. *В. В. Пашутина*, я занялся изслѣдованіемъ химическаго состава кроличатъ, рожденныхъ отъ истощеннаго голоданіемъ самца. Опыты мои произведены на приплодахъ отъ 3-хъ самцовъ и 3-хъ самокъ, при чемъ самцы передъ спариваніемъ подвергались голоданію, самки же питались все время нормально. Кроличата тотчасъ по рожденіи отбирались отъ самокъ, убивались уколомъ въ продолговатый мозгъ, высушивались и подвергались химическому изслѣдованію. Полученныя мною до сихъ поръ данныя я позволяю себѣ резюмировать въ нижеслѣдующемъ.

По наружному виду кроличата, рожденные отъ голодавшихъ производителей, не представляли какихъ-либо уклоненій въ анатомическомъ развитіи по сравненію съ рожденными отъ нормальнопитавшагося самца, но между тѣми и другими была разница въ жизненныхъ проявленіяхъ. Тогда какъ рожденные отъ нормально питавшагося производителя, будучи взяты отъ матки своимъ пискомъ и тѣлодвиженіями энергично проявляли свое недовольство, кроличата, рожденные отъ истощенныхъ голоданіемъ самцовъ, были вялы, мало подвижны, какъ-бы безучастны къ своему положенію. Эта разница была мало замѣтной, если самецъ передъ случкою подвергался неглубокому полному голоданію (10—15% потери вѣса), но была рѣзко замѣтной на кроличатахъ отъ самцовъ, подвергнутыхъ неполному голоданію, т. е. голодавшихъ съ водою. У этихъ послѣднихъ дѣло доходило до того, что, взятые отъ матки, они тутъ-же околѣвали, пока я ихъ переносилъ отъ клѣтки до стола. Такимъ образомъ этотъ недостатокъ жизненной энергіи доходилъ при голоданіяхъ съ водою, даже и не глубокихъ, до потери жизнеспособности. Нѣкоторые кроличата какъ при голоданіи съ водою, такъ и при глубокихъ полныхъ голоданіяхъ (свыше 20%) рождались мертвыми. Имѣется еще одно явленіе, указывающее на болѣе быстрое умираніе тканей: на убитыхъ уколомъ въ продолговатый мозгъ нормальныхъ кроличатахъ при раздраженіяхъ кожи еще долго (въ теченіи всего времени измельченія ихъ) наблюдаются отраженныя судорожныя сокращенія мышцъ, на кроличатахъ-же отъ голодныхъ производителей такія отраженныя сокращенія быстро прекращаются или ихъ и вовсе не бываетъ. Причину такого уменьшенія жизненной энергіи естественно искать въ химическомъ составѣ кроличатъ.

При разсмотрѣніи этой таблицы оказывается, что масса приплода всего значительнѣе у голодавшихъ съ водою и наименѣе значительна у самцовъ, истощенныхъ полнымъ голоданіемъ. Невольно приходитъ на мысль, что бóльшая масса приплода достигается бóльшимъ содержаніемъ воды, другими словами уменьшеніе доброкачественности приплода является послѣдствіемъ большей водянистости его. И, дѣйствительно, приплодъ отъ голодавшихъ съ водою отличается наибольшимъ содержаніемъ воды, но это увеличеніе воды не такъ значительно, чтобы имъ можно было всецѣло объяснить увеличеніе массы приплода. Если принять для сравненія цифры общаго вѣса и содержанія воды у нормальнаго приплода за 100, то окажется, что общій вѣсъ приплода у голодавшихъ съ водою равняется 130, а содержаніе воды достигаетъ всего лишь 101; другими словами между увеличеніемъ массы, съ одной стороны, и содержаніемъ воды, съ другой, пропорціональности не существуетъ.

| | Нормальный. | При полномъ голоданіи. | При голоданіи съ водою. |
|---|---|---|---|
| | (Среднія цифры изъ 12 анализовъ). | | |
| Общій вѣсъ приплода . . . | 218,8 | 182,39 | 285,92 |
| Въ %: | | | |
| Твердыхъ веществъ . . . . | 22,13 | 24,88 | 21,13 |
| Воды . . . . . . . . . | 77,87 | 75,12 | 78,87 |
| Въ % къ твердому веществу: | | | |
| Азота . . . . . . . . . | 9,33 | 7,84 | 7,55 |
| Жира . . . . . . . . . | 30,61 | 37,4 | 32,07 |
| Фосфора въ формѣ $P_2O_5$ . . . | 3,52 | 3,48 | 3,89 |
| Сѣры въ формѣ $SO_3$ . . . | 1,52 | 2,20 | 2,47 |
| Хлора . . . . . . . . . | 0,98 | 0,15 | 0,95 |
| Кремнія въ формѣ $SiO_2$ . . | 0,008 | 0,006 | 0,008 |
| Окисловъ, осаждаемыхъ уксусно-кислымъ амміакомъ, т. е. желѣза и аллюминія . . | 0,15 | 0,1 | 0,38 |
| Извести въ формѣ CaO . . . . | 3,84 | 3,23 | 3,14 |
| Магнезіи въ формѣ MgO . . . . | 0,17 | 0,17 | 0,16 |
| Калія въ формѣ $K_2O$ . . . . | 1,58 | 1,26 | 1,66 |
| Натрія въ формѣ $Na_2O$ . . . . | 1,2 | 0,78 | 1,17 |

Доброкачественность проплода нельзя опредѣлять и плотностью его. Оказывается, что наибольшее количество твердыхъ веществъ встрѣчается у приплода отъ самцовъ, находившихся на полномъ голоданіи. Что касается отдѣльныхъ кроличатъ, то въ физическомъ развитіи ихъ также нѣтъ никакихъ данныхъ для сужденія о качествѣ приплода. Выше было уже сказано, что по наружному виду никакихъ анатомическихъ различій въ строеніи тѣла замѣчено не было. Средній вѣсъ кроличатъ равнялся у нормальныхъ 41,18 грм., у потомства отъ самцовъ на полномъ голоданіи 40,81 грм. и у самцовъ голодавшихъ съ водою 43,0 грм. Очевидно, что увеличеніе или уменьшеніе массы приплода достигалось соотвѣтственнымъ измѣненіемъ числа отдѣльныхъ особей. Это число особей равнялось у нормальныхъ приплодовъ 4—7, у приплодовъ отъ самцовъ на полномъ голоданіи 4—5, а у голодавшихъ съ водою 6—8. Самцы, голодавшіе съ водою, оказались наиболѣе плодовитыми. У новорожденныхъ кроличатъ производились измѣренія длины головы, длины туловища, поперечникъ головы и поперечника туловища. Величины эти были приблизительно равны; представляемыя ими колебанія, въ предѣлахъ 1 стм., зависѣли отъ величины отдѣльныхъ особей и стояли, слѣд., въ связи съ числомъ этихъ послѣднихъ. Такъ какъ измѣренія эти не представляютъ сколько-нибудь интересныхъ данныхъ, то я и не привожу ихъ.

Въ противоположность физическимъ свойствамъ, химическій составъ приплодовъ представляетъ цѣлый рядъ измѣненій и измѣненій иногда весьма рѣзкихъ. Содержаніе азота въ голодныхъ приплодахъ оказывается рѣзко уменьшеннымъ. Если принять количество азота въ нормальномъ приплодѣ за 100, то количество его въ приплодахъ отъ голодавшихъ съ водою самцовъ будетъ равняться 80, а въ приплодахъ отъ голодавшихъ безъ воды 84. Уменьшеніе равняется такимъ образомъ 16—20%. Принимая въ разсчетъ, что азотъ входитъ въ составъ бѣлковыхъ тѣлъ и что бѣлковыя тѣла играютъ большую роль въ обмѣнѣ веществъ въ животномъ царствѣ, такое уменьшеніе азота должно имѣть существенное значеніе для организма.

Количество жира оказывается увеличеннымъ у голодныхъ приплодовъ, при чемъ наибольшее увеличеніе приходится на долю приплодовъ отъ самца, находившагося на полномъ голоданіи. Жиръ по теплообразованію, какъ извѣстно, занимаетъ первое мѣсто среди веществъ, необходимыхъ для организма. Развиваемая имъ теплота идетъ частью на согрѣваніе тѣла, а частью на развитіе живой силы. Такое значеніе жиръ имѣетъ лишь въ томъ случаѣ, когда онъ вводится въ тѣло соотвѣтственно потребностямъ послѣдняго. Что же мы имѣемъ въ данномъ случаѣ? Если по уменьшенію азота мы можемъ заключить

Digitized by Google

объ уменьшеніи наиболѣе дѣятельныхъ и наиболѣе подвижныхъ, въ смыслѣ обмѣна, частей тѣла, то излишнее количество жира является ненужнымъ и должно быть безполезнымъ для организма. Подобно тому какъ въ машинѣ, части которой не соразмѣрно малы по сравненію съ силою развиваемаго пара, машинистъ будетъ экономить топливо, чтобы соразмѣрить силу пара съ работоспособностью машины, точно также и организмъ будетъ сберегать поступающій въ излишкѣ питательный матеріалъ, т. е. онъ будетъ отлагать его въ формѣ мало дѣятельной жировой ткани. Поэтому, не смотря на большое значеніе жира, ожирѣніе тѣла при уменьшенной наличности азотистыхъ частей будетъ скорѣе свидѣтельствовать о слабости организма. Говорятъ, что ожирѣніе встрѣчается въ семьяхъ, въ которыхъ господствуютъ бугорчатка, сахарное мочеизнуреніе, хроническій сочленовный ревматизмъ и т. п. истощающія организмъ болѣзни. Очевидно, что такое ожирѣніе должно скорѣе встрѣчаться у лицъ изъ такихъ семей, въ которыхъ истощающею болѣзнью пораженъ отецъ, тогда какъ при истощеніи матери зародышу будетъ доставляться недостаточный для тканетворенія матеріалъ, и у плода можно ожидать недостаточнаго развитія жира. Послѣднее обстоятельство подтверждается опытами д-ра *Рудольскаго*.

Количество фосфора и приплодовъ отъ самца на полномъ голоданіи почти не отличается отъ количества тогоже элемента у нормальнаго приплода, но оно, по видимому, увеличено у приплодовъ при неполномъ голоданіи; я говорю «по видимому», такъ какъ при небольшой величинѣ колебаній въ содержаніи фосфора опыты мои, можетъ быть, еще недостаточны для положительнаго вывода.

Весьма своеобразно измѣняется содержаніе сѣры въ приплодахъ. Такъ какъ сѣра входитъ въ составъ бѣлковыхъ тѣлъ, то по уменьшенію азота можно было ожидать и уменьшенія сѣры въ голодныхъ приплодахъ. Мои анализы однако противорѣчатъ этому предположенію. Содержаніе сѣры оказывается увеличеннымъ, въ особенности въ приплодахъ отъ самца съ неполнымъ голоданіемъ. Отсюда можно заключить, что количество сѣры увеличивается на счетъ минеральныхъ соединеній этого элемента. Надо, впрочемъ, замѣтить, что сѣра можетъ встрѣчаться въ животномъ царствѣ въ соединеніи съ органическими, но безазотистыми веществами.

Весьма рѣзко измѣняется содержаніе хлора въ приплодахъ отъ самца на полномъ голоданіи. Здѣсь количество хлора падаетъ до $^1/_6$ и ниже по сравненію съ нормальными приплодами. У приплодовъ-же отъ самца, голодавшаго съ водою, количество хлора остается почти не измѣненнымъ по сравненію съ нормальнымъ.

Количество кремнезема въ приплодахъ такъ незначительно, что я не буду останавливаться на его измѣненіяхъ.

Весьма интересно было-бы знать, какъ измѣняется содержаніе желѣза въ голодныхъ приплодахъ. Полученныя мною цифры для окисловъ желѣза и аллюминія однако такъ малы, что я не рѣшаюсь дѣлать изъ нихъ какого-либо вывода. Надо накопить очень большой матеріалъ, чтобы не впасть въ невольную ошибку.

Количество извести уменьшено въ голодныхъ приплодахъ и при томъ наиболѣе рѣзко въ приплодахъ отъ самца, голодавшаго съ водою.

Содержаніе магнезіи измѣняется почти такъ-же, какъ и содержаніе извести.

Что же касается калія и натрія, то я укажу лишь на значительное уменьшеніе въ содержаніи натрія у приплодовъ отъ самца на полномъ голоданіи, что вполнѣ соотвѣтствуетъ уменьшенному содержанію хлора у тѣхъ-же приплодовъ.

Разсмотрѣвъ полученныя мною данныя, нельзя не придти къ убѣжденію, что истощеніе голоданіемъ производителя отражается на происходящемъ отъ него потомствѣ измѣненіемъ въ химическомъ составѣ послѣдняго, при чемъ измѣненіе касается какъ органическихъ, такъ и неорганическихъ частей тѣла. Очевидно, что сѣмянныя нити служатъ не только возбудителями жизни въ яичкѣ, но вліяютъ еще какимъ-то образомъ на дальнѣйшія проявленія этой жизни, вызывая измѣненія въ процессѣ тканетворенія. Эти измѣненія выражаются въ томъ, что зародышъ какъ бы теряетъ способность усваивать извѣстныя вещества или, лучше сказать, способность усвоенія въ зародышѣ уменьшается къ однимъ веществамъ и повышается къ другимъ. Въ результатѣ появляется измѣненіе въ химическомъ составѣ. Это измѣненіе не можетъ не отразиться на дальнѣйшей жизнедѣятельности организма. Доказательствомъ того, что эта послѣдняя дѣйствительно измѣняется, служитъ уменьшеніе жизненной энергіи въ приплодахъ, доходящее до потери жизнеспособности. Какъ проявляется жизнедѣятельность на особяхъ, оставшихся жизнеспособными, и изглаживаются-ли замѣченныя мною измѣненія въ организаціи въ дальнѣйшей жизни?—вотъ вопросы, на которые я пока не могу еще дать какого-либо отвѣта.

Признавая фактъ измѣненія химическаго состава приплодовъ, какъ результатъ истощенія голоданіемъ производителя, нельзя не остановиться на вопросѣ: существуетъ-ли въ этихъ измѣненіяхъ какая-нибудь правильность или закономѣрность? Опыты мои не такъ еще многочисленны, чтобы я имѣлъ право говорить о закономѣрности этихъ измѣненій. Но уже одна только возможность существованія химическихъ измѣненій въ плодахъ отъ истощенныхъ производителей составляетъ, по моему мнѣнію, весьма важный фактъ для теоріи о наслѣдственности. Съ накопленіемъ матеріала удастся, вѣроятно, установить и закономѣрность явленій. Уже теперь выясняются условія, вліяющія въ ту или другую сторону на составъ плода. Къ такимъ условіямъ принадлежатъ: 1) характеръ или свойство истощающаго процесса. Уже одной прибавки воды при голоданіи достаточно, чтобы получилась разница въ химическомъ составѣ приплода и при томъ разница на столько значительная, что получается совершенно противоположный эфектъ; 2) степень истощенія самца. Какъ примѣръ вліянія степени истощенія, приведу слѣдующія цифры: приплодъ отъ одной и той-же самки далъ при истощеніи самца полнымъ голоданіемъ до потери 14,8% содержанія хлора = 0,18%, а при истощеніи того-же самца до потери 20% вѣса тѣла = 0,05%; извести получено при тѣхъ-же условіяхъ 3,4% и 2,6%; наконецъ, 3) степень упитанности самки. Я уже говорилъ, что вліяніе этого условія доказано опытами д-ра *Рудольскаго*.

Мнѣ остается отвѣтить еще на одинъ вопросъ: не есть-ли фактъ химическаго измѣненія въ приплодахъ отъ истощеннаго самца—особенность исключительно этого вида животныхъ? Я производилъ опыты на кроликахъ и имѣю право говорить только объ этихъ животныхъ; но да позволено мнѣ будетъ привести нѣкоторыя соображенія, касающіяся человѣка. Выше было сказано, что ожирѣніе иногда встрѣчается въ семьяхъ, въ которыхъ господствуютъ изнурительныя болѣзни. Эти данныя вполнѣ совпадаютъ съ полученными мною фактами.

Я приведу еще и другое соображеніе. Бѣдность, недостатокъ воздуха и истощеніе родителей болѣзнями приводятся въ этіологіи дѣтскаго рахита. Наиболѣе рѣзкое пораженіе при рахитѣ наблюдается на скелетѣ. Уже давно доказано обѣднѣніе костей при рахитѣ солями и главнымъ образомъ солями извести. Это обѣднѣніе солями извести также вполнѣ подтверждается добытыми мною фактами и, если-бы болѣзнь заключалась исключительно въ этомъ обѣднѣніи солями, то и не было бы никакой надобности для созданія другой теоріи о происхожденіи рахита. Болѣзнь эта состоитъ однако не только въ обѣднѣніи солями, но еще и въ уклоненіи процесса костетворенія отъ нормальнаго типа, при чемъ напряженность роста костей измѣняется и отсутствуетъ законченность костеобразованія. Нельзя-ли эти нарушенія объяснить тѣми функціональными уклоненіями, которыя должны быть неизбѣжнымъ послѣдствіемъ ненормальной организаціи тканей? Функція клѣтки есть результатъ опредѣленныхъ физическихъ и химическихъ свойствъ, присущихъ этой клѣткѣ. Если химическій составъ клѣтки измѣняется, то и дѣятельность клѣтки должна видоизмѣниться. Въ такомъ сложномъ процессѣ, какъ костетвореніе, неправильная организація отдѣльныхъ элементовъ можетъ путемъ взаимодѣйствія ихъ вызывать и такія явленія, которыя для нашего глаза носятъ отпечатокъ явнаго раздраженія

Digitized by Google

ткани. Во всякомъ случаѣ, мнѣ кажется, что объяснять такимъ путемъ происхожденіе рахитическихъ измѣненій въ костяхъ естественнѣе, нежели присутствіемъ какого-то неизвѣстнаго раздражителя.

---

VIII. Изъ госпитальной терапевтической клиники проф. Н. А. Засѣцкаго въ Казани.

## Къ ученію о секреторныхъ депрессивныхъ нейрозахъ.

Ѳ. Я. Китаева.

Изъ всѣхъ желудочныхъ нейрозовъ наименѣе изучены и наиболѣе трудны для распознаванія—секреторные желудочные нейрозы депрессивнаго характера. Клиническая картина этихъ нейрозовъ и по настоящее время не можетъ считаться вполнѣ обрисованной, а химическое изслѣдованіе желудочнаго сока часто даетъ данныя, допускающія весьма различное толкованіе. Вотъ почему каждый особый случай секреторнаго депрессивнаго нейроза, мнѣ кажется, слѣдуетъ сообщить, какъ матеріалъ для выясненія темныхъ сторонъ этого рода желудочныхъ нейрозовъ.

Какъ извѣстно, различаютъ 3 главныя формы секреторныхъ депрессивныхъ нейрозовъ: «subaciditas», «inaciditas» и «achylia gastrica». Нижеприводимый случай относится къ послѣдней формѣ.

С., 19 л., крестьянинъ Костромской губ., плотникъ, поступилъ въ госпитальную терапевтическую клинику проф. *Н. А. Засѣцкаго* 27/IX и пробылъ въ ней до 15/XI 1903 г. О своей болѣзни онъ разсказываетъ такъ: 4 года назадъ онъ упалъ съ 2 саженной высоты; мѣсяцевъ черезъ 8—9 послѣ того начали періодически появляться очень сильныя боли въ подложечной области, весьма часто распространяющіяся въ оба подреберья, при чемъ продолжительность болевыхъ періодовъ равняется отъ нѣсколькихъ дней до 1½ недѣль, а продолжительность безболевыхъ періодовъ отъ 2 до 4 недѣль; эти желудочныя боли бываютъ такія сильныя, что крѣпкаго, въ остальномъ совершенно здороваго, молодаго рабочаго лишаютъ возможности работать и въ концѣ концовъ заставили его лечь въ клинику. Свойства этихъ желудочныхъ болей такія: онѣ не измѣняются въ своей силѣ отъ внѣшняго давленія, равнымъ образомъ не измѣняются и отъ дѣйствія на мѣсто болевыхъ ощущеній тепла или холода; обычно бываютъ сильнѣе при тощемъ желудкѣ, а пріемъ пищи нѣсколько успокаиваетъ ихъ; онѣ сильнѣе, когда больной стоитъ и особенно когда ходитъ, а, когда лежитъ ослабѣваютъ; болевые періоды начинаются и оканчиваются постепеннымъ усиленіемъ и ослабленіемъ (въ теченіи 2—3 дней) болей. Другихъ жалобъ никакихъ нѣтъ. Позывъ на ѣду все время хорошій; на низъ правильно, ежедневно. Сонъ, когда бываютъ боли, часто плохой; въ остальное время—хорошій. Изъ прежде бывшихъ болѣзней припоминаетъ только желтуху, бывшую лѣтъ 10 назадъ, и какую-то, по видимому, острую заразную болѣзнь, бывшую ½ года назадъ. Спиртные напитки употреблялъ умѣренно. Сифилисъ безусловно отрицаетъ.

Подкожная жировая клѣтчатка развита хорошо; кожа и видимыя слизистыя оболочки нормальной окраски. Костная и мышечная системы уклоненій отъ нормы не представляютъ. За время пребыванія въ клиникѣ пополнѣлъ и прибавился въ вѣсѣ. Со стороны дыхательныхъ путей и сердечно-сосудистой системы какихъ-либо уклоненій отъ нормы при многократномъ изслѣдованіи не найдено. Печень опущена: верхняя граница ея тупости по правой грудинной линіи на верхнемъ краѣ 7-го, по правой сосковой—на верхнемъ краѣ 8-го, а по правой средней подмышковой—на верхнемъ краѣ 9-го ребра; нижняя граница по срединной линіи спускается на 3 стм. ниже горизонтальной линіи, дѣлящей пополамъ линію, соединяющую пупокъ съ основаніемъ мечевиднаго отростка, а по правой сосковой линіи печень выходитъ изъ-подъ края ложныхъ реберъ стм. на 4, нижній край прощупывается ясно; органъ мягкій, обычной плотности и совершенно безболѣзненъ. Селезенка не прощупывается и при постукиваніи не увеличена. Почки при многократномъ изслѣдованіи прощупать не удалось. Бѣлка въ мочѣ нѣтъ, сахара тоже; микроскопическое изслѣдованіе мочи тоже не указываетъ ни на какія патологическія уклоненія. Языкъ не обложенъ, при высовываніи ясно дрожитъ; отечности его не замѣтно. Желудочно-кишечный каналъ умѣренно вздутъ. Опредѣленіе нижней границы желудка, многократно произведенное по способу *Frerichs*'a, а также по примѣняемому въ клиникѣ проф. *Н. А. Засѣцкаго* сочетанному способу *Frerichs*'a со способомъ *Penzoldt*'a, показало, что эта граница лежитъ приблизительно на 4 стм. ниже поперечно-пупочной линіи, т. е. значительно опущена сравнительно съ нормой.

Не буду останавливаться на томъ, что здѣсь имѣлось дѣло съ опущеніемъ, а не съ расширеніемъ желудка: вся картина болѣзни и изслѣдованіе двигательной способности желудка, о которой будетъ сказано ниже, съ очевидностью говоритъ за опущенный, а не расширенный желудокъ.

Изслѣдованіе отправленій желудка, многократно произведенное въ теченіи *безболевого* періода, дало слѣдующіе результаты. Всасывательная способность желудка, изслѣдованная по способу *Penzoldt*'a и *Faber*'a, нормальна: реакція на іодъ въ слюнѣ получилась черезъ 19 мин. послѣ пріема утромъ натощакъ іодистаго калія, въ капсулѣ, въ количествѣ 0,2. Двигательная способность, изслѣдованная много разъ по способу *Leube*, какъ съ помощью пробнаго завтрака *Ewald*'a, такъ и съ помощью пробнаго обѣда *Riegel*'я, оказалась совершенно нормальной, даже скорѣе повышенной. Рѣзкія уклоненія отъ нормы представляла секреторная дѣятельность желудка. Какъ соляная кислота, такъ и пепсинъ и сычужное бродило постоянно отсутствовали въ содержимомъ желудка какъ въ тощемъ его состояніи, такъ и въ различныя фазы желудочнаго пищеваренія и на высотѣ этого послѣдняго; самое содержимое желудка постоянно давало слабощелочную реакцію и лишь только послѣ пробнаго обѣда *Riegel*'я реагировало кисло, давая однако лишь реакцію на одну молочную кислоту.

Первое предположеніе, которое было сдѣлано въ клиникѣ на счетъ характера заболѣванія, состояло въ томъ, что это былъ случай т. наз. перемежающейся (пароксизмальной) желудочной ахиліи, а именно той ея формы, которая чередуется съ gastroxynsis'омъ; при этой формѣ, какъ извѣстно, періоды усиленной секреторной дѣятельности желудка—періоды gastroxynsis'a—смѣняются періодами утомленія, когда желудочныя железы вслѣдствіе чрезмѣрной работы впадаютъ въ состояніе полнаго секреторнаго бездѣйствія—желудочной ахиліи. При такомъ предположеніи, жалоба больного, заставившая его поступить въ клинику—періодически наступающія желудочныя боли, должна была совпадать съ періодами gastroxynsis'a и должна была зависѣть отъ этого послѣдняго, другими словами—должна была зависѣть отъ раздраженія чувствительныхъ нервовъ желудка ненормально сильной кислотой его секреціей; съ этимъ предположеніемъ, по видимому, согласовался и характеръ желудочныхъ болей: онѣ сильнѣе были на тощій желудокъ и ослабѣвали при пріемѣ пищи, когда соляная кислота связывалась бѣлками пищи. При этомъ предположеніи оставался однако открытымъ вопросъ, какая связь существуетъ между перемежающейся ахиліей и опущеніемъ желудка и печени, явившимися, вѣроятно, слѣдствіемъ бывшаго 4 года назадъ паденія съ 2-саженной высоты; можно было—правда, съ большими натяжками—предполагать отраженную зависимость первой отъ второго, но утверждать это съ положительностью во всякомъ случаѣ не было данныхъ. Если-бы сдѣланное въ клиникѣ предположеніе о характерѣ заболѣванія было правильно, то, какъ само собою понятно, въ болевые періоды мы должны были-бы найти секреторную дѣятельность желудка повышенной,—должны были бы найти то, чѣмъ характеризуется gastroxynsis. Вотъ почему я съ особой тщательностью приступилъ къ изслѣдованію секреторной дѣятельности желудка, какъ только у больного появились въ клиникѣ его обычные болевые періоды, при чемъ производилъ это изслѣдованіе многократно. Результатъ получился одинъ и тотъ же, совершенно не соотвѣтствовавшій ожиданію: во время болевыхъ періодовъ, какъ и во время безболевыхъ, желудокъ вовсе не содержалъ ни соляной кислоты, ни пепсина, ни сычужнаго бродила. Такимъ образомъ пришлось отказаться отъ предположенія о перемежающейся формѣ желудочной ахиліи, какъ и отъ предположенія о зависимости желудочныхъ болей отъ періодически наступающаго gastroxynsis'a; наоборотъ, стало вѣроятнымъ, что и постоянную (стаціонарную) форму желудочной ахиліи и перемежающіяся желудочныя боли надо поставить въ зависимость отъ какого-то 3-го условія; таковымъ едва-ли могли быть опущенные желудокъ и печень, ибо при этомъ предположеніи трудно было-бы объяснить періодичность болей. Зная, что описанные до сихъ поръ случаи постоянной желудочной ахиліи наблюдались преимущественно при пораженіяхъ центральной нервной системы и главнымъ образомъ при спинной сухоткѣ, было обращено вниманіе, нѣтъ-ли у больного какихъ указаній на начальный періодъ этого заболѣванія и не служитъ-ли это послѣднее въ данномъ случаѣ связующимъ звеномъ между желудочной ахиліей и желудочными болями.

По просьбѣ проф. *Н. А. Засѣцкаго* больной былъ изслѣдованъ проф. *П. И. Ковалевскимъ*, который нашелъ у больного ассиметрію лица, отклоненіе языка при высовываніи въ лѣвую сторону и очень рѣзкое ослабленіе и замедленіе колѣнныхъ ре-

Digitized by Google

флексовъ. Проф. *П. И. Ковалевскій* въ его окончательномъ заключеніи высказался, что, не находя въ данномъ случаѣ вполнѣ опредѣленныхъ признаковъ спинной сухотки, онъ тѣмъ не менѣе, руководясь найденнымъ, не рѣшается отрицать ея начальный періодъ.

Если остановиться на этомъ послѣднемъ предположеніи, то на появляющіяся періодически желудочныя боли мы можемъ смотрѣть, какъ на желудочные кризы спинной сухотки, а на желудочную ахилію, какъ на раннее проявленіе того-же заболѣванія. Паденіе съ значительной высоты и сильное сотрясеніе всего тѣла и позвоночника послужили въ данномъ случаѣ, можетъ быть, благопріятнымъ условіемъ для развитія пораженія спинного мозга; это-же паденіе и сотрясеніе обусловили и опущеніе желудка и печени, которое однако не выражалось и не выражается, по видимому, никакими опредѣленными субъективными припадками. Не смотря на существованіе постоянной ахиліи, желудокъ у больного, по видимому, не страдаетъ: подавленная секреторная дѣятельность его уравновѣшивается повышенной двигательной способностью, а выпадающая пищеварительная работа выполняется кишечникомъ.

---

## IX. Къ вопросу о предупрежденіи несчастныхъ случаевъ среди сельско-хозяйственныхъ рабочихъ при работахъ съ орудіями и машинами и о подачѣ первой помощи увѣчнымъ.

**Л. Б. Бертенсона.**

(Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ въ соединенномъ засѣданіи отдѣловъ общественной, фабрично-заводской и горно-заводской медицины и гигіены 5/I 1904 г.).

Мм. Гг-ни и Мм. Гг.!

Къ наболѣвшимъ у насъ вопросамъ принадлежитъ, безъ сомнѣнія, вопросъ объ охраненіи сельско-хозяйственныхъ рабочихъ отъ увѣчій. Прошло болѣе 40 лѣтъ съ того времени, какъ вопросъ этотъ впервые былъ возбужденъ Варшавскимъ врачемъ *Шокальскимъ*, и только теперь онъ начинаетъ приближаться къ своему разрѣшенію. Еще въ 1869 г. на основаніи изслѣдованій д-ра *Добржицкаго* и Варшавскаго Общества врачей было извѣстно, что въ Европейской Россіи ежегодно получаютъ болѣе или менѣе тяжкія увѣчья не менѣе 12000 людей, занятыхъ сельско-хозяйственнымъ трудомъ, а съ конца 80-хъ годовъ, благодаря изслѣдованіямъ земскихъ врачей, главнымъ образомъ, *Н. И. Тезякова*, выяснилось, что число увѣчій не только велико, но и что они ведутъ къ ограниченію работоспособности и даже къ полной потерѣ ея. Въ этомъ не сомнѣвается и Департаментъ земледѣлія, который въ своемъ проэктѣ о предупрежденіи несчастныхъ случаевъ заявляетъ, что, «хотя статистическія свѣдѣнія еще недостаточны, но и безъ нихъ можно быть увѣреннымъ, что число несчастныхъ случаевъ, ежегодно происходящихъ при работахъ на сельско-хозяйственныхъ машинахъ, весьма велико, причемъ четвертая часть всѣхъ пострадавшихъ теряетъ вполнѣ трудоспособность и навсегда остается калѣками».

На ряду съ попытками со стороны нѣкоторыхъ земствъ (Херсонской, Полтавской, Таврической и Екатеринославской губерній) ограничить число несчастныхъ случаевъ среди сельско-хозяйственныхъ рабочихъ путемъ обязательныхъ предупредительныхъ мѣръ, и Министерство земледѣлія стало проводить мѣропріятія, направленныя къ разрѣшенію этого вопроса. Въ 1901 г. Департаментомъ земледѣлія по дѣлу объ увѣчьяхъ среди сельско-хозяйственныхъ рабочихъ были запрошены земства, а къ 1903 г. былъ выработанъ упомянутый выше проэктъ. Въ мартѣ этого года онъ подвергся разсмотрѣнію Сельско-хозяйственнаго Совѣта, причемъ предсѣдателемъ Совѣта министромъ земледѣлія было указано, что вопросъ объ огражденіи рабочихъ отъ поврежденій, наносимыхъ сельско-хозяйственными машинами, «до сихъ поръ еще не поднимался въ центральныхъ правительственныхъ учрежденіяхъ, а между тѣмъ этотъ вопросъ весьма важенъ и разрѣшеніе его становится съ каждымъ годомъ все необходимѣе». Что онъ назрѣлъ, видно, по мнѣнію министра, изъ того, что нѣкоторыя земства уже давно обратили на него вниманіе и издали рядъ обязательныхъ постановленій, направленныхъ къ возможному огражденію рабочихъ отъ увѣчій. Этимъ вопросомъ, равнымъ образомъ, занялись и люди науки; между прочимъ, говорилъ министръ, онъ поставленъ на очередь къ обсужденію IX Пироговскимъ Съѣздомъ врачей, организаціонный Комитетъ котораго выработалъ программу для собиранія свѣдѣній о несчастныхъ случаяхъ и санитарныхъ условіяхъ труда и жизни сельско-хозяйственныхъ рабочихъ.

Сельско-хозяйственный Совѣтъ отнесся сочувственно къ проэкту Департамента земледѣлія и, согласившись съ безотлагательностью принятія мѣръ по предупрежденію несчастныхъ случаевъ при работахъ съ сельско-хозяйственными машинами, вмѣстѣ съ тѣмъ призналъ, что «на эти мѣры нужно смотрѣть, какъ на первый шагъ, и что за ними должна слѣдовать разработка кореннаго вопроса объ обезпеченіи участи пострадавшихъ рабочихъ и ихъ семей».

Такой широкій взглядъ на дѣло со стороны Сельско-хозяйственнаго Совѣта, самъ по себѣ, даетъ основаніе прежде всего отнестись критически къ тѣмъ предупредительнымъ мѣропріятіямъ, которыя имъ для начала уже намѣчены и составляютъ первый шагъ къ дальнѣйшей разработкѣ кореннаго вопроса, и выяснить, въ какой мѣрѣ этими мѣропріятіями въ дѣйствительности достигается цѣль, и могутъ-ли онѣ, сами по себѣ, обезпечивать, хотя-бы въ ограниченной степени, участь рабочихъ и ихъ семействъ.

Въ чемъ заключаются мѣропріятія по предупрежденію несчастныхъ случаевъ при работахъ съ сельско-хозяйственными машинами, видно изъ слѣдующихъ постановленій Сельско-хозяйственнаго Совѣта (Журналъ отъ 15 марта 1903 г.).

1. Просить Медицинскій Департаментъ установить повсемѣстную регистрацію несчастныхъ случаевъ при работахъ съ сельско-хозяйственными машинами [1]).

2. Обратить вниманіе земскихъ учрежденій, сельско-хозяйственныхъ Обществъ, а также, по возможности и самихъ сельскихъ хозяевъ на пользу мѣръ къ устраненію несчастныхъ случаевъ и ознакомить ихъ съ существующими для сего предохранителями простѣйшаго устройства.

3. Выразить пожеланіе, чтобы отечественные заводы сельско-хозяйственныхъ орудій и машинъ, а равно представители заводовъ иностранныхъ, озаботились принятіемъ мѣръ къ снабженію выпускаемыхъ ими въ продажу машинъ простѣйшими предохранителями. Просить г. министра земледѣлія и государственныхъ имуществъ установить преміи за лучшее изобрѣтеніе предохранителей для опасныхъ частей сельско-хозяйственныхъ машинъ и орудій, имѣя въ виду въ особенности необходимость изобрѣтенія самоподавателя въ паровыя молотилки, который-бы служилъ вмѣстѣ съ тѣмъ и предохранителемъ отъ несчастныхъ случаевъ.

4. Предоставить земствамъ издавать обязательныя постановленія относительно снабженія сельско-хозяйственныхъ машинъ простѣйшими предохранителями, а равно, въ случаѣ надобности, и относительно условій и обстановки работъ на нихъ, съ обязательствомъ представленія проэктовъ сихъ постановленій, заслушанныхъ губернскимъ земскимъ Собраніемъ, на предварительное заключеніе министра земледѣлія и государственныхъ имуществъ.

Въ неземскихъ губерніяхъ указаннаго рода постановленія должны вырабатываться сельско-хозяйственными Обществами и, въ видѣ проэктовъ, также поступать на утвержденіе Министерства земледѣлія и государственныхъ имуществъ.

И такъ, изъ приведеннаго перечня постановленій Совѣщанія Сельско-хозяйственнаго Совѣта видно, что намѣченныя мѣропріятія по предупрежденію несчастныхъ случаевъ пока, въ сущности, сводятся къ огражденію опасныхъ частей машинъ простѣйшими предохранителями. Хотя въ 4-мъ постановленіи и указывается о предоставленіи земствамъ, въ случаѣ надобности, составлять обязательныя постановленія относительно условій и обстановки работъ на нихъ, но уже сама формулировка этого постановленія показываетъ, что послѣднія становятся на 2-ой планъ.

На эти именно условія и обстановку работъ я и хотѣлъ-бы обратить вновь Ваше вниманіе и, съ Вашей помощью, если и не выдвинуть ихъ впередъ, то, по крайней мѣрѣ, придать имъ нынѣ-же такое-же значеніе, какое придается предохранительнымъ приспособленіямъ.

Касаясь этого вопроса, я прежде всего напомню, что уже VI Пироговскій Съѣздъ, признавшій въ 1896 г., на основаніи доклада д-ра *Н. И. Тезякова*, «неотложнымъ изданіе земствами обязательныхъ постановленій въ цѣляхъ

[1]) По регистраціонной картѣ, выработанной Вольно-Экономическимъ Обществомъ и Пироговскимъ Съѣздомъ.

защиты сельскохозяйственныхъ рабочихъ отъ машинныхъ поврежденій», смотрѣлъ на вопросъ о поврежденіяхъ широко и, конечно, не въ смыслѣ лишь примѣненія простѣйшихъ предохранительныхъ приспособленій.

VIII Пироговскій Съѣздъ, постановившій, по докладу д-ра *Н. И. Лебедева* [1]), въ 1902 г. повторить ходатайство о дополненіи положенія о наймѣ на сельскія работы статьями, обусловливающими примѣненіе къ сельско-хозяйственнымъ машинамъ необходимыхъ приспособленій для защиты рабочихъ отъ поврежденій, подчеркнулъ необходимость обратить вниманіе на частые случаи травмы среди дѣтей, являющихся нерѣдко въ качествѣ рабочихъ въ экономіяхъ.

Останавливаясь на вопросѣ о рабочихъ—дѣтяхъ, нельзя не признать, что онъ тѣсно связанъ съ вопросомъ объ условіяхъ и объ обстановкѣ работъ. Изъ имѣющихся статистическихъ данныхъ, далеко къ тому-же неполныхъ, извѣстно, что въ ряду подвергающихся увѣчьямъ дѣти занимаютъ весьма видное мѣсто. По д-ру *В. С. Клименко* [2]), пострадавшія дѣти до 15 л. составляютъ 18,5$^0/_0$; по д-ру *Н. И. Тезякову* [3]) — 26,5$^0/_0$; по д-ру *А. И. Войцеховскому* [4]) на дѣтей и подростковъ до 15 л. падаетъ 31,2$^0/_0$, при чемъ въ числѣ пострадавшихъ числятся и дѣти 4-хъ, 5-ти и 6-ти л.; наконецъ, по д-ру *С. К. Ончукову* [5])—дѣтей до 15 л. страдаетъ 36,8$^0/_0$. Изъ доклада Департамента земледѣлія Совѣщанію Сельско-хозяйственнаго Совѣта (мартъ 1903 г.) видно, что наибольшій $^0/_0$ увѣчій послѣ молодыхъ людей въ возрастѣ отъ 16 до 20 л., даютъ дѣти отъ 10 до 15 л.

Въ положеніи дѣтей по отношенію къ числу поврежденій находятся неграмотные, на которыхъ тоже падаетъ наибольшее число несчастныхъ случаевъ. По д-ру *С. К. Ончукову*, среди увѣчныхъ, неграмотныхъ 65,6$^0/_0$. Въ докладѣ Департамента земледѣлія цифръ не приводится, но тоже указывается, что наибольшій $^0/_0$ увѣчій приходится на неграмотныхъ.

Если къ сказанному о дѣтяхъ и неграмотныхъ прибавить, что среди подвергающихся увѣчьямъ не мало нетрезвыхъ, неосторожныхъ и безумно-удалыхъ и, главное, такихъ, которые вовсе незнакомы съ правилами обращенія съ машинами, то становится очевиднымъ, что, если отъ недостатка защитныхъ приспособленій у машинъ и происходитъ большое число поврежденій, то не меньшее число несчастій зависитъ отъ причинъ, лежащихъ въ общихъ условіяхъ работъ.

Многими земствами (Харьковскимъ, Полтавскимъ, Воронежскимъ и др.) уже указано на важность упорядоченія этихъ условій, и Департаментъ земледѣлія, въ свою очередь, призналъ серьезное значеніе за мѣрами, касающимися обстановки, въ которой производится работа; но, къ сожалѣнію, пока не видно даже стремленія къ примѣненію ихъ, а Департаментъ земледѣлія видитъ препятствіе для осуществленія этихъ мѣръ въ невозможности учрежденія спеціальной инспекціи. Этого «препятствія» я коснусь ниже, а пока остановлюсь еще на одномъ условіи работъ отрицательнаго свойства, которое, въ сущности, и составляетъ главный предметъ моего доклада. Я хочу обратить Ваше вниманіе на самую печальную сторону обстановки работъ—на полное отсутствіе на мѣстѣ сельско-хозяйственныхъ работъ какой-либо организаціи по подачѣ первой помощи въ несчастныхъ случаяхъ.

На Совѣщаніи 8-ой сессіи Сельско-хозяйственнаго Совѣта, въ мартѣ 1903 г., я уже указывалъ, что проэктированныя Департаментомъ земледѣлія и нынѣ одобренныя Совѣтомъ мѣры къ предупрежденію несчастныхъ случаевъ среди рабочихъ, занятыхъ у сельско-хозяйственныхъ машинъ, ограничиваясь требованіемъ обязательнаго примѣненія разнаго рода предохранителей, не касаются вовсе мѣръ подачи первой помощи на мѣстѣ несчастья и огражденія пострадавшихъ рабочихъ отъ такихъ пріемовъ, которые могутъ имѣть послѣдствіемъ не только усиленіе страданія увѣчнаго, но и дѣйствительное ухудшеніе его положенія съ превращеніемъ легкаго увѣчья въ тяжелое, излѣчимаго въ неизлѣчимое, несмертельнаго въ смертельное.

Здѣсь въ компетентномъ Собраніи людей, хорошо знакомыхъ съ нашими бытовыми и трудовыми условіями вообще и съ обстановкой сельско-хозяйственныхъ работъ въ частности, не приходится развивать эту мысль и подкрѣплять ее фактами. Достаточно сослаться на казуистику несчастныхъ случаевъ, сгруппированную, на основаніи собственныхъ данныхъ и работъ врачей *Волохова, Клименко* и *Тезякова*, д-ромъ *В. Н. Сахновскимъ* [6]), изъ которой видно, какъ много рабочихъ умираютъ отъ такихъ увѣчій, которыя, сами по себѣ, при своевременности подачи первой помощи и при условіи ея безупречности, должны-бы оканчиваться выздоровленіемъ. Наиболѣе доказательными въ этомъ смыслѣ являются случаи довольно частой смерти отъ кровотеченій. А такой фактъ, что «четвертая часть рабочихъ изъ общаго числа пострадавшихъ теряетъ вполнѣ трудоспособность»—развѣ не можетъ быть объясненъ несвоевременностью и недостаточностью первой помощи или полнымъ отсутствіемъ ея? Конечно, да.

На основаніи видѣннаго мною на фабрикахъ, заводахъ и промыслахъ, я имѣю право утверждать, что немало случаевъ смерти и превращенія легкаго увѣчья въ тяжкое у нашихъ рабочихъ проистекаетъ именно отъ несвоевременности подачи первой помощи или недостаточности ея. Если это случается нерѣдко на промышленныхъ предпріятіяхъ, обязанныхъ закономъ подавать первую помощь своимъ рабочимъ, то, конечно, еще чаще оно должно происходить въ сельско-хозяйственныхъ экономіяхъ, удаленныхъ сплошь и рядомъ за нѣсколько десятковъ верстъ отъ больницъ и пріемныхъ покоевъ, не имѣющихъ ни врачей, ни фельдшеровъ, ни носилокъ, ни перевязочныхъ принадлежностей и т. п.

Возвращаясь къ защитнымъ приспособленіямъ у машинъ, я долженъ повторить общеизвѣстную истину, что этими приспособленіями, какъ-бы они многочисленны и совершенны ни были, многихъ увѣчій и несчастныхъ случаевъ не предупредишь и что весьма много условій для несчастныхъ случаевъ находится внѣ орудій и машинъ—въ самихъ людяхъ, въ ихъ неосторожности, безпечности, удали, случайной невнимательности, въ ослабленіи бдительности вслѣдствіе утомленія или вообще ненормальнаго физическаго и психическаго состоянія. Связывая эти условія съ безпомощностью пострадавшихъ, нельзя не видѣть, что забота о снабженіи машинъ предохранительными приспособленіями составляетъ лишь небольшое звено въ ряду предупредительныхъ мѣропріятій, что этой заботой ограничиваться нельзя и что необходимо въ ближайшемъ будущемъ заняться упорядоченіемъ условій и обстановки работъ и организаціей подачи первой помощи на мѣстѣ ихъ.

Не раздѣляя мнѣнія Департамента земледѣлія, что препятствіемъ для выработки правилъ относительно условій и обстановки работы является «невозможность учрежденія, по несвоевременности, особой наблюдательной инспекціи» (можно было-бы и изданіе обязательныхъ постановленій относительно предохранительныхъ приборовъ у машинъ также поставить въ зависимость отъ учрежденія инспекціи,—чего, однако, Департаментъ не требуетъ), я полагалъ-бы, не ограничиваясь предоставленнымъ земствамъ правомъ издавать обязательныя постановленія относительно условій и обстановки работъ, ходатайствовать объ изданіи законодательнымъ путемъ правила, по которому въ сельско-хозяйственныхъ экономіяхъ, пользующихся трудомъ наемныхъ рабочихъ, къ работамъ съ сельско-хозяйственными орудіями и машинами не допускались-бы дѣти моложе 15 лѣтъ и по которому работы эти производились-бы не иначе, какъ подъ наблюденіемъ людей грамотныхъ и хорошо знакомыхъ какъ съ правилами обращенія съ машинами, такъ и съ основами подачи первой помощи при несчастныхъ случаяхъ.

Что касается подачи первой помощи, то въ такихъ экономіяхъ, которыя находятся въ большомъ разстояніи (болѣе $^1/_2$ версты) отъ больницъ и пріемныхъ покоевъ, не имѣютъ фельдшеровъ и по экономическимъ условіямъ не могутъ ихъ имѣть, должны быть въ средѣ служащихъ люди, знакомые съ основами подачи первой помощи; экономіи эти должны имѣть для такой помощи въ своемъ распоряженіи необходимыя принадлежности, какъ-то: жгуты

Digitized by Google

для остановки кровотеченія, бинты, обеззараживающія средства и т. п.

Связывать вопросъ о подачѣ первой помощи сельско-хозяйственнымъ рабочимъ, имѣющимъ дѣло съ машинами, съ вопросомъ о врачебной помощи населенію вообще—помощи, лежащей на обязанности земствъ и замѣняющихъ ихъ учрежденій,—конечно, нельзя. Насколько несчастные случаи отъ работы сельско-хозяйственными орудіями и машинами по происхожденію и частотѣ представляются незаурядными, выходя изъ рамокъ обыкновенныхъ заболѣваній и случайныхъ поврежденій, настолько и помощь при машинныхъ увѣчьяхъ должна выходить изъ общаго положенія о помощи населенію. Не подлежитъ сомнѣнію, что на обязанности каждаго хозяина, пользующагося для своихъ надобностей и выгодъ трудомъ рабочаго, должна лежать и забота объ охраненіи здоровья и жизни послѣдняго, и, если въ техническомъ дѣлѣ онъ не всегда можетъ предупреждать несчастья, то всегда долженъ принимать безотлагательныя и наиболѣе совершенныя мѣры къ ограниченію размѣровъ и послѣдствій поврежденія.

Наши экономическія и географическія условія, къ сожалѣнію, таковы, что въ большинствѣ случаевъ дѣлаютъ невозможнымъ подачу первой помощи при сельско-хозяйственныхъ поврежденіяхъ въ болѣе совершенной формѣ, т. е. при посредствѣ врачей или ихъ помощниковъ и помощницъ, а потому является особая и безусловная необходимость въ принятіи широкихъ мѣръ къ распространенію среди самихъ рабочихъ и лицъ, надзирающихъ за работами, свѣдѣній о способахъ и средствахъ подачи первой помощи. Однимъ изъ способовъ насажденія такихъ свѣдѣній можетъ быть преподаваніе правилъ первой помощи въ сельско-хозяйственныхъ учебныхъ заведеніяхъ, изъ которыхъ выходятъ люди, руководящіе сельско-хозяйственными работами и находящіеся въ постоянномъ общеніи съ рабочими. Эта мысль нашла уже себѣ сочувствіе въ Сельско-хозяйственномъ Совѣтѣ; остается лишь пожелать, чтобы она въ скоромъ времени была осуществлена.

Въ заключеніе я хотѣлъ-бы отмѣтить, что, сознавая, что въ настоящемъ докладѣ, быть можетъ, и не хватаетъ подкрѣпляющихъ фактовъ, я все-же думаю, что и съ такимъ пробѣломъ затронутые вопросы, сами за себя говорящіе, заслуживаютъ Вашего вниманія.

*Положенія.*

1. Одобренныя послѣдней сессіей Сельско-хозяйственнаго Совѣта мѣропріятія по охраненію рабочихъ отъ увѣчій, происходящихъ отъ сельско-хозяйственныхъ орудій и машинъ, заключающіяся въ предоставленіи земствамъ издавать обязательныя постановленія относительно простѣйшихъ предохранительныхъ приборовъ, весьма недостаточны.

2. И при наличности простѣйшихъ предохранителей случаи увѣчій будутъ часты и многочисленны, если не будутъ измѣнены нынѣшнія условія и обстановка работъ съ сельско-хозяйственными орудіями и машинами; поэтому обязательныя постановленія, относящіяся пока лишь къ предохранительнымъ приборамъ, должны распространяться и на условія и обстановку работъ.

3. Работа съ сельско-хозяйственными орудіями и машинами малолѣтнихъ до 15 л. по найму должна быть воспрещена законодательнымъ путемъ.

4. Закономъ должно быть также установлено, чтобы работы съ орудіями и машинами производились не иначе, какъ подъ наблюденіемъ людей грамотныхъ и хорошо знакомыхъ какъ съ правилами обращенія съ машинами, такъ и съ правилами подачи первой помощи въ несчастныхъ случаяхъ.

5. Получившіе увѣчья рабочіе въ сельско-хозяйственныхъ экономіяхъ въ подавляющемъ числѣ случаевъ не получаютъ врачебной помощи съ той быстротой, которой требуетъ ихъ положеніе, что̀ ведетъ къ пагубнымъ послѣдствіямъ. Поэтому во всѣхъ сельско-хозяйственныхъ экономіяхъ, которыя удалены отъ пріемныхъ покоевъ и больницъ, не имѣютъ въ своемъ распоряженіи и въ ближайшемъ сосѣдствѣ отъ работъ врачей и фельдшеровъ, должны въ средѣ сельско-хозяйственной администраціи быть лица, хорошо знакомыя съ правилами подачи первой помощи, при чемъ въ распоряженіи ихъ всегда должны имѣться и необходимыя для помощи средства.

6. Въ виду исключительно неблагопріятныхъ условій, въ которыхъ находятся сельско-хозяйственные рабочіе по отношенію къ врачебной помощи, необходимо широкое распространеніе среди нихъ, а также среди лицъ, надзирающихъ за работами, свѣдѣній о способахъ и средствахъ подачи первой помощи.

7. Однимъ изъ лучшихъ путей къ насажденію такихъ знаній служитъ преподаваніе правилъ первой подачи помощи въ сельско-хозяйственныхъ учебныхъ заведеніяхъ, которое, по примѣру техническихъ низшихъ и высшихъ школъ, слѣдуетъ сдѣлать обязательнымъ.

**Источники.** 1. *Н. И. Лебедевъ.* Травматизмъ рабочихъ сельскохозяйственной экономіи въ районѣ свеклосахарнаго завода. Докладъ на VIII Пироговскомъ Съѣздѣ врачей въ Москвѣ, 1902 г. «Русскій Врачъ», 1902, № 14.—2. *В. С. Клименко.* Къ статистикѣ поврежденій сельско-хозяйственными орудіями. «Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины», 1899, май.—3. *Н. И. Тезяковъ.* Травматическія поврежденія отъ работъ на земледѣльческихъ машинахъ. Тамъ-же, 1891, декабрь.—4. *А. И. Войцеховскій.* Травматическія поврежденія, происходящія отъ работъ на земледѣльческихъ машинахъ. Тамъ-же, 1891, декабрь.—5. *С. К. Ончуковъ.* О травматическихъ поврежденіяхъ рабочихъ на сельско-хозяйственныхъ машинахъ. Докладъ Съѣзду врачей Херсонской губ., 1899 г.—6. *Ф. Шотте.* Самыя необходимыя предохранительныя приспособленія при сельско-хозяйственныхъ машинахъ для огражденія рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ. Со статьей *В. Н. Сахновскаго.* Перев. *Е. Н.* и *В. Н. Сахновскихъ.* Кіевъ, 1903.

---

X. Изъ больницы Св. Маріи Магдалины въ Петербургѣ.

## Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи выпаденій прямой кишки.

**Ф. К. Вебера.**

Прежде, чѣмъ разбирать новѣйшіе способы лѣченія этого заболѣванія, опишу въ самыхъ краткихъ чертахъ тѣ прикрѣпленія, которыя удерживаютъ прямую кишку въ нормальномъ положеніи, и въ нѣсколькихъ словахъ коснусь патогенеза разбираемой болѣзни. Въ анатомическомъ отдѣлѣ буду придерживаться взглядовъ *Waldeyer*'а, который въ своемъ капитальномъ трудѣ о строеніи таза приводитъ новыя воззрѣнія на происхожденіе выпаденій прямой кишки, не вполнѣ схожія съ воззрѣніями прежнихъ авторовъ.

*Waldeyer* дѣлитъ прямую кишку на 2 отдѣла—тазовой и промежностный. Первый простирается отъ 3-го крестцоваго позвонка до мѣста прикрѣпленія мышцы, поднимающей прямую кишку, что̀ у мужчинъ соотвѣтствуетъ нижнему краю предстательной железы, и у женщинъ—приблизительно срединѣ влагалища. Тазовая часть прямой кишки удерживается главнымъ образомъ брюшиною и фасціею. Брюшина въ верхней части окружаетъ прямую кишку почти совершенно, образуя сзади т. наз. mesorectum. Послѣднее можетъ быть различной длины, и у людей, которые имѣютъ хорошо выраженную брызжейку восходящей и низходящей кишки, mesorectum можетъ быть довольно длиннымъ, что, понятно, отзывается на подвижности этой части кишки. Брюшина, спускаясь по кишкѣ книзу, покрываетъ только переднюю и боковыя, а подъ конецъ только переднюю поверхность прямой кишки и, переходя на уровнѣ 1-го копчиковаго позвонка кпереди на пузырь или на матку, образуетъ запузырное или заматочное углубленіе (excavationem rectovesicalem resp. rectouterinam). У женщинъ и въ особенности у дѣтей эта складка брюшины спускается ниже. *Freund* показалъ, что у женщинъ съ недоразвитыми половыми органами, при инфантилизмѣ сплошь и рядомъ замѣчается очень низкое стояніе *Douglas*'овой складки. Брюшина обыкновенно очень тѣсно бываетъ спаяна съ подлежащею кишкою, но и здѣсь отмѣчаются различныя степени. У предрасположенныхъ напр., къ различнымъ грыжевымъ выпячиваніямъ имѣется крайне рыхлая связь между брюшиною и подлежащими тканями. Понятно, что въ такихъ случаяхъ брюшина будетъ играть ничтожную роль при поддерживаніи прямой кишки.

Сзади и сбоковъ, гдѣ прямая кишка не покрыта брюшиною, она окружена фасціей, составляющей продолженіе тазовой фасціи. Переходя кпереди подъ складкою брюшины въ т. наз. запузырную фасцію (fasciam rectovesicalem), она здѣсь поддерживаетъ прямую кишку. *Poirier* въ поддерживаніи прямой кишки въ ея положеніи большое значеніе придаетъ сосудамъ съ окологосудистой клѣтчаткой, въ видѣ тканей отходящимъ отъ стѣнки таза къ прямой кишкѣ и тѣмъ поддерживающимъ послѣднюю.

Не второстепенную роль играетъ при этомъ и жировая ткань,

располагающаяся въ клѣтчаткѣ между фасціей и прямой кишкою и между фасціею и стѣнкою таза. Всѣ выше изложенныя прикрѣпленія предоставляютъ въ тоже время тазовой части прямой кишки извѣстную долю подвижности.

Иначе обстоитъ дѣло съ промежностной частью кишки, которая у нормальнаго человѣка представляется прочно укрѣпленною благодаря тому, что мышечные пучки нижней части прямой кишки соединяются съ кожею, промежностною фасціею и главнымъ образомъ съ мышечными пучками тазового дна, т. е. съ мышцей, поднимающей заднепроходное отверстіе, луковично-пещеристой, поперечной промежностной и т. д.

Разбирая причины развитія выпаденій прямой кишки, слѣдуетъ отличать выпаденія тазовой части ея отъ выпаденій промежностной. Первыя теперь принято называть выпаденіемъ прямой кишки (prolapsus recti); выпаденіе обѣихъ частей называютъ выпаденіемъ прямой кишки и заднепроходнаго отверстія (prolapsus recti et ani) или «prolapsus totale» французскихъ авторовъ.

*Esmarch* въ своемъ сочиненіи «Die Krankheiten des Mastdarms» видитъ причину выпаденія прямой кишки въ слабости и податливости мышцъ тазового дна, главнымъ образомъ наружнаго жома и мышцы, поднимающей задній проходъ: первично выпячивается слизистая оболочка или вся толща нижняго отрѣзка кишки, и только впослѣдствіи отъ постоянныхъ потягиваній снизу выпадаетъ и тазовая часть кишки, а вмѣстѣ съ нею выпячивается и складка брюшины.

Иначе объясняетъ себѣ происхожденіе выпаденія кишки *Jeannel*; онъ справедливо замѣчаетъ, что во многихъ случаяхъ полныхъ разрывовъ промежности съ обширнымъ разрушеніемъ жома и мышцы, поднимающей задній проходъ, прямая кишка сохраняетъ свое нормальное положеніе. Большее значеніе онъ придаетъ верхнему укрѣпляющему прибору: разъ послѣдній ослабѣлъ, неминуемо должно наступить выпаденіе, такъ какъ мышцы тазового дна вслѣдствіе постояннаго напора спустившейся кишки сверху постепенно ослабляются и даютъ возможность выпавшей кишкѣ выступить наружу. Причину ослабленія прикрѣпленій прямой кишки *Jeannel* видитъ въ заболѣваніи самой кишечной стѣнки. Разъ она становится паретичной, появляются запоры, а съ ними и расширеніе и удлиненіе кишки. Запоры вызываютъ усиленную дѣятельность брюшного пресса, который такимъ образомъ и выталкиваетъ плохо укрѣпленную кишку въ отверстіе тазового дна.

Объясненіе *Jeannel*'я слѣдуетъ отмѣтить потому, что имъ устанавливается важное значеніе прикрѣпленія верхняго отдѣла прямой кишки въ происхожденіи ея выпаденій; но, какъ таковое, его никоимъ образомъ нельзя признать удовлетворяющимъ всѣмъ видамъ выпаденій.

За послѣднее время *Waldeyer* и въ особенности *Ludloff* указали на то, что видную роль при возникновеніи выпаденій прямой кишки играетъ образованіе т. наз. промежностной грыжи. Брюшинная складка *Douglas*'ова пространства не доходитъ до тазовой діафрагмы, а отдѣлена отъ нея рыхлой клѣтчаткою и жировою тканью. При сокращеніи брюшныхъ мышцъ и повышеніи внутрибрюшного давленія брюшина нѣсколько смѣщается внизъ, пока не найдетъ сопротивленіе со стороны тазовой діафрагмы, при этомъ усиленному давленію подвергается передняя стѣнка верхняго отдѣла прямой кишки, образующая здѣсь открытую кверху и кпереди дугу. При нормальной сократительности кишечной стѣнки, при хорошемъ укрѣпленіи верхнихъ отдѣловъ кишки и при малой подвижности брюшины кишка хорошо выдерживаетъ этотъ напоръ, и нормальныя анатомическія отношенія не нарушаются. Но, разъ кишечная стѣнка утратила свой тонусъ (вслѣдствіе катарра кишки, истощенія, и т. д.), приборъ, прикрѣпляющій верхній отдѣлъ кишки, ослабленъ и брюшина крайне подвижна, какъ при наклонности къ грыжамъ вообще, то усиленная дѣятельность брюшныхъ мышцъ очень легко можетъ вызвать выпячиваніе передней стѣнки прямой кишки. Такъ какъ задняя стѣнка послѣдней очень рыхло связана съ крестцемъ, то она скоро слѣдуетъ за передней.

При повторныхъ усиленныхъ сокращеніяхъ брюшныхъ мышцъ выпятившаяся часть кишки все болѣе и болѣе вталкивается въ ея просвѣтъ и наконецъ выходитъ черезъ расслабленный жомъ наружу. По этимъ воззрѣніямъ, стало быть, первично развивается выпаденіе кишки и только вторично вслѣдствіе разрыхленія связи между тазовымъ дномъ и нижнимъ отрѣзкомъ прямой кишки наступаетъ полное выпаденіе кишки (задняго прохода).

Что при повышенномъ внутрибрюшномъ давленіи нижній отдѣлъ *Douglas*'ова пространства производитъ давленіе на переднюю стѣнку прямой кишки, въ этомъ можно убѣдиться, изслѣдуя прямую кишку у здоровыхъ, а также у имѣющихъ наклонность къ выпаденіямъ, и заставляя ихъ при этомъ тужиться. *Н. И. Напалкову* удалось даже, вызывая путемъ опытовъ повышенное внутрибрюшное давленіе, получить у ребенка на трупѣ выпаденіе прямой кишки, при чемъ сначала выпячивалась и выпадала передняя стѣнка, а за нею уже слѣдовала и задняя стѣнка прямой кишки. Такимъ образомъ вліяніе промежностной грыжи на возникновеніе выпаденій прямой кишки, мнѣ кажется, доказано несомнѣнно.

Но *Ludloff*, выдвигая на передній планъ одну причину развитія выпаденій, совершенно отвергаетъ вліяніе тазового дна или, по крайней мѣрѣ, придаетъ ему крайне ничтожное значеніе. По моему однако убѣжденію, основанному не только на данныхъ литературы и личныхъ наблюденіяхъ при операціи, но и на изслѣдованіи тазового дна у многихъ больныхъ преимущественно женщинъ, ни одной изъ вышеизложенныхъ теорій нельзя всесторонне объяснить причины развитія выпаденій прямой кишки. Въ тяжелыхъ случаяхъ имѣются значительныя измѣненія какъ самой стѣнки кишки, представляющейся дряблой и лишенной тонуса и сплошь и рядомъ воспалительно измѣненной, такъ и тканей, окружающихъ прямую кишку; при этомъ тазовое дно оказывается расслабленнымъ, а мышцы, поддерживающія и окружающія нижній отрѣзокъ кишки (поднимающая задній проходъ и наружный жомъ)— атрофированными. Кромѣ того, весь верхній поддерживающій приборъ кишки дѣлается совершенно податливымъ. Брызжейка прямой кишки, если она есть, удлиняется и теряетъ упругость, жировая ткань, имѣющаяся у здоровыхъ людей между кишкою и фасціей и между послѣдней и стѣнкою таза, исчезаетъ, такъ что кишка становится совершенно подвижной. Брюшина смѣщается такъ легко и дѣлается такою растяжимою, что подъ вліяніемъ усиленныхъ сокращеній брюшныхъ мышцъ легко вдавливаетъ переднюю стѣнку прямой кишки и вызываетъ такимъ путемъ ея выпаденіе.

Рѣшить въ каждомъ случаѣ, имѣется-ли первичное ослабленіе тазового дна или верхняго прибора и имѣется-ли первичная промежностная грыжа, вызывающая выпаденіе, можно только въ началѣ заболѣванія. Я лично склоненъ признавать ослабленіе верхняго поддерживающаго прибора прямой кишки и образованіе промежностной грыжи въ смыслѣ *Waldeyer*'а важнымъ условіемъ для развитія выпаденій прямой кишки. Мышцы тазового дна атрофируются только вторично.

Послѣ всего сказаннаго нужно считать наиболѣе цѣлесообразными тѣ способы оперативнаго лѣченія выпаденій прямой кишки, которые принимаютъ въ разсчетъ условія возникновенія болѣзни и которые стремятся, на сколько это, понятно, возможно, возстановить нормальный поддерживающій приборъ прямой кишки.

Понятно, что наши хирургическіе пріемы слишкомъ еще несовершенны, чтобы возстановить тѣ въ высшей степени сложныя анатомическія отношенія, какія представляетъ мышечноволокнистый приборъ, окружающій и поддерживающій прямую кишку. Идеалъ здѣсь не достижимъ, и намъ приходится только стараться, какъ можно ближе подойти къ нему.

Чтобы не слишкомъ расширять размѣровъ статьи, я буду исключительно разбирать случаи выпаденія всѣхъ слоевъ прямой кишки, при чемъ слѣдуетъ отличать, какъ это уже выше сказано, полное и неполное выпаденіе. Выпаденіе одной слизистой оболочки нижней части прямой кишки, какъ этіологически совершенно обособленное заболѣваніе, а также выпаденіе S-образной кишки и нижнихъ отдѣловъ толстой (prolapsus coli innaginati) я оставлю въ сторонѣ.

Digitized by Google

для остановки кровотеченія, бинты, обеззараживающія средства и т. п.

Связывать вопросъ о подачѣ первой помощи сельско-хозяйственнымъ рабочимъ, имѣющимъ дѣло съ машинами, съ вопросомъ о врачебной помощи населенію вообще—помощи, лежащей на обязанности земствъ и замѣняющихъ ихъ учрежденій,—конечно, нельзя. Насколько несчастные случаи отъ работы сельско-хозяйственными орудіями и машинами по происхожденію и частотѣ представляются незаурядными, выходя изъ рамокъ обыкновенныхъ заболѣваній и случайныхъ поврежденій, настолько и помощь при машинныхъ увѣчьяхъ должна выходить изъ общаго положенія о помощи населенію. Не подлежитъ сомнѣнію, что на обязанности каждаго хозяина, пользующагося для своихъ надобностей и выгодъ трудомъ рабочаго, должна лежать и забота объ охраненіи здоровья и жизни послѣдняго, и, если въ техническомъ дѣлѣ онъ не всегда можетъ предупреждать несчастья, то всегда долженъ принимать безотлагательныя и наиболѣе совершенныя мѣры къ ограниченію размѣровъ и послѣдствій поврежденія.

Наши экономическія и географическія условія, къ сожалѣнію, таковы, что въ большинствѣ случаевъ дѣлаютъ невозможнымъ подачу первой помощи при сельско-хозяйственныхъ поврежденіяхъ въ болѣе совершенной формѣ, т. е. при посредствѣ врачей или ихъ помощниковъ и помощницъ, а потому является особая и безусловная необходимость въ принятіи широкихъ мѣръ къ распространенію среди самихъ рабочихъ и лицъ, надзирающихъ за работами, свѣдѣній о способахъ и средствахъ подачи первой помощи. Однимъ изъ способовъ насажденія такихъ свѣдѣній можетъ быть преподаваніе правилъ первой помощи въ сельско-хозяйственныхъ учебныхъ заведеніяхъ, изъ которыхъ выходятъ люди, руководящіе сельско-хозяйственными работами и находящіеся въ постоянномъ общеніи съ рабочими. Эта мысль нашла уже себѣ сочувствіе въ Сельско-хозяйственномъ Совѣтѣ; остается лишь пожелать, чтобы она въ скоромъ времени была осуществлена.

Въ заключеніе я хотѣлъ-бы отмѣтить, что, сознавая, что въ настоящемъ докладѣ, быть можетъ, и не хватаетъ подкрѣпляющихъ фактовъ, я все-же думаю, что и съ такимъ пробѣломъ затронутые вопросы, сами за себя говорящіе, заслуживаютъ Вашего вниманія.

### *Положенія.*

1. Одобренныя послѣдней сессіей Сельско-хозяйственнаго Совѣта мѣропріятія по охраненію рабочихъ отъ увѣчій, происходящихъ отъ сельско-хозяйственныхъ орудій и машинъ, заключающіяся въ предоставленіи земствамъ издавать обязательныя постановленія относительно простѣйшихъ предохранительныхъ приборовъ, весьма недостаточны.

2. И при наличности простѣйшихъ предохранителей случаи увѣчій будутъ часты и многочисленны, если не будутъ измѣнены нынѣшнія условія и обстановка работъ съ сельско-хозяйственными орудіями и машинами; поэтому обязательныя постановленія, относящіяся пока лишь къ предохранительнымъ приборамъ, должны распространяться и на условія и обстановку работъ.

3. Работа съ сельско-хозяйственными орудіями и машинами малолѣтнихъ до 15 л. по найму должна быть воспрещена законодательнымъ путемъ.

4. Закономъ должно быть также установлено, чтобы работы съ орудіями и машинами производились не иначе, какъ подъ наблюденіемъ людей грамотныхъ и хорошо знакомыхъ какъ съ правилами обращенія съ машинами, такъ и съ правилами подачи первой помощи въ несчастныхъ случаяхъ.

5. Получившіе увѣчья рабочіе въ сельско-хозяйственныхъ экономіяхъ въ подавляющемъ числѣ случаевъ не получаютъ врачебной помощи съ той быстротой, которой требуетъ ихъ положеніе, что̀ ведетъ къ пагубнымъ послѣдствіямъ. Поэтому во всѣхъ сельско-хозяйственныхъ экономіяхъ, которыя удалены отъ пріемныхъ покоевъ и больницъ, не имѣютъ въ своемъ распоряженіи и въ ближайшемъ сосѣдствѣ отъ работъ врачей и фельдшеровъ, должны въ средѣ сельско-хозяйственной администраціи быть лица, хорошо знакомыя съ правилами подачи первой помощи, при чемъ въ распоряженіи ихъ всегда должны имѣться и необходимыя для помощи средства.

6. Въ виду исключительно неблагопріятныхъ условій, въ которыхъ находятся сельско-хозяйственные рабочіе по отношенію къ врачебной помощи, необходимо широкое распространеніе среди нихъ, а также среди лицъ, надзирающихъ за работами, свѣдѣній о способахъ и средствахъ подачи первой помощи.

7. Однимъ изъ лучшихъ путей къ насажденію такихъ знаній служитъ преподаваніе правилъ первой подачи помощи въ сельско-хозяйственныхъ учебныхъ заведеніяхъ, которое, по примѣру техническихъ низшихъ и высшихъ школъ, слѣдуетъ сдѣлать обязательнымъ.

**Источники.** 1. *Н. И. Лебедевъ*. Травматизмъ рабочихъ сельскохозяйственной экономіи въ районѣ свеклосахарнаго завода. Докладъ на VIII Пироговскомъ Съѣздѣ врачей въ Москвѣ, 1902 г. «Русскій Врачъ», 1902, № 14.—2. *В. С. Клименко*. Къ статистикѣ поврежденій сельско - хозяйственными орудіями. «Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины», 1899, май.—3. *Н. И. Тезяковъ*. Травматическія поврежденія отъ работъ на земледѣльческихъ машинахъ. Тамъ-же, 1891, декабрь.—4. *А. И. Войцеховскій*. Травматическія поврежденія, происходящія отъ работъ на земледѣльческихъ машинахъ. Тамъ-же, 1891, декабрь.—5. *С. К. Юнчуковъ*. О травматическихъ поврежденіяхъ рабочихъ на сельско-хозяйственныхъ машинахъ. Докладъ Съѣзду врачей Херсонской губ., 1899 г.—6. *Ф. Шотке*. Самыя необходимыя предохранительныя приспособленія при сельско-хозяйственныхъ машинахъ для огражденія рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ. Со статьей *В. Н. Сахновскаго*. Перев. *Е. Н.* и *В. Н. Сахновскихъ*. Кіевъ, 1903.

---

X. Изъ больницы Св. Маріи Магдалины въ Петербургѣ.

## Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи выпаденій прямой кишки.

**Ф. К. Вебера.**

Прежде, чѣмъ разбирать новѣйшіе способы лѣченія этого заболѣванія, опишу въ самыхъ краткихъ чертахъ тѣ прикрѣпленія, которыя удерживаютъ прямую кишку въ нормальномъ положеніи, и въ нѣсколькихъ словахъ коснусь патогенеза разбираемой болѣзни. Въ анатомическомъ отдѣлѣ буду придерживаться взглядовъ *Waldeyer*'а, который въ своемъ капитальномъ трудѣ о строеніи таза приводитъ новыя воззрѣнія на происхожденіе выпаденій прямой кишки, не вполнѣ схожіе съ воззрѣніями прежнихъ авторовъ.

*Waldeyer* дѣлитъ прямую кишку на 2 отдѣла—тазовой и промежностный. Первый простирается отъ 3-го крестцоваго позвонка до мѣста прикрѣпленія мышцы, поднимающей прямую кишку, что̀ у мужчинъ соотвѣтствуетъ нижнему краю предстательной железы, и у женщинъ—приблизительно срединѣ влагалища. Тазовая часть прямой кишки удерживается главнымъ образомъ брюшиною и фасціею. Брюшина въ верхней части окружаетъ прямую кишку почти совершенно, образуя сзади т. наз. mesorectum. Послѣднее можетъ быть различной длины, и у людей, которые имѣютъ хорошо выраженную брызжейку восходящей и низходящей кишки, mesorectum можетъ быть довольно длиннымъ, что, понятно, отзывается на подвижности этой части кишки. Брюшина, спускаясь по кишкѣ книзу, покрываетъ только переднюю и боковыя, а подъ конецъ только переднюю поверхность прямой кишки и, переходя на уровнѣ 1-го копчиковаго позвонка кпереди на пузырь или на матку, образуетъ запузырное или заматочное углубленіе (excavationem rectovesicalem resp. rectouterinam). У женщинъ и въ особенности у дѣтей эта складка брюшины спускается ниже. *Freund* показалъ, что у женщинъ съ недоразвитыми половыми органами, при инфантилизмѣ сплошь и рядомъ замѣчается очень низкое стояніе *Douglas*'овой складки. Брюшина обыкновенно очень тѣсно бываетъ спаяна съ подлежащею кишкою, но и здѣсь отмѣчаются различныя степени. У предрасположенныхъ напр., къ различнымъ грыжевымъ выпячиваніямъ имѣется крайне рыхлая связь между брюшиною и подлежащими тканями. Понятно, что въ такихъ случаяхъ брюшина будетъ играть ничтожную роль при поддерживаніи прямой кишки.

Сзади и сбоковъ, гдѣ прямая кишка не покрыта брюшиною, она окружена фасціей, составляющей продолженіе тазовой фасціи. Переходя кпереди подъ складкою брюшины въ т. наз. запузырную фасцію (fasciam rectovesicalem), она здѣсь поддерживаетъ прямую кишку. *Poirier* въ поддерживаніи прямой кишки въ ея положеніи большое значеніе придаетъ сосудамъ съ околососудистой клѣтчаткой, въ видѣ тканей отходящимъ отъ стѣнки таза къ прямой кишкѣ и тѣмъ поддерживающимъ послѣднюю.

Не второстепенную роль играетъ при этомъ и жировая ткань,

Digitized by Google

располагающаяся въ клѣтчаткѣ между фасціей и прямой кишкою и между фасціею и стѣнкою таза. Всѣ выше изложенныя прикрѣпленія предоставляютъ въ тоже время тазовой части прямой кишки извѣстную долю подвижности.

Иначе обстоитъ дѣло съ промежностной частью кишки, которая у нормальнаго человѣка представляется прочно укрѣпленною благодаря тому, что мышечные пучки нижней части прямой кишки соединяются съ кожею, промежностною фасціею и главнымъ образомъ съ мышечными пучками тазового дна, т. е. съ мышцей, поднимающей заднепроходное отверстіе, луковично-пещеристой, поперечной промежностной и т. д.

Разбирая причины развитія выпаденій прямой кишки, слѣдуетъ отличать выпаденія тазовой части ея отъ выпаденій промежностной. Первыя теперь принято называть выпаденіемъ прямой кишки (prolapsus recti); выпаденіе обѣихъ частей называютъ выпаденіемъ прямой кишки и заднепроходнаго отверстія (prolapsus recti et ani) или «prolapsus totale» французскихъ авторовъ.

*Esmarch* въ своемъ сочиненіи «Die Krankheiten des Mastdarms» видитъ причину выпаденія прямой кишки въ слабости и податливости мышцъ тазового дна, главнымъ образомъ наружнаго жома и мышцы, поднимающей задній проходъ: первично выпячивается слизистая оболочка или вся толща нижняго отрѣзка кишки, и только впослѣдствіи отъ постоянныхъ потягиваній снизу выпадаетъ и тазовая часть кишки, а вмѣстѣ съ нею выпячивается и складка брюшины.

Иначе объясняетъ себѣ происхожденіе выпаденія кишки *Jeannel*; онъ справедливо замѣчаетъ, что во многихъ случаяхъ полныхъ разрывовъ промежности съ обширнымъ разрушеніемъ жома и мышцы, поднимающей задній проходъ, прямая кишка сохраняетъ свое нормальное положеніе. Большее значеніе онъ придаетъ верхнему укрѣпляющему прибору: разъ послѣдній ослабѣлъ, неминуемо должно наступить выпаденіе, такъ какъ мышцы тазового дна вслѣдствіе постояннаго напора спустившейся кишки сверху постепенно ослабляются и даютъ возможность выпавшей кишкѣ выступить наружу. Причину ослабленія прикрѣпленій прямой кишки *Jeannel* видитъ въ заболѣваніи самой кишечной стѣнки. Разъ она становится паретичной, появляются запоры, а съ ними и расширеніе и удлинненіе кишки. Запоры вызываютъ усиленную дѣятельность брюшного пресса, который такимъ образомъ и выталкиваетъ плохо укрѣпленную кишку въ отверстіе тазового дна.

Объясненіе *Jeannel*'я слѣдуетъ отмѣтить потому, что имъ устанавливается важное значеніе прикрѣпленія верхняго отдѣла прямой кишки въ происхожденіи ея выпаденій; но, какъ таковое, его никоимъ образомъ нельзя признать удовлетворяющимъ всѣмъ видамъ выпаденій.

За послѣднее время *Waldeyer*'и въ особенности *Ludloff* указали на то, что видную роль при возникновеніи выпаденій прямой кишки играетъ образованіе т. наз. промежностной грыжи. Брюшинная складка *Douglas*'ова пространства не доходитъ до тазовой діафрагмы, а отдѣлена отъ нея рыхлой клѣтчаткою и жировою тканью. При сокращеніи брюшныхъ мышцъ и повышеніи внутрибрюшного давленія брюшина нѣсколько смѣщается внизъ, пока не найдетъ сопротивленіе со стороны тазовой діафрагмы, при этотъ усиленному давленію подвергается передняя стѣнка верхняго отдѣла прямой кишки, образующая здѣсь открытую кверху и кпереди дугу. При нормальной сократительности кишечной стѣнки, при хорошемъ укрѣпленіи верхнихъ отдѣловъ кишки и при малой подвижности брюшины кишка хорошо выдерживаетъ этотъ напоръ, и нормальныя анатомическія отношенія не нарушаются. Но, разъ кишечная стѣнка утратила свой тонусъ (вслѣдствіе катарра кишки, истощенія, и т. д.), приборъ, прикрѣпляющій верхній отдѣлъ кишки, ослабленъ и брюшина крайне подвижна, какъ при наклонности къ грыжамъ вообще, то усиленная дѣятельность брюшныхъ мышцъ очень легко можетъ вызвать выпячиваніе передней стѣнки прямой кишки. Такъ какъ задняя стѣнка послѣдней очень рыхло связана съ крестцемъ, то она скоро слѣдуетъ за передней.

При повторныхъ усиленныхъ сокращеніяхъ брюшныхъ мышцъ выпятившаяся часть кишки все болѣе и болѣе вталкивается въ ея просвѣтъ и наконецъ выходитъ черезъ расслабленный жомъ наружу. По этимъ воззрѣніямъ, стало быть, первично развивается выпаденіе кишки и только вторично вслѣдствіе разрыхленія связи между тазовымъ дномъ и нижнимъ отрѣзкомъ прямой кишки наступаетъ полное выпаденіе кишки (задняго прохода).

Что при повышенномъ внутрибрюшномъ давленіи нижній отдѣлъ *Douglas*'ова пространства производитъ давленіе на переднюю стѣнку прямой кишки, въ этомъ можно убѣдиться, изслѣдуя прямую кишку у здоровыхъ, а также у имѣющихъ наклонность къ выпаденіямъ, и заставляя ихъ при этомъ тужиться. *Н. И. Напалкову* удалось даже, вызывая путемъ опытовъ повышенное внутрибрюшное давленіе, получить у ребенка на трупѣ выпаденіе прямой кишки, при чемъ сначала выпячивалась и выпадала передняя стѣнка, а за нею уже слѣдовала и задняя стѣнка прямой кишки. Такимъ образомъ вліяніе промежностной грыжи на возникновеніе выпаденій прямой кишки, мнѣ кажется, доказано несомнѣнно.

Но *Ludloff*, выдвигая на передній планъ одну причину развитія выпаденій, совершенно отвергаетъ вліяніе тазового дна или, по крайней мѣрѣ, придаетъ ему крайне ничтожное значеніе. По моему однако убѣжденію, основанному не только на данныхъ литературы и личныхъ наблюденіяхъ при операціи, но и на изслѣдованіи тазового дна у многихъ больныхъ преимущественно женщинъ, ни одной изъ вышеизложенныхъ теорій нельзя всесторонне объяснить причины развитія выпаденій прямой кишки. Въ тяжелыхъ случаяхъ имѣются значительныя измѣненія какъ самой стѣнки кишки, представляющейся дряблой и лишенной тонуса и сплошь и рядомъ воспалительно измѣненной, такъ и тканей, окружающихъ прямую кишку; при этомъ тазовое дно оказывается разслабленнымъ, а мышцы, поддерживающія и окружающія нижній отрѣзокъ кишки (поднимающая задній проходъ и наружный жомъ)—атрофированными. Кромѣ того, весь верхній поддерживающій приборъ кишки дѣлается совершенно податливымъ. Брызжейка прямой кишки, если она есть, удлинняется и теряетъ упругость, жировая ткань, имѣющаяся у здоровыхъ людей между кишкою и фасціей и между послѣдней и стѣнкою таза, исчезаетъ, такъ что кишка становится совершенно подвижной. Брюшина смѣщается такъ легко и дѣлается такою растяжимою, что подъ вліяніемъ усиленныхъ сокращеній брюшныхъ мышцъ легко вдавливаетъ переднюю стѣнку прямой кишки и вызываетъ такимъ путемъ ея выпаденіе.

Рѣшить въ каждомъ случаѣ, имѣется-ли первичное ослабленіе тазового дна или верхняго прибора и имѣется-ли первичная промежностная грыжа, вызывающая выпаденіе, можно только въ началѣ заболѣванія. Я лично склоненъ признавать ослабленіе верхняго поддерживающаго прибора прямой кишки и образованіе промежностной грыжи въ смыслѣ *Waldeyer*'а важнымъ условіемъ для развитія выпаденій прямой кишки. Мышцы тазового дна атрофируются только вторично.

Послѣ всего сказаннаго нужно считать наиболѣе цѣлесообразными тѣ способы оперативнаго лѣченія выпаденій прямой кишки, которые принимаютъ въ разсчетъ условія возникновенія болѣзни и которые стремятся, на сколько это, понятно, возможно, возстановить нормальный поддерживающій приборъ прямой кишки.

Понятно, что наши хирургическіе пріемы слишкомъ еще несовершенны, чтобы возстановить тѣ въ высшей степени сложныя анатомическія отношенія, какія представляетъ мышечноволокнистый приборъ, окружающій и поддерживающій прямую кишку. Идеалъ здѣсь не достижимъ, и намъ приходится только стараться, какъ можно ближе подойти къ нему.

Чтобы не слишкомъ расширять размѣровъ статьи, я буду исключительно разбирать случаи выпаденія всѣхъ слоевъ прямой кишки, при чемъ слѣдуетъ отличать, какъ это уже выше сказано, полное и неполное выпаденіе. Выпаденіе одной слизистой оболочки нижней части прямой кишки, какъ этіологически совершенно обособленное заболѣваніе, а также выпаденіе S-образной кишки и нижнихъ отдѣловъ толстой (prolapsus coli invaginati) я оставлю въ сторонѣ.

Digitized by Google

Для хирургическаго лѣченія выпаденій прямой кишки предложенъ обширный рядъ операцій и видоизмѣненій ихъ; это служитъ лучшимъ доказательствомъ того, что ни одинъ изъ предложенныхъ способовъ не удовлетворяетъ всѣмъ предъявляемымъ требованіямъ. Критически разбирать всѣ способы было-бы слишкомъ обширнымъ и, главное, безполезнымъ трудомъ; я ограничусь поэтому тѣми способами, которые до послѣдняго времени сохранили за собой право гражданства въ хирургіи, и для большей наглядности раздѣлю ихъ на 3 ряда: 1) изсѣченіе кишки, 2) всѣ подвѣшивающіе способы и 3) способы, укрѣпляющіе тазовое дно.

Изсѣченіе кишки при выпаденіи имѣетъ цѣлью удалить всю пораженную часть прямой кишки, утратившей свое нормальное прикрѣпленіе въ тазу. Еще въ до-противогнилостное время операція эта производилась цѣлымъ рядомъ авторовъ, но болѣе обширное распространеніе получила она послѣ того, какъ *Mikulicz* въ 1889 г. далъ подробное ея описаніе, которое, безъ особыхъ измѣненій, остается пригоднымъ по настоящее время.

После предварительнаго тщательнаго подготовленія больного потягиваніемъ пулевыми щипцами или за лигатуры, наложенныя черезъ всю толщу кишки, извлекается выпадающая часть прямой кишки. По наложеніи упругой лигатуры у основанія выпавшей кишки круговымъ разрѣзомъ, отступя на 2—3 стм. отъ лигатуры, разсѣкается сначала наружное кишечное кольцо; спереди вскрывается брюшина, и рядомъ швовъ соединяются листки ея на внутреннемъ и наружномъ кольцѣ.

Затѣмъ на томъ-же уровнѣ разсѣкается внутреннее кольцо, и по наложеніи лигатуръ на сосуды брыжейки кишки тщательно сшивается слизистая оболочка наружной и внутренней частей кишки.

Операція эта далеко не безопасна. Такъ, на 103 случая, собранныхъ *Ludloff*'омъ, въ 9 наступилъ смертельный исходъ (остальные способы даютъ ничтожный % смертности). Чаще всего смерть наступала отъ гнилостныхъ тазовыхъ флегмонъ и воспаленія брюшины вслѣдствіе недержанія швовъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ послѣ изсѣченія наблюдались тяжелыя съуженія задняго прохода. Какъ-бы то ни было, изсѣченіе есть сложная операція, требующая отъ оператора хорошей хирургической подготовки. Что касается результатовъ ея, то они далеко не блестящи, и въ литературѣ отмѣченъ цѣлый рядъ возвратовъ. Это нисколько не будетъ удивительнымъ, если принять во вниманіе, что при изсѣченіи удаляется вся смѣщенная и часто воспалительно измѣненная часть кишечника; причины же, которыя вызвали выпаденіе, не устраняются. Низкое стояніе брюшинной складки, служащее, какъ было сказано выше важнымъ этіологическимъ условіемъ для происхожденія выпаденій, не только не устраняется, но даже какъ-бы усиливается, ибо послѣ изсѣченія кишки складка эта оканчивается уже почти у самаго жома. Понятно, что при повторномъ повышеніи внутрибрюшного давленія, рубецъ на передней стѣнкѣ кишки будетъ подвергаться растяженію со стороны *Douglas*'ова пространства и содержащихся въ немъ кишечныхъ петель, и быстро можетъ наступить возвратъ. Вслѣдствіе всего этого изсѣченіе за послѣднее время стало примѣняться все рѣже и рѣже и вытѣсняться колопексіей. *Eiselsberg*, напр., прежде при выпаденіи прямой кишки примѣнявшій почти исключительно изсѣченіе, теперь оставилъ его и перешелъ къ колопексіи." Цѣнныя услуги изсѣченіе можетъ оказать только въ тѣхъ случаяхъ выпаденій, гдѣ имѣются ущемленіе или рѣзкія воспалительныя измѣненія кишки, или-же гдѣ выпадающая часть достигаетъ такихъ размѣровъ, что другими способами удержать кишку въ нормальномъ положеніи не удается.

Ко 2-му ряду оперативныхъ пособій при выпаденіяхъ прямой кишки принадлежатъ способы, имѣющіе цѣлью укрѣпить связь между кишкою и окружающими ее мягкими частями или, подвѣшивая ее, замѣнить ослабѣвшій нормальный подвѣшивающій ея приборъ. На первомъ планѣ стоятъ здѣсь способы ректопексіи, разработанные преимущественно французскими авторами. Прототипомъ ихъ можетъ служить операція, предложенная *Verneuil*'емъ.

*Verneuil*, исходя изъ того предположенія, что выпаденіе прямой кишки главнымъ образомъ происходитъ вслѣдствіе рыхлой связи съ крестцомъ задней стѣнки прямой кишки, предложилъ укрѣплять эту послѣднюю. Для этого онъ дѣлалъ разрѣзъ отъ жома кзади до копчика, прилегающаго въ глубинѣ къ задней стѣнкѣ прямой кишки; затѣмъ проводилъ 4 шва черезъ мягкія части и мышечный слой прямой кишки въ такомъ направленіи, чтобы при затягиваніи ихъ стѣнка кишки была приподнята кверху.

Этой операціею удается приподнять заднюю стѣнку прямой кишки на 2—3 стм. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желали достигнуть болѣе значительнаго поднятія, удаляли копчикъ и пришивали кишку къ клѣтчаткѣ впереди крестца.

Недостатки этого способа очевидны, такъ какъ при ректопексіи авторы старались прикрѣпить заднюю стѣнку прямой кишки, переднюю-же, которая, по новѣйшимъ изслѣдованіямъ, опускается первично и потому играетъ болѣе важную роль въ происхожденіи выпаденій, оставляли безъ вниманія. Не мудрено, что возвраты и здѣсь наблюдались крайне часто, и только *Francke* за послѣднее время сообщилъ рядъ случаевъ, гдѣ ректопексія увѣнчалась полнымъ успѣхомъ. Во всякомъ случаѣ операція эта можетъ дать успѣшный результатъ только въ начальныхъ ступеняхъ развитія болѣзни.

Иначе дѣло обстоитъ съ колопексіей. Въ 1889 г. *Jeannel* представилъ въ Парижскую Медицинскую Академію докладъ, въ которомъ, основываясь на анатомическихъ данныхъ, далъ новое объясненіе происхожденію выпаденій прямой кишки и предложилъ новый способъ оперативнаго лѣченія этой болѣзни. Причиной выпаденія онъ призналъ, какъ было сказано, разслабленіе верхняго поддерживающаго прибора и для замѣны его предложилъ подвѣшивать верхнюю часть прямой или, вѣрнѣе, нижнюю часть S-образной кишки къ передней брюшной стѣнкѣ.

Для этого онъ дѣлаетъ разрѣзъ въ лѣвой подвздошной области и, вытащивъ нижнюю часть S-образной кишки какъ можно выше, вшиваетъ ее въ брюшную стѣнку и накладываетъ кишечный свищъ—послѣдній ради того, чтобы промываніемъ кишки сверху вылѣчить катарръ, который, по его мнѣнію, всегда сопровождаетъ выпаденіе прямой кишки. По излѣченіи катарра свищъ закрывается.

Кишка послѣ этого остается прикрѣпленной къ брюшной стѣнкѣ такъ прочно, что возврата не наступаетъ. *Jeannel* назвалъ эту операцію колопексотоміей. Она однако не нашла себѣ многихъ сторонниковъ въ той формѣ, какъ ее дѣлалъ *Jeannel*, такъ какъ больные съ трудомъ соглашались промѣнять свое не всегда тяжелое страданіе на искусственный каловый свищъ въ подвздошной области. Кромѣ того, не было настоятельной необходимости вскрывать кишку, такъ какъ катарръ прямой кишки можно излѣчить промываніемъ черезъ задній проходъ, прочнаго-же прикрѣпленія кишки можно достигнуть и другими, менѣе непріятными для больныхъ способами. Принципы-же, положенные *Jeannel*'емъ въ основу его операціи, т. е., что подвѣшиваніе кишки служитъ замѣною всего ослабѣвшаго верхняго поддерживающаго ея прибора, нашли себѣ полное сочувствіе среди хирурговъ, такъ что число колопексій, производимыхъ вслѣдствіе выпаденій прямой кишки, съ каждымъ годомъ увеличивается, и нѣкоторые хирурги, прежде, какъ и *Eiselsberg*, примѣнявшіе изсѣченіе, теперь перешли къ колопексіи, изсѣченіе-же дѣлаютъ только въ исключительныхъ случаяхъ.

Разъ мы согласны съ тѣмъ, что разслабленіе верхняго поддерживающаго прибора прямой кишки играетъ видную роль при развитіи ея выпаденій, и знаемъ, что разслабленіе это развивается большею частью первично, то мы должны признать колопексію болѣе цѣлесообразной операціей, чѣмъ изсѣченіе кишки, такъ какъ она имѣетъ цѣлью устранить причину, вызвавшую болѣзнь. Понятно, что и колопексія—операція не идеальная, такъ какъ ею не возстановляютъ разслабленнаго поддерживающаго прибора, чего достигнуть въ сущности и невозможно, а лишь замѣняютъ его тѣмъ, что, приподнявъ кишку кверху, пришиваютъ ее къ брюшной стѣнкѣ.

Операціи этой ставили въ упрекъ то, что послѣ нея легко могутъ развиваться возвраты; кромѣ того, возможны съуженія просвѣта кишки выше мѣста ея прикрѣпленія и заворотъ. Возвратъ можетъ наступить отъ того, что срощенія между кишкою и брюшною стѣнкою постепенно растянутся, и отдѣлившаяся кишка тогда снова спустится въ глубину таза. Срощенія особенно легко разъединяются въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при операціи получается спайка

Digitized by Google

лишь между сывороточными покровами, т. е., гдѣ брюшина кишки сростается съ брюшиною брюшной стѣнки; эти срощенія очень непрочны и легко поддаются, какъ это показалъ *Ludloff* опытами на собакахъ, растяженію. Если-же добиваться сывороточно-фиброзныхъ срощеній, какъ это дѣлалъ я въ своихъ 2-хъ случаяхъ, то можно прочно укрѣпить кишку. Я поступалъ такъ: косымъ разрѣзомъ выше лѣвой *Poupart*'овой связки вскрывалъ брюшину, поднималъ верхнюю часть прямой кишки настолько, чтобы получилось воронкообразное втягиваніе задняго прохода, и вшивалъ край кишки, противоположный прикрѣпленію брыжейки, въ брюшную рану рядомъ швовъ изъ шелка средней толщины; въ кишкѣ захватывался сывороточный и мышечный слой въ брюшной стѣнкѣ—брюшина и глубокія мышцы. Сверху наглухо зашивались поверхностные слои мышцъ, фасція и кожа. Такимъ образомъ получается очень плотное срощеніе сывороточнаго покрова кишки съ глубокими мышцами. Бояться при этомъ образованія брюшной грыжи не слѣдуетъ, разъ фасція была тщательно сшита и рана зажила первымъ натяженіемъ, такъ какъ выяснено, что отсутствіе грыжъ послѣ ранъ живота зависитъ не отъ хорошаго закрытія раны брюшины, а почти исключительно отъ плотнаго срощенія краевъ фасціи. Послѣ операціи больной долженъ 4—6 недѣль пролежать въ постели, пока не образуются довольно плотныя срощенія.

Что касается съуженія кишки, то его опасаться тоже нечего. Въ литературѣ мнѣ ни разу не удалось встрѣтить подобныхъ указаній; въ моихъ собственныхъ случаяхъ кишечникъ послѣ операціи работалъ не хуже, какъ и послѣ обычныхъ чревосѣченій. Оно и понятно, такъ какъ просвѣтъ кишки въ этомъ мѣстѣ сравнительно широкъ, и, если кишку прикрѣпить на значительномъ протяженіи, то перегиба ея подъ острымъ угломъ произойти не можетъ.

Бóльшая опасность грозитъ послѣ колопексіи отъ ущемленія кишекъ или заворота, такъ какъ въ брюшной полости создается при этомъ ненормальный тяжъ. Для уменьшенія этой опасности слѣдуетъ разрѣзъ живота дѣлать какъ можно ниже надъ *Poupart*'овой связкой, чтобы укрѣпить кишку какъ можно болѣе у периферіи брюшной полости.

Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ обѣ ножки S-образной кишки очень удлинены, послѣ колопексіи легко могутъ наступить осложненія въ видѣ заворота, такъ какъ при поднятіи прямой кишки ножки эти сближаются и получаются очень благопріятныя условія для образованія перекручиванія. *Eiselsberg* въ 2-хъ такихъ случаяхъ изсѣкъ S-образную кишку и, кромѣ того, укрѣпилъ нижній отрѣзокъ ея въ брюшной стѣнкѣ; изсѣченіе S-образной кишки въ такихъ случаяхъ онъ не считаетъ операціей опасной.

*Герценъ* въ 1 случаѣ обширнаго выпаденія матки и прямой кишки произвелъ вентрофиксацію матки и колопексію и затѣмъ, чтобы избѣжать развитія непроходимости кишки, образовалъ соустіе между ободочною и прямою кишкою. Этимъ соустіемъ онъ думалъ еще больше подтянуть прямую кишку кверху. Едва-ли, однако, этотъ сложный и небезопасный способъ пріобрѣтетъ себѣ многихъ сторонниковъ.

*Ludloff* для болѣе прочнаго укрѣпленія кишки къ брюшной стѣнкѣ предложилъ слѣдующее видоизмѣненіе: онъ совершенно разсѣкаетъ поперекъ нижнюю часть S-образной кишки, отводящій конецъ зашиваетъ на-глухо и въ такомъ видѣ прикрѣпляетъ къ ранѣ брюшной стѣнки, приводящій-же вшиваетъ въ отводящій ниже мѣста укрѣпленія. Мнѣ кажется, что здѣсь операція становится слишкомъ уже сложною, не соразмѣрно съ выгодами, которыя она даетъ.

Болѣе цѣлесообразенъ способъ *Rotter*'а, который для болѣе прочнаго укрѣпленія кишки отдѣляетъ въ лѣвой подвздошной ямкѣ небольшой брюшинный лоскутъ и пришиваетъ кишку къ подлежащей мышцѣ.

Въ чемъ можно упрекнуть колопексію, такъ это въ томъ, что операція эта, до нѣкоторой степени возстановляя верхній поддерживающій приборъ кишки, совершенно упускаетъ изъ вида укрѣпленіе тазового дна, почти всегда, какъ было сказано, страдающее при выпаденіяхъ прямой кишки въ большей или меньшей степени. Въ цѣломъ рядѣ случаевъ достаточно однако бываетъ одной колопексіи, такъ какъ, разъ кишка хорошо удерживается въ тазу и не давитъ на его дно, то при улучшеніи питанія мышцы тазового дна могутъ снова пріобрѣсти свою прежнюю сократительность. Возвраты, наблюдаемые иногда послѣ колопексіи, большею частью выражаются выпаденіемъ лишь одной разрыхленной слизистой оболочки, легко излѣчиваемымъ прижиганіями и мѣстнымъ примѣненіемъ вяжущихъ средствъ.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

### Гигіэна дѣтскаго глаза на международной научно-промышленной выставкѣ „Дѣтскій міръ".

Что можетъ быть важнѣе охраны здоровья въ уходѣ за дѣтьми и что можетъ быть нужнѣе гигіэны глазъ въ здравоохраненіи дѣтскаго организма? Вѣдь, ни въ какомъ возрастѣ не требуется столь внимательный надзоръ за глазами, какъ въ дѣтскомъ, когда органъ зрѣнія особенно подверженъ заболѣваніямъ, а требованія предъявляются къ нему чрезвычайныя. Такъ думалъ я, отправляясь въ «Дѣтскій міръ», на выставку, устроенную съ симпатичнѣйшей цѣлью—нагляднымъ образомъ указать обществу на запросы дѣтской жизни, показать ему, какъ дѣтскимъ міромъ интересуются и что для него дѣлаютъ у насъ и за границей. Я представлялъ себѣ гигіэну ребенка господствующей на выставкѣ, а во главѣ гигіэническаго отдѣла — гигіэну дѣтскаго глаза.

Въ буквальномъ смыслѣ этихъ словъ предположеніе мое оправдалось вполнѣ, въ истинномъ же—не совсѣмъ. Впрочемъ, для воздѣйствія на публику то или другое мѣстоположеніе, какъ и вообще показная сторона учрежденія, не въ примѣръ важнѣе его внутренняго содержанія.

Гигіэническій отдѣлъ расположился во главѣ выставки, а у самаго входа, рядомъ съ «дѣтской», помѣстился *примѣрный классъ*, съ образцовымъ освѣщеніемъ и учебными столами. Вступая на выставку, публика съ первыхъ-же шаговъ наталкивается на своеобразно освѣщенную комнату, уставленную учебными столами; и когда она съ недоумѣніемъ смотритъ на яркій потолокъ, освѣщенный нѣсколькими электрическими лампами съ опрокинутыми рефлекторами, и на полутемные столы, разставленные въ самыхъ различныхъ направленіяхъ, то ей говорятъ — если есть, кто знаетъ или замѣтитъ записку на стѣнкѣ, — что такое освѣщеніе, когда источниковъ свѣта не видно, а учебные столы освѣщаются разсѣяннымъ свѣтомъ, отраженнымъ отъ потолка и верхней части стѣнъ, считается наиболѣе гигіэничнымъ и что столы лишь кажутся слабо освѣщенными, по сравненію съ потолкомъ, на самомъ-же дѣлѣ сила свѣта на столахъ равна «10 метросвѣчамъ». Тутъ-же обращается вниманіе посѣтителей и на лампу съ большимъ абажуромъ и вытянутымъ молочнымъ контррефлекторомъ, висящую по серединѣ комнаты, пониже тѣхъ лампъ, и дающую смѣшанное освѣщеніе—прямое черезъ контррефлекторъ и отраженное отъ абажура: и при этомъ освѣщеніи можетъ получиться на столахъ не менѣе 10 метросвѣчъ, да оно и экономнѣе перваго способа, только тотъ гигіэничнѣе. И, хотя для публики остается невполнѣ ясной вся убѣдительность этого довода съ 10-ью метросвѣчами, равно какъ и сама эта мѣрка; хотя многіе изъ посѣтителей, не смотря на объясненія и указанія, тѣмъ не менѣе про себя продолжаютъ думать, что на столахъ все-же темно и что для занятій за столами слѣдуетъ все-же освѣщать столы, а не потолокъ; хотя предоставленіе публикѣ выбора между обѣими системами освѣщенія и подрываетъ въ извѣстной степени довѣріе къ каждой изъ нихъ,—но вниманіе общества на искусственное освѣщеніе и на значеніе его для здоровья глазъ обращено, вопросъ о классномъ освѣщеніи поднятъ среди множества лицъ, которыя до того имъ вовсе не интересовались, и въ этомъ заслуга «примѣрнаго класса».

Digitized by Google

Обращено вниманіе и на дневное освѣщеніе класса—

большими размѣрами окна, доходящаго почти до потолка, и сочетаніемъ бѣлыхъ шторъ изъ тонкаго полотна съ такими-же занавѣсями для защиты отъ прямыхъ лучей солнца при наименьшей потерѣ въ количествѣ свѣта—занавѣшиваніи лишь той части окна, на которую такіе лучи падаютъ, направляются-ли они сверху, или со стороны.

Затронутъ также вопросъ о классной доскѣ и рѣшается онъ такимъ образомъ, чтобы взамѣнъ передвижныхъ досокъ употреблять черный линолеумъ (или виксатинъ), покрывая имъ до извѣстной высоты всю переднюю стѣнку класса, а вдоль этой стѣны устроить помостъ, на которомъ могли-бы работать одновременно по нѣсколько учениковъ, на этомъ-же помостѣ помѣщается и столъ со столомъ для учителя. Конечно, не повсюду такое нововведеніе возможно, такъ какъ скамьи должны быть при этомъ придвинуты поближе къ передней стѣнѣ, иначе съ послѣднихъ рядовъ не будетъ видно, что на стѣнѣ пишутъ; а тогда можетъ оказаться неудобство съ освѣщеніемъ.

Поднятъ вопросъ и объ учебныхъ столахъ, хотя представленія о правильной разстановкѣ столовъ «примѣрный классъ» и не даетъ. Правда, объявленіе, вывѣшенное на стѣнѣ «класса», и гласитъ, что, за недостаткомъ мѣста, столы стоятъ неправильно; но, какъ именно они должны стоять,—не сказано.

Такимъ образомъ, публика, побывавшая въ «примѣрномъ классѣ», научается кое-чему и кое-что уноситъ съ собою, быть можетъ, смутное, шаткое, неопредѣленное, но во всякомъ случаѣ полезное.

Иначе обстоитъ дѣло съ врачемъ, родителемъ или педагогомъ, глубоко интересующимися здравоохраненіемъ глазъ въ семьѣ и школѣ и явившимися на эту научно-промышленную выставку съ надеждой услышать что-нибудь новое и получить отвѣтъ на свои старыя сомнѣнія. Они уходятъ неудовлетворенными.

Въ способѣ искусственнаго освѣщенія предоставленъ выборъ между 2-мя типами. Какой-же тутъ можетъ быть выборъ? Вѣдь, освѣщеніе смѣшаннымъ свѣтомъ, предложенное д-ромъ *Рейхомъ* уже лѣтъ 20 тому назадъ и отстаиваемое имъ и понынѣ, не можетъ-же быть вреднымъ для глазъ, иначе его не сталъ-бы предлагать этотъ почтенный гигіэнистъ. Не сталъ-бы его примѣнять и д-ръ *Смирновъ*, замѣнившій развернутый контррефлекторъ д-ра *Рейха* для керосиновыхъ лампъ болѣе вытянутымъ для электрическихъ лампочекъ накаливанія. А такъ какъ смѣшанный способъ обходится дешевле, то ясно, что предпочесть нужно его.

Того-же мнѣнія, по видимому, и авторъ «примѣрнаго» освѣщенія, представляющій о смѣшанномъ типѣ освѣщенія довольно точныя данныя (6 лампъ, въ 17 — 20 свѣчъ каждая, на классъ въ 9×6 кв. метровъ), въ то время какъ для разсѣяннаго свѣта не указано ни числа требующихся лампъ, ни свѣтовой силы каждой изъ нихъ. Отчего-же онъ вообще выставилъ систему разсѣяннаго свѣта? Очевидно, главнымъ образомъ ради того, чтобы показать свое безпристрастіе въ этомъ вопросѣ. Но въ такомъ случаѣ почему-же онъ обошелъ молчаніемъ кабинетную систему освѣщенія? Вѣдь, не станетъ-же онъ отрицать, что, сколько-бы ни щедрились съ лампами при показанныхъ системахъ освѣщенія, все-же едва-ли можно получить при нихъ такую силу свѣта для предмета занятій, какъ отъ небольшой даже лампочки, имѣющейся въ распоряженіи каждаго ученика. А тѣней здѣсь не приходится бояться, какъ и при разсѣянномъ свѣтѣ. Отъ нагрѣванія головы и глазъ могутъ защитить колпаки—въ крайнемъ случаѣ двойные, а рѣзкій свѣтовой переходъ между освѣщеніемъ столовъ и общимъ освѣщеніемъ комнаты, неудобный и въ педагогическомъ отношеніи, легко можетъ быть устраненъ дополнительнымъ свѣтомъ сверху, который можетъ пригодиться и для усиленія дневного освѣщенія въ пасмурные зимніе дни. О благотворности-же кабинетной системы освѣщенія для глазъ можно судить уже по тому, что въ домашней обстановкѣ, гдѣ примѣняется этотъ способъ освѣщенія, близорукость развивается далеко не въ той мѣрѣ, какъ въ школахъ, и среди приходящихъ учениковъ не въ той степени, какъ у пансіонеровъ.

Кабинетную систему освѣщенія можно было-бы упрекнуть въ нѣкоторой хлопотливости, быть можетъ—въ дороговизнѣ, но такой-же упрекъ можно было-бы сдѣлать д-ру *Рейху* за выставленные имъ одномѣстные столы; между тѣмъ, едва-ли кто станетъ спорить противъ того, что перенесеніе такихъ «индивидуальныхъ» столовъ изъ семьи въ школу заслуживаетъ всяческаго поощренія, какъ мѣра, несомнѣнно полезная.

Для опредѣленія достаточности освѣщенія предлагается фотометръ проф. *Петрушевскаго*. Это—очень короткій свѣтомѣръ, особенно, если умѣло съ нимъ обращаться, время отъ времени провѣрять его и снабдить его краснымъ стеклышкомъ для сглаживанія разницы въ окраскѣ сравниваемыхъ яркостей, равно какъ и дымчатымъ для опредѣленія болѣе сильныхъ степеней освѣщенія (сравнительно недорогой и довольно удобный фотометръ *Wingen*'а, выставленный въ Германскомъ отдѣлѣ, съ бензиновой свѣчей, освѣщающей кусокъ картона подъ перемѣннымъ угломъ, и съ краснымъ стекломъ для сравненія съ яркостью изслѣдуемаго освѣщенія, даетъ возможность опредѣлять степени освѣщенія въ 10—50 метросвѣчъ). Но какъ узнать помощью этого свѣтомѣра, достаточно-ли освѣщеніе для занятій? Если стрѣлка показываетъ не менѣе 10 метросвѣчъ? Но, вѣдь, во 1-хъ, далеко не всѣмъ такая сила свѣта можетъ оказаться достаточной, равно какъ многіе другіе могутъ удовлетвориться и меньшей степенью освѣщенія; а, во 2-хъ, и отнюдь не для всѣхъ занятій подобная сила свѣта можетъ считаться пригодной; въ школахъ-же занимаются не только чтеніемъ и письмомъ, но и черченіемъ и рукодѣліемъ. Изслѣдованія фотометромъ могутъ дать, хотя точное и цѣнное, но лишь общее представленіе о степени класснаго освѣщенія. Если, напр., на столахъ изслѣдуемаго класса оказывается не менѣе 10 метросвѣчъ, то можно сказать, что освѣщеніе это недурное; можно сказать, что это освѣщеніе лучше, чѣмъ въ другомъ классѣ, гдѣ на столахъ найдены меньшія степени освѣщенія. Но годится-ли оно для всѣхъ дѣтей, которыя въ этомъ классѣ учатся, и для тѣхъ работъ, которыми они занимаются—этого фотометръ опредѣлить не можетъ. А это-то и есть самое важное для охраненія зрѣнія въ школѣ, гдѣ съ личными особенностями учащихся все-же необходимо считаться и гдѣ стремленіе подвести всѣхъ подъ одну мѣрку принесло уже не мало зла.

---

Въ *гигіэническомъ отдѣлѣ* можно и еще кое-что найти по гигіэнѣ дѣтскаго глаза: свѣтописные снимки дѣтей, сидящихъ за косымъ письмомъ и за прямымъ, образцы плохой печати и хорошей, таблицу наростанія близорукости съ годами ученія по *Эрисману* и *Лаврентьеву*. Во всемъ этомъ много полезнаго для публики, но мало поучительнаго для врача. Нѣкоторый интересъ представляетъ таблица о «близорукости и ослабленіи зрѣнія, объусловленныхъ главнымъ образомъ работой при слишкомъ маломъ разстояніи разсматриваемыхъ предметовъ отъ глазъ, неправильной посадкѣ и недостаточномъ освѣщеніи». Таблица эта составлена по даннымъ *Tscherning*'а и *Herrnheiser*'а, которые изслѣдовали 17878 чел. и обнаружили близорукихъ: среди крестьянъ и матросовъ — 2,5%, у ремесленниковъ вообще — 5%, у ремесленниковъ, работающихъ при значительномъ приближеніи глазъ къ занятіямъ — 11,6%, среди художниковъ, инженеровъ, архитекторовъ, телеграфистовъ—13%, среди дѣтей школьнаго возраста—20%, у студентовъ—32%, а у наборщиковъ — 51%. Заслуживаетъ также вниманія бѣлая школьная доска д-ра *Lange*, про которую говорится, что она «неломка, легка, дешева, отчасти можетъ замѣнить тетрадь, безъ рамки, прочна; линовка ясная. На доскѣ пишутъ особыми чернилами, легко смывающимися губочкой или тряпочкой, и особымъ карандашемъ. Писать на доскѣ слѣдуетъ безъ значительнаго надавливанія. Доска загорается лишь въ пламени».

---

Въ одномъ углу громадной выставочной залы начинается корридоръ, уставленный различными игрушками и дѣтскими работами, а въ концѣ этого корридора расположились экспонаты Петербургской Коммиссіи по народному образованію. Здѣсь, въ отдѣлѣ по школьно-санитарному надзору, взглядъ глазного врача тотчасъ-же подмѣчаетъ

Digitized by Google

большой пробный наборъ стеколъ. Этотъ наборъ говоритъ объ *окулистической помощи въ Петербургскихъ городскихъ училищахъ.* Какъ уже извѣстно читателямъ «Русскаго Врача», училищная Коммиссія въ первыхъ числахъ 1902 г. открыла въ Петербургѣ 5 амбулаторій для оказанія глазной помощи многочисленнымъ учащимся въ начальныхъ школахъ, осуществивъ такимъ образомъ ту благую мысль, о которой еще совѣщаются въ нашихъ среднеучебныхъ заведеніяхъ и ведутся безконечные дебаты за границей. Въ чемъ заключается эта окулистическая помощь, видно изъ отчетовъ глазныхъ врачей, приглашенныхъ городомъ для означенной цѣли, за 1-ый годъ ихъ дѣятельности.

«Окулистическая дѣятельность»—говорится въ отчетѣ одного глазного врача—«была направлена къ выполненію 2-хъ главныхъ задачъ: санитарно-гигіэнической и терапевтической. При выполненіи 1-ой задачи обращалось особое вниманіе, чтобы заразныя болѣзни не приняли въ школахъ характера эпидемій; съ этой цѣлью дѣти съ заразными болѣзнями изолировались до полнаго приведенія ихъ болѣзни глазъ въ безопасное для окружающихъ состояніе... Въ доступной школьному возрасту формѣ дѣтямъ разъяснялась возможность передачи ихъ болѣзни другимъ и необходимыя для того предосторожности. Особое вниманіе обращалось на чистоту рукъ, которыя служатъ главными передатчиками глазныхъ болѣзней. Исправленіе близорукости, дальнозоркости и астигматизма назначеніемъ соотвѣтствующихъ очковъ составляло одну изъ главныхъ задачъ предупрежденія порчи глазъ у дѣтей... Выполненіе 2-ой задачи заключалось въ систематическомъ лѣченіи заболѣвшихъ глазами дѣтей, снабженіи ихъ лѣкарствами и очками и въ оказаніи необходимыхъ оперативныхъ пособій».

Судить о характерѣ оказываемой помощи можно и по слѣдующимъ строкамъ изъ отчета другого глазного врача.

«Окулистическая помощь заключалась:

а) въ амбулаторномъ лѣченіи болѣе тяжелыхъ заболѣваній глазъ;

б) въ оперативныхъ пособіяхъ;

в) въ назначеніи и выдачѣ глазныхъ лѣкарствъ на домъ;

г) въ предупрежденіи распространенія заразныхъ болѣзней глазъ въ школѣ—путемъ помѣтки на карточкѣ отъ школьнаго врача объ удаленіи заболѣвшаго изъ школы на тотъ или другой срокъ, впредь до выздоровленія. При заразныхъ болѣзняхъ, требовавшихъ продолжительнаго лѣченія, какъ напр. при трахомѣ, учащійся удалялся изъ школы лишь на то время, покуда представлялось еще хотя бы малѣйшее опасеніе за возможность зараженія, а остатки болѣзни долѣчивались затѣмъ, какъ незаразныя заболѣванія глазъ—при одновременномъ посѣщеніи школы. Одновременно указывалось и родителямъ больного (либо самому заболѣвшему) на заразительность болѣзни глазъ, при чемъ, насколько это являлось возможнымъ, предлагались и мѣры къ предупрежденію переноса заразы на другихъ членовъ семьи;

д) въ указаніи прочихъ мѣръ для здравоохраненія глазъ: пересадки поближе къ окну въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ на основаніи изслѣдованія глазъ можно было предположить, что безсиліе зрѣнія (астенопія) зависѣло лишь отъ недостаточнаго освѣщенія предмета занятій; наблюденія за посадкой у дѣтей, снабженныхъ очками противъ близорукости, чтобы, сгибаясь по старой привычкѣ надъ предметомъ занятій, они не получили вреда отъ очковъ вмѣсто пользы; защиты головы и глазъ отъ источника искусственнаго освѣщенія въ домашней обстановкѣ; возможно меньшаго обремененія школьными занятіями или полной ихъ пріостановки на нѣкоторое время и т. п.;

е) въ назначеніи очковъ, отпускавшихся неимущимъ безплатно, въ счетъ коммиссіи по народному образованію. Получившій очки являлся съ ними черезъ недѣлю, при чемъ провѣрялись пригодность очковъ и умѣнье школьника обращаться съ ними. Провѣрки эти и показали, сколь важное значеніе для здоровья учащихся, какъ и для успѣшности школьныхъ занятій, имѣютъ очки, надлежащимъ образомъ исправляющія ненормальность зрѣнія: не только прекращались жалобы на рѣзь, слезотеченіе, ломоту въ глазахъ при болѣе или менѣе продолжительныхъ занятіяхъ и прочіе признаки безсилія зрѣнія, но и упорныя головныя боли исчезали, а дѣти, до того путавшія слова при чтеніи и получавшія плохія отмѣтки по чистописанію, оказывались весьма способными по этимъ предметамъ».

*Р. Кацъ.*

---

## Курсы для врачей въ Berlin'ѣ. Бактеріолого-гигіэническіе курсы въ Koch'овскомъ Институтѣ.

За послѣдніе годы Berlin сильно выдвинулся впередъ, какъ научный центръ, гдѣ каждый врачъ можетъ найти вполнѣ благопріятныя условія для пополненія и совершенствованія своихъ спеціальныхъ знаній. На ряду съ многочисленными университетскими курсами (въ текущемъ семестрѣ на медицинскомъ факультетѣ ихъ было объявлено до 400, не считая естественныхъ наукъ) въ Berlin'ѣ прочно организованъ безпрерывный рядъ повторительныхъ курсовъ, предназначаемыхъ спеціально для врачей. Они читаются какъ въ каникулярное время, такъ и теченіи учебныхъ семестровъ, продолжаются обыкновенно по 4 недѣли и отличаются обширной и разнообразной программой. Еще большее значеніе имѣютъ широкій выборъ и легкая доступность посѣщенія многочисленныхъ въ Berlin'ѣ больницъ, присутствованія при операціяхъ, а также всегда представляющаяся возможность спеціальныхъ занятій въ университетскихъ и частныхъ лабораторіяхъ, клиникахъ и поликлиникахъ. Естественно, что не всѣ эти предназначаемые для врачей и насчитываемые сотнями курсы одинаково удовлетворительны, но несомнѣнно, что каждый врачъ, пріѣхавшій въ Berlin съ строго опредѣленными задачами, располагающій достаточнымъ временемъ и удовлетворительно владѣющій нѣмецкимъ языкомъ, всегда съумѣетъ найти, что ему нужно, и получить отъ своихъ занятій наилучшій результатъ. Это относится, впрочемъ, главнымъ образомъ къ различнымъ областямъ практической медицины, которой почти исключительно посвящены всѣ многочисленные курсы какъ въ Berlin'ѣ, такъ и въ другихъ мѣстахъ, для врачей, ищущихъ пополненія и усовершенствованія своихъ знаній. Значительно труднѣе устроиться въ томъ случаѣ, когда преслѣдуются какія-либо исключительныя задачи въ области теоретической и въ тѣхъ сторонахъ прикладной медицины, которыя интересуютъ сравнительно небольшое число врачей. Въ подобномъ положеніи, напр., бываетъ повсюду поставленъ врачъ, который пожелалъ-бы въ короткій промежутокъ времени получить систематическія свѣдѣнія по санитарно-гигіэнической методикѣ и ея примѣненію къ задачамъ практической санитаріи. Распространенные въ настоящее время курсы по бактеріологіи, которая главнымъ образомъ и указываетъ пріемы и способы современныхъ санитарныхъ и гигіэническихъ изслѣдованій, отличаются обыкновенно излишнею краткостью и приспособлены къ нуждамъ клинической діагностики, оставляя въ тѣни примѣненіе бактеріологіи въ современной эпидеміологіи и санитарной практикѣ. Еще труднѣе найти удобныя условія для занятій по собственно гигіэнической методикѣ или получить систематическій курсъ по вопросамъ прикладной санитаріи.

Въ виду этого, какъ мнѣ кажется, заслуживаютъ вниманія, въ особенности со стороны товарищей, интересующихся только-что названными отраслями медицины, посвященные этимъ предметамъ курсы, которые читались въ Berlin'ѣ и участникомъ которыхъ мнѣ посчастливилось быть. Къ тому-же они представляютъ собой новинку даже среди многочисленныхъ и разнообразныхъ Berlin'скихъ курсовъ для врачей.

Въ началѣ минувшей осени отъ Прусскаго Института для заразныхъ болѣзней, во главѣ котораго стоитъ *R. Koch*, было объявлено, что въ Институтѣ назначается 3-мѣсячный практическій курсъ по бактеріологіи и бактеріолого-гигіэнической методикѣ, съ ограниченнымъ числомъ слушателей. Въ Институтѣ уже и раньше велись мѣсячные курсы по бактеріологіи, но на этотъ разъ, удлинивъ продолжительность занятій почти втрое, имѣлось въ виду провести особую, оригинальную программу. Нужно замѣтить, что въ послѣдніе годы въ Германіи особенно дѣятельно разрабатываются и примѣняются къ жизни мѣры по предупрежденію и борьбѣ съ эпидемическими и заразными болѣзнями. Особенно активную дѣятельность въ этомъ направленіи проявляетъ Прусское министерство, въ которомъ во главѣ медицинской части стоятъ такіе просвѣщенные и энергичные люди, какъ, напр., проф. *Kirchner*. Здѣсь прекрасно понимаютъ, что, какіе-бы хорошіе законы ни писались въ центральныхъ учрежденіяхъ, дѣло мало двинется впередъ, если не будетъ непосредственно на мѣстахъ свѣдущихъ, энергичныхъ и авторитетныхъ для населенія врачей, на которыхъ будетъ возложено практическое примѣненіе санитарныхъ мѣръ. Полная непригодность для этихъ цѣлей т. наз. физиката (учрежденія въ родѣ нашихъ уѣздныхъ врачей) открыто признается въ оффиціальныхъ отчетахъ Прусскаго министерства, и не только въ отно-

Digitized by Google

шеніи его организаціи, но и въ отношеніи личнаго состава. Поэтому въ основу производимаго въ настоящее время преобразованія врачебно-санитарнаго дѣла въ Пруссіи положена забота министерства обезпечить по возможности наличность такого медицинскаго персонала, который и по научной подготовкѣ, и по практическому опыту былъ-бы въ состояніи выполнить сложныя и трудныя задачи, представляемыя санитарной дѣятельности, выражающейся не въ безплодной канцелярской перепискѣ по инстанціямъ, но въ живомъ проведеніи предлагаемыхъ наукой требованій въ сознаніе населенія и въ дѣйствительную жизнь. Прежде всего здѣсь требуется, чтобы врачи, которые будутъ призваны къ выполненію этихъ задачъ, обладали въ глазахъ населенія достаточно высокимъ научнымъ авторитетомъ. Вслѣдствіе этого въ послѣднее время къ врачамъ, желающимъ занять мѣста т. наз. окружныхъ врачей (Kreisärzte), объединяющихъ въ своемъ лицѣ спеціальную дѣятельность по мѣстному санитарному надзору, согласно недавно изданнымъ общимъ для Германіи законоположеніямъ, предъявляются довольно обширныя требованія. Кандидаты должны обладать предшествующей, не менѣе 5 лѣтъ, дѣятельностью практическаго врача; они должны представить удостовѣреніе о занятіяхъ на бактеріолого-гигіеническомъ курсѣ, продолжительностью не менѣе 3-хъ мѣсяцевъ; точно также они обязаны предварительно заняться, не менѣе 3-хъ мѣсяцевъ, патологической анатоміей и имѣть по крайней мѣрѣ $^1/_2$-годовую практику въ психіатрической клиникѣ. Послѣднія требованія вызваны тѣмъ обстоятельствомъ, что на окружныхъ врачей возлагаются также и судебно-медицинскія обязанности. Провѣрка подготовки кандидатовъ, сверхъ того, производится еще на спеціальныхъ экзаменахъ въ медицинскомъ отдѣленіи министерства.

Но, выступая съ таковыми требованіями и нуждаясь во врачахъ для замѣщенія свободныхъ мѣстъ (по отчету 1901 г. въ Пруссіи было 493 окружныхъ врача; число ихъ съ осуществленіемъ преобразованія врачебно-санитарнаго дѣла продолжаетъ увеличиваться), министерство сознавало, что необходимо и съ его стороны всѣми возможными мѣрами содѣйствовать тому, чтобы желающіе занять мѣста окружныхъ врачей могли при наибольшихъ для нихъ удобствахъ получить соотвѣтствующую подготовку. Съ этою цѣлью въ теченіи нѣсколькихъ послѣднихъ лѣтъ при нѣкоторыхъ Прусскихъ университетахъ устраиваются, при содѣйствіи министерства (оно располагаетъ для этой цѣли особымъ бюджетомъ, составлявшимъ въ 1902 г. 26000 мар.), курсы для усовершенствованія, предназначаемые спеціально для Прусскихъ врачей. Въ Berlin'ѣ, во главѣ Комитета, устраивающаго эти курсы, стоитъ проф. *Bergmann*. Посѣщеніе курсовъ для Прусскихъ врачей—безплатно; продолжительность — отъ 2-хъ до 3-хъ мѣсяцевъ. Часть курсовъ посвящена клиническимъ предметамъ, часть—патологической анатоміи, клинической химіи и бактеріологіи, судебной медицинѣ и т. д. Въ текущемъ семетрѣ (6-ой циклъ этихъ курсовъ въ Berlin'ѣ) въ программу ихъ входилъ рядъ лекцій объ эпидемическихъ болѣзняхъ. Вмѣстѣ взятыя, лекціи эти должны были дать обзоръ современнаго состоянія вопроса о причинахъ и борьбѣ съ эпидеміями и широко распространенными заразными болѣзнями. Благодаря любезности секретаря Комитета, проф. *Kutner*'а, я получилъ возможность посѣщать эти лекціи, которыя читались въ только-что отстроенномъ патолого-анатомическомъ Институтѣ въ Charité.

Были прочитаны слѣдующія лекціи: 1) Соціальное значеніе эпидемій и борьба съ ними (проф. *Kirchner*), 2) легочная бугорчатка (профф. *Kraus* и *Dönitz* и д-ръ *Moeller*), 3) проказа (профф. *Lassar* и *Kirchner*), 4) сифилисъ и венерическія болѣзни, ихъ предупрежденіе и борьба съ ними (проф. *Lesser*), 5) холера (проф. *Kolle*), 6) кровавый поносъ (профф. *Kruse* и *Renvers*), 7) тифъ (проф. *Wassermann*), 8) трахома (проф. *Hirschberg*), 9) собачье бѣшенство (д-ръ *Schüde*), 10) болотная лихорадка (д-ръ *Martini*), 11) чума (профф. *Kolle* и *Sticker*). 12) оспа (проф. *Wassermann*).

Преимущественное вниманіе всѣми лекторами обращалось на распознаваніе заразныхъ болѣзней, главнымъ образомъ—бактеріологическое, а затѣмъ—на общественныя мѣры предупрежденія и борьбы съ эпидемическими и заразными болѣзнями. Въ этомъ послѣднемъ отношеніи исходнымъ пунктомъ для всякаго рода мѣропріятій служили основанія, выработанныя и предложенныя *R. Koch*'омъ, огромный авторитетъ котораго въ Германіи въ вопросахъ этого рода чувствуется здѣсь на каждомъ шагу. Связанные такимъ образомъ общимъ направленіемъ и общею цѣлью лекціи эти дали въ результатѣ нѣчто цѣльное, построенное на однихъ и тѣхъ-же научныхъ принципахъ и объединяющее различныя практическія мѣропріятія въ отдѣльныхъ случаяхъ. Въ скоромъ времени они появятся въ печати въ одномъ общемъ сборникѣ.

Точно также отчасти подъ вліяніемъ министерства былъ организованъ упомянутый уже выше бактеріологическій курсъ въ *Koch*'овскомъ Институтѣ. Институтъ этотъ, недавно размѣстившійся въ просторномъ, спеціально для него построенномъ зданіи (Berlin № 39 Nordufer, Institut für Infectionskrankheiten) и обладающій богатѣйшей обстановкой и средствами для бактеріологическихъ работъ, является, какъ извѣстно, въ Германіи центромъ работъ по изученію заразныхъ болѣзней. Уже одно имя *R. Koch*'а, стоящаго во главѣ этого учрежденія, является громадной притягательной силой. Сюда съѣзжаются врачи для спеціальныхъ занятій со всѣхъ концовъ Германіи и изъ-за границы. Институтъ состоитъ изъ нѣсколькихъ отдѣленій, которыми завѣдуютъ отдѣльные профессора, ученики проф. *Koch*'а, пріобрѣвшіе уже почтенное имя въ наукѣ (*Wassermann*, *Kolle* и др.). Кромѣ обширно и прекрасно обставленныхъ лабораторій и помѣщеній для животныхъ, Институтъ располагаетъ также возможностью вести непосредственныя наблюденія у кровати больного, такъ какъ съ ними близко связаны бараки для заразныхъ больныхъ въ Charité. Въ Институтѣ-же помѣщается прививочная *Pasteur*'овская станція, куда присылаются укушенные бѣшенными животными изъ всей Германіи (до 300 чел. въ годъ—очень малая цифра по нашему русскому масштабу).

Такимъ образомъ лучшаго мѣста, чтобы устроить курсы для врачей по изученію заразныхъ болѣзней, нельзя было-бы выбрать. Курсу этому ставилась цѣль дать возможно бо́льшую практическую подготовку для той дѣятельности, которая предстоитъ врачамъ въ области изслѣдованій и проведенія мѣропріятій въ борьбѣ съ заразными болѣзнями. Поэтому онъ былъ посвященъ преимущественно бактеріологіи и бактеріолого-гигіенической методикѣ съ обращеніемъ особеннаго вниманія на современную борьбу съ эпидемическими и заразными болѣзнями, а также на ученіе о невоспріимчивости и специфическое лѣченіе заразныхъ болѣзней (серотерапію). Занятія велись 4-мя профессорами, стоящими во главѣ отдѣленій Института: *Dönitz*'емъ, *Kolle*, *Wassermann*'омъ и *Proskauer*'омъ. *Koch* уже 2-ой годъ находится въ командировкѣ въ южной Африкѣ.

Ежедневныя занятія въ теченіи курса продолжались съ 9 час. утра до 4 час. дня. Изъ этого времени приблизительно $1^1/_2$ часа отводилось для лекцій, которыя читались поочередно названными выше 4-мя профессорами. Подъ ихъ-же непосредственнымъ руководствомъ производились практическія занятія въ лабораторіи, занимавшія остальную часть рабочаго дня. Профф. *Dönitz*, *Kolle* и *Wassermann* руководили бактеріологическими занятіями; на проф. *Proskauer*'ѣ лежало руководство собственно гигіенической частью курса. Въ эту послѣднюю, кромѣ лекцій и нѣкоторыхъ лабораторныхъ работъ, входилъ рядъ экскурсій по Berlin'у и окрестностямъ для осмотра интересныхъ въ санитарномъ отношеніи учрежденій. Курсъ былъ начатъ 1-го октября и продолжался до послѣднихъ чиселъ декабря. Гонораръ за него былъ назначенъ всего лишь въ 200 мар.—сравнительно невысокій, если принять во вниманіе, что въ эту сумму входила также оплата питательныхъ средъ, красящихъ жидкостей, и даже животныхъ, употреблявшихся для опытовъ. Безплатно также выдавалась стеклянная посуда и нѣкоторые инструменты. Отъ участниковъ курса требовалось лишь имѣть микроскопъ (кто не имѣлъ собственнаго, тотъ легко могъ достать его на прокатъ за невысокую плату при посредствѣ Института), а также требовался небольшой расходъ на стеклышки и т. п.

Программа курса была составлена полно и удачно. На лекціяхъ была подробно изложена вся современная бактеріологія. Послѣ общихъ свѣдѣній по морфологіи и біологіи бактерій были подробно изучены всѣ главнѣйшіе болѣзнетворные виды (бактерій и протозоовъ), затѣмъ также полно были изложены современныя ученія о невоспріимчивости, о токсинахъ и антитоксинахъ, бактеріолизинахъ, агглютининахъ, цитолизинахъ, прецепитинахъ, гэмолизинахъ и

Digitized by Google

т. д. Въ основу изложенія была принята *Ehrlich*'овская теорія. Большое вниманіе было удѣляемо сывороточнымъ распознаванію и лѣченію, способамъ полученія различныхъ сыворотокъ, ихъ титрированію, способамъ добыванія и примѣненія различныхъ вакцинъ и т. д. Попутно при изученіи отдѣльныхъ видовъ болѣзнетворныхъ микробовъ давались пространныя эпидеміологическія свѣдѣнія, излагались примѣняемыя въ настоящее время мѣры борьбы съ отдѣльными эпидемическими и заразными болѣзнями. Послѣднему вопросу было посвящено также нѣсколько отдѣльныхъ лекцій, на которыхъ были обстоятельно разсмотрѣны вообще основанія современныхъ мѣръ борьбы съ эпидеміями. Въ собственно гигіенической части курса лекціи были посвящены вопросамъ по обеззараживанію, изслѣдованію воды и воздуха, очищенію питьевой воды, способамъ удаленія и очистки сточной жидкости, вопросамъ по провѣтриванію, отопленію и т. п. Во время экскурсій, которыми сопровождались эти лекціи, были обстоятельно осмотрѣны различные способы очистки подпочвенной воды отъ примѣси желѣза, устройство водоснабженія въ Berlin'ѣ, различные способы очистки сточной жидкости, въ томъ числѣ нѣсколько системъ біологической очистки, были посѣщены образцовыя Berlin'скія поля орошенія, прекрасная, недавно устроенная на городскія средства общественная баня, бойни, оспопрививательный Институтъ, санаторія въ Berlin'ѣ—роскошная больница, выстроенная недавно на средства мѣстнаго отдѣла страхованія рабочихъ и стоившая до 9000000 мар. [или въ разсчетѣ на число кроватей—до 15000 мар. (7500 р.) на кровать]. Одна изъ экскурсій была посвящена осмотру Berlin'скаго обеззараживающаго учрежденія, гдѣ были показаны приборы, различные инструменты и приспособленія, а также и самый способъ выполненія въ Berlin'ѣ домового обеззараживанія формалиномъ (при помощи прибора *Berolina*).

Практическія занятія въ лабораторіи состояли главнымъ образомъ въ подробномъ изученіи болѣзнетворныхъ микробовъ. Послѣ ознакомленія съ общими пріемами окраски и микроскопическаго изслѣдованія бактерій, приготовленія и окраски тканевыхъ срѣзовъ, приготовленія питательныхъ средъ, способами бактерійныхъ посѣвовъ и т. п. практическія занятія были посвящены изученію каждаго отдѣльнаго вида болѣзнетворныхъ микробовъ, въ особенности—возбудителей наиболѣе важныхъ эпидемическихъ болѣзней. Особенно много вниманія удѣлялось при этомъ практикѣ въ примѣненіи агглютинаціи, бактеріолиза, серодіагностики вообще. Производились многочисленные опыты на животныхъ, съ непремѣннымъ вскрытіемъ и изслѣдованіемъ ихъ труповъ. Изъ различныхъ подлежащихъ изслѣдованію матеріаловъ (испражненія, вода, мокрота и т. п.) выдѣлялись и выращивались изучаемые виды бактерій, надъ которыми затѣмъ и производилось подробное бактеріологическое отличительное распознаваніе. Затѣмъ давалось практическое знакомство со способами вызыванія невоспріимчивости у животныхъ. Участники курса сами иммунизировали нѣкоторыхъ мелкихъ животныхъ, добывали изъ нихъ сыворотку и опредѣляли титръ ея склеивающей способности (холерная и тифозная). Также каждымъ былъ продѣланъ опытъ съ добываніемъ гэмолитической сыворотки и испытанія ея силы. По отношенію къ противудифтерійной сывороткѣ было дано практическое знакомство съ пріемами опредѣленія степени ея антитоксическихъ свойствъ. Нѣсколько дней было удѣлено, наконецъ, изученію способовъ окраски и изслѣдованія чужеяднаго болотной лихорадки.

Для того, чтобы дать полное представленіе о содержаніи исполненныхъ въ теченіи курса лабораторныхъ работъ, нужно было-бы привести ежедневную ихъ программу. Это будетъ сдѣлано мною въ другомъ мѣстѣ, въ подробномъ отчетѣ о заграничной поѣздкѣ. Изъ сказаннаго-же выше можно уже видѣть, насколько полно и интересно была составлена вообще вся программа курса. Если при этомъ принять во вниманіе обширныя научныя средства, которыми располагаетъ *Koch*'овскій Институтъ и которыми пользовались участники курса, затѣмъ чрезвычайно добросовѣстное, полное живѣйшаго интереса отношеніе къ нему со стороны его руководителей, съумѣвшихъ вполнѣ удачно справиться съ своей нелегкой задачей, то станетъ понятнымъ, почему всѣ участники курса (25 чел., въ томъ числѣ 5 иностранцевъ) остались имъ вполнѣ удовлетворены и вынесли изъ него много полезныхъ знаній и подготовку къ практическому ихъ примѣненію.

Благодаря главнымъ образомъ этому курсу, лично мнѣ удалось достаточно удовлетворительно выполнить поставленную себѣ программу, съ которой я выѣхалъ за-границу, получивъ отъ Херсонской губернской земской Управы 3-мѣсячный отпускъ для научныхъ занятій. Съ другой стороны, посѣщеніе весьма поучительной въ санитарномъ отношеніи Dresden'ской выставки нѣмецкихъ городовъ (которой я могъ удѣлить, къ сожалѣнію, всего лишь 1 недѣлю изъ имѣвшагося въ моемъ распоряженіи времени), а затѣмъ—посѣщеніе въ Berlin'ѣ нѣкоторыхъ музеевъ (Гигіеническій музей, Arbeiterwohlfahrtsmuseum) и осмотры нѣкоторыхъ интересныхъ въ санитарномъ отношеніи сооруженій—дали возможность получить рядъ свѣдѣній въ дѣлѣ прикладной санитаріи. Въ этомъ послѣднемъ отношеніи Berlin имѣетъ за собой большія преимущества, такъ какъ здѣсь можно видѣть оч. много интересныхъ учрежденій и сооруженій, заслуживающихъ осмотра и ознакомленія съ ними. При томъ все это дается легко и безъ затрудненій.

*Е. Яковенко.*

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 26. Въ литературѣ встрѣчается нѣсколько указаній на *образованіе въ организмѣ ядовитыхъ продуктовъ, обусловливающихъ утомленіе.* Д-ру *Weichardt*'у (Berlin) удалось путемъ опытовъ доказать существованіе подобныхъ токсиновъ и получить соотвѣтствующіе антитоксины.

Ставилъ онъ опыты такъ. Морскія свинки, доведенныя мышечной работой до высшей степени усталости, быстро убивались; выдѣленныя изъ нихъ мышцы измельчались, промывались физіологическимъ растворомъ поваренной соли, а затѣмъ изъ нихъ выжимался сокъ. Вся работа производилась асептически. При впрыскиваніи подъ кожу этого мышечнаго сока здоровымъ морскимъ свинкамъ, послѣднія погибали черезъ 20—40 часовъ. Повѣрочныя животныя, которымъ впрыскивался добытый такимъже путемъ сокъ неутомленныхъ животныхъ, почти всѣ оставались живы; погибали только тѣ, которымъ былъ впрыснутъ сокъ животныхъ, имѣвшихъ передъ смертью мышечныя судороги.

Изслѣдованіе сока показало, что заключающіеся въ немъ токсины довольно нестойки: 2-часового нагрѣванія при 56° Ц. достаточно, чтобы уничтожить ихъ дѣйствіе. При обыкновенной же температурѣ ядовитость ихъ въ теченіи первыхъ 48 часовъ усиливается, а затѣмъ постепенно падаетъ и черезъ 8 сутокъ сходитъ на нѣтъ. Усиленіе ядовитости въ первые часы лишь очень слабо дѣйствующаго мышечнаго сока авторъ объясняетъ дѣйствіемъ особаго переваривающаго бродила, содержащагося въ мышцахъ. Онъ думаетъ, что въ крови животныхъ содержатся вещества, осредняющія постепенно образующіяся ядовитые продукты утомленія. Впрыскивая морскимъ свинкамъ въ полость брюшины мышечный сокъ утомленныхъ животныхъ, авторъ получилъ специфическую антитоксически дѣйствующую сыворотку, осреднявшую какъ въ пробиркѣ, такъ и въ организмѣ животнаго токсины утомленія. Антитоксически дѣйствующее вещество оказалось болѣе стойкимъ, чѣмъ токсины, и обнаруживало свое дѣйствіе даже при введеніи его черезъ желудокъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 1). *А. К.*

27. Если при изслѣдованіи сердца во время вскрытія не сопоставить его форму и консистенцію съ общими явленіями окоченѣнія, то, по *Jul. Rothberger*'у, можно сдѣлать *ошибочныя заключенія о состояніи сердца въ моментъ смерти.* Чтобы избѣгнуть этихъ ошибокъ авт. совѣтуетъ принять во вниманіе слѣдующіе результаты своихъ анатомическихъ и экспериментальныхъ изслѣдованій. 1. Сердце теплокровнаго останавливается всегда въ діастолѣ. Исключеніе составляютъ лишь случаи смерти отъ впрыскиванія большихъ количествъ нѣкоторыхъ ядовъ прямо въ кровеносную систему—случаи, очевидно, не имѣющіе значенія въ патологіи человѣка. 2. Сокращенное состояніе сердца на вскрытіи есть результатъ посмертнаго сокращенія вслѣдствіе окоченѣнія. Но, если кровь въ трупѣ сохранилась не свернутою къ тому времени, когда окоченѣніе разрѣшилось, то жидкая кровь можетъ снова нѣсколько растянуть сердце. 3. По-

Digitized by Google

смертное сокращеніе сердца вслѣдствіе окоченѣнія въ нѣкоторыхъ случаяхъ бываетъ выражено весьма слабо или-же не наступаетъ вовсе. Только въ этихъ случаяхъ сердце сохраняетъ приблизительно ту форму (діастола), какую оно имѣло въ моментъ смерти. Поэтому, если на трупѣ сердце оказывается твердымъ или тѣстообразнымъ, то имѣютъ дѣло съ сердцемъ, которое сократилось вслѣдствіе окоченѣнія. Размѣры такого сердца всегда меньше, чѣмъ были въ моментъ смерти. Если-же сердце на вскрытіи представляется мягкимъ и наполнено свернувшеюся кровью, то должно заключить, что оно не сокращалось при окоченѣніи и что его форма и величина близки къ таковымъ въ моментъ смерти. Если сердце расслаблено, мягко, содержитъ немного крови или пусто, то можно допустить, что, хотя посмертное сокращеніе и произошло, но кровь послѣ этого свернулась въ большихъ сосудахъ и потому не попала обратно въ сердце, когда окоченѣніе разрѣшилось, или же, что въ трупѣ было вообще весьма мало крови (смерть отъ кровотеченія). Наконецъ въ послѣднемъ случаѣ нельзя упускать изъ вида и того, что жидкая кровь могла исчезнуть изъ сердца вслѣдствіе гніенія и имбибиціи (Archiv f. d. gesammte Physiologie, т. 99). *С. Костинъ.*

**Фармакологія.** 28. Д-ръ *Roux* (Poitiers). *Случай отравленія антипириномъ.*

25/VIII, въ 5 час. веч., *R.* былъ позванъ къ больной, 54 л. Все тѣло ея имѣло цвѣтъ лососины, губы были фіолетовыя, лицо отечное, вѣки совершенно сомкнуты вслѣдствіе отечности, дыханіе быстрое. На локтяхъ, колѣняхъ и ступневыхъ суставахъ имѣлись широкія фіолетовыя пятна, не зависѣвшія отъ кровоподтековъ. Давленіе на покраснѣвшую кожу обнаружило довольно плотную отечность ея, при чемъ красная окраска уменьшалась только очень мало. Уже легкое давленіе на фіолетовые участки вызывало сильное сокращеніе сосудовъ впродолженіе 1 минуты, при чемъ кожа принимала восковой оттѣнокъ. Прикосновеніе къ кожѣ вызывало ощущеніе сильнаго жженія, почему больная не переносила простынь и лежала совершенно голая; болѣе сильное давленіе, наоборотъ, не вызывало рѣзкихъ ощущеній. При выслушиваніи со стороны сердца не найдено ничего, а только нѣсколько отечныхъ хриповъ у основаній легкихъ; пульсъ былъ нормаленъ; температура (въ рукавѣ) 37,9°. Утромъ было испражненіе. Моча содержала небольшіе слѣды бѣлка. Больная жаловалась на одышку и постоянное жженіе, а также на сильную жажду. Страдая въ этотъ день головною болью, она приняла 1 грм. антипирина, послѣ чего головная боль очень скоро исчезла, а черезъ ½ часа появилась краснота кожи и одышка. Мѣсячныя у больной прекратились 7 или 8 мѣсяцевъ тому назадъ. Сложеніе ея было хорошее. Она ничѣмъ серьезнымъ не хворала, кромѣ общей экземы, бывшей 5 мѣсяцевъ назадъ и продолжавшейся 2½ мѣсяца. Изъ разспросовъ *R.* убѣдился, что эта «экзема» была явленіемъ, подобнымъ имѣвшемуся на-лицо, и также началась послѣ пріема отъ головной боли 2 порошковъ антипирина по 0,5 грм. *R.* прописалъ молочную пищу и 2 стакана Hunyadi Janos. На другое утро 36°,8; больная спала, обильно мочилась и имѣла 3—4 испражненія; бѣлка въ мочѣ уже не было. Отечность отчасти исчезла, краснота мѣстами сошла, благодаря чему окраска кожи сдѣлалась пятнистою; фіолетовая окраска въ области суставовъ смѣнилась простою краснотою; синюха губъ исчезла. Но на покраснѣвшихъ частяхъ кожи образовались многочисленные пузыри, величиною отъ монеты въ 50 сантимовъ (гривенникъ) до 5 франковъ (немного болѣе рубля), наполненные прозрачной сывороткой. Жженіе продолжалось. 20/VIII: Пузыри утроились въ объемѣ, мѣстами слились, а въ отлогихъ мѣстахъ достигали величины гусинаго яйца. Содержимое ихъ еще оставалось прозрачнымъ. Назначены бензонафтолъ и салициловокислая магнезія. Къ 3/IX содержимое пузырей мѣстами стало мутнымъ. Нѣкоторые пузыри лопнули, обнаживъ кровоточивую и гноящуюся кожу. Вокругъ губъ, у спаекъ губъ и въ складкахъ шеи у подбородка образовались черныя корки. Перевязка ксероформовымъ вазелиномъ и ватою. 4/IX: 38°,5, запоръ; темная моча; слабость; появленіе 2-хъ омертвѣлыхъ бляшекъ на ягодицахъ. Назначены каломель, молоко, шампанское, мясной сокъ и продолжительныя теплыя ванны утромъ и вечеромъ; перевязка нафтоловымъ натріемъ. 5/IX: Явное улучшеніе; нормальная температура, затѣмъ постепенное выздоровленіе. 14/IX больная встала, а 19/IX могла начать выходить (Gazette des hôpitaux de Toulouse, 24 октября). *В. В. Дитманъ.*

**Гигіэна.** 29. *Belli* испытываетъ на самомъ себѣ *вліяніе ограниченнаго введенія поваренной соли и значеніе его для организма.* Онъ употреблялъ названную соль только въ томъ размѣрѣ, въ какомъ она содержится въ пищевыхъ веществахъ, и на основаніи своихъ наблюденій высказалъ предположеніе, что употребленіе поваренной соли очень мало вліяетъ на усвоеніе углеводовъ и жировъ и, вопреки мнѣнію *Voit*'а, не имѣетъ мочегоннаго дѣйствія. Если ограничить доставку поваренной соли лишь количественнымъ ея содержаніемъ въ пищевыхъ веществахъ, то наглядно повышается азотистый обмѣнъ и, слѣд., потребленіе бѣлка; отсюда можно заключить, что прибавленіе поваренной соли къ пищѣ является охранителемъ бѣлка, т. е. ограничиваетъ его потребленіе (An. di med. navale 9. 1902. по пер. въ Deutsche Medicinal-Zeitung, № 56). *Г. А.*

**Внутреннія болѣзни.** 30. *Для размельченія человѣческихъ испражненій* въ цѣляхъ изслѣдованія послѣднія обыкновенно раздавливаютъ и размѣшиваютъ въ водѣ и процѣживаютъ. Способъ этотъ, весьма непріятный и кропотливый, далеко не всегда при томъ ведетъ къ цѣли; обыкновенно образуется рядъ неразмельченныхъ каловыхъ комковъ, которые остаются неизслѣдованными, хотя какъ разъ они и могутъ случайно содержать тѣ или другія разыскиваемыя тѣла. Д-ръ *P. Grützner* совѣтуетъ брать, вмѣсто воды, обыкновенный винный спиртъ, съ помощью котораго можно достичь мельчайшаго раздробленія кала. Испражненія кладутъ въ большой цилиндръ и обливаютъ 400—500 к. стм. спирта; далѣе примѣняютъ проволочную спираль съ деревянной ручкой, употребляемую обыкновенно на кухнѣ для сбиванія яичнаго бѣлка, съ тою лишь разницей, что обороты спирали, въ цѣляхъ размельченія испражненій, не должны при сдавливаніи ея вполнѣ соприкасаться. Попеременно сдавливая спираль и слегка вращая вокругъ отвѣсной оси, удается въ нѣсколько минутъ вполнѣ размельчить испражненія, чего совершенно не удается, если брать, вмѣсто спирта, воду. Если оставить цилиндръ стоять въ теченіи нѣкотораго времени, то измельченныя испражненія осѣдаютъ на дно, поверхъ ихъ располагается тонкій темно-сѣрый слой распада и наверху прозрачный съ коричневымъ оттѣнкомъ спиртъ (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 44). *С. Новосельскій.*

31. Разбирая весьма сложный и вмѣстѣ съ тѣмъ очень важный вопросъ о *соотношеніи между бугорчаткой и беременностью,* д-ръ *Wilhelm Hahn* (Вѣна) приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Беременность есть весьма тяжелое осложненіе бугорчатки; оно тѣмъ тяжелѣе, чѣмъ чаще повторяется. 2) Въ программу борьбы съ бугорчаткой, какъ съ народной болѣзнью, необходимо включить, какъ одну изъ важныхъ мѣръ, *предупрежденіе зачатія* у больныхъ бугорчаткой женщинъ. 3) Если беременность наступила, то женщина должна находиться подъ постояннымъ врачебнымъ надзоромъ. Если въ состояніи ея здоровья наступаетъ ухудшеніе, то, съ согласія больной и въ присутствіи другого врача, можетъ быть сдѣланъ искусственный выкидышъ, при чемъ обо всей исторіи болѣзни долженъ быть составленъ протоколъ. Жизнь матери при всѣхъ условіяхъ цѣнится выше, чѣмъ жизнь ребенка. 4) Въ послѣдніе мѣсяцы беременности не слѣдуетъ прибѣгать къ искусственнымъ преждевременнымъ родамъ, такъ какъ они не представляютъ никакихъ преимуществъ передъ родами естественными; наоборотъ, они могутъ оказаться для роженицы болѣе опасными. Такъ какъ, помимо этого, больная бугорчаткой женщина можетъ родить совершенно здороваго ребенка, который при соотвѣтственныхъ условіяхъ жизни, в. вѣроятно, и выростетъ здоровымъ, то было-бы несправедливо такимъ образомъ безцѣльно жертвовать жизнью ребенка. 5) Такъ какъ беременность сама по себѣ предъявляетъ необычайныя требованія къ человѣческому организму, то больной бугорчаткой беременной женщинѣ тѣмъ болѣе слѣдуетъ пользоваться особеннымъ уходомъ и поддержкой, и общество поэтому должно прежде всего позаботиться о помощи именно этимъ больнымъ. 6) О принципіальномъ прерываніи беременности при бугорчаткѣ въ смыслѣ *Maragliano* и *Hamburger*'а не можетъ быть и рѣчи (Berliner klinische Wochenschrift, 1903, № 52). *А. Коварскій.*

32. Д-ръ *К. Ржентковскій* (Варшава) изучалъ *точку замерзанія выпотовъ и пропотовъ.* При бугорчатковомъ выпотномъ плейритѣ средняя изъ 8 наблюденій $\Delta = 0{,}526^{\circ}$ (колебанія—0,50—0,54); для суставныхъ выпотовъ средняя $\Delta = 0{,}54$ и для гнойныхъ $\Delta = 0{,}84^{\circ}$. Цифры эти такимъ образомъ показываютъ, что точка замерзанія выпотовъ тѣмъ больше, чѣмъ больше въ нихъ преобладаютъ гнойныя тѣльца. $\Delta$ при бугорчатковомъ перитонитѣ = 0,52—0,53. Выходитъ, стало быть, что выпоты бугорчатковаго происхожденія, независимо отъ ихъ мѣстоположенія, показываютъ наименьшія цифры для точки замерзанія. Нѣсколько большей молекулярной насыщенностью обладаютъ суставные выпоты, а еще большей—гнойные; кріоскопическая точка послѣднихъ тѣмъ ниже, чѣмъ они старше. Точка замерзанія жидкостей въ брюшной полости, по-

Digitized by Google

явившихся вслѣдствіе цирроза печени, выше таковой бугорчатковыхъ выпотовъ и равняется 0,52—0,565 (въ среднемъ—0,536). Δ выпотовъ, обусловленныхъ ракомъ брюшины—0,547 (средняя). Цифры для точки замерзанія пропотовъ представлены въ слѣдующей таблицѣ.

| № | Пропотъ куда? | Δ | Болѣзнь. | Замѣчанія. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Брюшина | 0,55 | Воспаленіе почекъ | |
| 2 | » | 0,60 | » » | |
| 3 | » | 0,53 | Неуравновѣшенность сердца. | Въ мочѣ слѣды бѣлка. |
| 4 | Кожа | 0,56 | » » | |
| 5 | » | 0,54 | » » | Синюха. Моча безъ бѣлка. |
| 6 | » | 0,54 | Эндо-перикардитъ. | Въ мочѣ слѣды бѣлка. |
| 7 | » | 0,52 | Неуравновѣшенность сердца. | |
| 8 | » | 0,56 | Воспаленіе почекъ. | |
| 9 | » | 0,57 | » » | |
| 10 | » | 0,58 | » » | |

Авт. приходитъ къ выводу, что Δ пропотовъ выше таковой выпотовъ и что пропоты, обусловленные болѣзнью почекъ, имѣютъ Δ высшую, чѣмъ пропоты, обусловленные болѣзнью сердца. Послѣднее обстоятельство имѣетъ, по автору, обще-патологическое значеніе. Пропотъ является актомъ самозащиты организма въ виду угрожающаго ему переполненія кровеносной системы водой (пропоты сердечнаго происхожденія) либо химическими тѣлами вмѣстѣ съ водой (почечные пропоты). Организмъ поэтому старается усилить молекулярную насыщенность крови, выдѣляя часть воды въ полости. При недостаточности сердца мельчайшіе волосники принимаютъ на себя роль почечныхъ клубочковъ и выдѣляютъ въ полости все то, что не было выдѣлено клубочками. При воспаленіи-же почекъ волосные сосуды выдѣляютъ въ полости не только воду, но и тѣ твердыя вещества, которыя обычно выдѣляются почечнымъ эпителіемъ. Такимъ образомъ, по автору, между эндотеліемъ кровеносныхъ сосудовъ, участвующихъ въ образованіи пропота, и эпителіемъ почекъ существуетъ обмѣнная дѣятельность: эндотелій волосниковъ беретъ на себя роль почечнаго эпителія въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ послѣдній отказывается работать (Przegląd lekarski, 31 октября). *С. Островскій.*

33. Д-ръ *Karl Bornstein* (Leipzig) разбираетъ вопросъ *о цѣлесообразности лѣченія откармливаніемъ (Mastkuren)* въ томъ видѣ, какъ оно примѣняется въ настоящее время во врачебной практикѣ. Въ результатѣ этого лѣченія достигается накопленіе жира въ организмѣ при сравнительно незначительномъ увеличеніи количества бѣлковъ. Между тѣмъ для поправленія ослабѣвшаго организма гораздо важнѣе и цѣлесообразнѣе увеличить количество бѣлковъ и усилить обмѣнъ послѣднихъ. Терапевтическія стремленія въ этомъ направленіи были задержаны извѣстными экспериментальными изслѣдованіями *Voit*'а надъ собаками, которые показали, что при усиленномъ кормленіи этихъ животныхъ мясомъ не удается добиться задержки бѣлка въ организмѣ. Предполагалось, что и человѣческій организмъ такъ же отвѣчаетъ на усиленный подвозъ бѣлковъ, какъ и организмъ собаки. Однако аналогичные опыты съ другими животными (баранъ, кошка) дали другой, положительный результатъ, и экспериментальныя изслѣдованія и клиническія наблюденія автора привели его къ заключенію, что путемъ увеличеннаго питанія бѣлками удается добиться лучшихъ результатовъ, чѣмъ обычными Mastkuren. Поэтому онъ предлагаетъ совершенно оставить этотъ унизительный для человѣческаго достоинства способъ лѣченія и самое слово Mastkur вычеркнуть изъ терапевтическаго словаря. Что касается того, какіе роды бѣлковъ слѣдуетъ примѣнять для усиленія питанія организма, то при этомъ приходится принять въ соображеніе слѣдующее: мясо полезно лишь въ небольшихъ количествахъ: чрезмѣрное-же его потребленіе безусловно вредно вслѣдствіе значительнаго содержанія въ немъ вытяжныхъ веществъ; при обильномъ кормленіи мясомъ, говоритъ *Fr. Müller*, получается не накопленіе бѣлка, а подагра. Авторъ въ своей практикѣ поступаетъ такъ: сначала онъ разрѣшаетъ больному выбрать тѣ роды пищи, какіе ему наиболѣе по вкусу и при которыхъ организмъ его остается въ азотистомъ равновѣсіи. Затѣмъ къ этой пищѣ прибавляется ежедневно 50 грм. бѣлка въ той или другой формѣ. Изъ бѣлковыхъ препаратовъ наиболѣе подходящими для этой цѣли авторъ признаетъ: казеиновокислый натръ (нутроза) и плазмонъ; въ болѣе богатой практикѣ назначается болѣе дорогой санатогенъ, который по существу дѣйствія ничѣмъ не отличается отъ вышеназванныхъ 2-хъ. Хороши также для этой цѣли роборатъ и алейронатъ, особенно въ формѣ печеній. Если назначеніе какихъ-бы то ни было препаратовъ не желательно, то ихъ можно замѣнить свѣжими, мягкими сырами, яйцами, нежирнымъ молокомъ. Къ этой діэтѣ присоединяется пріемъ внутрь желѣза и сообразованная съ силами больныхъ мышечная работа въ видѣ комнатной гимнастики и т. п. Такой способъ лѣченія представляетъ еще то преимущество, что его легко провести одинаково и у бѣдныхъ, и у богатыхъ; при немъ не приходится прибѣгать ни къ гидро-, ни къ электро-, ни къ механо-терапіи и не требуется особенно усиленнаго ухода за больными. Только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больные уже чрезмѣрно похудали или, когда накопленіе жировой ткани необходимо для поддержанія на мѣстѣ какого-либо органа, какъ, напр., при подвижной почкѣ, авторъ считаетъ показаннымъ лѣченіе по способу *Weir-Mitchel*'я; во всѣхъ-же остальныхъ умѣреннымъ перекармливаніемъ бѣлками въ томъ видѣ, какъ описано выше, лучше, проще и вѣрнѣе достигается цѣль, чѣмъ при всѣхъ Mastkuren (Münchener medicinische Wochenschrift, 1903, № 51). *А. Коварскій.*

34. Д-ръ *Saake* (Schöningen) думаетъ, что *одной изъ причинъ благопріятнаго дѣйствія горнаго воздуха на человѣческій организмъ является болѣе богатое содержаніе въ немъ радіоактивныхъ веществъ.* Присутствіе радіоактивныхъ веществъ въ атмосферномъ воздухѣ впервые было доказано *Elster*'омъ и *Geitel*'емъ слѣдующимъ образомъ. Если уединенные проводники (желѣзныя проволоки) съ потенціаломъ отрицательнаго напряженія въ нѣсколько тысячъ вольтъ держать въ теченіи нѣсколькихъ часовъ на воздухѣ, то поверхность ихъ покрывается радіоактивнымъ веществомъ. Послѣднее можно стереть кускомъ кожи, и въ присутствіи радіоактивнаго вещества на кожѣ можно убѣдиться по тому, что она получаетъ способность дѣйствовать возстановляюще на бромосеребряную чувствительную пластинку. Д-ру *Saake* удалось доказать, что воздухъ на горахъ, а въ особенности въ горныхъ ущельяхъ, содержитъ въ 3—5 разъ больше радіоактивнаго вещества, чѣмъ воздухъ долинъ. Такъ какъ извѣстно, что отрицательное напряженіе электричества на земныхъ предметахъ увеличивается съ поднятіемъ надъ уровнемъ моря, то ясно, что въ горахъ на поверхности человѣческаго тѣла должно собираться значительно больше радіоактивныхъ веществъ, чѣмъ въ долинахъ. Въ виду того, что работы *Danysz*'а показали, что *Becquerel*'евскіе лучи, помимо разрушающаго и задерживающаго, могутъ имѣть и благопріятно-возбуждающее дѣйствіе на ткани и жизненныя явленія организма, то авторъ допускаетъ, что часто поразительно-благопріятное дѣйствіе пребыванія въ горахъ на человѣка можно объяснить вліяніемъ богатаго содержанія въ горномъ воздухѣ радіоактивныхъ веществъ. Съ другой стороны, эти-же вещества, по всей вѣроятности, играютъ извѣстную роль въ этіологіи горной болѣзни, которая часто наблюдается въ горныхъ ущельяхъ, гдѣ количество радіоактивныхъ веществъ въ воздухѣ особенно велико. Авторъ производилъ на себѣ и д-рѣ *Hartmann*'ѣ опыты накопленія радіоактивныхъ веществъ на поверхности тѣла. Они помѣщались на уединенной скамейкѣ и при помощи электрической машины доводили отрицательное напряженіе электричества въ своемъ тѣлѣ до 6—7 тысячъ вольтъ. Они оставались въ такомъ положеніи въ теченіи 1/2-часа, но ни субъективнаго, ни объективнаго измѣненія въ организмѣ отмѣтить при этомъ имъ не удалось. Объясняется это тѣмъ, что вліяніе, даже самое сильное, *Becquerel*'евскихъ лучей

Digitized by Google

во время самаго ихъ дѣйствія не ощущается и обнаруживается лишь много времени (2—3 недѣли) спустя. Для рѣшенія вопроса о дѣйствіи умѣреннаго количества *Becquerel*'евскихъ лучей въ теченіи продолжительнаго времени (какъ это бываетъ въ горахъ), по мнѣнію автора, слѣдуетъ поставить рядъ опытовъ на животныхъ такимъ образомъ, чтобы одна часть животныхъ одного и того же приплода воспитывалась въ уединенной клѣткѣ при значительномъ отрицательномъ напряженіи, въ то время какъ другая жила-бы при тѣхъ-же условіяхъ, но не въ уединенной и не заряженной электричествомъ клѣткѣ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 1). *А. Коварскій.*

35. Д-ръ *Riehl* (Kissingen) описываетъ случай присутствія у одного и того же больного *2-хъ экземпляровъ невооруженнаго цѣпеня* (Taenia saginata s. mediocanellata). Особенность случая заключается еще въ томъ, что послѣ перваго назначенія глистогоннаго средства (вытяжки мужского папоротника) выдѣлился только 1 червь (съ головкой), а для изгнаніи 2-го потребовалось вторичное назначеніе того-же средства. Въ литературѣ до сихъ поръ описано всего 7 случаевъ присутствія у одного и того больного нѣсколькихъ экземпляровъ этого рода глиста, при чемъ въ 1 случаѣ *(Laboulbène)* найдено было 35 экземпляровъ; вооруженный цѣпень встрѣчается гораздо чаще во множественномъ числѣ (Münchener medicinische Wochenschrift, 1903, № 52). *А. Коварскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 36. Проф. *Bergmann* описываетъ *случай актиномикоза бедра,* представлявшій по картинѣ болѣзни нѣкоторое сходство съ остеоміэлитомъ.

Больной—крѣпкій мужчина, 29 л. Кромѣ скарлатины на 4-мъ году жизни, ничѣмъ не хворалъ. Въ 1898 г., во время военной службы, его ударила лошадь копытомъ въ колѣно, при чемъ образовались 2 раны; кровотеченіе было небольшое, но раны не заживали; дно ихъ было сѣровато-зеленоватое, и сначала онѣ увеличивались, но, когда больной сталъ дѣлать примочки изъ слабаго раствора сулемы, то онѣ медленно зажили; однако вся область раны осталась припухшей и настолько сильно, что сгибать ногу больной могъ только до прямого угла. Съ теченіемъ времени опухоль, вначалѣ не особенно болѣзненная и обусловливавшая только чувство тяжести, сосредоточилась на внутренней поверхности бедра. Только впослѣдствіи она стала очень болѣзненной и по временамъ то увеличивалась (послѣ тѣлесныхъ напряженій), то уменьшалась. Въ декабрѣ 1902 г. вся нижняя часть бедра и область колѣна при сильныхъ боляхъ, значительно припухла. Больной обратился къ врачу, который нашелъ жидкость въ полости колѣннаго сустава и назначилъ компрессы и втиранія. Не смотря на то, что отъ лѣченія дѣло не улучшалось, больной продолжалъ свои занятія до поступленія въ клинику. При изслѣдованіи найдено, что вся нижняя $^1/_2$ бедра представляетъ довольно равномѣрную цилиндрической формы припухлость. Нормальныя очертанія колѣна сглажены. Припухлость довольно рѣзко ограничена нижнимъ краемъ колѣнной чашки, которая поднята и плаваетъ. Сверху припухлость кончается у середины бедра также рѣзко, такъ что можно прощупать, какъ она круто спускается къ здоровымъ мышцамъ. На внутренней поверхности бедра—покраснѣвшій участокъ кожи; на этомъ мѣстѣ кожу нельзя собрать въ складку, между тѣмъ какъ на остальномъ протяженіи припухлости она довольно подвижна. Припухлость вездѣ имѣетъ плотность напряженной мышцы, а на покраснѣвшемъ мѣстѣ ощущается ясное зыбленіе. Подвижность въ колѣнѣ почти равна нулю. Ударъ въ подошву не вызываетъ боли въ припухшей области. Въ лѣвомъ паху—3 припухшія железки. Температура только разъ вечеромъ была 38°,1 Ц., въ остальные-же дни все время была ниже 38°; при чемъ наблюдались разницы между утренней и вечерней температурами, но лишь незначительныя. 10/VII сдѣланъ былъ продольный разрѣзъ по покраснѣвшему участку кожи, длиною въ 18 стм. до фасціи. Въ послѣдней мѣстами оказались дырообразныя прогалины, выполненныя студневидными грануляціями. Свободно вытекавшаго гноя не оказалось. И подъ фасціей найдена была таже студневидная масса, которая продолжалась между мышцами до самой кости; масса эта была удалена острой ложечкой и соскоблена съ окружающихъ здоровыхъ тканей. При ближайшемъ осмотрѣ въ ней было найдено безчисленное множество мелкихъ желтоватыхъ зернышекъ, при микроскопическомъ изслѣдованіи оказавшихся хорошо выраженными друзами лучистаго грибка. Кое-гдѣ около этихъ друзъ находилось незначительное количество гноя, изъ котораго удалось получить чистую разводку золотистаго гроздекокка. Кромѣ вышеупомянутаго сдѣланъ былъ еще разрѣзъ по передней поверхности бедра черезъ 4-главую мышцу, доходившій до полости, образованной у самой кости. Полость была выполнена іодоформной марлей. Къ 20/VIII раны зарубцевались, но 25/VIII въ рубцѣ на внутренней поверхности опять образовался нарывъ. По вскрытіи его пришлось вторично вычистить острой ложечкой всю полость до кости, такъ какъ опять въ выдѣляемомъ оказалось много друзъ лучистаго грибка. Но и послѣ этого рана не зажила вполнѣ, и 24/IX пришлось въ 3-ій разъ основательно выскоблить всю полость съ 2-хъ сторонъ. Въ декабрѣ все уже зажило, и теперь больной можетъ ходить и сгибать колѣно до прямого угла. Опухоль железъ исчезла послѣ первой-же операціи. Она, по мнѣнію автора, была обусловлена присутствіемъ золотистаго гроздекокка, такъ какъ лучистый грибокъ, какъ извѣстно, не вызываетъ ни острыхъ, ни хроническихъ воспаленій лимфатическихъ железъ (Berliner klinische Wochenschrift, № 1). *А. Коварскій.*

37. Д-ръ *Blauel* описываетъ (изъ клиники проф. *Bruns*'а) очень интересный *случай расширенія внутренней сонной артеріи.*

Больная, 58 л., 10 лѣтъ назадъ замѣтила на шеѣ слѣва узелъ, который, медленно увеличиваясь, достигъ величины куринаго яйца. За 2 недѣли до поступленія опухоль на шеѣ внезапно увеличилась. Вмѣстѣ съ этимъ появились сильныя боли. При поступленіи на лѣвой сторонѣ шеи найдено шарообразное выпячиваніе, съ дѣтскую головку. По окружности опухоли кожа слегка была воспалена. Опухоль ясно зыблилась и билась. При выслушиваніи—ясное жужжаніе и свистъ. Пульсъ въ лѣвыхъ височной и наружной челюстной артеріяхъ одинаковый съ пульсомъ въ правыхъ. Лѣвая $^1/_2$ дна полости рта и лѣвая стѣнка глотки были выпячены и ясно бились. Лѣвый зрачекъ меньше праваго и на свѣтовыя раздраженія не отвѣчалъ. Глотала больная съ трудомъ и жаловалась на сильныя боли въ лѣвой $^1/_2$ головы. Сначала испробованы были впрыскиванія желятины (2%-ный растворъ) въ кожу затылка возлѣ опухоли, но безуспѣшно. Черезъ 2 недѣли по поступленіи—внезапная одышка и синюха. Сдѣлано нижнее горлосѣченіе и перевязана лѣвая общая сонная артерія на высотѣ 2-го хряща дыхательнаго горла. Опухоль слегка уменьшилась, біеніе въ ней прекратилось. Въ виду непрекращавшихся разстройствъ глотанія—вылущеніе (черезъ 4 недѣли послѣ горлосѣченія и перевязки). Продольный разрѣзъ черезъ кивательную мышцу. При тупомъ вылущеніи задняя стѣнка опухоли надорвалась. Выдѣлилось огромное количество кровяныхъ сгустковъ. Сросшенная съ переднею стѣнкою опухоли наружная сонная артерія оказалась совершенно закупоренной. Опухоль разсѣчена вдоль, и часть стѣнки была удалена, а оставшаяся большая полость осторожно затампонирована. Полное и гладкое выздоровленіе (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XXXIX). *Б. Ф.*

38. Д-ръ *Lewerens* описываетъ *случай травматическаго подкожнаго разрыва желчныхъ путей.*

Мальчикъ, $2^1/_2$ л., попалъ подъ самокатъ, который переѣхалъ ему черезъ животъ. Въ первые дни сильныя боли въ животѣ, блѣдность, рвота; на 3-й день —ясная желтуха; спустя недѣлю—рѣзкое увеличеніе живота. При поступленіи отмѣчено: блѣдность кожи съ желтоватымъ оттѣнкомъ, въ мочѣ красящія вещества желчи, испражненія неокрашены, лихорадка неправильнаго типа, огромное скопленіе жидкости въ полости живота. Проколами, повторенными 4 раза, выпущено каждый разъ по 2000 к. стм. зеленовато-бурой, слегка пѣнистой жидкости, безъ запаха, содержавшей желчныя кислоты, бѣлокъ и красящія вещества желчи. Въ виду новаго накопленія жидкости операція (черезъ 10 недѣль послѣ травмы). Разрѣзъ по наружному краю правой прямой мышцы живота. Внутренности оказались спаянными между собой фибринозными, а мѣстами и соединительнотканными сращеніями. При раздѣленіи сращеній изъ-подъ праваго свода грудобрюшной преграды выдѣлилось большое количество зеленоватой жидкости. Печень, желчный пузырь, пузырный и желчный протоки оказались нормальными. Въ желчномъ пузырѣ найдено небольшое количество желчи; послѣднее обстоятельство указывало на цѣлость печеночнаго и пузырнаго протоковъ. Въ виду тяжести общаго состоянія ребенка и трудности отыскиванія вѣроятнаго мѣста разрыва въ общемъ желчномъ протокѣ, авторъ наложилъ соустіе между желчнымъ пузыремъ и верхнимъ отрѣзкомъ 12-перстной кишки. Не смотря на послѣдовательное воспаленіе легкихъ, наступило полное выздоровленіе. Жидкость въ брюшной полости болѣе не накоплялась, испражненія стали нормальными, а общее состояніе прекраснымъ.

Авторъ собралъ изъ литературы 60 случаевъ подкожныхъ разрывовъ желчныхъ путей. Въ 50% разорванъ былъ желчный пузырь, въ 25%—выводные протоки печени resp. пузыря, въ 15%—внутрипеченочные желчные протоки; въ остальныхъ случаяхъ мѣсто разрыва не опредѣлено. Изъ 60 больныхъ умерли 30. 22 больнымъ сдѣланъ былъ проколъ живота (въ 12 случаяхъ проколъ пришлось повторить 2—9 разъ); изъ этихъ 22 больныхъ выздоровѣли 15. Чревосѣченіе произведено въ 23 случаяхъ съ выздоровленіемъ въ 15 случаяхъ. Остальные 15 больныхъ не были оперированы и всѣ погибли. Авторъ рѣшительно высказывается въ пользу чревосѣченія. При разрывѣ пузыря показанъ швъ, при большихъ разрывахъ (особенно болѣзненно измѣненнаго пузыря)—полное удаленіе его, при значительныхъ сращеніяхъ—наложеніе временного желчнаго свища для отвода желчи наружу; при разрывахъ пузырнаго протока—перевязка послѣдняго и частичное resp. полное удаленіе пузыря; при разрывѣ печеночныхъ протоковъ—швъ или тампонада. Наиболѣе тяжкое предсказаніе даютъ разрывы печеночнаго протока, гдѣ швъ

очень труденъ, а вшиваніе верхняго отрѣзка протока въ кишку (hepatico-enterostomia) не даетъ хорошихъ результатовъ. Въ виду трудностей, связанныхъ съ отыскиваніемъ и зашиваніемъ разрывовъ общаго желчнаго протока, авторъ совѣтуетъ накладывать соустіе между пузыремъ и 12-перстной кишкой. Опасность выжидательнаго лѣченія—истощеніе вслѣдствіе потери желчи и отравленіе всасывающимися желчными кислотами (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. Финкельштейнъ.*

39. Проф. *Kregius* (Гельсингфорсъ) описываетъ *случай излѣченія саркомы черепа Roentgen'овскими лучами.*

Больной, 40 л., дважды былъ оперированъ по поводу саркомы въ лѣвой затылочной области. Черезъ годъ послѣ 2-ой операціи поступилъ со слѣдующими явленіями: въ затылочной области была продолговатая опухоль, связанная съ костью, имѣвшая въ наибольшемъ поперечникѣ 14 стм. и на 6 стм. возвышавшаяся надъ уровнемъ черепа; надъ правымъ лобнымъ бугромъ была 2-ая опухоль, меньшихъ размѣровъ, и 5 небольшихъ узелковъ. Микроскопическое изслѣдованіе (при первыхъ операціяхъ) обнаружило круглоклѣточковую саркому, исходившую изъ надкостницы. Уже въ первые дни ясно обнаружилось вліяніе *Roentgen*'овскихъ лучей (больного подвергали дѣйствію лучей ежедневно въ теченіи 15—20 минутъ). Черезъ 8 дней уменьшеніе размѣровъ опухоли рѣзко бросалось въ глаза. Черезъ 14 дней опухоли на лбу почти исчезли совершенно, а спустя 6 недѣль исчезла и опухоль на затылкѣ. На мѣстѣ опухолей въ кости образовались небольшія углубленія, волоса же на мѣстахъ дѣйствія лучей совершенно вылѣзли. Ни болей, ни ожоги не было. Черезъ 4 мѣсяца возврата не было, а на облысѣвшихъ участкахъ снова выросли волоса. Образовавшаяся во время лѣченія экзема исчезла отъ смазываній жидкимъ тіоломъ.

Авторъ далекъ отъ того, чтобы видѣть въ *Roentgen*'овскихъ лучахъ средство противъ всѣхъ злокачественныхъ опухолей, но думаетъ, что нѣкоторыя формы злокачественныхъ опухолей могутъ быть этимъ путемъ совершенно излѣчены. Въ этомъ авторъ утверждаетъ опытъ и другихъ хирурговъ (*Pusey*'я, *Beck*'а, *Scholtz*'а, *Coley*'я, *Mikulicz*'а, *Fittig*'а), наблюдавшихъ благопріятные результаты отъ лѣченія злокачественныхъ, не подлежавшихъ уже операціи опухолей *Roentgen*'овскими лучами (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. Финкельштейнъ.*

40. На основаніи 3-хъ наблюденій изъ клиники проф. *Madelung*'а и подробнаго разбора литературы д-ръ *Hellendall* говоритъ *о заглоточныхъ опухоляхъ.*

Больной—42 л. Опухоль въ глоткѣ появилась съ годъ назадъ. За 6 недѣль замѣтилъ нѣкоторую охриплость въ голосѣ. При осмотрѣ найдено, что правая $^1/_2$ неба выпячена опухолью, сидѣвшей широкимъ основаніемъ на задней стѣнкѣ глотки и простиравшейся кнутри до средней линіи, книзу до высоты надгортанника, кверху до основанія черепа. Снаружи выпячиванія не замѣтно. Операція. Предварительное горлосѣченіе. Разрѣзъ параллельно нижнему краю челюсти. Послѣдняя у угла перепилена, и восходящая вѣтвь ея отброшена кверху. Послѣ этого опухоль удалось легко вылущить. Костный шовъ и шовъ на кожу. Полное и гладкое выздоровленіе. Опухоль оказалась эндотеліальнымъ хрящевикомъ. Спустя 4 года возврата не было.

2. Дѣвочка—13 л. Года 3 опухоль железъ на шеѣ. Въ послѣднее время разстройства глотанія. Справа позади восходящей вѣтви нижней челюсти разлитое, умѣренное припуханіе. Вдоль жевательной мышцы рядъ опухшихъ железокъ. Подъ ними неясно прощупывается ограниченная припухлость. Со стороны полости рта видно справа небольшое выпячиваніе слизистой оболочки задней стѣнки глотки. Пальцемъ прощупывается мягкая яйцевидная опухоль. Операція. Разрѣзъ вдоль края нижней челюсти. Вылущены справа увеличенныя лимфатическія железки. Въ глубинѣ, впереди большихъ шейныхъ сосудовъ прощупывалась опухоль, лежавшая между заднею стѣнкою глотки и предпозвоночными мышцами. Опухоль легко была вылущена; она оказалась фибросаркомою; въ железахъ—простое увеличеніе. Выздоровленіе.

3. Больная, 38 л., за 2 года случайно замѣтила опухоль на лѣвой сторонѣ неба. При поступленіи въ верхнемъ лѣвомъ шейномъ 3-угольникѣ найдена гладкая, мягкая опухоль, сильно выпячивавшаяся въ полость рта кверху. Опухоль простиралась до основанія черепа, книзу—до входа въ гортань. Глотаніе и дыханіе не затруднены. Опухоль была вылущена послѣ изсѣченія восходящей вѣтви нижней челюсти. Тампонада. Спустя нѣкоторое время пришлось закрыть пластической операціей свищъ, черезъ который наружная рана сообщалась съ полостью рта. Выздоровленіе. Микроскопически опухоль оказалась круглоклѣточковой саркомой.

Заглоточныя опухоли почти исключительно бываютъ соединительнотканнаго типа. На 27 случаевъ, гдѣ отмѣчено строеніе опухоли, въ 10 опухоль была доброкачественной, въ 17—злокачественной. Изъ признаковъ важны слѣдующіе: появленіе ростущихъ узелковъ на шеѣ или въ полости глотки, боли при глотаніи, ощущеніе сухости въ горлѣ, боли при сокращеніяхъ шейныхъ мышцъ, измѣненія голоса и разстройства дыханія (внезапная охриплость, стѣсненіе, одышка). Въ дальнѣйшемъ теченіи на высотѣ болѣзни появляются разстройства общаго состоянія: паденіе вѣса тѣла, малокровіе, истощеніе, усиленіе разстройствъ дыханія и глотанія, доходящихъ до припадковъ удушья, кровотеченія изъ носа и изо рта, невозможность проглатывать твердую пищу, рѣзкія стрѣляющія боли, очень замѣтное измѣненіе наружной формы шеи. При отличительномъ распознаваніи нужно главнымъ образомъ имѣть въ виду заглоточные нарывы и аневризмы (восходящей глоточной артеріи и общей сонной). Что касается техники операціи, то авторъ отдаетъ предпочтеніе наружному способу (разрѣзъ на шеѣ съ изсѣченіемъ нижней челюсти или безъ него передъ способами внутриглоточными (вылущеніе опухоли со стороны полости рта). На 31 случай операціи (28 изъ литературы) въ 23 сдѣлана коренная операція, т. е. опухоль удалена вполнѣ, а именно въ 7 случаяхъ черезъ наружный разрѣзъ (% смертности 0), въ 16 внутриглоточно (3 оперированныя умерли). Предсказаніе при оперативномъ лѣченіи благопріятно. При неоперативномъ лѣченіи даже доброкачественныя опухоли вслѣдствіе своего роста могутъ вызвать крайне опасныя осложненія со стороны глотанія и дыханія (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XXXIX). *Б. Финкельштейнъ.*

41. На основаніи 35 случаевъ изъ клиники проф. *Bruns*'а д-ръ *Löpprits* говоритъ *о результатахъ вылущенія бугорчатково перерожденныхъ сухожильныхъ влагалищъ ручной кисти.* Изъ 35 больныхъ (21 мужчина и 14 женщинъ) большинство были въ возрастѣ между 20 и 40 годами. Въ 20 случаяхъ поражена была правая, въ 13 лѣвая рука, въ 2 случаяхъ пораженіе было двустороннимъ, при чемъ въ 25 случаяхъ поражены были влагалища сгибателей, въ 10—разгибателей. Въ большинствѣ случаевъ поражалось общее влагалище, въ единичныхъ — влагалище отдѣльнаго сухожилія. Давность страданія (обыкновенно въ зависимости отъ травмы или простуды) 1—8 лѣтъ. Клинически въ большинствѣ случаевъ получается такая картина: въ области лучезапястнаго сустава имѣется зыблющаяся опухоль, раздѣленная поперечною бороздою (соотвѣтственно собственной ладонной связкѣ запястья) на 2 сообщающіяся между собою половины. При надавливаніи на опухоль слышится треніе рисовыхъ тѣлецъ. Операція состоитъ въ слѣдующемъ: продольнымъ разрѣзомъ вскрываютъ опухоль (при чемъ приходится перерѣзать ладонную связку запястья) и вылущаютъ мѣшокъ цѣликомъ, высвободивъ изъ грибовидныхъ разростаній проходящія въ мѣшокъ сухожилія и срединный нервъ. Въ большинствѣ случаевъ рана заживаетъ первымъ натяженіемъ. Въ единичныхъ случаяхъ приходится жертвовать и самими сухожиліями. Результаты операціи весьма благопріятны. Изъ 33 оперированныхъ, дальнѣйшая судьба которыхъ извѣстна (продолжительность наблюденія 1—15 лѣтъ), у 25 получилось полное выздоровленіе, при чемъ въ $^1/_2$ случаевъ отправленія руки возстановились до нормы (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XXXIX). *Б. Финкельштейнъ.*

42. Д-ръ *P. v. Bruns* на основаніи собственнаго опыта и литературныхъ данныхъ разбираетъ вопросъ *о современномъ положеніи дѣла лѣченія рака при помощи Roentgen'овскихъ лучей.* Въ результатѣ онъ находитъ, что и *Roentgen*'овскіе лучи еще не представляютъ того долго искомаго надежнаго средства противъ рака, котораго страждущее человѣчество ждетъ съ такимъ нетерпѣніемъ; но этотъ способъ лѣченія имѣетъ все-же больше шансовъ на успѣхъ, чѣмъ всѣ другіе, такъ какъ можно уже и теперь считать доказаннымъ, что x-лучи оказываютъ специфическое дѣйствіе на эпителіальныя клѣтки. Къ сожалѣнію, дѣйствіе ихъ ограничивается лишь поверхностно лежащими тканями, и поэтому бóльшая часть раковъ для этого лѣченія недоступна. При поверхностно, подъ кожей, расположенныхъ опухоляхъ получается благопріятный, но не надежный результатъ лѣченія, и только при канкроидахъ кожи получается полное излѣченіе. Насколько это излѣченіе прочно, должны показать дальнѣйшія наблюденія. Но и достигнутые до сихъ поръ успѣхи настолько значительны, что есть основаніе работать надъ дальнѣйшимъ усо-

вершенствованіемъ техники съ цѣлью добиться усиленія дѣйствія лучей вглубь. Для опытовъ лѣченія нужно выбирать только такихъ больныхъ, у которыхъ оттягиваніе срока операціи, въ случаѣ неудачи *Roentgen*'овскаго лѣченія, не принесетъ вреда. Сюда по этому прежде всего слѣдуетъ отнести медленно растущую ulcus rodens. Лѣченіе лучами, хотя и продолжается значительно дольше, чѣмъ операція, но зато замѣняетъ ее, что особенно важно для больныхъ въ преклонномъ возрастѣ, а въ случаѣ успѣха (что бываетъ тутъ довольно часто) косметическій результатъ получается очень хорошій. Далѣе при ракахъ груди, неподлежащихъ уже оперативному лѣченію, лѣченіе *Roentgen*'овскими лучами оказывается полезнымъ потому, что при этомъ исчезаютъ боли, зарубцевываются или очищаются язвы, опухоль уменьшается въ размѣрахъ, хотя одновременно можетъ происходить развитіе новообразованія по сосѣдству или въ глубинѣ. Всѣ эти опыты лѣченія однако слѣдуетъ вести только въ благоустроенныхъ учрежденіяхъ и подъ руководствомъ опытныхъ спеціалистовъ, такъ какъ, въ противномъ случаѣ, больнымъ можетъ быть нанесенъ большой вредъ. Авторъ энергично предостерегаетъ отъ увлеченія новымъ средствомъ и переоцѣнки его значенія, такъ какъ это можетъ повести къ тому, что безуспѣшное лѣченіе *Roentgen*'овскими лучами будетъ продолжаться такъ долго, что потомъ уже поздно будетъ прибѣгать къ помощи ножа (Therapie der Gegenwart, январь). *А. К.*

**Глазныя болѣзни.** 43. Д-ръ *Oppenheimer* сообщаетъ *случай пораненія глаза школьными чернилами*, подтверждающій мнѣніе д-ра *Heymann*'а о безопасности подобнаго рода раненій и говорящій противъ прежняго взгляда, будто чернила содержатъ въ себѣ зародыши заразы.

19-лѣтній школьникъ былъ раненъ во время перемѣны товарищемъ, метавшимъ въ цѣль вставку съ перомъ. Перо, тотчасъ же извлеченное изъ глаза учителемъ, оказалось цѣлымъ. На глазъ наложена была повязка. Изслѣдованіе, произведенное вскорѣ послѣ того авторомъ, показало въ нижней части глазного яблока, близь границы бѣлочной оболочки съ роговой, глубокую рану бѣлочной оболочки, длиной въ 6—7 млм., покрытую слизью и обрывками почернѣлой соединительной оболочки. Какъ мѣсто укола, такъ и сосѣднія части были окрашены въ синечерный цвѣтъ, и эта окраска производила впечатлѣніе прободающей раны съ выпаденіемъ радужной оболочки или рѣсничнаго тѣла; провѣрка-же зондомъ обнаружила лишь глубокую рану безъ прободенія, что подтверждено было и нормальнымъ состояніемъ внутриглазного давленія, зрачка и глазного дна. По удаленіи оборванныхъ лоскутковъ соединительной оболочки и промывкѣ раны физіологическимъ растворомъ поваренной соли, впущена была на всякій случай капля атропина и наложена была влажная повязка. Черезъ 14 дней исчезли признаки раздраженія въ глазу, и рана закрылась. Мѣсто пораненія виднѣлось еще и нѣсколько мѣсяцевъ спустя, въ видѣ чернильнаго пятна, казавшагося родимымъ пятнышкомъ.—Чернила были въ данномъ случаѣ изъ кампешеваго дерева (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, XVI; Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 24 сентября). *Р. Кацъ.*

44. Д-ръ *Hurd* сообщилъ отдѣлу горловыхъ и носовыхъ болѣзней New-York'ской Медицинской Академіи (27 мая 1903 г.) *случай слѣпоты послѣ впрыскиванія парафина* противъ уродливости носа.

Больному было 33 г. Сифилиса въ анамнезѣ не было. Нѣсколько мѣсяцевъ назадъ онъ уже благополучно перенесъ нѣсколько впрыскиваній парафина, сдѣланныхъ ему для улучшенія формы его носа. Явившись для новаго впрыскиванія, онъ послѣ этого раза тотчасъ-же ослѣпъ. Изслѣдованіе глазнымъ зеркаломъ обнаружило типическую картину закупорки центральной артеріи. Слѣпота (на 1 или на оба глаза?) оказалась стойкой (The Ophthalmic Record, августъ; Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 15 октября). *Р. Кацъ.*

45. Д-ръ *Blascheck* сообщаетъ 6 случаевъ, въ коихъ *сочувственное воспаленіе глаза вызывало глухоту*.

Въ одномъ изъ этихъ случаевъ сочувственное воспаленіе наступило на правомъ глазу черезъ 8 недѣль послѣ пораненія лѣваго глаза мѣднымъ пистономъ. Не смотря на вылущеніе лѣваго глаза, сочувственное воспаленіе на другомъ глазу продолжало наростать, такъ что пришлось вылущать и правый глазъ, и въ то-же время сталъ притупляться слухъ; а затѣмъ, послѣ лихорадки, бреда и кратковременнаго повышенія чувствительности въ слуховомъ органѣ, наступила полная глухота.

Въ другомъ случаѣ у больного, наблюдавшагося д-ромъ *Sachs*'омъ, сочувственное воспаленіе развилось послѣ извлеченія катаракты изъ обоихъ глазъ, произведеннаго съ промежуткомъ въ 4 мѣсяца, черезъ $1^1/_2$ мѣсяца по наступленіи иридоциклита на одномъ глазу. Къ тому времени, когда явленія сочувственнаго воспаленія выступали съ наибольшей силой, обнаружилось сильное ухудшеніе слуха, граничившее съ глухотой. По истеченіи 2 недѣль, когда въ виду жестокихъ болей вылущенъ былъ и 2-ой глазъ, слухъ началъ улучшаться, и въ 4—5 недѣль онъ возстановился.

Такъ какъ ни въ одномъ изъ наблюдавшихся случаевъ не замѣчалось пораженія нервовъ, расположенныхъ между зрительнымъ и слуховымъ, то авторъ предполагаетъ, что въ этихъ случаяхъ воспаленіе зрительныхъ нервовъ распространялось по зрительнымъ канатикамъ до наружнаго колѣнчатаго тѣла, а оттуда оно переходило на внутреннее колѣнчатое тѣло, находящееся въ соединеніи съ слуховыми путями (Zeitschrift für Augenheilk., IX, дополнит. тетр. Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 12 ноября). *Р. Кацъ.*

46. Д-ръ *Wolffberg* сообщаетъ *случай электрическаго удара*, происшедшаго съ 42-лѣтнимъ машинистомъ вслѣдствіе неожиданнаго замыканія тока въ 500 вольтъ.

Въ лицо ударило яркое пламя, въ $^1/_2$ метра длиной, и машинистъ упалъ съ ощущеніемъ сильной боли въ глазахъ. При осмотрѣ, произведенномъ на 2-ой день, глаза были судорожно закрыты, кожа лба, щекъ и умѣренно припухшихъ вѣкъ была красна и волосы на лицѣ, какъ и на передней части головы, были опалены. Вслѣдствіе сильной свѣтобоязни удалось лишь убѣдиться, что роговицы были цѣлы, зрачки очень узки, а соединительная оболочка красна и отечна. Черезъ 8—10 дней всѣ наружные признаки поврежденія исчезли, и вскорѣ машинистъ приступилъ снова къ своей работѣ; но тутъ оказалось, что у него зрѣніе ослаблено и глаза плохо переносятъ свѣтъ, особенно электрическій. Болѣе точное изслѣдованіе, произведенное на этотъ разъ, обнаружило пониженіе центральнаго зрѣнія на обоихъ глазахъ до $^1/_6$ противъ нормы, при концентрическомъ съуженіи поля зрѣнія, но безъ всякихъ измѣненій глазного дна. Кромѣ того, оказалось чувствительность къ давленію при одновременномъ пониженіи чувства осязанія на глазу, вѣкахъ, лбу и темени (Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 19 ноября). *Р. Кацъ.*

47. По мнѣнію д-ра *Coppez*'а (Bruxelles), *адреналинъ въ глазной практикѣ* примѣнимъ, какъ *косметическое* средство; для лѣченія же болѣзней глаза онъ можетъ быть полезенъ лишь какъ *вспомогательное* къ другимъ средствамъ. Капля раствора 1 : 1000, впущенная въ глазъ, не причинивъ никакого непріятнаго ощущенія, ни зуда, ни жженія, вызываетъ черезъ нѣсколько секундъ рѣзкое побѣлѣніе глазного яблока, дѣлающагося какъ бы фарфоровымъ, а равно и соединительной оболочки вѣкъ и полулунной складки и слезнаго мясца. Наивысшее дѣйствіе наступаетъ черезъ 2 минуты и держится 1 — 2 часа, а затѣмъ глазъ пріобрѣтаетъ свой нормальный видъ; послѣдовательной-же реакціи въ противоположномъ смыслѣ не наступаетъ. Эпителія роговицы адреналинъ не повреждаетъ; не оказываетъ онъ также никакого вліянія ни на ширину зрачка, ни на приспособленіе. Въ виду означеннаго свойства адреналинъ и можетъ быть употребляемъ, какъ косметическое средство—напр., при легко краснѣющихъ глазахъ. Что же касается вспомогательнаго дѣйствія адреналина при лѣченіи глазныхъ болѣзней, то оно сказывается при примѣненіи зрачекъ расширяющихъ средствъ, какъ и съуживающихъ. Кокаинъ, оказывающійся, какъ извѣстно, мало дѣйствительнымъ при кровепереполненіи глаза, начинаетъ лучше обезболивать въ соединеніи съ адреналиномъ, обезкровливающимъ глазъ. Точно такимъ-же путемъ адреналинъ усиливаетъ дѣйствіе атропина при иритѣ, какъ и пилокарпина и эзерина при глаукомѣ; въ 1-мъ случаѣ авторъ обыкновенно прописываетъ 2 чч. адреналина (1 : 1000) на 8 чч. воды, а во 2-мъ онъ беретъ ихъ поровну. Кромѣ того, авторъ совѣтуетъ адреналинъ, какъ болеутоляющее—при прижиганіяхъ адскимъ камнемъ либо мѣднымъ купоросомъ, какъ вспомогательное — при лѣченіи слезныхъ путей, и какъ обезкровливающее—при нѣкоторыхъ операціяхъ на глазу (По перецачѣ изъ «Monatsschrift für Neuerungen auf dem Gebiete der Medizin», II, 13 въ «Woch. f. Ther. u. Hyg. des Auges», 3 сентября). *Р. Кацъ.*

48—49. *Mac Callan* сообщилъ Великобританскому Офталмологическому Обществу (8 мая) *5 случаевъ глаукомы*, въ коихъ *адреналинъ*, какъ самъ по себѣ, такъ и въ соединеніи съ пилокарпиномъ и эзериномъ, не только не понижалъ *внутриглазного давленія*, но въ значительной степени *повышалъ* его.—Въ томъ-же Обществѣ (5 мая) д-ръ *Harman* указалъ и на *опасность адреналина при склеритѣ*: въ 1 случаѣ наступило послѣ адреналина съуженіе поля зрѣнія, и авторъ полагаетъ, что это обусловливалось

либо нарушеніемъ питанія сѣтчатки вслѣдствіе съуженія внутриглазныхъ сосудовъ, либо преходящей глаукомой отъ расширенія глубже лежащихъ сосудовъ вслѣдствіе съуженія поверхностныхъ. Непріятныя явленія отъ адреналина при эписклеритѣ и склеритѣ наблюдалъ и д-ръ *Jessop*, который ихъ также объясняетъ расширеніемъ глубже лежащихъ кровеносныхъ сосудовъ вслѣдствіе съуженія поверхностныхъ; явленія эти заключались въ сильныхъ боляхъ, наступавшихъ въ глазу вслѣдъ за вкапываніемъ адреналина и исчезавшихъ отъ массажа (Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 3 сентября). *Р. Кацъ.*

50. Д-ръ *Péchin* совѣтуетъ *звѣздчатое прижиганіе роговицы*, предложенное 2 года тому назадъ д-ромъ *Dianoux*—взамѣнъ вылущенія глазного яблока и опорожненія его, какъ и изсѣченія роговой оболочки—для уменьшенія объема глаза, при гроздевидномъ выпячиваніи (staphyloma) роговицы или водянкѣ глазного яблока (hydrophthalmus). Означенный способъ лѣченія д-ръ *Péchin* примѣнилъ съ успѣхомъ въ 3 случаяхъ.

Въ 1-мъ имѣлось дѣло съ стафиломой роговицы послѣ гнойнаго воспаленія соединительной оболочки у новорожденнаго. Ребенку было 5 мѣсяцевъ отъ роду, и размѣры выпячиванія продолжали увеличиваться. Черезъ мѣсяцъ послѣ 1-го прижиганія термокаутеромъ, уничтожившаго выпячиваніе, послѣднее появилось вновь; прижиганіе было повторено, но и на этотъ разъ получился возвратъ. Тогда авторъ рѣшился прижечь и центръ роговицы: глазъ сильно уменьшился въ объемѣ, покраснѣлъ, появилось даже небольшое нагноеніе въ центрѣ роговицы, глубоко прижженномъ, но возврата стафиломы не наступило.

Во 2-мъ случаѣ звѣздообразное прижиганіе роговицы термокаутеромъ возстановило нормальные размѣры глазного яблока при бычачьемъ глазѣ (buphthalmus), также развившемся послѣ бленорреи новорожденныхъ. Таковъ былъ результатъ черезъ 2 недѣли послѣ операціи.

Въ 3-мъ случаѣ стафилома роговицы развилась послѣ изъязвленія ея съ гноемъ въ передней камерѣ, наступившаго при глаукомѣ на катарактномъ глазу. Спустя около мѣсяца послѣ 1-го прижиганія получился возвратъ, заставившій повторить операцію.

Техника операціи по *Dianoux* состоитъ въ прижиганіи по радіусамъ, идущимъ отъ окружности роговицы къ центру ея (гдѣ въ заключеніе дѣлаютъ проколъ для опорожненія передней камеры или для образованія рубца въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ передней камеры) и отстоящимъ другъ отъ друга достаточно далеко, чтобы не наступило омертвѣнія ткани. Необходимость повторять операцію, возможная при данномъ способѣ, вполнѣ, однако, окупается, по автору, надеждой на возстановленіе нормальныхъ размѣровъ глаза, а послѣ татуировки роговицы—и нормальнаго (въ извѣстной степени) вида его (Archives d'ophtalmologie, августъ). *Р. Кацъ.*

51. Д-ръ *Ginestous* сообщаетъ *случай послѣдифтерійнаго паралича приспособленія и сведенія глазъ* у 9-лѣтней дѣвочки, продолжавшійся уже 2 года и быстро исчезнувшій послѣ впрыскиваній *противудифтерійной сыворотки*, отъ которой развилась эритема (Annales d'oculistique, CXXVIII, 2; Archives d'ophtalmologie, сентябрь). *Р. Кацъ.*

52. Д-ръ *Cantonnet* сообщаетъ результаты изслѣдованій о *Mariott'овомъ пятнѣ и области Mariott'а при близорукости*. Подъ «*Mariott'*овымъ пятномъ» или «слѣпымъ пятномъ», какъ извѣстно, разумѣютъ абсолютную скотому, полное отсутствіе свѣточувствительности въ ограниченномъ участкѣ поля зрѣнія, соотвѣтствующемъ по мѣстоположенію своему соску зрительнаго нерва. Величина этой скотомы въ нормальныхъ глазахъ вполнѣ совпадаетъ съ размѣрами соска; въ глазахъ-же близорукихъ, съ заднимъ выпячиваніемъ, височнымъ серпомъ или полнымъ атрофическимъ кольцомъ, она въ большей или меньшей степени превышаетъ размѣры соска, смотря по обширности примыкающихъ къ нему атрофическихъ мѣстъ сѣтчатки. Но, помимо абсолютной скотомы, въ близорукихъ глазахъ находятъ еще скотому относительную, т. е. такой участокъ въ полѣ зрѣнія, гдѣ свѣтовая чувствительность лишь ослаблена или утеряна лишь чувствительность цвѣтовая. Соотвѣтствуетъ эта скотома либо слегка лишь намѣченнымъ серпамъ и кольцамъ розоватаго цвѣта при слабыхъ степеняхъ близорукости, примыкая въ этомъ случаѣ къ слѣпому пятну нормальныхъ размѣровъ, либо-же растянутымъ и обезцвѣченнымъ мѣстамъ сѣтчатки по окружности совершенно разрушенныхъ ея участковъ, и тогда мы получаемъ и увеличеніе размѣровъ абсолютной скотомы, слѣпого пятна, и относительную скотому по окружности абсолютной. Вотъ эту-то область относительной скотомы авторъ и называетъ областью *Mariott*'а; ей именно онъ придаетъ весьма важное значеніе, особенно въ отношеніи предсказанія, такъ какъ по размѣрамъ ея и числу ея отростковъ можно судить о степени разстройства питанія въ тѣхъ частяхъ сѣтчатки, которыя при изслѣдованіи зеркаломъ кажутся еще вполнѣ здоровыми и такимъ образомъ предсказать угрожающее наростаніе близорукости. Изслѣдованные имъ случаи, числомъ 34, авторъ дѣлитъ на 3 группы: 1) съ кольцевиднымъ или полулуннымъ конусомъ, имѣвшимъ не менѣе 1 соска въ поперечникѣ (14 случ.), 2) съ конусомъ, не достигавшимъ поперечника 1 соска (15 случ.), и 3) съ простымъ лишь обезцвѣчиваніемъ сосудистой оболочки близь соска зрительнаго нерва (5 случ., въ томъ числѣ и 1 случ. дальнозоркости). Въ 1-й группѣ случаевъ *Mariott'*ово пятно простиралось на 8°42′ въ горизонтальномъ направленіи и на 13°30′ въ отвѣсномъ; во 2-й оно соотвѣтствовало въ среднемъ 5°45′ и 9°30′, а въ 3-ей имѣло нормальные или почти нормальные размѣры—5°25′ и 6°30′. *Mariott'*ова-же область имѣлась во всѣхъ группахъ, при чемъ въ каждой изъ этихъ группъ обнаруживала въ среднемъ по 3 отростка (Archives d'ophtalmologie, августъ). *Р. Кацъ.*

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 53. Проф. *Д. О. Оттъ* многократно примѣнялъ при гинекологическихъ операціяхъ *для непосредственнаго освѣщенія брюшной полости придуманную имъ электрическую лампочку накаливанія*, при чемъ результаты превзошли его ожиданія. Помѣщая нижнюю часть тѣла оперируемыхъ выше головы (подъ угломъ въ 45° къ горизонтальной плоскости) съ цѣлью сдвинуть кверху кишечныя петли и другіе подвижные органы брюшной полости, заслоняющіе обыкновенно операціонное поле, проф. *Оттъ* вводитъ свою лампочку, прикрѣпленную къ передней ложкѣ зеркала, вмѣстѣ съ зеркаломъ во влагалище. Преимущество его способа передъ обыкновенными лампочками, укрѣпляемыми на лбу оператора, заключается въ томъ, что лампочка *О.* въ состояніи освѣтить всѣ самые отдаленные закоулки операціоннаго поля, тогда какъ лучи, исходящіе изъ послѣднихъ, не достигаютъ цѣли, проходя черезъ длинный каналъ влагалища и узкую операціонную рану свода. Лампочка обладаетъ свѣтомъ отъ 5—8 свѣчей; противъ нагрѣванія окружающихъ частей устроено соотвѣтствующее приспособленіе. При полномъ погруженіи въ жидкости, находящіяся въ ранѣ, лампочка въ худшемъ случаѣ только потухаетъ и можетъ быть безъ труда замѣнена другой. Наиболѣе широкое примѣненіе она можетъ получить при операціяхъ черезъ влагалище, затѣмъ для освѣщенія полости мочевого пузыря и прямой кишки. При влагалищныхъ операціяхъ видно не только все операціонное поле, но и слѣпая кишка съ червеобразнымъ отросткомъ и нижній край печени съ желчнымъ пузыремъ. При освѣщеніи прямой кишки удается видѣть въ нѣкоторыхъ случаяхъ нижнюю часть толстой кишки съ S-образной. Освѣщеніе полости матки при обыкновенныхъ условіяхъ даетъ неблагопріятные результаты, нѣсколько улучшающіеся при увеличеніи ея полости (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XVIII, тетр. 5).

**Болѣзни носа, горла и уха.** 54. Проф. *E. J. Moure* и д-ръ *Brindel* (Bordeaux). *Результаты впрыскиванія парафина подъ слизистую оболочку носа у 70 больныхъ, страдавшихъ атрофическимъ зловоннымъ насморкомъ.* Изъ 70 больныхъ, лѣченныхъ этимъ способомъ въ теченіи года, у 7 пораженіе было одностороннее; слѣд., операціи было подвергнуто 133 носовыхъ полости, но относительно 10 результаты остались неизвѣстны, такъ что остается 123. Излѣчено 76 = 62%; улучшеніе дали 33 = 26%; безъ видимаго результата остались 14 = 11%. Подъ улучшеніемъ подразумѣвается исчезновеніе запаха и корокъ, но при чемъ, однако, отдѣленіе слизи не прекращалось. Эти больные еще находятся подъ наблюденіемъ и еще будутъ подвергнуты добавочнымъ впрыскиваніямъ. Давность излѣченія колеблется отъ 7 до 18 мѣсяцевъ, что позволяетъ думать, что оно стойкое.—Что касается тех-

Digitized by Google

ники впрыскиваній, то пользуются парафиномъ *Ecksteiп*'а, плавящимся при 60° и заключеннымъ въ обезпложенные сосуды. При употребленіи его расплавляють на водяной банѣ, нагрѣтой до 100°. Шприцъ снабженъ рукояткою изъ слоновой кости, чтобы не обжигать пальцевъ. Металлическій поршень снабженъ резиновымъ кружкомъ, плотно прилегающимъ къ стѣнкамъ и препятствующимъ попаданію парафина между поршнемъ и стѣнками шприца; эта резиновая пластинка къ тому-же не даетъ поршню опускаться вслѣдствіе собственной тяжести и тѣмъ выталкивать парафинъ изъ наполненнаго шприца. Игла укрѣпляется къ шприцу винтовымъ ходомъ; между нею и шприцемъ вставляется кожаная шайбочка, которую часто мѣняютъ. Игла должна имѣть достаточный просвѣтъ и быть согнутой по всей длинѣ. Носовую полость тщательно очищаютъ отъ корокъ и смазываютъ растворомъ кокаина на всемъ протяженіи нижней раковины, дна и перегородки. Лѣвой рукой удерживаютъ зеркало, широко открывающее ноздрю, въ то время какъ правой берутъ шприцъ и медленно производятъ впрыскиваніе, вколовъ иглу въ подслизистую ткань. Больной въ это время долженъ сохранять полную неподвижность. Зеркало держатъ только большимъ и указательнымъ пальцами лѣвой руки, остальными-же пальцами производятъ давленіе на носовыя кости, особенно у внутренняго угла глаза, дабы предупредить попаданіе парафина подъ кожу или въ лицевую вену. Можно производить впрыскиванія въ обѣ носовыя полости въ одинъ присѣстъ или же съ промежуткомъ въ нѣсколько дней. Въ 1-ый присѣстъ авторы обыкновенно ограничиваются впрыскиваніемъ въ заднюю часть нижнихъ раковинъ; 3 недѣли или мѣсяцъ спустя они производятъ операцію въ переднихъ частяхъ раковинъ. Иногда приходится впрыскивать нѣсколько кк. стм. парафина и подъ слизистую оболочку носовой перегородки. Послѣ впрыскиванія больные въ теченіи 1—2 сутокъ не должны выходить. При боляхъ на щеку и глазъ кладутъ горячій влажный компрессъ (Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 10 октября). *В. В. Дитманъ.*

55. Д-ръ *G. Dupond* (Bordeaux). *Случай озены дыхательнаго горла.*

Jean Cl., 26 л., негръ, матросъ, явился въ больницу 3/п. По разсказу его, онъ $1^1/_2$ мѣсяца назадъ упалъ въ воду, послѣ чего охрипъ и сталъ чувствовать нѣкоторое стѣсненіе дыханія. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи лѣвая голосовая связка оказалась вполнѣ неподвижной, правая слегка отходила при дыханіи. Голосовая щель сильно съужена, дыханіе затруднено. Выдыхаемый воздухъ очень зловоненъ. Въ носу оказался атрофическій зловонный насморкъ. Среднія и нижнія раковины были почти совершенно атрофированы. Въ полостяхъ носа имѣлось множество зеленоватыхъ корокъ. При новомъ ларингоскопическомъ изслѣдованіи, произведенномъ черезъ нѣсколько дней, голосовыя связки разошлись и въ дыхательномъ горлѣ обнаружилась черная масса изъ корокъ. Больному назначенъ бензойнокислый натрій. На 2-ой день больной отхаркнулъ 2 комка черныхъ корокъ, въ голубиное яйцо.

Озена дыхательнаго горла впервые описана *Fraenkel*'емъ, затѣмъ *Massei* и *Luc*'омъ. Это пораженіе вовсе не рѣдкое, но, такъ какъ оно всегда сопутствуетъ зловонному насморку, то обыкновенно просматривается. Лѣченіе должно быть направлено къ удаленію корокъ изъ дыхательнаго горла и предупрежденію новаго образованія ихъ, а это достигается излѣченіемъ зловоннаго насморка (промыванія, дрожательный массажъ слизистой оболочки носа, возстановленіе атрофированныхъ раковинъ впрыскиваніемъ парафина по *Brindel*'ю) (см. выше). Въ дыхательное горло, для облегченія отхаркиванія корокъ, впрыскиваютъ ментоловое масло, а, если корки слишкомъ плотно пристали къ стѣнкамъ, ихъ извлекаютъ особыми щипцами. У нѣкоторыхъ больныхъ корки наблюдаются на желудочковыхъ и на голосовыхъ связкахъ, а еще чаще въ *Morgagni*'евыхъ желудочкахъ; вообще-же въ гортани онѣ встрѣчаются много рѣже, чѣмъ въ дыхательномъ горлѣ (Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 26 сентября). *В. В. Дитманъ.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 56. *Gerber* обнародовалъ новый *очагъ заболѣванія sclerom'ой* въ восточной Пруссіи. Онъ наблюдалъ тамъ самъ 8 рѣзко выраженныхъ случаевъ, а 6 другихъ случаевъ были установлены другими врачами. Больные были исключительно сельскіе жители, въ возрастѣ 16 — 24 л.; одному лишь было 34 г.; женщины заболѣвали чаще мужчинъ. Очагъ распространенія болѣзни ограничивался нѣсколькими деревнями; ни одинъ больной не посѣщалъ мѣстностей, гдѣ ранѣе было установлено заболѣваніе sclerom'ой (Россія, Галиція). Распознаваніе часто было затруднительно вслѣдствіе отсутствія всякихъ внѣшнихъ измѣненій носа. Плотныя, сперва мягкія, а затѣмъ твердыя припуханія слизистой оболочки, вызывая характерную закупорку носа, часто обнаруживались впервые лишь при задней риноскопіи. Въ однихъ случаяхъ видимая глотка была вполнѣ нормальной, въ другихъ-же на ней были пропитыванія sclerom'ы. Въ затяжныхъ случаяхъ въ страданіе вовлекались гортань и голосовыя связки. Секреторныя выдѣленія часто были нормальными, иногда-же такими какъ при насморкѣ; изъязвленій не наблюдалось. При микроскопическомъ изслѣдованіи обнаруживались клѣтки *Mikulicz*'а и палочки *Frisch*'а. Исключительный характеръ разбираемаго страданія требуетъ, по мнѣнію автора, болѣе опытныхъ врачей для правильнаго его распознаванія (Berliner klinische Wochenschrift, 11, по пер. въ Dermatologisches Centralblatt, № 10). *А. Гаринъ.*

57. Д-ра *L. P. Hamburger* и *M. Rubel*, подробно разобравъ литературу *pemphigus vegetans*, описали случай его у больного, 52 л., происходившаго отчасти изъ бугорчатковой семьи. Въ анамнезѣ, кромѣ указаній на какой-то кожный высыпъ, бывшій у больного на 20-мъ году жизни и отнесенный тогда къ золотушному страданію, ничего особаго не установлено. Послѣдовательно у больного развились значительная чувствительность къ солнцу и жару, потрясающіе знобы и упадокъ силъ. Во рту и на губахъ появились пузыри и язвы. Пузыреподобный высыпъ, постепенно нагнаивавшійся, съ краснотою и припухлостью въ окружности, начался на ногахъ и постепенно распространился по всему тѣлу, за исключеніемъ ладоней, подошвъ и кожи головы; на ногтяхъ явились трещины. Одновременно обнаружились признаки легочной эмфиземы и пнеймоніи, безъ наличности бугорчатковыхъ палочекъ. Въ постоянно нормальной мочѣ появились комочки эпителія. Чрезъ 14 мѣсяцевъ больной погибъ при явленіяхъ крайняго упадка силъ. При вскрытіи были установлены бронхопнеймонія, эмфизема легкихъ и гнойная опухоль средостѣнія. Изъ высыпа на слизистой оболочкѣ рта авторъ добылъ маленькую палочку, въ чистой разводкѣ, не окрашивавшуюся по *Gram*'у и дававшую на агарѣ бѣловатосѣрыя, а на картофелѣ желтоватыя колоніи; кролики и голуби, при впрыскиваніи имъ этихъ разводокъ, погибали при быстромъ паденіи вѣса (Bulletin of the Johns Hopkins Hospital Baltimore, мартъ—апрѣль, по передачѣ въ Dermatologisches Centralblatt, № 10). *Г.*

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *VII. Отчетъ о дѣятельности Общества Кіевскихъ врачей за 1902—1903 г.* [1])

29-го октября 1903 г. Общество Кіевскихъ врачей вступило въ 64-ый годъ своего существованія. По своему возрасту оно занимаетъ 6-ое мѣсто среди русскихъ медицинскихъ Обществъ. Не послѣднее также мѣсто принадлежитъ ему и по научной и общественной дѣятельности, не смотря на нѣкоторыя неблагопріятныя условія новѣйшаго времени. Эти неблагопріятныя условія—съ каждымъ годомъ наростающая среди врачей склонность къ разъединенію, къ дробленію и обособленію въ мелкія, узко спеціальныя Общества. Сравнительно за короткій промежутокъ времени—менѣе, чѣмъ за 10 лѣтъ—въ Кіевѣ успѣли народиться цѣлыхъ 5 новыхъ медицинскихъ Обществъ. Къ сожалѣнію, эта склонность къ дробленію и къ собственному обезсиливанію наблюдается не у однихъ врачей. Тоже самое мы видимъ и въ другихъ Обществахъ. Такъ, недавно возникло у насъ весьма симпатичное Общество борьбы съ чахоткой при существованіи Общества борьбы съ заразными болѣзнями. Возникло Общество скорой медицинской помощи при существованіи нашего 1-го въ Россіи Общества ночныхъ врачебныхъ дежурствъ. Послѣднее скромно ютится гдѣ-то въ городскомъ домѣ и мало-по-малу забывается не только публикой, но, кажется, и самимъ городскимъ Управленіемъ. Я вспомнилъ про Общество ночныхъ дежурствъ потому, что оно явилось первымъ, такъ сказать отсколкомъ отъ нашего Общества. Хотя въ составъ его учредителей вошла $^1/_4$ членовъ Общества Кіевскихъ врачей, хотя предсѣдателю послѣдняго оно было обязано тѣмъ, что городъ взялъ на себя первоначальное обзаведеніе и обстановку для дежурствъ и плату за извощиковъ

[1]) Читанъ въ торжественномъ годовомъ Собраніи 1/XI 1903 г.

Digitized by Google

при посѣщеніяхъ бѣдныхъ больныхъ, тѣмъ не менѣе Общество ночныхъ дежурствъ пожелало быть самостоятельнымъ и отдѣлилось отъ насъ. И вотъ, вмѣсто того, чтобы крѣпнуть, развиваться съ каждымъ годомъ и расширять свою дѣятельность, оно уже на 23-мъ году своего существованія захирѣло. Хирѣютъ также нѣкоторыя изъ только-что народившихся Обществъ.

Характерно, что въ своеобразномъ спортѣ созиданія новыхъ Обществъ мы не только не обращаемъ никакого вниманія на свою собственную хилость, но забываемъ даже оглянуться на своихъ западныхъ сосѣдей и воспользоваться ихъ опытомъ. А между тѣмъ еще въ 1895 г. одна изъ англійскихъ врачебныхъ газетъ («The Medical Record», 6/VI, «Врачъ», № 29, стр. 834) писала: Въ Лондонѣ начинаютъ уже сказываться неудобства слишкомъ большого числа врачебныхъ Обществъ: и количество, и качества докладовъ падаютъ, собранія становятся малолюдны, средствъ на изданія и предпріятія не хватаетъ. Но урокъ этотъ не идетъ намъ впрокъ, да и не пойдетъ по всей видимости.

Наше Общество насчитываетъ въ своей средѣ 206 дѣйствительныхъ членовъ. Въ теченіи отчетнаго 1902—1903 г. вновь поступили изъ числа бывшихъ членовъ Общества 2, вновь избраны 13, выбыли по разнымъ причинамъ изъ состава Общества 22. Членовъ-корреспондентовъ состоитъ 7, т. е. однимъ меньше противъ прошлаго года. Эта убыль произошла вслѣдствіе кончины д-ра *Sentinon*'а, проживавшаго въ Барселонѣ и много потрудившагося для популяризаціи русской медицины за границей. Почетныхъ членовъ состоитъ 39—однимъ меньше сравнительно съ прошлымъ годомъ. Не стало нашего бывшаго президента *Ѳ. А. Леша*, скончавшагося скоропостижно въ январѣ (29-го) 1903 г. Краткія біографическія свѣдѣнія о немъ помѣщены въ вып. 3 т. VI «Трудовъ Общества Кіевскихъ врачей съ приложеніемъ протоколовъ за 1901—1903 гг.». Выпускъ этотъ, согласно съ постановленіемъ Общества отъ 10 мая 1903 г., посвященъ памяти покойнаго и украшенъ его портретомъ. Смѣю думать, что не на одной только обложкѣ сохранится память объ этомъ далеко незаурядномъ человѣкѣ и что мы еще долго не забудемъ *Ѳедора Александровича*, какъ идеальнаго предсѣдателя, по удачному выраженію одного изъ самыхъ уважаемыхъ нашихъ сочленовъ. Долго не забудемъ беззавѣтной преданности его интересамъ Общества, его высокой честности и прямоты, его необыкновенной, доходившей въ пословицу аккуратности во всемъ и вездѣ. Не забудемъ также его желанія и стремленія, чтобы всѣ безъ исключенія врачи г. Кіева были въ тоже время и членами нашего Общества, чтобы наше старое Общество могло по праву стать Всекіевскимъ врачебнымъ Обществомъ.

Составъ Правленія Общества въ настоящее время слѣдующій: президентъ—проф. *К. Г. Триттель*, вице-президентъ — проф. *В. К. Высоковичъ*, библіотекарь—*Л. О. Дубовицкій*, казначей—ч. пр. *Г. И. Квятковскій*, секретари—*И. Т. Титовъ* и ч. пр. *В. Ѳ. Бутуевъ*. Истекшій годъ былъ тяжелымъ годомъ для нашихъ глубокоуважаемыхъ президента и вице-президента: на долю обоихъ выпало заплатить тяжелую дань болѣзни. Но я не сталъ-бы говорить объ этомъ, если-бы заболѣваніе нашихъ руководителей не послужило поводомъ для выраженія того глубокаго расположенія и, скажу прямо, той искренней любви, какія питаетъ къ нимъ наше Общество. Полагаю, что я вѣрно угадаю истинное настроеніе настоящаго многолюднаго Собранія, высказавъ пожеланіе, чтобы наступившій нашъ новый годъ былъ болѣе счастливымъ для глубокоуважаемыхъ *К. Г.* и *В. К.*, чтобъ они безъ перерыва могли работать на пользу всѣмъ намъ дорогого Общества.

За смертью проф. *Ѳ. А. Леша* въ составъ наблюдательнаго Комитета при химико-микроскопическомъ кабинетѣ избранъ проф. *К. Э. Вагнеръ*. Профф. *В. К. Высоковичъ*, *В. Д. Орловъ* и *А. А. Садовенъ* остаются по прежнему неизмѣнными членами Комитета со дня основанія Кабинета. Завѣдующимъ кабинетомъ состоитъ *Л. О. Дубицкій*.

Въ Судѣ чести мѣсто покойнаго *Ѳ. А. Леша* остается еще свободнымъ. Съ особымъ удовольствіемъ отмѣчаю, что членамъ Суда чести и кандидатамъ къ нимъ—глубокоуважаемымъ *Ѳ. К. Борнгаупту*, *М. Е. Мандельштаму*, *А. В. Ходину* и *А. А. Садовеню*—не приходилось собираться ни единаго разу не только въ отчетномъ году, но и въ предъидущіе годы, короче — за все время существованія Суда (съ 16/V 1898 г.).

Въ отчетномъ году Общество имѣло 11 очередныхъ засѣданій, на которыхъ было сдѣлано 26 сообщеній и прочитано 6 отчетовъ. 6 сообщеній сопровождались предъявленіемъ больныхъ. Вотъ перечень сообщеній въ порядкѣ засѣданій. Проф. *В. К. Высоковичъ* — О подозрительныхъ по чумѣ заболѣваніяхъ въ Одессѣ. Ч. пр. *Ѳ. Г. Яновскій* — Къ патологіи ангіохолитовъ. *В. Ѳ. Деминъ* — Кіевскій военный госпиталь въ 1847 г. *П. В. Петровскій* — Случай смѣщенія лопатки вслѣдствіе атрофіи мышцъ ея. *Г. Б. Быховскій*—Предъявленіе больного съ искусственнымъ заднимъ проходомъ. *Б. С. Козловскій* *) — Обзоръ практическихъ занятій врачей и студентовъ въ Софіевской больницѣ гр. Бобринскихъ въ смѣтѣ за 10 лѣтъ (1892—1902 г.). — Случай новообразованія, развившагося изъ остатковъ ductus omphalo-entérici. *А. А. Воробьевъ* *) — Къ казуистикѣ гастроэнтеростоміи при рубцевомъ съуженіи привратника. *И. Т. Титовъ* — Случай злокачественной фиброаденомы поджелудочной железы. *М. Л. Саксаганскій* *) — Случай эхинококка съ cavum Retzii. Ч. пр. *А. А. Линдстремъ* *)—Случай проказы.—Случай колтуна. Профф. *К. Э. Вагнеръ* и *В. К. Высоковичъ* — Случай гнойнаго воспаленія печени. *Э. Г. Сонгайло* — Предъявленія 6-мѣсячнаго ребенка съ опухолью въ половой щели. Ч. пр. *К. И. Коровицкій* — О современномъ положеніи вопроса о гэмолизинахъ крови. *Д. А. Ермолинскій* *) — Случай водобоязни. *А. В. Зивертъ* — Случай сосудистаго шума въ области печени. *А. А. Воробьевъ* *) — Объ искусственныхъ паховыхъ грыжахъ. *В. К. Бочкаревъ* *)—Случай артеріально-венной аневризмы. *С. Н. Станкевичъ*—Случай сиреноподобнаго уродства. *А. Ѳ. Тельнихинъ*—Настоящее положеніе ученія о дѣйствіи спермина на человѣка. Ч. пр. *А. В. Корчакъ-Чепурковскій*—Проэктъ обязательныхъ постановленій относительно устройства жилыхъ помѣщеній въ г. Кіевѣ. Проф. *В. К. Высоковичъ*—Случай ложной аневризмы сердца, вызванной колотой раной. *С. Б. Быховскій*—Случай лимфорреи изъ половыхъ органовъ. Ч. пр. *А. И. Костякевичъ*—Къ патологіи водянокъ сердечнаго происхожденія. *И. И. Пантюховъ* — Медико-антропологическій очеркъ жителей Куреневки. Изъ 26 сообщеній на внутреннія и хирургическія болѣзни приходится по 6, патологическую анатомію 4, на общественную медицину, женскія и кожныя болѣзни по 2, на общую патологію, историческую медицину, нервныя болѣзни и антропологію по 1.

Въ каждомъ засѣданіи участвовало 31,4 члена. Сравнительно малое число засѣданій объясняется тѣмъ, что и президентъ, и вице-президентъ перенесли въ отчетномъ году тяжелыя заболѣванія. Были тому и другія, независящія отъ насъ причины. Малолюдность засѣданій объясняется исключительно тѣмъ, что Кіевскіе врачи, какъ я уже говорилъ, раздробились на мелкія узко спеціальныя Общества, и имъ прямо таки не хватаетъ времени посѣщать засѣданія болѣе или менѣе исправно.

Наше Общество и въ отчетномъ году, какъ и въ предъидущіе, не оставалось безучастнымъ ко всѣмъ болѣе или менѣе крупнымъ научно-общественнымъ явленіямъ. Оно привѣтствовало адрессомъ Юрьевскій Университетъ въ день его 100-лѣтняго юбилея; на Международномъ Съѣздѣ въ Madrid'ѣ поручило быть делегатомъ д-ру *К. О. Руммевичу*; открытіе 2-го бальнеологическаго Съѣзда привѣтствовано телеграммой. Что касается чисто внутренней жизни Общества, то я упомяну о такихъ явленіяхъ, какъ выдача пособій д-ру *Оболъянинову* и женѣ душевнобольного врача *Власова*, какъ продолженіе сбора пожертвованій на учрежденіе при Обществѣ награды имени проф. **В. А. Манассеина**. Въ настоящее время сумма пожертвованій достигла 445 р. Цифра пока очень скромная, но нужно надѣяться на будущее. Хорошо и то, что дѣло хорошее начато. Я долженъ упомянуть также о томъ, что наша Коммиссія народныхъ медицинскихъ чтеній, руководимая предсѣдателемъ *А. В. Корчакъ-Чепурковскимъ*, продолжала безпрерывно свою полезную дѣятельность по распространенію медицинскихъ свѣдѣній въ народѣ.

Заканчивая свой отчетъ въ сегодняшнемъ Собраніи, я не могу не высказать своей личной задушевной мысли о необходимости объединенія, слиянія въ одно цѣлое многочисленныхъ разрозненныхъ врачебныхъ Обществъ г. Кіева. Къ чему ведетъ такая разрозненность, я указалъ въ началѣ отчета на примѣрѣ нашего Общества ночныхъ дежурствъ и Лондонскихъ врачебныхъ Обществъ: «и количество и качество докладовъ падаютъ, собранія становятся малолюдны, средствъ на предпріятія и изданія не хватаетъ». Вопросъ относительно объединенія русскихъ врачебныхъ Обществъ поднимался уже не разъ. Д-ръ *П. Н. Коноваловъ* въ Красноярскѣ въ 1895 г. возбудилъ въ одномъ изъ засѣданій мѣстнаго Общества (Енисейскихъ врачей) вопросъ о крайней желательности объединенія всѣхъ врачебныхъ Обществъ Россіи. По его мнѣнію, это имѣло-бы громадное значеніе для разрѣшенія многихъ вопросовъ врачебнаго быта, врачебной этики, взаимопомощи врачей и т. д. («Врачъ», 1897 г., № 35, стр. 998). Въ 1898 г. предсѣдатель Воронежскаго медицинскаго Общества *Н. Н. Баженовъ* сдѣлалъ попытку къ объединенію провинціальныхъ Обществъ на почвѣ изданія сообща своихъ «Трудовъ» подъ названіемъ—«Соединенные труды и протоколы русскихъ провинціальныхъ медицинскихъ Обществъ». Бюро Воронежскаго Общества выработало 6 вопросныхъ пунктовъ и разослало ихъ во всѣ другія Общества («Врачъ», 1899 г., № 8, стр. 234). Увѣнчается-ли успѣхомъ попытка почтеннаго товарища, покажетъ недалекое будущее. А пока весьма многія и весьма достойныя работы и наблюденія провинціальныхъ товарищей остаются либо мало, либо вовсе незамѣченными. Не такъ давно была сдѣлана попытка объединенія врачебныхъ Обществъ въ Петербургѣ; но и она потерпѣла, кажется, неудачу. Между тѣмъ объединеніе—вовсе не такая уже неосуществимая вещь. Практичные янки поняли весь вредъ разрозненности, и ихъ отдѣльныя Общества стали сливаться въ большіе Союзы, которые получаютъ обыкновенно названіе Академій. Благодаря подобному слиянію, научная дѣятельность Обществъ улучшается, расходы-же на наемъ помѣщеній, содержаніе библіотеки, изданіе трудовъ и пр. значительно сокращаются («Врачъ», 1895 г., № 29, стр. 834). Неужели подобные союзы неосуществимы и у насъ въ Россіи? Развѣ немыслимо, напр., въ Кіевѣ сліяніе всѣхъ медицинскихъ Обществъ въ одинъ-ли Союзъ, въ одно-ли Общество на подобіе, хотя-бы, Петербургскаго Общества охраненія народнаго здравія съ его отдѣлами по спеціальностямъ и съ особыми для каждаго отдѣла предсѣдателями? Въ самомъ дѣлѣ, гдѣ тѣ серьезныя причины, которыя могли-бы помѣшать Кіевскимъ врачебнымъ Обществамъ слиться воедино, въ одну крѣпкую и сильную общину, съ общимъ членскимъ взносомъ, общимъ помѣщеніемъ, общей библіотекой и читальней, общими лабораторіей, лѣчебницей и поликлиникой, общею газетой или протоколами? Не хотѣлось-бы думать,

*) Сообщенія, отмѣченныя звѣздочкой, напечатаны въ вып. 3, т. VI «Трудовъ Общества».

Digitized by Google

что мы только на словахъ вѣримъ въ силу товарищества и единенія, а на дѣлѣ предпочитаемъ безсильную разрозненность могучей сплоченности, покой и мирное бездѣлье — кипучей работѣ и волненію. И легко, и спорко работать сообща!

Работы-же, и нелегкой, врачамъ вездѣ и всюду много. Они видятъ такъ часто, какъ никто, неприкрашенныя страданія и горе. Они знаютъ лучше, чѣмъ кто-либо, истинную нищету, нищету не въ театральныхъ, а въ настоящихъ смрадныхъ лохмотьяхъ. Они хорошо знакомы съ тѣми зловонными норами, что зовутся жильемъ бѣднаго люда [1]). Имъ знакомы испуганныя личики полунагой, голодной дѣтворы и полные безнадежной тоски и муки взоры умирающихъ матерей... Да, врачи хорошо знаютъ людскую нужду и страданіе, и они не могутъ оставаться только равнодушными зрителями...

Нужно, имъ должно бороться... Но что можетъ сдѣлать врачъ одинъ, самъ по себѣ, будь онъ даже изъ подвижниковъ подвижникъ, герой изъ героевъ. Здѣсь нужна работа общими силами, работа и борьба цѣлыми обществами, союзами врачебныхъ и благотворительныхъ Обществъ. Если что и можно сдѣлать, такъ только тѣсно сплотившись. При условіи фактическаго объединенія нашихъ Обществъ, они получили-бы возможность, хотя до нѣкоторой степени, выполнить и тѣ широкія задачи, о которыхъ говорилъ проф. *А. Д. Павловскій* въ своей блестящей рѣчи на послѣднемъ годовомъ засѣданіи физико-медицинскаго Общества (14/х). При теперешней же нашей разрозненности намъ остаются въ удѣлъ одни красивыя слова и праздныя мечтанія въ такіе праздничные дни, какъ сегодня.

*В. Бушуевъ.*

## VIII. *Изъ научныхъ Собраній врачей при клиникѣ нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета.*

(Засѣданіе 25-го октября 1903 г.)

*А. В. Фаворскій показалъ спинносухоточнаго больного, страдающаго спинносухоточнымъ пораженіемъ суставовъ ногъ, главнымъ образомъ тазобедренныхъ.* Крестьянинъ, 33 л., холостой, бывшій гвардеецъ, родился здоровымъ ребенкомъ отъ здоровыхъ родителей. Въ семьѣ не было ни сифилиса, ни алкоголизма, ни бугорчатки. Въ дѣтствѣ ничѣмъ серьезнымъ не болѣлъ. Съ 14 лѣтъ сталъ имѣть сношенія съ женщинами, при чемъ, по его словамъ, часто злоупотреблялъ этимъ. Въ это-же время началъ пить водку и нерѣдко напивался допьяна. На 15-мъ году получилъ перелой; на 23-мъ году заразился сифилисомъ, отъ котораго лѣчился очень плохо (было употреблено 12 ртутныхъ ножныхъ пластырей). Черезъ 7 лѣтъ послѣ этого сталъ чувствовать общую слабость, онѣмѣніе на груди и въ ногахъ, стрѣляющія боли въ ногахъ и въ половомъ членѣ. Вскорѣ-же появилось недержаніе мочи и половое безсиліе, что заставило больного искать помощи у спеціалистовъ. Послѣдними было распознано начало сухотки спинного мозга, и назначенъ курсъ ртутныхъ впрыскиваній. Осенью 1901 г. поступилъ подъ наблюденіе докладчика, при чемъ было обнаружено отсутствіе атаксіи, недержаніе мочи и задержка ея, отсутствіе способности въ половомъ членѣ приходить въ возбужденіе, отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ, неравенство зрачковъ, разстройство чувствительности на ногахъ по типу периферическому и на груди по корешковому; на рукахъ чувствительность нормальна. Сдѣланъ курсъ впрыскиваній азотистокислаго натрія (natrii nitrosi). Весною 1902 г. сдѣланъ курсъ ртутныхъ впрыскиваній. Въ это время на подошвенной сторонѣ пальцевъ ногъ появились пузыри, наполненные сывороточною, а иногда и кровянистою жидкостью. Развился циститъ. Спустя мѣсяца $1^1/_2$ эти трофическія разстройства исчезли. Осенью того же года циститъ и пузыри снова появились, при чемъ ногтевыя ложи стали синебагровыми, ногти ломкими; въ концѣ концовъ нѣкоторые ногти выпали и съ теченіемъ времени замѣнились новыми. Циститъ исчезъ черезъ мѣсяцъ при примѣненіи воды Боржома. При наличности такихъ трофическихъ разстройствъ на пальцахъ ногъ въ январѣ 1903 г. появилось вдругъ, безъ всякой видимой причины, безъ повышенія температуры, опуханіе праваго голеностопнаго сустава, которое при примѣненіи ихтіоловой мази и согрѣвающихъ компрессовъ постепенно въ теченіи $2^1/_2$ недѣль прошло, не оставивъ послѣ себя никакихъ послѣдствій въ сочлененіи. Въ апрѣлѣ, безъ всякой видимой причины, но съ повышеніемъ температуры, доходившей въ иные дни до 39°, появилось очень сильное опуханіе праваго тазобедреннаго сустава, при чемъ больной потерялъ способность владѣть правой ногой. Спустя $1^1/_2$ недѣли температура пришла къ нормѣ, суставъ-же остался въ прежнемъ видѣ, при чемъ въ окружающихъ его частяхъ появился отекъ. Въ правыхъ колѣнномъ и голеностопномъ сочлененіяхъ тоже развилось небольшое опуханіе безъ повышенія температуры тѣла. Черезъ 2 недѣли колѣнный и голеностопный суставы пришли къ нормѣ. Опуханіе праваго тазобедреннаго сустава черезъ 3 мѣсяца отъ начала появленія постепенно исчезло; однако, при пассивныхъ движеніяхъ, которыя можно было совершать во всѣхъ направленіяхъ сверхъ нормы и при томъ безъ всякой боли, какъ это было и при самомъ возникновеніи заболѣванія сустава, можно было замѣтить, что сочленовныя поверхности костей тазобедреннаго сустава были сильно измѣнены, вслѣдствіе чего легко происходилъ подвывихъ головки бедренной кости. За все время заболѣванія сустава болей въ немъ не было. Въ концѣ августа 1903 г. больной простудился, послѣ чего у него повысилась температура и появилась неловкость при движеніи въ лѣвомъ тазобедренномъ суставѣ. Въ недѣлю времени развилось сильное опуханіе этого сустава съ отекомъ окружающихъ частей; равнымъ образомъ сильное опуханіе замѣчалось и въ лѣвомъ голеностопномъ суставѣ и въ меньшей степени въ колѣнномъ. Болей въ пораженныхъ суставахъ не было ни самостоятельныхъ, ни при движеніи. Движенія пассивныя были очень обширны. Спустя недѣлю послѣ внутренняго употребленія хинина температура пришла къ нормѣ. 27/IX 1903 г. больной поступилъ въ Казанскую нервную клинику. При изслѣдованіи 30/IX 1903 г. найдено: Черепные нервы въ порядкѣ. Движенія шеи, рукъ и туловища нормальны. Движенія въ правой ногѣ ограничены въ объемѣ и ослаблены въ силѣ, при чемъ поднять ногу кверху больной можетъ, только поворачивая ее кнаружи и напрягая гипертрофированную портняжную мышцу; 4-главая мышца дѣйствуетъ очень слабо; въ колѣнномъ и голеностопномъ сочлененіяхъ движенія менѣе ограничены. Въ лѣвой ногѣ въ тазобедренномъ суставѣ движеній нѣтъ; въ колѣнномъ и голеностопномъ они ограничены въ объемѣ и ослаблены въ силѣ. Сидѣть можетъ, ходить—нѣтъ. Сухожильные рефлексы на рукахъ нормальны; признакъ *Westphal*'я; съ Ахиллова сухожилія рефлекса нѣтъ; кожные—подмышковый и брюшной оживлены; съ подошвы—нѣтъ; рефлексы со слизистой оболочки носа и глотки нормальны, съ глотки сильно понижены. Неравенство зрачковъ; плохая реакція на свѣтъ. Недержаніе мочи постоянное и легкая задержка. Запоры. Общая анэстезія на ногахъ по периферическому типу, на туловищѣ—по корешковому; на рукахъ гиперэстезія болевая по периферическому типу. Органы высшихъ чувствъ нормальны. Атрофія мышцъ бедеръ и отчасти голеней; фарадическая и гальваническая возбудимость 4-главыхъ мышцъ понижена; характеръ сокращенія — вяловатый; въ остальныхъ мышцахъ — нормальная; въ правой портняжной мышцѣ повышенная. Тазовой поясъ при осмотрѣ сзади походитъ на женскій, вслѣдствіе опуханія лѣваго тазобедреннаго сустава и выстоянія головки правой бедренной кости; колѣнные и голеностопные суставы нормальны; оба сустава тазобедренные позволяютъ дѣлать очень обширные розмахи, далеко превосходящіе по объему нормальные, при чемъ ощущается ясный хрустъ; движенія эти безболѣзненны. Температура нормальная. Моча мутная, содержитъ осадокъ солей фосфорнокислой извести, триппельфосфатовъ и мочекислыхъ солей; небольшое количество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; реакція слабо-щелочная; бѣлка и сахара нѣтъ. Катарральное воспаленіе верхушекъ легкихъ; изслѣдованіе мокроты на *Koch*'овскія палочки дало отрицательный результатъ. Селезенка не увеличена. — За время пребыванія больного въ клиникѣ опухоль лѣваго тазобедреннаго сустава опала, но не совсѣмъ; моча представляла колебанія по реакціи и количеству осадка; временами она была совершенно нормальной. Докладчикъ исключаетъ ревматическое пораженіе суставовъ, такъ какъ нѣкоторые суставы распухали, не давая повышенія температуры, и относитъ страданіе къ остро развивавшемуся трофическому разстройству въ области суставовъ, съ характеромъ синовіальнаго выпота, на почвѣ существующей у больного спинной сухотки, вызвавшей цѣлый рядъ другихъ трофическихъ явленій (пузыри на пальцахъ ногъ, циститъ). Докладчикъ отмѣтилъ сравнительную рѣдкость пораженія тазобедренныхъ суставовъ при спинной сухоткѣ; такъ, по даннымъ Казанской нервной клиники за послѣднія 10 лѣтъ на 700 спинносухоточныхъ описанный случай былъ 1-мъ.

Въ преніяхъ приняли участіе проф. *Ковалевскій*, проф. *Даркшевичъ*, д-ра *Левчаткинъ*, *Скуридинъ*, *Клячкинъ*, *Первушинъ*, *Тихомировъ*, *Борманъ*, *Осокинъ*, *Игловскій*.

*А. В. Фаворскій. О нисходящихъ системахъ при поврежденіи передняго 2-холмія въ связи съ физіологическими явленіями.* Докладчикъ приводитъ результаты своихъ 27 опытовъ на собакахъ съ разрушеніемъ передняго 2-холмія. Поврежденіе производилось платиновой петлею, накаливаемой электрическимъ токомъ. Черезъ трепанаціонное отверстіе въ затылочной части затылочная доли большого мозга приподнимались изогнутою деревянною лопаточкою, послѣ чего становились ясно видимыми заднее и переднее 2-холміе. Поврежденіе дѣлалось на различной глубинѣ, при чемъ окружающія части оставались совершенно неповрежденными; поврежденіе 2-холмія получалось очень чистое, строго ограниченное, безъ кровоизліянія. Животное оставлялось жить не болѣе мѣсяца, послѣ чего его убивали, и мозгъ обработывали по *Marchi* и *Weigert-Pahl*'ю. Дѣлался непрерывный рядъ срѣзовъ, начиная съ уровня передней $^1/_3$ зрительнаго бугра и кончая 1-мъ шейнымъ отрѣзкомъ (сегментомъ). Затѣмъ шелъ непрерывный рядъ срѣзовъ изъ 3-го и 7-го шейныхъ, 3-го 7-го и 13-го грудныхъ, 2-го и 6-го поясничныхъ и одного крестцоваго отрѣзковъ. Микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ показало, что разрушеніе пластинки передняго 2-холмія влечетъ за собой нисходящее перерожденіе нѣсколькихъ системъ. Одна система (fasc. tecto-bulbaris praedorsalis) перерождается одинаково при поврежденіи какъ проксимальныхъ, такъ и дистальныхъ отдѣловъ пластинки передняго 2-холмія, между тѣмъ какъ другія системы («короткіе пути» по *Münzer*'у и *Wiener*'у и *И. П. Павлову*) выступаютъ главнымъ образомъ тогда, когда поврежденіе помѣщается въ самомъ заднемъ отдѣлѣ передняго 2-холмія. Всѣ эти системы перерождаются только при разрушеніи глубо-

[1]) Наводненіе 12-го ноября заставило всѣхъ вспомнить о столичной бѣднотѣ. Великое спасибо труженикамъ Петербургской печати, которые подъ свѣжимъ впечатлѣніемъ всего видѣннаго и пережитаго не поскупились на краски, чтобы представить большой публикѣ въ надлежащемъ свѣтѣ ту ужасающую повседневную нищету и обстановку, въ какой живетъ нашъ бѣдный людъ—разумѣется, не въ одной столицѣ. *В. Б.*

каго сѣраго слоя передняго 2-холмія. Поврежденіе поверхностныхъ слоевъ не влечетъ за собою нисходящаго перерожденія, если только это поврежденіе не находится на мѣстѣ перехода передняго въ заднее 2-холміе, гдѣ короткія системы, собираясь въ пучки, лежатъ очень поверхностно. Короткіе пути, начавшись въ сѣромъ глубокомъ слоѣ передняго 2-холмія, главнымъ образомъ въ заднихъ его отдѣлахъ, спускаются внизъ, описывая при этомъ дугу, выпуклую кнаружи. Наружная часть этихъ путей въ области задняго 2-холмія собирается въ сравнительно толстый пучекъ, лежащій очень поверхностно и занимающій самый наружный отдѣлъ покрышки. Большая часть этихъ волоконъ оканчивается на различныхъ уровняхъ въ сѣрыхъ массахъ вещества; нѣкоторыя-же волоконца, принимая постепенно стрѣловидное направленіе, присоединяются къ волокнамъ слѣдующей части путей. Внутренняя часть короткихъ путей, меньшая по количеству, спускается разбросанными волокнами внизъ, въ область сѣтевиднаго вещества покрышки и, принимая стрѣловидное направленіе надъ наружнымъ концомъ медіальной петли, значительно истощается на различныхъ уровняхъ этого вещества, но нѣкоторыя волокна спускаются ниже, около наружной стороны пирамиды, къ области трапецієвиднаго тѣла и даже еще нѣсколько ниже. Признать эту часть короткихъ путей за самостоятельную систему, какъ это предлагаетъ *И. П. Павловъ*, пока нѣтъ особыхъ основаній. Кромѣ того, докладчикъ наблюдалъ на многихъ препаратахъ волокна, идущія кнаружи отъ границы, отдѣляющей сѣрое полостное вещество отъ внутренней поверхности передней части ядра задняго 2-холмія. Волокна эти шли кнаружи къ короткимъ путямъ передняго 2-холмія, тотчасъ подъ началомъ ядра задняго 2-холмія или немного снизу, перерѣзая его на своемъ пути. Перерождались эти волокна только при поврежденіи задняго отдѣла передняго 2-холмія, при чемъ заднее 2-холміе, ядро боковой петли и мозговой корешокъ тройничнаго нерва при этомъ задѣты не были. Слѣдующая система (fasc. tecto-bulbaris praedorsalis, по *И. П. Павлову*), начинаясь изъ глубокихъ слоевъ передняго 2-холмія, имѣетъ вначалѣ различный ходъ: одна часть волоконъ отъ мѣста происхожденія идетъ радіарно кпереди и къ средней линіи, къ границѣ сѣраго полостного вещества, и затѣмъ поворачиваетъ книзу, огибая дугою и отчасти пересѣкая задній продольный пучекъ (брюшную часть его), переходитъ шовъ и ложится сбоку его, подъ заднимъ продольнымъ пучкомъ въ области перекреста *Meynert*'а. 2-ая часть волоконъ идетъ отъ мѣста своего происхожденія прямыми волокнами къ средней линіи, къ границѣ сѣраго полостного вещества, гдѣ сразу загибается книзу и спускается во фронтальной плоскости нѣсколько ниже брюшного края черепного корешка тройничнаго нерва, а затѣмъ поворачиваетъ кпереди и, пройдя нѣкоторое разстояніе, въ области перехода передняго 2-холмія въ зрительный бугоръ, снова идетъ дугою во фронтальной плоскости къ перекресту *Meynert*'а, какъ и первая часть волоконъ, съ которой она и смѣшивается здѣсь. 3-ья часть волоконъ идетъ прямо къ средней линіи, къ границѣ сѣраго полостного вещества, гдѣ, загибаясь книзу, спускается во фронтальной плоскости дугою и подъ заднимъ продольнымъ пучкомъ достигаетъ шва, переходитъ его и ложится тамъ, гдѣ и 2 предыдущія части. Подходя къ перекресту *Meynert*'а, эта система частью своихъ волоконъ перерѣзаетъ самый задній (дорзальный) отдѣлъ краснаго ядра, къ которому даетъ иногда отдѣльныя волоконца. Перейдя на другую сторону шва, она вскорѣ принимаетъ стрѣловидное направленіе, занимая дорзальный отдѣлъ шва, идетъ далѣе къ продолговатому мозгу и по мѣрѣ приближенія къ ядру слухового нерва уменьшается въ объемѣ, на уровнѣ-же ядра язычнаго нерва совершенно исчезаетъ. Перейдя на противоположную сторону шва, система эта посылаетъ толстыя волокна вверхъ къ промежутку между задними продольными пучками. Мнѣніе *Ernst*'а, что это—окольные пути къ заднему продольному пучку, представляется сомнительнымъ: очень великъ калибръ волоконъ для окольныхъ путей. На нѣкоторыхъ препаратахъ можно было видѣть поперечныя тонкія волоконца, идущія отъ перекреста *Meynert*'а кнаружи, въ область сѣтевиднаго вещества покрышки. Какой системѣ принадлежатъ эти волокна, сказать трудно, но во всякомъ случаѣ не волокнамъ петли, описаннымъ *Held*'омъ. Очень небольшая часть волоконъ fascic. tecto-bulbaris praedorsalis шла надъ *Sylvi*'евымъ водопроводомъ и кончалась, не доходя нѣсколько ядра противоположнаго 2-холмія. При поврежденіи nuclei intratrigeminalis никогда не удавалось прослѣдить волоконъ, переходящихъ надъ *Sylvi*'евымъ водопроводомъ на другую сторону къ перекресту *Meynert*'а, какъ это рисуетъ *Kohnstamm*. — При поврежденіи полномъ краснаго ядра докладчикъ наблюдалъ перерожденіе т. наз. *Monakow*'скаго пучка. Отъ краснаго ядра волокна направляются къ перекресту *Forel*'я, переходятъ черезъ шовъ на противоположную сторону и ложатся косо между краснымъ ядромъ и чернымъ веществомъ *Soemmering*'а. Почти тотчасъ послѣ перекреста они принимаютъ стрѣловидное направленіе, и въ области средней части задняго 2-холмія пучекъ этотъ поднимается выше и лежитъ кнутри отъ боковой петли, нѣсколько ниже наружнаго края bindearm. На уровнѣ появленія верхней оливы онъ дѣлаетъ рѣзкій загибъ книзу и нѣсколько кнаружи и спускается на подобіе толстаго корешка между оливой и общимъ корешкомъ тройничнаго нерва къ брюшной поверхности ствола, при чемъ нѣкоторыя волокна входятъ и окружаютъ двигательное ядро V пары. При появленіи ядра VII пары волокна снова принимаютъ стрѣловидное направленіе и лежатъ между ядромъ лицевого нерва и брюшнымъ краемъ спинального корешка V пары, при чемъ много волоконъ входитъ и окружаетъ ядро лицевого нерва, а нѣкоторыя волокна идутъ вверхъ къ сѣтевидному веществу надъ этимъ ядромъ, а равно встрѣчаются здѣсь и послѣ исчезанія ядра. На всемъ протяженіи продолговатаго мозга пучекъ не отходитъ отъ брюшного конца спинальнаго корешка V пары, и въ такомъ положеніи переходитъ въ спинной мозгъ, занимая на уровнѣ появленія перекреста пирамидъ среднюю и отчасти внутреннюю часть бокового столба. Въ шейной части онъ располагается въ средней и отчасти во внутренней части бокового столба, начиная отъ задняго рога и простираясь кпереди почти до пучка *Gowers*'а. На остальномъ протяженіи спинного мозга онъ, удерживая описанное расположеніе, постепенно уменьшается, такъ что въ крестцовой части остается нѣсколько волоконъ, расположенныхъ въ задней части бокового столба, на границѣ съ заднимъ рогомъ. Перехода волоконъ въ передній рогъ авторъ не наблюдалъ. Не наблюдалось также восходящаго перерожденія при разрушеніи передняго 2-холмія, а равно не было перерожденія и въ зрительномъ нервѣ. Клинически при разрушеніи передняго 2-холмія слѣпоты, разстройства реакціи зрачковъ на свѣтъ и вообще какихъ-либо ненормальныхъ явленій у животныхъ не встрѣчалось. При разрушеніи же краснаго ядра наблюдались вынужденныя явленія и атаксія при ходьбѣ.

Въ преніяхъ приняли участіе проф. *Ковалевскій*, проф. *Даркшевичъ* и д-ръ *Клячкинъ*. *А. Ѳаворскій.*

## IX. Итоги 2-лѣтнихъ научныхъ Совѣщаній врачей Харьковской губернской земской больницы.

(Читано въ годовомъ научномъ Совѣщаніи 4-го ноября 1903 г.).

Мм. Гг.! Сегодняшнимъ Собраніемъ начинается 3-ій годъ нашихъ научныхъ Совѣщаній, и мнѣ казалось умѣстнымъ и своевременнымъ подвести нѣкоторые итоги нашей 2-лѣтней работы: 1-ое наше научное Совѣщаніе было 2-го октября 1901 г., послѣднее въ истекшемъ 2-лѣтіи состоялось 30-го сентября 1903 г. За это время мы имѣли 16 засѣданій, на которыхъ сдѣлано было 39 сообщеній, показано 30 больныхъ и до 40 патолого-анатомическихъ препаратовъ. Докладчиками были слѣдующіе, постоянные и временные, члены врачебной коллегіи нашей больницы: *Н. П. Андіонъ*, *П. А. Бархатъ*, *Г. Г. Бойно-Родзевичъ*, *В. А. Гиляровскій*, *Б. С. Грейденбергъ*, *М. О. Губерманъ*, проф. *Н. Ф. Мельниковъ-Разведенковъ*, *А. Л. Николаевъ*, *І. Ф. Пожарискій*, *Н. И. Рахманиновъ*, *П. К. Рутковскій*, *П. П. Тутышкинъ* и *В. Д. Чельцовъ*. Преобладающее число докладовъ было по нервнымъ болѣзнямъ — 20, затѣмъ по патологической анатоміи—4, психіатріи—3, по хирургіи, накожнымъ и внутреннимъ болѣзнямъ — по 2, анатоміи нервной системы и экспериментальной психологіи — по 1 и, наконецъ, общаго характера (рѣчи, некрологи и т. п.)—4. Особый интересъ пріобрѣли научныя Совѣщанія съ открытіемъ при больницѣ патологоанатомическаго кабинета, устроеннаго проф. *Н. Ф. Мельниковымъ-Разведенковымъ*, доставлявшаго съ осени 1902 г. на каждое наше Совѣщаніе рядъ препаратовъ текущихъ вскрытій, сопровождавшихся всегда подробными и обстоятельными объясненіями помощника прозектора *М. О. Губермана*. Нѣкоторыя изъ сдѣланныхъ на нашихъ Совѣщаніяхъ сообщеній докладывались затѣмъ въ мѣстныхъ ученыхъ Обществахъ, другія были напечатаны въ періодическихъ медицинскихъ изданіяхъ. Благодаря гостепріимству «Врачебной хроники Харьковской губ.», издаваемой губернской земской Управой, мы имѣемъ возможность помѣщать въ ней протоколы нашихъ Совѣщаній и получать отдѣльные оттиски ихъ, которые разсылаются въ редакціи врачебныхъ газетъ и журналовъ, а также мѣстныя и нѣкоторыя иногубернскія больницы. Въ настоящее время отпечатаны протоколы 10 Совѣщаній за 1901 и 1902 г. и подготовляются къ печати протоколы Совѣщаній текущаго года.

Привожу перечень докладовъ и предъявленій въ алфавитномъ порядкѣ ихъ авторовъ: 1) *Н. П. Андіонъ*—1) Случай омертвѣнія брюшной клѣтчатки вслѣдствіе мочевого затека. 2) Случай множественнаго липоматоза. 2) *П. А. Бархатъ* (совмѣстно съ *М. О. Губерманомъ*)—Случай бугорчатки мочеполового прибора. 3) *Г. Г. Бойно-Родзевичъ*—1) Къ ученію объ афазіи. 2) Предъявленіе случая остраго поліо-энцефалита. 3) Случай myelitis apoplectica. 4) Предъявленіе 2-хъ больныхъ съ хронической хореей. 5) Случай гемиплегической падучей. 6) Случай психоза при острой желтой атрофіи печени. 4) *В. А. Гиляровскій* — 1) Ученіе о нейронахъ по новѣйшимъ литературнымъ даннымъ. 2) Къ ученію о травматическомъ поліэнцефалитѣ. 3) Предъявленіе больной съ пораженіемъ Вароліева моста. 5) *Б. С. Грейденбергъ*—1) Предъявленіе больного съ распознаваніемъ опухоли въ головномъ мозгу. 2) Прогрессивный параличъ по даннымъ Харьковской губернской Земской больницы за 12 лѣтъ (1890—1901 гг.). 3) Предъявленіе больного съ травматическимъ пораженіемъ спинного мозга въ формѣ *Brown-Séquard*'овскаго паралича. 4) Памяти профф. *А. Я. Кожевникова* и *R. v. Krafft-Ebing*'а. 5) Памяти *А. И. Роте*. 6) Предъявленіе 2-хъ больныхъ (вмѣсто *Г. Г. Бойно-Родзевича*) съ множественнымъ склерозомъ и афазіей. 7) Случай истерической тетаніи (совмѣстно съ *В. Д. Чельцовымъ*). 8) Памяти *О. О Мочутковскаго*. 6) *М. О. Губерманъ* — 1) 2 случая острой желтой атрофіи печени. 2) Случай порэнцефаліи съ болѣзнью *Little*'я (совмѣстно съ *В. Д. Чельцовымъ*). 3) Случай бугорчатки мочеполового прибора (совмѣстно съ *П. А. Бархатомъ*). 4) Случай опухоли мозга (совмѣстно съ *П. К. Рутковскимъ*). 5) Предъявленіе патолого-анатомическихъ препаратовъ текущихъ вскрытій. 7) Проф. *Н. Ф. Мельниковъ-Разведенковъ* Рѣчь. «Отъ прозектуры Харь-

Digitized by Google

что мы только на словахъ вѣримъ въ силу товарищества и единенія, а на дѣлѣ предпочитаемъ безсильную разрозненность могучей сплоченности, покой и мирное бездѣлье — кипучей работѣ и волненію. И легко, и спорко работать сообща!

Работы-же, и нелегкой, врачамъ вездѣ и всюду много. Они видятъ такъ часто, какъ никто, неприкрашенныя страданія и горе. Они знаютъ лучше, чѣмъ кто-либо, истинную нищету, нищету не въ театральныхъ, а въ настоящихъ смрадныхъ лохмотьяхъ. Они хорошо знакомы съ тѣми зловонными норами, что зовутся жильемъ бѣднаго люда [1]). Имъ знакомы испуганныя личики полунагой, голодной дѣтворы и полные безнадежной тоски и муки взоры умирающихъ матерей... Да, врачи хорошо знаютъ людскую нужду и страданіе, и они не могутъ оставаться только равнодушными зрителями...

Нужно, имъ должно бороться... Но что можетъ сдѣлать врачъ одинъ, самъ по себѣ, будь онъ даже изъ подвижниковъ подвижникъ, герой изъ героевъ. Здѣсь нужна работа общими силами, работа и борьба цѣлыми обществами, союзами врачебныхъ и благотворительныхъ Обществъ. Если что и можно сдѣлать, такъ только тѣсно сплотившись. При условіи фактическаго объединенія нашихъ Обществъ, они получили-бы возможность, хотя до нѣкоторой степени, выполнить и тѣ широкія задачи, о которыхъ говорилъ проф. *А. Д. Павловскій* въ своей блестящей рѣчи на послѣднемъ годовомъ засѣданіи физико-медицинскаго Общества (14/x). При теперешней же нашей разрозненности намъ остаются въ удѣлъ одни красивыя слова и праздныя мечтанія въ такіе праздничные дни, какъ сегодня.

*В. Бушуевъ.*

## VIII. *Изъ научныхъ Собраній врачей при клиникѣ нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета.*

(Засѣданіе 25-го октября 1903 г.)

*А. В. Фаворскій показалъ спинносухоточнаго больного, страдающаго спинносухоточнымъ пораженіемъ суставовъ ногъ, главнымъ образомъ тазобедренныхъ.* Крестьянинъ, 33 л., холостой, бывшій гвардеецъ, родился здоровымъ ребенкомъ отъ здоровыхъ родителей. Въ семьѣ не было ни сифилиса, ни алкоголизма, ни бугорчатки. Въ дѣтствѣ ничѣмъ серьезнымъ не болѣлъ. Съ 14 лѣтъ сталъ имѣть сношенія съ женщинами, при чемъ, по его словамъ, часто злоупотреблялъ этимъ. Въ это-же время началъ пить водку и нерѣдко напивался допьяна. На 15-мъ году получилъ перелой; на 23-мъ году заразился сифилисомъ, отъ котораго лѣчился очень плохо (было употреблено 12 ртутныхъ ножныхъ пластырей). Черезъ 7 лѣтъ послѣ этого сталъ чувствовать общую слабость, онѣмѣніе на груди и въ ногахъ, стрѣляющія боли въ ногахъ и въ половомъ членѣ. Вскорѣ-же появилось недержаніе мочи и половое безсиліе, что заставило больного искать помощи у спеціалистовъ. Послѣдними было распознано начало сухотки спинного мозга, и назначенъ курсъ ртутныхъ впрыскиваній. Осенью 1901 г. поступилъ подъ наблюденіе докладчика, при чемъ было обнаружено отсутствіе атаксіи, недержаніе мочи и задержка ея, отсутствіе способности въ половомъ членѣ приходить въ возбужденіе, отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ, неравенство зрачковъ, разстройство чувствительности на ногахъ по типу периферическому и на груди по корешковому; на рукахъ чувствительность нормальна. Сдѣланъ курсъ впрыскиваній азотистокислаго натрія (natrii nitrosi). Весною 1902 г. сдѣланъ курсъ ртутныхъ впрыскиваній. Въ это время на подошвенной сторонѣ пальцевъ ногъ появились пузыри, наполненные сывороточною, а иногда и кровянистою жидкостью. Развился циститъ. Спустя мѣсяца $1^1/_2$ эти трофическія разстройства исчезли. Осенью того же года циститъ и пузыри снова появились, при чемъ ногтевыя ложи стали синебагровыми, ногти ломкими; въ концѣ концовъ нѣкоторые ногти выпали и съ теченіемъ времени замѣнились новыми. Циститъ исчезъ черезъ мѣсяцъ при примѣненіи воды Боржома. При наличности такихъ трофическихъ разстройствъ на пальцахъ ногъ въ январѣ 1903 г. появилось вдругъ, безъ всякой видимой причины, безъ повышенія температуры, опуханіе праваго голеностопнаго сустава, которое при примѣненіи ихтіоловой мази и согрѣвающихъ компрессовъ постепенно въ теченіи $2^1/_2$ недѣль прошло, не оставивъ послѣ себя никакихъ послѣдствій въ сочлененіи. Въ апрѣлѣ, безъ всякой видимой причины, но съ повышеніемъ температуры, доходившей въ иные дни до 39°, появилось очень сильное опуханіе праваго тазобедреннаго сустава, при чемъ больной потерялъ способность владѣть правой ногой. Спустя $1^1/_2$ недѣли температура пришла къ нормѣ, суставъ-же остался въ прежнемъ видѣ, при чемъ въ окружающихъ его частяхъ появился отекъ. Въ правыхъ колѣнномъ и голеностопномъ сочлененіяхъ тоже развилось небольшое опуханіе безъ повышенія температуры тѣла. Черезъ 2 недѣли колѣнный и голеностопный суставы пришли къ нормѣ. Опуханіе праваго тазобедреннаго сустава черезъ 3 мѣсяца отъ начала появленія постепенно исчезло; однако, при пассивныхъ движеніяхъ, которыя можно было совершать во всѣхъ направленіяхъ сверхъ нормы и при томъ безъ всякой боли, какъ это было и при самомъ возникновеніи заболѣванія сустава, можно было замѣтить, что сочленовныя поверхности костей тазобедреннаго сустава были сильно измѣнены, вслѣдствіе чего легко происходилъ подвывихъ головки бедренной кости. За все время заболѣванія сустава болей въ немъ не было. Въ концѣ августа 1903 г. больной простудился, послѣ чего у него повысилась температура и появилась неловкость при движенія въ лѣвомъ тазобедренномъ суставѣ. Въ недѣлю времени развилось сильное опуханіе этого сустава съ отекомъ окружающихъ частей; равнымъ образомъ сильное опуханіе замѣчалось и въ лѣвомъ голеностопномъ суставѣ и въ меньшей степени въ колѣнномъ. Болей въ пораженныхъ суставахъ не было ни самостоятельныхъ, ни при движеніи. Движенія пассивныя были очень обширны. Спустя недѣлю послѣ внутренняго употребленія хинина температура пришла къ нормѣ. 27/IX 1903 г. больной поступилъ въ Казанскую нервную клинику. При изслѣдованіи 30/IX 1903 г. найдено: Черепные нервы въ порядкѣ. Движенія шеи, рукъ и туловища нормальны. Движенія въ правой ногѣ ограничены въ объемѣ и ослаблены въ силѣ, при чемъ поднять ногу кверху больной можетъ, только поворачивая ее кнаружи и напрягая гипертрофированную портняжную мышцу; 4-главая мышца дѣйствуетъ очень слабо; въ колѣнномъ и голеностопномъ сочлененіяхъ движенія менѣе ограничены. Въ лѣвой ногѣ въ тазобедренномъ суставѣ движеній нѣтъ; въ колѣнномъ и голеностопномъ они ограничены въ объемѣ и ослаблены въ силѣ. Сидѣть можетъ, ходить—нѣтъ. Сухожильные рефлексы на рукахъ нормальны; признакъ *Westphal*'я; съ Ахиллова сухожилія рефлекса нѣтъ; кожные—подмышковый и брюшной оживлены; съ подошвы—нѣтъ; рефлексы со слизистой оболочки носа и глотки нормальны, съ глотки сильно пониженъ. Неравенство зрачковъ; плохая реакція на свѣтъ. Недержаніе мочи постоянное и легкая задержка. Запоры. Общая анэстезія на ногахъ по периферическому типу, на туловищѣ—по корешковому; на рукахъ гиперэстезія болевая по периферическому типу. Органы высшихъ чувствъ нормальны. Атрофія мышцъ бедеръ и отчасти голеней; фарадическая и гальваническая возбудимость 4-главыхъ мышцъ понижена; характеръ сокращенія — вялoватый; въ остальныхъ мышцахъ — нормальная; въ правой портняжной мышцѣ повышенная. Тазовой поясъ при осмотрѣ сзади походитъ на женскій, вслѣдствіе опуханія лѣваго тазобедреннаго сустава и выстоянія головки правой бедренной кости; колѣнные и голеностопные суставы нормальны; оба сустава тазобедренные позволяютъ дѣлать очень обширные розмахи, далеко превосходящіе по объему нормальные, при чемъ ощущается ясный хрустъ; движенія эти безболѣзненны. Температура нормальная. Моча мутная, содержитъ осадокъ солей фосфорнокислой извести, триппельфосфатовъ и мочекислыхъ солей; небольшое количество бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; реакція слабо-щелочная; бѣлка и сахара нѣтъ. Катарральное воспаленіе верхушекъ легкихъ; изслѣдованіе мокроты на *Koch*'овскія палочки дало отрицательный результатъ. Селезенка не увеличена. — За время пребыванія больного въ клиникѣ опухоль лѣваго тазобедреннаго сустава опала, но не совсѣмъ; моча представляла колебанія по реакціи и количеству осадка; временами она была совершенно нормальной. Докладчикъ исключаетъ рейматическое пораженіе суставовъ, такъ какъ нѣкоторые суставы распухали, не давая повышенія температуры, и относитъ страданіе къ остро-развивавшемуся трофическому разстройству въ области суставовъ, съ характеромъ синовіальнаго выпота, на почвѣ существующей у больного спинной сухотки, вызвавшей цѣлый рядъ другихъ трофическихъ явленій (пузыри на пальцахъ ногъ, циститъ). Докладчикъ отмѣтилъ сравнительную рѣдкость пораженія тазобедренныхъ суставовъ при спинной сухоткѣ; такъ, по даннымъ Казанской нервной клиники за послѣднія 10 лѣтъ на 700 спинносухоточныхъ описанный случай былъ 1-мъ.

Въ преніяхъ приняли участіе проф. *Ковалевскій*, проф. *Даркшевичъ*, д-ра *Левчаткинъ*, *Скуридинъ*, *Клячкинъ*, *Первушинъ*, *Тихомировъ*, *Борманъ*, *Осокинъ*, *Илговскій*.

*А. В. Θаворскій. О нисходящихъ системахъ при поврежденіи передняго 2-холмія въ связи съ физіологическими явленіями.* Докладчикъ приводитъ результаты своихъ 27 опытовъ на собакахъ съ разрушеніемъ передняго 2-холмія. Поврежденіе производилось платиновой петлею, накаливаемой электрическимъ токомъ. Черезъ трепанаціонное отверстіе въ затылочной части затылочныя доли большого мозга приподнимались изогнутою деревянною лопаточкою, послѣ чего становились ясно видимыми заднее и переднее 2-холміе. Поврежденіе дѣлалось на различной глубинѣ, при чемъ окружающія части оставались совершенно неповрежденными; поврежденіе 2-холмія получалось очень чистое, строго ограниченное, безъ кровоизліянія. Животное оставлялось жить не болѣе мѣсяца, послѣ чего его убивали, и мозгъ обработывали по *Marchi* и *Weigert-Pahl*'ю. Дѣлался непрерывный рядъ срѣзовъ, начиная съ уровня передней $^1/_3$ зрительнаго бугра и кончая 1-мъ шейнымъ отрѣзкомъ (сегментомъ). Затѣмъ шелъ непрерывный рядъ срѣзовъ изъ 3-го и 7-го шейныхъ, 3-го 7-го и 13-го грудныхъ, 2-го и 6-го поясничныхъ и одного крестцоваго отрѣзковъ. Микроскопическое изслѣдованіе препаратовъ показало, что разрушеніе пластинки передняго 2-холмія влечетъ за собой нисходящее перерожденіе нѣсколькихъ системъ. Одна система (fasc. tecto-bulbaris praedorsalis) перерождается одинаково при поврежденіи какъ проксимальныхъ, такъ и дистальныхъ отдѣловъ пластинки передняго 2-холмія, между тѣмъ какъ другія системы («короткіе пути» по *Münzer*'у и *Wiener*'у и *И. П. Павлову*) выступаютъ главнымъ образомъ тогда, когда поврежденіе помѣщается въ самомъ заднемъ отдѣлѣ передняго 2-холмія. Всѣ эти системы перерождаются только при разрушеніи глубо-

---

[1]) Наводненіе 12-го ноября заставило всѣхъ вспомнить о столичной бѣднотѣ. Великое спасибо труженикамъ Петербургской печати, которые подъ свѣжимъ впечатлѣніемъ всего видѣннаго и пережитаго не поскупились на краски, чтобы представить большой публикѣ въ надлежащемъ свѣтѣ ту ужасающую повседневную нищету и обстановку, въ какой живетъ нашъ бѣдный людъ—разумѣется, не въ одной столицѣ. *В. Б.*

каго сѣраго слоя передняго 2-холмія. Поврежденіе поверхностныхъ слоевъ не влечетъ за собою нисходящаго перерожденія, если только это поврежденіе не находится на мѣстѣ перехода передняго въ заднее 2-холміе, гдѣ короткія системы, собираясь въ пучки, лежатъ очень поверхностно. Короткіе пути, начавшись въ сѣромъ глубокомъ слоѣ передняго 2-холмія, главнымъ образомъ въ заднихъ его отдѣлахъ, спускаются внизъ, описывая при этомъ дугу, выпуклую кнаружи. Наружная часть этихъ путей въ области задняго 2-холмія собирается въ сравнительно толстый пучекъ, лежащій очень поверхностно и занимающій самый наружный отдѣлъ покрышки. Большая часть этихъ волоконъ оканчивается на различныхъ уровняхъ въ сѣрыхъ массахъ моста; нѣкоторыя-же волоконца, принимая постепенно стрѣловидное направленіе, присоединяются къ волокнамъ слѣдующей части путей. Внутренняя часть короткихъ путей, меньшая по количеству, спускается разбросанными волокнами внизъ, въ область сѣтевиднаго вещества покрышки и, принимая стрѣловидное направленіе надъ наружнымъ концомъ медіальной петли, значительно истощается на различныхъ уровняхъ этого вещества, но нѣкоторыя волокна спускаются ниже, около наружной стороны пирамиды, къ области трапеціевиднаго тѣла и даже еще нѣсколько ниже. Признать эту часть короткихъ путей за самостоятельную систему, какъ это предлагаетъ *И. П. Павловъ*, пока нѣтъ особыхъ основаній. Кромѣ того, докладчикъ наблюдалъ на многихъ препаратахъ волокна, идущія кнаружи отъ границы, отдѣляющей сѣрое полостное вещество отъ внутренней поверхности передней части ядра задняго 2-холмія. Волокна эти шли кнаружи къ короткимъ путямъ передняго 2-холмія, тотчасъ подъ началомъ ядра задняго 2-холмія или немного снизу, перерѣзая его на своемъ пути. Перерождались эти волокна только при поврежденіи задняго отдѣла передняго 2-холмія, при чемъ заднее 2-холміе, ядро боковой петли и мозговой корешокъ тройничнаго нерва при этомъ задѣты не были. Слѣдующая система (fasc. tecto-bulbaris praedorsalis, по *И. П. Павлову*), начинаясь изъ глубокихъ слоевъ передняго 2-холмія, имѣетъ вначалѣ различный ходъ: одна часть волоконъ отъ мѣста происхожденія идетъ радіарно кпереди и къ средней линіи, къ границѣ сѣраго полостного вещества, и затѣмъ поворачиваетъ книзу, огибая дугою и отчасти пересѣкая задній продольный пучекъ (брюшную часть его), переходитъ швъ и ложится сбоку его, подъ заднимъ продольнымъ пучкомъ въ области перекреста *Meynert*'а. 2-ая часть волоконъ идетъ отъ мѣста своего происхожденія прямыми волокнами къ средней линіи, къ границѣ сѣраго полостного вещества, гдѣ сразу загибается книзу и спускается во фронтальной плоскости нѣсколько ниже брюшного края черепного корешка тройничнаго нерва, а затѣмъ поворачиваетъ кпереди и, пройдя нѣкоторое разстояніе, въ области перехода передняго 2-холмія въ зрительный бугоръ, снова идетъ дугою во фронтальной плоскости къ перекресту *Meynert*'а, какъ и первая часть волоконъ, съ которой она и смѣшивается здѣсь. 3-ья часть волоконъ идетъ прямо къ средней линіи, къ границѣ сѣраго полостного вещества, гдѣ, загибаясь книзу, спускается во фронтальной плоскости дугою и подъ заднимъ продольнымъ пучкомъ достигаетъ шва, переходитъ его и ложится тамъ, гдѣ и 2 предыдущія части. Подходя къ перекресту *Meynert*'а, эта система частью своихъ волоконъ перерѣзаетъ самый задній (дорзальный) отдѣлъ краснаго ядра, къ которому даетъ иногда отдѣльныя волоконца. Перейдя на другую сторону шва, она вскорѣ принимаетъ стрѣловидное направленіе, занимая дорзальный отдѣлъ шва, идетъ далѣе къ продолговатому мозгу и по мѣрѣ приближенія къ ядру слухового нерва уменьшается въ объемѣ, на уровнѣ-же ядра язычнаго нерва совершенно исчезаетъ. Перейдя на противоположную сторону шва, система эта посылаетъ толстыя волокна вверхъ къ промежутку между задними продольными пучками. Мнѣніе *Ernst*'а, что это—окольные пути къ заднему продольному пучку, представляется сомнительнымъ: очень великъ калибръ волоконъ для окольныхъ путей. На нѣкоторыхъ препаратахъ можно было видѣть поперечныя тонкія волоконца, идущія отъ перекреста *Meynert*'а кнаружи, въ область сѣтевиднаго вещества покрышки. Какой системѣ принадлежатъ эти волокна, сказать трудно, но во всякомъ случаѣ не волокнамъ петли, описаннымъ *Held*'омъ. Очень небольшая часть волоконъ fascic. tecto-bulbaris praedorsalis шла надъ *Sylvi*'евымъ водопроводомъ и кончалась, не доходя нѣсколько ядра противоположнаго 2-холмія. При поврежденіи nuclei intratrigeminalis никогда не удавалось прослѣдить волоконъ, переходящихъ надъ *Sylvi*'евымъ водопроводомъ на другую сторону къ перекресту *Meynert*'а, какъ это рисуетъ *Kohnstamm*. — При поврежденіи полномъ краснаго ядра докладчикъ наблюдалъ перерожденіе т. наз. *Monakow*'скаго пучка. Отъ краснаго ядра волокна направляются къ перекресту *Forel*'я, переходятъ черезъ швъ на противоположную сторону и ложатся косо между краснымъ ядромъ и чернымъ веществомъ *Soemering*'а. Почти тотчасъ послѣ перекреста они принимаютъ стрѣловидное направленіе, и въ области средней части задняго 2-холмія пучекъ этотъ поднимается выше и лежитъ кнутри отъ боковой петли, нѣсколько ниже наружнаго края bindearm. На уровнѣ появленія верхней оливы онъ дѣлаетъ рѣзкій загибъ книзу и нѣсколько кнаружи и спускается на подобіе толстаго корешка между оливой и общимъ корешкомъ тройничнаго нерва къ брюшной поверхности ствола, при чемъ нѣкоторыя волокна входятъ и окружаютъ двигательное ядро V пары. При появленіи ядра VII пары волокна снова принимаютъ стрѣловидное направленіе и лежатъ между ядромъ лицевого нерва и брюшнымъ краемъ спинальнаго корешка V пары, при чемъ много волоконъ входятъ и окружаетъ ядро лицевого нерва, а нѣкоторыя волокна идутъ вверхъ къ сѣтевидному веществу надъ этимъ ядромъ, а равно встрѣчаются здѣсь и послѣ исчезанія ядра. На всемъ протяженіи продолговатаго мозга пучекъ не отходитъ отъ брюшного конца спинальнаго корешка V пары, и въ такомъ положеніи переходитъ въ спинной мозгъ, занимая на уровнѣ появленія перекреста пирамидъ среднюю и отчасти внутреннюю часть бокового столба. Въ шейной части онъ располагается въ средней и отчасти во внутренней части бокового столба, начиная отъ задняго рога и простираясь кпереди почти до пучка *Gowers*'а. На остальномъ протяженіи спинного мозга онъ, удерживая описанное расположеніе, постепенно уменьшается, такъ что въ крестцовой части остается нѣсколько волоконъ, расположенныхъ въ задней части бокового столба, на границѣ съ заднимъ рогомъ. Перехода волоконъ въ передній рогъ авторъ не наблюдалъ. Не наблюдалось также восходящаго перерожденія при разрушеніи передняго 2-холмія, а равно не было перерожденія и въ зрительномъ нервѣ. Клинически при разрушеніи передняго 2-холмія слѣпоты, разстройства реакціи зрачковъ на свѣтъ и вообще какихъ-либо ненормальныхъ явленій у животныхъ не встрѣчалось. При разрушеніи же краснаго ядра наблюдались вынужденныя явленія и атаксія при ходьбѣ.

Въ преніяхъ приняли участіе проф. *Ковалевскій*, проф. *Даркшевичъ* и д-ръ *Клячкинъ*. *А. Ѳаворскій.*

## IX. Итоги 2-лѣтнихъ научныхъ Совѣщаній врачей Харьковской губернской земской больницы.

(Читано въ годовомъ научномъ Совѣщаніи 4-го ноября 1903 г.).

Мм. Гг.! Сегодняшнимъ Собраніемъ начинается 3-ій годъ нашихъ научныхъ Совѣщаній, и мнѣ казалось умѣстнымъ и своевременнымъ подвести нѣкоторые итоги нашей 2-лѣтней работы: 1-ое наше научное Совѣщаніе было 2-го октября 1901 г., послѣднее въ истекшемъ 2-лѣтіи состоялось 30-го сентября 1903 г. За это время мы имѣли 16 засѣданій, на которыхъ сдѣлано было 39 сообщеній, показано 30 больныхъ и до 40 патолого-анатомическихъ препаратовъ. Докладчиками были слѣдующіе, постоянные и временные, члены врачебной коллегіи нашей больницы: *Н. П. Андіонъ*, *П. А. Бархатъ*, *Г. Г. Бойно-Родзевичъ*, *В. А. Гиляровскій*, *Б. С. Грейденбергъ*, *М. О. Губерманъ*, проф. *Н. Ф. Мельниковъ-Разведенковъ*, *А. Л. Николаевъ*, *І. Ф. Пожарискій*, *Н. И. Рахманиновъ*, *П. К. Рутковскій*, *П. П. Тутышкинъ* и *В. Д. Чельцовъ*. Преобладающее число докладовъ было по нервнымъ болѣзнямъ — 20, затѣмъ по патологической анатоміи—4, психіатріи—3, по хирургіи, накожнымъ и внутреннимъ болѣзнямъ — по 2, анатоміи нервной системы и экспериментальной психологіи — по 1 и, наконецъ, общаго характера (рѣчи, некрологи и т. п.)—4. Особый интересъ пріобрѣли научныя Совѣщанія съ открытіемъ при больницѣ патологоанатомическаго кабинета, устроеннаго проф. *Н. Ф. Мельниковымъ-Разведенковымъ*, доставлявшаго съ осени 1902 г. на каждое наше Совѣщаніе рядъ препаратовъ текущихъ вскрытій, сопровождавшихся всегда подробными и обстоятельными объясненіями помощника прозектора *М. О. Губермана*. Нѣкоторыя изъ сдѣланныхъ на нашихъ Совѣщаніяхъ сообщеній докладывались затѣмъ въ мѣстныхъ ученыхъ Обществахъ, другія были напечатаны въ періодическихъ медицинскихъ изданіяхъ. Благодаря гостепріимству «Врачебной хроники Харьковской губ.», издаваемой губернской земской Управой, мы имѣемъ возможность помѣщать въ ней протоколы нашихъ Совѣщаній и получать отдѣльные оттиски ихъ, которые разсылаются въ редакціи врачебныхъ газетъ и журналовъ, а также мѣстныя и нѣкоторыя иногубернскія больницы. Въ настоящее время отпечатаны протоколы 10 Совѣщаній за 1901 и 1902 г. и подготовляются къ печати протоколы Совѣщаній текущаго года.

Привожу перечень докладовъ и предъявленій въ алфавитномъ порядкѣ ихъ авторовъ: 1) *Н. П. Андіонъ*—1) Случай омертвѣнія брюшной клѣтчатки вслѣдствіе мочевого затека. 2) Случай множественнаго липоматоза. 2) *П. А. Бархатъ* (совмѣстно съ *М. О. Губерманомъ*)—Случай бугорчатки мочеполового прибора. 3) *Г. Г. Бойно-Родзевичъ*—1) Къ ученію объ афазіи. 2) Предъявленіе случая остраго поліо-энцефалита. 3) Случай myelitis apoplectica. 4) Предъявленіе 2-хъ больныхъ съ хронической хореей. 5) Случай гемиплегической падучей. 6) Случай психоза при острой желтой атрофіи печени. 4) *В. А. Гиляровскій* — 1) Ученіе о нейронахъ по новѣйшимъ литературнымъ даннымъ. 2) Къ ученію о травматическомъ поліэнцефалитѣ. 3) Предъявленіе больной съ пораженіемъ Вароліева моста. 5) *Б. С. Грейденбергъ*—1) Предъявленіе больного съ распознаваніемъ опухоли въ головномъ мозгу. 2) Прогрессивный параличъ по даннымъ Харьковской губернской Земской больницы за 12 лѣтъ (1890—1901 гг.). 3) Предъявленіе больного съ травматическимъ пораженіемъ спинного мозга въ формѣ *Brown-Séquard*'овскаго паралича. 4) Памяти профф. *А. Я. Кожевникова* и *R. v. Krafft-Ebing*'а. 5) Памяти *А. И. Роте*. 6) Предъявленіе 2-хъ больныхъ (вмѣсто *Г. Г. Бойно-Родзевича*) съ множественнымъ склерозомъ и афазіей. 7) Случай истерической тетаніи (совмѣстно съ *В. Д. Чельцовымъ*). 8) Памяти *О. О Мочутковскаго*. 6) *М. О. Губерманъ* — 1) 2 случая острой желтой атрофіи печени. 2) Случай порэнцефаліи съ болѣзнью *Little*'я (совмѣстно съ *В. Д. Чельцовымъ*). 3) Случай бугорчатки мочеполового прибора (совмѣстно съ *П. А. Бархатомъ*). 4) Случай опухоли мозга (совмѣстно съ *П. К. Рутковскимъ*). 5) Предъявленіе патолого-анатомическихъ препаратовъ текущихъ вскрытій. 7) Проф. *Н. Ф. Мельниковъ-Разведенковъ* Рѣчь. «Отъ прозектуры Харь-

Digitized by Google

ковской губернской земской больницы». 8) *А. Л. Николаевъ*—1) О памяти активныхъ движеній. 2) Объ алкоголизмѣ и амбулаторномъ лѣченіи алкоголиковъ. 9) *І. Ф. Пожарискій*—1) Случай первичной бугорчатки слизистой оболочки полости рта у человѣка. 2) Предъявленіе патолого-анатомическихъ препаратовъ. 10) *Н. И. Рахманиновъ*—Предъявленія больныхъ съ узловатымъ пораженіемъ кожи, проказой, тяжелымъ сифилисомъ, псоріазомъ и erythema nodosum. 11) *П. К. Рутковскій*—1) Случай опухоли мозга. 2) Предъявленіе больной съ органическимъ пораженіемъ центральной нервной системы. 3) Общіе согрѣвающіе электрическіе компрессы. 4) Случай опухоли мозга (совмѣстно съ *М. О. Губерманомъ*). 5) Случай болѣзни *Banti*. 6) Предъявленіе больного съ сифилитическимъ пораженіемъ центральной нервной системы. 12) *П. П. Тутышкинъ*—1) 3 случая острыхъ психозовъ со смертельнымъ исходомъ. 2) Къ симптоматологіи множественнаго склероза. 3) Случай прогрессивнаго бульбарнаго паралича, сочетаннаго съ аміотрофическимъ боковымъ склерозомъ. 4) Предъявленіе больного съ острымъ восходящимъ міэлитомъ. 13) *В. Д. Чельцовъ*—1) Случай болѣзни *Little*'я. 2) Случай порэнцефаліи съ болѣзнью *Little*'я (совмѣстно съ *М. О. Губерманомъ*). 3) Случай истерической тетаніи (совмѣстно съ *Б. С. Грейденбергомъ*).

Со 2-го года нашихъ Совѣщаній мы рѣшили приглашать на нихъ, въ качествѣ гостей, и постороннихъ врачей и съ удовольствіемъ можемъ отмѣтить, что многіе товарищи весьма отзывчиво откликнулись на наше приглашеніе и, не смотря на дальность разстоянія, пріѣзжали на наши засѣданія и своимъ участіемъ въ преніяхъ вносили въ нихъ значительное оживленіе. Особенно цѣннымъ я считаю участіе въ нашихъ Совѣщаніяхъ больничныхъ врачей, ординаторовъ лѣчебныхъ учрежденій г. Харькова, такъ какъ думаю, что изъ совмѣстной научной работы ихъ съ нами можетъ возникнуть по примѣру Петербурга и Москвы «Общество больничныхъ врачей г. Харькова», потребность въ которомъ, по моему мнѣнію, безусловно существуетъ.

Съ полной увѣренностью въ дальнѣйшемъ развитіи нашихъ Совѣщаній и съ упованіемъ на постепенный ростъ интереса къ нимъ со стороны нашихъ товарищей мы вступаемъ сегодня въ 3-й годъ нашей скромной дѣятельности.

Ч. пр. *Б. Грейденбергъ*.

## X. *Изъ Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 6-го ноября).

Ч. пр. *Г. М. Влаевъ*. ***Предъявленіе больной съ ракомъ желудка, лѣченной сывороткой.*** Докладчикъ изложилъ основанія сывороточнаго лѣченія злокачественныхъ новообразованій вообще и своего въ частности и показалъ, вмѣсто означенной на повѣсткѣ больной, другого больного съ распознаваніемъ новообразованія въ печени. Къ лѣченію этого больного сывороткой докладчикъ только-что приступилъ и сдѣлалъ ему 6 впрыскиваній своей сыворотки.

Проф. *И. П. Павловъ*: На повѣсткѣ значится—больная съ ракомъ желудка, уже лѣченная сывороткой; представляемый-же теперь Вами больной только началъ лѣчиться ею. Было-бы интересно видѣть результаты законченнаго лѣченія; показываемый-же больной, какъ только-что начавшій лѣченіе, интереса представлять не можетъ.

Проф. *В. Н. Сиротининъ*: Вы, быть можетъ, хотите показать больного до лѣченія съ цѣлью представить его затѣмъ впослѣдствіи, когда онъ получитъ достаточное число впрыскиваній.

Собраніе не нашло возможнымъ ограничиться бѣглымъ осмотромъ больного во время засѣданія и предложило докладчику, буде онъ того пожелаетъ, представить больного для подробнаго изслѣдованія въ то или другое компетентное лѣчебное заведеніе. Затѣмъ, по предложенію предсѣдателя, было приступлено къ обсужденію способа лѣченія докладчика и къ оцѣнкѣ сообщаемыхъ имъ результатовъ.

Ч. пр. *А. П. Фавицкій*: Вопросъ, поднятый докладчикомъ, представляетъ огромный интересъ въ виду безпомощности терапіи при раковыхъ заболѣваніяхъ. Понятно, что серотерапія, къ которой относится и лѣченіе докладчика, заслуживаетъ большого вниманія. Но, чтобы признать терапевтическое значеніе предлагаемаго способа, необходимо соблюдать тѣ требованія, которыя соблюдаются при введеніи всякаго новаго средства вообще. Прежде всего необходимъ контроль надъ тѣми наблюденіями, тѣми больными, которые лѣчились даннымъ способомъ. Къ большинству больныхъ докладчика это условіе не примѣнимо: его больные находятся не здѣсь, и намъ они извѣстны только по описаніямъ самого г. *Влаева*. Но нѣкоторые изъ его больныхъ были въ Клиническомъ военномъ госпиталѣ, частью извѣстны мнѣ и ординаторамъ 1-го терапевтическаго отдѣленія госпиталя, и на нихъ приходится основываться, составляя мнѣніе о лѣченіи докладчика. Первые 2 случая г. *Влаева* относятся къ больнымъ изъ клиники проф. *В. А. Ратимова*. Въ одномъ изъ нихъ больному сдѣлано всего 1 впрыскиваніе сыворотки, и, по заявленію г. *Влаева*, больной этотъ чувствовалъ себя лучше. Въ другомъ больной получилъ 4 впрыскиванія и, по заявленію ч. пр. *Р. Р. Вредена*, умеръ. Я этихъ больныхъ зналъ лишь мелькомъ и поэтому останавливаться на нихъ не буду. Затѣмъ слѣдуютъ двое больныхъ изъ нашей клиники. Это—тѣ больные, которые описаны г. *Влаевымъ* во «Врачебной Газетѣ» (№№ 40—43) подъ №№ 6 и 7. Первый случай—былъ случай рака печени, далеко зашедшаго; наша терапія была безсильной, и больная пожелала лѣчиться у г. *Влаева*. Послѣ его лѣченія (4 впрыскиванія) боли, какъ будто, уменьшились, но мѣстная реакція (боль и краснота) послѣ впрыскиванія была очень сильна, и я попросилъ г. *Влаева* прекратить лѣченіе. Г. *Влаевъ* говоритъ («Врачебная Газета»), что впрыскиванія были прекращены не по его винѣ; но по мнѣнію всѣхъ насъ (моему и ординаторовъ) случай этотъ былъ настолько безнадежный, что усиливать страданія больной впрыскиваніями не оправдывалось никакими надеждами на улучшеніе. Больная эта умерла, и на вскрытіи какого-либо вліянія впрыскиваній на опухоль обнаружено не было. У больной № 7 при изслѣдованіи не удалось найти ясной опухоли. Было найдено только увеличеніе печени. По желанію больной, она была передана докладчику. Сдѣлано 2 впрыскиванія. Больная выписалась, и судьба ея мнѣ неизвѣстна. По заявленію г. *Влаева* она жива; по его словамъ, опухоль у нея не увеличивается. По распознаванію г. *Влаева* у больной—ракъ желудка; но мы не могли признать у нея во время ея пребыванія въ клиникѣ существованіе опухоли, и утвержденіе г. *Влаева* кажется намъ очень сомнительнымъ. Если-же теперь у больной дѣйствительно прощупывается опухоль, то я-бы сказалъ, что процессъ пошелъ впередъ. Если-бы я увидѣлъ теперь эту больную, я могъ-бы безъ ошибки опредѣлить разницу между прежнимъ и настоящимъ ея состояніемъ. Но эта больная мнѣ остается неизвѣстной. Г. *Влаевъ* говоритъ («Врачебная Газета», случай № 7), «что въ этомъ случаѣ сывороточное лѣченіе дало результатъ совершенно неожиданный для ч. пр. *Фавицкаго*, который предсказалъ больной скорую смерть и даже считаетъ ее уже умершей». Но тогда мы не могли даже поставить правильнаго распознаванія, не говоря уже о предсказаніи. Мое мнѣніе о больной, которое я не разъ высказывалъ и г. *Влаеву*, то, что, если больная эта жива, значитъ рака у нея не было, ибо изслѣдованіе ея въ клиникѣ не дало возможности поставить такое распознаваніе. Я хочу только сказать, что докладчикъ относится не объективно къ своимъ наблюденіямъ. Эти, извѣстные мнѣ, случаи не убѣдили меня въ какомъ-либо благотворномъ дѣйствіи сыворотки г. *Влаева*; развѣ можно ей лишь приписывать нѣкоторое вліяніе на уменьшеніе болей, но и то скорѣе вліяніе психическое.

*Докладчикъ*: Вы говорите, что опухоли у больной (№ 7) не было, а въ больничномъ листкѣ значится, что опухоль у больной прощупывалась (прочтена выписка съ помѣткой ординатора о присутствіи опухоли). Затѣмъ Вы сами въ № 22 «Русскаго Врача» писали: «она (сыворотка) была примѣнена ....въ 2-хъ случаяхъ рака печени и желудка», т. е., тогда Вы признавали существованіе рака въ обоихъ случаяхъ. Вы пишете тамъ, что судьба этой больной (№ 7) должна быть не изъ блестящихъ. Я же говорю, что она чувствуетъ себя хорошо. — Затѣмъ докладчикъ сообщилъ о благопріятномъ лѣченіи больной, извѣстной, между прочимъ, д-ру *Эберману*.

Проф. *И. П. Павловъ*: Было-бы желательно, чтобы Вы приглашали къ участію въ разсмотрѣніи Вашихъ сообщеній врачей, знавшихъ Вашихъ больныхъ, безъ чего отсутствуетъ необходимый въ столь важномъ дѣлѣ контроль. Д-ра *Эбермана* въ засѣданіи нѣтъ, и мы не можемъ слышать его мнѣнія о приведенномъ Вами случаѣ.

Ч. пр. *А. П. Фавицкій*: Докладчикъ не опровергаетъ по существу моихъ словъ. Что касается ссылки на мое письмо, то я долженъ сказать, что въ краткомъ письмѣ не было возможности подробно останавливаться на наблюденіяхъ г. *Влаева*. Тогда-же мною говорилось врачамъ и студентамъ о сомнительности случая. Что касается ординаторской отмѣтки о прощупываніи опухоли, то это еще не доказательство, и Вы напрасно придаете ей ненадлежащее освѣщеніе. Ни мнѣ, ни ч. пр. *В. Ф. Орловскому* прощупать опухоли не удавалось, и наше мнѣніе было извѣстно также и Вамъ.

Проф. *И. П. Павловъ*: Такъ какъ взгляды докладчика и его лѣченіе извѣстны, то я предложилъ-бы обсудить его лѣченіе разборомъ тѣхъ случаевъ, свидѣтелями которыхъ былъ кто-либо изъ присутствующихъ здѣсь товарищей. Я просилъ-бы высказаться тѣхъ, кому извѣстны больные, лѣченные сывороткой д-ра *Влаева*.

*К. П. Серапинъ*: Я видѣлъ одну больную, лѣченную сывороткой д-ра *Влаева*, и наблюдалъ ея общее дѣйствіе. Больная — 48 л. Лимфосаркома у большой грудной мышцы. Переносы въ над- и подключичной ямкѣ. По требованію мужа больной, былъ приглашенъ г. *Влаевъ*. Сдѣлано 3 впрыскиванія. Послѣ каждаго впрыскиванія (бедро) развивалась яркая рожистая краснота съ рѣзкой припухлостью. При этомъ получалось рѣзкое учащеніе сердцебіеній, а затѣмъ параличъ ногъ, продолжавшійся 4 дня. Послѣ 2-го впрыскиванія я наотрѣзъ отказался продолжать ихъ, но, по настоянію мужа, сдѣлалъ все-таки 3-е впрыскиваніе. Повторилось прежнее, но въ болѣе рѣзкой степени: развилось гнилокровіе (sepsis), и черезъ мѣсяцъ больная умерла, тогда какъ предшествовавшее, сравнительно хорошее, ея состояніе не давало поводовъ ожидать быстраго смертельнаго исхода. Поэтому я долженъ сказать, что сыворотка д-ра *Влаева* по ея дѣйствію не представляетъ исключенія изъ ряда многихъ другихъ сыворотокъ, предложенныхъ для лѣченія злокачественныхъ новообразованій. Подобно имъ, она не оказываетъ никакого вліянія на самыя опухоли, но сопровождается вредными и крайне опасными общими явленіями. На основаніи своего опыта я предложилъ-бы воздерживаться отъ примѣненія на больныхъ сыворотки г. *Влаева*.

Проф. *И. П. Павловъ*: Гдѣ Вы взяли жидкость для впрыскиваній?

*К. П. Серапинъ*: Первыя 2 впрыскиванія сдѣлалъ самъ г. *Влаевъ*, 3-ье произведено мною (въ присутствіи *А. А. Троянова*). 4-ую порцію я сохранилъ, и она очень скоро превратилась въ отвратительную, испорченную массу. Всѣ порціи были доставлены г. *Влаевымъ*.

Digitized by Google

*Докладчикъ:* Я указываю на то, что Вы сами ей что-то впрыскивали. Что Вы ей впрыскивали?

*К. П. Серапинъ:* Ей впрыскивался сперминъ и противострептококковая сыворотка. Эти впрыскиванія, какъ это бываетъ всегда, не сопровождались общими разстройствами. Послѣ впрыскиванія д-ра *Влаева* температура дошла до 40°,5, былъ сильный ознобъ.

Ч. пр. *В. Ф. Орловскій:* Я хочу сдѣлать добавленіе къ словамъ *А. П. Фавицкаго*. Я ближе зналъ больныхъ (№ 6 и № 7 «Врачебной Газеты») г. *Влаева*. Улучшеніемъ самочувствія, наблюдавшимся у второй больной, она обязана скорѣе морфію, который впрыскивался ей одновременно. Что касается больной № 7, то это была истеричка, съ нервной диспепсіей. Распознаваніе точно установлено не было; ординаторская отмѣтка—ошибка.

Проф. *С. П. Ѳедоровъ:* Понятно нервное возбужденіе, захватывающее всѣхъ насъ, когда вопросъ касается такой болѣзни, которую мы лѣчить не можемъ. Хирурги, правда, нѣсколько счастливѣй въ этомъ отношеніи терапевтовъ; но и у насъ имѣется рядъ больныхъ ракомъ, для которыхъ даже хирургическая помощь невозможна. Чего-же мы можемъ ожидать отъ новаго, сывороточнаго лѣченія? Если сыворотка дастъ только улучшеніе общаго самочувствія, уменьшеніе болей, то она будетъ такимъ-же палліативнымъ средствомъ, какъ и многіе другіе терапевтическіе пріемы при раковыхъ заболѣваніяхъ. Мы должны ждать отъ сывороточнаго лѣченія исчезанія злокачественныхъ новообразованій, остановки развитія ихъ. Что касается вообще излѣченія раковыхъ опухолей, то я долженъ сказать, что опухоли эти, по видимому, можно излѣчить. Мнѣ извѣстенъ случай рака нижней челюсти (возвратъ послѣ операціи; микроскопическое изслѣдованіе сдѣлано проф. *М. Н. Никифоровымъ*), въ которомъ излѣченіе наступило какимъ-то невѣдомымъ путемъ. Рожа, какъ извѣстно, вліяетъ благотворно на теченіе злокачественныхъ новообразованій. Мнѣ извѣстенъ случай произвольнаго исчезанія или, по крайней мѣрѣ, остановки въ развитіи раковыхъ узелковъ, оставшихся въ брюшной полости послѣ оперативнаго удаленія большой опухоли. Такіе факты возможности излѣченія злокачественныхъ новообразованій заставили меня здѣсь, въ госпитальной хирургической клиникѣ В.-Медицинской Академіи, примѣнить сыворотку д-ра *Влаева*. 1-ый больной (съ саркомой, уже не подлежавшей операціи) получилъ болѣе 100 к. стм. сыворотки; улучшенія не было никакого; опухоль росла, и больной погибъ. У 2-ой больной (съ ракомъ нижней челюсти; случай, стоявшій на границѣ допустимости и недопустимости оперативнаго пособія) подъ вліяніемъ впрыскиваній наступило значительное субъективное улучшеніе, но опухоль продолжала рости далѣе. Вреднаго дѣйствія сыворотки я не видалъ, но не видѣлъ и никакой пользы. Что касается указанныхъ д-ромъ *Серапинымъ* опасныхъ общихъ явленій, то они вообще присущи сывороткамъ, предложеннымъ для лѣченія рака (*Richet*, *Dericourt*), и зависятъ отъ измѣненій, наступающихъ въ крови подъ вліяніемъ сыворотокъ. На основаніи этихъ наблюденій полагаю, что сыворотка д-ра *Влаева* совершенно безполезна въ дѣлѣ лѣченія злокачественныхъ новообразованій.

*Докладчикъ:* Обѣ больныя лѣчились неправильно, съ перерывами и мало; къ тому же это были случаи исключительно тяжелые.

Проф. *С. П. Ѳедоровъ:* Кто же дастъ Вамъ лѣчить оперируемыхъ больныхъ? Я долженъ указать Вамъ еще на то обстоятельство, что въ иныхъ случаяхъ раковые больные могутъ жить очень долго (до 5 лѣтъ), и Вы не можете утверждать, что именно сыворотка продлила жизнь Вашихъ больныхъ до 3—4 лѣтъ. Этотъ срокъ слишкомъ коротокъ.

Проф. *Н. П. Кравковъ:* Я желалъ бы знать контролируется-ли кѣмъ-нибудь приготовленіе Вашей сыворотки? Я задаю этотъ вопросъ, какъ фармакологъ, предъ которымъ проходитъ цѣлый рядъ рекламныхъ препаратовъ. Приготовленіе дифтерійной и др. сыворотокъ находится подъ надзоромъ и отвѣтственностью оффиціальныхъ учрежденій; а относительно Вашего препарата намъ неизвѣстно, чѣмъ или кѣмъ гарантируется отсутствіе рекламности его? Моя-же обязанность заявить, что препараты неизвѣстнаго состава, не контролируемые допущены быть не могутъ.

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что сыворотка его не является тайнымъ средствомъ; безвредность ея признана Парижскими Медицинской Академіей и Медико-хирургическимъ Обществомъ. Готовить-же сыворотку онъ самъ въ своей лабораторіи въ Парижѣ.

Ч. пр. *Е. С. Боткинъ:* Изъ того, что мы здѣсь слышали, я не могу питать никакой надежды на благотворное дѣйствіе сыворотки д-ра *Влаева*; что же касается ея вліянія на самочувствіе больныхъ, то такое вліяніе имѣла, вѣдь, и вода г. Вревскаго и виталинъ г. Гачковскаго. Прибавлю еще, что сыворотка д-ра *Влаева* по своему виду и чистотѣ весьма незаманчива.

Проф. *В. Н. Сиротининъ:* Я не имѣю личныхъ наблюденій, но мнѣ кажется, что изъ слышаннаго здѣсь можно вывести заключеніе, что сыворотка д-ра *Влаева* обладаетъ, по крайней мѣрѣ, безвредностью. Случай д-ра *Серапина*, особенно въ виду присоединенія къ впрыскиваніямъ сыворотки д-ра *Влаева* еще и противострептококковой сыворотки, слѣдуетъ, по видимому, признать исключеніемъ. Но намъ остается неизвѣстнымъ способъ приготовленія сыворотки, и не имѣя возможности повторить и провѣрить всѣ данныя докладчика, мы не можемъ сдѣлать и какихъ-либо заключеній. Поэтому можно только посовѣтовать докладчику, чтобы онъ поставилъ приготовленіе сыворотки подъ научный контроль и точно описалъ способъ ея добыванія.

Проф. *Н. П. Кравковъ:* Разъ мы не знаемъ способа приготовленія сыворотки, мы не можемъ примѣнять ее. Здѣсь могутъ быть подмѣшены различныя вещества, хотя-бы ради сохраненія средства. Мало стерильности сыворотки,—надо знать ея точный составъ и способъ ея приготовленія, тѣмъ болѣе, что только послѣднее дастъ возможность изслѣдовать ее сперва лабораторно на животныхъ, а потомъ уже допустить въ клинику.

Д-ръ *Томашевскій:* Я наблюдалъ больную, лѣченную впрыскиваніями сыворотки д-ра *Влаева*, при чемъ было замѣчено, что одни впрыскиванія сопровождались сильной реакціей, при другихъ реакціи не было. Оказалось, что, если сыворотку не взбалтывать и насасывать сверху, безъ осадка, то реакція получается слабая; если-же впрыскивать взболтанную сыворотку, то реакція получается очень сильная.

Проф. *И. П. Павловъ:* Вопросъ, здѣсь разбираемый, возбуждаетъ огромное вниманіе и въ высшей степени важенъ. Резюмируя все, здѣсь сказанное, я полагаю, что д-ру *Влаеву* можно выразить благодарность за ту страсть, которую онъ вложилъ въ это дѣло. Но, само собой разумѣется, при отыскиваніи истины 1-ое правило—безпристрастіе, которое, конечно, можно найти только у другихъ. И если Вамъ, д-ръ *Влаевъ*, это дѣло дорого, Вы должны искать критики и идти на встрѣчу желанію врачей. Желаютъ знать способъ Вашего лѣченія во всѣхъ его подробностяхъ,—Вы должны дать его. Желаютъ имѣть Вашу сыворотку,—Вы должны дать ее. Вы должны дать все и все показать; тогда только Ваше средство найдетъ достаточную научную оцѣнку; иначе Вы можете попасть въ разрядъ всякихъ темныхъ цѣлителей. Вы не должны быть въ такомъ положеніи, и все дѣло должны передать товарищамъ. Если Вы соглашаетесь со всѣмъ этимъ, мы рѣшимъ выбрать Коммиссію, которой Вы передадите все.

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что это его завѣтное желаніе, и онъ вполнѣ присоединяется къ словамъ *И. П. Павлова* и даже проситъ о контролѣ его работы.

*К. Я. Акимовъ-Перетцъ. Наблюденіе надъ вліяніемъ apocyni cannabini при сердечныхъ заболѣваніяхъ.*

*Н. В. Кирилловъ. О бери-бери въ Японіи и Сахалинѣ.*

*В. Рубашкинъ.*

## XI. *Изъ Общества естествоиспытателей при Юрьевскомъ Университетѣ.*

(Засѣданіе 18-го декабря 1903 г., посвященное памяти проф. *Н. К. Чермака*).

Проф. *К. К. Сентъ-Илеръ* представилъ *очеркъ научныхъ трудовъ покойнаго Н. К.* Плоды литературной дѣятельности въ извѣстномъ смыслѣ даютъ вѣрное выраженіе личности авторовъ, въ особенности если они отличаются правдивостью. Разрѣшить насущныя задачи науки—загадки жизни возможно двоякимъ путемъ: при помощи философскаго отвлеченія и путемъ непосредственнаго изученія субстрата жизни, т. е. живого вещества.—Первая работа покойнаго, его диссертація, написанная по предложенію проф. *Ф. Н. Заварыкина*, посвящена строенію и развитію хрящевой ткани. Въ ней нѣкоторыя стороны вопроса разрѣшаются авторомъ вполнѣ опредѣленно, и его выводы впослѣдствіи нашли себѣ подтвержденіе въ изысканіяхъ другихъ изслѣдователей. Помимо строенія соединительнотканныхъ системъ, *Н. К.* работалъ въ 2-хъ направленіяхъ: 1) по вопросу о строеніи и о процессахъ внутри клѣтокъ и 2) объ устройствѣ живого вещества (протоплазмы). При изученіи тончайшаго строенія клѣтки, матеріаломъ для котораго ему служили преимущественно яйца форели, онъ обратилъ особое вниманіе на отношеніе центрозомъ, на процессы оплодотворенія и дѣленія ядра. Уже молодымъ врачемъ, занимаясь подъ руководствомъ проф. *Ф. В. Овсянникова*, *Н. К.* наблюдалъ явленія каріокинеза, но въ то время еще не сообщалъ о своихъ результатахъ. Въ изслѣдованіяхъ *Н. К.* о строеніи живого вещества находимъ выраженіе его міросозерцанія. Рядомъ съ матеріальною единицею Spencer'а здѣсь встрѣчаемся съ представленіемъ о вихрѣ, который можетъ объяснить процессы въ живомъ веществѣ. Въ движеніяхъ вихря можно наблюдать тѣ же явленія, что и въ процессѣ уподобленія живою клѣткою постороннихъ веществъ.—Спеціальная работа *Н. К.*, произведенная подъ руководствомъ *O. Hertwig*'а, посвящена важному и въ практическомъ отношеніи вопросу о строеніи лимфатическихъ железъ кишечника. Большое практическое значеніе имѣютъ также его работы по вопросу о вліяніи нефти на рыбъ. Вопросъ этотъ, какъ извѣстно, вызывалъ живые споры; одно время думали даже, что рыба нисколько не страдаетъ отъ нефтяныхъ загрязненій, и въ этомъ отношеніи выводы *Н. К.* прямо противоположны результатамъ его предшественниковъ, доказывая, что нефть въ высшей степени губительна для рыбы—этого почти единственнаго источника бѣлковаго питанія нашего крестьянина.

Въ связи съ научною дѣятельностью покойнаго заслуживаютъ вниманія нѣкоторыя біографическія данныя изъ теплаго некролога, прочитаннаго въ томъ же засѣданіи *Н. П. Корниловичемъ*. Приведу главнѣйшія изъ этихъ данныхъ. *Н. К. Чермакъ* родился въ 1856 г. въ г. Тифлисѣ, гдѣ отецъ его былъ директоромъ гимназіи. Среднее школьное образованіе онъ получилъ въ г. Баку, куда его отецъ перевелся директоромъ реальнаго училища. Вся семья покойнаго состояла изъ педагоговъ, начиная еще съ дѣда. Вліяніе отца, ученаго педагога, прекраснаго знатока языковъ и страстнаго ботаника, рано стало отражаться на развитіи сына. На совмѣстныхъ съ отцомъ ботаническихъ экскурсіяхъ *Н. К.* полу-

Digitized by Google

чилъ первое знакомство съ міромъ животнымъ и растеній. Въ гимназіи онъ съ особою любовью изучалъ зоологію, ботанику и физику, такъ что впослѣдствіи, поступая въ Академію, зналъ уже все то, что излагалось на лекціяхъ по этимъ предметамъ. Окончивъ гимназію съ золотою медалью, *Н. К.* сдѣлался студентомъ Медико-Хирургической (нынѣ В.-Медицинской) Академіи. Предоставленную ему здѣсь стипендію онъ отдалъ нуждавшимся товарищамъ, а самъ питался кониною; плохія въ общемъ условія питанія, вѣроятно, и положили здѣсь начало тяжелому катарру желудка, которымъ *Н. К.* затѣмъ страдалъ всю жизнь. Окончивъ курсъ въ 1877 г., *Н. К.* прямо отправился на театръ военныхъ дѣйствій въ только что загорѣвшейся русско-турецкой кампаніи. Въ Адріанополѣ онъ долженъ былъ пріостановить свою врачебную дѣятельность, заболѣвъ тяжелою формою брюшного тифа. Возвратившись въ Петербургъ, *Н. К.* приступилъ къ испытаніямъ на степень доктора медицины, работая въ тоже время подъ руководствомъ *Ф. В. Овсянникова* по гистологіи и физіологической оптикѣ. Изучая икру лосося, онъ тогда чуть-ли не первымъ наблюдалъ явленія каріокинеза. Чтобы отдать долгъ, какъ онъ выражался, за полученное среднее и высшее школьное образованіе, *Н. К.* въ 1880 г. поступилъ врачемъ на службу Петербургскаго земства, гдѣ пробылъ болѣе 12 лѣтъ. Когда исходилъ уже 10-ый годъ по окончаніи экзаменовъ *Н. К.*, чтобы не лишиться своихъ докторантскихъ правъ, взялъ отпускъ на годъ и сталъ работать диссертацію у проф. *Ф. Н. Заварыкина*. Черезъ годъ онъ защитилъ диссертацію и вскорѣ затѣмъ, по выбору Конференціи, получилъ командировку за границу съ научною цѣлью для усовершенствованія въ избранной имъ спеціальности. За границей *Н. К.* побывалъ въ Грацѣ, Прагѣ, Парижѣ и Берлинѣ, гдѣ особенно усердно работалъ въ лабораторіяхъ *Hertwig*'а и *Waldeyer*'а, увлекаясь ихъ лекціями и практическими курсами. Произведенныя имъ здѣсь работы вскорѣ обратили на него вниманіе, и по возвращеніи изъ-за границы онъ былъ избранъ на должность прозектора при каѳедрѣ гистологіи въ В.-Медицинской Академіи. Въ 1895 г. Общество рыболовства и рыбоводства послало его для изученія вліянія нефти на рыбу. По оставленіи проф. *Д. Барфуртомъ* каѳедры, *Н. К.* въ 1896 г. былъ избранъ и назначенъ экстраординарнымъ, а вскорѣ затѣмъ утвержденъ ординарнымъ профессоромъ по каѳедрѣ гистологіи, эмбріологіи и сравнительной анатоміи при медицинскомъ факультетѣ Юрьевскаго Университета. Здѣсь передъ *Н. К.* раскрылось обширное поле научно-педагогической дѣятельности въ видѣ теоретическихъ лекцій, практическихъ курсовъ для студентовъ и лабораторныхъ занятій съ практикантами-врачами. Непосильный трудъ, которому покойный отдавался въ своей новой дѣятельности, сталъ отзываться губительно на его слабомъ здоровьѣ. Развивалась сначала рѣзкая охриплость голоса, а затѣмъ врачами была установлена горловая чахотка. *Н. К.* пришлось взять отпускъ и уѣхать заграницу. Здѣсь въ Reichenhall'ѣ, Villa Franca и въ Неаполѣ тяжко больной, не умѣя щадить себя, онъ продолжалъ по прежнему работать на забранныхъ съ собою изъ дома 2-хъ микроскопахъ. Возвратившись лѣтомъ 1902 г. на родину для устройства своихъ дѣлъ, *Н. К.*, заѣхавъ въ Саратовъ, заболѣлъ здѣсь болотной лихорадкой: это окончательно подорвало его силы. 22-го октября его не стало. Умеръ онъ на 47-мъ году жизни, не достигши полнаго разцвѣта своихъ духовныхъ и физическихъ силъ. Необычайная сердечная доброта, любовь къ людямъ, личная скромность и рѣзко выраженное чувство справедливости—вотъ отличительныя черты характера покойнаго *Н. К.* Онъ былъ ученый безъ педантизма и узости, съ широкими взглядами на науку и на ея задачи въ жизни. Какъ врачъ, онъ отличался безусловной самоотверженностью: когда дѣло касалось больныхъ, онъ никогда не зналъ опредѣленныхъ часовъ. Его земская врачебная служба была сплошнымъ самопожертвованіемъ. Будучи обремененъ служебными дѣлами, *Н. К.* всякую свободную минуту посвящалъ микроскопу и за время своей земской дѣятельности напечаталъ рядъ медико-статистическихъ изслѣдованій и написалъ для народа десятокъ популярныхъ брошюръ по заразнымъ болѣзнямъ.—Среди товарищей-сослуживцевъ по Университету, а также среди поколѣній студентовъ и врачей, получившихъ за послѣднее 10-лѣтіе въ Юрьевѣ свое врачебное образованіе, высоко-нравственная личность *Н. К. Чермака* не будетъ забыта.

Ч. пр. *Р. Вейнбергъ.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

*Проф. А. Пуссонъ (A. Pousson-Бордо). Руководство по болѣзнямъ мочевыхъ путей. Съ 191 рис. Перев. съ французскаго д-ра С. З. Серебренникова. (Prof. A. Pousson. Précis des maladies des voies urinaires. Paris. 1901). Петербургъ. Изданіе журнала «Современная медицина и гигіэна». 1903 г. 566 стр. ц. 3 р. 50 коп.*

Преобладающее большинство нѣмецкихъ переводныхъ сочиненій по медицинѣ выработало извѣстную къ нимъ привычку съ чисто даже внѣшней стороны и невольно оттѣняетъ рассовую индивидуальность настоящей книги, хотя-бы уже въ предѣлахъ литературы разбираемаго ею отдѣла. Исчерпывая съ достаточною полнотою свой предметъ, книга эта, за исключеніемъ 2—3-хъ русскихъ именъ (*Тарновскій, Поварнинъ, Ландцертъ*) ограничиваетъ свои литературные источники почти всецѣло работами французскихъ ученыхъ и особенно оттѣняетъ функціональныя разстройства (нервныя и психическія) мочевыхъ путей, составляющія главнымъ образомъ результатъ изслѣдованія французскихъ авторовъ.

Руководство раздѣлено на 5 частей: 1) малая хирургія мочевыхъ органовъ; включая сюда эндо-и цистоскопію; 2) болѣзни мочеиспускательнаго канала, съ пороками его развитія; 3) болѣзни предстательной железы; 4) болѣзни мочевого пузыря съ разборомъ функціональныхъ разстройствъ нервнаго происхожденія, психопатическими разстройствами мочеиспусканія и съ описаніемъ экстрофій мочевого пузыря; 5) болѣзни мочеточниковъ. Не задаваясь задачею критической оцѣнки отдѣльныхъ воззрѣній, классификацій и предлагаемыхъ авторомъ практическихъ пріемовъ, приведу на выдержку нѣкоторыя, невольно останавливающія на себѣ вниманіе его лѣчебныя замѣтки. Указанія, напр., на обрывной способъ лѣченія перелоя сулемой, т. наз. купирующій способъ, а равно перечисленіе почти всѣхъ вяжущихъ спринцеваній нынѣ представляютъ лишь архивный балластъ. Мало опредѣленно говоритъ и слѣдующее указаніе: «половыя сношенія (при лѣченіи хроническаго перелоя) должны быть запрещены до тѣхъ поръ, пока бактеріологическое изслѣдованіе обнаруживаетъ присутствіе болѣзнетворныхъ микробовъ; съ другой стороны, такъ какъ правильныя половыя сношенія могутъ имѣть благопріятное вліяніе въ смыслѣ окончательнаго исчезновенія утренней капли (*Ricord*), то ихъ не слѣдуетъ откладывать на неопредѣленное время, но въ этомъ случаѣ должно рекомендовать употребленіе кондона». Едва-ли характеренъ отдѣльный разборъ крайне сомнительныхъ, «не бактерійныхъ или асептическихъ уретритовъ», патогенезъ коихъ, по отзыву, впрочемъ, самого автора еще теменъ и по сіе время. При лѣченіи гипертрофіи предстательной железы авторъ совѣтуетъ употреблять старыя вина и даже небольшія количества алкоголя (послѣднее понятіе крайне растяжимо и едва-ли соотвѣтствуетъ современному хотя-бы увлеченію о вредѣ алкоголя вообще); не менѣе неопредѣленнымъ является тутъ-же и отзывъ о половыхъ сношеніяхъ: «въ нѣкоторыхъ случаяхъ запретъ половыхъ сношеній не долженъ быть абсолютнымъ, такъ какъ совокупленіе, повторяемое черезъ большіе промежутки времени и не предшествуемое предварительнымъ раздраженіемъ, часто производитъ успокаивающее дѣйствіе».

Переводъ книги сдѣланъ опытнымъ переводчикомъ; однако устраненіе отдѣльныхъ иностранныхъ словъ ни въ какомъ случаѣ не явилось-бы для него ущербомъ, и замѣна ихъ соотвѣтственными русскими была-бы вполнѣ желательна, тѣмъ болѣе, что незначительный даже недосмотръ съ этой стороны приводитъ, напр., къ подобной редакціи: «оперативные методы экстрофій мочевого пузыря раздѣляются на способы, адресующіеся главнымъ образомъ къ экстрофіи и адресующіеся къ ней и къ эписпадіи».

*А. Гаринъ.*

*А. А. Ошманъ. Резекція локтевого сочлененія. Историческій обзоръ развитія этого оперативнаго способа и конечные его результаты при современномъ состояніи хирургіи. (Литературно-клиническое изслѣдованіе). Диссертація на степень доктора медицины, Москва 1903. VIII + 303 стр.*

Диссертація д-ра *Ошмана* представляетъ прекрасно составленный историческій очеркъ вопроса о резекціи локтевого сустава. Работа эта, начатая въ 1898 г. въ клиникѣ проф. *Kocher*'а (въ Бернѣ) и вышедшая въ нѣмецкомъ переводѣ въ «Archiv für klinische Chirurgie» (т. 60, тетр. 1 и 2, 1899 г.), въ настоящее время дополнена авторомъ историческимъ обзоромъ этого вопроса у насъ въ Россіи. Если не считать компиляцій по иностраннымъ авторамъ, совершенно игнорирующимъ состояніе разбираемаго вопроса въ Россіи, работа д-ра *Ошмана* является первою по этому предмету. Изъ нея мы узнаемъ, какъ у насъ въ Россіи зарождалось и развивалось это дѣло, какимъ оно подвергалось теченіямъ и направленіямъ и т. д. Въ исторіи резекцій вообще отражается цѣлое, чрезвычайно важное хирургическое теченіе, и, разумѣется, для каждаго русскаго хирурга очень интересно узнать, въ какой степени русская хирургія принимала участіе въ этомъ общемъ движеніи. Нельзя не повѣрить автору, что составленіе этого очерка было не легко: всѣмъ извѣстно, какъ трудно собирать русскую литературу, въ особенности же болѣе старую. Тѣмъ не менѣе, автору удалось составить ясную, сжатую и вѣрную картину историческаго развитія этого вопроса. Книга его читается легко, издана безукоризненно, снабжена 44 художественно выполненными изображеніями *Röntgen*'овскихъ снимковъ и, навѣрное, найдетъ немалый кругъ читателей.

*В. В. Дитманъ.*

Digitized by Google

*Нилъ Филатовъ. Лекціи объ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ у дѣтей. 5-ое изд. съ дополн. И. Рахманинова. Москва 1903 г. 503 стр., ц. 2 р. 50 к.*

«Весь я не умру»... Передъ нами посмертное изданіе лекцій *Нила Федоровича*. Тяжело, больно сознавать, что могучій, убѣдительный голосъ навсегда умолкъ, хотя завѣщанныя потомству творенія, какъ еще звучащій аккордъ, будутъ служить указателемъ того благороднаго пути, слѣдуя которому научишься любить дѣтей съ ихъ болѣзнями, устранять или облегчать эти послѣднія и въ тоже время сохранять въ себѣ драгоцѣнный даръ—скромность, отсутствіе которой всегда вредно отражается на дѣятельности даже несомнѣнно талантливыхъ людей.

Говорить о достоинствахъ книги значило-бы повторять много разъ сказанное про нее какъ въ отечественной, такъ и въ заграничной печати. Въ этомъ отношеніи лестная и безпристрастная оцѣнка трудовъ *Н. Ф.* была сдѣлана еще при его жизни, при чемъ имя его давно уже произносится дѣтскими врачами всѣхъ странъ и народовъ съ глубокимъ уваженіемъ. Можно быть глубоко признательнымъ многоуважаемому *И. М. Рахманинову* за рядъ дополненій, сдѣланныхъ въ интересахъ новизны, при томъ такъ умѣло, что прибавки эти нисколько не отвлекаютъ читателя отъ основного текста—напечатаны они петитомъ, въ формѣ выносокъ. Объ одномъ можно лишь пожалѣть, а именно, что въ нѣкоторыхъ дополненіяхъ точно не указаны источники. Но, съ другой стороны, добавленія настолько полны, что ихъ можно считать вполнѣ исчерпывающими вопросъ. Достаточно указать на слѣдующія: осложненія со стороны мышцъ, сочлененій, костей и костнаго мозга при тифѣ; бактеріоскопическія изслѣдованія при той-же болѣзни и лѣченіе антитоксинами; измѣненія крови при возвратной горячкѣ; 2 формы дифтеріи по *Marfan*'у; интубація; сывороточное лѣченіе дифтеріи и возраженія противъ него (*de Maurans, Kassowitz, Gottstein*); предохранительное значеніе впрыскиваній; бактеріологія коклюша; железистая лихорадка *Pfeiffer*'а.

Издана книга хорошо, но стоимость ея нѣсколько велика.

Проф. *И. Троицкій.*

---

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

## *VI. Просьба къ товарищамъ, имѣющимъ печатные труды на русскомъ языкѣ по акушерству и гинекологіи.*

Въ настоящее время я занятъ составленіемъ библіографическаго указателя русской акушерско-гинекологической литературы за все время ея существованія до 31-го декабря 1900 г., т. е., до начала текущаго 100-лѣтія. При составленіи такого сборника желательно, конечно, принять всѣ мѣры къ тому, чтобы въ немъ оказалось возможно менѣе пробѣловъ; особенно-же труднымъ въ этомъ отношеніи представляется собираніе свѣдѣній о такихъ произведеніяхъ, которыя не помѣщены въ медицинскихъ журналахъ, а вышли отдѣльными изданіями (книги, брошюры, отчеты о дѣятельности акушерскихъ и гинекологическихъ учрежденій, диссертаціи и пр.).

Поэтому я рѣшаюсь обратиться съ просьбою къ авторамъ, имѣющимъ оригинальные (не переводные) труды на русскомъ языкѣ по акушерству и гинекологіи, не помѣщенные въ періодическихъ изданіяхъ и вышедшіе въ свѣтъ до 1-го января 1901 г.,—прислать мнѣ или подлинный экземпляръ труда, или указаніе на свой трудъ съ подробною передачею заглавія, мѣста и времени изданія и съ краткимъ (въ 2—3-хъ словахъ) опредѣленіемъ содержанія работъ.

Если будутъ присланы подлинные экземпляры, то таковые, съ разрѣшенія приславшаго, будутъ переданы, какъ пожертвованные авторами, въ библіотеку акушерско-гинекологической клиники Юрьевскаго Университета.

Откликнувшимся на мою просьбу напередъ приношу искреннюю благодарность.

Проф. *С. Михновъ.*

Прошу адрессовать: въ г. Юрьевъ, Лифляндской губ., въ акушерско-гинекологическую клинику *проф. С. Д. Михнову.*

Другія медицинскія изданія прошу перепечатать это письмо.

VII. По поводу заявленія нѣкоторыхъ земскихъ врачей и ветеринаровъ Богучарскаго уѣзда объ инцидентѣ съ врачемъ *К.* (см. «Русскій Врачъ», № 49, стр. 1767) въ интересахъ истины и безпристрастія считаю долгомъ заявить, что не только «многія существенныя черты инцидента», но и весь инцидентъ былъ переданъ въ корреспонденціи «Биржевыхъ Вѣдомостей» невѣрно и, надо полагать, будетъ въ достаточной степени освѣщенъ принимавшими активное участіе въ этой печальной исторіи, къ числу которыхъ принадлежу и я, тогда служившій въ Богучарскомъ Земствѣ. Совѣщаніе врачей и Управы 24/VIII 1903 г. постановило избрать 2-хъ врачей, уполномоченныхъ Совѣщаніемъ, для совмѣстнаго съ Управой разслѣдованія тѣхъ крайне тяжкихъ обвиненій, которыя высказаны были на Земскомъ Собраніи сессіи 1902 г. противъ *всѣхъ врачей* уѣзда, ибо при этомъ не упоминались имена обвиняемыхъ врачей, и закрытой баллотировкой одинаковое число голосовъ получили врачи *Духанинъ*, *Шенъ* и я. Врачъ *Духанинъ* тутъ же отказался отъ участія въ предполагаемой Коммиссіи въ виду того, что на Земскомъ Собраніи часть обвиненій явно направлялась противъ него, о чемъ и занесено было въ журналъ того Совѣщанія; если потомъ и принималъ онъ участіе въ работахъ Коммиссіи, то по настоянію уже уполномоченныхъ товарищей, а не «по полномочію Совѣщанія».

Далѣе, вмѣстѣ съ врачами *Шеномъ* и *Духанинымъ* врачъ *К.* привлекаетъ и меня къ товарищескому Суду, обвиняя всѣхъ насъ вмѣстѣ въ проступкахъ противъ товарищества и истины.

Врачъ Гнѣздиловскаго межъуѣзднаго участка Воронежскаго губернскаго земства *А. Агишевскій.*

31 декабря 1903 г.

VIII. М. Г.! Въ № 51 «Русскаго Врача» за 1903 г. помѣщено письмо ординаторовъ Московской госпитальной хирургической клиники, въ которомъ я обвиняюсь въ томъ, что будто-бы я воспользовался ихъ литературной работой для «Обзора научной дѣятельности госпитальной хирургической клиники Императорскаго Московскаго Университета», поставивъ на послѣднемъ только свое имя и имя редактора, проф. *П. И. Дьяконова.* Письмо содержитъ рядъ замѣчаній гг. ординаторовъ по поводу моего поступка. Входить въ разсмотрѣніе этихъ замѣчаній я не нахожу нравственно возможнымъ, отвѣтить-же по существу считаю своимъ долгомъ.

Никакой литературной работы отъ гг. ординаторовъ я не получалъ и никакого порученія отъ нихъ обработать что-либо для печати не принималъ. Порученіе сдѣлать обзоръ научной дѣятельности клиники дано мнѣ проф. *П. И. Дьяконовымъ* и принято мною отъ него. При этомъ порученіи профессоръ передалъ въ мое распоряженіе собранныя клиникой наблюденія, какъ матеріалъ для «Обзора», подъ условіемъ, что «Обзоръ» будетъ сдѣланъ подъ его редакціей. Какимъ образомъ получился въ клиникѣ этотъ научный матеріалъ, мною указано въ общей части «Обзора» (стр. 4 и 35). Я не думалъ, что нужно подробное разъясненіе процесса писанія исторій болѣзни. Теперь, вынужденный гг. ординаторами, сдѣлаю это. Ординаторы писали исторіи болѣзни не только на бланкахъ, указанныхъ въ «Обзорѣ», но и на простой бумагѣ въ видѣ связнаго изложенія. Дѣлали они это не въ силу какого-либо соглашенія, въ которое съ ними никто не вступалъ, а по порядку и плану, установленному профессоромъ съ перваго дня его завѣдыванія клиникой. Цѣль писанія ихъ опредѣлена въ «Обзорѣ» (стр. 35) такъ: «чтобы каждое клиническое наблюденіе могло быть продумано во всей его цѣлости». И раньше, въ 1899 г. въ «Отчетѣ хирургической клиники Иверской Общины» (стр. 7) проф. *П. И. Дьяконовъ* опредѣлялъ цѣль этихъ исторій болѣзни словами: «Это давало возможность врачу, наблюдавшему больного, еще разъ продумать свое наблюденіе. Если-бы при этомъ оказалось, что при составленіи скорбнаго листа были упущены какія-либо свѣдѣнія о больномъ, то было нетрудно пополнить этотъ пробѣлъ, пока больной еще не совсѣмъ ушелъ изъ виду». Эти исторіи обрабатывались профессоромъ и мною, по соглашенію съ профессоромъ, насколько находилъ нужный послѣдній безъ всякаго ограниченія. Въ нихъ-же профессоромъ и мною заносились позднѣйшія свѣдѣнія о больныхъ, добывать которыя мы старались всѣми возможными способами. Кому принадлежитъ собранный такимъ образомъ научный матеріалъ? Я думаю, что клиникѣ. Разрѣшеніе пользоваться клиническимъ матеріаломъ могъ дать только профессоръ, а не гг. ординаторы и не Конференціи и этого право профессоръ никогда никому не передавалъ и не могъ передать. Такое разрѣшеніе получали отъ профессора и раньше, какъ сами гг. ординаторы, такъ и другіе врачи для своихъ научныхъ статей, и никогда не возникало вопроса о нарушеніи чьихъ либо литературныхъ правъ. Ни одного изъ наблюденій клиники я не называю въ «Обзорѣ» моимъ наблюденіемъ, не считаю ихъ также и наблюденіями гг. ординаторовъ, а признаю наблюденіями клиники, Обзоръ же научной дѣятельности клиники есть моя работа. Поэтому на немъ и стоитъ мое имя.

Прив.-доц. *Н. И. Напалковъ.*

Москва. 2 января 1904 г.

IX. М. Г.! Въ дополненіе къ письму д-ра *Н. И. Напалкова* считаю нужнымъ прибавить, что въ письмѣ 7 изъ занимающихся въ моей клиникѣ врачей неправильно передано то, что происходило въ Конференціи клиники 20-го февраля 1903 г. Въ этомъ засѣданіи я спросилъ у присутствовавшихъ, не желаютъ-ли они, чтобы въ имѣющемъ выйти отчетѣ клиники было обращено вниманіе на ту или другую сторону клинической жизни. Въ отвѣтъ на это, къ моему большому удивленію, мнѣ было заявлено требованіе, чтобы авторами отчета были названы всѣ присутствующіе. Такая претензія мнѣ представлялась и представляется совершенно неосновательною, что мною и было высказано тогда же. Вообще, вся программа и внѣшность отчета были мною всесторонне обдуманы, и эту сторону дѣла я не считалъ нужнымъ ставить на обсужденіе Конференціи. Авторомъ клиническаго отчета, по моему мнѣнію, долженъ быть никто иной, какъ директоръ клиники; только важная причина (бо-

лѣзнь, мѣшающая работать) заставила меня на этотъ разъ оставить за собою только редактированіе и просить *Н. И. Напалкова* взять весь трудъ на себя. Въ тѣхъ случаяхъ, когда взгляды на цѣли и задачи отчета у лицъ, ведущихъ клинику, сходятся, я полагаю возможнымъ (хотя, все-таки, неудобнымъ) раздѣлить составленіе его между 2-мя лицами, какъ было въ дѣтской клиникѣ, и даже между 4-мя, какъ было въ Иверской клиникѣ, но не между 15—20-ью, среди которыхъ къ тому-же общности взглядовъ не существуетъ. Во всякомъ случаѣ въ вышеупомянутой Конференціи послѣ длинныхъ разсужденій не было ни голосованія, ни вообще чего-бы то ни было, что давало бы право говорить о «постановленіи», что отчетъ долженъ быть трудомъ коллективнымъ, что д-ру *Напалкову* «поручено» то или другое и т. д. Конференціи вообще не имѣютъ рѣшающаго значенія въ дѣлахъ клиники и, конечно, не могутъ назначать, кто долженъ составлять тотъ или другой выходящій изъ клиники трудъ. Противъ слова «составилъ» въ заглавіи я не возражалъ потому, что въ этомъ словѣ нельзя видѣть никакихъ указаній на роль д-ра *Напалкова* въ работѣ: слово это сплошь и рядомъ ставится авторами на совершенно самостоятельныхъ сочиненіяхъ, и, стоитъ оно или не стоитъ,—этимъ значеніе *Н. И. Напалкова* не оттѣняется ни въ какую сторону.

Порядокъ собиранія матеріала для отчета выясненъ въ письмѣ *Н. И. Напалкова*. Признать составленныя описаннымъ тамъ образомъ исторіи болѣзни «ученымъ трудомъ ординаторовъ» я считаю невозможнымъ, такъ какъ это противорѣчитъ всѣмъ представленіямъ, связаннымъ съ понятіемъ объ ученомъ трудѣ. Кромѣ того, авторъ ученаго труда отвѣтственъ за содержаніе своего труда, въ то время какъ за содержаніе исторій болѣзни, за всѣ изложенные тамъ клиническіе порядки отвѣчаетъ директоръ клиники, а не ординаторы, писавшіе исторіи болѣзни [1]).

*П. И. Дьяконовъ.*

Москва. 6 января 1904 г.

X. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему письму. Въ сентябрѣ 1903 г. Спасская, Казанской губ., Земская Управа сообщила одному изъ нашихъ товарищей, что онъ увольняется отъ службы въ Спасскомъ Земствѣ. Такъ какъ увольненіе состоялось безъ предварительнаго обсужденія этого вопроса на врачебномъ Совѣтѣ, то мы заявили 39-му очередному Земскому Собранію, что такимъ образомъ дѣйствія Управы нарушенъ одинъ изъ §§ «Инструкціи для лицъ, служащихъ по медицинской части въ Спасскомъ Земствѣ». Къ своему заявленію товарищи предложили присоединиться и врачу I-го участка *Н. Т. Ильину*, отъ чего онъ отказался. Во время объясненій по этому поводу, д-ръ *Ильинъ* высказалъ слѣдующее: «Увольняемому товарищу нисколько не сочувствую и считаю его врачемъ неспособнымъ». На вопросъ одного изъ насъ, добросовѣстно-ли увольняемый относился къ своимъ обязанностямъ д-ръ *Ильинъ* отвѣтилъ: «Да, весьма добросовѣстно и пользуется любовью населенія», при чемъ указалъ, что къ товарищескому заявленію не желаетъ присоединиться, такъ какъ считаетъ фактъ увольненія товарища нисколько его не затрогивающимъ. «Раньше и теперь» продолжалъ онъ, «ничего не было и нѣтъ общаго съ вами и какіе мы товарищи»!

Въ виду такого заявленія д-ра *Ильина* мы, нижеподписавшіеся, рѣшили прекратить съ нимъ всякія товарищескія отношенія. Настоящій инцидентъ мы вынуждены предать огласкѣ потому, что д-ръ *Ильинъ* и раньше неоднократно проявлялъ къ своимъ прежнимъ товарищамъ *такія* отношенія, слѣдствіемъ которыхъ являлся ихъ уходъ со службы въ Спасскомъ Земствѣ.

Врачъ *А. Филантроповъ*, ветеринарный врачъ *Н. Петровъ*. Земскій врачъ *Г. Купенскій*. Врачъ *А. Л. Шибковъ*. Ветер. врачъ *Башкировъ*. Вет. врачъ *Кавлейскій*.

Хотя во время этого инцидента я и отсутствовалъ, но я вполнѣ присоединяюсь къ постановленію и письму моихъ многоуважаемыхъ товарищей.

Земскій врачъ *В. Ильичевъ.*

Г. Спасскъ, Казанской губ.

## XI. Вниманію должниковъ Томскаго Общества вспомоществованія учащимся.

Дѣятельность Томскаго Общества вспомоществованія учащимся, какъ и другихъ аналогичныхъ по задачамъ Обществъ, затрудняется въ значительной степени чрезвычайно неаккуратнымъ возвращеніемъ должниками Общества ссудъ. Казалось-бы, возвращеніе въ Общество взятыхъ ссудъ является дѣломъ совершенно естественнымъ: лица, нуждавшіяся въ пособіи, возвращаютъ взятое и тѣмъ самымъ даютъ возможность воспользоваться другимъ возвращенными деньгами. Если-бы, дѣйствительно, это было такъ, то жизнь Томскаго Общества вспомоществованія протекала-бы нормально, оно не переживало-бы тѣхъ критическихъ моментовъ, о которыхъ ниже будетъ рѣчь. Общество не было-бы поставлено въ необходимость, если не отказывать вовсе немалому числу дѣйствительно нуждающихся, то, по крайней мѣрѣ, въ значительной степени ограничивать свою помощь. Ежегодно въ осеннемъ и весеннемъ полугодіяхъ нужда въ средствахъ у Общества особенно ощутительна: время это совпадаетъ съ послѣднимъ срокомъ для взноса платы студентами за право слушанія лекцій. Общество напрягаетъ свои усилія къ тому, чтобы собрать необходимыя для этого средства, которыхъ требуется до 7000 р. и болѣе ежегодно. Приходится прибѣгать къ благотворительности: Общество устраиваетъ вечера и концерты, и сборы съ нихъ всецѣло идутъ на внесеніе платы за недостаточныхъ студентовъ. Иногда, какъ это показалъ опытъ минувшаго $^1/_2$-годія, за исчерпаніемъ средствъ, добытыхъ съ вечера, и въ виду значительнаго числа студентовъ, уволенныхъ за невзносъ платы, приходится обращаться къ извѣстнымъ благотворителямъ. Большое и сердечное спасибо откликающемуся на нужды студенчества мѣстному обществу и *Ю. И. Базановой*, приходящей на помощь Обществу вспомоществованія учащимся въ такіе критическіе моменты. Нужда, однако, велика: она не уменьшается, но растетъ и растетъ. За сотнями удовлетворенныхъ до поры до времени лицъ приходятъ новыя сотни нуждающихся, и т. д.... Что дѣлать Томскому Обществу вспомоществованія учащимся, кто является виновникомъ такого, по истинѣ, безотраднаго положенія дѣла, когда при всѣмъ желаніи помочь молодежи невольно опускаются руки, когда помощь эта всецѣло почти достигается путемъ благотворительности. Откуда взять средства?

Заботы о постоянномъ удовлетвореніи нуждъ учащейся молодежи заставляютъ Совѣтъ Томскаго Общества вспомоществованія учащимся обратиться къ должникамъ Общества съ просьбой о возвращеніи Обществу взятыхъ ими ссудъ (долговъ числится до 70000 р. за 30 лѣтъ существованія Общества). Увеличивая средства Общества, возвращеніе долговъ въ значительной степени облегчило-бы Обществу выполненіе его задачъ по оказанію помощи учащейся молодежи. Дороговизна Томской жизни, трудность подчасъ достать заработокъ, неблагопріятныя квартирныя условія, плохое питаніе и цѣлый рядъ другихъ невзгодъ сплошь и рядомъ являются удѣломъ мѣстнаго студенчества.

Все это пережито должниками Томскаго Общества вспомоществованія учащимся, но забыто, ибо за порою невзгодъ пришли времена благополучія. Общество оказало своимъ должникамъ помощь, и дѣломъ совѣсти ихъ является возвратить долгъ Обществу. Къ нравственному чувству должниковъ обращается Совѣтъ Томскаго Общества вспомоществованія учащимся, полагая, что нужды Томскаго студенчества знакомы должникамъ Общества по ихъ собственному опыту: они сами переживали это время нужды и, если бы не своевременно оказанная имъ со стороны Общества вспомоществованія учащимся помощь, то, возможно, жизнь ихъ устроилась-бы иначе. Въ виду всего этого, возвращеніе въ Общество вспомоществованія учащимся его должниками взятыхъ ими ссудъ выполнило, хотя бы частью, принятыя ими на себя по отношенію къ Обществу обязательства, дало-бы возможность послѣднему продолжать свою дѣятельность; Обществу не пришлось-бы въ такой степени обращаться и разсчитывать почти исключительно на одну благотворительность. Пусть должники Общества проникнутся сознаніемъ, что уплата ими долга Томскому Обществу вспомоществованія учащимся составляетъ ихъ нравственную обязанность не только по отношенію къ Обществу, но и къ тѣмъ нуждающимся, въ положеніи которыхъ должники Общества когда-то были [1]).

Совѣтъ Общества вспомоществованія учащимся покорнѣйше проситъ и другія газеты помѣстить это письмо его къ должникамъ.

Предсѣдатель Совѣта Томскаго Общества вспомоществованія учащимся проф. *А. Зайцевъ*.

Томскъ. 15-го декабря 1903 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

47. Въ Лабораторіи для изготовленія противобубонночумныхъ препаратовъ на совершенно обособленномъ фортѣ Императоръ Александръ I въ Кронштадтѣ 3-го января заболѣлъ, а 7-го января, не смотря на энергичное лѣченіе и повторное впрыскиваніе противочумной сыворотки, умеръ завѣдывавшій Лабораторіей *В. И. Турчиновичъ-Выжникевичъ*, занимавшійся работами съ живыми чумными разводками. *Болѣзнь его* на основаніи клинической картины и бактеріологическаго изслѣдованія *признана чумой*. Миръ праху безвременно погибшаго ужасной, но славной смертью товарища!—Всѣмъ лицамъ, бывшимъ въ соприкосновеніи съ больнымъ, и всему персоналу Лабораторіи своевременно были сдѣланы предохранительныя прививки. Кромѣ того, приняты всѣ мѣры для полнаго разобщенія персонала форта съ берегомъ.

48. При Обществѣ русскихъ врачей въ память *Н. И. Пиро-*

[1]) Мы понимаемъ, что при коллективномъ трудѣ, къ которому принадлежатъ и занятія въ клиникѣ, степень участія каждаго работника порознь, какъ и самое значеніе его работы, могутъ быть неодинаковы, но все же думаемъ, что, разъ появляется отчетъ о дѣятельности коллегіальнаго учрежденія, права—разумѣется, нравственнаго—каждаго участвовавшаго въ общей работѣ на упоминаніе его имени въ составѣ рабочихъ силъ и упоминаніе на соотвѣтствующемъ мѣстѣ, хотя-бы и на ряду съ руководителемъ общаго дѣла и ближайшими помощниками его, отрицать нельзя; совершенно вѣрно, что наблюденія, производимыя въ клиникѣ, весь т. наз. клиническій матеріалъ, составляютъ ея собственность, но, вѣдь, за словомъ «клиника» въ каждое данное время стоятъ живые люди. *Ред.*

[1]) Лелѣемъ надежду, что этотъ горячій призывъ глубокоуважаемаго Общества найдетъ себѣ откликъ въ сердцѣ должниковъ его среди врачей. *Ред.*

Digitized by Google

-юва, согласно постановленію VIII Пироговскаго Съѣзда, учреждена *справочно-посредническая Коммиссія*, дѣятельность которой, какъ показываетъ уже самое названіе, распадается на 2 отдѣла—посредническій и справочный. Задача посреднической дѣятельности состоитъ въ содѣйствіи, съ одной стороны, нуждающимся въ работѣ лицамъ медицинскаго званія получать свѣдѣнія о свободныхъ мѣстахъ, съ другой—различнымъ общественнымъ и частнымъ учрежденіямъ и отдѣльнымъ лицамъ подыскивать кандидатовъ на имѣющіяся медицинскія мѣста. Справочная часть дѣятельности Коммиссіи заключается въ выдачѣ научно-литературныхъ справокъ, въ содѣйствіи при выпискѣ книгъ и инструментовъ и въ исполненіи порученій отъ обращающихся въ Коммиссію врачей, удаленныхъ отъ научныхъ центровъ. За услуги Коммиссіи по посредничеству взимается впередъ: съ врачей 2 р., съ фармацевтовъ 1 р., съ остальныхъ лицъ медицинскаго званія 50 к., съ лицъ-же или учрежденій, предлагающихъ мѣсто,—3% съ предлагаемаго мѣсячнаго жалованья (во всякомъ случаѣ не меньше 1 р.). Относительно справочной дѣятельности рѣшено на первое время примѣнить такой порядокъ: 1) всякій заказчикъ при запросѣ прилагаетъ 3 7-копѣечныя марки за каждую справку; 2) если выполненіе справки сопряжено для Коммиссіи съ какими-либо расходами, то послѣдніе накладываются въ видѣ наложеннаго платежа на письмо съ отвѣтомъ; при этомъ, если, по предположенію бюро, справка обойдется дороже 1 р., то оно предварительно запрашиваетъ заказчика и выполняетъ справку лишь послѣ того, какъ получитъ согласіе на предположенный расходъ. Адрессъ бюро Коммиссіи: Москва, Дѣвичье поле, Трубецкой пер., д. 10. Предсѣдателемъ бюро состоитъ *Ф. А. Рейнъ*, секретаремъ *А. Арсеньевъ*.

49. «Новости» (6 января) передаютъ, что 1-ое общежитіе студентовъ Московскаго Университета получило очень цѣнное пожертвованіе отъ бывшаго воспитанника Московскаго Университета д-ра *Мишина*, *состоящее изъ богатѣйшей библіотеки въ 800 томовъ рѣдкихъ научныхъ сочиненій*.

50. По словамъ «Курьера» (30 декабря), директоромъ Московской городской глазной больницы имени Алексѣевыхъ *назначенъ* ординаторъ той-же больницы *М. І. Авербахъ*.

51. «Бессарабецъ» (4 января) передаетъ, что медицинскій Департаментъ увѣдомилъ Варшавскую врачебную Управу, что не встрѣчается препятствій *дозволить лицамъ женскаго пола заниматься въ вольныхъ аптекахъ* въ качествѣ ученицъ, одновременно съ лицами мужского пола, но лишь при условіи, чтобы онѣ жили внѣ аптекъ и приходили въ послѣдніе для занятій только днемъ. Одновременно съ этимъ медицинскій Департаментъ сдѣлалъ постановленіе, что аптекарскія ученицы, окончившія полный курсъ гимназій и выдержавшія дополнительное испытаніе по латинскому языку, могутъ приступить къ экзамену на званіе аптекарскаго помощника послѣ 2-лѣтняго пребыванія ихъ въ аптекѣ, а не 3-лѣтняго, какъ то было до сего времени.

52. «Оренбургская Газета» (1 января) передаетъ, что по свѣдѣніямъ, полученнымъ чинами главной Палаты мѣръ и вѣсовъ и повѣрочными Палатками, производившими ревизію торговыхъ мѣръ и вѣсовъ въ разныхъ городахъ Имперіи, выяснилось, что *въ большинствѣ аптекъ имѣются мѣры и вѣсы, недостаточно точные*, невывѣренные и не заклейменные въ мѣстныхъ провѣрочныхъ Палаткахъ, и что употребляемые нынѣ нѣкоторыми аптекарями разновѣсы имѣютъ погрѣшности, значительно превышающія допускаемыя закономъ. Въ виду этого, медицинскій Департаментъ циркулярно обратился къ начальникамъ губерній съ просьбой, предложить подвѣдомственнымъ имъ врачебнымъ Управленіямъ разъяснить содержателямъ и управляющимъ всѣхъ находящихся въ губерніи вольныхъ аптекъ, что, согласно дѣйствующему закону, въ аптекахъ должны примѣняться мѣры и вѣсы, снабженные установленнымъ повѣрительнымъ клеймомъ и не содержащіе погрѣшности болѣе допускаемой закономъ, незаконныя-же мѣры должны быть изъяты изъ обращенія, а лица, ихъ примѣняющія, подлежатъ привлеченію къ законной отвѣтственности.

53. Одесская Дума въ засѣданіи своемъ 22-го минувшаго декабря *отклонила предложеніе* предсѣдателя санитарной Коммиссіи *объ ассигнованіи 2200 р. на научныя командировки санитарныхъ врачей*. Очевидно, большинство состава нынѣшней Думы не достаточно прониклось сознаніемъ той простой истины, что отъ научнаго ценза санитарныхъ врачей, т. е. охранителей санитарнаго благоустройства города зависитъ въ значительной степени и самое осуществленіе этого благоустройства.

54. «Приднѣпровскій Край» (31 декабря) передаетъ, что Правленіе Екатеринославскаго медицинскаго Общества обратилось въ мѣстную городскую Управу съ просьбой внести на разсмотрѣніе ближайшаго засѣданія городской Думы ходатайство Екатеринославскаго медицинскаго Общества и Отдѣленія Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи *о переименованіи Тихой улицы въ улицу И. В. Лешко-Попеля* (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 51, стр. 1836 и 1904 г., № 1, стр. 33) въ ознаменованіе многолѣтней врачебно-филантропической дѣятельности покойнаго среди обездоленнаго бѣднѣйшаго класса городского населенія.

55. Ученики и преподаватели Екатеринославской церковно-учительской школы, въ знакъ признательности къ д-ру *А. Р. Грунау* за подачу безплатной медицинской помощи больнымъ ученикамъ школы въ теченіи 7 лѣтъ, рѣшили поднести ему *благодарственный адрессъ* («Приднѣпровскій Край», 30 декабря).

56. Намъ сообщаютъ, что 7-го января общество офицеровъ Роменскаго полка съ командиромъ во главѣ *чествовали обѣдомъ* отъѣзжающаго на Дальній Востокъ въ длительную командировку младшаго врача полка *А. П. Битуса*. Д-ръ *Б.* прибылъ въ полкъ только въ маѣ прошлаго года и за 8 мѣсяцевъ своимъ сердечнымъ отношеніемъ къ врачебному дѣлу снискалъ себѣ общее уваженіе сослуживцевъ. Въ 6 час. веч. того-же числа на вокзалѣ собрались офицеры и всѣ военные врачи мѣстнаго гарнизона и подъ звуки полковой музыки и при громогласномъ Ура! проводили отъѣзжавшаго въ далекіе края товарища.

57. По словамъ «Нижегородскаго Листка» (1 января), Нижегородскій земскій санитарный врачъ *П. А. Лощиловъ выходитъ изъ состава медико-санитарнаго бюро.*—Принимая во вниманіе, что служба *П. А. Лощилова* въ Нижегородскомъ Земствѣ, какъ и его предшественника, была сравнительно не долговременна, можно думать, что причины ихъ ухода кроются въ какихъ-нибудь особыхъ условіяхъ службы. Такъ-ли это?

58. Смѣта на *содержаніе въ 1904 г. Одесской городской больницы* исчислена въ суммѣ, превышающей на 110000 р. смѣту 1903 г. Такъ какъ, однако финансы г. Одессы находятся далеко не въ блестящемъ состояніи, то едва-ли можно надѣяться, чтобы это превышеніе смѣты было сохранено больничной Коммиссіей и Думой.

59. Г-жа Хоперская изъявила Одесской городской Управѣ желаніе пожертвовать участокъ земли въ количествѣ 3-хъ десятинъ въ окрестностяхъ Бахчисарая на устройство *санаторіи для больныхъ бугорчаткою*.

60. Мы получили *«Труды 1-го Съѣзда горнозаводскихъ, фабричныхъ и рудничныхъ врачей Екатеринославской губ.»* (20—24 августа 1903 г.)—того самого Съѣзда, передъ постановленіемъ котораго о нежелательности слiянія промышленной медицины съ земской недоумѣвали, вѣроятно, очень и очень многіе (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 35, стр. 1230). Вотъ подлинное, приведенное въ «Трудахъ», постановленіе на этотъ счетъ: «по вопросу о сліяніи промышленной медицины съ земской, съ чисто лѣчебной стороны, признать такое нежелательнымъ и ненужнымъ, такъ какъ по имѣющемуся матеріалу Съѣздъ считаетъ постановку лѣчебнаго дѣла на заводахъ, фабрикахъ и рудникахъ въ общемъ значительно лучшею, чѣмъ постановку въ Екатеринославскомъ земствѣ. Что-же касается санитарной части, то Съѣздъ пришелъ къ заключенію, что развитіе санитарнаго дѣла на промышленныхъ предпріятіяхъ должно идти путемъ самостоятельнаго прогресса, опираясь на средства и собственный починъ промышленныхъ предпріятій, а не путемъ сліянія съ земствомъ. Съ другой стороны, не имѣя еще достаточнаго фактическаго матеріала для сужденія о состояніи санитаріи, какъ промышленной, такъ и земской въ Екатеринославской губ., Съѣздъ оставляетъ пока этотъ вопросъ открытымъ и поручаетъ своей постоянной Коммиссіи собрать къ будущему Съѣзду необходимый матеріалъ для всесторонняго обсужденія этого вопроса». По вопросу объ объединеніи фабричной медицины съ земской на Съѣздъ было представлено 2 доклада—д-ра *М. К. Пухальскаго* и д-ра *В. В. Правдолюбова;* въ обоихъ этихъ докладахъ цифровыми данными доказывается лучшая, чѣмъ въ земствѣ, въ смыслѣ обезпеченности населенія врачебной помощью постановка медицинскаго дѣла на *крупныхъ* (курсивъ нашъ. *Ред.*) промышленныхъ предпріятіяхъ Екатеринославской губ. и указываются различныя неудовлетворительныя стороны земскаго врачебнаго дѣла. Проэктъ объединенія промышленной медицины съ земской, представленный на Съѣздъ санитарнымъ Отдѣленіемъ Екатеринославской губернской земской Управы, однимъ изъ докладчиковъ *В. В. Правдолюбовымъ* характеризуется такъ: «Не имѣющій фактически обоснованной точки отправленія, онъ насквозь пропитанъ тенденціей насильственности съ помощью обязательныхъ постановленій подчиненія однѣхъ врачебныхъ корпорацій другимъ и ясно проглядывающаго стремленія учредить нѣчто въ родѣ департамента народнаго здравія въ Екатеринославской губ. съ санитарнымъ Отдѣленіемъ во главѣ. На подобныя тенденціи мы, врачи заводскихъ и промышленныхъ врачебныхъ учрежденій, имѣемъ полное право сказать: сначала изучите организацію врачебно-санитарнаго дѣла на заводахъ, фабрикахъ и рудникахъ и промышленныхъ учрежденіяхъ, да изучите, но загребая жара нашими руками, не обязывая насъ представлять Вамъ отчетности о нашей дѣятельности и писать для Васъ карточки, которыя мы и сами съумѣемъ разработать, потому что мы такіе-же врачи, съ тѣми-же дипломами, какъ и земскіе,—а поѣзжайте сами, осмотрите, разспросите, узнайте и запишите, и тогда, если окажется, что врачебное дѣло промышленныхъ предпріятій поставлено плохо, и Вы убѣдите насъ въ этомъ, тогда мы сами, можетъ быть, скажемъ — «пріидите и володѣйте нами», а, пока этого нѣтъ, рекомендуемъ припомнить народную поговорку: на чужой каравай рта не разѣвай». При обсужденіи вопроса о санитарныхъ задачахъ промышленной медицины нѣкоторые изъ членовъ Съѣзда высказались такъ: «Стучатся въ наши двери и притомъ стучатся довольно безцеремонно. Земство насъ обложило налогами; налоги эти громадны». «Теперь земство намъ грозитъ обязательными постановленіями, потому что оно нашло, что у насъ санитарія не организована. Дойная корова еще не выдоена! Теперь заводамъ и рудникамъ еще «обязательно постановятъ» платить за какую-то фантомную санитарію, которую они у насъ введутъ, а у себя еще пока не успѣли ввести, потому, что тѣ 2—3 санитарныхъ врача, которые дѣлаютъ наѣзды на наши больницы и потомъ посылаютъ въ Управу какіе-то темные, пристрастно составленные рефераты о насъ,—это еще далеко не организація. Если у насъ лѣчебная часть удовлетво-

Digitized by Google

рительна, — а она въ общемъ поставлена лучше, чѣмъ въ земствѣ,—то со временемъ будетъ удовлетворительна и «санитарія». «Дайте земству въ руки наши эпидеміи, Вы увидите, какая пойдетъ переписка? Въ земствѣ сидятъ чиновники, а чиновничество — вещь безжизненная». — Излишне, конечно, комментировать эти несправедливыя и дышащія какимъ-то непонятнымъ озлобленіемъ фразы. Правда, на Съѣздѣ нашлись товарищи, которые указывали, что «основной инстинктъ современной промышленности—это выгода, и, если не оказывать давленія даже и на крупныхъ представителей промышленности, то и у нихъ не только санитарная, но и врачебная часть дошла-бы до безобразія; что «разъ предоставить дѣло въ руки капиталиста, то это будетъ одна фикція», что санитарная «организація въ Екатеринославскомъ земствѣ уже существуетъ и дала практическіе результаты, на промышленныхъ же предпріятіяхъ нѣтъ никакой организаціи. Организація должна быть общая, объединяющая, совмѣстная. Горнозаводская и земская санитарія должны идти рука объ руку». Нѣкоторые недоумѣвающе спрашивали, какова будетъ роль собственныхъ санитарныхъ врачей, приглашенныхъ предпринимателями, «кто-же ихъ будетъ слушать? Предприниматель? Отвѣтъ на этотъ вопросъ ясенъ.... Это будутъ печальные служащіе безъ голоса, безъ права высказывать свое мнѣніе директору предпріятія. И ни одинъ порядочный врачъ на такую роль не пойдетъ. Тутъ именно, по отношенію къ санитаріи совмѣстная работа съ земствомъ желательна, желательно сліяніе съ земствомъ для разрѣшенія санитарной задачи». Но ничто не помогло, и большинствомъ голосовъ было принято приведенное выше постановленіе! Хорошо еще, что Съѣздъ съ принципіальной стороны оставилъ вопросъ о сліяніи промышленной медицины съ земской до нѣкоторой степени открытымъ; да и указывая на блестящую постановку врачебнаго дѣла на крупныхъ заводахъ и рудникахъ, Съѣздъ какъ-то мало обратилъ вниманіе на такія заявленія: «мы непремѣнно должны поговорить и обмѣняться мнѣніями о такихъ предпріятіяхъ, гдѣ не только нѣтъ роскоши, но нѣтъ даже и намека и попытки къ какой-бы то ни было медицинской части! Мнѣ приходилось видѣть больницу на рудникахъ, напоминающую собою скорѣе бѣдный домикъ рабочаго, обставленную скудно, чтобы не сказать больше; самыхъ необходимыхъ, самыхъ существенныхъ вещей Вы тамъ не доискались-бы. Много подобныхъ больницъ находятся исключительно въ рукахъ фельдшеровъ, да какихъ фельдшеровъ! Я видѣлъ полуграмотныхъ, т. наз. «ротныхъ» фельдшеровъ, самостоятельно завѣдующихъ такими больницами! А о санитарномъ состояніи такихъ рудниковъ и говорить нечего; положеніе рабочихъ тамъ, прямо, плачевное: ихъ жилища похожи скорѣе на какія-то конуры; никто ихъ не осматриваетъ, никто о нихъ не заботится». Лично насъ нисколько не убѣждаютъ высказанные на Съѣздѣ доводы противъ сліянія фабричной медицины съ земской. Ненормальность современной постановки врачебно-санитарнаго дѣла на промышленныхъ предпріятіяхъ, зависящаго отъ оказываемаго на капиталиста давленія или—въ лучшемъ случаѣ — отъ каприза того-же капиталиста, отлично характеризуется имѣющимися въ настоящихъ «Трудахъ» отдѣльными мнѣніями по нѣкоторымъ вопросамъ нѣкоторыхъ фабричныхъ и заводскихъ врачей—мнѣніями, которыя, на нашъ взглядъ, могутъ быть высказаны врачами именно только вслѣдствіе ненормальной въ корнѣ постановки всего фабрично-промышленнаго врачебнаго дѣла. Развѣ нормально въ самомъ дѣлѣ слышать изъ устъ врача такую фразу по поводу обязательныхъ женскихъ палатъ въ рудничныхъ больницахъ: «Я не могу вполнѣ согласиться въ отношеніи обязательныхъ женскихъ отдѣленій при рудничныхъ—да и заводскихъ больницахъ. Вѣдь, работаютъ въ данномъ промышленномъ предпріятіи мужчины, и законъ обязываетъ предпринимателя давать безплатную медицинскую помощь только своимъ рабочимъ, женщины-же,—которыхъ къ тому же на шахтахъ всегда много меньше, чѣмъ мужчинъ,—элементъ для предпринимателя совершенно посторонній»? Развѣ нормально, что при обсужденіи вопроса объ осмотрѣ поступающихъ на фабрику рабочихъ врачъ говоритъ, что «принимаетъ во вниманіе исключительно интересы предпріятія. Если есть какой-нибудь подозрительный случай, то я принимаю его, но беру съ него росписку, и это удерживаетъ ихъ отъ процессовъ»? Развѣ нормально, что фабричный инспекторъ, не-врачъ, вынужденъ былъ указать врачамъ, что «все, что говорилось о претензіяхъ, объ искахъ и т. д.—это все вещи, которыя не должны-бы были входить въ черту обсужденій врачей». «Полицейскія мѣры врачъ долженъ отъ себя отстранить». «Нужно вообще быть гуманнѣе въ выработкѣ таблицы и способовъ осмотра»? Въ дополненіе къ только-что указаннымъ, довольно-таки страннымъ для врачей, взглядамъ, приведемъ еще высказанныя нѣкоторыми членами Съѣзда мнѣнія по вопросу о желательности осмотра артельныхъ кухарокъ въ цѣляхъ предупрежденія сифилиса. Прошлой зимой Бахмутскій уѣздный исправникъ обратился ко всѣмъ горнозаводскимъ врачамъ уѣзда съ предложеніемъ осмотрѣть артельныхъ кухарокъ. Нѣкоторые изъ товарищей отъ осмотра уклонились, но одинъ поступилъ такъ: «получивъ бумагу отъ исправника, я тотчасъ-же *при содѣйствіи полиціи* (Курсивъ нашъ. *Ред.*) осмотрѣлъ всѣхъ нашихъ артельныхъ кухарокъ, и мнѣ пришлось открыть 4 случая сифилиса»....... Одинъ изъ врачей заявилъ, что вопросъ о стыдливости въ расчетъ не входитъ «въ виду низкаго интеллигентнаго уровня этихъ кухарокъ». Указывалось, правда, что въ борьбѣ съ сифилисомъ нужны прежде всего просвѣтительныя, а не полицейскія мѣры, но въ результатѣ Съѣздъ всетаки пришелъ къ заключенію, что осмотры артельныхъ кухарокъ необходимы. «Осмотры должны быть періодическіе, но исходить давленіе должно не отъ врачей, а отъ полиціи». Насколько законно такое полицейское давленіе и вышеприведенное предложеніе исправника, Съѣздъ не счелъ даже нужнымъ подвергнуть обсужденію..... Кромѣ упомянутыхъ постановленій, Съѣздомъ принятъ еще рядъ постановленій, изъ которыхъ приводимъ нѣкоторыя: 1) возбудить ходатайство объ учрежденіи постояннаго общества промышленныхъ предпріятій Екатеринославской губ.; 2) поручить постоянной Коммиссіи Съѣзда собрать и обобщить матеріалъ о выработкѣ нормальнаго типа больницы промышленнаго предпріятія; 3) поручить Коммиссіи представить слѣдующему Съѣзду соображенія о такомъ способѣ регистраціи больныхъ, который-бы удовлетворялъ своей цѣли и не стѣснялъ рабочихъ; 4) признать, что лѣченіе семействъ рабочихъ должно быть также безплатнымъ, какъ и лѣченіе самихъ рабочихъ; 5) указать на необходимость имѣть провизора въ тѣхъ больницахъ, гдѣ расходъ на лѣкарства достигаетъ 5000 р.; 6) признаны желательными ежегодный мѣсячный отпускъ для врачей и командировки разъ въ 2—3 года на 3 мѣсяца для научнаго усовершенствованія; 7) передать въ постоянную Коммиссію подробную разработку таблицъ физическихъ недостатковъ и болѣзней, препятствующихъ поступленію на работу; 8) Съѣздъ пришелъ къ заключенію, что врачъ долженъ только давать точное опредѣленіе потери трудоспособности, выраженное обязательно въ %-хъ, но не входить въ денежную оцѣнку этой потери; 9) Съѣздъ пришелъ къ заключенію, что существующія формы обезпеченія рабочихъ отъ послѣдствій несчастныхъ случаевъ посредствомъ страхованія въ частныхъ страховыхъ обществахъ неудовлетворительны и должны быть оставлены; до окончательнаго рѣшенія вопроса объ обязательномъ государственномъ страхованіи рабочихъ, желательно устройство отдѣльныхъ вспомогательныхъ кассъ по образцу существующихъ при нѣкоторыхъ предпріятіяхъ. Съѣздъ постановилъ просить мѣстныхъ юристовъ выработать проэктъ основанныхъ на принципахъ взаимнаго страхованія территоріальныхъ кассъ совмѣстно съ предпринимателями и представить его будущему Съѣзду.

61. Санитарными врачами Харьковскаго губернскаго земства выработанъ, какъ передаетъ «Харьковскій Листокъ» (4 января), *проэктъ улучшенія медицинской помощи населенію*. Проэктъ этотъ сводится къ слѣдующему: а) фельдшерскіе пункты не желательны, но допустимы при условіи, чтобы самостоятельнымъ пунктами занимались фельдшерами, кончившими фельдшерскую школу; б) районъ дѣятельности фельдшера долженъ простираться не болѣе какъ на 1 волость; в) при каждомъ врачебномъ пунктѣ должна быть устроена больница по разсчету 1-й кровати на 2000 чел. и, кромѣ того, обособленное помѣщеніе или баракъ для заразныхъ больныхъ на 10 коекъ; г) желательно, чтобы пунктъ врача отстоялъ не далѣе 10—15 верстъ отъ самаго отдаленнаго селенія участка; д) количество населенія, приходящагося на врача, не должно, превышать 20—25 тысячъ; е) шахіт'альная работа участковаго врача безъ чрезмѣрнаго напряженія не должна превышать 25—30 пособій амбуляторнымъ больнымъ въ день при наличности больницы въ 10—15 кроватей; тамъ-же, гдѣ больницы не имѣется, цифра амбуляторныхъ больныхъ на 1 врача не должна превышать 50 пособій ежедневно; ж) больницы и амбуляторіи должны быть хорошо обставлены; фельдшерскія амбуляторіи должны быть изъяты изъ помѣщеній волостныхъ Правленій или, по крайней мѣрѣ, хорошо обособлены. При врачѣ необходимы фельдшеръ и фельдшерица; з) необходимо имѣть въ каждой волости по повивальной бабкѣ, на которыхъ было-бы возложено оспопрививаніе; и) въ виду того, что постановка борьбы съ эпидеміями въ настоящее время совершенно неправильна и не приводитъ рѣшительно ни къ какимъ благопріятнымъ результатамъ, необходимо имѣть при каждомъ врачебномъ пунктѣ баракъ для заразныхъ больныхъ; въ случаѣ-же развитія эпидеміи необходимо устройство временныхъ бараковъ въ мѣстахъ наиболѣе населенныхъ, при чемъ бараки должны быть обставлены всѣмъ необходимымъ для успѣшнаго прекращенія эпидеміи.

62. Большой санитарный интересъ представляетъ докладъ Лебедянской, Тамбовской губ., земской Управы послѣднему земскому Собранію *объ устройствѣ общественной народной бани*. Управа говоритъ: «Основной принципъ борьбы съ болѣзнями состоитъ не въ лѣченіи уже развившагося страданія, а въ предупрежденіи его уничтоженіемъ самихъ причинъ болѣзни. Особенно большого распространенія въ настоящее время среди населенія достигли кожныя болѣзни, а изъ нихъ чесотка и экзема на почвѣ вшивости. Въ нѣкоторыхъ селеніяхъ трудно найти человѣка, не страдающаго указанными болѣзнями. Изъ полученныхъ отъ врачей свѣдѣній 14,2% всѣхъ болѣзней падаетъ на кожныя, и это еще менѣе дѣйствительнаго числа, такъ какъ многіе больные ускользаютъ отъ записи вслѣдствіе того, что къ врачу является обычно только одинъ членъ заболѣвшей семьи, а другіе и совсѣмъ не обращаются за врачебной помощью. Разумная и основательная борьба съ указанными болѣзнями возможна только при строгомъ проведеніи предупредительныхъ мѣръ. Большинство кожныхъ болѣзней, а въ особенности чужеяднаго происхожденія, являются вслѣдствіе недостаточности ухода за кожей, проще сказать, вслѣдствіе нечистоплотности. Мѣриломъ для сужденія о чистоплотности нашего крестьянства возможно поставить отношеніе числа бань въ уѣздѣ къ количеству населенія. По полученнымъ свѣдѣніямъ оказывается, что бань въ Лебедянскомъ уѣздѣ 1455; на каждую крестьянскую баню въ среднемъ приходится 103 чел.; но распредѣленіе бань по уѣзду слишкомъ неравномѣрно: въ нѣкоторыхъ волостяхъ ихъ имѣются сотни, тогда какъ въ другихъ число ихъ не пре-

Digitized by Google

вышаютъ 10. Многія селенія совершенно не имѣютъ бань, что объясняется бѣдностью и некультурностью населенія. При такомъ недостаточномъ количествѣ бань, конечно, населеніе не можетъ выполнить самыхъ наименьшихъ требованій относительно поддержанія чистоты кожи. Вліяніе этого обстоятельства на происхожденіе и развитіе кожныхъ болѣзней доказывается и слѣдующими данными, изъ которыхъ видно, что % кожныхъ болѣзней въ участкахъ обратно пропорціоналенъ относительному числу бань.

| Участки | На сколько человѣкъ приходится баня. | % кожныхъ болѣзней. |
|---|---|---|
| Борисовскій | 1: 69 | 7,1 |
| Городской | 1: 87 | 13,8 |
| Куйманскій | 1: 99 | 14,6 |
| Трубетчинскій | 1:127 | 16,6 |
| Ищенскій | 1:133 | 18,6 |

Этихъ цифръ вполнѣ достаточно, чтобы судить, какое значеніе имѣетъ баня въ вопросѣ о кожныхъ болѣзняхъ. Между тѣмъ на лѣченіе ихъ израсходовано въ 1902 г. 1151 р. 28 коп., что даетъ по 8 коп. (½ ф. мази) на каждаго больного». Въ виду изложеннаго земское Собраніе, по предложенію Управы, постановило «устроить въ видѣ опыта, хотя-бы въ с. Лубнахъ, населеніе котораго болѣе страдаетъ кожными болѣзнями, общественную баню, давъ возможность населенію пользоваться ею за самую ничтожную плату, которая покрыла-бы расходъ на отопленіе, освѣщеніе и прислугу, что въ общемъ можетъ стоить 1000 р.» («Санитарный обзоръ Тамбовской губ.» № 10).—Не нужно быть пророкомъ, чтобы предсказать, какіе будутъ результаты этого «опыта», и остается лишь пожелать, чтобы примѣру Лебедянскаго земства какъ можно скорѣе послѣдовали всѣ другія.

63. Во Владивостокѣ свирѣпствуетъ, какъ передаетъ «Сибирская Жизнь» (31 декабря), *натуральная оспа* среди русскаго простого люда и главнымъ образомъ среди инородческаго населенія города.

64. «Саратовскій Листокъ» (1 января) передаетъ, что Коммиссія Саратовскаго физико-медицинскаго Общества по вопросу объ организаціи общественной борьбы съ алкоголизмомъ признала возможнымъ ***принять въ завѣдываніе физико-медицинскаго Общества существующій пріютъ для алкоголиковъ***, находящійся теперь въ завѣдываніи городского Попечительства о народной трезвости. Кредитъ на содержаніе пріюта опредѣляется Коммиссіей около 3000 р. въ годъ.

65. 10 декабря въ Таліенванѣ открыла свои дѣйствія *Pasteur'овская станція* («Новый Край», 10 декабря).

66. Въ засѣданіи Одесской городской санитарной Коммиссіи (6 ноября 1903 г.) д-ръ *А. А. Левицкій* обратилъ вниманіе Коммиссіи *на скопленіе народа* возлѣ Портовой церкви, *среди котораго много истеричныхъ и даже душевно-больныхъ*, именуемыхъ бѣсноватыми, ищущихъ исцѣленія у мѣстнаго священника. Такъ какъ *эти люди*—многіе изъ нихъ пріѣзжіе—остаются даже на ночлегъ при церковной паперти и находятся тамъ подъ открытымъ небомъ въ настоящее холодное время, то желательно было-бы, говорилъ д-ръ *Левицкій*, въ интересахъ охраненія здоровья этихъ богомольцевъ установить санитарный надзоръ за ними и сдѣлать какія-либо приспособленія для защиты ихъ отъ непогоды. По этому поводу д-ръ *И. А. Казариновъ* заявилъ, что въ послѣднее время замѣчаются частые припадки истеріи и бѣснованія среди молящихся и въ каѳедральномъ соборѣ, и, такъ какъ это вліяетъ заразительно на другихъ, то желательно было бы просить духовенство своевременно удалять страдающихъ припадками изъ собора во время большого скопленія въ немъ молящихся. Проф. *Г. В. Хлопинъ* сказалъ, что скопленіе народа возлѣ церкви и пребываніе его тамъ при неблагопріятныхъ для здоровья условіяхъ, даже въ ночное время, могло-бы быть устранено административнымъ воздѣйствіемъ; что-же касается удаленія изъ церкви лицъ, страдающихъ нервными припадками, то это должно быть отнесено не только къ каѳедральному собору, но и ко всякой церкви, о чемъ слѣдовало бы обратиться къ эпархіальной власти. Постановлено представить объ этомъ городскому головѣ, прося его снестись, съ кѣмъ слѣдуетъ, о желательномъ устраненіи замѣченныхъ вредныхъ условій пребыванія богомольцевъ возлѣ Портовой церкви подъ открытымъ небомъ и недопущеніи оставаться въ церкви лицамъ, страдающимъ нервными припадками, именуемыми бѣснованіемъ («Свѣдѣнія о врачебно-санитарной организаціи г. Одессы», № 22).

67. Вдругъ ополчившаяся на насъ «Врачебная Газета» почему-то усмотрѣла въ заключительныхъ строкахъ нашей замѣтки, въ которой мы передавали сущность напечатанныхъ въ этой газетѣ возраженій г. *Влаева* на замѣчанія чч. пр. *А. П. Фавицкаго* и *В. Ф. Орловскаго* по поводу его статьи, помѣщенной тамъ-же (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 50, стр. 1810), «деликатно выраженный упрекъ за помѣщеніе длиннаго письма д-ра *Влаева*» («Врачебная Газета», 1903 г., № 51, стр. 1264). Смѣемъ успокоить возбужденную подозрительность «Врачебной Газеты», что такой мысли относительно *этого* письма г. *Влаева* мы не имѣли, да и имѣть не могли по слѣдующей простой причинѣ: возраженія ч. пр. *Влаева*, какъ сказано, являлись отвѣтомъ на замѣчанія чч. пр. *Фавицкаго* и *Орловскаго* по поводу его *статьи*; письмо-же г. *Влаева* къ намъ, изъ котораго мы въ свое время напечатали только 1-ую часть и которое, по видимому, имѣетъ при этомъ въ виду «Врачебная Газета», заявляя, что у насъ съ нею «очевидно нѣсколько разные взгляды на научную полемику», должно было содержать отвѣтъ г. *Влаева* на совершенно опредѣленно поставленный ему *А. П. Фавицкимъ* и нами вопросъ, какое онъ имѣлъ отношеніе къ появившейся въ «Петербургской Газетѣ» явно рекламной замѣткѣ г. Nuntius'а о его, г. *Влаева*, «чудодѣйственной сывороткѣ» (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 22, стр. 859 и № 23, стр. 892)? Помѣстивъ съ буквальной точностью относящуюся къ этому вопросу часть письма г. *Влаева*, о непомѣщенной мы заявили: «Далѣе въ письмѣ излагается исторія происхожденія сыворотки и приводится нѣсколько случаевъ благопріятнаго, по мнѣнію автора письма, ея дѣйствія. Печатать эту 2-ую (наиболѣе объемистую) часть письма мы не находимъ нужнымъ, во-1-хъ, потому, что не въ ней—центръ тяжести объясненія, на которое былъ вызванъ г. *Влаевъ* письмомъ *А. П. Фавицкаго*, а, во-2-хъ, потому, что считаемъ обсужденіе столь важнаго вопроса, какъ способъ лѣченія злокачественныхъ новообразованій, въ бѣглыхъ замѣткахъ неумѣстнымъ» (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 26, стр. 976). Предоставляемъ читателямъ «Русскаго Врача» самимъ рѣшить, поскольку справедливъ упрекъ, дѣлаемый намъ «Врачебной Газетой», будто-бы мы «обрекаемъ ихъ на необходимость смотрѣть въ этомъ и въ другихъ научныхъ вопросахъ черезъ призму редакціи». Смѣемъ увѣрить редакцію «Врачебной Газеты», что статья г. *Влаева*, вызвавшая вышеупомянутую научную полемику, предназначалась имъ первоначально для помѣщенія въ «Русскомъ Врачѣ» и *была принята нами для печатанія*, при чемъ во время многократныхъ бесѣдъ съ г. *Влаевымъ* по поводу рекламной замѣтки г. Nuntius'а мы говорили—чего, надѣемся, не рѣшится отрицать г. *Влаевъ*,—что эпизодъ этотъ крайне непріятенъ съ бытовой стороны, но что къ научному убѣжденію и взглядамъ г. *Влаева* онъ отношенія имѣть не можетъ. Во время послѣдняго свиданія г. *Влаевъ* взялъ у насъ статью на нѣсколько дней «для нѣкоторыхъ дополненій» и... передалъ ее редакціи «Врачебной Газеты». Разумѣется, если-бы статья его, какъ это и предполагалось, увидѣла впервые свѣтъ на страницахъ «Русскаго Врача», вся послѣдовавшая за нею полемика, а, стало быть, и письмо г. *Влаева* были-бы помѣщены тамъ-же.

68. «Новостямъ» (2 января) пишутъ изъ Либавы, что «инцидентъ съ врачами» (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 46, стр. 1651) городской больницы разросся въ цѣлое событіе и принялъ неожиданный финалъ. Городскую больницу ревизовали губернаторъ и медицинскій инспекторъ. Проф. *Дегіо*, *Мантейфель* и многіе другіе изъ членовъ врачебной корпораціи ***нашли ея порядки нормальными***, тѣмъ не менѣе, городская Управа рѣшила принять отставку врачей больницы и замѣнить ихъ иногородними.

69. Въ «Волыни» (3 января) въ отдѣлѣ хроники помѣщена слѣдующая замѣтка: «Ординаторъ Житомірской городской больницы *В. О. Красновъ*, прикомандированный къ Московскому Университету для научнаго усовершенствованія, выдержалъ экзаменъ на степень доктора медицины, защитилъ 10 декабря диссертацію (экспериментальное изслѣдованіе «къ фармакологіи дифтерійнаго токсина») и со вчерашняго дня возобновилъ занятія въ больницѣ. На время отсутствія д-ра *Краснова* его замѣняла женщина-врачъ *М. Я. Каменская* [изъ рижскаго (? *Ред.*) университета] служившая раньше по сельской медицинѣ. *М. Я. Каменская* первая женщина-врачъ на государственной службѣ въ Волынской губ.».—Хотѣлось-бы думать, что д-ръ *К.* самъ съ удивленіемъ читалъ эту замѣтку.

70. Въ «Новостяхъ» (6 января) помѣщена статья подъ заглавіемъ ***«докторъ-драчунъ»***, въ которой взводятся обвиненія на завѣдующаго Харьковской желѣзнодорожной больницей д-ра *Р.* въ томъ, что онъ нерѣдко *бьетъ сторожей*.—Будемъ надѣяться, что д-ръ *Р.* скажетъ что-нибудь въ свою защиту.

71. Вѣроятно, многіе товарищи помнятъ ***дѣло объ исключеніи гомеопата А. А. Лаура изъ числа членовъ Общества врачей-любителей физическихъ упражненій*** (см. «Врачъ», 1898 г., № 39, стр. 1148 и № 40, стр. 1178). Какъ оказывается, дѣло это, возникшее въ 1897 г., до сихъ поръ еще не было окончено и на дняхъ разбиралось въ Сенатѣ. *А. А. Лауръ* былъ исключенъ изъ членскаго списка въ апрѣлѣ 1897 г. на основаніи постановленія общаго Собранія, что членами Общества не могутъ быть врачи-гомеопаты. По этому поводу *А. А. Лауромъ* былъ предъявленъ искъ въ Петербургскомъ окружномъ Судѣ о признаніи постановленія общаго Собранія, коимъ онъ исключенъ былъ изъ числа членовъ Общества, недѣйствительнымъ. Искъ этотъ окружнымъ Судомъ былъ удовлетворенъ, но Петербургская судебная Палата рѣшеніе это отмѣнила и въ искѣ *А. А. Лауру* отказала. Послѣ подачи кассаціонной жалобы *А. А. Лауръ* умеръ, и въ качествѣ истицы въ Сенатѣ выступила его вдова. Какъ видно изъ общихъ газетъ, Сенатъ отмѣнилъ рѣшеніе судебной Палаты, т. е. призналъ, что съ чисто юридической стороны Уставъ Общества врачей не предоставляетъ общему Собранію дискреціонной власти исключенія члена изъ Общества. Такимъ образомъ юридически дѣло Общества оказалось неправымъ... Съ своей стороны, мы, вопреки приводимымъ въ газетахъ доводамъ повѣреннаго истицы (см., напр., «Биржевыя Вѣдомости», 30 декабря 1903 г.), что «гомеопатія не только терпима, но покровительствуется нашимъ закономъ» и «пользуется благоволеніемъ со стороны лицъ, наиболѣе высокопоставленныхъ въ нашемъ государствѣ», можемъ прежде всего повторить неоднократно повторявшіяся незабвеннымъ **В. А. Манассеинымъ** слова, что «врачъ можетъ сдѣлаться гомеопатомъ только по двумъ причинамъ: или вслѣдствіе невѣжества, забывъ все, чему онъ когда-либо учился, или изъ желанія угодить невѣжественной толпѣ». Собственно о дѣлѣ г. *Лаура* **В. А.** писалъ: «Быть можетъ, въ уставѣ Общества и нѣтъ вполнѣ

Digitized by Google

яснаго §, который-бы давалъ Обществу право исключать нежелательныхъ ему членовъ. Поэтому возможно, что съ юридической точки зрѣнія въ данномъ случаѣ споръ и возможенъ. Но съ точки зрѣнія обыкновенной нравственности едва-ли можно защищать чье-либо стремленіе оставаться насильно членомъ Общества, не желающаго имѣть въ своей средѣ данное лицо». Когда г. *Лауръ* выигралъ дѣло въ первой инстанціи и В. А. узналъ изъ газетъ, что «гг. гомеопаты оставили залу суда съ большимъ ликованіемъ», онъ писалъ: «Намъ такое ликованіе не совсѣмъ понятно. Во-1-хъ, не все то, что юридически законно, въ то-же время и нравственно, а, во-2-хъ,—и это главное,—г. *Лауръ*, пожелавшій довести дѣло до скандала, оказалъ плохую услугу гг. гомеопатамъ: публично было заявлено, что научные врачи не могутъ относиться къ гомеопатамъ иначе, какъ съ полнымъ неуваженіемъ; какъ-бы ни сочувствовали гомеопатамъ неврачи, громкое осужденіе единственныхъ компетентныхъ въ данномъ случаѣ судей не можетъ быть уравновѣшено этимъ сочувствіемъ». По поводу приводимыхъ и при первомъ разбирательствѣ дѣла указаній на «покровительство и благоволеніе со стороны лицъ, наиболѣе высоко поставленныхъ въ нашемъ государствѣ», а также заявленія г. Осецкаго—повѣреннаго г. *Лаура* при первомъ разбирательствѣ его дѣла въ окружномъ Судѣ,—что «гомеопатическое лѣченіе въ Россіи, не говоря уже о все распространяющемся его практическомъ примѣненіи, основывается на высокомъ авторитетѣ правительственной власти», разрѣшающей открытіе гомеопатическихъ больницъ, отпускъ лѣкарствъ изъ гомеопатическихъ аптекъ и т. д., В. А. писалъ: «Г. Осецкій упустилъ изъ виду, что въ научныхъ вопросахъ существуетъ только одинъ авторитетъ—сама наука. Правительственныя власти это отлично знаютъ и потому и не берутъ на себя рѣшенія научныхъ вопросовъ: для нихъ достаточно и своихъ заботъ. Это во-первыхъ, а, во-вторыхъ, разрѣшеніе еще не значитъ одобреніе». Слова г. Осецкаго, что «нетерпимость, проявленная Обществомъ врачей-любителей физическихъ упражненій и велосипедной ѣзды въ особенности, въ концѣ XIX вѣка, прямо позорна» вызвали слѣдующую замѣтку В. А.: «Г. Осецкій упустилъ изъ виду, что не всякая нетерпимость позорна. Человѣкъ, нежелающій имѣть ничего общаго съ людьми, которыхъ онъ, въ лучшемъ случаѣ, не можетъ уважать, конечно, проявляетъ нетерпимость, но дай намъ Богъ побольше такихъ нетерпимыхъ»!

72. По словамъ «Сибирской Жизни» (30 декабря), Владивостокская полиція прилагаетъ много усилій, чтобы уничтожить *опіекурильни во Владивостокѣ*, но зло это продолжаетъ существовать, не смотря на строгія кары. Почти каждую недѣлю открываются тайныя опіекурильни, при чемъ всѣ орудія конфискуются, но китайскіе предприниматели, удовлетворяя большому спросу, ухитряются провозить опій и открываютъ новыя курильни.

73. «Харьковскій Листокъ» (4 января) разсказываетъ, что учительница А. И. Блюсъ *погибла жертвой антигигіэничной школьной обстановки въ Дорогобужскомъ уѣздѣ*. «Дровъ не было», «стѣны продували», «сквозь стѣны можно было руку просунуть», «дрова съ трудомъ доставлялись»....

74. Вслѣдствіе поданной въ Парижскій медицинскій факультетъ проф. *Chantemesse*'омъ просьбы о *переводѣ его* съ занимаемой имъ теперь каѳедры экспериментальной патологіи на освободившуюся за смертью проф. *Proust каѳедру гигіэны*, факультетъ большинствомъ 15 голосовъ противъ 11 постановилъ удовлетворить просьбу проф. *Chantemesse*'а. Такая-же просьба профессора оперативной хирургіи *Berger о переводѣ* его на освободившуюся за выходомъ въ отставку проф. *Duplay каѳедру хирургической клиники* удовлетворена факультетомъ единогласно.

75. Редакторъ извѣстнаго французскаго естественно-научнаго журнала «Revue générale des sciences», д-ръ *Olivier* въ № 1 журнала за 1904 г. справедливо возмущается *скудной обстановкой лабораторіи проф. Curie*, открывшаго вмѣстѣ съ своей женой радій. Занятый цѣлое утро лекціями и практическими занятіями со студентами Техническаго училища, не имѣя ни одного ассистента, проф. *Curie* могъ сдѣлать свое знаменитое открытіе только благодаря тому, что жена его была ему лабораторной помощницей въ теченіи цѣлаго ряда лѣтъ, пока онъ доискивался причины радіоактивности различныхъ солей. Напомнимъ кстати, что г-жа *Curie — уроженка Варшавы*, дочь учителя гимназіи Склодовскаго; сестра ея—женщина-врачъ.

76. Французскій министръ земледѣлія обратился въ Институтъ *Pasteur*'а съ просьбой примѣнить въ департаментѣ Charente одинъ изъ выработанныхъ бактеріологіей способовъ для уничтоженія *громаднаго количества крысъ*, расплодившихся тамъ въ послѣднее время на полѣ и въ зерновыхъ солодахъ. Институтъ *Pasteur*'а устраиваетъ съ этой цѣлью спеціальную экспедицію съ д-ромъ *Danysz*'емъ во главѣ.

77. Въ Парижской Академіи наукъ 4-го января было выслушано присланное д-ромъ *Baraduc*'омъ заявленіе о принадлежащемъ ему, а не *Charpentier права первенства* въ открытіи особыхъ невидимыхъ лучей, испускаемыхъ человѣческимъ тѣломъ и названныхъ *Charpentier n—лучами*. Объ этихъ n — лучахъ *Charpentier*, какъ извѣстно, сообщалъ въ одномъ изъ декабрскихъ засѣданій Академіи наукъ, при чемъ показалъ, что наибольшее количество этихъ лучей испускается центральной нервной системой, особенно во время возбужденнаго ея состоянія. Лучи эти сами не свѣтятся, но усиливаютъ свѣченіе радіоактивныхъ тѣлъ. Протестъ д-ра *Baraduc*'а о правѣ первенства въ этомъ открытіи имѣетъ несомнѣнныя основанія; дѣйствительно, 8 лѣтъ назадъ д-ръ *Baraduc*, котораго всѣ врачи и физики считали чуть-ли не психопатомъ, сообщилъ въ одномъ изъ научныхъ Обществъ Парижа, а затѣмъ издалъ объемистый томъ, объ особыхъ, невидимыхъ лучахъ, fluide vitale, исходящихъ изъ человѣческаго тѣла и обнаруживаемыхъ на особомъ придуманномъ имъ приборѣ. Пишущій эти строки имѣлъ возможность быть въ то время въ лабораторіи д-ра *Baraduc*'а и присутствовать при его опытахъ надъ распредѣленіемъ и условіемъ излученія изъ различныхъ частей тѣла открытыхъ имъ лучей. Но тогда о лучахъ *Röntgen*'а и радія не было еще и рѣчи, а потому къ сообщеніямъ и отчетамъ д-ра *Baraduc*'а всѣ относились крайне скептически и вскорѣ забыли о нихъ. Въ настоящее время Академической Коммиссіи предстоитъ рѣшить вопросъ, въ какой степени *Baraduc* является предшественникомъ *Charpentier* по открытію n—лучей.

78. Изъ оффиціальнаго отчета о движеніи населенія въ Испаніи за 1900 г. (Movimiento anual de la población de España, año de 1900. Madrid, 1901) «The British Medical Journal» (9 января) извлекаетъ не лишенныя интереса цифровыя данныя *о распространеніи рака въ Испаніи*. За указанный годъ въ королевствѣ занесено въ списки 7294 случая смерти отъ рака,—1,3% общаго числа смертей и 39 смертей на 100000 населенія (принимая послѣднее въ 18000000); 3172 умершихъ были мужского пола и 4122 женскаго. По отдѣльнымъ провинціямъ числа смертей на 100000 жителей всѣхъ возрастовъ и на 100 смертей отъ всѣхъ причинъ для лицъ не моложе 40 лѣтъ распредѣляются такъ: Burgos 68 и 5,5, Madrid 65 и 5,4, Guadaljara 59 и 4,5, Soria 58 и 4,6, Palencia 55 и 4,4, Avila 51 и 4,4, Alava 50 и 40.2, Segovia 50 и 4,2, Sevilla 50 и 4,2, Alicante 29 и 2,9, Badajoz 29 и 2,6, Gerona 28 и 2,1, Valencia 28 и 2,7, Orensa 27 и 2,2, Lérida 26 и 2,1, Alméria 25 и 2,5, Cuenca 22 и 2,0, Oviedo 21 и 2,0. Что касается городовъ, то 8 главныхъ изъ нихъ дали слѣдующія цифры: Sevilla 85 и 5,6, Madrid 78 и 6,2, Granada 76 и 5,2, Saragossa 68 и 5,8, Malaga 58 и 4,6, Barcelona 53 и 4,4, Burgos 53 и 3,6 и Valencia 39 и 3,3.

79. «Gazette des hôpitaux de Toulouse» (9 января) сообщаетъ о нарожденіи во Франціи новаго врачебнаго ежемѣсячника «*Journal des Médecins*», издаваемаго фирмою Maloine. — О другомъ новомъ изданіи, «*Conseiller du Praticien*», передаетъ «Le Concours médical» (9 января); оно начало выходить въ Reims'ѣ, подъ редакціею д-ра *L. Mabille'я*.

80. Въ New-York'ѣ началъ выходить врачебный журналъ на итальянскомъ языкѣ «*La Gazzetta medica*» подъ редакціей д-ра *Guiseppe Lapenta* («New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal consolidated», 26 декабря).

81. Король Edward VII принялъ на себя званіе *члена обѣихъ англійскихъ врачебныхъ колоній* — College of Physicians и of Surgeons. По «The British Medical Journal» (9 января), это первый монархъ, почтившій врачебную профессію формальнымъ вступленіемъ въ ея ряды, интересовались же медициною и прежніе короли Англіи, особенно Henry VIII, Charles I и Charles II.

82. Обративъ вниманіе на нерѣдко встрѣчающуюся *неразборчивость врачебныхъ прописей*, австрійское министерство внутреннихъ дѣлъ издало 27 декабря минувшаго года особый указъ, упорядочивающій это дѣло («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 10 января).

83. Чилійское Правительство ассигновало, какъ передаетъ «The Medical Age» (25 декабря), *10000000 р.* на наши деньги *для устройства канализаціи* въ городѣ Santiago.

84. Въ Kalamazoo, по свѣдѣніямъ «The Medical Age» (25 декабря), недавно закрылось сразу нѣсколько торговыхъ компаній, промышлявшихъ *патентованными средствами*; причина этого—мѣры, принятыя правительствомъ Штатовъ противъ распространенія такихъ рекламъ почтою.

85. Проф. *Alexander H. Phillips* (Princeton University) будто-бы нашелъ въ Скалистыхъ горахъ богатую *радіевую руду*, для разработки которой уже образовалась особая компанія. Другое извѣстіе, также обѣщающее въ будущемъ удешевить этотъ неимовѣрно-дорогой металлъ (теперь около 4000000 р. фунтъ), идетъ изъ Парижа: оно говоритъ, что супруги *Curie* нашли новый, болѣе простой способъ извлекать радій изъ рудъ («American Medicine», 19 декабря).

86. *Умерли:* 1—2) Состоявшіе въ запасѣ чиновниковъ В.-медицинскаго вѣдомства и на учетѣ по уѣздамъ: Рижскому—*Гозіасъ-Эйзакъ Давыдовичъ Гейманъ*, родившійся въ 1861 г., а званіе врача получившій въ 1890 г. и Городнянскому—*Болеславъ Станиславовичъ Малиновскій*, родившійся въ 1873 г., а званіе врача получившій въ 1899 г. («Правительственный Вѣстникъ», 31 декабря).

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти *И. В. Лешко-Попель* (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 51, стр. 1836) многоуважаемый товарищъ *В. В. Колоколовъ* прислалъ намъ слѣдующія строки: «Могу еще добавить, что покойный *И. В.* былъ воспитанникомъ В.-Медицинской Академіи и, еще будучи студентомъ, какъ товарищъ, отличался прекрасными душевными качествами. На помощь осиротѣвшей и оставшейся почти безъ всякихъ средствъ семьѣ покойнаго, мнѣ кажется, прежде всего должны придти его товарищи по выпуску 1886 г., въ числѣ которыхъ, какъ я знаю, 7 состоятъ профессорами Академіи и Университетовъ. Кромѣ единовременнаго пособія, мнѣ кажется, не составитъ большого труда образовать ежегодную пенсію, которая могла-бы болѣе прочно обезпечить воспитаніе и существованіе сиротъ».

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Англійскіе.

**Brooklyn Medical Journal.** Февраль.

1. **Ch. Wardell Stiles.** *Hookworm disease (Uncinariasis). A newly recognized factor in american anemias. Uncinaria americana.* О глистномъ малокровіи. 2. **Louis C. Ager.** *Infant diarrheal mortality in Brooklyn. Its cause and preventability.* Смертность отъ дѣтскихъ поносовъ въ Brooklyn'ѣ. Причины. Предохраненіе. 3. **G. R. Fowler.** *Report of a case of gunshot wound of the neck.* Случай огнестрѣльнаго раненія шеи. 4. **William E. Butler.** *Report of case of laceration of the subclavian artery from a fractured clavicle.* Случай раненія подключичной артеріи при переломѣ ключицы. 5. **A. M. Judd.** *A case of puerperal psoitis.* Случай послѣродового псоита. 6. **Hugh Edward Rogers.** *The overindulgence in fluid as an etiological factor in the production of stomach disorders.* Злоупотребленіе напитками, какъ этіологическія условія при заболѣваніяхъ желудка.

Мартъ.

1. **George Mc Naughton.** *Epidemic parotitis with metastasis to the female genitalia; with a report of a case.* Случай эпидемической заушницы съ переносомъ въ женскихъ половыхъ органахъ. 2. **Elias H. Bartley.** *Raw cows'milk in infant feeding.* О питаніи дѣтей сырымъ коровьимъ молокомъ. 3. **G. Morgan Muren.** *Diagnosis of primary syphilis.* О распознаваніи сифилиса. 4. **Walter B. Chase.** *Some considerations on intrapelvic infection with reference to rational treatment.* Объ этіологіи и лѣченіи заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ. 5. **F. E. Lambert.** *Regional tuberculosis* О мѣстной бугорчаткѣ.

Апрѣль.

1. **J. Macfarlane Winfield.** *A brief history of the therapy of various form of light-and radio-therapy.* Краткій историческій обзоръ фото- и радіо-терапіи. 2. **J. O. Polak.** *Personal observations on the remote results of conservative surgery on the pelvic adnexa.* О результатахъ сохраняющаго лѣченія заболѣваній придатковъ. 3. **A. A. Hussey.** *Gonorrhea in women.* Перелой у женщинъ.

Іюнь.

1. **R. L. Dickinson.** *Ventral suspension and ventral fixation for prolapse of the bladder with the uterus.* Объ оперативномъ лѣченіи выпаденія мочевого пузыря и матки. 2. **A. Conklin Brush.** *The medical witness.* Врачебная экспертиза. 3. **Heber Nelson Hoople.** *Economics of the practice of medicine.* Экономическіе вопросы врачебной практики. 4. **E. Hodges.** *The business aspect of medicine.* Дѣловая сторона медицинской практики. 5. **W. Schroeder.** *Early history of medicine in Rings County.* Историческая замѣтка. 6. **J. Cole Hancock.** *Glaucoma*

Іюль.

1. **J. Fuhs.** *Gastric hemorrhage.* О желудочныхъ кровотеченіяхъ. 2. **G. Ryerson Fowler.** *Hematemesis following appendicectomy with the report of a case and presentation of specimen and slides.* Случай кровавой рвоты вслѣдъ за операціей аппендицита. 3. **W. B. Chase.** *Tubal pregnancy. Clinically considered, with a plea for its early recognition and radical treatment.* Къ распознаванію и лѣченію трубной беременности. 4. **G. Ryerson Fowler.** *The skin as a source of wound infection.* Кожа, какъ источникъ зараженія ранъ 5 **J. E. Sheppard.** *A few remarks on some every-day ear cases.* О нѣкоторыхъ обычныхъ заболѣваніяхъ уха. 6. **W. C. Braislin.** *Teratoma of the ear.* Тератома уха.

**Bulletin of the Johns Hopkins Hospital.** Августъ. Т. XIV, № 149.

1. **William Sydney Thayer.** *Bichat.* Историческая замѣтка о *Bichat.* 2. **Walter R. Steiner.** *Some early autopsies in the united states.* О вскрытіяхъ труповъ въ С.-Штатахъ. 3. **H. M. Thomas.** *A case of neuro-fibromatosis (von Recklinghausen's disease) with paralysis and muscular atrophy of arms and legs.* Случай нефрофиброматова.

**International Medical Magasine.** 1903. Январь и февраль.

1. **Wilmer Krusen.** *Diet after abdominal operations.* Діэта передъ операціей въ брюшной полости. 2. **G. O. Sarvis.** *Diet in rheumatism.* Діэта при ревматизмѣ. 3. **Carl von Noorden.** *The dietetic treatment of contracted kidney.* Діэтетическое лѣченіе почекъ. 4. **Charles W. Richardson.** *Etiology of catarrh of the nasopharynx.* Этіологія катарра носоглоточной полости. 5. **E. L. Shurly.** *Do nasal diseases in any way predispose to or cause pulmonary disease.* Носовыя заболѣванія и ихъ значеніе въ происхожденіи легочныхъ заболѣваній. 6. **Jacob E. Schadle.** *Can hypertrophic rhinitis becured by other than surgical measures.* Случай гипертрофическаго ринита. 7. **P. J. H. Farrell.** *Chronic nasal catarrh in its relation to asthma.* Отношеніе затяжного катарральнаго ринита къ астмѣ. 8. **Carl Seiler.** *Galvanocautery in hypertrophic rhinitis.* Гальванокаустика при затяжномъ гиперпластическомъ ринитѣ.

Мартъ.

1. **Collier F. Martin.** *The prostate and its relation to rectal disease.* Вліяніе предстательной железы на заболѣванія прямой кишки. 2. **Walther E. Rahte.** *Anesthetics and their administration.* Обезболивающія и ихъ назначеніе. 3. **T. B. van Alstyne.** *A little about syphilis.* 4. **H. M. Christian.** *Is there a reliable abortive treatment of gonorrhea.* Обрывное лѣченіе перелоя. 5. **B. Brindley Eads.** *The treatment of carbuncle.* Лѣченіе огневика. 6. **Boardman Reed.** *The interrogation of the patient.* Разспросъ больного. 7. **G. O. Sarvis.** *Albumin testing for the general practitioner.* Проба на бѣлокъ въ практикѣ врача.

Май.

1. **J. A. Ellegood.** *Menbranous croup and diphtheria.* Ложноперепончатый крупъ и дифтерія. 2. **Edward Blake.** *A provisional pathology of Graves's disease.* Патологія Graves'овской болѣзни. 3. **John P. Arnold.** *The physiologic basis of manual therapy, and the role of the vasomotor mechanism.* Физіологическія основанія ручной терапіи и вліяніе сосудодвигательнаго механизма. 4. **Edward Ames Robinson.** *Adrenalin chlorid in pulmonary hemorrhage and epistaxis.* Солянокислый адреналинъ при легочныхъ и носовыхъ кровотеченіяхъ.

Іюнь и іюль.

1. **George Hayem.** *The pathology and etiology of gastric hypersecretion.* Патогенезъ и этіологія желудочной гиперсекреціи. 2. **George Herschell.** *On the treatment of primary hyperchlorhydria by the direct application of electric currents of high frequency to the mucous membrane of the gastrointestinal tract.* О лѣченіи избыточной кислотности желудочнаго сока электрическимъ токомъ. 3. **John C. Hemmeter.** *An experimental and clinical study of the etiology of hyperchlorhydria.* Экспериментально-клиническое изслѣдованіе избыточной кислотности желудочнаго сока. 4. **Fenton B. Turck.** *The treatment of hyperchlorhydria.* Лѣченіе избыточной кислотности желудочнаго сока. 5. **Allen A. Jones.** *The medicinal treatment of hyperchlorhydria.* Лѣкарственное лѣченіе гиперхлоргидріи. 6. **John A. Lichty.** *The relations between hyperchlorhydria and neurasthenia.* Отношеніе гиперхлоргидріи къ неврастеніи. 7. **G. Hudson Makuen.** *On the development of the faculty of speech.* О развитіи способности рѣчи. 8. **John P. Arnold.** *The relation of manual therapy to the vasomotor mechanism.* Вліяніе механическихъ воздѣйствій на сосудодвигателей.

**Lepra. Bibliotheca internationalis.** Сентябрь. Т. IV, вып. 1.

1. **K. K. Дегіо.** *New laws on the treatment and ultimate segregation of lepers in Russia.* О лѣченіи и уединеніи прокаженныхъ въ Россіи. 2. **H. P. Lie.** *Report of the Leper Hospital (Pleiestiftelsen no. 1) in Berger for the 3 years 1899—1901.* Отчетъ лепрозоріи.

**Pacific Medical Journal.** 1903, № 1.

1. **Winslow Anderson.** *Venous anastomosis for ascites from cirrhosis of the liver.* Асцитъ при циррозѣ печени. Операція для образованія венозныхъ анастомозовъ. Смерть при явленіяхъ мочекровія на 21-й день. 2. **H. D'Arcy Power.** *Medical aspect of venous anastomosis of the liver.* Оцѣнка операціи. 3. **F. E. Stewart.** *The use of word marks to protect science and legitimate commerce in materia medica products.* О значеніи названій новыхъ лѣкарственныхъ веществъ. 4. **E. Hall.** *Imperforate rectum. Operation. Recovery.* Зарощеніе заднепроходнаго отверстія. Операція. Выздоровленіе. 5. **V. G. Vecki.** *The ideals of preventive medicine.* О значеніи предохранительныхъ мѣропріятій въ общественной медицинѣ. 6. **H. N. Rowell.** *Diphteria and antitoxin.* О лѣченіи сывороткой.

№ 2.

1. **Winslow Anderson.** *A case of complete absence of the vagina.* Случай полнаго отсутствія влагалища. Пластическая операція. 2. **A. W. Perry.** *The nature and treatment of obstinate vomiting.* О причинахъ и лѣченіи упорной рвоты. 3. **A. W. Morton.** *Hip-joint amputation under medullary narcosis.* Вылущеніе бедра подъ спинно-мозговымъ наркозомъ. 4. **E. H. Smith.** *Masturbation in the female.* Мастурбація у женщинъ. 5. **V. G. Vecki.** *The ideals of preventive medicine.* (Продолженіе).

№ 3.

1. **V. G. Vecki.** *The ideals of preventive medicine.* (Окончаніе). 2. **W. Anderson.** *Appendicitis.—Its causes.* Аппендицитъ; его причины. 3. **L. Lofton.** *An unusual case of bradycardia.* Необыкновенный случай брадикардіи. 4. **W. G. Turner.** *The freesing point of urine.* Объ опредѣленіи точки замерзанія мочи.

№ 6.

1. **C. F. Taylor.** *The collection of medical journal subscriptions.* О собираніи подписной платы съ подписчиковъ медицинскихъ изданій. 2. **Ethan H. Smith.** *Some random comments on the american medical association.* Нѣкоторыя замѣчанія объ американской врачебной ассоціаціи.

**The American Journal of Anatomy.** Т. II, № 3.

1. **A. M. Miller.** *The development of the postcaval vein in birds.* Къ исторіи развитія венозной системы у птицъ. 2. **G. L. Streeter.** *Anatomy of the floor of the fourth ventricle.* Анатомія дна 4-го желудочка. 3. **F. P. Mall.** *On the circulation through the pulp of the dog's spleen.* О путяхъ кровеобращенія въ селезеночной мякоти у собаки. 4. **Онъ-же.** *On the transitory or artificial fissures of the human cerebrum.* О переходящихъ или искусственныхъ бороздахъ человѣческаго мозга. 5. **A. I. Carlson.** *Changes in the Nissl's substance of the ganglion and the*

Digitized by Google

*bipolar cells of the retina of the Brandt cormorant Phalacrocorax penicillatus during prolonged normal stimulation.* Объ измѣненіяхъ зернистости *Nissl*'a въ узловыхъ клѣткахъ и въ биполярныхъ клѣткахъ сѣтчатки при продолжающемся раздраженіи. 6. **R. H. Whitehead.** *The histogenesis of the adrenal in the pig.* Гистогенезъ надпочечника у поросенка. 7. **E. Lindon Mellus.** *On a hitherto undescribed Nucleus lateral to the fasciculus solitarius.* О неописанномъ еще боковомъ ядрѣ одиночнаго пучка. 8. **K. Foot and E. C. Strobell.** *The sperm centrosome and aster of Allolobophora foetida.* 9. **Ch. F. W. Mc Clure.** *A contribution to the anatomy and development of the venous system of Didelphys marsupialis.* Ч. I. Анатомія. Анатомія венной системы Didelphys marsupianus.

### The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children. Сентябрь. Т. XLVIII, № 309.

1. **W. G. Willard.** *A case of pregnancy in a Dwary Weigning thirtynine pounds abdominal hysterectomy.* Случай беременности при остеомаляціи. 2. **H. J. Boldt.** *The surgical treatment of puerperal infection, a part of the symposium on puerperal infection.* Хирургическое лѣченіе послѣродовыхъ заразныхъ болѣзней. 3. **S. Marx.** *The bacteriology of the puerperal uterus. Ist relation to the treatment of the parturien state.* Бактеріологія матки послѣ родовъ. 4. **Hiram N. Vineberg.** *The treatment of puerperal sepsis.* Лѣченіе послѣродового гнилокровія. 5. **William H. Baker and W. P. Graves.** *Uterine myomas.* О міомахъ матки. 6. **G. Kolischer.** *Post-operative cystitis in women.* Цисциты послѣ операцій у женщинъ.

Августъ.

1. **C. E. Paddock.** *Antenatal rigor mortis.* Трупное окоченѣніе плода до рожденія. 2. **Charles B. Reed** *The relations between peritoneal adhesions and the functionating uterus.* О вліяніи перитонеальныхъ сращеній на дѣятельность матки. 3. **Stanley P. Warren.** *Fetal ascites with dystocia.* Затрудненія при родахъ вслѣдствіе брюшной водянки у плода. 4. **A. Goldspohn.** *A preliminary report on electrothermic hemostasis with the Downes instruments.* Объ остановкѣ кровотеченія при помощи дѣйствующихъ электричествомъ инструментовъ *Downes*'a. 5. **G. Brown Miller.** *Congenital dilatation of the gall bladder and bile ducts.* Врожденное расширеніе желчнаго пузыря и желчныхъ протоковъ. 6. **Duff G. Lewis.** *Tumors of the round ligament of the uterus.* Опухоли круглыхъ связокъ матки. 7. **A. R. Shands.** *Treatment of club-foot in children under three years old.* Лѣченіе конской стопы у дѣтей моложе 3-хъ лѣтъ. 8. **Elmer Sothoron.** *The action of the uterus during labor.* Дѣятельность матки во время родовъ. 9. **Robert W. Stewart.** *The kidney in pregnancy.* Почка во время беременности.

### The Journal of Hygiene. Іюль.

1. **A. Newsholme and T. H. S. Stevenson.** *The graphic metod of constructing a life table illustrated by the Brighton life table, 1891—1900.* О графическомъ способѣ составленія таблицъ вѣроятности жизни. 2. **H. Meredith Richards.** *The factors which determine the local incidence of fatal infantile diarrhoea.* О причинахъ, обусловливающихъ появленіе дѣтскаго поноса. 3. **T. E Hayward.** *A new life-table for England and Wales.* Новая таблица вѣроятности жизни для Англіи и Валлиса. 4. **G. S. Graham-Smith.** *The biological or precipitin test for blood, considered mainly from its medico-legal aspect.* II (Окончаніе). 5. **H. S Fremlin.** *On the cultivation of the nitroso-bacterium.* О питательныхъ средахъ для нитрозо-бактерій. 6. **H. E. Durham.** *A pipette for diluting serum,* etc. Описаніе пипетки для разведенія сыворотки. 7. **J. S. Haldane.** *The relation of sulphur in lighting-gas to air vitiation.* Значеніе сѣры, какъ источника порчи воздуха свѣтильнымъ газомъ. 8. **W. G. Savage.** *The pathogenicity of B. coli in relation to the bacteriological examination of water.* О значеніи вирулентности выдѣляемыхъ при изслѣдованіи воды разводокъ кишечной палочки.

### The Medical Times and Register. Май.

**R. C. F. Combes.** *The etiology of insanity.* Этіологія помѣшательства.

Іюнь.

1. **Fenton B. Turck.** *Shock produced by general anesthesia with relation to disturbancces of the blood and gastrointestinal tract.* О шокѣ при общей анэстезіи въ связи съ разстройствами крови и пищеварительнаго пути. 2. **J. T. Fotheringham.** *The treatment of rheumatism.* Лѣченіе ревматизма. 3. **Roswell Park.** *The modern therapy of septic puerperal and surgical infections.* Современное лѣченіе гнилостныхъ послѣродовыхъ и хирургическихъ заболѣваній.

### The Journal of Physiology. Т. XXX, № 1.

1. **A. Goodall, G. Lovell Gulland and D. Noël Paton.** *Digestion leucocytosis in normal and in spleenless dogs.* Пищеварительный лейкоцитозъ у нормальныхъ и у лишенныхъ селезенки собакъ. 2. **W. H. Hurtley and K. J. P. Orton.** *The extimation of potassium and sodium in urine and in other material of organic origin.* Опредѣленіе калія и натрія въ мочѣ и въ другихъ веществахъ органическаго происхожденія. 3. **H. K. Anderson.** *Reflex pupil-dilatation by way of the cervical sympathetic nerve.* Объ отраженномъ расширеніи зрачка. 4. **Christine Tebb.** *The precipitation of proteids by alcohol and certain other reagents.* Осажденіе протеидовъ алкоголемъ и нѣкоторыми другими реактивами. 5. **C. S. Sherrington.** *Qualitative difference of spinal reflex corresponding with qualitative difference of cutaneous stimulus.* Качественныя отличія спинномозговыхъ рефлексовъ соотвѣтствуютъ качественнымъ отличіямъ кожныхъ раздражителей. 6. **T. H. Milroy.** *The formation of uric acid in birds.* Образованіе мочевой кислоты у птицъ. 7. **W. M. Bayliss and E. H. Starling.** *The proteolytic activities of the pancreatic juice.* Протеолитическое дѣйствіе сока поджелудочной железы. 8. **H. D. Dakin.** *The products of the proteolytic action of an enzyme contained in the cells of the kidney.* О производствѣ протеолитическаго дѣйствія бродила, заключающагося въ почкахъ.

### The Journal of Pathology and Bacteriology. Августъ.

1. **N. Bishop Harman.** *The clinical and pathological characters of «veld sore» prevalent amongst the troops in South Africa.* Клиническое и экспериментальное изученіе кожной язвы «veld sore» въ войскахъ Южной Африки. 2. **Gnoh Lean Tuck.** *The occurrence of tetanus spores in gelatin and its bearings on clinical medicine.* Присутствіе споръ столбняка въ желатинѣ; стерилизація желатины. 3. **Laming Evans.** *The variations in bactericidal value of patients convalescent from the typhoid fever of South Africa, and the application of serum valency to serum therapeutics.* Опредѣленія бактеріеубивающей силы сыворотки крови у выздоравливающихъ отъ брюшного тифа. 4. **Ch. Bolton.** *The experimental production of uncompensated heart disease with especicl reference to the pathology of dropsy.* Опыты надъ вызываніемъ разстройствъ сердечнаго кровеобращенія съ обращеніемъ особаго вниманія на происхожденіе водянки. 5. **M. Cowan.** *The heart in acute disease.* Сердце при острыхъ заболѣваніяхъ. 6. **L. Rogers.** *Pigmented atrophy of the mucous membrane of the small intestine of malarial origin.* Пигментная атрофія слизистой оболочки тонкихъ кишекъ болотно-лихорадочнаго происхожденія. 7. **J. M. Beattie.** *Haemochromatosis, with diabetes mellitus.* Гемохроматозъ и сахарное мочеизнуреніе. Случай.

### The Quarterly Journal of microscopical science. Іюль.

1. **Richard Evans.** *On peripatus guianensis (sp. nov).* O peripatus guianensis (новый видъ). 2. **William Wallace.** *Observations on ovarian ova and folicles in certain teleostean and elasmobranch fishes.* Наблюденія надъ яйцомъ и фолликулами у нѣкоторыхъ костистыхъ и хрящевыхъ рыбъ. 3. **Augusta Rucker.** *A new koenenia from Texas.* Новый видъ насѣкомаго изъ Техаса. 4. **Gilbert C. Bourne.** *Oligotrema psammites: New Ascidian belonging to the family Molgulidae.* Новый видъ: Oligotrema psammites.

## Нѣмецкіе.

### Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. Т. XX. Тетр. 1.

1. **H. Kossel, Schütz, A. Weber** und **Miessner.** *Über die Hämoglobinurie der Rinder in Deutschland.* Гэмоглобинурія у рогатаго скота въ Германіи; ея происхожденіе. 2. **Ohlmüller.** *Die Typhusepidemie in H. im Jahre 1901.* Теченіе тифозной эпидеміи и причины, ее вызвавшія. 3. **Nocht** und **G. Giemsa.** *Über die Vernichtung von Ratten an Bord von Schiffen als Massregel gegen die Einschleppung der Pest.* Способы уничтоженія крысъ на суднахъ; описаніе и рисунокъ прибора, предназначеннаго для этой цѣли. 4. **Bofinger.** *Zur Desinfektion tuberkulösen Auswurfs.* Сравнительная оцѣнка различныхъ средствъ, предложенныхъ для обеззараживанія мокроты чахоточныхъ. 5. **Seige.** *Zur Übertragung der Tuberkelbacillen durch den väterlichen Samen auf die Frucht.* О возможности передачи наслѣдственной бугорчатки черезъ сѣмя. 6. **Krulle.** *Bericht über die auf Marschallinseln herrschenden Geschlechts und Hautkrankheiten.* Къ вопросу о распространенности кожныхъ и венерическихъ болѣзней на Маршальскихъ островахъ.

### Archiv für Anatomie und Physiologie. Physiologische Abtheilung. Сентябрь. Тетр. 3 и 4.

1. **Joseph Marshal Flint.** *Das Bindegewebe der Speicheldrüsen und des Pankreas und seine Entwickelung in der Glandula submaxillaris.* Гистологическія изслѣдованія надъ поджелудочной железой и слюнными железами. 2. **Georg Schmidt.** *Die anatomische Gestaltung des Kniestreckapparates beim Menschen.* Анатомическое устройство колѣна. 3. **Martin Schüttoff.** *Abnormer Tiefstand des Bauchfells im Douglas'schen Raume und Senkung der Beckeneingeweide beim Manne.* Случай ненормальнаго опущенія желчнаго пузыря въ *Douglas*'ово пространство. 4. **M. Probst.** *Ueber die Rinden-Sehhügelfasern des Riechfeldes, über das Gewölbe, die Zwinge, die Randbogenfasern, über die Schweifkernfaserung und über die Vertheilung der Pyramidenfasern im Pyramidenareal.* Изслѣдованіе нервныхъ путей. 5. **Günther Freiherrn von Saar.** *Zur vergleichenden Anatomie der Brustmuskeln und des Deltamuskels.* Сравнительная анатомія грудныхъ и дельтовидной мышцъ. 6. **Paul Michaelis.** *Beitrag zur vergleichenden Myologie des Cynocephalus babuin, Simia satyrus, Troglodytes niger.* Сравнительно-анатомическія изслѣдованія надъ мышцами у обезьянъ.

### Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. Т. L. Тетр. 1 и 2.

1. **K. Muto** und **T. Ishizaka.** *Über die Todesursache bei der Sparteïnvergiftung.* Опыты съ отравленіемъ животныхъ спартеиномъ. 2. **O. Loeb** und **R. Magnus.** *Die Form der Kammerhöhlen des systolischen und diastolischen Herzens.* Описаніе формы полостей сердца во время систолы и діастолы. 3. **Ulrich Rose.** *Der Blutzuckergehalt des Kaninchens, seine Erhöhung durch den Aderlass, durch die Eröffnung der Bauchhöhle und durch die*

Digitized by Google

*Nierenausschaltung und sein Verhalten im Diuretindiabetes.* Содержаніе сахара въ крови у кролика и колебаніе количества его при различныхъ условіяхъ. 4. **Arth. Kanger.** *Zur Frage über die chemische Zusammensetzung und die pharmakologische Wirkung der Preisselbeere (Vaccinium vitis ideal).* Химическій составъ и фармакологическія свойства Vaccinium vitis ideae. 5. **Bönniger.** *Uber die Resorption im Magen und die sogenannte Verdünnungssekretion.* О различныхъ условіяхъ выдѣленія желудочнаго сока. Опыты на кроликахъ. 6. **R. Magnus.** *Pharmakologische Untersuchungen an Sipunculus nudus.* 7. **Ernst Vahlen.** *Die chemische Konstitution des Morphins in ihrer Beziehung zur Wirkung.* Химическая природа морфія и связь ея съ дѣйствіемъ этого вещества. 8. **W. Pfeiffer.** *Weitere Beobachtungen über die hämolytische Fähigkeit des Peptonblutes.* Дальнѣйшія наблюденія надъ кроверастворяющими свойствами пептонизированной крови.

**Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere.** Сентябрь. Т. XCIX. Тетр. 1 и 2.

1. **H. Lichtenfelt.** *Ueber die Ernährung der Italiener.* Сравнительная оцѣнка питаемости населенія въ различныхъ мѣстностяхъ Италіи. 2. **O. Langendorff.** *Die Kaliwirkung lackfarben gemachten Blutes.* Критическая замѣтка. 3. **Hans Koeppe.** *Ueber das Lackfarbenwerden der rothenBlutscheiben.* Опыты надъ превращеніемъ нормальной крови въ лаковую. 4. **Baum.** *Schädelhalter für Sectionszwecke.* Описаніе и рисунокъ прибора.

Т. XCIX. Тетр. 3 и 4.

1. **Götz Martius.** *Das Talbot'sche Gesetz und die Dauer der Lichtempfindungen.* Изслѣдованія надъ свѣточувствительностью сѣтчатки. 2. **Rudolf Kobert.** *Ueber einige Enzyme wirbelloser Thiere.* О нѣкоторыхъ бродилахъ въ тѣлѣ беспозвоночныхъ животныхъ. 3. **Max Bleibtreu.** *Vorläufige Mittheilung über eine neue Methode zur Darstellung der Glykocholsäure aus Rindergalle.* О новомъ способѣ гликохолевой кислоты въ бычачьей желчи. 4. **Bernhard Schöndorff.** *Ueber den Maximalwerth des Gesammtglykogengehalts von Hunden.* Наибольшее содержаніе гликогена въ организмѣ собаки. 5. **E. Pflüger.** *Ueber die jungfräuliche Zeugung der Bienen.* Краткая замѣтка.

**Archiv für Hygiene.** Т. XLVIII. Тетр. 1.

1. **R. Grafsberger.** *Über Buttersäuregärung. Morphologie des Rauschbrandbacillus und des Ödembacillus.* Морфологическія свойства бактерій шумящей гангрены и злокачественнаго отека. 2. **A. Schattenfroh.** *Chemisch-biologisches Verhalten des Rauschbrandbacillus und des Ödembacillus.* Химико-біологическія особенности бактерій шумящей гангрены и злокачественнаго отека.

**Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwickelungsgeschichte.** Іюль. Т. LXII. Тетр. 3.

1. **Walther Berg.** *Beiträge zur Theorie der Fixation mit besonderer Berücksichtigung des Zellkerns und seiner Eiweisskörper.* На основаніи своихъ опытовъ авторъ приходитъ къ выводу, что изъ способа дѣйствія фиксирующихъ веществъ на растворы протеидовъ in vitro нельзя вывести заключенія о способѣ дѣйствія этого-же реактива на протеиды клѣтокъ, ибо послѣдніе не тождественны съ первыми. 2. **F. Vejdovsky** und **A. Mrázek.** *Umbildung des Cytoplasma während der Befruchtung und Zellteilung.* Измѣненія въ яйцевой клѣткѣ во время созрѣванія и оплодотворенія. 3. **J. Janosik.** *Über die Blutcirkulation in der Milz.* Изслѣдованіе сосудистой системы въ селезенкѣ съ помощью впрыскиванія. 4. **C. W. Prentiss.** *Ueber die Fibrillengitter in dem Neuropil von Hirudo und Astacus und ihre Beziehung zu den sogenannten Neuronen.* Фибриллярная сѣть у піявки и рѣчного рака и ея отношеніе къ нейрону. 5. **К. Скробанскій.** *Beiträge zur Kenntniss der Oogenese bei Säugetieren.* Развитіе яйца у млекопитающихъ.

Августъ. Т. LXII. Тетр. 4.

1. **Alfred Sommer.** *Zur Kenntniss des Pericardialepithels.* Микроскопическія изслѣдованія строенія перикардія и особенно эпителія, его покрывающаго. 2. **Otomar Völker.** *Ueber die Verlagerung des dorsalen Pankreas beim Menschen.* Къ вопросу объ отношеніи поджелудочной железы къ печени. 3. **George L. Streeter.** *Ueber die Verwendung der Paraffineinbettung bei Markscheidenfärbung.* Пригодность пропитыванія объектовъ параффиномъ для *Weigert*'овскаго способа окраски нервной системы. 4. **Viktor Wigert und Hjalmar Ekberg.** *Studien über das Epithel gewisser Teile der Nierenkanäle von Rana esculenta.* Гистологическое изслѣдованіе тонкаго строенія нѣкоторыхъ отдѣловъ почечныхъ канальцевъ у лягушки. 5. **Franz Cohn.** *Zur Histologie und Histogenese des Corpus luteum und des interstitiellen Ovarialgewebes.* Гистологическое изслѣдованіе строенія яичниковъ и особенно истинныхъ желтыхъ тѣлъ. 6. **O. V. Srdinko.** *Ueber Bau und Entwickelung der Stanniusschen Körperchen der Lophobranchier.* Гистолого-эмбріологическое изслѣдованіе надпочечниковъ у костистыхъ рыбъ.

**Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie.** Сентябрь. Т. 4. Тетр. 7 и 8.

1. **Karl Oppenheimer.** *Ueber das Schicksal der mit Umgehung des Darmkanals eingeführten Eiweissstoffe im Tierkörper.* Судьба бѣлковыхъ тѣлъ въ организмѣ животныхъ. 2. **Karl Oppenheimer und Hans Aron.** *Ueber das Verhalten des genuinen Serums gegen die tryptische Verdauung.* Дѣйствіе триптическаго пищеваренія на кровяную сыворотку. 3. **K. Spiro.** *Die Fällung von Kolloiden.* Химическія свойства коллоидныхъ тѣлъ. 4. **Siegfried Tauber.** *Ueber einige Derivate des Taurins und die Synthese der Taurocholsäure.* Описаніе свойствъ нѣкоторыхъ производныхъ отъ таурина тѣлъ и синтезъ таурохолевой кислоты. 5. **Jvar Bang.** *Chemische Untersuchungen der lymphatischen Organe.* Химическое изслѣдованіе лимфатическихъ органовъ. Составъ гистонинуклеинотовъ. 6. **Онъ-же.** *Chemische Untersuchungen der lymphatischen Organe.*

**Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekologie.** Т. VII. Тетр. 3.

1. **H. Fehling.** *Ueber die Anzeigen für die Zangenoperation.* Авторъ разбираетъ показанія къ наложенію щипцовъ. 2. **M. Muret.** *Ueber einen Fall von Spaltbecken.* Случай расщепленнаго таза (отсутствіе лоннаго сочлененія). 3. **Heinrich Bayer.** *Ueber fehlerhaften Sitz der Nachgeburt und die Analogieen zwischen Placenta praevia und Tubeneckenplacenta.* Отличительное распознаваніе мѣста прикрѣпленія послѣда. 4. **H. W. Freund.** *Zur Heilung der tuberkulösen Bauchfellentzündung.* Лѣченіе бугорчатки желчнаго пузыря. 15 случаевъ. 5. **Max Stolz.** *Studien zur Bakteriologie des Genitalkanales in der Schwangerschaft und im Wochenbette.* Бактеріологическое изслѣдованіе полового канала во время беременности и родовъ. 6. **H. Pape.** *Zur Diagnose und Therapie der Genital und Peritonäaltuberculose des Weibes.* Отличительное распознаваніе бугорчатки половыхъ органовъ и брюшины у женщинъ. 7. **A. Funke.** *Stieltorsion bei Hydrosalpinx.* О перекручиваніи *Fallopi*'евой трубы при гидросальпинксѣ. 8. **Robert Müllerheim.** *Zur Kulturgeschichte der Wochenstube vergangener Jahrhunderte.* Историческій очеркъ.

Т. VII. Тетр. 4.

1. **Karl Holzapfel.** *Zur Pathologie der Eihäute.* Нѣсколько наблюденій изъ области заболѣванія яйцевыхъ оболочекъ. 2. **Saburo Hashimoto.** *Zur Kenntniss der Ganglien der weiblichen Genitalien.* Микроскопическое изслѣдованіе узловыхъ клѣтокъ половыхъ органовъ у женщинъ въ различныхъ состояніяхъ половой жизни. 3. **Hans Michaelis.** *Zur normalen Anatomie der Chorionzotten.* О строеніи нормальныхъ ворсинокъ хоріона. 4. **Paul Diepger.** *Drei Corpus-luteum-Cysten.* 3 случая кистъ желтаго тѣла. 5. **W. Ruhle.** *Zur Entstehungsweise und Prognose der Entbindungslähmung.* Причины возникновенія параличей у новорожденныхъ и предсказаніе при нихъ. 6. **E. Oswald.** *Ueber Uterusruptur bei manueller Placentarlösung.* Критическій обзоръ случаевъ, описанныхъ въ литературѣ. 7. **Charles Widmer.** *Ueber Scheidendrüsen und Scheidencysten.* О железахъ и кистахъ влагалища. 8. **Ferdinand Poeverlein.** *Ein Fall von Tuberculose der Vulva.* Описаніе случая. 9. **J. Klein.** *Prolapsoperationen, insbesondere die W. A. Freundsche Einnähung des Uterusfundus in die Scheide.* Разборъ оперативныхъ пособій при выпаденіяхъ матки. 10. **Oscar Nebesky.** *Zur Behandlung des Abortus.* Терапія выкидышей.

**Beiträge zur klinischen Chirurgie.** Т. XXXIX.

1. **Bruns.** *Ueber das Rhinophyma.* Небольшой клиническій очеркъ на основаніи 11 случаевъ болѣзни. 2. **Burk.** *Ueber Verbreiterung der knöchernen Nase durch Schleimpolypen.* Объ обезображиваніи носа слизистыми полипами. Описаніе 3-хъ особенно рѣзкихъ случаевъ. 3. **Hofmeister.** *Ueber den Prolapsus intestini invaginati.* Описаніе 2-хъ случаевъ выпаденія внѣдрившейся кишки черезъ задній проходъ. Въ 1-мъ случаѣ внѣдреніе было изсѣчено путемъ чревосѣченія (выздоровленіе); во 2-мъ выпавшій участокъ просто усѣченъ. Смерть черезъ мѣсяцъ отъ кровотеченія изъ слизистыхъ полиповъ толстой кишки. 4. **Blauel.** *Zur Kasuistik der Bauchblasengenitalspalten.* Замѣтки о происхожденіи незаращеннаго мочевого пузыря съ патолого-анатомическимъ описаніемъ случая. 5. **Brunn.** *Die Pneumokokken Peritonitis.* На основаніи 2-хъ случаевъ изъ клиники *Bruns*'а и 72 случаевъ литературы рисуетъ клиническую и патолого-анатомическую картину пнеймококковаго воспаленія брюшины. 6. **Trendel.** *Ueber die mit der Gastroenterostomia posterior in der Tübinger Klinik gemachten Erfahrungen.* На основаніи 28 наблюденій изъ клиники проф. *Bruns*'а высказывается за наложеніе задняго желудочно-кишечнаго соустія по *Hacker*'у *Czerny* съ помощью пуговки *Murphy.* 7. **Büngner.** *Zur Anatomie und Pathologie der Gallenwege und des Pankreas.* Замѣтка касательно анатомическихъ отношеній желчнаго протока къ поджелудочной железѣ. 8. **Schöne.** *Ueber Incarceration des Wurmfortsatzes.* Описаніе случая первичнаго ущемленія невоспаленнаго червеобразнаго отростка. 9. **Fittig.** *Ueber einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von Rhinosclerom.* Случай излѣченія риносклеромы *Röntgen*'овскими лучами. 10. **Schönholzer.** *Die Chirurgie des Magenkrebses an der Krönlein'schen Klinik in den Jahren 1881—1902.* Отчетъ о 264 случаяхъ рака желудка изъ клиники *Krönlein*'а съ 1881 по 1902 г. 11. **Hilgenreiner.** *Zur suprakondylären Fraktur des Oberarmes.* Обстоятельный литературно-клиническій очеркъ о надмыщелковыхъ переломахъ плечевой кости съ описаніемъ 21 случая. 12. **Weber.** *Ueber operative Behandlung der progredienten eitrigen Peritonitis.* Изъ 33 оперированныхъ больныхъ съ гнойнымъ, не ограниченнымъ воспаленіемъ брюшины 19 умерли, 14 выздоровѣли. Высказывается противъ промыванія брюшины въ пользу сухой тампонады. 13. **Suzuki.** *Beitrag zur Winkelmann'schen Hydrocelen-operation.* На основаніи 33 случаевъ высказывается за оперированіе водянки яичка по *Winkelmann*'у. 14. **Schott.** *Ueber Dauerheilungen nach Gallensteinoperationen.* На основаніи 180 случаевъ изъ клиники проф. *Czerny* приходитъ къ выводу, что операція даетъ прочное выздоровленіе въ 95% случаевъ желчныхъ камней. 15. **Lengemann.** *Ein Fall von musculärer Makroglossie.* Описаніе случая. 16. **Heinzelmann.** *Die Endresultate der Behandlung der Aktinomykose in der v. Bruns'schen*

Digitized by Google

*Klinik.* Отчетъ о 56 случаяхъ пораженія лучистымъ грибкомъ: 42 раза грибкомъ поражены были лицо и шея, 2 раза грудная полость, 11 разъ брюшная и брюшные покровы 1 разъ кожа ручной кисти. 17. **Trendel.** *Ueber das Vorkommen von Lymphdrüsen in der Wangensubstanz und ihre klinische Bedeutung.* Говоритъ объ анатоміи лимфатическихъ железъ щеки и объ участіи ихъ при заболѣваніяхъ носа, губъ, глазъ, слизистой оболочки щекъ, миндалинъ, неба и т. п. 18. **Honsell.** *Weiterer Beitrag zur akuten Osteomyelitis im Gebiete des Hüftgelenkes.* 15 случаевъ остраго воспаленія костнаго мозга бедренной кости въ области тазобедреннаго сустава. 19. **Blauel.** *Beitrag zu den extracraniellen Aneurysmen der Carotis interna.* Случай аневризмы сонной артеріи. Операція (перевязки артеріи и вылущеніе мѣшка). Выздоровленіе. 20. **Zeller.** *Ueber primäre Tuberkulose der quergestreiften Muskeln.* Къ 13 случаямъ изъ литературы присоединяетъ 2 случая изъ клиники проф. *Bruns'а* первичной бугорчатки поперечно-полосатыхъ мышцъ. 21. **Löppritz.** *Ueber die Resultate der Exstirpation des tuberkulösen Sehnenscheidenhygrome der Hand.* На 33 случая вылущенія пораженнаго бугорчаткою влагалища сухожилій ручной кисти въ 25 получилось полное и прочное выздоровленіе. 22. **Hellendall.** *Retropharyngeale Geschwülste.* Сообщаетъ о 3-хъ случаяхъ заглоточныхъ опухолей изъ клиники проф. *Madelung'а* и приводитъ подробно литературу вопроса. 23. **Schmidt.** *Ueber die Entstehung und Behandlung der Kniescheibebrüche mit besonderer Berücksichtigung der Dauererfolge.* О происхожденіи и лѣченіи переломовъ надколѣнника. Обстоятельная работа на основаніи 52 сл. изъ клиники проф. *Mikulicz'а*. 24. **Lossen.** *Beiträge zur Diagnose und Therapie der Kleinhirnabscesse.* Отчетъ о 10 случаяхъ нарыва мозжечка. Изъ 8 оперированныхъ 3 выздоровѣли, 5 умерли.

**Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.** Сентябрь. Т. XIV. № 16 и 17.

1. **H. Raschkes.** *Beitrag zur Kasuistik der primären Vaginaltumoren.* Микроскопическое изслѣдованіе въ 1 случаѣ влагалищной опухоли. 2. **L. Fraenkel.** *Ueber Versuche, durch experimentelle Verlagerung von Keimgewebe Carcinom zu erzeugen.* Опыты автора и старанія получить злокачественныя новообразованія у животныхъ путемъ пересадки зародышевыхъ ростковъ дали отрицательные результаты. 3. **Keisaki Kokibo.** *Ueber die kongenitale Syphilis der Nebennieren.* 2 случая наслѣдственнаго сифилиса съ мѣстоположеніемъ процесса въ надпочечникахъ. 4. **Fritz Müller.** *Eine Verbesserung des Aubertinschen Verfahrens zum Aufkleben von Celloidinschnitten.* Авторъ предлагаетъ наклеивать целлоидиновые срѣзы съ помощью глицерина съ бѣлкомъ. 5. **O. Barbacci.** *Summarischer Bericht über die wichtigsten italienischen Arbeiten im Gebiete der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie, erschienen im Jahre 1902.* Годовой обзоръ литературы.

№ 18.

1. **Gotthold Herxheimer.** *Zur Genese der Sehnenflecke.* Къ вопросу о происхожденіи сухожильныхъ пятенъ на эндокардіѣ. 2. **Александръ Максимовъ.** *Zur Frage der entzündlichen Gewebsneubildung.* О происхожденіи воспалительной ткани.

### Итальянскія.

**Annali d'igiene sperimentale.** Т. XIII. Вып. III.

1. **A. Celli.** *La malaria in Italia durante il 1902.* Болотная лихорадка въ Италіи въ продолженіи 1902 г. 2 **V. E. Malato Calvino.** *Origine e distribuzione dei germi patogeni.* О происхожденіи и распространеніи болѣзнетворныхъ микробовъ. 3. **V. de Giaxa.** *Contributo alle cognizioni sull'etiologia della pellagra.* Къ вопросу объ этіологіи пеллагры. 4. **A. di Donna.** *Ricerche sulla presenza del b. coli nelle farine di mais e sulla sua virulenza.* О присутствіи кишечныхъ бактерій въ маисовой мукѣ и объ ихъ ядовитости. 5. **P. Cosuccio.** *Ricerche sulla flora batterica dell'intestino e sulla tossicità del contenuto intestinale in rapporto a varie alimentazioni.* О бактеріальной флорѣ кишечника и о токсичности содержимаго кишекъ. 6. **G. Spampinato.** *L'ingestione del b. coli, durante diverse alimentazioni, in rapporto alla tossicità, alla quantità ed alla virulenza dello stesso batterio nel contenuto intestinale.* О вхожденіи въ организмъ человѣка съ различными пищевыми веществами кишечныхъ палочекъ. 7. **S. Lembo.** *Della virulenza e tossicità del bacterium coli nell'alimentazione maidica.* Объ ядовитости кишечныхъ палочекъ при кормленіи маисомъ. 8. **A. Palladino-Blandini.** *Osservazioni sull'alimentazione maidica sperimentale.* Наблюденія надъ экспериментальнымъ кормленіемъ маисовой пищей. 9. **F. Pulvirenti-Amore.** *Alterazioni isto-patologiche nelle intossicazioni croniche da tossina di bacterium coli.* О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при хроническомъ отравленіи токсинами кишечной палочки. 10. **O. Casagrandi.** *Sulle relazioni tra batteri proto-meta-e paratrofi e in particolar modo sulle relazioni tra eberthiformi, pseudoeberthiformi e forme batteriche superiori.* Къ вопросу о бактеріяхъ брюшного тифа и родственныхъ имъ микробахъ. 11. **Онъ-же.** *Ricerche sulla carne frolla dal punto di vista batteriologico e chimico.*

**Giornale della R. Accademia di medicina di Torino.** Сентябрь. Т. LXVI. № 9.

1. **Luigi Bobbio.** *Sopra un caso di epitelioma dell'uretra maschile.* Случай эпителіомы мочеиспускательнаго канала. 2. **Онъ-же.** *Sopra un caso di aneurisma spontaneo dell'arteria tibiale posteriore.* Случай аневризмы задней больше-берцовой артеріи. 3. **Vittorio Marzocchi.** *Ricerche sperimentali sulle conseguenze della legatura dei vasi principali delle ghiandole salivari sierose.* Послѣдствія перевязки главнаго кровеносного сосуда слюнной железы. 4. **Vittorio Marzocchi.** *Ricerche sperimentali sul trapianto delle ghiandole salivari e del pancreas fetale.* Экспериментальныя изслѣдованія надъ поджелудочной и слюнной железами. 5. **Enzo Bizzozero.** *Ricerche sperimentali sul trapianto del polmone.* Эксперименты надъ легкими. 6. **Carlo Gennari.** *L'azione della digitale sulla pressione vascolare nei cardiopatici.* Дѣйствіе дигиталиса на кровяное давленіе у сердечныхъ больныхъ. 7. **Prio Foà.** *Sul midollo delle ossa dei colombi nella guarigione delle fratture.* О костномъ мозгѣ у голубей при переломахъ голени. 8. **Umberto Calamida.** *Sifiloma iniziale della mucosa pituitaria.* Рѣдкое мѣстоположеніе сифиломы. 9. **Umberto Calamida.** *Miasi delle fosse nasali.* Случай. 10. **Онъже.** *Due casi di angiomi delle fosse nasali.* 2 случая ангіомы носовой полости. 11. **P. Robecchi.** *Presentazione di sezioni di un cadavere di donna gravida al sesto mese.* Протоколъ вскрытія. 12. **Ferdinando Battistini.** *Alcune osservazioni sul mesotan.* Природа и дѣйствіе мезотана. 13. **Alfonso Bormans.** *Di un nuovo caso di pustola maligna guarita col siero Sclavo e della mancanza della proprietà agglutinante del siero di sangue dei carbonchiosi.* Случай сибирской язвы, излѣченной сывороткой. 14. **G. Grandenigo.** *Sul decremento dell'intensità del suono del diapason in rapporto alla durata di vibrazione.* Краткое сообщеніе. 15. **Онъже.** *Sull'uso del midollo delle ossa nel trattamento della sordità progressiva da otosclerosi.* Къ вопросу о лѣченіи глухоты при отосклерозѣ. 16. **Edoardo Perroncito.** *Una questione relativa alla sieroterapia dell'afta epizootica; suo stato attuale.* Сывороточное лѣченіе афтъ.

## 2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Нѣмецкіе.

**Deutsche Aerzte-Zeitung.** Сентябрь.

1. **Leo Leschziner.** *Ueber die Bakterienmengen in den Säuglingsfäces.* Попытка опредѣлить количество бактерій въ испражненіяхъ у грудныхъ дѣтей. 2. **Oedön Tuszkai.** *Herzleiden während der Schwangerschaft.* Теченіе сердечныхъ заболѣваній въ періодъ беременности. 3. **Bachmann.** *Dr. Haig's Lehre der diätetischen Blutverunreinigung als weitere Stütze meines Neugalenismus.* (Продолженіе). 4. **Oefele.** *Was ist zielbewusste Diabetestherapie.* Цѣлесообразная лѣкарственная и діэтетическая терапія сахарной болѣзни.

Тетр. 16.

1. **R. Petretto.** *Beiträge über das neue diureticum «Theocin».* 9 случаевъ примѣненія новаго мочегоннаго. 2. **M. Fisch** *«Aphor».* Таблетки для приготовленія искусственныхъ дозированныхъ углекислыхъ ваннъ. 3. **R. Baumstark.** *Ueber Fäcesuntersuchungen in der Praxis.* О значеніи изслѣдованія испражненій при пробной діэтѣ *Schmidt'а*. 4. **O. Tuszkai.** *Herzleiden während der Schwangerschaft.* (Продолженіе).

Тетр. 18.

1. **Fritz Frankenhäuser.** *Ueber die Nasskälte des Wassers und ihre Bedeutung für die Hydrotherapie.* Значеніе колебанія температуры водяныхъ паровъ въ гидротерапіи. 2. **Hans Kehr.** *Ein Rückblick auf 720 Gallensteinlaparotomien unter besonderer Berücksichtigung von 90 Hepatikusdrainagen.* Критическая оцѣнка 720 операцій надъ желчнымъ пузыремъ. 3. **Bachmann.** *Dr. Haig's Lehre der diätetischen Blutverunreinigung als weitere Stütze meines Neugalenismus.* (Продолженіе). 4. **Max Cohn.** *Ist die jetzige Gestaltung und die fernere Errichtung von Volksheilstätten ausreichend und zweckmäfsig für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit.* Роль лѣчебныхъ заведеній для народа въ борьбѣ съ бугорчаткой, какъ бытовой болѣзнью. (Не окончена).

**Hygienische Rundschau.** № 16.

1. **W. Hesse.** *Erlebnisse während einer Studienreise in Deutschland, den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika und England im Jahre 1899.* Краткій обзоръ осмотрѣнныхъ учрежденій по общественной гигіенѣ.

№ 17.

1. **M. Rubner.** *Ueber die Wärmebildung durch Mikroorganismen und über die Methodik einer quantitativen Wärmemessung.* Калориметрическія изслѣдованія бактеріальныхъ разводокъ. 2. **Hirschbruch** und **Schwer.** *Prüfung des Typhusnährbodens nach v. Drigalski und H. Conradi und einer noch ähnlichen Principien-Bouillon.* Отношеніе нѣсколькихъ видовъ вибріоновъ къ питательной средѣ, предложенной *Drigalski*'мъ и *Conradi* для выращиванія тифозныхъ палочекъ.

№ 18.

1. **W. Hoffmann.** *Ueber die Wirkung der Radiumstrahlen auf Bakterien.* По опытамъ автора лучи радія оказываютъ бактеріеубивающее дѣйствіе на разводки стафилококка и сибирской язвы. 2. **Oskar Wagener.** *Zur Hygiene des Fussbodens.* Къ вопросу о средствахъ, обеззараживающихъ полъ въ жилыхъ помѣщеніяхъ. Опыты съ различными веществами.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. / Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

## XI. Къ терапіи пузырныхъ свищей у женщинъ.

Проф. В. С. Груздева.

Наше отечество, особенно восточную его окраину, можно, къ сожалѣнію, съ полнымъ правомъ назвать настоящею страною мочевыхъ свищей. Недостатокъ научно-образованнаго акушерскаго персонала, темнота населенія, особенно инородческаго, неумѣлая помощь невѣжественныхъ повитухъ—все это ведетъ къ тому, что роженицы съ узкими тазами, съ поперечными положеніями, гидроцефаліей плода и пр. зачастую остаются безъ своевременной подачи надлежащаго акушерскаго пособія, а это, въ свою очередь, даетъ у нихъ въ результатѣ тяжелыя изуродованія полового прибора съ образованіемъ свищей. Иногда въ возникновеніи послѣднихъ у несчастныхъ обитательницъ нашихъ медвѣжьихъ угловъ играютъ роль и другія условія, еще болѣе зависящія отъ глубокаго невѣжества населенія. Какъ особенно яркій примѣръ, я приведу здѣсь исторію одной страдавшей пузырнымъ свищемъ больной, оперированной мною въ истекшемъ году (см. ниже № 21). Когда эта больная, молодая татарка, явилась ко мнѣ въ клинику съ жалобами на недержаніе мочи, то объективное изслѣдованіе ея дало слѣдующую картину: рукавъ больной превращенъ былъ въ короткій (около 4 стм.) и узкій, коническій мѣшокъ съ рубцовыми стѣнками; мѣшокъ этотъ заканчивался небольшимъ—въ толщину карандаша отверстіемъ, которое вело прямо въ мочевой пузырь; ни матки, ни ея придатковъ у больной прощупать было нельзя; на мѣстѣ ихъ, при изслѣдованіи черезъ прямую кишку опредѣлялись лишь рубцовыя массы и тяжи. Первоначально ни сама больная, ни ея мужъ не хотѣли сообщить истинной причины этого уродства, но потомъ, уже находясь въ клиникѣ, больная разсказала свою грустную исторію. Оказалось, что, страдая, по видимому, недоразвитіемъ матки (мѣсячныя у нея длились всего по 1—2 дня), больная по выходѣ замужъ нѣсколько лѣтъ оставалась бездѣтною. Чтобы помочь горю, она обратилась къ знахаркѣ, и та «вставила ей въ передній проходъ что-то такое, отъ чего у ней страшно рѣзало животъ, долго текла сукровица и выходило гнилое мясо кусками, а потомъ развилось недержаніе мочи»...

Я не стану долго распространяться о томъ, насколько тяжело, даже прямо невыносимо положеніе женщины, имѣвшей несчастіе по той или другой причинѣ получить мочевой свищъ. Какъ ни мало брезгливы наши крестьяне, особенно чуваши, черемисы и т. п., однако и они тяготятся присутствіемъ страдающихъ мочевыми свищами больныхъ въ семьѣ. Ко мнѣ неоднократно являлись въ клинику больныя подобнаго рода, умоляя о помощи и съ отчаяніемъ заявляя, что мужья грозятъ прогнать ихъ отъ себя, если онѣ не вылѣчатся отъ недержанія мочи. Насколько тяжело положеніе этихъ больныхъ, показываетъ уже ихъ отношеніе къ оперативной помощи. Какъ извѣстно, наше простонародье и до сихъ поръ еще побаивается больницъ, а особенно операцій. Не говоря уже о больныхъ съ такими заболѣваніями, которыя не грозятъ непосредственно жизни,—какъ часто врачамъ приходится подолгу уговаривать согласиться на операцію даже больныхъ, напр., съ кистомами яичниковъ или съ начинающимся ракомъ матки! Однѣ страдающія мочевыми свищами больныя представляютъ въ этомъ отношеніи исключеніе: онѣ охотно соглашаются на какую-угодно операцію, лишь-бы только избавиться отъ своего недостатка, отравляющаго имъ жизнь.

Завѣдуемая мною Казанская акушерско-гинекологическая клиника 2 раза въ годъ—весною, при открытіи навигаціи, и осенью, когда начинается учебный годъ,—подвергается настоящей осадѣ со стороны больныхъ съ мочевыми свищами, съѣзжающихся сюда за помощью со всѣхъ концовъ Восточной Россіи. Разумѣется, клиника и въ силу тѣхъ учебныхъ задачъ, которыя она по преимуществу преслѣдуетъ, и вслѣдствіе ограниченнаго числа имѣющихся въ ней мѣстъ не въ состояніи бываетъ удовлетворить этому запросу на оперативную помощь; большинству больныхъ со свищами приходится отказывать. Да и вообще едва-ли усиліями однихъ спеціалистовъ-гинекологовъ,—кстати сказать, весьма еще немногочисленныхъ въ Восточной Россіи,—можно справиться съ такимъ широко распространеннымъ зломъ, какимъ являются здѣсь мочевые свищи. Если-бы даже спеціальныя учрежденія—гинекологическія клиники и гинекологическія отдѣленія больницъ—и могли дать у себя мѣсто и помощь всѣмъ, обращающимся къ нимъ больнымъ съ мочевыми свищами, это-бы еще не значило, что указанная сейчасъ мною задача разрѣшена. И клиники, и больницы съ гинекологическими отдѣленіями существуютъ лишь въ относительно немногихъ крупныхъ центрахъ; поэтому далеко не всѣ больныя со свищами въ состояніи добраться до нихъ, однѣ—по недостатку средствъ на переѣздъ, другія—просто по незнанію. Да и тѣ больныя, которымъ удается это, зачастую являются въ клиники и больницы въ такомъ состояніи, что ихъ уже нельзя оперировать, напр. съ тяжелыми піэло-нефритами.

Чтобы борьба со зломъ, о которомъ идетъ здѣсь рѣчь, была вполнѣ успѣшною, необходимо, во 1-хъ, чтобы были устранены тѣ причины, которыя играютъ главную роль въ широкой распространенности у насъ мочевыхъ свищей—необходимо просвѣщеніе нашего простонародья и обезпеченіе его раціональной акушерской помощью. Во 2-хъ, желательно, чтобы подача оперативной помощи такимъ больнымъ производилась своевременно и на мѣстѣ, что возможно лишь въ томъ случаѣ, если за это дѣло возьмется обыкновенный земскій врачъ-неспеціалистъ. Умѣнье оказать оперативную помощь при влагалищно-пузырномъ свищѣ должно въ такой-же мѣрѣ входить въ кругъ практическихъ познаній земскаго врача, какъ и умѣнье наложить щипцы, зашить свѣжій разрывъ промежности и т. п. Я прекрасно понимаю, что этимъ требованіемъ еще болѣе усложняю ту, и безъ того трудную, задачу, которую сама жизнь предъявляетъ къ нашему земскому врачу. Но тутъ, прежде всего, приходится считаться съ необходимостью,—съ невозможностью иначе рѣшить данный вопросъ. Далѣе, трудность дѣла должна отступать на задній планъ предъ высокою, наглядною плодотворностью его выполненія. Немного найдется даже въ жизни врача минутъ, когда-бы онъ испытывалъ чувство такого высокаго нравственнаго удовлетворенія, какъ послѣ удачнаго закрытія мочевого свища: этой операціей онъ превращаетъ существо, которое было въ тягость и себѣ, и своимъ близкимъ въ человѣка, который можетъ по прежнему наслаждаться всѣми благами жизни. Наконецъ, не слѣдуетъ преувеличивать и трудностей этой операціи. Это—не чревосѣченіе, которое требуетъ и спеціальныхъ распознавательныхъ познаній отъ врача, и опытной ассистентуры, и такой обстановки, которая-бы позволяла строжайшее проведеніе правилъ асептики. Влагалищно-пузырные свищи легко распознаются даже и неспеціалистомъ; техника ихъ зашиванія не такъ уже трудна; оперативное ихъ лѣченіе не требуетъ ни помощниковъ съ спеціальными познаніями, ни особенно сложнаго и дорогого инструментарія, ни строго-асептической обстановки. Разумѣется, и при этой операціи выполненіе указанныхъ сейчасъ условій далеко не будетъ излишнимъ; но, съ другой стороны, и несоблюденіе ихъ далеко не поведетъ къ такимъ печальнымъ послѣдствіямъ, какъ, напр., при брюшныхъ операціяхъ.

Само собою понятно, далѣе, что, говоря все вышеизложенное, я вовсе не имѣю въ виду тѣхъ трудныхъ случаевъ мочевыхъ свищей, надъ которыми иногда приходится безуспѣшно биться и спеціалисту. Я разумѣю тѣ случаи, гдѣ свищъ невеликъ, сидитъ на доступномъ мѣстѣ и т. п.,—словомъ, гдѣ оперативное пособіе можетъ быть оказано и съ тѣми средствами, которыми располагаетъ или легко можетъ располагать даже врачъ-неспеціалистъ; а такихъ больныхъ все-таки большинство, при чемъ онѣ нисколько не менѣе, чѣмъ больныя съ обширными свищами, нуждаются въ оперативной помощи. Что касается трудныхъ въ техническомъ отношеніи случаевъ, то оперативная помощь въ нихъ должна, конечно, всецѣло входить въ задачу гинекологовъ-спеціалистовъ, которые и могутъ справиться съ этой задачей, такъ какъ случаи подобнаго рода встрѣчаются относительно рѣже, чѣмъ случаи первой категоріи.

Digitized by Google

Кромѣ того, въ задачу гинекологовъ-спеціалистовъ должна, разумѣется, входить выработка такихъ способовъ лѣченія мочевыхъ свищей, которые-бы по возможности обезпечивали успѣшность оперативной помощи. Описаніе одного изъ такихъ способовъ и составляетъ главный предметъ настоящей статьи. Прежде чѣмъ, однако, перейти къ этому описанію, я позволю себѣ, хотя въ самыхъ краткихъ чертахъ, познакомить читателей съ тѣми случаями пузырно-влагалищныхъ и пузырно-маточныхъ свищей, въ которыхъ мнѣ пришлось оказывать больнымъ оперативную помощь въ Казанской акушерско-гинекологической клиникѣ за послѣдніе $3^1/_2$ года. *).

1. В., 32 л., замужемъ 8 л., беременна была 4 раза; всѣ беременности кончились срочными родами. Роды всѣ были тяжелые; живымъ родился только 1 ребенокъ. Больна $1^1/_2$ г., послѣ 4-хъ родовъ, длившихся 5 сутокъ. Была оперирована 2 раза безъ успѣха. Размѣры таза: между остями 22, гребнями 26, вертелами 30, наружная конъюгата 18,5. Стѣнки рукава покрыты рубцами; въ верхней $^1/_3$ рукавной трубки щелевидный свищъ съ рубцовыми, мало подвижными краями, около 2 стм. шириной. Операція fistulorrhaphiae 2 раза—30/x 1900 г. и 10/i 1901 г. 1-ый разъ безъ результата, 2-ой разъ съ несовершеннымъ анатомическимъ результатомъ: у больной осталось небольшое отверстіе, съ трудомъ пропускавшее зондъ; функціональный результатъ, впрочемъ, былъ почти полный. Послѣ операціи оба раза больной было предоставлено мочиться произвольно.

2. З., 27 л., замужемъ 6 л., рожала 1 разъ, на первомъ году замужества. Роды длились 5 сутокъ; ребенокъ родился мертвымъ; послѣ родовъ—тяжелое послѣродовое заболѣваніе и образованіе свища. Больная была безъ успѣха оперирована ранѣе въ земской больницѣ. Размѣры таза: между остями 22,5, гребнями 25, вертелами 27, наружная конъюгата 16,5. Рукавъ въ верхнихъ $^2/_3$ сильно съуженъ, и стѣнки его покрыты прочными рубцами, среди которыхъ находится пузырный свищъ, пропускающій палецъ. Операція fistulorrhaphiae 3 раза,—25/x и 13/xi 1900 г. и 13/i 1901 г.,—всѣ 3 раза безъ успѣха. Послѣ всѣхъ операцій больной предоставлялось мочиться произвольно.

3. С., 33 л., рожала 2 раза, послѣдній разъ 12 лѣтъ назадъ 1-ые роды были окончены щипцами, 2-ые окончились безъ врачебной помощи; тѣ и другіе протекли очень тяжело; оба ребенка родились мертвыми. Недержаніе мочи развилось еще послѣ первыхъ родовъ. Оперирована была 2 раза въ земской больницѣ, но безъ успѣха. Размѣры таза: между остями 23, гребнями 24, вертелами 28, наружная конъюгата 16. Весь рукавъ рубцово измѣненъ и сильно съуженъ; на передней стѣнкѣ его—большой (въ 3-копѣечную монету) пузырный свищъ съ неподвижными краями. Операція kolpokleisis вполнѣ удалась лишь съ 3-хъ разъ (11/i, 1/ii и 15/ii 1901 г.). Послѣоперaціонный періодъ проведенъ больною на спинѣ, съ постояннымъ катетеромъ.

4. К., 32 л., замужемъ 7 л., родила 1 разъ, $3^1/_2$ мѣсяца назадъ. Роды были тяжелые, длились 2 сутокъ, окончены извлеченіемъ щипцами мертваго ребенка. Послѣ родовъ образовался свищъ, изъ-за котораго больная уже была оперирована однажды безъ успѣха. Размѣры таза: между остями 20, гребнями 22, вертелами 25,5, наружная конъюгата 16,5. Рукавъ превращенъ въ узкій рубцовый мѣшокъ, на передней стѣнкѣ котораго—мочевой свищъ, пропускающій 2 пальца, съ неподвижными краями. Fistulorrhaphia 10/xii 1900 г. безъ результата. Послѣ операціи больная лежала на спинѣ, съ постояннымъ катетеромъ.

5. А., 46 л., замужемъ 27 л., родила 8 разъ; всѣ дѣти родились живыми. Послѣдніе роды были 4 года назадъ, длились 5 дней, сопровождались родильной говячкой и недержаніемъ мочи. Размѣры таза: между остями 25, гребнями 27, вертелами 29, наружная конъюгата 17. Похотникъ и малыя половыя губы сплошь покрыты кондиломами. Стѣнки рукава выпадаютъ. На передней стѣнкѣ пузырный свищъ въ 1,5 стм. въ поперечникѣ. Операція 7/ii 1901 г.—удаленіе малыхъ губъ и похотника, затѣмъ fistulorrhaphia, послѣдняя безъ успѣха; 24/iii fistulorrhaphia повторена, но опять безъ результата. Послѣ операціи оба раза больной было предоставлено мочиться произвольно.

6. М. 42 л., рожала 10 разъ, 7 разъ правильно, а 3-е родовъ—именно 3-ьи, 9-ые и 10-ые—отличались тяжелымъ теченіемъ, при чемъ дѣти родились мертвыми. Недержаніе мочи развилось послѣ 10-хъ родовъ, бывшихъ 3 недѣли назадъ. Размѣры таза: между остями 24, гребнями 26, вертелами 30, наружная конъюгата 17, истинная 9. Рукавъ цѣлъ; шеечный каналъ значительно расширенъ, и въ него открывается пузырный свищъ, въ поперечникъ обыкновеннаго карандаша величиной. Операція 22/ii 1901 г.—вскрытіе передняго свода, тупое отдѣленіе пузыря отъ шейки, закрытіе отверстія въ пузырѣ непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ на подслизистый слой, изсѣченіе передней стѣнки шеечнаго канала въ видѣ 3-угольника, возстановленіе цѣлости шейки и закрытіе передняго свода. Успѣхъ операціи полный. Въ послѣоперaціонномъ періодѣ моча выпускалась катетеромъ нѣсколько разъ въ сутки.

7. С., 23 л., рожала 2 раза, оба раза очень тяжело, мертвыхъ дѣтей. Недержаніе мочи развилось послѣ 2-хъ родовъ, бывшихъ 2 мѣсяца назадъ и оконченныхъ эмбріотоміей. Размѣры таза: между остями 26, гребнями 28, вертелами 31, наружная конъюгата 18. Задняя $^1/_3$ уретры совершенно уничтожена, передняя зарощена. Операція 13/iii 1901 г.—возстановленіе проходимости уретры и сшиваніе уцѣлѣвшей $^1/_3$ уретральной трубки съ шейкой пузыря—успѣха не имѣла. Въ послѣоперaціонномъ періодѣ катетеръ à demeure.

8. К., 23 л., рожала 1 разъ, 3 года назадъ; роды осложнены были поперечнымъ положеніемъ плода, окончены поворотомъ и извлеченіемъ мертваго плода; послѣ родовъ—родильная горячка и недержаніе мочи. Размѣры таза: между остями 24, гребнями 26, вертелами 31, наружная конъюгата 17. Примыкающая къ пузырю часть уретры совершенно уничтожена, передняя часть проходима. Операція 17/iv 1901 г.—сшиваніе уцѣлѣвшей части уретральной трубки съ пузыремъ—успѣха не имѣла. Въ послѣоперaціонномъ періодѣ моча выпускалась катетеромъ нѣсколько разъ въ сутки.

9. Ч., 31 г., рожала 2 раза, 1-ый разъ правильно, 2-ые роды, бывшіе 2 года назадъ, продолжались 2-е сутокъ и были окончены извлеченіемъ мертваго плода. Послѣ нихъ у больной образовался мочевой свищъ, изъ за котораго она безуспѣшно оперирована была уже 2 раза. Размѣры таза: между остями 25, гребнями 27, вертелами 31, наружная конъюгата 17,5. Рукавъ рубцово съуженъ; въ верхней $^1/_3$ его—пузырный свищъ, свободно пропускавшій палецъ. Fistulorrhaphia 2 раза—24/ix и 15/x 1901 г., оба раза съ неполнымъ успѣхомъ. Послѣ 1-ой операціи больной было предоставлено мочиться самой, послѣ 2-ой—катетеръ à demeure.

10. Е., 33 л., рожала въ срокъ 4 раза, послѣдній разъ 1 годъ назадъ. Первые 3-ое родовъ прошли правильно; въ послѣдній разъ больная разрѣшилась двойнями, при чемъ 1 плодъ былъ извлеченъ врачемъ. Послѣ этихъ родовъ—тяжелое послѣродовое заболѣваніе и недержаніе мочи. Размѣры таза: между остями 25, гребнями 29, вертелами 31,5, наружная конъюгата 19. Въ глубинѣ передняго свода, какъ разъ на границѣ слизистой оболочки рукава со слизистой обо̀лочкой влагалищной части — пузырный свищъ въ 0,5 стм. шириной. Операція 8/x 1901 г.—разрѣзъ передняго свода, тупое отдѣленіе пузыря отъ шейки вплоть до брюшины (стѣнка пузыря на всемъ этомъ протяженіи была уничтожена), закрытіе пузырнаго отверстія непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ на подслизистый слой и пришиваніе стѣнки рукава къ влагалищной части. Успѣхъ операціи полный. Послѣ операціи катетеръ à demeure.

11. С., 46 л., рожала 1 разъ, правильно. 5 мѣсяцевъ назадъ подверглась влагалищному удаленію матки по поводу рака, послѣ чего развилось недержаніе мочи. Рукавъ вверху оканчивается слѣпо, рубцомъ; признаковъ раковаго пораженія въ рубцѣ и тазовой клѣтчаткѣ нѣтъ; на передней стѣнкѣ рукава, близь его слѣпого окончанія—пузырный свищъ въ 0,5 стм. въ діаметрѣ. Fistulorrhaphia 29/x 1901 г. Успѣхъ полный. Въ послѣоперaціонномъ періодѣ катетеръ à demeure.

12. Г., 45 л., рожала 11 разъ; всѣ роды были трудные; 4 дѣтей родились мертвыми. Послѣ 7-хъ родовъ—недержаніе мочи, устраненное операціей (съ 2-хъ разъ); послѣ 11-хъ, бывшихъ 2 года назадъ, недержаніе мочи возобновилось. Размѣры таза: между остями 24, гребнями 26,5, наружная конъюгата 18,5. Лѣвый сводъ рубцово измѣненъ, и въ глубинѣ его--пузырный свищъ, съ поперечникъ карандаша величиною, трудно доступный. Fistulorrhaphia 26/xi 1901 г., безъ успѣха. Въ послѣоперaціонномъ періодѣ больная лежала на спинѣ, съ катетеромъ à demeure.

13. Б., 43 л., рожала 7 разъ; первые 6 родовъ протекли правильно, 7-ые-же, бывшіе 5 мѣсяцевъ назадъ, продолжались 4 сутокъ, при чемъ ребенокъ родился мертвымъ, а послѣ родовъ появилось недержаніе мочи. Размѣры таза: между остями 23, гребнями 25, вертелами 28, наружная конъюгата 18. Въ верхней части рукава—пузырный свищъ, около 2-хъ поперечныхъ пальцевъ шириной, расположенный въ переднемъ и лѣвомъ сводахъ. Весьма трудная fistulorrhaphia 9/x 1902 г.; въ послѣоперaціонномъ періодѣ катетеръ à demeure и положеніе больной на правомъ боку. Такъ какъ правая часть свища не зажила, то 7/xi 1902 г. вторичная операція, послѣ которой больная, съ катетеромъ à demeure, уложена на лѣвомъ боку. Успѣхъ полный.

14. Е., 21 г., рожала 1 разъ, 8 мѣсяцевъ назадъ; роды были крайне трудные и окончены акушеркой съ помощью щипцовъ, которыми извлеченъ былъ мертвый ребенокъ; послѣ родовъ—недержаніе мочи и кала. Рукавъ превращенъ въ узкій, короткій мѣшокъ, стѣнки котораго сплошь состоятъ изъ рубцовъ; уретра почти совсѣмъ уничтожена,—сохранилось лишь узкое кольцо ея въ области наружнаго отверстія; шейка пузыря оторвана отъ окружающихъ тканей и смотритъ въ рукавъ; прямокишечно-влагалищной перегородки почти нѣтъ,—на мѣстѣ ея большое отверстіе, ограниченное кпереди узкимъ мостикомъ рубцовой ткани. Не смотря на то, что случай принадлежалъ къ категоріи неоперируемыхъ,—здѣсь нельзя было думать не только о зашиваніи свищей, но и объ операціи episiokleisis,—по усиленнымъ просьбамъ больной, было предпринято нѣсколько попытокъ оперативнаго лѣченія (18/ix, 9/x и 29/xi 1902 г.); всѣ онѣ, однако, успѣха не имѣли, и больная выписана изъ клиники съ мочепріемникомъ.

15. Н., 21 г., рожала 2 раза; 1-ые роды протекли правильно, 2-ые—2 мѣсяца назадъ—окончены врачемъ, извлекшимъ мертваго ребенка; послѣ этихъ родовъ—недержаніе мочи. Размѣры таза: между остями 24, гребнями 27, наружная конъюгата 19. На передней стѣнкѣ рукава, въ 2,5 стм. отъ входа, пузырный свищъ съ пятиалтынный величиною. Fistulorrhaphia 7/x 1902 г. Послѣ операціи катетеръ à demeure, положеніе больной на спинѣ, съ

*) Сюда не войдутъ лишь тѣ случаи обширныхъ свищей, осложненныхъ полнымъ разрушеніемъ уретры, гдѣ мнѣ пришлось примѣнить kolpokleisis rectalis и уретропластику по *М. С. Субботину.* *В. Г.*

Digitized by Google

приподнятыми ягодицами и опущенною поясницею. Успѣхъ операціи полный.

16. Г., 35 л., рожала 7 разъ; первые 6 родовъ протекли правильно, послѣдніе—1½ года назадъ—длились 3 сутокъ и были окончены фельдшеромъ, извлекшимъ мертваго ребенка. Послѣ родовъ—сильное кровотеченіе и недержаніе мочи. Размѣры таза: между остями 27,5, гребнями 30, вертелами 31,5, наружная конъюгата 18. Рукавъ съуженъ, стѣнки его покрыты рубцами; влагалищная часть слѣва представляла глубокій разрывъ, доходившій до свода; непосредственно къ разрыву, въ глубинѣ лѣваго свода, примыкалъ пузырный свищъ, свободно пропускавшій толстый катетеръ. Операція 21/x 1902 г.—очень трудная fistulorrhaphia и зашиваніе разрыва шейки. Въ послѣоперaціонномъ періодѣ катетеръ à demeure, положеніе больной на правомъ боку. Успѣхъ операціи полный.

17. С., 42 л., рожала 9 разъ, 7 разъ правильно и 2 раза мертвыхъ дѣтей; роды были трудные, особенно послѣдніе, бывшіе 6 мѣсяцевъ назадъ, послѣ которыхъ развилось недержаніе мочи. Размѣры таза: между остями 22, гребнями 26, вертелами 29, наружная конъюгата 17,5. Въ глубинѣ лѣваго свода рукава пузырный свищъ, съ поперечникъ карандаша величиной. Операція fistulorrhaphiae 10/x 1902 г., довольно трудная вслѣдствіе недоступности свища. Послѣ нея больная положена на правый бокъ съ катетеромъ à demeure. Успѣхъ полный.

18. М., 35 л., рожала 9 разъ; всѣ роды были трудные; 4 дѣтей родились мертвыми. Недержаніе мочи со времени послѣднихъ родовъ, бывшихъ 1½ года назадъ и оконченныхъ щипцами. Размѣры таза: между остями 24, гребнями 26, вертелами 30, наружная конъюгата 17. Стѣнки рукава рубцово измѣнены; на передней стѣнкѣ большой (съ мѣдный пятачекъ) пузырный свищъ съ рубцовыми, мало подвижными краями. Fistulorrhaphia 1/xi 1902 г., безъ успѣха. Послѣ операціи больная лежала на спинѣ, съ катетеромъ à demeure.

19. Д., 25 л., рожала 1 разъ, 11 мѣсяцевъ назадъ; роды длились 9 дней и были окончены прободеніемъ; послѣ нихъ — недержаніе мочи. Размѣры таза: между остями 19, гребнями 23,5, вертелами 27, наружная конъюгата 16. Передній сводъ рукава покрытъ рубцами; среди нихъ, нѣсколько влѣво отъ средней линіи—пузырный свищъ, рукавное отверстіе котораго—въ серебряный пятачекъ величиной. Fistulorrhaphia 5/xii 1902 г., технически довольно трудная; послѣ операціи больная положена на правый бокъ съ катетеромъ à demeure. Успѣхъ неполный; свищъ зажилъ лишь въ лѣвой своей части, вслѣдствіе чего операція 7/i 1903 г. была повторена; больная опять положена на правый бокъ съ катетеромъ à demeure. Успѣха, однако, опять не получилось, и операція 31/i 1903 г. повторена еще разъ, послѣ чего больная положена на лѣвый бокъ; на этотъ разъ свищъ зажилъ вполнѣ.

20. Ч., 23 л., рожала 3 раза, первые 2 раза правильно; 3-ьи роды, бывшіе 2 года назадъ, длились очень долго; ребенокъ родился мертвымъ; послѣ родовъ—недержаніе мочи. Размѣры таза: между остями 19, гребнями 24, вертелами 27, наружная конъюгата 16. Лежащая ближе къ пузырю часть уретры совершенно уничтожена, и вся окружность шейки пузыря смотритъ въ рукавъ. Попытка сшить уретру съ пузыремъ, предпринятая 1/ii 1903 г., осталась безъ успѣха. Послѣ операціи--катетеръ à demeure, положеніе больной на спинѣ.

21. В., 26 л. Данныя объ этой больной см. выше, въ началѣ статьи. Здѣсь добавлю лишь, что, какъ показало изслѣдованіе, больная въ лежачемъ положеніи на спинѣ могла задерживать въ пузырѣ нѣкоторое количество мочи. Поэтому послѣ зашиванія свища, произведеннаго 8/iii 1903 г., она была положена, съ катетеромъ à demeure, на спину. Успѣхъ операціи полный.

22. Г., 29 л., рожала 4 раза; послѣдніе роды 3 мѣсяца назадъ, очень трудные, мертвымъ ребенкомъ; послѣ родовъ—недержаніе мочи. Размѣры таза: между остями 23, гребнями 25, вертелами 29, наружная конъюгата 16. Въ переднемъ сводѣ и самой влагалищной части—свищъ, ведшій въ пузырь; рукавное отверстіе свищевого хода не болѣе 0,5 стм. Операція зашиванія свища выполнена 11/iii 1903 г. и оказалась труднѣе, чѣмъ можно было-бы думать сначала, такъ какъ стѣнка пузыря на значительномъ протяженіи вокругъ свища оказалась рубцово измѣненною. Послѣ операціи больная положена на спину съ катетеромъ à demeure. Успѣхъ полный.

23. А., 30 л., рожала 4 раза; всѣ роды были трудные; изъ дѣтей родился живымъ лишь 1. Послѣ 2-хъ родовъ у больной образовался мочевой свищъ, зашитый съ 3-хъ разъ; послѣ 4-хъ родовъ, бывшихъ 2 мѣсяца назадъ и продолжавшихся 3 дня, недержаніе мочи возобновилось. Размѣры таза: между остями 25, гребнями 29, вертелами 31, наружная конъюгата 17, діагональная 10. Въ переднемъ сводѣ рукава—пузырный свищъ, около 1 стм. въ ширину. Въ лежачемъ положеніи больная могла удерживать въ пузырѣ небольшое количество мочи. Fistulorrhaphia 20/iv 1903 г. Послѣ операціи больная положена на спинѣ, съ постояннымъ катетеромъ. Успѣхъ полный.

24. Б., 30 л., 4 мѣсяца назадъ подвергалась какой-то влагалищной операціи, послѣ которой стала страдать частичнымъ недержаніемъ мочи. При изслѣдованіи въ переднемъ сводѣ найденъ точечный свищъ, чрезъ который каплями выдѣлялась моча. Fistulorrhaphia 27/x 1903 г. Послѣ операціи—положеніе больной на спинѣ съ катетеромъ à demeure. Результатъ операціи удовлетворительный.

25. И., 25 л., рожала 3 раза; всѣ роды были трудные, особенно 2-ые, бывшіе 3 года назадъ и сопровождавшіеся недержаніемъ мочи. Размѣры таза: между остями 27, гребнями 30, вертелами 32, наружная конъюгата 17,5. Передній сводъ покрытъ рубцами, и въ немъ—щелевидный свищъ, около 1 стм. шириной. Немного мочи при лежачемъ положеніи больной задерживалось въ пузырѣ, почему послѣ зашиванія свища 8/ix 1903 г. больная и была положена съ катетеромъ à demeure на спину. Результатъ операціи успѣшный.

26. К., 37 л., рожала 1 разъ, годъ назадъ; роды были очень тяжелые, окончены извлеченіемъ щипцами мертваго ребенка; послѣ родовъ—недержаніе мочи. Передній сводъ сморщенъ, покрытъ рубцами; въ немъ, нѣсколько влѣво отъ средней линіи—щелевидное отверстіе, ведшее въ пузырь; ширина отверстія около 1 поперечнаго пальца. Fistulorrhaphia 9/x 1903 г. Послѣ операціи больная, съ катетеромъ à demeure, положена на правый бокъ. Успѣхъ операціи полный.

27. Г., 47 л., рожала 8 разъ; всѣ роды были трудные; 3-ое дѣтей родились мертвыми; недержаніе мочи появилось послѣ 8-хъ родовъ, 10 лѣтъ назадъ. Размѣры таза: между остями 25, гребнями 26, вертелами 30, наружная конъюгата 17, діагональная 11. На передней стѣнкѣ рукава, приблизительно на срединѣ—отверстіе пузырнаго свища, въ серебряный пятачекъ величиной; края отверстія оплотнѣлыя. Fistulorrhaphia 2 раза, 3/x и 29/xi 1903 г.,—2-ой разъ съ полнымъ успѣхомъ *). Послѣ операціи больная лежала на спинѣ съ катетеромъ à demeure.

28. Г., 40 л., рожала въ срокъ 7 разъ; послѣдніе роды—5 лѣтъ назадъ—были очень трудные, продолжались 4 сутокъ и окончены прободеніемъ; послѣ нихъ образовался свищъ, изъ-за котораго больная однажды уже подвергалась операціи, но безъ успѣха. Размѣры таза: между остями 26,5, гребнями 28, вертелами 32, наружная конъюгата 18,5. Слизистая оболочка передняго свода рукава рубцово измѣнена; въ глубинѣ свода, влѣво отъ средней линіи, опредѣлялся пузырный свищъ, пропускавшій палецъ, съ оплотнѣлыми краями. Очень трудная fistulorrhaphia 12/ix 1903 г. Послѣ операціи больная положена, съ катетеромъ à demeure, на правый бокъ. Результатъ операціи вполнѣ удовлетворительный.

29. Б., 22 л., родила 1 разъ, 6 мѣсяцевъ назадъ; послѣ родовъ, которые протекали очень тяжело и были окончены щипцами, — недержаніе мочи. Стѣнки рукава рубцово измѣнены; въ переднемъ сводѣ—пузырный свищъ съ серебряный пятачекъ величиной. Fistulorrhaphia 25/x 1903 г. Послѣоперaціонное время больная провела на спинѣ, съ постояннымъ катетеромъ. Успѣхъ операціи полный.

30. Н., 31 г., рожала 4 раза, 2 раза двойни; всѣ роды были трудные; живыми родились лишь 3-ое дѣтей; особенно трудны были послѣдніе роды, 3 мѣсяца назадъ, которые продолжались 2 сутокъ и были окончены прободеніемъ; послѣ этихъ родовъ у больной развилось полное недержаніе мочи. Размѣры таза: между остями 26, гребнями 27, вертелами 30, наружная конъюгата 17. Вся верхняя ⅓ передней стѣнки рукава уничтожена; на мѣстѣ ея — обширный пузырный свищъ съ плотными, неподвижными краями; матка совершенно не низводится вслѣдствіе брюшинныхъ сращеній и рубцоваго сморщиванія окружающей ее клѣтчатки, атрофирована. Въ виду всего этого больной была предложена операція kolpokleisis partialis, на которую она и согласилась. Операція эта была выполнена 1/xii 1903 г. Послѣоперaціонное время больная провела, лежа на животѣ, съ катетеромъ à demeure. Успѣхъ операціи полный. Оставшаяся часть рукава оказалась около 5 стм. длиною.

Если сравнить результаты, достигнутые оперативнымъ вмѣшательствомъ въ первыхъ 12 изъ только-что перечисленныхъ случаевъ, съ тѣми, какіе были достигнуты у остальныхъ 18 больныхъ, то невольно бросится въ глаза существующая между ними рѣзкая разница: между тѣмъ какъ въ 1-ой группѣ цѣль операціи была достигнута въ 5 случаяхъ изъ 12, въ томъ числѣ 1 разъ послѣ 2-кратнаго повторенія операціи и 1 разъ—послѣ 3-кратнаго, во 2-ой—операція увѣнчалась успѣхомъ въ 15 случаяхъ изъ 18, въ томъ числѣ у 12 больныхъ—съ 1-го раза, у 2—съ 2-хъ разъ и у 1—съ 3-хъ. Спрашивается, чѣмъ объясняется такая громадная разница?

Отчасти ее можно было-бы объяснить тѣмъ, что въ 1-ой группѣ было относительно больше тяжелыхъ случаевъ, напр., случаевъ съ полнымъ уничтоженіемъ части уретры, при которыхъ операція рѣдко даетъ успѣхъ. Но, если и отбросить такіе случаи, то въ 1-ой группѣ останется 10 случаевъ, и изъ нихъ лишь 5 увѣнчались успѣхомъ, а во 2-ой—16 случаевъ, изъ коихъ 15 было успѣшныхъ, т. е. разница получится все-таки огромная—50% и 94% успѣха.

Нельзя объяснить этой разницы и неодинаковостью техники операцій въ той и другой группѣ: во всѣхъ перечисленныхъ случаяхъ fistulorrhaphia производилась мною по одному и тому-же способу, а именно по т. наз. способу расщепленія, который я считаю наиболѣе ведущимъ къ цѣли. Операція начиналась съ того, что я отпрепаровывалъ ножемъ слизистую оболочку рукава отъ стѣнки пузыря кругомъ

*) Въ 1-ый разъ операція въ этомъ случаѣ была произведена, хотя и въ завѣдуемой мною клиникѣ, но не мною и по иному способу, чѣмъ оперирую обыкновенно я. *В. Г.*

Digitized by Google

всего свища на большее или меньшее разстояніе отъ краевъ послѣдняго, въ зависимости отъ величины свищевого отверстія, подвижности его краевъ и т. п. условій. Затѣмъ я зашивалъ сначала пузырную стѣнку непрерывнымъ швомъ изъ тонкаго кэтгута, накладываемымъ на подслизистый слой пузыря; слизистая оболочка послѣдняго при этомъ отнюдь не прокалывалась; швъ накладывался или въ 1 или въ 2 яруса, въ зависимости отъ особенностей случая. Въ заключеніе возстановлялась цѣлость рукавной стѣнки рядомъ узловатыхъ швовъ изъ шелка или изъ silk-worm'а.

Указанная разница въ результатахъ, если и невполнѣ, то во всякомъ случаѣ въ значительной степени должна быть объяснена тѣмъ способомъ веденія послѣопераціоннаго періода, который былъ мною принятъ во 2-й группѣ случаевъ и на который я позволяю себѣ обратить вниманіе тѣхъ, кому приходится оказывать больнымъ оперативную помощь по поводу пузырныхъ свищей.

Если обратиться къ наиболѣе распространеннымъ изъ современныхъ руководствъ по гинекологіи, то увидимъ, что авторы ихъ, отдавая очень много мѣста описанію техники оперативнаго лѣченія мочевыхъ свищей, относительно мало останавливаются на вопросѣ о веденіи послѣопераціоннаго періода, при чемъ высказываютъ по этому вопросу весьма различные взгляды.

Такъ, *Martin* [1]) совѣтуетъ послѣ зашиванія пузырновлагалищныхъ свищей примѣнять катетеръ à demeure тамъ, гдѣ пузырь нераздражимъ; въ случаяхъ-же сильной возбудимости пузыря онъ избѣгаетъ какъ введенія постояннаго катетера, такъ и катетеризаціи, предоставляя больнымъ мочиться произвольно. Что касается положенія больныхъ послѣ операціи, то, по видимому, онъ всегда примѣнялъ горизонтальное положеніе на спинѣ.

Покойный *К. Ѳ. Славянскій* [2]) предлагалъ примѣнять катетеризацію мочевого пузыря послѣ операціи fistulorrhaphiae «лишь тогда, когда къ этому существуютъ свои показанія». При значительно уменьшенномъ въ объемѣ мочевомъ пузырѣ, при бывшихъ большихъ недостачахъ онъ считалъ показаннымъ дренажъ пузыря при помощи обыкновенной мягкой дренажной трубки, въ 10—15 стм. длиною и 0,5—0,75 стм. въ діаметрѣ, вводимой въ уретру настолько, чтобы ея конецъ только-только заходилъ за внутреннее отверстіе послѣдней. Катетеръ à demeure, по его мнѣнію, «проникая довольно далеко за внутреннее отверстіе мочеиспускательнаго канала въ полость мочевого пузыря, можетъ служить извѣстнымъ раздражителемъ нижней его стѣнки, а, слѣд., и области заживающей фистулы». Держать оперированную въ постели, дней 8—10, онъ совѣтовалъ лишь послѣ болѣе сложныхъ операцій; въ обыкновенныхъ-же случаяхъ ей позволяется вставать на короткое время, начиная уже съ 1-го дня послѣ операціи.

*Pozzi* [3]) находитъ полезнымъ впродолженіи первыхъ 2 сутокъ послѣ fistulorrhaphi'и примѣнять у оперированныхъ *Sims*'овскія S-образный катетеръ à demeure. Болѣе продолжительное примѣненіе такого катетера можетъ, по его мнѣнію, повести за собою воспаленіе пузыря, и поэтому гораздо лучше послѣ первыхъ 2-хъ дней перейти къ катетеризаціи, повторяемой черезъ каждые 3 часа, днемъ и ночью. Произвольное мочеиспусканіе онъ разрѣшаетъ больнымъ лишь съ 10—12-го дня. О положеніи больныхъ послѣ операціи *Pozzi* не говоритъ ничего.

По *Nagel*'ю [4]), такъ какъ при употребленіи постояннаго катетера почти всегда развивается воспаленіе пузыря, лѣченіе котораго затягивается иногда на очень продолжительное время, лучше не употреблять его, а вмѣсто этого катетеризировать больныхъ, первыя 2 недѣли послѣ операціи, днемъ черезъ каждые 2—3 часа, а ночью 1—2 раза.

*Lutaud* [5]) совѣтуетъ послѣ зашиванія пузырныхъ свищей держать больныхъ въ постели на спинѣ, съ немного приподнятыми колѣнями, поддерживаемыми при помощи подушекъ. Въ пузырь онъ предлагаетъ вводить катетеръ à demeure и оставлять его тамъ до времени снятія швовъ, т. е. 10—12 дней.

Въ руководствѣ *Schröder-Hofmeier*'а [6]) приводятся слѣдующія указанія относительно веденія послѣопераціоннаго періода послѣ зашиванія пузырно-влагалищныхъ свищей: «Послѣ операціи больная должна около 8 дней пролежать спокойно въ постели, не подвергаясь никакимъ манипуляціямъ. Съ 10-го дня начинаютъ осторожно снимать швы... Въ трудныхъ случаяхъ, особенно когда пострадала способность мочевого пузыря къ достаточному расширенію, большую пользу приноситъ дренажъ. Послѣдній производится всего практичнѣе посредствомъ небольшой трубочки изъ твердаго каучука, при чемъ одинъ конецъ ея, находящійся въ мочевомъ пузырѣ, нѣсколько утолщенъ, а другой соединенъ съ эластическою трубкою, чрезъ которую моча выводится наружу».

*Runge* [7]) въ своемъ учебникѣ ограничивается по этому вопросу лишь упоминаніемъ, что послѣ fistulorrhaphi'и швы снимаются на 8-ой день, а покидаютъ постель оперированныя—на 10-ый.

*Fritsch* [8]) принципіально совѣтуетъ послѣ зашиванія пузырныхъ свищей дренировать пузырь *Skene*'овскимъ стеклляннымъ катетеромъ. «Это имѣетъ, говоритъ онъ, то преимущество, что, какъ намъ извѣстно, пока больная лежитъ сухо и моча вытекаетъ въ пріемникъ, свищъ оказывается закрытымъ. Кромѣ того, при дренированіи не происходитъ раздраженія раны. Если свищъ находится надъ trigonum *Lieutaudii*, то при дренированіи моча не попадаетъ на рану, которая вслѣдствіе этого заживаетъ совершенно нормально». О положеніи больныхъ послѣ операціи авторъ не говоритъ ничего.

*Küstner* [9]) совѣтуетъ первые 10 дней послѣ зашиванія свищей стараться держать пузырь постоянно пустымъ, «чтобы рана не испытывала ни малѣйшаго напряженія». Въ этихъ видахъ онъ вводитъ въ пузырь стеклянный катетеръ à demeure, прикрѣпляемый къ лону полоской липкаго пластыря и соединяемый съ резиновой трубкой. Если ввести въ пузырь одну только резиновую трубку или-же мягкій катетеръ, то, по мнѣнію *Küstner*'а, они очень легко закупориваются слизью, отдѣляемой катаррально воспаленной слизистой оболочкой пузыря, или-же отлагающимися уратами. Тоже самое, по *Küstner*'у, можно сказать и относительно «лошадиной ноги» *Skene*.

Ограничиваясь этими краткими литературными данными, позволю себѣ теперь изложить свой взглядъ на разбираемый вопросъ.

По моему глубокому убѣжденію, въ дѣлѣ оперативнаго лѣченія пузырныхъ свищей путемъ fistulorrhaphiae и kolpokleisis (resp. episiokleisis) соотвѣтственное веденіе послѣоперапіоннаго періода имѣетъ по меньшей мѣрѣ такую-же важность, какъ и техника самой операціи. При одномъ веденіи этого періода и неособенно тщательно зашитый свищъ можетъ зажить, при другомъ — даже и тщательно выполненная операція можетъ не дать успѣха. Изъ вышеописанныхъ случаевъ въ 12-мъ, 13-мъ, 16-мъ и нѣкоторыхъ другихъ свищи, вслѣдствіе ихъ недоступнаго положенія, были зашиты далеко не такъ тщательно, какъ это бы требовалось,—и однако эти свищи зажили сразу. Напротивъ, въ другихъ случаяхъ, напр. въ 5-мъ, свищи были зашиты безукоризненно, а тѣмъ не менѣе операція успѣха не имѣла. Причину этой разницы результатовъ я вижу главнымъ образомъ въ различномъ веденіи тамъ и здѣсь послѣоперапіоннаго періода.

Чтобы пузырный свищъ зажилъ послѣ зашиванія безъ помѣхи, нужно по возможности уберечь его отъ постояннаго соприкосновенія съ мочею, — таково основное положеніе, которымъ, по моему мнѣнію, слѣдуетъ руководиться при выборѣ способа веденія послѣоперапіоннаго періода у больныхъ, оперированныхъ по поводу пузырныхъ свищей. Если зашитый свищъ постоянно омывается со стороны пузыря мочею, то послѣдняя легко просачивается внутрь свищевой раны и препятствуетъ ея заживленію. Въ этомъ главнымъ образомъ, а не въ растяженіи пузырной стѣнки скопляющеюся мочею, и кроется причина плохого заживленія свищей въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ больнымъ послѣ операціи предоставляется мочиться произвольно. Исходя изъ этого положенія, послѣ зашиванія свища слѣдуетъ позаботиться, чтобы пузырь у оперированной былъ по возможности свободенъ отъ мочи. Лучшимъ средствомъ

Digitized by Google

достигнуть этого является примѣненіе постояннаго катетера, при томъ введеннаго настолько глубоко, чтобы конецъ его находился въ самой низкой части пузыря. Я особенно подчеркиваю послѣднее обстоятельство, ибо лишь при этомъ условіи пузырь опоражнивается наиболѣе совершенно. Предлагаемые нѣкоторыми авторами стеклянные и каучуковые дренажи, вводимые въ уретру лишь настолько, чтобы ихъ концы только слегка выступали въ полость пузыря, достигаютъ указанной цѣли далеко не въ такой степени,—при нихъ пузырь до уровня отверстія дренажа остается всегда наполненнымъ мочею.

Но этого мало. Произведенные мною на трупѣ опыты съ вливаніемъ въ пузырь чрезъ мочеточники красящихъ жидкостей убѣдили меня, что даже и при глубокомъ введеніи катетера небольшая часть жидкости все-таки остается въ наиболѣе низкой части пузыря. Если зашитый свищъ находится какъ разъ въ этой части пузыря, то онъ и при катетерѣ à demeure постоянно будетъ орошаться мочею и оттого плохо заживать. Во избѣжаніе этого, слѣдуетъ послѣ зашиванія пузырнаго свища, кромѣ введенія больной катетера à demeure, придать ей такое положеніе, при которомъ бы свищъ находился выше уровня постоянно имѣющейся въ пузырѣ мочи. Положеніе это можетъ быть опредѣлено уже по мѣстоположенію свища: если свищъ лежитъ влѣво отъ средней линіи, то больную слѣдуетъ положить на правый бокъ; если онъ расположенъ болѣе вправо, больную кладутъ на лѣвый бокъ; если зашитая поверхность, какъ это бываетъ при операціи kolpokleisis, занимаетъ при спинномъ положеніи больной наиболѣе низкую часть мочевого резервуара, то больную выгодно положить на животъ и т. п. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ по мѣстоположенію свища нельзя догадаться, какое положеніе слѣдуетъ придать больной, чтобы устранить зашитый свищъ отъ постояннаго смачиванія мочею, можно это выяснить до операціи экспериментально, наполняя пузырь больной при различныхъ ея положеніяхъ борнымъ растворомъ и затѣмъ опредѣляя, въ какомъ положеніи больной въ пузырѣ задерживается наибольшее количество жидкости, не вытекая черезъ свищъ; найденное при этомъ опытѣ положеніе и будетъ наиболѣе выгоднымъ для больной послѣ операціи.

Указанное положеніе представляетъ еще ту выгоду, что при немъ нечего опасаться,—какъ этого опасался покойный *К. Ѳ. Славянскій*,—чтобы конецъ введеннаго катетера раздражалъ область зашитаго свища; при немъ конецъ катетера лежитъ въ неповрежденной части пузыря. Впрочемъ, по моимъ наблюденіямъ, катетеръ à demeure вообще не обнаруживаетъ того вреднаго вліянія на пузырь, о которомъ говорятъ нѣкоторые авторы; только, разумѣется, слѣдуетъ заботиться о томъ, чтобы катетеръ былъ вполнѣ эластиченъ. Если онъ закупорится слизью или уратами, его слѣдуетъ вынуть, прокипятить и опять вставить.

Въ избранномъ для каждаго даннаго случая положеніи я оставляю больную—конечно, съ катетеромъ à demeure—9 дней; на 10-й день я снимаю швы со стѣнки рукава и позволяю больной измѣнить положеніе; на 11-й день катетеръ вынимается, и больной разрѣшается мочиться произвольно—первое время почаще; наконецъ, на 12-й день оперированная покидаетъ постель.

Результаты такого веденія послѣоперационнаго періода говорятъ сами за себя. Я лично, по крайней мѣрѣ, увѣренъ, что именно строгому проведенію этого способа я обязанъ успѣшности 2-го ряда своихъ операцій. Не могу не пожелать поэтому, чтобы описанный способъ нашелъ себѣ возможно болѣе широкое распространеніе.

**Источники.** 1) *Martin*. Патологія и терапія женскихъ болѣзней. Русск. пер. д-ра *Максимова*. Петербургъ, 1885, стр. 292.—2) *К. Ѳ. Славянскій*. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней. Петербургъ, 1888, т. I, стр. 201 и 220.—3) *Pozzi*. Руководство клинической и оперативной гинекологіи. Русск. пер. подъ ред. д-ра *Воффа*, Москва, 1897, стр. 990.—4) *Nagel*. Гинекологія. Пер. подъ ред. *Груздева*. Петербургъ, 1900, стр. 322.—5) *Lutaud*. Manuel complet de gynécologie. Paris, 1900, стр. 263.—6) *Schröder-Hofmeier*, Болѣзни женскихъ половыхъ органовъ. Русск. пер. д-ра *Серебренникова*, дополненный д-ромъ *Блюменау*, Петербургъ, 1900, стр. 100. — 7) *Runge*, Lehrbuch der Gynaekologie. Berlin, 1902, стр. 98. — 8) *Fritsch*. Женскія болѣзни. Русск. пер. д-ра *Зибольда*, Петербургъ, 1903, стр. 131—9) *Küstner*. Краткій учебникъ гинекологіи. Русск. пер. подъ ред. *Груздева*, Петербургъ, 1903, стр. 381.

---

## XII. Разлитые перитониты, вызываемые болѣзнями женскихъ половыхъ органовъ.

**Я. Б. Зельдовича.**

**Програмное сообщеніе на соединенномъ засѣданіи 1-го Съѣзда Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ и 4-го Съѣзда Россійскихъ хирурговъ 30/XII 1903 г.**

Мм. Гг.! Среди отдѣловъ хирургіи, всецѣло обязанныхъ какъ своимъ возникновеніемъ, такъ и колоссальнымъ ростомъ послѣднимъ 2-мъ 10-лѣтіямъ, несомнѣнно одно изъ самыхъ видныхъ мѣстъ занимаетъ отдѣлъ о хирургическомъ лѣченіи разлитыхъ перитонитовъ. Какой контрастъ между сказанной въ 1884 г. на засѣданіи врачей въ Berlin'ѣ робкой фразой *Leyden*'а: «Я не могу удержаться, чтобы не высказать, что меня давно уже мучитъ мысль—не можетъ-ли перитонитъ быть подвергнутъ хирургическому лѣченію», и относящимися къ недавнему времени словами *Czerny*—«Въ наиболѣе острыхъ прободныхъ случаяхъ перитонитовъ практическій врачъ долженъ умѣть самъ прибѣгнуть къ хирургическому вмѣшательству, а не ждать, пока явится спеціалистъ-хирургъ»!

Однако болѣе подробное изученіе вопроса показываетъ, что далеко не всѣмъ видамъ перитонитовъ въ одинаковой степени улыбалась судьба въ хирургіи; особенно не посчастливилось разлитымъ гнойнымъ перитонитамъ, исходящимъ изъ женскихъ половыхъ органовъ, которые, краткости ради, я буду называть гинекологическими. Когда мнѣ пришлось наблюдать больныхъ такими перитонитами и я, интересуясь вопросомъ приступилъ къ изученію литературы, меня сначала поразило, какъ мало сравнительно удѣляютъ спеціальнаго вниманія хирурги упомянутой формѣ, съ которой они почти даже не считаются при выработкѣ находящейся, правда, еще въ созидательномъ періодѣ номенклатуры перитонитовъ. Въ то время, какъ нѣкоторые виды перитонитовъ имѣютъ уже очень большую самостоятельную литературу, литература гинекологическихъ перитонитовъ еще бѣдна, а въ произведеніяхъ, посвященныхъ изученію перитонитовъ вообще, о гинекологическихъ иногда совсѣмъ не упоминается или говорится очень мало. Не желая утомлять Вашего вниманія литературными подробностями, я въ подтвержденіе своихъ словъ сошлюсь лишь на болѣе обширныя русскія работы по вопросу о перитонитахъ проф. *С. П. Федорова*, *В. М. Зыкова* и *А. Н. Гагмана*. Немного говоритъ о гинекологическомъ перитонитѣ и *М. И. Ростовцевъ*, который въ своей работѣ о перитифлитѣ, имѣя дѣло исключительно съ больными и умершими женщинами, не могъ не столкнуться съ этимъ вопросомъ. Но собственный казуистическій матеріалъ у всѣхъ этихъ авторовъ вообще крайне бѣденъ — у проф. *С. П. Федорова*—5, у *В. М. Зыкова*—3 и у *А. Н. Гагмана*—10 случаевъ, у всѣхъ у нихъ почти нѣтъ гинекологическихъ, у *М. И. Ростовцева* на 16 случаевъ—3 гинекологическихъ. Если-же обратиться къ болѣе обширнымъ статистикамъ иностранныхъ авторовъ, то и у нихъ число оперированныхъ по поводу гинекологическихъ перитонитовъ не велико, а значеніе приводимыхъ цифръ умаляется еще болѣе отъ того, что соотношеніе гинекологическихъ перитонитовъ не разсматривается для женщинъ отдѣльно, а en masse, вслѣдствіе чего скрадывается дѣйствительная частота этого страданія у женщинъ сравнительно съ другими формами перитонитовъ. Во всякомъ случаѣ сообщаемыя цифры даже не приближаются къ дѣйствительности, что я надѣюсь ниже доказать собранными мною наблюденіями и матеріаломъ изъ женской Обуховской больницы, имѣющими, кромѣ своей значительности, еще цѣнность однородности, такъ какъ всѣ виды перитонитовъ относятся исключительно къ женщинамъ.

Убѣдившись въ незначительности числа операцій при гинекологическихъ перитонитахъ среди матеріала хирур-

Digitized by Google

говъ, я пришелъ къ выводу, что такія больныя, естественно, попадаютъ къ гинекологамъ. Въ виду этого я обратился со своими поисками къ гинекологической литературѣ. Изученіе ея привело меня къ такому выводу, что, если исключить одиночныя наблюденія, то въ общемъ вопросъ о разлитыхъ гнойныхъ перитонитахъ гинекологической литературой или обходится совершенно, или-же обсуждается очень мало; отсюда само собою напрашивалось заключеніе, что гинекологи при разлитыхъ гнойныхъ перитонитахъ оперируютъ мало. И такое воздержаніе не покажется неестественнымъ при знакомствѣ съ мнѣніемъ объ этомъ вопросѣ тѣхъ гинекологовъ, которые высказывались о немъ. Позволю себѣ привести для характеристики отношенія гинекологовъ взглядъ *Döderlin*'а, которому принадлежитъ глава о перитонитѣ въ такомъ почтенномъ руководствѣ, какъ «Handbuch für Gynaecologie» *Veit*'а.

«Очистить брюшную полость, говоритъ *Döderlin*, обеззараживающими жидкостями нельзя; помощь-же, оказываемая борьбѣ организма, отведеніемъ выпота слишкомъ проблематична, чтобы ее можно было считать лѣчебнымъ пріемомъ. Быстро образующіяся новыя выпотныя массы и невозможность самой тщательной дренировкой отводить выпотъ изъ всѣхъ бухтъ и заворотовъ брюшной полости подрываютъ значеніе операціи, такъ что едва-ли стоитъ прибѣгать къ этому тяжелому вмѣшательству».

Взглядъ этотъ, надо сознаться, мало соотвѣтствуетъ современнымъ теченіямъ въ разбираемомъ вопросѣ и едва-ли справедливъ, тѣмъ болѣе, что ничего лучшаго, чѣмъ операція, *Döderlin* не предлагаетъ. И такъ, больныя, о которыхъ говорю, къ хирургамъ попадаютъ рѣдко, гинекологи-же ихъ рѣдко оперируютъ.

Какая-же судьба постигаетъ большую часть такихъ больныхъ, а ихъ, какъ я скажу ниже, очень много? Сопоставленіе литературныхъ данныхъ съ моими наблюденіями приводитъ къ грустному выводу, что эти больныя умираютъ неоперированными. Между тѣмъ дѣйствительно-ли такъ безнадежно это страданіе и возможна-ли борьба съ нимъ?

Отвѣтомъ на этотъ вопросъ отчасти можетъ служить довольно обширная уже хирургическая статистика, которая даже по отношенію къ такимъ тяжелымъ формамъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ, какъ зависящія отъ прободенія воспаленнаго червеобразнаго отростка или брюшнотифозныхъ язвъ, даетъ уже 28 и 31% выздоровленія по *Krögius*'у и д-ру *Янковскому*, хотя цифра послѣдняго, вѣроятно, и выше дѣйствительной. Въ нѣкоторой также степени, надѣюсь, рѣшенію указаннаго вопроса можетъ помочь и разборъ моего матеріала. Такъ какъ при изложеніи я не могу, въ предѣлахъ отведеннаго мнѣ времени, останавливаться на подробностяхъ, то я принужденъ, чтобы не быть ложно понятымъ, сказать нѣсколько словъ о тѣхъ общихъ для всѣхъ перитонитовъ, къ сожалѣнію, далеко еще не установленныхъ, понятій, какими я руководился.

Полной опредѣленности нѣтъ даже въ такомъ, казалось-бы, простомъ вопросѣ, какъ подраздѣленіе перитонитовъ по степени ихъ распространенности въ брюшной полости. Такъ, напр., не достаточно строго отдѣляются понятія «общій» и разлитой перитонитъ. Мнѣ кажется, 1-ое обозначеніе должно-бы быть совершенно оставлено въ клинической характеристикѣ перитонитовъ. Какъ бы широко ни была раскрыта брюшная полость при операціи, клиницистъ никогда не можетъ сказать съ увѣренностью, что въ ней нѣтъ ни одного уголка, который-бы не былъ захваченъ воспалительнымъ процессомъ, и, если процессъ разлитой, то это еще не значитъ, какъ указалъ уже *Körte*, что онъ—общій, что совершенно не различается нѣкоторыми авторами, которые по отношенію къ одному и тому-же случаю употребляютъ опредѣленіе то разлитой, то общій. Въ этомъ отношеніи клиницистамъ слѣдуетъ взять примѣръ осторожности въ выраженіяхъ съ патолого-анатомовъ, которые обычно употребляютъ выраженіе «diffusa», а не «universalis». Придерживаясь такого взгляда, я при разборѣ своего матеріала отнесъ къ разлитымъ формамъ перитонитовъ всѣ тѣ случаи, въ которыхъ по разрѣзѣ брюшной стѣнки, гдѣ-бы этотъ разрѣзъ ни былъ—по бѣлой-ли линіи отъ пупка или отъ мечевиднаго отростка до лона, или сбоку по краю прямой мышцы живота или параллельно паховой складкѣ,—мы попадали въ свободную брюшную полость, содержавшую, насколько то возможно было обозрѣть глазомъ, свободно разливавшійся гнойный выпотъ и не имѣвшую никакихъ отграничивающихъ срощеній между брюшной стѣнкой и органами брюшной полости. Всѣ послѣдняго рода случаи, какъ относящіеся къ отграниченнымъ или къ *Mikulicz*'евской формѣ прогрессивно нарастающихъ перитонитовъ, я въ разсчетъ не принималъ.

Еще большія разногласія существуютъ въ распредѣленіи перитонитовъ по ихъ клиническому теченію: одни авторы берутъ исходной точкой органы, послужившіе причиной развитія перитонитовъ, другіе — характеръ выпота, третьи—видъ бактерій. Я не имѣю возможности вдаваться здѣсь въ разборъ различныхъ теченій и укажу лишь, что попытки подраздѣлить клиническое теченіе перитонитовъ на основаніи бактеріологическихъ данныхъ, какъ это дѣлаетъ *Döderlin*, распредѣляя перитониты на стрептококковые, зависящіе отъ кишечной палочки, гонококковые и т. д., надо считать наиболѣе несостоятельными, такъ какъ самая бактеріологія перитонитовъ далеко еще не разработана, а тѣмъ менѣе выяснено соотношеніе между клиническимъ теченіемъ и видомъ бактерій. Пользуюсь случаемъ указать также на несостоятельность номенклатуры перитонитовъ у *Winckel*'я, подраздѣлившаго перитониты на послѣродовые, оперативные, перелойные, бугорчатковые и прободные, дѣленіе, въ которомъ трудно разобраться, что собственно авторъ бралъ исходной точкой: бактеріологію-ли, способъ прониканія заразы или характеръ теченія? Мнѣ кажется, что на гинекологическіе перитониты, если имѣть въ виду ихъ теченіе, лучше всего распространить дѣленіе разлитыхъ перитонитовъ, выработанное послѣ нѣсколькихъ лѣтъ обсужденія этого вопроса хирургическимъ Обществомъ въ Парижѣ, на 2 большія группы—разлитой гнилостный перитонитъ или перитонеальный сепсисъ и разлитые гнойные перитониты. Если въ этомъ дѣленіи добавить по отношенію ко 2-ой группѣ слова: безъ срощеній, ибо французское дѣленіе допускаетъ разлитые перитониты со сроценіями и прибавить 3-ью группу—перитонеальное раздраженіе, то мы будемъ имѣть очень удобныя рамки, въ которыя легко размѣстятся всѣ виды различныхъ гинекологическихъ перитонитовъ.

Къ 1-ой группѣ я отнесъ послѣродовые перитониты, ко 2-ой — разлитые гнойные перитониты, развившіеся на почвѣ гнойныхъ сальпингитовъ, сальпингоофоритовъ, пельвеоперитонитовъ и т. д., и наконецъ къ группѣ перитонеальныхъ раздраженій — имѣвшіеся въ моемъ матеріалѣ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ не было сдѣлано операціи и которые окончились уже выздоровленіемъ, а первоначально давали поводъ предполагать наличность перитонита. Оставляя въ сторонѣ, по отсутствію своего оперативнаго опыта, перитониты послѣродовые, я въ своемъ дальнѣйшемъ изложеніи лишь коснусь группы 3-ей, а главнымъ образомъ займусь 2-ой.

И по отношенію къ ней сейчасъ-же возникаетъ очень важный въ смыслѣ предсказанія вопросъ: каковъ механизмъ происхожденія этого вида гинекологическихъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ, т. е. происходятъ-ли они per propagationem или per perforationem? По отношенію къ мужчинамъ вопросъ о развитіи первичныхъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ разрѣшается проще вслѣдствіе того, что огромное большинство такихъ перитонитовъ имѣетъ исходной точкой нарушеніе цѣлости, т. е. прободеніе какого-нибудь изъ брюшныхъ органовъ. Такъ-же просто разрѣшается этотъ вопросъ и по отношенію къ тѣмъ случаямъ гинекологическихъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ, въ которыхъ они развились послѣ прорыва гнойника яичника, нагноившейся кисты или пельвеоперитонита. Но каковыми-же считать, а таковыхъ, судя по моему матеріалу, огромное большинство, разлитые гнойные перитониты, вызванные гнойными сальпингитами?

Изученіе клиническаго теченія, по собранному мною матеріалу, различныхъ формъ разлитыхъ перитонитовъ, въ которыхъ была и не была показана оперативная помощь, въ сопоставленіи съ тѣмъ, что находили при операціи, и протоколами вскрытій, привело меня къ убѣжденію, что разлитые гнойные перитониты, исходящіе изъ трубъ, надо считать прободными, т. е. такими, при кото-

Digitized by Google

рыхъ происходитъ внезапное быстрое вступленіе въ свободную брюшную полость заразнаго начала. Отличіе ихъ отъ другихъ видовъ прободныхъ перитонитовъ состоитъ только въ томъ, что при нихъ не-зачѣмъ образовываться отверстію для выхожденія гноя, такъ какъ оно уже имѣется въ видѣ брюшного отверстія трубы, и достаточно бываетъ какого-нибудь незначительнаго, иногда даже едва замѣтнаго, инсульта извнѣ, чтобы гной излился въ брюшную полость.

Дѣлая такой выводъ относительно развитія огромнаго большинства гинекологическихъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ, я, возвращаясь къ указанному выше безнадежному взгляду гинекологовъ на прободные перитониты, долженъ привести нѣкоторыя данныя, доказывающія, почему этотъ взглядъ особенно несправедливъ по отношенію къ гинекологическимъ перитонитамъ, сходнымъ съ другими прободными перитонитами по своему началу, но обладающимъ нѣкоторыми условіями, сильно улучшающими предсказаніе при нихъ, а именно—при гинекологическихъ перитонитахъ поступленіе гноя не бываетъ столь обильнымъ, и при нихъ не происходитъ постояннаго, непрерывно продолжающагося подвоза въ брюшную полость заразныхъ началъ, какъ при прободеніяхъ брюшныхъ органовъ; кромѣ того, при гинекологическихъ перитонитахъ нѣтъ изліянія въ брюшную полость пищевыхъ веществъ или частицъ кала, отягощающихъ борьбу брюшины.

Заканчивая эти необходимыя, но, можетъ быть, вслѣдствіе краткости времени, не совсѣмъ полныя предварительныя замѣчанія, перехожу къ изложенію своего матеріала. Я собралъ по возможности всѣ случаи—какъ тѣ, въ которыхъ была оказана оперативная помощь, такъ и тѣ, гдѣ операціи сдѣлано не было,—разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ, наблюдавшихся въ женской Обуховской больницѣ въ теченіи послѣднихъ 8 лѣтъ. Этотъ періодъ взятъ мною потому, что я все это время работалъ въ хирургическомъ отдѣленіи и нѣкоторыхъ изъ такихъ больныхъ оперировалъ самъ, а о теченіи всѣхъ другихъ, оперированныхъ завѣдующимъ отдѣленіемъ ч. пр. *Г. Ф. Цейдлеромъ* и товарищами, имѣлъ самыя точныя свѣдѣнія, что дало мнѣ возможность свободно разобраться въ матеріалѣ. Всѣхъ случаевъ разлитыхъ перитонитовъ различныхъ видовъ собрано мною за указанный періодъ времени 272, которые для удобства сопоставленія я раздѣлилъ на слѣдующія группы: бугорчатковыхъ 51, послѣродовыхъ 46, на почвѣ непроходимости 10, тифозныхъ 23, зависящихъ отъ прободенія червеобразнаго отростка 25, смѣшанныхъ (вслѣдствіе прободенія желудка, разныхъ отдѣловъ кишечника, желчныхъ путей) 50, вызванныхъ разрывомъ пузыря 3 и наконецъ гинекологическихъ 64, что составляетъ 23% общаго числа случаевъ разлитыхъ перитонитовъ у женщинъ. Если-же не считать стоящихъ особнякомъ и по патогенезу, и по теченію бугорчатковыхъ и послѣродовыхъ перитонитовъ, то окажется, что 36% всѣхъ прободныхъ перитонитовъ у женщинъ будутъ гинекологическіе, т. е. по даннымъ женской Обуховской больницы эта форма разлитыхъ перитонитовъ у женщинъ значительно превосходитъ по частотѣ всякую другую: изъ 2-хъ наиболѣе частыхъ формъ—зависящихъ отъ прободенія червеобразнаго отростка и тифозныхъ—первыя, по нашей статистикѣ, даютъ только 14%, вторыя 13% общаго числа случаевъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ. Изъ 272 больныхъ перитонитомъ подверглись оперативному лѣченію 117, которыхъ, въ свою очередь, по формамъ болѣзни, можно подраздѣлить такъ: имѣвшихъ бугорчатковые перитониты 9, тифозные 11, зависѣвшіе отъ прободенія червеобразнаго отростка 19, смѣшанные 38 и гинекологическіе 40; если и здѣсь исключить бугорчатковыхъ, то среди оперированныхъ по поводу разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ имѣвшія перитониты гинекологическіе сохранятъ свое мѣсто, составляя 37% общаго числа.

Приведенными цифрами уже достаточно опредѣляется громадное значеніе разлитыхъ гинекологическихъ гнойныхъ перитонитовъ среди заболѣваній женщинъ—значеніе, которому далеко не соотвѣтствуетъ вниманіе, удѣляемое ему литературой какъ хирургической, такъ и въ особенности гинекологической. Обращаясь теперь къ случаямъ операцій по поводу гинекологическихъ перитонитовъ я, въ виду слишкомъ краткихъ отмѣтокъ о 9 изъ нихъ, буду говорить только о 31.

Изъ 31 больной, подвергавшихся операціи по поводу гинекологическаго разлитого гнойнаго перитонита, выздоровѣли 9 и умерли 22, что даетъ 29% выздоровленія; долгомъ считаю оговориться, что выключенные 9 случаевъ почти не измѣняютъ %-ныхъ отношеній, такъ какъ среди нихъ было 3 выздоровленія. Такимъ образомъ % выздоровленій, полученный въ больницѣ при прободныхъ гинекологическихъ перитонитахъ, почти соотвѣтствуетъ цифрѣ, данной *Krogius*'омъ для перитонитовъ, зависящихъ отъ прободенія червеобразнаго отростка, между тѣмъ какъ въ условіяхъ развитія гинекологическихъ перитонитовъ, какъ уже было сказано, имѣются данныя, улучшающія предсказаніе. Чѣмъ-же объяснить столь высокую смертность, полученную изъ нашихъ цифръ при относительно благопріятной формѣ разлитого гнойнаго перитонита? Изъ сказаннаго мною выше о томъ, какіе именно случаи я включалъ въ разсматриваемую группу, видно, что по степени распространенности процесса случаи наши состояли исключительно изъ тяжелыхъ: я выдѣлялъ даже такіе, дающіе лучшее предсказаніе, какъ прогрессивно-наростающіе. Затѣмъ, огромное большинство хирурговъ въ предсказаніи исходовъ оперативнаго вмѣшательства указываетъ на значеніе возможно ранней операціи, при чемъ по отношенію къ нѣкоторымъ видамъ прободныхъ перитонитовъ случаи, гдѣ послѣ прободенія прошло уже болѣе 24 час., считаются потерянными. Когда-же подвергались операціи наши больныя? Для установки начала заболѣванія я пользовался моментомъ появленія въ животѣ внезапныхъ рѣзкихъ болей, сопровождающихся упадкомъ силъ. Боли эти, составляющія постоянное явленіе, часто возникающія, на взглядъ больной, безпричинно, послѣ незначительныхъ напряженій, бываютъ такъ рѣзки, что даже наши больныя, принадлежащія къ рабочему классу, которымъ некогда заниматься своими ощущеніями, отлично запоминали не только день и время дня, когда онѣ появлялись, но часто указывали даже и часъ. Этотъ наиболѣе ранній припадокъ прободного перитонита наблюдался въ 25 изъ тѣхъ 29 случаевъ, въ которыхъ удалось собрать анамнестическія свѣдѣнія; 2-же больныя были доставлены въ больницу въ такомъ состояніи, что у нихъ уже вообще нельзя было добиться никакихъ свѣдѣній. Въ итогѣ при подсчетѣ оказалось, что наши больныя подвергались операціи въ среднемъ только черезъ 4,6 сутокъ отъ начала развитія перитонита. Если-же разсмотрѣть отдѣльно случаи выздоровленія и случаи смерти, то оказывается, что въ первыхъ операція была сдѣлана черезъ 3½ дня, во вторыхъ-же только черезъ 5,1 дней послѣ начала заболѣванія. Въ отдѣльности изъ выздоровѣвшихъ больныхъ были оперированы на 2-й день послѣ заболѣванія 1, на 3-й 2, на 4-й 2 и на 5-й, 6-й и 7-й по 1; изъ умершихъ—на 2-й день—1 (она незадолго до заболѣванія перенесла брюшной тифъ), на 3-й день—1, на 4-й—3, на 5-й и 6-й—2, на 7-й—2, на 8-й—2 и на 9-й, 10-й и 14-й дни по 1.

Приведенныя цифры, мнѣ кажется, даютъ краснорѣчивый отвѣтъ защитникамъ выжидательнаго лѣченія разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ: прежде чѣмъ эти послѣдніе ограничатся, они убьютъ больныхъ.

Рамки краткаго сообщенія не даютъ мнѣ возможности исчерпать всѣ данныя собраннаго мною матеріала, а тѣмъ менѣе приводить исторіи болѣзни больныхъ, и я, оставляя подробности для другой работы, коснусь только нѣкоторыхъ вопросовъ.

Клиническая картина припадковъ при гинекологическихъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитахъ, по скольку она отразилась въ нашихъ случаяхъ, мало чѣмъ отличается отъ таковой при другихъ видахъ прободныхъ перитонитовъ, и, если перечислить по степени постоянства всѣ установленные уже и наиболѣе характерные припадки воспаленія брюшины, то получимъ слѣдующія цифры. На 31 случай отмѣчены: болѣзненность живота 30 разъ, вздутость 28, частота пульса выше 100—21 (въ остальныхъ 10 онъ былъ между 86 и 100), рвота 17, facies peritonealis 17, сухость

Digitized by Google

говъ, я пришелъ къ выводу, что такія больныя, естественно, попадаютъ къ гинекологамъ. Въ виду этого я обратился со своими поисками къ гинекологической литературѣ. Изученіе ея привело меня къ такому выводу, что, если исключить одиночныя наблюденія, то въ общемъ вопросъ о разлитыхъ гнойныхъ перитонитахъ гинекологической литературой или обходится совершенно, или-же обсуждается очень мало; отсюда само собою напрашивалось заключеніе, что гинекологи при разлитыхъ гнойныхъ перитонитахъ оперируютъ мало. И такое воздержаніе не покажется неестественнымъ при знакомствѣ съ мнѣніемъ объ этомъ вопросѣ тѣхъ гинекологовъ, которые высказывались о немъ. Позволю себѣ привести для характеристики отношенія гинекологовъ взглядъ *Döderlin*'а, которому принадлежитъ глава о перитонитѣ въ такомъ почтенномъ руководствѣ, какъ «Handbuch für Gynaecologie» *Veit*'а.

«Очистить брюшную полость, говоритъ *Döderlin*, обеззараживающими жидкостями нельзя; помощь-же, оказываемая борьбѣ организма, отведеніемъ выпота слишкомъ проблематична, чтобы ее можно было считать лѣчебнымъ пріемомъ. Быстро образующіяся новыя выпотныя массы и невозможность самой тщательной дренировкой отводить выпотъ изъ всѣхъ бухтъ и заворотовъ брюшной полости подрываютъ значеніе операціи, такъ что едва-ли стоитъ прибѣгать къ этому тяжелому вмѣшательству».

Взглядъ этотъ, надо сознаться, мало соотвѣтствуетъ современнымъ теченіямъ въ разбираемомъ вопросѣ и едва-ли справедливъ, тѣмъ болѣе, что ничего лучшаго, чѣмъ операція, *Döderlin* не предлагаетъ. И такъ, больныя, о которыхъ говорю, къ хирургамъ попадаютъ рѣдко, гинекологи-же ихъ рѣдко оперируютъ.

Какая-же судьба постигаетъ большую часть такихъ больныхъ, а ихъ, какъ я скажу ниже, очень много? Сопоставленіе литературныхъ данныхъ съ моими наблюденіями приводитъ къ грустному выводу, что-эти больныя умираютъ неоперированными. Между тѣмъ дѣйствительно-ли такъ безнадежно это страданіе и возможна-ли борьба съ нимъ?

Отвѣтомъ на этотъ вопросъ отчасти можетъ служить довольно обширная уже хирургическая статистика, которая даже по отношенію къ такимъ тяжелымъ формамъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ, какъ зависящія отъ прободенія воспаленнаго червеобразнаго отростка или брюшнотифозныхъ язвъ, даетъ уже 28 и 31% выздоровленія по *Krögius*'у и д-ру *Янковскому*, хотя цифра послѣдняго, вѣроятно, и выше дѣйствительной. Въ нѣкоторой также степени, надѣюсь, рѣшенію указаннаго вопроса можетъ помочь и разборъ моего матеріала. Такъ какъ при изложеніи я не могу, въ предѣлахъ отведеннаго мнѣ времени, останавливаться на подробностяхъ, то я принужденъ, чтобы не быть ложно понятымъ, сказать нѣсколько словъ о тѣхъ общихъ для всѣхъ перитонитовъ, къ сожалѣнію, далеко еще не установленныхъ, понятій, какими я руководился.

Полной опредѣленности нѣтъ даже въ такомъ, казалось-бы, простомъ вопросѣ, какъ подраздѣленіе перитонитовъ по степени ихъ распространенности въ брюшной полости. Такъ, напр., не достаточно строго отдѣляются понятія «общій» и разлитой перитонитъ. Мнѣ кажется, 1-ое обозначеніе должно-бы быть совершенно оставлено въ клинической характеристикѣ перитонитовъ. Какъ бы широко ни была раскрыта брюшная полость при операціи, клиницистъ никогда не можетъ сказать съ увѣренностью, что въ ней нѣтъ ни одного уголка, который-бы не былъ захваченъ воспалительнымъ процессомъ, и, если процессъ разлитой, то это еще не значитъ, какъ указалъ уже *Körte*, что онъ—общій, что совершенно не различается нѣкоторыми авторами, которые по отношенію къ одному и тому-же случаю употребляютъ опредѣленіе то разлитой, то общій. Въ этомъ отношеніи клиницистамъ слѣдуетъ взять примѣръ осторожности въ выраженіяхъ съ патолого-анатомовъ, которые обычно употребляютъ выраженіе «diffusa», а не «universalis». Придерживаясь такого взгляда, я при разборѣ своего матеріала отнесъ къ разлитымъ формамъ перитонитовъ всѣ тѣ случаи, въ которыхъ по разрѣзѣ брюшной стѣнки, гдѣ-бы этотъ разрѣзъ ни былъ—по бѣлой-ли линіи отъ пупка или отъ мечевиднаго отростка до лона, или сбоку по краю прямой мышцы живота или параллельно паховой складкѣ,—мы попадали въ свободную брюшную полость, содержавшую, насколько то возможно было обозрѣть глазомъ, свободно разливавшійся гнойный выпотъ и не имѣвшую никакихъ отграничивающихъ срощеній между брюшной стѣнкой и органами брюшной полости. Всѣ послѣдняго рода случаи, какъ относящіеся къ отграниченнымъ или къ *Mikulicz*'евской формѣ прогрессивно наростающихъ перитонитовъ, я въ разсчетъ не принималъ.

Еще большія разногласія существуютъ въ распредѣленіи перитонитовъ по ихъ клиническому теченію: одни авторы берутъ исходной точкой органы, послужившіе причиной развитія перитонитовъ, другіе — характеръ выпота, третьи—видъ бактерій. Я не имѣю возможности вдаваться здѣсь въ разборъ различныхъ теченій и укажу лишь, что попытки подраздѣлить клиническое теченіе перитонитовъ на основаніи бактеріологическихъ данныхъ, какъ это дѣлаетъ *Döderlin*, распредѣляя перитониты на стрептококковые, зависящіе отъ кишечной палочки, гонококковые и т. д., надо считать наиболѣе несостоятельными, такъ какъ самая бактеріологія перитонитовъ далеко еще не разработана, а тѣмъ менѣе выяснено соотношеніе между клиническимъ теченіемъ и видомъ бактерій. Пользуюсь случаемъ указать также на несостоятельность номенклатуры перитонитовъ у *Winckel*'я, подраздѣлившаго перитониты на послѣродовые, оперативные, перелойные, бугорчатковые и прободные, дѣленіе, въ которомъ трудно разобраться, что собственно авторъ бралъ исходной точкой: бактеріологію-ли, способъ прониканія заразы или характеръ теченія? Мнѣ кажется, что на гинекологическіе перитониты, если имѣть въ виду ихъ теченіе, лучше всего распространить дѣленіе разлитыхъ перитонитовъ, выработанное послѣ нѣсколькихъ лѣтъ обсужденія этого вопроса хирургическимъ Обществомъ въ Парижѣ, на 2 большія группы—разлитой гнилостный перитонитъ или перитонеальный сепсисъ и разлитые гнойные перитониты. Если въ этомъ дѣленіи добавить по отношенію ко 2-ой группѣ слова: безъ срощеній, ибо французское дѣленіе допускаетъ разлитые перитониты со срощеніями и прибавить 3-ью группу—перитонеальное раздраженіе, то мы будемъ имѣть очень удобныя рамки, въ которыя легко размѣстятся всѣ виды различныхъ гинекологическихъ перитонитовъ.

Къ 1-ой группѣ я отнесъ послѣродовые перитониты, ко 2-ой — разлитые гнойные перитониты, развившіеся на почвѣ гнойныхъ сальпингитовъ, сальпингоофоритовъ, пельвеоперитонитовъ и т. д., и наконецъ къ группѣ перитонеальныхъ раздраженій — имѣвшіеся въ моемъ матеріалѣ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ не было сдѣлано операціи и которые окончились уже выздоровленіемъ, а первоначально давали поводъ предполагать наличность перитонита. Оставляя въ сторонѣ, по отсутствію своего оперативнаго опыта, перитониты послѣродовые, я въ своемъ дальнѣйшемъ изложеніи лишь коснусь группы 3-ей, а главнымъ образомъ займусь 2-ой.

И по отношенію къ ней сейчасъ-же возникаетъ очень важный въ смыслѣ предсказанія вопросъ: каковъ механизмъ происхожденія этого вида гинекологическихъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ, т. е. происходятъ-ли они per propagationem или per perforationem? По отношенію къ мужчинамъ вопросъ о развитіи первичныхъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ разрѣшается проще вслѣдствіе того, что огромное большинство такихъ перитонитовъ имѣетъ исходной точкой нарушеніе цѣлости, т. е. прободеніе какого-нибудь изъ брюшныхъ органовъ. Такъ-же просто разрѣшается этотъ вопросъ и по отношенію къ тѣмъ случаямъ гинекологическихъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ, въ которыхъ они развились послѣ прорыва гнойника яичника, нагноившейся кисты или пельвеоперитонита. Но каковыми-же считать, а таковыхъ, судя по моему матеріалу, огромное большинство, разлитые гнойные перитониты, вызванные гнойными сальпингитами?

Изученіе клиническаго теченія, по собранному мною матеріалу, различныхъ формъ разлитыхъ перитонитовъ, въ которыхъ была и не была показана оперативная помощь, въ сопоставленіи съ тѣмъ, что находили при операціи, и протоколами вскрытій, привело меня къ убѣжденію, что разлитые гнойные перитониты, исходящіе изъ трубъ, надо считать прободными, т. е. такими, при кото-

Digitized by Google

рыхъ происходитъ внезапное быстрое вступленіе въ свободную брюшную полость заразнаго начала. Отличіе ихъ отъ другихъ видовъ прободныхъ перитонитовъ состоитъ только въ томъ, что при нихъ не-зачѣмъ образовываться отверстію для выхожденія гноя, такъ какъ оно уже имѣется въ видѣ брюшного отверстія трубы, и достаточно бываетъ какого-нибудь незначительнаго, иногда даже едва замѣтнаго, инсульта извнѣ, чтобы гной излился въ брюшную полость.

Дѣлая такой выводъ относительно развитія огромнаго большинства гинекологическихъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ, я, возвращаясь къ указанному выше безнадежному взгляду гинекологовъ на прободные перитониты, долженъ привести нѣкоторыя данныя, доказывающія, почему этотъ взглядъ особенно несправедливъ по отношенію къ гинекологическимъ перитонитамъ, сходнымъ съ другими прободными перитонитами по своему началу, но обладающимъ нѣкоторыми условіями, сильно улучшающими предсказаніе при нихъ, а именно—при гинекологическихъ перитонитахъ поступленіе гноя не бываетъ столь обильнымъ, и при нихъ не происходитъ постояннаго, непрерывно продолжающагося подвоза въ брюшную полость заразныхъ началъ, какъ при прободеніяхъ брюшныхъ органовъ; кромѣ того, при гинекологическихъ перитонитахъ нѣтъ изліянія въ брюшную полость пищевыхъ веществъ или частицъ кала, отягощающихъ борьбу брюшины.

Заканчивая эти необходимыя, но, можетъ быть, вслѣдствіе краткости времени, не совсѣмъ полныя предварительныя замѣчанія, перехожу къ изложенію своего матеріала. Я собралъ по возможности всѣ случаи—какъ тѣ, въ которыхъ была оказана оперативная помощь, такъ и тѣ, гдѣ операціи сдѣлано не было,—разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ, наблюдавшихся въ женской Обуховской больницѣ въ теченіи послѣднихъ 8 лѣтъ. Этотъ періодъ взятъ мною потому, что я все это время работалъ въ хирургическомъ отдѣленіи и нѣкоторыхъ изъ такихъ больныхъ оперировалъ самъ, а о теченіи всѣхъ другихъ, оперированныхъ завѣдующимъ отдѣленіемъ ч. пр. *Г. Ф. Цейдлеромъ* и товарищами, имѣлъ самыя точныя свѣдѣнія, что дало мнѣ возможность свободно разобраться въ матеріалѣ. Всѣхъ случаевъ разлитыхъ перитонитовъ различныхъ видовъ собрано мною за указанный періодъ времени 272, которые для удобства сопоставленія я раздѣлилъ на слѣдующія группы: бугорчатковыхъ 51, послѣродовыхъ 46, на почвѣ непроходимости 10, тифозныхъ 23, зависящихъ отъ прободенія червеобразнаго отростка 25, смѣшанныхъ (вслѣдствіе прободенія желудка, разныхъ отдѣловъ кишечника, желчныхъ путей) 50, вызванныхъ разрывомъ пузыря 3 и наконецъ гинекологическихъ 64, что составляетъ 23% общаго числа случаевъ разлитыхъ перитонитовъ у женщинъ. Если-же не считать стоящихъ особнякомъ и по патогенезу, и по теченію бугорчатковыхъ и послѣродовыхъ перитонитовъ, то окажется, что 36% всѣхъ прободныхъ перитонитовъ у женщинъ будутъ гинекологическіе, т. е. по даннымъ женской Обуховской больницы эта форма разлитыхъ перитонитовъ у женщинъ значительно превосходитъ по частотѣ всякую другую: изъ 2-хъ наиболѣе частыхъ формъ—зависящихъ отъ прободенія червеобразнаго отростка и тифозныхъ—первыя, по нашей статистикѣ, даютъ только 14%, вторыя 13% общаго числа случаевъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ. Изъ 272 больныхъ перитонитомъ подверглись оперативному лѣченію 117, которыхъ, въ свою очередь, по формамъ болѣзни, можно подраздѣлить такъ: имѣвшихъ бугорчатковые перитониты 9, тифозные 11, зависѣвшіе отъ прободенія червеобразнаго отростка 19, смѣшанные 38 и гинекологическіе 40; если и здѣсь исключить бугорчатковыхъ, то среди оперированныхъ по поводу разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ имѣвшія перитониты гинекологическіе сохранятъ свое мѣсто, составляя 37% общаго числа.

Приведенными цифрами уже достаточно опредѣляется громадное значеніе разлитыхъ гинекологическихъ гнойныхъ перитонитовъ среди заболѣваній женщинъ—значеніе, которому далеко не соотвѣтствуетъ вниманіе, удѣляемое ему литературой какъ хирургической, такъ и въ особенности гинекологической. Обращаясь теперь къ случаямъ операцій по поводу гинекологическихъ перитонитовъ я, въ виду слишкомъ краткихъ отмѣтокъ о 9 изъ нихъ, буду говорить только о 31.

Изъ 31 больной, подвергавшихся операціи по поводу гинекологическаго разлитого гнойнаго перитонита, выздоровѣли 9 и умерли 22, что даетъ 29% выздоровленія; долгомъ считаю оговориться, что выключенные 9 случаевъ почти не измѣняютъ %-ныхъ отношеній, такъ какъ среди нихъ было 3 выздоровленія. Такимъ образомъ % выздоровленій, полученный въ больницѣ при прободныхъ гинекологическихъ перитонитахъ, почти соотвѣтствуетъ цифрѣ, данной *Krogius*'омъ для перитонитовъ, зависящихъ отъ прободенія червеобразнаго отростка, между тѣмъ какъ въ условіяхъ развитія гинекологическихъ перитонитовъ, какъ уже было сказано, имѣются данныя, улучшающія предсказаніе. Чѣмъ-же объяснить столь высокую смертность, полученную изъ нашихъ цифръ при относительно благопріятной формѣ разлитого гнойнаго перитонита? Изъ сказаннаго мною выше о томъ, какіе именно случаи я включалъ въ разсматриваемую группу, видно, что по степени распространенности процесса случаи наши состояли исключительно изъ тяжелыхъ: я выдѣлялъ даже такіе, дающіе лучшее предсказаніе, какъ прогрессивно-наростающіе. Затѣмъ, огромное большинство хирурговъ въ предсказаніи исходовъ оперативнаго вмѣшательства указываетъ на значеніе возможно ранней операціи, при чемъ по отношенію къ нѣкоторымъ видамъ прободныхъ перитонитовъ случаи, гдѣ послѣ прободенія прошло уже болѣе 24 час., считаются потерянными. Когда-же подвергались операціи наши больныя? Для установки начала заболѣванія я пользовался моментомъ появленія въ животѣ внезапныхъ рѣзкихъ болей, сопровождающихся упадкомъ силъ. Боли эти, составляющія постоянное явленіе, часто возникающія, на взглядъ больной, безпричинно, послѣ незначительныхъ напряженій, бываютъ такъ рѣзки, что даже наши больныя, принадлежащія къ рабочему классу, которымъ некогда заниматься своими ощущеніями, отлично запоминали не только день и время дня, когда онѣ появлялись, но часто указывали даже и часъ. Этотъ наиболѣе ранній припадокъ прободного перитонита наблюдался въ 25 изъ тѣхъ 29 случаевъ, въ которыхъ удалось собрать анамнестическія свѣдѣнія; 2-же больныя были доставлены въ больницу въ такомъ состояніи, что у нихъ уже вообще нельзя было добиться никакихъ свѣдѣній. Въ итогѣ при подсчетѣ оказалось, что наши больныя подвергались операціи въ среднемъ только черезъ 4,6 сутокъ отъ начала развитія перитонита. Если-же разсмотрѣть отдѣльно случаи выздоровленія и случаи смерти, то оказывается, что въ первыхъ операція была сдѣлана черезъ $3^1/_2$ дня, во вторыхъ-же только черезъ 5,1 дней послѣ начала заболѣванія. Въ отдѣльности изъ выздоровѣвшихъ больныхъ были оперированы на 2-й день послѣ заболѣванія 1, на 3-й 2, на 4-й 2 и на 5-й, 6-й и 7-й по 1; изъ умершихъ—на 2-й день—1 (она незадолго до заболѣванія перенесла брюшной тифъ), на 3-й день—1, на 4-й—3, на 5-й и 6-й—2, на 7-й—2, на 8-й—2 и на 9-й, 10-й и 14-й дни по 1.

Приведенныя цифры, мнѣ кажется, даютъ краснорѣчивый отвѣтъ защитникамъ выжидательнаго лѣченія разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ: прежде чѣмъ эти послѣдніе ограничатся, они убьютъ больныхъ.

Рамки краткаго сообщенія не даютъ мнѣ возможности исчерпать всѣ данныя собраннаго мною матеріала, а тѣмъ менѣе приводить исторіи болѣзни больныхъ, и я, оставляя подробности для другой работы, коснусь только нѣкоторыхъ вопросовъ.

Клиническая картина припадковъ при гинекологическихъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитахъ, по скольку она отразилась въ нашихъ случаяхъ, мало чѣмъ отличается отъ таковой при другихъ видахъ прободныхъ перитонитовъ, и, если перечислить по степени постоянства всѣ установленные уже и наиболѣе характерные припадки воспаленія брюшины, то получимъ слѣдующія цифры. На 31 случай отмѣчены: болѣзненность живота 30 разъ, вздутость 28, частота пульса выше 100—21 (въ остальныхъ 10 онъ былъ между 86 и 100), рвота 17, facies peritonealis 17, сухость

Digitized by Google

языка 15, притупленіе при выстукиваніи живота 12, изъ нихъ 5 разъ въ отлогихъ мѣстахъ, 4 въ нижней $^1/_2$ живота и 3 въ правой $^1/_2$. Припадки со стороны кишечника не представляли ничего характернаго; въ общемъ преобладала задержка испражненій. Повышеніямъ температуры при перитонитахъ обыкновенно, какъ извѣстно, придается мало значенія въ виду непостоянства этого припадка, но перитониты гинекологическіе, по крайней мѣрѣ уже развившіеся, ибо начальныхъ ступеней наблюдать намъ не приходилось, представляютъ въ этомъ отношеніи нѣкоторую особенность, а именно при нихъ повышенія температуры выше 38°, особенно вечернія, составляютъ почти правило: они наблюдались въ 15 изъ тѣхъ 19 случаевъ, въ которыхъ эти измѣренія имѣлись. Сверхъ ожиданія, крайне мало, къ сожалѣнію, даетъ изслѣдованіе больныхъ чрезъ влагалище, хотя въ нашихъ случаяхъ изслѣдованіе это и производилось такимъ компетентнымъ гинекологомъ, какъ *В. А. Вастенъ*. Только 4 раза такимъ путемъ была установлена наличность выпота, при чемъ въ 1 изъ этихъ случаевъ оказался разлитой перитонитъ, развившійся изъ пельвеоперитонита, и 6 разъ опредѣлена значительная болѣзненность и резистентность въ сводахъ; во всѣхъ остальныхъ случаяхъ изслѣдованіе чрезъ влагалище ничего не дало. На это обстоятельство я позволю себѣ обратить вниманіе товарищей, такъ какъ отсутствіе данныхъ при изслѣдованіи чрезъ влагалище, по видимому, иногда вводило въ заблужденіе относительно наличности перитонита.

И такъ, мы и при гинекологической формѣ прободного перитонита, въ виду однородности припадковъ, опять встрѣчаемся, какъ и при другихъ, съ крайней трудностью опредѣленія органа, вызвавшаго заболѣваніе; единственно на что можно бы указать, какъ на отличительный признакъ, это на частоту сосредоточенія болѣе рѣзкой болѣзненности въ нижней $^1/_2$ живота: она отмѣчена въ 12 изъ нашихъ случаевъ. Но, и тутъ опять легко смѣшать гинекологическій разлитой перитонитъ съ зависящимъ отъ прободенія червеобразнаго отростка, отличительное распознаваніе между которыми, какъ это было и въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ случаевъ, иногда совершенно невозможно.

Не смотря на всѣ эти данныя, въ разлитыхъ гнойныхъ гинекологическихъ перитонитахъ есть все-же нѣчто, что трудно опредѣлимо для каждаго припадка въ отдѣльности, но что, если взять ихъ всѣ вмѣстѣ, даетъ возможность при нѣкоторомъ опытѣ опредѣлить наличность именно перитонита гинекологическаго. Особенность эта заключается въ большей мягкости послѣдовательнаго развитія всѣхъ припадковъ; въ нихъ нѣтъ той стремительной быстроты, молніеносности наростанія, какая часто замѣчается при прободныхъ перитонитахъ, кишечныхъ или зависящихъ отъ прободенія червеобразнаго отростка.

Въ больницѣ всѣ больныя съ разлитымъ гнойнымъ перитонитомъ подвергались операціи немедленно. Брюшная полость широко раскрывалась по бѣлой линіи (въ 22 случаяхъ изъ 31), иногда на всемъ протяженіи отъ мечевиднаго отростка до лона; въ 3 случаяхъ разрѣзъ былъ сдѣланъ по наружному краю правой прямой мышцы живота и въ 6 надъ *Poupart*'овой связкой, какъ при перитифлитѣ. Послѣдніе 2 вида разрѣзовъ дѣлались, когда появлялось сомнѣніе, не исходитъ-ли болѣзненный процессъ изъ червеобразнаго отростка. Брюшная полость, по вскрытіи ея, осушивалась асептичной марлей, и затѣмъ, гдѣ то дозволяло состояніе больныхъ и не представляло особенно большихъ затрудненій вслѣдствіе срощеній, удалялись пораженные придатки. Въ нашихъ случаяхъ это было сдѣлано всего 6 разъ, что объясняется главнымъ образомъ такимъ состояніемъ больныхъ, что каждый моментъ, удлинявшій операцію, представлялся уже рискованнымъ. Операція заканчивалась широкой, систематической тампонадой брюшной полости при помощи длинныхъ, широкихъ, сложенныхъ нѣсколько разъ по длинѣ полосъ марли. Тампонада производилась такъ, что тампоны вводились ровной полосой сначала изъ верхняго угла раны въ верхнюю часть брюшной полости, между стѣнкой и брюшными органами, по направленію къ печени, желудку и селезенкѣ, затѣмъ такимъ-же образомъ, исходя изъ праваго и лѣваго краевъ раны, къ области восходящей и низходящей ободочной кишки и наконецъ изъ нижняго угла раны—по направленію къ слѣпой кишкѣ, пузырю и S-образной кишкѣ. По проведеніи этихъ радіусообразныхъ тампоновъ, сходившихся къ одному центру—къ ранѣ, изъ средины послѣдней проводились еще тампоны въ полость таза и по направленію къ корню брызжейки тонкихъ кишекъ. Иногда выводился дренажъ во влагалище (2 раза), также рѣдко (2 раза) дѣлались противоотверстія въ брюшной стѣнкѣ. Только-что описаннымъ пріемомъ тампонады, если не останавливаться предъ величиной разрѣза, который всегда дѣлался большой, достигалась очень хорошая дренажировка, такъ что брюшная полость быстро очищалась въ случаяхъ выздоровленія, а у умершихъ на вскрытіи рѣдко находили значительныя скопленія. Безрезультатно испытанное въ нашихъ случаяхъ, хотя и немного разъ, при другихъ формахъ разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ промываніе брюшной полости горячимъ солевымъ растворомъ примѣнено было въ 4-хъ случаяхъ гинекологическихъ перитонитовъ; изъ этихъ больныхъ выздоровѣла 1. Въ виду отсутствія ощутительныхъ результатовъ и затягиванія самой операціи, я воздержусь пока отъ окончательнаго сужденія объ этомъ пріемѣ и отмѣчу только, что въ послѣднее время мы стали его избѣгать.

На 64 случая гинекологическихъ перитонитовъ исходныя точки процесса частью во время операціи, главнымъ-же образомъ на вскрытіяхъ были установлены 51 разъ, и вотъ какъ онѣ подраздѣлялись: лопнувшая нагноившаяся киста 1 разъ, ракъ матки 1, внѣматочная беременность 1, периоофоритъ 1, лопнувшій гнойникъ яичника 2 раза, лопнувшая труба 2, периметритъ 3, пельвеоперитонитъ 5 разъ, и 35 разъ, т. е. въ 67% случаевъ причиной разлитого гнойнаго перитонита былъ гнойный сальпингитъ, при чемъ во всѣхъ этихъ 35 случаяхъ нарушенія цѣлости стѣнокъ трубы установить не удалось. Эти патолого-анатомическія данныя въ связи съ отсутствіемъ обширныхъ срощеній, а часто и полнымъ отсутствіемъ срощеній около трубъ, сопоставленныя съ клиническимъ теченіемъ, и дали мнѣ смѣлость высказать соображеніе, что огромное число гинекологическихъ перитонитовъ надо отнести къ прободнымъ, при чемъ выходнымъ отверстіемъ служитъ брюшной конецъ трубы.

Представленныя мною цифры оперативнаго лѣченія разлитыхъ гнойныхъ перитонитовъ очень неутѣшительны: всего только 29% выздоровленій. Невольно возникаетъ вопросъ, не дастъ-ли лучшіе результаты выжидательное терапевтическое лѣченіе. Выжидательное лѣченіе въ нашихъ случаяхъ, въ которыхъ всё-же приходилось обращаться затѣмъ къ операціи, какъ я уже говорилъ, примѣнялось дов. широко, при чемъ состояніе больныхъ при этомъ только ухудшалось, а именно отъ этого-то у насъ и получился такой высокій % смертности. Еще лучшее освѣщеніе этому вопросу даютъ собранные мною случаи, въ которыхъ больныя оставлены были вовсе безъ операціи, т. е. лѣчились исключительно терапевтически. Такихъ больныхъ съ гинекологическимъ перитонитомъ у насъ было 24; онѣ всѣ умерли, при чемъ на вскрытіи найденъ былъ разлитой гнойный перитонитъ, исходившій изъ половыхъ органовъ, главнымъ образомъ изъ гнойнаго сальпингита. Правда, я нашелъ и такіе случаи, въ которыхъ предполагался разлитой перитонитъ; въ нихъ примѣнялось терапевтическое лѣченіе, и они окончились выздоровленіемъ. Но, не говоря уже о томъ, что такихъ случаевъ оказалось всего 5, болѣе или менѣе строгая ихъ оцѣнка, въ которую я не имѣю возможности вдаваться, показываетъ, что въ нихъ имѣлось дѣло не съ гнойнымъ перитонитомъ, а съ 3-ей группой приведеннаго мною выше подраздѣленія перитонитовъ, т. е. съ перитонеальнымъ раздраженіемъ. Такія больныя попадали и въ хирургическое отдѣленіе, и ихъ здѣсь тоже не оперировали.

Выводъ напрашивается самъ собой—больныхъ съ дѣйствительнымъ гинекологическимъ разлитымъ гнойнымъ перитонитомъ можетъ спасти только оперативное вмѣшательство. При этомъ операція здѣсь не только не безнадежна, но должна давать лучшіе результаты, чѣмъ при другихъ формахъ прободныхъ перитонитовъ, такъ какъ

при гинекологическихъ перитонитахъ, какъ я уже говорилъ, предсказаніе вообще лучше. Въ подтвержденіе высказанныхъ мною по этому поводу соображеній могу привести слѣдующія клиническія данныя: неоперированныя больныя съ гинекологическимъ перитонитомъ жили въ среднемъ по $10^1/_2$ дней отъ начала перитонита, что уже указываетъ на болѣе легкое теченіе у нихъ процесса, тогда какъ неоперированныя съ тифознымъ, напр., перитонитомъ жили, по моей статистикѣ, только 3,7 дня. Къ этому можно еще добавить, что при гинекологическихъ перитонитахъ большей частью имѣютъ дѣло съ больными, не ослабленными предшествовавшими тяжелыми страданіями и находящимися въ цвѣтущемъ возрастѣ. Средній возрастъ нашихъ больныхъ былъ 30, 2 года. Къ сожалѣнію, всѣ эти обстоятельства, которыя могли-бы быть благопріятными для больныхъ, оказываются во вредъ имъ, такъ какъ часто болѣе легкое теченіе побуждаетъ къ длительному выжиданію, а тѣмъ самымъ ведетъ къ ухудшенію предсказанія и смерти.

Вотъ тѣ данныя, на основаніи которыхъ, заканчивая сообщеніе, я позволю себѣ высказать пожеланіе, чтобы по отношенію къ прободнымъ гинекологическимъ перитонитамъ исчезъ излишній пессимизмъ, возможно шире ставилось показаніе къ хирургическому вмѣшательству, и самая операція дѣлалась возможно раньше, и тогда результаты получатся лучшіе, чѣмъ тѣ, какіе я имѣлъ возможность представить Вашему вниманію.

---

## XIII. О техникѣ количественнаго опредѣленія бѣлка въ мочѣ и другихъ жидкостяхъ по Brandberg'у.

**А. Ф. Гегерштедта.**

Наилучшимъ способомъ для приблизительной оцѣнки самыхъ небольшихъ количествъ раствореннаго въ мочѣ и другихъ жидкостяхъ бѣлка надо считать осторожное приливаніе изслѣдуемой жидкости къ реагенту съ цѣлью получить реактивное кольцо [1]) между обоими отдѣльными слоями. Различное по времени появленіе цѣлаго ряда такихъ реакцій даетъ намъ возможность, при условіяхъ правильнаго примѣненія и освѣщенія, довольно точно судить о данномъ $^0/_0$-мъ содержаніи бѣлка.

Присутствіе въ жидкостяхъ бѣлка въ количествѣ 1:200000 обнаруживается, какъ извѣстно, посредствомъ реактива *Spiegler*'а появленіемъ тотчасъ образующагося, едва видимаго, кольца. Эта «пограничная» реакція соотвѣтствуетъ, слѣд., $0{,}0005^0/_0$ бѣлка. Приливая бѣлковую жидкость къ желѣзисто-синеродистому водороду, образующемуся въ смѣси уксусной кислоты съ желѣзисто-синеродистымъ каліемъ, получаемъ такого-же рода пограничную реакцію въ присутствіи 1 : 50000 бѣлка, т. е. при $0{,}002^0/_0$. Проба *Heller*'а, наконецъ, — приливаніе къ азотной кислотѣ—даетъ едва видимую кольцеобразную муть, появляющуюся въ теченіи 3-ей минуты, при наличности бѣлка 1:30000, т. е. при $^{10}/_3$ млгрм. въ 100 к. стм. жидкости, или $0{,}0033^0/_0$.

Нѣтъ надобности упоминать, что даже такіе ничтожные слѣды бѣлка, которые не превышаютъ $0{,}003^0/_0$, нельзя считать не имѣющими значенія для распознаванія. Поэтому весьма важно имѣть ясное представленіе объ отношеніяхъ этихъ 3-хъ, чаще всего употребляемыхъ, реактивовъ и ихъ пограничныхъ реакцій, помощью которыхъ открываются болѣе тонкія патологическія измѣненія, какъ качественно, такъ и количественно, тогда еще, когда отъ кипяченія получается отрицательный результатъ. И такъ, если проба *Heller*'а дала въ теченіи 3-ей минуты результатъ отрицательный въ то время, когда съ желѣзисто-синеродистымъ водородомъ тотчасъ получилось ясное кольцо, то въ такомъ случаѣ можно предполагать, что содержаніе бѣлка колеблется между $0{,}003^0/_0$ и $0{,}002^0/_0$. Если-же въ другомъ случаѣ и съ желѣзисто-синеродистымъ водородомъ не получается положительнаго результата, но удалось открыть бѣлокъ посредствомъ реактива *Spiegler*'а, то количество бѣлка въ данной жидкости должно держаться въ границахъ отъ $0{,}002^0/_0$ до $0{,}0005^0/_0$. Едва-ли мы сдѣлаемъ большую ошибку, опредѣляя при такихъ условіяхъ данное количество бѣлка въ $0{,}01^0/_0$, въ особенности, если получилось тотчасъ ясное кольцо.

Примѣняя подобнаго рода оцѣнку при изслѣдованіи мочи, мы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, на основаніи этихъ химическихъ данныхъ, можемъ приступить болѣе подготовленными къ микроскопическому изслѣдованію, результаты котораго такимъ образомъ подвергаются болѣе тщательной провѣркѣ. Лишній разъ упомянуть объ этой техникѣ не мѣшаетъ уже потому, что, благодаря ей, удается распознать въ сравнительно раннихъ періодахъ болѣзни самыя тонкія измѣненія и колебанія въ состояніи организма, поскольку они вообще обнаруживаются въ выдѣленіяхъ почекъ; съ другой стороны, не лишне указать, что лабораторная техника въ концѣ концовъ стремится выработать способы, которые у постели больного, т. е. въ клиникѣ, вполнѣ примѣнимы.

Съ давнихъ поръ искали пригодный клиническій способъ количественнаго опредѣленія бѣлка, превышающаго $0{,}0033^0/_0$. Когда я былъ ассистентомъ у проф. *A. Vogel*'я, я потратилъ не мало времени на изученіе его оптическаго способа. Эти, оказавшіяся тщетными, попытки имѣли для меня, впрочемъ, ту пользу, что съ тѣхъ поръ я уже не разставался съ «оптическими способами», и мнѣ удалось выработать вполнѣ пригодный и легко примѣнимый для клиническихъ цѣлей способъ *Roberts-Стольникова*. Напомнить объ этомъ уже давно извѣстномъ способѣ мнѣ кажется не лишне потому, что и въ настоящее время въ нѣкоторыхъ лабораторіяхъ все еще придерживаются количественнаго опредѣленія бѣлка по *Esbach*'у, способъ котораго признанъ далеко не удовлетворительнымъ. Еще удивительнѣй, что и во многихъ клиникахъ до сихъ поръ пользуются этимъ ошибочнымъ способомъ, не смотря на то, что уже 20 лѣтъ назадъ *Hammarsten* и его ученики тщательно провѣрили способъ *Roberts-Стольникова* и доказали его пригодность и точность для примѣненія въ клиникѣ.

По *Brandberg*'у реакція *Heller*'а наступаетъ въ видѣ едва замѣтнаго кольца въ теченіи 3-ей минуты, если въ 100 к. стм. раствора содержится $3^1/_3$ млгрм. бѣлка. Изслѣдуемую жидкость надо поэтому разбавить до этой степени и исчислять содержаніе бѣлка по степени разжиженія. Сначала разбавляютъ мочу въ 10 разъ, затѣмъ отливаютъ по 1—2—3 и т. д. к. стм. этой въ 10 разъ разбавленной мочи въ цѣлый рядъ пробирокъ, содержащихъ по 10 к. стм. воды. При этомъ окажется, что полученныя смѣси въ 2-хъ рядомъ стоящихъ пробиркахъ дадутъ реакцію *Heller*'а— одна еще слишкомъ рано, другая слишкомъ поздно. Тогда слѣдуетъ отыскать между этими 2-мя степенями разжиженія подходящую посредствомъ болѣе тонкаго измѣренія количества приливаемой къ водѣ мочи. Для исчисленія $^0/_0$-го содержанія бѣлка въ грм. *Brandberg* установилъ формулу $\frac{10+v}{30\ v}$, въ которой v обозначаетъ тотъ объемъ разбавленной въ 10 разъ мочи, которой надлежало прибавить къ 10 к. стм. воды, чтобы получить конечную реакцію.

Эта методика имѣетъ 2 недостатка: она, во 1-хъ, дозволяетъ опредѣленіе только сравнительно большихъ количествъ бѣлка, такъ какъ приходится работать съ мочей, разбавленной въ 10 разъ, а, во 2-хъ, формула *Brandberg*'а примѣнима только тогда, когда разжиженія производились согласно предписанному шаблону. Примириться съ этими недостатками нельзя уже потому, что намъ чаще приходится имѣть дѣло съ гораздо меньшими количествами бѣлка, для исчисленія которыхъ формула *Brandberg*'а оказывается непригодной, а, съ другой стороны, даже въ присутствіи большихъ количествъ бѣлка во многихъ случаяхъ выгоднѣе съ самаго начала работать съ другими разжиженіями, чѣмъ указанныя *Brandberg*'омъ.

$^0/_0$-ное содержаніе бѣлка получается при умноженіи цифры разжиженія на 0,0003. Вычислить степень разбавленія мочи, конечно, не трудно, пока приходится работать съ небольшими цифрами, но это становится крайне обре-

[1]) Образуется, собственно говоря, не кольцо, а дискъ на границѣ соприкосновенія обѣихъ жидкостей.

Digitized by Google

менительнымъ, когда дѣло доходитъ до цѣлаго ряда разнородныхъ по степени сложныхъ разжиженій.

Чтобы не зависѣть отъ однообразія *Brandberg*'ской методики, я переработалъ его формулу такъ, что съ моимъ видоизмѣненіемъ возможно дѣлать всякое исчисленіе, какое-бы ни было $^0/_0$-ное содержаніе бѣлка и какимъ-бы образомъ ни разбавлять мочу. Допустимъ, что въ смѣси v+a, давшей правильное появленіе реакціи *Heller*'а, v (volumen) обозначаетъ число к. стм. объема вошедшей въ смѣсь *разбавленной* мочи, а a (aqua)—цифру прибавленныхъ к. стм. воды. Если буквою s (solutio) выразить цифру, показывающую степень примѣненнаго разжиженія мочи, то, считая въ к. стм., *неразбавленной* мочи будетъ содержаться:

1) въ смѣси v+a ......

$$\frac{v}{s}$$

2) въ 1 к. стм. смѣси v+a .....

$$\frac{v}{s(v+a)}$$

3) въ 100 к. стм. смѣси v+a .....

$$\frac{100v}{s(v+a)}$$

Въ этихъ 100 к. стм. смѣси v + a, или-же въ $\frac{100v}{s(v+a)}$ неразбавленной мочи содержится $\frac{10}{3}$ млгрм. бѣлка. Слѣд., въ 100 к. стм. неразбавленной мочи содержаніе бѣлка въ млгрм. исчисляется по:

$$\frac{100v}{s(v+a)} : \frac{10}{3} = 100 : x.$$

4) $x = \frac{1000}{3} \cdot \frac{s(v+a)}{100v}$ или

5) $x = \frac{s(v+a)}{300v}$ грм.

Какъ уже сказано, при этомъ совершенно безразлично, въ какихъ отношеніяхъ разжижается моча, такъ какъ съ помощью моей формулы исчисленіе $^0/_0$ возможно при любомъ способѣ работы. Предположимъ, напр., что въ одномъ случаѣ потребовалось-бы 3 к. стм. неразбавленной мочи и 0,6 к. стм. воды, чтобы получить надлежащее разжиженіе; v выражаетъ при такихъ условіяхъ въ смѣси v+a объемъ неразбавленной мочи, слѣд., s = 1 и

$$\frac{s(v+a)}{300v} = \frac{1(3+0,6)}{300 \cdot 3} = 0,004^0/_0.$$

Если въ другомъ случаѣ вошли въ смѣсь v+a 3 к. стм. разбавленной въ 8 разъ (1:7) мочи и 1,5 к. стм. воды; тогда

$$\frac{s(v+a)}{300v} = \frac{8(3+1,5)}{300 \cdot 3} = 0,04^0/_0.$$

Допустимъ, наконецъ, что смѣсь v+a состоитъ изъ 0,5 к. стм. разведенной въ 10 разъ мочи и 17 к. стм. воды; тогда получимъ

$$\frac{s(v+a)}{300v} = \frac{10(0,5+17)}{300 \cdot 05} = 1,167^0/_0.$$

Перехожу къ описанію техники. Необходимыя принадлежности состоятъ изъ: 1) 2-этажнаго штатива для 12—20 пробирокъ; 2) капельницы для азотной кислоты; 3) пипетки, вмѣщающей 5 или 10 к. стм. съ дѣленіемъ на $^1/_{10}$ к. стм.; 4) обыкновенной пипетки съ тонкимъ отверстіемъ, безъ всякаго дѣленія; 5) 2-хъ минутныхъ песочныхъ часовъ, 6) бюретки въ 50 к. стм. съ дѣленіемъ на 0,1 к. стм. по *Rammelsberger*'у, соединенной съ сосудомъ для перегнанной воды. Кромѣ того, слѣдуетъ озаботиться о подходящемъ освѣщеніи и черномъ фонѣ въ видѣ, напр., кусочка бархата, на которомъ особенно ясно удается уловить появленіе перваго нѣжнаго очертанія *Heller*'овскаго кольца. Въ верхній рядъ пробирокъ вливаютъ изъ капельницы, по возможности не обмачивая стѣнки сосуда, по 20—25 капель азотной кислоты. Если мнѣ приходится изслѣдовать мочу съ большимъ количествомъ бѣлка, судить о чемъ дозволяетъ предыдущая проба съ кипяченіемъ, то я обыкновенно вливаю въ 1-ю пробирку нижняго ряда 2 к. стм. фильтрованной мочи и прибавляю 18 к. стм. воды; получается въ 10 разъ разбавленная моча, которую я послѣ тщательнаго взбалтыванія приливаю въ количествѣ нѣсколькихъ к. стм. къ находящейся въ 1-й пробиркѣ верхняго ряда азотной кислотѣ. Степень проявляющейся при этомъ реакціи руководитъ дальнѣйшими пріемами. Если-бы, напр., при очень обильномъ количествѣ бѣлка получилось очень сильное *Heller*'овское кольцо, то гораздо практичнѣе съ самаго начала разбавить разведенную уже въ 10 разъ мочу еще въ 10 разъ; въ такомъ случаѣ съ разбавленной уже въ 10 разъ мочей надо произвести то же самое, что въ началѣ продѣлывалось съ неразбавленной, а при подсчетѣ считаться съ 100-кратнымъ разжиженіемъ. Когда-же *Heller*'овское кольцо бываетъ выражено такъ слабо, что для дальнѣйшаго разжиженія требуется не слишкомъ много воды, то я отливаю изъ пробирки съ разбавленной въ 10 разъ мочею по 1 или по 2—3 к. стм. въ нѣсколько, стоящихъ рядомъ, пробирокъ нижняго ряда, а именно—по 1 к. стм., когда кольцо оказывается еще сравнительно сильнымъ, по 2, по 3, если оно слабое или появляется очень медленно. Въ первомъ случаѣ придется, вѣроятно, для надлежащаго разжиженія долить столько воды, что смѣсь въ отношеніи 1: x составитъ достаточный объемъ для дальнѣйшей провѣрки (присасыванія въ пипетку и т. п.), который притомъ и помѣстится въ пробиркѣ. Во второмъ-же случаѣ можетъ потребоваться воды всего не больше нѣсколькихъ десятыхъ 1 к. стм., и потому, чтобы избѣжать техническихъ неудобствъ и достигнуть бо́льшей точности, лучше приготовлять смѣсь въ отношеніи 2 или 3: x. Работу надо продолжать всегда до тѣхъ поръ, пока разжиженіе не доведено до такой степени, при которой реакція *Heller*'а еще не проявляется въ теченіи 3-й минуты. Допустимъ, что въ одномъ случаѣ послѣ прибавленія 6 к. стм. воды къ 1 к. стм. въ 10 разъ разбавленной мочи реакція наступила лишь въ теченіи 4-ой минуты, а что въ другомъ тотъ-же результатъ былъ достигнутъ смѣшиваніемъ 3 к. стм. мочи такого же разбавленія съ 2 к. стм. воды, то пограничная реакція, вѣроятно, получилась-бы при приливаніи къ первой мочѣ 5, ко второй 1,5 к. стм. Точность результата можетъ быть доведена до 0,1 к. стм.

Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда количество бѣлка не превышаетъ 0,033$^0/_0$, необходимо работать съ неразбавленной мочей, при чемъ слѣдуетъ придерживаться вышеизложенныхъ правилъ, но надо помнить, что неразбавленная моча соотвѣтствуетъ однократному разжиженію, другими словами s=1. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ примѣненную степень разжиженія мочи обозначаетъ цифра, соотвѣтствующая итогу v + a, т. е. 1 к. стм. неразведенной мочи и приходящагося на его долю количества воды: въ 6 разъ разбавленная моча содержитъ, напр., на 1 к. стм. мочи 5 к. стм. воды и т. д.

Позволяю себѣ предложить эту методику количественнаго опредѣленія бѣлка въ мочѣ для клиники на основаніи долголѣтней практики и почти ежедневной провѣрки этого способа въ моей лабораторіи. Методика эта даетъ возможность получить достаточно точные результаты сравнительно скоро: рѣдко приходится работать болѣе $^1/_4$ часа; во 2-хъ, дозволяетъ приспособить работу къ требованіямъ каждаго отдѣльнаго случая при очень несложной обстановкѣ; благодаря ей, наконецъ, возможно опредѣлить любое количество бѣлка до 0,0033$^0/_0$, при чемъ исчисленіе упрощается помощью моей рофмулы $\frac{s(v+a)}{300\,v}$.

---

Изъ больницы Св. Маріи Магдалины въ Петербургѣ.

## Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи выпаденій прямой кишки.

Ф. К. Вебера.

*(Окончаніе. См. № 2, стр. 46).*

Всѣ способы колопексіи, имѣя цѣлью подвѣсить кишку и замѣнить ей ея верхній поддерживающій приборъ, не оказываютъ почти никакого вліянія на промежностную грыжу, играющую столь видную роль въ развитіи выпаденій прямой кишки. Единственный способъ, стремящійся уничтожить промежностную грыжу, предложенъ *Bardenheuer*'омъ. Настоящія полныя промежностныя грыжи обра-

Digitized by Google

зуются вслѣдствіе порока развитія, при чемъ *Douglas*'ово пространство останавливается на зачаточной ступени, какъ это показалъ *Zuckerkandl*. Брюшина при этомъ въ крайнихъ случаяхъ можетъ черезъ отверстіе въ мышцѣ, поднимающей задній проходъ, служащее какъ бы грыжевыми воротами, спуститься до самой промежности и, выпячиваясь кпереди, даетъ грыжу влагалища, а кзади—выпячиваніе прямой кишки. Такія далеко уже зашедшія промежностныя грыжи встрѣчаются сравнительно рѣдко и обыкновенно съ другими признаками неполнаго развитія—инфантилизма.

Неполныя-же промежностныя грыжи, гдѣ *Douglas*'ова складка, хотя и опущена очень низко, но не продырявливаетъ мышцы поднимающей задній проходъ, попадаются довольно часто.

У одной 17-лѣтней дѣвушки съ рѣзко выраженнымъ инфантилизмомъ, страдавшей обширнымъ выпаденіемъ прямой кишки и стѣнокъ влагалища, *Bardenheuer* сдѣлалъ сначала т. наз. вентрофиксацію матки, а затѣмъ рядомъ швовъ соединилъ оба листка брюшины *Douglas*'ова пространства, далеко спускавшіеся въ глубину таза, и этимъ достигъ полнаго запустѣнія мѣшка, представлявшаго настоящую промежностную грыжу; въ заключеніе операціи онъ прикрѣпилъ нѣсколько разъ изогнутую петлю S-образной кишки къ передней стѣнкѣ крестца.

*Zuckerkandl* проводитъ аналогію между паховыми и промежностными грыжами. Для болѣе успѣшнаго устраненія послѣднихъ, по его мнѣнію, слѣдовало-бы и здѣсь, какъ при паховыхъ грыжахъ, по возможности вылущивать весь грыжевой мѣшокъ, а затѣмъ уже сшивать его какъ можно ниже. Этимъ путемъ можно-бы было легче всего избѣжать возврата и удержать кишку въ нормальномъ положеніи, благодаря образованію прочныхъ рубцевыхъ сращеній передней стѣнки ея съ тазовымъ дномъ.

Я нѣсколько разъ продѣлалъ эту операцію на трупахъ и убѣдился, что отдѣлить брюшину *Douglas*'ова пространства на днѣ его и въ области крестцовоматочныхъ связокъ—дѣло не легкое, вслѣдствіе глубины операціоннаго поля, мѣстами весьма плотныхъ сращеній брюшины съ подлежащими тканями и обилія венныхъ сплетеній. Едва-ли поэтому предложеніе *Zuckerkandl*'я найдетъ себѣ практическое примѣненіе, и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ низко спускающаяся промежностная грыжа служитъ главною причиною развитія выпаденія прямой кишки, приходится ограничиваться сшиваніемъ брюшинныхъ листковъ *Douglas*'ова пространства, какъ это предложилъ *Bardenheuer*.

Чтобы укрѣпить оперативнымъ путемъ тазовое дно, слѣдуетъ дѣйствовать только на мышечные слои, укорачивая удлиненные мышечные пучки или сшивая щели, образовавшіяся отъ расхожденія мышечныхъ волоконъ. *Sänger* и *Ziegenspeck* одни изъ первыхъ указали, какое важное значеніе имѣетъ цѣлость и хорошее состояніе мышцъ тазового дна для прочности послѣдняго. Главную роль при этомъ играетъ мышца, поднимающая задній проходъ (m. levator ani), называемая даже тазовой діафрагмой; при выпаденіяхъ прямой кишки 2-ое мѣсто принадлежитъ наружному жому; роль остальныхъ мышцъ промежности—несущественная.

Чтобы съузить крайне податливый задній проходъ, еще *Dieffenbach* предлагалъ вырѣзывать въ этой области 3-угольные лоскуты и получающіяся недостачи стягивать швами; но въ то время раны рѣдко заживали первымъ натяженіемъ, а на соединеніе мышечныхъ краевъ не обращалось должнаго вниманія. Болѣе цѣлесообразно поступалъ *Koenig*, вырѣзывавшій большій или меньшій кусокъ изъ наружнаго жома, тщательно сшивавшій края мышцы и получавшій при этомъ хорошіе результаты. Понятно, что операція эта является только частичною и сама по себѣ вылѣчить выпаденіе прямой кишки не можетъ; *Koenig* соединялъ ее вмѣстѣ съ ректопексіей.

Первый, кто путемъ оперативнаго возстановленія мышечнаго тазового дна излѣчилъ выпаденіе прямой кишки, былъ проф. *Д. О. Оттъ*.

Онъ у одной крайне истощенной больной съ очень дряблою промежностью и наружнымъ жомомъ разсѣкъ всю промежность въ глубину до глубокихъ волоконъ мышцы, поднимающей задній проходъ; затѣмъ произвелъ освѣженіе, какъ при обычныхъ операціяхъ полныхъ разрывовъ промежности, при чемъ освѣженіе въ области кишки произведено съ тѣмъ разсчетомъ, чтобы по наложеніи швовъ нижній отдѣлъ вновь возстановленной кишки былъ съуженъ и удлиненъ; затѣмъ сшилъ рану послойно, особенно тщательно стараясь соединить мышечныя волокна. Получилось коренное излѣченіе.

На 1-мъ Съѣздѣ Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ *Н. И. Напалковъ* предложилъ свой способъ оперативнаго лѣченія выпаденій прямой кишки путемъ укороченія и сшиванія обѣихъ половинъ мышцы, поднимающей задній проходъ.

Способъ *Н. И. Напалкова* разработанный имъ только на трупахъ, слѣдующій: дугообразнымъ разрѣзомъ, проведеннымъ на 1 стм. кпереди отъ заднепроходнаго отверстія отъ одного сѣдалищнаго бугра до другого, обнажается сухожильный центръ промежности и разсѣкается ножемъ во всю его толщу до нижней поверхности тазовой діафрагмы. Оттягивая прямую кишку кзади, а луковицу мочеиспускательнаго канала кпереди, можно всегда избѣгнуть пораженія этихъ органовъ. При этомъ ясно обрисовываются волокна мышцы, поднимающей задній проходъ, и щель въ ней, черезъ которую проходитъ прямая кишка. При помощи шва, проведеннаго въ передне-заднемъ направленіи, образуется складка въ мышечномъ днѣ таза; при этомъ швы прихватываютъ стѣнку нижняго отдѣла прямой кишки. Благодаря этимъ швамъ, мышца, поднимающая задній проходъ, укорачивается, а массивность ея увеличивается. Если соединить швы обѣихъ сторонъ между собою, то срединные края мышцы сблизятся, а щель въ діафрагмѣ, черезъ которую проходитъ прямая кишка, съузится. Если при обнаженіи діафрагмы окажется промежностный грыжевой мѣшокъ, то его слѣдуетъ отдѣлить и отсѣчь, какъ можно выше. Въ концѣ операціи тщательнымъ наложеніемъ швовъ слѣдуетъ возстановить сухожильный центръ промежности.

Я сомнѣваюсь, чтобы операціей *Н. И. Напалкова* самой по себѣ можно было вполнѣ излѣчить далеко зашедшія выпаденія прямой кишки; какъ вспомогательная-же операція для возстановленія тазового дна, она заслуживаетъ полнаго вниманія. По способу *Н. И. Напалкова* до сихъ поръ сдѣлана была операція, кажется, только у 1 больного въ Парижѣ д-ромъ *Gerard-Marchand*'омъ, который ограничился соединеніемъ обоихъ краевъ мышцы, поднимающей задній проходъ, поперечную-же рану промежности соединилъ въ передне-заднемъ направленіи, отчего получилась болѣе высокая и прочная промежность. *Gerard-Marchand* смотритъ на эту операцію также, какъ на вспомогательную, и совѣтуетъ соединять ее съ ректо- или колопексіей.

При большихъ выпаденіяхъ прямой кишки одного укороченія мышцы, поднимающей задній проходъ, понятно, будетъ недостаточно, и мышца эта едва-ли долго будетъ въ состояніи удерживать вправленную въ полость малаго таза, но не прикрѣпленную тамъ кишку. Надо принять при этомъ во вниманіе, что мышца эта при разслабленіи тазового дна представляется въ видѣ дряблыхъ разрозненныхъ волоконъ. Во избѣжаніе возврата, д-ръ *Венгловскій* соединилъ укороченіе мышечной діафрагмы таза съ изсѣченіемъ кишки и получилъ хорошій результатъ.

Въ 1 очень тяжеломъ случаѣ выпаденія прямой кишки онъ сначала изсѣкъ послѣднюю типичнымъ путемъ, а затѣмъ, проведя дугообразный разрѣзъ поперекъ промежности, обнажилъ, по *Напалкову*, мышцу, поднимающую задній проходъ, сшилъ ея срединные края и, образовавъ въ ней складку, укоротилъ ее, при чемъ послѣдніе швы прихватывали и приподнимали вновь образованную кишку.

Разбирая способы возстановленія мышечнаго тазового дна, я хотѣлъ-бы сказать нѣсколько словъ о способѣ лѣченія выпаденій прямой кишки массажемъ по Thur-Brandt'у. Всѣ пріемы послѣдняго, направленные къ усиленію тонуса мышцъ тазового дна и наружнаго члена, надо считать цѣлесообразными и заслуживающими примѣненія, такъ какъ ничѣмъ такъ легко не достигается гипертрофія мышцъ, какъ систематическимъ ихъ упражненіемъ. Пріемами Thur-Brandt'а вызываются раздраженіе и сокращеніе мышцъ тазового дна и продольныхъ волоконъ въ стѣнкѣ прямой кишки. *Kumpf*, получившій отъ массажа въ 2-хъ тяжелыхъ случаяхъ выпаденія прямой кишки блестящіе результаты, говоритъ, что во всѣхъ случаяхъ выпаденія, гдѣ еще не наступило полной атрофіи мышцъ тазового дна и кишечной стѣнки, можно достигнуть излѣченія массажемъ, если дѣлать его, какъ слѣдуетъ. Хотя я и не согласенъ съ такимъ оптимистическимъ взглядомъ, но на основаніи своихъ—правда, немногочисленныхъ—наблюденій все-же долженъ признать массажъ важнымъ подспорьемъ въ особенности при колопексіи, ибо при ней кишка подвѣшивается къ стѣнкѣ живота, тазовое-же дно оставляется безъ

Digitized by Google

вниманія. Совершенно такъ-же высказываются *Eiselsberg*, *Ludloff* и *Венгловскій*.

Во 2-хъ словахъ коснусь еще способовъ ч. пр. *Р. Р. Вредена* и д-ра *Thiersch*'а.

*Р. Р. Вреденъ* воспользовался способомъ *Gersuny*, предложеннымъ имъ при недержаніи мочи. Какъ извѣстно, *Gersuny*, освободивъ мочеиспускательный каналъ отъ окружающихъ тканей, поворачивалъ его 1 или $1^1/_2$ раза вокругъ оси и такимъ образомъ путемъ перекручиванія стѣнокъ получалъ съуженіе канала. *Gersuny* считалъ пригоднымъ свой способъ и для тѣхъ случаевъ, когда послѣ усѣченія нижняго отдѣла прямой кишки приходилось вшивать верхній отдѣлъ кишечника въ кожу промежности. Здѣсь, понятно, на мышечный затворъ вновь образованнаго заднепроходнаго отверстія разсчитывать нельзя, такъ какъ большая часть мышечныхъ волоконъ удаляется вмѣстѣ съ пораженною кишкою, и потому съуженіе новой кишки путемъ поворачиванія нижняго отрѣзка ея вокругъ оси надо считать пріемомъ вполнѣ цѣлесообразнымъ. Иначе обстоитъ дѣло при выпаденіяхъ прямой кишки. Здѣсь наружный жомъ и мышцы тазового дна, хотя и ослаблены, но все-же находятся въ болѣе или менѣе тѣсной связи со стѣнкою кишки, которую стараются съузить или подтянуть кверху.

При операціи *Р. Р. Вредена* круговымъ разрѣзомъ на границѣ перехода слизистой оболочки въ кожу прямая кишка отдѣляется сначала ножемъ отъ наружнаго жома и всей толщи промежности, а затѣмъ тупо до прикрѣпленія мышцы, поднимающей задній проходъ; послѣ этого ее поворачиваютъ вокругъ оси на 180° и снова вшиваютъ въ кожу промежности. Этимъ достигается съуженіе просвѣта и напряженіе волоконъ мышцы, поднимающей задній проходъ, которыя теперь спиралью охватываютъ кишку.

Изъ наблюденій надъ операціей почечуйныхъ шишекъ по *Whitehead*'у выяснилось, что отдѣленіе нижняго отрѣзка прямой кишки отъ наружнаго жома сплошь и рядомъ ослабляетъ тонусъ послѣдняго и вызываетъ недержаніе испражненій; при выпаденіи же прямой кишки такое недержаніе можетъ наступить еще скорѣе, разъ жомъ вообще ослабленъ. Если при дальнѣйшемъ отдѣленіи щадить прикрѣпленіе мышцы, поднимающей задній проходъ, то придется операцію эту примѣнять исключительно при незначительныхъ выпаденіяхъ прямой кишки, такъ какъ при болѣе тяжелыхъ формахъ вся прямая кишка и часто даже нижній отрѣзокъ S-образной бываютъ лишены своихъ прикрѣпленій и опускаются книзу. Если-же въ такихъ случаяхъ отдѣлять мышцу, поднимающую задній проходъ, и закручивать кишку выше, то мы лишимъ кишку очень существенной поддерживающей мышцы. Съуженіе кишки, достигаемое этимъ способомъ, едва-ли можно считать очень прочнымъ. На основаніи всего этого я не могу признать способа *Р. Р. Вредена* вполнѣ цѣлесообразнымъ и думаю, что область его примѣненія должна быть ограничена одними легкими случаями выпаденій прямой кишки. Случаи ч. пр. *Вредена* и д-ра *Гренкова* дали оба быстрый и блестящій успѣхъ, но сомнительно, чтобы излѣченіе здѣсь было прочно. *Eiselsberg* оперировалъ въ 1 случаѣ по способу *Р. Р. Вредена* и очень быстро получилъ возвратъ, при чемъ до операціи выпаденіе кишки было неполное, послѣ же оно стало полнымъ.

Способъ *Thiersch*'а состоитъ въ томъ, что въ области задняго прохода, вокругъ него, подъ кожей прокалывается серебряная проволока, которая затѣмъ стягивается такъ, чтобы получилось съуженіе прохода; выпавшая часть кишки предварительно вправляется. Если кольцо черезъ нѣкоторое время начинаетъ безпокоить больного, то его можно вынуть, при чемъ тамъ, гдѣ оно было, остаются рубцевые тяжи и перемычки, которые и поддерживаютъ съуженіе задняго прохода.

Хорошая сторона этого способа—его безопасность и легкость выполненія, такъ что у лицъ, крайне истощенныхъ, которые не могли-бы выдержать продолжительнаго наркоза, онъ заслуживаетъ вниманія. Въ литературѣ описанъ рядъ случаевъ, гдѣ этотъ способъ увѣнчался полнымъ успѣхомъ. Мнѣ не пришлось примѣнить этотъ способъ ни разу, но на основаніи теоретическихъ соображеній я не думаю, чтобы съ помощью его можно было достигнуть окончательнаго излѣченія, такъ какъ при этой операціи устраняется только одно условіе, вызывающее выпаденіе прямой кишки, а именно—разслабленіе задняго прохода.

Подводя итогъ всему сказанному, позволю себѣ высказать слѣдующее. Въ вполнѣ выраженныхъ случаяхъ выпаденій прямой кишки имѣются очень рѣзкія анатомическія измѣненія въ окружающихъ ее тканяхъ. Достигнуть при лѣченіи этого заболѣванія идеала, т. е. возстановить нормальныя анатомическія отношенія, невозможно, и потому приходится придерживаться тѣхъ способовъ, которые стремятся, какъ можно ближе, подойти къ этому идеалу. Возстановить верхній поддерживающій приборъ кишки лучше всего удается при помощи колопексіи, которая, какъ сравнительно легкая и безопасная операція, заслуживаетъ полнаго вниманія. Разслабленное тазовое дно, которое при колопексіи остается не тронутымъ, лучше всего можетъ быть укрѣплено посредствомъ массажа, а, если онъ не ведетъ къ цѣли, то оперативнымъ путемъ. Изъ операцій, возстановляющихъ тазовое дно, предпочтенія заслуживаетъ способъ проф. *Д. О. Отта*. Изсѣченіе кишки безусловно показано тамъ, гдѣ выпавшая часть невправима или ущемлена; въ остальныхъ же случаяхъ примѣненіе этой операціи должно быть по возможности ограничено, такъ какъ она гораздо опаснѣе другихъ оперативныхъ пріемовъ, результаты же ея, въ смыслѣ появленія возвратовъ, не особенно прочны.

Въ заключеніе приведу исторіи болѣзни 3-хъ больныхъ, наблюденія за которыми въ сущности и послужили основаніемъ для всѣхъ выше изложенныхъ разсужденій.

1. Е. Г., 59 л., мѣщанка, въ 1-ый разъ обратилась ко мнѣ въ 1898 г. съ жалобами на недержаніе испражненій. Найденъ былъ полный разрывъ промежности, существовавшій болѣе 30 лѣтъ, со времени первыхъ родовъ. Разрывъ этотъ прежде мало безпокоилъ больную и испражненія дов. хорошо удерживались у нея, но за послѣднее время—вѣроятно, вслѣдствіе развившагося истощенія—больная стала хуже удерживать испражненія и развилось выпячиваніе нижняго отрѣзка прямой кишки. Я сдѣлалъ обычную операцію для полныхъ разрывовъ промежности съ типичной фигурой освѣженія.

Не смотря на то, что рана зажила первымъ натяженіемъ, больная черезъ годъ снова поступила въ больницу съ возвратомъ, при чемъ оказалось, что передніе края сшитаго жома мало по малу разошлись, и получилось небольшое выпаденіе нижняго отрѣзка прямой кишки. Я снова сдѣлалъ больной ту-же самую операцію, при чемъ и на этотъ разъ повторилъ свою прежнюю ошибку, а именно, какъ и тогда, освѣжилъ рану промежности слишкомъ поверхностно и не обратилъ должнаго вниманія на тщательное соединеніе волоконъ мышцы, поднимающей задній проходъ, и наружнаго жома.

2/v 1902 г. больная въ 3-ій разъ поступила въ больницу и жаловалась уже не столько на недержаніе испражненій, сколько на выпаденіе прямой кишки, достигавшее при натуживаніи величины головки новорожденнаго. Промежность оказалась совершенно дряблою, податливою; сшитые края наружнаго жома кпереди снова разошлись; слизистая оболочка выпадавшей части кишки была воспалительно измѣнена. Такъ какъ промежностная операція была произведена уже 2 раза безъ успѣха, то я рѣшилъ сдѣлать колопексію. 5/vi косымъ разрѣзомъ надъ лѣвой *Poupart*'овой связкой вскрыта брюшина; затѣмъ захваченъ, приподнятъ, на сколько можно кверху нижній отдѣлъ S-образной кишки и вшитъ въ брюшную рану. Вшиваніе дѣлалось, какъ при наложеніи кишечнаго свища, посредствомъ узловатыхъ шелковыхъ швовъ средней толщины; захватывался край кишки, противоположный брызжейкѣ; кишка была пришита на протяженіи 10 стм.; отъ брюшной стѣнки захватывалась брюшина и глубокіе мышечные слои. Въ концѣ операціи наглухо были зашиты поверхностныя брюшныя мышцы, фасція и кожа. Послѣопераціонное теченіе было гладкое, рана зажила первымъ натяженіемъ; черезъ 3 дня было первое испражненіе, безъ всякой боли. Такъ какъ при натуживаніи оставалось зіяніе задняго прохода и небольшое выпаденіе слизистой оболочки, то 20/vi я сдѣлалъ 2-ую операцію: освѣжилъ заднюю часть промежности и тщательно сшилъ освѣженные передніе концы наружнаго жома. Эта рана также зажила гладко, и 20/vii 1902 г. Е. Г. выписалась изъ больницы выздоровѣвшей. Послѣ этого мнѣ только разъ, черезъ 3 мѣсяца, удалось видѣть ее и убѣдиться въ хорошемъ положеніи прямой кишки. Если-бы былъ возвратъ, больная, по всей вѣроятности, отыскала-бы меня.

2. I. Т., 32 л., поступила въ больницу 16/v 1903 г. Средняго сложенія, хорошаго питанія. 3 брата и 3 сестры всѣ страдали выпаденіемъ прямой кишки. Родители были здоровы. Выпаденіе кишки при испражненіяхъ съ дѣтства. Выпадавшій кусокъ достигалъ величины кулака, но всегда самъ вправлялся. На низъ то запоръ, то поносъ со слизью и кровью. Мочу удерживала плохо. 14 лѣтъ назадъ вышла замужъ; ни разу не рожала и не выкидывала. Бѣли; мѣсячныя правильно. 7 лѣтъ назадъ одинъ изъ опытныхъ хирурговъ въ Петербургѣ сдѣлалъ больной усѣченіе выпадавшей части кишки, но уже скоро послѣ операціи слизистая оболочка кишки начала выпячиваться снова, а черезъ 6 мѣсяцевъ выпадавшая часть стала достигать прежнихъ размѣровъ. Наружный жомъ прямой кишки совершенно податливъ,

такъ что 5 пальцевъ, сложенныхъ воронкою, свободно входить въ него. Лучеобразныя складки его хорошо выражены; произвольно жомъ сжимается плохо. Внутреннiй жомъ ощупывается яснѣе. При натуживанiи выпячивается все тазовое дно и выпадаетъ кусокъ прямой кишки въ кулакъ, при чемъ просвѣтъ кишки не лежитъ на верхушкѣ конуса, а смотритъ кзади. При болѣе подробномъ изслѣдованiи оказывается, что нижняя часть прямой кишки не принимаетъ участiя въ выпаденiи, а начинается оно на 6 стм. выше жома. Слизистая оболочка прямой кишки набухшая, но изъязвленiй на ней нѣтъ. Стѣнки влагалища при натуживанiи не выпадаютъ. Матка не велика, слегка наклонена кзади, не опущена; придатки нормальны. На слизистой оболочкѣ выпадающей кишки замѣтны рубцы—слѣды прежней операцiи.

23/v 1903 г. я сдѣлалъ колопексiю. Косой разрѣзъ въ лѣвой подвздошной области на 3 пальца выше *Poupart*'овой связки. По вскрытiи брюшины прямокишечная часть S-образной кишки была вытянута, на сколько можно, кверху и здѣсь вшита въ кожную рану рядомъ швовъ, захватывавшихъ брюшину и мышечный слой, при чемъ отъ брюшной стѣнки захватывалась брюшина и глубокiй слой мышцъ. Такимъ образомъ кишка здѣсь была укрѣплена, какъ это дѣлается для наложенiя кишечнаго свища. Сверху тщательно были сшиты поверхностные слои мышцъ, апоневрозъ и кожа. Послѣоперацiонное теченiе было совершенно гладкое, безлихорадочное. Первое время больная жаловалась на боли въ области раны, но онѣ быстро исчезли. Испражненiя быстро упорядочились, при чемъ больная съ перваго-же раза замѣтила, что кишка уже болѣе не выпадаетъ (послѣ первой операцiи вырѣзанiе слизистой оболочки появилось уже при первыхъ испражненiяхъ). Рана зажила первымъ натяженiемъ, при чемъ въ области рубца никакой чувствительности не осталось. Черезъ 3½ недѣли больной разрѣшено было встать. При сильномъ натуживанiи замѣчалось небольшое выпячиванiе тазового дна и зiянiе жома, но не было ни малѣйшаго выпячиванiя слизистой оболочки прямой кишки. Для укрѣпленiя тазового дна я 2 недѣли подвергалъ больную лѣченiю гимнастикою и массажемъ по способу Thur-Brandt'a, послѣ чего 20/vii 1903 г. она покинула больницу, вполнѣ довольная достигнутымъ результатомъ. Осталось только плохое удерживанiе жидкихъ испражненiй, что зависитъ отъ податливости жома. Послѣднiй разъ я видѣлъ больную около 5 мѣсяцевъ спустя послѣ операцiи. Болей въ мѣстѣ шва кишки она не испытывала; рана зажила прочнымъ неподатливымъ рубцемъ. При натуживанiи замѣчалось небольшое выпячиванiе всего тазового дна, но слизистая оболочка прямой кишки не выпадала. Наружный жомъ оставался податливымъ, но пальцы пропускалъ далеко уже не такъ свободно, какъ передъ операцiей. Слѣдуетъ отмѣтить, что больная крайне неисправно исполняла тѣ предписанiя, которыя ей были даны при выпискѣ изъ больницы; ей я совѣтывалъ дѣлать холодныя обмыванiя и упражненiя мышцъ наружнаго жома и поднимающей заднiй проходъ.

3. Н. Т., 20 л., чернорабочiй, поступилъ въ больницу 6/vii 1903 г. Плохо упитанный, вялый, крайне отсталый въ умственномъ отношенiи. Собрать свѣдѣнiя изъ прошлаго было очень трудно. Выпаденiе прямой кишки, за послѣднее время увеличившееся, стало замѣчать въ дѣтствѣ. Кишка выпадаетъ только при испражненiи и всегда легко вправляется. Давно страдаетъ неправильностями въ испражненiяхъ: поносы смѣняются запорами; временами выдѣляется слизь. Промежность очень дряблая; наружный жомъ развитъ плохо и крайне растяжимъ, такъ что въ кишку свободно входитъ кулакъ. При натуживанiи прямая кишка выпадаетъ не всегда, и приходится способствовать выпаденiю потягиванiемъ за слизистую оболочку. Послѣдняя утолщена и отечна; изъязвленiй на ней нѣтъ. Выпячивается вся толща прямой кишки, длиною въ 12—14 стм., при чемъ выпячиванiе начинается непосредственно надъ жомомъ. Полость между внутреннимъ и наружнымъ цилиндрами выпавшей кишки кишечныхъ петель, по видимому, не содержитъ. Послѣ тщательной подготовки больного 18/vii произведено типичное усѣченiе выпавшей части кишки по *Mikulicz*'у (оперировалъ *Р. В. Бутцъ*). Кишка выведена пулевыми щипцами ad maximum и у основанiя перетянута упругимъ жгутомъ. Разрѣзъ на 3 стм. отступя отъ жгута сначала спереди черезъ всю толщу наружной кишки (содержащей внѣдренную часть). По вскрытiи брюшины рядомъ швовъ соединена была брюшина наружнаго и внутренняго цилиндровъ кишки, а затѣмъ, разрѣзавъ слизистую оболочку внутренняго цилиндра, операторъ соединилъ спереди слизистую оболочку обоихъ цилиндровъ. Швы при этомъ накладывались по очереди—поверхностные на слизистую оболочку и глубокiе на подслизистую ткань. Затѣмъ круговой разрѣзъ продолженъ былъ по бокамъ и кзади, гдѣ брюшины нѣтъ и гдѣ отдѣльно перевязаны были сосуды брыжейки прямой кишки. Здѣсь оба цилиндра кишки также сшиты были въ 2 слоя, при чемъ глубокiй захватывалъ подслизистую клѣтчатку, поверхностный-же только слизистую оболочку. Для вѣрности наложено было еще въ видѣ вожжей 4 глубокихъ шва, захватывавшихъ всю толщу кишекъ, послѣ чего жгутъ былъ снятъ. Довольно сильное паренхиматозное кровотеченiе остановлено тампонадой. Въ прямую кишку введена дренажная трубка.

Длина удаленнаго куска кишки въ развернутомъ состоянiи равнялось 18 стм. (послѣ сморщиванiя). Внѣдренная часть была значительно тоньше содержавшей ее. Послѣоперацiонное теченiе было совершенно гладкое, не смотря на то, что больной былъ крайне безпокоенъ и нѣсколько разъ поднимался съ кровати. Температура только разъ поднялась до 38°. Первые дни мочу приходилось выпускать катетеромъ. На 6-й день удалены фитили и дренажъ, на 8-ой—глубокiе швы, проложенные черезъ всю толщу кишки. Рана на всемъ протяженiи зажила первымъ натяженiемъ. На 16-ый день послѣ операцiи Н. Т. выписался здоровымъ. Черезъ мѣсяцъ мнѣ пришлось снова изслѣдовать больного: при натуживанiи не было ни малѣйшаго выпячиванiя слизистой оболочки; въ прямой кишкѣ на 3 стм. отъ жома прощупывался мягкiй валикъ въ видѣ кольца, обнимавшiй всю кишку; просвѣтъ послѣдней, однако, нисколько не былъ съуженъ. Наружный жомъ оставался легко растяжимымъ.

**Литературный указатель.** 1. *Bakes.* Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. 54.—2. *Bardenheuer.* См. *Sonnenschein.*—3. *Waldeyer.* Das Bäcken, 1902.—4. *Веньковскiй.* «Хирургiя» 1902, февраль.—5. *Вреденъ.* «Хирургическая Лѣтопись», т. V, кн. 6.—6. *Gersuny.* «Centralblatt f. Chirurgie», 1893.—7. *Герценъ.* «Вѣстникъ Хирургiи», 1901 г.—8. *Гренковъ.* «В.-Медицинскiй Журналъ», 1898. январь.—9. *Delorme.* «Bulletins et memoires de la société de chirurgie de Paris», 1901, № 24.—10. *Eiselsberg.* «Archiv f. Chirurgie», т. 67.—11. *Esmarch.* Die Krankheiten des Mastdarmes.—12. *Francke.* «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie», т. 51.—13. *Freund.* «Beiträge z. Geburtshülfe и Gynaecologie», т. 2.—14. *Gerard-Marchand.* «Bulletin de la société de chirurgie de Paris», 1902, № 29.—*Henle.* «Beiträge z. klin. Chirurgie», т. 32.—15. *Зеренинъ.* «Хирургическая Лѣтопись», 1895, т. 5.—16. *Jeannel* (*Verneuil*). «Bulletin de l'Academie des sciences», 1889, т. 10.—17. *Kumpf.* «Wiener klinische Wochenschrift», 1889.—18. *Ludloff.* «Archiv f. klin. Chirurgie», т. 60.—19. *Напалковъ.* «Труды I Съѣзда Россiйскихъ хирурговъ», стр. 142.—*Оттъ.* «Журналъ акушерства», 1890, 1900, октябрь.—20. *Розановъ.* «Медицинское Обозрѣнiе», 1898.—21. *Rotter.* «Centralblatt f. Chirurgie», 1903, № 37.—22. *Sonnenschein.* Тамъ-же, 1902, № 44.—23. *Verneuil.* «Bulletin de la société de chirurgie de Paris», 1890, стр. 754.—24. *Ziegenspeck.* «Archiv f. Gynaecologie», т. 31.—25. *Zuckerkandl.* «Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie», т. 31.

## XIV. Естественное зараженiе болотной лихорадкой въ лазаретѣ въ ноябрѣ [1]).

**В. С. Останчука** (Асхабадъ).

Нижеприводимый случай по условiямъ обстановки зараженiя заслуживаетъ, мнѣ кажется, нѣкотораго вниманiя: онъ почти такъ-же доказателенъ,—что касается передачи болотной лихорадки,—какъ извѣстные случаи искусственнаго зараженiя ею, напр. случай *В. В. Фавра* [2]).

Г. К., Рядовой 1-го Закаспiйскаго ж.-дорожнаго баталiона, 1-го года службы, уроженецъ г. Баку, поступилъ въ лазаретъ въ Кизилъ-Арватѣ 13/viii 1903 г. по поводу флегмоны лѣвой стопы (послѣдствiя натиранiя сапогомъ), осложнившейся переноснымъ (по лимфатическимъ путямъ) воспаленiемъ клѣтчатки въ подколѣнной ямкѣ. Подъ колѣномъ и въ верхней части голени пришлось сдѣлать 3 глубокихъ разрѣза для опорожненiя гноя изъ большой и извилистой полости нарыва. Заживленiе наступило лишь къ ¼ ноября, при чемъ получились рубцовое сведенiе въ колѣнномъ суставѣ подъ угломъ около 150° и отъ продолжительной бездѣятельности—слабость мышцъ, такъ что больной могъ ходить только на костыляхъ. За все время пребыванiя въ лазаретѣ Г. К. никуда изъ него не отлучался; въ теплые солнечные дни онъ изрѣдка выходилъ въ садъ, очень жиденькiй и совершенно сухой: вода въ саду лѣтомъ пропускается по оросительнымъ канавамъ 1 разъ въ недѣлю и скоро высыхаетъ, а осенью орошенiя нѣтъ вовсе. Въ окрестности лазарета по близости также нѣтъ никакой сырости и стоячихъ водъ.

15/xi Г. К. сталъ жаловаться на головную боль и боль въ поясницѣ. Около 5 час. вечера небольшой ознобъ. Объективно ничего ненормальнаго. 37°,3. Дано салицилокислаго натра 0,6×2.

16/xi: Явленiя тѣже. 36°,6—37°,3.

17/xi: Днемъ нѣсколько разъ познабливало. Общее недомоганiе. Сухой кашель. Въ легкихъ ничего ненормальнаго. Селезенка замѣтно не увеличена. 37°,7—40°,1. Съ 3 до 7 час. дня ознобъ сильнѣе; потомъ жаръ.

18/xi: Спалъ хорошо. Пота не было. Небольшая головная боль. Селезенка при постукиванiи замѣтно увеличена, не прощупывается; въ ея области при давленiи боль. Вечеромъ селезенку уже удалось прощупать. Въ 7 час. веч. при 38°,8 взята кровь для изслѣдованiя: очень много бѣлыхъ тѣлецъ, особенно крупныхъ и многоядерныхъ. Съ 5 до 11 час. веч. порядочный ознобъ, затѣмъ жаръ; пота ночью не было. Головная боль. Ѣлъ плохо. Кашель меньше. Въ 7 час. утр. 36°,7, въ 4½ час. дня 37°,3, въ 7 час. веч. 38°,8, въ 9 час. веч. 40°,1.

19/xi: Въ 11½ час. дня при 36°,9 взята кровь для изслѣдованiя. Въ свѣжей каплѣ крови—шаровидные, величиною почти въ красное тѣльце, плазмодiи съ мелко-зернистымъ пигментомъ. Тутъ-же удалось видѣть выхожденiе бичей изъ одного плазмодiя, очень сильно сокращавшагося и переливавшаго крупинками пигмента. Выходившiе бичи сильно расталкивали, сгибали и вда-

[1]) Сообщено въ Обществѣ Асхабадскихъ врачей.

[2]) *В. В. Фавръ.* Опыты зараженiя человѣка болотной лихорадкой черезъ ужаленiе anopheles. «Русскiй Врачъ», 1902, № 43, стр. 1567.

вливали окружавшіе красные шарики въ теченіи 1 часа; изъ нихъ отдѣлился отъ материнской клѣтки лишь 1, а 3 замерли постепенно въ своихъ движеніяхъ; вѣроятно, температура комнаты въ 16° R. была недостаточна для ихъ рожденія. На окрашенныхъ препаратахъ крови видно много шаровидныхъ и кольцевидныхъ мелко-пигментныхъ плазмодіевъ (plasmodium praecox). Въ 12 час. дня дано 0,6 солянокислаго хинина. Ознобъ отъ 3 час. дня до 11 час. ночи. Въ 7 час. утр. 37°,5, въ 9 час. 36°,9, въ 6 час. веч. 38°, въ 11 час. ночи 39°,3.

20/XI: Ѣлъ плохо. Пота не было. Сонъ удовлетворительный. Кашель прошелъ. Головная боль. Болѣзненность въ области плотной селезенки, вечеромъ на 2 пальца выходившей за край реберъ. Приступа лихорадки не было. Дано 0,6 солянокислаго хинина въ 8 час. утр. и 12 час. дня.

Больше приступовъ лихорадки не было. Больной еще 3 дня получалъ въ опредѣленные часы, въ 2 пріема, солянокислый хининъ, по 0,6; затѣмъ хининъ на недѣлю былъ оставленъ и вновь повторенъ въ теченіи 5 дней. Селезенка мало по малу уменьшилась и къ концу мѣсяца стала нормальной.

Такимъ образомъ на основаніи припадковъ и данныхъ изслѣдованія крови ясно, что дѣло идетъ о ежедневной, т. наз. тропической или лѣтне-осенней лихорадкѣ съ plasmodium praecox въ крови.

Хотя больной и уроженецъ Кавказа и неподолгу бывалъ, по его словамъ, въ лихорадочныхъ мѣстностяхъ лѣтомъ (Батумъ), но лихорадкой раньше никогда не хворалъ. На военную службу онъ поступилъ осенью прошлаго года и до поступленія въ лазаретъ изъ-за нарыва былъ вполнѣ здоровъ. Какъ же онъ могъ заразиться въ лазаретѣ болотной лихорадкой?

20/XI въ палатѣ, гдѣ лежалъ больной и еще нѣсколько лихорадившихъ, надъ печкой у потолка поймано 2 комара, изъ которыхъ 1, упитанный и сытый, оказался самкой anopheles claviger. Комаръ этотъ былъ придавленъ и вскорѣ околѣлъ, но сохраняется у меня въ формалинѣ, 2-ой комаръ былъ раздавленъ служителемъ, по недоразумѣнію брошенъ, и я его не видѣлъ. Того-же числа у себя въ квартирѣ, въ холодной, нетопленной комнатѣ, на закрытомъ ставнею окнѣ мнѣ удалось поймать очень тощую самку anopheles claviger. Ночью въ комнатѣ было 5° R, днемъ около 12°. Самка прожила въ пробиркѣ 2 недѣли, питаясь растворомъ сахара, потомъ почему-то погибла. Бо́льшая часть лазаретныхъ лихорадившихъ больныхъ за октябрь и ноябрь (18 чел.) страдали ежедневной перемежной лихорадкой. Больной говорилъ, что дней 12 назадъ его, вѣроятно, укусило въ ногу какое-нибудь насѣкомое: нога тогда у него зудила и на ней было красное пятнышко. Такъ какъ въ окружности лазарета въ непосредственной близости мѣстъ, удобныхъ для развитія комаровъ, нѣтъ, то нужно думать, что anopheles попалъ сюда откуда-нибудь издалека. Температура воздуха по даннымъ мѣстной метеорологической станціи за 20 первыхъ дней ноября колебалась между—2 и 10° Ц. При такой температурѣ комары едва-ли могли проявлять на наружномъ воздухѣ столько рѣзвости, чтобы жалить кого-нибудь.

Такое совпаденіе совершенно свѣжаго заболѣванія лѣтне-осенней ежедневной болотной лихорадкой въ лазаретѣ въ мѣстности, совершенно почти нелихорадочной [1]), и поимки 2-хъ комаровъ вида anopheles въ сравнительно холодное время года въ комнатѣ больного—весьма знаменательно. Ясно, какъ легко заразиться болотной лихорадкой въ обычныхъ житейскихъ условіяхъ; если это возможно въ лѣчебномъ заведеніи, гдѣ переносчики заразнаго начала вскорѣ-же по ихъ обнаруженіи уничтожаются (по выработанному опытомъ обыкновенію я нетрудныхъ и неимѣющихъ осложненій больныхъ перемежной лихорадкой оставляю дня 3 безъ лѣченія подъ наблюденіемъ, чтобы опредѣлить типъ лихорадки, время начала приступовъ и затѣмъ сразу пресѣчь процессъ пріемомъ 0,5 солянокислаго хинина за 6 и за 3 часа до начала озноба или впрыскиваніемъ 0,5 двусолянокислаго хинина при началѣ лихорадочнаго повышенія температуры). Но больные болотной лихорадкой нижніе чины уже до поступленія въ лазаретъ, въ околодкѣ, обыкновенно пользуются хининомъ. Отсюда-же вытекаетъ, какъ нужно быть осторожнымъ съ опредѣленіемъ возвратовъ бывшей болотной лихорадки по истеченіи значительнаго промежутка времени безъ лихорадочныхъ проявленій и при нормальной селезенкѣ, если зараженіе такъ легко, даже при сравнительно неблагопріятныхъ условіяхъ. Въ этихъ случаяхъ, слѣд., никогда не мѣшаетъ у больного или вездѣ тамъ, гдѣ онъ бываетъ, подозрѣвать по угламъ комаровъ. Возможно, что комаръ передаетъ бывшему больному его-же собственныхъ обновленныхъ чужеядныхъ болѣзни, продѣлавшихъ въ тѣлѣ комара промежуточную стадію за время его здоровья, даже зимой.

Значеніе научнаго доказательства или опроверженія длинныхъ скрытыхъ періодовъ болотной лихорадки огромно. Въ положительномъ случаѣ, напр., напрашивается сближеніе этой болѣзни съ сифилисомъ и указывается путь, какъ искать таинственныхъ ея возбудителей.

[1]) Въ Кизилъ-Арватѣ болотная лихорадка встрѣчается сравнительно рѣдко.

---

## XV. Кріоскопія молока и ея практическое значеніе.

**И. С. Бомштейна (Москва).**

Поддѣлка молока въ большихъ населенныхъ центрахъ принадлежитъ къ числу наиболѣе распространенныхъ золъ городской жизни. Громадное потребленіе этого продукта первой необходимости, его значеніе для дѣтскаго питанія дѣлаютъ вполнѣ понятнымъ интересъ къ этому насущному вопросу. Борьба съ этимъ зломъ въ большихъ городахъ составляетъ одну изъ важнѣйшихъ задачъ санитарнаго надзора и должна привлекать къ себѣ вниманіе органовъ городского самоуправленія.

Для успѣшной борьбы съ поддѣлкой необходимы простые, надежные способы распознаванія наиболѣе часто встрѣчающихся видовъ ея. Однимъ изъ самыхъ распространенныхъ видовъ поддѣлки молока является разбавленіе его водой, въ значительной степени обезцѣнивающее питательное значеніе молока. Если прибавить къ этому, что молоко нерѣдко разбавляютъ водой сомнительнаго качества, то значеніе этого рода поддѣлки выступаетъ не рѣзче.

«Разбавленіе молока водой, говоритъ *Lehmann* [1]), влечетъ за собой опасность (при употребленіи воды изъ источниковъ, сообщающихся съ выгребными ямами) попаданія въ молоко болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ, находящихся въ немъ благопріятныя условія для своего размноженія. Употребляемая для ополаскиванія сосудовъ вода не имѣетъ такого значенія: опыты съ ополаскиваніемъ сосудовъ водой, содержащей тифозныя палочки, показали, что при этихъ условіяхъ въ молокѣ оказывается гораздо меньше жизнеспособныхъ палочекъ, чѣмъ если прибавить къ молоку воду, даже въ количествѣ 5%».

Слишкомъ хорошо извѣстный печальный фактъ высокой дѣтской смертности въ первые годы жизни многими авторами ставится въ тѣсную связь съ качествомъ молока; въ ряду причинъ этой смертности дѣтей на первомъ году жизни главное мѣсто, безспорно, принадлежитъ поносамъ, зависящимъ отъ плохого качества молока.

«Если принять во вниманіе, говоритъ *Parmentier* [2]), какъ часто разбавляютъ молоко водой, и какой водой пользуются для этой цѣли, возможность загрязненія молока различными болѣзнетворными микроорганизмами, особенно въ лѣтнюю пору, станетъ вполнѣ понятной, а вмѣстѣ съ тѣмъ станетъ понятной и связь разбавленнаго молока съ дѣтской смертностью».

Прежде чѣмъ молоко коровы доходитъ до потребителя, оно подвергается многочисленнымъ измѣненіямъ, среди которыхъ снятіе сливокъ производится нерѣдко уже на мѣстѣ, гдѣ происходитъ доеніе. Торговцу, продающему молоко въ городѣ, остается только прибавить къ молоку тѣ или другія вещества, на первомъ планѣ воду, какъ самое дешевое средство, дающее возможность увеличить количество продаваемаго продукта. Для болѣе или менѣе удачнаго маскированія этого пріема торговцы пользуются прибавкой другихъ веществъ: мѣла, муки и т. п., сравнительно легко открываемыхъ при химическомъ изслѣдованіи. Какими-же средствами располагаетъ гигіэнистъ, чтобы обнаружить прибавку къ молоку воды? Прежде всего—сравненіемъ съ т. наз. нормальнымъ или среднимъ молокомъ, удовлетворяющимъ извѣстнымъ установленнымъ нормамъ относительно уд. вѣса, сухого остатка и содержанія жира. Наиболѣе употребительныя формулы *Fleischmann*'а и *Recknagel*'я [3]) даютъ возможность по уд. вѣсу, сухому остатку и содержанію жира разсчитать другія составныя части молока.

Digitized by Google

Пусть s—уд. вѣсъ молока, f—содержаніе жира и t—сухой остатокъ въ вѣсовыхъ %%-хъ; между ними имѣются слѣдующія соотношенія:

$$1)\ t=1{,}2\,f+2{,}665.\ \frac{100\,s-100}{s}\qquad 2)\ f=0{,}833\,t-2{,}22.\ \frac{100\,s-100}{s}$$

$$3)\ m\ (\text{уд. вѣсъ сухого остатка})=\frac{t}{t-\dfrac{100\,s-s}{s}}.$$

Если s, f и t равномѣрно уменьшены сравнительно съ соотвѣтственными нормами для средняго молока, то можно предполагать прибавку воды; m при этомъ остается неизмѣненнымъ.

Если f значительно меньше нормы, t—немного меньше, а s—увеличенъ, то были сняты сливки.

При очень низкомъ f, нормальномъ s и одновременномъ уменьшеніи t молоко было разбавлено водой, и съ него, кромѣ того, сняты были сливки.

Подобныя соотношенія даетъ и формула *Recknagel'я*. Пусть w—количество воды въ к. стм., находящейся въ 100 грм. поддѣланнаго молока, v—количество воды, прибавленной къ 100 грм. первоначальнаго молока, φ—количество жира въ грм., снятого со 100 грм. молока, $d_1$ и $d_2$—уд. вѣсъ и $f_1$—$f_2$—содержаніе жира для средняго и испытуемаго молока.

$$w=2{,}8\,(d_1-d_2)+3(f_1-f_2);\quad v=\frac{100+w}{100}.\ w;\quad \varphi=\frac{100\,(f_1-f_2)-f_1w}{100-w-f_2}.$$

Всѣ эти формулы основаны на среднихъ нормахъ, и въ этомъ ихъ слабая сторона.

«Если мы имѣемъ дѣло со смѣшаннымъ молокомъ отъ многихъ коровъ, говоритъ *Lehmann*, результатъ, полученный посредствомъ вышеупомянутыхъ формулъ, удовлетворителенъ; если-же подлежитъ изслѣдованію молоко изъ небольшого хозяйства (отъ одной или небольшого числа коровъ), результатъ становится невѣрнымъ вслѣдствіе различія молока отъ каждой коровы въ отдѣльности». Таково-же мнѣніе *Duclaux* [4]).

Для каждаго центра нормы средняго молока по необходимости должны измѣняться; допускаемыя отклоненія отъ среднихъ нормъ даютъ возможность разбавлять молоко водой въ количествѣ, по крайней мѣрѣ, 5%.

Приведу для примѣра нормы средняго молока, установленныя Совѣтомъ общественной гигіэны въ Парижѣ: уд. вѣсъ при 15° Ц. 1033, количество воды 87,00, сухого остатка 13,00, золы 0,60, жира 4,00, молочнаго сахара 5,00, казеина 3,40 на 100 частей молока. Допускаемыя наименьшія цифры: сухого остатка 11,50, жира 2,7—3, молочнаго сахара 4,50; воды 88,50.

Если даже держаться цифры молочнаго сахара, колеблющейся въ менѣе широкихъ предѣлахъ, то разница между средней величиной и допускаемымъ minimum'омъ составитъ 0,5 на 100. Разница эта позволяетъ разбавить молоко водой въ количествѣ 10%.

«Какъ только, говоритъ *Duclaux,* химикъ лишенъ возможности сравнить испытуемое молоко съ молокомъ того-же происхожденія, полученнымъ въ условіяхъ, не допускающихъ сомнѣнія относительно его состава, его заключеніе становится шаткимъ, такъ какъ оно поневолѣ должно основываться на среднихъ нормахъ; среднія величины не могутъ служить опорою для опредѣленія того, какое молоко слѣдуетъ считать неподдѣльнымъ. Единственнымъ опредѣленіемъ естественнаго молока могло-бы быть слѣдующее: молоко, полученное изъ вымени здоровой коровы».

При такомъ положеніи вопроса всякій новый способъ, дающій возможность точно и удобно распознавать разбавленное молоко, долженъ составлять цѣнное пріобрѣтеніе среди обычныхъ пріемовъ изслѣдованія молока.

Современными успѣхами физической химіи воспользовалась и медицина, и т. наз. кріоскопія (опредѣленіе точки замерзанія) сыворотки крови, мочи, выпотовъ имѣетъ въ настоящее время уже дов. обширную литературу. Я не буду касаться здѣсь этихъ областей и остановлюсь только на кріоскопіи молока.

Цѣлый рядъ изслѣдованій, посвященныхъ кріоскопіи молока, установили постоянство точки его замерзанія. *Dreser*, *Beckmann*, *Hamburger* и *Winter* [5]) при своихъ опытахъ нашли, что кріоскопическая точка для коровьяго молока представляетъ дов. постоянную величину, въ предѣлахъ—0,55—0,57°. Правда, *Bordas* и *Génin* [6]) пришли къ другимъ результатамъ, дов. противорѣчивымъ, опредѣливъ эти колебанія отъ—0,44° до 0,56°; но, какъ показали провѣрочные опыты *Winter'*a, весьма точно поставленные, цифра—0,56°—0,57° наиболѣе постоянна. *Parmentier* рѣшилъ выяснить, насколько вліяютъ на точку замерзанія молока особенности данной коровы, время доенія, порода, время года, кормъ и т. п., т. е. тѣ условія, которыя такъ существенно вліяютъ на уд. вѣсъ, содержаніе жира и и др. химическія свойства молока. Изслѣдуя разнообразныя пробы цѣльнаго молока, полученныя непосредственно послѣ доенія, *Parmentier* всегда находилъ постоянную точку замерзанія—0,55°—0,56°—0,57° для молока коровъ разныхъ породъ, въ различные періоды лактаціи, различнаго возраста, при разнообразномъ кормѣ. Сопоставляя параллельно точку замерзанія съ цифрами уд. вѣса, сухого остатка и содержанія жира, онъ получилъ слѣдующій интересный результатъ: точка замерзанія различныхъ пробъ оставалась постоянной, между тѣмъ какъ сухой остатокъ колебался между 10,55 и 18,90%, уд. вѣсъ между 1031 и 1025, а содержаніе жира между 4,47 и 6%. Если прибавить къ этому, что такимъ-же большимъ колебаніямъ подвержено и содержаніе молочнаго сахара (4—5,8%), казеина, солей, то постоянство точки замерзанія—0,55—0,56° пріобрѣтаетъ несомнѣнное значеніе. Ни пастеризація, ни стерилизація (при условіяхъ, предохраняющихъ молоко отъ испаренія воды) не измѣняютъ кріоскопической точки. Совсѣмъ другое происходитъ, если молоко подверглось броженію или получено отъ больной коровы; точка замерзанія при этомъ значительно измѣняется, теряетъ свое постоянство и даетъ нерѣдко цифры—0,80°—0,62°. Снятіе сливокъ не измѣняетъ точки замерзанія, такъ какъ жиръ въ молокѣ находится въ взвѣшенномъ состояніи, а не въ растворѣ; снятое молоко и центрифугированное показываетъ точку замерзанія—0,56°—0,57°. Наиболѣе рѣзкія измѣненія въ постоянствѣ точки замерзанія получаются при разбавленіи молока водой и въ этомъ обстоятельствѣ кроется громадное значеніе кріоскопіи молока. Такъ какъ разбавленіе молока водой влечетъ за собой пониженіе крѣпости раствора, то оно отражается на повышеніи кріоскопической точки. Принимая, что количество прибавленной воды пропорціонально разницѣ между обычной точкой замерзанія и получаемой при изслѣдованіи разбавленнаго молока, *Winter* далъ формулу, позволяющую опредѣлить количество воды, содержащейся въ данномъ объемѣ изслѣдуемаго молока: $E=V.\frac{a-\Delta}{a}$.

Эта формула весьма пригодна, и, какъ показали параллельныя изслѣдованія *Parmentier* съ опредѣленіемъ точки замерзанія при извѣстномъ разбавленіи, наблюдаемыя и вычисленныя по формулѣ цифры вполнѣ совпадаютъ; равнымъ образомъ, если разсчитать по формулѣ разбавленіе, соотвѣтствующее извѣстной точкѣ замерзанія, то оно вполнѣ совпадаетъ съ тѣмъ разбавленіемъ молока, которое было сдѣлано.

Прибавленіе къ молоку растворовъ солей или сахара должно вызывать пониженіе точки замерзанія, т. е. обратное тому, что достигается прибавкой воды; при извѣстной насыщенности солевого или сахарнаго раствора, прибавленнаго къ молоку, точка замерзанія послѣдняго можетъ остаться неизмѣненной. Теоретически—это совершенно вѣрно, но такого рода поддѣлка, замѣчаетъ *Parmentier*, требуетъ лабораторной обстановки и весьма точной работы, вслѣдствіе чего на практикѣ трудно осуществима. Кромѣ того, такая прибавка солей или сахара слишкомъ рѣзко отзывается на измѣненіи вкуса молока, чтобы остаться незамѣченной. Въ самомъ дѣлѣ, чтобы молоко осталось изотоничнымъ, его слѣдуетъ разбавить 10%-мъ растворомъ сахара (35 к. стм. молока + 14 к. стм. раствора); кріоскопическая точка при этомъ сохраняется, но молоко пріобрѣтаетъ явственно сладкій вкусъ. Соль и соду приходится прибавлять, для сохраненія точки замерзанія, въ количествахъ, которыя также рѣзко измѣняютъ вкусъ молока.

Руководясь работой *Parmentier*, я изслѣдовалъ различныя пробы Московскаго молока. Были взяты пробы отъ отдѣльныхъ коровъ, изъ молочныхъ большихъ, маленькихъ въ различныхъ частяхъ города, мелочныхъ лавокъ и подгородныхъ фермъ. На основаніи изслѣдованія ряда пробъ, полученныхъ непосредственно послѣ доенія, была найдена дов. постоянная кріоскопическая точка для цѣльнаго молока, колебавшаяся въ очень близкихъ предѣлахъ между —0,55°—0,57°; чаще всего точка замерзанія молока получалась —0,57° и —0,56°. Опредѣленіе производилось термометромъ Бекмана; точка замерзанія воды наблюдалась всякій разъ въ началѣ и концѣ каждаго ряда опытовъ. Изслѣдованіе молока большихъ подгородныхъ фермъ и большихъ Московскихъ молочныхъ дало, за немногими

Digitized by Google

исключеніями, одинаковыя цифры —0,56°—0,57°. Цифры эти значительно измѣнились, какъ только были взяты пробы изъ мелкихъ молочныхъ, мелочныхъ лавокъ, въ особенности на окраинахъ города. Кріоскопическая точка въ —0,53°, —0,52 и даже —0,42° встрѣчалась нерѣдко, а въ отдѣльныхъ случаяхъ получались еще болѣе низкія цифры. По формулѣ *Winter*'а полученныя данныя соотвѣтствовали разбавленію молока водой отъ 5,35 до 25%. Параллельно съ опредѣленіемъ точки замерзанія производилось обычное изслѣдованіе молока на уд. вѣсъ, содержаніе жира, сухой остатокъ и пр.; колебанія уд. вѣса въ отдѣльныхъ пробахъ достигали отъ 1035 до 1026, а содержаніе жира отъ 5,6% до 1,6%. Было изслѣдовано молоко, завѣдомо снятое и разбавленное; въ 1-мъ случаѣ точка замерзанія осталась безъ перемѣны, во 2-мъ—рѣзко повысилась. Вычисливъ по формулѣ *Winter*'а разбавленіе молока, соотвѣтствующее различнымъ точкамъ замерзанія, я нашелъ слѣдующія цифры:

E (количество воды, находящееся въ данномъ объемѣ v изслѣдуемаго молока), v=100 к. стм.; a (постоянная точка замерзанія) —0,56° и Δ – наблюдаемое пониженіе точки замерзанія:

$$E = v\frac{a-\Delta}{a}.$$

| Δ | E, % | Δ | E, % | Δ | E, % | Δ | E, % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Δ=0,53°—E— | 5,35 | 0,49° | —12,5 | 0,45° | —19,64 | 0,41° | —26,78 |
| 0,52 | 7,14 | 0,48 | —14,28 | 0,44 | —21,42 | 0,40 | —28,57 |
| 0,51 | 8.92 | 0,47 | —16.07 | 0,43 | —23,21 | | |
| 0,50 | 10,71 | 0,46 | —17,85 | 0,42 | —25 | | |

Разбавивъ, съ другой стороны, молоко водой въ указанныхъ отношеніяхъ, я опредѣлялъ Δ, вычисливъ параллельно Δ по формулѣ; между цифрой вычисленной и наблюдаемой оказывалось полное соотвѣтствіе. Вотъ нѣсколько примѣровъ:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) Молоко разбавлено | 89,29 | к. стм. | молока | v=100 | Δ—найдено — | 0,50 |
| » » | 10,71 | » » | воды | | вычислено | 0,50 |
| 2) » » | 87,5 | » » | молока | v=100 Δ | найдено — | 0,49 |
| » » | 12,5 | » » | воды | | вычислено | 0,49 |
| 3) » » | 75 | » » | молока | v=100 Δ | найдено — | 0,42 |
| » » | 25 | » » | воды | | вычислено | 0,42 |

Какъ видно изъ этихъ таблицъ, кріоскопическій способъ даетъ возможность легко и скоро опредѣлить разбавленіе молока съ точностью до 5% и даже болѣе. Судя по изслѣдованнымъ мною пробамъ, разбавленіе молока водой въ Москвѣ нельзя считать рѣдкимъ, особенно въ мелкихъ молочныхъ и мелочныхъ лавкахъ. Кріоскопическая точка молока является величиной весьма постоянной, во всякомъ случаѣ болѣе постоянной, чѣмъ величины, получаемыя химическимъ изслѣдованіемъ молока. Въ соединеніи съ опредѣленіемъ жира кріоскопія открываетъ 2 наиболѣе частыхъ вида поддѣлки молока—снятіе сливокъ и разбавленіе его водой. Какъ дополненіе къ обычному изслѣдованію молока, кріоскопія даетъ изслѣдователю увѣренность, считать-ли данное молоко цѣльнымъ или нѣтъ; ни одинъ другой способъ не можетъ дать на этотъ счетъ такихъ положительныхъ указаній. Поэтому къ обычнымъ нормамъ, предъявляемымъ къ молоку, необходимо, мнѣ кажется, присоединить требованіе, чтобы пониженіе точки замерзанія колебалось въ предѣлахъ не болѣе —0,55°—0,57°.

**Источники.** 1) *Lehmann.* Die Methoden der praktischen Hygiene, стр. 342.—2) *Parmentier.* «La Presse médicale», 1903 г., № 18 и № 26.—3) *Fleischmann* и *Recknagel.* Прив. по *Lehmann*'у, op. c., стр. 340—341.—4) *Duclaux.* Le lait, études chimiques et microbiologiques, 1887 г. Прив. по *Parmentier.*—5) *E. Cohen.* Vorträge über physikalische Chemie, стр. 194.—6) *Bordas* и *Génin.* Прив. по *Cohen*'у, стр. 194.

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Изъ Абастумана

(Письмо 1-ое).

### Значеніе для Россіи Абастумана и его минеральныя воды.— Краткій очеркъ прошлаго Абастумана.

Большинству читателей извѣстно, по крайней мѣрѣ изъ литературы, что Абастуманъ по топографическимъ и климатическимъ условіямъ является роскошнѣйшимъ горнымъ уголкомъ не только для равнинной Россіи, но и для Кавказа, имѣющаго не мало чудныхъ горныхъ климатическихъ пунктовъ. Это доказано метеорологическими наблюденіями д-ра *Скорова* и инж. фонъ-Коткуля въ 60-хъ и 70-хъ годахъ и д-ра *Кадкина* въ 80-хъ годахъ. Это-же было недавно подтверждено статьею д-ра *Гопадзе* [1]), который взялъ на себя трудъ подвести итоги за 12 лѣтъ правильно обставленнымъ въ Абастуманѣ метеорологическимъ наблюденіямъ. Относительно-же значенія Абастуманскихъ минеральныхъ водъ еще 20 лѣтъ назадъ я защищалъ передъ Кавказскимъ Медицинскимъ Обществомъ слѣдующія положенія [2]):

1. Благо, что въ Абастуманѣ мы имѣемъ не сѣрныя воды, какъ полагали прежде администрація и публика, а безразличныя термы, т. е. акратотермы; сѣрныхъ водъ у Россіи очень и очень много, а, какъ акратотерма, Абастуманъ является почти единственною во всей Россіи.

2. Въ сравненіи съ европейскими безразличными термами, какъ Teplitz-Schönau, Ragaz-Pfäffers, Gastein, Landeck и пр., Абастуманъ—самая высокая акратотерма (1273 м. надъ уровнемъ моря) и весьма обильная по дебиту своихъ водъ.

3. Акратотермы называются безразличными въ смыслѣ слабой минерализаціи ихъ (съ точки зрѣнія химиковъ), но это не значитъ, что онѣ безразличны по своей цѣлительной силѣ, которая обусловливается главнымъ образомъ температурою этихъ источниковъ, механическими и, вѣроятно, электрическими свойствами водъ *).

4. Акратотермы, имѣя большую часть тѣхъ же показаній къ примѣненію, какъ и сѣрныя воды, вдобавокъ имѣютъ еще показанія, не распространяющіяся на послѣднія. Вотъ почему «при современномъ усиленномъ пользованіи въ Европѣ минеральными водами, акратотермы принадлежатъ именно къ наиболѣе предпочитаемымъ» [3]).

Я держусь этихъ точекъ зрѣнія и до сихъ поръ относительно Абастуманскихъ минеральныхъ водъ и нахожу болѣе справедливымъ и научнымъ называть акратотермы не безразличными «индифферентными», а олиго-минеральными термами, или олиго-металлическими, какъ ихъ менѣе удачно называетъ проф. медицинской гидрологіи и климатологіи въ Bruxelles'ѣ д-ръ *J. Félix* [4]). Какъ изъ вышеизложеннаго, такъ и изъ того, что Абастуманское ущелье представляетъ рядъ постепенно возвышающихся котловинъ среди роскошныхъ хвойныхъ лѣсовъ, отъ 1273 м. (мѣсто Богатырскаго источника) до 1500 м. надъ уровнемъ моря (Баратхевская котловина), нельзя не придти относительно значенія Абастумана къ слѣдующему заключенію: Абастуманъ съ своими минеральными термами (36°—46° Ц.)—это русскій *Davos* съ русскимъ Ragaz-Pfäffers'омъ, счастливо соединенное въ одной и той же мѣстности русской Швейцаріи, т. е. Кавказа.

Кто бывалъ въ Ragaz'ѣ и видѣлъ тамъ за лѣто болѣе десятка тысячъ больныхъ съ разнообразными болѣзнями общаго обмѣна веществъ, съ болѣзнями нервными, астматиковъ, хроническихъ ревматиковъ, слабыхъ, золотушныхъ дѣтей и пр., поправляющихся подъ вліяніемъ купаній въ Pfäffers'скихъ термахъ и другихъ физическихъ способовъ лѣченія; кто затѣмъ изъ Ragaz'а поднимался по желѣзной дорогѣ въ ближайшія горы Davos-Dorf'а и Davos-Platz'а, вмѣщающихъ въ своихъ долинахъ множество санаторій, преимущественно для грудныхъ больныхъ, получающихъ за лѣто и зиму значительное улучшеніе, а иногда и прочное исцѣленіе, благодаря именно горному климату и хорошимъ условіямъ жизни,—тотъ не могъ не пожелать Россіи имѣть въ Абастуманѣ аналогичный этимъ 2-мъ швейцарскимъ курортамъ, свой собственный курортъ, который-бы могъ привлекать къ себѣ такое-же число больныхъ для исцѣленія.

Посмотримъ, насколько Абастуманъ стремился къ этому идеалу въ прошломъ, насколько онъ соотвѣтствуетъ ему въ настоящемъ.

Здѣсь не мѣсто касаться подробностей исторіи Абастуманскихъ минеральныхъ водъ **). Скажу лишь, что въ началѣ завоеванія Россіей Карталиніи до 1869 г. онѣ находились въ рас-

*) Законы диссоціаціи въ слабыхъ растворахъ и современная теорія іоновъ еще болѣе подтверждаютъ мой тогдашній взглядъ.

**) Желающимъ познакомиться поближе съ прошлымъ Абастумана можно указать на обстоятельную книгу д-ра *С. І. Ананова*—Абастуманъ и его лѣчебное значеніе, 1892 г., Тифлисъ.

Digitized by Google

пораженіи военныхъ властей и были чрезвычайно жалкаго вида. Коренное переустройство этихъ водъ началось съ переводомъ ихъ въ вѣдомство министерства внутреннихъ дѣлъ въ 1869 г., когда учреждено было особое Управленіе минеральными водами Тифлисской губ. Во главѣ этого Управленія поставленъ былъ покойный *А. А. Реммертъ*, назначенный также управляющимъ медицинскою частью гражданскаго вѣдомства на Кавказѣ, и ему поручено было представить программу устройства Абастумана. Составленная *А. А. Реммертомъ* подробная программа устройства Абастумана, какъ курорта, была утверждена окончательно въ 1881 г., а къ лѣтнему сезону 1883 г. была уже осуществлена первая 1/3 его программы, т. е. устройство бальнеологическихъ и водолѣчебныхъ сооруженій, на что потребовалось около 500000 р. На 1-мъ Всероссійскомъ Съѣздѣ дѣятелей по климато-гидробальнеологіи въ 1898 г. я имѣлъ честь, будучи назначенъ со стороны главнаго в.-медицинскаго Управленія представителемъ Абастумана, показывать всѣ планы и чертежи Абастуманскихъ бальнео-гидротерапевтическихъ сооруженій. Вѣроятно, многіе изъ членовъ 2-го Всероссійскаго Съѣзда по бальнеологіи сохранили съ тѣхъ поръ память объ Абастуманскомъ главномъ ванномъ зданіи, о душевыхъ, электротерапевтическомъ, паровомъ, ингаляціонномъ, пульверизаціонномъ отдѣленіяхъ, о грандіозныхъ купальныхъ бассейнахъ, о лабораторіи и о 2-хъ образцовыхъ госпитальныхъ флигеляхъ, а изъ общаго плана покойнаго строителя водъ обозрѣвавшіе ихъ тогда члены Съѣзда не могли не вынести впечатлѣнія, что имъ почти ничего не было упущено, чтобы впослѣдствіи сдѣлать изъ Абастумана русскій курортъ въ выше указанномъ мною смыслѣ.

Съ упраздне іемъ намѣстничества министерство внутреннихъ дѣлъ не разрѣшало новыхъ большихъ затратъ на довершеніе утвержденной программы. Оно отпускало ежегодно лишь 5300 р. на ремонтъ зданій и на вознагражденіе части персонала по Управленію водъ, взыскивая въ казну доходъ съ послѣднихъ, за исключеніемъ сбора съ сезонныхъ билетовъ. Чтобы поддержать вновь созданное учрежденіе *А. А. Реммерту* пришлось закрыть Ахалцыхскій госпиталь и основать въ Абастуманѣ самостоятельный постоянный госпиталь 2-го класса, при чемъ на служебный персоналъ его, съ незначительнымъ вознагражденіемъ со стороны гражданскаго вѣдомства, онъ возложилъ и управленіе водами. Такимъ образомъ долгое время учрежденіемъ гражданскаго вѣдомства заправляли совмѣстно чины гражданскаго и военнаго вѣдомствъ.

Не смотря на такое двойственное положеніе управленія водами, первая крупная затрата правительства очень помогла Абастуману приблизиться къ выполненію своего назначенія, какъ отечественнаго курорта. За время съ 1886 г. по 1898 г. всѣ свободные участки были застроены красивыми, дов. обширными дачами. Кромѣ ежегодно присылаемыхъ въ большомъ числѣ больныхъ военнаго вѣдомства, съ каждымъ годомъ стало наростать число пріѣзжихъ частныхъ лицъ изъ внутреннихъ губерній Россіи. Доходы Абастуманскихъ минеральныхъ водъ постепенно возросли изъ ничтожества до 23000 въ годъ (включая сюда и суммы, передаваемыя гражданскому вѣдомству отъ военнаго министерства за лѣченіе военныхъ чиновъ), а съ устройствомъ дворца для продолжительнаго пребыванія въ Абастуманѣ покойнаго В. Кн. Георгія Александровича, казалось, для него настала пора, когда всѣ важнѣйшія нужды его будутъ удовлетворены и осуществится наконецъ вся программа *А. А. Реммерта*: будутъ устроены водопроводъ, канализація, конная желѣзная дорога, казенныя гостинницы, курзалъ, электрическое освѣщеніе и пр. Въ этотъ благопріятный періодъ *А. А. Реммертъ*, уже въ качествѣ главнаго в.-медицинскаго инспектора, хлопоталъ въ Петербургѣ объ ускореніи перевода Абастуманскихъ водъ изъ гражданскаго вѣдомства снова въ военное, отъ чего онъ ожидалъ очень многаго. Это и было роковой ошибкой. Годы проходили; дворцовая часть Абастумана съ ея электрическимъ освѣщеніемъ и пр. временно поддерживала наружный блескъ курорта, но самый курортъ и бальнео-терапевтическія учрежденія его оставались безъ дальнѣйшихъ усовершенствованій. Наконецъ, послѣ 12-лѣтнихъ перипетій въ разныхъ министерствахъ и высшихъ инстанціяхъ 14-го апрѣля 1898 г. состоялась передача Абастумана въ военное вѣдомство.

Что-же, сдѣлало-ли за послѣдующія затѣмъ 4—5 лѣтъ военное министерство какія-либо крупныя ассигновки для дальнѣйшаго развитія Абастумана? Самое большее, что оно могло сдѣлать, уступая настойчивымъ ходатайствамъ покойнаго *А. А. Реммерта*, это оставить на 3 года доходъ Абастуманскихъ минеральныхъ водъ на удовлетвореніе насущныхъ нуждъ курорта. Ежегодный доходъ Абастумана теперь въ среднемъ составляетъ 9000 р. За 3 года это дало сумму въ 27—30000 р., которыя и лежатъ депозитомъ въ казначействѣ и которыхъ едва хватитъ на расширеніе лишь одного теплаго душевого отдѣленія, для чего администраціей водъ давно уже представлены планы на утвержденіе.... Затѣмъ для управленія Абастуманомъ военное министерство утвердило свой особый штатъ съ ежегодной ассигновкой незначительной суммы только на поддержаніе существующаго нынѣ бальнеотерапевтическаго заведенія.

Кто-же будетъ удовлетворять остальныя нужды Абастумана, требующія значительныхъ крупныхъ затратъ? Для отвѣта на этотъ вопросъ считаю необходимымъ прежде всего перечислить всѣ важнѣйшія нужды и недостатки Абастумана и указать, что надо сдѣлать для ихъ устраненія. Отсюда само собой выяснится—кому-же удовлетворять эти нужды, а безъ ихъ удовлетворенія Абастуманъ остановится въ своемъ дальнѣйшемъ развитіи и, потерявъ всякое общегосударственное значеніе, превратится, какъ отчасти теперь и есть, въ дачное мѣсто для ближайшаго мѣстнаго населенія.

**Источники:** 1. *И. З. Гопадзе.* Очеркъ топографическихъ и климатическихъ условій Абастумана. «В.-Медицинскій Журналъ», 1901 г., сентябрь.—2. *А. Н. Бабаевъ.* О дальнѣйшей судьбѣ Абастуманскихъ водъ и Абастумана. «Протоколъ Засѣданій Кавказскаго Медицинскаго Общества» 1/XI 1882 г.—3. *Baumann, Valentiner*'s Handbuch der Balneotherapie, 1876.—4. *J. Félix.* Contribution à la thérapie des eaux minérales naturelles. «Annales d'hydrologie et de climatologie médicale», 1903 г., т. VIII, сентябрь.

*А. Бабаевъ-Бабаянъ.*

## Проф. Behring — о дѣтскомъ молокѣ и дѣтской смертности.

Въ январьской книжкѣ «Therapie der Gegenwart» проф. *Behring* въ дополненіе къ своему докладу, читанному на послѣднемъ Съѣздѣ естествоиспытателей и врачей въ Cassel'ѣ, помѣстилъ въ высшей степени интересную статью «О молокѣ для грудныхъ дѣтей и смертности въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ». Помимо ряда новыхъ экспериментальныхъ данныхъ, статья эта содержитъ въ себѣ нѣкоторые факты, проливающіе свѣтъ на остававшееся до сихъ поръ не совсѣмъ яснымъ объясненіе *Behring*'омъ способа передачи бугорчатки черезъ материнское молоко. Проф. *Behring* прежде всего разсматриваетъ вопросъ о сохраненіи молока. Для того, чтобы провести свой планъ борьбы съ бугорчаткой, сводящійся главнымъ образомъ къ предохраненію дѣтей въ раннемъ возрастѣ путемъ кормленія ихъ молокомъ животныхъ, у которыхъ была вызвана невоспріимчивость къ бугорчаткѣ, проф. *Behring*'у прежде всего надлежало выработать способъ сохраненія молока съ момента выдѣленія его отъ коровы до поступленія въ организмъ ребенка. Въ теченіи этого промежутка времени должны быть выполнены 2 требованія: 1) молоко должно быть защищено отъ вредныхъ для здоровья загрязненій, въ особенности отъ бактерій и ихъ ядовъ и 2) предохраняющее дѣйствующее вещество должно остаться неизмѣненнымъ.

При приготовленіи и сохраненіи цѣлебныхъ сыворотокъ (противодифтерійной, противостолбнячной) удовлетворить этимъ 2-мъ требованіямъ не трудно, главнымъ образомъ потому, что сыворотка не содержитъ въ свѣжемъ видѣ зародышей микроорганизмовъ, а для того, чтобы воспрепятствовать развитію попавшихъ извнѣ зародышей, достаточно прибавить небольшое количество карболовой кислоты (до 0,5%), которая въ такихъ размѣрахъ не обусловливаетъ никакихъ сколько-нибудь замѣтныхъ разстройствъ. Наконецъ, при соблюденіи извѣстныхъ мѣръ предосторожности можно и безъ прибавленія обеззараживающихъ веществъ сохранить сыворотку свободной отъ зародышей. Далеко не такъ обстоитъ дѣло съ молокомъ. Изслѣдованія, произведенныя *Behring*'омъ вмѣстѣ съ *Rösler*'омъ, показали, что при соблюденіи всѣхъ возможныхъ мѣръ предосторожности нѣтъ никакой возможности получить свободное отъ зародышей молоко. Въ самомъ благопріятномъ случаѣ число выростающихъ изъ 1 к. стм. молока (на агарѣ) колоній не меньше 100—200, а при соблюденіи одной лишь чистоты при доеніи число колоній въ первыхъ порціяхъ молока доходитъ до 20000, а въ послѣдующихъ *оно равно въ среднемъ 8000.* Но и эти числа, по мнѣнію *Behring*'а, ниже дѣйствительныхъ, такъ какъ, во 1-хъ, на агарѣ развиваются далеко не всѣ содержащіяся въ молокѣ бактеріи, а, во 2-хъ, не всякая колонія выростаетъ изъ одной бактеріи. Произведенныя въ этомъ направленіи изслѣдованія показали, что 1 колонія часто развивается изъ цѣлаго конгломерата бактерій. Изъ работъ *Uhlmann*'а и *Rösler*'а явствуетъ, что грудная железа

Digitized by Google

всѣхъ нашихъ домашнихъ животныхъ содержитъ бактеріи и что онѣ попадаютъ въ нее не изъ крови, а извнѣ черезъ молоко-выводящій протокъ. Этимъ объясняется, почему самое лучшее молоко черезъ болѣе или менѣе короткое время (въ зависимости отъ условій температуры) непремѣнно подвергается процессамъ разложенія, при чемъ въ немъ развивается огромное количество бактерій, среди которыхъ обыкновенно преобладаютъ палочки молочнаго броженія. Въ такомъ разложенномъ молокѣ предохраняющія вещества исчезаютъ безслѣдно, и его поэтому никоимъ образомъ нельзя употреблять для лѣчебныхъ цѣлей даже въ томъ случаѣ, если-бы ни бактеріи, ни продукты разложенія не имѣли дурного вліянія на организмъ.

Въ Институтѣ *Behring*'а предпринятъ былъ цѣлый рядъ изслѣдованій надъ пригодностью разныхъ физическихъ и химическихъ способовъ сохраненія молока, удовлетворяющихъ вышеприведеннымъ 2-мъ требованіямъ. Положительный результатъ покамѣстъ получился лишь при примѣненіи формалина. При прибавленіи формалина къ молоку въ количествѣ 1 : 10000 молоко остается неизмѣненнымъ въ теченіи 6—7 дней; если-же количество формалина увеличить до 1 : 5000, то оно сохраняется хорошо 10—12 дней. На вкусъ и запахъ молока прибавка такихъ ничтожныхъ количествъ формалина не оказываетъ никакого вліянія. Молодыя кошки, обладающія, какъ извѣстно, очень хорошо развитыми органами вкуса и обонянія, не различаютъ молока, къ которому прибавлено формалина въ количествѣ 1 : 4000 отъ обыкновеннаго, между тѣмъ какъ при содержаніи его въ количествѣ 1 : 500 они его ѣдятъ только тогда, когда очень голодны. Въ тоже время формалинъ, какъ показали опыты на животныхъ, оказывается при всѣхъ способахъ его примѣненія (подкожно, внутрибрюшинно, черезъ желудокъ, внутривенно) вполнѣ безвреднымъ, начиная съ разведенія 1 : 500. Но добиться того, чтобы молоко не разлагалось въ теченіи болѣе или менѣе продолжительнаго времени, недостаточно; нужно доказать еще, что и предохраняющія вещества (Immunkörper) остаются при этомъ неизмѣненными. Относительно предохраняющихъ отъ бугорчатки веществъ это представляется дѣломъ нелегкимъ, такъ какъ обычный путь— опытъ на животномъ—для этой цѣли неудобенъ, потому что продолжается слишкомъ долго. И для этой цѣли *Behring*'у, въ сообществѣ съ его сотрудникомъ д-ромъ *Much*'омъ, удалось выработать особый, очень чувствительный способъ изслѣдованія. Исходя изъ того наблюденія, что молодыя телята, кишечникъ которыхъ не имѣетъ никакихъ защитительныхъ приспособленій противъ проникновенія кишечной палочки и палочки молочнокислаго броженія, содержащихся въ большомъ количествѣ въ коровьемъ молокѣ, все-же не заражаются этими микроорганизмами, *Behring* рѣшилъ испробовать, не содержитъ-ли свѣжее коровье молоко веществъ, убивающихъ или задерживающихъ развитіе этихъ бактерій. Опытъ вполнѣ подтвердилъ это предположеніе и, кромѣ того, показалъ, что при нагрѣваніи молока въ теченіи часа до 60° Ц. и выше или при нагрѣваніи до 50° Ц. при уменьшенномъ давленіи дѣйствіе этихъ бактеріеубивающихъ веществъ сводится къ нулю. Предполагая, что и предохраняющія отъ бугорчатки вещества относятся къ этому вполнѣ аналогично, *Behring* рѣшилъ пользоваться отношеніемъ молока къ кишечной палочкѣ, какъ показателемъ содержанія въ немъ предохраняющихъ веществъ. То обстоятельство, что уже умѣренное нагрѣваніе молока устраняетъ дѣйствіе причины, препятствующей болѣзнетворному вліянію кишечной палочки на кишечникъ грудного младенца, безспорно, имѣетъ весьма важное практическое значеніе, такъ какъ показываетъ, что пастеризація и кипяченіе молока не только не достигаютъ цѣли, но, наоборотъ, вредны, ибо удаляютъ изъ молока одну изъ его естественныхъ и весьма полезныхъ составныхъ частей. Для взрослыхъ и дѣтей старшаго возраста это не такъ важно, такъ какъ у нихъ бѣлки молока и безъ того подвергаются превращеніямъ до поступленія въ кровь; для грудныхъ-же младенцевъ, особенно въ первые мѣсяцы ихъ жизни, когда бѣлки молока непосредственно въ неизмѣненномъ видѣ всасываются въ кровь, это лишеніе предохраняющаго отъ кишечной палочки бѣлковаго тѣла несомнѣнно вредно, и *Behring* считаетъ себя теперь въ правѣ съ увѣренностью утверждать, что большая смертность грудныхъ дѣтей въ большихъ городахъ находится въ тѣсной связи съ употребленіемъ для вскармливанія ихъ кипяченнаго молока. Наблюденія изъ ветеринарной практики ясно подтверждаютъ вѣрность этого положенія для молодыхъ телятъ. Такъ, д-ръ *Joest* говоритъ, что кормленіе материнскимъ молокомъ съ первыхъ-же часовъ послѣ рожденія предохраняетъ телятъ отъ кровавагo поноса, а *C. O. Jensen* нашелъ, что, если первый послѣ рожденія кормъ состоитъ изъ кипяченнаго молока, то телята заболѣваютъ сильнымъ, большей частью смертельно кончающимся поносомъ, который и въ бактеріологическомъ, и въ патолого-анатомическомъ отношеніи ничѣмъ не отличается отъ обычнаго кровавагo поноса телятъ.

Хорошіе результаты, наблюдаемые нерѣдко при вскармливаніи грудныхъ дѣтей козьимъ молокомъ, *Behring* приписываетъ не какимъ-либо особымъ свойствамъ этого молока, а тому, что козье молоко въ этихъ случаяхъ давалось въ свѣжемъ видѣ, а не кипятилось, какъ это дѣлается съ молокомъ коровьимъ въ большихъ городахъ. Какъ врачи, такъ и общество, по мнѣнію *Behring*'а должны проникнуться убѣжденіемъ, что тамъ, гдѣ приходится прибѣгать къ искусственному вскармливанію, единственной сколько-нибудь пригодной замѣной материнскаго молока можетъ явиться не кипяченное, а лишь свѣжее молоко несомнѣнно здоровыхъ и свободныхъ отъ бугорчатки коровъ. Въ своей послѣдней работѣ проф. *Behring*, между прочимъ, сообщаетъ результаты своихъ изслѣдованій относительно содержанія бугорчатковыхъ палочекъ въ молокѣ, а также о томъ, какимъ образомъ онѣ туда попадаютъ. Оказывается, что доказать, что бугорчатковыя палочки проникаютъ въ молоко изъ крови, никоимъ образомъ нельзя и что только бугорчатковыя гнѣзда въ самой молочной железѣ могутъ быть единственнымъ источникомъ, откуда *Koch*'овскія палочки попадаютъ въ молоко. Съ тѣхъ поръ какъ *Behring* и его сотрудники стали обращать вниманіе на этотъ источникъ зараженія молока, они при вскрытіяхъ часто находили уединенныя гнѣзда не только въ вымени взрослыхъ животныхъ, но и въ молочной железѣ совершенно молодого, еще не выдѣлявшаго молока скота, при чемъ часто и въ такихъ случаяхъ, когда при жизни совершенно нельзя было и думать о бугорчатковомъ заболѣваніи молочной железы. Нужно думать, что и у человѣка скрытыя бугорчатковыя пораженія грудной железы служатъ источникомъ зараженія грудныхъ дѣтей. Такъ какъ не всякая семья, зараженная бугорчаткой, имѣетъ возможность получить здоровую и свободную отъ бугорчатки кормилицу, то, чтобы доставить этимъ семьямъ здоровое и свѣжее (не кипяченное) молоко, необходимо обладать надежнымъ способомъ сохраненія молока. Вышеупомянутый способъ, выработанный для этой цѣли проф. *Behring*'омъ, въ настоящее время подвергается имъ продолжительной провѣркѣ, и авторъ его надѣется, что онъ окажется весьма полезнымъ.

*А. Коварскій.*

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 58. Д-ръ *Карницкій* производилъ *физіолого-химическія наблюденія надъ кровью плода во время его рожденія* и нашелъ, что уд. вѣсъ зародышевой крови (время рожденія) равенъ уд. вѣсу крови здороваго рослаго мужчины и нѣсколько выше уд. вѣса крови беременной женщины, при чемъ плазма зародышевой крови обладаетъ нѣсколько меньшимъ уд. вѣсомъ, чѣмъ плазма крови взрослаго человѣка. Содержаніе гэмоглобина въ зародышевой крови равняется таковому-же содержанію его въ крови взрослаго человѣка; беременная женщина содержитъ меньше гэмоглобина, чѣмъ кровь зародыша во время рожденія. Содержаніе желѣза въ зародышевой крови нѣсколько превышаетъ таковое-же содержаніе его въ крови беременной женщины. Сухой остатокъ

Digitized by Google

зародышевой крови превышаетъ таковой-же въ крови здоровой женщины, а сухой остатокъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ нѣсколько превышаетъ таковой-же въ крови здороваго взрослаго человѣка. Зародышевая кровь во время рожденія очень богата стромою. Содержаніе нерастворимыхъ солей почти вдвое болѣе, чѣмъ въ крови взрослаго человѣка; въ плазмѣ зародышевой крови нерастворимыя соли содержатся почти въ одинаковомъ количествѣ, что и у взрослаго человѣка. Среднее содержаніе основаній (K+Na) меньше, чѣмъ въ крови взрослаго человѣка; наоборотъ, среднее содержаніе хлора выше, чѣмъ у взрослаго человѣка. Зародышевая кровь нѣсколько богаче натріемъ и значительно бѣднѣе каліемъ по сравненію съ кровью взрослаго человѣка. Кровь плода во время рожденія въ морфологическомъ и физикохимическомъ отношеніяхъ отличается отъ крови рождающей его матери. Послѣдъ, по всей вѣроятности, есть органъ, принимающій активное участіе въ дѣлѣ преобразованія послѣдовой крови плода въ кровь самаго зародыша (Извѣстія В.-Медицинской Академіи, 1903 г. ноябрь). *Б. Агафоновъ.*

**Бактеріологія.** 59. Д-ръ *Г. Я. Острянинъ* экспериментально изучалъ *выдѣленіе склеивающихъ веществъ почками.* Экспериментальныя изслѣдованія автора подтвердили наблюденія клиницистовъ, что склеивающая способность мочи очень низка; у одного и того-же животнаго способность эта не всегда выражена, то появляясь, то исчезая. Появленіе склеивающихъ веществъ или склеивающихъ свойствъ въ мочѣ можно поставить въ зависимость до нѣкоторой степени съ появленіемъ бѣлка. Такъ, у всѣхъ кроликовъ автора, у которыхъ ни разу не было бѣлка въ мочѣ, не было и склеиванія, у тѣхъ же, въ мочѣ которыхъ бѣлокъ то появлялся, то исчезалъ, наблюдалось и появленіе склеиванія. На основаніи клиническихъ наблюденій и экспериментальныхъ данныхъ автора на животныхъ, предложеніе изслѣдовать мочу брюшно-тифозныхъ на склеиваніе для клиническихъ цѣлей нужно считать непригоднымъ, въ виду непостоянныхъ результатовъ. Во всякомъ случаѣ желательны дальнѣйшія клиническія наблюденія въ этомъ направленіи съ особеннымъ обращеніемъ вниманія на состояніе почекъ (Труды Харьковскаго Медицинскаго Общества, 1903 г., вып. 1-й). *С. Новосельскій.*

**Гигіена.** 60. *Н. Г. Фрейбергъ. Санитарныя предупредительныя мѣры противъ чумы.* Вліяніе санитарныхъ улучшеній на заболѣваемость и смертность отъ заразныхъ болѣзней настолько очевидно, что нельзя сомнѣваться въ томъ, что общія санитарныя мѣропріятія имѣютъ чрезвычайно важное значеніе и въ предупрежденіи чумы. На основаніи наблюденій послѣднихъ лѣтъ не подлежитъ сомнѣнію, что чума уступаетъ цѣлесообразно и своевременно принятымъ энергичнымъ мѣрамъ. Тѣмъ не менѣе слишкомъ оптимистическій взглядъ на опасность, которую представляетъ чума въ наше время, является преждевременнымъ. Опасность заноса чумы не уменьшилась, и относительная доброкачественность эпидемій, наблюдавшихся до сихъ поръ, не исключаетъ возможности развитія ея въ болѣе значительныхъ размѣрахъ, если первые случаи ея будутъ просмотрѣны или когда будутъ поражены ею одновременно нѣсколько мѣстностей одного и того-же государства. Предотвратить развитіе чумной эпидеміи въ Европѣ возможно лишь путемъ принятія надлежащихъ мѣръ для охраны границъ и усиленнаго санитарнаго и врачебнаго надзора въ угрожаемыхъ мѣстностяхъ. Возможно, что годы, а можетъ быть, и десятки лѣтъ пройдутъ прежде, чѣмъ можно будетъ отмѣнить санитарныя мѣры, всегда приносящія болѣе или менѣе значительный ущербъ торговлѣ и судоходству. Чтобы мѣры эти при продолжительномъ ихъ примѣненіи сами по себѣ не стали новымъ бѣдствіемъ, необходимо подвергнуть особенно строгой критикѣ систему санитарной охраны, дабы принять лишь такія стѣсненія, которыя являются дѣйствительно необходимыми и неизбѣжными. Выработанные Дрезденской Конференціей 1892 г. и Венеціанской 1897 г. регламенты устраняютъ, насколько возможно, всѣ преувеличенныя мѣропріятія. Но задача окончательно еще не выполнена; въ регламентахъ сохраняются еще нѣкоторыя постановленія, безъ которыхъ можно было-бы обойтись безъ вреда для охраны отъ эпидемическихъ болѣзней и со значительными выгодами для торговли и судоходства. Карантины на сухопутныхъ границахъ соглашеніемъ 1897 г. окончательно устранены, а на морскихъ сохранены лишь для судовъ зараженныхъ. Но даже въ такой ограниченной формѣ задержка въ карантинѣ здоровыхъ лицъ признается многими мѣрою излишнею и даже опасною. Необходимо-ли для обезпеченія своевременнаго обнаруженія заболѣванія задерживать грузовое судно, не давая ему права приступать къ разгрузкѣ или нагрузкѣ до истеченія времени, соотвѣтствующаго средней продолжительности зачаточнаго періода? Отвѣтъ получается безусловно отрицательный. Желаемой цѣли можно достигнуть другимъ путемъ, безъ причиненія задержекъ и убытковъ. Достаточно установить, что а) команда такихъ судовъ въ теченіи 10 (или 5) дней ежедневно, 1 или 2 раза, осматривается врачемъ, и, кромѣ того, на капитана возлагается обязанность немедленно извѣщать мѣстную санитарную власть о всякомъ случаѣ заболѣванія среди людей команды; б) никто изъ людей команды не имѣетъ права уходить съ судна въ глубь страны или на другія суда безъ разрѣшенія санитарныхъ властей; в) въ теченіи указаннаго въ п. а) срока съѣздъ команды на берегъ разрѣшается только по служебнымъ надобностямъ (Венеціанская конвенція 1897 г., гл. II, отд. VIII); г) если судно отправляется въ другой портъ той-же страны до истеченія срока, то въ выдаваемомъ ему свидѣтельствѣ отмѣчается, до какого времени оно должно находиться подъ надзоромъ; выходъ въ море ему разрѣшается въ каждый данный моментъ, какъ это предусмотрѣно и нынѣ дѣйствующими правилами. Санитарный надзоръ надъ пассажирами, направляющимися внутрь страны, представляется нѣсколько болѣе затруднительнымъ. Сохранить обсервацію можно лишь для надзора за рабочими, богомольцами и т. п., прибывающими партіями. Такъ какъ примѣненіе предохранительныхъ противочумныхъ прививокъ представляетъ еще новую гарантію, то нужно придти къ заключенію, что задержка въ карантинѣ лицъ, не представляющихъ никакихъ признаковъ чумы, должна быть исключена изъ числа противочумныхъ мѣръ. Борьба съ крысами на сушѣ и на судахъ внутренняго плаванія составляетъ внутреннее дѣло каждаго государства въ отдѣльности, и международный регламентъ могъ-бы лишь рекомендовать эту мѣру. Зато установленіе обязательнаго крысоистребленія на судахъ заграничнаго плаванія можетъ и должно составлять предметъ международнаго регламента. Обязательное истребленіе крысъ въ портѣ отправленія судна передъ его нагрузкой, повтореніе этой операціи въ портѣ назначенія и обязательство принимать во время стоянки въ портѣ мѣры предосторожности противъ перехода крысъ съ берега—введеніе этой мѣры, несомнѣнно, окажетъ существенную пользу какъ въ дѣлѣ предупрежденія чумы, такъ и въ санитарномъ и экономическомъ отношеніи вообще. Желательно учрежденіе особаго журнала, издаваемаго на счетъ правительствъ, присоединившихся къ санитарнымъ конвенціямъ. Въ журналѣ этомъ могли-бы быть сосредоточены всѣ свѣдѣнія, касающіяся холеры и чумы, ходъ этихъ заболѣваній, законы, инструкціи, отдѣльныя распоряженія и т. п., изданныя на этотъ счетъ въ различныхъ странахъ. Такой журналъ можетъ выполнять свою задачу въ томъ случаѣ, если входящія въ соглашеніе правительства примутъ на себя обязательство дѣлать редакціи журнала сообщенія, предусмотрѣнныя конвенціями, и увѣдомлять обо всѣхъ новыхъ законахъ и правилахъ. Такой журналъ принесъ-бы немаловажную пользу и судоходству, которое могло-бы избѣгнуть, благодаря ему, многихъ недоразумѣній, довольно частыхъ въ настоящее время въ дѣлѣ предупрежденія эпидемическихъ болѣзней. Заключенія: 1) задержка въ карантинѣ (обсервація) лицъ, не представляющихъ признаковъ чумы или подозрительной по чумѣ болѣзни, является мѣрой, безъ которой вполнѣ можно обойтись въ дѣлѣ предупрежденія чумы, замѣнивъ ее даже и для судовъ зараженныхъ санитарнымъ надзоромъ и примѣненіемъ предупредительныхъ противочумныхъ прививокъ. 2) Уничтоженіе крысъ должно быть обязательнымъ для всѣхъ судовъ, поддерживающихъ сообщенія между заграничными портами;

Digitized by Google

оно должно составлять одну изъ сторонъ дѣятельности морскихъ карантинныхъ и санитарныхъ учрежденій. Въ виду опасности, которую представляютъ крысы въ отношеніи распространенія чумы, обязательство это могло-бы быть установлено санитарной Конференціей, имѣющей быть въ ближайшемъ будущемъ. 3) Огд. III, гл. II, абзацъ 2-й регламента, приложеннаго къ Венеціанской Конвенціи 1897 г. слѣдовало-бы изложить въ слѣдующей редакціи: «Но такое ограниченіе можетъ быть допускаемо лишь при томъ непремѣнномъ условіи, что правительство зараженнаго округа приметъ необходимыя мѣры для воспрепятствованія вывоза изъ зараженнаго округа принимающихъ заразу предметовъ, установитъ *изоляцію больныхъ и другія предупредительныя мѣры*» (Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины, октябрь).

**Внутреннія болѣзни.** 61. Д-ръ *A. Demmler. О хирургическомъ лѣченіи легочной бугорчатки.* Оперативное лѣченіе легочной чахотки никогда не встрѣчало горячихъ поклонниковъ. Оно впервые было примѣнено *Mösler*'омъ въ 1873 г., вскрывшимъ пещеру легкаго у 59-лѣтняго чахоточнаго. Съ 1885 — 1895 гг. было произведено 9 вмѣшательствъ надъ пораженными бугорчаткой легкими, изъ нихъ остались безуспѣшными 1, дали улучшеніе 2, излѣченіе наступило послѣ 4, смерть послѣ 2. Вмѣшательство состояло въ разрѣзѣ грудной стѣнки, чаще всего съ изсѣченіемъ реберъ, во вскрытіи очага при помощи термокаутера и въ дренажѣ. Смерть наступила отъ омертвѣнія, pneumothorax'а или бурнаго кровохарканія. Къ этимъ случаямъ еще слѣдуетъ прибавить случай *Tuffier* отъ 2/VII 1891 г. и *D. Lawson*'а, напечатанный въ «British Medical Journal» отъ 3/VI 1895 г., въ коихъ были произведены изсѣченія цѣлыхъ частей легкихъ. Больной *Tuffier* былъ показанъ въ хирургическомъ Обществѣ 16/XI 1892 г. и находился въ хорошемъ состояніи здоровья. Больной *Lawson*'а выздоровѣлъ черезъ 3 мѣсяца, но у него оставался свищъ. *Doyen* примѣнилъ хирургическое лѣченіе 2 раза: въ 1 случаѣ онъ вскрылъ обширную пещеру, прилегавшую къ околосердію; смерть черезъ сутки; во 2-мъ случаѣ онъ изсѣкъ у 10-лѣтняго ребенка часть легочной доли; выздоровленіе. *Michaux* также оперировалъ 2-хъ больныхъ; смерть черезъ 2 мѣсяца. *Péan* нѣсколько разъ вскрывалъ бугорчатковые очаги, распространившіеся отъ легкихъ къ грудной стѣнкѣ или наоборотъ, но онъ считаетъ безполезнымъ изсѣкать части легкаго, окружающія пещеры, такъ какъ онѣ уже заражены *Koch*'овскими палочками. Въ Германіи появилось нѣсколько работъ по разбираемому вопросу. Въ послѣдней изъ нихъ, принадлежащей *Landerer*'у изъ Stuttgart'а («Münchener medicinische Wochenschrift», 25/XI 1902 г.), приведено 9 наблюденій, но результаты мало утѣшительны. Такимъ образомъ общее впечатлѣніе отъ всѣхъ этихъ попытокъ получается неблагопріятное, и подобныя операціи не пріобрѣтутъ права гражданства. Тѣмъ не менѣе, нѣкоторыя наблюденія какъ-будто доказываютъ противное. Такъ, *Walther* въ 1895 г. сообщилъ о случаѣ обширной легочной полости, изсѣченной (въ продолжительный срокъ) благодаря широкому изсѣченію не только реберъ, но всей реберной стѣнки, по способу *Schede*. Въ 1902 г. *Landerer* высказался также въ пользу такого лѣченія («Münchener medicinische Wochenschrift», 1902, № 47). Если прослѣдить, какимъ образомъ рубцуются пещеры верхушекъ у чахоточныхъ, то можно замѣтить, что 1-ый и 2-ой межреберные промежутки сильно втягиваются внутрь. То-же самое происходитъ при эмпіемѣ плѣйры или остеоміэлитѣ, лѣченныхъ широкимъ изсѣченіемъ реберъ или удаленіемъ кости: кожа, втянутая рубцемъ въ глубину, уничтожаетъ плѣйральную или костную полости. Вообще способъ заживленія большинства бугорчатковыхъ страданій, будетъ-ли примѣнено хирургическое лѣченіе или нѣтъ, подтверждаетъ важное значеніе при этомъ рубцевой ткани. Поэтому позволительно думать, что, пользуясь сократительными свойствами рубцевой ткани, можно заставить зажить и бугорчатковыя пещеры. Вотъ вкратцѣ случаи *Landerer*'а.

1. Дѣвушка, 25 л.; пещеры правой верхушки и лѣвыхъ верхней и нижней долей; многочисленныя палочки; обильная мокрота. Изсѣченіе реберъ, отъ 2-го до 8-го, на протяженіи отъ 4 до 15 стм. Послѣдствія операціи: въ первые дни сильныя сердцебіенія вслѣдствіе перемѣщенія верхушки сердца въ подкрыльцевую впадину; уменьшеніе мокроты; прибыль вѣса на 25 ф. Черезъ годъ—продолжающееся улучшеніе.

2. Дѣвушка, 15 л.; разсѣянные и размягченные бугорки въ обоихъ легкихъ; многочисленныя палочки; значительное исхуданіе. Изсѣченіе $3^1/_2$ стм. изъ 1-го ребра, $5^1/_2$ стм. изъ 2-го, $7^1/_2$ стм. изъ 3-го. Черезъ 5 мѣсяцевъ при выпискѣ: увеличеніе вѣса на 28 ф., отсутствіе мокроты, рѣзкое уменьшеніе хриповъ.

3. Мужчина, 23 л., боленъ 3 года; общее оплотнѣніе праваго легкаго съ металлическими хрипами. Изсѣченіе по 7 стм. изъ реберъ, отъ 9-го до 4-го. При выпискѣ, черезъ 2 мѣсяца, увеличеніе вѣса на 26 ф.; уменьшеніе влажныхъ хриповъ; прекращеніе отхаркиванія; то-же состояніе и 3 мѣсяца спустя.

4. Дѣвушка, 22 л.; оплотнѣніе обѣихъ верхушекъ съ влажными и металлическими хрипами; очень обильная мокрота (1 литръ). Широкое изсѣченіе отъ 9-го до 5-го лѣвыхъ реберъ, вплоть до задней подкрыльцевой линіи. Никакого улучшенія въ смыслѣ кашля и мокроты. Тогда легкое вскрыто термокаутеромъ, и въ пещеру вставлено 2 дренажа. Черезъ мѣсяцъ значительное улучшеніе.

5. Мужчина, 28 л., хорошаго сложенія. Свищъ послѣ ушибленной раны лѣвой $^1/_2$ груди. Сухіе хрипы, разсѣянные по всему легкому. Жесткое дыханіе и тупость. Гнойная мокрота (250 грм.) съ палочками. Распознаваніе: вскрывшаяся наружу бугорчатковая пещера. Широкое изсѣченіе отъ 9-го до 5-го реберъ, безъ вскрытія полости. Черезъ 4 мѣсяца—исчезновеніе хриповъ; уменьшеніе мокроты (20 к. стм.) и исчезновеніе изъ нея палочекъ.

6. Женщина, 26 л., больна 5 лѣтъ; большая пещера въ лѣвой верхней долѣ. Сухіе и влажные хрипы въ правой верхней долѣ. Разрѣзъ сзади отъ ости лопатки, параллельно волокнамъ трапецiевидной мышцы до остистаго отростка 12-го грудного позвонка; изсѣченіе $4^1/_2$ стм. изъ 1-го ребра, 5 стм. изъ 2-го, по 6 стм. изъ 3-го и 4-го. Черезъ 4 мѣсяца—хорошее общее состояніе, небольшое отхаркиваніе съ немногими палочками.

Всѣ эти больные хорошо перенесли хлороформъ и операцію. Пытаться достичь оперативнымъ путемъ спаденія гнилостного очага, если это допускаютъ мѣстныя и общія условія, по мнѣнію *Д.*, вполнѣ разумно. Правда, эти условія встрѣчаются не часто. Можно возразить, что именно такіе больные получаютъ большую пользу и отъ внутренняго и гигіэническаго лѣченія. Но послѣднее трудно выполнимо, продолжительно и подвержено разнымъ случайностямъ. Въ итогѣ, торакопластику, дающую столь блестящіе успѣхи въ извѣстныхъ случаяхъ легочныхъ полостей, можно примѣнять и при лѣченіи бугорчатковыхъ пещеръ съ медленнымъ теченіемъ и безъ осложненій въ остальныхъ доляхъ, не въ разсчетѣ на коренное излѣченіе бугорчатки, которое до сихъ поръ остается сомнительнымъ, но въ видахъ устраненія постояннаго источника зараженія и ослабленія питанія, препятствующаго самостоятельному излѣченію. Къ сожалѣнію, наблюдавшіеся до сихъ поръ случаи не прослѣжены достаточно долго, чтобы судить о вліяніи вмѣшательства на самый бугорчатковый процессъ (Gazette des hôpitaux civils et militaires, 13 октября). *Д.*

62. Д-ръ *Max Wagner* описываетъ *способъ лѣченія язвы желудка*, примѣняемый проф. *Lenharts*'омъ (Hamburg). Такъ какъ главными предрасполагающими условіями при возникновеніи язвы желудка являются чрезмѣрное выдѣленіе соляной кислоты, блѣдная немочь и малокровіе, и такъ какъ эти же условія задерживающимъ образомъ вліяютъ на результаты лѣченія, то всѣ терапевтическія мѣры должны быть направлены главнымъ образомъ на устраненіе ихъ. Поэтому больные, въ особенности тѣ, у которыхъ недавно были кровотеченія, получаютъ съ самаго начала лѣченія богатую бѣлками пищу. При кровоточащихъ язвахъ назначается строжайшій покой, такъ что въ первыя 2 недѣли опорожненіе пузыря и прямой кишки производится въ постели. На область желудка кладется пузырь со льдомъ, что, съ одной стороны, препятствуетъ его вздутію газами, съ другой—способствуетъ его сокращенію, уменьшенію поверхности язвы и успокоенію болей. Въ день кровотеченія больные получаютъ ложками ледяное молоко въ количествѣ до 200—300 к. стм. и 1—2 до 3-хъ сбитыхъ свѣжихъ яицъ за цѣлыя сутки. Кромѣ того, 2—3 раза въ день, а послѣ тяжелыхъ кровотеченій и чаще, дается азотнокислая окись висмута (magisterium bismuthi), по 2,0 на пріемъ во взвѣшенномъ состояніи въ водѣ. Въ самый день кровотеченія лучше давать только яичныя желтки; въ послѣдующіе-же дни можно давать уже цѣльныя взбитыя яйца. Благодаря бѣлковой пищѣ, происходитъ естественнымъ путемъ связываніе соляной кисло-

Digitized by Google

ты, вслѣдствіе чего рвота и боли очень скоро прекращаются. Количество молока при дальнѣйшемъ лѣченіи постепенно увеличивается, приблизительно на 100 к. стм. въ день, и каждый день прибавляется яйцо, такъ что въ концѣ 1-ой недѣли даютъ 800 к. стм. молока и 6 — 8 яицъ ежедневно. На этихъ количествахъ и останавливаются; особенно количество молока не должно превышать 1 литра въ день. Съ 3-го или 8-го дня, смотря по тяжести случая, начинаютъ давать мелко натертое сырое мясо: 1 — 2 дня по 35 грм. въ день маленькими порціями въ смѣси съ яйцомъ, затѣмъ по 70 грм. и постепенно больше, черезъ 2 недѣли больные уже хорошо переносятъ хорошо проваренный рисъ, манную кашу или намоченные сухари на ряду съ бѣлковой пищей. Черезъ 3—4 недѣли можно перейти уже къ смѣшанной пищѣ, при чемъ мясо уже дается не въ сыромъ видѣ, а слегка поджаренным или хорошо проваренымъ; изъ овощей слѣдуетъ избѣгать стручковыхъ. Больныхъ наставляютъ, чтобы они очень тщательно прожевывали пищу. Висмутъ дается только въ теченіи первыхъ 10 дней, по 1—2 грм., 3 раза въ день; въ дальнѣйшемъ онъ назначается по 1 грм. на день. Желѣзо въ видѣ *Blaud*'овскихъ пилюль при рѣзко выраженномъ малокровіи назначается уже съ 6 — 8 дня послѣ кровотеченія; въ первое время приходится пилюли толочь въ порошокъ. Часто желѣзо приходится назначать вмѣстѣ съ мышьякомъ въ видѣ азіатскихъ пилюль. Результаты, полученные при вышеописанномъ способѣ лѣченія, были очень хороши, и способъ вполнѣ заслуживаетъ провѣрки (Münchener medicinische Wochenschrift, № 1). *А. Коварскій.*

63. Проф. *Senator* и д-ръ *Frankenhäuser* (Berlin) очень убѣдительно доказываютъ, что *дѣйствіе углекислыхъ ваннъ основано не на химическомъ вліяніи углекислоты, а исключительно на тепловомъ раздраженіи кожи.* Въ своемъ разсужденіи они опираются на слѣдующихъ данныхъ: 1) для всякой среды, приходящей въ прикосновеніе съ кожей, имѣется т. наз. безразличный пунктъ температуры. Такъ обозначается та температура, при которой данная среда не производитъ теплового раздраженія воспринимающихъ органовъ кожи, т. е. при которой прикосновеніе среды не вызываетъ ни ощущенія холода, ни ощущенія тепла. Всѣ температуры выше безразличной обусловливаютъ чувство тепла, болѣе-же низкія—чувство холода. Всякая среда имѣетъ свой безразличный пунктъ температуры, высота котораго зависитъ отъ степени теплоемкости и теплопроводности взятой среды: чѣмъ выше 2 послѣднихъ свойства, тѣмъ выше лежитъ безразличный пунктъ температуры, и наоборотъ. 2) Всякое раздраженіе холодомъ усиливается, если ему предшествовало раздраженіе тепломъ, и наоборотъ. Это т. наз. контрастныя дѣйствія. Безразличный пунктъ для атмосфернаго воздуха лежитъ, въ зависимости отъ степени его влажности, между 20° и 25° Ц. Влажный воздухъ при 25° Ц. производитъ уже сильное ощущеніе тепла, а при 26° Ц. дѣйствіе его уже настолько сильно, что долго выносить его нельзя. Такъ какъ теплоемкость и теплопроводность углекислоты меньше, чѣмъ воздуха, то и безразличный пунктъ температуры для углекислоты ниже, чѣмъ для воздуха. Безразличный пунктъ температуры для воды лежитъ между 34°,8 и 36°,4° Ц. Если человѣкъ садится въ углекислую ванну въ 28° Ц. (при каковой температурѣ углекислыя ванны дѣйствуютъ всего лучше), то прежде всего онъ ощущаетъ холодъ отъ прикосновенія воды, температура которой ниже ея безразличнаго пункта; затѣмъ поверхность кожи покрывается безчисленными пузырьками углекислаго газа. Мѣста кожи, отдѣленныя газомъ отъ воды, получаютъ ощущенія тепла, такъ какъ газъ нагрѣтъ выше своего безразличнаго пункта. Такъ какъ это раздраженіе тепломъ слѣдуетъ непрерывно за раздраженіемъ холодомъ, то получается сильное контрастное дѣйствіе. Въ углекислой ваннѣ, такимъ образомъ, получается не только частая смѣна раздраженій кожи холодомъ и тепломъ, но *одновременно* на безчисленномъ множествѣ пунктовъ кожи, расположенныхъ густо другъ около друга, происходитъ раздраженіе тепломъ и холодомъ. При этомъ получаются такія сильныя контрастныя дѣйствія, что подобныхъ ни при какихъ другихъ бальнеотерапевтическихъ и гидротерапевтическихъ пріемахъ получить не удается. Что при углекислыхъ ваннахъ главнымъ дѣятелемъ является тепловой, доказывается тѣмъ, что дѣйствіе ваннъ находится въ прямой зависимости отъ ихъ температуры. Дальнѣйшимъ подтвержденіемъ служитъ то обстоятельство, что въ послѣднее время въ одномъ лѣчебномъ учрежденіи въ Berlin'ѣ стали примѣнять для ваннъ, вмѣсто углекислоты, воздухъ, и результатъ получился такой же благопріятный, такъ какъ безразличный пунктъ температуры воздуха также гораздо ниже безразличнаго пункта воды. Тоже самое относится и къ кислороду, который также примѣняется въ послѣднее время для ваннъ (Therapie der Gegenwart, январь). *А. Коварскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 64. Въ LXXI томѣ «Archiv für klinische Chirurgie» помѣщена обстоятельная работа *Weyprecht*'а *объ ущемленныхъ грыжахъ.* Авторъ разбираетъ 402 случая изъ отдѣленія проф. *Körte.* Въ 70 случаяхъ грыжа была вправлена, въ 327—сдѣлано грыжесѣченіе, въ 4—больные доставлены умиравшими, въ 1 случаѣ грыжа была просмотрѣна, и больная погибла. Если исключить послѣдніе 5 случаевъ, то въ общемъ изъ 397 больныхъ умерли 57 (14,4%). Въ 254 случаяхъ кишка при операціи найдена жизнеспособной, въ 73 было омертвѣніе ея. Что касается вправленія, то оно, по мнѣнію автора, допустимо въ формѣ крайне осторожныхъ попытокъ при свѣжихъ, большихъ, не сильно ущемленныхъ (преимущественно паховыхъ) грыжахъ. Насколько опасно насильственное вправленіе, показываютъ т. наз. reposition en bloc, отмѣченное въ случаяхъ автора 6 разъ (изъ 6 оперированныхъ 4 выздоровѣли), а также сильныя измѣненія кишекъ (кровоподтеки) и послѣдовательное воспаленіе брюшины (вправленіе петли, близкой къ омертвѣнію, попаданіе въ брюшную полость грыжевой воды, содержащей въ 47% уже черезъ 24 часа послѣ начала ущемленія обильное количество бактерій). Изъ 254 оперированныхъ (при неомертвѣвшей кишкѣ) умерли 23 (9%), изъ 73 съ омертвѣвшей грыжей умерли 34 (46,6%). Возрастъ больныхъ—отъ $^1/_2$ до 80 лѣтъ. Полъ — 101 мужчина и 226 женщинъ. Въ 113 случаяхъ грыжа была паховая (14% смертности), въ 193 бедренная (18,1% смертности), въ 17—пупочная (14,3%), въ 2 — запирательнаго отверстія (50%), въ 2—передней брюшной стѣнки (50%). Изъ болѣе или менѣе рѣдкихъ осложненій можно отмѣтить слѣдующія: у 1 больной были 2 ущемленныя грыжи (бедренная и паховая), въ 1 случаѣ была т. наз. hernia properitonealis, въ 1—hernia pectinea (грыжевой мѣшокъ лежалъ подъ гребенчатой мышцей, но выходилъ изъ бедреннаго канала). Продолжительность ущемленія при неомертвѣвшихъ грыжахъ—отъ нѣсколькихъ часовъ до 11 дней. По своему содержимому неомертвѣвшія грыжи распредѣлялись такъ: 5 разъ было просто воспаленіе грыжевого мѣшка съ обильнымъ скопленіемъ въ немъ жидкости (клинически во всѣхъ 5 случаяхъ болѣзнь протекала, какъ ущемленіе), въ 37 ущемленъ былъ только сальникъ, въ 126 — только тонкая кишка, въ 2 — *Meckel*'іево расширеніе, въ 56 — тонкая кишка съ сальникомъ, въ 1—только толстая кишка, въ 6—тонкая съ толстой, въ 2—тонкая, толстая и сальникъ, въ 4—appendices epiploicae, въ 12—червеобразный отростокъ, въ 2 — *Fallopi*ева труба, въ 1 — толстая кишка и сальникъ. Для опредѣленія жизнеспособности кишки въ сомнительныхъ случаяхъ авторъ совѣтуетъ обдать петлю горячимъ обезпложеннымъ растворомъ соли (45—50° Ц.): если за этимъ наступаютъ сокращенія кишечной стѣнки, то петлю смѣло можно вправить. Лучше при подозрѣніи на возможность омертвѣнія подвести къ вправленной петлѣ іодоформный тампонъ. Парализованная вслѣдствіе сильнаго ущемленія петля прилегаетъ къ грыжевымъ воротамъ, и дѣло можетъ кончиться только образованіемъ калового свища. Тамъ, гдѣ подозрительна борозда ущемленія, авторъ совѣтуетъ образовать надъ нею складку изъ сывороточной оболочки. Если въ брюшной полости имѣются значительныя количества сывороточнаго выпота, то лучше рану не зашивать наглухо, а оставить на нѣсколько дней тампонъ. Въ 175 случаяхъ послѣопераціонное теченіе было гладкое. Изъ послѣдовательныхъ осложненій отмѣчено: разлитое воспаленіе брюшины въ 1 случаѣ (послѣдова-

Digitized by Google

тельное омертвѣніе кишки), кровотеченія изъ кишекъ (5 сл.), съуженіе кишки вслѣдствіе срощеній (1 сл.), явленія кишечной непроходимости (2 сл.), воспаленіе кишекъ (2 сл.), осложненія со стороны дыхательныхъ органовъ (32 сл.). Остальныя осложненія объясняются бывшимъ до операціи или обострившимся заболѣваніемъ внутреннихъ органовъ. Причины смерти въ 23 случаяхъ: общее воспаленіе брюшины (въ 3 оно было уже до операціи, въ 1 образовалась послѣ), кишечная непроходимость съ ограниченнымъ воспаленіемъ брюшины (2 сл.), кишечное кровотеченіе (2 сл.), воспаленіе кишекъ (1 сл.), воспаленіе легкаго (3 сл.), легочный заносъ (1 сл.), отекъ легкихъ (1 сл.), острое воспаленіе почекъ (1 сл.), разстройства сердечной дѣятельности (5 сл.), ракъ брюшины, бѣлая горячка и старческая слабость (по 1 сл.).—При омертвѣвшихъ грыжахъ число женщинъ (61) гораздо больше числа мужчинъ, что объясняется преобладаніемъ у первыхъ бедренныхъ грыжъ, легче омертвѣвающихъ вслѣдствіе болѣе сильнаго ущемленія (resp. попытокъ къ вправленію). Такъ, на 193 бедренныхъ грыжи было 58 омертвѣвшихъ, на 113 паховыхъ только 12. Изъ 73 случаевъ въ 14 омертвѣніе наступило уже въ первыя сутки послѣ ущемленія, при чемъ въ большинствѣ этихъ 73 случаевъ были сдѣланы внѣ больницы очень настойчивыя попытки къ вправленію. Содержимое омертвѣвшихъ грыжъ въ 52 случаяхъ только тонкая кишка, въ 15 тонкая и сальникъ, въ 3—червеобразный отростокъ, по 1 случаю приходится на толстую кишку, толстую кишку и сальникъ и мочевой пузырь. Въ 59 случаяхъ было уже прободеніе кишки. Лѣченіе въ 73 случаяхъ: въ 6 случаяхъ кишка была вправлена и къ ней подведенъ тампонъ, въ 8—образована складка надъ омертвѣвшей бороздой ущемленія, въ 3—тоже сдѣлано надъ омертвѣвшимъ участкомъ кишки, въ 30—образованъ искусственный задній проходъ, въ 23—сдѣлано первичное изсѣченіе кишки, въ 3—изсѣченіе отростка. Изъ 6 больныхъ 1-ой группы 5 выздоровѣли (образовавшійся каловый свищъ произвольно закрылся), 1 погибъ черезъ 2 часа послѣ операціи отъ шока. Изъ 8 больныхъ 2-ой группы выздоровѣли 7 (3 съ образованіемъ калового свища, впослѣдствіи произвольно закрывшагося), 1 умеръ на 3-ій день отъ паралича сердца. Изъ 3 больныхъ 3-ей группы 1 выздоровѣлъ (безъ свища) 2 умерли отъ воспаленія брюшины. Изъ 30 больныхъ 4-ой группы 15 погибли въ первые дни послѣ операціи; изъ остальныхъ 15, которымъ впослѣдствіи сдѣлана была попытка закрыть каловой свищъ, умерли 7 (общій % смертности 73,3%). Изъ 23 случаевъ съ первичнымъ изсѣченіемъ кишки въ 5 сдѣлано частичное изсѣченіе (2 больныхъ умерли), въ 18 круговое изсѣченіе (7 умерли); такимъ образомъ первичное изсѣченіе кишки дало на 23 случая 9 смертельныхъ исходовъ (39,1%); на 13 случаевъ вторичнаго изсѣченія кишки (2 случая исключены, такъ какъ въ нихъ примѣнены *Dupuytren*'овскія кишечныя ножницы) 8 случаевъ смерти (53,8%). Нужно однако помнить, что первичное изсѣченіе производилось на больныхъ, находившихся въ относительно хорошемъ состояніи, а искусственный задній проходъ дѣлали въ случаяхъ наиболѣе тяжелыхъ resp. безнадежныхъ. Вообще авторъ совѣтуетъ производить первичное изсѣченіе кишки при отсутствіи воспаленія брюшины и при удовлетворительномъ общемъ состояніи больного, хотя и наличность умѣреннаго воспаленія брюшины, равно какъ и преклонный возрастъ не могутъ служить безусловнымъ противопоказаніемъ. Послѣ изсѣченія кишки (даже при отсутствіи воспаленія брюшины) наружную рану слѣдуетъ оставлять открытой (тампонъ въ грыжевой мѣшокъ и въ брюшную полость). Причины смерти въ 34 случаяхъ: воспаленіе брюшины (22 сл.), воспаленіе легкаго (3 сл.), упадокъ сердечной дѣятельности и шокъ (7 сл.), гнойное воспаленіе подкожной клѣтчатки наружныхъ покрововъ и случайное раненіе воспаленнаго мочевого пузыря, при чемъ наложенные на пузырь швы разошлись (по 1 сл.). *Б. Финкельштейнъ.*

65. Д-ръ *Destot* (Lyon). *Случай перелома позвоночника; излѣченіе подвѣшиваніемъ.*

11/VII 1901 г. 34-лѣтнему плотнику на спину свалилось съ высоты 3½ метровъ бревно, вѣсомъ въ 1500 кило, вслѣдствіе чего поясничная часть позвоночника подверглась насильственному сгибанію; 1-ый и 2-ой поясничные позвонки образовали острый уголъ, верхушкой обращенный кзади. Одновременно произошелъ оскольчатый осложненный переломъ обѣихъ голеней на одномъ и томъ-же уровнѣ. Тотчасъ-же обнаружилась полная параплегія; тѣмъ не менѣе, призванный врачъ положилъ на правую голень костный шовъ. *Д.* впервые увидѣлъ больнаго 1/X. На уровнѣ первыхъ 2-хъ поясничныхъ позвонковъ имѣлся выступъ въ видѣ угла. Слѣва, подъ ложными ребрами прощупывалась костная масса, величиною въ кулакъ; справа же нѣсколько ниже прощупывалась другая костная масса, соотвѣтствовавшая раздробленному 2-му позвонку, смѣщенному въ противуположную отъ 1-го сторону. Переломы голеней оказались не зажившими; имѣлись гноившіеся свищи, ведшіе въ обнаженную и разрыхленную костную ткань. Костныя мозоли были очень объемисты; на внутреннихъ частяхъ большеберцевыхъ костей имѣлось по рубцу. Существовала полная параплегія и значительная атрофія мышцъ. Разстройства питанія выражались главнымъ образомъ въ слѣдующемъ: обѣ ноги были густо покрыты толстыми, твердыми, сухими и ломкими волосами; кожа была покрыта толстыми чешуйками; послѣ мытья и соскабливанія она приняла видъ куриной кожи; собственно кожа была утолщена и твердо-отечна; на крестцѣ имѣлся пролежень въ ладонь, на пяткахъ—изъязвленныя бляшки и на пальцахъ ногъ, за исключеніемъ большихъ, наблюдались черноватыя и багровыя пятна; суставы находились въ состояніи ложнаго анкилоза; для пассивнаго ихъ сгибанія (подъ наркозомъ) требовалось большое усиліе, при чемъ получился трескъ. Больной ощущалъ прикосновеніе и уколъ, нѣсколько хуже—холодъ и тепло; слѣва имѣлось небольшое повышеніе чувствительности; отсутствіе рефлексовъ и усиленное потѣніе ногъ. Недержаніе кала и задержаніе мочи. Гнойное катарральное воспаленіе пузыря; введенія катетра больной не ощущалъ. 18/X, т. е. черезъ 100 дней послѣ несчастнаго случая, начато лѣченіе больного подвѣшиваніемъ. Одновременно ежедневно производились массажъ и перевязки. Подвѣшиваніе дѣлалось по 8 разъ въ день, съ возраставшею продолжительностью, быстро доведенной до 15 и 20 минутъ. 1/XI состояніе значительно улучшилось: изъязвленія и пролежень зажили, переломы окрѣпли настолько, что больной могъ поднимать пятки съ кровати, особенно лѣвую; кожа приняла лоснящійся видъ, подкожный отекъ исчезъ, движенія въ суставахъ, все еще сопровождавшіяся хрустомъ, стали значительно свободнѣе. Первое, что больной замѣтилъ, было напряженіе полового члена, котораго до этого не было, а затѣмъ и возвратъ чувствительности мочеиспускательнаго канала къ проведенію катетра. Одновременно возстановилась и дѣятельность заднепроходнаго жома, но задержаніе мочи еще продолжалось, хотя катарръ пузыря и лѣчился промываніями. Уголъ позвоночника исчезъ почти совершенно. Подвѣшиванія продолжались весь ноябрь и декабрь. Больной постепенно научился вставать и могъ проводить въ креслѣ по 3 часа въ день. 29/XII наложенъ гипсовый корсетъ. Движенія въ лѣвой ногѣ къ этому времени возстановились почти совершенно. Поддерживаемый параллельными шестами больной могъ ходить самостоятельно.

Въ описанномъ случаѣ замѣчательны: 1) удавшееся вправленіе позвоночника черезъ 100 дней послѣ перелома; 2) быстрота исчезновенія трофическихъ разстройствъ; 3) прекрасное дѣйствіе подвѣшиванія (Gazette des hôpitaux de Toulouse, 31 октября). *В. В. Дитманъ.*

66. Д-ръ *Froelich* (Nancy). *Поперечный переломъ лобковой и отвѣсный подвздошной костей; разрывъ пузыря; операція на 3-ій день; выздоровленіе.*

17-лѣтній юноша былъ ушибленъ бревномъ и сбитъ съ ногъ. Послѣ этого появилось вздутіе живота; ни мочи, ни газовъ не отходило. Въ мочеиспускательный протокъ безъ труда введенъ катетръ и выпущено нѣсколько куб. стм. крови. Температура поднялась до 38°,5, пульсъ до 100. На 3-ій день приглашенъ *F.* Онъ нашелъ температуру въ 39°, пульсъ 116; животъ былъ вздутъ; ни мочи, ни кала не выходило, но изъ катетра вытекло ½ литра крови. Было очевидно, что дѣло идетъ о переломѣ таза съ разрывомъ пузыря, а, быть можетъ и кишки. Операція. При вскрытіи брюшной полости вытекло около 2 литровъ мочи съ кровью и нѣсколькими сгустками. При изслѣдованіи найденъ поперечный переломъ лобковой кости, вслѣдствіе котораго весь верхній край ея съ правой стороны былъ отдѣленъ и надвинутъ на лѣвую часть кости. При этомъ отдѣлился осколокъ, которой только серединою своею былъ прикрѣпленъ къ лонному срощенію и, смѣстившись кзади, произвелъ разрывъ пузыря; кромѣ того, самое срощеніе было смѣщено и подвижно. Пузырь былъ разорванъ отъ верхне-передней части шейки до средней части 3-угольника. Края разрыва были неровные и отечные. Справа отъ пузыря имѣлась громадная полость, выполненная сгустками и распространявшаяся довольно высоко вверхъ подъ брюшиною, а внизъ къ промежности и сѣдалищной вырѣзкѣ. Брюшина нигдѣ не была повреждена. Сшивать пузырь авторъ не рѣшился въ виду дурного состоянія краевъ разрыва и ограничился тѣмъ, что дренировалъ эту искусственную полость *Pezzer*'овскимъ зондомъ; другой такой-же зондъ былъ введенъ въ пузырь и постоянный зондъ въ мочеиспускательный протокъ. Послѣ операціи 2 дня состояніе оставалось угрожающимъ, рвота и икота продолжались непрерывно, но затѣмъ наступило улучшеніе. Черезъ 2 мѣсяца больной былъ препровожденъ въ больницу въ Nancy. Послѣ удаленія *Pezzer*'овскихъ зондовъ, брюшной свищъ быстро закрылся, но оставались полное недержаніе пузыря и циститъ. Послѣдній быстро улучшился подъ вліяніемъ промыва-

Digitized by Google

ній обеззараженной водой, а недержаніе стало только ночнымъ. Черезъ 4 мѣсяца больной могъ ходить на костыляхъ, а затѣмъ при помощи палки. Былъ сдѣланъ *Röntgen*'овскій снимокъ, на которомъ были видны слѣды переломовъ лобковой и подвздошной костей. Въ настоящее время больной ходитъ безъ палки, но слегка хромаетъ; недержаніе мочи исчезло и только иногда бываетъ по ночамъ (Gazette des hôpitaux de Toulouse, 24 октября).

**Глазныя болѣзни.** 67. Проф. *Lapersonne* предлагаетъ *нѣкоторыя видоизмѣненія въ операціяхъ опущенія верхняго вѣка.* Авторъ подчеркиваетъ необходимость, при выборѣ способа операціи, считаться въ каждомъ случаѣ съ размѣрами опущенія: въ однихъ случаяхъ это опущеніе можетъ обусловливаться полнымъ параличемъ поднимателя верхняго вѣка, въ другихъ же, особливо при врожденной формѣ, оно можетъ зависѣть лишь отъ относительной недостаточности или даже отъ простого удлинненія этой мышцы. «На первый взглядъ»—говоритъ авторъ—«не всегда легко узнать у страдающихъ ptosis'омъ, приподнято-ли вѣко всецѣло лобной мышцей, или же существуетъ нѣкоторая степень сокращенія поднимателя. Всѣ они держатъ голову откинутой назадъ, какъ звѣздочеты, съ приподнятыми бровями и глубокими морщинами на лбу». Дабы судить о работоспособности поднимателя, авторъ кладетъ ладонь на лобъ больного, устраняя такимъ образомъ дѣйствіе лобной мышцы на вѣко и заставляя больного то закрывать, то широко открывать глаза, направленные прямо впередъ: если больной и послѣ того въ состояніи еще поднять вѣко, то можно заключить, что подниматель дѣйствуетъ, а по отрѣзку роговицы, остающемуся въ этихъ условіяхъ открытымъ, можно судить о силѣ поднимающей мышцы. Пользуясь такой провѣркой, авторъ въ однихъ случаяхъ съ полнымъ параличемъ поднимателя прибѣгаетъ къ помощи лобной мышцы, а въ другихъ ограничивается усиленіемъ поднимателя. Для случаевъ 1-го рода весьма дѣйствителенъ способъ *Panas*'а, но онъ неудобенъ тѣмъ, что оставляетъ замѣтные рубцы, и авторъ предпочитаетъ поэтому оперировать по способу, предложенному въ 1900 г. *Angelucci* и состоящему въ пересадкѣ сухожилія поднимающей мышцы на лобную мышцу при помощи нитей, проходящихъ подъ бровью. *Lapersonne* считаетъ лишь необходимымъ нѣкоторое видоизмѣненіе въ способѣ *Angelucci*, а именно: отдѣливъ сухожиліе поднимающей мышцы и удерживая его помощью 2-хъ нитей, онъ дѣлаетъ продольный разрѣзъ надъ бровью и, прорѣзывая лежащія подъ нею ткани, соединяетъ его такимъ образомъ съ разрѣзомъ въ вѣкѣ, какъ въ операціи *Panas*'а. Сквозь это подбровное отверстіе («туннель») онъ проводитъ нити, удерживающія сухожиліе поднимателя, и прикрѣпляетъ ихъ къ верхней губѣ лобнаго разрѣза, затягивая ихъ въ большей или меньшей степени, смотря по случаю. Въ заключеніе, накладываются нѣсколько поверхностныхъ швовъ на надбровный и подбровный разрѣзы. Получается значительное поднятіе вѣка, безъ замѣтныхъ рубцовъ. Въ случаяхъ 2-го рода *Lapersonne* производитъ перемѣщеніе поднимателя. Подведя подъ верхнее вѣко пластинку, которая передается помощнику, онъ дѣлаетъ длинный разрѣзъ по вѣку, на 4—5 млм. надъ свободнымъ краемъ и параллельно этому краю. Разрѣзъ этотъ онъ ведетъ черезъ кожу и круговую мышцу и, раздвинувъ ихъ, обнажаетъ хрящъ съ поддерживающей его связкой, а въ то же время и сухожиліе поднимателя. Сдѣлавъ по небольшому отвѣсному разрѣзу съ обѣихъ сторонъ сухожилія, онъ подводитъ подъ поднимателя крючекъ, примѣняемый при операціи косоглазія, и, взявъ нитку съ 2-мя иглами на концахъ, проводитъ ее надъ крючкомъ сквозь носовую часть сухожилія снаружи кнутри; другую такую-же нитку онъ проводитъ на той же высотѣ кнаружи, черезъ височную часть сухожилія, послѣ чего перерѣзываетъ поднимателя у верхняго края хряща или даже изсѣкаетъ кусокъ изъ этой мышцы, а затѣмъ пришиваетъ ее къ хрящу, на разстояніи 2—3 млм. отъ свободнаго края вѣка, пользуясь для этого иголками, надѣтыми на нижніе концы обѣихъ нитокъ и накладывая швы точно такимъ же образомъ, какъ при проведеніи верхнихъ концовъ нитокъ сквозь сухожиліе поднимателя. Затянувъ швы и перемѣстивъ такимъ образомъ сухожиліе поднимателя на переднюю поверхность хряща, дальнѣйшихъ швовъ можно и не накладывать; но, въ виду оказывающагося при этомъ обилія кожи на вѣкѣ и ради ослабленія круговой мышцы послѣдняго, авторъ въ большинствѣ случаевъ вырѣзываетъ еще, сверхъ того, небольшую полоску изъ кожи вѣка и изъ круговой мышцы на уровнѣ нижней губы раны, послѣ чего накладываетъ на послѣднюю 2—3 поверхностныхъ шва. Глубокіе швы можно удалить на 7—8-й день. Подобнымъ способомъ авторъ оперировалъ въ 4 случаяхъ, подробно описанныхъ въ диссертаціи д-ра *Legillon*'а; во всѣхъ этихъ случаяхъ результатъ получился очень хорошій (Archives d'ophthalmologie, августъ). *Р. К.*

68. Провѣряя заявленіе *Hamilton*'а о наличности *сумочныхъ палочекъ въ китайской туши*, въ коихъ и усматриваютъ причину *нагноеній роговой оболочки*, случающихся иногда *послѣ татуировки*, д-ръ *Mishima* (Японія) изслѣдовалъ 3 сорта китайской туши и 2 японской. Въ результатѣ оказалось, что всѣ эти сорта, болѣе дорогіе, какъ и болѣе дешевые, были совершенно *свободны отъ микробовъ*. Однако-же, послѣ растиранія туши, хотя и на обеззараженной водѣ, найдены были микробы, откуда слѣдуетъ, что микробы попадаютъ въ растворъ туши изъ воздуха во время растиранія или до того. Исходя изъ этихъ данныхъ, авторъ и совѣтуетъ, чтобы сосудъ, въ коемъ растирается тушь, предварительно обеззараживался 90% алкоголемъ, а само растираніе производилось на растворѣ сулемы (Annals of Ophthalmology, апрѣль; Woch. f. Ther. u. Hyg. des Auges, 3 сентября). *Р. Кацъ.*

69. Д-ръ *Farreras* прибавляетъ къ неоднократно уже описаннымъ въ литературѣ еще 1 *случай слоновости вѣкъ отъ повторной рожи лица.* Надавливаніе оставляло отпечатокъ на вѣкахъ. Чувствительность пораженныя части сохранили нормальную. Лицо было похоже на миксэдематозное, хотя слизистымъ отекомъ больной не страдалъ, какъ и трихинной болѣзнью или какой-нибудь другой въ этомъ родѣ. Соединительная оболочка, какъ это всегда бываетъ въ подобныхъ случаяхъ, была отечна и воспалена, а верхнія вѣки были опущены и затрудняли зрѣніе. Лѣченіе въ этихъ случаяхъ мало успѣшно. Нѣкоторую пользу можетъ оказать электричество, особенно электролизъ и постоянный токъ. По видимому, означенная форма слоновости вѣкъ преимущественно случается у романскихъ народовъ (Archives de Oftalmologia Hispano-Americanos, сентябрь; Woch. f. Ther. u. Hyg. des Auges, 8 октября). *К.*

70. *Глаукома отъ душевныхъ волненій.* Д-ръ *Trousseau* наблюдалъ цѣлый рядъ такихъ случаевъ глаукомы, изъ коихъ онъ приводитъ наиболѣе убѣдительные, имѣя въ виду вновь обратить вниманіе на давно уже извѣстную роль нервной системы въ развитіи глаукомнаго приступа (*Реф.* лѣтъ 7 назадъ наблюдалъ у одной дамы приступъ глаукомы, развившійся въ день смерти ея мужа на правомъ глазу, а въ день его похоронъ—на лѣвомъ) (Ophthalm. Klin., 17; Woch. f. Ther. u. Hyg. d. Auges, 8 октября). *Р. К.*

71. Д-ръ *Moissonnier* сообщаетъ случай *цилиндромы слезной железы* и на основаніи своего случая и еще 4 такихъ-же изъ литературы даетъ клиническую картину этой рѣдкой болѣзни. Причина болѣзни неясна, какъ и вообще при раковыхъ заболѣваніяхъ; иногда имѣется въ анамнезѣ ушибъ въ лобно-височной области или въ области самого глаза, иногда—наслѣдственное предрасположеніе къ раку. Изъ признаковъ болѣзни наиболѣе рѣзкимъ является выпячиваніе глаза, соединенное съ нѣкоторымъ его смѣщеніемъ книзу, при чемъ, смотря по тому, впереди-ли оси вращенія глазного яблока начинаетъ развиваться опухоль или позади нея, глазное яблоко можетъ быть, сверхъ того, смѣщено и къ носу или къ виску. Мышцы глаза остаются долго не затронутыми, и двоеніе рѣдко выступаетъ въ числѣ раннихъ признаковъ. Со стороны зрѣнія тоже долгое время не замѣчается никакихъ разстройствъ. Иногда наступаетъ уменьшеніе слезъ; полнаго-же прекращенія слезотеченія не бываетъ, такъ какъ слезная железа вѣка (придаточная) въ нѣкоторой степени возмѣщаетъ прекратившуюся дѣятельность главной (глазничной) слезной железы. Наличность опухоли сказывается также колющими болями перемежнаго свойства въ лобно-височной области; иногда ощущается лишь простое ползаніе мурашекъ, сильныя-же боли испытываются рѣдко. Съ теченіемъ времени распознаваніе

значительно облегчается появленіемъ небольшой опухоли подъ слезной ямкой; плоская, твердая и гладкая, съ закругленнымъ краемъ, опухоль эта имѣетъ въ ширину около 2 стм. и прирощена къ глазничному своду, а не къ глазному яблоку, которое сохраняетъ свою подвижность. Къ этому времени можетъ наступить и ослабленіе зрѣнія—отъ растяженія или сжатія зрительнаго нерва; отъ тѣхъ-же причинъ можетъ развиться и картина воспаленія зрительнаго нерва съ затуманиваніемъ и отекомъ соска. Развивается опухоль очень медленно (въ случаѣ автора она сдѣлалась явной черезъ 4 года, а у *Dianoux*—лишь черезъ 6 лѣтъ), напоминая своимъ ростомъ доброкачественныя новообразованія, тѣмъ болѣе, что и лимфатическія железы не припухаютъ; объясняется это наличностью сумки, окружающей опухоль и защищающей сосѣднія части, на которыя опухоль и дѣйствуетъ—до поры, до времени—лишь механическимъ образомъ. При такомъ состояніи еще возможно разсчитывать на полный успѣхъ отъ операціи; въ противномъ-же случаѣ невозможно избѣжать возврата, который можетъ принудить къ полному опорожненію глазницы (среди 5 наблюдавшихся случаевъ возвратъ отмѣченъ 3 раза, въ томъ числѣ и въ случаѣ автора, гдѣ онъ наступилъ черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи). Оперировать можно двоякимъ путемъ: черезъ вѣко или черезъ наружную стѣнку глазницы (операція *Krönlein*'а, которая была примѣнена и авторомъ). 1-ый способъ легче, 2-ой—надежнѣе; особенно необходимъ 2-ой способъ въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль расположена далеко кзади, объемиста или прирощена къ сосѣднимъ частямъ (Archives d'ophtalmologie, сентябрь). *Р. Кацъ.*

72. Въ «Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges» (15 октября) напечатанъ переводъ статьи д-ра *Кротова* о *дѣйствіи лимоннокислой мѣди при нѣкоторыхъ глазныхъ заболѣваніяхъ* («Русскій Врачъ», 1903 г., № 17). Переводъ этотъ снабженъ нѣсколькими возраженіями со стороны д-ра *Arlt*'а, впервые предложившаго лѣченіе трахомы «купроцитроломъ» (лимоннокислой мѣдью на глицериновой мази). Глицериновую мазь д-ръ *Arlt* и понынѣ считаетъ наилучшей средой для лимоннокислой мѣди, а «купроцитролъ» — наилучшей формой для примѣненія. Карандашъ изъ лимоннокислой мѣди, предлагаемый д-ромъ *Кротовымъ*, *Arlt* считаетъ неудачнымъ изобрѣтеніемъ, такъ какъ карандашъ лишаетъ данный способъ одного изъ главныхъ его достоинствъ — домашняго примѣненія. Къ тому же, при свѣжей трахомѣ, при которой и примѣнялся карандашъ, д-ръ *Кротовъ* получилъ успѣхъ въ 33%, въ то время какъ д-ръ *Bock*, лѣчившій купроцитроломъ, имѣлъ при этой формѣ трахомы благопріятные результаты въ 56%. *Р. Кацъ.*

73. Д-ръ *Barraquer* совѣтуетъ, ради полученія хорошей опоры для *искусственнаго глаза*, *пересадку жировой ткани* въ *Tenon*'ову сумку вслѣдъ за *вылущеніемъ глазного яблока.* Изъ 16 случаевъ, въ которыхъ была сдѣлана такая операція, лишь 3 вышли неудачными. По истеченіи года культя, правда, сморщивалась на $^1/_2$ или еще больше; но все же опора для искусственнаго глаза представлялась болѣе совершенной, чѣмъ послѣ простого вылущенія (Изъ отчета о Madrid'скомъ Съѣздѣ въ «Ophthalmologische Klinik», № 18; Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 22 октября). *Р. Кацъ.*

74. Въ своей диссертаціи о *гнойномъ воспаленіи глазъ у новорожденныхъ безъ гонококковъ* (Halle, 1903 г.) д-ръ *Zabel* сообщаетъ о результатахъ бактеріологическаго изслѣдованія въ 33 случаяхъ, представлявшихъ по клиническому своему теченію типическую картину бленнорреи. *Neisser*'овскіе гонококки оказались лишь въ 19 случаяхъ. Почти такое же отношеніе къ общему числу изслѣдованныхъ случаевъ получилось и у другихъ наблюдателей, а именно среди 550 случаевъ, изслѣдованныхъ 10 авторами, отсутствіе гонококковъ въ гноѣ отмѣчено было въ 37%. И по наклонности къ осложненіямъ безгонококковая бленноррея не представляетъ рѣзкаго отличія отъ гонококковой: изъ 14 случаевъ безъ гонококковъ въ 9 обнаружены болѣе или менѣе тяжелыя осложненія со стороны роговицы (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 29 октября). *Р. Кацъ.*

75. Д-ръ *Guilford* изучалъ *роль профессій въ происхожденіи астигматизма*, по поводу результатовъ, которые имъ были получены при провѣркѣ глазъ у 22 Chicag'скихъ желѣзнодорожныхъ машинистовъ, достигшихъ 50-лѣтняго возраста: въ 18 случаяхъ, т. е. въ 82%, оказался астигматизмъ съ горизонтальной осью. Дабы выяснить роль профессіи машиниста въ этомъ явленіи, авторъ изслѣдовалъ глаза у 100 лицъ того-же возраста, но разныхъ профессій, и такое расположеніе оси нашелъ лишь въ 47%. Отсюда авторъ выводитъ, что астигматизмъ съ горизонтальнымъ положеніемъ оси (*обратный астигматизмъ*) составляетъ *профессіональное страданіе желѣзнодорожныхъ машинистовъ*, обусловливаясь неравномѣрнымъ уплощеніемъ роговицы вслѣдствіе давленія сощуренныхъ вѣкъ на глазное яблоко въ теченіи многихъ часовъ, при напряженномъ смотрѣніи вдаль, прямо на встрѣчу вѣтру. Если это вѣрно, то такое-же состояніе должно было-бы оказаться и у лицъ другихъ профессій, также сопряженныхъ съ смотрѣніемъ при сильномъ вѣтрѣ, какъ напр. у правящихъ моторомъ или у земледѣльцевъ (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 12 ноября). *Р. Кацъ.*

76. Д-ръ *Stankovic* (Бѣлградъ), занимающійся одновременно лѣченіемъ глазныхъ и зубныхъ болѣзней, увѣряетъ, что ему удалось открыть *профессіональное страданіе глазъ у зубныхъ врачей*, а именно, *амбліопію праваго глаза отъ неупотребленія.* У многихъ — почти у $^4/_5$—изъ извѣстныхъ ему товарищей, особенно, у тѣхъ, которые часто занимаются вставкой золотыхъ пломбъ, авторъ обнаружилъ скашиваніе праваго глаза кнаружи, ослабленіе реакціи его зрачка на свѣтъ, едва замѣтное повышеніе внутриглазного давленія и болѣе или менѣе пониженную остроту зрѣнія на этомъ глазу. Означенное профессіональное косоглазіе авторъ наблюдалъ лишь у такихъ лицъ, которые уже болѣе 10 лѣтъ занимались утомительной пломбировкой золотомъ, и онъ объясняетъ это постепенно развивающееся состояніе употребленіемъ при такой работѣ одного лишь лѣваго глаза, при чемъ правый глазъ не участвуетъ въ зрѣніи изъ-за носа. Въ тоже время на лѣвомъ глазу автору случалось часто обнаруживать близорукость съ соотвѣтствующимъ измѣненіемъ (staphyloma) на днѣ глаза (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 15 октября). *Р. Кацъ.*

77. *Профессіональное страданіе глазъ у работающихъ на табачныхъ фабрикахъ.* Страданіе это, описываемое д-ромъ *Hale*, представляетъ собою сухой катарръ или гиперэмію соединительной оболочки отъ механическаго раздраженія табачной пылью на плохо провѣтриваемыхъ фабрикахъ: соединительная оболочка глазного яблока принимаетъ грязный оттѣнокъ, на вѣкахъ она переполняется кровью, а на нижней переходной складкѣ утолщается. Подобныя же измѣненія выступаютъ и на слизистой оболочкѣ носа, горла, а иногда и желудка, въ формѣ легкаго желудочнаго катарра. При лѣченіи *табачнаго катарра глазъ* авторъ получалъ наилучшіе результаты отъ промываній 1% ихтіоломъ и впусканія 5% ксероформной мази (Anales de oftalmologia de Mexico, IV; Archives d'ophtalmologie, августъ). *Р. Кацъ.*

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 78. Д-ръ *А. А. Редлихъ* описываетъ *случай очень рѣдкаго сочетанія пороковъ развитія половыхъ органовъ съ неправильно развившимся заднепроходнымъ отверстіемъ*, а именно: зарощеніе нормальнаго заднепроходнаго отверстія прямой кишки, открывающейся въ преддверіе влагалища (atresia ani vestibularis), съ раздѣленнымъ влагалищемъ, двойной маткой, зарощеніемъ лѣваго влагалища и накопленіемъ въ немъ выше мѣста зарощенія мѣсячной крови (haematocolpos).

Дѣвица—17 л. Мѣсячныя съ 15 лѣтъ, черезъ 4 недѣли по 3 дня, необильно, безболѣзненно; 10 послѣднихъ мѣсяцевъ крови стали приходить черезъ 2 мѣсяца по 3 дня. Къ врачу явилась съ жалобой на боли внизу живота. При изслѣдованіи оказалось, что входъ во влагалище закрытъ перепонкой, имѣющей у основанія, непосредственно впереди задней спайки, отверстіе задняго прохода, окруженное складками слизистой оболочки прямой кишки. Ниже задней спайки находится валикообразное утолщеніе кожи длиною въ 2, шириною въ 1 стм., соотвѣтствующее мѣсту нормальнаго задняго прохода. При изслѣдованіи черезъ прямую кишку палецъ охватывается не плотно и свободно про-

Digitized by Google

никаетъ вглубь. Наружнаго жома заднепроходнаго отверстія нѣтъ; работаетъ только внутренній вполнѣ удовлетворительно. На разстояніи 5 стм. отъ заднепроходнаго отверстія палецъ ощупываетъ черезъ стѣнку прямой кишки выпячивающее ее, круглое, плотное, упругое, тѣло, съ явленіями глубокаго зыбленія и рѣзкимъ біеніемъ сосудовъ сзади. Дальнѣйшее изслѣдованіе показало, что въ зарощенномъ мѣстѣ входа во влагалище находится точечное отверстіе, пропускающее зондъ *Schultze* № 1 на глубину 7 стм.; пуговка зонда, при изслѣдованіи черезъ прямую кишку, ощупывается справа и сзади отъ опухоли. По расширеніи отверстія въ дѣвственной плевѣ праваго влагалища сдѣлалось возможнымъ войти пальцемъ въ него и ощупать влагалищную перегородку, выпячиваемую кровяной опухолью. Влагалищная перегородка была разрѣзана вблизи влагалищнаго входа, и тогда выдѣлилось около стакана кровянистой жидкости; отверстіе въ перегородкѣ (около 3 стм.) было обшито слизистой оболочкой, и полость дренирована. При изслѣдованіи послѣ этой операціи найдено: черезъ правое влагалище опредѣляется правая влагалищная часть, дно матки отклонено вправо; черезъ отверстіе во влагалищной перегородкѣ опредѣляется лѣвая влагалищная часть, переходящая въ опухоль, въ дѣтскій кулакъ. Длина правой матки 5, лѣвой—6 стм. Оперативнаго лѣченія зарощенія заднепроходнаго отверстія не было примѣнено, такъ какъ этотъ порокъ развитія не давалъ никакихъ припадковъ и не причинялъ больной никакихъ неудобствъ.

Интересъ случая заключается въ отсутствіи нормальнаго заднепроходнаго отверстія, которое заросло, а на мѣстѣ его имѣется кругловатый валикъ. Согласно установленному *L. Fürst*'омъ подраздѣленію въ зародышевомъ періодѣ, образованіе этого порока развитія нужно отнести къ 4-му періоду отъ 12-ой до 20-ой недѣли, когда происходитъ сліяніе *Мюллеровыхъ* ходовъ. Насколько рѣдко встрѣчается описанный порокъ развитія заднепроходнаго отверстія, видно изъ цифровыхъ данныхъ *Bardeleben*'а, заявляющаго, что на 93000 родовъ atresia ani vestibularis наблюдалась всего 4 раза у новорожденныхъ. Всѣхъ новорожденныхъ съ нормально открывающимся заднепроходнымъ отверстіемъ (anus anomalus vulvo-vaginalis) въ литературѣ описано 72, взрослыхъ-же—32. Случай д-ра *Редлиха* представляется исключительнымъ по своей рѣдкости, такъ какъ такого сочетанія порока развитія задняго прохода и половыхъ органовъ не находится въ имѣющихся описаніяхъ (Извѣстія В.-Медицинской Академіи, 1903 г., ноябрь). *Б. Агафоновъ.*

79. Д-ръ *J. Wallart* приводитъ *3 случая сочетаннаго заболѣванія матки бугорчаткой и ракомъ.*

1-ый касается 55-лѣтней больной, у которой произведено было выскабливаніе слизистой оболочки матки. Въ выскобленной массѣ оказались на ряду съ адено-карциноматозной тканью многочисленные бугорки.

Во 2-омъ случаѣ первичная легочная бугорчатка распространилась на брюшину, *Fallopi*'евы трубы и отсюда на матку и маточную шейку. На этой послѣдней въ видѣ позднѣйшаго заболѣванія развился также ракъ—совпаденіе крайне рѣдкое. Тогда какъ бугорчатковый процессъ перешелъ уже въ околошеечныя лимфатическія железы, гдѣ мѣстами найдены были творожистыя массы, мѣстами фиброзное сморщиваніе бугорковъ, раковое новообразованіе не переступило и даже не достигло наружныхъ слоевъ маточной стѣнки.

Въ 3-мъ случаѣ вскрытіе 37-лѣтней женщины указало на присутствіе адено-карциноматозной опухоли во влагалищной части матки наряду съ хронической легочной бугорчаткой и бугорчатковымъ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ. Кромѣ того, въ слизистой оболочкѣ матки, ниже угла *Fallopi*'евой трубы былъ найденъ узелокъ, съ чечевицу, оказавшійся при микроскопическомъ изслѣдованіи бугорчатковой массой въ состояніи творожистаго распада.

На основаніи описанныхъ случаевъ авторъ присоединяется къ высказанному уже *Naegali* и *Lubarsch*'емъ взгляду, по которому бугорчатковое пораженіе матки, въ частности шейка ея, можетъ считаться предрасполагающимъ условіемъ для развитія рака. Съ своей стороны, *W.* прибавляетъ, что особенно можно ожидать вліянія этого условія тогда, когда существуетъ наслѣдственное предрасположеніе къ раковымъ заболѣваніямъ (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. L, тетр. 2). *А. Г—ръ.*

80. Д-ръ *R. Lomer* для рѣшенія вопроса *объ излѣчимости рака матки* считаетъ важнымъ выясненіе слѣдующаго обстоятельства: можетъ-ли организмъ при извѣстныхъ условіяхъ справиться съ небольшими оставленными въ немъ раковыми гнѣздами; если да, то знакомство съ этими условіями дало бы возможность придти ему на помощь въ его борьбѣ съ болѣзнью. Удовлетворительный отвѣтъ *L.* находитъ въ собранныхъ имъ въ литературѣ 213 случаяхъ излѣченія рака матки посредствомъ прижиганія (раскаленнымъ желѣзомъ). Особенно достойно вниманія, что сюда-же относится цѣлый рядъ случаевъ, признанныхъ уже неподходящими для оперативнаго вмѣшательства. Отсутствіе возврата во всѣхъ случаяхъ наблюдалось не менѣе 2-хъ лѣтъ, а въ 149 случаяхъ даже послѣ 5. Но и тамъ, гдѣ являлись возвраты, повторныя прижиганія все-таки иногда приводили къ выздоровленію, что *L.* считаетъ несомнѣннымъ доказательствомъ его предположенія о способности организма усиленно бороться съ небольшими очагами новообразованія. Нужно, стало быть, найти условія, настолько нарушающія питаніе раковой клѣтки, чтобы довести ее до полнаго разрушенія. Эти условія *L.* видитъ въ существенныхъ измѣненіяхъ состава крови, какія, напр., происходятъ при повышеніи температуры, при чрезмѣрныхъ кровопотеряхъ (saignée à blanc), быть можетъ, также при обширныхъ ожогахъ. Но въ виду того, что подобные опыты невыполнимы, слѣдуетъ пытаться достигнуть желаемаго окольными путями. Исходя изъ тѣхъ-же основаній, *L.* объясняетъ благотворное вліяніе при ракѣ нѣкоторыхъ ядовъ, какъ то: мышьяка, терпентина, кантаридина, лизола, хлорнокислаго калія ихъ кроверазрушающимъ дѣйствіемъ *L.* нѣсколько уже лѣтъ дѣлаетъ опыты съ гемолитической сывороткой, которые, однако, не привели его къ опредѣленнымъ результатамъ. Съ другой стороны, предполагая существованіе въ молодыхъ организмахъ веществъ, защищающихъ ихъ отъ атипическаго роста эпителіальной ткани, *L.* пытается помочь заболѣвшему раковымъ новообразованіемъ организму введеніемъ въ него «эпителіальной сыворотки» собственнаго изобрѣтенія, долженствующей сыграть роль этого защитительнаго вещества. Опыты его еще не закончены, хотя, по видимому, и даютъ автору благопріятные результаты. Въ итогѣ *L.* предлагаетъ такое лѣченіе рака матки: послѣдовательныя, повторныя прижиганія всякаго подозрительнаго мѣста въ рубцѣ послѣ удаленія раковой опухоли; болѣе частое и систематическое прижиганіе въ случаяхъ, не подходящихъ для хирургическаго вмѣшательства; больныя должны показываться врачу каждыя 6 недѣль; въ мѣстное лѣченіе должно также входить: ношеніе согрѣвающаго бандажа и паровыя и свѣтовыя ванны. Послѣ операцій *L.* употребляетъ горячіе компрессы. Изъ лѣкарственныхъ средствъ онъ совѣтуетъ мышьякъ и хлорнокислый калій, правильныя влагалищныя промыванія изъ хлорнокислаго калія, а также впрыскиванія, вызывающія повышеніе температуры, напр. изъ стафилококковаго яда (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. L, тетр. 2)

81. Д-ръ *Kroemer*, сохраняя терминологію *Sappey*'я и *Cruveilhier* для обозначенія лимфатическихъ железъ тазовой области, даетъ слѣдующее *описаніе лимфатической системы женскихъ половыхъ органовъ и измѣненій, происходящихъ въ ней при ракѣ матки.* Наружные половые органы и нижняя часть влагалища посылаютъ свою лимфу черезъ посредство 5—8 средняго размѣра сосудовъ къ верхней и внутренней группѣ поверхностныхъ паховыхъ железъ. У спайки происходитъ сліяніе лимфатическихъ сосудовъ обѣихъ сторонъ. Средняя часть влагалища сообщается съ одной или двумя лимфатическими железами, находящимися между влагалищемъ и прямой кишкой, въ углу между влагалищной, пупочной и общей срамной артеріями, верхній отдѣлъ, въ боковыхъ частяхъ — съ подчревными, а задній сводъ съ боковыми крестцовыми лимфатическими железами. Для маточной шейки главными лимфатическими железами слѣдуетъ считать подчревныя, для тѣла матки—поясничныя железы. 2-ое лимфатическое соединеніе маточной шейки черезъ крестцово-маточную связку съ боковыми крестцовыми железами, описанное *Sappey*'емъ, найдено также авторомъ. Лимфатическая система маточной части *Fallopi*'евыхъ трубъ находится въ связи съ системой тѣла матки. Лимфатическіе сосуды брюшной части трубъ идутъ по нижнему ихъ краю, исчезаютъ въ большомъ яичниковомъ сплетеніи и, наконецъ, направляются къ поясничнымъ железамъ. Кромѣ того, изъ тѣла матки идутъ еще 2 тонкихъ сосуда черезъ круглую связку въ глубокія паховыя железы. Въ то время какъ отводящіе лимфатическіе сосуды не соединяются между собою, между железами существуетъ самое широкое сообще-

Digitized by Google

ніе по всѣмъ направленіямъ. Общій выводъ *Kr.* сводится къ тому, что число лимфатическихъ сообщеній и железъ матки больше, чѣмъ думали до сихъ поръ, и слѣдуетъ ожидать присутствія лимфатическихъ железъ всюду, гдѣ проходятъ кровеносные сосуды, при чемъ величина и число ихъ находятся въ связи съ объемомъ сосуда. Что касается измѣненій лимфатическихъ железъ при ракѣ матки, то еще до пораженія ихъ новообразованіемъ наблюдается мягкая гиперплазія ихъ (adénopathie précancereuse французскихъ авторовъ). Не смотря на эту защитительную реакцію, новообразованіе постепенно заглушаетъ железистую ткань, пропитываетъ оболочку лимфатической железы и затѣмъ проникаетъ въ окружающія ткани. Способъ проникновенія раковыхъ клѣтокъ въ железы одинаковъ для всѣхъ областей тѣла, при чемъ железа, черезъ которую проходятъ раковыя клѣтки, ни въ какомъ случаѣ не можетъ остаться здоровой. Если раковыя клѣтки встрѣчаютъ препятствія для своего распространенія по естественному ходу лимфатическихъ сосудовъ, то онѣ направляются уже не въ выше расположенныя железы, но обратно къ болѣе глубокимъ (запирательныя и наружныя подвздошныя). Переносъ новообразованія совершается не прыжками, а per continuitatem (*Kundrat*), такъ что, если параметрій свободенъ отъ новообразованія, то лимфатическія железы оказываются заболѣвшими только въ исключительныхъ случаяхъ; даже при пораженной клѣтчаткѣ онѣ еще въ $^1/_2$ случаевъ остаются здоровыми. Тѣмъ не менѣе въ подлежащихъ оперативному лѣченію случаяхъ, гдѣ раковыя клѣтки разыскиваются и въ отдаленныхъ железахъ, нельзя быть вполнѣ увѣреннымъ, что всѣ заболѣвшія железы удалены. Однако, при общемъ подсчетѣ частота пораженія железъ не превышаетъ $33^1/_3$%. Нѣкоторыя новообразованія проявляютъ большую склонность къ пораженію железъ: таковы полиморфныя опухоли маточной шейки (саркомы, эндотеліомы, инфильтрирующія аденокарциномы) (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XVIII, тетр. 5). *А. Г—ръ.*

**Дѣтскія болѣзни.** 82. Д-ръ *Morse* приводитъ *свои наблюденія надъ лѣченіемъ воспаленія легкаго у 8 грудныхъ дѣтей противупнеймококковой сывороткой.* Наблюденія производились въ Infant's Hospital въ Boston'ѣ. Сыворотка впрыскивалась черезъ каждые 4 часа въ количествѣ 5—10 к. стм. Температура измѣрялась каждые 2 часа въ прямой кишкѣ. Никакого противулихорадочнаго способа авторъ не примѣнялъ, за исключеніемъ 1 случая, въ которомъ нѣсколько разъ была примѣнена ванна. Возрастъ больныхъ колебался отъ 8 мѣс. до 2-хъ лѣтъ. Ни въ одномъ случаѣ авторъ не подмѣтилъ вліянія сыворотки на температуру, пульсъ и дыханіе. Температура то понижалась, то опять повышалась безъ всякой правильности. Не отмѣчено также вліяніе и на теченіе болѣзни. Въ 1 случаѣ кризисъ наступилъ на 8-й день болѣзни, въ 3-хъ на 9-ый,—слѣд., можетъ быть, нѣсколько позднѣе, чѣмъ то наблюдается у дѣтей. Въ 2-хъ случаяхъ появилось гнойное воспаленіе средняго уха, а въ 2-хъ—эмпіэма. Смерть (2 случая) была обусловлена въ одномъ воспаленіемъ почекъ, а въ другомъ—упадкомъ сердечной дѣятельности. За исключеніемъ 1 случая, въ которомъ послѣ впрыскиванія въ теченіи 3-хъ дней 180 к. стм. появились отекъ и затвердѣніе вокругъ мѣста впрыскиванія, въ остальныхъ сыворотка всасывалась хорошо. Ни сыпей, ни пораженій суставовъ не наблюдалось (Archiv of Pediatrics, № 7; по передачѣ въ Kronice lekarskiej, 1 декабря). *С. Островскій.*

83. Д-ра *Tadeusz Zeleński* и *Roman Nitsch*, на основаніи 4-хъ случаевъ изъ дѣтской клиники проф. *Jakubowsk*'аго въ Краковѣ, разбираютъ *вопросъ объ этіологіи катарра мочевого пузыря у дѣтей.*

У 1-го больного, мальчика 12 л., страдавшаго частыми позывами на мочеиспусканіе и болями при послѣднемъ, катетеризація мочевого пузыря обнаружила значительныя неровности и утолщенія стѣнокъ послѣдняго. Моча щелочной реакціи содержала 1,2‰ бѣлка; въ осадкѣ—значительное количество гнойныхъ тѣлецъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Бугорчатковыхъ палочекъ въ мочѣ не оказалось. Изъ осадка былъ выращенъ гроздекоккъ, медленно растворявшій желатину и такъ-же медленно свертывавшій молоко. При ростѣ его на агарѣ появлялась желтоватая окраска. Опыты на животныхъ дали отрицательный результатъ: кроликъ, которому было введено въ вену 1 к. стм. 24 часовой бульонной разводки, остался въ живыхъ; бѣлая мышь, которой привили въ брюшную полость $^1/_5$ к. стм. той-же разводки, осталась здоровой. Подъ вліяніемъ покоя, молочной діэты и пріемовъ внутрь уротропина количество бѣлка дошло до 0,2‰, и мѣстныя явленія стихли.

Въ 3-хъ остальныхъ случаяхъ (мальчики 4, 11 и 11 л.) причиной катарра мочевого пузыря была бугорчатковая палочка, при чемъ сущность болѣзни была подтверждена какъ на препаратахъ, такъ и опытами на животныхъ.

Въ 2-хъ случаяхъ удалось обнаружить и непосредственный путь зараженія: у 1 больного имѣлся старый бугорчатковый свищъ придатка яичка, у другого бугорчатка почки. Въ 3-мъ случаѣ бугорчатка мочевого пузыря была клинически первичной: кромѣ измѣненій въ лимфатической системѣ, въ остальномъ мальчикъ былъ здоровъ.

У больныхъ наблюдались частое болѣзненное мочеиспусканіе и кровавая моча (непостоянно). Катетеризація обнаружила во всѣхъ случаяхъ значительныя утолщенія и неровности стѣнокъ мочевого пузыря. Подъ вліяніемъ соотвѣтствующаго лѣченія во всѣхъ случаяхъ количество бѣлка въ мочѣ уменьшилось, и субъективныя ощущенія смягчились (Przegląd lekarski, 2 января). *С. Островскій.*

84. Д-ръ *J. Widowitz* (Graz). *Уротропинъ, какъ средство, предупреждающее нефритъ при скарлатинѣ.* Авторъ за послѣдніе 3 года въ 102 случаяхъ скарлатины давалъ уротропинъ въ самомъ началѣ заболѣванія въ теченіи 3-хъ дней подъ-рядъ, а также въ началѣ 3-ей недѣли, когда чаще всего наблюдается нефритъ, опять въ теченіи 3 дней. Больные были дѣти въ возрастѣ отъ 1 до 15 лѣтъ и 1 взрослый 21 года. Уротропинъ давался 3 раза въ день по 0,05—0,5. Средство всегда переносилось хорошо, и вреднаго дѣйствія его не замѣчалось ни разу. Изъ этихъ 102 случаевъ ни въ одномъ не было нефрита. Въ тяжелыхъ случаяхъ въ началѣ заболѣванія иногда наблюдались слѣды бѣлка, но всегда скоро исчезали (Wiener klinische Wochenschrift, 1 октября). *В. Дитманъ.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 85. *Samberger* (Прага), на основаніи своихъ наблюденій и опытовъ, приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ относительно *происхожденія сифилитическаго малокровія и желтухи.* Прежде всего авторъ доказываетъ, что лѣчебное вліяніе ртути при сифилисѣ распадается на 2 части: съ одной стороны, ртуть прямо вліяетъ, какъ специфическое, почти противогнилостное средство противъ возбудителя сифилиса; съ другой, она дѣйствуетъ растворяющимъ образомъ на кровь и разрушаетъ въ значительномъ количествѣ красные кровяные шарики, вслѣдствіе чего сейчасъ-же раздражаются кроветворные органы, отвѣчающіе на этотъ усиленный распадъ повышенной дѣятельностью, обусловливающей быстрое возвращеніе къ прежней нормѣ. Далѣе, авторъ приходитъ къ выводу, что конституціональный сифилисъ, особенно въ началѣ его развитія, какъ болѣзнь общая, оказываетъ также вліяніе, съ одной стороны, на красные кровяные шарики, съ другой—на печеночныя клѣтки. Если это вліяніе на печеночныя клѣтки незначительно, то получается лишь пищевая гликозурія; при болѣе-же сильномъ вліяніи возникаетъ и уробилинурія, и, наконецъ, въ тяжелыхъ формахъ или при продолжительномъ теченіи сифилиса—и желтуха. При этомъ клѣтки не теряютъ способности производить пигментъ, но перестаютъ удерживать его, такъ что происходитъ какъ-бы разлитіе сначала уробилина, а затѣмъ—билирубина. Такимъ образомъ сифилитическая желтуха есть гепатогенная желтуха, хотя, конечно, нельзя отрицать и возможности гэматогеннаго, а также механическаго ея происхожденія (сжатіе печеночныхъ ходовъ, развитіе въ нихъ высыпаній) (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXVII, тетр. 1). *М. Члѣновъ.*

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *XII. IX-ый Пироговскій Съѣздъ.*

Пироговскіе Съѣзды представляютъ собою барометръ, показывающій теченія, преобладающія въ русскомъ врачебномъ мірѣ

за послѣднія 20 лѣтъ. По мѣрѣ развитія этихъ Съѣздовъ и увеличенія числа участвующихъ въ нихъ, среди послѣднихъ все болѣе и болѣе стали преобладать тѣ категоріи врачей, которые по своей дѣятельности ближе и тѣснѣе соприкасаются съ широкими слоями населенія. Я имѣю въ виду главнымъ образомъ земскихъ врачей, а также врачей, вѣдающихъ медицинскую часть при различныхъ промышленныхъ предпріятіяхъ, т. е. фабрично-заводскихъ, горнозаводскихъ, желѣзно-дорожныхъ и т. д. Затѣмъ сюда же можно причислить тѣхъ врачей, которымъ приходится имѣть дѣло съ обитателями ночлежныхъ домовъ, мѣстъ заключенія и т. д. Всѣмъ этимъ врачамъ нельзя было, сталкиваясь при своихъ мѣропріятіяхъ съ условіями жизни больныхъ вышеупомянутыхъ категорій, отдѣлять больного отъ неразрывно связаннаго съ нимъ его житейскаго обихода. Отсюда естественно слѣдовало, что сама жизнь постоянно и неизмѣнно на каждомъ шагу убѣждала ихъ, что охранять народное здоровье невозможно при узкой отвлеченной разработкѣ отдѣльныхъ лѣчебно-санитарныхъ мѣропріятій безъ согласованія съ ними соотвѣтствующихъ измѣненій въ общественно-экономическихъ условіяхъ жизни тѣхъ слоевъ населенія, среди которыхъ эти мѣропріятія будутъ проводиться. Вмѣстѣ съ выясненіемъ этого обстоятельства для большинства участниковъ на Пироговскихъ Съѣздахъ, во время ихъ дѣятельности на мѣстахъ своего пребыванія въ самыхъ разнообразныхъ углахъ Россіи, явился вполнѣ логичнымъ и необходимымъ выводъ, что работа ихъ на Съѣздахъ должна главнымъ образомъ заключаться не въ разработкѣ отдѣльныхъ мѣропріятій, касающихся только лицъ или отдѣльныхъ группъ населенія, а тѣхъ общихъ принциповъ, при проведеніи которыхъ въ жизнь только и возможно развитіе истинной народной медицины, т. е. такой, которая имѣетъ въ виду потребности милліоновъ жителей. Соотвѣтственно съ этимъ мы видимъ, какъ на Пироговскихъ Съѣздахъ подъ неудержимымъ натискомъ жизни съ каждымъ разомъ все болѣе и болѣе отодвигались на задній планъ отдѣлы, разрабатывающіе узко-спеціальные вопросы, такъ какъ для нихъ имѣется достаточно свободное поле въ медицинской литературѣ, научныхъ Обществахъ и спеціальныхъ Съѣздахъ, и все больше и больше значенія стали пріобрѣтать и вновь возникать такіе отдѣлы, на засѣданіяхъ которыхъ выяснялись при взаимномъ обмѣнѣ мыслей необходимыя, какъ первое условіе возможности проведенія широкихъ здравоохранительно-санитарныхъ мѣропріятій, реформы въ условіяхъ жизни и работы тѣхъ или другихъ слоевъ населенія. Теченіе это, овладѣвшее Пироговскими Съѣздами, сказалось уже очень сильно на VIII-мъ Съѣздѣ, что было мною своевременно отмѣчено, и еще рѣзче проявилось въ занятіяхъ только-что закончившагося IX-го Съѣзда. Въ краткой характеристикѣ этого Съѣзда я не имѣю возможности даже намѣтить все то, чего коснулись многочисленныя постановленія различныхъ отдѣловъ; это будетъ въ свое время изложено въ отчетахъ по отдѣламъ. Но, такъ какъ по условіямъ распредѣленія матеріала отчеты эти должны быть разбиты на нѣсколько №№, то я представлю здѣсь краткій обзоръ содержанія нѣкоторыхъ постановленій отдѣловъ, которыя прошли, почти всѣ единогласно, въ послѣднемъ распорядительномъ Собраніи.

Такъ, Съѣздъ, разсматривая вопросы о санитарныхъ Попечительствахъ и мѣрахъ борьбы съ огромной дѣтской смертностью въ Россіи, пришелъ къ выводу, что для проведенія дѣйствительныхъ санитарныхъ мѣропріятій и успѣшной борьбы съ дѣтской смертностью существующая организація санитарныхъ Попечительствъ совершенно не состоятельна. Для кореннаго измѣненія всей постановки этого дѣла необходимо измѣнить основанія земскаго и городскаго представительства въ смыслѣ расширенія состава этого представительства и его полномочій. Земскія учрежденія должны быть приближены къ мѣстному населенію путемъ установленія мелкой земской единицы, какъ ячейки мѣстнаго самоуправленія. Только при такомъ порядкѣ возможна цѣлесообразная и планомѣрная дѣятельность земства въ смыслѣ широкаго удовлетворенія мѣстныхъ нуждъ и пользъ. Городское самоуправленіе должно быть реорганизовано на основѣ самого широкаго участія въ немъ всѣхъ слоевъ городского населенія, безъ чего не можетъ быть правильно поставлено городское хозяйство вообще и санитарная его сторона въ частности.

Разсматривая мѣры борьбы съ алкоголизмомъ, Съѣздъ указалъ на невозможность правильной постановки ея при существованіи винной монополіи, какъ одной изъ доходныхъ статей государственнаго бюджета.

По вопросу о борьбѣ съ бугорчаткой Съѣздъ, указавъ на необходимость, для дѣйствительности мѣропріятій, расширенія самодѣятельности населенія и уничтоженія различныхъ тормазовъ, препятствующихъ распространенію въ народѣ гигіэническихъ знаній, въ то же время отмѣтилъ ненормальность нѣкоторыхъ специфическихъ условій, благопріятствующихъ распространенію этого бича въ западномъ краѣ вслѣдствіе скученности еврейскаго населенія въ городахъ и мѣстечкахъ и воспрещенія больнымъ евреямъ пользоваться деревенскимъ воздухомъ, курортами и санаторіями.

По вопросамъ объ огражденіи жизни и здоровья рабочихъ постановлено, что послѣднее возможно только при условіи государственнаго страхованія рабочихъ и выработки проэкта рабочаго законодательства при участіи представителей отъ рабочихъ.

Ограничиваясь, за неимѣніемъ подъ руками протоколовъ, этими, далеко не исчерпывающими всей работы Съѣзда, постановленіями, въ заключеніе укажу на постановленіе, принятое въ Собраніи единогласно и исходившее изъ 3-хъ отдѣловъ: а именно постановлено, что борьба съ бугорчаткой, алкоголизмомъ и дѣтской смертностью невозможна безъ устраненія условій, стѣсняющихъ широкую постановку дѣла распространенія просвѣщенія среди народа.

На общихъ Собраніяхъ Съѣзда я останавливаться не буду, такъ какъ о предполагавшихся на нихъ рѣчахъ уже упоминалось въ «Русскомъ Врачѣ» [1]). По числу членовъ IX-ый Съѣздъ почти сравнялся съ болѣе многочисленнымъ VIII-мъ Съѣздомъ: число участниковъ его достигло 2136 чел. Засѣданій было: 2 общихъ торжественныхъ, 1 общее соединенное, 2 распорядительныхъ, 107 въ отдѣлахъ, изъ нихъ 23 соединенныхъ. Докладовъ было 368, выставокъ 14. Мѣстомъ слѣдующаго Съѣзда избрана Москва, а время его—черезъ 2 года. Въ Правленіе, вмѣсто выбывшихъ, согласно Уставу, избраны *Г. Н. Габричевскій*, *И. В. Поповъ*, *П. И. Куркинъ*, *Ф. А. Рейнъ* и д-ръ *Левашевъ*. Къ дѣятельности Правленія въ межсъѣздное время я еще вернусь.

*Я. Зельдовичъ.*

## XIII. Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ.

(Засѣданіе 29-го октября).

*Т. П. Краснобаевъ. Новая дѣтская больница въ Вѣнѣ.* Kaiser Franz-Ioseph Regierungs Jubiläums Kinderspital der Gemeinde выстроена на востокъ отъ Вѣны, въ здоровой мѣстности, густо населенной бѣднымъ людомъ, на участкѣ земли въ 5½ десятинъ; съ нѣсколькихъ сторонъ къ ней подходятъ электрическія конки. Больница имѣетъ очень красивый видъ; въ одномъ изъ угловъ ея ограды стоитъ очень красивая мраморная группа «Opferwilligkeit». Основной принципъ устройства—разсѣяніе больныхъ, устройство многихъ самостоятельныхъ отдѣленій и возможность все держать въ чистотѣ и подвергать быстрому и совершенному обеззараживанію. Во всѣхъ зданіяхъ всѣ острые углы закруглены, гольтели тоже закруглены. Гольтели высотою въ 22 стм. сдѣланы изъ марморъ террацо, кафель, ксилолита или асбестита. Полы въ помѣщеніяхъ для больныхъ изъ метлахскихъ плитъ на бетонномъ основаніи. Тамъ, гдѣ требуется особенная чистота, стѣны на высоту 3 арш. покрыты глазурованными плитками, а въ обѣихъ операціонныхъ всѣ стѣны до потолка покрыты этими плитками. Бѣлье изъ павильоновъ уносится только обезпложенное черезъ отверстія подъ окнами. Доступъ въ заразныя отдѣленія возможенъ только черезъ переодѣвальный домъ; въ заразный баракъ можно пройти только въ халатѣ, а при выходѣ моютъ лицо и руки. Вся больница состоитъ изъ 31 зданія, раздѣленныхъ перегородками и кустами на 3 группы: заразную, общую и хозяйственную. Въ надстройкахъ надъ бараками, во 2-мъ и 3-мъ этажахъ, находятся квартиры для врачей и низшаго персонала. Въ заразной группѣ зданія отстоятъ другъ отъ друга—на разстояніи 5,5—24 саж. Зданія хирургическія и терапевтическія отстоятъ отъ заразныхъ на 21 саж. Въ заразныхъ баракахъ помѣщенія распредѣляются слѣдующимъ образомъ: 7 палатъ по 14 коекъ, 4 по 8, 3 по 4, 12 по 2 и въ 22 по 1, всего въ 48 палатахъ 188 коекъ т. е. 65% общаго числа ихъ въ больницѣ. 24% всѣхъ заразныхъ кроватей и 16% общихъ приходится на палаты съ 1—2 койками. На каждую кровать въ самихъ палатахъ приходится 4—9,2 к. саж. воздуха. Бараки снабжены всѣми служебными помѣщеніями и потому каждый изъ нихъ можетъ работать вполнѣ самостоятельно. У всѣхъ зданій, за исключеніемъ 2-хъ коечныхъ бараковъ, имѣются террасы, устроенныя на южной сторонѣ и соединенныя съ садомъ. Во всѣхъ большихъ павильонахъ передвижныя ванны, а кромѣ того, у одной изъ стѣнъ сдѣланы краны для теплой и горячей воды и стоки. Кромѣ того, есть ванны въ пристройкахъ для квартиръ ассистентовъ и низшаго персонала, а, кромѣ того, имѣются отдѣльныя ванны для прислуги. При клозетахъ особыя приспособленія для вымыванія и кипяченія ночныхъ горшковъ. Во всѣхъ отдѣленіяхъ, за исключеніемъ, самыхъ мелкихъ, имѣются отдѣльныя, хорошо обставленныя лабораторіи. При каждомъ отдѣленіи есть особыя комнаты для дежурящихъ нянь, а живутъ онѣ въ надстройкахъ надъ зданіями въ 17 и 42 койки. Канилизаціонная сѣть больницы состоитъ изъ 3-хъ системъ, изъ которыхъ главная работаетъ для заразнаго, хирургическаго, операціоннаго отдѣленія, амбулаторіи и прозекторскаго зданія. Всѣ воды этой системы прежде, чѣмъ попасть въ общую городскую канализаціонную, сѣть, проходятъ черезъ особое зданіе, гдѣ онѣ обезпложиваются при помощи ѣдкой извести. Отопленіе паровое низкаго давленія. Провѣтриваніе совершенно отдѣлено отъ отопленія. Вездѣ, гдѣ нужно, устроены подъемныя машины и телефоны. Для освѣщенія проведенъ газъ и электричество. Ванны мѣдныя; при каждой ваннѣ шкафъ для согрѣванія бѣлья. Соръ собирается въ ведра, затѣмъ поступаетъ въ особые сосуды и переводится къ печи, гдѣ и сжигается. Мебель изъ желѣза и стекла. Общая стоимость больницы—зданій и обзаведенія—около 2,8 милліоновъ кронъ.

На вопросы *А. Э. Гиппіуса* докладчикъ отвѣтилъ, что въ больницѣ для сомнительныхъ случаевъ пользуются маленькими палатами при зданіяхъ, а въ заразномъ отдѣленіи—маленькими заразными бараками; своей молочной фермы больница не имѣетъ; для охлажденія труповъ примѣняется жидкая угольная кислота; канализаціонныя воды обезвреживаются ѣдкой известью.

---

[1]) Не могу не указать, что общія Собранія по уставу—публичны, что должно-бы быть извѣстно и ораторамъ и съ чѣмъ имъ слѣдовало-бы считаться, не обрекая ни въ чемъ неповинную публику на необходимость выслушивать рѣчи, длящіяся около 1½ часовъ и произносимыя при этомъ иногда такимъ голосомъ, что ихъ мало слышно даже въ ближайшихъ къ оратору мѣстахъ. *Я. З.*

Digitized by Google

*Г. Е. Владиміровъ:* Какъ защищають въ амбулаторіи больныхъ отъ зараженія?

*Докладчикъ:* Для защиты ихъ существуетъ только 2 обособляющихъ комнаты. По моему мнѣнію, амбулаторія вообще представляетъ слабую сторону больницы; но, по видимому, въ Вѣнѣ больные менѣе страдаютъ отъ амбулаторныхъ зараженій, чѣмъ у насъ. При большей культурности населенія, родители чаще и раньше обращаются къ врачебной помощи, которая при томъ легко доступна вслѣдствіе существованія многочисленныхъ обществъ взаимопомощи. Такимъ образомъ больной приходитъ въ больницу большею частью съ уже готовымъ распознаваніемъ, и заразные больные попадаютъ въ амбулаторію, вѣроятно, только случайно.

*А. Н. Устиновъ:* По Вашему мнѣнію система, положенная въ основу вновь выстроенной больницы, есть система отживающая? Въ чемъ же ея слабый пунктъ?

*Докладчикъ:* Я назвалъ систему отживающей потому, что, хотя въ новой Вѣнской больницѣ система маленькихъ отдѣльныхъ зданій доведена до такихъ размѣровъ, какъ ни въ какой другой, и ради этого произведены огромные затраты, все таки это, какъ извѣстно, не спасаетъ больныхъ отъ зараженій въ больницѣ. Такія зараженія рѣзко уменьшатся тогда, когда каждый больной будетъ строго уединенъ и врачъ будетъ подходить къ нему съ тѣми-же предосторожностями, какія считаются обязательными для хирурга. Этотъ принципъ, призванный, быть можетъ, замѣнить старую систему, уже осуществленъ въ *Pasteur*'овскомъ Институтѣ: тамъ больной находится на ключѣ, врачи передъ изслѣдованіемъ тщательно моютъ руки и пр. Результаты получились превосходные: на 2000 случаевъ, относящихся къ различнымъ заразнымъ болѣзнямъ, было только 4 случая заразныхъ заболѣваній.

*А. А. Кисель:* Почему Вы не одобряете амбулаторіи новой Вѣнской больницы?

*Докладчикъ:* Вообще на западѣ амбулаторіи устроены плохо: онѣ малы; внутреннее расположеніе ихъ очень неудобно.

*А. А. Кисель показалъ препаратъ врожденнаго порока сердца.* Сердце это принадлежало дѣвочкѣ, поступившей въ больницу св. Ольги по поводу неопредѣленнаго лихорадочнаго состоянія. При изслѣдованіи найдено, что сердце больной представляло значительныя отклоненія отъ нормы. Толчекъ его отчетливо ощущался справа въ 5-мъ межреберьѣ, на 2 стм. кнаружи отъ края грудины. Въ мѣстѣ выслушиванія звука заслонокъ легочной артеріи выслушивалось кошачье мурлыканье. Справа граница сердечнаго притупленія отстояла отъ края грудины на 3 стм.; слѣва—въ области сердца, начиная съ 4-го ребра, было небольшое притупленіе; полной тупости здѣсь совершенно не было. Въ 5-мъ межреберьѣ справа, далѣе на мѣстѣ выслушиванія звуковъ заслонокъ аорты и легочной артеріи и у основанія грудины—продолжительный рѣзкій систолическій шумъ, сопровождавшійся короткимъ тономъ. Ударенія на 2-мъ тонѣ легочной артеріи не было. Послѣднія фаланги пальцевъ рукъ и ногъ значительно утолщены, синюшны. Печень и селезенка сильно выступали ниже ребернаго края, плотны. На вскрытіи (проз. *И. М. Рахманиновъ*) найдено слѣдующее: сердце помѣщается нѣсколько правѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи; верхушка его направлена вправо; полости его расширены; продольный и поперечный его размѣры равны 9 стм., толщина стѣнокъ праваго и лѣваго желудочка почти одинакова (1—1,2 стм.); въ верхней части овальное отверстіе остается открытымъ на протяженіи 0,5 стм.; легочная артерія въ устьѣ значительно съужена; въ ней только 2 утолщенныя заслонки, частью спаянныя между собою на свободныхъ концахъ и образующихъ продольную щель (просвѣтъ легочной артеріи); въ верхней части межжелудочковой перегородки тоже имѣется отверстіе, пропускающее конецъ указательнаго пальца; изъ верхне-внутренняго отдѣла лѣваго желудочка начинается аорта, которая идетъ затѣмъ кверху и вправо, загибается въ правую-же сторону, образуя дугу; вправо отъ отверстія въ межжелудочковой перегородкѣ между верхнимъ краемъ его слѣва и 3-створчатой заслонкой справа начинается легочная артерія, идущая затѣмъ вверхъ и нѣсколько влѣво за восходящей частью аорты.

*Г. Е. Владиміровъ:* Быть можетъ, при жизни, можно было думать только о недостаткѣ въ перегородкѣ желудочковъ?

*Докладчикъ:* Случай этотъ представлялъ большія затрудненія для распознаванія; я пришелъ къ заключенію, что имѣю дѣло со сложнымъ врожденнымъ порокомъ сердца, отказавшись отъ распознаванія подробностей.

*Г. Е. Владиміровъ:* Однако данныя выслушиванія—громкіе шумы ко всей предсердечной области—говорили ясно за отверстіе въ перегородкѣ жулудочковъ. Очень интересно было бы убѣдиться, не былъ-ли громче всего слышенъ шумъ въ верхней $^1/_3$ предсердечной области по срединной линіи. Признакъ этотъ указывается нѣкоторыми авторами (*Roger*), какъ характерный для чистаго недостатка желудочковой перегородки.

*Докладчикъ:* Съ этимъ трудно согласиться. Дѣло въ томъ, что клиника врожденныхъ пороковъ сердца еще мало разработана и далеко не всѣ согласны въ томъ, что отверстіе въ перегородкѣ желудочковъ является источникомъ самостоятельнаго систолическаго шума. При врожденныхъ съуженіяхъ легочной артеріи съ отверстіемъ въ перегородкѣ желудочковъ часто слышенъ только одинъ систолическій шумъ, происходящій, очевидно, въ мѣстѣ съуженія легочной артеріи. Съ другой стороны, иногда на вскрытіи случайно находили отверстіе въ перегородкѣ желудочковъ, при жизни не дававшее о себѣ знать ничѣмъ. Я лично придерживаюсь того мнѣнія, что отверстіе въ перегородкѣ желудочковъ можетъ не сопровождаться особымъ шумомъ. Въ нѣсколькихъ моихъ случаяхъ, провѣренныхъ вскрытіемъ, при врожденномъ съуженіи легочной артеріи и отверстіи въ перегородкѣ желудочковъ выслушивался только одинъ систолическій шумъ, происходившій, видимо, въ мѣстѣ съуженія легочной артеріи.

*Г. Е. Владиміровъ:* Съ этимъ нельзя согласиться. Такъ какъ при систолѣ желудочковъ часть крови выгоняется изъ лѣваго въ правый черезъ отверстіе въ желудочковой перегородкѣ, то неизбѣжнымъ послѣдствіемъ этого является расширеніе и гипертрофія праваго желудочка, присоединяется систолическій шумъ надъ правымъ желудочкомъ и застойныя явленія въ видѣ синюхи; можно допустить далѣе, что шумъ этотъ находится въ зависимости также отъ формы самого отверстія и состоянія его краевъ.

*Докладчикъ:* Отверстіе въ перегородкѣ желудочковъ соединяетъ 2 полости, находящіяся подъ однимъ почти давленіемъ и потому токъ крови изъ одной въ другую бываетъ незначительный, и здѣсь можетъ не быть условій для образованія шума.

*А. Н. Устиновъ:* У грудныхъ дѣтей въ Воспитательномъ домѣ приходится не особенно рѣдко встрѣчать врожденные пороки сердца, но ставить точное распознаваніе вида этого порока можно только очень гадательно. Многія дѣти съ врожденными пороками сердца умираютъ вскорѣ по рожденіи и клинически представляютъ картину сердечной синюхи, а при изслѣдованіи вездѣ выслушиваются шумы. Точное распознаваніе во многихъ случаяхъ приходится дѣлать лишь при вскрытіи. Тѣ-же пороки сердца, при которыхъ жизнь возможна, представляютъ и такіе клиническіе признаки, что распознаваніе дѣлается возможнымъ и при жизни.

*Докладчикъ:* Хотя клиника врожденныхъ пороковъ сердца и представляется очень мало изученной, тѣмъ не менѣе уже коечто сдѣлано, и, напр., не разъ при жизни распознавали съуженіе легочной артеріи съ отверстіемъ въ перегородкѣ желудочковъ. Между прочимъ, мнѣ пришлось 3 раза (у дѣтей 3, 8 и 12 л.) опредѣлить при жизни врожденное съуженіе легочной артеріи съ отверстіемъ въ перегородкѣ желудочковъ,—распознаваніе было подтверждено вскрытіемъ.

*Р. Э. Швейцеръ. Этіологія, симптоматологія и распознаваніе фибринознаго воспаленія легкаго по даннымъ Ольгинской больницы за 15 лѣтъ.* Данныя Ольгинской больницы (съ 1887—1901 г. включительно), обнимающія 520 случаевъ, показываютъ, что во всѣхъ случаяхъ (кромѣ 7) не было указаній на простуду, какъ на этіологическое условіе. Большинство заболѣваній падаетъ на ноябрь, декабрь, январь, февраль вплоть до іюля. Это предпочтительное заболѣваніе зимою и весною докладчикъ объясняетъ тѣмъ спертымъ воздухомъ, которымъ дышетъ населеніе, попадающее въ больницу зимою, и оттаиваніями навоза и другихъ нечистотъ весною, когда вообще всѣ заразныя заболѣванія вспыхиваютъ съ особою силой. Пнеймонію послѣ паденія въ Ольгинской больницѣ видѣли 3 раза (1 въ 1895 г. и 2 въ 1892 г.). На 495 случаевъ было 295 мальчиковъ и 200 дѣвочекъ. Возрастъ распредѣляется такъ: до года—3, 2 л. 13, 3 л.—25, 4 л.—29, 5 л.—40, 6 л.—42, 7 л.—34, 8 л.—61, 9 л.—68, 10 л.—71, 11 л.—30, 12 л.—38, 13 л.—7. Что касается долей, то въ лѣвомъ легкомъ верхняя доля поражена была 26 разъ, нижняя—134; все лѣвое легкое 61 разъ; въ правомъ верхняя доля поражена была 74 раза, средняя 14, нижняя—68, все правое легкое 58, средняя и нижняя доли праваго легкаго 24, верхняя и средняя 21; верхняя и нижняя 5 разъ; оба легкихъ поражены были 8 разъ, обѣ верхнихъ доли—2 раза, обѣ нижнихъ 4 раза. Въ 1 случаѣ были поражены обѣ нижнія доли цѣликомъ и обѣ верхнія только сзади и, наконецъ, въ 1 были поражены все лѣвое легкое и верхняя доля праваго. Въ 2-хъ случаяхъ поражены были верхняя доля праваго и нижняя доля лѣваго. Такимъ образомъ чаще всего, какъ и у другихъ авторовъ, оказывалось пораженной нижняя доля лѣваго легкаго. При разсматриваніи отдѣльныхъ годовъ наблюдалось тоже самое, кромѣ 1894 г., когда наблюдалось предпочтительное пораженіе правой нижней доли (на 33 случая—9 разъ). Въ 38 случаяхъ распознать болѣзнь было трудно въ силу совершеннаго отсутствія легочныхъ явленій (бронхіальнаго дыханія, притупленія и т. д.); распознаваніе колебалось между тифомъ и воспаленіемъ легкаго. Въ такихъ случаяхъ выводила изъ затрудненія рвота, наблюдавшаяся во всѣхъ случаяхъ, кромѣ 1, гдѣ драгоцѣннымъ распознавательнымъ признакомъ явился herpes. Въ случаяхъ, гдѣ распознаваніе колебалось между плейритомъ и пнеймоніей, дѣлался проколъ. Вообще рвота въ началѣ отмѣчалась довольно часто—197 разъ на 391 случай (она отмѣчалась съ 1891 г.), т. е. нѣсколько больше, чѣмъ въ $^1/_2$ всѣхъ случаевъ. Herpes наблюдался на 391 случай 99 разъ, т. е. почти въ $^1/_4$ всѣхъ случаевъ. Выдѣленіе мокроты въ 423 случаяхъ (съ 1890 г.) отмѣчено 60 разъ, при чемъ ржавая мокрота выдѣлялась 30 разъ, стекловидная—27 разъ, кровь со слизью—3 раза. Сведеніе затылка было отмѣчено въ 4 случаяхъ, что иногда, особенно при отсутствіи легочныхъ явленій и сопутствующей рвоты, сильно затрудняло распознаваніе. Реакцію *Ehrlich*'а начали дѣлать съ 1895 г.—всего ее сдѣлали 72 раза съ отрицательнымъ результатомъ, т. е. получалось красное окрашиваніе, но осадокъ былъ слабо сѣрый или желтый. Это можетъ служить хорошимъ отличительнымъ признакомъ отъ тифа. Диплококки (изслѣдовались съ 1893 г.) были найдены только въ 39 случаяхъ. Объясняется это тѣмъ, что мокрота выдѣлялась всего въ 60 случаяхъ (отмѣченныхъ съ 1890 г.). Можно-ли придавать какую нибудь распознавательную цѣнность увеличенію лимфатическихъ железъ на пораженной сторонѣ? Этотъ признакъ очень рѣдокъ (отмѣченъ всего 2 раза) и наблюдается въ тѣхъ слу-

Digitized by Google

чаяхъ, когда распознаваніе и безъ того не затруднительно (есть и притупленіе, и бронхіальное дыханіе и т. д.). Увеличеніе печени (отмѣчалось съ 1889 г.) на 463 случаевъ наблюдалось 77 разъ, слѣд., въ 1/6 всѣхъ случаевъ. Увеличеніе селезенки—49 разъ на 463 случаевъ, т. е. немного больше 1/10 всѣхъ случаевъ. Фактъ, отмѣченный *Gerhardt*'омъ относительно послѣдующаго увеличенія селезенки послѣ кризиса, ни разу не былъ отмѣченъ въ Ольгинской больницѣ. Напряженіе живота было отмѣчено 25 разъ; часто наблюдалась болѣзненность живота при ощупываніи на сторонѣ пораженнаго легкаго. Изъ рѣдкихъ признаковъ была отмѣчена краснота зѣва; ее наблюдали 25 разъ; при мало выраженныхъ припадкахъ со стороны легкаго можно-бы думать о заболѣваніи жабой, но каждый разъ легочныя явленія были выражены вполнѣ. Что касается общаго самочувствія, то больныхъ воспаленіемъ легкихъ дѣтей можно раздѣлить на 3 категоріи: на дѣтей, бодро переносившихъ болѣзнь (ихъ было громадное большинство), съ хорошо выраженными легочными припадками, часто съ пораженіемъ одной или нѣсколькихъ долей; на дѣтей съ угнетеннымъ сознаніемъ, производившихъ впечатлѣніе какъ-бы тифозныхъ, у которыхъ часто замѣчалось сравнительно ничтожное мѣстное пораженіе (чаще всего верхушечное)—ихъ было гораздо меньше, и наконецъ на дѣтей, находившихся въ началѣ болѣзни въ стадіи возбужденія (иногда нѣсколько дней; 7 случаевъ въ 1887 г. и 1895 г.); такихъ было тоже меньшинство, и у нихъ тоже наблюдалось только ничтожное мѣстное пораженіе. Въ общемъ дѣти прекрасно переносятъ эту болѣзнь. Что касается температуры, то типичная кривая получалась далеко не въ большинствѣ случаевъ. Часто она была очень неправильной (иногда скачущей), но тѣмъ не менѣе все теченіе болѣзни было настолько характерно, что сомнѣваться въ распознаваніи было нельзя. Критически температура падала 237 разъ на 156 литическаго паденія. Кризисъ былъ: у 3 на 4-й день; у 21 на 5-й, у 39 на 6-й, у 57 на 7-й, у 46 на 8-й, у 36 на 9-й, у 14 на 10-й, у 7 на 11-й, у 4 на 12-й, у 3 на 13-й, у 1 на 15-й, у 2 на 17-й, у 1 на 18-й, у 1 на 20-й, и у 1 на 24-й. Лизисъ начался: у 1 на 4-й день, у 7 на 5-й, у 12 на 6-й, у 37 на 7-й, у 26 на 8-й, у 25 на 9-й, у 14 на 10-й, у 7 на 11-й, у 7 на 12-й, у 6 на 13-й, у 1 на 14-й, у 4 на 15-й, у 2 на 16-й, у 2 на 17-й, у 1 на 20-й, у 3 на 21-й, у 1 на 24-й, у 1 на 27-й, у 1 на 28-й, у 1 на 31-й и у 5 на 3-й недѣли. Въ остальныхъ 77 случаяхъ больные были приняты уже послѣ паденія температуры въ періодѣ разрѣшенія. Чаще всего температура падала кризисомъ на 7-й (56 разъ) и на 8-й (46 разъ), лизисомъ на 7-й (37 разъ) и на 8-й (20 разъ) и на 9-й (25 разъ) дни. Послѣ кризиса пульсъ часто рѣзко замедлялся (такъ, въ 1893 г. у ребенка, 6 л., пульсъ былъ 52, дых. 32; 8 л.—пульсъ 64, дых. 32; 9 л.—пульсъ 61, дых. 44 и т. д.). Особаго упадка силъ при этомъ не замѣчалось. Часто—и это можно было прослѣдить изъ года въ годъ—послѣ кризиса наблюдалось слѣдующее повышеніе температуры, иногда всего на нѣсколько часовъ. Чѣмъ тяжелѣе было зараженіе, тѣмъ такое повышеніе было больше и продолжительнѣе.

*С. И. Гиллерсонъ*: Я нахожу, что Вы въ своемъ докладѣ мало оттѣнили характеръ и значеніе центральнаго воспаленія легкаго. Теченіе его отличается существенными особенностями, такъ какъ оно большею частью сопровождается мозговыми явленіями, и распознаваніе его въ первые дни представляетъ большія затрудненія.

*Докладчикъ:* Распознаванію въ такихъ случаяхъ помогаетъ предшествующая рвота, характеръ дыханія, общій видъ больного, высыпаніе на губахъ.

*В. И. Шамшинъ:* Во всѣхъ-ли случаяхъ Вы дѣлали строгое различіе между фибринознымъ и гриппознымъ воспаленіемъ легкаго. Вы указали что у многихъ больныхъ наблюдалась краснота зѣва; невольно является вопросъ, не относятся-ли нѣкоторые изъ Вашихъ случаевъ къ гриппозному воспаленію легкаго?

*А. А. Кисель*: Краснота зѣва и переднихъ дужекъ довольно часто наблюдается при фибринозномъ воспаленіи легкаго у дѣтей, въ исторіяхъ же болѣзней она отмѣчалась только тогда, когда была сильно выражена; присутствіе этой красноты, наблюдающейся при очень многихъ заразныхъ болѣзняхъ у дѣтей, не наводила насъ на мысль о гриппозномъ воспаленіи легкаго.

*В. И. Шамшинъ*: Но, если у Васъ были и другія катарральныя явленія, то какъ Вы ставили отличительное распознаваніе между фибринознымъ и гриппознымъ воспаленіемъ легкаго?

*А. А. Кисель*: Распознаваніе ставилось по клинической картинѣ. Разумѣется, нельзя отрицать, что, быть можетъ, иногда гриппозное воспаленіе легкихъ протекало, какъ фибринозное. Вѣдь, и на вскрытіи патолого-анатомъ затрудняется иногда сказать, имѣетъ-ли онъ дѣло съ той или другой формой воспаленія легкаго, напр., когда фибринознымъ воспаленіемъ занята не цѣлая доля, а нѣсколько отдѣльныхъ участковъ легкаго.

*С. И. Гиллерсонъ:* Нерѣдко приходится наблюдать случаи, гдѣ заболѣваніе начинается несомнѣннымъ гриппомъ—насморкомъ, краснотой въ зѣвѣ, кашлемъ и пр., а затѣмъ присоединяются боли въ боку, высокое лихорадочное состояніе, и развивается воспаленіе легкаго, которое протекаетъ со всѣми клиническими признаками фибринознаго воспаленія, но оканчивается литически; такіе, случаи представляютъ гриппозное воспаленіе легкихъ съ фибринознымъ теченіемъ.

*А. А. Кисель*: Въ общемъ гриппозное воспаленіе легкихъ мы наблюдаемъ очень рѣдко, и въ тяжелыхъ случаяхъ гриппа съ очень учащеннымъ дыханіемъ, сильнымъ кашлемъ, очень высокой температурой большей частью не удается найти въ легкихъ ничего, кромѣ разлитого бронхита. Въ числѣ нашихъ случаевъ фибринознаго воспаленія легкихъ совершенно не было такихъ, гдѣ болѣзнь началась-бы полной картиной гриппа. Что касается литическаго паденія температуры, то оно никогда не наводило насъ на мысль о гриппозномъ воспаленіи легкаго, потому что мы считали вполнѣ установленнымъ фактомъ то, что фибринозное воспаленіе легкаго, и при томъ въ вполнѣ типическихъ случаяхъ, часто оканчивается лизисомъ. Изслѣдованіе мокроты рѣдко могло служить подспорьемъ при распознаваніи, потому что дѣти—пнеймоники рѣдко отхаркиваютъ мокроту, да и пнеймококка далеко не всегда въ ней находятъ.

*С. И. Гиллерсонъ:* А что находили Вы на вскрытіяхъ? Каковы были бактеріологическія находки?

*А. А. Кисель:* Къ счастью смертельные исходы наблюдались очень рѣдко, но и вообще мы такихъ изслѣдованій не дѣлали.

*П. Г. Розановъ*: По Вашему мнѣнію, усиленіе заболѣваемости фибринозной пнеймоніей зимой зависитъ отъ болѣе продолжительнаго пребыванія дѣтей въ это время въ закрытыхъ помѣщеніяхъ. Такой взглядъ далеко нельзя считать общепринятымъ; напр., д-ръ *Кольскій* въ своей диссертаціи объясняетъ развитіе фибринознаго воспаленія легкихъ метеорологическими данными. Нельзя согласиться съ Вами, что жилище играетъ роль только зимой; лѣтомъ его роль не менѣе значительна. Для доказательства высказаннаго Вами предположенія слѣдовало-бы сдѣлать сравнительные опыты съ посѣвами на питательныхъ средахъ для оцѣнки чистоты воздуха въ различные времена года на улицѣ и въ жилищахъ.

*А. Кисель.*

## *XIV и XV. Изъ Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 4-го декабря 1903 г.).

Проф. *Н. П. Кравковъ. О ядовитомъ секретѣ кожныхъ железъ у жабъ*. Въ народѣ издавна существуетъ увѣренность въ сильной ядовитости жабъ, и среди многочисленныхъ фантастическихъ разсказовъ имѣются и дѣйствительные факты безспорно ядовитаго мѣстнаго дѣйствія кожнаго отдѣляемаго жабъ. Извѣстны также отдѣльныя указанія и на общее дѣйствіе ядовитаго секрета жабъ; такъ, наблюдались отравленія (судороги, ослабленіе дѣятельности сердца) отъ употребленія листьевъ шалфея, выросшаго въ мѣстности, изобилующей жабами. Описаны случаи быстрой смерти животныхъ при соприкосновеніи съ жабами. Въ новѣйшее время *Faust* выдѣлилъ изъ секрета кожныхъ железъ жабы бифанинъ и буфталинъ—вещества, напоминающія производныя холестарина. Но подробныхъ свѣдѣній о фармакологическихъ свойствахъ яда почти-что не имѣется. Ядовитый секретъ (bufo viridis, bufo cinereus) выдѣляется железами, разсѣянными по поверхности кожи жабъ, особенно же изъ 2-хъ большихъ, околоушныхъ железъ, выдающихся въ видѣ валиковъ. Дѣйствіе яда а) на лягушекъ: подкожное введеніе вначалѣ сопровождается безпокойствомъ, затѣмъ наступаютъ сонливость, угнетеніе и параличъ; сердце останавливается въ систолѣ; остановка сердца предшествуетъ параличу центральной нервной системы, который наступаетъ лишь при большихъ дозахъ яда; дѣятельность сердца подъ вліяніемъ яда измѣняется такъ: систола становится больше, желудочекъ сокращается энергичнѣе; затѣмъ наступаетъ замедленіе сокращеній, аритмія и наконецъ остановка желудочка въ систолѣ; предсердія нѣкоторое время еще продолжаютъ работать, а затѣмъ и они останавливаются; явленія тѣже, что и при дигиталинѣ. б) На теплокровныхъ животныхъ: при подкожномъ введеніи яда картина таже, что и у лягушекъ, мѣстное раздраженіе, слюнотеченіе, рвота, поносъ; сердце работаетъ очень сильно, но сокращенія его замедлены, остановка сердца и смерть отъ задушенія. Сравненіе кривыхъ кровяного давленія подъ вліяніемъ яда жабъ и дигиталина показало ихъ полнѣйшее сходство. Повышеніе кровяного давленіе, наступающее подъ вліяніемъ яда, зависитъ не только отъ усиленія систолы, но и отъ съуженія сосудовъ; послѣднее доказывается тѣмъ, что прибавка яда къ *Lock*'овской жидкости, пропускаемой черезъ органы, вызываетъ замедленное прохожденіе ея; перерѣзка спинного мозга подъ продолговатымъ (исключеніе сосудистаго центра) не мѣшаетъ повышенію кровяного давленія. Кромѣ этого свойства дѣйствовать подобно дигиталину на сердце, ядъ жабъ обладаетъ сильной анэстезирующей способностью; такъ, введеніе его въ глазъ вызываетъ полную нечувствительность роговицы, а вмѣстѣ съ тѣмъ и съуженіе зрачка. Анэстезія продолжается почти сутки и проникаетъ настолько глубоко, что, смазавъ жабьимъ ядомъ лапку лягушки, можно отрѣзать ее совершенно безболѣзненно. Въ общемъ получается впечатлѣніе, что отдѣляемое кожныхъ железъ жабъ одновременно обладаетъ свойствами дигиталина, адреналина и кокаина и дѣйствуетъ, какъ всѣ они вмѣстѣ. Оно обладаетъ чрезвычайно высокой ядовитостью: лягушки погибаютъ при количествѣ 0,0004, собаки при 0,00007 на кило, а дѣйствіе на сердце начинается отъ 0,00002 на кило. Ядъ оказывается сильнѣе адреналина.

По поводу этого сообщенія сдѣлали нѣсколько замѣчаній *В. Т. Покровскій*, д-ръ *Ильинъ* и проф. *И. П. Павловъ*.

*П. В. Троицкій. Состояніе пищевыхъ массъ при переходѣ въ толстыя кишки у собаки.*

(Торжественное въ память *С. П. Боткина* соединенное съ Обществами Русскимъ хирургическимъ *Пирогова*, Петербургскими Медико-хирургическимъ и Медицинскимъ засѣданіе 11-го декабря 1903 г.).

*В. Т. Покровскій. Отчетъ о состояніи фонда имени С. П. Боткина для призрѣнія неимущихъ, престарѣлыхъ врачей*

Digitized by Google

*и ихъ семействъ въ существующихъ или имѣющихъ открыться богадѣльняхъ*. Фондъ имени *С. П. Боткина* въ настоящее время достигъ 62000 р.; кромѣ того, 3 года назадъ поступило пожертвованіе отъ А. Т. Сутугиной 15000 р., завѣщанныхъ покойнымъ *В. В Сутугинымъ* на помощь вдовамъ и сиротамъ врачей. Затѣмъ имѣетъ поступить подобное же пожертвованіе въ 9000 р. по завѣщанію *О. О. Мочутковскаго*. Такимъ образомъ сумма капиталовъ фонда *С. П. Боткина* достигаетъ 87000 р. Въ виду этого былъ поднятъ вопросъ, не пора-ли употребить извѣстную сумму на практическое осуществленіе задачи фонда въ видѣ учрежденія-ли кроватей для врачей и ихъ семействъ въ существующихъ богоугодныхъ заведеніяхъ, или какимъ-либо инымъ способомъ. Комитетъ по фонду имени *С. П. Боткина*, въ составѣ *Е. С. Боткина*, *А. А. Нечаева*, *В. Т. Покровскаго*, *Н. П. Симановскаго*, *В. Н. Сиротинина*, *А. А. Троянова* и *Н. П. Черепнина* внесъ слѣдующія предложенія: 1) Для выполненія задачи фонда желательно создать отдѣльное учрежденіе, устроенное достойно имени, въ честь коего зданіе воздвигается. 2) Употребленіе части %% съ капитала для призрѣнія или съ лѣчебной цѣлью въ формѣ уплаты за 2-хъ больныхъ въ Таицкой санаторіи, какъ это дѣлается въ послѣднее время, признать временнымъ. 3) Имѣющійся капиталъ фонда около 87300 р. Комитетъ признаетъ далеко недостаточнымъ для постройки зданія въ Петербургѣ и содержанія его и призрѣваемыхъ. Поэтому 4) необходимо продолжать указанными при основаніи фонда мѣрами увеличивать капиталъ. 5) Для начала-же практическаго осуществленія задачи фонда обратиться съ ходатайствомъ къ Петербургскому городскому общественному Управленію объ уступкѣ безвозмездно участка земли для постройки богадѣльни имени *С. П. Боткина*, при чемъ предложитъ нѣсколько мѣстъ для призрѣнія служащихъ по городскому Управленію врачей и ихъ семействъ. 6) Обратиться также съ ходатайствомъ къ медицинской Кассѣ *Чистовича* о принятіи участія въ осуществленіи задачи *Боткинскаго* фонда или назначеніемъ ежегоднаго отчисленія въ фондъ извѣстной суммы, или содержаніемъ нѣсколькихъ кроватей въ предполагаемой богадѣльнѣ, или какимъ-либо инымъ способомъ. «Общество русскихъ врачей, связанное медленностью наростанію фонда имени *С. П. Боткина*, не въ состояніи въ настоящее время взяться за постройку отдѣльнаго пріюта-богадѣльни и *снова взываетъ къ добрымъ чувствамъ и отдѣльныхъ лицъ, и обширныхъ круговъ русскаго общества, и различныхъ учрежденій, о посильномъ содѣйствіи къ достиженію благороднной и высокогуманной цѣли помочь нашимъ врачебнымъ инвалидамъ*».

Проф. *М. М. Волковъ. Физіологическое созерцаніе въ клинической медицинѣ.* Анатомическое созерцаніе, которое проповѣдывалъ *Virchow* и которое требуетъ отыскиванія при всякой болѣзни, мѣста ея—«Ubi est morbus?» *Virchow*'а—нельзя признать всеобъемлющимъ и достаточнымъ для полнаго пониманія всѣхъ процессовъ, протекающихъ въ больномъ организмѣ. Исканіе мѣстоположенія болѣзни, «sedes morbi», необыкновенно расширило область нашихъ знаній и обогатило насъ обиліемъ точныхъ фактовъ; но оно заключаетъ въ себѣ ту логическую ошибку, что переноситъ центръ тяжести на частное, на мѣстный процессъ и изъ него выводитъ объясненіе различныхъ наблюдаемыхъ явленій. Такое перенесеніе центра тяжести на мѣстные процессы, характеризуемые въ качествѣ какъ бы оазисовъ больного среди здороваго, общіе выводы изъ частныхъ фактовъ, отсутствіе способа оцѣнки дѣйствительнаго значенія находимыхъ анатомическихъ измѣненій составляютъ слабыя стороны анатомическаго созерцанія и прокладываютъ ложные пути для изслѣдованія болѣзненныхъ явленій. Организмъ состоитъ изъ милліарднаго населенія живыхъ элементовъ, собраннаго на извѣстныхъ участкахъ въ своеобразныя рабочія ассоціаціи, занятыя специфичной дѣятельностью въ интересахъ не только своихъ собственныхъ, но и другихъ живыхъ единицъ организма. Специфичная работа этихъ рабочихъ ассоціацій составляетъ отправленія или функціи организма, при чемъ одна или подобная функція можетъ принадлежать многимъ органамъ, или же одинъ и тотъ же органъ можетъ быть сосредоточіемъ многихъ различныхъ отправленій. Поэтому анатомическія и физіологическія нарушенія не представляютъ между собой вполнѣ строгихъ взаимныхъ отношеній, ибо могутъ въ большей или меньшей степени уравновѣшиваться и видоизмѣняться подобными отправленіями другихъ органовъ. Вся сумма отправленій нашего организма, частью изученныхъ, частью мало доступныхъ и извѣстныхъ, частью же вовсе еще неизвѣстныхъ, является выраженіемъ суммы жизненной энергіи по формулѣ $E = f + f' + f'' + \ldots$ Такъ какъ рабочая сила нашихъ отправленій разсчитана не на обычную работу, но обладаетъ еще извѣстнымъ запасомъ на случай усиленной работы, то можно подставить въ формулу E понятіе о запасныхъ силахъ (r); $E = (f+r) + (f'+r') + (f''+r'') + \ldots$ Далѣе отдѣльныя отправленія могутъ усиливаться и ослабляться на счетъ отправленій другихъ органовъ, напр. при уравновѣшеніи какого-либо нарушеннаго отправленія, и тогда формула жизненной энергіи (E) измѣнится въ зависимости отъ увеличенія или уменьшенія того или другого отправленія на нѣкоторую величину $\varphi$; $E = (f+r) + (f'+r'+\varphi) + (f''+r''-\varphi) + \ldots$ Но жизненная способность, стойкость организма, его функціональное равновѣсіе выражается отношеніемъ между суммой жизненной энергіи (E) и суммой вліяній на него окружающей среди (P) (внѣшнихъ вліяній—$p^e$ и внутреннихъ—$p^i$); такъ какъ эти вліянія распредѣляются неравномѣрно, то отношенія въ каждой функціи получатся различныя, и функціональное равновѣсіе $\left(\frac{E}{P}\right)$ выразится въ слѣдующемъ видѣ: $\frac{E}{P} = \frac{f+r}{p^e+p^i} + \frac{f'+r'}{p^{e'}+p^{i'}} + \ldots$, или же при существованіи займа отъ другихъ отправленій $\frac{E}{P} = \frac{f+r}{p^e+p^i} + \frac{f'+r'+\overset{\varphi}{\overline{p^{e''}+p^{i''}}}}{p^{e'}+p^{i'}} + \ldots$ Отдѣльные члены этой формулы можно назвать удѣльной функціональной работоспособностью. Пробѣлъ анатомическаго созерцанія состоитъ въ томъ, что оно направляетъ вниманіе на отысканіе мѣстной болѣзни, не оцѣнивая функціональнаго равновѣсія организма и его отдѣльныхъ частей, и, занимаясь опредѣленіемъ болѣзни, въ сущности игнорируетъ больного человѣка. Но путь изслѣдованія долженъ заключаться не въ поискахъ болѣзни, понятія отвлеченнаго, созданнаго нашимъ умомъ, а въ изученіи всѣхъ доступныхъ намъ отправленій больного организма, въ опредѣленіи тѣхъ величинъ, которыя входятъ въ формулу функціональнаго равновѣсія. Критическая обработка этого матеріала, оцѣнка анатомической достаточности органовъ и ихъ удѣльной функціональной состоятельности однѣ только могутъ дать достаточное и правильное представленіе о состояніи больного организма, о балансѣ экономіи его, и только тогда можетъ быть составленъ планъ раціональнаго измѣненія этой экономіи въ интересахъ организма: насколько слѣдуетъ вмѣшаться во взаимныя отношенія функцій, усилить, измѣнить послѣднія и т. д. Вотъ эта синтетическая дѣятельность мысли, воспроизводящая физіологію больного на основаніи изученія отправленій его организма, и называется «физіологическимъ созерцаніемъ въ медицинѣ», являющимся истиннымъ двигателемъ въ клиникѣ.

*В. Рубашкинъ.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

## *Д-ръ мед. Г. Поповъ. Русская народно-бытовая медицина. По матеріаламъ этнографическаго бюро кн. В. Н. Тенишева. Петербургъ. 1903 г.*

Русская народная медицина, представляя собою продуктъ флоры, фауны и религіи нашего обширнаго отечества, продуктъ матеріальной и умственной жизни десятковъ милліоновъ простолюдиновъ, играетъ пока важную роль въ ихъ домашнемъ быту, а потому въ высокой степени интересна не только для врача, но и для этнографа. Эта медицина поучительна и для историка культуры: чѣмъ болѣе въ народной медицинѣ суевѣрныхъ и нелѣпыхъ средствъ, чѣмъ болѣе простолюдинъ вѣритъ своему примитивному врачеванію и сторонится научной медицины, тѣмъ ниже его культура. Можно сказать, что медицина даннаго народа служитъ въ нѣкоторомъ родѣ барометромъ культурнаго состоянія страны. Въ виду того, что наши крестьяне все еще въ большинствѣ случаевъ предоставлены во врачебномъ отношеніи самимъ себѣ, народная медицина въ Россіи сохраняетъ пока свою силу и первобытную оригинальность. Господствующее въ деревняхъ самоврачеваніе своеобразно, богато всякими суевѣріями, строго хранитъ наслѣдіе сѣдой языческой старины, ревниво держится древнихъ медицинскихъ заблужденій и ставитъ изслѣдователю не мало вопросовъ, требующихъ тщательнаго изученія. О народной медицинѣ писалось очень много, и продолжаютъ появляться все новыя работы, освѣщающія самоврачеваніе простолюдиновъ съ различныхъ точекъ зрѣнія.

Изъ цѣлаго ряда такихъ работъ слѣдуетъ отмѣтить солидный трудъ д-ра *Попова*, который задался цѣлью разобраться въ той части богатаго этнографическаго матеріала недавно умершаго кн. Тенишева, которая связана съ народной медициной. Матеріалы эти собраны 350 сотрудниками въ 33-хъ *великорусскихъ* губерніяхъ. Среди сотрудниковъ были сельскіе священники, учителя, учительницы, помѣщики, земскіе начальники, фельдшера и отчасти крестьяне. Д-ръ *Поповъ* старался группировать свой матеріалъ такъ, чтобы особенно ярко обрисовать значеніе народной медицины въ бытовомъ отношеніи, отсюда—нѣсколько своеобразное заглавіе его книги. Авторъ въ предисловіи справедливо подчеркиваетъ то обстоятельство, что великій русскій народъ все еще недостаточно изученъ интеллигенціей и остается пока сфинксомъ, задающимъ трудно разрѣшимыя задачи. Мало одной любви къ народу и желанія помочь ему, а надо еще основательно изучить всѣ особенности его быта, чтобы умѣло бороться съ невѣжествомъ простонародія, его духовной и матеріальной бѣдностью и безконечными заблужденіями, особенно дающими себя знать во всемъ томъ, что касается жизненныхъ процессовъ, болѣзней и ихъ лѣченія. Въ дальнѣйшемъ изложеніи авторомъ представленъ длинный рядъ «невеселыхъ страницъ» о томъ, какъ мало народъ заботится о чистотѣ воздуха, воды и пищи, какъ плохо онъ ухаживаетъ за больными и какъ сильно опутанъ суевѣріями. Лѣчебные пріемы и средства простолюдиновъ грубы, примитивны, способны вызвать ужасъ и внушить отвращеніе, но они крѣпко зиждутся на міровоззрѣніи народа, сложившемся вѣками и не уступающемъ вѣянію времени.

Хорошо изданная книга д-ра *Попова*, содержащая 400 стр. текста и пущенная въ продажу крайне дешево, состоитъ изъ 12 главъ, изъ которыхъ каждая распадается на отдѣльныя рубрики. Въ книгѣ затронуты слѣдующіе вопросы: народныя представленія о причинахъ болѣзней, знахарство, отношеніе сѣраго люда къ научной медицинѣ, къ заразнымъ болѣзнямъ, діэта и уходъ

за больными въ деревняхъ, народная классификація и симптоматологія болѣзней, суевѣрныя, теургическія и грубо-эмпирическія средства. Кромѣ того, авторъ подробно останавливается на акушерствѣ у народа и въ заключеніе разсматриваетъ положеніе и лѣченіе сумашедшихъ и кликушъ въ деревняхъ.

Уже изъ этого краткаго перечня затронутыхъ вопросовъ видно, насколько книга д-ра *Попова* задумана широко и интересно, и на сколько содержаніе ея богато и разнообразно. Какъ же авторъ справился съ такою сложною задачей?

Здѣсь я позволю себѣ сдѣлать нѣсколько замѣчаній о недостаткахъ разбираемаго сочиненія. Для меня не вполнѣ ясно, есть-ли книга д-ра *Попова* научное изслѣдованіе русской народной медицины, или это только рядъ популярно изложенныхъ очерковъ, разсчитанныхъ на большую публику. На стр. 324 авторъ говоритъ, что онъ избѣгалъ компилятивности, не пополнялъ своихъ матеріаловъ свѣдѣніями изъ уже извѣстныхъ источниковъ и не дѣлалъ ссылокъ на литературу, ибо, добавляетъ онъ, «всѣ такія примѣчанія и добавки были-бы излишни для спеціалистовъ и совершенно не нужны для обыкновеннаго читателя». По видимому, разсматриваемая книга предназначалась и для спеціалистовъ, и для большой читающей публики, но народная мудрость не совѣтуетъ гоняться за двумя зайцами. Мнѣ кажется, что книга д-ра *Попова* значительно выиграла-бы въ смыслѣ обстоятельности, если-бы богатыя данныя этнографическихъ матеріаловъ кн. Тенишева были пополнены и сопоставлены съ литературными свѣдѣніями. Недостаточнымъ знакомствомъ автора съ литературою о русской народной медицинѣ могутъ быть объяснены нѣкоторыя попадающіяся въ его книгѣ неточности и неудачное цитированіе тѣхъ немногихъ авторовъ, которые мѣстами приводятся. Такъ, на стр. 125 ссылка на Костомарова, безъ указанія сочиненія (вѣроятно, «Очеркъ домашней жизни и нравовъ великорусскаго народа») о томъ, что сифилисъ занесенъ въ Россію въ XVI ст. противорѣчитъ утвержденію покойнаго *Г. М. Герценштейна* («Сифилисъ въ Россіи, Петербургъ, 1885 г., т. I, 15) о появленіи этой болѣзни въ концѣ XV столѣтія, отмѣченной въ наказѣ в. кн. Іоанна Васильевича, въ 1499 г., какъ «болѣзнь, что болячки мечутся, а словетъ французская». На стр. 249, послѣ приведенныхъ авторомъ 161 заговора, цитируется бездарная, малограмотная компиляція М. Забылина («Русскій народъ») на ряду съ такимъ почтеннымъ изслѣдователемъ, какъ П. Н. Рыбниковъ и безъ всякаго упоминанія классической работы Л. Н. Майкова («Великорусскія заклинанія», Петербургъ, 1869 г.). Изъ другихъ слабыхъ сторонъ книги д-ра *Попова* отмѣчу растянутость текста, частыя повторенія и нѣкоторыя противорѣчія. Многія сообщенія сотрудниковъ, въ родѣ разсказа о положеніи помѣшанныхъ въ деревнѣ, занимающаго стр. 371—373, могли-бы быть съ успѣхомъ или выпущены или переданы въ 2-хъ словахъ, что значительно сократило-бы время и спеціалиста, и обыкновеннаго читателя, тѣмъ болѣе, что послѣдній не особенно падокъ на этнографическіе сборники. Противорѣчивымъ кажется мнѣ заключеніе автора объ отношеніи народа къ душевнымъ больнымъ: съ одной стороны, говорится (стр. 363), что простолюдины любятъ и жалѣютъ тихихъ помѣшанныхъ, даютъ имъ ласкательныя имена и всячески щадятъ ихъ, а, съ другой—съ буйными помѣшанными расправляются весьма сурово—держатъ ихъ крайне грязно, часто бьютъ ихъ, морятъ голодомъ, сковываютъ цѣпями... Такой рѣзкій диссонансъ неясенъ. За то вполнѣ можно подписаться подъ слѣдующими строками: «если въ нашихъ деревняхъ отсутствуетъ умѣнье ухаживать за обыкновенными больными, то тѣмъ болѣе становится понятнымъ отсутствіе правильнаго ухода за душевно-больными, требующаго постояннаго наблюденія и особеннаго умѣнья и навыка» (стр. 370). Едва-ли можно согласиться съ заключительнымъ выводомъ автора, будто современное состояніе народной медицины напоминаетъ состояніе европейской мысли въ средніе вѣка до появленія положительнаго метода мышленія. Неяснымъ кажется замѣчаніе, что не слѣдуетъ производить въ воззрѣніяхъ народа радикальной ломки (стр. 398). Вообще заключительныя страницы, представляя туманныя философскія разсужденія, бѣдны ясно формулированными выводами. Я уже не касаюсь взглядовъ автора на религію, такъ какъ въ этомъ вопросѣ, по выраженію Гёте, «Will niemand sein Gefühl und seine Kirche rauben».

Не смотря на указанные мною недостатки, книга д-ра *Попова* все-же интересна, написана живымъ, образнымъ языкомъ и богата фактами изъ области этнографіи и фольклора. Вотъ почему слѣдуетъ пожелать этой книгѣ наибольшаго распространенія среди тѣхъ лицъ, которыя желаютъ просвѣщать народъ и вносить въ народную жизнь здравыя понятія о болѣзняхъ и ихъ лѣченіи.

*В. Демичъ.*

*Эдуардъ Икавитцъ. Къ вопросу объ оперативномъ вмѣшательствѣ при раненіяхъ сердца. Диссертація на степень доктора медицины. Москва. 1903.— 293 + 55 стр.*

Диссертація д-ра *Э. К. Икавитца* представляетъ изъ себя обстоятельный и хорошо изданный трудъ, распадающійся на 2 части. Первая изъ нихъ — историческая — обнимаетъ всего 27 страницъ, что не удивительно, такъ какъ хирургія сердца, а въ особенности успѣшныя попытки оперативнаго вмѣшательства при раненіяхъ его являются стяжаніемъ лишь конца XIX вѣка. Во 2-й части собраны раненія сердца за послѣднія 35 лѣтъ и ихъ исходы. Эта часть содержитъ 49 страницъ и 5 таблицъ. Наконецъ, 214 страницъ заполнены казуистикою съ іюля 1867 по іюль 1902 г. Она обнимаетъ 332 случая и составлена въ видѣ таблицы. Литературный указатель составленъ отдѣльно по раненіямъ околосердечной сумки (148 №№) и по раненіямъ сердечной мышцы (784 №№) и снабженъ отдѣльнымъ хронологическимъ указателемъ. При выдающемся интересѣ, какой представляетъ вопросъ объ оперативномъ лѣченіи ранъ сердца, почтенный трудъ д-ра *Икавитца*, разумѣется, не можетъ остаться незамѣченнымъ.

*В. В. Дитманъ.*

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

**XII.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ. Врачи выпуска 1871-го года Медико-Хирургической, нынѣ В.-Медицинской Академіи, собравшіеся 13/I 1904 г. въ Петербургѣ въ числѣ 10 (*А. И. Акуловъ, Д. И. Верюжскій, А. А. Генъ, I. I. Крживинскій, А. А. Пономаревъ, Н. В. Эккъ, А. Д. Степановъ, А. А. Трояновъ, П. Н. Холщевниковъ* и *С. В. Шидловскій*), интересуясь судьбой остальныхъ своихъ товарищей по выпуску, обращаются къ нимъ съ просьбой сообщить о своемъ мѣстопребываніи и службѣ въ редакцію «Русскаго Врача» на имя редактора *С. В. Владиславлева* для передачи этихъ свѣдѣній одному изъ насъ [1]).

*А. Трояновъ.*

Петербургъ. 14 января 1904 г.

**XIII.** М. Г.! Не откажите помѣстить въ «Русскомъ Врачѣ» слѣдующіе строки.

Организаціонный Комитетъ Съѣзда врачей и представителей Общественныхъ учрежденій Самарской, Уфимской и Оренбургской губерній по урегулированію кумыснаго и кумысолѣчебнаго дѣла, устраивая во время Съѣзда, имѣющаго быть въ г. Самарѣ съ 20 по 25 августа 1904 г., выставку предметовъ, имѣющихъ отношеніе къ кумысолѣченію, обращается съ покорнѣйшей просьбою къ авторамъ и издателямъ какихъ-либо работъ и статей по кумысолѣченію, описанію кумысолѣчебныхъ заведеній и т. п. не отказать выслать по одному экземпляру таковыхъ по слѣдующему адрессу: г. Самара, Санитарное бюро Губернскаго Земства, секретарю Организаціоннаго Комитета д-ру *М. М. Гронъ*

Предсѣдатель Организаціоннаго Комитета *В. Рожанскій.* За секретаря членъ Комитета *Е. Кавецкій.*

Самара. 27-го декабря 1903 г.

**XIV.** М. Г.! На телеграмму, полученную отъ собравшагося въ Петербургѣ Съѣзда Россійскихъ хирурговъ, мною послана была Предсѣдателю Съѣзда проф. *В. Г. Цеге-фонъ Мантейфелю* телеграмма слѣдующаго содержанія: «Сердечно благодарю за добрыя пожеланія и снисходительную оцѣнку моихъ заслугъ. Да процвѣтаютъ Съѣзды Россійскихъ хирурговъ!»—Телеграмма эта не дошла до назначенія, почему и обращаюсь къ помощи «Русскаго Врача», чтобы выразить товарищамъ свою благодарность за оказанное мнѣ вниманіе.

Проф. *Θ. Борнгауптъ.*

Кіевъ. 12 января 1904 г.

**XV.** *Отвѣтъ д-ру Кубли* (на письмо его въ № 52 «Русскаго Врача», 1903 г. по поводу моей рецензіи въ № 50).

Недоразумѣнія тутъ никакого нѣтъ, многоуважаемый товарищъ. Діоптрій меньше 2 на линейкѣ не обозначено, а отъ перекидыванія линейки въ воздухѣ на ней новыхъ діоптрій не появится. Въ умѣ-то, конечно, можно продолжать вычисленіе, но и то больше 1 діоптріи при этомъ не прибавится, какъ ни дробить эту діоптрію на половины и четверти. А дальнозоркость выше 3 діоптрій уже и совершенно невозможно опредѣлить, хотя-бы и переворачивали линейку безчисленное множество разъ, до безконечности, или до того разстоянія, которое при изслѣдованіи зрѣнія принято считать безконечнымъ и для котораго шрифтовъ Вашихъ и не хватаетъ.

Въ своей рецензіи я отмѣтилъ ту небольшую пользу, которую все-же можно извлечь изъ Вашихъ шрифтовъ, не смотря на всю неопредѣленность изслѣдованія съ ихъ помощью. Вы въ своемъ письмѣ утверждаете, что при помощи этихъ шрифтовъ можно получить «совершенно годные результаты»,—если только «соображаться и съ положеніемъ ближайшей точки зрѣнія съ широкой аккомодаціей, съ лѣтами больного и вообще съ состояніемъ его глазъ». Я думаю, что незначительныя требованія, предъявленныя мною, сослужили-бы Вашимъ шрифтамъ гораздо лучшую службу, чѣмъ Ваше заявленіе о совершенной годности результатовъ при извѣстныхъ соображеніяхъ. Я лично, по крайней мѣрѣ, не сталъ-бы вдаваться во всѣ эти вычисленія и соображенія, которыя въ концѣ концовъ вполнѣ рѣшительный и несомнѣнный отвѣтъ все-же дать не могутъ, а предпочелъ-бы взамѣнъ того съѣздить домой за стѣнной таблицей и пробнымъ наборомъ стеколъ.

Петербургъ. 13 января 1904 г. *Р. Кацъ.*

[1]) Охотно принимаю на себя это порученіе. *Ред.*

Digitized by Google

**XVI.** М. Г.! Въ № 46 «Русскій Врачъ» за 1903 г. часть земскихъ врачей Ананьевскаго уѣзда въ письмѣ своемъ по дѣлу объ увольненіи ж. врача *Жолковой*, между прочимъ, выражается такъ: «Мы не теряемъ надежды, что остальные товарищи» и т. д. Товарищамъ, подписавшимъ это письмо, должно было быть извѣстно, почему мы не раздѣляемъ ихъ взгляда на необходимость оставить службу въ Ананьевскомъ уѣздѣ, но послѣ указаннаго обращенія мы считаемъ нужнымъ отвѣтить. По дѣлу д-ра *Жолковой* мы согласны съ товарищами въ томъ, что какъ поступившая просьба волостного схода объ ея увольненіи, такъ и разслѣдованіе члена Управы, какъ обстоятельства, касающіяся службы врача, должны были-бы подлежать обсужденію Съѣзда; въ этомъ смыслѣ мы высказывались и предъ Управой. Но на счетъ дальнѣйшихъ послѣдствій, равно какъ и на счетъ причинъ этого явленія въ жизни нашего уѣзда мы совершенно разошлись съ товарищами по слѣдующимъ обстоятельствамъ, требующимъ нѣкотораго разъясненія. Въ послѣдніе годы, по непонятнымъ для насъ основаніямъ, въ корпораціи врачей Ананьевскаго уѣзда образовались 2 партіи—одна доминирующая, которая большинствомъ своихъ голосовъ проводила на всѣ свободныя мѣста только ей желательныхъ кандидатовъ, на Съѣздахъ проводила только ей желательныя мнѣнія, не только не находя нужнымъ въ большинствѣ случаевъ считаться съ мнѣніями остальныхъ врачей, но и относясь къ нимъ во многихъ случаяхъ явно недружелюбно. Отсюда и понятенъ тотъ антагонизмъ, то недовѣріе и та партійность, которыя возникли среди членовъ Съѣзда, почему, не смотря на кажущуюся общность интересовъ, Съѣзды наши, на которые мы собирались лишь въ цѣляхъ общаго намъ земско-медицинскаго дѣла, и которому мы всѣ относились съ одинаковою любовью и преданностью и гдѣ не должно было-бы быть мѣста партійности или личнымъ счетамъ, носили временами характеръ не дѣловыхъ засѣданій, а взаимныхъ пикировокъ и т. п.

Конечно, такое положеніе не могло не поколебать авторитета Съѣзда въ глазахъ какъ Управы, такъ и земскаго Собранія, и въ послѣднее время на земскомъ Собраніи стали появляться нападки то на отдѣльныхъ врачей, то на весь Съѣздъ in toto. Вслѣдствіе такого внутренняго разлада въ корпораціи врачей, очень естественно, Съѣзды наши должны были потерять въ глазахъ Управы то довѣріе, которымъ они пользовались прежде, какъ совѣщательный органъ. Постановленія Съѣздовъ временами стали игнорироваться Управой, что, въ свою очередь, усиливало существовавшее уже раньше взаимное раздраженіе, и въ то время, какъ одна часть врачей настаивала на необходимости взаимныхъ уступокъ съ цѣлью регулировать отношеніе Управы и Съѣзда, другая совершенно не хотѣла считаться съ мнѣніями Управы и на всякія дѣйствія ея реагировала путемъ рѣзкихъ отвѣтовъ, усиливавшихъ взаимное раздраженіе. Винить кого-либо въ этомъ трудно: виновата и Управа, виноваты, быть можетъ, не меньше ушедшіе товарищи, виноваты мы всѣ, какъ не съумѣвшіе организоваться и удержать на должной высотѣ престижъ нашего корпоративнаго органа—Съѣзда врачей. Что-же касается дальнѣйшаго веденія земско-медицинскаго дѣла въ уѣздѣ, то, конечно, будущее покажетъ, насколько возможно правильное его развитіе при устраненіи условій, тормозившихъ его. Есть однако основаніе полагать—и въ этомъ мы увѣрены—что при извѣстномъ духѣ и направленіи врачей и при добромъ желаніи съ ихъ стороны Управа не посягнетъ на тѣ прерогативы Съѣзда, которые вырабатывались долгимъ временемъ и которые ушедшіе товарищи застали уже готовыми.

Не нужно забывать только, что увольненіе товарища *Жолковой* помимо Съѣзда есть единственный фактъ въ земско-медицинской жизни Ананьевскаго уѣзда за все время ея существованія, и мы съ положительностью можемъ сказать, что этотъ печальный фактъ былъ послѣдствіемъ только лишь тѣхъ ненормальныхъ отношеній, которыя возникли какъ на Съѣздѣ врачей между товарищами, такъ и въ отношеніяхъ между Съѣздомъ и Управой. Здѣсь, конечно, не мѣсто излагать всѣ отдѣльные моменты и факты этого печальнаго періода медицинской жизни уѣзда, такъ какъ это заняло бы слишкомъ много времени; да и вообще было-бы неудобно въ печати разбираться въ этихъ взаимныхъ передрягахъ. Земскіе врачи: *Гребенниковъ, Стонисъ, Мадржевскій, Настасьевичъ, Гиндинъ, Малинюкъ, Чикирскій* [1]).

[1]) Одинъ изъ подписавшихся, д-ръ *В. Б. Настасьевичъ*, прислалъ намъ, кромѣ того, отдѣльное письмо по этому-же дѣлу въ сущности того-же основного смысла. Въ виду этого мы позволяемъ себѣ его письмо не печатать. *Ред.*

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

87. Мы слышали, что на происходившемъ 20-го минувшаго декабря соединенномъ засѣданіи 4-хъ Департаментовъ государственнаго Совѣта «*Проэктъ реорганизаціи Управленія санитарно-врачебнымъ дѣломъ въ Россіи*» (см. «Русскій Врачъ», 1902 г., № 46, стр. 1649 и № 50, стр. 1808) *подвергся жестокой критикѣ*, вслѣдствіе чего Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ сдѣланы въ проэктѣ нѣкоторыя измѣненія, и въ новомъ видѣ проэктъ этотъ долженъ былъ быть представленъ въ засѣданіе государственнаго Совѣта 3-го сего января. Въ исторіи этого законопроэкта, коимъ чуть-ли не упраздняются врачи, какъ руководители врачебно-санитарнаго дѣла, знаменателенъ тотъ фактъ, что онъ выработанъ не медицинскимъ (какъ-бы этого слѣдовало ожидать), а хозяйственнымъ Департаментомъ Министерства внутреннихъ дѣлъ, и при томъ безъ всякаго участія представителя медицинскаго Департамента—обстоятельство, которое не могло не вызвать протеста со стороны этого послѣдняго. Мало того, и въ медицинскій Совѣтъ «законопроэктъ» попалъ, какъ мы слышали, случайно лишь за 10 дней до представленія его въ государственный Совѣтъ, и то лишь по почину государственной Канцеляріи. Не смотря на краткость времени, медицинскій Совѣтъ сдѣлалъ надлежащую оцѣнку этому законопроэкту. Приводимъ нѣкоторыя выдержки изъ мнѣнія медицинскаго Совѣта по журналу его отъ 11-го ноября прошлаго года: «Обращаясь къ обсужденію проэкта, медицинскій Совѣтъ находитъ, что главная задача проэкта заключается въ томъ, чтобы объединить всѣ отрасли мѣстнаго благоустройства, къ каковымъ отнесено и попеченіе о народномъ здравіи, въ главномъ Управленіи по дѣламъ мѣстнаго хозяйства, для чего и учреждается въ составѣ этого Управленія, на ряду съ Отдѣлами земскимъ, городскимъ, дорожнымъ и страховымъ, Отдѣлъ народнаго здравія и общественнаго призрѣнія. Разсматривая проэктъ съ точки зрѣнія преслѣдуемой имъ задачи объединенія всѣхъ отраслей мѣстнаго хозяйства въ одномъ Управленіи, медицинскій Совѣтъ не можетъ, прежде всего, не замѣтить, что эта задача проэкта совершенно не достигается по отношенію къ его медицинской части. Предполагаемая проэктомъ организація не захватываетъ ветеринарнаго дѣла, между тѣмъ какъ наибольшая часть вопросовъ послѣдняго имѣетъ ближайшее отношеніе къ мѣстнымъ хозяйственнымъ нуждамъ и должна-бы быть включена въ кругъ предметовъ вѣдѣнія главнаго Управленія по дѣламъ мѣстнаго хозяйства. Но, если-бы даже вся медицинская и ветеринарная часть была объединена въ отдѣлѣ народнаго здравія и общественнаго призрѣнія, то не можетъ подлежать сомнѣнію, что къ задачамъ главнаго Управленія, создаваемаго для завѣдыванія мѣстными хозяйственными нуждами, не могутъ относиться санитарно-врачебныя дѣла, имѣющія общегосударственное значеніе, такъ, напр., разработка санитарнаго законодательства, борьба съ эпидеміями и эпизоотіями внутри Имперіи, охрана границъ Имперіи отъ заноса экзотическихъ эпидемій, завѣдываніе врачебно-наблюдательными станціями, выработка мѣръ борьбы съ поддѣлкой пищевыхъ продуктовъ, сифилисомъ, бугорчаткой, проказой, завѣдываніе всѣмъ фармацевтическимъ дѣломъ, веденіе санитарной статистики и т. д. Всѣ перечисленные вопросы, какъ не относящіеся къ мѣстнымъ хозяйственнымъ нуждамъ, несомнѣнно требуютъ спеціальнаго учрежденія, въ которомъ были-бы сосредоточены всѣ вопросы и задачи общегосударственнаго здравоохраненія. Между тѣмъ проэктъ, исходя лишь изъ того соображенія, что необходимо согласовать функціи медицинскаго и хозяйственнаго Департаментовъ, полагаетъ столь важные въ государственномъ отношеніи спеціальные предметы сосредоточить въ Отдѣлѣ народнаго здравія и общественнаго призрѣнія, изъ состава котораго преднамѣренно исключаются свѣдущія лица съ спеціальнымъ образованіемъ въ томъ предположеніи, что по научнымъ медицинскимъ вопросамъ Отдѣлъ можетъ пользоваться заключеніями медицинскаго Совѣта, и что будто санитарныя мѣропріятія, какъ общеизвѣстныя, доступныя не спеціалистамъ, при своемъ осуществленіи на практикѣ требуютъ не столько врачебныхъ познаній и особыхъ пріемовъ, сколько близкаго знакомства съ мѣстными условіями хозяйства и умѣлаго веденія дѣла. Эти разсужденія проэкта, очевидно, обусловливаются тѣмъ, что въ *немъ не приняты во вниманіе и не поставлены ясно и опредѣленно сущность и значеніе задачи, которую долженъ выполнить центральный органъ управленія медицинской частью въ системѣ центральныхъ учрежденій Министерства внутреннихъ дѣлъ* *); внѣ такой постановки весьма трудно построить цѣлесообразную организацію такого учрежденія. Въ проэктѣ санитарное дѣло ограничивается предѣлами врачебнаго устройства, т. е. устройства больницъ и лѣченія и призрѣнія больныхъ и различныхъ незначительныхъ административныхъ функцій, главныя же задачи здравоохраненія не получили выраженія ни въ проэктѣ, ни въ объяснительной къ нему запискѣ. *Трудно понять, какимъ образомъ въ Отдѣлѣ народнаго здравія и общественнаго призрѣнія, при полномъ отсутствіи медицинскаго состава, будутъ разрабатываться санитарныя мѣропріятія, въ основѣ которыхъ должна лежать прежде всего наука, а затѣмъ уже опытъ* *), на который ссылаются составители проэкта, при чемъ пріемы и способы примѣненія мѣръ здравоохраненія постоянно измѣняются и совершенствуются соотвѣтственно развитію медицинскаго знанія; общеизвѣстными же являются нерѣдко такіе пріемы, которые наукою давно уже отвергнуты и замѣнены болѣе цѣлесообразными и практичными, о чемъ могутъ быть и не освѣдомлены руководители Отдѣла народнаго здравія и общественнаго призрѣнія. Дѣятельность медицинскаго Совѣта, не обладающаго никакой властью управленія, своими заключеніями не можетъ восполнить практическую дѣятельность Отдѣла въ смыслѣ разработки и осуществленія санитарныхъ мѣропріятій, какъ учрежденія, управляющаго санитарнымъ дѣломъ. Такимъ образомъ, *предполагаемая проэктомъ организація, по мнѣнію медицинскаго Совѣта, не только не можетъ послужить къ улучшенію санитарнаго строя въ Россіи, но усугубитъ его недостатки* *). Нисколько не исправляетъ положенія дѣла и вносимое проэктомъ учрежденіе должности главнаго врачебнаго инспектора, не стоящей въ органической связи съ установленіемъ, вѣдающимъ санитарно-врачебное

*) Курсивъ нашъ. *Ред.*

Digitized by Google

дѣло; учрежденіе этой должности не оправдывается и предоставляемымъ главному врачебному инспектору кругомъ дѣятельности. Громадное большинство дѣлъ, предоставленныхъ проэктомъ главному врачебному инспектору, совершенно не требуетъ спеціальныхъ медицинскихъ познаній, имѣя характеръ канцелярскій и административный; сюда относятся дѣла о прохожденіи службы, о служебныхъ, пенсіонныхъ и другихъ правахъ медицинскихъ, фармацевтическихъ и карантинныхъ чиновъ, опредѣленіе, перемѣщеніе и увольненіе врачей, занимающихъ должности до VII-го класса и т. д. Командированіе врачей для принятія мѣръ противъ эпидемій сведется также лишь къ канцелярской работѣ—переписке по выдачѣ путевыхъ и другихъ пособій и дачѣ предложеній, такъ какъ главный инспекторъ не можетъ входить въ обсужденіе вопросовъ о томъ, когда, куда и сколько врачей нужно командировать; онъ можетъ даже не имѣть вовсе свѣдѣній о томъ, существуетъ ли гдѣ либо эпидемія и нужда въ медицинскомъ персоналѣ. Всѣ эти дѣла могли бы быть переданы въ любую канцелярію. Регистрація врачей и основанное на ней составленіе и изданіе «Россійскаго Медицинскаго Списка» ведется теперь дѣлопроизводствомъ статистики медицинскаго Департамента и при передачѣ этого дѣлопроизводства въ Отдѣлъ народнаго здравія нѣтъ основанія выдѣлять указанныя дѣла, имѣющія близкое отношеніе къ другимъ задачамъ медицинской статистики, въ Управленіе главнаго врачебнаго инспектора, гдѣ для такихъ дѣлъ потребуются особые чиновники. Завѣдываніе изданіемъ «Вѣстника общественной Гигіены» есть несомнѣнно дѣло, требующее обширныхъ медицинскихъ познаній, въ виду чего, по проэкту новаго положенія о медицинскомъ Совѣтѣ, предположено передать это изданіе Совѣту, что, безъ сомнѣнія, и осуществится въ ближайшемъ будущемъ. Что касается, наконецъ, обязанностей главнаго врачебнаго инспектора по врачебной и санитарной части, то онѣ сводятся исключительно къ надзору и наблюденію, такъ какъ инспекторъ лишенъ всякой иниціативы, ничѣмъ не вѣдаетъ и въ связи съ управленіемъ санитарно врачебной частью не состоитъ. Поэтому мнимо-широкія задачи, возлагаемыя проэктомъ на инспектора, и не могутъ быть осуществлены. Вся его дѣятельность вмѣстѣ съ однимъ изъ его помощниковъ (другой помощникъ управляетъ канцеляріей) въ этомъ отношеніи не будетъ имѣть предполагаемаго проэктомъ характера, но сведется лишь къ ревизіи, назначаемой для разслѣдованія отдѣльныхъ случаевъ. Несостоятельность такого порядка наглядно доказывается печальнымъ положеніемъ состоящихъ въ вѣдѣніи хозяйственнаго Департамента больницъ Приказа общественнаго призрѣнія, надзоръ за которыми со стороны медицинскаго Департамента является совершенно безрезультатнымъ. Въ виду изложеннаго *медицинскій Совѣтъ полагаетъ, что, съ точки зрѣнія задачъ проэкта, учрежденіе относительно дорого стоющаго Управленія главнаго врачебнаго инспектора, въ той организаціи, которую ему придаетъ проэктъ, является совершенно излишнимъ, такъ какъ* 9/10 *подвѣдомственныхъ ему дѣлъ не требуютъ спеціальныхъ знаній* *). Ознакомившись съ проэктомъ только на дняхъ, медицинскій Совѣтъ лишенъ возможности, въ виду указанной ему необходимости скорѣйшаго разсмотрѣнія, представить подробно разработанный и мотивированный проэктъ той организаціи учрежденія по охраненію народнаго здравія, которая наиболѣе, по его мнѣнію, отвѣчала-бы какъ современному состоянію науки, такъ и государственнымъ потребностямъ, и можетъ намѣтить лишь общія ея основанія. Исходя изъ того положенія, что народное здравіе, какъ одна изъ основъ государственнаго благосостоянія, имѣетъ не меньшее значеніе, чѣмъ мѣстное хозяйство, успѣхъ котораго во многомъ зависитъ отъ перваго, *медицинскій Совѣтъ полагаетъ, что задача здравоохраненія всего государства вызываетъ потребность, взамѣнъ медицинскаго Департамента, создать въ составѣ Министерства внутреннихъ дѣлъ самостоятельное санитарно-врачебное административное учрежденіе изъ лицъ со спеціальнымъ образованіемъ* *), на такихъ же основаніяхъ, какія проэктъ предлагаетъ для организаціи главнаго Управленія по дѣламъ мѣстнаго хозяйства. Въ такомъ учрежденіи должны быть объединены всѣ вопросы и задачи санитарно-врачебнаго дѣла, имѣющіе общегосударственное значеніе».—Совершенно непонятны та торопливость и то игнорированіе отзывомъ медицинскаго Департамента, которыя были проявлены при выработкѣ этого законопроэкта, долженствующаго на долго сковать въ опредѣленныя рамки весь ходъ врачебно-санитарнаго дѣла въ нашемъ обширномъ отечествѣ. Такая поспѣшность, что даже медицинскій Совѣтъ имѣлъ возможность ознакомиться съ содержаніемъ законопроэкта лишь за нѣсколько дней до внесенія его въ государственный Совѣтъ, казалось-бы, никакими экстренными событіями не вызывалась; а объ общей и медицинской печати и объ обсужденіи въ нихъ этого проэкта не было, по видимому, и рѣчи. Неужели все это вызывалось пользой дѣла и неужели возникшій при такихъ условіяхъ законопроэктъ можетъ быть названъ строго продуманнымъ и дѣйствительно отвѣчающимъ назрѣвшей потребности въ реформѣ?

88. Открытая при факультетскихъ клиникахъ въ Одессѣ *центральная амбулаторія* въ значительной степени выполняетъ пробѣлъ въ преподаваніи клиническихъ предметовъ, происходящій отъ того, что не всѣ факультетскія клиники еще готовы. Въ теченіи истекшаго осенняго семестра отъ начала октября по конецъ декабря въ различныхъ кабинетахъ центральной амбулаторіи приняты были 3123 больныхъ, сдѣлавшихъ 5686 посѣщеній. Въ пріемѣ и разборѣ больныхъ въ присутствіи студентовъ принимали участіе вмѣстѣ со своими ординаторами профф. *Богдановъ, Вальтеръ, Головинъ, Левашевъ, Массенъ, Поповъ, Сапѣжко* и *Щеголевъ*.

89. Послѣдній *Тамбовскій губернскій Съѣздъ* врачей постановилъ рекомендовать врачамъ *считать предосудительнымъ* и мѣшающимъ правильной помощи фабрично-заводскимъ рабочимъ *частное соглашеніе земскихъ врачей съ фабриками* въ дѣлѣ оказанія этой помощи («Врачебная Хроника Харьковской губ.», № 1—6).

90. Мы уже сообщали (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 25, стр 947 и № 31 стр. 1115), что въ Самарѣ съ 20-го по 25-ое августа текущаго года, по почину Самарскаго Общества врачей, устраивается *Съѣздъ врачей и представителей общественныхъ учрежденій Самарской, Уфимской и Оренбургской губерній по урегулированію кумыснаго и кумысолѣчебнаго дѣла*, и приводили программу этого Съѣзда. Въ полученномъ нами циркулярномъ письмѣ организаціонный Комитетъ Съѣзда такъ опредѣляетъ значеніе послѣдняго. «Этому Съѣзду нельзя не придавать выдающагося крупнаго общественнаго значенія. Кумысъ надо считать національнымъ богатствомъ русскихъ степей, которому суждено было получить широкую всероссійскую и даже европейскую популярность, въ качествѣ лѣчебнаго средства противъ бугорчатки. Съ ранней весны въ Самарскія, Уфимскія и Оренбургскія степи со всѣхъ концовъ Россіи начинаютъ пилигримствовать тысячи больныхъ нервныхъ, малокровныхъ, истощенныхъ, реконвалесцентовъ, но главнымъ образомъ чахоточныхъ, въ надеждѣ исцѣленія и возстановленія здоровья, при помощи кумыса. При всемъ томъ, для медицинской науки и врачей остается еще масса темныхъ мѣстъ въ цѣломъ рядѣ научно-практическихъ вопросовъ кумысолѣченія, а самое дѣло кумысолѣченія, до сихъ поръ принадлежащее полному вѣдѣнію и распоряженію лишь частныхъ предпринимателей, оставляетъ желать очень многаго въ смыслѣ удовлетворенія интересовъ и нуждъ больныхъ. Такое положеніе дѣла уже само по себѣ выдѣляетъ исключительную практическую важность поставленнаго на очередь вопроса. Но не слѣдуетъ забывать, что вопросъ о кумысѣ и кумысо-лѣченіи въ настоящее время есть въ сущности вопросъ о бугорчаткѣ и о средствахъ борьбы съ нею. Правда, кумысъ, какъ гигіено-діэтическое средство, имѣетъ и долженъ имѣть неоспоримо крупное и важное значеніе, и несомнѣнно заслуживаетъ широкаго примѣненія въ цѣломъ рядѣ заболѣваній конституціональныхъ, нарушеннаго питанія, но все же слава и популярность кумыса зиждется на его исключительно благотворномъ значеніи при бугорчаткѣ. Съ этой точки зрѣнія предстоящій Съѣздъ получаетъ еще болѣе крупное общественное значеніе, а Русскія кумысо-лѣчебныя заведенія пріобрѣтаютъ почетную славу родоначальниковъ Западно-европейскихъ санаторій, которымъ нынѣ придаютъ столь могущественную силу въ борьбѣ съ бугорчаткой. Все это вмѣстѣ взятое придаетъ исключительно важное, общественное значеніе предстоящему Съѣзду. Это значеніе увеличивается и характеромъ Съѣзда. По уставу своему, Съѣздъ пользуется правомъ собрать не только всѣ врачебныя, но и общественныя силы, могущія способствовать наиболѣе полному разрѣшенію поставленныхъ на очередь вопросовъ. Кромѣ того, Съѣздъ этотъ, пріуроченный къ области, являющейся родиной кумысо-лѣченія, имѣетъ характеръ всероссійскаго Съѣзда, ибо, по уставу, *правомъ участія на Съѣздѣ пользуются всѣ врачи, проявлявшіе и проявляющіе интересъ къ дѣлу кумысо-лѣченія*». Всякіе запросы и свѣдѣнія по дѣламъ Съѣзда, а также заявленія о желаніи записаться въ члены Съѣзда, посылка членскаго взноса, каковой опредѣленъ въ 8 р., заявленія о докладахъ и пр., должны направляться по адрессу: Самара, губернская земская Управа, санитарное бюро, секретарю организаціоннаго Комитета д-ру *М. М. Гранъ*.

91. Къ полученному нами «Докладу Бронницкой (Московской губ.) уѣздной земской Управы Бронницкому экстренному уѣздному земскому Собранію по вопросу *объ устройствѣ здравницы для легочныхъ больныхъ при Рѣчицкой земской лѣчебницѣ*» (Бронницы, 1903) приложены, между прочимъ, 2 статьи д-ра *Н. А. Жардецкаго* «Къ вопросу объ устройствѣ здравницы для легочныхъ больныхъ при Рѣчицкой земской лѣчебницѣ» и «Отчетъ о командировкѣ для ознакомленія съ устройствомъ русскихъ здравницъ». Приводимъ изъ послѣдняго нѣкоторые небезъинтересные отзывы. Здравница «*Халила*» матеріально вполнѣ обезпечена и разростается изъ года въ годъ, обогащаясь всѣми новѣйшими усовершенствованіями. Здравница состоитъ изъ 3-хъ отдѣленій—Александровскаго, Маріинскаго и Николаевскаго. Не смотря на стремленіе администраціи привести всѣ отдѣленія «такъ сказать, къ одному знаменателю, не стѣсняясь денежными затратами, между ними все-таки существуетъ громадная разница. Первое по времени—Александровское—отдѣленіе строилось въ 80-хъ годахъ, когда еще хорошо не знали, что имѣетъ существенное значеніе въ лѣченіи чахотки. На жилище больныхъ не обращали тогда еще особеннаго вниманія, и потому въ планѣ и постройкѣ этого отдѣленія замѣчается масса погрѣшностей. Зданіе, стоящее на пологомъ берегу озера, ничѣмъ не защищено отъ вліянія почвенныхъ водъ. Корридоры центральные, полутемные. Много угловъ, плохо вентилируемыхъ и почти недоступныхъ очисткѣ. Отопленіе простыми печами съ топками изъ комнатъ больныхъ, правда, способствующими вентиляціи, но и загрязняющими въ то же время самыя помѣщенія. Спальныя комнаты, расположенныя прямо на востокъ и на западъ, мало подвергнуты дѣйствію солнечнаго свѣта. Столовая находится въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ комнатою для дневного пребыванія больныхъ; запахъ пищи безпрепятственно проникаетъ въ общій залъ и портитъ аппетитъ больныхъ». Пе-

*) Курсивъ нашъ. *Ред.*

Digitized by Google

сравненно выше по своимъ гигіеническимъ условіямъ стоитъ Маріинское отдѣленіе; изъ недостатковъ его авторъ отмѣчаетъ только помѣщеніе кухни непосредственно подъ жилыми комнатами и столовой въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ остальными комнатами. Наконецъ въ Николаевскомъ отдѣленіи почти всѣ приспособленія не оставляютъ желать ничего лучшаго. «Въ глаза бросается поражающая роскошь всюду, роскошь для земскаго учрежденія недостижимая и излишняя. Не смотря, однако, на все богатство здравницы «Халила», нельзя не обратить вниманія, во 1-хъ, на отсутствіе отдѣльнаго убѣжища для неизлѣчимыхъ чахоточныхъ и, во 2-хъ, на слѣдующую странность въ планѣ Николаевскаго отдѣленія. По плану главный корпусъ изогнутъ въ видѣ подковы для того, чтобы комнаты для больныхъ были вполнѣ защищены отъ вліянія холодныхъ вѣтровъ. И вмѣстѣ съ тѣмъ, зная назначеніе подковообразной формы, нельзя безъ изумленія не замѣтить 16 (!) спаленъ больныхъ, обращенныхъ прямо на сѣверъ (въ 2-хъ этажахъ по 8)». «*Таицкая здравница* обставлена крайне уютно и содержится въ образцовой чистотѣ. Странное впечатлѣніе только производятъ корридоры, превращенные въ комнаты для дневного пребыванія больныхъ, и столовая, служащая вмѣстѣ съ тѣмъ гостинной и комнатой для развлеченій. Этимъ нарушены 2 основныхъ принципа, проводимые при постройкѣ здравницъ: свободный, хорошо провѣтриваемый корридоръ и уединенная по возможности столовая. Таицкая здравница расположена въ сырой мѣстности, осушенной искусственно въ послѣдніе годы. Не смотря на неблагопріятную мѣстность и неприспособленность стараго зданія, больные, выдержавшіе въ немъ курсъ лѣченія, дали очень хорошій, судя по отчету, % выздоровленій, что стоитъ въ зависимости, вѣроятно, отъ строгаго выполненія извѣстнаго режима». «Не касаюсь», говоритъ далѣе авторъ, «общепризнанныхъ достоинствъ климата южнаго берега Крыма, но не могу скрыть чувства глубокаго разочарованія, которое я вынесъ отъ близкаго знакомства съ *Ялтою, какъ лѣчебнымъ курортомъ.* Ялта, какъ модный курортъ, куда со всѣхъ сторонъ стекаются обезпеченные люди для отдыха и развлеченій, и Ялта, какъ лѣчебный курортъ, куда съ послѣдней надеждой спѣшитъ всякій чахоточный, 2 несравнимыя величины. Насколько первый богатъ разнообразіемъ источниковъ всевозможныхъ развлеченій, настолько второй однообразенъ, бѣденъ и, не смотря на старанія города и санитарнаго надзора, по моему, находится въ крайне антисанитарныхъ условіяхъ. Благодаря модѣ, наплывъ чахоточныхъ въ Ялту громадный. Одна возникающая народная здравница (кн. Барятинской), пріютъ для чахоточныхъ и пансіонъ, устроенные Ялтинскимъ благотворительнымъ Обществомъ, и 2 здравницы или, лучше сказать, пансіона д-ровъ *Вебера* и *Лебедева*, управляемые на коммерческихъ началахъ, конечно, не могутъ вмѣстить всѣхъ желающихъ туда поступить и пріѣхавшихъ искать излѣченія отъ чахотки. Громадный спросъ на подобныя учрежденія вызвалъ среди мѣстныхъ жителей строительную горячку: строились дома на скорую руку, большею частью изъ известняка, не приспособленные для холоднаго времени. Нѣкоторыя положенія гигіэно-діэтетическаго способа лѣченія чахотки проникли въ Ялтинскую публику, и въ каждомъ домѣ, назначенномъ для чахоточныхъ, мы встрѣчаемъ необходимыя для здравницы веранды, выходящія въ «садъ»,—площадку съ 1—2-мя клумбочками и 3—4-мя жалкими деревцами. Каждая почти комната имѣетъ выходъ на балконъ. Эти комнаты сдаются больнымъ, смотря по сезону, отъ 25 до 100 р. и болѣе за комнату въ мѣсяцъ. Такихъ домовъ «здравницъ»—или, какъ ихъ называютъ, дачъ — въ Ялтѣ болѣе 500 съ 2600 комнатъ (не считая меблированныхъ и гостинницъ). «Въ указанныхъ пансіонахъ д-ровъ *Лебедева* и *Вебера* проводится гигіэно-діэтетическій способъ лѣченія, «но ни одно изъ зданій не имѣетъ всѣхъ тѣхъ приспособленій, какія предъявляются ко всякой здравницѣ въ настоящее время. Единственное исключеніе составляетъ Ялтинская здравница для недостаточныхъ чахоточныхъ больныхъ, основанная кн. М. В. Барятинской». Здравница это также единственная изъ русскихъ, выстроенная строго по барачному типу.—На устройство и содержаніе здравницы при Рѣчицкой земской лѣчебницѣ душеприкащиками умершаго фабриканта Г. А. Маркова въ 1900 г. было пожертвовано 130700 р. и въ 1901 г. главнымъ Управленіемъ удѣловъ безвозмездно уступлено подъ здравницу 20 десятинъ земли. Вопросъ объ устройствѣ здравницы разрабатывался въ особой Коммиссіи, всѣ постановленія которой переносились на разсмотрѣніе санитарнаго Совѣта. Экстренное земское Собраніе 28 февраля 1903 г. постановило: 1) уполномочить Управу произвести въ теченіи строительнаго періода 1903 г. изъ суммъ, назначенныхъ на устройство здравницы, различныя подготовительныя работы, именно—нивеллировку усадьбы, расчистку и вырубку лѣса, планировку зданій и пр., разрѣшивъ для этого кредитъ до 2000 р. изъ строительныхъ суммъ здравницы; 2) поручить Управѣ, совмѣстно съ строительной Коммиссіей и санитарнымъ Совѣтомъ, выработать и по возможности представить ближайшему очередному земскому Собранію въ окончательномъ видѣ планъ и смѣты на устройство и содержаніе здравницы, не выходя изъ границъ спеціальнаго капитала, назначеннаго для этой цѣли. Однако, какъ видно изъ «Свѣдѣній о санитарно-врачебной организаціи въ Московской губ.» (№ 12), постановленія экстреннаго земскаго Собранія до настоящаго времени не могли быть приведены въ исполненіе, между прочимъ, потому, что вблизи будущей усадьбы здравницы проэктировано проведеніе новой желѣзнодорожной линіи Люберцы—Арзамасъ, и еще неизвѣстно въ точности мѣсто для полотна желѣзной дороги и для ближайшей станціи. Изъ опасенія, чтобы слишкомъ близкое расположеніе станціи не причинило неудобства для здравницы, санитарный Совѣтъ и Управа не приступаютъ къ пріемкѣ усадьбы и къ фиксированію зданій здравницы до окончательнаго выясненія направленія Люберцы—Арзамасской желѣзнодорожной вѣтви, которое должно опредѣлиться не позже весны 1904 г.

92. «Правительственный Вѣстникъ» (13 января) передаетъ, что въ Кіевѣ открываются *курсы подачи скорой помощи на Юго-Западныхъ желѣзныхъ дорогахъ.* Цѣль курсовъ заключается въ томъ, чтобы подготовить изъ служащихъ на дорогахъ кадръ опытныхъ желѣзнодорожныхъ санитаровъ, основательно знакомыхъ со способами подачи скорой медицинской помощи.

93. Подрядчиковъ желѣзнодорожныхъ работъ рѣшено, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (10 января), привлечь *къ участію въ расходахъ на амбуляторное и больничное лѣченіе заболѣвающихъ рабочихъ.* Для этой цѣли при Управленіи желѣзныхъ дорогъ учреждаются особые больничные фонды, въ которые подрядчики обязаны отчислять 1% общей стоимости исполненныхъ ими работъ.

94. По словамъ «Самарской Газеты» (6 января), Симбирское Общество врачей обратилось къ городской Управѣ съ просьбой ходатайствовать передъ Думой объ учрежденіи въ Симбирскѣ *постоянныхъ ночныхъ врачебныхъ дежурствъ,* предлагая съ своей стороны содѣйствіе въ разработкѣ этого вопроса.

95. «*Протоколы и Труды Вологодскаго медицинскаго Общества за 1901 и 1902 г.г.*» (Вологда, 1903), кромѣ Протоколовъ очередныхъ засѣданій, содержатъ: *Л. Н. Пирожкова.*—«Памяти В. А. Манассеина» (см. «Русскій Врачъ» 1903, № 42, стр. 1488); *Его-же*—«Къ 80-лѣтію дня рожденія *R. Virchow'а*»; *Н. П. Ершова*—«Скрытая лихорадка»; *Его-же*—«Пластика сухожилій»; *М. И. Содмана*—«Нѣкоторыя наблюденія надъ содовыми компрессами при перевязкахъ»; *С. Ф. Горталова*—«Случай нарыва печени»; *Л. Н. Пирожкова*—«Къ вопросу о лѣченіи гнойныхъ заболѣваній глазъ химическими лучами солнца»; *Его же*—«Предложеніе къ упорядоченію отношеній между врачами и аптеками»; *В. Н. Проскурякова*—«Случай затяжного нефрита, лѣченнаго каломелемъ»; *Л. Н. Пирожкова*—«2 случая огнестрѣльныхъ поврежденій глазницы». *Его-же*—«Случай душевной слѣпоты»; *В. Н. Проскурякова*—«Рѣдкій случай огнестрѣльнаго поврежденія языка»; *Н. И. Якубова*-«Къ казуистикѣ травматическихъ поврежденій черепа; 2 случая трепанаціи его»; *А. И. Шадрина*—«Случай травматическаго поврежденія черепа»; *Ю. В. Грабовскаго*—«Нѣсколько случаевъ носовыхъ кровотеченій»; *В. Н. Проскурякова*—«Случай инороднаго тѣла въ маткѣ», и *Его-же* «Случай идіосинкразіи къ хинину».—Въ 1903 г. Общество насчитывало всего 32 членовъ. Предсѣдателемъ состоялъ *Л. Н. Пирожковъ*, товарищемъ его *А. М. Черновскій*, секретаремъ *В. Н. Проскуряковъ*, казначеемъ *С. Ф. Горталовъ* и библіотекаремъ *В. А. Баженовъ.*

96. По словамъ «Нижегородскаго Листка» (11 января), съ 1-го января текущаго года, согласно постановленію минувшаго Макарьевскаго земскаго Собранія, *для врачей Макарьевскаго земства устанавливается еженедѣльный 1 свободный отъ пріема амбуляторныхъ больныхъ день.* Въ эти дни медицинская помощь въ больницахъ будетъ подаваться лишь въ случаяхъ, не терпящихъ отлагательствъ. Свободный отъ пріема амбуляторныхъ больныхъ день предназначается для очистки и обеззараживанія больницъ, производства операцій, посѣщенія врачами школъ для наблюденія за санитарнымъ состояніемъ ихъ и за здоровьемъ учащихся, а также для выѣзда къ трудно-больнымъ. Для самихъ врачей собственно свободнаго дня не устанавливается, потому что, судя по намѣченной программѣ этого дня, онъ можетъ оказаться для врача самымъ тяжелымъ въ недѣлѣ.

97. *Крупное пожертвованіе г. Сухуму* сдѣлано, какъ передаетъ «Правительственный Вѣстникъ» (13 января), супругою проф. *А. А. Остроумова* В. С. Остроумовой. Пожертвованіе это—вновь отстроенное зданіе, приспособленное для родильнаго пріюта, со всѣмъ инвентаремъ. Еще не такъ давно *А. А.* и В. С. *Остроумовыми* подарено городу зданіе больницы съ инвентаремъ, которое стоитъ не менѣе 100000 р.

98. Наслѣдникъ покойнаго проф. *О. О. Мочутковскаго* пожертвовалъ Обществу Одесскихъ врачей *5000 р. на изданіе газеты* въ Одессѣ («Биржевыя Вѣдомости», 9 января).

99. Кіевской Думой принятъ, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (12 января), *проэктъ больничнаго налога* въ размѣрѣ 1 р. 25 коп. въ годъ съ каждаго жителя.

100. Въ имѣніи Красные Холмы, Воронежской губ, владѣльцемъ его А. Б. Миляевымъ открытъ *родильный пріютъ* для всей Катуховской волости, Воронежскаго уѣзда («Биржевыя Вѣдомости», 9 января).

101. «Новости» (10 января) передаютъ, что въ Витебскѣ устраивается *городская санитарная лабораторія,* которая будетъ принимать для изслѣдованія всякаго рода продукты за небольшую плату.

102. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (10 января), одинъ изъ Петербургскихъ врачей образовываетъ въ столицѣ новое *Общество воздержанія отъ куренія табаку.* Инціаторъ Общества проэктируетъ организовать надзоръ за юношами привлеченіемъ къ этому дѣлу самихъ родителей. Членскій взносъ предполагается очень небольшой—не болѣе 1 р. въ годъ и предназначается для выдачи наградъ за лучшія популярныя сочиненія о вредѣ куренія, а также за лучшія изобрѣтенія, могущія ослабить вредъ отъ куренія. Упомянутыя сочиненія Общество будетъ безплатно раздавать народу.—Отъ души желаемъ Обществу полнѣйшаго успѣха.

Digitized by Google

103. Въ «Харьковскомъ Листкѣ» (8 января), со словъ «Сѣвер-

наго Края», *въ мрачныхъ краскахъ описывается состояніе больницы при фабрикѣ г. Небурчилова въ Шуѣ.* Врачъ, если таковой при этой больницѣ имѣется, надѣемся, не оставитъ этой газетной замѣтки безъ отвѣта.

104. 10 января въ Петербургской судебной Палатѣ разбиралось весьма характерное *дѣло по обвиненію «врачемъ Тибетской медицины»* г. *Бадмаевымъ* д-ра *И. С. Крейнделя* по 2 ч. ст. 1535 улож. о наказ. Приводимъ изъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (11 января) нѣкоторыя подробности этого интереснаго дѣла. Поводомъ къ обвиненію послужило письмо д-ра *И. С. Крейнделя* въ редакцію «Новостей» (24 сентября 1902 г.), въ которомъ онъ обвиняетъ П. А. Бадмаева въ преждевременной кончинѣ въ 1902 г. проф. Петербургской Консерваторіи г. фанъ-Арка и рядѣ другихъ недочетовъ въ медицинской практикѣ г. Бадмаева. «На Судѣ первою была допрошена свидѣтельница проф. Петербургской Консерваторіи Е. А. Цванцигеръ, которая, будучи хорошо знакома съ семьей покойнаго проф. фанъ-Аркъ, часто посѣщала ее и неоднократно выслушивала отъ ея членовъ благопріятные отзывы о г. Бадмаевѣ, какъ о лѣкарѣ и человѣкѣ. На вопросъ предсѣдательствовавшаго, что извѣстно свидѣтельницѣ по поводу незаконной выдачи Бадмаевымъ свидѣтельствъ о смерти своихъ больныхъ, г-жа Цванцигеръ отвѣтила, что г. Бадмаевъ самъ ей говорилъ, что онъ дѣйствительно такія свидѣтельства выдаетъ. Затѣмъ слѣдовалъ допросъ остальныхъ свидѣтелей, показавшихъ слѣдующее: Проф. консерваторіи Ф. К. Лембаръ:—Объ отношеніяхъ покойнаго фанъ-Арка къ г. Бадмаеву я изъ разговоровъ съ покойнымъ всегда выводилъ заключеніе, что они самыя дружественныя. Съ дачи съѣхалъ покойный по совѣту своей жены, которая настаивала прекратить лѣченіе у Бадмаева и обратиться къ какому-нибудь изъ дипломированныхъ врачей. М. Т. Чернышевъ, бывшій конторщикъ Бадмаева:—Отношенія между фанъ-Аркъ и Бадмаевымъ были дружественныя лишь до приглашенія врача Маріинской больницы д-ра *Маршана*, но затѣмъ г. Бадмаевъ сталъ придираться къ семьѣ фанъ-Аркъ и требовалъ ея выселенія, прибѣгая даже къ помощи полиціи, при чемъ мотивомъ своихъ требованій г. Бадмаевъ выставлялъ неуважительное къ нему отношеніе прислугъ проф. фанъ-Аркъ и неплатежъ за дачу. Однажды мнѣ пришлось быть свидѣтелемъ такого разговора между г. Бадмаевымъ и однимъ изъ 3-хъ выходившихъ изъ дачи г. фанъ-Аркъ неизвѣстныхъ мнѣ господъ: «Докторъ, вы нахалъ! Какъ вамъ не стыдно безпокоить семью въ такое время. Вы, вѣдь, убиваете своими поступками человѣка!», на что г. Бадмаевъ отвѣтилъ: «Я, вѣдь, хозяинъ дачи, а не хозяинъ семьи, и, какъ первый, оберегаю свои интересы». Ю. Д. фанъ-Аркъ, братъ покойнаго профессора: Я знаю лишь, что отношенія между моимъ покойнымъ братомъ и г. Бадмаевымъ были все время дружественныя и даже телеграмма о смерти брата прислана мнѣ г. Бадмаевымъ. Такое же приблизительное показаніе далъ и управляющій Бадмаева А. И. Трушкевичъ. Затѣмъ была оглашена справка медицинскаго Департамента, изъ которой видно, *что г. Бадмаевъ ни практиковатъ, ни тѣмъ болѣе выдавать какихъ-либо свидѣтельствъ, какъ врачъ не дипломированный, не имѣетъ права.* Вдова покойнаго проф. А. К. фанъ-Аркъ показала слѣдующее:—Дѣйствительно, до приглашенія врача *Маршана* у насъ съ Бадмаевымъ были самыя лучшія отношенія. Онъ въ теченіи почти 3-хъ лѣтъ лѣчилъ сначала меня отъ ревматизма, а затѣмъ и моего мужа, но послѣ приглашенія по моему совѣту другого врача г. Бадмаевъ круто перемѣнилъ къ намъ отношенія. Онъ требовалъ уплаты денегъ за дачу, хотя платить мы и не должны были, такъ какъ мой покойный мужъ давалъ уроки музыки сыну г. Бадмаева. Когда не было удовлетворено первое требованіе, Бадмаевъ потребовалъ совершенно безпричинно удалить обѣихъ прислугъ, не смотря на то, что одна изъ нихъ безпорочно служитъ у меня уже 24 года. Неоднократно г. Бадмаевъ являлся на нашу дачу съ полиціей, съ дворникомъ, шумѣлъ, а разъ даже до того увлекся, что, не взирая на тяжелую болѣзнь моего мужа, швырнулъ кресло и вытолкалъ г. Юргенса, котораго я просила урезонить Бадмаева. Остальные свидѣтели подтвердили показанія г-жи фанъ-Аркъ, не смотря на то, что часть ихъ была вызвана со стороны обвинителя». Палата оправдала д-ра *И. С. Крейнделя.*

105. Въ «Новостяхъ» (12 января) мы прочитали слѣдующія строки: «Эпидемія брюшного тифа въ с. Черкасскихъ-Тишкахъ, Харьковскаго уѣзда, недавно обнаруженная, уже прекращена, какъ оказывается, *благодаря особенно выдающейся дѣятельности эпидемическаго врача-женщины*, назначенной для прекращенія эпидеміи. Женщина-врачъ, какъ только появилась, начала вести бесѣды съ населеніемъ о пользѣ гигіены, и въ хатахъ, гдѣ находились больные, предъявила самыя строгія требованія о соблюденіи чистоты и пр., ежедневно сама провѣряя исполненіе ихъ; съ помощью земства она улучшила питаніе больныхъ».—Хотѣлось-бы вѣрить, что товарищъ непричастна къ этой оказываемой ей медвѣжьей услугѣ.

106. Читателямъ «Русскаго Врача» уже извѣстенъ приговоръ по *дѣлу д-ра Родзевича* (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 51, стр. 1835), обвинявшагося въ преступномъ выкидышѣ. Мы получили копію съ этого приговора въ окончательной формѣ, который и позволяемъ себѣ привести здѣсь, ибо въ немъ охарактеризована личность обвиненнаго иначе, чѣмъ объ этомъ составляется представленіе по первому впечатлѣнію. «На рѣшеніе присяжныхъ засѣдателей были предложены слѣдующіе вопросы: 1. Виновенъ-ли вольно-практикующій врачъ отставной коллежскій совѣтникъ *Генрихъ Іосифовъ Родзевичъ*, 54 л., въ томъ, что въ іюнѣ 1898 г., въ г. Нижнемъ-Новгородѣ, по просьбѣ и согласію Нижегородской мѣщанки С. Н. Ч., бывшей въ то время беременной, умышленно, съ цѣлью прерванія и сокрытія ея беременности, оперативнымъ путемъ или инымъ средствомъ произвелъ у нея изгнаніе плода? 2. Виновенъ-ли тотъ же *Родзевичъ* въ томъ, что въ мартѣ 1903 г., въ городѣ Нижнемъ-Новгородѣ по просьбѣ и согласію той же Ч., бывшей въ состояніи беременности, умышленно, съ цѣлью сокрытія и прерванія ея беременности оперативнымъ путемъ или инымъ средствомъ произвелъ у нея изгнаніе плода? 3. Если *Родзевичъ* виновенъ въ дѣяніи, описанномъ во 2-мъ вопросѣ, то было-ли послѣдствіемъ этого дѣянія, неожиданнымъ для *Родзевичъ*, гнойное инфекціонное зараженіе внутренней полости матки, повлекшее за собою смерть Ч., умершей 8 апрѣля 1903 г.? На 1-ый изъ этихъ вопросовъ послѣдовалъ отвѣтъ: «Нѣтъ, не виновенъ», на 2-ой: «Да, виновенъ, но заслуживаетъ снисхожденіе» и на 3-ій: «Но смерть не была послѣдствіемъ». Дѣяніе, въ совершеніи котораго *Г. І. Родзевичъ* признанъ виновнымъ, т. е. умышленное—съ вѣдома и согласія беременной женщины, изгнаніе плода ея, составляетъ преступленіе, предусмотрѣнное въ I части 1462 ст. Улож. о наказ., и влечетъ для виновнаго лишеніе всѣхъ особенныхъ лично и по состоянію присвоенныхъ, правъ и преимуществъ и отдачу въ исправительное арестантское отдѣленіе по 31 ст. Улож. о наказ. на срокъ отъ 5 до 6 лѣтъ. Наказаніе это, на основаніи 1463 ст. Улож., возвышается одною степенью и виновный подвергается лишенію всѣхъ правъ состоянія и ссылкѣ въ каторжную работу по 7 степ. 19 ст. Улож. о наказ., если въ употребленіи средствъ для изгнанія плода изобличенъ врачъ, акушеръ и т. д. Этому послѣднему наказанію и долженъ бы подвергнуться врачъ *Родзевичъ*, но, принявъ во вниманіе оказанное ему присяжными засѣдателями снисхожденіе, Окружный Судъ, на основаніи 828 ст. Уст. Уг. Суд., по всѣмъ обстоятельствамъ дѣла, понижаетъ упомянутое наказаніе на 2 степени и находитъ, что *Родзевичъ*, по лишеніи всѣхъ особенныхъ правъ и преимуществъ, подлежитъ отдачѣ въ исправительное арестантское отдѣленіе по 31 ст. Улож. о наказ. и при томъ въ низшей мѣрѣ, т. е. срокомъ на 4 года, съ замѣною по 77 и съ послѣдствіями въ 58 ст. Улож. о наказ. указанными. Независимо отъ смягченія наказанія *Родзевичу* въ предѣлахъ, предоставленныхъ судебной власти, Окружный Судъ находитъ, что онъ не исполнилъ-бы своей нравственной обязанности, если бы не вошелъ въ разсмотрѣніе такихъ обстоятельствъ, которыя, хотя и не вытекаютъ непосредственно изъ дѣла, но тѣмъ не менѣе могутъ послужить еще къ большему смягченію присужденнаго *Родзевичу* наказанія, по мнѣнію Суда не вполнѣ соотвѣтствующаго его винѣ и его нравственнымъ качествамъ, какъ практикующаго врача и общественнаго дѣятеля. *Родзевичъ* по окончаніи въ 1874 г. курса наукъ въ Медико-Хирургической Академіи поселился въ Нижнемъ-Новгородѣ и съ тѣхъ поръ занимался врачебной практикой, при чемъ въ теченіи 12 лѣтъ безвозмездно состоялъ сверхштатнымъ врачемъ при Управленіи Нижегородскаго почтово-телеграфнаго округа, и во все время своей врачебной дѣятельности пользовался репутаціей искуснаго акушера. Цѣлый рядъ допрошенныхъ на Судѣ лицъ, въ числѣ которыхъ были ремесленники, незначительные торговцы, чиновники, священники, слѣд., лицъ разныхъ положеній и принадлежащихъ къ разнымъ слоямъ общества, далъ о немъ самый благопріятный отзывъ, какъ о человѣкѣ отзывчивомъ и во всякое время днемъ и ночью готовомъ спѣшить съ врачебной помощью по первому зову, не задаваясь вопросомъ о гонорарѣ. Даже единственный случай изгнанія плода, признанный присяжными засѣдателями, относится къ вдовѣ, единственнымъ убѣжищемъ которой былъ вдовій домъ. Изъ этого дома ей грозило изгнаніе въ случаѣ обнаруженія ея беременности, и уже потому она настолько была бѣдна, что *Родзевичъ*, уступая ей въ просьбѣ произвести у нея выкидышъ, весьма возможно, руководствовался не исключительно корыстными цѣлями. Независимо отъ врачебной практики *Родзевичъ* проявлялъ свою дѣятельность въ научныхъ литературныхъ трудахъ по своей спеціальности, принималъ участіе въ архивной Коммиссіи, составилъ довольно цѣнную библіотеку, которую намѣревался пожертвовать городу въ благодарность за то, что городъ далъ ему практику и возможность достигнуть нѣкотораго благосостоянія. Объ этомъ намѣреніи *Родзевичъ* говоритъ въ своихъ біографическихъ замѣткахъ задолго до возбужденія настоящаго дѣла. Кромѣ того, *Родзевичъ* обремененъ значительнымъ семействомъ, состоящимъ изъ нѣсколькихъ требующихъ воспитанія дѣтей, на будущность которыхъ слишкомъ тяжело можетъ отразиться присужденное ихъ отцу наказаніе, ими не заслуженное. Всѣ эти обстоятельства побуждаютъ Судъ, на основаніи 154 ст. Улож. о наказ. и 775 ст. Уст. Уг. Суд. обратиться къ Высочайшему милосердію и повергнуть къ стопамъ Его Императорскаго Величества ходатайство о смягченіи участи *Родзевича* замѣною присужденнаго ему наказанія заключеніемъ въ тюрьмѣ на 2 года безъ лишенія всѣхъ особенныхъ лично и по состоянію присвоенныхъ ему правъ и преимуществъ»...

107. *Pasteur*'овскій Институтъ въ Парижѣ закончилъ договоръ съ 2-мя Англійскими компаніями въ Конго и въ Южной Африкѣ *для поставки* въ Институтъ *большого числа шимпанзе.* Будущей осенью въ Парижѣ ожидается большая партія этихъ обезьянъ, которымъ суждено играть столь выдающуюся роль въ разработкѣ вопросовъ о происхожденіи и, по видимому, о предупрежденіи сифилиса. Въ новомъ отдѣленіи Института приготовлено уже обширное, состоящее изъ цѣлаго ряда залъ, теплое помѣщеніе для этихъ обезьянъ. Такъ какъ цѣна на шимпанзе очень высока (отъ 1000 и болѣе фр. за голову), то принимаются всевозможныя мѣры предосторожности, чтобы они по

Digitized by Google

сравненно выше по своимъ гигіеническимъ условіямъ стоитъ Маріинское отдѣленіе; изъ недостатковъ его авторъ отмѣчаетъ только помѣщеніе кухни непосредственно подъ жилыми комнатами и столовой въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ остальными комнатами. Наконецъ въ Николаевскомъ отдѣленіи почти всѣ приспособленія не оставляютъ желать ничего лучшаго. «Въ глаза бросается поражающая роскошь всюду, роскошь для земскаго учрежденія недостижимая и излишняя. Не смотря, однако, на все богатство здравницы «Халила», нельзя не обратить вниманія, во 1-хъ, на отсутствіе отдѣльнаго убѣжища для неизлѣчимыхъ чахоточныхъ и, во 2-хъ, на слѣдующую странность въ планѣ Николаевскаго отдѣленія. По плану главный корпусъ изогнутъ въ видѣ подковы для того, чтобы комнаты для больныхъ были вполнѣ защищены отъ вліянія холодныхъ вѣтровъ. И вмѣстѣ съ тѣмъ, зная назначеніе подковообразной формы, нельзя безъ изумленія не замѣтить 16 (!) спаленъ больныхъ, обращенныхъ прямо на сѣверъ (въ 2-хъ этажахъ по 8)». «*Таицкая здравница* обставлена крайне уютно и содержится въ образцовой чистотѣ. Странное впечатлѣніе только производятъ корридоры, превращенные въ комнаты для дневного пребыванія больныхъ, и столовая, служащая вмѣстѣ съ тѣмъ гостинной и комнатой для развлеченій. Этимъ нарушены 2 основныхъ принципа, проводимые при постройкѣ здравницъ: свободный, хорошо провѣтриваемый корридоръ и уединенная по возможности столовая. Таицкая здравница расположена въ сырой мѣстности, осушенной искусственно въ послѣдніе годы. Не смотря на неблагопріятную мѣстность и неприспособленность стараго зданія, больные, выдержавшіе въ немъ курсъ лѣченія, дали очень хорошій, судя по отчету, % выздоровленій, что стоитъ въ зависимости, вѣроятно, отъ строгаго выполненія извѣстнаго режима». «Не касаюсь», говоритъ далѣе авторъ, «общепризнанныхъ достоинствъ климата южнаго берега Крыма, но не могу скрыть чувства глубокаго разочарованія, которое я вынесъ отъ близкаго знакомства съ *Ялтою, какъ лѣчебнымъ курортомъ*. Ялта, какъ модный курортъ, куда со всѣхъ сторонъ стекаются обезпеченные люди для отдыха и развлеченій, и Ялта, какъ лѣчебный курортъ, куда съ послѣдней надеждой спѣшитъ всякій чахоточный, 2 несравнимыя величины. Насколько первый богатъ разнообразіемъ источниковъ всевозможныхъ развлеченій, настолько второй однообразенъ, бѣденъ и, не смотря на старанія города и санитарнаго надзора, по моему, находится въ крайне антисанитарныхъ условіяхъ. Благодаря модѣ, наплывъ чахоточныхъ въ Ялту громадный. Одна возникающая народная здравница (кн. Барятинской), пріютъ для чахоточныхъ и пансіонъ, устроенные Ялтинскимъ благотворительнымъ Обществомъ, и 2 здравницы или, лучше сказать, пансіона д-ровъ *Вебера и Лебедева*, управляемые на коммерческихъ началахъ, конечно, не могутъ вмѣстить всѣхъ желающихъ туда поступить и пріѣхавшихъ искать излѣченія отъ чахотки. Громадный спросъ на подобныя учрежденія вызвалъ среди мѣстныхъ жителей строительную горячку: строились дома на скорую руку, большею частью изъ известняка, не приспособленные для холоднаго времени. Нѣкоторыя положенія гигіэно-діэтетическаго способа лѣченія чахотки проникли въ Ялтинскую публику, и въ каждомъ домѣ, назначенномъ для чахоточныхъ, мы встрѣчаемъ необходимыя для здравницы веранды, выходящія въ «садъ»,—площадку съ 1—2-мя клумбочками и 3—4-мя жалкими деревцами. Каждая почти комната имѣетъ выходъ на балконъ. Эти комнаты сдаются больнымъ, смотря по сезону, отъ 25 до 100 р. и болѣе за комнату въ мѣсяцъ. Такихъ домовъ «здравницъ»—или, какъ ихъ называютъ, дачъ — въ Ялтѣ болѣе 500 съ 2600 комнатъ (не считая меблированныхъ и гостинницъ). «Въ указанныхъ пансіонахъ д-ровъ *Лебедева* и *Вебера* проводится гигіэно-діэтетическій способъ лѣченія, «но ни одно изъ зданій не имѣетъ всѣхъ тѣхъ приспособленій, какія предъявляются ко всякой здравницѣ въ настоящее время. Единственное исключеніе составляетъ Ялтинская здравница для недостаточныхъ чахоточныхъ больныхъ, основанная кн. М. В. Барятинской». Здравница это также единственная изъ русскихъ, выстроенная строго по барачному типу.—На устройство и содержаніе здравницы при Рѣчицкой земской лѣчебницѣ душеприкащиками умершаго фабриканта Г. А. Маркова въ 1900 г. было пожертвовано 130700 р. и въ 1901 г. главнымъ Управленіемъ удѣловъ безвозмездно уступлено подъ здравницу 20 десятинъ земли. Вопросъ объ устройствѣ здравницы разрабатывался въ особой Коммиссіи, всѣ постановленія которой переносились на разсмотрѣніе санитарнаго Совѣта. Экстренное земское Собраніе 28 февраля 1903 г. постановило: 1) уполномочить Управу произвести въ теченіи строительнаго періода 1903 г. изъ суммъ, назначенныхъ на устройство здравницы, различныя подготовительныя работы, именно—нивеллировку усадьбы, расчистку и вырубку лѣса, планировку зданій и пр., разрѣшивъ для этого кредитъ до 2000 р. изъ строительныхъ суммъ здравницы; 2) поручить Управѣ, совмѣстно съ строительной Коммиссіей и санитарнымъ Совѣтомъ, выработать и по возможности представить ближайшему очередному земскому Собранію въ окончательномъ видѣ планъ и смѣты на устройство и содержаніе здравницы, не выходя изъ границъ спеціальнаго капитала, назначеннаго для этой цѣли. Однако, какъ видно изъ «Свѣдѣній о санитарно-врачебной организаціи въ Московской губ.» (№ 12), постановленія экстреннаго земскаго Собранія до настоящаго времени не могли быть приведены въ исполненіе, между прочимъ, потому, что вблизи будущей усадьбы здравницы проэктировано проведеніе новой желѣзнодорожной линіи Люберцы—Арзамасъ, и еще неизвѣстно въ точности мѣсто для полотна желѣзной дороги и для ближайшей станціи. Изъ опасенія, чтобы слишкомъ близкое расположеніе станціи не причинило неудобства для здравницы, санитарный Совѣтъ и Управа не приступаютъ къ пріемкѣ усадьбы и къ фиксированію зданій здравницы до окончательнаго выясненія направленія Люберцы—Арзамасской желѣзнодорожной вѣтви, которое должно опредѣлиться не позже весны 1904 г.

92. «Правительственный Вѣстникъ» (13 января) передаетъ, что въ Кіевѣ открываются *курсы подачи скорой помощи на Юго-Западныхъ желѣзныхъ дорогахъ*. Цѣль курсовъ заключается въ томъ, чтобы подготовить изъ служащихъ на дорогахъ кадръ опытныхъ желѣзнодорожныхъ санитаровъ, основательно знакомыхъ со способами подачи скорой медицинской помощи.

93. Подрядчиковъ желѣзнодорожныхъ работъ рѣшено, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (10 января), привлечь *къ участію въ расходахъ на амбуляторное и больничное лѣченіе заболѣвающихъ рабочихъ*. Для этой цѣли при Управленіи желѣзныхъ дорогъ учреждаются особые больничные фонды, въ которые подрядчики обязаны отчислять 1% общей стоимости исполненныхъ ими работъ.

94. По словамъ «Самарской Газеты» (6 января), Симбирское Общество врачей обратилось къ городской Управѣ съ просьбой ходатайствовать передъ Думой объ учрежденіи въ Симбирскѣ *постоянныхъ ночныхъ врачебныхъ дежурствъ*, предлагая съ своей стороны содѣйствіе въ разработкѣ этого вопроса.

95. «*Протоколы и Труды Вологодскаго медицинскаго Общества за 1901 и 1902 г.*». (Вологда, 1903), кромѣ Протоколовъ очередныхъ засѣданій, содержатъ: *Л. Н. Пирошкова*.—«Памяти В. А. Манассеина» (см. «Русскій Врачъ» 1903, № 42, стр. 1488); *Его-же*—«Къ 80-лѣтію дня рожденія *R. Virchow*'а»; *Н. П. Ершова*—«Скрытая лихорадка»; *Его-же*—«Пластика сухожилій»; *М. И. Содмана*—«Нѣкоторыя наблюденія надъ содовыми компрессами при перевязкахъ»; *С. Ф. Горталова*—«Случай нарыва печени»; *Л. Н. Пирошкова*—«Къ вопросу о лѣченіи гнойныхъ заболѣваній глазъ химическими лучами солнца»; *Его же*—«Предложеніе къ упорядоченію отношеній между врачами и аптеками»; *В. Н. Проскурякова*—«Случай затяжного нефрита, лѣченнаго каломелемъ»; *Л. Н. Пирошкова*—«2 случая огнестрѣльныхъ поврежденій глазницы». *Его-же*—«Случай душевной слѣпоты»; *В. Н. Проскурякова*—«Рѣдкій случай огнестрѣльнаго поврежденія языка»; *Н. И. Якубова*-«Къ казуистикѣ травматическихъ поврежденій черепа; 2 случая трепанаціи его»; *А. И. Шадрина*—«Случай травматическаго поврежденія черепа»; *Ю. В. Грабовскаго*—«Нѣсколько случаевъ носовыхъ кровотеченій»; *В. Н. Проскурякова*—«Случай инороднаго тѣла въ маткѣ», и *Его-же* «Случай идіосинкразіи къ хинину».—Въ 1903 г. Общество насчитывало всего 32 членовъ. Предсѣдателемъ состоялъ *Л. Н. Пирошковъ*, товарищемъ его *А. М. Черновскій*, секретаремъ *В. Н. Проскуряковъ*, казначеемъ *С. Ф. Горталовъ* и библіотекаремъ *В. А. Баженовъ*.

96. По словамъ «Нижегородскаго Листка» (11 января), съ 1-го января текущаго года, согласно постановленію минувшаго Макарьевскаго земскаго Собранія, *для врачей Макарьевскаго земства устанавливается еженедѣльный 1 свободный отъ пріема амбуляторныхъ больныхъ день*. Въ эти дни медицинская помощь въ больницахъ будетъ подаваться лишь въ случаяхъ, не терпящихъ отлагательствъ. Свободный отъ пріема амбуляторныхъ больныхъ день предназначается для очистки и обеззараживанія больницъ, производства операцій, посѣщенія врачами школъ для наблюденія за санитарнымъ состояніемъ ихъ и за здоровьемъ учащихся, а также для выѣзда къ трудно-больнымъ. Для самихъ врачей собственно свободнаго дня не устанавливается, потому что, судя по намѣченной программѣ этого дня, онъ можетъ оказаться для врача самымъ тяжелымъ въ недѣлѣ.

97. *Крупное пожертвованіе г. Сухуму* сдѣлано, какъ передаетъ «Правительственный Вѣстникъ» (13 января), супругою проф. *А. А. Остроумова* В. С. Остроумовой. Пожертвованіе это—вновь отстроенное зданіе, приспособленное для родильнаго пріюта, со всѣмъ инвентаремъ. Еще не такъ давно *А. А.* и *В. С. Остроумовыми* подарено городу зданіе больницы съ инвентаремъ, которая стоитъ не менѣе 100000 р.

98. Наслѣдникъ покойнаго проф. *О. О. Мочутковскаго* пожертвовалъ Обществу Одесскихъ врачей *5000 р. на изданіе газеты* въ Одессѣ («Биржевыя Вѣдомости», 9 января).

99. Кіевской Думой принятъ, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (12 января), *проэктъ больничнаго налога* въ размѣрѣ 1 р. 25 коп. въ годъ съ каждаго жителя.

100. Въ имѣніи Красные Холмы, Воронежской губ., владѣльцемъ его А. Б. Миляевымъ открытъ *родильный пріютъ* для всей Катуховской волости, Воронежскаго уѣзда («Биржевыя Вѣдомости», 9 января).

101. «Новости» (10 января) передаютъ, что въ Витебскѣ устраивается *городская санитарная лабораторія*, которая будетъ принимать для изслѣдованія всякаго рода продукты за небольшую плату.

102. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (10 января), одинъ изъ Петербургскихъ врачей образовываетъ въ столицѣ новое *Общество воздержанія отъ куренія табаку*. Инициаторъ Общества проэктируетъ организовать надзоръ за юношами привлеченіемъ къ этому дѣлу самихъ родителей. Членскій взносъ предполагается очень небольшой—не болѣе 1 р. въ годъ и предназначается для выдачи наградъ за лучшія популярныя сочиненія о вредѣ куренія, а также за лучшія изобрѣтенія, могущія ослабить вредъ отъ куренія. Упомянутыя сочиненія Общество будетъ безплатно раздавать народу.—Отъ души желаемъ Обществу полнѣйшаго успѣха.

103. Въ «Харьковскомъ Листкѣ» (8 января), со словъ «Сѣвер-

Digitized by Google

наго Края», *въ мрачныхъ краскахъ описывается состояніе больницы при фабрикѣ г. Небурчилова въ Шуѣ*. Врачъ, если таковой при этой больницѣ имѣется, надѣемся, не оставитъ этой газетной замѣтки безъ отвѣта.

104. 10 января въ Петербургской судебной Палатѣ разбиралось весьма характерное *дѣло по обвиненію «врачемъ Тибетской медицины» г. Бадмаевымъ* д-ра *И. С. Крейнделя* по 2 ч. ст. 1535 улож. о наказ. Приводимъ изъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (11 января) нѣкоторыя подробности этого интереснаго дѣла. Поводомъ къ обвиненію послужило письмо д-ра *И. С. Крейнделя* въ редакцію «Новостей» (24 сентября 1902 г.), въ которомъ онъ обвиняетъ П. А. Бадмаева въ преждевременной кончинѣ въ 1902 г. проф. Петербургской Консерваторіи г. фанъ-Арка и рядѣ другихъ недочетовъ въ медицинской практикѣ г. Бадмаева. «На Судѣ первою была допрошена свидѣтельница проф. Петербургской Консерваторіи Е. А. Цванцигеръ, которая, будучи хорошо знакома съ семьей покойнаго проф. фанъ-Аркъ, часто посѣщала ее и неоднократно выслушивала отъ ея членовъ благопріятные отзывы о г. Бадмаевѣ, какъ о лѣкарѣ и человѣкѣ. На вопросъ предсѣдательствовавшаго, что извѣстно свидѣтельницѣ по поводу незаконной выдачи Бадмаевымъ свидѣтельствъ о смерти своихъ больныхъ, г-жа Цванцигеръ отвѣтила, что г. Бадмаевъ самъ ей говорилъ, что онъ дѣйствительно такія свидѣтельства выдаетъ. Затѣмъ слѣдовалъ допросъ остальныхъ свидѣтелей, показавшихъ слѣдующее: Проф. консерваторіи Ф. К. Лембаръ:—Объ отношеніяхъ покойнаго фанъ-Арка къ г. Бадмаеву я изъ разговоровъ съ покойнымъ всегда выводилъ заключеніе, что они самыя дружественныя. Съ дачи съѣхалъ покойный по совѣту своей жены, которая настаивала прекратить лѣченіе у Бадмаева и обратиться къ какому-нибудь изъ дипломированныхъ врачей. М. Т. Чернышевъ, бывшій конторщикъ Бадмаева:—Отношенія между фанъ-Аркъ и Бадмаевымъ были дружественныя лишь до приглашенія врача Маріинской больницы д-ра *Маршана*, но затѣмъ г. Бадмаевъ сталъ придираться къ семьѣ фанъ-Аркъ и требовалъ ея выселенія, прибѣгая даже къ помощи полиціи, при чемъ мотивомъ своихъ требованій г. Бадмаевъ выставлялъ неуважительное къ нему отношеніе прислугъ проф. фанъ-Аркъ и неплатежъ за дачу. Однажды мнѣ пришлось быть свидѣтелемъ такого разговора между г. Бадмаевымъ и однимъ изъ 3-хъ выходившихъ изъ дачи г. фанъ-Аркъ неизвѣстныхъ мнѣ господъ: «Докторъ, вы нахалъ! Какъ вамъ не стыдно безпокоить семью въ такое время. Вы, вѣдь, убиваете своими поступками человѣка!», на что г. Бадмаевъ отвѣтилъ: «Я, вѣдь, хозяинъ дачи, а не хозяинъ семьи, и, какъ первый, оберегаю свои интересы». Ю. Д. фанъ-Аркъ, братъ покойнаго профессора: Я знаю лишь, что отношенія между моимъ покойнымъ братомъ и г. Бадмаевымъ были все время дружественныя и даже телеграмма о смерти брата прислана мнѣ г. Бадмаевымъ. Такое же приблизительное показаніе далъ и управляющій Бадмаева А. И. Трушкевичъ. Затѣмъ была оглашена справка медицинскаго Департамента, изъ которой видно, *что г. Бадмаевъ ни практиковать, ни тѣмъ болѣе выдавать какихъ-либо свидѣтельствъ, какъ врачъ не дипломированный, не имѣетъ права*. Вдова покойнаго проф. А. К. фанъ-Аркъ показала слѣдующее:—Дѣйствительно, до приглашенія врача *Маршана* у насъ съ Бадмаевымъ были самыя лучшія отношенія. Онъ въ теченіи почти 3 хъ лѣтъ лѣчилъ сначала меня отъ ревматизма, а затѣмъ и моего мужа, но послѣ приглашенія по моему совѣту другого врача г. Бадмаевъ круто перемѣнилъ къ намъ отношенія. Онъ требовалъ уплаты денегъ за дачу, хотя платить мы и не должны были, такъ какъ мой покойный мужъ давалъ уроки музыки сыну г. Бадмаева. Когда не было удовлетворено первое требованіе, Бадмаевъ потребовалъ совершенно безпричинно удалить обѣихъ прислугъ, не смотря на то, что одна изъ нихъ безпорочно служитъ у меня уже 24 года. Неоднократно г. Бадмаевъ являлся на нашу дачу съ полиціей, съ дворникомъ, шумѣлъ, а разъ даже до того увлекся, что, не взирая на тяжелую болѣзнь моего мужа, швырнулъ кресло и вытолкалъ г. Юргенса, котораго я просила урезонить Бадмаева. Остальные свидѣтели подтвердили показанія г-жи фанъ-Аркъ, не смотря на то, что часть ихъ была вызвана со стороны обвинителя». Палата оправдала д-ра *И. С. Крейнделя*.

105. Въ «Новостяхъ» (12 января) мы прочитали слѣдующія строки: «Эпидемія брюшного тифа въ с. Черкасскихъ-Тишкахъ, Харьковскаго уѣзда, недавно обнаруженная, уже прекращена, какъ оказывается, *благодаря особенно выдающейся дѣятельности эпидемическаго врача-женщины*, назначенной для прекращенія эпидеміи. Женщина-врачъ, какъ только появилась, начала вести бесѣды съ населеніемъ о пользѣ гигіены, и въ хатахъ, гдѣ находились больные, предъявила самыя строгія требованія о соблюденіи чистоты и пр., ежедневно сама провѣряя исполненіе ихъ, съ помощью земства она улучшила питаніе больныхъ».—Хотѣлось-бы вѣрить, что товарищъ непричастна къ этой оказываемой ей медвѣжьей услугѣ.

106. Читателямъ «Русскаго Врача» уже извѣстенъ приговоръ по *дѣлу д-ра Родзевича* (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 51, стр. 1835), обвинявшагося въ преступномъ выкидышѣ. Мы получили копію съ этого приговора въ окончательной формѣ, который и позволяемъ себѣ привести здѣсь, ибо въ немъ охарактеризована личность обвиненнаго иначе, чѣмъ объ этомъ составляется представленіе по первому впечатлѣнію. «На рѣшеніе присяжныхъ засѣдателей были предложены слѣдующіе вопросы: 1. Виновенъ-ли вольно-практикующій врачъ отставной коллежскій совѣтникъ *Генрихъ Іосифовъ Родзевичъ*, 54 л., въ томъ, что въ іюнѣ 1898 г., въ г. Нижнемъ-Новгородѣ, по просьбѣ и согласію Нижегородской мѣщанки С. Н. Ч., бывшей въ то время беременной, умышленно, съ цѣлью прерванія и сокрытія ея беременности, оперативнымъ путемъ или инымъ средствомъ произвелъ у нея изгнаніе плода? 2. Виновенъ-ли тотъ же *Родзевичъ* въ томъ, что въ мартѣ 1903 г., въ городѣ Нижнемъ-Новгородѣ по просьбѣ и согласію той же Ч., бывшей въ состояніи беременности, умышленно, съ цѣлью сокрытія и прерванія ея беременности оперативнымъ путемъ или инымъ средствомъ произвелъ у нея изгнаніе плода? 3. Если *Родзевичъ* виновенъ въ дѣяніи, описанномъ во 2-мъ вопросѣ, то было-ли послѣдствіемъ этого дѣянія, неожиданнымъ для *Родзевичъ*, гнойное инфекціонное зараженіе внутренней полости матки, повлекшее за собою смерть Ч., умершей 8 апрѣля 1903 г.? На 1-ый изъ этихъ вопросовъ послѣдовалъ отвѣтъ: «Нѣтъ, не виновенъ», на 2-ой: «Да, виновенъ, но заслуживаетъ снисхожденіе» и на 3-ій: «Но смерть не была послѣдствіемъ». Дѣяніе, въ совершеніи котораго *Г. I. Родзевичъ* признанъ виновнымъ, т. е. умышленное—съ вѣдома и согласія беременной женщины, изгнаніе плода ея, составляетъ преступленіе, предусмотрѣнное въ I части 1462 ст. Улож. о наказ., и влечетъ для виновнаго лишеніе всѣхъ особенныхъ лично и по состоянію присвоенныхъ, правъ и преимуществъ и отдачу въ исправительное арестантское отдѣленіе по 31 ст. Улож. о наказ. на срокъ отъ 5 до 6 лѣтъ. Наказаніе это, на основаніи 1463 ст. Улож., возвышается одною степенью и виновный подвергается лишенію всѣхъ правъ состоянія и ссылкѣ въ каторжную работу по 7 степ. 19 ст. Улож. о наказ., если въ употребленіи средствъ для изгнанія плода изобличенъ врачъ, акушеръ и т. д. Этому послѣднему наказанію и долженъ бы подвергнуться врачъ *Родзевичъ*, но, принявъ во вниманіе оказанное ему присяжными засѣдателями снисхожденіе, Окружный Судъ, на основаніи 828 ст. Уст. Уг. Суд., по всѣмъ обстоятельствамъ дѣла, понижаетъ упомянутое наказаніе на 2 степени и находитъ, что *Родзевичъ*, по лишеніи всѣхъ особенныхъ правъ и преимуществъ, подлежитъ отдачѣ въ исправительное арестантское отдѣленіе по 31 ст. Улож. о наказ. и при томъ въ низшей мѣрѣ, т. е. срокомъ на 4 года, съ замѣною по 77 и съ послѣдствіями въ 58 ст. Улож. о наказ. указанными. Независимо отъ смягченія наказанія *Родзевичу* въ предѣлахъ, предоставленныхъ судебной власти, Окружный Судъ находитъ, что онъ не исполнилъ-бы своей нравственной обязанности, если бы не вошелъ въ разсмотрѣніе такихъ обстоятельствъ, которыя, хотя и не вытекаютъ непосредственно изъ дѣла, но тѣмъ не менѣе могутъ послужить еще къ большему смягченію присужденнаго *Родзевичу* наказанія, по мнѣнію Суда не вполнѣ соотвѣтствующаго его винѣ и его нравственнымъ качествамъ, какъ практикующаго врача и общественнаго дѣятеля. *Родзевичъ* по окончаніи въ 1874 г. курса наукъ въ Медико-Хирургической Академіи поселился въ Нижнемъ-Новгородѣ и съ тѣхъ поръ занимался врачебной практикой, при чемъ въ теченіи 12 лѣтъ безвозмездно состоялъ сверхштатнымъ врачемъ при Управленіи Нижегородскаго почтово-телеграфнаго округа, и во все время своей врачебной дѣятельности пользовался репутаціей искуснаго акушера. Цѣлый рядъ допрошенныхъ на Судѣ лицъ, въ числѣ которыхъ были ремесленники, незначительные торговцы, чиновники, священники, слѣд., лицъ разныхъ положеній и принадлежащихъ къ разнымъ слоямъ общества, далъ о немъ самый благопріятный отзывъ, какъ о человѣкѣ отзывчивомъ и во всякое время днемъ и ночью готовомъ спѣшить съ врачебной помощью по первому зову, не задаваясь вопросомъ о гонорарѣ. Даже единственный случай изгнанія плода, признанный присяжными засѣдателями, относится къ вдовѣ, единственнымъ убѣжищемъ которой былъ вдовій домъ. Изъ этого дома ей грозило изгнаніе въ случаѣ обнаруженія ея беременности, и уже потому она настолько была бѣдна, что *Родзевичъ*, уступая ей въ просьбѣ произвести у нея выкидышъ, весьма возможно, руководствовался не исключительно корыстными цѣлями. Независимо отъ врачебной практики *Родзевичъ* проявлялъ свою дѣятельность въ научныхъ литературныхъ трудахъ по своей спеціальности, принималъ участіе въ архивной Коммиссіи, составилъ довольно цѣнную библіотеку, которую намѣревался пожертвовать городу въ благодарность за то, что городъ далъ ему практику и возможность достигнуть нѣкотораго благосостоянія. Объ этомъ намѣреніи *Родзевичъ* говоритъ въ своихъ біографическихъ замѣткахъ задолго до возбужденія настоящаго дѣла. Кромѣ того, *Родзевичъ* обремененъ значительнымъ семействомъ, состоящимъ изъ нѣсколькихъ требующихъ воспитанія дѣтей, на будущность которыхъ слишкомъ тяжело можетъ отразиться присужденное ихъ отцу наказаніе, ими не заслуженное. Всѣ эти обстоятельства побуждаютъ Судъ, на основаніи 154 ст. Улож. о наказ. и 775 ст. Уст. Уг. Суд. обратиться къ Высочайшему милосердію и повергнуть къ стопамъ Его Императорскаго Величества ходатайство о смягченіи участи *Родзевича* замѣною присужденнаго ему наказанія заключеніемъ въ тюрьмѣ на 2 года безъ лишенія всѣхъ особенныхъ лично и по состоянію присвоенныхъ ему правъ и преимуществъ»...

107. *Pasteur*'овскій Институтъ въ Парижѣ закончилъ договоръ съ 2-мя Англійскими компаніями въ Конго и въ Южной Африкѣ *для поставки* въ Институтъ *большого числа шимпанзе*. Будущей осенью въ Парижѣ ожидается большая партія этихъ обезьянъ, которымъ суждено играть столь выдающуюся роль въ разработкѣ вопросовъ о происхожденіи и, по видимому, о предупрежденіи сифилиса. Въ новомъ отдѣленіи Института приготовлено уже обширное, состоящее изъ цѣлаго ряда залъ, теплое помѣщеніе для этихъ обезьянъ. Такъ какъ цѣна на шимпанзе очень высока (отъ 1000 и болѣе фр. за голову), то принимаются всевозможныя мѣры предосторожности, чтобы они по

Digitized by Google

прибытіи въ Парижъ могли продолжать свой образъ жизни при возможно болѣе нормальныхъ для нихъ условіяхъ.

108. Въ печатаемомъ въ «Le Matin» описаніи экспедиціи къ южному полюсу недавно возвратившагося Норвежскаго путешественника Nordenskjöld'а приводятся, между прочимъ, интересныя данныя относительно *температуры и силы вѣтра на Южномъ полюсѣ.* Наиболѣе низкая температура, которую наблюдала экспедиція, была—41°,4 Ц.; это, по видимому, наиболѣе низкая температура, которую вообще наблюдали до настоящаго времени въ природѣ. Члены экспедиціи отмѣчаютъ также поразительную силу вѣтра на Южномъ полюсѣ: бывали дни, когда вѣтеръ дулъ съ силой 34 метровъ въ секунду, т. е. съ такой силой, которая до сихъ поръ еще была неизвѣстна наблюдателямъ.

109. Такъ какъ *лабораторія физики* (въ Сорбоннѣ), гдѣ работаетъ *проф. Curie* со своей женой и гдѣ ими открытъ былъ радій, оказывается очень тѣсной и неудовлетворительной (см. выше, № 2, стр. 72), то администрація Сорбонны на дняхъ обратилась съ запросомъ къ директору *Pasteur*'овскаго Института, не можетъ-ли Институтъ предоставить въ своемъ новомъ химико-физическомъ отдѣленіи достаточной лабораторіи для производства гг. Curie дальнѣйшихъ опытовъ надъ радіемъ. Отвѣтъ полученъ положительный; *Pasteur*'овскій Институтъ предоставилъ проф. Curie и его женѣ огромный залъ для работы и такимъ образомъ даетъ у себя пріютъ одному изъ наиболѣе выдающихся современныхъ физиковъ.

110. Въ настоящее время въ Институтѣ *Pasteur*'а въ Парижѣ находится большой *шимпанзе* (присланный изъ Конго), *у котораго проф. И. И. Мечниковъ вызвалъ невоспріимчивость къ сифилису.* 3 мѣсяца назадъ этой обезьянѣ привитъ былъ ослабленный сифилитическій ядъ, взятый отъ обезьяны макака, который былъ зараженъ шанкернымъ ядомъ отъ человѣка. Оказалось, что человѣческій сифилитическій ядъ ослабляется въ тѣлѣ макака. У шимпанзе, человѣкообразной обезьяны, ослабленный сифилитическій ядъ вызвалъ лишь ничтожныя и скоропреходящія первичныя явленія, не далъ явленій вторичныхъ и предохранилъ его отъ человѣческаго сифилитическаго яда. Прошло уже 2 мѣсяца со времени зараженія этого шимпанзе сифилисомъ отъ шанкерной язвы человѣка [поскольку можно судить на основаніи полученныхъ до сихъ поръ данныхъ (опыты *И. И. Мечникова* и *Lassar*'а), зачаточный періодъ сифилиса у шимпанзе продолжается отъ 14 до 35 дней], и до сихъ поръ у него никакихъ признаковъ сифилиса нѣтъ. Если этотъ важный фактъ подтвердится на другихъ шимпанзе, то можно сказать, что недалеко уже то время, когда можно будетъ добыть вакцину противъ сифилиса. Несомнѣнно, это будетъ величайшее благодѣяніе для человѣчества. Подробная статья касательно упомянутыхъ здѣсь опытовъ вызыванія невоспріимчивости у шимпанзе къ сифилису появится въ ближайшей книжкѣ «Annales de l'Institut *Pasteur*».

111. Въ декабрьской книжкѣ «Annales de l'Institut *Pasteur*» помѣщена статья профф. *И. И. Мечникова* и *Roux* объ *экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ по сифилису,* съ подробнымъ описаніемъ извѣстныхъ уже нашимъ читателямъ опытовъ прививки сифилиса шимпанзе. Къ статьѣ приложены 2 хромолитографированныя таблицы рисунковъ, изъ которыхъ явствуетъ, что полученная у шимпанзе язва была несомнѣнно твердый шанкръ.

112. Одинъ изъ корреспондентовъ «The British Medical Journal» (16 января) спрашиваетъ редакцію, не будетъ-ли проступкомъ противъ врачебной этики, если онъ согласится на просьбу молочнаго торговца изслѣдовать разъ въ 2 недѣли его молоко и выдавать письменное удостовѣреніе, которое будетъ вывѣшиваться въ лавкѣ. Отвѣтъ газеты гласитъ: «*Это значило-бы, очевидно, давать удостовѣренія для цѣлей торговой рекламы и, слѣд., недопустимо*».

113. По свѣдѣніямъ «Le Bulletin médical» (16 января), городъ Парижъ имѣетъ въ виду, по почину муниципальнаго совѣтника г. Bussat, *открыть лабораторію прикладной физіологіи;* лабораторія эта предназначается для изученія всего, что касается условій жизни въ городахъ, особенно-же спеціальной жизни мастерскихъ, фабрикъ, школъ и т. д., и для популяризаціи свѣдѣній такого рода.

114. Съ 18-го по 21-го апрѣля состоится въ Leipzig'ѣ *XXI Съѣздъ по внутренней медицинѣ* подъ предсѣдательствомъ проф. *Merkel*'я. Въ первый день послѣдуетъ сообщеніе профф. *Marchand*'а и *Romberg*'а объ артеріосклерозѣ, а остальные посвящены будутъ другимъ докладамъ и предъявленіямъ. Заявленія о желаніи принять участіе въ Съѣздѣ принимаетъ секретарь его д-ръ *Emil Pfeiffer*,—Wiesbaden, Parkstrasse 13 («Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges», 8 января).

115. *Численность врачей въ Австріи.* Къ началу 1904 г. въ Австріи насчитывалось, по оффиціальнымъ свѣдѣніямъ, 11689 врачей (противъ 11339 въ прошломъ году); изъ нихъ 3454 (3325) приходится на Нижнюю Австрію, 396 (393) на Верхнюю, 133 (124) на Salzburg, 692 (675) на Штирію, 151 (148) Каринтію, 109 (104) на Крайну, 352 (339) на Побережье, 598 (601) на Tirol и Vorarlberg, 2905 (2789) на Чехію, 955 (943) на Моравію, 240 (237) на Силезію, 1413 (1382) на Галицію, 146 (139) на Буковину, 145 (140) на Далмацію и 108 (100) на Боснію съ Герцеговиной; по городамъ 2531 (2376) врачей падаетъ на Вѣну, 63 (60) на Linz, 44 (40) на Salzburg, 274 (270) на Градецъ (Graz), 41 (37) на Klagenfurt, 41 (36) на Люблину (Laibach), 188 (181) на Терстъ (Trieste), 70 (84) на Innsbruck, 580 (538) на Прагу, 186 (188) на Brünn, 39 (37) на Troppau, 312 (228) на Львовъ (Lemberg), 60 (57) на Черновицу и 20 (17) на Zara («Wiener medizinische Presse», 17 января).

116. 8-го января въ Александріи установленъ случай *чумнаго* заболѣванія («Новое Время», 12 января).

117. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 16 января). Въ Индіи за недѣли по 5/хп и 12/хп 1903 г. погибли отъ чумы 16437 и 17295 чел., при чемъ за 1-ю недѣлю 46 случаевъ смерти падаютъ на городъ Bombay, 7073 на Bombay'скій округъ, 2252 на Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 1888 на Центральныя провинціи и Berar, 1674 на Punjab, 1094 на Центральную Индію, 14 на Calcutta, 778 на Bengal'скій округъ, 498 на Madras'скій, 573 на Mysore State и 529 на Hyderabad State. Замѣтно усиливается чума, при томъ въ ядовитой легочной формѣ, въ городѣ Sriganar (Kashmir), гдѣ 2/хп заболѣли 30 чел. и столько-же умерли. Изъ мѣстностей Cape Colony за недѣли по 12/хп и 19/хп болѣзнь оставалась только въ East London'ѣ, гдѣ 18/хп былъ найденъ трупъ туземца. На островѣ св. Маврикія за 2 послѣднихъ недѣли декабря и 1-ую января заболѣли чумою 62, 53 и 55 чел., а умерли 41, 29 и 37. Въ началѣ декабря чума появилась въ Iokohama; по телеграммѣ отъ 4/хп, тамъ насчитывалось къ этому времени 120 домовъ въ округѣ, подвергнутомъ изоляціи.

118. *Умерли:* 1) 22 декабря въ Златоустѣ бывшій врачъ Златоустовской земской больницы *Николай Алексѣевичъ Зарубинъ.* Покойнаго въ Златоустѣ зналъ старый и малый. Днемъ, ночью, въ какую угодно погоду, въ простыхъ дровняхъ или пѣшкомъ, на самый край города, являлся онъ къ больнымъ по первому зову, часто не требуя себѣ вознагражденія за свой трудъ («Самарская Газета», 10 января). Покойный родился въ 1867 г., а званіе врача получилъ въ 1893 г. — 2) 12 января въ Петербургѣ *Николай Адольфовичъ Винтеръ* («Новое Время», 13 января), родившійся въ 1839 г., а званіе врача получившій въ 1865 г. — 3) Въ Вѣнѣ недавно Несторъ австрійскихъ бальнеологовъ *проф. Josef Seegen*, 82 лѣтъ отъ роду. Родившись въ 1822 г. въ Polna, онъ получилъ дипломъ врача въ 1847 г. въ Вѣнѣ, въ 1854 г. доцентировалъ тамъ-же по бальнеологіи, а въ 1859 г. былъ избранъ экстраординарнымъ профессоромъ по этой спеціальности. Съ 1853 г. по 1881 онъ работалъ въ качествѣ курортнаго врача въ Karlsbad'ѣ и съ тѣхъ поръ посвятилъ себя исключительно изслѣдованію вопросовъ обмѣна, особенно бѣлковаго, гликогенной дѣятельности печени и т. д. («Wiener medizinische Presse», 17 января).

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти *В. И. Турчиновича-Выжникевича* (см. выше, № 2, стр. 68) заимствуемъ изъ «Новаго Времени» (12 января) слѣдующія данныя о его болѣзни, сообщенныя *С. И. Виноградскимъ.* Заболѣлъ *В. И.* въ ночь на 4-е января: послѣ сильнѣйшаго озноба температура у него быстро поднялась до 40°; состояніе тяжелое, легкій бредъ. На слѣдующій день консиліумъ изъ врачей, работающихъ на фортѣ, *Падлевскаго, Шрейбера, Грылевича*, съ участіемъ д-ра *Заболотнаго*, приглашеннаго изъ Петербурга, опредѣлилъ у больного ограниченный воспалительный фокусъ въ правомъ легкомъ и, хотя окончательнаго распознаванія въ этотъ день не удалось еще ...ставить, призналъ заболѣваніе подозрительнымъ. Главное основаніе для подозрѣній относительно натуры заболѣванія давало то ...о обстоятельство, что *В. И.* въ теченіи послѣднихъ дней занимал...ся довольно опасной работой, подвергая значительныя массы жи...выхъ чумныхъ палочекъ особой, имъ изобрѣтенной, обработкѣ, при которой, можетъ быть, не была достаточно исключена возмож...ность вдыханія этихъ палочекъ въ распыленномъ состояніи. Въ ... виду этого больному было безотлагательно введено подъ кожу 8... к. стм. противочумной *Yersin*'овской сыворотки, отъ чего сост...ояніе больного, однако, существенно не улучшилось. 5-го къ ве...черу больной началъ покашливать и выдѣлять мокроту, которая ... вскорѣ стала кровянистой. Микроскопическое изслѣдованіе м...окроты, произведенное немедленно, обнаружило присутствіе огром...ныхъ количествъ чумныхъ палочекъ, настолько характерное, что ...о можно было сейчасъ же установить распознаваніе «чумная пн...еймонія», не ожидая результата прививокъ этой мокроты животн...ымъ. Съ этого момента рѣшено было примѣнить энергичное ... сывороточное лѣченіе: больному впрыснуто подъ кожу 200 к. ...стм. сыворотки, и такое же количество еще 2 раза было введ...ено больному непосредственно въ полость плейры и въ вены ... въ теченіи послѣдующихъ дней болѣзни. Какъ временное послѣ...дствіе этихъ впрыскиваній, состояніе больного нѣсколько улучш...алось, температура значительно понижалась, но овладѣть болѣзнен...нымъ процессомъ все-таки не удалось, и 7/I въ 6 час. вечера, пр... и явленіяхъ отека легкихъ и ослабленной сердечной дѣятельности ... *В. И.* скончался. Сохраняя все время сознаніе, *В. И.* не могъ ... не понять истинной причины своей болѣзни; предвидя неминуем...ый конецъ, онъ завѣщалъ сжечь свой трупъ, личной волей свое...й предрѣшивъ трудный вопросъ о способѣ своего погребенія. ...Вскрытіе тѣла подтвердило прижизненное распознаваніе правосто...ронней петехической чумной пнеймоніи.—При покойномъ введ...ены были на фортѣ, гдѣ онъ скончался, періодическіе 3-недѣль...ные курсы для врачей по бактеріологіи и діагностикѣ чумы, кото...рыми онъ и руководилъ съ полнымъ успѣхомъ.

Вслѣдствіе нѣкоторыхъ конторскихъ неисправ...ностей по почтовой части № 1 и № 2 разосланы были подписч...икамъ до крайности запоздало. Усердно просимъ великодушн... извинить намъ эту невольную вину. *Ред.*

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Русскіе.

**Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины.** Сентябрь.

1. **Тамманъ и Хлопинъ.** *Вліяніе высокихъ давленій на микроорганизмы.* (Продолженіе). 2. **А. П. Артемьевъ.** *О смертности Тифлисскаго городского населенія вообще и отъ бугорчатки въ частности.* Статистическія данныя за 4 года. 3. **Н. А. Золотавинъ.** *Сифилисъ въ Ямбургскомъ уѣздѣ Петербургской губ. за 12 лѣтъ съ 1889 по 1900 г.* 4. **Г. В. Хлопинъ.** *Каменно-угольныя краски*(Продолженіе).

**Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней.** Іюнь. Т. XVII.

1. **Д. А. Кривскій.** *Объ отношеніи щитовидной железы къ эклампсіи.* Литературный очеркъ. 2. **М. Ненадовичъ.** *Операція наложенія щипцовъ «по заказу».* Авторъ является сторонникомъ сохраняющаго лѣченія. 3 **Т. Вурдзинскій.** *Случай родовъ сросшимися двойнями (thoracopagus).* Описаніе случая съ рисунками двойней. 4. **Онъ-же.** *Къ ученію объ аномаліяхъ водной области.* Микроскопическое изслѣдованіе. 5. **Ф. Цуръ-Мюленъ.** *Случай metritidis dissecantis.* Описаніе случая и микроскопическое изслѣдованіе. 6. **Л. К. Лингенъ.** *Къ казуистикѣ родовъ послѣ vaginae fixatio uteri.* 11 случаевъ. 7. **А. И. Захарьевскій.** *Къ вопросу о значеніи внутриматочныхъ впрыскиваній іода при лѣченіи воспалительныхъ женскихъ болѣзней.* Литературный обзоръ и собственные случаи. 8. **В. П. Федоровъ.** *Къ вопросу о вліяніи сифилиса на беременность.* Статистическія данныя.

**Извѣстія И. В.-Медицинской Академіи.** Сентябрь. Т. VII. № 1.

1. **А. О. Карницкій.** *Физіолого-химическія наблюденія надъ кровью плода въ моментъ его рожденія.* 2. **Л. О. Игнатовскій.** *Новый типъ клиническаго анемо-калориметра.* Описаніе и рисунки прибора. 3. **В. П. Осиповъ.** *Очеркъ психіатрической литературы за 1901 г.*

**Обозрѣніе психіатріи, неврологіи и экспериментальной психологіи.** Іюнь. № 6.

1. **С. Ярошевскій.** *Къ ученію о периферическихъ бленнорройныхъ нейритахъ.* 1 случай. 2. **В. М. Бехтеревъ.** *О рефлексахъ дальнихъ отдѣловъ верхней конечности и о распознавательномъ ихъ значеніи.* 3. **А. Ф. Мальцевъ.** *Роль монастырей и другихъ учрежденій въ призрѣніи душевно-больныхъ въ XVII и XVIII вв до открытія въ Малороссіи приказовъ общественнаго призрѣнія.* 4. **Э. Э. Гартье.** *О задерживающемъ аппаратѣ сердца у новорожденныхъ щенятъ.* 5. **И. Спиртовъ.** *О вліяніи музыки на мышечную работу.*

**Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней.** Августъ. Т. VI. № 8.

1. **И. Ф. Зеленевъ.** *Къ вопросу о болѣзняхъ самостоятельныхъ сальныхъ железъ.* (Окончаніе). 2. **Л. И. Эрлихъ.** *Происхожденіе плазматическихъ клѣтокъ.* (Предварительное сообщеніе). 3. **В. Д. Пташинскій.** *Случай Pityriasis rubra Hebrae.* 4. **Онъ-же.** *Случай Psoriasis vulgaris acuta et dermatitis exfoliativa.* 5. **М. Кудашъ.** *Случай Sarcoma cutis idiopathicum pigmentosum Kaposi.* 6. **П. Р. Тимошка.** *Къ вопросу о лѣченіи парши формалиномъ.* Получилъ отрицательные результаты. 7. **С. Н. Яковлевъ.** *Къ казуистикѣ криптогеннаго сифилиса.* 3 случая. 8. **С. Г. Якушевичъ.** *Къ вопросу о стойкости красныхъ кровяныхъ тѣлецъ у сифилитиковъ.* 9. **И. Ф. Зеленевъ.** *Fossae miculaneae atrophicae syphiliticae.* Описаніе рѣдкой формы сифилитическихъ пораженій кожи. 10. **П. И. Фроловъ.** *Erosion chancreuse labii inferioris oris.* 11. **И. П. Дедюринъ.** *О методахъ лѣченія паховыхъ бубоновъ.* (Продолженіе). 12. **I. Н. Лурье.** *Заболѣваніе сѣменныхъ пузырьковъ, какъ осложненіе гонорреи.* (Окончаніе).

#### Сербскіе.

**Српски архив за целокупно лекарство.** Г. IX. Т. VII.

1. **Т. П. Нешича.** *О физиолошком дејству и примени екстракта надбубрежне жлезде у очној пракси.* 2. **Јарослава Кужеља.** *Расправа о тифу који је владао у околини Чачка и лечен у чачанској окружној болници у првој половини 1902 год.*

Августъ. Т. IX. Тетр. 8.

1. **Добр. Гер. Поповића.** *Један предлог за поболшанье здравльа нашег народа.* 2. **Јарослава Кужеља.** *Расправа о тифу, који је владао у околини Чачка и лечен у чачанској окружној болници у правој половини 1902 года.* (Продолженіе).

#### Англійскіе.

**International Medical Magazine.** Т. XII. № 7 и 8.

1. **G. Hudson Makuen.** *On the development of the faculty of speech.* Развитіе способности говорить. 2. **John P. Arnold.** *The relation of manual therapy to the vasomotor mechanism.* Объ отношеніи сосудодвигателей къ массажу. 3. **Alfred Hand.** *Some cases of infant-feeding.* Нѣсколько случаевъ дѣтскихъ болѣзней. 4. **Luther C. Peter.** *Treatment of epilepsy.* Лѣченіе падучей. 5. **Geo. Katzenstein.** *Treatment of eczema.* Лѣченіе экземы. 6. **John P. Arnold.** *Disturbances of the vasomotor mechanism as a factor in diagnosis and therapeutics.* Разстройства сосудодвигательной нервной системы и значеніе его при распознаваніи и лѣченіи.

**Pacific Medical Journal.** Іюль—Августъ.

1. **A. W. Morton.** *Clinical lecture.* 2. **Winslow Anderson.** *Ovarian proliferating cystadenoma.* Кистоаденома яичника. 3. **A. W. Morton.** *Excision of the supperior maxillary under medullary narcosis.* Иссѣченіе верхней челюсти при анэстезіи продолговатаго мозга. 4. **T. D. Crothers.** *Remedial faults in the editorial work of medical journals.*

**Transactions of the Chicago pathological Society.** Май—Іюнь. Т. V. № 14.

1. **Edward C. Rosenow.** *Blood cultures in lobar pneumonia and agglutination of the pneumococcus.* Разводка пнеймококковъ изъ пнеймоническаго легкаго и склеиваніе ихъ. 2. **Ellis Kirk Kerr.** *A statistical study of the post mortem findings in one hyndred and seventy-one cases of lobar pneumonia.* Статистика лобарной пнеймоніи, обнаруженной на вскрытіяхъ. 3. **Frederick Tice.** *Demonstration of a dissecting aneurysm of the root of the aorta involving the walls of the heart.* 4. **George H. Weaver and G. F. Ruediger.** *The effects on streptococci of blood serum from cases of scarlatina.* Вліяніе кровяной сыворотки скарлатинныхъ на стрептококковъ. 5. **D. E. W. Wenstrand.** *A study of the hemolysis of rabbit's blood corpuscles by human serum in various diseases, especially erysipelas.* Гемолизъ при рожѣ. 6. **W. A. Evans.** *A fever following rat bite.* 7. **Ludvig Hektoen.** *The action of certain ions upon the lysions in human serum.* Дѣйствіе нѣкоторыхъ іоновъ на лизины человѣческой кровяной сыворотки. 8. **E. R. Le Count.** *Network formations in the right auricle, with demonstration of a specimen.* 9. **Lewellys F. Barker and H. T. Ricketts.** *A cose of diplococcemia characterized by repeatedattacks of fever, muscular pains and an erythematous eruption.* Случай диплококкэміи.

**The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children.** Октябрь. Т. XLVIII. № 4.

1. **W. Francis B. Wakefield.** *The abdominal and pelvic lymphatics, and their relations hip to cancer of the uterus.* Лимфатическіе пути тазовой и брюшной полостей и ихъ отношеніе къ раку въ маткѣ. 2. **Richard C. Norris.** *Concervative surgery of the female pelvic organs.* Сохраняющая хирургія женскихъ тазовыхъ органовъ. 3. **H. Meek.** *Personal experience with Alexander's operation for retroversion of the uterus.* Личный опытъ съ примѣненіемъ операціи *Alexander'a* при запрокидываніяхъ матки. 4. **A. P. Stoner.** *Some remarks upon retrodeviations of the uterus.* Нѣсколько наблюденій надъ запрокинувшейся маткой. 5. **Ernest Boyen Young.** *Repeated cesarean section upon the same individual, with report of two cases.* Кесарское сѣченіе въ 2-хъ случаяхъ. 6. **E. Gustav Zinke.** *The work of downes'electro thermic angiotribe in two abdominal and two vaginal hysterectomies; in one large ovarian cyst complicating a cix months'pregnancy; in three birateal salpingooophorectomies; in one case of carcinoma mammae; in one of epithelioma of the external genitalia and in two cases of external hemorrhoids.* Примѣненіе электрическихъ раздробителей кровеносныхъ сосудовъ при операціяхъ надъ маткой. 7. **Chauncey D. Palmer.** *The urinary secretion: its obstetrical and gynecological considerations.* О выдѣленіи мочи и значеніи выдѣленія при беременности и женскихъ болѣзняхъ. 8. **Walker B. Gossett.** *The mechanism of occipito-posterior positions; daes the occiput rotate above or below the spine of the ischium.* Механизмъ родовъ при затылочномъ предлежаніи. 9. **W. E. Reed and E. K. Paine.** *Gynecological cases.*

#### Нѣмецкіе.

**Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere.** Октябрь. Т. XCIX. Тетр. 3 и 4.

1. **Jacques Loeb.** *Ueber die Befruchtung von Seeigeleiern durch Seesternsamen.* Къ вопросу объ оплодотвореніи у Strongylocentratus purpuratus. 2. **M. Gildemeister.** *Ueber Nervenreizung durch Induktion.* Опыты по раздраженію нерва электрическимъ токомъ. 3. **Gustav Emanuel.** *Ueber die Wirkung der Labyrinthe und des Thalamus opticus auf die Zugcurve des Frosches.* Опыты на лягушкахъ.

Тетр. 5 и 6.

1. **H. E. Hering.** *Ueber die Wirksamkeit der Nerven auf das durch Ringer'sche Lösung sofort oder mehrere Stunden nach dem Tode wiederbelebte Säugethierherz.* Опыты оживленія сердца животныхъ. 2. **E. Gross.** *Die Bedeutung der Salze der Ringer'schen Lösung für das isolirte Säugethierherz.* Вліяніе солей *Ringer*'овскаго раствора на изолированное сердце млекопитающихъ.

**Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.** Октябрь. Т. L. Тетр. 3 и 4.

1. **Robert Breuer** und **Rudolf Freih. v. Seiller.** *Über den Einfluss der Kastration auf den Blutbefund weiblicher Thiere.* Измѣненіе въ крови у животныхъ женскаго пола при вырѣзываніи яичниковъ. 2. **C. Jacoby, Hayashi** und **Szubinski.** *Untersuchungen über die pharmakologische Wirkung der zyklischen*

Digitized by Google

*Isoxime der hydroaromatischen Kohlenwasserstoffe unter vergleichender Berücksichtigung der entsprechenden zyklischen Ketone, Imine und Oximine.* Опыты на лягушкахъ и мышахъ. 3. **Hayashi.** *Über die antipyretische Wirkung der Medullarkrampfgifte mit besonderer Berücksichtigung der zyklischen Isoxime.* Опыты на кроликахъ. 4. **Hugo Lüthje.** *Über die Kastration und ihre Folgen.* Вліяніе холощенія на обмѣнъ фосфорной кислоты и извести. 5. **Wilhelm Schlesinger.** *Zur Klinik und Pathogenese des Lävulosediabetes.* Клиническія наблюденія надъ левулезуріей. 6. **Franz Soetbeer.** *Über einen Fall von akuter Degeneration des Leberparenchyms.* Патолого-анатомическое вскрытіе съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

**Archiv für Verdauungs-Krankheiten.** Октябрь. Т. IX. Тетр. 4.

1. **Stefan v. Pesthy.** *Ueber die Brauchbarkeit der Perkussions-Auskultation in der Diagnostik der Magenerkrankungen.* Примѣнимость поступательно-выслушивательнаго способа къ распознаванію болѣзней желудка. 2. **Casimir von Rzentkowski.** *Studien über die proteolytische Kraft des Mageninhaltes.* Экспериментальныя данныя по вопросу о протеолитической способности желудочнаго содержимаго. 3. **N. P. van Spanje.** *Das Manometer bei der Capacitätsbestimmung des Magens.* Опредѣленіе емкости желудка съ помощью манометра. 4. **Max Buch.** *Enteralgie und Kolik. Ueber Mesogastralgie, zur Klarstellung des Begriffes Enteralgie.* 5 случаевъ кишечныхъ коликъ. 5. **G. Graul.** *Dickdarmcarcinom und Enteritis membranacea.* Отличительное распознаваніе между ракомъ толстой кишки и перепончатымъ энтеритомъ.

**Blätter für klinische Hydrotherapie und verwandte Heilmethoden.** Г. XIII. Іюль. № 7.

1. **Alois Strasser.** *Die hydriatische Behandlung der Herzkrankheiten.*

**Centralblatt für die gesammte Therapie.** Г. XXI. Октябрь. Тетр. 10.

1. **S. Mintz.** *Ueber die Therapie der Gallensteinkrankheit.* О лѣченіи желчно-каменной болѣзни. (Не окончена). 2. **Th. Robert Offer.** *Die Frage der Fleischkost bei Nierenerkrankungen.*

**Centralblatt für Krankheiten der Harn-und Sexual-Organe.** Сентябрь. Т. XIV. Тетр. 8.

1. **Bransford Lewis.** *Eine neue Methode der Circumcision.*

**Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.** Октябрь. Т. XIV. № 19.

1. **J. Arnold.** *Ueber Fettumsatz und Fettwanderung in der Cornea.* О прохожденіи жира черезъ роговую оболочку глаза. 2. **Ernst Kromayer.** *Bericht über die Fortschritte der Dermatologie auf dem Gebiete der Pathologie und pathologischen Anatomie im Jahre 1902.*

№ 20.

1. **Josef Schiffmann.** *Die Histogenese der elastischen Fasern bei der Organisation des Aleuronatexsudates.* Микроскопическое изслѣдованіе. 2. **G. Herxheimer.** *Zur Fettfärbung.* Полемическая замѣтка. 3. **Fritz Veiel.** *Sublamin als Fixierungsmittel.* Способы фиксированія объективовъ съ помощью сублямина.

**Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten.** Сентябрь. Т. XXXIV. № 6.

1. **Anton Ghon** und **Milan Sachs.** *Beiträge zur Kenntniss der anaëroben Bakterien des Menschen.* Къ вопросу объ этіологіи газовой гангрены. (Продолженіе). 2. **Rudolf Kraus.** *Ueber ein akut wirkendes Bakterientoxin.* Авторъ изслѣдовалъ одинъ бактеріальный токсинъ, который дѣйствуетъ подобно змѣиному яду. 3. **J. Bongert.** *Beiträge zur Biologie des Milzbrandbacillus und sein Nachweiss im Kadawer der grossen Haustiere.* Способы выдѣленія палочекъ сибирской язвы изъ труповъ большихъ животныхъ. 4. **Vagedes.** *Zur Abhandlung von Krompecher und Zimmermann «Ueber die Virulenz der Tuberkelbacillen» in Bd. XXXIII № 8 dieser Zeitschrift.* Критическая замѣтка. 5. **Sukehito Sto.** *Ueber die Aetiologie von «Ekiri» einer eigentümlichen, sehr akuten, ruhrartigen, epidemischen Kinderkrankheit in Japan.* Бактеріологія туземнаго заболѣванія дѣтей. (Не окончена). 6. **F. J. Bosc.** *Les Epithéliomas parasitaires. La clavelée et l'Epithélioma claveleux.* Микроскопическія изслѣдованія опухолей. (Продолженіе). 7. **v. Linstow.** *Helminthologische Beobachtungen.* Зоологическія наблюденія. 8. **Gino Pieri.** *Kurze Erwiederung auf Herrn Dr. Looss'Mitteilung: Weiteres über die Einwanderung der Ankylostomen von der Haut aus.* Полемическая замѣтка. 9. **H. Herzog.** *Die Abschwächung der Säugetiertuberkulosebacillen im Kaltblüterorganismus.* (Не окончена). 10. **Oskar Bail** und **Alfred Pettersson.** *Untersuchungen über natürliche und künstliche Milzbrandimmunität.* (Окончаніе). 11. **Paul Theodor Müller.** *Zur Theorie der natürlichen antibakteriellen Immunität.* Критическій очеркъ. 12. **E. P. Pick.** *Ueber den Gehalt der einzelnen Eiweissfraktionen des Serums an Cholera immuni Hölpern.* Полемическая замѣтка. 3. **Alfred Wolff.** *Bemerkungen zu vorstehender Entgegnung.* Отвѣтъ на предыдущую. 14. **Paul Moser** und **Clemens Frh. v. Pirquet.** *Zur Agglutination der Streptokokken.* Опыты надъ примѣненіемъ феномена *Pfeiffer*'а по отношенію къ стрептококкамъ. 15. **Paul Theodor Müller.** *Geht das Tetanolysin mit den Proteïden des Serums und des Eiklars eine ungiftige Verbindung ein?* Опыты надъ вліяніемъ яичнаго и сывороточнаго бѣлка на тетанолизинъ. 16. **Ernst Sauerbeck.** *Zur Frage des Pankreas-Cytolysins.* Критическая замѣтка. 17. **Arthur Meyer.** *Naphtolblau als Reagens auf Bakterienfett.* Къ микроскопической техникѣ. 18. **H. Hetsch.** *Weiteres zur kulturellen Differenzierung der kuhrbacillen gegenüber ruhrähnlichen Bakterien.* Бактеріологія кровавого поноса. 19. **Hurschbruch** und **Schwer.** *Die Choleradiagnose mit Hilfe eines Spezialagars.* Новая среда для распознаванія холерныхъ разводокъ. 20. **Gust. Obermaier.** *Ueber die Trinkwasserdesinfektion mit Jod nach Vaillard.* Объ обеззараживаніи питьевой воды посредствомъ іода. 21. **E. Wiener.** *Ein Apparat zur Züchtung von Mikroorganismen in beweglichen flüssigen Medien.* Описаніе и рисунокъ прибора. 22. **Osw. Streng.** *Zur Züchtung der anaëroben Bakterien.* Усовершенствованія въ области бактеріологической методики. 23. **C. Siebert.** *Ueber das Verhalten des Loefflerschen Mäusetyphusbacillus zu dem v. Drigalski-Conradischen Nährboden.* Опыты съ разводками мышинаго тифа.

Октябрь. Т. XXXIV. № 7.

1. **Anton Ghon** und **Milan Sachs.** *Zur Aetiologie des Gasbrandes.* Бактеріологія газовой гангрены. (Окончаніе). 2. **Allan Macfadyen** and **Sydney Rowland.** *Upon the intracellular constituents of the typhoid bacillus.* Изслѣдованіе токсиновъ изъ тифозныхъ палочекъ. 3. **J. Bongert.** *Beiträge zur Biologie des Milzbrandbacillus und sein Nachweiss im Kadaver der grossen Haustiere.* Біологія сибиреязвенныхъ палочекъ и способы обнаруженія ихъ въ трупахъ животныхъ. (Продолженіе). 4. **Thorvald Madsen.** *La constitution du poison diphtérique.* Опыты съ дифтерійнымъ токсиномъ. 5. **Frederick T. Lord.** *Diplococcus intracellularis meningitidis (Weichselbaum) in the nose. Report of a case without meningitis and review of the literature.* Случай менингита, вызваннаго diplococco intracellulare. Описаніе случая и обзоръ литературы. 6. **Friedrich Franz Friedmann.** *Der Schildkrötentuberkelbacillus, seine Züchtung, Biologie und Pathogenität.* Бугорчатка черепа. Ея возбудители и ихъ біологическія свойства. 7. **Sukehikosto.** *Ueber die Aetiologie von «Ekiri», einer eigentümlichen, sehr akuten, ruhrartigen, epidemischen Kinderkrankheit in Japan.* Изслѣдованіе острой эпидемической болѣзни дѣтей въ Японіи. 8. **F. J. Bosc.** *Les Epithéliomas parasitaires. La clavelée et l'epithélioma claveleux.* Чужеядныя въ эпителіомахъ. (Окончаніе). 9. **H. Herzog.** *Die Abschwächung der Säugetiertuberkulosebacillen im Kaltblüterorganismus.* Опыты ослабленія разводокъ бактерій бугорчатки въ организмѣ холоднокровныхъ. 10. **Hans Sachs.** *Ueber Differenzen der Blutbeschaffenheit in verschiedenen Lebensaltern.* Измѣненія свойствъ крови въ различные періоды жизни животныхъ. 11. **Edmund Hoke.** *Ueber Komplementbindung durch Organzellen.* О выработкѣ комплементовъ въ клѣткахъ организма животныхъ. 12. **A. C. Abbott.** *The adrenal gland and its active principle in their relations to cytolisins and antitoxin production.* О дѣйствующемъ началѣ надпочечной железы и объ отношеніи его къ выработкѣ организмомъ цитолизиновъ и антитоксиновъ. 13. **Paul Theodor Müller.** *Zur Theorie der natürlichen antibacteriellen Immunität.* Къ вопросу объ естественной противубактерійной невоспріимчивости. (Окончаніе). 14. **Paul Moser** und **Clemens Frh. v. Pirquet.** *Zur Agglutination der Streptokokken.* О склеиваніи стрептококковъ. (Окончаніе). 15. **G. Ghedini.** *Untersuchungen über die Wirkung einiger Organextrakte.* Вліяніе вытяжекъ изъ нѣкоторыхъ органовъ на внутренніе органы животныхъ. 16. **Keisaku Kokubo.** *Ueber die Anfertigung und Aufbewahrung von Sporenseidenfäden für Desinfektionszwecke.* Объ изготовленіи споръ на шелковинкахъ въ цѣляхъ обеззараживанія. 17. **C. Siebert.** *Ueber das Verhalten des Loefflerschen Mäusetyphusbacillus zu dem v. Drigalski-Conradischen Nährboden.* Ростъ палочекъ мышинаго тифа на средахъ *Дригальскаго* и *Конради*. 18. **William Dodge Frost.** *A simple method of making collodion sacs for bacteriological work.* Простой способъ изготовленія коллодіевыхъ мѣшечковъ.

Т. XXXIV. № 8.

1. **Kruse.** *Das Verhältniss der Milchsäurebakterien zum Streptococcus lanceolatus (Pneumoniecoccus, Enterococcus u. s. w.).* По мнѣнію автора, очень многіе виды, какъ, напр., Streptococcus enteritidis *Hirsch*'а и *Libbmann*'а, Enterococcus *Thiercelius* суть настоящія бактеріи молочнокислаго броженія, встрѣчающіяся въ кишечникѣ у дѣтей и у взрослыхъ. 2. **Philipp Eisenberg.** *Ueber die Anpassung der Bakterien an die Abwehrkräfte des infizierten Organismus.* Случай зараженія бактеріями синезеленаго гноя и сывороточнаго распознаванія при этомъ заболѣваніи; нечувствительность выращенныхъ изъ человѣческаго организма тифозныхъ палочекъ къ дѣйствію человѣческой кровяной сыворотки. 3. **Allan Macfadyen** and **Sydney Rowland.** *Upon the intracellular constituents of the typhoid bacillus.* Внутриклѣточный составъ тифозныхъ палочекъ. (Окончаніе). 4. **J. Bongert.** *Beiträge zur Biologie des Milzbrandbacillus und sein Nachweis im Kadaver der grossen Haustiere.* (Продолженіе). 5. **H. Albrecht** und **Ghon.** *Bemerkungen zu dem Artikel von Prof. H. Bonhoff «Zum Streit um den Meningococcus» (Centralbl. f. Bakt. etc. Abt. 1. Orig. Bd. XXXIV. № 2. p. 143).* Полемическая замѣтка. 6. **Friedrich Franz Friedmann.** *Der Schildkrötentuberkelbacillus, seine Züchtung, Biologie und Pathogenität.* (Окончаніе). 7. **Лидія Рабиновичъ** и **W. Kempner.** *Die Trypanosomen in der Menschen-und Tierpathologie, sowie vergleichende Trypanosomenuntersuchungen.* О трипанозомахъ человѣческой крови и крови животныхъ. 8. **J. Stafford.** *Two Distomes from Canadian Urodela.* 2 вида двуустки. 9. **Wendelstadt** *Ueber die Einwirkung von Glykogen auf hämolytische Vorgänge.* Вліяніе гликогена на гемолитическія свойства сыворотки. 10. **Richard**

Digitized by Google

**Volk.** *Ueber die Bindung des Bakteriohämolysins an die roten Blutkörperchen.* На связываніе бактеріогэмолизиновъ красными кровяными тѣльцами имѣетъ вліяніе присущія каждому животному особенности, а также качество лизина. На скорость связыванія вліяетъ температура. 11. **Friedrich Wechsberg.** *Zur Lehre von den antitoxischen Seris.* Цѣлью сывороточнаго лѣченія, по мнѣнію автора, должно быть полученіе по возможности наиболѣе поливалентныхъ сыворотокъ противъ разнообразныхъ заразныхъ началъ.

**Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte.** Сентябрь. № 17.

1. **M. Winkler.** *Ueber eine eigenartige benigne Streptomycosis bullosa in der Blindenanstalt Könitz bei Bern.* Описаніе доброкачественной стрептококковой эпидеміи. 2. **Heinrich Staub.** *Ueber die in den schweizerischen Heilanstalten für unbemittelte Lungenkranke erzielten Erfolge.* Успѣхи лѣченія легочныхъ заболѣваній въ Швейцарскихъ лѣчебныхъ учрежденіяхъ. 3. **Theodor Zangger.** *Zur Kasuistik der toxischen scarlatiniformen Exantheme.* Случай токсической скарлатино-подобной экзантемы. 4. **M. Roth.** *Professor Dr. Albert Dubler.* Біографическій очеркъ.

Сентябрь. Т. XXXIII. № 18.

1. **P. Maag.** *Ueber den Einfluss des Lichtes auf den Menschen und den gegenwärtigen Stand der Freilichtbehandlung.* Критическій очеркъ о вліяніи свѣта на человѣческій организмъ. 2. **H. Schulthess.** *Hämaturie durch oxalsäure nach Rhabarbergenuss.* Описаніе случая. 3. **Casimir Strzyzowski.** *Ueber die chemische Zusammensetzung einer chylösen Ascitesflüssigkeit.* Химическій анализъ брюшноводяночной жидкости.

Октябрь. Г. XXXIII. № 19.

1. **E. Fischer.** *Ueber die Tuberkulinprobe.* Предлагаетъ примѣнять туберкулинную пробу на больныхъ людяхъ. 2. **P. Maag.** *Ueber den Einfluss des Lichtes auf den Menschen und den gegenwärtigen Stand der Freilichtbehandlung.* (Окончаніе).

№ 20.

1. **Conrad Brunner.** *Zur Laparotomie bei penetrierendem Bauchschuss.* Въ случаѣ автора было огнестрѣльное раненіе живота съ прободеніемъ кишки. Исходъ — выздоровленіе. 2. **Paul Knapp.** *Die Herstellung und Verwendung der gelben Quecksilberoxydsalbe.* Способъ полученія и примѣненія ртутной мази. 3. **J. Michalski.** *Kasuistischer Beitrag zur Fremdkörper-Appendicitis.* Случай аппендицита, вызваннаго присутствіемъ инороднаго тѣла.

Добавочная тетрадь. № 20. 15 октября.

1. **E. Wehrle.** *Ueber Vioform.* Фармакологическія свойства и значеніе его для терапіи.

Ноябрь. № 21.

1. **Oscar Wyss.** *Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahr und Blasenseuche der Milchtiere.* Статистическія данныя о дѣтской смертности въ первый годъ жизни. 2. **E. Ringier.** *Ein typische Fall von Zwangsirresein.* Случай помѣшательства.

**Deutsches Archiv für klinische Medicin.** Сентябрь. Т. LXXVII. Тетр. 5 и 6.

1. **Germanus Flatau.** *Exophthalmus und Hirndruck.* Связь между пучеглазіемъ и внутричерепнымъ давленіемъ. 2. **Ch. Thorel.** *Pathologisch-anatomische Beobachtungen über Heilungsvorgänge bei Nephritis.* Патолого-анатомическія изслѣдованія почекъ при нефритахъ. 3. **Julius Schmidt.** *Ein Beitrag zum Stoffwechsel bei der chronischen Leukämie.* Обмѣнъ веществъ при хронической бѣлокровіи. 4. **Alfred Schittenhelm.** *Zur Frage der Ammoniakausscheidung im menschlichen Urin.* Вліяніе различныхъ условій на выдѣленіе мочею изъ организма аммiака. 5. **W. Hesse.** *Die Bedeutung des Auswurfs als Nährboden für den Tuberkelbacillus.* Мокрота, какъ средство для полученія разводокъ палочекъ бугорчатки. 6. **O. Kurpjuweit.** *Zur Diagnose von Knochenmarkmetastasen bei malignen Tumoren aus dem Blutbefunde.* Изслѣдованіе крови, какъ способъ распознаванія переносовъ въ костный мозгъ при злокачественныхъ новообразованіяхъ.

Октябрь. Т. LXXVIII. Тетр. 1 и 2.

1. **O. Wandel.** *Über Pneumokokkenlokalisationen.* 2. **Aug. Hoffmann.** *Neue Beobachtungen über Herzjagen.* Сердцебіенія и ихъ клиническое значеніе. 3. **E. Schwarzkopf.** *Ueber die Bedeutung von Infektion, Heredität und Disposition für die Entstehung der Lungentuberkulose.* Значеніе зараженія, наслѣдственности и предрасположенія для появленія легочной бугорчатки. Статистическія данныя. 4. **Adalbert Rosenthal.** *Fettbildung in normalen und pathologischen Organen.* Образованіе жира въ печени и почкахъ при кантаридиновомъ и флоридзиновомъ отравленіяхъ. 5. **Max Buch.** *Uber Physiologie und Pathologie der fliegenden Mücken (Muscae volatiles, Mouches volantes, Myodesopsie, bewegliche Skotome).* Патогенезъ эндоптическихъ явленій въ глазу. 6. **O. Pan.** *Klinische Beobachtung über ventrikulare Extrasystolen ohne kompensatorische Pause.* Случай рѣдкаго разстройства сердечной дѣятельности. 7. **Adolf Jolles.** *Eine sehr empfindliche Probe zum Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn.* Новая реакція на желчные пигменты въ мочѣ. Способъ основанъ на извлеченіи пигментовъ хлороформомъ и осажденіи ихъ хлористымъ баріемъ. 8. **Bernhard Fischer.** *Über Sondierungsverletzungen und Divertikel des Oesophagus.* Поврежденія пищевода при введеніи желудочнаго зонда. Случай съ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ. 9. **Leo Langstein** und **Erich Meyer.** *Beiträge zur Kenntniss der Alkaptonurie.* Химическое обнаруженіе алькаптона въ мочѣ. 10. **Felix Lommel.** *Über den Tonus der grossen Gefässe und über das Verhalten der peripher gelegenen Gefässgebiete bei lokalen Wasserprozeduren.* Наблюденія надъ тонусомъ большихъ сосудовъ. 11. **E. Bendix** und **K. Dreger.** *Die Ausnutzung der Pentosen im Hunger.* Расходъ пентозы при голоданіи.

**Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.** Сентябрь. Т. XXIV. Тетр. 3 и 4.

1. **Maximilian Sternberg.** *Studien über einen Hemicephalus, mit Beitragen zur Physiologie des menschlichen Centralnervensystems.* Патолого-анатомическое и микроскопическое изслѣдованіе въ случаѣ гемицефаліи. 2. **Онъ-же** und **Wilhelm Latzko.** *Klinischphysiologischer Theil.* Клиническая часть описанія случая, упомянутаго въ предыдущей работѣ автора. 3. **Alessandro Marina.** *Ueber die Contraction des Sphincte iridis bei der Convergenz und über die Convergenz und Seitenbewegungen der Bulbi.* Объ иннерваціи мышцы съуживающей зрачекъ. 4. **H. Idelsohn.** *Zur Casuistik und Aetiologie des intermittirenden Hinkens.* 14 наблюденій перемежающейся хромоты. 5. **Ernst Hedinger.** *Beitrag zur Lehre vom Herpes zoster.* Клиническое и патолого-анатомическое изслѣдованіе случая.

**Die Therapie der Gegenwart.** Сентябрь.

1. **G. Klemperer.** *Die Behandlung der Nierenstein-Krankheit.* Лѣченіе почечныхъ камней. (Окончаніе). 2. **Friedrich Bahrmann** und **Martin Kochmann.** *Nimmt das Soolbad unter den Bädern eine Sonderstellung ein?* Преимущество разсольныхъ ваннъ. 3. **H. Cybulski.** *Beitrag zur Mechanotherapie der Lungenphthise.* По мнѣнію автора въ свѣжихъ случаяхъ механотерапія можетъ оказать хорошее вліяніе на теченіе чахотки. 4. **Elemér Pollatschek.** *Die Anästhesirung der obern Luftwege bei Tuberkulösen.* Предлагаетъ ингаляціи сложной смѣси изъ ментола, анестезина и др. составныхъ частей. 5. **August Homburger.** *Ueber spinale und cerebrale Störungen der Harnblaseninnervation und die Pflege der Incontinenten.* Краткій очеркъ разстройства иннерваціи мочевого пузыря.

Октябрь.

1. **H. Strauss.** *Zur Frage der Kochsalz-und Flüssigkeitszufuhr bei Herz-und Nierenkranken.* Къ вопросу о распредѣленіи поваренной соли въ организмѣ при сердечныхъ и почечныхъ заболѣваніяхъ. 2. **Curt Trautmann.** *Der Einfluss des Veronal auf die Stickstoffausscheidung beim Menschen.* Вліяніе веронала на азотообмѣнъ у людей. 3. **Kirnberger.** *Zur Therapie der Basedow'schen Krankheit.* 4. **Alfred Lewandowski.** *Ueber Thiosinamin und seine Anwendung.* Химическія и лѣчебныя свойства тіозинамина. 5. **Tr. Bering.** *Die Heissluftbehandlung mit dem Vorstaedter'schen Kalorisator.* Описаніе и рисунокъ прибора. 6. **Schuppenhauer.** *Gonorrhoische Gelenkerkrankungen und deren Behandlung mit lokalen Fangoapplicationen.* 32 случая.

**Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen.** Іюль. Т. VI. Тетр. 5.

1. **Wendt.** *Die Frakturen am unteren Humerusende im Röntgenbilde.* 2. **E. Haga.** *Beobachtungen an Röntgenbildern von Schussverletzungen aus der Zeit der chinesischen Wirren (1900).* 3. **H. Strebel.** *Rhinophyma geheilt durch Röntgenstrahlen und Ephelides beseitigt durch Ultraviolettstrahlen.* Лѣченіе опухоли носа лучами *Roentgen*'а. 4. **Reiniger Gebbert** und **Schall.** *Eine Reguliermethode für den Härtegrad von Röntgenröhren.* Описаніе способа и рисунки.

**Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie.** Т. XXXIX. Тетр. 3 и 4.

1. **Max Schmey.** *Über den Eisengehalt des Tierkörpers.* Опыты на животныхъ. Изслѣдовались различные органы на содержаніе въ нихъ желѣза въ нормальномъ состояніи и послѣ назначенія препаратовъ желѣза. 2. **M. Ascoli** und **L. Viganò.** *Zur Kenntniss der Eiweisskörper.* Животнымъ вводился въ желудокъ яичный бѣлокъ и затѣмъ изслѣдовались сыворотка крови и лимфа изъ грудного протока на содержаніе бѣлка. 3. **R. O. Herzog.** *Über proteolytische Enzyme.* Изучались свойства протеолитическихъ бродилъ. 4. **Kutscher** und **Lohmann.** *Die Endprodukte der Pankreas-und Hefeselbstverdauung.* О самопереваривaніи поджелудочной железы и дрожжей и конечные продукты этого процесса. 5. **E. Schulze** und **N. Castoro.** *Beiträge zur Kenntnis der Hemicellulosen.* Способы добыванія и свойства гемицеллюлезы. 6. **C. Beger, G. Fingerling** und **A. Morgen.** *Über die Stickstoffbestimmung nach Kjeldahl im Kreatin.* Оцѣнка *Kjeldahl*'евскаго способа опредѣленія азота въ креатинѣ. 7. **Otto Cohnheim.** *Die Kohlehydratverbrennung in den Muskeln und ihre Beeinflussung durch das Pankreas.* Вліяніе поджелудочной железы на процессы сгоранія углеводородовъ въ мышцахъ. 8. **A. J. Patten.** *Einige Bemerkungen über das Cystin.* Способы добыванія цистина и его химическая характеристика. 9. **Jac. Bouma.** *Nachtrag zur Methodik der Indicanbestimmung im Harn.* Дополненіе къ способамъ опредѣленія индикана въ мочѣ. 10. **Fr. Kutscher** und **Stendel.** *Zu unserer Arbeit: «Über Methoden zur Begutachtung von Fleischextrakt».* Добавленіе къ прежней работѣ.

Сентябрь. Т. XXXIX. Тетр. 5.

1. **Mieczyslaw Halpern.** *Über den Einfluss des autolytischen Fermentes auf die Pankreasverdauung.* Опыты, въ которыхъ изучалось вліяніе аутолитическаго бродила на поджелудочное пищевареніе. 2. **A. Trunz.** *Über die Schwankungen der Eiweissstoffe der Kuhmilch im Verlaufe einer Laktation.* Химическое изслѣдованіе коровьяго молока на содержаніе въ немъ бѣлка въ те-

Digitized by Google

ченія періода лактаціи. 3. **В. С. Садиковъ.** *Untersuchungen über tierische Leimstoffe.* О клейдающихъ веществахъ животнаго организма: изслѣдованіе сухожилій. 4. **Онъ-же.** *Untersuchungen über tierische Leimstoffe.* Изслѣдованіе хрящей на содержаніе клея. 5. **Provan Cathcart.** *Das Verhalten von Glukosamin und Chitose im Tierkörper.* О содержаніи глюкозамина и хитозы въ организмѣ животныхъ. 6. **Rudolf Kaufmann.** *Über den Einfluss von Protoplasmagiften auf die Trypsinverdauung.* Опыты, въ которыхъ изучалось вліяніе различныхъ протоплазматическихъ ядовъ на трипсинное пищевареніе. 7. **J. Hofbauer.** *Der menschlichen Placenta fettassimilierende Funktion.* Роль человѣческаго послѣда въ усвоеніи жировъ. 8. **Emil Abderhalden** und **Peter Bergell.** *Über das Auftreten von Monoaminosäuren im Harn von Kaninchen nach Phosphorvergiftung.* Изслѣдовалась моча отравленныхъ фосфоромъ кроликовъ на содержаніе въ ней моноаминовыхъ кислотъ. 9. **Hans Malfatti.** *Zur Stickstoffbestimmung nach Kjeldahl.* Критическая оцѣнка *Kjeldahl*'евскаго способа опредѣленія количества азота въ мочѣ.

**Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie.** Октябрь. Т. XVIII. Тетр. 4.

1. **Seuerin Goldner.** *Dehnung des unteren Uterinsegments bei stehender Blase.* Критическій разборъ 19 исторій болѣзни. 2. **E. Schürmann.** *Die Bossi'sche Methode bei Aborten und bei Geburten nach Verstreichen der Portio vaginalis.* Оцѣнка способа на основаніи 10 случаевъ. 3. **Д. А. Абуладзе.** *Ueber sekundäre Dammnaht im Wochenbett.* 11 случаевъ. 4. **A. Hofmann.** *Ein Fall von Aplasie des Uterus und der Vagina.* 5. **G. von Voss.** *Ueber die Beziehungen der Hysterie zu den weiblichen Sexualorganen.* 6. **Ph. Jung.** *Zur Hyperemesis gravidarum.* 7. **J. Müller.** *Zur Technik des Bauchschnittes.*

**Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.** Октябрь. Т. XIV. Тетр. 4.

1. **H. Oppenheim.** *Ueber einige bisher wenig beachtete Reflexbewegungen bei der Diplegia spastica infantilis.* 2 случая. 2. **W. Alter.** *Ueber eine seltenere Form geistiger Störung.* Рѣдкая форма душевнаго разстройства. Описаніе случая. 3. **B. Pfeifer.** *Beitrag zur klinischen Bedeutung des Babinski'schen Fussschlenreflexes und des Oppenheim'schen Unterschenkelreflexes.* Клиническое значеніе рефлексовъ *Babinsk*'аго и *Oppenheim*'a. 4. **Th. Ziehen.** *Der Faserverlauf des Gehirns von Galeopaticus volans.* Ходъ нервныхъ волоконъ въ мозгу Galeopaticus volans.

**Schmidt's Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten Medicin.** Октябрь. № 838. Т. CCLXXX. Тетр. 1.

1. **H. Senator** und **P. F. Richter.** *Bericht über die wichtigeren Fortschritte auf dem Gebiete der inneren Medicin im Jahre 1902.* Годовой обзоръ по внутренней медицинѣ за 1902 г. 2. **Franz C. Müller.** *Jahresbericht über die neueren Leistungen auf dem Gebiete der Hydrotherapie, Balneotherapie, Klimatotherapie und Phototherapie.* Успѣхи водолѣченія, свѣтолѣченія и климатотерапіи за истекшій годъ. 3. **Hugo Starck.** *Neuere Arbeiten über Typhus abdominalis.*

**Therapeutische Monatshefte.** Октябрь.

1. **A. Musehold.** *Behandlung der Schwerhörigkeit mit Luftwellen der Sirene.* Получалъ улучшеніе слуха у больныхъ при лѣченіи звукомъ сирены. 2. **Edmund Falk.** *Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe.* 2 случая хронической гонорреи у женщинъ. Лѣченіе. 3. **Ferdinand Fuchs.** *Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe.* Обрывающее лѣченіе состоитъ въ примѣненіи 2%-го альбаргина. 4. **William Kramm.** *Ueber Triferrin.* 35 случаевъ примѣненія средства. 5. **Lenné.** *Zur Therapie des Diabetes mellitus.* 6. **Hermann Keller.** *Die physiologische Wirkung des Soolbades und des kohlensäurehaltigen Soolbades.* Вліяніе на пульсъ, дыханіе и кровяное давленіе. 7. **E. Vollmer.** *Seehospize oder Kinderheilstätten in Soolbädern.* Критическая замѣтка. 8. **Rommel.** *Ueber Unguentum argenti colloidalis Credé, seine Anwendungsweise und Wirkung.* 9. **Paul Bong.** *Zur Kasuistik der Collargolanwendung.*

**Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin.** Т. CLXXIV. Тетр. 1.

1. **J. de Haan.** *Experimentelle Tuberkulose.* Автору удалось вызвать прививкой разводки человѣческой бугорчатки болѣзненный процессъ у яванской козы, яванскаго быка и яванской лошади. 2. **H. Roger und M. Garnier.** *Neue Untersuchungen über den Zustand der Schilddrüse bei den Pocken.* При оспѣ въ щитовидной железѣ, по наблюденіямъ автора, исчезаетъ коллоидное содержимое пузырьковъ. 3. **J. B. Studenski.** *Über einen seltenen Fall von Staphylokokkomykosis der Haut bei Diabetes mellitus.* Описаніе рѣдкаго стафиломикоза при сахарной болѣзни. 4. **E. Neumann.** *Hämatologische Studien.* Объ измѣняемости бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ связи съ ученіемъ о воспаленіи. 5. **Rocco Caminiti.** *Beitrag zur Kenntniss der direkten Kernteilung.* Разсматриваетъ амитозы, какъ дегенеративную форму дѣленія ядеръ. 6. **Hugo Apolant.** *Beitrag zur Histologie der Geflügelpocke.* Не подтверждаетъ наблюденій *Bend*'ы. 7. **Tadao Honda.** *Zur parasitären Ätiologie des Karzinoms.* Критико-литературный очеркъ. 8. **Gotthold Herxheimer.** *Über multiple Amyloidtumoren des Kehlkopfs und der Lunge.* 9. **Th. Rumpf.** *Über den Fettgehalt des Blutes und einiger Organe des Menschen.* Жиръ находится въ нормальной крови у людей, а также и во всѣхъ органахъ. 10. **M. Claudius.** *Eine Methode zur Konservierung von anatomischen Präparaten.* 11. **Wilhelm Ebstein.** *Ueber acute umschriebene Hautentzündungen auf angioneurotischer Basis.* Критическій очеркъ.

**Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie.** Августъ.

1. **F. O. Huber.** *Über den Nachweis der verschiedenen Zuckerarten im Urin und über ihre Bedeutung im Stoffwechsel.* Способы обнаруженія различныхъ углеводовъ въ мочѣ и значеніе ихъ для обмѣна веществъ. 2. **Jordan.** *Die Massagebehandlung frischer Knochenbrüche.* Отмѣчаетъ благотворное вліяніе массажа при свѣжихъ переломахъ. 3. **Karl Grube.** *Über den Einfluss der Mineralwässer auf das Blut.* 4. **G. L. Mamlock.** *Zur Behandlung der Anämien.* 2 случая. 5. **E. Boehr.** *Weitere Beobachtungen über den Einfluss Kreuznacher Bäder bei Herzkranken.*

**Zeitschrift für Heilkunde.** Сентябрь. Т. XXIV. Тетр. 9.

1. **Eduard Pietrzikowski.** *Über die Beziehungen von Unfall und Tuberculose mit besonderer Berücksichtigung der Gelenk und Knochentuberkulose.* Критико-литературный очеркъ съ изложеніемъ казуистики (99 случаевъ). 2. **G. Nobl.** *Über den Fersenschmerz der Blennorrhökranken (Bursitisachillea profunda).* О боляхъ въ сухожильной сумкѣ ахиллова сухожилья при перелойномъ заболѣваніи.

Октябрь. Т. XXIV. Тетр. 10.

1. **H Chiari.** *Über senile Verkalkung der Ampullen der Vasa deferentia und der Samenblasen.* 3 случая старческаго окаменѣнія ампуллъ и выносящихъ протоковъ сѣмянныхъ пузырьковъ. 2. **Онъ-же.** *Zur Kenntnis der Gaszystenbildung im Gehirne des Menschen.* Образованіе пузырей, содержащихъ газы, можетъ лишь тогда наблюдаться въ мозгу человѣка послѣ смерти, когда передъ смертью въ организмъ внѣдряются микробы, выдѣляющіе газы. 3. **Anton Brosch.** *Ein neues Leichen-Konservierungsverfahren.* Сохраняющая смѣсь изъ формалина, поваренной соли и карболовой кислоты впрыскивается въ полость тѣла. 4. **Wilhelm Mager.** *Ein Beitrag zur Lehre von den Erkrankungen der Aorta.* 1 случай съ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ. 5. **Edwin Beer.** *Über das Vorkommen von zweigeteilten Malpighischen Körperchen in der menschlichen Niere.* Наблюдалъ въ почкахъ человѣка раздвоенныя *Malpighi*'евы тѣла. 6. **Franz Bardachzi.** *Über zwei Fälle von Aortitis syphilitica mit Koronarostienverschliessung.* Описаніе 2-хъ случаевъ. 8. **Heijiro Nakayama.** *Pneumonomycosis aspergillina hominis.* Плѣсневое зараженіе легкаго у человѣка. 9. **Franz Vollbracht.** *Beitrag zur Frage der Leberophthalmie.* Случаи, описанные въ литературѣ, и 1 собственный.

**Zeitschrift für klinische Medicin.** Т. L. Тетр. 5 и 6.

1. **Mieczyslaw Halpern.** *Zur Frage der Stickstoffvertheilung im Harn in pathologischen Zuständen.* Клиническія наблюденія надъ выдѣленіемъ азота мочею больныхъ. 2. **L. Mohr und C. Dapper.** *Beiträge zur Diätetik der Nierenkrankheiten.* Ограничивая поступленіе воды въ организмъ, можно вліять на болѣзненные припадки при заболѣваніяхъ почекъ. 3. **C. Gutmann.** *Multiple Dünndarmgeschwüre, höchstwahrscheinlich syphilitischer Natur.* Случай множественныхъ язвъ кишечника, по видимому, сифилитическаго происхожденія. 4. **Manfred Bial.** *Ueber die Verwendung der Orcin-Eisenchloridreaction zur Untersuchung von Kohlehydraten und Eiweisskörpern.* О пригодности реакціи съ орциномъ и $1^1/_2$-хлористымъ желѣзомъ для открытія бѣлка въ мочѣ. 5. **A. Ignatowsky** und **F. Rosenfeld.** *Ein Fall von Tetanus.* 6. **A. Ott.** *Zur Kenntniss des Stoffwechsels der Mineralbestandtheile beim Phthisiker.* Обмѣнъ минеральныхъ веществъ у чахоточныхъ. 7. **Franz Erben.** *Studien über Nephritis.* Анализъ крови. 8. **Ladislaus Syllaba.** *Einige Erfahrungen über die Auscultation der Herzgegend.* Выслушиваніе при сердечныхъ заболѣваніяхъ. 9. **Moritz Benedikt.** *Ein Fall von Herzverdehnung nach Trauma.* Случай послѣтравматическаго расширенія сердца.

**Zeitschrift für Schulgesundheitspflege.** № 9.

1. **C. Richter.** *Kleine Schulklassen.* Критическій очеркъ. 2. **H. Schmeel.** *Ein Beitrag zur Frage über die Anwendung der staubbindenden Fussbodenöle für Schulräume.* Опыты употребленія мази для половъ, уничтожающей пыль въ школьныхъ помѣщеніяхъ. 3. **Ralf Wichmann.** *Zur Statistik der Nervosität bei Lehrern.* Статистика нервности у учащихъ. (Не окончена).

**Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen.** Августъ. т. IV. Тетр. 6.

1. **F. Parkes Weber.** *The clinical forms of pneumothorax, especially pneumothorax in pulmonary tyberculosis and pneumothorax arising in apparently healthy persons.* Клиническія формы пнеймоторакса. 2. **Baradat.** *Wohl des Klimas in der Behandlung der Tuberkulose.* О климатическомъ лѣченіи бугорчатки легкихъ. 3. **L. Fiedler.** *La dualité de la Tuberculose.* Дуалистическое направленіе въ ученіи о бугорчаткѣ. 4. **Hugo Weber.** *Nochmals das Kohlensäureprincip in der Behandlung der Lungenschwindsucht.* Сообщаетъ новые случаи излѣченія на основаніи этого принципа. 5. **Povl Heiberg.** *Die Dauer der letalen Tuberkulosefälle in einer Reihe verschiedener Erwerbszweige.* Статистическія данныя. 6. **J. Mitulescu.** *Beiträge zum Studium des Stoffwechsels in der Tuberkulose.* Обмѣнъ веществъ при бугорчаткѣ.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

## XVI. О цѣлительной силѣ природы *).

Проф. С. Д. Михнова.

1.

Жизнь и смерть — это 2 непримиримыхъ врага, ведущихъ вѣчную борьбу между собою. Живой организмъ, разъ онъ началъ существовать, настойчиво и неуклонно стремится продолжить свое существованіе, отстаивая его всѣми доступными ему мѣрами, а окружающая природа стремится подчинить его своимъ законамъ, своимъ требованіямъ, которые нерѣдко идутъ въ разрѣзъ съ интересами организма. Живая матерія боится смерти и жаждетъ жизни, а окружающая среда разрушительнымъ дѣйствіемъ своихъ силъ стремится уничтожить все живущее.

Рѣзкія перемѣны температуры, прониканіе вмѣстѣ съ пищею вредныхъ и ядовитыхъ веществъ, неизбѣжныя раненія и механическія насилія, несмѣтныя полчища всякихъ микробовъ—всѣ эти невзгоды безпрерывно обрушиваются на живущій организмъ; со всѣхъ сторонъ грозитъ ему опасность и гибель; со всѣхъ сторонъ несутся грозныя предостереженія: «memento mori»!

Въ этой постоянной борьбѣ съ окружающими вредными вліяніями живой организмъ выработалъ цѣлый рядъ самоохранительныхъ приспособленій, обезпечивающихъ ему благополучное существованіе; если же иной разъ ему и приходится уступить въ борьбѣ, утратить свое физіологическое равновѣсіе, подвергнуться заболѣванію,—присущія живой матеріи свойства даютъ ей возможность пополнить утраченное, возмѣстить полученный ущербъ, вернуть прежнее состояніе здоровья.

Вотъ это-то свойство живой матеріи отстаивать свое существованіе и исправлять причиненный вредъ и есть та цѣлительная сила природы, о которой первое слово сказалъ великій *Гиппократъ* за много вѣковъ до нашего времени.

Съ тѣхъ поръ, на протяженіи многихъ 100-лѣтій, упорными трудами воздвигалось зданіе научной медицины, и наша современная медицина признаетъ, что основнымъ свойствомъ живой матеріи служитъ ея неуклонное стремленіе продолжать свое существованіе, что живой организмъ самъ старается своими особыми приспособленіями избавиться отъ вредоноснаго начала; поэтому въ основу раціональной терапіи долженъ быть положенъ главнѣйшій и важнѣйшій принципъ: помогать организму въ его борьбѣ съ болѣзненнымъ процессомъ, идти на помощь силамъ природы.

Слова *Гиппократа* о природѣ, какъ о главномъ врачевателѣ болѣзней, звучащія намъ изъ туманной дали прошедшихъ вѣковъ, постоянно должны руководить нашими дѣйствіями, ибо это ученіе *Гиппократа* носитъ печать глубокой вѣчной мудрости.

2.

Изучая жизнь организма въ здоровомъ и больномъ состояніи, мы, дѣйствительно, на каждомъ шагу поражаемся той удивительной цѣлесообразностью, съ какою организмъ развертываетъ свои многочисленныя средства самозащиты. Если-бы я вздумалъ перечислять всѣ эти разнообразнѣйшія и въ высшей степени остроумныя приспособленія, выработавшіяся въ тѣлѣ въ стремленіяхъ къ самоохраненію, я долженъ былъ-бы изложить въ сущности весь сводъ физіологіи и патологіи. Конечно, принимать на себя такую задачу я не могу; мнѣ достаточно указать лишь въ общихъ чертахъ на эту борьбу организма съ вредными началами.

Прежде всего легко замѣтить, что организмъ, руководясь указаніями своихъ органовъ чувствъ, получаетъ возможность уклоняться отъ дѣйствія вреднаго начала. Не касаясь всѣхъ многочисленныхъ данныхъ этой категоріи, я, какъ на примѣръ, указалъ-бы на чувство вкуса, такъ какъ здѣсь я могу разсуждать въ предѣлахъ своей спеціальности. Какъ извѣстно, во время беременности нерѣдко появляется извращеніе вкуса, чаще всего въ видѣ отвращенія къ мясной пищѣ; нельзя не признать, что это явленіе вполнѣ соотвѣтствуетъ интересамъ организма, такъ какъ мясная пища при беременномъ состояніи можетъ быть безусловно вредною; поэтому, я охотно присоединился бы къ мнѣнію проф. *П. Я. Борисова* [1]), который полагаетъ, что вкусъ въ большинствѣ случаевъ идетъ параллельно съ потребностями организма.

Возраженіе ч. пр. *Л. Б. Попельскаго* [2]), полагающаго, что измѣнчивость вкуса при беременности можно проще объяснить давленіемъ увеличенной матки на толстыя кишки и что, слѣд., эта измѣнчивость вкуса является выраженіемъ разстройствъ пищеварительнаго пути, нельзя признать основательнымъ, хотя-бы по одному тому, что только именно беременная матка вызываетъ извращеніе вкуса; если-же матка увеличена такимъ-же образомъ по другой причинѣ, напр., вслѣдствіе опухоли, то извращеніе вкуса не наблюдается; ясно, что здѣсь играютъ роль вовсе не механическія условія.

Дѣйствіемъ органовъ чувствъ организмъ предупреждается объ угрожающей ему опасности и, благодаря имъ, можетъ своевременно принять тѣ или иныя предохранительныя мѣры для самозащиты. Если же, не смотря на всѣ защитительныя приспособленія, вредоносное начало успѣло, все-таки, проникнуть въ организмъ, то послѣдній стремится или удалить его изъ себя, или совершенно уничтожить, или, по крайней мѣрѣ, сдѣлать его безвреднымъ, при чемъ организмъ, смотря по обстоятельствамъ, прибѣгаетъ для своей самозащиты къ тѣмъ или инымъ средствамъ.

Повышеніе температуры и усиленный обмѣнъ веществъ при заразныхъ заболѣваніяхъ, разрушеніе печенью обращающихся въ крови токсиновъ, дѣятельность кожи, почекъ и другихъ выдѣлительныхъ органовъ, выводящихъ изъ тѣла вредныя вещества, дѣйствіе съ этою-же цѣлью особыхъ нервно-мышечныхъ приборовъ, каковымъ, напр., является кашель для удаленія вредныхъ веществъ изъ дыхательныхъ путей и т. д.—все это есть ничто иное, какъ безконечно разнообразное проявленіе этой удивительной цѣлительной силы природы, появляющейся на сцену каждый разъ, какъ только въ организмѣ начинаетъ нарушаться физіологическое равновѣсіе.

Что-же это за сила, такая чудесная и благодѣтельная? Какая сила заставляетъ живую матерію такъ ревностно охранять свое существованіе?

Современное естествознаніе, откинувъ всякія попытки рѣшать вопросы, касающіеся явленій жизни, путемъ метафизическихъ соображеній, избрало единственно правильный путь, занявшись изученіемъ біологическихъ основъ жизненныхъ явленій путемъ опыта и наблюденія.

Чтобы хотя нѣсколько приблизиться къ пониманію сущности жизненныхъ явленій, нельзя, конечно, начинать съ изученія процессовъ нашего организма. Его строеніе слишкомъ запутано и сложно, его приборы и приспособленія какъ для самозащиты, такъ и для прочихъ отправленій чрезвычайно разнообразны и составлены изъ весьма разнородныхъ элементовъ; въ жизненныхъ процессахъ организма принимаютъ участіе многіе миліарды составляющихъ его элементарныхъ частей или клѣточекъ; всѣ эти элементы, извѣстнымъ образомъ дифференцировавшіеся и имѣющіе до нѣкоторой степени самостоятельное значеніе, въ тоже время весьма тѣсно связаны общимъ интересомъ, и этотъ общій интересъ, направленный къ обезпеченію благополучія всего организма, устанавливаетъ чрезвычайно сложныя взаимныя отношенія между всѣми отдѣльными элементами.

Разобраться во всей необъятной сложности жизненныхъ процессовъ многоклѣточнаго организма было-бы непосильной задачей; поэтому для изученія жизненныхъ явленій нужно сначала рѣшить задачи болѣе элементарныя.

Если разсматривать весь рядъ живыхъ существъ съ постепенно упрощающейся организаціей, то вездѣ мы замѣтимъ одинъ характернѣйшій признакъ: стремленіе къ самозащитѣ. И простѣйшіе организмы, напр., инфузоріи, живущія въ водѣ, стремятся оказать противодѣйствіе опас-

*) Содержаніемъ этой статьи служитъ — въ значительно расширенномъ видѣ—предметъ моей рѣчи, прочитанной 12/XII 1903 г. на торжественномъ актѣ въ Юрьевскомъ Университетѣ. Темою для своей рѣчи я старался избрать такой вопросъ, который имѣлъ-бы широкое принципіальное значеніе и могъ-бы служить руководящимъ началомъ для нашихъ воззрѣній и дѣйствій. Такой характеръ, мнѣ кажется, несомнѣнно присущъ вопросу о цѣлительной силѣ природы. *С. М.*

Чтобы сохранить цѣлостность впечатлѣнія рѣчи, печатаемъ статью проф. *С. Д. Михнова* безъ перерыва въ одномъ №. *Ред.*

ности и гибели; такъ, извѣстно, что эти простые по строенію организмы, при появленіи опасности отъ высыханія воды, свертываются въ шарикъ и высачиваютъ на поверхности своей стекловидную перепоночку; въ этомъ состояніи они могутъ долгое время оставаться безъ измѣненій; при смачиваніи-же водою немедленно оживаютъ [проф. *А. С. Фаминцынъ* [3])].

Перейдемъ, наконецъ, къ простѣйшему виду организованной матеріи, къ одноклѣточному организму; изъ числа такихъ простѣйшихъ представителей живой матеріи мы уже ознакомились въ значительной степени съ жизнью и дѣятельностью цѣлаго міра разнообразныхъ микробовъ. Знаніе условій ихъ жизни принесло уже медицинѣ роскошные плоды; благодаря бактеріологіи, мы ознакомились съ бактеріотоксинами, антитоксинами; узнали о замѣчательной способности живого организма освобождаться отъ токсиновъ при посредствѣ растворяющаго дѣйствія кровяной плазмы [проф. *В. В. Подвысоцкій* [4])]; узнали также, что и микробы имѣютъ извѣстныя приспособленія для защиты себя отъ гибели [*Н. Ф. Гамалѣя* [5])].

Не входя въ дальнѣйшія подробности, можно сказать, что не только сложнѣйшій организмъ, но и каждая отдѣльная живая клѣтка имѣетъ стремленіе отстаивать свое существованіе, въ той или иной мѣрѣ борется съ вредными для нея началами и защищается отъ нихъ особыми приспособленіями. На этомъ основаніи мы получаемъ теперь право признать, что стремленіе къ самоохраненію есть характернѣйшій признакъ жизни и что этимъ свойствомъ все живущее весьма рѣзко отличается отъ мертвой природы, которая не отвѣчаетъ такъ на внѣшнее воздѣйствіе, а относится къ нему чисто пассивно.

Гдѣ-же кроется сущность этого свойства живой матеріи?

Прежде чѣмъ пытаться отвѣтить на такой вопросъ, нужно сначала понять сущность самой жизни, такъ какъ стремленіе къ самоохраненію есть важнѣйшая задача жизни.

Что-же такое жизнь?

### 3.

Достаточно-ли однихъ законовъ физики, химіи и другихъ наукъ матеріалистическаго метода, чтобы объяснить всѣ свойства живой матеріи, или-же требуется допустить существованіе какой-то еще особой жизненной силы, которая не постигается физическимъ и химическимъ анализомъ, но, какъ особое начало, управляетъ явленіями живого организма?

Не смотря на всѣ старанія мыслителей рѣшить поставленный вопросъ, онъ и въ настоящее время остается открытымъ, и въ настоящее время высказывается 2 діаметрально противуположныхъ воззрѣнія на сущность жизни. Одни—виталисты—доказываютъ необходимость признанія особой жизненной силы; другіе—матеріалисты—считаютъ, что въ явленіяхъ живой природы не участвуютъ никакія другія силы, кромѣ тѣхъ, которыя имѣютъ мѣсто и въ природѣ неодушевленной.

Энергичнымъ защитникомъ 1-го взгляда въ наше время выступаетъ физіологъ проф. *Bunge* [6]). Въ доказательство существованія особой жизненной силы *Bunge* приводитъ слѣдующіе доводы. Внѣшній міръ познается нами при помощи нашихъ органовъ чувствъ и очевидно, что въ одушевленной природѣ мы при посредствѣ лишь нашихъ органовъ чувствъ не можемъ открыть ничего другого, кромѣ того, что открывается въ неодушевленной природѣ. Но для одушевленной природы мы имѣемъ еще одно познавательное средство—это наше внутреннее чувство, дающее возможность опредѣлять состояніе и процессы нашего собственнаго сознанія; предполагать-же, что и эти процессы суть только процессы движенія, никоимъ образомъ нельзя, такъ какъ элементы психической жизни не имѣютъ пространственныхъ отношеній; таковы наши чувства, представленія, побужденія и т. д. Сущность витализма, по *Bunge*, и состоитъ въ томъ, что онъ прокладываетъ единственно правильный путь къ познанію, исходя отъ извѣстнаго намъ, отъ внутренняго міра, чтобы объяснить неизвѣстное, т. е. внѣшній міръ; матеріализмъ-же идетъ обратною дорогою: онъ исходитъ отъ неизвѣстнаго, отъ внѣшняго міра, отъ гипотетическихъ объектовъ нашего чувственнаго воспріятія, чтобы объяснить извѣстное, т. е. нашъ внутренній міръ. Этотъ матеріалистическій методъ, по мнѣнію *Bunge*, оказывается совершенно несостоятельнымъ, какъ орудіе изслѣдованія жизненныхъ явленій. Чѣмъ внимательнѣе и глубже изучать процессы жизни, тѣмъ болѣе приходится убѣждаться, что и тѣ явленія, которыя мы раньше считали возможнымъ объяснить физико-химическими законами, имѣютъ въ живомъ организмѣ гораздо болѣе сложный характеръ и не поддаются механическому толкованію; таковы, напр., всасываніе эпителіальными клѣтками кишечника, способность простѣйшихъ клѣтокъ выбирать подходящій питательный матеріалъ и т. д. «Въ активности»—вотъ гдѣ кроется загадка жизни по *Bunge*. Понятіе-же объ активности мы почерпаемъ не изъ нашего чувственнаго воспріятія, а изъ нашего самонаблюденія. Но и самъ *Bunge*, по видимому, недоволенъ такимъ опредѣленіемъ жизни; по крайней мѣрѣ, тутъ-же, указывая на активность, какъ на характернѣйшее жизненное проявленіе, онъ въ примѣчаніи прибавляетъ: активность и жизнь—это, быть можетъ, лишь 2 слова для одного и того-же понятія, или, лучше сказать, это 2 слова, съ которыми мы не связываемъ яснаго понятія.

Не трудно видѣть, какъ туманны и неясны всѣ доводы *Bunge* въ защиту виталистическаго взгляда. Раньше чѣмъ переходить къ дальнѣйшимъ доказательствамъ этого автора, остановлюсь на томъ, что уже указано мной по поводу его ученія.

Прежде всего, есть-ли какое-нибудь основаніе для изученія явленій жизни мѣнять общій методъ изученія природы, принятый естествознаніемъ? Совершенно понятно, что при изученіи явленій какого-либо разряда раціональнѣе всего начинать знакомство съ наиболѣе простыми элементарными вопросами и, по мѣрѣ развитія науки, подходить къ рѣшенію болѣе сложныхъ задачъ; этотъ путь объективнаго изслѣдованія, правда, труденъ и медленно ведетъ къ научной истинѣ, но онъ можетъ вести къ истинѣ неопровержимой; поэтому-то естествоиспытатель, избѣгая уклоненій отъ полной объективности, предпочитаетъ не давать отвѣта, пока не получитъ надлежащаго запаса фактическаго матеріала. Если-же, подобно *Bunge*, для изученія явленій жизни избрать за исходную точку нашъ внутренній міръ, нашу психику, это сложнѣйшее и наиболѣе непонятное проявленіе жизни, то придется совершенно отказаться отъ вѣрнаго метода естествознанія и вступить на путь умозрѣній, которыя, правда, могутъ дать широкіе выводы и обобщенія, но все-же ученіе это будетъ имѣть произвольный характеръ и не можетъ быть убѣдительнымъ въ глазахъ другихъ естествоиспытателей. Какъ примѣръ непригодности этого метода можетъ служить хотя-бы изслѣдованіе проф. *А. С. Фаминцына*. Исходя, подобно *Bunge*, отъ явленій нашей внутренней жизни и сообразно съ полученными выводами устанавливая свое міровоззрѣніе, проф. *Фаминцынъ* на первое мѣсто ставитъ психическіе процессы, которые «вплетаются въ жизнь всякаго живого существа самыми разнообразными путями, образуя нерасторжимое цѣлое съ явленіями матеріальными»; въ виду этого проф. *Фаминцынъ* занялся вопросомъ о распространеніи психическихъ процессовъ въ природѣ и признаетъ возможнымъ утверждать, что психика имѣется и у всѣхъ простѣйшихъ животныхъ и даже у всѣхъ представителей растительнаго царства.

Можетъ-ли существованіе у растеній психики считаться строгимъ научнымъ выводомъ, или это только одно произвольное умозрѣніе? Это дѣло не моей спеціальности; поэтому я сошлюсь здѣсь на слова другого авторитетнаго спеціалиста въ этой области, проф. *К. А. Тимирязева*, [7]) который выражается такъ:

«Огюстъ Контъ ставилъ физіологіи своего вѣка скромную двойную задачу: дано отправленіе—найти органъ; данъ органъ—найти отправленіе. Современная фитопсихологія предлагаетъ наукѣ 20-го столѣнія 3-ью задачу—изучать несуществующую функцію несуществующаго органа». «Въ этой наукѣ (т. е. въ физіологіи растеній), говоритъ далѣе проф. *К. А. Тимирязевъ*, ярче всего, пожалуй, выяснились всѣ загадки жизни. Тѣ, кто двигали физіологію растеній въ истекшемъ вѣкѣ, хорошо понимали, что именно отсутствіемъ нервной системы, все регулирующей, особенно-же отсутствіемъ психики, почти еще не подчиняющейся научному детерминизму, и опредѣляется значеніе этой науки въ

Digitized by Google

ряду другихъ, ея, такъ сказать, промежуточное положеніе между міромъ безжизненнымъ и міромъ чувства и сознанія. Въ этой относительной простотѣ задачи и заключается ея главное преимущество. И, благодаря именно этой простотѣ, наука эта успѣла въ такой мѣрѣ подчинить явленія растительной жизни разумной волѣ человѣка».

Есть-ли, далѣе, какое-нибудь основаніе такъ рѣзко отдѣлять нашъ внутренній міръ, процессы нашего сознанія, нашу психику отъ прочихъ чисто-матеріальныхъ физіологическихъ процессовъ? Не гораздо-ли вѣрнѣе признать, что психика есть также продуктъ матеріальныхъ процессовъ организма; какъ стремленіе растенія къ свѣту солнца, такъ и стремленіе человѣческаго разума къ свѣту истины имѣютъ въ основѣ тѣже матеріальные процессы, различающіеся лишь количественно, но не по существу; это—лишь 2 отдаленнѣйшія ступени одной и той-же громадной лѣстницы развивающейся и прогрессирующей жизни; поэтому и психика, наравнѣ съ прочими явленіями жизни организованной матеріи, также должна подлежать объективному изслѣдованію. «Работа въ этомъ направленіи начата въ различныхъ этажахъ жизни и блистательно подвигается впередъ, не встрѣчая препятствій. Объективное изслѣдованіе живого вещества, начинающееся ученіемъ о тропизмахъ элементарныхъ живыхъ существъ, можетъ и должно остаться таковымъ и тогда, когда оно доходитъ до высшихъ проявленій животнаго организма, т. наз. психическихъ явленій у высшихъ животныхъ»,—такъ говоритъ проф. *И. П. Павловъ* [8]), который и въ этомъ направленіи далъ своей лабораторіи кипучую дѣятельность, поражающую ясностью мысли и глубиною анализа.

Переходя къ другимъ доводамъ проф. *Bunge* и виталистовъ вообще, приводимымъ въ доказательство существованія особой жизненной силы, мы и здѣсь также встрѣтимъ много разсужденій и мало доказательствъ. Все то, что намъ еще неизвѣстно и пока непонятно,—все это служитъ основою для ученія виталистовъ. Темныя стороны вопросовъ о развитіи организма, о наслѣдственной передачѣ и пр.—вотъ главные устои, поддерживающіе это ученіе. Допустимъ, говоритъ *Bunge*, что отправленія зрительнаго органа объясняются механическими законами; но, вѣдь, при этомъ, т. е. при своей работѣ, глазъ играетъ роль пассивную, а, вотъ, какимъ образомъ глазъ возникаетъ и развивается, почему нѣкоторыя клѣтки слагаются въ столь удивительное строеніе — это не объяснимо съ механической точки зрѣнія, это и есть жизненное явленіе. Если допустить, что передача наслѣдственныхъ свойствъ одною клѣткою есть механическій процессъ, говоритъ онъ далѣе, то сколь безконечно удивительнымъ должно быть строеніе атомовъ, сколь безконечно сложною должна быть игра силъ, сколь безконечно запутанными должны быть разнообразнѣйшія движенія въ одной этой маленькой клѣточкѣ, чтобы дать направленіе всѣмъ послѣдующимъ движеніямъ и всему развитію чрезъ рядъ поколѣній!

Конечно, скажу я, все это очень удивительно и совершенно намъ непонятно, но предлагать такіе вопросы—значитъ не давать ничего положительнаго въ защиту своего ученія. Подобные вопросы, касающіеся сущности вещей и конечной причины явленій, вообще не могутъ претендовать на отвѣтъ, хотя-бы они относились и къ неодушевленной природѣ. Если мы не можемъ понять, почему изъ одной клѣтки выростаетъ причудливо сложный организмъ, то, вѣдь, не менѣе удивительнымъ должно казаться и то, почему изъ раствора, въ которомъ никакихъ частицъ не видно, появляются кристаллы совершенно опредѣленнаго строенія? Почему существуетъ законъ всемірнаго тяготѣнія? Къ сожалѣнію, остается признать, что сущность вещей намъ, естествоиспытателямъ, вообще пока еще недоступна, и мы ею не занимаемся; это—пока дѣло философіи, которая, стремясь дать сейчасъ-же отвѣтъ на занимающіе и волнующіе умъ вопросы, строитъ свои выводы умозрительно изъ матеріаловъ лишь отчасти объективныхъ, а главнымъ образомъ имѣя въ основѣ субъективныя положенія произвольнаго характера.

Если мы обратимся теперь къ ученію матеріалистовъ, то тотчасъ-же убѣдимся, что широкое примѣненіе матеріалистическаго метода изученія процессовъ жизни все болѣе и болѣе обнаруживаетъ, что процессы жизни подчиняются строгимъ и опредѣленнымъ условіямъ, подчиняются законамъ механики, физики и химіи. Само собою разумѣется, что, благодаря чрезвычайно сложному строенію, чрезвычайной подвижности состава организованныхъ частицъ, необычайной сложности одновременно дѣйствующихъ силъ и происходящихъ превращеній вещества, законы механики, физики и химіи въ живой матеріи имѣютъ приложеніе въ весьма запутанныхъ сочетаніяхъ, въ которыхъ мы далеко не всегда можемъ разобраться; тѣмъ не менѣе и въ живомъ организмѣ законъ постоянства матеріи и законъ сохраненія энергіи остаются во всей своей силѣ; ни одна частица вещества не созидается вновь изъ ничего и, въ свою очередь, ни одна частица не исчезаетъ безслѣдно; равнымъ образомъ ни одна калорія, ни одна единица теплоты не возникаетъ сама собою, а имѣется всегда все таже сила, переходящая лишь въ различные виды кинетической или потенціальной энергіи. Такимъ образомъ въ живомъ организмѣ происходитъ безпрерывное превращеніе энергіи и матеріи соотвѣтственно законамъ общей механики; поражающая-же цѣлесообразность сложнѣйшаго строенія и удивительная гармонія отдѣльныхъ частей живого организма, видимая разумность, какъ-бы предначертавшая всѣ подробности устройства и отправленій организма, объясняется съ точки зрѣнія матеріалистовъ историческимъ ходомъ постепеннаго непрерывнаго развитія, ведущаго неизбѣжно къ усовершенствованію формъ организованной матеріи.

Этотъ матеріалистическій взглядъ на процессы жизни принесъ уже чрезвычайно плодотворные результаты при изученіи біологическихъ явленій. Подобно могучему потоку, который ниспровергаетъ всѣ препятствія и неудержимо пробиваетъ себѣ дальнѣйшій путь, ученіе матеріалистовъ постепенно пробивается чрезъ всѣ границы, воздвигаемыя естествознанію ученіемъ виталистовъ, и все болѣе и болѣе овладѣваетъ тою областью, которая прежде была отмежована таинственной жизненной силѣ. Картину побѣдоноснаго шествія матеріализма каждый легко можетъ представить себѣ, прочитавъ, напр., краснорѣчивую статью проф. *К. А. Тимирязева:* «Столѣтніе итоги физіологіи растеній».

«Я не дѣлаю различія, пишетъ онъ, между какимъ-то особымъ нео- и палео-витализмомъ, потому что его на дѣлѣ не существуетъ. Достаточно обратиться къ исторіи физіологіи растеній, напр., Сакса, чтобы увидать, какимъ вреднымъ тормазомъ это безпочвенное воззрѣніе было въ теченіи почти всей первой половины вѣка; стоитъ заглянуть въ классическія произведенія одного изъ великихъ основателей современнаго научнаго міровоззрѣнія, Р. Майера, чтобы понять то, смѣшанное съ презрѣніемъ, негодованіе, которое вызывало въ немъ это злосчастное ученіе. Можно смѣло сказать, что вся столѣтняя исторія физіологіи—только одна повѣсть о побѣдѣ химико-физическихъ воззрѣній надъ воззрѣніями виталистовъ, и замыкается она, какъ сейчасъ увидимъ, однимъ изъ самыхъ рѣшительныхъ пораженій этого послѣдняго».

Не подлежитъ сомнѣнію, что XIX вѣкъ разрѣшилъ много загадокъ, передъ которыми безпомощно преклонялась наука всѣхъ прежнихъ 100-лѣтій. Несомнѣнно также и то, что науки, входящія въ кругъ естествознанія, будутъ развиваться и далѣе; слѣд., вполнѣ законно ожидать, что со врененемъ намъ будутъ открыты болѣе широкіе горизонты.

Въ новѣйшее время нашъ кругозоръ уже весьма значительно расширился, когда начала пышно разцвѣтать недавно выросшая новая отрасль естествознанія, т. наз. физическая химія. «Со временъ періода, воспослѣдовавшаго за открытіемъ закона сохраненія энергіи, говоритъ проф. *Loeb* [9]), физическая химія не имѣла, кажется, болѣе блестящихъ надеждъ на развитіе, чѣмъ теперь, и это главнымъ образомъ является результатомъ примѣненія физической химіи къ проблемамъ жизни». Дѣйствительно, не смотря на свою молодость, физическая химія принесла уже весьма цѣнные плоды, открывъ въ мертвой природѣ такія качества, которыя прежде считались свойственными исключительно живой матеріи, вслѣдствіе чего рѣзкая грань между міромъ одушевленныхъ и неодушевленныхъ предметовъ все болѣе и болѣе сглаживается.

Коснувшись этого вопроса, я не могу не остановиться нѣсколько подробнѣе на чрезвычайно интересной статьѣ, недавно появившейся въ печати и принадлежащей перу проф. *Н. П. Кравкова* [10]). Вотъ нѣкоторыя данныя изъ этой статьи.

Digitized by Google

Обычный химическій анализъ не даетъ возможности разобраться въ нѣкоторыхъ загадочныхъ явленіяхъ, присущихъ живой протоплазмѣ, въ частности въ вопросѣ о дѣйствіи ядовъ на организмъ: невоспріимчивость живой протоплазмы къ нѣкоторымъ ядамъ, дѣйствующимъ на другую, по видимому, такую же протоплазму весьма губительно, извѣстная индивидуальность въ реакціи организма на поступившее ядовитое вещество, способность привыкать къ дѣйствію яда, токсическое дѣйствіе ничтожнѣйшихъ порцій яда—все это совершенно непонятно, если анализировать эти явленія на основаніи законовъ обычныхъ химическихъ процессовъ: двойного обмѣна, синтеза, разложенія и т. д. Къ рѣшенію этихъ вопросовъ можно, однако, подойти, вооружившись основами физической химіи.

Важнѣйшее пріобрѣтеніе физической химіи—это ученіе объ осмотическомъ давленіи, такъ какъ оказывается, что осмотическое давленіе является могущественнымъ агентомъ въ различныхъ жизненныхъ процессахъ животнаго и растительнаго міра *).

Изучая-же ближе свойства растворовъ, естествознаніе открыло весьма важные факты. Оказывается необходимымъ признать, что растворенное вещество существенно измѣняется и пріобрѣтаетъ особое состояніе; вслѣдствіе электролитической диссоціаціи (теорія *Arrenius*'а) раствореніе вещества ведетъ къ распаденію его на т. наз. «іоны», заряженные положительнымъ или отрицательнымъ электричествомъ. Количество іоновъ въ растворѣ, ихъ концентрація имѣютъ громадное вліяніе на химическій характеръ вещества и на его физіологическое дѣйствіе. Концентрація же іоновъ въ одномъ и томъ же растворѣ можетъ сильно измѣниться въ зависимости отъ многихъ условій, напр., отъ прибавленія къ нему различныхъ веществъ, иногда въ минимальныхъ количествахъ. Съ этой точки зрѣнія становится понятнымъ, что живая протоплазма, представляющая собою сложнѣйшій растворъ различно связанныхъ и диссоціирующихъ веществъ, можетъ легко потерять свое равновѣсіе отъ ничтожной примѣси посторонняго вещества. Вотъ наиболѣе удовлетворительное объясненіе дѣйствія ядовъ.

Съ другой стороны, изъ статьи проф. *Кравкова* мы узнаемъ о весьма интересныхъ фактахъ, касающихся т. наз. коллоидальныхъ растворовъ мертваго вещества. Сгруппированные проф. *Кравковымъ* факты устанавливаютъ весьма близкую аналогію между явленіями, присущими живой матеріи и свойственными мертвому веществу въ коллоидальномъ студенистомъ состояніи.

Коллоидальный растворъ есть особымъ способомъ получающаяся смѣсь веществъ, мельчайшія частицы которыхъ равномѣрно распредѣлены въ средѣ, находясь съ нею во взаимномъ притяженіи, благодаря электрической разницѣ; стоитъ только измѣнить эту электрическую разницу и коллоидъ свертывается; для того же, чтобы нарушить равновѣсіе коллоида, достаточно бываетъ прибавить ничтожнѣйшее количество посторонняго вещества,—получается поразительное сходство съ дѣйствіемъ яда на протоплазму.

Не менѣе удивительно, что эти мертвые коллоиды пріобрѣтаютъ замѣчательную способность дѣйствовать каталитически, вслѣдствіе чего устанавливается большое сходство между ними и бродилами, присущими живой природѣ.

Но и этого мало; сходство коллоидовъ съ живою протоплазмою простирается до изумительныхъ подробностей; такимъ явленіемъ нельзя не признать отношенія коллоидовъ къ ядовитымъ веществамъ, напр., при минимальной примѣси синильной кислоты каталитическая способность коллоида совершенно убивается.

Боясь вдаваться въ подробности, не буду приводить другихъ фактовъ, при посредствѣ которыхъ связуются свойства живой протоплазмы и мертваго коллоида; достаточно сказать, что такія особенности живой матеріи, какъ индивидуальное отношеніе къ дѣйствію яда, пріобрѣтеніе невоспріимчивости и т. д.,—всѣ эти особенности живой матеріи можно подмѣтить, хотя-бы до нѣкоторой степени, и у мертваго коллоида.

Нельзя не согласиться, что всѣми этими замѣчательными и интересными фактами устанавливается большое сходство между одушевленною и неодушевленною природой. Тѣмъ не менѣе всѣми этими фактами доказывается лишь одно неоспоримое положеніе, а именно то, что живая природа подчиняется тѣмъ-же законамъ механики, физики и т. д., которые завѣдуютъ и мертвою природою. Но вмѣстѣ съ тѣмъ важнѣйшія стороны жизни, все-таки, остаются попрежнему окутанными густымъ мракомъ, и разсѣять этотъ мракъ тѣми научными орудіями, которыми мы владѣемъ въ настоящее время, мы еще не можемъ.

Всѣми новѣйшими научными побѣдами мы обязаны чрезвычайно плодотворному матеріалистическому методу изслѣдованія современнаго естествознанія. Нельзя сомнѣваться, что при дальнѣйшемъ развитіи естественныхъ наукъ процессы жизни будутъ изучены еще полнѣе, и наше міросозерцаніе будетъ еще болѣе правильнымъ. Конечно, будущее намъ неизвѣстно, и никакихъ предсказаній о будущихъ успѣхахъ человѣческаго знанія дѣлать мы не имѣемъ права; но и теперь уже долженъ возникнуть вопросъ, можетъ-ли наше нынѣшнее механическое міровоззрѣніе вмѣстить *всѣ* законы природы, не можетъ-ли изученіе природы потребовать и иныхъ точекъ зрѣнія.

Поднять этотъ вопросъ вполнѣ своевременно, такъ какъ теперь точная наука уже не находитъ возможнымъ держаться одной механической точки зрѣнія. Чрезвычайно важнымъ трудомъ въ этомъ отношеніи необходимо признать недавно появившуюся работу проф. *Н. В. Бугаева* [11]), въ которой изложены весьма цѣнныя мысли, касающіяся сути интересующаго насъ предмета. Не могу отказать себѣ въ удовольствіи нѣсколько остановиться на глубокой по своему содержанію статьѣ проф. *Н. В. Бугаева.*

Современное знаніе находится въ тѣснѣйшей связи съ математикой, такъ какъ число и мѣра, которыми оперируетъ математика, служатъ самымъ могучимъ средствомъ для оцѣнки явленій природы.

Такъ какъ величины могутъ измѣняться непрерывно или прерывно, то математика распадается на 2 огромныхъ отдѣла: теорію непрерывныхъ функцій и теорію прерывныхъ функцій. 1-ый отдѣлъ называется математическимъ анализомъ, 2-ой—аритмологіей.

Обширное примѣненіе математическаго анализа къ изученію явленій природы кладетъ особый отпечатокъ на господствующее теперь міросозерцаніе, которое по этому, по всей справедливости, можетъ быть названо аналитическимъ.

Благодаря математическому анализу въ явленіяхъ природы, можно установить слѣдующія основныя свойства: 1) непрерывность явленій, 2) постоянство и неизмѣнность ихъ законовъ, 3) возможность понять и оцѣнивать явленіе въ его элементарныхъ обнаруженіяхъ, 4) возможность складывать элементарныя явленія въ одно цѣлое и, наконецъ, 5) возможность точно и опредѣленно обрисовать явленіе для всѣхъ прошлыхъ и предсказать для всѣхъ будущихъ моментовъ времени.

Поразительные успѣхи современной науки зависѣли отъ удачнаго примѣненія математическаго анализа къ изученію явленій природы.

Идея о непрерывности явленій природы стала проникать въ біологію. Ученія Ламарка и Дарвина суть ничто иное, какъ попытка примѣнить къ біологіи тѣ воззрѣнія на непрерывную измѣняемость явленій, которая господствуютъ въ механикѣ и физикѣ.

Подъ вліяніемъ аналитическаго міровоззрѣнія все болѣе и болѣе развивалась идея, что въ природѣ имѣетъ значеніе одна причинность и не играетъ никакой роли цѣлесообразность.

Но, вѣдь, кромѣ анализа, математика обладаетъ и аритмологіей; анализъ есть 1-ая ступень въ развитіи научныхъ математическихъ истинъ; въ настоящее-же время можно уже думать, что аритмологія, по обширности матеріала, не уступитъ анализу, такъ какъ прерывность можетъ являться въ гораздо болѣе разнообразныхъ формахъ, нежели непрерывность; поэтому вопросы аритмологіи гораздо сложнѣе и труднѣе, чѣмъ соотвѣтствующіе вопросы анализа. Можно привести много примѣровъ, которые указывали-бы на значеніе аритмологіи, такъ какъ не всѣ явленія природы могутъ быть разсматриваемы съ точки зрѣнія одной непрерывности; напр., таблица простыхъ тѣлъ не подчиняется закону непрерывности, непрерывность неприменима при объясненіи химическихъ явленій и т. д. Прерывность обнаруживается тамъ, гдѣ появляется самостоятельная индивидуальность, гдѣ выступаютъ вопросы о цѣлесообразности, гдѣ появляются эстетическія и этическія задачи.

Однимъ словомъ истинное научно-философское міросозерцаніе образуется лишь изъ совокупнаго примѣненія всѣхъ отдѣловъ математики. Таковъ окончательный выводъ проф. *Н. В. Бугаева.*

## 4.

Изъ предыдущей главы съ полною очевидностью вытекаетъ, какъ мы еще далеки отъ возможности составить себѣ точное научное опредѣленіе явленій природы и вмѣстѣ съ тѣмъ сущности жизни. Поэтому, не желая вдаваться въ безплодныя разсужденія и не имѣя никакихъ претензій углубляться въ непонятную сущность вещей, я думаю, что гораздо практичнѣе не выходить изъ предѣловъ внѣшнихъ, доступныхъ намъ проявленій силъ природы. Оставаясь-же въ этихъ рамкахъ при изученіи явленій жизни, мы тѣмъ не менѣе, и не понимая сущности вещей, можемъ довольно удовлетворительно опредѣлять и характеризовать отличительные признаки, свойственные природѣ одушевленныхъ предметовъ.

Между живымъ и мертвымъ есть разница очевидная, бросающаяся въ глаза,—разница, вслѣдствіе которой мы безошибочно отличаемъ живое отъ мертваго.

*) Въ доказательство чрезвычайно важнаго значенія осмотическаго давленія можно указать, хотя бы, на слѣдующій фактъ, о которомъ упоминаетъ въ своихъ лекціяхъ *van't Hoff* [9]): проф. *Loew* указалъ, что процессъ оплодотворенія у низшихъ организмовъ, какъ напр. у морского ежа, можетъ быть замѣненъ отчасти опредѣленнымъ увеличеніемъ осмотическаго давленія той жидкости, въ которой находится неоплодотворенное яичко. Развитіе зародыша начинается и доходитъ даже до появленія способности къ движенію.

Digitized by Google

Указаніе на характернѣйшій признакъ жизни не есть, конечно, опредѣленіе ея сущности, но пока мы должны довольствоваться и этимъ. Какъ было сказано выше, *Bunge*, а также и другіе авторы, характеризуютъ жизнь словомъ «активность», проф. *В. Ф. Чижъ* [12])—словомъ «ненасытимость».

У этого автора мы встрѣчаемъ выраженія: «жизнь, безпредѣльная по своему существу, не останавливается никогда и всѣми доступными ей путями осуществляетъ свой основной законъ—ненасытимость»; «живое существо подчинено закону жизни, основное свойство котораго ненасытимость, безпредѣльность; гдѣ начинается жизнь, тамъ вступаетъ въ силу законъ жизни и, вмѣсто опредѣленныхъ химическихъ соотношеній, наступаетъ безконечный ростъ, вѣчная жажда, ненасытимость».

Выбирая между характерными признаками жизни, я предпочиталъ-бы остановиться на слѣдующемъ основномъ отличіи ея: живой матеріи свойственно стремленіе къ продолженію существованія, стремленіе къ самоохраненію, забота о себѣ; мертвая природа этимъ свойствомъ не обладаетъ; этимъ и отличается сложнѣйшій и совершеннѣйшій механизмъ отъ простѣйшаго организма.

Въ стремленіяхъ къ продленію жизни, къ защитѣ себя отъ вредныхъ дѣятелей живая природа вырабатываетъ извѣстныя приспособленія, всегда и вездѣ дѣйствующія. Вотъ почему цѣлительная сила природы такъ обща въ живомъ мірѣ и такъ неразрывно связана съ самимъ процессомъ жизненнаго существованія. Охранительныя мѣропріятія организма появляются на сцену тотчасъ-же, какъ только нарушается уравновѣшенность физіологическаго состоянія, т. е. обычнаго соотношенія процессовъ организма, совершающихся въ немъ самомъ и между нимъ и окружающей средой. Вслѣдствіе измѣненія внутреннихъ или окружающихъ условій тѣ сложнѣйшіе и тончайшіе физико-химическіе процессы, которые соотвѣтствовали первоначальнымъ условіямъ, приноравливаются теперь къ новой обстановкѣ и мѣняютъ свой характеръ.

Не вдаваясь въ подробности и примѣняясь къ болѣе простымъ физіологическимъ отправленіямъ организма, я-бы сказалъ, что самоохранительныя мѣропріятія живого существа есть ничто иное, какъ весьма сложный актъ приспособленія. Но, такъ какъ организмъ при этомъ не только приспособляется къ новой обстановкѣ, но и стремится дать процессамъ прежнее направленіе, то здѣсь должно усматривать нѣчто большее, чѣмъ одно приспособленіе; сжатая пружина мѣняетъ свои размѣры, но во все время сжиманія стремится вернуть прежніе размѣры; такимъ-же образомъ и организмъ, приспособляясь къ новымъ условіямъ, стремится все время къ прежнему состоянію; поэтому цѣлительныя мѣропріятія организма я назвалъ-бы «эластическимъ» приспособленіемъ. Если это слово неудачно, охотно присоединяюсь къ тѣмъ, которые дадутъ болѣе удачное физіологическое выраженіе.

5.

Перейду теперь къ практической сторонѣ вопроса и постараюсь выяснить тѣ принципы, которые должны руководить дѣйствіями врача при разработкѣ задачъ лѣченія.

Прежде всего необходимо признать, что стремленіе организма къ самоохраненію и способность его къ самоизлѣченію вовсе не служатъ основаніемъ для отрицанія дѣйствительности или полезности лѣченія вообще и лѣкарственнаго лѣченія въ частности. Правда, цѣлительная сила природы весьма могущественна, и наши лѣчебныя мѣропріятія нерѣдко являются лишь слабыми попытками замѣнить дѣятельность въ этомъ отношеніи самого организма, тѣмъ не менѣе это не должно служить основаніемъ для скептическаго отношенія къ лѣченію,—основаніемъ, которое, какъ извѣстно изъ исторіи медицины, иногда доходило у нѣкоторыхъ представителей врачебной практики до полнаго отрицанія полезности лѣкарствъ.

Такой пессимистическій взглядъ на значеніе лѣченія неоснователенъ уже по той одной причинѣ, что и современная, далекая отъ совершенства, терапія обладаетъ могущественными орудіями въ борьбѣ съ болѣзненными процессами, когда организмъ одними своими силами не въ состояніи справиться съ болѣзнью и гдѣ иногда во-очію видно, что помощь врача является прямо спасительной. Конечно, со временемъ, когда всѣ жизненныя приспособленія будутъ изучены лучше, терапія наша приметъ другія, болѣе совершенныя, формы; но, вѣдь, лучшее не должно быть врагомъ хорошаго, и поэтому нѣтъ основаній браковать все то, хотя бы относительно хорошее, что открыто эмпирически или даже случайно, безъ подкрѣпленія научною теоріею.

Терапевтическая практика всегда забѣгаетъ нѣсколько впередъ, не дожидаясь полнаго развитія научной истины, и, если практика иной разъ при дальнѣйшей провѣркѣ оказывается не состоятельной, то съ этимъ поневолѣ приходится мириться, такъ какъ лѣченіе вызывается насущною необходимостью, не позволяющей ждать, а развитіе научныхъ истинъ подвигается впередъ лишь медленными шагами. Могущественною или, по возможности, совершенной наша терапія будетъ лишь тогда, когда мы ознакомимся, если не съ сущностью, то, по крайней мѣрѣ, съ сокровеннѣйшими процессами жизни и когда мы получимъ возможность управлять тончайшими біологическими процессами въ тѣлѣ больного человѣка. Отъ этого идеала мы и теперь еще далеки; поэтому, какъ бы ни казались громадными научныя пріобрѣтенія нашего времени, нужно всегда помнить, что это—далеко не послѣднее слово науки и что намъ еще предстоитъ безконечный прогрессъ медицины. Подавляющее значеніе новѣйшаго открытія вызываетъ въ данный моментъ восхищеніе, но пройдетъ время и, вмѣсто него, можетъ явиться полное разочарованіе. Поэтому всегда нужно избѣгать черезчуръ быстрыхъ выводовъ и опрометчивыхъ обобщеній; какъ-бы ни казалась убѣдительной и увлекательной новѣйшая теорія, нужно постоянно провѣрять ее, прислушиваясь къ голосу того оракула, который всегда говоритъ истину, т. е., къ голосу природы, дѣлающемуся намъ все понятнѣе и понятнѣе. Наше-же научное убѣжденіе, всегда нѣсколько предвзятое и всегда нѣсколько ошибочное, должно постоянно провѣряться, чтобы еще болѣе приблизиться къ истинѣ. Въ доказательство этого положенія позволю себѣ привести здѣсь нѣсколько примѣровъ,—не изъ глубокой старины, а изъ близкаго намъ или даже изъ настоящаго времени, которое такъ гордо своими великими научными побѣдами.

Недавно еще процвѣталъ способъ лѣченія заразныхъ заболѣваній жаропонижающими пріемами; какъ при помощи внутреннихъ средствъ, такъ и охлажденіемъ тѣла путемъ дѣйствія ваннъ весьма низкой температуры старались, во что бы то ни стало, понизить температуру у горячечнаго больного. Такой способъ лѣченія встрѣчалъ и противниковъ, но имѣлъ и горячихъ защитниковъ съ авторитетными научными именами. И только тогда, когда рядомъ изслѣдованій было установлено, что повышеніе температуры при заразныхъ заболѣваніяхъ слѣдуетъ разсматривать, какъ спасительную для организма реакцію на послѣдовавшее зараженіе, что это повышеніе служитъ орудіемъ организма для избавленія отъ токсиновъ, тогда, конечно, опредѣлился и болѣе правильный взглядъ на лѣченіе лихорадочныхъ заболѣваній; прежнее увлеченіе жаропонижающимъ способомъ улеглось и уступило мѣсто инымъ способамъ лѣченія.

Приведу и другой примѣръ изъ близкаго намъ времени. Какъ извѣстно, созданное геніальными трудами *Pasteur*'а ученіе о микроорганизмахъ оказалось чрезвычайно плодотворнымъ, въ особенности въ примѣненіи къ хирургіи. Въ хирургической практикѣ вошла въ свои права антисептика со всѣми своими строжайшими предписаніями: карболовый spray при операціяхъ, орошеніе операціоннаго поля непрерывною струею обеззараживающаго раствора и т. д.—все это выполнялось педантически. Мы были такъ убѣждены въ безусловной необходимости всѣхъ этихъ частностей антисептики, что намъ казалась возмутительной смѣлость, если кто не признавалъ нужнымъ выполнять ихъ всѣ. И что же оказалось? Очень скоро выяснилось, что попытки убить бактеріи, проникшія въ ткани, обеззараживающими средствами не только не достигаютъ цѣли, но и прямо вредны, такъ какъ ядовитыя или сильнодѣйствующія вещества, относящіяся къ разряду обеззараживающихъ, не могутъ убить всѣхъ проникшихъ въ ткани бактерій, а между тѣмъ дѣйствуютъ губительно на клѣточные элементы, понижаютъ ихъ жизнедѣятельность и

Digitized by Google

вслѣдствіе этого не даютъ возможность организму самому справиться съ проникшими въ него бактеріями. И вотъ антисептика должна была уступить первенствующее мѣсто своей младшей сестрѣ, асептикѣ.

Еще одинъ примѣръ, наглядно показывающій необходимость постоянно руководиться указаніями природы.

Анти-и асептическій періодъ, какъ извѣстно, способствовалъ чрезвычайно пышному разцвѣту хирургіи. Ножъ оператора казался всемогущимъ орудіемъ, и къ его спасительному дѣйствію стали прибѣгать не только тамъ, гдѣ это было нужно, но и тамъ, гдѣ это только было возможно. Не буду останавливаться на тѣхъ случаяхъ, гдѣ примѣненіе хирургическаго лѣченія носило явные слѣды увлеченія и гдѣ совершенно забывали о возможности придти на помощь цѣлительнымъ приспособленіямъ организма. Скажу лишь нѣсколько словъ о такой категоріи заболѣваній, гдѣ, какъ кажется, только одна операція и даетъ надежду на спасеніе; разумѣю случаи рака. Идетъ упорная борьба съ этимъ недугомъ при содѣйствіи оперативнаго способа; неуспѣхъ лѣченія въ смыслѣ коренного избавленія организма отъ злокачественнаго процесса побуждаетъ операторовъ изощрять технику, расширять границы операціоннаго поля, дѣйствовать все болѣе и болѣе радикально. При оперативномъ лѣченіи рака матки гинекологи дошли въ техническомъ отношеніи, по видимому, до послѣднихъ степеней возможнаго. Тѣмъ не менѣе, достигаемые результаты не даютъ удовлетворенія, и каждому гинекологу, оперировавшему при ракѣ матки, нерѣдко приходится съ грустью убѣждаться въ томъ, что труды его пропали даромъ и что гибель больной отъ рака становится не предотвратимой. А между тѣмъ позднѣйшія наблюденія [13]) показываютъ, что бываютъ случаи рака, излѣчивающіеся удивительнымъ образомъ; производится, напр. неполное удаленіе злокачественнаго новообразованія и, къ удивленію оператора, завѣдомо оставшіяся частички раковой ткани не только не растутъ далѣе, но и исчезаютъ на долгое время. Нѣкоторымъ хирургамъ приходилось наблюдать, что небольшія переносныя гнѣзда, послѣ удаленія первичнаго очага, могутъ иногда исчезать благодаря лишь силамъ природы. Словомъ, выясняется, что раковое новообразованіе иногда—правда, весьма рѣдко—можетъ самопроизвольно подвергнуться обратному развитію. Нельзя, поэтому, не согласиться со словами *Schuchardt*'a [14]), который говоритъ: «во всякомъ случаѣ мы должны считаться съ возможностью, что при достигнутыхъ нами успѣхахъ въ излѣченіи рака играютъ роль еще неизвѣстныя причины; поэтому, чисто техническія точки зрѣнія не должны исключительно стоять на первомъ планѣ». Очевидно, организмъ старается, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и получаетъ возможность справиться съ злокачественнымъ процессомъ; очевидно..... всѣ дороги ведутъ въ Римъ!... и при ракѣ въ организмѣ развиваются цѣлительныя приспособленія для борьбы съ новообразованіемъ, но эти приспособленія оказываются обыкновенно слишкомъ слабыми и уступаютъ въ неравной борьбѣ. Наша задача—найти ихъ, изучить и придти имъ на помощь, и тогда, быть можетъ, наше лѣченіе будетъ болѣе успѣшнымъ, чѣмъ теперь, при одномъ лишь оперативномъ вмѣшательствѣ. Будетъ-ли здѣсь играть роль сывороточное лѣченіе или иной способъ,—покажетъ будущее.

Говоря вообще, можно думать, что наша современная терапія должна подвергнуться коренному пересмотру, если основной принципъ—содѣйствіе цѣлительнымъ силамъ природы—развить и разрабатывать въ терапевтической практикѣ возможно шире. Остановлюсь нѣсколько подробнѣе на простомъ, обыденномъ примѣрѣ: на лѣченіи катарральнаго процесса.

Воспаленную слизистую оболочку мы лѣчимъ т. наз. вяжущими средствами. Если слизистая оболочка представляется покраснѣвшею, набухшею, разрыхлившеюся и отдѣляющею повышенное количество секрета, то мы при пособіи вяжущихъ стремимся дать ей обратныя свойства. т. е. сдѣлать ее блѣдною, спавшеюся, плотною и сухою. Но является вопросъ, всегда ли такой образъ дѣйствій можетъ считаться правильнымъ? Не можетъ-ли такое лѣченіе идти наперекоръ естественному процессу самоизлѣченія. На такой вопросъ нерѣдко приходится отвѣчать утвердительно; несомнѣнно, по крайней мѣрѣ, что бываютъ такіе случаи катарровъ, гдѣ указанный способъ лѣченія не только не приноситъ пользы, а, скорѣе,—вредъ. Если приходится имѣть дѣло съ специфическимъ катарромъ, обусловленнымъ зараженіемъ гонококками, то здѣсь нерѣдко попадаются случаи, ясно свидѣтельствующіе о безсиліи нашихъ обычныхъ лѣкарственныхъ средствъ; проникшіе въ ткань гонококки упорно сохраняютъ свою живучесть и настойчиво поддерживаютъ болѣзненный процессъ. Какъ на раціональную попытку придти въ такихъ случаяхъ на помощь организму, мнѣ кажется, можно указать на опыты лѣченія гонорреи посредствомъ дрожжей, такъ какъ дрожжи, не повреждая тканей, могутъ оказывать бактеріеубивающее дѣйствіе. *Otto Abraham* [15]) на основаніи своихъ изслѣдованій приходитъ къ заключенію, что дрожжи могутъ убивать гонококковъ; доказывается это какъ клинически, такъ и бактеріологически; бактеріеубивающее дѣйствіе дрожжей зависитъ отъ особаго бродила; стерильныя дрожжи дѣйствуютъ только при прибавленіи сахара и т. д. Мои личныя наблюденія надъ дѣйствіемъ дрожжей при гонорреѣ еще немногочисленны, но первое впечатлѣніе склоняется къ такому плану лѣченія; тѣмъ болѣе интересна дальнѣйшая провѣрка, что и изъ другихъ сторонъ раздаются голоса за лѣченіе дрожжами; напр. проф. *Н. Я. Чистовичъ* [16]) наблюдалъ хорошіе результаты при рожѣ отъ внутренняго употребленія пивныхъ дрожжей.

Изъ другихъ способовъ лѣченія, широко примѣняемыхъ въ настоящее время, считаю умѣстнымъ сказать здѣсь нѣсколько словъ о систематическихъ внутриматочныхъ впрыскиваніяхъ. Горячо рекомендованный проф. *И. Н. Грамматикати*, этотъ способъ лѣченія (систематическія впрыскиванія смѣси іодовой настойки со спиртомъ и алумноломъ) былъ встрѣченъ весьма сочувственно и получилъ обширное примѣненіе при различныхъ гинекологическихъ заболѣваніяхъ. Казалось-бы, что особенно успѣшные результаты отъ такого лѣченія должны получаться въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣйствіе лѣкарственнаго вещества примѣняется непосредственно на всемъ участкѣ болѣзненно измѣненныхъ тканей, т. е. въ случаяхъ эндометрита. Не смотря на то, что мы имѣемъ непосредственный доступъ къ слизистой оболочкѣ матки, эндометритъ нерѣдко держится очень упорно и не уступаетъ настойчивому лѣченію; было-бы большимъ пріобрѣтеніемъ гинекологической терапіи, если-бы систематическія впрыскиванія, предложенныя проф. *И. Н. Грамматикати*, имѣли больше успѣха, чѣмъ масса другихъ способовъ, хотя-бы при лѣченіи эндометрита, не говоря уже о другихъ, менѣе доступныхъ лѣченію гинекологическихъ заболѣваніяхъ, въ видѣ, напр., гонорройнаго сальпинго-оофорита и т. д. Опытъ, однако, показываетъ, что лѣченіе впрыскиваніями іодовой настойки въ нѣкоторыхъ случаяхъ, дѣйствительно, бываетъ полезнымъ, иногда же не приноситъ никакой пользы, а нерѣдко ведетъ и къ ухудшенію болѣзни. Вмѣстѣ съ тѣмъ, желательно было-бы выяснить, чему слѣдуетъ приписать успѣхъ лѣченія, въ тѣхъ случаяхъ, когда таковой наблюдается; желательно это по той причинѣ, что врачи, увлекающіеся этимъ способомъ лѣченія, готовы строить чуть-ли не цѣлыя теоріи для объясненія дѣйствія этого лѣчебнаго способа, толкуютъ о бактеріеубивающемъ дѣйствіи впрыскиваній, о значеніи временного климактерія и т. д. Примѣняя неоднократно лѣченіе эндометрита внутриматочными впрыскиваніями, я, на ряду съ успѣшными случаями, наблюдалъ и такіе, гдѣ лѣченіе оставалось, по меньшей мѣрѣ, безрезультатнымъ даже и тогда, когда эндометритъ не имѣлъ специфическаго свойства. Больныя, у которыхъ онъ такъ упорно держался, относились къ категоріи т. наз. «сырыхъ» людей съ вялыми мышцами, съ блѣднымъ одутловымъ лицемъ, съ довольно обильнымъ отложеніемъ дряблаго подкожнаго жира и т. д.; у такихъ людей острый процессъ легко переходитъ въ хроническій, а хроническій весьма трудно поддается лѣченію. Наблюдая у такихъ сырыхъ, рыхлыхъ женщинъ неуспѣхъ лѣченія эндометрита внутриматочными впрыскиваніями, я прихожу къ заключенію, что роль этого лѣчебнаго дѣятеля, го-

Digitized by Google

воря вообще, крайне ничтожна въ сравненіи съ естественнымъ стремленіемъ заболѣвшихъ тканей къ возвращенію въ прежнее нормальное состояніе и можетъ быть сведена на дѣйствіе, обозначаемое словомъ «раздраженіе». Если хроническій воспалительный процессъ подъ вліяніемъ сильнаго раздраженія—обостряется и, обострившись, имѣетъ наклонность къ restitutio ad integrum, то внутриматочныя впрыскиванія при эндометритѣ окажутся полезными; если же хроническій процессъ подъ вліяніемъ новаго раздраженія обостряется безъ наклонности тканей къ этой restitutio, то обостреніе ведетъ лишь къ тому, что прежній процессъ, сохраняя свой хроническій характеръ, протекаетъ лишь въ болѣе тяжелой формѣ. Пришедши къ такому выводу, я полагаю, что всѣ подробности способа, въ видѣ, напр., необходимости производить впрыскиванія ежедневно, необходимости громаднаго числа сеансовъ и т. д. не имѣютъ существеннаго значенія.

Указавъ на нѣкоторыхъ примѣрахъ недостаточность нашей современной терапіи, перейду къ оцѣнкѣ тѣхъ дѣйствующихъ началъ, которые могутъ сослужить службу въ дѣлѣ врачеванія. Остановлюсь опять на томъ же воспалительномъ процессѣ слизистой оболочки.

Ближайшее изученіе физіологическихъ условій организма показываетъ намъ, что громадную роль могутъ играть такія причины, которыя раньше и не подозрѣвались; такъ, напр., знакомство съ важнымъ значеніемъ осмотическаго давленія даетъ основаніе видѣть въ растворѣ безразличныхъ солей извѣстной крѣпости могущественнаго лѣчебнаго дѣятеля.

Весьма поучителенъ въ этомъ отношеніи любопытнѣйшій опытъ *Massart*'а (Прив. по лекціямъ *Van-t'Hoff*'а). Онъ вводилъ себѣ въ глазъ безвредные растворы, подогрѣтые до температуры тѣла, и убѣдился въ слѣдующемъ. Если растворъ разбавленъ ниже извѣстной границы, то глазъ стремится довести его путемъ испаренія до большей крѣпости, чему содѣйствуетъ непобѣдимая наклонность глаза оставаться открытымъ съ разъединенными вѣками. Если же растворъ крѣпче извѣстнаго предѣла, то глазъ немедленно закрывается, выпариваніе раствора предотвращается, а выдѣленіе слезъ способствуетъ разжиженію раствора.

Этотъ интересный опытъ указываетъ, что такое свойство, какъ осмотическое давленіе, можетъ быть весьма цѣлесообразно использовано для лѣчебнаго воздѣйствія. На этомъ основаніи составъ солей, содержащій въ себѣ всѣ осмотически дѣятельныя минеральныя вещества кровяной сыворотки, напр., т. наз. sal physiologicum проф. *А. В. Пеля* [17]), можетъ имѣть большое терапевтическое значеніе, не смотря на то, что вещества, вошедшія въ растворъ, въ обычномъ химическомъ смыслѣ, относятся къ разряду весьма мало дѣятельныхъ. Насколько велико значеніе такихъ физіологическихъ растворовъ солей, можно судить по извѣстнымъ опытамъ съ вырѣзаннымъ сердцемъ, которое, можно сказать, прямо оживаетъ при дѣйствіи *Locke*'евскаго раствора.

Проф. *Н. П. Кравкову* принадлежитъ мысль примѣнить жидкость *Locke* для оживленія выдѣленной матки. Произведенныя въ этомъ направленіи *Е. М. Курдиновскимъ* [18]) опыты дали возможность наблюдать родовой актъ выдѣленной кроличьей матки во всѣхъ его скрытыхъ подробностяхъ. Съ лѣчебными цѣлями *Locke*'вскій растворъ примѣняется проф. *В. С. Груздевымъ* [19]) въ видѣ вливаній въ брюшную полость при чревосѣченіи. Пользуясь этими данными, я предложилъ д-ру *Юрьяну*, ассистенту акушерско-гинекологической клиники Юрьевскаго Университета, испытать въ широкихъ размѣрахъ и изучить лѣчебное значеніе физіологическаго раствора солей при различныхъ заболѣваніяхъ слизистыхъ оболочекъ женскихъ половыхъ органовъ, при гонорреѣ, гнилостномъ пораженіи и т. д., при чемъ всѣ обычныя средства, въ видѣ обеззараживающихъ, вяжущихъ т. д., должны быть оставлены въ сторонѣ. Начатая д-ромъ *Юрьяномъ* работа, по случайнымъ обстоятельствамъ (перемѣна имъ мѣста службы) пріостановилась, но кое-какіе полученные уже результаты говорятъ съ несомнѣнностью въ пользу такого плана лѣченія.

Изученіе физіологическихъ приспособленій организма въ его борьбѣ съ вредными началами обѣщаетъ весьма многое для терапіи, такъ какъ организмъ обладаетъ могучими средствами для самозащиты. На сколько велики эти средства, съ очевидностью вытекаетъ изъ того обстоятельства, что организмъ не только справляется съ болѣзненнымъ процессомъ, но иногда даже совершенно не обнаруживаетъ никакихъ признаковъ заболѣванія, не смотря на дѣйствіе вредоноснаго начала. Такое въ высшей степени выраженное противудѣйствіе организма мы видимъ въ его т. наз. невоспріимчивости; мы искусственно вводимъ въ организмъ тѣхъ или другихъ микробовъ, и организмъ не подвергается заболѣванію; вводимъ въ организмъ ядовитыя химическія вещества, и онъ не обнаруживаетъ никакихъ слѣдовъ дѣйствія яда. Такъ могущественна цѣлительная сила природы!

6.

Какъ-же совмѣстить это неуклонное стремленіе организма къ самоохраненію съ неизбѣжностью для него, все-таки, рано или поздно погибнуть? Какъ совмѣстить это стремленіе къ вѣчности и неизбѣжность смерти?

Это противурѣчіе—лишь кажущееся. Дѣйствительно, живая матерія стремится къ вѣчности, и одноклѣточный организмъ, размножающійся дѣленіемъ,—какъ мы читаемъ у проф. *В. В. Пашутина* [20])—«представляетъ всѣ данныя для существованія неопредѣленное время, если только внѣшнія условія благопріятны для него, т. е. если онъ получаетъ пищевыя вещества и не подвергается насильственному разрушенію со стороны какихъ-нибудь химическихъ или физическихъ инсультовъ. Каждая частичка одноклѣточнаго организма не умираетъ всецѣло, а входитъ въ построеніе новаго организма, представляя изъ себя отпрыскъ для слѣдующей генераціи. Совсѣмъ другое мы встрѣчаемъ у высшихъ организмовъ». При извѣстной сложности живого организма лишь нѣкоторая часть его, преемственно изъ поколѣнія въ поколѣніе, остается жить безконечно, другая-же—правда, гораздо бо́льшая—индивидуальная часть организма постепенно изнашивается, старѣетъ и погибаетъ. Слѣд., стремленіе живой природы къ вѣчной жизни удовлетворено, хотя природа не нашла для высшихъ организмовъ иного способа, какъ преемственную передачу жизни изъ поколѣнія въ поколѣніе. Эту преемственную передачу жизни природа, какъ извѣстно, обезпечиваетъ весьма заботливо, можно сказать, даже съ роскошью, съ избыткомъ.

Какъ примѣръ этой избыточности, можетъ служить всѣмъ извѣстная плодовитость рыбъ; было высчитано, что потомство сельди въ 20-мъ поколѣніи составило-бы массу, величиною превышающую объемъ земнаго шара [*Guiard* [21])].

Что-же касается тѣхъ скопленій живой матеріи, которыя имѣютъ значеніе индивидуальнаго организма, то природа объ нихъ менѣе заботится и снабдила ихъ приборами лишь для временного существованія.

Можно-ли воспользоваться стремленіемъ организма къ самоохраненію на столько, чтобы предохранить его отъ обветшанія и дать ему возможность вѣчнаго или, по крайней мѣрѣ, весьма долгаго индивидуальнаго существованія?

Какъ извѣстно, въ старину такіе вопросы сильно занимали умы ученыхъ, и въ тѣ времена производились настойчивые поиски «жизненнаго элексира» для продленія жизни. И въ наше время желаніе побѣдить природу, стать выше ея непреложныхъ требованій иной разъ увлекаетъ научныхъ дѣятелей къ отысканію средствъ противъ старости и смерти (*Brown-Sequard, Мечниковъ*). Но сладость мечтаній ведетъ лишь къ горечи разочарованія! Конечно, сознаніе неизбѣжности смерти весьма мучительно, и всему живущему присущъ страхъ смерти. Конечно, очень пріятно утѣшать себя мыслью, что неизбѣжность смерти не кроется въ самой организаціи жизненныхъ процессовъ; но, какъ сказано, природа, стремящаяся къ безконечной жизни, установила вѣчность лишь преемственную; все-же, живущее индивидуально, рождается на свѣтъ уже съ готовымъ смертнымъ приговоромъ; неизвѣстенъ лишь тотъ часъ, когда онъ будетъ приведенъ въ исполненіе. Таковъ непреклонный законъ живой природы. Слѣд., прекращеніе жизни въ глубокой старости, т. наз. физіологическая смерть есть требованіе закона неизбѣжное, противъ котораго наука остается безсильной, и съ этимъ, мнѣ кажется, легко примириться, такъ какъ этотъ законъ вовсе и не такъ суровъ. Смерть въ глубокой старости совсѣмъ не

Digitized by Google

такъ мучительна; возможно даже допустить, что умереть въ очень преклонномъ возрастѣ даже пріятно; какъ усталому путнику хочется прилечь и уснуть, такъ и истощенному обветшалому организму можетъ быть пріятно сбросить бремя жизни и получить покой въ вѣчномъ снѣ. «Если бы ты дожилъ до моихъ лѣтъ, говорила одна 100-лѣтняя старуха, ты понялъ-бы, что смерти можно не только не бояться, но желать и чувствовать въ ней потребность, какъ чувствуется потребность заснуть» [*А. А. Токарскій* [22])]. Вотъ въ высшей степени характерныя слова, которыя съ очевидностью свидѣтельствуютъ о томъ, что въ глубокой старости, при постепенно наростающей слабости и утомляемости, можетъ настать моментъ, когда жизнь становится тягостной и появляется новое желаніе, похожее на желаніе уснуть. Это появляющееся въ очень преклонныхъ годахъ желаніе умереть *И. И. Мечниковъ* [23]) называетъ инстинктомъ естественной смерти, который можетъ появиться въ глубокой старости, подобно, напр., половому инстинкту, появляющемуся въ извѣстномъ возрастѣ. Если бы, говоритъ *И. И. Мечниковъ*, циклъ человѣческой жизни слѣдовалъ идеальному физіологическому ходу, инстинктъ естественной смерти (какъ у вышеупомянутой 100-лѣтней старухи, о которой говоритъ *А. А. Токарскій*), появлялся-бы въ свое время послѣ нормальной жизни и здоровой долгой старости. Нужно надѣяться, что съ прогрессомъ науки число людей, которые будутъ доживать до появленія у нихъ инстинкта смерти, будетъ все болѣе и болѣе увеличиваться.

Съ другой стороны, слѣдуетъ думать, что самый процессъ умиранія вовсе не такъ мучителенъ, какъ обыкновенно полагаютъ. Не говоря уже о томъ, что здѣсь весьма важнымъ облегченіемъ является нерѣдко потеря сознанія за долго до самой смерти, имѣются указанія на то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ періодъ, предшествующій смерти, иногда сопровождается даже пріятными ощущеніями. По крайней мѣрѣ, такіе разсказы существуютъ относительно лицъ, подвергавшихся умиранію отъ задушенія или отъ другихъ причинъ и потомъ возвращенныхъ къ жизни.

Наконецъ, нельзя не упомянуть о т. наз. эйфоріи умирающихъ, т. е. объ особомъ ощущеніи благополучія, развивающемся передъ смертью.

«Можетъ быть, говоритъ *А. А. Токарскій*, это обусловливается недостаточнымъ окисленіемъ крови при ослабленіи дѣятельности сердца и легкихъ; можетъ быть, здѣсь играетъ роль предсмертное пониженіе возбудимости нервныхъ центровъ, производящее потерю чувствительности;—фактъ заключается въ томъ, что нѣкоторые больные при приближеніи смерти, иногда даже за нѣсколько дней до ея наступленія, приходятъ въ состояніе ясно выраженнаго блаженства, т. е. происходитъ не только прекращеніе болѣзненныхъ и тягостныхъ ощущеній, но возникаетъ, кромѣ того, и положительное пріятное общее чувство».

Можетъ быть, не даромъ древній поэтъ говоритъ: «боги внушили людямъ страхъ смерти, чтобы скрыть отъ нихъ сладость ея приближенія». Эти слова, заимствованныя изъ статьи проф. *Г. Г. Скориченко-Амбодика* [24]), пожалуй, ближе соотвѣтствуютъ, дѣйствительности, чѣмъ слова Ѳ. М. Достоевскаго—«Знаете *ли*, что такое смертный страхъ?» «Да, вѣдь, это невыносимо, это горячечный кошмаръ, только на яву, и, стало быть, во сто разъ мучительнѣе....», которыя, между прочимъ приводятся въ статьѣ проф. *В. Ф. Чижа*.

Но пусть существуетъ страхъ смерти! Этотъ страхъ смерти есть ничто иное, какъ особый видъ той-же вѣчной заботы организма о себѣ; это—могущественный толчекъ для него напрягать всѣ свои силы противъ угрожающей опасности. Во всякомъ-же случаѣ, если жизнь пресѣкается при полномъ разцвѣтѣ всѣхъ силъ организма, это не обусловливается закономъ природы; это есть роковая случайность, идущая въ разрѣзъ съ естественнымъ ходомъ вещей; это—случайность предупредимая, противъ которой врачебная наука все болѣе и болѣе вооружается все болѣе и болѣе усовершенствованнымъ оружіемъ. И эта роковая случайность должна встрѣчаться все рѣже и рѣже по мѣрѣ того, какъ врачебная наука будетъ ближе знакомиться и дружнѣе дѣйствовать совмѣстно со своею могущественною и пока еще таинственною союзницею, имя которой: vis medicatrix naturae—цѣлительная сила природы.

**Литературные источники.** 1. Проф. *П. Я. Борисовъ*. Соотношеніе между вкусомъ и потребностями организма. «Русскій Врачъ», 1903, № 26.—2. Ч. пр. *Л. Б. Попельскій*. Вкусъ и потребности организма. Тамъ-же, 1903, № 49.—3. Проф. *А. С. Фаминцынъ*. Современное естествознаніе и психологія. Петербургъ, 1898 г.—4. Проф. *В. В. Подвысоцкій*. Основы общей и экспериментальной патологіи. Петербургъ, 1899 г.—5. *Н. Ф. Гамалѣя*. О новомъ направленіи въ патологіи. «Врачъ», 1899 г., № 6.—6. *Bunge*. Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 1901 г., т. 2, вып. 1.—7. Проф. *К. А. Тимирязевъ*. Столѣтніе итоги физіологіи растеній. Москва, 1901 г.—8. Проф. *И. П. Павловъ*. Экспериментальная психологія и психопатологія на животныхъ. «Извѣстія В.-Медицинской Академіи», 1903 г., октябрь.—9. *Van-t'Hoff*. Восемь лекцій по физической химіи, читанныхъ по приглашенію Университета Чикаго. Переводъ. Рига, 1903 г.—10. Проф. *Н. П. Кравковъ*. Современныя проблемы фармакологіи и матеріализмъ. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 2.—11. *Н. В. Бугаевъ*. Математика и научно-философское міросозерцаніе. «Вопросы философіи и психологіи», кн. 45. Москва, 1898 г.—12. Проф. *В. Ф. Чижъ*. Біологическое обоснованіе пессимизма. Казань, 1895 г.—13. *Lomer*. Zur Frage der Heilbarkeit des Carcinoms. «Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. L., стр. 305.—14. *Schuchardt*. Centralblatt für Gynaekologie, 1901 г., стр. 664.—15. *Otto Abraham*. Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit Hefe. «Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XVI, стр. 1017.—16. Проф. *Н. Я. Чистовичъ*. О лѣченіи рожи пивными дрожжами. «Извѣстія В.-Медицинской Академіи», 1903 г., май.—17. Проф. *А. В. Пель*. Осмотическое давленіе соковъ организма и отношеніе къ возникновенію и устраненію болѣзней. «Врачъ», 1899 г., № 34.—18. *Е. М. Курдиновскій*. Объ изолированіи живой матки. «Русскій Врачъ», 1902 г., № 53.—19. Проф. *В. С. Груздевъ*. Къ техникѣ брюшныхъ чревосѣченій (laparocoeliotomia). Тамъ-же, 1903 г., № 1.—20. Проф. *В. В. Пашутинъ*. Курсъ общей и экспериментальной патологіи. Петербургъ, 1885 г.—21. *Гюйаръ*. Исторія міра. Перев. Петербургъ, 1900 г.—22. *А. А. Токарскій*. Страхъ смерти. «Вопросы философіи и психологіи», Кн. 40. Москва, 1897 г.—23. *И. И. Мечниковъ*. Etudes sur la nature humaine.—Essai de philosophie optimiste. Paris, 1903 г.—24. Проф. *Г. Г. Скориченко-Амбодикъ*. Механизмъ смерти. «Врачъ», 1895 г., стр. 326.—25. Проф. *Л. Мороховецъ*. Исторія и соотношеніе медицинскихъ знаній. Москва, 1903 г.—26. *Guardia*. Исторія медицины отъ Гиппократа до Бруссэ. Перев. Казань, 1892 г.—27. Проф. *И. Р. Тархановъ*. Энциклопедическій Словарь Эфрона, слова: «жизнь» и «витализмъ».

---

XVII. Изъ хирургическаго отдѣленія мужской Обуховской больницы въ Петербургѣ.

## Сравнительная оцѣнка способовъ оперативнаго лѣченія при гипертрофіи предстательной железы и показанія къ нимъ.

**В. Н. Хольцова.**

(Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ).

Цѣль моего доклада—вызвать обмѣнъ мыслей по вопросу объ оперативномъ лѣченіи при гипертрофіи предстательной железы. Вопросъ этотъ въ настоящее время чрезвычайно занимаетъ западно-европейскихъ и американскихъ хирурговъ, и литература тамъ по этому вопросу за послѣдніе годы разрослась до такой степени, что въ этомъ отношеніи съ нею можетъ соперничать развѣ только громадная литература о перитифлитѣ. Между тѣмъ отечественная литература хранитъ почти полное молчаніе: за послѣдніе годы насчитывается не болѣе 3—4 работъ, посвященныхъ исключительно операціямъ на половыхъ органахъ при гипертрофіи предстательной железы; работъ-же объ операціи *Bottini* или изсѣченіи предстательной железы, сколько мнѣ извѣстно, на русскомъ языкѣ совершенно нѣтъ. Это обстоятельство и побуждаетъ меня выступить со своимъ докладомъ въ надеждѣ, что собравшіеся товарищи подѣлятся здѣсь устно своими наблюденіями и опытомъ въ этой области.

Прежде чѣмъ разбирать существующіе оперативные способы лѣченія, коснусь вопроса, когда слѣдуетъ оперировать при гипертрофіи предстательной железы? Въ этомъ отношеніи существуетъ разногласіе. Одни совѣтуютъ оперировать во всѣхъ періодахъ болѣзни; другіе-же полагаютъ, что въ 1-мъ и во 2-мъ періодахъ—періодѣ разстройства со стороны мочеиспусканія безъ задержки мочи и періодѣ хронической неполной задержки безъ растяженія пузыря—слѣдуетъ ограничиваться палліативными мѣрами и только въ 3-мъ періодѣ—періодѣ неполной или полной задержки

Digitized by Google

мочи съ растяженіемъ пузыря—слѣдуетъ предлагать больнымъ операцію. Операція въ 1-мъ и во 2-мъ періодахъ болѣзни должна быть предпринимаема въ исключительныхъ случаяхъ, когда не удается устранить палліативными средствами разстройства мочеиспусканія, когда, во 2-мъ періодѣ, не удается уничтожить остаточную мочу или значительно уменьшить количество ея, когда катетеризація очень затруднительна, когда она сопровождается всегда обильнымъ кровотеченіемъ, когда приступы острой задержки мочи повторяются очень часто.

Послѣдняго взгляда придерживаюсь и я. Продолжительныя наблюденія надъ довольно большимъ числомъ больныхъ въ Обуховской больницѣ показали, что однѣми палліативными мѣрами въ 1-мъ и во 2-мъ періодахъ можно достигнуть многаго, нерѣдко полнаго возстановленія работы мочевого пузыря и исчезновенія безпокоящихъ больного припадковъ. Мало того—въ рѣдкихъ, правда, случаяхъ—даже и въ 3-мъ періодѣ однѣми палліативными мѣрами можно достигнуть значительнаго улучшенія мѣстныхъ и общихъ припадковъ, такъ что операція, судя по самочувствію больного, не является уже настоятельно необходимой. Позволю себѣ привести дов. характерный въ этомъ отношеніи случай.

3 слишкомъ года назадъ ко мнѣ на частный пріемъ явился больной, хворавшій, по его словамъ, уже года 3, съ жалобами на частые позывы къ мочеиспусканію, общую слабость, почти полное нежеланіе ѣсть и частую рвоту. Онъ былъ такъ слабъ, что я даже выразилъ удивленіе, какъ онъ могъ рѣшиться въ такомъ состояніи выйти изъ дому, а не пригласилъ къ себѣ врача. Тутъ-же на пріемѣ у больного случилась рвота. При изслѣдованіи пузырь оказался сильно растянутымъ; позывы на мочу—каждые 10 мин., при чемъ выдѣлялось нѣсколько ея капель, нейтральной реакціи, со значительнымъ осадкомъ. Я посовѣтывалъ больному поступить въ больницу для операціи (по *Bottini*). Въ больницѣ обнаружилась душевная болѣзнь съ религіознымъ характеромъ. Операція при такомъ состояніи больного признана была не своевременной, и рѣшено было ограничиться систематической катетеризаціей, промываніемъ пузыря, упорядоченіемъ работы кишечника, ваннами и т. п. Постепенно состояніе больного улучшилось: душевная болѣзнь прошла, больной сталъ произвольно выдѣлять всё бо̀льшія и большія количества мочи, позывы на нее сдѣлались рѣже, больной сталъ хорошо ѣсть и окрѣпъ. Въ общемъ онъ такъ былъ доволенъ своимъ состояніемъ, что находилъ уже операцію лишней. Выписавшись изъ больницы, онъ время отъ времени являлся ко мнѣ: остаточной мочи было около 300 к. стм., но позывы были нечасты и не особенно безпокоили больного ночью.

Результаты, достигаемые палліативными мѣрами, при внимательномъ отношеніи къ себѣ больного, держатся довольно стойко, и такіе больные долго не нуждаются въ операціи или даже могутъ совершенно обходиться безъ нея. Мы не предлагаемъ операціи и въ тѣхъ случаяхъ, когда у больного имѣется значительное пораженіе почекъ, или признаки общаго гнилостнаго зараженія, или тяжелое пораженіе пузыря, распространившееся на околопузырную клѣтчатку.

И такъ, часть авторовъ придерживается того мнѣнія, что операцію слѣдуетъ дѣлать въ 3-мъ, рѣже во 2-мъ періодахъ, когда больной можетъ выводить мочу только съ помощью катетра или, чтобы облегчить работу пузыря, долженъ дов. часто, иногда ежедневно, выводить остаточную мочу катетромъ. Частая катетеризація, примѣняемая даже со всѣми предосторожностями асептики, представляетъ безусловную опасность для больныхъ, и всѣ они рано или поздно погибаютъ отъ піэло-нефрита, перицистита или гнилокровія.

Способовъ оперативнаго лѣченія при гипертрофіи предстательной железы множество. Большинство изъ нихъ вскорѣ по появленіи на свѣтъ оказались совершенно непригодными или черезчуръ опасными и поэтому не получили распространенія. Въ настоящее время примѣняются либо операціи на половыхъ органахъ—кастрація и изсѣченіе относящаго протока, либо операціи на самой железѣ—частичное или полное изсѣченіе и гальванокаустическое разсѣченіе (операція *Bottini*).

Физіологическая связь между яичками и предстательной железой установлена наблюденіями надъ евнухами и скопцами, наблюденіями надъ лицами съ врожденнымъ отсутствіемъ или атрофіей яичекъ или 2-стороннимъ крипторхизмомъ, надъ лицами, которымъ въ молодости была произведена кастрація: у однихъ предстательная железа бываетъ очень мала, у другихъ ея нельзя нащупать вовсе. Связь эта подтверждена и опытами на животныхъ, у которыхъ черезъ нѣкоторое время послѣ кастраціи происходитъ, какъ показали микроскопическія изслѣдованія, уменьшеніе предстательной железы на счетъ железистой и отчасти мышечной тканей. Естественно было на основаніи этихъ наблюденій испытать кастрацію съ цѣлью устраненія гипертрофіи предстательной железы. 1-ая такая операція была произведена съ хорошимъ функціональнымъ результатомъ проф. *Ѳ. И. Синицынымъ* въ 1886 г. Въ 1893 г. *Ramm* въ Христіаніи и *Wite* въ Филадельфіи предложили ее, какъ способъ, послѣ чего она сдѣлалась очень распространенной, и въ настоящее время въ казуистической литературѣ имѣются уже сотни наблюденій, дозволяющихъ подвести итоги ея результатамъ.

Самую послѣднюю и самую полную статистику кастрацій даетъ *E. Burckhardt*; въ нее вошли только тѣ случаи, въ которыхъ точно описаны результаты операціи. *Burckhardt* собралъ 210 случаевъ, изъ коихъ въ 32,8% получилось возстановленіе, въ 30,4% улучшеніе отправленій пузыря, въ 20,4% операція оказалась безуспѣшной, а въ 16,2% за нею послѣдовала смерть. Если и не придавать безусловнаго значенія статистическимъ даннымъ, то все-же нельзя отрицать, что результаты кастраціи въ смыслѣ возстановленія отправленій пузыря довольно удовлетворительны. Наблюденія показали, что вліяніе этой операціи на уменьшеніе предстательной железы—по крайней мѣрѣ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ—несомнѣнно, при чемъ оно ограничивается почти исключительно мягкими железистыми формами гипертрофіи, между тѣмъ какъ на плотныя фиброзныя и мышечныя формы распространяется гораздо рѣже. Микроскопическое изслѣдованіе предстательныхъ железъ послѣ кастраціи большею частью не обнаруживаетъ въ нихъ ни малѣйшаго намека на обратное развитіе процесса. Почти всѣ изслѣдователи согласны, что уменьшеніе формы предстательной железы послѣ кастраціи объясняется уменьшеніемъ пассивной гиперэміи, дѣйствительной-же атрофіи при этомъ не происходитъ. Кто видѣлъ много больныхъ съ гипертрофіей предстательной железы, тотъ не можетъ не согласиться съ *Frisch'*емъ, что такіе результаты очень часто можно получить при методической катетеризаціи или примѣненіи катетра à demeure. Особенно это относится къ тѣмъ больнымъ, у которыхъ результатъ наступилъ вскорѣ послѣ операціи, произведенной по поводу острой задержки мочи. Просматривая исторіи болѣзни изъ Обуховской больницы за 10 лѣтъ, я во многихъ случаяхъ острой задержки мочи, лѣченной катетеризаціей, нашелъ указаніе на уменьшеніе предстательной железы послѣ возстановленія отправленій пузыря. Въ противоположность мнѣнію большинства авторовъ имѣются только одиночныя наблюденія, указывающія, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ происходитъ дѣйствительное сморщиваніе и уменьшеніе предстательной железы, при чемъ наблюдается уменьшеніе железистой и мышечной тканей и разростаніе соединительной (*Asknasi*). Такимъ образомъ, хотя безусловно полнаго единогласія относительно вліянія кастраціи на гипертрофированную предстательную железу и нѣтъ, тѣмъ не менѣе съ бо̀льшею вѣроятностью можно объяснить это вліяніе уменьшеніемъ пассивной гиперэміи.

Аналогія, которую думали найти между вліяніемъ кастраціи у евнуховъ, скопцовъ, при опытахъ на животныхъ, между наблюдающимся отсутствіемъ или атрофіей предстательной железы при врожденномъ отсутствіи яичекъ и при крипторхизмѣ, съ одной стороны, и вліяніемъ кастраціи на гипертрофированную предстательную железу, съ другой, не оправдалась. Тамъ предстательная железа—нормальная, здѣсь—патологически измѣненная; понятно, что и вліяніе на нихъ одной и той-же причины должно быть различно.

Что улучшеніе отправленій пузыря и зависящихъ отъ разстройства его дѣятельности страданій мочевого прибора должно вліять благопріятно на общее состояніе больного, это несомнѣнно и наблюдалось въ дѣйствительности. Но, рядомъ съ указаніемъ на благопріятное вліяніе кастраціи, нѣтъ недостатка въ наблюденіяхъ и относительно

вреднаго вліянія этой операціи на центральную нервную систему и общее состояніе. Помимо угнетающаго дѣйствія на больного потери яичекъ, описаны случаи заболѣванія послѣ операціи острой маніей, нерѣдко наблюдалось быстрое паденіе физическихъ и духовныхъ силъ, оканчивавшееся смертью. Такія разстройства имѣющія нѣкоторое подобіе съ зобнымъ худосочіемъ, слѣдуетъ объяснять прекращеніемъ дѣятельности яичекъ, которыя, по видимому, помимо сѣмени, вырабатываютъ еще какія-то необходимыя для экономіи организма вещества, поступающія въ него черезъ кровеносные и лимфатическіе пути (теорія внутренней секреціи *Brown-Séquard*'a).

Въ Обуховской больницѣ кастрація при гипертрофіи предстательной железы не была произведена ни разу. Это объясняется взглядомъ завѣдующаго хирургическимъ отдѣленіемъ, *А. А. Троянова*, на важное значеніе яичекъ для экономіи организма вообще, помимо ихъ роли въ половой дѣятельности. А потому въ самый разгаръ увлеченія этой операціей онъ самъ воздерживался отъ ея производства и не совѣтывалъ дѣлать ее и другимъ.

Чтобы ослабить вредное вліяніе на организмъ полной кастраціи, пробовали примѣнять одностороннюю орхидэктомію, но результаты въ смыслѣ возстановленія отправленій пузыря получались гораздо худшіе, чѣмъ при двухсторонней. Изъ 13 больныхъ, у которыхъ была сдѣлана односторонняя орхидэктомія, отправленія пузыря возстановились только у 7. Кромѣ того, какъ показалъ случай *Faulds*, и односторонняя орхидэктомія можетъ иногда повлечь за собою такія-же плохія послѣдствія, какъ и кастрація.

Вскорѣ послѣ того, какъ обнаружилось вредное вліяніе кастраціи на организмъ, появились предложенія оперировать на сѣмянномъ канатикѣ. Такія операціи, не оказывая вреднаго вліянія на организмъ, должны были повести къ атрофіи яичекъ,—стало быть, должны были дать такіе-же результаты, какъ и кастрація. Относящіяся сюда операціи слѣдующія: перевязка канатика, перерѣзка его съ перевязкой, изсѣченіе канатика, изсѣченіе и перевязка отдѣльныхъ составныхъ его частей. Изъ всѣхъ этихъ операцій чаще всего примѣняется перерѣзка или изсѣченіе сѣмяотводящаго протока; остальныя вслѣдствіе ихъ безрезультатности либо опасности (омертвѣніе яичекъ) не получили распространенія.

Операція на сѣмяотводящемъ протокѣ также не была лишена опасности въ смыслѣ вліянія на общее состояніе больного: и при ней наблюдались психозы, упадокъ силъ и быстро нароставшій маразмъ, хотя и значительно рѣже, чѣмъ при кастраціи. Результаты въ смыслѣ возстановленія отправленій пузыря были нѣсколько худшіе, чѣмъ послѣ кастраціи.

По новѣйшимъ статистическимъ даннымъ *E. Burckhardt*'a на 18 случаевъ перерѣзки съ перевязкой отводящаго протока въ 11 отправленія пузыря возстановились, въ 1 наступило улучшеніе, въ 2 результатъ получился отрицательный, въ 4 послѣдовала смерть. На 252 случая изсѣченія этого протока отправленія пузыря возстановились въ 24,0%, въ 34,5% наступило улучшеніе, въ 32,5% результатъ получился отрицательный, въ 8,3% послѣдовала смерть. На 43 случая изсѣченія протока съ перевязкою культи отправленія пузыря возстановились въ 25,6%, въ 39,5% наступило улучшеніе, въ 32,6% результатъ былъ отрицательный и въ 2,3% послѣдовала смерть. Эти цифры лишь немного расходятся съ данными статистики *А. Г. Панкратьева*, у котораго на 270 случаевъ двустороннего изсѣченія сѣмяотводящаго протока въ 30% получилось полное возстановленіе отправленій пузыря, въ 33%—улучшеніе, въ 25,5% результатъ былъ отрицательный и въ 11,5% послѣдовала смерть.

Въ Обуховской больницѣ изсѣченіе отводящихъ протоковъ при гипертрофіи предстательной железы произведено было нѣсколько разъ. Результаты были либо отрицательные, либо въ видѣ лишь временного улучшенія отправленій пузыря. Вреднаго вліянія этой операціи на общее состояніе организма не наблюдалось.

Подведя итогъ результатамъ операціи на половыхъ органахъ, мы видимъ, что въ довольно значительномъ числѣ случаевъ происходитъ либо полное, либо частичное возстановленіе отправленій пузыря, но эти операціи, особенно кастрація, не безопасны для общаго состоянія больного.

Изъ операцій, производимыхъ на предстательной железѣ, простое разсѣченіе ея со стороны промежности со вскрытіемъ мочеиспускательнаго канала (prostatotomia perinealis) или со стороны мочевого пузыря послѣ надлобковаго вскрытія послѣдняго (prostatotomia suprapubica), какъ операціи, не дающія коренного излѣченія, не получили распространенія. Несомнѣнно, коренными должны быть признаны тѣ операціи, которыя имѣютъ цѣлью изсѣченіе выдающихся и закрывающихъ выходъ пузыря частей предстательной железы или бо̀льшей части послѣдней. Такое изсѣченіе можетъ быть произведено кровавымъ путемъ (prostatectomia) или гальванокаустическимъ (операція *Bottini*). Простатэктомія производится либо со стороны мочевого пузыря послѣ вскрытія послѣдняго (prostatectomia suprapubica), либо со стороны промежности (prostatectomia perinealis).

Надлобковая простатэктомія разработана преимущественно *Mac Pill*'емъ, который въ 1889 г. представилъ Британскому Союзу врачей результаты 24-хъ случаевъ этой операціи, произведенныхъ главнымъ образомъ имъ самимъ, послѣ чего эта операція и получила распространеніе преимущественно въ Англіи.

Она состоитъ въ изсѣченіи средней доли или выдающихся въ полость пузыря въ видѣ болѣе или менѣе ограниченныхъ опухолей частей боковыхъ долей, или изсѣченіи части гипертрофированной предстательной железы, окружающей внутреннее отверстіе мочеиспускательнаго канала. Простая операція при удаленіи сидящихъ на ножкѣ опухолей предстательной железы, она становится, судя по описаніямъ, технически трудной и опасной вслѣдствіе возможнаго послѣдовать обильнаго кровотеченія и зараженія при удаленіи всего отдѣла предстательной железы, окружающей внутреннее отверстіе канала. У *E. Burckhardt*'a собрано 77 случаевъ надлобковой простатэктоміи при гипертрофіи предстательной железы, не осложненной присутствіемъ камней въ мочевомъ пузырѣ. Въ 24 изъ нихъ (31,1%) получилось полное стойкое возстановленіе отправленій пузыря; въ 20 (26,0%) значительное улучшеніе, въ 11 (14,3%)—незначительное улучшеніе, въ 6 (7,8%)—отрицательный результатъ, въ 16 (20,8%)—смерть.

Судить о достоинствахъ этой операціи по статистическимъ даннымъ нельзя, такъ какъ въ эту статистику входятъ случаи съ разнообразнымъ характеромъ гипертрофіи предстательной железы, слѣд., и характеръ самой операціи былъ не одинъ и тотъ-же. Лучшіе результаты получились въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ была удалена сильно выступавшая въ мочевой пузырь средняя доля, закладывавшая, какъ заслонка, выходъ изъ мочевого пузыря. По мнѣнію большинства авторовъ, въ подобныхъ случаяхъ, если къ тому-же остальная часть предстательной железы увеличена мало, надлобковая простатэктомія безусловно показана. При равномѣрной-же гипертрофіи, при которой увеличенныя боковыя доли сдавливаютъ съ боковъ всю предстательную часть мочеиспускательнаго канала, эта операція и безполезна, и опасна. Нѣкоторые считаютъ ее показанной еще въ тѣхъ случаяхъ гипертрофіи боковыхъ долей, гдѣ ростъ послѣднихъ происходитъ либо исключительно, либо преимущественно въ полость пузыря, окружающая-же мочеиспускательный каналъ часть железы либо очень мало, либо совсѣмъ не задѣта процессомъ.

Путь черезъ промежность для изсѣченія предстательной железы является наилучшимъ, и, по видимому, промежностной простатэктоміи предстоитъ будущность. Техника этой операціи еще недостаточно разработана, но несомнѣнно, что она находится на пути къ совершенству. Способовъ этой операціи не мало.

Старый способъ, заключающійся въ томъ, что вскрывается перепончатая часть мочеиспускательнаго канала, черезъ эту рану вводится въ пузырь указательный палецъ лѣвой руки, которымъ ощупывается средняя доля или другія выдающіяся части предстательной железы и подъ руководствомъ котораго эти части срѣзаются тупоконечнымъ ножемъ или ножницами, оставленъ, такъ какъ при немъ оперировать приходится въ темнотѣ, операція трудна вслѣдствіе узости пространства, въ которомъ приходится дѣйствовать, и не всегда удается этимъ путемъ достигнуть пальцемъ выдающихся частей предстательной железы.

Остальные способы промежностной простатэктоміи можно раздѣлить на 2 категоріи: 1) способы, при которыхъ мочеиспускательный каналъ не вскрывается, и 2) способы со вскрытіемъ его. Послѣдніе способы заслуживаютъ предпочтенія, такъ какъ при нихъ удается произвести операцію болѣе кореннымъ образомъ, т. е., удалить и дальнія части предстательной железы. Въ литературѣ я не на-

Digitized by Google

шелъ статистики промежностной простатэктоміи съ критическимъ обзоромъ этого оперативнаго способа. Мнѣ встрѣтились лишь разбросанныя казуистическія сообщенія, изъ которыхъ видно, что операція эта, при условіи возможно полнаго изсѣченія предстательной железы, даетъ хорошіе результаты. Несомнѣнно, эту операцію слѣдуетъ считать тяжелой для старыхъ людей, и, казалось-бы, она должна давать дов. большой % смертности. Однако изъ знакомства съ отдѣльными казуистическими наблюденіями получается обратное впечатлѣніе. Быть можетъ, это объясняется извѣстной склонностью врачей сообщать лишь о благопріятныхъ случаяхъ. Въ литературѣ попадаются, впрочемъ, описанія принадлежащихъ одному и тому-же автору десятковъ случаевъ этой операціи съ незначительной смертностью.

Такъ, *Goodwelow* въ 1902 г. сообщилъ о 26 случаяхъ гипертрофіи предстательной железы, гдѣ онъ сдѣлалъ промежностную простатэктомію съ 1 смертельнымъ исходомъ, при чемъ смерть не зависѣла отъ операціи: больной умеръ отъ гнойнаго холецистита. У остальныхъ 25 больныхъ результатъ былъ блестящій. *Voelcker* изъ клиники *Czerny* сообщилъ объ 11 случаяхъ промежностной простатэктоміи со смертельнымъ исходомъ въ 2-хъ.

Какъ на непріятное послѣдствіе промежностной простатэктоміи, указываютъ на остающіеся иногда уретрально-промежностные и уретрально-или пузырно-прямокишечные свищи и полное или частичное недержаніе мочи.

Результатъ операціи, несомнѣнно, зависитъ отъ выбора случаевъ и оперативной техники. Тѣ способы операціи, которые даютъ наибольшій просторъ и болѣе легкій доступъ къ отдаленнымъ частямъ предстательной железы, заслуживаютъ предпочтенія, такъ какъ при нихъ легче избѣгнуть раненія прямой кишки, легче остановить кровотеченіе и вмѣстѣ съ тѣмъ легче удалить тѣ части гипертрофированной предстательной железы, которыя вдаются въ просвѣтъ мочевого пузыря. По видимому, способъ, предложенный *Gosset* и *Proust*, удовлетворяетъ этимъ показаніямъ. По этому способу уже было произведена нѣсколько десятковъ разъ промежностная простатэктомія съ хорошимъ результатомъ.

На послѣднемъ Съѣздѣ французскихъ урологовъ въ 1903 г. нѣкоторыми изъ присутствовавшихъ были представлены результаты произведенныхъ ими промежностныхъ простатэктомій (*Loumeau*, *Heresco*, *Rafin*, *Pauchet*, *Legueu*, *Albarran*).

Въ общемъ было сообщено о 133 случаяхъ промежностной простатэктоміи; изъ нихъ въ 10 послѣдовала смерть, почти во всѣхъ остальныхъ получилось полное возстановленіе отправленій пузыря. Изъ непріятныхъ послѣдствій этой операціи въ 2 случаяхъ осталось частичное недержаніе мочи, въ 1—промежностный, въ 3—уретрально-прямокишечный свищи. Свищи эти, впрочемъ, имѣли наклонность къ заживленію.

Представленныя на Съѣздѣ данныя простатэктомій имѣютъ, мнѣ кажется, большое значеніе, представляя собою не статистику собранныхъ въ литературѣ случаевъ, а рядъ личныхъ наблюденій.

*Albarran* считаетъ промежностную простатэктомію легкой по выполненію и не тяжелой для больного операціей; другіе авторы, принимая въ соображеніе возрастъ больныхъ, признаютъ ее очень серьезной въ виду обильнаго кровотеченія, продолжительности ея самой и наркоза и длительнаго заживленія раны. Многіе считаютъ ее показанной лишь у людей не очень старыхъ, съ хорошимъ питаніемъ, безъ рѣзко выраженнаго артеріосклероза и съ относительно хорошимъ состояніемъ мочевыхъ путей. Рѣзко выраженный гнойный циститъ и значительное пораженіе почекъ должны служить противопоказаніемъ къ производству промежностной простатэктоміи.

Сочетанная надлобковая и промежностная простатэктомія, при которой добираются до предстательной железы одновременно и черезъ мочевой пузырь, и черезъ промежность, даетъ отличный доступъ къ гипертрофированной предстательной железѣ, но представляетъ операцію очень тяжелую вслѣдствіе двойной раны, болѣе значительной потери крови и продолжительности операціи и наркоза. Поэтому, не смотря на сравнительно хорошіе результаты, полученные творцами этой операціи, *Nicoll*'емъ и *Fuller*'омъ, ее слѣдуетъ, быть можетъ, примѣнять въ исключительныхъ случаяхъ чрезвычайно объемистыхъ гипертрофій предстательной железы, разросшейся и по направленію къ пузырю, и по ходу мочеиспускательнаго канала, и по направленію къ прямой кишкѣ.

Изъ операцій надъ предстательной железой очень большое распространеніе за послѣднее время получило гальванокаустическое ея разсѣченіе. Операція эта впервые была выполнена въ 1874 г. проф. *Bottini* въ Павіи. Не смотря на сообщенные проф. *Bottini* на итальянскомъ, французскомъ и нѣмецкомъ языкахъ, хорошіе результаты операціи, она не обратили на себя вниманія врачей. Это прискорбное явленіе не могло устранить и сообщеніе проф. *Bottini* о своей операціи на Международныхъ Съѣздахъ въ Берлинѣ въ 1890 г. и въ Москвѣ въ 1897 г. Болѣе 20 лѣтъ *Bottini* былъ почти единственный хирургъ, производившій эту операцію. Въ 1897 г. *Freudenberg* сообщилъ первые свои 3 случая операціи *Bottini*. Благодаря усиленной пропагандѣ *Freudenberg*'а, отчасти благодаря усовершенствованію инструментарія, операція эта получила широкое распространеніе среди заграничныхъ врачей. Не безъ горечи жалуется *Bottini* въ одной изъ своихъ работъ, помѣщенныхъ въ «*Langenbeck*'s Archiv» за 1897 г., на невнимательное отношеніе его соотечественниковъ къ предложенной имъ операціи. Послѣдняя должна была перейти Альпы, быть оцѣненной заграницей и, только вернувшись на родину съ рекомендаціей иностранцевъ, могла заслужить расположеніе его соотечественниковъ.

Операція *Bottini* есть видоизмѣненіе старой операціи *Mercier* съ тою разницей, что при ней вмѣсто рѣжущаго инструмента, предстательная железа разсѣкается раскаленной платиновой пластинкой. Изъ 2-хъ примѣнявшихся вначалѣ *Bottini* инструментовъ—прижигателя (cauterisator) и разрѣзателя (incisor)—въ настоящее время примѣняется исключительно 2-ой, подвергшійся различнымъ видоизмѣненіямъ усовершенствованія ради. Наилучшіе изъ incisor'овъ это—*Freudenberg*'а и *Lohnstein*'а (Hirschmann'а).

Операція *Bottini*, при которой общій наркозъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ совершенно излишенъ и можетъ быть замѣненъ мѣстнымъ обезболиваніемъ, проста. Раскаленнымъ, по однимъ до красна, по другимъ до бѣла, ножемъ производятъ 1 либо большею частью 3 разрѣза предстательной железы. При этомъ въ железѣ получается желобъ, имѣющій въ поперечномъ разрѣзѣ форму угла, обращеннаго къ свободной поверхности железы. Ширина желоба довольно значительна, такъ какъ онъ образуется на счетъ не только непосредственнаго дѣйствія инструмента, но и получающагося при этомъ, приблизительно на глубину 0,5 стм., омертвѣнія тканей по обѣимъ сторонамъ струпа отъ ожоги. По отдѣленіи струпа и омертвѣлыхъ частей паренхимы остаются довольно широкія борозды, чѣмъ и устраняется препятствіе къ истеченію мочи. Борозды эти вслѣдствіе сокращенія перерѣзываемаго при операціи внутренняго жома пузыря впослѣдствіи могутъ расшириться еще болѣе. Такимъ образомъ результатомъ операціи является не простое разсѣченіе предстательной железы, а потеря вещества послѣдней; слѣд., ее слѣдуетъ считать частичной простатэктоміей, а не простатотоміей.

Здѣсь не мѣсто касаться различныхъ теорій, объясняющихъ сущность дѣйствія операціи *Bottini*. Большинство полагаетъ, что дѣйствіе это—чисто механическое, устраняющее препятствіе для стока мочи у выхода ея изъ мочевого пузыря.

Результаты операціи оказались настолько удовлетворительными, что, не смотря на естественное отвращеніе хирурговъ къ операціямъ въ темнотѣ, она получила широкое распространеніе.

Самую большую статистику даетъ *Freudenberg*. Въ ней собрано 753 случая, изъ коихъ въ 86,63% послѣдовало полное возстановленіе или улучшеніе отправленій пузыря, въ 7,66% получился результатъ отрицательный и въ 5,84% наступила смерть. *Freudenberg* принимаетъ % смертности меньшій, такъ какъ онъ исключаетъ случаи смерти, въ которыхъ она произошла независимо отъ операціи. Я этой поправки не вношу, ибо ее можно сдѣлать въ статистикахъ, относящихся и къ другимъ вышеперечисленнымъ оперативнымъ способамъ. Для сравнительной оцѣнки способовъ, какую я имѣю въ виду, приводимыя числа должны имѣть не безусловное, а только относительное значеніе. Изъ общаго числа случаевъ, въ которыхъ результатъ операціи *Bottini* былъ благопріятный, почти въ $^2/_3$ послѣдовало полное возстановленіе отправленій пузыря.

Такъ какъ статистики по собраннымъ въ литературѣ случаямъ не могутъ, мнѣ кажется, служить точнымъ мѣриломъ для надлежащей оцѣнки оперативнаго способа, то

Digitized by Google

я приведу личныя наблюденія нѣкоторыхъ авторовъ. Большинство ниже приводимыхъ въ таблицѣ случаевъ не вошли въ статистику *Freudenberg*'а.

| Авторъ | Число случаевъ. | Выздоровленіе. | Улучшеніе. | Безъ результата. | Смерть. |
|---|---|---|---|---|---|
| *Freudenberg* . . . . . . | 93 | 55 | 22 | 9 | 7 |
| *Meyer* . . . . . . . . | 22 | 9 | 7 | 2 | 4 |
| *König* . . . . . . . . | 19 | 11 | 4 | 2 | 2 |
| *Burckhardt* . . . . . . . | 28 | 16 | 5 | 5 | 2 |
| *Б. Хольцовъ* . . . . . . | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Итого . . . | 165 | 92 | 39 | 19 | 15 |

Изъ этихъ 165 случаевъ въ 55,8% отправленія пузыря возстановились, въ 23,6% наступило значительное улучшеніе, въ 10,9% результатъ получился отрицательный и въ 9,1% послѣдовала смерть. Результатъ въ итогѣ—лучшій, чѣмъ при всякомъ другомъ способѣ, и въ этомъ отношеніи съ операціей *Bottini* можно поставить рядомъ только промежностную простатэктомію.

Причины смерти при этой операціи: кровотеченіе, наступающее непосредственно послѣ операціи или при отдѣленіи струпа, нагноеніе въ предстательной железѣ и ея окружности, тромбофлебитъ въ охватывающемъ железу венномъ сплетеніи, мочевая инфильтрація при раненіи перепончатой части моченспускательнаго канала. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ смерть слѣдуетъ приписать несовершенству техники и инструментарія. При значительно усовершенствованной въ настоящее время техникѣ смертность, возможно, окажется ниже вышеприведенной.

Опасеніе, что послѣ рубцеваго зарощенія произведенныхъ incisor'омъ желобковъ тягостные припадки возвратятся, по большей части не оправдывается: въ насчитываемыхъ уже теперь сотнями наблюденіяхъ возвраты считаются единицами. Такъ, *Bottini* въ своихъ случаяхъ наблюдалъ возвратъ 2 раза, *Freubenberg* 3—4 раза, *Frisch* на 25 случаевъ 2 раза и т. п. Большинство авторовъ объясняютъ возвраты, по крайней мѣрѣ отчасти, техническими погрѣшностями.

Что касается показаній къ операціи *Bottini*, то прежде всего она показуется тогда, когда вообще показана операція при гипертрофіи предстательной железы. Слѣдуетъ-ли во всѣхъ такихъ случаяхъ дѣлать операцію *Bottini*,—вопросъ спорный. Нѣкоторые авторы (*Freudenberg*, *Burckhardt*) ставятъ широкія показанія къ примѣненію этой операціи. По ихъ мнѣнію, она показана во всѣхъ случаяхъ гипертрофіи предстательной железы при полной или неполной хронической задержкѣ мочи, какъ при твердой, такъ и при мягкой формѣ, какъ въ случаяхъ увеличенія предстательной железы по направленію къ мочевому пузырю, такъ и въ случаяхъ увеличенія части железы, окружающей предстательную часть мочеиспускательнаго канала, какъ при полной, такъ и при частичной гипертрофіи. Кровотеченія, пораженіе пузыря и почекъ не служатъ противопоказаніемъ, за исключеніемъ двухсторонняго, тяжелаго пораженія почекъ и почечныхъ лоханокъ. Возрастъ больного не имѣетъ значенія; операція производилась у очень глубокихъ стариковъ; самому старшему изъ оперированныхъ (больной *Weber*'а) было 93 г. По видимому, нельзя ставить однимъ изъ условій операціи сохраненіе пузырной мышцей ея сократительности, такъ какъ, съ одной стороны, при полной задержкѣ мочи нельзя точно судить о состояніи мышцы до операціи, а съ другой—извѣстны случаи, въ которыхъ операція *Bottini*, произведенная послѣ многолѣтней задержки мочи, давала успѣхъ. Такъ, *Freudenberg* сообщаетъ о 2-хъ случаяхъ операціи, произведенной имъ съ успѣхомъ послѣ 10-лѣтней въ 1-мъ и 28-лѣтней полной задержки мочи во 2-мъ случаѣ.

Другіе авторы значительно съуживаютъ показанія къ операціи. Прежде всего они считаютъ наиболѣе подходящими для нея твердыя формы гипертрофіи предстательной железы, такъ какъ при мягкихъ скорѣе можно ожидать зарощенія бороздокъ. Далѣе они полагаютъ, что операція *Bottini* дастъ хорошій результатъ при небольшихъ гипертрофіяхъ, при большихъ-же увеличеніяхъ, вдающихся въ полость пузыря и занимающихъ также уретральную часть железы, произведенные разрѣзы могутъ быть и недостаточно глубоки, и недостаточно длинны, чтобы дать свободный стокъ мочѣ. Съ усовершенствованіемъ техники, нужно думать, получатся лучшіе результаты и при большихъ увеличеніяхъ предстательной железы. *Freudenberg* и настаиваетъ на томъ, что для успѣха операціи требуется достаточной длины разрѣзъ, а именно онъ долженъ равняться $^4/_5$ длины предстательной железы. Прежде полагали, что операція особенно показана при гипертрофіи средней доли; однако неудачи при этой формѣ гипертрофіи показали, что при значительномъ развитіи средней доли производимый разрѣзъ часто недостаточно глубокъ, чтобы дать свободный стокъ мочѣ. *Joung* совѣтуетъ, если увеличенная средняя доля закрываетъ выходъ изъ пузыря, какъ заслонка на ножкѣ, часто при операціи *Bottini* не попадающая подъ ножъ, дѣлать 2 разрѣза черезъ основаніе опухоли; такимъ путемъ либо удастся совершенно отрѣзать опухоль, либо она атрофируется вслѣдствіе перерѣзки большей части идущихъ къ ней сосудовъ. Пріемъ этотъ испытанъ *Joung*'омъ въ 2-хъ случаяхъ съ успѣхомъ, но, принимая во вниманіе его трудность и возможность неудачи, я не думаю, чтобы онъ получилъ широкое распространеніе. По видимому, больные съ такимъ видомъ гипертрофіи не подлежатъ операціи по *Bottini*. Несомнѣнно, что авторы, не ставящіе никакихъ границъ въ показаніяхъ къ операціи *Bottini*, не правы, такъ какъ неудачи и возвраты и слѣдуетъ объяснять именно тѣмъ, что нельзя считать ее пригодной для всѣхъ случаевъ безусловно. Вмѣстѣ съ тѣмъ знакомство съ казуистическими наблюденіями указываетъ, что не слѣдуетъ ограничивать примѣненіе операціи *Bottini* случаями небольшого, равномѣрнаго увеличенія предстательной железы въ видѣ плотной опухоли. Выработать точныя показанія — дѣло будущаго.

Мнѣ пришлось примѣнить операцію *Bottini* у 3-хъ больныхъ.

В 1-ый разъ я сдѣлалъ ее въ 1900 г. у дряхлаго больного, 61 г., считавшаго себя больнымъ съ годъ. Позывъ на мочу у него былъ очень частый; количество остаточной мочи 1100 к. стм.; моча была безъ осадка, но со слѣдами бѣлка. При изслѣдованіи чрезъ прямую кишку предстательная железа оказалась значительно увеличенной, плотной, бугристой; при цистоскопическомъ изслѣдованіи найдено равномѣрное значительное увеличеніе боковыхъ ея долей. Разрѣзъ кзади въ 3, 4 стм., вправо и кзади въ 3 стм. и влѣво и кзади въ 3 стм. Мочиться постепенно стало свободнѣй, количество остаточной мочи уменьшилось и дошло до 150 к. стм.; позывы на мочу стали рѣже—вмѣсто 16, 4 раза за ночь. Отъ предложеннаго повторенія операціи отказался, вполнѣ довольный полученнымъ результатомъ.

2-ой больной, 67 л., удовлетворительнаго питанія, поступилъ въ больницу съ жалобами на частыя мочеиспусканія, которыми онъ страдалъ уже 3 года. Умѣренный катарръ пузыря; остаточной мочи 100—200 к. стм. При изслѣдованіи черезъ прямую кишку предстательная железа не представлялась увеличенною; при цистоскопіи—рѣзкое увеличеніе средней доли, выдававшейся въ видѣ опухоли на широкомъ основаніи; боковыя доли увеличены мало. Операція *Bottini* произведена дважды. Въ 1-ый разъ сдѣланъ 1 разрѣзъ кзади, длиною въ 2,5 стм. Никакого успѣха, хотя при цистоскопіи, произведенной черезъ 2 недѣли послѣ операціи, была ясно видна глубокая борозда на мѣстѣ разрѣза. Безуспѣшной осталась и произведенная черезъ 3 недѣли послѣ первой 2-ая операція, при которой сдѣлано 3 разрѣза: кзади въ 3,2 стм. длиною, вправо въ 2,5 стм. и влѣво въ 2 стм.

Въ такихъ-то случаяхъ гипертрофіи, съ преимущественнымъ увеличеніемъ средней доли чаще всего и получается отрицательный результатъ; при нихъ скорѣе всего показуется промежностная простатэктомія.

У 3-го больного, 55 л., хорошаго питанія, остаточной мочи было 200—250 к. стм.; мочился онъ около 12 разъ за ночь. Болѣзнь длилась года 4. Моча была совершенно чистая. При изслѣдованіи чрезъ прямую кишку предстательная железа найдена значительно увеличенной и плотной; главнымъ образомъ была увеличена правая доля; при цистоскопіи—равномѣрное увеличеніе боковыхъ и средней долей. Сдѣланъ 1 разрѣзъ кзади въ 3,4 стм. и 2 боковыхъ, по 3 стм. каждый. Результатъ операціи былъ очень хорошій; постепенно количество остаточной мочи дошло до 10 к. стм., мочеиспусканіе сдѣлалось нормальнымъ.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ операція *Bottini* произведена была подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ кокаиномъ.

Изъ обзора оперативныхъ способовъ лѣченія гипертро-

Digitized by Google

фія предстательной железы видно, что способа, пригоднаго для всѣхъ случаевъ ея, нѣтъ: при всѣхъ нихъ получается и положительный, и отрицательный результатъ.

При оцѣнкѣ этихъ способовъ слѣдуетъ принимать въ соображеніе: 1) опасность ихъ для жизни, 2) непосредственный результатъ, 3) коренное значеніе въ смыслѣ меньшей вѣроятности возврата и 4) техническую сторону, т. е. бо̀льшую или меньшую легкость выполненія.

Наиболѣе тяжелый для общаго состоянія больного и наиболѣе опасный для жизни способъ несомнѣнно—кастрація. Если, кромѣ того, принять во вниманіе, что кастрація вмѣстѣ съ тѣмъ рѣже другихъ способовъ, кромѣ vasectomi'и, ведетъ къ возстановленію отправленій пузыря, то изъ всего этого уже ясно вытекаетъ, что операцію эту слѣдуетъ совершенно оставить. Въ этомъ отношеніи не можетъ быть никакихъ уступокъ: кастраціи не слѣдуетъ дѣлать даже и въ тѣхъ случаяхъ, какъ это допускаетъ *Burckhardt*, когда въ яичкахъ и придаткахъ имѣются неизлѣчимыя болѣзненныя измѣненія воспалительнаго или другого свойства, такъ какъ, если эти органы въ половомъ отношеніи и потеряли свое значеніе, то для общей экономіи организма они, быть можетъ, еще нужны. Если органы эти поражены бугорчаткой или злокачественнымъ новообразованіемъ, то и въ этихъ случаяхъ показаніемъ къ удаленію ихъ является процессъ въ нихъ самихъ, а не гипертрофія предстательной железы.

Наименѣе опасными для жизни слѣдуетъ считать vasectomi'ю и операцію *Bottini*. Простатэктомію, надлобковую и промежностную, какъ операціи продолжительныя, требующія наркоза и сопровождающіяся обильнымъ кровотеченіемъ, слѣдуетъ считать опасными для жизни.

Чаще всего непосредственный хорошій результатъ въ смыслѣ возстановленія отправленій пузыря даютъ простатэктомія и операція *Bottini*, рѣже это получается послѣ vasectomi'и.

Наиболѣе правъ на названіе коренной операціи несомнѣнно имѣетъ промежностная простатэктомія, при которой можно удалить всю часть предстательной железы, расположенную сзади и съ боковъ мочеиспускательнаго канала, равно какъ и часть, выступающую сзади въ мочевой пузырь. Въ этомъ отношеніи операція *Bottini* уступаетъ ей. Надлобковая простатэктомія, при которой удается удалить только вдающіяся въ просвѣтъ мочевого пузыря части предстательной железы, также не можетъ претендовать на роль операціи коренной, за исключеніемъ случаевъ рѣзко ограниченной гипертрофіи средней доли въ видѣ опухоли на ножкѣ. Vasectomi'я, дѣйствіе которой зависитъ отъ уменьшенія пассивной гиперэміи въ предстательной железѣ, должна давать наименѣе прочный результатъ.

Въ техническомъ отношеніи наиболѣе простыми операціями являются vasectomi'я и операція *Bottini*.

Такимъ образомъ каждый изъ оперативныхъ способовъ—vasectomi'я, простатэктомія и операція *Bottini*—имѣетъ свои достоинства, при чемъ у простатэктоміи и операціи *Bottini* положительныя качества преобладаютъ надъ отрицательными, у vasectomi'и, наоборотъ, преобладаютъ качества отрицательныя.

Въ виду большого разнообразія какъ мѣстныхъ, такъ и общихъ условій при гипертрофіи предстательной железы—характеръ и степень гипертрофіи, возрастъ, силы больного, осложненія и т. д.—одного оперативнаго способа быть не можетъ; въ каждомъ данномъ случаѣ слѣдуетъ выбрать способъ подходящій.

Я полагаю, что 1) vasectomi'я показуется въ 1-мъ и 2-мъ періодахъ гипертрофіи предстательной железы, когда наблюдаемыя въ этихъ періодахъ разстройства мочеиспусканія не могутъ быть устранены обычными палліативными мѣрами, когда катетризація очень затруднительна или сопровождается всегда значительнымъ кровотеченіемъ, когда имѣющаяся острая задержка мочи не проходитъ. Въ этихъ случаяхъ слѣдуетъ примѣнять vasectomi'ю, какъ операцію, наиболѣе простую и наименѣе опасную, въ надеждѣ, что вслѣдствіе уменьшенія гиперэміи предстательной железы устранятся существующія разстройства. Если эта надежда не оправдается, то можно потомъ прибѣгнуть либо къ операціи *Bottini*, либо къ простатэктоміи. При хронической задержкѣ мочи vasectomi'я очень рѣдко можетъ вести къ возстановленію отправленій пузыря; 2) промежностная простатэктомія показуется въ 3-мъ періодѣ болѣзни при общей или частичной гипертрофіи предстательной железы, при безусловно хорошемъ общемъ состояніи и отсутствіи или незначительномъ пораженіи мочевыхъ путей. При этихъ условіяхъ она показана и въ 1-мъ и во 2-мъ періодахъ болѣзни, когда vasectomi'я не дала положительнаго результата; 3) надлобковая простатэктомія показуется при гипертрофіи части предстательной железы, выступающей въ мочевой пузырь въ видѣ рѣзко отграниченной опухоли на ножкѣ. Быть можетъ, съ усовершенствованіемъ техники промежностной простатэктоміи такія опухоли можно будетъ удалять черезъ промежность; 4) операція *Bottini* показуется въ тѣхъ-же случаяхъ, какъ и промежностная простатэктомія, при очень старомъ возрастѣ больного, при сравнительно неудовлетворительномъ общемъ его состояніи, при болѣе или менѣе рѣзко выраженномъ пораженіи мочевыхъ путей. Если гипертрофія предстательной железы достигла высокихъ степеней, то, примѣняя операцію *Bottini*, не во всѣхъ случаяхъ можно расчитывать на хорошій функціональный результатъ, особенно если имѣется значительная гипертрофія средней доли. При существованіи-же у выхода изъ пузыря опухоли на ножкѣ результатъ операціи *Bottini* будетъ безусловно отрицательный, если не удастся устранить опухоли пріемомъ *Joung*'а. Само собою разумѣется, что операція *Bottini* можетъ быть примѣнена въ тѣхъ-же случаяхъ, какъ и промежностная простатэктомія, при хорошихъ общихъ и мѣстныхъ условіяхъ. Если въ этихъ случаяхъ преимущество отдается простатэктоміи, то только въ виду бо̀льшаго коренного значенія послѣдней. Операція *Bottini* должна примѣняться предпочтительнѣе при плотныхъ формахъ гипертрофіи.

---

XVIII. Изъ клиники кожныхъ и венерическихъ болѣзней проф. Т. П. Павлова въ В.-Медицинской Академіи.

## О токсинѣ мягко-шанкрозной палочки.

Экспериментально-бактеріологическое изслѣдованіе.

З. В. Совинскаго.

(Предварительное сообщеніе).

1. Диплобациллъ *Ducrey*'я—несомнѣнный возбудитель мягкаго шанкра. Чистая разводка какъ у людей, такъ и у животныхъ (кролики, морскія свинки) вызываетъ язвы мягкаго шанкра.

2. Свѣжедобытая разводка болѣзнетворна для животныхъ: впрыснутая въ брюшную полость вызываетъ, напр., у морской свинки, смерть черезъ 10—12 час.

3. Токсинъ мягко-шанкрозной палочки, полученный осажденіемъ жидкой разводки алкоголемъ en masse, обладаетъ мѣстными и общими свойствами. Впрыскиваніе токсина въ брюшную полость обусловливаетъ образованіе гнойныхъ скопленій и вызываетъ даже смерть животнаго черезъ 12—15 час. (смотря по дозѣ); при впрыскиваніи 0,1 к. стм. въ подкожную клѣтчатку уже черезъ 24 часа образуется на мѣстѣ впрыскиванія желвакъ, величиною съ грецкій орѣхъ. Равнымъ образомъ при введеніи нѣсколькихъ капель въ рога матки кроличихъ и морскихъ свинокъ образуется pyometra.

4. Повѣрочные опыты съ введеніемъ животнымъ сывороточнаго альбумина, осажденнаго алкоголемъ изъ асцитъ-бульона, показываютъ, что вещества эти не обладаютъ ни мѣстнымъ гноероднымъ, ни общимъ дѣйствіемъ.

5. Гноеродное начало заключается въ тѣлахъ мягко-шанкрозной палочки, не переходя въ растворъ среды (при жидкихъ разводкахъ).

6. Фильтраты жидкихъ разводокъ обладаютъ только весьма слабыми общими токсическими свойствами; гноероднаго дѣйствія на мѣстахъ впрыскиванія не наблюдается.

7. Одни только тѣла мягко-шанкрозной палочки, разведенныя стерилизованной водой, даютъ мѣстныя явленія,

Digitized by Google

какъ образованіе гнойныхъ скопленій, и общія, какъ повышеніе температуры, паденіе вѣса и т. п. Будучи впрыснуты въ брюшную полость, они вызываютъ смерть животнаго при явленіяхъ рѣзкаго гнойнаго перитонита (асептическаго). Доза въ этихъ случаяхъ требуется гораздо большая, чѣмъ при впрыскиваніи живой разводки.

8. Полное замораживаніе съ послѣдующимъ оттаиваніемъ какъ алкогольной токсиновой эмульсіи, такъ и однихъ тѣлъ палочки не оказываетъ вліянія ни на токсическія, ни на гноеродныя ихъ свойства.

9. Стерилизація разводокъ ослабляетъ ихъ гноеродныя свойства.

10. Гнойныя скопленія, вызванныя токсиновой эмульсіей, а равнымъ образомъ и одними тѣлами палочки, даже въ замкнутой полости, какой являются рога матки (перевязка 2-мя лигатурами), имѣютъ наклонность съ теченіемъ времени разсасываться.

11. Гнойные продукты, вызванные какъ алкогольной токсиновой эмульсіей, такъ и одними тѣлами мягко-шанкрозной палочки, будучи впрыскиваемы обратно въ подкожную клѣтчатку, въ брюшную полость и въ рога матки, и при томъ въ гораздо большихъ количествахъ, не вызываютъ никакихъ измѣненій на мѣстахъ впрыскиваній. Факты эти съ очевидностью доказываютъ, что въ гнойныхъ скопищахъ, обусловленныхъ токсиномъ, этотъ послѣдній или разрушается, или по той или другой причинѣ утрачиваетъ свое гноеродное дѣйствіе.

12. Гнойные продукты, взятые изъ воспалительнаго очага въ бубонѣ человѣка, не даютъ мѣстныхъ явленій при впрыскиваніи животнымъ.

13. Воспалительные бубоны, сопровождающіе мягкій шанкръ, нельзя объяснить всасываніемъ продуктовъ жизнедѣятельности палочки, безъ наличности in loco живой мягкошанкрозной диплобациллы. Для этого необходимо присутствіе in loco живыхъ диплобациллъ, которыя, погибая въ замкнутой полости, въ свою очередь, даютъ скопленіе гноя, какъ это я наблюдалъ при впрыскиваніи животнымъ стерилизованныхъ разводокъ, токсина, добытаго при осажденіи жидкой разводки алкоголемъ en masse, и при впрыскиваніи однихъ тѣлъ палочки.

14. Ненахожденіе бактерій въ гнойныхъ скопленіяхъ бубона стоитъ въ согласіи съ біологическими свойствами бациллы—быстро погибать (при не очень большихъ количествахъ) въ организмѣ животнаго и, по видимому, у человѣка.

---

XIX. Изъ Московской психіатрической клиники.

## Объ организаціи амбуляторій для алкоголиковъ.

Ч. пр. **Ѳ. Е. Рыбакова**.

(Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ).

Мнѣ приходится выступать вторично съ докладомъ на ту-же тему: вопросъ объ организаціи амбуляторій для пьяницъ былъ уже затронутъ мною на VIII Пироговскомъ Съѣздѣ въ докладѣ: «Принципы современнаго лѣченія алкоголиковъ».

Не стану распространяться о томъ, насколько вопросъ о лѣченіи алкоголиковъ является наболѣвшимъ вопросомъ современной терапіи; не стану распространяться о тѣхъ предупреждающихъ общественно-медицинскихъ мѣрахъ, о которыхъ невольно задумывается врачъ, когда идетъ дѣло о борьбѣ съ такою общественною болѣзнью, какъ пьянство. Моя задача гораздо уже: я хочу лишь отмѣтить, что можетъ сдѣлать врачъ, чтобы стоять на высотѣ современнаго лѣченія пьянства.

Если оглянуться назадъ, то можно установить, что исторія развитія лѣченія пьянства распадается на 4 послѣдовательныхъ періода. 1-ый — это періодъ отрицательнаго отношенія къ лѣченію: пьянство не считалось болѣзнью, а потому всякая *врачебная* борьба съ нимъ считалась ненужной и безполезной. Это—періодъ давняго прошлаго, хотя остатки его, къ сожалѣнію, можно встрѣтить еще и до сихъ поръ среди нѣкоторыхъ представителей современнаго общества. 2-ой періодъ — періодъ примѣненія лѣкарствъ. Пьянство уже перестаетъ въ глазахъ врачей быть порокомъ, оно становится болѣзнью, и на сцену выступаетъ цѣлая плеяда всевозможныхъ лѣкарственныхъ средствъ, среди которыхъ нѣкоторыя (напр., стрихнинъ) до сихъ поръ продолжаютъ пользоваться вполнѣ заслуженною извѣстностью. 3-ій періодъ — періодъ устройства спеціальныхъ лѣчебницъ для пьяницъ. Лѣкарственныя средства сами по себѣ признаются уже не вполнѣ оправдывающими тѣ ожиданія, которыя на нихъ возлагались, и наступаетъ горячая пропаганда новаго, болѣе дѣйствительнаго, но за то и болѣе репрессивнаго средства—помѣщенія алкоголика въ такія заведенія, гдѣ бы онъ, волей-неволей, былъ лишенъ возможности предаваться своей страсти; такими заведеніями и являются спеціальныя лѣчебницы, возникшія первоначально за-границей, а затѣмъ и у насъ въ Россіи. Наконецъ 4-ый (и послѣдній) періодъ — періодъ амбуляторнаго лѣченія путемъ примѣненія гипноза. Хотя гипнотическое внушеніе при алкоголизмѣ примѣнялось уже давно, но въ систему способъ этотъ возведенъ сравнительно лишь очень недавно. Впервые въ Россіи спеціальная амбуляторія для алкоголиковъ съ примѣненіемъ гипноза организована мною съ 1896 г. при Московской психіатрической клиникѣ (она продолжаетъ работать и по нынѣ). Затѣмъ въ 1901 г. опыты систематическаго лѣченія гипнозомъ были сообщены д-ромъ *В. Ф. Велямовичемъ* въ видѣ наблюденій изъ Ижевской заводской больницы. Года 2 назадъ была открыта спеціальная амбуляторія для алкоголиковъ въ Екатеринославлѣ, затѣмъ годъ назадъ—при Петербургскомъ Попечительствѣ о народной трезвости, и при клиникѣ душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ В.-Медицинской Академіи, 6 мѣсяцевъ назадъ при Попечительствѣ о народной трезвости въ Воронежѣ, а не болѣе 2-хъ мѣсяцевъ назадъ при такомъ же Попечительствѣ въ Москвѣ. Это—все, что мнѣ извѣстно относительно осуществленія на практикѣ идеи объ устройствѣ спеціальныхъ амбуляторій для алкоголиковъ.

Разсматривая приведенные мною выше 4 періода въ ихъ взаимномъ отношеніи, можно замѣтить, что каждый изъ послѣдующихъ, новыхъ періодовъ не устранялъ собою предшествовавшаго, и по мѣрѣ того, какъ возникали новые способы лѣченія, старые не забывались, а продолжали и продолжаютъ примѣняться на ряду съ новыми. Поэтому, подводя къ одному знаменателю современные способы лѣченія пьянства, можно сказать, что они сводятся къ 3-мъ слѣдующимъ: 1) примѣненію лѣкарственныхъ средствъ, 2) помѣщенію въ спеціальныя лѣчебницы и 3) амбуляторному лѣченію гипнозомъ.

Цѣну 1-го способа мы знаемъ хорошо: уже одно то обстоятельство, что на сцену выступали такія стѣснительныя мѣры, какъ помѣщеніе въ лѣчебницу, показываетъ, что однихъ лѣкарственныхъ средствъ далеко не достаточно въ борьбѣ съ болѣзнью. Не желая однако совершенно игнорировать лѣкарственнаго способа лѣченія пьянства, который, конечно, никогда не теряетъ своего припадочнаго значенія, но имѣя въ виду, что онъ легко совмѣстимъ съ другими способами, болѣе коренными, я не ошибусь, если скажу, что все современное лѣченіе пьянства сводится къ 2-мъ существеннымъ мѣрамъ: 1) къ помѣщенію пьяницъ въ спеціальныя лѣчебницы и 2) къ систематическому примѣненію гипноза на ходу. Какая-же изъ этихъ мѣръ лучшая? Какая приноситъ лучшіе результаты въ лѣченіи? Прежде чѣмъ задать такой вопросъ, необходимо посмотрѣть, какая изъ этихъ мѣръ легче выполнима на практикѣ, ибо оцѣнивать всякую врачебную мѣру можно только по степени ея практической пригодности.

Чтобы помѣщать алкоголиковъ въ лѣчебницу, нужно конечно, прежде всего позаботиться о томъ, чтобы лѣчебницъ этихъ было достаточно. Я думаю,—и въ томъ, вѣроятно, согласятся со мною всѣ,—что при современномъ экономическомъ и финансовомъ положеніи Россіи едва-ли можно разсчитывать на это: устройство достаточнаго числа спеціальныхъ лѣчебницъ для алкоголиковъ въ настоящее время является несбыточнымъ мечтаніемъ, и останавливаться слишкомъ долго на этомъ вопросѣ не приходится. Скажу больше того: на мой взглядъ, самая мысль о широ-

Digitized by Google

комъ развитіи системы лѣченія въ спеціальныхъ лѣчебницахъ не совсѣмъ совмѣстима съ духомъ русскаго народа, съ его экономическимъ и матеріальнымъ положеніемъ. Какъ бы ни была велика пропаганда этой системы заграницей, для русскаго народа амбулаторное лѣченіе всегда будетъ болѣе подходящимъ, и вотъ почему: 1) лѣченіе на ходу наиболѣе доступно для трудового человѣка, которому нѣтъ возможности тратить время на продолжительное и томительное пребываніе въ лѣчебницѣ; 2) лѣченіе на ходу является болѣе подходящимъ для бѣдныхъ слоевъ населенія, среди которыхъ въ Россіи по преимуществу и распространенъ алкоголизмъ; 3) при современныхъ условіяхъ нѣтъ возможности удержать алкоголика достаточно долго въ лѣчебницѣ. Какъ-бы много сторонниковъ ни находилъ себѣ способъ лѣченія пьянства помѣщеніемъ такихъ больныхъ въ спеціальныя лѣчебницы, нужно сознаться, что способъ этотъ всегда останется доступнымъ только для болѣе зажиточныхъ слоевъ населенія, не дорожащихъ временемъ и средствами, т. е. всегда останется способомъ, такъ сказать, привиллегированнымъ. Ежедневный опытъ показываетъ, что, какъ только алкоголикъ, попавшій въ лѣчебницу, начинаетъ чувствовать себя лучше, начинаетъ чувствовать себя достаточно окрѣпшимъ и способнымъ къ работѣ, онъ стремится уже скорѣе выйти изъ лѣчебницы, и врачъ, конечно, не имѣетъ ни юридическаго, ни тѣмъ болѣе нравственнаго права задерживать его тамъ. Спрашивается, какая-же въ такомъ случаѣ можетъ быть польза для пьяницы отъ 1—2-недѣльнаго пребыванія его въ лѣчебницѣ? Почти никакой. Если спеціальныя лѣчебницы и имѣютъ еще какое-нибудь право на существованіе, то только при условіи, если больной задерживается въ нихъ въ теченіи очень долгаго срока—по крайней мѣрѣ, не менѣе года. При нашихъ условіяхъ это невозможно и, можетъ быть, не всегда нежелательно. Строить-же дорого стоющія спеціальныя лѣчебницы только для вытрезвленія нѣтъ никакого основанія: для этой цѣли правильнѣе было-бы позаботиться объ увеличеніи числа общихъ и психіатрическихъ больницъ, гдѣ алкоголикъ могъ-бы найти себѣ столь-же подходящій временный пріютъ и уходъ.

Всѣ эти соображенія заставляютъ отдать предпочтеніе способу амбулаторнаго лѣченія алкоголиковъ предъ способомъ помѣщенія ихъ спеціальныя лѣчебницы. Обстоятельство это выступитъ еще ярче, если взглянуть на дѣло съ чисто терапевтической стороны.

Говоря объ амбулаторномъ лѣченіи, я разумѣю, конечно, при этомъ примѣненіе гипноза. Если сравнить приведенные въ литературѣ итоги лѣченія, полученные путемъ примѣненія гипноза и путемъ помѣщенія въ лѣчебницы, то нетрудно замѣтить, что перевѣсъ окажется далеко не въ пользу послѣдняго способа. По моимъ изслѣдованіямъ (см. «Врачебная Газета», 1902 г., № 16), лѣченіе гипнозомъ даетъ отъ 25 до 75% полныхъ излѣченій (въ среднемъ 40—50%), тогда какъ по даннымъ спеціальныхъ заграничныхъ лѣчебницъ выздоровленіе получается тамъ только въ 30%. Если даже допустить нѣкоторую долю увлеченія съ той и другой стороны, то все-же придется признать, что результаты амбулаторнаго лѣченія гипнозомъ выше результатовъ лѣченія въ спеціальныхъ лѣчебницахъ.

Если принять во вниманіе всѣ эти доводы, то естественнымъ образомъ придемъ къ заключенію, что въ настоящее время мысль объ амбулаторномъ лѣченіи алкоголизма гипнозомъ должна получить самое широкое распространеніе: способъ амбулаторнаго лѣченія пьяницъ въ настоящее время не только способъ наилучшій и наиболѣе желательный, но и легче всего выполнимъ съ практической стороны.

Какимъ-же путемъ выполнить этотъ способъ на практикѣ? Какъ достигнуть того, чтобы наибольшая часть населенія могла пользоваться лѣченіемъ на ходу въ самыхъ широкихъ размѣрахъ? Достигнуть этого можно только путемъ учрежденія цѣлой сѣти спеціальныхъ амбулаторій для пьяницъ, гдѣ примѣненіе гипноза стояло-бы на первомъ планѣ.

Меня могутъ спросить: Зачѣмъ-же заводить спеціальныя амбулаторіи? Развѣ нельзя лѣчить алкоголиковъ на ряду съ другими больными? Конечно, можно. Необходимость заставитъ лѣчить пьяницъ и въ общихъ амбулаторіяхъ, но для того, чтобы это лѣченіе достигало наилучшихъ результатовъ, нужно, чтобы оно было возведено въ строгую и послѣдовательную систему, а для этого требуется особое мѣсто и время, т. е. особая организація дѣла въ видѣ устройства спеціально для того приспособленныхъ учрежденій или помѣщеній. Такими учрежденіями и являются упомянутыя мною выше амбулаторіи. Зачѣмъ-же, далѣе, придавать амбулаторіямъ именно спеціальный характеръ? На мой взглядъ, необходимость эта обусловливается слѣдующими соображеніями: 1) въ спеціальныхъ амбулаторіяхъ всегда легче соблюсти принципъ систематическаго лѣченія, требующаго особой внимательности и наблюденія; 2) самые способы лѣченія (гипнозъ) требуютъ большей затраты времени и особыхъ условій практическаго примѣненія; 3) больные всегда охотнѣе обращаются въ тѣ учрежденія, гдѣ спеціально занимаются ихъ болѣзнью; и 4) устройство спеціальныхъ учрежденій будетъ способствовать укрѣпленію въ населеніи сознанія, что пьянство есть болѣзнь, а это, съ своей стороны, будетъ содѣйствовать привлеченію бо́льшаго числа больныхъ.

Говоря о спеціальныхъ амбулаторіяхъ, я вовсе не хочу сказать, что для этого нужно непремѣнно строить особыя зданія. Конечно, это было-бы очень желательно; но цѣль въ одинаковой мѣрѣ будетъ достигнута, если для пріема алкоголиковъ будутъ удѣляемы врачемъ опредѣленные дни и часы въ существующихъ уже больничныхъ учрежденіяхъ. По такому типу устроена, напр., амбулаторія при Московской психіатрической клиникѣ. Выше я перечислилъ извѣстныя мнѣ, существующія уже въ настоящее время въ Россіи амбулаторіи подобнаго рода; но ихъ далеко еще недостаточно для того, чтобы мысль объ амбулаторномъ лѣченіи алкоголизма гипнозомъ считалась осуществленной въ полной мѣрѣ. Для этого нужно еще много, очень много такихъ учрежденій. Своимъ докладомъ я имѣю главнымъ образомъ въ виду обратить вниманіе врачей на это дѣло. Мысль объ амбулаторномъ лѣченіи алкоголизма гипнозомъ сама по себѣ очень легко выполнима на практикѣ, и я увѣренъ, что при нѣкоторой настойчивости и энергіи врачей общество пойдетъ на встрѣчу практическому ея осуществленію, пойдетъ уже потому, что дѣло это не требуетъ большихъ хлопотъ и матеріальныхъ затратъ; въ каждомъ учрежденіи можно найти то или иное готовое помѣщеніе, которое безъ особаго затрудненія можетъ быть отведено подъ амбулаторію. Починщиками въ учрежденіи амбулаторіи, конечно, должны быть врачи (городскіе, земскіе, клиническіе и пр.), знакомые съ примѣненіемъ гипноза. Починъ врачей долженъ заключаться не только въ личномъ ихъ участіи и хлопотахъ по устройству амбулаторій, но и въ привлеченіи къ этому дѣлу тѣхъ лицъ и Обществъ, которыхъ борьба съ алкоголизмомъ касается ближе всего, какъ то: городскихъ и губернскихъ Попечительствъ о народной трезвости, благотворительныхъ Обществъ, земскихъ и городскихъ учрежденій и пр. Что всѣ эти лица и Общества весьма охотно откликнутся на призывъ врачей, сомнѣваться нельзя: въ этомъ убѣждаетъ насъ опытъ уже существующихъ амбулаторій. Мысль о современномъ лѣченіи алкоголиковъ только тогда достигнетъ полнаго осуществленія, когда вся Россія покроется сѣтью такихъ амбулаторій. Нуженъ лишь починъ. Я увѣренъ, что заинтересованныя въ этомъ дѣлѣ лица и учрежденія, не поскупятся на устройство особыхъ зданій, на приглашеніе особыхъ врачей, лишь-бы самое дѣло приносило пользу; а какую оно можетъ приносить пользу, было сказано выше.

Разумѣется, гипнозъ въ такихъ спеціальныхъ амбулаторіяхъ не долженъ быть единственной лѣчебной мѣрой; примѣненіе гипноза должно являться необходимымъ и главнымъ условіемъ дѣятельности всякой амбулаторіи для алкоголиковъ, но это еще не исключаетъ возможности и необходимости примѣненія и другихъ средствъ. Скажу болѣе: всякая амбулаторія только тогда и будетъ стоять на высотѣ своей задачи, если на ряду съ гипнозомъ въ ней будутъ примѣняться и другія обычныя средства лѣченія

Digitized by Google

алкоголизма, какъ-то: водолѣченіе, электричество, стрихнинъ, опій, бромистые препараты и пр.

На мой взглядъ, прототипомъ правильно организованной амбуляторіи для алкоголиковъ можетъ быть учрежденіе, удовлетворяющее слѣдующимъ основнымъ условіямъ (ставлю ихъ изъ указаній личнаго 8-лѣтняго опыта): 1. Главнымъ и существеннымъ лѣчебнымъ средствомъ всякой амбуляторіи должно быть примѣненіе гипноза, хотя въ ней не должны быть игнорируемы и другія средства лѣченія. 2. Врачъ, завѣдующій амбуляторіей, долженъ быть хорошо практически знакомъ съ гипнотизмомъ. 3. Примѣненіе гипноза должно быть систематическимъ: гипнотическіе сеансы должны производиться въ началѣ, по возможности, черезъ день (или каждый день), затѣмъ 2 раза въ недѣлю, разъ въ недѣлю, разъ въ 2 недѣли, разъ въ мѣсяцъ, 1 разъ въ 3 мѣсяца и т. д. 4. Врачебное наблюденіе и гипнотизированіе не должно, по возможности, прекращаться ранѣе года. 5. Во всякой амбуляторіи должна вестись правильная запись больныхъ посредствомъ особыхъ, спеціально для того выработанныхъ, опросныхъ бланковъ. 6. Лѣченіе алкоголиковъ отнюдь не должно имѣть принудительнаго характера, и всякій разъ, когда больной не желаетъ подвергаться гипнозу, врачъ не долженъ на томъ сильно настаивать. Этотъ доводъ находитъ себѣ основаніе не только въ принципахъ врачебной этики, но и въ терапевтическихъ соображеніяхъ (мнѣ извѣстно изъ личнаго опыта, что у не желающихъ лѣчиться получаются самые плохіе результаты). Въ виду этого организація амбуляторій при городскихъ Попечительствахъ о бѣдныхъ, гдѣ больные нерѣдко насильственно побуждаются къ лѣченію сотрудниками Попечительствъ, требуетъ крайней осторожности и осмотрительности. 7. Массовое гипнотизированіе въ амбуляторіяхъ въ высшей степени не желательно, такъ какъ оно лишаетъ врача возможности строго сообразоваться съ личными особенностями каждаго больного и устраняетъ благотворное вліяніе личности врача, всегда имѣющее, помимо гипноза, чрезвычайно большое значеніе.

Послѣ всего сказаннаго невольно приходитъ на мысль: нельзя-ли совмѣстить лѣченіе гипнозомъ съ помѣщеніемъ алкоголиковъ въ лѣчебницы? Не получатся-ли отъ этого лучшіе результаты? Конечно, примѣненіе гипноза полезно и во время пребыванія больныхъ въ лѣчебницѣ, но только въ лѣчебницѣ средство это, какъ я убѣдился, не имѣетъ такого важнаго значенія, какъ при лѣченіи на-ходу. Польза гипнотическаго внушенія во время пребыванія въ лѣчебницѣ до извѣстной степени парализуется, съ одной стороны, принудительностью пребыванія, съ другой—недостаточнымъ довѣріемъ больного къ средству, ибо строгій надзоръ и режимъ лѣчебницы лишаетъ больного возможности провѣрить себя и лично убѣдиться въ значеніи средства.

Въ итогѣ прихожу къ слѣдующимъ главнымъ выводамъ:

1. Современное состояніе терапіи пьянства требуетъ устройства спеціальныхъ амбуляторій для алкоголиковъ съ примѣненіемъ гипноза.

2. Для успѣшности врачебной борьбы съ алкоголизмомъ необходимо, чтобы вся Россія покрылась сѣтью такихъ амбуляторій.

3. Врачи, какъ наиболѣе свѣдущія въ данномъ случаѣ лица, должны явиться починщиками въ этомъ дѣлѣ.

4. Желательно, чтобы спеціальныя амбуляторіи на первое время открылись при всѣхъ Обществахъ и Попечительствахъ о народной трезвости, какъ учрежденіяхъ, наиболѣе заинтересованныхъ въ борьбѣ съ алкоголизмомъ.

5. Городскіе и земскіе врачи должны взять на себя почниъ по устройству подобныхъ-же амбуляторій при городскихъ и земскихъ больницахъ.

6. При открытіи достаточнаго числа амбуляторій для пьяницъ вопросъ объ устройствѣ спеціальныхъ лѣчебницъ для алкоголиковъ отодвигается на 2-ой планъ.

## XX. Русскія народно-врачебныя средства отъ пьянства.

В. Ѳ. Демича.

(Сообщено въ отдѣлѣ общественной медицины на IX Пироговскомъ Съѣздѣ).

Алкоголизмъ съ его вредными послѣдствіями занимаетъ видное мѣсто среди злободневныхъ вопросовъ, особенно потому, что онъ широкою волною охватываетъ почти всѣ слои русскаго общества. О злоупотребленіи спиртными напитками повѣствуютъ этнографы и другіе бытописатели и подчеркиваютъ пагубный обычай усиленныхъ выпивокъ по праздникамъ и въ дни семейныхъ торжествъ. Не только сѣрый людъ, но и образованные классы порой платятъ обильную дань Бахусу, а исторія литературы учитъ, что даже нѣкоторые писатели, въ силу жизненныхъ невзгодъ, заливали свое горе виномъ. Не чужды алкоголизма и духовныя лица. Если бѣлое духовенство, близко стоящее къ народу, невольно должно присоединяться къ обычнымъ возліяніямъ, то и монашествующая братія съиздавна проявляетъ живой интересъ къ «изобилію вина», какъ это видно хотя-бы изъ любопытной «прогностики Печерскаго календаря, сочиненнаго въ 1732 г.» Самъ народъ словами одной изъ своихъ лубочныхъ картинокъ даетъ яркую характеристику хмѣля:

«Азъ есмь высокая голова... силенъ и богатъ... имѣю ноги тонки и утробу прожорливую, а руки мои обдержатъ всю землю», и далѣе:

«Аще содружится со мною великій властелинъ,
И я учиню его аки глупый поселянинъ,
Аще содружится со мной попъ
И онъ будетъ аки кабацкій котъ.
Аще содружится со мной чернецъ
И онъ будетъ аки верченый жеребецъ» *).

Но мало того, что на Руси, по выраженію И. С. Тургенева, «не спитъ кабакъ одинъ»,—въ литературѣ имѣются указанія, будто русскіе заносятъ пьянство и въ среду инородцевъ приволжскихъ и азіатскихъ окраинъ. Не мудрено поэтому, что алкоголизмъ въ настоящее время обратилъ на себя всеобщее вниманіе. Правительство, учредивъ монополію и попечительства о трезвости, хотѣло уменьшить питейный разгулъ. Не касаясь вопроса о томъ, насколько реформа эта достигла намѣченной ею цѣли и не входя въ разсмотрѣніе доводовъ скептиковъ, утверждающихъ, что измѣненіе мѣста и формы продажи вина не означаетъ еще дѣйствительнаго мѣропріятія противъ пьянства, несомнѣнно одно обстоятельство: введеніе монополіи пробудило въ обществѣ новый, живой интересъ къ условіямъ, вызывающимъ алкоголизмъ. Но особенно достойны упоминанія труды Общества охраненія народнаго здравія въ Петербургѣ, которое съ 1898 г. занято всестороннимъ изученіемъ вопроса объ алкоголизмѣ. Въ засѣданіяхъ этого Общества заслушанъ рядъ докладовъ и учреждена особая Коммиссія, работающая по опредѣленной программѣ надъ изслѣдованіемъ всѣхъ условій, вызывающихъ развитіе пьянства, и надъ выясненіемъ вреда, причиняемаго алкоголизмомъ. На основаніи работъ названной Коммиссіи, можно привести слѣдующія положенія о вредѣ алкоголизма: съ пьянствомъ приходится считаться и врачу при разсмотрѣніи причинъ многихъ болѣзней, и юристу при изученіи побужденій огромнаго большинства преступленій, и экономисту при обсужденіи основныхъ началъ народной бѣдности. Пьянство, какъ необходимое звено, входитъ во всѣ области общественной жизни, тормозя народную самодѣятельность, препятствуя естественному теченію государственной жизни и способствуя вырожденію націй **).

И такъ, многозначительная роль алкоголизма ясна для каждаго, и мнѣ думается, что умѣстно и своевременно справиться, какъ самъ народъ смотритъ на пьянство, какъ онъ борется противъ него, и какъ лѣчатся простолюдины отъ запоя. Въ предлагаемомъ очеркѣ я попытаюсь дать отвѣты на эти вопросы на основаніи многолѣтняго

*) *Д. Ровинскій*. Русскія народныя картинки. Петербургъ, 1900 г., т. II, стр. 371 и 372.

**) Д-ръ *Дембо*. Алкоголизмъ и борьба съ нимъ. Кіевъ, 1900 г.

Digitized by Google

изученія литературы по русскому народному самоврачеванію *).

Разсмотримъ сначала отношеніе народа къ пьянству. Есть много указаній на то, что народный умъ признаетъ въ алкоголизмѣ великое зло и сильно надъ нимъ задумывается. Подтверждаютъ такое положеніе многіе примѣты, сказанія и поговорки.

Такъ, въ Ярославской губ., въ числѣ примѣтъ при крещеніи дѣтей, одна касается пьянства: если ребенку попадетъ въ ротъ вода, изъ дитяти выйдетъ пьяница. Въ приложеніи къ популярнѣйшему «Лѣчебнику» («Прохладный Вертоградъ») приведены 2 относящіяся сюда «сказанія луннаго теченія небеснаго мѣсяца наставшаго»:

«въ 13-ый день луны виноградъ насажденъ бысть Ноемъ. Въ той день иже родится, піяница будетъ. Въ 16-ый день луны: Ной въ корабль влѣзе. Рожденное ратникъ будетъ и пьяница». Въ одномъ духовномъ стихотвореніи («Калѣки Перехожіе») говорится, что ребенокъ зачатый въ пятницу, будетъ:

«Либо воръ, либо плутъ, либо пьяница»...

По моему наблюденію, малороссы, желая предупредить пьянство, даютъ дѣтямъ водку, въ надеждѣ пріучить къ ней малютокъ, отчего, будто-бы, они взрослыми не станутъ запивать. Въ деревняхъ Енисейской губ. простолюдины, гадая о томъ, каковъ будетъ характеръ у суженнаго или у суженной, между прочимъ, замѣчаютъ: если пѣтухъ или курица, впущенные въ избу, въ которой разбросаны зерна и поставлена вода, накидываются прежде всего на послѣднюю, то суженная особа будетъ страдать запоемъ. Есть поговорки, присловья и сказанія, дающія мѣткую характеристику пагубныхъ послѣдствій алкоголизма: «А таки з тебе, хмелику, все зле, та лихе», говорятъ въ Волынской губ., а въ Череповецкомъ у., Новгородской, приговариваютъ: «шкалички да косушечки доведутъ до плетюшечки». По выраженію поселянъ Кіевской губ., «пьяный бувае гірше скаженой собаки». Задумываясь надъ причиной, происхожденіемъ и послѣдствіями алкоголизма, простолюдины пришли къ мистическому заключенію, что водка, какъ и прочія бѣдствія,—выдумка сатаны. Сольвычегодскій крестьянинъ убѣжденъ, что вино изобрѣлъ чертъ. Въ Новгородской и Орловской губерніяхъ есть повѣрье, будто нечистый опускаетъ въ бочку вина особую, запойную каплю, обладающую удивительными свойствами: выпившій ее или упьется до смерти, или начнетъ пить запоемъ. Иногда вѣрятъ, что запой можно получить, когда кабатчикъ подсунетъ опивковъ, сливаемыхъ изъ разныхъ стакановъ. Крестьяне Вятской губ. убѣждены, что ворожеи и колдуны, по мѣстному «еретики», вгоняютъ въ человѣка бѣса и тѣмъ вызываютъ пьянство. Въ Саранскомъ у., Пензенской губ., разсказываютъ о какихъ-то бѣлыхъ червяхъ, заводящихся въ винной бочкѣ. Доставъ ихъ и подойдя къ кабаку, пускаютъ червей на землю. Тотъ изъ нихъ, который поползетъ къ кабаку, — вреденъ. Стоитъ такого червяка высушить, истереть въ порошокъ и подсыпать въ кушанье человѣку,—послѣдній запьетъ. Въ Черниговской губ. о происхожденіи водки говорятъ, что ее выдумалъ нечистый, зваривши людямъ «з нехворощу таке питте, що хто его випъе, той і одуріе, і робить усяку шкоду, і потішае тим біса».

Не буду останавливаться на преданіяхъ о томъ, что вино — кровь сатаны и т. п. Это завело-бы насъ далеко. Напомню лишь объ отвращеніи раскольниковъ къ спиртнымъ напиткамъ. Въ этомъ отношеніи наши старовѣры вполнѣ солидарны съ послѣдователями корана, по ученію котораго вино приноситъ страшный вредъ людямъ, такъ какъ лишаетъ ихъ такого цѣннаго Божьяго дара, какъ разумъ. Почти также думаетъ про водку и весь русскій народъ, а въ Нѣжинскомъ у. есть поговорка: «пьяный дурному (глупому) братъ», и всё-же пьянствуютъ на Руси, какъ сказано выше, не мало... Даже о загробной жизни пьяницъ разсказываютъ удивительныя вещи. Поселяне восточной и южной полосы Россіи, для которыхъ бездождіе—сущее наказаніе, приписываютъ засуху скоропостижно умершимъ, каковыми не рѣдко бываютъ и алкоголики. Крестьяне думаютъ, что люди, умершіе безъ покаянія, становятся упырями, которые, подобно вѣдьмамъ, доятъ тучи и крадутъ росу на поляхъ тѣхъ селъ, гдѣ ихъ похоронили. Судебная хроника приводитъ случаи, когда простонародіе, во время засухи, разрывало могилы опойцъ и бросало ихъ трупы въ «сырое мѣсто». Душа скоропостижно умершаго пьяницы, по народнымъ повѣрьямъ, не знаетъ покоя, на ней катаются черти... Внезапную смерть отъ запоя простолюдины объясняютъ тѣмъ обстоятельствомъ, что спиртъ «загорается» внутри человѣка. Пьяница, такъ сказать, сгораетъ отъ водки и всегда легко можетъ погибнуть. Не даромъ хохлы говорятъ алкоголику: «тяни, пока Богъ душу витягне».

Хорошо сознаетъ народъ и экономическій вредъ, причиняемый пьянствомъ. Въ Малороссіи справедливо приговариваютъ: «шинок хозяином не наставе».

Само собою разумѣется, что, считая алкоголизмъ великимъ, разностороннимъ зломъ, простолюдины должны были заботиться о томъ, чтобы отыскать средства и способы, предупреждающіе запой и излѣчивающіе отъ пьянства. Попытаюсь представить обзоръ такимъ средствамъ и сдѣлать заключеніе, вытекающее изъ оцѣнки народной борьбы съ алкоголизмомъ, ибо вопросъ о народномъ самоврачеваніи алкоголизма—несомнѣнно вопросъ чрезвычайно интересный.

*) Для товарищей, спеціально интересующихся этимъ отдѣломъ народной медицины, привожу въ концѣ статьи литературу, расположенную въ хронологическомъ порядкѣ.

Уже въ старинныхъ рукописныхъ медицинскихъ сочиненіяхъ встрѣчается много пособій отъ пьянства. Прежде всего отмѣчу, что русскій человѣкъ иногда заботился, чтобы можно было какимъ-нибудь домашнимъ снадобьемъ предотвратить охмѣлѣніе отъ обильной и продолжительной выпивки. «Веселіе пити», но некрасиво потомъ «писать мислете» и скверно переживать отвратительное похмѣлье. Отсюда стремленіе застраховать себя отъ опьянѣнія.

Въ древней, писанной полууставомъ, книгѣ съ Аѳона встрѣчается, среди разныхъ наставленій, и назиданіе на тотъ случай «аще кто хощетъ кой день пити и пьянъ не быти». Такого рода средства приведены въ «Травникахъ» и «Лѣчебникахъ». Напр., «капуста варена съ сѣменемъ и въ питіи пріята, никакой человѣкъ въ тотъ день не напьется пьянаго питья хмѣльного до пьяна». Или «легкое вепрево изсушено и на горахъ истерто давать пить, и тотъ человѣкъ не упьется пьянымъ питьемъ. Аще кто ѣстъ ядра горькихъ миндалей, тогда хмѣль его на тотъ день неймет» и т. д. Изъ современныхъ средствъ приведу наставленіе, записанное въ Нѣжинскомъ уѣздѣ: «изоб не пьяни був-випи чарку карасину, а щоб не воняла горілка з рота—жуй бумагу або гречани крупи».

Еще болѣе имѣется средствъ, долженствующихъ предупреждать пьянство и отучать отъ него привычныхъ пьяницъ.

Въ «Травникахъ» читаемъ то про нѣкую «траву сарахію», которая, будучи «запарена съ муравьями и принята «на тощее сердце», вліяетъ на пьяницу такъ, что онъ и духа водки станетъ бѣгать; то про «желчь журавлину»; «коли ее кто въ носъ пуститъ съ водкою, отъ запою пособляетъ». Въ одномъ рукописномъ сборникѣ я нашелъ цѣлый отдѣлъ «о предотвращеніи отъ вина тѣхъ, кои къ нему чрезвычайно привыкли». Здѣсь говорится, между прочимъ: «положивъ довольное количество вина 3 или 4 угря живыхъ, не вынимай до тѣхъ поръ, пока они умрутъ, пой симъ виномъ, которое такъ будетъ противно, что отъ него отстанетъ, или будетъ пить только по немногу», а чтобы «до пьяна хмѣльного не пити: возьми орѣхового зелёнаго цвѣту, изсушивъ, столки мѣлко и смѣшай съ виномъ и давай пить, то тотъ человѣкъ послѣ болѣе хмѣльного не станетъ пить».

Переходя къ разсмотрѣнію современныхъ народныхъ средствъ отъ пьянства, слѣдуетъ подчеркнуть стремленіе простолюдиновъ лѣчить запой веществами, противными, вызывающими тошноту и рвоту. Это обстоятельство красною нитью даетъ себя знать въ громадномъ большинствѣ средствъ отъ пьянства. О немъ упоминаютъ еще писатели 1-й половины XIX в. (В. Даль, Кребель и др.). Быть можетъ, примѣненіемъ отвратительныхъ веществъ народъ надѣется смутить злого духа, причиняющаго пьянство и такимъ образомъ изгнать изъ больного «дьявольское наважденіе».

При бѣлой горячкѣ, напр., даютъ внутрь съ виномъ 3-хъ клоповъ или настой водки на 2-хъ живыхъ щукахъ. Въ Казанской губ., ловятъ 3-хъ линовъ и, недотрогиваясь до нихъ руками, кладутъ съ заклинаніями въ наполненную виномъ посуду. Лины засыпаютъ, послѣ чего ихъ тѣмъ же образомъ вынимаютъ и зарываютъ въ землю, гдѣ не ходятъ люди, а настойкой поятъ алкоголика. Мѣстами отъ запоя даютъ пить теплую воду до наступленія сильнаго отдѣленія пота и мочи. Стараются также чрезмѣрными пріемами вина внушать къ нему отвращеніе: пьяница запирается въ хатѣ, ему даютъ столько водки, разбавленной 3-мя частями воды, сколько онъ захочетъ. Вся прочая пища и все питье узника тоже разбавляются на $^1/_3$ водкой. Черезъ 3 дня наступаютъ признаки продолжительнаго опьяненія съ повышенною сонливостью, а на 5-ый день появляется отвращеніе къ запаху и вкусу водки. Самъ больной требуетъ полнѣйшаго ея устраненія, но надо такое желаніе исполнять не сразу, а постепенно. Въ примѣненіи отвратительныхъ средствъ отъ запоя особенно изобрѣтательны малорусскія знахарки. По ихъ совѣту, одна женщина перепробовала надъ своимъ мужемъ, разумѣется, безъ успѣха, слѣдующія пособія: она брала потъ съ бѣлой лошади, смѣшивала его съ водкой и поила этой смѣсью своего мужа, давала ему 9-дневный настой водки на самомъ скверномъ «оселедци», размачивала 9 дней въ водкѣ живого лина и давала послѣдняго съѣсть въ сыромъ видѣ. Въ Лубенскомъ у., отъ пьянства приготовляютъ настойку по такому сложному предписанію: «пити на базар, купить горшочек не торговавшись, та вкрасти рака на базари, чоб нихто не бачив: тоди взять повкварти горілки, влить въ горшочек, вкинуть рака и завьязать; тоди закопать на 9 сутокъ; откопать, процідить ту водку и дать випить». Въ Радомысльскомъ уѣздѣ запой лѣчатъ водочнымъ настоемъ на живой мыши или на вьюнѣ; еще даютъ пьяницѣ послѣдъ совершенно черной свиньи, настоянный въ теченіи 4—5 дней на водкѣ. И на Кавказѣ, въ г. Ейскѣ, ведутъ борьбу противъ алкоголизма противными средствами: даютъ слабительное въ большихъ количествахъ, а затѣмъ поятъ водкой, настоянной на рвотномъ веществѣ, до отвращенія, или посыпаютъ порошкомъ ипекакуанны платье пьяницъ, полагая, что они не выносятъ даже запа-

Digitized by Google

ха этого растенія. Еще даютъ отъ запоя водку, настоянную на дождевыхъ червяхъ, или на клопахъ. А то подвѣшиваютъ ужей на солнцѣ; собираютъ растопившійся съ нихъ жиръ въ пузырекъ и даютъ пить. Въ юго-западномъ краѣ пьяницъ лѣчатъ водочнымъ настоемъ на «подбочечныхъ» червяхъ, заводящихся въ сырыхъ кабакахъ. Латыши даютъ алкоголикамъ кровь лина, но въ небольшихъ количествахъ, чтобы не наступила рвота. Бабки Черниговскаго уѣзда отъ пьянства совѣтуютъ: «назбирать піни из утомленного коня такой масти, якого цвіту косы у пьяниці, и дать випить з водою». Въ Великороссіи ловятъ «зыкового» овода, т. е. овода, недавно вылѣзшаго изъ коровьей шкуры, бросаютъ его въ бутылку съ водкой и оставляютъ, пока не размякнетъ. Водку эту даютъ самымъ отчаяннымъ пьяницамъ, которые отъ нея получаютъ отвращеніе къ вину. Для мужчины надо брать овода съ вола, а для женщины съ коровы.

Въ приведенныхъ средствахъ отъ запоя замѣчается лишь нѣкоторая примѣсь элементовъ суевѣрія и склонности къ симпатіи и аналогіи, безъ чего рѣдко обходится народное самоврачеваніе. Тутъ есть и кабалистическая цифра 3, и пріемы, продѣлываемые тайно отъ больного, и требованія добыть «оводка» отъ быка для мужчины, а отъ коровы для женщины. Ниже я сгруппирую рядъ средствъ, въ которыхъ суевѣріе является преобладающимъ условіемъ лѣченія запоя.

Что касается народныхъ способовъ приведенія опьянѣвшаго въ чувство, то они поражаютъ грубостью и безчеловѣчнымъ отношеніемъ къ напившемуся. Правда, въ «Лѣчебникахъ» и «Травникахъ» перечисляются болѣе безобидныя средства, въ родѣ того, что «духъ фіалковаго цвѣту и съ травой аще приложимъ къ главѣ пьянаго, тогда ему пьянство минется». Въ одномъ рукописномъ сборникѣ, для приведенія пьянаго въ память, совѣтуется дать ему выпить большой стаканъ уксуса или капустнаго сока, или накормить больного мёдомъ. За то современные способы протрезвленія отличаются безпощадностью къ охмѣлѣвшему и являются результатомъ стремленія окружающихъ, во чтобы то ни стало, протрезвить алкоголика и отъучить его отъ пагубной привычки. Надъ опившимися до безчувствія продѣлываются разныя безобразія и издѣвательства.

Даль описалъ такой способъ отрезвленія: смазываютъ мошонку и промежность захмѣлѣвшаго дегтемъ, отъ чего появляется сильная головная боль, длящаяся 1—2 дня. Въ г. Ейскѣ для отрезвленія даютъ нюхать нашатырный спиртъ, а при отравленіи спиртомъ, когда онъ «загорается» въ животѣ, даютъ пить сокъ, выжатый изъ свѣжаго конскаго кала. Я слыхалъ въ Черниговской губ. мнѣніе, что напившемуся до безчувствія надо пустить въ ротъ свѣжей человѣческой мочи. Въ Краснослободскомъ уѣздѣ, при пьянствѣ и буйствѣ, поятъ куринымъ пометомъ и женскою мочею, а въ губерніяхъ Вятской, Калужской и Орловской опьянѣвшимъ до безсознательнаго состоянія выжимаютъ въ ротъ сокъ лошадинаго навоза. Весьма суровыя мѣры принимаются для приведенія въ сознаніе опившагося въ Череповецкомъ уѣздѣ: обмываютъ голову пьянаго горячей водой и причиняютъ иногда значительные ожоги; натираютъ его уши зимою снѣгомъ, а въ другое время ладонями, или трутъ уши голенищемъ валенаго сапога и превращаютъ ихъ въ безформенную массу, такъ что для заживленія причиненныхъ поврежденій требуется много времени; даютъ охмѣлѣвшему нюхать зажженыя сѣрныя спички; сильно стегаютъ его по ягодицамъ ремнемъ; иногда качаютъ несчастнаго на одѣялѣ и таскаютъ по избѣ подъ руки; а то берутъ больного, опускаютъ его головою внизъ и затѣмъ, приподнимая кверху, стукаютъ пятками о потолокъ избы; дергаютъ за бороду и даже вырываютъ волосы, щиплятъ тѣло, толкаютъ и т. д. Захмѣлѣвшій, какъ игрушка, переходитъ изъ рукъ въ руки, въ тѣхъ видахъ, чтобы «не давать ему спать». Если такимъ образомъ и приводятъ человѣка въ чувство, то впослѣдствіи онъ по недѣлямъ лежитъ безъ движенія, и счастливъ тотъ, кто поплатился лишь волосами да ушами!... Д-ръ *Поповъ* сообщаетъ даже случай, когда захмѣлѣвшаго сварили на смерть, выливъ на него нѣсколько самоваровъ кипятку.

Кромѣ перечисленныхъ средствъ, народъ пускаетъ въ ходъ противъ пьянства многія растенія, избирая для этого пахучія, противныя на вкусъ, даже ядовитыя.

Крестьяне Пермской губ., «закаявшіеся пить хмѣльное», пьютъ, вмѣсто чая, травникъ изъ лабазника (Spirae Ulmaria) и его пахучихъ цвѣтовъ. Однимъ изъ излюбленнѣйшихъ растительныхъ средствъ отъ пьянства является душистая богородицкая трава (Thymus Serpillum), о которой говорятъ многіе авторы, начиная съ 1815 г. На горсть травы наливаютъ 4 чашки кипятка; давъ смѣси постоять нѣкоторое время, ее процѣживаютъ и даютъ пьяницѣ черезъ 3 час. по чайной ложкѣ. У многихъ настой вызываетъ поносъ, у другихъ тошноту и рвоту. Этотъ способъ предлагался акад. *Нелюбинымъ* и одобрялся штабъ-лѣкаремъ *Нечаевымъ*. Малорусскія знахарки къ 1 ф. богородицкой травы прибавляютъ по 1 столовой ложкѣ ревеня и полыни. Все высушивается, измельчается въ порошокъ, наливается 2-мя штофами водки и замазывается въ муравленной посудѣ, которую ставятъ въ теплѣ на 3 дня. Затѣмъ настой процѣживаютъ, а осадокъ выжимаютъ. Объ этой процедурѣ больной не долженъ знать. Ему даютъ пить настойку по цѣлымъ недѣлямъ. Въ Воронежской губ. лѣчатъ отъ запоя настоемъ цвѣтовъ лядины (Corylus arvellanus). Въ Пермской—даютъ съ похмѣлья крѣпкій водочный настой вороньяго глаза (Paris quadrifolia) или настой травы сонъ (Anemone patens). Оба эти растенія далеко не безразличны. Въ Пермской губ. пьютъ на похмѣлье настой огневки (Rumex crispus). По Анненкову, жаждущимъ избавиться отъ пьянства даютъ винный корень (Asarum europaeum), служившій, какъ извѣстно, до открытія ипекакуанны, рвотнымъ средствомъ. Въ Могилевской губ. пьяницъ лѣчатъ отваромъ ядовитаго растенія дерябникъ (Lycopodium Selago), которое въ большихъ количествахъ вызываетъ припадки отравленія. Въ Сосницкомъ уѣздѣ при отекахъ у пьяницъ даютъ настой горицвіта. Въ юго-западномъ краѣ, по совѣту бабокъ, жены даютъ ложечками водочный настой махорки своимъ пьяницамъ-мужьямъ въ то время, когда для нихъ вкусъ и запахъ безразличенъ. Отъ такого лѣченія бываетъ сильная рвота, иногда случаются судороги, а позывъ къ водкѣ исчезаетъ. Ж.-вр. *Крапивина* видѣла алкоголиковъ, дошедшихъ чрезъ настойку махорки до истощенія.

Разсмотрѣвъ эмпирическія средства отъ пьянства, перейду къ суевѣрнымъ, симпатическимъ и мистическимъ, среди которыхъ встрѣчаются самыя разнообразныя вещи до предметовъ церковнаго обихода включительно. Деревня часто лѣчитъ запой заговорами и нашептываніями. Попадаются знахари, спеціальность которыхъ состоитъ въ отчитываніи алкоголиковъ. Такіе лѣчители бываютъ и въ городахъ. Среди множества шарлатановъ, съѣзжающихся въ Нижній на ярмарку, имѣются и «лѣкаря отъ запоя». Заговоры читаются сами по себѣ, или произнесеніе ихъ сопровождается разными рукодѣйствіями; иногда нашептыванія присоединяются къ одному изъ описанныхъ раньше средствъ.

Весьма распространено у народа повѣрье, будто запой излѣчиваютъ водка или вода, приходившія въ соприкосновеніе съ мертвымъ человѣкомъ или животнымъ. Латыши даютъ пьяницѣ воды, которою былъ промытъ ротъ мертвеца. Въ Лубенскомъ уѣздѣ лѣчатъ запой водкой, настоянной на пятакѣ, лежавшемъ подъ рукой покойника, когда его несли на кладбище. Еще кладутъ мѣдяки въ ротъ дохлой собаки, или отдавливаютъ ими головку мертвой змѣи, покупаютъ на тѣ деньги водки и даютъ ее алкоголику. Въ Малороссіи дѣйствительнымъ средствомъ отъ запоя служитъ монета, которая кладется покойнику на глаза, если они не закрываются. Ее незамѣтно опускаютъ въ рюмку съ водкой. Когда пьяница выпьетъ эту водку и скажетъ: «о, и гроши въ чарці», ему объясняютъ: «це ж тиї, що лежали на покойнику». Въ Великороссіи зажимаютъ въ лѣвую руку мертвеца монету и на послѣднюю покупаютъ водку для лѣченія. Въ Жиздринскомъ уѣздѣ отъ запоя даютъ воду, собранную послѣ омовенія одного или нѣсколькихъ покойниковъ. Наконецъ, сами алкоголики, съ цѣлью избавиться отъ «запойной страсти», прибѣгаютъ къ религіознымъ обрядамъ: даютъ обѣты отслужить молебенъ передъ иконою свв. Вонифатія и Моисея Мурина, поставить свѣчу извѣстной цѣны или вѣса и т. п. Мѣстами пьяницы пьютъ изъ церковнаго кадила золу, разведенную водой. Помогаетъ также отъ запоя песокъ изъ раки св. Евфросиніи... Вообще народная фантазія въ изобрѣтеніи средствъ отъ пьянства не имѣетъ предѣловъ, и не возможно перечислить всѣ такія средства.

На основаніи приведенныхъ мною данныхъ, можно сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Въ сказаніяхъ, примѣтахъ и повѣрьяхъ, сложившихся о водкѣ, народъ ясно сознаетъ вредъ, причиняемый пьянствомъ и сильно задумывается надъ его послѣдствіями въ важнѣйшіе моменты семейной жизни.

2. Противъ алкоголизма простолюдины борятся всевозможными эмпирическими и суевѣрными средствами.

3. Среди эмпирическихъ пособій отъ запоя преобладаютъ вещества, противныя, вызывающія тошноту и рвоту.

4. Растенія, употребляемыя народомъ отъ пьянства, отличаются горькимъ вкусомъ, сильнымъ запахомъ и нѣкоторыми ядовитыми свойствами.

5. Приведеніе охмѣлѣвшаго въ чувство грубо, безпощадно и причиняетъ пьяницамъ значительный вредъ.

6. Многочисленныя суевѣрныя средства отъ запоя указываютъ на крайнюю некультурность народа.

Въ заключеніе позволю себѣ бросить бѣглый взглядъ на сгруппированныя мною средства отъ пьянства. Трудно сказать, есть-ли среди нихъ пособія дѣйствительныя, такъ или иначе врачующія алкоголизмъ. Разрѣшеніе этого вопроса предстоитъ врачамъ-клиницистамъ. Быть можетъ, и въ описанномъ отдѣлѣ народной медицины удастся отыскать что-нибудь полезное и поучительное, какъ тому бывали многочисленные примѣры раньше. Отмѣчу лишь, что

Digitized by Google

стремленіе простолюдиновъ давать захмѣлѣвшему лѣкарства противныя, вызывающія рвоту, вполнѣ гармонируетъ съ указаніями и науки, и цѣлебныхъ силъ природы—всячески опорожнять желудокъ, разъ онъ обремененъ ядомъ. Равнымъ образомъ способы лѣченія, при которыхъ больного заливаютъ водкою, не противорѣчатъ жизненному опыту: каждому извѣстно, что отъ чрезмѣрнаго употребленія какого-нибудь вещества появляется отвращеніе къ нему на болѣе или менѣе продолжительное время. Сами привычные алкоголики получаютъ иногда отвращеніе къ спирту, дѣлаютъ перерывы и запиваютъ періодически. Народъ стремится довести такое временное отвращеніе до крайнихъ предѣловъ, чтобы человѣку сталъ противенъ даже запахъ спирта. Существуетъ нѣкоторый врачебный смыслъ и въ суевѣрныхъ пріемахъ, такъ какъ дѣйствіе заговоровъ и подобныхъ средствъ сводится къ успокоенію больного и къ вліянію на его психику, т. е., къ внушенію, а послѣднее примѣняется, какъ средство противъ пьянства, и въ современной медицинѣ.

Тѣмъ не менѣе, громадное большинство народноврачебныхъ средствъ отъ алкоголизма грубо, безсмысленно и причиняетъ больше вреда, чѣмъ пользы. Особенно поразительно приведеніе напившихся до безчувствія въ сознаніе. Пособія, сюда относящіяся, отличаются жестокостью, безчеловѣчностью и не могутъ быть оправданы никакими резонными соображеніями. На основаніи всего сказаннаго я прихожу къ слѣдующему заключенію: положеніе пьяницъ, вслѣдствіе продѣлываемыхъ надъ ними народныхъ способовъ врачеванія, также печально и неприглядно, какъ это мною описано въ «Акушерствѣ и гинекологіи у народа» *) по отношенію къ больнымъ женщинамъ, въ «Педіатріи у народа» **) по отношенію къ больнымъ дѣтямъ и т. д. И долго еще придется ждать, пока народные взгляды на болѣзни станутъ болѣе здравыми, а деревенское лѣченіе отрѣшится отъ пособій грубыхъ, вредныхъ, суевѣрныхъ и безсмысленныхъ. Въ этой области предстоитъ много упорной работы земскимъ врачамъ и другимъ культурнымъ служителямъ великаго русскаго народа, который хорошо сознаетъ зло своихъ недуговъ, страстно жаждетъ помощи, но пока, блуждая во тьмѣ, получаетъ, вмѣсто облегченія, много вреда.

**Литература.** 1. *Поповъ.* Хозяйственное описаніе Пермской губ. Пермь. 1804 г., т. II, 22.—2. «Другъ Здравія», 1834 г. № 19, стр. 272 и 1840 г., № 37, стр. 272.—3. Dr *R. Krebel.* Volksmedicin. Leipzig und Heidelberg. 1858 г., стр. 148 и 149.—4. *В. Деркеръ.* Сборникъ народно-врачебныхъ средствъ, знахарями въ Россіи употребляемыхъ. Петербургъ, 1866 г., стр. 106, 129 и 182.—5. *Л. Майковъ.* Великорусскія заклинанія. Петербургъ, 1869 г., стр. 81.—6. «Домашній Врачъ», 1869 г., № 3.—7. Труды этнографо-статистической экспедиціи. Юго-западный отдѣлъ. Матеріалы *Чубинскаго.* Петербургъ, 1872 г., т. I, 109.—8. *М. Драгомановъ.* Малорусскіе народные преданія и разсказы. Кіевъ. 1876 г., стр. 17, 26, 27, 39, 124 и 125.—9. Труды Общества естествоиспытателей при Казанскомъ Университетѣ, т. V, в. II, 37 и 82.—10. «Здоровье», 1878 г., т. IV, 383.—11. *Н. Анненковъ.* Ботаническій Словарь. 2-ое изд. Петербургъ. 1878 г., стр. 52, 296, 306 и 355.—12. Проф. *В. М. Флоринскій.* Русскіе простонародные травники и лѣчебники. Казань. 1879 г., стр. 5, 11, 34, 46, 53 и 81.—13. «Тульскія Епархіальныя Вѣдомости», 1882 г. № 12.—14. *Чоловскій.* Очеркъ флоры Могилевской губ. Могилевъ. 1882 г., стр. 397.—15. «Казанскія Губернскія Вѣдомости», 1888 г., № 103.—16. «Волжскій Вѣстникъ», 1891 г., № 111.—17. Д-ръ *A. Henrici.* Studien über Volksheilmittel. Halle. 1894 г., стр. 35 и 110.—18. *J. Alksnis.* Materialien zur lettischen Volksmedicin (Histor. Studien v. Prof. *R. Kobert*, т. IV, 172 и 193. Halle. 1894 г.).—19. Сборникъ матеріаловъ для описанія Кавказа. В. XVI, отд. II, 82, 83 и 168.—20. «Врачъ», 1897 г., № 33, стр. 906.—21. «Живая Старина», 1898 г., в. II, отд. I, 172 и 176. Отд. IV, 233. В. III, отд. III, 465.—22. *А. Левенстимъ.* Суевѣріе и уголовное право. Юридическая библіотека. № 15, стр. 75 и 76.—23. *В. Д. Гринченко.* Изъ устъ народа. Черниговъ. 1900 г., стр. 55 и 366.—24. «Этнографическое Обозрѣніе», 1901 г. № 2, стр. 126 и 163.—25. «Живая Старина», 1901 г., в. III и IV, отд. V, 124.—26. «Биржевыя Вѣдомости», 2-ое изд., 1901 г., 21 іюня.—27. Д-ръ *Д. П. Никольскій.* О спиртныхъ напиткахъ среди нашихъ инородцевъ. Петербургъ, 1901 г., стр. 242 и 243.—28. *А. Н. Малинка.* Сборникъ матеріаловъ по малорусскому фольклору. Черниговъ, 1902 г., стр. 197.—29. *В. П. Милорадовичъ.* Народная медицина въ Лубенскомъ уѣздѣ. Кіевъ. 1902 г.—30. Д-ръ *Г. Поповъ.* Русская народно-бытовая медицина. Петербургъ, 1903 г.—31. Сообщенія студ. мед. *Г. Ф. Милевскаго.*

*) «Врачъ» и «Медицина» за 1889 г.

**) «Вѣстникъ общественной гигіены», 1891 г.

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 86. Д-ра *Barnard* и *Morgan* попытались путемъ опытовъ подойти къ рѣшенію вопроса, *чѣмъ обусловлено лѣчебное дѣйствіе свѣта.* Хорошо извѣстна бактеріеубивающая способность свѣта, но это относится лишь къ микробамъ, находящимся на поверхности тѣла, а не въ глубинѣ тканей. Авторы подвергали дѣйствію свѣта дуговой лампы (сила тока 7 амперъ), проходящаго черезъ металлическій полый цилиндръ, закрытый на концахъ кварцевыми пластинками и охлаждаемый водою, агаровую пластинку, засѣянную кишечной палочкой. Послѣ 11 секундъ освѣщенія число поверхностныхъ колоній значительно уменьшалось, глубокія-же неизмѣнно росли даже послѣ 2-часового освѣщенія. Помѣщая на кварцевую пластинку прибора кусокъ человѣческой или лягушечьей кожи, авторы замѣтили, что вліяніе свѣта, пропускаемаго въ теченіи 2-хъ часовъ, ничѣмъ не выразилось. Испытывая затѣмъ бактеріеубивающую силу свѣтовыхъ волнъ различной длины, авторы пришли къ заключенію, что дѣятельными являются только лучи средней $^1/_3$ ультрафіолетовой части спектра. Такъ какъ лѣчебное дѣйствіе свѣта заключается, по всей вѣроятности, не въ одной бактеріеубивающей способности его, но также въ раздраженіи тканей, авторы подвергали дѣйствію свѣта обритую кожу нѣкоторыхъ животныхъ и человѣка, съ цѣлью выяснить, какіе лучи наиболѣе дѣятельны въ этомъ отношеніи. Оказалось, что, если между нижней кварцевой пластинкой прибора и кожей помѣстить стеклянную пластинку,—стекло не пропускаетъ, какъ извѣстно, большей части ультрафіолетовыхъ лучей—дѣйствіе свѣта ничѣмъ не обнаруживается, безъ стекла-же получается краснота, хорошо замѣтная еще на 2-ой день послѣ опыта. Такимъ образомъ, раздражающе дѣйствуютъ на ткани тѣ-же ультрафіолетовые лучи. Вопросъ о причинѣ лѣчебнаго дѣйствія свѣта остается открытымъ. Попутно авторы нашли, что свѣтъ при прохожденіи черезъ слой воды въ 2,5 стм. теряетъ $^4/_5$ своей бактеріеубивающей силы. Точно также значительно слабѣе свѣтъ дѣйствуетъ на микробовъ, находящихся въ жидкой средѣ: требовалось въ 6 разъ больше времени для того, чтобы убить кишечную палочку въ висячей каплѣ, сравнительно съ агаровой разводкой (British Medical Journal, 14 ноября). *Л. Старокадомскій.*

87. Д-ръ *E. Sommer* (Berlin) изслѣдовалъ *вліяніе свѣтотеплового лучеиспусканія на кожную температуру.* Для измѣренія температуры кожи онъ пользовался особымъ приборомъ—«термопальпаторомъ», предложеннымъ *Herz*'омъ. Количество измѣреній достигаетъ 1000; производились они до и послѣ опыта. Полученные результаты заносились на кривую. Изслѣдованіе касалось здоровыхъ лицъ и больныхъ (главнымъ образомъ мышечнымъ и суставнымъ ревматизмомъ, острымъ и хроническимъ). Для опытовъ онъ пользовался лампочками накаливанія (синими, красными, желтыми и зелеными) съ никкелевымъ рефлекторомъ. На основаніи полученныхъ результатовъ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Температура кожи надъ хронически больными суставами обыкновенно ниже, чѣмъ на здоровой сторонѣ. 2) Подъ вліяніемъ свѣтотеплового излученія температура данной стороны всегда выше, чѣмъ на противоположной; однако, встрѣчаются случаи, гдѣ температура на обѣихъ сторонахъ послѣ опыта понижается. 3) Свѣто-тепловое излученіе не вызываетъ съ такой правильностью реакціи въ сосѣдней части въ смыслѣ охлажденія, какъ то наблюдается при примѣненіи тепла или холода другого рода. 4) Непосредственно согрѣвающее вліяніе лучей съ короткой волной держится долѣе, чѣмъ таковое же съ длинной волной. 5) Спустя 2—4 часа отношеніе между обѣими сторонами мѣняется: сторона освѣщенная представляется болѣе холодною (Berliner klinische Wochenschrift, 1903, № 40). *С. Брудштейнъ.*

**Внутреннія болѣзни.** 88. Д-ръ *Ellis* на основаніи многолѣтнихъ наблюденій полагаетъ, что болѣзнь *бери-бери есть заразная болѣзнь*, а не зависитъ отъ употребленія въ пищу риса дурного качества. Нѣкоторыя наблюденія

авторомъ приводятся.—1. Изъ 20 отдѣленныхъ туземцевъ (въ *Singapor*'ѣ), получавшихъ европейскую пищу, заболѣло бери-бери болѣе половины.—2. На пароходѣ, шедшемъ изъ *Singapor*'а въ *New-Zealand*, находилось 28 малайцевъ и 51 китаецъ. Изъ 14 малайцевъ, помѣщавшихся въ одной каютѣ, заболѣло 8 человѣкъ; 5 изъ нихъ умерли. Въ этой каютѣ было особенно жарко, такъ какъ она отдѣлялась отъ кухни тонкой деревянной перегородкой, въ сырую-же погоду, когда и произошли заболѣванія, воздухъ въ каютѣ былъ очень влажный. Какъ заболѣвшіе, такъ и оставшіеся здоровыми питались рисомъ, приготовлявшимся одинаковымъ образомъ, въ одной и той-же кухнѣ. Влажная теплота располагаетъ къ заболѣванію бери-бери, заразное-же начало гнѣздится въ жилыхъ помѣщеніяхъ, одеждѣ. Въ цѣляхъ борьбы съ распространеніемъ болѣзни авторъ считаетъ необходимымъ производить обеззараживаніе жилищъ и одежды заболѣвшихъ (British Medical Journal, 14 ноября). *Л. Старокадомскій.*

89. Проф. *Primrose* сообщаетъ о случаѣ успѣшнаго хирургическаго *лѣченія филяріоза*, при чемъ было найдено взрослое чужеядное *(Filaria Bancrofti)*.

Больной въ 1881 г. подвергся операціи по поводу двусторонней водянки яичка. Послѣ операціи пользовался хорошимъ здоровьемъ до 1884 г., когда внезапно заболѣлъ ознобомъ, лихорадкой, продержавшей его недѣлю въ постели, послѣ чего образовалась чувствительная припухлость на правой ногѣ, ниже колѣна. Постепенно болѣзненныя явленія исчезли. Черезъ 2 года повторился такой-же приступъ, при чемъ еще увеличились и были чувствительны правыя паховыя железы. Подобные приступы наблюдались въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ, съ большими промежутками. Во время припадка въ 1891 г. образовался на икрѣ правой ноги нарывъ, который вскрылся и скоро зажилъ. Съ этого-же года начала увеличиваться мошонка. Съ октября 1899 по мартъ 1900 г. было 7 приступовъ. Въ 1901 г. у больного мошонка была въ 3 приблизительно раза больше нормальной, на ощупь тѣстовата; въ области яичекъ прощупывались небольшія затвердѣнія—слѣды произведенной операціи водянки яичекъ. Въ крови, взятой вечеромъ изъ конца пальца, найдены въ обильномъ количествѣ зародыши нитчатки около 20 въ препаратѣ. Черезъ нѣсколько дней овальнымъ разрѣзомъ удалена большая часть уплотнѣнія; оставшейся части было достаточно для покрытія яичекъ; рана зашита; заживленіе первымъ натяженіемъ; швы сняты на 8-ой день. При расщипываніи удаленнаго куска мошонки въ растворѣ поваренной соли, обнаружены куски взрослаго чужеяднаго и извлечено одно живое, цѣлое, быстро двигавшееся животное, въ 55 млм. длиною. Приведены описаніе и изображеніе чужеяднаго. Спустя 46 дней послѣ операціи наступило лихорадочное заболѣваніе съ увеличеніемъ до куринаго яйца лимфатическихъ железъ на шеѣ. Разрѣзъ, сдѣланный на 10-й день, не обнаружилъ гноя. Медленное заживленіе. При изслѣдованіи крови черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи съ трудомъ удалось отыскать одного зародыша. Приступовъ болѣе не наблюдалось. Кровь, изслѣдованная спустя 6 мѣсяцевъ послѣ операціи, была свободна отъ зародышей чужеяднаго (British Medical Journal, 14 ноября). *Л. Старокадомскій.*

90. Забрюшинныя лимфатическія железы, по изслѣдованіямъ *Warthin*'а, имѣютъ большое вліяніе на составъ крови, такъ какъ въ нихъ происходитъ разрушеніе кровяныхъ тѣлецъ. Д-ръ *Bierring* приводитъ наблюденіе, подтверждающее, по его мнѣнію, упомянутое *значеніе забрюшинныхъ железъ*.

5-лѣтній, крѣпкій, всегда здоровый ребенокъ за 3 мѣсяца до смерти заболѣлъ легкою лихорадкою съ недомоганіемъ, вялостью, отсутствіемъ позыва на ѣду. При изслѣдованіи найдены небольшое малокровіе, шумъ у основанія сердца и мягкая опухоль въ области лба; опухоль казалась плотно сросшенной съ костью и имѣла около 3 стм. въ поперечникѣ. При слѣдующемъ осмотрѣ—за недѣлю до смерти—найдено: состояніе полуспячки, истощеніе и значительное малокровіе; шумъ у основанія сердца; на головѣ въ темянной и затылочной части—4 опухоли, одна въ лѣвой сосцевидной области; опухоль на лбу увеличилась. Изслѣдованіе крови показало: красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 982000, бѣлыхъ 9600, Hb 30%, отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ=1:113. Въ 17874 красныхъ тѣлецъ оказалось мегалоцитовъ 473, микроцитовъ 328, пойкилоцитовъ 45, мегалобластовъ 23, нормобластовъ 19. Среди бѣлыхъ тѣлецъ было: многоядерныхъ нейтрофильныхъ лейкоцитовъ 68,6%, эозинофиловъ 2,26%, большихъ лимфоцитовъ 2,52%, малыхъ лимфоцитовъ 26,46%, міэлоцитовъ 63 % (? *Реф.*). На вскрытіи обнаружено 7 рѣзко-ограниченныхъ кругловатыхъ опухолей, исходившихъ изъ надкостницы и проросшихъ до твердой мозговой оболочки; по строенію опухоли были саркомы. Мелкіе узлы такого-же характера найдены въ печени. Забрюшинныя железы представляли плотную массу вдоль аорты и полой вены, размѣрами 5×12,5 стм.; величина отдѣльныхъ железъ колебалась отъ 0,6×1 до 2×3,5 стм. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило въ этихъ железахъ кругло-клѣточковую саркому. Увеличенія другихъ железъ не найдено. Также не было рѣзкихъ измѣненій (кромѣ анэміи) внутреннихъ органовъ. Костный мозгъ авторъ не имѣлъ возможности изслѣдовать; въ грудной кости мозгъ былъ красный.

Авторъ полагаетъ, что въ данномъ случаѣ было первичное образованіе опухолей на головѣ и переносы въ печень и забрюшинные узлы — «гэмолимфатическіе узлы», пораженіе которыхъ и повело къ развитію малокровія, по видимому, злокачественнаго (The Journal of the American Medical Association, 26 сентября). *Л. Старокадомскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 91. Д-ръ *Cohen* сообщаетъ случай оживленія при помощи *двуручнаго массажа сердца*.

Черезъ 15 минутъ послѣ начала подъ хлороформомъ операціи удаленія кисты яичника у 32-лѣтней, въ остальномъ здоровой женщины, внезапно наступила синюха, исчезъ пульсъ и затѣмъ прекратились дыхательныя движенія. Искусственное дыханіе, обычныя подкожныя впрыскиванія остались безъ успѣха. Прошли 2 минуты. Авторъ ввелъ лѣвую руку въ брюшную полость и захватилъ черезъ разслабленную грудобрюшную преграду небившееся сердце; помѣстивъ правую руку снаружи въ области сердца, онъ сталъ ритмически, со скоростью около 60 разъ въ минуту, сжимать сердце между обѣихъ рукъ. Черезъ ½-минуты лѣвая рука ощутила слабое сокращеніе сердечной мышцы; сила и частота сокращеній постепенно наростали, возобновилось дыханіе. Сердце сокращалось около 80 разъ въ минуту. Спустя 2 минуты по возстановленіи нормальныхъ дыхательныхъ движеній можно было продолжать операцію, замѣнивъ хлороформъ эѳиромъ. Дальнѣйшихъ осложненій не было (The Journal of the American Medical Association, 7 ноября). *Л. Старокадомскій.*

92. Д-ръ *Witherbee* около 2-хъ лѣтъ пользуется своеобразнымъ способомъ *закрытія брюшныхъ операціонныхъ ранъ*. 1) Брюшина зашивается непрерывнымъ шелковымъ швомъ, при чемъ концы нити у верхняго и нижняго угла раны проводятся подъ покровами и выводятся наружу на нѣкоторомъ разстояніи отъ раны; это даетъ возможность вытянуть нить на 3—6-й день послѣ операціи. 2) При зашиваніи слѣдующаго слоя—фасціи—швовъ, накладываемыхъ какъ узловатые, не завязываютъ, но, перекрестивъ нити надъ раной, вкалываютъ иглы въ подкожную клѣтчатку и выкалываютъ на каждой сторонѣ на разстояніи 1—2 дюймовъ отъ разрѣза. Удаленные такимъ образомъ концы нитей завязываются попарно между зубцами широкой (3—4 д.) и длинной (4—6 д.) аллюминіевой или каучуковой пластинки *U*-образной или прямоугольной формы, средняя вырѣзанная часть которой приходится непосредственно надъ раной. 3) Затѣмъ зашивается непрерывнымъ швомъ при помощи иглы *Hagedorn*'а поверхностный слой раны, при чемъ швы идутъ въ подкожной ткани, не задѣвая самую кожу. Подъ пластинку со стороны раны подводятся полоски марли. Повязка. Рубецъ получается линейный. Выгода способа заключается въ томъ, что, съ одной стороны, получается дѣйствіе погружныхъ швовъ—послойное соединеніе краевъ раны, съ другой—устраняется чрезмѣрное сдавленіе тканей, чего трудно избѣжать при наложеніи швовъ, завязываемыхъ въ самой ранѣ. Авторъ предлагаетъ свой способъ и для закрыванія ранъ при операціи грыжесѣченія (The Journal of the American Medical Association, 10 октября). *Л. Старокадомскій.*

93. Д-ръ *Coste* описываетъ *2 случая оперативнаго лѣченія опущенія желудка*.

1. Больной, 21 г., нѣсколько мѣсяцевъ страдалъ сильными болями въ области желудка. Область желудка была сильно втянута, средняя и нижняя часть живота выпячены. Выше пупка замѣтно волнообразное втяженіе и выпячиваніе брюшныхъ покрововъ. При раздуваніи желудка большая кривизна найдена лежавшей на 2 пальца выше лоннаго сращенія, малая—непосредственно ниже пупка. Вслѣдствіе сильнаго вздутія живота временами наступали синюха и одышка. Печень и почки не были смѣщены. Желудокъ имѣлъ форму удочки; привратникъ лежалъ на обычномъ мѣстѣ. Посредствомъ нѣсколькихъ шелковыхъ швовъ малая кривизна прикрѣплена была къ пристѣночной брюшинѣ у мѣста ея перехода на грудобрюшную преграду. Швы на наружную рану. Первые дни сильная рвота. Вскорѣ исчезли всѣ бывшія до операціи болѣзненныя явленія, а спустя 6 мѣсяцевъ оперированный былъ совершенно здоровъ. Большая кривизна желудка (при раздуваніи) лежитъ непосредственно ниже пупка.

2. Больной, 22 л., страдалъ желудкомъ съ 15 л. Временами—по видимому, безъ всякой причины—наступала упорная рвота непереваренной пищей. Въ послѣднее время вслѣдствіе отказа отъ пріемовъ пищи рѣзкое истощеніе. Большая кривизна желудка—ниже пупка, малая—между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ. Въ желудочномъ сокѣ HCl не было, много молочной кислоты. Операція. Желудокъ не расширенъ; форма его такая-же, какъ и въ сл. 1. Укороченіе желудочнопеченочной связки по *Bier*'у (проведеніе черезъ связку 3—4 шелковыхъ нитей въ 3

Digitized by Google

ряда: у печени, по срединѣ и надъ малою кривизною. При завязываніи нитей образуются поперечныя складки, вслѣдствіе чего вся связка укорачивается). Полное и гладкое выздоровленіе.

Причина опущенія, по всей вѣроятности, въ разслабленіи (быть можетъ, врожденной) поддерживающихъ связокъ. Несомнѣнно, тутъ играетъ извѣстную роль и неустойчивость центральной нервной системы и нервовъ, завѣдующихъ пищевареніемъ. Операція показана лишь тамъ, гдѣ исчерпаны остальныя лѣчебныя мѣры (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. К. Финкельштейнъ.*

94. Д-ръ *Hackenbruch* описываетъ *случай излѣченія стойкаго паралича лицевого нерва путемъ сшиванія послѣдняго съ прибавочнымъ нервомъ.*

Дѣвочка, 8 л., 7½ лѣтъ страдала параличемъ праваго лицевого нерва. Операція. Разрѣзъ въ 6 стм. по переднему краю кивательной мышцы внизъ отъ ушной раковины. Прибавочный нервъ обнаженъ на мѣстѣ вхожденія въ мышечное брюшко и прослѣженъ кверху до угла челюсти. Затѣмъ на протяженіи 1 стм. обнаженъ лицевой нервъ (околоушная железа приподнята кверху). Прибавочный нервъ разсѣченъ вдоль отъ кивательной мышцы до угла челюсти, такъ что его внутренняя часть заключала ⅔, а наружная (долженствовавшая остаться въ связи съ кивательной мышцей) ⅓ нерва. Внутренняя часть раздѣленнаго нерва отрѣзана поперечно у мѣста вхожденія въ мышцу, продвинута подъ заднее брюшко 2-брюшной мышцы и тонкими швами укрѣплена въ щели, продѣланной въ стволѣ лицевого нерва. Гладкое теченіе. Спустя 4½ мѣсяца при спокойномъ положеніи лицевыхъ мышцъ уже не было и слѣдовъ паралича лицевого нерва, при смѣхѣ—правая ½ лица нѣсколько отставала отъ лѣвой. При произвольномъ оттягиваніи праваго угла рта кнаружи происходитъ непроизвольное поднятіе праваго плеча, при сгибаніи головы вправо оттягивается кнаружи правый уголъ рта.

Авторъ указываетъ на возможность примѣненія пересадки нервовъ и при дѣтскихъ параличахъ конечностей, напр., путемъ сшиванія ⅔ большеберцоваго нерва съ парализованнымъ малоберцовымъ (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. Финкельштейнъ.*

95. Д-ръ *Vogel* описываетъ изъ клиники проф. *Schede* случай, показывающій, что *изсѣченіе кости, пораженной саркомой, можетъ повести къ полному и прочному выздоровленію.* Такіе случаи были раньше описаны *Bergmann*'омъ, *Bramann*'омъ, *Mikulicz*'емъ, *Nasse*, *Rotter*'омъ, *Wiesinger*'омъ, *Rheinwald*'омъ и *Körte*.

Больной, 34 л., за 2 года замѣтилъ появленіе опухоли въ области лѣваго плечевого сустава. Опухоль росла очень быстро, и черезъ ½ года больному (не въ клиникѣ проф. *Schede*) сдѣлано было изсѣченіе суставныхъ концовъ ключицы, лопатки и плеча. За нѣсколько мѣсяцевъ снова развилась опухоль, которая быстро стала увеличиваться, вслѣдствіе чего подвижность въ плечевомъ суставѣ, сильно ограниченная уже послѣ 1-ой операціи, была почти совершенно уничтожена. При поступленіи найдена плотная, неподвижно сидѣвшая въ дельтовидной мышцѣ опухоль, съ большой кулакъ. Кожа была не измѣнена. Разрѣзъ надъ опухолью. Послѣдняя находилась подъ дельтовидной мышцей, была нѣсчатого перерождена, съ железообразнымъ содержимымъ, срощена съ плечевой верхушкой, съ культею ключицы и съ культею плечевой кости. Всѣ 3 кости въ мѣстахъ срощенія были разрушены и переходили непосредственно въ мягкую ткань опухоли, которая отчасти распространялась и на мышцы плеча. Ключица и лопатка были перепилены въ здоровыхъ участкахъ, плечевая кость разсѣчена на 4 стм. ниже видимой нижней границы опухоли. Удалены пораженныя мышцы. Такъ какъ въ костномъ каналѣ плечевой кости были найдены массы опухоли, то удалена была вся плечевая кость, кромѣ небольшого участка, выдававшагося надъ нижнимъ суставнымъ концомъ всего на 3 стм. Сосуды и нервы не были поражены. Сначала тампонада потомъ вторичные швы. При помощи кожаной шины больной научился владѣть конечностью. *Черезъ 4 года возврата не было.* Патолого-анатомическое распознаваніе: круглоклѣточковая хондромиксосаркома (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXX). *Б. Ф.*

96. Д-ръ *Lettan* описываетъ въ высокой степени рѣдкій *случай пупочнаго свища, обусловленнаго срощеніемъ червеобразнаго отростка съ переднею брюшною стѣнкою.*

11-мѣсячный ребенокъ, нормально развивавшійся, доставленъ былъ по поводу опухоли въ области пупка. Опухоль образовалась послѣ отпаденія остатковъ пупочнаго канатика, имѣла въ длину 2 стм., толщиной была съ мизинецъ и легко вправлялась въ брюшную полость, снова выпячиваясь по прекращеніи надавливанія. Изъ отверстія на верхушкѣ опухоли выдѣлялся калъ. На 5-из мѣсяцѣ выдѣленіе кала совершенно прекратилось и съ этого времени изъ опухоли, сдѣлавшейся невправимою, выдѣлялась только одна слизь. Испражненія черезъ задній проходъ нормальны. При поступленіи найдено, что опухоль была съ грецкій орѣхъ, покрыта слизистой оболочкой, а на верхушкѣ имѣла воронкообразное углубленіе, черезъ которое зондъ проникалъ на глубину 5 стм.; слизистая оболочка непосредственно переходила въ кожу. При операціи оказалось, что свищъ образованъ былъ не *Meckel*'евымъ расширеніемъ, какъ предполагалось, а червеобразнымъ отросткомъ, имѣвшимъ нормальную брызжейку и на нормальномъ мѣстѣ впадавшимъ въ слѣпую кишку. Отростокъ былъ изсѣченъ. Швы. Выздоровленіе. Изслѣдованіе черезъ 15 мѣсяцевъ показало, что ребенокъ пользуется прекраснымъ здоровьемъ (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXX). *Б. Ф.*

97. На основаніи разработки обширной литературы вопроса и 8 собственныхъ наблюденій д-ръ *Riese* говоритъ *о подкожныхъ поврежденіяхъ почекъ.* Авторъ считаетъ операцію показанной при сильныхъ (какъ первичныхъ, такъ и послѣдовательныхъ) кровотеченіяхъ, при чемъ, смотря по состоянію почки, примѣнима либо тампонада, либо наложеніе швовъ, либо (при большихъ разрушеніяхъ resp. разрывахъ или полныхъ отрывахъ) удаленіе почки. Перевязка почечной артеріи съ сохраненіемъ почки не имѣетъ смысла, ибо послѣ перевязки артеріи почечная ткань претерпѣваетъ настолько глубокія измѣненія, что утрачиваетъ совершенно свои нормальныя свойства. Авторъ собралъ изъ литературы 327 случаевъ, въ которыхъ примѣнено было выжидательное, и 163 случая, въ которыхъ примѣнено было оперативное лѣченіе. Для случаевъ 1-го рода (случаевъ, въ общемъ безусловно болѣе легкихъ) % смертности=21,1. Изъ 163 больныхъ, лѣченныхъ оперативно, у 85 почка была оставлена (умерли 10; % смертности 11,7); у 78 она была удалена (умерли 14; % смертности 17,9). Въ общемъ на 490 больныхъ умерли 93 (18,9%). Такимъ образомъ въ случаяхъ, гдѣ примѣнено было выжидательное лѣченіе (а къ этому разряду принадлежатъ случаи болѣе легкіе) % смертности выше, чѣмъ въ случаяхъ, гдѣ лѣченіе примѣнено было оперативное. Изъ 8 больныхъ автора 3 съ легкими ушибами поясничныхъ областей выздоровѣли при выжидательномъ лѣченіи. Остальнымъ 5 сдѣлана операція. Изъ этихъ случаевъ только 4 представляютъ казуистическій интересъ.

1. Больной, 48 л., получилъ ударъ желѣзнымъ ломомъ въ правую поясничную область. Доставленъ немедленно съ явленіями сильнѣйшаго шока. Въ мочѣ чистая кровь. При операціи найденъ сильно кровоточившій разрывъ на выпукломъ краю почки. Тампонада. Выздоровленіе.

2. Больной, 49 л., попалъ подъ колеса тяжело нагруженной телѣги. Доставленъ немедленно съ явленіями шока и внутренняго кровотеченія. Въ мочѣ кровь; въ лѣвой поясничной области сильная болѣзненность и опухолевидное выпячиваніе. При операціи лѣвая почка оказалась помятою. Въ брюшной полости незначительное скопленіе крови изъ сосудовъ сальника. Тампонада околопочечной области. Выздоровленіе.

3. Больной, 25 л., доставленъ черезъ нѣсколько часовъ послѣ паденія съ лѣсовъ. При паденіи ушибъ лѣвый бокъ объ острый край бревна. Доставленъ съ едва ощутимымъ пульсомъ. Въ мочѣ—чистая кровь. При операціи почка найдена разорванной въ поперечномъ направленіи. Брюшина надъ нею тоже была разорвана. Въ брюшной полости кровь. Почка удалена. Въ брюшную полость тампонъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи появились признаки кишечной непроходимости, *обусловленной*, какъ показала вторичная операція, *попаданіемъ въ кишку длиннаго марлеваго тампона.* Сдѣлано сѣченіе кишки (подвздошной). Тампонъ удаленъ. Выздоровленіе.

4. Рабочій, 38 л., сильно ушибъ при паденіи на рельсы лѣвую поясничную область. Подъ выжидательнымъ лѣченіемъ боли стихли; пульсъ оправился; спустя 3 дня въ мочѣ примѣсь крови исчезла; только въ поясничной области осталась припухлость и болѣзненность. Черезъ 2 недѣли послѣ травмы безо всякой причины вновь появилась въ мочѣ свѣжая кровь, опухоль въ поясничной области стала увеличиваться, пульсъ участился, и появилась сильная слабость. Операція (на 18 день послѣ травмы). По разсѣченіи жировой оболочки въ ней найдено громадное количество свѣжихъ кровяныхъ сгустковъ. Почка оказалась разорванной въ поперечномъ направленіи на 2 половины, далеко отстоявшія другъ отъ друга. Въ почечной артеріи видно было отверстіе, откуда лилась кровь. Сосудъ былъ перевязанъ; мочеточникъ перевязанъ отдѣльно; почка удалена вмѣстѣ съ жировою оболочкою, что въ виду плотныхъ срощеній и богатства новообразованными сосудами представляло значительныя трудности. Тампонада поясничной области. Выздоровленіе (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. Финкельштейнъ.*

**Глазныя болѣзни.** 98. Д-ра *Pechin* и *Rollin* сообщаютъ *случай глазного паралича отъ артеріосклероза.*

У 64-лѣтняго сифилитика, съ признаками затвердѣнія артерій, увеличеннымъ сердцемъ, затяжнымъ воспаленіемъ почекъ и спинно-сухоточными явленіями, имѣлся полный параличъ всѣхъ мышцъ на лѣвомъ глазу, при значительномъ пониженіи зрѣнія на этомъ глазу отъ атрофіи зрительнаго нерва. На правомъ глазу замѣчалось неполное опущеніе верхняго вѣка при параличѣ верхней прямой мышцы. Черезъ ½ мѣсяца больной умеръ, и вскрытіе тѣла показало, что въ лѣвой пещеристой пазухѣ глазодвигательный нервъ, равно какъ и другіе нервы, проходящіе въ наружной стѣнкѣ этой пазухи, были сдавлены чрезвычайно расширенной и изогнутой сонной артеріей, а зрительный нервъ былъ сплюснутъ глазной артеріей, проходившей на толстое гуси-

Digitized by Google

ное перо и имѣвшей твердыя и утолщенныя стѣнки. На правой сторонѣ найдены были такія же измѣненія, лишь менѣе рѣзко выраженныя (Archives d'ophtalmologie, сентябрь). *Р. Кацъ.*

99. Д-ръ *Leroux* наблюдалъ *случай разстройства зрѣнія при свинкѣ*, представлявшаго всѣ признаки *токсической амбліопіи*—постепенное наростаніе, двусторонность, отсутствіе измѣненій на днѣ глазъ и центральную скотому на цвѣта (зеленый и красный).

Разстройство зрѣнія стало замѣчаться больнымъ, въ видѣ тумана передъ глазами, черезъ 2 недѣли послѣ начала припуханія околоушной железы. Недѣли черезъ 3 изслѣдованіе показало на обоихъ глазахъ остроту зрѣнія въ $^1/_4$ противъ нормы, а черезъ 2 мѣсяца послѣ наступленія разстройства зрѣнія оказалась нормальная острота зрѣнія на обоихъ глазахъ, при полномъ исчезновеніи скотомъ.—Больной не пилъ и не курилъ, такъ что объ алкогольной или табачной амбліопіи не могло быть и рѣчи. Не было и сифилиса, какъ и реиматизма. Очевидно, стало быть, что амбліопія въ данномъ случаѣ обусловливалась воздѣйствіемъ микробныхъ токсиновъ на зрительные нервы (Archives d'ophtalmologie, октябрь). *Р. Кацъ.*

100. Проф. *Lapersonne* и д-ръ *Opin* сообщаютъ *случай саркомы вокругъ соска зрительнаго нерва,* поучительный тѣмъ, что долгое время протекалъ подъ видомъ нейроретинита. Лѣченіе, соотвѣтственно такому распознаванію, примѣнялось ртутное—конечно, безъ успѣха.

Черезъ 2 мѣсяца послѣ того, какъ больная, 41 г., была изслѣдована впервые, она обратилась въ Hôtel-Dieu, гдѣ изслѣдованіе показало въ правомъ глазу сѣроватую окраску и приподнятость всего задняго полюса, при чрезвычайно расширенныхъ венахъ и многочисленныхъ полосчатыхъ кровоизліяніяхъ соотвѣтственно мѣстоположенію соска. Среды глаза были прозрачны, острота-же зрѣнія понижена до счета пальцевъ съ разстоянія $^1/_2$ метра, а поле зрѣнія значительно ограничено сверху и снаружи. Назначено было снова ртутное лѣченіе, и снова перемѣны къ лучшему не наступило. Время отъ времени больная являлась для изслѣдованія глаза, и каждый разъ зеркало показывало одну и туже картину; лишь зрѣніе падало все ниже и ниже. Такъ продолжалось цѣлыхъ 8 мѣсяцевъ, какъ вдругъ у больной появились жестокія боли въ глазу. Изслѣдованіе обнаружило всѣ признаки острой глаукомы и въ то-же время полную отслойку сѣтчатки. Лишь тогда стала ясна картина болѣзни. Произведено было вылущеніе глаза, при чемъ и оказалось, что измѣненія въ области соска зрительнаго нерва обусловливались отнюдь не воспаленіемъ его, а ущемленіемъ нерва отъ окружавшей его саркоматозной опухоли—истиннымъ застоемъ соска, безъ нейрита. По строенію своему опухоль представляла веретенообразную саркому, изобиловавшую пигментомъ (Archives d'ophtalmologie, ноябрь).

101. Д-ръ *Kuwahara* (Nigata, Японія) сообщаетъ *2 случая пребыванія живыхъ пьявокъ въ соединительно-оболочечномъ мѣшкѣ человѣческаго глаза.*

1-ый случай наблюдался авторомъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ. У 18-лѣтняго крестьянина, узнавшаго лишь отъ сосѣда, что у него въ глазу есть что-то черное, и не испытывавшаго въ глазу ничего другого, кромѣ частого зуда, который заставлялъ его тереть глазъ, при чемъ изъ глаза показывалась кровь, изслѣдованіе, обнаружило въ лѣвомъ глазу, близь наружнаго угла вѣкъ, черное постороннее тѣло, которое сжималось и растягивалось на подобіе червя, а временами совершенно исчезало подъ верхнимъ вѣкомъ. Вывернувъ верхнее вѣко, авторъ увидѣлъ пьявку, въ 2,7 стм. длиною, присосавшуюся къ верхней переходной складкѣ. Подъ вліяніемъ открытаго воздуха пьявка сжалась въ бобообразный комокъ. Такъ какъ оторвать ее пинцетомъ не удавалось, то авторъ посыпалъ ее поваренной солью, вслѣдъ зачѣмъ ее уже легко было снять. У больного оказалась еще сверхъ того трахома, и кровоизвлеченія, производившіяся пьявкой, по видимому доставляли ему субъективное облегченіе, такъ какъ онъ увѣрялъ, что до удаленія пьявки онъ чувствовалъ себя лучше, чѣмъ послѣ того...

2-ой такой случай наблюдался авторомъ у 10-лѣтней дѣвочки, жаловавшейся на свѣтобоязнь, слезотеченіе и боли въ правомъ глазу. Оттянувъ нижнее вѣко, авторъ нашолъ тамъ живую черную пьявку, извивавшуюся въ нижней переходной складкѣ и имѣвшую 2 стм. въ длину и 1 стм. въ толщину. Соединительная оболочка была сильно воспалена и усѣяна нѣсколькими рубцами.

Проф. *Hirschberg* напоминаетъ о случаѣ, обнародованномъ въ «*Graefe*'s Archiv» въ 1860 году и протекшемъ далеко не такъ благопріятно: піявка присосалась къ роговицѣ и, вызвавъ внутриглазное кровотеченіе, повела къ сморщиванію глазного яблока (Centralblatt f. pract. Augenheilkunde, сентябрь). *Р. Кацъ.*

102. Д-ръ *Steindorff* представилъ Berlin'скому Офталмологическому Обществу *случай огнестрѣльнаго пораненія обоихъ зрительныхъ нервовъ.*

19-лѣтней больной 2 мѣсяца назадъ выстрѣлили на близкомъ разстояніи изъ револьвера въ лѣвый високъ. Пуля, какъ показало изслѣдованіе х-лучами, застряла въ кости черепа. На правомъ глазу сохранилась способность считать пальцы на ближайшемъ разстояніи въ наружной части поля зрѣнія, а на лѣвомъ совершенно утерянно и свѣтоощущеніе. Подвижность глазъ, какъ и вѣкъ, была нарушена, особенно на правой сторонѣ, гдѣ имѣлось еще и легкое пучеглазіе. Изслѣдованіе глазнымъ зеркаломъ показало на правомъ глазу синевато-бѣлый рубецъ, окружавшій блѣдный сосокъ зрительнаго нерва, а на лѣвомъ подобной же рубцовой тканью, съ кровоизліяніями и скопленіями пигмента, было покрыто и мѣсто соска, при чемъ всѣ сосуды сѣтчатки представлялись нитевидными. Въ обоихъ глазахъ замѣчались въ области рубца слѣды разрыва сосудистой оболочки. По видимому, имѣлось дѣло съ надрывомъ праваго зрительнаго нерва и полнымъ отрывомъ лѣваго (Centralblatt für praktische Augenheilkunde, сентябрь). *Р. Кацъ.*

103. *Becquerel'евскіе лучи и слѣпота.* Противъ д-ра *Лондона* съ его *надеждами для слѣпыхъ отъ радія* выступаетъ и д-ръ *Crzellitzer* («Berliner klin. Wochenschrift», 1903, № 28). Подобно *Holzknecht*'у и *Schwarz*'у (см. «Русскій Врачъ», 1903, № 41, стр. 1440), авторъ доказываетъ, что въ опытахъ д-ра *Лондона* съ полуслѣпыми имѣлось дѣло отнюдь не съ дѣйствіемъ радія на глаза, а съ самымъ обыкновеннымъ ощущеніемъ свѣтовыхъ контрастовъ. «Видѣть въ радіи надежду для слѣпыхъ»—говоритъ авторъ—«потому, стало-быть, неосновательно, что при непосредственномъ воздѣйствіи онъ вызываетъ свѣченіе во всей внутренности глаза, обусловливая такимъ образомъ лишь разсѣянное свѣтовое ощущеніе, а не дѣйствительное зрѣніе; при дѣйствіи-же посредственномъ—съ помощью экрана—онъ не представляетъ никакихъ преимуществъ передъ обыкновеннымъ освѣщеніемъ предметовъ, лишь оттѣняемыхъ столь-же рѣзкими контрастами, какъ и черныя тѣни на свѣтящемся зеленоватомъ фонѣ экрана». Въ заключеніе авторъ напоминаетъ о томъ, что такія-же надежды возбудилъ Edison въ декабрѣ 1896 г. своимъ сообщеніемъ въ американскія газеты о *Roentgen*'овскихъ лучахъ и что выдающіеся нѣмецкіе глазные врачи, опрошенные по этому поводу, тогда-же отнеслись къ этимъ надеждамъ вполнѣ отрицательно (Centralblatt f. pract. Augenheilkunde, августъ). *Р. Кацъ.*

104. Въ большой своей работѣ о *воспаленіяхъ зрительныхъ нервовъ при остро-заразныхъ болѣзняхъ,* представленной въ видѣ доклада Международному Съѣзду врачей въ Madrid'ѣ, д-ръ *Antonelli* касается лишь тѣхъ нейритовъ, которые при означенныхъ болѣзняхъ являются прямымъ послѣдствіемъ заразы, безъ посредства почечныхъ, сердечныхъ либо мозговыхъ заболѣваній. Ссылаясь на свои собственныя наблюденія, а равно и на наблюденія многочисленныхъ другихъ авторовъ, д-ръ *Antonelli* излагаетъ особенности воспаленій зрительныхъ нервовъ при гриппѣ, брюшномъ тифѣ, кори, скарлатинѣ, оспѣ, вѣтряной оспѣ, болотной лихорадкѣ, сифилисѣ, дифтеріи, жабѣ, рожѣ, свинкѣ, множественномъ нейритѣ, бери-бери, поясовидномъ глазномъ лишаѣ, повальномъ воспаленіи мозговыхъ оболочекъ, острыхъ воспаленіяхъ мозга, коклюшѣ, фибринозномъ воспаленіи легкихъ, реиматизмѣ, кожныхъ кровотеченіяхъ (purpura), возвратномъ тифѣ, сыпномъ тифѣ, перелоѣ, холерѣ, кровавомъ поносѣ, собачьемъ бѣшенствѣ, краснухѣ, сибирской язвѣ и проказѣ. Сопоставляя означенный родъ зрительно-нервныхъ страданій съ нейритами отравнаго происхожденія, авторъ указываетъ на большое сходство, существующее между обоими этими видами. Правда, заразный нейритъ чаще протекаетъ съ измѣненіями въ соскѣ зрительнаго нерва, даже въ формѣ нейроретинита; но не мало встрѣчается—особенно, при сифилисѣ—и такихъ случаевъ, гдѣ воспаленіе зрительныхъ нервовъ имѣетъ характеръ заяблочнаго нейрита, съ незначительными измѣненіями въ глазномъ днѣ или при полномъ ихъ отсутствіи, съ центральной скотомой при нормальныхъ границахъ поля зрѣнія. Теченіе заразныхъ нейритовъ обыкновенно бываетъ острымъ, съ быстрымъ наростаніемъ разстройствъ зрѣнія и при явленіяхъ воспаленія, отека и даже кровотеченія въ глазномъ днѣ; но бываютъ и случаи съ болѣе или менѣе медленнымъ теченіемъ, приближающимся къ теченію отравныхъ нейритовъ. На сродство между разбираемымъ видомъ заразныхъ нейритовъ и отравными указываетъ и 2-сторонность пораженія, говорящая скорѣе за токсическое происхожденіе страданія, чѣмъ за микробное. Словомъ, воспаленія зрительныхъ нервовъ, имѣющія при остро-заразныхъ болѣзняхъ, вопреки прежнему взгляду, чаще всего периферическій характеръ и развивающіяся при нихъ большей частью первичнымъ путемъ, а

Digitized by Google

не послѣдовательно за пораженіемъ почекъ либо мозговыхъ оболочекъ—на что указываетъ и раннее появленіе этихъ нейритовъ—должны быть приписаны не вліянію самихъ микробовъ, а воздѣйствію ихъ токсиновъ (отравно-заразные нейриты). Важная-же роль токсиновъ въ происхожденіи воспаленій зрительнаго нерва и сѣтчатки доказана экспериментальными изслѣдованіями послѣдняго времени (*Розенберга*, *Randolph*'а и *Gatti*). Предсказаніе при остро-заразныхъ воспаленіяхъ зрительныхъ нервовъ слѣдуетъ ставить съ осторожностью: во многихъ случаяхъ наступаетъ исцѣленіе, особенно, когда страданіе глазъ распознано своевременно и общее состояніе больного удовлетворительно; въ извѣстномъ-же числѣ случаевъ отравно-заразное пораженіе зрительнаго нерва кончается частичной, либо полной атрофіей его. Лѣченіе направляется главнымъ образомъ на основное страданіе, если только послѣднее доступно лѣченію, какъ напр., при болотной лихорадкѣ, ревматизмѣ или сифилисѣ; кромѣ того, должно быть обращено вниманіе на тѣ органы, отъ которыхъ исходитъ заразно-отравное вещество—кишечникъ при брюшномъ тифѣ, кожу и почки при острыхъ сыпяхъ, очаги цѣпекокка при жабахъ или свинкѣ и т. п. Слѣдуетъ поднять общее состояніе соблюденіемъ гигіеническихъ правилъ и укрѣпляющими средствами, а для оживленія обмѣна веществъ ради удаленія токсиновъ изъ тѣла можно назначить іодъ и сывороточное лѣченіе. Особенно благопріятныхъ результатовъ можно было-бы ожидать для отравно-заразныхъ нейритовъ отъ специфическаго сывороточнаго лѣченія—сывороткой противудифтерійной, противуцѣпекокковой, противутифозной, тѣмъ болѣе, что эти сыворотки представляютъ собою именно противоядія, т. е. дѣйствуютъ противъ микробныхъ токсиновъ, а не противъ самихъ микробовъ. Но на дѣлѣ оказывается не совсѣмъ такъ; впрочемъ, послѣднее слово здѣсь еще не сказано. Что-же касается лѣченія самихъ зрительныхъ нервовъ, то въ случаяхъ остраго отека соска, когда можно предположить ущемленіе зрительнаго нерва отъ краевого его воспаленія на мѣстѣ прохожденія по каналу, слѣдуетъ обратиться къ впрыскиваніямъ пилокарпина. Въ другихъ случаяхъ можетъ оказать пользу стрихнинъ, дѣйствующій особенно укрѣпляющимъ образомъ на концевой приборъ зрительнаго органа (Archives d'ophtalmologie, іюль, августъ, сентябрь, октябрь и ноябрь 1903 г.). *Р. Кацъ.*

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 105. Д-ръ *Manton* сообщаетъ рѣдкій случай *общаго зараженія* гроздекоккомъ, вызваннаго неразборчивымъ примѣненіемъ *массажа грудныхъ железъ* въ послѣродовомъ времени.

18-лѣтняя первородящая. Роды правильные. Со стороны половыхъ органовъ никакихъ осложненій. На 2-ой день послѣ родовъ боль въ соскахъ; на слѣдующій день 39°,1 Ц. (102°,4 F), пульсъ 104; нагрубаніе и чувствительность грудей. Съ слѣдующаго дня массажъ по 2 раза въ сутки; повязка. Температура оставалось высокой. На 13-й день послѣ родовъ обнаруженъ нарывъ въ правой грудной железѣ; въ гноѣ найденъ въ большомъ количествѣ гроздекоккъ. Въ дальнѣйшемъ въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ со дня родовъ образовались нарывы: въ лѣвой груди, на спинѣ, снова въ лѣвой груди, на правой рукѣ, въ правой ягодицѣ, опять въ лѣвой груди. Температура колебалась отъ нормальной до 40°,9 Ц. (105,6° F), пульсъ—отъ 76 до 126. Выздоровленіе (The Journal of the American Medical Association, 31 октября). *Л. Старокадомскій.*

106. Въ литературѣ извѣстны до сихъ поръ 4 случая *лучисто-грибковой болѣзни яичниковъ*. Сообщаемый д-ромъ *Geldner*'омъ *5-ый случай* представляетъ особенный интересъ въ томъ отношеніи, что пораженными здѣсь оказались исключительно яичники, при чемъ настолько, что ни въ одномъ изъ нихъ не осталось и клочка здоровой ткани. Во всѣхъ ранѣе описанныхъ случаяхъ страданіе это въ яичникахъ наблюдалось per continuitatem, стало быть—вторично.

Больная, дѣвушка, 15 л., была принята въ больницу съ жалобами на все увеличивавшіяся боли въ лѣвомъ боку. Въ лѣвой паховой области былъ найденъ гнойникъ, распространившійся и на передне-верхнюю часть бедра и признанный за бугорчатковый. Предположеніе это, однако, не оправдалось. Гнойникъ былъ вскрытъ, и рана дренирована. Больная выписалась изъ больницы. Впослѣдствіи явились свищевые ходы надъ и подъ *Poupart*'овой связкой. При вторичномъ, черезъ годъ, поступленіи больной въ больницу найдено: значительное малокровіе и исхуданіе; обильное содержаніе бѣлка въ мочѣ, зернистые и эпителіальные цилиндры; животъ втянутъ; селезенка сильно увеличена; лѣвое бедро въ сгибательномъ сведеніи; выпрямленіе и отведеніе его значительно ограничены; въ указанной выше области 5 свищевыхъ отверстій, отдѣляющихъ зловонный гной; подъ верхней передней остью подвздошной кости ясное зыбленіе; частыя, кровянисто-гнойныя, жидкія испражненія; температура нормальная. Подъ *Schleich*'овскимъ обезболиваніемъ сдѣланъ разрѣзъ, соединившій всѣ свищевые ходы. Обильное гнойное скопище удалено, и гранулировавшее дно большой гнойной полости оказалось устланнымъ зернышками. Изслѣдованіе на лучистый грибокъ дало отрицательные результаты. Грануляціи были выскоблены и рана затампонирована іодоформной марлей. Черезъ нѣсколько дней больная погибла при явленіяхъ нароставшаго худосочія. Вскрытіе и микроскопическое изслѣдованіе органовъ обнаружили пораженіе яичниковъ лучистымъ грибкомъ; всѣ остальные органы, даже и сросшіяся съ яичниками кишечныя петли, остались незатронутыми (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XVIII, тетр. 5). *А. Г—ръ.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 107. Д-ръ *А. Ландау* описываетъ *случай крапивницы, вызванной примулой (Primula obconica)* (см. «Русскій Врачъ», 1902, № 16, стр. 618).

Больная, 45 л., до того всегда была здорова. Нервною наслѣдственностью не отягощена. Имѣетъ 5 здоровыхъ дѣтей. Съ годъ уже—климактерій. Жалуется на отеки, появляющіеся въ разныхъ частяхъ тѣла, въ сочетаніи съ ознобами, но безъ лихорадки. Авт. нашелъ (въ маѣ) отекъ правой щеки, лба и обоихъ вѣкъ. Кожа на отечныхъ мѣстахъ представляетъ измѣненія, свойственныя крапивницѣ. Кромѣ привычнаго запора, у больной ничего не было найдено. Назначены были горькая вода, ванны и свинцовыя примочки на вѣки; діэта—молочно-растительная. Спустя 2 недѣли болѣзнь нѣсколько смягчилась. Въ ½-нѣ іюня больная уѣхала. Въ концѣ іюля авт. опять былъ позванъ къ ней и нашелъ у нея тоже страданіе кожи. До возвращенія домой больная оставалась здоровой. Желая выяснить причину крапивницы, авторъ обратилъ вниманіе на присутствіе въ квартирѣ больной громаднаго количества цвѣтовъ (въ томъ числѣ 10 горшковъ съ primula obconica). Изъ разспросовъ выяснилось, что у больной прежде всего была поражена кожа пальцевъ. По удаленіи изъ квартиры горшковъ съ примулой больная вскорѣ поправилась и болѣе этой болѣзнью не болѣла (Czasopismo lekarskie, ноябрь).

108. Д-ръ *Wilhelm Dreyfus* (Königsberg) описываетъ *случай актиномикоза кожи.*

Больной, 10 л., на 2-мъ году жизни имѣлъ нарывъ около лѣваго соска, зажившій послѣ лѣченія мазями черезъ ½-года. Въ декабрѣ 1900 г. на томъ-же мѣстѣ опять появилась опухоль, вскрывшаяся черезъ ½-года сначала въ одномъ, а затѣмъ еще въ 2-хъ мѣстахъ. Больной за это послѣднее время похудѣлъ, сталъ плохо ѣсть, а по ночамъ страдалъ отъ болей; лѣчился гомеопатіей. 11/XI 1901 г. его изслѣдовалъ врачъ и нашелъ, что кожа надъ лѣвымъ соскомъ, на пространствѣ величиною съ ладонь, представляетъ твердое пропитываніе, съ 3-мя язвами съ марковую монету. Язвы были покрыты сѣровато-желтыми, вялыми грануляціями, выступавшими на 0,5 стм. надъ поверхностью. Во внутреннихъ органахъ ничего ненормальнаго не найдено. 13/XI 1901 г. весь пораженный участокъ кожи былъ, подъ хлороформомъ, вырѣзанъ, но операція не имѣла успѣха, такъ какъ въ углахъ раны образовались новыя разростанія. Изслѣдованіе вырѣзаннаго участка кожи обнаружило, что по краямъ язвы были разсѣяны друзы лучистаго грибка. Больному назначено лѣченіе іодистымъ каліемъ и натріемъ. О результатахъ послѣдняго не сообщено (Münchener medicinische Wochenschrift, 1903 г., № 52). *А. Коварскій.*

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ анатоміи** (Отчетъ *В. Я. Рубашкина*). Засѣданіе 8-го января. Почетный предсѣдатель проф. *С. Н. Делицинъ.*

*С. Г. Іосифовъ* (Харьковъ). *О налитіи лимфатическихъ сосудовъ.* Докладчикъ находитъ неудобными впрыскиваемыя массы *Gerot*'а и ртутную въ виду того, что первая, по его мнѣнію, слишкомъ пачкаетъ руки, а препараты, налитые второю, сохраняются недолго и съ теченіемъ времени портятся. Поэтому онъ предпочелъ имъ массу изъ туши *Dolla Rosa,* которой онъ наполнялъ поверхностные лимфатическіе сосуды. Для налитія-же лимфатическихъ сосудовъ полостей онъ измѣнилъ массу *Dolla Rosa* такъ, что тушь смѣшивалась съ желатиной. Докладчикъ показалъ налитые такимъ способомъ препараты лимфатическихъ сосудовъ сердца барана, ноги ребенка, брюшной полости человѣка и налитой грудной протокъ ребенка.

Проф. *В. Н. Тонковъ* замѣтилъ, что ему приходилось видѣть и равно и готовить самому очень удачные препараты лимфатическихъ сосудовъ, наполненныхъ массою *Gerot*'а.

Проф. *И. Э. Шавловскій* указалъ, что въ анатомическомъ Музеѣ В.-Медицинской Академіи препараты съ налитыми ртутью лимфатическими сосудами сохраняются при заботливомъ съ ними обращеніи безъ порчи въ теченіи очень долгаго времени (100 лѣтъ).

*М. И. Тихоновъ* спросилъ докладчика, сколько приблизительно времени продолжалось налитіе, какое давленіе онъ употреблялъ и не придумалъ-ли онъ новаго способа укрѣпленія канюли?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что налитіе производилось около 2-хъ часовъ; давленіемъ онъ пользовался большимъ, которое производилъ вталкиваніемъ поршня шприца; канюли вкалывалъ обыкновеннымъ образомъ.

*С. Д. Морозовъ. О ненормальномъ положеніи кишки у взрослаго человѣка при общей брыжжейкѣ.* Будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ».

Проф. *И. Э. Шавловскій. О теоріи происхожденія симподіи.* Докладчикъ познакомилъ присутствовавшихъ со взглядомъ *L. Bolk*'а на способъ развитія симподіи или сиреновиднаго уродства, которое, какъ извѣстно, состоитъ въ срощеніи ногъ одной съ другой и представляетъ различныя степени развитія. При этомъ органы таза, смотря по степени уродства, или отсутствуютъ вовсе, или представляются болѣе или менѣе недоразвитыми. По мнѣнію *Bolk*'а, основанному на его работахъ по вопросу о слѣдахъ сегментальнаго расположенія частей у взрослаго человѣка, уродство, о которомъ идетъ рѣчь, происходитъ, какъ слѣдствіе образованія слишкомъ малаго числа первичныхъ сегментовъ. Такъ, при образованіи 23 сегментовъ наблюдается высшая форма симподіи т. наз. sympus apus; при образованіи 24, 25 или 26 сегментовъ наблюдаются другія формы симподіи (sympus monopus, sympus dipus 2-хъ степеней). Причина этого заключается, по *Bolk*'у, въ томъ, что при отсутствіи извѣстныхъ сегментовъ нѣтъ и ихъ производныхъ, а тѣ части, которыя происходятъ изъ образовавшихся сегментовъ, должны сливаться другъ съ другомъ и образовывать общую нижнюю конечность, тѣмъ болѣе востановленную, чѣмъ меньшее число сегментовъ приняло участіе въ ея построеніи. Признавая теорію *Bolk*'а весьма остроумно объясняющей происхожденіе симподіи, докладчикъ указалъ, что имѣющіеся въ его распоряженіи препараты этого уродства не вполнѣ подтверждаютъ взгляды *Bolk*'а. На 2-хъ уродахъ въ различныхъ степеняхъ развитія число имѣющихся сегментовъ больше, чѣмъ должно было-бы ихъ быть по *Bolk*'у; на 3-мъ же скелетѣ изъ Музея патологической анатоміи число сегментовъ не можетъ быть точно опредѣлено за отсутствіемъ мягкихъ частей и высыханіемъ нижнихъ крестцовыхъ позвонковъ. Докладчикъ полагаетъ, что теорія *Bolk*'а должна быть видоизмѣнена такимъ образомъ, что не только полное отсутствіе нижнихъ сегментовъ, но и ихъ недоразвитіе могутъ служить причиной появленія симподіи. Докладъ сопровождался предъявленіемъ уродовъ съ симподіей, свѣтописныхъ, тѣнеписныхъ снимковъ и рисунковъ.

*М. Т. Тихоновъ. О двухъ случаяхъ у мужчинъ полнаго односторонняго недоразвитія Вольфовыхъ тѣла и протока*, интересныхъ въ эмбріологическомъ и практическомъ отношеніяхъ. Хотя взглядъ *Waldeyer*'а, по которому сѣменники происходятъ только изъ Вольфова тѣла, и опровергнутъ изслѣдованіями *Braun*'а, *Semon*'а, *Michalkowicz*'а и др., поставившихъ внѣ всякаго сомнѣнія двойное происхожденіе сѣменника (изъ зародышеваго эпителія и изъ Вольфова тѣла), тѣмъ не менѣе нѣкоторыя подробности вопроса нуждаются въ дальнѣйшемъ изслѣдованіи. Такъ еще не установленъ точно источникъ происхожденія прямыхъ канальцевъ и сѣменниковой сѣти. По мнѣнію докладчика, случаи полнаго неразвитія Вольфовыхъ тѣла и протока могутъ помочь выяснить и эту сторону вопроса. На основаніи изслѣдованія своихъ 2-хъ случаевъ онъ пришелъ къ тому заключенію, что ближе къ истинѣ стоитъ взглядъ *Coert*'а на происхожденіе сѣменника, по которому сѣменные прямые канальцы, а также сѣменниковая сѣть происходитъ отъ зачатка его; изъ Вольфова-же тѣла образуется слѣдующій трактъ отводящаго пути. Недоразвитіе Вольфова протока выразилось отсутствіемъ придатка, относящаго протока, сѣменного пузырька и мочевой системы. Практическое значеніе этого уклоненія въ развитіи обусловливается генетической связью между половой и мочевой системами. Изъ 100 случаевъ отсутствія на одной сторонѣ почки у мужчинъ, извѣстныхъ въ литературѣ, въ 72 ничего не было сказано о состояніи половыхъ органовъ, въ 8 половые органы были нормальны, а въ 20 не было придатка, относящаго протока и сѣменныхъ пузырьковъ. На основаніи этого докладчикъ полагаетъ не лишнимъ для хирурга передъ операціей на почкѣ произвести изслѣдованія половыхъ органовъ.

*Н. П. Тишуткинъ* замѣтилъ, что въ рѣшеніи вопроса о происхожденіи сѣменника первая роль принадлежитъ эмбріологическимъ изслѣдованіямъ.

Проф. *И. Э. Шавловскій* указалъ на то, что изслѣдованіе подобныхъ уклоненій въ развитіи могутъ принести пользу при рѣшеніи вопроса, гдѣ приходится граница между частями сѣменника, происходящими изъ Вольфова тѣла и частями, происходящими изъ зачаткового эпителія, ибо эти неправильности представляютъ собой естественный экспериментъ, а при изслѣдованіи зародышей въ этомъ направленіи рѣшеніе вопроса затрудняется тѣмъ, что эпителій еще недостаточно дифференцированъ.

*Д. С. Морозовъ* отмѣтилъ практическое значеніе этихъ случаевъ отклоненія въ развитіи.

Проф. *В. Н. Тонковъ. Предъявленіе препаратовъ развитія соустій послѣ перевязки артеріальныхъ стволовъ у собакъ.*

**Отдѣлъ гистологіи и эмбріологіи.** (Отчетъ *В. Я. Рубашкина*). Засѣданіе 5 января. Почетный предсѣдатель проф. *Н. К. Кульчицкій*, почетный секретарь *С. И. Петинъ*.

Проф. *Н. К. Кульчицкій. Къ вопросу о строеніи осумкованныхъ тѣлецъ мочеиспускательнаго канала.* Сообщеніе касается 2-хъ типовъ осумкованныхъ нервныхъ окончаній: *Pacini*'евыхъ тѣлецъ и концевыхъ колбъ *Krause*. Подобно *Тимофееву* и *Пржевальскому*, докладчикъ признаетъ существованіе 2-хъ группъ *Pacini*'евыхъ тѣлъ: 1) *Pacini*'евы тѣльца съ 2-мя нервными волокнами, изъ которыхъ одно, толстое, идетъ въ центральной массѣ тѣльца и заканчивается булавовиднымъ утолщеніемъ, другое, тонкое, распадается на густую сѣть тонкихъ концевыхъ нитей, охватывающихъ т. наз. внутреннюю колбу, но не проникающихъ въ нее; 2) *Pacini*'евы тѣла, которые снабжены только однимъ нервнымъ волокномъ. Какъ относящіяся къ концевымъ колбамъ *Krause*, докладчикомъ были описаны тѣльца слоистаго строенія съ нервнымъ волокномъ, проходящимъ по длинной оси тѣльца и отдающимъ дов. много вѣтвей; послѣднія доходятъ до самой сумки и заканчиваются здѣсь роскошными концевыми развѣтвленіями. Кромѣ этихъ тѣлецъ, докладчикъ описалъ еще одинъ родъ осумкованныхъ нервныхъ окончаній, до извѣстной степени напоминающихъ колбы *Krause*, но и значительно отъ нихъ отличающихся. Эти образованія встрѣчаются въ мочеиспускательномъ каналѣ въ очень значительномъ числѣ и достигаютъ очень большой величины до 0,1 мм. и болѣе. Каждое тѣльце имѣетъ слоистую оболочку и отъ обычнаго типа колбъ *Krause* отличается тѣмъ, что заключенное въ оболочкѣ вещество не состоитъ изъ зернистой массы, а представляетъ пучковую соединительную ткань, бѣдную клѣтками и не содержащую, по видимому, упругаго вещества. Въ каждое такое тѣльце входитъ одно или нѣсколько толстыхъ двуконтурныхъ волоконъ. Каждое изъ этихъ послѣднихъ сопровождается тонкимъ волоконцемъ, которое или идетъ параллельно толстому, или вытягивается спиралью. Нерѣдко тонкое волоконце дѣлится на 2 вѣтви, и тогда одна изъ нихъ можетъ оставить данное тѣльце. Въ толщѣ этихъ тѣлецъ часто наблюдаются звѣздчатыя или одноотростчатыя клѣтки, рѣдко окрашивающіяся метиленовой синькой и, по видимому, относящіяся къ клѣткамъ соединительной ткани. На периферіи тѣльца имѣется густая сѣть тончайшихъ нервныхъ нитей, частью совершенно гладкихъ, частью узловатыхъ. Эта сѣть заложена въ сумкѣ тѣльца или даже внѣ ея, принадлежитъ къ концевымъ нервнымъ сѣтямъ и, по видимому, не имѣетъ непосредственнаго отношенія къ нервнымъ волокнамъ, входящимъ въ тѣльце. Источникъ этой сѣти иной, и нервныя волокна, въ которыя переходитъ эта периферическая сѣть концевыхъ нитей, идутъ внѣ тѣльца и принадлежатъ иной системѣ, чѣмъ волокна, вступающія въ тѣльце. Описываемыя тѣльца сидятъ непосредственно на пучкѣ нервныхъ волоконъ, при чемъ этотъ послѣдній образуетъ родъ клубка (glomerulus), изъ котораго одно или нѣсколько волоконъ входитъ въ описываемое тѣльце.

*А. В. Леонтовичъ:* Я видѣлъ подобныя описаннымъ Вами образованія въ тѣльцахъ *Grandry*. Тамъ также существуетъ на поверхности слой тонкихъ волоконецъ, которыя по своему строенію должны быть отнесены къ типу безмякотныхъ *Remak*'овскихъ нитей. Ихъ характерная особенность—отсутствіе варикозныхъ утолщеній. Между прочимъ, мнѣ также пришлось наблюдать, что нервное волокно предъ вступленіемъ въ тѣльце *Grandry* образуетъ такой же густой завитокъ, какъ это наблюдается въ описываемыхъ Вами тѣльцахъ.

Digitized by Google

Проф. *А. Ѳ. Маньковскій* спросилъ, какъ часто и въ какомъ преимущественно отдѣлѣ мочеиспускательнаго канала наблюдается этотъ новый видъ колбъ *Krause?*

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что эти тѣльца встрѣчаются главнымъ образомъ въ предстательной части; наблюдать ихъ приходилось лишь при извѣстномъ физіологическомъ состояніи животныхъ (течка) и только весной.

Кромѣ того, сдѣлали нѣсколько замѣчаній *Н. П. Тишуткинъ, В. Я. Рубашкинъ* и *Г. Г. Шлятеръ.*

*С. И. Петинъ. О строеніи міокарда* (изъ гистологическаго кабинета Харьковскаго Университета). Мышцы сердца состоятъ не изъ клѣтокъ, а ихъ такихъ-же первичныхъ волоконецъ, какъ и всѣ произвольныя мышцы тѣла и конечностей. Эти первичныя волоконца представляютъ такую же смѣну изотропнаго и анизотропнаго веществъ и только группируются нѣсколько иначе, чѣмъ въ мышцахъ тѣла. Сосѣдніе пучки мышечныхъ волоконецъ обмѣниваются другъ съ другомъ группами фибриллъ, которыя отходятъ подъ очень острымъ угломъ. Число фибриллъ—самое разнообразное, отъ 1 до 15 и болѣе. На мѣстахъ отхожденія пучковъ первичныхъ волоконецъ залегаютъ особыя пластинки, «спайныя полоски» прежнихъ авторовъ. Эти пластинки располагаются перпендикулярно въ длинной оси мышечныхъ волоконецъ и очень часто представляютъ родъ лѣстницъ. Ближе къ сухожилію (мышцы сердечныхъ заслонокъ) этихъ пластинокъ больше и располагаются онѣ ближе другъ къ другу по длинѣ волоконъ; чѣмъ дальше отъ сухожильнаго конца, тѣмъ этихъ пластинокъ становится все меньше и меньше и лежатъ онѣ дальше одна отъ другой. Между группами первичныхъ волоконецъ сердечной мышцы имѣются очень незначительныя щели, а въ нихъ залегаетъ очень небольшое количество соединительной ткани, располагающейся въ видѣ легкихъ прослоекъ. Характерная волокнистая соединительная ткань встрѣчается только въ большихъ сосудистыхъ щеляхъ. Межуточныя щелевыя пространства заполняются очень богатыми капилярными сѣтями. Wasserblau окрашиваетъ соединительную ткань въ синій цвѣтъ и отчетливо выдѣляетъ ее на общемъ фонѣ. Мышечныя ядра, представляя иногда довольно длинный эллипсоидъ, залегаютъ иногда въ центрѣ даннаго пучка фибриллъ, иногда сильно эксцентрично. Они всегда сопровождаются значительнымъ количествомъ саркоплазмы, представляющей какъ бы футляръ для ядра. Пучки первичныхъ волоконецъ сердечной мышцы не имѣютъ сарколеммы, но одѣты тонкими прослойками соединительной ткани. Анизотропное вещество въ мышцахъ сердца--толстый и тонкій диски—построено изъ веществъ, совершенно различныхъ въ химическомъ отношеніи. При окраскѣ смѣсью эозина и Wasserblau, толстый дискъ выбираетъ изъ смѣси эозинъ, а тонкій Wasserblau. Такимъ образомъ поперечная полосатость состоитъ изъ чередованія не 2-хъ веществъ: изотропнаго и анизотропнаго, а 3-хъ, такъ какъ толстый и тонкій диски не представляютъ собой образованій тождественныхъ. Кромѣ того, полоски Z и M не представляютъ собой образованій цѣльныхъ, прорѣзывающихъ непрерывно данный пучекъ фибриллъ, но являются отдѣльными частями первичныхъ волоконецъ. Называть поэтому полоску Z «основной перепонкой» (*Krause*), а полоску M—«средней перепонкой» (*M. Heidenhain*) нельзя, такъ какъ никакихъ сплошныхъ перепонокъ въ смыслѣ указанныхъ авторовъ въ мышцахъ сердца, а также и тѣла и конечностей, не существуетъ. Полоски Z и M нельзя считать аналогами. Органической связи полосокъ Z съ прослойками соединительной ткани нѣтъ, такъ какъ эти прослойки очень часто проходятъ, не касаясь полосокъ Z. Вставочныя пластинки состоятъ изъ вещества, жадно поглощающаго нѣкоторыя краски (Wasserblau). Толщина ихъ измѣняется съ измѣненіемъ толщины мясныхъ призмочекъ. Располагаясь на узловыхъ точкахъ сплетеній, вставочныя пластинки по ходу мышечныхъ пучковъ образуютъ родъ лѣстницъ большихъ и малыхъ, съ широкими и узкими ступеньками. Расположеніе лѣстничныхъ рядовъ и характеръ ступенекъ совершенно случайный и никакой закономѣрности (въ смыслѣ *M. Heidenhain*'а) не имѣется. Вставочныя пластинки заложены между 2-мя сосѣдними пластинками Z и не представляютъ собой цѣльныхъ образованій, проходящихъ непрерывно черезъ данный пучекъ фибриллъ, но состоятъ изъ отдѣльныхъ частей фибриллъ, математически точно лежащихъ на одной прямой линіи, подобно расположенію изо- и-анизотропнаго вещества. Правильная и неправильная форма лѣстницъ зависитъ вполнѣ отъ плоскости разрѣза. Вставочныя пластинки стоятъ въ прямой связи съ пучкованіемъ и анастомозированіемъ сердечно-мышечныхъ волоконецъ; вполнѣ возможно, что онѣ играютъ большую роль въ процессѣ роста сердечной мышцы и, кромѣ того, уравновѣшиваютъ отсутствіе сарколеммы. Вставочныя пластинки всегда могутъ быть легко видимы при любой фиксаціи и самой простой окраскѣ.

*А. А. Максимовъ*: Я былъ на Съѣздѣ въ Bonn'ѣ, когда *Heidenhain*, открывшій вставочныя пластинки, показывалъ свои препараты. Тогда возникъ вопросъ о нормальномъ существованіи найденныхъ имъ пластинокъ. Вопреки *Heidenhain*'у, утверждали, что эти пластинки—посмертное явленіе, зависящее отъ фиксаціи сулемой. Каково Ваше мнѣніе?

*Докладчикъ*: Въ виду того, что различные фиксажи даютъ одну и туже картину и пластинки обнаруживаются при употребленіи самыхъ разнообразныхъ фиксирующихъ средствъ, слѣдуетъ думать, что онѣ представляютъ структурную особенность сердечной мышцы, тѣмъ болѣе, что онѣ присущи не одному какому-либо виду животныхъ, а всѣмъ.

*А. А. Максимовъ* спросилъ, всегда ли часть, отдѣленная пластинками, содержитъ ядро, или бываетъ, что пластинки отдѣляютъ и безъядерныя части клѣтки?

*Докладчикъ*: Собственно безъядерныхъ частей не бываетъ; если же иногда кажется, что участокъ, отдѣленный пластинками, не имѣетъ ядра, то это зависитъ или отъ косого направленія разрѣза, или отъ тонкости срѣза.

*Н. П. Тишуткинъ* подтвердилъ указаніе докладчика, что не одна сулема способна обнаружить вставочныя пластинки въ сердечной мышцѣ. На препаратахъ, фиксированныхъ многими иными способами, можно ясно видѣть такія образованія.

Проф. *В. Н. Тонковъ* (Петербургъ). *О развитіи селезенки у гекко.* Въ виду того, что вопросъ о развитіи селезенки, собственно объ источникѣ, изъ котораго она происходитъ, до сихъ поръ еще считается спорнымъ, а въ послѣднее время *Glas*, на основаніи изслѣдованія рептилій (ужъ) производитъ селезенку, а равно и pancreas dorsale, изъ одного источника—эндодермы, докладчикъ произвелъ провѣрочное наблюденіе развитія селезенки у яванской ящерицы (гекко). Развитіе селезенки у этого вида рептилій протекаетъ такъ-же, какъ это раньше было показано докладчикомъ для lacerta и sauropsidia вообще. Зачатокъ селезенки появляется совершенно независимо отъ pancreas dorsale (и отъ эндодермы вообще) въ видѣ гнѣзда мезенхимныхъ клѣтокъ, располагающагося непосредственно подъ внутренностной мезодермой. Въ соотвѣтственной области средній листокъ значительно утолщенъ, особенно въ раннихъ стадіяхъ, и играетъ извѣстную роль въ образованіи клѣтокъ зачатка селезенки, какъ и вообще мезенхима зависитъ отъ средняго листка. Резюмируя всѣ свои наблюденія, произведенныя въ различное время и надъ разными зародышами amniota (ящерица, ptychozoon, крокодилъ, tropidonotus, змѣя, утка, пѣтухъ, свинья, человѣкъ), докладчикъ рѣшительно возстаетъ противъ участія эндодермы въ развитіи селезенки и результаты *Kupffer*'а, *Voit*'а и др., допускающихъ тѣснѣйшую генетическую связь селезенки съ pancreas dorsale, признаетъ ошибочными.

*Н. К. Кульчицкій:* Ваши препараты съ достаточной убѣдительностью показываютъ, что развитіе селезенки идетъ совершенно независимо отъ pancreas dorsale. Но было-бы интересно знать Ваше мнѣніе о происхожденіи железистой ткани вообще и лимфатическихъ фолликуловъ въ частности.

*Докладчикъ:* Въ развитіи лимфатическихъ органовъ и железистой ткани эндодерма не принимаетъ участія; развивается эта ткань, какъ показываютъ наблюденія *Stöhr*'а, изъ мезенхимы.

*К. К. Скробанскій. О развитіи яицъ яичника у млекопитающихъ.* Главнѣйшія данныя, полученныя докладчикомъ при изученіи развитія женской половой железы у свиньи, въ общихъ чертахъ таковы. Половая железа зародыша свиньи, 12 млм. длиною, представляетъ небольшой бугорокъ, сидящій на внутренней и передней поверхности Вольфова тѣла. Въ этотъ ранній періодъ развитія железы еще не удается опредѣлить, какому полу принадлежитъ она, почему ее можно считать железой еще индифферентной. Вся масса полового бугорка этого періода состоитъ изъ однообразныхъ ядеръ, разсѣянныхъ, по видимому, въ общей массѣ протоплазмы, и только очень рѣдко, помощью спеціальныхъ окрасокъ, удается и здѣсь обнаружить за-

Digitized by Google

чатки соединительной ткани. Съ ростомъ полового бугорка вся составляющая его масса увеличивается главнымъ образомъ на счетъ развитія здѣсь соединительной ткани. Общая картина полового бугорка зародыша свиньи 12 мм. длины и дальнѣйшее развитіе железы заставляютъ насъ думать, что почти вся масса железы—ничто иное, какъ зачатокъ паренхимы будущей половой железы (первичная паренхима). Эта первичная паренхима разростающеюся между нею соединительной тканью раздѣляется у зародышей 2—3 стм. длины въ мужской железѣ на группы внутреннія и небольшое количество поверхностно лежащихъ; въ женской железѣ—на группы поверхностныя и небольшое количество лежащихъ въ глубинѣ. Уже въ этотъ періодъ развитія возможно опредѣлить полъ железы; дальнѣйшій ходъ развитія состоитъ въ томъ, что въ мужской половой железѣ поверхностныя группы вытѣсняются развивающеюся бѣлочной оболочкой; группы же внутреннія, разростаясь, даютъ начало извитымъ и прямымъ канальцамъ сѣменника; въ женской железѣ, наоборотъ, развиваются группы поверхностныя (корковый слой яичника), внутреннія-же группы исчезаютъ. Ядра полового бугорка первоначально не носятъ характера ядра половой клѣтки, и только съ ростомъ железы часть первоначальныхъ ядеръ, округляясь и увеличиваясь, принимаетъ этотъ характеръ. Если такая типичная половая клѣтка лежитъ въ железѣ еще недифференцированной, ее можно назвать просто «половой клѣткой». Если-же она лежитъ въ железѣ, полъ которой уже опредѣленъ, говорятъ объ сперматогоніи или объ оогоніи. Оогоніи, какъ и сперматогоніи, дѣлятся митотическимъ путемъ, давая начало новымъ оогоніямъ; онѣ вступаютъ также въ періодъ роста, въ теченіи котораго уже должны называться ооцитами I порядка и продѣлываютъ цѣлый рядъ очень сложныхъ и интересныхъ измѣненій въ строеніи своего ядра. Раньше всего процессъ роста оогоніи начинается въ самыхъ глубокихъ слояхъ корковаго слоя яичника. Послѣ того, какъ оогоніи, наиболѣе глубоко лежащія, перейдутъ въ ооциты, процессомъ роста захватываются оогоніи, расположенныя болѣе поверхностно. Этотъ процессъ продолжается до тѣхъ поръ, пока всѣ оогоніи не перейдутъ въ ооциты. Соединительная ткань яичника, вростая изъ глубины, отдѣляетъ по одному ооциту и по нѣскольку окружающихъ его недифференцированныхъ клѣтокъ. Благодаря этому процессу, образуются первые примордіальные фолликулы, заключающіе въ себѣ ооцитъ съ большимъ круглымъ типичнымъ ядромъ и нѣсколько, окружающихъ ооцитъ кольцомъ, индифферентныхъ клѣтокъ—будущую membr. granulosa *Graaf*'ова фолликула. Останавливаясь на клѣткахъ т. наз. зародышеваго эпителія, докладчикъ указалъ на то, что въ раннихъ стадіяхъ развитія индифферентныя клѣтки эпителія также могутъ переходить въ ооциты, но съ ростомъ яичника онѣ теряютъ свой первоначальный характеръ, а съ нимъ и способность давать новыя оогоніи, становясь ядрами спеціальнаго поверхностнаго эпителія, къ которому, по мнѣнію докладчика, терминъ—зародышевый эпителій—неприложимъ.

Въ преніяхъ по поводу доклада приняли участіе *Н. П. Тишуткинъ*, проф. *В. Н. Тонковъ* и проф. *Н. К. Кульчицкій.*

*Н. П. Тишуткинъ. Предъявленіе препаратовъ* 1) *нервовъ легкихъ* и 2) *развитія женской половой железы.*

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *XVI. 4-й Съѣздъ Россійскихъ хирурговъ* [1]).

(Засѣданіе 28-го декабря 1903 г.).

Почетнымъ предсѣдателемъ Съѣзда избранъ проф. *В. Г. Цеге-фонъ-Мантейфель.*

Проф. *Н. М. Волковичъ* (Кіевъ). *О хирургической бугорчаткѣ вообще и о бугорчаткѣ костей и суставовъ въ частности.* (Программное сообщеніе). Докладчикъ—защитникъ широкаго хирургическаго вмѣшательства.

*Н. Н. Петровъ* (Парижъ). *О смѣшанномъ зараженіи при хирургической бугорчаткѣ* (бактеріологія и опыты). Матеріалъ для бактеріологическаго изслѣдованія открытыхъ и закрытыхъ бугорчатковыхъ очаговъ получался докладчикомъ изъ отдѣленія проф. *Lannelongue*'а и изъ больницы Des Enfants Malades въ Парижѣ. Открытыхъ очаговъ изслѣдовано 44: посторонніе микробы найдены въ 41, и лишь въ 3, гдѣ для посѣва получено было слишкомъ мало матеріала, роста на питательныхъ средахъ не получилось. 23 раза найдены стафилококки, 18 разъ стрептококки, 7 разъ ложно-дифтерійная палочка, 4 раза синегнойная палочка, 2 раза micrococcus tetragenes, 2 раза сарцины, 1 разъ кишечная палочка. Вирулентность найденныхъ микробовъ въ большинствѣ случаевъ оказывалась невысокой. Для ознакомленія съ отношеніемъ микробовъ вторичнаго зараженія къ зараженнымъ имъ тканямъ бугорчатковыхъ очаговъ въ 27 случаяхъ произведено гистологическое изслѣдованіе срѣзовъ грануляцій и кусочковъ другихъ тканей, удаленныхъ при операціи. Только въ 1 случаѣ въ толщѣ тканей найдены кокки съ гнѣздами тканевого распада вокругъ нихъ. Въ остальныхъ случаяхъ микробовъ въ тканяхъ или не было вовсе, или они были въ ничтожномъ количествѣ близь самой поверхности. Изъ 57 случаевъ закрытыхъ очаговъ въ 49 не найдено постороннихъ микробовъ, способныхъ рости на обычныхъ средахъ какъ при доступѣ воздуха, такъ и въ условіяхъ анаэробіоза. Изъ этихъ 49 случаевъ въ 7 были ясные признаки мѣстнаго обостренія, а въ 3, кромѣ того, выраженная общая реакція организма. Выяснившаяся такимъ образомъ способность бугорчатковыхъ очаговъ воспаляться безъ содѣйствія постороннихъ микробовъ была провѣрена въ опытахъ, путемъ впрыскиванія кроликамъ въ суставы эмульсіи бугорчатковыхъ палочекъ, разрушенныхъ жаромъ. При этомъ у 2 кроликовъ, дѣйствительно, получилось острое воспаленіе суставовъ. Всѣ тѣ 8 случаевъ закрытыхъ очаговъ, изъ которыхъ полученъ ростъ постороннихъ микробовъ (3 раза стафилококки, 2 раза стрептококкъ, 2 раза неболѣзнетворные кокки и 1 разъ неболѣзнетворныя палочки) докладчикъ считаетъ не безупречными въ смыслѣ условій асептики, при которыхъ въ этихъ случаяхъ добывался матеріалъ для изслѣдованій. Экспериментальное изученіе вопроса было произведено путемъ нѣсколькихъ серій опытовъ, главнымъ образомъ на кроликахъ. Рядъ наиболѣе удавшихся опытовъ заключаетъ въ себѣ всего 6 повѣрочныхъ и 15 вторично зараженныхъ кроликовъ. Результаты опытовъ слѣдующіе: 1) Постоянное и рѣзкое усиленіе мѣстнаго процесса подъ вліяніемъ вторичнаго зараженія, при чемъ въ костныхъ и хрящевыхъ частяхъ суставовъ скоро развиваются разрушенія. 2) Удалось установить раннее появленіе общаго разсѣиванія бугорчатки у вторично зараженныхъ животныхъ, при чемъ всегда заболѣвали легкія, т. е., зараза распространялась изъ суставовъ по кровяному руслу; у повѣрочныхъ животныхъ къ тому-же времени или вовсе не развивалось признаковъ бугорчатки во внутреннихъ органахъ, или-же признаки эти проявлялись въ болѣе слабой степени, чѣмъ при наличности вторичнаго зараженія. Выводы: 1) Закрытые бугорчатковые очаги въ костяхъ, суста-

[1]) 4-й Съѣздъ носилъ всѣ внѣшніе признаки успѣха: членовъ было дов. много (214)—значительно больше чѣмъ на 3-мъ, докладовъ столько, что положенныхъ 3-хъ дней оказалось недостаточнымъ и пришлось назначить добавочный—4-й. Но все это только съ внѣшней стороны. Въ дѣйствительности-же и этотъ разъ приходится отмѣтить, что Съѣздъ по научному характеру своей дѣятельности былъ мало производительный. И этотъ разъ, какъ и прошлый, часть докладовъ представляла повтореніе уже напечатаннаго или доложеннаго раньше, часть-же содержала казуистическія сообщенія, по своему характеру совершенно не соотвѣтствующія значенію и цѣлямъ Съѣздовъ. Все это было настолько очевидно, что во время засѣданій самъ собою возникъ вопросъ о необходимости что-нибудь предпринять, чтобы доклады соотвѣтствовали требованіямъ Съѣздовъ. Собраніе, естественно, пришло къ выводу, что никакія цензурныя мѣры нежелательны. Слѣд., опять приходится обратиться къ участвующимъ въ Съѣздахъ, чтобы они въ интересахъ дѣла сами строже относились къ выбору матеріала и темъ для докладовъ. Кромѣ того, при подсчетѣ оказалось, что даже количественно, по числу докладовъ, всего 36, Съѣздъ былъ бѣденъ. Чѣмъ-же объяснить, что онъ занялъ столько времени? Напомню, что на нѣмецкихъ и французскихъ Съѣздахъ въ 3 дня выслушивается около 80 докладовъ. Дѣло въ томъ, что съ назначеннымъ для сообщеній временемъ докладчики рѣшительно не желаютъ считаться; читавшіе 20 минутъ составляли исключеніе; нѣкоторымъ не хватало даже положенныхъ для программныхъ вопросовъ 40 мин.; такъ, одинъ докладчикъ читалъ свой докладъ 1 ч. 10 м. Очень много времени отнимало также обнаружившееся у нѣкоторыхъ товарищей во время преній какое-то неудержимое желаніе говорить рѣшительно по всякому докладу и говорить много. Вотъ—причины, почему 36 докладовъ заняли $3^1/_2$ дня. Въ заключеніе можно, оставаясь вполнѣ безпристрастнымъ, указать, что на этотъ разъ никакой надобности въ спеціальномъ хирургическомъ Съѣздѣ не было, и все, что было на немъ дѣйствительно достойнаго широкой огласки, могло-бы свободно найти себѣ мѣсто на Съѣздѣ Пироговскомъ. Повторяю мысль, неоднократно высказывавшуюся медицинской печатью: въ годы Пироговскихъ Съѣздовъ нѣтъ никакой надобности въ Съѣздахъ спеціальныхъ. Не могу не отмѣтить одного несомнѣнно удачнаго почина—это

Digitized by Google

вахъ и лимфатическихъ железахъ, не подвергавшіеся никакимъ хирургическимъ воздѣйствіямъ, покрытые и окруженные здоровой кожей, въ громадномъ большинствѣ случаевъ не содержатъ постороннихъ микробовъ. При этомъ очаги эти могутъ находиться въ состояніи воспалительнаго обостренія. 2) Открытые бугорчатковые очаги всегда содержатъ постороннихъ микробовъ, наичаще—гноеродныхъ кокковъ не высокой вирулентности; въ толщу грануляціонной ткани микробы эти въ сколько-нибудь значительномъ количествѣ обыкновенно не проникаютъ. 3) Присоединеніе къ суставной бугорчаткѣ вторичнаго зараженія гноеродными микробами усиливаетъ разрушительное дѣйствіе мѣстнаго бугорчатковаго процесса и способствуетъ его распространенію по организму, при чемъ бугорчатка поражаетъ легкія, т. е., распространяется по кровяному пути. 4) Давно уже клинически извѣстный фактъ большей злокачественности открытыхъ формъ хирургической бугорчатки сравнительно съ закрытыми получаетъ вполнѣ удовлетворительное объясненіе въ наличности вторичнаго зараженія. Энергично стремясь при лѣченіи такихъ открытыхъ формъ привести ихъ въ асептическое состояніе, мы не только лѣчимъ мѣстный процессъ, но и предупреждаемъ распространеніе бугорчатки на внутренніе органы. Работа докладчика была произведена по предложенію и въ лабораторіи *И. И. Мечникова.*

*А. Б. Араповъ* (Петербургъ). *Хирургическая бугорчатка и ея отношеніе къ легочной чахоткѣ и траумамъ.* Среди больныхъ хирургическаго отдѣленія Петропавловской больницы больные съ хирургической бугорчаткой составляли 8,1%; за послѣдніе 3 года такихъ больныхъ было 355. Больше всего больныхъ было въ возрастѣ 10—20 л., затѣмъ замѣчалось пониженіе заболѣваемости въ обѣ стороны — къ первымъ годамъ жизни и къ старости. Указанные 355 случаевъ можно подраздѣлить на слѣдующія 3 группы: 1) бугорчатка костей и суставовъ—225 случаевъ, 2) бугорчатковое пораженіе железъ—91 случай и 3) бугорчатка кожи, слизистыхъ и сывороточныхъ оболочекъ—39 случаевъ. На 225 случаевъ 1-ой группы траума установлена въ 37, т. е. у 16,4% больныхъ, при чемъ наиболѣе часто у больныхъ съ бугорчатковымъ пораженіемъ колѣна—у 13 изъ 48 и у спондилитиковъ—у 9 изъ 58. Бугорчатка легкихъ и просовидная бугорчатка наблюдалась у 41 изъ 1-ой группы — у 225 больныхъ, т. е. у 17,8%, при чемъ наиболѣе часто это осложненіе поражало больныхъ съ бугорчатковымъ пораженіемъ тазобедреннаго сустава, а именно изъ 37 такихъ больныхъ легочныя явленія отмѣчены у 10, просовидная бугорчатка съ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ у 6, за ними идутъ спондилиты (изъ 58 больныхъ ими у 12 были легочныя пораженія), пораженія ключицы и реберъ (изъ 27 у 9) и бугорчатковое пораженіе колѣннаго сустава (изъ 48 у 5). Главнѣйшія причины смертности у больныхъ съ хирургической бугорчаткой—легочная чахотка, просовидная бугорчатка, длительное нагноеніе съ амилоидомъ и общее истощеніе. Изъ 225 больныхъ 1-ой группы умерли 36, т. е. 16%, что почти равно частотѣ легочныхъ заболѣваній. Болѣе или менѣе коренное оперативное вмѣшательство не оказывало вліянія на смертность. 2-ую группу—бугорчатковое пораженіе железъ можно считать наиболѣе благопріятной въ томъ смыслѣ, что легочныя заболѣванія въ этой группѣ встрѣчались рѣже и бывали менѣе рѣзко выражены, соотвѣтственно съ чѣмъ и смертность въ этой группѣ равна 0. Въ 3-ью группу вошли больные съ бугорчатковымъ пораженіемъ кожи, языка, глотки, гортани, плейры, брюшины и мочеполовыхъ органовъ; у всѣхъ, кромѣ страдавшихъ пораженіемъ кожи, появлялись тяжелыя бугорчатковыя осложненія со стороны легкихъ, соотвѣтственно чему эта группа давала наибольшую смертность—изъ 39 больныхъ умерли 21. На основаніи этихъ данныхъ докладчикъ пришелъ къ выводу, что въ виду тѣсной связи хирургической бугорчатки съ легочной чахоткой, борьба съ которой возможна лишь при помощи санитарныхъ и гигіэническихъ мѣръ, необходимо помѣщать хирургическихъ бугорчатковыхъ больныхъ въ подходящія внѣшнія условія. Для успѣшнаго лѣченія хирургической бугорчатки весьма желательно устройство особыхъ лѣчебницъ въ хорошихъ климатическихъ условіяхъ или открытіе при общихъ больницахъ свѣтлыхъ и просторныхъ помѣщеній—бараковъ съ соотвѣтствующимъ улучшеннымъ режимомъ.

Проф. *I. Ф. Земацкій* (Петербургъ). *О холодныхъ гнойникахъ при хирургической бугорчаткѣ.* Докладчикъ высказалъ предположеніе, что содержимое натечныхъ гнойниковъ состоитъ изъ лимфы, скопившейся вслѣдствіе нарушенія лимфоотдѣленія въ извѣстныхъ областяхъ изъ-за пораженія лимфатическихъ сосудовъ бугорчатковымъ процессомъ.

*Н. Н. Петровъ* (Парижъ). *Нѣкоторыя разстройства кровообращенія въ связи съ вопросомъ о мѣстоположеніи бугорчатки въ костяхъ и суставахъ* (экспериментальныя данныя). Докладчикъ путемъ опытовъ изучалъ вліяніе сосудодвигательныхъ и трофическихъ разстройствъ на мѣстоположеніе бугорчатки. Съ этой цѣлью имъ произведено было 3 ряда опытовъ на кроликахъ: 1-ый — съ перерѣзкой лѣваго сочувственнаго нерва на уровнѣ поясничной части позвоночника (параличъ сосудодвигателей лѣвой нижней конечности—артеріальная гиперэмія); 2-ой—съ перерѣзкой сѣдалищнаго нерва (параличъ сосудодвигательный, трофическій, чувствительный и двигательный); 3-ій—съ перевязкой бедренной вены (венный застой). Вслѣдъ за операціей животнымъ вводилась въ общую систему кровообращенія, черезъ ушныя вены, эмульсія высоко-вирулентной разводки бугорчатковыхъ палочекъ. Пригодныхъ для сужденія опытовъ было въ 1-мъ рядѣ 11, во 2-мъ 12 и въ 3-мъ 8. Изслѣдованіе суставовъ и мозга костей обѣихъ нижнихъ конечностей у каждаго животнаго показало, что въ этихъ частяхъ бугорчатка появилась всего лишь 5 разъ и при томъ всегда одинаково въ обѣихъ конечностяхъ. Такимъ образомъ ни артеріальная гиперэмія (перерѣзка сочувственнаго нерва), ни венный застой (перевязка вены), ни гиперэмія, связанная съ трофическими разстройствами (перерѣзка сѣдалищнаго нерва) не оказались достаточными, чтобы обусловить преимущественное мѣстоположеніе здѣсь бугорчатки. Только высшая степень разстройства кровообращенія—разрывъ сосудовъ съ послѣдующимъ кровоизліяніемъ — по видимому, дѣйствительно предрасполагаетъ къ мѣстоположенію здѣсь бугорчатки, такъ что для объясненія связи между мѣстоположеніемъ бугорчатки и ушибомъ пока имѣется только одинъ фактъ — это выступаніе палочекъ въ ткани изъ разорванныхъ сосудовъ. Опираясь на данныя этой работы, можетъ быть, можно будетъ найти нѣкоторое объясненіе преимущественности мѣстоположенія бугорчатки въ эпифизахъ длинныхъ костей, въ то время какъ острые остеоміэлиты предпочитаютъ занимать діафизы. Дѣло въ томъ, что части діафизовъ, лежащія близъ эпифизовъ, суть области съ наиболѣе энергичной пролиферирующей дѣятельностью; здѣсь рѣзко отражаются всякія разстройства кровообращенія и питанія, а этимъ объясняется и частое появленіе здѣсь гнойныхъ остеоміэлитовъ. Для мѣстоположенія бугорчатки этихъ условій, по видимому, недостаточно; бугорчатка предпочитаетъ эпифизы костей, которые по своей близости къ суставамъ и по отсутствію мышечнаго покрова болѣе подвержены ушибамъ, а слѣд. и разрывамъ сосудовъ и внутритканевымъ кровоизліяніямъ. Работа докладчика произведена въ лабораторіи *И. И. Мечникова.*

*Д. Е. Гороховъ* (Москва). *Къ вопросу о бугорчаткѣ костей и суставовъ у дѣтей.* Докладчикъ собралъ матеріалъ Московской Софійской дѣтской больницы, заключающій данныя о 320 дѣтяхъ съ бугорчаткою костей и суставовъ. Наибольшія числа приходятся на больныхъ съ пораженіями позвоночника, тазобедреннаго и колѣннаго суставовъ. Общій % смертности 8,7. На основаніи своихъ наблюденій докладчикъ пришелъ къ выводу, что сохраняющій и оперативный способъ лѣченія должны дополнять другъ друга.

*О. Э. Гагенъ-Торнъ. Ближайшія задачи хирургіи въ вопросѣ о бугорчатковомъ пораженіи суставовъ.* Сообщеніе представляло рядъ общихъ разсужденій на указанную тему.

*В. П. Зеренинъ* (Москва). *Къ вопросу о іодоформной пломбировкѣ костей по Mosetig-Moorhof'у.* Масса, которой докладчикъ пользовался для заливанія костныхъ полостей, содержитъ 60 чч. іодоформа и по 40 чч. спермацета и сесамнаго масла (ol. sesami). Масса эта при нагрѣваніи дѣлается жидкой; охлаждаясь-же, отвердѣваетъ. Докладчикъ сохранялъ ее въ большихъ пробиркахъ и нагрѣвалъ въ кипящей ванночкѣ. Примѣнена она была 15 разъ: въ 4 случаяхъ омертвѣнія костей послѣ бывшаго остеоміэлита и въ 11 случаяхъ бугорчатки костей суставовъ. Возрастъ больныхъ колебался отъ 12 до 55 л. Въ 4 случаяхъ получилось первое натяженіе, въ 6 довольно долго оставались свищи, изъ которыхъ понемногу выдѣлялась іодоформная пломба, но въ общемъ безъ всякихъ поправокъ наступило выздоровленіе. Въ 3 случаяхъ свищи не закрылись; случаи эти относились къ истощеннымъ больнымъ съ глубокимъ бугорчатковымъ пораженіемъ. Наконецъ, въ 2 случаяхъ операція сдѣлана была недавно, и сказать о нихъ что-нибудь опредѣленное еще нельзя. Въ общемъ, по мнѣнію докладчика, іодоформная пломбировка, по сравненію съ прежними способами, даетъ несравненно лучшіе результаты, матеріала перевязочнаго затрачивается гораздо меньше, больные меньше залеживаются въ больницѣ, и въ косметическомъ отношеніи итоги тоже получаются несравненно лучшіе. Особенно хорошо дѣйствуетъ эта заливка при омертвѣніяхъ костей остеоміэлитическаго происхожденія. Главный недостатокъ этой пломбы тотъ, что она скоро застываетъ, вслѣдствіе чего мелкія углубленія въ костяхъ не выполняются ею тщательно. На основаніи своихъ наблюденій докладчикъ указываетъ на слѣдующія необходимыя условія для благопріятнаго дѣйствія іодоформной пломбы: 1) тщательное удаленіе всего болѣзненнаго очага; 2) безусловная асептика; 3) полнѣйшая остановка кровотеченія и тщательная осушка операціоннаго гнѣзда.

Проф. *Н. А. Вельяминовъ:* Я считаю операцію при хирургической бугорчаткѣ примѣнимой только при слѣдующихъ 2-хъ показаніяхъ; 1) когда разрушеніе сустава и нагноеніе такъ велики, что нельзя ждать заживленія безъ того, чтобы не поставить больную область операціей въ болѣе благопріятныя условія; 2) когда при закончившемся процессѣ изсѣченіе улучшаетъ положеніе конечности. Что касается предсказаній при оперативномъ вмѣшательствѣ по отношенію къ различнымъ суставамъ,

устройство соединенныхъ засѣданій хирургическаго и гинекологическаго Съѣздовъ. Обмѣнъ мыслей между работниками въ пограничныхъ областяхъ можетъ, при тщательномъ выборѣ темъ для обсужденія, принести взаимную большую пользу.—Переходя къ отчету, позволяю себѣ принести здѣсь искреннюю благодарность секретарямъ Съѣзда проф. *Ф. А. Рейну* и *А. В. Мартынову* за любезное предоставленіе въ мое распоряженіе необходимыхъ для отчета матеріаловъ. По отношенію къ нѣкоторымъ докладамъ я, къ сожалѣнію, вынужденъ ограничиться приведеніемъ одного заголовка, такъ какъ рефераты еще не доставлены для Трудовъ Съѣзда. *Я. З.*

Digitized by Google

то, по моимъ наблюденіямъ, самые плохіе результаты даетъ изсѣченіе лучезапястнаго и голеностопнаго суставовъ.

Проф. *В. И. Разумовскій*: На основаніи наблюденій въ моей клиникѣ я придерживаюсь взгляда, что обширное изсѣченіе голеностопнаго сустава даетъ хорошіе результаты какъ ближайшіе, такъ и отдаленные (нѣкоторые больные были прослѣжены въ теченіи многихъ лѣтъ). Въ виду этого я не раздѣляю пессимистическаго взгляда проф. *Н. А. Вельяминова* на изсѣченіе голеностопнаго сустава.

Д-ръ *Краснобаевъ*: Въ теченіи 15-лѣтней работы въ Московскихъ дѣтскихъ больницахъ св. Владиміра и св. Ольги я пережилъ періоды и оперативнаго и сохраняющаго лѣченія бугорчатки костей и суставовъ и убѣжденъ, что правильное рѣшеніе вопроса состоитъ въ совмѣстномъ пользованіи обоими способами. Несомнѣнно, что въ основѣ всякаго лѣченія должна лежать забота о поднятіи общаго питанія больного и что съ этой стороны дѣятельность санаторій имѣетъ громадное значеніе. Къ сожалѣнію, не имъ принадлежитъ рѣшеніе вопроса. Сколько-бы ни устраивалось санаторій, въ силу ихъ отдаленности и крайней распространенности бугорчатки, къ рѣшенію вопроса надо подойти съ домашними средствами. Всякому извѣстно, что долговременное больничное пребываніе, какъ бы хорошо она ни было обставлено, само по себѣ вредно вліяетъ на больного. Поэтому необходимо стремиться, чтобы такіе больные лѣчились амбуляторно, не лишаясь движеній на чистомъ воздухѣ, не будучи оторваны отъ семьи и не безъ радостей дѣтской жизни. Необходимо устраивать для нихъ при амбуляторіяхъ, какъ это дѣлаютъ нѣкоторыя французскія учрежденія, больничные завтраки и обѣды; необходимо устраивать при госпиталяхъ особыя закрытыя террасы, гдѣ бы дѣти проводили почти цѣлый день въ теченіи почти всего года. Я не знаю ни одного сустава, при пораженіи котораго нельзя было-бы лѣчить больного такимъ амбуляторнымъ путемъ. Понятно, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ всегда могутъ явиться спеціальныя показанія къ помѣщенію больного въ больницу, но оно во всякомъ случаѣ должно быть по возможности кратковременнымъ.

*А. А. Трояновъ*: Случаи неосложненной закрытой хирургической бугорчатки могутъ заканчиваться вполнѣ благополучно при сохраняющемъ лѣченіи. Въ случаяхъ-же открытыхъ, осложненныхъ гноеродным зараженіемъ, сопровождающихся нагноеніемъ, лихорадкой гнилостного свойства и упадкомъ питанія, требуется неотложное хирургическое вмѣшательство. Такое вмѣшательство необходимо, съ одной стороны, съ цѣлью обеззаразить бугорчатково-гнойные очаги, а съ другой—нанести окружающимъ частямъ такое раздраженіе, которое повлекло-бы за собой развитіе въ окружности этихъ очаговъ стойкой рубцовой ткани. И на изсѣченіе суставовъ, пораженныхъ бугорчатково-гнойнымъ процессомъ, необходимо смотрѣть не какъ на стремленіе удалить начисто все пораженное, а только какъ на одинъ изъ способовъ, вызывающихъ наиболѣе сильное оплотнѣніе окружающихъ тканей. Было-бы иллюзіей предполагать возможность удалить все пораженное помощью какихъ-бы то ни было изсѣченій суставовъ не только съ сумкой, но даже и со связочнымъ приборомъ. При лѣченіи бугорчатковыхъ заболѣваній суставовъ сохраняющіе способы должны занимать первенствующее мѣсто, а потому всѣ наши заботы должны быть направлены на питаніе и обстановку больныхъ. Лѣченіе больныхъ на ходу, въ деревняхъ, въ санаторіяхъ слѣдуетъ предпочитать лѣченію въ больницахъ.

Проф. *Н. М. Волковичъ*: Оперированные мною больные были тяжелые; съ пораженіемъ голеностопнаго сустава были, напр., такіе, что около $^1/_3$ ихъ напрашивались сразу на усѣченіе. Послѣднему лучше предпочитать изсѣченіе, хотя-бы оно и не давало столь хорошихъ результатовъ. А между тѣмъ результаты мои были именно хорошіе, такъ какъ изъ 24 больныхъ съ изсѣченіемъ, по моему способу, у 19 осталась нога, вполнѣ годная для ходьбы. То же нужно сказать относительно кистевого сустава: лучше получить здѣсь анкилозъ на мѣстѣ изсѣченія и только подвижность пальцевъ, чѣмъ рисковать необходимостью впослѣдствіи усѣченія.

*А. И. Кудишъ* (Кременчугъ). *О лѣченіи косолапости* (съ предъявленіемъ больныхъ). Исправленіе косолапой стопы докладчикъ производилъ по способу *Lorenz*'а съ предварительной тенотоміей. Всего такимъ способомъ оперированы имъ 12 больныхъ, изъ нихъ 7 въ возрастѣ 12—24 л., а 4—1-3 л. 7 больныхъ были мужского пола и 5 женскаго. Въ 10 случаяхъ косолапость была врожденная и въ 2 пріобрѣтенная. Послѣ операціи докладчикъ накладывалъ легкую асептическую повязку и только слегка укрѣплялъ стопу въ исправленномъ положеніи. На 6—7-ой дни нога окончательно устанавливалась въ нужномъ положеніи и закрѣплялась въ гипсовой повязкѣ. Въ трудныхъ случаяхъ гипсовая повязка на 3—4-ой недѣлѣ смѣнялась крахмальной, снабженной упругой тягой (дренажная трубка); эту повязку больные носили до излѣченія. Больные начинали ходить—дѣти на 7—8-ой день послѣ операціи, взрослые черезъ 15—20 дней. Окончательные результаты получались у дѣтей и подростковъ черезъ 4—6 мѣс., у взрослыхъ черезъ годъ.

*Б. С. Козловскій* (Смѣла). *Случай двусторонняго вывиха тазобедренныхъ сочлененій и уродства нижнихъ конечностей* (съ предъявленіемъ препарата). Показанный докладчикомъ костный препаратъ таза съ нижними конечностями представлялъ слѣдующія особенности. Врожденный вывихъ въ обоихъ тазобедренныхъ суставахъ при полномъ отсутствіи бедренныхъ костей, отъ которыхъ сохранились только остатки головокъ въ видѣ небольшихъ чечевицеобразныхъ косточекъ, видимыхъ въ полости тазобедренныхъ суставовъ при *Roentgen*'оскопіи. Голени сочленяются прямо съ тазомъ, при чемъ вертлужныхъ впадинъ нѣтъ, а утолщенная и растянутыя суставныя сумки прикрѣпляются отъ передней верхней ости на наружной поверхности подвздошныхъ костей. Обѣ большеберцовыя кости саблевидно искривлены, съ ненормально сильно развитымъ наружнымъ бугромъ, особенно рѣзко выраженнымъ на правой; отъ этого бугра до наружнаго мыщелка спускается широкая межкостная связка, въ наружномъ краѣ которой замѣтны остатки малоберцовой кости. На стопахъ лишь по 4 пальца; соотвѣтственно имъ по 4 плюсневыхъ кости. Правая надпяточная кость утолщена и слилась съ ладьеобразной; точно также слились между собой 1-ая и 2-ая клиновидныя кости. На лѣвой стопѣ тѣ-же измѣненія съ той разницей, что 3-ья клиновидная кость слилась съ кубовидной, слабо развитой въ ширину, вслѣдствіе чего 4-ая плюсневая кость сочленяется прямо съ пяточной. Докладчикъ высказалъ мнѣніе, что описанное имъ уродство можно объяснить лишь глубокимъ нарушеніемъ зародышеваго образованія хрящей. Препаратъ пожертвованъ Пироговскому Музею.

*В. М. Минцъ* (Москва). *О дренажѣ околосердечной сорочки.* Докладчикъ на основаніи своихъ изслѣдованій на 21 трупѣ и 1 случая операціи съ удачнымъ исходомъ предлагаетъ разсѣкать околосердечную сумку по видоизмѣненному имъ способу *Larrey*'я. Туловище оперируемаго слегка приподнимается. Операторъ становится съ правой стороны. Разрѣзъ, длиною въ 7 стм., проводится отъ реберно-мечевиднаго угла по нижнему краю 7-го ребернаго хряща. Разсѣкаются прикрѣпленія прямой и косой мышцъ живота и затѣмъ, соотвѣтственно угламъ кожной раны, въ 2-хъ мѣстахъ поперечно хрящъ 7-го ребра (ножемъ). Хрящъ откидывается кверху при постепенномъ отдѣленіи отъ его задней поверхности поперечной мышцы и грудобрюшной преграды, при чемъ въ ранѣ показывается сосудистый пучекъ—продолженіе сосудовъ грудной железы, который перевязывается безъ затрудненія по мѣрѣ надобности. Осаживая пальцемъ грудобрюшную преграду книзу, слѣва подъ 6-мъ ребернымъ хрящемъ встрѣчаютъ тонкую почти прозрачную плейру, а больше вправо, ближе къ грудинѣ, болѣе твердую на ощупь, непрозрачную покрытую рыхлой клѣтчаткой околосердечную сумку. На живомъ при перикардитѣ задача вскрытія околосердечной сумки облегчается біеніями сердца и иглы шприца, введеннаго для пробнаго прокола. По вскрытіи перикардія обыкновенно выливается содержащійся въ ней выпотъ. Откидывать кверху костно-хрящевые лоскуты особенно полезно при уклоненіи мечевиднаго отростка влѣво. Въ 3 случаяхъ, гдѣ онъ былъ подогнутъ подъ лѣвое 7-ое ребро, докладчикъ отсѣкалъ его у прикрѣпленія и оттягивалъ вправо или-же удалялъ часть его. При своихъ опытахъ докладчикъ вскрывалъ околосердечную сумку, не повреждая плейры, въ 5 мин.

*А. Р. Войничъ-Сяноженцкій*: Способъ докладчика ничѣмъ не отличается отъ одного изъ моихъ—продольнаго разрѣза, проникающаго черезъ прямую мышцу живота, кромѣ большей ширины.

*А. А. Трояновъ*: Способъ *Larrey*'я—единственный пригодный, такъ какъ при немъ не страдаютъ волокна прямой мышцы.

*Докладчикъ*: Способъ д-ра *Войнича-Сяноженцкаго* значительно сложнѣе: онъ удаляетъ 7-ое и 6-ое ребра, часть грудины и часть мечевиднаго отростка долотомъ. На все это требуется время; я-же почти мгновенно перерѣзаю 7-ой хрящъ.

Д-ръ *Герценъ* (Москва). *Къ хирургіи сердца.* Докладчикъ 2 раза оперировалъ въ Старо-Екатерининской больницѣ по поводу раненій сердца. 1) Больной, 50 л., 8/IX 1903 г. нанесъ себѣ ударъ ножемъ. Послѣ раненія—очень сильное кровотеченіе; пульсъ нитевидный. Рана между 5-мъ и 6-мъ хрящами въ срединѣ разстоянія между лѣвымъ краемъ грудины и соскомъ. Операція черезъ $2^1/_2$ часа послѣ раненія: изсѣченіе 5-го и 6-го хрящей; отъ 4-го мягкія ткани отдѣлены снутри кнаружи. Найдены раны въ плейрѣ и околосердечной сумкѣ. Послѣдняя была широко вскрыта; сердце сокращалось слабо и неправильно; затѣмъ произошла постепенная остановка сердечной дѣятельности по типу *Cheyne-Stokes*'овскаго дыханія. Возстановить дѣятельность сердца удалось послѣ вливанія въ вены 500 к. стм. физіологическаго раствора поваренной соли и массажа сердца; подъ кожу впрыснуто еще 700 к. стм. того-же раствора. На передней поверхности лѣваго желудочка на 2 стм. отъ верхушки найдена поперечная рана 1,5—2 стм. длиной. Кровотеченіе было небольшое вслѣдствіе того, что сердце не наполнялось кровью; кровоточила крупная вѣтвь вѣнечной артеріи. На рану сердца наложены 2 шва; кровоточившій артеріальный стволъ захваченъ въ шовъ. Послѣ операціи больной, перенеся лѣвостороннюю эмпіему, сталъ поправляться, но 30/X умеръ неожиданно отъ кровотеченія. На вскрытіи оказалось, что вслѣдствіе перевязки вѣтви вѣнечной артеріи получилась атрофія и міомаляція сердечной стѣнки у верхушки лѣваго желудочка, вслѣдствіе чего произошло прободеніе желудочка и ложная аневризма въ плотно заросшей сердечной сумкѣ. Аневризма, въ свою очередь, прорвала наружный рубецъ.—2. Больной, 35 л., 14/XII 1902 г. нанесъ себѣ рану сапожнымъ ножемъ. Въ подложечной области слѣва подъ реберной дугой—рана, сильно кровоточившая при выдохѣ, мало или совсѣмъ не кровоточившая при вдохѣ. Пульсъ нитевидный; тоны сердца почти не слышны; дыханіе затруднено; шокъ; возбужденное состояніе. Операція черезъ 2 часа послѣ раненія: изсѣченіе хрящей 9-го, 8-го и 7-го; неудавшаяся попытка образовать лоскутъ съ наружнымъ основаніемъ изъ 6-го и 5-го хрящей; они были тоже изсѣчены, и мягкія ткани отдѣлены снутри кнаружи отъ 4-го хряща. Въ околосердечной сумкѣ на нижней

Digitized by Google

поверхности найдена рана. По вскрытіи сумки кровотеченіе усилилось, но пульсъ улучшился. По выведеніи сердца въ рану и поворота его на задней поверхности праваго желудочка, отступя на палецъ отъ праваго края сердца и на $2^1/_2$ пальца отъ верхушки его найдена рана, въ 2—2,5 стм. длиной. При систолѣ—изъ раны кровотеченіе струею, въ палецъ толщиной. По наложеніи на рану 4-хъ швовъ кровотеченіе остановилось. Шовъ на околосердечную сумку и кожу. Въ полость перикардія тампонъ на одни сутки. Рана зажила первымъ натяженіемъ, но впослѣдствіи развилось воспаленіе въ околосердечной сумкѣ. Смерть 16/I 1903 г. На вскрытіи: хроническая эмпіема у верхушки лѣваго легкаго, фиброзныя зарощенія обѣихъ плеиръ и перикардитъ; рана сердца прекрасно зажила.—При накладываніи шва въ обоихъ случаяхъ сердце удерживалось не инструментами или шелковинкою, а полной рукой. Швы накладывались во время діастолы. Въ 1-мъ случаѣ особый интересъ представляетъ возможность перерожденія сердечной мышцы вслѣдствіе пораненія крупной вѣтви вѣнечной артеріи.

*В. Г. Цеге-фонъ-Мантейфель:* Мнѣ пришлось наблюдать огнестрѣльное повреждение сердца. Больная, 21 г., 12/IX 1903 г. въ $2^3/_4$ часа дня получила при открытой груди огнестрѣльную рану въ области 4-го лѣваго межреберья. Рана была нанесена 5-миллиметровымъ револьверомъ. Больная упала и то теряла сознаніе, то приходила въ себя. Была рвота. $4^1/_2$ час. дня она поднялась и позвонила прислугу. Позванная послѣдней сестра милосердія сдѣлала впрыскиваніе камфоры. Я увидѣлъ больную только въ 6 час. 20 м. веч. и нашелъ ее съ блѣдно-синеватой кожей и едва ощутимымъ пульсомъ, 88 въ минуту. Въ рвотныхъ массахъ крови не было. Плевральныя полости были свободны; сердечная тупость не увеличена; рана—у края грудины. Послѣ цѣлаго ряда впрыскиваній камфоры больная, находившаяся въ очень тяжеломъ состояніи, была переправлена въ клинику. Здѣсь она настолько-было оправилась, что я начиналъ сомнѣваться, проникающая у нея рана. Но увеличеніе области относительной сердечной тупости, ослабленные тоны и новый припадокъ коллапса убѣдили меня, что околосердечная сумка была наполнена кровью. Въ 12 час. ночи (на 9-ый часъ послѣ раненія) операція подъ эфирнымъ наркозомъ. Разрѣзъ вдоль лѣвой грудинной линіи отъ 3-го до 8-го ребра; изсѣченіе хрящей 4-го и 5-го реберъ; удаленіе полосы грудины, шириною въ 2 стм. По ходу огнестрѣльнаго канала отдѣлена 3-угольная мышца и отодвинуты въ сторону артерія и вена грудной железы. При выдохѣ—кровотеченіе. Рана расширена изсѣченіемъ хрящей 6-го и 7-го реберъ. Плевра отодвинута въ сторону. Околосердечная сумка оказалась наполненной кровью; она была вскрыта по введенному желобоватому зонду, а по разведеніи краевъ ея изъ полостей ея удалена свернувшаяся кровь. Въ правомъ желудочкѣ, на разстояніи 6 стм. отъ верхушки, находилось входное отверстіе. Изъ раны во время діастолы кровь била струей. По закрытіи раны швомъ кровотеченіе остановилось. При дальнѣйшемъ изслѣдованіи въ задней стѣнкѣ сердца прощупана пуля,—она лежала въ задней стѣнкѣ праваго желудочка, на разстояніи 1 стм. отъ вѣнечной артеріи. Сердце приподнято было кверху; сдѣланъ разрѣзъ сердечной стѣнки надъ пулей, которая и была извлечена крючковатымъ пинцетомъ, при чемъ она чуть не проскользнула въ полость желудочка. Шовъ на рану, сдѣланную для извлеченія пули; шовъ на околосердечную сумку. Кожная рана зашита только въ нижней части, въ верхнюю введенъ іодоформный тампонъ. Послѣоперационное теченіе сначала гладкое, но потомъ развился сывороточный перикардитъ, вызвавшій необходимость удалить 1 шовъ, вытекло значительное количество чистой жидкости. Затѣмъ правильное заживленіе вторичнымъ натяженіемъ. Рана совершенно закрылась 25/X, и 15/XI оперированная выписалась здоровой. Случай этотъ 1-ый, гдѣ при помощи новаго разрѣза была извлечена засѣвшая въ сердцѣ пуля. Что касается техники, то я предпочитаю обширное изсѣченіе образованіе лоскута.—Изложеніе своего случая проф. *Ц.—М.* закончилъ указаніемъ, что появленіе сообщеній о немъ въ общей печати было медвѣжьей ему услугой со стороны благодарной больной. Она была показана въ засѣданіи.

*И. И. Грековъ:* Въ хирургическомъ отдѣленіи женской Обуховской больницы швовъ при раненіяхъ сердца наложенъ былъ въ 3 случаяхъ. Объ этихъ случаяхъ я подробно сообщу на Пироговскомъ Съѣздѣ.

*Я. Зельдовичъ.*

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

## XVII. 1-ый Съѣздъ Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ.

1-ый Всероссійскій Съѣздъ гинекологовъ и акушеровъ открылся 28-го декабря торжественнымъ засѣданіемъ въ актовомъ залѣ новаго Клиническаго Повивальнаго Института. Предсѣдатель организаціоннаго Комитета проф. *Д. О. Оттъ* сказалъ привѣтственное слово; затѣмъ секретарь Правленія прочелъ отчетъ по устройству Съѣзда, и было приступлено къ избранію почетнаго предсѣдателя Съѣзда, его товарища и 2-хъ секретарей. По предложенію Правленія избраны: почетнымъ предсѣдателемъ проф. *В. Ф. Снегиревъ*, товарищемъ его *П. В. Кузнецкій*, секретарями *С. К. Оленинъ* и *А. Г. Архангельская*. Съѣздъ привѣтствовали представители почти всѣхъ русскихъ Университетовъ и нѣкоторыхъ медицинскихъ Обществъ, гражданской санитарной Дирекціи въ Болгаріи и нѣкоторыхъ медицинскихъ Обществъ. Затѣмъ прочтены были привѣтствія отъ частныхъ лицъ. Засѣданіе закончилось рѣчью проф. *В. Ф. Снегирева* «Изъ пережитого», которую я позволю себѣ воспроизвести здѣсь въ возможной полнотѣ.

Всякій дѣятель, проработавшій въ области гинекологіи болѣе $^1/_4$ вѣка, имѣетъ право сказать, что эта спеціальность развилась и достигла современнаго высокаго уровня на его глазахъ. Какъ живой свидѣтель успѣховъ и исторіи развитія этой отрасли медицины, *В. Ф.*, вспоминая пережитое, далъ въ своей рѣчи яркое представленіе объ огромномъ шагѣ, сдѣланномъ за это время гинекологіей, и имѣлъ право, «отнесясь съ благодарностью къ прошедшему и съ возможной объективностью къ настоящему, попытаться на основаніи этого предсказать ея будущее». Въ концѣ 60 годовъ, когда *В. Ф.* былъ еще студентомъ, гинекологія не читалась въ видѣ отдѣльнаго курса. Осмотры больныхъ ограничивались введеніемъ зеркала и удаленіемъ отдѣляемаго при помощи корпійной кисточки, а въ терапіи примѣнялись морфій, амигдалинъ, лавровишневая вода, пьявки и припарки. Если требовалось оперативное вмѣшательство, напр., удаленіе полипа, то созывались на совѣщаніе акушеры и хирурги; первые ставили распознаваніе, а вторые оказывали пособіе. Чревосѣченія, крайне рѣдкія, производились при самой жалкой обстановкѣ; сахарная бичевка для перевязки культей, иглы, воткнутыя въ сальную свѣчу, губки въ мѣдномъ тазу и многочисленные ассистенты въ вицмундирахъ и сюртукахъ, при чемъ каждому изъ присутствовавшихъ предлагалось высказывать свое мнѣніе и входить рукою въ полость живота — вотъ обычная обстановка при производствѣ оваріотомій въ то время. Учебными пособіями служили только лекціи. Имя *Scanzoni* гремѣло тогда повсюду, но переводъ его «Женскихъ болѣзней» былъ скученъ и объемистъ и доступенъ лишь немногимъ. Только появившійся въ 1871 г. переводъ «Хирургіи» *Sims*'а внесъ извѣстную ясность въ спутанность представленій о женскихъ болѣзняхъ и пробудилъ стремленіе къ ихъ изученію, болѣе тщательному распознаванію и производству легкихъ операцій. Въ это время заграницей только-что начала разцвѣтать гинекологическая хирургія. Въ Англіи, куда направился *В. Ф.* для изученія устройства стаціонарныхъ отдѣленій для больныхъ женскими болѣзнями, уже работали *Spencer Wells*, *Meadows*, *Barns*, *Hewitt*. *Duncan* былъ извѣстенъ, какъ тонкій діагностъ, *Lister* прославился введеніемъ антисептики, *Keith* привлекалъ къ себѣ своей тонкой и деликатной техникой. Въ Парижѣ *Péan* удалялъ фибромы кускованіемъ; *Koeberle* въ Страссбургѣ примѣнялъ свои способы оперированія и стеклянный дренажъ; далѣе — *Hegar* во Фрейбургѣ, *Simon* въ Гейдельбергѣ, въ Вѣнѣ—*C. Braun*, *Chrobak* и *Meyerhofer* привлекали къ себѣ аудиторію, какъ операторы и руководители. Съ запасомъ знаній, свѣдѣній и впечатлѣній, полученныхъ при посѣщеніяхъ клиникъ этихъ лицъ, уже можно было возвратиться въ Москву и приняться за самостоятельную хирургическую дѣятельность. Но устройство стаціонарнаго отдѣленія по женскимъ болѣзнямъ при факультетѣ встрѣтило со стороны хирурговъ энергичный отпоръ, и, только благодаря содѣйствію покойнаго проф. *Захарьина*, удалось въ его клиникѣ отдѣлить 1 палату съ 4 койками для стаціонарнаго пользованія больныхъ женскими болѣзнями—палату, которая и послужила ядромъ будущихъ гинекологическихъ университетскихъ клиникъ, основавшихся путемъ частной матеріальной помощи. Проникновенію и укрѣпленію убѣжденія въ необходимости и основательности образованія спеціальныхъ гинекологическихъ учрежденій много способствовала Петербургская школа съ ея главою, покойнымъ *А. Я. Крассовскимъ*, которому должно быть отведено 1-ое мѣсто иниціатора, 1-ое мѣсто дѣятеля, познакомившаго Россію съ производствомъ оваріотомій и заставившаго заграничныхъ ученыхъ высоко цѣнить и приводить его работы. Въ то же время появились учебники *Schroeder*'а, *Hegar*'а и *Kaltenbach*'а; многочисленные врачи, путешествовавшіе заграницу, привозили оттуда живое свидѣтельство объ успѣхахъ хирургической гинекологіи. Книга покойнаго *М. П. Горвица*, появленіе покойнаго *К. Ѳ. Славянскаго*, производство оваріотомій на югѣ Россіи *Н. В. Склифосовскимъ*—все это пронизывало атмосферу новымъ подъемомъ духа, энергическимъ и сознательнымъ стремленіемъ приложить у себя въ Россіи все, добытое заграницей. Такимъ образомъ изъ разнообразныхъ мѣстъ получались свѣдѣнія и знанія, воспитывавшія среду и давшія возможность къ настоящему времени построить цѣльное и стройное зданіе гинекологіи, какъ науки, совершенно отдѣльное и самостоятельное. 30 лѣтъ росла гинекологія въ Россіи, постепенно принимая строго-хирургическое направленіе. Мы пережили 1-ый, полу-асептическій періодъ чревосѣченій, съ внѣбрюшиннымъ уходомъ за ножкою, когда 25% смертности послѣ оваріотомій считалось идеаломъ. Прожили первое время внутрибрюшиннаго обращенія съ культею, протекшее подъ покровомъ строгой антисептики. Операторы пребывали подъ непрерывнымъ шпреемъ изъ 5%-го раствора карболовой кислоты, а брюшная полость промывалась растворомъ сулемы крѣпостью иногда въ 1 : 1000. Страдали отъ отравленій и врачи, а больныя — теряли жизнь. Все это прошло теперь, когда мы вступили въ полосу асептики. Почти исчезли недоконченныя операціи, операціи продолжительностью въ 3 — 4 часа; опытность хирурговъ возросла значительно; въ рукахъ отдѣльныхъ гинекологовъ въ Россіи теперь можно насчитывать не какой нибудь десятокъ или сотню, а 1000, 2000 и даже до 3000 чревосѣченій. Когда-то идеальные 25% смертности теперь насъ ужаснули-бы; стало инымъ и отношеніе больныхъ къ операціямъ и операторамъ. «Миновало тяжелое время», говорилъ *В. Ф.*, «бремя котораго вынесли мы на своихъ плечахъ, не унывая, но вѣря въ свѣтлое будущее. Каковы бы ни были наши недостатки въ нашей прошедшей дѣятельности, мы стойко продол-

Digitized by Google

жали начатое дѣло, потому что вѣрили въ него и любили его, и пусть этою любовью простятся намъ многіе наши грѣхи». Если прошлые терапевтическіе пріемы въ лѣченіи женскихъ болѣзней были крайне бѣдны, то теперь въ этомъ отношеніи въ рукахъ гинекологовъ цѣлое богатство: здѣсь и водолѣченіе, и курорты, и массажъ, и электротерапія, и паролѣченіе, и свѣтолѣченіе, и горячія клизмы, и мѣстное лѣченіе полости матки. По надъ всѣмъ этимъ царитъ хирургія, потерявшая, благодаря асептикѣ, свое отравляющее дѣйствіе. Ея колоссальный успѣхъ еще болѣе возросъ теперь, благодаря введенію разсасывающагося матеріала, аутопластикѣ въ брюшной полости, введенію электрическаго освѣщенія въ полостяхъ, осмотру глазомъ патологическихъ измѣненій и остановкѣ кровотеченія. Всѣ клиники и спеціальныя гинекологическія учрежденія какъ въ Россіи, такъ и на Западѣ усиленно разрабатывали хирургическую гинекологію. Но въ тиши и уединеніи стоятъ до сихъ поръ въ гинекологіи отдѣлы функціональныхъ разстройствъ половой сферы. Вся глава о мѣсячныхъ и ихъ разстройствахъ, глава о безплодіи—главы еще нетронутыя; мы мало отводимъ мѣста субъективнымъ жалобамъ больныхъ, оставляемъ въ забвеніи физическое и душевное воспитаніе дѣвочекъ, не обращаемъ вниманія на наслѣдственность въ женскихъ заболѣваніяхъ, не различаемъ, на какую почву упало заразное начало. Всѣ 30 лѣтъ, какъ встала на ноги современная гинекологія, мы занимались лишь удаленіемъ рака, не заглядывая въ его даже анатомическую сущность. Нельзя быть удовлетвореннымъ также всею современною классификаціей гинекологическихъ заболѣваній и тѣми толкованіями, которыми объясняется вліяніе женской половой сферы на сосѣдніе органы: въ этой области все такъ-же темно, какъ было темно и 30 лѣтъ назадъ. Пора перейти къ изученію физіологическихъ и патологическихъ состояній въ отправленіяхъ женскаго организма, чтобы они были изучены настолько-же плодоносно, какъ изучена одна изъ нихъ—родовая. Самое слово «гинекологія» указываетъ на то, что это есть наука о женщинѣ вообще, и въ больномъ, и въ здоровомъ ея состояніи,—наука, подобная той, которая извѣстна подъ именемъ антропологіи. Хирургическій періодъ гинекологіи, при совершенствѣ современныхъ способовъ, при разнообразіи техническихъ пріемовъ, дающихъ возможность въ 90% достигать такъ или иначе успѣха съ сохраненіемъ здоровья, можно теперь считать законченнымъ совершенно. Конецъ этого періода совпалъ, и, нужно думать, очень удачно, съ допущеніемъ у насъ въ Россіи женщины къ изученію медицины. Хирургическій періодъ гинекологіи былъ весь вынесенъ на плечахъ и на работѣ мужчинъ—работѣ, требующей, помимо опредѣленнаго, устойчиваго психическаго склада, еще и огромнаго, гармоничнаго развитія физическихъ силъ. Настоящее и будущее изученіе гинекологіи уже не потребуетъ такой массы физическихъ силъ, а потому вступленіе женщинъ въ этотъ періодъ ея изученія является необходимостью, ибо многія функціональныя разстройства и особенности женскаго организма и психическаго темперамента могутъ быть подробнѣе, глубже и обширнѣе изучены только женщиной. Хирургическій періодъ гинекологіи столь-же законченъ въ Россіи, какъ и заграницей. Оглядываясь на прожитое въ дѣлѣ русской гинекологіи за 30 лѣтъ, можно установить этотъ огромный, проявленный нами прогрессъ какъ въ области больничной гинекологіи, такъ и въ области преподаванія ея. Лица, посѣщающія заграничныя гинекологическія учрежденія, выносятъ то впечатлѣніе, что учиться гинекологіи можно и въ Россіи; ознакомленіе же съ заграничными учрежденіями можетъ служить лишь дополнительнымъ подспорьемъ, расширяющимъ кругъ міровоззрѣнія. Иностранцы, посѣтившіе насъ во время Международнаго Съѣзда, были поражены полнотою и цѣлесообразностью нашихъ спеціальныхъ учрежденій, что засвидѣтельствовали не только устно, но и печатно, въ своихъ отчетахъ. Судя строго, безъ тѣни всякаго патріотическаго оптимизма, мы можемъ сказать, что гинекологія въ Россіи стоитъ такъ-же высоко, какъ и на Западѣ. Нѣтъ ни одного отдѣла въ гинекологіи, гдѣ-бы русское имя не занимало прочнаго мѣста. А, если это такъ, то потребность въ спеціально акушерско-гинекологическомъ Съѣздѣ является органической, и нѣтъ сомнѣнія, что польза отъ него будетъ ощутительной: онъ обогатитъ, укрѣпитъ и наставитъ насъ въ томъ направленіи, что намъ, помимо обогащенія нашихъ свѣдѣній и знаній, необходимо помнить, что мы призваны на врачебную помощь 130-милліонному населенію Россіи. Ближайшей задачей гинекологовъ должно служить то, чтобы, помимо непосредственной врачебной помощи русской женщинѣ, колыбели нашего народа, стремится облегчить всю тяжесть въ положеніи нашей матери, дабы предупредить тѣмъ тѣлесное и духовное вырожденіе народа. Для этого нужно сдѣлать для нея то, что мы дѣлаемъ для нашей интеллигентной женщины: широко раскрыть ей двери для гражданской дѣятельности; озаботиться поднятіемъ ея нравственнаго и матеріальнаго состоянія, чтобы почтеніе и уваженіе окружали ее, а для того приложить къ ней тотъ принципъ, который уже былъ высказанъ при встрѣчѣ иностранныхъ гостей на международномъ праздникѣ: «Колыбель рода человѣческаго—женщина, должна добиваться не равенства съ мужчиной...., она, какъ мать, должна имѣть больше правъ и меньше обязанностей. Тогда она сохранитъ свое здоровье, возстановитъ свои богатырскія силы, свою мощь, свою красоту, и красота ея родитъ истину, а истина есть правда и красота». Вотъ окончательнаая цѣль нашихъ Съѣздовъ, заключилъ свою рѣчь *В. Ф.* не только теперешняго, но и будущихъ.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

*В. Преображенскій.*

## XVIII. *Изъ Общества взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія.*

(Засѣданіе 2-го декабря 1903 г.).

Д-ромъ *Соколовскимъ* былъ прочитанъ докладъ *о желательныхъ измѣненіяхъ въ постановкѣ преподаванія въ Клиническомъ Институтѣ.*

Д-ръ *Бернштейнъ* отъ имени Коммиссіи, предварительно разсматривавшій этотъ докладъ, прочиталъ слѣдующія положенія, исчерпывающія его содержаніе.

1. Признать желательнымъ увеличить учебное время до 8 мѣс., начиная занятія съ 1-го сентября, чтобы такимъ образомъ можно было устроить 4 2-мѣсячныхъ курса съ цѣлью ускорить обращеніе врачей въ Институтѣ и уменьшить ихъ численность для каждаго отдѣльнаго курса. 2. Признать необходимымъ, насколько это удобоисполнимо, съ цѣлью дать врачамъ-слушателямъ возможность производительнѣй исчерпать имѣющееся въ ихъ распоряженіи короткое время, устранить совпаденіе лекцій и занятій по разнымъ предметамъ въ одни и тѣже часы. 3. Признать желательнымъ устройство параллельныхъ курсовъ, которые дадутъ возможность слушателямъ разбиваться на немногочисленныя группы, такъ какъ большое число работающихъ препятствуетъ правильному теченію практическихъ занятій. 4. Признать желательнымъ увеличеніе амбуляторнаго матеріала, чему можно способствовать: а) отмѣной платы за пріемъ больныхъ, б) ежедневными извѣщеніями въ газетахъ дней и часовъ пріема больныхъ въ Институтѣ по спеціальностямъ, какъ это дѣлается администраціей Николаевскаго военнаго госпиталя и Михайловской клинической больницы бар. Вилліе. 5. Признать желательнымъ въ началѣ каждаго семестра давать слушателямъ краткій курсъ практическихъ занятій на трупахъ по 3-мъ важнѣйшимъ для земскихъ врачей отдѣламъ: хирургіи, офталмологіи и гинекологіи. 6. Признать желательнымъ возможное сокращеніе теоретическихъ курсовъ и увеличеніе практическихъ занятій. 7. Признать необходимымъ предоставить врачамъ возможность самостоятельной практической работы. 8. Признать желательнымъ отмѣнить плату за посѣщеніе поликлиническихъ курсовъ. 9. Просить Правленіе Общества на основаніи § 28 Устава войти съ надлежащимъ ходатайствомъ по поводу вышеизложенныхъ положеній.

Проф. *Л. Б. Блюменау* возражалъ противъ перваго положенія въ томъ смыслѣ, что придется сократить курсъ и безъ того ограниченный недостаткомъ времени. Большое неудобство состоитъ въ совпаденіи между собой лекцій.

Проф. *Д. О. Оттъ* указалъ на то, что Институтъ создавался для врачей вообще и имѣлось въ виду въ непродолжительный срокъ дать извѣстную сумму новыхъ знаній по извѣстному отдѣлу медицины, но учрежденіе это не должно превращаться въ практическую школу. Помимо практической цѣли—научить врача техническимъ пріемамъ по различнымъ отраслямъ медицины, Институтъ преслѣдуетъ и долженъ преслѣдовать и цѣли научныя. Эти 2 цѣли смѣшивать нельзя. Во всякомъ случаѣ Институтъ всегда прислушивался къ насущнымъ потребностямъ практическаго врача, которыя, по возможности, часто и удовлетворялись. Вся бѣда въ томъ, что, съ одной стороны, слишкомъ великъ спросъ на курсы врачей-слушателей, съ другой—плохія матеріальныя средства Института создаютъ физическую преграду для полнаго удовлетворенія назрѣвшихъ и ясно сознаваемыхъ преподавательскимъ персоналомъ Института потребностей. Кромѣ того, необходимо имѣть въ виду то обстоятельство, что усвоить всѣ отдѣлы медицины въ короткій срокъ физически невозможно.

Д-ръ *Соколовскій:* Земскій врачъ не имѣетъ права спеціализировать за счетъ земства; въ интересахъ послѣдняго врачъ за время своей командировки долженъ усвоить разностороннія свѣдѣнія по медицинѣ.

Д-ръ *Вербовъ:* Врачи пріѣзжаютъ въ Институтъ на различные сроки, отчего и требованія ихъ неодинаковы. Необходимо ввести курсы еще болѣе кратковременные, чѣмъ они есть въ настоящее время, но исключительно практическаго характера.

Д-ръ *Бернштейнъ:* Врачи сами ясно сознаютъ, что вся бѣда въ ихъ многочисленности; поэтому, если увеличить продолжительность учебнаго года, то на каждую единицу времени придется меньше слушателей. Если-бы были курсы продолжительностью въ 1, 2, 3, 4 мѣс., то врачи, зная объ этомъ, ранѣе записывались-бы на курсъ опредѣленной продолжительности, сообразно времени, которымъ они располагаютъ.

Проф. *Г. Ф. Тилингъ:* Врачи интересуются главнымъ образомъ практической стороной курсовъ. Клиника при извѣстной кратковременности курса, за отсутствіемъ достаточнаго матеріала, едва-ли дастъ многое. Что-же касается техническихъ знаній (операцій на трупахъ, офтальмоскопированія, занятій по микроскопіи и пр.), то таковыя могутъ пріобрѣтаться и въ болѣе короткій срокъ. Институтъ давно понялъ это желаніе врачей и въ этомъ направленіи дѣлаетъ многое. По поводу увеличенія продолжительности учебнаго года, проф. *Т.* замѣтилъ, что съѣзжаются врачи-слушатели въ Петербургъ не ранѣе октября, а разъѣзжаются въ началѣ апрѣля,—обстоятельство, при которомъ 3-ій, обычно принятый, курсъ состояться не можетъ.

Д-ръ *Бернштейнъ:* Желательно было бы уч. годъ начинать раньше 1-го сентября; къ этому времени могли-бы собираться врачи, и такимъ образомъ, до декабря можно было-бы открыть 2 2-мѣсячныхъ курса.

Проф. *В. В. Строгановъ:* Увеличить учебный годъ до 8 мѣс.

Digitized by Google

невозможно, такъ какъ для этого нужно было-бы начинать занятія съ 1-го августа.

Д-ръ *Лысовой:* Самое свободное время для земскаго участковаго врача—лѣто. Тамъ, гдѣ приняты отпуски врачей для пополненія знаній, только эпидеміи могутъ помѣшать врачу воспользоваться очереднымъ для этой цѣли отпускомъ.

Постановлено 1-ое положеніе принять къ свѣдѣнію.

По поводу 2-го положенія проф. *Д. О. Оттъ* сказалъ: Это желаніе врачей-слушателей давно принято въ разсчетъ, въ виду чего преподаваемые предметы раздѣлены на 2 большія группы, хирургическую и терапевтическую, между которыми нѣтъ оффиціальнаго совпаденія; правда, иногда преподаватели задерживаютъ слушателей, но этимъ послѣднимъ нисколько не мѣшаетъ попадать во время къ другимъ преподавателямъ. За послѣдніе годы врачи-слушатели неоднократно представляли въ Совѣтъ Института составленное ими росписаніе лекцій; Совѣтъ охотно шелъ на встрѣчу желанію слушателей, но врачи ближайшаго семестра въ виду неудобства распредѣленія лекцій составленнаго ихъ предшественниками просили не вводить его. Недостатокъ естественнаго свѣта по утрамъ сильно мѣшаетъ начинать занятія рано.

Проф. *Г. Ф. Тилингъ:* Оффиціально въ Институтѣ около 120 час. лекцій, на дѣлѣ ихъ больше; при 120 час. распредѣлить время занятій безъ совпаденія физически невозможно.

3-ье положеніе принято безъ возраженія.

По поводу 4-го положенія проф. *Г. Ф. Тилингъ* сказалъ: Отмѣнить плату съ приходящихъ больныхъ Институтъ въ настоящее время за недостаткомъ средствъ, не можетъ.

Проф. *Д. О. Оттъ:* Едва ли для увеличенія матеріала потребуется оповѣщеніе въ газетахъ, такъ какъ Институтъ достаточно зарекомендовалъ себя среди больныхъ.

Проф. *Л. Б. Блюменау:* Для увеличенія матеріала потребовалось-бы расширить самое зданіе Института.

По поводу 5-го положенія проф. *Г. Ф. Тилингъ* заявилъ, что Институтъ постарается въ этомъ направленіи сдѣлать все возможное.

Положеніе 6-е принято безъ возраженій.

По поводу 7-го положенія проф. *Г. Ф. Тилингъ* сказалъ: Попытки въ этомъ направленіи неоднократно дѣлались имъ самимъ въ хирургической клиникѣ, но онѣ не встрѣчали сочувствія среди слушателей; по его мнѣнію болѣе активное участіе въ операціяхъ, въ особенности производство ихъ подъ руководствомъ опытныхъ товарищей, имѣетъ громадное моральное значеніе.

Проф. *Д. О. Оттъ:* Необходимо, чтобы пріѣзжающіе врачи для большей производительности своихъ занятій сами лучше устраивались съ этимъ дѣломъ, ибо зачастую не находятся желающихъ изслѣдовать разбираемую больную или даже сдѣлать несложную операцію.

8-ое положеніе единогласно отвергнуто.

9-ое положеніе рѣшено принять къ свѣдѣнію.

Д-ръ *Тимофеевъ:* Желательно, чтобы при Институтѣ была учреждена каѳедра гигіэны, такъ какъ въ настоящее время врачи должны быть знакомы съ вопросами эпидеміологіи и съ гигіэническими изслѣдованіями условій окружающей жизни.

Проф. *Г. Ф. Тилингъ* отвѣтилъ, что этотъ пробѣлъ въ преподаваніи Института имѣется въ виду въ ближайшемъ будущемъ пополнить. Въ Собраніи преподавателей уже возникалъ вопросъ, не лучше-ли замѣнить каѳедру физіологіи другою, которая могла-бы быть болѣе полезной нуждамъ практическаго врача, напр., каѳедрой гигіэны. Желательно, чтобы всякій разъ передъ началомъ занятій слушатели избирали изъ своей среды представителей, совмѣстно съ которыми можно было-бы обсуждать нужды врачей.

Проф. *Д. О. Оттъ:* Въ началѣ каждаго семестра, помимо курсовыхъ старостъ, въ правленіе Общества взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія, избираются 4 представителя изъ числа пріѣзжихъ врачей, которые всегда могутъ исполнять роль посредниковъ между преподавательскимъ персоналомъ и слушателями.

Казначеемъ д-ромъ *Якобсономъ* доложена приблизительная въ суммѣ 4800 р. смѣта на *открытіе столовой.* Изъ преній по этому вопросу выяснилось единогласное желаніе открыть столовую съ будущаго 1904 г. въ спеціально нанятомъ помѣщеніи на тотъ случай, если-бы администрація Института не разрѣшила открыть столовую при Институтѣ [1]). *В. Л.*

[1]) Позволю себѣ, съ своей стороны, высказать пожеланіе, чтобы врачи-слушатели принимали болѣе активное участіе въ судьбѣ Общества взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія, которое согласно § 1 устава «имѣетъ цѣлью оказывать необходимое содѣйствіе врачамъ, пріѣзжающимъ въ Петербургъ временно для научныхъ занятій, а также поддерживать общеніе ихъ съ научными учрежденіями столицы». Если Общество иногда стоитъ не на высотѣ своей задачи, то въ этомъ въ значительной степени виноваты мы, врачи, не достаточно настойчиво преслѣдующіе свои интересы въ дѣлѣ пополненія своихъ знаній. Мое глубокое убѣжденіе, что Общество взаимопомощи врачей со своимъ широкимъ уставомъ (см. § 28), при энергичномъ содѣйствіи врачей-слушателей и сочувствіи со стороны преподавателей Института, добьется того, что жалобы врачей на неудовлетворительную постановку занятій въ послѣднемъ въ недалекомъ будущемъ сдѣлаются достояніемъ прошлаго. Не говорю уже о томъ, какъ много можетъ и должно сдѣлать Общество въ дѣлѣ созданія внѣшнихъ благопріятныхъ занятіямъ условій временного пребыванія своихъ членовъ въ Петербургѣ (устройство столовой, сообщеніе во-время необходимыхъ свѣдѣній, слѣд., правильныя постановка справочнаго бюро, подысканіе квартиръ, организація курсовъ, наконецъ объединеніе товарищей на почвѣ одного дѣла и т. д.). Только-бы побольше энергіи и поменьше халатности въ своемъ собственномъ дѣлѣ! Соединенными усиліями можно добиться осуществленія всѣхъ своихъ въ сущности скромныхъ желаній—побольше взять изъ Петербурга на пользу дорогой родины. *В. Л.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

## *Kronfeld Robert, Die Zähne des Kindes. Leipzig. Verlag v. Arth. Felix. 1903 г. 136 стр. Ц. 4 мар. 40 пф.*

Въ 8 главахъ авторъ излагаетъ ученіе о дѣтскихъ зубахъ съ точки зрѣнія какъ педіатра, такъ и зубного врача. Тотъ и другой найдутъ въ этой книжкѣ полезныя указанія. Раздѣляя въ общемъ взгляды *Kronfeld'*а, я не могу не сдѣлать слѣдующихъ замѣчаній. Во-1-хъ, въ рѣшеніи, столь категорическомъ, вопроса объ отсутствіи какого-либо вліянія dentitionis даже на ходъ болѣзненныхъ процессовъ авторъ оказался, что называется, plus royaliste que le roi même. Во-2-хъ, не отмѣченъ фактъ самостоятельности выхода 1-го постояннаго коренного зуба, какъ зуба 5—6-го года жизни. Большія увлеченія въ весьма важномъ съ практической и научной точки зрѣнія вопросѣ о раннемъ удаленіи молочныхъ зубовъ предусмотрѣны авторомъ, и на этотъ счетъ формулированы 4 показанія, противъ которыхъ трудно что-нибудь возразить. Относительно спеціальныхъ способовъ лѣченія я не считаю себя въ правѣ говорить и надѣюсь, что пробѣлъ этотъ будетъ пополненъ кѣмъ-либо изъ зубныхъ врачей.

Проф. *И. Троицкій.*

## *Dr. Friedrich Hanszel. Über Fremdkörper in den oberen Luftwegen. Wien. 1903. 53 стр. Цѣна 1 мар. 50 пф.*

Авторъ собралъ 114 случаевъ инородныхъ тѣлъ въ верхнихъ дыхательныхъ путяхъ, наблюдавшихся въ теченіи 11 лѣтъ въ клиникѣ проф. *O. Chiari* въ Вѣнѣ, и изложилъ добытыя при этомъ данныя относительно распознаванія и удаленія инородныхъ тѣлъ. Каждому практикующему врачу отъ времени до времени приходится встрѣчаться со случаями попаданія инородныхъ тѣлъ въ носъ, зѣвъ, гортань или дыхательное горло, а потому и для не-спеціалиста важно ознакомиться съ извѣстными пріемами удаленія, съ возможными осложненіями и мѣрами ихъ предупрежденія. Съ этой, преимущественно практической точки зрѣнія и написана предлагаемая брошюра. Въ концѣ ея приложена статистическая таблица упомянутыхъ 114 случаевъ.

*В. Дитманъ.*

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

XVII. М. Г.! Въ № 49 «Русскаго Врача» за 1903 г. помѣщено письмо проф. *Д. А. Соколова*, въ концѣ котораго сказано: «да, кромѣ того, и самое избраніе меня на означенную должность» (т. е. товарища предсѣдателя) «лично не могу считать вполнѣ правильнымъ». Вслѣдствіе этого заявленія были собраны члены бывшаго Правленія Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ и затѣмъ—7-го января—и члены Общества, участвовавшіе въ выборахъ новаго Правленія, и постановлено, что по имѣющимся даннымъ избраніе проф. *Д. А. Соколова* въ товарищи предсѣдателя совершилось вполнѣ согласно съ уставомъ Общества.

Бывшее Правленіе Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ.
21 января 1904 г.

XVIII. М. Г.! Врачи, окончившіе Кіевскій Университетъ въ 1883 г. (*Долгополовъ, Никольскій, Флейшманъ, Черняховскій, Яновскій* и нижеподписавшійся), рѣшили устроить товарищескій кружокъ взаимопомощи, при чемъ прежде всего имѣется въ виду придти на помощь тѣмъ изъ товарищей или ихъ семьямъ, которыя въ настоящее время находятся въ бѣдственномъ положеніи. Кромѣ того, намѣчено устроить въ Кіевѣ бюро для оказанія товарищамъ различнаго рода услугъ. Въ виду предстоящаго 25-лѣтія со дня окончанія курса имѣется въ виду издать «Сборникъ» съ краткимъ описаніемъ жизни и дѣятельности товарищей. Рѣшено обратиться ко всѣмъ товарищамъ съ предложеніемъ съѣхаться на XI Пироговскомъ Съѣздѣ, который приблизительно совпадетъ съ 25-лѣтіемъ курса, или-же съѣхаться въ Кіевѣ въ 1908 г., независимо отъ того, гдѣ соберется ближайшій Пироговскій Съѣздъ. Въ настоящее время необходимо выяснить

Digitized by Google

прежде всего численный составъ врачей выпуска 1883 г. Кіевскаго Университета, а потому товарищи приглашаются сообщить о себѣ свѣдѣнія на имя *К. И. Коровицкаго, Н. В. Флейшмана* или *Ф. Г. Яновскаго* (всѣ живутъ въ Кіевѣ); въ особенности-же необходимы свѣдѣнія о товарищахъ, нуждающихся въ той или другой помощи. Въ виду предполагаемаго изданія «Сборника» очень необходимы біографическія свѣдѣнія объ умершихъ товарищахъ.

*А. Кисель.*

Москва. 16 января 1904 г.

XIX. «Положеніе врачебнаго персонала и въ военныхъ, и въ гражданскихъ учрежденіяхъ ненормальное. Въ настоящее время вопросъ этотъ не только поставленъ на очередь, но, что касается военной сферы, то близокъ къ разрѣшенію. На дняхъ послѣ торжественнаго акта въ В.-Медицинской Академіи военный министръ порадовалъ молодыхъ врачей вѣстью о грядущемъ расширеніи компетенціи врачей, въ смыслѣ предоставленія имъ административныхъ правъ по завѣдыванію врачебно-санитарнымъ дѣломъ. Порадовались и мы вмѣстѣ съ медиками».

Такъ писалъ я годъ назадъ въ № 276 «Русскаго Инвалида» за 1902 г.; такъ начиналъ я свою статью, озаглавленную «Врачи—подпоручики и полководцы», столь не понравившуюся д-ру *Заркевичу* («Русскій Врачъ», 1903 г., № 50).

Позволяю себѣ привести эту цитату, дабы ознакомить читателей «Русскаго Врача» съ моимъ истиннымъ отношеніемъ къ существу военно-врачебной реформы.

Ранѣе того, въ 1900 и 1901 гг. въ своихъ замѣткахъ я не разъ указывалъ на необходимость расширенія врачебныхъ полномочій, настаивалъ на реформѣ госпитальныхъ порядковъ въ смыслѣ, благопріятномъ для медиковъ, настаивалъ на выдѣленіи всей вообще врачебно-санитарной организаціи Россіи подъ знамя «Краснаго Креста».

Таково мое отношеніе къ врачебному персоналу. Д-ръ *Заркевичъ* сосредоточилъ свое вниманіе лишь на тѣхъ моихъ строкахъ, которыя посвящены разбору пожеланій нѣкоторыхъ военныхъ врачей преобразиться въ военныхъ офицеровъ и генераловъ.

Я совершенно согласенъ съ тѣмъ, что вопросъ этотъ, «совершенно не интересный и пустой вопросъ о военныхъ чинахъ для военныхъ врачей» («Русскій Врачъ», № 50). Да, во истину пустой!

Кастово-офицерская замкнутость мнѣ чужда, такъ какъ прежде всего я самъ давнымъ давно вышелъ изъ рядовъ «подпоручиковъ и полководцевъ» и состою въ гражданскихъ чинахъ. Въ интересахъ самого дѣла и ради врачей, какъ представителей медицины, я не пожелаю имъ обращаться въ офицеровъ. Статью свою въ «Русскомъ Инвалидѣ» я заканчивалъ такъ: «Врачи—не офицеры и не чиновники; они—врачи. Званіе высокое, благородное». Слова эти повторю и теперь. Д-ръ *Заркевичъ* полагаетъ, что съ переименованіемъ врачей въ офицерскіе чины они могутъ съ большой авторитетностью распоряжаться санитарнымъ дѣломъ. А я и многіе другіе боимся, какъ бы санитарнымъ—офицерамъ пуще прежняго не крикнули: «руки по швамъ!» «Не разсуждать!»... Боимся также и того, чтобы современныя гуманныя отношенія врачей къ сѣрому солдату и младшимъ офицерамъ не измѣнились къ худшему, какъ-бы больные не начали сторониться медиковъ-начальниковъ...

Профессоръ военной администраціи *Макшеевъ* подробно выяснилъ положеніе военно-санитарнаго корпуса въ иностранныхъ арміяхъ и освѣтилъ ошибки ссылавшихся на заграничный примѣръ института санитарныхъ-офицеровъ. Иностранный-же, плохо понятый образецъ ввелъ проповѣдниковъ объофицеренія въ заблужденіе. Впрочемъ, нѣкоторымъ плохо извѣстно существо организаціи даже русской арміи. Иначе никакъ-бы нельзя было проводить параллели между врачами и офицерами генеральнаго штаба, военными инженерами, а также военно-судебными чинами. Военные спеціалисты ведутъ войска въ бой, изощряются въ пораженіи непріятеля, врачи-же призваны къ инымъ обязанностямъ. Существованіе военныхъ юристовъ объясняется необходимостью поставить армію въ исключительныя и болѣе суровыя условія отвѣтственности въ случаяхъ преступленій и проступковъ. Жизненная практика заставила отказаться отъ тѣхъ военно-судебныхъ чиновъ, которые не тянули офицерской лямки.

При современномъ состояніи міровой культуры очень наивно представлять себѣ возможность проведенія въ жизнь здоровыхъ санитарныхъ началъ въ полномъ ихъ объемѣ. Не подъ силу еще это и такой передовой странѣ, какъ Западная Европа. Предоставьте врачамъ какія хотите полномочія, но они не въ силахъ замѣтно ускорить движенія совершенствованія соціальнаго строя, не въ моготу имъ одними своими велѣніями и предписаніями утереть слезы всѣмъ страдающимъ, накормить голодныхъ, одѣть голыхъ, устроить для сотенъ милліоновъ людей свѣтлыя, просторныя, теплыя помѣщенія. Въ частности такъ и въ арміи. Да ужъ по самому существу своему санитарное благополучіе съ одной стороны, а съ другой—подготовка вооруженныхъ силъ и самая война—не вяжутся вмѣстѣ!..

Необходимо энергично дѣлать соотвѣтствующія указанія къ сохраненію здоровья войскъ; но пока люди готовятся спеціально къ избіенію другъ друга, возможно-ли избѣгнуть чрезмѣрнаго утомленія, недостаточнаго и мало разнообразнаго питанія, негигіеничнаго расквартированія и т. д., и т. д. Помимо существа военныхъ упражненій, помимо чисто мѣстныхъ, случайныхъ условій, приходится считаться съ матеріальными средствами. Солдатская пища—недостаточно обильна и вкусна, но вѣдь у милліоновъ людей, на копѣйки которыхъ содержится армія, животы подвело отъ слишкомъ воздержаннаго питанія, милліоны дѣтей погибаютъ отъ недостатка молока...

Санитарное состояніе зависитъ отъ взаимодѣйствія многихъ причинъ.

Вы спросите, какое это имѣетъ отношеніе къ вопросу о чинахъ?

А вотъ какое. Представленіе военнымъ врачамъ офицерскихъ чиновъ объясняютъ желаніемъ придать имъ «командный престижъ» въ интересахъ подъема военно-санитарнаго дѣла. Если бы врачей-офицеровъ снабдить правами командующихъ войсками, то и то, при современныхъ условіяхъ, не много-бы они сдѣлали, а, вѣдь, на дѣлѣ имъ предложатъ права и обязанности—оберъ- и штабъ-офицерскія, въ рѣдкихъ случаяхъ ординарно-генеральскія. Права-то, какъ извѣстно, крохотныя, а обязанности, въ особенности въ смыслѣ субординаціи, огромныя. Поборники объофицеренія врачей, сами того не замѣчая, играютъ въ руку тѣмъ лицамъ, которымъ современное положеніе военныхъ медиковъ не нравится именно въ виду того, что они де много позволяютъ себѣ разсуждать, распущены будто-бы въ дисциплинарномъ отношеніи.

Можно съ увѣренностью сказать, что ни *Н. И. Пироговъ*, ни *С. П. Боткинъ*, ни *В. А. Манассеинъ* никогда-бы уже по одному этому предположенію не промѣняли положенія врача на званіе санитарнаго-офицера.

Санитарно-врачебное дѣло въ Россіи далеко до благополучія. Въ высшей степени желательно поставить его по возможности внѣ прямой зависимости отъ разныхъ вѣдомствъ; желательно развязать руки санитарно-врачебнымъ органамъ, а не отдавать агентовъ его во власть заинтересованнымъ учрежденіямъ. Общество «Краснаго Креста» съ большимъ успѣхомъ могло-бы сгруппировать подъ своей гуманной сѣнью многочисленную организацію оздоровленія и врачеванія и мирныхъ, и военныхъ обывателей. При теперешнихъ порядкахъ покровительство «Краснаго Креста» изливается случайно. Оттого однимъ страждущимъ выпадаетъ густо, а большинству пусто... Всего рельефнѣе это выразилось во время войны.

Съ передачей собственно военно-госпитальныхъ учрежденій въ завѣдываніе «Краснаго Креста», гдѣ врачебный персоналъ долженъ по праву занять доминирующее положеніе, многіе-бы изъ современныхъ шероховатостей сами по себѣ исчезли.

Переряжать-же врачей въ офицеровъ—пустое и вредное для дѣла занятіе [1]).

В. С. Кривенко.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

119. Противочумная Коммиссія оповѣстила («Новое Время», 22 января), что въ виду полнаго благополучія лицъ, находящихся на фортѣ Императоръ Александръ I, и производства повторнаго основательнаго обеззараживанія всѣхъ помѣщеній лабораторіи по изготовленію противобубонночумныхъ препаратовъ, *фортъ этотъ объявляется благополучнымъ* и свободное сообщеніе его съ берегомъ, прерванное по случаю наблюдавшагося тамъ чумнаго заболѣванія (см. выше, № 2, стр. 68), возстановлено.

120. 14-го января происходило *торжественное чествованіе Общества охраненія народнаго здравія* по поводу 25-лѣтія его существованія. Секретаремъ Общества ч. пр. *В. О. Губертомъ* былъ прочитанъ краткій историческій очеркъ дѣятельности Общества за истекшую 1/4 100-лѣтія. — Желаемъ Обществу дальнѣйшаго плодотворнаго процвѣтанія на пользу родины и страждущаго человѣчества.

121. Деканомъ медицинскаго факультета Варшавскаго Университета *назначенъ проф. А. И. Щербаковъ* («Kronika lekarska», 1 января).

122. Д-ръ *В. В. Ивановъ* по прочтеніи 2-хъ пробныхъ лекцій удостоенъ Конференціей В.-Медицинской Академіи *званія ч. преподавателя* по каѳедрѣ сифилитическихъ и кожныхъ болѣзней («Биржевыя Вѣдомости», 20 января).

123. 15-го января въ В.-Медицинской Академіи защищали диссертаціи: *М. А. Заусайловъ* на тему—«*Помощь пострадавшимъ отъ несчастныхъ случаевъ и травматическія поврежденія на Екатерининской желѣзной дорогѣ за 20 лѣтъ ея существованія* (1884—1903 гг.)» и *І. Н. Свѣчниковъ* на тему—«*Матеріалы къ вопросу о дѣйствіи свѣта вольтовой дуги, концентрированнаго по методу Finsen'а, на заживленіе ранъ*» («Новости», 15 января).

124. Студентъ Московскаго Университета медицинскаго факультета IX семестра *Гутнеръ Новгелъ удостоенъ золотой медали* за сочиненіе: «*Значеніе Harvey'я въ исторіи открытія кровообращенія*». Изъ премій почетнаго члена Московскаго

---

[1]) Печатаемъ письмо г. Кривенко, чтобы со своей стороны избѣжать упрека въ пристрастіи. Нашъ взглядъ по этому вопросу уже извѣстенъ читателямъ «Русскаго Врача» (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., стр. 1432). *Ред.*

Digitized by Google

Университета и бывшаго профессора *А. И. Разцвѣтова* медицинская назначена на 1904 г. сверхштатному ассистенту при каѳедрѣ хирургической патологіи д-ру *В. Заведееву* и сверхштатному ассистенту при госпитальной хирургической клиникѣ д-ру *Р. Венгловскому*, каждому въ половинномъ размѣрѣ. Премія имени Володи Павлова назначена медицинскимъ факультетомъ сверхштатному ассистенту при факультетской терапевтической клиникѣ *И. Горбачеву* и сверхштатному ординатору при госпитальной хирургической клиникѣ *Д. Татаринову*, каждому въ половинномъ размѣрѣ («Правительственный Вѣстникъ», 15 января).

125. «Новости» (16 января) передаютъ, что д-ръ *Рясянскій* обратился въ Харьковскую городскую Управу съ предложеніемъ, въ которомъ указывается, что уже *давно созрѣла потребность въ открытіи въ Харьковѣ высшихъ женскихъ медицинскихъ курсовъ*, «такъ какъ Харьковъ въ медицинскомъ отношеніи является такимъ центромъ, къ которому тяготѣетъ весь югъ Россіи». Д-ръ *Рясянскій* предлагаетъ Думѣ возбудить ходатайство объ устройствѣ этихъ курсовъ, избравъ предварительно особую Коммиссію и поручивъ ей войти съ просьбой въ Университетъ и земскія и городскія Управы объ оказаніи содѣйствія въ учрежденіи курсовъ.—Опять приходится напомнить, что открытый уже Женскій Медицинскій Институтъ въ Петербургѣ терпитъ большую матеріальную нужду и что, если уже говорить объ обособленномъ обученіи женщинами медицины, нужно на имѣющихся курсахъ поставить дѣло такъ, какъ слѣдуетъ, какъ оно, напр., обставлено на факультетахъ, а для этого нужны средства и средства.

126. При Одесской городской больницѣ имѣется основанный еще покойными прозекторами д-рами *Строгановымъ* и *Минхомъ* и значительно дополненный нынѣшнимъ прозекторомъ д-ромъ *Хенцинскимъ Патолого-анатомическій Музей*, извѣстный подъ названіемъ «*Строгановскаго*». Какъ извѣстно, мысль объ учрежденіи въ Одессѣ медицинскаго факультета лелѣяна была уже давно, и покойные прозектора *Строгановъ* и *Минхъ* основали Музей именно въ той надеждѣ, что онъ перейдетъ будущему медицинскому факультету, какъ учебно-вспомогательное учрежденіе, для цѣлей преподаванія патологической анатоміи. Въ прошломъ году факультетъ обратился въ Одесскую городскую Думу съ просьбой о передачѣ Музея въ вѣдѣніе Университета, обосновывая свою просьбу тѣмъ, что Музей, какъ и вообще научныя коллекціи, имѣютъ значеніе лишь при томъ условіи, если они служатъ нуждамъ преподаванія. Одесская Дума не согласилась, однако, съ этимъ мнѣніемъ факультета, а присоединилась къ заключенію Совѣщанія врачей при городской больницѣ, нашедшаго, что «Строгановскій Музей» долженъ оставаться при больницѣ, но что при этомъ прозектору больницы разрѣшается передать медицинскому факультету въ полную собственность тѣ препараты, которые онъ найдетъ полезными или подходящими». Кромѣ того, Управа признала «возможнымъ передать факультету только дубликаты препаратовъ Музея и предоставляетъ ему самую широкую возможность пользоваться для цѣлей преподаванія оставшимся въ Музеѣ матеріаломъ». Если принять во вниманіе, что съ постройкой новой городской больницы и прозекторскаго отдѣленія ея въ сл. Романовкѣ, за 5 верстъ отъ помѣщеній факультета и каѳедры патологической анатоміи при немъ, «Строгановскій Музей» перейдетъ туда-же, то станетъ очевиднымъ, что предложеніе пользоваться для цѣлей преподаванія матеріаломъ Музея остается пустымъ звукомъ, а предоставленіе прозектору больницы права передавать факультету тѣ препараты, которые онъ найдетъ полезными, сводитъ все дѣло на крайне нежелательную въ общественныхъ вопросахъ почву подачекъ и личной любезности. Какой-бы грустью покрылись лица покойныхъ *Строганова* и *Минха*, еслибы они были свидѣтелями тѣхъ прискорбныхъ отношеній, какія установились теперь между прозекторскимъ кабинетомъ Одесской городской больницы и мѣстнымъ медицинскимъ факультетомъ.

127. 23-го текущаго января исполняется *50-лѣтіе* со дня выпуска въ 1854 г. съ 5-го курса Медико-Хирургической, нынѣ В.-Медицинской, Академіи 66 студентовъ, получившихъ въ этотъ день званіе врача. Говоримъ о выпускѣ съ 5-го курса, такъ какъ въ 1854-мъ же году былъ ускоренный выпускъ студентовъ и 4-го курса. Всѣ 66 врачей, въ число которыхъ вошли 52 бывшихъ на казенномъ содержаніи, 2 стипендіата, 2 пенсіонера и 10 вольнослушателей, 31-го января 1854 г. опредѣлены были на службу и назначены главнымъ образомъ въ войска, дѣйствовавшія тогда на Дунаѣ и въ Закавказьѣ, въ начинавшейся войнѣ 1853—56 гг., получившей впослѣдствіи названіе Крымской. По сообщеннымъ намъ даннымъ изъ этихъ 66 врачей въ настоящее время живы 3 (4,5%), а именно: 1) *Ѳ. И. Піотровскій*—непремѣнный членъ В.-Медицинскаго Ученаго Комитета; 2) *И. П. Суворовъ*, бывшій Туркестанскій в.-медицинскій инспекторъ, живущій нынѣ въ отставкѣ въ г. Ташкентѣ и 3) *И. Я. Дунканъ*—бывшій столичный врачебный инспекторъ, мѣстопребываніе котораго, по «*Календарю для врачей*» 1904 г.,—въ Петербургѣ. Всѣ они разновременно получили степень доктора медицины, первые двое въ Медико-Хирургической Академіи—*Ѳ. И. Піотровскій* въ 1860 г., а *И. П. Суворовъ* въ 1862 г.; что касается *И. Я. Дункана*, то, если не ошибаемся, онъ удостоенъ этой степени Варшавскимъ Медицинскимъ Совѣтомъ, пользовавшимся когда-то правомъ давать ученыя степени. Изъ вольнослушателей того-же курса (вольнослушатели тѣхъ временъ не входили въ число штатныхъ студентовъ и не имѣли права именоваться студентами) нѣкоторые получили званіе врача въ маѣ 1854 г.; изъ нихъ, насколько можно было собрать свѣдѣнія, живъ 1, а именно *I. Ф. Монкевичъ*, проживающій въ Варшавѣ; прочіе, по видимому, всѣ умерли. Въ числѣ вольнослушателей былъ покойный *А. Л. Эберманъ*, членъ-учредитель Русскаго хирургическаго Общества имени *Н. И. Пирогова*.—Шлемъ здравствующимъ нынѣ почтеннымъ товарищамъ-ветеранамъ горячій привѣтъ и наилучшія пожеланія.

128. Директоромъ и главнымъ врачемъ Петербургской глазной Лѣчебницы *назначенъ проф. I. В. Костеничъ* («Новое Время», 22 января).

129. Главнымъ врачемъ городского Рождественскаго барачнаго Лазарета въ Петербургѣ и директоромъ состоящаго при немъ Училища лѣкарскихъ помощницъ и фельдшерицъ *назначается ч. пр. Г. Ю. Явейнъ* («Новое Время», 17 января).

130. «Новое Время» (18 января) сообщаетъ, что Петербургская городская Управа категорически высказалась противъ *опубликованія въ «Извѣстіяхъ городской Думы» фамилій торговцевъ пищевыми продуктами, уличенныхъ въ подпьлкѣ товаровъ*. Надо полагать, добавляетъ газета, что новая Дума не раздѣлитъ покровительственнаго взгляда Управы на фальсификаторовъ.—Будемъ надѣяться, что на такое настроеніе Думы особенно повліяютъ гласные изъ врачей.

131. «С.-Петербургскій Земскій Вѣстникъ» (январь) приводитъ изъ «Русскихъ Вѣдомостей» весьма интересную статью г. Фраермана по поводу проэкта новаго таможеннаго тарифа, озаглавленную «*Таможенныя пошлины и народное здравіе*». Авторъ указываетъ, что химико-фармацевтическій отдѣлъ нашего таможеннаго тарифа оставался до сихъ поръ весьма неупорядоченнымъ. «Проэктъ новаго таможеннаго тарифа, составляющій въ настоящее время, какъ извѣстно, предметъ обсужденія со стороны представителей Россіи и Германіи съ цѣлью заключенія торговаго трактата, въ значительной мѣрѣ восполняетъ недостатки стараго тарифа: введена болѣе тщательная группировка химико-фармацевтическихъ препаратовъ». «Но достоинства проэкта этимъ и ограничиваются. Самыя-же таможенныя ставки на лѣкарственные препараты, изъ которыхъ многіе составляютъ основу всей лѣкарственной силы нашего времени, чрезвычайно повышены и потому съ точки зрѣнія интересовъ народнаго здравія представляются весьма неутѣшительными. Протекціонизмъ, являющійся, какъ извѣстно, по мнѣнію нашего Министерства финансовъ, главнымъ рычагомъ въ дѣлѣ развитія отечественной промышленности, сказался здѣсь едва-ли не ярче, чѣмъ въ какой-либо другой отрасли производства: самыя цѣнныя лѣчебныя средства—хининъ, кокаинъ, морфій, коффеиновые препараты, кодеинъ, атропинъ, вератринъ и прочіе алкалоиды—предполагается обложить пошлиной по 80 р. съ пуда вмѣсто 2 р. 25 к., іодоформъ—30 р. съ пуда вмѣсто 16 р. 50 к. Къ нижеслѣдующимъ препаратамъ, также обложеннымъ теперь пошлиной въ размѣрѣ 2 р. 25 к. съ пуда, предполагается примѣнить слѣдующія ставки: антипиринъ, фенацетинъ, салипиринъ, сульфоналъ, салолъ, гваяколовые препараты—22 р. съ пуда, іодистые препараты и соли висмута—20 р. съ пуда, салициловые препараты—12 р., ртутныя соли—10 р., бромистые препараты—6 р. съ пуда». Г. Фраерманъ исчисляетъ, что это повышеніе потребуетъ, напр., отъ городского Московскаго склада медикаментовъ ежегоднаго дополнительнаго расхода въ размѣрѣ отъ 8000 до 10000 р. Вообще сравнительно съ нынѣ дѣйствующимъ тарифомъ вышеуказанное повышеніе дастъ въ %-ныхъ исчисленіяхъ разницу почти въ 4000000 р., значительная часть которыхъ переложится на земское и городское самоуправленія. «Поэтому земствамъ и городамъ придется выбирать между напряженіемъ платежныхъ силъ населенія и сокращеніемъ подаваемой населенію и безъ того въ недостаточныхъ размѣрахъ общественной врачебно-лѣкарственной помощи». «Введеніе въ дѣйствіе повышеннаго почти на 200% таможеннаго обложенія химико-фармацевтическихъ препаратовъ нанесетъ земскому и городскому врачебно-лѣкарственному дѣлу весьма чувствительный ударъ, отъ котораго оно не скоро оправится». Дороговизна лѣкарственныхъ препаратовъ для русскаго потребителя, столь рѣзко выступающая даже теперь при сравненіи прейсъ-курантовъ нашихъ дрогистовъ съ германскими, превышающихъ послѣдніе на 40—60%, достаточно выразительно говоритъ о томъ, что безвыходность нашего химико-фармацевтическаго рынка кроется въ отсутствіи собственной химико-фармацевтической промышленности. Но не въ протекціонизмѣ и не въ затрудненіи ввоза иностраннаго сырья должны заключаться эти мѣры. Это видно, между прочимъ, изъ того, что запретительная пошлина на такіе употребительные въ медицинѣ препараты, какъ іодоформъ, хлороформъ, хлоралъ, ляписъ, эѳирныя масла и др., не смотря на продолжительность ея вліянія, не вызвала у насъ производства этихъ препаратовъ». «Существуютъ, очевидно, какія-нибудь серьезныя причины, мѣшающія насажденію отечественной химико-фармацевтической промышленности. Необходимо поэтому раньше всего приступить къ изученію таковыхъ, но никакъ не начинать съ возложенія очень тяжелыхъ жертвъ на нуждающихся въ медицинской помощи. Вопросъ о пошлинѣ на привозимые изъ-за границы химико-фармацевтическіе препараты былъ предметомъ постояннаго вниманія со стороны земства и городовъ, выразившагося въ неоднократныхъ, но безуспѣшныхъ ходатайствахъ передъ правительствомъ о сложеніи пошлинъ на выписываемые ими изъ-за границы препараты для нуждъ земскаго и городского врачебно-лѣкарственнаго дѣла. Проэктируемое, вмѣсто полнаго освобожденія отъ пошлины, возвышеніе ея на 200% явится, конечно, для нихъ полною неожиданностью. Надо полагать поэтому, что они не замедлятъ высказаться по данному вопросу, ибо заботы о здравоохраненіи являются въ жизни нашихъ земскихъ и городскихъ учрежденій

дѣломъ первостепенной важности. Недалекое будущее покажетъ, конечно, къ чему приведутъ возобновленные въ данный моментъ между Россіей и Германіей переговоры о торговомъ трактатѣ вообще, а по химико-фармацевтическому отдѣлу въ частности. Позволительно во всякомъ случаѣ надѣяться, что интересы народнаго здравія будутъ надлежащимъ образомъ охранены».— Давай Богъ!

132. Екатеринославская губернская земская Управа признала въ принципѣ желательнымъ *составленіе общаго спеціальнаго капитала* изъ средствъ губернскаго и всѣхъ уѣздныхъ земствъ губерніи *для обезпеченія лицъ врачебнаго персонала* на случай смерти и инвалидности отъ всякаго рода несчастныхъ случайностей и зараженія (С.-Петербургскій Земскій Вѣстникъ», январь).

133. Въ Сумскомъ очередномъ земскомъ Собраніи сессіи 1903 г. было постановлено ходатайствовать передъ губернаторомъ *объ оказаніи содѣйствія къ доставленію участковымъ земскимъ врачамъ церковными причтами* Сумскаго уѣзда *свѣдѣній о родившихся, брачущихся и умершихъ*. Подобнаго рода просьба по постановленію Собранія была возбуждена передъ эпархіальнымъ начальствомъ въ прошломъ году, но удовлетвореніе ея не послѣдовало; между тѣмъ свѣдѣнія эти очень важны въ томъ отношеніи, что по нимъ можно судить о степени санитарнаго благополучія мѣстности, и спеціально для правильной постановки въ уѣздѣ дѣла оспопрививанія (С.-Петербургскій Земскій Вѣстникъ», январь).—Какъ мы сообщали («Русскій Врачъ», 1903 г. № 16, стр. 622), въ Екатеринославской губ. нѣкоторые церковные причты прямо отказываются доставлять земскимъ товарищамъ какія-либо свѣдѣнія, частью безъ всякаго объясненія, частью же ссылаясь на отсутствіе распоряженій со стороны эпархіальнаго начальства.

134. Мы получили *№ 1* новаго популярно-медицинскаго изданія (2-недѣльнаго) *«Домашній Врачъ»*, издаваемаго д-ромъ *С. А. Блицъ-Гейманомъ* въ Москвѣ и имъ-же редактируемаго. Новый журналъ собирается посвятить свои страницы всѣмъ вопросамъ личнаго и общественнаго здравоохраненія, обсуждая эти вопросы въ общедоступномъ изложеніи. № 1 составленъ разнообразно и интересно, въ предѣлахъ программы; только замѣтка о «Фабричной медицинѣ въ Москвѣ» (стр. 19—20), подписанная буквою *W.*, на нашъ взглядъ положительно неумѣстна въ изданіи популярномъ. Какъ ни поучительны сообщаемые въ ней факты, но мѣсто имъ въ журналѣ, предназначенномъ лишь для врачей, и только здѣсь. Въ замѣткѣ обрисовывается, на основаніи докладовъ на 1-мъ засѣданіи Московскаго Общества фабричныхъ врачей, непривлядность медицинскаго дѣла на фабрикахъ и заводахъ города Москвы, при чемъ и сами врачи представлены въ свѣтѣ, не особенно приглядномъ. Упомянувъ о 662 Московскихъ фабрикахъ съ 110670 рабочихъ и амбуляторіями всего на 246, замѣтка продолжаетъ: «Еще болѣе выясняется характеръ фабричной медицины города Москвы, когда мы знакомимся съ тѣмъ, какъ обслуживаютъ врачи рабочихъ. Такъ, одинъ врачъ, завѣдующій большой фабрикой въ 1135 человѣкъ, стоитъ во главѣ медицинскаго дѣла еще на 6 соединенныхъ фабрикахъ. Другой, завѣдующій 3-мя фабриками, бываетъ въ одни и тѣ же часы, въ одни и тѣ же дни, на 2-хъ изъ нихъ, отстоящихъ довольно далеко одна отъ другой. Наконецъ, еще одинъ врачъ, служащій въ больницѣ, гдѣ всегда занятъ утренніе часы, числитъ себя принимающимъ въ тѣ же часы на большой фабрикѣ, далеко отстоящей и отъ мѣста его службы, и отъ квартиры... Далѣе сообщается—къ сожалѣнію, безъ указанія имени—о врачѣ, завѣдующемъ амбуляторіями 10 фабрикъ и во всѣхъ ихъ принимающемъ больныхъ въ одни и тѣ же дни отъ 11 до 12 час., и дѣлается неожиданный выводъ: «Очевидно, врачи (да, вѣдь, рѣчь шла о нѣсколькихъ, гдѣ же «врачи» вообще? *Ред.*) посѣщаютъ амбуляторію только на бумагѣ».—Мы горячо стоимъ за разоблаченіе язвъ нашего сословія и уродовъ нашей семьи, но полагаемъ, что дѣлать это можно и должно—параллельно съ приведеніемъ и всего отраднаго въ жизни сословія—въ печати лишь врачебной-же: того требуетъ самый смыслъ обличеній; популярный журналъ, взявшись за обличенія, привлекаетъ врачей къ суду некомпетентному и будетъ лишь дискредитировать ихъ, къ громадному вреду для той самой публики, интересамъ которой онъ намѣренъ служить.

135. *Курское губернское по городскимъ и земскимъ дѣламъ Присутствіе опротестовало докладъ* Курской губернской земской Управы *объ образованіи при губернскомъ врачебномъ Совѣтѣ Коммиссіи по распространенію гигіэническихъ знаній въ населеніи* Курской губ. Мотивы протеста тѣ, что Коммиссія предположена не при земской Управѣ, а при врачебномъ Совѣтѣ, который является самъ такого рода Коммиссіей и по закону не имѣетъ права на приглашеніе по своему усмотрѣнію коммиссій, и что по роду дѣятельности предполагаемая Коммиссія по распространенію гигіэническихъ знаній является какъ бы самостоятельнымъ учрежденіемъ («Русь», 18 января).

136. По словамъ «Приднѣпровскаго Края» (11 января), Министерство государственныхъ имуществъ предоставило женскому патріотическому Обществу въ безвозмездное пользованіе казенное имѣніе Магнузгофъ, на островѣ Вормсѣ, близь г. Гапсаля. Въ этомъ имѣніи Общество, по почину директора Николаевской его школы д-ра *Г. И. Арронета*, устраиваетъ *лѣтнюю дѣтскую колонію.*

137. Нѣкоторыя *изъ постановленій уѣздныхъ земскихъ Собраній послѣдней сессіи Тверской губ.* («Свѣдѣнія о ходѣ заразныхъ болѣзней Тверской губ.», октябрь 1903 г.). *Бѣжецкій* уѣздъ. Признаны необходимыми выѣзды врачей на фельдшерскіе пункты, и при томъ не менѣе 1 раза въ мѣсяцъ; предложеніе же объ опредѣленіи дней выѣзда врачей заранѣе, съ непремѣннымъ условіемъ пріема больныхъ на фельдшерскомъ пунктѣ, отвергнуто; отклонено предложеніе Управы обязать врачей сообщать объ оставленіи службы не менѣе, какъ за мѣсяцъ, съ обезпеченіемъ неустойкою въ 100 р. *Весьегонскій* уѣздъ. Установленъ 1 день въ недѣлю совершенно свободный отъ амбуляторнаго пріема въ больницахъ, безъ оговорки, что въ этотъ день принимаютъ больныхъ фельдшера, но пункта этого рѣшено не вносить въ инструкцію для врачей; постановлено обязать врачей сообщать въ Управу всякій разъ о пропускѣ ими выѣздовъ на пункты и о причинахъ этого пропуска. Рѣшено возбудить вопросъ въ губернскомъ земскомъ Собраніи о субсидированіи губернскимъ Земствомъ уѣздныхъ на борьбу съ эпидеміями и въ данномъ случаѣ о субсидіи на постройку бараковъ, такъ какъ устройство заразныхъ отдѣленій представляетъ одну изъ самыхъ цѣлесообразныхъ мѣръ въ борьбѣ съ эпидеміями. Предложено врачамъ, отправляющимся въ научныя командировки обыкновенно въ концѣ сентября, являться на земское Собраніе. По поводу запроса Министерства внутреннихъ дѣлъ объ установленіи штатныхъ должностей для земскихъ врачей и фельдшеровъ постановлено высказаться за оставленіе прежняго порядка опредѣленія служащихъ въ земствѣ на государственную службу, т. е. чтобы починъ опредѣленія принадлежалъ каждому служащему; при этомъ указать, что совмѣщеніе земской и государственной службы въ интересахъ земскаго дѣла не можетъ считаться желательнымъ. По послѣднему вопросу аналогично высказалось и *Зубцовское* уѣздное земское Собраніе,—что, согласно мнѣнію санитарнаго Совѣта, служащимъ удобнѣе остаться при прежнемъ порядкѣ вещей, по которому зачисленіе на государственную службу предоставлено желающему. *Кашинскій* уѣздъ. Отклонено предложеніе Юрьевскаго Университета о предоставленіи его студентамъ лѣтомъ работать при земскихъ больницахъ за вознагражденіе, за отсутствіемъ насущной потребности въ такихъ работахъ лѣтомъ и въ виду стѣсненнаго состоянія земскаго бюджета; отмѣчено, что дѣятельность послѣдняго XV губернскаго Съѣзда врачей Тверской губ., насколько она выразилась въ постановленіяхъ, уклоняется, къ сожалѣнію, отъ серьезнаго, основаннаго на дѣйствительномъ знакомствѣ съ постановкой медицинскаго дѣла въ уѣздѣ обсужденія техническихъ вопросовъ по санитарной части, помощи въ разрѣшеніи которыхъ земскія учрежденія вправѣ ожидать отъ земскихъ врачей, какъ спеціалистовъ, а главное свое вниманіе обращаетъ на такіе экономическіе вопросы, въ разрѣшеніи которыхъ Съѣздъ не можетъ быть признанъ достаточно компетентнымъ. — Въ виду странности этого послѣдняго пункта считаемъ нелишнимъ тутъ-же привести то постановленіе XV Съѣзда о постановкѣ врачебнаго дѣла въ Кашинскомъ уѣздѣ, которое земское Собраніе, вѣроятно, и признало выходящимъ изъ компетенціи врачей («Свѣдѣнія о ходѣ заразныхъ болѣзней Тверской губ.», сентябрь 1903 г.),—а именно XV Съѣздъ обратилъ прежде всего вниманіе «на основной изъянъ постановки врачебнаго дѣла въ Кашинскомъ уѣздѣ — на плату за лѣченіе, взимаемую такъ широко, какъ нигдѣ въ другихъ уѣздахъ; подтверждая мнѣніе прежнихъ Съѣздовъ о вредномъ значеніи этого обстоятельства, Съѣздъ полагаетъ, что первое и главное дальнѣйшее улучшеніе въ организаціи дѣла въ уѣздѣ должно состоять *въ отмѣнѣ платы за лѣченіе*; безъ этого никакія улучшенія не будутъ имѣть того значенія, какое они должны имѣть». Едва-ли, однако, многіе земскіе дѣятели примкнутъ къ сквозящей въ постановленіи Кашинскаго уѣзднаго земскаго Собранія тенденціи ограничить дѣятельность Съѣздовъ земскихъ врачей обсужденіемъ исключительно техническихъ вопросовъ по санитарной части. *Ржевскій* уѣздъ. Принято предложеніе о преобразованіи существующей губернской больницы въ общегубернское учрежденіе, въ которомъ могли-бы быть сосредоточены различныя спеціальности врачебнаго дѣла, успѣшное веденіе коихъ недоступно уѣзднымъ земствамъ; постановлено ходатайствовать передъ губернскимъ земскимъ Собраніемъ о включеніи въ эмеритурный штатъ больничной прислуги, а также объ обезпеченіи семей тѣхъ лицъ медицинскаго персонала, которыя погибаютъ отъ заразныхъ болѣзней; чтенія врачей для народа признаны необязательными, но желательными; врачи должны представлять Управѣ отчетъ о чтеніяхъ. *Тверской* уѣздъ. Кромѣ уже упомянутаго нами постановленія объ учрежденіи 3-хъ самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктовъ (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 51, стр. 1834), отмѣтимъ здѣсь еще постановленіе, коимъ отклонено ходатайство санитарнаго Совѣта о включеніи хотя бы одного изъ врачей въ члены школьнаго Совѣта при Управѣ.

138. Въ засѣданіи Путивльскаго (Курской губ.) врачебнаго Совѣта недавно обсуждался, по заявленію д-ровъ *А. И. Смирнова* и *П. В. Красенскаго,* слѣдующій небезинтересный для земскихъ товарищей фактъ: на ж.-дорожныхъ станціяхъ въ Грузскомъ, Бурыни и Крупцѣ появились печатныя *объявленія отъ высшаго ж.-дорожнаго начальства, рекомендующія ж.-дорожнымъ служащимъ обращаться за врачебной помощью къ мѣстнымъ земскимъ врачамъ.* Инструкція эта усердно выполняется ж.-дорожными служащими. Въ правѣ ли ж.-дорожное вѣдомство безъ предварительнаго соглашенія съ земствомъ налагать на земскихъ врачей подобнаго рода натуральную повинность?—Совѣтъ постановилъ: предложить земскимъ врачамъ, подвергающимся дѣйствію этой инструкціи, сдѣлать объ этомъ оффиціальный запросъ въ земскую Управу, которая, въ свою очередь, снесется съ ж.-дорожнымъ вѣдомствомъ («Сборникъ свѣдѣній о ходѣ заразныхъ болѣзней въ Курской губ., ч. 6»).

Digitized by Google

139. Приводимъ изъ «Свѣдѣній медико-санитарнаго бюро Нижегородскаго губернскаго Земства» (№ 12, 1903 г.) нѣкоторыя *изъ постановленій уѣздныхъ земскихъ Собраній послѣдней сессіи Нижегородской губ.* (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 52, стр. 1858). *Макарьевскій* уѣздъ. Постановлено: просить училищный Совѣтъ приглашать врачей при разрѣшеніи вопросовъ, касающихся школьной гигіэны, съ правомъ совѣщательнаго голоса; замѣнить (постепенно) фельдшеровъ на самостоятельныхъ пунктахъ фельдшерицами-акушерками съ окладомъ жалованья по 480 р. въ годъ; принять докладъ д-ра *Архангельской* объ установленіи свободнаго отъ пріема амбуляторныхъ дня въ недѣлю. *Нижегородскій* уѣздъ. Постановлено: включить въ составъ врачебнаго Совѣта санитарнаго врача губернскаго Земства и ветеринарныхъ врачей уѣзда (которые до этого приглашались предсѣдателемъ Собранія) и одного изъ лицъ вспомогательнаго персонала по выбору послѣдняго; кромѣ того, составъ Совѣта усиленъ однимъ гласнымъ и секретаремъ Управы, на котораго возложено дѣлопроизводство въ Совѣтѣ; признать цѣлесообразнымъ распоряженіе Управы относительно принятія на койки иноуѣздныхъ больныхъ, требующихъ лишь безотлагательной врачебной помощи; врачамъ предложено отпускать лѣкарства иноуѣзднымъ больнымъ, если требуется немедленный пріемъ лѣкарства, въ другихъ-же случаяхъ выдавать рецепты для полученія по нимъ лѣкарства по мѣсту жительства больного: вопросъ объ установленіи свободнаго отъ пріема амбуляторныхъ дня въ недѣлю оставленъ открытымъ до будущаго года. *Семеновскій* уѣздъ. Постановлено: сохранить введенную съ января 1903 г. 10 копѣечную плату за рецепты (вопросъ рѣшенъ большинствомъ 1 голоса, при чемъ въ голосованіи участвовалъ уѣздный врачъ, высказавшійся противъ отмѣны платы); согласиться съ предложеніемъ о періодическихъ прибавкахъ жалованія служительскому персоналу: за 1-ое и 2-ое 5-лѣтія по 20%, за 3-ье 10%; выдавать врачамъ, командируемымъ на жительство въ другіе участки, по 2 р. суточныхъ; разработать къ слѣдующему Собранію вопросъ объ улучшеніи быта земскихъ фельдшеровъ въ видахъ привлеченія на службу лицъ съ болѣе высокимъ образовательнымъ цензомъ. *Сергачскій* уѣздъ. Вопросъ о командированіи одного изъ врачей на Пироговскій Съѣздъ рѣшенъ отрицательно («по не мнѣнію врачей»); отклонено предложеніе объ установленіи на врачебныхъ пунктахъ одного дня въ недѣлю свободнымъ отъ амбуляторнаго пріема; постановлено, чтобы врачи и фельдшера при выѣздѣ въ участки имѣли походныя аптечки; постановлено просить губернское Земство имѣть въ запасѣ сверхштатнаго врача для командировокъ въ уѣздѣ въ такихъ случаяхъ, когда онъ лишается врачебной помощи, при чемъ отъ уѣзда за время замѣстительства врачъ будетъ получать 100 р. въ мѣсяцъ, сверхъ жалованія, получаемаго отъ губернскаго Земства; по случаю наступающаго въ 1904 г. 25-лѣтія службы д-ра *Э. П. Ассендельфта* (въ Пашковской больницѣ) постановлено благодарить его и ассигновать 600 р. на пріобрѣтеніе сувенира.

140. На Съѣздѣ судоходныхъ дѣятелей, бывшемъ въ декабрѣ 1903 г. въ Н.-Новгородѣ, между прочимъ, заслушанъ былъ *докладъ* санитарнаго врача *А. Ф. Никитина, которымъ осмотрѣно болѣе 1000 грузчиковъ*, и выясненъ рядъ профессіональныхъ заболѣваній, являющихся слѣдствіемъ тяжелыхъ условій этого труда. Признано, что переноска грузовъ на плечахъ можетъ быть допущена лишь тамъ, гдѣ этотъ способъ нельзя замѣнить механическимъ путемъ или пользоваться какими-либо приспособленіями; вѣсъ каждаго мѣста не долженъ превышать 8—9 п., а для громоздкихъ предметовъ 6 п. Необходимо также обратить вниманіе на укупорку товаровъ, которые могутъ служить источникомъ заразныхъ заболѣваній («Свѣдѣнія медико-санитарнаго бюро Нижегородскаго губ. земства», № 12).

141. «Русское Слово» (16 января) передаетъ, будто Смоленская Дума, во главѣ съ д-ромъ *Воейковымъ*, постановила *пополнять чистую воду въ городскомъ водопроводѣ пахучей, грязной водой изъ Днѣпра.* Дѣло было передано на разсмотрѣніе губернскаго по городскимъ дѣламъ Присутствія, которое и отмѣнило это рѣшеніе.

142. Намъ сообщаютъ, что 17-го января служащіе на Балтійскомъ судостроительномъ и механическомъ заводѣ во главѣ съ начальникомъ ген. Ратникомъ сердечно чествовали *25-лѣтіе службы* скромнаго труженика фельдшера завода *И. Я. Червинскаго.*

143. 16-го января г. *Вайншенкеръ* прислалъ намъ для напечатанія письмо, своеобразное по стилю и по содержанію. Не думая, чтобы читателей «Русскаго Врача» могли интересовать образцы свойственнаго г. *Вайншенкеру* стиля, остановимся только на содержаніи его письма, взявъ, разумѣется, изъ него только существенное. Г. *Вайншенкеръ* почтилъ вниманіемъ нашу замѣтку подъ заглавіемъ «Спаситель нашего сословія», напечатанную въ № 51 «Русскаго Врача» за 1903 г. (стр. 1836) и заимствованную нами изъ «Wiener medizinische Presse» (20 декабря). Тамъ, если вспомнять читатели, со словъ Вѣнской газеты идетъ рѣчь о циркулярѣ одного Charlottenburg'скаго молочнаго торговца, приглашающемъ содѣйствовать, какъ человѣколюбивому предпріятію, «гигіэнической молочной торговлѣ» его и предлагающемъ за рекомендацію ея продуктовъ вознагражденіе въ 5%, а заканчивается замѣтка нашимъ примѣчаніемъ: «*Типъ человѣколюбцевъ* à la молочный торговецъ въ Charlottenburg'ѣ народился уже, какъ небезъизвѣстно читателямъ, и у насъ на Руси, да еще среди врачей...». Inde ira: г. *Вайншенкеръ* усмотрѣлъ въ этомъ примѣчаніи указаніе именно на него и заговорилъ о клеветѣ. Не входя въ обсужденія руководящихъ при этомъ г. *Вайншенкеромъ* побужденій, мы вынуждены преподать ему лишь небольшое разъясненіе по части русской словесности. Г. *Вайншенкеръ*, видимо, склоненъ превратно понимать слово «типъ», казалось-бы общеизвѣстное; напомнимъ ему, что «типъ» хотя и списывается обыкновенно съ натуры, но не съ одного лица, а со многихъ понемногу, и обидливыя претензіи отдѣльныхъ лицъ, почему-либо желающихъ узнать себя въ данномъ широкомъ типѣ (въ печати или на сценѣ), при всей ихъ понятности, всегда и вездѣ только смѣшны, напоминая вѣчно—юную исторію съ появленіемъ безсмертнаго «Ревизора» Н. В. Гоголя. Это первое. А затѣмъ—г. *Вайншенкеръ* уже совершенно напрасно искажаетъ нашу замѣтку въ цѣляхъ приданія ей большей криминальности: рѣчь шла *о типѣ человѣколюбцевъ*, а *не о торговцахъ*, какъ объ этомъ заявляетъ онъ въ кавычкахъ, приписывая, стало быть, свое измышленіе намъ; это—крупная разница. Наконецъ, собственно о процентахъ говорится въ замѣткѣ, со словъ Вѣнской газеты, только какъ о подробности, къ «типу человѣколюбцевъ» нашего примѣчанія не имѣющей, какъ это ясно для всякаго спокойнаго читателя, никакого существеннаго отношенія. Мы упомянули только о томъ, что, къ сожалѣнію, и въ Россіи замѣчается, подъ вліяніемъ вѣяній грустной «прогрессивности», даже среди врачей, стремленіе окутывать маскою человѣколюбія цѣли, весьма прозаическія, и сказали правду, отрицать которую можетъ развѣ только фарисей. Употребивъ выраженіе «типъ», мы тѣмъ самымъ подчеркнули, что не цѣлимъ въ отдѣльныхъ лицъ, тѣмъ болѣе, что со стороны врачей—торгующихъ у насъ на Руси пока не появлялось, сколько мы знаемъ, предложеній процента врачамъ—лѣчащимъ. Вотъ если съ такимъ предложеніемъ выступитъ кто-нибудь, это мы не упустимъ отмѣтить, но тогда непремѣнно назовемъ и лицо, привлекая его на судъ общественнаго мнѣнія. Въ заключеніе еще одна небольшая подробность. И въ этомъ письмѣ г. *Вайншенкеръ* не отступилъ отъ принятаго имъ свободнаго обращенія съ датами: поучая насъ въ томъ, что, согласно устава Суда чести, съ поступленіемъ въ него дѣла, требуется прекращеніе всякой печатной полемики между сторонами, онъ заявляетъ, что мы «помѣстили вышесказанное въ хроникѣ уже послѣ того, какъ наше дѣло находилось въ Судѣ чести». Совѣтуемъ г. *Вайншенкеру* заглянуть на обертку № 51 «Русскаго Врача» и въ свою записную книжку: на первой онъ найдетъ, что № этотъ вышелъ въ свѣтъ 20 декабря (это такъ и было); изъ второй долженъ увидѣть, что письмо его о вызовѣ на Судъ чести (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 52, стр. 1861) помѣчено *имъ* 21-го декабря, получено-же нами 22-го.

144. Старшій врачъ Тверской губернской земской больницы д-ръ *П. А. Баратынскій*, согласно постановленію Совѣта министра внутреннихъ дѣлъ, былъ преданъ суду Московской судебной Палаты, безъ участія сословныхъ представителей, по обвиненію въ томъ, что, состоя въ должности старшаго врача и будучи обязанъ для подачи немедленной медицинской помощи принять въ подвѣдомственную ему больницу доставленнаго туда въ сильный морозъ душевно-больного Т., извлеченнаго изъ проруби, этой обязанности не исполнилъ, и, хотя это обстоятельство не имѣло особо важныхъ послѣдствій, но жизнь и здоровье Т. подверглись явной опасности, такъ какъ, не будучи принятъ въ больницу, онъ долгое время оставался на морозѣ въ обледенѣлой одеждѣ. Московская судебная Палата полагала справедливымъ и соотвѣтственнымъ винѣ *Баратынскаго* избрать меньшее, въ виду его прежней безупречной службы и отсутствія особо увеличивающихъ вину обстоятельствъ, наказаніе *и приговорила его къ отрѣшенію отъ должности.* По жалобѣ д-ра *Баратынскаго* дѣло перешло въ Сенатъ, который оставилъ въ силѣ приговоръ Палаты («Южный Курьеръ», 13 января).

145. Съ 1-го до по 4 августа (н. ст.) текущаго года въ Bordeaux, въ помѣщеніи медицинскаго факультета соберется *7-ой Международный Съѣздъ по отологіи.* Тамъ-же будетъ открыта выставка инструментовъ и патолого-анатомическихъ препаратовъ, относящихся къ ученію объ ушныхъ болѣзняхъ. Заявленія о сообщеніи на Съѣздѣ направляются на имя проф. *Lermoyez* (Paris, rue La Boëtie, 20 bis).

146. Подъ вліяніемъ настоятельныхъ ходатайствъ состоящей при французской Палатѣ депутатовъ Коммиссіи по борьбѣ съ бугорчаткой министръ внутреннихъ дѣлъ разослалъ во всѣ госпитали Парижа и Франціи циркулярное распоряженіе, коимъ подписывается *отдѣлять больныхъ бугорчаткою отъ остальныхъ больныхъ.* Такъ какъ для большинства старыхъ госпиталей осуществленіе этой мѣры должно встрѣтить большія затрудненія, то французская медицинская и общая печать справедливо указываютъ, что исполненіе вышеупомянутаго распоряженія, при переполненіи госпиталей бугорчатковыми больными (около 40% общаго числа больныхъ), возможно лишь при томъ условіи, если каждый городъ выстроитъ 2—3 спеціальныхъ госпиталя для такихъ больныхъ.

147. Согласно сообщенію *Charpentier* во Французской Академіи наукъ 11-го января *относительно физіологическихъ излученій*, названныхъ имъ *n*-лучами, лучи, исходящіе изъ нервныхъ центровъ и изъ нервовъ, отличаются особыми свойствами, а именно, въ отличіе отъ лучей, исходящихъ изъ мышцъ и изъ другихъ частей тѣла, они задерживаются аллюминіевой пластинкой.

148. Французское министерство народнаго просвѣщенія—очевидно, подъ вліяніемъ поднятаго въ газетахъ шума *по поводу перехода проф. Curie съ его лабораторіей въ Институтъ Pasteur'а* (см. выше, № 3, стр. 112)—рѣшило не доводить дѣло до скандала и безотлагательно нанять рядомъ съ Сорбонной обширное помѣщеніе, которое и приспособить подъ лабораторію

Digitized by Google

для проф. Curie. Лабораторія, въ которой до сихъ поръ занимался проф. Curie, состоитъ изъ 2-хъ, раздѣленныхъ на нѣсколько маленькихъ комнатъ, холодныхъ бараковъ, представляющихъ такое примитивное устройство въ смыслѣ отопленія, освѣщенія и провѣтриванія, что трудно вѣрить, чтобы это была одна изъ лабораторій физики и химіи въ столицѣ Франціи. До настоящаго времени у проф. Curie не было штатнаго лаборанта, и только на дняхъ учреждена для его лабораторіи должность «Chef de laboratoire». Въ знакъ особаго вниманія къ г-жѣ Curie (имѣющей уже званіе д-ра химіи и состоящей преподавательницей въ одной изъ среднихъ химическихъ школъ Парижа) министръ народнаго просвѣщенія изъявилъ готовность назначить ее на эту должность. Это будетъ 1-й случай во Франціи назначенія женщины на штатную должность «Chef de laboratoire».

149. ***Нигдѣ не гибнетъ столько грудныхъ дѣтей отъ случайнаго задушенія кормящей матерью или кормилицей, какъ въ Англіи.*** По статистикѣ, собранной д-ромъ *Westcott*'омъ въ 1900 г., такъ были задушены тамъ 1774 грудныхъ ребенка, при чемъ цифра эта далеко не выражаетъ дѣйствительнаго числа задушенныхъ дѣтей, такъ какъ многія матери и кормилицы умѣло скрываютъ свое участіе въ задушеніи. Причину этого несчастія объясняютъ тѣмъ, что нигдѣ такъ не распространено среди женщинъ пьянство, какъ въ Англіи («La Presse médicale», 23 января).

150. Мы уже сообщали (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 52, стр. 1860) о все возрастающемъ потребленіи конины въ Парижѣ вообще и во французскихъ противубугорчатковыхъ «диспенсаторіяхъ» въ частности. «Journal médical de Bruxelles» (21 января) передаетъ, что директоръ «Administration générale de l'Assistance publique» г. Mesureur, принимая во вниманіе дѣлающееся все болѣе распространеннымъ лѣченіе чахотки и др. болѣзней сырымъ мясомъ, назначилъ особую ***Коммиссію***, административную и техническую, ***для ознакомленія съ вопросомъ о пригодности сырого мяса лошадей для лѣчебныхъ цѣлей***. Предсѣдательствовать въ этой Коммиссіи будетъ г. Mesureur, а членами избраны: деканъ медицинскаго факультета проф. ***Debove***, члены наблюдательнаго Совѣта упомянутой администраціи д-ръ ***Faisans*** и г. Kester, врачъ больницы Boncicaut д-ръ ***Letulle***, проф. Alfort'ской школы Barrier, главный секретарь администраціи, начальникъ отдѣленія эксплоатаціи и директоръ центральной скотобойни («Journal médical de Bruxelles», 21 января).

151. Въ послѣднемъ (20 января) № «La Semaine médicale» начатъ печатаніемъ текстъ ***новой санитарной конвенціи о мѣрахъ противъ заноса и распространенія чумы и холеры.*** Конвенцію эту подписали представители слѣдующихъ странъ: Австріи, Бельгіи, Бразиліи, Великобританіи, Венгріи, Германіи, Греціи, Египта, Испаніи, Италіи, Люксембурга, Индерландовъ, Персіи, Португаліи, Россіи, Румыніи, Сербіи, Соединенныхъ Штатовъ Сѣв. Америки, Франціи, Черногоріи и Швейцаріи.

152. Въ New-York'ѣ, по мѣстнымъ газетамъ, ***смертность отъ бугорчатки*** уменьшилась на 40% за тѣ 2 года, что Санитарное бюро принялось за борьбу съ этой болѣзнью («American Medicine», 26 декабря 1903 г.).

153. 14 минувшаго декабря въ Harvard Medical College ассистентъ при каѳедрѣ патологіи д-ръ ***Frank B. Mallory*** сдѣлалъ сообщеніе о томъ, что имъ открыта ***болѣзнетворная причина скарлатины.*** Такую причину онъ, на основаніи итоговъ изслѣдованія 4-хъ труповъ, усматриваетъ въ особомъ protozoon, имѣющемъ морфологическое сходство съ plasmodium malariae, но живущемъ не въ крови, а въ эпителіальныхъ клѣточкахъ кожи и языка, между этими клѣточками и въ поверхностныхъ лимфатическихъ сосудахъ и промежуткахъ надкожицы («American Medicine», 26 декабря).

154. Совѣтъ Медицинскаго Общества штата Indiana въ засѣданіи 17-го декабря сдѣлалъ слѣдующее характерное для нѣкоторыхъ, яко-бы, научныхъ предпріятій нашего времени постановленіе: «Полагая, что такъ называемый ***Американскій Конгрессъ по бугорчаткѣ***, организованный Clark'омъ Bell въ New-York'ѣ, не можетъ считаться представителемъ врачебной профессіи или лучшихъ научныхъ умовъ страны, Совѣтъ, какъ представитель врачей штата Indiana, признаетъ неумѣстнымъ и неудобнымъ для Общества имѣть депутатовъ на упомянутомъ Конгрессѣ и поручаетъ своему Президенту отклонить приглашеніе г. Bell'я («American Medicine», 2 января).

155. По отчету главнаго медицинскаго инспектора (Surgeon-General) Американскаго флота за 1902 г., въ теченіи этого года было изслѣдовано врачами 31826 желающихъ поступить во флотъ, и изъ каждой 1000 человѣкъ было забраковано 488,62, въ томъ числѣ ***27,9 изъ-за слѣпоты на цвѣта*** («American Medicine», 2 января).

156. «American Medicine» (2 января) передаетъ, что однимъ предпріимчивымъ фабрикантомъ лѣкарственныхъ средствъ изобрѣтенъ новый способъ «дѣлежа добычи» (division of the spoils)—при помощи купоновъ. Въ конфиденціальномъ письмѣ къ одному изъ подписчиковъ газеты фирма, послѣ пространныхъ похвалъ препарату, заявляетъ слѣдующее: «Новую черту въ нашемъ предложеніи врачамъ представляетъ купонная лента (coupon label), образецъ которой прилагается. Купоны эти отрываются и возвращаются отпустившимъ лѣкарство дрогистомъ назначившему оное врачу, который подписываетъ ихъ и возвращаетъ намъ, чтобы получить отъ насъ 10% обозначенной стоимости,—или наличными, или, если угодно, съ обмѣномъ на любое періодическое изданіе медицинское или нѣтъ». Къ письму приложены обычныя удостовѣренія отъ врачей о достоинствахъ лѣкарства. «Соблазнительность» предложенія не мѣшаетъ однако газетѣ быть увѣренной, что на него пойдутъ лишь немногіе изъ врачей.—Не пожелать ли, чтобы такія «прогрессивныя» начинанія привились и у насъ на Руси?

157. Бельгійская врачебная печать обогатилась, какъ передаетъ «Journal médical de Bruxelles» (21 января), новымъ ежемѣсячникомъ «***Pathologie infantile***».

158. ***Перепроизводство въ медицинской періодической литературѣ*** дѣлается все значительнѣе, замѣчаетъ «Deutsche Medizinal-Zeitung» (21 января): къ 1/2 дюжинѣ новыхъ появившихся въ 1904 г. въ Германіи и Австріи изданій недавно присоединился «***Strassburger medicinische Zeitung***» — органъ врачебно-гигіэническаго Союза въ Эльзасъ-Лотарингіи, редактируемый д-рами ***A. Levy*** и ***J. Klein***'омъ и, «по заявленію издателя въ разсылаемыхъ проспектахъ, конечно необходимый», иронически добавляетъ газета. — Намъ на Руси жаловаться на такое перепроизводство не приходится; потому, быть можетъ, мы и не понимаемъ это вышучиванье серьезнымъ органомъ серьезнаго дѣла.

159. «Medical News» (16 января) передаютъ о выходѣ въ свѣтъ въ Chicago первой книжки новаго изданія «***Journal of infectious diseases***», предпринятаго на средства семьи Mc Cormick'овъ.

160. По распоряженію Joungstown'скаго Board of Education, всѣ ***общественныя школы*** этого города (въ штатѣ Ohio) были во время рождественскихъ каникулъ ***подвергнуты окуриванію*** («The Journal of the American Medical Association», 9 января).

161. Американскими газетами былъ недавно распущенъ сенсаціонный слухъ, будто въ городѣ Lincoln'ѣ (штатъ Nebraska) проживаютъ 25 прокаженныхъ изъ Россіи; по разслѣдованіи дѣла, ***слухъ этотъ оказался ни на чемъ не основаннымъ*** («The Journal of the American Medical Association», 9 января).

162. Главными ***кандидатами*** на освободившуюся въ Парижѣ ***каѳедру экспериментальной и сравнительной патологіи*** (за переходомъ проф. ***Chantemese***'а на каѳедру гигіэны) считаются чч. преподаватели (professeurs agregés) ***Widal***, ***Roger*** и ***Achard***.

163. ***Умерли:*** 1) 2 января въ Казани ***Михаилъ Алексѣевичъ Широкихъ*** («Казанскій Телеграфъ», 4 января), родившійся въ 1859 г., а званіе врача получившій въ 1883 г. — 2) 4 января ***Александръ Николаевичъ Ѳирсовъ*** (тамъ-же, 4 января), родившійся въ 1871 г., а званіе врача получившій въ 1896 г.—3) 8 января въ Ригѣ директоръ Кеммернскихъ водъ ***Александръ Николаевичъ Сотинъ*** («Новое Время», 9 января), родившійся въ 1852 г., а званіе врача получившій въ 1876 г.—4) 12 января въ урочищѣ Бѣлый Ключъ, Тифлисской губ., внезапно, отъ паралича сердца старшій врачъ 2-го Кавказскаго стрѣлковаго баталіона ***Иванъ Казиміровичъ Тварьяновичъ***, родившійся въ 1853 г., а званіе врача получившій въ 1881 г. Его диссертація на степень доктора медицины «Антропологія армянъ» удостоена была Московскимъ антропологическимъ Обществомъ преміи имени проф. ***Разцвѣтова***. Покойный отличался безукоризненной честностью, добросердечіемъ, рѣдкой отзывчивостью и беззавѣтной преданностью своему призванію. Товарищи и сослуживцы его по полку (14 Гренадерскій), среди которыхъ онъ провелъ почти 1/2 своей службы, собрались у его могилы, чтобы отдать покойному послѣдній долгъ. Выраженіе глубокой ихъ печали служило доказательствомъ тѣхъ искреннихъ чувствъ, которыя они къ нему питали. Да послужитъ оно утѣшеніемъ его осиротѣвшей семьѣ въ постигшемъ ее горѣ, какъ и добрая память объ усопшемъ среди всѣхъ, его знавшихъ (Сообщено ***А. С. Шпанбокомъ***). — 5) Въ Кисловодскѣ ***Павелъ Іосифовичъ Склотовскій***, одинъ изъ энергичныхъ дѣятелей по благоустройству Кисловодска («Новое Обозрѣніе», 15 января). Покойный родился въ 1841 г., а званіе врача получилъ въ 1864 г.—6) Сверхштатный младшій медицинскій чиновникъ при Медицинскомъ Департаментѣ ***Розенбергъ*** («Правительственный Вѣстникъ», 16 января). — 7) Въ Зомбковицахъ врачъ Варшавско-Вѣнской желѣзной дороги ***Янишевскій*** («Przegląd lekarski», 30 января). — 8) Въ Варшавѣ ***Константинъ Флоровичъ Пилипейко*** («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 20 января).—9) 4-го января въ Berlin'ѣ, послѣ однодневной болѣзни, проф. ***Jolly***. Родившись 24 ноября 1844 г. въ Heidelberg'ѣ, покойный изучалъ медицину въ München'ѣ и Göttingen'ѣ, въ 1871 г. доцентировалъ въ Würzburg'ѣ, затѣмъ въ 1873 г. приглашенъ былъ на каѳедру въ Strassburg, а въ 1890 г. въ Berlin. Германія теряетъ въ немъ одного изъ самыхъ выдающихся психіатровъ, а Berlin'скій Университетъ любимаго учителя («Neurologisches Centralblatt», 16 января).

**Опечатки.** 1. Въ письмѣ *Р. А. Каца*—«Гигіэна дѣтскаго глаза на международной научно-промышленной выставкѣ «Дѣтскій міръ» (см. выше, № 2):

| стр. | столбецъ | строка | напечатано | нужно |
|---|---|---|---|---|
| 50 | 1-й | 10 св. | стѣнку | стѣну |
| » | 2-й | 9 » | короткій | хорошій |

2. Въ статьѣ *Я. Б. Зельдовича*—«Разлитые перитониты, вызываемые болѣзнями женскихъ половыхъ органовъ» (см. выше, № 3) на стр. 84, въ 1-мъ столбцѣ, въ 25-ой строкѣ сн. напечатано: въ больницѣ; нужно: въ хирургическомъ отдѣленіи.

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Русскіе.

**Журналъ нейропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова.** Г. III.

1. **М. Н. Лапинскій.** *Матеріалы по иннерваціи сосудовъ лапы у собаки.* Автореферат доклада, сдѣланнаго въ Кіевскомъ физико-медицинскомъ Обществѣ. 2. **В. А. Муратовъ.** *Періодическое помѣшательство въ клиническомъ, судебно-медицинскомъ и патолого-анатомическомъ отношеніяхъ.* Клиническая лекція. 3. **П. А. Преображенскій.** *Случай саркоматоза спинного мозга.* Описаніе случая съ патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ. 4. **А. В. Соболевскій.** *Случай Корсаковскаго психоза.* 5. **С. С. Корсаковъ.** *Психіатрическія экспертизы.*

**Извѣстія И. В.-Медицинской Академіи.** Ноябрь. Т. VII. № 3.

1. **А. Редлихъ.** *Къ казуистикѣ уродствъ женской половой сферы.* У больной было отсутствіе нормальнаго заднепроходнаго отверстія. 2. **П. В. Троицкій.** *Къ вопросу о недостаточности печени и объ отношеніи къ ней алиментарной гликозуріи.* Литературно-критическій очеркъ. 3. **Г. А. Макаровъ.** *О сравнительной стойкости красныхъ кровяныхъ тѣлецъ по отношенію къ изосмотическимъ растворамъ поваренной соли и виноградного сахара.* Стойкость красныхъ кровяныхъ тѣлецъ у страдающихъ сахарной болѣзнью къ раствору виноградного сахара значительно ниже стойкости къ раствору хлористаго натра. 4. **А. О. Карницкій.** *Физіолого-химическія наблюденія надъ кровью плода въ моментъ его рожденія.* (Окончаніе). 5. **М. Н. Порошинъ, А. А. Редлихъ и И. В. Судаковъ.** *Обзоръ акушерской литературы за 1901 г.* 6. **А. Студенскій.** *Обзоръ литературы по вопросамъ общей патологіи за 1901 г.*

**Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней.** Октябрь. Т. VI.

1. **П. А. Павловъ.** *Къ вопросу о т. наз. доброкачественныхъ саркоидныхъ образованіяхъ кожи.* Окончаніе. 2. **С. Л. Богровъ.** *О дѣйствіи Bequerel'евскихъ лучей на животный организмъ.* Описаніе опытовъ д-ровъ *Лондона* и *Гольдберга.* 3. **Н. М. Долгополовъ.** *Къ вопросу о продолжительности теченія заразнаго сифилиса въ сельскомъ населеніи.* (Окончаніе). 4. **М. Варинскій.** *Твердый шанкръ нижней губы у 13-ти мѣсячнаго ребенка.* Описаніе рѣдкаго случая. 5. **Н. Суковъ.** *Къ терапевтическому дѣйствію гермофенила.* Предварительное сообщеніе, въ которомъ авторъ высказываетъ похвалу гермофенилу. 6. **И. Ф. Зеленевъ.** *Переломъ у 9-лѣтней дѣвочки. Быстрое развитіе остроконечныхъ кондиломъ въ теченіи гнойнаго періода и быстрое излѣченіе ихъ.* Описаніе случая. 7. **М. Хворостанскій.** *Организація борьбы съ сифилисомъ въ Воронежскомъ уѣздѣ.* 8. **И. П. Дедюринъ.** *О методахъ лѣченія паховыхъ бубоновъ.* (Окончаніе).

#### Польскіе.

**Czasopismo lekarskie,** ноябрь.

1. **Józef Saks.** *Sprawozdanie z oddziełu położniczego przy szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi za lata 1900, 1901 i 1902.* Отчетъ гинекологическаго отдѣленія. 2. **Seweryn Sterling.** *O preskleroźie.* 3. **Adolf Landau.** *Pokrzywka wywołana przez roślinę Primula obconica.* Крапивница, вызванная упомянутымъ растеніемъ.

Декабрь.

1. **J. Saks.** Окончаніе статьи.

**Zdrowie,** декабрь.

1. **Stanisław Gałecki.** *Znaczenie klimatu górskiego w leczeniu gruźlicy.* Значеніе горнаго климата при лѣченіи чахотки. 2. **Szymon Kossobudzki.** *Nasze szpitale i gruźlica chirurgiczna.* Наши больницы и хирургическая бугорчатка. 3. **Gustaw Sztolcman.** *Alkohol i gruźlica.* Алкоголь и бугорчатка.

**Nowiny lekarskie,** декабрь.

1. Prof. **L. Rydygier.** *Przyczynek do aseptyki rąk podczas operacyi.*

#### Чешскіе.

**Lékarské rozhledy,** ноябрь.

1. Doc. **A. Vesely.** Продолженіе статьи. 2. **Kopfstein.** Окончаніе статьи. 3. **Karel Helbich.** *Dalsi zkusenosti s kyselinou acetylsalicylovou (aspirinem).*

Декабрь.

1. **Jos. Cisler.** *O prvotnim t. zv. klassickém stadiu obrny postiku.* 2. Doc. **Vesely.** Окончаніе статьи. 3. **Karel Helbich.** *Zkusenosti s jodipinem.*

#### Словенскіе.

**Liecknicki Viestnik,** декабрь.

1. **R. Marković.** *Rousselov zakon o zastiti gjece prvoga doba od 23 prosinca 1874.* 2. **Filip Smolcić.** *Perforativna peritonitis, laparotomija, ozdravljenje.* 3. **Fran Gundrum.** *O purgenu.*

#### Нѣмецкіе.

**Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte.** Т. XX. Тетр. 2.

1. **Ohlmüller.** *XVI. Gutachten des Reichsgesundheitsrates über die Einleitung der Mainzer Kanalwassers einschliesslich der Fäkalien in den Rhein.* 2. **Rubner** und **Schmidtmann.** *XVII. Gutachten des Reichsgesundheitsrates über die Einleitung der Mannheimer Kanalwässer in den Rhein.*

**Archiv für Anatomie und Physiologie. Physiologische Abtheilung.** Ноябрь. Тетр. 5 и 6.

1. **Alexander Auerbach** und **Hans Friedenthal.** *Ueber die Reaction des menschlichen Harnes unter verschiedenen Ernährungsbedingungen und ihre quantitative Bestimmung.* Измѣненіе кислотности мочи подъ вліяніемъ различныхъ условій и способы количественнаго опредѣленія кислотности. 2. **Augustus D. Waller.** *Ueber die «Blaze»-Ströme der Krystalllinse.* Объ электрическихъ явленіяхъ въ свѣжевырѣзанномъ хрусталикѣ глаза. 3. **S. Dontas.** *Ueber einige Einwirkungen auf die Dehnungscurve des Muskels.* Кривая мышечнаго растяженія; анализъ ея и измѣненія при различныхъ условіяхъ. 4. **J. Seegen.** *Der Process der Zuckerbildung in der Leber.* О выработкѣ сахара печенью. 5. **Georg Levinsohn.** *Ueber das Verhalten des Ganglion cervicale supremum nach Durchschneidung seiner prae-bezw. postcellulären Fasern.* Объ измѣненіяхъ клѣтокъ въ верхнемъ шейномъ узлѣ послѣ перерѣзки нервовъ. 6. **Johannes Frentzel** und **Max Schreuer.** *Verbrennungswärme und physiologischer Nutzwerth der Nährstoffe.* Зависимость между питательными достоинствами и теплотой сгоранія у различныхъ питательныхъ веществъ. 7. **Karl Braeunig.** *Ueber Degenerationsvorgänge im motorischen Teleneuron nach Durchschneidung der hinteren Rückenmarkswurzeln.* Микроскопическія измѣненія въ двигательномъ нейронѣ послѣ перерѣзки заднихъ корешковъ спинного мозга. 8. **W. Sterling.** *Hirnrinde und Augenbewegungen.* Центры движенія глазами въ мозговой корѣ у собаки. 9. **Hans Sachs.** *Ueber die Vorgänge im Organismus bei der Transfusion fremdartigen Blutes.* Вліяніе переливанія чужой крови на организмъ. 10. **Th. W. Engelmann.** *Der Versuch von Stannius, seine Folgen und deren Deutung.* Критическая оцѣнка лигатуры Stannius'а. 11. **Richard Hans Kahn.** *Beobachtungen über die Wirkung des Nebennierenextractes.* Вліяніе надпочечниковой вытяжки на кровообращеніе и дыханіе.

**Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere.** Ноябрь. Т. XCIX. Тетр. 11 и 12.

1. **P. H. Eykman.** *Der Schlingakt dargestellt nach Bewegungsphotographien mittelst Röntgen-Strahlen.* Результаты примѣненія рентгеноскопіи къ акту глотанія. Данныя опытовъ и литературно-историческій очеркъ ученія о глотаніи. 2. **Rudolf Höber.** *Ueber die Hydroxylionen des Blutes.* Газовый анализъ крови. 3. **Ferd. Klug.** *Zwei Froschherz-Manometer als Kreislaufschema und Versuche mit denselben.* Описаніе опытовъ съ вырѣзаннымъ сердцемъ лягушки и рисунки, поясняющіе постановку опытовъ. 4. **J. L. Hoorweg.** *Ueber den sogenannten Fleischl-Effect.* Анализъ явленій, наступающихъ при раздраженіи нервовъ сильными токами. 5. **Rudolf Rosemann.** *Die Deutung der Chauveau'schen Alkoholversuche.* Критическая замѣтка. 6. **A. Schücking.** *Zur Erwiderung auf die Bemerkungen von E. von Dungern.* Полемическая замѣтка. 7. **Jacques Loeb.** *Ueber die Reaction des Seewassers und die Rolle der Hydroxylionen bei der Befruchtung der Seeigleier.* Дополненіе къ раньше напечатанной работѣ.

Ноябрь. Т. С. Тетр. 1 и 4.

1. **Н. Е. Введенскій.** *Die Erregung, Hemmung und Narkose.* Опредѣляетъ степень зависимости между вышеупомянутыми состояніями. 2. **Nik. Paerna.** *Functionelle Veränderungen des Nerven im Elektrotonus.* Вліяніе электротонуса на нервы. 3. **Н. Семеновъ.** *Ueber die functionellen Veränderungen des Nerven unter dem Einfluss der mechanischen Compression.* Измѣненіе физіологическихъ свойствъ нервовъ при механическомъ сжатіи ихъ. 4. **А. Ухтомскій.** *Ueber den Einfluss der Anämie auf den Nerven-Muskelapparat.* Измѣненія въ нервно-мышечномъ приборѣ при малокровіи.

Тетр. 5 и 6.

1. **Martin Heidenhain.** *Ueber die Nilblaubase als Reagens auf die Kohlensäure der Luft und über die Einwirkung von Farbsäuren auf Cellulose, Alkohol und Aceton mit Beiträgen zur Theorie der histologischen Färbungen.* Къ теоріи окраски гистологическихъ препаратовъ. 2. **Walther Hoffmann.** *Circulations-und Pulsationsapparat zur Durchströhmung überlebender Organe.* Описаніе приборовъ. 3. **Онъ-же.** *Apparat zur Erhaltung einer künstlichen Circulation am überlebenden Froschherzen.* Описаніе и рисунки приборовъ. 4. **Biberfeld.** *Der Einfluss des Tannins und des Morphins auf die Resorption physiologischer Kochsalzlösung im Dünndarm.* Опыты на собакахъ. 5. **L. Borchard.** *Ueber das zuckerbildende Ferment der Leber.* О сахарообразующемъ бродилѣ печени. Опыты надъ печенью животныхъ. 6. **Max Fetzer.** *Ueber die Widerstandsfähigkeit von Klängen, insonderheit von Vocalklängen, gegenüber schädigenden Einflüssen.* О вліяніи различныхъ условій на звукопроводимость. 7. **Oscar Loew.** *Ist die Bezeichnung «Hämase» für Blutkatalase gerechtfertigt?* Критическая замѣтка. 8. **Онъ-же.** *Bemerkung über die Vertreibbarkeit von metallischen Elementen in Pilzen.* Критическая замѣтка.

Digitized by Google

**Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwickelungsgeschichte.** Ноябрь. Т. LXIII. Тетр. 1.

1. **Gustav Wolff.** *Zur Analyse der Entwicklungspotenzen des Irisepithels beim Triton.* Экспериментальное изслѣдованіе способности эпителія радужной оболочки къ возрожденію. 2. **Baum** und **Thienel.** *Über Besonderheiten im Bau der Blutgefässe.* Микроскопическое строеніе венъ и артерій. 3. **Ross Granville Harrison.** *Experimentelle Untersuchungen über die Entwicklung der Sinnesorgane der Seitenlinie bei den Amphibien.* Въ своихъ опытахъ надъ развивающимися лягушками изучалъ послѣдствія разнообразныхъ поврежденій спинного мозга на ростъ. 4. **Rudolf Eschweiler.** *Zur Entwicklung des schallleitenden Apparates mit besonderer Berücksichtigung des Musculus tensor tympani.* Развитіе слуховыхъ косточекъ и мышцы, напрягающей барабанную перепонку у свиного зародыша. 5. **Oskar Schultze.** *Zur Frage von den geschlechtsbildenden Ursachen.* Вліяніе различныхъ условій на развитіе пола у зародыша.

**Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie.** Ноябрь. Т. IV. Тетр. 12.

1. **A. Nürnberg.** *Über die koagulierende Wirkung autolytischer Organ-Extrakte auf Albumosenlösungen und Milch.* Авторъ устанавливаетъ, что многіе органы животныхъ даютъ вытяжки, обнаруживающія свертывающее вліяніе на молоко и на растворы альбумозъ. 2. **H. Bayer.** *Über die plasteinogene Substanz.* Сравнительная оцѣнка собственныхъ изслѣдованій и изслѣдованій другихъ авторовъ. 3. **Leopold Moll.** *Über künstliche Umwandlung von Albumin in Globulin.* Переходъ бѣлка въ глобулины при дѣйствіи равнаго рода растворовъ солей. 4. **Онъ-же.** *Über Blutveränderungen nach Eiweissinjektionen.* Изслѣдованіе свойствъ (коагулирующихъ) кровяной сыворотки послѣ впрыскиванія въ кровь бѣлковыхъ веществъ.

### Французскіе.

**Annales d'hygiène publique et de médecine légale.** Октябрь. Т. L. № 4.

1. **P. Brouardel.** *Institut médico-légal de l'Université de Paris.* Историческій очеркъ. 2. **J. Brault.** *La maladie du sommeil. Nouvelles données étiologiques.* Критическая замѣтка. 3. **Gréhant.** *Oxyde de carbone, alcool éthylique et grison.* Отравленія и несчастныя случайности отъ перечисленныхъ средствъ. 4. **Ernest Mosny.** *But de l'inspection médicale et hygiénique.* Медико-санитарный надзоръ въ школахъ. 5. **Paul Garnier.** *Les hystériques accusatrices.* 2 случая. 6. **Drancourt.** *Étude sur les conditions d'hygiène des ouvriers des fabriques d'accumulateurs électriques.* Къ вопросу о несчастіяхъ при работахъ съ аккумуляторами.

**Annales de l'Institut Pasteur.** Сентябрь. № 9. Т. XVII.

1. **E. Marchoux** et **A. Salimbeni.** *La spirillose des poules.* Описаніе куриной эпидеміи въ Ріо де Жанейро. 2. **Gabriel Bertrand.** *Emploi de la bombe calorimétrique de M. Berthelot pour démontrer l'existence de l'arsenic dans l'organisme.* Калориметрическій способъ опредѣленія присутствія мышьяка въ организмѣ. 3. **P. Mazé** et **A. Perrier.** *Sur la production de la mannite par les ferments des maladies des vins.* О болѣзни вина—ненормальные продукты броженія его. 4. **A. Duprat.** *Contribution clinique à la sérothérapie de la peste.* Подтверждается дѣйствительность сыворотки *Roux-Yersin*'а. 5. **Vansteenberche.** *Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur de Lille.* Отчетъ о дѣятельности *Pasteur*'овской станціи въ Lille'ѣ. 6. **Octavio de Freitas.** *L'Institut Pasteur de Pernambuco.* 7. **С. М. Коцеваловъ.** *Compte rendu statistique de L'Institut Pasteur de Kharkoff.*

**Annales de dermatologie et de syphiligraphie.** Августъ—Сентябрь. Т. IV. №№ 8, 9.

1. **G. Verrotti.** *L'histo-pathogénie du psoriasis.* 2. **E. Dalous.** *Histologie du lichen chronique circonscrit (neurodermite circonscrite).* Случай ограниченнаго дерматита нервнаго происхожденія съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 3. **Beurmann** et **Ramond.** *Abcès sous-cutanés multiples d'origine mycosique.* Клиническое и бактеріологическое изслѣдованіе множественныхъ подкожныхъ нарывовъ заразнаго происхожденія. 4. **F. Balzer** et **Ch. Fouquet.** *Sphacèle de l'extrémité du nez dans un cas de syphilis tertiaire accompagné de la maladie de Raynaud.* Омертвѣніе кончика носа въ 1 случаѣ третичнаго сифилиса, осложненнаго болѣзнью *Raynaud.* 5. **E. Bodin.** *Phlycténose récidivante des extrémités.* Возвращающіяся фликтены на конечностяхъ.

Октябрь. Т. IV. № 10.

1. **Niclau.** *Contribution à l'étude des tuberculides.* 10 наблюденій. 2. **Hulleu.** *Sur l'installation de la syphilide pigmentaire du cou (étude clinique).* Историческій очеркъ и извлеченіе изъ 23 собственныхъ наблюденій.

**Annales de gynécologie et d'obstétrique.** Октябрь. Т. LX.

1. **Henri Hartmann.** *L'examen clinique en gynécologie.* Изложеніе методики изслѣдованія гинекологическихъ больныхъ. 2. **Fochier** et **Commandeur.** *Hystérectomie abdominale partielle et opération Césarienne.* Описаніе 1 случая рака беременной матки, осложненнаго переносомъ въ мочеиспускательный каналъ. 3. **C. Jacobs.** *Notes cliniques sur 82 cas de grossesse tubaire.* Клиническая оцѣнка 82 случаевъ трубной беременности.

**Annales des maladies des organes génito-urinaires.** Октябрь. № 19.

1. **Rinaldo Cassanello.** *Contribution anatomo-pathologique et clinique à l'étude des tumeurs à fibres muskulaires lisses de la vessie.* О міомахъ мочевого пузыря. Патолого-анатомическое и клиническое изслѣдованіе. 2. **C. Engelbreth.** *Technique des injections urétrales. La capacité de l'urètre antérieur et la tonicité du sphincter dans la construction d'une nouvelle seringue pour gonorrhée.* Новый шприцъ для впрыскиванія лѣкарства въ уретру. Описаніе и рисунокъ.

Октябрь. № 20.

1. **H. Wildbolz.** *De la spermato-cystite aigue.* 1 случай. 2. **F. P. Guiard.** *Traitement des uretrites à gonocoques par la méthode dite de Janet.* Критическая оцѣнка лѣченія гонококковыхъ уретритовъ по способу *Janet* и сравненіе этого способа съ другими.

**Archives de médecine et de pharmacie militaires.** Октябрь. № 10.

1. **F. Antony** et **E. Loison.** *Examen du coeur à la radioscopie au point de vue de l'aptitude au service militaire.* Примѣненіе радіографіи къ изслѣдованію сердечной области. 2. **Toubert (J. H. R.).** *Quelques indications pratiques sur le traitement raisonné des uréthrites.* 3. **Vandenbossche.** *De l'incontinence nocturne essentielle d'urine.* 8 случаевъ. 4. **Le Guelinel de Lignerolles.** *Contusions mortelles de la poitrine par coup de pied de cheval.* Описаніе 2-хъ случаевъ. 5. **V. Cochois.** *Typhus exanthématique à forme adynamique avec névrite périphérique.* По поводу 1 случая. 6. **Vincent.** *La pluralité des dysenteries.* Критическій очеркъ.

**Archives d'électricité médicale experimentales et cliniques.** Октябрь. № 130.

1. **Stéphane Leduc.** *Influence de l'ion zinc sur la pousse des poils.* Вліяніе цинковаго іона на ростъ волосъ. Краткая замѣтка. 2. **H. Bordier.** *Influence de la galvanisation primitive d'un membre sur celle du membre opposé.* Вліяніе гальванизаціи одной конечности на состояніе другой. 3. **Ensch.** *Électrolyse et cataphorèse.* Литературный очеркъ и опыты. (Не окончена). 4. **H. Bordier.** *Paralysie de la langue et du voile du palais. Traitement électrique, guérison.* Описаніе случая, въ которомъ наступило излѣченіе отъ электризаціи. 5. **Bois.** *Des divers accidents causés par la foudre et les courants électriques de haut voltage et de leur traitement.* Несчастныя случайности вслѣдствіе удара молніей и разряда электрическаго тока. 6. **G. Schwartz.** *Sur l'emploi de la radiographie en chirurgie dentaire.* Значеніе радіографіи въ зубной практикѣ. 7. **I. Vergely.** *A propos des fractures des métatarsiens par choc direct.* О переломахъ плюсневыхъ костей при непосредственномъ ударѣ.

**Archives de neurologie.** Августъ. Т. XVI. № 92.

1. **Bourneville.** *Fin de l'histoire d'un idiot myxoedémateux.* По поводу 1 случая идіотизма, осложненнаго слизистымъ отекомъ. 2. **Paul Boncour.** *Etude du squelette de Deb....* Описаніе скелета отъ предыдущаго случая. 3. **Cl. Philippe.** *Examen histologique.* Микроскопическое изслѣдованіе органовъ отъ предыдущаго случая. 4. **P. Keraval** et **G. Raviart.** *Nouvelle contribution à l'étude de l'état du fond de l'oeil chez les paralytiques généraux; atrophie papillaire et décollement de la rétine.* Объ измѣненіяхъ глазного дна при наростающемъ параличѣ. 5. **A. Vigouroux** et **P. Inquelier.** *Delire et petit brightisme.* Острый бредъ, осложненный нефритомъ. (Окончаніе).

Октябрь. Т. XVI. № 94.

1. **Rayneau.** *Rapport sur l'etat mental du nommé D... inculpé d'outrages.* Судебно-психіатрическое изслѣдованіе. 2. **Fletcher Beach.** *Soin donné aux épileptiques et leur traitement en Angleterre.*

**Archives générales de médecine.** Сентябрь. Т. II. № 39.

1. **Mally** et **Richon.** *Contribution à l'étude du traitement des affections articulaires traumatiques.* При всякомъ функціональномъ разстройствѣ движеній, слѣдующемъ за травмой сустава, слѣдуетъ искать и пораженій соотвѣтствующей области спинного мозга. 2. **E. Emery** et **M. Druelle.** *Plaques muqueuses survenues dix et vingt ans après le début de la syphilis et coïncidant avec des accidents tertiaires.* 2 случая. 3. **Ch. Aubertin.** *Signe de Pinz et souffle pleurétique rythmé par le coeur.* 1 случай. 4. **M. Laignel Levastine.** *La topographie fonctionnelle du sympathique en particuler du système solaire.* Ходъ нервныхъ волоконъ. 5. **J. Noe.** *La bourdaine comme purgatif.* О терапевтическомъ дѣйствіи rhamnus frangula.

№ 40.

1. **Barjon** et **Mazuel.** *Lymphocytose et pseudo-lymphocytose.* Отличіе лимфоцитоза истиннаго отъ ложнаго. 2. **J. P. Tessier.** *Un cas de guérison de tétanos aigu avec étranglement herniaire.* Случай излѣченія остраго столбняка, осложненнаго ущемленіемъ грыжи.

№ 41.

1. **P. E. Launois** et **H. Mauban.** *Le diagnostic de l'hémorragie méningée.* Отличительное распознаваніе мозговыхъ кровоизліяній. (По поводу 1 случая). 2. **Ribadeau Dumas.** *Les organes hématopoïétiques dans l'intoxication saturnine expérimentale.* Вліяніе свинцоваго отравленія на кроветворные органы. 3. **Hirtz.** *Étude sur l'emphysème pulmonaire.* Клиническая лекція.

№ 42.

1. **V. Thébault** et **Francis Jacquemin.** *Commentaires mé-*

Digitized by Google

*dicaux de la loi du 9 avril 1898 concernant les accidents du travail.* Медицинскіе комментаріи къ закону 9 апрѣля 1898 г. о несчастныхъ случаяхъ во время работы. 2. **Brouardel**, **Chartier** et **Oppert**. *Pleurésie hemorrhagique au cours d'une cirrhose atrophique.* Описаніе случая. 3. **P. Roy**. *Comment traiter un aliéné.* Критическій очеркъ. 4. **J. Noé**. *Medicaments nouveaux.* Новыя средства: Тіоколъ.

№ 43.

1. **H. Morestin**. *De l'autoplastie par déplacement du sein.* Пластическая операція восполненія недостачи послѣ удаленія пораженной ракомъ лѣвой груди. 2. **F. Terien** et **Lesné**. *Névrite et atrophie optique au cours de l'érysipèle.* Случай.

Ноябрь. № 44.

1. **H. Morestin**. *L'autoplastie par décollement.* Въ 9 случаяхъ произвелъ замѣщеніе кожныхъ недостачъ съ помощью смѣщенія сосѣднихъ участковъ кожи. 2. **Fernand Curioni**. *Quelques considérations d'ordre phisiopathologique sur les bains de vapeur dans la néphrite.* Вліяніе паровыхъ ваннъ на нефритиковъ. 3. **Bauer** et **Mauban**. *Meningite cérébro-spinale hémorragique aiguë terminée par la guérison.* Случай остраго гэморрагическаго воспаленія оболочки черепного и спинного мозга, закончившійся выздоровленіемъ.

**Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.** Май—Іюнь. T. XVI. № 3.

1. **Hugo Frey**. *Contribution à l'étude des abcès cerebraux d'origine otitique.* Къ вопросу о мозговыхъ нарывахъ ушного происхожденія. 3 случая, окончившіеся вскрытіемъ. 2. **A. Courtade**. *Étude clinique et physiologique de l'obstruction nasale.* Непроходимость носа съ точки зрѣнія клиники и физіологіи. 3. **J. Moliniée**. *Thrombophlébite du sinus latéral.* 1 случай. 4. **Sarremone**. *De l'état de la muqueuse nasale chez les malades atteints de folliculite pilaire chronique de la moustache.* Состояніе слизистой оболочки носа у больныхъ, пораженныхъ воспаленіемъ хроническимъ волосяныхъ мѣшечковъ въ усахъ. 5. **Kalt** et **Golesceano**. *Perisinusite frontale avec lésions minimes du sinus.* Воспаленіе тканей, окружающихъ лобныя пазухи, съ весьма легкимъ поврежденіемъ самихъ пазухъ. 6. **Maurice Mignon**. *Nouveau mode d'emploi de l'adrénaline en rhinologie.* Способъ назначенія адреналина въ видѣ мази. 7. **A. Courtade**. *L'anesthésine en rhino-laryngologie.* Предлагается ментолъ. 8. **Delangre**. *Malformations traumatiques de la face traitées par l'inclusion de la paraffine; application de moules en vulcanite au maintien du modelage jusq'à restauration complète.* Впрыскивалъ параффинъ подъ кожу съ цѣлью исправленія носа. 9. **Pierre**. *Traitement de l'adénoidite chronique infantile.* Лѣченіе хроническаго воспаленія миндалевидныхъ железъ у дѣтей. 10. **Léopold Lévi** et **H. de Rothschild**. *Paralysie faciale congénitale avec agénésie de l'oreille.* Случай врожденнаго паралича лицевого нерва, осложненный уродствомъ уха. 11. **J. Boulai**. *Deux observations de gros vaisseaux pulsatiles du pharynx.* Описаніе 2-хъ случаевъ. 12. **A. Zünd-Burguet**. *Exploration des organes de la parole.* Способъ изслѣдованія органа рѣчи; описаніе способа и рисунки. 13. **Vaquier**. *Anatomie pathologique.* Описаніе нѣсколькихъ патологическихъ препаратовъ съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

**Archives italiennes de biologie.** Октябрь. T. XXXIX.

1. **F. Inghilleri**. *Sur l'étiologie et la pathogenèse de la peste rouge des anguilles.* Совѣтуетъ не употреблять въ пищу угрей, зараженныхъ красной чумой. 2. **L. Sanzo**. *Sur un processus d'inhibition dans les mouvements rythmiques des méduses.* Вліяніе различныхъ агентовъ на ритмическія сокращенія медузъ. 3. **A. Aggazzotti**. *Comment se forment les hémorragies dans les os des oiseaux par suite de fortes raréfactions.* Механизмъ кровотеченій въ костяхъ у птицъ вслѣдствіе истонченія костнаго вещества. 4. **L. Sabbatani**. *Fonction biologique du calcium.* Вліяніе солей кальція на процессы свертыванія крови. 5. **Marguerite Traube Mengarini**. *Sur la conjugaison des amibes.* Къ вопросу о конъюгаціи у амебъ. 6. **A. Mosso** et **G. Marro**. *L'acapnie produite chez l'homme par la diminution de la pression barométrique.* Появленіе безсонницы у человѣка подъ вліяніемъ уменьшенія барометрическаго давленія. 7. **Они-же**. *Analyse des gaz du sang à différentes pressions barométriques.* Анализъ газовъ крови при различныхъ атмосферныхъ давленіяхъ. 8. **Они-же**. *Les variations qui ont lieu dans les gaz du sang sur le sommet du Mont-Rosa.* Объ измѣненіяхъ въ газовомъ составѣ крови на вершинѣ Mont-Rosa. 9. **A. Herlitzka**. *Sur un corps glycolytique isolé du «saccharamyces cerevisiae».* О гликолитическомъ бродилѣ, заключающемся въ пивныхъ дрожжахъ. 10. **A. Celli**. *La Société pour les études de la malaria (1898—1903).* Дѣятельность Общества для изученія болотной лихорадки. 11. **A. Panella**. *L'acide phosphocarnique dans le testicule.* Опыты, доказывающіе присутствіе мясофосфорной кислоты въ ткани яичекъ. 12. **Онъ-же**. *L'acide phosphocarnique des muscles blancs et des muscles rouges.* Мясофосфорная кислота въ бѣлыхъ и красныхъ мускулахъ. 13. **Онъ-же**. *L'acide phosphocarnique dans la substance nerveuse centrale.* О присутствіи мясофосфорной кислоты въ центральной нервной системѣ.

**Bulletin de L'Institut Pasteur.** Сентябрь. № 14.

1. **Безрѣдка**. *Les hémolysines bactériennes.* Литературно-критическій очеркъ.

Сентябрь. № 15.

1. **Безрѣдка**. *Les hémolysines bacteriennes.* Литературно-критическій очеркъ о гэмолизинахъ.

Октябрь. № 17.

**A. Marie**. *L'absorption de la toxine tétanique chez les mammifères.* Критическій очеркъ.

**La Médication martiale.** Октябрь. T. XVII. № 10.

1. **Antonin Poncet** et **Maurice Mailland**. *Rhumatisme tuberculeux (pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire).* Ложный ревматизмъ бугорчатковаго происхожденія; историческія данныя и этіологія съ клинической картиной. 2. **Déceno-Ollivier**. *Cure de l'artério-sclérose et des hypertensions.* О лѣченіи артеріосклерозовъ. 3. **Ch. Vidal**. *L'hypnotisme.* Значеніе гипноза для медицины.

**Revue d'hygiène et de police sanitaire.** Августъ.

1. **J. Courmont**. *L'institut d'higiène de la Faculté de médecine de Lyon.* Описаніе вновь сооруженнаго гигіеническаго Института въ Lyon'ѣ. 2. **G. Reynaud**. *Les quarantaines et le lazaret de Frioul.* О желательныхъ улучшеніяхъ въ карантинныхъ учрежденіяхъ Marseill'и. 3. **A. Calmette**. *L'épuration biologique des eaux d'égout à Manchester.* Біологическій способъ очистки сточныхъ водъ въ Manchester'ѣ (по отчету за 1902 г.). 4. **G. H. Lemoine**. *Imperméabilisation et nettoyage des parquets.* Опыты надъ примѣненіемъ особой замазки и воска для половъ.

**Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.** Сентябрь. № 18.

**Georges Cordefy**. *Les accidents du serum antidiphtérique. Leur innocuité.* Разборъ несчастныхъ случаевъ, наблюдавшихся послѣ впрыскиванія противодифтерійной сыворотки.

Октябрь. № 19.

1. **Albert Robin**. *Les retentissements nerveux. La neurasthénie d'origine dyspeptique. Les particularités de la neurasthénie gastrique. Les conditions chimiques et la conception thérapeutique de la neurasthénie. Les indications du traitement et les moyens de les réaliser.* Связь диспепсіи съ неврастеніей. 2. **A. Darier**. *Traitement des accidents syphilitiques oculaires graves.* Описаніе случая.

№ 20.

1. **Léon-Archambault**. *Cocaïnisme aigu.* Самонаблюденіе. 2. **Jumon**. *Le radium, propriétés physiques et thérapeutiques.* Свойства радія и его значеніе для терапіи.

Октябрь. T. XXV. № 10.

1. **Adrien Loir**. *Alimentation et maladie spéciales aux indigenes de la Rhodésie dans les mines d'or. La bière des Cafres.* Способы приготовленія кафрскаго пива. 2. **E. Arnould**. *L'exposition des villes Allemandes à Dresde (mai a septembre 1903).* Отчетъ.

**Revue médicale de la Suisse Romande.** Августъ. № 8.

1. **P. Wanner**. *Amputation congénitale par le cordon et enroulement du cordon.* Усѣченіе конечности у плода въ утробѣ матери перекрутившейся пуповиной. 2. **E. R. Forster**. *Rapport sur deux cas d'adéno-papillomes multiples du gros intestin avec carcinome cylindrique concomitant.* Описаніе 2-хъ случаевъ съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 3. **C. Dubois**. *Naevus verruqueux généralisé.* Множественныя пигментныя бородавки.

**Journal de physiologie et de pathologie générale.** Сентябрь. № 5. T. V.

1. **J. Lefèvre**. *Introduction critique à l'étude expérimentale du rayonnement aux diverses temperatures.* Критическій очеркъ. 2. **Maurice Arthus** *Sur la labogénie.—Action labogénique du lait.* Изслѣдованія сычужнаго бродила. 3. **Maurice Nicloux**. *Contribution à l'étude physiologique de la glycérine.* Дозировка глицерина при внутреннемъ его употребленіи. 4. **Josef Nicolas L. E.** et **F. Dumoulin**. *Influence de la splénectomie.* Вліяніе удаленія селезенки на морфологическій и химическій составъ крови. 5. **Maurice Nicloux**. *Contribution à l'étude physiologique de la glycérine.* Физіологическое значеніе глицерина. 6. **L. Lapicque**. *Recherches sur la loi d'excitation électrique.* Законы возбужденія нервовъ и мышцъ электричествомъ. 7. **Joseph Nicolas L. E.** et **F. Dumoulin**. *Influence de la splenectomie sur la sécrétion urinaire chez le chien.* Вліяніе удаленія селезенки у собакъ на выдѣленіе мочи. 8. **R. Turro**. *Origine et nature des alexines.* По мнѣнію автора, алексины или растворяющія тѣла бактерій вещества происходятъ изъ клѣточковой плазмы. Алексины, происходящія изъ бѣлыхъ тѣлецъ, называются цитазами. 9. **L. G. Simon**. *Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la diphtérie humaine.* Къ вопросу объ измѣненіяхъ крови при дифтеріи. 10. **Louis Bancel**. *Bacille d'Eberth et poumon des typhiques.* Авторъ нашелъ въ легкихъ людей, погибшихъ отъ тифа, тифозныя палочки 6 разъ изъ 15 случаевъ. 11. **L. G. Simon**. *Des variations leucocytaires chez les malades atteints de diphtérie et traités par le sérum antidiphtérique.* Вліяніе дифтеріи на лейкоцитовъ у животныхъ.

## 2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Польскіе.

**Kronika lekarska**, 15 ноября.

1. **Rzeczniowski**. Продолженіе статьи. 2. **Fidler**. Продолженіе статьи.

1 декабря.

1. **Fidler**. Продолженіе статьи. 2. **Rzeczniowski**. Продолженіе статьи.

15 декабря.

1. **L. Rzeczniowski**. Окончаніе статьи. 2. **H. Fidler**. Окончаніе статьи.

Digitized by Google

### Нѣмецкіе.

**Deutsche Aerzte-Zeitung.** Октябрь. Тетр. 19.

1. **Alfred Egon Neumann.** *Ueber die Anwendung des Thiegenols bei Frauenleiden.* Почти въ 100 случаяхъ примѣненіе тигенола дало автору хорошіе результаты. 2. **Max Cohn.** *Ist die jetzige Gestaltung und die fernere Errichtung von Volksheilstätten ausreichend und zweckmässig für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit.* (Окончаніе). 3. **A. Rahn.** *Die kampfersauren Pyramidon-Salze.*

Тетр. 20.

1. **Carl Reitter.** *Ueber Schwierigkeiten bei der Differential-Diagnose des subphrenischen Gasabszesses.* Раздутая газами поперечная ободочная кишка, ущемившись между печенью и грудобрюшной преградой, даетъ не только клинически, но и радіоскопически картину газоваго поддіафрагмальнаго нарыва. 2. **Roth.** *Ueber die Einführung der Röntgenmethode in die ärztliche Praxis.* 3. **An. Haas.** *Citarin ein neues Gichtmittel.* Химическій составъ и фармакологическое дѣйствіе. 4. **Burchard.** *Erfahrungen über die therapeutische Leistungsfähigkeit des Pyrenols a) bei Asthma und Pertussis, b) bei Gicht und Ischias.*

## ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Польскіе.

**Przegląd lekarski**, 21 ноября.

1. Doc. **Franciszek Kośmiński.** *Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu.* Какъ поступать при запущенномъ поперечномъ положеніи плода (не окончена). 2. **A. Klęsk.** Окончаніе статьи. 3. **R. Spira.** Окончаніе статьи.

28 ноября.

1. Doc. **Ksawery Lewkowicz** *Dwa przypadki guza mózgowia. Guz wzgórka wzrokowego i czepca szypuły mózgowej z zbiorem objawów Benedikta. Guz czwartej komory.* 2 случая опухоли мозга. Опухоль зрительнаго бугра и чепца мозговой ножки съ явленіями *Benedikt*'а. Опухоль 4-го желудочка. 2. **Adolf Wątorek.** *Teorya mechanizmu trzeciego okresu porodowego* (не окончена). 3. **F. Kosmiński.** Продолженіе статьи.

5 декабря.

1. Doc. **Franciszek Krzyształowicz.** *Przypadek samoistnych licznych mięsaków skóry.* Случай множественныхъ первичныхъ саркомъ кожи (не окончена). 2. **Zygmunt Messing.** *O zapaleniu u niższych bezkręgowych zwierząt.* О воспаленіи у низшихъ беспозвоночныхъ. 3. **A. Wątorek.** Продолженіе статьи. 4. **F. Kosmiński.** Продолженіе статьи.

12 декабря.

1. **B. Dembiński.** *O możliwości uodpornienia królików przeciwko śmiertelnym dawkom martwych prątków gruźlicy.* О возможности вызвать невоспріимчивость у кроликовъ къ смертельнымъ дозамъ мертвыхъ бугорчатковыхъ палочекъ. 2. **F. Krzyształowicz.** Продолженіе статьи. 3. **A. Wątorek.** Продолженіе статьи. 4. **A. Kosmiński.** Продолженіе статьи.

19 декабря.

1. Prof. **L. Rydygier.** *Przyczynek do chorób dróg moczowych.* 2. **F. Kośmiński.** Окончаніе статьи. 3. **A. Wątorek.** Окончаніе статьи. 4. **F. Krzyształowicz.** Окончаніе статьи.

26 декабря.

1. Prof. **L. Rydygier.** *W sprawie śródtorebkowego wyłuszczenia przerosłego gruczołu krokowego.* Внутрисумочное вылущеніе гипертрофированной предстательной железы. 2. **Kazimierz Orzechowski.** *Histerya z pozorami tężyczki.* Истерія съ явленіями тетаніи. 3. **Leon Żuławski.** *Wól i jego leczenie.* Лѣченіе зоба.

2 января.

1. Prof. **Stanisław Ciechanowski.** *Odma pęcherzykowa jelit (Pneumatosis cystoides intestinorum)* (не окончена). 2. **Tadeusz Żeleński i Roman Nitsch.** *Przyczynek do etyologii nieżytu pęcherza u dzieci.* Объ этіологіи катарра мочевого пузыря у дѣтей.

**Gazeta lekarska**, 21 ноября.

Весь № посвященъ памяти покойнаго проф. *В. Бродовскаго.*

28 ноября.

1. **Teodor Dunin.** *Materyały do nauki o stwardnieniu tętnic.* Матеріалы къ ученію объ оплотнѣніи артерій (не окончена). 2. **T. Korzon.** Окончаніе статьи. 3. **Starkiewicz i Gryglewicz.** Продолженіе статьи.

5 декабря.

1. **Alfons Malinowski.** *O leczeniu płonicy surowicą swoistą.* О лѣченіи скарлатины специфической сывороткой (не окончена). 2. **August Kosiński.** *Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem surowicą przeciwpaciorkowcową płonicy.* Дальнѣйшія наблюденія надъ лѣченіемъ скарлатины противуцѣпококковой сывороткой. 3. **T. Dunin.** Продолженіе статьи. 4. **Starkiewicz i Gryglewicz.** Продолженіе статьи.

12 декабря.

1. Prof. **L. Rydygier.** *Nowy pomysł leczenia ektopiae vesicae urinariae.* 2. **A. Malinowski.** Продолженіе статьи. 3. **T. Dunin.** Окончаніе статьи. 4. **Starkiewicz i Gryglewicz.** Окончаніе статьи.

19 декабря.

1. **Robert Bernhardt.** *Zastosowanie promieni Roentgen'a w leczeniu chorób skornych (41 przypadków).* Примѣненіе *Röntgen*'овскихъ лучей въ лѣченіи кожныхъ болѣзней (не окончена). 2. **Stanisław Kamieński.** *Kilka uwag z powodu surowicy przeciwpłoniczej doktora Palmirskiego.* Замѣчанія по поводу противускарлатинной сыворотки д-ра *Пальмирскаго* (не окончена). 3. **A. Malinowski.** Продолженіе статьи.

26 декабря.

1. **Mutniański.** *Ferrum carbonicum in statu nascendi zawierające 10% Fe.* 2. **R. Bernhardt.** Окончаніе статьи. 3. **S. Kamieński.** Окончаніе статьи. 4. **A. Malinowski.** Окончаніе статьи.

2 января.

1. Prof. **Leon Kryński.** *W sprawie powstawania i leczenia opadnięcia nerki (Nephroptosis, ren mobilis, ren migrans)* (не окончена). 2. **Józef Jaworski.** *Przyczynek kliniczny do przebiegu ciąży zaśniadowej (mola hydatidosa) oraz stosunek tejże do nabłoniaków kosmówki (chorioepiteliomatów).* 3. **Władysław Wróblewski.** *Wycięcie migdałka, zajętego wrzodem syfilitycznym pierwotnym.* Изсѣченіе миндалины, пораженной первичной сифилитической язвой.

**Medycyna**, 21 ноября.

1. **Palmirski i Żebrowski.** Окончаніе статьи. 2. **Neugebauer.** Окончаніе статьи.

28 ноября.

1. **Stanisław Klejn.** *O oddziaływaniu leukocytów na nalewkę gwajakową.* О дѣйствіи бѣлыхъ шариковъ на гуаяковую настойку. 2. **Henryk Higier.** *W sprawie pulpitów do pisania.* О пюпитрахъ для письма.

5 декабря.

1. **Teodor Łapiński.** *Przyczynek do nauki o psychozach powstających wskutek urazu głowy.* О психозахъ на почвѣ травмъ головы (не окончена). 2. **Wł. Palmirski i Z. Karłowski.** *Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a w roku 1902.* Итоги предохранительныхъ прививокъ по *Pasteur*'у въ 1902 г.

12 декабря.

1. Prof. **Rydygier.** *Jaki sposób gastroenterostomii najbardziej się zaleca?* При операціи желудочно-кишечнаго соустія предпочитаетъ накладывать 3-ярусный шовъ. 2. **Łapiński.** Продолженіе статьи.

19 декабря.

1. Prof. **L. Rydygier.** *Jak należy usunąć ewentualne zaciśnięcie poprzecznicy przez uniesioną pętlę przy gastroenterostomii sposobem Wölfler'a?* 2. **T. Łapiński.** Окончаніе статьи.

26 декабря.

1. **L. Bregman.** *W sprawie powstawania krwotoków rdzeniowych (Haematomyelia).* 2. **Ignacy Mucha.** *Przypadek pęknięcia pochwy podczas spółkowania.* Случай разрыва влагалища во время соитія.

2 января.

1. **S. Goldtlam.** *Przyczynek do etiologii oraz symptomatologii chromania przestankowego.* О перемежающейся хромотѣ. 2. **Fr. Neugebauer.** *Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie?* (не окончена).

### Чешскіе.

**Casopis lékaru ceskych**, 21 ноября.

1. Doc. **K. Vymola.** *O zaradach horenich cest dychacich (deviacich, enchondrosach i exostosach) a jejich odstranovani novym nastrojem.* 2. **Haskovec.** Окончаніе статьи. 3. Prof. **J. Hnatek.** *O vyznamu poliklinického studia pro vychovu lékarského dorostu.*

28 ноября.

1. **Haskovec.** Окончаніе статьи. 2. **L. Knop.** *Tri pripady hnisotoku spojivkového u dospelych.* 3. **Jan Basta.** *Podkozni emfysem pri miliarni tuberkulose plic.* 4. **Otto Neumann.** *Pobodani vcelami.*

5 декабря.

1. **Haskovec.** Окончаніе статьи. 2. **L. Knop.** *O vlivu pocasi rocniho a teploty na zachvaty zanetlivych glaukomu.* 3. **Frantisek Lasek.** *Diffusni, komplikovany oblicejovy tic.*

12 декабря.

1. Doc. **Karel Vymola.** *O zbytneni sliznice dolnich lastur a jejim operationim odstraneni.* 2. **Jaroslav Barth.** *Novejsi nahlédy o pathologii a therapii nekterych vad reci* (не окончена). 3. Doc. **Ant. Heveroch.** *Glossy ku Haskovcove «Exofthalmus v nemoci Basedowove».*

19 декабря.

1. **D. Panyrek.** *Eriophorum, nova latka obvazova, zvlaste pro prvni pomoc.* 2. **Barth.** Продолженіе статьи. 3. **Cyrill Kneidl.** *Pece o chromyslne na Morave.*

26 декабря.

1. **Barth.** Окончаніе статьи. 2. **J. Pelnar.** *Pripad rozsahlého zvapenateni tepen meiopragie (Pitevni protokol).* 3. **E. Vlasak.** *Nova ceska skolni lavice.*

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій.
Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

# XXI. Объ острой непроходимости кишекъ въ связи съ заболѣваніями женскихъ половыхъ органовъ.

Ч. пр. Г. Ф. Цейдлера.

Сообщено на соединенномъ засѣданіи 1-го Съѣзда Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ и 4-го Съѣзда Россійскихъ хирурговъ.

Мм. Гг.! Выступая съ докладомъ въ соединенномъ засѣданіи гинекологовъ и хирурговъ, я естественно долженъ былъ остановиться на вопросѣ aus den Grenzgebieten. Острая кишечная непроходимость и принадлежитъ къ заболѣваніямъ, имѣющимъ интересъ не только для терапевта и хирурга, но несомнѣнно и для гинеколога, для котораго возможность тяжелаго осложненія, какимъ является острая непроходимость кишекъ, или въ теченіи гинекологическаго заболѣванія или въ видѣ его послѣдствія должна, мнѣ сдается, имѣть большое значеніе.

Что подобное осложненіе не составляетъ исключительной рѣдкости, подтверждается уже тѣми скромными цифрами, которыя я могу здѣсь привести: общее число больныхъ, оперированныхъ мною и моими помощниками по поводу острой непроходимости кишекъ, въ настоящее время равно 64; изъ нихъ у 16, т. е. въ $^1/_4$ всѣхъ случаевъ (25%), заболѣваніе находилось въ болѣе или менѣе тѣсной зависимости отъ патологическихъ измѣненій, исходящихъ отъ женскихъ половыхъ органовъ. Оно и понятно: здѣсь имѣются, съ одной стороны, частота заболѣваній женскаго полового прибора и разнообразіе ихъ видовъ, съ другой—благопріятныя для ущемленія кишекъ анатомическія условія въ неправильномъ ограниченномъ пространствѣ, какимъ является полость малаго таза.

Согласно разнообразію патологическихъ измѣненій въ зависимости отъ заболѣванія полового прибора, мы встрѣчаемъ и большое разнообразіе въ механизмѣ кишечной непроходимости. Прежде, однако, чѣмъ перейти къ отдѣльнымъ формамъ непроходимости кишекъ, я позволю себѣ сдѣлать нѣсколько общихъ замѣчаній.

До недавняго времени всѣ чрезвычайно разнообразныя формы кишечной непроходимости шли подъ общими названіями: «ileus», «volvulus», «miserere» и т. д. Правду сказать, и теперь еще нерѣдко не заходятъ дальше этого общаго опредѣленія, хотя патологическая анатомія давно уже разобралась въ разныхъ видахъ кишечной непроходимости. Достигнуто было только одно: совершенно выдѣлена непроходимость паралитическая въ зависимости отъ воспалительныхъ заболѣваній брюшины, т. е. разные виды перитонита и въ настоящее время подъ кишечной непроходимостью подразумѣвается почти исключительно механическое препятствіе нормальному передвиженію содержимаго кишекъ.

Но отъ опредѣленія какого-либо механическаго препятствія еще далеко до точнаго анатомическаго распознаванія вида и механизма непроходимости, и нужно сказать, что попытка установить клинически у кровати больного патолого-анатомическую форму непроходимости далеко не часто оказывается удачной.

За то оказалось весьма плодотворнымъ установленное главнымъ образомъ *Wahl*'емъ и его школой клиническое дѣленіе острой непроходимости на 2 большія группы: на «странгуляцію» и на «обтурацію» кишекъ. Подъ странгуляціей подразумѣвается ущемленіе или поворотъ какого-либо кишечнаго отдѣла совмѣстно съ принадлежащей ему брыжейкой, и дальнѣйшія измѣненія находятся здѣсь первымъ дѣломъ въ зависимости отъ разстройствъ кровообращенія, вслѣдствіе сдавленія приводящихъ сосудовъ, въ самой ущемленной петлѣ. Измѣненія эти подчасъ очень значительны. Неоднократно наблюдалось уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ странгуляціи, т. е., въ такое время, когда и рѣчи еще не могло быть о существенной задержкѣ содержимаго кишекъ, омертвѣніе ущемленной петли. При обтураціи, наоборотъ, брыжейка не принимаетъ участія въ механизмѣ непроходимости, кишка-же становится непроходимой вслѣдствіе сдавленія ея, перегиба, съуженія изнутри и т. д. Питаніе кишки поэтому страдаетъ сравнительно мало, и дальнѣйшее теченіе болѣзни находится въ зависимости главнымъ образомъ отъ задержки кишечнаго содержимаго.

Не буду входить здѣсь въ болѣе подробный разборъ картины странгуляціи и обтураціи, что завело-бы насъ слишкомъ далеко; скажу лишь, что это дѣленіе на странгуляціонную и обтураціонную кишечную непроходимость является большимъ шагомъ впередъ; оно позволяетъ у кровати больного причислить данный случай къ одной изъ упомянутыхъ группъ, нерѣдко даетъ возможность опредѣлить довольно точно мѣсто непроходимости и поставить болѣе опредѣленное показаніе къ оперативному вмѣшательству.

Само собою разумѣется, что въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ слѣдуетъ приложить всѣ усилія, чтобы не ограничиться этимъ, все-таки только общимъ, распознаваніемъ обтураціонной или странгуляціонной непроходимости кишекъ и постараться болѣе точно установить и механизмъ непроходимости, и его мѣсто въ брюшной полости. Въ этомъ отношеніи группа кишечной непроходимости въ зависимости отъ заболѣваній женскихъ половыхъ органовъ особенно благопріятна: здѣсь много чаще, чѣмъ при другихъ формахъ, удается поставить болѣе точное распознаваніе. Гинекологическое изслѣдованіе является поэтому весьма важнымъ подспорьемъ при установкѣ распознаванія непроходимости кишекъ у женщинъ. Въ связи съ анамнезомъ и съ общимъ распознаваніемъ странгуляціи или обтураціи оно нерѣдко даетъ возможность установить точную анатомическую картину непроходимости. Въ моихъ 16 случаяхъ это удалось сдѣлать 12 разъ.

Значеніе такого точнаго распознаванія, само собою разумѣется, огромно. Между хирургами уже давно признано, что успѣхъ оперативнаго вмѣшательства при кишечной непроходимости находится главнымъ образомъ въ зависимости отъ болѣе ранняго производства операціи. Раннее и точное распознаваніе позволяетъ скорѣе рѣшиться на операцію, даетъ возможность сразу, увѣренно идти на препятствіе, не теряя времени на—иной разъ очень тяжелыя—поиски его въ брюшной полости.

Разъ нѣкоторые виды кишечной непроходимости допускаютъ возможность болѣе точнаго распознаванія, то и результаты оперативнаго вмѣшательства должны быть при нихъ лучшіе. На дѣлѣ это такъ и есть. Общая смертность на 64 случая кишечной непроходимости, въ которыхъ сдѣлана была у насъ операція, выразилась *51,56%*; смертность-же въ 16 вышеупомянутыхъ случаяхъ, гдѣ непроходимость обусловливалась заболѣваніями женскихъ половыхъ органовъ, дала всего *31,25%*. Такой, на 20% лучшій, результатъ я главнымъ образомъ приписываю болѣе раннему и болѣе точному распознаванію. Считаю долгомъ здѣсь-же упомянуть, что я нахожусь въ этомъ отношеніи въ чрезвычайно благопріятныхъ условіяхъ. Въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ хирургическимъ отдѣленіемъ въ больницѣ, гдѣ я имѣю честь работать (Обуховской женской), расположено отдѣленіе гинекологическое, которымъ завѣдуетъ столь опытный клиницистъ, какъ *В. А. Вастенъ*. Гинекологическое изслѣдованіе въ большинствѣ моихъ случаевъ и было произведено имъ.

Перехожу къ отдѣльнымъ формамъ кишечной непроходимости. Самая извѣстная изъ нихъ—та, которая развивается *вслѣдъ за* какимъ-либо *чревосѣченіемъ, въ зависимости отъ послѣдовательнаго образованія срощеній, тяжей* и пр. Появленіе подобныхъ остатковъ послѣ любого чревосѣченія настолько постоянно, что нужно только удивляться сравнительной рѣдкости внутренняго ущемленія кишекъ у такихъ больныхъ. Послѣ гинекологическихъ чревосѣченій названное осложненіе наблюдается чаще, чѣмъ послѣ операцій, производимыхъ хирургами надъ кишечникомъ, желудкомъ, желчнымъ пузыремъ и т. д. Эта большая частота, вѣроятно, объясняется тѣмъ, что, во-1-хъ, чревосѣченій по поводу гинекологическихъ болѣзней въ общемъ дѣлается больше; во-2-хъ, здѣсь имѣютъ силу вышеупомянутыя благопріятныя для ущемленія кишекъ анатомическія условія образованія тяжей и сроценій въ полости малаго таза.

Подобныхъ случаевъ у меня было 3. Я долженъ здѣсь

Digitized by Google

замѣтить, что рѣчь идетъ исключительно о случаяхъ непроходимости кишекъ въ зависимости отъ болѣе или менѣе старыхъ срощеній. Случаевъ послѣоперaціонной непроходимости въ зависимости отъ свѣжихъ склеекъ и перегиба надъ ними кишки, о которыхъ по преимуществу говорится въ гинекологической литературѣ, у меня не было. Подобные случаи, впрочемъ, и не попадаютъ къ хирургамъ, а вторичное чревосѣченіе производится такимъ больнымъ самимъ операторомъ-гинекологомъ. Отъ *В. А. Вастена* я получилъ свѣдѣніе, что случаевъ свѣжей послѣоперaціонной непроходимости кишекъ у него (на 700—800 чревосѣченій) не было. По литературнымъ даннымъ частота ихъ выражается цифрой 1—2 на 100.

Мои случаи слѣдующіе.

Въ 1-мъ случаѣ больная 1 г. 3 мѣс. назадъ была оперирована д-ромъ *Рымша* у насъ-же въ больницѣ по поводу лопнувшей трубной беременности, при чемъ у нея была удалена тогда лѣвая труба. Теперь она снова поступила въ больницу съ явленіями острѣйшей странгуляціонной непроходимости кишекъ. Анамнезъ и прощупываемая въ заднемъ сводѣ упругая опухоль позволили установить въ точности и видъ, и мѣсто ущемленія кишки. При произведенномъ черезъ 26 час. послѣ ущемленія чревосѣченіи найденъ былъ толстый тяжъ между лѣвой поверхностью матки и боковой стѣнкой таза, подъ которымъ и была ущемлена петля тонкихъ кишекъ. Тяжъ былъ удаленъ. Изсѣчено 73 стм. омертвѣвшей кишки. Выздоровленіе.

Во 2-мъ случаѣ больная поступила въ больницу съ явленіями обтураціонной кишечной непроходимости. Годъ съ чѣмъ-то назадъ ей была удалена въ Надеждинскомъ родовспомогательномъ заведеніи путемъ чревосѣченія киста праваго яичника. Не трудно было предположить перегибъ кишки надъ срощеніями ея съ культей, что и оказалось при чревосѣченіи, произведенномъ черезъ 2-ое сутокъ отъ начала появленія припадковъ непроходимости. Спайки съ культей были очень плотныя, и кишку удалось отдѣлить только съ трудомъ. Больная выздоровѣла.

Я долженъ еще упомянуть, что какъ въ 1-мъ, такъ и во 2-мъ случаяхъ я снялъ съ культи толстую шелковую лигатуру въ видѣ узла, пролежавшую въ брюшной полости безъ всякихъ измѣненій болѣе года. Сообщаю это къ свѣдѣнію, въ виду высказываемаго и теперь еще мнѣнія о разсасываніи или разволакиваніи шелковыхъ лигатуръ.

3-ій случай относится къ больной, у которой *В. А. Вастенъ* удалилъ черезъ влагалище межсвязочную кисту яичника, не вскрывая брюшной полости. Въ послѣоперaціонномъ времени, которое въ остальномъ протекало совершенно гладко, уже вскорѣ обнаружились явленія неполнаго съуженія кишечника, достигшія къ 14-му дню степени ясно выраженной обтураціонной непроходимости. Предположеніе о перегибѣ въ маломъ тазу къ стѣнкѣ заживающей полости срощенной кишки подтвердилось при чревосѣченіи. Кишка, спаянная старыми, плотными, существовавшими, очевидно, уже до операціи срощеніями, была отдѣлена, и больная выздоровѣла.

Слѣдующая самая большая группа (8 случаевъ) это—*непроходимость въ зависимости* отъ болѣе или менѣе старыхъ *перитонеальныхъ процессовъ*, исходящихъ отъ женскихъ половыхъ органовъ. Въ 2-хъ случаяхъ мы имѣли въ анамнезѣ послѣродовой перитонитъ. Въ обоихъ случаяхъ обтурація кишки обусловливалась сдавленіемъ ея тяжами, проходившими между сальникомъ и петлями кишекъ. Удаленіемъ этихъ тяжей непроходимость была легко устранена, и обѣ больныя выздоровѣли.

Тазовой перитонитъ былъ причиною кишечной непроходимости 6 разъ. 3 раза имѣлась странгуляція петель тонкихъ кишекъ старыми тяжами въ маломъ тазу. Распознаваніе было точное; устраненіе препятствія не представляло трудностей. Не смотря на это, выздоровѣла только 1 больная; 2 поступившія и оперированныя одна на 6-ой, а другая на 7-ой день отъ начала ущемленія, умерли отъ перитонита, начало котораго уже усматривалось во время операціи. Слѣдующіе 3 случая представляютъ особый интересъ: это тазовые выпоты, поведшіе къ непроходимости кишекъ. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ выпотъ выполнялъ весь малый тазъ и былъ такой плотный, отчасти даже бугристый, что приходилось разбираться въ отличительномъ распознаваніи его отъ новообразованія, исходящаго отъ костей таза. Выпотомъ прямая кишка сдавливалась до полной непроходимости и до развитія полной картины обтураціоннаго ileus'а. Во всѣхъ случаяхъ былъ наложенъ кишечный свищъ—2 раза на слѣпую кишку и 1 разъ на S-образную. При соотвѣтствующемъ лѣченіи выпоты эти медленно стали разсасываться. Въ 1 случаѣ выпотъ хрящевой плотности впослѣдствіи былъ признанъ *В. К. Вастеномъ* за гнойникъ и вскрытъ черезъ влагалище. Кишечная проходимость постепенно возстановилась per vias naturales; свищи 2 раза зажили произвольно, 1 разъ съ помощью небольшой пластики, и всѣ 3 больныя выздоровѣли.

*Неподлежащія уже операціи злокачественныя новообразованія женскихъ половыхъ органовъ* служили поводомъ къ кишечной непроходимости 4 раза. Механизмъ ея при этомъ былъ двоякій. 2 раза имѣлся перегибъ тонкой кишки, срощенной съ опухолью яичника resp. матки. Проходимость кишки была достигнута 1 разъ отдѣленіемъ кишки отъ опухоли, 2-ой разъ образованіемъ кишечнаго соустія между приводящимъ и отводящимъ концами крѣпко прирощенной петли. Въ другихъ 2-хъ случаяхъ новообразованія resp. его переносы сдавливали прямую кишку до полной непроходимости и пришлось прибѣгнуть къ наложенію кишечнаго свища на нисходящую ободочную кишку. Изъ всей этой группы больныхъ, истощенныхъ и худосочіемъ и непроходимостью удалось спасти,—конечно, временно — только 1; остальныя 3 умерли вскорѣ послѣ операціи.

У меня остается еще 1 случай непроходимости кишекъ, несомнѣнно находящійся въ связи съ заболѣваніемъ женскихъ половыхъ органовъ, но не подходящій ни къ одной изъ вышеупомянутыхъ группъ.

Это—молодая больная, у которой послѣ сильнаго ушиба живота разыгрались, по видимому, довольно рѣзкія перитонеальныя явленія, отъ коихъ она, однако, оправилась. Вскорѣ затѣмъ у нея развились припадки кишечнаго съуженія, которые въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ все усиливались, и въ одномъ изъ такихъ припадковъ, характера уже обтураціонной непроходимости, она и поступила въ больницу. При чревосѣченіи былъ найденъ сплошной слипчивый перитонитъ, т. е. свободной полости брюшины буквально не существовало вовсе. Пришлось шагъ за шагомъ, отчасти тупо, отчасти ножемъ, выдѣлить и освободить весь кишечникъ изъ срощеній, спаявшихъ петли его между собой, съ пристѣночной брюшиной, съ сальникомъ и т. д. При этомъ во многихъ мѣстахъ между срощеніями обнаружены были полости, отъ горошины до грецкаго орѣха величиной, наполненныя зеленоватой, совершенно прозрачной жидкостью. Одно такое скопленіе, величиною съ яблоко, находилось въ заднемъ *Douglas*'овомъ пространствѣ. Самыя крѣпкія срощенія были около лѣваго кистовидно перерожденнаго яичника, который и былъ удаленъ. Въ немъ оказался цѣлый рядъ небольшихъ кистъ, наполненныхъ такого-же характера жидкостью, какая была въ вышеупомянутыхъ полостяхъ. Эта тождественность невольно наводила на мысль, что въ свое время вслѣдствіе травмы лопнула киста яичника, содержимое ея излилось въ брюшную полость, вызвало сплошной слипчивый перитонитъ и мѣстами осумковалось между срощеніями. Больная, не смотря на то, что операція, сама по себѣ очень тяжелая, осложнилась еще изсѣченіемъ отрѣзка тонкой кишки, потребовавшимся вслѣдствіе отрыва брыжейки, совершенно поправилась и теперь (послѣ операціи прошло уже 2 года) совершенно здорова.

Въ итогѣ, стало быть, мы имѣли 16 случаевъ, которые дали 68,75% выздоровленій и 31,25% смертности. Результатъ — очень хорошій, если его сравнить съ общей цифрой смертности въ 51,56%, Погибли 5 больныхъ: 3 съ неподлежавшими уже операціи злокачественными новообразованіями, настолько слабыя, что онѣ не перенесли даже столь легкаго пріема, какимъ является наложеніе (при мѣстномъ обезболиваніи) кишечнаго свища, и 2 оперированныя уже съ явленіями перитонита.

Изъ этого можно сдѣлать только одно заключеніе, что операція при острой непроходимости кишекъ, во время и увѣренно предпринятая, есть вмѣшательство неопасное, во всякомъ случаѣ менѣе опасный пріемъ, чѣмъ выжиданіе и обычное лѣченіе—опій, атропинъ, высокія промывательныя и т. д.

Изъ краткаго обзора нашихъ случаевъ, наблюдавшихся за короткій сравнительно срокъ, за 8 лѣтъ, въ одной только больницѣ, можно, мнѣ думается, убѣдиться въ томъ, какое разнообразіе видовъ представляетъ кишечная непроходимость въ зависимости отъ гинекологическихъ заболѣваній.

Я совершенно не касался въ своемъ краткомъ сообщеніи литературы вопроса. Казуистическихъ сообщеній въ ней имѣется достаточно. Въ гинекологической литературѣ подробно разработанъ вопросъ о послѣоперaціонной кишечной непроходимости. Болѣе подробнаго сопоставленія случаевъ, подобныхъ только-что описаннымъ, я въ доступной мнѣ литературѣ не нашелъ, почему и позволилъ

Digitized by Google

себѣ поднять этотъ вопросъ здѣсь въ Собраніи, гдѣ присутствуютъ такъ много компетентныхъ гинекологовъ и хирурговъ, которые, надѣюсь, не откажутся подѣлиться съ нами своимъ опытомъ.

---

XXII. Изъ Харьковской губернской земской больницы.

## Солевыя вливанія въ терапіи душевныхъ болѣзней.

Ч. пр. **Б. С. Грейденберга**.

Сообщено въ отдѣлѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Въ поступательномъ развитіи психіатріи за послѣднее 10-лѣтіе необходимо отмѣтить, между прочимъ, особенно яркое терапевтическое направленіе, выразившееся въ стремленіи врачей-психіатровъ выйти изъ роли пассивныхъ наблюдателей теченія душевныхъ заболѣваній и замѣнить ее активнымъ вмѣшательствомъ въ это теченіе, съ цѣлью его измѣненія, ослабленія или сокращенія. Практическимъ проявленіемъ этого стремленія явились постельное содержаніе, ограниченіе изоляціи, широкое примѣненіе водолѣченія, въ частности продолжительныя ванны—рядъ лѣчебныхъ мѣропріятій, которыя по даннымъ ими благопріятнымъ результатамъ начинаютъ занимать все болѣе и болѣе прочное мѣсто въ психіатрической терапіи. Однимъ изъ такихъ мѣропріятій и являются солевыя вливанія, т. е. введеніе въ организмъ душевно-больныхъ т. наз. физіологическаго раствора поваренной соли.

Солевыя вливанія вошли въ терапію душевныхъ болѣзней 2-мя путями:—общеврачебнымъ и спеціально психіатрическимъ. 1-ый путь явился естественнымъ продолженіемъ той, уже довольно широкой, дороги, по которой введеніе въ больной организмъ физіологическаго солевого раствора, какъ лѣчебный способъ, вошло уже въ такія обширныя области медицины, какъ хирургія, акушерство и внутреннія, въ частности заразныя, болѣзни. Тѣ состоянія крайняго упадка сердечной дѣятельности, сильнаго истощенія и общей слабости вслѣдствіе обильныхъ потерь крови, продолжительнаго голоданія и т. п. истощающихъ причинъ, служившія показаніями къ примѣненію солевыхъ вливаній при различныхъ общихъ, хирургическихъ и внутреннихъ—заразныхъ, заболѣваніяхъ, естественно требовали тѣхъ-же мѣропріятій и при развитіи ихъ въ теченіи душевныхъ болѣзней. Первыя предложенія о примѣненіи солевыхъ вливаній въ клизмахъ и подкожно—*Merklin*'а, *Ilberg*'а и *Lehmann*'а и касались именно состояній истощенія у душевно-больныхъ вслѣдствіе продолжительнаго отказа отъ пищи.

2-ой путь явился результатомъ извѣстныхъ воззрѣній на происхожденіе и развитіе душевныхъ болѣзней, возникшихъ въ психіатріи въ послѣднее 10-лѣтіе, именно—этіологическаго ученія о развитіи нѣкоторыхъ формъ душевныхъ разстройствъ на почвѣ зараженія, отравленія resp. самоотравленія организма различными ядами или токсинами. Это ученіе логическимъ путемъ должно было повести къ введенію въ психіатрическую терапію способовъ и средствъ, способствующихъ освобожденію организма отъ образовавшихся и скопившихся въ немъ различнаго рода и вида ядовитыхъ началъ. Конечною цѣлью этихъ способовъ и средствъ должно было быть или удаленіе изъ тѣла его токсическаго содержимаго путемъ механическаго освобожденія отъ него, или нейтрализація его химическимъ путемъ, для перевода въ безвредное состояніе, или-же разжиженіе его съ цѣлью, хотя-бы, ослабленія его вреднаго дѣйствія на больной организмъ.

Для достиженія 1-ой цѣли въ соотвѣтственныхъ случаяхъ примѣняются слабительныя, мочегонныя и потогонныя; для 2-ой—показаны обеззараживающія, противобродильныя и нейтрализующія средства; для достиженія-же 3-ей цѣли и предложены были солевыя вливанія, какъ средство для введенія въ организмъ различными путями физіологическаго раствора поваренной соли или физіологической сыворотки. Этотъ способъ удовлетворяетъ сразу 2-мъ показаніямъ: разжиженіемъ крови или, по выраженію *Sahli*, промываніемъ ея онъ ослабляетъ болѣзнетворную силу обращающихся въ ней токсиновъ, а усиленіемъ мочеотдѣленія, и иногда потоотдѣленія, способствуетъ выведенію этихъ токсиновъ изъ организма.

Вскорѣ послѣ упомянутыхъ выше первыхъ сообщеній о солевыхъ вливаніяхъ у душевно-больныхъ *Merklin*'а, *Ilberg*'а и *Lehmann*'а въ европейской литературѣ появился рядъ быстро слѣдовавшихъ одна за другой работъ по этому вопросу, а именно: во Франціи—*Mairet* и *Vires*, *Рубиновича* и *Toulouse*'а, *Régis*, *Chaslin*'а, *Briand*'а, *Fleury*, *De-Boeck*'а, *Feuillade*'а, *Jacquin*'а, *Cullerre*'а, *Faure*'а, *Buvat*, *Masbrennier*, *Warbasse* и др. (больше всего работъ вышло изъ Lyon'а, гдѣ особенно интересовался вливаніями у душевно-больныхъ проф. *Pierret*), въ Германіи—*Sander*'а, *Erklentz*'а, *di Caspero*, *Donath*'а, *Wickel*'я, *Alter*'а и др., въ Италіи—*Tambroni*, *Lambranci* и др. Работы эти сначала имѣли характеръ случайности; наблюденія дѣлались безъ подбора подходящаго матеріала, безъ достаточно установленныхъ показаній, почему и результаты получались неодинаковые. Только въ послѣдніе 2—3 года появились болѣе или менѣе систематическія наблюденія надъ дѣйствіемъ солевыхъ вливаній у душевно-больныхъ (*Faure*, *Buvat*) и опыты экспериментальнаго изслѣдованія этого вопроса вообще (*Erklentz*). Но и въ настоящее время при всѣхъ полученныхъ уже отъ вливаній безспорно благопріятныхъ результатахъ, во взглядахъ на нихъ авторовъ далеко еще нѣтъ согласія. Одни склонны чрезмѣрно преувеличивать терапевтическое значеніе вливаній и видѣть въ нихъ чуть-ли не специфическое средство при всевозможныхъ формахъ душевныхъ заболѣваній; другіе, наоборотъ, не считаютъ возможнымъ признать за ними значенія даже и припадочнаго средства. Въ русской литературѣ, насколько мнѣ извѣстно, до настоящаго времени не появилось еще ни одной работы по этому вопросу, хотя солевыя вливанія, по видимому, кое-гдѣ и примѣняются; такъ, о нихъ упоминается въ отчетахъ Уфимской психіатрической больницы за послѣдніе годы [1901 и 1902 г. *)].

Мои личныя наблюденія надъ солевыми вливаніями у душевнобольныхъ начаты были вскорѣ послѣ появленія въ литературѣ первыхъ сообщеній о нихъ и производились сначала въ Симферопольской психіатрической больницѣ, въ отдѣленіи д-ра *А. Я. Яновскаго*, но ограничивались однѣми только клизмами изъ физіологическаго раствора въ случаяхъ упорнаго отказа отъ пищи, при чемъ результаты получались весьма удовлетворительные. Болѣе систематически эти наблюденія оказалось возможнымъ поставить въ Харьковской губернской земской больницѣ, гдѣ въ теченіи 1901—1903 гг. моими сотрудниками, ординаторами новой Лѣчебницы *В. А. Гиляровскимъ*, *В. Д. Чельцовымъ* и отчасти *Г. Г. Бойно-Родзевичемъ*, сдѣлано было болѣе 220 вливаній у душевно-больныхъ съ различными психическими формами. Изъ нихъ *В. А. Гиляровскій*, продолжавшій затѣмъ свои наблюденія надъ вливаніями въ Московскомъ центральномъ полицейскомъ покоѣ для душевнобольныхъ, уже сообщилъ результаты ихъ въ напечатанной въ послѣднихъ №№ «Практическаго Врача» статьѣ «О терапевтическомъ значеніи подкожныхъ вливаній соляного раствора у душевно-больныхъ», данныя-же наблюденій *В. Д. Чельцова* и составляютъ предметъ настоящаго сообщенія.

Всѣхъ случаевъ душевныхъ разстройствъ, въ которыхъ мы примѣняли солевыя вливанія,—36; больныя были преимущественно женщины (29). Формы психозовъ у нихъ слѣдующія:

| | | |
|---|---|---|
| острыя формы помѣшательства (преимущественно маніакальнаго характера) | 10 | (4 м. и 6 ж.) |
| періодическіе и круговые психозы | 8 ж. | |
| преждевременное слабоуміе | 8 » | |
| манія | 2 » | |
| меланхолія | 2 » | |
| кататонія | 2 | (1 м. и 1 ж.) |
| паралитическое слабоуміе | 2 м. | |
| первичное помѣшательство | 1 ж. | |
| лихорадочный бредъ (острый астеническій психозъ) | 1 ж. | |

*) Изъ примѣчанія *А. Е. Черемшанскаго* на стр. 373 послѣдняго (1897 г.) изданія русскаго перевода «Учебника психіатріи» *Krafft-Ebing*'а видно, что подкожныя вливанія примѣнялись и въ больницѣ всѣхъ скорбящихъ въ Петербургѣ.

Digitized by Google

Необходимо при этомъ оговориться, что при выборѣ случаевъ для вливаній мы руководились отнюдь не распознавательными соображеніями, а исключительно припадочными показаніями, а именно: отказомъ отъ пищи, безсонницей и психомоторнымъ возбужденіемъ.

Всѣхъ вливаній нами сдѣлано, какъ я сказалъ, болѣе 220, при чемъ на каждаго больного пришлось въ среднемъ 5—6 вливаній, наибольшее-же число было 15. Жидкость употреблялась постоянно одна и таже—обыкновенный т. наз. физіологическій растворъ поваренной соли—0,75%. Мы начинали обыкновенно съ 250 к. стм. и, постепенно повышая, доходили до наибольшаго количества 1500 к. стм. Продолжительность одного вливанія была наименьшая—25 мин., наибольшая—50 мин. Техника вливаній, въ видахъ сбереженія времени, была доведена до возможной простоты. Предложенные нѣкоторыми авторами (*Briand*, *Donath*) различные приборы для вливаній всѣ имѣютъ именно тотъ общій недостатокъ, что требуютъ при пользованіи ими затраты значительнаго времени. Поэтому мы съ самаго начала нашихъ наблюденій предпочли пользоваться обыкновенной вымѣренной кружкой *Esmarch*'а. Вливанія производились въ приспособленномъ для этого одномъ изъ изоляторовъ, нашедшемъ себѣ такимъ образомъ лучшее, сравнительно съ его назначеніемъ, примѣненіе.

Самый процессъ вливаній, какъ они производились у насъ, былъ слѣдующій. Непосредственно передъ вливаніемъ жидкость подвергалась кипяченію въ металлическомъ эмальированномъ сосудѣ, съ плотно закрывающейся крышкой, и затѣмъ охлаждалась въ резервуарѣ съ холодной водой до 38°. Изъ кружки выпускался наполнявшій ее въ промежуткахъ между вливаніями карболовый растворъ (3—5%), послѣ чего она нѣсколько разъ прополаскивалась горячей жидкостью, которая затѣмъ вливалась въ нее въ желаемомъ количествѣ, и кружка сверху плотно прикрывалась стерилизованной марлей; далѣе жидкость пропускалась черезъ прикрѣпленную къ кружкѣ резиновую трубку, на свободный конецъ которой надѣвалась большая игла для подкожныхъ впрыскиваній. Вытекавшая изъ отверстія иглы струя жидкости имѣла температуру 30—31° R. Больныя укладывались на низкую кушетку, высотою ¾ аршина отъ пола, а *Esmarch*'овская кружка вѣшалась на желѣзную подставку съ выдвижнымъ стержнемъ, при помощи котораго ее можно было, соотвѣтственно ходу вливанія, постепенно поднимать. Вливанія почти всегда дѣлались въ область живота, какъ по удобству дѣйствія, такъ и вслѣдствіе лучшихъ условій для всасыванія. Во все время вливанія область, куда впрыскивалась жидкость, массировалась, чтобы способствовать быстрѣйшему всасыванію послѣдней. При замедленіи всасыванія или при жалобахъ больныхъ на болѣзненность вливаній на мѣсто послѣднихъ накладывались спиртовые компрессы. Вливанія обыкновенно дѣлались черезъ день. Какъ при подготовительныхъ дѣйствіяхъ, такъ и при самыхъ вливаніяхъ наблюдались обычныя элементарныя условія чистоты и опрятности, при чемъ мы ни разу не имѣли ни одного непріятнаго осложненія, которое заставило-бы отмѣнить или хотя-бы на время оставить вливанія.

Преслѣдуя цѣли только терапевтическія, мы совершенно исключили изъ нашей программы физіологическія наблюденія относительно вліянія солевыхъ вливаній на кровяное давленіе, дыханіе, обмѣнъ и пр., но во всѣхъ случаяхъ отмѣчали состояніе температуры и пульса, какъ привычныхъ для врача руководящихъ началъ при всякомъ заболѣваніи.

Послѣ перваго вливанія, обыкновенно спустя 4—5, рѣже 6, час. температура начинаетъ повышаться и поднимается до 38°, иногда съ нѣсколькими десятыми, и лишь въ рѣдкихъ случаяхъ достигаетъ 39°,1—39°,5. На этой высотѣ она держится не болѣе 2—3 час., затѣмъ начинаетъ постепенно падать и обыкновенно къ утру слѣдующаго дня возвращается къ нормѣ. Это первое повышеніе температуры наблюдается всегда независимо отъ количества влитого раствора; при слѣдующихъ-же вливаніяхъ отношеніе температуры такое: если они дѣлаются въ одинаковыхъ количествахъ и безъ большихъ промежутковъ, то повышеніе температуры съ каждымъ новымъ вливаніемъ и менѣе рѣзко (обыкновенно съ постепеннымъ убываніемъ на 0,5—1°), и менѣе продолжительно; если-же количества вливаемой жидкости увеличиваются и самыя вливанія дѣлаются съ промежуткомъ въ нѣсколько дней, то температура снова нѣсколько поднимается. При медленномъ всасываніи жидкости повышеніе температуры держится дольше, при болѣе быстромъ—короче.

Пульсъ учащается вмѣстѣ съ повышеніемъ температуры, но не всегда параллельно съ нею; такъ, при 38°,4 пульсъ можетъ быть 84, а при 38°,2—116; по характеру онъ всегда бывалъ полный и напряженный.

Терапевтическое дѣйствіе вливаній обнаружилось въ несомнѣнномъ вліяніи ихъ на *психомоторное возбужденіе*, *сонъ и позывъ на ѣду*. Не вдаваясь въ подробности и не приводя описаній отдѣльныхъ случаевъ, я ограничусь изложеніемъ лишь общихъ, полученныхъ нами результатовъ.

Весьма цѣннымъ результатомъ солевыхъ вливаній, безспорно, слѣдуетъ считать благотворное дѣйствіе ихъ на двигательное и психическое возбужденіе больныхъ. Больныя, которыя до вливаній не лежали въ постеляхъ, постоянно вскакивали, усиленно двигались и обнаруживали аггрессивныя стремленія, послѣ вливаній становились покойнѣе и утихали: «въ отдѣленіи—тише», характерно выражались служащія. Результатъ этотъ наступалъ у однѣхъ больныхъ уже спустя 1—2 часа послѣ вливанія, у другихъ—спустя 3—4 часа. Иногда наступленію успокоенія предшествовалъ, какъ непосредственное дѣйствіе вливанія, непродолжительный періодъ угнетенія или депрессіи. Вмѣстѣ съ наступленіемъ общаго успокоенія въ нѣкоторыхъ случаяхъ острой спутанности наблюдалось болѣе или менѣе продолжительное, иногда на нѣсколько часовъ, проясненіе сознанія. Если вливанія дѣлались систематически черезъ день, то благопріятное дѣйствіе ихъ на психическое возбужденіе можно было поддерживать почти непрерывно. Въ нѣсколькихъ случаяхъ острой спутанности солевыя вливанія въ 1000—1200 к. стм. оказывали на больныхъ не менѣе успокаивающее дѣйствіе, чѣмъ обычно примѣняемыя теплыя ванны, такъ что въ дни скопленія значительнаго числа безпокойныхъ и возбужденныхъ больныхъ и затрудненія дѣлать одновременно большое количество ваннъ, мы не разъ съ успѣхомъ замѣняли ихъ вливаніями.

Сонъ больныхъ подъ вліяніемъ солевыхъ вливаній улучшался, становился болѣе спокойнымъ и продолжительнымъ, при томъ не только въ ночь непосредственно послѣ вливанія, но и въ слѣдующую, такъ что при примѣненіи вливаній черезъ день можно было поддерживать у больныхъ достаточный сонъ безъ всякихъ спеціальныхъ снотворныхъ средствъ.

Дѣйствіе солевыхъ вливаній при отказѣ отъ пищи стоитъ внѣ всякихъ сомнѣній и въ нѣкоторыхъ случаяхъ значительно превосходитъ дѣйствіе солевыхъ клизмъ; наиболѣе упорно отказывавшіеся отъ пищи больные начинали ѣсть послѣ первыхъ-же 2—3 вливаній, хотя-бы общая картина психоза у нихъ замѣтно и не измѣнилась. Лучшіе результаты получались при отказѣ отъ пищи въ связи со спутанностью и психомоторнымъ возбужденіемъ, менѣе удовлетворительные—при отказѣ отъ пищи вслѣдствіе бредовыхъ идей.

Находится-ли терапевтическое дѣйствіе вливаній въ какой-либо зависимости отъ формы психическаго заболѣванія, на основаніи какъ литературныхъ данныхъ, такъ и нашихъ наблюденій рѣшить трудно. Хотя этіологія въ нѣкоторыхъ изъ нашихъ случаевъ (зараженіе, роды) и давала всѣ основанія отнести ихъ къ числу интоксикаціонныхъ или даже аутоинтоксикаціонныхъ психозовъ, нельзя было, однако, установить, что именно въ этихъ случаяхъ дѣйствіе вливаній было благопріятнѣе, чѣмъ въ другихъ безъ такой этіологіи. Поэтому, не отрицая того положенія, что психозы съ спеціально токсической этіологіей въ широкомъ смыслѣ слова представляютъ наиболѣе соотвѣтственный матеріалъ для примѣненія солевыхъ вливаній, мы въ тоже время должны вообще признать примѣнимость ихъ при всѣхъ психическихъ формахъ, гдѣ преобладающими припадками въ клинической картинѣ являются пси-

Digitized by Google

хомоторное возбужденіе, безсонница и отказъ отъ пищи, въ особенности на ряду съ общимъ упадкомъ физическаго состоянія больныхъ. Поэтому солевыя вливанія преимущественно должны найти себѣ примѣненіе въ случаяхъ острыхъ психозовъ, развивающихся или послѣ общихъ лихорадочныхъ заболѣваній—пнеймоніи, тифа, гриппа и пр., или послѣ такихъ истощающихъ условій какъ роды, т. е. въ такихъ формахъ, въ которыхъ, на ряду съ чисто психическими припадками, выступаютъ на первый планъ явленія физическаго истощенія и общаго упадка силъ.

Серьезныхъ противопоказаній къ назначенію солевыхъ вливаній едва-ли можно указать, но соблюденіе обычныхъ предосторожностей при ихъ примѣненіи необходимо, особенно при существованіи болѣзней сердца, хроническаго пораженія легкихъ, черепномозгового полнокровія, вообще такихъ болѣзненныхъ состояній, при которыхъ крайне нежелательно повышеніе сосудистаго давленія.

На основаніи нашихъ наблюденій я могу пока установить слѣдующія положенія:

1. Солевыя вливанія заслуживаютъ самаго широкаго примѣненія при лѣченіи душевныхъ болѣзней.

2. Наиболѣе удобный, безопасный и вмѣстѣ съ тѣмъ дѣйствительный путь для введенія въ организмъ физіологическаго солевого раствора—вливаніе его подъ кожу.

3. Дѣйствіе солевыхъ вливаній у душевно-больныхъ обнаруживается въ успокаивающемъ вліяніи ихъ на психомоторное возбужденіе, улучшеніи сна и позыва на ѣду.

4. Солевыя вливанія по ихъ дѣйствію на психомоторное возбужденіе и сонъ могутъ во многихъ случаяхъ замѣнить теплую ванну.

5. Солевыя вливанія показаны преимущественно во всѣхъ случаяхъ душевныхъ заболѣваній заразнаго, отравнаго или самоотравнаго происхожденія; въ частности показаніями для ихъ примѣненія должны считаться: 1) психомоторное возбужденіе, 2) обусловливаемая имъ безсонница и 3) отказъ отъ пищи.

6. Больные переносятъ солевыя вливанія вообще очень хорошо и подчиняются имъ безъ особаго сопротивленія.

7. При соблюденіи элементарныхъ условій чистоты и опрятности солевыя вливанія не сопровождаются никакими неблагопріятными осложненіями.

**Литература** (въ алфавитномъ порядкѣ): 1. *Alter*. Zur Infusionstherapie bei Psychosen. «Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift», 1903, № 19.—2. *Briand*. «Annales médico-psychologiques», 1894 г., ноябрь—декабрь —3. *Buvat*. Des sérums artificiels dans le traitement des maladies mentales. Thèse. Paris, 1901 г.—4. *Cullerre*. De la transfusion séreuse sous-cutanée dans les psychoses aigues avec auto-intoxication. «Le Progrès médical», 1899 г. 30/IX.—5. *De-Boeck*. Des injections de sérum artificiel chez les aliénés. «Bulletin de la société de médécine mentale de Belgique», 1898 г., стр. 133.—6. *Donath*. Die Behandlung der progressiven Paralyse so wie toxischer und infektiöser Psychosen mit Salzinfusionen. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1903 г.. № 6 и «Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie», 1903 г., LX, 4, стр. 583.—7. *Erklentz*. Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Leistungen der Kochsalzinfusion. «Zeitschrift für klinische Medicin», 1902 г., XLVIII, 3—4 (съ подробной общей литературой).—8. *Faure*. Du sérum artificiel en aliénation mentale. Thèse, Lyon, 1900 г.—9. *Feuillade*. Contribution à l'étude des manifestations délirantes qui marquent le déclin des maladies infectieuses. Thèse de Lyon, 1899 г.—10. *Fleury*. Recherches cliniques sur l'epilepsie et sur son traitement. Paris, 1900 г.—11. *di-Gaspero*. Ueber Kochsalzinfusionstherapie bei Geisteskrankheiten. «Die Therapie der Gegenwart», 1902 г., стр. 397.—12. *Ilberg*. Über Kochsalzinfusionen bei callabirten Nahrungverweigernden Geisteskranken. «Neurologisches Centralblatt», 1891 г., № 23, стр. 738.—13. *Jacquin*. Du sérum artificiel en psychiatrie. «Annales médico-psychologiques», 1900 г., май—іюнь, стр. 361.—14. *Lehmann*. Kochsalz-Infusionen bei abstinirenden Geisteskranken. «Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie», 1893 г., іюнь, стр. 262.—15. *Mairet* и *Vires*. Sérothérapie dans les maladies nerveuses et mentales. «La Semaine médicale», 1896 г., стр. 338.—16. *Masbrenier*. Traitement du delirium tremens par les infections de sérum artificiel. «La Presse médicale», 1900 г., 24/I.—17. *Mercklin*. Subcutane Infusion von Kochsalzlösung beim Collaps nach Abstinenz in acuter Psychose. «Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie», 1891 г., мартъ, стр. 101.—18. *Régis*. Les psychoses d'auto-intoxication. Paris. 1899 г.—19. *Рубиновичъ* и *Toulouse*. La mélancholie. Paris, 1897 г., стр. 388.—20. *Sander*. Zur Behandlung der acuten Erregungszustände. «Psychiatrische Wochenschrift», 1901 г., №№ 36—37.—21. *Warbasse*. L'injection introveineuse d'eau salée contre le delirium tremens. «La Semaine médicale», 1901 г., 20/III.—22. *Wienel*. Kochsalzinfusionen in der Therapie der Psychosen. «Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift», 1903 г., №№ 17—19.—23. *Н. А. Сокальскій*. Отчеты психіатрической больницы Уфимскаго губернскаго земства за 1901 и 1902 гг.—24. *В. А. Гиляровскій*. О терапевтическомъ значеніи подкожныхъ вливаній солевого раствора у душевно-больныхъ. «Практическій Врачъ», 1903 г., №№ 49—52.

---

XXIII. Изъ бактеріологической лабораторіи проф. Б. Ф. Вериго въ Одессѣ.

# Къ вопросу о фагоцитозѣ и лейколизѣ при впрыскиваніи въ брюшную полость вирулентныхъ стрептококковъ.

**Ф. В. Вукоемскаго.**

1.

Работа моя является какъ бы продолженіемъ ряда изслѣдованій проф. *Б. Ф. Вериго* [1]) по вопросу о невоспріимчивости. Проф. *Б. Ф. Вериго*, изслѣдовавъ теченіе сибирской язвы и куриной холеры у кроликовъ, доказалъ, что, не смотря на чрезвычайно высокую ядовитость микробовъ этихъ болѣзней, при нихъ нѣтъ явленія отрицательной химіотаксіи, установленной проф. *И. И. Мечниковымъ* и его школой. Вопросъ этотъ еще недавно обсуждался въ работѣ д-ра *Marchand*'а, который, поставивъ весьма тщательные параллельные опыты съ ядовитыми и неядовитыми стрептококками, нашелъ, что ни измѣненіе среды, ни нагрѣваніе ядовитыхъ стрептококковъ не проявляетъ въ отношеніи къ нимъ ни малѣйшаго фагоцитоза, между тѣмъ какъ неядовитые микробы фагоцитируются очень легко. Еще раньше такой-же взглядъ на отрицательную химіотаксію высказали *Massart*, *Bordet* и *Г. Н. Габричевскій*.

Изслѣдуя фагоцитозъ ядовитыхъ стрептококковъ при впрыскиваніи ихъ въ брюшную полость кролика и мыши, я раздѣлилъ свой трудъ на 2 части. Въ 1-й изслѣдовалась судьба стрептококковъ при впрыскиваніи ихъ въ брюшную полость въ разныхъ количествахъ, начиная отъ 1 капли бульонной разводки или выпота изъ брюшной полости зараженнаго и погибшаго животнаго, взятаго немедленно послѣ смерти, до 5 к. стм. бульонной разводки, и вообще теченіе зараженія. 2-ая часть состояла въ опредѣленіи роли бѣлыхъ тѣлецъ крови, находящихся въ выпотѣ брюшной полости, и ихъ отношенія къ микробамъ (фагоцитозъ).

Для опредѣленія судьбы стрептококковъ въ брюшной полости опыты были поставлены такъ. Путомъ перевивокъ была усилена ядовитость стрептококковъ. 1-му кролику, вѣсомъ въ 1000 грм., было впрыснуто въ вену уха 5 к. стм. бульонной разводки, полученной отъ больного острой флегмоной. Кроликъ погибъ черезъ 20 час. Тогда кровь, взятая изъ его сердца, была засѣяна на бульонъ, и 1-дневная разводка, по изслѣдованіи ея на чистоту, впрыскивалась въ томъ-же количествѣ въ кровь 2-го кролика. Такимъ образомъ сдѣлано 10 перевивокъ. Количество впрыскиваемыхъ разводокъ постепенно уменьшалось, такъ что отъ 5-ой до 10-й перевивки я впрыскивалъ въ вену только отъ $^1/_2$ до $^1/_8$ к. стм. разводки, разведенной въ 1 к. стм. раствора поваренной соли (0,6%). На 10-ой перевивкѣ, послѣ впрыскиванія $^1/_8$ к. стм. разводки, кроликъ погибъ черезъ 8 час. Разводка 10-ой перевивки пересѣвалась каждые 3 дня, и съ ней и производились опыты.

Для изслѣдованія бралась кровь, выпотъ и органы животнаго. Выпотъ изслѣдовался каждый часъ вплоть до 6 час. и потомъ послѣ смерти. Послѣ впрыскиванія большихъ количествъ, отъ 5 к. стм. до 1 к. стм., черезъ часъ въ выпотѣ было найдено неисчислимое количество микробовъ, но они имѣли видъ отдѣльныхъ цѣпочекъ отъ 5 до 12 зеренъ въ каждой. Послѣ 3—4 час. микробы, вслѣдствіе размноженія, были видимы въ частыхъ и большихъ кучахъ, при чемъ такихъ кучъ бывало отъ 5 до 8 въ каждомъ полѣ зрѣнія. Послѣ впрыскиванія $^1/_4$, $^1/_8$ к. стм. черезъ часъ микробовъ было не много, такъ что число цѣпочекъ можно было сосчитать; ихъ было около 100 въ полѣ зрѣнія. Черезъ 3—4 часа количество ихъ увеличивалось до громадныхъ размѣровъ.

Кровь изслѣдовалась каждый часъ послѣ зараженія въ брюшную полость. Въ первые часы, т. е. черезъ $^1/_2$, 1, $1^1/_2$ и 2 часа, никогда не удавалось найти въ крови ни одного микроба. Начиная съ 3-го часа до смерти микробы были видимы во все нарастающемъ количествѣ, такъ что въ крови сердца, взятой немедленно послѣ смерти, было ихъ огромное количество, при чемъ, рядомъ съ нормальными, были и очевидно погибшіе стрептококки, такъ какъ форма ихъ была измѣнена. Начиная съ 5-го часа до и послѣ смерти, значительная часть микробовъ была въ оболочкахъ.

Органы—печень, селезенка и легкія—изслѣдовались ежечасно

Digitized by Google

и послѣ смерти, при чемъ предварительно изслѣдовались мазки изъ нихъ. Въ первые часы, до 5-го, какъ въ мазкахъ, такъ и на срѣзахъ органовъ было незначительное количество микробовъ, такъ что черезъ часъ и 2 послѣ зараженія едва можно было находить, при окраскѣ по *Gram*'у, одиночныя особи. Начиная съ 5-го часа, количество бактерій въ органахъ увеличивалось, и послѣ смерти на срѣзахъ можно было видѣть громадное количество стрептококковъ во всѣхъ изслѣдуемыхъ органахъ.

Стрептококкъ, какъ и бактеріи сибирской язвы и куриной холеры, ведетъ къ смерти тогда, когда размножится въ организмѣ въ громадномъ количествѣ: это—типъ гнилокровнаго микроба. Но, на ряду съ постепеннымъ развитіемъ стрептококка, при впрыскиваніи его въ брюшную полость происходитъ и разрушеніе его.

Спустя $2^1/_2$ часа въ брюшномъ выпотѣ, на мазкахъ, окрашенныхъ тіониномъ, можно видѣть, на ряду съ зернами, окрашенными рѣзко въ синій цвѣтъ, отдѣльныя цѣпочки и даже колоніи, слабо окрашенныя въ блѣдно-розовый цвѣтъ, при чемъ одни зерна изъ разрушенныхъ теряютъ свою правильную округлость и дѣлаются какъ бы яйцевидными, другія кажутся набухшими, при чемъ отдѣльныя зерна склеиваются такъ, что, вмѣсто цѣпочки, получается какъ бы палочка съ перехватами.

Это явленіе неоднократно отмѣчалось изслѣдователями, показавшими, что, на ряду съ размноженіемъ бактерій, нашедшихъ себѣ питательную среду въ сокахъ и тканяхъ организма, они, съ другой стороны, разрушаются бактеріеубивающими веществами, выдѣляющимися изъ клѣтокъ организма. Чѣмъ меньше ядовитъ микробъ, тѣмъ въ большемъ количествѣ онъ развивается въ организмѣ и тѣмъ большее количество особей должно погибнуть въ борьбѣ организма съ бактеріями; конечно, если количество новообразованныхъ бактерій увеличивается безконечно, то организмъ погибаетъ отъ недостатка бактеріеубивающихъ средствъ. Путемъ перевивокъ можно дойти до наименьшихъ количествъ разводки, способной убить кролика. Такъ, мною была получена изъ Кіевской бактеріологической станціи разводка стрептококка, убивающая кролика въ количествѣ 0,0001 к. стм.; кроликъ погибалъ черезъ сутки. При введеніи такимъ образомъ лишь нѣсколькихъ особей, онѣ развиваются въ организмѣ почти безъ потери. Будучи выращиваемы въ томъ-же организмѣ, онѣ дѣлаются совершенно нечувствительными къ бактеріеубивающимъ веществамъ клѣтки.

Если вызвать зараженіе прививкою въ брюшную полость 0,001 стм., то черезъ $^1/_2$-часа въ выпотѣ очень рѣдко попадаются одиночные кокки; черезъ 1—2 часа—по 1—2 микроба въ полѣ зрѣнія; черезъ 3 часа въ каждомъ полѣ зрѣнія можно найти 2—4 микроба, при чемъ всѣ они бываютъ заключены въ протоплазмѣ многоядерныхъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ; свободныя бактеріи встрѣчаются, какъ исключенія; черезъ 5 час. микробовъ много—200—300 въ полѣ зрѣнія, при чемъ разрушенныхъ микробовъ, дающихъ вышеуказанную окраску тіониномъ, чрезвычайно мало.

Послѣ смерти изслѣдовалась печень и селезенка. Въ обоихъ органахъ найдено громадное количество микробовъ; почти всѣ они находились въ свободномъ состояніи или въ тканяхъ, или въ сосудахъ органовъ. Какъ въ тканяхъ, такъ и въ крови попадаются микробы, заключенные въ многоядерныхъ бѣлыхъ тѣльцахъ.

Найдя такое обиліе микробовъ при впрыскиваніи минимальныхъ количествъ, я поинтересовался прослѣдить постепенное развитіе микробовъ въ органахъ въ теченіи зараженія.

Былъ поставленъ рядъ опытовъ, при чемъ при впрыскиваніи въ брюшную полость вышеуказаннаго минимальнаго количества—0,001 к. стм.—изслѣдовались мазки изъ печени, селезенки и легкихъ, каждый часъ, вплоть до смерти, наступавшей приблизительно черезъ 5 час. Спустя 1, $1^1/_2$, 2 и $2^1/_2$ час. нельзя было обнаружить микробовъ никакими способами окраски, ни обыкновенными, ни по *Gram*'у. Черезъ 3 часа можно было открыть одиночные микробы при окраскѣ по *Gram*'у. Начиная съ этой серіи, количество постепенно и быстро увеличивалось и послѣ смерти всегда было громадное.

Такимъ образомъ, теченіе стрептококковаго зараженія, при введеніи заразнаго начала въ брюшную полость, можно представить себѣ въ слѣдующемъ видѣ. Какъ при малыхъ количествахъ разводки, такъ и при большихъ, 1-я половина болѣзни протекаетъ въ брюшной полости. Тамъ стрептококки находятъ для себя вполнѣ подходящую питательную среду и размножаются въ теченіи 3—4 час., иногда меньше; затѣмъ начинается переходъ ихъ въ органы. Ихъ можно открыть въ небольшомъ, но постепенно увеличивающемся количествѣ въ лимфатическихъ железахъ, въ селезенкѣ, затѣмъ въ печени и въ легкихъ. Токсины, происходящіе тѣмъ или другимъ путемъ отъ микробовъ, вырабатываются въ брюшной полости въ теченіи 1-й половины зараженія. Разумѣется, токсины начинаютъ поступать въ кровь только съ того момента, когда бактеріи, разрушаясь, даютъ возможность появленія ихъ, т. е. спустя $2^1/_2$—3 часа послѣ зараженія. Къ концу смертельнаго зараженія всѣ органы кролика оказываются переполненными микробами, при чемъ число здоровыхъ особей значительно превосходитъ число разрушенныхъ.

Для опредѣленія жизненности микробовъ въ выпотѣ, начиная съ того періода послѣ зараженія, когда обнаруживались разрушенныя бактеріи, дѣлались посѣвы выпота на бульонъ и агаръ, по 1 платиновому ушку; во всѣхъ случаяхъ черезъ сутки появлялся весьма обильный ростъ. Если-же послѣ зараженія сѣять кровь того-же животнаго, то только черезъ 2 часа послѣ зараженія въ брюшную полость изъ крови выростаютъ пышныя разводки. Черезъ часъ иногда получалась очень слабая муть въ бульонѣ, но микробовъ нельзя было открыть.

2.

Во 2-й части опытовъ опредѣлялась роль бѣлыхъ тѣлецъ крови въ борьбѣ съ стрептококками и отношеніе ихъ къ микробамъ.

Ученіе *И. И. Мечникова* и его школы основываетъ невоспріимчивость на томъ, что бѣлыя тѣльца животныхъ, у которыхъ она была вызвана, притягиваютъ къ себѣ микробовъ и, поглощая, разрушаютъ ихъ (положительная химіотаксія). Бѣлыя-же тѣльца обыкновенныхъ животныхъ удаляются отъ микробовъ (отрицательная химіотаксія). Сущность невоспріимчивости состоитъ въ томъ, что въ тѣлѣ животныхъ, у которыхъ она была вызвана, отрицательная химіотаксія превращается въ положительную. Химіотаксія различна также, смотря по ядовитости вводимыхъ въ организмъ бактерій; при ядовитыхъ она отрицательна. Трудами проф. *Б. Ф. Вериго* доказано, что разница въ поглощеніи бѣлыми тѣльцами микробовъ у животныхъ обыкновенныхъ и такихъ, у которыхъ была вызвана невоспріимчивость, только количественная: фагоциты обыкновенныхъ животныхъ менѣе чувствительны къ бактерійнымъ токсинамъ; хотя они и обнаруживаютъ положительную химіотаксію, но въ болѣе слабой степени, чѣмъ фагоциты сдѣланныхъ невоспріимчивыми животныхъ. Фагоциты послѣднихъ обладаютъ особою чувствительностью по отношенію къ микробамъ, отыскиваютъ ихъ и захватываютъ при первомъ появленіи въ организмѣ. По ученію *И. И. Мечникова* явленіе это объясняется иначе, а именно тѣмъ, что фагоциты обыкновенныхъ животныхъ, наоборотъ, очень чувствительны къ бактерійнымъ ядамъ, не могутъ вынести ихъ и убѣгаютъ отъ микробовъ, выдѣляющихъ токсины, тогда какъ фагоциты животныхъ, у которыхъ вызвана невоспріимчивость, вслѣдствіе постоянныхъ прививокъ данныхъ бактерій притупляютъ свою чувствительность къ ихъ яду, собираются вокругъ бактерій и поглощаютъ ихъ.

Проф. *Б. Ф. Вериго* доказалъ отсутствіе отрицательной химіотаксіи.

Впрыскивая въ кровь кролика весьма ядовитые микробы сибирской язвы, онъ находилъ ихъ въ органахъ, занесенныхъ туда бѣлыми тѣльцами, которыя, поглотивъ, разрушали ихъ. Къ тойже разрушительной дѣятельности присоединяются и печеночныя макрофаги. Захватываніе микробовъ бѣлыми тѣльцами начинается спустя нѣсколько минутъ послѣ зараженія, а окончательное ихъ разрушеніе происходитъ уже въ печени. Какъ доказательство ядовитости бактерій, проф. *Вериго* приводитъ замѣченное имъ размноженіе бактерій въ клѣткахъ селезеночной мякоти, при чемъ бактеріи, поглощенныя бѣлыми тѣльцами, разрушали этихъ послѣднихъ. Такія-же доказательства представилъ проф. *Вериго* путемъ изслѣдованія теченія куриной холеры у кролика. Микробъ куриной холеры чрезвычайно ядовитъ и убиваетъ животное меньше, чѣмъ въ 2 часа. Изслѣдуя органы зараженныхъ животныхъ, проф. *Вериго* находилъ микробовъ, поглощенныхъ бѣлыми тѣльцами. Къ концу того или другого зараженія фагоцитозъ былъ очень слабо выраженъ, или его не было вовсе; но причина этого вѣроятно иная, чѣмъ отталкиваніе бѣлыхъ тѣлецъ, вѣроятнѣе—притупленіе чувствительности послѣднихъ по мѣрѣ отравленія ихъ бактерійными ядами.

Параллельно упомяну о работахъ *Bordet*, *Н. Я. Чистовича* и *Marchand*'а, доказывающихъ существованіе отрицательной химіотаксіи, т. е. полное отсутствіе фагоцитоза при зараженіи ядовитыми стрептококками, работая

съ которыми, я получилъ совершенно противоположные результаты.

*Bordet* [2]) впрыскивалъ ядовитую разводку стрептококка *Marmorek*'а въ брюшную полость морскихъ свинокъ и кроликовъ и, наблюдая одно, сдѣлалъ выводы совершенно другіе.

Черезъ часъ послѣ впрыскиванія онъ увидѣлъ, что первые полинуклеары поглощаютъ стрептококковъ; есть фагоцитозъ, распространяющійся на значительное количество введенныхъ микробовъ (стр. 179). Спустя 6—7 час. громадное количество фагоцитовъ оказались пусты и не могли поглотить бактерій. Далѣе *Bordet* отмѣчаетъ, что по мѣрѣ усиленія ядовитости стрептококка цѣпочки дѣлаются все короче и окружаются оболочкою (aréolés), такъ что эта послѣдняя уже несомнѣнно должна считаться признакомъ высокой ядовитости бактерій. На стр. 181 онъ говоритъ: «если впрыснуть дозу стрептококковъ меньше смертельной, то самые стойкіе микробы, тѣ, которые имѣютъ оболочку, хотя и послѣдними, но все таки поглощаются бѣлыми тѣльцами». Вслѣдствіе-же того, что къ концу зараженія и послѣ смерти микробы въ громадномъ количествѣ оказывались свободными, *Bordet* дѣлаетъ выводъ, что микробы въ оболочкахъ вырабатываютъ очень сильные токсины, которые отталкиваютъ бѣлыя тѣльца,— это есть отрицательная химіотаксія.

Въ сущности тѣже явленія наблюдалъ и проф. *Вериго*, но объясненія его гораздо проще, а именно, по его мнѣнію, подъ конецъ зараженія, чѣмъ ближе къ смерти, тѣмъ чувствительность фагоцитовъ притупляется болѣе, и они уже слабо чувствуютъ токсины, выдѣляемые ядовитымъ микробомъ.

*Н. Я. Чистовичъ* [3]) инымъ путемъ разрѣшалъ вопросъ о фагоцитозѣ.

Онъ впрыскивалъ въ вену кролика ядовитыя разводки стрептококка и наблюдалъ теченіе зараженія по стадіямъ до смерти. Животное убивалось въ различные промежутки времени отъ зараженія, и изслѣдовались его легкія, печень и селезенка. Своей работой проф. *Чистовичъ* желалъ дать новыя доказательства въ пользу существованія отрицательной химіотаксіи. На стр. 808 онъ говоритъ: «непосредственно послѣ впрыскиванія стрептококковъ въ вену ихъ можно найти въ большомъ количествѣ въ легкихъ сначала свободными, а потомъ поглощенными многоядерными лейкоцитами. Лейкоцитовъ очень много; они наполняютъ собою всѣ мѣста, куда проникаютъ микробы. Что касается фагоцитоза, то онъ преимущественно наблюдается спустя 2—3 часа послѣ зараженія». Далѣе, проф. *Чистовичъ* наблюдалъ, что *Kupfer*'овскія клѣтки (печеночныя макрофаги) энергично и обильно поглощаютъ микробовъ. Собственно, результаты получились тѣ же, что и у проф. *Вериго*, такъ какъ способъ проф. *Чистовича* позаимствованъ у послѣдняго. Предполагая, что на ряду съ стрептококками высокой ядовитости есть особи слабыя, переролденныя, даже мертвыя (стр. 810), проф. *Чистовичъ* заключаетъ, что бѣлыя тѣльца поглощаютъ только разрушенныхъ микробовъ, а по отношенію къ ядовитымъ стрептококкамъ существуетъ отрицательная химіотаксія. Поглощеніе стрептококковъ *Kupfer*'овскими клѣтками онъ объясняетъ такимъ образомъ, что кокки, поглощенные макрофагами, дѣлаются недоступными для фагоцитовъ крови, а то небольшое количество микробовъ, которое ускользнуло отъ макрофаговъ и находится въ крови, не было поглощено, и микробы остались свободны.

Выводъ такой: активнаго фагоцитоза нѣтъ, такъ какъ онъ встрѣчаетъ препятствіе со стороны отрицательной химіотаксіи бѣлыхъ тѣлецъ по отношенію къ микробамъ (стр. 811). Толкованіе это, мнѣ кажется, неправильно, такъ какъ поглощеніе стрептококковъ макрофагами есть тотъ-же фагоцитозъ.

*Marchand* [4]) въ очень интересной работѣ представилъ причины, почему ядовитые микробы убиваютъ животное, между тѣмъ какъ неядовитые не приносятъ ему никакого вреда.

Опыты велись параллельно съ ядовитыми и съ слабыми стрептококками, при чемъ одинъ рядъ опытовъ продѣланъ in vitro, другой состоялъ во впрыскиваніяхъ въ брюшную полость; теченіе зараженія опредѣлялось при этомъ изслѣдованіемъ капель выпота. Выводы *Marchand*'а слѣдующіе: слабые стрептококки поглощаются легко, ядовитые или совершенно не поглощаются, или даютъ чрезвычайно незначительный фагоцитозъ. Далѣе, стрептококки сохраняютъ свои свойства по отношенію къ бѣлымъ тѣльцамъ послѣ ихъ промыванія и освобожденія отъ продуктовъ выдѣленія. Фагоцитозъ не нарушается при смѣщеніи слабыхъ формъ стрептококковъ съ ядовитыми, и тоже отношеніе остается, если слабыхъ перенести въ среду, гдѣ выросли ядовитые, и наоборотъ.

Такимъ образомъ *Marchand* предполагаетъ, что фагоцитозъ зависитъ отъ какого-то физическаго свойства стрептококка и отъ тактильныхъ качествъ бѣлыхъ тѣлецъ. Причина смерти отъ введенія въ организмъ ядовитыхъ стрептококковъ, по его мнѣнію, та, что эти послѣдніе не поглощаются фагоцитами, слѣд. не могутъ быть разрушены.

Въ обсужденіи роли бѣлыхъ тѣлецъ при впрыскиваніи микробовъ въ брюшную полость животнаго важную роль играетъ описанное *И. И. Мечниковымъ* и его учениками явленіе лейкоцитоза, т. е. разрушеніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ.

*Pierrolini* [5]) нашелъ, что послѣ впрыскиванія въ брюшную полость какихъ бы то ни было микробовъ наблюдается рѣзкое уменьшеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ—лейкопенія, зависящая отъ ихъ разрушенія—лейколиза. Особенно это замѣтно у животныхъ приготовленныхъ, т. е. у которыхъ лейкоцитозъ въ брюшной полости вызванъ искусственно впрыскиваніемъ физіологическаго раствора поваренной соли или бульона. Лейколизъ болѣе выраженъ у животныхъ неприготовленныхъ, между тѣмъ какъ приготовленіе, т. е. вызываніе лейкоцитоза солью или бульономъ даетъ устойчивость противъ зараженія; вызывая рѣзкій фагоцитозъ, бѣлыя тѣльца гораздо меньше подвергаются фаголизу.

*Garnier* [6]) впрыскивалъ холерные вибріоны и тифозныя палочки въ брюшную полость животныхъ и тоже наблюдалъ фаголизъ спустя 20—30 мин. послѣ впрыскиванія. Если животное было приготовлено, то послѣ впрыскиванія разводки выпотъ брюшной полости дѣлался густымъ и мутнымъ: было много бѣлыхъ тѣлецъ не поврежденныхъ, а рядомъ—явленіе рѣзко выраженнаго фагоцитоза, такъ что свободныхъ вибріоновъ почти не было. Выводы *Garnier* слѣдующіе: молодой бульонъ даетъ бѣлымъ тѣльцамъ достаточную устойчивость, чтобы противиться фаголизу, неизбѣжному послѣ впрыскиванія микробовъ. Фаголизъ - явленіе, которое трудно устранить.

*Durham* [7]) въ *Мечниковскомъ* лейколизѣ видитъ только обѣдненіе выпота бѣлыми кровяными шариками, лейкоциты изъ брюшной полости не исчезаютъ, не разрушаются, а прилипаютъ къ сальнику, брюшинѣ и брюшнымъ органамъ.

Д-ръ *Безрѣдка* [8]), приводя труды авторовъ за и противъ лейколиза, говоритъ, что вопросъ о немъ еще не разрѣшенъ, но противъ лейколиза имѣются положительныя данныя.

*Вериго*, *Borel*, *Чистовичъ* и др. нашли, что во время гиполейкоцитоза, немедленно слѣдующаго за впрыскиваніемъ микробовъ въ организмъ животныхъ, бѣлыя тѣльца въ громадномъ количествѣ направляются въ капилляры легкихъ. Если гиполейкоцитозъ есть чистое и простое разрушеніе бѣлыхъ тѣлецъ, то уменьшеніе ихъ должно наблюдать и въ легкихъ.

Проф. *Н. Я. Чистовичъ* (Къ вопросу о лейколизѣ) приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Лейкоцитъ не есть тѣло нестойкое, предназначенное къ разрушенію при какихъ-либо неблагопріятныхъ для организма условіяхъ; лейкоцитолизъ, созданный авторами, есть явленіе преувеличенное, а наблюдаемое просвѣтленіе протоплазмы не составляетъ, какъ полагаетъ проф. *С. С. Боткинъ*, признака разрушенія клѣтки.

Разводка послѣ 10-ой перевивки, которая была взята мною для опыта, представляла короткія цѣпочки, не больше 3—4 зеренъ въ каждой: часто попадались диплококки, окруженные сумкой.

Впрыскивались въ брюшную полость разныя количества разводки, отъ 5 до 0,25 к. стм., и каждые $^1/_2$ часа, посредствомъ очень тонкой стеклянной пипетки, добывался выпотъ и изслѣдовался вплоть до смерти животнаго, наступавшей черезъ 7—8 час. Одна серія животныхъ была приготовляема за сутки до опыта впрыскиваніемъ въ брюшную полость 20 к. стм. физіологическаго раствора, другая серія изслѣдовалась въ обыкновенномъ видѣ. Неизмѣримо удобнѣе для изслѣдованія приготовлять животное, такъ какъ этимъ путемъ получается значительное количество выпота, легко добываемаго изъ брюшной полости. У приготовленныхъ животныхъ до начала опыта извлекался выпотъ и сосчитывалось число бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ посредствомъ прибора *Thoma-Zeiss*'а; потомъ тоже счисленіе производилось каждые $^1/_2$-часа отъ начала зараженія до смерти.

Опытовъ со счисленіемъ бѣлыхъ тѣлецъ крови было сдѣлано 16.

Кролики выбирались по возможности сѣрые, такъ какъ вообще число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ у кроликовъ различно въ зависимости отъ цвѣта животнаго. Количество бѣлыхъ тѣлецъ опредѣлялось по среднему выводу изъ счета ихъ на 10—15 поляхъ зрѣнія. У приготовленнаго кролика бѣлыхъ тѣлецъ передъ опытомъ въ среднемъ было 217. Спустя 20 мин. послѣ впрыскиванія разводки стрептококка количество это уменьшалось приблизительно въ 12 разъ, такъ что въ 1 полѣ зрѣнія бѣлыхъ тѣлецъ въ среднемъ было 15—17. Черезъ 30 мин. наблюдалось незначительное наростаніе—среднее количество тѣлецъ было 18—20; черезъ 45 мин. ихъ было 20—22; черезъ 1 часъ—24, черезъ $1^1/_2$ часа—28, черезъ 2 часа 35—40; черезъ $2^1/_2$ часа 69—75, черезъ 3 часа 89—105, черезъ $3^1/_2$ часа 131—138, черезъ 4 часа 200—215, т. е. возстановлялось то самое количество, которое было до начала опыта. $75^0/_0$ бѣлыхъ тѣлецъ были молодыя одноядерныя; это въ особенности ясно можно было видѣть на сухихъ и окрашенныхъ мазкахъ добываемаго выпота. Съ начала

Digitized by Google

5-го часа количество бѣлыхъ тѣлецъ начинаетъ убывать, почти въ такомъ-же количествѣ, въ какомъ оно прибывало въ первые часы, такъ что черезъ $6^1/_2$—7 час., когда почти во всѣхъ случаяхъ наступала смерть животнаго, тѣлецъ было очень мало, отъ 15 до 20 въ полѣ зрѣнія, при чемъ у нѣкоторыхъ изъ нихъ наблюдалось послѣ смерти животнаго распаденіе ядра на глыбки.

Теперь является вопросъ, куда дѣваются бѣлыя тѣльца въ первые часы послѣ впрыскиванія. Если въ 1-мъ періодѣ исчезанія, т. е. черезъ $^1/_2$ часа—часъ, широко вскрыть животному брюшную полость и предметнымъ стекломъ, легко надавливая, проводить по кишкамъ, печени, желудку, то оказывается, что такой мазокъ состоитъ изъ громаднаго числа бѣлыхъ тѣлецъ, а на засушенномъ и окрашенномъ мазкѣ найдемъ всѣ поля зрѣнія усѣянными равномѣрно бѣлыми тѣльцами въ количествѣ около 250 на каждое поле зрѣнія, при чемъ у 30% тѣлецъ въ протоплазмѣ заключены стрептококки. Фагоцитозъ выраженъ ясно; есть, конечно, и свободные микробы, осѣвшіе при впрыскиваніи на брюшныхъ органахъ. Слѣд., громадное количество бѣлыхъ тѣлецъ, захвативъ микробы, осаждается на брюшныхъ органахъ. Будучи совершенно нормальнаго вида, бѣлыя тѣльца держатся на органахъ до и послѣ смерти почти въ одинаковомъ количествѣ. Спустя часа 3 послѣ зараженія какъ на мазкахъ съ органовъ, такъ и въ выпотѣ можно видѣть большое количество разрушенныхъ стрептококковъ. Тіонинъ окрашиваетъ ихъ, вмѣсто насыщеннаго синяго цвѣта, въ желтоватокрасный; кромѣ того, кокки теряютъ свою круглую форму, какъ бы сплющиваются по бокамъ; нѣкоторые разбухаютъ, а отдѣльныя зерна склеиваются между собою. Стало быть, въ выпотѣ замѣчается сначала уменьшеніе бѣлыхъ тѣлецъ, а потомъ постепенное ихъ наростаніе, такъ что къ 4 часамъ послѣ зараженія количество бѣлыхъ тѣлецъ возстановляется до начальнаго. Лейкопенія въ выпотѣ, какъ раньше указалъ *Durham*, зависитъ отъ простой причины: бѣлыя тѣльца, захвативъ поступившихъ въ организмъ стрептококковъ, уходятъ изъ выпота и осѣдаютъ въ органахъ.

Въ первыхъ порціяхъ выпота, взятыхъ черезъ 15 мин. до 2 час., количество микробовъ было, въ зависимости отъ количества впрыскиваемой разводки, при 5 к. стм. громадно; при томъ картина состояла изъ однихъ только микробовъ; бѣлыя тѣльца въ выпотѣ попадались рѣдкими отдѣльными группами, приблизительно по 10—15 штукъ въ каждомъ. На мазкѣ въ 2 кв. стм. такихъ группъ можно было найти 2—3, также рѣдко и отдѣльныя бѣлыя тѣльца. Но, гдѣ были группы бѣлыхъ тѣлецъ, тамъ вездѣ наблюдался фагоцитозъ, и почти $^1/_2$ всѣхъ бѣлыхъ тѣлецъ заключала въ себѣ стрептококковъ, по 1 или по 2 цѣпочки. Разрушенныя особи, наблюдаемыя въ свободномъ отъ тѣлецъ выпотѣ, можно было видѣть изрѣдка и въ тѣльцахъ, въ неясно выраженномъ видѣ; разрушенные стрептококки находились въ свободномъ состояніи. Фагоцитозъ, ясно выраженный въ первые часы, до новаго наплыва въ брюшную полость бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, затѣмъ все уменьшался и, хотя наблюдался и послѣ смерти, но въ болѣе слабомъ видѣ; количество разрушенныхъ формъ постепенно увеличивалось. Можно предположить, что бѣлые кровяные шарики, захвативъ микроба, держатъ его въ своей протоплазмѣ до тѣхъ поръ, пока онъ не начнетъ разрушаться подъ вліяніемъ цитотоксина, а затѣмъ выбрасываютъ его изъ себя; вотъ почему и является обиліе свободныхъ разрушенныхъ формъ.

Слѣд., если искать болѣе рѣзко выраженнаго фагоцитоза, то надо брать соскобы съ органовъ, такъ какъ первой реакціей на впрыскиваніе въ брюшную полость стрептококковъ будетъ захватываніе ихъ бѣлыми тѣльцами въ наиболѣе энергичномъ видѣ. Слѣдя за бѣлыми тѣльцами на многихъ тысячахъ мазковъ, я не видѣлъ ихъ разрушенія вплоть до смерти: за 1—$1^1/_2$ часа до смерти они имѣютъ совершенно нормальный видъ и не разрушаются стрептококками. Кромѣ осѣданія на органахъ, бѣлыя тѣльца уходятъ изъ брюшной полости (изъ выпота) и другими путями. На срѣзахъ отдѣльныхъ органовъ, взятыхъ у кролика серіей, при чемъ животное убивалось въ тѣже самые промежутки времени, въ какіе изслѣдовался выпотъ, я находилъ бѣлыя тѣльца въ лимфатическихъ железахъ брюшной полости, въ селезенкѣ, въ печени, при чемъ сосуды этихъ органовъ въ особенности были наполнены ими.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

## XXIV. О лѣченіи недостаточности сердечной мышцы посредствомъ ваннъ съ 3-фазнымъ синусоидальнымъ перемѣннымъ токомъ.

**А. А. Экка.**

Послѣ того, какъ подъ вліяніемъ *Virchow*'а клинику почти $^1/_2$-вѣка тѣснило патолого-анатомическое направленіе, неудивительно, что вслѣдствіе односторонняго пониманія патологическихъ фактовъ возникла реакція, внесшая въ клинику совершенный разрывъ съ прежнимъ направленіемъ. Новое движеніе начато было около 20 лѣтъ назадъ *Rosenbach*'омъ, объявившимъ, что «стремленіе къ распознаванію, основанному на анатомическихъ данныхъ», есть иллюзія, и требовавшимъ, вмѣсто этого, распознаванія «функціональнаго». Только наблюденіемъ за отправленіями того или другого органа врачъ можетъ пріобрѣсти основанія для своихъ дѣйствій у постели больного. И въ самомъ дѣлѣ, для сердечнаго больного и для выбора способа его лѣченія гораздо важнѣе опредѣлить степень работоспособности больного сердца, чѣмъ качество анатомическаго измѣненія этого органа.

Взглядъ *Rosenbach*'а въ настоящее время сталъ общепринятымъ. Освободивъ изслѣдованіе болѣзней сердца отъ односторонняго давленія патологической анатоміи, онъ оказалъ большія услуги клиникѣ болѣзней сердечной мышцы. Однако новое направленіе, какъ-бы оно ни было успѣшно, не можетъ дать правильнаго отвѣта на всѣ вопросы, потому что и оно одностороннее. Мы можемъ установить у разныхъ сердечныхъ больныхъ одни и тѣ же функціональныя разстройства, и все-таки предсказаніе будетъ у нихъ различное.

Понятія «анатомія» и «функція» тѣсно связаны другъ съ другомъ, и всякое одностороннее предпочтеніе одного изъ нихъ другому не можетъ оставаться безъ вреда для клиническаго изслѣдованія. Кромѣ функціональнаго опредѣленія болѣзни сердечной мышцы, мы должны опредѣлить свойство и объемъ ея. Вотъ—цѣль, которую мы должны себѣ поставить.

Но, чтобы достигнуть этой цѣли, мы должны прибѣгать къ самому подробному изслѣдованію сердца, потому что наши основныя знанія въ области анатоміи этого органа слишкомъ еще недостаточны, чтобы объяснить, почему между прижизненными явленіями и посмертными патологоанатомическими данными существуетъ, къ сожалѣнію, часто бросающееся въ глаза противорѣчіе. Мы должны были-бы полагать, что авторы, состарѣвшіеся у постели больного и учившіеся у секціоннаго стола, умѣютъ безусловно вѣрно толковать явленія и устанавливать распознаваніе. При всемъ томъ и они ошибаются. Ошибался, напр., такой діагностъ, какъ *Fräntzel*, признавшійся въ этомъ въ своемъ сочиненіи. Еще недавно *v. Jürgensen* [1]) написалъ по поводу вскрытія, обнаружившаго цѣлость 2-створчатой заслонки, между тѣмъ какъ при жизни распознанъ былъ «старый порокъ сердца, преимущественно недостаточность 2-створчатой заслонки», слѣдующее: «Это наблюденіе показываетъ, какъ сильно я ошибся въ распознаваніи, хотя и старался всячески избѣжать при этомъ различныхъ подводныхъ камней». Въ чемъ-же заключается ошибка? *v. Jürgensen* отвѣчаетъ: «Въ томъ, что имѣютъ въ виду только (грубые) анатомическіе факты, а то обстоятельство, что сердечная мышца, сила которой мѣняется въ короткое время, участвуетъ въ дѣятельности заслонокъ, не было оцѣнено въ такой степени, какъ это необходимо. Очень понятно: знали еще слишкомъ мало этотъ механизмъ».

Изъ этихъ словъ одного изъ самыхъ выдающихся клиницистовъ видно, что физіологіи еще не удалось изъ специфическаго строенія сердечной мышцы выяснить, почему

Digitized by Google

механизмъ сердечной дѣятельности совершается въ опредѣленномъ видѣ, а не иначе.

Недавно *Albrecht* [2]) въ очень обстоятельной монографіи о сердечной мышцѣ на основаніи подробнѣйшихъ анатомическихъ изслѣдованій высказалъ взгляды, болѣе или менѣе противоположные господствующимъ нынѣ ученіямъ въ области патологіи и клиники, и это не должно удивлять насъ, если принять въ соображеніе, что область болѣзней сердечной мышцы заключаетъ въ себѣ еще такъ много темнаго и гипотетическаго, нуждающагося въ освѣщеніи лучами научнаго изслѣдованія. Позволяю себѣ, въ виду важности предмета, передать вкратцѣ суть 2-й части названной книги, гдѣ идетъ рѣчь о гипертрофіи сердца.

Изложивъ подробнѣйшимъ образомъ свои собственныя изслѣдованія объ анатомическомъ строеніи сердечной мышцы, представивъ обзоръ ученія о движеніи и путяхъ питанія ея и показавъ, что движенія сердечной мышцы должны быть объяснены специфическимъ ея строеніемъ,—*Albrecht* переходитъ къ ученію о гипертрофіи сердца.

Ни одно заболѣваніе сердца не было, говоритъ онъ, предметомъ такихъ горячихъ споровъ и далеко заходившихъ противорѣчій и въ анатомической, и въ клинической областяхъ, какъ гипертрофія сердца. Тотъ фактъ, что при порокахъ сердечныхъ заслонокъ находили увеличеніе объема сердечной стѣнки въ отдѣлѣ сердца, лежащемъ позади недостаточной заслонки, приводилъ къ взгляду, раздѣляемому почти всѣми еще и до сегодняшняго дня, что причину этой гипертрофіи нужно искать въ повышенной работѣ соотвѣтствующаго отдѣла сердца. Говорятъ, что сердечная мышца, принявъ вслѣдствіе увеличенія своей массы большій объемъ, въ состояніи исполнить и бóльшую работу и такимъ образомъ дѣлается способной предупредить могущія наступить разстройства кровообращенія, т. е. дать уравновѣшеніе. Этотъ взглядъ на гипертрофію при порокахъ сердечныхъ заслонокъ мало по малу перевели и на идіопатическія гипертрофіи.

Между данными, противорѣчащими этому ученію, *Albrecht* упоминаетъ о томъ, что гипертрофируются и такіе отдѣлы сердца, которые не имѣютъ никакого прямого отношенія къ препятствію, напр., гипертрофія праваго желудка. Въ этомъ случаѣ никакой повышенной работы отъ праваго желудочка не требуется, а онъ все-таки гипертрофируется.

Другое противорѣчіе въ слѣдующемъ. Непонятно, почему мышца, гипертрофированная усиленной работой и получившая черезъ это повышенную работоспособность, должна потерять всѣ эти хорошія качества при продолженіи тѣхъ-же самыхъ причинъ и въ концѣ концевъ оказаться неспособной къ работѣ. Какъ объяснить эту связь между работоспособностью гипертрофированной сердечной мышцы и необходимо слѣдующей за ней недостаточностью ея, доходящей до полнаго разрушенія органа? Отвѣтъ на этотъ вопросъ будетъ ясенъ, если подвергнуть гипертрофированную мышцу гистологическому изслѣдованію. При гипертрофіи сердечной мышцы характерно умноженіе саркоплазмы ея мышечныхъ клѣточекъ. Возлѣ нихъ видны всевозможные переходы отъ частичнаго до полнаго жирового или зернистаго перерожденія клѣтокъ. Но и межуточная ткань бываетъ измѣнена. Измѣненіе послѣдней состоитъ частью въ круглоклѣточковомъ пропитываніи, частью въ умноженіи межклѣточной соединительной ткани. По этимъ патолого-анатомическимъ даннымъ мы должны обозначить гипертрофію сердца, какъ затяжный гипертрофическій паренхиматозный и межуточный міокардитъ.

Гипертрофія представляетъ 1-ую ступень болѣзненнаго процесса. Такъ какъ она по своему гистологическому свойству имѣетъ прогрессивный характеръ, то за нею непремѣнно долженъ слѣдовать обратный или дегенеративный стадій.

Какъ-же понимать повышенную работоспособность сердечной мышцы? Что касается прогрессивнаго измѣненія въ паренхимѣ, то только болѣе молодыя мышечныя клѣтки сохраняютъ свою способность сокращаться. Но, такъ какъ ихъ очень мало, то ихъ нельзя и принимать въ разсчетъ. Самая-же бóльшая часть состоитъ изъ гипертрофированныхъ клѣтокъ съ умноженіемъ саркоплазмы. Эти послѣднія могутъ исполнять относительно большую двигательную работу только условно и только въ теченіи ограниченнаго времени. Нужно принять въ соображеніе то обстоятельство, что въ увеличенныхъ мышечныхъ клѣткахъ встрѣчаются всѣ степени перерожденія. Наличность этого послѣдняго въ паренхимѣ и воспалительныхъ измѣненій въ межуточной ткани должно привести къ заключенію, что увеличеніе сердца пропорціонально повышенію его работы. И такъ, не обращая вниманія на качество міокардія, нельзя вывести заключенія, что, если мышца увеличена, то она и болѣе работоспособна.

Это понятіе о гипертрофіи сердца, установленное *Albrecht*'омъ на основаніи анатомическихъ данныхъ, было раздѣляемо и до него нѣкоторыми авторами. Между другими я хотѣлъ-бы упомянуть о *Kahane* [3]), который, еще не зная ничего объ изслѣдованіяхъ *Albrecht*'а, говорилъ: «Чѣмъ болѣе развита гипертрофія, тѣмъ больше опасность могущей внезапно возникнуть недостаточности сердца, и еще въ такое время, когда патологическая анатомія не въ состояніи доказать перерожденія сердечной мышцы. Сильно гипертрофированное сердце походитъ на паровой котелъ, перегрѣтый ad maximum, который, хотя и исполняетъ огромную работу, но можетъ лопнуть въ каждую данную минуту». Гипертрофію при порокахъ сердечныхъ заслонокъ мы должны считать гипертрофическимъ наростающимъ міокардитомъ.

Что касается уравновѣшенія при порокахъ заслонокъ, то *Albrecht* обращаетъ вниманіе на до сихъ поръ мало отмѣчавшееся качество сердечной мышцы, а именно на ея упругость. Новообразованная въ гипертрофированной мышцѣ ткань и увеличенныя паренхиматозныя клѣтки обладаютъ вмѣстѣ съ работоспособной еще мышцей въ силу своей увеличенной массы и повышенной упругостью. Благодаря этой послѣдней, предупреждается слишкомъ большое растяженіе сердца. Поэтому уравновѣшеніе не состоитъ въ повышеніи функціональной способности гипертрофированнаго міокардія, а въ «уменьшеніи способности растяженія», или, выражаясь иначе, «вторичная гипертрофія при порокахъ заслонокъ служитъ для фиксаціи существующаго расширенія». Если принять это новое понятіе о фиксаціи, то станетъ яснымъ, почему сердечная мышца, уже ослабленная процессомъ перерожденія, еще можетъ работать, хотя-бы только извѣстное время и только въ 1-ой ступени гипертрофическаго міокардита.

Таковы вкратцѣ результаты анатомическихъ изслѣдованій *Albrecht*'а о гипертрофіи сердечной мышцы. Этотъ въ высшей степени поучительный трудъ, безъ сомнѣнія, создастъ новую эру въ областяхъ патологіи и клиники сердечныхъ болѣзней и, кромѣ того, дастъ основу и исходную точку для современныхъ научныхъ изслѣдованій.

И такъ, весь процессъ, протекающій въ мышечной паренхимѣ, начинается съ увеличенія саркоплазмы мышечныхъ клѣтокъ, т. е. съ прогрессивныхъ явленій, съ гипертрофической ступени, и только тогда, когда эта послѣдняя дойдетъ до извѣстной границы, къ нему присоединяются обратныя, дегенеративныя явленія.

Анатомическія измѣненія въ дегенеративной ступени этого міокардита по качеству тѣже самыя, что и въ гипертрофической, съ тою лишь разницей, что въ дегенеративной мы имѣемъ передъ собою дальнѣйшее развитіе деструктивнаго процесса, т. е. увеличеніе числа перерожденныхъ мышечныхъ клѣточекъ. Функціональная способность мышцы вслѣдствіе обширнаго, все болѣе и болѣе распространяющагося разрушенія матеріала, служившаго для функціонированія, значительно понижается: изъ гипертрофіи развивается расширеніе.

Какъ гипертрофія, такъ и расширеніе не представляютъ особаго вида болѣзни. Въ то время какъ гипертрофія сердца является анатомическимъ признакомъ хронически прогрессирующаго процесса въ міокардіи, подъ расширеніемъ сердца мы понимаемъ только функціональное выраженіе для дегенеративной ступени воспаленія.

Расширеніе—самый общій и вмѣстѣ съ тѣмъ самый важный клиническій признакъ пониженія функціональной способности міокардія вслѣдствіе дегенеративнаго процесса. Когда мы говоримъ о расширеніи сердца, то подъ нимъ подразумѣваемъ только одинъ изъ признаковъ, которыми даетъ о себѣ знать недостаточность сердечной мышцы. Понятія расширеніе и недостаточность сердца такъ тѣсно связаны другъ съ другомъ, что между этими клиническими выраженіями предполагается нѣкоторый параллелизмъ. И въ самомъ дѣлѣ, нельзя себѣ представить ослабленіе двигательной способности сердца безъ его расширенія.

Какъ особое свойство сердечнаго расширенія слѣдуетъ отмѣтить то, что оно можетъ измѣняться въ своей величинѣ у одного и того же больного. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ появиться очень значительныя колебанія даже въ относительно короткое время. Иногда въ теченіи нѣсколькихъ часовъ расширеніе увеличивается и уменьшается въ объемѣ поразительнымъ образомъ.

Очень интересны отношенія между разстройствами кровообращенія и нервной системой, на которыя много разъ обращали вниманіе своими сообщеніями *A. Smith* и его ученики. Недавно проф. *J. Hofmann* [4]) на основаніи клиническихъ изслѣдованій далъ этимъ явленіямъ очень поучительное объясненіе. *Smith* и *Hofmann* установили, что вслѣдствіе расширенія сердца могутъ происходить всевозможныя состоянія раздраженія нервной системы, начиная съ простой раздражительности до самаго тяжелаго угнетенія съ

Digitized by Google

покушеніемъ на самоубійство. Изъ долголѣтнихъ наблюденій *Smith*'а [5]) выяснилось, что много нейрастениковъ страдаютъ сердцемъ и что они, сдѣлавшись послѣ лѣченія расширенія сердца опять работоспособными, вмѣстѣ съ тѣмъ совершенно перестаютъ жаловаться и на свою нейрастенію. Если удается устранить слабость сердца и расширеніе уменьшается, то исчезаютъ и «нервныя» явленія и вскорѣ наступаетъ улучшеніе. Въ зависимости отъ большаго или меньшаго расширенія больше или меньше выражается и сердечная слабость. Поэтому прибавленіе или убыль въ величинѣ сердца служитъ точной мѣрой работоспособности сердечной мышцы.

*Smith*, предложившій ввести эти положенія въ практику, сдѣлалъ размѣры сердца основой функціональной діагностики. Для того, чтобы точно опредѣлить величину сердца, необходимы и точные способы изслѣдованія, которые давали бы возможность во всякое время наблюдать всѣ ея колебанія въ благопріятную или неблагопріятную сторону, выводить изъ этого заключенія не только о работоспособности сердца, но и о распространеніи анатомо-патологическаго процесса и употреблять соотвѣтственныя лѣчебныя мѣры.

Между способами изслѣдованія, кромѣ выстукиванія, мы пользуемся и фонэндоскопіей. Послѣдняя основывается на т. наз. слуховомъ постукиваніи, т. е. шумы, производимые на поверхности грудной клѣтки въ мѣстѣ соприкосновенія ея съ сердцемъ, отражаются отъ послѣдняго, при чемъ сердце служитъ резонаторомъ. Эти шумы улавливаются и усиливаются фонэндоскопомъ *Bianchi*, въ главныхъ чертахъ представляющимъ собой усиливающій звуки приборъ. Инструментъ этотъ, благодаря остроумному приспособленію *Smith*'а, нынѣ такъ усовершенствованъ, что съ помощью его можно самымъ точнымъ образомъ обозначить границы сердца на грудной стѣнкѣ.

Другой очень точный способъ изслѣдованія сердца для опредѣленія величины его основывается на ортодіаграфіи. Подъ этимъ именемъ подразумѣваютъ способъ, позволяющій посредствомъ *Roentgen*'овскихъ лучей узнать настоящую величину какого-нибудь предмета или органа по изображенію его тѣни. Техника ортодіаграфіи теперь очень усовершенствована, такъ что при достаточномъ навыкѣ можно точно опредѣлить величину сердца. Послѣ того, какъ въ недавнее время д-ру *Kronecker*'у въ Berlin'ѣ удалось приготовить простымъ, дешевымъ и очень быстрымъ способомъ снимки съ помощью *Roentgen*'овскихъ лучей, употребляя для этого, вмѣсто свѣтописной пластинки, бромистосеребряную бумагу, это практическое обогащеніе *Roentgen*'овской техники послужило на пользу и медицинѣ.

Точныя опредѣленія границъ сердца справедливо считаются крайне важнымъ обстоятельствомъ, потому что для лѣченія необходимо улавливать и незначительныя колебанія въ расширеніи сердца, ибо и небольшія разницы въ прибавленіи или убавленіи расширенія означаютъ уже относительно болѣе значительное увеличеніе емкости сердца, какъ на это указываетъ простое вычисленіе объема.

Перехожу къ лѣченію недостаточности сердца, состоящему въ улучшеніи его силы, resp. въ томъ, чтобы устранить расширеніе сердца. Основой для этого служитъ способность сердечной мышцы укрѣпляться и сильнѣе сокращаться подъ вліяніемъ возбуждающихъ средствъ. Поэтому передъ началомъ лѣченія должна быть установлена работоспособность сердца. Это—главное. Работоспособность сердца представляетъ изъ себя сумму всѣхъ процессовъ, протекающихъ въ органѣ. Ихъ нельзя узнать только одними—постукиваніемъ и выслушиваніемъ сердца, а опредѣляются они такъ, что прежде всего мы испытываемъ работу сердца, не теряя изъ виду, съ одной стороны, результатовъ патологическаго изслѣдованія, съ другой—соединяя въ одной общей картинѣ состояніе всѣхъ другихъ органовъ, дѣятельность всего организма и анамнестическія данныя. Съ одной стороны, мы пользуемся функціональной терапіей въ смыслѣ *Rosenbach*'а, съ другой, слѣдуемъ за успѣхами нормальной и патологической анатоміи, чтобы воспользоваться новыми пріобрѣтеніями этихъ наукъ. Если мы въ этомъ смыслѣ примѣнимъ функціональное лѣченіе, то сможемъ достигнуть цѣли своего стремленія, т. е., кромѣ опредѣленія функціональнаго заболѣванія сердечной мышцы, будемъ въ состояніи точнѣе высказаться о видѣ, мѣстѣ и распространеніи патологическаго процесса. На основаніи всего этого мы можемъ точнѣе опредѣлить длительность всего болѣзненнаго процесса и установить основной исходный пунктъ для точнаго предсказанія, а наши терапевтическія мѣры будутъ постоянно провѣряться работоспособностью сердечной мышцы примѣнительно къ каждому отдѣльному случаю.

При лѣченіи сердечныхъ болѣзней къ нашимъ услугамъ есть много очень хорошо дѣйствующихъ цѣлебныхъ средствъ, среди которыхъ слѣдуетъ указать и на гидроэлектрическія ванны. Примѣненіе ихъ при болѣзняхъ сердца не ново. *Eulenburg* и *Schleicher* уже лѣтъ 20 назадъ говорили о пользѣ электрическихъ ваннъ. Въ Россіи въ 80-хъ годахъ прошлаго 100-лѣтія занимался этимъ вопросомъ *А. Н. Бабаевъ-Бабаянъ* [6]). На основаніи своихъ изслѣдованій, произведенныхъ въ клиникѣ проф. *А. А. Остроумова* относительно дѣйствія электрическихъ ваннъ на сердечныхъ больныхъ, онъ пришелъ къ выводу, что фарадическія биполярныя ванны при токѣ средней силы продолжительностью въ 10—15 мин. производятъ тоническое сокращеніе периферическихъ сосудовъ. Далѣе, онъ установилъ, что послѣ электрической ванны работоспособность и сила сокращеній сердца еще долго остаются повышенными. Изъ своихъ 36 больныхъ, по большей части ревматиковъ, у 9 онъ наблюдалъ полное исцѣленіе сердечнаго порока, у остальныхъ же—значительное улучшеніе въ общемъ состояніи и въ работоспособности сердца. Къ сожалѣнію, послѣ *А. Н. Бабаева-Бабаяна*, насколько я могъ судить по даннымъ литературы, сдѣлано очень мало въ этомъ направленіи.

Въ послѣднее время *Smith* [7]), введя опять на основаніи своихъ наблюденій гидро-электрическія ванны въ качествѣ врачебнаго средства для лѣченія сердечныхъ больныхъ, нашелъ себѣ въ Германіи много приверженцевъ. По докладу, сдѣланному имъ на XVIII Съѣздѣ терапевтовъ въ Wiesbaden'ѣ въ 1900 г., онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ о дѣйствіи различныхъ электрическихъ токовъ: 1. Гальваническій токъ въ ваннѣ дѣйствуетъ на сердце расширяющимъ образомъ и производитъ непріятныя ощущенія. 2. Токъ фарадическій, какъ мѣстно проводимый черезъ сердце, такъ и при общей фарадизаціи всего тѣла, а также и при пропусканіи его черезъ большія группы мышцъ вызываетъ уменьшеніе размѣровъ сердца. 3. Перемѣнные токи напряженія до 24 вольтъ мало или совсѣмъ не дѣйствуютъ на сердце. При 36 вольтахъ дѣйствіе гораздо сильнѣе, чѣмъ отъ тока фарадическаго, не смотря на то, что перемѣнные токи даютъ болѣе пріятныя ощущенія. 4. Примѣненіе фарадическихъ и перемѣнныхъ токовъ сопровождается чувствомъ удовольствія, облегченія и исчезновеніемъ угнетеннаго состоянія духа. Только при примѣненіи слишкомъ сильнаго тока наступаютъ признаки усталости. Сердце при этомъ оказывается сильно сокращеннымъ. При примѣненіи массажа или слабыхъ фарадическихъ токовъ сильная сокращенность сердца и чувство усталости проходятъ. 5. При примѣненіи статическаго электричества расширенное сердце тоже замѣтно уменьшается какъ при мѣстномъ дѣйствіи только на сердце, такъ и при дѣйствіи на все тѣло. Примѣненіе этого вида электричества переносится лучше, чѣмъ всѣ другіе, а потому статическое электричество особенно пригодно для слабыхъ и боязливыхъ людей. 6. Дѣйствіе электризаціи продолжительнѣе и пріятнѣе, если она не ограничивается только однимъ сердцемъ, а примѣняется на всей поверхности тѣла. 7. Такимъ-же дѣйствіемъ на сердце, какъ фарадизація, обладаетъ и вибраціонный массажъ.

Путемъ дальнѣйшихъ наблюденій *Smith* пришелъ къ тому, что изъ всѣхъ прерывистыхъ токовъ т. наз. 3-фазный синусоидальный перемѣнный токъ въ видѣ электрическихъ ваннъ производитъ самое сильное и продолжительное дѣйствіе на сердце и сосуды. На примѣненіи этихъ ваннъ и основывается его способъ лѣченія недостаточности сердечной мышцы.

Чтобы выяснить механизмъ дѣйствія этого тока, я вкратцѣ коснусь физической стороны его.

Перемѣнный токъ, называемый также синусоидальнымъ фарадическимъ токомъ, похожъ на наведенный токъ въ томъ смыслѣ, что и перемѣнный токъ состоитъ изъ фазъ слѣдующихъ быстро одна за другой въ противоположныхъ другъ другу направленіяхъ. Но, съ другой стороны, перемѣнный токъ отличается отъ наведеннаго тѣмъ, что его напряженность и быстрота всегда одинаковы въ каждомъ направленіи, между тѣмъ какъ въ наведенномъ токѣ размыкающій превосходитъ въ напряженности и быстротѣ противоположно ему направляемый замыкающій токъ. Дальнѣй-

Digitized by Google

шее отличіе противъ наведеннаго тока состоитъ въ томъ, что отдѣльныя фазы перемѣннаго тока возвышаются и понижаются не круто, а равномѣрными, слегка закругленными волнами. Для превращенія тока высокаго напряженія въ токъ напряженія малаго и для регулированія силы тока служатъ трансформаторы, устраиваемые по принципу индукціонныхъ приборовъ; при этомъ высоко напряженный перемѣнный токъ направляется въ первичную обмотку и наводитъ во вторичной обмоткѣ токъ, имѣющій, соотвѣтственно незначительному числу ея оборотовъ, болѣе низкое напряженіе.

Какъ-же получается 3-фазный токъ?

Если въ магнитномъ полѣ вращаются 3 проволочныхъ обмотки, расположенныя на 120° одна отъ другой, то получается 3-фазный перемѣнный токъ. Онъ состоитъ собственно изъ 3-хъ, равно отстоящихъ другъ отъ друга кривыхъ тока, переплетающихся между собою. Для примѣненія этого тока нужно употреблять 3 электрода, помѣщаемыхъ въ ваннѣ такъ, что 1-ый электродъ прикладывается между лопатокъ, 2-ой—къ ногамъ, а 3-ій—подъ сидѣніе. Такимъ образомъ между каждой парой ихъ черезъ тѣло больного проходитъ отдѣльный токъ.

Какъ уже сказано, среди всѣхъ другихъ прерывистыхъ токовъ синусоидальный перемѣнный токъ обладаетъ самымъ сильнымъ и продолжительнымъ дѣйствіемъ, при чемъ онъ переносится лучше, чѣмъ токъ фарадическій. Кромѣ того, перемѣнный токъ имѣетъ свойство особенно глубоко внѣдряться въ ткани, не причиняя никакой боли. Онъ дѣйствуетъ также и на сочувственный нервъ и такимъ образомъ способствуетъ кровообращенію и повышаетъ обмѣнъ веществъ.

По многолѣтнимъ опытамъ *Smith*'а всѣ прерывистые токи проявляютъ свое дѣйствіе какъ прямо на сердце, такъ и въ особенности на сосуды, имѣя свойство прекращать судорогу сосудодвигателей, а также превращать парезъ сосудовъ въ нормальный тонусъ ихъ. Кромѣ того, *Smith* нашелъ, что при общей электризаціи, при которой сердце участвуетъ не прямо, успѣхъ продолжительнѣе и сильнѣе, между тѣмъ какъ при прямомъ пропусканіи тока черезъ сердце успѣхъ меньше и не такъ продолжителенъ. Этотъ фактъ, говоритъ *Smith*, доказываетъ, насколько *Rosenbach* правъ, приписывая сосудистой системѣ главную роль въ производствѣ и поддержаніи кровообращенія. Сердце служитъ больше предохранительнымъ клапаномъ и показателемъ разстройства кровообращенія.

Дѣйствіе ваннъ съ перемѣннымъ токомъ на кровообращеніе обнаруживается и субъективно, и объективно. Сердце сильно сокращается въ объемѣ, расширеніе его болѣе или менѣе уменьшается, пульсъ становится крѣпкимъ, кровяное давленіе повышается. Больной чувствуетъ себя часто какъ бы переродившимся, освобожденнымъ отъ тяжести въ груди и пріятно усталымъ. Ванна, продолжающаяся 10 мин. при температурѣ около 33° Ц., назначается сначала ежедневно, затѣмъ повторяется черезъ день, черезъ 2, или и съ болѣе длинными паузами, смотря по продолжительности дѣйствія; но, въ зависимости отъ показанія, примѣняется и противоположный пріемъ: ванны сначала дѣлаются рѣже, а затѣмъ ежедневно. Уже первыя ванны обыкновенно дѣйствуютъ сильно сокращающимъ образомъ на сердце, которое не въ слишкомъ тяжелыхъ случаяхъ уже въ относительно короткое время достигаетъ нормальной величины. Однако въ началѣ лѣченія сердцеуменьшающее дѣйствіе не долго удерживается послѣ каждой ванны и потому надо принимать ванны каждый день. Постепенно уменьшеніе сердца дѣлается постояннымъ, и больной чувствуетъ себя все лучше и лучше. Тутъ начинается тренированіе, состоящее въ прогулкахъ, сначала короткихъ, а потомъ болѣе продолжительныхъ, и позже въ гимнастикѣ, при чемъ за сердцемъ все время слѣдятъ при помощи фонэндоскопа и ортодіаграфіи. Такое наблюденіе необходимо, потому что величина сердца служитъ всегда показателемъ его работоспособности.

Упражненіе и береженіе, сдѣланныя проф. *Hofman*-н'омъ основою лѣченія сердечныхъ болѣзней, не должны терять своего значенія и при примѣненіи электрическихъ ваннъ, побуждая испытывать каждаго больного въ томъ направленіи, слѣдуетъ-ли его сердце въ данное время упражнять или беречь. Если, напр., больной слишкомъ слабъ, то сначала должно провести только оберегающее лѣченіе, а, когда онъ сдѣлается болѣе сильнымъ, слѣдуетъ примѣнять упражненіе и береженіе совмѣстно, а впослѣдствіи поддерживать сердечную мышцу на извѣстной высотѣ ея работоспособности систематическими упражненіями.

На основаніи результатовъ ежедневнаго изслѣдованія больного, итоговъ опредѣленія размѣровъ сердца, производимаго до и послѣ каждой ванны, устанавливаютъ необходимость тѣхъ или другихъ ближайшихъ лѣчебныхъ мѣръ. Если ежедневныя измѣренія величины сердца показываютъ, что уменьшеніе его остается постояннымъ и что никакихъ колебаній болѣе не происходитъ, приступаютъ къ испытанію работоспособности сердца. Больному предписываютъ совершить въ извѣстный день прогулку въ теченіи $^1/_2$ часа. До прогулки и тотчасъ послѣ нея точно опредѣляютъ величину сердца. Послѣ прогулки объемъ сердца или увеличится, или останется такимъ-же, какимъ былъ до прогулки. Въ первомъ случаѣ сердце, очевидно, было еще слишкомъ слабо и не могло преодолѣть работы, требуемой отъ него $^1/_2$-часовой прогулкой. Въ этомъ случаѣ его еще нужно беречь, ванны слѣдуетъ опять систематически продолжать, пока повторное изслѣдованіе не покажетъ, какую работу можетъ произвести сердечная мышца, не дѣлаясь недостаточной. Если-же сердце оказалось вполнѣ способнымъ исполнить требуемую работу, то изъ этого слѣдуетъ, что больному можно уже упражнять свое сердце, дѣлать большія прогулки, приступать къ гимнастикѣ и т. д., но все еще подъ постояннымъ наблюденіемъ врача. Продолжительность лѣченія, смотря по случаю, занимаетъ время отъ 4 недѣль до $^1/_2$ года или и больше.

Какъ объ условіяхъ, поддерживающихъ благопріятные результаты такого лѣченія, я долженъ упомянуть о франклинизаціи, ручномъ и вибраціонномъ массажѣ, обыкновенныхъ фарадическихъ ваннахъ, примѣненіи при надобности извѣстныхъ испытанныхъ лѣкарствъ, молочно-растительной діэтѣ и безусловномъ воздержаніи отъ спиртныхъ напитковъ.

**Источники:** 1. v. *Jürgensen*, Klappenfehler. Wien, 1903 г. (*Nothnagel*, т. XV, ч. I, отд. IV), стр. 65.—2. *Albrecht*. Der Herzmuskel und seine Bedeutung für Physiologie, Pathologie und Klinik des Herzens. Ein Versuch der Entwickelung einer allgemeinen Pathologie und Symptomatologie der Herzmuskelerkrankungen auf anatomischer Grundlage, Berlin, Verlag *J. Springer*, 1903 г. (590 стр.).—3. *Kahane*, Therapie der Erkrankungen des Respirations-und Circulationsapparates. Wien und Leipzig v. Alfred Hölder. 1902 г., 365 стр.—4. Проф. *J. Hofmann*, Funktionelle Herzmuskelschwäche und Nervensystem. Eine klinische Studie. München. 1903 г.—5. *A. Smith*, Ueber den heutigen Stand der funktionelen Herzdiagnostik und Herztherapie. Berlin. Klinik. 1902 г., апрѣль.—6. *А. Бабаевъ-Бабаянъ*, Матеріалы къ вопросу о вліяніи гидро-электрическихъ ваннъ на кожную чувствительность и на артеріальное кровяное давленіе. Петербургская диссертація, 1887 г.—7. *Smith*, Ueber objective Veränderungen des Herzens unter dem Einfluss lokaler und allgemeiner Elektrisation, Vortrag, gehalten auf dem XVIII. Congress für innere Medizin zu Wiesbaden. 1900 г., апрѣль.

---

## XXV. О грязелѣченіи на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ. Его исторія и особенности.

**Д. А. Парышева.**

Въ ряду многоразличныхъ лѣчебныхъ средствъ, которыми обладаютъ въ настоящее время Кавказскія минеральныя воды, грязелѣченіе занимаетъ выдающееся положеніе. Тысячи больныхъ принимаютъ грязевыя ванны, десятки тысячъ ведеръ грязи расходуются на эти ванны, между тѣмъ грязелѣченіе въ раціональной постановкѣ составляетъ одну изъ наиболѣе юныхъ отраслей бальнеологіи Кавказскихъ водъ. Правда, въ давнія времена грязелѣченіе изрѣдка употреблялось на водахъ, какъ свидѣтельствуетъ о томъ *Баталинъ*, но по какимъ-то причинамъ этотъ способъ лѣченія не привился и былъ совершенно оставленъ.

Началомъ возрожденія грязевого лѣченія на Кавказскихъ водахъ былъ 1886-й годъ. 2-мя годами ранѣе этого Тамбуканское озеро было оцѣнено, какъ хранилище цѣлебной грязи. Въ краткихъ словахъ исторія развитія грязелѣченія на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ представляется въ слѣдующемъ видѣ.

Тамбуканское озеро, служащее нынѣ источникомъ лѣчебной грязи, по свидѣтельству старожиловъ Пятигорскаго края, издавна славилось цѣлебными свойствами, при чемъ цѣлебное дѣйствіе исключительно приписывалось озерной водѣ. Не смотря на

Digitized by Google

покушеніемъ на самоубійство. Изъ долголѣтнихъ наблюденій *Smith*'а [5]) выяснилось, что много нейрастениковъ страдаютъ сердцемъ и что они, сдѣлавшись послѣ лѣченія расширенія сердца опять работоспособными, вмѣстѣ съ тѣмъ совершенно перестаютъ жаловаться и на свою нейрастенію. Если удается устранить слабость сердца и расширеніе уменьшается, то исчезаютъ и «нервныя» явленія и вскорѣ наступаетъ улучшеніе. Въ зависимости отъ большаго или меньшаго расширенія больше или меньше выражается и сердечная слабость. Поэтому прибавленіе или убыль въ величинѣ сердца служитъ точной мѣрой работоспособности сердечной мышцы.

*Smith*, предложившій ввести эти положенія въ практику, сдѣлалъ размѣры сердца основой функціональной діагностики. Для того, чтобы точно опредѣлить величину сердца, необходимы и точные способы изслѣдованія, которые давали-бы возможность во всякое время наблюдать всѣ ея колебанія въ благопріятную или неблагопріятную сторону, выводить изъ этого заключенія не только о работоспособности сердца, но и о распространеніи анатомо-патологическаго процесса и употреблять соотвѣтственныя лѣчебныя мѣры.

Между способами изслѣдованія, кромѣ выстукиванія, мы пользуемся и фонэндоскопіей. Послѣдняя основывается на т. наз. слуховомъ постукиваніи, т. е. шумы, производимые на поверхности грудной клѣтки въ мѣстѣ соприкосновенія ея съ сердцемъ, отражаются отъ послѣдняго, при чемъ сердце служитъ резонаторомъ. Эти шумы улавливаются и усиливаются фонэндоскопомъ *Bianchi*, въ главныхъ чертахъ представляющимъ собой усиливающій звуки приборъ. Инструментъ этотъ, благодаря остроумному приспособленію *Smith*'а, нынѣ такъ усовершенствованъ, что съ помощью его можно самымъ точнымъ образомъ обозначить границы сердца на грудной стѣнкѣ.

Другой очень точный способъ изслѣдованія сердца для опредѣленія величины его основывается на ортодіаграфіи. Подъ этимъ именемъ подразумѣваютъ способъ, позволяющій посредствомъ *Roentgen*'овскихъ лучей узнать настоящую величину какого-нибудь предмета или органа по изображенію его тѣни. Техника ортодіаграфіи теперь очень усовершенствована, такъ что при достаточномъ навыкѣ можно точно опредѣлить величину сердца. Послѣ того, какъ въ недавнее время д-ру *Kronecker*'у въ Berlin'ѣ удалось приготовить простымъ, дешевымъ и очень быстрымъ способомъ снимки съ помощью *Roentgen*'овскихъ лучей, употребляя для этого, вмѣсто свѣтописной пластинки, бромистосеребряную бумагу, это практическое обогащеніе *Roentgen*'овской техники послужило на пользу и медицинѣ.

Точныя опредѣленія границъ сердца справедливо считаются крайне важнымъ обстоятельствомъ, потому что для лѣченія необходимо улавливать и незначительныя колебанія въ расширеніи сердца, ибо и небольшія разницы въ прибавленіи или убавленіи расширенія означаютъ уже относительно болѣе значительное увеличеніе емкости сердца, какъ на это указываетъ простое вычисленіе объема.

Перехожу къ лѣченію недостаточности сердца, состоящему въ улучшеніи его силы, resp. въ томъ, чтобы устранить расширеніе сердца. Основой для этого служитъ способность сердечной мышцы укрѣпляться и сильнѣе сокращаться подъ вліяніемъ возбуждающихъ средствъ. Поэтому передъ началомъ лѣченія должна быть установлена работоспособность сердца. Это—главное. Работоспособность сердца представляетъ изъ себя сумму всѣхъ процессовъ, протекающихъ въ органѣ. Ихъ нельзя узнать только одними—постукиваніемъ и выслушиваніемъ сердца, а опредѣляются они такъ, что прежде всего мы испытываемъ работу сердца, не теряя изъ виду, съ одной стороны, результатовъ патологическаго изслѣдованія, съ другой—соединяя въ одной общей картинѣ состояніе всѣхъ другихъ органовъ, дѣятельность всего организма и анамнестическія данныя. Съ одной стороны, мы пользуемся функціональной терапіей въ смыслѣ *Rosenbach*'а, съ другой, слѣдуемъ за успѣхами нормальной и патологической анатоміи, чтобы воспользоваться новыми пріобрѣтеніями этихъ наукъ. Если мы въ этомъ смыслѣ примѣнимъ функціональное лѣченіе, то сможемъ достигнуть цѣли своего стремленія, т. е., кромѣ опредѣленія функціональнаго заболѣванія сердечной мышцы, будемъ въ состояніи точнѣе высказаться о видѣ, мѣстѣ и распространеніи патологическаго процесса. На основаніи всего этого мы можемъ точнѣе опредѣлить длительность всего болѣзненнаго процесса и установить основной исходный пунктъ для точнаго предсказанія, а наши терапевтическія мѣры будутъ постоянно провѣряться работоспособностью сердечной мышцы примѣнительно къ каждому отдѣльному случаю.

При лѣченіи сердечныхъ болѣзней къ нашимъ услугамъ есть много очень хорошо дѣйствующихъ цѣлебныхъ средствъ, среди которыхъ слѣдуетъ указать и на гидро-электрическія ванны. Примѣненіе ихъ при болѣзняхъ сердца не ново. *Eulenburg* и *Schleicher* уже лѣтъ 20 назадъ говорили о пользѣ электрическихъ ваннъ. Въ Россіи въ 80-хъ годахъ прошлаго 100-лѣтія занимался этимъ вопросомъ *А. Н. Бабаевъ-Бабаянъ* [6]). На основаніи своихъ изслѣдованій, произведенныхъ въ клиникѣ проф. *А. А. Остроумова* относительно дѣйствія электрическихъ ваннъ на сердечныхъ больныхъ, онъ пришелъ къ выводу, что фарадическія биполярныя ванны при токѣ средней силы продолжительностью въ 10—15 мин. производятъ тоническое сокращеніе периферическихъ сосудовъ. Далѣе, онъ установилъ, что послѣ электрической ванны работоспособность и сила сокращеній сердца еще долго остаются повышенными. Изъ своихъ 36 больныхъ, по большей части рейматиковъ, у 9 онъ наблюдалъ полное исцѣленіе сердечнаго порока, у остальныхъ же—значительное улучшеніе въ общемъ состояніи и въ работоспособности сердца. Къ сожалѣнію, послѣ *А. Н. Бабаева-Бабаяна*, насколько я могъ судить по даннымъ литературы, сдѣлано очень мало въ этомъ направленіи.

Въ послѣднее время *Smith* [7]), введя опять на основаніи своихъ наблюденій гидро-электрическія ванны въ качествѣ врачебнаго средства для лѣченія сердечныхъ больныхъ, нашелъ себѣ въ Германіи много приверженцевъ. По докладу, сдѣланному имъ на XVIII Съѣздѣ терапевтовъ въ Wiesbaden'ѣ въ 1900 г., онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ о дѣйствіи различныхъ электрическихъ токовъ: 1. Гальваническій токъ въ ваннѣ дѣйствуетъ на сердце расширяющимъ образомъ и производитъ непріятныя ощущенія. 2. Токъ фарадическій, какъ мѣстно проводимый черезъ сердце, такъ и при общей фарадизаціи всего тѣла, а также и при пропусканіи его черезъ большія группы мышцъ вызываетъ уменьшеніе размѣровъ сердца. 3. Перемѣнные токи напряженія до 24 вольтъ мало или совсѣмъ не дѣйствуютъ на сердце. При 36 вольтахъ дѣйствіе гораздо сильнѣе, чѣмъ отъ тока фарадическаго, не смотря на то, что перемѣнные токи даютъ болѣе пріятныя ощущенія. 4. Примѣненіе фарадическихъ и перемѣнныхъ токовъ сопровождается чувствомъ удовольствія, облегченія и исчезновеніемъ угнетеннаго состоянія духа. Только при примѣненіи слишкомъ сильнаго тока наступаютъ признаки усталости. Сердце при этомъ оказывается сильно сокращеннымъ. При примѣненіи массажа или слабыхъ фарадическихъ токовъ сильная сокращенность сердца и чувство усталости проходятъ. 5. При примѣненіи статическаго электричества расширенное сердце тоже замѣтно уменьшается какъ при мѣстномъ дѣйствіи только на сердце, такъ и при дѣйствіи на все тѣло. Примѣненіе этого вида электричества переносится лучше, чѣмъ всѣ другіе, а потому статическое электричество особенно пригодно для слабыхъ и боязливыхъ людей. 6. Дѣйствіе электризаціи продолжительнѣе и пріятнѣе, если она не ограничивается только однимъ сердцемъ, а примѣняется на всей поверхности тѣла. 7. Такимъ-же дѣйствіемъ на сердце, какъ фарадизація, обладаетъ и вибраціонный массажъ.

Путемъ дальнѣйшихъ наблюденій *Smith* пришелъ къ тому, что изъ всѣхъ прерывистыхъ токовъ т. наз. 3-фазный синусоидальный перемѣнный токъ въ видѣ электрическихъ ваннъ производитъ самое сильное и продолжительное дѣйствіе на сердце и сосуды. На примѣненіи этихъ ваннъ и основывается его способъ лѣченія недостаточности сердечной мышцы.

Чтобы выяснить механизмъ дѣйствія этого тока, я вкратцѣ коснусь физической стороны его.

Перемѣнный токъ, называемый также синусоидальнымъ фарадическимъ токомъ, похожъ на наведенный токъ въ томъ смыслѣ, что и перемѣнный токъ состоитъ изъ фазъ слѣдующихъ быстро одна за другой въ противоположныхъ другъ другу направленіяхъ. Но, съ другой стороны, перемѣнный токъ отличается отъ наведеннаго тѣмъ, что его напряженность и быстрота всегда одинаковы въ каждомъ направленіи, между тѣмъ какъ въ наведенномъ токѣ размыкающій превосходитъ въ напряженности и быстротѣ противоположно ему направляемый замыкающій токъ. Дальнѣй-

Digitized by Google

шее отличіе противъ наведеннаго тока состоитъ въ томъ, что отдѣльныя фазы перемѣннаго тока возвышаются и понижаются не круто, а равномѣрными, слегка закругленными волнами. Для превращенія тока высокаго напряженія въ токъ напряженія малаго и для регулированія силы тока служатъ трансформаторы, устраиваемые по принципу индукціонныхъ приборовъ; при этомъ высоко напряженный перемѣнный токъ направляется въ первичную обмотку и наводитъ во вторичной обмоткѣ токъ, имѣющій, соотвѣтственно незначительному числу ея оборотовъ, болѣе низкое напряженіе.

Какъ-же получается 3-фазный токъ?

Если въ магнитномъ полѣ вращаются 3 проволочныхъ обмотки, расположенныя на 120° одна отъ другой, то получается 3-фазный перемѣнный токъ. Онъ состоитъ собственно изъ 3-хъ, равно отстоящихъ другъ отъ друга кривыхъ тока, переплетающихся между собою. Для примѣненія этого тока нужно употреблять 3 электрода, помѣщаемыхъ въ ваннѣ такъ, что 1-ый электродъ прикладывается между лопатокъ, 2-ой—къ ногамъ, а 3-ій—подъ сидѣніе. Такимъ образомъ между каждой парой ихъ черезъ тѣло больного проходитъ отдѣльный токъ.

Какъ уже сказано, среди всѣхъ другихъ прерывистыхъ токовъ синусоидальный перемѣнный токъ обладаетъ самымъ сильнымъ и продолжительнымъ дѣйствіемъ, при чемъ онъ переносится лучше, чѣмъ токъ фарадическій. Кромѣ того, перемѣнный токъ имѣетъ свойство особенно глубоко внѣдряться въ ткани, не причиняя никакой боли. Онъ дѣйствуетъ также и на сочувственный нервъ и такимъ образомъ способствуетъ кровообращенію и повышаетъ обмѣнъ веществъ.

По многолѣтнимъ опытамъ *Smith*'а всѣ прерывистые токи проявляютъ свое дѣйствіе какъ прямо на сердце, такъ и въ особенности на сосуды, имѣя свойство прекращать судорогу сосудодвигателей, а также превращать парезъ сосудовъ въ нормальный тонусъ ихъ. Кромѣ того, *Smith* нашелъ, что при общей электризаціи, при которой сердце участвуетъ не прямо, успѣхъ продолжительнѣе и сильнѣе, между тѣмъ какъ при прямомъ пропусканіи тока черезъ сердце успѣхъ меньше и не такъ продолжителенъ. Этотъ фактъ, говоритъ *Smith*, доказываетъ, насколько *Rosenbach* правъ, приписывая сосудистой системѣ главную роль въ производствѣ и поддержаніи кровообращенія. Сердце служитъ больше предохранительнымъ клапаномъ и показателемъ разстройства кровообращенія.

Дѣйствіе ваннъ съ перемѣннымъ токомъ на кровообращеніе обнаруживается и субъективно, и объективно. Сердце сильно сокращается въ объемѣ, расширеніе его болѣе или менѣе уменьшается, пульсъ становится крѣпкимъ, кровяное давленіе повышается. Больной чувствуетъ себя часто какъ бы переродившимся, освобожденнымъ отъ тяжести въ груди и пріятно усталымъ. Ванна, продолжающаяся 10 мин. при температурѣ около 33° Ц., назначается сначала ежедневно, затѣмъ повторяется черезъ день, черезъ 2, или и съ болѣе длинными паузами, смотря по продолжительности дѣйствія; но, въ зависимости отъ показанія, примѣняется и противоположный пріемъ: ванны сначала дѣлаются рѣже, а затѣмъ ежедневно. Уже первыя ванны обыкновенно дѣйствуютъ сильно сокращающимъ образомъ на сердце, которое не въ слишкомъ тяжелыхъ случаяхъ уже въ относительно короткое время достигаетъ нормальной величины. Однако въ началѣ лѣченія сердцеуменьшающее дѣйствіе не долго удерживается послѣ каждой ванны и потому надо принимать ванны каждый день. Постепенно уменьшеніе сердца дѣлается постояннымъ, и больной чувствуетъ себя все лучше и лучше. Тутъ начинается тренированіе, состоящее въ прогулкахъ, сначала короткихъ, а потомъ болѣе продолжительныхъ, и позже въ гимнастикѣ, при чемъ за сердцемъ все время слѣдятъ при помощи фонэндоскопа и ортодіаграфіи. Такое наблюденіе необходимо, потому что величина сердца служитъ всегда показателемъ его работоспособности.

Упражненіе и береженіе, сдѣланныя проф. *Hofmann*'омъ основою лѣченія сердечныхъ болѣзней, не должны терять своего значенія и при примѣненіи электрическихъ ваннъ, побуждая испытывать каждаго больного въ томъ направленіи, слѣдуетъ-ли его сердце въ данное время упражнять или беречь. Если, напр., больной слишкомъ слабъ, то сначала должно провести только оберегающее лѣченіе, а, когда онъ сдѣлается болѣе сильнымъ, слѣдуетъ примѣнять упражненіе и береженіе совмѣстно, а впослѣдствіи поддерживать сердечную мышцу на извѣстной высотѣ ея работоспособности систематическими упражненіями.

На основаніи результатовъ ежедневнаго изслѣдованія больного, итоговъ опредѣленія размѣровъ сердца, производимаго до и послѣ каждой ванны, устанавливаютъ необходимость тѣхъ или другихъ ближайшихъ лѣчебныхъ мѣръ. Если ежедневныя измѣренія величины сердца показываютъ, что уменьшеніе его остается постояннымъ и что никакихъ колебаній болѣе не происходитъ, приступаютъ къ испытанію работоспособности сердца. Больному предписываютъ совершить въ извѣстный день прогулку въ теченіи $^1/_2$ часа. До прогулки и тотчасъ послѣ нея точно опредѣляютъ величину сердца. Послѣ прогулки объемъ сердца или увеличится, или останется такимъ-же, какимъ былъ до прогулки. Въ первомъ случаѣ сердце, очевидно, было еще слишкомъ слабо и не могло преодолѣть работы, требуемой отъ него $^1/_2$-часовой прогулкой. Въ этомъ случаѣ его еще нужно беречь, ванны слѣдуетъ опять систематически продолжать, пока повторное изслѣдованіе не покажетъ, какую работу можетъ произвести сердечная мышца, не дѣлаясь недостаточной. Если-же сердце оказалось вполнѣ способнымъ исполнить требуемую работу, то изъ этого слѣдуетъ, что больному можно уже упражнять свое сердце, дѣлать большія прогулки, приступать къ гимнастикѣ и т. д., но все еще подъ постояннымъ наблюденіемъ врача. Продолжительность лѣченія, смотря по случаю, занимаетъ время отъ 4 недѣль до $^1/_2$ года или и больше.

Какъ объ условіяхъ, поддерживающихъ благопріятные результаты такого лѣченія, я долженъ упомянуть о франклинизаціи, ручномъ и вибраціонномъ массажѣ, обыкновенныхъ фарадическихъ ваннахъ, примѣненіи при надобности извѣстныхъ испытанныхъ лѣкарствъ, молочно-растительной діэтѣ и безусловномъ воздержаніи отъ спиртныхъ напитковъ.

**Источники:** 1. v. *Jürgensen*, Klappenfehler. Wien, 1903 г. (*Nothnagel*, т. XV, ч. I, отд. IV), стр. 65.—2. *Albrecht*. Der Herzmuskel und seine Bedeutung für Physiologie, Pathologie und Klinik des Herzens. Ein Versuch der Entwickelung einer allgemeinen Pathologie und Symptomatologie der Herzmuskelerkrankungen auf anatomischer Grundlage, Berlin, Verlag *J. Springer*, 1903 г. (590 стр.).—3. *Kahane*, Therapie der Erkrankungen des Respirations-und Circulationsapparates. Wien und Leipzig v. Alfred Hölder. 1902 г., 365 стр.—4. Проф. *J. Hofmann*, Funktionelle Herzmuskelschwäche und Nervensystem. Eine klinische Studie. München. 1903 г.—5. *A. Smith*, Ueber den heutigen Stand der funktionelen Herzdiagnostik und Herztherapie. Berlin. Klinik. 1902 г., апрѣль.—6. *А. Бабаевъ-Бабаянъ*, Матеріалы къ вопросу о вліяніи гидро-электрическихъ ваннъ на кожную чувствительность и на артеріальное кровяное давленіе. Петербургская диссертація, 1887 г.—7. *Smith*, Ueber objective Veränderungen des Herzens unter dem Einfluss lokaler und allgemeiner Elektrisation, Vortrag, gehalten auf dem XVIII. Congress für innere Medizin zu Wiesbaden. 1900 г., апрѣль.

---

## XXV. О грязелѣченіи на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ. Его исторія и особенности.

Д. А. Парышева.

Въ ряду многоразличныхъ лѣчебныхъ средствъ, которыми обладаютъ въ настоящее время Кавказскія минеральныя воды, грязелѣченіе занимаетъ выдающееся положеніе. Тысячи больныхъ принимаютъ грязевыя ванны, десятки тысячъ ведеръ грязи расходуются на эти ванны, между тѣмъ грязелѣченіе въ раціональной постановкѣ составляетъ одну изъ наиболѣе юныхъ отраслей бальнеологіи Кавказскихъ водъ. Правда, въ давнія времена грязелѣченіе изрѣдка употреблялось на водахъ, какъ свидѣтельствуетъ о томъ *Баталинъ*, но по какимъ-то причинамъ этотъ способъ лѣченія не привился и былъ совершенно оставленъ.

Началомъ возрожденія грязевого лѣченія на Кавказскихъ водахъ былъ 1886-й годъ. 2-мя годами ранѣе этого Тамбуканское озеро было оцѣнено, какъ хранилище цѣлебной грязи. Въ краткихъ словахъ исторія развитія грязелѣченія на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ представляется въ слѣдующемъ видѣ.

Тамбуканское озеро, служащее нынѣ источникомъ лѣчебной грязи, по свидѣтельству старожиловъ Пятигорскаго края, издавна славилось цѣлебными свойствами, при чемъ цѣлебное дѣйствіе исключительно приписывалось озерной водѣ. Не смотря на

это, въ литературѣ впервые о немъ упоминается только въ 1861 г., въ извѣстной книгѣ *Ф. Баталина*. До того никакихъ указаній относительно Тамбуканскаго озера не имѣется, хотя о минеральныхъ озерахъ края въ болѣе старыхъ сочиненіяхъ и даются нѣкоторыя свѣдѣнія. Такъ, напр., *Нелюбинъ* упоминаетъ (стр. 246) объ изслѣдованіи воды 2-хъ соляныхъ озеръ, находящихся въ Лысогорской долинѣ. Это изслѣдованіе произведено въ 1823 г. Далѣе, упомянуты «Соляныя озера, вблизи горы Машука находящіяся» также въ описаніи Кавказскихъ водъ, составленномъ *Петромъ Савенко* (стр. 3) въ 1828 г.

Въ извѣстномъ трудѣ *Ф. Баталина*, напечатанномъ въ 1861 г. и явившемся слѣдствіемъ подробнаго изученія Кавказскихъ минеральныхъ водъ, сдѣланнаго въ 1856 г. по порученію бывшаго тогда министра Муравьева, солянымъ озерамъ посвящена отдѣльная глава. Въ ней (т. 2, стр. 144) представлено описаніе 2-хъ горько-соляныхъ озеръ, находящихся въ 7 верстахъ къ С.-В. отъ Пятигорска и называемыхъ «Джамгата» (въ переводѣ «околѣвшая корова»). Вода этихъ озеръ, судя по вкусу, должна имѣть, по мнѣнію *Баталина*, главнѣйшими составными частями поваренную, глауберову и отчасти англійскую соль. Дно озеръ покрыто иловатою грязью сѣраго цвѣта, крайне мягкою на ощупь; ниже лежащіе слои грязи плотнѣе и темнѣе цвѣтомъ. «Въ прежнее время, добавляетъ авторъ, грязь иногда употреблялась для ваннъ; ее привозили въ Пятигорскъ въ кадкахъ и здѣсь разбавляли сѣрною водою».

Впервые упоминаемое въ литературѣ Тамбуканское озеро такъ описывается *Баталинымъ*: «Озеро Тамби или Тамбуканское или просто Соленое озеро. Находится верстахъ въ 10 къ Ю.-В. отъ Пятигорска и въ 3—4 верстахъ къ В.-С.-В. отъ Соляногорской горы. Имѣетъ видъ овала, растянутаго отъ З. на В. Длина озера до 2-хъ верстъ, ширина—около версты. Съ Юго-Западной стороны впадаетъ въ него небольшой ручей, текущій съ Запада на Востокъ. Въ 150 саж. на востокъ отъ Тамби находится другое озеро поменьше: длиною (отъ С.-З. къ Ю.-В.) въ 1 версту, а шириною въ 100 саж. Оба озера теперь употребленія не имѣютъ; въ прежнее-же время кабардинцы добывали изъ Тамби соль для скота, которой и производили обширный торгъ».

Изъ этой выписки очевидно, что *Баталину* о лѣчебномъ примѣненіи воды Тамбуканскаго озера, а также о существованіи минеральной грязи на днѣ его ничего не было извѣстно, или извѣстно было настолько мало, что о нихъ онъ не счелъ даже нужнымъ упомянуть.

Для лѣчебныхъ цѣлей, судя по литературнымъ даннымъ, Тамбуканское озеро начало служить съ начала 70-хъ годовъ. Съ этихъ поръ въ литературѣ и научныхъ засѣданіяхъ Пятигорскаго бальнеологическаго Общества все чаще и чаще начинаютъ попадаться свѣдѣнія и заявленія о лѣченіи водою Тамбуканскаго озера. Такъ, на одномъ изъ засѣданій этого Общества въ 1872 г. д-ръ *Петерсонъ*-старшій заявилъ, что онъ уже много разъ пользовался ваннами изъ Тамбуканской воды при ревматизмахъ и неоднократно получалъ при этомъ хорошій успѣхъ, объясняемый, по его мнѣнію, главнымъ образомъ, раздражающимъ вліяніемъ воды на кожу, которая часто покрывается при этихъ ваннахъ сыпью.

Вода для ваннъ въ то время привозилась съ озера бочками и сохранялась при ваннахъ, что представляло, конечно, большія неудобства. Поэтому Управленіемъ водъ съ начала 70-хъ годовъ введено было приготовленіе въ казенной лабораторіи разсола для ваннъ выпариваніемъ воды. Въ 1872 г. ванны изъ такого разсола были въ большомъ ходу и назначались практикующими врачами в. охотно, что видно, напр., изъ отчета за 1872 г. о лѣченіи больныхъ д-ра *Яновскаго* (стр. 95), заявившаго, между прочимъ, что онъ часто назначалъ своимъ больнымъ ванны съ прибавленіемъ «маточнаго щелока озера Тамбуканскаго».

Въ засѣданіи бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ, 21/I 1872 г., тогдашнимъ химикомъ при водахъ *Ф. Ф. Шмидтомъ* былъ представленъ докладъ о химическомъ составѣ воды Тамбуканскаго озера, при чемъ сдѣлано сопоставленіе съ составомъ воды Чернаго, Каспійскаго и Средиземнаго морей, а также и Атлантическаго океана.

Интересъ къ этому новому на водахъ лѣчебному средству настолько возросъ въ короткое время, что Коммиссіи, избранной въ августѣ 1874 г. «по случаю устройства Кавказскихъ минеральныхъ водъ», между прочимъ, былъ поставленъ вопросъ, вполнѣ характеризующій положеніе дѣла, а именно вопросъ «объ устройствѣ походнаго госпиталя при озерѣ Тамбуканъ на лѣтнее время» (Приложеніе къ Протоколу годового засѣданія бальнеологическаго Общества 17/V 1875 г., стр. 122). Цѣль устройства этого госпиталя заключалась въ томъ, «чтобы посредствомъ лѣченія больныхъ военныхъ чиновъ водою этого озера на мѣстѣ придти къ окончательному заключенію о результатахъ, полученныхъ при лѣченіи больныхъ разсоломъ, добываемымъ изъ этой воды въ лабораторіи Управленія минеральныхъ водъ» (стр. 8). Значеніе лѣчебныхъ средствъ Тамбуканскаго озера на столько уже сознавалось въ то время нѣкоторыми изъ врачей, что на обсужденіе той-же Коммиссіи былъ предложенъ вопросъ о присоединеніи Тамбуканскихъ озеръ къ району минеральныхъ водъ. Коммиссія, въ виду условій мѣстности, благопріятствующихъ развитію болотной лихорадки, вопросъ объ устройствѣ госпиталя отклонила. Не согласилась она также и на то, чтобы Тамбуканское озеро было присоединено къ району минеральныхъ водъ, основываясь на томъ, что «оно служитъ только для добыванія разсола, а потому нужно еще рѣшить вопросъ о дѣйствіи этого разсола» (стр. 11).

Прошло не мало времени, пока накопившіеся факты благодѣтельнаго вліянія ваннъ изъ Тамбуканскаго разсола заставили придти къ заключенію противоположнаго свойства. 10 лѣтъ спустя, въ 1883 г., бальнеологическое Общество въ своей запискѣ, поданной въ Коммиссію по устройству Кавказскихъ минеральныхъ водъ, образованную въ Петербургѣ подъ предсѣдательствомъ директора медицинскаго Департамента д-ра *Мамонова*, дало уже совершенно другую оцѣнку лѣчебному значенію Тамбуканскаго озера. Общество, въ виду того терапевтическаго значенія, на которое можно разсчитывать «благодаря составу воды этого озера», предложило включить его въ районъ минеральныхъ водъ.

Изъ приведенныхъ историческихъ справокъ очевидно, что до 1884 г. съ лѣчебною цѣлью употреблялась только вода Тамбуканскаго озера. Объ употребленіи съ этой цѣлью Тамбуканской грязи нигдѣ не упоминается ни словомъ, какъ будто ее было даже и извѣстно объ ея существованіи. Первый, кто указалъ на терапевтическое значеніе грязи Тамбуканскаго озера, былъ проф. *И. П. Сущинскій*. Посланный, по ходатайству Русскаго Общества охраненія народнаго здравія, въ 1884 г., на Кавказъ для изученія его цѣлебныхъ водъ и источниковъ, онъ собралъ много новыхъ наблюденій и сообщилъ ихъ, между прочимъ, на 1-мъ Международномъ Съѣздѣ по гидрологіи и климатологіи, бывшемъ въ Віарицѣ въ 1886 г., въ докладѣ подъ названіемъ: «О мало извѣстныхъ минеральныхъ водахъ Кавказа». (Труды 5-го отдѣла Общества охраненія народнаго здравія, т. 4). Въ числѣ этихъ малоизвѣстныхъ источниковъ Пятигорскаго округа имъ было указано «Озеро Тамбуканъ, горько-соленое съ его минеральною грязью» (стр. 53).

Указаніе это не прошло безслѣдно. Грязелѣченіе пошло въ ходъ и на столько успѣшно, что въ сезонъ 1886 г. Управленіе минеральныхъ водъ сочло нужнымъ въ № 6 Листка для посѣтителей Кавказскихъ минеральныхъ водъ оповѣстить слѣдующее: «Въ виду того, что въ послѣднее время между лицами, съ лѣчебною цѣлью посѣщающими воды, стало особенно возрастать число больныхъ, нуждающихся, по отзыву ихъ врачей, въ лѣченіи минеральными грязями, Правительственный комиссаръ, основываясь на заключеніи медиковъ, состоящихъ при Управленіи водъ о минеральномъ достоинствѣ грязи Тамбуканскаго озера, рѣшилъ во время нынѣшняго-же лѣчебнаго сезона приступить къ устройству въ Пятигорскѣ и Ессентукахъ, какъ въ мѣстахъ въ климатическомъ отношеніи удовлетворяющихъ цѣлямъ грязелѣченія, особыхъ грязелѣчебныхъ отдѣленій со всѣми приспособленіями, отличающими подобнаго рода курорты». Вслѣдствіе такого постановленія было отведено для грязелѣченія 2 ванны въ Пятигорскѣ и столько-же въ Ессентукахъ. Такъ какъ проба съ нагрѣваніемъ грязевыхъ лепешекъ не удалась, ибо грязь такимъ способомъ не нагрѣвалась до желаемой температуры, Управленіе водъ рѣшило ограничиться устройствомъ разводныхъ ваннъ.

По свидѣтельству д-ра *Даніэльбека*, сдѣлавшаго 1-ое сообщеніе о лѣченіи Тамбуканскою грязью осенью того-же 1886 г., въ Обществѣ охраненія народнаго здравія, въ Петербургѣ, этотъ новый лѣчебный способъ завоевалъ себѣ сразу-же огромное довѣріе лѣчащихся (стр. 126), и желающихъ испытать на себѣ новое врачебное средство явилось очень много.

Блестящее начало предсказывало успѣшное развитіе новаго дѣла, и это предположеніе оправдалось вполнѣ.

Успѣхъ грязелѣченія въ Пятигорскѣ и Ессентукахъ, конечно, не прошелъ незамѣченнымъ врачами Желѣзноводска. Поэтому въ докладѣ бывшаго тогда груннаго врача *С. А. Попова* въ Обществѣ охраненія народнаго здравія, осенью того-же 1886 г., выражено было желаніе (стр. 74) устроить «хотя бы одну грязевую ванну въ № 1 и 2» въ Желѣзноводскѣ, по примѣру устроенныхъ въ Пятигорскѣ и Ессентукахъ. Въ слѣдующій же сезонъ 1887 г. въ нѣсколькихъ ванныхъ зданіяхъ Желѣзноводска, а именно № 1 и 2, Калмыцкихъ, № 5 и 6 и въ Ново Барятинскихъ, были поставлены сидячія ванны для устройства въ нихъ разводныхъ мѣстныхъ грязевыхъ ваннъ. Грязевыя ванны, по примѣру существующихъ въ Пятигорскѣ и Ессентукахъ, устроены были въ Желѣзноводскѣ гораздо позже, только въ 1891 г. Для этого въ ванномъ зданіи № 1 и 2, находящемся на т. наз. конторской площадкѣ, были прибавлены 2 комнаты въ новой пристройкѣ къ зданію. Съ окончаніемъ постройки и открытіемъ въ 1893 г. ваннаго зданія имени М. И. Островскаго центръ грязелѣченія Желѣзноводской группы перенесенъ былъ въ это зданіе. Въ немъ для этой цѣли было отведено 4 отдѣльныхъ кабины, состоящихъ каждая изъ 2-хъ комнатъ, изъ которыхъ 1 предназначается для одѣванія, во 2-ой же помѣщаются 2 кафельныя ванны для грязи и для обмыванія.

Таково начало грязелѣченія на Кавказскихъ водахъ. Съ той поры никакихъ существенныхъ измѣненій въ постановкѣ грязелѣченія до 1898 г. почти не было произведено; все, что сдѣлано въ этомъ отношеніи, относится къ послѣднимъ годамъ. Не смотря на это, потребность въ грязелѣченіи среди врачей и лѣчащихся была на столько жизненна, что оно крѣпло и развивалось изъ года въ годъ.

Чтобы составить понятіе о томъ, съ какою постоянною постепенностью шло развитіе грязелѣченія на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ, приведу таблицу, въ которой указано %-ное отношеніе грязевыхъ ваннъ къ обыкновеннымъ, а также количество простыхъ и грязевыхъ

Digitized by Google

ваннъ на больного. Было-бы всего проще привести цифры общаго расхода грязи и количества принятыхъ грязевыхъ ваннъ. Эти цифры были-бы достаточны потому, что способъ назначенія ваннъ на всѣхъ группахъ и почти во всѣ годы былъ всегда одинъ и тотъ-же: примѣнялись, обыкновенно разводныя ванны, въ насыщеніи 1—3 ведеръ на ванну. Нѣкоторый прогрессъ въ этомъ отношеніи замѣтенъ въ послѣднее время, какъ это будетъ показано далѣе, но разница такъ незначительна, что она не могла-бы мѣшать правильности вывода. Къ сожалѣнію, этихъ данныхъ за все время грязелѣченія достать не удалось; въ Управленіи водъ они имѣются только за послѣдніе годы, начиная съ 1896 г.

Лишенный такимъ образомъ возможности рѣшить этотъ вопросъ прямымъ путемъ, я попытался подойти къ его рѣшенію путемъ косвеннымъ. Въ отчетѣ директора водъ за 1898 г. приведена таблица, въ которой имѣются цифры больныхъ и отпущенныхъ ваннъ съ 1873 по 1898 г., при чемъ съ 1888 г. приводятся также числа отпущенныхъ грязевыхъ ваннъ. Пользуясь этими цифрами, я составилъ слѣдующую таблицу:

| Годы. | Всего отпущено ваннъ. | Въ томъ числѣ грязевыхъ. | %-ное отношеніе грязевыхъ ваннъ къ обыкновеннымъ. | Число больныхъ на водахъ. | Количество простыхъ ваннъ на больного. | Количество грязевыхъ ваннъ на больного. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1888 | 175422 | 2218 | 1,26 | 6911 | 25,3 | 0,32 |
| 1889 | 165349 | 2874 | 1,74 | 5978 | 27,6 | 0,48 |
| 1890 | 178422 | 4487 | 2,51 | 6322 | 28,2 | 0,70 |
| 1891 | 176890 | 4551 | 2,56 | 6303 | 28,0 | 0,72 |
| 1892 | 165993 | 4312 | 2,59 | 5467 | 30,3 | 0,79 |
| 1893 | 172054 | 5790 | 3,36 | 5754 | 29,9 | 1,00 |
| 1894 | 212713 | 8858 | 4,11 | 7547 | 28,1 | 1,17 |
| 1895 | 249233 | 10288 | 4,12 | 8200 | 30,3 | 1,25 |
| 1896 | 253429 | 11103 | 4,37 | 8371 | 30,2 | 1,32 |
| 1897 | 296575 | 11964 | 4,03 | 9481 | 31,2 | 1,26 |
| 1898 | 330622 | 13739 | 4,12 | 10418 | 31,6 | 1,31 |

Изъ этой таблицы видно, что % грязевыхъ ваннъ съ постоянною правильностью поднимается изъ года въ годъ, начиная съ первой цифры 1888 г. до 1896 г. и доходитъ съ 1,26 до 4,37%. % этотъ нѣсколько понизился за послѣдніе 2 года, но все-же держится выше 4. Выводъ этотъ вполнѣ подтверждается числомъ грязевыхъ ваннъ, приходящимся на каждаго больного ежегодно: изъ 0,32 грязевой ванны, приходившейся на больного въ 1888 г., въ началѣ грязелѣченія на Кавказскихъ водахъ, въ 1896 г. образовалась уже 1,32 ванны, т. е. и здѣсь число это почти въ 4 раза превысило начальную цифру. При этомъ и здѣсь также бросается въ глаза полнѣйшее постоянство возрастанія чиселъ съ 1888 г. по 1896 г.; за 1897 и 1896 гг. цифры тоже падаютъ на небольшую величину. Необходимо замѣтить, что постоянное возрастаніе числа грязевыхъ ваннъ не имѣетъ никакой связи ни съ возрастаніемъ числа ваннъ вообще, ни съ приростомъ пріѣзжающихъ больныхъ на воды. Просматривая число простыхъ ваннъ, приходящихся на каждаго больного ежегодно, замѣтно возрастаніе ихъ только въ первые 3 года, въ 1891 г. число это падаетъ, въ 1892 г. снова поднимается, въ 1893 и 1894 гг. опять идетъ на пониженіе; словомъ, цифры даютъ повышенія и пониженія, не позволяющія сдѣлать никакого опредѣленнаго вывода.

Изъ всего сказаннаго вытекаетъ несомнѣнность того факта, что грязелѣченіе на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ находится въ стадіи постепеннаго развитія и развивается постоянно, изъ года въ годъ пріобрѣтая себѣ приверженцевъ среди врачей и лѣчащихся.

Прежде чѣмъ перейти на описаніе современнаго состоянія грязевого лѣченія на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ и ознакомиться съ тѣми формами, въ какихъ оно примѣняется здѣсь, считаю необходимымъ дать нѣкоторыя свѣдѣнія объ источникѣ грязи-Тамбуканскомъ озерѣ, а также привести существующіе анализы какъ воды этого озера, такъ и Тамбуканской грязи.

Тамбуканское озеро или Тамби, изъ котораго добывается лѣчебная грязь, употребляемая на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ, находится въ 10 в. отъ Пятигорска, на юго-востокъ отъ него. Озеро лежитъ среди обширной степной равнины; только къ юго-западу отъ озера, въ разстояніи 3 в. отъ него, высится конусообразная гора Золотой курганъ, имѣющая 2900 фут. надъ уровнемъ моря. Котловина озера имѣетъ форму овальную; длинникъ овала, вытянутаго съ востока на западъ, имѣетъ протяженіе около 2-хъ в.; ширина-же котловины колеблется между 300 и 550 саж. Глубина озера не одинакова; она меньше къ берегамъ и увеличивается къ срединѣ, доходя весною, послѣ таянія снѣга, до 1—1½ арш. Среди лѣта значительная часть озера высыхаетъ, и тогда глубина его не превышаетъ 7 вершк.

На востокъ отъ озера, отдѣляясь невысокимъ каменистымъ перешейкомъ, шириною около 130 саж., лежитъ 2-ое озеро, называемое Малымъ Тамбуканомъ. Озеро это только весною бываетъ покрыто водою, лѣтомъ-же оно совершенно высыхаетъ, представляя собою котловину на протяженіи версты, тянущуюся съ сѣверо-запада на юго-востокъ; ширина его колеблется отъ 50—160 саж.

Геологическое строеніе дна озера и береговъ было изучено бывшимъ старшимъ горнымъ инженеромъ Кавказскихъ минеральныхъ водъ *Ругевичемъ* и представлено имъ въ слѣдующемъ видѣ.

Буровыя скважины, заложенныя имъ въ 1892 г., показали, что основаніемъ озерной котловины служитъ таже третичная сланцеватая глина, составляющая главную массу береговъ Тамбуканскаго озера. Поднимаясь по склонамъ береговъ до высоты отъ 1—3 саж., къ озеру слой ея постепенно опускается и образуетъ значительное углубленіе, соотвѣтствующее котловинѣ озера и простирающееся на глубину 1 саж. и болѣе. На этомъ пластѣ сланцеватой глины, составляющемъ какъ-бы дно чаши, въ видѣ осѣвшей массы лежитъ слой черной пластической грязи. Толщина этого слоя не одинакова. Въ районѣ южнаго берега, на разстояніи 36 саж. отъ него, толщина слоя грязи составляетъ 0,80 саж., въ 20 саж. отъ берега слой этотъ уже 0,40 саж.; на сѣверномъ берегу толщина слоя въ 20 саж. отъ берега равняется 0,50 саж. Во всѣхъ пунктахъ грязевой слой, по мѣрѣ приближенія къ берегу, утончается и у самаго берега совершенно выклинивается.

Кстати отмѣчу, что на основаніи вышеприведенныхъ данныхъ въ докладной запискѣ, поданной на Высочайшее имя, по поводу охраны озера въ 1897 г., общее количество грязи было вычислено такъ. Принимая площадь озера равною 156 дес. и допуская среднюю толщу грязевого слоя равною 0,50 саж., общій запасъ ея былъ опредѣленъ, изъ 150 × 0,50 2400 = 187200 к. саж. = 147831840 ведрамъ.

Нѣкоторыя особенности представляетъ грязевой пластъ на сѣверномъ берегу озера. Верхній слой грязи здѣсь тѣсно перепутанъ съ волокнами особаго рода нитчатой водоросли и представляетъ собой образованіе, хорошо опредѣляемое мѣстнымъ названіемъ, которое оно получило въ народѣ: слой этотъ извѣстенъ подъ названіемъ «войлока». Покровъ этотъ не вездѣ одинаковой толщины; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ онъ достигаетъ до 0,10 саж. Въ образованіи типической грязи «войлокъ» этотъ, вѣроятно, имѣетъ свое значеніе, какъ одна изъ переходныхъ ступеней въ развитіи и образованіи минеральной грязи.

Прежде чѣмъ перейти къ обозрѣнію химическаго состава воды Тамбуканскаго озера, а также физическихъ и химическихъ свойствъ Тамбуканской грязи, считаю нелишнимъ коснуться въ короткихъ словахъ генезиса Тамбуканскихъ озеръ.

Характеръ химическаго состава воды находится въ тѣсной зависимости отъ этого, и потому я нахожу необходимымъ изложить здѣсь геологическую сторону вопроса, поскольку это касается вопроса о происхожденіи Тамбуканскихъ озеръ.

Существуетъ нѣсколько научныхъ теорій происхожденія соленыхъ озеръ, разсѣянныхъ въ южной степной полосѣ Россіи. Главнѣйшая изъ нихъ есть теорія морского вліянія.

Было время, когда вся южная степная часть Россіи была покрыта водою нѣкогда бывшаго здѣсь Арало-Каспійскаго моря. Подъ вліяніемъ геологическихъ переворотовъ на ряду съ образовавшимися тутъ возвышенностями, со временемъ дно этого моря постепенно повысилось, благодаря чему воды его должны были отступать по районамъ настоящихъ водовмѣстилищъ. По мѣрѣ такого движенія обнажились гребни высотъ, болѣе-же низменныя мѣста, котловины остались наполненными морскою водою, содержащей растворенными соотвѣтствующія соли. По мѣрѣ отхожденія моря мѣнялся и климатъ мѣстности: дѣлалось менѣе влажно, испаряемость увеличивалась. Вслѣдствіе замкнутости образовавшихся такимъ путемъ озеръ и отсутствія прибыли воды, при увеличеніи испаряемости, насыщенность ихъ стала постепенно наростать, отчего на дно ихъ вмѣстѣ съ осаждающимся постоянно иломъ начали выпадать и растворенныя въ нихъ соли. Въ большемъ числѣ такія ложбины совершенно высохли, оставивъ на своемъ мѣстѣ существующіе нынѣ солончаки; немногіяже водовмѣстилища и сейчасъ существуютъ въ видѣ горько-соленыхъ озеръ. Существованіе этихъ озеръ поддерживаютъ, во 1-хъ, атмосферные осадки, стекающіе въ нихъ съ окружающихъ возвышенностей, и, во 2-хъ, подземные воды-ключи, несущіе воду изъ глубокихъ слоевъ почвы. Такъ какъ почва эта прежде составляла дно моря, то она также пропитана солями, а потому атмосферныя воды и воды, проходящія черезъ нее, выщелачи-

Digitized by Google

вали эти соли и несли ихъ въ тѣ-же озера, что поддерживало ихъ солевую насыщенность.

Озера, питающіяся родниками, выходящими изъ подземныхъ залежей соли и выносящими эти соли на дневную поверхность, составляютъ 2-ой типъ горько-соленыхъ озеръ (*Морковниковъ*).

3-й типъ такихъ озеръ составляютъ «лиманы», образующіеся обыкновенно изъ мелководныхъ заливовъ моря, вслѣдствіе постепеннаго съуживанія полосы, соединяющей ихъ съ открытымъ моремъ, путемъ прибоя воды, несущаго съ собою отлагающійся здѣсь песокъ. Такимъ образомъ постепенно образуются сначала подвижныя песчанныя отмели, потомъ длинная коса, и, наконецъ, получается полное разъединеніе съ моремъ и обособленность «лимана», имѣющаго общеніе съ моремъ только путемъ просачиванія черезъ образовавшійся перешеекъ.

Горько-соленыя озера могутъ быть образованы нѣсколько болѣе сложно, но такимъ-же путемъ, и изъ рѣчныхъ заливовъ (*Морковниковъ*).

Каково-же происхожденіе Тамбуканскихъ озеръ?

*Ругевичъ*, основываясь на подробномъ изученіи топографическаго характера мѣстности, въ которой расположены Тамбуканскія озера, утверждаетъ, что образованіе этихъ озеръ принадлежитъ къ сравнительно недавней геологической эпохѣ и что онѣ не принадлежатъ къ типу озеръ морского происхожденія. Обозрѣніе мѣстности расположенія озеръ показываетъ, что оба озера находятся въ короткой ложбинѣ, къ востоку постепенно понижающейся и на разстояніи 1¼ в. отъ Малаго Тамбукана сходящейся съ долиною р. Этоки. Послѣдняя начинается у подножія горы Джузы, протекаетъ съ запада на востокъ, верстахъ въ 1½ къ югу отъ Тамбукана, и впадаетъ у Георгіевска въ Подкумокъ.

Подробности характера этой ложбины и указанное отношеніе ея къ нынѣшнему руслу р. Этоки приводитъ къ предположенію, что въ половинѣ или въ концѣ дилювіальной эпохи р. Этока имѣла русло не тамъ, гдѣ теперь, а соотвѣтственно нахожденію бассейновъ Тамбуканскихъ озеръ. Препятствіемъ къ развитію долины въ прежнемъ направленіи послужилъ тотъ каменистый перешеекъ, который отдѣляетъ Большой Тамбуканъ отъ Малаго. Неразмываемый водою песчаникъ, изъ котораго состоитъ перешеекъ, не поддавался разрушающему дѣйствію водъ и заставилъ рѣку, съ уменьшеніемъ количества водъ, измѣнить свое направленіе и отклониться къ югу. На мѣстѣ естественной запруды, составляемой каменистымъ перешейкомъ, образовалось расширеніе долины, соотвѣтствующее бассейну Большого Тамбукана. Старое русло рѣки въ прежнія времена наполнялось весенними водами въ періодъ таянія снѣговъ и служило для стока ихъ; нынѣ-же, при уменьшенномъ количествѣ атмосферныхъ осадковъ, весною наполняются только бассейны озеръ, для которыхъ снѣговыя и вообще атмосферныя воды составляютъ единственный источникъ питанія. Выщелачивая породы, составляющія берега озеръ, атмосферная вода несетъ въ озера значительное количество растворимыхъ солей, отлагающихся здѣсь при высыханіи воды въ видѣ кристаллическихъ осадковъ. Скопленіе этихъ солей ежегодно пополняется, такъ какъ озера представляютъ изъ себя совершенно замкнутые резервуары и не имѣютъ для своихъ водъ никакого истока.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Изъ Абастумана

(Письмо 2-ое).

### Что нужно Абастуману, чтобы быть первоклассным курортомъ?

1) Какъ-бы то ни было затруднительно въ финансовомъ отношеніи, но безъ проведенія желѣзной дороги, если не до Абастумана, то, по крайней мѣрѣ, до Ахалцыха, Абастуманъ не можетъ сдѣлаться первоклассным курортомъ, ибо переѣздъ въ экипажахъ и омнибусахъ изъ Боржома въ Абастуманъ на протяженіи 70 верстъ для больныхъ, нуждающихся въ лѣченіи Абастуманскими термами и климатомъ, слишкомъ неудобенъ и утомителенъ особенно для ѣдущихъ изъ внутреннихъ губерній Россіи. Ахалцыхская вѣтвь желѣзной дороги скорѣе окупилась-бы, чѣмъ Бакуріанская вѣтвь, которая однако уже проведена.

2) Въ главномъ ущельи Абастумана всѣ участки земель, разрѣшенные правительствомъ еще съ 1873 г. въ продажу частнымъ лицамъ, теперь разобраны и застроены. Оставшаяся часть ихъ пошла подъ дворцы. Съ постройкой послѣднихъ ростъ Абастумана окончательно остановился. Всѣхъ частныхъ недвижимостей теперь насчитывается 112, изъ нихъ 30 принадлежатъ мелкимъ торговцамъ и содержателямъ духановъ. А изъ остающихся 82 едва 60 дачъ съ 2-мя примитивными гостинницами могутъ служить пріютомъ пріѣзжей курсовой публикѣ. Во всѣхъ нихъ могутъ помѣститься, и то при значительной тѣснотѣ и дороговизнѣ, едва-едва 2500—3000 чел. При такомъ положеніи дѣлъ Министерство, вѣдающее Абастуманомъ и желающее сдѣлать его первоклассным Россійскимъ, или хотя-бы обще-Кавказскимъ курортомъ, должно озаботиться: А) прежде всего построить казенную гостинницу въ районѣ парка; Б) паркъ этотъ напрасно занимаетъ обширное пространство въ наилучшей котловинѣ Абастуманскаго ущелья, которое по всей своей длинѣ тянется среди лѣсовъ, представляющихъ обширнѣйшій естественный паркъ. Поэтому было-бы желательно для дальнѣйшаго развитія Абастумана въ нынѣшнемъ паркѣ у склона горъ упомянутой котловины разбить вновь участки для постройки дачъ, которыя могли бы сдѣлаться лучшимъ украшеніемъ Абастумана. В) Той же цѣли могъ-бы служить имѣющійся въ районѣ минеральныхъ водъ участокъ при въѣздѣ въ Абастуманское ущелье изъ Ахалцыха по правую сторону рѣки (противъ сада г. Мутафова), площадью около 2-хъ десятинъ. Г) Кромѣ того, необходимо возбудить ходатайство объ отчужденіи въ районѣ минеральныхъ водъ подъ заселеніе еще нѣкоторыхъ площадей и ущелій.

Особенно годными представляются: а) примыкающая къ вышеупомянутому участку полоса земли на правомъ берегу Абастуманки, площадью около 3-хъ десятинъ, употребляемая нынѣ подъ огороды ротами Тянгинскаго полка; б) обширное и чудное Баратхевское ущелье, которое какимъ-то образомъ попало во владѣніе гр. Ольсуфьева, и которое одно можетъ дать мѣсто 5—6 десяткамъ дачъ; в) непремѣнно надо получить въ вѣдѣніе минеральныхъ водъ замѣчательно хорошее боковое ущелье — Курцханское, съ горными плато на его склонахъ; г) наконецъ, еще плато надъ т. наз. Музыкантскимъ ущельемъ недалеко отъ главнаго ваннаго зданія.

Если разумно использовать всѣ эти мѣста, то, во 1-хъ, можно получить отъ нихъ огромные доходы въ казну, а, во 2-хъ, дать вполнѣ гигіеническую обстановку и пріютъ, по крайней мѣрѣ, 15—20 тысячамъ пріѣзжающихъ на воды.

3) Чтобы имѣть удобное и дешевое сообщеніе столь отдаленныхъ участковъ, какъ Баратхевское и Курцханское ущелья, съ ваннымъ зданіемъ и между собой, необходимо провести конную или электрическую желѣзную дорогу вдоль всего главнаго ущелья, какъ это предположено было и въ утвержденномъ планѣ Абастумана.

4) Чтобы Абастуманъ сдѣлался, дѣйствительно, первоклассным курортомъ, крайне неотложно устроить канализацію по ущелью проведеніемъ 2-хъ клоачныхъ трубъ по обѣимъ сторонамъ рѣчки въ районѣ всѣхъ дачъ для пріема ихъ нечистотъ. Этимъ только и можно избѣгнуть загрязненія почвы подъ дачами и загаживанія Абастуманки разнымъ мусоромъ, выбрасываемымъ теперь прямо въ рѣчку мѣстными жителями. Тогда только можно завести, вмѣсто нынѣшнихъ примитивныхъ выгребовъ, новую систему ихъ съ ватерклозетами; тогда выведутся окончательно случаи брюшного тифа, нѣтъ-нѣтъ да повторяющіеся въ послѣдніе нѣсколько сезоновъ.

5) Параллельно съ этимъ, для правильнаго спуска нечистотъ въ рѣчку внѣ района курорта, а равно для снабженія публики чистой ключевой водой, необходимо устроить въ мѣстечкѣ водопроводъ, что не можетъ стоить дорого, по благопріятнымъ орографическимъ мѣстнымъ условіямъ.

6) Главное ванное зданіе и госпитальныя флигеля съ самаго начала устройства, конечно, снабжены были ватерклозетами и широкой магистралью для воспріятія нечистотъ и отработанной воды. Труба эта открывается ниже госпитальнаго зданія, какъ разъ въ началѣ нижняго района дачъ, и, помимо того, что загаживаетъ рѣчку, иногда распространяетъ зловоніе передъ дачами. Вотъ почему, публика не очень охотно селится въ этихъ дачахъ, а этимъ еще болѣе увеличивается скученность и дороговизна верхняго района дачъ. Поэтому еще до общей канализаціи необходимо немедленно-же ассигновать сумму на продолженіе госпитальной клоачной трубы, далеко ниже района т. наз. «ортачальскаго» участка дачъ, чтобы освободить послѣдвія отъ этого неудобства.

7) Въ настоящее время ни одинъ первоклассный курортъ не можетъ обойтись безъ курзала съ галлереей, гдѣ бы

Digitized by Google

больные могли прогуливаться въ ненастное время, гдѣ-бы помѣщались танцовальныя, читальныя и театральныя залы съ библіотекой и продажей минеральныхъ водъ. Между тѣмъ въ Абастуманѣ, взамѣнъ всего этого, имѣется на возвышенномъ мѣстѣ парка противъ офицерскаго флигеля лишь 1 деревянная постройка, открытая съ 3-хъ сторонъ, т. наз. «ротонда», предназначавшаяся вначалѣ подъ гимнастическій залъ и теперь сильно обветшавшая.

8) Освѣщеніе Абастумана—самое примитивное и жалкое. Между тѣмъ, устроенный *А. А. Реммертомъ* водопадъ представляетъ такую водяную силу, которою можно-бы воспользоваться для электрическаго освѣщенія мѣстечка.

9) Чудныя горныя дорожки, усиленно проводившіяся во всѣхъ направленіяхъ въ цвѣтущую пору Абастумана, въ послѣдніе 5—6 лѣтъ приходятъ постепенно въ негодность. Въ порядкѣ содержатся лишь тѣ горныя дорожки, которыя въ настоящее время находятся въ распоряженіи дворцоваго вѣдомства.

Перехожу къ настоятельнымъ нуждамъ бальнео-гидротерапевтическихъ учрежденій Абастумана.

10) Главное ванное зданіе съ 30 роскошно устроенными ваннами и 6 ваннами для неимущихъ больныхъ за 23 года своего существованія пришло въ ветхость и нуждается въ капитальномъ ремонтѣ, на который потребуется не малая сумма.

11) Гидротерапевтическое отдѣленіе Абастумана славилось долго, пока наплывъ больныхъ не доходилъ до предѣльныхъ цифръ, указанныхъ мною, отъ 2500—3000 чел. При этихъ-же цифрахъ оно оказывается неудовлетворительнымъ. Прежде всего вызываетъ множество жалобъ тѣснота теплаго душевого отдѣленія съ приспособленіями для лѣченія термальной водой женскихъ болѣзней. Кромѣ тѣсноты, оно не имѣетъ отдѣльной водопроводной системы, такъ что одновременно нельзя отпускать въ верхнемъ отдѣленіи ванны, въ то время, какъ внизу дѣйствуетъ душъ. Администрація водъ уже представила, куда слѣдуетъ, проэкты на разрѣшеніе, во 1-хъ, пристройки сзади главнаго ваннаго зданія для расширенія теплаго душевого отдѣленія; во 2-хъ, устройства новаго сборнаго бассейна для воды Богатырскаго источника съ самостоятельной системой трубъ для душевого отдѣленія, независимой отъ системы трубъ ванныхъ.

12) Слѣдовало-бы построить еще другой большій бассейнъ для собиранія теперь даромъ пропадающей за ночь воды Богатырскаго источника. Въ этомъ бассейнѣ термальная вода должна охлаждаться въ одномъ общемъ холодильникѣ (на прежнемъ-же мѣстѣ); затѣмъ изъ бассейна надо провести до ваннъ чрезъ посредство одной только магистральной трубы цѣльную, охлажденную минеральную воду, чтобы получать въ ваннахъ посредствомъ современныхъ смѣсителей воду различной температуры. Этимъ администрація сразу избавилась-бы отъ чрезвычайно сложной *Реммертовской* системы холодильниковъ, а, главное, отпускъ ваннъ менѣе-бы зависѣлъ отъ дневной температуры рѣчной воды, текущей въ холодильникъ для орошенія и охлажденія въ закрытыхъ трубахъ минеральной воды. Если-же остаться при старой сложной системѣ, то необходимо просить Министерство государственныхъ имуществъ озаботиться о скорѣйшемъ облесеніи тѣхъ высотъ въ верховьяхъ Абастуманки, которыя были обнажены страшными лѣсными пожарами еще въ 80-хъ годахъ. Отъ этого рѣчка значительно обмелѣла, а дожди съ обнаженныхъ склоновъ горъ увлекаютъ въ нее большое количество песку, вслѣдствіе чего затрудняется дѣйствіе настоящихъ холодильниковъ. При этихъ условіяхъ за лѣто не разъ отпускъ ваннъ и душъ останавливается на нѣсколько дней.

13) Рядомъ съ этимъ и холодное душевое отдѣленіе иногда за лѣто испытываетъ недостатокъ въ родниковой водѣ (10° Р.). Послѣдняя берется изъ т. наз. Вартановскаго ущелья. Въ лѣтніе мѣсяцы, при настоящемъ состояніи въ открытой части родниковаго ручья воды оказывается мало вслѣдствіе испаренія и поглощенія пористой почвой, почему надо продолжить вверхъ имѣющуюся водопроводную трубу еще, по крайней мѣрѣ, на 600 саж. Наконецъ 14) славившееся въ свое время отдѣленіе электрическихъ ваннъ требуетъ значительныхъ усовершенствованій и ремонта. Тоже нужно сказать и относительно парового отдѣленія, при которомъ желательно устроить и горячія суховоздушныя ванны общія и мѣстныя. *А. Бабаевъ-Бабаянъ.*

## Изъ Berlin'а.

**Противники системы свободнаго выбора врача въ Berlin'ѣ. Устройство 2-хъ новыхъ dispensaires. Организація практическихъ медицинскихъ Академій. Смерть Jolly.**

Въ одномъ изъ своихъ послѣднихъ писемъ (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 47, стр. 1673) я уже писалъ о томъ, что проведеніе въ жизнь новой системы свободнаго выбора врача представляется наиболѣе труднымъ въ Berlin'ѣ. Я тогда указалъ только на одну корпорацію—Общество врачей съ ограниченно-свободнымъ выборомъ врача, являющуюся принципіальнымъ противникомъ новой формы отношеній врачей къ кассамъ. Но событія послѣдняго времени показали, что стремленіе врачей улучшить свое положеніе путемъ созданія болѣе правильныхъ отношеній къ кассамъ встрѣчаетъ въ Berlin'ѣ гораздо больше затрудненій, чѣмъ то можно было ожидать. Объясняется это отчасти особыми условіями столичной работы и особыми потребностями здѣшнихъ врачей: кассовые больные для Berlin'скаго врача являются не только источникомъ дохода, но главнымъ образомъ матеріаломъ для преподавательской дѣятельности и научныхъ наблюденій. Многіе изъ здѣшнихъ спеціалистовъ и преподавателей, не располагающихъ больничнымъ или клиническимъ матеріаломъ, замѣняютъ больницу и клинику своей частной поликлиникой или лѣчебницей, въ которой принимаютъ исключительно кассовыхъ больныхъ. Въ этихъ учрежденіяхъ ведутся курсы для врачей и студентовъ, и такимъ образомъ содержатель поликлиники или лѣчебницы однимъ выстрѣломъ убиваетъ 2-хъ зайцевъ: получаетъ гонораръ и съ учащихся, и за больныхъ; какъ-бы ни былъ ничтоженъ послѣдній, однако, если принять къ свѣдѣнію, что многіе изъ извѣстныхъ спеціалистовъ пользуются еще безплатной помощью добровольцевъ-ассистентовъ и принимаютъ поэтому 50—100 чел. ежедневно, то въ общемъ все-таки получается изрядная сумма, которая съ большимъ избыткомъ покрываетъ ничтожные расходы; кто бывалъ въ Berlin'скихъ частныхъ поликлиникахъ, тотъ знаетъ, до какого minimum'а доведены тамъ расходы на квартиру, обстановку и предметы, необходимые для изслѣдованія и лѣченія больныхъ. При старыхъ порядкахъ извѣстнымъ врачамъ-спеціалистамъ и частнымъ преподавателямъ Университета очень нетрудно давалось мѣсто кассоваго врача: вполнѣ естественно, что при назначеніи на освободившееся мѣсто управленія кассъ давали предпочтеніе врачу съ крупнымъ именемъ или университетскому преподавателю. Благодаря этому, эти счастливцы соединяли въ своихъ рукахъ часто нѣсколько очень крупныхъ кассъ и имѣли возможность заниматься спокойно преподавательской и научной дѣятельностью. При системѣ свободнаго выбора врача, имѣющей цѣлью правильнѣе распредѣлить больныхъ между врачами, этимъ избранникамъ придется лишиться большей части своего матеріала, такъ какъ при новыхъ порядкахъ они могутъ привлекать къ себѣ больныхъ только славой своего имени. Нѣтъ сомнѣнія, что большинство членовъ кассъ предпочтетъ лучше лѣчиться на дому у менѣе извѣстнаго практическаго врача, чѣмъ искать врачебной помощи въ плохо обставленныхъ поликлиникахъ знаменитостей, гдѣ имъ приходится еще служить объектомъ для цѣлей преподаванія. Неудивительно поэтому, что Leipzig' скому Союзу для охраны экономическихъ интересовъ врачебнаго сословія Германіи не удалось найти горячихъ приверженцевъ среди т. наз. сливокъ Berlin'скаго врачебнаго сословія. Къ чести этихъ привиллегированныхъ представителей медицинской науки, однако, надо сказать, что, не смотря на то, что современныя теченія идутъ въ разрѣзъ съ ихъ личными интересами, они открыто ничѣмъ не выразили своего противодѣйствія, и нѣкоторые изъ нихъ даже записались въ члены Leipzig'скаго Союза. Явное сопротивленіе новому движенію и

Digitized by Google

при томъ въ очень неблаговидной формѣ обнаружилось съ другой стороны, откуда его меньше всего слѣдовало-бы ожидать. Въ Berlin'ѣ имѣется Общество кассовыхъ врачей, дѣлами коего управляетъ т. наз. распорядительный Комитетъ. Какъ само Общество, такъ и вѣдающій его дѣла Комитетъ въ сущности не оправдываютъ своихъ названій, такъ какъ Комитетъ этотъ никѣмъ не былъ выбираемъ, а состоитъ изъ небольшой кучки врачей, принявшихъ на себя, за извѣстное вознагражденіе, веденіе врачебныхъ дѣлъ цѣлаго ряда кассъ, а членами Общества состоятъ отбираемые по своему произволу этимъ Комитетомъ врачи. Разумѣется, что при такомъ характерѣ этого Общества вся власть была въ рукахъ Комитета, и членамъ его приходилось мириться со своимъ положеніемъ для того, чтобы сохранить за собой свои мѣста въ кассахъ. Трудно было, конечно, ожидать, чтобы такое Общество было склонно ввести у себя систему свободнаго выбора, и члены его на особомъ совѣщаніи, въ которомъ участвовалъ также 1 членъ Комитета, осмѣлились лишь просить объ обсужденіи мѣръ къ улучшенію ихъ положенія. Но имъ суждено было жестоко разочароваться въ своихъ ожиданіяхъ. Черезъ 6 дней послѣ упомянутаго совѣщанія они всѣ получили повѣстку съ предложеніемъ подписать въ теченіи 3-хъ сутокъ условіе, по которому они соглашаются оставаться на службѣ у кассъ еще на 5 лѣтъ, при чемъ условія новой службы не сообщались. Одновременно доводилось до свѣдѣнія, что тотъ изъ врачей, кто не пожелаетъ подписать такого обязательства, тѣмъ самымъ считается вышедшимъ изъ числа членовъ Общества, т. е., лишается своего мѣста въ кассѣ. Этотъ поступокъ Комитета глубоко возмутилъ весь Berlin'скій врачебный міръ и даже среди самыхъ консервативныхъ его элементовъ не нашлось никого, кто-бы нашелъ слово оправданія такому неслыханному обращенію съ товарищами. Комитетъ прямо, что называется, присталъ съ ножемъ къ горлу невольныхъ членовъ своего Общества, чтобы вынудить ихъ согласиться на продленіе старыхъ порядковъ еще на 5 лѣтъ; онъ, очевидно, разсчитывалъ на то, что въ 3-дневный срокъ врачи не успѣютъ придти къ соглашенію о совмѣстномъ образѣ дѣйствій и каждый изъ нихъ, поволновавшись, въ концѣ концовъ подпишетъ условіе. И разсчетъ оказался-бы вѣрнымъ, такъ какъ большинство врачей уже подписались, но въ дѣло вмѣшался Leipzig'скій Союзъ, и нужно думать, что Комитету не удастся добиться своей цѣли. Berlin'скій отдѣлъ Leipzig'скаго Союза немедленно созвалъ Собраніе членовъ Общества кассовыхъ врачей и, давъ должную нравственную оцѣнку поступку его Комитета, выяснилъ, что подписанный при подобныхъ условіяхъ договоръ не имѣетъ юридической силы, такъ какъ онъ носитъ характеръ вынужденности. Кромѣ того, оказалось, что самая крупная изъ кассъ, о которыхъ шла рѣчь, по своему уставу не имѣетъ права заключать съ врачами договоровъ больше, чѣмъ на 1 годъ. Слѣдствіемъ этого совѣщанія было то, что врачи, давшие уже свои подписи, послали Комитету заявленія, въ которыхъ сообщали, что будутъ считать свои подписи дѣйствительными лишь въ томъ случаѣ, если врачебная камера, по разсмотрѣніи дѣла, признаетъ его законнымъ. Чтобы защитить интересы врачей, не подписавшихъ повѣстки, и такимъ образомъ исключенныхъ изъ Общества, Leipzig'скій Союзъ рѣшилъ обратиться ко всѣмъ врачамъ Berlin'а съ предложеніемъ обязаться честнымъ словомъ черезъ подпис не поступать на освобождающіяся мѣста членовъ Общества. Далѣе было постановлено считать образъ дѣйствій Комитета оскорбительнымъ для чести сословія. На послѣднемъ Съѣздѣ Союза нѣмецкихъ врачебныхъ Обществъ, гдѣ участвовали и представители названнаго Общества, было единогласно принято рѣшеніе, по которому никто изъ врачей Союза не долженъ открыто сопротивляться введенію системы свободнаго выбора врача. Членамъ Комитета поэтому предстоитъ еще быть привлеченными къ Суду чести. Какъ отнесется Судъ чести къ самовластнымъ членамъ Комитета, предугадать не трудно, судя по тому всеобщему негодованію, которое вызвало ихъ поведеніе среди всѣхъ безъ исключенія врачей. Даже такіе, стоящіе внѣ всякой борьбы партій, представители здѣшняго врачебнаго сословія, какъ проф. *Bergmann* и предсѣдатель врачебной камеры д-ръ *Becher*, сочли нужнымъ созвать большое экстренное Собраніе врачей, чтобы выразить протестъ противъ неколлегіальнаго поведенія членовъ Комитета. На этомъ Собраніи 2-е изъ обвиняемыхъ попытались оправдываться, но безуспѣшно, и Собраніе единодушно постановило выразить имъ свое порицаніе. Нужно думать, что весь этотъ инцидентъ будетъ имѣть благопріятное вліяніе на дальнѣйшій ходъ дѣла введенія новой системы въ Berlin'ѣ, такъ какъ онъ обнаружилъ, что даже въ столицѣ Германіи можно добиться единомыслія и согласнаго образа дѣйствія среди врачей. Борьба врачей съ кассами въ другихъ крупныхъ центрахъ Германіи пока ведется еще довольно ожесточенно, но побѣда все не склоняется на сторону врачей. Такъ, въ Koeln'ѣ, гдѣ кассамъ вслѣдствіе стачки врачей пришлось искать имъ замѣстителей для 110000 застрахованныхъ, всѣ усилія составить полный комплектъ медицинскаго персонала разбились о дружное сопротивленіе врачебной организаціи, руководимой Leipzig'скимъ Союзомъ, и на-дняхъ кассы уже получили со стороны правительства предписаніе, во что бы то ни стало прекратить распри съ врачами тѣмъ или инымъ путемъ, такъ какъ оставить членовъ кассъ безъ всякой медицинской помощи невозможно. Приблизительно въ такомъ-же положеніи находится дѣло въ Leipzig'ѣ, гдѣ управленія кассъ придумали особую уловку для того, чтобы заманить къ себѣ на службу врачей: такъ какъ объявленія въ газетахъ и журналахъ не имѣли должнаго дѣйствія вслѣдствіе того, что Leipzig'скій Союзъ тѣмъ-же путемъ предостерегалъ врачей отъ поступленія въ бойкотируемыя кассы, то послѣднія стали посылать своихъ агентовъ на домъ къ врачамъ съ заманчивыми предложеніями; въ послѣднее время уже предлагалось 6000 мар. годового жалованья. Нужно однако думать, что и этимъ путемъ не удастся найти нужное количество врачей, такъ какъ трудно допустить, чтобы теперь нашлось много врачей, готовыхъ за чечевичную похлебку измѣнить общему дѣлу. Въ Leipzig'ской стачкѣ участвуетъ 233 врача.—Не прошло и мѣсяца съ тѣхъ поръ, какъ на Совѣщаніи врачей-спеціалистовъ по бугорчаткѣ обсуждался вопросъ объ устройствѣ въ Германіи учрежденій, соотвѣтствующихъ французскимъ «Dispensaires antituberculeuses», а уже въ Berlin'ѣ по частному почину основаны 2 такихъ учрежденія, носящія уже нѣмецкое имя и приспособленныя къ нѣмецкимъ условіямъ. Они называются «Fürsorgesteller», что по русски можно перевести словомъ «Попечительства». Одно изъ этихъ Попечительствъ основано Обществомъ свободно выбираемыхъ врачей и имѣетъ цѣлью давать больнымъ бугорчаткой членамъ кассъ, гдѣ введена новая система, совѣты и свѣдѣнія по такимъ вопросамъ гигіеническаго свойства, на которые пользующій врачъ не имѣетъ возможности и времени дать подробнаго отвѣта, какъ, напр., относительно обеззараживанія жилища, платья, о личной и семейной гигіенѣ. Кромѣ того, Попечительство это снабжаетъ больныхъ по указанію пользующихъ врачей обеззараживающими средствами, сосудами для собиранія мокроты, укрѣпляющими средствами и т. п. Оно также помогаетъ больнымъ при помѣщеніи ихъ въ здравницы, даетъ совѣты и указанія въ тѣхъ случаяхъ, когда вслѣдствіе потери работоспособности больнымъ приходится хлопотать о полученіи ренты отъ страховыхъ обществъ и т. п. 2-ое Попечительство носитъ нѣсколько иной характеръ, такъ какъ оно поставило себѣ задачей снабжать главнымъ образомъ помощью и совѣтомъ больныхъ, не состоящихъ членами кассъ. Оно временно помѣщается при поликлиникѣ внутреннихъ болѣзней въ Charité и такъ-же, какъ и 1-ое, не лѣчитъ больныхъ. Если въ это Попечительство обращается какой-нибудь кассовый больной, то его направляютъ сначала въ управленіе кассы съ препроводительной карточкой, въ которой указана его болѣзнь. Въ свое вѣдѣніе Попечительство принимаетъ этого больного лишь тогда, когда кассовый врачъ, къ которому больной поступаетъ на лѣченіе, найдетъ это нужнымъ. Больные-же, не состоящіе членами кассъ, получаютъ при первомъ посѣщеніи бутылку для мокроты, лизолъ, зубную щетку и порошокъ и популярно-гигіеническія книжки; затѣмъ сестра изъ Попечительства отправляется къ больному на

Digitized by Google

домъ, изслѣдуетъ условія его домашней жизни и сообщаетъ объ этомъ завѣдующему Попечительствомъ. Если обстоятельства этого требуютъ, то больной при слѣдующемъ посѣщеніи получаетъ молоко и другіе пищевые продукты. Попечительство само, конечно, не въ состояніи кормить и поддерживать всѣхъ нуждающихся больныхъ, но въ соотвѣтствующихъ случаяхъ оно принимаетъ на себя посредническую роль между больными и городскими и частными благотворительными учрежденіями. Здѣсь кстати нужно замѣтить, что городское Управленіе Berlin'а тратитъ ежегодно много милліоновъ марокъ на бѣдныхъ и содержитъ для нихъ цѣлый штатъ врачей. Понятно, что ходатайство больныхъ о пособіи будетъ удовлетворено скорѣе, если о необходимости его хлопочетъ врачебное учрежденіе. Попечительство имѣетъ въ виду сохранить постоянную связь съ опекаемыми имъ больными, и посѣщенія сестеръ на дому предполагается возобновлять каждыя 2—4 недѣли. Расходы по содержанію Попечительства—не велики, между тѣмъ польза, приносимая имъ, несомнѣнна, очень значительна. Что въ подобнаго рода учрежденіяхъ есть потребность, доказывается тѣмъ, что уже въ первый мѣсяцъ своего существованія Попечительство имѣло очень много работы.

И Прусское министерство народнаго просвѣщенія придумало довольно простой и дешевый способъ устраивать высшія медицинскія учебныя заведенія. Я говорю о практическихъ медицинскихъ Академіяхъ, объ основаніи которыхъ въ цѣломъ рядѣ крупныхъ городовъ давно уже носились слухи, только теперь принявшіе опредѣленную форму, такъ какъ дѣло дошло до организаціи одной изъ такихъ Академій въ городѣ Düsseldorf'ѣ. Планъ министерства заключается въ томъ, чтобы въ тѣхъ крупныхъ городахъ, гдѣ на городскія средства строятся большія больницы, воспользоваться послѣдними и для научныхъ и педагогическихъ цѣлей и образовать изъ нихъ практическія медицинскія Академіи. Городъ Düsseldorf собирается строить большую общую больницу на 1000 кроватей и ассигновалъ на это 5500000 мар. Министерство предлагаетъ городу превратить ее въ высшее учебное заведеніе, при чемъ будетъ устроено 5 главныхъ отдѣленій: 1) хирургическое, 2) внутреннее, 3) родовспомогательное, 4) отдѣленіе для заразныхъ болѣзней съ гигіеническимъ Институтомъ и 5) патолого-анатомическое отдѣленіе, къ которому присоединяется фармакологическій Институтъ и подотдѣлъ общественной медицины. Къ 2-мъ первымъ главнымъ отдѣламъ присоединяются подотдѣлы по глазнымъ болѣзнямъ, болѣзнямъ уха, носа и горла, по дѣтскимъ и нервнымъ болѣзнямъ, болѣзнямъ кожи и по подачѣ помощи въ несчастныхъ случаяхъ. Преподавателями Академіи будутъ, помимо старшихъ врачей отдѣленій, которымъ будетъ присвоенъ профессорскій титулъ, и другіе врачи-спеціалисты. Послѣдніе будутъ считаться сверхштатными преподавателями. Правительство оставляетъ за собой право утвержденія профессоровъ, выбираемыхъ городомъ. Профессорскій титулъ могутъ получить и сверхштатные преподаватели въ томъ случаѣ, когда выборная администрація больницы сдѣлаетъ объ этомъ представленіе въ министерство. Цѣли, которыя должны преслѣдовать практическія медицинскія Академіи, сводятся къ слѣдующему: прежде всего онѣ должны давать возможность оканчивающимъ курсъ молодымъ врачамъ отбыть при хорошихъ условіяхъ обязательный по новому уставу годъ практики; далѣе, должны посвящать значительную часть своей дѣятельности на устройство курсовъ для научнаго усовершенствованія практическихъ врачей по разнымъ отдѣламъ медицины, а желающимъ изучить обстоятельно одну опредѣленную медицинскую спеціальность предоставлять эту возможность. При новыхъ медицинскихъ Академіяхъ предполагается еще устраивать школы для низшаго медицинскаго персонала и для служащихъ въ Обществахъ подачи первой помощи. Кромѣ того, министерство высказываетъ надежду, что Академіи будутъ содѣйствовать распространенію гигіеническихъ знаній въ народѣ. Въ сущности новый планъ министерства заключаетъ въ себѣ мало новаго; мысль основать «свободную» городскую медицинскую Академію впервые подалъ еще 2 года назадъ городъ Frankfurt a/M. Своимъ проэктомъ правительство, очевидно, имѣетъ въ виду предупредить возникновеніе такихъ самостоятельныхъ городскихъ Академій и стремится сохранить за собой контроль за ними. Большія больницы въ Hamburg'ѣ и Dresden'ѣ уже въ теченіи многихъ лѣтъ осуществляютъ на дѣлѣ тѣ задачи, которыя намѣчены въ министерскомъ проэктѣ, и превращеніе ихъ въ медицинскія Академіи будетъ заключаться лишь въ перемѣнѣ названія и дарованій старшимъ и заслуженнымъ врачамъ профессорскаго титула. Нужно однако думать, что проэктъ этотъ будетъ имѣть и благотворныя послѣдствія, такъ какъ заставитъ и другіе города, гдѣ до сихъ поръ о возможности имѣть у себя высшее медицинское учебное заведеніе и не задумывались, стремиться къ устройству таковыхъ. Во всякомъ случаѣ дѣло образованія и научнаго усовершенствованія врачей отъ возникновенія ряда медицинскихъ Академій, несомнѣнно, должно подвинуться впередъ.

Berlin'скій Университетъ и медицинская наука понесли въ этомъ мѣсяцѣ чувствительную потерю въ лицѣ внезапно скончавшагося 4-го января н. ст. проф. *Jolly*. Этотъ извѣстный нейропатологъ и психіатръ пользовался необыкновенной любовью и уваженіемъ среди учащихся и больныхъ, благодаря своимъ въ высокой степени симпатичнымъ личнымъ качествамъ.

*Friedrich Jolly* былъ сыномъ извѣстнаго München'скаго профессора физики. Свое среднее и высшее образованіе онъ получилъ въ München'ѣ и только 2 семестра университетской жизни провелъ въ Göttingen'ѣ, гдѣ работалъ подъ руководствомъ знаменитаго анатома *Henle*. Онъ сдалъ государственный экзаменъ въ 1868 г. и въ диссертаціи его «О гангліозныхъ клѣткахъ спинного мозга» уже опредѣлилась его будущая спеціальность. Онъ посѣтилъ послѣ окончанія курса съ научной цѣлью Вѣну и Berlin и въ послѣднемъ работалъ подъ руководствомъ знаменитаго *Carl'*а *Westphal'*я. Въ 1871 г. онъ написалъ крупную по своему значенію работу «О внутримозговомъ давленіи и о кровообращеніи въ черепѣ», благодаря которой сталъ частнымъ преподавателемъ München'скаго Университета. Въ 1873 г. онъ занялъ послѣ *Krafft-Ebing'*а профессорскую каѳедру въ Strassburg'ѣ. Здѣсь онъ помимо цѣлаго ряда научныхъ работъ, создалъ новую нервную клинику. Когда въ 1890 г. скончался *Carl Westphal*, *Jolly* занялъ его мѣсто въ Berlin'скомъ Университетѣ и сталъ директоромъ нервной и психіатрической клиники. И здѣсь суждено было ему руководить постройкой новой клиники, которая теперь представляетъ изъ себя образцовое учрежденіе. Характеръ научнаго направленія и взгляды его на отношеніе нейропатологіи къ психіатріи онъ самъ опредѣлилъ въ предисловіи редактора при переходѣ журнала «Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten» подъ его редакцію. «Какъ органическія, такъ и функціональныя заболѣванія нервной системы», говоритъ онъ, «такъ тѣсно переплетены со многими формами душевнаго разстройства, что психіатръ, который не захотѣлъ-бы принять это къ свѣдѣнію, находился-бы въ положеніи географа, который изучалъ-бы только горы извѣстной страны, не обращая вниманія на долины, ихъ водосклоны и характеръ ихъ почвы». Въ своей педагогической и научной дѣятельности онъ строго слѣдовалъ этому взгляду, о чемъ свидѣтельствуетъ множество его научныхъ работъ изъ области нейропатологіи и психіатріи. Особенно важное значеніе имѣетъ его работа о «Myasthenia gravis pseudoparalytica». Онъ былъ также большимъ знатокомъ судебной психопатологіи, по которой написалъ также нѣсколько хорошихъ работъ. *Jolly* не отличался особымъ ораторскимъ талантомъ, и выработанная имъ система преподаванія была главнымъ образомъ направлена на то, чтобы представить слушателямъ вполнѣ объективно всѣ признаки болѣзни и научить ихъ критически отнестись къ собранному матеріалу. Такъ какъ въ этомъ человѣкѣ имѣлось рѣдкое сочетаніе высокихъ умственныхъ способностей съ прекрасными качествами души сердца, то отношеніе къ нему больныхъ доходило до обожанія; изъ Berlin'скихъ профессоровъ мало кто пользовался такой любовью студентовъ, какъ покойный *Jolly*, и поэтому вѣсть объ его смерти была встрѣчена съ искреннимъ чувствомъ скорби. *Jolly* скончался 60 лѣтъ отъ роду.

Berlin. 1/II 1904 г. *А. Коварскій.*

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 109. Д-ра *T. Nobécourt* и *Roger Voisin* въ статьѣ *о хлоридахъ спинно-мозговой жидкости при различныхъ патологическихъ состояніяхъ и особенно при дѣтской бронхо-пнеймоніи* приходятъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. У взрослыхъ и у дѣтей здоровыхъ или съ хроническими пораженіями нервной системы содержаніе NaCl въ спинно-мозговой жидкости довольно постоянно, отъ 7,02 до 7,92, въ среднемъ 7,43 грм.

Digitized by Google

2. Къ этой категоріи можно отнести новорожденныхъ, пораженныхъ сифилисомъ, и дѣтей съ отитами, хотя среднія цифры здѣсь ниже (7,31 и 7,34), съ болѣе рѣзкимъ колебаніемъ крайнихъ цифръ (6,73 и 8,40). 3. При бугорчатковомъ менингитѣ уменьшеніе NaCl довольно замѣтно и постоянно,—въ среднемъ 6,36; maximum 6,94. Это уменьшеніе NaCl при бугорчатковомъ менингитѣ указано было уже *Denigès* и *Sabrazès*, *Widal*'емъ и *Sicard*'омъ и можетъ служить важнымъ распознавательнымъ признакомъ; при острыхъ гнойныхъ не бугорчатковыхъ менингитахъ уменьшеніе хлоридовъ можетъ встрѣчаться, но не столь постоянно. 4. При бронхо-пнеймоніяхъ безъ менингеальныхъ явленій уменьшеніе NaCl довольно замѣтно (въ среднемъ отъ 7,11 до 7,16, minimum 6,70, maximum 8,20), но наблюдается не во всѣхъ случаяхъ. Это различіе не зависитъ ни отъ тяжести, ни отъ продолжительности заболѣванія. При бронхо-пнеймоніяхъ, осложненныхъ менингеальными явленіями, исключая гнойнаго менингита, среднія цифры ниже, чѣмъ въ предыдущихъ случаяхъ (6,94), maximum 6,29—7,36. 5. Изъ цифръ, полученныхъ при другихъ патологическихъ состояніяхъ, нельзя сдѣлать какихъ-либо выводовъ (Archives générales de médecine, № 48). *И. Вирскій.*

**Фармакологія.** 110. Изучая уже болѣе года *мѣстное обезболиваніе тканей путемъ впрыскиванія смѣси раствора кокаина съ адреналиномъ*, д-ръ *Foisy* нашелъ слѣдующія преимущества этой смѣси предъ растворомъ одного кокаина: 1) болѣе рѣзкое обезболивающее дѣйствіе этой смѣси по отношенію къ здоровымъ и воспаленнымъ тканямъ; 2) болѣе рѣзкое сосудосуживающее мѣстное дѣйствіе и 3) гораздо болѣе слабое ядовитое дѣйствіе. Прибавленіе нѣсколькихъ капель раствора адреналина къ раствору кокаина устраняетъ ядовитыя свойства послѣдняго. При мѣстномъ обезболиваніи воспаленныхъ тканей у 199 больныхъ употреблялась смѣсь слѣдующаго состава: раствора солянокислаго кокаина 1 : 200—10 к. стм., раствора адреналина 1 : 1000—10 капель; впрыскивалось отъ 2 до 10 к. стм., при чемъ ни разу не наблюдалось даже легкихъ признаковъ отравленія, между тѣмъ какъ при впрыскиваніи одного лишь раствора кокаина 1 : 200 очень часто наблюдались блѣдность лица, потъ, болтливость, дрожаніе мышцъ, даже бредъ. У животныхъ ядовитая доза кокаина—1 стгрм. на кило вѣса (*Laborde*), между тѣмъ смѣсь растворовъ кокаина и адреналина у морскихъ свинокъ не вызывала ни судорогъ, и животныя выживали при впрыскиваніи слѣдующихъ количествъ: морская свинка № 1—раствора кокаина 0,09 и 18 капель раствора адреналина на кило вѣса; морская свинка № 2—тоже количество на кило; морская свинка № 3—0,08 раствора кокаина и 17 капель раствора адреналина на кило; морская свинка № 6—0,13 раствора кокаина и 27 капель раствора адреналина на кило; морская свинка № 8—0,15 раствора кокаина и 31 капля раствора адреналина на кило. Впрыскиванія производились подъ кожу живота; адреналинъ прибавлялся къ кокаину въ моментъ самаго опыта (La Tribune médicale, 12 декабря 1903 г.). *И. Вирскій.*

**Гистологія.** 111. Въ № 2 «Münchener medicinische Wochenschrift» д-ръ *Raehlmann* даетъ болѣе подробное *описаніе новаго микроскопа Siedentopf'а и Zsigmondy для ультрамикроскопическихъ изслѣдованій*. Новымъ въ этомъ микроскопѣ является сочетаніе обыкновеннаго микроскопа съ дов. сложнымъ освѣтительнымъ приборомъ. Источникомъ свѣта служитъ непосредственный солнечный свѣтъ, направляемый въ освѣтительный приборъ при помощи геліостата, снабженнаго часовымъ механизмомъ, или свѣтъ вольтовой дуги. Самъ освѣтительный приборъ состоитъ изъ 2-хъ собирающихъ телескопическихъ чечевицъ и конденсора, расположенныхъ такъ, что проходящій черезъ нихъ пучекъ свѣтовыхъ лучей пересѣкаетъ оптическую ось микроскопа подъ прямымъ угломъ. Въ точкѣ пересѣченія, расположенной подъ объективомъ микроскопа, помѣщается небольшая камера, въ которой помѣщается изслѣдуемая жидкость или препаратъ. Стекла освѣтительнаго прибора расположены такъ, что камера, гдѣ помѣщается изслѣдуемая жидкость или препаратъ, находится въ главномъ фокусѣ лучей, и поэтому наблюдатель видитъ здѣсь изображеніе источника свѣта. Въ сущности новый микроскопъ не увеличиваетъ больше обыкновеннаго, но, благодаря необыковенно сильному освѣщенію, глазъ наблюдателя становится способнымъ различать наиболѣе мелкія частички, невидимыя при обыкновенномъ освѣщеніи. Аналогичное явленіе наблюдается въ обыденной жизни, когда снопъ солнечныхъ лучей падаетъ черезъ окно въ комнату: тогда становятся ясно видимыми взвѣшенныя въ воздухѣ пылинки, оставшіяся при разсѣянномъ дневномъ свѣтѣ невидимыми. Прежніе микроскопы давали возможность различать ясно частички величиною приблизительно въ 1 μ; новый же микроскопъ позволяетъ различать частички въ 1000 разъ меньшія! Къ сожалѣнію, *новый микроскопъ непригоденъ для изслѣдованія морфологическаго строенія непрерывныхъ тканей, а годится только для наблюденія отдѣленныхъ другъ отъ друга мельчайшихъ частичекъ.* Поэтому новый способъ изслѣдованія обѣщаетъ пролить свѣтъ на многія, не вполнѣ изслѣдованныя до сихъ поръ, явленія въ области физической химіи. Для медицинской науки онъ, несомнѣнно, будетъ имѣть весьма важное значеніе при изслѣдованіи различныхъ тканевыхъ жидкостей, сыворотокъ, отдѣленій и выдѣленій организма, главнымъ-же образомъ обѣщаетъ дать много новаго относительно микроорганизмовъ, которые, благодаря своимъ крайне ничтожнымъ размѣрамъ, ускользали до сихъ поръ отъ нашего наблюденія. Въ этомъ послѣднемъ направленіи авторомъ уже сдѣланы нѣкоторыя интересныя наблюденія. Такъ, въ гніющихъ бѣлковыхъ жидкостяхъ ему удалось видѣть цѣлый рядъ ультрамикроскопическихъ микроорганизмовъ, двигавшихся между частичками бѣлка съ необыкновенной скоростью. Эта скорость движеній такъ велика, что приходится допустить, что эти мельчайшіе организмы снабжены еще особыми органами передвиженія (жгутики?). Кромѣ того, нѣкоторыя изъ бактерій во время движенія мѣняютъ форму своего тѣла. Въ отдѣляемомъ слизистой оболочки глаза авторъ также видѣлъ рядъ ультрамикроскопическихъ организмовъ, двигавшихся съ необыкновенной быстротой. Въ отдѣляемомъ при трахомѣ, помимо цѣлаго ряда кокковъ, найденъ былъ одинъ микроорганизмъ, принимавшій во время своихъ движеній 3 различныя формы. Вообще, при изслѣдованіи съ помощью новаго микроскопа, микроорганизмы видны хорошо только тогда, когда они находятся въ самомъ фокусѣ свѣтовыхъ лучей и то лишь при томъ условіи, что они не движутся слишкомъ быстро. При изслѣдованіи жидкостей подъ покровнымъ стекломъ, на извѣстномъ разстояніи отъ отдѣльныхъ мелкихъ частичекъ, получаются спектральные контуры, какъ результатъ преломленія свѣтовыхъ лучей. Это, чисто оптическое, явленіе сильно мѣшаетъ изслѣдованію тогда, когда частички лежатъ слишкомъ близко другъ къ другу, и поэтому-то новый микроскопъ непригоденъ для изслѣдованія срѣзовъ тканей, а годится главнымъ образомъ лишь для наблюденій мельчайшихъ, лежащихъ внѣ сферы обыкновеннаго микроскопа, т. наз. субмикроскопическихъ неорганическихъ и органическихъ частичекъ. Въ продажу новый микроскопъ пока еще не пущенъ, и изслѣдованія автора произведены на фабрикѣ Zeiss'а, гдѣ продолжаютъ работать надъ его усовершенствованіемъ. *А. Коварскій.*

**Внутреннія болѣзни.** 112. Д-ръ *Falkenstein* (Gross-Lichterfelde—возлѣ Berlin'а) даетъ довольно *своеобразное объясненіе сущности подагры и на основаніи его предлагаетъ способъ ея лѣченія.* Онъ полагаетъ, что въ основѣ этой болѣзни лежитъ разстройство въ отправленіи железъ дна желудка, слѣдствіемъ чего является недостаточное отдѣленіе соляной кислоты. Въ пользу вѣрности своего предположенія онъ приводитъ то обстоятельство, что всѣ авторы указываютъ на своеобразное неваренiе, постоянно то предшествующее, то сопровождающее подагру. Въ то время, какъ здоровый человѣкъ, благодаря достаточному отдѣленію соляной кислоты, можетъ переварить въ случаѣ надобности и избыточное количество пищи, у подагрика вслѣдствіе недостаточности секреціи наступаетъ ненормальное броженіе, недостаточное окисленіе, и изъ богатой нуклеиновыми веществами пищи образуется много мочевой кислоты, частью вслѣдствіе недостаточнаго дальнѣйшаго ея рас-

щепленія, частью-же вслѣдствіе синтеза ея изъ пуриновыхъ основаній. Пріемъ внутрь соляной кислоты не только устраняетъ неовареніе, но и благотворно дѣйствуетъ на подагрическіе припадки. Въ пользу своей теоріи авторъ приводитъ еще экспериментальныя изслѣдованія *Pfeiffer*'а, который вызывалъ у животныхъ впрыскиваніемъ взвѣшенной въ физіологическомъ растворѣ поваренной соли мочевой кислоты и мѣстные припадки подагры. Эти припадки не появлялись, если въ теченіи нѣсколькихъ дней до впрыскиванія мочевой кислоты давалась внутрь соляная кислота въ количествѣ 5—8 грм. По мнѣнію автора, соляная кислота, помимо своего вліянія на улучшеніе пищеваренія у подагриковъ, имѣетъ еще особое специфическое дѣйствіе. Онъ допускаетъ, что соляная кислота вступаетъ въ соединеніе съ мочевой кислотой (?), благодаря чему послѣдняя легче выдѣляется мочей. Авторъ приводитъ еще цѣлый рядъ соображеній, говорящихъ въ пользу его объясненія. Онъ настаиваетъ на основаніи своей теоріи на томъ, чтобы лѣченіе подагры щелочными минеральными водами было совершенно оставлено и, вмѣсто нихъ, назначалось продолжительное употребленіе значительныхъ количествъ соляной кислоты (40—60 капель чистой кислоты въ день въ углекислой водѣ). Авторъ самъ страдалъ въ теченіи многихъ лѣтъ жестокой подагрой и вылѣчился только соляной кислотой. Такъ какъ это средство дѣйствуетъ лишь медленно, то въ отдѣльныхъ приступахъ болѣзни приходится примѣнять обычное лѣченіе; авторъ совѣтуетъ при этомъ давать морфій и аспиринъ (Berliner klinische Wochenschrift, № 3). *А. Коварскій.*

113. Д-ръ *Lucas-Championnière* въ замѣткѣ о *вліяніи мясной пищи на развитіе аппендицита* указываетъ, что мясная пища развиваетъ въ кишкахъ среду, благопріятную для развитія броженій и разнаго рода микробныхъ зараженій. Аппендицитъ, по видимому, новая болѣзнь, развившаяся съ большимъ распространеніемъ мяснаго режима. Она часто встрѣчается въ Англіи и Америкѣ, гдѣ питаются почти исключительно мясомъ, и, наоборотъ, наблюдается очень рѣдко въ странахъ, гдѣ преобладаетъ растительная пища (Тунисъ, Алжиръ, Персія), а также въ монастыряхъ. Связь гриппа съ аппендицитомъ сомнительна (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25 ноября). *И. Вирскій.*

114. Д-ръ *Otfried Müller* (Marburg) на основаніи своихъ наблюденій во время послѣдней эпидеміи кори въ Marburg'ѣ говоритъ *о значеніи т. наз. Koplik'овскихъ пятенъ, діазореакціи и кривой температуры при этой болѣзни* слѣдующее: 1) *Koplik*'овскія пятна [1]) встрѣчаются болѣе, чѣмъ въ $^4/_5$ всѣхъ случаевъ, какъ самый ранній признакъ болѣзни, появляющійся нерѣдко уже въ 1-ый день заболѣванія; однако ихъ нельзя признать характерными исключительно для кори, такъ какъ ихъ приходится наблюдать нерѣдко и при краснухѣ. 2) Діазореакція ясно выражена въ мочѣ почти во всѣхъ случаяхъ болѣзни, но лишь въ періодъ наибольшаго развитія болѣзненныхъ признаковъ; обыкновенно она появляется одновременно съ обнаруженіемъ сыпи и поэтому не можетъ быть причислено къ раннимъ признакамъ болѣзни. 3) Кривая температуры при кори въ большинствѣ неосложненныхъ случаевъ протекаетъ типично, т. е. за краткимъ сильнымъ повышеніемъ въ катарральномъ періодѣ слѣдуетъ 1—2-дневный безлихорадочный промежутокъ, за которымъ наступаетъ быстро повышающаяся лихорадка постояннаго типа, длящаяся въ среднемъ 4 дня и большею частью критически падающая. Очень рѣдко температура съ самаго начала имѣетъ характеръ постепенно возростающей лихорадки послабляющаго типа; еще рѣже температура сразу рѣзко повышается безъ всякихъ предвѣстниковыхъ явленій (Münchener medicinische Wochenschrift, № 3). *Коварскій.*

115. Присутствіе большого количества *эозинофильныхъ клѣтокъ въ мокротѣ* многіе авторы считаютъ характернымъ для бронхіальной астмы, отсутствіе-же ихъ или содержаніе въ крайне ничтожномъ количествѣ—характернымъ для мокроты при легочной бугорчаткѣ. Д-ръ *Wilhelm Hildebrandt* (изъ Freiburg'ской клиники), изучавшій спеціально этотъ вопросъ, на основаніи своихъ изслѣдованій приходитъ къ заключенію, что эозинофильныя клѣтки встрѣчаются въ мокротѣ очень часто и что при каждой болѣзни число ихъ можетъ быть очень велико, такъ что присутствіе ихъ въ очень большомъ количествѣ никоимъ образомъ нельзя признать положительнымъ даннымъ для распознаванія бронхіальной астмы. Точно также не характерно для этой болѣзни и обнаруженіе большого количества эозинофиловъ въ отдѣляемомъ носа. И для распознаванія легочной бугорчатки присутствіе или отсутствіе эозинофиловъ не можетъ имѣть значенія, такъ какъ при этой болѣзни они содержатся въ мокротѣ нерѣдко въ довольно значительныхъ количествахъ. То обстоятельство, что нѣкоторые авторы не находили при бугорчаткѣ эозинофиловъ или находили ихъ лишь въ единичныхъ экземплярахъ, можно объяснить тѣмъ, что они брали для изслѣдованія гнойное отдѣляемое легочныхъ пещеръ, въ которомъ нельзя уже различить строенія отдѣльныхъ клѣтокъ. Въ слизистомъ-же отдѣляемомъ почти всегда содержится множество эозинофильныхъ клѣтокъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 3). *А. Коварскій.*

116. Д-ръ *С. Я. Стерлингъ* изучалъ на большомъ матеріалѣ больницы имени Познанскихъ въ Лодзи вопросъ *о значеніи частоты пульса для предсказанія при легочной бугорчаткѣ* и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Нормальное число ударовъ пульса является въ этомъ отношеніи благопріятнымъ признакомъ. 2) Постоянно учащенный пульсъ при безлихорадочномъ состояніи ухудшаетъ предсказаніе, и это ухудшеніе прямо пропорціонально увеличеніе числа ударовъ. 3) Особенно ясно выступаетъ значеніе учащеннаго пульса въ 1-ой ступени легочной чахотки. По собраннымъ авторомъ статистическимъ даннымъ изъ 100 больныхъ съ нормальнымъ пульсомъ въ теченіи 3-хъ лѣтъ наблюденія умеръ 1, между тѣмъ какъ изъ 100 больныхъ, пульсъ которыхъ былъ выше 120, умерли за то же время 12,1. 4) Постоянное учащеніе пульса при легочной бугорчаткѣ не зависитъ отъ нервности или возбудимости больного; у нервныхъ или легко возбудимыхъ больныхъ учащеніе пульса бываетъ скоропреходящимъ; кромѣ того, учащеніе у нихъ не превышаетъ 5—10 ударовъ, между тѣмъ какъ у больныхъ бугорчаткой оно доходитъ до 20—30 ударовъ въ минуту. Поэтому преходящее учащеніе пульса не имѣетъ значенія для предсказанія. 5) Полъ не играетъ роли при оцѣнкѣ значенія учащеннаго пульса для предсказанія; но возрастъ необходимо принимать во вниманіе, такъ какъ у дѣтей пульсъ нормально учащенъ, и у стариковъ вслѣдствіе объизвествленія сосудовъ онъ замедленъ; поэтому учащенный пульсъ въ преклонномъ возрастѣ сильно ухудшаетъ предсказаніе. 6) Какой-либо связи между постояннымъ учащеніемъ пульса и кровохарканіемъ автору отмѣтить не удалось. 7) Послѣ гриппа онъ наблюдалъ замедленіе бывшаго ранѣе учащеннымъ пульса. Поэтому въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ въ анамнезѣ имѣется недавно перенесенный гриппъ, слѣдуетъ быть осторожнымъ при оцѣнкѣ этого признака. 8) Покой, холодныя примочки на область сердца, бромистые препараты и сердечныя средства въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ пульсъ бываетъ учащенъ, замедляютъ число его ударовъ. Эти случаи слѣдуетъ отнести къ благопріятнымъ въ смыслѣ предсказанія. 9) Ясное замедленіе пульса въ теченіи легочной бугорчатки составляетъ благопріятный признакъ для предсказанія при томъ, конечно, условіи, если это замедленіе не вызвано другими болѣзнями, какъ, напр., заболѣваніемъ почекъ, сосудовъ, плейритомъ и т. п. Въ виду важности частоты пульса для предсказанія авторъ предлагаетъ ввести этотъ признакъ въ общепринятую классификацію бугорчатки по *Turban*'у: къ римской цифрѣ, обозначающей стадій бугорчатки (I, II или III), онъ совѣтуетъ прибавлять сверху число, означающее число ударовъ пульса у нелихорадящихъ больныхъ; напр., $I^{120}$—означаетъ 1-ую ступень легочной бугорчатки со 120 ударами пульса въ минуту. Для лихорадящихъ больныхъ остается прежняя классификація (Münchener medicinische Wochenschrift, № 3). *А. Коварскій.*

117. Проф. *L. Rénon* описываетъ *3 случая* чрезвычайно рѣдкаго осложненія *при хронической легочной бугорчаткѣ—подкожной эмфиземы.*

[1]) Этотъ ранній признакъ кори еще до *Koplik*'а былъ описанъ покойнымъ проф. *Н. Ѳ. Филатовымъ. Реф.*

Digitized by Google

Въ 1-мъ случаѣ у 35-лѣтней больной, страдавшей 3-ей степенью бугорчатки, послѣ приступа сильнаго кашля развилась эмфизема средостѣнія, проявлявшаяся сильной отдышкой, болью и затрудненіемъ глотанія при отсутствіи замѣтныхъ болѣзненныхъ явленій въ глоткѣ. Черезъ 36 часовъ эмфизема перешла на шею, и больная умерла черезъ 4 дня послѣ появленія первыхъ признаковъ эмфиземы.

Приведя еще изъ литературы нѣсколько случаевъ смерти отъ этого осложненія, проф. *R.* сообщаетъ 2 случая, гдѣ наступило выздоровленіе. Въ 1-мъ изъ этихъ случаевъ больной умеръ черезъ 15 мѣс., а во 2-мъ черезъ 4 мѣс. послѣ исчезновенія эмфиземы.

Отмѣтивъ пути распространенія воздуха при разрывахъ легочной ткани черезъ клѣтчатку средостѣнія и черезъ подплейральную клѣтчатку пристѣночнаго листка плейры (при сращеніяхъ), проф. *R.* указываетъ, что прежде всего, что требуется сдѣлать при такого рода эмфиземахъ, это—уменьшить размахи дыхательныхъ движеній, что лучше всего достигается подкожными впрыскиваніями героина утромъ и вечеромъ (солянокислаго героина 0,05, перегнанной воды 10,0) по шприцу; въ случаѣ надобности, слѣдуетъ прибѣгать къ возбуждающимъ (Archives générales de médecine, № 48). *И. Вирскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 118. Д-ра *Fueth* и *Mohaupt* произвели рядъ опытовъ для *провѣрки* предложеннаго проф. *Ahlfed*'омъ *способа обеззараживанія рукъ горячей водой и алкоголемъ.* Заражая искусственно руки разводкой желтаго грибка, находящагося въ воздухѣ (gelbe Luftpilz), они съ большой тщательностью обеззараживали руки по *Ahlfeld*'у съ прибавленіемъ еще вымачиванія рукъ въ теченіи 5—7 мин. въ 0,1%-номъ растворѣ натроннаго щелока для лучшаго размягченія ихъ. Затѣмъ руки протирались обезпложеннымъ мраморнымъ пескомъ, который и служилъ авторамъ для посѣвовъ. Авторы получили 247 разводокъ, на каждой изъ которыхъ оказалось среднимъ числомъ около 50 желтыхъ колоній и, кромѣ того, еще цѣлый рядъ бѣлыхъ и сѣрыхъ. Результаты этихъ опытовъ заставляютъ думать, что способомъ *Ahlfeld*'a не достигается не только полная стерильность рукъ, но даже и та относительная стерильность, т. е. малое содержаніе микроорганизмовъ, о которой говоритъ *Schaeffer* на основаніи своихъ опытовъ (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XVIII, тетр. 6). *А. Г—ръ.*

119. Д-ръ *Fueth*, изыскивая *способы улучшенія механическаго обеззараживанія рукъ*, рѣшилъ испробовать въ рядѣ опытовъ растворъ сѣрнистаго натрія (natrium sulfuratum crystall.) отъ 3,0 до 0,3%. За искусственнымъ зараженіемъ рукъ tetragenus'омъ слѣдовала механическая обработка ихъ, вымачиваніе въ упомянутомъ растворѣ и энергическое вытираніе стерильнымъ полотенцемъ. Затѣмъ для удаленія микроорганизмовъ употреблялся мраморный песокъ съ бульономъ, и полученная масса впрыскивалась въ полость брюшины морскимъ свинкамъ. Оказалось, что повѣрочныя животныя погибали уже на 2-й день, тогда какъ первыя только на 5—9-й день. Впослѣдствіи *Fueth* замѣнилъ сѣрнистый натрій, обладающій очень сильнымъ запахомъ $H^2S$, 0,6%-нымъ растворомъ натроннаго щелока, вызвавшимъ значительную экзему рукъ, такъ что въ дальнѣйшихъ опытахъ употреблялся уже 0,1%-ный растворъ. Руки искусственно заражались желтымъ грибкомъ (gelbe Luftpilz), механически очищались горячей водой, мыломъ и щеткой, выполаскивались обезпложенной водой, затѣмъ подвергались дѣйствію 0,1%-наго раствора натроннаго щелока. Матеріалъ для посѣвовъ снимался посредствомъ зубочистокъ. На разводкахъ было или очень мало, или совсѣмъ не было колоній. Авторъ приходитъ къ заключенію, что употреблявшійся имъ растворъ, значительно смягчая кожу, служитъ лучшимъ изъ извѣстныхъ средствъ для пробы на присутствіе на обеззараженныхъ рукахъ микроорганизмовъ (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XVIII, тетр. 6). *А. Г—ръ.*

120. Д-ръ *Martina* на основаніи наблюденій изъ клиники проф. *Nicoladoni* и *Payr*'a (Graz) *выступаетъ рѣшительнымъ сторонникомъ первичнаго изсѣченія кишекъ при омертвѣвшихъ грыжахъ.* За 8 лѣтъ въ этой клиникѣ сдѣлано изсѣченіе кишки въ 36 случаяхъ омертвѣвшихъ грыжъ, а въ 4 случаяхъ наложенъ каловой свищъ. Въ 16 случаяхъ 1-й группы операція сдѣлана при помощи пуговки *Murphy*, въ 20—наложенъ швовъ. При большихъ изсѣченіяхъ авторъ совѣтуетъ перевязывать брызжейку поближе къ корню, при небольшихъ—поближе къ кишкѣ. При сильномъ растяженіи кишечныхъ стѣнокъ онъ совѣтуетъ предварительно выпустить застоявшіяся каловыя массы. Если окологрыжевыя ткани поражены гнойнымъ воспаленіемъ, то авторъ предлагаетъ вскрыть брюшную полость въ невоспаленномъ участкѣ (надъ паховымъ каналомъ), отыскать приводящій и отводящій концы ущемленной петли, изсѣчь соотвѣтствующій участокъ и соединить кишечные концы, а затѣмъ уже отдѣльнымъ разрѣзомъ вскрыть грыжевой мѣшокъ и удалить изсѣченную петлю. Такимъ путемъ, по автору, вѣрнѣе предупреждается зараженіе брюшной полости. Непосредственно послѣ операціи больному назначаютъ промывательныя, чтобы хорошенько опорожнить кишечникъ. Съ 1-го-же дня даютъ больному жидкую пищу въ видѣ супа, молока и т. п. Общая смертность въ 36 случаяхъ = 19,4% (29 оперированныхъ выздоровѣли, 7 умерли). Если присоединить 4 случая съ образованіемъ каловаго свища (изъ 4 больныхъ умерли 3), то смертность повысится до 25%. При первичномъ изсѣченіи, помимо омертвѣвшей петли, способной пропускать черезъ свою стѣнку вредные для организма яды и бактеріи, удаляется и часть брызжейки, расширенные кровеносные и лимфатическіе сосуды которой могутъ служить источникомъ общаго зараженія. Начинающееся воспаленіе брюшины не служитъ противопоказаніемъ къ первичному изсѣченію, ибо 5 больныхъ такого рода выздоровѣли. Изсѣкать нужно участокъ, значительно превышающій (въ 2—5 разъ) по своей длинѣ длину собственно омертвѣвшей части, такъ какъ иначе можетъ разойтись швъ, наложенный въ предѣлахъ кишки, лишенной нормальныхъ свойствъ. Даже наступившее уже прободеніе кишки не должно служить противопоказаніемъ, ибо изъ 11 подобнаго рода больныхъ 7 выздоровѣли. При простомъ неосложненномъ изсѣченіи кишекъ авторъ совѣтуетъ присоединять даже коренную операцію по *Bassini*, оставляя тампонаду для случаевъ съ воспаленіемъ брюшины и грыжевого мѣшка (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. Ф.*

121. На основаніи 22 наблюденій изъ клиники проф. *Barth*'a (Danzig) д-ръ *Bunge возстаетъ* противъ высказаннаго *Kocher*'омъ *взгляда относительно безвредности костныхъ недостачъ черепной покрышки послѣ осложненныхъ переломовъ.* Изслѣдованія автора привели его къ противоположному взгляду. Изъ 13 больныхъ съ недостачею кости на мѣстѣ бывшаго перелома черепа только у 3-хъ не было никакихъ послѣдовательныхъ разстройствъ. У остальныхъ наблюдались приступы головокруженія, мерцаніе передъ глазами, обмороки, сильныя головныя боли, шумъ въ ушахъ, въ 4-хъ случаяхъ — даже приступы падучей. Чѣмъ дольше существуетъ недостача въ костяхъ черепа, тѣмъ сильнѣе послѣдовательныя разстройства. Нужно отмѣтить, что только въ 4-хъ случаяхъ была поранена также и твердая мозговая оболочка, и, слѣд., только въ этихъ случаяхъ можно отнести послѣдовательныя разстройства на счетъ сращеній мозговой коры съ наружными мягкими частями. Авторъ думаетъ, что одна недостача костей черепа можетъ вызывать разстройства отчасти вслѣдствіе придавливанія мозга къ краямъ недостачи при всякомъ повышеніи внутричерепного давленія, отчасти вслѣдствіе измѣненій въ распредѣленіи крови, обусловленныхъ существованіемъ недостачи. Во 2-ой группѣ, обнимающей 5 случаевъ, больнымъ сдѣлано было первичное закрытіе костной недостачи (по *Mac Ewen*'у). Не смотря на очень тяжкія разрушенія кости, ни у одного изъ этихъ больныхъ не было послѣдовательныхъ разстройствъ, хотя у 3-хъ было сильно повышено внутричерепное давленіе вслѣдствіе кровоизліянія подъ твердую мозговую оболочку. Вторичное закрытіе недостачи было сдѣлано у 10 больныхъ: у 7—для предупрежденія, у 3-хъ—для устраненія уже существовавшихъ разстройствъ. Изъ 7 больныхъ 1-го рода закрытіе недостачи костеобразовательнымъ путемъ увѣнчалось успѣхомъ только у 3-хъ; у остальныхъ-же 4-хъ вслѣдствіе нагноенія resp. разсасыванія пересаженной кости недостача осталась безъ измѣненій. Что касается больныхъ съ

Google

удавшейся пересадкой, то результатъ у нихъ былъ тотъ-же, что и при первичномъ закрытіи: полное отсутствіе последовательныхъ разстройствъ. Закрытіе недостачи для устраненія уже существовавшихъ разстройствъ (въ 2 случаяхъ—припадки падучей, въ 1—падучая плюсъ разстройства зрѣнія) увѣнчалось блестящимъ успѣхомъ въ послѣднемъ случаѣ (операція по *Müller-König*'у); въ 2-хъ-же, гдѣ были глубокія разстройства со стороны мозга, операція не оказала никакого вліянія. Лучшій способъ для первичнаго закрытія — вставленіе осколковъ кости (способъ *Mac Ewen*'а), для вторичнаго—*Müller-König*'а (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. Финкельштейнъ.*

**Дѣтскія болѣзни.** 122. Д-ръ *Salge*. *Женское молоко при лѣченіи остраго катарра тонкихъ кишекъ у грудныхъ дѣтей.* Преимущество кормленія младенцевъ женской грудью предъ искусственнымъ вскармливаніемъ не всегда даетъ удовлетворительные результаты въ случаяхъ болѣзней кишекъ, при чемъ и сами разстройства обмѣна веществъ у такихъ дѣтей проходятъ медленно. При всякой болѣзни пищевыхъ путей у грудныхъ дѣтей необходимо строго различать видъ ея. Авторъ въ своей работѣ останавливается лишь надъ вопросомъ о катаррѣ тонкихъ кишекъ, приведя нѣсколько случаевъ этой болѣзни у дѣтей въ возрастѣ до 3-хъ мѣсяцевъ. У этихъ дѣтей съ явленіями отравленія авторъ примѣнялъ женское молоко и наблюдалъ неблагопріятное вліяніе его на ходъ болѣзни, тогда какъ у грудныхъ дѣтей съ кишечнымъ несвареніемъ, но безъ токсическихъ явленій, это-же питаніе оказалось полезнымъ. Авторъ объясняетъ этотъ фактъ тѣмъ, что при катаррѣ тонкихъ кишекъ жиръ плохо переносится и ведетъ къ ухудшенію болѣзни. По мнѣнію автора, при катаррѣ тонкихъ кишекъ нельзя давать женскаго молока до тѣхъ поръ, пока не исчезнутъ всѣ явленія со стороны кишекъ, равно какъ и явленія отравленія (Jahrbuch für Kinderheilkunde, т. LVIII, тетр. 4). *С. Островскій.*

123. Проф. *Bokay* (Budapest) сообщаетъ свои наблюденія надъ *дѣйствіемъ противускарлатинной сыворотки Moser*'а (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 31, стр. 1109). Авторъ примѣнялъ эту сыворотку въ своей клиникѣ у 12 дѣтей съ тяжелой скарлатиной (2 умерли). Впрыскивалось 100—200 к. стм. Прежде всего сыворотка оказываетъ рѣзкое вліяніе на общее состояніе больного: тяжелыя нервныя явленія быстро исчезали, особенно въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ температура понижалась въ теченіи 24 часовъ. Подъ вліяніемъ сыворотки сыпь, бывшая въ самомъ разцвѣтѣ, быстро блѣднѣла, при чемъ т. наз. variegata по истеченіи 1—2 сутокъ принимала свойство обыкновенной точечной и блѣднѣла; въ случаяхъ, въ которыхъ высыпаніе только начиналось, въ дальнѣйшемъ сыпь появлялась лишь легкая, или даже высыпаніе задерживалось. Температура послѣ впрыскиванія сыворотки въ среднемъ понижалась на 2,1° Ц. Пониженію температуры не сопутствовали явленія упадка силъ, напротивъ, наступало улучшеніе общаго состоянія. Одновременно съ пониженіемъ температуры улучшался какъ качественно, такъ и количественно пульсъ, а вслѣдъ за улучшеніемъ дѣятельности сердца исчезали похолоданіе и синюха конечностей. Явленія омертвѣнія въ зѣвѣ проходили медленнѣе. Воспаленіе почекъ развилось въ 2-хъ случаяхъ, и то съ очень легкимъ теченіемъ, не смотря на то, что та эпидемія скарлатины отличалась частымъ осложненіемъ со стороны почекъ. Изъ другихъ осложненій авторъ наблюдалъ въ отдѣльныхъ случаяхъ выпоты въ суставы, нагноенія шейныхъ железъ; гнойныя воспаленія средняго уха протекали сравнительно легко. Послѣсывороточныя сыпи отмѣчены въ 7 случаяхъ (58%); сыпь имѣла свойство многоформной, скарлатиноподобной эритемы и крапивницы. Въ итогѣ авторъ, полагая, что сыворотка *Moser*'а дѣйствуетъ антитоксически, сулитъ ей будущность (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 1). *С. Островскій.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 124. Въ высокой степени интересный *случай бугорчатковаго пораженія кожи* описываетъ *Brunsgaard* (изъ Христіаніи).

Больная, 63 л., поступила въ клинику 5/III 1902 г. При поступленіи вся кожа, за исключеніемъ средины подошвъ, области лодыжекъ и нѣкоторыхъ частей шеи, представляла синевато-красное окрашиваніе и пропитываніе, а затѣмъ отчасти отрубевидное, отчасти крупно-пластинчатое шелушеніе. Волосы на головѣ рѣдкіе. Ногти на рукахъ и ногахъ сѣровато-бѣлаго цвѣта, помутнѣвшіе и утолщенные. Всѣ доступныя ощупыванію лимфатическія железы были увеличены, плотны, безболѣзненны. Бронхіальные хрипы (заболѣла весной 1901 г.). Болѣзненныя явленія все усиливались (острые приступы съ усиленнымъ шелушеніемъ, часто—съ лихорадкой, безсонницей и зудомъ), общее состояніе ухудшалось; развилось худосочіе (съ своеобразной пигментаціей фолликуловъ), и 23/VIII 1902 г. больная умерла, при чемъ при вскрытіи было обнаружено бугорчатковое пораженіе лимфатическихъ железъ, печени, селезенки, кишекъ. При гистологическомъ изслѣдованіи кожи найдена типическая картина бугорчатки (бугорки и палочки).

Такимъ образомъ это былъ случай первичнаго общаго бугорчатковаго пораженія лимфатическихъ железъ съ распространеніемъ бугорчатковыхъ палочекъ по кровеносному или лимфатическому пути въ сосочковый или подъ-сосочковый слои кожи, гдѣ можно было обнаружить бугорчатковый процессъ въ различныхъ стадіяхъ его развитія отъ свѣжихъ бугорковъ съ начинавшимся перерожденіемъ до бугорковъ съ перерожденіемъ далеко зашедшимъ. Клинически болѣзнь протекала подъ видомъ общей шелушащейся эритродерміи. Она представляетъ новую форму несомнѣнно многочисленныхъ бугорчатковыхъ заболѣваній кожи, развивающихся вслѣдствіе переноса по кровеносньмъ путямъ (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXVII, тетр. 2).

125. *Riecke* (изъ клиники проф. *Riehl*'я въ Лейпцигѣ) описываетъ *2 интересныхъ случая mycosis fungoides.*

Въ 1-мъ случаѣ отмѣчено: отсутствіе какихъ-либо предвѣстниковыхъ явленій (зуда, различныхъ высыпаній и т. д.), отсутствіе субъективныхъ признаковъ, особенно зуда, во время премикотическаго и микотическаго стадія, атипичное (почти одновременное) развитіе обоихъ стадіевъ, упорство премикотической сыпи, развитіе своеобразныхъ, не изъязвлявшихся опухолей, отсутствіе какого-либо видимаго припуханія железъ, развитіе возврата въ операціонной ранѣ, боли во многихъ суставахъ, отрицательный результатъ лѣченія, быстрое, закончившееся смертью (въ годъ) теченіе болѣзни. Во 2-мъ случаѣ также отмѣчено: быстрое развитіе болѣзни (въ теченіи года), отсутствіе субъективныхъ явленій со стороны кожи, отсутствіе премикотическаго высыпанія, значительное распространеніе процесса на мышцы и надкостницу, пораженіе слизистой оболочки рта и глотки, наклонность опухолей къ обратному развитію при явленіяхъ шелушенія, а потомъ—изъязвленія, отсутствіе пораженія лимфатическихъ железъ, переносы во внутренніе органы. Мышьяковыя впрыскиванія оказались вначалѣ полезными (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXVIII, тетр. 2). *М. Членовъ.*

126. Проф. *Tappeiner* и д-ръ *Jesionek* (München) сообщаютъ о своихъ *опытахъ лѣченія кожныхъ болѣзней флуоресцирующими веществами.* Исходнымъ пунктомъ этихъ опытовъ послужило наблюденіе д-ра *Raab*'а, что флуоресцирующія вещества, сами по себѣ не ядовитыя, становятся таковыми подъ вліяніемъ свѣта. Растворъ эозина, напр., въ темнотѣ не ядовитъ для низшихъ микроорганизмовъ; подъ вліяніемъ-же свѣта—прямого солнечнаго или разсѣяннаго дневного, онъ убиваетъ наливочное, напр., въ самыхъ сильныхъ разведеніяхъ (1 : 1000000). Такое-же губительное дѣйствіе оказываютъ флуоресцирующія вещества въ присутствіи свѣта на бродила и токсины. Это свойство флуоресцирующихъ веществъ навело авторовъ на мысль испробовать ихъ дѣйствіе при такихъ заболѣваніяхъ кожи, при которыхъ, какъ принято думать, микроорганизмы и ядовитые продукты ихъ жизнедѣятельности играютъ самую важную роль. Лѣченіе состояло въ томъ, что больное мѣсто намазывалось кисточкой 5%-мъ воднымъ растворомъ эозина и подвергалось дѣйствію солнечнаго свѣта, а, когда его не было, свѣту вольтовой дуги въ 25 амперовъ. По мѣрѣ высыханія намазываніе растворомъ возобновлялось. На ночь накладывалась повязка съ борной водой. Въ 3-хъ случаяхъ *рака кожи* подъ вліяніемъ такого лѣченія получился весьма удовлетворительный и ободряющій результатъ, хотя полнаго излѣченія еще и не достигнуто, такъ какъ лѣченіе еще не закончено, но по благопріятному ходу дѣла до сихъ поръ авторы надѣются добиться его. Подъ вліяніемъ этого лѣченія новообразованіе прежде всего перестаетъ увеличиваться, затѣмъ замѣтно уплощается, изъязвленныя мѣста очищаются, и съ краевъ язвы начинаетъ рости по направленію къ центру здоровый эпителіальный покровъ. Въ теченіи 60 дней въ 1 случаѣ опухоль, въ 5 марковую монету величиной и толщиною въ палецъ, превратилась въ гладкую, по-

Digitized by Google

крытую здоровымъ эпителіемъ рубцовую поверхность, такъ что косметическій результатъ лѣченія можно прямо считать совершеннымъ. При лѣченіи описаннымъ способомъ волчанки (5 случаевъ) обнаружилось, что поверхностно лежавшія изъязвленія быстро очищались и зарубцевывались, между тѣмъ какъ узелки, расположенные болѣе или менѣе глубоко подъ кожей труднѣе поддавались лѣченію; кромѣ того, въ нѣкоторыхъ случаяхъ рядомъ съ излѣченными мѣстами появлялись возвраты, такъ что полнаго излѣченія пока добиться не удалось. Авторы примѣняютъ теперь эозинъ подкожно и даютъ его внутрь; о результатахъ этого способа лѣченія они намѣрены сообщить особо. Далѣе авторы лѣчили эозиномъ и свѣтомъ сифилитическія пораженія. Въ 10 случаяхъ широкихъ кондиломъ на женскихъ половыхъ органахъ они наблюдали поразительно быстрое исчезновеніе ихъ. Въ 1 случаѣ шанкра на языкѣ подъ вліяніемъ лѣченія быстро исчезла опухоль железъ и не наблюдалось явленій общаго зараженія. Въ другомъ случаѣ шанкра половыхъ органовъ 2-ой зачаточный періодъ длился 16 недѣль и явленія общаго зараженія обнаружились только въ видѣ 2—3 розеолъ на животѣ. Въ виду незначительности матеріала авторы пока воздерживаются отъ общихъ выводовъ на счетъ значенія этого новаго способа лѣченія (Münchener medicinische Wochenschrift, № 47). *А. Коварскій.*

127. *Hulleu*, на основаніи своихъ наблюденій (23 случая), приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ относительно *развитія пигментнаго сифилида шеи (leucoderma colli)*. 1) Розеола шеи наблюдается чаще, чѣмъ ее описываютъ (хотя она иногда протекаетъ очень быстро); 2) часто (если не всегда) пигментный сифилидъ шеи образуется на мѣстахъ, предварительно пораженныхъ розеолой; 3) существенная часть этого пигментнаго сифилида бѣлое, безцвѣтное или обезцвѣченное пятно; 4) эти пятна суть послѣдствіе розеолы или организованныхъ вторичныхъ сифилидовъ (папулы, просовидный сифилидъ, кожныя бляшки), при чемъ они могутъ сохранять ихъ мѣстоположеніе, форму и размѣры; что касается окружающихъ эти пятна бурыхъ сѣтей, то онѣ образуются лишь въ мѣстахъ, вообще предрасположенныхъ ко всякаго рода пигментаціямъ (сифилитическимъ, кахектическимъ, бугорчатковымъ). Что касается болѣе тонкаго механизма развитія этого обезцвѣчиванія, то, если принять теорію *Giard*'а, что развитіе пигмента представляетъ актъ защиты противъ различныхъ агентовъ, бѣлыя мѣста этого «ожерелья» (гдѣ, по *Hjelmann*'у, имѣется обезцвѣчиваніе съ утонченіемъ *Malpighi*'ева слоя) представляютъ рубцевые остатки сифилидовъ или розеоловыхъ пятенъ, а бурые ободки ихъ—результатъ пигментнаго переноса, обусловленнаго сифилитическимъ ядомъ. Что касается частоты лейкодермы именно на шеѣ, то она обусловливается крайней легкостью всякой пигментной реакціи именно въ этомъ мѣстѣ (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1903, X). *М. Членовъ.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ гистологіи и эмбріологіи.** (Отчетъ *В. Я. Рубашкина*). Засѣданіе 8-го января. Почетный предсѣдатель проф. *А. Ѳ. Маньковскій* (Одесса), почетный секретарь *А. В. Леонтовичъ* (Кіевъ).

Проф. *Н. К. Кульчицкій. Къ вопросу о строеніи дыхательнаго прибора у крысъ.* Избрать объектомъ своихъ изслѣдованій крысу, заставили докладчика нѣкоторыя теоретическія соображенія о возможности существованія у этихъ животныхъ особенностей въ строеніи легочнаго прибора (напр., на это указывало то, что у крысъ при заболѣваніи чумой первично поражается не лимфатическая система, а легочной приборъ). При этомъ докладчику пришлось встрѣтиться съ фактами, представляющими большой интересъ. Какъ извѣстно, т. наз. концевые бронхи или bronchioli respiratorii (по *Kölliker*'у) оканчиваются легочными пузырьками и имѣютъ значеніе легочной паренхимы, на что указываетъ также и то, что оттекающая изъ нихъ кровь собирается уже не въ брюшныя, а въ легочныя вены. У крысъ эти отдѣлы воздухоносныхъ путей никогда не имѣютъ на своихъ стѣнкахъ легочныхъ пузырьковъ. Въ бронхахъ крысъ имѣется одна особенность, представляющая, по видимому, большое значеніе. На всемъ протяженіи бронха имѣется скопленіе железистаго вещества, достигающее большого развитія. На болѣе крупныхъ бронхахъ эта железистая ткань скопляется нерѣдко въ одинъ или нѣсколько, болѣе или менѣе рѣзко ограниченныхъ, узловъ; въ бронхахъ мелкаго калибра она располагается въ видѣ разлитыхъ массъ. Массы железистаго вещества занимаютъ главнымъ образомъ stratum proprium бронха, но во многихъ случаяхъ онѣ, съ одной стороны, раздвигаютъ мышечный пластъ и разростаются въ области наружнаго волокнистаго слоя, а, съ другой, раздвигая волокна подъэпителіальной упругой сѣти, проростаютъ въ самый эпителій. Лейкоциты железистаго вещества, попадая въ толщу эпителія, не только легко выселяются на свободную поверхность просвѣта бронха, но могутъ отслаивать эпителіальный покровъ на нѣкоторомъ протяженіи, открывая такимъ образомъ мѣста для проникновенія заразнаго начала. Хотя скопленія железистаго вещества въ бронхахъ наблюдались и раньше (*Klein* и *Stöhr*), но они признавались образованіями непостоянными, случайными. Наблюденія докладчика показываютъ, что у крысъ железистые узлы представляютъ постоянные органы и имѣются во всѣхъ бронхахъ безъ исключенія. Эти скопленія железистой ткани должны быть отнесены къ т. наз. миндалинамъ (tonsillae) и ихъ можно назвать «tonsillae basilares». Что касается клѣточныхъ элементовъ, составляющихъ эти железистые узелки, то докладчикъ считаетъ ихъ, не смотря на нѣкоторое сходство ихъ лейкоцитами, за клѣтки sui generis, источникомъ которыхъ является соединительная ткань; за это говорятъ обиліе митозовъ въ соединительнотканныхъ клѣткахъ, а также и то, что настоящіе лейкоциты, т. наз. базофилы или γ-клѣтки *Ehrlich*'а, окружающіе въ большомъ числѣ железистые узлы, никогда не входятъ въ составъ узла и не выселяются на свободную поверхность эпителія. Въ дальнѣйшемъ описаніи кровеносной системы легочнаго прибора обращаетъ особое вниманіе замѣченное докладчикомъ присутствіе слоя поперечнополосатыхъ мышцъ въ легочной венѣ. Этотъ слой встрѣчается только на большихъ стволахъ легочной вены и представляетъ собой непосредственное продолженіе поперечнополосатой сердечной мышцы.

*Н. П. Тишуткинъ* замѣтилъ, что ему при изслѣдованіи легкихъ кролика пришлось наблюдать скопленія железистаго вещества, совершенно сходныя съ описываемыми докладчикомъ, по ходу бронховъ, а равно и по ходу кровеносныхъ сосудовъ. (Послѣ засѣданія *Н. П. Тишуткинымъ* были показаны относящіеся сюда его препараты).

*Л. В. Соболевъ*: На существованіе и у человѣка подобныхъ, описаннымъ докладчикомъ, железистыхъ скопленій указываютъ съ извѣстной степенью вѣроятія случаи пигментированія лимфатическаго прибора легкихъ пылевыми частицами; въ этихъ случаяхъ приходится наблюдать ограниченныя скопленія пигмента около мелкихъ бронховъ, проникающія до слизистой оболочки послѣднихъ.

*Докладчикъ*: За недостаткомъ подходящаго матеріала не было произведено изслѣдованіе бронховъ у человѣка. Но, по видимому, т. наз. peribronchitis nodosa весьма напоминаетъ то, что наблюдается у животныхъ. Такіе узлы и узелки патологоанатомы считаютъ явленіемъ патологическимъ, бугорчатковыми узелками, но изслѣдованіе здоровыхъ животныхъ заставляетъ думать, что эти железистыя скопленія—образованія нормальныя.

*А. А. Максимовъ* выразилъ предположеніе, что элементы этихъ железистыхъ скопленій остаются въ межуточной ткани легкаго съ раннихъ періодовъ зародышеваго развитія.

Проф. *А. Ѳ. Маньковскій*: Только-что прослушанный докладъ является лучшимъ доказательствомъ того, что гистологія—наука живая, что, занимаясь чисто гистологическими изслѣдованіями, необходимо считаться съ патологіей и физіологіей и что выводы, сдѣланные на основаніи этихъ изслѣдованій, могутъ имѣть большое практическое значеніе. На это отчасти указалъ и самъ докладчикъ, пытаясь установить связь между заболѣваніемъ крысъ чумой и зараженіемъ этой болѣзнью человѣка. Что касается фактической стороны доклада, то я могу подтвердить замѣчаніе *Н. П. Тишуткина*, что въ легкомъ кролика также встрѣчаются лимфоидные узлы въ окружности бронховъ. Какимъ образомъ они здѣсь возникаютъ, я на этотъ вопросъ могу отвѣтить, присоединившись къ предположенію, высказанному *А. А. Максимовымъ*, что описанные узелки происходятъ на мѣстѣ и никоимъ образомъ не возникаютъ изъ эпителіальнаго покрова, какъ это утверждаетъ *Retterer*. По вопросу о возможности перехода клѣтокъ лимфоидной ткани въ просвѣтъ бронха черезъ эпителій, мнѣ кажется, высказаться окончательно будетъ не своевременнымъ. Для этого необходимо произвести рядъ опытовъ съ вдыханіемъ и введеніемъ въ воздухоносные пути организованной (микробы) и неорганизованной (уголь) пыли.

Digitized by Google

Проф. *Н. К. Кульчицкій. Объ окрашиваніи упругаго вещества.* Докладчикъ предложилъ 2 новыхъ способа окрашиванія упругихъ волоконъ: 1) окраска (1—2 сутки) насыщеннымъ растворомъ сафранина (Safranin G) въ 2°/₀-ной уксусной кислотѣ; промываніе въ алкоголѣ; просвѣтлять въ бергамотномъ маслѣ, не извлекающемъ сафранина. Упругое вещество окрашивается въ черный, слизевое въ темнофіолетовый, эпителій въ красный, базофильные лейкоциты въ желтый или оранжевый цвѣтъ. Фиксація — безразлична, но присутствіе хромовыхъ солей способствуетъ окраскѣ. 2) 75°—80° спирта—100 чч.; крѣпкой соляной кислоты 2—3 чч.; Magdalaroth (растворенной въ спиртѣ) ad libitum (до насыщенія). Окраска 18—24 часа. Упругія волокна окрашиваются въ темнофіолетовый цвѣтъ. Что касается существующихъ способовъ окрашиванія упругихъ волоконъ, то докладчикъ, признавая ихъ вполнѣ пригодными для этой цѣли, отмѣтилъ и нѣкоторые недостатки; именно неопредѣленность состава въ краскѣ *Weigert*'а и непостоянство красящей способности растворовъ орсеина.

*М. О. Губерманъ*: По поводу неопредѣленности состава Resorcin-fuchsina *Weigert*'а можно указать на появившуюся года 2 назадъ въ *Virchow*'скомъ Archiv'ѣ работу, авторъ которой задался цѣлью путемъ замѣщенія ингредіентовъ краски *Weigert*'а подойти къ рѣшенію вопроса, съ какимъ красящимъ упругую ткань веществомъ имѣемъ мы дѣло въ краскѣ *Weigert*'а. Оказалось, что красящимъ веществомъ является фуксинъ, а 1¹/₂-хлористое желѣзо служитъ только протравой. Далѣе *Г.* было указано, что краска *Weigert*'а, равно какъ и орсеинъ, при продолжительномъ стояніи въ закрытомъ сосудѣ въ отсутствіи свѣта теряютъ свои красящія свойства, но стоитъ эту испортившуюся краску привести въ соприкосновеніе съ воздухомъ и свѣтомъ, и утраченныя свойства краски появляются вновь.

*В. Н. Тонковъ* спросилъ, не даютъ ли предлагаемые способы окраски зародышевой ткани?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что пока онъ не примѣнялъ ихъ на зародышахъ, но изслѣдованіе появленія упругаго вещества составляетъ цѣль его ближайшей работѣ.

*Н. П. Тишуткинъ* указалъ на то, что, по его личнымъ наблюденіямъ, даже очень старые растворы орсеина и *Weigert*'овской краски даютъ превосходные результаты и высказалъ предположеніе, что впечатлѣніе объ утратѣ этими веществами своихъ красящихъ способностей можетъ получиться отъ того, что въ разныхъ случаяхъ брались объекты, фиксированные различно, тогда какъ удачныя окраски даютъ только опредѣленные фиксажи (сулема, пикриновая кислота и нѣкоторые др.). Что-же касается окрашиванія упругаго вещества въ раннихъ стадіяхъ зародышевой жизни, то на основаніи собственныхъ наблюденій онъ могъ убѣдиться, что во многихъ случаяхъ, гдѣ примѣненіе орсеина и резорцинъ-фуксина *Weigert*'а остается безрезультатнымъ, окрашиваніе смѣсью *Гарднера* даетъ положительный результатъ. Между прочимъ, имъ было указано на то, что способность сафранина окрашивать ткань была замѣчена и указана еще *Flemming*'омъ.

*Г. Г. Шлятеръ. О тончайшемъ строеніи зародышевой мышечной ткани.* Въ зародышевой мышечной ткани міобласты, т. е., образователи первичныхъ единицъ сократительнаго вещества, соединяясь вмѣстѣ отростками своихъ тѣлъ, располагаются въ ряды, которые въ видѣ полосокъ тянутся параллельно другъ другу. Въ этихъ тяжахъ, проходя иногда черезъ длинный рядъ міобластовъ, извиваясь волнообразно, проходятъ пучки поперечнополосатыхъ волоконъ, отдѣльныя волоконца и тончайшія фибрилли. Элементарной и существенной единицей поперечнополосатаго волоконца является первичная міофибрилла, представляющая собой вытянутую спираль; строеніе ея, видимо, чисто фибриллярное; никакихъ зеренъ, въ качествѣ составныхъ структурныхъ элементовъ міофибриллъ, не замѣчается. Тщательное изученіе мышечнаго волоконца показало, что т. наз. поперечная полосатость не имѣетъ реальнаго значенія, а есть лишь оптическое явленіе, происходящее отъ того, что тѣсно соединяющіяся между собою для образованія мышечнаго волоконца первичныя міофибрилли (растянутыя спирали) располагаются такъ, что ихъ одноэначущіе спиральные изгибы, входя другъ въ друга, образуютъ линію, отвѣсную къ продольной оси волокна. Это видно на всѣхъ волоконцахъ, какъ толстыхъ, такъ и тонкихъ, ибо темныя и свѣтлыя т. наз. поперечныя полоски имѣютъ ясно спиральную изогнутость, непосредственно переходятъ другъ въ друга и постоянно мѣняютъ характеръ своихъ изгибовъ при различныхъ поворотахъ винта, при чемъ свѣтлыя полоски какъ бы переходятъ въ темныя, а темныя въ свѣтлыя, что зависитъ отъ болѣе поверхностнаго или болѣе глубокаго (относительно глаза наблюдателя) положенія разныхъ отдѣловъ спирали.

*В. Я. Рубашкинъ. Предъявленіе препаратовъ нейроглии, приготовленныхъ по новому способу изслѣдованія ея.*

Засѣданіе 10-го января. Почетный предсѣдатель *П. А. Поляковъ*, почетный секретарь *Г. Г. Шлятеръ.*

*В. Павловъ* (Харьковъ). *Къ вопросу о кровеносныхъ путяхъ въ селезенкѣ* (За отсутствіемъ автора доложено проф. *Н. К. Кульчицкимъ*). Исходя изъ того мнѣнія, что большое количество кровяныхъ элементовъ въ сосудахъ, особенно въ артеріальныхъ концевыхъ капиллярахъ, служитъ помѣхой для точнаго наблюденія за отношеніемъ составныхъ частей капилляровъ къ сѣти (reticulum) селезенки, *П.* предпринялъ рядъ опытовъ съ промываніемъ селезенки черезъ нижнюю часть брюшной аорты физіологическимъ растворомъ NaCl и непосредственно затѣмъ фиксирующей жидкостью. Изученіе такихъ препаратовъ дало возможность составить слѣдующее представленіе о кровеносныхъ сосудахъ селезенки. Эндотеліальныя клѣтки конечныхъ капиллярныхъ вѣтвей своими отростками соединяются съ волокнами сѣти и продолженіемъ конечной артеріальной вѣточки служатъ петли сѣти селезеночной паренхимы. Началомъ венъ являются различной величины пустоты, т. наз. синусы селезенки; они открываются въ широкіе каналы, стѣнки которыхъ выстланы простыми веретенообразными клѣтками эндотелія; въ дальнѣйшемъ же стѣнки этихъ каналовъ окружаются волокнистою тканью и принимаютъ видъ венъ. На венахъ имѣются по бокамъ широкіе промежутки между эндотеліальными клѣтками въ видѣ боковыхъ каналовъ; отростки этихъ эндотеліальныхъ клѣтокъ загибаются и соединяются съ волокнами сѣти. На основаніи этихъ наблюденій *П.* приходитъ къ заключенію, что въ селезенкѣ существуетъ открытая система кровообращенія, т. е. что артеріальная кровь прежде, чѣмъ попасть въ вены, проходитъ черезъ сѣть паренхимы селезенки и оттуда черезъ небольшіе каналы попадаетъ прямо въ вены или предварительно въ синусы селезенки, а потомъ въ вены.

*Н. Ф. Бѣлоусовъ. Къ теоріи и методикѣ окрашиванія нервной системы метиленовой синькой.* Окрашиваніе метиленовой синькой наступаетъ тогда, когда объектъ начинаетъ отмирать (біотонусъ его понижается). Такъ, сочетаніе красящаго вещества (метиленовой синьки) съ анэстезирующими веществами (кодеинъ, кокаинъ, хлороформъ) позволяетъ прослѣдить это шагъ за шагомъ. Фиксированіе спиртомъ и послѣдующая протрава также даетъ возможность окрашивать объекты. Послѣ дѣйствія 25°-го спирта окраска происходитъ вполнѣ хорошо. Дѣйствіе фиксирующихъ веществъ не уничтожаетъ у препаратовъ способности окрашиваться послѣ протравы пикриновокислымъ или молибденовокислымъ амміакомъ. Препаратъ можетъ быть разложенъ на срѣзы, протравленъ и окрашенъ метиленовой синькой. Протрава танниномъ также возможна. Природа окрашиванія метиленовой синькой лежитъ въ физическихъ процессахъ при окрашиваніяхъ прижизненныхъ и въ химическихъ при протравахъ (соединеніе красящаго вещества на волокнѣ съ протравой). Что природа окрашиванія не находится въ связи съ химической природой краски, это показываетъ возможность получить окраску и помощью Wasserblau (въ кисломъ растворѣ), имѣющей совершенно другую химическую природу. Для окраски нервовъ въ мышцѣ лягушки можно поступать, напр., такъ: мышцы лягушки фиксируются въ спиртѣ, разлагаются на срѣзы (избѣгать ксилола при заключеніи въ параффинъ) и протравляются пикриновокислымъ или молибденовокислымъ аммоніемъ, споласкиваются въ водѣ и окрашиваются воднымъ (слабымъ) растворомъ метиленовой синьки. Затѣмъ краска фиксируется обычно (пикриново- или молибденово-кислымъ аммоніемъ); проводится черезъ спиртъ, масло, бальзамъ.

По поводу доклада высказались *А. В. Леонтовичъ*, *В. Я. Рубашкинъ*, проф. *В. Н. Тонковъ*, *Г. Г. Шлятеръ*.

*Н. П. Тишуткинъ. О развитіи мужской половой железы у млекопитающихъ животныхъ.* Въ виду существованія разнорѣчій авторовъ о происхожденіи канальцевъ сѣменника, докладчикъ занялся изслѣдованіемъ развитія

Digitized by Google

и дифференцировки мужской половой железы, въ частности же изученіемъ источника образованія прямыхъ сѣменныхъ канальцевъ. Изслѣдованіе произведено на бараньихъ зародышахъ. У зародышей 4—4,5 мм. длины утолщеніе эпителія coëlom'а на медіальной поверхности Вольфова тѣла едва только обозначается, главнымъ же образомъ идетъ развитіе канальцевъ первичной почки и сосудистыхъ клубочковъ. Обращаетъ на себя вниманіе расположеніе сосудистыхъ клубочковъ въ медіальной части Вольфова тѣла въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ развивающимися половыми железами. Это, по мнѣнію докладчика, имѣетъ большое значеніе, такъ какъ позволяетъ уяснить то участіе, которое принимаютъ элементы отъ сумокъ сосудистыхъ клубочковъ первичной почки въ развитіи мужской половой железы; именно: отъ сумки *Malpighi*'евыхъ клубочковъ исходитъ цѣлый тяжъ клѣтокъ (сегментальный тяжъ по *Semon*'у), раздѣляющійся на 2 вѣтви, изъ которыхъ одна направляется къ тому мѣсту coëlom'а, гдѣ разовьется половая железа, другая же къ зачатку надпочки. Изъ части клѣточнаго тяжа, идущаго отъ сумокъ *Malpighi*'евыхъ клубочковъ къ сѣменнику, развиваются прямые канальцы. Извитые же канальцы образуются изъ зачатковаго эпителія (эпителія coëlom'а).

*И. Э. Шавловскій* обратилъ вниманіе отдѣла на высокій интересъ случаевъ неразвитія Вольфова тѣла при существованіи сѣменниковъ, подобныхъ тому, какой былъ сообщенъ въ отдѣлѣ анатоміи *М. Т. Тихоновымъ* (см. отдѣлъ анатоміи), и указалъ на необходимость при каждомъ вскрытіи труповъ обращать вниманіе на состояніе мужскихъ половыхъ железъ и почекъ, что можетъ дать важный матеріалъ для рѣшенія вопроса объ участіи Вольфова тѣла въ развитіи сѣменника.

*А. А. Максимовъ. Предъявленіе различныхъ клѣточныхъ элементовъ соединительной ткани.*

**Отдѣлъ внутреннихъ болѣзней** (Отчетъ *Don Miguel*'я). Засѣданіе 5-го января.

Засѣданіе было открыто рѣчью предсѣдателя отдѣла, проф. *С. С. Боткина*. Онъ указалъ въ ней на дробленіе медицинской спеціальности въ послѣднее время и на выдѣленіе изъ области внутреннихъ болѣзней каѳедры нервныхъ болѣзней, бактеріологіи и т. д.; но клиника должна всегда идти совмѣстно съ другими отдѣлами внутренней патологіи, почему и должны быть цѣнны совмѣстныя засѣданія съ другими отдѣлами: хирургіи, бактеріологіи, дѣтскихъ болѣзней и т. д.

Почетнымъ предсѣдателемъ былъ избранъ, по предложенію проф. *С. С. Боткина*, проф. *В. Д. Шервинскій* (Москва).

Ч. пр. *Л. Е. Голубининъ* (Москва). *О лѣченіи брюшныхъ водянокъ печеночнаго происхожденія.* Скопленіе жидкости въ брюшной полости зависитъ отъ различныхъ условій состоянія печеночнаго кровеобращенія, состоянія брюшины, работы сердца, дѣятельности почекъ, отчасти отъ работы кожи. Выраженіемъ всѣхъ этихъ разстройствъ служитъ развитіе въ печени соединительной ткани, противъ чего, собственно, и должно быть направлено причинное лѣченіе. Изъ предложенныхъ для этой цѣли средствъ ни JK, ни тіозинаминъ не оправдали надеждъ, и вообще никакія мѣры въ этомъ направленіи при современномъ состояніи нашихъ знаній не могутъ разсчитывать на успѣхъ. Въ послѣднее время для лѣченія водянокъ печеночнаго происхожденія предложена операція *Morrison*'а-*Talm*'ы, дающая хорошіе результаты лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Важное значеніе имѣетъ состояніе брюшины; при наличности ея раздраженія въ Московской клиникѣ успѣшно примѣняется свѣтолѣченіе (боли уменьшаются, воспалительныя явленія стихаютъ). Нельзя придерживаться одного какого-нибудь способа; необходимо обращать вниманіе и на общее состояніе больного, въ особенности на состояніе почекъ; приходится давать потогонныя и мочегонныя средства, между прочимъ, мочевину, которая помогаетъ, однако, не всегда. Докладчикъ привелъ 2 случая. Въ 1-мъ изъ нихъ была псейдохилезная брюшная водянка; 8 проколовъ не дали никакого результата; послѣ операціи, сдѣланной проф. *А. А. Бобровымъ*, потребовался только 1 проколъ; затѣмъ развилась «Caput Medusae». Спустя 3 года послѣ выкидыша у больной развилось малокровіе, и вновь появилась жидкость въ животѣ, окружность котораго доходила до 104 стм. Когда, благодаря лѣченію малокровія, количество гэмоглобина вновь поднялось до 80%, водянка стала проходить. У 2-го больного (врача) съ водянкой печень была мала, зерниста; селезенка увеличена; сердце расширено; на аортѣ выслушивался шумъ. Спустя 3 дня послѣ операціи *Talm*'ы наступилъ смертельный исходъ вслѣдствіе общаго упадка силъ. Аорта на вскрытіи оказалась нормальной; въ печени найдены узлы аденомъ.

Ч. пр. *В. Е. Преображенскій* (Москва): Операція *Talm*'ы—безусловно, цѣнное пріобрѣтеніе, особенно въ подходящихъ случаяхъ; но иногда она несомнѣнно ускоряетъ смерть, какъ это и было во 2-мъ случаѣ докладчика. Необходимы спеціальныя показанія, въ какихъ случаяхъ водянки оперировать, и въ какихъ—нѣтъ; этихъ показаній въ докладѣ не видно; но изъ него самъ собою вытекаетъ важный выводъ, что не слѣдуетъ спѣшить съ операціей *Talm*'ы: 1) сама природа иногда производитъ эту операцію—развивается у цирротиковъ хорошее окольное кровообращеніе; 2) какъ и во 2-мъ случаѣ докладчика, продолжительное наблюденіе можетъ указать на наличность аденомы, адено-карциномы и т. д., и тогда оперировать не слѣдуетъ.

Ч. пр. *Ѳ. К. Гейслеръ* (Петербургъ): Докладчикъ увлекается операціей и не приводитъ точныхъ показаній. Между тѣмъ операція ведетъ иногда къ развитію тяжелыхъ грыжъ, лишающихъ больного работоспособности, а окольное кровообращеніе нерѣдко возстанавливается и при другихъ способахъ лѣченія. Цѣннымъ средствомъ здѣсь является каломель—средство, не только мочегонное, но и сердечное. Не слѣдуетъ забывать, что операція на сальникѣ иногда влечетъ за собою эмболіи въ печени (*Friedrich*), что далеко не безразлично для больного органа.

*И. А. Бендерскій* (Кіевъ): Жаль, что докладчикъ не установилъ точныхъ показаній. Если-бы мы точно знали, при какихъ формахъ операція безусловно полезна, то не подвергали-бы больного мѣсяцы и годы безполезному внутреннему лѣченію. Ждать, пока сердце и почки хорошо работаютъ, рисковано: если ждать дольше, чѣмъ слѣдуетъ, можетъ быть, уже поздно будетъ оперировать.

Проф. *А. М. Левинъ* (Петербургъ): Операція *Talm*'ы имѣетъ въ виду лишь механическія условія, между тѣмъ какъ развитіе брюшной водянки—не пропорціонально застою въ корнняхъ воротной вены. При водянкѣ немеханическаго происхожденія операція не показана; при механической — безполезна. Мочевина оказываетъ мочегонное дѣйствіе лишь въ такихъ большихъ пріемахъ (20 грм. въ сутки), которые вызываютъ рвоту и поносъ.

*Н. Д. Титовъ* (Москва): Операція *Talm*'ы перемѣщаетъ тяжесть застоя изъ сывороточной полости (брюшины) въ венную систему (окольныя вены), что можетъ повести къ тяжелымъ послѣдствіямъ (смертельныя кровотеченія изъ расширенныхъ венъ пищевода). Необходимо выработать методику для предотвращенія этихъ осложненій.

*Е. П. Савостьяновъ* (с. Синодское) объясняетъ развитіе водянки ослабленіемъ транспортной способности крови (красныхъ кровяныхъ тѣлецъ) и уменьшеніемъ ихъ пластическихъ и всасывающихъ свойствъ. Каломель, по его мнѣнію, не только мочегонное и сердечное средство, но и гэмопластическое, увеличивающее стойкость красныхъ тѣлецъ.

Ч. пр. *Д. А. Бурминъ* (Москва): Докладчикъ не предлагаетъ операціи *Talm*'ы, какъ единственное средство, а совѣтуетъ примѣнять ее лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ всякое другое лѣченіе оказалось безплоднымъ. Случаи докладчика показываютъ, что операція можетъ быть полезна.

*И. Ф. Горбачевъ* (Москва): Нельзя ни спѣшить съ операціей *Talm*'ы, принимая во вниманіе ея опасность, ни откладывать ее, какъ ultimum refugium (водянка сама по себѣ не безразлична); ее слѣдуетъ дѣлать, пока организмъ не истощенъ.

*П. С. Усовъ* (Москва): Механическаго объясненія недостаточно. Не вліяетъ-ли благопріятно и самое чревосѣченіе, какъ это наблюдается при бугорчатковомъ воспаленіи брюшины?

*Докладчикъ* смотритъ на операцію *Talm*'ы, какъ на послѣднее средство, когда другіе способы лѣченія не помогаютъ. О каломелѣ онъ упоминаетъ, но не какъ о сердечномъ, а только какъ о мочегонномъ средствѣ. Показанными для операціи считаетъ случаи съ застоемъ въ воротной венѣ (алкогольный, сифилитическій циррозъ и т. д.). Что касается кровотеченій изъ венъ пищевода, то едва-ли операція благопріятствуетъ имъ: тяжесть застоя переносится въ венную систему и при естественномъ развитіи окольнаго кровообращенія, а между тѣмъ въ послѣднемъ случаѣ такія кровотеченія рѣдки.

Ч. пр. *Н. Н. Кириковъ* (Петербургъ): Въ случаѣ, гдѣ смерть произошла спустя 3 дня, по видимому, было самоотравленіе. Можетъ быть, противопоказанными для операціи должны быть тѣ случаи, когда сильно пострадала антитоксическая способность печени.

*Докладчикъ*: До сихъ поръ нѣтъ хорошихъ способовъ опредѣленія функціональной недостаточности печени.

Ч. пр. *Н. Н. Кириковъ*: Слѣд., и показанія не могутъ быть точны; въ этомъ причина плохого исхода въ нѣкоторыхъ случаяхъ.

Проф. *В. Д. Шервинскій*: Многочисленныя замѣчанія по поводу доклада доказываютъ интересъ темы. Совершенно не отвергнулъ операціи *Talm*'ы никто; требовали только, что нужно выработать точныя показанія и противопоказанія. Указывали, что не слѣдуетъ торопиться съ операціей и что нельзя ждать, пока работа печени и сердца станетъ недостаточной; стало быть, нужно

Digitized by Google

выбрать средній путь: тамъ, гдѣ природа сама приходитъ на помощь, и развивается боковая венная сѣть, операція излишня, она показана тамъ, гдѣ терапевтическія мѣры безуспѣшны, а печень еще «достаточна». Условія происхожденія брюшной водянки весьма сложны. Опасаться послѣдовательныхъ кровотеченій послѣ операціи неосновательно; вѣроятность ихъ такая-же, какъ и при «естественномъ» развитіи бокового кровообращенія, котораго при циррозѣ печени съ брюшной водянкой желаетъ всякій врачъ. Явленіе отравленія, какъ при *Экковскомъ* свищѣ, наблюдаются крайне рѣдко; возможно, что они были во 2-мъ случаѣ докладчика («острая недостаточность печени»). Необходимо выработать способы опредѣленія функціональной работоспособности печени, а совмѣстно съ хирургами—установить показанія и противопоказанія къ операціи. Выработка показаній къ этой операціи есть задача главнымъ образомъ клиники внутреннихъ болѣзней.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *XIX. 4-й Съѣздъ Россійскихъ хирурговъ.*

(*Продолженіе. См. № 4, стр. 142*).

Проф. *Н. М. Волковичъ* (Кіевъ) [1]). *Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи бугорчатки крупныхъ суставовъ конечностей и въ частности объ изсѣченіи ихъ.* Даже настолько ограничивая свою тему, докладчикъ не считаетъ её легкой въ виду сложности самаго вопроса, разрѣшеніе котораго зависитъ отъ многихъ условій. Какъ на таковыя, онъ указываетъ на различіе обстановки, при которой производится лѣченіе, различіе не только самаго заболѣванія, но и матеріальнаго обезпеченія больного. Подчеркивая значеніе при лѣченіи всѣхъ тѣхъ мѣръ, которыми способствуется поднятіе общаго питанія больного, онъ, между прочимъ, большое значеніе придаетъ проведенію самаго лѣченія и, resp., послѣоперaціоннаго времени на ногахъ. Въ успѣхѣ мѣстнаго лѣченія также прежде всего играетъ роль самая обстановка больного. Изъ числа лѣчебныхъ средствъ придается большое значеніе тканевымъ впрыскиваніямъ іодоформной эмульсіи, впрыскиваніямъ въ свищи гуаякола въ спиртѣ и перевязкамъ ранъ перувіанскимъ бальзамомъ. Покой сустава, какъ основа сохраняющаго лѣченія, допускается настолько, насколько достиженіе его не связано съ полной бездѣятельностью всей конечности. Касаясь показаній къ операціи, докладчикъ считаетъ таковыми уже существованіе обильно выдѣляющихъ свищей и околосуставныхъ очаговъ, дальше, прогрессирующее болѣзненное сведеніе сустава, сразу наступающее ухудшеніе дремавшаго до сего процесса и все возрастающее ухудшеніе общаго состоянія. Что касается одновременнаго присутствія легочнаго процесса, то онъ далеко не всегда является противупоказаніемъ для изсѣченія сустава. Только болѣе сильныя степени его и, особенно пожилой возрастъ больныхъ, по опыту, прямо показываютъ усѣченіе. Въ основу своего взгляда на оперативное вмѣшательство при бугорчаткѣ докладчикъ кладетъ возможно коренное удаленіе пораженнаго; поэтому онъ предпочитаетъ вырѣзываніе пораженнаго въ предѣлахъ здоровыхъ тканей выскабливанію. Операція, словомъ, производится имъ въ обходъ процесса и, если это пораженный суставъ, безъ вскрытія его полости, т. е., en bloc и внѣсумочно. При такомъ способѣ также можно обойтись удаленіемъ только суставныхъ концевъ и пощадить плоскость діафизо-эпифизарнаго хряща, какъ и при изсѣченіи изъ раскрытаго предварительно сустава. Мимоходомъ касаясь чистой артрэктоміи, докладчикъ не видитъ особой выгоды ея передъ изсѣченіемъ. Частичное-же изсѣченіе возможно только при незатронутой еще полости сустава. Изсѣченіе во всю ширину суставныхъ концевъ, между правильными поверхностями распиловъ, для нѣкоторыхъ, по крайней мѣрѣ, суставовъ, имѣетъ громадное преимущество, благодаря возможности непосредственнаго прилаживанія костей и отсюда неоставленія полости между ними, которая дала-бы больше вѣроятія для возврата болѣзни. Докладчикъ подчеркиваетъ значеніе костнопластическаго способа изсѣченія, который годится не только для колѣннаго сустава, но и для голеностопнаго, для изсѣченій на стопѣ и, даже, для болѣе тяжелыхъ пораженій локтевого и кистевого суставовъ. При этомъ онъ ссылается на такой-же взглядъ *Bardenheuer*'а.

Техника операціи на колѣнѣ уже описана докладчикомъ («Врачъ», 1896 г., № 31; «Русскій Хирургическій Архивъ», 1902 г., кн. 1). Всего случаевъ изсѣченія колѣна по внѣсумочному костнопластическому способу было у автора 28, при возрастѣ больныхъ въ 10—39 л. Умеръ только 1, мальчикъ, отъ менингита. У 2-хъ позднѣе отнято было бедро. Укороченіе только въ 1 случаѣ, гдѣ изъ-за неправильности положенія пришлось позднѣе сдѣлать остеотомію, было 7—8 стм., въ 10 сл. оно было 5, въ 3 сл. 3,5—4, въ 6 сл. 2—2,5, и въ 2 не больше 1,5 стм. (7 случаевъ съ укороченіемъ 1,5—4 стм. падали на больныхъ 10—16 л.). Неподвижность въ 1 сл. послѣдовала черезъ 1 мѣс., въ 6 черезъ 2—2½, въ 8 черезъ 3, въ 1 черезъ 4, въ 3 черезъ 6—8 мѣс. и въ 1 больше чѣмъ черезъ годъ. (Недостающіе здѣсь по числу больные ушли изъ-подъ наблюденія преждевременно). Небольшая неправильность положенія получилась только въ 2 случаяхъ. Въ 13 случаяхъ уже въ первые 2—3 мѣсяца не было свищей, въ 9 черезъ 2½—6 мѣс. были остатки ихъ. Всѣ больные могли вполнѣ пользоваться оперированной конечностью для ходьбы. Изсѣченіе костей стопы впереди голеностопнаго сустава производилось обычно изъ тыльнаго поперечнаго разрѣза, при чемъ перерѣзываемыя сухожилія потомъ по возможности сшивались. Пораженныя кости удалялись между 2-хъ поперечныхъ распиловъ въ предѣлахъ здороваго; поверхности распиловъ потомъ прилаживались и удерживались въ соприкосновеніи проволочнымъ швомъ. Въ виду получающихся при этомъ и хорошаго функціональнаго результата, и быстраго заживленія раны, что, естественно, больше обезпечиваетъ отъ возврата болѣзни, докладчикъ предпочитаетъ такое удаленіе костей (во всю ширину стопы) даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ по распространенію процесса можно было-бы съ наружной или внутренней стороны оставить мостикъ изъ неизмѣненныхъ костей между заднимъ и переднимъ отдѣлами стопы. Всѣхъ больныхъ этого рода было 9, въ возрастѣ 11—63 л. У 7 при заднемъ распилѣ въ суставныхъ концахъ надпяточной и пяточной костей передній пришелся въ основаніи плюсневыхъ костей, въ 2-же—еще въ предѣлахъ клиновидныхъ. (О полученныхъ результатахъ можно было судить по свѣтописнымъ снимкамъ и гипсовымъ слѣпкамъ). Также и изсѣченіе голеностопнаго и надпяточно-пяточнаго сочлененій обычно производилось изъ поперечнаго тыльнаго разрѣза, какъ дающаго наибольше доступа, съ послѣдовательнымъ сшиваніемъ сухожилій и нерва. Измѣнять этотъ разрѣзъ, прибѣгая, напр., къ заднему поперечному, принуждало мѣстоположеніе свищей больше кзади. Изсѣченіе также производилось en bloc и костнопластически. Всего оперированныхъ было 24, въ возрастѣ 7—73 л. Усѣчь конечность пришлось въ 2 случаяхъ, въ 1 первично и въ 1 вторично. 2 больныхъ послѣ изсѣченія умерли отъ истощенія. Изъ 20 остальныхъ у 13 былъ пораженъ голеностопный суставъ, у 3—надпяточно-пяточный (у 1 изъ нихъ, кромѣ того, было обширное пораженіе пяточной кости, почему здѣсь цѣликомъ удалена была и послѣдняя, кромѣ таранной, и впереди лежащая часть стопы прилажена къ костямъ голени), а у 4 пораженіе было такого рода, что, кромѣ таранной кости, пришлось у 2 удалить ладьевидную, а у 2 даже всѣ кости до плюсневыхъ. Результатъ получился тоже хорошій. Всѣ больные потомъ вполнѣ пользовались оперированной конечностью для ходьбы. При такомъ способѣ на мѣстѣ прилаживанія костей обычно получался не анкилозъ, а подвижность въ должной степени. Оперированныхъ въ тазобедренномъ суставѣ было 16 въ возрастѣ 6—16 л. 2 умерли отъ амилоида. Изъ остальныхъ свищи послѣ операціи были у всѣхъ, но съ затяжнымъ лѣченіемъ—не больше, какъ въ ⅓ случаевъ. Въ ½ всѣхъ случаевъ сохранилось въ большей или меньшей степени отведенное положеніе бедра. Всѣ больные послѣ операціи очень поправились и ходили самое большее съ помощью палки. Изсѣченіе en bloc локтевого сустава производилось изъ тыльнаго разрѣза. Оперированныхъ этого рода было 11 въ возрастѣ 6—57 л. У 1 позднѣе усѣчено было плечо. 1 ушелъ изъ подъ наблюденія прежде времени. Изъ остальныхъ 9 у 3 получился безусловно хорошій результатъ въ смыслѣ возстановленія подвижности, у 3 послѣдняя была значительно ограничена и у 3 остался анкилозъ. Свищи были съ затяжнымъ теченіемъ только у 2. Такое-же изсѣченіе съ непосредственнымъ прилаживаніемъ поверхностей распиловъ было произведено у 4 больныхъ съ тяжелымъ пораженіемъ кистевого сустава, въ возрастѣ 12—34 л. У прослѣженныхъ 3 изъ нихъ на мѣстѣ изсѣченія осталось большее или меньшее ограниченіе подвижности, при сохранившейся подвижности пальцевъ, у 1—даже вполнѣ. Средствомъ упражненія кисти во время лѣченія служило разминаніе обыкновеннаго резиноваго мяча. (Въ передачѣ докладчика).

(Засѣданіе 29-го декабря).

Проф. *М. С. Субботинъ* (Петербургъ). *Къ техникѣ операціи эктопіи мочевого пузыря* по способу докладчика (съ предъявленіемъ больныхъ). О пріемахъ докладчика уже неоднократно излагалось въ печати, и поэтому я ограничусь здѣсь лишь приведеніемъ заголовка его сообщенія.

*А. Т. Богаевскій* (Кременчугъ). *Къ казуистикѣ 2-сторонней перевязки наружной сонной артеріи при новообразованіяхъ.* Докладчикъ примѣнялъ эту перевязку у 18 больныхъ, при чемъ у 12 она была произведена въ 1 пріемъ (умерли 4), у 6 въ 2 пріема (умерли 2). Въ общемъ смертность 33,3%. Изъ 18 больныхъ у 13 былъ возвратъ послѣ предшествовавшаго удаленія опухоли нижней губы, у 5 сильно запущенное пораженіе нижней челюсти и подбородочной области. 4 погибшихъ послѣ перевязки въ 1 пріемъ, умерли при мозговыхъ явленіяхъ, при чемъ у 1 на вскрытіи оказалась перевязанной съ обѣихъ сторонъ общая сонная артерія (причиной ошибки было высокое дѣленіе этой артеріи на уровнѣ угла нижней челюсти). Изъ 2-хъ умершихъ послѣ перевязки въ 2 пріема 1 погибъ на 34-й день послѣ операціи, 2-ой — отъ худосочія на 71-й. На основаніи своихъ наблюденій докладчикъ пришелъ къ выводу, что въ случаяхъ запущенныхъ возвратовъ злокачественныхъ новообразованій нижней челюсти, и преимущественно въ подбородочной и шейной областяхъ, 2-сторонняя перевязка наружной сонной

[1]) Этотъ любезно присланный мнѣ докладчикомъ рефератъ долженъ быть отнесенъ къ отчету о засѣданіи 28/XII, гдѣ онъ не былъ помѣщенъ потому, что былъ поздно полученъ мною.
*Я. З.*

Digitized by Google

артеріи, примѣненная осторожно, даетъ хорошіе временные результаты, облегчая больныхъ. Если при операціи есть полная увѣренность, что, дѣйствительно, перевязана наружная сонная артерія въ надлежащемъ мѣстѣ, то лучше одновременно перевязать обѣ артеріи. Противопоказаніемъ къ перевязкѣ въ 1 пріемъ можетъ служить рѣзко выраженный артеріосклерозъ. Новообразованія удаляются послѣ перевязки почти безкровно, и рана рубцуется дов. быстро. Послѣдовательное кровотеченіе не было ни разу.— Свое сообщеніе докладчикъ посвятилъ памяти покойнаго проф. *С. П. Коломнина*, о которомъ въ заключеніе и сказалъ нѣсколько прочувствованныхъ словъ.

Проф. *В. И. Разумовскій:* Я примѣнялъ перевязку наружной сонной артеріи, какъ предварительный актъ, при операціяхъ рака на днѣ полости рта, въ задней части языка, въ зѣвѣ, на миндалинахъ, при удаленіи околоушной железы, 1 разъ при сосудистой опухоли верхней челюсти и 1 разъ при носоглоточной фибромѣ—всего разъ 10—12. На основаніи своихъ наблюденій я пришелъ къ убѣжденію, что перевязка, понижая кровяное давленіе, даетъ возможность произвести операцію съ меньшей потерей крови, а главное быстрѣе. Послѣдовательныхъ кровотеченій и другихъ осложненій послѣ перевязки я не наблюдалъ. Разъ при высокомъ дѣленіи я сдѣлалъ туже ошибку, что и докладчикъ, т. е. перевязалъ, вмѣсто наружной, общую сонную артерію, но дѣло обошлось безъ осложненій.

Проф. *Н. М. Волковичъ:* На основаніи своихъ наблюденій я пришелъ къ выводу, что перевязка наружной сонной артеріи не столь легка и требуетъ времени. Кромѣ того, кровотеченіе отъ этой перевязки не уменьшается значительно.

Проф. *Н. А. Вельяминовъ:* Говоря о перевязкѣ сосудовъ, нельзя не упомянуть о покойномъ *К. К. Рейерѣ*. Еще въ 1883 г. я сообщилъ о сдѣланныхъ имъ 33 перевязкахъ общей сонной артеріи. По моему, эта перевязка при неподлежащихъ операціи злокачественныхъ новообразованіяхъ приноситъ мало пользы, и я теперь больше ея не дѣлаю. При кровотеченіяхъ изъ такихъ опухолей можно предложить перевязку общей сонной артеріи съ одной стороны и наружной сонной съ другой, что я съ успѣхомъ и примѣнилъ въ 1 случаѣ. Во избѣжаніе мозговыхъ явленій я, когда примѣнялъ перевязку, прибѣгалъ къ предварительному въ теченіи 6—8 дней прижиманію сонной артеріи каждые 3 часа на 10 мин., благодаря чему я мозговыхъ осложненій не наблюдалъ. При изсѣченіяхъ верхней челюсти я никогда не дѣлаю предварительной перевязки.

*В. П. Зеренинъ:* На 15 случаевъ перевязки сонной артеріи, сдѣланной въ Московской Маріинской больницѣ, въ 2-хъ появилась hemiplegia, оставшаяся стаціонарной.

Проф. *М. С. Субботинъ:* Предварительную перевязку наружной сонной артеріи я считаю лишней. 1 разъ, въ случаѣ отчаяннаго кровотеченія, я перевязалъ общую сонную артерію; больной умеръ при мозговыхъ явленіяхъ.

Ч. пр. *Р. Р. Вреденъ:* Въ 1 случаѣ обширнаго раковаго пораженія лѣвой ½ языка, дна полости рта и лѣвой стѣнки глотки я перевязалъ лѣвую общую сонную артерію; получилось значительное улучшеніе.

*Д. Е. Гороховъ:* У малокровныхъ и истощенныхъ лицъ я считаю предварительную перевязку наружной сонной артеріи показанной.

Проф. *С. П. Ѳедоровъ:* (Петербургъ) *О смѣшанномъ гедоналъ-хлороформномъ наркозѣ.* Съ сущностью этого способа наркоза читатели «Русскаго Врача» уже знакомы по статьѣ проф. *Н. П. Кравкова* и я опускаю подробности (см. № 48, 1903 г.) На основаніи своихъ наблюденій докладчикъ высказался въ смыслѣ очень благопріятномъ, подтверждающемъ лабораторныя изслѣдованія проф. *Кравкова.*

Ч. пр. *Г. Ф. Цейдлеръ:* Послѣ предложенія гедоналъ-хлороформнаго наркоза профф. *Н. П. Кравковымъ* и *С. П. Ѳедоровымъ*, я сталъ примѣнять его въ своемъ отдѣленіи. Всего я имѣю 15 наблюденій и общее мое впечатлѣніе—не за этотъ сочетанный способъ наркоза. Я вполнѣ могу подтвердить выводъ относительно періода возбужденія: въ большинствѣ случаевъ его совсѣмъ не бываетъ. Сонъ при пріемѣ въ 3,0 обыкновенно получается хорошій, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ онъ и до, и послѣ операціи былъ неполный. Хлороформа въ общемъ расходовалось меньше, чѣмъ при чисто хлороформномъ наркозѣ, но въ нѣскольнихъ случаяхъ почти столько-же какъ и обыкновенно. Рвота наблюдалась также часто, какъ и при чистомъ хлороформѣ. Главное, что ставится въ заслугу гедоналу, это-то, что онъ долженъ явиться противоядіемъ хлороформу и поддерживать дѣятельность сердца. Оказывается, что изъ 15 нашихъ случаевъ въ 4 наблюдалось къ концу операціи или по окончаніи ея рѣзкое паденіе пульса. Это паденіе появлялось у молодыхъ больныхъ при обычныхъ операціяхъ и объясненію со стороны оперативныхъ пріемовъ не поддавалось. Я воздерживаюсь, конечно, отъ какихъ-либо выводовъ и лишь отмѣчаю приведенный мною фактъ.

*В. Н. Зененко:* Я примѣнялъ гедоналъ-хлороформный наркозъ 15 разъ; сначала давалъ гедоналъ 3, а въ послѣднихъ случаяхъ доходилъ до 4 грм. и на основаніи этихъ случаевъ присоединяюсь къ выводамъ профф. *Н. П. Кравкова* и *С. П. Ѳедорова.*

Проф. *А. А. Кадьянъ:* Я примѣнялъ сочетаніе гедонала съ эѳиромъ. Благодаря гедоналу, почти не бывало одного изъ самыхъ непріятныхъ явленій эѳирнаго наркоза, а именно—возбужденія. Примѣненіе гедонала съ хлороформомъ привело меня къ благопріятнымъ для этого наркоза выводамъ; только количество гедонала приходилось увеличивать, доходя до 5 грм.

*П. П. Лампсаковъ* (Петербургъ). *О сочетанномъ бромъ-этилъ-хлороформномъ наркозѣ.* Докладчикъ представилъ обзоръ произведенныхъ въ Маріинской больницѣ 494 случаевъ хлороформнаго и 750 сочетаннаго бромъ-этилъ хлороформнаго наркоза. Отъ послѣдняго было 2 несомнѣнныхъ случая смерти. Въ 1-мъ случаѣ у больного, 40 л., съ ущемленной грыжей черезъ 4 мин. послѣ начала наркоза и израсходованія 8 к. стм. бромъ-этила и 7 к. стм. хлороформа, послѣ значительнаго возбужденія, вдругъ прекратилось дыханіе, затѣмъ пропалъ пульсъ, и больной умеръ. На вскрытіи найдено: легкій артеріосклерозъ, сифилитическіе рубцы на внутренностяхъ и бородавчатыя разрощенія на одной изъ заслонокъ аорты при полной ихъ достаточности. 2-ой случай относился къ больному, 37 л., недостаточнаго питанія, съ ослабленнымъ везикулярнымъ дыханіемъ и съ удареніемъ на 2-мъ тонѣ легочной артеріи. Операцію предполагалось дѣлать по поводу полученнаго 4 недѣли назадъ при паденіи вывиха бедра или перелома шейки. Черезъ 6 мин. послѣ начала наркоза, когда больной получилъ всего 5 к. стм. бромъ-этила и 4 к. стм. хлороформа, послѣдовала смерть при явленіяхъ паралича сердца. Протокола вскрытія у докладчика не было. Перейдя затѣмъ къ частотѣ и качеству осложненій, докладчикъ привелъ слѣдующія цифры. На 494 хлороформныхъ наркоза было 96 сл. осложненій, т. е. въ 19,4%: рвота въ 14,6%, западеніе языка въ 3%, асфиксія въ 1,9%, паденіе пульса въ 3%. На 750 сочетанныхъ наркозовъ осложненія были въ 160 сл., т. е. въ 21,3%: рвота въ 16,2%, западеніе языка въ 4%, асфиксія въ 1,6%, паденіе пульса въ 1,4%. При хлороформномъ наркозѣ больные засыпали черезъ 7, 8 мин., при сочетанномъ—черезъ 5,5 мин., при чемъ при 1-мъ видѣ наркоза на 1 минуту расходовалось 0,64 к. стм. хлороформа, при 2-мъ—0,58 к. стм. Въ заключеніи докладчикъ высказался противъ сочетаннаго бромъ-этилъ хлороформнаго наркоза, видя въ примѣненіи его удвоеніе опасности и отсутствіе ощутительныхъ выгодъ. Для доказательства своего вывода онъ привелъ литературную справку, изъ которой видно, что смертность при 5669 смѣшанныхъ наркозовъ была 1:567, тогда какъ при хлороформѣ 1:2075.

*Л. С. Гинзбургъ:* Для опредѣленія наступленія наркоза при бромъ-этилѣ лучше всего пользоваться указаннымъ мною 10 лѣтъ назадъ и легко устанавливаемымъ признакомъ, а именно—сведеніемъ челюстей. Этимъ-же признакомъ надо пользоваться и при сочетанномъ наркозѣ для опредѣленія времени перехода къ хлороформу. Относительно опасности сочетаннаго наркоза я присоединяюсь ко мнѣнію докладчика; я уже давно на одномъ изъ Пироговскихъ Съѣздовъ указывалъ на опасность сочетаннаго наркоза. Чистый бромъ-этиловый наркозъ сравнительно безопасенъ и при непродолжительныхъ операціяхъ не имѣетъ до сихъ поръ соперниковъ.

Ч. пр. *В. Н. Гейнацъ* (Петербургъ). *Наблюденія надъ адреналино-кокаиновой анэстезіей.* Примѣненіе для мѣстнаго обезболиванія смѣси изъ адреналина и кокаина заслуживаетъ предпочтенія, потому что при примѣненіи ея обезболиваніе бываетъ болѣе сильнымъ и обширнымъ, кромѣ того получается обезкровливаніе, а самая смѣсь эта менѣе ядовита, чѣмъ одинъ кокаинъ, такъ какъ вслѣдствіе вызываемаго адреналиномъ сжатія сосудовъ кокаинъ долго остается на мѣстѣ впрыскиванія и не поступаетъ въ общее кровообращеніе. Докладчикъ примѣнялъ адреналино-кокаиновую смѣсь 212 разъ. Въ 95% случаевъ получилась полная безболѣзненность, въ остальныхъ неуспѣхъ зависѣлъ отъ техническихъ ошибокъ. Наиболѣе пригоденъ ½%-ный растворъ кокаина, на каждый к. стм. котораго прибавляется по 2 капли продажнаго адреналина, что составитъ 1 ч. адреналина на 50 чч. кокаина и 10000 чч. воды. Этого раствора можно впрыснуть до 10 к. стм., при чемъ черезъ 10 мин. наступаетъ полное обезболиваніе и обезкровливаніе операціоннаго поля. Противопоказаніями для примѣненія этой смѣси являются слишкомъ большая глубина, величина операціоннаго поля и дѣтскій возрастъ—до 10 л.

*В. М. Минцъ:* Нахожу адреналинъ-кокаиновую анэстезію пригодной при операціяхъ на твердомъ и мягкомъ небѣ, такъ какъ въ 1 сл., гдѣ я оперировалъ, примѣнивъ это обезболиваніе я былъ пораженъ безкровностью отдѣленія лоскутовъ.

Ч. пр. *Р. Р. Вреденъ* (Петербургъ). *Къ техникѣ операціи полнаго изсѣченія гортани подъ мѣстной анэстезіей.* Сообщеніе случая успѣшной операціи при мѣстной анэстезіи.

Проф. *П. И. Дьяконовъ:* При большихъ операціяхъ я предпочитаю общій наркозъ, въ которомъ цѣню 2 качества—устраненіе сознанія больного и уничтоженіе независящихъ отъ воли больного сокращеній мышцъ. Полное изсѣченіе гортани произведено было мною 11 разъ, и я примѣнялъ способъ, разработанный экспериментально *Czerny*, съ небольшими видоизмѣненіями. Послѣ разрѣза мягкихъ тканей перерѣзывается дыхательное горло, и нижній отрѣзокъ его вшивается въ нижній уголъ раны; затѣмъ снизу вверхъ удаляется гортань. Предварительное горлосѣченіе я считаю при этой операціи нежелательнымъ. Изъ всѣхъ оперированныхъ умерли вскорѣ послѣ операціи 3; это были больные съ особенно обширнымъ распространеніемъ рака и упадкомъ питанія. Изъ остальныхъ о нѣкоторыхъ я имѣю хорошія свѣдѣнія за время болѣе года послѣ операціи. Я не соединяю при операціи глотку съ основаніемъ языка, потому что считаю болѣе цѣлесообразной искусственную гортань *Wolff*'а, для которой нужно отверстіе съ шеи въ полость рта. Съ искусственной гортанью больные не только хорошо ѣдятъ и говорятъ, но одинъ изъ нихъ могъ даже занимать должность народнаго учителя.

Digitized by Google

Проф. *Н. М. Волковичъ*: На основаніи своего опыта, основаннаго на 10—15 случаяхъ полнаго удаленія гортани при раковомъ пораженіи ея, я могу сказать, что мѣстное обезболиваніе годится только для перваго передняго разрѣза, при работѣ же въ глубинѣ оно непригодно. Что касается техники операціи, то, вшивая культю дыхательнаго горла въ рану, я въ то-же время не тампонирую вышележащей области, а, образовавъ глотку, зашиваю рану и дренирую. Искусственной гортани послѣдовательно не вставляю, потому что больные со вшитой культей дыхательнаго горла могутъ объясняться довольно внятно, хотя, конечно, шепотомъ.

*С. И. Твердовскій*: Я изсѣкъ подъ кокаиномъ у больного съ раковымъ пораженіемъ гортань, надгортанникъ, подглоточную кость и корень языка. Черезъ годъ этотъ больной умеръ отъ возврата. Оперированный *Р. Р. Вреденомъ* больной черезъ 5 мѣс. былъ оперированъ мною изъ-за возврата въ области пищевода.

*В. М. Минцъ*: Я изсѣкалъ гортань у 4 больныхъ. 1 живетъ почти 2 года, 2-ой годъ, 3-ій почти годъ; 4-ый умеръ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи отъ возврата въ средостѣніи. Оперировалъ я подъ общимъ наркозомъ и не могу себѣ представить, чтобы подъ кокаиномъ можно было тщательно удалить железы.

*Р. Р. Вреденъ*: Удалить железы можно съ успѣхомъ и подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ.

*С. Ѳ. Дерюжинскій* (Москва). *Случай изсѣченія значительнаго участка грудной клѣтки (вмѣстѣ съ плейрою по поводу первичной опухоли реберъ* съ благополучнымъ исходомъ. Больная—23 л. Опухоль съ 13 л.; сначала она была съ лѣсной орѣхъ, хотя и медленно, но постепенно увеличивалась; 7 лѣтъ назадъ она стала рости замѣтно быстрѣе; 2 года назадъ появилась 2-ая опухоль. При осмотрѣ на правой сторонѣ грудной клѣтки въ области 8-го и 9-го реберъ найдена плотно спаянная съ 9-мъ ребромъ опухоль, 16 × 13,5 × 7 стм., задняя граница которой начиналась по задней подмышковой, а оканчивалась книзу и кнутри по сосковой линіи. Кожа надъ опухолью была неизмѣнена и несращена съ ней. 2-ая опухоль, 2 стм. длиной, находилась въ области хрящей 9-го, 10-го и 11-го реберъ. При операціи былъ удаленъ весь пораженный участокъ грудной клѣтки вмѣстѣ съ пристѣночной плейрой. Больная выписалась съ небольшимъ свищевымъ отверстіемъ. Макро-и микроскопическое изслѣдованіе показало, что опухоль была osteochondro-lipoma, каковой опухоли среди первичныхъ новообразованій реберъ до сихъ поръ описано не было.

Проф. *В. Г. Цеге-Мантейфель* (Юрьевъ). *О непроходимости кишечника*. (Программное сообщеніе). Докладчикъ дѣлитъ непроходимость на 2 формы — динамическую и механическую. При 1-й нѣтъ перистальтическаго опорожненія кишечника, такъ что содержимое его загромождаетъ кишки. Причинами этого вида непроходимости могутъ быть: воспаленіе брюшины, закупорка брыжеечныхъ артерій, чрезмѣрное растяженіе, нервныя разстройства и дѣйствіе нѣкоторыхъ лѣкарствъ. Что касается судорожнаго вида, то докладчикъ сомнѣвается въ его существованіи и предполагаетъ, что въ описанныхъ случаяхъ этого вида имѣлась ошибка въ распознаваніи. Механическая непроходимость, согласно дѣленію *Wahl*'я, распадается на вызванную per strangulationem и per obturationem. Причины обтураціонной непроходимости могутъ быть очень различны: давленіе снаружи опухолями и выпотами, закрытіе просвѣта инородными тѣлами (желчными и каловыми камнями, кишечными глистами, добро- и злокачественными опухолями; рубцами). При всѣхъ этихъ формахъ существуетъ задержка содержимаго, при чемъ, если все-же имѣется частичная проходимость, кишка выше суженія гипертрофируется и стѣнки ея утолщаются. При закрытіяхъ просвѣта, наступающихъ болѣе или менѣе остро, этихъ утолщеній нѣтъ. Клинически и здѣсь имѣется вздутіе кишки, но перистальтика не только сохранена, а даже усилена. Опасность при этомъ бываетъ 3-хъ родовъ: страдаетъ питаніе, наступаетъ отравленіе всасывающимся разлагающимся кишечнымъ содержимымъ и имѣется возможность прободенія кишечника. При этой формѣ непроходимости легко является мысль выжидать, потому что припадки—не особенно остры. А между тѣмъ и здѣсь надо оперировать, какъ можно раньше, такъ какъ выжиданіе можетъ повести къ необходимости сдѣлать обширное изсѣченіе кишки. Непроходимость per strangulationem обусловливается поворотомъ вокругъ оси, образованіемъ узловъ, перемычками и внутренними ущемленіями. Предрасполагающія причины могутъ быть врожденныя и пріобрѣтенныя. Наиболѣе часто перекручиваются S-образная кишка и тонкія. Первое зависитъ согласно сдѣланнымъ по предложенію докладчика изслѣдованіямъ д-ра *Самсона*, отъ угла прикрѣпленія брызжейки и отъ длины ея. Можетъ, вѣроятно, имѣть вліяніе на перекручиваніе S-образной кишки склерозъ S-образной артеріи. Встрѣчается перекручиваніе S-образной кишки у мужчинъ чаще, чѣмъ у женщинъ (75:25) и рѣже у молодыхъ, чѣмъ у старыхъ. Наименѣе благопріятныя условія для заворота имѣются со стороны поперечной и нисходящей ободочной кишекъ и болѣе благопріятныя со стороны слѣпой кишки и восходящей ободочной. Что касается тонкихъ кишекъ, то иногда наблюдается перекручиваніе части ихъ или поворотъ 2-хъ петель другъ около друга, но чаще происходитъ перекручиваніе всѣхъ тонкихъ кишекъ. И здѣсь длина брызжейки играетъ роль, но болѣе важнымъ во всякомъ случаѣ представляется направленіе линіи ея прикрѣпленія. Общій для всѣхъ формъ странгуляціи описанныхъ *Wahl*'емъ признакъ — раздутая, парализованная петля; только перекручиваніе всѣхъ тонкихъ кишекъ вызываетъ общее вздутіе. Заворотъ тонкихъ кишекъ протекаетъ болѣе бурно, чѣмъ заворотъ S-образной кишки. Что касается лѣченія, то по отношенію къ поворотамъ S-образной кишки слѣдуетъ, приготовившись къ чревосѣченію, всегда испытать подъ наркозомъ клизмы, которыя иногда даютъ хорошіе результаты. При операціи разрѣзъ надо дѣлать большой. Затѣмъ нормальнымъ пріемомъ надо считать расправленіе и укрѣпленіе кишки, къ изсѣченію-же слѣдуетъ прибѣгать только при наличности омертвѣнія, которое будетъ встрѣчаться тѣмъ рѣже, чѣмъ раньше будутъ приступать къ операціи. Относительно внѣдреній докладчикъ согласенъ съ ч. пр. *Г. Ф. Цейдлеромъ* о необходимости отнести эту форму непроходимости въ особую группу.

Ч. пр. *Г. Ф. Цейдлеръ*: Я вполнѣ согласенъ съ мнѣніемъ докладчика, что необходимо сохранить дѣленіе на странгуляцію и обтурацію. Не могу не высказать сожалѣнія, что докладчикъ не сообщилъ подробнѣе о своемъ матеріалѣ, который, по видимому, значительно разнится отъ матеріала Петербургскаго. Затѣмъ *Г. Ф. Ц.* привелъ нѣкоторыя цифровыя данныя относительно операцій при непроходимости кишечника изъ женской Обуховской больницы (см. вышепомѣщенную статью его).

*И. М. Чупровъ* (Москва). *О непроходимости кишекъ.*

*Я. Зельдовичъ.*

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

## XX. *1-ый Съѣздъ Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ.*

*(Продолженіе. См. № 4, стр. 145).*

(Засѣданіе 29-го декабря).

Предсѣдательствовалъ проф. *А. А. Муратовъ*.

Проф. *В. В. Строгановъ* (Петербургъ). *Оцѣнка способовъ форсированнаго родоразрѣшенія.* (Программный вопросъ). Коснувшись понятія о «форсированномъ родоразрѣшеніи», докладчикъ опредѣлилъ его, какъ «такое оперативное веденіе родовъ, при которомъ какъ 1-ый, такъ и 2-ой періодъ родовъ проводятся искусственно операторомъ въ болѣе или менѣе короткій срокъ», при чемъ существеннымъ условіемъ является малое раскрытіе зѣва. Указавъ затѣмъ на то, что при такомъ состояніи беременная можетъ быть разрѣшена 3-мя способами: а) классическимъ кесарскимъ сѣченіемъ, б) влагалищнымъ кесарскимъ сѣченіемъ съ послѣдующимъ извлеченіемъ плода и в) извлеченіемъ плода per vias naturales послѣ предварительнаго расширенія зѣва, докладчикъ остановился главнымъ образомъ на послѣднемъ способѣ и особенно на оцѣнкѣ инструментальнаго расширенія по *Bossi*, возбудившаго въ послѣднее время огромный интересъ и, быть можетъ, послужившаго толчкомъ къ воскрешенію почти забытаго за послѣдніе годы accouchement forcé. Въ числѣ важныхъ преимуществъ способа докладчикъ отмѣтилъ вѣрность и быстроту расширенія маточнаго зѣва и шейки, уступающую развѣ лишь кесарскому сѣченію, возможность проведенія при немъ строгихъ принциповъ асептики, несложность способа и, наконецъ, динамическое дѣйствіе, сказывающееся въ большинствѣ случаевъ усиленіемъ родовой дѣятельности матки; за послѣднимъ докладчикъ призналъ, впрочемъ, лишь второстепенное значеніе. Выгодой способа можно считать и то, что родоразрѣшеніе идетъ при немъ per vias naturales и что въ громадномъ большинствѣ случаевъ матка не представляетъ грубыхъ нарушеній цѣлости, что имѣетъ значеніе для послѣдующихъ родовъ. Будь этотъ способъ безопасенъ, какъ увѣряетъ проф. *Bossi*, онъ имѣлъ-бы право на самое широкое примѣненіе и могъ-бы считаться однимъ изъ благодѣтельнѣйшихъ открытій въ акушерствѣ. Къ сожалѣнію, онъ обладаетъ весьма существенными невыгодными сторонами. Главнѣйшимъ его недостаткомъ слѣдуетъ считать причиненіе многочисленныхъ раненій шейкѣ и зѣву. Чтобы оцѣнить значеніе этихъ раненій, докладчикъ въ виду различнаго отношенія къ нимъ авторовъ поставилъ, въ цѣляхъ возможнаго объективизма, 2 вопроса: 1) какъ часто наблюдаются разрывы шейки матки, угрожающіе здоровью и жизни матери? и 2) какъ много матерей гибнетъ отъ этихъ раненій? Изъ литературы онъ убѣдился, что смертныхъ случаевъ отъ этого способа—крайне мало, но значительные разрывы встрѣчаются въ 15% и чаще. Иногда разрывы происходили, по видимому, не во время расширенія, а при послѣдующемъ извлеченіи, что даетъ поводъ думать, что шейка матки послѣ расширенія пріобрѣтаетъ особую ранимость, хрупкость. Значительный % разрывовъ могъ-бы быть уменьшенъ при условіяхъ болѣе медленнаго растягиванія шейки, болѣе бережнаго извлеченія плода и строгаго выбора случаевъ, при чемъ уже небольшой разрывъ шейки, полученный при расширеніи, долженъ являться показаніемъ къ прекращенію дальнѣйшаго растягиванія. 2-ая невыгода способа состоитъ въ томъ, что расширеніе шейки идетъ не по типу ея физіологическаго расширенія, «сглаживанія», а путемъ механическаго растягиванія; вслѣдствіе этого края шейки представляются толстыми, вялыми, а по выведеніи инструмента шейка спадается вновь чрезвычайно быстро. Отсюда вытекаетъ 3-ій недостатокъ: требуется немедленное, быстрое извлеченіе плода, что при такихъ условіяхъ очень опасно для ребенка. Другими, менѣе существенными, недостатками способа являются: наблюдающаяся нерѣдко атонія послѣродовой матки, ущемленіе вѣтвей инструмента головкой, выскальзываніе вѣтвей его внутрь и кнаружи, соскальзываніе шапочекъ и т. п. Всѣ эти недостатки, на взглядъ докладчика, не даютъ, однако, права считать этотъ способъ непригоднымъ и выбросить инструментъ *Bossi* изъ числа употребляющихся въ акушерствѣ. Примѣненіе его слѣ-

Digitized by Google

дуетъ ограничить извѣстными случаями, гдѣ другіе способы могутъ оказаться болѣе опасными для матери или для плода, напр., по своей медленности. Кромѣ того, и технику примѣненія инструмента *Bossi* нельзя считать законченной, а самый инструментъ нуждается въ нѣкоторыхъ измѣненіяхъ и усовершенствованіи. Изъ способовъ, замѣняющихъ инструментальное расширеніе по *Bossi*, на первомъ планѣ стоитъ метрейризъ. Но, какъ способъ форсированнаго родоразрѣшенія, онъ примѣнимъ только тамъ, гдѣ акушеръ располагаетъ нѣсколькими часами времени. Менѣе опасный, чѣмъ инструментъ *Bossi*, онъ особенно удобенъ у повторнородящихъ со сглаженной шейкой. Другой способъ форсированнаго расширенія шейки — пальцевое расширеніе — представляется несомнѣнно болѣе бережнымъ, чѣмъ расширеніе инструментальное, и дов. быстро достигаетъ результата, особенно въ видоизмѣненіи, предложенномъ *Bonnaire*'омъ (двуручное растягиваніе). При этомъ пріемѣ кровотеченій почти не бываетъ, швовъ на шейку не приходится накладывать никогда, и общее состояніе больныхъ не ухудшается значительно послѣ производства расширенія. Докладчикъ особенно одобряетъ видоизмѣненіе способа съ перекрестнымъ расположеніемъ рукъ, при чемъ достигается наибольшая сила и ясность ощущенія. Средняя продолжительность расширенія по *Stameni* = 20 мин. 3-ій способъ форсированнаго родоразрѣшенія—влагалищное кесарское сѣченіе или видоизмѣненіе его—передняя влагалищная гистеротомія по *Витт*'у по своей типичности и планомѣрности наиболѣе отвѣчаетъ идеалу акушера-хирурга, но онъ, очевидно, требуетъ опытности въ производствѣ большихъ гинекологическихъ операцій и нуждается въ обстановкѣ и наличности ассистентовъ. Наконецъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ для ускоренія родоразрѣшенія возможно еще примѣненіе кесарскаго сѣченія черезъ брюшныя стѣнки. Французскіе авторы дѣлятъ искусственное расширеніе по степени быстроты на 3 категоріи: 1) la dilatation brusque, выполняемое менѣе, чѣмъ въ ½-часа; 2) la dilatation rapide, требующее менѣе 2 час., и 3) la dilatation progressive, продолжающееся болѣе 2 час. Въ 3-мъ случаѣ лучшіе результаты дастъ метрейризъ; во 2-мъ — пальцевое растяженіе шейки; въ 1-мъ — рѣдко пальцевое расширеніе (а при предлежаніи послѣда всегда), далѣе, расширитель *Bossi* при сглаженной или почти сглаженной шейкѣ и, наконецъ, при цѣлой шейкѣ—кесарское сѣченіе. Послѣднее можетъ быть примѣнено, какъ правило, если нѣтъ зараженія со стороны матери, и особенно когда жизнь ребенка ставится на первый планъ. Лишенный возможности произвести кесарское сѣченіе, врачъ имѣетъ право при жизненныхъ показаніяхъ со стороны матери (рѣже со стороны плода) примѣнить металлическій расширитель, предполагая, что ручной способъ окажется недостаточнымъ. Эклямпсія только въ исключительныхъ случаяхъ, не поддающихся обычному лѣченію, можетъ служить показаніемъ къ форсированному родоразрѣшенію. Предлежаніе послѣда, какъ правило, не слѣдуетъ лѣчить этимъ путемъ. Если форсированное родоразрѣшеніе и потребуется въ исключительныхъ случаяхъ, то всегда достаточно ручное расширеніе съ послѣдующимъ поворотомъ и извлеченіемъ. Расширеніе инструментомъ *Bossi* можетъ быть показано при порокахъ сердца съ нарушеніемъ уравновѣшенія и прогрессивно ухудшающимся состояніемъ больной, а также при легочной чахоткѣ и фибринозной пнеймоніи съ наростающимъ ослабленіемъ дѣятельности сердца. При выкидышахъ нѣтъ основанія примѣнять инструментъ *Bossi*; при тяжелыхъ нефритахъ и піэлитахъ метрейризъ и ручное растяженіе оказываются достаточными для громаднаго большинства случаевъ. Выводы: 1. Расширеніе зѣва при форсированномъ родоразрѣшеніи безопаснѣе всего производится ручнымъ способомъ. 2. Особую выгоду представляетъ двуручное растяженіе шейки матки съ перекрестнымъ расположеніемъ рукъ. 3. Примѣненіе инструмента *Bossi* и его видоизмѣненій до послѣдняго времени представляло большую опасность для роженицъ; поэтому имъ можно пользоваться лишь при самыхъ строгихъ жизненныхъ показаніяхъ. 4. Дальнѣйшее изслѣдованіе дѣйствія металлическихъ расширителей желательно, такъ какъ есть основаніе думать, что съ измѣненіемъ инструмента, усовершенствованіемъ техники и выборомъ надлежащихъ случаевъ опасность существенно понизится. 5. При цѣлой шейкѣ для форсированнаго родоразрѣшенія предпочтительно кесарское сѣченіе черезъ влагалище или черезъ брюшныя стѣнки.

Проф. *Г. Е. Рейнъ* (СПБ.) сдѣлалъ нѣсколько добавленій къ сказанному докладчикомъ по поводу кесарскаго сѣченія.

*А. И. Ивановъ* (Кіевъ), указавъ на то, что форсированное родоразрѣшеніе процвѣтало главнымъ образомъ во Франціи, и приведя показанія *А. Я. Крассовскаго*, считавшаго форсированное родоразрѣшеніе возможнымъ тогда, когда роды уже начались и существуетъ хоть небольшое раскрытіе зѣва (1½—2 пальца), представилъ цифры Кіевскаго городского родовспомогательнаго заведенія, гдѣ за 8 л. на 12592 родовъ форсированное родоразрѣшеніе было примѣнено 76 разъ (0,6%) со смертностью въ 3,9% для матерей и 18% для дѣтей. Въ 29 случаяхъ операція была предпринята для спасенія жизни матери, въ 47—жизни плода. Чаще всего она производилась при предлежаніи послѣда (9) и эклямпсіи (8 разъ). Кровавое расширеніе примѣнено въ 55 сл., въ 5 ручное, въ 16—при помощи каучуковыхъ расширителей. Послѣ расширенія плодъ въ 57 сл. былъ извлеченъ щипцами (17 разъ высокими), въ 13 сл.—поворотомъ.

*К. Ф. Мацѣевскій* (Петербургъ) указалъ на необходимость строго различать accouchement forcé отъ насильственнаго расширенія родовыхъ путей, главнымъ образомъ зѣва и шейки матки. Подъ первымъ въ настоящее время слѣдуетъ понимать, по возможности, скорое родоразрѣшеніе, предпринимаемое при мало или вовсе неподготовленныхъ родовыхъ путяхъ, съ цѣлью устраненія опасностей, угрожающихъ жизни матери или плода. Accouchement forcé можетъ состоять изъ одной операціи, напр. кесарскаго сѣченія, или нѣсколькихъ, не всегда однѣхъ и тѣхъ же. Форсированное расширеніе родовыхъ путей можетъ, съ одной стороны, входить въ составъ accouchement forcé, но, съ другой, можетъ являться и самостоятельной операціей, предпринимаемой, напр., въ случаяхъ неподатливаго зѣва, послѣ чего роды могутъ быть предоставлены силамъ природы или окончиться произвольно.

*С. А. Александровъ* (Смоленскъ) различаетъ 2 типа форсированнаго родоразрѣшенія—острое и болѣе медленное. При первомъ почти исключительно показано хирургическое вмѣшательство въ формѣ влагалищнаго кесарскаго сѣченія по типу передней гистеротоміи. При прогрессивномъ расширеніи всѣ преимущества принадлежатъ метрейризу. Брюшное кесарское сѣченіе имѣетъ прямое показаніе при преждевременномъ отдѣленіи послѣда.

Проф. *П. В. Михинъ* (Харьковъ): Примѣненіе инструмента *Bossi* слѣдуетъ ограничить случаями, гдѣ шейка вполнѣ сглажена; но и здѣсь, если можно выжидать, предпочтеніе должно отдать метрейризу. Гдѣ шейка не сглажена, лучшіе результаты даетъ кесарское сѣченіе, которое, пріобрѣтя со временемъ большее довѣріе у публики, окончательно завоюетъ себѣ это показаніе.

*Докладчикъ*, отвѣчая на возраженія замѣтилъ, что общая оцѣнка не встрѣтила серьезныхъ возраженій. Онъ сожалѣетъ, что сравнительно мало вниманія было обращено на способъ ручного расширенія, примѣняемый рѣдко, между тѣмъ какъ способъ этотъ, по простотѣ и цѣлесообразности, заслуживаетъ гораздо большаго сочувствія. Сочувствія заслуживаетъ, конечно, и влагалищная гистеротомія по *Витт*'у; въ настоящее время операцію эту ни въ какомъ случаѣ нельзя назвать слѣпою, разъ мы имѣемъ въ рукахъ такое средство, какъ освѣщеніе брюшной полости, и она не трудна, о чемъ свидѣтельствуютъ многіе, дѣлавшіе ее операторы. Разумѣется, она должна имѣть свою область примѣненія. Что касается брюшного кесарскаго сѣченія, то нужно строго сообразоваться съ особенностями случая: при тазѣ узкомъ показано чревосѣченіе, при широкомъ болѣе удобны другіе способы и т. д.

*Н. Д. Алексенко* (Харьковъ) высказался въ томъ смыслѣ, что способъ ручного расширенія, какъ способъ быстраго родоразрѣшенія, не имѣетъ преимуществъ передъ метрейризомъ, помощью котораго достигаются желаемые результаты въ теченіи такого-же или даже болѣе короткаго времени.

Проф. *Г. Е. Рейнъ*: Произвести расширеніе пальцемъ легко только тамъ, гдѣ формированіе нижняго сегмента уже кончено. Можно расчитывать на хорошее, быстрое дѣйствіе, когда зѣвъ подготовленъ, разрыхленъ, достаточно открытъ для работы пальцемъ. Но какъ можно расширить рукою зѣвъ у первородящей, 40 л., гдѣ и родовая дѣятельность еще не начиналась? На упрекъ въ томъ, что имъ не была отмѣчена операція *Витт*'а, проф. *Р.* сказалъ, что онъ относитъ ее къ кесарскому сѣченію. Но все же онъ готовъ удѣлить гораздо больше вниманія классическому кесарскому сѣченію черезъ брюшную стѣнку, которое далеко не такъ опасно, какъ это продолжаютъ думать нѣкоторые.

Ч. пр. *Д. Д. Поповъ* (Петербургъ): Проф. *Г. Е. Рейнъ* широко совѣтуетъ кесарское сѣченіе, но для Россіи еще не наступило время широкаго примѣненія этой операціи, въ виду слабаго развитія стаціонарной акушерской помощи. Что касается нарушенія ея, то личныя различія въ этомъ отношеніи имѣютъ въ своей основѣ патолого-анатомическую подкладку, а именно—рубцовое измѣненіе шейки матки и околоматочной клѣтчатки. Участіе-же нервно-мышечнаго прибора въ раскрытіи шейки при искусственномъ ея расширеніи не такъ значительно, что доказывается опытами на вырѣзанныхъ маткахъ: однѣ матки раскрываются медленно, безъ разрывовъ—въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ упругость не была утрачена вслѣдствіе патологическихъ процессовъ; въ другихъ случаяхъ получались различные разрывы у разныхъ матокъ при одной и той-же степени раскрытія ихъ расширителями.

Проф. *А. А. Муратовъ*, резюмируя пренія, отмѣтилъ интересъ вопроса,—успѣвшаго за послѣднее время породить въ Европѣ большую литературу. Указавъ на то, что, и у насъ онъ стоитъ на той же высотѣ, что и въ Западной Европѣ, какъ это доказали пренія, проф. *М.* поблагодарилъ докладчика за его сообщеніе.

*С. С. Холмогоровъ* (Москва). *Вѣсъ дѣтей при узкомъ тазѣ.* (Будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

*К. Ф. Мацѣевскій*, указавъ на то, что выводы докладчика противорѣчатъ выводамъ французскихъ авторовъ (*Pinard*'а и др.), высказался за справедливость выводовъ докладчика на томъ основаніи, что послѣдній принималъ въ расчетъ по возможности всѣ случаи узкихъ тазовъ, между тѣмъ какъ *Pinard* основывалъ свою статистику главнымъ образомъ на случаяхъ оперативныхъ, т. е. случаяхъ болѣе трудныхъ родовъ съ большимъ пространственнымъ несоотвѣтствіемъ между головкой и тазомъ. Имѣя въ виду, что при менѣе значительныхъ тазовыхъ суженіяхъ, опредѣляемыхъ по величинѣ діагональной конъюгаты, плоды бываютъ болѣе объемисты, и наоборотъ, *М.* приходитъ къ убѣжденію, что неправильно оцѣнивать трудность родовъ по степени тазового суженія, и что для этого необходимо имѣть въ виду пространственное отношеніе между головкой и тазомъ.

Digitized by Google

*Е. Ф. Бацевичъ* (Петербургъ), признавая, что вѣсъ плода и его величина зависитъ отъ внутриматочнаго и внутрибрюшного давленія, полагаетъ, что степень растяженія брюшной стѣнки, вліяя на емкость полости живота, можетъ имѣть значеніе въ увеличеніи вѣса плода.

*И. Л. Долинскій* (Петербургъ) нашелъ положенія докладчика вполнѣ естественными, видя въ нихъ повтореніе обычныхъ законовъ вѣса и длины плода у перво-, второ- и много-родящихъ, а уменьшеніе вѣса плода при узкомъ тазѣ разсматривая, какъ результатъ подорваннаго питанія матери—обладательницы узкаго таза. Д. остановился на указанномъ докладчикомъ непонятномъ фактѣ преобладанія рожденій мальчиковъ у матерей съ узкимъ тазомъ и видитъ въ этомъ случайное явленіе, зависящее отъ того, что въ прослѣженной докладчикомъ 1000 рожденій участвовали, быть можетъ, производители, дающіе по преимуществу мальчиковъ.

*Г. К. Минкевичъ* (Асхабадъ). *Простой способъ оживленія при мнимой смерти новорожденныхъ.* Способъ этотъ уже былъ описанъ авторомъ въ № 41 «Русскаго Врача» за 1902 г. и съ тѣхъ поръ, неоднократно имъ примѣняемый, еще болѣе убѣдилъ его въ своей пригодности. Приведя нѣсколько отзывовъ врачей, пользовавшихся его способомъ, докладчикъ высказалъ, что предложеніе имъ этого способа вызвано было необходимостью найти простой типическій способъ оживленія, который легко могъ-бы быть усвоенъ персоналомъ, подающимъ помощь при родахъ. Примѣняемые нетипическіе способы оживленія часто остаются безуспѣшными, а способъ *Schultze* вслѣдствіе давно признанныхъ его недостатковъ, по мнѣнію докладчика, непопуляренъ ни между врачами, ни между акушерками и плохо усваивается послѣдними.

Проф. *В. Н. Массенъ* (Одесса), никогда не видавшій дурныхъ результатовъ при примѣненіи способа *Schultze*, не согласился съ тѣмъ, что этотъ способъ непопуляренъ между врачами и не усваивается акушерками. Проф. *М.* никогда не примѣнялъ способа докладчика; но видимому, онъ менѣе утомителенъ, чѣмъ способъ *Schultze*, и врачъ можетъ имъ заниматься въ перерывахъ между качаніями по *Schultze*, чтобы не прерывать попытокъ къ оживленію.

Проф. *В. В. Строгановъ*, согласившись съ тѣмъ, что способъ докладчика легче и менѣе утомителенъ для врача, чѣмъ способъ *Schultze*, во всемъ остальномъ не видитъ въ немъ никакихъ преимуществъ. Вліяніе рукъ акушера (сжиманіе груди) можетъ быть для ребенка еще пагубнѣе, чѣмъ при способѣ *Schultze*. Кромѣ того, докладчикъ ничѣмъ не доказалъ, что при его способѣ вводится наибольшее количество кислорода въ легкія новорожденнаго.

*И. Л. Долинскій:* Способъ *Schultze* не нуждается въ защитѣ. Въ серьезныхъ случаяхъ, гдѣ требуются и серьезныя мѣры, онъ оказывается самымъ могущественнымъ. Въ качествѣ способа менѣе энергичнаго и мало утомительнаго мы имѣемъ способъ *Silvester*'а. Далѣе, асфиктическій младенецъ не можетъ держать головку такъ прямо, какъ докладчикъ показывалъ это на рисункѣ. Головка въ сидячемъ положеніи плода будетъ свисать; точно также и ножками нельзя упираться во что нибудь: мышечнаго тонуса у асфиктическихъ дѣтей нѣтъ, и ножки висятъ, какъ плети.

*Е. Л. Рабиновичъ* (Ковно) указалъ на описанный лѣтъ 5—6 назадъ однимъ французскимъ авторомъ способъ, очень похожій на способъ докладчика. Ребенокъ кладется на колѣни; одной рукой захватываютъ его головку, другой ножки и медленнымъ сведеніемъ и разведеніемъ ихъ достигаютъ спаденій и расширеній грудной клѣтки. *Р.* многократно примѣнялъ этотъ способъ, но въ случаяхъ тяжелыхъ все же приходилось прибѣгать къ качаніямъ по *Schultze*.

*М. С. Цейтлинъ* (Харьковъ), въ противуположность высказанному проф. *В. В. Строгановымъ* мнѣнію о значеніи количества вгоняемаго въ легкія кислорода, приписываетъ главную роль при оживленіи ребенка не ему, а очищенію воздухоносныхъ путей отъ слизи и т. п.

*Е. Ф. Бацевичъ* при своихъ опытахъ на трупикахъ младенцевъ нашелъ, что при сдавливаніи ихъ тѣла *Martin*'овскимъ бинтомъ содержимое полости желудка и пищевода поднималось въ носоглоточное пространство и оттуда при послѣдующемъ освобожденіи попадало какъ обратно въ желудокъ, такъ и въ дыхательное горло. *Б.* опасается, что способъ докладчика можетъ представлять ту-же опасность, что и бинтованіе тѣльца, такъ какъ полость живота подвергается при немъ довольно сильному сжиманію. Что касается нѣжности способа, то бережное и нѣжное отношеніе къ тѣлу ребенка лежитъ не въ способѣ, а въ рукахъ, производящихъ оживленіе.

*Докладчикъ*, отвѣчая на возраженія, согласился съ тѣмъ, что желательно было-бы произвести измѣреніе манометрическимъ путемъ силы присасывающаго дѣйствія легкихъ при примѣненіи предлагаемаго имъ способа для сравненія его со способомъ *Schultze* и что отсутствіе этихъ изслѣдованій представляетъ извѣстный пробѣлъ въ его докладѣ. Въ общемъ-же возраженія носили теоретическій характеръ, а для того, чтобы судить о пригодности способа, необходимо его испробовать. Какъ самъ авторъ, такъ и лица, примѣнявшія его на дѣлѣ, остались имъ довольны: оживленіе получалось легко, а больше отъ способа и требовать нечего.

*Л. Ф. Ненадовичъ* (Франценсбадъ). *Положеніе акушерства и гинекологіи у славянъ внѣ предѣловъ Россіи.* Докладчикъ посѣтилъ рядъ акушерско-гинекологическихъ клиникъ и учрежденій въ Краковѣ, Львовѣ, Прагѣ, Брюннѣ, Люблянѣ, Бѣлградѣ и др. городахъ и собралъ возможно подробныя свѣдѣнія и объ остальныхъ славянскихъ странахъ. При Краковскомъ медицинскомъ факультетѣ отдѣльная каѳедра акушерства и женскихъ болѣзней существуетъ со 2-ой ½ прошлаго 100-лѣтія. Въ настоящее время клиникой завѣдуетъ проф. *Н. Jordan.* Клиника помѣщается въ старомъ, плохо обставленномъ зданіи и изъ-за задержекъ въ отпускѣ ассигнуемыхъ средствъ остается иногда безъ больныхъ. За учебный годъ (10 мѣс.) бываетъ до 280 родовъ и до 200 гинекологическихъ операцій. Курсъ слушаютъ 25—35 студентовъ. По закону, имѣющему силу во всей Австріи, каждый студентъ долженъ прослушать 1 ½-годіе курсъ по акушерству и 1 по гинекологіи, каждый по 10 час. въ недѣлю; далѣе, каждый обязанъ дежурить въ родильномъ отдѣленіи сутки въ недѣлю. Гинекологическая клиника имѣетъ отдѣленіе при городскомъ госпиталѣ св. Лазаря, старинномъ, темномъ и грязномъ зданіи, гдѣ помѣщается и повивальная школа, завѣдуемая проф. *А. Rosner*'омъ. Родовъ—до 400 (въ теченіи 8½ мѣс.), акушерскихъ операцій—около 70. Курсы для ученицъ, которыхъ бываетъ до 70, ведутся на польскомъ языкѣ; для поступленія требуется умѣнье читать, писать и считать. Въ обоихъ учрежденіяхъ, не смотря на бѣдность и недостатки обстановки, результаты получаются превосходные. Въ Краковѣ имѣется еще небольшое гинекологическое отдѣленіе при еврейской больницѣ (завѣдуетъ имъ *I. Lax*) и хорошо обставленный частный акушерско-гинекологическій институтъ *Braun*'а. Акушерско-гинекологическая клиника при Львовскомъ Университетѣ учреждена въ 1899 г. Клиникой завѣдуетъ проф. *А. Mars.* Она помѣщается на окраинѣ города въ огромномъ зданіи, носящемъ названіе Государственнаго родильнаго дома, другую ¼ котораго занимаетъ повивальная школа (завѣдуетъ проф. *А. Czyżewicz*). Клиника устроена образцово; обстановка ея вполнѣ современная. При ней имѣются: отдѣленіе для беременныхъ, помѣщеніе для вивисекцій, аудиторія съ подвѣснымъ желѣзнымъ амфитеатромъ (здѣсь производятся всѣ операціи, кромѣ чревосѣченій), операціонная для чревосѣченій, комната для фотографированія и т. д. Родовъ—до 650, гинекологическихъ больныхъ (коечныхъ) — до 350 въ годъ. Студентовъ за ½-годіе - около 40 чел. Въ повивальной школѣ родовъ бываетъ до 820, акушерскихъ операцій—до 270. Ученицъ за годъ бываетъ 100—120. Курсъ 10-мѣсячный; языкъ преподаванія--польскій и нѣмецкій. Въ Германіи у поляковъ нѣтъ университета, а, слѣд., и акушерско-гинекологическихъ клиникъ. Зато условія мѣстной жизни побуждаютъ ихъ къ широкой частной предпріимчивости, и въ Познани, Торнѣ, Данцигѣ и Битомѣ имѣется рядъ частныхъ акушерско-гинекологическихъ институтовъ и хирургическо-гинекологическихъ лѣчебницъ. Въ Прагѣ имѣются 2 чешскія факультетскія клиники, гинекологическая и акушерская. Обѣими завѣдуетъ проф. *Karel Pawlik.* 1-ая помѣщается въ старинномъ, плохо обставленномъ зданіи общей больницы и имѣетъ 45 кроватей (950 больныхъ, до 700 операцій въ годъ); 2-ая—въ новомъ зданіи, обставлена несравненно лучше и разсчитана на 40 коекъ для беременныхъ и 50 для родильницъ. Студенты (около 35 чел. за годъ) дежурятъ группами, каждая по недѣлѣ. Рядомъ съ акушерской университетской клиникой въ томъ-же зданіи помѣщается и акушерская клиника для повивальныхъ бабокъ, находящаяся въ вѣдѣніи проф. *Rubeska* и работающая круглый годъ. Клиника обставлена превосходно. За годъ въ ней читаются 3 курса для акушерокъ, 2 по чешски и 1 по нѣмецки; продолжительность каждаго 4 мѣс. Изъ другихъ славянскихъ городовъ Австріи акушерско-гинекологическія учрежденія имѣются въ Брнѣ (повивальная школа съ 5-мѣсячнымъ чешскимъ курсомъ), Требицѣ (15 коекъ въ хирургическомъ отдѣленіи госпиталя, находящіяся въ завѣдываніи д-ра *Bakes*'а), далѣе въ Люблянѣ, столицѣ Словинцевъ (акушерско-гинекологическое отдѣленіе и повивальная школа со скромной, но вполнѣ современной обстановкой), Загребѣ (гинекологическія отдѣленія въ 3-хъ больницахъ и повивальная школа), Задарѣ (повивальная школа) и Сараевѣ (гинекологическое отдѣленіе при госпиталѣ). Кромѣ того, въ Пожунѣ (Венгрія) и Черновицахъ (Буковина) имѣются повивальныя школы, въ которыхъ 1 изъ курсовъ читается на словацкомъ или малорусскомъ языкахъ. Въ Сербіи только въ Бѣлградѣ учреждена женская больница съ повивальной школой, помѣщающаяся въ новомъ отличномъ зданіи и завѣдуемая проф. *Іовановичемъ.* Кроватей въ ней 45; ученицъ бываетъ до 20; курсъ—½-годовой. Въ Софіи имѣется акушерско-гинекологическое отдѣленіе при Александровской больницѣ на 60 кроватей, и недавно открытъ «Майчинъ домъ княгини Маріи Луизы», предназначаемый для повивальной школы. Затѣмъ докладчикъ для характеристики лицъ, стоящихъ во главѣ наиболѣе значительныхъ акушерско-гинекологическихъ учрежденій у славянъ въ западной Европѣ, привелъ краткія жизнеописанія и представилъ списки работъ проФФ. *Н. Jordan*'а, *А. Mars*'а, *А. Czyżewicz*'а, *K. Pawlik*'а, *Rubeska*, *A. Lombayer*'а, *Bylick*'аго, *A. Sołowij*'я, *Dobrowolsk*'аго, *Pitha.* Въ заключеніе онъ указалъ на то, что славяне западной Европы, получавшіе до послѣдняго времени медицинское образованіе у нѣмецкихъ профессоровъ, теперь имѣютъ въ дѣлѣ акушерства и гинекологіи собственныхъ руководителей въ лицѣ *Jordan*'а, *Pawlik*'а и др., и, отмѣтивъ, что, по волѣ случайности, уровень положенія акушерства и гинекологіи, опредѣляемый количествомъ учрежденій, спеціалистовъ и числомъ научныхъ работъ, понижается по мѣрѣ удаленія отъ Россіи, какъ-бы представляющей свѣточъ, распространяющій свѣтъ знаній въ страны западныхъ славянъ, выразилъ пожеланіе, чтобы это совпаденіе не было случайнымъ и чтобы Россія, дѣйствительно, играла съ этого времени по отношенію къ славянамъ роль просвѣтительнаго центра, которая по

Google

высотѣ стоянія въ ней гинекологія уже можетъ принадлежать ей по праву. *В. Преображенскій.*

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

## *XXI и XXII. Изъ Общества психіатровъ въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 15-го ноября 1903 г.).

*М. П. Никитинъ. О массовыхъ галлюцинаціяхъ и иллюзіяхъ.* Приведя богатую литературу массовыхъ галлюцинацій и иллюзій, докладчикъ сообщилъ свое наблюденіе въ окрестностяхъ Саровскаго монастыря въ іюлѣ 1903 г., спустя недѣлю послѣ окончанія торжествъ, когда атмосфера крайняго религіознаго возбужденія и ожиданіе чудесныхъ событій были господствующимъ настроеніемъ. 28/VII около одного изъ колодцевъ собралась толпа, привлеченная сюда кѣмъ-то сдѣланнымъ заявленіемъ, что на днѣ колодца виденъ ликъ св. Серафима. Всѣ начали всматриваться въ дно колодца, и вскорѣ одна изъ богомолокъ закричала, что видитъ изображеніе св. Серафима на неровномъ днѣ колодца; вслѣдъ за ней стали видѣть его и другіе, тѣснившіеся около колодца и засматривавшія на его дно. Такъ продолжалось долго, вызывая необычайное волненіе, пока протискавшаяся какая-то богомолка категорически не заявила, что ничего не видитъ, кромѣ камней. Это заявленіе послужило сигналомъ къ прекращенію иллюзіи. Иллюзія длилась около 15 мин.; участниковъ было около 40 чел., почти исключительно крестьяне, съ преобладаніемъ женщинъ. Докладчикъ присутствовалъ при этомъ съ начала до конца и подробно всѣхъ расспрашивалъ и тутъ-же записывалъ. Иллюзорное изображеніе св. Серафима имѣло много варіантовъ, сообразно придаваемымъ изображеніямъ. По мнѣнію докладчика, основными условіями, благопріятствовавшими возникновенію массоваго обмана чувствъ въ данномъ случаѣ, являются: 1) низкій умственный уровень участниковъ иллюзіи; 2) состояніе усталости; 3) состояніе истощенія вслѣдствіе недостаточнаго питанія; 4) наличность толпы и 5) общность настроенія ея участниковъ.

Сен. *А. Ф. Кони* замѣтилъ, что къ историческимъ даннымъ нужно относиться съ большою осторожностью, такъ какъ исторія записывается послѣ и часто не опровергается по разнымъ соображеніямъ. Затѣмъ нужно отмѣтить, что во многихъ историческихъ примѣрахъ, какъ со св. Константиномъ, св. Василіемъ, видѣли собственно только они сами, а не окружающіе. Далѣе нужно отличать псевдогаллюцинаціи, вызванныя какими-нибудь преданіями, напр., преданіемъ о летучемъ голландцѣ, и наконецъ, такъ сказать, *логическія галлюцинаціи*, вызываемыя желаніемъ поддѣлаться къ окружающимъ или нежеланіемъ противорѣчить. Весьма важно обращать вниманіе при массовыхъ галлюцинаціяхъ и иллюзіяхъ на состояніе толпы и на то обстоятельство, тождественна-ли массовая галлюцинація.

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что онъ и самъ осторожно относится къ историческимъ даннымъ.

Ч. пр. *П. Я. Розенбахъ* указалъ на интересъ доклада въ обстоятельномъ его описаніи и замѣтилъ, что этимъ вопросомъ въ Англіи занимается цѣлое общество телепатовъ и что, если-бы случай, описанный докладчикомъ, не былъ обслѣдованъ, то явился-бы съ точки зрѣнія телепатіи доказательствомъ справедливости ихъ ученія.

*М. Н. Нижегородцевъ*: Почему при массовыхъ галлюцинаціяхъ преобладаютъ галлюцинаціи зрительныя?

*Докладчикъ*: Категорическаго объясненія этому представить нельзя.

*В. П. Осиповъ* находитъ, что нужно различать при массовыхъ галлюцинаціяхъ путь распространенія и происхожденія ихъ: когда вся толпа сразу видитъ что-нибудь, или видѣніе распространяется путемъ внушенія отъ одного къ другому, какъ въ случаѣ докладчика.

*Б. Н. Синани* указалъ интересъ доклада съ точки зрѣнія возникновенія массовыхъ галлюцинацій и иллюзій. Въ случаѣ докладчика совершенно ясно дѣйствіе внушенія, и, такъ какъ внушеніе было сдѣлано въ общей формѣ, то и видѣнное изображеніе было различно, смотря по тому, какое у кого въ памяти запечатлѣлось изображеніе св. Серафима.

*В. В. Реймеръ* замѣтилъ о положительномъ значеніи доклада въ смыслѣ точнаго описанія массовой иллюзіи.

Д-ръ *Перцевъ* спросилъ, было-ли обращено вниманіе на психическое состояніе видѣвшихъ изображеніе въ колодцѣ?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что дѣло происходило на дорогѣ, гдѣ подробно изслѣдовать—не особенно удобно.

*А. Е. Черемшанскій* указалъ на то, что докладчикъ не упомянулъ о школьныхъ психопатическихъ эндеміяхъ, имѣющихъ аналогичныя черты съ массовыми обманами чувствъ и возникающихъ главнымъ образомъ на почвѣ истощенія.

*Н. Я. Смѣловъ* указалъ на то, что въ вопросѣ о массовыхъ галлюцинаціяхъ и иллюзіяхъ всегда нужно обращать особое вниманіе на обстановку, среди которой произошелъ данный случай.

Проф. *В. М. Бехтеревъ*: Массовыя галлюцинаціи и иллюзіи всегда обращали на себя вниманіе и всесторонне изучались. Но, кромѣ историческихъ данныхъ, требуется еще научно-критическое изученіе фактовъ. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ строго взвѣшивать всѣ данныя условія и обстоятельства, которыя часто затемняются въ историческихъ документахъ, а также народныя воззрѣнія, существующія въ разные историческіе періоды. Такъ, вѣрованіе въ существованіе вѣдьмъ и колдуновъ господствовало въ средніе вѣка, когда почти все современное общество вѣрило въ ихъ существованіе. При описаніи относящихся сюда событій могло и не быть какого-либо обмана, но могло дѣйствовать своего рода внушеніе и самовнушеніе, благодаря которымъ эти общія вѣрованія олицетворялись въ опредѣленныя галлюцинаціи (напр., видѣніе демоновъ и вѣдьмъ, ученіе о шабашѣ и т. п.). Изъ историческихъ галлюцинацій, относимыхъ къ массовымъ, галлюцинація Карла XI, на мой взглядъ, не представляетъ собою въ дѣйствительности массовой или коллективной галлюцинаціи, такъ какъ въ подпискѣ всѣ присутствовавшіе удостовѣрили подъ клятвой, что все было такъ, какъ описалъ король, а не сказано, что всѣ видѣли именно такъ, какъ описалъ король. Для массовыхъ галлюцинацій и иллюзій ничуть не обязательна тождественность; достаточно, если онѣ касаются одного только предмета и обнаруживаютъ большое сходство въ общемъ характерѣ описанія, какъ это и указано докладчикомъ. Слѣдуетъ еще имѣть въ виду, что при массовыхъ галлюцинаціяхъ дѣло начинается съ иллюзій, которыя затѣмъ переходятъ въ галлюцинаціи, какъ это было, напр., съ пароходомъ Belle-Poule, а равно и во многихъ другихъ случаяхъ. Слѣдуетъ еще принимать во вниманіе и благопріятную почву для появленія массовыхъ галлюцинацій и иллюзій, какъ, напр., истощеніе, утомленіе, господствующее настроеніе, вслѣдствіе чего возникшая у отдѣльнаго лица иллюзія или галлюцинація быстро сообщается другимъ чрезъ невольное взаимовнушеніе. Иногда первичное проявленіе галлюцинаціи происходитъ у нейропатовъ и истеричныхъ, послѣ чего подобную галлюцинацію начинаютъ испытывать и другіе. Описанный докладчикомъ случай чрезвычайно интересенъ и важенъ особенно въ виду обстоятельнаго его описанія авторами, какъ очевидцемъ происшествія, относительно чего медицинская литература вообще не отличается богатствомъ.

Остальная часть засѣданія посвящена была обсужденію редакціонной Коммиссіи по поводу доклада *В. П. Мальева*, выразившееся въ извѣстномъ уже читателямъ «Русскаго Врача» постановленіи (см. № 49, стр. 1762 и 1768).

(Засѣданіе 13-го декабря).

*Л. С. Абрамовъ показалъ больного съ полинейритическимъ психозомъ.* Подробное изложеніе случая и пренія отложены до слѣдующаго засѣданія.

*О. А. Чечоттъ. Докладъ Совѣта главныхъ врачей городскихъ больницъ о дальнѣйшей организаціи призрѣнія душевно-больныхъ въ Петербургѣ.* Докладчикъ прочелъ записку объ организаціи дѣла призрѣнія душевно-больныхъ, составленную *докладчикомъ*, *Н. Н. Реформатскимъ*, *Н. Я. Смѣловымъ* и *С. Н. Успенскимъ*.

Рѣшено разослать эту записку всѣмъ членамъ психіатрическаго Общества для всесторонняго ознакомленія и пренія назначить на слѣдующее засѣданіе.

Сен. *А. Ф. Кони* просилъ сказать только нѣсколько словъ по поводу этого доклада. Онъ указалъ на то, что въ числѣ мѣръ для улучшенія призрѣнія душевно-больныхъ въ Петербургѣ должно быть освобожденіе города отъ несвойственныхъ ему обязанностей по отношенію къ призрѣнію арестантовъ и испытуемыхъ. Нужно, чтобы само тюремное вѣдомство объ этомъ позаботилось и завело свою лѣчебницу. Это въ особенности важно въ виду введенія новаго уголовнаго судопроизводства, съ чѣмъ увеличится число освидѣтельствованій и испытаній умственныхъ способностей.

*Докладчикъ* замѣтилъ, что арестанты призрѣваются не даромъ; за нихъ платитъ тюремное вѣдомство.

*А. С. Грибоѣдовъ. О корковыхъ потоотдѣлительныхъ центрахъ.* Клиническія наблюденія съ настойчивостью указываютъ на зависимость потоотдѣленія отъ головного мозга; имѣется цѣлый рядъ описаній нарушеній этого отправленія вслѣдствіе пораженія органическаго или т. наз. функціональнаго того или иного отдѣла мозга. *Seeligmüller* приводитъ 5 случаевъ односторонней потливости лица вслѣдствіе въ 1 случаѣ пораженія внутренней сумки, въ другихъ — воспаленія мозговыхъ оболочекъ, множественнаго склероза, сирингоміэліи. *Senator* описываетъ случай потливости правой руки при нарывѣ въ мозгу въ противоположномъ полушаріи. *Broch* приводитъ случай потливости правой руки при раненіи средней 1/3 лѣвой 1/2 лба. Конечно, во всѣхъ этихъ случаяхъ одновременно наблюдались и разстройства со стороны движенія и чувствительности. *Adamkiewicz*, *Aroli*, *Поспѣловъ*, *Chevalier*, *Tubler*, *Щепинскій*, *Боткинъ*, *Покровскій*, *Teucher* и др. на основаніи приводимыхъ исторій болѣзни поддерживаютъ вышесказанное положеніе, но представить экспериментальныхъ данныхъ въ защиту своего мнѣнія не могли. Только разъ *Vulpian* наблюдалъ при раздраженіи коры большого мозга кошки легкое потоотдѣленіе. *Adamkiewicz* наблюдалъ тоже иногда при раздраженіи мозжечка у котятъ. Въ то-же время отдѣльные авторы, напр. *François Frank* на основаніи полученныхъ имъ отрицательныхъ данныхъ при опытахъ отвергаютъ участіе большого мозга въ иннерваціи потовыхъ железъ. До сихъ поръ путемъ опытовъ удалось установить, главнымъ образомъ трудами *Adamkiewicz*'а, *Luchsinger*'а, *Vulpian*'а и *Навроцкаго*, слѣдующую схему потоотдѣлительной нервной системы: потоотдѣлительные нервы, идущіе вмѣстѣ съ двигательными, выходящіе черезъ передніе корешки спинного мозга изъ потоотдѣлительныхъ рефлекторныхъ центровъ, заложенныхъ въ сѣрыхъ рогахъ спинного мозга; центры эти, кромѣ соединенія съ выше и ниже лежащими, соединены еще двусторонне; въ средней 1/3 4-го желудочка находится главный завѣдующій всей системой центръ; кромѣ того, принимаютъ участіе сочувственные нервныя волокна и узлы. Вслѣдствіе всего этого получается, по *Adamkiewicz*'у, «eine bilateral-symmetrische Nervenfunction»,

такъ что при соотвѣтствующемъ раздраженіи конечности какой-либо $^1/_2$ тѣла наблюдается потоотдѣленіе не только на обѣихъ конечностяхъ этой $^1/_2$, но и на одноименной конечности противоположной стороны. Свои опыты докладчикъ производилъ на кошкахъ (молодыхъ), при чемъ первые-же опыты принудили его совершенно отказаться отъ наркоза, что, впрочемъ, приходилось дѣлать и другимъ авторамъ, изслѣдовавшимъ корковые центры отдѣлительныхъ отправленій. Кошка привязывалась къ столу, и ей подъ кокаиномъ производилась трепанація той или другой стороны черепа; лапки тщательно вымывались и вытирались; затѣмъ кора раздражалась въ различныхъ участкахъ платиновымъ 2-полюснымъ иголочнымъ электродомъ съ фарадическихъ токомъ отъ нормальной *Du-Bois-Raymond*'овской катушки. Получаемые результаты, видимые на глазъ, отмѣчались въ протоколахъ, а, кромѣ того, дѣлались отпечатки потѣвшими лапками на лакмусовой бумагѣ, на которой видно, что одна, именно соотвѣтствовавшая раздражаемой сторонѣ, отпечаталась въ едва замѣтныхъ очертаніяхъ, тогда какъ другая дала ясныя и рѣзкія пятна, отвѣчавшія потѣвшимъ ея частямъ. Изслѣдуя такимъ образомъ всю поверхность мозговыхъ полушарій, докладчику удалось въ 4-хъ опытахъ изъ нѣсколькихъ десятковъ найти въ верхней части пред-крестовидной извилины (gyri antecruciati) такую область, при раздраженіи которой получалось замѣтное усиленіе потоотдѣленія на противоположной сторонѣ, продолжавшееся 5—10 мин. безъ повторныхъ раздраженій. Работа представляла большія трудности въ виду того, что большинство кошекъ начинали потѣть съ момента привязыванія ихъ къ столу и къ началу опыта выпотѣвали вполнѣ и, если и отвѣчали затѣмъ по раздраженіи коры, то слабо; у части кошекъ, хорошо потѣвшихъ, быстро истощалось потоотдѣленіе при раздраженіи съ коры, а много кошекъ и совсѣмъ не потѣли. На этомъ основаніи, а также потому, что у кошекъ потоотдѣленіе не можетъ имѣть того значенія, какъ у человѣка, т. е. понижающаго температуру тѣла и выводящаго ядовитыя вещества, въ виду незначительности этого отправленія и прекращенія его съ возрастомъ, докладчикъ перешелъ къ опытамъ надъ изслѣдованіями коры большого мозга у жеребятъ. Всего имъ было употреблено на 11 опытовъ 8 головъ. Убѣдившись въ потоотдѣлительной способности жеребенка, докладчикъ ставилъ его въ станки и дѣлалъ трепанацію той или другой $^1/_2$ черепной крышки или вовсе безъ наркоза, или употребляя мѣстно кокаинъ. Твердая мозговая оболочка вскрывалась, и поочередно раздражались отдѣльные участки мозговой коры, при чемъ они обильно и часто поливались теплымъ физіологическимъ растворомъ, а нераздражаемые участки прикрывались ватой, смоченной въ этомъ-же растворѣ. Чтобы исключить вліяніе мышечныхъ сокращеній, докладчикъ въ первыхъ 2-хъ опытахъ, пока не убѣдился, что они не оказываютъ вліянія на потоотдѣленіе, въ томъ видѣ, въ какомъ наблюдаются во время опыта, впрыскивалъ послѣдовательно до 25 к. стм. 1%-го раствора кураре. И въ тѣхъ, и въ другихъ случаяхъ удалось найти области, въ гривенникъ величиной, впереди и кнутри отъ двигательной области, при раздраженіи которой фарадическимъ токомъ отъ *Du-Bois-Raymond*'овской катушки силою 15 стм. наблюдалось потоотдѣленіе, въ рѣзкой степени большее на противоположной $^1/_2$ тѣла, особенно сильное въ области шеи, груди и конечностей; потъ стекалъ каплями, образуя пятна на полу. Произведенная въ 2-хъ случаяхъ подсѣчка мозговой коры немедленно прекращала вліяніе раздраженія, обычно наступавшее черезъ 20—30 сек. послѣ раздраженія и продолжавшееся 3—5 мин. Въ 1 опытѣ былъ удаленъ найденный центръ острой ложечкой при безгнилостно-противогнилостной обстановкѣ, рана зашита, и животное оставлено жить. Операція перенесена была прекрасно; никакихъ болѣзненныхъ явленій въ послѣопераціонномъ періодѣ не отмѣчалось. Изслѣдованное черезъ 2 сутокъ послѣ операціи животное при усиленныхъ мышечныхъ движеніяхъ и согрѣваніи давало значительную мышечную потливость, по сравненію съ здоровой $^1/_2$ тѣла, на $^1/_2$, противоположной оперированной. Пилокарпинъ значительно уменьшилъ эту разницу, но не сгладилъ ее окончательно. Черезъ 3 недѣли было открыто старое трепанаціонное отверстіе и произведено раздраженіе оперированнаго полушарія фарадическимъ токомъ отъ 18—8 дѣленій, но потоотдѣленія не получилось. Свѣжая трепанація противоположной $^1/_2$ черепа съ обычнымъ изслѣдованіемъ дали рѣзкое потоотдѣленіе на противоположной сторонѣ и незначительное на соименной. Въ 1 опытѣ для выясненія вліянія кровообращенія были перевязаны сосуды одной конечности, и, не смотря на это, потоотдѣленіе при раздраженіи соотвѣтствующаго центра наблюдалось значительное.

За позднимъ временемъ пренія отложены до слѣдующаго засѣданія.

*С. Любимовъ.*

## XXIII. Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ.

(Засѣданіе 19-го ноября).

*Л. Н. Никольскій показалъ ребенка, 6 мѣс., съ гуммознымъ сифилисомъ.* В. И. въ 1-ый разъ былъ принесенъ въ амбулаторію больницы св. Ольги 7/VIII, когда ему было 2 мѣс., по поводу обильной папулезной сифилитической высыпи, которая послѣ назначенія каломеля дов. быстро прошла. Затѣмъ ребенокъ былъ показанъ 24/X съ слѣдующими явленіями. Повсюду на кожѣ много пигментныхъ пятенъ отъ прежней сыпи; на слизистыхъ оболочкахъ за исключеніями миндалинъ, покрытыхъ папулами, измѣненій нѣтъ; подъ кожей лба и волосистой части головы справа 4 мягковатыхъ опухоли, отъ большой горошины до средней величины лѣсного орѣха; кожа надъ опухолями неизмѣнена. Кости голеней и предплечій рѣзко утолщены; очертанія ихъ сглажены; надавливаніе вызываетъ боль. Печень и селезенка увеличены, плотны, на 2—$2^1/_2$ пальца выходятъ ниже ребернаго края. Всѣ подкожныя лимфатическія железы значительно увеличены, плотны; паховыя выдаются въ видѣ пакетовъ; рѣзко увеличены железы у локтя съ обѣихъ сторонъ. Въ общемъ ребенокъ развитъ и упитанъ дов. хорошо, но блѣденъ. Родители его совершенно здоровы, сифилисъ отрицаютъ; при осмотрѣ ихъ только у отца на кожѣ голеней найдено нѣсколько небольшихъ, блестящихъ, втянутыхъ рубцевъ, опредѣлить природу которыхъ спеціалистъ по сифилису затруднился. У матери было 4 дѣтей, изъ коихъ 2 умерли въ деревнѣ на 4-мъ и 6-мъ мѣс. жизни; кромѣ того, 1 родился мертвымъ. Съ 24/X ребенокъ лѣчится каломелемъ и іодистымъ натріемъ; получилось значительное улучшеніе: припуханіе надкостницы на рукахъ и на ногахъ значительно уменьшилось.

*А. А. Кисель:* Случай этотъ, помимо рѣдкости, представляетъ большой интересъ. Третичныя проявленія сифилиса появились здѣсь очень скоро послѣ вторичныхъ; но въ особенности заслуживаетъ вниманія рѣзкое увеличеніе поверхностныхъ лимфатическихъ железъ, особенно у локтевого сгиба. На большомъ матеріалѣ я убѣдился не только въ припуханіи при наслѣдственномъ сифилисѣ поверхностныхъ лимфатическихъ железъ, но и въ томъ, что наличность ихъ, особенно локтевыхъ, нерѣдко облегчаетъ распознаваніе. Наконецъ, при лѣченіи наслѣдственнаго сифилиса слѣдовало-бы испытать предупредительное дѣйствіе ртути, назначая ее новорожденнымъ дѣтямъ, хотя и не имѣющимъ еще проявленій сифилиса, но рожденнымъ отъ родителей сифилитиковъ.

*Н. Н. Алексѣевъ:* У дѣтей рѣдко приходится встрѣчать одновременно вторичный и третичный сифилисъ. Вторичныя явленія при соотвѣтственномъ лѣченіи очень быстро исчезаютъ; третичныя-же, напротивъ, часто упорно не поддаются ему, и тутъ скорѣе вліяетъ улучшеніе общаго состоянія больныхъ.

*Н. В. Закъ:* Интересно знать, не было-ли пораженій слизистыхъ оболочекъ? Былъ ли у ребенка насморкъ?

*Докладчикъ:* У больного все время былъ насморкъ, затруднявшій дыханіе и сосаніе. Во рту-же не было ничего.

*Т. П. Краснобаевъ:* Въ 1898 г. въ хирургическомъ отдѣленіи дѣтской больницы св. Владиміра я наблюдалъ такого-же больного. У 4-мѣсячнаго мальчика, кромѣ характерныхъ гуммъ на затылочной кости, въ толщѣ лѣвой 2-главой мышцы и на обѣихъ стопахъ, прощупывались инфильтраты въ области лѣвыхъ плечевого и луче-запястнаго, праваго локтевого и обоихъ тазобедренныхъ суставовъ, помѣщавшіеся въ околосуставныхъ тканяхъ и вызывавшіе боли и сведенія; кромѣ того, были болѣзненныя утолщенія нѣкоторыхъ фаланговыхъ костей рукъ, дававшія характерную картину spinae ventosae и припуханіе сосѣднихъ межфаланговыхъ суставовъ. Ребенокъ заболѣлъ за 3 недѣли передъ тѣмъ. Онъ родился во время, чистымъ и ничѣмъ до той поры не хворалъ; былъ 5-мъ въ семьѣ и единственнымъ живымъ. Изъ первыхъ 4 беременностей 2 окончились 6-мѣсячными недоносками, скоро умершими, и 2 выкидышами. У отца 12 лѣтъ передъ тѣмъ былъ нелѣченный сифилисъ. Лѣченіе каломелемъ и ртутнымъ пластыремъ быстро дало улучшеніе, хотя это не помѣшало появленію новой гуммы на грудинѣ. Въ данномъ случаѣ интересно отмѣтить множественное пораженіе суставовъ и въ особенности фаланговыхъ костей. Какъ показываетъ опытъ, для отличія spinae ventosae сифилитической природы отъ таковой бугорчатковой характерно одновременное пораженіе сосѣдняго сустава.

*А. А. Кисель показалъ дѣвочку, 4 л., страдающую слизистымъ отекомъ.* С. поступилъ въ больницу св. Ольги 5/XI 1903 г. По словамъ отца, родилась доношенной и совершенно здоровой и въ первые мѣсяцы жизни ничѣмъ не обращала на себя вниманія. Около года замѣтили, что въ психическомъ отношеніи ребенокъ отстаетъ; особенно рѣзко это обнаружилось въ теченіи послѣдняго года. При осмотрѣ бросается въ глаза короткое, коренастое туловище, очень короткая шея, мускулистыя конечности, особенно нижнія, мягкая, но не отечная, подкожная клѣтчатка, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, напр. надъ лопатками, выдающаяся въ видѣ подушкообразныхъ опухолей. Кожа суха; волосы на головѣ рѣдкіе. Голова дов. большая, особенно великъ ротъ. Языкъ плоскій, не утолщенъ, не выдается наружу, дов. объемистъ. Щитовидной железы нѣтъ. Слизистая оболочка деснъ гиперэмирована, слегка разрыхлена. Во внутреннихъ органахъ измѣненій нѣтъ. Кожная чувствительность, по видимому, нормальна. Сухожильные рефлексы сохранены. Голосъ низкій, громкій, очень непріятный, напоминающій крикъ животнаго. Не говоритъ, и не ходитъ, производитъ впечатлѣніе ребенка 1—$1^1/_2$ года. Очень раздражительна и сердита; защищаясь, проявляетъ значительную силу, особенно въ ногахъ. Отецъ здоровъ; мать умерла въ возрастѣ 28 лѣтъ (по словамъ мужа); въ семьѣ обоихъ родителей чахоточныхъ, сифилитиковъ и нервныхъ больныхъ не было. Дома дѣвочка постоянно кричала. Съ 7/XI было начато лѣченіе лепешками, приготовленными изъ сухой щитовидной железы теленка (въ лабораторіи Феррейна), и уже за это время получилось нѣкоторое улучшеніе: кожа приняла болѣе нормальный видъ, дѣвочка сдѣлалась болѣе покойной, выраженіе лица ея стало болѣе осмысленнымъ, болѣе живымъ. По словамъ докладчика, случай этотъ отличается отъ другихъ, показанныхъ имъ раньше, тѣмъ, что 1) мышцы ногъ и ягодицъ у этой больной очень сильно развиты и 2) хрящи гортани и дыхательнаго горла прощупываются такъ отчетливо, что ничуть нельзя сомнѣваться въ полномъ отсутствіи щитовидной железы.

*Н. В. Закъ* обратилъ вниманіе на рѣзкую ассиметрію у больной лица и боковое отклоненіе носа и на необходимость изслѣдовать у нея полость носа.

*И. В. Русаковъ. Случай гонорройнаго воспаленія сустава* (съ предъявленіемъ микроскопическихъ препаратовъ). У дѣвочки, 5 л., за 3 дня до поступленія въ больницу появились припухлость и сильная болѣзненность въ правомъ колѣнѣ. Около года страдаетъ бѣлями. Правая нога согнута въ колѣнѣ; суставъ этотъ значительно припухъ; движенія и ощупываніе очень болѣзненны. Выше и ниже надколѣнника зыбленіе. Въ отдѣляемомъ изъ половой щели найдены вполнѣ типичные гонококки. 38°,1. На основаніи наличности перелойнаго пораженія половыхъ органовъ, остраго припуханія и сильной болѣзненности одного колѣна распознано перелойное пораженіе сустава. Въ больницѣ температура держалась повышенной въ теченіи 28 дней, доходя до 39°,6—40°. Припухлость то уменьшалась, то увеличивалась, причемъ ясно обозначалось, что она обусловливается, помимо скопленія выпота въ суставѣ, также припуханіемъ мягкихъ частей. Отдѣляемое изъ влагалища исчезло черезъ 3 недѣли по поступленіи въ больницу. Проколы въ суставъ (на 6-й, 8-й и 16-й день отъ начала заболѣванія) дали гноевидную жидкость; въ мазкахъ изъ нея получены гонококки, типичные по расположенію внутри клѣтокъ. Въ посѣвѣ (на сывороткѣ животнаго) выросли колоніи въ видѣ уколовъ булавки въ очень небольшомъ количествѣ. Подъ микроскопомъ оказались диплококки, обезцвѣчивающіеся по *Gram*'у. Найденные микроорганизмы не росли на простомъ агарѣ, но давали хорошій ростъ на агарѣ, смоченномъ кровью человѣка. Пересѣвы удалось довести только до 3-го поколѣнія; дальнѣйшіе остались безъ результата. По видимому, нельзя было сомнѣваться, что это были гонококки. Лѣченіе состояло въ спринцеваніи влагалища 2%-мъ растворомъ ихтіола; суставъ одинъ разъ былъ промытъ черезъ толстую иглу физіологическимъ растворомъ поваренной соли и затѣмъ накладывались крахмальныя повязки, замѣненныя потомъ гипсовой. Дѣвочка пробыла въ больницѣ 33 дня. Выписалась со слѣдующими явленіями: температура нормальная; припухлость колѣна почти такая же, какъ и при поступленіи; болѣзненность уменьшилась незначительно. Въ послѣдній день пребыванія въ больницѣ отмѣчено вновь появленіе бѣлей.

*Т. П. Краснобаевъ:* Въ настоящее время положеніе вопроса о гонорройныхъ пораженіяхъ суставовъ—еще неопредѣленное. Въ то время какъ одни (*К. М. Сапѣжко*) находятъ ихъ очень часто, другіе ихъ не признаютъ. Мой личный матеріалъ за 8 лѣтъ дѣятельности въ дѣтской больницѣ св. Владиміра убѣдилъ меня въ томъ, что такія пораженія у дѣтей составляютъ большую рѣдкость, въ то время какъ перелойныя страданія глазъ и вульво-вагиниты—дѣло заурядное.

*П. В. Кусковъ:* На рѣдкость этого страданія указываетъ и проф. *А. Г. Ге*, который говоритъ, что за 30 лѣтъ онъ не видѣлъ ни одного доказаннаго случая. Поэтому въ каждомъ новомъ случаѣ требуется тщательное микроскопическое изслѣдованіе, тѣмъ болѣе, что гонококки не обладаютъ строго типическими свойствами.

*А. А. Кисель:* Клиническое теченіе болѣзни довольно своеобразно; не смотря на бурныя явленія, она оканчивается, по нашимъ наблюденіямъ, всегда благопріятно.

*Н. В. Яблоковъ:* Я наблюдалъ гонорройное пораженіе лучезапястнаго сустава у дѣвочки 7 л. Страданіе затянулось и продолжалось съ $^1/_2$ года.

*П. П. Михайловъ:* Описанную докладчикомъ больную я лѣчилъ до поступленія въ больницу отъ бѣлей. Однако вскорѣ она явилась ко мнѣ съ острымъ пораженіемъ колѣннаго сустава—съ сильной болью въ немъ, выпотомъ и лихорадкой. Такое развитіе болѣзни при наличности гонорреи явно говорило за то, что мы имѣли дѣло съ гонорройнымъ пораженіемъ сустава.

*А. А. Разумовскій. Къ вопросу о происхожденіи размягченія костей черепа у дѣтей—т. наз. craniotabes.* Обстоятельная работа докладчика основана на микроскопическомъ изслѣдованіи костей, взятыхъ отъ 21 трупа дѣтей, умершихъ въ Московскомъ Воспитательномъ Домѣ. Выводы: 1) Всѣ случаи размягченія костей черепа у дѣтей должны быть строго раздѣлены на 2 самостоятельныя группы: рахитическую и нерахитическую. 2) Въ основѣ 1-ой лежитъ рахитическое пораженіе костей; въ основѣ 2-ой—атрофія ихъ, рѣже недоразвитіе. 3) Недостатокъ известковыхъ солей въ усиленно развивающихся со стороны надкостницы костныхъ балокъ и остеоидной ткани, при одновременной атрофіи ихъ подъ вліяніемъ давленія мозговыми извилинами, производитъ мѣстное истонченіе и тѣстоватую мягкость костей 1-ой группы. 4) Усиленное всасываніе костной ткани при отсутствіи наложенія ея со стороны наружной надкостницы съ присоединяющимся по мѣстамъ давленіемъ мозговыхъ извилинъ производитъ общее истонченіе и пергаментную мягкость и гибкость костей 2-ой группы. Въ то время, какъ мѣсто истонченія и прободенія костей черепа рахитиковъ даетъ уже неоднократно описанную картину быстраго уменьшенія числа костныхъ балокъ по мѣрѣ приближенія къ самому тонкому мѣсту, потери ими солей и перехода въ соединительную ткань, часто совершенно теряющуюся среди 2-хъ надкостницъ, такого-же постепеннаго исчезанія лимфоиднаго костнаго мозга и пр., истонченныя кости 2-ой группы—атрофической—даютъ своеобразную, весьма характерную микроскопическую картину. Большая часть костей черепного свода состоитъ не изъ 5—6 перекладинъ (въ толщину), что обыкновенно наблюдается въ нормальныхъ костяхъ, раздѣленныхъ костно-мозговыми пространствами, а всего лишь изъ 1 тонкой балки, въ толщину безъ надкостницъ до 0,19 мм. Со стороны наружной надкостницы здѣсь не наблюдается наложенія новой костной ткани, а на внутренней поверхности ея рѣзко выражены изъѣдины и лакуны, въ которыхъ, а часто и внѣ ихъ попадаются многочисленные, нерѣдко очень большой величины, со множествомъ ядеръ остеокласты. Костная балка рѣзко окрашивается гэматоксилиномъ, имѣетъ хорошо выраженныя костныя тѣльца, пронизана въ различныхъ направленіяхъ прободающими каналами, нерѣдко до полнаго перерыва ея цѣлостности. Надкостницы не утолщены. Костномозговыя пространства и *Gawers*'овы каналы попадаются столь рѣдко, что часто во всемъ полѣ зрѣнія (Leitz—ок. и об. № 3) ихъ нельзя бываетъ найти ни одного. Вообще они очень малы, круглы, содержатъ кровеносный сосудъ и иногда между нимъ и стѣнкой немного лимфоидныхъ элементовъ. Остеобласты есть, но они мелки, и ихъ мало. Замѣчается еще ломкость, хрупкость балокъ, часто лежащихъ въ видѣ кусковъ и глыбокъ въ толщѣ обѣихъ надкостницъ. Эпифизарный хрящъ круглыхъ трубчатыхъ костей образуетъ соотвѣтствующія нормѣ колонки, но со слабо выраженнымъ образованіемъ кости вокругъ хрящевыхъ островковъ въ губчатой части. 5) Лимфоидный костный мозгъ при рахитическомъ размягченіи слабо образуется въ разростающейся остеоидной ткани, самъ имѣя наклонность къ волокнистому перерожденію. 6) Лимфоидный костный мозгъ при атрофическомъ размягченіи развитъ очень слабо, но не перерожденъ. Нѣкоторыя мѣста костей при этомъ размягченіи, гдѣ между костными балками также и въ *Gawers*'овыхъ каналахъ находится ткань, очень похожая на слизистую, скорѣе указываютъ на исчезаніе кости и замѣщеніе ея, чѣмъ на перерожденіе лимфоиднаго мозга, потому что такая-же ткань находится и въ прободающихъ каналахъ. 7) Рахитическое размягченіе чаще обнаруживается, какъ таковое, послѣ 3 мѣсяцевъ, до этого времени не оказывая предпочтенія затылочной кости передъ теменными. 8) Начинаясь въ болѣе позднемъ возрастѣ, т. е., послѣ 3 мѣс., оно предпочтительнѣе поражаетъ затылочную кость за сосцевидными отростками вслѣдствіе развитія и давленія на нее затылочныхъ долей мозга и мозжечка. 9) Атрофическое размягченіе поражаетъ дѣтей еще въ утробной жизни, обнаруживаясь въ первые-же дни послѣ рожденія гибкостью и мягкостью теменныхъ и затылочныхъ костей въ области малаго родничка вслѣдствіе давленія мозга на нихъ при черепныхъ положеніяхъ и начинающагося послѣ рожденія сильнаго развитія центровъ пирамидныхъ путей въ области теменныхъ долей. 10) Ребенокъ съ атрофическимъ размягченіемъ головы, поставленный въ благопріятныя условія питанія, развивается нормально, и размягченіе исчезаетъ безъ слѣда. 11) При менѣе благопріятныхъ условіяхъ къ атрофическому размягченію можетъ присоединиться рахитъ, какъ осложненіе. 12) На живомъ ребенкѣ можно распознать рахитическое размягченіе головы лишь при условіи наличности четокъ на ребрахъ, хотя-бы и очень слабо выраженныхъ. 13) Craniotabes у дѣтей, у которыхъ, какъ при жизни, такъ особенно послѣ смерти, при микроскопическомъ изслѣдованіи распознается несомнѣнный сифилисъ, даетъ подъ микроскопомъ картину, представляющую главнымъ образомъ атрофическое (врожденное) размягченіе, по мѣстамъ истонченіе костей отъ давленія мозговыми извилинами безъ всякаго развитія остеоидной ткани, сообщая всѣмъ составнымъ частямъ костей малую жизнеспособность и несовершенство по строенію. 14) Давленіе мозговыхъ извилинъ при нормально-твердыхъ костяхъ черепа при заростаніи черепныхъ швовъ болѣе всего обнаруживается въ первые дни жизни на теменныхъ и лобный костяхъ, легко продавливая ихъ насквозь. 15) Самостоятельной формы заболѣванія костнаго мозга у дѣтей въ смыслѣ «osteotabes infantum» *Ziegler*'а докладчику въ его случаяхъ установить не удалось. 16) Пораженіе костей въ смыслѣ недостаточнаго костеобразованія (osteogenesis imperfecta) *Stilling*'а, по видимому, можетъ быть и безъ одновременнаго укороченія конечностей. 17) Кости черепного свода при недостаточномъ костеобразованіи бываютъ совершенно не развиты, представляя изъ себя соединительно-тканную перепонку, въ которой еще только происходитъ процессъ образованія костной ткани, благодаря дѣятельности остеобластовъ. 18) Лимфоидный костный мозгъ при этомъ въ тѣхъ же костяхъ бываетъ совершенно не развитъ. 19) Состояніе разростающагося слоя эпифизарнаго хряща трубчатыхъ костей, эпифизарной линіи окостенѣнія и перваго образованія костныхъ островковъ какъ въ губчатой части, такъ и со стороны надкостницы, а равно и состояніе костнаго мозга соотвѣтствуютъ при недостаточномъ костеобразованіи картинѣ нормальныхъ костей, лишь съ крайне слабымъ развитіемъ костной ткани.

*А. А. Кисель:* Ваши изслѣдованія представляютъ очень большой интересъ. Мы знаемъ, что иногда размягченіе затылка бываетъ и у не рахитика, и поэтому, встрѣчаясь съ этимъ признакомъ у рахитика, въ особенности если рахитъ выраженъ слабо, затрудняемся оцѣнить это явленіе: приписать-ли его вліянію рахита, или-же здѣсь имѣютъ значеніе другія причины. Очень важно имѣть въ виду, что размягченію подвергается затылочная кость, на которой обыкновенно почти не бываетъ рахитическихъ отложеній.

*Докладчикъ:* Если размягченіе затылка имѣется у не-рахитика, то микроскопическая картина получается совсѣмъ иная, именно: пластинка кости, хотя и очень истончена, но не представляетъ рахитическихъ изъѣдинъ.

*А. А. Кисель:* Во всѣхъ ли случаяхъ размягченія затылка у рахитиковъ Вы находили подъ микроскопомъ рахитическія измѣненія въ затылочной кости.

*Докладчикъ:* Да.

Digitized by Google

*А. А. Кисель:* Я спрашиваю объ этомъ потому, что у рахитиковъ гораздо больше условій (упадокъ питанія тканей, тяжесть головы, постоянное лежаніе) для развитія атрофическаго разжиженія затылка, и послѣднее у нихъ должно было-бы встрѣчаться чаще, чѣмъ у не-рахитиковъ. Далѣе, я хотѣлъ-бы знать, всегда ли легко отличить рахитическія измѣненія въ костяхъ отъ атрофическихъ, въ особенности если дѣло идетъ о слабо выраженныхъ измѣненіяхъ?

*Докладчикъ:* Большею частью отличить такія измѣненія легко, но встрѣчаются случаи, гдѣ по первому взгляду трудно объ этомъ высказаться опредѣленно и дѣло выясняется лишь при дальнѣйшемъ изслѣдованіи. *А. Кисель.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

***Очеркъ санитарно-экономическаго положенія рабочихъ на золотыхъ промыслахъ Витимско-Олекминской системы Якутской области. Диссертація д-ра Е. Н. Коренева. 1903 г. 256 стр.***

Къ числу мало изслѣдованныхъ санитарно-экономическихъ условій рабочихъ относятся и золотые промыслы, на которыхъ работаетъ около 90000 чел. [1]). Имѣющіяся-же по этому вопросу данныя, разбросанныя въ различныхъ изданіяхъ спеціальной и періодической печати, не даютъ достаточно полнаго представленія о положеніи врачебно-санитарнаго дѣла на золотыхъ пріискахъ. Вышеуказанный трудъ д-ра *Коренева*, вышедшій недавно въ качествѣ диссертаціи, значительно пополняетъ существующій пробѣлъ и является крупнымъ вкладомъ въ отдѣлъ нашей промышленной гигіены, которая у насъ еще такъ бѣдна самостоятельными работами. Авторъ, на основаніи 4-лѣтней дѣятельности въ качествѣ промысловаго врача въ Сибири, собралъ интересный матеріалъ для своего труда, пополнивъ его по особой программѣ (жаль, что не приведена послѣдняя) данными, собранными во время командировки отъ Министерства внутреннихъ дѣлъ въ 1900 г. Трудъ д-ра *Коренева* интересенъ не только съ чисто врачебно-санитарной стороны, но и экономической и бытовой, и въ этомъ отношеніи является поучительнымъ не для однихъ врачей, особенно горнозаводскихъ, но и для статистиковъ и политико-экономистовъ, не смотря на то, что авторъ разсматриваетъ пріиски одной только системы въ Якутской области.

За недостаткомъ мѣста я не могу подробно остановиться на этомъ интересномъ трудѣ, раздѣленномъ на нѣсколько главъ. Первыя 3 главы посвящены геологіи, климату Витимско-Олекминской системы и способамъ разработки золотоносныхъ розсыпей (1—32 стр.). Слѣдующія 2 главы (32—69 стр.) относятся къ составу рабочихъ и служащихъ на пріискахъ и способамъ найма прежде и теперь. Наибольшій % рабочихъ приходится на возрастъ отъ 20—45 л. (93,1%), т. е. на самый цвѣтущій и здоровый, который только и способенъ переносить такой трудъ и условія жизни на золотыхъ промыслахъ. Нельзя не обратить вниманія на довольно низкій уровень образованія служащихъ на пріискахъ, на которыхъ не мало лицъ, «кое-какъ подписывающихъ свою фамилію». Много интересныхъ свѣдѣній дается въ главахъ, относящихся къ жилищамъ рабочихъ (68—107 стр.), продовольствію ихъ (107—129 стр.) и употребленію спиртныхъ напитковъ (46, 66, 136 и сл.). Изъ собранныхъ авторомъ данныхъ видно, что средній суточный раціонъ рабочаго въ крупныхъ компаніяхъ достаточенъ по количеству содержащихся въ немъ бѣлковъ, жировъ и углеводовъ, «но такого питанія рабочіе достигли сами, добавляя ко всему тому, что затрачивала на ихъ продовольствіе компанія, въ среднемъ около 34,14% этихъ затратъ». Стало быть, сами хозяева все-таки недостаточно выдаютъ продовольственныхъ припасовъ. Особенно бѣденъ паекъ жировымъ веществомъ, между тѣмъ какъ количество выдаваемаго рабочимъ спирта, въ видѣ водки, очень велико, и его необходимо уменьшить, «если нельзя вовсе изгнать изъ употребленія». Мнѣ кажется, изъять водку изъ употребленія на пріискахъ вполнѣ возможно, замѣнивъ ее усиленными порціями сахара и чая, а—главное—питаніемъ.

Послѣдняя глава посвящена устройству врачебной помощи. Авторъ подробно останавливается на описаніи больницъ, пріемныхъ покоевъ, составѣ медицинскаго персонала, расходахъ на медицинское дѣло, числѣ больныхъ съ подраздѣленіемъ по роду болѣзней, несчастныхъ случаяхъ и т. п. Говоря о послѣднихъ, авторъ находитъ, что большое количество несчастныхъ случаевъ зависитъ отъ нерадивости самихъ рабочихъ или отъ собственной ихъ неосторожности» (стр. 243). Я не могу согласиться съ такимъ заключеніемъ автора, съ одной стороны, на основаніи личныхъ наблюденій, съ другой—потому, что и приводимые авторомъ несчастные случаи (247—250 стр.) далеко не говорятъ въ пользу его заключенія. Въ общемъ, по даннымъ д-ра *Коренева*, существующая постановка врачебной помощи на пріискахъ требуетъ улучшенія.

Вполнѣ признавая достоинство и цѣнность труда д-ра *Коренева*, я тѣмъ не менѣе считаю нужнымъ замѣтить, что работа его еще болѣе выиграла-бы и еще больше имѣла-бы значеніе, если-бы авторъ привелъ сравнительныя данныя съ описываемыми имъ данными и другихъ промысловъ, хотя-бы той-же Сибири. Далѣе, нѣтъ указаній на литературу по данному вопросу, если не считать указаній на трудъ *В. И. Семевскаго* и д-ра *Малиева*, что значительно-бы облегчило работу будущаго изслѣдователя по этому-же вопросу. *Д. Никольскій.*

[1]) По послѣднему «Сборнику статистическихъ свѣдѣній о горнозаводской промышленности» за 1900 г., вышедшему въ 1903 г., значится 90988 чел.

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

XX. М. Г.! Состоящая при Медицинскомъ Совѣтѣ, «Постоянная Коммиссія для разработки вопроса о соотношеніи человѣческой бугорчатки и жемчужной болѣзни рогатаго скота» обращается къ Вамъ съ просьбой не отказать чрезъ посредство «Русскаго Врача» довести до общаго свѣдѣнія, что Коммиссія въ цѣляхъ выполненія возложенной на нее задачи и, въ частности, для общенія съ Германскимъ имперскимъ санитарнымъ вѣдомствомъ, спеціально разрабатывающимъ вопросъ о бугорчаткѣ, нуждается въ печатныхъ матеріалахъ, уже изданныхъ и издаваемыхъ по этому вопросу въ Россіи. Посему въ интересахъ дѣла, имѣющаго общественное и государственное значеніе, Коммиссія обращается съ покорнѣйшей просьбой ко всѣмъ учрежденіямъ и лицамъ, въ распоряженіи которыхъ находятся означенные матеріалы и имѣютъ быть изданными въ будущемъ (доклады, отчеты, статьи, монографіи, спеціальныя изданія и т. п.), доставлять ихъ въ Коммиссію на имя предсѣдателя *Л. Б. Бертенсона* (Петербургъ, Сергіевская, 20).

По порученію Коммиссіи, предсѣдатель *Л. Бертенсонъ.*
Петербургъ. 24 января 1904 г.

XXI. М. Г.! Въ изложеніе преній (см. № 4 «Русскаго Врача» за текущій годъ) по моему докладу о развитіи селезенки (отдѣлъ гистологіи и эмбріологіи на IX Пироговскомъ Съѣздѣ, засѣданіе 5-го января), вкралась существенная ошибка. Проф. *Н. К. Кульчицкій* и я говорили о развитіи изъ мезенхимы *лимфоидной*, а не *железистой* ткани; эпителій же истинныхъ железъ (какъ, впрочемъ, никто въ этомъ и не сомнѣвается) ни въ какомъ случаѣ изъ мезенхимы происходить не можетъ. Проф. *В. Тонковъ.*
Петербургъ. 30 января 1904 г.

XXII. М. Г.! Врачи выпуска 1894 г. В.-Медицинской Академіи, собравшись во время только-что минувшаго Пироговскаго Съѣзда въ числѣ 15 чел., рѣшили образовать товарищескій Союзъ взаимопомощи и на будущее время собираться разъ въ году для поддержанія товарищеской связи другъ съ другомъ. Собранія эти постановлено пріурочивать къ мѣсту Пироговскихъ Съѣздовъ въ тѣ года, когда они будутъ происходить, а въ остальные года рѣшено собираться въ Петербургѣ въ день окончанія выпускныхъ экзаменовъ (18-го ноября). Изъ числа присутствовавшихъ было выбрано бюро изъ 4-хъ лицъ, которымъ было поручено собрать свѣдѣнія о мѣстожительствѣ всѣхъ товарищей выпуска и извѣстить ихъ о состоявшемся рѣшеніи. Поэтому я черезъ посредство «Русскаго Врача», по порученію бюро, обращаюсь къ товарищамъ, во 1-хъ, съ просьбой—извѣстить объ ихъ мѣстожительствѣ и занимаемой должности и не отказать и на будущее время сообщать о перемѣнахъ въ томъ и другой, а также извѣщать кого-либо изъ членовъ бюро о своемъ пріѣздѣ въ Петербургъ, и, во-2-хъ, съ предложеніемъ—обращаться, въ случаѣ надобности, въ бюро за всякаго рода помощью, въ какомъ бы видѣ она ни потребовалась, начиная со справокъ, порученій и кончая матеріальной помощью. Въ составъ бюро избраны: *Э. А. Гизе* (Ямская, 4), *Л. А. Кривскій* (с. Михаила Архангела, Александровская, 9), *Д. В. Семека* (ст. Удѣльная, больница Александра III) и *П. А. Сонинъ* (Петербургская сторона, Большой просп., д. 33,а). *Дм. Семека.*
Петербургъ. 27 января 1904 г.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

164. Проф. В.-Медицинской Академіи *Т. П. Павловъ назначенъ совѣщательнымъ членомъ* В.-медицинскаго ученаго Комитета («Правительственный Вѣстникъ», 21 января).

165. Мы слышали, что ч. пр. *Л. Б. Попельскій избранъ профессоромъ* Львовскаго Университета по каѳедрѣ фармакологіи.

166. 21-го января въ Московскомъ Университетѣ *Н. П. Постовскій* защищалъ диссертацію на тему — *Нервныя и душевныя заболѣванія при гриппѣ. Клиника, общая патологія, лѣченіе* («Русскія Вѣдомости», 22 января).

167. 24-го января въ В.-Медицинской Академіи защищали диссертаціи: *С. Ѳ. Кузмицкій* на тему—«*О дѣйствіи мидрола на глазъ*», *А. Ф. Лауенштейнъ* на тему—«*Сравнительная оцѣнка нѣкоторыхъ упрощенныхъ способовъ опредѣленія $CO^2$ въ воздухѣ*» и *А. В. Масленниковъ* на тему—«*Опытъ медико-статистической разработки уголовно-судебнаго матеріала*» («Биржевыя Вѣдомости», 24 января).

168. Намъ сообщаютъ, что по почину Попечительства при римско-католическомъ благотворительномъ Обществѣ въ Петербургѣ «Врачебная Помощь» 4 февраля въ 11 час. утра въ костелѣ св. Ека-

Digitized by Google

терины (Невскій, 34) будетъ отправлена *заупокойная месса по* безвременно погибшемъ отъ чумы на фортѣ Александръ I сотрудникѣ Попечительства *В. И. Турчиновичъ-Выжниковичъ.*

169. Съ 1 января въ Астрахани преобразована изъ временной *постоянная бактеріологическая лабораторія* («Правительственный Вѣстникъ», 23 января).

170. Въ состоящій при Академіи наукъ Музей антропологіи и этнографіи имени Петра Великаго, по словамъ «Новаго Обозрѣнія» (18 января), поступила *въ даръ отъ д-ра Кириллова весьма богатая и рѣдкая коллекція препаратовъ*, свыше 500 номеровъ, *китайской народной медицины.*

171. Изъ прочитанныхъ на *годовомъ* засѣданіи *Общества русскихъ врачей въ Москвѣ* 23 января отчетовъ секретаря, библіотекаря и казначея за 1903 г. видно, что Общество въ 1903 г. насчитывало въ своей средѣ 79 дѣйствительныхъ членовъ и 3 членовъ-корреспондентовъ. Въ 27 засѣданіяхъ было сдѣлано 23 научныхъ доклада и предъявленія. 13 неочередныхъ засѣданій были посвящены обсужденію хозяйственныхъ вопросовъ и разныхъ дѣлъ Общества. При Обществѣ работало нѣсколько Коммиссій: по дѣлу пріобрѣтенія въ собственность Общества *«Медицинскаго Обозрѣнія»*; редакціонная Коммиссія по изданію этого журнала, Коммиссія по вопросу о преміи имени В. А. Голицынскаго и назначенія темъ для нея, Коммиссія о стипендіяхъ, Коммиссія по санитарной оцѣнкѣ поглощающихъ колодцевъ въ г. Костромѣ, Коммиссія по борьбѣ съ дѣтской смертностью и др. Въ редакціонную Коммиссію по изданію пріобрѣтеннаго въ собственность Общества «Медицинскаго Обозрѣнія» избраны: *В. Ф. Спримонъ, Н. В. Яблоковъ, І. Д. Сарычевъ, М. П. Яковлевъ* и *Д. Е. Гороховъ.* Въ библіотеку Общества въ отчетномъ году поступило 115 періодическихъ изданій въ 2601 томѣ и 298 книгъ. Приходъ въ 1903 г. составилъ сумму 8703 р. Израсходовано же было 8174 р., при чемъ выдано 5 стипендій на сумму 750 р., 4 пособія на сумму 760 р., израсходовано на библіотеку 2930 р. и т. п. Капиталъ Общества къ 1904 г. возросъ до 40299 р. Засѣданіе окончилось выборами должностныхъ лицъ. Избраны: предсѣдателемъ *Н. В. Яблоковъ*, его товарищемъ—*І. Д. Сарычевъ*, секретаремъ—*В. И. Шамшинъ*, товарищемъ его—*И. М. Серебровскій*, казначеемъ — *К. К. Соломка*, библіотекаремъ — *П. А. Герценъ* и членами ревизіонной Коммиссіи — *М. П. Яковлевъ, П. Г. Розановъ* и *В. И. Вадлинъ* («Русскія Вѣдомости», 24 января).

172. Въ «Вѣстникѣ Владимірскаго губернскаго Земства» (1903 г., № 20) помѣщенъ отчетъ *о дѣятельности Иваново-Вознесенскаго медицинскаго Общества въ 1902—1903 г.* Это молодое врачебное Общество (см. «Русскій Врачъ», 1902 г., № 49, стр. 1830) къ концу отчетнаго года состояло изъ 32 членовъ—25 городскихъ и 7 иногороднихъ. Всѣхъ засѣданій въ отчетномъ году было 10, изъ нихъ 9 научныхъ и 1 административное. На засѣданіяхъ 9-ью членами сдѣлано было 16 докладовъ по различнымъ вопросамъ теоретической и практической медицины. Особо слѣдуетъ отмѣтить практическую дѣятельность Общества, выразившуюся въ устройствѣ при Обществѣ учрежденія для приготовленія *Pasteur*'изованнаго молока и для безплатной выдачи такого молока больнымъ дѣтямъ неимущихъ родителей. Мысль объ устройствѣ при Обществѣ такого учрежденія, какъ средства борьбы съ чрезмѣрной дѣтской смертностью, и главныя хлопоты по организаціи принадлежатъ вице-предсѣдателю Общества д-ру *П. А. Аляедину*; благодаря его-же стараніямъ, собраны значительныя пожертвованія частныхъ лицъ на это дѣло. Кромѣ частныхъ пожертвованій, Обществу ассигнуется отъ городского Управленія Иваново-Вознесенска 500 р. и отъ Шуйскаго уѣзднаго Земства 300 р. ежегодно. Начатое въ апрѣлѣ 1902 г., дѣло это шло въ началѣ робкими шагами, но уже въ лѣтніе мѣсяцы, въ іюнѣ, а особенно въ іюлѣ и августѣ, число больныхъ потребителей молока сразу возросло; бѣдное населеніе сразу оцѣнило пользу молока: количество выдаваемаго молока стало доходить до 1000 пузырьковъ ежедневно, такъ что учрежденіе, обладая еще весьма скромными средствами, едва могло удовлетворять, да и удовлетворяло-ли, самую насущную потребность. Даже въ октябрѣ 1902 г., когда заболѣваемость дѣтей желудочно-кишечными разстройствами значительно падаетъ, ежедневный расходъ молока доходилъ до 350 пузырьковъ, общее же количество выданнаго больнымъ дѣтямъ молока къ концу 1902 г. доходило до 80000 пузырьковъ. Въ другомъ направленіи практическая дѣятельность Общества выразилась въ устройствѣ народныхъ чтеній по медицинѣ. Окончательная организація этого дѣла еще впереди, и пока, какъ видно изъ отчета, однимъ изъ членовъ Общества прочитана одна лекція на одной изъ фабрикъ Иваново-Вознесенска.—Желаемъ молодому Обществу полнаго успѣха и дальнѣйшаго процвѣтанія.

173. 24-го января въ Обществѣ Одесскихъ врачей обсуждался, между прочимъ, вопросъ объ изданіи *медицинскаго органа въ память* бывшаго почетнаго предсѣдателя Общества, покойнаго проф. *О. О. Мочутковскаго* на %/% съ 5000 р., пожертвованныхъ Обществу его родственникомъ г. Трачевскимъ. Въ виду того, однако, что средствъ этихъ далеко недостаточно для изданія медицинской газеты или журнала, вопросъ объ изданіи журнала Обществомъ остался невыясненнымъ.

174. Въ годовомъ засѣданіи Общества глазныхъ врачей въ Москвѣ избраны: предсѣдателемъ *С. Н. Ложечниковъ*, товарищемъ его проф. *А. А. Крюковъ*, секретаремъ *Л. Н. Сергіевскій*, казначеемъ и библіотекаремъ *В. П. Страховъ*, членами ревизіонной Коммиссіи *А. А. Маклаковъ, А. Г. Лаврентьевъ* и *А. Г. Люткевичъ* («Русское Слово», 22 января).

175. Редакторъ-издатель «Промышленности и Здоровья» д-ръ *А. В. Погожевъ* предложилъ Московскому Обществу фабричныхъ врачей *взять его журналъ въ свои руки.* Общество, какъ сообщаютъ «Русскимъ Вѣдомостямъ» (26 января), готово идти на встрѣчу этому предложенію; есть лицо, которое предоставляетъ капиталъ на пріобрѣтеніе журнала.

176. По словамъ «Новостей» (22 января), въ Петербургѣ учреждается *Общество фармацевтовъ военнаго и морского вѣдомствъ.* Общество намѣрено содѣйствовать разработкѣ и распространенію научныхъ и практическихъ познаній въ области фармаціи, поднятію спеціальнаго фармацевтическаго образованія, разработкѣ вопросовъ, касающихся исторіи русской фармаціи вообще и военной въ частности. Обществу предоставлено право отрыть для членовъ библіотеку и читальню съ выпиской спеціальныхъ русскихъ иностранныхъ журналовъ и газетъ.

177. Намъ сообщаютъ, что только-что окончившееся *Новгородское губернское земское Собраніе*, между прочимъ, *постановило*: а) увеличить число врачей Колмовской психіатрической больницы на 1 (4-го) приглашеніемъ для женскаго отдѣленія женщины-врача; б) увеличить число надзирательницъ-фельдшерицъ на 1; в) увеличить пищевое довольствіе больныхъ до 18,5 (съ 18,2) коп. на человѣка; г) войти съ ходатайствомъ въ правительственныя учрежденія о половинной субсидіи на постройку новаго зданія для больныхъ и служащихъ, которое по представленной смѣтѣ должно обойтись въ 46000 р., и открыть кредитъ въ 10000 р. на начало построекъ въ текущемъ-же году въ случаѣ благопріятнаго исхода ходатайства; д) послать на счетъ земства директора больницы д-ра *М. С. Морозова* по Россіи для ознакомленія съ существующими колоніями посемейнаго призрѣнія душевно-больныхъ и для представленія будущему земскому Собранію доклада по осмотру этихъ колоній и соображеній относительно возможности организаціи патронажа при Колмовской психіатрической больницѣ.

178. Мы уже сообщали, что Рязанское губернское Земство въ 1901 г. предприняло *опытъ выселенія душевно-больныхъ изъ больницы въ семьи крестьянъ* (см. «Русскій Врачъ», 1903, № 43, стр. 1529). Результаты за первый годъ такого семейнаго призрѣнія душевно-больныхъ оказались блестящими, но за то минувшій годъ изъ-за случайно сложившихся обстоятельствъ едва не погубилъ все дѣло. «Русскія Вѣдомости» (22 января) приводятъ объ этомъ интересныя данныя изъ отчета директора Рязанской психіатрической колоніи д-ра *А. Г. Криденера*: «Дѣло въ томъ, что село, въ которомъ были расселены больные въ крестьянскихъ семьяхъ, минувшимъ лѣтомъ 2 раза горѣло. Хотя оба пожара были днемъ и начались съ избъ, гдѣ больныхъ не было, при чемъ причины пожаровъ были хорошо извѣстны крестьянамъ, тѣмъ не менѣе нашлось нѣсколько человѣкъ, которые приписали оба пожара присутствію больныхъ въ деревнѣ. Къ нимъ присоединились и тѣ крестьяне, которые почему-либо были обойдены при распредѣленіи больныхъ по семьямъ. Такимъ образомъ получалось большинство, которое рѣшило-было составить приговоръ о запрещеніи держать больныхъ въ деревнѣ, а, если и держать, то «пускай всѣмъ имъ даютъ больныхъ». Но въ концѣ-концовъ постановлено было обложить лишь каждую квартиру, гдѣ имѣется больной, ежемѣсячнымъ 50-копѣечнымъ сборомъ на образованіе фонда для покупки противопожарныхъ приспособленій и инструментовъ». «Опасенія, что больные легко могутъ спалить деревню,—говоритъ д-ръ *Криденеръ*,—по видимому, еще долго будутъ тяготѣть надъ патронажемъ, а зависть, существующая у обойденныхъ крестьянъ, всегда не прочь воспользоваться этимъ опасеніемъ». Въ отчетѣ приводятся сравнительныя данныя о пожарахъ въ Рязанской губ. за послѣднія 5 лѣтъ и о числѣ подсудимыхъ, находившихся въ больницѣ на испытаніи, по обвиненію ихъ въ поджогахъ. Оказывается, что на 6714 пожаровъ число испытуемыхъ было 29, т. е. 1 подсудимый на 231 пожаръ.

179. По словамъ «Новостей» (23 января), одинъ изъ Московскихъ врачей составилъ докладъ, рисующій *состояніе Московской фабричной медицины въ прошломъ году.* Оказывается, что 662 фабрики съ рабочими въ количествѣ 110770 чел. истратили на медицину 324285 р. Нѣкоторыя фабрики ухитрились истратить на медицину въ теченіи цѣлаго года *одинъ рубль.*

180. Въ Ковнѣ при амбулаторіи Краснаго Креста открыта *глазная лѣчебница* съ амбулаторнымъ пріемомъ и 5 постоянными койками («Сѣверо-Западное Слово», 22 января).

181. Въ Астрахани открыта *лѣчебница для алкоголиковъ* («Астраханскій Листокъ», 18 января).

182. 22 января въ Минскѣ открытъ *пріютъ для дѣтей арестантовъ* («Сѣверо-Западное Слово», 25 января).

183. Во «Врачебной Газетѣ» за прошлый годъ были помѣщены *статьи г. Z. и д-ра Я. Я. Преображенскаго о преобразованіи врачебно-санитарнаго строя.* Въ статьяхъ этихъ авторы высказываются, что «при настоящемъ состояніи нашей культуры отдать всецѣло въ руки общественныхъ органовъ и управленій медицинское и санитарное дѣло не представляется возможнымъ», «что необходима правительственная опека», «Главное центральное управленіе», что городской или земскій санитарный врачъ, завися всецѣло отъ города или земства и «не получая никакихъ поощреній за служебныя заслуги, естественно старается лишь удержать свое мѣсто и угодить нанимателямъ, конечно, самыми поверхностными санитарными требованіями, чаще только собираніями статистики, изученіемъ той санитарной грязи, которая бьетъ въ глаза и въ носъ и безъ всякой статистики»... и т. п. Статьи эти, говоритъ «Журналъ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* (№ $^6/_{41}$), не могутъ быть обойдены молчаніемъ. «Бываютъ положенія и моменты въ жизни, когда нельзя

и даже постыдно, оставаясь подъ прикрытіемъ якобы объективнаго безпристрастія, спокойно выслушивать т. наз. «сторонниковъ различныхъ взглядовъ» (см. прим. ред. «Врачебной Газеты», на стр. 190), когда, напротивъ, необходимо и обязательно не только имѣть свой опредѣленный взглядъ на вещи, но открыто высказывать и защищать его». «Нельзя не удивляться», говоритъ «Журналъ», «тому логическому скачку, какой замѣчается въ мышленіи приверженцевъ идеи бюрократическаго централизма и котораго сами они, видимо, совершенно не замѣчаютъ. Отъ санитарнаго неустройства страны и ужасающихъ картинъ болѣзненности и смертности населенія они, минуя рядъ необходимыхъ дальнѣйшихъ посылокъ, непосредственно переходятъ къ заключенію о необходимости министерства здравія, какъ великой панацеи противъ всяческихъ санитарныхъ золъ. Наиболѣе правильнымъ и, думается, къ большинству случаевъ наиболѣе примѣнимымъ объясненіемъ можетъ здѣсь быть та узкая точка зрѣнія сословно-кастовыхъ интересовъ (надежда на лучшее матеріальное обезпеченіе, на болѣе прочное служебное положеніе врача и пр.), на которой обыкновенно стоятъ наши защитники министерства здравія; перспективы врачебнаго благополучія, открывающіяся съ этой точки зрѣнія, заслоняютъ для нихъ и жизненные факты, и уроки прошлаго, и дѣйствительные интересы народнаго здравія. Въ заключеніе скажемъ, что нужно все забыть или ничему не научиться изъ богатой событіями исторіи нашей земской медицины, чтобы позволять себѣ упрекать общественныхъ дѣятелей въ неспособности къ творчеству или въ неподлежащемъ отношеніи ихъ къ этой излюбленной отрасли общественнаго хозяйства. Чьими, какъ не исключительно земскими руками, и по чьей, какъ не земской иниціативѣ, созданъ у насъ въ 34-хъ губерніяхъ врачебно-санитарный строй, могущій служить и служащій образцомъ не только для прочихъ губерній и областей Россійскаго государства, но и для странъ западной Европы. Въ этомъ строѣ есть пробѣлы, недостройки и недочеты, никѣмъ не скрываемые, подлежащіе заполненію и пополненію способами, открыто и гласно обсуждаемыми на врачебныхъ съѣздахъ, санитарныхъ совѣтахъ съ участіемъ земскихъ представителей и въ земскихъ собраніяхъ. И это-то отсутствіе свѣтобоязни, этотъ неустанный самоконтроль и широкій доступъ критикѣ сами по себѣ уже представляютъ достаточно вѣрную гарантію жизненной прочности и свѣтлой будущности нашихъ общественныхъ организацій, являясь вмѣстѣ съ тѣмъ ясными показателями и полной гражданской ихъ правоспособности».

184. Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ недавно былъ разосланъ губернаторамъ циркуляръ, заслуживающій особаго вниманія общественныхъ учрежденій и, очевидно, стоящій въ связи съ прежнимъ циркуляромъ Министерства о преобразованіи врачебно-санитарнаго дѣла въ Россіи (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 1, стр. 33; № 3, стр. 114; № 11, стр. 433; № 12, стр. 475; № 15, стр. 582; № 16. стр. 622; № 34, стр. 1199; № 35, стр. 1229; № 45, стр. 2709). Министръ внутреннихъ дѣлъ «полагаетъ соотвѣтственнымъ войти установленнымъ порядкомъ съ ходатайствомъ *объ опредѣленіи для каждой губерніи извѣстнаго числа медицинскихъ и фармацевтическихъ должностей по земскому и городскому общественнымъ Управленіямъ*, соотвѣтственно дѣйствительной надобности въ нихъ, съ присвоеніемъ имъ классовъ по чинопроизводству и разрядовъ по шитью на мундирѣ, но безъ какихъ-либо издержекъ со стороны казны», т. е., безъ правъ на пенсію. При этомъ порядокъ избранія общественными учрежденіями лицъ для замѣщенія должностей съ правами государственной службы и допущеніе избранныхъ лицъ къ исполненію служебныхъ обязанностей должны остаться безъ измѣненія, опредѣленіе-же, перемѣщеніе и увольненіе будетъ зависѣть отъ усмотрѣнія губернской власти по представленію лишь земскаго и городского Управленій въ тѣхъ случаяхъ, когда починъ такого опредѣленія, перемѣщенія и увольненія будетъ исходить отъ послѣднихъ. Министръ внутреннихъ дѣлъ проситъ губернаторовъ затребовать отъ губернской и уѣздныхъ земскихъ Управъ и городскихъ общественныхъ Управленій, для представленія въ Министерство, списки должностей врачей, фельдшеровъ и фармацевтовъ съ указаніемъ числа ихъ, а равно классовъ и разрядовъ по чинопроизводству и шитью на мундирѣ, «предложивъ означеннымъ управленіямъ соблюдать при этомъ, въ цѣляхъ недопущенія возможности переполненія сими лицами подлежащихъ учрежденій, крайнюю осмотрительность въ установленіи количества помянутыхъ должностей». «Журналъ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*» (№ 6/41) приводитъ изъ «Извѣстій Томскаго городского общественнаго Управленія» отзывъ Томскаго городского врачебнаго Совѣта. Совѣтъ высказался, что циркуляръ можетъ внести нежелательныя измѣненія во взаимныя отношенія между медицинскимъ персоналомъ и общественными учрежденіями. Первый переводится въ разрядъ получиновниковъ, вторыя-же, отпуская средства на развитіе врачебно-санитарнаго дѣла и неся отвѣтственность передъ населеніемъ за правильную постановку его, ограничиваются въ правахъ по отношенію къ своимъ служащимъ, черезъ которыхъ фактически они только и могутъ осуществлять добровольно взятыя на себя задачи по охраненію народнаго здоровья. Томскій городской санитарный Совѣтъ призналъ, что создаваемое циркуляромъ положеніе можетъ послужить тормазомъ для дальнѣйшаго развитія медицинскаго дѣла, и единогласно постановилъ просить городскую Управу принять со своей стороны мѣры къ сохраненію за городскимъ Управленіемъ непосредственныхъ правъ по приглашенію, перемѣщенію и увольненію медицинскаго персонала, хотя-бы для этого пришлось отказать послѣднему въ присвоеніи правъ государственной службы. «Едва-ли можно сомнѣваться въ томъ», говоритъ «Журналъ Общества русскихъ врачей», «что и въ другихъ мѣстахъ это право на чины, никакъ не вытекающее изъ непосредственныхъ служебныхъ обязанностей общественныхъ врачей, встрѣтитъ со стороны огромнаго большинства ихъ также лишь отрицательную оцѣнку. Къ великой чести земскихъ нашихъ врачей слѣдуетъ сказать, что, по крайней мѣрѣ, до сихъ поръ въ массѣ они были чужды стремленію къ чиновничеству и, не смотря на полную, казалось бы, de jure зависимость свою отъ земцевъ, всегда считали единственно возможнымъ работать именно въ тѣсномъ единеніи съ ними».— Дѣйствительно, уже многія общественныя учрежденія высказались аналогично приведенному мнѣнію Томскаго санитарнаго Совѣта; такъ, Весьегонское уѣздное земское Собраніе указало, «что совмѣщеніе земской и государственной службы въ интересахъ земскаго дѣла не можетъ считаться желательнымъ»; Зубцовское уѣздное земское Собраніе признало, «что служащимъ удобнѣе остаться при прежнемъ порядкѣ вещей, по которому зачисленіе на государственную службу предоставлено желающему» («Свѣдѣнія о ходѣ заразныхъ болѣзней въ Тверской губ.», октябрь, 1903); Ахтырскій врачебный Совѣтъ («Врачебная хроника Харьковской губ.», № 7—11) выяснилъ слѣдующія затрудненія къ практическому удовлетворенію циркуляра: 1) циркуляръ въ сущности предлагаетъ установить такъ сказать минимальныя штатныя нормы для служащихъ, входящихъ въ составъ земской медицинской организаціи; между тѣмъ организацію эту въ уѣздѣ отнюдь нельзя считать законченной, формальная-же выработка опредѣленныхъ штатовъ, въ сущности противная самому духу земскихъ учрежденій, могла-бы даже практически вредить дальнѣйшему развитію дѣла; 2) тѣмъ болѣе затруднительнымъ представляется требуемое циркуляромъ указаніе классовъ и разрядовъ по чинопроизводству, отдѣльное для каждой должности, такъ какъ принципъ старшинства вообще чуждъ земской врачебной организаціи, гдѣ всѣ земскіе врачи являются равноправными членами послѣдней—товарищами. Совѣтъ постановилъ признать крайне желательнымъ, чтобы и впредь возбужденіе ходатайствъ о предоставленіи правъ государственной службы земскому медицинскому персоналу составляло личное право каждаго отдѣльнаго служащаго.

185. Г. Э. Брезинскій помѣстилъ въ «Рецептѣ» (1 января) горячую статью на тему *о ввозѣ заграничныхъ готовыхъ средствъ въ Россію*. Статья, направленная въ защиту отечественной фармаціи, содержитъ нѣсколько дѣльныхъ замѣчаній и общаго свойства. Напр., въ началѣ ея авторъ говоритъ о заграничныхъ фабрикантахъ слѣдующее: «Присылаютъ, пишутъ въ газетахъ широковѣщательныя рекламы, вполнѣ разсчитывая на успѣхъ, и они не ошибаются, такъ какъ наша публика, да, *къ сожалѣнію, и многіе врачи* (курсивъ нашъ. *Ред.*) стали очень увлекаться всей этой темной заграничной стряпней». Въ концѣ статьи имѣется основательное замѣчаніе насчетъ фармацевтической рекламы: «мнѣ кажется», пишетъ г. Б., «что въ нашемъ дѣлѣ *реклама допущена быть не можетъ* и, если рекламировать запрещено аптекамъ, то это запрещеніе должно относиться также и къ фабрикамъ, лабораторіямъ, складамъ аптекарскихъ товаровъ, вообще ко всѣмъ изобрѣтателямъ лѣчебныхъ средствъ...».—Все это совершенно вѣрно, но въ той-же мѣрѣ должно относиться къ отечественной, какъ и къ иноземной «стряпнѣ» такого рода: она вездѣ должна имѣть одинаковую цѣнность, а о томъ, что реклама не совмѣстима съ человѣколюбіемъ, которому служитъ и медицина, и фармація, разумѣется, и говорить не приходится.

186. «Самарская Газета» (22 января) передаетъ, будто мѣстный земскій врачъ *Ю. К. Боде* внесъ въ губернское земское Собраніе заявленіе о томъ, что онъ, въ виду высказанныхъ *оскорбительныхъ замѣчаній* нѣкоторыхъ гласныхъ по поводу стипендіи сыну покойнаго земскаго врача *Вирпша*, проситъ убрать изъ губернской земской больницы его портретъ, повѣшенный тамъ согласно постановленію Собранія, а также упразднить и стипендію его имени въ фельдшерской школѣ, учрежденную тѣмъ-же Собраніемъ.—Не сообщитъ-ли товарищъ подробностей этого грустнаго дѣла?

187. Недавно, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (21 января), утверждены новыя *правила предосторожности при вырытіи мертвыхъ тѣлъ* для погребенія ихъ въ другомъ мѣстѣ. На основаніи этихъ правилъ, трупы лицъ, умершихъ отъ незаразныхъ болѣзней, могутъ быть вырываемы для перевозки независимо отъ времени ихъ погребенія; трупы-же умершихъ отъ заразныхъ болѣзней—не ранѣе 6 мѣсяцевъ со дня погребенія ихъ. Вскрытіе гроба производится подъ наблюденіемъ врача, у котораго долженъ находиться запасъ средствъ, необходимыхъ для подачи, въ случаѣ надобности, медицинской помощи рабочимъ и другимъ лицамъ. Мертвыя тѣла, перевозимыя изъ-за границы для погребенія въ предѣлахъ Россійской Имперіи, заключаются въ металлическій двойной плотно-запаянный гробъ. Соблюденіе этого требованія удостовѣряется русскимъ генеральнымъ консуломъ.

188. «Русскія Вѣдомости» (20 января) приводятъ изъ «Kraj'я» нѣкоторыя данныя *о положеніи больничнаго дѣла въ Царствѣ Польскомъ* по изслѣдованію д-ра *Менчковскаго*. «Изслѣдованіе это приводитъ къ заключенію, что больничное дѣло въ краѣ изъ года въ годъ ухудшается въ смыслѣ соотвѣтствія больничныхъ мѣстъ съ дѣйствительной потребностью въ нихъ. Правда, число больницъ, число кроватей постоянно возростаетъ, но въ гораздо большей пропорціи ростетъ численность населенія. Такъ, въ 1867 г. въ Царствѣ Польскомъ на 10000 жителей приходилось 7 больничныхъ кроватей, въ 1897 г. уже только 5,7, а въ настоящее время 5,6 кровати. Эта цифра гораздо меньше

средней для всего государства (включительно съ Сибирью и Кавказомъ), равной 6,2».

189. Въ «Сибирской Жизни» (10 января) такъ обрисованы *санитарныя условія службы въ войскахъ Туркестанскаго военнаго округа*. «Изъ 50-тысячнаго состава войскъ Туркестанскаго округа ежегодно заболѣваютъ 25000 чел., а 1550 чел. ежегодно выключается со службы за неспособностью ее продолжать, т. е. людей совершенно обезсиленныхъ болѣзнью, инвалидовъ, едва ли скоро способныхъ взяться за какую-нибудь работу. Картина получается еще мрачнѣе, если разсматривать санитарное состояніе по отдѣльнымъ районамъ края. Такъ 16 стрѣлковый батальонъ, числящій 753 человѣка состава, даетъ 2400 заболѣваній, т. е. каждый рядовой помѣщается въ лазареты по 3—4 раза ежегодно. Въ Кушкинской крѣпостной артиллеріи на 498 чел. состава приходится около 1350 заболѣваній, другими словами, каждый солдатъ поступаетъ въ среднемъ 3 раза въ лазаретъ. Число выключенныхъ со службы по этимъ частямъ не приведено, но, по приблизительному разсчету, оно должно равняться $^1/_4$—$^1/_3$ всего состава». — Желательно-бы имѣть на этотъ счетъ точныя свѣдѣнія изъ вполнѣ компетентнаго источника.

190. Какъ поставлена *медицинская помощь въ Забайкальѣ*, видно изъ сообщенія «Сибирской Жизни» (10 января). Въ Забайкальѣ на все казачество, численностью до 210000, приходится 4 больницы, 13 врачей, 34 фельдшера и фельдшерицы и 22 повивальныхъ бабки. *На 1 врача приходится такимъ образомъ около 16500 чел. населенія*, но и то только на бумагѣ. Въ дѣйствительности, часть врачей занята въ строевыхъ частяхъ и собственно населенія не касается, другіе заняты при больницахъ, такъ что населеніе фактически оставлено на попеченіе однихъ фельдшеровъ.

191. Въ корреспонденціи изъ Троицка, Оренбургской губ., помѣщенной въ «Самарской Газетѣ» (23 января), *въ мрачныхъ краскахъ обрисована* мѣстная городская больница. Въ не менѣе мрачныхъ краскахъ представленъ и врачъ больницы *Внуковъ*, «который», будто-бы, «систематично устраивалъ массу непріятностей д-ру *Левицкому*», изъ за чего послѣдній и долженъ былъ оставить службу въ больницѣ. — Надѣемся, что товарищъ не оставитъ этихъ обвиненій безъ разъясненія.

192. Въ «Русскомъ Словѣ» (23 января) помѣщена корреспонденція изъ Екатеринослава, въ которой разсказывается, будто врачъ мѣстной еврейской больницы *Пудеръ избилъ фельдшера* своей больницы Чигринскаго. — Съ нетерпѣніемъ будемъ ожидать словъ г. *Пудера*.

193. «Русь» (24 января), со словъ «Русскихъ Вѣдомостей», передаетъ, что во Владимірскомъ окружномъ Судѣ будетъ разбираться *дѣло по обвиненію* бывшаго старшаго врача Владимірской губернской земской больницы, *Н. Н. Михайлова, въ явной неосторожности*. Обвиненіе предъявлено по слѣдующимъ пунктамъ. Послѣ операціи переломленнаго предплечья, произведенной въ больницѣ крестьянкѣ А., д-ръ *Михайловъ* оставилъ въ теченіи 3-хъ сутокъ рану больной, почти наглухо зашитую и недостаточно дренированную, безъ осмотра и перевязки, не смотря на поднятіе температуры послѣ операціи. Это вызвало омертвѣніе и смерть А. У мальчика К., имѣвшаго опухоль на головѣ, д-ръ *Михайловъ* усѣкъ опухоль, ошибшись въ распознаваніи, между тѣмъ всѣ данныя указывали на то, что опухоль была врожденною мозговою грыжей, оперативное удаленіе которой представляется въ высшей степени опаснымъ. К. умеръ отъ воспаленія мозговыхъ оболочекъ, вызваннаго операціей. При удаленіи новообразованія въ желудкѣ у крестьянина М. д-ръ *Михайловъ* приступилъ къ коренному удаленію, не убѣдившись ранѣе путемъ тщательнаго изслѣдованія и осмотра брюшной полости въ томъ, представляется-ли возможность выполнить это изсѣченіе безъ повреждения окружающихъ органовъ и сосудовъ, вслѣдствіе чего онъ отсѣкъ головку поджелудочной железы и поранилъ брыжеечную вену. Это вызвало кровоизліяніе и смерть М. Медицинскій Совѣтъ призналъ дѣйствія д-ра *Михайлова* въ 1-мъ и 2-мъ случаяхъ явно неосторожными, а въ 3-мъ,—что операція произведена безъ всякаго плана и безъ достаточной опытности и умѣнья.—Не сообщитъ-ли кто изъ товарищей подробностей этого безусловно интереснаго дѣла?

194. 3-го февраля въ Berlin'ѣ состоялось 1-е засѣданіе Общества, устраивающаго огромную *санаторію на о. Мадейрѣ для грудныхъ больныхъ*. Секретаремъ Общества избранъ проф. *Pannwitz*, такъ много потрудившійся надъ учрежденіемъ Международнаго бюро по борьбѣ съ бугорчаткой.

195. *Смертность во французской арміи* уменьшилась въ 1901 г. до 5,37‰ съ 5,73‰ въ 1900 г. Уменьшеніе это касается какъ войскъ, расположенныхъ въ Европѣ, такъ и африканскихъ: въ первыхъ смертность упала съ 4,85‰ до 4,51‰, а во вторыхъ съ 11,53‰ до 11,10‰. Изъ отдѣльныхъ элементовъ арміи крайне высока смертность среди штабныхъ писарей и санитаровъ вслѣдствіе значительнаго распространенія среди нихъ бугорчатки, дающей у нихъ болѣе $^1/_3$ (36%) общаго числа случаевъ смерти, вмѣсто около 20% среднихъ для всей арміи (183‰ въ 1901 г. и 155‰ въ 1900). Другою язвою является по прежнему брюшной тифъ, хотя тоже ослабѣвшій (188 на 1000 всѣхъ случаевъ смерти въ 1901 г. противъ 236‰ въ 1900) («La Semaine médicale», 27 января).

196. Д-ръ *Girard* въ *Grenoble'ѣ* только случайно уцѣлѣлъ отъ *покушенія на его жизнь*, произведеннаго нѣкоей г-жей Goudon изъ мести за смерть отца, котораго, яко-бы, уморилъ названный врачъ. Направленная въ его голову пуля изъ револьвера лишь слегка задѣла правое ухо. Разслѣдованіе показало, что у г-жи Goudon не вполнѣ въ порядкѣ умственныя способности. Во всякомъ случаѣ, въ смерти отца ея, умершаго послѣ перелома ноги отъ болѣзни сердца, д-ръ *Girard* былъ совершенно неповиненъ. Передавая объ этомъ случаѣ, «Gazette médicale de Paris» (30 января) надѣется, что д-ръ *Girard* сдѣлаетъ все возможное, чтобы больная не была арестована.—О покушеніи на другого врача, въ американскомъ городкѣ Haw River, передаетъ «Medical Record» (16 января); санитарный врачъ *Th. S. Faucette* получилъ ударъ камнемъ въ голову отъ хозяина квартиры, которую онъ явился обеззараживать.

197. *Чума въ британскихъ владѣніяхъ* (по «The British Medical Journal», 30 января). Въ Индіи за 3 послѣдніе недѣли декабря умерли отъ чумы 17527, 15606 и 16503 чел. За недѣли по 19/XII и 26/XII наибольшія цифры умершихъ дали: городъ Bombay 57 и 65, Bombay'скій округъ 7579 и 5656, Calcutta 15 и 15, Bengal'скій округъ 1039 и 1377, Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh 2504 и 2522, центральныя провинціи 1687 и 1547, Punjab 1066 и 1049, Kashmir (за послѣднюю недѣлю) 26. Послѣднія извѣстія указываютъ на усиленіе эпидеміи въ Bombay'скомъ округѣ; изъ 16503 умершихъ во всей Индіи за послѣднюю недѣлю года 6630 приходятся на Bombay'ское президенство, за весь же мѣсяцъ въ Bombay'скомъ округѣ чума унесла 31646 жертвъ. За 4 недѣли по 23/I 1904 г. заболѣваемость и смертность отъ чумы въ Южныхъ частяхъ полуострова распредѣляются такъ: Mysore State 3349 случаевъ заболѣванія и 2632 случая смерти, Hyderabad State 4177 и 3566, Madras'ское президентство 3664 и 2363. Изъ мѣстностей Капской колоніи чума за недѣлю по 26/XII оставалась только въ East London'ѣ, гдѣ былъ обнаруженъ 1 случай, да еще 1 за недѣлю по 2/I; къ концу послѣдней оставалось въ чумной больницѣ 2 больныхъ. На Островѣ св. Маврикія за недѣлю по 14/I заболѣли 44 чел. и умерли 25.

198. Въ New-York'ѣ началъ выходить новый журналъ *«Illustrated review of physiologic therapeutics»*, подъ редакціею д-ра *S. H. Monell's* («Medical Record», 16 января).

199. Д-ръ *Otis B. Gally* въ городѣ Augusta (штатъ Georgia) былъ 9-го декабря *серьезно раненъ* д-ромъ *J. E. Durr*'омъ *изъ за недоразумѣній по дѣламъ практики*; пуля пробила верхушку праваго легкаго («The Journal of the American Medical Association», 16 января).

200. Медицинское Общество графства Whiteside въ штатѣ Illinois постановило, какъ передаетъ «The Journal of the American Medical Association» (16 января), обратиться къ газетамъ съ просьбою *не называть именъ врачей* при описаніи разныхъ несчастій и вообще во всѣхъ случаяхъ, гдѣ приглашаются врачи.

201. Коммиссія фармацевтическаго бюро штата New-York изслѣдовала 976 образцовъ разныхъ лѣкарствъ и нашла, что 415 изъ нихъ *не удовлетворяютъ обычнымъ требованіямъ* («The Journal of the American Medical Association», 16 января).

202. *Умерли:* 1) 13-го января, въ Бѣлостокѣ, Гродненской губ., старшій врачъ 11-го драгунскаго Харьковскаго полка *Александръ Феофановичъ Кайданъ*, родившійся въ 1852 г., а званіе врача получившій (въ В.-Медицинской Академіи) въ 1881 г. *Послѣ покойнаго осталась вдова и 5 дѣтей безъ всякихъ средствъ* [1]).—2) Въ Равѣ, Петроковской губ. врачъ мѣстной больницы св. Духа *Казимиръ Флавіановичъ Якобсонъ* («Kronika lekarska», 15 января), родившійся въ 1872 г., а званіе врача получившій въ 1897 г.—3) 19 января въ г. Верхнеднѣпровскѣ, Екатеринославской губ., отъ старческаго маразма старѣйшій изъ врачей губерніи *Іосифъ Антоновичъ Мрозовскій*, родившійся въ 1827 г., а званіе врача получившій (въ Кіевѣ) въ 1853 г.. Почти все время своей $^1/_2$-вѣковой дѣятельности покойный проволъ въ Верхнеднѣпровскомъ уѣздѣ, гдѣ былъ извѣстенъ всѣмъ, какъ хорошій врачъ, гуманный, сердечный и вполнѣ безкорыстный человѣкъ. При открытіи одного изъ врачебныхъ земскихъ участковъ покойный занялъ мѣсто участковаго врача, а потомъ перешелъ на службу въ городской земскій участокъ, гдѣ занималъ также и должность уѣзднаго врача. Только за годъ до смерти, чувствуя упадокъ силъ, *І. А.* оставилъ службу. Не смотря на самую широкую популярность въ населеніи, которой онъ пользовался, *І. А.* не оставилъ послѣ себя ничего, кромѣ «добраго имени», и образъ дѣдушки-врача будетъ еще долго въ памяти у всѣхъ, его знавшихъ. Земская эмеритура и жалкая казенная пенсія по должности уѣзднаго врача--вотъ обезпеченіе для семьи. Земство возложило на гробъ покойнаго вѣнокъ съ надписью: «Верхнеднѣпровское Земство—другу страждущихъ»; былъ также вѣнокъ и отъ мѣстнаго еврейскаго Общества (Сообщено *П. М. Сочинскимъ*).—4) Въ Минскѣ врачебный инспекторъ *Павелъ Менандровичъ Петровъ* («Сѣверо-Западное Слово», 20 января), родившійся въ 1843 г., а званіе врача получившій въ въ 1864 г.—5) Въ Вязьмѣ *Петкевичъ* («Днѣпровскій Вѣстникъ», 24 января).—6) Въ Кишиневѣ *Эдуардъ Егоровичъ Шмидтъ* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 25 января), родившійся въ 1832 г., а званіе врача получившій въ 1859 г.

[1]) Если-бы кто изъ товарищей пожелалъ придти на помощь осиротѣлой семьѣ покойнаго матеріальной поддержкой, мы охотно примемъ на себя ея передачу. *Ред.*

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Англійскіе.

**The American Journal of Anatomy.** Январь. Т. II, № 4.

1. **Joseph Marshall Flint.** *The angiology, angiogenesis, and organogenesis of the submaxillary gland.* Кровоснабженіе и способъ развитія железистой ткани и кровеносной системы въ подчелюстной железѣ. 2. **Richard Mills Pearce.** *The development of the Islands of Langerhans in the human embryo.* Объ островкахъ *Langerhans*'а у человѣческаго зародыша. 3. **Robert W. Lovett.** *A contribution to the study of the mechanics of the spine.* Механизмъ движеній позвоночника. 4. **J. Playfair Mc Murrich.** *The phylogeny of the palmar musculature.* Развитіе мышцъ кисти руки.

**The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children.** Ноябрь. Т. XLVIII. № 5.

1. **L. H. Dunning.** *Some of the sources of the disappointments of the surgeon.* Краткій очеркъ. 2. **James F. Baldwin.** *Relationship of the colon to abdominal tumors.* Объ опухоляхъ брюшной полости. 3. **M. Stamm.** *The value of vaginal cesarean section, with report of two cases.* Преимущества влагалищнаго способа кесарскаго сѣченія. Описаніе 2-хъ случаевъ. 4. **E. Gustav Zinke.** *The limitations of cesarean section.* Показанія и противопоказанія къ операціи кесарскаго сѣченія. 5. **Edward j. Jll.** *The gilliam operation: a clinical contribution.* 6. **Joseph Price.** *Analysis of common causes of death following pelvic and abdominal operations.* Объ операціяхъ въ брюшной полости и въ тазу. 7. **H. Howitt.** *Report of a fourth concentive successful operation for acute perforated gastric ulcer, with general infection of the peritoneal cavity.* Операціи по поводу прободенія стѣнки желудка. 8. **Carlton C. Frederick.** *Should the uterus and ovaries be removed in operating for double pyosalpinx.* Операція по поводу двусторонняго гнойнаго сальпингита. 9. **A. Goldspohn.** *The indications and technique of vaginal drainage for suppuration in the pelvis.* Показанія и техника дренажа при нагноеніяхъ въ тазу. 10. **H. W. Longyear.** *Shortening the round ligaments by the blunthook method, with report of cases.* Операція на круглыхъ связкахъ матки. 11. **L. S. Mc Murthy.** *In memoriam William Els. Davis.* Біографическій очеркъ. 12. **D. Tod Gilliam.** *The rational treatment of post-partum infections of the uterus.* 13. **John Young Brown.** *Penetrating and perforating gunshot and stab wounds of the abdomen, with report of cases.* Прободающія раны живота. 14. **J. H. Carstens.** *Infantile uterus, scanty menstruation, amenorrhea and dysmenorrhea cured by stem pessaries.* Дѣтская матка и разстройства мѣсячныхъ, лѣченныя пессаріями. 15. **N. Stone Scott.** *Surgery of the ileocoecal valve for non-malignant disease.* Хирургія ileocoecal'ной заслонки при незлокачественныхъ процессахъ.

**The British Gynaecological Journal.** Ноябрь. Т. XIX. № 75.

1. **Paul Zweifel.** *The treatment of haematocele.* Лѣченіе кровяной опухоли. 2. **Franz von Neugebauer.** *Hermaphrodism in the Daily practice of medicine; being information upon hermaphrodism indispensable to the practitioner.* О гермафродитизмѣ.

#### Нѣмецкіе.

**Archiv für Verdauungs-Krankheiten.** Ноябрь. Т. IX. Тетр. 5.

1. **A. Bial.** *Ausnutzung von Pepton-und Pepton Alkohol-Klystiren.* Анализъ испражненій послѣ введенія пептонныхъ и пептонъ-алкогольныхъ клизмъ. 2. **S. J. Meltzer.** *Bemerkungen über Gastralgie, Magenkolik und Kolik im Allgemeinen.* Причины желудочной колики и коликъ вообще. 3. **Georg Kelling.** *Ueber Erweiterung der Speiseröhre ohne Stenose der Cardia.* Случаи съ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ. 4. **Max Buch.** *Ueber Mesogastralgie, zur Klarstellung des Begriffes Enteralgie.* (Окончаніе).

**Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.** Ноябрь. Т. XIV. № 21.

1. **L. Jores.** *Ueber eine der fettigen Metamorphose analoge Degeneration des elastischen Gewebes.* Особый видъ перерожденія упругихъ волоконъ. 2. **Richard Lewisohn.** *Ueber einen Fall von echter Nebenlunge.* Рѣдкая неправильность: добавочное легкое.

№ 22.

1. **Ludwig Schreiber.** *Bemerkungen zu A. Maximows Aufsatz «Ueber Klasmatocyten und Mastzellen.* Полемическая замѣтка. 2. **S. Messing.** *Ueber Entzündung bei den niederen wirbellosen Tieren.* Экспериментально-гистологическое изслѣдованіе.

**Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten.** Ноябрь. Т. XXXIV. № 2 и 3.

1. **Tenholt.** *Die Ankystomiasis-Frage.* Связный рефератъ работъ. (Окончаніе).

№ 4 и 5.

1. **E. Hailer.** *Die Anwendung physikalisch-chemischer Methoden für die Aufklärung der Natur der Toxine.* Связный рефератъ. 2. **E. Bertarelli.** *Der gegenwärtige Stand der Pellagrafrage in Italien.* Критическій очеркъ.

Ноябрь. Т. XXXV. № 2.

1. **A. Bajardi.** *Die «Streptothrix lingualis» (Syn. Vibrio, Spirosoma linguale) im Munde der Gesunden und der Diphtherischen.* Описываемый стрептотриксъ обнаруживаетъ при окраскѣ полярную зернистость. 2. **E. Klein** und **Mervyn Gordon.** *Ueber die Herkunft einer Rosahefe.* Описаніе біологическихъ свойствъ одного вида болѣзнетворныхъ дрожжей. 3. **C. Wehmer.** *Der Aspergillus des Tokelau.* Плѣсневый грибокъ, вызывающій заболѣваніе кожи у жителей острововъ индійскаго океана. 4. **A. Schittenhelm** und **F. Schröter.** *Gasbildung und Gasatmung von Bakterien.* Изслѣдованіе газообмѣна у бактерій. 5. **Ludwig Kamen.** *Weiterer Beitrag zur Lokalisation der Influenza an den Tonsillen.* Приводитъ еще одно патолого-анатомическое наблюденіе, доказывающее возможность мѣстоположенія бактерій гриппа на миндалинахъ. 6. **C. O. Harz.** *Pomeranzenfarbiger Schweiss.* Микробы оранжеваго пота суть bacterium auratum. 7. **Heinrich Kayser.** *Die Bakteriologie des Paratyphus.* Съ точки зрѣнія санитарно-гигіенической чужеядныя заболѣванія слѣдуетъ приравнивать къ тифознымъ. 8. **A. Игнатовскій.** *Zur Frage vom Verhalten verschiedener Gewebe des tierischen Organismus gegen das Tetanusgift.* (Окончаніе). 9. **J. Bongert.** *Beiträge zur Biologie des Milzbrandbacillus und sein Nachweiss im Kadaver der grossen Haustiere.* Способы обнаруженія и выращиванія сибиреязвенныхъ палочекъ изъ труповъ павшихъ животныхъ. (Окончаніе). 10. **D. Mezincescu.** *Ueber ein Eiterspirillum.* Описаніе спириллъ гноя. 11. **F. Murillo.** *Ueber die Diphtherietoxinkurve.* Вліяніе дифтерійнаго токсина на организмъ животныхъ. 12. **Annibal Bettencourt, Ayres Kopke, Gomes de Rezende** und **Correia Mendes.** *Ueber die Aetiologie der Schlafkrankheit.* Причины сонной болѣзни. (Окончаніе). 13. **E. Bertarelli** und **G. Volpino.** *Morphologische und biologische Beobachtungen über einen Fall von Wutkrankheit beim Menschen.* Гистологическое изслѣдованіе мозга одного человѣка, погибшаго отъ бѣшенства. 14. **Otto Uhlmann.** *Der Bakteriengehalt des Zitzenkanals (Ductus papillaris) bei der Kuh, der Ziege und dem Schafe.* Бактеріологія молочныхъ ходовъ у коровы, козы и овцы. 15. **Alfred Lingard.** *The giant Trypanosoma discovered in the blood of bovines.* Описаніе гигантской трипанозомы въ крови рогатаго скота. 16. **Eugenio Centanni.** *Ueber die Autozytopräzipitine und über eine allgemeine Form derselben.* (Продолженіе). 17. **Oskar Bail** und **Alfred Pettersson.** *Untersuchungen über natürliche und künstliche Milzbrandimmunität.* О невоспріимчивости къ сибирской язвѣ. (Окончаніе). 18. **J. E. Sweet.** *The reactions of the blood in experimental diabetes mellitus. A contribution to our knowledge of the thermolabile complements. First contribution.* Реакція крови при искусственно вызванной сахарной болѣзни. 19. **Купцисъ.** *Die Desinfektionsmittel aus der russischen Naphtha.* Изслѣдованіе обеззараживающихъ свойствъ русской нефти. 20. **M. H. Gordon.** *Notiz über die Anwendung des Neutralrots (Rothberger) zur Differenzierung von Streptokokken.* Авторъ употребляетъ бульонъ, подкрашенный 2%-мъ воднымъ растворомъ нейтральрота. 21. **Leo Langstein** und **Martin Mayer.** *Versuche von Bacterienzüchtung in einer nativen Mucoidlösung.* Автору удалось выростить съ успѣхомъ на этой средѣ цѣлый рядъ микробовъ.

**Centralblatt für die gesammte Therapie.** Г. XXV. Тетр. 12.

1. **J. Sadger.** *Die Wasserbehandlung der Epilepsie.* Клиническая лекція. 2. **C. Engelskjön.** *Die Heilung des chronischen Morphinismus durch eine neue Behandlungsweise.* Новый способъ лѣченія морфинизма.

**Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte.** Ноябрь. № 22.

1. **W. Falta.** *Zur Klinik des Diabetes mellitus.* Критическій очеркъ. 2. **F. Paravicini.** *Die physikalische Therapie des praktischen Arztes.* Литературно-критическій обзоръ. 3. **Th. Christen.** *Bemerkung zu der Analyse des Herrn Prof. Strzyzowski in № 18 des Corresp.-Blattes.* Полемическая замѣтка.

**Dermatologische Zeitschrift.** Декабрь. Т. X. Тетр. 6.

1. **Bettmann.** *Epidermolysis bullosa hereditaria.* Попытка установить зависимость даннаго заболѣванія отъ наслѣдственности. 2. **L. Lipman-Wulf.** *Zur Frage der Beziehungen zwischen Psoriasis und Gelenkaffektionen.* Описаніе случая и рентгенографическіе снимки съ конечностей. 3. **Artur Strauss.** *Die Behandlung der chronischen Gonorrhoe mit Spülsonden.* Лѣченіе хроническаго гонорройнаго уретрита глубокими промываніями мочеиспускательнаго канала. 4. **Georges Dreyer.** *Lichtbehandlung nach Sensibilisierung.* Способъ заключается въ предварительномъ впрыскиваніи раствора эритрозина въ кожу.

**Die Therapie der Gegenwart.** Декабрь.

1. **W. Zinn.** *Ueber die Wurmkrankheit Ankylostomiasis und ihre Bekämpfung.* Чужеядныя заболѣванія кишечника и способы борьбы съ ними. 2. **Paul Krause.** *Beiträge zur Lichttherapie nach eigenen Versuchen.* Нѣсколько наблюденій къ вопросу о свѣтолѣченіи. 3. **Ludwig Carl Mayer.** *Ueber die therapeutische Verwendung natürlichen Magensaftes (Dyspeptina) bei Magenkranken.* 6 случаевъ желудочныхъ заболѣваній, лѣченныхъ естественнымъ желудочнымъ сокомъ. 4. **M. Katzenstein.** *Die Behandlung der Fissura ani.* Терапевтическіе пріемы лѣченія трещинъ задняго прохода. 5. **H. Vieth.** *Die dermatologisch wichtigen Bestandtheile des Theeres und die Darstellung des Anthrasols.* Деготь и его составныя части, имѣющія значеніе въ лѣченіи кожныхъ болѣзней. 6. **H. Finkelstein.** *Sammelreferate über neuere*

Digitized by Google

средней для всего государства (включительно съ Сибирью и Кавказомъ), равной 6,2».

189. Въ «Сибирской Жизни» (10 января) такъ обрисованы *санитарныя условія службы въ войскахъ Туркестанскаго военнаго округа.* «Изъ 50-тысячнаго состава войскъ Туркестанскаго округа ежегодно заболѣваютъ 25000 чел., а 1550 чел. ежегодно выключается со службы за неспособностью ее продолжать, т. е. людей совершенно обезсиленныхъ болѣзнью, инвалидовъ, едва ли скоро способныхъ взяться за какую-нибудь работу. Картина получается еще мрачнѣе, если разсматривать санитарное состояніе по отдѣльнымъ районамъ края. Такъ 16 стрѣлковый батальонъ, числящій 753 человѣка состава, даетъ 2400 заболѣваній, т. е. каждый рядовой помѣщается въ лазареты по 3—4 раза ежегодно. Въ Кушкинской крѣпостной артиллеріи на 498 чел. состава приходится около 1350 заболѣваній, другими словами, каждый солдатъ поступаетъ въ среднемъ 3 раза въ лазаретъ. Число выключенныхъ со службы по этимъ частямъ не приведено, но, по приблизительному разсчету, оно должно равняться $^1/_4$—$^1/_3$ всего состава». — Желательно-бы имѣть на этотъ счетъ точныя свѣдѣнія изъ вполнѣ компетентнаго источника.

190. Какъ поставлена *медицинская помощь въ Забайкальѣ*, видно изъ сообщенія «Сибирской Жизни» (10 января). Въ Забайкальѣ на все казачество, численностью до 210000, приходится 4 больницы, 13 врачей, 34 фельдшера и фельдшерицы и 22 повивальныхъ бабки. *На 1 врача приходится такимъ образомъ около 16500 чел. населенія*, но и то только на бумагѣ. Въ дѣйствительности, часть врачей занята въ строевыхъ частяхъ и собственно населенія не касается, другіе заняты при больницахъ, такъ что населеніе фактически оставлено на попеченіе однихъ фельдшеровъ.

191. Въ корреспонденціи изъ Троицка, Оренбургской губ., помѣщенной въ «Самарской Газетѣ» (23 января), *въ мрачныхъ краскахъ обрисована* мѣстная городская больница. Въ не менѣе мрачныхъ краскахъ представленъ и врачъ больницы *Внуковъ*, «который», будто-бы, «систематично устраивалъ массу непріятностей д-ру *Левицкому»*, изъ за чего послѣдній и долженъ былъ оставить службу въ больницѣ. — Надѣемся, что товарищъ не оставитъ этихъ обвиненій безъ разъясненія.

192. Въ «Русскомъ Словѣ» (23 января) помѣщена корреспонденція изъ Екатеринослава, въ которой разсказывается, будто врачъ мѣстной еврейской больницы *Пудеръ избилъ фельдшера* своей больницы Чигринскаго. — Съ нетерпѣніемъ будемъ ожидать словъ г. *Пудера.*

193. «Русь» (24 января), со словъ «Русскихъ Вѣдомостей», передаетъ, что во Владимірскомъ окружномъ Судѣ будетъ разбираться *дѣло по обвиненію* бывшаго старшаго врача Владимірской губернской земской больницы, *Н. Н. Михайлова, въ явной неосторожности.* Обвиненіе предъявлено по слѣдующимъ пунктамъ. Послѣ операціи переломленнаго предплечья, произведенной въ больницѣ крестьянкѣ А., д-ръ *Михайловъ* оставилъ въ теченіи 3-хъ сутокъ рану больной, почти наглухо зашитую и недостаточно дренированную, безъ осмотра и перевязки, не смотря на поднятіе температуры послѣ операціи. Это вызвало омертвѣніе и смерть А. У мальчика К., имѣвшаго опухоль на головѣ, д-ръ *Михайловъ* усѣкъ опухоль, ошибшись въ распознаваніи, между тѣмъ всѣ данныя указывали на то, что опухоль была врожденною мозговою грыжей, оперативное удаленіе которой представляется въ высшей степени опаснымъ. К. умеръ отъ воспаленія мозговыхъ оболочекъ, вызваннаго операціей. При удаленіи новообразованія въ желудкѣ у крестьянина М. д-ръ *Михайловъ* приступилъ къ коренному удаленію, не убѣдившись ранѣе путемъ тщательнаго изслѣдованія и осмотра брюшной полости въ томъ, представляется-ли возможность выполнить это изсѣченіе безъ поврежденія окружающихъ органовъ и сосудовъ, вслѣдствіе чего онъ отсѣкъ головку поджелудочной железы и поранилъ брыжжеечную вену. Это вызвало кровоизліяніе и смерть М. Медицинскій Совѣтъ призналъ дѣйствія д-ра *Михайлова* въ 1-мъ и 2-мъ случаяхъ явно неосторожными, а въ 3-мъ,—что операція произведена безъ всякаго плана и безъ достаточной опытности и умѣнья.—Не сообщитъ-ли кто изъ товарищей подробностей этого безусловно интереснаго дѣла?

194. 3-го февраля въ Berlin'ѣ состоялось 1-е засѣданіе Общества, устраивающаго огромную *санаторію на о. Мадейрѣ для грудныхъ больныхъ*. Секретаремъ Общества избранъ проф. *Pannwitz*, такъ много потрудившійся надъ учрежденіемъ Международнаго бюро по борьбѣ съ бугорчаткой.

195. *Смертность во французской арміи* уменьшилась въ 1901 г. до 5,37$^0/_{00}$ съ 5,73$^0/_{00}$ въ 1900 г. Уменьшеніе это касается какъ войскъ, расположенныхъ въ Европѣ, такъ и африканскихъ: въ первыхъ смертность упала съ 4,85$^0/_{00}$ до 4,51$^0/_{00}$, а во вторыхъ съ 11,53$^0/_{00}$ до 11,10$^0/_{00}$. Изъ отдѣльныхъ элементовъ арміи крайне высока смертность среди штабныхъ писарей и санитаровъ вслѣдствіе значительнаго распространенія среди нихъ бугорчатки, дающей у нихъ болѣе $^1/_3$ (36$^0/_0$) общаго числа случаевъ смерти, вмѣсто около 20$^0/_0$ среднихъ для всей арміи (183$^0/_{00}$ въ 1901 г. и 155$^0/_{00}$ въ 1900). Другою язвою является по прежнему брюшной тифъ, хотя тоже ослабѣвшій (188 на 1000 всѣхъ случаевъ смерти въ 1901 г. противъ 236$^0/_{00}$ въ 1900) («La Semaine médicale», 27 января).

196. Д-ръ *Girard* въ *Grenoble*'ѣ только случайно уцѣлѣлъ отъ *покушенія на его жизнь*, произведеннаго нѣкоей г-жей Goudon изъ мести за смерть отца, котораго, яко-бы, уморилъ названный врачъ. Направленная въ его голову пуля изъ револьвера лишь слегка задѣла правое ухо. Разслѣдованіе показало, что у г-жи Goudon не вполнѣ въ порядкѣ умственныя способности. Во всякомъ случаѣ, въ смерти отца ея, умершаго послѣ перелома ноги отъ болѣзни сердца, д-ръ *Girard* былъ совершенно неповиненъ. Передавая объ этомъ случаѣ, «Gazette médicale de Paris» (30 января) надѣется, что д-ръ *Girard* сдѣлаетъ все возможное, чтобы больная не была арестована.—О покушеніи на другого врача, въ американскомъ городкѣ Haw River, передаетъ «Medical Record» (16 января); санитарный врачъ *Th. S. Faucette* получилъ ударъ камнемъ въ голову отъ хозяина квартиры, которую онъ явился обеззараживать.

197. *Чума въ британскихъ владѣніяхъ* (по «The British Medical Journal», 30 января). Въ Индіи за 3 послѣднія недѣли декабря умерли отъ чумы 17527, 15606 и 16503 чел. За недѣли по 19/xii и 26/xii наибольшія цифры умершихъ дали: городъ Bombay 57 и 65, Bombay'скій округъ 7579 и 5656, Calcutta 15 и 15, Bengal'скій округъ 1039 и 1377, Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh 2504 и 2522, центральныя провинціи 1687 и 1547, Punjab 1066 и 1049, Kashmir (за послѣднюю недѣлю) 26. Послѣднія извѣстія указываютъ на усиленіе эпидеміи въ Bombay'скомъ округѣ; изъ 16503 умершихъ во всей Индіи за послѣднюю недѣлю года 6630 приходятся на Bombay'ское президенство, за весь же мѣсяцъ въ Bombay'скомъ округѣ чума унесла 31646 жертвъ. За 4 недѣли по 23/i 1904 г. заболѣваемость и смертность отъ чумы въ Южныхъ частяхъ полуострова распредѣляются такъ: Mysore State 3349 случаевъ заболѣванія и 2632 случая смерти, Hyderabad State 4177 и 3566, Madras'ское президентство 3664 и 2363. Изъ мѣстностей Капской колоніи чума за недѣлю по 26/xii оставалась только въ East London'ѣ, гдѣ былъ обнаруженъ 1 случай, да еще 1 за недѣлю по 2/i; къ концу послѣдней оставалось въ чумной больницѣ 2 больныхъ. На Островѣ св. Маврикія за недѣлю по 14/i заболѣли 44 чел. и умерли 25.

198. Въ New-York'ѣ началъ выходить новый журналъ *«Illustrated review of physiologic therapeutics»*, подъ редакціею д-ра *S. H. Monell'*я («Medical Record», 16 января).

199. Д-ръ *Otis B. Gally* въ городѣ Augusta (штатъ Georgia) былъ 9-го декабря *серьезно раненъ* д-ромъ *J. E. Durr*'омъ *изъ-за недоразумѣній по дѣламъ практики;* пуля пробила верхушку праваго легкаго («The Journal of the American Medical Association», 16 января).

200. Медицинское Общество графства Whiteside въ штатѣ Illinois постановило, какъ передаетъ «The Journal of the American Medical Association» (16 января), обратиться къ газетамъ съ просьбою *не называть именъ врачей* при описаніи разныхъ несчастій и вообще во всѣхъ случаяхъ, гдѣ приглашаются врачи.

201. Коммиссія фармацевтическаго бюро штата New-York изслѣдовала 976 образцовъ разныхъ лѣкарствъ и нашла, что 415 изъ нихъ *не удовлетворяютъ обычнымъ требованіямъ* («The Journal of the American Medical Association», 16 января).

202. *Умерли:* 1) 13-го января, въ Бѣлостокѣ, Гродненской губ., старшій врачъ 11-го драгунскаго Харьковскаго полка *Александръ Феофановичъ Кайданъ*, родившійся въ 1852 г., а званіе врача получившій (въ В.-Медицинской Академіи) въ 1881 г. *Послѣ покойнаго осталась вдова и 5 дѣтей безъ всякихъ средствъ* [1]).—2) Въ Равѣ, Петроковской губ. врачъ мѣстной больницы св. Духа *Казимиръ Флавіановичъ Якобсонъ* («Kronika lekarska», 15 января), родившійся въ 1872 г., а званіе врача получившій въ 1897 г.—3) 19 января въ г. Верхнеднѣпровскѣ, Екатеринославской губ., отъ старческаго маразма старѣйшій изъ врачей губерніи *Іосифъ Антоновичъ Мрозовскій*, родившійся въ 1827 г., а званіе врача получившій (въ Кіевѣ) въ 1853 г.. Почти все время своей $^1/_2$-вѣковой дѣятельности покойный провелъ въ Верхнеднѣпровскомъ уѣздѣ, гдѣ былъ извѣстенъ всѣмъ, какъ хорошій врачъ, гуманный, сердечный и вполнѣ безкорыстный человѣкъ. При открытіи одного изъ врачебныхъ земскихъ участковъ покойный занялъ мѣсто участковаго врача, а потомъ перешелъ на службу въ городской земскій участокъ, гдѣ занималъ также и должность уѣзднаго врача. Только за годъ до смерти, чувствуя упадокъ силъ, *I. A.* оставилъ службу. Не смотря на самую широкую популярность въ населеніи, которой онъ пользовался, *I. A.* не оставилъ послѣ себя ничего, кромѣ «добраго имени», и образъ дѣдушки-врача будетъ еще долго въ памяти у всѣхъ, его знавшихъ. Земская эмеритура и жалкая казенная пенсія по должности уѣзднаго врача--вотъ обезпеченіе для семьи. Земство возложило на гробъ покойнаго вѣнокъ съ надписью: «Верхнеднѣпровское Земство—другу страждущихъ»; былъ также вѣнокъ и отъ мѣстнаго еврейскаго Общества (Сообщено *П. М. Сочинскимъ*).—4) Въ Минскѣ врачебный инспекторъ *Павелъ Менандровичъ Петровъ* («Сѣверо-Западное Слово», 20 января), родившійся въ 1843 г., а званіе врача получившій въ въ 1864 г.—5) Въ Вязьмѣ *Петкевичъ* («Днѣпровскій Вѣстникъ», 24 января).—6) Въ Кишиневѣ *Эдуардъ Егоровичъ Шмидтъ* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 25 января), родившійся въ 1832 г., а званіе врача получившій въ 1859 г.

[1]) Если-бы кто изъ товарищей пожелалъ придти на помощь осиротѣлой семьѣ покойнаго матеріальной поддержкой, мы охотно примемъ на себя ея передачу. *Ред.*

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Англійскіе.

**The American Journal of Anatomy.** Январь. Т. II, № 4.

1. **Joseph Marshall Flint.** *The angiology, angiogenesis, and organogenesis of the submaxillary gland.* Кровоснабженіе и способъ развитія железистой ткани и кровеносной системы въ подчелюстной железѣ. 2. **Richard Mills Pearce.** *The development of the Islands of Langerhans in the human embryo.* Объ островкахъ *Langerhans*'а у человѣческаго зародыша. 3. **Robert W. Lovett.** *A contribution to the study of the mechanics of the spine.* Механизмъ движеній позвоночника. 4. **J. Playfair Mc Murrich.** *The phylogeny of the palmar musculature.* Развитіе мышцъ кисти руки.

**The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children.** Ноябрь. Т. XLVIII. № 5.

1. **L. H. Dunning.** *Some of the sources of the disappointments of the surgeon.* Краткій очеркъ. 2. **James F. Baldwin.** *Relationship of the colon to abdominal tumors.* Объ опухоляхъ брюшной полости. 3. **M. Stamm.** *The value of vaginal cesarean section, with report of two cases.* Преимущества влагалищнаго способа кесарскаго сѣченія. Описаніе 2-хъ случаевъ. 4. **E. Gustav Zinke.** *The limitations of cesarean section.* Показанія и противопоказанія къ операціи кесарскаго сѣченія. 5. **Edward j. Jll.** *The gilliam operation: a clinical contribution.* 6. **Joseph Price.** *Analysis of common causes of death following pelvic and abdominal operations.* Объ операціяхъ въ брюшной полости и въ тазу. 7. **H. Howitt.** *Report of a fourth concentive successful operation for acute perforated gastric ulcer, with general infection of the peritoneal cavity.* Операція по поводу прободенія стѣнки желудка. 8. **Carlton C. Frederick.** *Should the uterus and ovaries be removed in operating for double pyosalpinx.* Операція по поводу двустороннаго гнойнаго сальпингита. 9. **A. Goldspohn.** *The indications and technique of vaginal drainage for suppuration in the pelvis.* Показанія и техника дренажа при нагноеніяхъ въ тазу. 10. **H. W. Longyear.** *Shortening the round ligaments by the blunthook method, with report of cases.* Операція на круглыхъ связкахъ матки. 11. **L. S. Mc Murthy.** *In memoriam William Els. Davis.* Біографическій очеркъ. 12. **D. Tod Gilliam.** *The rational treatment of post-partum infections of the uterus.* 13. **John Young Brown.** *Penetrating and perforating gunshot and stab wounds of the abdomen, with report of cases.* Прободающія раны живота. 14. **J. H. Carstens.** *Infantile uterus, scanty menstruation, amenorrhea and dysmenorrhea cured by stem pessaries.* Дѣтская матка и разстройства мѣсячныхъ, лѣченныя пессаріями. 15. **N. Stone Scott.** *Surgery of the ileocoecal valve for non-malignant disease.* Хирургія ileocoecal'ной заслонки при незлокачественныхъ процессахъ.

**The British Gynaecological Journal.** Ноябрь. Т. XIX. № 75.

1. **Paul Zweifel.** *The treatment of haematocele.* Лѣченіе кровяной опухоли. 2. **Franz von Neugebauer.** *Hermaphrodism in the Daily practice of medicine; being information upon hermaphrodism indispensable to the practitioner.* О гермафродитизмѣ.

#### Нѣмецкіе.

**Archiv für Verdauungs-Krankheiten.** Ноябрь. Т. IX. Тетр. 5.

1. **A. Bial.** *Ausnutzung von Pepton-und Pepton Alkohol-Klysmen.* Анализъ испражненій послѣ введенія пептонныхъ и пептонъ-алкогольныхъ клизмъ. 2. **S. J. Meltzer.** *Bemerkungen über Gastralgie, Magenkolik und Kolik im Allgemeinen.* Причины желудочной колики и коликъ вообще. 3. **Georg Kelling.** *Ueber Erweiterung der Speiseröhre ohne Stenose der Cardia.* Случаи съ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ. 4. **Max Buch.** *Ueber Mesogastralgie, zur Klarstellung des Begriffes Enteralgie.* (Окончаніе).

**Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.** Ноябрь. Т. XIV. № 21.

1. **L. Jores.** *Ueber eine der fettigen Metamorphose analoge Degeneration des elastischen Gewebes.* Особый видъ перерожденія упругихъ волоконъ. 2. **Richard Lewisohn.** *Ueber einen Fall von echter Nebenlunge.* Рѣдкая неправильность: добавочное легкое.

№ 22.

1. **Ludwig Schreiber.** *Bemerkungen zu A. Maximows Aufsatz «Ueber Klasmatocyten und Mastzellen.* Полемическая замѣтка. 2. **S. Messing.** *Ueber Entzündung bei den niederen wirbellosen Tieren.* Экспериментально-гистологическое изслѣдованіе.

**Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten.** Ноябрь. Т. XXXIV. № 2 и 3.

1. **Tenholt.** *Die Ankystomiasis-Frage.* Связный рефератъ работъ. (Окончаніе).

№ 4 и 5.

1. **E. Hailer.** *Die Anwendung physikalisch-chemischer Methoden für die Aufklärung der Natur der Toxine.* Связный рефератъ. 2. **E. Bertarelli.** *Der gegenwärtige Stand der Pellagrafrage in Italien.* Критическій очеркъ.

Ноябрь. Т. XXXV. № 2.

1. **A. Bajardi.** *Die «Streptothrix lingualis» (Syn. Vibrio, Spirosoma linguale) im Munde der Gesunden und der Diphtherischen.* Описываемый стрептотриксъ обнаруживаетъ при окраскѣ полярную зернистость. 2. **E. Klein** und **Mervyn Gordon.** *Ueber die Herkunft einer Rosahefe.* Описаніе біологическихъ свойствъ одного вида болѣзнетворныхъ дрожжей. 3. **C. Wehmer.** *Der Aspergillus des Tokelau.* Плѣсневый грибокъ, вызывающій заболѣваніе кожи у жителей острововъ индійскаго океана. 4. **A. Schittenhelm** und **F. Schröter.** *Gasbildung und Gasatmung von Bakterien.* Изслѣдованіе газообмѣна у бактерій. 5. **Ludwig Kamen.** *Weiterer Beitrag zur Lokalisation der Influenza an den Tonsillen.* Приводитъ еще одно патолого-анатомическое наблюденіе, доказывающее возможность мѣстоположенія бактерій гриппа на миндалинахъ. 6. **C. O. Harz.** *Pomeranzenfarbiger Schweiss.* Микробы оранжеваго пота суть bacterium auratum. 7. **Heinrich Kayser.** *Die Bakteriologie des Paratyphus.* Съ точки зрѣнія санитарно-гигіенической чужеядныя заболѣванія слѣдуетъ приравнивать къ тифознымъ. 8. **А. Игнатовскій.** *Zur Frage vom Verhalten verschiedener Gewebe des tierischen Organismus gegen das Tetanusgift.* (Окончаніе). 9. **J. Bongert.** *Beiträge zur Biologie des Milzbrandbacillus und sein Nachweiss im Kadaver der grossen Haustiere.* Способы обнаруженія и выращиванія сибиреязвенныхъ палочекъ изъ труповъ павшихъ животныхъ. (Окончаніе). 10. **D. Mezincescu.** *Ueber ein Eiterspirillum.* Описаніе спириллъ гноя. 11. **F. Murillo.** *Ueber die Diphtherietoxinkurve.* Вліяніе дифтерійнаго токсина на организмъ животныхъ. 12. **Annibal Bettencourt, Ayres Kopke, Gomes de Rezende** und **Correia Mendes.** *Ueber die Aetiologie der Schlafkrankheit.* Причины сонной болѣзни. (Окончаніе). 13. **E. Bertarelli** und **G. Volpino.** *Morphologische und biologische Beobachtungen über einen Fall von Wutkrankheit beim Menschen.* Гистологическое изслѣдованіе мозга одного человѣка, погибшаго отъ бѣшенства. 14. **Otto Uhlmann.** *Der Bakteriengehalt des Zitzenkanals (Ductus papillaris) bei der Kuh, der Ziege und dem Schafe.* Бактеріологія молочныхъ ходовъ у коровы, козы и овцы. 15. **Alfred Lingard.** *The giant Trypanosoma discovered in the blood of bovines.* Описаніе гигантской трипанозомы въ крови рогатаго скота. 16. **Eugenio Centanni.** *Ueber die Autozytopräzipitine und über eine allgemeine Form derselben.* (Продолженіе). 17. **Oskar Bail** und **Alfred Pettersson.** *Untersuchungen über natürliche und künstliche Milzbrandimmunität.* О невосприимчивости къ сибирской язвѣ. (Окончаніе). 18. **J. E. Sweet.** *The reactions of the blood in experimental diabetes mellitus. A contribution to our knowledge of the thermolabile complements. First contribution.* Реакція крови при искусственно вызванной сахарной болѣзни. 19. **Купцисъ.** *Die Desinfektionsmittel aus der russischen Naphtha.* Изслѣдованіе обеззараживающихъ свойствъ русской нефти. 20. **M. H. Gordon.** *Notiz über die Anwendung des Neutralrots (Rothberger) zur Differenzierung von Streptokokken.* Авторъ употребляетъ бульонъ, подкрашенный 2%-мъ воднымъ растворомъ нейтральрота. 21. **Leo Langstein** und **Martin Mayer.** *Versuche von Bacterienzüchtung in einer nativen Mucoidlösung.* Автору удалось выростить съ успѣхомъ на этой средѣ цѣлый рядъ микробовъ.

**Centralblatt für die gesammte Therapie.** Г. XXV. Тетр. 12.

1. **J. Sadger.** *Die Wasserbehandlung der Epilepsie.* Клиническая лекція. 2. **C. Engelskjön.** *Die Heilung des chronischen Morphinismus durch eine neue Behandlungsweise.* Новый способъ лѣченія морфинизма.

**Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte.** Ноябрь. № 22.

1. **W. Falta.** *Zur Klinik des Diabetes mellitus.* Критическій очеркъ. 2. **F. Paravicini.** *Die physikalische Therapie des praktischen Arztes.* Литературно-критическій обзоръ. 3. **Th. Christen.** *Bemerkung zu der Analyse des Herrn Prof. Strzyzowski in № 18 des Corresp.-Blattes.* Полемическая замѣтка.

**Dermatologische Zeitschrift.** Декабрь. Т. X. Тетр. 6.

1. **Bettmann.** *Epidermolysis bullosa hereditaria.* Попытка установить зависимость даннаго заболѣванія отъ наслѣдственности. 2. **L. Lipman-Wulf.** *Zur Frage der Beziehungen zwischen Psoriasis und Gelenkaffektionen.* Описаніе случая и рентгенографическіе снимки съ конечностей. 3. **Artur Strauss.** *Die Behandlung der chronischen Gonorrhoe mit Spülsonden.* Лѣченіе хроническаго гонорройнаго уретрита глубокими промываніями мочеиспускательнаго канала. 4. **Georges Dreyer.** *Lichtbehandlung nach Sensibilisierung.* Способъ заключается въ предварительномъ впрыскиваніи раствора эритрозина въ кожу.

**Die Therapie der Gegenwart.** Декабрь.

1. **W. Zinn.** *Ueber die Wurmkrankheit Ankylostomiasis und ihre Bekämpfung.* Чужеядныя заболѣванія кишечника и способы борьбы съ ними. 2. **Paul Krause.** *Beiträge zur Lichttherapie nach eigenen Versuchen.* Нѣсколько наблюденій къ вопросу о свѣтолѣченіи. 3. **Ludwig Carl Mayer.** *Ueber die therapeutische Verwendung natürlichen Magensaftes (Dyspeptina) bei Magenkranken.* 6 случаевъ желудочныхъ заболѣваній, лѣченныхъ естественнымъ желудочнымъ сокомъ. 4. **M. Katzenstein.** *Die Behandlung der Fissura ani.* Терапевтическіе пріемы лѣченія трещинъ задняго прохода. 5. **H. Vieth.** *Die dermatologisch wichtigen Bestandtheile des Theeres und die Darstellung des Anthrasols.* Деготь и его составныя части, имѣющія значеніе въ лѣченіи кожныхъ болѣзней. 6. **H. Finkelstein.** *Sammelreferate über neuere*

*Erfahrungen in der Säuglingsernährung.* Связный рефератъ о новыхъ способахъ вскармливанія грудныхъ дѣтей.

**Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie.** Декабрь. Т. XVIII. Тетр. 6.

1. **W. Ponfick.** *Indikation und Technik des Steisshakens.* Техническія указанія и показанія къ извлеченію плода при ягодичномъ предлежаніи. 2. **Uthmöller.** *Ueber Geburten bei Steisstumoren.* Врожденныя опухоли ягодицъ; описаніе случая. 3. **H. Fueth** und **Mohaupt.** *Beiträge zur Hände-Desinfektion.* На основаніи собственныхъ опытовъ авторы приходятъ къ заключенію, что способъ обеззараживанія горячей водой и алкоголемъ не приводитъ рукъ въ стерильное состояніе. 4. **H. Fueth.** *Zur Verwendung verdünnter Natronlauge zwecks Aufweichung der Hände vor der Keimentnahme.* Предлагаетъ разведенный натронный щелокъ для обеззараживанія рукъ отъ микробовъ. 5. **Victor Schultz.** *Ein Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese der Dysmenorrhoe.* Разбираетъ причины разстройства мѣсячныхъ у дѣвицъ и у рожавшихъ женщинъ. 6. **Oscar Frankl.** *Coitusverletzung.* Описаніе случая.

**Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.** Декабрь. Т. XIV. Тетр. 6.

1. **Kurt Goldstein.** *Die Zusammensetzung der Rückenmarkshinterstränge.* Морфологія заднихъ пучковъ спиннаго мозга. 2. **Albert Knapp.** *Ein Fall von akute aufgetretener reiner Tastlähmung.* Описаніе случая. 3. **Alexander Pilcz.** *Beiträge zur Klinik der periodischen Psychosen.* 2 случая періодическаго помѣшательства. 4. **Mainzer.** *Stoffwechselstudien über den Einfluss geistiger Tätigkeit und protrahierten Wachens.* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе. 5. **L. W. Weber.** *Ueber die sog. galoppierende Paralyse nebst einigen Bemerkungen über Symptomatologie und pathologische Anatomie dieser Erkrankung.* О галопирующемъ параличѣ. (Окончаніе).

**Therapeutische Monatshefte.** Ноябрь.

1. **Heinrich Mohr.** *Über spontane Heilungsvorgänge beim Karzinom.* Критическій разборъ вопроса. 2. **Alexander Hagentorn.** *Zur Cancroinbehandlung des Krebses.* Относится съ осторожностью къ вопросу объ излѣчимости рака канкроиномъ. 3. **Wm. Ovid Moor.** *Uber die Behandlung der akuten Opium- und Morphiumvergiftungen mit Kaliumpermanganat.* Лѣченіе острыхъ отравленій морфіемъ и опіемъ препаратами марганцовисто-кислаго калія. 4. **Max Heim.** *Die Heilwirkungen der Ottilienquelle des Inselbades.* Химическій составъ и терапевтическія свойства минеральной воды. 5. **Johann Frączkiewicz.** *Über Hedonal.* Способы назначенія и лѣчебныя свойства. 6. **Karl Fuchs.** *Über die therapeutische Verwendung des Citrophen.* Приходитъ къ выводу, что цитрофенъ представляетъ специфическое средство противъ ревматизма. 7. **J. W. Frieser.** *Der therapeutische Wert des Ichthyol- und Iodvasogens und deren Verwendbarkeit in der Praxis.* 12 случаевъ примѣненія ихтіола и іодвазогена.

**Tuberculosis.** Октябрь. № 10. Вып. 2.

1. **M. H. Vallée.** *Le Professeur Nocard d'Alfort, 1850—1903.* Некрологъ. 2. **Nietner.** *Die Tuberkulosefrage auf dem XI. Internationalen Kongress für Hygiene und Demographie.* Общій сводъ работъ и трудовъ Съѣзда по гигіенѣ въ отношеніи вопроса о бугорчаткѣ.

**Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin.** Декабрь. Т. CLXXIV. Тетр. 3.

1. **Hugo Petersen.** *Anatomische Studie über die Glandulae parathyreoideae des Menschen.* Гистологія добавочныхъ щитовидныхъ железъ у человѣка. 2. **Richard Geigel.** *Ein hydrodynamisches Problem und seine Anwendung auf den Kreislauf, speciell im Gehirn.* Теоретическое разсужденіе. 3. **Ludwig Paul Wolf.** *Experimentelle Studien über Luftembolie.* Опыты по вопросу о воздушной эмболіи. 4. **Richard Milner.** *Über Pigmentbildung und Organisation, speciell in einem extraduralen Hämatom.* Объ образованіи пигмента въ кровяныхъ опухоляхъ оболочекъ мозга. 5. **A. Plehn.** *Ätiologie und Pathogenese des Schwarzwasserfiebers.* Одной изъ особенностей даннаго заболѣванія считаетъ то, что она не оставляетъ у больного надолго тяжелыхъ слѣдовъ. 6. **G. Arnheim.** *Über die pathologische Anatomie des Keuchhustens und das Vorkommen der Keuchhustenbacillen in den Organen.* Патолого-анатомическія и бактеріологическія изслѣдованія при коклюшѣ. 7. **Bernhard Fischer.** *Über Gallengangskarcinome sowie über Adenome und primäre Krebse der Leberzellen.* О ракахъ и аденомахъ желчныхъ ходовъ. 8. **Franke.** *Carcinoma Cylindrocellulare gelatinosum oesophagi, ein Beitrag zur Lehre der Keimversprengung.* Авторъ—сторонникъ теоріи заблудшихъ ростковъ въ объясненіи возникновенія раковыхъ опухолей. 9. **Hugo Kantor.** *Zwei Fälle von Lebermissbildung.* 10. **Emil Hirsch.** *Ueber ein Magendivertikel.*

**Zeitschrift für Heilkunde.** Ноябрь. Т. XXIV. Тетр. 11.

1. **M. Löwit** und **Karl Schwarz.** *Über Baktericide und Agglutination im Normalblute.* Экспериментальное изслѣдованіе по вопросу о связи между бактеріеубивающими и склеивающими свойствами нормальной кровяной сыворотки. 2. **Wilhelm Neutra.** *Ueber den Einfluss akuter Infektionskrankheiten auf die Leukämie.* Высказываетъ предположеніе, что лейкоцитозъ, вызванный какими-либо химіотактическими веществами, можетъ пріостановить теченіе лейкэміи. 3. **R. v. Jaksch.** *Weitere Beobachtungen über die Mengen des im Blute des kranken Menschen sich vorfindenden Harnstoffes.* Количественное опредѣленіе мочевины, находящейся въ крови больныхъ людей.

**Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten.** Октябрь. Т. XLIV. Тетр. 3.

1. **August von Székely.** *Beitrag zur Lebensdauer der Milzbrandsporen.* Даже черезъ 18½ лѣтъ споры сибирской язвы не потеряли способности проростать и заражать мышей. 2. **Francesco Sanfelice.** *Ueber die pathogene Wirkung der Blastomyceten.* Болѣзнетворное дѣйствіе дрожжей. Къ вопросу объ этіологіи злокачественныхъ опухолей. 3. **J. Mitulescu.** *Beiträge zur Aetiologie der Tuberkulose.* Къ вопросу о прививаемости человѣческой бугорчатки морскимъ свинкамъ. 4. **B. Möllers.** *Beitrag zur Verbreitung und Prophilaxe der Tuberculose.* Критическій очеркъ. 5. **Albert Schütze.** *Zur Frage der Differenzierung einzelner Hefearten mittels der Agglutinine.* Автору не удалось отличить съ помощью реакціи склеиванія различныхъ видовъ дрожжей. 6. **Arthur Schlesinger.** *Experimentelle Untersuchungen über das Hämolysin der Streptokokken.* Изслѣдованіе гемолитическихъ свойствъ стрептококковаго токсина. 7. **Matthes.** *Zur Frage der Erdbestattung vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege.* Статистическія данныя. 8. **Paul Krause** und **Georg Stertz.** *Ein Beitrag zur Typhusdiagnose aus dem Stuhle mittels des v. Drigalski-Conradi'schen Verfahrens.* Авторы горячо совѣтуютъ способъ *Drigalsk'аго-Conradi.* 9. **César Axelrad.** *Ueber Morphologie der Colonieen pathogener Bakterien.* Видъ различныхъ колоній болѣзнетворныхъ микробовъ. 10. **Georg Jochmann.** *Ueber das fast constante Vorkommen influenzaähnlicher Bacillen im Keuchhusten-Sputum.* Почти во всякой мокротѣ отъ коклюшныхъ больныхъ находилъ гриппоподобныя палочки. 11. **A. Negri.** *Zur Aetiologie der Tollwuth.* Способъ распознаванія бѣшенства.

Ноябрь. Т. XLV. Тетр. 1.

1. **Karl Kisskalt.** *Beiträge zur Lehre von der natürlichen Immunität.* Экспериментальное изслѣдованіе по вопросу объ естественной невоспріимчивости, посредствомъ подкожныхъ прививокъ разнаго вида микробовъ. 2. **Erich Cohn.** *Ueber die Immunisirung von Typhusbacillen gegen die bakterіciden Kräfte des Serums.* Опыты съ сывороткой кроликовъ и барановъ. 3. **N. Asakawa.** *Ueber das Wesen der Agglutination und eine neue Methode die Agglutination schnell zu beobachten (Gefriermethode).* Вноситъ усовершенствованіе въ способъ производства *Widal*'евской реакціи. 4. **E. Jacobitz.** *Beitrag zur Frage der Stickstoffassimilation durch den Bacillus ellenbachensis a Caron.* Объ усвоеніи азота микробами. 5. **A. Mavrojannis.** *Das Formol als Mittel zur Erforschung der Gelatineverflüssigung durch die Mikroben.* Употребляетъ формалинъ, какъ средство для опредѣленія разжижающей желатину силы бактерій. 6. **K. Totsuka.** *Studien über Bakterium coli.* Новый способъ отличительнаго распознаванія бактерій тифа отъ кишечныхъ палочекъ. 7. **Schumburg.** *Ueber die Wirkung einiger chemischer Desinfectionsmittel.* Бактеріеубивающія свойства нѣкоторыхъ обеззараживающихъ веществъ. 8. **H. Trautmann.** *Der Bacillus der Düsseldorfer Fleischvergiftung und die verwandten Bakterien der Paratyphusgruppe.* Біологическія свойства *Düsseldorf*'ской бактеріи и родственныхъ ей микробовъ.

**Zeitschrift für klinische Medicin.** Т. LI. Тетр. 3 и 4.

1. **Giulio Luigi Sacconaghi.** *Ueber die Präcipitine der Verdauungsproducte.* Литературно-критическій очеркъ. 2. **Aufschlager.** *Beitrag zur Localisation der Hemichorea.* Описаніе случая съ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ. 3. **Paul Lazarus.** *Beitrag zur Pathologie und Therapie der Pankreaserkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Cysten und Steine.* Къ вопросу о заболѣваніяхъ поджелудочной железы вообще и въ частности о кистахъ и камняхъ ея. (Продолженіе). 4. **J. Sorochowitsch.** *Ueber die Glycogenreaction der Leukocyten.* Опыты на животныхъ и клиническія наблюденія. 5. **Eugen v. Koziczkowsky.** *Beiträge zur Kenntniss des Salzstoffwechsels mit besonderer Berücksichtigung der chronischen Nephritiden.* Къ вопросу о солевомъ обмѣнѣ при хроническихъ нефритахъ. 6. **L. Mohr.** *Ueber das Ausscheidungsvermögen der kranken Niere.* Клиническое наблюденіе надъ выдѣлительною способностью больной почки. 7. **K. M. Menzel.** *Beitrag zur Kenntniss der Erkrankung des Larynx und einer noch nicht beschriebenen Veränderung in der Schleimhaut der Nebenhöhlen der Nase bei Leukämie.* Описываетъ никѣмъ неподмѣченныя измѣненія въ носовой полости при бѣлокровіи.

**Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie und für mikroskopische Technik.** Ноябрь. Т. XX. Тетр. 2.

1. **S. Gelblum.** *Discussion des conditions générales que doit remplir le dispositif d'arrêt du tube à tirage dans tout microscope, et description du moyen pratique pour arriver à ce résultat.* Описаніе прибора для аутоматической установки объектива въ фокусѣ. 2. **Edward Richter.** *Diapositivwechsler der optischen Werkstätte von Carl Zeiss in Jena.* Описаніе и рисунокъ *Zeiss*'овскаго приспособленія для перемѣны діапозитивовъ. 3. **Cl. Regaud** et **R. Fouilliand.** *Regulateur électro-thermique et études électriques.* Электрическій регуляторъ въ термостатахъ. 4. **E. Schoebel.** *Einfacher Auswaschapparat.* Описаніе и рисунокъ. 5. **Walther Hoffmann.** *Deckglastransporteur für Schnittfärbung.* Машинка для переноса стеклышекъ съ препаратами. 6. **Martin Heidenhain.** *Ueber die Verwerthung der Centrifuge bei Gelegenheit der Herstellung von Präparaten isolirter Zellen zu Kurszwecken.* Способы полученія изолированныхъ элементовъ изъ различныхъ органовъ. 7. **C. O. Harz.** *Paraffinöl als Ersatz für Ca-*

Digitized by Google

*nadabalsam zu mikroskopischen Dauerpräparaten.* Препараты, заключенные въ парафиновое масло, обмазываются желатиной. 8. **M. Heidenhain.** *Ueber die zweckmässige Verwendung des Congo und anderer Amidoazokörper, sowie über neue Neutralfarben.* Преимущества окраски Congo. 9. **Karl Strehl.** *Ueber die Natur des Vorticellenstieles.* Краткая замѣтка.

### Французскіе.

**Annales de gynécologie et d'obstétrique.** Ноябрь. Т. LX.

1. **A. Pinard.** *Alphonse Fochier.* Біографія. 2. **M. G. Fieux.** *Un cas d'hématométrie post-partum.* Послѣ промываній матки больная выздоровѣла. 3. **A. Couvelaire.** *Histogenèse des dégénérescences kystiques congénitales des organes glandulaires (rein, foie, pancreas, poumon).* Интересный случай кистовиднаго измѣненія органовъ у плода. 4. **R. Labusquière.** *Du déciduome malin. D'après Teacher.* Патологическая анатомія и гистогенезъ заболѣванія.

**Annales de médecine vétérinaire.** Декабрь, г. 52.

1. **Van Passen.** *Fructure du canon chez un cheval. Guérison.* 2. **G. Mullie.** *Les germes pathogènes du lait.—Reglementation de la vente du lait. Nécessité de l'inspection vétérinaire des vacheries.*

**Annales de l'Institut Pasteur.** Ноябрь. № 11. Т. XVII.

1. **Marchoux, Salimbeni et Simond.** *La fièvre jaune.* Отчетъ французской экспедиціи. 2. **A. Borrel.** *Études sur la clavelée. Sérothérapie et séroclavelisation.* Лѣченіе эпизоотіи и предупрежденіе ея прививками. 3. **Edmond et Etienne Sergent.** *Formation des gîtes à larves d'«Anopheles» en Algérie.* Способы борьбы съ комарами въ Алжирѣ.

**Annales des maladies des organes génito-urinaires.** Ноябрь. № 22.

1. **Guyon.** *Le chloroforme et l'appareil urinaire.* Клиническая лекція. 2. **Bréchot.** *Remarques sur quelques cas de prostatite subaigue avec suppuration périprostatique et abcès rétro-cervico-vésiculaires.* Рядомъ съ нарывами позади предстательной железы встрѣчаются нарывы позади шейки мочевого пузыря. Оперативное вмѣшательство слѣдуетъ признавать въ подобныхъ случаяхъ правильнымъ.

**Archives d'électricité médicale experimentales et cliniques.** Ноябрь. № 131.

1. **Ensch.** *Électrolyse et cataphorèse.* Объ электролизѣ и катафорезѣ. (Продолженіе). 2. **Stéphane Leduc** et **Albéric Bouchet.** *Étude des actions physiologiques de quelques ions et en particulier de l'ion adrénaline.* Физіологическое дѣйствіе адреналиноваго іона. 3. **H. Bordier.** *Traitement électrique de la méralgie paresthésique.* Лѣченіе электролизомъ перэстетическихъ мeральгій. 4. **C. Roques.** *De l'introduction par cataphorèse de l'ion salicylique dans les articulations atteintes d'arthrite.* Способъ электролитическаго введенія салициловой кислоты въ пораженные артритомъ суставы.

**Archives de médecine et de pharmacie militaires.** Декабрь. Т. XLII. № 12.

1. **Pouchet.** *L'incorporation des hernieux. Conséquences militaires et chirurgicales.* Предлагаетъ оперировать всѣхъ солдатъ, имѣющихъ грыжи (съ ихъ согласія). 2. **Caziot.** *La tuberculose à l'orphelinat Hériot. Un sanatorium militaire.* Описаніе санаторія. 3. **Batut.** *Une série de cent cures radicales de hernie.* Краткій отчетъ о 100 радикальныхъ операціяхъ грыжи. 4. **Warnecke.** *Un cas de pyohémie otitique, à forme grave paraissant indépendant de toute complication endocramenne: arthrotomies du genou, de l'articulation sterno-claviculaire du coude. Laparotomie sous-péritonéale.—Ouverture de plusieurs abcès volumineux du tissu cellulaire.—Guérison après trois mois et demi de traitement.* Описаніе случая. 5. **Gazin.** *Fracture bimalléolaire par adduction et luxation totale de l'astragale en avant et en dehors.* Случай. 6. **Dettling.** *Deux cas de varioloide consécutifs à une immunité vaccinale de courte durée.* На основаніи своихъ случаевъ приходить къ заключенію, что невоспріимчивость послѣ прививки оспы можетъ продолжаться значительно менѣе 7 лѣтъ. 7. **Papon.** *Un cas de langue villeuse rapidement guérie par l'eau oxygénée.* Описаніе случая. 8. **Galzin.** *Rhumatisme articulaire aigu compliqué d'otite moyenne aiguë suppurée.* Случай.

**Archives de neurologie.** Ноябрь. Т. XVI. № 95.

1. **С. Чирьевъ.** *Un cas de guérison complète de cécité.* Описаніе случая. 2. **E. Chardon** et **G. Raviart.** *Installation d'un pavillon d'isolement des aliénés tuberculeux à l'asile d'Armentières.* Уходъ за умалишенными, пораженными бугорчаткой. 3. **Al. Paris.** *Contribution à l'étude de la catatonie (catatonie et démence précoce?)* 4 наблюденія. 4. **G. Raviart** et **P. Caudron.** *Fréquence et évolution des lésions du fond de l'oeil dans la paralysie générale.* Краткое изложеніе результатовъ изслѣдованія глазного дна у 23 прогрессивныхъ паралитиковъ.

**Archives générales de médecine.** Ноябрь. Т. II. № 46.

1. **J. Brault.** *La fièvre ondulante à Alger.* Отмѣчаетъ существованіе въ Алжирѣ особаго рода туземнаго заболѣванія съ лихорадочнымъ теченіемъ температуры, обусловливаемаго микробомъ micrococcus melitensis. 2. **Mendel.** *L'injection trachéale simplifiée.* Механизмъ введенія въ дыхательное горло лѣкарственныхъ веществъ. 3. **Jaboulay.** *Du traitement chirurgical des néphrites.* Клиническая лекція. 4. **Bruno Galli-Valerio.** *Considérations sur le lysoforme.* Противогнилостное дѣйствіе лизоформа.

Декабрь. Т. XI. № 48.

1. **J. Chompret.** *Mal perforant buccal ou nécroses multiples du maxillaire chez un tabétique.* Подробное описаніе случая. 2. **P. Nobécourt** et **Roger Voisin.** *Les chlorures du liquide céphalorachidien dans divers états pathologiques et en particulier dans les broncho-pneumonies infantiles.* Химическій анализъ черепно-спинно-мозговой жидкости, особенно у дѣтей. 3. **A. Bauer.** *Hémorrhagie méningée sous arachnoïdienne par lésion du tronc basilaire. Ponction lombaire. Autopsie.* Исторія болѣзни и протоколъ вскрытія. 4. **Louis Rénon.** *L'emphysème sous-cutané dans la tuberculose pulmonaire chronique.* Случай, окончившійся излѣченіемъ.

№ 49.

1. **Emile Sergent** et **Henri Lemaire.** *Méningite cérébrospinale à staphylocoque chez deux typhiques (contagiosité possible).* На вскрытіи 2-хъ больныхъ, умершихъ отъ тифа, обнаруженъ менингитъ стафилококковаго происхожденія. 2. **Pagliano** et **Audibert.** *Quadriplégie hystérique à forme de paralysie périodique familiale.* Исторія болѣзни больного истерическимъ параличемъ. 3. **Joseph Deschamps.** *Les théories générales en médecine.* Критическій очеркъ.

**Archives italiennes de biologie.** Ноябрь. Т. XL. Тетр. 1.

1. **A. Mosso.** *La physiologie de l'apnée étudiée chez l'homme.* Вліяніе вдыханія кислорода, углекислоты и водорода на возникновеніе арноэ у человѣка. 2. **Онъ-же.** *L'apnée telle qu'elle se produit dans les changements de position du corps.* Вліяніе измѣненія положенія тѣла на возникновеніе арноэ. 3. **Онъ-же.** *Les mouvements respiratoires du thorax et du diaphragme.* Дыхательныя движенія клѣтки и грудобрюшной преграды. 4. **A. Altobelli.** *Recherches sur le rapport entre visus et lumière (influence de la fatigue).* Вліяніе утомляемости на свѣточувствительность сѣтчатки. 5. **E. Buffa.** *Sur la tension superficielle dans le sérum de sang et sur sa signification en biologie.* (Рефератъ). 6. **E. Cavazzani.** *Sur les variations dans le contenu d'alcalis du sang après l'injection endoveineuse de carbonate de sodium.* Опыты на собакахъ. 7. **G. Bufalini.** *Phénol et persodine.* Опыты на кроликахъ. Вліяніе подкожныхъ впрыскиваній. 8. **A. D'Ormea.** *Sur les modifications de la circulation cérébrale à la suite de l'administration de quelques essences.* Вліяніе эфирныхъ маслъ на мозговое кровообращеніе.

**Bulletin de L'Institut Pasteur.** Ноябрь. № 18.

1. **A. Calmette.** *L'épuration biologique des eaux d'égout.* Объ очисткѣ сточныхъ водъ. (Не окончена).

№ 19.

1. **A. Calmette.** *L'épuration biologique des eaux d'égout.* (Продолженіе).

**La Médication martiale.** Декабрь. Т. XVII. № 12.

1. **Antonin Poncet** et **M. René Leriche.** *Nains d'aujourd'hui et nains d'autrefois, nanisme ancestral. Achondroplasis ethnique.* О карликахъ современныхъ и карликахъ прежняго времени. 2. **A. Guépin.** *Le suc prostatique anormal (hypersécrétion glandulare).* Клиническая лекція (реферирована). 3. **Jean Lépine.** *Deux cas de diabète pancréatique avec lésion des ilots de Langerhans.* Рефератъ работы, помѣщенной въ «Lyon médical».

**Revue d'hygiène et de police sanitaire.** Ноябрь. Т. XXV. № 11.

1. **Kelsch.** *La diphtérie humaine et la diphtérie aviaire.* Устанавливаетъ тождественность птичьей и человѣческой дифтеріи. 2. **Ed. Imbeaux.** *L'assainissement des villes aux États-Unis et au Canada.* Статистическія данныя. 3. **Pannwitz.** *Les divers modes d'assistance et de prophylaxie sociales en Allemagne contre la tuberculose.* Мѣры общественнаго предохраненія противъ бугорчатки въ Германіи.

**Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.** Ноябрь. № 22.

1. **Laigre.** *Muguet et suc de muguet. Étude physiologique.* Физіологическое дѣйствіе ландыша.

Декабрь. № 23.

1. **P. Carles.** *Extraits d'organes animaux et extraits d'organes végétaux.* Сравненіе вліянія вытяжекъ изъ органовъ животныхъ и вытяжекъ изъ растеній. 2. **Albert Mathieu.** *Le vin et les boissons alcooliques chez les dyspeptiques.* Значеніе алкоголя при неварeніи.

## 2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Русскіе.

**Медицинская Бесѣда.** № 7—8 (апрѣль).

1. **А. Х. Сабининъ.** Продолженіе статьи о брюшномъ тифѣ. 2. **Д. И. Орловъ.** *Занятія Мытищенскаго участковаго санитарнаго Совѣта въ 1902 г.* 3. **С. С. Сергіевскій.** *Объ организаціи противоэпидемической помощи среди сельскаго населенія Воронежской губерніи.* (Не окончена).

№ 9 (май).

1. **А. Х. Сабининъ.** Прод. статьи о тифѣ. 2. **Э. Ю. Луствергъ.** *О питательности толокна.* 3. **С. С. Сергіевскій.** (Окончаніе).

№ 11 (іюнь).

1. **Н. А. Вырубовъ.** *Задачи общественнаго попеченія о душевно-больныхъ.*

Digitized by Google

. № 12 (іюнь).

1. С. Игумновъ. *Новые принципы для земской медицины.* 2. А. Сабининъ. Продолженіе.

№№ 13—14 (іюль).

1. А. Сабининъ. *Къ вопросу о реорганизаціи губернскихъ земскихъ больницъ.* 2. Онъ же. Окончаніе статьи о брюшномъ тифѣ. 3. А. Холодковскій. *Причины женскихъ болѣзней и общественная борьба съ ними въ г. Воронежѣ.*

№№ 15—16 (августъ).

1. Первовъ. *Къ вопросу о необходимости разработки вопроса о причинахъ распространенія нѣкоторыхъ заразныхъ болѣзней.* 2. Э. Лустверкъ. *О нѣкоторыхъ народныхъ средствахъ (ольховыя шишки, ольховыя корки, черемховая шелуха и черниковыя ягоды).* 3. Г. Задѣра. *Медицина селъ и деревень.*

Нѣмецкіе.

Hygienische Rundschau. Октябрь. № 19.

1. O. Roth. *Ueber die Ventilation von Waschküchen.*

№ 20.

1. A. Celli. *Zur Prophylaxis der Malaria.* Перечень предохранительныхъ по отношенію къ болотной лихорадкѣ мѣръ. 2. E. von Esmarch. *Nachklänge von der diesjährigen Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden von 16—19 September 1903.* Критическая замѣтка.

Hygienische Rundschau. Ноябрь. № 22.

. Kurt Wolf. *Hygienisches von der ersten deutschen Städteausstellung zu Dresden 1903.* Описаніе первой выставки по гигіенѣ городовъ въ г. Дрезденѣ въ 1903 г.

Декабрь. № 23.

1. Erich Flage. *Zur Alkoholfrage.* Рефераты работъ объ алкоголизмѣ.

## ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

Русскіе.

Врачебная Газета, 7 іюня.

1. А. Н. Шкаринъ. *Къ казуистикѣ tic convulsif въ дѣтскомъ возрастѣ.* (Не окончена). 2. Я. Т. Нейштабъ. *Желчный возвратный тифъ, осложненный рожею лица.* (Не окончена). 3. А. П. Борковъ. *Случай непроходимости кишечника, повторившійся 3 раза, съ благопріятнымъ исходомъ.* 4. В. Я. Дукельскій. Окончаніе статьи. 5. В. Л. Лунцъ. *Къ лѣченію fissura ani.* 6. Н. А. Вигдорчикъ. *Случай нарколепсіи, излѣченной атропиномъ.*

14 іюня.

1. Karewski. *О хирургіи легкихъ.* (Не окончена). 2. А. Н. Шкаринъ. Окончаніе статьи. 3. Я. Т. Нейштабъ. Тоже. 4. И. А. Сокальскій. *Къ казуистикѣ одновременнаго пораженія пятнистой болѣзнью Werlhof'а дѣтей въ одной семьѣ.*

21 іюня.

1. С. В. Лобановъ. *О коррекціи при близорукости.* (Не окончена). 2. Karewski. (Окончаніе). 3. М. Н. Хейфецъ. *Пища народная и ея вліяніе на болѣзни пищеварительныхъ путей.* (Не окончена). 4. М. И. Керсновскій. *Къ казуистикѣ hymen imperforatus.*

28 іюня.

1. А. О. Карницкій. *Законъ періодичности въ вѣсовыхъ наростаніяхъ у дѣтей.* (Не окончена). 2. С. В. Лобановъ. (Окончаніе). 3. И. А. Зубковскій. *Къ казуистикѣ переломовъ полового члена во время совокупленія.* 4. М. Н. Хейфецъ. (Продолженіе). 5. Гурѣевъ. *Сравнительное вліяніе на механизмъ и симизмъ дыханія нѣкоторыхъ представителей группы морфія, группы атропина, хлоралъ-гидрата и окси-камфоры.* Предварительное сообщеніе.

5 іюля.

1. В. Гейнацъ. *О радикальной операціи паховыхъ грыжъ по способу Symonds'а.* (Не окончена). 2. А. Карницкій. (Окончаніе). 3. М. Хейфецъ. (Продолженіе). 4. Н. Вигдорчикъ. *О лѣченіи маляріи метиленовой синькой.* 5. М. Гинзбургъ. *О лѣченіи дисменорреи.*

12 іюля.

1. В. Гейнацъ. (Окончаніе). 2. Б. Либовъ. *Къ вопросу о нѣкоторыхъ современныхъ консервативныхъ способахъ лѣченія въ гинекологіи (по поводу внутриматочныхъ впрыскиваній по способу проф. Грамматикати).* 3. М. Гольдбергъ. *Къ казуистикѣ «Myositis, Neuritis et Tendovaginitis syphilitica multiplex».* 4. М. Хейфецъ. (Окончаніе).

19 іюля.

1. M. Joseph. *Новыя изслѣдованія относительно болѣзнетворнаго возбудителя сифилиса.* Лекція. 2. Ѳ. Зарцынъ. *Хирургическія наблюденія.* (Продолженіе). 3. К. Рехбергъ. *Одеревенѣлость и дугообразное искривленіе позвоночника типа проф. В. М. Бехтерева, гонорройнаго происхожденія.* Случай.

26 іюля.

1. С. Полонскій. *Къ патологіи мозжечка. 2 случая пораженія мозжечка сифилитическаго происхожденія.* (Не окончена). 2. Ѳ. Зарцынъ. (Окончаніе). 3. М. Гутманъ. *Обрѣзаніе у евреевъ и его упорядоченіе.* (Не окончена). 4. Д. Малюженко. *Случай уродства съ расщелиной живота и отсутствіемъ всѣхъ конечностей.*

2 августа.

1. Klemperer. *Объ оксалуріи и ея лѣченіи.* Лекція. 2. С. Полонскій. (Окончаніе). 3. М. Гутманъ. (Тоже). 4. В. Кашкадамовъ. *Объ опредѣленіи азотной кислоты въ водѣ по способу Henriet.* 5. М. Штернъ. *Новое мочегонное—агуринъ.*

9 августа.

1. П. Никольскій. *Выдѣленіе ртути съ мѣсячной кровью при ртутномъ лѣченіи.* 2. А. Липскій. *Заразныя заболѣванія въ С.-Петербургѣ въ 1902 г.* (Не окончена). 3. Г. Бѣлоновскій. *Къ вопросу о специфичности преципитиновъ.* 4. Е. Столкиндъ. *Къ казуистикѣ совмѣстнаго заболѣванія инфлуэнцой и брюшнымъ тифомъ.*

16 августа.

1. А. Липскій. (Продолженіе). 2. Е. Хундадзе. *Къ вопросу объ изнасилованіи.* 3. Е. Столкиндъ. (Окончаніе). 4. И. Шатенштейнъ. *Случай рака грудной железы у мужчины.*

23 августа.

1. Kossmann. *Пользованіе паховыми каналами при гинекологическихъ операціяхъ въ брюшной полости.* Лекція. 2. Я. Вандалинъ. *Болѣзнь Paget* (страданіе костей). (Не окончена). 3. А. Рашкесъ. *Осложненіе родовъ и послѣродового періода рожей.*

30 августа.

1. А. Науманъ. *Объ измѣненіи чувствительности и кожи при дрожательномъ параличѣ.* Случай. 2. А. Липскій. (Окончаніе). 3. П. Геллатъ. *Случай облитераціи обоихъ ушныхъ проходовъ костными наростами. Оперативное удаленіе.* 4. Е. Дьяченко. *Къ вопросу о вліяніи инфекціи изъ кишечника на печень.* (Не окончена). 5. Я. Вандалинъ. *Болѣзнь Paget* (страданіе костей). (Окончаніе).

6 сентября.

1. С. Линтваревъ. *Къ вопросу объ этіологіи сибирской язвы у человѣка.* (Не окончена). 2. Е. Дьяченко. (Окончаніе). 3. А. Богдановъ. *Случай тяжкихъ поврежденій, окончившихся выздоровленіемъ.* 4. Т. Гликманъ. *Ихтарганъ при перелоѣ*

13 сентября.

1. Г. Гривцовъ. *Къ вопросу о тяжеломъ и злокачественномъ сифилисѣ.* (Не окончена). 2. М. Варшавскій. *Къ казуистикѣ беременности тройнями.* 3. С. Линтваревъ. (Окончаніе).

20 сентября.

1. А. Голосовъ. *Инородное тѣло въ глазницѣ и вызываемыя имъ энтоптическія явленія.* 2. С. Дибайловъ. *Къ казуистикѣ истеріи у солдатъ.* (Не окончена). 3. Г. Гривцовъ. (Продолженіе). 4. П. Бочковскій. *Случай благопріятнаго вліянія рожи на теченіе гнойнаго воспаленія средняго уха.* 5. В. Дукельскій. *Дифтерійныя палочки въ случаѣ хроническаго вульво-вагинита*

27 сентября.

1. Ф. Стройновскій. *О судебно-медицинскомъ значеніи протокола вскрытія трупа Татьяны Золотовой...* 2. Г. Гривцовъ. (Окончаніе). 3. Н. Франгопуло. *Случай pneumothorax'а въ послѣродовомъ періодѣ.* 4. С. Дибайловъ. (Окончаніе).

4 октября.

1. Г. Влаевъ. *Дальнѣйшія изслѣдованія и наблюденія относительно происхожденія и сывороточнаго лѣченія злокачественныхъ опухолей.* (Не окончена). 2. Л. Эйнисъ. *О сифилисѣ безъ пораженія лимфатической системы.* 6 случаевъ. 3. В. Шпиндлеръ. *Наблюденія надъ заболѣваніями при ужаленіи чернымъ паукомъ.* 4. Н. Худатовъ. *Опытъ климатическаго лѣченія легочныхъ больныхъ на Закавказскихъ желѣзныхъ дорогахъ.* 5. А. Щепинскій. *Къ вопросу о примѣненіи содовыхъ компрессовъ при лѣченіи нагноеній.*

11 октября.

1. Г. Влаевъ. (Продолженіе). 2. К. Лордкипанидзе. *2 случая желтушно-гэмоглобинурійной лихорадки.* (Не окончена). 3. Ѳ. Зарцынъ. *Хирургическія наблюденія. 2 случая кишечной непроходимости.* 4. С. Вуракъ. *Личная профилактика при чумѣ.* (Не окончена).

18 октября.

1. Г. Влаевъ. (Продолженіе). 2. А. Шкаринъ. *О пищеводѣ у дѣтей (къ примѣненію желудочнаго зонда въ дѣтской практикѣ).* (Не окончена). 3. К. Лордкипанидзе. (Окончаніе). 4. С. Вуракъ. (Тоже).

25 октября.

1. В. Высоковичъ. *О легочной формѣ сибирской язвы въ Камышинскомъ уѣздѣ, Саратовской губ., и о мѣрахъ борьбы съ нею.* (Не окончена). 2. Г. Влаевъ. (Окончаніе). 3. Д. Тирютинъ. *2 случая остеомаляціи.* (Не окончена). 4. А. Шкаринъ. (Окончаніе).

1 ноября.

1. В. Высоковичъ. (Окончаніе). 2. М. Брейтманъ. *Можно-ли считать т. наз. болѣзнь Little'я особой болѣзненной формой?* Отвѣтъ отрицательный. 3. Д. Тирютинъ. (Окончаніе). 4. М. Бѣлоглазовъ. *Къ гематологіи цынги.* (Не окончена). 5. Ѳ. Зарцынъ. *О лѣченіи рака канкроиномъ Adamkiewicz'а.* Въ 4 случаяхъ канкроинъ нисколько не помогъ, въ 2 далъ временное улучшеніе и въ 2 полное выздоровленіе, «если признать распознаваніе въ этихъ 2 случаяхъ вѣрнымъ» (авторъ). Выводы: при неоперируемыхъ ракахъ канкроинъ умѣстенъ, а при оперируемыхъ примѣненіе его непростительно. 6. И. Хмѣлевскій. *Къ грязелѣченію хроническихъ менинго-міэлитовъ.*

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

XXVI. Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева въ В.-Медицинской Академіи.

## Къ вопросу о коренномъ лѣченіи рака матки.

Ч. пр. и ассистента клиники В. Н. Орлова.

Сообщено въ акушерско-гинекологическомъ отдѣлѣ на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Мм. Гг.! Вопросъ о коренномъ лѣченіи рака матки — вопросъ не новый; наоборотъ, онъ уже издавна служилъ и служитъ предметомъ обсужденія почти на всѣхъ мѣстныхъ и международныхъ Съѣздахъ врачей. Этимъ онъ обязанъ, съ одной стороны, серьезности заболѣванія, а съ другой — неудовлетворительности способовъ лѣченія. Въ виду важности даннаго вопроса и въ виду того, что въ послѣдніе годы въ литературѣ описаны новые способы удаленія раково-перерожденной матки, я позволяю себѣ выступить съ нимъ на этомъ Съѣздѣ врачей, какъ съ вопросомъ программнымъ. Извиняюсь напередъ передъ почтеннымъ Собраніемъ, что не скажу ничего особенно новаго; но надѣюсь возбудить интересъ Вашъ къ этому вопросу, вызвать пренія и выслушать мнѣнія компетентныхъ товарищей.

Литература объ оперативномъ лѣченіи рака матки, какъ всѣмъ извѣстно, достигаетъ громадныхъ размѣровъ; особенно она увеличилась за послѣдніе годы. Всякій, кто располагаетъ бо̀льшимъ или меньшимъ матеріаломъ въ этомъ направленіи, спѣшитъ внести и свою долю опыта въ общую сокровищницу знаній и старается способствовать окончательной разработкѣ оперативнаго способа.

Къ первымъ попыткамъ коренного лѣченія рака влагалищной части и шейки матки принадлежитъ клиновидное или воронкообразное изсѣченіе (excisio) [по *Hegar*'у [1]] влагалищной части матки, пораженной раковымъ новообразованіемъ, или усѣченіе (amputatio) ея помощью ножа, экразера или гальванокаустической петли. При распространеніи новообразованія по слизистой оболочкѣ вверхъ по шеечному каналу *Schroeder* предложилъ надвлагалищное усѣченіе шейки матки по его способу. Этотъ способъ имѣлъ въ свое время громадное примѣненіе и былъ разработанъ во всѣхъ подробностяхъ учениками *Schroeder*'а, во главѣ которыхъ слѣдуетъ поставить его бывшаго ассистента, нынѣ Würzburg'скаго профессора акушерства и женскихъ болѣзней *Hofmeier*'а [2]). Онъ былъ, да и въ настоящее время является самымъ вѣскимъ поклонникомъ надвлагалищнаго усѣченія маточной шейки при начальныхъ формахъ рака влагалищной части и шейки матки. Въ своемъ очеркѣ основъ гинекологическихъ операцій онъ говоритъ, что для полнаго излѣченія извѣстныхъ видовъ рака влагалищной части достаточно частичнаго удаленія матки. Предпочитать этой операціи съ цѣлью излѣченія рака влагалищной части исключительное примѣненіе полнаго удаленія матки, по мнѣнію *Hofmeier*'а, не имѣетъ научной основы.

Для случаевъ, гдѣ раковый процессъ распространился далеко и перешелъ на тѣло матки, *Freund* [3]) предложилъ и самъ произвелъ впервые 30/I 1878 г. полное удаленіе матки со стороны брюшной полости. Почти одновременно съ нимъ *Czerny* [4]) 12/VIII 1878 г. удалилъ раковоперерожденную матку черезъ влагалище. Пріоритетъ производства этихъ операцій не принадлежитъ всецѣло упомянутымъ авторамъ, такъ какъ много раньше ихъ операціи эти были произведены другими лицами. Такъ, брюшное изсѣченіе матки при злокачественномъ новообразованіи было сдѣлано въ Portsmouth'ѣ въ 1867 г. д-ромъ *Jones* [5]). Влагалищное изсѣченіе матки до *Czerny* было произведено *Langenbeck*'омъ въ 1813 г., *Blundell*'емъ въ 1828 г., *Récamier* въ 1829 г., въ Казани *Киттеромъ* и *Елатичемъ* въ 1847 г. [5]). Заслуга *Czerny* состоитъ въ томъ, что онъ предложилъ свой способъ для удаленія матки, наиболѣе простой, и тѣмъ самымъ далъ толчекъ къ большому распространенію этой операціи.

Вслѣдствіе того, что брюшное изсѣченіе матки по *Freund*'у [3]) давало большой % смертности какъ въ рукахъ самого автора способа, такъ и у другихъ [по *Ahlfeld*'у [7]) на 69 оперированныхъ 72% смертности; по *Kleinwächter*'у [8]) на 94—74%; по *Hegar*'у и *Kaltenbach*'у [9]) изъ 93 оперированныхъ умерли 63 или 71%; по *Gusserow*'у [10]) 71,6% смертности], влагалищное изсѣченіе матки, какъ операція, болѣе благопріятная по своимъ результатамъ (7%—2% смертности, а у *Olshausen*'а [11]) даже 1% на 100, у *Thorn*'а [11]) на 62—0%, у *Д. О. Отта* [12]) на 189—1,6%), вытѣснило операцію *Freund*'а и получило большое распространеніе повсюду, и въ настоящее время случаи экстирпаціи матки черезъ влагалище считаются не сотнями, а тысячами.

Я не буду говорить здѣсь объ измѣненіяхъ въ способахъ производства операціи, такъ какъ это непосредственно не касается сущности моего доклада и завело-бы насъ далеко въ сторону. Способовъ влагалищнаго удаленія предложено сравнительно много; но они главнымъ образомъ соперничаютъ въ быстротѣ производства, такъ какъ % смертности при всѣхъ нихъ почти одинаковъ.

Въ 1888 г. *Hochenegg* [13]) и *Herzfeld* [14]) предложили новый путь для удаленія пораженной ракомъ матки—удаленіе ея сзади со стороны крестцовой кости съ выпиливаніемъ части крестца и копчика. Заслуга введенія этого способа въ хирургію вообще принадлежитъ *Kraske* [15]), который предложилъ его для удаленія раковопораженной прямой кишки. Способъ этотъ вслѣдствіе техническихъ трудностей, затягивающихъ операцію до 2 час., отчего она сопровождается болѣе обильнымъ кровотеченіемъ, чѣмъ при удаленіи матки черезъ влагалище, не получилъ большого распространенія. Тому-же способствовалъ и большой % смертности, получаемый при этой операціи. Такъ, по статистикѣ самого *Hochenegg*'а на 96 крестцовыхъ операцій, произведенныхъ имъ и другими авторами, получилось 18 смертныхъ случаевъ или 18,3%, при чемъ 8 оперированныхъ умерли отъ гнилостнаго зараженія или отъ тазовой флегмоны, а остальныя отъ потери крови во время операціи или отъ послѣдующаго кровотеченія. По собственной статистикѣ *Hochenegg*'а на 24 сл. операціи получилось 4 смертныхъ исхода. По статистикѣ изъ клиники *Schaut*'ы [16]) изъ 13 оперированныхъ по *Herzfeld*'у умерли 2, что даетъ 15,3% смертности; въ одномъ случаѣ смерть произошла отъ стрептококковаго нарыва, а въ другомъ отъ піэло-нефрита. Область примѣненія этого способа въ настоящее время ограничивается лишь случаями, гдѣ ракъ уже перешелъ на сосѣдніе органы, resp. на мочевой пузырь и мочеточники и болѣе или менѣе захватилъ околоматочную клѣтчатку.

Промежностный способъ удаленія матки при ракѣ ея, описанный *Zuckerkandl*'емъ [17]), не получилъ распространенія, такъ какъ не имѣетъ никакихъ преимуществъ предъ способомъ влагалищнымъ, а между тѣмъ вслѣдствіе присутствія громаднаго количества венъ въ клѣтчаткѣ между прямой кишкой и влагалищемъ при операціи этой много теряется крови. Показаніемъ къ этому способу, по моему мнѣнію, могутъ служить лишь опухоли, помѣщающіяся между влагалищемъ и прямой кишкой. Въ 1 случаѣ рака влагалища *Olshausen* [18]) примѣнилъ промежностный способъ и удалилъ также матку. *Schuchardt* [19]) при узкомъ влагалищѣ, особенно при старческомъ измѣненіи стѣнокъ его, предложилъ промежностновлагалищный способъ. Благодаря такому сочетанію, матка дѣлается гораздо доступнѣе, чѣмъ при одномъ влагалищномъ способѣ; кромѣ того, представляется бо̀льшая возможность удалить пораженную околоматочную клѣтчатку и железы, перевязавъ отдѣльно маточную артерію и ея вѣтки.

Не смотря на то, что влагалищное удаленіе матки заняло первенствующее мѣсто среди другихъ способовъ коренного оперативнаго лѣченія рака матки, не всѣ операторы остановились исключительно на немъ, а стали болѣе склоняться на сторону брюшного изсѣченія матки съ удаленіемъ лимфатическихъ железъ и клѣтчатки.

Брюшное изсѣченіе матки производится со вскрытіемъ брюшины или въ теченіи всей операціи, или только на время выведенія органа изъ брюшной полости, остальное-

Digitized by Google

же время операція происходитъ внѣбрюшинно. Представителями 2-го способа — они-же и авторы его—являются *Amman* [21]), *Mackenrodt* и *Herff* [22]), представителемъ 1-го и особенно ярымъ проповѣдникомъ его—*Wertheim* [23]).

*Wertheim* съ 1898 г. пропагандируетъ эту операцію и совершенно исключаетъ влагалищное изсѣченіе матки, считая его не достигающимъ своей цѣли, такъ какъ при немъ нѣтъ физической возможности удалить всѣ лимфатическія железы. Железы могутъ уже быть поражены даже въ начальныхъ стадіяхъ рака шейки матки и въ дальнѣйшемъ послужатъ источникомъ появленія возврата болѣзни. 27/ш 1900 г. въ засѣданіи акушерско-гинекологическаго Общества въ Вѣнѣ *Wertheim* [24]) показалъ 3-хъ больныхъ съ начинающимся ракомъ влагалищной части и шейки матки, у которыхъ ближайшія лимфатическія железы были уже раковопереръждены.

Прежде чѣмъ сдѣлать оцѣнку всѣмъ этимъ способамъ оперативнаго лѣченія рака матки, позволю себѣ сообщить о матеріалѣ нашей клиники и о тѣхъ результатахъ, которые были получены при нашихъ операціяхъ.

Всѣхъ больныхъ ракомъ матки, подвергшихся коренному оперативному лѣченію, было 190; изъ нихъ ракъ влагалищной части матки былъ у 44, ракъ шейки матки у 126 и ракъ полости матки у 20. Начальныхъ ступеней развитія рака на влагалищной части матки или шейки ея безъ инфильтраціи въ околоматочной клѣтчаткѣ отмѣчено 110. Во всѣхъ случаяхъ рака полости матки послѣдняя была вполнѣ подвижна.

Болѣзнь распознавалась въ послѣднихъ случаяхъ на основаніи микроскопическаго изслѣдованія кусочковъ слизистой оболочки полости матки, добытыхъ путемъ пробнаго выскабливанія острой или тупой ложкой.

Изъ оперативныхъ способовъ коренного лѣченія рака матки были примѣнены: клиновидное изсѣченіе влагалищной части матки, надвлагалищное усѣченіе шейки матки по *Schroeder*'у, влагалищное удаленіе матки и наконецъ брюшно-влагалищное удаленіе ея. Первыхъ 2 операціи производились съ помощью ножа или, чаще, прибора *Paquelin*'а или гальванокаустикой. Предпочтеніе отдавалось отжиганію, а не отрѣзыванію ножемъ въ тѣхъ соображеніяхъ, чтобы терять наименьше крови и оперировать съ большей увѣренностью въ здоровыхъ частяхъ, т. е. имѣть еще впереди поясъ обожженной ткани, гдѣ можетъ еще остаться раковая инфильтрація. Какъ осложненіе, при отжиганіи слѣдуетъ отмѣтить иногда встрѣчавшіяся послѣдовательныя повторныя кровотеченія, для остановки которыхъ приходилось снова брать больныхъ на столъ и накладывать лигатуры на кровоточившія мѣста. Поэтому при этой операціи самое малѣйшее кровотеченіе слѣдуетъ останавливать наложеніемъ лигатуръ. При незначительномъ раковомъ пораженіи одной изъ губъ влагалищной части матки ограничивались только конусовиднымъ, по *Hegar*'у, выжиганіемъ влагалищной части матки. При раковомъ пораженіи всей влагалищной части матки и недалеко ушедшемъ ракѣ шейки дѣлали надвлагалищное усѣченіе шейки по *Schroeder*'у съ помощью ножа или прибора *Paquelin*'а. При далеко ушедшемъ ракѣ шейки, а также при ракѣ полости матки примѣняли влагалищное удаленіе матки, въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ вырѣзываніемъ части свода и съ удаленіемъ клѣтчатки. При большихъ размѣрахъ матки, увеличенной на счетъ развивавшейся въ ней беременности или опухоли, удаляли ее сочетаннымъ образомъ. Предварительно черезъ влагалище отпрепаровывали своды, вскрывали то и другое *Douglas*'ово пространство, а затѣмъ уже приступали къ чревосѣченію и удаляли матку. Удаленіе матки черезъ влагалище производилось въ большинствѣ случаевъ съ постепеннымъ наложеніемъ лигатуръ на параметріи и связки той и другой стороны и перерѣзкою ихъ. Съ помощью зажимовъ *Doyen*'а удаленіе матки было произведено лишь 4 раза и затѣмъ оставлено, въ виду главнымъ образомъ послѣдовательныхъ осложненій въ видѣ большихъ пролежней отъ зажимовъ на влагалищной стѣнкѣ. Послѣдовательныхъ кровотеченій при снятіи зажимовъ не наблюдалось ни разу.

Всѣхъ надвлагалищныхъ усѣченій шейки матки сдѣлано 105, коническихъ изсѣченій влагалищной части или усѣченій ея 40, удаленій матки черезъ влагалище 40, удаленій матки сочетаннымъ способомъ 4, по *Freund*'у 1. Послѣ надвлагалищнаго усѣченія шейки матки не было ни одного случая смерти; всѣ оперированныя выписались изъ клиники въ относительно хорошемъ состояніи.

Относительно возврата болѣзни, къ сожалѣнію, нельзя представить данныхъ о всѣхъ больныхъ: много изъ нихъ было пріѣзжихъ, тотчасъ-же по выздоровленіи отъ операціи уѣзжавшихъ домой; свѣдѣній о состояніи ихъ здоровья получить не удалось. Съ возвратомъ явились въ клинику 25 больныхъ; изъ нихъ лишь у 6 онъ наблюдался въ области культи, у остальныхъ же—въ околоматочной клѣтчаткѣ съ правой и лѣвой стороны матки, а въ запущенныхъ случаяхъ и въ клѣтчаткѣ около мочевого пузыря и прямой кишки. У 6 больныхъ возвратъ наступилъ приблизительно черезъ 8 мѣс., у 12 черезъ 1 годъ 2 мѣс., у 7 приблизительно черезъ 2 года. У 23 оперированныхъ возврата не было спусти 3 года послѣ операціи, у 9 приблизительно спустя 5 лѣтъ и наконецъ у 4 прошло уже 10—11 лѣтъ послѣ операціи, и онѣ чувствуютъ себя вполнѣ здоровыми; одной изъ этихъ послѣднихъ было сдѣлано лишь изсѣченіе задней губы и задняго свода при ограниченномъ пораженіи ихъ ракомъ.

Послѣ удаленія матки умерла 1 больная на 3-ій день послѣ операціи отъ гнилостнаго перитонита. Возврата послѣ удаленія матки не было лишь въ немногихъ случаяхъ; въ большинствѣ-же онъ наступалъ приблизительно черезъ 8—12—18 мѣс., при чемъ гнѣздился также, главнымъ образомъ, въ клѣтчаткѣ боковыхъ сводовъ или въ околопузырной и околопрямокишечной клѣтчаткѣ. Безъ возврата я наблюдалъ только 5 больныхъ.

Изъ случаевъ удаленія матки сочетаннымъ образомъ въ 1, гдѣ операція была произведена на 6-мъ мѣсяцѣ беременности, возвратъ наступилъ черезъ 12 мѣс., и больная въ концѣ концовъ погибла отъ злокачественнаго худосочія. Въ другомъ случаѣ удаленія матки по *Freund*'у больная погибла на 9-ый день отъ воспаленія брюшины. Въ 2 случаяхъ въ продолженіи 2-хъ лѣтъ не наблюдалось возврата болѣзни, а 1 больная со времени операціи исчезла изъ-подъ наблюденія.

Сравнивая результаты надвлагалищнаго усѣченія шейки матки и удаленія матки черезъ влагалище, можно придти къ заключенію, что первая операція какъ-бы болѣе удовлетворяетъ своему назначенію и послѣ нея наблюдается менѣе возвратовъ, чѣмъ послѣ второй. Причина этого кроется, само собой разумѣется, не въ способѣ операціи, а въ томъ, что во многихъ нашихъ случаяхъ удаленія матки черезъ влагалище передъ операціей наблюдалась инфильтрація околоматочной клѣтчатки. Этому и можно приписать менѣе удовлетворительные результаты при немъ, чѣмъ при высокомъ усѣченіи шейки матки. Если-бы во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ было сдѣлано надвлагалищное усѣченіе шейки матки, была удалена вся матка, результаты, несомнѣнно, получились-бы не менѣе хорошіе.

Защитники влагалищнаго удаленія матки даже при самыхъ незначительныхъ пораженіяхъ шейки и влагалищной части ея приводятъ противъ высокаго усѣченія шейки матки то, что при ракѣ влагалищной части матки или шейки ея можетъ наблюдаться одновременно ракъ и тѣла матки. Въ доказательство при этомъ ссылаются на наблюденія д-ра *Seelig*'а [25]), который нашелъ затромбированный раковыми клѣтками лимфатическій сосудъ, начинавшійся въ шейкѣ и продолжавшійся въ тѣло матки. На основаніи своихъ микроскопическихъ и патолого-анатомическихъ изслѣдованій *Seelig* пришелъ къ выводу, что ракъ шейки матки распространяется по лимфатическимъ путямъ, главнымъ образомъ, тѣмъ, что сопровождаютъ кровоносные сосуды, заложенные въ наружномъ и на границѣ средняго и периферическаго мышечныхъ слоевъ; межмышечные лимфатическіе пути играютъ роль второстепенную. Кромѣ этого наблюденія *Seelig*'а, приводится еще рядъ случаевъ, описанныхъ *Binswanger*'омъ [26]), *P. Ruge* [27]), *Abel*'емъ [28]), *Flaischlen*'омъ [29]), *Paaschen*'омъ [30]), *Winter*'омъ [31]) и др., гдѣ при ракѣ шейки матки одновременно наблюдался раковый узелъ въ тѣлѣ маткѣ или на слизистой оболочкѣ ея.

Digitized by Google

Чтобы уяснить отношеніе рака шейки матки къ ея тѣлу, сначала мной, а затѣмъ д-ръ *Религіони* подъ моимъ руководствомъ были изслѣдованы раковопереро жденныя матки и шейки ихъ, удаленныя путемъ операцій.

Главная цѣль работы заключалась въ томъ, чтобы микроскопически опредѣлить, какъ далеко непосредственно распространяется на тѣло матки ракъ шейки или влагалищной части ея. Для этого матка, фиксированная и залитая въ целлюидинъ, разрѣзывалась на большомъ микротомѣ *Jung*'а цѣликомъ. Толщина срѣзовъ равнялась 10—15 μ и была вполнѣ достаточна, чтобы при среднемъ увеличеніи микроскопа можно было разсмотрѣть всѣ подробности строенія и отношенія тканей другъ къ другу. Передъ обработкой только-что удаленная или взятая изъ спирта матка острымъ ножемъ разрѣзалась послойно въ сагиттальномъ направленіи, при чемъ съ одной стороны она оставалась въ связи съ брюшиннымъ покровомъ, такъ что, будучи сложенной, снова получалась какъ бы нетронутая матка. Каждый срѣзъ подробно осматривался съ помощью лупы, и, если при этомъ находили подозрительное мѣсто, похожее на раковое гнѣздо, то весь кусокъ раскладывался на серію срѣзовъ. Для серіи срѣзовъ я употреблялъ способъ *Bumpus*'а, описанный мной въ моей работѣ «Zur Genese der Uterusmyome» (Zeitschrift für Heilkunde, 1895 г. т. XVI) и состоящій въ слѣдующемъ: кусокъ ткани, предназначенный для изслѣдованія, уплотняется въ алкоголѣ; затѣмъ алкоголь извлекается водой, и кусокъ окрашивается цѣликомъ кошенилью или гематоксилиномъ по *Delafield*'у, послѣ чего снова промывается въ водѣ и уплотняется въ спиртѣ, откуда перекладывается въ безводный алкоголь пополамъ съ эѳиромъ и наконецъ заключается въ целлюидинъ. Кусочки, залитые въ целлюидинъ, приклеиваются къ кусочкамъ дерева, опускаются на 24 часа въ хлороформъ, а изъ хлороформа въ тиміановое масло, гдѣ и сохраняются все время. Во время рѣзки куска на микротомѣ ножъ смазывается тѣмъ же тиміановымъ масломъ; срѣзы перекладываются на покровное стекло, при чемъ часть масла удаляется пропускной бумагой, заливаются канадскимъ бальзамомъ и закрываются покровнымъ стекломъ. Этотъ способъ позволяетъ дѣлать цѣлыя серіи срѣзовъ очень быстро, при чемъ срѣзы получаются такіе тонкіе, что позволяютъ различать самое нѣжное строеніе ткани.

Мной изслѣдовано такимъ способомъ 5 матокъ и д-ромъ *Религіони* 10 матокъ и 2 шейки матки, полученныя при усѣченіи ихъ надвлагалищно. Результаты моихъ изслѣдованій вполнѣ сходятся съ таковыми д-ра *Религіони;* поэтому я и приведу здѣсь тѣ выводы, къ которымъ пришелъ онъ въ своей диссертаціи [32]).

1. Ракъ, начинающійся изъ многослойнаго плоскаго эпителія, покрывающаго влагалищную часть матки,—канкроидъ—распространяется болѣе по поверхности ея, проникая въ глубину стромы сравнительно незначительно, при чемъ, распространяясь по лимфатическимъ путямъ, направляется въ околовлагалищную клѣтчатку, гдѣ чаще всего и появляются возвраты.

2. При ракѣ влагалищной части матки выше границы распространенія его ни въ тѣлѣ матки, ни въ слизистой оболочкѣ ея изолированныхъ переносныхъ узловъ не найдено.

3. Слизистая оболочка тѣла матки при ракѣ влагалищной части отвѣчаетъ хроническимъ воспалительнымъ процессомъ, но злокачественнаго новообразованія ни разу не найдено.

4. При ракѣ шейки матки переносныхъ узловъ въ полости матки тоже не найдено.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда ракъ шеечнаго канала переходилъ на тѣло матки или достигалъ только внутренняго зѣва, околоматочная клѣтчатка была поражена.

Другіе авторы, работавшіе въ этомъ направленіи, нашли почти тоже. Такъ, *Franqué* [33]) изслѣдовалъ 38 случаевъ рака матки—23 микроскопически и 15 только макроскопически. Въ 6 случаяхъ дѣло шло о начальномъ ракѣ влагалищной части матки, а 32 случая были далеко ушедшіе. Ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ *Franqué* ни разу не видалъ непрерывнаго перехода рака или переноса его въ тѣло матки. Ракъ влагалищной части матки или шейки ея, достигнувъ внутренняго зѣва, распространялся по лимфатическимъ сосудамъ въ околоматочную клѣтчатку. При ракѣ влагалищной части матки онъ ни разу не наблюдалъ зараженія лимфатическихъ железъ. *Puppel* [34]) изслѣдовалъ 9 матокъ на рядѣ срѣзовъ. Карцинома влагалищной части распространяется, по его мнѣнію, по лимфатическимъ путямъ, лежащимъ между мышечными пучками, особенно въ серединѣ мышечныхъ пучковъ. Эти лимфатическіе сосуды вливаются въ большіе сосуды, расположенные въ наружныхъ мышечныхъ слояхъ шейки матки. Отсюда ракъ распространяется или въ околоматочную клѣтчатку, или на влагалищную стѣнку. Переносы въ тѣлѣ матки находятъ только въ очень далеко зашедшихъ случаяхъ, гдѣ бываетъ уже заражена околоматочная клѣтчатка съ обѣихъ сторонъ.

Изъ этихъ изслѣдованій ясно видно, что при начальныхъ формахъ рака шейки матки и ея влагалищной части новообразованіе представляется чисто мѣстнымъ заболѣваніемъ. Поэтому частичная операція—надвлагалищное усѣченіе шейки матки—имѣетъ всѣ законныя права на существованіе. Изъ новѣйшихъ авторовъ въ пользу надвлагалищнаго усѣченія шейки матки при начальной ступени рака шейки и влагалищной части высказываются: *Winter* [35]), *Franqué* [33]), *Puppell* [34]), *Hofmeier* [36]), *Rosthorn* [37]), *Stevens* [38]), *Vitenза* [39]) *Jordan* [40]), *Madden* [41]), *Lewers* [42]).

Если-же раковое новообразованіе распространилось по шейкѣ матки далеко вверхъ и перешло уже за внутренній зѣвъ, то достаточно-ли будетъ одного влагалищнаго изсѣченія и излѣчитъ-ли эта операція болѣзнь вполнѣ?

Статистики, относящіяся къ послѣднему времени, даютъ касательно результатовъ влагалищныхъ удаленій матки при ракѣ собственно шейки матки у разныхъ операторовъ слѣдующій % выздоровленій, считая таковымъ 5 лѣтъ отсутствія возврата: по *Fehling*'у [43]) 23,07%, *Kaltenbach*'у [44]) 22,46%, *Д. О. Отту* [45]) 23,4%, *Glockner*'у [46]) (матеріалъ изъ клиники въ Leipzig'ѣ) для рака шейки матки 34,06%, для полости матки 66,6%, *Knauer*'у [47]) (изъ клиники *Chrobak*'a) 15,3%, *Fritsch*'у [48]) 34,3%, *Phanenstyel*'ю [49]) 53,3%, *Waldstein*'у [50])(изъ клиники въ Halle) 23,8% и т. д. Первое впечатлѣніе отъ этихъ цифръ получается болѣе или менѣе утѣшительное: ракъ шейки матки излѣчимъ, и % выздоровленій въ рукахъ нѣкоторыхъ авторовъ достигаетъ довольно большой цифры. Но это только первое впечатлѣніе; если же познакомиться со случаями ближе, то результаты окажутся менѣе утѣшительными. Такъ, по *Waldstein*'у [50]) при мѣстныхъ пораженіяхъ шейки матки раковымъ новообразованіемъ изъ 17 случаевъ въ 9 наступилъ возвратъ (52,9%); его не было только въ 8 случаяхъ (47,1%). При ракѣ шейки матки, зашедшемъ далеко, изъ 25 случаевъ въ 23 наступилъ возвратъ (92%); свободны отъ возврата остались 2 больныя (8%). Изъ этого видно, что при ракѣ шейки матки, распространившемся далеко, влагалищное удаленіе матки не даетъ большого % выздоровленій, и въ громадномъ числѣ случаевъ наступаетъ возвратъ. Тоже самое я могу подтвердить и нашими случаями: при рѣзко выраженныхъ пораженіяхъ шейки матки, хотя и съ небольшой инфильтраціей въ сводахъ, очень часто послѣ операціи наблюдался возвратъ. Разница въ % благопріятныхъ исходовъ въ смыслѣ коренного излѣченія рака въ рукахъ различныхъ операторовъ, по моему мнѣнію, зависитъ главнымъ образомъ отъ того, что одни предпочитаютъ производить полное удаленіе матки лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло идетъ о начальной ступени болѣзни, другіе-же производятъ ее larga manu и въ запущенныхъ случаяхъ. У первыхъ, само собой разумѣется, статистика выздоровленій будетъ лучше, чѣмъ у вторыхъ. Доказательствомъ этого могутъ служить статистическія цифры авторовъ относительно подлежащихъ и не подлежащихъ операціи случаевъ на все число раковыхъ больныхъ (ракомъ матки), явившихся въ клинику за врачебной помощью. Такъ, по *Glockner*'у изъ 974 больныхъ ракомъ матки, пришедшихъ въ амбуляторію, только 260, т. е. 26,69% подверглись операціи; по *Knauer*'у изъ 1364 больныхъ ракомъ матки коренная операція сдѣлана 236, т. е. 17,1%; по *Fritsch*'у 19,5%, по *Küstner*'у 22,8%, по *Phanenstyel*'ю 35,4%, а въ 1900 г.—53,6%, по *Leopold*'у 20,4%, по *Thorn*'у 35%, *Kaltenbach*'у 40% и т. д.

При ракѣ собственно влагалищной части результаты получаются лучшіе, чѣмъ при ракѣ шейки. Такъ, по *Knauer*'у изъ 57 больныхъ ракомъ влагалищной части матки возвратъ наблюдался у 37 или въ 64,9%, выздоровѣли 20, т. е. 35,4%; при ракѣ шейки матки % выздоровленій былъ лишь 15,3. По *Waldstein*'у изъ 64 оперированныхъ по поводу рака влагалищной части матки у 46 или въ 71,9% получился возвратъ, у 13, т. е. въ 43,3%, его не было.

Спрашивается, можно-ли на основаніи только-что приведенныхъ цифръ, говорящихъ о результатахъ влагалищнаго удаленія матки при ракѣ влагалищной части и шейки матки, остановиться только на этой операціи и успокоиться? Думаю, что нѣтъ. При начальныхъ формахъ рака влагалищной части матки вполнѣ достаточно сдѣлать только усѣченіе шейки ея. Этой операціей мы

Digitized by Google

достигнемъ излѣченія болѣзни, какъ и при полномъ влагалищномъ удаленіи всей матки, а, съ другой стороны, сохранимъ женщинѣ способность дѣторожденія. При далеко-же зашедшемъ процессѣ едва-ли будетъ достаточнымъ влагалищное удаленіе матки, а придется обратиться къ другому оперативному пріему, какъ наиболее достигающему цѣли, а именно—къ брюшному удаленію матки. На основаніи вышесказаннаго о распространеніи рака шейки матки можно сдѣлать заключеніе, что раковое пораженіе быстрѣе распространяется въ клѣтчатку, чѣмъ на тѣло матки. Послѣднія изслѣдованія многихъ авторовъ показали, что лимфатическія железы, расположенныя вблизи матки, очень скоро поражаются раковымъ новообразованіемъ. *Kundrat* [51]) изслѣдовалъ 80 матокъ, удаленныхъ черезъ брюшную стѣнку по способу *Wertheim*'а, и околоматочную клѣтчатку 160 разъ. Изъ 80 случаевъ въ 19 онъ нашелъ двустороннее пораженіе клѣтчатки, въ 25 одностороннее, изъ нихъ въ 6 правостороннее и въ 19 лѣвостороннее. Такимъ образомъ изъ 80 случаевъ пораженіе клѣтчатки въ общемъ наблюдалось въ 44 (55%). О злокачественной инфильтраціи клѣтчатки нельзя судить по одному двуручному изслѣдованію; такъ, по *Kundrat*'у въ 10 случаяхъ путемъ гинекологическаго изслѣдованія была опредѣлена инфильтрація околоматочной клѣтчатки съ правой стороны и въ 1 съ лѣвой; при микроскопическомъ-же изслѣдованіи раковой инфильтраціи въ нихъ не обнаружено; и наоборотъ, въ 16 случаяхъ съ лѣвой стороны и въ 2 съ правой подъ микроскопомъ была найдена раковая инфильтрація, не смотря на то, что при клиническомъ изслѣдованіи оба параметрія найдены были нормальными.

Отношенія между параметріями и около-лежащими железами были слѣдующія: оба параметрія и лимфатическія железы были свободны отъ раковой инфильтраціи въ 32 случаяхъ; въ параметріи одной стороны была раковая инфильтрація, железы-же съ обѣихъ сторонъ найдены были безъ измѣненій въ 15; въ обоихъ параметріяхъ была раковая инфильтрація, а железы были свободны отъ рака въ 7; въ одномъ параметріи и въ железахъ съ другой стороны раковая инфильтрація была въ 3; раковая инфильтрація была въ обоихъ параметріяхъ, железы-же были поражены съ одной стороны въ 7; въ одномъ параметріи была раковая инфильтрація, железы-же были поражены съ обѣихъ сторонъ въ 4; ни въ одномъ случаѣ не было двусторонняго пораженія железъ при свободныхъ отъ раковой инфильтраціи параметріяхъ.

*Dittrich* [52]) при вскрытіи труповъ нашелъ пораженіе железъ въ 40%, *Blau* [53]) въ 33%; у *Winter*'а изъ 50 не оперативныхъ случаевъ железы найдены пораженными раковыми новообразованіями въ 24%; *Kermauner* и *H. Lamèris* [55]) нашли пораженіе железъ въ 57,5%; параметріи были поражены въ 72,7%.

На 29 случаевъ брюшного изсѣченія матки вмѣстѣ съ лимфатическими железами *Wertheim* [56]) нашелъ пораженіе железъ въ 11. Если изъ 27 случаевъ рака шейки матки выкинуть 5 запущенныхъ, то на оставшіеся 22 изъ 11, гдѣ были найдены раково-перерожденныя железы, 5 приходятся на долю запущенныхъ, 1 на 2 случая рака полости матки; слѣд., изъ 22 пораженіе железъ было въ 5, т. е. въ 22%. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, далеко зашедшихъ, пораженія железъ не наблюдалось; въ другихъ-же даже при начальной ступени раковаго пораженія железы уже были заражены. На 4-мъ Международномъ Съѣздѣ по акушерству и гинекологіи въ Римѣ *Wertheim* [56]) сообщилъ уже о 120 брюшныхъ изсѣченіяхъ матки. Изъ 80 случаевъ железы были поражены въ 27, въ томъ числѣ 4 раза на обѣихъ сторонахъ.

По *Pozzi* [57]) ракъ шейки матки развивается весьма быстро, скорѣе, чѣмъ ракъ влагалищной части матки и ея полости, переходитъ на сосѣдніе органы и рано даетъ пораженіе железъ.

По *Jonesco* [58]) железы были поражены въ 61,5%. По *Zweifel*'ю [59]) на 33 случая брюшного изсѣченія матки въ 21,9% было найдено подъ микроскопомъ пораженіе железъ, въ 37,5% железы не прощупывались, въ 30,4% онѣ были увеличены, но не перерождены злокачественно.

Такое быстрое пораженіе железъ и околоматочной клѣтчатки въ большомъ числѣ случаевъ говоритъ противъ влагалищнаго усѣченія матки и не даетъ права считать эту операцію коренной въ случаяхъ распространеннаго пораженія маточной шейки. Въ случаяхъ начальныхъ, гдѣ раковое новообразованіе занимаетъ одну изъ губъ влагалищной части матки или ограничивается нижней частью шейки, этой операціей достигнемъ, повторяю, тѣхъ-же результатовъ, что и полнымъ влагалищнымъ вырѣзываніемъ. Другое дѣло, если при усѣченіи шейки найдемъ, что раковый процессъ распространился за предѣлы отрѣзаннаго куска шейки; тогда безусловно нужно тѣмъ или инымъ путемъ удалить всю матку.

Нѣкоторые авторы, напр. *Pawlik* и *Schuchardt* [19]), совѣтуютъ удалять околоматочную клѣтчатку черезъ влагалище. *Schuchardt* для этой цѣли предлагаетъ дѣлать боковые разрѣзы и перевязывать сосуды in situ; *Pawlik* совѣтуетъ предварительно ввести въ мочеточникъ зондъ, чтобы онъ служилъ руководителемъ при удаленіи клѣтчатки и железъ и не допустилъ раненія мочеточника. Для облегченія работы въ околоматочной клѣтчаткѣ, по всей вѣроятности, могутъ служить также хорошимъ пособіемъ зеркала съ освѣщеніемъ проф. *Д. О. Отта*; но мы не имѣемъ опыта въ этомъ направленіи, а потому я ничего не могу сказать ни за, ни противъ нихъ.

Не смотря на эти предложенія, все-же влагалищнымъ путемъ нельзя удалить чисто всю околоматочную клѣтчатку, а тѣмъ болѣе высоко лежащія лимфатическія железы. Для этого слѣдуетъ принять одинъ только путь—брюшинный, чревосѣченіе съ удаленіемъ матки, части влагалища, придатковъ, околоматочной клѣтчатки и лимфатическихъ железъ. Къ сожалѣнію, этотъ способъ операціи до сихъ поръ даетъ сравнительно большой % смертности: по статистикѣ *Pozzi* отъ 19% до 34%, *Winter*'а 45%; по *Jonesco* на 38 операцій было 12 случаевъ смерти, т. е. 31,6%. По *Jonesco* въ послѣдне время брюшныя операціи рака матки при ограниченномъ процессѣ даютъ 5,35% смертности, при болѣе-же или менѣе распространенномъ 34,37%; по *Schauta* 60%, *Frisch*'у 12% и т. д. Надо ожидать, что съ улучшеніемъ техники % этотъ значительно понизится. Такое пониженіе мы и видимъ у *Wertheim*'а: на 120 случаевъ онъ имѣлъ смертность въ 20%; но, если изъ этого числа выбросить первые 30 случаевъ, когда техника операціи была еще недостаточно разработана, то для остальныхъ смертность выразится въ 13%. Улучшеніе техники отразилось уже на продолжительности операціи: вмѣсто 2—2½ час., она длится теперь лишь 1—1½ часа.

Способъ этотъ расширяетъ показанія къ коренной операціи; тамъ, гдѣ уже нельзя дѣлать влагалищнаго удаленія вслѣдствіе инфильтраціи клѣтчатки, особенно между мочевымъ пузыремъ и маткой, брюшное изсѣченіе матки еще возможно, такъ какъ со стороны брюшной полости все пораженное гораздо доступнѣе.

Относительно возвратовъ, къ сожалѣнію, ничего положительнаго въ настоящее время сказать нельзя, такъ какъ въ общемъ матеріала еще недостаточно, особенно если проводить параллель съ влагалищнымъ удаленіемъ матки. Изъ 13 случаевъ *Wertheim*'а брюшного изсѣченія матки возвратъ по истеченіи 2½ лѣтъ наблюдался въ 3; у *Mackenrodt*'а изъ 39 оперированныхъ 18 не имѣли возврата въ теченіи 3-хъ лѣтъ; у *Jonesco* изъ 15 больныхъ ракомъ матки, оперированныхъ въ 1900—1902 г., ни у одной не было возврата. На основаніи этихъ небольшихъ цифръ ничего нельзя сказать ни за, ни противъ брюшного изсѣченія матки, и можно его предлагать только въ виду быстроты распространенія рака шейки матки въ околоматочную клѣтчатку и на лимфатическія железы.

Относительно способа брюшного изсѣченія матки также ничего опредѣленнаго сказать нельзя. Предлагать какой-либо способъ съ извѣстнымъ строго установленнымъ шаблономъ едва-ли возможно, такъ какъ чуть-ли не каждый случай можетъ представить что-нибудь особенное и потребуетъ измѣненія плана операціи. Слѣдуетъ отмѣтить только главное: это—уединеніе мочеточниковъ, дабы не поранить ихъ при операціи, перевязку большихъ сосудовъ,

Digitized by Google

направляющихся въ маткѣ и ея придаткамъ, и знакомство съ расположеніемъ железъ ради ихъ вылущенія. Почти каждый операторъ предлагалъ свой способъ удаленія матки путемъ чревосѣченія; такъ извѣстны способы *Wertheim*'а, *Jonesco*, *Mackenrodt*'а, *Amann*'а и др. Съ усовершенствованіемъ техники операціи нужно надѣяться, что этотъ путь удаленія матки займетъ подобающее мѣсто среди другихъ оперативныхъ способовъ кореннаго лѣченія рака шейки матки и пріобрѣтетъ всѣ права гражданства.

Что железы поражаются весьма быстро, объ этомъ едва-ли можно спорить: за это говорятъ, кромѣ непосредственнаго изслѣдованія, аналогичныя наблюденія въ другихъ частяхъ тѣла при развитіи въ нихъ рака, гдѣ при удаленіи главнаго гнѣзда хирургъ старается удалить и всѣ сосѣднія железы, чтобы избѣжать возможности скораго возврата.

При ракѣ полости матки влагалищное удаленіе матки вполнѣ примѣнимо. На основаніи цѣлаго ряда изслѣдованій и клиническихъ наблюденій, дознано, что ракъ полости матки остается долгое время чисто мѣстнымъ процессомъ, и поэтому его можно кореннымъ образомъ удалить. Изъ статистическихъ данныхъ, сообщенныхъ авторами въ различное время, видно, что влагалищное удаленіе матки при ракѣ полости ея даетъ наиболѣе благопріятный результатъ. У нѣкоторыхъ авторовъ, напр., у *Phanenstyel*'я наблюдалось 100% выздоровленій; у другихъ этотъ % нѣсколько ниже; такъ, у *Waldstein*'а онъ 83,3 у *Knauer*'а 75, у *Д. О. Отта* 47, у *Otto*—46,1.

Изъ нашихъ случаевъ удаленія матки при ракѣ полости ея ни въ одномъ, какъ мнѣ извѣстно, возврата не было.

Подведя итогъ всему сказанному, можно сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. При небольшихъ пораженіяхъ одной изъ губъ влагалищной части матки, особенно при т. наз. разъѣдающей язвѣ (ulcus rodens), клиновидное вырѣзываніе и усѣченіе влагалищной части матки даетъ хорошіе результаты.

2. При начальныхъ формахъ рака влагалищной части и шейки матки вполнѣ показано высокое усѣченіе шейки матки, дающее большой % выздоровленій и оставляющее женщинѣ способность зачатія.

3. Влагалищное удаленіе матки при ракѣ шейки ея, занявшемъ большое протяженіе, особенно при пораженіи околоматочной клѣтчатки, должно безусловно уступить мѣсто брюшному изсѣченію матки съ удаленіемъ лимфатическихъ железъ и околоматочной клѣтчатки.

4. Кругъ примѣненія брюшного способа изсѣченія пораженной раковымъ процессомъ матки и железъ долженъ съ теченіемъ времени и улучшеніемъ оперативной техники все болѣе и болѣе расширяться, какъ самый цѣлесообразный способъ.

5. При ракѣ полости матки влагалищное удаленіе ея имѣетъ всѣ свои права.

**Литература.** 1. *Hegar*. Operative Gynäkologie.—2. *Hofmeier*. Grundriss der gynäkologischen Operationen, 1893. — 3. *Freund*. Eine neue Methode der Extirpation des ganzen Uterus (*Volkmann*'s Sammlung klin. Vorträge, 1878, № 133). — 4. *Czerny*. «Wiener med. Wochenschrift», 1879, №№ 45—49.—5. *Jones*. Прив. по *Rickett*'s. «American Journal of Obstetrics», т. XXIX, стр. 425.—6. Прив. по *К. Θ. Славянскому*. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней, 1888, стр. 679.—7. *Ahlfeld*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1880, № 1.—8. *Kleinwächter*. «Wiener med. Presse», 1881, № 3 и 4. — 9. *Hegar* u. *Kaltenbach*. Operative Gynäkologie, 1897.—10. *Gusserow*. Прив. по *Veit*'y. Handbuch der Gynäkologie, 1899.—11. Тамъ-же.—12. *Д. О. Оттъ*. «Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie», 1900, т. XII.—13. *Hochenegg*. «Wiener klin. Wochenschrift», 1888, № 19.—14. *Hersfeld*. «Allgemeine Wiener medic. Zeitung», 1888.—15. *Kraske*. «*Langenbeck*'s Archiv», т. XXXIII, стр. 56.—16. *Schauta*. «Lehrbuch der ges. Gynäkologie», 1896, стр. 1100.—17. *Zuckerkandl*. «Wiener med. Presse», 1889, № 7. — 18. *Olshausen*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1895, № 1.—19. *Schuchardt*. Прив. по *В. Ф. Снегиреву*. «Маточныя кровотеченія», 1900, стр. 622.—20. *Amman*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1901, № 25. — 21. *Mackenrodt*. Тамъ-же, № 27.— 22. *Herff*. «Beiträge zur Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. VI, тетр. 1. — 23. *Wertheim* «Archiv f. Gynaekologie», т. LXI, стр. 627.—24. *Wertheim*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1900.—25. *Seelig*. Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Ausbreitungswege des Gebärmutterkrebses. Strassburg'ская диссертація, 1894.—26. *Binswanger*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1879, № 1.—27. *Ruge*. «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. XIII.—28. *Abel*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1889, № 30.—29. *Flaischlen*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1890, № 30.—30. *Paaschen*. Ein Fall von doppeltem Uteruscarcinom. «Centralblatt f. Gynaekologie», XIX.—31. *Winter*. «Zeitschrift f. Gebursthülfe u. Gynaekologie», т. XXII, тетр. 1. — 32. *Религіони*. Надвлагалищная ампутація шейки матки или экстирпація всего органа при раковомъ пораженіи шейки его. Петербургская диссертація, 1900.—33. *Franqué*. «Zeitschrift fur Geb. u. Gyn.», т. XLIV. тетр. 2.—34. *Puppel*. Beiträge zum Studium der Ausbreitung des Gebärmutterkrebses in präformirten Limphbanen; диссертація, 1900.—35. *Winter*. «Zeitschrift für Geb. u. Gyn.», 1891. т. 22.—36. *Hofmeier*. Прив. по «Centralblatt f. Gynaekologie», 1901, № 24. -- 37. *Rosthorn*. Тамъ-же.—38. *Stevens*. Тамъ-же, 1901, № 52.—39. *Vetenza*. «Atti della Soc. ital. diaste gin.», 1898. — 40. *Jordan*. «Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.», т. XLV.—41. *Madden*. «Dublin. Journ. of med. Science», 1899.—42. *Lewers*. «Lancet», 1900, 17 ноября. — 43. *Fehling*. «Beiträge zur Geb. u. Gyn.», т. IV, тетр. 1.—44. *Kaltenbach*. Тамъ-же.—45. *Д. О. Оттъ*. «Monatsschrift für Geb. u. Gyn.», 1900, т. XII.—46. *Glockner*. «Beiträge zur Geb. u. Gyn.», т. VI, тетр. 2.—47. *Knauer*. Тамъ-же, т. V.—48. *Fritsch*. «Centralblatt für Gynaekologie», 1901, № 15.—49. *Phanenstyel*. Тамъ-же.—50. *Waldstein*. Тамъ-же, 1901, № 50. — 51. *Kundrat*. «Archiv f. Gynaekologie», т. 69.—52. *Dittrich*. Тамъ-же.—53. *Blau*. Прив. по *Winter*'y. «Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.», т. 27.—54. *Winter*. Тамъ-же.—55. *Kermauner* u. *Loméris*. «Beiträge zur Geb. u. Gyn.», т. V.—56. *Wertheim*. 4-ый Международный Съѣздъ по акушерству и гинекологіи въ Римѣ. Реф. въ «Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней», 1902. — 57. *Pozzi*. Тамъ-же. — 58. *Jonesco*. Тамъ-же.—59. *Zweifel*. Тамъ-же.

---

XXVII. Изъ фармакологической лабораторіи проф. Н. П. Кравкова въ В.-Медицинской Академіи.

# Къ фармакологіи веронала.

Н. И. Бочарова.

Недавно *E. Fischer* и *J. Mering* сообщили о цѣломъ рядѣ синтезированныхъ ими веществъ, производныхъ мочевины, образующихъ собою новый большой классъ снотворныхъ средствъ. Сравнительными наблюденіями надъ физіологическимъ дѣйствіемъ этихъ производныхъ мочевины и входящихъ въ ихъ составъ кислотъ, а также амидокислотъ, они устанавливаютъ зависимость между химической конституціей вещества и его физіологическимъ дѣйствіемъ и такимъ образомъ своими данными подтверждаютъ ту мысль, къ осуществленію которой стремятся современные научные изслѣдователи.

По наблюденію этихъ авторовъ вещество пріобрѣтаетъ снотворное дѣйствіе лишь при наличности группы мочевины и непремѣнно въ соединеніи съ алкилами высшаго порядка. На интенсивность снотворнаго дѣйствія, какъ доказано *Fischer*'омъ и *Mering*'омъ на производныхъ діалкилмалоновой кислоты, имѣетъ громадное значеніе циклическое расположеніе группы мочевины, при чемъ съ измѣненіемъ группы алкила мѣняется и физіологическое дѣйствіе вещества. Кромѣ того, *Fischer* и *Mering* указываютъ на рядъ еще болѣе интересныхъ данныхъ, свидѣтельствующихъ о томъ, какъ сильно могутъ мѣняться физіологическія свойства вещества при ничтожномъ измѣненіи его химическаго строенія. Такъ, діэтилмалонил-мочевина, имѣющая формулу

$$\begin{matrix} C_2H_5 \\ C_2H_5 \end{matrix} > C < \begin{matrix} CO-NH \\ CO-NH \end{matrix} > CO,$$

отличается сильнымъ снотворнымъ дѣйствіемъ, въ то время какъ діэтилмалоновокислый уреидъ:

$$\begin{matrix} C_2H_5 \\ C_2H_5 \end{matrix} > C < \begin{matrix} CO-OH \\ CO-NH-CO-NH_2 \end{matrix}$$

уже лишенъ этого свойства. Одного только нарушенія азотъ-содержащаго кольца достаточно, чтобы сильное снотворное вещество—діэтил-малонилъ-мочевину — превратить въ недѣйствующій діэтилмалоновокислый уреидъ. Далѣе, замѣщеніе кислорода въ группѣ мочевины сѣрой сильно повышаетъ ядовитость вещества и т. д. Не смотря однако на подмѣченную закономѣрность зависимости между химической конституціей вещества и физіологическимъ его дѣйствіемъ, зависимость эта имѣетъ лишь относительное значеніе. Такъ, со введеніемъ высшей алкиловой группы наблюдается усиленіе снотворнаго дѣйствія въ производ-

Digitized by Google

достигнемъ излѣченія болѣзни, какъ и при полномъ влагалищномъ удаленіи всей матки, а, съ другой стороны, сохранимъ женщинѣ способность дѣторожденія. При далеко-же зашедшемъ процессѣ едва-ли будетъ достаточнымъ влагалищное удаленіе матки, а придется обратиться къ другому оперативному пріему, какъ наиболее достигающему цѣли, а именно—къ брюшному удаленію матки. На основаніи вышесказаннаго о распространеніи рака шейки матки можно одѣлать заключеніе, что раковое пораженіе быстрѣе распространяется въ клѣтчатку, чѣмъ на тѣло матки. Послѣднія изслѣдованія многихъ авторовъ показали, что лимфатическія железы, расположенныя вблизи матки, очень скоро поражаются раковымъ новообразованіемъ. *Kundrat* [51]) изслѣдовалъ 80 матокъ, удаленныхъ черезъ брюшную стѣнку по способу *Wertheim*'а, и околоматочную клѣтчатку 160 разъ. Изъ 80 случаевъ въ 19 онъ нашелъ двустороннее пораженіе клѣтчатки, въ 25 одностороннее, изъ нихъ въ 6 правостороннее и въ 19 лѣвостороннее. Такимъ образомъ изъ 80 случаевъ пораженіе клѣтчатки въ общемъ наблюдалось въ 44 (55%). О злокачественной инфильтраціи клѣтчатки нельзя судить по одному двуручному изслѣдованію; такъ, по *Kundrat*'у въ 10 случаяхъ путемъ гинекологическаго изслѣдованія была опредѣлена инфильтрація околоматочной клѣтчатки съ правой стороны и въ 1 съ лѣвой; при микроскопическомъ-же изслѣдованіи раковой инфильтраціи въ нихъ не обнаружено; и наоборотъ, въ 16 случаяхъ съ лѣвой стороны и въ 2 съ правой подъ микроскопомъ была найдена раковая инфильтрація, не смотря на то, что при клиническомъ изслѣдованіи оба параметрія найдены были нормальными.

Отношенія между параметріями и около-лежащими железами были слѣдующія: оба параметрія и лимфатическія железы были свободны отъ раковой инфильтраціи въ 32 случаяхъ; въ параметріи одной стороны была раковая инфильтрація, железы-же съ обѣихъ сторонъ найдены были безъ измѣненій въ 15; въ обоихъ параметріяхъ была раковая инфильтрація, а железы были свободны отъ рака въ 7; въ одномъ параметріи и въ железахъ съ другой стороны раковая инфильтрація была въ 3; раковая инфильтрація была въ обоихъ параметріяхъ, железы-же были поражены съ одной стороны въ 7; въ одномъ параметріи была раковая инфильтрація, железы-же были поражены съ обѣихъ сторонъ въ 4; ни въ одномъ случаѣ не было двусторонняго пораженія железъ при свободныхъ отъ раковой инфильтраціи параметріяхъ.

*Dittrich* [52]) при вскрытіи труповъ нашелъ пораженіе железъ въ 40%, *Blau* [53]) въ 33%; у *Winter*'а изъ 50 не оперативныхъ случаевъ железы найдены пораженными раковыми новообразованіями въ 24%; *Kermauner* и *H. Lameris* [55]) нашли пораженіе железъ въ 57,5%; параметріи были поражены въ 72,7%.

На 29 случаевъ брюшного изсѣченія матки вмѣстѣ съ лимфатическими железами *Wertheim* [56]) нашелъ пораженіе железъ въ 11. Если изъ 27 случаевъ рака шейки матки выкинуть 5 запущенныхъ, то на оставшіеся 22 изъ 11, гдѣ были найдены раково-перерожденныя железы, 5 приходятся на долю запущенныхъ, 1 на 2 случая рака полости матки; слѣд., изъ 22 пораженіе железъ было въ 5, т. е. въ 22%. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, далеко зашедшихъ, пораженія железъ не наблюдалось; въ другихъ-же даже при начальной ступени раковаго пораженія железы уже были заражены. На 4-мъ Международномъ Съѣздѣ по акушерству и гинекологіи въ Римѣ *Wertheim* [56]) сообщилъ уже о 120 брюшныхъ изсѣченіяхъ матки. Изъ 80 случаевъ железы были поражены въ 27, въ томъ числѣ 4 раза на обѣихъ сторонахъ.

По *Pozzi* [57]) ракъ шейки матки развивается весьма быстро, скорѣе, чѣмъ ракъ влагалищной части матки и ея полости, переходитъ на сосѣдніе органы и рано даетъ пораженіе железъ.

По *Jonesco* [58]) железы были поражены въ 61,5%. По *Zweifel*'ю [59]) на 33 случая брюшного изсѣченія матки въ 21,9% было найдено подъ микроскопомъ пораженіе железъ, въ 37,5% железы не прощупывались, въ 30,4% онѣ были увеличены, но не перерождены злокачественно.

Такое быстрое пораженіе железъ и околоматочной клѣтчатки въ большомъ числѣ случаевъ говоритъ противъ влагалищнаго усѣченія матки и не даетъ права считать эту операцію коренной въ случаяхъ распространеннаго пораженія маточной шейки. Въ случаяхъ начальныхъ, гдѣ раковое новообразованіе занимаетъ одну изъ губъ влагалищной части матки или ограничивается нижней частью шейки, этой операціей достигнемъ, повторяю, тѣхъ-же результатовъ, что и полнымъ влагалищнымъ вырѣзываніемъ. Другое дѣло, если при усѣченіи шейки найдемъ, что раковый процессъ распространился за предѣлы отрѣзаннаго куска шейки; тогда безусловно нужно тѣмъ или инымъ путемъ удалить всю матку.

Нѣкоторые авторы, напр. *Pawlik* и *Schuchardt* [19]), совѣтуютъ удалять околоматочную клѣтчатку черезъ влагалище. *Schuchardt* для этой цѣли предлагаетъ дѣлать боковые разрѣзы и перевязывать сосуды in situ; *Pawlik* совѣтуетъ предварительно ввести въ мочеточникъ зондъ, чтобы онъ служилъ руководителемъ при удаленіи клѣтчатки и железъ и не допустилъ раненія мочеточника. Для облегченія работы въ околоматочной клѣтчаткѣ, по всей вѣроятности, могутъ служить также хорошимъ пособіемъ зеркала съ освѣщеніемъ проф. *Д. О. Отта*; но мы не имѣемъ опыта въ этомъ направленіи, а потому я ничего не могу сказать ни за, ни противъ нихъ.

Не смотря на эти предложенія, все-же влагалищнымъ путемъ нельзя удалить чисто всю околоматочную клѣтчатку, а тѣмъ болѣе высоко лежащія лимфатическія железы. Для этого слѣдуетъ принять одинъ только путь—брюшинный, чревосѣченіе съ удаленіемъ матки, части влагалища, придатковъ, околоматочной клѣтчатки и лимфатическихъ железъ. Къ сожалѣнію, этотъ способъ операціи до сихъ поръ даетъ сравнительно большой % смертности: по статистикѣ *Pozzi* отъ 19% до 34%, *Winter*'а 45%; по *Jonesco* на 38 операцій было 12 случаевъ смерти, т. е. 31,6%. По *Jonesco* въ послѣдне время брюшныя операціи рака матки при ограниченномъ процессѣ даютъ 5,35% смертности, при болѣе-же или менѣе распространенномъ 34,37%; по *Schauta* 60%, *Frisch*'у 12% и т. д. Надо ожидать, что съ улучшеніемъ техники % этотъ значительно понизится. Такое пониженіе мы и видимъ у *Wertheim*'а: на 120 случаевъ онъ имѣлъ смертность въ 20%; но, если изъ этого числа выбросить первые 30 случаевъ, когда техника операціи была еще недостаточно разработана, то для остальныхъ смертность выразится въ 13%. Улучшеніе техники отразилось уже на продолжительности операціи: вмѣсто 2—2½ час., она длится теперь лишь 1—1½ часа.

Способъ этотъ расширяетъ показанія къ коренной операціи; тамъ, гдѣ уже нельзя дѣлать влагалищнаго удаленія вслѣдствіе инфильтраціи клѣтчатки, особенно между мочевымъ пузыремъ и маткой, брюшное изсѣченіе матки еще возможно, такъ какъ со стороны брюшной полости все пораженное гораздо доступнѣе.

Относительно возвратовъ, къ сожалѣнію, ничего положительнаго въ настоящее время сказать нельзя, такъ какъ въ общемъ матеріала еще недостаточно, особенно если проводить параллель съ влагалищнымъ удаленіемъ матки. Изъ 13 случаевъ *Wertheim*'а брюшного изсѣченія мятки возвратъ по истеченіи 2½ лѣтъ наблюдался въ 3; у *Mackenrodt*'а изъ 39 оперированныхъ 18 не имѣли возврата въ теченіи 3-хъ лѣтъ; у *Jonesco* изъ 15 больныхъ ракомъ матки, оперированныхъ въ 1900—1902 г., ни у одной не было возврата. На основаніи этихъ небольшихъ цифръ ничего нельзя сказать ни за, ни противъ брюшного изсѣченія матки, и можно его предлагать только въ виду быстроты распространенія рака шейки матки въ околоматочную клѣтчатку и на лимфатическія железы.

Относительно способа брюшного изсѣченія матки также ничего опредѣленнаго сказать нельзя. Предлагать какой-либо способъ съ извѣстнымъ строго установленнымъ шаблономъ едва-ли возможно, такъ какъ чуть-ли не каждый случай можетъ представить что-нибудь особенное и потребуетъ измѣненія плана операціи. Слѣдуетъ отмѣтить только главное: это—уединеніе мочеточниковъ, дабы не поранить ихъ при операціи, перевязку большихъ сосудовъ,

Digitized by Google

направляющихся въ маткѣ и ея придаткамъ, и знакомство съ расположеніемъ железъ ради ихъ вылущенія. Почти каждый операторъ предлагалъ свой способъ удаленія матки путемъ чревосѣченія; такъ извѣстны способы *Wertheim*'а, *Jonesco*, *Mackenrodt*'а, *Amann*'а и др. Съ усовершенствованіемъ техники операціи нужно надѣяться, что этотъ путь удаленія матки займетъ подобающее мѣсто среди другихъ оперативныхъ способовъ коренного лѣченія рака шейки матки и пріобрѣтетъ всѣ права гражданства.

Что железы поражаются весьма быстро, объ этомъ едва-ли можно спорить: за это говорятъ, кромѣ непосредственнаго изслѣдованія, аналогичныя наблюденія въ другихъ частяхъ тѣла при развитіи въ нихъ рака, гдѣ при удаленіи главнаго гнѣзда хирургъ старается удалить и всѣ сосѣднія железы, чтобы избѣжать возможности скораго возврата.

При ракѣ полости матки влагалищное удаленіе матки вполнѣ примѣнимо. На основаніи цѣлаго ряда изслѣдованій и клиническихъ наблюденій, дознано, что ракъ полости матки остается долгое время чисто мѣстнымъ процессомъ, и поэтому его можно кореннымъ образомъ удалить. Изъ статистическихъ данныхъ, сообщенныхъ авторами въ различное время, видно, что влагалищное удаленіе матки при ракѣ полости ея даетъ наиболѣе благопріятный результатъ. У нѣкоторыхъ авторовъ, напр., у *Phanenstyel*'я наблюдалось 100% выздоровленій; у другихъ этотъ % нѣсколько ниже; такъ, у *Waldstein*'а онъ 83,3 у *Knauer*'а 75, у *Д. О. Отта* 47, у *Otto*—46,1.

Изъ нашихъ случаевъ удаленія матки при ракѣ полости ея ни въ одномъ, какъ мнѣ извѣстно, возврата не было.

Подводя итогъ всему сказанному, можно сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. При небольшихъ пораженіяхъ одной изъ губъ влагалищной части матки, особенно при т. наз. разъѣдающей язвѣ (ulcus rodens), клиновидное вырѣзываніе и усѣченіе влагалищной части матки даетъ хорошіе результаты.

2. При начальныхъ формахъ рака влагалищной части и шейки матки вполнѣ показано высокое усѣченіе шейки матки, дающее большой % выздоровленій и оставляющее женщинѣ способность зачатія.

3. Влагалищное удаленіе матки при ракѣ шейки ея, занявшемъ большое протяженіе, особенно при пораженіи околоматочной клѣтчатки, должно безусловно уступить мѣсто брюшному изсѣченію матки съ удаленіемъ лимфатическихъ железъ и околоматочной клѣтчатки.

4. Кругъ примѣненія брюшного способа изсѣченія пораженной раковымъ процессомъ матки и железъ долженъ съ теченіемъ времени и улучшеніемъ оперативной техники все болѣе и болѣе расширяться, какъ самый цѣлесообразный способъ.

5. При ракѣ полости матки влагалищное удаленіе ея имѣетъ всѣ свои права.

**Литература.** 1. *Hegar*. Operative Gynäkologie.—2. *Hofmeier*. Grundriss der gynäkologischen Operationen, 1893. — 3. *Freund*. Eine neue Methode der Extirpation des ganzen Uterus (*Vollkmann*'s Sammlung klin. Vorträge, 1878, № 133). — 4. *Czerny*. «Wiener med. Wochenschrift», 1879, №№ 45—49.—5. *Jones*. Прив. по *Rickett*'s. «American Journal of Obstetrics», т. XXIX, стр. 425.—6. Прив. по *К. Ѳ. Славянскому*. Частная патологія и терапія женскихъ болѣзней, 1888, стр. 679.—7. *Ahlfeld*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1880, № 1.—8. *Kleinwächter*. «Wiener med. Presse», 1881, № 3 и 4. — 9. *Hegar* u. *Kaltenbach*. Operative Gynäkologie, 1897.—10. *Gusserow*. Прив. по *Veit*'у. Handbuch der Gynäkologie, 1899.—11. Тамъ-же.—12. *Д. О. Оттъ*. «Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie», 1900, т. XII.—13. *Hockenegg*. «Wiener klin. Wochenschrift», 1888, № 19.—14. *Hersfeld*. «Allgemeine Wiener medic. Zeitung», 1888.—15. *Kraske*. «*Langenbeck*'s Archiv», т. XXXIII, стр. 56.—16. *Schauta*. «Lehrbuch der ges. Gynäkologie», 1896, стр. 1100.—17. *Zuckerkandl*. «Wiener med. Presse», 1889, № 7. — 18. *Olshausen*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1895, № 1.—19. *Schuchardt*. Прив. по *В. Ф. Снегиреву*. «Маточныя кровотеченія», 1900, стр. 622.—20. *Amman*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1901, № 25. — 21. *Mackenrodt*. Тамъ-же, № 27.— 22. *Herff*. «Beiträge zur Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. VI, тетр. 1. — 23. *Wertheim* «Archiv f. Gynaekologie», т. LXI, стр. 627.—24. *Wertheim*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1900.—25. *Seelig*. Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Ausbreitungswege des Gebärmutterkrebses. Strassburg'ская диссертація, 1894.—26. *Binswanger*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1879, № 1.—27. *Ruge*. «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. XIII.—28. *Abel*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1889, № 30.—29. *Flaischlen*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1890, № 30.—30. *Paaschen*. Ein Fall von doppeltem Uteruscarcinom. «Centralblatt f. Gynaekologie», XIX.—31. *Winter*. «Zeitschrift f. Gebursthülfe u. Gynaekologie», т. XXII, тетр. 1. — 32. *Религіони*. Надвлагалищная ампутація шейки матки или экстирпація всего органа при раковомъ пораженіи шейки его. Петербургская диссертація, 1900.—33. *Franqué*. «Zeitschrift fur Geb. u. Gyn.», т. XLIV. тетр. 2.—34. *Puppel*. Beiträge zum Studium der Ausbreitung des Gebärmutterkrebses in präformirten Limphbanen; диссертація, 1900.—35. *Winter*. «Zeitschrift für Geb. u. Gyn.», 1891. т. 22.—36. *Hofmeier*. Прив. по «Centralblatt f. Gynaekologie», 1901, № 24. -- 37. *Rosthorn*. Тамъ-же.—38. *Stevens*. Тамъ-же, 1901, № 52.—39. *Vetenza*. «Atti della Soc. ital. diaste gin.», 1898. — 40. *Jordan*. «Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.», т. XLV.—41. *Madden*. «Dublin. Journ. of med. Science», 1899.—42. *Lewers*. «Lancet», 1900, 17 ноября. — 43. *Fehling*. «Beiträge zur Geb. u. Gyn.», т. IV, тетр. 1.—44. *Kaltenbach*. Тамъ-же.—45. *Д. О. Оттъ*. «Monatsschrift für Geb. u. Gyn.», 1900, т. XII.—46. *Glockner*. «Beiträge zur Geb. u. Gyn.», т. VI, тетр. 2.—47. *Knauer*. Тамъ-же, т. V.—48. *Fritsch*. «Centralblatt für Gynaekologie», 1901, № 15.—49. *Phanenstyel*. Тамъ-же.—50. *Waldstein*. Тамъ-же, 1901, № 50. — 51. *Kundrat*. «Archiv f. Gynaekologie», т. 69.—52. *Dittrich*. Тамъ-же.—53. *Blau*. Прив. по *Winter*'у. «Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.», т. 27.—54. *Winter*. Тамъ-же.—55. *Kermauner* u. *Loméris*. «Beiträge zur Geb. u. Gyn.», т. V.—56. *Wertheim*. 4-ый Международный Съѣздъ по акушерству и гинекологіи въ Римѣ. Реф. въ «Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней», 1902. — 57. *Pozzi*. Тамъ-же. — 58. *Jonesco*. Тамъ-же.—59. *Zweifel*. Тамъ-же.

---

XXVII. Изъ фармакологической лабораторіи проф. Н. П. Кравкова въ В.-Медицинской Академіи.

## Къ фармакологіи веронала.

**Н. И. Бочарова.**

Недавно *E. Fischer* и *J. Mering* сообщили о цѣломъ рядѣ синтезированныхъ ими веществъ, производныхъ мочевины, образующихъ собою новый большой классъ снотворныхъ средствъ. Сравнительными наблюденіями надъ физіологическимъ дѣйствіемъ этихъ производныхъ мочевины и входящихъ въ ихъ составъ кислотъ, а также амидокислотъ, они устанавливаютъ зависимость между химической конституціей вещества и его физіологическимъ дѣйствіемъ и такимъ образомъ своими данными подтверждаютъ ту мысль, къ осуществленію которой стремятся современные научные изслѣдователи.

По наблюденію этихъ авторовъ вещество пріобрѣтаетъ снотворное дѣйствіе лишь при наличности группы мочевины и непремѣнно въ соединеніи съ алкилами высшаго порядка. На интенсивность снотворнаго дѣйствія, какъ доказано *Fischer*'омъ и *Mering*'омъ на производныхъ діалкилмалоновой кислоты, имѣетъ громадное значеніе циклическое расположеніе группы мочевины, при чемъ съ измѣненіемъ группы алкила мѣняется и физіологическое дѣйствіе вещества. Кромѣ того, *Fischer* и *Mering* указываютъ на рядъ еще болѣе интересныхъ данныхъ, свидѣтельствующихъ о томъ, какъ сильно могутъ мѣняться физіологическія свойства вещества при ничтожномъ измѣненіи его химическаго строенія. Такъ, діэтилмалонил-мочевина, имѣющая формулу $\begin{matrix} C_2H_5 \\ C_2H_5 \end{matrix}\!>C<\!\begin{matrix} CO-NH \\ CO-NH \end{matrix}\!>CO$, отличается сильнымъ снотворнымъ дѣйствіемъ, въ то время какъ діэтилмалоновокислый уреидъ:

$$\begin{matrix} C_2H_5 \\ C_2H_5 \end{matrix}\!>C<\!\begin{matrix} CO-OH \\ CO-NH-CO-NH_2 \end{matrix}$$

уже лишенъ этого свойства. Одного только нарушенія азотъ-содержащаго кольца достаточно, чтобы сильное снотворное вещество—діэтил-малонилъ-мочевину — превратить въ недѣйствующій діэтилмалоновокислый уреидъ. Далѣе, замѣщеніе кислорода въ группѣ мочевины сѣрой сильно повышаетъ ядовитость вещества и т. д. Не смотря однако на подмѣченную закономѣрность зависимости между химической конституціей вещества и физіологическимъ его дѣйствіемъ, зависимость эта имѣетъ лишь относительное значеніе. Такъ, со введеніемъ высшей алкиловой группы наблюдается усиленіе снотворнаго дѣйствія въ производ-

ныхъ діалкилмалонилмочевины, но только до извѣстныхъ предѣловъ. Диизоамилъ и диизобутил-малонил-мочевина содержатъ алкилы болѣе высшаго порядка, чѣмъ, напр., діэтилмалонил-мочевина, между тѣмъ какъ они обладаютъ лишь слабо выраженнымъ снотворнымъ дѣйствіемъ. Для объясненія этого обстоятельства приходится считаться, быть можетъ, съ физическими свойствами вещества, а, кромѣ того, и съ какими-то другими неизвѣстными условіями. Изъ всѣхъ синтезированныхъ производныхъ мочевины для примѣненія у людей предложенъ авторами вероналъ, какъ вещество, обладающее сильно выраженнымъ снотворнымъ дѣйствіемъ и сравнительно малой ядовитостью.

Вероналъ или діэтил-малонил-мочевина, формула котораго приведена выше, представляетъ кристалическое безцвѣтное вещество, плавящееся при 191°, слабо горькаго вкуса; растворяется въ 12 чч. горячей воды и въ 145 чч. при 20° Ц. Со щелочами вероналъ образуетъ легко растворимыя соли.

Вероналъ со стороны своей формулы является веществомъ sui generis. Своимъ сильно выраженнымъ снотворнымъ дѣйствіемъ онъ обязанъ особому расположенію частицъ мочевины и соединенію ея съ алкиловыми радикалами высшаго порядка. Онъ не содержитъ ни сѣры, ни галоидовъ, входящихъ въ составъ нѣкоторыхъ снотворныхъ средствъ, и такимъ образомъ не долженъ былъ-бы обладать присущими имъ отрицательными свойствами. Всѣ эти особенности заставили меня заняться болѣе подробной экспериментальной разработкой этого средства.

Литературныя данныя клиническихъ наблюденій надъ дѣйствіемъ веронала, какъ снотворнаго, при различнаго рода безсонницѣ, позволяютъ признать, что средство это дѣйствуетъ надежно. Въ случаяхъ простой безсонницы, не сопровождающейся явленіями возбужденія, вероналъ вызываетъ сонъ уже въ небольшихъ количествахъ—до 1,0. У женщинъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ сонъ наступаетъ уже отъ 0,25. При состояніяхъ-же сильнаго возбужденія и безпокойства, напр., при тяжеломъ алкоголизмѣ, бѣлой горячкѣ, въ стадіи возбужденія при dementia paralytica, истерическихъ и падучеобразныхъ судорогахъ для полученія сна приходилось увеличивать дозу до 2,0 и даже до 3,5. Одни изъ изслѣдователей, болѣе восторженные (*Lilienfeld*), полагаютъ, что вероналъ по вѣрности и силѣ дѣйствія превосходитъ всѣ имѣющіяся снотворныя средства; другіе (*Berent*, *Rosenfeld*, *Würth*) считаютъ его сильнѣе тріонала; наконецъ, болѣе осторожные (проф. *Schüle*) признаютъ, что вероналъ по силѣ дѣйствія уступаетъ тріоналу. Преимущество веронала передъ другими надежными снотворными, въ особенности при сравненіи его съ тріоналомъ, по нѣкоторымъ авторамъ заключается въ томъ, что больные не привыкаютъ къ нему и не является необходимости при продолжительномъ примѣненіи повышать дозу (*Rosenfeld*, *Lilienfeld*), съ чѣмъ однако не согласенъ *Berent*, по мнѣнію котораго вероналъ едва-ли въ этомъ отношеніи представляетъ исключеніе. Достоинство-же веронала *Berent* видитъ въ томъ, что онъ, проявляя снотворное дѣйствіе уже въ малыхъ количествахъ (отъ 0,25), даетъ возможность повышать дозу до 3,5 и не вызываетъ даже при такихъ относительно большихъ количествахъ опасныхъ побочныхъ явленій. Кромѣ того, при вероналѣ, будто бы, не бываетъ т. наз. кумулятивнаго дѣйствія (*Würth*): съ прекращеніемъ пріемовъ этого средства послѣ продолжительнаго употребленія прекращается и его дѣйствіе, между тѣмъ какъ при тріоналѣ «наркотическое дѣйствіе» продолжается еще и въ ближайшіе дни. Однако *W. Fischer* указываетъ на 1 случай кумуляціи, появившейся послѣ ежедневныхъ пріемовъ по 1,0 веронала въ теченіи 4-хъ дней.

Опасныхъ побочныхъ явленій ни со стороны сердца, ни со стороны другихъ органовъ никто не наблюдалъ, въ виду чего вероналъ съ успѣхомъ назначался противъ безсонницъ даже при неуравновѣшенныхъ порокахъ сердца (*Wiener*, *Lilienfeld*, *Berent*). Кровяное давленіе у людей отъ веронала значительно не мѣняется; большею частью замѣчалось минимальное паденіе кровяного давленія (*Wiener*).

На незначительныя побочныя явленія указываютъ многіе авторы. Наблюдались они преимущественно при пріемахъ, превышающихъ 1,0. Описаны 3 случая кожныхъ сыпей (*Lilienfeld*, *Würth*).

Послѣ пробужденія нѣкоторые больные жаловались на усталость, сонливость, угнетенное состояніе духа, головокруженіе (въ сильной степени женщины), чувство опьяненія, тошноту и рвоту (1 случай). Послѣ 2-го пріема по 1,0 ежедневно у одной женщины появилось такое сильное головокруженіе, что она не могла ходить.

Кромѣ того, недавно *Laudenheimer* указалъ на возможность пристрастія къ вероналу (*«Veronalismus»*). Одинъ морфинистъ, поддаваясь въ высшей степени пріятному самочувствію, наступающему подъ вліяніемъ веронала, принялъ въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ 250,0 веронала, т. е. больше 4,0 ежедневно. Случай этотъ, съ одной стороны, указываетъ на новое отрицательное свойство веронала, съ другой свидѣтельствуетъ объ его относительной безвредности. Не смотря на ежедневно принимаемыя большія количества веронала, побочныя явленія были незначительны, (неувѣренность въ движеніяхъ, слабость, состояніе опьяненія). Появленіе въ описываемомъ случаѣ олигуріи (едва $^1/_4$ литра въ сутки) авторъ не приписываетъ всецѣло вероналу, такъ какъ больной $1^1/_2$ года назадъ перенесъ нефритъ и страдалъ мочеточниковымъ свищемъ.

И такъ, на основаніи приведенныхъ литературныхъ клиническихъ данныхъ можно придти къ заключенію, что вероналъ представляетъ собою надежное снотворное средство и не вызываетъ опасныхъ побочныхъ явленій. Въ виду крайне индивидуально-различнаго отношенія животнаго и человѣческаго организма въ особенности къ снотворнымъ средствамъ, при наличности указаній хотя бы и на незначительныя побочныя явленія позволительно пока высказать пожеланія дальнѣйшихъ клиническихъ наблюденій.

Экспериментальныя данныя, на сколько мнѣ извѣстно, заключаются въ 2-хъ опытахъ, произведенныхъ на одной и той же собакѣ и приведенныхъ въ работѣ *E. Fischer*'а и *Mering*'а, и 3-хъ опытахъ, произведенныхъ на одной и той-же собакѣ *Berent*'омъ.

Первые 2 автора спустя часъ по введеніи черезъ ротъ приблизительно 0,13 веронала на кило вѣса наблюдали шаткость походки и затѣмъ чуткій сонъ въ теченіи 4 час. Спустя 21 часъ собака вполнѣ оправилась. Отъ дозы 0,2 на кило глубокій сонъ, наступившій спустя 30 мин., продолжался около 26 час., и затѣмъ долгое время замѣчалось оглушеніе.

*Berent* давалъ вероналъ, растворенный въ молокѣ, приблизительно по 0,15, 0,25 и 0,4 на кило. Отъ этихъ дозъ сонъ различной силы и продолжительности наступалъ спустя приблизительно часъ. Отъ 0,4 на кило глубокій сонъ, доходившій до полнаго наркоза, продолжался около 24 час. Была рвота. Послѣ пробужденія замѣчалось долгое время оглушеніе, и животное найдено оправившимся на 3-ій день послѣ пріема веронала.

Свои опыты я производилъ на лягушкахъ (R. temp.), собакахъ и кроликахъ.

### *Опыты на лягушкахъ.*

Лягушкамъ вероналъ вводился подъ кожу въ тепломъ водномъ растворѣ или въ растворѣ съ прибавленіемъ щелочи. Для опытовъ служили самцы приблизительно одинаковаго вѣса. У лягушекъ вероналъ проявляетъ сколько-нибудь замѣтное дѣйствіе въ количествѣ 0,005, выражающееся въ нѣкоторой слабости и оглушеніи. Лягушка не такъ скоро перемѣняетъ ненормальное положеніе (напр. положеніе на спинѣ); прыжки дѣлаются не совсѣмъ ловкими, то сильный прыжокъ въ бокъ, то во время прыжка лягушка падаетъ всѣмъ туловищемъ. Явленія эти начинаются спустя часъ слишкомъ и исчезаютъ по прошествіи около 10 час. На нѣкоторыхъ изъ этихъ животныхъ такая доза не оказывала, по видимому, никакого дѣйствія. Отъ большей дозы (0,01) спустя приблизительно мин. 25 начинается оглушеніе и слабость, которая съ теченіемъ времени усиливается все болѣе и болѣе, и наконецъ, часа черезъ $2^1/_2$ наступаетъ полное обездвиженіе, временами только наблюдаются нецѣлесообразныя движенія, затѣмъ вновь появляется состояніе покоя. Дыханія въ большинствѣ случаевъ слишкомъ замедлены, поверхностны. Рефлексы сохранены. Сердцебіенія, замѣтныя черезъ наружные покровы, въ нѣкоторыхъ случаяхъ нѣсколько замедлены. Спустя 20—24 часа лягушка оправляется. Отъ введенія подъ кожу 0,03 веронала животныя спустя уже 1 часъ лежатъ безъ движенія въ какомъ угодно положеніи. Дыханія крайне поверхностны, замедлены, и съ теченіемъ времени пропадаютъ, а рефлексы ослабляются. Замедленныя сердцебіенія до 20—15 ударовъ въ минуту продолжаются послѣ остановки дыханія. Спустя 30—40 час. нѣкоторыя изъ лягушекъ приходятъ въ нормальное состояніе. Наконецъ, подъ вліяніемъ 0,05 веронала у лягушки при наростающемъ параличѣ центральной нервной системы прекращаются дыханія и затѣмъ сердцебіенія. Въ это время наблюдается и небольшое пониженіе возбудимости окончаній двигательныхъ нервовъ. Доза эта является для животныхъ безусловно смертельной.

Digitized by Google

Лягушка самецъ. Вѣсъ 39,0. Введено въ спинной лимфатическій мѣшокъ 0,01 веронала (1/5 к. стм. 2%-го раствора веронала).

Черезъ 12 мин. Ничего ненормальнаго.

» 23 » Лежитъ на брюхѣ. Временами самостоятельныя движенія. При прыжкѣ падаетъ всѣмъ тѣломъ. При положеніи на спинѣ переворачивается.

» 50 » Прыжки вялы. Иногда при прыжкѣ падаетъ на спину. При положеніи на спину не тотчасъ переворачивается.

» 1 ч. 25 » Слабость выражена сильно. Дольше удерживается положеніе на спинѣ. Дыханій 84. Рефлексы какъ будто повышены.

» 2 » 30 » Лежитъ безъ движенія. Дыханія поверхностны, 72.

» 3 » 30 » Лежитъ безъ движеній. Удерживаетъ положеніе на спинѣ. Дыханія поверхностны, временами ихъ нѣтъ. Рефлексы сохранены.

» 4 » 45 » Лежитъ на спинѣ. Временами нецѣлесообразныя движенія конечностями. Дыханія поверхностныя, 12 въ минуту появляются по временамъ. Сердцебіенія видны черезъ неповрежденные покровы, 24 въ минуту.

» 20 » — » Нѣсколько оглушена. Самостоятельныя движенія. Долгое время удерживаетъ положеніе на спинѣ, но потомъ переворачивается. Сердцебіеній 24. Дыханій 64.

» 24 » — » Оправилась совершенно.

Лягушка самецъ. Вѣсъ 37,0. Введено въ спинной лимфатическій мѣшокъ 0,05 веронала (1 к. стм. 5%-го раствора).

Черезъ 10 мин. Слабость. Движенія вялы. При положеніи на спинѣ, прежде чѣмъ принять нормальное положеніе, дѣлаетъ нѣсколько неудачныхъ попытокъ. Дыханія поверхностны, едва замѣтны.

» 25 » Подергиваніе конечностями. Дыханій нѣтъ. Сердцебіеній 32. На щипокъ отвѣчаетъ хорошо.

» 35 » Лежитъ безъ движеній. Дыханій нѣтъ. Рефлексы слабѣе. Сердцебіенія черезъ кожные покровы едва замѣтны, 18 ударовъ.

» 55 » Рефлекса на щипокъ нѣтъ. Сердцебіеній 14.

» 1 ч. — » При раздраженіи периферическаго отрѣзка сѣдалищнаго нерва сокращеніе лапки при 470 млм.

» 1 » 5 » Рефлексовъ нѣтъ. Сокращеніе лапки при раздраженіи периферическаго отрѣзка сѣдалищнаго нерва при разстояніи 470 млм. По обнаженіи сердце стоитъ въ діастолѣ. На раздраженія отвѣчаетъ едва замѣтнымъ сокращеніемъ предсердій. Желудочекъ стоитъ и не отвѣчаетъ на раздраженія.

На основаніи данныхъ, полученныхъ при изученіи общаго дѣйствія, можно заключить, что подъ вліяніемъ веронала вначалѣ наступаетъ утрата волевыхъ движеній, а затѣмъ, при сильномъ нарушеніи дыхательной дѣятельности, наблюдается ослабленіе рефлексовъ. Полное исчезаніе рефлексовъ появляется спуста довольно продолжительное время послѣ остановки дыханія. Сердечная дѣятельность переживаетъ остановку дыханія, но отъ большихъ дозъ и она парализуется. Maximum дѣйствія опредѣленной дозы развивается медленно, постепенно и такъ-же медленно исчезаетъ. Такъ, отъ 0,03 веронала обездвиженіе наступаетъ спустя лишь 40—50 мин., дыханія прекращаются спустя лишь 1 ч. 45 мин.—2 часа, и возвратъ къ нормальному состоянію совершается черезъ 30—40 час.

Изучая болѣе подробно измѣненіе сердечной дѣятельности, я убѣдился, что вероналъ вызываетъ, смотря по количеству введеннаго вещества, замедленіе сердцебіеній. Затѣмъ вмѣстѣ съ замедленіемъ наступаетъ и ослабленіе силы сердечныхъ сокращеній, насколько это можно было видѣть простымъ глазомъ и, наконецъ, остановка сердцебіеній въ діастолѣ.

### *Дѣйствіе на сердце лягушки.*

Лягушка самецъ. Вѣсъ 39,0. Обнажено сердце.

| | Время. | Число сердцебіеній въ минуту. | |
|---|---|---|---|
| Черезъ | 2 мин. | 36 | |
| » | 5 » | 33 | |
| » | 10 » | 36 | |
| » | 15 » | 36 | |
| » | 17 » | — | Введено 0,025 (0,5 к. стм. 5%-го раствора) въ бедренный лимфатическій мѣшокъ. |
| » | 25 » | 32 | |
| » | 35 » | 36 | |
| » | 50 » | 32 | |
| » | 1 ч. 5 » | 32 | Обездвижена. Сокращенія желудочка нѣсколько слабѣе. Дыханій нѣтъ. |
| Черезъ | 2 ч. 5 м. | 28 | |
| » | 3 » 15 » | 24 | Сокращенія желудочка слабы. |
| » | 4 » 40 » | 24 | Желудочекъ сокращается слабо. |
| » | 4 » 55 » | 22 | Сокращенія желудочка поверхностны. |
| » | 5 » 30 » | 20 | Рефлексы на щипокъ сохранены. Опытъ прерванъ. |

Наблюдаемое замедленіе сердцебіеній можно объяснить пониженіемъ возбудимости двигательныхъ узловъ сердца или самой мышцы, такъ какъ другія причины замедленія ритма—возбужденіе центровъ задерживающихъ нервовъ или самого тормозящаго прибора сердца—исключаются. Замедленіе наступало все равно, были-ли перерѣзаны блуждающіе нервы или нѣтъ; а, съ другой стороны, перерѣзка блуждающихъ нервовъ или атропинъ въ моментъ замедленія сердцебіеній не давали ускоренія, какъ это видно изъ слѣдующихъ опытовъ.

Лягушка самецъ. Вѣсъ 42,0. Обнажено сердце.

| | Время. | Число сердцебіеній въ мин. | |
|---|---|---|---|
| Черезъ | 25 мин. | 28. | |
| » | 30 » | 26. | |
| » | 35 » | — | Введено 0,05 (1 к. стм. 5%-го раствора) веронала въ оба бедренные лимфатическіе мѣшка. |
| » | 40 » | 30. | Сокращенія желудочка дов. энергичны. |
| » | 45 » | 32. | |
| » | 1 ч. — » | 26. | Обездвижена. Не дышетъ. Сокращенія желудочка слабѣе. |
| » | 1 » 25 » | 24. | Сокращенія желудочка слабы. На щипокъ отвѣчаетъ слабѣе. |
| » | 1 » 40 » | 20. | |
| » | 2 » 3 » | 12. | Сокращенія слабы, неправильны; одновременно сокращаются желудочекъ и предсердія. Рефлексы на щипокъ сохранены. |
| » | 2 » 33 » | 10. | Сокращенія желудочка поверхностны. Рефлексовъ нѣтъ. |
| » | 2 » 45 » | — | 2 капли атропина (1:1000) на сердце. |
| » | 2 » 50 » | 10. | |

Лягушка самецъ. Вѣсъ 41,0. Подъ оба блуждающіе нерва подведены лигатуры.

| | Время. | Число сердцебіеній въ мин. | |
|---|---|---|---|
| Черезъ | 5 мин. | 40. | |
| » | 7 » | 38. | |
| » | 15 » | — | Остановка сердцебіеній отъ раздраженія праваго блуждающаго нерва наведен. ток. при р-180 млм. |
| » | 17 » | — | Введено въ спинной лимфатическій мѣшокъ 0,03 веронала. |
| » | 37 » | 40. | |
| » | 2 ч. 40 » | 16. | Перерѣзаны оба блуждающіе нерва. |
| » | 2 » 12 » | 18. | |
| » | 2 » 14 » | 16. | |
| » | 2 » 15 » | 32. | Раздраженіе праваго блуждающаго нерва наведеннымъ токомъ при разстояніи въ 100 млм. |
| » | 2 » 16 » | 36. | |
| » | 2 » 20 » | 16. | |
| » | 2 » 25 » | 36. | Раздраженіе праваго блуждающаго нерва при разстояніи въ 90 млм. |
| » | 2 » 27 » | 20. | |
| » | 2 » 30 » | 16. | |
| » | 2 » 31 » | — | 2 капли атропина (1:1000). |
| » | 2 » 32 » | 16. | |
| » | 2 » 40 » | 16. | Опытъ прерванъ. |

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ моментъ замедленія сердцебіеній накапываніемъ раствора (1 : 1000) атропина на сердце можно было вызвать учащеніе сердцебіеній, какъ, напр., въ слѣдующемъ опытѣ.

Лягушка самецъ. Вѣсъ 40,0. Введено въ спинной лимфатическій мѣшокъ 0,03 веронала.

Черезъ — ч. 45 мин. Лежитъ на спинѣ безъ движеній. Число сердцебіеній черезъ неповрежденные покровы 12.

» 1 » 30 » Обнажено сердце.

» 1 » 32 » Число сердцебіеній въ 1 мин. 12.

» 1 » 35 » » » » 1 » 12.

» 1 » 37 » » » » 1 » 12.

» 1 » 42 » » » » 1 » 12.

» 1 » 45 » 2 капли атропина (1 : 1000).

» 1 » 48 » Число сердцебіеній въ 1 мин. 30.

» 1 » 52 » » » » 1 » 32.

» 2 » — » » » » 1 » 32.

» 2 » 20 » Остановка сердца. На раздраженія сердце не отвѣчаетъ. Рефлексовъ нѣтъ.

Это наблюденіе могло-бы говорить за повышеніе возбудимости окончаній блуждающаго нерва или самого задерживающаго при-

бора сердца, но въ другихъ опытахъ при раздраженіи блуждающихъ нервовъ наведеннымъ токомъ всякій разъ замѣчалось постепенное угасаніе возбудимости этихъ окончаній. Конечно, этотъ фактъ не исключаетъ совершенно возможности возбужденія тормозящаго прибора сердца. Опытами д-ра *Архангельскаго* надъ дѣйствіемъ ареколина, какъ извѣстно, сильно возбуждающаго тормозящій приборъ сердца, доказано, что въ періодѣ замедленія сердечной дѣятельности раздраженіе электрическимъ токомъ блуждающихъ нервовъ не въ состояніи вызвать остановки. Д-ръ *Архангельскій* объяснялъ это тѣмъ, что тормозящій приборъ сердца сильно возбуждается ареколиномъ, и раздраженіе электрическимъ токомъ не достаточно, чтобы вызвать замедленіе сердцебіеній. Такой кажущійся параличъ окончаній блуждающихъ нервовъ въ опытахъ д-ра *Архангельскаго* съ теченіемъ времени проходилъ, и сердце вновь отвѣчало на раздраженіе этихъ нервовъ. Въ моихъ-же опытахъ послѣ пониженія возбудимости блуждающихъ нервовъ наступалъ періодъ, въ которомъ уже раздраженіе блуждающихъ нервовъ вызывало учащеніе сердцебіеній — обычное явленіе при параличѣ окончаній задерживающихъ волоконъ блуждающихъ нервовъ.

И такъ, подъ вліяніемъ веронала сердцебіенія у лягушекъ замедляются вслѣдствіе постепеннаго пониженія возбудимости двигательныхъ узловъ или самой мышцы сердца. Окончанія блуждающихъ нервовъ также постепенно парализуются; остановка сердца наступаетъ вслѣдствіе паралича двигательныхъ узловъ сердца, а вскорѣ и самой мышцы: сердце почти непосредственно послѣ остановки перестаетъ отвѣчать на какія-бы то ни было раздраженія.

Подъ вліяніемъ дозъ веронала въ 0,01 рефлексы, по *Türk*'у, уже сильно ослабляются, а отъ 0,02 исчезаютъ совершенно. Послѣ исчезновенія рефлексовъ, по *Türk*'у, щипками и раздраженіемъ электрическимъ токомъ можно вызвать отраженныя движенія. Причиной исчезновенія рефлексовъ нужно считать параличъ спиннаго мозга. Хотя прямыхъ опытовъ, указывающихъ на состояніе возбудимости окончаній чувствительныхъ нервовъ, которыя могли-бы также парализоваться вероналомъ, я и не дѣлалъ, тѣмъ не менѣе исчезновеніе рефлексовъ при непосредственномъ раздраженіи сѣдалищныхъ нервовъ указываетъ, что главную, если не исключительную, роль играетъ здѣсь параличъ спиннаго мозга. Возбудимость окончаній двигательныхъ нервовъ падаетъ незначительно только въ самыхъ позднихъ стадіяхъ отравленія послѣ остановки дыханій и при сильномъ нарушеніи сердечной дѣятельности, не задолго до ея прекращенія.

### *Опыты на кроликахъ.*

Кроликамъ вероналъ вливался въ желудокъ черезъ зондъ въ взвѣшенномъ состояніи съ водою, для чего прибавлялось небольшое количество аравійской камеди. Подъ кожу и въ кровь онъ вводился растворе

нымъ въ водѣ съ помощью небольшого количества ѣдкаго натра.

При введеніи въ желудокъ вероналъ впервые проявляетъ замѣтное дѣйствіе въ дозѣ 0,1 на кило вѣса, выражающееся слабостью, шаткостью походки, сонливымъ состояніемъ, уменьшеніемъ частоты дыханій, небольшимъ паденіемъ температуры (приблизительно на 1°). Сонъ отъ этой дозы слабый, чуткій: при стукѣ и дотрогиваніи кролики просыпаются. Такое состояніе наблюдается часовъ 6—7. Доза въ 0,5 на кило является для нѣкоторыхъ животныхъ уже смертельной. Спустя извѣстный промежутокъ времени животное лежитъ безъ движеній, съ полнымъ разслабленіемъ мышцъ; дыханіе сильно замедлено (до 16—8 въ мин.); температура значительно понижена (на 6°—7°), сердцебіенія замедлены. Роговичные рефлексы утрачены, въ то время какъ болевые съ чувствительныхъ мѣстъ туловища удерживаются дов. долгое время, и только не задолго до смерти и они начинаютъ ослабляться. Смерть наступаетъ отъ паралича дыханія; сердцебіенія прекращаются нѣсколько минутъ спустя. Для примѣра привожу 2 опыта.

Кроликъ самецъ. Вѣсъ 2210 грм. Дыханій 100. 38°,9. Введено въ желудокъ 0,22 (0,1 на кило) веронала съ 15 к. стм. воды.

| | |
|---|---|
| Черезъ — час. 52 мин. | Движенія вялы. Нѣкоторая слабость. |
| » 1 » 2 » | Сонливъ. Прилегъ на животъ, вытянувъ передніе лапы. |
| » 1 » 6 » | Движенія вялы. Сонливъ. Дых. 104. |
| » 1 » 15 » | Сонливъ. Положить на бокъ не удается. Уши блѣдны. Дых. 64. |
| » 1 » 25 » | Удерживаетъ положеніе на боку. Голова постепенно склоняется на столъ. Дых. 44. |
| » 1 » 40 » | Спитъ сидя; сонъ чутокъ. Движенія вялы. 38°,4. |
| » 2 » 22 » | Спитъ сидя. Сохраняетъ положеніе на боку, но не надолго. Дых. 38. При движеніяхъ сильно шатается. |
| » 3 » 20 » | Спитъ сидя. При прикосновеніи или стукѣ просыпается. Дых. 52. |
| » 4 » 40 » | Сонливъ. Пошатывается. Дых. 44. 38°,4. |
| » 5 » 20 » | Сонливость слабо выражена. При стукѣ вскакиваетъ и бѣжитъ. Незначительная шаткость походки. |
| » 6 » 15 » | Оправился. Дых. 80. 38°,4. |

Кроликъ самецъ. Вѣсъ 1260 грм. Введено въ желудокъ 0,63 веронала (0,5 на кило) съ 20 к. стм. воды. Дыханій 110. 38°,8.

| | |
|---|---|
| Черезъ — час. 7 » | Умывается. |
| » — » 15 » | Бодръ. Ходитъ по полу. |
| » — » 18 » | Слабость. Пошатывается. Не спитъ, все время двигается. |
| » — » 25 » | Лежитъ на животѣ. Качательныя движенія головы. Нистагмъ. Рефлексы нормальны. Дых. 82. |
| » — » 29 » | Склонилъ голову на столъ. Нистагмъ. Роговичный рефлексъ ослабленъ. Болевые рефлексы нормальны, даже какъ будто сильнѣе. При уколахъ поднимаетъ голову. |
| » — » 31 » | Спитъ, лежа на боку. Глаза открыты. Роговичный рефлексъ сильно ослабленъ. Болевые рефлексы, какъ будто сильнѣе. Дых. 36. При уколахъ поднимаетъ голову. |
| » — » 45 » | Лежитъ на боку. Дых. 32. При уколахъ поднимаетъ голову. Нистагмъ. |
| » 1 » — » | Лежитъ на боку. Глаза полузакрыты. Зрачки широки. Роговичнаго рефлекса нѣтъ, болевые нѣсколько ослаблены. Дых. 28. |
| » 1 » 30 » | Болевые рефлексы сохранены и, по видимому, не ослаблены. При уколахъ вздрагиваетъ, подбрасываетъ голову. Дых. 16. |
| » 1 » 50 » | Дых. 10. 35°,2. |
| » 2 » 40 » | Дых. 11. Зрачки умѣренно съужены. Болевая чувствительность мало нарушена. |
| » 2 » 45 » | Дых. 7, довольно глубоки, равномѣрны. 33°,5. Сердцебіеній 216. Болевые рефлексы ослаблены. |
| » 6 » 50 » | Не дышетъ. Сердцебіенія продолжаются. |
| » 6 » 53 » | Сердцебіенія не прощупываются. |

Въ границахъ между указанными количествами наблюдаются явленія, обусловливаемыя различной стадіей паралича центральной нервной системы. Глубокій сонъ у кроликовъ наступаетъ отъ 0,3 на кило. Разбудить кролика въ такомъ случаѣ тормошеніемъ немыслимо. На болевыя-же раздраженія животныя отвѣчали, хотя и здѣсь наблюдается нѣкоторое ослабленіе рефлексовъ. Если наносить слѣдующія быстро другъ за другомъ болевыя раздраженія, то животное, не раскрывая глазъ, поднимаетъ голову, иной разъ съ трудомъ передвинется на другое мѣсто и тотчасъ-же вновь засыпаетъ. Продолжительность сна отъ этой дозы доходитъ до 25 час., и затѣмъ въ продолженіи 6—10 час. наблюдались сонливость, вялость, шаткая походка. Замѣтное дѣйствіе вещества при введеніи въ желудокъ появлялось у кроликовъ приблизительно спустя 1 час., а maximum дѣйствія обнаруживался лишь спустя 3—5 час. Для примѣра приведу слѣдующій опытъ.

Кроликъ самецъ. Вѣсъ 1280 грм. 39°. Дых. 134. Введено въ желудокъ 0,38 веронала (0,3 на кило) съ 15 к. стм. воды.

| | |
|---|---|
| Черезъ 40 мин. | Все время въ движеніи. Замѣчается, какъ будто, нѣкоторое возбужденіе. Дых. 160. Умывается, лижетъ сосѣдняго кролика. |
| » 1 ч. 25 » | Все время въ движеніи. Движенія вялы. При движеніяхъ пошатывается. Дых. 80. |
| » 1 » 35 » | Сонливость; лежитъ на животѣ съ приподнятой головой. |
| » 2 » 50 » | Спитъ, лежа на боку. При дотрагиваніи просыпается, поднимаетъ голову. |
| » 4 » 15 » | Спитъ крѣпкимъ сномъ на боку. Подергиванія въ шеѣ. Дых. 40. |
| » 6 » 5 » | Спитъ, лежа на боку; дрожитъ. При тормошеніи съ трудомъ поднимаетъ голову. Зрачки умѣренно съужены. Болевые рефлексы не ослаблены. Дых. 32. 33°,7. Помѣщенъ около натопленной печки. |
| » 11 » 45 » | Глубокій сонъ. Лежитъ на боку. На уколъ отвѣчаетъ сильно, тотчас поднимаетъ голову и весь вздрагиваетъ. На ногахъ не держится. При уколахъ иногда едва переползаетъ съ мѣста на мѣсто. Дых. 52. 38°,1. |
| » 22 » — » | Спитъ сидя. Дых. 48. Слабость. |
| » 25 » — » | Спитъ сидя. Дых. 44. При движеніяхъ сильно шатается. |
| » 30 » — » | Сонливость. При движеніяхъ слегка пошатывается. Дых. 70. |

Такое медленное наступленіе дѣйствія могло зависѣть отъ медленнаго всасыванія веронала изъ желудка, который у этихъ животныхъ постоянно переполненъ пищей.

Опыты съ введеніемъ веронала въ кровь показали, что дѣйствіе въ этомъ случаѣ начинается быстрѣе, но и не такъ скоро, какъ это могло быть-бы при введеніи средства въ кровь. Напр., отъ дозы 0,3 на кило вѣса, вызывающей per os глубокій сонъ, при введеніи ея въ кровь, спустя 5 мин. отмѣчаются лишь явленія слабости: кроликъ едва можетъ передвигаться съ мѣста на мѣсто. Дыханія нѣсколько замедлены. Рефлексы сохранены. Съ теченіемъ времени явленія слабости усиливаются; кроликъ ложится на бокъ, передвигаться не можетъ, а при болевыхъ раздраженіяхъ лишь переворачивается на животъ.

Digitized by Google

Только спустя 20 мин. наступаетъ глубокій сонъ: кроликъ лежитъ на боку съ полнымъ разслабленіемъ мышцъ и ослабленіемъ рефлексовъ. Такое состояніе длится довольно долгое время (час. 8—10), затѣмъ сонъ становится менѣе глубокимъ и черезъ 18—20 час. наблюдается полный возвратъ къ нормѣ.

Считаю необходимымъ указать, что послѣ большихъ снотворныхъ дозъ веронала спустя даже продолжительное время послѣ пробужденія у животныхъ замѣчаются оглушеніе, слабость и шаткость походки.

Такимъ образомъ изъ опытовъ на кроликахъ выяснилось, что вероналъ въ количествахъ отъ 0,1—0,3 на кило вѣса при введеніи въ желудокъ вызываетъ сонъ, въ зависимости отъ дозы, различной силы и продолжительности; 0,4 веронала дѣйствуетъ токсически; отъ 0,5 веронала нѣкоторыя животныя уже погибаютъ, а дозу въ 0,7 на кило нужно считать безусловно смертельной. Явленія, наблюдавшіяся при вероналѣ, въ сущности тѣ же, что и при другихъ снотворныхъ, а именно: потеря волевыхъ движеній, уменьшеніе частоты дыханій, паденіе температуры, ослабленіе рефлексовъ. Замѣтнаго увеличенія отдѣленія мочи наблюдать не приходилось. Къ числу особенностей дѣйствія веронала на животныхъ, по сравненію съ нѣкоторыми снотворными средствами, можно было-бы отнести увеличенную продолжительность сна, а, кромѣ того, по пробужденіи дов. медленный возвратъ къ нормѣ, и въ этомъ отношеніи сонъ послѣ веронала напоминаетъ сонъ послѣ сульфоновъ.

*Опыты на собакахъ.*

Для изученія общаго дѣйствія вероналъ вводился въ желудокъ черезъ зондъ съ водой и аравійской камедью во взвѣшенномъ состояніи. Опыты эти ничѣмъ особенно не отличались отъ опытовъ на кроликахъ.

Смертельной дозой для собакъ является уже 0,3 на кило вѣса. Смерть наступаетъ при наростающемъ параличѣ центральной нервной системы, отъ остановки дыханія, за которой спустя нѣкоторое время прекращаются уже до того значительно замедленныя сердцебіенія. Замѣтное дѣйствіе я наблюдалъ отъ 0,06 на кило вѣса; выражалось оно нѣкоторымъ оглушеніемъ, слабостью и шаткостью походки; сна отъ этой дозы не наступало. Привожу для примѣра протоколы нѣкоторыхъ опытовъ.

Сука. Вѣсъ 4100. Дых. 24. Сердцебіеній 144. Введено въ желудокъ 0,41 веронала (0,1 на кило) съ 25 к. стм. воды.

| | |
|---|---|
| Черезъ — час. 10 мин. | Все время въ движеніи и играетъ съ другой собакой. |
| » — » 25 » | Во время быстрыхъ движеній и при поворотахъ иногда падаетъ. |
| » — » 35 » | Скучнѣе. Пошатываніе болѣе замѣтно. |
| » 1 » 5 » | Состояніе тоже. Посажена въ клѣтку. |
| » 1 » 25 » | Не спитъ. Во время движеній часто падаетъ. |
| » 3 » 25 » | Спитъ чуткимъ сномъ. На зовъ встаетъ. Шаткость походки. Дых. 24. Сердцебіеній 138. |
| » 6 » 25 » | Спитъ. Легкая дрожь. При тормошеніи встаетъ. Выдѣлила мочу. |
| » 11 » 25 » | Спитъ чуткимъ сномъ. Ночное наблюденіе прервано. |
| » 21 » 25 » | Утромъ вполнѣ оправилась. |

Кобель. Вѣсъ 4800. Дых. 26. Сердцебіеній 132. 38°,4. Введено въ желудокъ 0,96 веронала (0,2 на кило) съ 25 к. стм. воды.

| | |
|---|---|
| Черезъ — час. 17 мин. | Во время прыжковъ и поворотовъ пошатывается. |
| » — » 45 » | Все время въ движеніи. Сильно оглушенъ. Поминутно падаетъ, натыкается на предметы, бьется головой объ полъ. Посаженъ въ клѣтку. |
| » 1 » 20 » | Не спитъ. Мечется по клѣткѣ. |
| » 2 » 50 » | Спитъ глубокимъ сномъ, не разбудить. Дрожь. Дых. 24. Сердцебіеній 144. |
| » 5 » 50 » | Спитъ крѣпкимъ сномъ. Дых. 28. 36°,8. Роговичные рефлексы ослаблены. На уколы отвѣчаетъ слабо. |
| » 15 » 50 » | Спитъ. На зовъ поднимаетъ голову. Вскорѣ опять засыпаетъ. |
| » 18 » 50 » | Не спитъ. Больше лежитъ. Скученъ. Слабость. Походка шаткая. |
| » 22 » 50 » | Бодрѣе. При движеніяхъ легкое пошатываніе. |

Кобель. Вѣсъ 5850. Дых. 28. Сердцебіеній 120. 38°,6. Введено въ желудокъ 4,09 (приблизительно 0,7 на кило) веронала съ 50 к. стм. воды.

| | |
|---|---|
| Черезъ — час. 9 мин. | Слабость. Шатается. Часто падаетъ. Оглушенъ. Натыкается на предметы. |
| » — » 24 » | Лежитъ на боку. Языкъ высунутъ. На зовъ поднимаетъ голову. |
| » — » 37 » | Лежитъ на боку. Безпорядочныя движенія передними лапами. Глаза закрыты; на зовъ не обращаетъ вниманія. Дых. 24. Сердцебіеній 134. |
| » — » 42 » | Спитъ; временами стонетъ. Роговичные рефлексы ослаблены. Болевые рефлексы съ конечностей и туловища не нарушены. Дых. 20. |
| » — » 52 » | Глубокій сонъ; при сильномъ тормошеніи не просыпается. Роговичные и болевые рефлексы ослаблены. Дых. 16. |
| Черезъ 1 час. 12 мин. | Лежитъ безъ движеній. Полное разслабленіе мышцъ. Роговичныхъ рефлексовъ нѣтъ; болевые ослаблены. Сердцебіеній 120. |
| » 1 » 52 » | Рефлексовъ нѣтъ. Дых. 24. Сердцебіеній 104. 36°,5. |
| » 4 » 52 » | Дых. 10. Сердцебіеній 84. 31°,2. |
| » 4 » 35 » | Остановка дыханія. Судорогъ не было. Сердцебіенія продолжались еще въ теченіи 1 мин. 50 сек. |

Всѣ явленія, свойственныя другимъ снотворнымъ средствамъ, замѣчались у собакъ и отъ веронала: потеря волевыхъ движеній, ослабленіе рефлексовъ, паденіе температуры, уменьшеніе частоты дыханій (преимущественно при смертельной дозѣ). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалось предварительное учащеніе дыханій. Число сердцебіеній при снотворной дозѣ или не измѣнялось, или увеличивалось лишь незначительно. Смертельныя дозы вызываютъ въ началѣ учащеніе сердцебіеній, смѣняющееся замедленіемъ, какъ это видно изъ слѣдующаго опыта.

Кобель. Вѣсъ 5800. Сердцебіеній 132. Дых. 26. 39°,1. Введено въ желудокъ 1,75 веронала (0,3 на кило) съ 50 к. стм. воды.

| | |
|---|---|
| Черезъ — час. 5 мин. | Слабость. Пошатывается. Нѣкоторое оглушеніе. |
| » — » 10 » | Сильно пошатывается. Временами падаетъ. Натыкается на предметы. |
| » — » 20 » | Лежитъ на боку. Языкъ высунутъ. Слабо повизгиваетъ. Безпорядочныя движенія, преимущественно передними лапами. На зовъ поднимаетъ голову. Сердцебіеній 160. Дых. 26. |
| » — » 35 » | Лежитъ на боку съ закрытыми глазами. На зовъ не обращаетъ вниманія. При прижатіи лапу отдергиваетъ. Дых. 32. Сердцебіеній 180. |
| » — » 45 » | Спитъ, лежа на боку. Роговичные и кожные рефлексы ослаблены. Сердцебіеній 144. Дых. 44. 37°,5. |
| » — » 55 » | Лежитъ безъ движеній. Роговичнаго рефлекса почти нѣтъ; кожные ослаблены. Сердцебіеній 140. Дых. 48, поверхностны. |
| » 1 » 10 » | Лежитъ безъ движеній. Зрачки умѣренно съужены. Роговичнаго рефлекса нѣтъ. При сдавливаніи отдергиваетъ лапу. Сердцебіеній 128. Дых. 44. |
| » 2 » 10 » | Лежитъ безъ движеній. Рефлексовъ нѣтъ. Сердцебіеній 102. Дых. 32. 35°,6. |
| » 4 » 10 » | Сердцебіеній 80. Дых. 18. |
| » 11 » 10 » | » 60. » 6. 29°,5. |

На слѣдующее утро найденъ мертвымъ.

Болѣе подробное изученіе дѣйствія веронала на сердечную дѣятельность показало, что кровяное давленіе сильно не нарушается даже при смертельной дозѣ, какъ это видно изъ ниже приводимаго опыта. При сильномъ замедленіи (до 72) сердцебіеній, давленіе въ бедренной артеріи равняется 119 млм.

Кобель. Вѣсъ 7100. Сердцебіеній 112. Дых. 24. 38°,4. Черезъ 6 часовъ послѣ введенія 2,1 (приблизительно 0,3 на кило) веронала въ желудокъ съ 40 к. стм. воды полное обездвиженіе. Рефлексовъ нѣтъ. Сердцебіеній 72. Дых. 6. 33°,5. Правая бедренная артерія соединена съ манометромъ кимографа.

| Время отъ начала опыта | Число сердцебіеній въ 1 мин. | Кровяное давленіе въ млм. ртути | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|
| Черезъ 6 ч. 5 м. | 73 | 117 | Высота пульсовыхъ волнъ 15—14 млм. |
| » » » 8 » | 73 | 119 | |
| » » » 9 » | 72 | 117 | Высота пульсовыхъ волнъ 15 млм. Дых. 6. |
| » » » 10 » | 68 | 115 | Введено 0,001 атропина. |
| » » » 12 » | 66 | 115 | |
| » » » 13 » | — | — | Введено 0,003 атропина. |
| » » » 14 » | 60 | 102 | Высота пульсовыхъ волнъ 14—13 млм. Дых. 5. |
| » » » 15 » | 62 | 112 | Высота пульсовыхъ волнъ 12 млм. Дых. 4. |
| » » » 16 » | — | — | Введено 0,005 атропина. |
| » » » 17 » | 60 | 118 | Высота пульсовыхъ волнъ 10—11 млм. Дых. 2. |
| » » » 18 » | 62 | 128 | |
| » » » 19 » | — | — | Введено 0,005 атропина. |
| » » » 20 » | 66 | 153—169 | Постепенное повышеніе кровяного давленія. |
| » » » 21 » | 66 | 169—155 | Величина пульсовыхъ волнъ 13—14 млм. Постепенное паденіе давленія. |
| » » » 22 » | 66 | 155—152 | |
| » » » 23 » | — | 152—144 | Атропина 0,005. Дых. нѣтъ. |
| » » » 24 » | 64 | 144—87 | |
| » » » 25 » | 58 | 87—58 | Высота пульсовыхъ волнъ 5—6 млм. |
| » » » 26 » | 52 | 58—44 | Спустя нѣсколько секундъ сердце остановилось. |

Digitized by Google

Снотворныя-же дозы даютъ лишь незначительное паденіе кровяного давленія, приблизительно на 10 млм. Вмѣстѣ съ паденіемъ кровяного давленія сердцебіенія вначалѣ учащаются, по видимому, для уравновѣшенія, въ зависимости отъ паралича сосудодвигательнаго центра въ продолговатомъ мозгу. Чтобы окончательно выяснить причины ускоренія ритма сердечной дѣятельности, необходима болѣе подробная разработка вопроса. Замедленіе сердцебіеній, являющееся на смѣну ускоренія, зависитъ отъ парализующаго вліянія веронала на двигательные узлы сердца или мышцу, такъ какъ ни перерѣзка блуждающихъ нервовъ, ни введеніе атропина не вызывали ускоренія замедленнаго ритма. Что касается паденія кровяного давленія, то оно можетъ быть объяснено параличемъ сосудодвигательнаго центра въ продолговатомъ мозгу. Такъ, въ приводимомъ ниже опытѣ, по мѣрѣ усиленія дѣйствія веронала, величина повышенія кровяного давленія при сжатіи обѣихъ сонныхъ артерій становилась все меньше и меньше—явленіе, говорящее за параличъ сосудодвигательнаго центра въ продолговатомъ мозгу.

Сука. Вѣсъ 5060. Правая сонная артерія соединена съ ртутнымъ манометромъ кимографа; подъ лѣвую подведена нитка. Оба блуждающіе нерва отпрепарированы. Горлосѣченіе. Кураринa 0,005. Искусственное дыханіе. Вероналъ вводился въ бедренную вену въ 5%-мъ растворѣ со щелочью.

| Время отъ начала опыта | Число сердцебіеній въ 1 мин. | Кровяное давленіе въ млм. ртути. | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|
| Черезъ — ч. 5 м. | 150 | 148 | |
| » — 6 » | 152 | 152—173 | Сжата лѣвая сонная артерія. |
| » — 9 » | 150 | 159—177 | Прижата брюшная аорта. |
| » — 11 » | 156 | 156 | |
| » — 12 » | — | — | Введено 0,25 веронала въ теченіи 2 мин. |
| » — 15 » | 168 | 147 | |
| » — 40 » | 172 | 147 | |
| » 1 ч. 1 » | 152 | 148 | |
| » » » 6 » | 152 | 149 | |
| » » » 7 » | -- | — | Медленное введеніе 0,75 веронала въ 3 пріема въ теченіи 11 мин. |
| » » » 18 » | 152 | 154 | |
| » » » 19 » | 156 | 142 | |
| » 2 » — | 144 | 146 | |
| » » » 2 » | — | 144—166 | Сжата лѣвая сонная артерія. |
| » » » 3 » | 150 | 148 | |
| » » » 7 » | – | 148—169 | Прижата брюшная аорта. |
| » » » 9 » | — | — | Введено 0,25 веронала. |
| » » » 10 » | 136 | 141 | |
| » » » 25 » | 138 | 142 | |
| » » » 26 » | — | 141—159 | Прижата брюшная аорта. |
| » » » 27 » | — | — | Введено 0,25 веронала. |
| » » » 29 » | 136 | 132 | |
| » » » 50 » | — | 132—144 | Сжата лѣвая сонная артерія. |
| » » » 51 » | — | — | Введено 0,25 веронала. |
| » » » 53 » | 136 | 134 | |
| » » » 54 » | — | — | » » » |
| » » » 56 » | — | 126—145 | Прижата брюшная аорта. |
| » » » 57 » | 124 | 125 | Перерѣзаны оба блуждающіе нерва. |
| » » » 58 » | 124 | 130 | |
| » » » 59 » | — | — | Введено 0,5 веронала. |
| » 3 » -- | 122 | 110 | |
| » » » 1 » | — | 114—117 | Сжата лѣвая сонная артерія. |
| » » » 3 » | 123 | 114—120 | » » » » |
| » » » 4 » | — | 120—131,5 | Прижата брюшная аорта. |
| » » » 5 » | 120 | 125 | |
| » » » 6 » | — | — | Введено 0,5 веронала. |
| » » » 10 » | 114 | 112 | |
| » » » 12 » | — | 112—136 | Прижата аорта. |
| » » » 13 » | 116 | 122 | |
| » » » 20 » | 108 | 130 | |
| » 4 » — » | 120 | 124 | Величина пульсовыхъ волнъ 10 млм. |
| » » » 4 » | — | 124—126 | Сжата лѣвая сонная артерія. |
| » » » 6 » | 116 | 120 | Раздраженіе лѣваго блуждающаго нерва сильнымъ наведеннымъ токомъ даетъ едва замѣтное замедленіе. |
| » » » 30 » | 80 | 100 | |

Опытъ прерванъ.

Принимаютъ-ли участіе въ паденіи кровяного давленія сосудодвигательные центры спинного мозга и сами кровеносные сосуды, остается открытымъ вопросомъ. Что-же касается участія въ этомъ явленіи самого сердца, то, какъ показали опыты съ кровянымъ давленіемъ, сила сердечныхъ сокращеній ослабѣваетъ лишь незначительно и при введеніи большихъ количествъ веронала. Величина, на которую увеличивалось кровяное давленіе при сжатіи брюшной аорты до введенія веронала и послѣ его смертельныхъ дозъ, только нѣсколько уменьшалась. Сердце могло принимать участіе въ паденіи кровяного давленія вслѣдствіе наблюдавшагося замедленія ритма, но и здѣсь, хотя сердцебіенія и были замедлены, высота пульсовыхъ волнъ была большая и въ нѣкоторыхъ случаяхъ доходила до 15 млм. Явленіе это, по аналогіи съ другими снотворными, указывало на расширеніе сосудовъ и сильную дѣятельность сердца.

Опыты съ изолированнымъ сердцемъ кролика, по способу *Langendorff*'а, съ примѣненіемъ видоизмѣненной *Locke*'омъ жидкости *Ringer*'а, показали, что вероналъ въ разведеніи 1:5000 давалъ незначительное паденіе размаха сердечныхъ сокращеній (съ 21 на 19,5 млм.), а замѣтное паденіе высоты сердечныхъ сокращеній получалось при разведеніи 1:500. Число сердцебіеній отъ веронала также уменьшалось. Сравнивая насыщенность этихъ растворовъ съ насыщеніемъ яда у подвергавшихся опытамъ животныхъ, можно считать насыщеніе 1:5000 приближающимся къ снотворной дозѣ, а 1:500 къ смертельной. Такимъ образомъ и опыты на изолированномъ сердцѣ показываютъ, что сердечная дѣятельность, если и ослабѣваетъ, то лишь незначительно.

И такъ, данныя, полученныя мною на животныхъ, даютъ возможность заключить, что вероналъ парализуетъ центральную нервную систему; въ малыхъ количествахъ онъ поражаетъ преимущественно головной мозгъ. Сонъ при вероналѣ отличается большою продолжительностью. Послѣ пробужденія отъ сна, вызваннаго большимъ количествомъ веронала, у животныхъ наблюдаются долгое время угнетеніе, слабость. Число сердцебіеній отъ снотворныхъ дозъ или не измѣняется, или нѣсколько увеличивается. При смертельныхъ дозахъ сердцебіенія вначалѣ ускоряются, а затѣмъ замедляются. Замедленіе сердцебіеній зависитъ отъ непосредственнаго парализующаго дѣйствія веронала на двигательные узлы или на мышцу сердца, въ то время какъ ускореніе—явленіе, в. вѣроятно, побочное, зависящее отъ паралича сосудодвигательнаго центра въ продолговатомъ мозгу. Кровяное давленіе отъ снотворныхъ дозъ веронала понижается лишь незначительно. При смертельныхъ дозахъ въ паденіи кровяного давленія, кромѣ сосудодвигательнаго центра въ продолговатомъ мозгу, можетъ принять участіе и само сердце путемъ ослабленія и замедленія сердечныхъ сокращеній.

Изъ сопоставленія экспериментальныхъ и литературныхъ клиническихъ данныхъ можно вывести заключеніе, что вероналъ—принимая во вниманіе медленность наступленія сна, его продолжительность и явленія, наблюдавшіяся послѣ пробужденія,—очень напоминаетъ собою тріоналъ. За такое сопоставленіе говоритъ и отношеніе веронала къ органамъ пищеваренія и кровообращенія, на которые онъ въ терапевтическихъ дозахъ не вліяетъ. Отличается вероналъ отъ тріонала тѣмъ, что при немъ не наблюдается непріятныхъ побочныхъ явленій, зависящихъ отъ присутствія сульфогруппы. Послѣднее обстоятельство имѣетъ особое значеніе при длительномъ примѣненіи снотворнаго средства. Дѣйствительно, клиническія наблюденія показали, что вероналъ при продолжительныхъ пріемахъ (въ 1 случаѣ ежедневно болѣе 4,0 въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ) не вызывалъ непріятныхъ побочныхъ явленій, зачастую встрѣчающихся въ такихъ случаяхъ при сульфоналѣ и тріоналѣ и составляющихъ одну изъ непріятныхъ сторонъ при длительномъ назначеніи этихъ средствъ.

**Источники.** 1. *Berent W.* Ueber Veronal. «Therapeutische Monatshefte», 1903, іюнь.—2. *Fischer E.* u. *Mering J.* Ueber eine neue Klasse von Schlafmitteln. «Therapie der Gegenwart», 1903, тетр. 3.—3. *Fischer W.* Ueber die Wirkung des Veronal. «Therapeutische Monatshefte», 1903, августъ. — 4. *Lilienfeld A.* Veronal, ein neues Schlafmittel. «Berliner klin. Wochenschrift», 1903, № 21.—5. *Laudenheimer R.* Notiz über gewohnheitsmässigen Missbrauch des Veronal (Veronalismus). «Therapie der Gegenwart», 1904, январь.—6. *Rosenfeld M.* Therapeut. Erfahrungen mit Veronal. «Therapie der Gegenwart», 1903, тетр. 4.—7. *Schüle.* Ueber das neue Schlafmittel Veronal. «Therapeutische Monatshefte», 1903, май.—8. *Wiener L.* Das Veronal, ein neues Hypnoticum. «Wiener med. Presse», 1903, № 24. — 9. *Würth.* Ueber Veronal und seine Wirkung bei Erregungszuständen Geisteskranker. «Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift», 1903, № 9.—10. *Архангельскій.* Матеріалы къ фармакологіи бромистаго ареколина. Томская диссертація, 1899.

Digitized by Google

# О грязелѣченіи на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ. Его исторія и особенности.

Д. А. Парышева.

*(Продолженіе. См. № 5, стр. 167).*

Насыщенность солями воды Тамбуканскаго озера не одинакова и зависитъ отъ того, въ какое время года производить изслѣдованіе: осенью и въ лѣтніе мѣсяцы, вслѣдствіе сильнаго испаренія, вода эта настолько насыщена солями, что онѣ выкристаллизовываются и, отлагаясь на днѣ озера, покрываютъ его иногда на 3—4 вершка толщиною. Въ весенніе-же мѣсяцы, послѣ весенняго таянія снѣговъ, содержаніе солей въ водѣ значительно меньше. Этимъ и объясняется разница уд. вѣса воды и %-го отношенія сухого остатка, полученнаго при различныхъ изслѣдованіяхъ.

1-ый анализъ воды Тамбуканскаго озера былъ произведенъ въ 1872 г. *Ф. Ф. Шмидтомъ.*

Въ какое время года была взята вода для изслѣдованія, не указано. При этомъ было найдено:

| | |
|---|---|
| Уд. вѣсъ при 15° Р. | 1,04009 |
| На 1 ф. (въ 7680 гр.) воды было | грановъ: |
| хлористаго натрія | 8,631 |
| » магнія | 98,766 |
| сѣрнокислой извести | 16,971 |
| сѣрнокислаго кали | 2,429 |
| » натра | 236,840 |
| двууглекислой магнезіи | 4,325 |
| кремнезема | 0,914 |
| сумма всѣхъ составныхъ частей | 368,876 |

Изслѣдованіе солей Тамбуканскаго озера произведено тогда же и рядомъ дано изслѣдованіе солей Каспійскаго моря. При этомъ оказалось, что въ 100 чч. солей содержится:

| | Тамбуканское озеро. | Каспійское море. |
|---|---|---|
| хлористаго натрія | 2,25 | 44,88 |
| » магнія | 26,81 | 18,43 |
| сѣрнокислой извести | 4,60 | 3,99 |
| сѣрнокислаго кали | 0,66 | 5,43 |
| » натра | 64,28 | 23,14 |
| двууглекислой магнезіи | 1,17 | 1,46 |
| » извести | — | 2,67 |
| кремнезема | 0,28 | — |
| | 100,00 | 100,00 |

Для слѣдующаго анализа, который былъ произведенъ химикомъ Управленія водъ *А. И. Фоминымъ*, вода была взята изъ озера 14/x 1892 г. При этомъ оказалось:

| | |
|---|---|
| температура воды по R. | 15°,25. |
| уд. вѣсъ при 15° R. | 1,26150. |

На 1000 к. стм. воды найдено:

| | |
|---|---|
| сухого остатка (прокаленнаго) | 312,70000 грм. |
| окиси калія ($K_2O$) | 0,09165 » |
| » натрія ($Na_2O$) | 76,05004 » |
| амміака ($NH_3$) | слѣды |
| окиси кальція ($CaO$) | 0,00849 » |
| » магнія ($MgO$) | 55,85037 » |
| окиси желѣза ($Fe_2O_3$) | слѣды |
| кремневого ангидрида ($SiO_2$) | 0,08719 » |
| сѣрнаго » ($SO_3$) | 110,27305 » |
| угольной кислоты всей ($CO_2$) | 0,67934 » |
| » » связанной | 0,29497 » |
| » » свободной | 0,08940 » |
| хлора ($Cl$) | 88,47600 » |
| органическихъ веществъ | 1,14200 » |
| сѣроводорода | слѣды. |

Эти составныя части найдены въ слѣдующемъ сочетаніи.

| | |
|---|---|
| сѣрнокислаго калія ($K_2SO_4$) | 0,16965 грм. |
| » натрія ($Na_2SO_4$) | 157,92975 » |
| » магнія ($MgSO_4$) | 31,81261 » |
| » кальція ($CaSO_4$) | 0,02062 » |
| хлористаго натрія ($NaCl$) | 14,23000 » |
| » магнія ($MgCl_2$) | 106,82276 » |
| углекислаго » ($MgCO_3$) | 0,56314 » |
| кремнезема ($SiO_2$) | 0,08719 » |
| органическихъ веществъ | 1,14200 » |
| сумма твердыхъ составныхъ частей | 312,77766 » |
| угольной кислоты свободной ($CO_2$) | 0,08940 » |
| амміака ($NH_3$) | слѣды |
| сѣроводорода ($H_2S$) | » |
| сумма всѣхъ составныхъ частей | 312,86706 » |

Такимъ образомъ оказывается, что главнѣйшую составную часть разсола озера образуютъ сѣрнокислый натрій и хлористый магній, составляющія около 80% общей суммы твердыхъ частей; за ними идутъ сѣрнокислый магній и поваренная соль. Остальныя соли находятся въ ничтожномъ количествѣ. Общее содержаніе сѣрнокислыхъ солей составляетъ почти 60% всѣхъ твердыхъ составныхъ частей.

Совершенно въ другихъ отношеніяхъ находятся эти составныя части въ самосадочной соли Тамбуканскаго озера. По химическому анализу 1892 г., произведенному *А. И. Фоминымъ*, оказалось, что въ 100 чч. этой соли содержится:

| | |
|---|---|
| окиси натрія ($Na_2O$) | 18,990 |
| » магнія ($MgO$) | 0,560 |
| сѣрнокислаго ангидрида ($SO^3$) | 24,640 |
| хлора ($Cl$) | 0,874 |
| кристаллизаціонной воды ($H_2O$) | 55,013 |

Соединяя эти составныя части, получается слѣдующій составъ самосадочной соли:

| | |
|---|---|
| сѣрнокислаго натрія ($Na_2SO_4+10H_2O$) | 98,62% |
| » магнія ($MgSO_4$) | 0,21% |
| хлористаго » ($MgCl_2$) | 1,27% |
| | 100% |

1-й анализъ грязи Тамбуканскаго озера былъ произведенъ въ 1883 г.; до того времени на эту главнѣйшую часть лѣчебныхъ средствъ озера вниманія не обращалось. Анализъ этотъ, произведенный 16/III 1883 г. *А. И. Фоминымъ*, показалъ, что на 100 чч. грязи въ ней было:

| | |
|---|---|
| извести ($CaO$) | 2,83045 |
| магнезіи ($MgO$) | 0,41257 |
| натра ($Na_2O$) | 0,48855 |
| глинозема ($Al_2O_3$) | 4,52662 |
| окиси желѣза ($Fe_2O_3$) | 1,22338 |
| сѣрной кислоты ($SO_3$) | 3,16720 |
| хлора ($Cl$) | 0,32820 |
| органическихъ веществъ | достаточное количество. |
| угольная кислота ($CO_2$) | есть, но количе- |
| кремнеземъ ($SiO_2$) | ственно не бы- |
| сѣра ($S$) | ли опредѣлены |
| нерастворимаго остатка [1] | 86,81070 |

Слѣдующій анализъ грязи Тамбуканскаго озера былъ произведенъ въ іюлѣ 1886 г. Поводомъ къ нему послужилъ возбужденный тогда вопросъ о примѣненіи при Кавказскихъ минеральныхъ водахъ грязелѣченія. По предложенію врача Управленія *С. Н. Исаева*, въ присутствіи его и врачей группы, грязь была взята для химическаго изслѣдованія 19/v 1886 г. въ нѣкоторыхъ пунктахъ озера. Анализъ этотъ далъ слѣдующія составныя части на каждыя 100 чч. грязи.

| | Грязь Западной стороны Тамбуканскаго озера | Ю.-Восточной стороны Тамбуканскаго озера | Восточной стороны Тамбуканскаго озера |
|---|---|---|---|
| извести ($CaO$) | 4,51130 | 3,28457 | 2,91616 |
| магнезіи ($MgO$) | 3,05427 | 2,12140 | 1,83679 |
| окиси желѣза ($Fe_2O_3$) | 4,76080 | 5,76231 | 8,82124 |
| глинозема ($Al_2O_3$) | 2,04200 | 2,31042 | 2,15342 |
| натра ($Na_2O$) | 0,83210 | 0,64213 | 0,65421 |
| кали ($K_2O$) | слѣды | слѣды | слѣды |
| сѣрной кислоты ($SO_3$) | 5,73243 | 4,86621 | 5,24373 |
| угольной кислоты ($CO_2$) | 0,70436 | 0,61494 | 0,52214 |
| хлора ($Cl$) | 0,34080 | 0,26207 | 0,23921 |
| брома и іода | нѣтъ | нѣтъ | нѣтъ |
| сѣры ($S$) | 0,21162 | 0,10542 | слѣды |
| гуминовое вещество, анакреоновой и креоновой кислоты | есть | слѣды | слабы |
| органическихъ веществъ всѣхъ | 11,01032 | 7,13053 | 7,41310 |
| нерастворимаго остатка [2]) | 66,80000 | 72,90000 | 70,20000 |

Послѣдній анализъ грязи озера «Тамбуканъ» произведенъ въ декабрѣ 1892 г. химикомъ Управленія водъ *А. И. Фоминымъ*. Грязь взята для анализа 14/x 1892 г.

На 100 чч. грязи оказалось:

| | |
|---|---|
| растворимыхъ въ водѣ частей | 6,764 |
| нерастворимыхъ | 58,453 |
| воды | 34,783 |
| итого | 100 чч. |

А. Растворимыя составныя части.

На 100 чч. грязи:

| | |
|---|---|
| сѣрнокислаго натра ($Na_2SO_4$) | 2,55985 |
| » кали ($K_2SO_4$) | 0,00842 |
| сѣрнокислой извести ($CaSO_4$) | 1,29404 |
| » магнезіи ($MgSO_4$) | 2,05322 |
| хлористаго натрія ($NaCl$) | 0,00152 |
| » магнія ($MgCl_2$) | 0,29849 |
| углекислаго амміака и амміачныхъ основаній | 0,49047 |
| кремневой кислоты ($SiO_2$) | 0,00074 |
| глинозема ($Al_2O_3$) | слѣды |
| гуминовыхъ веществъ и кислотъ | 0,00981 |
| фосфорной кислоты ($P_2O_5$) | слѣды |
| органическихъ веществъ растворимыхъ и окисляющихся | 0,04696 |
| жирныхъ кислотъ | слѣды |

[1]) Большую часть нерастворимаго остатка составляетъ песокъ съ небольшимъ количествомъ органическихъ веществъ (личинки насѣкомыхъ), немного глины и малое количество сѣры.

[2]) Относительно нерастворимаго остатка сдѣлано слѣдующее примѣчаніе: «Нерастворимый остатокъ есть песокъ съ примѣсью небольшого количества глинозема, слѣдовъ сѣры и угля».

Digitized by Google

Б. Нерастворимыя составныя части.

| | |
|---|---|
| извести ($CaO$) | 10,33225 |
| магнезіи ($MgO$) | 4,48091 |
| глинозема ($Al_2O_3$) | 10,07162 |
| кремнезема ($SiO_2$) | 13,65777 |
| окиси желѣза ($Fe_2O_3$) | 5,73605 |
| фосфорной кислоты ($P_2O_5$) | 0,01137 |
| угольной кислоты ($CO_2$) | 13,62832 |
| органическихъ веществъ (потери при прок.) | 0,51239 |
| сѣры ($S$) | 0,22169 |

Принимая во вниманіе растворимую составную часть грязи, какъ имѣющую болѣе важное значеніе въ смыслѣ химическаго воздѣйствія грязи при лѣченіи, мы видимъ, что во главѣ составляющихъ ее солей находятся сѣрнокислыя соли натра, магнезіи и извести; хлористыя соли и амміачныя содержатся въ незначительномъ количествѣ; въ ничтожномъ количествѣ есть гумниновыя вещества и жирныя кислоты; совсѣмъ нѣтъ сѣроводорода.

Если сравнить химическій составъ Тамбуканской грязи съ грязями наиболѣе славящимися своими цѣлебными свойствами, какъ грязи Одесскихъ лимановъ, Сакскаго озера, Токанскаго озера, Манычскихъ грязей Грузскаго озера, увидимъ, что химическій составъ ея значительно отличается. Тѣмъ болѣе страннымъ долженъ показаться тотъ несомнѣнный фактъ, что физическое состояніе этихъ грязей и Тамбуканской грязи почти тождественно. Въ свѣжемъ состояніи Тамбуканская грязь также чернаго цвѣта, слегка масляниста; обладаетъ чрезвычайною мягкостью и пластичностью; при этомъ она совершенно однородна и не содержитъ въ себѣ никакихъ постороннихъ примѣсей. При лежаніи на воздухѣ она дѣлается въ поверхностныхъ слояхъ болѣе сѣраго цвѣта, высыхаетъ и разсыпается въ чрезвычайно тонкій порошокъ. При смачиваніи водою порошокъ этотъ снова принимаетъ черную окраску, а спустя нѣкоторое время возвращаются и остальныя первоначальныя свойства свѣжей грязи.

Изучавшій физическія свойства Тамбуканской грязи *Б. А. Либовъ* даетъ слѣдующія свѣдѣнія по этому вопросу. Теплоемкость свѣжей грязи, принимая теплоемкость воды равною 1,0, опредѣляется = 0,33, т. е., въ 3 раза менѣе теплоемкости воды. Теплоемкость сухой грязи 0,24; разведенной въ водѣ въ пропорціи 1 ч. грязи на 5 чч. воды—0,89. Теплопроводность грязи, принимая опять теплопроводность воды равною 1,0, равняется 0,87; жидкой грязи (1 ч. грязи на 5 чч. воды) 1,51. Такимъ образомъ д-ръ *Б. А. Либовъ* опредѣляетъ теплопроводность свѣжей грязи близкою къ теплопроводности воды. Уд. вѣсъ грязи, принимая уд. в. воды равнымъ 1,0, равняется 1,56; жидкой грязи (1 ч. на 5 чч. воды) 1,08. Отсюда вытекаетъ, что грязь въ $1^1/_2$ раза тяжелѣе воды.

Уд. вѣсъ Тамбуканской грязи по опредѣленію проф. *А. И. Щербакова* рѣзко разнится отъ приведеннаго и равняется 1,867, почти вдвое больше, чѣмъ уд. вѣсъ воды.

Послѣ всего сказаннаго мнѣ не-зачѣмъ говорить о физіологическомъ дѣйствіи Тамбуканской грязи. Разница грязи Тамбуканскаго озера по сравненію съ другими цѣлебными грязями—только въ химическомъ составѣ; въ остальномъ она совершенно тождественна съ ними.

Въ настоящее время твердо установлено многочисленными наблюденіями, что въ физіологическомъ и терапевтическомъ вліяніи грязевыхъ ваннъ химическій составъ грязи имѣетъ весьма сомнительное значеніе и поэтому отходитъ на второй планъ. Основываясь на этомъ, уже a priori можно предполагать, что по физіологическому вліянію и терапевтическому дѣйствію ванны изъ Тамбуканской грязи будутъ вполнѣ тождественны съ другими грязевыми ваннами. Клиническія наблюденія *Б. А. Либова*, приведенныя въ клиникѣ проф. *А. И. Лебедева*, дѣйствительно, вполнѣ установили этотъ фактъ, подтверждаемый также многими данными, добытыми на водахъ эмпирическимъ путемъ.

По тѣмъ-же причинамъ и на тѣхъ же основаніяхъ я не останавливаюсь на перечисленіи болѣзней, при которыхъ назначаются грязевыя ванны на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ, и перехожу прямо къ изложенію способовъ грязелѣченія, примѣняемыхъ на Кавказскихъ водахъ, предпославъ этому описаніе добыванія и доставки грязи на группы, а также постановку грязелѣченія на каждой группѣ въ отдѣльности.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

### Очеркъ врачебно-санитарной организаціи Петербурга.

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Въ Петербургѣ, какъ и въ большинствѣ другихъ русскихъ городовъ, санитарія зародилась на почвѣ тѣхъ экстренныхъ противоэпидемическихъ мѣропріятій, къ которымъ приходилось прибѣгать городамъ, когда появлялась опасность возникновенія какой-нибудь грозной эпидеміи, въ родѣ холеры, чумы и т. п. Какъ извѣстно, эти экстренныя мѣры сводились обыкновенно только къ поверхностной подчисткѣ безъ устраненія всѣхъ тѣхъ неустройствъ, которыя составляли главныя причины нездороваго состоянія городовъ и подлежали искорененію въ первую голову. Этотъ характеръ поверхности городская санитарія сохранила и въ спокойное отъ эпидемій время, и почти повсюду предъявляемые къ ней запросы ограничиваются исключительно противоэпидемическими и карательно-полицейскими задачами. Посмотримъ, какъ поставлено санитарное дѣло въ Петербургѣ—въ городѣ, имѣющемъ обширную врачебно-санитарную организацію и расходующемъ ежегодно изъ городскихъ средствъ на «санитарную Коммиссію» до 700000 р. своего бюджета.

Городское положеніе 1870 г., введенное въ Петербургѣ въ 1872 г., впервые допустило городскія общественныя самоуправленія къ участію въ «попеченіи объ общественномъ здравіи», однако, и послѣ того врачебное дѣло въ Петербургѣ еще долго находилось въ рукахъ правительственныхъ учрежденій (больницы—въ рукахъ т. наз. «Попечительнаго Совѣта»; санитарная часть—въ вѣдѣніи полиціи). Только въ 1879 г. подъ опасеніемъ проникновенія Ветлянской чумы городъ впервые выступилъ активно на борьбу съ заразными болѣзнями и образовалъ временную «Коммиссію общественнаго здравія». Эта временная Коммиссія продолжала свою дѣятельность и въ послѣдующіе годы, главнымъ образомъ въ виду появлявшихся въ городѣ все новыхъ и новыхъ эпидемій (1879—1881 гг.—тифозной и оспенной; въ 1881—1883 гг.—дифтерійной и скарлатинной). По ея почину возникли Институты думскихъ и школьныхъ врачей, построена городская Барачная больница для заразныхъ больныхъ съ обеззараживающей при ней камерой, назначены окружные санитарные попечители и т. д.; по ея-же мысли въ 1881 г. составленъ былъ проэктъ организаціи спеціальнаго городского врачебно-санитарнаго надзора для непосредственной борьбы съ эпидеміями. Къ сожалѣнію, практическое осуществленіе этой мысли не выпало тогда на долю города, такъ какъ городское общественное Управленіе Петербурга до 1884 г. лишено было возможности взять въ свои руки санитарное дѣло. Установленный тогда впервые санитарно-врачебный надзоръ переданъ было въ руки полиціи: при Петербургскомъ градоначальствѣ учреждена была особая «санитарная Коммиссія», а санитарный надзоръ былъ порученъ руководству старшаго врача полиціи и съ этой цѣлью въ распоряженіе его были назначены особые сверхштатные полицейскіе врачи. Дѣятельность послѣднихъ ограничивалась исключительно медико-полицейскими пріемами борьбы съ заразными болѣзнями [1]). Когда въ 1884 г. послѣ 16-лѣтнихъ ходатайствъ въ вѣдѣніе городского общественнаго управленія поступили, наконецъ, отъ попечительнаго Совѣта городскія больницы, то одновременно съ этимъ въ его-же вѣдѣніе перешелъ и надзоръ за развитіемъ заразныхъ болѣзней въ городѣ. Все это вновь поступившее въ руки города врачебно-санитарное дѣло сосредоточивалось на первыхъ порахъ въ временной Коммиссіи общественнаго здравія, въ распоряженіе которой поступили и сверхштатные полицейскіе врачи прежней санитарной Коммиссіи при градоначальствѣ. Однако, и съ переходомъ на службу города врачи эти продолжали совмѣщать свою городскую службу съ прежней полицейской, и дѣятельность ихъ въ качествѣ городскихъ санитарныхъ врачей продолжала сохранять тотъ же медико-полицейскій характеръ. Впрочемъ, и Коммиссія общественнаго здравія, по видимому, тоже не рисовала себѣ иначе санитарной дѣятельности, и сама ограничивала ее исключительно противоэпидемическими задачами.

Въ 1886 г. временная Коммиссія общественнаго здравія составила проэктъ постоянной организаціи для завѣдыванія всѣмъ санитарно-врачебнымъ дѣломъ города. По этому проэкту предполагалось сосредоточить все дѣло въ рукахъ

[1]) «Извѣстія Петербургской городской Думы», 1886 г., № 8, стр. 683.

Digitized by Google

одной постоянной Коммиссіи общественнаго здравія съ 2-мя подотдѣлами: больничнымъ и санитарнымъ. Однако Дума, ссылаясь на быстрый ростъ санитарно-врачебныхъ учрежденій города, нашла «болѣе удобнымъ» образовать 2 постоянныя исполнительныя Коммиссіи (больничную и санитарную), одна отъ другой совершенно независимыя; для обсужденія-же вопросовъ, «имѣющихъ общій характеръ», обѣимъ Коммиссіямъ предоставлено было право устраивать соединенныя засѣданія («присутствія») подъ предсѣдательствомъ городского головы.

Этотъ принятый въ 1886 г. порядокъ управленія врачебно-санитарнымъ дѣломъ въ 2-хъ совершенно самостоятельныхъ Коммиссіяхъ сохранился неизмѣннымъ и до настоящаго времени, хотя теперь едва-ли кто-нибудь можетъ сомнѣваться, что такое искусственное дѣленіе 2-хъ крупныхъ отраслей одного и того-же дѣла недопустимо съ точки зрѣнія вполнѣ цѣлесообразной организаціи врачебно-санитарнаго строя.

Я не стану здѣсь излагать постепеннаго хода и развитія дѣятельности этихъ Коммиссій за 17-лѣтній періодъ ихъ существованія, а прямо перейду къ описанію того врачебно-санитарнаго строя, который дѣйствуетъ въ настоящее время. Не буду останавливаться на описаніи дѣятельности больничной Коммиссіи, такъ какъ эта дѣятельность находитъ въ послѣдніе годы достаточное освѣщеніе въ трудахъ «Общества больничныхъ врачей въ Петербургѣ». Укажу только, что искусственность дѣленія врачебно-санитарнаго дѣла города между больничной и санитарной Коммиссіями чувствуется и въ недостаточности разграниченія отмежеваннаго каждой Коммиссіи круга дѣятельности; такъ, напр., амбуляторіи думскихъ врачей находятся въ вѣдѣніи санитарной Коммиссіи, амбуляторіи же при городскихъ больницахъ, тоже предназначенныя для подачи безплатной медицинской помощи бѣдному населенію, состоятъ при Коммиссіи больничной; родильные пріюты, ничего общаго съ противоэпидемической дѣятельностью санитарной Коммиссіи не имѣющіе, находятся тѣмъ не менѣе въ вѣдѣніи этой послѣдней. Не распространяясь по поводу тѣхъ затрудненій, которыя, какъ можно судить уже и a priori, должны создаваться и дѣйствительно существуютъ въ силу этого искусственнаго дѣленія задачъ здравоохраненія, перейду къ описанію санитарной Коммиссіи. Начну съ цѣли, задачъ и предметовъ ея вѣдѣнія.

Санитарная Коммиссія по § 1 своей Инструкціи, утвержденной Думой въ 1897 г., имѣетъ цѣлью «охраненіе общественнаго здравія въ Петербургѣ путемъ предупрежденія заразительныхъ, эпидемическихъ, а также эпизоотическихъ болѣзней и другими способами». Въ кругъ ея обязанностей входятъ: а) «дѣло оздоровленія столицы; б) принятіе всѣхъ установленныхъ (?) мѣръ къ предупрежденію и прекращенію заразительныхъ болѣзней и наблюденіе за исполненіемъ обязательныхъ постановленій; в) подача врачебной помощи нуждающемуся населенію на дому и амбуляторно, а равно недостаточнымъ роженицамъ; г) завѣдываніе городскими кладбищами и городскимъ ассенизаціоннымъ обозомъ». Въ ея вѣдѣнія находятся: а) санитарно-эпидеміологическій надзоръ; б) торгово-санитарный надзоръ; в) институтъ для подачи безплатной медицинской помощи; г) городская лабораторія и оспопрививательный Институтъ; д) загородныя кладбища и е) городской ассенизаціонный обозъ. Состоитъ Коммиссія изъ предсѣдателя и 14 членовъ, т. наз. окружныхъ санитарныхъ попечителей, избираемыхъ Думой на 4 года изъ числа гласныхъ.

Въ составъ Коммиссіи входитъ также совѣщательный членъ-врачъ санитарной и больничной Коммиссій и старшій врачъ полиціи. Для обсужденія всѣхъ возникающихъ въ Коммиссіи вопросовъ назначаются въ опредѣленные дни и часы очередныя ея засѣданія. По дѣламъ, требующимъ спеціальныхъ свѣдѣній по какимъ-либо вопросамъ, предсѣдатель можетъ приглашать въ засѣданіе Коммиссіи, кого онъ признаетъ нужнымъ, съ правомъ совѣщательнаго голоса (§ 15). «Всѣ распоряженія санитарной Коммиссіи основываются на постановленіяхъ ея и сообщаются подчиненнымъ учрежденіямъ и лицамъ чрезъ подлежащихъ окружныхъ санитарныхъ попечителей, чрезъ которыхъ означенныя учрежденія и лица входятъ въ Коммиссію съ представленіями и рапортами» (§ 18). «Въ городскую Думу Коммиссія представляетъ свои предложенія, доклады, отчеты и проэкты смѣтъ чрезъ городскую Управу, а заявленія и сообщенія чрезъ канцелярію городской Думы; съ другими-же городскими и посторонними учрежденіями и лицами Коммиссія сносится непосредственно черезъ своего предсѣдателя» (§ 14). Вспомогательными органами Коммиссіи по инструкціи являются: совѣщательный членъ-врачъ и особый Совѣтъ врачей, служащихъ въ санитарной Коммиссіи (§§ 24 и 26).

Приведенныя выдержки изъ инструкція санитарной Коммиссіи показываютъ, что она по характеру своего устройства не имѣетъ ничего общаго съ тѣми санитарными Коммиссіями, которыя учреждены при многихъ земскихъ Управахъ и состоятъ какъ изъ представителей земствъ, такъ и служащихъ въ земствѣ врачей. Петербургская санитарная Коммиссія—это органъ исполнительный, хозяйственно-административный: она завѣдывала городскими свалками, съ 1896 г. завѣдуетъ ассенизаціонными парками и обозами, несетъ хозяйственное завѣдываніе кладбищами со всѣми мелочами этого хозяйства и т. п. Тѣмъ не менѣе этой хозяйственной исполнительной Коммиссіи принадлежитъ вмѣстѣ съ тѣмъ все руководство и направленіе сложной санитарной дѣятельности въ городѣ. Неудобство такого совмѣщенія чисто-хозяйственной и научно-практической (санитарной) дѣятельности слишкомъ очевидно и не нуждается въ какихъ-бы то ни было поясненіяхъ. Самый строй Коммиссіи, состоящей изъ гласныхъ съ участіемъ только совѣщательнаго члена-врача и врача полиціи, не обезпечиваетъ достаточной компетентности ея въ вопросахъ общественнаго здравоохраненія, въ особенности при тѣхъ началахъ, которыя положены въ основу ея организаціи. Предсѣдатель Коммиссіи надѣленъ большою властью: «Онъ имѣетъ общее наблюденіе за ходомъ санитарнаго дѣла въ столицѣ, руководитъ служебными дѣйствіями всѣхъ подвѣдомственныхъ коммиссій, учрежденій и лицъ» (§ 16). Наоборотъ роль окружныхъ санитарныхъ попечителей, т. е. членовъ Коммиссіи, совсѣмъ подчиненная, хотя обязанности ихъ по инструкціи, утвержденной Думой еще въ 1887 г., очень многочисленны. По инструкціи попечителя обязаны наблюдать за исполненіемъ обязательныхъ постановленій по санитарной части, «слѣдить за возникновеніемъ заразныхъ болѣзней», «принимать мѣры для ихъ искорененія», «изучать условія общественной жизни и быта, вредно вліяющія на здоровье населенія и предлагать мѣры къ ихъ устраненію», наблюдать за точнымъ исполненіемъ обязанностей думскими, санитарными врачами и пр. Однако, для осуществленія этихъ сложныхъ требованій никакихъ средствъ въ руки санитарныхъ попечителей не дано. Избираются попечителя изъ гласныхъ Думы, и потому истинными выразителями и представителями санитарныхъ нуждъ мѣстнаго населенія своихъ районовъ они быть не могутъ; равнымъ образомъ не только ихъ компетентность въ санитарныхъ вопросахъ, но даже и достаточная общая интеллигентность ничѣмъ не обезпечены. Неудивительно поэтому, что при такой постановкѣ дѣла институтъ санитарныхъ попечителей оказался мертворожденнымъ дѣтищемъ и за всѣ 20 слишнимъ лѣтъ своего существованія ни въ чемъ не проявилъ активности; лишь изрѣдка, въ холерные, напр., годы, отдѣльные окружные попечителя проявляли нѣкоторую дѣятельность, но это были временныя вспышки, быстро затихавшія съ ослабленіемъ эпидемій. Въ послѣдніе годы роль санитарныхъ попечителей, какъ активныхъ работниковъ на пользу оздоровленія города, свелась почти на нѣтъ, и самый институтъ ихъ какъ-бы игнорируется даже самой санитарной Коммиссіей настолько, что эта послѣдняя proprio motu установила, вопреки вышеприведенному § 18 Инструкціи, непосредственныя сношенія съ подчиненнымъ ей персоналомъ врачей, минуя промежуточную инстанцію въ лицѣ санитарныхъ попечителей. Окружные санитарные попечителя, по инструкціи, могутъ избирать себѣ въ помощь участковыхъ санитарныхъ попечителей, которые вербуются изъ городскихъ обывателей и по представленію окружныхъ попечителей утверждаются санитарной Коммиссіей. Нечего, конечно, и говорить, что при полной инертности

окружныхъ попечителей участковыхъ de facto не существуетъ; и этотъ симпатичный по основной идеѣ институтъ при настоящемъ строѣ санитарнаго дѣла не можетъ найти себѣ практическаго примѣненія. Очевидно изъ всего этого, что санитарные попечители не могутъ быть въ курсѣ дѣлъ, обсуждаемыхъ въ санитарной Коммиссіи, и въ засѣданіяхъ ея предсѣдатель, въ исключительномъ распоряженіи котораго находится и канцелярія Коммиссіи, является почти единственнымъ лицомъ, болѣе или менѣе близко знакомымъ съ обсуждаемымъ вопросомъ. Конечно, при такихъ условіяхъ ни о какой истинно-коллегіальной дѣятельности въ засѣданіяхъ Коммиссіи не можетъ быть и рѣчи.

Кромѣ попечителей, въ засѣданіяхъ Коммиссіи присутствуетъ еще совѣщательный членъ-врачъ съ правомъ совѣщательнаго голоса. По инструкціи § 24 онъ назначается соединеннымъ Присутствіемъ больничной и санитарной Коммиссій; однако достаточныхъ гарантій его полной компетентности въ санитарно-врачебныхъ вопросахъ это, конечно, еще не даетъ, такъ какъ ни конкурса, ни какихъ-либо иныхъ доказательствъ научной правоспособности кандидата для замѣщенія должности совѣщательнаго члена не требуется. Между тѣмъ роль его въ особенности въ виду того, что компетентность состава санитарной Коммиссіи въ вопросахъ санитаріи ничѣмъ не обезпечена, является особенно серьезной. Нѣсколько лѣтъ назадъ ревизіонная Коммиссія городской Думы обратила вниманіе на ненормальность существующаго положенія дѣла. Однако никакихъ практическихъ результатовъ это вмѣшательство не имѣло; хотя тогда и былъ выработанъ проэктъ особыхъ условій конкурса для замѣщенія должности совѣщательнаго члена-врача, тѣмъ не менѣе все осталось попрежнему, проэктъ до сихъ поръ неутвержденъ и практическаго примѣненія не получилъ.

Въ послѣдніе годы съ учрежденіемъ при санитарной Коммиссіи санитарно-эпидеміологическаго бюро явилось еще одно лицо компетентное, по крайней мѣрѣ ex officio, въ санитарно-врачебныхъ вопросахъ; это—старшій санитарный врачъ. Старшій санитарный врачъ тоже всегда присутствуетъ въ засѣданіяхъ санитарной Коммиссіи, но только de facto, а не de jure, ибо въ инструкцію санитарной Коммиссіи до сихъ поръ не введено соотвѣтствущаго о немъ пункта.

Съ введеніемъ старшаго санитарнаго врача въ составъ Коммиссіи, тоже съ правомъ совѣщательнаго голоса, роли 2-хъ ея членовъ-врачей взаимно перепутались, и въ настоящее время трудно сказать, кто изъ нихъ по существу является настоящимъ консультантомъ Коммиссіи.

Совѣщательный членъ-врачъ съ учрежденіемъ санитарно-эпидеміологическаго бюро лишился бывшаго раньше въ его распоряженіи «стола», съ помощью котораго онъ велъ запись заразныхъ заболѣваній, и такимъ образомъ въ настоящее время онъ фактически лишился возможности выполнять главную свою обязанность: «постоянно наблюдать за ходомъ развитія и характеромъ болѣзненности, проявляющейся въ населеніи столицы» (§ 24 инструкціи), тѣмъ болѣе, что дѣло записи заразныхъ заболѣваній отошло къ санитарно-эпидеміологическому бюро.

Дѣйствующая инструкція, кромѣ того, совершенно не опредѣляетъ правъ совѣщательнаго члена-врача. Неудивительно поэтому, что на практикѣ создалось такое положеніе, при которомъ производительная работа для совѣщательнаго члена-врача становится очень затруднительной: отъ Коммиссіи и главнымъ образомъ отъ ея предсѣдателя зависитъ, представлять-ли совѣщательному членуврачу для разработки тѣ или другіе вопросы или нѣтъ, считаться-ли вообще съ его мнѣніемъ или нѣтъ и т. п. Очевидно, при такихъ условіяхъ совѣщательная роль безправнаго совѣщательнаго члена-врача легко можетъ стать призрачной.

Не лучше обстоитъ дѣло и съ другимъ «вспомогательнымъ органомъ» санитарной Коммиссіи, т. наз. Совѣтомъ врачей. Совѣтъ этотъ состоитъ изъ служащихъ въ санитарной Коммиссіи врачей санитарныхъ, думскихъ, торгово-санитарныхъ и врачей-акушеровъ, по выбору «врачей соотвѣтствующей спеціальности» (§ 27 инструкціи). Ему подлежитъ «обсужденіе требующихъ спеціальныхъ знаній вопросовъ, составленіе проэктовъ различныхъ инструкцій и правилъ и разсмотрѣніе годового медицинскаго отчета Коммиссіи» (§ 29). Къ сожалѣнію, поступленіе всѣхъ этихъ дѣлъ на разсмотрѣніе Совѣта вполнѣ зависитъ отъ усмотрѣнія Коммиссіи или ея предсѣдателя и въ зависимости отъ личности послѣдняго Совѣтъ то работалъ болѣе или менѣе живо, то впадалъ въ полное бездѣйствіе. За послѣдніе 2 года Совѣтъ не собирался ни разу и, слѣд., фактически прекратилъ свое существованіе. Члены Совѣта, по § 26 инструкціи, участвуютъ въ засѣданіяхъ Коммиссіи съ правомъ совѣщательнаго голоса. Однако и это утвержденное Думой правило примѣняется въ послѣднее время лишь въ очень рѣдкихъ случаяхъ.

И такъ очевидно, что при существующей организаціи ни совѣщательный членъ-врачъ, ни Совѣтъ врачей не могутъ въ желательной мѣрѣ оправдывать своего назначенія. Безправное положеніе того и другого, предоставляемая инструкціей возможность полнаго игнорированія санитарной Коммиссіей этихъ ея вспомогательныхъ органовъ, естественно, отбиваютъ у послѣднихъ всякую охоту развивать какую-бы то ни было самодѣятельность, проявлять собственный починъ и благопріятствуютъ развитію формальнаго отношенія къ дѣлу.

Таковъ центральный органъ Петербургской санитарной организаціи. Неудивительно, что при существующемъ строѣ какъ санитарные попечители, такъ и вспомогательные органы Коммиссіи не могутъ проявлять почти никакой самостоятельности, а потому главнымъ вдохновителемъ и руководителемъ всего санитарнаго дѣла въ городѣ de facto является предсѣдатель Коммиссіи. Если на этомъ отвѣтственномъ мѣстѣ случайно оказывается врачъ, то прочіе члены Коммиссіи подъ вліяніемъ предвзятаго, конечно, глубоко-неправильнаго взгляда, будто-бы всякій врачъ компетентенъ въ вопросахъ санитаріи, невольно подчиняются его мнимому авторитету, и на практикѣ создается въ Коммиссіи полное единовластіе предсѣдателя. Такимъ образомъ охрана здоровья города съ $1^1/_2$-милліоннымъ населеніемъ всегда можетъ оказаться въ рукахъ лица, не безусловно компетентнаго въ вопросахъ общественной медицины и гигіены и неподготовленнаго къ такой отвѣтственной роли.

Плачевные результаты такого положенія дѣла сказывались всегда. Если прослѣдить исторію санитарной Коммиссіи за все время ея существованія, то не трудно будетъ замѣтить, что личность предсѣдателя ея всегда придавала свой особенный тонъ и особую физіономію дѣятельности Коммиссіи. До сихъ поръ однако не являлось, къ сожалѣнію, на этомъ мѣстѣ такого лица, которое принялось-бы за реформу основныхъ началъ организаціи, и поэтому коренные недостатки строя продолжаютъ давать себя чувствовать во всей силѣ. Отсутствіе всякой планомѣрности въ работѣ, отсутствіе яснаго пониманія задачъ и цѣлей санитарной дѣятельности—вотъ основныя черты веденія дѣла въ санитарной Коммиссіи. Эти недостатки обратили на себя вниманіе городской ревизіонной Коммиссіи еще въ 1895 г., и мѣткая характеристика, данная, очевидно, знатокомъ дѣла, во всей полнотѣ примѣнима и къ современному положенію санитарной Коммиссіи, такъ какъ и основная идея организаціи, и общій характеръ ея дѣятельности съ тѣхъ поръ не только не измѣнились къ лучшему, но—увы!—вскорѣ даже ухудшились. Привожу въ подлинникѣ извлеченіе изъ этого отчета [1]):

«Разсматривая веденіе дѣла санитарной коммиссіи, ревизіонная коммиссія обратила вниманіе на журналы засѣданій этой коммиссіи и, къ сожалѣнію, не можетъ указать ни на одно изъ нихъ, которое занялось-бы вопросомъ объ организаціи дѣла и о приведеніи въ совокупное дѣйствіе ввѣренныхъ ей силъ и учрежденій. Не смотря на то, что думскіе врачи, санитарные врачи, лаборанты и частью школьные врачи дѣлаютъ одно и то же дѣло и ежеминутно соприкасаются, дѣятельность ихъ не объединена одной общей идеей. Каждое изъ этихъ учрежденій работаетъ, не зная результатовъ работы другого, а сама санитарная коммиссія занимается по большей части только разборомъ жалобъ на служащій персоналъ и разрѣшеніемъ вопросовъ, на которые наталкиваютъ ее случайныя обстоятельства. При рѣшеніи этихъ во-

[1]) «Извѣстія Петербургской городской Думы», 1895 г., № 23, стр. 886.

Digitized by Google

просовъ не прибѣгается почти никогда къ историческимъ справкамъ, какъ будто до этого дня работъ коммиссіи вовсе не существовало. Еще менѣе интересуютъ коммиссію работы другихъ городовъ, какъ русскихъ, такъ и заграничныхъ. Коммиссія не обмѣнивается съ ними своими работами и не пытается составить какую нибудь библіотеку по санитарному дѣлу, которою могли бы пользоваться подвѣдомственные ей врачи. Не возобновивъ существованія прежней субкоммиссіи, которая собирала врачей въ товарищескую бесѣду, она окончательно устранила всѣ поводы къ возникновенію общихъ вопросовъ по оздоровленію города... Въ распоряженіи санитарной коммиссіи имѣются большія практическія и научныя силы, которыя способны были бы сдѣлать бо̀льшее дѣло, и не ихъ вина, если онѣ разъединены и ихъ размѣниваютъ на будничное разбросанное дѣло. Весьма вѣроятно, что члены санитарной коммиссіи, обремененные работой въ другихъ коммиссіяхъ и своими личными дѣлами, не могутъ отдавать много времени санитарному дѣлу, но отъ этого не легче, и существованіе коммиссіи, поглощающей около 17000 р. [1]), по ст. 1 ассигнованія, съ громадной канцеляріей и разъѣздами, совершенно не оправдывается. Между тѣмъ, при другомъ отношеніи къ дѣлу, санитарная коммиссія могла-бы сослужить громадную службу, участвуя, вмѣстѣ съ подвѣдомственными ей врачами, въ разработкѣ старыхъ и новыхъ вопросовъ по оздоровленію города. Этотъ характеръ дѣятельности коммиссіи отражается какъ на дѣятельности всѣхъ подвѣдомственныхъ ей органовъ, такъ и на расходованіи ассигнованныхъ въ ея распоряженіе суммъ».

Къ этой характеристикѣ можно ничего больше не прибавлять, и я ограничусь только нѣсколькими примѣрами, подтверждающими, что все сказанное еще въ 1895 г., примѣнимо и къ современному положенію дѣла. Единственный органъ, который могъ-бы поднимать общіе вопросы по оздоровленію города—Совѣтъ врачей, низведенъ къ нулю; самые насущные вопросы здравоохраненія, въ родѣ вопросовъ о канализаціи, водоснабженіи, убоѣ скота и т. п., по прежнему остаются внѣ вѣдѣнія санитарной коммиссіи; наоборотъ, хозяйственное завѣдываніе кладбищами до сихъ поръ она удерживаетъ при себѣ. Вопросы о борьбѣ съ жилищной нуждой, бугорчаткой, дѣтской смертностью и т. п., никогда не находили живого отклика въ санитарной Коммиссіи, хотя отдѣльные врачи и дѣлали неоднократныя попытки заинтересовать ее этими вопросами. Вмѣстѣ съ тѣмъ однако въ ней возникаютъ и подробно обсуждаются такіе вопросы, какъ напр., вопросъ объ устройствѣ водолѣчебныхъ заведеній при баняхъ, о постройкѣ морговъ, даже крематоріевъ и т. п.; возникаетъ такая сравнительная роскошь, какъ пріютъ для недоносковъ. Всѣ эти начинанія, въ особенности если они сопровождаются газетной шумихой, для людей, непосвященныхъ въ дѣло, создаютъ иллюзію «плодотворной и энергичной дѣятельности», между тѣмъ все это является продуктомъ случайности, безъ всякой связи съ остальной работой. Равнымъ образомъ въ полной мѣрѣ примѣнимъ къ современному положенію дѣла въ санитарной Коммиссіи упрекъ въ неумѣніи и нежеланіи использовать имѣющіяся въ ея распоряженіи «большія практическія и научныя силы». Такіе вопросы, какъ, напр., вопросъ объ учрежденіи санитарно-эпидеміологическаго бюро, объ инструкціи ему, о вывозѣ кухонныхъ отбросовъ, объ измѣненіи санитарной карточки, о борьбѣ съ сифилисомъ и др., возникавшіе въ послѣдніе 2—3 года, обсуждались и рѣшались санитарной Коммиссіей самостоятельно, и обширныя врачебныя силы ея, всегда готовыя служить ей своими знаніями и опытомъ, оставались неиспользованными. Вообще приходится сказать, что вся дѣятельность санитарной Коммиссіи за всѣ 17 лѣтъ ея существованія носитъ характеръ какой-то случайности; расширеніе ея учрежденій и увеличеніе бюджета (до 672000 р. за 1903 г.) не служитъ показателемъ качественнаго улучшенія ея дѣятельности, а лишь количественнымъ выраженіемъ громадности того несовершеннаго механизма, который совершаетъ работу призрачнаго оздоровленія Петербурга. *А. Рубель.*

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 128. Проф. *А. Е. Щербакъ* (Варшава) продолжаетъ свои интересныя *экспериментальныя изслѣдованія относительно физіологическаго дѣйствія механическихъ вибрацій.* Онъ поставилъ болѣе 50 опытовъ, при чемъ пользовался вибраторомъ, употребляемымъ для вибраціоннаго массажа. Оказалось, что съ помощью вибратора можно вызвать искусственное *одностороннее повышеніе колѣннаго рефлекса* у человѣка, прилагая вибраторъ въ области колѣннаго сустава тотчасъ подъ колѣнной чашкой. Вліяніе вибрацій сказывается уже послѣ 15—20 минутнаго дѣйствія. Въ 1 случаѣ повышеніе колѣннаго рефлекса, полученное такимъ образомъ, держалось около мѣсяца, не сопровождаясь никакими разстройствами. Далѣе, съ помощью мѣстнаго приложенія вибрацій удалось поднять колѣнный рефлексъ у одного спинносухоточнаго, у котораго онъ былъ значительно ослабленъ. Наконецъ въ 1 случаѣ хроническаго прогрессивнаго поліоміэлита не только появились совершенно отсутствовавшіе до тѣхъ поръ колѣнные и Ахилловы рефлексы, но даже наблюдался весьма отчетливый клонусъ стопы при постукиваніи по Ахиллову сухожилію. И здѣсь результатъ держался долѣе 2-хъ мѣсяцевъ по прекращеніи сеансовъ. Затѣмъ авторъ путемъ опытовъ на кроликахъ рѣшилъ вопросъ: подвергаются-ли раздраженію вибраціями периферическіе нервные приборы, или же дѣйствіе ихъ зависитъ отъ вибрированія нервныхъ стволовъ или мышцъ? Оказывается, что вибраціи дѣйствуютъ главнымъ образомъ на периферическіе нервные приборы сустава и кости. Дальнѣйшими опытами авторъ устанавливаетъ, что вибраторный клонусъ имѣетъ центральное происхожденіе и для возникновенія его необходима связь периферическихъ нервныхъ приборовъ со спиннымъ мозгомъ.

Опыты съ перерѣзкой спинного мозга показали слѣдующее. Если спинной мозгъ вполнѣ перерѣзанъ въ средней грудной части, то вибрація обѣихъ заднихъ лапокъ даетъ ясное повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ и волоконцевыя подергиванія въ мышцахъ. Клонусъ колѣна никогда не наступаетъ. Если же онъ былъ вызванъ до операціи, то послѣ перерѣзки исчезаетъ тотчасъ же. Кромѣ того, замѣчается еще ясное усиленіе тонуса мышцъ и развитіе сложныхъ спинномозговыхъ судорогъ. Неполная перерѣзка спинного мозга въ грудной части, на границѣ съ шейной, дала слѣдующіе результаты. Правая $^1/_2$ спинного мозга перерѣзана вполнѣ, а лѣвая—не вполнѣ. Параличъ правой задней лапки и парезъ лѣвой. $^1/_2$-часовая вибрація праваго колѣннаго сустава. Въ результатѣ на правой лапкѣ, совершенно парализованной и разъединенной отъ высшихъ центровъ, наблюдалось простое повышеніе рефлекса, а клонуса не получалось; на лѣвой же лапкѣ, сохранившей нѣкоторыя активныя движенія, легко получался не только прямой, но и перекрестный клонусъ, т. е. клонусъ наступалъ при постукиваніи и по лѣвому, и по правому колѣну. Въ обѣихъ лапкахъ замѣчалось повышеніе тонуса и сложныя судорожныя явленія.

Изъ этихъ опытовъ видно, что часть явленій (простое повышеніе колѣннаго рефлекса), наблюдаемыхъ послѣ вибраціи, имѣетъ спинномозговое происхожденіе; что-же касается клонуса колѣна, то для развитія его необходима связь спинного мозга съ высшими центрами. При опытахъ съ частичнымъ, одностороннимъ поврежденіемъ мозжечка вибраторный клонусъ слабѣетъ на одноименной сторонѣ, при чемъ ослабленіе это наростаетъ по мѣрѣ развитія размягченія ткани мозжечка вокругъ раны и параллельно развитію мозжечковыхъ явленій.

Авторъ приходитъ къ заключенію, что при мѣстной вибраціи раздраженію подвергаются особыя нервныя окончанія въ кости и надкостницѣ, отсюда по нерву возбужденіе распространяется на спинной мозгъ и по опредѣленнымъ путямъ достигаетъ мозжечка, а, быть можетъ, и другихъ аккумулирующихъ центровъ мозгового ствола. Часть вибраторныхъ явленій зависитъ отъ «зараженія» нервной энергіи приборовъ спинного мозга, клонусъ-же получается только при цѣлости связи съ мозжечкомъ (Обозрѣніе психіатріи, 1903 г. № 9). *С. Бруштейнъ.*

**Фармакологія.** 129. Въ то время какъ *Kobert* и *Keller* видятъ цѣнное *начало спорыньи* въ корнутинѣ, называя его алкалоидомъ, *Menlenhoff* и *Jacobi* усматриваетъ то же начало въ сфацелиновой кислотѣ (сфацелотоксинъ *Schmiedeberg*'а и *Jacobi*'я). Но алкалоидъ спорыньи, добытый *Kobert*'омъ и названный имъ корнутиномъ, обладалъ, съ одной стороны, судорожнымъ дѣйствіемъ уже въ очень малыхъ количествахъ, а съ другой—не вызывалъ явленій омертвѣнія гребешка у пѣтуховъ. Такое-же дѣйствіе, слѣд., должно было быть присуще и тѣмъ препаратамъ, которые находятся въ продажѣ подъ именемъ корнутина или—содержащихъ корнутинъ. До сихъ поръ, однако, изслѣдова-

[1]) Въ 1903 г. уже 672000 р.

Digitized by Google

нія этихъ препаратовъ въ такомъ направленіи сдѣлано не было. Въ виду этого д-ръ *H. Palm* (Göttingen) взялъ на себя задачу изслѣдовать въ фармакологической лабораторіи проф. *Jacobi*'я и въ акушерско-гинекологической клиникѣ проф. *Runge* слѣдующіе, наиболѣе часто примѣняемые въ практикѣ, препараты: корнутинъ *Kobert*'а, эрготининъ Tanret, эрготиновый корнутинъ Bombelen'а, діализированную спорынью Golaz'а, вытяжку спорыньи Германской фармакопеи, эрготинъ Denzel'я, жидкую вытяжку спорыньи *Schatz*'а-*Kohlmann*'а, безгнилостный эрготинъ Parke Davis'а, хризотоксинъ и секалинтоксинъ *Jacobi*'я. Для опытовъ на судорожное дѣйствіе были взяты мыши, лягушки и пѣтухи. Всѣ препараты получались непосредственно изъ фабрикъ и вводились большею частью подъ кожу. Оказалось, что ни одинъ изъ этихъ препаратовъ не вызывалъ и слѣда судорогъ,—слѣд., корнутина въ нихъ не содержится, всѣ же полученныя при этомъ явленія дали ясную картину дѣйствія сфацелотоксина. Этимъ подтверждается предположеніе, высказанное *Jacobi*'емъ, что дѣйствіе всѣхъ препаратовъ спорыньи обусловливается однимъ и тѣмъ же началомъ. Такъ какъ тѣмъ же изслѣдователемъ найдено, что сфацелотоксинъ связанъ въ спорыньѣ главнымъ образомъ съ эргохризиномъ и секалиномъ, то авторъ въ дальнѣйшемъ стремился опредѣлить, не содержатся ли также и только-что названныя вещества въ другихъ препаратахъ, оказавшихся по физіологическому дѣйствію сходными съ хризотоксиномъ или секалинтоксиномъ. Такое изслѣдованіе, произведенное подъ руководствомъ проф. *Jacobi*'я, показало, что большая часть этихъ препаратовъ, дѣйствительно, содержатъ либо секалинъ, либо эргохризинъ. Секалинтоксинъ оказался дѣйствующимъ сильнѣе хризотоксина, что соотвѣтствуетъ и указаніямъ *Jacobi*'я; но зато и непріятныя дѣйствія выступаютъ при немъ больше, чѣмъ при хризотоксинѣ. Въ дальнѣйшихъ опытахъ надъ млекопитающими авторъ примѣнялъ одинъ только хризотоксинъ-натрій (*«спазмотинъ»*)—соединеніе весьма пригодное для точной дозировки по легкой своей растворимости и всасываемости (при подкожномъ введеніи). Опыты эти дали слѣдующіе результаты: У сукъ (5 опытовъ) дозой въ 0,15 грм. удается прервать беременность на 7-й недѣлѣ, но не удается на 4-й. Этотъ фактъ вполнѣ согласуется со старымъ наблюденіемъ, что абортивное дѣйствіе спорыньи въ первые мѣсяцы беременности гораздо менѣе значительно, чѣмъ въ поздніе сроки.—У кошекъ (3 опыта) лучше всего начинать съ дозы въ 0,01 грм., которая въ случаѣ надобности можетъ быть повторена на слѣдующій или на 3-ій день. Что касается общихъ явленій (со стороны нервной системы и желудочно-кишечнаго канала), то всѣ они проходятъ безслѣдно черезъ 1—3 дня послѣ послѣдняго впрыскиванія. Несомнѣнно также и то, что въ первые 3—4 дня замедляется и уменьшается отдѣленіе молока.—Въ клиникѣ и поликлиникѣ проф. *Runge* было сдѣлано 17 опытовъ. Средство было испытано вначалѣ лишь въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ примѣненіе спорыньи допускается всѣми авторами. Сюда относятся: послѣродовое кровотеченіе, недостаточное сокращеніе матки послѣ родовъ и слабость болей въ такомъ стадіи родовъ, когда можно было-бы, въ случаѣ вреднаго вліянія средства на сердцебіеніе плода, тотчасъ же окончить роды оперативнымъ путемъ. Результаты: во всѣхъ такихъ случаяхъ появлялись энергичныя маточныя сокращенія, останавливалось кровотеченіе и наступало быстрое уменьшеніе матки; при назначеніи средства въ періодѣ изгнанія во всѣхъ случаяхъ происходили произвольные роды живымъ плодомъ. Затѣмъ авторъ перешелъ къ примѣненію спазмотина въ болѣе раннихъ стадіяхъ и прежде всего при заболѣваніяхъ рожѳницъ (высокая лихорадка, эклямпсія и т. п.). Получивъ благопріятные результаты также и въ этихъ случаяхъ, авторъ рѣшился испытать средство для производства искусственныхъ преждевременныхъ родовъ (5 случаевъ)—главнымъ образомъ при тяжкихъ болѣзняхъ матери, угрожающихъ ея жизни (въ особенности же при доказанной смерти плода). Результаты: Родовая дѣятельность матки наступала скоро—черезъ 5 мин.—$1^1/_2$ часа, въ среднемъ чрезъ 30—40 мин. Типъ болей носилъ вполнѣ физіологическій характеръ. Что касается дозировки, то оказалось, что явное, хотя и слабое, дѣйствіе получается уже отъ 0,01 грм. Но, по видимому, для устраненія слабости болей лучше всего давать 0,02—0,03 грм.; такое количество безопасно для жизни плода, и въ случаѣ надобности—при остановкѣ болей—его можно повторить черезъ 2—3 часа. Даже и при большихъ дозахъ, въ случаяхъ производства искусственныхъ родовъ при мертвомъ плодѣ, общее состояніе роженицы нисколько не страдаетъ. Неудачнымъ, въ смыслѣ исхода для плода, авторъ считаетъ случай 1-ый, гдѣ боли были слишкомъ сильны и, можетъ быть, способствовали смерти плода; зато въ случаѣ 2-мъ плодъ былъ обязанъ жизнью единственно своевременному примѣненію спазмотина. Введеніе препарата производилось всегда подъ кожу, чаще всего надъ грудной железой, рѣже подъ кожу живота или ягодичной области. Обычно препаратъ растворялся незадолго предъ впрыскиваніемъ въ обезпложенной водѣ. Качество молока подъ вліяніемъ спазмотина не измѣнялось, но зато, въ согласіи съ опытами на животныхъ, нерѣдко замѣчалось уменьшенное отдѣленіе, продолжавшееся отъ 2-го до—4-го дня, а затѣмъ опять все возвращалось къ нормѣ (Archiv für Gynaekologie, т. LXVII, тетр. 3). *С. Бродскій.*

**Бактеріологія.** 130. *A. Bajardi* изучалъ *морфологическія и біологическія свойства* язычнаго вибріона (*Vibrio lingualis*), часто встрѣчающагося во рту людей. Авторъ относитъ этотъ микроорганизмъ не къ вибріонамъ, а къ группѣ streptothrix'а, а также обращаетъ вниманіе на зернистость, находимую при окраскѣ по *Neisser*'у въ палочкообразныхъ формахъ, что можетъ дать поводъ къ смѣшенію его съ палочкой дифтеріи. Отличительнымъ признакомъ служитъ, что зернышки язычнаго вибріона не окрашиваются по способу *Bronstein*'а (Centralblatt für Bacteriologie, т. 35, № 2). *Скшиванъ.*

131. Въ дополненіе къ 2-мъ сообщеннымъ раньше случаямъ *первичнаго пораженія миндалинъ при гриппѣ*, *L. Katen* приводитъ случай, гдѣ палочки гриппа найдены были въ гнойникѣ миндалины. Это пораженіе явилось осложненіемъ ранѣе протекавшаго стрептококковаго гриппа, вызвавшаго образованіе стрептококковаго гнойника въ мозгу, отчего больной и погибъ (Centralblatt für Bacteriologie, т. 35, № 2). *Скшиванъ.*

132. Какъ извѣстно, описаны случаи, гдѣ выдѣляемый кожей потъ бываетъ окрашенъ въ кроваво-красный или голубой цвѣтъ. Источникомъ окраски являются сапрофитирующія на кожѣ *пигментныя бактеріи*. Новый видъ этихъ бактерій, подъ названіемъ «Bacterium auratum, описываетъ *C. O. Harz*. Выдѣлена эта бактерія изъ волосъ подмышки, которые она облекала въ видѣ толстаго слоя зооглейныхъ скопленій. Потъ имѣлъ красно-желтую окраску; такую же рѣзкую окраску имѣло и бѣлье этого человѣка (Centralblatt für Bacteriologie, т. 35, № 2). *С-нъ.*

**Внутреннія болѣзни.** 133. Д-ръ *Годлевскій* (Калишъ) сообщаетъ *случай угара отъ лампы*.

Ночью съ 22-го на 23-ье марта 1903 г. двое служащихъ Калишской желѣзной дороги были найдены со слабыми признаками жизни. Авторъ нашелъ слѣдующее: синюха, очень низкая температура; дыханіе поверхностное; пульсъ нитевидный; наливаніе сосудовъ соединительной оболочки глазного яблока; умѣренно расширенные зрачки не отвѣчаютъ на свѣтъ; бѣлье и платье запачканы рвотой и каломъ. Больные были отправлены въ Калишскую больницу св. Троицы. Безсознательное состояніе продолжалось 20 час. Придя въ себя, больные разсказали слѣдующее: 22/III около 9 час. веч., поужинавъ, они легли спать и читали въ кровати книжки до 10 час.; затѣмъ, не потушивъ лампы, а лишь уменьшивъ огонь, они заснули. Одинъ изъ нихъ проснулся ночью со страшной головной болью, всталъ съ кровати, чтобы пойти на дворъ за большой нуждой, но не былъ въ состояніи этого сдѣлать и испражнился въ комнатѣ; затѣмъ, увидѣвъ, что лампа коптитъ, хотѣлъ ее потушить, но, пробуя это сдѣлать, потерялъ сознаніе и упалъ на полъ. 2-й больной, вѣроятно, также хотѣлъ выйти на воздухъ, такъ какъ былъ найденъ на полу у дверей. Черезъ 3 дня оба были выписаны изъ больницы здоровыми. Какъ оказалось изъ судебно-медицинскаго слѣдствія, комната, въ которой больные спали, имѣла въ длину 16,5 фут., въ ширину 10 ф. 8 д. и въ вышину 11 ф.; въ комнатѣ были 1 двери, 1 окно и 1 печка; провѣтривателя не было. Печь оказалась въ исправности, съ герметическими дверцами. Въ комнатѣ не было ни самовара, ни утюга, ни другого какого-либо источника, который былъ-бы причиной угара. Лампа на пробу была зажжена, и оказалось, что она коптитъ и воняетъ; фитиль найденъ грязнымъ, и въ немъ, кромѣ того, оказалась

Digitized by Google

большая муха съ опаленными крыльями; по удаленіи мухи лампа издавала зловоніе, но не коптила. Авторъ и думаетъ, что потерпѣвшіе, оставивъ на ночь слабо горѣвшую лампу, угорѣли вслѣдствіе того, что во время ихъ сна въ лампу попала большая муха, которая и обусловила коптѣніе лампы.

Случай интересенъ въ томъ отношеніи, что лампа рѣдко бываетъ причиной угара (Czasopismo lekarskie, январь).

134. Д-ръ *v. Sutzenberger* приводитъ результаты собственныхъ наблюденій и наблюденій другихъ авторовъ надъ *діэтетическими и физическими способами лѣченія хроническихъ запоровъ*. Хроническіе запоры либо зависятъ отъ физіологическихъ условій, примѣненіе которыхъ можетъ оказать благотворное вліяніе, либо являются слѣдствіемъ опредѣленныхъ патологическихъ отношеній на ряду съ другими припадками, либо представляются въ видѣ обособленной исключительной картины болѣзни. Часто запоры бываютъ однимъ изъ припадковъ общей нейрастеніи, иногда являются слѣдствіемъ недостаточности *Bauhini*'евой заслонки, судорожныхъ сокращеній кишечныхъ мышцъ и т. д. При лѣченіи запоровъ въ каждомъ случаѣ слѣдуетъ имѣть въ виду его особенности. Въ случаяхъ 1-ой и 2-ой категоріи иногда бываетъ достаточно перемѣны въ образѣ жизни, въ пищѣ или примѣненія какого-либо спорта. Авторъ приводитъ различныя діэтетическія указанія различныхъ авторовъ, которыя въ подходящихъ случаяхъ приносили пользу. Промывательныя примѣнимы, но не ежедневно и въ количествѣ не болѣе ½ литра: вода должна быть или совсѣмъ холодная, или достаточно теплая съ прибавленіемъ соли, глицериноваго мыла, отвара ромашки и т. д., для каждаго раза что-либо другое. *Jaksch* предлагаетъ маленькія масляныя клизмы (80—100 грм. прованскаго масла), которыя должны удерживаться болѣе часа. Массажъ—одинъ изъ самыхъ дѣйствительныхъ способовъ лѣченія запоровъ. Авторъ совѣтуетъ особенно шведскій массажъ живота; но еще болѣе быстрые результаты дастъ вибраціонный массажъ, производимый при посредствѣ электрическаго двигателя. Что касается водолѣченія, то въ различныхъ учрежденіяхъ съ хорошими результатами примѣняются различные способы (*Beni-Barde*, *Winternitz*'а, *Jaksch*'а). Въ иныхъ случаяхъ запоровъ на нервной почвѣ, когда и діэтетическое лѣченіе и массажъ, и водолѣченіе оказываются безпомощными, спасительнымъ средствомъ является электризація. Опыты *Schillback*'а и др. показали, что единственно цѣлесообразной для возбужденія перистальтической дѣятельности кишекъ представляется гальванизація. Благодаря прямокишечному зонду *Boudet*, больные легко переносятъ отъ 15 до 40 МА. Обыкновенно ставятъ сначала анодъ въ прямую кишку, а катодъ въ подвздошнослѣпой области, затѣмъ столько-же времени пропускаютъ токъ въ обратномъ направленіи и подъ конецъ нѣсколько болѣе слабаго напряженія, около 50 альтернативъ Volta. Этотъ способъ даетъ прекрасные результаты при заворотѣ (? *Ред.*) и при запорахъ. Амбуляторно чаще употребляется наружная электризація: большій электродъ на крестцевую область, меньшій—подвижный на животъ. Различные авторы совѣтуютъ совмѣстно фарадизацію и гальванизацію, а также статическое электричество. *Sutzenberger* прибавляетъ иногда успѣшно пульсирующую гальванизацію (pulsierende Galvanisation) (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 1903, сентябрь). *А. Г—ръ.*

**Хирургическія болѣзни.** 135. Проф. *Eiselsberg* описываетъ *2 интересныхъ случая кожистыхъ опухолей передняго средостѣнія.*

1. 18-лѣтняя дѣвушка за годъ до поступленія почувствовала сильныя боли въ лѣвой ½ груди. Спустя годъ отмѣчено притупленіе и выпячиваніе въ области верхушки лѣваго легкаго. При пробномъ проколѣ получена прозрачная желтоватая жидкость, а по изсѣченіи 3-го ребра найдена полость, ложавшая въ верхней долѣ и содержавшая вонючую, жировую, перемѣшанную съ длинными волосами кашицу. Послѣ операціи остался незаживавшій свищъ съ обильнымъ вонючимъ отдѣленіемъ. Спереди до 4-го ребра и сзади до угла лопатки при постукиваніи металлическій звукъ. Черезъ 2 мѣсяца 2-ая операція. Изсѣчены на протяженіи 12—18 стм. 1-ое, 2-ое и 3-ье ребра и кусокъ грудины. Попытка вылущить опухоль не удалась вслѣдствіе сращеній задней стѣнки съ легкимъ и внутренней стѣнки съ сердечною сорочкой. Внутренняя поверхность опухоли, имѣвшая видъ нормальной кожи, кое-гдѣ покрытой волосами, была прижжена и сшита съ наружною кожей. Съ внутренней стороны въ полость опухоли введены тампоны. Спустя 12 дней—сильное послѣдовательное кровотеченіе, повторившееся еще 2 раза. На 17-ый день послѣ операціи—смерть отъ малокровія. На вскрытіи: кожистая, мѣшетчатая опухоль передняго средостѣнія величиною съ дѣтскую головку, выпятившаяся въ полость плейры и сильно сдавившая легкое; нагноеніе въ лѣвомъ грудиноключичномъ суставѣ; источникъ кровотеченія—изъѣденная вена грудной железы. Микроскопически, кромѣ кожи и подкожной клѣтчатки, въ опухоли найдены хрящевая, мышечная, костная и даже нервная ткань.

2. Больная, 51 г., за нѣсколько мѣсяцевъ до поступленія почувствовала колющія боли въ груди. Вмѣстѣ съ этимъ появилась небольшая одышка. При поступленіи найдены сплошное притупленіе и выпячиваніе въ верхнихъ отдѣлахъ лѣвой ½ грудной клѣтки, съ ослабленіемъ дыханія и отсутствіемъ голосового дрожанія; спереди притупленіе сливалось съ тупостью сердца; сзади оно доходило до лопаточной линіи; въ межлопаточномъ пространствѣ—ясный барабанный звукъ и легочное дыханіе; нижняя граница лѣваго легкаго была подвижна; тупость сердца на 1 палецъ заходила за правую грудинную линію. Послѣ повторныхъ пробныхъ проколовъ по задней подмышковой линіи удалось получить каплю бѣловатой жидкости, содержавшей роговыя клѣтки и кристаллы холестеарина. Въ такомъ состояніи больная выписалась, но черезъ мѣсяцъ поступила вновь съ тѣми-же явленіями, но вечерами было 38°,5. Изсѣчены спереди 3-ье и 4-ое ребра на протяженіи 25 стм. Вскрыта плейра, одѣвавшая снаружи опухоль, вслѣдствіе чего образовался pneumothorax. Затѣмъ была вскрыта опухоль, часть содержимаго ея удалена, разъединены сращенія опухоли съ околосердечной сумкой и со сдавленнымъ легкимъ, и опухоль извлечена въ наружную рану и цѣликомъ удалена. Шовъ. Въ нижній уголъ раны—дренажъ. Вѣсъ опухоли, оказавшейся чистымъ многополостнымъ кожевикомъ, 2600 грм. Послѣ операціи—одышка и неправильность пульса. Одышка исчезла послѣ пришиванія спавшагося легкаго къ ранѣ. Черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи—полное выздоровленіе.

Проф. *Eiselsberg* совѣтуетъ удалять опухоль по возможности цѣликомъ или-же широко вскрыть ее и пришивать края ея къ краямъ наружной раны. Укрѣпленіе спавшагося легкаго въ ранѣ служитъ, по автору, лучшимъ средствомъ для устраненія одышки (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. Финкельштейнъ.*

136. Проф. *Bunge* сообщаетъ *случай оперативнаго излѣченія остраго кровоизліянія въ поджелудочную железу.*

Больная, 51 г., почувствовала наканунѣ поступленія въ клинику сильнѣйшія боли въ животѣ, сопровождавшіяся рвотой и задержкою испражненій. При поступленіи найдено: значительное вздутіе и болѣзненность живота; притупленіе въ отлогихъ частяхъ; черезъ небольшіе промежутки времени—сильныя колики, рвота; полная кишечная непроходимость. Чревосѣченіе. Въ appendices epiploicae множественныя гнѣзда жирового омертвѣнія. Въ брюшной полости значительное количество кровянистой жидкости. Въ желудочно-ободочной связкѣ отверстіе, съ кулакъ, вслѣдствіе распада жировой ткани. Черезъ отверстіе видна утолщенная и пропитанная кровью поджелудочная железа. Пропитываніе кровью замѣтно было также и въ корнѣ брыжейки, гнѣзда же омертвѣнія были всюду, гдѣ имѣется жировая ткань. Одинъ тампонъ черезъ упомянутое отверстіе, въ слизистую сумку сальника, другой—позади ободочной кишки и желудка; на остальномъ протяженіи рана зашита. Черезъ тампоны, а впослѣдствіи черезъ дренажъ въ изобиліи выдѣлялась сливкообразная, буроватая жидкость, напоминавшая по запаху прогорклый жиръ. Появившійся послѣ операціи сахаръ въ мочѣ исчезъ, и дѣло кончилось черезъ нѣсколько мѣсяцевъ полнымъ выздоровленіемъ.

Авторъ убѣжденъ, что безъ оперативнаго вмѣшательства больной погибъ-бы (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. Финкельштейнъ.*

137. Д-ръ *Aimé Hellion*. *Разрѣшеніе зубныхъ флюсовъ подъ вліяніемъ свѣтолѣченія.* Авторъ подвергалъ область нагноеній дѣйствію электрическаго свѣта различныхъ источниковъ въ теченіи 10—35 мин., на разстояніи 4—30 стм. Во всѣхъ случаяхъ оказалось, что электрическіе лучи обладаютъ разрѣшающимъ дѣйствіемъ. Сперва наблюдалось уменьшеніе боли, ощущеніе теплоты, покалываніе, зудъ, краснота, затѣмъ фотохимическая эритема и разрѣшеніе нагноенія. Въ періодѣ инфильтраціи для разрѣшенія достаточно нѣсколькихъ сеансовъ, въ періодѣ-же нагноенія необходимо ихъ больше. На образовавшійся уже гнойникъ свѣтолѣченіе не дѣйствуетъ. Быстрота разрѣшенія находится въ зависимости отъ силы свѣта и количества синихъ, фіолетовыхъ и ультра-фіолетовыхъ лучей, продолжительности дѣйствія и частоты сеансовъ. Разрѣшающее дѣйствіе свѣта является результатомъ бактеріеубивающихъ его свойствъ, возбужденія имъ большей сопротивляемости въ организмѣ и образованія подъ вліяніемъ его еще неизученныхъ химическихъ и біологическихъ процессовъ (Парижская диссертація, 1903). *И. В.*

Digitized by Google

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 138. Д-ръ *Schultz* высказывается слѣдующимъ образомъ по поводу *происхожденія дисменорреи*. Дисменоррею у молодыхъ дѣвушекъ и молодыхъ нерожавшихъ женщинъ, въ половыхъ органахъ которыхъ при самомъ тщательномъ изслѣдованіи не удается обнаружить ничего ненормальнаго, не всегда нужно разсматривать, какъ частное проявленіе общаго нейроза, не имѣющаго никакого прямого соотношенія съ состояніемъ половыхъ органовъ. Въ подобныхъ случаяхъ дисменоррейныя явленія могутъ исходить изъ особенностей строенія мезометрія, обусловливаемыхъ недостаточнымъ развитіемъ дѣтской, молодой соединительной ткани въ наружныхъ слояхъ маточной стѣнки ко времени половой зрѣлости и позже. Боли при этомъ бываютъ, какъ извѣстно, 2-хъ родовъ: до наступленія мѣсячныхъ и во время ихъ. Перваго рода боли *Schultz* считаетъ аналогичными съ болями, вызываемыми въ другихъ брюшныхъ паренхиматозныхъ органахъ напряженнымъ состояніемъ ихъ сумки. Боли-же, являющіяся во время самихъ мѣсячныхъ, и представляютъ собою особенныя «менструальныя схваткообразныя боли» въ смыслѣ *Menge*. Продолжительное излѣченіе дисменорреи, наблюдаемое послѣ первыхъ родовъ, *Schultz* приписываетъ процессу созрѣванія, происходящему въ маточныхъ стѣнкахъ, главнымъ образомъ въ наружныхъ слояхъ ихъ, благодаря беременности и улучшенію вслѣдствіе этого маточнаго кровообращенія, отодвиганію тканей въ періодъ открытія, глубокимъ надрывомъ маточной стѣнки въ области внутренняго зѣва во время родовъ и, наконецъ, продолжительнымъ измѣненіямъ въ строеніи стѣнокъ послѣродовой матки. Что-же касается большей части до сихъ поръ еще не объясненныхъ, сопровождающихъ дисменоррею отдаленныхъ припадковъ, то *Schultz* разсматриваетъ ихъ, какъ застойныя явленія, подобныя припадкамъ при разстройствахъ кровообращенія въ другихъ паренхиматозныхъ брюшныхъ органахъ, хотя и не отрицаетъ, что они съ одинаковымъ основаніемъ могутъ быть отнесены и на счетъ сопутствующаго общаго нейроза. Въ лѣчебномъ отношеніи необходимо строгое сообразованіе съ особенностями каждаго отдѣльнаго случая. Оперативное вмѣшательство—hysterolysis—допустимо только при точнѣйшемъ къ нему показаніи; въ остальныхъ-же случаяхъ слѣдуетъ пускать въ ходъ весь запасъ лѣчебныхъ мѣръ съ цѣлью устранить частичный недостатокъ развитія маточной стѣнки (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XVIII, тетр. 6). *А. Г—ръ.*

139. Д-ръ *O. Frankl* описываетъ слѣдующій *случай пораненія влагалища во время совокупленія.*

Больная, 23 л., имѣла первое сношеніе съ мужемъ въ состояніи сильнаго полового возбужденія и въ сидячемъ положеніи. Еще до окончанія полового акта она почувствовала боль во влагалищѣ и замѣтила, что теряетъ значительныя количества крови. Затѣмъ боль прекратилась, но черезъ ¼ часа возобновилась вмѣстѣ съ кровотеченіемъ. При изслѣдованіи, произведенномъ спустя короткое время послѣ случившагося, *Frankl* прежде всего увидѣлъ большой сгустокъ, торчавшій между большихъ губъ, кзади котораго медленно продолжала сочиться кровь. По удаленіи сгустка обнаружились свѣжіе, но не кровоточившіе разрывы дѣвственной плевы. Наружные органы и влагалище по ширинѣ и длинѣ не представляли никакихъ особенностей. Влагалищная часть нормальна. Справа на боковой стѣнкѣ влагалища, въ разстояніи 0,5 стм. отъ мѣста перехода слизистой оболочки его на влагалищную часть, обнаруженъ продольный разрывъ въ 2 стм. длиной и 2—3 стм. глубиной. Стѣнки и дно раны покрыты были неровностями и были разможженныя. Изслѣдованіе черезъ зеркало подтвердило результаты изслѣдованія пальцемъ. Спринцованіе изъ холоднаго раствора лизола остановило кровотеченіе, вслѣдъ за тѣмъ рана была затампонирована іодоформной марлей, главнымъ образомъ въ лѣвомъ сводѣ, для того, чтобы матка, сдвинувшись вправо, служила, съ своей стороны, цѣлямъ тампонады. 2-ая тампонада черезъ сутки; 2-ой тампонъ, оставленъ на 48 час. При нормальной температурѣ появились легкія боли въ области праваго параметрія, исчезнувшія подъ вліяніемъ примѣненія пузыря со льдомъ. Произведенное на 7-ой день изслѣдованіе показало полное заживленіе раны.

Случай этотъ доказываетъ, со одной стороны, что ненормальная короткость или узость влагалища отнюдь не являются необходимымъ условіемъ для возможности раненія во время половыхъ сношеній, а съ другой, что ненормальное положеніе при нихъ имѣетъ въ этомъ отношеніи несомнѣнно большое значеніе. Кромѣ того, въ описанномъ случаѣ, помимо послѣдняго условія, немалую роль играло половое возбужденіе больной, вслѣдствіе вызваннаго ими тоническаго сокращенія безчисленныхъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ влагалищной стѣнки, паравлагалищной и параметрической ткани одновременно съ переполненіемъ всей венной системы этой области (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XVIII, тетр. 6). *А. Г—ръ.*

**Дѣтскія болѣзни.** 140. Ж.-вр. *М. Кобринеръ* описываетъ *случай хореи у ребенка, осложненный истеріей.*

1/v 1903 г. въ Радомскую еврейскую больницу поступила дѣвочка, 10 л., съ т. наз. folie musculaire. Родители здоровы. Больная перенесла оспу и скарлатину. На 8-мъ году появились головныя боли.—Блѣдна, худощава. Дыханіе ускорено. Хореическія движенія отмѣчены 24/iv. Лѣвый желудочекъ сердца расширенъ; у верхушки слышенъ систолическій шумъ; сердечный толчекъ кнаружи отъ сосковой линіи; п. 100. Соединительная оболочка глазъ нечувствительна, равно какъ и слизистая оболочка зѣва. Боль въ области верхнеглазничнаго нерва слѣва. Руки и ноги въ постоянномъ движеніи. Всѣ рефлексы ослаблены (колѣнный, съ Ахиллова сухожилія, 3-главой мышцы и т. п.). Болевая и температурная чувствительности сохранены. Больная не можетъ вовсе ни стоять, ни ходить (astasia-abasia choreiformis по *Charcot*). Психика нормальна. Через нѣсколько дней хореическія движенія ослабѣли, а къ 20/v остались лишь въ ногахъ. Въ дальнѣйшемъ больная начала ходить, хореическія движенія исчезли, и 3/vi она выписалась изъ больницы. Лѣченіе состояло въ подкожномъ впрыскиваніи As [мышьяковистаго натра 0,05, карболовой кислоты (1/4%) 25,0], начиная съ 0,1 к. стм. и съ каждымъ днемъ увеличивая дозу 0,1 к. стм. Всѣхъ впрыскиваній сдѣлано 11.

Такимъ образомъ, у больной, съ одной стороны, имѣлась хорея въ сочетаніи съ недостаточностью 2-створчатой заслонки ревматическаго происхожденія, съ другой—истерія (Kronika lekarska, 1 января). *С. Островскій.*

141. Д-ръ *V. Hutinel*, указавъ на весьма значительныя затрудненія въ распознаваніи иныхъ случаевъ наслѣдственнаго сифилиса и весьма важное значеніе этого распознаванія не только для назначенія соотвѣтственнаго лѣченія, но и для выбора способа кормленія ребенка, описалъ подъ названіемъ *сифилитической язвы пупка у новорожденныхъ* своеобразное страданіе его, которое, по мнѣнію автора, считалось обычно за заразное и по своему виду, происхожденію и анатомическимъ особенностямъ не имѣло будто-бы ничего общаго съ наслѣдственнымъ сифилисомъ. Между 8—20 днемъ отъ рожденія, почти тотчасъ по отпаденіи пуповины, пупокъ младенца припухаетъ, образуя дов. правильное, крупной формы, сперва красноватое, затѣмъ нѣсколько темнѣющее припухлое возвышеніе, въ 2, 3, 4 стм. величиною; по краямъ его кожа бываетъ нѣсколько вдавлена и иногда какъ-бы отслоена; это припуханіе пупка остается однако вполнѣ ограниченнымъ, и, хотя въ срединѣ со временемъ изъязвляется, образуя кратеровидное углубленіе, какъ-бы угрожающее разрушить брюшную стѣнку и проникнуть на брюшину, но въ глубину тканей не распространяется. Изъязвленіе остается безболѣзненнымъ и атоничнымъ, исключая такимъ образомъ возникающія первоначально предположенія о рожистомъ и флегмонозномъ страданіяхъ. Достовѣрному распознаванію послѣднихъ, какъ равно и предположенію о заразномъ характерѣ заболѣванія вообще (пораженія пупочной вены) противорѣчатъ, помимо внѣшнихъ признаковъ, и отсутствіе лихорадки, ограниченность процесса и общее состояніе больного. Дальнѣйшій ходъ заболѣванія вообще крайне медленный; чрезъ 12—14 дней границы изъязвленія стягиваются, опухоль спадаетъ, краснота уменьшается, но само изъязвленіе противостоитъ всякому обычному лѣченію. Разобравъ затѣмъ значеніе отдѣльныхъ явленій сифилитическаго изъязвленія пупка, часто не представляющаго никакихъ характерныхъ измѣненій, которыя могли-бы содѣйствовать правильному распознаванію характера страданія, и не предполагая представить что либо новое своимъ описаніемъ, авторъ добавляетъ, что въ литературѣ уже имѣются указанія на подобныя же заболѣванія, совпадающія, по крайней мѣрѣ, съ отмѣченными нынѣ имъ припадками. Для правильнаго опредѣленія характера разбираемаго страданія пупка могутъ представиться значительныя затрудненія, если у ребенка нѣтъ наличныхъ сопутствующихъ явленій наслѣдственнаго сифилиса (насморка, папулъ и т. п.). Въ сомнительныхъ случаяхъ, когда нельзя воспользоваться для распознаванія данными, напр. послѣда, и у дѣтей по внѣшнему виду

Digitized by Google

совершенно здоровыхъ, выяснить вопросъ можетъ гистологическое изслѣдованіе пуповины и даже данныя вскрытія. Описываемое изъязвленіе пупка, само по себѣ, не представляетъ явленій тяжелаго сифилиса и не служитъ непосредственною причиною смерти; послѣдняя наступаетъ большею частью вслѣдствіе осложняющихъ его страданій внутреннихъ органовъ. Для нагляднаго изображенія описываемаго заболѣванія, авторъ привелъ подробныя исторіи болѣзни 1 своего случая и 3-хъ описанныхъ *Bertherand* и *Merlen*'омъ, съ результатами посмертнаго изслѣдованія, и 2 подобныхъ же случая, окончившіеся выздоровленіемъ (La Syphilis, т. I, № 2, августъ). *А. Г.*

**Нервныя и душевныя болѣзни.** 142. Д-ръ *R. Williamson*, на основаніи 35 случаевъ, очень хвалитъ *аспиринъ при Vit'овой пляскѣ*. Сознавая затруднительность выяснить дѣйствительную цѣнность какого-либо лѣкарственнаго вещества при этой, обнаруживающей нерѣдко наклонность къ самопроизвольному излѣченію, болѣзни, авторъ тѣмъ не менѣе вынесъ впечатлѣніе о крайне благопріятномъ дѣйствіи аспирина; всѣ лѣченныя имъ больные быстро и окончательно поправились. Особенно обращаетъ на себя вниманіе рядъ застарѣлыхъ и не поддававшихся никакимъ другимъ средствамъ случаевъ, въ которыхъ аспиринъ обнаружилъ прямо блестящее вліяніе. У дѣтей старше 7 лѣтъ авторъ начиналъ съ 0,6 грм., 2 раза въ день, и быстро увеличивалъ количество, смотря по возрасту, до 0,6—1,0, 4 раза въ день. Дѣтямъ моложе 7 лѣтъ назначаютъ соотвѣтственно меньшее количество. Рѣзкое улучшеніе обычно обнаруживается на 6—7-ой день по достиженіи наибольшаго количества аспирина. Побочныя явленія нерѣдки и сходны съ явленіями отъ салициловыхъ препаратовъ вообще; довольно часто наблюдаются явленія со стороны желудка. Во избѣжаніе послѣднихъ авторъ предостерегаетъ отъ назначенія на ряду съ аспириномъ щелочей, такъ какъ послѣднія разлагаютъ аспиринъ и способствуютъ такимъ образомъ раздраженію желудка. Аспиринъ лучше всего выписывать въ порошкѣ и давать въ водѣ, къ которой прибавляютъ 1—2 капли лимоннаго сока (The Lancet, 22 августа). *С. Н.*

143. Д-ра *Laquerrière* и *Delherm*, разбираясь въ вопросѣ о *примѣненіи электролѣченія при гемиплегіяхъ* (органическихъ, истерическихъ и истеро-органическихъ) приходятъ къ заключенію, что при органическихъ гемиплегіяхъ достигается, главнымъ образомъ, смягченіе непріятныхъ послѣдствій неподвижности членовъ. Пассивная гимнастика и гальванизація являются здѣсь самымъ употребительнымъ пріемомъ. При истерическихъ же гемиплегіяхъ полное выздоровленіе далеко не рѣдкость. Электричество, особенно фарадизація, можетъ при умѣломъ примѣненіи вполнѣ возстановить чувствительность и движеніе. Извѣстную пользу приноситъ электричество и въ случаяхъ истеро-органическихъ (Archives d'électricité médicale, 1903, № 127). *С. Бруштейнъ.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 144. Современное *лѣченіе перелоя при помощи впрыскиваній* бактеріеубивающихъ или вяжущихъ растворовъ въ переднюю часть мочеиспускательнаго канала съ примѣненіемъ довольно значительнаго давленія основано на установившемся, благодаря работамъ *Guyon*'а, *Finger*'а, *Posner*'а и др., мнѣніи, что передняя $^1/_2$ канала наружнымъ жомомъ настолько хорошо отдѣляется отъ задней, что жидкость, впрыснутая въ переднюю часть мочеиспускательнаго канала подъ умѣреннымъ давленіемъ, не проникаетъ въ мочевой пузырь, а вытекаетъ цѣликомъ обратно черезъ наружное отверстіе канала. Поэтому теперь при лѣченіи перелоя всѣ примѣняютъ шприцевки вмѣстимостью не меньше 10 к. стм. и оставляютъ жидкость въ каналѣ въ теченіи 5 минутъ. Д-ръ *Robert Lucke* (Magdeburg) думаетъ, что раздѣленіе мочеиспускательнаго канала на 2 половины далеко не всегда бываетъ полнымъ, что сила дѣйствія наружнаго жома подвержена значительнымъ личнымъ колебаніямъ и что степень его напряженія ослабѣваетъ подъ вліяніемъ продолжительности дѣйствія давленія жидкости. Надо поэтому допустить, что при примѣненіи обычнаго въ настоящее время способа впрыскиваній часть жидкости часто переходитъ и въ заднюю часть мочеиспускательнаго канала. Авторъ полагаетъ, что, съ одной стороны, есть много людей, у которыхъ и при нормальныхъ условіяхъ сжимающая мышца мочеиспускательнаго канала не въ состояніи противостоять сколько-нибудь значительному давленію, а, съ другой стороны, она можетъ ослабѣвать и подъ вліяніемъ болѣзни. Ему приходилось наблюдать, что съ введеніемъ впрыскиваній болѣе значительныхъ количествъ жидкостей, удерживаемыхъ въ каналѣ болѣе продолжительное время, число осложненій заднимъ уретритомъ и циститомъ значительно возростало, и объясняетъ онъ это исключительно болѣе частымъ попаданіемъ возбудителя болѣзни изъ передняго отдѣла мочеиспускательнаго канала въ задній при посредствѣ впрыскиваемой жидкости. Что такое проникновеніе незначительнаго количества жидкости черезъ жомъ на самомъ дѣлѣ происходитъ довольно часто, доказывается тѣмъ, что больные сплошь и рядомъ послѣ 5-минутнаго удерживанія 10 к. стм. 1%-го раствора протаргола испытываютъ повторный позывъ къ мочеиспусканію. Этимъ также объясняется, почему при осложненіи остраго перелоя заднимъ уретритомъ впрыскиванія переносятся такъ плохо: при помощи ихъ происходитъ постоянный подвозъ новаго заразнаго матеріала въ заболѣвшую часть мочеиспускательнаго канала. На основаніи приведенныхъ соображеній и личнаго опыта авторъ пришелъ къ заключенію, что лѣченіе впрыскиваніями значительныхъ количествъ жидкости, при которыхъ послѣдняя, растягивая переднюю часть мочеиспускательнаго канала, производитъ значительное давленіе на наружный жомъ и нерѣдко переходитъ черезъ него, слѣдуетъ совершенно оставить. Съ тѣхъ поръ, какъ онъ вернулся къ старой шприцовкѣ или промывалъ передній отдѣлъ мочеиспускательнаго канала черезъ тонкій катетеръ, число осложненій заднимъ уретритомъ или циститомъ уменьшилось втрое (Münchener medicinische Wochenschrift, № 2). *А. Коварскій.*

145. Д-ръ *J. Martin-Saint-Laurent* указываетъ на *формолъ для лѣченія себорреи головы*. Благодаря своей прекрасной растворимости и противугнилостнымъ свойствамъ, формолъ является лучшимъ средствомъ противъ разнаго рода себорройныхъ процессовъ въ волосистой части головы. Лучше употреблять щелочные растворы формола съ прибавленіемъ мыла и камеди, такъ какъ при этомъ растворяются жиры, и кожа лучше очищается. Авторъ совѣтуетъ слѣдующую жидкость: формола 0,50, воды 1000,0, соды 10,0—20,0, углекислаго кали 2,0—5,0 и нѣкоторое количество мыла. Послѣ такого обмыванія хорошо смачивать волосы черезъ 2 дня растворомъ 1,0 формола въ литрѣ воды. При этомъ умѣстно общее лѣченіе (Парижская диссертація, 1903 г.). *И. Вирскій.*

146. Д-ръ *Н. М. Долгополовъ*, обсуждая *вопросъ о продолжительности теченія заразнаго сифилиса въ сельскомъ населеніи*, на основаніи подворно-посельныхъ записей Озеренскаго межъуѣзднаго врачебнаго участка Курскаго губернскаго земства съ 1891—1898 г., сдѣлалъ слѣдующіе выводы: 1) Изученіе продолжительности теченія заразительнаго сифилиса въ сельскомъ населеніи, даже въ сравнительно короткій промежутокъ времени, подтверждаетъ принятое сифилидологами мнѣніе о длительности теченія этой болѣзни въ нѣкоторыхъ случаяхъ. 2) Возвраты заразительнаго сифилиса, въ продолженіе долгаго времени проявляющіеся все-таки у довольно большого числа лицъ въ сельскомъ населеніи, представляютъ очагъ, изъ котораго окружающіе всегда рискуютъ получить искру, которая можетъ воспламенить многихъ. Не нужно даже новаго приноса болѣзни, чтобы болѣзнь захватывала все новыя и новыя жертвы. 3) Для искорененія сифилиса въ сельскомъ населеніи необходимо примѣнить тѣже мѣры, которыя примѣняются земской медициной при эпидеміяхъ вообще—лѣченіе больныхъ на дому. 4) Въ высокой степени желательно открытіе пріютовъ-яслей въ страдную пору для дѣтей сифилитиковъ, а также устройство отдѣленій больницъ при участковыхъ больницахъ. 5) Въ виду того, что борьба съ сельскимъ сифилисомъ должна быть долгою и упорною, она можетъ вестись только постоянной организаціей, т. е. только участковымъ медицинскимъ персоналомъ и при томъ прикомандированнымъ къ нему ad hoc, но ни-

какъ не летучими, временными мѣрами, въ видѣ летучихъ отрядовъ, перекочевывающихъ съ мѣста на мѣсто (Русскій Журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, №№ 9, 10). *А. Гаринъ.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней** (Отчетъ ч. пр. *Б. С. Грейденберга*). Засѣданія отдѣла открылись 5-го января, въ 10 час. утра, въ аудиторіи клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней привѣтственною рѣчью завѣдующаго отдѣломъ проф. *В. М. Бехтерева.* Начавъ съ привѣтствія собравшихся на Съѣздъ со всѣхъ концовъ Россіи представителей нейропатологіи и психіатріи, *В. М.* помянулъ затѣмъ скончавшихся въ промежуткѣ времени съ VIII Съѣзда профф. *А. Я. Кожевникова* и *И. М. Балинскаго*, ч. пр. *А. Ф. Эрлицкаго*, врачейпсихіатровъ *А. И. Роте*, *В. Г. Дехтерева*, *Ф. И. Бартелинка*, *В. И. Васильева* и предложилъ почтить ихъ память вставаніемъ. Далѣе *В. М.* перечислилъ всѣ программные вопросы, подлежавшіе разсмотрѣнію и обсужденію отдѣла, и наиболѣе важные изъ не-программныхъ, закончивъ свою рѣчь призывомъ къ дружной, совмѣстной работѣ на пользу дорогого всѣмъ дѣла.

Въ почетные предсѣдатели предложенъ былъ проф. Казанскаго Университета *П. И. Ковалевскій.*

Доклады по 1-му программному вопросу—*Объ организаціи и устройствѣ лѣчебницъ и амбулаторій для алкоголиковъ.*

*С. О. Ярошевскій* (Самара). *Объ организаціи и устройствѣ лѣчебницъ и амбулаторій для алкоголиковъ.* По порученію Самарскаго отдѣла Общества охраненія народнаго здравія, докладчикъ выработалъ проэктъ лѣчебницы для алкоголиковъ, при чемъ руководился слѣдующими соображеніями: 1) На сколько приблизительно больныхъ должна быть разсчитана такая лѣчебница? 2) Въ какомъ мѣстѣ и по какому типу ее строить? 3) Какихъ алкоголиковъ принимать въ лѣчебницу: исключительно-ли хрониковъ и дипсомановъ, или-же и алкоголиковъ съ острыми формами отравленія? 4) Какими принципами руководиться при помѣщеніи и содержаніи въ лѣчебницѣ алкоголиковъ? Основныя положенія своего проэкта докладчикъ выразилъ въ слѣдующихъ выводахъ: 1) Лѣчебницы для алкоголиковъ, въ виду особенностей, которыми отличаются этого рода больные, и того особаго наблюденія, котораго они требуютъ, должны быть разсчитаны на небольшое сравнительно число больныхъ, minimum 25, maximum - 50. 2) Лѣчебницы должны быть построены на окраинѣ города, вдали отъ жилыхъ и торговыхъ помѣщеній. 3) По характеру своему лѣчебницы для алкоголиковъ менѣе всего должны напоминать традиціонныя больницы съ т. наз. «палатами» и неуютностью казармъ. Прототипомъ ихъ должны служить жилыя (семейныя) квартиры. Главная особенность лѣчебницъ такого типа—отдѣльныя комнаты-спальни. Каждый больной долженъ имѣть свою комнату. Только въ крайнемъ случаѣ можно допустить 1 комнату для 2-хъ больныхъ. 4) Кромѣ спаленъ, лѣчебница должна имѣть пріемную, столовую, библіотеку, комнату для игръ, гимнастики и прогулокъ въ дурную погоду, для мастерской, пріемныя и кабинеты для спеціальныхъ медицинскихъ цѣлей. 5) Службы и помѣщенія для служащаго персонала. 6) Въ лѣчебницу для алкоголиковъ принимаются преимущественно хроники и дипсоманы, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ, по возможности, слѣдуетъ принимать и острыхъ алкоголиковъ. 7) Въ предположенной для Самары лѣчебницѣ (и вообще во всѣхъ подобныхъ учрежденіяхъ) долженъ господствовать принципъ полной свободы больныхъ, не исключающій спеціальнаго надзора за ихъ поведеніемъ и поступками. Исключеніе въ этомъ случаѣ составляютъ тѣ больные, которые принимаются въ лѣчебницу по опредѣленію суда. Эти больные лишаются свободы, насколько это необходимо въ интересахъ правосудія, т. е. они не имѣютъ права оставлять лѣчебницу ранѣе опредѣленнаго судомъ срока.

2. Ч. пр. *Ѳ. Е. Рыбаковъ* (Москва). *Объ организаціи амбулаторій для алкоголиковъ.* (См. выше, № 4, стр. 130).

3. *А. А. Пѣвницкій* (Петербургъ). *Амбулаторіи для алкоголиковъ, какъ учрежденія, принимающія участіе въ борьбѣ съ развившимся уже пьянствомъ.* Положенія: 1) Въ амбулаторіи для лѣченія алкоголиковъ гипнозомъ стекается такъ много больныхъ, что это одно показываетъ настоятельную потребность въ такого рода учрежденіяхъ. Къ сожалѣнію, понятія о томъ, у кого алкоголизмъ вызываетъ уже болѣзненныя измѣненія, кто становится алкоголикомъ, такъ примитивны, что въ амбулаторіи попадаютъ большею частью алкоголики съ очень запущенными формами болѣзни, и для лѣчащаго врача часто ясно, что сопровождающіе больного болѣе нуждаются въ лѣченіи отъ алкоголизма, чѣмъ самъ приведенный больной, болѣзнь котораго уже стала неизлѣчимой. 2) Это обстоятельство постоянно заставляетъ врача касаться вопроса о начальныхъ ступеняхъ алкоголизма, и значеніе амбулаторіи, какъ просвѣтительнаго центра, знакомящаго публику съ вредомъ потребленія спиртныхъ напитковъ,—очень велико. 3) Лѣченіе въ амбулаторіяхъ, какъ мѣра борьбы съ пьянствомъ, имѣетъ много преимуществъ передъ лѣченіемъ въ Обществахъ трезвости и колоніяхъ. Излѣченіе въ Обществахъ возможно лишь для легкихъ случаевъ, и, такъ какъ дѣло ведется не врачами, то создалась нежелательная сдѣлка—прекращеніе пьянства на срокъ. Лѣченіе въ колоніяхъ дорого и ненаглядно, такъ какъ процессъ выздоровленія больного не замѣтенъ для окружающихъ и не дѣйствуетъ отрезвляющимъ и освѣжающимъ образомъ на нихъ. Наглядность успѣха очень рѣзко проявляется при лѣченіи въ амбулаторіяхъ, гдѣ за вылѣченнымъ идутъ лѣчиться его менѣе пьющіе родные. 4) Устройство амбулаторій просто и дешево; лѣченіе въ нихъ недорого и потому доступно и бѣдному классу, гдѣ вызываемая алкоголизмомъ нищета заставляетъ больного лѣчиться раньше, и лѣченіе даетъ лучшіе успѣхи. Лѣченіе въ амбулаторіяхъ возможно на-ходу, не отрываетъ больного отъ заработка, и даетъ очень хорошіе результаты—около 40% выздоровленія. 5) Въ амбулаторіяхъ для алкоголиковъ, гдѣ больные впервые осматриваются психіатромъ, часто обнаруживается, что въ основѣ ихъ пьянства лежитъ нервное или душевное страданіе, распознаваніе котораго въ раннихъ стадіяхъ полно практическаго значенія какъ для больного, такъ особенно для его семьи. 6) Если-же въ амбулаторіяхъ имѣть постоянныя кровати для тѣхъ больныхъ, которые нуждаются въ постельномъ содержаніи, необходимомъ при борьбѣ съ возвратами и примѣняемомъ на короткій срокъ, то успѣхъ такого лѣченія можетъ дойти до 80%.

4. *А. Л. Мендельсонъ* (Петербургъ). *Опытъ лѣченія алкоголизма внушеніемъ.* Положенія: 1) При лѣченіи хроническаго алкоголизма и запоя психотерапія (внушеніе на яву и въ гипнозѣ)—могучее средство, въ большинствѣ случаевъ быстро устраняющее тяжелые припадки отравленія и облегчающее переходъ къ совершенному воздержанію отъ алкоголя. 2) Въ виду пагубнаго вліянія алкоголиковъ на общество и потомство, необходимо, чтобы Попечительство о народной трезвости, земства и города открыли повсемѣстно амбулаторіи для лѣченія алкоголизма. Во главѣ такой амбулаторіи долженъ стоять врачъ, практически знакомый съ техникой гипнотерапіи. Рядомъ съ внушеніемъ, въ амбулаторіяхъ въ подходящихъ случаяхъ, слѣдуетъ примѣнять и общее укрѣпляющее лѣченіе; поэтому въ благоустроенныхъ амбулаторіяхъ желательно имѣть приспособленія для водолѣченія и электротерапіи. 3) Лѣченіе алкоголиковъ внушеніемъ при систематическомъ веденіи дѣла требуетъ вообще отъ врача большой затраты психической энергіи и времени; успѣхъ лѣченія, довѣріе населенія къ психотерапевтическому способу находится въ прямой зависимости отъ личности врача и его интереса къ дѣлу. 4) Вліяніе на амбулаторнаго больного окружающей его среды (разгулъ, попойки сосѣдей и знакомыхъ) въ значительной мѣрѣ задерживаетъ лѣчебное дѣйствіе внушенія; слѣдовало-бы содѣйствовать устройству особыхъ общежитій для воздерживающихся отъ алкоголя фабричныхъ рабочихъ; должно способствовать поступленію лѣчащихся отъ алкоголизма въ члены обществъ трезвости и учрежденію мѣстныхъ кружковъ трезвенниковъ. 5) Прочную пользу отъ внушенія можно ожидать лишь въ

Digitized by Google

томъ случаѣ, когда алкоголикъ приступаетъ къ лѣченію добровольно и сознательно; такихъ больныхъ—огромное множество; но все-же остается еще большее число алкоголиковъ, непригодныхъ для амбуляторнаго лѣченія; для этой категоріи больныхъ необходимы спеціальныя больницы и лѣчебныя колоніи. 6) Слѣдуетъ возбудить ходатайство предъ правительствомъ о предоставленіи извѣстнаго % съ чистой прибыли отъ операцій по казенной продажѣ питей на повсемѣстное устройство лѣчебницъ-пріютовъ (колоній) и амбуляторій для алкоголиковъ.

5. *А. М. Коровинъ* (Москва). *Основные пункты психотерапіи при пользованіи алкоголиковъ въ спеціальномъ учрежденіи*. Положенія: 1) Алкоголики, поступающіе для коечнаго пользованія въ спеціальное учрежденіе, представляютъ собой тяжелыхъ по существу, а не по картинѣ, больныхъ, которые до того безуспѣшно подвергались инымъ способамъ лѣченія, какъ-то: стрихниномъ, религіознымъ воздѣйствіемъ, гипнозомъ. 2) Показаній къ вторичному примѣненію гипноза въ спеціальномъ учрежденіи не представляется, такъ какъ здѣсь проводится другого вида психотерапія, имѣющая цѣлью воздержаніе больного отъ алкоголя въ силу его собственнаго желанія. 3) Основные пункты больничной (а не амбуляторной) психотерапіи; а) ей предшествуетъ и сопутствуетъ физическая поправка алкоголика во всѣхъ отношеніяхъ; б) непосредственное воздѣйствіе врача заключается: 1) въ облегченіи алкоголику перехода изъ свободной жизни въ строго опредѣленныя рамки учрежденія; 2) въ возстановленіи способности больного болѣе или менѣе нормально отвѣчать на явленія внѣшняго и своего внутренняго міра; 3) въ пробужденіи альтруистическихъ чувствъ, въ томъ числѣ и чувства справедливости; 4) въ укрѣпленіи воли; 5) въ научномъ ознакомленіи съ вопросомъ объ алкоголизмѣ; в) душевная поправка требуетъ продолжительнаго, въ среднемъ, годового пребыванія; г) воздѣйствіе врача распространяется на родственниковъ и близкихъ лицъ алкоголика. 4) Психотерапія въ ряду остальныхъ способовъ лѣченія тяжелыхъ формъ алкоголизма является способомъ основнымъ.

6. *В. Θ. Демичъ* (Кіевъ). *Народно врачебныя средства отъ пьянства* (см. выше, № 4, стр. 132).

Дневное засѣданіе. Почетнымъ предсѣдателемъ предложенъ проф. *А. Я. Анфимовъ* (Харьковъ).

7. ч. пр. *Θ. Е. Рыбаковъ* (Москва). *Къ ученію о сущности гипноза*. Положенія: 1) Гипнозъ есть своеобразное психическое состояніе, сопровождающееся извѣстными физіологическими измѣненіями въ организмѣ. 2) Необходимымъ и постояннымъ психическимъ дѣятелемъ въ развитіи гипноза является соотвѣтствующая эмоція. 3) Эмоція эта носитъ совершенно своеобразный характеръ и по существу своему принадлежитъ къ ряду аффектовъ сложнаго типа: ближе всего она подходитъ къ эмоціи посторонняго вліянія—«гипнотической эмоціи». 4) Существованіе такого рода эмоціи доказывается: а) измѣненіемъ пульса и дыханія во время гипноза, б) субъективнымъ ощущеніемъ гипнотизированныхъ и с) явленіями утомленія, наступающими послѣ гипноза. 5) Сила эмоціи обусловливаетъ собою глубину гипнотическаго состоянія. 6) Забвеніе по пробужденіи обусловливается сильнымъ воздѣйствіемъ эмоціи на сознательную сферу. 7) Явленія внушенія зависятъ отъ парализующаго вліянія эмоціи на высшіе задерживающіе центры: искусственно возбуждаемыя въ мозгу идеи и представленія, не находя достаточной задержки, стремятся перейти въ соотвѣтствующія дѣйствія и состоянія. 8) Воспріимчивость къ гипнозу въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ обусловливается способностью даннаго лица приходить въ соотвѣтствующее эмоціональное состояніе. 9) Настойчивость въ выполненіи послѣгипнотическихъ внушеній имѣетъ въ основѣ прочную ассоціацію внушенной идеи съ испытываемымъ въ гипнозѣ эмоціональнымъ состояніемъ. 10) Существованіе мысли о гипнозѣ не обязательно для развитія гипнотическаго состоянія (напр., ея нѣтъ въ т. наз. естественномъ гипнозѣ). 11) Значеніе мысли о снѣ въ искусственномъ гипнозѣ сводится къ роли сигнала для развитія соотвѣтствующаго эмоціональнаго состоянія. 12) Мысль о снѣ, воспринимаемая загипнотизированнымъ какъ нѣчто реальное, кладетъ своеобразный отпечатокъ на внѣшнюю картину искусственнаго гипноза. 13) Внѣшняя обстановка, пріемы гипнотизированія и личность гипнотизера играютъ роль условій, облегчающихъ наступленіе гипнотической эмоціи. 14) Названіе «гипнотическій сонъ» не соотвѣтствуетъ психологическому понятію и должно быть во всѣхъ случаяхъ замѣняемо словомъ «гипнозъ» или «гипнотическое состояніе».

Пренія были открыты по всѣмъ докладамъ одновременно.

*И. И. Ивановъ* (Варшава): Вопросъ объ амбуляторномъ лѣченіи алкоголиковъ, съ одной стороны, новъ, какъ попытка систематическаго проведенія лѣченія въ массы, съ другой—старъ, какъ вообще старо всякое терапевтическое вмѣшательство при лѣченіи алкоголиковъ вообще. Основываясь на матеріалѣ частью клиническомъ, частью изъ частной практики своей и проф. *А. Е. Щербака*, могу высказать слѣдующія положенія: 1) Опытъ съ положительностью показываетъ, что всѣ больные алкоголики должны быть раздѣлены на 2 группы, изъ коихъ одна можетъ лѣчиться амбуляторно, другая-же должна быть помѣщена въ спеціальныя заведенія, а потому придавать главенствующее значеніе лишь амбуляторіямъ и ставить на 2-ой планъ открытіе лѣчебницъ—неправильно и не оправдывается положеніемъ вещей. 2) Одинъ изъ докладчиковъ, придавая первенствующее значеніе гипнозу, предлагаетъ не забывать лѣченія, называемаго имъ сочетаннымъ и состоящаго въ одновременномъ лѣченіи впрыскиваніями стрихнина и спермина; для нѣкоторыхъ формъ эти могущественныя тоническія средства имѣютъ весьма важное значеніе. 3) Слѣдуетъ по возможности усовершенствовать методику гипноза, облегчить примѣненіе ея и разъ навсегда усвоить часто забываемое положеніе, что степень гипноза не соотвѣтствуетъ степени лѣчебнаго результата, почему нужно искоренить существующее у больного, а частью и у врачей убѣжденіе, что сонъ составляетъ существенную необходимость гипноза и что, чѣмъ онъ глубже, тѣмъ гипнозъ дѣйствительнѣе.

Ч. пр. *В. П. Осиповъ* (Петербургъ) считаетъ выводы докладчиковъ, видящихъ въ амбуляторномъ лѣченіи алкоголиковъ самый совершенный способъ лѣченія пьянства, односторонними и поэтому неправильными. Существуетъ рядъ алкоголиковъ, не поддающихся амбуляторному лѣченію, но съ успѣхомъ излѣчивающихся въ лѣчебницѣ. *А. А. Пьвницкій* самъ дѣлаетъ шагъ къ лѣчебницамъ, признавая необходимость постоянныхъ кроватей при амбуляторіяхъ; докладчикамъ приходилось отказывать въ лѣченіи цѣлому ряду алкоголиковъ. 80%—слишкомъ крупный %, который никакъ нельзя выводить на основаніи наблюденія въ теченіи $1^1/_2$ года; для лѣчебницъ обычно около 40% выздоровленій, при чемъ у громаднаго числа этихъ излѣченныхъ алкоголиковъ скоро наступаютъ возвраты. Наконецъ, не признавая стѣснительныхъ условій лѣчебницъ, *А. А. Пьвницкій* въ то-же время ставитъ больныхъ подъ условія надзора со стороны особо приставленныхъ къ нимъ лицъ.

*Н. А. Сокальскій* (Уфа): Въ амбуляторіи больные идутъ сами, и у нихъ уже есть нѣкоторая степень самовнушенія. Въ этомъ смыслѣ амбуляторіи, оказывая главнымъ образомъ помощь желающимъ избавиться отъ пьянства, должны быть весьма полезны, и ихъ нужно устраивать, тѣмъ болѣе, что онѣ стоятъ дешево, но не нужно думать, что настоящихъ пьяницъ можно излѣчить однимъ только гипнозомъ.

*Н. Н. Топорковъ* (Казань) считаетъ предполагаемую для Самары больницу для пьяницъ на 50 чел. весьма недостаточной. Если теперь алкоголики идутъ и въ большомъ числѣ въ психіатрическія лѣчебницы, гдѣ они находятся нерѣдко въ очень тяжелыхъ нравственныхъ условіяхъ суроваго стѣсненія, то лѣчебницы, спеціально приспособленныя для нихъ, которыя, внѣ всякаго сомнѣнія, будутъ пользоваться въ населеніи гораздо большимъ довѣріемъ и сочувствіемъ, привлекутъ къ себѣ ихъ еще больше. Но не слишкомъ ли оптимистично смотритъ самъ докладчикъ на дешевыя постройки? Надежды на даровую землю имѣютъ извѣстное основаніе только при непремѣнномъ условіи—довольствоваться небольшими участками. Но при небольшомъ участкѣ нельзя будетъ устроить полевыя и огородныя работы, а между тѣмъ онѣ въ такихъ лѣчебницахъ не меньше, если не больше, нужны, чѣмъ въ психіатрическихъ, во 1-хъ, потому, что въ этихъ лѣчебницахъ, навѣрное, много будетъ крестьянъ-земледѣльцевъ, а, во 2-хъ, потому, что безвольные, физически дряблые алкоголики больше, чѣмъ кто-либо нуждаются въ укрѣпляющемъ, бодрящемъ вліяніи трудового режима вообще и работъ на свѣжемъ воздухѣ въ особенности. Едва-ли можно сочувствовать помѣщенію «статейныхъ» въ лѣчебницы для алкоголиковъ. Навѣрное, во многихъ случаяхъ они будутъ нарушать тотъ нравственный комфортъ, который долженъ быть положенъ въ основу лѣченія въ такихъ больницахъ. Докладчикъ настойчиво подчеркиваетъ необходимость давать каждому алкоголику отдѣльную комнату и обосновываетъ эту необходимость, между прочимъ, желаніемъ устранить «психическое воздѣйствіе» одного больного на другого. Но, вѣдь, такое воздѣйствіе можетъ быть какъ отрицательнымъ, такъ и положительнымъ. Иногда, напротивъ, желательно «психическое воздѣйствіе» одного больного на другого потому, что практика знаетъ много случаевъ благотворнаго вліянія больныхъ другъ на друга, и особенно гнаться за отдѣльными комнатами для каждаго больного нѣтъ основанія.

Ч. пр. *Б. В. Томашевскій* (Петербургъ) указалъ, что выраженіе «% выздоровленія колеблется отъ 20% до 70%»—крайне неопредѣленно и способно подкупить въ пользу гипнотиче-

Digitized by Google

скаго лѣченія, а между тѣмъ это было-бы крайне несправедливо и непонятно; несравненно точнѣе вычисленіе средняго %. *А. А. Пѣвницкій*, предлагая примѣненіе къ лѣченію пьяницъ постельнаго содержанія, назвалъ его «признаннымъ въ настояще время наиболѣе дѣйствительнымъ и лучшимъ способомъ при лѣченіи душевныхъ и нервныхъ болѣзней». Это до сихъ поръ не только не признано, но и не можетъ быть признано, такъ какъ этотъ способъ, какъ и всякій другой, находитъ свое примѣненіе въ извѣстномъ рядѣ случаѣ, но отнюдь не во всѣхъ.

*Н. И. Григорьевъ* (Петербургъ): При высчитываніи % излѣченія пьяницъ внушеніемъ надо имѣть въ виду общественное положеніе, состояніе и условія жизни этихъ больныхъ. Если взять алкоголиковъ изъ интеллигенціи, живущихъ въ семьѣ, и алкоголиковъ изъ среды простого народа, уходящихъ на заработки и живущихъ холостой жизнью, то получатся разныя цифры выздоровленія или, вѣрнѣе, временно прекращающихъ пьянство подъ вліяніемъ гипноза. Среди первыхъ, несомнѣнно, ихъ будетъ больше, среди вторыхъ—меньше. Для первыхъ всегда лучше будетъ устроенъ надзоръ, можетъ быть, меньше соблазна; вторые—безъ надзора и живутъ при условіяхъ большаго соблазна. Съ этими обстоятельствами надо считаться, выводя % выздоровленія.

*А. Д. Коцовскій* (Кишиневъ): Различные результаты лѣченія алкоголизма внушеніемъ въ различныхъ случаяхъ — отъ 20 до 70%—обусловливаются неодинаковостью самаго матеріала, надъ которымъ работали товарищи; огульное наблюденіе надъ алкоголиками, безъ строгаго выдѣленія особенностей каждаго случая порознь, не можетъ дать болѣе или менѣе вѣрныхъ цифръ. Алкоголизмъ, при всей простотѣ основного явленія, представляетъ собою заболѣваніе, развивающееся на самой различной почвѣ, въ зависимости отъ чего и результаты лѣченія могутъ быть различны. Поэтому при представленіи результатовъ лѣченія алкоголизма необходимо прежде всего разобраться болѣе точно въ томъ матеріалѣ, надъ которымъ проводилось лѣченіе.

Ч. пр. *А. В. Герверъ* (Петербургъ) полагаетъ, что лѣченіе алкоголиковъ гипнозомъ въ лѣчебницахъ можетъ быть болѣе полезнымъ, чѣмъ амбуляторное. Иногда во время лѣченія у больного появляется взрывъ страсти къ алкоголю; если онъ находится внѣ предѣловъ лѣчебницы, онъ начнетъ пить, и предшествующіе сеансы гипноза могутъ пройти безслѣдно; въ лѣчебницѣ этого, конечно, быть не можетъ. Далѣе, нѣкоторые алкоголики, въ началѣ съ недовѣріемъ относящіеся къ гипнозу, могутъ прекрасно поддаваться ему и даже излѣчиваться отъ алкоголизма. По отношенію къ гипнозу, какъ и ко всякому лѣчебному мѣропріятію, имѣютъ громадное значеніе личныя особенности больного. У нѣкоторыхъ 5—6 сеансовъ гипноза приносятъ громадное облегченіе; у другихъ-же и послѣ нѣсколькихъ десятковъ глубокаго гипноза не получается никакого улучшенія.

*Н. А. Вырубовъ* (Воронежъ) сдѣлалъ поправку въ исторической части доклада ч. пр. *Ѳ. Е. Рыбакова* указаніемъ, что съ осени 1903 г. въ г. Воронежѣ имъ организована амбуляторія для лѣченія алкоголиковъ гипнозомъ при Попечительствѣ о народной трезвости. Результаты, насколько можно судить по кратковременному еще опыту, вполнѣ благопріятны и въ общемъ вполнѣ совпадаютъ съ выводами *А. А. Пѣвницкаго*.

Проф. *А. В. Пель* (Петербургъ): По даннымъ изслѣдованія мочи, алкоголики страдаютъ самоотравленіемъ вслѣдствіе пониженнаго тканевого дыханія (спиртъ—плазматическій ядъ). *Zülzer*'овскій коэффиціентъ мочи у нихъ всегда ниже нормы, т. е. указываетъ на задержку продуктовъ обмѣна веществъ. Также и коэффиціентъ осмотическаго напряженія значительно ниже нормы.

*А. А. Пѣвницкій* (Петербургъ): Способы усыпленія должны быть чрезвычайно разнообразны. Многихъ алкоголиковъ и усыплять не надо: они прекрасно поддаются внушенію и на яву. Нужно умѣть захватить больного, создать нравственное препятствіе къ опьяненію, а степень гипноза, не имѣя отношенія къ успѣху, можетъ быть усиливаема, удовлетворяя выраженному больнымъ желанію. 80% успѣшнаго лѣченія, а не излѣченія, можно получить при существованіи постоянныхъ коекъ, такъ какъ 40—50% даютъ одни приходящіе больные. Успѣшнымъ лѣченіе надо считать то, если больной не пьетъ, пока врачъ имѣетъ о немъ свѣдѣнія. Амбуляторное лѣченіе — самое практически совершенное, такъ какъ лучше лѣченія въ Обществѣ трезвости и дешевле санаторій. Постельное содержаніе — лучшій способъ лѣченія при явленіяхъ истощенія нервной системы, а при запоѣ мы имѣемъ острый астеническій психозъ. Явленія самоотравленія приняты въ систему лѣченія включеніемъ въ нее водолѣченія, растительнаго стола и пр.

*С. О. Ярошевскій:* Въ виду отсутствія у насъ статистическихъ данныхъ для рѣшенія вопроса о размѣрахъ предполагаемыхъ лѣчебницъ, мы можемъ только пользоваться опытомъ западныхъ странъ, гдѣ примѣняется система небольшихъ лѣчебницъ, главнымъ образомъ потому, что алкоголики—больные sui generis и нуждаются въ спеціальномъ уходѣ не только формальномъ, но и нравственномъ, гораздо больше, чѣмъ любой больной, не исключая и душевныхъ. Стоимость такихъ лѣчебницъ не должна обходиться особенно дорого, принимая во вниманіе даровую землю, при чемъ вовсе не требуется большого участка ея, такъ какъ для алкоголиковъ совершенно достаточны работы въ мастерскихъ. Что касается того, какъ содержать такихъ больныхъ, то здѣсь прежде всего важенъ принципъ свободы. Необходимо прибавить, что въ лѣчебницы для алкоголиковъ должны приниматься только тяжелые больные. Я дѣлю алкоголиковъ на обыкновенныхъ алкоголиковъ и алкоголиковъ-преступниковъ; первые поступаютъ въ больницы по своей волѣ и пользуются полной свободой; вторые попадаютъ въ нихъ по опредѣленію суда.

Ч. пр. *Ѳ. Е. Рыбаковъ* замѣтилъ, что указанная имъ въ докладѣ цифра 25—75% не его личная, а приводится въ литературѣ разными авторами. Сочетанное лѣченіе алкоголиковъ нельзя считать наилучшимъ въ терапевтическомъ отношеніи; этотъ способъ испытывался въ Московской психіатрической клиникѣ и далъ неудовлетворительные результаты, что можно было объяснить недостаточнымъ довѣріемъ больного къ средству за невозможностью провѣрить себя.

*Н. Н. Топорковъ* настаиваетъ на необходимости огородныхъ и полевыхъ работъ въ лѣчебницахъ для алкоголиковъ; мириться съ ихъ отсутствіемъ можно лишь въ силу печальной необходимости. Признавая преимущества небольшихъ лѣчебницъ, слѣдуетъ, однако, опасаться, что предполагаемая для Самары можетъ оказаться недостаточною для даннаго района: алкоголиковъ будетъ некуда дѣвать; въ психіатрическую больницу ихъ принимать не будутъ, потому что есть лѣчебница для алкоголиковъ, а здѣсь имъ будутъ отказывать за отсутствіемъ мѣстъ.

*Н. А. Сокальскій*: Изъ преній выясняются 2 точки зрѣнія на лѣченіе пьяницъ внушеніемъ; или это есть нравственное воздѣйствіе на человѣка, воспитаніе его нравственнаго достоинства, нравственной личности, при чемъ гипноза въ узкомъ смыслѣ этого слова нѣтъ; или же мы имѣемъ возможность внушить непосредственно усыпленному алкоголику, чтобы онъ чувствовалъ отвращеніе къ вину, и къ этому 2-му способу гипноза я не могу относиться скептически.

*И. И. Ивановъ* отнюдь не высказывается за введеніе какого-либо однообразнаго способа усыпленія, а только указываетъ на необходимость возможно лучше разработать методику гипнотизированія и оттѣнить преимущества тѣхъ пріемовъ, которые ближе ведутъ къ цѣли и приносятъ меньшій вредъ больнымъ. Онъ неоднократно видѣлъ неблагопріятные результаты лѣченія вслѣдствіе примѣненія неудачнаго способа усыпленія. Что касается силы гипноза, то для лѣчебныхъ цѣлей вовсе не слѣдуетъ, во что-бы то ни стало, добиваться глубокихъ степеней сна, такъ какъ наблюденія показываютъ, что степень гипноза не идетъ параллельно съ степенью получаемыхъ отъ него благопріятныхъ результатовъ.

*М. С. Морозовъ* (Новгородъ) спросилъ, какими способами внушенія пользовались докладчики: способомъ-ли непосредственнаго внушенія, чтобы больные не пили водки, или-же способомъ посредственнымъ, т. е., воздѣйствіемъ на всю духовную область больного, укрѣпленіемъ въ немъ сознанія, что у него найдется достатоточно силъ для борьбы съ пагубнымъ недугомъ? Если употребляли разные способы, то чѣмъ руководствовались въ этомъ случаѣ?

*А. А. Пѣвницкій* отвѣтилъ, что онъ ведетъ съ больнымъ цѣлый рядъ бесѣдъ, уничтожающихъ въ немъ убѣжденіе въ неизбѣжности для него пьянства.

*С. О. Ярошевскій*: Весь центръ тяжести борьбы съ алкоголизмомъ лежитъ не въ лѣченіи алкоголиковъ, не въ числѣ лѣчебницъ и амбуляторій, а въ потеряхъ фиска. Ясно, что, если государство заинтересовано въ видахъ полученія большаго дохода отъ продажи питей въ большемъ выпускѣ алкоголя на рынокъ, то борьба съ алкоголизмомъ никогда не дастъ удовлетворительныхъ результатовъ и кадры алкоголиковъ не будутъ уменьшаться, а увеличиваться.

Ч. пр. *П. Я. Розенбахъ* (Петербургъ): Мнѣ кажется очень важнымъ замѣчаніе *И. И. Иванова*, что новостью здѣсь является лишь массовое лѣченіе пьянства гипнозомъ въ безплатныхъ спеціальныхъ амбуляторіяхъ. Самый-же способъ лѣченія пьянства гипнозомъ внѣ лѣчебницъ, на дому у больныхъ или амбуляторно, примѣнялся многими врачами и у насъ, и заграницей уже гораздо раньше, и опытъ этихъ врачей, имѣющихъ за собою несравненно болѣе длинный рядъ лѣтъ, заслуживаетъ не меньшаго вниманія, чѣмъ продолжительныя наблюденія въ новыхъ амбуляторіяхъ. Я самъ за послѣднія 10—15 лѣтъ нерѣдко пытался лѣчить алкоголиковъ гипнозомъ и долженъ признаться, что удачные случаи, т. е. прочное излѣченіе отъ пьянства этимъ способомъ, составляли въ моей практикѣ исключеніе. Какимъ образомъ нѣкоторые докладчики получали 70% и даже 80% излѣченія, для меня совершенно непостижимо. Впрочемъ, *А. А. Пѣвницкій* ставилъ удареніе на то, что онъ имѣлъ около 80% успѣшнаго лѣченія—по видимому, онъ подъ успѣхомъ разумѣетъ что-то, не совпадающее съ излѣченіемъ. Въ виду того, что заявленія о блестящихъ результатахъ амбуляторнаго лѣченія пьянства гипнозомъ могутъ вызвать отрицательное отношеніе къ постройкѣ лѣчебницъ и колоній для алкоголиковъ, необходимо отмѣтить, что этотъ оптимизмъ не всѣми раздѣляется. Кромѣ того, всякій понимаетъ, что громадное число пьяницъ никогда не пойдетъ въ эти амбуляторіи, и для рѣшенія вопроса о лѣченіи пьянства вообще нельзя ограничиться столь одностороннимъ освѣщеніемъ дѣла, а надо еще обсудить условія принудительнаго лѣченія пьяницъ въ спеціальныхъ больницахъ и многіе другіе, связанные съ нимъ, вопросы. Что касается сообщенія ч. пр. *Ѳ. Е. Рыбакова* о сущности гипноза, то, по моему мнѣнію, его положеніе, будто гипнозъ есть эмоція, совершенно не соотвѣтствуетъ дѣйствительности. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ сеансъ не приводитъ вовсе ко сну—что бываетъ очень часто—мы не видимъ никакой эмоціи, а въ тѣхъ, гдѣ гипнотизируемый дѣйствительно засыпаетъ, опять-таки нѣтъ эмоціи: загипнотизированный спитъ и ничего не испытываетъ, что имѣло-бы малѣйшее сходство съ душевнымъ волненіемъ. Если же у него при этомъ мѣняется пульсъ и дыханіе, то едва-ли въ такихъ измѣненіяхъ, при томъ крайне непостоянныхъ и неодинаковыхъ, можно усмотрѣть убѣдительное доказательство эмоціи. Вмѣстѣ съ тѣмъ точка зрѣнія докладчика

на сущность гипноза можетъ породить недоразумѣнія и воскресить оставленные уже давно ошибочные взгляды на гипнозъ, какъ на какое-то патологическое состояніе.

*П. А. Останковъ*: Заявленія и сообщенія о блестящихъ результатахъ лѣченія алкоголиковъ гипнозомъ, конечно, далеко не новы для литературы вообще и русской въ частности; но всѣ они обыкновенно носятъ явный признакъ увлеченія. Большой % выздоровленія (до 70), приведенный докладчиками, долженъ разсматриваться также, какъ результатъ увлеченія. Къ докладу *А. А. Пѣвницкаго* о лѣченіи алкоголиковъ гипнозомъ въ Петербургской клиникѣ необходимо внести небольшую поправку. Въ клиникѣ это дѣло, конечно, велось далеко раньше того, когда въ ней началъ свои изслѣдованія *А. А. Пѣвницкій*. Врачи клиники давно принимали алкоголиковъ среди другихъ приходящихъ больныхъ и лѣчили ихъ наравнѣ съ другими гипнозомъ; однако, никто изъ нихъ не считалъ для себя возможнымъ говорить о такихъ блестящихъ результатахъ лѣченія алкоголиковъ гипнотизмомъ, какъ это дѣлаютъ докладчики. Объясняется это, конечно, новизною дѣла для докладчиковъ и весьма понятнымъ при такихъ условіяхъ ихъ увлеченіемъ.

*П. М. Автократовъ* (Варшава) въ теченіи послѣднихъ 5—6 лѣтъ пользовалъ гипнозомъ отъ алкоголизма около 100 чел., изъ которыхъ вполнѣ удачное излѣченіе наблюдалось только у 2-хъ.

*Н. В. Краинскій* (Вильно) также считаетъ положенія ч. пр. *Ѳ. Е. Рыбакова* о сущности гипноза не доказательными: сводить сущность неизвѣстнаго явленія на воздѣйствіе эмоціи неправильно, такъ какъ сущность эмоціи въ современной психофизіологіи представляется неизвѣстной. Цѣнность положеній докладчика обусловливалась-бы его опредѣленіемъ эмоціи, но онъ такого не даетъ. Если признавать необходимую связь между гипнозомъ и эмоціей, то скорѣе обратную, такъ какъ всѣмъ извѣстнымъ условіемъ для приведенія даннаго лица въ гипнотическое состояніе является покой и устраненіе эмоціи. Правильнѣе-же было-бы не ставить безъ достаточныхъ основаній 2 различныхъ и самостоятельныхъ состоянія въ постоянную и необходимую связь.

*М. С. Морозовъ* затруднился сдѣлать опредѣленный выводъ изъ выслушанныхъ докладовъ и преній, а между тѣмъ обсуждаемый вопросъ о лѣченіи алкоголиковъ настолько важенъ, что, конечно, то или другое отношеніе къ нему Пироговскаго Съѣзда — далеко не безразлично, такъ какъ къ его голосу прислушивается все общество. Съ одной стороны, психотерапевтическій способъ, какъ будто, является хорошей лѣчебной мѣрой, а съ другой—противъ него выставлены весьма серьезныя возраженія, которыя сводятъ степень значенія этой мѣры къ очень ограниченнымъ результатамъ; можетъ-ли быть тогда этотъ способъ предложенъ въ широкихъ размѣрахъ, какъ крупная терапевтическая мѣра? Мнѣ кажется, слѣдовало-бы высказаться въ томъ смыслѣ, что вопросъ о психотерапевтическомъ лѣченіи алкоголиковъ далеко еще не разработанъ въ достаточной степени, хотя за нимъ и нельзя отрицать извѣстнаго лѣчебнаго значенія.

*Б. И. Воротынскій* (Одесса): Вопросъ о лѣченіи алкоголизма гипнозомъ—вопросъ, конечно, не новый, но, если сейчасъ такъ настойчиво заговорили объ амбуляторномъ лѣченіи алкоголиковъ гипнозомъ, то это только показываетъ, что алкоголизмъ принялъ очень серьезные и опасные размѣры, и борьба съ нимъ является крайне необходимой, неотложной. Если эту борьбу начали путемъ амбуляторнаго лѣченія, то это потому, что этотъ способъ не требуетъ денежныхъ затратъ, легко исполнимъ и весьма доступенъ каждому врачу. Само собою разумѣется, что говорить о результатахъ амбуляторнаго лѣченія алкоголизма еще преждевременно и что нельзя еще высказываться въ окончательномъ смыслѣ о преимуществахъ этого способа.

*А. А. Пѣвницкій*: Амбулаторіи для алкоголиковъ имѣютъ свое значеніе уже потому, что твердо установлено, что на 2—3 года воздержанія въ 40% случаевъ можно всегда разсчитывать, и это одно уже говоритъ за то, что лѣченіе это показано. Цѣлый рядъ другихъ способовъ, имѣющихъ въ основѣ психотерапію, даетъ несомнѣнно хорошіе результаты, такъ какъ алкоголики, какъ общеизвѣстно, очень легко поддаются внушенію и потому примѣненіе психотерапіи здѣсь вполнѣ показано.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

**Отдѣлъ дѣтскихъ болѣзней** (Отчетъ *С. Э. Островскаго*). Засѣданіе 5 января. Почетнымъ предсѣдателемъ былъ предложенъ проф. *И. В. Троицкій* (Харьковъ), товарищемъ предсѣдателя—ч. пр. *А. А. Кисель* (Москва).

Проф. *Н. П. Гундобинъ. Современное положеніе спеціальности дѣтскихъ болѣзней.*

Ч. пр. *А. А. Кисель. О рахитѣ у дѣтей, вскармливаемыхъ материнскимъ молокомъ.* Докладчикъ указалъ, что въ послѣднее время подвергается усиленной разработкѣ вопросъ о частотѣ рахита среди населенія разныхъ странъ, чего нельзя сказать относительно Россіи; свѣдѣнія наши относительно распространенія англійской болѣзни въ Россіи крайне недостаточны и касаются главнымъ образомъ большихъ городовъ. Докладчикъ въ своей предыдущей работѣ, представленной VI Пироговскому Съѣзду въ Кіевѣ, установилъ частоту рахита для дѣтей до 3-хъ лѣтъ въ Москвѣ въ 80%, при чемъ отмѣтилъ, что ему часто приходилось видѣть англійскую болѣзнь у дѣтей, вскармливаемыхъ исключительно груднымъ молокомъ, при чемъ молока было достаточно и матери были совершенно здоровы. Это обстоятельство какъ бы противорѣчитъ установившемуся взгляду, что рахитъ щадитъ грудныхъ дѣтей и развивается почти исключительно при искусственномъ вскармливаніи. Только въ самое послѣднее время появились работы (*Siegert*), допускающія наслѣдственное происхожденіе рахита. Для своихъ наблюденій докладчикъ воспользовался больными своихъ домашнихъ пріемовъ, при чемъ въ теченіи послѣднихъ 5 лѣтъ онъ собралъ 669 случаевъ. Кромѣ того, въ его распоряженіе было предоставлено проф. Томскаго Университета *С. М. Тимашевымъ* 64 случая, касающіеся дѣтей, кормившихся исключительно грудью не менѣе 10 мѣсяцевъ. *К.* и *Т.* составляли данныя по одной и той-же программѣ, которая заключала въ себѣ слѣдующіе вопросы: 1) имя и фамилія; 2) возрастъ; 3) полъ; 4) болѣзнь, по поводу которой ребенокъ принесенъ въ больницу; 5) мѣсто жительства (городъ или деревня); 6) занятіе родителей; 7) кормился-ли грудью или рожкомъ, и когда кончили прикармливать? 8) степень развитія подкожной жировой клѣтчатки; 9) окраска видимыхъ слизистыхъ оболочекъ; 10) рахитическіе бугры черепа; 11) увеличеніе головы; 12) потливость головы; 13) размягченіе затылка; 14) облысѣніе затылка; 15) состояніе родничковъ; 16) время прорѣзыванія 1-го зуба; 17) число зубовъ ко времени изслѣдованія; 18) куриная грудь; 19) реберныя четки; 20) увеличеніе живота; 21) рахитическій горбъ позвоночника; 22) утолщеніе сочлененій; 23) искривленіе конечностей; 24) значительное увеличеніе печени и селезенки; 25) судорога голосовой щели; 26) приступы эклямпсіи; 27) можетъ-ли сидѣть? 28) можетъ-ли ходить? 29) не переставалъ-ли ходить? 30) рѣчь; 31) расхожденіе швовъ черепа. Такимъ образомъ въ распоряженіи докладчика были отмѣтки относительно 733 дѣтей. Оказалось, что изъ нихъ только 42 ребенка кормились искусственно, остальные-же преимущественно материнскимъ молокомъ. Рахитъ у ребенка признавался тогда, когда на лицѣ были четки; послѣднія найдены у 673 (91%) дѣтей. Въ общемъ рахитъ былъ выраженъ слабо, и нерѣдко докладчику приходилось видѣть, что четки на ребрахъ послѣ ½ года исчезали, но еще чаще приходилось видѣть, что вслѣдъ за четками появлялся рядъ другихъ признаковъ рахита: увеличеніе головы, бугры на черепѣ, потливость затылка и пр. Но всѣ эти явленія у дѣтей, вскармливаемыхъ грудью, были выражены слабо въ противоположность дѣтямъ, питавшимся искусственно. Въ общемъ получалось впечатлѣніе, что вскармливаніе грудью препятствуетъ развитію англійской болѣзни, а, такъ какъ послѣдняя является однимъ изъ главнѣйшихъ дѣятелей усиленной дѣтской смертности, то, по мнѣнію докладчика, всѣ усилія врачей должны быть направлены на борьбу съ искусственнымъ вскармливаніемъ. Ни одинъ ребенокъ не долженъ быть лишенъ своего естественнаго права — кормиться молокомъ своей матери. Выводы: 1. У дѣтей, вскармливаемыхъ здоровыми матерями, рахитъ встрѣчается очень часто. 2. У этихъ дѣтей совершенно не встрѣчалось тяжелыхъ формъ рахита. 3. Наиболѣе раннимъ признакомъ рахита были четкообразныя утолщенія на ребрахъ. 4. Нерѣдко рахитическія измѣненія костей были находимы у дѣтей первыхъ недѣлей жизни. 5. Въ части случаевъ рахитическія измѣненія появлялись вскорѣ послѣ рожденія, а во 2-ой ½-нѣ года жизни ребенка они исчезали. 6. Встрѣчались несомнѣнные случаи наслѣдственнаго рахита. 7. Кормленіе дѣтей грудью препятствуетъ развитію англійской болѣзни, а потому оно является наиболѣе могущественнымъ средствомъ для борьбы съ высокой дѣтской смертностью.

*И. К. Стржельбицкій* (Тула). *Рахитъ и исключительно грудное вскармливаніе.* Къ числу вопросовъ, до сихъ поръ еще не вполнѣ изученныхъ, относится важный и въ практическомъ, и въ научномъ отношеніи вопросъ о проявленіяхъ рахита при естественномъ кормленіи. Въ литературѣ по данному вопросу нѣтъ единогласія между авторами. Въ то время, какъ одни (*Vierordt*, *Comby*, *Marfan* и др.) придерживаются мнѣнія, что рахитъ при исключительно грудномъ кормленіи встрѣчается много рѣже, чѣмъ при смѣшанномъ или искусственномъ вскармливаніи, да

Digitized by Google

и степень, и теченіе его много легче, другіе (*Fischl*, *Johannesen*), отрицая вліяніе способа кормленія на частоту рахита, утверждаютъ, что при кормленіи грудью случаи тяжелаго рахита встрѣчаются рѣже; иные, наконецъ (*Unruh*, *Kassowitz* и др.) отрицаютъ вліяніе естественнаго кормленія и на силу проявленій рахита. Однако, всѣ эти заявленія основаны почти только на общихъ впечатлѣніяхъ и отдѣльныхъ клиническихъ наблюденіяхъ. Докладчикъ сообщилъ результаты изслѣдованія 211 дѣтей, вскормленныхъ исключительно грудью. На основаніи своихъ изслѣдованій онъ приходитъ къ заключенію, что, если частота рахита при исключительно грудномъ кормленіи и не меньше, чѣмъ при смѣшанномъ или искусственномъ вскармливаніи, то относительно тяжести проявленій рахита и теченія его между рахитомъ при естественномъ и искусственномъ вскармливаніи существуетъ громадная разница. Изъ проявленій рахита чаще всего отмѣчены: бугры (46 сл.), затѣмъ размягченіе затылка, четки на ребрахъ и т. д.

*П. В. Кусковъ* (Москва): Размягченіе затылка не всегда должно считаться признакомъ рахита. Изслѣдованія д-ра *Разумовскаго*, произведенныя подъ руководствомъ проф. *М. Н. Никифорова*, показываютъ, что въ размягченныхъ костяхъ наблюдаются двоякаго рода патолого-анатомическія измѣненія: одни совершенно сходны съ рахитическими, другія-же рѣзко отличаются отъ первыхъ (д-ръ *Разумовскій* послѣднія называетъ размягченіемъ атрофическимъ).

*М. С. Толмачевъ*: Въ данномъ вопросѣ благотворное вліяніе материнскаго кормленія не подлежитъ сомнѣнію, но есть еще много невыясненныхъ вопросовъ: наслѣдственность, экономическія условія и пр. Желательно выработать программу для изслѣдованія относительно рахита.

*М. Я. Брейтманъ* (Петербургъ): Въ виду того, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ состояніе здоровья матери таково, что кормленіе ею своего ребенка можетъ повести къ развитію у него рахитизма или другихъ заболѣваній, является вопросъ о томъ, можно-ли матери продолжать кормленіе или замѣнить его другимъ молокомъ, напр. кормилицы. Принципіально питаніе кормилицей нужно считать нежелательнымъ. Я говорю только о тѣхъ случаяхъ, когда кормилица можетъ свободно предоставить свое молоко другому ребенку, напр., вслѣдствіе того, что ея собственный ребенокъ умеръ. Я предлагаю включить въ программу будущихъ занятій Съѣзда научную разработку вопроса о томъ, когда мать можетъ сама кормить ребенка, и когда она должна отказаться отъ этого ради блага своего ребенка.

*К. А. Раухфусъ* (Петербургъ): Всѣ случаи рахита сопровождаются измѣненіями общаго питанія. Мы не знаемъ, какія именно измѣненія обмѣна вызываютъ рахитъ; имѣются данныя, говорящія въ пользу того, что есть врожденное предрасположеніе къ рахиту, которое можетъ быть семейнымъ, происходя отъ отца или матери. Я помню случаи, гдѣ при самой идеальной обстановкѣ грудное кормленіе не могло предотвратить появленія рахита у нѣкоторыхъ дѣтей той-же семьи (при отсутствіи сифилиса). Самымъ нагляднымъ примѣромъ вліянія преждевременнаго прикармливанія и искусственнаго вскармливанія является Würtemberg, гдѣ *Elsaesser*'у приходилось наблюдать самыя трудныя и раннія формы рахита черепа. Не знаю, какъ дѣло обстоитъ теперь, но въ 1862 г. я могъ лично убѣдиться въ чрезвычайномъ распространеніи рахита въ Stuttgart'ѣ. Не подлежитъ, на мой взглядъ, сомнѣнію, что кормленіе грудью матери предохраняетъ младенца въ значительной степени не только отъ рахита, но и вообще отъ болѣзней питанія и обмѣна и отъ обусловливающихъ такъ часто разстройствъ пищеваренія, а, наконецъ, быть можетъ, и отъ заразныхъ (въ силу невоспріимчивости, передаваемой женскимъ молокомъ). Не подлежитъ сомнѣнію, что младенецъ, разумно вскармливаемый грудью женщины, рѣже заболѣваетъ, а, если и заболѣваетъ, то имѣетъ больше вѣроятности выздоровѣть.

Ч. пр. *Р. А. Петерсъ* (Петербургъ). *Къ клиникѣ и патологической анатоміи столбняка новорожденныхъ* [1]).

*В. Г. Дементьевъ* (Петербургъ). *О функціональной способности печени у новорожденныхъ дѣтей* [1]).

Нѣсколько замѣчаній сдѣлали *А. А. Кисель*, ч. пр. *А. О. Карницкій* и *И. А. Шабадъ*.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

**Отдѣлъ гигіены** (Отчетъ *Г. И. Дембо*). Засѣданіе 5-го января. Завѣдующій отдѣломъ ч. пр. *В. А. Левашевъ* открылъ засѣданіе привѣтственной рѣчью, въ которой изложилъ главнѣйшіе предметы работъ отдѣла. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. *В. Д. Орловъ*. Такъ какъ 1-ый намѣченный въ программѣ засѣданія докладъ принадлежалъ проф. *В. Д. Орлову*, то его мѣсто, какъ почетнаго предсѣдателя, временно занялъ проф. *М. Я. Капустинъ*.

Проф. *В. Д. Орловъ* въ докладѣ *Растительные консервы и ихъ окраска* указалъ на то, что во многихъ консервахъ найдена дов. значительная примѣсь солей мѣди. Правда, въ растеніяхъ при нормальномъ ихъ ростѣ можетъ содержаться мѣдь, но, кромѣ того, соли мѣди нерѣдко примѣшиваются и сознательно съ цѣлью придать консервамъ болѣе свѣжій видъ; иногда-же соли мѣди попадаютъ и неумышленно вслѣдствіе неправильной обработки. Въ виду вреда, который можетъ быть причиненъ организму этой примѣсью, необходимо установить minimum содержанія мѣди въ растительныхъ консервахъ, выше котораго таковые считались-бы вредными для здоровья. По мнѣнію докладчика, указанное обстоятельство необходимо имѣть въ виду при составленіи устава о наказаніяхъ.

*П. П. Розановъ* (Ялта) замѣтилъ, что установленныхъ нормъ по отношенію къ пищевымъ продуктамъ въ Россіи не имѣется, а обычно пользуются заграничными нормами, которыя при условіяхъ русскаго производства часто оказываются стѣснительными. Такъ обстоитъ дѣло съ нормами по отношенію къ маслу, къ виноградньмъ винамъ; по отношенію къ послѣднимъ заграничныя нормы часто мѣняются и не могутъ быть примѣнены у насъ. Далѣе существуютъ пищевые продукты русскаго происхожденія (квасъ, сметана, кефиръ, буза и т. д.), по отношенію къ которымъ никакихъ нормъ нѣтъ. Пироговскому Съѣзду долженъ по праву принадлежать починъ въ установленіи нормы пищевыхъ продуктовъ. Съ этой цѣлью желательно учредить при Правленіи Общества особую Коммиссію. Это особенно своевременно теперь, когда города отъ шаблоннаго медико - полицейскаго надзора переходятъ къ установленію надзора за пищевыми продуктами лабораторнымъ путемъ.

*П. О. Смоленскій* (Петербургъ) въ общемъ присоединился къ предложенію д-ра *Розанова*.

*В. В. Ставскій* (Петербургъ) возражалъ противъ предложенія докладчика о возбужденіи спеціальнаго ходатайства, находя его пока преждевременнымъ.

Проф. *М. Я. Капустинъ* (Казань) прежде всего не согласился съ снисходительнымъ сравнительно отношеніемъ докладчика къ безвредной поддѣлкѣ. Никакая преднамѣренная поддѣлка ни въ какой формѣ не допустима. Указаніе на то, что сама публика какъ бы вызываетъ поддѣлку, требуя извѣстной красоты отъ покупаемаго продукта, должно только заставлять насъ стремиться къ просвѣщенію публики въ этомъ направленіи, къ выясненію вреда такой поддѣлки, и, несомнѣнно, публика измѣнитъ свои взгляды и требованія. Особенно строго слѣдуетъ относиться къ окраскѣ мѣдью: здѣсь мы можемъ встрѣтиться съ медленнымъ, незамѣтнымъ сразу, дѣйствіемъ, дающимъ однако въ результатѣ серьезный подрывъ здоровью. Поэтому, искусственная примѣсь мѣди ни въ какомъ количествѣ не должна быть разрѣшена. Вопросъ о нормѣ можетъ быть только по отношенію къ сравнительно безвреднымъ примѣсямъ, но и здѣсь нормы не могутъ имѣть общаго значенія въ Россіи; необходимо тогда, кромѣ общихъ, выработать еще и мѣстныя нормы.

По предложенію проф. *М. Я. Капустина*, отдѣлъ высказалъ пожеланіе, чтобы Правленіе приняло мѣры для объединенія изслѣдованій относительно нормы многихъ пищевыхъ продуктовъ и ихъ поддѣлки и поставило этотъ вопросъ программнымъ на слѣдующемъ Съѣздѣ.

*В. А. Арнольдовъ. О неприменимости гигіэническихъ нормъ для питьевыхъ водъ въ нѣкоторыхъ мѣстностяхъ Каспійскаго побережья и Закаспійской области.* Докладчикъ подробно разобралъ современное состояніе вопроса о питьевой водѣ для Баку, Астрахани, мѣстностей Закаспійской области, провелъ параллель между заболѣваемостью и смертностью населенія и доброкачественностью воды съ гигіэнической точки зрѣнія и пришелъ къ заключенію, что существующія требованія въ отношеніи количества растворимыхъ веществъ въ водѣ не имѣютъ строго-научно обоснованныхъ положеній; норма въ 500,0 млгрм. для плотнаго остатка, хлора 200 млгрм., сѣрнаго ангидрида 80—100 и т. д. не можетъ служить гарантіей доброкачественности воды и мѣриломъ ея непригодности. Указанная норма совершенно не примѣнима для нѣкоторыхъ населенныхъ мѣстъ Каспійскаго побережья и Закаспійской области, гдѣ въ питьевыхъ водахъ содержаніе растворимыхъ солей значительно превышаетъ «гигіэническую норму». При заключеніи о возможности водоснабженія какой-либо населенной мѣстности присланной для изслѣдованія водой безусловно нужно быть хорошо освѣдомленнымъ о другихъ мѣстныхъ водныхъ источникахъ; при невозможности знать таковые правильнѣе отказаться отъ заключенія, если вода нѣсколько не удовлетворяетъ приведеннымъ нормамъ. Воды, содер-

[1]) Я вынужденъ, къ сожалѣнію, ограничиться лишь заголовками нѣкоторыхъ докладовъ, такъ какъ я никакъ не могъ ихъ достать; ихъ не оказалось и у секретаря отдѣла, д-ра *Э. Э. Гартье*, которому позволяю себѣ высказать здѣсь глубокую благодарность за любезное предоставленіе въ мое пользованіе всего имѣющагося у него матеріала. *С. О.*

Digitized by Google

жащія болѣе 900 млгрм. растворенныхъ веществъ (плотный остатокъ), болѣе 100,0 млгрм. сѣрнаго ангидрида, не могутъ быть бракованы, какъ непригодныя для водоснабженія, особенно для такихъ населенныхъ мѣстъ, гдѣ болѣе мягкихъ въ ближайшихъ окрестностяхъ найти нельзя. Въ интересахъ установленія нормъ для питьевыхъ водъ крайне необходимо изученіе ихъ состава во всѣхъ областяхъ Россіи, составленіе таблицъ имѣющихся анализовъ. Такое изученіе можетъ быть болѣе успѣшнымъ при союзномъ дѣйствіи русскихъ гигіенистовъ.

Проф. *М. Б. Блаубергъ* замѣтилъ, что докладчику, по видимому, осталась неизвѣстной работа д-ра *Бѣлоусова*, въ которой подробно разбираются вопросы о нормахъ. Въ настоящее время не можетъ быть рѣчи о предѣльныхъ нормахъ ни въ этимологическомъ, ни въ логическомъ смыслѣ. Для опредѣленія доброкачественности воды всегда требуется строжайшее сообразованіе съ особенностями отдѣльныхъ случаевъ, полное знакомство съ мѣстными условіями, удачный выборъ пробъ и т. д.

Проф. *М. Я. Капустинъ* смотритъ на докладъ, какъ на желаніе докладчика—эксперта-гигіениста въ очень отдаленныхъ мѣстностяхъ—разобраться въ сложномъ вопросѣ о доброкачественности питьевой воды. Строго говоря, о предѣльныхъ нормахъ въ гигіенѣ съ опредѣленностью никто не высказывался. Въ 50-хъ годахъ прошлаго 100-лѣтія нормы эти были установлены для герцогства Саксенъ-Веймарнскаго. Прежде, когда заключенія по этому вопросу давали химики, они пользовались этими нормами, но гигіенисты никогда этихъ нормъ не держались и протестовали противъ нихъ (*Ѳ. Ѳ. Эрисманъ*, *Нійре*). Стѣсняться этими нормами никоимъ образомъ не слѣдуетъ. Что касается сопоставленія доброкачественности и недоброкачественности водоснабженія съ данными заболѣванія и смертности, то это неудобно, такъ какъ здѣсь играетъ роль и составъ населенія, и экономическое положеніе и т. д.

*І. В. Полякъ* считаетъ, что совершенно игнорировать нормы не слѣдуетъ, такъ какъ онѣ даютъ болѣе точное опредѣленіе, чѣмъ напр., бактеріологія. Важно только обращать вниманіе на источникъ происхожденія составныхъ частей.

Проф. *С. В. Шидловскій* высказался за то, что при современномъ уровнѣ гигіеническихъ знаній, при настоящемъ состояніи санитаріи о нормахъ не можетъ быть рѣчи. Наши свѣдѣнія значительно расширились. Мы знаемъ теперь, что та вода годна, гдѣ нѣтъ отбросовъ человѣческой жизни, гдѣ нѣтъ заразныхъ началъ.

Проф. *И. П. Скворцовъ* на рядѣ примѣровъ показалъ непригодность этихъ нормъ.

Кромѣ того, приняли участіе въ преніяхъ *С. Л. Рашковичъ*, *П. П. Розановъ* и *А. Д. Соколовъ*. Въ общемъ, всѣ высказались противъ признанія какого-нибудь значенія за предѣльными нормами.

Доклады *Е. Б. Контковскаго* и *Ѳ. С. Бурчака* были сняты съ очереди въ виду выраженнаго отдѣломъ желанія, чтобы вопросъ *о сточныхъ водахъ и объ ихъ очисткѣ*, какъ существенно важный, подвергся обсужденію въ особомъ засѣданіи. Въ виду того, что на эту тему было представлено много докладовъ, отдѣлъ избралъ особую Коммиссію для предварительныхъ ихъ разсмотрѣнія. Въ составъ Коммиссіи вошли: *С. В. Шидловскій*, *М. Я. Капустинъ*, *В. Д. Орловъ*, *В. К. Высоковичъ*, *Н. Н. Брусянинъ*, *С. А. Пржибытекъ*, *И. П. Скворцовъ*, *М. Б. Блаубергъ*, *П. О. Смоленскій*, *С. Л. Рашковичъ*, *К. П. Сулима*, *Ѳ. С. Бурчакъ*, *А. Д. Соколовъ*, *В. Н. Сахновскій*, *М. Ѳ. Сосниковъ*, *С. К. Дзержговскій*, *В. А. Левашевъ*, *І. В. Полякъ*, *Е. Б. Контковскій* и *Г. В. Хлопинъ*.

Засѣданіе Коммиссіи состоялось 6-го января вечеромъ [1]).

*І. В. Полякъ* сдѣлалъ сообщеніе *о сожиганіи мусора*. На эту же тему докладчикомъ былъ сдѣланъ докладъ на XI Съѣздѣ естествоиспытателей и врачей [2]). Положенія доклада сводятся къ слѣдующему: сожиганіе мусора и домашнихъ отбросовъ составляетъ самую цѣлесообразную мѣру уничтоженія ихъ въ крупныхъ населенныхъ центрахъ; во время эпидеміи мѣра эта представляется единственно допустимой съ санитарной точки зрѣнія. Послѣ обмѣна мнѣній (*С. В. Шидловскій*, *Г. В. Хлопинъ*, *Е. Б. Контковскій*, *П. П. Розановъ* и др.) отдѣлъ высказался за примѣнимость этого способа главнымъ образомъ въ городахъ, гдѣ имѣется канализація.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

**Отдѣлъ вопросовъ врачебнаго быта** (Отчетъ *Г. И. Дембо*). Засѣданіе 7 января. Засѣданіе было открыто рѣчью завѣдующаго отдѣломъ *М. Н. Нижегородцева*, въ которой онъ отмѣтилъ сложность и важность назрѣвшихъ вопросовъ врачебнаго быта въ интересахъ какъ общественной гуманности, общаго блага, такъ и самихъ врачей. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *В. И. Долженковъ*, товарищемъ его проф. *М. Я. Капустинъ*.

*Д. Н. Жбанковъ* обратился къ Собранію съ рѣчью, въ которой указалъ, что для блага народа, для блага врачей никто такъ много не сдѣлалъ, какъ покойный **В. А. Манассеинъ**. Въ виду этого *Д. Н. Жбанковъ* предложилъ почтить память **В. А.** вставаніемъ и призывалъ товарищей къ поддержкѣ капитала имени **В. А.** («Манассеинскій рубль»).

*Н. Г. Фрейбергъ. Профессіональная отвѣтственность врача.* По самосознанію врачей, по существующимъ въ обществѣ взглядамъ и по нашему законодательству врачъ, хотя бы занимающійся исключительно только частною практикою, является общественнымъ дѣятелемъ, на котораго закономъ возлагаются извѣстныя обязанности и опредѣляется спеціальная отвѣтственность за нарушеніе этихъ обязанностей. Главнѣйшими общественными обязанностями врача въ частной практикѣ по нашему закону являются подача врачебной помощи всѣмъ обращающимся къ нему больнымъ и объявленіе о заразныхъ заболѣваніяхъ. Обязательство не отказывать безъ основательной причины во врачебной помощи обращающимся къ врачу больнымъ является основнымъ требованіемъ врачебной этики и практики. Но въ той постановкѣ, въ какой это обязательство выражено въ дѣйствующемъ законѣ, оно ставитъ врача въ совершенно ненормальное положеніе, являясь въ то же время ненужнымъ съ точки зрѣнія обезпеченія врачебною помощью больныхъ, а потому ст. 872 Улож. о наказаніяхъ могла бы быть отмѣнена безъ какого-либо вреда. Обязательство объявлять о заразныхъ заболѣваніяхъ въ предусматриваемыхъ закономъ случаяхъ не можетъ противорѣчить требованію врачебной тайны, такъ какъ являетъ собою прямое требованіе закона, непосредственно вытекающее изъ той опасности, которую представляетъ заразный больной для общества и государства. Врачебная тайна есть прежде всего и по преимуществу требованіе этики вообще; какъ таковое, оно регулированію закона не поддается; случаи же явно преступнаго злоупотребленія оказываемымъ врачу довѣріемъ выходятъ за предѣлы спеціальной профессіональной отвѣтственности. Отвѣтственность врача за профессіональныя ошибки можетъ быть гарантирована предварительнымъ обсужденіемъ дѣлъ, возникающихъ по поводу профессіональныхъ врачебныхъ ошибокъ, компетентнымъ врачебнымъ учрежденіемъ. Хирургическая операція представляетъ собою по нашему закону одинъ изъ видовъ врачебнаго пособія. Требованіе присутствія при операціяхъ другихъ врачей поставлено условно въ зависимости отъ фактической возможности. Производство хирургической операціи безъ согласія больного или близкихъ ему лицъ является насиліемъ, которое можетъ найти оправданіе лишь при исключительныхъ, рѣдко встрѣчаемыхъ на практикѣ обстоятельствахъ.

*Ю. Г. Малисъ. Врачебное вмѣшательство и отвѣтственность врача предъ уголовнымъ закономъ* [1]).

*А. П. Артемьевъ. Объ отвѣтственности врачей въ нѣкоторыхъ случаяхъ ихъ практической дѣятельности.* Докладчикъ на рядѣ примѣровъ отмѣтилъ тяжелое положеніе врачей при примѣненіи такихъ лѣчебныхъ воздѣйствій, которыя еще недостаточно испытаны или въ полезности которыхъ самъ пользующій врачъ не вполнѣ убѣжденъ, не смотря на существующее о томъ мнѣніе. Докладчикъ пришелъ къ выводу, что пользующій врачъ не долженъ прибѣгать безъ согласія больного или его близкихъ къ подобнымъ лѣчебнымъ воздѣйствіямъ, если примѣненіе ихъ не вызывается опасностью случая или безрезультатностью прежде употребленныхъ средствъ, а производятся они лишь съ цѣлью опыта или ради моды. Выборъ лѣчебнаго воздѣйствія или способа лѣченія во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда пользующій врачъ не убѣжденъ въ достаточной обоснованности существующаго или вновь предлагаемаго лѣчебнаго воздѣйствія, слѣдуетъ предоставить консиліуму, конечно, когда составленіе консиліума возможно по времени примѣненія воздѣйствія и условіямъ врачебной практики.

[1]) Рѣшеніе Коммиссіи я приведу при изложеніи засѣданія отдѣла 10-го января. *Г. Д.*

[2]) См. отчетъ объ XI Съѣздѣ естествоиспытателей и врачей «Русскій Врачъ», 1902 г., № 7, стр. 276.

[1]) Содержаніе этого доклада было мною своевременно передано, когда онъ былъ сообщенъ въ Обществѣ больничныхъ врачей (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 50, стр. 1803). *Г. Д.*

Digitized by Google

Во время преній *Л. Б. Беньяшъ* изложилъ основныя положенія представленнаго имъ въ отдѣлъ доклада по вопросу о правахъ и обязанностяхъ врача-оператора по существующимъ законоположеніямъ. Онъ коснулся главнымъ образомъ ст. 82 Устава Врачебнаго и доказывалъ, что эта статья потеряла въ настоящее время всякій raison d'être. Необходимымъ условіемъ для производства какой-бы то ни было операціи должно быть согласіе больного, но при отсутствіи лица, которое могло-бы дать своевременно необходимое согласіе, врачъ обязанъ произвести неотложную операцію немедленно.

*М. Н. Нижегородцевъ* заявилъ, что, по новому законопроэкту, въ статью объ обязательной явкѣ врача прибавлено «безъ уважительной причины».

*Д. Н. Жбанковъ* ставитъ основнымъ положеніемъ то, что всякая операція можетъ быть сдѣлана только съ согласія больного, родителей или опекуновъ. Надо стремиться развить населеніе настолько, чтобы оно сознательно относилось къ вопросамъ объ операціи, и тогда меньше будетъ отказовъ отъ операціи. Что касается статьи объ обязательной явкѣ къ больному, то эта статья должна быть окончательно отмѣнена. Врачи, какъ и всѣ остальныя профессіи, должны быть освобождены отъ всякой отвѣтственности за то, что не подали помощи. Кто можетъ пользоваться этой статьей? Только богатые, которые все равно найдутъ для себя помощь. Если-же бѣдное населеніе будетъ лишено этой фикціи, тогда самоуправленіе обязано будетъ завести общественныхъ врачей, и тогда только разовьется общественная медицина.

Въ этомъ-же смыслѣ высказались и другіе (д-ра *Брюхановъ, Карташевъ, Дорфъ, Барашъ*).

Д-ръ *Туровскій* по вопросу о согласіи больного на операцію замѣтилъ, что при операціи безъ согласія дается возможность произвола, т. е., того, съ чѣмъ врачъ долженъ бороться.

Д-ръ *Мицкевичъ* обратилъ вниманіе на существующую систему утвержденія и неутвержденія врачей въ должностяхъ, что препятствуетъ развитію земской медицины и создаетъ искусственный подборъ сотрудниковъ, и предложилъ отдѣлу отмѣтить этотъ фактъ въ своихъ постановленіяхъ.

Д-ръ *Яхнина* отмѣтила, что многія земства выбираютъ работниковъ по національностямъ и предложила отдѣлу указать на недостойность такихъ явленій.

Въ преніяхъ, кромѣ того, приняли участіе д-ра *Корженевскій, Николаи, Богомолецъ, Дорфъ* и др.

Отдѣломъ приняты слѣдующія постановленія: а) Отдѣлъ, признавая, что подача первой помощи должна быть организуема соотвѣтствующими учрежденіями — государственными и общественными, считаетъ, что статьи 872 и 1522 дѣйствующаго уложенія о наказаніяхъ о явкѣ врача по требованію больного и 671 новаго уложенія, утвержденнаго Государственнымъ Совѣтомъ и имѣющаго вступить въ силу въ ближайшемъ будущемъ, не имѣютъ основанія для существованія вслѣдствіе ихъ безцѣльности и являются униженіемъ достоинства врача своимъ принудительнымъ характеромъ. б) Отдѣлъ признаетъ, что существующая практика утвержденія и увольненія администраціей врачей на общественной службѣ препятствуетъ правильному ходу врачебно-санитарнаго дѣла, устраняя многихъ полезныхъ дѣятелей съ общественной службы. в) Отдѣлъ признаетъ недостойнымъ общественныхъ учрежденій приглашать врачей, считаясь съ ихъ національностью.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *XXIV и XXVI. Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Кіевѣ.*

(Годовое засѣданіе 26-го октября 1903 г.).

Товарищъ предсѣдателя *Н. В. Михайловъ* охарактеризовалъ плодотворную дѣятельность бывшаго предсѣдателя Общества проф. *И. В. Троицкаго*, учредителя и одного изъ самыхъ энергичныхъ дѣятелей Общества, получившаго каѳедру дѣтскихъ болѣзней въ Харьковскомъ Университетѣ. Послѣ этого *Н. В.* поздравилъ Общество съ удачнымъ выборомъ новаго предсѣдателя въ лицѣ проф. *В. Е. Чернова*, которому и уступилъ мѣсто предсѣдателя, временно занимаемое имъ.

По предложенію предсѣдателя проф. *В. Е. Чернова* проф. *И. В. Троицкій* единогласно избранъ почетнымъ членомъ Общества. *А. З. Лазаревъ въ отчетѣ о дѣятельности Общества за 1902 - 1903 г.* далъ краткую оцѣнку всего сдѣланнаго Обществомъ за этотъ годъ, а также указалъ на невозвратныя потери Общества, понесенныя имъ въ лицѣ скончавшихся членовъ Общества проф. *R. Wirchow*'a, ж. вр. *В. О. Полтовичъ* и *И. І. Плущевскаго*.

Затѣмъ были прочитаны *П. В. Баршахомъ* отчетъ по библіотекѣ, а *М. И. Равиковичемъ* казначейскій отчетъ.

(Засѣданіе 3-го ноября 1903 г.).

1. *П. В. Баршахъ. Предъявленіе больной съ опухолью въ брюшной полости.* Больная, 8 л., заболѣла ½ года назадъ: внезапно появились задержаніе мочи, рвота, упадокъ силъ, боли въ животѣ; температура была нормальна, а испражненія задержаны; явленія эти продолжались 2 дня, а затѣмъ прошли; въ дальнѣйшемъ припадки повторились 2 раза черезъ мѣсяцъ, въ 4-ый разъ черезъ 2 мѣсяца; послѣдній припадокъ былъ недѣлю назадъ. Дѣвочка худая, блѣдная, жалуется на боли въ животѣ справа. Между пупкомъ и лобкомъ по средней линіи на глазъ замѣтна рѣзко ограниченная, неподвижная, болѣзненная, тѣстоватая опухоль, съ кулакъ, по формѣ напоминающую переполненный мочевой пузырь, или увеличенную матку. Послѣ опорожненія пузыря катетеромъ форма опухоли не измѣнилась. Моча чистая, прозрачная, бѣлка не содержитъ. Въ виду кратковременности наблюденія больной (нѣсколько часовъ) докладчикъ отказался, отъ точнаго распознаванія, но высказалъ предположеніе объ осумкованномъ нарывѣ.

Проф. *В. Е. Черновъ* указалъ на то, что опухоль эта, безъ сомнѣнія, внутрибрюшная; тутъ возможенъ холодный нарывъ, однако источника его указать нельзя; затѣмъ здѣсь можетъ быть киста; періодичность болей не говоритъ противъ нея, ибо и при кистахъ бываютъ періодическія обостренія процесса въ брюшинѣ; наконецъ слѣдуетъ подумать и объ эхинококкѣ; такой случай проф. *Ч.* наблюдалъ въ своей клиникѣ, гдѣ первоначально была распознана киста, а при операціи найденъ эхинококкъ, сидѣвшій на червеобразномъ отросткѣ.

*В. Я. Дукельскій*, принимая во вниманія симметричное расположеніе опухоли по бѣлой линіи, форму ея, напоминающую увеличенную матку, періодическое наступленіе болей, высказалъ предположеніе, что здѣсь имѣется зарощеніе влагалища (atresia uteri-vaginalis); мѣсячныя въ 8 лѣтъ наблюдаются; болѣзненность справа указываетъ на пораженія широкой связки.

Проф. *В. Е. Черновъ* указалъ, что до дальнѣйшихъ наблюденій нельзя исключить и такое предположеніе.

*А. З. Лазаревъ* высказалъ предположеніе объ осумкованномъ гнойникѣ; противъ зарощенія влагалища говоритъ сильная болѣзненность опухоли даже при легкомъ ощупываніи и неподвижность ея; эхинококкъ далъ-бы болѣе рѣзкую реакцію. Осумкованный гнойникъ можетъ и не дать высокой температуры.

Проф. *В. Е. Черновъ* полагаетъ, что такой гнойникъ въ брюшной полости вызвалъ-бы повышеніе температуры.

Проф. *Н. М. Волковичъ* отрицаетъ внутрибрюшинное расположеніе опухоли; надбрюшинные процессы (гнойники, кровоизліянія) именно и склонны къ симметричному расположенію.

*А. И. Балярджевъ. Краткія свѣдѣнія о сахарной болѣзни дѣтей съ описаніемъ случая.* Дѣвочка, 12 л., заболѣла 7 мѣс. назадъ послѣ травмы позвоночнаго столба. Появилась сильная жажда и учащенное мочеиспусканіе. При 2-мъ изслѣдованіи найденъ сахаръ; въ 3-ій разъ въ сентябрѣ его было 4%. Конституціональныя заболѣванія въ семьѣ не наблюдались. Мочи за сутки 2000—2400, уд. в. 1040—1043; сахара до 7%, безотносительное количество 140—150 грм. въ сутки. Въ остальномъ очень обстоятельное клиническое изслѣдованіе не дало ничего особаго. На основаніи анамнеза, обилія мочи, жажды и волчьяго аппетита, быстраго упадка силъ, а главное постояннаго присутствія сахара въ мочѣ докладчикъ поставилъ распознаваніе сахарнаго мочеизнуренія. Что касается формы послѣдняго, то, въ виду отсутствія объективныхъ измѣненій въ органахъ, докладчикъ высказался за неорганическую форму, хотя съ рѣшительностью этого сказать нельзя, такъ какъ, напр., измѣненія поджелудочной железы трудно обнаружить не только клинически, но и послѣ смерти. Незначительные отеки ногъ и небольшое количество жидкости въ животѣ, при здоровыхъ легкихъ, сердцѣ, почкахъ и печени, по видимому, токсическаго происхожденія: ядовитые продукты нарушеннаго углеводнаго обмѣна веществъ вызвали измѣненія эндотелія сосудистыхъ стѣнокъ и разстроили ихъ иннервацію, вслѣдствіе чего стѣнки эти стали пропускать черезъ себя большія количества жидкихъ частей крови. Лѣченіе: назначены бѣлки, жиры, вино—въ количествѣ большемъ въ 1½—2 раза, чѣмъ то необходимо для потребности организма больной. Углеводы изъ пищи исключены. Не смотря на діэтетическое лѣченіе, больная продолжала падать въ вѣсѣ; количество сахара, бывшее вначалѣ меньше, потомъ стало опять увеличиваться. Въ заключеніе докладчикъ изложилъ современныя теоріи, объясняющія накопленіе сахара въ крови, а также далъ очеркъ формъ сахарнаго мочеизнуренія у дѣтей, его припадковъ, частоты, лѣченія и т. д. Въ дополненіе къ приведенному, докладчикъ сообщилъ вкратцѣ еще объ одномъ случаѣ этой болѣзни у гимназиста, 11 л., тоже заболѣвшаго послѣ травмы; % сахара—7—8. При діэтетическомъ лѣченіи сахаръ исчезъ изъ мочи черезъ 3 дня; однако при назначеніи его въ пищу, онъ немедленно-же появляется въ мочѣ. Больной получаетъ 250 грм. хлѣба, нѣсколько стакановъ молока; сахара въ мочѣ теперь нѣтъ и онъ прибылъ въ вѣсѣ на 2½ ф. Докладчикъ относитъ этотъ случай къ легкимъ и надѣется на возможное выздоровленіе больного.

Проф. *В. Е. Черновъ* спросилъ, какъ онъ объясняетъ отеки и накопленіе жидкостей въ полостяхъ?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что отеки эти—токсическаго происхожденія аналогично отекамъ, вызваннымъ вытяжками изъ головокъ

Digitized by Google

піявокъ и раковъ; о подобныхъ-же отекахъ говорится въ работѣ проф. *Чернова* о желудко-кишечныхъ отравленіяхъ.

Проф. *В. Е. Черновъ* указалъ, что для объясненія отековъ при желудочно-кишечныхъ отравленіяхъ онъ воспользовался извѣстными изслѣдованіями проф. *Heidenhain*'а о дѣйствіи извѣстныхъ веществъ на эндотелій сосудовъ и на сопротивляемость сосудистой стѣнки.

*I. М. Ямпольскій* наблюдалъ сахарное мочеизнуреніе у мальчика, 9 л., сахаръ исчезъ, но появился черезъ годъ, не смотря на тщательное лѣченіе; ребенокъ погибъ отъ пнеймоніи. Предсказаніе при этой болѣзни у дѣтей, по мнѣнію *Я*., сомнительно.

*Л. Л. Полонскій* указалъ на успѣшное лѣченіе сахарнаго мочеизнуренія сперминомъ.

*А. О. Карницкій* изъ наблюденій въ клиникѣ проф. *Н. П. Гундобина* не вынесъ такого впечатлѣнія отъ лѣченія сперминомъ.

*В. М. Кудишъ. Сифилисъ невинныхъ. Syphilis insontium* (съ предъявленіемъ больного). Случай докладчика касается ребенка, 8 мѣс., заболѣвшаго черезъ 5 недѣль послѣ совершенія надъ нимъ обряда обрѣзанія, а именно на половомъ членѣ появилось отечное припуханіе. 4 мѣсяца назадъ больной былъ показанъ родителями специалисту, который, по видимому, призналъ у него сифилисъ, такъ какъ назначилъ специфическое лѣченіе ртутью. Въ настоящее время у ребенка имѣется типичное склеротическое затвердѣніе, а также вторичныя явленія, явившіяся, очевидно, какъ возвратъ. Докладчикъ считаетъ свой случай весьма рѣдкимъ; ему лично такое заболѣваніе приходится видѣть впервые. О рѣдкости заболѣванія сифилисомъ послѣ обряда обрѣзанія говорятъ и соотвѣтственныя литературныя данныя, которыя докладчикъ собралъ за 10 слишкомъ лѣтъ.

*М. Б. Флитъ* полагаетъ, что зараженіе при совершеніи обряда обрѣзанія вовсе не такъ рѣдко: въ теченіи одного прошлаго года онъ наблюдалъ 3 такихъ случая.

*Докладчикъ* основываетъ свое мнѣніе на литературныхъ данныхъ; самъ же онъ такой случай наблюдаетъ впервые.

*А. О. Лурье* согласенъ съ мнѣніемъ д-ра *Флита*.

*Б. П. Войцѣховскій* нерѣдко наблюдалъ такихъ больныхъ въ Игнатьевской лѣчебницѣ.

*М. И. Равиковичъ* вспомнилъ, что 4 года назадъ были привезены изъ Чернобыля 3 мальчика, которыхъ онъ наблюдалъ въ дѣтской лѣчебницѣ; всѣ они были заражены при обрѣзаніи.

Въ дальнѣйшихъ преніяхъ по поводу этого сообщенія принимали участіе проф. *Н. М. Волковичъ*, *А. З. Лазаревъ* и *Н. В. Михайловъ*. Пренія касались выясненія техники обряда обрѣзанія и отношенія этой послѣдней къ зараженію; было высказано, что зараженіе можетъ быть передано, какъ обрѣзывателемъ, такъ и высасывателемъ («могеломъ»); кромѣ того, наблюдались случаи, гдѣ дѣти заражались отъ акушерки. Въ виду присутствія склероза *Н. В. Михайловъ*, принимая во вниманіе возрастъ ребенка, высказалъ предположеніе, что зараженіе произошло позже, на что докладчикъ отвѣтилъ, что склерозъ можетъ очень долго не разсасываться.

*Ж. вр. В. А. Соломонъ. Къ вопросу объ осложненіяхъ при операціяхъ вылущенія слезнаго мѣшка.* Въ виду чрезвычайной рѣдкости осложненій вылущенія слезнаго мѣшка менингитомъ со смертельнымъ исходомъ докладчица рѣшилась сообщить о «такомъ фатальномъ совпаденіи 2-хъ болѣзней, весьма рѣдкомъ и интересномъ самомъ по себѣ». Случай докладчицы касается 4-лѣтней дѣвочки, явившейся въ лѣчебницу по поводу гнойнаго воспаленія слезнаго мѣшка. При изслѣдованіи обращалъ на себя вниманіе носъ съ широкимъ основаніемъ, нѣсколько сѣдлообразной формы. При надавливаніи на слезный мѣшокъ изъ слезныхъ точекъ показывалось много гноя, который въ носъ не проходилъ. Въ виду затяжного гнойнаго воспаленія слезнаго мѣшка и эктазіи его передней стѣнки слезный мѣшокъ былъ вылущенъ цѣликомъ, подъ хлороформомъ, при чемъ кожный разрѣзъ произведенъ по способу *Шимановскаго*. На слѣдующій день послѣ операціи 40°. Въ виду отсутствія какихъ-либо отклоненій въ заживленіи послѣоперационной раны былъ приглашенъ специалистъ *М. И. Равиковичъ*, высказавшій предположеніе о менингитѣ. Ночью у больной появились судороги, а на 3-ій день послѣ операціи она изъ дѣтской амбуляторной лѣчебницы переведена въ клинику проф. *В. Е. Чернова*, гдѣ черезъ день и умерла. На вскрытіи клиническое распознаваніе «гнойный менингитъ» подтвердилось; найдены: лепто-менингитъ, паренхиматозное перерожденіе сердечной мышцы и почекъ, венная гиперемія и отекъ легкихъ; микроскопическое и бактеріологическое изслѣдованіе гноя обнаружило осумкованный диплококкъ *Fraenkel*'я. Принимая во вниманіе, что въ этомъ случаѣ имѣлось полное запустѣніе слезно-носового канала, такъ что ни во время операціи, ни послѣ нея въ полость носа не показалось ни капли гноя, далѣе, что бактеріологическое изслѣдованіе стѣнокъ слезнаго мѣшка не обнаруживало присутствія диплококковъ, что рана зажила первымъ натяженіемъ и что на трупѣ не обнаружено нагноенія, докладчица приходитъ къ выводу, что слезный мѣшокъ не могъ служить источникомъ менингита; на основаніи же того, что диплококкъ часто встрѣчается въ полости носа даже у совершенно здоровыхъ людей, она высказала увѣренность, что въ ея случаѣ пнеймококкъ проникъ изъ полости носа къ мозговымъ оболочкамъ (черезъ рѣшетчатую пластинку по ходу вѣточекъ обонятельнаго нерва). Свое сообщеніе докладчица пополнила подробными ссылками на соотвѣтственныя литературныя данныя.

*А. Ф. Шимановскій*, соглашаясь съ выводами докладчицы, спросилъ о состояніи окружающей клѣтчатки и надглазничной вены, впадающей въ пещеристую пазуху: нормальное состояніе этихъ частей еще болѣе подтвердило-бы выводъ докладчицы.

*М. М. Козловскій* указалъ на необходимость одновременнаго лѣченія дакріоцистита и заболѣванія носа, служащихъ нерѣдко причиной перваго.

Проф. *Н. М. Волковичъ* полагаетъ, что разъ слезно-носовой протокъ открытъ, осложненія должны были-бы наблюдаться чаще.

*А. Ф. Шимановскій*: Протокъ этотъ имѣетъ прямой ходъ и даетъ хорошія условія для стока.

Проф. *Н. М. Волковичъ*: Патологически измѣненный слезный протокъ теряетъ значеніе дренажа; дренированіе, кромѣ того, можетъ быть не изъ раны въ носъ, а наоборотъ. Если по сосѣдству съ раной находится большая полость, необходимо вставить въ рану турунду.

*А. Ф. Шимановскій*: Если нѣтъ зарощенія, то слезно-носовой протокъ можетъ служить для стока, даже если ³/₄ стм. его вырѣзывается. Вставленіе тампона въ рану можетъ повести къ безобразнымъ рубцамъ, что на лицѣ далеко не безразлично.

Проф. *Н. М. Волковичъ* полагаетъ, что въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ вставлять дренажъ въ слезно-носовой каналъ. По мнѣнію проф. *В.*, зараженіе въ случаѣ докладчицы произошло изъ раны; онъ самъ потерялъ больного послѣ операціи мозговой грыжи при совершенно чистой ранѣ, а именно черезъ открытыя вены.

*А. Ф. Шимановскій*: Въ случаѣ докладчицы въ ранѣ найдены не тѣ бактеріи, которыя вызвали менингитъ.

Проф. *В. Е. Черновъ* указалъ, что при изслѣдованіи больной въ клиникѣ и на вскрытіи рана была найдена вполнѣ чистой, асептичной. Прибывшій къ концу вскрытія проф. *В. К. Высоковичъ* заявилъ, что источникъ зараженія раны можетъ проникнуть черезъ рану, хотя послѣдняя и остается стерильной. Здѣсь имѣется дѣло съ несчастнымъ случаемъ, который нельзя предупредить, какъ случайныя смерти при хлороформированіи.

*А. З. Лазаревъ*: Пнеймоническія гнѣзда, найденныя на вскрытіи, указываютъ на то, что ребенокъ былъ боленъ до операціи; менингитъ явился лишь частичнымъ проявленіемъ пнеймококцеміи.

Проф. *Н. М. Волковичъ* считаетъ пнеймоническія гнѣзда результатомъ инфаркта: при закупоркѣ пазухъ инфаркты—обычное явленіе.

Д-ръ *Соколовъ* указалъ, что на вскрытіи былъ найденъ отекъ легкихъ, но не пнеймонія.

Проф. *В. Е. Черновъ*: Въ мочѣ у больной былъ найденъ бѣлокъ; почему вначалѣ распознаваніе колебалось между урэміей и менингитомъ; въ виду односторонности тоническихъ судорогъ, отсутствія гипертрофіи сердца и твердаго пульса остановились на послѣднемъ. Вопросъ объ источникѣ зараженія не можетъ быть рѣшенъ; операція могла служить толчкомъ для обнаруженія заболѣванія, бывшаго уже до операціи.

(Засѣданіе 1-го декабря 1903 г.).

*А. И. Баларджевъ. Случай отравленія морфіемъ ребенка 1 мѣс.* 1-мѣсячному ребенку въ 1 часъ дня 12/XI было дано, по ошибкѣ 0,01 солянокислаго морфія. Черезъ нѣкоторое время появилась рвота, а затѣмъ ребенокъ заснулъ; въ виду того, что онъ, не смотря на попытки разбудить, не просыпался, лишь въ 7 час. обратилась къ врачу, который опредѣлилъ отравленіе морфіемъ и отправилъ ребенка въ клинику проф. *В. Е. Чернова*, куда онъ и былъ доставленъ въ 10 час. вечера. Ребенокъ лежалъ неподвижно; кожа его была холодна, синюшна; слизистыя оболочки были еще синюшнѣй, чѣмъ кожи; кожныхъ, сухожильныхъ рефлексовъ и болевой чувствительности не было; глаза были закрыты, зрачки съужены ad maximum, не отвѣчали на свѣтъ; пульсъ не прощупывался, тоны сердца были глухи; дых. 4—6; въ легкихъ ослабленное дыханіе. Лѣченіе: впрыскиваніе подъ кожу камфарнаго масла, 1%-го раствора марганцевокислаго кали, погруженіе то въ горячую (32°), то въ холодную воду (18°) (въ 1-ой ваннѣ ½ минуты, во 2-ой 3—5 сек.), искусственное дыханіе, вдыханіе кислорода. Черезъ 12—14 часовъ ребенокъ почти вполнѣ оправился, а къ вечеру былъ здоровъ. Фарадизація области грудобрюшной преграды осталась безъ результата. Докладчикъ указалъ въ заключеніе на несомнѣнно полезное дѣйствіе марганцевокислаго кали при тяжкомъ отравленіи морфіемъ.

*I. М. Гарлинскій* затрудняется сказать, какому лѣчебному способу слѣдуетъ отдать предпочтеніе, такъ какъ въ случаѣ докладчика примѣнялось нѣсколько.

*Докладчикъ* считаетъ наиболѣе дѣйствительнымъ марганцевокислое кали, согласно опытамъ *Moor*'а.

*А. О. Карницкій* присоединяется къ мнѣнію докладчика и полагаетъ, что марганцово-кислое кали дѣйствуетъ активнымъ кислородомъ и обладаетъ избирательнымъ средствомъ къ морфію.

*Я. Б. Шницеръ* полагаетъ, что въ случаѣ докладчика морфій уже успѣлъ отчасти выдѣлиться, подѣйствовавъ на дыхательный центръ; тутъ оказало дѣйствіе не марганцевокислое кали, а средства, возбуждающія дыханіе.

Д-ръ *Эйберъ* указалъ на случай, гдѣ противоядіемъ былъ какъ будто коффеинъ.

*Докладчикъ* обратилъ вниманіе на то, что морфій медленно выдѣляется изъ крови и противоядіе необходимо для нейтрализаціи морфія.

*Н. В. Михайловъ* полагаетъ, что ребенка спасли всѣ мѣры, примѣненныя докладчикомъ. Марганцевокислое кали заслуживаетъ глубокаго вниманія, но на основаніи личнаго опыта, *М.*

Digitized by Google

думаетъ, что и атропинъ имѣетъ весьма важное значеніе; весьма полезно дѣйствіе водолѣчебныхъ мѣръ, оживляющихъ угнетенные морфіемъ центры.

*В. И. Соколовъ. Случай остраго энцефалита, кончившагося выздоровленіемъ.* К., 5 л., заболѣла 2 мѣсяца назадъ жаромъ и головною болью. Черезъ 3 дня (2/x)—рвота и поносъ, на низъ до 10 разъ въ сутки. Въ дальнѣйшемъ рвота прекратилась, но на низъ было по 5—6 въ день, а вечернія температуры достигали 39°—40°. 4/x: Общія судороги. Больная перестала говорить. Судороги продолжались съ недѣлю. 10/x: Перестала дѣйствовать правая ручка. 15/x: Движенія ручки возстановились. 18/x: Больная доставлена въ клинику проф. *В. Е. Чернова*, гдѣ найдено слѣдующее: безпокойство; сознаніе подавлено; зрачки неравномѣрно расширены, вяло отвѣчаютъ на свѣтъ; въ правой ручкѣ—небольшая ригидность и затруднены движенія; на ней и на правой ногѣ рефлексы повышены; въ кисти и пальцахъ правой ручки атетоидныя движенія; признакъ *Trousseau* выраженъ ясно. 37°,4; въ дальнѣйшемъ теченіи температура между 37 и 39. Атетоидныя движенія исчезли 25/x. Говорить больная стала 27/x, въ этотъ же день появилось гноетеченіе изъ лѣваго уха. 2/xi: На правой ½ тѣла, лица и конечностей появилась небольшая сыпь въ видѣ мелкихъ узловъ, сидящихъ на красномъ основаніи. 4/xi: При отоскопіи найденъ отитъ съ прободеніемъ барабанной перепонки. 6/xi: Температура нормальная. Сыпь исчезла. Выдѣленіе изъ уха ничтожное, свѣтлое. Дѣвочка спокойна, пополнѣла, ѣстъ правой ручкой, но справа рефлексы по прежнему повышены и сила справа меньше. 15/xii К. выписалась изъ клиники почти здоровой, но справа рефлексы оставались повышенными, а движенія были не такъ увѣрены и свободны, какъ слѣва. На основаніи данныхъ клиническаго теченія и литературы докладчикъ поставилъ въ своемъ случаѣ распознаваніе энцефалита, при чемъ измѣненія со стороны уха должны быть разсматриваемы не какъ самостоятельное заболѣваніе, повлекшее за собой послѣдовательное пораженіе головного мозга; а лишь какъ заболѣваніе сопутствующее. Въ заключеніе докладчикъ вкратцѣ коснулся этіологіи энцефалита, а также лѣченія послѣдняго.

*Я. Б. Шницеръ* полагаетъ, что въ случаѣ докладчика былъ гнойникъ въ среднемъ ухѣ, который производилъ давленіе на лѣвое полушаріе; съ прекращеніемъ давленія, когда гной нашелъ себѣ выходъ, прекратились и явленія паралича и все стало быстро возвращаться къ нормѣ.

*Докладчикъ* возразилъ, что въ его случаѣ болѣзнь имѣла строго очаговый характеръ, что не могло-бы быть при давленіи со стороны уха; эпидуральный гнойникъ и гнойникъ, расположенный въ другомъ мѣстѣ, дали бы иную картину и исходъ болѣзни.

*А. З. Лазаревъ*, основываясь на литературныхъ данныхъ (случаи *Oppenheim*'а, *Moebius*'а, *Roedlich*'а), а также на теченіи болѣзни присоединился къ мнѣнію докладчика. Онъ наблюдалъ 8 лѣтъ назадъ такой случай: у больного были явленія судорожной гемиплегіи; кромѣ того, дельтовидная мышца была атрофирована и представляла явленія, характерныя для спинномозгового паралича. Этотъ случай подтверждаетъ предположеніе, что энцефалитъ и поліоміэлитъ могутъ быть этіологически тождественны, рознясь только по мѣстоположенію болѣзни.

*А. О. Карницкій* привелъ изъ своей практики случай, гдѣ послѣ начальнаго лихорадочнаго стадія у ребенка развились всѣ признаки мозгового заболѣванія, которые прошли безслѣдно. *К.* подчеркнулъ крайнюю трудность отличительнаго распознаванія мозговыхъ заболѣваній, что, между прочимъ, относилось и къ его случаю, а также подробно разсмотрѣлъ вопросъ о существованіи самостоятельныхъ формъ энцефалитовъ у дѣтей и коснулся вторичныхъ формъ. На основаніи своихъ наблюденій, а также многочисленныхъ литературныхъ данныхъ *К.* высказалъ предположеніе, что одно и тоже отравно-заразное начало можетъ дѣйствовать одновременно и при томъ въ самой различной степени и на сосуды, и на узловыя клѣтки центральной нервной системы. Преобладаніе пораженій то тѣхъ, то другихъ будетъ зависѣть какъ отъ силы дѣйствующаго яда, такъ и отъ качествъ его; также тутъ имѣютъ громадное значеніе и личныя особенности больного ребенка. Что касается случая докладчика, то *К.* склоненъ думать, что заболѣваніе уха не имѣло прямого отношенія къ мозговымъ припадкамъ; нарывъ подъ твердой мозговой оболочкой далъ-бы болѣе рѣзкія явленія, чѣмъ въ случаѣ докладчика; при нарывѣ-же надъ нею были бы явленія раздраженія, но не было-бы потери рѣчи и паралича.

*Э. Г. Сонгайло* на основаніи практическихъ соображеній думаетъ, что въ случаѣ докладчика было гнойное воспаленіе уха съ нервными явленіями, которыя исчезли по прекращеніи воспаленія уха, когда гнойникъ вскрылся наружу.

*Докладчикъ* указалъ, что при наличности гнѣздныхъ пораженій головного мозга въ его случаѣ не было вначалѣ никакихъ указаній на заболѣваніе уха, которое присоединилось послѣ.

*Е. К. Контребинскій* обратилъ вниманіе на то, что поражено было лѣвое ухо; въ виду этого, а также принимая во вниманіе быстрое выздоровленіе послѣ вскрытія гнойника въ ухѣ, *К.* полагаетъ, что всѣ явленія можно объяснить отитомъ.

*Л. Л. Полонскій* указалъ на важное значеніе своевременнаго изслѣдованія уха; нервныя явленія въ случаѣ докладчика, по видимому, обусловливались пораженіемъ уха.

*І. М. Гарлинскій* на основаніи кривой температуры и совпаденія вскрытія нарыва и выздоровленія присоединился къ мнѣнію д-ра *Полонскаго*.

*А. З. Лазаревъ* настаивалъ на томъ, что въ случаѣ докладчика имѣлась негнойная форма энцефилита; на это указываетъ то, что отъ начала заболѣванія до вскрытія нарыва прошелъ почти мѣсяцъ; такой бурно протекавшій процессъ долженъ-бы гораздо раньше окончиться вскрытіемъ наружу или въ мозгъ. Существованіе въ ранней стадіи атетоидныхъ движеній говоритъ за то, что тутъ была поражена мозговая кора; послѣ вскрытія нарыва болѣзнь окончилась не сразу, такъ какъ параличъ и атетоидныя движенія оставались еще нѣкоторое время, но и теперь ребенка нельзя считать вполнѣ здоровымъ, такъ какъ на пораженной сторонѣ имѣется рѣзкое повышеніе рефлексовъ, а ручка дрожитъ, когда дѣлается попытка взять что-нибудь.

Къ мнѣнію д-ра *Лазарева* присоединился и *Н. В. Михайловъ*.

*В. Дукельскій.*

## XXVII. Изъ Петербургскаго офталмологическаго Общества.

(Засѣданіе 22-го января).

*А. С. Чемолосовъ* показалъ больного съ *колобомой желтаго пятна*.

*І. С. Фельзеръ* показалъ больную съ *опухолью правой глазницы*.

*Г. Е. Выгодскій* прочиталъ замѣтку «Памяти д-ра *Ф. Ю. Шредера*», въ которой привелъ жизнеописаніе покойнаго и далъ характеристику его, какъ врача, учителя, начальника, товарища и члена Петербургскаго офталмологическаго Общества. По предложенію предсѣдателя Общества память покойнаго была почтена вставаніемъ.

*К. І. Ноишевскій. Зрѣніе послѣ операціи у врожденно слѣпыхъ и у лицъ, потерявшихъ зрѣніе въ первые годы своей жизни.* Давно извѣстенъ фактъ, что врожденнослѣпые или потерявшіе зрѣніе въ первые годы жизни по возвращеніи зрѣнія долго не имѣютъ представленія ни о формѣ предметовъ, ни объ ихъ величинѣ и разстояніи и должны учиться видѣть, различать и находить предметы. Докладчикъ привелъ изъ своей практики одинъ такой случай. Дѣвушка, 18 л., ослѣпла послѣ оспы, 4-хъ лѣтъ отъ роду, вслѣдствіе зарощенія и прирощенія къ роговой оболочкѣ зрачка праваго глаза; свѣтоощущеніе было сохранено, но проэкціи свѣта не было; лѣваго глаза совсѣмъ не было. Послѣ операціи искусственнаго зрачка больная стала видѣть; но въ теченіи первыхъ недѣль послѣ операціи она совершенно не могла ходить съ открытыми глазами. Всѣ предметы и полъ она видѣла такъ близко къ глазу, что принуждена была сначала прикасаться къ нимъ руками и въ первое время рѣшалась ступить ногой только на то мѣсто пола, котораго предварительно коснулась рукой. Это явленіе, а равно и съуженіе границъ поля зрѣнія у такихъ больныхъ, наблюдаемое различными авторами, докладчикъ объясняетъ «зрительной атаксіей».

Проф. *Л. Г. Беллярминовъ* попросилъ докладчика дать точное опредѣленіе, что онъ понимаетъ подъ зрительной атаксіей, такъ какъ это названіе обычно не употребляется въ глазныхъ болѣзняхъ?

*Докладчикъ* опредѣлилъ эту атаксію, какъ несоотвѣтствіе или раздѣльность между зрительнымъ впечатлѣніемъ и двигательнымъ актомъ.

Проф. *Л. Г. Беллярминовъ* находитъ, что, если названіемъ «зрительная атаксія» опредѣлять болѣзненное состояніе глаза, то нужно выяснить, какія именно болѣзни относятся сюда. Изъ сообщенія докладчика этого не видно: онъ пріурочиваетъ зрительную атаксію къ различнымъ состояніямъ глаза—патологическимъ и нормальному. У врожденнослѣпыхъ есть недостатокъ привычки, опыта и соотношеній между зрительнымъ впечатлѣніемъ и сужденіемъ о немъ, а не зрительная атаксія; тѣмъ-же можно объяснить и съуженія границъ поля зрѣнія у нихъ.

*Докладчикъ* указалъ, что при зрительной атаксіи имѣется страданіе сочетательныхъ дугъ; при этомъ были находимы измѣненія въ корковыхъ областяхъ; съуженіе поля зрѣнія у этихъ лицъ происходитъ оттого, что раздраженіе периферическихъ частей сѣтчатки не доходитъ до сознанія, такъ какъ сочетательныя дуги не дѣйствуютъ [1]).

*І. С. Фельзеръ* спросилъ, нельзя-ли объяснить улучшеніе зрѣнія у врожденнослѣпыхъ съ теченіемъ времени однимъ лишь упражненіемъ и не находятся-ли зрительныя представленія въ связи съ мѣстомъ искусственнаго отверстія въ радужной оболочкѣ, такъ какъ краевыя части сѣтчатки менѣе возбудимы, чѣмъ центральныя? Гдѣ было отверстіе въ случаѣ докладчика?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что отверстіе было вверху и что зрительная атаксія отъ упражненія можетъ уменьшаться, подобно спинносухоточной.

Затѣмъ секретаремъ Общества были прочитаны 2 сообщенія д-ра *Ziem*'а изъ Данцига въ переводѣ ихъ съ нѣмецкаго языка на русскій: 1) *Объ отнятіи передней ⅓ глазного яблока послѣ поврежденій его* и 2) *О значеніи предшествующихъ заболѣваній носа при поврежденіяхъ глаза.*

*С. Лобановъ.*

[1]) Въ докладѣ читаемъ: «для того, чтобы какая-нибудь точка въ пространствѣ, падающая на периферію сѣтчатки, была воспринята, необходимо, чтобы впечатлѣніе точки на периферіи было соединено сочетательной дугой съ впечатлѣніемъ точки, падающей у основанія зрительной фиксаціонной линіи; въ ослабленіи или даже въ уничтоженіи этихъ сочетательныхъ дугъ и кроется причина атактическаго съуженія поля зрѣнія».

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

*Маньянъ и Легрэнъ. Вырождающіеся.—Перев. съ франц. Ю. В. Португалова, съ предисловіемъ В. М. Бехтерева. Петербургъ. 1903.*

Книга *Magnan*'а и *Legrain*'а, посвященная вопросу о вырождающихся, заслуживаетъ большого вниманія со стороны врачей вообще и психіатровъ въ особенности. Несомнѣнно также, что и юристы могутъ найти въ ней много для себя поучительнаго. Трудъ почтенныхъ авторовъ отличается серьезной разработкой вопроса о вырожденіи, которое разсмотрѣно ими съ различныхъ сторонъ и особенно подробно изучено съ біологической точки зрѣнія. Вообще по своимъ достоинствамъ разбираемая книга вполнѣ заслуживала перевода на русскій языкъ.

Книга раздѣлена на 9 главъ, которымъ предшествуетъ введеніе, разсматривающее историческій ходъ развитія психіатріи въ XIX столѣтіи. Въ 1-ой главѣ разобраны тѣ дегенеративныя состоянія, которыя со временъ *Morel*'я описывались подъ различными формами душевныхъ разстройствъ (folie lucide, délire émotif, импульсивное помѣшательство, moral insanity, резонирующее помѣшательство). Во 2-ой главѣ приводится классификація психопатическихъ состояній и опредѣляется то мѣсто, которое должны занять дегенеративныя состоянія среди душевныхъ болѣзней. Здѣсь-же авторы, между прочимъ, устанавливаютъ принципы классификаціи душевныхъ заболѣваній вообще и подвергаютъ критическому разбору существующіе способы классификаціи. 3-ья глава трактуетъ вырожденіе человѣческаго рода; въ этой главѣ дается опредѣленіе вырожденія съ точки зрѣнія эволюціи (нормальной и патологической), а также приводятся причины, способствующія вырожденію (вліянія наслѣдственныя, пріобрѣтенныя и случайныя). Вырожденіе авторами опредѣляется такъ: «Вырожденіе есть болѣзненное состояніе даннаго лица, органически ослабленнаго въ смыслѣ своего психофизическаго противодѣйствія вреднымъ внѣшнимъ вліяніямъ; лицо это лишь въ весьма несовершенномъ видѣ способно выносить біологическія условія наслѣдственной борьбы за существованіе; органическое ослабленіе даннаго лица, выражаемое постоянными признаками, по существу своему прогрессивно, такъ что въ концѣ концовъ болѣе *или менѣе* быстро происходитъ уничтоженіе вида».—Въ 4-ой и 5-ой главахъ разсматриваются физическіе признаки вырожденія и психическое состояніе вырождающихся. Здѣсь авторы дали весьма обстоятельный, подробный, клинически научно обоснованный очеркъ психическаго состоянія вырождающихся, подраздѣливъ ихъ на 3 группы: 1) неуравновѣшенные въ умственномъ отношеніи (идіоты, тупоумные, глуповатые, дегенеранты высшаго порядка); 2) неуравновѣшенные въ отношеніи чувствительной сферы (лица эмотивныя); 3) неуравновѣшенные въ отношеніи воли (лица съ насильственными, мимовольными стремленіями). 6-ая глава посвящена вопросу о развитіи вырождающихся, при чемъ авторы послѣдовательно изучаютъ исторію развитія дегенерантовъ отъ рожденія вплоть до смерти и рельефно оттѣняютъ всѣ особенности ихъ психо-физическаго склада. Въ 7-ой главѣ излагается ученіе о навязчивыхъ и мимовольныхъ состояніяхъ, которыя могутъ считаться наиболѣе выраженными проявленіями неуравновѣшенности. Эти состоянія особенно подробно изучены авторами, которые даютъ имъ такое опредѣленіе: «Всякое обнаруженіе мозговой дѣятельности умственнаго порядка или чувственнаго, навязывающееся сознанію, вопреки усиліямъ воли, и такимъ образомъ нарушающее на нѣкоторое время или прерывающее правильный ходъ умственныхъ операцій, есть навязчивое состояніе (obsession). Всякое дѣйствіе, сознательно выполняемое, но не поддающееся задержкѣ усиліями воли, есть мимовольное состояніе (impulsion)». Такимъ образомъ мимовольное состояніе свойственно дѣйствію, а навязчивое—мысли. Дальнѣйшій весьма тонкій психологическій анализъ этихъ состояній и поясненіе ихъ соотвѣтственными примѣрами дѣлаютъ эту главу въ трудѣ авторовъ особенно интересной и поучительной.—8-ая глава посвящена выясненію судебно-медицинскаго значенія вырожденія въ связи съ преступностью. Въ этой главѣ, между прочимъ, сдѣланъ основательный критическій разборъ существующихъ ученій о преступности, а также не мало мѣста удѣлено весьма важному въ практическомъ отношеніи вопросу объ отвѣтственности дегенерантовъ.—Въ 9-ой главѣ разбирается лѣченіе вырожденія. Здѣсь указываются общія терапевтическія мѣропріятія, физическая гигіена, педагогическія мѣры, умственное и нравственное воспитаніе, выясняются обязанности общества и роль семьи въ этомъ отношеніи, а также задачи соціальной профилактики.

Изъ приведеннаго краткаго разбора видно, какіе серьезные біологическіе вопросы затронуты въ разбираемой книгѣ, какія важныя и наиболѣе трудныя главы изъ общей психопатологіи подвергнуты авторами самому обстоятельному психологическому анализу. Такая книга должна заинтересовать каждаго образованнаго человѣка, и потому можно съ увѣренностью сказать, что русскій переводъ этой книги не залежится на полкахъ книжныхъ магазиновъ.

Въ виду сказаннаго является особенно досаднымъ то обстоятельство, что въ русскомъ изданіи допущено значительное количество описокъ и много опечатокъ. Поэтому весьма желательно, чтобы во 2-мъ изданіи, которое, вѣроятно, скоро понадобится для этой книги, было обращено болѣе вниманія на эту сторону дѣла. Кромѣ того, необходимо также сдѣлать исправленія и измѣненія въ отношеніи болѣе точной и правильной передачи на русскій языкъ нѣкоторыхъ французскихъ терминовъ и выраженій.

*Б. Воротынскій.*

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

XXIII. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ, 7-го января текущаго года мы, ординаторы психіатрической больницы Смоленскаго губернскаго Земства, заявили Управѣ объ оставленіи всѣми нами службы въ названной больницѣ.

Мы получили много запросовъ по поводу тѣхъ вопіющихъ безобразій въ больницѣ, которыя послѣ долгой и упорной борьбы съ ними заставили насъ послѣдовать участи 13 товарищей ординаторовъ, въ теченіи 4-хъ лѣтъ буквально «бѣжавшихъ» изъ больницы. «Смоленская психіатрія» нашла себѣ могучій откликъ не только въ медицинской, но и въ общей печати, горячо ободрявшей насъ въ борьбѣ съ тѣми ужасающими недочетами и погрѣшностями, при наличности которыхъ не возможна творческая, созидательная работа и въ корнѣ парализуется отвѣтственная и тяжелая роль врача-психіатра.

Все это заставляетъ насъ въ краткихъ чертахъ познакомить товарищей, особенно желающихъ поступить на службу въ Смоленскую психіатрическую больницу, съ мѣрами, предпринятыми нами къ искорененію всѣхъ недостаткахъ, съ результатами, достигнутыми нашей борьбой, и мотивами, заставившими насъ, не смотря на затраченный громадный трудъ и энергію, все таки покинуть службу въ Смоленской больницѣ.

Усматривая главную и на первыхъ порахъ даже единственную причину всѣхъ непорядковъ въ режимѣ, крѣпко установленномъ за послѣдніе 4 года д-ромъ *Бяшковымъ*, выражающемся въ чрезмѣрномъ развитіи принципа единовластія старшаго врача, режимѣ, по нашему мнѣнію, вредномъ для дѣла, мы сочли нужнымъ указать Управѣ на настоятельную необходимость преобразованія больничнаго строя на строго коллегіальныхъ началахъ. Мы просили Управу собрать насъ для выработки инструкцій, точно регулирующихъ какъ наши отношенія къ старшему врачу, такъ и наше положеніе, въ силу коего мы являлись-бы не простыми исполнителями распоряженій старшаго врача, а дѣятельными и сознательными сотрудниками въ больничномъ дѣлѣ. Управа съ явнымъ несочувствіемъ отнеслась къ нашимъ предложеніямъ и вмѣстѣ съ тѣмъ ни приняла никакихъ мѣръ не только къ устраненію больничныхъ непорядковъ, но даже и къ выясненію ихъ. Когда вопросъ о безобразіяхъ въ больницѣ проникъ въ общую печать, Управа, не затребовавъ отъ насъ никакихъ объясненій, не потрудившись даже провѣрить все на мѣстѣ, рѣшилась печатно заявить, что въ больницѣ никакихъ непорядковъ нѣтъ и что всѣ указанные въ печати факты значительно, будто-бы, преувеличены и неправильно освѣщены. Такое отношеніе Управы къ дѣлу вынудило насъ выступить въ Обществѣ Смоленскихъ врачей. 28-го октября, отъ лица ординаторовъ д-ръ *В. В. Крумбмиллеромъ* былъ прочитанъ докладъ, въ которомъ на основаніи фактовъ и строго обоснованныхъ научныхъ положеній указывалось на 2 главнѣйшихъ погрѣшности больничнаго строя: на неудовлетворительное питаніе больныхъ и крайне нераціонально съ медицинской точки зрѣнія поставленныя работы ихъ, что и повлекло за собой значительное паденіе вѣса у громадной части больныхъ. Въ виду важности затронутаго въ докладѣ вопроса, Общество Смоленскихъ врачей единогласно постановило отпечатать его отдѣльной брошюрой и и разослать членамъ для подробнаго обсужденія на послѣдующихъ засѣданіяхъ Общества. Въ теченіи 2-хъ слѣдующихъ мѣсяцевъ, Общество Смоленскихъ врачей знакомилось, съ тщательной пытливостью, съ многочисленными недостатками, черпая обширный матеріалъ какъ изъ статьи д-ра *О. В. Кондратовича*, проведшаго 2 мѣсяца въ психіатрической колоніи этимъ лѣтомъ, такъ и изъ сообщеній ординаторовъ. Не смотря на неоднократныя приглашенія со стороны Общества помочь въ разъясненіи сложнаго, труднаго вопроса, д-ръ *Бяшковъ* ни разу не посѣтилъ засѣданій Общества и ничего не опровергъ путемъ печати.

Постановленіе Общества Смоленскихъ врачей, напечатанное въ № 47 «Русскаго Врача» за 1903 г., явившееся плодомъ долгаго и всесторонняго обсужденія вопроса, признало полную достовѣрность глубоко вкоренившихся въ строй больницы вопіющихъ дефектовъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ мы снова обратились непосредственно въ Управу съ запиской, въ которой подробно изложили больничные недочеты и просили при этомъ передать наше заявленіе на обсужденіе губернскаго врачебнаго Совѣта. Мы были вполнѣ увѣрены, что этотъ земскій врачебно-коллегіальный органъ обратитъ серьезное вниманіе на наши заявленія. По видимому, и Управа опасалась, что врачебный Совѣтъ признаетъ ихъ основательными. Иначе нельзя понять, почему она, вопреки обыкновенію передавать врачебные вопросы въ Совѣтъ и вопреки заявленію въ печати своего предсѣдателя, на этотъ разъ уклонилась отъ передачи фактической стороны даннаго вопроса на разсмотрѣніе Совѣта. Между тѣмъ это нарушеніе Управою установившагося порядка имѣло весьма печальныя послѣдствія для выясненія истиннаго положенія дѣлъ психіатрической больницы при послѣдующемъ разсмотрѣніи въ губернскомъ земскомъ Собраніи. Хотя наша записка и не была разоб-

Digitized by Google

рана авторитетнымъ для Собранія земско-медицинскимъ органомъ, хотя отвѣтная записка старшаго врача, составлявшаяся при дѣятельномъ участіи предсѣдателя Управы, вопреки категорическому обѣщанію послѣдняго, не была обсуждена совмѣстно съ нами, тогда какъ наша записка обсуждалась Управою при участіи старшаго врача, тѣмъ не менѣе соединенная Коммиссія, а за ней и Собраніе, изобразивъ больничную жизнь въ менѣе непривлекательномъ видѣ, чѣмъ она существуетъ въ дѣйствительности, вынуждены были признать, что въ больницѣ далеко не все обстоитъ благополучно. Губернское земское Собраніе предписало Управѣ, «безотлагательно приступить къ упорядоченію хода внутренней жизни психіатрическаго отдѣленія». Непосредственно послѣ постановленія Собранія допущенъ былъ со стороны старшаго врача, продолжавшаго поддерживать прежній режимъ, цѣлый рядъ единовластныхъ поступковъ: конечно, для насъ это не было неожиданностью.

Совмѣстная работа съ д-ромъ *Блиновымъ* и его поведеніе въ возбужденномъ нами вопросѣ давно уже убѣдили насъ въ отсутствіи въ его личности всякаго научнаго, а тѣмъ болѣе нравственнаго авторитета. Не можетъ быть и рѣчи о плодотворной работѣ въ общественномъ дѣлѣ, какимъ является психіатрическая больница, когда во главѣ ея стоитъ лицо, заявившее себя недостойнымъ, на нашъ взглядъ, отношеніемъ къ общественному мнѣнію и мнѣнію врачебной корпораціи, не говоря уже о цѣломъ рядѣ поступковъ, не допустимыхъ съ точки зрѣнія врачебной этики.

Въ заключеніе съ чувствомъ глубокаго нравственнаго удовлетворенія мы должны отмѣтить постановленіе губернскаго врачебнаго Совѣта, созваннаго Управой въ концѣ минувшаго января для сообщенія ему о нашей общей отставкѣ и для выборовъ кандидатовъ на освобождающіяся послѣ нашего ухода мѣста врачей-ординаторовъ психіатрической больницы. Совѣтъ просилъ насъ остаться. Послѣ нашего категорическаго отказа, Совѣтъ, высказывая намъ глубокое сожалѣніе объ оставленіи нами службы, выразилъ свою искреннюю признательность за починъ въ дѣлѣ введенія коллегіальности, впервые насажденной нами на почвѣ Смоленской психіатрической больницы путемъ выработки инструкцій, точно регулирующихъ правильное теченіе жизни въ больницѣ. Одновременно съ этимъ Совѣтъ просилъ Управу путемъ нашей докладной записки подробно ознакомить его со всѣми недочетами и погрѣшностями въ Смоленской больницѣ. Со стороны Управы послѣдовалъ отказъ, мотивированный недопустимостью критики дѣйствій Управы врачебнымъ Совѣтомъ. Послѣ этого врачебный Совѣтъ, не беря на себя нравственной отвѣтственности рекомендовать какимъ-бы то ни было кандидатовъ при подобныхъ исключительныхъ условіяхъ въ психіатрической больницѣ, единогласно отказался отъ выбора новыхъ врачей ординаторовъ, представляя выполненіе этой функціи самой Управѣ.

*Н. Н. Шиповъ, А. Розенталь, В. Крумбмиллеръ, К. Кондратовичъ.*

31-го января 1904 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

203. Изъ прикомандированныхъ къ В.-Медицинской Академіи военныхъ врачей *20 посланы на Дальній Востокъ*.

204. Въ Московскомъ Университетѣ *защищали диссертаціи*: 27-го января *Г. И. Бородулинъ* на тему—«*Аппендицитъ*» и 30-го января *Т. А. Гейеръ* на тему—«*Матеріалы къ вопросу о формѣ развитія протоплазматическихъ отростковъ нервныхъ клѣтокъ спинного мозга*» («Русскія Вѣдомости», 28 и 31 января).

205. 29 января въ В.-Медицинской Академіи защищали диссертаціи: *К. Ю. Бергманъ* на тему—«*О вліяніи мышьяка и желѣза на морфологическій составъ крови и количество гэмоглобина у животныхъ послѣ кровопусканій*», *А. Д. Образцовъ* на тему—«*Къ вопросу о распространеніи т. наз. ацидофильныхъ бактерій у различныхъ классовъ животныхъ*» и *Г. И. Суровъ* на тему—«*Къ вопросу о пересадкѣ роговицы*» («Биржевыя Вѣдомости», 29 января).

206. Министерство народнаго просвѣщенія, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (27 января), возбуждаетъ передъ правительствами южно-славянскихъ государствъ *ходатайство объ уравненіи дипломовъ*, выдаваемыхъ русскими медицинскими факультетами, съ дипломами, выдаваемыми западно-европейскими университетами. Мѣра эта имѣетъ цѣлью привлечь южнославянскихъ уроженцевъ на наши медицинскіе факультеты. Вмѣстѣ съ тѣмъ Министерство разрѣшило кончившимъ курсъ въ русскихъ университетахъ южнымъ славянамъ, получившимъ дипломъ на степень лѣкаря, именоваться какъ у себя на родинѣ, такъ и здѣсь въ Россіи лѣкаремъ, врачемъ или докторомъ.

207. *Завѣдующимъ противочумной лабораторіей* въ фортѣ Императоръ Александръ I въ Кронштадтѣ *назначенъ* ассистентъ Московскаго бактеріологическаго Института д-ръ *Н. М. Берестневъ* («Новости», 27 января).

208. 26-го января состоялось *годовое засѣданіе состоящаго при Московскомъ Университетѣ физико-медицинскаго Общества* подъ предсѣдательствомъ проф. *Д. Н. Зернова*. Изъ прочитаннаго въ засѣданіи отчета видно, что по 1-е января 1904 г. въ Обществѣ состояло 16 почетныхъ членовъ, 79 дѣйствительныхъ и 38 корреспондентовъ. Общество имѣло въ отчетномъ году 6 засѣданій, на которыхъ было сдѣлано 9 сообщеній. Всѣ капиталы къ отчетному дню достигли 21817 р. 95 к. («Русскія Вѣдомости», 27 января).

209. «*Протоколы засѣданій Общества Ярославскихъ врачей за 1902 и 1903 годы*» (Ярославль, 1903) содержатъ 12 протоколовъ очередныхъ засѣданій съ января 1902 г. по май 1903 г. и слѣдующіе труды: *Е. И. Попова—Случай цереброспинальнаго менингита*, *Е. З. Фраткина—Аппендициты и ихъ лѣченіе*, *Б. Л. Трояновскаго—Объ одномъ специально Ярославскомъ способѣ распространенія скарлатины*, *И. Н. Буховцева—Смертность отъ кори въ Ярославлѣ за 10 лѣтъ*, *Н. С. Георгіевскаго—Случай смѣщенія печени*, *Его-же—Объ отношеніи остраго суставного ревматизма къ гноекровію*; *Отчетъ о дѣятельности Ярославской лѣчебницы Общества врачей за 1902 г.* — Изъ обсуждавшихся въ засѣданіяхъ Общества вопросовъ обращаютъ на себя вниманіе вопросъ о публичности засѣданій Общества. Хотя нѣкоторые члены и высказывались противъ публичности засѣданій, ссылаясь на то, что при таковой могутъ быть неточности и даже искаженія въ передачѣ репортеровъ общей печати, что «публичность засѣданій можетъ повести за-собою нежелательныя явленія въ видѣ внесенія докладовъ не въ интересахъ науки, а для рекламы», большинствомъ голосовъ была, однако, признана публичность собраній съ тѣмъ лишь ограниченіемъ, что обсужденіе текущихъ административныхъ дѣлъ Общества, не имѣющихъ принципіальнаго значенія и общаго интереса, предъявленія больныхъ и нѣкоторые доклады, въ видахъ соблюденія профессіональной врачебной тайны, должны происходить безъ постороннихъ посѣтителей. Нельзя не привѣтствовать этого рѣшенія почтеннаго Общества, которое, несомнѣнно, является наиболѣе цѣлесообразнымъ и правильнымъ въ важномъ вопросѣ о публичности засѣданій врачебныхъ Обществъ. Оживленныя пренія вызвало въ Обществѣ обсужденіе мѣръ, которыя нужно принять въ видахъ сокращенія тайной продажи вина и уменьшенія потребленія его на улицахъ путемъ устройства особыхъ заведеній для распитія вина. Вопросы эти были поставлены для обсужденія управляющимъ акцизными сборами Ярославской губ. для представленія въ Министерство финансовъ. Къ сожалѣнію, большинствомъ голосовъ было постановлено увѣдомить управляющаго акцизными сборами, «что Ярославское Общество врачей, по обсужденіи предложенныхъ вопросовъ, признало себя некомпетентнымъ въ рѣшеніи ихъ». Такое отрицательное отношеніе къ серьезному и несомнѣнно важному для врачей вопросу о народномъ пьянствѣ вызвано было, по видимому, тѣмъ, что нѣкоторые члены не вполнѣ правильно поняли цѣль запроса управляющаго акцизными сборами, что видно изъ такихъ, напр., заявленій: тайная продажа вина—«не наше дѣло, не дѣло врачей; мы врачи—не сыщики»; съ другой стороны, нѣкоторые вполнѣ основательно указывали, что «относиться отрицательно къ вопросу о народномъ пьянствѣ, это значитъ показывать, что мы можемъ быть только спеціалистами», что «не отклонять надо отъ себя вопросъ о пьянствѣ, а благодарить за предложеніе вопросовъ такой важности на наше обсужденіе»; «участіе въ общественномъ дѣлѣ поднимаетъ значеніе медицины въ обществѣ, ея вліяніе на жизнь; оно объединяетъ врачебную корпорацію съ обществомъ, что очень желательно и важно для обѣихъ сторонъ». Большинствомъ голосовъ, какъ сказано выше, вопросъ все-таки рѣшенъ отрицательно.—Предсѣдателемъ Общества состоитъ д-ръ *Н. С. Георгіевскій*, секретаремъ *К. О. Сердцевъ*.

210. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (1 февраля), въ Петербургѣ учреждается *Общество попеченія о больныхъ бугорчаткою*, предполагающее оказывать врачебную, матеріальную и нравственную помощь больнымъ бугорчаткою, а также и ихъ семействамъ, и знакомить населеніе съ необходимыми средствами предохраненія себя и окружающихъ отъ зараженія этою болѣзнью. Для достиженія намѣченныхъ цѣлей Обществу предоставлено устраивать амбулаторіи, загородныя санаторіи для грудныхъ больныхъ, пріюты для тяжело-больныхъ, лѣтнія колоніи, кумысолѣчебныя заведенія и вообще всякаго рода учрежденія, имѣющія цѣлью лѣченіе и призрѣніе больныхъ бугорчаткою. Кромѣ того, Обществу разрѣшено устраивать бесѣды и чтенія по вопросамъ о бугорчаткѣ и издавать по этимъ-же вопросамъ популярныя брошюры.

211. Въ Тобольскѣ въ концѣ февраля будетъ созванъ на 10 дней *Съѣздъ сельскихъ врачей Тобольской губ.* «для совмѣстнаго обсужденія всѣхъ назрѣвшихъ вопросовъ по сельско-врачебной части». Въ «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостяхъ» (15 января) помѣщена объ этомъ Съѣздѣ статья «сельскаго врача», въ которой, между прочимъ, указывается, что въ Тобольской губ. врачи, по своему положенію совершенно независимые отъ крестьянскихъ начальниковъ, въ силу сложившихся обстоятельствъ оказались въ зависимости отъ нихъ; «подобное обстоятельство вмѣстѣ съ другими—громадные участки, недостатокъ помощни-

¹) Печатаемъ это письмо съ надеждой, что оно не пройдетъ незамѣченнымъ товарищами, въ особенности тѣми, которые, не будучи вполнѣ освѣдомлены съ обстоятельствами дѣла, вызвавшими уходъ изъ Смоленской психіатрической больницы 4-хъ врачей-ординаторовъ, изъявили-бы намѣреніе занять ихъ мѣсто. Отчего-бы Петербургскому врачебному Обществу взаимной помощи, раскинувшемуся своими отдѣленіями почти по всей Руси, не взять на себя самого починъ въ возбужденіи дѣлъ по охранѣ экономическихъ, а—главное—нравственныхъ интересовъ отечественныхъ врачей, какъ это дѣлаетъ въ Г[illegible]іи Leipzig'скій Союзъ? *Ред.*

ковъ, неприспособленныя больницы и пр.—можетъ служить причиною, почему врачи не живутъ долго въ Тобольской губ.». По мнѣнію товарища, «этотъ первый Съѣздъ врачей Тобольской губ., навѣрно, окажетъ вліяніе на судьбу сельской медицины, разработаетъ бытовой матеріалъ, что, быть можетъ, урегулируетъ жизнь и дѣятельность сельскихъ врачей настолько, что бѣгство врачей изъ губерніи прекратится и слѣдующій Съѣздъ врачей займется разработкой вопросовъ исключительно научно-практическаго содержанія». Давай Богъ!

212. Въ текущемъ году состоится, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (29 января), *9-ый санитарный Съѣздъ земскихъ врачей Петербургской губерніи*, на разсмотрѣніе котораго поступятъ слѣдующіе вопросы: 1) Организація въ земствѣ Петербургской губ. медицинской и санитарной части (амбуляторное и коечное лѣченіе больныхъ, акушерская помощь, оспопрививаніе, борьба съ эпидеміями, санитарныя изслѣдованія и мѣропріятія, санитарный надзоръ, популяризація медицинскихъ и гигіеническихъ знаній, положеніе медицинскаго персонала). 2) Организація въ городахъ Петербургской губерніи медицинской и санитарной части (тѣ же вопросы) и установленіе связи и единства дѣйствій во врачебно-санитарномъ дѣлѣ между Думами и Земствами губерніи. 3) Школьно-санитарный надзоръ (санитарныя изслѣдованія положенія учащихъ и здоровья учениковъ, планы школьныхъ зданій). 4) Содержаніе коечныхъ больныхъ въ земскихъ лѣчебницахъ въ связи съ питаніемъ населенія вообще. 5) Вольный питомническій промыселъ. 6) Санитарное положеніе фабрикъ и заводовъ (улучшеніе казармъ для рабочихъ, очистка сточныхъ водъ, мѣры къ устраненію вреда отъ пыли и газовъ). 7) Призрѣніе душевно-больныхъ.

213. «Русскія Вѣдомости» (27 января) сообщаютъ, что отсрочка занятій Московскаго губернскаго земскаго Собранія и связанная съ этимъ необходимость продолженія работъ различныхъ Коммиссій вынудили губернскую Управу *отложить начало занятій XVI губернскаго Съѣзда членовъ и представителей врачебно-санитарныхъ организацій*, назначеннаго на 1—5 е февраля. По окончаніи очередного губернскаго земскаго Собранія Управа, совмѣстно съ санитарнымъ Совѣтомъ, установятъ наиболѣе подходящее время для занятій Съѣзда, о чемъ и будутъ своевременно извѣщены уѣздныя Управы, земскіе и фабричные врачи, а равно и всѣ принимающія участіе на Съѣздѣ лица.

214. *Изъ постановленій уѣздныхъ земскихъ Собраній Воронежской губ. послѣдней сессіи* («Врачебно-санитарная Хроника Воронежской губ.», № 11, 1903 г.). Задонскій уѣздъ. *По вопросу объ учрежденіи института уѣздныхъ санитарныхъ врачей* Собраніе, соглашаясь съ мнѣніемъ санитарнаго Совѣта, постановило: *признать* учрежденіе института санитарныхъ или санитарно-эпидемическихъ врачей *полезнымъ и желательнымъ*, при чемъ Собраніе высказало опасеніе, какъ бы большія затраты на введеніе этого института не повліяли на сокращеніе ассигновокъ губернскаго земства на другія нужды медицинскаго дѣла въ губерніи; при введеніи института санитарныхъ врачей на первой очереди должны стоять тѣ уѣзды, въ которыхъ наблюдается наибольшая потребность въ санитарныхъ улучшеніяхъ: большая дѣтская смертность, частота появленія эпидемій и т. д. По вопросу объ *отмѣнѣ взиманія платы* за лѣченіе амбуляторныхъ больныхъ постановлено (къ сожалѣнію. *Ред.*) платы *не отмѣнять*.—Землянскій уѣздъ. Признать, что 15-верстный радіусъ участковъ не удовлетворяетъ нуждамъ населенія въ полной мѣрѣ и что *нормальной обращаемости населенія можно ждать при осуществленіи 7-верстнаго радіуса участковъ*, который будетъ достигнутъ при устройствѣ 3-хъ новыхъ участковъ и 2-хъ межуѣздныхъ. *Отмѣнить взиманіе пятачковаго сбора съ больныхъ. Принять докладъ А. И. Шингарева о губернскихъ санитарныхъ врачахъ въ уѣздахъ*, при чемъ способъ введенія ихъ долженъ быть не порайонный, а по-уѣздный. Въ виду малаго числа врачей, подготовленныхъ къ занятію общественно-санитарной медициной, и въ виду отсутствія спеціальнаго института возбудить черезъ губернское земское Собраніе ходатайство передъ правительствомъ объ учрежденіи Института общественно-санитарной медицины.—Нижнедѣвицкій уѣздъ. *По вопросу объ учрежденіи института уѣздныхъ санитарныхъ врачей* Собраніе, разсмотрѣвъ инструкцію дѣятельности уѣзднаго санитарнаго врача, постановило: *признать* учрежденіе этой должности для *Нижнедѣвицкаго уѣзда нежелательнымъ*. [Напомнимъ, что Нижнедѣвицкое земство—то самое, въ которомъ въ свое время было принято постановленіе о приглашеніи на службу въ Земство гомеопата (см. «Врачъ», 1901 г., № 45, стр. 1398 и № 48, стр. 1478)]. — Воронежскій уѣздъ. Ходатайствовать передъ губернскимъ Земствомъ о распространеніи сифилитическихъ бараковъ за счетъ губернскаго Земства, т. е. объ открытіи ихъ при межуѣздныхъ больницахъ; признать близкими къ нормальнымъ условіямъ дѣятельности врачебнаго участка *10-верстный радіусъ*, 12000 посѣщеній въ годъ и снабженіе больницею. Ходатайствовать передъ губернскимъ Собраніемъ *о назначеніи санитарнаго врача* для Воронежскаго уѣзда въ первую очередь.—Бобровскій уѣздъ. *О лѣченіи проститутокъ*. Въ докладѣ Управы указывается, что въ началѣ 1902 г. нѣкоторые земскіе врачи отказались свидѣтельствовать проститутокъ (см. «Русскій Врачъ», 1903, № 6, стр. 233) по требованію полиціи, послѣдствіемъ чего было предписаніе губернатора обязать земскихъ врачей осматривать и помѣщать больныхъ сифилисомъ проститутокъ въ земскія больницы на излѣченіе. На Съѣздѣ врачей было выяснено, что таковое помѣщеніе, за отсутствіемъ въ больницахъ сифилитическихъ отдѣленій, невозможно. Земское Собраніе 1902 г. постановило: такъ какъ при Бобровской больницѣ нѣтъ соотвѣтствующаго помѣщенія для пріема и осмотра проститутокъ и нѣтъ отдѣленія для коечнаго лѣченія ихъ, то на земскихъ врачей не можетъ быть возложена обязанность по осмотру и лѣченію проститутокъ, посылаемыхъ полиціею, и послѣднихъ обязанъ осматривать городовой врачъ въ помѣщеніи, которое ему укажетъ городъ или полиція, а лѣчить—губернская больница. Это постановленіе было опротестовано губернаторомъ и передано имъ на разсмотрѣніе губернскаго по земскимъ и городскимъ дѣламъ Присутствія, которое согласилось съ постановленіемъ уѣзднаго Собранія. Въ іюнѣ 1903 г. губернаторъ поставилъ Управу въ извѣстность, что медицинскій Департаментъ увѣдомилъ его, что «земскія учрежденія, какъ правопріемники бывшихъ приказовъ общественнаго призрѣнія, не могутъ, безъ уважительныхъ причинъ и при имѣющейся къ тому возможности, отказывать въ пріемѣ и лѣченіи въ земскихъ больницахъ заболѣвшихъ сифилисомъ проститутокъ и что, если Бобровское земство не получило отъ бывшаго приказа никакихъ капиталовъ, то оно можетъ войти въ соглашеніе съ губернскимъ земствомъ, къ которому перешли означенные капиталы». Собраніе, обсудивъ предложеніе губернатора, постановило: остаться при прошлогоднемъ рѣшеніи, такъ какъ земство, за неимѣніемъ при больницахъ сифилитическихъ отдѣленій, не можетъ помѣщать въ больницы проститутокъ съ заразными формами сифилиса.—Новохоперскій уѣздъ. По вопросу *объ учрежденіи института уѣздныхъ санитарныхъ врачей* Собраніе, исходя изъ того соображенія, что лѣчебная часть врачебнаго устройства въ уѣздѣ еще далека отъ совершенства, что заботы земства должны быть направлены прежде всего въ эту сторону и что желательно было-бы, чтобы губернское земство пришло на помощь уѣздамъ ассигновкой жалованья запасному врачу, постановило: учрежденіе должности санитарнаго врача отклонить и признать нежелательнымъ.

215. 19-го минувшаго января въ Омскѣ *тепло праздновали 40-лѣтіе службы* Сибирскаго окружного в.-медицинскаго инспектора и предсѣдателя и почетнаго члена Омскаго медицинскаго Общества *Е. П. Казанскаго*. Въ «Степномъ Краѣ» (№ 11) приведены подробности этого торжества. Шлемъ почтенному юбиляру и нашъ привѣтъ.

216. По словамъ «Бессарабца» (29 января), душеприказчики покойнаго Московскаго милліонера и благотворителя Солодовникова отпустили, въ осуществленіе воли покойнаго, *400000 р. на сооруженіе грандіознѣйшаго родовспомогательнаго заведенія въ Серпуховѣ*. Къ сооруженію его уже приступлено.

217. Вдова покойнаго д-ра *Алмазова* г-жа А. Алмазова проситъ насъ передать ея *сердечную признательность* товарищамъ (*А. П. Грузиненко*, д-ру *Канонникову*, д-ру *Клименко, Н. Н. Кучерову, М. А. Меньшикову, И. Б. Ниренбергу, Р. А. Петерсу, Н. М. Фейнбергу*), оказавшимъ ей, по письму г. Бѣлецкаго, помѣщенному въ № 45 «Русскаго Врача» за 1903 г., матеріальную помощь для окончанія воспитанія ея сыновей-гимназистовъ.

218. «Южный Курьеръ» (28 января) передаетъ, что Днѣпровское Земство *рѣшило отблагодарить* много поработавшаго для пользы Бектерской лѣчебницы *Г. Л. Куликовскаго*, назвавъ Бектерскую лѣчебницу его именемъ и повѣсивъ тамъ его портретъ.

219. Перепечатавъ изъ № 1 «Русскаго Врача» за текущій годъ «Письмо въ редакцію» проф. *Поспѣлова* и нашъ отвѣтъ на него, «Рецептъ» (№ 2) посвящаетъ имъ особую *замѣтку*, которую мы и позволяемъ себѣ воспроизвести здѣсь полностью: «Это письмо профессора *Поспѣлова* есть своего рода знаменіе времени. Громкое имя профессора-дерматолога *Поспѣлова* эксплоатируется дрогистами-мыловарами безвозмездно. Цѣль этихъ лицъ ясна, какъ Божій день. Имя *Поспѣлова* и его рекомендація обезпечиваютъ продукту - мылу хорошій сбытъ. Не совсѣмъ ясна только цѣль профессора *Поспѣлова*, который врядъ-ли принималъ активное участіе въ изобрѣтеніи не сѣрно-дегтярнаго мыла, а лишь удачнаго для сбыта названія мыла, къ которому примѣшаны сѣра и деготь. Разница большая и весьма существенная. Поговоримъ объ этомъ дѣлѣ по существу. Позволительно думать, что особаго соединенія сѣры съ дегтемъ ни проф. *Поспѣловъ*, ни его фактотумы-фармацевты не изобрѣли, такъ какъ деготь не есть опредѣленное химическое соединеніе, а смѣсь многихъ веществъ, получаемыхъ при сухой перегонкѣ дерева. Въ виду того, что деготь и сѣра показуются противъ многихъ кожныхъ болѣзней, мыловары давно примѣшивали эти два вещества къ мыльной массѣ и такія мыльныя смѣси выпускали въ продажу подъ названіемъ сѣрно-дегтярнаго мыла. Торговый успѣхъ въ такихъ случаяхъ обезпечивался усиленной рекламой и репутаціею фирмы. Но этихъ силъ оказалось въ нашъ вѣкъ мало, и мыловары изобрѣли третью двигательную силу, дотолѣ дремавшую въ потенціальномъ и латентномъ состояніи. Эта сила есть профессорскій престижъ. Профессорское званіе создаетъ чудную практику, практика укрѣпляетъ вѣру, а вѣра творитъ чудеса. Отсюда ясно, что ни одно сѣрно-дегтярное мыло, какой бы фабрики оно ни было, не устоитъ въ торговой борьбѣ съ таковымъ же мыломъ, снабженнымъ талисманомъ отъ авторитетнаго и популярнаго профессора. Позволительно спросить, что это за терминъ «врачебное указаніе»? Не есть ли это эквилибристическій переводъ слова «рекомендація», и для чего понадобился этотъ пароль? Ссылка профессора *Поспѣлова* на *Эйхгоффа, Маральяно* и *Беринга* совсѣмъ неудачна. Первый предложилъ способъ полученія мыла безъ свободной щелочи; второй и третій выработали новые методы полученія сыворотокъ, а какая идея beri-be [illegible] основаніе мыла г. *Поспѣлова?* Намъ говорятъ про бѣ- sical factors это [illegible] по врачебному указанію проф. *Поспѣлова* gangrene of le [illegible] Собра-

Digitized by Google

лучше чернаго. Охотно вѣримъ, такъ какъ насъ постоянно гипнотизируютъ «вѣрой во врача». Но извѣстно-ли профессору *Поспѣлову*, что бѣлый деготь есть въ сущности такой же парадоксъ какъ, напр., бѣлая сажа? Сажу можно сдѣлать бѣлой, если ее сожигать въ золу. Допустимъ, что врачебное указаніе профессора *Поспѣлова* направлено въ сторону золы; но отсюда однако еще не слѣдуетъ, чтобы зола, потерявшая весь углеродъ, могла называться бѣлой сажей и тѣмъ вводить въ заблужденіе людей. Безцвѣтные продукты, получаемые изъ чернаго дегтя, не могутъ быть названы бѣлымъ дегтемъ. Это не научно и не соотвѣтствуетъ истинѣ. Съ торговой же точки зрѣнія, уже одно названіе этого миѳа чуть-ли не геніально. Мы лично думаемъ, что профессоръ *Поспѣловъ* былъ въ данномъ случаѣ введенъ въ заблужденіе и что впередъ онъ будетъ осторожнѣе».

220. «Нижегородскій Листокъ» (25 января) сообщаетъ, что въ Саровской пустыни *сгорѣла монастырская больница*. Изъ больныхъ никто не пострадалъ.

221. «Сибирская Жизнь» (23 января) такъ рисуетъ *положеніе врачебнаго дѣла въ Архангельской губерніи*. «Существующую организацію врачебнаго дѣла нельзя признать хоть сколько-нибудь удовлетворяющей своему назначенію и запросамъ населенія. Во всей губерніи числится 18 врачей, по 2 на уѣздъ, изъ нихъ 9 врачей уѣздныхъ и 9 сельскихъ. Пользуются медицинскою помощью только города и тѣ селенія, въ которыхъ—резиденціи сельскихъ врачей. При громадныхъ разстояніяхъ между селеніями, измѣряемыхъ десятками, а нерѣдко и сотнями верстъ, населеніе не имѣетъ возможности съ болѣзнями ѣхать за отдаленностью къ врачу, а врачи не дѣлаютъ разъѣздовъ и регулярныхъ посѣщеній разбросанныхъ по уѣзду селеній. Да это было бы и не подъ силу существующему врачебному персоналу. Въ среднемъ въ губерніи на 1 врача падаетъ 41264 кв. вер., а, напр., въ Мезенскомъ уѣздѣ—около 48000 кв. вер., въ Кольскомъ—70000 кв. вер., въ Печорскомъ—176000 кв. вер. Такое состояніе врачебной помощи или, точнѣе говоря, отсутствіе ея вызываетъ къ жизни существованіе въ губерніи знахарства во всѣхъ его видахъ. Юродивые, знахари, знахарки, монашки, бабки—вся эта армія цѣлителей невѣжественнаго населенія въ особенномъ почетѣ у него».

222. Въ засѣданіи Смоленскаго губернскаго врачебнаго Совѣта д-ромъ *Щепановскимъ* недавно было сообщено, что въ Рославльскомъ уѣздѣ въ текущемъ году *бѣшенымъ волкомъ было одновременно укушены 7 чел.*, которые не позже недѣли послѣ укушенія были отправлены для лѣченія прививками въ Александровскую больницу въ Москвѣ, при чемъ всѣ больные умерли; 1 изъ нихъ умеръ еще по дорогѣ, 2-ой въ Москвѣ, а остальные 5 чел. умерли въ разные сроки по возвращеніи домой послѣ сдѣланныхъ имъ прививокъ. Судя по наведеннымъ справкамъ, смерть ихъ послѣдовала, по видимому, отъ водобоязни. Д-ръ *Глинка* сообщилъ, что ему также извѣстно о 2-хъ случаяхъ смерти привитыхъ вскорѣ послѣ возвращенія изъ Москвы. Врачебный Совѣтъ, по обсужденіи вопроса, призналъ необходимымъ имѣть по возможности точныя свѣдѣнія о сообщенныхъ случаяхъ съ указаніемъ имени, фамиліи, времени укушенія, отправки и смерти каждаго изъ укушенныхъ. Всѣ эти свѣдѣнія Совѣтъ и просилъ д-ра *Щепановскаго* сообщить губернской Управѣ для того, чтобы по поводу нихъ Управа могла снестись съ Александровской больницей. Кромѣ того, признано желательнымъ запросить уѣздныя Управы, не было-ли аналогичныхъ случаевъ и въ другихъ уѣздахъ («Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и дѣятельности медицинской организаціи въ Смоленской губ.», № 10, 1903).

223. По поводу *заявленія д-ра Ю. К. Боде* въ Самарское губернское земское Собраніе (см. выше, № 5, стр. 191) въ «Самарской Газетѣ» (28 января) помѣщены слѣдующія строки. «Въ одномъ изъ засѣданій Самарское губернское земское Собраніе постановило не давать больше стипендіи сыну д-ра *Вирпша*, такъ какъ вдова умершаго врача будто-бы не нуждается матеріально. Вѣроятно, Собраніе, назначая стипендію сыну, знало о матеріальномъ положеніи семьи, и исходило не изъ желанія *помочь*, а изъ желанія *почтить* заслуги отца, выразить признательность земства своему работнику. Теперь оно передумало и измѣнило свое мнѣніе... Иначе нельзя объяснить постановленіе Собранія. Выходитъ, что земство тогда переоцѣнило заслуги д-ра *Вирпша*, а теперь спохватилось и желаетъ исправить свою ошибку... Оно не говоритъ правда, прямо, что д-ръ *Вирпша* не заслужилъ признательности, но смыслъ постановленія Собранія таковъ, и нѣтъ ничего удивительнаго, что нѣкоторые врачи, оскорбленные страннымъ отношеніемъ Собранія къ памяти умершаго товарища, не желаютъ оставаться больше на службѣ того земства, которое сегодня вознесетъ васъ на пьедесталъ, а завтра предастъ публичному посрамленію. Д-ръ *Боде* подалъ заявленіе въ Управу, коимъ отказывается отъ всѣхъ почестей, оказанныхъ ему земствомъ—отъ стипендіи его имени, отъ чести украшать своимъ портретомъ стѣну больницы и, въ заключеніе, подалъ прошеніе объ отставкѣ. Тоже, по слухамъ, намѣрены сдѣлать и другіе врачи. И можетъ быть, въ недалекомъ будущемъ, Самарское губернское земство останется безъ врачей, а населеніе будетъ пользоваться «своими средствами»...

224. Въ «Вѣстникѣ Юга» (25 января) напечатано *письмо* 70-лѣтняго фельдшера *Т. Ѳ. Тарасова*, видимо, продиктованное ему его добрымъ сердцемъ, *о возмутительныхъ истязаніяхъ, которымъ подвергаются глухонѣмыя дѣти* въ Александровскомъ, Екатеринославской губ., училищѣ для глухонѣмыхъ. Б... демъ надѣяться, вмѣстѣ съ почтеннымъ авторомъ п... тѣ, кому то вѣдать надлежитъ, не останутся глух...скій лосу сердца: жестокость съ дѣтьми вообще гнусна, а съ дѣтьми больными—и преступна.

225. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (15 января) приводятъ изъ «Никольско-Уссурійскаго Листка» интересную иллюстрацію къ вопросу *о тѣлесныхъ наказаніяхъ*. 14 ноября въ арестный домъ Никольско-Уссурійскаго полицейскаго Управленія явились 2 солдата и показали, что они въ этотъ день убили корейца, котораго бросили подъ мостомъ въ прорубь, послѣ чего наняли извощика, котораго тоже хотѣли убить, но тотъ былъ освобожденъ подоспѣвшими ему на помощь товарищами. Вслѣдствіе этого сказанныя лица и были задержаны. По провѣркѣ, ихъ показанія не подтвердились: ни убитаго корейца не найдено, и ни одинъ извощикъ не заявлялъ о покушеніи на его жизнь, а все объясняется тѣмъ, что оба эти солдаты—штрафованные и нынѣ лѣтомъ дезертировали. Въ виду наступленія холодовъ, не зная куда дѣваться, они, во избѣжаніе строгаго военнаго суда, а *главное—розогъ*, взвалили на себя небывалое преступленіе.

226. Д-ръ *E. Devaux* отмѣчаетъ въ «Le Caducée» (6 февраля) *крайнюю рѣдкость спинной сухотки среди туземцевъ Madagascar'а*, особенно замѣчательную при громадномъ распространеніи среди нихъ сифилиса. Тоже самое наблюдалъ, какъ напоминаетъ авторъ, д-ръ *Matignon* среди китайцевъ.

227. Д-ръ *Tessier*, участникъ экспедиціи противъ китайцевъ, описываетъ въ «Le Caducée» (6 февраля) *японскія лазаретныя суда «Hakuai-Maru» и «Kosai-Maru»*. Оба судна эти въ мирное время эксплоатируются пароходнымъ обществомъ «Nippon-Yusen-Kaïsha», но по первому требованію передаются въ распоряженіе японскаго Краснаго Креста. Построены они вскорѣ послѣ Shimonoseki'скаго мира, въ Англіи, по одному плану; имѣютъ водоизмѣщеніе по 2700 тоннъ, длину въ 95 метровъ при 12 метрахъ ширины и даютъ ходъ по 15 узловъ въ часъ. За время съ 7/VII по конецъ апрѣля 1900 г. они оба сдѣлали по 7 рейсовъ изъ Китая въ Японію и перевезли въ Ujina «Hakuai-Maru» 1536 больныхъ и раненыхъ, а «Kosai-Maru» 1323. Къ статьѣ приложенъ планъ всѣхъ 3-хъ палубъ этихъ судовъ и снимокъ парохода «Kasai-Maru».

228. «The British Medical Journal» (6 февраля) поднимаетъ опять вопросъ *о международномъ языкѣ для медицинской печати* и предлагаетъ въ качествѣ таковаго латинскій, въ справедливомъ опасеніи, что ни одинъ изъ живыхъ языковъ не будетъ принятъ всѣми изъ-за національнаго самолюбія.—На нашъ взглядъ, всё-таки лучше было бы остановиться на языкѣ живомъ—напр. французскомъ, а въ виду протеста нѣмцевъ пожалуй, лучше, на испанскомъ, который предлагалъ *Virchow*.

229. Въ Chicago 16 января произведена замѣчательная въ своемъ родѣ операція—*оперировали 2 сына отца, также врача*. Оперированный д-ръ *Edmund Andrews* поправляется («The Journal of the American Medical Association», 23 января).

230. Д-ръ *Meurisset* въ департаментѣ Oise, вѣроятно старѣйшій изъ врачей Франціи, вступилъ недавно въ *101-й годъ жизни* («La Presse médicale», 3 февраля).

231. *Населеніе Великобританіи* достигло теперь, по «Journal de médecine de Paris» (7 февраля), цифры 41500000, изъ которыхъ 31500000 приходятся на Англію и Wales. London съ его пригородами имѣетъ 6578784 жителя.

232. На 2-ую хирургическую каѳедру въ Вѣнскомъ университетѣ, *преемникомъ Gussenbauer'у, назначенъ* ученикъ *Albert'а* проф. *Julius Hochenegg* («Wiener medizinische Presse», 7 февраля).

233. По свѣдѣніямъ «American Medicine» (16 января), *20 New-York'скихъ больницъ* закончили минувшій годъ *съ дефицитомъ* на сумму всего почти въ 433000 долларовъ.

234. Въ Hove, въ Англіи, умеръ 19 декабря, на 68-мъ году жизни, *изобрѣтатель діафрагмы—iris* John Henry Brown, по профессіи дантистъ. Изобрѣтеніе свое онъ предоставилъ на общее пользованіе, не взявъ на него патента, и не былъ вознагражденъ за него никакой денежной прибылью—благородный примѣръ, могущій служить указомъ многимъ («Medical News», 30 января).

235. «Medical News» (30 января) перепечатываютъ отзывъ «British Medical Journal'а» о *постановкѣ военно-медицинскаго дѣла въ Японіи*—отзывъ, хвалебный во всѣхъ отношеніяхъ. Если вѣрить London'ской газетѣ, японцы со стороны научной въ названномъ дѣлѣ не уступаютъ ни одной изъ европейскихъ націй, а касательно снабженія и прочаго, пожалуй, и превосходятъ ихъ.

236. Къ одному Chicag'скому врачу предъявленъ недавно искъ въ 25000 долларовъ за *ожоги лица при лѣченіи x-лучами;* лѣченный жалуется, что до сеансовъ имѣлъ большіе усы и бороду, теперь-же борода ростетъ у него только на одной сторонѣ («Medical Record», 23 января).

237. *Умерли:* 1) 30 января въ Вильнѣ *Людвигъ Львовичъ Самельсонъ* («Сѣверо-Западное Слово», 31 января), родившійся въ 1831 г., а званіе врача получившій въ 1858 г.—2) Въ Berlin'ѣ *Викторъ Семеновичъ Гростернъ* («Gazeta lekarska», 13 февраля), родившійся въ 1847 г., а званіе врача получившій въ 1872 г.—3) Въ Erlangen'ѣ на 69-мъ году жизни извѣстный физіологъ *Isidor Rosenthal*, ученикъ *du-Bois-Reymond'а* («Wiener medizinische Presse», 7 февраля).

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### ТОМОВЫЯ ИЗДАНІЯ.

**Нѣмецкіе.**

**Archiv für Kinderheilkunde.** Т. XXXVII. Кн. 1—2.

1. **E. Fitschen.** *Ueber Säuglingsernährung mit Vollmilch.* О кормленіи грудныхъ дѣтей цѣльнымъ молокомъ. 2. **J. de Bary.** *Ueber Pneumatocele cranii occipitalis.* Случай. 3. **Monti.** *Die Ernährung der Säuglinge mit Frauenmilch.* Кормленіе грудныхъ дѣтей женскимъ молокомъ. 4. **O. Aronstamm.** *Stoffwechselversuche an Neugeborenen.* Опыты опредѣленія обмѣна у новорожденныхъ. 5. **P. Selter.** *Nahrungsmengen und Stoffwechsel des normalen Brustkindes.* Ѣда нормальнаго грудного ребенка и обмѣнъ у него. 6. **Paffenholz.** *Beitrag zur Kenntniss der Nahrungsmengen natürlich ernährter Säuglinge.*

Кн. 3—4.

1. **J. K. Friedjung** und **A. F. Hecht.** *Ueber Katalyse und Fermentwirkungen der Milch.* (Не окончена). 2. **H. Pfister.** *Neue Beiträge zur Kenntniss des kindlichen Hirngewichts.* Еще о вѣсѣ мозга у дѣтей. 3. **Онъ-же.** *Theilwägungen kindlicher Gehirne.* Частичныя взвѣшиванія дѣтскаго мозга. 4. **O. Rommel.** *Ueber Buttermilch.* 5. **Н. П. Тринклеръ** (Харьковъ). *Beitrag zur Frage der chirurgischen Behandlung des Hydrocephalus internus.* 6. **A. Kühn.** *Ueber den Ausgang der kindlichen croupösen Pneumonie in Lungensequestrirung.* Случай.

Кн. 5—6.

1. **E. Schlesinger.** *Die Anämie und Leukocytose bei der Pädatrophie und Gatsroenteritis.* 2. **J. K. Friedjung** und **A. F. Hecht.** *Ueber Katalyse und Fermentwirkungen der Milch.* 3. **М. О. Лапинъ** (Москва). *Ueber Bronchiektasieen bei Kindern.* 4. **А. Н. Филипповъ** (Москва). *Ueber atonische Erweiterung des Magens bei Kindern.* 5. **Е. Я. Столкиндъ** (Москва). *Ueber 3 Fälle von Bronchialasthma bei Kindern.* 6. **Ganghofner.** *Zur Frage der Fütterungstuberculose.*

**Archiv für Augenheilkunde.** Т. XLVIII. Кн. 3.

1. **A. Senn.** Окончаніе статьи объ астигматизмѣ роговицы и центральномъ хоріоидитѣ близорукихъ. 2. **N. J. Cuperus.** *Ueber primäre Atrophie der Aderhaut mit Sclerose der Gefässe. «Atrophia alba choroideae».* Случай. 3. **O. Feilke.** *Ein Fall von Entfernung eines Eisensplitters in der Linse mit Erhaltung ihrer Durchsichtigkeit.* Случай удаленія желѣзнаго осколка изъ хрусталика съ сохраненіемъ прозрачности послѣдняго. 4. **J. K. van Geuns.** *Ein Fall von neugebildeter Vena optico-ciliaris in Folge von Stauungspapille.* 5. **W. Reis.** *Ein Beitrag zur Casuistik der peribulbären Carcinome.* 6. **J. Fejér.** *Ueber Augenmuskelverletzungen.* 7. **Онъ-же.** *Ueber Contusion des Augapfels, mit besonderer Rücksicht auf die Aniridia und Aphakia traumatica.* 8. **A. Genth.** *Ein Fall von doppelter Perforation des Augapfels durch einen Eisensplitter.*

Т. XLVIII. Кн. 4.

1. **J. Oeller.** *Ueber erworbene Pigmentflecke der hinteren Hornhautwand.* О пріобрѣтенныхъ пигментныхъ пятнахъ задней стѣнки роговицы. 2. **C. Haeberlin.** *Zur Casuistik der angeborenen Iris-Anomalien.* 3. **O. Pes.** *Ueber einen Fall von Knorpelbildung* (образованіе хряща) *in der Chorioidea.* 4. **E. V. Knape** («Финляндія»). *Ueber Pigmentirung der Netzhaut vom Glaskörperraum aus, sowie über Retinitis pigmentosa typica.* 5. **F. C. Hotz.** *Ueber die zweckmässige Vertheilung und Fixirung der Hautlappen bei der Operation des Narbenectropiums zur Verhütung von Recidiven.* 6. **O. Loewe.** *Ein Fall von transitorischer Bleiamaurose.* Случай преходящаго свинцоваго амауроза у рабочаго, 24 л. 7. **E. G. Gross.** *Beitrag zur pathologischen Anatomie des Hydrophthalmus.*

### 2-МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

**Русскіе.**

**Вѣстникъ Офталмологіи.** Май—Іюнь.

1. **А. Ф. Шимановскій.** *2 случая извлеченія пистонныхъ осколковъ изъ стекловиднаго тѣла съ сохраненіемъ глаза.* 2. **Г. Епинатьевъ.** *Міотическія средства при фликтенахъ.* 3. **С. Л. Сигалъ.** *Случай ангіофибромы глазницы.* 4. **Г. Епинатьевъ.** *Офтальмологическая казуистика.* 5. **А. О. Машковцева.** *Anophthalmus congenitus cum cysta palpebrae inferioris.*

Іюль—Октябрь.

1. **Ф. Рымовичъ.** *Опытъ сывороточнаго лѣченія стрептококковаго зараженія раны роговицы послѣ экстракціи катаракты.* 2. **Я. Варшавскій.** *Къ статистикѣ профессіональныхъ поврежденій глазъ на нефтяныхъ промыслахъ.* 3. **Ф. Кубли.** *Краткія сообщенія изъ глазной практики.* (Продолженіе). 4. **С. Сегалъ.** *Офталмологическія наблюденія.* 5. **А. Маслениковъ.** *Случай истерическаго разстройства зрѣні*ases of fracture of *...скій. Къ казуистикѣ поврежденій хруста*...n the protective effect 7. **А. Вайнштейнъ.** *Отчетъ о дѣятел*...hibited in two new sta... *въ г. Кальваріи, Сувалкской губерніи.*

Ноябрь—Декабрь.

1. **П. Прокопенко.** *Къ вопросу о полной коррекціи при близорукости.* 2. **И. Николюкинъ.** *Гемералопія и ея спутники.* 3. **М. Козловскій.** *Къ лѣченію помутнѣній задней сумки хрусталика.* 4. **И. Казасъ.** *Случай эмболіи центральной артеріи сѣтчатки съ исходомъ въ выздоровленіе.* 5. **Ганжинскій.** *Краткій отчетъ о глазной дѣятельности въ гор. Александрополѣ.* 6. **В. Козловскій.** *Краткій отчетъ о глазныхъ больныхъ въ Софіевской больницѣ графовъ Бобринскихъ въ м. Смѣлѣ, Кіевской губ., за 11 лѣтъ.*

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

**Нѣмецкіе.**

**Centralblatt für praktische Augenheilkunde.** Апрѣль.

1. **J. Bjerrum.** *Wie entsteht der Schmerz bei Lichtscheu?* Какъ возникаетъ боль при свѣтобоязни?

Май.

1. **Fehr.** *Ein Fall von peripapillären Sarcom mit Ausbreitung auf den Sehnerven und seine Scheiden.* Околососочковая саркома, распространившаяся на зрительный нервъ и его влагалище. 2. **F. M. Feldhaus.** *Die Geschichte der Magnet-Operation im Auge.* Исторія примѣненія магнита для глазныхъ операцій. 3. **E. P. Braunstein.** *Beitrag zur Magnet-Operation.* 4. **M. Peschel.** *Congenitaler Epidermis-Ueberzug der Thränenkarunkel.*

Іюнь.

1. **Cirincione.** *Ueber die Genese des Glaskörpers bei Wirbelthieren.* Развитіе стекловиднаго тѣла у позвоночныхъ. 2. **W. Goldzieher.** *Zur Lehre von den traumatischen orbitalen Augenmuskel-Lähmungen.* 3. **E. P. Braunstein.** Продолженіе статьи о магнитныхъ операціяхъ.

Іюль.

1. **Scheer.** *Glaucom in Folge eines Unfalls.* 2. **P. Meyer.** *Ophthalmologische Betrachtungen im Anschluss an intravenöse Kollargol-Einspritzungen bei Kaninchen.* 3. **E. P. Braunstein.** (Окончаніе). 4. **J. Hirschberg.** *Ein Fall von Barlow'scher Krankheit.*

Августъ.

1. **W. Goldzieher.** *Mittheilungen aus der Augenabtheilung des St. Rochusspitales.* Сообщеніе 2-ое о Kryptophthalmus congenitus. 2. **Hoppe.** *Wie ist das gegenwärtige System staatlicher Trachombekämpfung in Preussen zu beurtheilen?*

Сентябрь.

1. **G. Ahlström.** *Zur Kenntniss der traumatischen, serösen Iris-Cysten.* 2. **Y. Kuwahara.** *Ueber lebende Hirudineen im Bindehautsack des menschlichen Auges.* 2 случая живыхъ піявокъ въ соединительнотканномъ мѣшкѣ человѣч. глаза. 3. **C. Steindorff.** *Ein Fall von Schuss-Verletzung beider Augen.* Случай огнестрѣльнаго пораненія обоихъ глазъ.

**Monatsschrift für orthopädische Chirurgie und physikalische Heilmethoden.** Августъ.

**L. Brieger.** *Ueber Behandlung von Gelenkkrankheiten.* О лѣченіи болѣзней суставовъ.

Сентябрь.

1. **F. Frankenhäuser.** *Untersuchungen über die Eigenart der Glühlichtbäder.* 2. **D. Rothschild.** *Das neue Inhalatorium zu Bad Soden am Tannus.* 3. **Wanselow.** *Die neue Erwärmungsart der kohlensauren, eisenhaltigen Solbäder im Königl-Mineralbad Kissingen.* 4. **O. Burwinkel.** *Ein Atmungstisch für dyspnoeische Herz-und Lungenkranke.* Особый столъ для страдающихъ одышкой.

Октябрь—Ноябрь—Декабрь.

Ориг. статей нѣтъ.

### 2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

**Русскіе.**

**Рецептъ,** 1 мая.

1. **Е. Шацкій.** *Въ защиту русской фармаціи.* (Продолженіе). 2. **Н. Мейссель.** *О внѣаптечной торговлѣ аптекарскими товарами.* (Продолженіе).

15 мая.

1. **І. С. Фельзеръ.** *О преимуществѣ жировыхъ формъ лѣкарственныхъ веществъ въ глазной практикѣ.* (Не окончена). 2. **Е. Шацкій.** (Продолженіе).

1 іюня.

1. **І. С. Фельзеръ.** (Продолженіе). 2. **В. О. Губертъ.** *«Капля молока» (Goutte de lait), какъ благотворительно-гигіэническая организація, и участіе въ ней городскихъ аптекъ.* 3. **Е. Шацкій.** (Продолженіе). 4. **Н. Мейссель.** (Продолженіе).

1 іюля.

1. **В. Губертъ.** (Окончаніе). 2. **Ф. Кубли.** *Кое-что о глазныхъ капляхъ.* 3. **Е. Шацкій.** (Продолженіе). 4. **Н. Мейссель.** (Тоже).

15 іюля.

*beri-beri.*...Шацкій. *Письма о рецептурѣ.* Письмо V. 2. **Онъ-же.** *sical factors* ...статьи «Въ защиту русской фармаціи». 3. **Н.** *gangrene of le*...(Продолженіе).

Digitized by Google

1 августа.

1. **Е. Шацкій.** *Письма о рецептуръ.* 2. **Н. Зайдеманъ.** *Къ аптечной реформъ.* 3. **Е. Шацкій.** Продолженіе статьи о русской фармаціи. 4. **Н. Мейсоель.** (Продолженіе).

15 августа.

1. **Е. Шацкій.** *Въ защиту русской фармаціи.* (Продолженіе). 2. **Н. Мейсоель.** *Вопросы врачебно-фармацевтическаго быта.* (Продолженіе).

1 сентября.

1. **Е. Шацкій.** (Продолженіе). 2. **Онъ-же.** *Письма о рецептуръ.* Письмо 6-е. 3. **Н. Мейсоель.** (Окончаніе).

15 сентября.

1. **Е. Шацкій.** Прод. статьи *«Въ защиту русской фармаціи»*. 2. **И. Шиндельмейзеръ.** Тоже—*«Изслѣдованіе эфирнаго масла сосны Pinus sylvestris L.»*. 3. **Е. Шацкій.** *VI письмо о рецептуръ.* (Продолженіе).

1 октября.

1. **И. Шиндельмейзеръ.** (Окончаніе). 2. **Д. Тамаркинъ.** *О широкогорлыхъ стклянкахъ для впрыскиванія.* 3. **Е. Шацкій.** Окончаніе статьи *«Въ защиту русской фармаціи»*. 4. **Онъ-же.** Прод. *VI письма о рецептуръ.*

15 октября.

1. **Е. Шацкій.** Прод. *VI письма о рецептуръ.*

1 ноября.

1. **Е. Шацкій.** *VII письмо о рецептуръ.*

15 ноября.

1. **М. Константиновскій.** *Фармацевтическій Институтъ* (Не окончена). 2. **Е. Шацкій.** *VIII письмо о рецептуръ.*

## ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Русскіе.

**Врачебная Газета, 8 ноября.**

1. **П. Смоленскій.** *Къ вопросу о пищевыхъ нормахъ для больныхъ, пользующихся въ лѣчебныхъ заведеніяхъ.* (Не окончена). 2. **Н. Ѳаворскій.** *Ото-рино-ларингологія въ лѣчебницѣ Общества Тульскихъ врачей за 1901 г. и за 1-ую 1/2 1902 г.* 3. **Ю. Цейтлинъ.** *Случай меланосаркомы vulvae.* 4. **М. Бѣлоглазовъ.** (Продолженіе).

15 ноября.

1. **А. Карницкій.** *Случай копростаза съ каловой опухолью въ толстыхъ кишкахъ у мальчика 2-хъ лѣтъ.* (Не окончена). 2. **П. Смоленскій.** (Окончаніе). 3. **Ѳ. Лавровъ.** *Случай кисты праваго боковаго желудочка.* 4. **М. Бѣлоглазовъ.** (Продолженіе). 5. **Г. Олейниковъ.** *Нѣкоторое упрощеніе при центрифугированіи микроскопическихъ осадковъ.* Къ пробкѣ стекляннаго цилиндра 20 млм. въ поперечникѣ, въ который наливается жидкость, прикрѣпляетъ (вазелиномъ для водныхъ растворовъ и жестянымъ кольцомъ съ 2 боковыми выступами для остальныхъ) круглое покровное стеклышко въ 18 млм. и, наливъ въ цилиндръ жидкость, помѣщаетъ его въ центрифугу пробкой внизъ. Препараты красивые, благодаря равномѣрному распредѣленію осадка.

22 ноября.

1. **М. Блюменау.** *Объ острой бугорчатой (творожистой) пнеймоніи.* Тема лекціи, читанной въ 1900 г. передъ Конференціей В.-М. Академіи на званіе ч. пр. 2. **А. Карницкій.** (Окончаніе). 3. **М. Бѣлоглазовъ.** *Къ гематологіи цынги.* (Тоже). 4. **Э. Ришпе.** *Случай острой желтой атрофіи печени.*

29 ноября.

1. **А. Коровинъ.** *Бугорчатка и алкоголизмъ.* 2. **М. Порошинъ.** *Случай разрыва прямокишечно-влагалищной перегородки при родахъ.* 3. **Н. Кушевъ.** *Признакъ Oliver-Cardarelli при раково-перерожденныхъ бронхіальныхъ железахъ.* Случай. 4. **Я. Шостакъ.** *Желтуха, какъ осложненіе скарлатины.* Тоже. 5. **В. Машнеръ.** *Случай cryptorchismus, ectopia inguinalis aperturae externae et ectopia intraabdominalis.*

6 декабря.

1. **К. Серповскій.** *Некротуберкулезъ и псейдотуберкулезъ легкихъ у кроликовъ.* (Предварительное сообщеніе). 2. **В. Жуковскій.** *Нѣсколько случаевъ интоксикаціи сулемой новорожденныхъ дѣтей.* 3. **И. Лифшицъ.** *Къ эпидеміологіи болотной лихорадки.* 4. **А. Тетрадзе.** *О лѣченіи брюшного тифа внутренними пріемами t-rae jodi и acidi carbolici.* Приводится 1 случай (изъ 7 гдѣ примѣнялось такое лѣченіе и наступило выздоровл.), въ которомъ больной получалъ смѣсь изъ іодной настойки и карболовой кислоты по 16 капель съ водою и спиртомъ по 60,0, черезъ 2 часа по 15,0. 5. **Е. Лазаревъ.** *Примѣненіе адреналина въ глазной практикѣ.*

**Практическій Врачъ, 7 іюня.**

1. **А. С. Мануйловъ.** *Случай первичнаго рака головки поджелудочной железы и кистовиднаго перерожденія остальной части железы.* 2. **И. В. Онуфровичъ.** (Продолженіе). 3. **Н. Домбровскій.** *Къ казуистикѣ врожденнаго отсутствія матки и зарощенія влагалища.*

14 іюня.

1. **H. Senator.** *2 случая саркомы спинного мозга.* [illegible]Грече-... **Онуфровичъ.** (Продолженіе). 3. **Н. Барановъ.** Leipzig'скій ... *го разрыва матки во время родовъ.*

21 іюня.

1. **Р. А. Кучерскій.** *Къ казуистикѣ гнилостныхъ заболѣваній гортани. Первичная рожа гортани.* 2. **И. В. Онуфровичъ.** (Окончаніе). 3. **Н. А. Равичъ.** *О терапевтическомъ примѣненіи антистрептококковой сыворотки при рожѣ и родильной горячкѣ.* 4 благопріятныхъ случая.

28 іюня.

1. **И. Х. Дзирне.** *Отчетъ о 292 камнесѣченіяхъ.* (Не окончена). 2. **Д. Зейлигеръ.** *Случай недоразвитія большой грудной мышцы, отсутствіе соска, расхожденіе ребра, гипоспадія и необычный ходъ мочеиспускательнаго канала у одного и того-же лица.* (Не окончена). 3. **А. А. Цвѣтаевъ.** *О лѣченіи гнойныхъ ранъ пульверизаціей растворовъ соды и бензойнокислаго натра.*

5 іюля.

1. **А. Виршубскій.** *Случай идіопатическихъ судорогъ правой руки.* 2. **И. Дзирне.** (Продолженіе). 3. **Д. Зейлигеръ.** (Окончаніе).

12 іюля.

1. **И. Андржеевскій.** *О маляріиныхъ пятнахъ кожи, какъ одномъ изъ проявленій маляріинаго заболѣванія кровеносныхъ сосудовъ.* 2. **И. Дзирне.** (Окончаніе). 3. **А. Виршубскій.** (Тоже).

19 іюля.

1. **Н. Голубовъ.** *Замѣтка по вопросу объ эпидемичности аппендицитовъ.* 2. **П. Смоличевъ.** *Къ вопросу о лѣченіи рожи.* (Не окончена). 3. **И. Андржеевскій.** (Продолженіе).

26 іюля.

1. **И. Крайндель.** *Къ казуистикѣ длительнаго замедленія пульса.* 2. **И. Андржеевскій.** (Продолженіе). 3. **П. Смоличевъ.** (Окончаніе). Хвалитъ противъ рожи смѣсь 2 чч. іодной настойки съ камфарнымъ масломъ и ихтіоломъ по 1 ч.

2 августа.

1. **А. Костелянецъ.** *Отношенія ушныхъ заболѣваній къ болѣзнямъ носа и носоглоточнаго пространства.* (Не окончена). 2. **И. Амчиславскій.** *По поводу одного случая эхинококка селезенки.* 3. **И. Андржеевскій.** (Окончаніе).

9 августа.

1. **Я. Молдавскій.** *О лѣченіи крупа у дѣтей интубаціей и антидифтерійной сывороткой.* (Не окончена). 2. **Г. Заксъ.** *Ущемленная паховая грыжа, осложненная заворотомъ.* 3. **А. Костелянецъ.** (Продолженіе).

16 августа.

1. **Р. Френкель.** *Къ казуистикѣ paramyoclonus multiplex Friedreich'a.* 2. **Я. Молдавскій.** (Окончаніе). 3. **А. Костелянецъ.** (Тоже). 4. **К. Ковалевскій.** *Случай недоразвитія верхнихъ конечностей.*

23 августа.

1. **А. Янушкевичъ.** *Къ казуистикѣ острой лейкэміи.* (Не окончена). 2. **А. Вайковъ.** *Хирургическія наблюденія.* (Не окончена). 3. **С. Черепнинъ.** *Случай афазіи послѣ скарлатины.* 4. **С. Дибайловъ.** *Изъ наблюденій надъ дѣйствіемъ героина и діонина.*

30 августа.

1. **М. Членовъ.** *Случай твердаго шанкра верхней десны.* 2. **А. Янушкевичъ.** (Продолженіе). 3. **А. Вайковъ.** (Окончаніе).

6 сентября.

1. **Э. Миллеръ и А. Трилѣсскій.** *Случай массоваго зараженія болотной лихорадкой черезъ питьевую воду.* 2. **А. Вольтманъ.** *Изъ земской хирургической практики.* (Не окончена). 3. **А. Зикаръ.** *Хинопиринъ при болотной лихорадкѣ.* Лѣчитъ подкожными впрыскиваніями по 1 шприцу въ день раствора 2,0 антипирина и 3,0 солянокислаго хинина въ теплой водѣ, 1—3 дня.

13 сентября.

1. **А. Центнеръ.** *Объ усиленныхъ прививкахъ вакцины при натуральной оспѣ.* 2. **А. Вольтманъ.** (Окончаніе). 3. **А. Янушкевичъ.** (Тоже).

20 сентября.

1. **М. Бѣлоглазовъ.** *О большихъ дозахъ сѣрой ртутной мази.* 2. **В. Вауэръ.** *Случай наслѣдственной грыжи со стороны матери и полидактиліи со стороны отца.* 3. **Н. Невзоровъ.** (Окончаніе).

27 сентября.

1. **Л. Голубининъ.** *Общее диплококковое зараженіе съ множественной локализаціей (Diplococcia, Pneumomycosis).* (Не окончена). 2. **Н. Кушевъ.** *О плазмодіяхъ при перемежающейся лихорадкѣ въ г. Саратовѣ.* (Не окончена). 3. **Н. Какушкинъ.** *Нѣсколько словъ о болеутоленіи, обезболиваніи и наркозѣ въ акушерской и гинекологической практикѣ.* (Не окончена).

4 октября.

1. **Л. Голубининъ.** (Продолженіе). 2. **Н. Кушевъ.** (Окончаніе). 3. **Н. Какушкинъ.** (Тоже).

11 октября.

1. **Б. Георгіевскій.** *О пролежняхъ гортани при интубаціи* (Не окончена). 2. **Л. Голубининъ.** (Окончаніе). 3. **Л. Френкель.** *Къ вопросу о профессіональныхъ поврежденіяхъ глазъ. Случай разрыва склеры на стафиломатозномъ глазу.* (Не окончена).

...se», 7 февраля).

...*чно-сердечныя разстройства при заболѣваніи* ...окончена). 2. **В. Георгіевскій.** (Продол... ...(Окончаніе).

Digitized by Google

25 октября.

1. **М. Алексѣевъ.** *Къ казуистикѣ камней уретры.* 2. **В. Георгіевскій.** (Продолженіе). 3. **К. Руска.** (Окончаніе).

### Англійскіе.

**The British Medical Journal.** 19 сентября.

Продолженіе отчета о 71 Съѣздѣ British Medical Association.

**Отдѣлъ тропической медицины:**

1. Объ удаленіи изверженій въ тропикахъ (**W. J. Simpson, A. Duncan, L. Rogers** и др.). 2. **P. W. Bassett-Smith.** *Sprue: primary and secondary.* 2 случая болѣзни Sprue (поносы съ диспепсіею, наростающее истощеніе и малокровіе, афты во рту, на вскрытіи атрофія слизистой оболочки кишечника). 3. **C. Christy.** *Malaria.* О способѣ проникновенія споры въ красное тѣльце. 4. *О trypanosomiasis* (**P. Manson, C. Christy** и др.). 5. **P. W. Bassett-Smith.** *Five cases of abscess of the liver.* 5 случаевъ нарыва печени. 6. **J. Cantlie.** *Liver abscess, with ten cases.* Тоже. 10 случаевъ. 7. **E. W. Ainley Walker** and **J. H. Ryffel.** *The pathology of acute rheumatism and allied conditions.* О «micrococcus rheumaticus» *Triboulet.*

26 сентября.

Продолженіе отчета о 71 Съѣздѣ British Medical Association.

**Отдѣлъ тропической медицины:**

1. О проказѣ (**J. Hutchinson** и др.). 2. **L. Rogers.** *Biliary abscesses of the liver* (печени): *with operation.* 3. **A. G. Hendley.** *Lathyrism.* 4. **H. D. Mc Culloch.** *A plea for the proper medical supervision of «rheumatism» purveyed on railways in the tropics.* О необходимости надлежащаго медицинскаго надзора за буфетною частью на желѣзн. дорогахъ въ тропикахъ. 5. **J. R. Dickson** and **C. F. Lassalle.** *Varioloid varicella in Trinidad.* 6. **H. M. Fernando.** *Tropical malaria and its prophylaxis.* 7. **J. Cantlie.** *Plague* (чума) *in domestic animals.*

**Отдѣлъ глазныхъ болѣзней:**

8. **A. S. Morton.** *Notes on operations for conical cornea.* 9. **H. Smith.** *Extraction of cataract in the capsule.* 10. **A. Darier.** *Subconjunctival injections of tuberculin T. R. in the treatment of interstitial keratitis.* 11. **Онъ-же.** *On the treatment of the more serious syphilitics diseases of the eye.* 12. Глаза при болѣзняхъ почекъ (*E. Nettleship, G. Carpenter* и др.). 13. **S. Stephenson.** *The corneal lesions of acquired syphilis.* 14. **R. W. Doyne.** *The use of retinal extract in atrophic retinae.* 15. **W. T. Lister** and **W. I. Hancock.** *Epithelial plaques of the conjunctiva.* 16. **K. Grossmann.** *The mechanism of accommodation in man.* 17. **G. Hartridge.** *The treatment of concomitant convergent strabismus.* 18. **C. Worth.** *Convergent squint.*

3 октября.

Продолженіе докладовъ на 71-мъ годичномъ Съѣздѣ British Medical Association.

**Отдѣлъ акушерства и гинекологіи:**

1. Вступительная рѣчь председателя проф. **W. Stephenson**'а. 2. Объ осложненіи беременности фиброидами матки (**A. Routh, H. Smith** и др.). 3. **C. E. Purslow.** *A case of persistence of the urogenital sinus.* 4. **H. O. Nicholson.** *Some remarks on the maternal circulation in pregnancy.* 5. **J. Oliver.** *Clinical study of internal haemorrhage in association with ectopic pregnancy.* 6. **E. J. Maclean.** *Two successful cases of caesarean section for contracted pelvis in dworfs.* 7. **A. H. N. Lewers.** *A case of hairpin* (головная булавка) *in the uterus, discovered by the X-rays.*

**Отдѣлъ психологіи:**

8. Зависимость душевныхъ разстройствъ отъ алкоголя (**T. B. Hyslop, G. A. Reid** и др.). 9. **A. V. Johnson** and **E. Goodal.** *Preliminary note on the action of the blood serum from cases of mental disease on b. coli communis.* 10. **W. M. Smith.** *On the nature of fragilitas ossium in the insane.* 11. **G. E. Shuttleworth.** *On some slighter forms of mental defect in children and their treatment.* 12. **C. Mercier.** *The classification of insanity.* 13. О лѣченіи помѣшательства въ начальн. стадіяхъ (**D. Yellowlees, R. Jones** и др.). 14. **A. T. Schofield.** *Psycho-therapeutics.*

10 октября.

**Отдѣлъ хирургіи:**

1. О наиболѣе удовлетворительныхъ способахъ соединенія частей желудочно-кишечнаго канала ((**G. H. Makins, E. S. Bishop** и др.). 2. О лѣченіи бугорчатки колѣна (**G. A. Wright-W. F. Haslam, J. W. Cousins** и др.). 3. **J. B. Hall.** *A new route for posterior gastro-jejunostomy.* 4. **W. Mc Adam Eccles.** *One danger of gastro-enterostomy.* 5. **S. White.** *Two cases of ascites secondary to alcoholic hepatitis treated successfully by operation.* 6. **W. Sheen.** *Notes of a case of operative treatment for cirrhosis of the liver.* 7. **H. B. Robinson.** *Separation of the acetabular epiphysis of the femur.* 8. **R. W. Murray.** *Ultimate results in a series of 88 cases of fracture of the tibia and fibula.* 9. **A. E. Wright.** *On the protective effect achieved by antityphoid inoculation as exhibited in two new statistical reports.*

17 октября.

**Отдѣлъ акушерства и гинекологіи** (окончаніе):

1. Патологія и лѣченіе бугорчатки матки и ея придатковъ (**J. H. Targett. J. A. C. Kynoch** и др.). 2. **M. Cameron.** *Diagnosis and treatment of uterine fibroids.*

**Отдѣлъ хирургіи** (окончаніе):

3. **P. J. Freger.** *A further series of 32 cases of total extirpation of the prostate for radical cure of enlargement of that organ.* 4. **A. H. Tubby.** *On a method of treating by operation paralysis of the upper root of the brachial plexus (Erb-Duchenne type).* 5. **Онъ-же.** *The pathology and treatment of hallux rigidus, hallux flexus, and hallux extensus.* 6. **E. M. Little.** *Phelps's operation for club-foot.* 7. **H. Snow.** *Cystic tumours of the mammae: their removal by «forcible massage» without incision.* 8. **R. H. A. Whitelocke.** *The substitution of temporary and absorbable for permanent an unabsorbable sutures in the operations on bone* (на костяхъ). 9. **C. M. Moullin.** *The surgical treatment of chronic gastric ulcer.* 10. **E. Deanesly.** *The open-air treatment of surgical tuberculosis.*

24 октября.

Продолженіе докладовъ Съѣзда.

**Отдѣлъ внутренней медицины:**

1. О не-хирургическихъ воспаленіяхъ въ области слѣпой кишки (**P. M. Chapman, H. W. King** и т. д.). 2. **W. Harris** and **V. W. Low.** *On the importance of accurate muscular analysis in lesions of the brachial plexus.* 3. **E. L. Jones.** *The physical examination of the upper regions of the chest* (верхнихъ частей груди). 4. О лѣченіи язвы желудка (**T. D. Griffiths, H. D. Rolleston** и др.). 5. О воспріимчивости и зараженіи (**R. J. M. Buchanan** и др.). 6. **D. I. Chowry-Muthu.** *The treatment of pulmonary tuberculosis by formaldehyde.* 7. **G. Parker.** *Case of bronzed diabetes.* 8. **D. C. Mc Vail.** *Spinal puncture in «uraemia»* (2 удачныхъ случая). 9. **T. N. Kelynach** and **S. R. Williams.** *The comparative value of oral and rectal temperatures in the study of pulmonary tuberculosis.* 10. **W. B. Jones.** *The mineral water of Llangammarch wells.*

**Подотдѣлъ электротерапіи:**

11. Итоги электрическаго лѣченія злокачественныхъ опухолей (**L. Jones, J. Hall-Edwards** и др.). 12. О лѣченіи электричествомъ бугорчатки (**C. Williams, J. Bolton** и др.). 13. **W. S. Hedley.** *Some points in practical muscle testing.* 14. **G. Herschell.** *Use of electricity in the treatment of affections of the digestive organs.* 15. **J. S. Bolton.** *The X-rays as a diagnostic agent in pulmonary conditions.* 16. **J. C. Fergusson.** *High-frequency currents in the treatment of some forms of deafness* (глухоты).

**Отдѣлъ психологіи** (окончаніе):

16. Патологія наростающаго паралича помѣшанныхъ (**W. F. Robertson, R. Jones** и др.). 17. **R. G. Rows.** *Cavities in the cord.* О сирингоміэліи.

31 октября.

**Отдѣлъ ларинго- и отологіи:**

1. Объ операт. лѣченіи злокачественныхъ опухолей гортани (**F. Semon, T. Gluck** и др.). 2. **E. S. Yonge.** *Two cases of epithelioma of the larynx remaining well two years after operation (thyrotomy).* 3. Техника операцій на височной кости при нагноеніяхъ средняго уха (**P. Mc Bride, A. Hartmann** и др.). 3. **A. Bronner.** *On the local use of formalin in the treatment of nasal polypi...* 4. **A. G. Haydon.** *Illustrations of the effects produced by the singing voice in a suitable medium.* 5. Верхніе дыхательные пути, какъ источникъ зараженія (**F. de Haviland Hall, J. Horne** и др.). 6. **D. Mc Keown.** *Difficulties and insufficiency of the stenosal theory of adenoid deafness.* 7. **E. J. Moure.** *The surgical treatment of cancer of the larynx.*

7 ноября.

1. **S. G. Sherrington.** *Science and medicine in the modern university.* Вступит. рѣчь. 2. **W. Osler.** *The master-word in medicine.* Тоже. 3. **E. F. Trevelyan.** *Tuberculosis of the nervous system.* 4. **W. J. Collins.** *The institutional treatment of inebriety.* 5. **W. W. Westcott.** *The overlaying of infants.* 6. **W. J. Caie.** *Case of puerperal septicaemia treated with antistreptococcus serum: recovery.* 7. **R. Jones.** *Case of puerperal septicaemia treated with antistreptococcus serum.* 8. **J. Lithgow.** *Puerperal eclampeda before delivery.* 9. **W. B. Mayne.** *The treatment of eclampsia by hypodermic injections of morphine.* 2 случая.

14 ноября.

1. **T. Houston.** *The conditions that simulate pernicious anaemia.* 2. **R. Ross.** *Note on the bodies recently described by Leishman and Donovan.* 3. **A. Primrose.** *Filariasis in man cured by removal of the adult worms in an operation for lymph scrotum.* 4. **C. Christy.** *Bubonic plague («Kaumpuli») in Central East Africa.* 5. **A. E. Boycott.** *A note on the differential leycocyte count in worm infections.* 6. **W. G. Ellis.** *The etiology of beri-beri.* 7. **J. E. Barnard** and **H. de R. Morgan.** *The physical factors in phototherapy.* 8. **A. Dodds.** *A case of double gangrene of leg* ю *showing a mild attack of enteric fever.*

Digitized by Google

21 ноября.

1. C. T. **Williams**. *The diagnosis of pulmonary tuberculosis.* Лекція II. 2. D. B. **Lees**. *The treatment of some acute visceral inflammations.* Лекція I. 3. A. **Edmunds**. *The mechanism of respiration in pneumothorax.* 4. W. H. **Peake**. *Two cases illustrating the fallacy of certain physical signs in diagnosing acute perforated gastric ulcer.* 5. T. W. **Dewar**. *A preliminary report on the treatment of advanced pulmonary tuberculosis by intravenous injections of iodoform.* 6. H. E. **Bruce-Porter**. *Case of aortic disease with unusual course.* 7. W. B. **Hunter**. *Case of acromegaly.*

28 ноября.

1. D. B. **Lees**. *The treatment of some acute visceral inflammations.* Лекція II—о пнеймоніи. 2. E. P. **Paton**. *Syphilitic joint disease.* 3. T. H. **Hendley**. *The spread of ankylostomiasis.* 4. A. H. N. **Lewers**. *A case of abdominal hysterectomy for retroperitoneal cervical fibroid.* 5. C. A. **Morton**. *Two cases of retroperitoneal cysts.* 6. G. **Gase-Gillon**. «*Retroperitoneal manipulation*». 7. J. **Campbell**. *Subperitoneal lipomata.* 8. H. T. **Herring**. *The treatment of vesical papilloma by injections.* 9. C. H. **Whiteford**. *Case of external urethrotomy treated by continuous retention of a rubber catheter held in position by a «perineal stop».* 10. J. M. **Cotterill**. *The pathology of hallux rigidus.* 11. R. **Ross**. *Further notes on Leishman's bodies.* 12. C. **Donovan**. *The etiology of one of the heterogeneous fevers of India.*

5 декабря.

1. H. **Weber**. *Means for the prolongation of life.* 2. D. B. **Lees**. 3-ья лекція о лѣченіи острыхъ висцеральныхъ воспаленій (пнеймонія). 3. C. **Todd**. *On a dysentery antitoxin.* 4. B. G. A. **Moynihan**. *On total extirpation of the stomach.* Успѣшный случай. 5. L. L. **Keays**. *A case of double perforating gastric ulcer.* 6. E. O. **Ashe**. *Excision of a perforated gastric ulcer—recovery.* 7. P. **Manson**. *Sleeping sickness and trypanosomiasis in a european: death: preliminary note.*

12 декабря.

1. H. **Morris**. *Cancer and its origin.* Лекція. 2. H. G. **Plimmer**. *The parasitic theory of cancer.* 3. G. L. **Cheatle**. *The behaviour of cancer within nerve and trophic areas.* 4. D. **Turner**. *Nature and physiological action of radium emanations and rays.* 5. J. **Macinthyre**. *Radium and its therapeutic effects.* 6. L. **Drage**. *On the treatment of cancer.* 7. R. **Kirk**. «*Paraffin cancer*». 8. A. **Newsholme**. *The possible association of the consumption of alcohol with excessive mortality from cancer.*

19 декабря.

1. V. **Horsley**. *Medical politics.* 2. C. B. **Lockwood**. *An introduction to the study of clinical surgery.* 3. J. H. **Nicoll**. *The operative treatment of cranial depression.* 4. A. **Maclennan**. *Case of congenital deformity of the nose associated with a degree of median harelip.* 5. C. M. **Moullin**. *Transplantation of the insertion of the biceps tendon for persistent contraction of the knee-joint in a case of rheumatoid arthritis.* 6. C. A. **Griffiths**. *Case of sarcoma of the femur, with description of a recent method of amputation at the hip-joint* (въ тазобедренномъ суставѣ). 7. J. B. **Cleland**. «*Indiarubber jaw*». Случай своеобразной карциномы нижней челюсти. 8. L. B. **Aldrich-Blake**. *Abdominoperineal excision of the rectum by a new method.* 9. C. W. **Smeeton**, C. C. **Smith** and J. G. E. **Colby**. *Three cases of gastric ulcer perforating acutery.* 10. F. O. **Stedman**. *Three cases treated by the «X» rays.* 11. P. W. **Bassett-Smith**. *Duration of Mediterranean fever.*

26 декабря.

1. C. **Douglas**. *Observations on diabetic coma.* 2. J. E. H. **Sawger**. *Some observations on the temperature of coma.* 3. R. W. **Marsden**. *The stage of invasion in measles.* Инвазіонный стадій кори. 4. P. S. **Hichens**. *Some remarks on a case of chloroma.* 5. J. M. **Clarke**. *On the relation of the Argyll-Robertson phenomenon to syphilis.* 6. A. **Stanley**. *On sudden heart failure in toxaemic conditions.* О внезапномъ упадкѣ сердечной дѣятельности при токсэміяхъ. 7. B. W. **Gowring**. *A case of complete ophthalmoplegia occuring during whooping-cough* (при коклюшѣ). 8. E. S. **Hawthorne**. *Acute rheumatism: 5 cases of apparently direct infection.* 5 случаевъ, по видимому, прямого зараженія острымъ ревматизмомъ.

**Medical News**. 12 сентября.

1. T. M. **Rotch**. *Infantile scorbutus.* 2 случая. 2. J. W. D. **Maury**. *A modification of the M'Graw elastic ligature.* 3. F. M. C. **Usher**. *A proposed apparatus for the treatment of empyema.* 4. A. J. **Smith**. *The advisability of a more definite course of instruction in physics in the medical curriculum.* 5. J. M. **Aikin**. *Mental therapeutics in medicine.* 6. S. **Baker**. *Uses and limits of non-physical therapy.* 7. J. C. **Munro**. *The significance of albumin and casts in surgical patients.* 8. L. S. **Blackwell**. *Later impressions of the «non-heredity of acquired characters».* 9. L. **Kolipinski**. *Therapeutics of potassium copaibate.*

19 сентября.

1. C. A. **Herter**. *The etiology and chemical pathology of gallstones* (желчныхъ камней). 2. A. G. **Gerster**. *The modern treatment of the acute suppurations of the knee-joint* (колѣннаго сустава). 3. O. T. **Osborne**. *What ought we to expect from cardiac drugs in heart weakness?* 4. V. P. **Gibney**. *A study of good results in hip disease.* 5. A. R. **Elliott** ... *onic nephritis without albuminuria.* 5 случаевъ.

26 сентября.

1. G. R. **Butler**. *Concerning some points in the treatment of typhoid fever.* 2. L. **Hektoen**. *Note on typhoid fever and scarlet fever with special reference to the diagnostic value of blood cultures.* 3. J. P. C. **Griffith**. *Typhoid fever in infancy and childhood.* 4. W. T. **Baker**. *Nourishment, medication, hydrotherapy, and general management of typhoid fever cases.* 5. C. A. **Herter**. *The etiology and chemical pathology of gall-stones* (желчныхъ камней). 6. E. **Eliot**. *The pathology and treatment of tardy postoperative intestinal obstruction.*

3 октября.

1. F. H. **Williams**. *The use of the x-rays in the treatment of diseases of the skin, certain forms of cancer, of the glandular system and of other diseases, and as a means of relieving pain.* 2. W. G. **Thompson**. *Paroxysmal hematinuria (hemoglobinurie a frigore).* 3. C. A. **Powers**. *Removal of a heavy silk ligature from around the right pneumogastric nerve.* Случай удаленія шелковой лигатуры изъ сосѣдства съ блуждающимъ нервомъ. 4. T. S. **Hart**. *A review of some recent investigations relating to the pancreas.* 5. S. M. **Brickner**. *The obstetric significance of retrodisplacements of the uterus.*

10 октября.

1. R. W. **Wilcox**. *Symposium: the teaching of therapeutics.* 2. E. H. **Long**. *From pharmacological science to therapeutic art.* 3. J. **Pedersen**. *Recent advances in genitourinary surgery.* 4. C. **Beck**. *On last year's progress in surgery.* 5. J. E. **Weeks**. *Recent advancement in the therapeutics of the eye.* 6. C. H. **Knight**. *Report on laryngology.* 7. W. J. **Morton**. *Recent advances in electrotherapeutics.* 8. H. L. **Taylor**. *Recent advances in orthopedic surgery.* 9. C. M. **Green**. *Notes on obstetrical therapeutics.* 10. N. P. **Barnes**. *Recent advances in the therapeutics of pediatrics.*

17 октября.

1. S. E. **Solly**. *Bronchiectasis in the tuberculous.* 2. J. B. **de Lee**. *Early recognition of impending obstetric accidents.* 3. E. F. **Ingals**. *Thiocol in the treatment of croupous pneumonia.* 4. J. C. **Edgar**. *Pathology and prophylactic treatment of puerperal sepsis.* 5. B. H. **Wells**. *The development of our knowledge of puerperal infection.* 6. W. S. **Gottheil**. *Sublamine in the treatment of parasitic scalp diseases.* 7. E. B. **Dench**. *The importance of the surgical treatment of chronic middle-ear suppuration.*

24 октября.

1. E. L. **Trudeau**. *The history of the tuberculosis work at Saranac Lake.* 2. B. G. A. **Moynihan**. *Congenital hipertrophic stenosis of the pylorus.* 3. W. H. **Wathen**. *Timely operation in primary appendicitis.* 4. J. G. M. **Bullowa** and D. M. **Kaplan**. *On the hypodermatic use of adrenaline chloride in the treatment of asthmatic attacks.*

31 октября.

1. W. G. **Mac Callum**. *On the production of specific cytolytic sera for thyroid and parathyroid...* 2. W. P. **Northrup**. *Skin lesions associated with rapid growth of long liones, lineal albicantes (Les vergetures de croissance, Jules Comby).* 3. A. J. **Hall**. *Caffeine in the treatment of alcoholic toxemia.* Даетъ кофеинъ по 1—2 грана каждые 1—2—3 часа. 4. G. **Blumer** and H. C. **Gordinier**. *A case of chronic lymphatic leucemia without enlargement of the lymph nodes.*

7 ноября.

1. S. **Oppenheimer**. *Mastoid disease and extradural abscess.* 2. J. **Ewing** and I. **Strauss**. *Precipitins and their medicolegal use.* 3. F. M. **Pottenger**. *A study of immunity. Ehrlich's sidechain theory.* 4. H. W. **King**. *Report of a case of acute glaucoma incited by the use of euphthalmine for diagnostic purposes.* 5. H. **Crouse**. *Circular laceration of the cervix uteri.*

14 ноября.

1. C. F. **Painter** and W. G. **Erving**. *Chronic villous arthritis.* Не окончена. 2. S. P. **Gerhard**. *Treatment of tapeworm* (ленточныхъ глистъ). 3. S. **Tousey**. *X-ray treatment of cancer of the uterus, method and results.* 4. M. I. **Knapp**. *Why not absolute precision in chyme analysis?* 5. J. **Ewing** and I. **Strauss**. *Precipitins and their medicolegal use.*

21 ноября.

1. J. H. **Claiborne** and E. B. **Coburn**. *Experiments to determine the value of formalin in infected wounds of the eye.* 2. H. **Wakefield**. «*The heart cure*». О лѣченіи болѣзней сердца. 3. T. W. **Salmon**. *The relation of mild types of diphtheria to the public health.* 4. C. F. **Painter** and W. G. **Erving**. (Продолженіе). 5. R. W. **Lobenstine**. *Eclampsia hemorrhagica.* Случай. 6. J. N. **Hall**. *Who may benefit by altitude treatment?*

28 ноября.

1. W. S. **Gordon**. *Diet and drugs in nephritis.* 2. S. **Oppenheimer**. *Mastoid disease and cerebellar abscess.* 3. A. P. **Stoner**. *A discussion of some common forms of liver disturbances.* 4. H. **Lilienthal**. *The best method of dealing with the stump in appendicectomy.* 5. C. F. **Painter** and W. G. **Erving**. Окончаніе статьи о ворсинчатомъ артритѣ. 6. T. H. **Manley**. *Primary osteoplasty in open fractures or fracture dislocations.*

---

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. / Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

## XXVIII. Принципіальныя основы мышленія въ медицинѣ и задачи медицинскихъ Обществъ въ Россіи *).

Проф. **А. Д. Павловскаго.**

Медицина началась съ первымъ страданіемъ человѣка, и тогда-же человѣческая мысль стала искать объясненія и учета этому страданію,—причинъ его и средствъ къ его облегченію. Съ этого момента и начинаются уже медицинская наука и медицинское искусство. На первыхъ ступеняхъ человѣческаго развитія сама болѣзнь считалась демономъ, или-же медицина приписывала ее злымъ духамъ и злымъ божествамъ. Съ увеличеніемъ фактическихъ наблюденій къ объясненію причинъ болѣзни привлечены были силы природы — воздухъ, вода, вѣтры, почва (медицина Греціи среднихъ вѣковъ и XVIII в.),—механическіе агенты, флогистонъ и жизненная сила, кратко говоря, наступила метафизическая ступень знанія, дѣлались попытки построенія apriori'ныхъ теорій, отвѣчавшихъ общимъ системамъ мышленія и натуръ—философскимъ воззрѣніямъ. Въ 3-ей ступени развитія, во 2-й половинѣ XIX столѣтія, отъ чисто внѣшнихъ болѣзненныхъ явленій и припадковъ медицина дошла до анатомо-физіологическаго познанія болѣзненныхъ процессовъ. Въ этой именно ступени громадно увеличилось число точныхъ, анатомическихъ фактовъ и широко вводятся научные способы и научный учетъ медицинскихъ явленій. По мѣрѣ расширенія знаній все болѣе и болѣе увеличивалась сложность научныхъ отношеній. Именно въ этой фазѣ въ медицинской наукѣ пошла живая постройка ея зданія: выдвинулось много частичныхъ теорій, развилась живая борьба противуположныхъ мнѣній, послышались, по видимому, непримиримыя противорѣчія, представился, какъ-бы, хаосъ фактовъ, рядъ взаимноисключающихъ мыслей, лабиринтъ противуположныхъ взглядовъ,—словомъ, наступила аналитическая или позитивная ступень науки.

Громадный фактическій міръ анатомо-физіологическихъ данныхъ привелъ медицину къ завершенію ея 3-ей позитивной фазы, къ этіологической эрѣ—познанію истинныхъ причинъ болѣзней. Эта фаза, знаменуя зрѣлость науки, завершилась широкимъ синтезомъ собранныхъ ранѣе безчисленныхъ фактовъ. Истинная наука стремилась въ этой фазѣ развитія, вмѣсто хаоса отрывочныхъ свѣдѣній, найти научный принципъ, установить закономѣрность найденныхъ фактовъ. Этотъ принципъ — этіологическій принципъ—нынѣ найденъ въ медицинѣ. «Если Вы усвоите эту точку зрѣнія, писалъ еще *Cohnheim* [1]), то для Васъ тотчасъ-же сдѣлается яснымъ чрезвычайный интересъ этіологіи болѣзней. Полное пониманіе болѣзней немыслимо безъ знанія ихъ причинъ, точно также, какъ и важнѣйшая задача гигіэны — предупрежденіе болѣзней — не можетъ быть выполнено иначе, какъ лишь при помощи и на основаніи точной и раціональной этіологіи».

Медицина, сливавшаяся въ древности съ естествознаніемъ, вѣками слѣдовала по пути философіи, ища объясненія болѣзненныхъ явленій въ дедуктивномъ методѣ. Медицина *Галена*, господствовавшая въ теченіи нѣсколькихъ вѣковъ (арабская медицина, средневѣковая), представляется далекой отъ наблюденія философской системой. Чѣмъ строже такая система, тѣмъ меньше и тѣмъ уродливѣе ея редукція въ жизни и практикѣ, тѣмъ нетерпѣливѣе она въ жизни къ новымъ преобразовательнымъ даннымъ и направленіямъ, несогласнымъ съ нею. Примѣровъ этому за 2000-лѣтнее блужданіе медицинскихъ школъ много: величайшій анатомъ *Vesalius* судился богословскимъ факультетомъ въ Саламанкѣ, и съ *Servetus*'омъ сожжена была въ Женевѣ его книга о легочномъ кровообращеніи. Парижскій факультетъ запретилъ изучать открытое *Harvey*'емъ кровообращеніе въ своихъ аудиторіяхъ. *I. Hunter* подвергался преслѣдованіямъ и обиднымъ оскорбленіямъ коллегіи. Объ открытіи *Lister*'омъ антисептики весьма неблагопріятно и рѣзно отозвались англійскіе хирурги, особенно *Simpson* [2]), *Koch*, а послѣ открытія имъ холерной запятой встрѣтили рядомъ нападокъ на холерной Конференціи. Основаніемъ ко всему этому являлись научныя воззрѣнія—основныя теоріи школъ, ложныя логическія посылки, что система, т. е. метафизическая теорія, должна всюду оправдываться въ частностяхъ. При построеніи дедуктивныхъ теорій забывалось, что всякая дедукція имѣетъ значеніе лишь до тѣхъ поръ, пока она можетъ быть провѣрена опытомъ и фактами. Вотъ почему новыя открытія, становясь въ рѣзкое несогласимое противорѣчіе съ господствовавшими метафизическими воззрѣніями, повергали затѣмъ въ прахъ всю господствовавшую систему и школу. Какъ можно было согласиться съ *Harvey*'емъ, когда до него учили, что кровь идетъ отъ печени къ легкимъ и отъ центра—сердца—по венамъ къ периферіи, а легочный кругъ несетъ воздухъ тканямъ, въ доказательство чего приводили пѣнистую кровь, выдавливаемую изъ сосудовъ, при разрѣзѣ ихъ на трупѣ? Какъ отказаться было *R. Virchow*'у отъ его «formative und nutritive Reizung» въ тканяхъ, отъ нарушенія «Spannung»—напряженія или *Pettenkofer*'у отъ его «Zeit und Ortdisposition», въ виду новыхъ открытій *Koch*'а и гдѣ же?—въ холерѣ, одной изъ заразныхъ болѣзней, о коихъ столь много и столь остроумно писали и *R. Virchow*, и *Pettenkofer*.

Сквозь мракъ духовъ и демоновъ, черезъ 2000-лѣтнія блужданія въ метафизическихъ системахъ и теоріяхъ, медицина пришла къ опыту и индукціи, какъ къ основамъ ея мышленія, выбираясь къ свѣту и истинѣ. Во 2-й половинѣ XIX столѣтія она становится естественно-научнымъ знаніемъ—позитивною наукою. Овладѣвая точными способами естествознанія, она устанавливаетъ фактъ и наблюдаетъ явленія, а затѣмъ научно учитываетъ ихъ, т. е. ищетъ законовъ фактовъ.

Въ своемъ историческомъ развитіи медицина прошла тѣ-же фазы, что и философія и естествознаніе. Философскія системы разныхъ временъ постоянно отражались въ ней, выливаясь въ практикѣ порой въ странные и уродливые взгляды и глубоко вліяя какъ на ея системы и теоріи, такъ и на столь широко пронизывающіе медицинскую практику мораль и долгъ.

Такъ, ученіе *Өалеса* о водѣ и влажности, какъ субстанціи міра, повторилось въ натуръ-философіи въ флогистонѣ (*Paracelsus*), а нынѣ возрождается въ физикѣ въ новѣйшихъ ученіяхъ о міровомъ эѳирѣ и объ электричествѣ, какъ жидкости, выражаясь въ медицинѣ въ ученіи о кразахъ *Rokitansk*'аго и о цѣлебныхъ сокахъ и жидкостяхъ *Behring*'а. Но какая разница въ фактическомъ основаніи для этихъ широкихъ выводовъ *Өалеса* и даже *Paracelsus*'а по сравненію съ современной наукой?

Ученія *Гераклита* и особенно *Демокрита* о движеніи, какъ основѣ міра, при чемъ всѣ явленія матеріальнаго міра сводятся къ движенію, опредѣленно повторяется въ новѣйшей философіи *Th. Hobbes*'омъ. «Существуютъ только тѣла, а всѣ явленія, происходящія въ тѣлѣ, можно свести къ движенію». Создатель въ морали положенія «Homo homini lupus est» и «Bellum omnium contra est omnes», *Hobbes* заявляетъ въ то же время, что даже ощущеніе есть движеніе мозга. Прибавлять-ли здѣсь, что ученіе о движеніи повторено во всей полнотѣ и глубинѣ современной наукой, которая все въ природѣ приводитъ къ движенію, и въ ученіи объ іонахъ (*Van Hoof*), заряженныхъ + и — электрической энергіей, повторяетъ отчасти атомистическое ученіе *Демокрита*. Значеніе опыта и индукціи въ наукѣ впервые съ необычайной ясностью установлено было *Bacon*'омъ (XVII в.) и затѣмъ *Locke*. Мышленіе, по *Bacon*'у, есть существенный дѣятель познанія; но уму человѣческому свойственно ошибаться. Эти ошибки—призраки или идолы человѣческаго племени—*Bacon* называетъ Idola tribus. «Человѣческій умъ подобенъ зеркалу, представляющему лучамъ явленій неровную поверхность, примѣшивающему свои собственныя свойства къ свойствамъ явленій, извращающему ихъ и обезображивающему». Новое орудіе открытій, по *Locke*, есть опытъ, за которымъ слѣдуетъ индукція. Душа, по *Locke*, есть tabula rasa—чистый листъ бумаги, на которомъ опытъ пишетъ свои письмена. Въ противуположность *Bacon*'у и *Locke*, *Descartes* думалъ, что опытъ невозможенъ безъ предварительно построенной дедуктивно гипотезы о причинѣ явленія; а priori'ный выводъ предшествуетъ опыту. Связь вещей познается изъ связи понятій. Предварительно построенная идея направляетъ опытъ, а дедукція индукцію. Мнѣнія людей измѣнчивы, писалъ *Descartes*. Чувства и опыты обманываютъ насъ. Разумъ пассивенъ. Такъ какъ мы часто ошибаемся, то не ошибаемся-ли мы всегда? Сомнѣніе—основа мышленія, по *Descartes*'у. «Dubito, ergo sum» *Descartes*'а, повторенное *Н. И. Пироговымъ* (см. его «Вопросы жизни»), перешло и окончательно выразилось въ его «Cogito ergo sum».

*Leibnitz*, *Spinoza* и *Kant* сущностью всего считали разумъ. Разумъ—нашъ законъ, вѣщалъ *Spinoza*. Разумъ—абсолютъ, вмѣщающій высшую свободу, по *Hegel*'ю. Мыслить значитъ соеди-

*) Рѣчь, произнесенная въ Физико-медицинскомъ Обществѣ при Кіевскомъ Университетѣ 14/x 1903 г.

Digitized by Google

нять, вносить единство, синтезъ въ объектъ нашего познанія, училъ *Kant*. Въ противоположность имъ *Condillac* выше всего ставилъ ощущеніе, а *Schopenhauer* сущностью вещей считалъ міровую волю, данную опытомъ, выведенную экспериментально и индуктивно.

Вы видите, слѣд., что въ чисто философскихъ вопросахъ о разумѣ, его значеніи и предѣлахъ знанія воззрѣнія философовъ крайне разнообразны и противорѣчивы. Метафизика не знаетъ ничего, говорилъ *Kant*. Метафизика знаетъ все, писалъ *Hegel*. Метафизика знаетъ кое-что (что указываетъ ей опытъ), училъ *Schopenhauer*. Преемники *Kant*'a *Fichte* и *Schelling* развили ученіе о свободѣ и идеалѣ, какъ высшемъ долгѣ философа. Въ противоположность *Kant*'у, *Hume*, а затѣмъ особенно *Auguste Komte* предлагали заниматься лишь фактами и ихъ отношеніями. Факты—первый объектъ положительныхъ наукъ; единственно положительный опытъ—чувственный. Создатель позитивизма отрицалъ метафизику и всѣ истинно философскіе вопросы. Наконецъ матеріалисты замѣнили идею *Hegel*'я словомъ—матерія: матерія и движеніе вѣчны; метафизика и мораль должны раствориться въ физикѣ. Наконецъ современные англійскіе философы *J. St. Mill* и *H. Spencer*, а также *Mach* и *Dühring* снова считаютъ началомъ всего и мѣриломъ достовѣрности ощущеніе и опытъ.

Блужданія философской мысли продолжаются и нынѣ. Новѣйшіе натуръ-философы, какъ *Haeckel*, являются выразителями монизма во взглядахъ на духъ и матерію, или же, какъ *Lange*, стараются помирить неокантіанизмъ съ монизмомъ.

Въ области морали философія возвѣщала то долгъ [стоики и *Kant* *)], то наслажденіе (эпикурейцы и *Pascal*), то счастье и интересъ (*Locke* и *Bentham*), то альтруизмъ (*Aug. Komte*), то симпатіи другихъ (*Ad. Smith*), то матеріальное счастье жизни и улучшеніе ея соціальныхъ условій (*Sain-Simon* и *Condorset* и др.), то наконецъ культъ человѣчества (*Feuerbach*) и противоположный ему—культъ индивидуализма, культъ «я» въ лицѣ *Max Schtirner*'a. ««Истинный культъ есть культъ личности, культъ моего «я»»; ««человѣчество, національность, государство, авторитетъ, законъ уступятъ свое мѣсто единственно реальному «я»». Философія эгоизма *Schtirner*'a выродилась въ наше время въ отрицаніе современнаго человѣка и современной культуры, въ лицѣ представителя анархіи духа *Nitzsche* [3]). Жизнь современнаго человѣка—это медленное самоубійство, возведенное въ систему. Человѣкъ—это грязный потокъ, который оскверняетъ все, попадающееся ему на пути, пишетъ *Nitzsche*.

Такимъ образомъ изъ вышеизложеннаго слѣдуетъ, что человѣческая мысль, въ ея историческомъ развитіи, блуждаетъ, тщетно пытаясь разрѣшить проблеммы бытія. Однако, философскія проблеммы пополняютъ одну точку зрѣнія другою, объединяя ихъ въ широкую волну свѣта. Пройденный путь философской мысли можно свести къ аналитической и индуктивной разработкѣ сущности бытія и нравственныхъ актовъ. За анализомъ слѣдуетъ широкое, систематическое рѣшеніе новыхъ проблеммъ. Истинное и вѣчное, по рѣшенію новой философіи, состоитъ въ идеальной свободѣ, въ способности къ безкорыстію или къ любви, въ нравственномъ или соціальномъ единеніи всѣхъ существъ, которое подготовляетъ постепенно свобода [4]).

Такимъ образомъ, хотя проблеммы бытія и понынѣ не рѣшены еще философіей, да едва-ли и рѣшатся когда-либо полностью, но путь для рѣшенія ихъ—единый путь опыта и индукціи—выработанъ уже философской мыслью и ея тысячелѣтними усиліями.

Основой современной медицины, какъ біологической науки, имѣющей своимъ субстратомъ больную жизнь, является естествознаніе вообще, его проблеммы и методы. Философія ближе слышится и мощнѣе вліяетъ на естествознаніе, чѣмъ на медицину. Натур-философскія теоріи современнаго естествознанія являются камертономъ, ключемъ, категорическимъ постулатомъ для медицины. Онѣ показываютъ однако медикамъ, что человѣческая мысль, дойдя до предѣловъ разложенія матеріи на первичные элементы ея, примѣнивъ здѣсь всѣ современныя могучія орудія науки—микроскопъ, химію, спектральный анализъ и опытъ—останавливается передъ неразрѣшимою тайною жизни и вещества. Возьмемъ для примѣра самый основной вопросъ современнаго естествознанія—ученіе о матеріи и силѣ.

О сущности матеріи *Faraday* думалъ такъ: «Если мы обозначимъ матеріальную частицу, въ смыслѣ обыкновенной атомной теоріи, черезъ *a*, а систему силъ въ частицѣ и вокругъ нея черезъ *m*, то для меня исчезаетъ ядро *a* и вещество состоитъ только изъ силъ *m*». Въ самомъ дѣлѣ, какое представленіе можемъ мы составить объ этомъ ядрѣ отдѣльно отъ его силъ? Все наше воспріятіе, все наше знаніе объ этомъ, какъ и вся наша способность представленія ограничены понятіемъ его силъ... Трудно представить силы вещества, независимо отъ самостоятельно существующаго нѣчто, что называютъ матеріей, но очевидно гораздо труднѣе, если не совершенно невозможно, представить вещество, независимо отъ силъ. Мы знаемъ силы; мы различаемъ ихъ въ каждомъ бытіи, въ каждомъ явленіи вселенной; абстрактное-же вещество мы не воспринимаемъ нигдѣ. Почему-же мы принимаемъ существованіе такого нѣчто, о которомъ мы ничего не знаемъ, которое не можемъ представить и въ признаніи котораго нѣтъ ни малѣйшей теоретической надобности?

По мнѣнію *Helmholtz*'а, «чистая матерія безразлична по отношенію къ остальной природѣ, такъ какъ она не могла-бы произвести измѣненій ни въ ней, ни въ нашихъ органахъ чувствъ; чистая сила была-бы нѣчто такое, что должно было-бы быть и затѣмъ вновь не быть, такъ какъ существованіе ея мы соединяемъ съ понятіемъ о матеріи; мы можемъ знать вещество только черезъ связанныя съ нимъ силы, а не само по себѣ (Erhaltung der Kraft).

Далѣе *Maxwell* пишетъ: «матерія является лишь тѣмъ, что можетъ имѣть энергію, которая сообщена ей другой матеріей, и можетъ, въ свою очередь, сообщить энергію другой матеріи». «Энергія не можетъ существовать иначе, какъ въ соединеніи съ матеріей».

Такимъ образомъ, по *Faraday*'ю, атомы—центры силъ; матерія не познаваема; можно обойтись безъ представленія о матеріи, замѣнивъ его понятіемъ центра силъ. *Helmholtz* прямо не отрицаетъ существованія матеріи; но оно болѣе, чѣмъ замѣтно. Въ самомъ дѣлѣ, если, по *Helmholtz*'у, чистая матерія не можетъ дѣйствовать на наши органы чувствъ, если мы знаемъ лишь связанныя съ нею силы, то откуда же мы убѣждаемся въ существованіи этой связи ея съ силами?

У *Maxwell*'я матерія является лишь гипотезой, необходимой какъ субстратъ—носитель силы, которую съ чѣмъ-нибудь да нужно-же связать.

Особенно ярко отрицаніе матеріи выражено въ послѣдніе годы извѣстнымъ химикомъ, проф. *Ostwald*'омъ, который высказываетъ по этому вопросу слѣдующія замѣчательныя мысли: «Что мы знаемъ о физическомъ мірѣ? Очевидно только то, что воспринимаютъ наши органы чувствъ»..., послѣдніе-же "реагируютъ лишь на разницу энергій между нами и окружающей средой». «Вы не захотите отказаться отъ матеріи, потому что, вѣдь, должна-же энергія имѣть носителя? Но я, съ своей стороны, спрашиваю: для чего? Если все, что мы познаемъ изъ внѣшняго міра есть лишь различныя отношенія между родами энергіи, какое же мы имѣемъ основаніе принимать въ мірѣ что-либо такое, о чемъ ничего не знаемъ? Да, возразятъ мнѣ, энергія все-же есть нѣчто лишь придуманное, абстрактное, тогда какъ матерія—это вѣчно реальное. Напротивъ, отвѣчу я, матерія именно и есть продуктъ мышленія, который мы себѣ построили, и при томъ довольно несовершенно, съ цѣлью представить постоянное въ безпредѣльной смѣнѣ явленій. Теперь, когда мы начинаемъ постигать, что дѣйствительное, т. е. то, что на насъ дѣйствуетъ, есть только энергія, мы должны разсмотрѣть, въ какомъ отношеніи находятся оба эти понятія, и выводъ не подлежитъ сомнѣнію: предикатъ реальности можетъ быть приписанъ лишь энергіи». «Въ понятіи о матеріи заключается прежде всего масса, т. е. емкость для энергіи движенія, затѣмъ наполненіе пространства или энергіи объема, далѣе вѣсъ или особый видъ энергіи положенія, проявляющійся въ силѣ тяжести, и наконецъ химическія свойства, т. е. химическая энергія. Какъ видимъ, дѣло постоянно идетъ только объ энергіи, и, если мы будемъ стараться представить себѣ матерію, отъ которой отдѣлены различные роды энергіи, то у насъ ничего не останется, ни даже пространства, которое занимала матерія, ибо и оно познается нами лишь по энергіи, необходимой для того, чтобы проникнуть въ него. Слѣд., матерія есть ни что иное, какъ пространственно соединенная группа различныхъ энергій, и все, что мы хотимъ высказать о матеріи, мы высказываемъ лишь объ этихъ энергіяхъ».

Если мы подойдемъ теперь къ субстрату медицины, то найдемъ здѣсь тѣ-же фазы мышленія въ рѣшеніи основныхъ проблеммъ біологіи, что и въ философіи и въ естествознаніи, и встрѣтимся съ тѣми-же блужданіями медицинской мысли въ метафизической ея фазѣ развитія и съ тѣми-же неразгаданными нынѣ загадками о тайнѣ жизни при разложеніи ея медицинскимъ опытомъ и современными средствами и точными приборами на ея первичные элементы. Обратимся-ли мы къ ученію о клѣткѣ и протоплазмѣ, мы найдемъ здѣсь удивительно точные и интересные факты—богатство опыта и наблюденія и широту и точность индукціи и въ концѣ этого длиннаго пути—неразгаданную тайну жизни о строеніи клѣтки. Такъ, относительно строенія протоплазмы клѣтки, *Altmann* полагаетъ, что она состоитъ изъ зернышекъ—гранулей; *Flemming* считаетъ ее нитчатою, *Bütschli*—ячеистою, а *Hertwig*—пѣнистою. Характерно для всѣхъ этихъ теорій, что всѣ онѣ конечнымъ элементомъ жизни считаютъ мельчайшую частицу—молекулу или атомъ, недоступный изученію и наблюденію подъ микроскопомъ, т. е. приводятъ къ вопросу о строеніи матеріи, сливаясь здѣсь съ философскимъ, научнымъ матеріализмовъ и его ученіемъ....

*) Все, кромѣ долга, по *Kant*'у, гипотетично; долгъ категориченъ. Предметъ морали по *Kant*'у—активное добро.

Digitized by Google

Этимъ первичнымъ элементамъ протоплазмы—молекуламъ клѣтокъ—наука даетъ самыя разнообразныя названія. Таковы физіологическія единицы *Spencer*'а, пластидули *Haeckel*'я, мицеллы *Nägeli*, почечки и зачаточки *Darwin*'а, пангены de-*Friese*'а, біофоры *Weissmann*'а, плазомы *Wiesner*'а, идіобласты *Hertwig*'а, почки *Haacke*, идіопласонты, аутомеризонты, аутокинеонты *Roux* [5]).

Однако опытъ и умозрѣніе, приведя насъ къ познанію первичныхъ элементовъ жизни, не даютъ намъ данныхъ постигнуть тайну жизни клѣтки и ея свойствъ. Будетъ-ли протоплазма построена изъ зеренъ, ячеекъ или нитей, мы не можемъ различить самыми лучшими изъ нашихъ современныхъ микроскоповъ никакого строенія въ этихъ мельчайшихъ элементахъ протоплазмы. Разрѣшающая способность нашихъ объектовъ уже исчерпана нынѣ. По теоріи *Abbe*, мы достигли уже съ наилучшими микроскопами предѣловъ микроскопическаго анализа и по прежнему стоимъ передъ таинственной загадкой жизни въ видѣ однородныхъ молекулъ и зеренъ. Быть можетъ, въ различіи ихъ мы видимъ лишь искусственные продукты фиксаціи и обработки клѣтки, туманные отблески истиннаго строенія протоплазмы, весьма сходные съ тѣми продуктами, которые получалъ *Alfr. Fischer*, при разнообразной обработкѣ и фиксаціи бѣлковъ (*Навашинъ*). Наука углубила наши знанія подробностей строенія искусственно фиксированной протоплазмы клѣтокъ и обогатила насъ удивительными фактами о размноженіи клѣтокъ—каріокинезѣ ядра, центрозомахъ и др.; но тайна строенія протоплазмы лишь усложнилась еще болѣе, а границы таинственнаго раздвинулись, оставшись и послѣ изслѣдованія *Hertwig*'а и *Weismann*'а столь же неразгаданными, какъ и во времена *Fontana*, *Bichat*, *Schleiden*'а, *Schwann*'а, *Ehrenberg*'а, *Hannover*'а и *Kölliker*'а. «Переносится-ли центръ жизни на ядро, какъ носителя наслѣдственности, или на центрозомы, какъ органы размноженія и поддержанія жизни, клѣтка остается для насъ замкнутою системою, неразложенною единицею жизни, микрокосмомъ, законы внутренняго устройства котораго могутъ быть изучаемы лишь въ подобной-же мѣрѣ, какъ законы макрокосма, вселенной, безъ притязаній на абсолютное познаніе конечной причины вѣчной и неизмѣнной смѣны явленій, именуемой жизнью» (*Навашинъ*, стр. 10).

Если мы съ этихъ философскихъ и біологическихъ высотъ спустимся въ болѣе близкую намъ сферу міра патологическихъ явленій, то и здѣсь встрѣтимся съ тѣми-же явленіями. Философскія идеи, редуцируясь въ теоретической медицинѣ, выражались въ послѣдней, соотвѣтственно времени и эпохѣ, въ формѣ фетишическихъ или метафизическихъ идей, вплоть до XIX вѣка, въ которомъ медицина вступила въ позитивную фазу развитія, выражающуюся въ накопленіи точныхъ фактовъ, въ анализѣ патологическихъ явленій и ихъ научномъ учетѣ.

Такъ, относительно причинъ заразныхъ болѣзней—человѣку на низшей ступени развитія болѣзнь представлялась чѣмъ-то сверхъестественнымъ, демономъ. Съ накопленіемъ свѣдѣній причиною эпидемій признается уже гнѣвъ боговъ: разгнѣванное божество посылаетъ грѣшному человѣчеству эпидемію, какъ кару за проступки, такъ караетъ Іегова въ Библіи, Аполлонъ въ Иліадѣ; въ средніе вѣка, вплоть до XVIII столѣтія, причиною эпидемій чумы выставлялся гнѣвъ Бога; сифилисъ въ XV столѣтіи считался Божіею карою...

Поиски естественныхъ причинъ заразныхъ болѣзней привели къ обвиненію въ ихъ появленіи прежде всего воздуха, далѣе воздуха съ болѣзнетворнымъ началомъ. Послѣднее есть міазма, нѣчто чуждое организму, гнилостное, взвѣшенное въ воздухѣ, широко распространенное въ немъ и въ природѣ. Внезапные взрывы и угасанія эпидемій, прекращенія и возвраты ихъ повели, особенно въ XVII столѣтіи, къ настойчивому распространенію ученія о «constitutio epidemica» и его измѣнчивости подъ вліяніемъ воздуха, погоды, барометрическаго давленія и вѣтровъ, явленій въ почвѣ и т. д., а позднѣе и подъ вліяніемъ атмосфернаго электричества.

Съ увеличеніемъ положительныхъ знаній, въ 30-хъ годахъ XIX столѣтія, развилось ученіе о специфическихъ болѣзнетворныхъ ядахъ—контагіяхъ; сталъ распространяться взглядъ о противуположности міазмы и контагія. Во 2-ой половинѣ XIX столѣтія міазматическими болѣзнями называютъ тѣ, которыя не передаются прямо отъ человѣка къ человѣку, но при которыхъ болѣзнетворный ядъ проникаетъ въ организмъ изъ наружнаго міра—изъ почвы, возникая тамъ непосредственно или попадая въ него изъ человѣческаго организма и созрѣвая въ природѣ. Таково ученіе объ Orth und Zeitdisposition, объ x, y и z *Pettenkofer*'а. Происхожденіе сыпного тифа, госпитальнаго антонова огня и послѣродовой горячки въ XIX столѣтіи объяснялось зараженіемъ міазмой изъ дурного и гнилого воздуха. Дифтерія и рожа въ XIX столѣтіи считались реакціей организма на вдыханіе гнилыхъ газовъ. Вдыханіе клоачныхъ газовъ, по *Murchison*'у и *Griesinger*'у, вызываетъ брюшной тифъ.

На ряду съ ученіемъ о міазмахъ, уже съ древнѣйшихъ временъ развивалось и ученіе о контагіозности нѣкоторыхъ заразныхъ болѣзней. Еще евреи знали о контагіозности проказы (см. Библію), *Изократъ*—чахотки, *Өукидидъ*—Аттической чумы во времена Пелопонесской войны; *Галенъ* считалъ контагіозными чуму, чесотку, бѣшенство. При появленіи сифилиса, въ 1500 г., его считали контагіозною болѣзнью (*Fracastor*, 1546 г.). Ученіе *Fracastor*'а о contagio per contactum, per fomitem и per distans держалось до XVIII и даже до XIX столѣтія. *R. Virchow* развивалъ ученіе о заразныхъ и зимотическихъ болѣзняхъ. *Henle* въ 1853 г. писалъ: «При каждой эпидеміи врачебный міръ дѣлится на 2 лагеря—міазматиковъ и контагіонистовъ, и въ заключеніе оба лагеря мирятся на томъ, что признаются оба источника происхожденія». Во 2-й половинѣ XIX столѣтія типомъ міазматическихъ болѣзней признавалась болотная лихорадка, гриппъ, типомъ контагіозныхъ—сифилисъ, чесотка, бѣшенство.

Въ эти эпидеміологическія и этіологическія ученія, большею частью созданныя на основаніи метафизическихъ умозрѣній и a prior'ныхъ умозаключеній, какъ проявленіе метафизической ступени науки, вплетались ученія и системы натуралистовъ. Послѣднія часто обусловливали первыя. Такъ, патологи-солидаристы причину болѣзней видѣли въ нарушеніи «эластическаго напряженія», въ измѣненіи механики плотныхъ частей; гумористы—въ измѣненіи жидкостей и смѣсей соковъ, въ дискразіяхъ организма; тѣ и другіе—безъ достаточнаго фактическаго основанія.

Ученіе *Haller*'а о раздражимости тканей также было примѣнено къ уясненію причинъ болѣзни. Ученіе о жизненной силѣ выразилось у *Paracelsius*'а въ видѣ ученія объ археѣ, въ родѣ homunculus'а *Göthe*, предварившись у профессора химіи и патологіи *Stahl*'я въ ученіе о жизненной душѣ въ патологіи и въ ученіе о флогистонѣ въ химіи. Въ XVIII и даже въ XIX столѣтіи жизненная душа *Stahl*'я превратилась въ ученіе о жизненной силѣ—vis vitalis. Виталисты отрицали значеніе выстукиванія и выслушиванія. *Helmholtz* разсказывалъ, что еще въ его время глазное зеркало считалось вреднымъ для больного глаза и полезнымъ для врачей съ дурными глазами. Нѣкоторые профессора физіологи говорили: «Ein Phisiologe habe mit Versuchen nichts zu thun, die seien gut für den Physiker». Значеніе опыта многими не признавалось. Про микроскопъ говорилось, что онъ даетъ ложныя и искусственныя изображенія [6]). Словомъ, метафизическая ступень мышленія и метафизическая система все еще господствовали въ медицинѣ даже 1-й половины XIX столѣтія

Мало по малу въ лагеряхъ міазматиковъ и контагіонистовъ стали возникать оживленные споры: есть-ли заразное начало—ядъ, бродило или живое существо; наростало значеніе фактовъ о микробахъ, какъ живыхъ возбудителяхъ заразныхъ болѣзней. *Leeuwenhoeck* въ концѣ XVII столѣтія видѣлъ бактеріи; въ 1837 г. *Donné* нашелъ вибріоны въ гною сифилитическихъ язвъ. Въ 1840 г. *Henle* съ удивительною точностью и прозорливостью описалъ живыхъ возбудителей заразныхъ болѣзней. Возгорѣвшіеся споры гетерогенистовъ и панспермистовъ, продолжавшіеся цѣлое столѣтіе, укрѣпили идею о живомъ контагіѣ и его роли въ природѣ. Геній *Pasteur*'а окончательно рѣшилъ этотъ вопросъ. Работы *Pasteur*'а о броженіяхъ, болѣзни шелковичныхъ червей, микробахъ воздуха, куриной холерѣ, краснухѣ свиней и др., создавъ новую науку—микробіологію, пролили яркій свѣтъ и на причины болѣзней. Онѣ именно привели *Lister*'а къ величайшему открытію въ хирургіи—антисептикѣ, *Reyer*'а и *Davain*'а къ открытію палочекъ сибирской язвы и дали возможность *Koch*'у, при помощи новой и оригинальной методики, введя въ патологію масляную иммерсію, освѣтитель *Abbe* и анилиновыя краски, довершить удивительными открытіями причинъ бугорчатки и холеры дѣло, начатое *Pasteur*'омъ.

Подъ вліяніемъ идей и открытій *Pasteur*'а, *R. Koch* и его ученики, улучшивъ методику, обогатили науку рядомъ новыхъ открытій микробовъ, какъ причинъ различныхъ заразныхъ болѣзней. Открытія эти—*Fehleisen*'омъ микробовъ рожи, *Löffler*'омъ дифтерійныхъ палочекъ, *Löffler*'омъ и *Schutz*'емъ палочекъ сапа, *Klebs*'омъ и *Eberth*'омъ палочекъ тифа, *Fraenkel*'емъ диплококковъ фибринозной пнеймоніи, *Neisser*'омъ гонококковъ, *Pfeiffer*'омъ палочекъ гриппа и *Yersin*'омъ палочекъ чумы—извѣстны всѣмъ. Знанія наши о причинахъ болѣзней необычайно расширились и пріобрѣли небывалую ясность. Ученіе о «genius epidemicus», о міазмѣ, о мѣстномъ и временномъ предрасположеніи рушилось. Понятіе о заразныхъ болѣзняхъ слилось съ понятіемъ о болѣзняхъ микробныхъ. Мѣсто міазмы и контагія заняли микробъ-бактерія и ихъ токсины. Благодаря научнымъ даннымъ о бактерійныхъ ядахъ—токсинахъ, микропротеинахъ и микробныхъ бродилахъ, создалось строго научно обоснованное ученіе о токсическихъ заразныхъ болѣзняхъ. Открылись, наконецъ, новые горизонты для аналитическихъ построеній о невоспріимчивости и ея разновидностяхъ.

Наблюденія *Jenner*'а въ 1797 г. о прививкѣ вакцины противъ оспы. *Home* о прививкѣ крови и слизи изъ носа противъ кори, *Stoll*'я и др. въ 1780 г.—противъ скарлатины, *Самойловича* въ 1770 г. и *Vesperini* въ 1755 г. чумного гноя противъ чумы, *Türenne*'а въ 1840 г. гноя мягкаго шанкра противъ сифилиса и *Danielsen*'а противъ проказы, *Hertwig*'а въ 1827 г. и *Willems*'а въ 1850 г. о прививкѣ противъ холеры крови холерныхъ тру-

Digitized by Google

повъ, а въ 1871 г. *Masoio* и *Bobola* о прививкѣ дифтерійныхъ пленокъ въ кожу смѣнились геніальными способами прививокъ *Pasteur*'а противъ сибирской язвы и бѣшенства и серотерапіей *Behring*'а и *Roux* противъ дифтеріи. За ними вскорѣ послѣдовали открытія по серотерапіи травматическаго столбняка *Behring*'а и *Kitasato*, работы по серотерапіи противъ стрептококковъ *Громаковскаго* и *Marmorek*'а, противъ сибирской язвы *Sclav*'а, *Mendez*'а и *Юргелюнаса*, противъ тифа *Chantemess*'а, противъ фибринозной пнеймоніи *Klemperer*'а и *Tizzoni*, противъ стафилококковъ *Viguer*'а и *Кальевича*, противъ чумы *Yersin*'а и др.

На ряду съ развитіемъ серотерапіи создался рядъ теорій о невоспріимчивости; таковы: теорія истощенія среды для бактерій *Pasteur*'а, теорія задержки въ организмѣ вредныхъ для него веществъ *Chauveau*, фагоцитарная теорія *И. И. Мечникова*, антитоксическая *Behring*'а, протоплазматическая Seitenkettentheorie *Ehrlich*'а и *Bordet*.

Вмѣстѣ съ этимъ изучались путемъ опытовъ и открывались новыя таинственныя свойства въ крови и сокахъ тканей и органовъ гэмолитическія и цитолитическія. Вмѣсто метафизическихъ объясненій, путемъ опыта получались факты о противотѣлахъ *Ehrlich*'а, о цитазахъ и филоцитазахъ *Bordet*. Гэмопатологія обогатилась рядомъ новыхъ фактовъ. Патологія нервныхъ болѣзней, основываясь на открытіяхъ *Ch. Bell*'я, *Deyters*'а, *M. Schultze*, *Gerlach*'а, *Claude Bernard*'а и др., нашла себѣ новыя точныя объясненія въ работахъ *Charcot*, *Erb*'а, *Flechsig*'а, *Kraft-Ebing*'а, *Leyden*'а и др. Хирургія обогатилась асептикою (*Bergmann*) и, проникнувъ во всѣ ткани и органы, совершенно слилась въ познаніи процессовъ съ патологіею и бактеріологіею.

Такимъ образомъ изъ вышеизложеннаго видно, что въ ученіи о заразныхъ болѣзняхъ медицинская наука прошла тѣ-же ступени развитія, что и въ философіи и естествознаніи. За фетишической ступенью послѣдовало описаніе внѣшнихъ проявленій болѣзней, ихъ припадковъ, при чемъ послѣднимъ приписывались метафизическія объясненія о вліяніи воздуха, вѣтровъ и почвы—космическихъ и теллурическихъ силъ природы. Затѣмъ всѣ эти объясненія замѣнены были патолого-анатомическими группировками. Болѣзни укладывались въ ячейки, мертвыя группы, помѣщаясь въ извѣстныхъ органахъ и тканяхъ и снабжаясь названіями, вовсе не отвѣчающими сущности страданія. Съ расширеніемъ физіолого-химическихъ знаній, съ широкимъ введеніемъ опыта, съ развитіемъ бактеріологическихъ данныхъ мало по малу накоплялся рядъ незыблемыхъ научныхъ фактовъ, добытыхъ при помощи точныхъ способовъ науки. Явилась возможность отыскать и установить законы фактовъ. Наука при этомъ вступила въ позитивную фазу съ возможностью синтеза изъ добытыхъ фактовъ и провѣрки его на опытѣ и наблюденіи. Одностороннія патолого-анатомическія воззрѣнія слились и исправлены соотвѣтственно бактеріологическимъ и химическимъ даннымъ, указаніямъ физіологическаго и патологическаго опыта и клиническихъ наблюденій.

Но и здѣсь, какъ и всюду, мысль человѣческая натолкнулась на непреодолимыя препятствія въ объясненіи сущности происходящихъ явленій. Такъ, отправленія многихъ важныхъ органовъ при заразныхъ болѣзняхъ все еще и понынѣ совершенно неизвѣстны; обмѣнъ веществъ, лихорадка, измѣненія крови и химизма въ органахъ при нихъ остаются еще весьма мало выясненными. Вся классификація болѣзней, ихъ группы и дѣленіе представляются совершенно искусственными и являются пережитками патолого-анатомической эры въ медицинѣ. Мы не знаемъ также еще строенія микробовъ и способа ихъ дѣйствія на пораженные организмы. Еще менѣе извѣстна намъ химія вырабатываемыхъ ими въ организмѣ продуктовъ. Характеръ вызываемыхъ ими пораженій тканей и органовъ весьма мало изученъ. Природа перерожденій, причины и тайна развитія опухолей, сущность дѣйствія лѣкарствъ, строеніе и сущность многихъ болѣзненныхъ продуктовъ и всѣ таинственныя силы и элементы защиты и борьбы организма съ микробами и обратно все еще лишь слабо намѣчены, но далеко не выяснены. Существующія теоріи о невоспріимчивости покоятся еще на маломъ числѣ строгихъ фактовъ, во многомъ шатки и мало обоснованы. Вопросы наслѣдственности и воспріимчивости вырожденія и устойчивости, ученіе о болѣзни и смерти еще ждутъ своего рѣшенія. Фагоцитарная теорія при всей своей наглядности, при всемъ блескѣ ея построенія, въ смыслѣ, приписываемомъ фагоцитамъ *И. И. Мечниковымъ*, не вполнѣ оправдывается въ дѣйствительности и отрицается германскими учеными. Теорія протоплазматическихъ соковъ *Ehrlich*'а и *Bordet* является чистой спекуляціей и по справедливому выраженію *Behring*'а—«hier ist ein breites Feld für die weiteren Speculationen». При объясненіи сущности явленій болѣзни и невоспріимчивости она наталкивается на непреодолимыя препятствія въ химіи бѣлковъ клѣтки, не поддающихся еще и понынѣ опыту и химическому анализу. Сущность вліянія цѣлебныхъ сыворотокъ на организмъ, сведенная было *Behring*'омъ на химическія реакціи обезвреживанія ядовъ, опровергнута опытами *Roux*. Патолого-анатомическая группировка болѣзней падаетъ. Новыя экспериментальныя данныя о проникaніи, распредѣленіи и распространеніи микробовъ по организму (*Павловскій*) пошатнули прежнія патолого-анатомическія характеристики, группы и названія болѣзней. Создается новая классификація заразныхъ болѣзней: вмѣсто названій — чирей, огневикъ, флегмона, плейритъ, пнеймонія, піэлія, слышатся предложенія (*Kocher* и *Tavel*) классифицировать болѣзни по этіологической причинѣ. Появились описанія болѣзней подъ названіемъ: «staphylomycosis», «streptomycosis». Можно продолжить эти группы главами: «pneumomycosis», «colibacillosis», «thyphomycosis», «tuberculomycosis» и т. д.

Такимъ образомъ, огромныя фактическія завоеванія бактеріологіи, переработка ею всего ученія о причинахъ заразныхъ болѣзней и невоспріимчивости, а равно исчезновеніе однихъ заразныхъ началъ подъ вліяніемъ антисептики и асептики въ хирургіи и ослабленіе другихъ подъ вліяніемъ мѣръ обеззараживанія и гигіэны, вызвали очевидную для внимательнаго наблюдателя фазу глубокой переработки всей современной патологіи.

Въ современную медицину глубоко проникли методы естественныхъ наукъ, главнымъ образомъ физико-химическіе, т. е. методы научнаго учета явленій больной жизни: микроскопъ, бактеріологическій и химическій способъ изслѣдованія, физіологическій и патологическій опытъ, физическіе способы—постукиваніе, выслушиваніе, электричество съ его *Roentgen*'овскими и *Finsen*'оскими лучами, (а въ ближайшемъ будущемъ и свѣтъ радія), спектрофотометрическій анализъ широко примѣняются нынѣ въ медицинскихъ клиникахъ, требуя отъ клиницистовъ-терапевтовъ, хирурговъ и др.—широкаго образованія и научнаго учета явленій больной жизни и знаменуя собою ступень опыта и наблюденія въ медицинѣ — позитивную ступень медицинской науки.

Въ самомъ дѣлѣ, со времени *Bichat* и *Magendie* опытъ пріобрѣлъ господствующее положеніе въ медицинѣ. Вся жизнь *Magendie* была проповѣдью опыта въ физіологіи. Другой величавый образецъ служенія опыту въ медицинѣ являетъ *Claude-Bernard*. «Жизнь—это смерть, и жизнь—это творчество» звучитъ логическимъ выводомъ изъ трудовой жизни этого генія. *Claude Bernard*, по справедливымъ словамъ *Vulpian*'а, «блестящее медицинское свѣтило, отъ коего свѣтъ будетъ исходить въ теченіи вѣковъ и озарять не одно научное поколѣніе». Трудами *Iohannes Müller*'а, *Helmholtz*'а, *Pasteur*'а, *R. Virchow*'а, *Brown-Séquard*'а, *Cohnheim*'а, *Dubois-Raymond*, *Claude-Bernard*'а, *Ludwig*'а, *Koch*'а, *Behring*'а, *Roux* и др. экспериментальный способъ укоренился въ медицинѣ и вывелъ ее окончательно на путь позитивной фазы естественно научнаго знанія. Страна свободы человѣческаго ума—Франція дала величайшаго генія медицины *Louis Pasteur*'а, профессора химіи и величайшаго экспериментатора. Открытый имъ 4-й классъ природы, безконечно малый, созданъ имъ подъ однимъ знаменемъ, бывшимъ девизомъ его жизни: «истина и опытъ». Сотрудникомъ—продолжателемъ идей *Pasteur*'а и благороднымъ конкурентомъ его въ Германіи явился *Robert Koch*, работавшій подъ тѣмъ-же знаменемъ экспериментальнаго способа, что и *Pasteur*. Школа *Koch*'а открыла рядъ причинъ заразы болѣзней. Ученики *Koch*'а *Behring* и *Ehrlich* и ученикъ *Pasteur*'а *Roux* высоко держатъ знамя опыта и обогатили медицину всѣмъ извѣстными открытіями по сывороточному лѣченію, невоспріимчивость, гэмо-и цито-лизинамъ. Въ числѣ этихъ творцовъ современной медицины Россіи дала не мало именъ. Первое мѣсто среди нихъ принадлежитъ создателю фагоцитоза, *И. И. Мечникову*, еще на дняхъ вмѣстѣ съ *Roux* [7]) при-

Digitized by Google

вившему сифилисъ человѣка обезьянѣ (шимпанзе), а рядомъ съ нимъ нашему знаменитому физіологу-экспериментатору *И. П. Павлову*.

Подъ знаменемъ опыта и индукціи, открывая законы фактовъ, современная медицина господствуетъ надъ многими явленіями больной жизни и всѣхъ ихъ учитываетъ или стремится учесть научно, т. е. отыскивая закономѣрность найденныхъ фактовъ. Такимъ образомъ научный, экспериментальный учетъ явленій и фактовъ больной жизни при помощи способовъ и приборовъ естествознанія и медицинскаго опыта является девизомъ и лозунгомъ современной медицинской науки и единственной ея задачи, единственнымъ правильнымъ путемъ въ ея дальнѣйшемъ развитіи. Путь этотъ, обогативъ медицину огромной массой точныхъ фактовъ, приведетъ ее и къ установленію законовъ этихъ фактовъ, т. е. къ раціональнымъ теоріямъ и общимъ нормамъ медицинской науки, раціональной системѣ познанія патологической жизни. Быть можетъ, тайны жизни и останутся скрытыми для человѣка; но къ познанію проявленій больной жизни и къ установкѣ закономѣрности фактовъ, какъ къ конечной цѣли, наука наша приходитъ и придетъ въ будущемъ лишь съ помощью опыта и индукціи.

Физико-медицинское Общество при Кіевскомъ Университетѣ идетъ въ жизни подъ тѣмъ-же знаменемъ опыта и научнаго изученія явленій больной жизни. Иныхъ задачъ у него и не можетъ быть. Явленія больной жизни учитываются научными способами: наблюденіемъ, опытомъ и индуктивнымъ методомъ мышленія. Но этотъ-же учетъ и этотъ всеобщій способъ изученія медицинскихъ явленій необходимо провести изъ клиникъ и лабораторій въ жизнь.

Медицина, какъ наука, есть ученіе о больной жизни; какъ практическое значеніе, она есть борьба съ болѣзнью и охраненіе здоровья человѣка. Здѣсь, въ этой практической области, для русскихъ медицинскихъ Обществъ возникаютъ свои спеціальныя задачи. Болѣзни русскаго народа весьма мало изслѣдованы научно и методически. При некультурности нашего народа, особенно въ Юго-Западномъ краѣ, при отсутствіи здѣсь врачей и земской медицинской помощи, среди него процвѣтаютъ колдовство, ворожейство и нашептываніе. Тѣснота и убожество жилищъ, скученность и грязь населенія порождаютъ рядъ мало изслѣдованныхъ заболѣваній. Огромное распространеніе болѣзней глазъ, глистныхъ болѣзней, чесотки и кожныхъ пораженій, гнойныхъ зараженій, болѣзней женскихъ половыхъ органовъ, нервныя страданія и мн. др. требуютъ неотложной помощи прежде научнаго изученія и изученія научнаго на ряду съ помощью. Эпидеміи скарлатины, кори, тифа и дифтеріи все еще опустошаютъ наши села и деревни, унося порой поголовно все дѣтское ихъ населеніе. Бугорчатка, забравшись въ деревню, заражаетъ цвѣтущее населеніе цѣлыхъ деревень, неудержимо переходя подъ покровомъ народной темноты изъ хаты въ хату и безпрепятственно поражая многихъ. Съ ужасомъ нашелъ я въ одной прекрасной по мѣстоположенію деревнѣ, съ сосновымъ лѣсомъ, разнообразныя формы бугорчатки — отъ костныхъ формъ и пораженія железъ до бугорчатковаго перитонита у дѣтей и легочной чахотки у взрослыхъ.

Медицинскія Общества должны придти здѣсь на помощь земскимъ и сельскимъ врачамъ — этимъ достойнѣйшимъ русскимъ труженикамъ. Борьба одиноко заброшенныхъ среди омута зараженій дѣятелей непосильна имъ однимъ. Медицинскія Общества должны придти имъ на помощь посылкою научныхъ экспедицій и отрядовъ съ двоякою миссіею: 1) съ цѣлью научнаго изученія народныхъ повальныхъ и заразныхъ болѣзней и 2) съ цѣлью непосредственной посильной врачебной помощи больнымъ. Здѣсь полезны будутъ опыты и наблюденія, строго собранные факты, матеріалъ и объекты. Россія весьма мало изслѣдована научно съ точки зрѣнія типа, характера и сущности различныхъ повальныхъ и заразныхъ болѣзней, поражающихъ ея народъ. Мы совершенно не знаемъ, что такое Пендинская язва, Сартская болѣзнь, Коканскій зобъ, пеллагра и др. Также мало изслѣдованы научно и во многомъ неясны болотная лихорадка Сѣвера и Юга Россіи, эрготизмъ и злая корча, цинга у инородцевъ, болѣзни кожи у народа до червей включительно, глисты, болѣзни глазъ, дѣтскіе поносы, гнойные процессы и мн. др. Эпидеміи оспы, скарлатины и кори, женскія болѣзни, наконецъ заразныя болѣзни животныхъ также загадочны и научно не выяснены. Болѣзни нервныя и душевныя среди нашего народа весьма своеобразны и также мало еще изслѣдованы научно. Какъ врачу, мнѣ извѣстно, что среди нашего народа множество истеричныхъ среди женщинъ и нейрастениковъ среди мужчинъ. Своеобразное скудное питаніе цѣлую долгую зиму не свѣжей, съ бактеріями, пищей создаетъ цѣлый рядъ болѣзней крови и обмѣна, на почвѣ хроническихъ отравленій, вовсе не изслѣдованныхъ научно. Если Общества историковъ и археологовъ, ботаниковъ и зоологовъ систематически изслѣдуютъ Россію, ежегодно посылая лѣтомъ на свои скудныя средства научныхъ работниковъ и цѣлыя экспедиціи для изслѣдованія флоры и историческихъ памятниковъ, то посылка медицинскими Обществами научныхъ экспедицій составляетъ настоятельную необходимость для обслѣдованія болѣзней нашего народа. На ряду съ этимъ, посылка врачей и отрядовъ для лѣченія народа явилась-бы актомъ гуманности. Я лично съ глубокимъ сочувствіемъ отношусь къ летучимъ отрядамъ офталмологовъ, лярингологовъ и отіатровъ, посылаемымъ въ деревни для лѣченія народа изъ Петербурга. Дѣятельность этихъ отрядовъ съ болѣе широкими, вышенамѣченными задачами должна быть, мнѣ кажется, образцемъ для Москвы, Кіева, Казани, Одессы, Харькова, Юрьева, Томска, Варшавы и др. нашихъ большихъ городовъ — образцомъ, достойнымъ подражанія и глубокого сочувствія.

Наука въ XIX столѣтіи, по словамъ *Rénan*'а [8]), стала религіей человѣчества. Она является нынѣ удовлетвореніемъ высшихъ стремленій человѣческаго духа. Исторія науки есть исторія культуры. Прогрессъ ея сводится къ прогрессу методики. Медицина, вступивъ въ XIX вѣкѣ въ позитивную фазу своего развитія, частью заканчивая аналитическую фазу, частью приступивъ къ созиданію научнаго синтеза, слилась съ естествознаніемъ въ осуществленіи своихъ цѣлей и задачъ, ставъ могучимъ двигателемъ человѣческой культуры.

Человѣческое знаніе и могущество одно и то-же, говорилъ *Bacon*. Scientia есть potentia, повторялъ онъ. Знаніе—добродѣтель, говорилъ *Сократъ*. По мнѣнію *Buckle*'я, «истинно великіе люди—великіе мыслители. Они единственные благодѣтели своей природы». «Только успѣхъ идей окончательно рѣшаетъ преуспѣяніе свѣта... Величайшія научныя истины имѣютъ свои корни въ подробностяхъ экспериментальнаго изслѣдованія», говоритъ *Claude Bernard*. «Истинную науку можно сравнить съ цвѣтущей, прекрасной терасой, до которой можно достигнуть не иначе, какъ взобравшись по обрывистымъ скатамъ и исцарапавъ себѣ ноги о терновикъ и хворостъ»... «Какъ вѣрно то», писалъ *Buckle* въ «Исторіи цивилизаціи Англіи», «что умъ человѣческій идетъ впередъ, также вѣрно и то, что наступитъ для него часъ свободы. Быть можетъ, онъ придетъ скорѣе, чѣмъ кто-либо думаетъ, ибо мы шагаемъ быстро и скоро. Знаменія времени всюду, вокругъ насъ и, кто хочетъ читать, да читаетъ. Письмена горятъ на стѣнѣ; приговоръ произнесенъ; древнее царство должно пасть; владычество суевѣрія, уже распадающееся, должно рухнуть и разсыпаться прахомъ».

Будемъ же работать viribus unitis въ пользу завершенія величественнаго храма науки. Учитывая научно сложныя явленія патологической жизни, работая въ пользу созиданія обновленнаго этіологическаго храма медицины, понесемъ въ бѣдную, убогую жизнь факелъ знанія и гуманности, помня прекрасное изрѣченіе *Van Tulpius*'а, что жизнь врача похожа на свѣчу, которая свѣтитъ другимъ, а сама сгораетъ—aliis inserviendo consumor.

**Источники:** 1. *Cohnheim*. Общая патологія, вып. I-й, стр. 8, студентовъ Медико-Хирургической Академіи, Петербургъ, 1878 г.—2. *W. Cheyne*. Die antiseptische Chirurgie. Leipzig. 1883 г. стр. 334.—3. *Струве*. Современная анархія духа и ея философъ Ницше. Варшава.—4. *Фулье*. Исторія философіи. стр. 360.—5. *Навашинъ*. Единицы жизни. Кіевъ, 1900 г., стр. 6.—6. *H. Helmholtz*. Das Denken in der Medicin. Rede. Berlin, 1877. — 7. *И. И. Мечниковъ* и *Roux*. Etudes experimentales sur la syphilis. Annales de l'Institut *Pasteur*, декабрь, 1903 г.—8. *Ренанъ*. Сочиненія, т. I и II. Будущее науки. Русск. изд. Фукса. Кіевъ, 1902.

Digitized by Google

## XXIX. Индивидуализирующій способъ при изученіи законовъ роста человѣческаго тѣла.

Ч. пр. **А. О. Карницкаго.**

(Предварительное сообщеніе).

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Мм. Гг.! Нормальное развитіе дѣтскаго организма и законы, имъ управляющіе, возбуждали во мнѣ живѣйшій интересъ еще со временъ студенчества, когда я поставилъ себѣ задачей выростить своихъ дѣтей, по возможности, безъ тѣхъ отклоненій отъ нормы, которыя создаются незнаніемъ или непониманіемъ условій ихъ правильнаго развитія. Однако систематическое изученіе вопроса объ отношеніяхъ вѣса и роста въ длину и нѣкоторыхъ другихъ величинъ роста у моихъ 5 дѣтей было поставлено мною сравнительно недавно, именно съ сентября 1897 г., т. е. 6 лѣтъ тому назадъ. Въ теченіи этихъ наблюденій, которыя продолжаются и по настоящее время, для меня все болѣе и болѣе выяснились недостаточность и несовершенство статистическаго способа, употребляемаго въ антропологіи для изученія законовъ нормальнато развитія человѣческаго тѣла. Путемъ цѣлаго ряда взвѣшиваній и измѣреній своихъ дѣтей въ теченіи многихъ лѣтъ я пришелъ къ убѣжденію, что установленіе законовъ роста человѣческаго тѣла и правильное толкованіе физіологическихъ нормъ его развитія возможно только при точномъ знаніи тѣхъ условій, при которыхъ совершается ростъ того или другого человѣка.

Первоначальная цѣль ежедневныхъ наблюденій за вѣсомъ моихъ дѣтей была совсѣмъ другая: я задался-было предвзятою мыслью съ цифрами въ рукахъ выступить защитникомъ введенія во всѣхъ учебныхъ заведеніяхъ горячихъ завтраковъ для дѣтей. Для этого я сталъ взвѣшивать своихъ дѣтей 2 раза въ день, разъ утромъ, до ухода ихъ въ гимназію, а 2-ой разъ до обѣда, по возвращеніи ихъ изъ нея. Такъ какъ двое младшихъ дѣтей оставались дома, то я полагалъ, что путемъ сравненія вѣса тѣхъ и другихъ можно будетъ выяснить степень потери его подъ вліяніемъ школы: я ожидалъ, что вліяніе это должно оказаться на вѣсѣ дѣтей бóльшей потерей его у дѣтей-школьниковъ, чѣмъ у дѣтей, остающихся дома.

Къ моему удивленію, ничего подобнаго, однако, не оказалось, и моя первоначальная цѣль ежедневныхъ наблюденій за вѣсомъ своихъ дѣтей совсѣмъ потонула въ тѣхъ интересныхъ данныхъ, которыя скоро были обнаружены при многократномъ взвѣшиваніи дѣтей въ теченіи одного и того-же дня и въ теченіи цѣлаго ряда дней. Тогда я задался мыслью прослѣдить ходъ физическаго развитія своихъ дѣтей сначала въ теченіи 1 года, а потомъ и цѣлаго ряда лѣтъ. Часть этихъ наблюденій была уже сообщена мною въ видѣ «Закона періодичности въ вѣсовыхъ наростаніяхъ у дѣтей [1])». Наблюденія эти, какъ я сказалъ, продолжаются и теперь; они еще не закончены, и потому, до поры до времени, я не буду касаться ихъ во всемъ ихъ объемѣ.

Въ этомъ сообщеніи я хотѣлъ-бы подѣлиться съ Вами только теоретическими взглядами относительно тѣхъ 2-хъ способовъ, которыми современная антропологія стремится установить законы нормальнаго физическаго развитія человѣка. Способы эти, какъ извѣстно, слѣдующіе: 1) генерализирующій статистическій и 2) индивидуализирующій физіологическій. Чтобы яснѣе была моя точка зрѣнія на оба эти способа и рельефнѣе были выставлены недостаточность, шематичность 1-го и преимущества 2-го, я ограничу свои дальнѣйшія соображенія и ниже приводимые факты пока только областью физіологіи вѣса ростущихъ дѣтей.

Ходъ постепеннаго развитія человѣческаго плода послѣ появленія его на свѣтъ интересовалъ очень многихъ ученыхъ, и въ этомъ направленіи сдѣлано уже дов. много солидныхъ работъ. Какимъ-же способомъ можно было подойти къ рѣшенію вопроса о возростаніи тѣлесной массы ребенка, начиная отъ его рожденія и кончая сформированіемъ во взрослаго человѣка?

Чтобы изучить въ точности и во всѣхъ подробностяхъ наростаніе тѣлесной массы человѣка въ длину и въ ширину и при томъ въ теченіи всѣхъ періодовъ его развитія, слѣдовало-бы прослѣдить ежедневный ростъ нѣсколькихъ здоровыхъ дѣтей отъ времени появленія ихъ на свѣтъ до окончанія полной остановки ихъ развитія (въ смыслѣ длины и вѣса). Но такая постановка вопроса чрезвычайно затруднительна, и практическое выполненіе этой задачи не по силамъ одному человѣку: наблюденіе за ежедневнымъ ростомъ и развитіемъ одного и того-же ребенка обставлено множествомъ затрудненій самаго разнообразнаго свойства (напр., болѣзнь, смерть ребенка, случайное отсутствіе наблюдателя или наблюдаемаго и т. п.). Поэтому интересовавшіеся этимъ вопросомъ обратились къ другому, болѣе легкому, способу: они изучали «среднее» развитіе человѣка по возрастамъ. Съ этою цѣлью они наблюдали за вѣсомъ и ростомъ извѣстной группы дѣтей даннаго возраста и среднюю ариѳметическую величину этихъ наблюденій считали показателемъ средняго нормальнаго развитія ребенка этого возраста. Такая постановка дѣла, казалось-бы, вполнѣ удовлетворяла требованіямъ точности и научной правды, такъ какъ личныя особенности роста въ этомъ среднемъ опредѣленіи отчасти или совсѣмъ могли-бы сгладиться. За извѣстной работой въ этой области *Quetelet* [2]), появился цѣлый рядъ другихъ въ томъ-же направленіи (*Liharzik*'а, *Roberts*'а, *Bowdich*'а, *Pagliani*, *Axel Key*'я, *Kotelmann*'а, д-ра *Дика*, *А. А. Руссова*, д-ра *Нагорскаго*, *Д. Н. Жбанкова* и др.), при чемъ первые авторы, такъ сказать, основатели способа среднихъ величинъ пытались выразить законы роста и развитія человѣческаго тѣла даже математическими формулами (*Quetelet*, *Liharzik* и др.).

Не смотря на всю важность подобнаго рода изслѣдованій и на значительные результаты, добытые способами среднихъ величинъ въ другихъ областяхъ человѣческаго знанія, напр., въ соціологіи, политической экономіи, примѣненіе статистическаго способа въ медицинѣ и особенно въ физіологіи роста человѣческаго тѣла можетъ привести изслѣдователя къ невполнѣ вѣрнымъ, иногда даже ложнымъ, выводамъ и заключеніямъ относительно изучаемыхъ явленій. Несомнѣнно, что явленія роста человѣческаго тѣла, по возрастамъ его развитія, принадлежатъ къ самымъ выдающимся явленіямъ жизни вообще. Изученіе этихъ явленій во всѣхъ ихъ подробностяхъ составляетъ одну изъ крупнѣйшихъ и трудныхъ задачъ нормальной физіологіи ростущаго дѣтскаго организма. Эта задача далеко еще не разрѣшена. Ученымъ, желающимъ подойти поближе къ разгадкѣ этой стороны жизненныхъ явленій въ человѣческомъ тѣлѣ вообще, предстоитъ еще много труда. Трудность изученія явленій роста у дѣтей зависитъ въ сущности отъ неудовлетворительной постановки рѣшенія этого вопроса. Ростъ организма, какъ явленіе физіологическое, долженъ изучаться тѣми-же средствами и пріемами, какими владѣетъ и какіе употребляетъ научная медицина для рѣшенія многихъ вопросовъ физіологіи. Примѣненіе статистическаго способа къ явленіямъ роста, какъ способа среднихъ величинъ, никогда не дастъ яснаго познанія этихъ явленій. Законы роста человѣческаго тѣла, какъ законы физіологическихъ явленій, могутъ быть изучены только при точномъ знаніи тѣхъ условій, при которыхъ совершаются эти явленія. Между тѣмъ ростъ ребенка идетъ при самыхъ разнообразныхъ условіяхъ, и среднее выраженіе этихъ условій для работающаго статистическимъ способомъ составляетъ трудную, а въ физіологическомъ смыслѣ даже и невозможную задачу.

Въ общемъ эти условія роста человѣческаго тѣла можно свести къ 2-мъ категоріямъ явленій: 1) свойствамъ самого ростущаго тѣла (внутреннія причины роста) и 2) свойствамъ внѣшней среды, въ которой приходится рости и развиваться ребенку (внѣшнія причины роста). Внутреннія и внѣшнія причины роста, разумѣется, могутъ быть самаго разнообразнаго свойства, и, слѣд., причинъ, обусловливающихъ собою ростъ ребенка, можетъ быть очень много. Отсюда логически вытекаетъ то положеніе, что математическое опредѣленіе законовъ роста возможно только путемъ точнаго изученія этихъ условій—причинъ. А для

Digitized by Google

этого необходимо прежде всего подвергнуть анализу тѣ факты, которые служатъ основою для всякаго рода счисленій въ нашихъ математическихъ выраженіяхъ и формулахъ. Знаменитый физіологъ-экспериментаторъ, *Claude-Bernard*, разбирая статистическій способъ, говоритъ по этому поводу слѣдующее: «Необходимо, чтобы данныя, подвергаемыя счисленію, были результатомъ фактовъ, достаточно анализированныхъ, и чтобы была полная увѣренность въ томъ, что въ совершенствѣ знаютъ *условія явленій* (курсивъ мой), между которыми хотятъ установить равенство [3]). Между тѣмъ физіологическія основы для нашихъ сужденій о законахъ роста человѣческаго тѣла совершенно недостаточны, неполны для того, чтобы можно было численно, математической формулой выразить эти законы. Мы должны еще накоплять факты, хорошо прослѣженные и точно изученные, и статистическій способъ, которымъ пользовались и продолжаютъ еще пользоваться въ области физіологіи роста здоровыхъ дѣтей, долженъ уступить мѣсто способу индивидуализирующему, болѣе точному въ смыслѣ познанія причинъ совершающихся предъ глазами наблюдателя явленій. Генерализирующій способъ никогда не приведетъ насъ къ точному изученію дѣйствительныхъ явленій роста, какъ они совершаются при самыхъ разнообразныхъ условіяхъ жизни. Неопредѣленность, гадательность, «индетерминизмъ», какъ выражается *Claude-Bernard*, въ явленіяхъ роста дѣтскаго организма будутъ царить у насъ до тѣхъ поръ, пока будутъ изучать законы этого роста только путемъ статистическимъ, путемъ среднихъ чиселъ.

Изучать общіе и частные законы физическаго развитія здоровыхъ дѣтей по возрастамъ и устанавливать среднія физіологическія нормы этого развитія слѣдуетъ съ соблюденіемъ тѣхъ-же предосторожностей, какія принимаются въ разсчетъ при постановкѣ вообще научныхъ опытовъ и наблюденій: чѣмъ больше мы знаемъ о свойствахъ слагаемыхъ силъ, входящихъ, какъ составныя части, въ наблюдаемое явленіе, тѣмъ точнѣе будетъ представленіе о суммѣ этихъ силъ, которая и выразитъ законъ даннаго явленія при данныхъ, совершенно опредѣленныхъ условіяхъ.

Эти взгляды на генерализирующій и индивидуализирующій способы изученія роста дѣтей вырабатывались у меня, конечно, постепенно, по мѣрѣ того, какъ я углублялся въ подробное разсмотрѣніе тѣхъ данныхъ, которыя представляли мнѣ ежедневныя наблюденія за вѣсомъ и ростомъ моихъ дѣтей. Для фактическаго освѣщенія своихъ теоретическихъ взглядовъ позволю себѣ остановиться на нѣкоторыхъ данныхъ изъ своего обширнаго матеріала.

Наблюденія за вѣсомъ у здоровыхъ дѣтей, какъ извѣстно, производились очень многими изслѣдователями. Большинство этихъ наблюденій велись по генерализирующему, статистическому способу, приведшему къ весьма интереснымъ и важнымъ выводамъ въ общихъ вопросахъ о физическомъ развитіи дѣтей по возрастамъ.

Однако, если сравнить качество и количество сдѣланныхъ въ этой области наблюденій, напр., хоть по послѣдней работѣ *W. Camerer*'а [4]), то мы должны будемъ признать, что наиболѣе цѣнныя и точныя въ научномъ и практическомъ отношеніяхъ наблюденія касаются главнымъ образомъ груднаго періода, относительно котораго имѣется 52 хорошо обработанныхъ наблюденія. Хотя и не всѣ они обнимаютъ время круглаго года и не у всѣхъ дѣтей взвѣшиванія производились ежедневно, а у нѣкоторыхъ лишь по недѣлямъ, все-таки цифры средняго вѣса въ этихъ случаяхъ даютъ намъ ясную картину дѣйствительнаго физическаго возрастанія ребенка отъ рожденія до конца 1-го года. Эти среднія цифры съ большою степенью вѣроятія можно принять, какъ дѣйствительные показатели нормальнаго физическаго возрастанія ребенка по недѣлямъ въ теченіи круглаго года. Весьма характерно, что матеріалъ, давшій наиболѣе точныя, дѣйствительныя, а не отвлеченныя среднія цифры относительно груднаго періода, обработанъ по индивидуализирующему способу.

Совсѣмъ скудны наши свѣдѣнія объ индивидуальномъ ростѣ у дѣтей въ слѣдующіе годы ихъ жизни. Такъ, тотъже *Camerer* приводитъ данныя только о 8 дѣтяхъ 2-го года, у которыхъ взвѣшиванія производились по недѣлямъ въ теченіи круглаго года; нѣкоторыя изъ нихъ искусственно вскармливались и часто болѣли, относительно 3-го года имѣются только 3 наблюденія, 4-го 2 и 5-го тоже 2. Данныя о дальнѣйшемъ возрастѣ, обработанныя по генерализирующему способу, приведены только въ видѣ общихъ среднихъ цифръ, по годамъ развитія дѣтей, при чемъ приведена и кривая развитія. И то, и другое даютъ только отвлеченное, чисто шематическое представленіе о ходѣ этого развитія, и среднія цифры годового вѣса, представленныя авторами статистическаго способа, могутъ служить дѣйствительнымъ потребностямъ практическаго врача, только какъ самый отдаленный, довольно шаткій опорный пунктъ для сужденія о здоровомъ состояніи изслѣдуемаго ребенка и о его нормальномъ физическомъ возрастаніи, и на вопросъ, какъ наростаетъ вѣсъ и какъ онъ колеблется по недѣлямъ, мѣсяцамъ и временамъ года, эти безотносительныя величины совсѣмъ не даютъ отвѣта.

Какъ легко способъ среднихъ величинъ, примѣненный даже при благопріятныхъ условіяхъ наибольшей точности, можетъ привести наблюдателя къ ложнымъ заключеніямъ, показываетъ извѣстная работа Датскаго пастора и директора заведенія для глухонѣмыхъ въ Копенгагенѣ *Malling Hansen*'а, который въ теченіи 3-хъ лѣтъ, съ мая 1882 г. по февраль 1886 г., ежедневно взвѣшивалъ глухонѣмыхъ дѣтей, 9—17 л., и результаты своихъ наблюденій изложилъ въ 2-хъ брошюрахъ—«О періодичности въ вѣсѣ дѣтей» и «Ежедневныя взвѣшиванія 130 воспитанниковъ», представивъ ихъ Международному Съѣзду врачей въ Копенгагенѣ въ 1884 г., и объемистой книжкѣ, озаглавленной: «Періодичность въ вѣсѣ дѣтей и въ солнечной теплотѣ» [5]). Послѣдняя работа очень интересна по тѣмъ новымъ выводамъ, къ которымъ пришелъ авторъ на основаніи своихъ данныхъ, выведенныхъ изъ ежедневныхъ взвѣшиваній глухонѣмыхъ воспитанниковъ.

Способъ взвѣшиванія послѣднихъ былъ самый точный: утромъ послѣ сна, натощакъ, (въ одномъ рядѣ наблюденій) или-же вечеромъ передъ сномъ (въ другомъ) дѣти взвѣшивались въ одномъ нижнемъ бѣльѣ; условія довольствованія ихъ пищей и образъ жизни были одинаковы и т. д.; только одно условіе взвѣшиванія было своеобразно, по крайней мѣрѣ, примѣнительно къ людямъ: дѣти взвѣшивались не каждый въ отдѣльности, а по группамъ, по нѣсколько человѣкъ въ каждой (сначало было 8 группъ, а потомъ 4).

Самая крупная заслуга этихъ ежедневныхъ взвѣшиваній *M. Hansen*'а заключается въ установкѣ несомнѣннаго вліянія временъ года на вѣсъ ростущихъ дѣтей. Фактъ этотъ былъ потомъ подтвержденъ отчасти и другими наблюдателями (*Граціановымъ*, *Camerer*'омъ, *Schmid-Monnard*'омъ, *Axel-Key*'емъ). Мои ежедневныя взвѣшиванія своихъ 5 совершенно здоровыхъ дѣтей (каждаго въ отдѣльности), при условіи точнаго знанія состоянія ихъ здоровья въ теченіи круглаго года, дали мнѣ смѣлость высказаться въ смыслѣ существованія «закона періодичности въ вѣсовыхъ наростаніяхъ у дѣтей» (op. c.). Въ этомъ отношеніи наблюденія *Malling Hansen*'а, произведенныя генерализирующимъ способомъ, и мои, произведенныя способомъ индивидуализирующимъ, сходятся почти до совпаденія. И это понятно. Разъ дѣло идетъ о самомъ общемъ явленіи природы, обнаруживающемъ свое характерное дѣйствіе не сразу, а постепенно, и при томъ на всѣхъ ростущихъ дѣтяхъ (а, можетъ быть, и на всѣхъ людяхъ), то все равно, слѣдить-ли за ежедневнымъ вѣсомъ одного здороваго ребенка (или нѣсколькихъ въ отдѣльности), какъ это дѣлалъ я, или-же за среднимъ вѣсомъ многихъ здоровыхъ дѣтей въ теченіи круглаго года, какъ это сдѣлалъ *Malling Hansen*. Генерализирующій способъ оказалъ въ этомъ случаѣ *M. Hansen*'у ту же услугу, какую онъ неоднократно уже приносилъ и всѣмъ другимъ авторамъ, пользовавшимся имъ въ цѣляхъ разъясненія общихъ законовъ средняго, чисто отвлеченнаго, физическаго развитія дѣтей по возрастамъ.

Совсѣмъ ошибочны и, по видимому, случайны были заключенія *M. Hansen*'а, когда онъ на основаніи своихъ среднихъ вѣсовыхъ величинъ, хотя и выведенныхъ изъ ряда лѣтъ, попытались вывести правильность и закономѣрность многихъ другихъ «періодовъ» въ вѣсѣ дѣтей въ теченіи круглаго года. Такъ, онъ устанавливаетъ: 1) недѣльные періоды въ вѣсѣ дѣтей въ зависимости отъ ихъ различнаго желанія ѣсть, будто бы, правильно повторяющагося въ теченіи каждыхъ 7 дней; 2) 24—26-дневные

періоды въ вѣсѣ дѣтей въ зависимости отъ вращенія солнца (различная сила солнечной теплоты) и 3) 72—78-дневные періоды въ вѣсѣ дѣтей въ зависимости отъ той-же силы солнечной теплоты.

Кромѣ того, онъ замѣтилъ еще несомнѣнную связь и правильность отношеній между ежедневнымъ среднимъ вѣсомъ дѣтей и утренней температурой атмосфернаго воздуха. Наконецъ, на основаніи своихъ среднихъ вѣсовыхъ величинъ *Hansen*, путемъ цѣлаго ряда остроумныхъ, логическихъ построеній, пришелъ къ заключенію, что найденныя имъ измѣненія въ вѣсѣ дѣтей, ихъ колебанія нельзя объяснить ни одною изъ извѣстныхъ намъ силъ природы: ни сила тяжести, ни химическая сила, ни моллекулярная сила притяженія, ни содержаніе озона въ воздухѣ, ни даже физіологическая энергія солнечныхъ лучей не могутъ объяснить найденныхъ имъ вѣсовыхъ измѣненій, и потому онъ допускаетъ существованіе особой, неизвѣстной еще намъ энергіи-силы, которую онъ называетъ «энергіей роста (Wachsthum-Energie)». Свойства этой энергіи заключаются въ способности распредѣлять возбужденія къ органическому росту по всему земному шару.

Въ отношеніи происхожденія энергіи роста *Hansen* допускаетъ 2 гипотезы: 1) или энергія роста включена въ свойства эѳира, колеблется параллельно его плотности и выражается измѣненіями теплоты, исходящей отъ солнца; или же 2) энергія роста исходитъ изъ солнца (въ самой солнечной теплотѣ или-же идетъ вмѣстѣ съ нею), измѣняется въ полномъ согласіи съ нею, достигаетъ земли съ быстротою солнечныхъ лучей и здѣсь отдѣляется отъ теплоты, которая тутъ и заканчивается, тогда какъ энергія роста распространяется по всему земному шару и возбуждаетъ всѣ организмы къ гармоническимъ колебаніямъ въ ихъ ростѣ.

Какъ ни красиво и стройно это гипотетическое зданіе, построенное *Hansen*'омъ, по видимому, изъ прочнаго и вѣрнаго матеріала, однако оно должно, кажется, рухнуть: индивидуализирующій способъ совершенно разрушаетъ зданіе, или-же должны его разрушить. Впослѣдствіи, по окончаніи наблюденій за ростомъ и развитіемъ своихъ дѣтей, я буду еще имѣть возможность высказаться подробнѣе объ ошибкахъ и недочетахъ генерализирующаго способа въ той части наблюденій *M. Hansen*'а, которая привела его къ столь заманчивымъ, но ложнымъ окончательнымъ заключеніямъ.

Недостаточность и шематичность генерализирующаго способа рѣзче всего бросается въ глаза наблюдателю, когда онъ приступаетъ къ какимъ-нибудь конкретнымъ, опредѣленнымъ, чисто практическимъ выкладкамъ и соображеніямъ на основаніи среднихъ годовыхъ цифръ, добытыхъ этимъ способомъ. Такъ, многіе изслѣдователи [а прежде и я самъ [6])], наблюдавшіе за вліяніемъ питанія или тѣхъ или другихъ силъ природы (солнца, воды, воздуха, вообще климата и т. д.) на вѣсъ ростущихъ дѣтей (въ здравницахъ, школьныхъ колоніяхъ, различныхъ учебныхъ заведеніяхъ и т. п.) въ теченіи небольшого промежутка времени, напр., одннхъ каникулъ, приходили къ нѣсколько преувеличеннымъ или-же совсѣмъ неправильнымъ заключеніямъ, пользуясь для своихъ соображеній сопоставленіемъ добытаго матеріала (напр., данныхъ вѣса, роста) съ средними годовыми цифрами авторовъ. Не входя въ подробное объясненіе сказаннаго, приведу, ради поясненія, сравнительную таблицу дѣйствительныхъ наростаній вѣса у моихъ дѣтей въ теченіи 1 осенняго мѣсяца и тѣхъ вѣсовыхъ наростаній, съ какими я долженъ былъ-бы сообразоваться, пользуясь средними мѣсячными наростаніями на основаніи безотносительныхъ годовыхъ цифръ авторовъ *).

Таблица дѣйствительнаго вѣса моихъ дѣтей и по среднимъ авторовъ.

| Начальныя буквы имени. | Возрастъ. | Вѣсъ въ грм. | Средній вѣсъ авторовъ. | Ежегодное наростаніе моихъ дѣтей. | Среднее ежегодное наростаніе авторовъ. | Дѣйствительное мѣсячное наростаніе моихъ дѣтей (17/IX—17/X). | Слѣдовало-бы изъ разсчета среднихъ величинъ авторовъ на 1 мѣсяцъ. | Слѣдовало-бы изъ разсчета среднихъ мѣсячныхъ наростаній моихъ дѣтей въ теченіи круглаго года. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Я. | 12½ л. | 43250 | 33500 | — | — | 150 | 250 | 825 |
| | 13½ л. | 52950 | 37480 | 9700 | 3000 | — | — | — |
| | 14½ л. | 62120 | 42000 | 9170 | 4500 | — | — | — |
| | 15½ л. | 68960 | 46500 | 6840 | 4500 | — | — | — |
| | 16½ л. | 73680 | 50750 | 4720 | 4000 | — | — | — |
| Н. | 11 л. | 30200 | 28600 | — | — | 65 | 200 | 325 |
| | 12 л. | 34120 | 31850 | 3925 | 2500 | — | — | — |
| | 13 л. | 40200 | 35200 | 6100 | 3000 | — | — | — |
| | 14 л. | 47200 | 39750 | 7000 | 4500 | — | — | — |
| | 15 л. | 54800 | 44250 | 7630 | 4500 | — | — | — |
| Д. | 10 л. | 28410 | 26100 | — | — | 60 | 170 | 340 |
| | 11 л. | 32500 | 28600 | 4100 | 2500 | — | — | — |
| | 12 л. | 37900 | 31850 | 5450 | 3000 | — | — | — |
| | 13 л. | 45000 | 35200 | 7170 | 4500 | — | — | — |
| | 14 л. | 53200 | 39750 | 8200 | 4500 | — | — | — |
| О. | 8½ л. | 22720 | 22600 | — | — | 106 | 170 | 855 |
| | 9½ л. | 25800 | 24850 | 3090 | 2000 | — | — | — |
| | 10½ л. | 28300 | 27350 | 2470 | 2500 | — | — | — |
| | 11½ л. | 35100 | 30200 | 6800 | 2500 | — | — | — |
| | 12½ л. | 42900 | 33500 | 7840 | 3000 | — | — | — |
| В. | 4½ г. | 15660 | 14900 | — | — | 0 | 150 | 165 |
| | 5½ л. | 17600 | 16700 | 1980 | 1800 | — | — | — |
| | 6½ л. | 19700 | 18600 | 2100 | 1800 | — | — | — |
| | 7½ л. | 21700 | 20600 | 2080 | 2000 | — | — | — |
| | 8½ л. | 23700 | 22600 | 2000 | 2000 | — | — | — |

эти красивыя иллюзіи и остроумныя гипотезы. Я не могу подтвердить заявленій *Malling Hansen*'а о правильной смѣнѣ недѣльныхъ и 25-дневныхъ періодовъ въ вѣсѣ дѣтей; равнымъ образомъ не видѣлъ совпаденій въ ежедневныхъ колебаніяхъ вѣса дѣтей и таковыхъ-же колебаніяхъ утренней температуры атмосфернаго воздуха (по даннымъ метеорологическихъ наблюденій Кіевской университетской обсерваторіи). Самъ *M. Hansen* на 204 стр. своей книги открыто сознается, что послѣдующія работы въ этой области или прочнѣе закрѣпятъ основаніе и само выстроенное

Нечего доказывать, что наличность такихъ дѣйствительныхъ вѣсовыхъ наростаній у совершенно здоровыхъ дѣтей по возрастамъ, въ теченіи опредѣленнаго промежутка времени, поможетъ разобраться совершенно точно, безъ всякихъ искаженій научной правды, въ оцѣнкѣ разнаго рода вліяній на вѣсъ другихъ изслѣдуемыхъ дѣтей (какихъ угодно категорій—среднездоровыя дѣти, слабыя, больныя и т. п.).

*) Въ таблицѣ приведено только примѣрное дѣйствительное наростаніе моихъ дѣтей за 1 мѣсяцъ.

Digitized by Google

Не буду увеличивать числа примѣровъ, доказывающихъ шематичность генерализирующаго способа въ изученіи физическаго развитія дѣтей вообще и по возрастамъ ихъ въ частности. Цѣль моего доклада—совсѣмъ не въ томъ, чтобы подорвать довѣріе къ этому способу: за нимъ навсегда останется крупная заслуга та, что онъ помогъ намъ до извѣстной степени изучить общій шематическій ходъ физическаго развитія человѣческаго тѣла. Кромѣ того, за средними данными статистическаго способа навсегда останется преимущество наглядности въ изображеніи разнаго рода картинъ смертности, заболѣваемости населенія, эпидемій и т. п. Своимъ сообщеніемъ я хотѣлъ-бы возбудить интересъ къ изученію подробностей физическаго развитія человѣческаго тѣла, особенно послѣ грудного періода и при томъ въ условіяхъ наибольшей точности наблюдаемыхъ явленій. Среднія цифры, добытыя въ этомъ направленіи генерализирующимъ способомъ, совсѣмъ не даютъ отвѣта на вопросъ, какъ развивается здоровый ребенокъ, особенно въ вѣсѣ, напр., по недѣлямъ, мѣсяцамъ и временамъ года? Между тѣмъ знать все это безусловно необходимо какъ родителямъ, воспитателямъ ребенка, педагогамъ, такъ и практическимъ врачамъ, имѣющимъ дѣло со здоровыми и больными дѣтьми въ семьѣ и школѣ.

Какъ-же изучать явленія роста въ дѣтскомъ организмѣ, чтобы получить вполнѣ точныя, строго опредѣленныя числа, которыя выражали-бы дѣйствительныя, а не отвлеченныя среднія величины въ теченіи круглаго года? Для этого нужно выбрать одного или нѣсколькихъ совершенно здоровыхъ дѣтей и прослѣдить у нихъ ростъ при совершенно опредѣленныхъ, въ точности извѣстныхъ условіяхъ и, по возможности, въ теченіи долгаго времени. Нечего и говорить, что это—задача нелегкая. Первый камень преткновенія для подобныхъ наблюденій составляетъ самая относительность понятія о здоровомъ ребенкѣ. Я не могу подробно выяснять здѣсь своихъ взглядовъ въ этомъ отношеніи и ограничусь лишь самыми общими соображеніями. Съ точки зрѣнія физіологіи и клиники, здоровымъ ребенкомъ называется тотъ, который имѣетъ всѣ органы и системы ихъ въ полной цѣлости, вполнѣ дѣятельными и работоспособными, безъ какихъ-либо нарушеній или уклоненій отъ нормальнаго состоянія, т. е., тотъ, у котораго отличный позывъ на ѣду, правильныя отправленія желудочнокишечнаго канала, хорошая окраска кожи и слизистыхъ оболочекъ, который дѣятеленъ въ играхъ и занятіяхъ, хорошо и спокойно спитъ и т. д. Разумѣется, собираніе матеріала на здоровыхъ дѣтяхъ для изученія у нихъ явленій роста должно представить такія-же трудности, какія однажды представились мнѣ при изслѣдованіи у нихъ состава крови [7]). Тѣмъ не менѣе для точнаго рѣшенія вопроса о нормальномъ возрастаніи человѣческаго тѣла мы должны изучить сначала самую важную категорію этого рода явленій, а именно—ростъ и развитіе совершенно здоровыхъ дѣтей, предъявляя къ послѣднимъ строгія требованія физіолого-клиническаго принципа. Наблюденія, произведенныя по индивидуализирующему способу, могутъ быть провѣрены способомъ статистическимъ; но въ основу группировки изучаемаго матеріала, ради соблюденія т. наз. «чистыхъ рядовъ» антропологіи, слѣдуетъ брать не формальный какой-нибудь принципъ, въ родѣ, напр., соціально-экономическаго положенія изслѣдуемыхъ дѣтей, а болѣе точный, строго научный, физіолого-клиническій—подборъ матеріала на основаніи подробнаго анамнеза и состоянія здоровья. Изучить законы, управляющіе нормальнымъ ходомъ физическаго развитія человѣческаго тѣла, можно только по сочетанному способу, примѣняя физіолого-клиническій принципъ къ изслѣдуемому матеріалу.

Затруднительность такихъ наблюденій главнымъ образомъ и служила—да и теперь служитъ—причиною того, что до сихъ поръ еще вопросъ о среднихъ физіологическихъ нормахъ физическаго развитія дѣтей, особенно старшаго возраста, стоитъ еще непрочно и не выходитъ изъ рамокъ чисто теоретическихъ статистическихъ построеній. Изучивъ главную категорію—нормальное ежедневное возрастаніе совершенно здороваго ребенка въ теченіи цѣлаго ряда лѣтъ и всѣхъ періодовъ его развитія, мы получимъ драгоцѣнныя, научныя и практическія данныя, которыми смѣло можетъ пользоваться и физіологъ, и клиницисты, и общественный дѣятель. Трудность полученія указываемыхъ мною нормъ физическаго развитія дѣтей по возрастамъ—только кажущаяся. Въ нашихъ научныхъ и общественныхъ учрежденіяхъ иногда затрачивается много энергіи и средствъ на постановку самыхъ сложныхъ опытовъ и наблюденій, нерѣдко приводящихъ къ самымъ малымъ или даже отрицательнымъ результатамъ; между тѣмъ для наблюденія за ростомъ и развитіемъ здороваго ребенка требуются только антропометрическая стойка, сантиметровая лента, точные вѣсы и искреннее убѣжденіе, что отъ правильности наблюденій зависитъ рѣшеніе важнаго вопроса о дѣйствительныхъ нормахъ физическаго развитія дѣтей по возрастамъ въ теченіи круглаго года. Всякій, кто имѣетъ здоровыхъ дѣтей, легко можетъ, при небольшомъ напряженіи силъ, помочь тому, чтобы ученіе о среднихъ физіологическихъ нормахъ физическаго развитія дѣтей вышло, наконецъ, изъ области отвлеченнаго шематизма на научный путь физіологическихъ наблюденій.

**Литература.** 1. *А. О. Карницкій*, Законъ періодичности въ вѣсовыхъ наростаніяхъ у дѣтей. Вступительная лекція. «Врачебная Газета», 1903, № 26; также и «Университетскія Извѣстія г. Кіева», 1903.—2. *Quetelet*, Physique sociale, 1869, т. II; также —Antropometrie, Bruxelles, 1870 г.—3. *Claude-Bernard*, Introduction à l'etude de la médecine experimentale, Paris, 1865, стр. 242.—4. *W. Camerer*, Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1901, т. 53. — 5. *R. Malling-Hansen*, Perioden im Gewicht der Kinder und in der Sonnenwärme. Kopenhagen, 1886 г.— 6. *А. О. Карницкій*, Медицинскій отчетъ о лѣтней санаторіи въ с. Будаевкѣ (Бояркѣ) въ лѣто 1898 г.—7. *Онъ-же*, О крови здоровыхъ дѣтей. Диссертація, 1901 г.

---

Изъ бактеріологической лабораторіи проф. Б. Ф. Вериго въ Одессѣ.

## Къ вопросу о фагоцитозѣ и лейколизѣ при впрыскиваніи въ брюшную полость вирулентныхъ стрептококковъ.

**Ф. В. Букоемскаго** *).

*(Окончаніе. См. № 5, стр. 161).*

Другое отношеніе стрептококковъ къ клѣткамъ организма можно было наблюдать на брызжейкѣ.

Параллельно съ изслѣдованіемъ органа послѣ зараженія отъ каждаго животнаго бралось нѣсколько кусковъ брызжейки изъ разныхъ мѣстъ кишечника. Куски эти растягивались на покрывательныхъ стеклахъ, фиксировались въ спиртѣ 90% и окрашивались обыкновеннымъ образомъ, какъ на бактеріи. Во всѣ періоды на брызжейкѣ можно было видѣть большое количество стрептококковъ, преимущественно въ свободномъ состояніи, и ихъ было тѣмъ больше, чѣмъ больше разводокъ впрыскивалось въ брюшную полость. Изрѣдка попадались фагоцитирующія бѣлыя тѣльца; отношеніе стрептококковъ къ эндотеліальнымъ клѣткамъ брызжейки было особое. Спустя $1\frac{1}{2}$—2 часа послѣ зараженія можно видѣть, что стрептококки какъ-бы лежатъ на ядрахъ эндотелія; по мѣрѣ теченія болѣзни, часовъ черезъ 6, кокки все глубже и глубже проникаютъ, какъ бы опускаются въ вещество эндотеліальнаго ядра, и мѣсто на окрашенномъ гэматоксилиномъ ядрѣ, гдѣ лежитъ такая цѣпочка, представляется какъ бы изогнутой рытвиной, совершенно невоспринявшей окраски, въ видѣ свѣтлой пустоты, въ которой лежатъ нормально окрашенные кокки. Чѣмъ ближе къ смерти, тѣмъ такія разрушенныя ядра встрѣчаются чаще; разрушеніе все болѣе и болѣе распространяется, такъ что, вмѣсто ядра, остается слабо окрашеннымъ пространство, равное $\frac{1}{3}$ ядра, остальная-же часть его имѣетъ видъ пустотъ нѣсколькихъ или одной большой, черезъ которую въ видѣ нѣсколькихъ ниточекъ проходятъ остатки эндотеліальнаго ядра. Въ пустотахъ большею частью лежатъ стрептококки, или-же мѣста эти остаются пусты, а бактеріи разсѣяны по сосѣдству. Явленіе это выражается тѣмъ рѣзче, чѣмъ больше впрыскивается заразъ разводки, 3—5 к. стм. Если впрыскивать мало, 0,25 к. стм. и меньше, то явленіе разъѣданія эндотелія почти незамѣтно. Если впрыскиваются очень малыя количества, то, естественно, вводится и мало микробовъ; часть ихъ тотчасъ-же поглощается бѣлыми тѣльцами, часть осѣдаетъ на органахъ или уносится внутрь ихъ, такъ что на долю брызжейки остается минимальное количество микробовъ. При впрыскиваніи очень малыхъ

*) Согласно указанію глубокоуважаемаго проф. *Н. Я. Чистовича*, долгомъ считаемъ исправить неточность, допущенную авторомъ статьи въ напечатанной въ № 5 ея части: изъ приводимыхъ авторомъ работъ проф. *Н. Я. Чистовичу* принадлежитъ работа о лейкоцитолизѣ, работа же объ отрицательной химіотаксіи при смертельномъ стрептококковомъ зараженіи принадлежитъ ч. пр. *Ф. Я. Чистовичу*. *Ред.*

Digitized by Google

дозъ, хотя къ концу зараженія въ брюшномъ выпотѣ и видны громадныя количества микробовъ — тѣмъ большія, чѣмъ позже послѣдовала смерть,—но въ этихъ случаяхъ разъѣданіе эндотеліальныхъ клѣтокъ не выражено такъ ясно, какъ при введеніи большихъ дозъ. Старыя ядовитыя особи, по видимому, способны производить гораздо болѣе рѣзкое разрушеніе ткани, чѣмъ молодыя, только что размножившіяся. Опять-таки, что касается бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, которыхъ, хотя и изрѣдка, можно всегда видѣть прилипшими къ брыжейкѣ, то въ нихъ никогда никакого разрушенія не замѣтно. Ярче всего разница бросается въ глаза въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ къ концу зараженія имѣется картина весьма энергичнаго разрушенія эндотеліальныхъ ядеръ; рядомъ бѣлыя тѣльца совершенно неизмѣнены.

Въ выше приведенной работѣ ч. пр. *Ф. Я. Чистовича* (стр. 110) сказано, что энергичный фагоцитозъ, который д-ръ *Чистовичъ* наблюдалъ въ легкихъ вслѣдъ за внутривеннымъ введеніемъ стрептококковъ, можно объяснить тѣмъ, что, на ряду съ кокками высокой ядовитости, есть другіе перерожденные, слабые, даже мертвые, и эти-то микробы поглощаются исключительно, въ то время какъ ядовитыя особи, благодаря отрицательной химіотаксіи, проходятъ черезъ легкія, не будучи поглощены. Усиливая ядовитость перевивками черезъ кролика, мы засѣваемъ бактеріи на искусственную питательную среду, въ которой выросшія бактеріи, возможно, могутъ быть далеко неодинаковой ядовитости. Во избѣжаніе этой возможности, я поставилъ новый рядъ опытовъ, чтобы доказательство фагоцитоза вирулентныхъ стрептококковъ было существеннѣе.

Разводки 10-ой перевивки я впрыснулъ кролику въ брюшную полость въ количествѣ 5 к. стм.; черезъ 8 часовъ животное пало. Выпотъ изъ брюшной полости его впрыснутъ въ количествѣ 1 к. стм. 2-му кролику, выпотъ послѣ смерти 2-го 3-му и т. д. до 10 животныхъ. Искусственная питательная среда была устранена: микробы выращивались въ сокахъ организма, а термостатъ былъ замѣненъ брюшной полостью кролика. Послѣ 10-ой перевивки 1 капля выпота, введенная въ брюшную полость кролика, убивала его въ 5--6 час. Съ такой естественной разводкой сдѣланъ рядъ опытовъ. Для поддержанія ядовитости выпота, параллельно съ опытами, онъ ежедневно перевивался въ брюшную полость кролика: всякій разъ, какъ однимъ животнымъ пользовались для опыта, его выпотомъ заражался другой кроликъ, чтобы послѣ смерти этого послѣдняго, имѣть матеріалъ для слѣдующаго опыта.

Выпотъ изслѣдовался каждые $^1/_2$-часа, вплоть до смерти животнаго, и въ тоже время взяты были мазки изъ органовъ брюшной полости. Эти микробы, несомнѣнно высокой ядовитости, представлялись въ видѣ отдѣльныхъ кокковъ и диплококковъ, и почти всѣ окружены были оболочкой. Послѣ впрыскиванія 1 капли, размѣшанной въ 1 к. стм. физіологическаго раствора, прежде всего явленія были почти тѣже: исчезаніе бѣлыхъ тѣлецъ изъ выпота, потомъ нарастаніе ихъ числа и опять паденіе. Въ первыхъ порціяхъ, взятыхъ чрезъ $^1/_2$-часа, фагоцитозъ былъ несомнѣнный при маломъ числѣ какъ бѣлыхъ тѣлецъ, такъ и микробовъ: 8—10 бѣлыхъ тѣлецъ въ полѣ зрѣнія и 2—3 стрептококка, но изъ 3-хъ 2 были въ протоплазмѣ фагоцита. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, черезъ 3—4 часа, число бѣлыхъ тѣлецъ доходило до 200, а число стрептококковъ до 30—40 въ полѣ зрѣнія; фагоцитозъ ослабѣвалъ въ дальнѣйшемъ теченіи, но никогда не прекращался; даже за часъ до смерти и послѣ нея можно было видѣть въ выпотѣ фагоцитовъ съ заключенными въ нихъ кокками. На мазкахъ, взятыхъ съ органовъ, главнымъ образомъ бросалось въ глаза почти полное отсутствіе свободныхъ стрептококковъ, по 1—2 въ полѣ зрѣнія; попадались такія поля, гдѣ не было ни одного свободнаго кокка, а въ бѣлыхъ тѣльцахъ, по крайней мѣрѣ въ 3—4-хъ, были заключены микробы.

Это явленіе можетъ служить доказательствомъ существованія только положительной химіотаксіи. Разрушеніе микробовъ, ясно наблюдаемое въ предыдущихъ опытахъ съ менѣе ядовитыми микробами, въ этомъ случаѣ было выражено слабѣе. Тіонинъ окрашивалъ, вмѣсто розово-краснаго цвѣта, въ блѣдно-голубой съ пурпуровымъ отливомъ. Измѣненіе формы стрептококковъ въ видѣ набуханія ихъ видно было только въ послѣдніе часы. Рядомъ съ свѣтлыми ареолами, въ которыхъ заключенъ былъ диплококкъ, попадались такія-же пустыя свѣтлыя мѣста, въ особенности подъ конецъ болѣзни. Представляютъ-ли эти пустые ареолы оболочку, въ которой былъ погибшій микробъ, я доказательствъ не имѣю.

Желая объединить результаты, полученные относительно теченія стрептококковаго зараженія, лейколиза и фагоцитоза, я предпринялъ новый рядъ опытовъ, который далъ возможность наблюдать на одномъ препаратѣ всѣ явленія.

Заражая мышей въ брюшную полость тѣми-же вирулентными микробами въ количествѣ до 0,25 к. стм. въ разныхъ стадіяхъ теченія болѣзни—черезъ 1, 2, 3, 5, 8, 10 и 16 час. (т. е. немедленно послѣ смерти)—животное, когда было живо, убивалось, и все туловище его обрабатывалось: получался рядъ парафиновыхъ срѣзовъ, такъ что въ извѣстной серіи срѣзовъ на одномъ стеклѣ были почти всѣ органы брюшной полости. Мыши приготовлялись наканунѣ впрыскиваніемъ въ брюшную полость 1 к. стм. физіологическаго раствора соли; получался ясный лейкоцитозъ.

*Способъ приготовленія препаратовъ.* Спустя опредѣленное время послѣ зараженія мышь убивалась посредствомъ отрѣзыванія головы, кожа быстро снималась и все туловище помѣщалось на сутки въ слѣдующій растворъ: 3-хлормолочной кислоты 2,5, ацетона 100,0 и формалина (оффицинальнаго 40%) 10,0. Эта жидкость одновременно и прекрасно фиксируетъ всѣ мягкіе органы и уплотняетъ ихъ. Погружая все туловище, нужно сдѣлать въ брюшныхъ мышцахъ 2 маленькихъ отверстія, чтобы дать доступъ фиксирующей жидкости. Черезъ сутки туловище оказывается настолько уплотненнымъ, что можно вынуть позвоночникъ, тазъ, ребра, а брюшную полость разрѣзать на кружечки толщиною въ 0,5 стм., не только не нарушая топографіи брюшныхъ органовъ, но сохраняя даже содержимое желудка и кишекъ. Изрѣзанную на 3—4 кусочка брюшную полость съ органами надо погрузить еще на сутки въ туже, но свѣже приготовленную, жидкость. Дальше, препаратъ переносится на сутки въ безводный спиртъ (приготовленный на мѣдномъ купоросѣ). Изъ спирта объекты переносятся на 5—6 час. въ хлороформъ. Когда они начинаютъ тонуть, то переносятся въ насыщенный растворъ параффинъ-хлороформа и сутки сохраняются въ термостатѣ при 48—50°, а затѣмъ переносятся въ чистый параффинъ, легкоплавкій, тоже на сутки. Если термостатъ установленъ не ниже 51° или 52°, то въ чистомъ параффинѣ достаточно держать препараты 12 час. Наконецъ, они заливаются въ параффинъ съ точкой плавленія въ 52°. Срѣзы можно получить въ 4—6 μ, при чемъ, какъ сказано, сохраняется даже содержимое кишекъ. Если такимъ способомъ обработывать отдѣльные мягкіе органы, то вся процедура сокращается до нѣсколькихъ часовъ. Въ фиксирующей жидкости часъ, оттуда на часъ въ безводный спиртъ, на $^1/_2$ часа или часъ въ хлороформъ, на 2 часа въ параффинъ-хлороформъ, на 2 часа въ чистый параффинъ и заливка. Термостатъ не ниже 51° — 52°. Препараты хорошо окрашиваются всѣми красками.

*Черезъ часъ* послѣ зараженія, на срѣзахъ можно было видѣть осѣданіе бѣлыхъ тѣлецъ большими кучками и рядами на органахъ: желудкѣ, кишкахъ, печени, при чемъ во многихъ тѣльцахъ ясно видны стрептококки. Микробы направляются въ брюшныя мышцы, длинными цугами идутъ въ межмышечныя лимфатическія пространства, а тамъ, гдѣ мышца соприкасается, напр., съ селезенкой, направляются въ незначительномъ числѣ въ эту послѣднюю. По краямъ селезенки между лимфоцитами можно видѣть отдѣльныхъ кокковъ или диплококковъ. Одновременно стрептококки направляются въ лимфатическія железы; бѣлыхъ тѣлецъ немного; больше всего ихъ въ сосудахъ печени и въ лимфатическихъ железахъ.

*Черезъ 2 часа.* Картина отличается только тѣмъ, что въ сосудахъ печени и селезенки бѣлыхъ тѣлецъ больше. На нѣкоторыхъ препаратахъ виденъ ходъ стрептококковъ по брюшинѣ, лежащей между кишками, въ самую толщу кишекъ; осѣданіе бѣлыхъ тѣлецъ на органахъ еще больше; тѣльца не измѣнены.

*Черезъ 3 часа.* Особыхъ измѣненій по сравненію съ предыдущей стадіей нѣтъ.

*Черезъ 4 часа.* Въ печени и селезенкѣ мѣстный распадъ тканей: клѣтки въ состояніи коагуляціоннаго омертвѣнія, много распавшихся гнойныхъ клѣтокъ и стрептококковъ. Отдѣльные кокки на другихъ препаратахъ этой серіи начинаютъ попадаться въ почкахъ, поджелудочной железѣ и на стѣнкахъ кишекъ, какъ свободные, такъ и въ бѣлыхъ тѣльцахъ. Въ сосудахъ печени — бѣлыя тѣльца съ заключенными въ нихъ стрептококками. Въ мышцахъ колоніи стрептококковъ. Это—первое явленіе попаданія микробовъ въ органы.

*Черезъ 5 час.* Стрептококковъ въ органахъ мало; изрѣдка одиночныя особи. Число бѣлыхъ тѣлецъ, какъ осѣдающихъ на органахъ, такъ и прибывающихъ внутрь селезенки, печени и лимфатическихъ железъ, все увеличивается; въ бѣлыхъ тѣльцахъ, нисколько неизмѣненныхъ, есть стрептококки; яснѣе всего они наблюдаются въ сосудахъ печени; тамъ попадаются и свободные кокки, и заключенные въ бѣлыхъ тѣльцахъ.

*Черезъ 8* и *черезъ 10 час.* картина почти одна и таже. Стрептококковъ много; между органами есть кучи, напоминающія размножившіяся колоніи, особенно рѣзко выражены они въ брюшныхъ мышцахъ; въ небольшомъ числѣ они направляются въ сосѣдніе органы. Слабый фагоцитозъ можно видѣть всюду, гдѣ есть бѣлыя тѣльца, но въ большинствѣ бактеріи свободны.

*Измѣненія послѣ смерти.* При впрыскиваніи 0,25 к. стм. смерть у мышей наступала среднимъ числомъ черезъ 12--14 час. Въ то время, какъ у кролика брюшные органы, въ особенности печень, легкія и селезенка, при тѣхъ-же условіяхъ были наводнены микробами, у мышей въ нихъ было сравнительно немного стрептококковъ; больше всего ихъ было въ легкихъ и ихъ сосудахъ. Размноженіе бактерій, обильно выраженное въ органахъ кролика, не было такимъ въ органахъ мыши; у нея колоніи стрептококковъ появляются на мѣстѣ ихъ первичнаго поселенія, главнымъ образомъ на брюшинѣ и въ брюшныхъ мышцахъ. На одномъ изъ многихъ препаратовъ, взятыхъ послѣ смерти, въ печени былъ найденъ участокъ, гдѣ были 3 колоніи стрептококковъ, расположенныя въ видѣ кучекъ, и тутъ-же рядомъ съ колоніями участки распавшихся печеночныхъ клѣтокъ. Мутное набуханіе выражено было по всему органу. Если сопоставить эту картину съ распадомъ въ печени и селезенкѣ, наблюдавшимся въ 4-ча-

Digitized by Google

совой стадіи, то можно предположить, что заносъ большого числа стрептококковъ въ органы возможенъ и въ первые часы послѣ зараженія, но, вѣроятно, какъ случайность. На препаратѣ, представляющемъ разрѣзъ черезъ легкія и сердце, видно въ крови сердца много распавшихся красныхъ кровяныхъ шариковъ и очень мало бѣлыхъ; такъ что есть поля зрѣнія, гдѣ нѣтъ ни одного бѣлаго тѣльца и очень много микробовъ. Въ ткани легкихъ и въ мышцахъ сердца небольшія колоніи стрептококковъ. Какъ въ сосудахъ, такъ и въ ткани легкихъ много стрептококковъ свободныхъ, но попадаются и бѣлыя тѣльца, одиночныя, съ бактеріями. Бѣлыя тѣльца вездѣ имѣютъ нормальный видъ, а ядра ихъ хорошо окрашиваются: ни малѣйшаго слѣда измѣненія формы. Если сравнить процессъ размноженія стрептококковъ у кролика и у мыши, то увидимъ, что организмъ мыши болѣе устойчивъ къ стрептококковому зараженію; вѣроятно, бактеріеубивающая сила клѣтокъ у нея болѣе высока, чѣмъ у кролика.

Можно указать на явленіе, болѣе рѣзко выраженное у мышей, это—раннее начало распада красныхъ кровяныхъ шариковъ въ селезенкѣ. Черезъ 3 часа послѣ зараженія селезенка представляется уже усѣянной желтымъ пигментомъ, а, слѣдя по ходу сосудовъ, можно видѣть заносъ этого пигмента и въ печень. Такъ какъ селезенка направляетъ свою кровь по селезеночной венѣ въ печень, то, если предположить, что микробы прежде всего попадаютъ въ селезенку, производятъ тамъ разрушеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ и выдѣляютъ извѣстные токсины, то окажется, что селезенка отводитъ образовавшіеся уже продукты, какъ вредные, въ печень для уничтоженія. Работами проф. *Верию* доказано, что селезенка не играетъ роли защитительнаго отъ поступающаго заразнаго начала органа, какъ на это указывали изслѣдованія д-ровъ *Бардаха*, *Судакевича* и др. надъ безселезеночными животными, а представляетъ собою скорѣе слабый пунктъ, гдѣ микробы сильно размножаются, а потомъ относятся токомъ крови въ печень, гдѣ и уничтожаются въ извѣстной степени печеночными макрофагами; селезенка даетъ лимфоцитовъ, которые, вѣроятно, служатъ для образованія макрофаговъ. Отсутствіе фигуръ дѣленія печени указываетъ, что макрофаги тамъ не образуются. Разрушеніе микробовъ въ органахъ яснѣе всего наблюдается въ печени: они представляются какъ бы набухшими и очень слабо окрашиваются тіониномъ.

Наблюдая ходъ зараженія на цѣлыхъ срѣзахъ брюшной полости мышей, мы видимъ подтвержденіе тѣхъ-же явленій, которыя въ отдѣльности видѣли у кролика. Фагоцитозъ тотъ-же, хотя онъ—вѣроятно, вслѣдствіе особаго отношенія мыши къ стрептококкамъ—не такъ рѣзко выраженъ. Бѣлыя тѣльца, нисколько не разрушаясь вслѣдствіе поступленія бактерій въ брюшную полость, въ большомъ числѣ осѣдаютъ на органахъ, поглотивъ предварительно нѣкоторую часть введенныхъ бактерій, а къ концу зараженія заносятъ стрептококковъ въ органы и въ самомъ большемъ числѣ въ легкія.

Что касается разрушенія эндотелія брызжейки, которое такъ характерно выражено у кролика, то у мыши оно почти незамѣтно, можетъ быть, потому, что при поперечныхъ сѣченіяхъ брюшной полости на препаратъ попадаютъ лишь отдѣльные, очень маленькіе, кусочки брюшины.

## 3.

Такъ какъ рядъ моихъ опытовъ далъ возможность убѣдиться, во 1-хъ, въ сохраненіи бѣлыми тѣльцами нормальнаго вида во все время теченія заразной болѣзни, а, во 2-хъ, въ энергичномъ фагоцитозѣ, рѣзко выраженномъ въ 1-ую половину болѣзни, слабомъ къ концу и несомнѣнно существующемъ въ послѣднія минуты жизни животнаго, то является вопросъ, какое значеніе имѣютъ фагоциты въ борьбѣ организма съ заразнымъ началомъ? Въ послѣднее время сообщены наблюденія, старающіяся доказать, что роль фагоцитовъ весьма незначительна и даже можетъ быть сведена къ нулю.

*Pfeiffer* [9]), первый сообщилъ, что фагоцитозъ не играетъ никакой роли въ защитѣ организма; холерные вибріоны могутъ быть разрушены безъ участія бѣлыхъ тѣлецъ (феноменъ *Pfeiffer*'а) при введеніи ихъ въ брюшную полость морской свинки.

*Alquist* [10]) показалъ, что бактеріи попадаютъ въ бѣлыя тѣльца въ силу чисто физическихъ законовъ.

Проф. *И. Г. Савченко* [11]) указываетъ, что бактеріи сибирской язвы разрушаются внѣ бѣлыхъ тѣлецъ, а въ послѣднихъ наблюдаются почти неизмѣненными.

*Deutsch* [12]), производя опыты по способу *Pfeiffer*'а надъ брюшнымъ тифомъ, показалъ, что выпотъ, содержащій бѣлыя тѣльца, не содержитъ бактеріеубивающихъ веществъ.

Этотъ рядъ работъ объясняетъ защитительный процессъ организма исключительно выдѣленіемъ клѣтками и тканями бактеріеубивающихъ веществъ, разрушающихъ микробовъ. Такимъ образомъ въ одномъ и томъ-же мѣстѣ организма происходятъ 2 противоположныхъ процесса—размноженіе микробовъ и рядомъ ихъ разрушеніе.

Проф. *Верию* [13]) раньше проф. *Савченка* доказалъ, что бѣлыя тѣльца и печеночныя макрофаги являются главными разрушителями бактерій сибирской язвы.

Съ другой стороны, рядъ работъ, почти одновременно произведенныхъ въ лабораторіи *И. И. Мечникова*, показалъ, что въ разрушеніи микробовъ большую роль играютъ фагоциты.

*Garnier* [14]) показалъ, что у подготовленныхъ впрыскиваніемъ въ брюшную полость бульона животныхъ, рядомъ съ фаголизомъ, развивающимся вслѣдствіе впрыскиванія холернаго вибріона, наблюдается фагоцитозъ и внутриклѣточное разрушеніе вибріона, превращающагося въ глыбки. Такіе же опыты произведены и *И. И. Мечниковымъ*.

Д-ръ *Кантакузенъ* [15]) наблюдалъ, что холерные вибріоны разрушаются фагоцитами; кромѣ того, происходитъ и внѣклѣточное ихъ разрушеніе. Первый видъ авторъ называетъ разрушеніемъ внутриклѣточнымъ «активнымъ», а второй «пассивнымъ». Главные защитники организма—фагоциты.

*Salimbeni* [16]), впрыскивая подъ кожу холерные вибріоны, показалъ, что разрушеніе происходитъ только въ фагоцитахъ. Впрыскивая подъ кожу стрептококковъ, онъ нашелъ, что разрушеніе идетъ медленно: изъ выпота, взятаго спустя 5—6 дней, получаются еще разводки. Замѣчательно вторичное появленіе стрептококковъ послѣ того, какъ въ первые дни по введеніи ихъ подъ кожу они были поглощены клѣтками. Микробы не кажутся даже ослабленными: окрашиваются по *Gram*'у и даютъ пышный постъ на желатинѣ. Въ первой стадіи поглощенія микробы переполняютъ одноядерныя тѣльца такъ, что ядро отодвигается къ окружности, протоплазма увеличивается въ объемѣ. Затѣмъ одноядерныя клѣтки исчезаютъ изъ выпота, и появляются многоядерныя, которыя и поглощаютъ освобожденныхъ изъ одноядерныхъ стрептококковъ. Такимъ образомъ процессъ разрушенія стрептококковъ имѣетъ 3 фазы: 1) поглощеніе микробовъ одноядерными элементами, 2) разрушеніе одноядерныхъ и освобожденіе стрептококковъ и 3) появленіе многоядерныхъ клѣтокъ, захватываніе и разрушеніе стрептококковъ. Наибольшую дѣятельность въ борьбѣ съ микробами проявляютъ фагоциты, а о разрушеніи стрептококковъ авторъ судилъ по измѣненію способности ихъ окрашиваться вмѣсто основныхъ красокъ кислыми (эозиномъ).

*Van der Velde* [17]) нашелъ, что, если въ плейру кролика впрыснуть смертельное количество стафилококка, то спустя 6—10 часовъ послѣ впрыскиванія въ плевральномъ выпотѣ встрѣчаются почти исключительно мертвыя бѣлыя тѣльца, не имѣющія движенія и представляющіяся въ видѣ пустого пузырька. Выпотъ самъ по себѣ оказываетъ на нормальные бѣлые кровяные шарики сильное растворяющее дѣйствіе; но будучи нагрѣтъ до 58°, онъ теряетъ его. Авторъ предположилъ существованіе въ выпотѣ особаго вещества, которое онъ назвалъ «лейкоцидиномъ»; даже въ тысячномъ разведеніи лейкоцидинъ сохраняетъ свое дѣйствіе.

Въ другой работѣ *Denys* и *van der Velde* [18]) авторы вызывали невоспріимчивость у кроликовъ къ стафилококковой заразѣ, и во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ оказалось, что сыворотка невоспріимчивыхъ животныхъ предохраняетъ бѣлыя тѣльца отъ дѣйствія лейкоцидина; когда впрыскивали въ плейру невоспріимчивымъ животнымъ смертельное количество стафилококка, то въ громадномъ количествѣ выпота бѣлые кровяные шарики оказывались живыми вплоть до самой смерти животнаго. Въ организмѣ невоспріимчивыхъ животныхъ вырабатывается особое вещество—«антилейкоцитинъ», защищающее бѣлыя тѣльца отъ разрушенія лейкоцидиномъ. Бѣлыя тѣльца представляютъ для организма могущественную защиту, и ихъ разрушеніе способствуетъ размноженію микробовъ. Таковы выводы авторовъ.

Еще одно противоположное мнѣніе д-ра *Радзіевскаго* [19]): «Разрушеніе бактерій имѣетъ мѣсто въ сокахъ организма; внутри лейкоцитовъ и эндотеліальныхъ клѣтокъ видны главнымъ образомъ разрушенныя формы».

Наблюдая возможно тщательно теченіе стрептококковаго зараженія, я могъ убѣдиться, что съ первыхъ минутъ послѣ зараженія, будутъ-ли микробы болѣе или менѣе ядовиты, существуетъ энергичный фагоцитозъ, при чемъ какъ въ началѣ, такъ и въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни фагоциты нисколько не измѣняютъ своего вида. Когда спустя 4 часа послѣ зараженія въ выпотѣ брюшной полости появляется новый лейкоцитозъ, фагоцитозъ начинаетъ ослабѣвать. Вмѣстѣ съ появленіемъ въ брюшномъ выпотѣ большого числа одноядерныхъ элементовъ замѣчается рѣзкое разрушеніе бактерій. Въ первые часы зараженія стрептококки, заключенные въ фагоцитахъ, не представляютъ замѣтнаго измѣненія въ строеніи; наблюдается только какъ-бы нѣкоторая набухлость отдѣльныхъ зеренъ (Zeiss, апохр., ув. 1500); это замѣтно болѣе ясно, когда вводится оч. большая доза. Появленіе большого числа одноядерныхъ элементовъ въ выпотѣ и слѣдующее затѣмъ разрушеніе микробовъ показываютъ, что эти лимфоциты доставляютъ бактеріеубивающія вещества. Если бѣлыя тѣльца и не въ состояніи совершенно разрушить стрептококковъ, то они, несомнѣнно, оказываютъ на нихъ предварительное угнетающее дѣйствіе, и, если-бы роль ихъ ограничивалась только ролью складочнаго мѣста для перерожденныхъ формъ микробовъ, то самый энергичный фагоцитозъ наблюдался-бы не въ началѣ, а въ концѣ болѣзни; но, такъ какъ бѣлыя тѣльца захватываютъ бактеріи немедленно

Digitized by Google

послѣ ихъ появленія въ организмѣ, то защитительная роль ихъ не можетъ подлежать сомнѣнію.

Всѣ лабораторные опыты, производимые для изученія той или другой заразной болѣзни, имѣютъ своею цѣлью выяснить теченіе подобнаго процесса у людей. Такихъ условій, какія мы создаемъ при опытѣ, т. е. усиленія ядовитости до высочайшихъ степеней, введенія заразъ громадныхъ количествъ заразнаго начала, не существуетъ при естественномъ зараженіи человѣка, такъ что, создавая искусственныя условія въ теченіи той или другой болѣзни, мы получаемъ такіе-же и результаты. При преувеличенныхъ условіяхъ теченія болѣзни фагоцитозъ, естественно, долженъ проявляться въ гораздо менѣе выраженной степени, чѣмъ при тѣхъ зараженіяхъ, которыя протекаютъ менѣе насильственно и, пожалуй, оканчиваются выздоровленіемъ. При наводненіи организма бактеріями, несомнѣнно, должны выступить на сцену другія силы его для борьбы съ микробами, именно—бактеріеубивающіе соки, вырабатываемые тѣмъ или другимъ органомъ. Съ другой стороны, если вводить въ организмъ микробы, хотя и въ минимальномъ количествѣ, но доведенные до высочайшихъ степеней ядовитости, то такія особи, обладая чрезвычайной жизненностью, быстро и обильно размножаются, а токсины ихъ могутъ оказывать парализующее дѣйствіе на бѣлыя тѣльца. Если при томъ и другомъ искусственномъ условіи поступленія бактерій въ организмъ наблюдается ясно выраженный фагоцитозъ, то при естественномъ зараженіи, въ особенности не смертельномъ, однихъ бѣлыхъ тѣлецъ бываетъ уже достаточно для борьбы организма съ болѣзнью; бактеріеубивающіе соки тканей могутъ играть роль вспомогательной силы: они обезвреживаютъ ядъ, образовавшійся при разрушеніи микробовъ.

На основаніи своихъ опытовъ я позволю себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы.

1. Фагоцитозъ ядовитыхъ стрептококковъ выраженъ ясно въ началѣ зараженія, когда бѣлыя тѣльца вполнѣ нормально чувствительны и энергично захватываютъ микробовъ. Къ концу зараженія фагоцитозъ ослабѣваетъ, но и послѣ смерти можно видѣть въ брюшномъ выпотѣ и въ органахъ бѣлыя тѣльца, содержащія микробовъ.

2. Лейкопенія, наблюдаемая въ выпотѣ послѣ впрыскиванія стрептококковъ въ брюшную полость, есть очень обильное осѣданіе бѣлыхъ тѣлецъ на брюшныхъ органахъ. Бѣлыя тѣльца во время заразной болѣзни имѣютъ нормальный видъ и, если и наблюдается ихъ разрушеніе, то въ омертвѣвшихъ участкахъ печени и селезенки; частичное разрушеніе бѣлыхъ тѣлецъ можно видѣть въ выпотѣ послѣ смерти при зараженіи очень большими количествами разводки. Лейколиза при впрыскиваніи въ брюшную полость стрептококковъ не наблюдается въ теченіи всей болѣзни.

3. Стрептококки, особенно при введеніи ихъ въ брюшную полость въ большихъ количествахъ, оказываютъ рѣзкое разрушающее дѣйствіе на ядра эндотеліальныхъ клѣтокъ брызжейки.

**Литература.** 1) Проф. *Б. Ф. Вериго*, Роль бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, какъ защитниковъ крови. «В.-Медицинскій Журналъ», 1892. *Онъ-же.* Теченіе сибирской язвы у кролика. Тамъ-же, 1894. *Онъ-же.* Иммунинетъ кролика по отношенію къ сибирской язвѣ. Тамъ-же, 1895. *Вериго и Егуновъ*, Теченіе куриной холеры у кроликовъ. «Русскій Архивъ» *Подвысоцкаго*, 1898.—2) *Bordet*, Contribution à l'étude du serum antistrept. Annales de l'Institut *Pasteur*. — 3) Проф. *Н. Я. Чистовичъ*, Etude sur la phagocytose dans une infect. mort. Тамъ-же, 1900.—4) *Marchand*, Etude sur la phagocytose de strept. atten. et virulents. Archives de médecine experimentale et d'anatomie pathologique, 1898.—5) *S. Pierralini*, Sur la phagolyse de la cavité peritoneale. Annales de l'Institut *Pasteur*. 1897, стр. 308. — 6) *Garnier*, Recherches sur la destr. de micr. dans la cavité peritoneale des cobayes immunisés. Тамъ-же, 1898. -7) *Durham*, The mecanism of react. to perit. infect. Journal of pathology and bacteriology, 1897, стр. 338. — 8) *Безрѣдка*, L'état actuel de la question de la phagocitose. Annales de l'Institut *Pasteur*, 1897, стр. 726. — 9) *Pfeifer*, Untersuchungen über das Choleragift. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten, 1892. — 10) *Alkvist*. Тамъ-же, т. 31. — 11) *Савченко, И. Г.* проф., Русскій Архивъ патологіи, 1897. — 12) *Deutsch*, Annales de l'Institut *Pasteur*, 1899.—13) Проф. *Б. Ф. Вериго*, Теченіе сибирской язвы у кролика, 1894.—14) *Garnier*. Annales de l'Institut *Pasteur*, 1897. — 15) *Кантакузенъ*, Тамъ-же, 1898.—16) *Salimbeni*, Тамъ-же, 1898. — 17) *Van der Velde*, La cellule, т. X, 1894. — 18) *Denys* et *van der Velde*, Sur la production de l'antileucocydine etc., Luvain, 1895.—19) *Радзіевскій*, Законъ смертельной инфекціи, 1901, стр. 53.

## XXX. Тіоколъ и сиролинъ при лѣченіи легочной бугорчатки.

**А. В. Качкачева** (Кизляръ).

Въ своей замѣткѣ я хотѣлъ-бы коснуться 2-хъ новыхъ средствъ, предложенныхъ противъ легочной бугорчатки,—тіокола и раствора его (10%) въ померанцевомъ сиропѣ—сиролина. Средства эти я испытывалъ какъ у людей зажиточныхъ, поставленныхъ въ относительно хорошія условія общаго содержанія и питанія, что, какъ извѣстно, чрезвычайно, если не единственно, важно въ дѣлѣ лѣченія бугорчатки, такъ и среди бѣдняковъ, поставленныхъ въ ужасающія гигіеническія условія.

Прежде чѣмъ описывать свои случаи, скажу нѣсколько словъ о самомъ препаратѣ—тіоколѣ.

Тіоколъ есть орто-гуаяколо-сѣрнокислый калій, т. е. калійная соль гуаяколо-сульфокислоты. Онъ содержитъ до 60% гуаякола, который и является главнымъ дѣйствующимъ его началомъ. Креозотовые, resp. гуаяколовые, препараты почти исключительно употребляются въ настоящее время при легочной бугорчаткѣ. Дѣйствуютъ они такимъ образомъ, что входятъ въ общій потокъ кровообращенія и выдѣляются легкими. При этомъ на самыя *Koch*'овскія палочки они, вопреки увѣренію нѣкоторыхъ, не дѣйствуютъ, но дѣйствуютъ на тѣ микроорганизмы (стрептококки, стафилококки), которые въ громадномъ числѣ, какъ это нынѣ установлено, живутъ въ пораженной бугорчаткою ткани и поддерживаютъ въ ней нагноительные процессы. Дѣйствуя на эти микроорганизмы и тѣмъ самымъ уменьшая нагноеніе, креозотовые препараты создаютъ для жизнедѣятельности бугорчатковыхъ бактерій менѣе благопріятныя условія, потому что при отсутствіи нагноенія пораженный органъ пріобрѣтаетъ бо̀льшую силу, бо̀льшую устойчивость для борьбы съ болѣзнетворнымъ началомъ (*Koch*'овскими палочками). По мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, креозотъ способствуетъ новообразованію соединительной ткани; но противъ этого предположенія многіе весьма справедливо возстаютъ. Дѣйствіе креозота на бугорчатковыя палочки весьма сомнительно. Такъ, по опытамъ *Prior*'а мокрота чахоточнаго, мѣсяцы и даже годы принимавшаго креозотъ, дѣйствовала на животныхъ такъ-же заразительно, какъ если-бы больной вовсе не лѣчился. Тѣмъ не менѣе благопріятное дѣйствіе креозота и гуаякола на теченіе легочной бугорчатки для многихъ случаевъ остается внѣ сомнѣнія. Не будучи специфическими, они служатъ превосходными припадочными средствами, уменьшающими отдѣленіе бронховъ resp. кашель и дѣйствующими противогнилостно.

Однако, усиленному проведенію креозотоваго лѣченія мѣшаютъ побочныя дѣйствія креозота, каковыхъ не лишенъ и гуаяколъ. Въ виду этого нельзя вводить эти препараты въ большихъ количествахъ, что̀ для лѣченія весьма важно. Отсюда вполнѣ понятно стремленіе переработать эти препараты такъ, чтобы они были лишены ихъ непріятныхъ побочныхъ свойствъ. Такими препаратами, по свидѣтельству ряда авторовъ, и являются тіоколъ и сиролинъ. Я тоже широко примѣнялъ оба эти средства при различныхъ заболѣваніяхъ какъ у взрослыхъ, такъ и у дѣтей, и долженъ установить полную ихъ безвредность.

Перехожу къ своимъ наблюденіямъ и изъ многихъ примѣровъ приведу лишь нѣкоторые.

1. А. Д., 35 л., купецъ; отецъ живъ и здоровъ; мать умерла отъ холеры въ 1892 г.; братъ умеръ отъ чахотки. Почти цѣлый день проводитъ въ магазинѣ. 18-ти лѣтъ перенесъ правостороннюю пнеймонію, послѣ чего временами кашлялъ. Года 3 назадъ послѣ приступа кашля выхаркнулъ кровью. Было назначено усиленное питаніе и предложено выѣхать изъ Баку (мѣстожительство больного), чего онъ не исполнилъ. Послѣ того лѣчился крайне небрежно: принималъ то *Dower*'овы порошки, то какія-то персидскія народныя средства и пр., при чемъ къ врачамъ обращался изрѣдка, боясь, что они станутъ настаивать на его отъѣздѣ изъ Баку. Состояніе здоровья все ухудшалось, и больной, наконецъ, рѣшилъ лѣчиться, какъ слѣдуетъ. Ко мнѣ онъ явился съ жалобами на кашель, при чемъ отхаркиваемая мокрота иногда содержала кровь, на ночные поты, временами лихорадку по вечерамъ, отсутствіе позыва на ѣду, исхуданіе. Надключичныя впадины были рѣзко выражены; тутъ-же замѣчалось притупленіе, распространявшееся подъ правой ключицей на 2 пальца внизъ. Въ легкихъ хрипы. Тягучая, обильная мокрота. *Распознана легочная бугорчатка.* Назначено: тіокола по 0,5, 3 раза въ день. Черезъ 9 дней Д. заявилъ мнѣ, что кашель у него рѣзко умень-

Digitized by Google

шился, а еще черезъ недѣлю, въ теченіе которой онъ продолжалъ пріемы тіокола, кашель почти исчезъ, и появилось небольшое желаніе ѣсть. Назначено: продолжать тіоколъ и принимать *Fowler*'овъ растворъ мышьяка. Послѣ этого я не видѣлъ больного въ теченіи мѣсяца. Явившись ко мнѣ, онъ заявилъ, что чувствуетъ себя прекрасно: кашля нѣтъ, позывъ на ѣду прибавляется, самочувствіе улучшилось; сталъ замѣчать, что полнѣетъ. Притупленія уменьшились, хриповъ не было; дыханіе было слегка жесткое. Въ виду приближенія лѣта я посовѣтовалъ Д. выѣхать изъ Баку въ Абастуманъ, что онъ и обѣщалъ исполнить, но исполнилъ-ли, или нѣтъ—не знаю, такъ какъ я его больше не видѣлъ.

2. А. В., 50 л., трижды перенесла пнеймонію. Мучительный кашель, не дающій ночью покоя; ночные поты; лихорадка; обильное кровохарканье; почти полное отсутствіе позыва на ѣду; крайнее исхуданіе; раздражительность; слабость такая, что все время лежитъ. Живетъ (въ Баку) въ небольшой сырой комнаткѣ съ низкимъ потолкомъ; съ ней живутъ 8-лѣтняя внучка и падчерица. Входная дверь отворяется въ темный, сырой корридоръ, гдѣ расположено отхожее мѣсто, запахъ котораго слышенъ и въ комнатѣ. На основаніи данныхъ объективнаго изслѣдованія я распозналъ легочную бугорчатку и въ виду обилія хриповъ назначилъ сенегу, но безрезультатно. Назначенный вслѣдъ за этимъ солянокислый героинъ уменьшилъ кашель крайне незначительно. Тогда я прописалъ сиролинъ (Roche), по 2 столовыхъ ложки въ день. Черезъ 10 дней, когда я увидалъ больную, она заявила мнѣ, что чувствуетъ себя дов. хорошо, кашляетъ гораздо меньше, по ночамъ спитъ, кровью харкала лишь раза 2 и то немного, по ночамъ спитъ крѣпко и долго, и сонъ значительно укрѣпляетъ ее; позывъ на ѣду прибавляется, но поты ночные держатся. Чрезъ мѣсяцъ, въ теченіи котораго А. В. продолжала принимать сиролинъ, она уже пришла ко мнѣ на домъ; кашель у нея исчезъ совсѣмъ, лихорадка тоже; позывъ на ѣду значительно прибавился; самочувствіе было настолько удовлетворительно, что больная собиралась ѣхать къ сыну въ Саратовскую губ.

3. Н. Т., 28 л., жена управляющаго магазиномъ въ г. Грозномъ; мать умерла отъ легочной бугорчатки, отецъ отъ удара. Имѣетъ 3-хъ здоровыхъ дѣтей. Жалуется на кашель, кровохарканіе, ежедневныя вечернія поднятія температуры (до 39°), отсутствіе позыва на ѣду, сильные ночные поты, исхуданіе, одышку. Мѣсяца 4 назадъ въ теченіи 1½ мѣсяца принимала креозоталъ, но замѣтнаго облегченія не чувствовала. Въ мокротѣ (изслѣдованіе произведено въ Баку) найдены палочки бугорчатки. Назначено: тіокола (Roche) 0,5 и солянокислаго хинина 0,2, 3 порошка въ день. Уже на 4-й день больная заявила, что лихорадка у нея исчезла, а кашля почти нѣтъ. Черезъ 10 дней, въ теченіе которыхъ она продолжала принимать порошки, кашель исчезъ совсѣмъ; самочувствіе улучшилось. Проживъ еще мѣсяцъ въ Баку и чувствуя себя вполнѣ удовлетворительно, Н. Т. на лѣто уѣхала въ Ведено (чудное мѣсто въ горахъ, покрытыхъ лѣсомъ). Я слышалъ отъ ея родственниковъ, что она вернулась въ Грозный еще болѣе оправившись.

4. И. Г., 35 л., писарь сельскаго Правленія; мать умерла отъ легочной бугорчатки; у старшаго брата врачи опредѣлили тоже бугорчатку. 3 года назадъ горломъ шла кровь. Съ тѣхъ поръ почти каждое утро выкашливаетъ кровь, но за послѣдній мѣсяцъ кровохарканіе усилилось и бываетъ разъ 8—10 въ день, при чемъ крови выходитъ иногда съ винный стаканъ. Мучительный кашель; позыва на ѣду почти вовсе нѣтъ; каждый вечеръ лихорадка, а по ночамъ—проливные поты; сонъ тревожный: часто просыпается и долго не можетъ заснуть; крайне раздражителенъ; большую часть дня проводитъ въ полутемной, пыльной комнатѣ сельской канцеляріи, гдѣ все время толпится народъ. Крайнее исхуданіе. Подкожнаго жира нѣтъ вовсе. Цвѣтъ лица землистый; глаза осунулись. Видимыя слизистыя оболочки малокровны. Въ сердцѣ малокровные шумы. Въ верхушкахъ обоихъ легкихъ надъ ключицами и на палецъ подъ правой ключицей полное притупленіе звука. Въ легкихъ обильные звучные среднепузырчатые хрипы. Распознана легочная бугорчатка. Чтобы остановить кровохарканіе, я назначилъ жидкую вытяжку hydrastis canadensis. Послѣ того назначилъ тіоколъ (0,5) съ хининомъ (0,2), 3 порошка въ день. Первые 11 порошковъ побороли лишь лихорадку. Кашель не поддался нисколько. Черезъ 2 недѣли при постоянномъ употребленіи тіокола кашель замѣтно уменьшился, а еще черезъ 2 недѣли исчезъ совсѣмъ. Назначены: сложная хинная настойка до ѣды и *Fowler*'овъ растворъ мышьяка послѣ (въ восходящихъ пріемахъ). Позывъ на ѣду замѣтно усилился (утромъ 2 стакана молока, въ обѣдъ супъ и 2 котлеты, и вечеромъ ужинъ). Больной по моему совѣту взялъ мѣсячный отпускъ и въ іюнѣ (въ концѣ) поѣхалъ въ Зорамакендъ (чеченскій аулъ въ горахъ Грозненскаго округа), гдѣ весь день проводилъ на воздухѣ, продолжая принимать *Fowler*'овъ растворъ. Вернувшись черезъ мѣсяцъ обратно въ аулъ Аксай, гдѣ я завѣдывалъ амбуляторіей, онъ заявилъ мнѣ, что у него позывъ на ѣду хорошій, кашля и лихорадки нѣтъ вовсе, сонъ спокойный. Въ легкихъ я нашелъ у него прежнія притупленія; хриповъ не было; жесткое везикулярное дыханіе. Въ ½ августа И. Г. вновь пришелъ ко мнѣ и сообщилъ, что у него снова появились кашель, лихорадка и исчезъ позывъ на ѣду. Я назначилъ прежнее лѣченіе, но результата не было. Я увеличилъ пріемы тіокола и хинина, но результата все же не было. Тогда я далъ больному имѣвшійся у меня флаконъ сиролина, но онъ тоже оказался совершенно недѣйствительнымъ. Я снова назначилъ тіоколъ и вновь безрезультатно. Посовѣтовавъ продолжать принимать тіоколъ и переѣхать въ горы, я разстался съ больнымъ, такъ какъ самъ покинулъ Аксай. Въ самое послѣднее время я получилъ отъ него увѣдомленіе, что кашель у него вновь исчезъ и ему опять стало лучше.

5. Г. С., 23 л., кумычка, жила въ Дагестанской области, откуда зимой 1902 г. переѣхала въ аулъ Аксай. Въ Дагестанской области кашляла и иногда съ кровью. Обращалась тамъ къ врачу, который опредѣлилъ бугорчатку, и далъ какіе-то порошки, которые, однако, не помогли. Съ тѣхъ поръ лѣчилась домашними средствами: ѣла какія-то лепешки, пила разные настои и пр. Болѣзнь шла впередъ; появились мучительный кашель, одышка, безсонница, кровохарканіе; позывъ на ѣду рѣзко понизился. Объективное изслѣдованіе въ связи съ жалобами позволило распознать легочную бугорчатку. Я назначилъ тіоколъ по 0,5, 3 раза въ день. Первые 12 порошковъ не дали никакого результата; тогда я соединилъ тіоколъ (0,6) съ героиномъ (0,003) и назначилъ по 3 порошка въ день. Кашель уменьшился, но крайне мало. Я назначилъ сиролинъ. 1-ый флаконъ (150 грм.) лишь слегка уменьшилъ кашель, 2-ой уменьшилъ его значительно; послѣ 4-го кашель исчезъ, вернулся сонъ, улучшились позывъ на ѣду и общее питаніе; одышка и кровохарканіе исчезли совершенно. Больная стала въ силахъ заниматься домашнимъ хозяйствомъ (крестьянскимъ). Вскорѣ она вернулась въ Дагестанъ.

Ограничусь этими примѣрами. Въ большинствѣ встрѣчавшихся мнѣ случаевъ легочной бугорчатки я получалъ отъ тіокола и сиролина благопріятные результаты, хотя бывали случаи, когда дѣйствіе названныхъ средствъ равнялось нулю. На основаніи своихъ наблюденій я пришелъ къ заключенію, что тіоколъ и сиролинъ при легочной бугорчаткѣ составляютъ хорошія припадочныя средства, но и только. О специфичности ихъ, конечно, не можетъ быть и рѣчи. Уменьшая кашель и нерѣдко даже совершенно прекращая его, средства эти даютъ больному покой и сонъ и тѣмъ укрѣпляютъ его силы. Если принять, кромѣ того, во вниманіе, что креозотовые препараты, resp. тіоколъ, ослабляютъ нагноительные процессы въ легкихъ, то можно признать, что при ихъ употребленіи создаются выгодныя условія для борьбы больныхъ тканей съ микробами.

---

## О грязелѣченіи на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ. Его исторія и особенности.

**Д. А. Парышева.**

*(Продолженіе. См. № 6, стр. 207).*

Добываніе и доставка грязи на группы до послѣдняго времени производились довольно примитивно. Грязь бралась съ отмели озера, не покрытой водою, и при томъ съ такихъ мѣстъ ея, къ которымъ можно было лишь подъѣхать съ бочкою на лошадяхъ или волахъ. Для этого выбирались мѣста, гдѣ грязь была суше и плотнѣе, т. е. уже не имѣла той мазеподобной плотности, которая въ нормальной грязи составляетъ одно изъ существенныхъ ея достоинствъ. Въ то время зачастую привозили такую грязь, что ее передъ употребленіемъ необходимо было разбавлять водою. Кромѣ того, при добываніи со старыхъ отмелей получалась грязь недостаточной чистоты, съ пескомъ и т. п.

Добываніе грязи въ то время было до крайности просто. Верхній пластъ песка, водорослей и т. п. снимался лопатами до появленія черной грязи; послѣ того тѣмъ-же способомъ набиралась грязь и складывалась на рядомъ стоявшую подводу.

Перевозили грязь или въ бочкахъ, или въ деревянныхъ ящикахъ съ крышками. Бочки и ящики ставились на длинныя дроги, запряженныя парою воловъ или лошадей, и не запирались, что давало поводъ ко многимъ злоупотребленіямъ вощиковъ: привозилось, напр., меньше грязи, чѣмъ ея брали, для облегченія воза грязь разбрасывалась по дорогѣ и т. д. Бывали такіе—конечно, крайне рѣдкіе—случаи, что вощики, набирая меньше грязи въ озерѣ, дополняли недочетъ по дорогѣ, поближе къ группѣ, чтобы не возить лишней тяжести.

Все это съ нынѣшняго года отошло въ область преданій. Тамбуканскія озера въ 1903 г. присоединены къ району водъ, и Правленіе стало полнымъ ихъ хозяиномъ, тогда какъ до этого минеральныя воды пользовались озерами только на правахъ арендатора.

Въ настоящее время добываніе и перевозка грязи поставлены совершенно на другихъ основаніяхъ. Прежде всего Управленіе водъ озаботилось тѣмъ, чтобы на озерѣ было всегда отвѣтственное лицо, поставленное отъ Управленія для присмотра какъ за мѣстомъ добыванія грязи, такъ и за правильностью нагрузки ея. Набирается грязь въ настоящее время не съ отмелей озера, а изъ-подъ воды. Для этого съ берега проложенъ помостъ, утвержденный на прочныхъ козлахъ, для въѣзда подводы. На водѣ озера устроенъ широкій плавучій плотъ, подвижно соединяющійся съ помостомъ. По краямъ этого плота устроены на цѣпяхъ спеціальныя черпалки для грязи. По желанію онѣ также, какъ и плотъ, могутъ быть перемѣщаемы. Грязь такимъ образомъ черпается со дна озера, перекладывается затѣмъ въ тачки и отвозится на широкую часть помоста, гдѣ и складывается кучами. Вощики подъѣзжаютъ къ этимъ кучамъ и нагружаютъ свои под-

Digitized by Google

воды. Все это дѣлается подъ присмотромъ надзирателя. Послѣ того, какъ требуемое количество грязи набрано, ящикъ запирается и накладывается пломба. Перевозится грязь въ деревянныхъ длинныхъ ящикахъ, вмѣстимостью 50 ведеръ грязи. Ящики прочно сколочены и закрываются плотно пригнанной деревянной крышкой. Перевозка производится лошадьми или волами, на длинныхъ дрогахъ, парою. По прибытіи на группу осматривается цѣлость пломбы и грязь принимается только при томъ условіи, если пломба цѣла. Доказательствомъ того, насколько описанный способъ цѣлесообразенъ, служитъ качество грязи текущаго сезона: она совершенно чиста, блестяще-чернаго цвѣта, нормальной плотности крема, безъ комковъ; кромѣ того, она получается на группахъ именно въ томъ количествѣ, въ какомъ отправлена съ озера. Единственная отрицательная сторона этого способа та, что грязь обходится Управленію водъ нѣсколько дороже. Доставленная на группы грязь выгружается въ особые лари, гдѣ и хранится до употребленія. Лари эти на всѣхъ группахъ одинаковаго типа: деревянные, вышиною около 2 арш. и закрываются деревянною откидною крышкой. Вмѣстимость ларей не одинакова 200—700 ведеръ и болѣе. Добываніе и подвозка грязи начинаются обыкновенно въ апрѣлѣ, съ открытія сезона, и производятся безпрерывно до закрытія его.

Вслѣдствіе отдаленности Тамбуканскаго озера отъ группъ, въ особенности отъ Желѣзноводска, и трудности пути по гористой и не всегда въ порядкѣ содержимой дорогѣ, нагруженныя грязью подводы везутся очень медленно и, конечно, съ остановками въ пути для отдыха. Поэтому, каждый возъ въ теченіи сутокъ успѣваетъ обернуться до Желѣзноводска, напр., не болѣе 1 раза. Если прибавить, что все это, какъ было уже сказано, происходитъ въ самое горячее рабочее время, лѣтомъ, съ мая по сентябрь, когда особенно цѣнятся и рабочія руки, и работа скота, то станетъ понятнымъ, что доставка грязи Управленіемъ водъ обходится крайне дорого. Поэтому Русское бальнеологическое Общество въ Пятигорскѣ, стоящее всегда на стражѣ интересовъ Кавказскихъ минеральныхъ водъ, неоднократно занималось вопросомъ объ удешевленіи Тамбуканской грязи. Съ этою цѣлью предлагалось устроить цистерны на группахъ и заготовлять грязь исподволь (*С. А. Поповъ*), перевозить грязь не въ свѣжемъ состояніи, а предварительно высушивъ ее на мѣстѣ, у Тамбуканскаго озера (*В. А. Морковниковъ*). Подробное обсужденіе этихъ предложеній привело къ заключенію, что до тѣхъ поръ, пока научно не рѣшенъ вопросъ о вліяніи физическаго состоянія грязи на ея основныя лѣчебныя свойства, предлагать эти способы удешевленія нельзя.

Въ настоящее время стоимость грязи устанавливается слѣдующимъ образомъ: если берется 1—4 вед. на ванну, то каждое ведро оплачивается по 16 коп.; за 5 вед. взимается 75 коп. за 6—80 и т. д., т. е. за каждое слѣдующее ведро прибавляется по 5 коп. За пользованіе грязевой кабиной взимается по 1 р. за часъ.

Приготовленіе грязи для ваннъ не сложно и состоитъ только въ томъ, что грязь передъ отпускомъ для нагрѣванія протирается черезъ металлическую сѣтку съ дов. мелкими отверстіями для того, чтобы очистить грязь отъ случайныхъ примѣсей. Однако Тамбуканская грязь, сама по себѣ, представляетъ настолько однородную и свободную отъ всякихъ примѣсей массу, что, по заключенію Коммиссіи, избранной въ 1901 г. Русскимъ бальнеологическимъ Обществомъ для ближайшаго ознакомленія съ дѣломъ грязелѣченія на группахъ, очистка ея пропусканіемъ черезъ грохоты было признано совершенно ненужнымъ при условіи, если доставка и храненіе грязи на группахъ будетъ поставлено правильно.

Для нагрѣванія грязь перекладывается въ особыя металлическія ведра, 4-угольныя, вмѣстимостью въ 1 пудъ свѣжей грязи, плотно закрываемыя крышкой и имѣющія снизу откидное дно для вываливанія грязи. Дно это устроено такъ, что удерживается особымъ затворомъ, при открываніи котораго оно сразу откидывается въ сторону, вслѣдствіе чего грязь вываливается быстро и безъ остатка въ ведрѣ. Для носки ведеръ имѣется высокая, откидная ручка. Ведра эти приняты на всѣхъ группахъ и представляютъ собою очень удобное приспособленіе; они имѣютъ одинъ недостатокъ: очень непрочны и легко ломаются.

Нагрѣвается грязь на Кавказскихъ водахъ такъ. При каждомъ ванномъ зданіи, гдѣ примѣняется грязелѣченіе, имѣются деревянные, обитые внутри цинкомъ, ящики съ водою, нагрѣваемою паромъ; въ эту воду помѣщаются вышеописанные ведра съ грязью и держатся тамъ, пока грязь не приметъ температуры окружающей воды. По предложенію вышеупомянутой Коммиссіи, каждый водяной ящикъ для нагрѣванія грязи долженъ содержать воду опредѣленной и различной температуры. Особенности нагрѣванія грязи будутъ указаны при описаніи грязелѣченія на каждой группѣ въ отдѣльности, къ чему я и перехожу.

Въ Пятигорскѣ, основномъ пунктѣ грязелѣченія Кавказскихъ минеральныхъ водъ, грязевыя ванны устроены на Ермоловскомъ ванномъ зданіи и занимаютъ 17 кабинъ; 3 изъ нихъ назначены для мѣстнаго примѣненія грязи, остальныя служатъ для общихъ грязевыхъ ваннъ. Ермоловскія ванны—одно изъ стариннѣйшихъ зданій на водахъ, и по одному этому онѣ не могутъ похвастать тѣми удобствами, къ которымъ мы привыкли въ современныхъ ванныхъ зданіяхъ. Кабины здѣсь тѣсны, темны, плохо провѣтриваются, за неимѣніемъ къ тому приспособленій. Ванны въ 8 кабинахъ кафельныя, въ остальныхъ деревянныя. Для разведенія грязи и обмыванія больныхъ послѣ купанія употребляется сѣрная вода; ванна-же очищается водой прѣсной. Доставленная грязь хранится въ деревянныхъ ящикахъ съ крышкой, стоящихъ на открытомъ дворѣ Ермоловскихъ ваннъ. Тутъ-же для этого устроенъ каменный низкій резервуаръ, вмѣщающій нѣсколько сотъ пудовъ грязи и закрываемый просто длинными досками. Передъ отпускомъ въ ванны, грязь протирается черезъ частые грохоты, чѣмъ безпрерывно заняты 2 отдѣльныхъ рабочихъ. Протертая грязь перекладывается въ особые вышеописанные ведра и ставится въ водяныя ванны для нагрѣванія.

Нагрѣваніе производится въ деревянныхъ бакахъ, обитыхъ внутри цинковыми листами и наполненныхъ водою, нагрѣваемою помощью проведеннаго въ нихъ пара. Баки эти, числомъ 7, помѣщаются подъ широкимъ навѣсомъ. Тутъ-же находится и паровой котелъ для выработки нужнаго для нагрѣванія воды пара. Каждый деревянный бакъ вмѣщаетъ до 40 вед. съ грязью. Температура въ нихъ, согласно мнѣнію вышеупомянутой Коммиссіи, въ каждомъ бакѣ различная—въ предѣлахъ 30°—40°. Благодаря этому, равномѣрность температуры при размѣшиваніи грязи получается быстрѣе и совершеннѣе.

Грязевыя ванны въ Пятигорскѣ приготовляются въ самихъ кабинахъ. Грязь подается примитивнымъ путемъ: приносится ванщиками въ ведрахъ черезъ тѣ-же корридоры и двери, по которымъ входятъ больные.

При Ермоловскихъ ваннахъ мѣстъ для отдыха послѣ принятой ванны, какъ это ни желательно, не имѣется; больные отдыхаютъ въ общемъ корридорѣ или на площадкѣ посреди зданія.

Пятигорское грязелѣчебное отдѣленіе, какъ наиболѣе обширное изъ всѣхъ другихъ грязевыхъ отдѣленій на водахъ, имѣетъ завѣдующаго врача, на обязанности котораго лежитъ общій надзоръ какъ за правильностью приготовленія назначаемыхъ ваннъ, такъ и вообще за ходомъ грязелѣченія,—примѣръ, достойный того, чтобы послѣдовать ему и въ другихъ грязелѣчебныхъ отдѣленіяхъ, на группахъ въ Желѣзноводскѣ и въ Ессентукахъ. Вопросъ этотъ неоднократно обсуждался въ бальнеологическомъ Обществѣ въ Пятигорскѣ. Такъ, въ засѣданіи Общества въ іюнѣ 1901 г. онъ былъ предложенъ на обсужденіе предсѣдателемъ Общества *В. А. Кобылинымъ*, при чемъ потребность въ учрежденіи врачебнаго надзора была обоснована необходимостью не только упорядоченія выполненія врачебныхъ назначеній при грязелѣченіи, но и общаго врачебнаго наблюденія за состояніемъ больныхъ, въ виду могущихъ быть различныхъ случайностей во время примѣненія такого серьезнаго лѣчебнаго пріема, какъ грязевыя ванны.

Нѣтъ надобности вдаваться въ дальнѣйшія подробности. Грязевое отдѣленіе Пятигорска доживаетъ свои послѣдніе дни, такъ какъ Пятигорская группа находится теперь наканунѣ того важнаго событія, когда ея богатыя врачебныя средства будутъ обогащены новымъ учрежденіемъ, новымъ не только для этой группы, но и вообще для Кавказскихъ минеральныхъ водъ—учрежденіемъ специальной грязелѣчебницы, которая, судя по планамъ и проэктамъ, показаннымъ въ бальнеологическомъ Обществѣ директоромъ водъ г. Хвощинскимъ, обѣщаетъ быть выполненной по послѣднему слову въ вопросѣ о грязелѣченіи.

Въ Ессентукахъ до постройки новыхъ Николаевскихъ ваннъ грязевое лѣченіе велось исключительно въ старомъ сѣрно-щелочномъ ванномъ зданіи, выстроенномъ въ долинѣ р. Кислуши, у источника № 6. Въ немъ находится 6 грязевыхъ кабинъ—3 на мужскомъ отдѣленіи и 3 на женскомъ. Въ каждой кабинѣ поставлены 2 цинковыя ванны, одна для грязевой ванны, другая для обмыванія послѣ нея.

Приготовленіе грязи и грязевой ванны ведется такъ. Привезенная съ озера грязь складывается въ большіе деревянные лари съ крышками и хранится въ нихъ до употребленія. Типъ ларей такой-же, какъ и на всѣхъ другихъ группахъ Кавказскихъ водъ. Передъ употребленіемъ грязь протираютъ черезъ частое сито съ проволочною рѣшеткою для устраненія постороннихъ примѣсей и размельченія встрѣчающихся изрѣдка комковъ засохшей грязи. Протертая грязь складывается въ особыя металлическія ведра съ герметическими крышками и нагрѣвается. Для этого ведра помѣщаются въ особо устроенные баки, въ которыхъ имѣется нагрѣтая вода. Способъ нагрѣванія воды такой-же, какъ и въ Пятигорскѣ, т. е. вода нагрѣвается въ отдѣльномъ кубѣ и переводится въ баки по особой трубѣ. Способъ этотъ, какъ было уже указано, неудовлетворителенъ во многихъ отношеніяхъ, главнымъ-же образомъ потому, чро при немъ очень трудно достигается опредѣленная температура воды, а, стало быть, и нагрѣваемой грязи.

Приготовленіе грязевой ванны происходитъ цѣликомъ въ кабинѣ, такъ какъ грязевыя ванны неподвижны. Грязь наносится въ ведрахъ, черезъ тужо входную дверь въ корридорѣ, какимъ проходятъ въ ванны и больные, сваливается въ ванны, разбавляется водой и размѣшивается деревянными лопатами. Температура устанавливается или прибавленіемъ нагрѣтой или холодной грязи, или напусканіемъ воды. Въ зависимости отъ количества прибавленной воды степень разведенія грязи въ ванны значительно мѣняется и, очевидно, никогда не можетъ быть точно установлена. Отработанная грязь размѣшивается съ водой и спускается черезъ отверстіе въ днѣ ванны въ общія выводныя сточныя трубы.

При устройствѣ Николаевскаго новаго ваннаго зданія на грязевое отдѣленіе было обращено особое вниманіе, благодаря чему въ настоящее время грязелѣченіе въ Ессентукахъ во многихъ отношеніяхъ поставлено лучше, чѣмъ на другихъ группахъ. Съ устройствомъ Николаевскихъ ваннъ грязевыя отдѣленія на Ессентукской группѣ имѣются въ 2-хъ ванныхъ зданіяхъ—Николаевскомъ, недавно отстроенномъ, и старомъ сѣрнощелочномъ.

Digitized by Google

Въ Николаевскихъ ваннахъ грязевое отдѣленіе помѣщено въ павильонѣ, расположенномъ полукругомъ вокругъ обособленнаго дворика, на которомъ сосредоточиваются всѣ работы по приготовленію какъ грязи, такъ и грязевой ванны. Дворикъ этотъ имѣетъ асфальтовый полъ со стоками и можетъ содержаться въ полной чистотѣ. Грязевой павильонъ имѣетъ 12 кабинъ. Каждая изъ нихъ состоитъ изъ 2-хъ отдѣленій: раздѣвальни и ванной комнаты. Обѣ комнаты достаточной величины, хорошо провѣтриваются, какъ и всѣ кабины Николаевскихъ ваннъ, имѣютъ много свѣта и воздуха; стѣны ихъ до $^1/_2$ обложены кафелемъ, что даетъ возможность хорошо обмывать ихъ. Въ ванной комнатѣ имѣются 2 ванны: деревянная, на колесахъ, передвигаемая по рельсамъ, служитъ для грязевыхъ ваннъ и шамотовая-глазурованная, установленная неподвижно, для обмыванія послѣ грязевой ванны. Емкость деревянныхъ ваннъ весьма значительна и можетъ вмѣстить до 40 ведеръ воды—размѣръ, до очевидности свидѣтельствующій, что при устройствѣ ваннъ цѣльныя грязевыя ванны въ виду не имѣлись. Приготовляются грязевыя ванны не въ кабинахъ, а внѣ ихъ, на воздухѣ, и уже готовыми вкатываются въ кабину. Какъ уже сказано, грязевое отдѣленіе Николаевскихъ ваннъ находится въ части зданія, расположеннаго кольцомъ вокругъ внутренняго двора, на который выходятъ кабины. Этотъ дворикъ и служитъ мѣстомъ храненія грязи, нагрѣванія ея, а также и приготовленія грязевыхъ ваннъ.

Для храненія грязи имѣются деревянные большіе лари съ крышками, такіе же, какъ и на другихъ группахъ. Нагрѣвается грязь въ большихъ деревянныхъ бакахъ, покрытыхъ внутри цинковыми листами. Для этого бакъ наполняется водою, которая проведеннымъ паромъ и нагрѣвается до желаемой температуры. Грязь, предварительно протертая сквозь частыя металлическія рѣшета, помѣщается въ металлическія ведра, устроенныя по общему типу, принятому на Кавказскихъ водахъ. Ведра эти ставятся въ бакъ и оставляются въ немъ на неопредѣленное время въ зависимости отъ температуры воды и требуемой степени нагрѣванія грязи.

Приготовляется грязевая ванна такъ. Деревянная ванна выкатывается изъ кабины на дворикъ и наполняется нѣкоторымъ количествомъ сѣрно-щелочной воды; затѣмъ въ нее выбрасываютъ нужное количество ведеръ подогрѣтой грязи и старательно размѣшиваютъ ее деревянными лопатами. Если температура грязи послѣ этого окажется недостаточна, грязь подогрѣваютъ паромъ, который проводится сюда по особымъ резиновымъ рукавамъ. При случайномъ перегрѣваніи ванна снова разбавляется сѣрнощелочной водой, или въ нѣкоторыхъ случаяхъ прибавляется неподогрѣтая грязь и размѣшивается.

Опорожняется ванна внѣ кабины. Когда купаніе заканчивается, ванна выкатывается на дворикъ и ставится надъ однимъ изъ имѣющихся подъ дворомъ люковъ; отработанная грязь перемѣшивается съ водою и черезъ имѣющееся на днѣ ванны окошечко сливается по 12-дюймовой чугунной трубѣ въ особые бетонные резервуары, гдѣ, осаждаясь на дно, и остается до конца сезона; излишняя вода стекаетъ по особой трубѣ въ общій водоемъ. Резервуары эти устроены такъ, что просачиваніе воды изъ нихъ совершенно устранено. Для этого стѣнки сдѣланы двойныя, съ промежуткомъ, около 12 вершковъ шириной, который всегда даетъ возможность замѣтить просачиваніе воды и своевременно принять необходимыя мѣры. Полъ и стѣнки резервуаровъ бетонные.

Въ Желѣзноводскѣ со времени постройки Островскихъ ваннъ, т. е. съ 1893 г., существенныхъ измѣненій въ грязелѣченіи никакихъ не произведено. Грязевыя ванны, какъ и тогда, принимаются въ зданіи № 1 и 2 и въ Островскихъ ваннахъ. Въ № 1 и 2 для грязевого лѣченія отведены 2 кабины — одна мужская, другая женская. Въ каждой изъ нихъ имѣется 2 ванны: одна деревянная, вмѣстимостью въ 24 ведра воды, для грязи; другая шамотовая—глазурованная для обмыванія минеральной водой послѣ грязевой ванны. Кабины сами по себѣ довольно свѣтлы и достаточной величины, но, такъ какъ отдѣльной комнаты для раздѣванія нѣтъ и приходится все это продѣлывать въ томъ же помѣщеніи, то въ разгаръ сезона воздухъ бываетъ спертымъ и душнымъ. Грязь для ванны подается безъ всякихъ для того приспособленій: приносится въ ведрахъ черезъ общій входъ и корридоръ, что, разумѣется, составляетъ большое неудобство какъ для прислуги, такъ и для больныхъ. Помѣщеній для отдыха послѣ грязевой ванны нѣтъ; больныя, которымъ почему-либо необходимо остаться нѣкоторое время въ ванномъ зданіи, напр., въ случаѣ дождя и т. п., должны сидѣть на открытой площадкѣ, около входа въ ванное зданіе. Нѣтъ необходимости говорить о томъ, насколько такое неудобство нежелательно. Слѣдуетъ, справедливости ради, здѣсь-же прибавить, что недостатки грязелѣченія въ Желѣзноводскѣ, какъ и на другихъ группахъ, служатъ постояннымъ предметомъ обсужденія на Совѣщаніяхъ врачей, вполнѣ сознаны Управленіемъ водъ и ждутъ своей очереди, чтобы быть навсегда устраненными.

Помимо кабинъ, отведенныхъ для общихъ грязевыхъ ваннъ, въ этомъ-же зданіи имѣется отдѣльная кабина для мѣстнаго примѣненія грязи. Устройство и общій видъ ея тотъ же, какъ и другихъ кабинъ для грязелѣченія; отличіе только въ томъ, что, помимо ваннъ, эта кабина снабжена разными приборами, нужными для мѣстнаго грязевого лѣченія.

О храненіи грязи здѣсь сказать нечего, такъ какъ оно мало чѣмъ отличается отъ описаннаго при другихъ ванныхъ зданіяхъ. Деревянные лари для грязи помѣщаются на открытомъ воздухѣ и подъ открытымъ небомъ.

Нагрѣвается грязь въ широкомъ котлѣ, вмазанномъ въ особо приспособленную для этого низкую печь, устроенную подъ навѣсомъ, позади ваннаго зданія, на т. наз. грязевомъ дворикѣ. Такихъ печей при ваннахъ № 1 и 2 двѣ, но для нагрѣванія грязи служитъ только одна изъ нихъ. Печи эти выложены изъ кирпича такимъ образомъ, что топка ихъ находится какъ разъ подъ котлами. Для нагрѣванія грязи котлы наполняются водою, печи затапливаются, и въ нагрѣтую воду погружаются ведра, наполненныя грязью. Котелъ — такой величины, что одновременно вмѣщаетъ до 70 ведеръ съ грязью. Нельзя не замѣтить, что нагрѣваніе грязи въ такомъ видѣ не удовлетворяетъ основному требованію: температура воды не можетъ быть регулируема; поэтому никогда нельзя разсчитывать получить грязь опредѣленной температуры; нагрѣвъ ее всегда или недостаточенъ, или слишкомъ великъ. Неудобство такого устройства еще и въ томъ, что уголь для топлива, по необходимости, помѣщается подъ руками, т. е. на томъ же дворѣ, гдѣ подогрѣвается и хранится грязь—сосѣдство, не всегда удобное для чистаго содержанія грязи.

Гораздо лучше и цѣлесообразнѣе устроено грязевое отдѣленіе въ ваннахъ Островскаго. Прекрасной архитектуры, въ выдержанномъ мавританскомъ стилѣ, зданіе это не только блещетъ невольно приковывающей вниманіе наружной красотою, но и отличается безусловнымъ удобствомъ и роскошью и во внутреннемъ устройствѣ. Грязевое отдѣленіе занимаетъ въ немъ западную часть зданія и заключаетъ 4 кабины. Каждая изъ нихъ состоитъ изъ 2-хъ комнатъ, одной для раздѣванія и отдыха послѣ ванны, другой собственно для ваннъ. Каждая комната освѣщается большимъ окномъ, которое можетъ быть открыто для провѣтриванія. Раздѣвальная комната меблирована вѣнскою мебелью съ рѣшетками и снабжена такою-же кушеткой для лежанія. Въ ванной комнатѣ имѣются 2 ванны, устроенныя по типу всѣхъ другихъ ваннъ въ зданіи Островскаго: ванны кафельныя, вмѣстимостью въ 45 ведеръ воды, вдѣланы въ полу; для того, чтобы входить въ ванну, съ одной стороны имѣется лѣсенка въ 2 ступени, выложенная изъ того-же матеріала. Полы какъ въ ванной, такъ и въ раздѣвальной комнатѣ изъ метлахской плитки. Для подачи грязи въ каждой кабинѣ посреди комнаты устроенъ плотно закрывающійся люкъ небольшого размѣра, соединяющій кабину съ подвальнымъ этажемъ. Соотвѣтственно отверстію люка въ подвальномъ помѣщеніи устроены особыя платформы, которыя поднимаются вверхъ и опускаются помощію подвижной лебедки. Когда нужна грязь, ванщикъ открываетъ люкъ въ кабинѣ и заявляетъ въ него свое требованіе. Черезъ этотъ-же люкъ подается требуемая грязь, при чемъ ведро съ грязью ставится на платформу и поднимается вверхъ.

Приготовленіе грязевой ванны, размѣшиваніе грязи, разбавленіе водою и т. д.—все это дѣлается въ самой кабинѣ. При этомъ температура ванны регулируется или прибавкою грязи требуемой температуры, или прибавленіемъ минеральной воды. Нѣсколько лѣтъ назадъ врачемъ Желѣзноводской группы *Н. Н. Савиновымъ* были сдѣланы пробы нагрѣванія грязи помощью пара, но попытка эта успѣхомъ не увѣнчалась.

Нагрѣваніе и храненіе грязи сосредоточено въ подвальномъ этажѣ зданія. Привезенная съ озера грязь спускается въ лари черезъ широкіе деревянные желоба. Въ подвальномъ этажѣ помѣщаются 4 деревянныхъ ларя, 2 большихъ и 2 запасныхъ меньшихъ; устроены они по общему типу, принятому на водахъ, и вмѣщаютъ до 2000 ведеръ грязи.

Для нагрѣванія грязи устроены вдоль наружной стѣны 2 ящика, каждый на 25 ведеръ грязи, обитые внутри цинковыми листами. Эти ящики наполняются проведенной сюда водой, которая можетъ быть по желанію нагрѣта до опредѣленной температуры.

Для отдыха послѣ ваннъ, помимо комнаты для одѣванья, имѣется отдѣльная комната въ 1 окно, меблированная, какъ раздѣвальня и такого же объема. Кромѣ того, для отдыха можетъ служить и общій залъ, красивый и просторный, прекрасно меблированный, но безъ всякихъ спеціальныхъ приспособленій для лежанія послѣ грязевой ванны.

Помѣщенія для мѣстнаго грязелѣченія въ Островскихъ ваннахъ не имѣется.

Если бросить общій взглядъ на грязелѣченіе въ Желѣзноводскѣ, то станетъ яснымъ, что здѣсь, какъ и на другихъ группахъ Кавказскихъ водъ, все устраивалось для грязевого лѣченія разводными ваннами и при томъ слабыхъ разведеній; такъ устроено и нагрѣваніе грязи, и подача ея въ кабины и, наконецъ, самыя ванны. Дѣйствительно, для слабой разводной ванны, когда требуется на ванну 3—5 ведеръ грязи, подать такое количество легко и пронося ее по общему корридору, и черезъ маленькій люкъ въ полу кабины. Кромѣ того, при разведеніи большимъ количествомъ минеральной воды сравнительно легко установить температуру ванны, если степень нагрѣванія грязи и произвольна. Но все это устройство не выдержитъ и слабой критики, если будетъ примѣняться лѣченіе цѣльными грязевыми ваннами безъ особыхъ къ тому приспособленій. Какъ увидимъ ниже, врачи, практикующіе на водахъ, въ поискахъ за средствами, улучшающими положеніе грязелѣченія, нашли изъ этого остроумный выходъ и сдѣлали важное добавленіе къ основному способу, предложивъ и введя въ употребленіе сочетанныя ванны, въ видѣ мѣстнаго примѣненія грязи въ общей минеральной ваннѣ (*Си-*

гристъ, Чечоттъ). Въ Желѣзноводскѣ, въ ваннахъ Островскаго, я уже нѣсколько лѣтъ примѣнялъ грязелѣченіе по этому способу, пользуясь своимъ ящикомъ для грязевыхъ полуваннъ и, благодаря этому, нахожу возможнымъ примѣнять не разводныя ванны, а цѣльную грязь. Подробно обо всемъ, касающемся этого вопроса, я буду говорить дальше, а потому теперь останавливаться на немъ не буду.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

### Очеркъ врачебно-санитарной организаціи Петербурга.

*(Продолженіе. См. № 6, стр. 208).*

Обрисовывая строй и характеръ дѣятельности центральнаго органа Петербургской санитарной организаціи, перейду къ описанію «подвѣдомственныхъ» санитарной Коммиссіи учрежденій. Предварительно однако я долженъ предпослать краткую историческую справку. Лѣтомъ 1900 г. въ Петербургѣ участились заболѣванія натуральной оспой; явились опасенія, что эпидемія разовьется. Потребовалась напряженная, энергичная работа. Несостоятельность существующаго санитарнаго строя не замедлила сказаться, и понадобились «экстренныя мѣропріятія». Это вызвало вмѣшательство въ дѣло администраціи, и въ октябрѣ того-же года хозяйственный Департаментъ Министерства внутреннихъ дѣлъ обратился въ городскую Думу съ предложеніемъ «приступить въ возможной скорости къ соображенію вопроса» о реорганизаціи дѣла борьбы съ заразными болѣзнями «на указанныхъ Департаментомъ основаніяхъ»; при этомъ Департаментъ указывалъ, въ чемъ, по его мнѣнію, заключаются главные недостатки существующей организаціи и какія желательны преобразованія. Въ своей критикѣ существующаго строя и въ проэктѣ новаго устройства Департаментъ касался только противоэпидемической дѣятельности санитарной Коммиссіи и видѣлъ главные недостатки дѣйствующей системы борьбы съ заразными болѣзнями въ недостаточной «эластичности», въ неприспособленности къ быстрому увѣдомленію санитарнаго врача о заразныхъ заболѣваніяхъ, въ недостаточной рѣшительности примѣняемыхъ мѣръ по уединенію больныхъ, обеззараживанію и т. п. Главнымъ коррективомъ къ существующему положенію записка хозяйственнаго Департамента признавала учрежденіе должности одного лица, стоящаго во главѣ всей эпидеміологической организаціи и обязаннаго — объединять дѣятельность всѣхъ «подвѣдомственныхъ» ему органовъ и приспособлять ее «къ быстрымъ и энергическимъ исполнительнымъ дѣйствіямъ». Санитарная Коммиссія, на предварительное разсмотрѣніе которой поступила эта записка хозяйственнаго Департамента, не привлекла къ ея обсужденію ни Совѣта врачей, ни санитарныхъ врачей и ограничилась только силами обычнаго состава своихъ засѣданій. Неудивительно поэтому, что никто не постарался поискать болѣе глубоко причины неудовлетворительнаго положенія дѣла, внѣ тѣхъ второстепенныхъ обстоятельствъ, на которыя указывала записка, и санитарная Коммиссія почти всецѣло присоединилась какъ къ критикѣ своего собственнаго строя, такъ и къ той реформѣ эпидеміологическаго надзора, которая проэктировалась Департаментомъ.

Отмѣтивъ это стороннее вмѣшательство, сыгравшее однако, очень важную роль въ постановкѣ санитарно-эпидеміологическаго надзора въ столицѣ, перейду къ характеристикѣ находящихся въ вѣдѣніи санитарной Коммиссіи учрежденій. Въ вѣдѣніи Коммиссіи въ настоящее время состоятъ: 1) городской санитарно-эпидеміологическій надзоръ, въ составъ котораго входятъ: а) санитарно-эпидеміологическое бюро съ особой канцеляріей со старшимъ санитарнымъ врачемъ во главѣ; б) 40 санитарныхъ врачей и 40 обеззаразителей; в) городской санитарный обозъ; г) 3 городскихъ изоляціонныхъ квартиры; д) городскія обеззараживающія камеры; 2) торгово-санитарный надзоръ изъ 14 врачей; 3) городская Лабораторія съ химическимъ и дифтерійнымъ отдѣленіями; 4) Институтъ безплатной медицинской помощи: а) 36 думскихъ врачей, б) 6 городскихъ амбулаторій, в) 13 родильныхъ пріютовъ на 224 кровати, г) Пріютъ для недоносковъ; 5) оспопрививательный Институтъ и 6) городской ветеринарно-санитарный надзоръ. Кромѣ того, санитарной Коммиссіи принадлежитъ хозяйственное завѣдываніе городскимъ ассенизаціоннымъ обозомъ и городскими кладбищами. Школьно-врачебный надзоръ, находившійся прежде тоже въ вѣдѣніи санитарной Коммиссіи, съ 1900 г. отошелъ къ Училищной Коммиссіи.

Начну описаніе отдѣльныхъ учрежденій съ санитарно-эпидеміологическаго бюро. По образному выраженію отчета *) оно служитъ «естественнымъ звеномъ между санитарной Коммиссіей, высшимъ городскимъ органомъ здравоохраненія, и всѣми исполнительными органами, которые имѣютъ непосредственное отношеніе къ борьбѣ съ острозаразными болѣзнями». Задача его, по словамъ того-же отчета, заключается въ томъ, чтобы «устранить неприсобленность главнаго органа санитарняго надзора къ быстрымъ и энергическимъ исполнительнымъ дѣйствіямъ, недостаточную эластичность общей санитарной организаціи, несвоевременное поступленіе къ санитарнымъ врачамъ свѣдѣній о заразныхъ заболѣваніяхъ» и вообще «поставить дѣло борьбы съ заразными болѣзнями на высоту, которая необходима въ данномъ случаѣ». Дальше этихъ общихъ фразъ—къ слову сказать, заимствованныхъ изъ записки хозяйственнаго Департамента—опредѣленіе задачъ и роли бюро не идетъ. Составленная санитарной Коммиссіей еще въ іюнѣ 1901 г., но до сихъ поръ неутвержденная Думой инструкція, которой бюро все время и руководится въ своей дѣятельности, оставляетъ открытымъ вопросъ о задачахъ и цѣляхъ бюро. Во главѣ бюро поставленъ старшій санитарный врачъ. Въ его распоряженіи имѣется цѣлая канцелярія, которой завѣдуетъ помощникъ старшаго санитарнаго врача. Эти 2 лица вмѣстѣ съ ихъ канцеляріей и составляютъ бюро. Собственно говоря, никакой инструкціи бюро не имѣетъ; одобренная Коммиссіей инструкція ограничивается только перечисленіемъ обязанностей старшаго санитарнаго врача. Самъ собою возникающій вопросъ, каково-же отношеніе этого «естественнаго звена» къ санитарной Коммиссіи, остается неразрѣшеннымъ.

Каково отношеніе старшаго санитарнаго врача къ предсѣдателю санитарной Коммиссіи? подчиненъ-ли онъ ему, или въ области своей противоэпидемической дѣятельности независимъ? какъ и кѣмъ онъ назначается? какая гарантія его достаточной освѣдомленности въ вопросахъ общественной гигіэны и санитаріи?—всѣ эти основной важности вопросы инструкція замалчиваетъ. Такое юридически неопредѣленное должностное положеніе старшаго санитарнаго врача и всего санитарно-эпидеміологическаго бюро ставитъ все въ полную зависимость отъ усмотрѣнія предсѣдателя и практически создаетъ зависимость старшаго санитарнаго врача отъ послѣдняго. Въ отчетахъ санитарной Коммиссіи и не скрывается, что предсѣдатель, лицо, компетентность котораго въ санитарныхъ вопросахъ, какъ было сказано, ничѣмъ не гарантируется, «принималъ лично постоянное участіе въ руководствѣ дѣятельностью бюро», *) что старшій санитарный врачъ «руководилъ функціями бюро» не самостоятельно, а «съ участіемъ предсѣдателя Коммиссіи». **) Такая организація бюро, при томъ нисколько не согласованная ни съ утвержденной Думой инструкціей санитарной Коммиссіи, ни съ инструкціями подчиненныхъ послѣдней органовъ, выработана вопреки смыслу § 29 инструкціей санитарной Коммиссіи, безъ участія Совѣта врачей и даже, судя по отчету за 1901 г., (стр. 14) безъ участія членовъ санитарной Коммиссіи. Что-же дѣлаетъ санитарное бюро, въ чемъ заключаются его функціи? Оно ведетъ регистрацію заразныхъ заболѣваній (что по § 25 инструкціи санитарной Коммиссіи должно находиться въ рукахъ совѣщательнаго члена-врача), «безпре-

*) См. «Отчетъ санитарной Коммиссіи за 1901 г.», стр. 12.
**) Тамъ-же, стр. 14.
***) См. «Отчетъ санитарной Коммиссіи за 1902 г.», стр. 12.

Digitized by Google

рывно сносится по телефону» (выраженіе отчета) съ санитарными врачами по поводу возникшихъ въ ихъ участкахъ остро-заразныхъ заболѣваній, каждый вечеръ составляетъ суточную цифровую вѣдомость заразныхъ заболѣваній и «въ тотъ-же вечеръ направляетъ ее административнымъ лицамъ и учрежденіямъ», составляетъ діаграммы заразныхъ заболѣваній (раньше составлялись совѣщательнымъ членомъ-врачемъ), принимаетъ экстренныя санитарныя мѣры при повышеніи заболѣваемости заразными формами, кромѣ того, оно «объединяетъ дѣятельность городскихъ санитарныхъ врачей», — функція, которая до сихъ поръ реально ничѣмъ не могла выразиться, хотя-бы уже по одному тому, что для послѣднихъ до сихъ поръ обязательна только инструкція 1897 г., никакого бюро не признающая. По отчету за 1902 г. бюро организовало усиленные осмотры съѣстныхъ припасовъ предъ праздниками Р. Хр. и Пасхи; однако въ 1903 г. и эту функцію принялъ на себя предсѣдатель Коммиссіи, какъ взялъ въ свои руки и принятіе экстренныхъ санитарныхъ мѣропріятій при усиленіи заразныхъ заболѣваній въ городѣ. Старшему санитарному врачу «предоставлено устраивать Совѣщанія санитарныхъ и торгово-санитарныхъ врачей подъ его предсѣдательствомъ», чѣмъ вносится путаница въ существующую организацію этихъ группъ врачей, которыя по инструкціи имѣютъ свои собственныя Совѣщанія съ выборнымъ предсѣдателемъ. Все вышеизложенное показываетъ, что санитарно-эпидеміологическое бюро при данной ему организаціи совершенно не оправдываетъ своего существованія.

Дѣйствуя съ 1901 г. по неутвержденной Думой инструкціи, оно присвоило себѣ функціи, которыя, по утвержденной Думой инструкціи 1897 г., лежатъ частью на окружныхъ санитарныхъ попечителяхъ (напр., надзоръ за исполненіемъ санитарными врачами возложенныхъ на нихъ обязанностей), частью на совѣщательномъ членѣ-врачѣ; не согласуя своей дѣятельности и своего отношенія «къ исполнительнымъ органамъ» съ обязательными для нихъ инструкціями, оно создало такую спутанность взаимоотношеній, что санитарному врачу трудно теперь разобраться, кому-же собственно онъ непосредственно подчиненъ: своему-ли окружному санитарному попечителю, какъ гласитъ инструкція,—старшему-ли санитарному врачу, какъ увѣряетъ другая инструкція, или-же предсѣдателю санитарной Коммиссіи, какъ учитъ опытъ? Вмѣстѣ съ тѣмъ, при полной невыясненности взаимоотношеній бюро и Коммиссіи, и полномъ безправіи старшаго санитарнаго врача, для предсѣдателя Коммиссіи облегчилась возможность непосредственно руководить не только административно-хозяйственными функціями санитарной Коммиссіи, но даже и требующимъ спеціальныхъ общественногигіэническихъ знаній дѣломъ борьбы съ заразными болѣзнями и эпидеміями.

Печальные результаты такого положенія вещей успѣли уже обнаружиться: положенный въ основу организаціи бюро бюрократическій принципъ начинаетъ уже вносить духъ все-мертвящаго формализма въ живое дѣло борьбы съ заразными болѣзнями, форма начинаетъ получать преобладаніе надъ сущностью дѣла, и это проглядываетъ не только въ т. наз. «циркулярахъ», то и дѣло разсылаемыхъ санитарнымъ врачамъ изъ бюро съ предложеніями «неукоснительно» выполнять предписанія, но даже въ сообщенныхъ во всеобщее свѣдѣніе печатныхъ оффиціальныхъ отчетахъ санитарной Коммиссіи, серьезно регистрирующихъ для характеристики дѣятельности бюро число входящихъ и исходящихъ бумагъ; отъ врачей требуется еженедѣльное представленіе цифровыхъ (изъ однѣхъ голыхъ цифръ) данныхъ о числѣ произведенныхъ обезараживаній и осмотровъ, и бюро усиленно хлопотало, чтобы эти данныя сообщались наряду со свѣдѣніями объ осмотрахъ, производимыхъ врачами полиціи, въ «Вѣдомостяхъ Петербургскаго Градоначальства». Вся борьба съ эпидеміями иногда такъ и ограничивается только бумажнымъ дѣлопроизводствомъ, что видно хотя-бы изъ слѣдующаго мѣста оффиціальнаго отчета о дѣятельности бюро: «особое вниманіе удѣлялось школамъ, которыя въ извѣстныхъ случаяхъ могутъ являться наиболѣе сильными разносчиками заразы; съ этою цѣлью разосланы были всѣмъ городскимъ санитарнымъ врачамъ открытыя письма, съ готовымъ уже текстомъ, извѣщающія администрацію школы о томъ, что въ семействѣ ученицы или ученика имѣется заразное заболѣваніе *). Этимъ и ограничилось «особое вниманіе», удѣлявшееся школамъ.

Приведенная характеристика строя и дѣятельности санитарно-эпидеміологическаго бюро ясно показываетъ, что при существующихъ условіяхъ продуктивная работа для него невозможна. Посмотримъ теперь, какъ работаютъ «подвѣдомственные» ему органы.

Институтъ санитарныхъ врачей, возникшій въ 1886 г. изъ прежняго института врачей полицейскихъ, за все время своего существованія сохранялъ тѣ черты, которыя были сообщены ему при его возникновеніи. Инструкція санитарнымъ врачамъ, выработанная и утвержденная санитарной Коммиссіей въ 1897 г., ставитъ ихъ главной задачей дѣло борьбы съ заразными болѣзнями и подробно разъясняетъ, какими пріемами должна вестись эта борьба. Пріемы эти тѣже, что примѣнялись еще до 1886 г. полицейскими врачами; обеззараживаніе, обособленіе и т. п. мѣры.

Наблюденіе за санитарнымъ состояніемъ ввѣренныхъ санитарному врачу районовъ тоже входитъ въ кругъ его обязанностей, но осмотры домовъ, торгово-промышленныхъ заведеній и т. п. онъ, по инструкціи, производитъ не систематически, а только «при посѣщеніи мѣста заразныхъ заболѣваній», либо-же съ вѣдома или по порученію окружныхъ санитарныхъ попечителей и полиціи. Изъ приведеннаго видно, что возлагаемыя на санитарнаго врача задачи сводятся главнымъ образомъ къ эпидеміологическимъ функціямъ. Для проведенія послѣднихъ въ жизнь въ его распоряженіи находится санитаръ, т. наз. дезинфекторъ, съ помощью котораго обеззараживаются зараженныя помѣщенія. Обеззараживаніе производится по опредѣленному шаблону, подробно изложенному въ особой инструкціи: сулема и карболовая кислота царствуютъ въ практикѣ санитарныхъ врачей теперь также, какъ и 17 лѣтъ назадъ. Увѣдомленія о заразныхъ заболѣваніяхъ санитарный врачъ получаетъ частью непосредственно отъ пользующаго врача, частью чрезъ санитарное бюро. Спѣшной доставкѣ карточки санитарному врачу придается особенно большое значеніе; въ случаяхъ, признаваемыхъ экстренными (оспа, сыпной тифъ), санитарное бюро увѣдомляетъ санитарнаго врача о заболѣваніи по телефону, каковой съ 1901 г. установленъ на квартирахъ у всѣхъ санитарныхъ врачей. О всѣхъ случаяхъ посѣщеній заразныхъ квартиръ, о принятыхъ въ каждомъ случаѣ мѣрахъ, а также о заразныхъ заболѣваніяхъ, при которыхъ участія санитарнаго врача не требовалось, санитарный врачъ ежемѣсячно представляетъ цифровую вѣдомость. Въ случаяхъ заболѣваній оспой или сыпнымъ и возвратнымъ тифомъ санитарный врачъ обязанъ по поводу каждаго отдѣльнаго заболѣванія сообщать въ санитарно-эпидеміологическое бюро особымъ рапортомъ подробныя свѣдѣнія о посѣщенномъ помѣщеніи и принятыхъ мѣрахъ. Когда является опасеніе въ развитіи какой-нибудь эпидеміи, начинается рядъ экстренныхъ мѣропріятій: осмотры ночлежныхъ домовъ и ночлежниковъ, усиленное оспопрививаніе и т. п.

Нерѣдко наличный персоналъ санитарнаго надзора при усиленіи заразныхъ заболѣваній признается недостаточнымъ и въ подмогу ему приглашаются врачи со стороны.

Такова противоэпидемическая дѣятельность санитарнаго врача. Посмотримъ теперь, въ чемъ выражается его дѣятельность по наблюденію за санитарнымъ состояніемъ ввѣреннаго ему района.

Осмотры домовъ, жилыхъ помѣщеній, торгово-промышленныхъ заведеній, какъ уже было сказано, санитарный врачъ не долженъ производить систематически; тѣмъ не менѣе большинство санитарныхъ врачей въ первое время своей дѣятельности стараются ознакомиться со всѣми находящимися въ ихъ участкѣ домами. Усердный врачъ быстро знакомится съ упущеніями въ каждомъ уголкѣ своего участка, вписываетъ въ особую, т. наз. санитарную

*) Тамъ-же, стр. 17.

Digitized by Google

*гристъ, Чечоттъ*). Въ Желѣзноводскѣ, въ ваннахъ Островскаго, я уже нѣсколько лѣтъ примѣнялъ грязелѣченіе по этому способу, пользуясь своимъ ящикомъ для грязевыхъ полуваннъ и, благодаря этому, нахожу возможнымъ примѣнять не разводныя ванны, а цѣльную грязь. Подробно обо всемъ, касающемся этого вопроса, я буду говорить дальше, а потому теперь останавливаться на немъ не буду.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

### Очеркъ врачебно-санитарной организаціи Петербурга.

*(Продолженіе. См. № 6, стр. 208).*

Обрисовывая строй и характеръ дѣятельности центральнаго органа Петербургской санитарной организаціи, перейду къ описанію «подвѣдомственныхъ» санитарной Коммиссіи учрежденій. Предварительно однако я долженъ предпослать краткую историческую справку. Лѣтомъ 1900 г. въ Петербургѣ участились заболѣванія натуральной оспой; явились опасенія, что эпидемія разовьется. Потребовалась напряженная, энергичная работа. Несостоятельность существующаго санитарнаго строя не замедлила сказаться, и понадобились «экстренныя мѣропріятія». Это вызвало вмѣшательство въ дѣло администраціи, и въ октябрѣ того-же года хозяйственный Департаментъ Министерства внутреннихъ дѣлъ обратился въ городскую Думу съ предложеніемъ «приступить въ возможной скорости къ соображенію вопроса» о реорганизаціи дѣла борьбы съ заразными болѣзнями «на указанныхъ Департаментомъ основаніяхъ»; при этомъ Департаментъ указывалъ, въ чемъ, по его мнѣнію, заключаются главные недостатки существующей организаціи и какія желательны преобразованія. Въ своей критикѣ существующаго строя и въ проэктѣ новаго устройства Департаментъ касался только противоэпидемической дѣятельности санитарной Коммиссіи и видѣлъ главные недостатки дѣйствующей системы борьбы съ заразными болѣзнями въ недостаточной «эластичности», въ неприспособленности къ быстрому увѣдомленію санитарнаго врача о заразныхъ заболѣваніяхъ, въ недостаточной рѣшительности примѣняемыхъ мѣръ по уединенію больныхъ, обеззараживанію и т. п. Главнымъ коррективомъ къ существующему положенію записка хозяйственнаго Департамента признавала учрежденіе должности одного лица, стоящаго во главѣ всей эпидеміологической организаціи и обязаннаго — объединять дѣятельность всѣхъ «подвѣдомственныхъ» ему органовъ и приспособлять ее «къ быстрымъ и энергическимъ исполнительнымъ дѣйствіямъ». Санитарная Коммиссія, на предварительное разсмотрѣніе которой поступила эта записка хозяйственнаго Департамента, не привлекла къ ея обсужденію ни Совѣта врачей, ни санитарныхъ врачей и ограничилась только силами обычнаго состава своихъ засѣданій. Неудивительно поэтому, что никто не постарался поискать болѣе глубоко причины неудовлетворительнаго положенія дѣла, внѣ тѣхъ второстепенныхъ обстоятельствъ, на которыя указывала записка, и санитарная Коммиссія почти всецѣло присоединилась какъ къ критикѣ своего собственнаго строя, такъ и къ той реформѣ эпидеміологическаго надзора, которая проэктировалась Департаментомъ.

Отмѣтивъ это стороннее вмѣшательство, сыгравшее однако, очень важную роль въ постановкѣ санитарно-эпидеміологическаго надзора въ столицѣ, перейду къ характеристикѣ находящихся въ вѣдѣніи санитарной Коммиссіи учрежденій. Въ вѣдѣніи Коммиссіи въ настоящее время состоятъ: 1) городской санитарно-эпидеміологическій надзоръ, въ составъ котораго входятъ: а) санитарно-эпидеміологическое бюро съ особой канцеляріей со старшимъ санитарнымъ врачемъ во главѣ; б) 40 санитарныхъ врачей и 40 обеззараживателей; в) городской санитарный обозъ; г) 3 городскихъ изоляціонныхъ квартиры; д) городскія обеззараживающія камеры; 2) торгово-санитарный надзоръ изъ 14 врачей; 3) городская Лабораторія съ химическимъ и дифтерійнымъ отдѣленіями; 4) Институтъ безплатной медицинской помощи: а) 36 думскихъ врачей, б) 6 городскихъ амбуляторій, в) 13 родильныхъ пріютовъ на 224 кровати, г) Пріютъ для недоносковъ; 5) оспопрививательный Институтъ и 6) городской ветеринарно-санитарный надзоръ. Кромѣ того, санитарной Коммиссіи принадлежитъ хозяйственное завѣдываніе городскимъ ассенизаціоннымъ обозомъ и городскими кладбищами. Школьно-врачебный надзоръ, находившійся прежде тоже въ вѣдѣніи санитарной Коммиссіи, съ 1900 г. отошелъ къ Училищной Коммиссіи.

Начну описаніе отдѣльныхъ учрежденій съ санитарно-эпидеміологическаго бюро. По образному выраженію отчета *) оно служитъ «естественнымъ звеномъ между санитарной Коммиссіей, высшимъ городскимъ органомъ здравоохраненія, и всѣми исполнительными органами, которые имѣютъ непосредственное отношеніе къ борьбѣ съ острозаразными болѣзнями». Задача его, по словамъ того-же отчета, заключается въ томъ, чтобы «устранить неприсобленность главнаго органа санитарняго надзора къ быстрымъ и энергическимъ исполнительнымъ дѣйствіямъ, недостаточную эластичность общей санитарной организаціи, несвоевременное поступленіе къ санитарнымъ врачамъ свѣдѣній о заразныхъ заболѣваніяхъ» и вообще «поставить дѣло борьбы съ заразными болѣзнями на высоту, которая необходима въ данномъ случаѣ». Дальше этихъ общихъ фразъ—къ слову сказать, заимствованныхъ изъ записки хозяйственнаго Департамента—опредѣленіе задачъ и роли бюро не идетъ. Составленная санитарной Коммиссіей еще въ іюнѣ 1901 г., но до сихъ поръ неутвержденная Думой инструкція, которой бюро все время и руководится въ своей дѣятельности, оставляетъ открытымъ вопросъ о задачахъ и цѣляхъ бюро. Во главѣ бюро поставленъ старшій санитарный врачъ. Въ его распоряженіи имѣется цѣлая канцелярія, которой завѣдуетъ помощникъ старшаго санитарнаго врача. Эти 2 лица вмѣстѣ съ ихъ канцеляріей и составляютъ бюро. Собственно говоря, никакой инструкціи бюро не имѣетъ; одобренная Коммиссіей инструкція ограничивается только перечисленіемъ обязанностей старшаго санитарнаго врача. Самъ собою возникающій вопросъ, каково-же отношеніе этого «естественнаго звена» къ санитарной Коммиссіи, остается неразрѣшеннымъ.

Каково отношеніе старшаго санитарнаго врача къ предсѣдателю санитарной Коммиссіи? подчиненъ-ли онъ ему, или въ области своей противоэпидемической дѣятельности независимъ? какъ и кѣмъ онъ назначается? какая гарантія его достаточной освѣдомленности въ вопросахъ общественной гигіэны и санитаріи?—всѣ эти основной важности вопросы инструкція замалчиваетъ. Такое юридически неопредѣленное должностное положеніе старшаго санитарнаго врача и всего санитарно-эпидеміологическаго бюро ставитъ все въ полную зависимость отъ усмотрѣнія предсѣдателя и практически создаетъ зависимость старшаго санитарнаго врача отъ послѣдняго. Въ отчетахъ санитарной Коммиссіи и не скрывается, что предсѣдатель, лицо, компетентность котораго въ санитарныхъ вопросахъ, какъ было сказано, ничѣмъ не гарантируется, «принималъ лично постоянное участіе въ руководствѣ дѣятельностью бюро», *) что старшій санитарный врачъ «руководилъ функціями бюро» не самостоятельно, а «съ участіемъ предсѣдателя Коммиссіи». **) Такая организація бюро, при томъ нисколько не согласованная ни съ утвержденной Думой инструкціей санитарной Коммиссіи, ни съ инструкціями подчиненныхъ послѣдней органовъ, выработана вопреки смыслу § 29 инструкціей санитарной Коммиссіи, безъ участія Совѣта врачей и даже, судя по отчету за 1901 г.,(стр. 14) безъ участія членовъ санитарной Коммиссіи. Что-же дѣлаетъ санитарное бюро, въ чемъ заключаются его функціи? Оно ведетъ регистрацію заразныхъ заболѣваній (что по § 25 инструкціи санитарной Коммиссіи должно находиться въ рукахъ совѣщательнаго члена-врача), «безпре-

*) См. «Отчетъ санитарной Коммиссіи за 1901 г.», стр. 12.

**) Тамъ-же, стр. 14.

***) См. «Отчетъ санитарной Коммиссіи за 1902 г.», стр. 12.

Digitized by Google

рывно сносится по телефону» (выраженіе отчета) съ санитарными врачами по поводу возникшихъ въ ихъ участкахъ остро-заразныхъ заболѣваній, каждый вечеръ составляетъ суточную цифровую вѣдомость заразныхъ заболѣваній и «въ тотъ-же вечеръ направляетъ ее административнымъ лицамъ и учрежденіямъ», составляетъ діаграммы заразныхъ заболѣваній (раньше составлялись совѣщательнымъ членомъ-врачемъ), принимаетъ экстренныя санитарныя мѣры при повышеніи заболѣваемости заразными формами, кромѣ того, оно «объединяетъ дѣятельность городскихъ санитарныхъ врачей», — функція, которая до сихъ поръ реально ничѣмъ не могла выразиться, хотя-бы уже по одному тому, что для послѣднихъ до сихъ поръ обязательна только инструкція 1897 г., никакого бюро не признающая. По отчету за 1902 г. бюро организовало усиленные осмотры съѣстныхъ припасовъ предъ праздниками Р. Хр. и Пасхи; однако въ 1903 г. и эту функцію принялъ на себя предсѣдатель Коммиссіи, какъ взялъ въ свои руки и принятіе экстренныхъ санитарныхъ мѣропріятій при усиленіи заразныхъ заболѣваній въ городѣ. Старшему санитарному врачу «предоставлено устраивать Совѣщанія санитарныхъ и торгово-санитарныхъ врачей подъ его предсѣдательствомъ», чѣмъ вносится путаница въ существующую организацію этихъ группъ врачей, которыя по инструкціи имѣютъ свои собственныя Совѣщанія съ выборнымъ предсѣдателемъ. Все вышеизложенное показываетъ, что санитарно-эпидеміологическое бюро при данной ему организаціи совершенно не оправдываетъ своего существованія.

Дѣйствуя съ 1901 г. по неутвержденной Думой инструкціи, оно присвоило себѣ функціи, которыя, по утвержденной Думой инструкціи 1897 г., лежатъ частью на окружныхъ санитарныхъ попечителяхъ (напр., надзоръ за исполненіемъ санитарными врачами возложенныхъ на нихъ обязанностей), частью на совѣщательномъ членѣ-врачѣ; не согласуя своей дѣятельности и своего отношенія «къ исполнительнымъ органамъ» съ обязательными для нихъ инструкціями, оно создало такую спутанность взаимоотношеній, что санитарному врачу трудно теперь разобраться, кому-же собственно онъ непосредственно подчиненъ: своему-ли окружному санитарному попечителю, какъ гласитъ инструкція,—старшему-ли санитарному врачу, какъ увѣряетъ другая инструкція, или-же предсѣдателю санитарной Коммиссіи, какъ учитъ опытъ? Вмѣстѣ съ тѣмъ, при полной невыясненности взаимоотношеній бюро и Коммиссіи, и полномъ безправіи старшаго санитарнаго врача, для предсѣдателя Коммиссіи облегчилась возможность непосредственно руководить не только административно-хозяйственными функціями санитарной Коммиссіи, но даже и требующимъ спеціальныхъ общественногигіэническихъ знаній дѣломъ борьбы съ заразными болѣзнями и эпидеміями.

Печальные результаты такого положенія вещей успѣли уже обнаружиться: положенный въ основу организаціи бюро бюрократическій принципъ начинаетъ уже вносить духъ все-мертвящаго формализма въ живое дѣло борьбы съ заразными болѣзнями, форма начинаетъ получать преобладаніе надъ сущностью дѣла, и это проглядываетъ не только въ т. наз. «циркулярахъ», то и дѣло разсылаемыхъ санитарнымъ врачамъ изъ бюро съ предложеніями «неукоснительно» выполнять предписанія, но даже въ сообщенныхъ во всеобщее свѣдѣніе печатныхъ оффиціальныхъ отчетахъ санитарной Коммиссіи, серьезно регистрирующихъ для характеристики дѣятельности бюро число входящихъ и исходящихъ бумагъ; отъ врачей требуется еженедѣльное представленіе цифровыхъ (изъ однѣхъ голыхъ цифръ) данныхъ о числѣ произведенныхъ обеззараживаній и осмотровъ, и бюро усиленно хлопотало, чтобы эти данныя сообщались наряду со свѣдѣніями объ осмотрахъ, производимыхъ врачами полиціи, въ «Вѣдомостяхъ Петербургскаго Градоначальства». Вся борьба съ эпидеміями иногда такъ и ограничивается только бумажнымъ дѣлопроизводствомъ, что видно хотя-бы изъ слѣдующаго мѣста оффиціальнаго отчета о дѣятельности бюро: «особое вниманіе удѣлялось школамъ, которыя въ извѣстныхъ случаяхъ могутъ являться наиболѣе сильными разносчиками заразы; съ этою цѣлью разосланы были всѣмъ городскимъ санитарнымъ врачамъ открытыя письма, съ готовымъ уже текстомъ, извѣщающія администрацію школы о томъ, что въ семействѣ ученицы или ученика имѣется заразное заболѣваніе *). Этимъ и ограничилось «особое вниманіе», удѣлявшееся школамъ.

Приведенная характеристика строя и дѣятельности санитарно-эпидеміологическаго бюро ясно показываетъ, что при существующихъ условіяхъ продуктивная работа для него невозможна. Посмотримъ теперь, какъ работаютъ «подвѣдомственные» ему органы.

Институтъ санитарныхъ врачей, возникшій въ 1886 г. изъ прежняго института врачей полицейскихъ, за все время своего существованія сохранялъ тѣ черты, которыя были сообщены ему при его возникновеніи. Инструкція санитарнымъ врачамъ, выработанная и утвержденная санитарной Коммиссіей въ 1897 г., ставитъ ихъ главной задачей дѣло борьбы съ заразными болѣзнями и подробно разъясняетъ, какими пріемами должна вестись эта борьба. Пріемы эти тѣже, что примѣнялись еще до 1886 г. полицейскими врачами; обеззараживаніе, обособленіе и т. п. мѣры.

Наблюденіе за санитарнымъ состояніемъ ввѣренныхъ санитарному врачу районовъ тоже входитъ въ кругъ его обязанностей, но осмотры домовъ, торгово-промышленныхъ заведеній и т. п. онъ, по инструкціи, производитъ не систематически, а только «при посѣщеніи мѣста заразныхъ заболѣваній», либо-же съ вѣдома или по порученію окружныхъ санитарныхъ попечителей и полиціи. Изъ приведеннаго видно, что возлагаемыя на санитарнаго врача задачи сводятся главнымъ образомъ къ эпидеміологическимъ функціямъ. Для проведенія послѣднихъ въ жизнь въ его распоряженіи находится санитаръ, т. наз. дезинфекторъ, съ помощью котораго обеззараживаются зараженныя помѣщенія. Обеззараживаніе производится по опредѣленному шаблону, подробно изложенному въ особой инструкціи: сулема и карболовая кислота царствуютъ въ практикѣ санитарныхъ врачей теперь также, какъ и 17 лѣтъ назадъ. Увѣдомленія о заразныхъ заболѣваніяхъ санитарный врачъ получаетъ частью непосредственно отъ пользующаго врача, частью чрезъ санитарное бюро. Спѣшной доставкѣ карточки санитарному врачу придается особенно большое значеніе; въ случаяхъ, признаваемыхъ экстренными (оспа, сыпной тифъ), санитарное бюро увѣдомляетъ санитарнаго врача о заболѣваніи по телефону, каковой съ 1901 г. установленъ на квартирахъ у всѣхъ санитарныхъ врачей. О всѣхъ случаяхъ посѣщеній заразныхъ квартиръ, о принятыхъ въ каждомъ случаѣ мѣрахъ, а также о заразныхъ заболѣваніяхъ, при которыхъ участія санитарнаго врача не требовалось, санитарный врачъ ежемѣсячно представляетъ цифровую вѣдомость. Въ случаяхъ заболѣваній оспой или сыпнымъ и возвратнымъ тифомъ санитарный врачъ обязанъ по поводу каждаго отдѣльнаго заболѣванія сообщать въ санитарно-эпидеміологическое бюро особымъ рапортомъ подробныя свѣдѣнія о посѣщенномъ помѣщеніи и принятыхъ мѣрахъ. Когда является опасеніе въ развитіи какой-нибудь эпидеміи, начинается рядъ экстренныхъ мѣропріятій: осмотры ночлежныхъ домовъ и ночлежниковъ, усиленное оспопрививаніе и т. п.

Нерѣдко наличный персоналъ санитарнаго надзора при усиленіи заразныхъ заболѣваній признается недостаточнымъ и въ подмогу ему приглашаются врачи со стороны.

Такова противоэпидемическая дѣятельность санитарнаго врача. Посмотримъ теперь, въ чемъ выражается его дѣятельность по наблюденію за санитарнымъ состояніемъ ввѣреннаго ему района.

Осмотры домовъ, жилыхъ помѣщеній, торгово-промышленныхъ заведеній, какъ уже было сказано, санитарный врачъ не долженъ производить систематически; тѣмъ не менѣе большинство санитарныхъ врачей въ первое время своей дѣятельности стараются ознакомиться со всѣми находящимися въ ихъ участкѣ домами. Усердный врачъ быстро знакомится съ упущеніями въ каждомъ уголкѣ своего участка, вписываетъ въ особую, т. наз. санитарную

*) Тамъ-же, стр. 17.

Digitized by Google

тетрадь, имѣющуюся при каждомъ домѣ, требованіе объ устраненій замѣченныхъ упущеній, неоднократно повторяетъ свои замѣчанія, но затѣмъ вскорѣ убѣждается въ полномъ равнодушіи большинства домохозяевъ и ихъ управляющихъ или дворниковъ къ требованіямъ санитарнаго врача и обязательныхъ постановленій Думы по санитарной части. Иногда приходится санитарному врачу пускать въ ходъ самое грозное, имѣющееся въ его рукахъ средство: составляется полицейскій протоколъ, для чего необходимо привлеченіе къ дѣлу окружного санитарнаго попечителя, ибо санитарные врачи безъ ихъ участія не вправѣ составлять протокола. Но и это крайнее средство оказывается обыкновенно безсильнымъ: протоколъ, направляемый въ городскую Управу, нерѣдко задерживается тамъ годами, и извѣстны случаи, когда на протяженіи короткаго періода времени санитарными врачами по поводу одного и того-же вопіющаго нарушенія обязательнаго постановленія составлялось до 10 протоколовъ и тѣмъ не менѣе предъявляемыя требованія оставались невыполненными. Въ лучшихъ случаяхъ, когда протоколъ наконецъ, попадаетъ къ мировому судьѣ, дѣло оканчивается ничтожнымъ штрафомъ. Такимъ образомъ санитарный врачъ, ознакомившись со всѣми санитарными упущеніями въ своемъ районѣ и предъявивъ безрезультатно рядъ требованій объ ихъ устраненіи, пустивъ даже въ отдѣльныхъ случаяхъ въ ходъ крайнее средство—протоколъ, видитъ, что тѣмъ не менѣе все продолжаетъ оставаться повсюду въ томъ-же антисанитарномъ состояніи, въ какомъ находилось и раньше. Тутъ санитарный врачъ начинаетъ чувствовать свое полное безсиліе добиваться какихъ-нибудь существенныхъ санитарныхъ улучшеній въ своемъ участкѣ; онъ не можетъ безъ краски стыда за свое безсиліе даже показаться въ тѣ мѣста, гдѣ часто съ нескрываемымъ пренебреженіемъ относятся къ его требованіямъ. У самаго энергичнаго и настойчиваго въ концѣ концовъ надламывается энергія; volens-nolens онъ безпомощно складываетъ руки и начинаетъ навѣщать дома въ своемъ участкѣ только въ исключительныхъ случаяхъ, нерѣдко умышленно не касаясь тѣхъ хорошо извѣстныхъ ему язвъ, которыя когда-то онъ тщетно старался излѣчить. Такими-же печальными результатами кончаются его попытки улучшить гигіэническое состояніе торгово-промышленныхъ заведеній; и здѣсь онъ тоже постепенно привыкаетъ равнодушно не замѣчать тѣхъ безобразій, которыя на первыхъ порахъ такъ сильно возмущали его душу. Результатомъ подобныхъ заключеній санитарнаго врача является невольное пониженіе всякой дѣятельной его работы по «наблюденію за санитарнымъ состояніемъ ввѣреннаго ему участка», тѣмъ болѣе что de jure, по инструкціи, онъ и не обязанъ къ систематической дѣятельности въ этомъ направленіи; санитарная же Коммиссія относится, по видимому, вполнѣ доброжелательно къ такому бездѣйствію санитарныхъ врачей въ дѣлѣ надзора за санитарнымъ состояніемъ домовъ, тѣмъ болѣе, что дѣятельная работа санитарнаго надзора въ этомъ направленіи далеко не гармонируетъ съ имущественными интересами домовладѣльцевъ. Болѣе того, какъ Дамокловъ мечъ, надъ санитарнымъ врачемъ всегда виситъ сознаніе, что чрезмѣрное усердіе въ дѣлѣ оздоровленія домовъ можетъ, пожалуй, вызвать недовольство санитарной Коммиссіи, до сихъ поръ состоявшей изъ представителей интересовъ только домовладѣльческаго класса населенія; практическій разумъ подсказываетъ, что умѣренность въ этомъ дѣлѣ удобнѣе усердія, а совѣсть остается спокойной, поэтому что каждый санитарный врачъ скоро убѣждается, что всякая энергичная работа въ этомъ направленіи при существующихъ условіяхъ равносильна Донъ-Кихотовской борьбѣ съ вѣтреными мельницами. Полная зависимость санитарнаго врача отъ санитарной Коммиссіи, которая его назначаетъ и увольняетъ, отсутствіе какой-бы то ни было регламентаціи его правъ создаютъ на практикѣ полную подчиненность его «усмотрѣнію» предсѣдателя санитарной Коммиссіи и невозможность ни въ чемъ проявить своего почина. Съ учрежденіемъ санитарно-эпидеміологическаго бюро безправное положеніе санитарнаго врача выразилось еще рѣзче, такъ какъ въ лицѣ старшаго санитарнаго врача появилось новое «начальство»; призваніе послѣдняго «объединять» дѣятельность санитарнаго персонала при существующемъ бюрократическомъ строѣ санитарной Коммиссіи должно окончательно убить всякую возможность проявленія какой-бы то ни было самодѣятельности санитарныхъ врачей, окончательно преобразить ихъ въ противоэпидемическихъ медицинскихъ чиновниковъ, дѣйствующихъ «согласно выработанному санитарной Коммиссіей, совершенно формальному взгляду на борьбу съ заразными болѣзнями *).

При такихъ условіяхъ общей постановки дѣла санитарнаго надзора въ городѣ излишне говорить о другихъ, болѣе мелкихъ недочетахъ, какъ, напр., о томъ, что назначаются санитарные врачи не по выбору Совѣта врачей, что никакихъ гарантій освѣдомленности въ вопросахъ общественной гигіэны отъ нихъ не требуется, что въ 1903 г. предсѣдатель санитарной Коммиссіи самъ санкціонировалъ выполненіе ими лѣчебныхъ функцій, привлекши ихъ къ участію въ «пріемахъ спеціалистовъ» при городскихъ амбулаторіяхъ и мн. др. Прибавлю только, что санитарные врачи по § 10 дѣйствующей пока инструкціи «образуютъ особое Совѣщаніе со своимъ выборнымъ предсѣдателемъ, которое занимается разработкою санитарныхъ вопросовъ, передаваемыхъ санитарною Коммиссіею или возбуждаемыхъ санитарными врачами». Такъ какъ всѣ попытки возбуждать болѣе или менѣе серьезные вопросы предъ санитарной Коммиссіей уже на первыхъ порахъ дѣятельности Совѣщанія оказались безплодными, то дѣятельность Совѣщанія скоро съузилась и ограничивалась преимущественно обсужденіемъ вопросовъ, поступавшихъ изъ санитарной Коммиссіи. Въ прежніе годы такихъ вопросовъ передавалось не мало; въ послѣдніе-же годы они стали поступать все рѣже и рѣже, а въ настоящее время проявляется тенденція совершенно упразднить Совѣщанія и тѣмъ окончательно уничтожить послѣдній призракъ коллегіальнаго начала въ организаціи санитарнаго надзора. Совѣщанія, время отъ времени собираемыя старшимъ санитарнымъ врачемъ или предсѣдателемъ подъ ихъ предсѣдательствомъ, конечно, не могутъ замѣнить этихъ коллегіальныхъ Собраній: при установившемся въ санитарной Коммиссіи бюрократизмѣ свобода обсужденія должна здѣсь непремѣнно стѣсняться начальническимъ престижемъ властнаго предсѣдателя.

*А. Рубель.*

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

---

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 147. Д-ръ *В. Н. Jägerroos* (Гельсингфорсъ) пытается рѣшить путемъ опытовъ на собакахъ крайне важный, но мало разработанный вопросъ, *пользуется-ли мать, при созиданіи плода, бѣлкомъ пищи, или бѣлкомъ собственнаго организма, или-же обоими этими источниками.* При азотистомъ равновѣсіи или потерѣ азота можно было-бы предположить, что плодъ образуется на счетъ живыхъ материнскихъ тканей, между тѣмъ какъ при накопленіи азотистыхъ веществъ траты организма должны скорѣе возмѣщаться изъ поступающаго бѣлка. Исходя изъ этихъ соображеній, авторъ прежде всего стремился узнать, происходитъ-ли во время беременности накопленіе азотистыхъ веществъ, или нѣтъ. Всего было сдѣлано 6 опытовъ, распространяющихся на все теченіе беременности и на періодъ, предшествующій ей. Изъ этихъ опытовъ 1, вслѣдствіе нѣкоторыхъ погрѣшностей анализа, нельзя принимать въ разсчетъ; остальные по количеству азота въ пищѣ можно раздѣлить на 3 группы: съ «высокимъ» содержаніемъ азота (опыты 2-ой и 3-ій, чисто мясная пища), со «среднимъ» (опытъ 1-ый) и съ «низкимъ» (опыты 4-ый и 5-ый). Въ послѣдней группѣ параллельно изслѣдовался обмѣнъ фосфора и солей. Какъ азотъ, такъ позже фосфоръ и зола опредѣлялись въ

*) См. докладъ ревизіонной Коммиссіи. «Извѣстія Петербургской городской Думы», 1895 г., № 23, стр. 892.

Digitized by Google

пищѣ, въ мочѣ и калѣ. Азотъ всегда опредѣлялся по *Kjeldahl*'ю, а фосфоръ по т. наз. молибденовому способу. Осажденіе фосфорномолибденовой соли производилось по способу, описанному *Neumann*'омъ (Archiv f. Anatomie u. Physiologie, 1900, I и II), но содержаніе фосфорнаго ангидрида въ осадкѣ опредѣлялось не титрованіемъ послѣ удаленія амміака, какъ поступалъ *Neumann*, а вѣсовымъ путемъ. *Результаты:* Въ опытахъ 1-мъ и 4-мъ приходъ и расходъ азота во время беременности приблизительно сравнялись; въ опытахъ 2-мъ и 3-мъ получилось значительное накопленіе, при чемъ во всѣхъ опытахъ отрицательныя данныя чередовались съ положительными. Поэтому изъ однѣхъ общихъ цифръ было-бы ошибочно выводить окончательныя заключенія, и надо думать, что для образованія плода мать пользуется какъ организованнымъ, такъ и обращающимся въ сокахъ бѣлкомъ. Къ тѣмъже выводамъ можно придти и на основаніи опытовъ *Hagemann*'а и *Ver Eecke*. За исключеніемъ одного (3-го) опыта, потеря азота, такъ же, какъ у *Hagemann*'а, падаетъ на 1-ую половину беременности. Возможно, что явленіе это у собаки характерно для беременности. Съ другой стороны, бережливость въ расходованіи азота оказывается особенно значительной къ концу беременности, что былобы легко объяснить ростомъ плода, съ одной стороны, и предстоящимъ отдѣленіемъ молока—съ другой. Тѣ же особенности относятся и къ обмѣну фосфора и солей въ 4-мъ опытѣ. Что касается обмѣна бѣлка во время отдѣленія молока, то таковой изученъ еще менѣе. Но на основаніи тѣхъ изслѣдованій, которыя были произведены до настоящаго времени, можно, по видимому, придти къ заключенію, что животный организмъ стремится и въ этотъ періодъ къ сбереженію бѣлка съ цѣлью выравнить повышенный расходъ, обусловливаемый выдѣленіемъ молока. Но степень удачи зависитъ, скорѣе всего, не отъ обстоятельствъ, связанныхъ съ самымъ процессомъ образованія молока. Быть можетъ, справедливо заключеніе д-ра *Захарьевскаго* въ его крайне тщательной работѣ, сдѣланное имъ по отношенію къ человѣку, что подъ вліяніемъ кормленія характеръ азотистаго обмѣна не измѣняется (Archiv für Gynäkologie, т. LXVII, тетр. 3). *С. Бродскій.*

**Фармакологія.** 148. Д-ръ *Leopold Moll* (Прага). *Кровоостанавливающее дѣйствіе желятины.* Работая надъ вопросомъ «объ измѣненіяхъ крови послѣ впрыскиванія бѣлковъ», авторъ нашелъ у животныхъ, получавшихъ повторныя подкожныя впрыскиванія различнаго рода бѣлковыхъ тѣлъ, на ряду съ измѣненіями въ составѣ бѣлковъ кровяной сыворотки, и измѣненныя условія свертываемости. Кровяной свертокъ отъ животнаго, получавшаго впрыскиванія, казался значительно плотнѣе, чѣмъ свертокъ животнаго нормальнаго. Количественное опредѣленіе фибриногена показало, что количество послѣдняго въ крови послѣ впрыскиванія бѣлковъ значительно возростало. Сильнѣе всего это явленіе было выражено въ крови животныхъ, получавшихъ подкожныя впрыскиванія желятины. Увеличеніе количества фибриногена находилось въ прямомъ соотношеніи къ количеству введенной желятины (обыкновенно впрыскивался 10%-ный растворъ). Рядъ такихъ изслѣдованій показалъ, что увеличеніе количества фибриногена у кролика и собаки дѣлается опредѣлимымъ лишь 12—24 часа спустя послѣ впрыскиванія, при чемъ количество его обыкновенно удваивалось въ сравненіи съ первоначальнымъ. На 2-й до 4-го дня это количество либо оставалось одинаковымъ, либо еще увеличивалось. Наибольшее количество фибриногена наблюдалось въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣлалось нѣсколько (3—4) впрыскиваній желятины съ промежутками въ 3—4 дня, а изслѣдованіе крови производилось на 2-й или 3-й день послѣ послѣдняго впрыскиванія. Недѣлю спустя послѣ впрыскиваній содержаніе фибриногена въ крови обыкновенно спускалось до нормы. Послѣ внутривенныхъ впрыскиваній желятины, переносившихся животными безъ вреда, увеличеніе фибриногена начиналось уже черезъ 6 час. и по истеченіи 24 часовъ достигало наивысшихъ предѣловъ. При введеніи желятины въ желудокъ у нормальныхъ собакъ, не смотря на повторные пріемы большихъ количествъ, ни разу не наблюдалось наростанія фибриногена. Обезплеживаніе желятины путемъ 6-часового нагрѣванія на кипящей водяной банѣ не оказывало никакого вліянія на дѣйствіе ея какъ при подкожномъ, такъ и при внутривенномъ введеніи. Наростаніе фибриногена, хотя и въ различной и колебавшейся мѣрѣ, наблюдалось постоянно послѣ впрыскиванія всякаго рода бѣлковъ. Дальнѣйшая причина прямого кровоостанавливающаго дѣйствія желятины вытекаетъ изъ того факта, что желятина и внѣ тѣла обнаруживаетъ склеивающее вліяніе на красныя кровяныя тѣльца; *Sackur* описалъ микроскопическія подробности этого явленія. Опасенія прижизненной закупорки сосудовъ вслѣдствіе впрыскиванія желятины разсѣиваются клиническимъ опытомъ, доказавшимъ безвредность этихъ впрыскиваній. Подвергавшіяся опытамъ животныя (собаки, кролики) переносили впрыскиванія очень хорошо, и только нѣкоторые кролики слегка худѣли. Кролики, которымъ медленно впрыскивали въ вену ихъ собственные красные шарики, склеенные путемъ прибавленія желятины, кромѣ временной одышки, не обнаруживали другихъ явленій и оставались живы. При дальнѣйшихъ опытахъ, имѣвшихъ цѣлью выяснить причину увеличенія фибриногена, авторъ нашелъ, хотя и не пропорціональный, но всё-же постоянный параллелизмъ между числомъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и количествомъ фибриногена. Увеличеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ въ крови достигалось впрыскиваніемъ раздражающихъ веществъ (скипидаръ, азотнокислое серебро), послѣ кормленія мясомъ (на высотѣ пищеваренія), уменьшеніе—внутривеннымъ впрыскиваніемъ пептона (черезъ 1/4 часа). Въ виду сказаннаго, *быть можетъ, было-бы полезно приступать къ особо кровавымъ операціямъ, не требующимъ общаго наркоза*, именно во время естественнаго увеличенія фибриногена въ крови, т. е., *черезъ 4—6 часовъ послѣ пріема мясной пищи.* Какъ видно, мѣстное примѣненіе желятины на кровоточащіе сосуды и подкожное (или внутривенное) впрыскиваніе ея при уже существующемъ или ожидаемомъ кровотеченіи вполнѣ оправдываются данными этихъ опытовъ, показавшими, съ одной стороны, склеиваніе кровяныхъ тѣлецъ, а съ другой—наростаніе фибриногена (Wiener klinische Wochenschrift, 29 октября 1903).

**Бактеріологія.** 149. При микроскопическомъ изслѣдованіи гноя въ 1 случаѣ піэлита въ зависимости отъ камней *D. Mezincescu* нашелъ, какъ вѣроятныхъ *возбудителей нагноенія, длинныя (3—8μ) и тонкія спириллы.* На ряду съ длинными формами, имѣвшими 2—9 спиральныхъ оборота, встрѣчались и короткія, запятообразныя формы, напоминающія холернаго вибріона. Окрашиваются спириллы плохо; окраску по *Gram*'у не удерживаютъ; лучшій способъ окраски—по д-ру *Романовскому* или карбол-фуксиномъ. Попытки автора получить разводки спириллъ не дали результата; не удались также опыты зараженія животныхъ (мышей) (Centralblatt für Bacteriologie, т. 35, № 2). *Скшиванъ.*

150. Микроскопическія *находки Negri въ нервныхъ клѣткахъ при бѣшенствѣ* были подтверждены въ нѣсколькихъ работахъ (надъ животными), преимущественно итальянскими авторами. Нѣсколько сдержаннѣе высказываются о значеніи тѣлецъ *Negri*, *E. Bertarelli* и *G. Volpino*, имѣвшіе случай изслѣдовать нервную систему больного, умершаго отъ водобоязни. Авторы нашли тѣльца *Negri* только въ пирамидальныхъ клѣткахъ коры извилинъ, Аммоніева рога и мозжечка; въ остальныхъ частяхъ центральной нервной системы, въ спинномозговыхъ и сочувственныхъ узкихъ тѣлецъ не было; не было ихъ и въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ нервныя клѣтки представляли наиболѣе рѣзкія измѣненія (Centralblatt für Bacteriologie, т. 35, № 2). *Скшиванъ.*

**Внутреннія болѣзни.** 151. Д-ръ *Theodor Brugsch* (Altona) изучалъ на больничномъ матеріалѣ *дѣйствіе салициловыхъ препаратовъ на почки.* Изслѣдованіе это было вызвано работой *Luthje*, который нашелъ, что салициловая кислота и ея соединенія въ обычныхъ терапевтическихъ пріемахъ обусловливаетъ сильное раздраженіе почекъ, сопровождающееся выдѣленіемъ бѣлка и цилиндровъ. Свои наблюденія *B.* поставилъ такъ, что раздѣлилъ больныхъ на 3 группы: въ 1-ю вошли всѣ нелихорадящіе больные

Digitized by Google

съ вполнѣ здоровыми почками (20 мужчинъ въ возрастѣ 20—55 л.); 2-ю группу составили лихорадящіе мужчины и больные старше 55 л., у которыхъ, слѣд., нельзя совершенно исключить наличности старческихъ измѣненій въ почкахъ; въ 3-ю группу вошли только женщины со здоровыми почками. Больные 1-й группы переносили безъ всякаго вреда для почекъ 5 грм. салициловаго натра или аспирина, если это количество было распредѣляемо на нѣсколько пріемовъ въ теченіи 1 дня. Если оно давалось заразъ, то наступало раздраженіе почекъ (бѣлокъ и цилиндры въ мочѣ), длившееся 2—4 дня. Если-же тѣ же препараты, хотя-бы и распредѣленные на отдѣльные пріемы, давались въ количествѣ 5 грм. въ день 2 дня подрядъ, то наступало раздраженіе почекъ, продолжавшееся 2—6 дней. Раздраженіе почекъ наростаетъ, по мѣрѣ того, какъ пріемъ лѣкарства въ большихъ количествахъ продолжается. 3 грм. салициловаго натра или аспирина эти больные переносили безъ всякаго вреда для почекъ, даже въ томъ случаѣ, если лѣкарство принималось въ теченіи нѣсколькихъ недѣль подрядъ. При введеніи салициловыхъ препаратовъ черезъ прямую кишку раздраженіе почекъ получается лишь при примѣненіи 5 грм. нѣсколько дней подрядъ. Наружное примѣненіе мезотана оказывается совершенно безвреднымъ для почекъ. Только въ 1 случаѣ изъ 60 при втираніи 50 грм. мезотана въ теченіи 2-хъ дней получилось раздраженіе почекъ, продолжавшееся 3 дня. Больные 2-й группы чувствительнѣе къ дѣйствію салициловыхъ препаратовъ, такъ какъ у нихъ уже количество въ 5 грм., распредѣленное на отдѣльные пріемы въ теченіи 1 дня, вызываетъ ясное раздраженіе почекъ. Точно также и женщины (3-я группа) оказываются болѣе чувствительными къ салициловымъ препаратамъ, и назначаемые имъ пріемы должны быть на 1—2 грм. меньше, чѣмъ для мужчинъ. Что касается самаго процеса, происходящаго въ почкахъ подъ вліяніемъ салициловыхъ препаратовъ, то авторъ не согласенъ съ *Luthje*, считающимъ его воспалительнымъ и равносильнымъ легкому нефриту. По его мнѣнію, это только простое раздраженіе, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ ясно выраженной альбуминуріи не наблюдается (авторъ видѣлъ ее только въ 5% всѣхъ случаевъ), а цилиндры, по его мнѣнію, являются только продуктомъ дѣйствія салициловой кислоты. Онъ подмѣтилъ, что періодъ наибольшаго выдѣленія цилиндровъ совпадаетъ съ періодомъ наибольшаго выдѣленія салициловой кислоты. Кромѣ того, сами цилиндры отличаются тѣмъ, что они гораздо длиннѣе и уже тѣхъ, что наблюдаются при настоящихъ нефритическихъ процессахъ. Эта картина почечнаго раздраженія скорѣе соотвѣтствуетъ катарральному, чѣмъ воспалительному состоянію. Для терапіи авторъ на основаніи своихъ наблюденій дѣлаетъ слѣдующіе выводы: въ хроническихъ и подострыхъ случаяхъ суставного ревматизма можно давать безъ вреда для почекъ мужчинамъ по 3, женщинамъ по 2 грм. салициловаго натра или аспирина въ день. Въ случаѣ обостреній можно дать 1 день 5 грм., а въ слѣдующіе опять по 3 или 2 грм. Назначеніе однократныхъ большихъ пріемовъ, по *Stricker*'у, безусловно противопоказуется въ виду происходящаго при этомъ несомнѣннаго повреждения почекъ. При остромъ сочленовномъ ревматизмѣ авторъ даетъ въ 1-й день большое количество (5—6 до 8 грм.) салициловаго натра или аспирина, раздѣляя его на небольшіе пріемы (по 0,5 грм. каждый часъ), а въ слѣдующіе дни по 3 грм.; въ концѣ лѣченія переходятъ къ 2 грм. и наконецъ къ 1 грм. въ день. Въ качествѣ вспомогательнаго средства, авторъ примѣняетъ сильное потѣніе, вызываемое нагрѣтымъ воздухомъ. Онъ убѣдился, что большіе однократные пріемы салициловыхъ препаратовъ, обыкновенно вызывающіе раздраженіе почекъ, не оказываютъ этого раздражающаго дѣйствія, если одновременно происходитъ сильное потѣніе. Изслѣдованіе пота однако показало, что выдѣленіе салициловой кислоты съ послѣднимъ не происходитъ и благопріятное дѣйствіе потѣнія на почки поэтому пока остается необъясненнымъ (Therapie der Gegenwart, февраль). *А. Коварскій.*

152. Д-ръ *Balvay* (Thèse de Lyon). *Кашель у чахоточныхъ.* Большинство чахоточныхъ очень часто кашляетъ понапрасну, и по большой части этотъ кашель можетъ быть устраненъ путемъ воспитанія; т. наз. сухой кашель долженъ исчезнуть. Чтобы достигнуть этого, требуется много терпѣнія и уговариваній со стороны врача и много послушанія со стороны больного. Доброй волѣ послѣдняго можно помочь назначеніемъ, напр., нѣсколькихъ глотковъ воды съ прибавленіемъ ароматическаго вещества или безъ него принимаемыхъ въ извѣстное время. *Lalesque* совѣтуетъ при позывѣ къ сухому кашлю медленно закрывать ротъ и дѣлать рядъ тихихъ и глубокихъ вдыханій чрезъ носъ, пока не исчезнетъ ощущеніе раздраженія гортани. Иногда достаточно нѣсколькихъ дней, чтобы такимъ образомъ побороть упорный кашель, не уступавшій никакимъ средствамъ. Водолѣченіе иногда составляетъ цѣнное пособіе, какъ средство, способствующее сну и укрѣпляющее нервную систему. Смотря по случаю, назначаютъ общія тепловатыя ванны, продолжительностью въ 20—30 мин. (около 36° Ц.), или души, сначала тепловатые, затѣмъ болѣе и болѣе прохладные. Кромѣ этого безполезнаго кашля, у чахоточныхъ бываетъ еще и полезный кашель, сопровождающійся отхаркиваніемъ мокроты. И этотъ кашель, чтобы не ослаблять силъ больного, подлежитъ упорядоченію. При кашлѣ, доводящемъ до рвоты, иногда полезны промыванія желудка; далѣе—ментолъ, по 0,05 — 0,2 въ день, который, по видимому, дѣйствуетъ непосредственно на блуждающій или сочувственный нервы и вызываетъ временную нечувствительность слизистой оболочки желудка; иногда полезенъ бромистый калій, особенно съ хлороформной водой. Послѣдняя составляетъ самое лучшее средство отъ такого кашля; полезно давать ее за 10 — 15 минутъ до ѣды (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 10 ноября 1903). *В. Дитманъ.*

153. Д-ръ *v. Tabora* (изъ клиники проф. *Riegel*'я въ Giessen'ѣ) описываетъ *случай рубцовой перетяжки желудка, излѣченной при помощи подкожныхъ впрыскиваній тіозинамина и примѣненія массажа.*

Больная, 54 л., жаловалась на отсутствіе позыва на ѣду и сильныя рвущія боли, наступавшія большею частью послѣ обильной ѣды, а иногда и не въ зависимости отъ пріема пищи. Боли продолжаются уже цѣлый годъ. При растяженіи желудка углекислымъ газомъ ясно обнаруживалось, что онъ имѣлъ форму песочныхъ часовъ, при чемъ былъ также значительно опущенъ: малая кривизна его находилась нѣсколько выше пупка, а линія, соединяющая обѣ выпуклости большой кривизны,—приблизительно на 3 поперечныхъ пальца ниже пупка. Изслѣдованіе желудочнаго сока обнаружило отсутствіе соляной и молочной кислотъ, незначительную общую кислотность и слабую переваривающую силу. Двигательная сила не была понижена. Обычное лѣченіе діэтой и болеутоляющими средствами оказалось безполезнымъ, и тогда было приступлено къ лѣченію тіозинаминомъ и массажемъ. Тіозинаминъ впрыскивался черезъ день подъ кожу конечностей въ количествѣ 1 к. стм. 20%-го водно-глицериноваго раствора. Массажъ производился по особому выработанному авторомъ способу: онъ примѣнялъ для этой цѣли желудочный зондъ, снабженный обыкновеннымъ воздуходувнымъ шаромъ. Послѣ введенія зонда желудокъ при помощи шара растягивался до средняго напряженія и тогда массировался (примѣнялся исключительно effleurage). Если во время массажа часть воздуха выходила, то эта убыль тотчасъ-же возмѣщалась новымъ сжатіемъ шара. Черезъ 3 мѣсяца такого лѣченія не только исчезли боли и другія субъективныя явленія, но и при объективномъ изслѣдованіи нельзя было уже обнаружить рубцевой перетяжки, такъ какъ большая кривизна получила совершенно нормальную форму. Больная прибавилась въ вѣсѣ на 12 ф. (Therapie der Gegenwart, февраль).

154. Проф. *Paltauf* (Вѣна). *Сущность и будущность сывороточнаго лѣченія.* Сывороточное лѣченіе по существу есть искусственное исцѣленіе силами природы заразной болѣзни и представляетъ одинъ изъ видовъ причиннаго (этіологическаго) лѣченія, которое, къ сожалѣнію, пока примѣнимо лишь при немногихъ заболѣваніяхъ; большинство нашихъ мѣропріятій направлено только противъ отдѣльныхъ припадковъ. При сывороточномъ лѣченіи мы, дѣйствительно, пользуемся тѣми самыми средствами, которыми располагаетъ и природа при исцѣленіи заразныхъ болѣзней. Заразная болѣзнь есть реакція организма на отравленіе токсическими веществами. Процессы исцѣленія стали выясняться, благодаря изученію явленій невоспріимчивости. Здѣсь, между прочимъ, стали извѣстны 2 механизма: 1) образованіе противутоксиновъ и 2) бактеріеубивающихъ или бактеріерастворяющихъ веществъ. Первые (противутоксины) обладаютъ способностью, соединяясь съ токсинами, давать безразличныя тѣла; въ противуполож-

Digitized by Google

ность къ противуядіямъ они не играютъ физіологической роли въ смыслѣ физіологически противуположнаго дѣйствія (такъ, напр., алкоголь расширяетъ сосуды, кофеинъ-же ихъ съуживаетъ); противутоксины не имѣютъ никакого вліянія на организмъ; они только связываютъ соотвѣтствующій токсинъ (напр., столбнячный противутоксинъ связываетъ только токсинъ столбнячныхъ палочекъ). Бактеріелизины, какъ показываетъ названіе, растворяютъ или убиваютъ бактеріи, т. е., если допустить грубое сравненіе, дѣйствуютъ на подобіе хинина, разрушающаго возбудителей перемежной лихорадки. Въ организмѣ, больномъ вслѣдствіе зараженія, при исходѣ въ выздоровленіе происходитъ образованіе противутоксиновъ, парализующихъ образовавшіеся яды, и бактеріелизиновъ, уничтожающихъ возбудителей болѣзни, чѣмъ и заканчивается заболѣваніе. Срокъ и быстрота образованія этихъ тѣлъ, ихъ количество и т. д. различны при различныхъ заболѣваніяхъ; въ этомъ, быть можетъ, и заключается причина тому, что одно заболѣваніе кончается внезапно, «кризисомъ», а другое—постепенно, «лизисомъ». Какъ извѣстно, при воспаленіи легкихъ часто приходится наблюдать, какъ при высокой лихорадкѣ, тяжелыхъ общихъ явленіяхъ, помраченіи сознанія, частомъ пульсѣ и т. д. въ теченіи нѣсколькихъ часовъ наступаютъ нормальная температура и хорошее самочувствіе, не смотря на то, что воспаленіе въ легкомъ еще продолжается; стало быть, не воспаленіе служитъ причиною лихорадки и прочихъ явленій, а вырабатываемые болѣзнетворнымъ началомъ яды; съ разрушеніемъ послѣднихъ исчезаютъ сразу субъективные припадки болѣзни, а вслѣдъ за этимъ уже идетъ обратное развитіе воспалительнаго очага. При возвратной горячкѣ послѣ нѣсколькодневной высокой лихорадки въ нѣсколько часовъ температура падаетъ на 4°—5°; въ крови тогда содержатся вещества, вредно дѣйствующія на спирохэтовъ, благодаря чему они могутъ быть захвачены бѣлыми кровяными тѣльцами и сдѣланы безвредными (фагоцитозъ). У животныхъ, которымъ дѣлаютъ искусственныя и повторныя прививки заразныхъ веществъ или прямо впрыскиваютъ бактерійные яды въ кровь или ткани, образуются названныя вещества и находятся обильнѣе всего въ кровяной сывороткѣ. Введеніе такой сыворотки больному человѣку и есть искусственное лѣченіе природными силами; благодаря тому, что эти вещества могутъ быть введены уже въ раннемъ періодѣ болѣзни и въ большомъ количествѣ, болѣзнь можетъ разрѣшиться кризисомъ, вмѣсто лизиса; напр., при дифтеріи, подъ вліяніемъ сыворотки, лихорадка и общія явленія исчезаютъ въ то время, когда мѣстныя измѣненія въ зѣвѣ еще продолжаются—подобно тому, какъ это бываетъ при воспаленіи легкихъ. Въ общемъ слѣдуетъ придерживаться того взгляда, что при уже начавшемся заболѣваніи дѣйствительны только противутоксическія сыворотки; дѣло въ томъ, что противутоксины обладаютъ также способностью привлекать къ себѣ отчасти и тѣ яды, которые уже восприняты и связаны органами и клѣтками, между тѣмъ, какъ бактеріерастворяющія, но не противутоксическія сыворотки врядъ-ли еще дѣйствительны, разъ болѣзнетворныя бактеріи уже распространены повсюду; онѣ только могутъ препятствовать зараженію, уничтожая небольшое количество бактерій. Это отчасти зависитъ отъ того, что бактеріелизины не представляютъ изъ себя простыхъ тѣлъ, а состоятъ изъ 2-хъ дѣйствующихъ началъ: тѣла, дающаго невоспріимчивость (Immunkörper) или амбоцептора, содержащагося въ сывороткѣ, и дополнительнаго (Komplement) или алексина, который поставляется самимъ организмомъ: если больной организмъ не въ состояніи воспроизвести это вещество или-же существуютъ какія-либо другія неблагопріятныя условія между нимъ и амбоцепторомъ, то дѣйствія не получается. Противутоксическія сыворотки могутъ быть приготовлены лишь въ томъ случаѣ, если возможно добыть токсины изъ бактерійныхъ разводокъ; въ заразахъ тифа, холеры и чумы яды содержатся въ самихъ тѣлахъ бактерій и пока еще не могутъ быть получены. Здѣсь при зараженіи животныхъ въ ихъ сывороткѣ получаются только бактеріерастворяющія вещества, но не противутоксины; такія сыворотки въ общемъ не примѣнимы для лѣченія, хотя противучумная сыворотка, по видимому, имѣетъ и цѣлительное значеніе; правда, ее примѣняютъ въ большихъ количествахъ (100—200 к. стм. и болѣе). Изъ только-что сказаннаго ясно, что примѣнимость сывороточнаго лѣченія ограничена и первоначальныя надежды на него были преувеличены. Тѣмъ не менѣе, въ послѣднее время явились нѣкоторыя точки опоры, позволяющія разсчитывать на болѣе широкое примѣненіе сывороточнаго лѣченія, а именно, есть надежда на добываніе внутриклѣточковыхъ бактерійныхъ ядовъ, напр., *тифознаго*, изъ которыхъ затѣмъ можно будетъ изготовить противутоксическую сыворотку (*Chantemesse*). Далѣе новыхъ успѣховъ можно ожидать отъ разнообразныхъ видоизмѣненій разводокъ и отъ болѣе разнообразнаго выбора служащихъ для опытовъ животныхъ. Такъ, *Tizzoni* удалось получить токсическую разводку *пнеймококковъ*, впрыскиваніе которой кроликамъ давало сыворотку, дѣйствительную для кроликовъ-же; но опыты съ этой сывороткой на людяхъ допускаютъ надежду на полученіе пригоднаго препарата и для людей. При *скарлатинѣ* задача сывороточнаго лѣченія, по видимому, рѣшена (см. стр. 254, № 156). Какъ на примѣръ тому, что отысканіе соотвѣтствующаго животнаго можетъ дать практическіе успѣхи у людей, можно указать на изслѣдованія *Sclavo*, *Sobernheim*'а и *Deutsch*'а относительно сыворотки *сибирской язвы;* путемъ вызыванія невоспріимчивости у овецъ не удавалось получить сыворотки, которая спасала-бы морскихъ свинокъ отъ зараженія сибирскою язвою; зато сыворотка, полученная путемъ вызыванія невоспріимчивости у лошадей, по сообщеніямъ, оказываетъ очевидную пользу какъ у заболѣвшихъ животныхъ, такъ и у людей. Успѣхи сывороточнаго лѣченія еще могутъ быть улучшены и выборомъ мѣста для впрыскиванія. Такъ, по видимому, впрыскиваніе *столбнячнаго* противутоксина въ нервную систему дастъ лучшіе результаты; то-же, быть можетъ, окажется и для *собачьяго бѣшенства.* Какъ видно изъ этого краткаго перечня, сывороточное лѣченіе еще не достигло законченности и для дальнѣйшихъ результатовъ требуетъ не только теоретическихъ соображеній, но и продолжительныхъ изслѣдованій путемъ опытовъ (Wiener medizinische Wochenschrift, 31 октября 1903).

**Глазныя болѣзни.** 155. Д-ръ *М. Ликерникъ* (Лодзь) предлагаетъ испытанный имъ съ успѣхомъ на самомъ себѣ слѣдующій *механическій способъ лѣченія трахомы:* оттянувъ нижнее вѣко пальцемъ лѣвой руки, обнажаютъ нижнюю переходную складку, къ которой прикладываютъ шарикъ небольшого (9—10 стм. длиною) крѣпкаго термометра, либо металлическій шарикъ, напр., никкелевый, укрѣпленный на кисточкѣ. Такой шарикъ имѣетъ 8 — 10 ммтр. въ поперечникѣ. Предъ употребленіемъ шарикъ ополаскиваютъ въ $^1/_2$ $^0/_0$-номъ растворѣ оксиціанистой ртути. Прежде всего этимъ увлажненнымъ шарикомъ производятъ сильный массажъ переходной складки въ горизонтальномъ направленіи, при чемъ его многократно прижимаютъ къ кости нижняго края глазницы. Затѣмъ шарикъ опять ополоскиваютъ въ упомянутомъ растворѣ оксиціанистой ртути и влажнымъ вводятъ подъ наружный уголъ вѣка, а въ дальнѣйшемъ, отталкивая, елико возможно, верхнее вѣко отъ глазного яблока, вводятъ шарикъ дальше въ сторону соединительнооболочечнаго мѣшка, что удается безъ прикосновенія шарика къ глазному яблоку. Благодаря движеніямъ, производимымъ шарикомъ вправо и влѣво, и усиленному его оттягиванію отъ глазного яблока, затѣмъ благодаря придавливанію верхней переходной складки къ верхнему краю глазницы, механически выжимается соединительнооболочечный мѣшокъ, растягиваются какъ хрящъ вѣка, такъ и круговая мышца. Въ жидкости, примѣняемой для прополаскиванія (растворъ оксисинеродистой ртути) шарика прибора, собирается много гноя, эпителія, продуктовъ выдавливанія трахомы. Все это можетъ дѣлать по нѣсколько разъ въ день самъ больной или кто-либо изъ его окружающихъ. Въ началѣ лѣченія вслѣдствіе усиленнаго растягиванія соединительнооболочечнаго мѣшка появляются легкія кровотеченія, которыя проходятъ чрезъ нѣсколько сеансовъ. Способъ этотъ безболѣзненъ, не требуетъ примѣненія кокаина. Больные, которые цѣлыми мѣсяцами лѣчились смазываніями адскаго камня и сѣрнокислой мѣди и которымъ авторъ производилъ выдавливаніе зеренъ щипчиками *Knapp*'а, получали въ ско-

Digitized by Google

ромъ времени облегченіе отъ этого способа: а) вслѣдствіе устраненія судороги круговой мышцы, бывшей до лѣченія или вызванной туширováніемъ; б) вслѣдствіе механическаго удаленія значительнаго количества гноя и продуктовъ трахомы. Дальнѣйшіе результаты этого лѣченія: 1) соединительная оболочка дѣлается блѣдной, прозрачной, а *Meibom*'іевы железы — видимыми; 2) хрящъ вѣка теряетъ свою твердость; 3) отдѣленіе становится скуднымъ; глаза, которые цѣлыми годами по утрамъ представлялись слипшимися, а въ теченіи дня—гноившимися, не выдѣляли уже слизисто-гнойной жидкости; 4) начальныя ступени ectropion и entropion быстро проходятъ; 5) трахоматозный pannus заживаетъ безъ примѣненія другихъ средствъ. Въ самыхъ тяжелыхъ случаяхъ авторъ примѣняетъ атропинъ и желтую ртутную мазь. Благопріятные итоги далъ автору этотъ способъ у 70 больныхъ, при чемъ ни разу ему не пришлось примѣнить ни кантопластики, ни туширования (Czasopismo lekarskie, январь). *С. Островскій.*

**Дѣтскія болѣзни.** 156. Д-ръ *Paul Moser* (Вѣна). *Сывороточное лѣченіе скарлатины.* Уже давно выдающаяся роль при скарлатинѣ приписывается цѣпекоккамъ, при чемъ одни смотрятъ на нихъ, какъ на вторичное зараженіе, другіе же видятъ въ нихъ первичную причину заболѣванія скарлатиной. Доказательствомъ въ пользу второго мнѣнія можетъ служить многократное нахожденіе цѣпекокковъ въ крови, черепно-спинно-мозговой жидкости и въ органахъ умершихъ отъ скарлатины, не говоря уже о почти правильномъ присутствіи ихъ въ носу и зѣвѣ скарлатинныхъ. Другимъ подкрѣпленіемъ для этіологическаго значенія цѣпекокковъ при скарлатинѣ послужили нѣсколько работъ надъ склеиваніемъ этихъ микробовъ. Этотъ способъ изслѣдованія позволяетъ также болѣе тонкое различеніе цѣпекокковъ, такъ какъ по отношенію къ склеиванію получается разница у цѣпекокковъ, добытыхъ изъ организма животныхъ и человѣка. Подобныя же различія получены и въ склеивающихъ способностяхъ скарлатинныхъ цѣпекокковъ и цѣпекокковъ при другихъ заболѣваніяхъ; такъ, напр., по степени склеиванія путемъ скарлатинной сыворотки можно было отличить цѣпекокки, выращенные изъ крови скарлатинныхъ больныхъ, отъ цѣпекокковъ другого происхожденія. *Marmorek* первый пытался лѣчить скарлатину, и главнымъ образомъ ея осложненія, сывороткою, добытою при помощи цѣпекокковъ, одаренныхъ высокою степенью вредоносности вслѣдствіе проведенія чрезъ тѣло животныхъ. Но эти опыты были недоказательны и не имѣли успѣха, какъ и послѣдующія изысканія *Aronson*'а, *Koch*'а, *Petruschky* и *Tavel*'я. Подобно послѣднему, авторъ, подъ руководствомъ проф. *Paltauf*'а, испыталъ иммунизацію болѣе крупныхъ животныхъ (лошадей) и болѣе легкихъ (кроликовъ)—цѣпекокками, не проведенными чрезъ тѣло животныхъ и добытыхъ изъ крови при различныхъ случаяхъ скарлатины. Число употреблявшихся для этого разводокъ равняется 30; разводки (бульонныя) смѣшивались и затѣмъ впрыскивались лошадямъ въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ; затѣмъ, чрезъ 2 недѣли послѣ послѣдней прививки изъ вены лошади выпускаютъ около 7 литровъ крови; отстоявшаяся сыворотка пригодна къ употребленію только черезъ 2 — 3 недѣли. Затѣмъ лошади вновь получаютъ прививки съ 5—7-дневными промежутками, а кровь извлекаютъ съ промежутками 6—7 недѣль. Сыворотка сохраняется въ темномъ прохладномъ мѣстѣ и при этихъ условіяхъ не портится въ теченіи мѣсяцевъ. Впрыскиваніе производятъ при обычныхъ предосторожностяхъ, въ смыслѣ безгнилостности, насосомъ, ёмкостью въ 100 к. стм. (можно пользоваться и приборомъ *Dieulafoy*, соединяя его съ бутылкою съ сывороткою посредствомъ резиновой трубки); наконецъ д-ръ *Pirquet* построилъ для этой цѣли особый приборъ (продающійся у Löblich u. Dolmal, Wien IX, Spitalgasse). Иглу вкладываютъ въ приподнятую складку кожи живота и впрыскиваютъ всю сыворотку (до 200 к. стм.) въ одно и то-же мѣсто. Впрыскиваніе производится только 1 разъ; повторенія требуются весьма рѣдко. Опухоль на мѣстѣ впрыскиванія разсасывается быстро. Мѣсто укола залѣпляютъ ватою съ коллодіемъ, а сверху накладываютъ косынку или бинтъ. Впрыскиванія пока дѣлались только въ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины. Дѣйствіе впрыскиванія на лихорадку выражается тѣмъ, что уже въ теченіи первыхъ 4—30 час. температура падаетъ, иногда на 3° и болѣе, безъ замѣтныхъ явленій упадка. Одновременно уменьшаются частота дыханія и пульса. Нерѣдко сыпь быстро блѣднѣетъ; желтушное окрашиваніе кожи, разумѣется, исчезаетъ только черезъ нѣсколько дней. Весьма рѣзко дѣйствіе впрыскиванія на общее состояніе и на мозговыя явленія. Равнымъ образомъ оно устраняетъ явленія отравленія со стороны желудочно-кишечнаго канала (рвота, поносъ). Дѣйствіе впрыскиванія на пораженія носа и зѣва выражается тѣмъ, что при своевременномъ примѣненіи сыворотки почти никогда не наблюдается распространенныхъ разрушеній слизистой оболочки, а, если они уже существуютъ, то не принимаютъ обычнаго злокачественнаго характера; наклонность омертвѣлыхъ частей слизистой оболочки къ заживленію подчасъ поразительна. Осложненія и послѣдовательныя заболѣванія при сывороточномъ лѣченіи наблюдались значительно рѣже; нефритъ излѣчивался необычайно быстро. Что касается побочныхъ явленій, вызываемыхъ впрыскиваніемъ сыворотки, то сыпи наблюдались въ 73% случаевъ, рѣже наблюдали опуханіе суставовъ и железъ, отеки и поносы. Всѣ эти явленія исчезали безъ дурныхъ послѣдствій. До сихъ поръ впрыскиваніями были лѣчены 138 больныхъ, о которыхъ и сообщено въ печати; съ этого времени въ 2-хъ больницахъ лѣчено еще 48 больныхъ. Изъ 15 дѣтей, лѣченныхъ въ St.-Anna-Kinderspital, не умеръ ни одинъ ребенокъ; возрастъ дѣтей колебался отъ 2½ до 14 лѣтъ; впрыскиваніе дѣлалось на 1-ый до 5-го дня заболѣванія. Изъ 33 дѣтей въ отдѣленіи д-ра *Pospischill*'я умерли 13, изъ нихъ 4 въ первыя-же сутки; у остальныхъ 9 умершихъ были слѣдующія осложненія: у 3—*Löffler*'овская дифтерія, у 1 — дифтерія, коклюшъ и бугорчатка, у 1—корь, коклюшъ и воспаленіе легкихъ, у 1 — корь и воспаленіе легкихъ, у 1 — корь, дифтерія и воспаленіе легкихъ, у 1—дифтерія, коклюшъ, рожа и бугорчатка и у 1—корь и вѣтренная оспа. Возрастъ дѣтей былъ отъ 7 мѣсяцевъ до 10 лѣтъ; впрыскиванія дѣлались между 1-ымъ и 11-мъ днями заболѣванія (Wiener medizinische Wochenschrift, 31 октября 1903). *В. Дитманъ.*

**Болѣзни носа горла и уха.** 157. Д-ръ *Mercier-Bellevue* (Poitiers). *Случай хирургическаго вмѣшательства при остромъ воспаленіи средняго уха съ осложненіями.*

М. R., 35 л., обратилась къ *М.* 30/III 1902 г., жалуясь на сильныя головныя боли и легкую диплопію, появившуюся 3 дня назадъ. Передъ этимъ больная ухаживала за мужемъ, болѣвшимъ гриппомъ, и въ это время у нея были сильные боли въ ухѣ, которыя, однако, дней черезъ 8 утихли. Одновременно съ этимъ появилось обильное зловонное истеченіе изъ праваго уха. Черезъ 3 дня течь уменьшилась, но тогда начались жестокія головныя боли, захватывавшія всю правую сторону головы. Двойное видѣніе предметовъ присоединилось наканунѣ. Въ верхнезадней части барабанной перепонки имѣлось небольшое прободеніе съ каплей гноя. Верхушка сосцевиднаго отростка была чувствительна къ давленію, самый-же отростокъ на уровнѣ полости былъ мало чувствителенъ. Лихорадки не было. Авторъ предположилъ отитъ гриппознаго происхожденія съ осложненіями со стороны сосцевиднаго отростка и, вѣроятно, также и мозга. Больная отъ операціи отказалась. 1/IV головная боль и диплопія усилились, общее состояніе стало хуже, хотя повышеніе температуры не было. 2/IV операція. Полость сосцевиднаго отростка оказалась выполненною грибовидными разращеніями и гноемъ. Послѣдовательно были вскрыты всѣ клѣточки. Когда сосцевидная полость была тщательно вычищена, крышка ея оказалась размягченной и продырявленной въ серединѣ. Отверстіе это вело въ среднюю черепную ямку. По удаленіи омертвѣвшей покрышки и расширеніи отверстія можно было проникнуть въ нее концемъ мизинца. Средняя черепная ямка очищена отъ гноя и дренирована. Въ тотъ-же вечеръ головная боль уменьшилась. Черезъ недѣлю исчезъ параличъ наружной прямой мышцы глаза, а черезъ мѣсяцъ больная была выписана. Въ настоящее время она здорова; слухъ вполнѣ сохранился (Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 17 октября). *В. В. Д—нъ.*

158. Д-ръ *А. Ѳ. Гейманъ* (Варшава). *О лѣчебномъ значеніи адреналина при болѣзняхъ уха и носа.* По наблюденіямъ автора, адреналинъ не оправдалъ надеждъ, которыя на него возлагали. При ушныхъ болѣзняхъ онъ никакого значенія не имѣетъ, при болѣзняхъ-же носа дѣйствіе его ничтожно. Если при этомъ еще принять во вниманіе: 1) дороговизну этого средства; 2) непрочность растворовъ его и 3) вызываемыя имъ побочныя разстройства, то слѣдуетъ придти къ убѣжденію, что адреналинъ

Digitized by Google

скоро будетъ забытъ (Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 12 сентября). *В. В. Д.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 159. Д-ръ *B. Sklarek* испытывалъ въ Бреславской дерматологической клиникѣ проф. *Neisser*'а, примѣненіе *эмпироформа* (empyroform), представляющаго сгущенное производное формальдегида и дегтя. Сухой, гигроскопичный, коричневатый порошокъ эмпироформа имѣетъ слабый своеобразный запахъ, совсѣмъ ненапоминающій запаха дегтя. Въ водѣ онъ не растворимъ, растворимъ въ ацетонѣ и ѣдкихъ щелочахъ и трудно—въ хлороформѣ. По своему цвѣту и слабому запаху онъ представляетъ извѣстныя преимущества предъ дегтемъ, и охотно употребляется больными, такъ какъ мало пачкаетъ бѣлье и даже при длительномъ примѣненіи не вызываетъ ни явленій мѣстнаго раздраженія, ни отравленій, вырабатывая скорѣе привычку къ нему. Главное его достоинство это — въ высшей степени противозудящее и высушивающее дѣйствіе, допускающее употребленіе средствъ даже при мокнущей экземѣ. Авторъ примѣнялъ эмпироформъ въ чистомъ видѣ, въ порошкѣ, въ смѣси съ цинкомъ и крахмаломъ, въ формѣ 1—5—10—20%-го вазелина, свинцовой мази *Kaposi*, или 5—10—20%-го цинковаго тѣста; для смазываній, эмпироформъ лучше выписывать, въ виду его быстраго высыханія, въ небольшихъ количествахъ; напр. эмпироформа 15,0, талька и глицерина по ровну 10.0, перегнанной воды 20,0, или виннаго спирта и воды по ровну по 10,0; предъ употребленіемъ взбалтывать; при эритематозной, или шелушащейся экземѣ, равно при невыносливости кожею жирныхъ мазей, возможно примѣненіе эмпироформа въ видѣ настойки: эмпироформа 5,0—10,0, хлороформа и росноладонной настойки (t-rae benzoes), по ровну 50,0 (Therapie der Gegenwart, іюль, по перед. въ Klinisch-therapeutische Wochenschrift, № 28 и Dermatologisches Centralblatt, № 12). *А. Гаринъ.*

160. Д-ръ *С. Л. Богровъ*, подводя итогъ имѣющимся изслѣдованіямъ *о дѣйствіи свѣта на кожу въ здоровомъ и больномъ состояніи*, пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) свѣтъ дѣйствуетъ на нормальные элементы кожи стимулирующимъ образомъ; 2) въ бугоркахъ подъ вліяніемъ свѣта происходитъ перерожденіе и всасываніе элементовъ гранулемы, ведущія къ образованію рубца, иногда содержащаго въ небольшомъ количествѣ упругую ткань; 3) свѣтъ оказываетъ въ тканяхъ прямое бактереубійственное дѣйствіе; 4) ультрафіолетовые лучи обладаютъ лишь поверхностнымъ дѣйствіемъ; 5) видимые лучи правой 1/2 спектра (фіолетовые и синіе) играютъ наиболѣе существенную роль при благотворномъ дѣйствіи свѣта на глубоколежащія ткани; 6) при лѣченіи необходимы продолжительные сеансы, и потому обязательно—возможно полное устраненіе ультра-фіолетовыхъ лучей; 7) желательно пользованіе источниками свѣта, дающими много фіолетовыхъ и синихъ лучей, напр., т. наз. «желѣзнымъ свѣтомъ» (Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, № 11). *А. Гаринъ.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ внутреннихъ болѣзней.** (Отчетъ *Don Miguel*'я). Засѣданіе 5-го января. (Продолженіе, см. выше, № 5, стр. 180). Проф. *В. П. Образцовъ. О болѣзни Weyl'я.* За послѣднія 6 лѣтъ (1898—1903) въ мужское терапевтическое отдѣленіе Кіевской Александровской больницы поступили съ болѣзнью *Weyl*'я 34 больныхъ; изъ нихъ умерли 11, что составляетъ 32,3% смертности. Изъ 11 умершихъ вскрыты 8. На основаніи наблюденій надъ клиническимъ теченіемъ болѣзни и данныхъ патолого-анатомическаго и бактеріологическаго изслѣдованія докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Полученный имъ % смертности подтверждаетъ на основаніи клиническаго теченія болѣзни установленное уже и со стороны предсказанія мнѣніе о тождествѣ болѣзни *Weyl*'я и typhus biliosus наблюдавшагося въ Египтѣ и Сиріи (*Griesinger*, *Kartulis*, *Dramantopulos*). 2. Главное, что найдено при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи подъ микроскопомъ, это—подмѣченная уже многими изслѣдователями инфильтрація бѣлыми тѣльцами,—по изслѣдованіямъ докладчика, многоядерными—почекъ, печени, сердца и въ меньшей степени другихъ органовъ. 3. Селезенка въ случаяхъ докладчика и клинически и патолого-анатомически представляла незначительныя измѣненія, что совпадаетъ съ наблюденіями *Kartulis*'а, отчасти *Fiedler*'а и др. 4. Найденныя патолого-анатомическія измѣненія въ вдвое противъ нормы увеличенныхъ почкахъ, выражающіяся въ гиперэміи почечныхъ сосудовъ, гнѣздной инфильтраціи бѣлыми тѣльцами межканальцевыхъ пространствъ и въ перерожденіи эпителія канальцевъ, безъ явленій гломеруло-нефрита, объясняютъ отмѣченныя въ большинствѣ случаевъ докладчика совершенно своеобразныя свойства мочи при болѣзни *Weyl*'я: поліурію, низкій уд. вѣсъ, очень малое содержаніе бѣлка и громадное количество мочевыхъ цилиндровъ. 5. Съ наличностью въ сердечныхъ узлахъ такой-же инфильтраціи бѣлыми тѣльцами съ хроматолизомъ узловыхъ клѣтокъ, при незначительныхъ измѣненіяхъ самой сердечной мышцы, можно поставить въ связь сердечную смерть, наблюдавшуюся въ нѣкоторыхъ изъ случаевъ докладчика. 6. Въ печени, кромѣ инфильтраціи бѣлыми тѣльцами и дегенеративныхъ измѣненій въ печеночныхъ клѣткахъ, измѣненія въ желчныхъ каналахъ, остававшихся обыкновенно проходимыми, были незначительны; поэтому желтуху при болѣзни *Weyl*'я слѣдуетъ въ большинствѣ случаевъ признать не ретенціонною, а акатектическою (*Liebermeister*). 7. Во всѣхъ случаяхъ при патолого-анатомическихъ вскрытіяхъ найдено отмѣченное уже и прежними авторами присутствіе тягучей слизи, не встрѣчающейся (проф. *В. К. Высоковичъ*) ни при какой другой болѣзни (всѣ органы брюшной полости были какъ бы заключены въ гумми-арабикъ). Происхожденіе этой слизи пока не выяснено. Съ наибольшимъ постоянствомъ слизь эта встрѣчается въ околосердечной сумкѣ. 8. Взятая при жизни больныхъ кровь во всѣхъ случаяхъ оказалась стерильною. При посмертныхъ изслѣдованіяхъ въ органахъ и слизи сывороточныхъ полостей было найдено: 1 разъ стрептококкъ, 3 раза бѣлый стафилококкъ, въ 1 случаѣ какая-то не болѣзнетворная палочка, въ нѣкоторыхъ случаяхъ не удалось открыть микроорганизмовъ и при посмертномъ изслѣдованіи. Присутствіе этихъ микробовъ въ трупѣ должно быть признано слѣдствіемъ вторичнаго зараженія, послѣдовавшаго уже на почвѣ первичнаго ослабленія органовъ специфическимъ микробомъ болѣзни *Weyl*'я и его токсинами. 9. Общій характеръ клиническаго теченія, а также патолого-анотомическія данныя заставляютъ докладчика признать въ болѣзни *Weyl*'я—острую заразную болѣзнь—sui generis, съ неоткрытымъ еще микробомъ.

По мнѣнію *А. Е. Помбрака* (Романово-Борисоглѣбскъ) степень тяжести *Weyl*'евской болѣзни различна въ зависимости отъ того, въ какой мѣстности она протекаетъ: такъ, въ Александріи она представляетъ тяжелую болѣзнь, въ Кіевѣ—болѣе легкую, а въ Романово-Борисоглѣбскомъ уѣздѣ—настолько легкую, что во время эпидеміи весной 1902 г. изъ 15 случаевъ ни одинъ не окончился смертью. Брюшной и сыпной тифъ протекаютъ тамъ также весьма легко. Что касается пораженія почекъ при *Weyl*'евской болѣзни, то большею частью отмѣчалась только легкая альбуминурія, и лишь въ 1 случаѣ наступило тяжелое воспаленіе почекъ. То обстоятельство, что за 18 лѣтъ эпидемія этой болѣзни отмѣчена единственный разъ въ 1902 г., указываетъ, что эта болѣзнь sui generis.

Ч. пр. *Л. Е. Голубининъ* (Москва) считаетъ нозологическую самостоятельность *Weyl*'евской болѣзни не вполнѣ доказанной въ виду большого разнообразія припадковъ, силы заболѣванія и данныхъ бактеріологіи. *Г.* интересовался свойствами слизи, которую докладчикъ наблюдалъ въ брюшной полости, и спросилъ, не зависѣла-ли она отъ коллоиднаго перерожденія клѣтокъ?

*Докладчикъ:* Признаки *Weyl*'евской болѣзни очень характерны: внезапное начало, крайняя степень слабости, сильныя мышечныя боли—все вмѣстѣ представляетъ рѣзкую клиническую картину заразной болѣзни. Смѣшать ее можно только съ возвратнымъ тифомъ, при чемъ отличіемъ служитъ только степень развитія того или другого признака; если есть сомнѣніе, то всегда необходимо изслѣдовать кровь. Слизь не была подвергнута точному клиническому анализу.

*Н. Д. Титовъ* (Москва) спросилъ, не было-ли въ слизи муцина, а также, не найдено-ли въ сердцѣ измѣненій въ зависимости отъ алкоголизма, сифилиса и т. д., которыя могли-бы быть причиной внезапной смерти?

*Докладчикъ* указалъ, что слизь походила на аравійскую камедь, и что сердечнаго пораженія ему не пришлось наблюдать на вскрытіяхъ умершихъ отъ болѣзни *Weyl*'я; только въ сердечныхъ узлахъ найдены нѣкоторыя измѣненія.

*Е. П. Севостьяновъ* (с. Синодское): Слизь происходитъ изъ

Digitized by Google

бѣлыхъ тѣлецъ, желтуха—вслѣдствіе гибели красныхъ кровяныхъ шариковъ; слѣдствіемъ того-же явленія можно считать и смерть.

Ч. пр. *Ѳ. К. Гейслеръ* (Петербургъ) полагаетъ, что ни клиника, ни патологическая анатомія не говорятъ за выдѣленіе этой болѣзни въ особую группу. Одинаковая картина болѣзни можетъ наблюдаться отъ самыхъ разнообразныхъ причинъ; такъ, воспаленіе оболочекъ черепного и спинного мозга можетъ быть диплококковаго и менингококковаго происхожденія. Отрицательные результаты изслѣдованія крови обусловливаются недостаткомъ способовъ. Отличить *Weyl*'евскую болѣзнь отъ возвратнаго тифа можно по тому, что при послѣднемъ нѣтъ лейкоцитоза.

*Докладчикъ:* Мое личное впечатлѣніе таково, что эта болѣзнь sui generis.

Проф. *С. С. Боткинъ* замѣтилъ по поводу термина «sui generis», что фибринозное воспаленіе легкихъ имѣетъ опредѣленную клиническую и патолого-анатомическую картину, не смотря на то, что оно вызывается различными возбудителями. Проф. *Б.* находилъ въ сердечной мышцѣ лицъ, погибшихъ отъ *Weyl*'евской болѣзни, рѣзкія измѣненія, доходившія почти до степени *Zenker*'овскаго перерожденія. Онъ не сомнѣвается, что это—болѣзнь заразная.

Ч. пр. *Н. Н. Кириковъ:* Рѣшить, самостоятельна-ли болѣзнь *Weyl*'я, можно лишь послѣ того, какъ будетъ сдѣлано подробное изслѣдованіе крови. Прежніе авторы (*Aufrecht* и др.) указывали, главнымъ образомъ, на паренхиматозныя измѣненія, другіе—на межуточныя. При бактеріологическомъ изслѣдованіи были находимы кокки и proteus, такъ что есть какъ-бы 2 вида *Weyl*'евской болѣзни. Впервые эта форма была описана проф. *Seidlits*'емъ, и лишь затѣмъ *Landouzy* и др.

*П. Н. Холщевниковъ* (портъ Александра III) указавъ, что слизь въ брюшной полости обнаруживается не только при *Weyl*'евской болѣзни, но и при холерѣ, спросилъ, какая разница въ свойствахъ слизи при этихъ 2-хъ заболѣваніяхъ?

*Докладчикъ:* При холерѣ липки самые органы, а здѣсь органы какъ-бы включены въ слизь, подобную гуммиарабику. Проф. *В. К. Высоковичъ* не встрѣчалъ такой слизи ни при какомъ другомъ заболѣваніи.

Проф. *В. Д. Шервинскій* (Москва), резюмируя пренія, указалъ, что вопросъ о самостоятельности *Weyl*'евской болѣзни не рѣшенъ.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

**Отдѣлъ дѣтскихъ болѣзней.** (Отчетъ *С. Э. Островскаго*; см. выше, № 6, стр. 219). Засѣданіе 7 января. Почетнымъ предсѣдателемъ былъ предложенъ ч. пр. *Л. П. Александровъ* (Москва), а товарищемъ его—ч. пр. *А. О. Карницкій* (Кіевъ).

*А. О. Карницкій. Индивидуализирующій методъ при изученіи законовъ роста человѣческаго организма* (см. выше, стр. 238).

*К. А. Раухфусъ:* Индивидуализирующій способъ даетъ чрезвычайно важныя данныя, но, на ряду съ нимъ, и статистическій суммарный способъ также имѣетъ свое значеніе. Докладчикъ ссылается на Malling-Hansen'a и *Camerer*'a и можетъ показаться, что оба они были дѣтскими врачами. На самомъ-же дѣлѣ *Camerer*—отецъ научной постановки ученія объ обмѣнѣ веществъ въ дѣтскомъ возрастѣ—уѣздный врачъ въ Urach'ѣ (Würtemberg), а Malling-Hansen—священникъ.

*С. А. Острогорскій* (Петербургъ): Въ нѣкоторыхъ учебныхъ заведеніяхъ, напр., въ кадетскихъ корпусахъ, ведутся наблюденія подобнаго-же рода, но въ сравнительно рѣдкіе сроки, напр., 2 раза въ годъ. Если врачу приходится наблюдать юношей въ теченіи 7 лѣтъ, то въ результатѣ получается матеріалъ по индивидуализирующему способу. Есть печатная работа д-ра *А. А. Смирнова*, относящаяся къ кадетамъ Петербургскаго Александровскаго корпуса. Еще болѣе матеріала ненапечатаннаго имѣется у всѣхъ врачей кадетскихъ корпусовъ, которые весною и осенью изслѣдуютъ всѣхъ кадетъ, при чемъ обязаны приводить не только среднія цифры, но и отмѣчать всѣхъ особенно сильно прибывающихъ въ вѣсѣ, а равно и всѣхъ давшихъ убыль вѣса, и дать по возможности объясненіе по поводу каждаго отдѣльнаго случая. На основаніи своего матеріала я думаю, что цифры, наблюдавшіяся въ семьѣ докладчика, исключительно велики. Подобныя лица встрѣчались и мною среди кадетъ. Для того, чтобы дать этому объясненіе, надо хорошо знать всѣ данныя организма и всѣ условія его жизни. Было-бы крайне желательно, чтобы болѣе разрабатывались сырые матеріалы учебныхъ заведеній, гдѣ число наблюденій было-бы, конечно, больше, чѣмъ въ семьѣ.

*Н. Н. Кубе* (Петербургъ). *Кріоскопія мочи въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ.* Выводы: Точка замерзанія мочи дѣтей, вскармливаемыхъ груднымъ молокомъ, понижается постепенно съ возрастомъ, что, на ряду съ другими данными, указываетъ на постепенное увеличеніе обмѣна веществъ въ организмѣ грудного ребенка; точка замерзанія рѣзко понижается при переходѣ дѣтей съ грудного кормленія на смѣшанную пищу, а съ 3-го года она переступаетъ minimum, опредѣленный для взрослыхъ. При переходѣ дѣтей съ грудного кормленія на цѣльное коровье молоко точка замерзанія мочи понижается дов. значительно, но это пониженіе не соотвѣтствуетъ молекулярному насыщенію принимаемой пищи, такъ какъ молекулярное насыщеніе коровьяго молока нѣсколько меньше, чѣмъ женскаго. Ночью молекулярное насыщеніе мочи больше, чѣмъ днемъ. Измѣненія, происходящія въ мочѣ, при стояніи ея въ теченіи 24 час., понижаютъ ея точку замерзанія не больше, чѣмъ на 0,05°.

*Л. И. Луковскій* (Петербургъ). *Кріоскопія мочи при скарлатинѣ.* Докладчикъ производилъ свои наблюденія на скарлатинномъ отдѣленіи Петербургской Николаевской дѣтской больницы на больныхъ чистой скарлатиной и послѣдовательнымъ воспаленіемъ почекъ. При уменьшенномъ суточномъ количествѣ (200—600 к. стм.) мочи температура замерзанія, соотвѣтственно повышенію уд. вѣса, ненормально низка отъ—1—2°, указывая на бо́льшую молекулярную насыщенность мочи. Вслѣдствіе этого общій молекулярный діурезъ, не смотря на небольшое суточное количество мочи, не пониженъ, иногда даже повышенъ, указывая на усиленный обмѣнъ веществъ. Всѣхъ нефритиковъ въ различной ступени болѣзни и съ разнымъ исходомъ докладчикъ изслѣдовалъ 15. У всѣхъ нихъ отмѣчены явленія функціональной недостаточности почекъ. При скудномъ количествѣ (150—300 к. стм.) мочи $\Delta$ была очень близка къ температурѣ замерзанія нормальной человѣческой крови, колеблясь отъ—0,50° до—0,77°. Выводы: Не при всѣхъ нефритахъ моча даетъ указанія относительно почечной недостаточности. Послѣдняя обнаруживается рѣзче всего въ начальной ступени нефрита, въ періодѣ накопленія отековъ. Въ ступени спаденія отековъ функціональная способность почекъ приходитъ къ нормѣ, даже иногда увеличена. Въ тяжелыхъ смертельныхъ случаяхъ явленія недостаточности почекъ выражены очень рѣзко. Не смотря на недостаточное выдѣленіе плотныхъ молекулъ почками и накопленіе ихъ въ крови, въ случаяхъ средней тяжести, оканчивающихся выздоровленіемъ, не происходитъ пониженія точки замерзанія крови. Это достигается, по всей вѣроятности, тѣмъ, что кровь, чтобы сохранить нормальную точку замерзанія и постоянное осмотическое давленіе, разжижается, притягивая къ себѣ воду; происходятъ такимъ образомъ жидкокровіе и отеки. Если-же, не смотря на отеки, точка замерзанія крови понижена, а, слѣд., осмотическое давленіе ея повышено, то это свидѣтельствуетъ о глубокомъ измѣненіи отправленій почекъ, и положеніе такихъ больныхъ въ высшей степени опасно.

*И. А. Шабадъ* замѣтилъ, что на основаніи своихъ наблюденій онъ относится отрицательно къ клиническому значенію кріоскопіи.

*М. Я. Брейтманъ:* Кріоскопія имѣетъ огромное значеніе и при томъ преимущественно въ грудномъ возрастѣ. Такъ, $\Delta$ для крови новорожденнаго ребенка равна около—0,56°; такова-же точка замерзанія женскаго молока; поэтому молоко матери поступаетъ въ пищевые пути ребенка при идеальныхъ условіяхъ. Не то по отношенію къ коровьему молоку, точка замерзанія котораго нѣсколько ближе къ 0°, чѣмъ женскаго. Оказывается также, что можно приблизить точку замерзанія коровьяго молока къ точкѣ замерзанія женскаго, прибавляя къ нему, напр., молочный сахаръ или, что еще лучше, не вызывающій поносовъ *Soxhlet*'овскій питательный сахаръ.

Проф. *Н. П. Гундобинъ* указалъ на то, что кріоскопія уже дала нѣчто для клиники и, надо надѣяться, она дастъ еще бо́льшее.

Д-ръ *Рабиновичъ. Объ индикануріи у дѣтей.*

Въ преніяхъ принималъ участіе *К. А. Воловскій.*

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

**Отдѣлъ общей патологіи.** (Отчетъ *В. Я. Рубашкина*). Засѣданіе 5-го января. Почетный предсѣдатель—проф. *Н. Г. Ушинскій.*

*П. К. Угрюмовъ. О химическихъ измѣненіяхъ въ организмѣ животныхъ, рожденныхъ отъ истощенныхъ голоданіемъ производителей* (см. выше, № 2, стр. 41).

Проф. *Н. Г. Ушинскій*, отмѣтивъ новизну и интересъ приведенныхъ наблюденій, высказалъ предположеніе, что возможна аналогія между приплодомъ отъ голодавшихъ самцовъ и кастрированными животными относительно содержанія въ тканяхъ азота и углерода. У кастрированныхъ животныхъ лишеніе производительной способности влечетъ за собой обѣдненіе тканей азотомъ и обогащеніе ихъ жиромъ. Быть можетъ, что и приплоды отъ голодавшихъ самцовъ оказались-бы при дальнѣйшихъ наблюденіяхъ съ пониженной или совершенно отсутствующей производительной способностью.

*П. П. Авроровъ. Вліяніе гэмолитической сыворотки на составъ крови и обмѣнъ веществъ.* Выводы: Специфическая гэмолитическая сыворотка, высушенная in vacuo при

Digitized by Google

37° Ц., сохраняетъ свои гемолитическія свойства. Растворимость высушенной сыворотки въ физіологическомъ растворѣ поваренной соли не полная; большія количества 1—2%-го раствора такой сыворотки при впрыскиваніи въ ушную вену кролика вызываютъ быструю смерть при явленіяхъ рѣзкаго гемолиза; меньшія токсическія дозы, не смертельныя, вызываютъ значительныя разстройства въ организмѣ: рѣзкую одышку, апатичное состояніе, отказъ отъ пищи и питья, паденіе вѣса, пониженіе газоваго обмѣна, рѣзкое уменьшеніе количества красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и гемоглобина крови, пониженіе уд. вѣса крови и увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ; при повторныхъ впрыскиваніяхъ наблюдается постепенное привыканіе животнаго къ дѣйствію сыворотки и вырабатывается способность переносить болѣе значительныя дозы. Частыя повторенія впрыскиваній (черезъ 2—3 дня) даютъ картину прогрессирующаго заболѣванія, заканчивающагося смертью при явленіяхъ рѣзкаго малокровія. Спустя 2—3 дня послѣ однократнаго или повторнаго впрыскиванія болѣзненные припадки ослабѣваютъ, появляется позывъ на ѣду и начинается постепенное увеличеніе числа красныхъ шариковъ. Возвратъ крови къ нормѣ происходитъ въ теченіи многихъ (3—6) недѣль, смотря по силѣ заболѣванія.

По поводу доклада сдѣлали нѣсколько замѣчаній проф. *К. Н. Виноградовъ*, ч. пр. *Я. А. Каганъ*, ч. пр. *Ѳ. Я. Чистовичъ* и проф. *Н. Г. Ушинскій*.

Студ. *Веселкинъ*. *Изслѣдованія надъ минеральнымъ голоданіемъ*. Докладчикъ сообщилъ свои наблюденія о т. наз. солевомъ голоданіи, произведенныя на 2-хъ собакахъ. По установленіи нормы, когда собаки долгое время удерживали постоянство своего вѣса, имъ давалась пища, состоявшая изъ мяса, потерявшаго путемъ вымачиванія и варки 83% своихъ солей и вытопленнаго жира; для питья собаки получали перегнанную воду. Около недѣли собаки ѣли и пили охотно; затѣмъ всегда бо́льшая или меньшая часть пищи и питья оставалась несъѣденной и невыпитой; временами собаки совершенно отказывались отъ того и другого. Въ зависимости отъ уменьшенія пищи падалъ вѣсъ собакъ; такъ, 1-ая потеряла за все время голоданія 49,6%, 2-ая—45% своего вѣса. Количество мочи за все время голоданія было уменьшено. 1-ая собака голодала 59, 2-ая 71 день. Щелочность крови 1-ой собаки, равная при нормѣ 285 млгрм. NaOH на 100 к. стм. крови на 12-й день опыта поднялась до 325, затѣмъ упала до 200, потомъ опять поднялась до 280 и въ концѣ голоданія достигла 450 млгрм.; у 2-ой собаки къ концу голоданія щелочность крови была 503,48 млгрм., вмѣсто нормальныхъ 350. Стойкость кровяныхъ тѣлецъ послѣ кратковременнаго повышенія падала съ первыхъ-же дней опытовъ, при чемъ наиболѣе рѣзкое паденіе наблюдалось въ первые дни голоданія. Въ мочѣ, реакція которой уже въ первые дни измѣнилась изъ кислой на среднюю, наблюдались слѣдующія измѣненія: количество хлоридовъ рѣзко падало; азотъ въ первые дни голоданія выдѣлялся усиленно, въ дальнѣйшемъ же, соотвѣтственно малому количеству съѣдаемой пищи, онъ постепенно падалъ; фосфаты рѣзко падали съ перваго-же дня голоданія; количество выдѣляемаго амміака увеличилось.

*Е. А. Карташевскій*. *Вліяніе недостатка кислорода на обмѣнъ веществъ и теплопроизводство у животныхъ*.

Проф. *Н. М. Альбицкій*. *О газообмѣнѣ у животныхъ, находящихся въ газовой средѣ, бѣдной кислородомъ*.

Ч. пр. *Я. А. Каганъ*. *1) Матеріалы къ ученію о перемежающемся голоданіи и откармливанію. 2) Вліяніе голоданія на созрѣваніе и изверженіе яицъ у птицъ.*

**Отдѣлъ носовыхъ, горловыхъ и ушныхъ болѣзней.** (Отчетъ *В. В. Дитмана*). Засѣданіе 5 января.

*Е. М. Степановъ* (Москва). *Современное лѣченіе искривленій перегородки носа*. Изъ многочисленныхъ способовъ, предложенныхъ для этой цѣли, замѣтное распространеніе пріобрѣли 2: *Ash*'евскій—въ Америкѣ и *Krieg*'овскій (въ видоизмѣненіи *Killian*'а)—въ Европѣ. Докладчикъ произвелъ 25 операцій на искривленныхъ перегородкахъ; изъ нихъ 2 были сдѣланы по *Ash*'у, 3—по *Krieg*'у и 20—по *Krieg-Killian*'у. Выгоды *Ash*'евскаго способа, по отзывамъ американскихъ врачей, слѣдующія: 1) онъ приложимъ въ огромномъ большинствѣ случаевъ; 2) производится быстро; 3) рѣдко даетъ прободеніе перегородки; 4) въ совершенствѣ ее исправляетъ; 5) превосходно исправляетъ сколіозъ наружнаго носа и 6) крайне рѣдко даетъ возвраты (1:300). Его невыгоды: 1) необходимость (не безусловная) оперировать подъ общимъ наркозомъ въ положеніи *Rose* (даже при адреналинѣ); 2) тягостное для больныхъ, но безусловно необходимое ношеніе трубокъ *Mayer*'а отъ 8 дней до 4—5 недѣль; 3) хлопотливость ухода въ первые дни послѣ операціи и 4) рискъ смертельнаго исхода (описано 2 случая смерти отъ воспаленія мозговыхъ оболочекъ и 1 отъ гнилокровія). Въ обоихъ случаяхъ *Ash*'евской операціи у докладчика получился хорошій успѣхъ для дыханія и блестящій—въ смыслѣ исправленія наружнаго носа. При глубокомъ положеніи искривленія приложеніе инструментарія *Ash*'а затруднительно; докладчикъ въ своихъ случаяхъ оперировалъ ножомъ (по *Rethi*). Преимущества нѣмецкаго способа (*Krieg-Killian*'а) состоятъ въ слѣдующемъ: 1) приложимость ко всѣмъ случаямъ искривленія, какъ-бы обширны и глубоки они ни были; 2) выполнимость подъ кокаиномъ; 3) легкость послѣдовательнаго лѣченія при *Krieg*'овскомъ и почти полное отсутствіе его при *Krieg-Killian*'овскомъ способахъ; 4) невозможность возвратовъ; 5) благопріятное вліяніе на сколіозъ носа вообще, особенно-же при нѣкоторыхъ добавочныхъ операціяхъ на передней окраинѣ операціоннаго окна въ хрящѣ; 6) полное отсутствіе смертельныхъ исходовъ (описано около 300 операцій); 7) замѣчательное облегченіе доступа къ клиновидной и рѣшетчатымъ полостямъ, существенно ограничивающее показанія къ внѣносовымъ операціямъ при нагноеніяхъ въ нихъ (*Killian*); наконецъ, 8) рѣдкость послѣоперaціонныхъ прободеній при *Krieg-Killian*'овскомъ способѣ (довольно частыхъ при *Krieg*'овскомъ — 12 и болѣе %). Тѣневыя стороны операціи: 1) ея трудность, 2) продолжительность (отъ 15 мин. до 3 час. 10 мин.) и 3) изрѣдка бывающее (хотя и вполнѣ предотвратимое) неблагопріятное вліяніе на форму носа. Возрастъ больныхъ докладчика былъ отъ 13 до 36 лѣтъ. Всѣ больные страдали въ различной степени затрудненіемъ дыханія и разнаго вида насморками; нѣкоторые еще жаловались на носовой выговоръ, недостаточность резонанса въ носу, тугость слуха, стеканіе слизи въ глотку. Измѣненіе формы носа, не подлежавшее исправленію, отмѣчено въ 3 случаяхъ; 2 раза было присасываніе крыла носа при вдыханіи. У 3 больныхъ наблюдались приступы отраженнаго удушья, у 1 — коклюшеобразный кашель при пѣніи и по ночамъ, у 1—головныя боли и у 1—невозможность умственной работы, даже чтенія, во время ожесточеній постояннаго насморка. Вліяніе операціи на отраженные нейрозы и другія перечисленныя явленія было блестящее. Предшествующее лѣченіе у 11 больныхъ состояло въ гальванокаустическихъ и др. прижиганіяхъ, но часто только ухудшало положеніе больныхъ (и условія для операціи), вызывая обширныя сращенія. Только въ 6 случаяхъ не было осложненій въ видѣ гребней, остей или сращеній. Въ 5 случаяхъ были очень обширныя пластинчатые гребни (кристы), врѣзавшіеся въ боковую стѣнку носа и подчасъ сращенные съ нею. Истинные размѣры и даже иногда самое существованіе ихъ можно было опредѣлить только во время операціи. Въ 7 случаяхъ были пологіе гребни, доступные удаленію изъ-подъ слизистой оболочки; въ 1 случаѣ входное отверстіе было съужено (до 0,5 стм. въ поперечникѣ) сращеніемъ сверху, а въ 1 — въ хрящѣ имѣлось зарубцевавшееся окно отъ прежней операціи. Въ 1 случаѣ пришлось предпослать главной операціи удаленіе разращеній въ широкой сторонѣ, въ другомъ — удалить тамъ-же среднюю раковину, чтобы дать мѣсто выпрямленной перегородкѣ. Послѣдовательныхъ операцій (почти всегда на узкой сторонѣ) было много (удаленіе разращеній, остатковъ гребней, переднихъ концовъ нижнихъ раковинъ съ кусками кости при угрожающемъ сращеніи и передняго куска средней раковины, мѣшавшаго выпрямленію перегородки). Въ техникѣ производства операціи докладчикъ держался указаній *Krieg*'а и *Killian*'а и пользовался нѣкоторыми инструментами послѣдняго. Первые большіе куски онъ удаляетъ особыми щипцами, похожими на *Krieg*'овскіе, но берущими бо́льшіе куски хряща (около

Digitized by Google

2 стм. длины и 8 млм. ширины). Для работы въ глубинѣ хороши полипные щипцы *Heymann*'а; для гребней—различныя долота. Шовъ на верхній край накладывается коротенькими (въ 1 стм.) иглами, черезъ нижній край съ помощью иглы *Réverdin*'а, въ зарубку которой захватываетъ проведенная сверху нитка. Фиксація верхняго края при проколѣ иглой производится окончатымъ ушнымъ пинцетомъ съ прорѣзомъ въ этомъ окнѣ спереди (инструменты изготовлены Швабе въ Москвѣ). Въ 6 случаяхъ насѣченъ только хрящъ, въ 2—хрящъ и отвѣсная пластинка, въ 5—то-же и верхній край сошника (гребень), наконецъ, въ 7 — то-же и часть пластинки сошника. Такимъ образомъ искривленіе въ случаяхъ докладчика распространялось на костную часть перегородки болѣе, чѣмъ въ $^2/_3$ случаевъ. Въ 2 случаяхъ окостенѣніе хряща начиналось необычайно низко и въ 1 изъ нихъ костная перегородка пугала своей необычайной ломкостью. Сохранить всю слизистую оболочку на вогнутой сторонѣ удалось во всѣхъ случаяхъ (только въ 1 образовалось прободеніе съ горошину). Сохранить всю слизистую оболочку выпуклой стороны и получить первичное заживленіе удалось въ 12 случаяхъ; пожертвовать участками слизистой оболочки пришлось при пластинчатыхъ гребняхъ и рубцевыхъ сращеніяхъ (5 случаевъ), при очень трудной формѣ искривленія (1 случай), при операціонной недостачѣ въ хрящѣ (1 случай) и, наконецъ, въ 1 случаѣ кусочекъ слизистой оболочки вырѣзанъ былъ щипцами по недосмотру; кромѣ того, въ 3 случаяхъ при удаленіи гребней нечаянно оторваны болѣе или менѣе значительные куски прилежащей слизистой оболочки, что, впрочемъ, не вредило конечному результату, хотя и затягивало послѣдовательное лѣченіе. Послѣоперaціонное теченіе въ 6 случаяхъ (изъ нихъ въ 5 получилось первое натяженіе) нарушено: 2 раза жабой, 1 разъ гриппомъ, 1 разъ острымъ насморкомъ, кашлемъ и высокой температурой, 1 разъ вечерними повышеніями температуры въ теченіи 3 дней и 1 разъ острымъ гнойнымъ воспаленіемъ *Highmor*'овой полости. Продолжительность операціи колебалась отъ 1 до 3 и даже $3^1/_2$ час., что зависѣло отъ того, что докладчикъ охотно давалъ отдыхъ больному во время операціи и имѣлъ дѣло съ осложненными случаями. Интересны совершенно неожиданныя находки во время операціи (не включая сюда довольно обыкновенныхъ — гребней и разрощеній); это были: 1) нагноенія изъ области выше средней раковины; гной шелъ, убывая, недѣлю послѣ операціи; 2) выдѣленіе мутной тягучей слизи во время операціи оттудаже; 3) полипы величиною съ горошину и съ бобъ. Сравнивая американскій и нѣмецкій способы, докладчикъ находитъ, что послѣдній примѣнимъ во всѣхъ случаяхъ, между тѣмъ, какъ *Ash*'евскій въ подлинномъ видѣ—только при близко-лежащихъ искривленіяхъ, при пользованіи же ножомъ и долотомъ—и при нѣсколько болѣе глубокихъ; во многихъ случаяхъ докладчика (12) съ высокими и глубокими искривленіями онъ былъ-бы безусловно неприложимъ. По мнѣнію докладчика, способъ *Ash*'а относится къ нѣмецкому, какъ частный къ общему. Его область примѣненія—передняя, отчасти средняя части хряща, и въ случаяхъ съ отклоненіями кончика носа онъ заслуживаетъ даже предпочтенія передъ нѣмецкимъ, какъ болѣе легкій (предполагая возможность производства подъ кокаиномъ), но нужно быть увѣреннымъ, что искривленіе не заходитъ выше. Общее заключеніе изъ доклада таково, что искривленія носовой перегородки вполнѣ излѣчимы и что исправленіе ихъ есть одна изъ самыхъ благодарныхъ и блестящихъ операцій.

*М. С. Жирмунскій* (Петербургъ) *Къ оперативному лѣченію искривленій носовой перегородки.* По мѣсторасположенію искривленія носовой перегородки раздѣляются на верхнія и нижнія или отвѣсныя и горизонтальныя, по виду—на угловатыя или валикообразныя и пузырчатыя (съ соотвѣтствующей вогнутостью съ другой стороны). Встрѣчаются всевозможные переходные виды; иногда бываютъ двойныя искривленія въ видѣ вытянутой буквы S, изъ которыхъ одно лежитъ выше или сзади другого. Чаще всего искривленія бываютъ въ серединѣ перегородки или болѣе кпереди и книзу, въ хрящевой ея части, рѣже — на границѣ хрящевой и костной и еще рѣже—въ костной части; очень рѣдко искривленія встрѣчаются у хоанъ, и при томъ незначительныя. Указанія относительно частоты искривленій и преобладанія ихъ на лѣвой или правой сторонахъ разнорѣчивы. По происхожденію искривленія дѣлятся на травматическія, уравновѣшивающія (компенсаторныя) и физіологическія. Для исправленія искривленій перегородки существуетъ много способовъ, которые можно раздѣлить на 2 главныя группы: на безкровный и оперативный способы. Къ 1-ой группѣ относятся: предложенное *Michel*'емъ надавливаніе (около 50—100 разъ въ день) на противуположную отъ искривленія сторону носа, введеніе въ съуженную полость носа прессованныхъ губокъ, ламинарій, трубокъ и т. п. Понятно, этими средствами многаго достигнуть нельзя, такъ какъ по прекращеніи давленія перегородка въ силу своей упругости стремится принять первоначальное положеніе. При незначительныхъ искривленіяхъ, въ особенности, когда одновременно существуетъ утолщеніе слизистой оболочки, можно достигнуть расширенія просвѣта носа прижиганіями гальванокаутеромъ, хромовой кислотой, трихлороуксусной кислотой и т. д. Къ безкровному способу относится также электролизъ, но онъ дѣйствуетъ медленно и у многихъ вызываетъ сильную боль. На границѣ между безкровнымъ и хирургическимъ способами стоятъ попытки насильственнаго выпрямленія искривленій при помощи разныхъ щипцевъ. Изъ нихъ 1-ое мѣсто занимаютъ щипцы *Adams*'а; при помощи ихъ искривленная перегородка сперва приводится въ нормальное положеніе и въ такомъ состояніи удерживается въ продолженіе 3 дней особыми жомами. *Jurasz* соединилъ щипцы съ жомомъ въ одинъ общій инструментъ, такъ что всю операцію можно произвести въ одинъ пріемъ; послѣдовательное лѣченіе состоитъ во вкладываніи пластинокъ изъ слоновой кости съ цѣлью удержать выпрямленную перегородку въ нормальномъ положеніи; однако, кромѣ болѣзненности этого пріема, отъ сдавливанія щипцами получается иногда еще омертвѣніе слизистой оболочки съ образованіемъ прободенія перегородки. Къ оперативнымъ способамъ можно отнести примѣненіе рѣжущихъ щипцевъ. Изъ нихъ извѣстны: щипцы *Steele* и *Daly* съ 4-мя звѣздообразными острыми рубчиками на одной изъ вѣтвей и щипцы *Hope* со стальнымъ остріемъ, входящимъ въ отверстіе другой вѣтви. Посредствомъ этихъ инструментовъ продыравливаютъ перегородку въ нѣсколькихъ мѣстахъ, а затѣмъ выпрямляютъ ее щипцами *Adams*'а. *Böcker* и *Ash* пользуются щипцами на подобіе акушерскихъ съ 2 изогнутыми вѣтвями, изъ коихъ одна имѣетъ острый, другая же тупой конецъ. Этими щипцами можно прорѣзать перегородку въ разныхъ направленіяхъ, послѣ чего ее выпрямляютъ костными щипцами или пальцемъ. Къ болѣе кореннымъ операціямъ принадлежатъ разные способы вырѣзыванія частей искривленной перегородки. Изъ нихъ заслуживаютъ особеннаго вниманія способы *Hartmann*'а, *Petersen*'а и *Roux*. Способы ихъ состоятъ въ томъ, что они разрѣзываютъ слизистую оболочку по возможности далеко кзади, отсепаровываютъ ее отъ хряща и изъ послѣдняго вырѣзываютъ самую выдающуюся часть, а затѣмъ соединяютъ края слизистой оболочки швами. Въ послѣднее время *Hartmann* не щадитъ слизистой оболочки. *Hajek* производитъ одинъ отвѣсный разрѣзъ черезъ всю толщу перегородки позади искривленія и такой-же спереди его, и оба эти разрѣза соединяетъ однимъ горизонтальнымъ снизу искривленія; образующійся такимъ образомъ лоскутъ онъ передвигаетъ въ противуположную искривленію сторону. Наконецъ *Schech* отрѣзываетъ въ одинъ пріемъ длиннымъ пуговчатымъ ножемъ всю выдающуюся часть искривленія. Всѣ эти способы имѣютъ, однако, тотъ общій недостатокъ, что при значительныхъ искривленіяхъ, въ особенности въ заднихъ и верхнихъ частяхъ перегородки они весьма трудно выполнимы. Самыхъ лучшихъ успѣховъ, по мнѣнію докладчика, можно достигнуть способомъ *Rethi*. Послѣдній оперируетъ различно, смотря по тому, находится-ли искривленіе въ передней или задней части перегородки. Въ 1-мъ случаѣ онъ тонкимъ пуговчатымъ ножемъ производитъ разрѣзъ черезъ самую выдающуюся часть искривленія по направленію сзади и снизу кпереди и кверху и другой разрѣзъ сзади и сверху кпереди и

Digitized by Google

книзу черезъ всю толщу перегородки. Образовавшіеся такимъ образомъ 4 хрящевые лоскута онъ отодвигаетъ отъ съуженной стороны въ противуположную, затѣмъ въ теченіи нѣсколькихъ дней вкладываетъ каучуковыя трубки, обмотанныя сулемовой или дерматоловой марлей. Во 2-мъ случаѣ, т. е. если искривленіе находится въ задней части перегородки, бóльшая часть операціи производится съ противуположной, вогнутой стороны. Съ этой цѣлью съ выпуклой стороны вводятъ металлическую пластинку для защиты наружной стѣнки носа отъ пораненія, а съ вогнутой производятъ отвѣсный разрѣзъ на мѣстѣ самаго большого углубленія; 2-ой разрѣзъ ведется сзади и сверху кпереди и книзу до 1-го разрѣза или еще далѣе кпереди, если для этого имѣется свободное пространство; въ противномъ случаѣ передній разрѣзъ продолжается съ выпуклой стороны. Послѣдовательное лѣченіе — какъ въ 1-мъ случаѣ. Какъ видно, способъ *Rethi* довольно хлопотливъ; къ тому-же онъ вызываетъ сильное кровотеченіе, но съ этимъ можно бороться употребляя адреналинъ.—Способъ *докладчика* сочетанный. Онъ состоитъ изъ 3-хъ дѣйствій: 1) разрѣзъ всей толщи перегородки особыми крестообразно рѣжущими щипцами, 2) введеніе жома и в) вкладываніе металлическихъ трубокъ, покрытыхъ противугнилостной марлей или резиной. Разрѣзъ перегородки щипцами (которые были показаны) производится въ 1 пріемъ въ любомъ направленіи; если искривленіе находится въ передней части перегородки, то щипцы вводятся такъ, чтобы рѣжущая вѣтвь пришлась по возможности надъ самой выпуклой стороной и нѣсколько сзади искривленія. Если же искривленіе находится далѣе кзади и недоступно для щипцовъ, то рѣжущая вѣтвь входитъ въ вогнутую сторону, а другая (съ окончатой пластинкой на концѣ) въ соотвѣтствующую выпуклую сторону. Замыканіемъ щипцовъ искривленіе мгновенно разрѣзывается. Жомъ состоитъ изъ 2-хъ параллельно соединенныхъ между собою крѣпкихъ металлическихъ пластинокъ, приближающихся отъ дѣйствія винта. Для уменьшенія давленія жома на слизистую оболочку надъ пластинками его продѣваютъ резиновыя трубки. Жомъ оставляется въ полости носа 3 дня, причемъ онъ черезъ каждые 24 часа снимается и накладывается вновь. Операція производится при мѣстномъ обезболиваніи 10%-мъ растворомъ кокаина и обезкровливаніи адреналиномъ. Кровотеченіе какъ при операціи, такъ и при послѣдовательномъ лѣченіи самое ничтожное. Всю операцію можно произвести въ 10 мин., а на послѣдовательное лѣченіе требуется около 3—4 недѣль. Докладчикъ полагаетъ, что его способъ заслуживаетъ вниманія по причинѣ незначительной болѣзненности, почти полной безкровности и несложности самой операціи.

*Л. Е. Выгодскій* (Петербургъ). *Объ оперативномъ лѣченіи искривленій носовыхъ перегородокъ*. Разсмотрѣвъ происхожденіе и формы искривленія и сдѣлавъ краткій обзоръ наиболѣе распространенныхъ способовъ лѣченія, докладчикъ описалъ способъ выпрямленія перегородокъ, примѣняемый въ Клиническомъ Институтѣ В. К. Елены Павловны проф. *В. Н. Окуневымъ*.

*Н. П. Трофимовъ*: Изъ прослушанныхъ докладовъ видно, сколь разнообразны формы искривленія перегородки носа и потому, руководясь общими правилами хирургіи, необходимо разнообразить способы оперативнаго вмѣшательства сообразно съ каждымъ отдѣльнымъ случаемъ. Нерѣдко при небольшомъ искривленіи имѣется утолщеніе перегородки, по удаленіи котораго получается достаточная свобода носового дыханія. Для этого лучше всего пользоваться ножомъ *Moure*'а. Желательно выяснить, необходимо-ли предварительное приготовленіе носовой полости, чтобы избѣжать возможности зараженія раны при способѣ *Killian*'а, который, несомнѣнно, удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ, предъявляемымъ къ операціи съ точки зрѣнія хирургіи: удаленіе производится поднадкостнично, рана безгнилостна, заживленіе происходитъ первымъ натяженіемъ. Далѣе интересно знать, необходима-ли тампонація носа послѣ операціи? Обыкновенно тампонъ вызываетъ сильное раздраженіе слизистой оболочки. Тамъ, гдѣ требуется давленіе въ видахъ исправленія перегородки, тампонъ, конечно, показанъ, но, быть можетъ, встрѣчаются и такіе случаи, при которыхъ можно вести рану и подъ струпомъ, безъ тампона, какъ это дѣлаютъ нѣкоторые Берлинскіе и Вѣнскіе авторы.

*В. И. Воячекъ*: Искривленія перегородки раздѣляются на 2 категоріи: поражающія обѣ пластинки перегородки или только одну. Въ послѣднемъ случаѣ сложные оперативные способы можно замѣнить болѣе простымъ пріемомъ изсѣченія выступа перегородки съ помощью щипцовъ проф. *Н. П. Симановскаго* (изготовляемыхъ мастеромъ Шаплыгинымъ). Преимущества этого способа заключаются въ простотѣ пріемовъ, относительной безболѣзненности, легкости удаленія твердыхъ частей перегородки и меньшей опасности въ смыслѣ отравленія кокаиномъ, такъ какъ кокаинизація не производится въ такой сильной степени, какъ при сложныхъ операціяхъ.

*Н. А. Шнейдеръ*: Дополненіемъ къ 23 случаямъ *Е. М. Степанова* могутъ служить 20 случаевъ, въ которыхъ я дѣлалъ операцію по *Killian*'у. Въ 2-хъ случаяхъ имѣлось полное закрытіе одной ноздри, при чемъ у одного больного было срощеніе съ наружной носовой стѣнкой на протяженіи 1 стм., а у другого искривленная часть перегородки отшнуровывала передній конецъ нижней раковины въ видѣ вишни. Въ 3-мъ случаѣ средній ходъ былъ настолько съуженъ выступомъ, что, кромѣ бѣлой полоски гноя и вырывавшихся небольшихъ грануляцій, ничего нельзя было видѣть или нащупать зондомъ. Послѣ выпрямленія перегородки обнаружился полипъ въ воложскій орѣхъ и *Highmor*'итъ съ ихорознымъ гноемъ. Полипъ извлеченъ, а *Highmor*'ова полость промыта въ тотъ-же присѣстъ. Въ 4-мъ случаѣ также имѣлось нагноеніе въ *Highmor*'овой полости, но щель въ средній ходъ была шире и промываніе могло быть сдѣлано до операціи. Въ 5-мъ и 6-мъ случаяхъ былъ сильный шумъ въ соотвѣтствующемъ ухѣ. Послѣ операціи шумъ у одного больного исчезъ въ 3 мѣсяца, у другого значительно уменьшился за 2 недѣли. Въ 7-мъ случаѣ имѣлась отраженная боль въ надглазничной области, которая непосредственно послѣ операціи исчезла на 6 недѣль, а затѣмъ возобновилась въ болѣе слабой степени. Въ 8-мъ случаѣ съ часто появлявшеюся хрипотою и утомленіемъ голоса операція успѣха не имѣла. Въ остальныхъ случаяхъ имѣлись затрудненное дыханіе и гипертрофія нижней раковины широкой стороны, которая изсѣкалась попутно въ тотъ-же присѣстъ. Изъ 20 оперированныхъ только 5 были коечные, остальные—приходящіе. Операція производилась точно по способу *Killian*'а: полулунный разрѣзъ вокругъ передняго конца искривленія; отдѣленіе надхрящницы и надкостницы; въ томъ-же мѣстѣ разрѣзъ хряща по пальцу до надхрящницы противуположной стороны; отдѣленіе ея вмѣстѣ съ надкостницей; введеніе въ образовавшійся мѣшокъ носового зеркала съ длинными вѣтвями (особенность *Killian*'овскаго способа), между которыми остаются хрящъ и кость; послѣдніе удалялись, смотря по крѣпости, щипцами *Hartmann*'а и *Heymann*'а обоихъ типовъ. Продолжительность операціи отъ 1 ч. 25 мин. до ½-часа. Въ виду большой кропотливости, въ послѣднихъ 12 случаяхъ шва не накладывалось, что не приносило особаго ущерба, такъ какъ при тампонадѣ съ помощью того-же длиннаго зеркала смѣщенія слизистой оболочки не получалось. Кровотеченіе бывало значительное, но при пользованіи адреналиномъ въ послѣднихъ 4 случаяхъ операція протекала почти безкровно. Послѣ операціи производилась двусторонняя тампонада на 24 часа, возобновлявшаяся въ теченіи 1—3 сутокъ. До полнаго заживленія полость носа ежедневно промывалась физіологическимъ растворомъ хлористаго натрія и въ большинствѣ случаевъ нѣсколько разъ смазывалась 3—5%-нымъ растворомъ адскаго камня. Получалось полное выздоровленіе въ 7—18 дней, безъ корокъ и сухости. На основаніи всего сказаннаго способъ *Killian*'а можетъ быть названъ универсальнымъ.

*Е. М. Степановъ*: Зеркала *Killian*'а примѣняю и я, но часто предпочитаю имъ прямоугольные крючки, удерживаемые помощникомъ. Адреналинъ дѣйствуетъ превосходно, но кровотеченіе иногда, всё-таки, есть. Отказаться отъ швовъ не рѣшаюсь; не накладывая ихъ, пожалуй, можно выгадать ¼—½ часа времени, но съ предложенными мною иглами я надѣюсь зашивать еще быстрѣе. — (*Трофимову*) Раздраженія слизистой оболочки отъ тампона я не встрѣчалъ никогда, даже при случайномъ насморкѣ у оперированныхъ; цѣль тампона — не дренажъ, а сближеніе краевъ слизистой оболочки для лучшаго ихъ склеиванія. — При выступахъ, указанныхъ д-ромъ *Трофимовымъ*, послѣ спиливанія ихъ наблюдается удивительная наклонность къ воспалительному набуханію остатковъ хряща и образованію срощеній; въ подобныхъ случаяхъ я предпочитаю удаленію передняго конца нижней раковины удаленіе не только гребня, но и занимаемаго имъ участка перегородки.

*Н. А. Шнейдеръ*: Что касается тампонады, то я ее производилъ обыкновенно съ обѣихъ сторонъ съ цѣлью придавливанія другъ къ другу оставшихся мягкихъ частей и удержанія ихъ въ серединномъ положеніи. Кромѣ 2-дневнаго повышенія температуры до 37°,6 — 38° никакихъ непріятныхъ послѣдствій не наблюдалось.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### XXVIII. Изъ Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.

(Засѣданіе 26-го сентября 1903 г.)

*В. К. Ротъ* произнесъ прочувствованное слово, посвященное памяти покойныхъ дѣйствительнаго члена Общества *В. В. Му-*

2 стм. длины и 8 млм. ширины). Для работы въ глубинѣ хороши полипные щипцы *Heymann*'а; для гребней—различныя долота. Швовъ на верхній край накладывается коротенькими (въ 1 стм.) иглами, черезъ нижній край съ помощью иглы *Réverdin*'а, въ зарубку которой захватывается проведенная сверху нитка. Фиксація верхняго края при проколѣ иглой производится окончатымъ ушнымъ пинцетомъ съ прорѣзомъ въ этомъ окнѣ спереди (инструменты изготовлены Швабе въ Москвѣ). Въ 6 случаяхъ изсѣченъ только хрящъ, въ 2—хрящъ и отвѣсная пластинка, въ 5—то-же и верхній край сошника (гребень), наконецъ, въ 7 — то-же и часть пластинки сошника. Такимъ образомъ искривленіе въ случаяхъ докладчика распространялось на костную часть перегородки болѣе, чѣмъ въ $^2/_3$ случаевъ. Въ 2 случаяхъ окостенѣніе хряща начиналось необычайно низко и въ 1 изъ нихъ костная перегородка пугала своей необычайной ломкостью. Сохранить всю слизистую оболочку на вогнутой сторонѣ удалось во всѣхъ случаяхъ (только въ 1 образовалось прободеніе съ горошину). Сохранить всю слизистую оболочку выпуклой стороны и получить первичное заживленіе удалось въ 12 случаяхъ; пожертвовать участками слизистой оболочки пришлось при пластинчатыхъ гребняхъ и рубцевыхъ сращеніяхъ (5 случаевъ), при очень трудной формѣ искривленія (1 случай), при операціонной недостачѣ въ хрящѣ (1 случай) и, наконецъ, въ 1 случаѣ кусочекъ слизистой оболочки вырѣзанъ былъ щипцами по недосмотру; кромѣ того, въ 3 случаяхъ при удаленіи гребней нечаянно оторваны болѣе или менѣе значительные куски прилежащей слизистой оболочки, что, впрочемъ, не вредило конечному результату, хотя и затягивало послѣдовательное лѣченіе. Послѣоперационное теченіе въ 6 случаяхъ (изъ нихъ въ 5 получилось первое натяженіе) нарушено: 2 раза жабой, 1 разъ гриппомъ, 1 разъ острымъ насморкомъ, кашлемъ и высокой температурой, 1 разъ вечерними повышеніями температуры въ теченіи 3 дней и 1 разъ острымъ гнойнымъ воспаленіемъ *Highmor*'овой полости. Продолжительность операціи колебалась отъ 1 до 3 и даже $3^1/_2$ час., что зависѣло отъ того, что докладчикъ охотно давалъ отдыхъ больному во время операціи и имѣлъ дѣло съ осложненными случаями. Интересны совершенно неожиданныя находки во время операціи (не включая сюда довольно обыкновенныхъ — гребней и разращеній); это были: 1) нагноенія изъ области выше средней раковины; гной шелъ, убывая, недѣлю послѣ операціи; 2) выдѣленіе мутной тягучей слизи во время операціи оттуда-же; 3) полипы величиною съ горошину и съ бобъ. Сравнивая американскій и нѣмецкій способы, докладчикъ находитъ, что послѣдній примѣнимъ во всѣхъ случаяхъ, между тѣмъ, какъ *Ash*'евскій въ подлинномъ видѣ—только при близко-лежащихъ искривленіяхъ, при пользованіи же ножомъ и долотомъ—и при нѣсколько болѣе глубокихъ; во многихъ случаяхъ докладчика (12) съ высокими и глубокими искривленіями онъ былъ-бы безусловно неприложимъ. По мнѣнію докладчика, способъ *Ash*'а относится къ нѣмецкому, какъ частный къ общему. Его область примѣненія—переднія, отчасти среднія части хряща, и въ случаяхъ съ отклоненіями кончика носа онъ заслуживаетъ даже предпочтенія передъ нѣмецкимъ, какъ болѣе легкій (предполагая возможность производства подъ кокаиномъ), но нужно быть увѣреннымъ, что искривленіе не заходитъ выше. Общее заключеніе изъ доклада таково, что искривленія носовой перегородки вполнѣ излѣчимы и что исправленіе ихъ есть одна изъ самыхъ благодарныхъ и блестящихъ операцій.

*М. С. Жирмунскій* (Петербургъ) *Къ оперативному лѣченію искривленій носовой перегородки.* По мѣсторасположенію искривленія носовой перегородки раздѣляются на верхнія и нижнія или отвѣсныя и горизонтальныя, по виду—на угловатыя или валикообразныя и пузырчатыя (съ соотвѣтствующей вогнутостью съ другой стороны). Встрѣчаются всевозможные переходные виды; иногда бываютъ двойныя искривленія въ видѣ вытянутой буквы S, изъ которыхъ одно лежитъ выше или сзади другого. Чаще всего искривленія бываютъ въ серединѣ перегородки или болѣе кпереди и книзу, въ хрящевой ея части, рѣже — на границѣ хрящевой и костной и еще рѣже—въ костной части; очень рѣдко искривленія встрѣчаются у хоанъ, и при томъ незначительныя. Указанія относительно частоты искривленій и преобладанія ихъ на лѣвой или правой сторонахъ разнорѣчивы. По происхожденію искривленія дѣлятся на травматическія, уравновѣшивающія (компенсаторныя) и физіологическія. Для исправленія искривленій перегородки существуетъ много способовъ, которые можно раздѣлить на 2 главныя группы: на безкровный и оперативный способы. Къ 1-ой группѣ относятся: предложенное *Michel*'емъ надавливаніе (около 50—100 разъ въ день) на противуположную отъ искривленія сторону носа, введеніе въ съуженную полость носа прессованныхъ губокъ, ламинарій, трубокъ и т. п. Понятно, этими средствами многаго достигнуть нельзя, такъ какъ по прекращеніи давленія перегородка въ силу своей упругости стремится принять первоначальное положеніе. При незначительныхъ искривленіяхъ, въ особенности, когда одновременно существуетъ утолщеніе слизистой оболочки, можно достигнуть расширенія просвѣта носа прижиганіями гальванокаутеромъ, хромовой кислотой, трихлороуксусной кислотой и т. д. Къ безкровному способу относится также электролизъ, но онъ дѣйствуетъ медленно и у многихъ вызываетъ сильную боль. На границѣ между безкровнымъ и хирургическимъ способами стоятъ попытки насильственнаго выпрямленія искривленій при помощи разныхъ щипцевъ. Изъ нихъ 1-ое мѣсто занимаютъ щипцы *Adams*'а; при помощи ихъ искривленная перегородка сперва приводится въ нормальное положеніе и въ такомъ состояніи удерживается въ продолженіе 3 дней особыми жомами. *Jurasz* соединилъ щипцы съ жомомъ въ одинъ общій инструментъ, такъ что всю операцію можно произвести въ одинъ пріемъ; послѣдовательное лѣченіе состоитъ во вкладываніи пластинокъ изъ слоновой кости съ цѣлью удержать выпрямленную перегородку въ нормальномъ положеніи; однако, кромѣ болѣзненности этого пріема, отъ сдавливанія щипцами получается иногда еще омертвѣніе слизистой оболочки съ образованіемъ прободенія перегородки. Къ оперативнымъ способамъ можно отнести примѣненіе рѣжущихъ щипцевъ. Изъ нихъ извѣстны: щипцы *Steele* и *Daly* съ 4-мя звѣздообразными острыми рубчиками на одной изъ вѣтвей и щипцы *Hope* со стальнымъ остріемъ, входящимъ въ отверстіе другой вѣтви. Посредствомъ этихъ инструментовъ продыравливаютъ перегородку въ нѣсколькихъ мѣстахъ, а затѣмъ выпрямляютъ ее щипцами *Adams*'а. *Böcker* и *Ash* пользуются щипцами на подобіе акушерскихъ съ 2 изогнутыми вѣтвями, изъ коихъ одна имѣетъ острый, другая же тупой конецъ. Этими щипцами можно прорѣзать перегородку въ разныхъ направленіяхъ, послѣ чего ее выпрямляютъ костными щипцами или пальцемъ. Къ болѣе кореннымъ операціямъ принадлежатъ разные способы вырѣзыванія частей искривленной перегородки. Изъ нихъ заслуживаютъ особеннаго вниманія способы *Hartmann*'а, *Petersen*'а и *Roux*. Способы ихъ состоятъ въ томъ, что они разрѣзываютъ слизистую оболочку по возможности далеко кзади, отсепаровываютъ ее отъ хряща и изъ послѣдняго вырѣзываютъ самую выдающуюся часть, а затѣмъ соединяютъ края слизистой оболочки швами. Въ послѣднее время *Hartmann* не щадитъ слизистой оболочки. *Hajek* производитъ одинъ отвѣсный разрѣзъ черезъ всю толщу перегородки позади искривленія и такой-же спереди его, и оба эти разрѣза соединяетъ однимъ горизонтальнымъ снизу искривленія; образующійся такимъ образомъ лоскутъ онъ передвигаетъ въ противуположную искривленію сторону. Наконецъ *Schech* отрѣзываетъ въ одинъ пріемъ длиннымъ пуговчатымъ ножемъ всю выдающуюся часть искривленія. Всѣ эти способы имѣютъ, однако, тотъ общій недостатокъ, что при значительныхъ искривленіяхъ, въ особенности въ заднихъ и верхнихъ частяхъ перегородки они весьма трудно выполнимы. Самыхъ лучшихъ успѣховъ, по мнѣнію докладчика, можно достигнуть способомъ *Rethi*. Послѣдній оперируетъ различно, смотря по тому, находится-ли искривленіе въ передней или задней части перегородки. Въ 1-мъ случаѣ онъ тонкимъ пуговчатымъ ножемъ производитъ разрѣзъ черезъ самую выдающуюся часть искривленія по направленію сзади и снизу кпереди и кверху и другой разрѣзъ сзади и сверху кпереди и

Digitized by Google

книзу черезъ всю толщу перегородки. Образовавшіеся такимъ образомъ 4 хрящевые лоскута онъ отодвигаетъ отъ съуженной стороны въ противуположную, затѣмъ въ теченіи нѣсколькихъ дней вкладываетъ каучуковыя трубки, обмотанныя сулемовой или дерматоловой марлей. Во 2-мъ случаѣ, т. е. если искривленіе находится въ задней части перегородки, бóльшая часть операціи производится съ противуположной, вогнутой стороны. Съ этой цѣлью съ выпуклой стороны вводятъ металлическую пластинку для защиты наружной стѣнки носа отъ пораненія, а съ вогнутой производятъ отвѣсный разрѣзъ на мѣстѣ самаго большого углубленія; 2-ой разрѣзъ ведется сзади и сверху кпереди и книзу до 1-го разрѣза или еще далѣе кпереди, если для этого имѣется свободное пространство; въ противномъ случаѣ передній разрѣзъ продолжается съ выпуклой стороны. Послѣдовательное лѣченіе — какъ въ 1-мъ случаѣ. Какъ видно, способъ *Rethi* довольно хлопотливъ; къ тому-же онъ вызываетъ сильное кровотеченіе, но съ этимъ можно бороться употребляя адреналинъ.—Способъ *докладчика* сочетанный. Онъ состоитъ изъ 3-хъ дѣйствій: 1) разрѣзъ всей толщи перегородки особыми крестообразно рѣжущими щипцами, 2) введеніе жома и в) вкладываніе металлическихъ трубокъ, покрытыхъ противугнилостной марлей или резиной. Разрѣзъ перегородки щипцами (которые были показзны) производится въ 1 пріемъ въ любомъ направленіи; если искривленіе находится въ передней части перегородки, то щипцы вводятся такъ, чтобы рѣжущая вѣтвь пришлась по возможности надъ самой выпуклой стороной и нѣсколько сзади искривленія. Если же искривленіе находится далѣе кзади и недоступно для щипцовъ, то рѣжущая вѣтвь входитъ въ вогнутую сторону, а другая (съ окончатой пластинкой на концѣ) въ соотвѣтствующую выпуклую сторону. Замыканіемъ щипцовъ искривленіе мгновенно разрѣзывается. Жомъ состоитъ изъ 2-хъ параллельно соединенныхъ между собою крѣпкихъ металлическихъ пластинокъ, приближающихся отъ дѣйствія винта. Для уменьшенія давленія жома на слизистую оболочку надъ пластинками его продѣваютъ резиновыя трубки. Жомъ оставляется въ полости носа 3 дня, причемъ онъ черезъ каждые 24 часа снимается и накладывается вновь. Операція производится при мѣстномъ обезболиваніи 10%-мъ растворомъ кокаина и обезкровливаніи адреналиномъ. Кровотеченіе какъ при операціи, такъ и при послѣдовательномъ лѣченіи самое ничтожное. Всю операцію можно произвести въ 10 мин., а на послѣдовательное лѣченіе требуется около 3—4 недѣль. Докладчикъ полагаетъ, что его способъ заслуживаетъ вниманія по причинѣ незначительной болѣзненности, почти полной безкровности и несложности самой операціи.

*Л. Е. Выгодскій* (Петербургъ). *Объ оперативномъ лѣченіи искривленій носовыхъ перегородокъ.* Разсмотрѣвъ происхожденіе и формы искривленія и сдѣлавъ краткій обзоръ наиболѣе распространенныхъ способовъ лѣченія, докладчикъ описалъ способъ выпрямленія перегородокъ, примѣняемый въ Клиническомъ Институтѣ В. К. Елены Павловны проф. *В. Н. Окуневымъ.*

*Н. П. Трофимовъ*: Изъ прослушанныхъ докладовъ видно, сколь разнообразны формы искривленія перегородки носа и потому, руководясь общими правилами хирургіи, необходимо разнообразить способы оперативнаго вмѣшательства сообразно съ каждымъ отдѣльнымъ случаемъ. Нерѣдко при небольшомъ искривленіи имѣется утолщеніе перегородки, по удаленіи котораго получается достаточная свобода носового дыханія. Для этого лучше всего пользоваться ножомъ *Moure*'а. Желательно выяснить, необходимо-ли предварительное приготовленіе носовой полости, чтобы избѣжать возможности зараженія раны при способѣ *Killian*'а, который, несомнѣнно, удовлетворяетъ всѣмъ требованіямъ, предъявляемымъ къ операціи съ точки зрѣнія хирургіи: удаленіе производится поднадкостнично, рана безгнилостна, заживленіе происходитъ первымъ натяженіемъ. Далѣе интересно знать, необходима-ли тампонація носа послѣ операціи? Обыкновенно тампонъ вызываетъ сильное раздраженіе слизистой оболочки. Тамъ, гдѣ требуется давленіе въ видахъ исправленія перегородки, тампонъ, конечно, показанъ, но, быть можетъ, встрѣчаются и такіе случаи, при которыхъ можно вести рану и подъ струпомъ, безъ тампона, какъ это дѣлаютъ нѣкоторые Берлинскіе и Вѣнскіе авторы.

*В. И. Воячекъ*: Искривленія перегородки раздѣляются на 2 категоріи: поражающія обѣ пластинки перегородки или только одну. Въ послѣднемъ случаѣ сложные оперативные способы можно замѣнить болѣе простымъ пріемомъ изсѣченія выступа перегородки съ помощью щипцовъ проф. *Н. П. Симановскаго* (изготовляемыхъ мастеромъ Шаплыгинымъ). Преимущества этого способа заключаются въ простотѣ пріемовъ, относительной безболѣзненности, легкости удаленія твердыхъ частей перегородки и меньшей опасности въ смыслѣ отравленія кокаиномъ, такъ какъ кокаинизація не производится въ такой сильной степени, какъ при сложныхъ операціяхъ.

*Н. А. Шнейдеръ*: Дополненіемъ къ 23 случаямъ *Е. М. Степанова* могутъ служить 20 случаевъ, въ которыхъ я дѣлалъ операцію по *Killian*'у. Въ 2-хъ случаяхъ имѣлось полное закрытіе одной ноздри, при чемъ у одного больного было срощеніе съ наружной носовой стѣнкой на протяженіи 1 стм., а у другого искривленная часть перегородки отшнуровывала передній конецъ нижней раковины въ видѣ вишни. Въ 3-мъ случаѣ средній ходъ былъ настолько съуженъ выступомъ, что, кромѣ бѣлой полоски гноя и вырывавшихся небольшихъ грануляцій, ничего нельзя было видѣть или нащупать зондомъ. Послѣ выпрямленія перегородки обнаружился полипъ въ воложскій орѣхъ и *Highmor*'итъ съ ихорознымъ гноемъ. Полипъ извлеченъ, а *Highmor*'ова полость промыта въ тотъ-же присѣстъ. Въ 4-мъ случаѣ также имѣлось нагноеніе въ *Highmor*'овой полости, но щель въ среднемъ ходѣ была шире и промываніе могло быть сдѣлано до операціи. Въ 5-мъ и 6-мъ случаяхъ былъ сильный шумъ въ соотвѣтствующемъ ухѣ. Послѣ операціи шумъ у одного больного исчезъ въ 3 мѣсяца, у другого значительно уменьшился за 2 недѣли. Въ 7-мъ случаѣ имѣлась отраженная боль въ надглазничной области, которая непосредственно послѣ операціи исчезла на 6 недѣль, а затѣмъ возобновилась въ болѣе слабой степени. Въ 8-мъ случаѣ съ часто появлявшеюся хрипотою и утомленіемъ голоса операція успѣха не имѣла. Въ остальныхъ случаяхъ имѣлись затрудненное дыханіе и гипертрофія нижней раковины широкой стороны, которая изсѣкалась попутно въ тотъ-же присѣстъ. Изъ 20 оперированныхъ только 5 были коечные, остальные—приходящіе. Операція производилась точно по способу *Killian*'а: полулунный разрѣзъ вокругъ передняго конца искривленія; отдѣленіе надхрящницы и надкостницы; въ томъ-же мѣстѣ разрѣзъ хряща по пальцу до надхрящницы противуположной стороны; отдѣленіе ея вмѣстѣ съ надкостницей; введеніе въ образовавшійся мѣшокъ носового зеркала съ длинными вѣтвями (особенность *Killian*'овскаго способа), между которыми остаются хрящъ и кость; послѣдніе удалялись, смотря по крѣпости, щипцами *Hartmann*'а и *Heymann*'а обоихъ типовъ. Продолжительность операціи отъ 1 ч. 25 мин. до ½-часа. Въ виду большой кропотливости, въ послѣднихъ 12 случаяхъ шва не накладывалось, что не приносило особаго ущерба, такъ какъ при тампонадѣ съ помощью того-же длиннаго зеркала смѣщенія слизистой оболочки не получалось. Кровотеченіе бывало значительное, но при пользованіи адреналиномъ въ послѣднихъ 4 случаяхъ операція протекала почти безкровно. Послѣ операціи производилась двусторонняя тампонада на 24 часа, возобновлявшаяся въ теченіи 1—3 сутокъ. До полнаго заживленія полость носа ежедневно промывалась физіологическимъ растворомъ хлористаго натрія и въ большинствѣ случаевъ нѣсколько разъ смазывалась 3—5%-нымъ растворомъ адскаго камня. Получалось полное выздоровленіе въ 7—18 дней, безъ корокъ и сухости. На основаніи всего сказаннаго способъ *Killian*'а можетъ быть названъ универсальнымъ.

*Е. М. Степановъ*: Зеркала *Killian*'а примѣняю и я, но часто предпочитаю имъ прямоугольные крючки, удерживаемые помощникомъ. Адреналинъ дѣйствуетъ превосходно, но кровотеченіе иногда, всё-таки, есть. Отказаться отъ швовъ не рѣшаюсь; не накладывая ихъ, пожалуй, можно выгадать ¼—½ часа времени, но съ предложенными мною иглами я надѣюсь зашивать еще быстрѣе. — (*Трофимову*) Раздраженія слизистой оболочки отъ тампона я не встрѣчалъ никогда, даже при случайномъ насморкѣ у оперированныхъ; цѣль тампона — не дренажъ, а сближеніе краевъ слизистой оболочки для лучшаго ихъ склеиванія. — При выступахъ, указанныхъ д-ромъ *Трофимовымъ*, послѣ спиливанія ихъ наблюдается удивительная наклонность къ воспалительному набуханію остатковъ хряща и образованію срощеній; въ подобныхъ случаяхъ я предпочитаю удаленію передняго конца нижней раковины удаленіе не только гребня, но и занимаемаго имъ участка перегородки.

*Н. А. Шнейдеръ*: Что касается тампонады, то я ее производилъ обыкновенно съ обѣихъ сторонъ съ цѣлью придавливанія другъ къ другу оставшихся мягкихъ частей и удержанія ихъ въ серединномъ положеніи. Кромѣ 2-дневнаго повышенія температуры до 37°,6 — 38° никакихъ непріятныхъ послѣдствій не наблюдалось.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *XXVIII. Изъ Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.*

(Засѣданіе 26-го сентября 1903 г.)

*В. К. Ротъ* произнесъ прочувствованное слово, посвященное памяти покойныхъ дѣйствительнаго члена Общества *В. В. Му-*

Digitized by Google

*равьева* и членовъ корреспондентовъ *Ф. И. Бартелинка* и *О. О. Мочутковскаго*, и предложилъ почтить ее вставаніемъ.

*М. І. Гуревичъ. О внѣшнемъ видѣ нервныхъ элементовъ мозжечковой коры у молодыхъ млекопитающихъ.* Докладчикомъ изучена мозжечковая кора молодыхъ кроликовъ и котятъ (въ возрастѣ отъ 3 дней до 2 мѣс.), теленка и 3-хъ дѣтей (въ возрастѣ 1 - $1\frac{1}{2}$ мѣс.) по способу *Golgi-Ramon y Cajal*'я, при чемъ принимались во вниманіе отличительныя особенности формы нервныхъ элементовъ данной области у молодыхъ особей по сравненію съ взрослыми. Клѣтки *Purkinje* молодыхъ животныхъ отличаются слабымъ развитіемъ дерева протоплазматическихъ отростковъ; гладкіе дендриты, промежуточные между тѣломъ клѣточки и концевыми вѣточками, покрытыми придатками, весьма коротки и немногочисленны сравнительно съ тѣмъ, что наблюдается у взрослыхъ особей. Концевые дендриты коротки, прямы, но дов. толсты и грубы; они неравномѣрно покрыты придатками неправильной формы, большею частью безъ утолщенія на концѣ; одни изъ этихъ придатковъ коротки и имѣютъ видъ бородавокъ, другіе—длинны и имѣютъ нѣсколько утолщеній. Эти особенности выражены тѣмъ рѣзче, чѣмъ моложе особь. Клѣтки *Purkinje* различныхъ молодыхъ животныхъ представляютъ менѣе значительныя между собою различія, чѣмъ соотвѣтствующія клѣточки взрослыхъ. Чѣмъ выше животное, чѣмъ болѣе развитого и сложнаго типа достигаетъ клѣтка *Purkinje* у взрослой особи, тѣмъ значительнѣе различіе между клѣткою молодого и взрослаго животнаго одного и того-же вида. Такъ, напр., клѣтка *Purkinje* взрослаго человѣка по сравненію съ такою-же клѣткою ребенка гораздо болѣе отличается сложностью вѣтвленія дендритовъ, богатствомъ боковыхъ придатковъ и другими особенностями своей формы, чѣмъ клѣтки кошки по сравненію съ клѣточками котенка. Главныя отличительныя особенности молодой клѣточки *Purkinje* свойственны въ то-же время въ большей или меньшей степени клѣткамъ взрослыхъ млекопитающихъ низшихъ порядковъ, каковы, напр., грызуны. Поэтому клѣточка *Purkinje* ребенка болѣе сходна съ такою-же клѣточкой взрослой морской свинки, чѣмъ взрослаго человѣка. Клѣтки корзиночныя и клѣточки *Golgi* имѣютъ дендриты, усѣянные тѣмъ большимъ числомъ придатковъ и длинныхъ нитевидныхъ образованій (отпрысковъ), чѣмъ моложе животное. У взрослыхъ животныхъ дендриты этихъ элементовъ почти совершенно гладки. Такимъ образомъ оказывается, что, съ одной стороны, клѣточки *Purkinje* постепенно усложняютъ свой внѣшній видъ съ ростомъ организма и сходны въ этомъ отношеніи съ пирамидальными клѣточками мозговой коры (*Стефановская*, *Сухановъ*, *Бехтеревъ*); съ другой-же стороны, клѣточки корзиночныя и клѣточки *Golgi* упрощаютъ свою форму съ ростомъ особи, подобно клѣточкамъ переднихъ роговъ спинного мозга (*Гейеръ*). Докладчикъ, на основаніи различныхъ соображеній, считаетъ вѣроятнымъ предположеніе, что постепенное и наростающее развитіе клѣточекъ *Purkinje* и пирамидальныхъ зависитъ отъ несомнѣннаго усиленія функціональной дѣятельности этихъ важныхъ элементовъ вмѣстѣ съ ростомъ организма; обратное-же развитіе клѣтокъ *Golgi*, корзиночныхъ и клѣтокъ переднихъ роговъ спинного мозга, форма которыхъ болѣе проста, наоборотъ, у взрослыхъ животныхъ, зависитъ, вѣроятно, отъ постепенной потери этими элементами того, болѣе самостоятельнаго, значенія, которымъ они, по видимому, обладаютъ въ молодомъ организмѣ, еще развивающемся. Такъ, напр., несомнѣнно, что клѣтки переднихъ роговъ спинного мозга болѣе самостоятельны въ молодомъ возрастѣ, когда спинной мозгъ еще гораздо менѣе, какъ извѣстно, подчиненъ головному, чѣмъ у взрослыхъ людей.

*В. В. Воробьевъ* показалъ *мозгъ глухо-нѣмого падучнаго*. Краткая исторія болѣзни такова. До 2-го года больной развивался правильно и начиналъ уже говорить, когда вслѣдъ за паденіемъ съ коммода потерялъ способность произносить тѣ слова, которыя умѣлъ уже произносить; окружающіе тогда-же замѣтили, что у больного образовалась глухота; вскорѣ послѣ паденія было нѣсколько судорожныхъ припадковъ, быстро прекратившихся. На 7-мъ году новый ушибъ головы. Падучные припадки появились на 12-мъ году; сначала они были рѣдки, потомъ участились и не прекращались до самой смерти. Учился больной (въ спеціальной школѣ) съ нѣкоторымъ трудомъ; научился хорошо писать. За послѣдніе годы отмѣчался болѣе замѣтный упадокъ умственныхъ способностей, уменьшеніе интересовъ, раздражительность, апатія. На 37-мъ году (въ іюнѣ 1903 г.) заболѣлъ фибринозной пнеймоніей, поразившей сначала лѣвое, а затѣмъ и правое легкое; воспаленіе въ правомъ легкомъ не разрѣшилось, и чрезъ 3 недѣли послѣ легочнаго заболѣванія больной умеръ. На вскрытіи: омертвѣніе праваго легкаго; въ головномъ мозгу — срощеніе твердой мозговой оболочки плотными фиброзными (съ сосудами) тяжами съ костью и подлежащими оболочками; мягкая мозговая оболочка мутна, рѣзко утолщена вся, съ островками наибольшаго помутнѣнія, расположенными преимущественно въ лобныхъ доляхъ и въ двигательной области, особенно въ области обѣихъ извилинъ *Broca*; паутинная оболочка спаяна во многихъ мѣстахъ съ мягкой оболочкой, а мѣстами съ твердой; области спаиванія во многихъ мѣстахъ рѣзко втянуты, и сѣрое вещество мозговой коры, истонченное вообще, въ этихъ мѣстахъ атрофировано рѣзче всего; во многихъ мѣстахъ спаиванія мягкой оболочки съ паутинной, на послѣдней замѣтны плотныя, кругловатыя бляшки, въ отдѣльныхъ мѣстахъ доходящія величиной до горошины, въ другихъ—болѣе мелкія; мѣстами-же онѣ покрываютъ оболочки какъ-бы пылью; наибольшее распространеніе и величина упомянутыхъ бляшекъ совпадаютъ отчасти съ лобными долями, но главнымъ образомъ съ двигательными областями и преимущественно съ извилиною *Broca*; интересенъ тотъ фактъ, что striae acusticae выражены очень рѣзко. Голосовыя связки, какъ истинныя, такъ и ложныя, замѣтно утолщены.

*Л. С. Миноръ* указалъ на то, что бляшки, подобныя тѣмъ, какія отмѣчены докладчикомъ, составляютъ обычное явленіе въ спинномъ мозгу, начиная съ 40-лѣтняго возраста; онѣ сидятъ на паутинной оболочкѣ; въ головномъ мозгу онѣ встрѣчаются, по видимому, рѣже; въ спинномъ-же ихъ приходится встрѣчать иногда на протяженіи нѣсколькихъ стм.

*В. А. Муратовъ* выразилъ сомнѣніе, чтобы въ данномъ случаѣ можно было говорить объ окостенѣвающемъ лептоменингитѣ; подобныя бляшки встрѣчаются при разнообразныхъ болѣзняхъ; это—то, что *И. П. Мержеевскій* называетъ подагрой спинного мозга; присутствіе этихъ измѣненій связывать съ падучей трудно. Микроскопическое изслѣдованіе едва-ли подтвердитъ предположеніе, что здѣсь имѣется костная ткань; въ данномъ случаѣ можно говорить о петрификаціи; бываютъ эти бляшки и безъ всякаго менингита.

*Докладчикъ* замѣтилъ, что въ спинномъ мозгу такія бляшки, дѣйствительно, нерѣдки: въ головномъ-же онѣ, особенно въ такой рѣзкой формѣ, встрѣчаются, по видимому, рѣже. Для развитія глухонѣмоты, какъ и падучей, достаточны, помимо бляшекъ, рѣзкія общія и островчатыя измѣненія въ мозговыхъ оболочкахъ и подлежащихъ частяхъ мозговой коры. Самыя бляшки расположены преимущественно на мѣстахъ наибольшихъ измѣненій оболочекъ и коры; поэтому, едва-ли можно считать присутствіе ихъ столь безразличнымъ, какъ отложенія въ спинномъ мозгу.

*С. Сухановъ.*

## *XXIX — XXXI. Изъ Русскаго медицинскаго Общества въ Варшавѣ.*

(Засѣданіе 28-го октября 1903 г.).

*Г. Я. Свѣца. Изъ личныхъ воспоминаній о покойномъ проф. М. Д. Чаусовѣ.*

*Н. А. Голубниченко. Бактеріологическая оцѣнка способа очищенія воды іодомъ, предложеннаго Vaillard'омъ.* Отмѣтивъ трудность очистки питьевой воды въ военное время, вызвавшую, между многими другими, и появленіе способа *Vaillard*'а, докладчикъ изложилъ результаты своихъ опытовъ, произведенныхъ съ цѣлью выяснить предѣлъ загрязненія воды, устраняемаго упомянутымъ способомъ. Опыты показали, что въ стерилизованной водѣ отъ дѣйствія іода гибнутъ всѣ болѣзнетворные микроорганизмы, кромѣ спороносныхъ. Въ водѣ изъ городского водопровода уже не получается такой полной стерилизаціи, хотя цѣлесообразность примѣненія способа *Vaillard*'а не можетъ быть оспариваема. Такъ какъ на походѣ часто приходится пользоваться водой значительно меньше чистой, чѣмъ изъ городского водопровода, то докладчикъ намѣренъ продолжать опыты съ водой, явно загрязненной, изъ р. Вислы, ближайшихъ болотъ и пр., заражая всякій разъ испытуемую воду болѣзнетворными микроорганизмами.

*О. М. Креницкій. Къ вопросу объ усвоеніи азота и жировъ пищи при желудочной ахиліи (achylia gastrica) и о вліяніи естественнаго желудочнаго сока на это усвоеніе.* Опредѣляя усвоеніе азота и жировъ пищи у 2-хъ больныхъ съ желудочной ахиліей, докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. Если кишечникъ испытуемаго работаетъ нормально, то азотъ при молочной діэтѣ усваивается хорошо, при мясной же—недостаточно, такъ какъ много непереваренныхъ мышечныхъ волоконъ выдѣляется каломъ. Жиръ при молочной діэтѣ также усваивается хорошо, усвоеніе-же его при мясной пищѣ докладчикомъ не изслѣдовано. Въ случаѣ поноса азотъ и при молочной діэтѣ усваивается недостаточно; на усвоеніе жировъ поносъ, по видимому, не оказываетъ замѣтнаго вліянія. Примѣненіе у больныхъ собачьяго желудочнаго сока вполнѣ опредѣленныхъ результатовъ не дало, хотя азотистый обмѣнъ, несомнѣнно, подъ вліяніемъ его усиливался, что докладчикъ связываетъ съ повышеніемъ работы поджелудочной железы.

*Онъ-же* въ докладѣ *къ казуистикѣ множественнаго эхинококка брюшной полости* сообщилъ исторію болѣзни больного, наблюдавшагося имъ въ клиникѣ проф. *В. В. Кудревецкаго*, показалъ препаратъ и остановился на вопросѣ о происхожденіи множественнаго эхинококка.

Д-ръ *Гродзенскій* тоже привелъ *случай эхинококка* (съ предъявленіемъ препарата), представившій громадныя трудности въ распознаваніи даже во время оперативнаго вмѣшательства.

(Засѣданіе 22-го ноября 1903 г.).

Проф. *В. В. Максимовъ*, предсѣдатель Общества, показалъ больного съ огромной *аневризмой аорты*, представлявшейся въ видѣ бьющейся опухоли на передней поверхности груди, величиною въ дѣтскую головку.

*Онъ-же* представилъ молодого человѣка, выздоровѣвшаго послѣ чревосѣченія и вправленія кишекъ по поводу *ножевой раны живота съ громаднымъ выпаденіемъ кишекъ.* Больной былъ доставленъ въ состояніи значительнаго упадка силъ. При осмотрѣ оказалось, что черезъ небольшой проникавшій разрѣзъ живота, въ 3—4 стм., выступила огромная масса кишекъ вмѣстѣ съ сальникомъ, представляя комъ въ человѣческую голову. Подъ наркозомъ было устранено расширеніемъ брюшной раны ущемленіе внутренностей, остановлено кровотеченіе (изъ глубокой

Digitized by Google

нижней надчревной артеріи) произведена очистка брюшной полости, вправлены кишки и брюшина зашита наглухо, покровы и мышцы-же особымъ швомъ не на всемъ протяженіи: нижній уголъ раны оставленъ несшитымъ для выведенія выпускника, ибо въ этомъ мѣстѣ рана и была нанесена ножемъ злоумышленника. Послѣдующее заживленіе безъ осложненій.

*Онъ-же* показалъ больную послѣ *двукратнаго изсѣченія кишки по поводу бугорчатковаго пораженія ея.* Лѣтомъ 1902 г. больная поступила въ клинику изъ-за болей въ правой нижней части живота, съ неправильными испражненіями, въ которыхъ временами показывалась кровь. При изслѣдованіи обнаружена правая подвижная почка, пораженіе слѣпой кишки, съ подозрѣніемъ на бугорчатковое происхожденіе его, и подвижная упругая опухоль, исходившая изъ правой ½ малаго таза, оказавшаяся кистой яичника. Произведено было изсѣченіе слѣпой кишки и кисты яичника; препаратъ вырѣзанной слѣпой кишки подтвердилъ распознаваніе бугорчатковаго пораженія ея. Больная стала поправляться и, по видимому, вполнѣ здоровой выписалась изъ клиники. Однако черезъ нѣсколько мѣсяцевъ боли въ животѣ, поносы и пр. возобновились. Въ февралѣ 1903 г. распознанъ возвратъ бугорчатковаго процесса; больная вновь поступила въ клинику и подверглась операціи. На этотъ разъ пришлось произвести изсѣченіе еще 25 стм. ободочной кишки (препаратъ былъ показанъ), при чемъ распознаваніе подтвердилось. Оперированная, по видимому, вполнѣ поправившись, выписалась изъ клиники.

*П. П. Пименовъ* сдѣлалъ сообщеніе—*О способѣ Sahli изслѣдованія химизма желудка*, при чемъ на основаніи своихъ наблюденій надъ 9 лицами и на основаніи опытовъ съ пищевареніемъ у собакъ, у которыхъ сдѣланъ былъ свищъ, а также съ искусственнымъ пищевареніемъ въ колбахъ высказалъ убѣжденіе, что однородности супа *Sahli* и, слѣд., равномѣрнаго распредѣленія въ немъ жира въ дѣйствительности не бываетъ, такъ что означенный способъ не можетъ усовершенствовать общепринятой въ настоящее время методики изслѣдованія химизма желудка.

*А. Г. Науманъ* въ докладѣ—*Къ вопросу о вибраціонной чувствительности* изложилъ выводы изъ своихъ изслѣдованій по физіологіи этой чувствительности. Главнѣйшіе изъ нихъ: высшая граница относительно частоты воспринимаемыхъ вибрацій въ секунду для костей вообще и черепныхъ въ частности различна (для первыхъ около 500 колебаній въ 1 сек., для вторыхъ около 250); различна также и область наилучшихъ воспріятій—для костей вообще она заключается въ предѣлахъ отъ 100—200 колебаній въ секунду, для черепныхъ-же костей въ предѣлахъ отъ 60 до 100; низшая граница вибраціонныхъ ощущеній лежитъ гораздо дальше, чѣмъ граница слуховыхъ воспріятій, и для костей черепа, по видимому, дальше, чѣмъ для прочихъ; на вибраціонныя ощущенія сильное тормозящее вліяніе оказываетъ природная и искусственная фиксація костей; области суставовъ и периферическіе отдѣлы нашего тѣла (конечности) по преимуществу хорошо воспринимаютъ вибраціи; наростаніе вибраціоннаго ощущенія распознается точнѣе, чѣмъ уменьшеніе его; слуховыя воспріятія подавляютъ вибраціонныя и, наоборотъ, первыя усиливаются послѣдними. Докладчикъ въ заключеніе привелъ рядъ соображеній въ пользу того, что для воспріятія вибрацій служатъ по преимуществу глубокія околокостныя нервныя окончанія встрѣчающіяся, вѣроятно, въ особомъ изобиліи въ области суставовъ.

Проф. *М. А. Васильевъ* въ сообщеніи—*Аппендицитъ въ паховыхъ грыжахъ у мужчинъ* привелъ исторію болѣзни одного больного, успѣшно оперированнаго имъ по поводу этой рѣдкой формы, и представилъ какъ полученный послѣ операціи препаратъ, такъ и сдѣланные съ него рисунки (макро-и микроскопическій видъ). На основаніи этого случая и 62-хъ изъ литературы, собранной докладчикомъ ad hoc, онъ изложилъ подробно этіологію, патологію, теченіе, распознаваніе, предсказаніе и лѣченіе аппендицита въ паховыхъ грыжахъ, а отчасти и исторію этого вопроса (первое описаніе принадлежитъ *Sandifort*'у въ концѣ XVIII вѣка). По даннымъ докладчика, чаще встрѣчается аппендицитъ въ правыхъ паховыхъ грыжахъ, но въ 8% случаевъ онъ бываетъ и въ лѣвыхъ. Ранній и преклонный возрастъ наиболѣе предрасполагаютъ къ аппендициту въ паховыхъ грыжахъ у мужчинъ. Коренное лѣченіе состоитъ въ удаленіи червеобразнаго отростка.

(Засѣданіе 13-го декабря 1903 г.).

Проф. *В. В. Кудревецкій* представилъ больного *съ идіопатической гипертрофіей селезенки.* Больной находится подъ наблюденіемъ докладчика болѣе 4-хъ лѣтъ (амбулаторно) и за все это время пользовался вполнѣ хорошимъ самочувствіемъ, какъ вполнѣ здоровый человѣкъ. Ему—42 года, происходитъ онъ изъ здоровой семьи; въ дѣтствѣ страдалъ головокруженіями; въ остальномъ можетъ быть названъ вообще крѣпкимъ, здоровымъ и вполнѣ работоспособнымъ человѣкомъ. Лѣтъ 6 назадъ у больного появилось ощущеніе неловкости, давленія въ лѣвой ½ живота, особенно при сидѣніи, ѣздѣ. Вскорѣ онъ самъ могъ нащупать у себя въ этой области твердое тѣло, что и заставило его обратиться къ врачамъ за совѣтомъ, въ частности къ докладчику. Крѣпкаго сложенія, съ хорошимъ цвѣтомъ лица, съ небольшимъ желтоватымъ оттѣнкомъ окраски кожи; слизистыя оболочки насыщенно краснаго цвѣта, лимфатическія железы не увеличены. Въ лѣвой ½ живота легко прощупывается опухоль, занимающая всю эту ½; нижній край ея твердый, закругленный; на немъ прощупывается выемка. Въ прочихъ органахъ уклоненій отъ нормы нѣтъ. Увеличенія селезенки нельзя было связать въ данномъ случаѣ ни съ алкоголизмомъ, ни съ сифилисомъ, ни съ болотной лихорадкой. Изслѣдованіе крови обнаружило 6500000 красныхъ кровяныхъ шариковъ, гэмоглобина болѣе 100%, бѣлыхъ тѣлецъ 14000; красные кровяные шарики плохо складываются въ столбики, обнаруживаютъ неясную двояковогнутость, на мазкѣ представляются неравномѣрными по величинѣ, неравномѣрно окрашиваются, замѣчаются мегалобласты и нормобласты; бѣлые шарики главнымъ образомъ въ формѣ многоядерныхъ нейтрофиловъ, по 10% нейтрофильныхъ мононуклеаровъ; эозинофилы увеличены. Лейкэмію въ данномъ случаѣ докладчикъ исключаетъ на основаніи того, что, наблюдая больного 5-ый годъ, онъ никогда не могъ обнаружить у него лейкоцитоза (отношеніе всегда около 1:400). Бугорчатку селезенки трудно предположить въ виду цвѣтущаго состоянія больного. Надо остановиться на распознаваніи спленомегаліи съ гиперглобуліей (hypertrophia lienis idiopatica). Докладчикъ остановился подробно на литературѣ вопроса и клинической картинѣ вообще первичныхъ заболѣваній селезенки—этіологіи, распознаваніи, лѣченіи и пр.

*А. М. Кацъ* въ докладѣ—*Къ бактеріологической технинѣ* описалъ, во-1-хъ, способъ приготовленія агара (10%) въ большомъ количествѣ за одинъ разъ, сохраненіе его въ отдѣльныхъ небольшихъ порціяхъ (въ пробиркахъ), что значительно упрощаетъ технику, такъ какъ въ дальнѣйшемъ приходится тратить время лишь на приготовленіе жидкой среды. 2-ое упрощеніе касается опредѣленія способности микробовъ къ броженію. Жидкую питательную среду, по докладчику, можно разливать, вмѣсто бродильныхъ колбочекъ, прямо по обыкновеннымъ пробиркамъ, въ которыя вкладываются другія меньшія и коротенькія пробирки вверхъ дномъ; затѣмъ слѣдуетъ стерилизація въ аутоклавѣ, при чемъ кранъ его запирается не сразу, весь воздухъ при этомъ выгоняется изъ внутренней пробирки, и, по охлажденіи, она оказывается сплошь наполненной питательной средой. При посѣвѣ микроба, вызывающаго броженіе, газъ собирается во внутренней пробиркѣ. Это-же упрощеніе примѣнимо и при бродильной пробѣ изслѣдованія мочи на сахаръ. Наконецъ, докладчикъ описалъ свой до чрезвычайности простой способъ изученія разводокъ анаэробовъ. Вмѣсто сложныхъ приборовъ, онъ предлагаетъ брать просто колбу или пробирку съ резиновой пробкой, сквозь которую вставляются 2 трубки, одна короткая, такъ что внутренній конецъ ея оканчивается на уровнѣ пробки, и съ изогнутымъ наружнымъ концомъ, имѣющимъ перехватъ, вторая длинная, не доходящая однако на 5 млм. до дна пробирки, превращенная во внутренней своей части въ запаянный снизу капилляръ. Послѣ стерилизаціи наполненной средой пробирки, ее помѣщаютъ надъ пламенемъ горѣлки; немедленно начинаетъ выходить черезъ первую трубку паръ, выгоняющій изъ пробирки воздухъ; черезъ нѣкоторое время съ помощью горѣлки запаиваютъ перехватъ первой трубки и получаютъ такимъ образомъ безвоздушный сосудъ; черезъ вторую трубку—(капилляръ) производятъ зараженіе среды, продвигая трубку до дна пробирки и ломая такимъ образомъ запаянный конецъ.

Проф. *Н. Г. Ушинскій. О введеніи въ кровь гипертоническихъ растворовъ.* Докладчикъ поставилъ себѣ задачу опредѣлить взаимодѣйствіе молекулярнаго состава тканей и крови путемъ изученія точки замерзанія ихъ при введеніи въ кровь гипертоническихъ растворовъ солей ($NaCl$, $Na_2SO_4$), сахаровъ (глюкозы, свекловичнаго) и мочевины приблизительно въ одинаковой крѣпости. При введеніи 10% $NaCl$ въ количествѣ 2,5 на кило вѣса кролика какъ вполнѣ здоровымъ животнымъ, такъ и съ удаленными почками замѣчалось пониженіе точки замерзанія органовъ особенно печени, точка же замерзанія крови существенно не измѣнялась. Въ полости кишечника не замѣчается значительнаго скопленія жидкости; въ полости брюшины жидкость скопляется съ кріоскопической точкой—0,61,—0,64 и съ содержаніемъ 1% $NaCl$. $Na_2SO_4$ въ 29%-мъ растворѣ въ количествѣ 5,5 на кило не вызываетъ явленій отравленія; пониженіе точки замерзанія печени здѣсь менѣе значительно; въ кишечникѣ и брюшинѣ вовсе не замѣчается скопленія жидкости. 60%-й растворъ глюкозы въ количествѣ 12,0—15,0 на кило при цѣлости почекъ не вызываетъ явленій отравленія и въ большомъ количествѣ выводится съ мочею; при вырѣзанныхъ почкахъ черезъ 1—1½ часа появляются волоконцевыя подергиванія, общія судороги, слабость сердечной работы и смерть животнаго. Кріоскопическая точка крови въ этихъ опытахъ медленно приближается къ нормѣ; жидкость въ брюшинѣ накопляется въ количествѣ 10—15 к. стм. съ точкой замерзанія на—0,03° Ц. ниже таковой для крови. Печень и здѣсь является главнымъ регуляторомъ и переполняется гликогеномъ (микроскопическое изслѣдованіе), но точка замерзанія ея не такъ значительно понижается, ибо глюкоза (кристаллоидъ) переходитъ въ коллоидъ-гликогенъ. Введеніе свекловичнаго сахара (115% растворъ по 23,0 на кило) переносится легче, чѣмъ введеніе глюкозы, что зависитъ отъ медленнаго перехода перваго въ послѣднюю. Кріоскопическія данныя, отношеніе печени тѣ же, что и при опытахъ съ глюкозой. Опыты съ впрыскиваніями 10%-хъ растворовъ мочевины еще не закончены, почему докладчикъ и не останавливался на нихъ.

Проф. *А. Е. Щербакъ* показалъ кролика, подвергавшагося вибраціоннымъ раздраженіямъ около года назадъ, при чемъ могло быть обнаружено послѣвибраціонное повышеніе рефлексовъ и въ докладѣ—*Значеніе опытовъ съ вибраціонными раздраженіями для физіологіи и патологіи нервной системы* преимущественно остановился на указаніи, что наблюдаемыя соматическія явленія послѣ вибрацій представляютъ полную аналогію психическимъ актамъ.

Digitized by Google

Во 2-мъ своемъ докладѣ—*Къ вопросу о значеніи trichocephalus dispar въ этіологіи нервныхъ болѣзней* докладчикъ подробно остановился на описаніи самого чужеяднаго, на литературныхъ данныхъ о патогномоничности власоглава (неудачный, по мнѣнію докладчика, переводъ слова trichocephalus), на клинической картинѣ, весьма разнообразной, вызываемой этимъ чужеяднымъ, наконецъ, на собственныхъ наблюденіяхъ. Въ 200 случаевъ нейрозовъ докладчикъ могъ связать происхожденіе болѣзненныхъ припадковъ съ обнаруженіемъ у больныхъ власоглава, но достовѣрно, въ теченіи продолжительнаго времени прослѣженныхъ случаевъ (до 3-хъ лѣтъ) занесено въ списки докладчикомъ сравнительно немного въ виду того, что наблюденія велись на амбуляторныхъ больныхъ. Докладчикъ въ этомъ числѣ упомянулъ о 2-хъ случаяхъ съ падучевидными припадками, 1 случаѣ истерическихъ припадковъ, 2—тяжелаго малокровія, 2—привычной головной боли, 1—hemichoreae у взрослаго, 2—тяжелой нейрастеніи и 1 случаѣ съ явленіями рѣзкаго кишечнаго разстройства. Въ качествѣ лѣчебнаго средства противъ trichocephalus dispar докладчикъ совѣтуетъ болѣе всего тимолъ въ большихъ количествахъ. *Александръ Науманъ.*

## XXXII и XXXIII. Изъ Общества глазныхъ врачей въ Москвѣ.

(Засѣданіе 28-го октября 1903 г.)

*К. В. Снегиревъ* замѣтилъ, что во время преній по поводу его докладовъ о хронической и острой формахъ совмѣстнаго заболѣванія слезныхъ и слюнныхъ железъ д-ръ *А. В. Натансонъ* заявлялъ, что заболѣваніе слезной железы не можетъ вызвать экзофтальма. Тогда-же д-ромъ *С.* на это сдѣланы были возраженія, а теперь представляются и соотвѣтственныя документальныя данныя. Такъ, при хроническомъ пораженіи слезныхъ (глазничныхъ, конечно) железъ былъ экзофтальмъ, напр., въ 2-хъ случаяхъ *Berlin*'а; что же касается острой формы, то тутъ можно указать на случаи *Hutchinson*'а и *Karth*'а.

*А. В. Натансонъ* спросилъ, какое пораженіе слезной железы было въ случаяхъ *Berlin*'а: опухоль или воспаленіе?

*К. В. Снегиревъ* отвѣтилъ, что въ случаяхъ *Berlin*'а дѣло шло объ опухоли слезныхъ железъ, но во 2-мъ случаѣ опухоль не выходила за предѣлы сумки железы.

*А. В. Натансонъ* замѣтилъ, что въ своемъ возраженіи онъ имѣлъ въ виду только воспаленіе слезныхъ железъ.

*К. В. Снегиревъ*: Тогда для Васъ остаются еще случаи *Hutchinson*'а и *Karth*'а, гдѣ былъ экзофтальмъ.

*К. Л. Адельгеймъ* показалъ *12 новыхъ инструментовъ* (частью собственнаго изобрѣтенія): 1) Расширитель ранъ д-ра фонъ-*Штейна*, видоизмѣненный докладчикомъ и приспособленный для вылущенія слезнаго мѣшка. 2) Портативную гальваническую батаррею изъ 3-хъ сухихъ элементовъ, достаточныхъ для гальванизаціи глазныхъ мышцъ (стоитъ у Швабе 6 р. 75 к.); при этомъ докладчикъ горячо совѣтовалъ примѣнять гальванизацію глазныхъ мышцъ при ихъ недостаточности, которой онъ придаетъ большое значеніе въ возникновеніи многихъ заболѣваній. 3) Карманный наборъ для опредѣленія преломленія и мышечнаго равновѣсія глазъ. Въ составъ его входятъ: скіаскопъ д-ра *Лаврентьева*, таблица для опредѣленія остроты зрѣнія и призма въ 10° для изслѣдованія мышечнаго равновѣсія и т. д. (цѣна у Швабе 10—12 р.). Докладчикъ полагаетъ, что этотъ наборъ необходимо имѣть каждому врачу, независимо отъ его спеціальности. Затѣмъ были показаны пріобрѣтенные за-границей инструменты другихъ изобрѣтателей: 4) рѣсничный пинцетъ дѣйствующій по принципу рычага; 5) пальцевая лупа д-ра *Pfolz*'а; 6) асептическое хранилище для иголокъ; 7) такое-же для шелка; 8) асептическій *Annel*'евскій шприцъ съ поршнемъ изъ дурита; 9) фиксаціонный пинцетъ изъ никелина для операцій съ электромагнитомъ; 10) фарфоровая ванна съ металлическими подставками для инструментовъ; 11) стеклянная коробка для ваты съ тяжелой никкелевой крышкой; 12) резиновый термофоръ для глазъ, способный удерживать высокую температуру дов. долгое время.

*Онъ-же* сообщилъ *о новомъ способѣ* (собственномъ) *кантопластики* (сдѣлана имъ 1 операція). Сущность способа сводится къ вшиванію 3-угольнаго лоскута кожи на ножкѣ въ рану, образовавшуюся послѣ расщепленія наружной спайки.

*В. П. Страховъ* считаетъ инструментъ, предложенный *К. Л. Адельгеймомъ* при вылущеніи слезнаго мѣшка, видоизмѣненнымъ пинцетомъ *Мюллера*, при чемъ подвижность его считаетъ недостаткомъ, а не достоинствомъ, какъ полагаетъ докладчикъ.

*К. Л. Адельгеймъ* напомнилъ, что это—видоизмѣненный расширитель д-ра фонъ-*Штейна*, при чемъ подвижность частей пинцета, лежащихъ въ ранѣ, представляетъ большія удобства для приспособленія соотвѣтственно различнымъ актамъ операціи. *Мюллеровскій* инструментъ, не давая этихъ удобствъ, конечно, хуже, а инструментъ *Axenfeld*'а совершенно лишній.

*В. П. Страховъ* доволенъ пинцетомъ *Мюллера* и видитъ его удобство въ неподвижности.

*А. В. Натансонъ* разъяснилъ, что пинцетъ *Axenfeld*'а и инструментъ, предлагаемый д-ромъ *К. Л. Адельгеймомъ*, имѣютъ различное назначеніе: пинцетъ *Axenfeld*'а раздвигаетъ рану въ вертикальномъ направленіи, и потому инструментъ докладчика не можетъ его замѣнить.

*К. Л. Адельгеймъ* считаетъ пинцетъ *Axenfeld*'а очень грубымъ.

*В. П. Страховъ* присоединился къ этому мнѣнію.

*Н. І. Правосудъ. Глаукома, осложненная пролиферирующимъ ретинитомъ* (съ предъявленіемъ больной). Оба глаза поражены абсолютной глаукомой. На лѣвомъ глазу внутренняя ½ (въ прямомъ видѣ) соска занята соединительнотканной массой, выступающей въ стекловидное тѣло. Есть также отдѣльные тяжи, идущіе въ стекловидное тѣло и къ желтому пятну. Около тяжей и по окружности дна видны кровоизліянія. Соотвѣтственно наружной ½ соска находится бѣлесоватая бляшка, лежащая приблизительно на одномъ уровнѣ съ сѣтчаткой. Поэтому экскавацію сосочка установить нельзя, и докладчикъ полагаетъ, что экскаваціи нѣтъ. Онъ думаетъ, что были гэморрагическая глаукома и папиллитъ, а экскавація сосочка не успѣла развиться вслѣдствіе образованія соединительной ткани, происшедшей послѣ кровоизліяній. Такимъ образомъ показанная больная представляетъ рѣдкій примѣръ описанной *С. Н. Ложечниковымъ* глаукомы, гдѣ дѣло начинается съ папиллита, а экскавація появляется значительно позднѣе.

*С. Н. Ложечниковъ* не согласенъ съ толкованіемъ докладчика. Въ 1889 г. *С. Н.* описалъ случаи *папиллита при глаукомѣ*, при чемъ считалъ двусторонній папиллитъ начальнымъ измѣненіемъ сосковъ зрительнаго нерва, за которымъ впослѣдствіи появляется экскавація. Въ случаѣ-же докладчика—двусторонняя абсолютная глаукома, при чемъ на одномъ глазу видна экскавація сосочка, а на другомъ пролиферирующій нейроретинитъ безъ экскаваціи. Здѣсь имѣется совпаденіе 2-хъ заболѣваній. Что явилось раньше,—глаукома или нейроретинитъ,—сказать трудно, но, конечно, оба процесса другъ отъ друга не зависятъ; на это указываетъ и состояніе другого глаза.

*К. Л. Адельгеймъ* присоединился къ мнѣнію *С. Н. Ложечникова.*

*Докладчикъ* высказалъ еще нѣсколько замѣчаній.

*А. В. Натансонъ* думаетъ, что глаукома присоединилась къ пролиферирующему ретиниту, такъ какъ кровоизліянія предрасполагаютъ къ глаукомѣ; глаукома-же не вызываетъ такого ретинита.

*С. Н. Ложечниковъ. Новый глазной признакъ склеродерміи* (съ предъявленіемъ свѣтописныхъ снимковъ).

*А. В. Натансонъ* предъявилъ крючки *Axenfeld*'а для иридектоміи.

*С. Н. Ложечниковъ* полагаетъ, что большинство, какъ и раньше, будетъ придерживаться пинцета при иридектоміи.

(Засѣданіе 25-го ноября 1903 г.).

Д-ръ *Лисицынъ* показалъ больного съ типичной формой *пролиферирующаго ретинита*. У больного, кромѣ того, была двусторонняя атрофія зрительнаго нерва; 20 лѣтъ назадъ онъ получилъ ударъ вилами. Въ анамнезѣ сифилиса нѣтъ.

Проф. *А. А. Крюковъ*: Въ лѣвомъ глазу есть еще колобома влагалища зрительнаго нерва.

*А. Г. Люткевичъ* показалъ больную съ *бѣлокровнымъ ретинитомъ* (retinitis leukaemica). Больная, 38 л., годъ назадъ стала замѣчать одышку и тяжесть въ животѣ. Тогда-же было найдено увеличеніе селезенки. Въ терапевтической клиникѣ 18/х 1903 г. найдено сильнѣйшее увеличеніе селезенки (внизъ доходитъ до лона, вверхъ по сосковой линіи до 5-го ребра), смѣщеніе сердца. Лимфатическія железы не увеличены и безболѣзненны. Признаковъ сифилиса нѣтъ. Въ мочѣ 0,3‰ бѣлка. Красныхъ кровяныхъ шариковъ 3140000, бѣлыхъ 655000. Гэмоглобина 30%. Встрѣчаются красные кровяные шарики съ ядрами. Изъ бѣлыхъ преобладаютъ крупные лимфоциты съ круглыми ядрами, много многоядерныхъ тѣлецъ и эозинофиловъ. Со стороны глазъ: двусторонній легкій экзофтальмъ. Офтальмоскопическая картина: Лѣвый глазъ—блѣдный сосокъ; наружная его ⅓ припухла, а возлѣ кровоизліяніе; общій цвѣтъ дна—желтовато-блѣдный; по всему его протяженію, кромѣ области macula lutea, множественныя кровоизліянія различной формы: круглыя, продолговатой и кольцевидной (преимущественно по окружности) формы. Значительное расширеніе и извитость венъ. Дно праваго глаза представляетъ обыкновенную картину дна при бѣлокровіи. Мѣсяцъ спустя явленія со стороны глазъ измѣнились: экзофтальмъ исчезъ. Лѣвый глазъ—припухлости соска и кровоизліяній около него нѣтъ, но сосочекъ еще блѣденъ; окраска дна стала нѣсколько нормальнѣе; извитость венъ и кровоизліяній меньше; картина дна справа также стала нормальнѣе. VHO = 1,0 + 1,5 D. Общее состояніе улучшилось. Лѣчили желѣзомъ и мышьякомъ. Докладчикъ въ теченіи 10 лѣтъ видѣлъ дно глаза у 4-хъ больныхъ бѣлокровіемъ; у 3-хъ было дно бѣлокровныхъ, какъ въ атласѣ *Oeller*'а, а у 4-го только-что указанныя измѣненія.

*К. В. Снегиревъ* показалъ 2-хъ больныхъ *послѣ трепанаціи лобной пазухи*. 1. *Воспаленіе лѣвой лобной пазухи.* Больной, 23 л., нѣсколько мѣсяцевъ страдалъ болями въ лѣвой ½ лба, слегка припухшей. Сифилиса нѣтъ и не было. Лѣвый глазъ нѣсколько смѣщенъ книзу-кнаружи и впередъ; незначительный отекъ верхняго вѣка; дно нормальное; острота зрѣнія не пострадала. Сдѣлана трепанація лобной пазухи по способу *С. С. Головина.* Размѣры костнаго лоскута 2,5 × 3 стм. Дренажъ выведенъ въ носъ. Внутрикожный шовъ. Первое натяженіе. Операція сдѣлана мѣсяцъ назадъ.—2. *Гнойное воспаленіе правой лобной пазухи* у 60-лѣтней больной. 7 мѣсяцевъ назадъ открылся свищъ подъ правой бровью. Зловонное отдѣляемое. Операція по способу *С. С. Головина* 8 дней назадъ. Внутрикожный шовъ. Дренажъ выведенъ въ носъ. Костный лоскутъ нѣсколько меньшихъ размѣровъ, чѣмъ въ сл. 1. По мнѣнію докладчика способъ *С. С. Головина* даетъ большой просторъ при операціи. Внутрикожный шовъ примѣненъ въ косметическихъ цѣляхъ съ хорошимъ результатомъ.

Digitized by Google

*В. П. Отраховъ* считаетъ лучшимъ способъ *Hajek*'а. Оперируя по *С. С. Головину*, можно вскрыть сосѣднюю пазуху, потому что изслѣдованія д-ра *Милославскаго* (диссертація) показываютъ, что перегородка между лобными пазухами соотвѣтствуетъ средней линіи немного болѣе, чѣмъ въ 1/3 случаевъ. *В. П.* спросилъ докладчика о состояніи пазухи противоположной стороны.

*Докладчикъ*: Сообщенія между пазухами въ приведенныхъ 2-хъ случаяхъ не было; перегородки-же между ними заходили за среднюю линію въ сторону здоровой пазухи. *С. С. Головинъ* не настаиваетъ на томъ, чтобы внутренняя граница костнаго лоскута непремѣнно соотвѣтствовала средней линіи. Въ своихъ случаяхъ проф. *С. С. Головинъ*, а также и докладчикъ отступали отъ средней линіи, имѣя въ виду возможность проникнуть въ сосѣднюю пазуху. Такого попаданія въ сосѣднюю пазуху при трепанаціи никогда и не случилось.

*Н. Г. Правосудъ* думаетъ, что по способу *Czerny* легче попасть въ пазуху; другое преимущество заключается въ томъ, что кость отламывается кверху, почему ранится передняя стѣнка лобной пазухи, а не глазничная, что можетъ произойти при способѣ *С. С. Головина*; а это можетъ вызвать флегмону глазницы при гнойномъ содержимомъ пазухи.

*Докладчикъ* не видитъ никакихъ преимуществъ въ способѣ *Czerny*: при совпаденіи границъ кожнаго и костнаго лоскутовъ, что и происходитъ при данномъ способѣ, получаются сильно втянутые рубцы и неподвижность кожи. При способѣ *С. С. Головина*, гдѣ основанія кожнаго и костнаго лоскутовъ не совпадаютъ, втянутыхъ рубцовъ не получается, а при внутрикожномъ швѣ эти рубцы почти не замѣтны, кожа вполнѣ подвижна. При основаніи костнаго лоскута, обращенномъ книзу, гдѣ кость прочна, ни разу не наблюдалось надламываніе глазничной стѣнки. Можетъ быть, избѣжать этого удается еще благодаря 2 ударамъ долотомъ, которые дѣлаются по концамъ уже выкроеннаго костнаго лоскута. Поэтому флегмоны глазницы вслѣдствіе попаданія отдѣляемаго изъ пазухи этимъ путемъ ожидать нельзя. При надламываніи же костнаго лоскута, обращеннаго основаніемъ кверху, можно опасаться проникновенія въ черепную полость.

*А. Г. Лютксвичъ* замѣтилъ, что въ 38 случаяхъ трепанаціи лобной пазухи по способу *С. С. Головина* въ Московской глазной клиникѣ ни разу не наблюдалось флегмоны глазницы.

*К. В. Снегиревъ* показалъ больную *съ сильно развитымъ липодермоидомъ конъюнктивы.*

*Н. Г. Правосудъ* и д-ръ *Лисицынъ* привели по одному подобному случаю изъ своей практики.

*К. А. Суховъ. Fibroma molluscum вѣка и аномаліи развитія глаза.* Больной крестьянинъ, 24 лѣтъ. Опухоль лѣваго верхняго вѣка врожденна и постепенно увеличивалась. Глазное яблоко увеличено — *buphtalmus*. Въ кожѣ туловища и конечностей имѣется до 50 различныхъ по величинѣ опухолей. Имѣются явленія физическаго и психическаго вырожденія.

*А. В. Натансонъ*: На лѣвомъ глазу этого больного glaucoma infantile—болѣзнь въ Россіи рѣдкая.

Проф. *А. А. Крюковъ*: Есть литературныя указанія на то, что при glaucoma infantile было въ нѣсколькихъ случаяхъ недоразвитіе *Шлеммова* канала.

*А. В. Натансонъ*. 1) *Обзоръ новѣйшихъ изслѣдованій о самородномъ всасываніи катаракты* съ предъявленіемъ микроскопическихъ препаратовъ.—2) *Поврежденія глаза предметами, окрашенными анилиновыми красками.* Докладчикъ наблюдалъ 2 такихъ случая. Въ 1-мъ мальчику, 6 л., въ лѣвый глазъ попалъ обломокъ чернильнаго карандаша и вызвалъ сильное раздраженіе конъюнктивы съ окрашиваніемъ нѣкоторыхъ частей ея и слезы въ фіолетовый цвѣтъ. Роговица не была поражена. Послѣ извлеченія инороднаго тѣла явленія раздраженія прошли черезъ 3 дня. Во 2-мъ случаѣ въ лѣвый глазъ 18-лѣтняго гимназиста попали крупинки высохшихъ гектографическихъ чернилъ и вызвали мѣстное фіолетовое окрашиваніе.—3) *Нагноеніе въ бѣльмахъ и стафилемахъ*. Въ Московскомъ училищѣ для слѣпыхъ среди 60 воспитанниковъ въ 4 годъ встрѣтилось докладчику 5 случаевъ гнойнаго воспаленія въ бѣльмахъ и стафилемахъ роговой оболочки. Въ 2-хъ случаяхъ дѣло касалось стафилемъ роговицы, въ 1-мъ была стафилема роговой оболочки и рѣсничнаго тѣла, 1 разъ сплошное и 1 разъ нѣсколько меньшее бѣльмо. Во всѣхъ случаяхъ дѣло начиналось съ нарыва. Въ 4-хъ случаяхъ въ теченіи 3—5 сутокъ развился панофтальмитъ; въ 3-хъ изъ этихъ случаевъ было сдѣлано вылущеніе глазного яблока. У 5-го больного въ центрѣ бѣльма обнаружился гнойникъ при сильныхъ боляхъ въ глазу и общемъ раздраженіи, которое стихло отъ іодоформной (+ эзеринъ) мази и давящей повязки. Выяснить точно причину не удалось ни въ одномъ случаѣ, но грубых поврежденій безусловно не было.

*И. В. Лисицынъ* привелъ 1 случай панофтальмита на глазу, имѣвшемъ лейкому. У больного былъ гриппъ.

*А. В. Натансонъ*: 4) *Саркома соединительной оболочки* (предъявленіе микроскопическихъ препаратовъ). У больного, 60 л., заболѣваніе началось 5 лѣтъ назадъ. Вѣки плотны, утолщены, не смыкаются. Конъюнктива послѣ обмыванія кажется красновато-желтою восковидною гладкою. Незначительное разлитое помутнѣніе роговой оболочки, края которой закрыты опухолями конъюнктивы. Visus = пальцы на 4 метра. На одномъ глазу новообразованіе удалено по частямъ, конъюнктива по возможности щадилась; другой глазъ не оперированъ. Микроскопическое изслѣдованіе показало, что новообразованіе представляло полиморфно-клѣточную непигментированную саркому.

*К. В. Снегиревъ.*

## XXXIV. Изъ Общества охраненія народнаго здравія.

(Засѣданіе 4-го Отдѣла 8-го декабря 1903 г.).

Ч. пр. *В. О. Губертъ* поблагодарилъ членовъ Общества за избраніе его предсѣдателемъ Отдѣла.

Товарищъ предсѣдателя *Б. М. Шапировъ* сообщилъ объ утратѣ, понесенной Обществомъ, въ лицѣ покойнаго прис. пов. В. Н. Герарда, состоявшаго предсѣдателемъ Коммиссіи по защитѣ дѣтства, работавшей при 4-мъ Отдѣлѣ. Память покойнаго была почтена вставаніемъ, а семьѣ его отправлена телеграмма съ выраженіемъ соболѣзнованія по поводу понесенной утраты.

*Г. И. Дембо* произнесъ *рѣчь, посвященную памяти В. Н. Герарда.* Охарактеризовавъ дѣятельность покойнаго въ вопросахъ защиты дѣтей отъ жестокаго обращенія и работы В. Н. въ Обществѣ охраненія народнаго здравія, *Д.* закончилъ надеждой, что «отзвукъ мыслей благородныхъ» еще долго будетъ звучать, «какъ колоколъ на башнѣ вѣчевой», и будетъ долго еще будить насъ къ живой работѣ на оставленномъ покойнымъ поприщѣ.

*С. А. Острогорскій. О предстоящемъ 1-мъ Международномъ Съѣздѣ по школьной гигіенѣ въ Нюренбергѣ въ 1904 г.* Докладчикъ познакомилъ присутствовавшихъ съ программными вопросами, предложенными организаціоннымъ Комитетомъ Съѣзда, и указалъ на желательность участія Общества охраненія народнаго здравія на этомъ Съѣздѣ.

Послѣ преній, въ которыхъ приняли участіе ч. пр. *В. О. Губертъ, докладчикъ, М. И. Рейхъ, Б. М. Шапировъ, В. Г. Матвѣева, Г. И. Дембо, Е. А. Чебышева-Дмитріева*, проф. *Д. А. Соколовъ*, рѣшено въ принципѣ принять участіе въ Съѣздѣ и учредить Коммиссію для разработки доклада для Съѣзда. Въ составъ Коммиссіи вошли: *Б. М. Шапировъ, С. А. Острогорскій, А. Д. Зотовъ*, проф. *Д. А. Соколовъ, В. Г. Матвѣева, Е. А. Чебышева-Дмитріева, Г. И. Дембо, В. Г. Дементьевъ, М. И. Рейхъ, А. П. Нечаевъ, А. И. Климовъ, В. Г. Мицкевичъ* и *А. Д. Сухорскій.*

*А. А. Лозинскій. О способахъ распространенія гигіеническихъ свѣдѣній среди населенія.* Докладчикъ сгруппировалъ рядъ фактовъ послѣдняго времени, ярко рисующихъ невѣжество населенія по отношенію къ вопросамъ лѣченія, процвѣтаніе знахарства и вліяніе этого факта на здоровье населенія и затѣмъ послѣдовательно разобралъ существующіе способы распространенія гигіеническихъ свѣдѣній среди населенія (путемъ школы, устной пропаганды, брошюръ).

Во время преній д-ръ *Трусевичъ* указалъ на широкое распространеніе популярныхъ брошюръ особаго образца въ Англіи, гдѣ онѣ продаются по 1/2 копѣйки; подобныя-же брошюры-листы издаются и Пироговскимъ Обществомъ; *М. Б. Брейтманъ* сообщилъ, что такой-же способъ примѣняется въ Испаніи, но тамъ эти листки выдаются при амбулаторныхъ посѣщеніяхъ больницъ и т. п.; *И. М. Радецкій, С. А. Острогорскій* и *Е. А. Чебышева-Дмитріева* обратили вниманіе на полное игнорированіе и безусловное незнаніе основныхъ правилъ гигіены нашимъ интеллигентнымъ классомъ общества.

Ч. пр. *В. О. Губертъ. Объ устройствѣ въ Петербургѣ образцоваго Музея гигіены дѣтскаго возраста.* Цѣль устройства общественнаго Музея — представить наглядно полную картину жизни ребенка со дня его рожденія и до школьнаго возраста, дать родителямъ образецъ правильнаго ухода за здоровымъ и больнымъ ребенкомъ. На ряду съ этимъ въ Музеѣ должны быть представлены и вредныя стороны неправильнаго ухода. По мнѣнію докладчика, въ Музеѣ должны быть слѣдующіе отдѣлы: грудной возрастъ (обстановка помѣщенія, образцовая дѣтская съ минимальными требованіями расхода, различные способы ухода, одежда, питаніе -- нормальное и искусственное, уходъ за недоношенными дѣтьми); до-школьный возрастъ (образцовая дѣтская съ минимальными требованіями расхода, питаніе и уходъ, дѣтскій садъ, игры, игрушки), отдѣлъ воспитанія отсталыхъ дѣтей, отдѣлъ антропометрическій, историческій, этнографическій, интернаты дѣтскаго возраста.

Отдѣлъ отнесся сочувственно къ предложенію докладчика. Д-ръ *Конухесъ* сообщилъ отъ имени д-ра *Гуна*, что послѣдній жертвуетъ свою ортопедическую коллекцію для предполагаемаго Музея.

*Г. Дембо.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

### *Современное состояніе научныхъ изслѣдованій о Flexura sigmoidea. Диссертація на степень доктора медицины Сергѣя Блуменфельда, ассистента университетской хирургической клиники. Юрьевъ. 1903.*

Подъ такимъ несовсѣмъ понятнымъ и наводящимъ на размышленіе заглавіемъ представилъ диссертацію д-ръ *Блуменфельдъ*. Въ самомъ дѣлѣ, что собственно могутъ означать слова: «современное состояніе научныхъ *изслѣдованій*»? Впрочемъ, заглавіе—вещь второстепенная. Изъ текста видно, что авторъ желалъ доказать, что всѣ варіаціи формы и положенія S-образной кишки, включая инфлексію, перекручиваніе, спиральное обращеніе, образованіе узловъ и транспозицію ея, суть явленія нормальныя, физіологическія. «Послѣдняя мысль есть цѣль моей работы», говоритъ, невполнѣ точно выражаясь, авторъ (стр. 62). Д-ръ *Блуменфельдъ*—очень требователенъ; такъ, на стр. 10 онъ гово-

Digitized by Google

ритъ [1]): «Раннія фазы развитія кишечника человѣческаго зародыша были прослѣжены лишь на небольшомъ числѣ embryo'новъ и наука сдѣлала нѣсколько странную натяжку, если допустила, чтобы найденное на этихъ немногихъ зародышахъ могло быть положеніемъ безъ исключенія для всѣхъ 1500 или 1600 милліоновъ населенія. Оно могло бы только въ томъ случаѣ имѣть научно удовлетворительное основаніе, если бы гораздо большее количество, хотя бы 10000 зародышей первой недѣли были изслѣдованы въ этомъ отношеніи: вѣроятно тогда исчезла бы эта апокритическая (? *Л. С.*) увѣренность и согласились бы съ тѣмъ, что періоды времени, когда появляются различные отдѣлы кишечника, гораздо больше колеблются, чѣмъ это думаютъ теперь. Въ особенности на S romanum слѣдовало-бы смотрѣть, какъ на продуктъ болѣе поздняго времени въ среднемъ числѣ случаевъ; рѣже оно показывается и рано, уже въ первыя недѣли развитія». Читая эти, правда, не совсѣмъ грамотныя, но обнаруживающія большія претензіи фразы у лица, говорящаго (стр. 67): «я самъ принимаю участіе въ обработкѣ второго изданія» (трудовъ клиники) «съ цѣлью исправить нѣкоторыя неправильныя толкованія и ошибки», невольно приходишь къ заключенію, что имѣешь дѣло съ работой серьезнаго и солиднаго изслѣдователя, и удивляешься лишь, что диссертація такъ тонка—въ книжкѣ всего 67 страницъ, при чемъ счетъ ихъ начинается съ обложки. Оказывается однако, что, хотя д-ръ *Б.* и часто возвращается къ тому, что тамъ и здѣсь наблюденій было слишкомъ мало, свои-то наблюденія стоятъ у него далеко не на первомъ планѣ. Вотъ они всѣ: «Объ ея» (длинной S-образной кишкѣ) «медіальной установкѣ въ фронтальной плоскости, которую недавно при torsions's ileus'ѣ я самъ видѣлъ, подробно говоритъ *Engel*».... (стр. 19). «Особенный интересъ представляетъ протоколъ вскрытія нашего паціента Marcus Schuback'а: peritoneum и serosa мутны, инъецированы; flexura круто выступаетъ въ лѣвой половинѣ брюшной полости, ея восходящее колѣно значительно шире нисходящаго. Между задней стѣнкой и основными пунктами flexurae вдвинутъ пакетъ петель тонкихъ кишекъ, которыя, компримируя flexuram у ея основанія, далѣе направлялись въ малый тазъ; при этомъ поворотъ flexurae вокругъ оси на высотѣ synchondrosis sacro-iliacae въ 180°. Не смотря на это, кажется, что непроходимость не была *полной*» (стр. 31). Затѣмъ, на стр. 58 приведенъ рисунокъ S-образной кишки по собственному наблюденію, рисунокъ на стр. 14, да еще обѣщаніе вскорѣ сообщить «рѣдкій случай одновременнаго спиральнаго положенія «der Prosimierschlinge» и длиннаго S-romani у одного и того-же индивидуума».

Этимъ исчерпывается все, хоть сколько-нибудь подходящее подъ рубрику собственныхъ наблюденій. Очевидно центръ тяжести диссертаціи не въ нихъ; онъ—въ собранныхъ авторомъ литературныхъ данныхъ и сдѣланныхъ имъ обобщеніяхъ. Изъ послѣднихъ приведу только—и то больше изъ-за своеобразности слога автора—мнѣніе о внутриутробномъ происхожденіи ложныхъ перепонокъ въ брюшной полости: «.... связки и срощенія между кишками или между кишками и боковыми стѣнками брюшной полости—обыкновенные аттрибуты животныхъ и именно *vertebrat*'овъ и нѣкоторыхъ группъ *metazoa*. Человѣкъ лишь подражаетъ этимъ животнымъ» (стр. 64). На литературной-же части работы, значительно превышающей объемомъ другія части, необходимо остановиться подольше.

Авторъ не помѣстилъ въ концѣ диссертаціи перечня источниковъ, которыми пользовался, а указанія на нихъ дѣлаетъ въ видѣ подстрочныхъ примѣчаній. Такихъ примѣчаній болѣе 70, при чемъ въ 7 случаяхъ указано, что данная работа приводится по другому сочиненію. Д-ру *Блуменфельду* казалось удобнымъ приводить въ примѣчаніяхъ и тѣ журналы, гдѣ напечатаны работы, про которыя онъ самъ говоритъ въ текстѣ, что цитируетъ ихъ по рефератамъ. Благодаря такому простому пріему, число примѣчаній, не снабженныхъ отмѣткою: «по»..., легко увеличить до любыхъ размѣровъ, и при бѣгломъ просмотрѣ диссертаціи невольно приходишь въ умиленіе передъ прилежаніемъ автора. Къ сожалѣнію, д-ромъ *Б.* широко примѣнялись и другія, еще менѣе невинныя средства для увеличенія ученаго багажа. Въ разныхъ мѣстахъ книжки приводится (въ видѣ примѣчанія) одинъ и тотъ-же источникъ, при чемъ авторъ забываетъ упомянуть, что уже однажды была сдѣлана ссылка на таковой. Иной разъ дѣлается и небольшое измѣненіе названія; напр., на стр. 59, подъ № 10 значится: «*Gruber*. Zeitschrift der k. k. Ges. der Aerzte zu Wien 1848. 4. Jahr. März S. 432» на стр.-же 22, подъ № 1 стоитъ: «*Gruber*. Zeitschr. d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien 1848. IV Jahrgang Märzheft S. 437»; та-же работа приводится и въ примѣчаніи на стр. 60 при имени «*Jonnesco*», какого имени не только въ статьѣ *Gruber*'а, но и вообще въ указанномъ № журнала нѣтъ. Встрѣчается у д-ра *Блуменфельда* и еще одинъ способъ «собирать литературу»—способъ, примѣняемый иногда пишущими ученые трактаты, легкій и скорый, но—увы!—не всегда безопасный,—приводить цитаты изъ вторыхъ или третьихъ рукъ, благоразумно умалчивая объ этомъ. Случается, что пользующійся этимъ облегченнымъ способомъ выдаетъ себя неловкой фразой, проговаривается, но чаще дѣлаетъ промахи, зависящіе отъ вольныхъ и невольныхъ ошибокъ и погрѣшностей, вкравшихся при послѣдовательномъ списываніи и переписываніи первоисточника нѣсколькими лицами. И то, и другое случилось и съ д-ромъ *Б.* На стр. 54, напр., говорится: «*Alibert*, напримѣръ, видѣлъ на одномъ colon ихъ» (ложныхъ дивертикуловъ) «200, *Treves* на S rom. столько, сколько вообще помѣщалось на его поверхности». Объ *Alibert*'ѣ ни раньше, ни позже не встрѣчается ни одного слова, о *Treves*'ѣ-же имѣется внизу страницы указаніе: «Darmobstruction. Deutsche Ausgabe von Dr. Pollak. Leipzig 1886». Но подобное-же примѣчаніе приводится на стр. 33 въ нѣсколько измѣненномъ видѣ: «*Treves*. Darmobstruction. Uebers. von Pollack 1888»; при этомъ вверху на страницѣ сказано: «v. *Samson*, говоря о физіологическомъ volvulus'ѣ (стр. 30), цитируетъ *Treves*'а, который».... Ясно, что соч. *Treves*'а у д-ра *Б.* въ рукахъ не было. По тому-же v. *Samson*'у цитируется и вышеупомянутая статья *Gruber*'а увеличивающая число «источниковъ» на 3. На стр. 59 есть ссылка на «извѣстный трудъ знаменитаго *Simpson*'а» (имя котораго приводится еще на стр. 63), и указана подлинная статья въ «Edinb. med. and. surg. Journ. 1838. Bd. LII». Нелѣпая точка послѣ союза «and» можетъ быть, конечно, объяснена ошибкою наборщика или недосмотромъ корректора; но какъ объяснить это предательское нѣмецкое «Bd» (Band), какъ не ошибкою въ томъ сочиненіи, изъ котораго д-ръ *Б.* сдѣлалъ эту выписку? Да въ 52-мъ томѣ этого журнала и нельзя найти указанной статьи *Simpson*'а по той простой причинѣ, что она помѣщена въ 50-мъ томѣ (стр. 390). На той-же 59 стр. диссертаціи подъ № 8 въ примѣчаніи сказано: «*Hurd* Boston medical and surg. Journal. 1885. CXIII S. 294. Цит. по *Schober*'у». Обратимся къ этому «*Schober*'у»—онъ многократно служитъ своимъ именемъ д-ру *Блуменфельду* и въ первый разъ появляется на стр. 42: «Два другихъ случая изъ новѣйшей литературы я здѣсь тоже привожу, благодаря ихъ краткости; къ сожалѣнію, мнѣ не удалось пользоваться оригиналомъ, такъ что я цитирую ихъ по *Schober*'у»... Внизу страницы примѣчаніе: «American Journal of med. Sc. October 1898. 318». Цифра «318», очевидно, обозначаетъ страницу, но въ «American Journal» за 1898 г. на этой страницѣ (относящейся къ сентябрьскому №) помѣщена часть совершенно другой статьи. Статья-же «*Schober*'а» начинается на 405 стр., а самъ онъ оказывается, конечно, *Shober*'омъ, и, разумѣется, читавшему подлинникъ не придетъ въ голову передѣлать его въ нѣмца «*Schober*'а». И такъ, возникаетъ сомнѣніе, дѣйствительно-ли самъ д-ръ *Б.* «цитируетъ по *Schober*'у»? Надо замѣтить, что имена авторовъ и названія трудовъ ихъ д-ръ *Б.* списываетъ очень тщательно, порою даже въ ущербъ смыслу (напр., на стр. 17, цитируя по *Samson*'у работу *Huguier*, онъ съ той-же ошибкой, что у *Samson*'а на 21 стр., передаетъ заглавіе: «Situation de l'Siliaque chez le nouveau né....»), что еще больше укрѣпляетъ читателя въ мнѣніи, что «*Schober*» взятъ изъ вторыхъ рукъ, рефераты-же *Schober*'а, eo ipso—изъ третьихъ. Одинъ изъ курьезныхъ (невольныхъ, конечно) промаховъ находимъ на стр. 46. Здѣсь цитируется въ кавычкахъ якобы самъ *Shober*: «*Schober*», стр. 416: «Трупъ женщины умершей послѣ родовъ. Colon наполнено каломъ и вздуто газами; descendens отъ мѣста flexurae lienalis и почки направлялось вправо позади пупка и ложилось въ щель между прямыми мышцами живота. Отъ пупка опускалось по серединной линіи прямо внизъ...». Оказывается, однако, что самъ-то *Shober* не имѣетъ ни малѣйшаго поползновенія присвоить себѣ этотъ случай. Дѣло въ томъ, что *Shober* въ своей статьѣ приводитъ литературу вопроса (статья озаглавлена: «Anomalous positions of the colon») и, между прочимъ, работы *Buchanan*'а (его въ другомъ мѣстѣ цитируетъ по «*Schober*'у» д-ръ *Б.*), собравшаго, кромѣ своихъ, 2 старыхъ случая, первый изъ которыхъ—относящійся къ концу XVI столѣтія—и приведенъ только-что. («The first occurs in the Sepulchretum Anatomicum of Bonetus... It is extracted from the observations of Tidicaeus, who flourished in the end of the sixteenth century...»). Такимъ образомъ, до крайности очевидно, что д-ръ *Б.* не читалъ работы *Shober*'а, «по» которой онъ «цитируетъ» многихъ авторовъ, иначе онъ, вѣроятно, не рѣшился-бы приписывать *Shober*'у Маѳусаиловой долговѣчности. Можно привести не мало примѣровъ подобнаго отношенія д-ра *Блуменфельда* къ наибольшей и главной части диссертаціи; но, думается, и сказанное уже достаточно выясняетъ характеръ его труда. Прибавивъ къ столь доблестно собранному фактическому матеріалу вышеприведенныя свои «наблюденія», д-ръ *Блуменфельдъ* дѣлаетъ выводы; но, говоря по совѣсти, какіе могутъ быть они? Авторъ и самъ, кажется, сознаетъ слабость своей аргументаціи, ибо заканчиваетъ работу длиннымъ (на 6-ти стр.) заключеніемъ въ запутанныхъ и неудобопонятныхъ выраженіяхъ, передать которое вкратцѣ нѣтъ никакой возможности.

Достоинства quasi-ученой работы д-ра *Блуменфельда* болѣе, чѣмъ сомнительны; пріемы его не представляютъ чего-либо новаго, и, если я позволилъ себѣ обратить вниманіе читателей «Русскаго Врача» на его «трудъ», то сдѣлалъ это исключительно изъ убѣжденія, что гг. Блуменфельдовъ необходимо лишать фальшиваго блеска дутой учености и показывать въ ихъ настоящемъ, неприглядномъ видѣ: это мѣшаетъ ихъ размноженію.

*Л. Старокадомскій.*

[1]) Всюду сохранена орѳографія подлинника. *Л. С.*

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

XXIV. М. Г.! 31 января, въ день 50-лѣтія моей врачебной и служебной дѣятельности, я удостоился получить отъ товарищей столько поздравительныхъ телеграммъ и писемъ, какъ мѣстныхъ городскихъ, такъ и изъ различныхъ мѣстъ Россіи, что безъ Вашей помощи обойтись не могу. Желалъ-бы выразить каждому изъ вспомнившихъ обо мнѣ глубокую благодарность. Меня не можетъ не трогать въ особенности, вниманіе отдѣль-

Digitized by Google

ныхъ сочленовъ различныхъ медицинскихъ Обществъ, въ которыхъ я имѣлъ честь когда-то или имѣю честь теперь работать совмѣстно. Всѣмъ шлю поклонъ, привѣтъ и сердечную признательность стараго товарища. *Ф. Піотровскій.*

Петербургъ. 8-го февраля 1904 г.

XXV. М. Г.! Въ № 1 «Русскаго Врача» въ отдѣлѣ «Хроника и мелкія извѣстія», на стр. 33 приведена, между прочимъ, замѣтка «Врачебной Газеты» о моемъ отказѣ напечатать объявленіе о подпискѣ на эту газету, при чемъ отказъ этотъ квалифицируется д-ромъ *Лозинскимъ*, какъ «жалкая мѣра, противорѣчащая всѣмъ обычаямъ журнальной среды». Оповѣщая объ этомъ, редакторъ «Врачебной Газеты» не долженъ былъ-бы, казалось, умолчать о мотивахъ отказа. Это вынуждаетъ меня привести эти мотивы въ томъ видѣ, какъ они изложены были въ письмѣ отъ 2-го декабря 1903 г. на имя конторы редакцій «Практической Медицины» и «Врачебной Газеты».

««Контора редакціи симъ увѣдомляетъ, что, въ виду случайно обнаруженнаго при осмотрѣ вашихъ каталоговъ съ объявленіями о подпискѣ недопустимаго обстоятельства, она рѣшительно отклоняетъ ваше предложеніе о помѣщеніи и разсылкѣ вашихъ объявленій при «Практическомъ Врачѣ». Доставленные каталоги съ почтовыми переводами и надписями на нихъ мелкимъ шрифтомъ «п. в.»—можете во всякое время получить обратно»».

Нѣтъ надобности пояснять, что буквы «п. в.»—не какіе-либо масонскіе знаки, а означаютъ «Практическій Врачъ», и, на мой взглядъ, помѣтка эта есть маневръ, дѣйствительно противорѣчащій всѣмъ обычаямъ порядочной журнальной среды. При такихъ условіяхъ редакція «Практическаго Врача» сочла себя нравственно вправѣ рѣшительно отвергнуть сдѣланное ей предложеніе. Предоставляю товарищамъ оцѣнить, насколько добросовѣстно поступилъ г. *Лозинскій, скрывшій* все это отъ читателей.

Такого-же содержанія возраженіе послано было мною для напечатанія во «Врачебную Газету», но г. *Лозинскій* увѣдомилъ меня, что «печатать его не видитъ основанія», такъ какъ оно касается яко-бы отказа въ разсылкѣ, но не въ печатаніи объявленій въ «Практическомъ Врачѣ». Ясно, что эта попытка расчлененія есть только неудачный изворотъ со стороны г. *Лозинскаго*. Негодованіе редакціи «Практическаго Врача» выразилось въ *полномъ* отказѣ, какъ это видно изъ вышеприведеннаго письма, т. е., какъ въ помѣщеніи, такъ и въ разсылкѣ объявленій «Врачебной Газеты».

Редакторъ «Практическаго Врача» *С. Орѣчкинъ* [1]).

Петербургъ. 27 января 1904 г.

---

[1]) Долгомъ считаемъ сообщить, что на помѣщенную въ хроникѣ № 4 «Практическаго Врача» замѣтку тождественнаго съ этимъ письмомъ содержанія во «Врачебной Газетѣ» (№ 5) послѣдовало «фактическое разъясненіе» издателя послѣдней г. Эттингера. Тамъже помѣщена «копія письма», посланнаго *А. А. Лозинскимъ С. Б. Орѣчкину*. Письмо было слѣдующаго содержанія: «Милостивый Государь Семен Борисович? Присланное Вами письмо касается Вашего отказа в разсылкѣ объявленій, в коих Вам было угодно усмотрѣть «недопустимое обстоятельство», и совершенно не объясняет Вашего отказа в *напечатаніи объявленія* в «Практическом Врачѣ», о чем только и была рѣчь в замѣткѣ «Врачебной Газеты». Так как буквы «п. в.» на переводных бланках (кстати сказать, напечатанныя без всякаго моего участія) не имѣют никакого отношенія к Вашему отказу в *печатаніи объявленія*, то Ваше письмо я не могу считать отвѣтом на замѣтку «Врачебной Газеты» и печатать его не вижу основанія, при чем имѣю честь привосокупить, что отвѣт Ваш, касающійся данной замѣтки *по существу*, может быть напечатан в ближайшем № газеты; если же Вы не можете ничего отвѣтить по существу вопроса, то, конечно, я напечатаю и присланное Вами письмо с соотвѣтствующими разъясненіями. С почтеніем *А. Лозинскій*». Изъ разъясненія г. Эттингера приводимъ выдержки:.... «буквы, в которых д-р *Орѣчкин* усмотрѣл «недопустимое обстоятельство», печатаются вообще на всѣх переводах, из года в год разсылаемых при всѣх больших медицинских изданіях, и ни одна редакція до сих пор не усматривала в этом непорядочности». — «Во 1) это дѣлается для того, чтобы переплетчик точно знал, сколько почтовых переводов отправить в назначенныя ему редакціи, а во 2) в конторѣ редакціи ведется издавна статистика, для выясненія вопроса о цѣлесообразности разсылки объявленій при том или другом изданіи». «В подтвержденіе полной неосновательности взведенных на меня обвиненій могу привести еще тот аргумент, что такая статистика ведется нами не только по отношенію к «Практическому Врачу» и другим посторонним изданіям, а также и к нашим собственным изданіям и учрежденіям». Въ хроникѣ «Практическаго Врача» (№ 6) объ этой части разъясненія говорится слѣдующее: «Г. *Эттингеръ* силился доказать, что не преслѣдовалъ при этомъ никакихъ неблаговидныхъ цѣлей, въ доказательство чего приводитъ, между прочимъ, что такія помѣтки дѣлаются имъ изъ года въ годъ на всѣхъ переводахъ, разсылаемыхъ при медицинскихъ изданіяхъ. Не вступая въ пререканія, замѣтимъ только, что это противорѣчитъ истинѣ и, напримѣръ, на лежащемъ предъ нами переводномъ бланкѣ конторы редакціи «Практической Медицины» и «Врачебной Газеты» на 1902 г. *никакихъ помѣтокъ не имѣется*, и точно также ихъ не было, сколько помнимъ, на переводныхъ бланкахъ, разсылавшихся «Врачебной Газетой» на 1903 г.»—*Ред.*

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

238. Научныя силы *В.-Медицинской Академіи* въ 1902—1903 уч. году *составляли:* 23 ординарныхъ профессора, 9 экстраординарныхъ, 82 чч. преподавателя, 10 прозекторовъ, 3 лаборанта и 7 ассистентовъ («Извѣстія В.-Медицинской Академіи», январь).

239. Экстраординарные профессора В.-Медицинской Академіи *Н. П. Кравковъ* и *В. Б. Варлихъ назначены ординарными* («Биржевыя Вѣдомости», 11 февраля).

240. 5 февраля въ В.-Медицинской Академіи защищали диссертаціи: *Н. М. Гейманъ* на тему—«*О вліяніи различнаго рода раздраженій полости рта на работу слюнныхъ железъ*», *Н. И. Килюшко* на тему—«*О дѣйствіи адреналина на глазъ*» и *С. Т. Савельевъ* на тему «*О вліяніи подкожныхъ впрыскиваній адреналина на кровь и о невосπріимчивости къ нему*» («Биржевыя Вѣдомости», 5 февраля).

241. 5-го февраля въ Московскомъ Университетѣ *А. И. Абрикосовъ защищалъ диссертацію* на тему—*О первыхъ анатомическихъ измѣненіяхъ въ легкихъ при началѣ легочной бугорчатки* («Русскія Вѣдомости», 6 февраля).

242. Въ текущемъ году въ Одесскомъ Университетѣ изъявили желаніе подвергнуться *испытаніямъ на степень доктора медицины 17 врачей.*

243. По словамъ «Знамени» (7 февраля), 6-го февраля *на Дальній Востокъ командировано изъ Петербурга свыше 100 врачей*, числящихся въ запасѣ по военному вѣдомству.

244. Среди профессоровъ медицинскаго факультета въ Одесскомъ Университетѣ собрано по подпискѣ *500 р.*, которые и отправлены на Дальній Востокъ *въ пользу раненыхъ*.

245. Огромное большинство врачебныхъ учрежденій Петербурга постановило отчислять во время военныхъ дѣйствій *1—2%* съ получаемаго персоналомъ содержанія *на нужды Краснаго Креста.*

246. «Русское Слово» (4 февраля) передаетъ, что медицинскій персоналъ и служащіе Московской Старо-Екатерининской больницы *постановили отчислять* въ теченіи военнаго времени въ пользу больныхъ и раненыхъ воиновъ *по 1% изъ своего жалованья.*

247. *Петербургское родовспомогательное заведеніе* выдѣляетъ изъ своего персонала *полный санитарный отрядъ* для госпиталя на 200 кроватей, который въ самомъ непродолжительномъ времени отправится на Дальній Востокъ («Русскія Вѣдомости», 9 февраля).

248. Въ «Новомъ Времени» (7 февраля) за подписью *Д. А. К—ръ* напечатано слѣдующее *обращеніе къ врачамъ, не отправляющимся на войну:* «Выдающіеся гигіенисты-врачи и знаменитые полководцы всѣхъ временъ твердили и твердятъ, что войско, крѣпкое духомъ, сытое и крѣпконогое непобѣдимо. Духъ нашихъ войскъ могучъ и несокрушимъ, но для остального необходимы усиленное питаніе, теплая одежда и соотвѣтствующая времени года обувь. Условимся же мы, врачи, остающіеся на родинѣ, ежедневно отчислять отъ заработка нашего по одному гривеннику для снабженія уѣзжающихъ на войну всѣмъ необходимымъ, для укрѣпленія ихъ силъ и сбереженія ихъ здоровья во все время, пока не пройдетъ въ этомъ надобность. Пускай эта скромная лепта въ видѣ мѣсячныхъ взносовъ, 3 руб. каждое первое число мѣсяца, начиная съ минувшаго 1 февраля, направляется на имя предсѣдателя Русскаго Общества охраненія народнаго здравія (Мойка, 85). (По подсчету для одного Петербурга взносъ составитъ не менѣе 3000 р. въ мѣсяцъ)».

249. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (7 февраля), Могилевское Общество врачей рѣшило *предоставить себя на время войны въ распоряженіе Общества Краснаго Креста.*

250. По почину ч. пр. *В. О. Губерта* группа членовъ Общества охраненія народнаго здравія внесла на Общее Собраніе предложеніе о насущной потребности *придти на помощь больнымъ и раненымъ врачамъ, а также семействамъ врачей, пострадавшимъ на полѣ военныхъ дѣйствій на Дальнемъ Востокѣ.* Опредѣлено, чтобы члены Общества и его Отдѣловъ вносили ежемѣсячно или единовременно свою лепту, не стѣсняясь размѣрами до нѣсколькихъ копѣекъ включительно. Члены Общества взываютъ одновременно къ доброму чувству всѣхъ русскихъ врачей. Деньги (можно и марками) просятъ направлять на имя предсѣдателя Общества охраненія народнаго здравія (Петербургъ, Мойка, 85).

251. Старшимъ врачемъ отправляемаго на Дальній Востокъ Одесскимъ Управленіемъ Краснаго Креста санитарнаго отряда на 200 кроватей *избранъ* ч. пр. *А. А. Дешинъ*. Въ этомъ-же отрядѣ въ качествѣ санитаровъ ѣдутъ 10 студентовъ-медиковъ.

252. Старшимъ врачемъ отряда Общины Кауфмана въ Петербургѣ, отправленнаго на Дальній Востокъ, назначается д-ръ *М. М. Дитерихсъ*.

253. Главное Управленіе Общества Краснаго Креста обратилось, какъ сообщаетъ «Кіевская Газета» (3 февраля), въ Кіевскій Университетъ съ запросомъ, на какихъ условіяхъ могутъ быть *командированы на театръ военныхъ дѣйствій студенты-медики* 4-го и 5-го курсовъ. Вопросъ этотъ обсуждался на Совѣщаніи профессоровъ медицинскаго факультета, при чемъ признано было возможнымъ въ ближайшее время командировать въ распоряженіе Краснаго Креста студентовъ-медиковъ 4-го курса, которымъ за время пребыванія на войнѣ будетъ за-

Digitized by Google

чтенъ 8-ой семестръ. Въ то же время признано желательнымъ закончить выпускные государственные экзамены студентовъ 5-го курса въ маѣ, когда и могутъ быть посланы на театръ военныхъ дѣйствій молодые врачи. То или другое рѣшеніе этого вопроса зависитъ отъ Министерства народнаго просвѣщенія.

254. 22-го февраля, какъ намъ сообщаютъ, исполняется *30-лѣтіе врачебной и научной дѣятельности* проф. Клиническаго Института В. Кн. Елены Павловны *В. Н. Никитина*. Не сомнѣваемся, что многочисленные ученики глубокоуважаемаго юбиляра не преминутъ выразить ему по этому поводу свои чувства. Просимъ его принять и нашъ привѣтъ.

255. Бессарабская помѣщица г-жа Крупенская *пожертвовала*, какъ намъ сообщаютъ, *200000 р.* для сформированія особаго *санитарнаго отряда*, долженствующаго отправиться на Дальній Востокъ.

256. М. А. Кононова пожела устроить *больничное отдѣленіе на 20 коекъ* при Астраханской Ирининской Общинѣ Краснаго Креста съ тѣмъ, чтобы отдѣленіе это всегда носило имя: «Отдѣленіе въ память Ивана Ильича Кононова» и чтобы служащіе фирмы пользовались всякой медицинской помощью при Ирининской Общинѣ безплатно. На исполненіе сего названная жертвовательница изъявила желаніе пожертвовать 40000 р. («Правительственный Вѣстникъ», 11 февраля).

257. «Бессарабецъ» (6 февраля) передаетъ, что *на изданіе «Вѣстника общественной гигіены, судебной и практической медицины»* постановлено отпускать изъ государственнаго казначейства, начиная съ 1904 г., въ теченіи 5 лѣтъ, по 4500 р. въ годъ.

258. Намъ сообщаютъ, что населеніе Рудкинскаго участка, Яранскаго уѣзда Вятской губ., храня благодарную память о перешедшемъ на другое мѣсто служенія д-рѣ *І. А. Романинѣ*, *переслали ему* туда *образъ Спасителя*.

259. *Изъ постановленій VIII губернскаго Съѣзда врачей и предсѣдателей земскихъ Управъ Саратовской губ.* (см. «Русскій Врачъ», 1903, № 39, стр. 1373). *Нормальная сѣть медицинскихъ участковъ*. По докладу *Е. П. Николаева* Съѣздомъ приняты слѣдующія положенія: распредѣленіе медицинской помощи въ Саратовской губ. очень неравномѣрно какъ въ отдѣльныхъ уѣздахъ, такъ и въ различныхъ частяхъ одного и того-же уѣзда, при чемъ ½ населенія находится за предѣлами достаточной врачебной помощи. При настоящихъ условіяхъ мѣста и времени слѣдуетъ признать за нормы достаточнаго обезпеченія максимальный радіусъ врачебнаго участка въ 12 верстъ съ населеніемъ отъ 10 до 15 тысячъ. Съ этой точки зрѣнія необходимо удвоить количество существующихъ врачебныхъ участковъ, при чемъ губернское Земство должно оказать активную помощь уѣзднымъ. Наиболѣе правильное и продуктивное проявленіе этой помощи—устройство губернскихъ (межуѣздныхъ) участковъ. *О дѣятельности отдѣленія народнаго здравія*, по докладу *Н. И. Тезякова:* возбудить ходатайство черезъ губернское земское Собраніе о томъ, чтобы свѣдѣнія о смертности, рождаемости и бракахъ, составляемыя духовенствомъ по карточной формѣ, поступали предварительно въ распоряженіе земскихъ врачей и затѣмъ пересылались для разработки въ Отдѣленіе народнаго здравія. Слѣдуетъ имѣть при губернской земской аптекѣ небольшой запасъ рѣдко употребляемыхъ сывороткъ на случай требованія отъ участковыхъ врачей. *О губернской санитарной организаціи (санитарныхъ уѣздныхъ врачахъ)*. По докладу *Н. И. Тезякова* принято: признать назрѣвшею необходимостью введеніе уѣздныхъ санитарныхъ врачей на средства губернскаго земства. Признать, что, являясь органомъ губернской санитарной организаціи, санитарные врачи должны направляться въ своей дѣятельности учрежденіями названной организаціи и состоять на службѣ и въ непосредственномъ вѣдѣніи губернскаго земства, чѣмъ достигается единство плана ихъ дѣятельности и стройность въ проведеніи систематическихъ санитарныхъ изслѣдованій и мѣропріятій. Дѣятельность санитарныхъ врачей Саратовскаго губернскаго земства должна имѣть своимъ основаніемъ стремленіе къ пробужденію въ области народнаго здравоохраненія общественной самодѣятельности. Преслѣдуя общегубернскія цѣли, дѣятельность санитарныхъ врачей, однако, должна быть органически связана съ врачебно-санитарною организаціею уѣздныхъ земствъ. *О губернскомъ санитарномъ Совѣтѣ при губернской Управѣ*. По докладу *Н. И. Тезякова* постановлено: ходатайствовать передъ губернскимъ Собраніемъ объ организаціи при губернской Управѣ губернскаго санитарнаго Совѣта съ участіемъ въ немъ представителей врачебно-санитарныхъ организацій отъ уѣздныхъ земствъ. *О значеніи въ обще-губернской врачебной организаціи губернской земской больницы*. По докладу *Н. И. Тезякова* постановлено: губернская больница не имѣетъ общегубернскаго значенія и при современномъ положеніи и направленіи участковой земской медицины не можетъ имѣть таковаго, какъ бы клинически она ни была обставлена. *О постановкѣ психіатрической помощи въ Саратовской губ.* Приняты положенія: Повторить ходатайство черезъ губернское земское Собраніе объ отмѣнѣ правилъ перевозки душевно-больныхъ по желѣзной дорогѣ. Ходатайствовать передъ правительствомъ о томъ, чтобы душевнобольные преступники, оставляемые теперь на основаніи 95 и 96 ст. улож. о наказ. на содержаніе земства, отдавались въ правительственныя окружныя лѣчебницы и содержались тамъ на счетъ правительства. *Врачебно-санитарный надзоръ за земскими школами*. По докладу *В. С. Голубева* принято: признать, что санитарный надзоръ за школами долженъ входить необходимымъ элементомъ въ кругъ обязанностей участковаго земскаго врача. Признать желательнымъ участіе врача на правахъ члена въ уѣздномъ училищномъ Совѣтѣ и въ земскихъ училищныхъ Коммиссіяхъ, гдѣ таковыя имѣются. Признать желательнымъ участіе въ училищныхъ Совѣтахъ и Коммиссіяхъ также и представителей отъ учителей. Признать желательнымъ учрежденіе коллегіальныхъ школьныхъ Попечительствъ съ обязательнымъ въ нихъ участіемъ мѣстныхъ врачей. Поручить Отдѣленію народнаго здравія разработать вопросъ о школьномъ приваркѣ, чтобы основать ходатайство передъ земскимъ Собраніемъ объ ассигнованіи извѣстной суммы на этотъ предметъ. *Лѣчебно-продовольственные пункты на рынкахъ найма сельскохозяйственныхъ рабочихъ въ Саратовской губ.* По докладу *Н. И. Тезякова* принято: признать 1-ый опытъ устройства этихъ пунктовъ удавшимся. Опытъ показалъ, насколько врачебно-продовольственные пункты въ мѣстахъ скопленія рабочихъ для найма дѣйствительно необходимы. Оказывая существенную и разностороннюю помощь сельско-хозяйственнымъ рабочимъ, врачебно-продовольственные пункты помогаютъ дѣлу санитарнаго надзора и изученію отхожихъ промысловъ въ санитарномъ отношеніи. Организація врачебно-санитарнаго надзора за передвиженіемъ рабочихъ и устройство лѣчебно-продовольственныхъ пунктовъ должны быть дѣломъ губернскаго земства и входить въ программу дѣятельности губернской санитарной организаціи, какъ это и принято послѣднимъ губернскимъ земскимъ Собраніемъ. Къ участію въ организаціи и ближайшему наблюденію за дѣятельностью врачебно-продовольственныхъ пунктовъ должны приглашаться мѣстныя земскія Управы и мѣстные участковые врачи. Желательно привлечь къ участію въ расходахъ по устройству на рынкахъ найма сельско-хозяйственныхъ рабочихъ бараковъ и содержанію дешевыхъ столовыхъ и чайныхъ Комитеты Попечительства о народной трезвости, съ каковой цѣлью и надлежитъ войти съ ними въ соотвѣтствующее соглашеніе. *Народныя чтенія по медицинѣ и гигіенѣ*. Докладъ *Е. П. Николаева*. Введеніе чтеній по этимъ отдѣламъ знаній въ деревнѣ должно быть сосредоточено преимущественно въ рукахъ врачей. Широкой пользы отъ чтеній можно ожидать лишь при слѣдующихъ условіяхъ: а) расширеніи выбора темъ и текста для чтеній, б) при демонстративности чтеній, в) при возможной простотѣ процедуры устройства чтеній и при отсутствіи излишней зависимости отъ мѣстнаго духовенства и полиціи, г) наконецъ, при систематизаціи чтеній въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ они будутъ носить постоянный характеръ и могутъ разсчитывать на извѣстный контингентъ постоянныхъ слушателей. Признавая за дѣятельностью Коммиссіи при Правленіи Пироговскаго Общества въ высшей степени важное общероссійское значеніе, Съѣздъ считаетъ весьма желательнымъ и справедливымъ, чтобы Саратовское губернское земское Собраніе ассигновало какую-либо единовременную или постоянную субсидію этой Коммиссіи; кромѣ того, весьма желательно учрежденіе Саратовскаго филіальнаго отдѣленія Коммиссіи. *О правовомъ положеніи фельдшерскаго персонала*. Желательно допущеніе представителей отъ вспомогательнаго медицинскаго персонала къ участію въ занятіяхъ санитарныхъ Совѣтовъ и совѣщаніяхъ врачей, въ количествѣ не менѣе 2-хъ человѣкъ отъ уѣзда («Врачебно-санитарная Хроника Саратовской губ.», декабрь, 1903).

260. По даннымъ послѣдняго отчета расходъ *Попечительства по предупрежденію слѣпоты въ Россіи* превышаетъ 100000 р. въ годъ. Въ послѣднемъ отчетномъ году сумма эта была израсходована на снаряженіе 29 глазныхъ отрядовъ въ различныя мѣстности Имперіи. Этими отрядами было принято 48830 больныхъ и произведено 18155 операцій. За послѣднія 10 лѣтъ Попечительствомъ было сформировано 266 глазныхъ отрядовъ, коими принято 436735 больныхъ и сдѣлано 138612 операцій. Кромѣ отрядовъ отдѣлъ еще содержалъ т. наз. постоянные врачебные глазные пункты и глазныя лѣчебницы. Число этихъ послѣднихъ изъ года въ годъ увеличивается, и въ послѣднее время выражается цифрою 145, тогда какъ 10 лѣтъ тому назадъ (1893 г.) ихъ всего было 4. Постоянные глазные пункты обыкновенно содержатся при земскихъ и сельскихъ больницахъ, а также при больницахъ другихъ наименованій, и распространяются какъ по территоріи Европейской Россіи, такъ и въ предѣлахъ Сибири («Знамя», 5 февраля).

261. 1-го февраля исполнилось *10-лѣтіе* существованія *въ Кіевѣ больницы для чернорабочихъ*, построенной на средства нѣсколькихъ жертвователей, главнымъ же образомъ семьи Терещенко. Городъ отпускаетъ на содержаніе больницы ежегодно лишь 7500 р., остальныя же средства получаются изъ %%-въ съ пожертвованныхъ капиталовъ. За истекшія 10 лѣтъ въ больницѣ этой пользовались 8704 чел., а хирургическихъ операцій сдѣлано 1998.

262. Ковенское Попечительство о народной трезвости устраиваетъ въ Ковнѣ *безплатную амбулаторію* для подачи медицинской помощи бѣднѣйшей части населенія («Сѣверо-Западное Слово», 7 февраля).

263. Д-ръ *Д. Н. Ермоловичъ* сообщаетъ свои весьма интересныя наблюденія по *народной медицинѣ въ Сибири* («Сибирскія Врачебныя Вѣдомости», № 1). «Если даже отбросить», говоритъ авторъ, «значеніе практическаго интереса въ народной медицинѣ, какъ крайне сомнительнаго, то собираніе свѣдѣній по этой отрасли народнаго знанія, несомнѣнно, имѣетъ смыслъ для характеристики культурнаго развитія народа, а также для изученія суммы вреда, наносимаго народной медициной, при чемъ вредъ этотъ наносится не только самимъ лѣченіемъ, но и временемъ, уходящимъ на это лѣченіе, послѣ котораго раціональная врачебная помощь оказывается или крайне запоздалой, или совершенно невозможной. Передъ моими глазами за 5 лѣтъ прошло много случаевъ этого народнаго лѣченія, послѣ котораго

Digitized by Google

больной или умиралъ, или лишался навсегда какого-либо важнаго органа, хотя случай являлся очень благопріятнымъ для раціональнаго лѣченія. Ничтожное раненіе на колѣнномъ суставѣ, благодаря лѣченію народными средствами, вызывало нагноеніе всей нижней конечности, и больной являлся въ больницу съ явленіями общей піэміи, отъ которой и погибалъ. Заболѣваніе бленнорреей у дѣтей оканчивалось полной слѣпотой. Ничтожная язва на роговицѣ вела къ потерѣ глаза. Абсцессъ оканчивался полнымъ сведеніемъ конечности и т. д. Можно сказать безъ преувеличенія, что, если-бы подсчитать и собрать всѣ случаи лѣчившихся народными средствами, то получится довольно большой отрядъ всевозможныхъ калѣкъ и увѣчныхъ, потерявшихъ почти всякую работоспособность, сдѣлавшихся инвалидами на всю жизнь». Приведенное мнѣніе не мѣшало-бы усвоить различнымъ непрошеннымъ радѣтелямъ врачебной науки съ ихъ совѣтами врачамъ изучать народное врачеваніе и народныя средства. Каково большинство этихъ средствъ, видно, напр., изъ слѣдующаго: «Глаза промываютъ дѣтской мочей, пускаютъ «крымзу» въ глаза, мочатъ виномъ бѣльма, мочей-же примачиваютъ свѣжія раны, присыпаютъ сахаромъ съ имбиремъ, кровь заговариваютъ, засыпаютъ рану алебастромъ, замазываютъ лакомъ, присыпаютъ сажей, сахаромъ съ толченымъ углемъ, березовой настойкой (березовыя почки настаиваются на водкѣ), къ «нарывамъ» прикладываютъ свѣжую смолу, спускъ (воскъ съ деревяннымъ масломъ), заячью шкурку, смазанную сметаной». «При желтухѣ запекаютъ въ хлѣбъ вшей и даютъ хлѣбъ ѣсть больнымъ. Для срощенія переломовъ даютъ пить мѣдь, соскобленную со старыхъ мѣдныхъ пятаковъ» и т. п. «Изъ приведенныхъ фактовъ», говоритъ д-ръ *Д. Н. Ермоловичъ*, «можно заключить, какъ велика темнота сибирскаго населенія въ пониманіи медицины, велико страданіе отъ болѣзней, если народъ мечется, какъ угорѣлый, для избавленія отъ нихъ, хотя-бы средствами жестокими, вызывающими еще большую боль. А для утоленія этой великой жажды, какъ бы на зло, предложена капля сельской медицины, которая скорѣе можетъ раздразнить, чѣмъ удовлетворить кричащую потребность населенія».

264. Въ Курскомъ губернскомъ Земствѣ разработанъ, какъ передаетъ «Знамя» (6 февраля), ***проэктъ борьбы съ алкоголизмомъ чрезъ посредство народной школы.*** Съ этою цѣлью предположено на предстоящіе весенніе учительскіе курсы пригласить особаго лектора по школьной гигіэнѣ, который-бы прочелъ нѣсколько лекцій о вредѣ алкоголя на организмъ, а также и о возможной борьбѣ съ пьянствомъ путемъ школы. Такія лекціи должны послужить матеріаломъ для совѣщанія учителей по тому-же предмету. Ко времени открытія курсовъ, земская Коммиссія по народному образованію предполагаетъ собрать матеріалъ чрезъ опросы всѣхъ учащихъ въ начальныхъ школахъ въ Курской губ. объ употребленіи спиртныхъ напитковъ дѣтьми, о вліяніи родителей-алкоголиковъ на нравственныя качества дѣтей и т. п. Въ цѣляхъ успѣшной борьбы съ алкоголизмомъ, имѣется въ виду снабдить каждую школу таблицами, картинами, картами, изображающими послѣдствія пьянства, а также рядомъ книгъ и сочиненій, содержащихъ въ себѣ разсказы, повѣсти, хрестоматіи съ антиалкоголической тенденціей.

265. Какъ нѣкоторые представители сельской интеллигенціи относятся къ общественнымъ начинаніямъ, хорошо иллюстрируетъ слѣдующій фактъ. Верхне-днѣпровское (Екатеринославской губ.) земское Собраніе постановило расширить устройство яслей-пріютовъ въ уѣздѣ. Для совѣщанія по этому вопросу были приглашены въ засѣданіе врачебно-санитарнаго Совѣта при земской Управѣ всѣ земскіе начальники и священники тѣхъ приходовъ, гдѣ были уже ясли-пріюты. ***Изъ приглашенныхъ лицъ никто не явился...*** («Вѣстникъ Екатеринославскаго Земства», 22 января).

266. Мы получили 1-ый № новоявленнаго журнала «*Вегетаріанскій Вѣстникъ*». Для ежемѣсячника, стоящаго 5 р., журналъ довольно таки жиденькій, что, конечно, объясняется ограниченностью подходящихъ для такого журнала темъ, такъ какъ г.г. вегетаріанцамъ ничего въ сущности не остается, какъ пережевывать старые, отжившіе доводы въ пользу исключительно безъубойнаго питанія. Слѣдуетъ, впрочемъ, отмѣтить, что руководители журнала принадлежатъ, такъ сказать, къ умѣреннымъ вегетаріанцамъ и допускаютъ въ широкихъ размѣрахъ питаніе продуктами животнаго происхожденія, какъ молоко и яйца. По видимому, однако, новый журналъ не желаетъ ограничиться исключительно пропагандой растительнаго режима, а намѣренъ заняться еще и пропагандой шарлатанства и знахарства, какъ это видно изъ помѣщенной въ № 1 статьи г. Е. Ю. Рейнке «О санаторіяхъ, устроенныхъ по физическому методу лѣченія». Достаточно немногихъ выдержекъ, чтобы оцѣнить эту статью по достоинству. Инціатива устройства такихъ здравницъ, говоритъ авторъ, «какъ и слѣдовало ожидать, изошла не отъ спеціалистовъ, воспитанныхъ въ рутинныхъ академическихъ воззрѣніяхъ. Толчекъ къ установленію новыхъ гигіэническихъ началъ и тѣсно съ ними связанныхъ новыхъ лѣчебныхъ пріемовъ былъ данъ людьми безъ громкаго, во врачебныхъ сферахъ, имени. Заговорили Priessnitz, Kneipp, Kuhne разоблачая обманчивый успѣхъ, а часто и полное безсиліе аллопатическаго лѣченія». И вотъ эти г.г., по словамъ г. Рейнке, сдѣлали великое открытіе, что болѣзнь есть цѣлебная реакція организма. «У насъ въ Россіи, довѣріе къ врачебной силѣ лѣкарствъ начинаетъ колебаться, какъ видно изъ записокъ врача *Вересаева*. Упомянутый же взглядъ на болѣзнь признанъ въ учебникѣ Кіевскаго профессора *Подвысоцкаго*. Далѣе въ статьѣ (еще не оконченной) усиленно рекламируется пресловутый Kuhne, приводятся рядъ чудесныхъ исцѣленій по его методу и обычныя для защитниковъ знахарства невѣжественные доводы и измышленія, въ родѣ того, что «медицинскій совѣтъ въ Leipzig'ѣ представилъ Kuhne 80 больныхъ изъ городской больницы,—и онъ не задумываясь, только по внѣшнему виду больного, вѣрно опредѣлилъ всѣ болѣзни». — Обращаетъ на себя вниманіе, что въ числѣ ближайшихъ сотрудниковъ журнала показанъ проф. *И. Р. Тархановъ*. Не безынтересно было-бы знать, какова при этомъ будетъ роль почтеннаго физіолога? Ужъ не возьмется-ли онъ на основаніи физіологическихъ данныхъ доказывать преимущества безъубойнаго питанія, а то, чего добраго, и превосходство лѣченія по Kuhne и Kneipp'у передъ научными способами?

267. «Врачебная Газета» (№ 6) сообщаетъ, что д-ръ *Н. Н. Михайловъ*, обвинявшійся въ явной неосторожности (см. выше, № 6, стр. 192), Владимірскимъ окружнымъ Судомъ *оправданъ*.

268. ***Можетъ-ли врачъ, присяжный засѣдатель, отказать въ помощи больному, имѣя въ виду неотложное присутствіе въ залѣ суда?*** Елизаветградскимъ окружнымъ Судомъ вопросъ этотъ рѣшенъ отрицательно. Тамъ, какъ передаетъ «Донская Рѣчь» (4 февраля), былъ слѣдующій случай. «Неявившійся къ началу разбора дѣлъ присяжный засѣдатель д-ръ *Косой* оштрафованъ былъ 15 р. Вслѣдъ затѣмъ оштрафованный прибылъ въ судъ съ нѣкоторымъ опозданіемъ и заявилъ, что онъ въ 9 ч. утра позванъ былъ къ истекавшей кровью больной, которую онъ, не смотря на то, что торопился въ судъ, не могъ оставить, не обезпечивъ ее прежде медицинской помощью. Товарищъ предсѣдателя возразилъ на это, что обязанности присяжнаго засѣдателя исключаютъ всякія другія обязанности, въ томъ числѣ и врачебныя. Д-ръ *Косой* заявилъ тогда, что онъ въ данномъ случаѣ дѣйствовалъ, какъ требуетъ долгъ врача, въ виду чего онъ и просилъ о сложеніи съ него штрафа. Послѣ нѣкотораго совѣщанія, судъ, выслушавъ мнѣніе товарища прокурора, постановилъ признать объясненія д-ра *Косого* заслуживающими вниманія и освободить его отъ штрафа».

269. Въ Numela (Финляндія) открыта *здравница для чахоточныхъ*, какъ передаетъ «Balneologische Centralzeitung» (1 февраля).

270. *На осиротѣвшую за смертью Jolly каѳедру психіатріи въ Berlin'ѣ приглашенъ* проф. *Ziehen* изъ Halle («Deustche medizinische Wochenschrift», 11 февраля).

271. Нѣкій G. Wegemüller, «спеціалистъ по лѣченію желчнокаменной болѣзни» въ Waldstadt'ѣ (Швейцарія), не постѣснился обратиться къ врачамъ съ циркулярнымъ предложеніемъ направлять къ нему больныхъ, *обѣщая за каждаго уплачивать по 5 франковъ* («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 14 февраля).—Неужели и на такое предложеніе есть шансы получить откликъ благопріятный?!

272. Въ настоящее $^1/_2$-годіе ***университеты Германіи замѣтно обѣднѣли студентами-медиками.*** Число послѣднихъ, равнявшееся за зимнее полугодіе $^{1894}/_{95}$ г. 7796, достигло теперь всего 6072, т. е. уменьшилось приблизительно на 22%. Уменьшеніе это—и иногда рѣзкое—замѣчено въ большинствѣ университетовъ: въ Würzburg'ѣ съ 753 до 422, въ Leipzig'ѣ съ 727 до 445, Greifswald'ѣ съ 381 до 156, Breslau съ 297 до 205, München'ѣ съ 1125 до 912, Erlangen'ѣ съ 355 до 204, Freiburg'ѣ съ 383 до 329, Göttingen'ѣ съ 207 до 138, Halle съ 249 до 181, Kiel'ѣ съ 251 до 194, Marburg'ѣ съ 225 до 174, Strassburg'ѣ съ 300 до 232, Bonn'ѣ съ 245 до 206 и Tübingen'ѣ съ 223 до 184. Увеличилось число медиковъ въ Giessen'ѣ (съ 109 до 173), Heidelberg'ѣ съ 225 до 266), Rostok'ѣ (съ 110 до 123). Berlin'скій факультетъ далъ также уменьшеніе, но небольшое—съ 1220 до 1193 («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 14 февраля).

273. Въ Kerbela, къ югу отъ Bagdad'a, недавно появилась *холера:* между 9/XII и 12/XII отъ нея умерли 176 чел. («The Medical Age», 25 января).

274. Въ штатѣ New-York введена *обязательная запись парикмахеровъ;* записано ихъ около 30000 («The Medical Age», 25 января).

275. ***Въ штатѣ Massachusetts смертность отъ бугорчатки непрерывно падаетъ за послѣднее*** 10-лѣтіе. Въ 1893 г. она равнялась 23,1 на 10000 населенія, въ 1894 г. 22,3, въ 1895 г. 21,9, въ 1896 г. 21,7, въ 1897 г. 20,8, въ 1898 г. 19,7, въ 1899 г. 19,0, въ 1900 г. 18,5, въ 1901 г. 17,5 и въ 1902 г. 15,9. Цифры эти, собранныя д-ромъ *W. G. Thompson*'омъ, показываютъ, что съ «бѣлою чумою» можно бороться («American Medicine», 23 января).

276. ***Въ Германіи*** за нѣсколько послѣднихъ 10-лѣтій замѣчается *уменьшеніе рождаемости:* съ 1870 по 1880 г. число рожденій было 40,7 на 1000 жителей, въ слѣдующее 10-лѣтіе оно уменьшилось до 38,2‰, а съ 1890 по 1900 г. упало до 37,4. Особенно замѣтно это уменьшеніе въ Berlin'ѣ («The Britisch Medial Journal», 13 февраля).

277. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* («The British Medical Journal», 13 февраля). Въ Индіи за недѣлю по 9/I и 16/I умерли отъ чумы 17344 и 21302 чел., при чемъ за первую изъ названныхъ недѣль наибольшія цифры умершихъ дали: городъ Bombay 169, Bombay'скій округъ 6605, Calcutta 15, Bengal'скій округъ 938, Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh 3291, Punjab 1394, Центральныя провинціи 1574, Kashmir 21, Hyderabad State 972, Центральная Индія 855 и Madras'скій округъ 740. Изъ мѣстностей Cape Colony чума оставалась въ Port-Elizabet'ѣ—2 смер-

Digitized by Google

тельныхъ случая за недѣлю по 16/i и въ East-London'ѣ—по 1 свѣжему случаю заболѣванія за недѣлю по 9/i и 16/i. На островѣ св. Маврикія за недѣлю по 21/i и 28/i и 4/ii заболѣли 16, 28 и 17 чел., а умерли 12, 18, 14.

278. *Чахоткобоязнь въ Австраліи.* По телеграммѣ изъ Sydney, Санитарное Бюро въ Melbourn'ѣ постановило считать чахотку за болѣзнь заразную и уединять всѣхъ страдающихъ ею; для этой цѣли приспособлена пока карантинная станція для извѣстнаго числа больныхъ («Medical Record», 30 января).

279. Депутатъ Daniel штата Virginia предложилъ въ Сенатѣ Штатовъ рядъ запросовъ относительно *устройства Обществъ Краснаго Креста въ разныхъ государствахъ*: Оказываетъ-ли то или иное государство денежную поддержку Обществу и какую? Назначаетъ-ли оно кого-либо изъ служащихъ тамъ? Какъ организовано Общество на случай работы его въ военное время? На какія средства оно существуетъ? Какъ ведется отчетность и какія мѣры приняты для охраненія средствъ Общества отъ ущерба вслѣдствіе небрежности и нечестности его финансовъ? Какъ вообще наблюдаетъ правительство за организаціей, финансами и работою Общества? Пользуется-ли послѣднее довѣріемъ выдающихся людей страны? Поддерживается-ли оно со стороны финансовой частными лицами? («Medical Record», 30 января).—Запросы эти навѣяны, очевидно, настоящими политическими обстоятельствами; приведенная замѣтка представляетъ пока единственный откликъ на послѣдніе врачебной печати Америки.

280. Въ январѣ 1901 г. шведскія женщины-врачи обратились къ королю съ петиціею о разрѣшеніи занимать извѣстныя мѣста, куда до сихъ поръ допускались лишь мужчины. Послѣ долгаго размышленія, король указомъ 6 ноября 1903 г. *удовлетворилъ ходатайство почти по всѣмъ пунктамъ.* Отнынѣ для женщинъ въ Швеціи закрыты врачебныя мѣста только на желѣзныхъ дорогахъ и нѣкоторыя мелкія, но съ оговоркою, что выходъ замужъ женщины, занимающей оффиціальный медицинскій постъ, будетъ считаться подразумѣвающимъ отказъ отъ послѣдняго («The Journal of the American Medical Association», 30 января).

281. Точно обставленными анализами бѣлковъ кровяной плазмы при различныхъ заразныхъ заболѣваніяхъ д-ра *Lasegstein* и *M. Mayer* выяснили (въ лабораторіи проф. *Brieger*'а), что при *стрептококковомъ и пнеймококковомъ зараженіи количество фибриноробнаго бѣлка плазмы значительно повышается.* (*Hoffmeister*'s Beiträge, 1903, т. V, тетр. 1—2). Данными этими объясняется столь часто замѣчающіяся при этихъ болѣзняхъ прижизненные фибринные свертки въ сосудахъ.

282. Д-ръ *Tingvall* изъ Швеціи описываетъ (Hygienische Rundschau, 1 февраля) *чрезвычайно поучительный случай скарлатинной эпидеміи*, вспыхнувшей въ январѣ 1902 г. въ г. Westeras и, *несомнѣнно, возникшей отъ передачи заразы черезъ молоко.* Въ ограниченной части города появилось почти одновременно 27 случаевъ заболѣванія скарлатиной; разслѣдованіе обнаружило, что изъ 22 зараженныхъ семей 18 брали молоко изъ лавки, получившей его съ фермы, гдѣ за нѣсколько дней до того былъ обнаруженъ первый случай скарлатины. Молоко употреблялось некипяченое.

283. На 27 и 28 мая текущаго года въ Копенгагенѣ назначено засѣданіе малаго Совѣта *Международнаго центральнаго бюро по борьбѣ съ бугорчаткой.* Предсѣдателемъ Совѣта состоитъ проф. *Brouardel*, секретаремъ—проф. *Pannwitz*.

284. Съ 1-го января текущаго года въ Германіи началъ выходить *новый медицинскій журналъ*, посвященный спеціально нормальной и патологической анатоміи, въ связи съ микротехникой «*Centralblatt f. normale und pathol. Anatomie mit Einschluss d. Mikrotechnik*» подъ редакціей проф. *Krause* (Berlin) и д-ра *Mosse* (Berlin). Въ числѣ постоянныхъ сотрудниковъ изъ Россіи значатся: проф. *В. К. Линдеманъ* (Кіевъ), ч. пр. *В. Шмидтъ* (Петербургъ) и д-ръ *Третьяковъ* (Петербургъ). Журналъ ежемѣсячный. Годовая цѣна 24 марки.

285. Въ январьской книжкѣ издающагося въ Berlin'ѣ журнала «Tuberculosis» помѣщена статья д-ра *А. Пецольда* (изъ Финляндіи) *о мѣрахъ, принимаемыхъ въ Россіи по борьбѣ съ бугорчаткой.* Статья напечатана на 3-хъ языкахъ—нѣмецкомъ, французскомъ и англійскомъ. Сообщаемыя въ ней свѣдѣнія, къ сожалѣнію, далеко не полны; давая довольно обстоятельныя указанія относительно Москвы, Вологды, Твери, Крыма, Остзейскаго Края и Кавказа, авторъ не упоминаетъ о мѣрахъ, принятыхъ въ этомъ отношеніи въ Кіевѣ, Саратовѣ и др. городахъ, а въ черезчуръ уже краткихъ указаніяхъ относительно Петербурга допущена явная ошибка: профессоръ В.-Медицинской Академіи *Н. Н. Мари* названъ *Mark*'омъ.

286. Съ 5-го по 9-ое апрѣля текущаго года центральный Союзъ для борьбы съ алкоголизмомъ устраиваетъ въ Berlin'ѣ *научные курсы для изученія алкоголизма.* Читать будутъ: *Hähnel* (Bremen)—Исторія борьбы съ алкоголизмомъ; *Grothjan* (Berlin)—Алкоголь и народное хозяйство; *Grawitz* (Charlottenburg)—Дѣйствіе алкоголя на тѣло и душу; *Keferstein* (Lüneburg)—Алкоголизмъ и рабочій вопросъ; г-жа *Agnes Hacker* (Berlin)—Алкоголизмъ и проституція; *Aschaffenburg* (Halle)—Алкоголь и преступленіе; *Ploetz* (Schlachtensee)—Вліяніе алкоголя на потомство; *Trüper* (Jena)—Школа и домашнее воспитаніе въ борьбѣ съ алкоголизмомъ («Münchener medicinische Wochenschrift», № 6).

287. Императоръ Wilhelm II пожертвовалъ 10000 марокъ на *здравницу для малоимущихъ легочныхъ больныхъ* въ Davos'ѣ. Эта здравница, устроенная для нѣмецкихъ подданныхъ, располагаетъ въ настоящее время 100 кроватями. Такъ какъ она всегда переполнена, то приступаютъ къ ея расширенію («Vossische Zeitung»).

288. Управленія кассъ въ Köln'ѣ намѣрены обжаловать образъ дѣйствія мѣстныхъ властей, вмѣшавшихся въ *борьбу кассъ съ врачами* и заставившихъ прекратить стачку. Управленія кассъ считаютъ такой образъ дѣйствія властей несправедливымъ, такъ какъ, по Германской конституціи, вмѣшательство властей при борьбѣ 2-хъ корпорацій допустимо лишь тогда, если имѣется въ виду защитить интересы болѣе слабой изъ борющихся сторонъ. Кассы считаютъ себя стороной болѣе слабой, и, такъ какъ, вмѣшательство властей было не въ ихъ пользу, то онѣ намѣрены обжаловать его и рѣшили не останавливаться ни предъ чѣмъ, пока не добьются защиты своихъ правъ. Если высшія судебныя учрежденія рѣшатъ дѣло не въ ихъ пользу, то онѣ намѣрены обратиться лично къ императору («Berliner Tageblatt»).

289. *Въ Швейцарскихъ университетахъ* въ текущемъ семестрѣ на медицинскихъ факультетахъ *число студентокъ превышаетъ число студентовъ.* Всѣхъ изучающихъ медицину насчитывается 1654, изъ коихъ 763 мужчинъ и 891 женщина. По отдѣльнымъ университетамъ слушательницы распредѣляются такъ: Bern—377, Lausanne—181, Zürich—177, Genève—151 и Basel—5 («Berliner Tageblatt»).

290. Извѣстная рѣчь проф. *Ladenburg*'а на послѣднемъ Съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей—*О вліяніи естествознанія на міровоззрѣніе*—не осталась безъ послѣдствій и породила раздоръ среди членовъ организаціоннаго Комитета будущаго Съѣзда. Дѣло въ томъ, что проф. *Hasse* (Breslau) публично высказался противъ содержанія означенной рѣчи и ея тона, находя, что преподаватели естественныхъ наукъ въ университетахъ не должны подрывать основъ религіи. Въ виду такой постановки дѣла проф. *Ladenburg* потребовалъ, чтобы секретарь будущаго Съѣзда проф. *Ponfick* высказался также публично по этому вопросу. Такъ какъ *Ponfick* счелъ для себя неудобнымъ подчиниться этому, то онъ сложилъ съ себя обязанности секретаря. Его мѣсто занялъ проф. *Uhthoff*. Будущій Съѣздъ состоится въ Breslau («Berliner klinische Wochenschrift»).

291. Городское Управленіе Berlin'а уступило для постановки *памятника Rudolf'у Virchow'у* небольшую площадь, расположенную на перекресткѣ Luisenstrasse и Karlstrasse. Это мѣсто выбрано какъ нельзя болѣе удачно, такъ какъ оно расположено у самой Charité, въ самомъ центрѣ медицинской части Berlin'а. Пожертвованій на памятникъ продолжаетъ поступать довольно много со всѣхъ концовъ свѣта («Berliner Tageblatt»).

292. *Умерли:* 1) 23-го декабря 1903 г. въ г. Ядринѣ, Казанской губ., отъ остраго воспаленія оболочекъ головного мозга *Александръ Алексѣевичъ Богоразъ*, родившійся въ 1877 г. Окончивъ курсъ въ Тифлисской гимназіи, покойный поступилъ въ 1895 г. въ В.-Медицинскую Академію, съ 3-го курса которой долженъ былъ уйти по независящимъ обстоятельствамъ. Послѣ долгихъ мытарствъ, связанныхъ съ этимъ, *А. А.* окончилъ курсъ въ Berlin'скомъ Университетѣ по медицинскому факультету и, послѣ государственнаго экзамена, выдержаннаго имъ при Казанскомъ Университетѣ, поступилъ врачемъ въ Ядринскую земскую Управу. Не смотря на короткій срокъ своей службы, покойный успѣлъ заслужить симпатію всего городского общества и населенія; никогда амбулаторія не переполнялась такъ, какъ это было при немъ, и проводы *А. А.* совершились при стеченіи громадной толпы народа.—2) 30 января въ Астрахани *Александръ Карловичъ Деннеръ*[1] («Астраханскій Листокъ», 31 января).—3) Въ Винницѣ *Александръ Осиповичъ Шафиръ*, бывшій доступнымъ врачемъ для всѣхъ безъ различія вѣроисповѣданія, лѣчившій бѣдныхъ безвозмездно и часто снабжавшій таковыхъ безплатными лѣкарствами. Все населеніе города явилось отдать послѣдній долгъ преждевременно скончавшемуся врачу и другу («Кіевское Слово», 3 февраля). Покойный родился въ 1852 г., а званіе врача получилъ въ 1878 г.—4) 3 февраля въ Одессѣ ординаторъ городской больницы *Петръ Андреевичъ Ракуза* («Южное Обозрѣніе», 4 февраля), родившійся въ 1846 г., а званіе врача получившій въ 1869 г.

Глубокоуважаемый проф. *К. Г. Тритшель* любезно извѣстилъ насъ, что Правленіе Кіевскаго Общества для борьбы съ чахоткою и бугорчаткою приглашаетъ лицъ, желающихъ занять должность врача, завѣдующаго санаторіей Общества (медицинской и хозяйственною частью), подать заявленіе на имя предсѣдателя Правленія Общества *К. Г. Тритшеля* (г. Кіевъ, Тарасовская ул., 5). Санаторія разсчитанная на 100 больныхъ, находится въ 20 верстахъ отъ Кіева и соединена съ городомъ трамваемъ. Условія службы: 1200 р. въ годъ безъ права частной практики, столъ и небольшая квартира. Вмѣстѣ съ заявленіемъ о желаніи поступить должно быть прислано curriculum vitae. Заявленія принимаются до 10-го марта сего года.

[1] Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» за 1902 г. не значился.

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Русскіе.

**Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины.** Октябрь.

1. **Н. А. Золотавинъ.** *Сифилисъ въ Ямбургскомъ уѣздѣ.* Статистическія данныя. Окончаніе. 2. **Н. Г. Фрейбергъ.** *Санитарныя предупредительныя мѣры противъ чумы.* Докладъ на XIII Международномъ Съѣздѣ гигіэнистовъ. 3. **С. Піонтковскій.** *Новый способъ выдѣленія кислотоупорныхъ бактерій.* Способъ заключается въ обработкѣ матеріала, подлежащаго бактеріологическому изслѣдованію, растворомъ формальдегида. 4. **С. В. Констансовъ.** *Ушъ-Кудукская и Аксайская чумныя эпидеміи въ бактеріологическомъ отношеніи.* Описаніе эпидемій и отчетъ о ходѣ ихъ изслѣдованія. 5. **Н. И. Максимовичъ.** *Фолликулярныя заболѣванія конъюнктивы среди рабочихъ сельско-хозяйственной экономіи.* По изслѣдованіямъ автора, главными источниками распространенія заразы въ сельскомъ населеніи являются сельско-хозяйственныя экономіи.

**Извѣстія И. В.-Медицинской Академіи.** Октябрь. Т. VII. № 2.

1. **И. П. Павловъ.** *Экспериментальная психологія и психопатологія на животныхъ.* Рѣчь, произнесенная на одномъ изъ общихъ Собраній Международнаго Съѣзда въ Мадридѣ. 2. **А. О. Карницкій.** *Физіолого-химическія наблюденія надъ кровью плода въ моментъ его рожденія.* Экспериментальное изслѣдованіе. (Продолженіе). 3. **А. А. Гущъ.** *Къ вопросу о воспріимчивости кролика къ яду вакцины и оспы.* Кроликъ мало пригоденъ для изученія оспеннаго процесса. 4. **В. Н. Гейнацъ.** *Обзоръ важнѣйшихъ успѣховъ хирургіи за 1902 г.* 5. **А. Студенскій.** *Обзоръ литературы по вопросамъ общей патологіи за 1901 г.*

#### Англійскіе.

**Medicine.** Октябрь.

1. **H. Schiller.** *Notes on the serum therapy of scarlet fever.* 2. **J. M. Burlew.** *A case of typhoid cholecystitis with calculi but without any evidence of typhoid fever.* 3. **H. N. Moyer.** *The relation of appendicitis to injury.* 4. **E. K. Kerr.** *A statistical study of the post-mortem findings in one hundred and seventy-one cases of lobar pneumonia.* 5. **R. L. Sutton.** *The sphygmomanometer.* 6. **F. Baumann.** *Anatomy and physiology of the urethral muscles, with especial reference to the diagnosis and treatment of gonorrhea.*

Ноябрь.

1. **N. Bridge.** *Should a tuberculous lung be «exercised»?* Чахоточныя легкія, какъ и другіе больные органы, требуютъ покоя, а не гимнастики. 2. **E. S. Talbot.** *Buccal expressions of constitutional states.* 3. **F. P. Norbury.** *Neuroses of the stomach and intestines.* 4. **L. A. Hering.** *A contribution to the technique of embryotomy as applied in transverse dystocia.* 5. **C. B. Burr.** *The early diagnosis of mental diseases.* 6. **R. Pearl.** *On the mortality due to congenital malformations, with especial reference to the problem of the relative variability of the sexes.* 7. **Q. W. Hunter.** *Epidemic influenza.* Историческій очеркъ.

Декабрь.

1. **J. H. Huddleston.** *Tetanus and vaccine virus.* 2. **O. S. Ormsby.** *Preliminary report in the case... of prefungoid stage of mycosis fungoides, treated with radiotherapy.* 3. **A. B. Hale.** *Specialism in its modern significance.* 4. **A. Blauvelt.** *Action taken by the department of health on the report of a case of small-pox.* 5. **M. P. Ravenel.** *Report of Committee of the Laboratory section of the American Public Health Association, on Bacillus tuberculosis in man and animals.* 6. **H. L. Russell.** *The development of American bacteriology.*

#### Французскіе.

**Revue mensuelle des maladies de l'enfance.** Іюнь.

1. **Deguy.** *Les paralysies précoces du voile du palais dans la diphtérie et leur pathogénie.* 5 случаевъ. 2. **J. Génévrier.** *Modifications de l'accroissement des os dans les arthrites tuberculeuses.* (Не окончена). 3. **Zuber.** *Dilatation aortique rhumatismale.* 4. **L. Martin.** *Propriétés du sérum antidiphtérique.*

Іюль.

1. **J. L. Crozer-Griffith.** *Le scorbut infantile.* 2. **M. Perrin.** *De la péritonite à pneumocoques chez les enfants, et en particulier dans la première enfance.* Случай. 3. **Simon.** *Tubercule du cervelet.* Тоже. 4. **J. Génévrier.** Окончаніе статьи объ измѣненіяхъ въ ростѣ костей при бугорчатковыхъ артритахъ.

Августъ.

. **Hutinel.** *Traitement des gastro-entérites aiguës des nourrissons.* 2. **E. Du Pasquier** et **R. Voisin.** *Les aphtes confluents de la bouche chez l'enfant.* 3. **R. Lacasse.** *Des arthrites suppurées de cause inconnue chez les nourrissons.*

Сентябрь.

1. **E. Rist** et **Salomon.** *Syphilis héréditaire à localisation hépato-splénique avec ictère et oedème sous-ombilical.* 2. **G. Bourcart.** *Recherches sur la persistance du bacille de la diphtérie chez les sujets convalescents de cette maladie et sur sa présence chez des sujets sains en contact avec des diphtériques.*

Октябрь.

1. **A. Moussous.** *De la nécessité d'isoler et d'observer les enfants à leur entrée dans les hôpitaux.* 2. **J. Calvé** et **P. Guillaume-Louis.** *La coxalgie double.* Клиническій этюдъ. 3. **L. Guinon** et **E. Rist.** *Deux cas de poliomyélite antérieure aiguë sans réaction méningée cytologique chez un frère et une soeur.*

Ноябрь.

1. **L. Guinon.** *Deux ans de prophylaxie et d'antisepsie médicale dans un service de l'hôpital Trousseau.* 2. **Barbillion.** *De l'infection septique d'origine otique chez les nourrissons.* 3. **J. Calvé** et **P. Guillaume Louis.** Окончаніе статьи о двусторонней коксальгіи.

Декабрь.

1. **P. Fabre.** *Étude clinique sur le zona infantile.* 2. **A. Breton.** *De l'emploi de la solution de biiodure de mercure à haute dose, dans la thérapeutique infantile.* 3. **E. Terrien** et **L. Lamy.** *Situation et déplacements physiologiques de la pointe du coeur chez les enfants de 5 à 15 ans.* 4. **P. Haushalter** et **L. Richon.** *Malformation cardiaque et cavité médullaire chez un enfant de 10 mois.*

**Archives d'ophtalmologie.** Сентябрь.

1. **Rochon-Duvigneaud.** *Une pince-ciseaux pour l'incision des cataractes secondaires.* Новый инструментъ для операціи вторичныхъ катарактъ. 2. **Moissonnier.** *Cylindrome de la glande lacrymale, opération de Krönlein.* Случай. 3. **Péchin** et **Rollin.** *Ophtalmoplégie et artério-sclérose.* 4. **Antonelli.** *Les névrites optiques au cours des infections aiguës.* (Продолженіе). 5. **F. Terrien.** *Colobome du tractus uvéal...* Случай съ анатомическимъ изслѣдованіемъ.

Октябрь.

1. **A. Poulard.** *Sur une forme particulière de péricystite aiguë à streptocoques.* 3 наблюденія. 2. **Antonelli.** Продолженіе статьи о заразныхъ воспаленіяхъ зрительнаго нерва. 3. **Moissonier** et **G. Pouchet.** *Aniridie familiale.* 3 случая. 4. **H. Le Roux.** *Complications oculaires des oreillons.* Глазныя осложненія заушницы. Случай. 5. **E. Mettey.** *Syndrome oculaire neuro-paralytique.* 2 случая.

Ноябрь.

1. **F. de Lapersonne** et **Opin.** *Sarcome péripapillaire.* Случай. 2. **Th. Speyr.** *Trois cas d'ectropion de l'uvée ou de colobome partiel de l'iris.* 3. **Gagnière.** *Théorie générale du procédé de Cuignet.* 4. **A. Antonelli.** (Продолженіе).

Декабрь.

1. **Rochon-Duvigneaud.** *Note sur l'anatomie de l'orbite étudiée par la méthode des coupes microscopiques d'ensemble, faites après décalcification.* 2. **A. Poulard.** *Tuberculose des voies lacrymales.* 5 случаевъ. 3. **Scrini** et **Bourdeaux.** *Un cas d'exophtalmie unilatérale par projection volontaire et intermittente du globe oculaire.* 4. **H. Le Roux.** *Amaurose hystérique totale et bilatérale.* Случай.

#### Итальянскіе.

**La Clinica Medica Italiana.** Іюль.

1. **E. Maragliano.** Продолженіе заключительной лекціи 1901—1902 учебн. года. 2. **G. P. Giavotto.** *La crioscopia delle orine nell'infanzá.* 3. **G. Mattirolo.** *Tuberculosi miliaire e setticemia micrococco tetrageno.* Случай. 4. **R. Caracciolo.** *Su di un caso di mielite dorsolombare a focolai multipli.* Тоже.

### ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Англійскіе.

**American Medicine.** 15 августа.

1. **F. H. Dillingham.** *Rubella.* 2. **T. R. Brown.** *Enteroptosis.* (Не окончена). 3. **R. P. Strong.** *A new cholera vaccine and its method of preparation.* 4. **J. W. Wherry.** *What is epilepsy?* 5. **D. Symmers.** *Treatment of tetanus by means of subcutaneous injections of carbolic acid Baccelli's method—with a review of 75 cases from the literature.* 6. **W. E. Tobie.** *Congenital cystic kidney* (почка). Случай.

22 августа.

1. **J. M. T. Finney** and **O. Pancoast.** *Enterostomy.* 7 случаевъ. 2. **T. R. Brown.** Продолженіе статьи объ энтероптозѣ. 3. **E. Castelli.** *Course of diseases during pregnancy.* Теченіе болѣзней во время беременности. 4. **W. C. Voorsanger.** *Treatment of typhoid perforation.* Операція; смерть. 5. **J. T. Schell.** *Etiology of dysmenorrhea.* 6. **J. B. Jones.** *A successful treatment for morphinism.* Случай.

29 августа.

1. **H. R. Gaylord.** *On the destruction of bacteria in vaccine pulp with potassium cyanid.* 2. **G. G. Davis.** *The treatment of congenital luxation of the hips* (бедра). 3. **C. D. Westcott** and **B. Pusey.** *The danger that may lurk in blind eyes.* 6 случаевъ удаленія одного глаза съ улучшеніемъ зрѣнія въ другомъ. 4. **T. R. Brown.** Окончаніе статьи объ энтероптозѣ. 5. **W. O. Bul-**

**look**. *The Matas treatment of aneurysms*. Случай лѣченія аневризмы бедренной артеріи по способу *Matas* (операція). 6. **F. C. Hammond**. *The medical treatment of dysmenorrhea*.

5 сентября.

1. **B. K. Ashford**. *A study of uncinariasis in Porto Rico*. 2. **J. W. Wherry**. *The significance of the convulsion in idiopathic epilepsy*. 3. **E. Amberg**. *The abuse of inflation and massage of the middle ear* (средняго уха). 4. **P. H. Lyon** and **W. B. Wherry**. *A case of infectious dermatitis in chronic morphinism, accompanied by an unknown diplococcus, resembling m. Gonorrhea*. 5. **W. H. Crane** and **A. Friedländer**. *The antiseptic qualities of coffee*. Опыты. 7. **R. H. Main**. *On the toxicity of methyl alcohol in extracts and medicines*. Случай отравленія метиловымъ алкоголемъ мужчины, 44 л. (слѣпота, смерть) и литература (*A. G. Thompson, H. Gifford, Casey A. Wood* (2), *Raub* (2), *E. Stiner, H. Harlan, J. Dunn* (2), *H. V. Wurdemann, S. M. Burnett, H. Moulton, E. G. Hoitt* (6), *S. W. Abbott* (3), *R. Hunt* (опыты).

12 сентября.

1. **H. A. Kelly**. *Labia urethrae and Skene's glands*. (Не окончена). 2. **B. K. Ashford**. (Окончаніе). 3. **D. H. Craig**. *Splanchnoptosis caused by omental adhesions*. 3. **W. G. Erwing**. *On the condition of the blood in rheumatoid arthritis and osteoarthritis*. 5. **H. Richardson**. *Eclampsia*. 6. **H. C. Masland**. *Infantile tetany*.

19 сентября.

1. **H. A. Kelly**. Окончаніе. 2. **F. M. Pottenger**. *The rational treatment of pulmonary tuberculosis*. 3. **F. H. Murdoch**. *The treatment of chronic round ulcer of the stomach*. 4. **J. De-Lisle**. *The bacillus of syphilis*. 5. **D. Longaker**. *Placenta praevia and its treatment...* 6. **G. M. Muren**. *A contribution to the prophylaxis of venereal diseases*.

26 сентября.

1. **J. Mc Crae**. *Typhoid fever: an analysis of 717 cases*. 2. **J. F. Anderson**. *Spotted fever (tick fever) of the Roczy Mountains*. Пятнистая лихорадка въ Скалистыхъ горахъ. 3. **D. L. Edsall**. *Some biologic differences between the natural and the artificial feeding of infants*. 4. **C. P. Noble**. *Personal experience in operations upon diabetic patients*. 5. **E. R. Gould**. *The value of eosinophilia in the diagnosis of trichinosis*. 6. **R. Ferguson**. *Inguinal hernia of an imperfectly developed uterus and appendages*.

3 октября.

1. **T. A. Mc Graw**. *Practical consideration on intestinal anastomosis*. 2. **H. A. Mc Callum**. *The lymph circulation in modern medicine*. 3. **P. G. Goldsmith**. *The causation and treatment of postnasal discharge*. 4. **G. B. Wood**. *The complications of hypertrophy of the pharyngeal tonsil*. 5. **J. F. Binnie**. *Surgery of the upper right quadrant of the belly*. Хирургія верхняго праваго квадранта живота. 6. **J. J. Gilbride**. *Chronic lead-poisoning*.

10 октября.

1. **B. H. Buxton**. *Construction of the proteid molecule*. 2. **De Lancey Rochester**. *The role of local sanatoriums in preventing the spread of tuberculosis*. 3. **D. L. Edsall** and **C. A. Fife**. *Pyloric carcinoma with symptoms resembling gastrocolic fistula*. 4. **A. B. Richardson**. *Insanity as a sequel to physical conditions*. 5. **M. Behrend**. *Case of enlarged pedunculated middle lobe of the prostate...* Сложный хирург. случай. 6. **A. A. Ripperger**. *Some observations on trachoma*.

17 октября.

1. **J. B. Deaver**. *One year's work in appendicitis*. 2. **F. Kleeberg**. *On the influence of potassium sodium tartrate upon the circulation*. Опыты на животныхъ. 3. **G. F. Butler**. *The interrelations of diabetes and other constitutional states*. 4. **E. G. Wood**. *Cardiac complications of influenza*. 5. **W. L. Dunn**. *Special aids to the early recognition of pulmonary tuberculosis*. 6. **G. H. Sherman**. *Antistreptococcic serum in the treatment of inflammatory rheumatism and other diseases*.

24 октября.

1. **T. L. Rhoads**. *Treatment of abscess of the liver* (печени). 2. **A. W. Morton**. *Injection of paraffin for the correction of deformities*. 3. **T. D. Coleman**. *The susceptibility of the negro to tuberculosis*. 4. **J. G. Sheldon**. *Hernia of the vermiform appendix and the removal of the appendix during operations for right inguinal hernia*. 5. **W. H. Good**. *Funic pulsations: when to ligate the cord*. Къ вопросу о времени перевязки пупочнаго канатика. 6. **R. Wallace**. *Hay-fever*. Современные взгляды на причины и лѣченіе сѣнной лихорадки.

31 октября.

1. **J. M. Anders**. *The dietetic treatment of chronic nephritis*. 2. **S. Lloyd**. *The technic of Mc Graw's method of gastroenterostomy*. 3. **W. W. Keen**. *Successful intraneural infiltration of the median and ulnar nerves during an operation for Dupuytren's contraction of the fingers*. 4. **G. Richter**. *Digestion of milk*. 5. **W. F. Bernart**. *Mercury: its administration hypodermically in syphilis*. 6. **C. D. Spivak**. *Volvulus of the stomach*. Обзоръ литературы (8 случаевъ). 7. **A. L. Benedict**. *Multiple visceral lesion*.

14 ноября.

1. **J. C. Hemmeter**. *Chronic malaria*. Объ осложненіяхъ ея, особенно со стороны желудочно-кишечнаго канала. 2. **T. C. Ely**. *Contribution to the clinical study of cerebrospinal meningitis*. Разборъ 23 случаевъ. 3. **J. A. Lichty**. *The gastrointestinal disturbances associated with migraine*. 4. **B. F. Stahl**. *The association of valvular heart diseases with tabes*. Почти во всѣхъ случаяхъ спинная сухотка осложняется пораженіемъ сосудистой системы, часто пороками сердца, вѣроятно въ зависимости отъ сифилиса. 5. **R. P. Robinson**. *Operation in hip-joint disease without shortening*. 6. **J. Kaufmann**. *Gallstones* (желчные камни) *and gastric hyperacidity*.

21 ноября.

1. **E. Martin** and **M. E. Pennington**. *The treatment of surgical shock by adrenalin*. 5 случаевъ. 2. **G. T. Vaughan**. *Nine (9) cases of resection of the intestine*. 3. **A. B. Cooke**. *A unique case: molluscum fibrosum of the rectum in a patient with the typical skin lesion*. 4. **C. F. Gardiner** and **H. W. Hoagland**. *Growth and development of children in Colorado*. 5. **W. H. Prialeau**. *The use and abuse of fresh air and overfeeding in tuberculosis*. 6. **F. Griffith**. *A consideration of general anesthesia...* Предлагаетъ новую маску.

28 ноября.

1. **A. V. Veer**. *What is the limit of safety when more than one operation is indicated?* 2. **C. L. Leonard**. *The Röntgen rays as a palliative in the treatment of cancer*. 3. **E. T. Williams**. *The demonstration of nucleated red blood-corpuscles in animal spleens*. 4. **G. G. Hopkins**. *The spectroscopic elements of light as therapeutic agents*. 5. **A. J. Downes**. *Abdominal and pelvic surgery without ligatures. Electrothermic (heat and pressure) hemostasis*. Съ описаніемъ новыхъ приборовъ. 6. **B. Reed**. *The effects of the secondary static currents in removing albumin and casts from the urine*. Вторичные статическіе токи для устраненія бѣлка и цилиндровъ изъ мочи. 4 случая.

**The Lancet**. 19 сентября.

1. **R. Hutchison**. *On the artificial feeding of infants*. 2. **R. L. Knaggs**. *A case of abscess of the temporosphenoidal lobe presenting symptoms of «amnesic aphasia»; operation; recovery*. 3. **D'Arcy Power** and **G. H. Colt**. *A case of aneurysm of the abdominal aorta treated by the introduction of silver wire* (проволоки). 4. **C. H. Sedgwick**. *A case of malignant disease following splenic anaemia*. 5. **O. K. Williamson** and **J. G. Emanuel**. *A case of subacute indurative pneumonia*. 6. **J. Sherren**. *On the occurrence and significance of cutaneous hyperalgesia in appendicitis*. 7. **F. E. Tylecote**. *Defects in the auricular septum*. 2 случая. 8. **W. J. Barclay**. *Tuberculosis and cancer in new Zealand*.

26 сентября.

1. **H. W. G. Mackenzie**. *Perforation in typhoid fever*. Клиническая лекція. 2. **J. Symington**. *Some problems arising from the variations in the development of the skull* (черепа) *and the brain* (мозга). Лекція. 3. **W. L. Ascherson**. *A case presenting signs of pulmonary stenosis during the life, unexplaned by the necropsy*. 4. **L. H. Mc Gavin**. *A note on tonsillar enlargements and their treatment*. 5. **W. B. Warrington**. *On some uncommon forms of neuritis of the upper limb with an unusual etiology*. 6. **T. C. English**. *Remarks on three cases of acute intestinal obstruction*. 7. **J. M. Mackenzie** and **W. B. Blandy**. *A note on a case of puerperal septicaemia treated by antistreptococcic serum*. 8. **C. A. Lane**. *A clinical comparison of the maternal pelvis and of the foetus in europeans, eurasians, and bengalis*.

3 октября.

1. **D. Duckworth**. *Reverence and hopefulness in medicine*. Рѣчь. 2. **D. Armour**. *The surgical treatment of intestinal perforation in typhoid fever*. 3. **A. E. Morison**. *Notes on five cases of abdominal section for emergencies during pregnancy*. 5 акушерскихъ чревосѣченій. 4. **G. Oliver**. *The circulation of tissue fluid in man*. Предварительное сообщеніе. 5. **G. F. Mc Cleary**. *Infant feeding*. 6. **W. V. Shaw**. *The immunisation of animals to the bacillus typhosus*. 7. **A. Hall**. *A case of pyopericardium following puerperal sepsis; paracentesis; excision of rib and drainage*. 8. **J. M. Cowan** and **A. R. Ferguson**. *Five illustrative cases of congenital heart disease*.

10 октября.

1. **W. R. Gowers**. *Syringal haemorrhage into the spinal cord*. Лекція. 2. **V. W. Low**. *The relationship of the military medical service to the civil profession*. Тоже. 3. **W. H. White**. *A case of diabetic intraocular lipaemia, in which the blood was examined during life*. 4. **A. E. Wright**. *On the protective effect achieved by antityphoid inoculation as exhibited in two further statistical records*. 5. **S. R. Douglas** and **F. W. Hardy**. *Some remarks on 50 cases of Bilharzia disease*. 6. **A. W. Fuller**. *Some investigations on the urine of children*. 7. **D. L. Smith**. *Some observations and comparisons on the dietetic and drug treatment in chronic pulmonary tuberculosis*.

17 октября.

1. **W. S. Church**. *The importance of post-graduate study*. Рѣчь. 2. **E. F. Bashford**. *The quantitative and qualitative relations of toxin and antitoxin*. Опыты. 3. **P. W. G. Sargent**. *A case of upward dislocation of the foot*. Случай смѣщенія кверху стопы. 4. **H. E. B. Porter**. *Note on a case of renal calculus*. 5. **J. M. Clarke**. *The treatment of sciatica*. Хвалитъ *Weir-Mitchell*'евъ способъ придачи конечности неподвижности при помощи шины. 6. **H. H. Borland**. *Infantile acute eczema; haematemesis; duodenal ulcer; death*. Случай. 7. **F. C. Wallis**. *Three cases of perforated gastric ulcer; recovery after operation*. 8. **G. W. B. Daniell**. *A new ethyl chloride apparatus and method*. 9. **A. H. N**

Digitized by Google

**Lewers.** *Two cases of caesarean section.* 10. **J. A. Thompson.** *On the etiology of bubonic plague.*

24 октября.

1. **J. Bland-Sutton.** *On the effect of perforation of the colon by small foreign bodies, especially in relation to abscess of an epiploic appendage.* 2 случая. 2. **S. Wilks.** *The correction of hereditary tendencies.* 3. **A. E. Brindley** and **F. W. Bonis.** *On the use of pure carbolic acid in the treatment of small-pox.* Хвалитъ лѣченіе оспы смазываніями крѣпкою разжиженною карболовою кислотою. Въ 1-ый день смазываются лицо и шея, во 2-й—руки, затѣмъ ноги и на 4-ый—туловище. 4. **R. Crawfurd.** *Three cases of erythema exsudativum multiforme.* 5. **A. Mac Lennan.** *A simple method of performing intestinal union.* Соединеніе кишекъ при помощи цилиндровъ изъ уплотненной въ формалинѣ желатины. 6. **D. G. Marshall.** *On the value of saline infusion in the treatment of enteric fever.* Случай якобы «спасенія жизни» тифознаго солевыми вливаніями (по 20—30 унцій). 7. **C. J. N. Longridge.** *The value of blood examinations in abdominal diseases.*

31 октября.

1. **G. H. Savage.** *The mental diseases of the climacteric.* 2. **W. J. Walsham.** *Carcinoma of the colon.* Клинич. лекція. 3. **A. H. G. Doran.** *Large bile cyst of the liver; jaundice without cholelithiasis; incision and drainage; recovery.* 4. **H. C. Bastian.** *On the great importance from the point of view of medical science of the proof that bacteria and their allies are capable of arising de novo.* 5. **J. C. Bowie.** *The treatment of pulmonary tuberculosis by high-frequency currents (low potential) and intralaryngeal injection of antiseptics.* 4 благопріятныхъ случая. 6. **T. Fisher.** *Some cases of dilatation of the bronchial tubes after measles* (послѣ кори). 7. **J. D. Malcolm.** *Four cases in which a cystic ovarian tumour, which was not malignant, developed after a similar growth of the ovary on the same side had been removed.* 8. **D. Watson.** *An adjunct to uterine irrigation in puerperal fever.* 9. **A. Whitfield.** *A case of cutaneous neuro-fibromatosis in which newly formed nerve fibres were found in the tumours.*

7 ноября.

1. **C. S. Sherrington.** *Medicine and science in the modern university.* Рѣчь. 2. **E. F. Trevelyan.** *Some observations on tuberculosis of the nervous system.* Лекція. 3. **J. Tweedy.** *The relations of ophthalmology to general medicine and surgery and to public health.* 4. **K. W. Monsarrat.** *Some points in the operative treatment of tuberculous disease of the knee-joint* (колѣннаго сустава). 5. **H. E. J. Biss.** *The borderlands of diphtheria and scarlet fever.* О сродствѣ между скарлатиною, дифтеріею и тонзиллитомъ. 6. **J. R. Lunn.** *An obscure case of intestinal obstruction due to an obturator hernia.* 7. **J. Mc Lachlan.** *A case of retroperitoneal pelvic sarcoma.* 8. **E. Mackey.** *On the value of aspirin in acute rheumatism.* 9. **E. S. Yonge,** *The prevention of the recurrence of nasal polypi.* 10. **E. E. Laslett.** *On the nature of Curschmann's spirals.* Смотритъ на спирали, какъ на слѣпки мелкихъ бронховъ. 11. **M. Mc Gregor Young.** *Notes on a case of chronic ulcer of the stomach.* Была сдѣлана операція.

14 ноября.

1. **N. Moore.** *The history of medicine as illustrated in english literature.* Лекція. 2. **T. Oliver.** *Occupation as a cause of lung disease.* Тоже. 3. **W. G. Sutcliffe.** *The operative treatment of tuberculous glands of the neck* (шеи). 4. **C. S. Bowker.** *The successful treatment of a few cases of lupus.* 5. **T. P. Teale.** *On suppuration of the bursa over the trochanter major and its occasional imitation of hip disease.* 6. **W. G. Nash.** *A group of cancer cases.* 7. **C. H. Leaf.** *A case of lupus of the forehead, the right arm, and the elbow, treated by excision.* 8. **W. Broadbent.** *A case of congenital heart lesion.* Случай врожденнаго порока сердца.

21 ноября.

1. **L. H. Ormsby.** *The ideal physician...* Рѣчь. 2. **S. Taylor.** *Typhoid fever.* Клин. лекція. 3. **C. Riviere.** *The anaemias of infancy.* 4. **A. Balfour.** *A case of multiple liver abscess.* Множествен. гнойникъ печени. 5. **J. O. Hollick.** *A case of linseed poisoning.* Случай отравленія льнянымъ сѣменемъ. 6. **D. Macartney.** *Unusual case of intestinal obstruction.* 7. **B. G. A. Moynihan.** *A brief experience in abdominal surgery.*

28 ноября.

1. **A. D. Waller.** *The administration of chloroform to man and to the higher animals.* Лекція. 2. **A. F. Street.** *Some questions in seaside climatology.* Нѣсколько вопросовъ изъ климатологіи морскихъ побережій. 3. **R. Hutchison.** *Patent medicines.* 4. **F. W. Pavy.** *On albuminuria as an accompaniment of diabetes mellitus.* (Не окончена). 5. **W. E. F. Tinley** and **A. R. Jones.** *Fracture of the fifth cervical vertebra; recovery.* 6. **F. N. Windsor.** *A confirmatory test for the presence of meconic acid.* Проба на меконовую кислоту.

5 декабря.

1. **R. J. Godlee.** *Continuous local infection.* Рѣчь. 2. **C. M. Moullin.** *On the present treatment of the enlarged prostate.* 3. **F. C. Wallis.** *A case of chronic intussusception; excision of 42 inches of small intestine; recovery.* 4. **G. A. Gibson.** *Adaptation and compensation.* 5. **C. R. Box.** *A case of invasion of the cauda equina by tumour with demarcation of all the sensory root areas of the lower limbs.* 6. **F. W. Pavy.** Окончаніе статьи о діабетической альбуминуріи.

12 декабря.

1. **H. Morris.** *Cancer and its origin.* Лекція. 2. **A. Marmorek.** *Antituberculous serum and «vaccine».* 3. **C. E. P. Forsyth.** *Inoculation with Haffkine's plague prophylactic: a review of 30609 cases.* 4. **J. W. Miller.** *Some observations on over 6000 inoculations against plague.* 5. **F. B. Jefferiss.** *Symptomatic parotitis following strangulated hernia.* 6. **A. Balfour.** *Eosinophilia in Bilharzia disease and dracontiasis.* 7. **A. J. B. Duprey.** *Fever and convulsions due to ascarides.* Случай.

19 декабря.

1. **F. F. Burghard.** *The modern treatment of fractures of the clavicle, wrist, and ancle...* 2. **T. C. English.** *Remarks on 50 consecutive cases of perforated gastric and duodenal ulcer treated by laparatomy.* 3. **E. Owen.** *Cleft-palate and hare-lip; the earlier operation on the palate.* Къ оперативному лѣченію «волчьей пасти» и «заячьей губы» у дѣтей. 4. **J. S. Bury.** *Note on the respiratory movements in hemiplegia.* 5. **F. C. Moore.** *A case of arterial thrombosis of gonorrhoeal origin.* Гонококковый тромбозъ брюшной аорты съ вѣтвями. 6. **J. S. Purdy.** *A new silver salt in the treatment of gonorrhoea.* «Аргироль» противъ перелоя.

26 декабря.

1. **F. F. Caiger.** *The diagnosis and management of doubtful cases of diphtheria.* 2. **R. Jones.** *How to treat a case of insanity?* 3. **J. T. Neech** and **J. F. Hodgson.** *On the use of pure carbolic acid in the treatment of small pox.* Лѣченіе оспы крѣпкой карболовой кислотой, 136 случаевъ съ 5 смертями (3,6%). 4. **J. B. Tombleson.** *The etiology of yellow fever.* Въ 25 случаяхъ желтой лихорадки найдена открытая авторомъ палочка.

**The Journal of the American Medical Association.** 5 сентября.

1. **E. Jackson.** *Skiascopy as a method of precision.* 2. **H. Gradle.** *Retinal disease limited to the region of the fovea.* 3. **H. A. Christian.** *Neuroglia tissue and ependymal epithelium in teratoid tumors.* 4. **W. Shropshire.** *Hemoglobinuric fever.*

12 сентября.

1. **A. R. Baker.** *Eye complications of smallpox.* Глазныя осложненія оспы (о 23 случаяхъ). 2. **J. W. Wright.** *Cramp of the ciliary muscle due to eyestrain.* 3. **M. L. Price.** *Occurrence of the strongyloides intestinalis in the United States.* 4. **C. P. Ambler.** *Should the tuberculous patient know the truth regarding his condition?* Стоитъ за объявленіе чахоточнымъ ихъ болѣзни. 5. **L. W. Dean.** *The influence of consanguinity on the organs of special sense.*

19 сентября.

1. **F. G. Connell.** *The subcutaneous injection of paraffin for the correction of deformities of the nose.* (Не окончена). 2. **H. B. Ward.** *Precision in the determination of human parasites.* 3. **C. A. Smith.** *Uncinariasis in the South.* 4. **M. L. Price.** *Occurence of strongyloides intestinalis in the United States.* (Окончаніе). 5. **A. D. Bevan.** *The surgical treatment of undescended testicle.* 6. **T. B. Greenley.** *Apoplexy.* Случай.

26 сентября.

1. **C. A. Wood.** *The various methods of preserving and mounting gross eye preparations.* О способахъ консервировки препаратовъ глаза. 2. **E. A. Shumway.** *Tumors of the conjunctiva.* 3. **H. Smith.** *Paraffin injected subcutaneously for the corrections of nasal and other deformities.* 4. **F. G. Connell.** Окончаніе статьи о впрыскиваніяхъ параффина. 5. **W. L. Bierring.** *Multiple periosteal sarcomata of the cranium...* Случай. 6. **J. D. Love.** *Political and professional ethics.*

3 октября.

1. **R. L. Randolph.** *The bacteria concerned in the production of eye inflammation.* 2. **B. Pusey.** *Bacteria in the eye...* О микроорганизмахъ глаза. 3. **H. Gifford.** *The essentials and nonessentials of ophthalmic asepsis.* 4. **J. Eichberg.** *Some clinical aspects of tubercular peritonitis.* 5. **S. Harris.** *Tuberculosis in the negro.*

10 октября.

1. **H. P. Newman.** *Appendicitis from the standpoint of the gynecologist.* 2. **N. M. Black.** *The development of the fusion center in the treatment of strabismus.* 3. **A. B. Hale.** *Stereoscopic exercises.* 4. **O. O. Witherbee.** *A deviation from the usual methods of closing abdominal wounds, including hernia.* 5. **W. L. Baum.** *Scarlet fever.*

17 октября.

1. **A. H. Cordier.** *Gastric ulcer; clinical, pathological and surgical phases.* 2. **J. H. Carstens.** *Hygiene of young girls* (молодыхъ дѣвицъ). 3. **F. F. Lawrence.** *Pelvic diseases in young girls.* 4. **O. Dodd.** *Skin grafting for the restauration of the eyelids.* Возстановленіе вѣкъ при помощи пересадки кожи. 5. **E. O. Sisson.** *Traumatic lesions of the ocular adnexa...* Случай. 6. **G. F. Ruediger.** *The production and nature of streptocolysin.*

24 октября.

1. **H. H. Young.** *Conservative perineal prostatectomy.* Къ техникѣ операціи. 2. **L. Lerey.** *A case of aerogenes capsulatus infection of the neck* (шеи). 3. **E. Ricketts.** *Infection of the gall bladder and biliary duct contents.* 4. **T. S. Cullen.** *Sarcomatous transformation of myomata.* 5. **J. L. Miller.** *A case of acute disseminated encephalomyelitis, presenting the clinical picture of multiple sclerosis.* 6. **G. G. Earl.** *Drainage, sewerage and water-supply of New Orleans.*

Digitized by Google

31 октября.

1. **M. L. Harris.** *Talma's operation in cirrhosis of the liver.* 4 случая. 2. **H. O. Marcy.** *The restoration of the perineum.* 3. **E. Reynolds.** *The repair of cystocele by utilization of the anatomically fixed points in the anterior vaginal wall.* 4. **D. H. Craig.** *Repair of lacerations of the cervix uteri.* 5. **W. P. Manton.** *Acute general staphylococcus infection through the puerperal breast.* 6. **F. J. Otis and N. Evans.** *The morphology and biology of the parasite from a case of systemic blastomycosis.* 7. **L. R. Ryan.** *Anophthalmos.* Случай. 8. **H. Moulton.** *Calcareous degeneration of corneal cicatrices.* 2 случая. 9. **G. W. Fuller.** *Present status of the purification of public water supplies.* 10. **J. P. Lord.** *Meatotomy plus meatorrhaphy.* О разрѣзѣ и зашиваніи наружнаго отверстія уретры.

7 ноября.

1. **J. Daland.** *Leprosy* (проказа) *in the Hawaian Islands.* 2. **I. Dyer.** *Leprosy from a sanitary standpoint.* 3. **A. H. Goelet.** *Fixation of the prolapsed kidney.* 4. **O. G. Pfaff.** *Inhibited tubal peristalsis: a cause of ectopic gestation.* 5. **H. O. Pantzer.** *Conservative surgery of the sclerotic ovary.* 6. **H. M. Cohen.** *Report of a case of combined diaphragmatic or «bimanual massage of the heart»* (сердца), *during collapse following chloroform narcosis.* Удачный случай примѣненія сердечнаго массажа (ритмическія сдавливанія сердца рукою черезъ разрѣзъ живота и грудобрюшную преграду).

14 ноября.

1. **F. S. Pearce.** *Relation of the public school to the seminary and college as to psychoses.* 2. **W. J. Herdmann.** *Best methods of counteracting psychoses due to the strain and stress incident to our public school methods.* О борьбѣ съ вредными вліяніями школы. 3. **G. C. Savage.** *The voluntary and involuntary brain centers controlling the ocular muscles.* 4. **L. H. Dunning.** *Retroversion of the uterus...* 5. **J. W. Bovee.** *Retrodisplacements of the uterus.* Оперативное ихъ лѣченіе. 6. **N. S. Davis.** *Exercise as a mode of treating diseases of the heart* (сердца). 7. **H. A. Moody.** *The future of preventive medicine.* 8. **S. E. Solly.** *Special influences of the high altitudes on the nose and throat.* 9. **V. Y. Bowditsch.** *Arrested tuberculosis.* Объ остановкѣ развитія чахотки, на основаніи 79 удачныхъ случаевъ въ Sharon Sanitarium съ 1891 по 1902 г. 10. **N. R. Finsen.** *The red-light treatment of smallpox.* О лѣченіи оспы краснымъ свѣтомъ. 11. **O. A. Thigpen.** *A case of empyema of the frontal sinus.*

21 ноября.

1. **N. Senn.** *The surgical treatment of traumatic hemorrhage of the spleen* (селезенки). 2. **J. Mc Farland.** *Experiments with rennet and antirenen.* Опыты съ сычугомъ и анти-сычугомъ (провѣрка *Morgenroth*'овскихъ). 3. **W. S. Carter.** *The protoplasmic activity of the renal epithelium...* 4. **A. R. Cushny.** *The pharmacologic action of drugs.* Фармакологическое дѣйствіе лѣкарствъ опредѣляется химической структурой ихъ или физическими свойствами? 5. **M. Vijux-Tyrode.** *The pharmacologic action of the drugs...* Отношеніе его къ лѣчебнымъ показаніямъ. 6. **R. W. Holmes.** *Non-absorbent gauze...* 7. **G. B. Massey.** *Destructive sterilization by cataphoresis of cancer of the uterine cervix.* 8. **F. G. Novy and W. J. Mc Neal.** *The cultivation of trypanosoma Brucei.* 9. **L. Brown.** *An analysis of fifteen hundred cases of tuberculosis.* 1500 случаевъ чахотки, лѣченные въ The Adirondack Cottage Sanitarium. 10. **G. A. Moleen.** *A case of neuritis of the right inferior dental nerve...*

28 ноября.

1. **R. Matas.** *Operative treatment of bilateral cicatricial ankylosis of the jaws* (челюстей). 2. **H. V. Würdemann and N. M. Black.** *Surgical treatment of high myopia.* Сообщеніе 2-ое. 3. **J. H. Claiborne.** *The causes, prevention and management of myopia.* 4. **T. Sollmann.** *Research problems of pharmacology.* 5. **C. M. Robertson.** *Removal of the faucial tonsil.* Новый способъ операціи. 6. **F. A. Higgins.** *Artificial dilatation of the cervix uteri with a new instrument* (*Bossi*'евскимъ). 7. **J. Carroll.** *The etiology of yellow fever* (желтой лихорадки). 8. **G. F. Lydston.** *How to write a medical article: a plea for plagiarism.* Возмутительный случай медико-литературнаго плагіата — буквальное заимствованіе нѣкіимъ д-ромъ *W. E. Fitch* въ статьѣ о переломѣ женщинъ (Annals of Gynecology and Pediatry, сентябрь, 1903), цѣлыхъ почти страницъ изъ книги автора «Genito-Urinary diseases».

**New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal consolidated.** 5 сентября.

1. **P. Bassoe.** *The Adams-Stokes Syndrome.* Случай сочетанія брадикардіи съ приступами безсознательнаго состоянія (болѣзнь *A.-S.*). 2. **W. G. Stern.** *The prognosis and orthopaedic treatment of acute anterior poliomyelitis.* (Не окончена). 3. **G. S. Towne.** *Listerism; its past, present and future.* 4. **J. G. Sheldon.** *The operative treatment of tuberculous glands of the neck* (шеи). 5. **E. C. Spitzka.** (Окончаніе). 6. **F. E. Stowell.** *Hay fever: a cause and a cure.* О сѣнной лихорадкѣ. 7. **H. W. Jones.** *Celluloid as a material for flat foot plates.* 8. **C. B. Cortright.** *A case of atropine poisoning.* Отравленіе ребенка $8^1/_2$ л., атропиномъ (2 грана); выздоровленіе.

12 сентября.

1. **J. E. Billings.** *The value of confirmatory cultures in diphtheria.* 2. **C. Fulton.** *The Roentgen ray as a therapeutic agent.* Случай излѣченія х-лучами эпителіомы на губѣ. 3. **L. J. Dandurant.** *Surgical shock, with special reference to the solar plexus as a factor.* 4. **N. G. Ward.** *The preparation of the patient for nose and throat operations under local anaesthesia.* 5. **J. Zahorsky.** *The leucocytes in the summer diarrhoea of infants.* 6. **W. G. Stern.** (Окончаніе). 7. **J. H. Schall.** *Straight splints in elbow fractures.*

19 сентября.

1. **E. M. Merrins.** *The pathology and treatment of rheumatoid arthritis.* 2. **M. H. Bochroch.** *Birth palsies.* О родовыхъ параличахъ. 3. **W. P. Spratling.** *The results of brain surgery in epilepsy and congenital mental defect.* (Не окончена). 4. **G. R. White.** *Some anatomical varieties of inguinal hernia.* 5. **J. A. Patterson.** *The aetiology and treatment of subacute and chronic catarrhal affections of the upper air passages in children.* 6. **G. D. Kahlo.** *Observations upon one hundred cases of gastro-intestinal diseases treated at French Lick springs.*

26 сентября.

1. **T. R. Brown.** *The gastric contents in gastroptosis.* 2. **T. J. Mays.** *Is registration and desinfection a successful method of combating pulmonary consumption?* 3. **W. P. Spratling.** (Окончаніе). 4. **J. Mitchell.** *The necessity of special legislation for the prevention of the contamination of our water supply as a preventive of tiphoid fever.* 5. **J. F. Mc Caw.** *The treatment of acute blennorrhoea of adults.* 6. **F. M. Marlow.** *Some obscure cases of eye strain* (переутомленіе глазъ).

3 октября.

1. **H. S. Mc Connell.** *Modern treatment of fractures, with special reference to lower end of humerus and bones of the leg.* 2. **J. O. Cobb.** *The sources and methods of infection in pulmonary tuberculosis.* 3. **W. C. Fiske.** *Essential, or idiopathic, spasm.* Случай. 4. **W. L. Phillipps.** *A form of rational treatment for corneal ulcers.* 5. **J. E. Morrow.** *Growths of the mele urethra with report of three cases.* 3 случая опухолей мужской уретры.

10 октября.

1. **A. J. Downes.** *The electrothermic angeiotribe in the removal of haemorrhoids.* Описаніе прибора и его дѣйствія. 2. **W. Moser.** *On a certain form of xanthoma or the «mushroom growth».* 3. **E. Van de Warker.** *The dangerous operation of uterine curettement.* 5 случаевъ. 4. **E. Martin.** *Sterility from obstruction at the epididymis cured by operative means.* Случай. 5. **C. W. Burz.** *Transient postconvulsive astereognosis in Jacksonian epilepsy.* 6. **J. Tyson.** *Edebohls's operation of decapsulation of the kidney...* Случай удачной операціи при хроническомъ нефритѣ. 7. **J. M. Mabbott.** *Stillbirth due to strangulation of the funis.* Случай мертворожденія вслѣдствіе удавленія ребенка пуповиннымъ канатикомъ.

17 октября.

1. **W. H. Thomson.** *Some aspects of genitourinary disease, from a general practitioner's point of new.* Мочеполовыя болѣзни съ точки зрѣнія общаго практика. 2. **T. R. Brown.** *The value of albuminuria in differentiating pyelitis from cystitis.* Если гнойная моча при циститѣ содержитъ много бѣлка, то почти всегда имѣется и піэлитъ (если по осадку можно исключить нефритъ). 3. **G. A. de Santos Saxe.** *On determining the specific gravity of small volumes of urine.* Предлагаетъ «уринопикрометръ» для опредѣленія уд. вѣса мочи при малыхъ ея количествахъ. 4. **E. W. Holmes.** *Left sided appendicitis.* 2 случая (со вскрытіями) лѣвосторонняго аппендицита. 5. **W. G. Craig.** *The treatment of convergent strabismus.* 6. **G. E. Shoemaker.** *Differences in the management of appendicitis and of salpingitis.*

24 октября.

1. **A. H. Ferguson.** *President's address.* Рѣчь о сохраняющемъ лѣченіи яичниковъ и трубъ. 2. **R. H. Greene.** *Cancer of the prostate.* По поводу 1 случая. 3. **F. Savary Pearce.** *The differential diagnosis between Friedrich's disease and insular sclerosis.* 4. **S. G. Tracy.** *Radium in medicine.* 5. **M. D. Rushmore.** *Tubal pregnancy.* 10 случаевъ. 6. Отчетъ о XX Съѣздѣ New York State Medical Association.

31 октября.

1. **H. C. Coe.** *Conservative gynaecological surgery; its practical results.* 2. **C. B. Herrick.** *The diagnosis of head injuries.* О распознаваніи поврежденій головы. 3. **E. W. Davis.** *The treatment of diseased faucial tonsils in the adult.* 4. **E. G. Mark.** *The present status of spinal subarachnoid cocainization.* 5. **L. Weber.** *A consideration of the pathology and treatment of cancer.*

7 ноября.

1. **C. W. Stiles.** *The dwarf tapeworm (Hymenolepsis nana).* Глиста taenia nana и ея нахожденіе въ Америкѣ. 2. **R. Guiteras.** *The operative treatment of chronic Bright's disease.* 2-ое сообщеніе, основанное на отчетахъ о 120 случаяхъ. (Не окончена). 3. **M. I. Knapp.** *The importance of the physical examination of the abdomen as a routine practice irrespective of what be the symptoms.* 4. **R. C. Newton.** *Deeh breathing.* О необходимости глубокаго дыханія для здоровья и при нѣкоторыхъ болѣзняхъ. 5. **G. B. Packard.** *Some points in the treatment of hip joint disease.* 7. **A. D. Rockwell.** *Some principles on which is based the therapeutics of electricity in nervous diseases.*

---

Редакторы { Проф. **В. В. Подвысоцкій.** Д-ръ **С. В. Владиславлевъ.**

Digitized by Google

## XXXI. Операція Talm'ы (пришиваніе сальника) при брюшной водянкѣ отъ цирроза печени и результаты ея.

Б. С. Козловскаго (Смѣла, Кіевской губ.).

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ въ соединенномъ засѣданіи хирургическаго и терапевтическаго Отдѣловъ 8/I 1904 г.

На 1-мъ Съѣздѣ Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ (въ декабрѣ 1900 г.) я имѣлъ честь сообщать о хирургическомъ лѣченіи брюшной водянки при атрофическомъ циррозѣ печени. Въ то время я могъ собрать въ литературѣ всего 23 случая и на основаніи ихъ высказался въ пользу той операціи, а также опредѣлялъ показанія и противопоказанія къ ней.

Слѣдя съ тѣхъ поръ за литературой этого вопроса, я продолжалъ заносить въ свой списокъ всѣ сообщаемые случаи. Кромѣ того, я обратился къ товарищамъ съ просьбой не отказать въ сообщеніи мнѣ своихъ наблюденій и, имѣя въ настоящее время результаты 168 случаевъ, позволю себѣ опять возвратиться къ вопросу о хирургическомъ лѣченіи брюшной водянки при циррозѣ печени, располагая для этого уже значительно бо́льшимъ матеріаломъ. Прежде чѣмъ приступить къ выводамъ, позволю себѣ напомнить о тѣхъ фактахъ и соображеніяхъ, которые легли въ основу способовъ хирургическаго лѣченія брюшной водянки при циррозѣ печени путемъ вшиванія сальника въ брюшную стѣнку, чтобы при помощи его образовать окольные пути для оттока крови изъ венъ брюшной полости, минуя вену воротную и печень.

Обильно развиваясь, соединительная ткань при сосудистомъ (*Laennec*'овскомъ) циррозѣ печени сдавливаетъ внутри-и междольчатые капилляры, создавая значительное препятствіе току венной крови, затрудняя кровообращеніе въ печени и обусловливая такимъ образомъ развитіе повышеннаго давленія во всей системѣ воротной вены. Непосредственнымъ результатомъ того является застой въ этой системѣ, вызывающій, съ одной стороны, расширеніе венъ, образованіе варикозныхъ расширеній въ венахъ брюшной полости и стѣнокъ ея, а съ другой—пропотѣваніе жидкихъ частей крови въ брюшную полость и образованіе брюшной водянки. Расширеніе (растяженіе) венъ нерѣдко достигаетъ такихъ размѣровъ, что стѣнки ихъ лопаются подъ напоромъ крови, и въ результатѣ получаются кровотеченія въ брюшной полости и въ органахъ ея, чаще всего изъ расширенныхъ венъ пищевода и желудка. Описаны случаи громадныхъ кровоизліяній вверхъ за печень, въ толщу сальника (*Charcot*), образованіе варикозныхъ узловъ и расширеніе венъ пищевода (*Strümpel*) и т. п., нерѣдко приводившія къ смерти. Но самый тягостный припадокъ для больного составляетъ скопленіе жидкости въ брюшной полости—брюшная водянка, обыкновенно и заставляющая больного обратиться къ хирургической помощи. Не останавливаясь подробно на всѣхъ явленіяхъ, вызываемыхъ брюшной водянкой, упомяну лишь о главнѣйшихъ: одышка—вслѣдствіе уменьшенія объема грудной полости и размаховъ движенія грудобрюшной преграды, расширеніе и смѣщеніе сердца, пропитываніе кишечныхъ стѣнокъ—отсюда вялость кишекъ, запоры, застои въ почкахъ, уменьшающіе мочеотдѣленіе и тѣмъ еще болѣе способствующіе увеличенію брюшной водянки—всѣ эти явленія составляютъ circulus vitiosus, благопріятствующій наростанію брюшной водянки, разъ она уже появилось.

До сихъ поръ для лѣченія водянки мы располагали лишь однимъ средствомъ—проколомъ. Дѣйствительно, эффектъ перваго прокола всегда бываетъ самымъ блистательнымъ: одышка исчезаетъ, мочеотдѣленіе увеличивается и т. д., и больной какъ бы воскресаетъ. Но, къ несчастію, эффектъ этотъ непродолжителенъ. Жидкость вновь накопляется и требуетъ повторенія прокола, и всѣмъ намъ хорошо извѣстно, что, чѣмъ дальше, тѣмъ повторять проколы приходится все чаще и чаще, улучшеніе-же въ промежуткахъ между ними все укорачивается во времени. Описаны случаи, гдѣ больнымъ дѣлали чуть не сотни проколовъ, гдѣ больные дѣлали себѣ проколы сами, вставляя въ рану глиняныя трубочки или соломенки (Черкасскій уѣздъ), но все таки въ концѣ концовъ больной погибалъ при явленіяхъ водянки. Слѣд., проколъ составляетъ только временное—паллятивное средство, не обнаруживающее никакого вліянія на самый ходъ болѣзни.

Съ другой стороны, давно извѣстны случаи самоизлѣченія брюшной водянки; описывались они и раньше въ литературѣ, а въ послѣднее время на нихъ обратилъ вниманіе *Talma* [1]) и описалъ 4 изъ нихъ.

1. Больной, 52 л.; боленъ 2 года. Печень сильно увеличена, ниже пупка; селезенка тоже; умѣренная брюшная водянка. Черезъ мѣсяцъ брюшная водянка исчезла, и больной выписанъ на видъ вполнѣ поправившимся. Значительное развитіе венъ брюшныхъ стѣнокъ. Черезъ 14 мѣс. умеръ отъ остраго бронхита и эмфиземы легкихъ. На вскрытіи: печень и селезенка значительно уменьшены въ объемѣ; отъ широкихъ венъ входа въ желудокъ идутъ многочисленныя вены (до 1 стм. въ діаметрѣ) въ подслизистую пищевода, анастомозируя съ венами грудобрюшной преграды, межреберными и поясничными.

2. Больной, 21 г.; боленъ 2 года. Увеличеніе селезенки; желтуха. Гипертрофическій и затѣмъ атрофическій циррозъ; брюшной водянки не было. Смерть отъ раны живота. Печень большая, бугристая, мелкозернистая; соединительная ткань обхватывала кольцеобразно сосуды. Селезенка большая. Брюшной водянки нѣтъ. Отъ нижней поверхности печени до пупка, по поддерживающей связкѣ (lig. suspensorium hepatis) пробѣгаетъ вена, въ мизинецъ толщиной. Подбрюшинныя и межмышечныя вены очень широки, равно какъ и подслизистыя вены пищевода.

3. Больной, 62 л., худосочный. Печень большая, бугристая. Селезенка не увеличена. Брюшная водянка не возобновлялось. Смерть черезъ мѣсяцъ. На вскрытіи: гипертрофическій, круговой, междольчатый и вторичный атрофическій циррозъ печени съ новообразованіемъ многочисленныхъ желчныхъ ходовъ. Благодаря развитію (вены желудка, пищевода) окольнаго кровообращенія нѣтъ ни брюшной водянки, ни увеличенія селезенки.

4. Случай *Deelen*'a (сообщилъ *Talma*). Больная, 38 л., больна ½ года. Печень мала. Селезенка не увеличена. Брюшная водянка. Caput medusae, развившаяся (какъ оказалось при чревосѣченіи, сдѣланномъ въ виду предполагавшагося перитонита) вслѣдствіе срощенія сальника съ пристѣночною брюшиною прочными и весьма сосудистыми срощеніями. Брюшная водянка скоплялась очень медленно. Исходъ благопріятный.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ, не взирая на рѣзко выраженный циррозъ печени, брюшной водянки или не было, или она исчезала, благодаря развитію обширныхъ окольныхъ путей кровообращенія, присутствіе коихъ было подтверждено или на вскрытіи, или при операціи. Пути эти образовались какъ вслѣдствіе расширенія существующихъ уже венныхъ путей, такъ и образованія новыхъ въ срощеніяхъ и ложныхъ перепонкахъ, тамъ, гдѣ онѣ были. На это обстоятельство давно уже указалъ *Charcot* [2]) въ своихъ «Лекціяхъ о болѣзняхъ печени и желчныхъ путей» говоря: «Небезъинтересно замѣтить, что существуетъ какъ бы извѣстное соотвѣтствіе между развитіемъ такого добавочнаго кровообращенія, проводящаго кровь воротной вены въ систему полыхъ венъ, и образованіемъ брюшной водянки: послѣдней не бываетъ вовсе, а, если она была, то исчезаетъ, коль скоро добавочное кровообращеніе развивается въ широкихъ размѣрахъ. По всей вѣроятности, атрофическій циррозъ никогда не вызывалъ-бы брюшной водянки, если-бы развитіе упомянутаго добавочнаго кровообращенія не встрѣчало обыкновенно препятствій, всего чаще непреодолимыхъ».

Позволю себѣ вкратцѣ напомнить тѣ пути, по которымъ совершается это добавочное окольное кровообращеніе и изученіемъ которыхъ мы обязаны работамъ *Sappey*'я [3]). Пути эти двоякіе: естественные, существующіе при нормальныхъ условіяхъ, и патологическіе, развивающіеся чаще всего въ срощеніяхъ между печенью и грудобрюшной преградой.

А. Естественные пути слѣдующіе:

1. *Лѣвая верхняя вѣнечная вена желудка* (v. coronaria ventriculi sup. sin.) анастомозируетъ съ пищеводными венами, а послѣдніе а) съ верхними грудобрюшной преграды, межреберными, v. azygos, а, слѣд., съ верхней полой веной; б) черезъ нижнія грудобрюшныя съ нижней полой.

2. *Нижняя брыжжеечная вена* (v. mesenterica inf.) посредствомъ своихъ дальнихъ вѣтвей анастомозируетъ съ венами геморроидальными, а послѣднія черезъ внутреннюю срамную вену, внутреннюю подвздошную съ нижней полой. «Анастомозъ этотъ, по словамъ *Charcot*, представляетъ какъ-бы предохранительную трубку, по которой кровь воротной вены можетъ стекать въ систему полой вены каждый разъ, когда кровообращеніе первой почему-либо затруднено».

Digitized by Google

31 октября.

1. **M. L. Harris.** *Talma's operation in cirrhosis of the liver.* 4 случая. 2. **H. O. Marcy.** *The restoration of the perineum.* 3. **E. Reynolds.** *The repair of cystocele by utilization of the anatomically fixed points in the anterior vaginal wall.* 4. **D. H. Craig.** *Repair of lacerations of the cervix uteri.* 5. **W. P. Manton.** *Acute general staphylococcus infection through the puerperal breast.* 6. **F. J. Otis and N. Evans.** *The morphology and biology of the parasite from a case of systemic blastomycosis.* 7. **L. R. Ryan.** *Anophthalmos.* Случай. 8. **H. Moulton.** *Calcareous degeneration of corneal cicatrices.* 2 случая. 9. **G. W. Fuller.** *Present status of the purification of public water supplies.* 10. **J. P. Lord.** *Meatotomy plus meatorrhaphy.* О разрѣзѣ и зашиваніи наружнаго отверстія уретры.

7 ноября.

1. **J. Daland.** *Leprosy* (проказа) *in the Hawaian Islands.* 2. **I. Dyer.** *Leprosy from a sanitary standpoint.* 3. **A. H. Goelet.** *Fixation of the prolapsed kidney.* 4. **O. G. Pfaff.** *Inhibited tubal peristalsis: a cause of ectopic gestation.* 5. **H. O. Pantzer.** *Conservative surgery of the sclerotic ovary.* 6. **H. M. Cohen.** *Report of a case of combined diaphragmatic or «bimanual massage of the heart»* (сердца), *during collapse following chloroform narcosis.* Удачный случай примѣненія сердечнаго массажа (ритмическія сдавливанія сердца рукою черезъ разрѣзъ живота и грудобрюшную преграду).

14 ноября.

1. **F. S. Pearce.** *Relation of the public school to the seminary and college as to psychoses.* 2. **W. J. Herdmann.** *Best methods of counteracting psychoses due to the strain and stress incident to our public school methods.* О борьбѣ съ вредными вліяніями школы. 3. **G. C. Savage.** *The voluntary and involuntary brain centers controlling the ocular muscles.* 4. **L. H. Dunning.** *Retroversion of the uterus...* 5. **J. W. Bovee.** *Retrodisplacements of the uterus.* Оперативное ихъ лѣченіе. 6. **N. S. Davis.** *Exercise as a mode of treating diseases of the heart* (сердца). 7. **H. A. Moody.** *The future of preventive medicine.* 8. **S. E. Solly.** *Special influences of the high altitudes on the nose and throat.* 9. **V. Y. Bowditsch.** *Arrested tuberculosis.* Объ остановкѣ развитія чахотки, на основаніи 79 удачныхъ случаевъ въ Sharon Sanitarium съ 1891 по 1902 г. 10. **N. R. Finsen.** *The red-light treatment of smallpox.* О лѣченіи оспы краснымъ свѣтомъ. 11. **C. A. Thigpen.** *A case of empyema of the frontal sinus.*

21 ноября.

1. **N. Senn.** *The surgical treatment of traumatic hemorrhage of the spleen* (селезенки). 2. **J. Mc Farland.** *Experiments with rennet and antirenen.* Опыты съ сычугомъ и анти-сычугомъ (провѣрка *Morgenroth*'овскихъ). 3. **W. S. Carter.** *The protoplasmic activity of the renal epithelium...* 4. **A. R. Cushny.** *The pharmacologic action of drugs.* Фармакологическое дѣйствіе лѣкарствъ опредѣляется химической структурой ихъ или физическими свойствами? 5. **M. Vijux-Tyrode.** *The pharmacologic action of the drugs...* Отношеніе его къ лѣчебнымъ показаніямъ. 6. **R. W. Holmes.** *Non-absorbent gauze...* 7. **G. B. Massey.** *Destructive sterilization by cataphoresis of cancer of the uterine cervix.* 8. **F. G. Novy and W. J. Mc Neal.** *The cultivation of trypanosoma Brucei.* 9. **L. Brown.** *An analysis of fifteen hundred cases of tuberculosis.* 1500 случаевъ чахотки, лѣченные въ The Adirondack Cottage Sanitarium. 10. **G. A. Moleen.** *A case of neuritis of the right inferior dental nerve...*

28 ноября.

1. **R. Matas.** *Operative treatment of bilateral cicatricial ankylosis of the jaws* (челюстей). 2. **H. V. Würdemann and N. M. Black.** *Surgical treatment of high myopia.* Сообщеніе 2-ое. 3. **J. H. Claiborne.** *The causes, prevention and management of myopia.* 4. **T. Sollmann.** *Research problems of pharmacology.* 5. **C. M. Robertson.** *Removal of the faucial tonsil.* Новый способъ операціи. 6. **F. A. Higgins.** *Artificial dilatation of the cervix uteri with a new instrument* (*Bossi*'евскимъ). 7. **J. Carroll.** *The etiology of yellow fever* (желтой лихорадки). 8. **G. F. Lydston.** *How to write a medical article: a plea for plagiarism.* Возмутительный случай медико-литературнаго плагіата — буквальное заимствованіе нѣкіимъ д-ромъ *W. E. Fitch* въ статьѣ о переломѣ женщинъ (Annals of Gynecology and Pediatry, сентябрь, 1903), цѣлыхъ почти страницъ изъ книги автора «Genito-Urinary diseases».

**New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal consolidated.** 5 сентября.

1. **P. Bassoe.** *The Adams-Stokes Syndrome.* Случай сочетанія брадикардіи съ приступами безсознательнаго состоянія (болѣзнь *A.-S.*). 2. **W. G. Stern.** *The prognosis and orthopaedic treatment of acute anterior poliomyelitis.* (Не окончена). 3. **G. S. Towne.** *Listerism; its past, present and future.* 4. **J. G. Sheldon.** *The operative treatment of tuberculous glands of the neck* (шеи). 5. **E. C. Spitzka.** (Окончаніе). 6. **F. E. Stowell.** *Hay fever: a cause and a cure.* О сѣнной лихорадкѣ. 7. **H. W. Jones.** *Celluloid as a material for flat foot plates.* 8. **C. B. Cortright.** *A case of atropine poisoning.* Отравленіе ребенка 8½ л., атропиномъ (2 грана); выздоровленіе.

12 сентября.

1. **J. E. Billings.** *The value of confirmatory cultures in diphtheria.* 2. **C. Fulton.** *The Roentgen ray as a therapeutic agent.* Случай излѣченія x-лучами эпителіомы на губѣ. 3. **L. J. Dandurant.** *Surgical shock, with special reference to the solar plexus as a factor.* 4. **N. G. Ward.** *The preparation of the patient for nose and throat operations under local anaesthesia.* 5. **J. Zahorsky.** *The leucocytes in the summer diarrhoea of infants.* 6. **W. G. Stern.** (Окончаніе). 7. **J. H. Schall.** *Straight splints in elbow fractures.*

19 сентября.

1. **E. M. Merrins.** *The pathology and treatment of rheumatoid arthritis.* 2. **M. H. Bochroch.** *Birth palsies.* О родовыхъ параличахъ. 3. **W. P. Spratling.** *The results of brain surgery in epilepsy and congenital mental defect.* (Не окончена). 4. **G. R. White.** *Some anatomical varieties of inguinal hernia.* 5. **J. A. Patterson.** *The aetiology and treatment of subacute and chronic catarrhal affections of the upper air passages in children.* 6. **G. D. Kahlo.** *Observations upon one hundred cases of gastro-intestinal diseases treated at French Lick springs.*

26 сентября.

1. **T. R. Brown.** *The gastric contents in gastroptosis.* 2. **T. J. Mays.** *Is registration and desinfection a successful method of combating pulmonary consumption?* 3. **W. P. Spratling.** (Окончаніе). 4. **J. Mitchell.** *The necessity of special legislation for the prevention of the contamination of our water supply as a preventive of tiphoid fever.* 5. **J. F. Mc Caw.** *The treatment of acute blennorrhoea of adults.* 6. **F. M. Marlow.** *Some obscure cases of eye strain* (переутомленіе глазъ).

3 октября.

1. **H. S. Mc Connell.** *Modern treatment of fractures, with special reference to lower end of humerus and bones of the leg.* 2. **J. O. Cobb.** *The sources and methods of infection in pulmonary tuberculosis.* 3. **W. C. Fiske.** *Essential, or idiopathic, spasm.* Случай. 4. **W. L. Phillipps.** *A form of rational treatment for corneal ulcers.* 5. **J. E. Morrow.** *Growths of the mele urethra with report of three cases.* 3 случая опухолей мужской уретры.

10 октября.

1. **A. J. Downes.** *The electrothermic angeiotribe in the removal of haemorrhoids.* Описаніе прибора и его дѣйствія. 2. **W. Moser.** *On a certain form of xanthoma or the «mushroom growth».* 3. **E. Van de Warker.** *The dangerous operation of uterine curettement.* 5 случаевъ. 4. **E. Martin.** *Sterility from obstruction at the epididymis cured by operative means.* Случай. 5. **C. W. Burz.** *Transient postconvulsive astereognosis in Jacksonian epilepsy.* 6. **J. Tyson.** *Edebohls's operation of decapsulation of the kidney...* Случай удачной операціи при хроническомъ нефритѣ. 7. **J. M. Mabbott.** *Stillbirth due to strangulation of the funis.* Случай мертворожденія вслѣдствіе удавленія ребенка пупочнымъ канатикомъ.

17 октября.

1. **W. H. Thomson.** *Some aspects of genitourinary disease, from a general practitioner's point of new.* Мочеполовыя болѣзни съ точки зрѣнія общаго практика. 2. **T. R. Brown.** *The value of albuminuria in differentiating pyelitis from cystitis.* Если гнойная моча при циститѣ содержитъ много бѣлка, то почти всегда имѣется и піэлитъ (если по осадку можно исключить нефритъ). 3. **G. A. de Santos Saxe.** *On determining the specific gravity of small volumes of urine.* Предлагаетъ «уринопикрометръ» для опредѣленія уд. вѣса мочи при малыхъ ея количествахъ. 4. **E. W. Holmes.** *Left sided appendicitis.* 2 случая (со вскрытіями) лѣвостороннаго аппендицита. 5. **W. G. Craig.** *The treatment of convergent strabismus.* 6. **G. E. Shoemaker.** *Differences in the management of appendicitis and of salpingitis.*

24 октября.

1. **A. H. Ferguson.** *President's address.* Рѣчь о сохраняющемъ лѣченіи яичниковъ и трубъ. 2. **R. H. Greene.** *Cancer of the prostate.* По поводу 1 случая. 3. **F. Savary Pearce.** *The differential diagnosis between Friedrich's disease and insular sclerosis.* 4. **S. G. Tracy.** *Radium in medicine.* 5. **M. D. Rushmore.** *Tubal pregnancy.* 10 случаевъ. 6. Отчетъ о XX Съѣздѣ New York State Medical Association.

31 октября.

1. **H. C. Coe.** *Conservative gynaecological surgery; its practical results.* 2. **C. B. Herrick.** *The diagnosis of head injuries.* О распознаваніи поврежденій головы. 3. **E. W. Davis.** *The treatment of diseased faucial tonsils in the adult.* 4. **E. G. Mark.** *The present status of spinal subarachnoid cocainization.* 5. **L. Weber.** *A consideration of the pathology and treatment of cancer.*

7 ноября.

1. **C. W. Stiles.** *The dwarf tapeworm* (*Hymenolepsis nana*). Глиста taenia nana и ея нахожденіе въ Америкѣ. 2. **R. Guiteras.** *The operative treatment of chronic Bright's disease.* 2-ое сообщеніе, основанное на отчетахъ о 120 случаяхъ. (Не окончена). 3. **M. I. Knapp.** *The importance of the physical examination of the abdomen as a routine practice irrespective of what be the symptoms.* 4. **R. C. Newton.** *Deeh breathing.* О необходимости глубокаго дыханія для здоровья и при нѣкоторыхъ болѣзняхъ. 5. **G. B. Packard.** *Some points in the treatment of hip joint disease.* 7. **A. D. Rockwell.** *Some principles on which is based the therapeutics of electricity in nervous diseases.*

---

Редакторы: Проф. **В. В. Подвысоцкій.** Д-ръ **С. В. Владиславлевъ.**

Digitized by Google

## XXXI. Операція Talm'ы (пришиваніе сальника) при брюшной водянкѣ отъ цирроза печени и результаты ея.

**Б. С. Козловскаго** (Смѣла, Кіевской губ.).

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ въ соединенномъ засѣданіи хирургическаго и терапевтическаго Отдѣловъ 8/I 1904 г.

На 1-мъ Съѣздѣ Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ (въ декабрѣ 1900 г.) я имѣлъ честь сообщать о хирургическомъ лѣченіи брюшной водянки при атрофическомъ циррозѣ печени. Въ то время я могъ собрать въ литературѣ всего 23 случая и на основаніи ихъ высказался въ пользу той операціи, а также опредѣлялъ показанія и противопоказанія къ ней.

Слѣдя съ тѣхъ поръ за литературой этого вопроса, я продолжалъ заносить въ свой списокъ всѣ сообщаемые случаи. Кромѣ того, я обратился къ товарищамъ съ просьбой не отказать въ сообщеніи мнѣ своихъ наблюденій и, имѣя въ настоящее время результаты 168 случаевъ, позволю себѣ опять возвратиться къ вопросу о хирургическомъ лѣченіи брюшной водянки при циррозѣ печени, располагая для этого уже значительно бо́льшимъ матеріаломъ. Прежде чѣмъ приступить къ выводамъ, позволю себѣ напомнить о тѣхъ фактахъ и соображеніяхъ, которые легли въ основу способовъ хирургическаго лѣченія брюшной водянки при циррозѣ печени путемъ вшиванія сальника въ брюшную стѣнку, чтобы при помощи его образовать окольные пути для оттока крови изъ венъ брюшной полости, минуя вену воротную и печень.

Обильно развиваясь, соединительная ткань при сосудистомъ (*Laennec*'овскомъ) циррозѣ печени сдавливаетъ внутри-и междольчатые капилляры, создавая значительное препятствіе току венной крови, затрудняя кровообращеніе въ печени и обусловливая такимъ образомъ развитіе повышеннаго давленія во всей системѣ воротной вены. Непосредственнымъ результатомъ того является застой въ этой системѣ, вызывающій, съ одной стороны, расширеніе венъ, образованіе варикозныхъ расширеній въ венахъ брюшной полости и стѣнокъ ея, а съ другой—пропотѣваніе жидкихъ частей крови въ брюшную полость и образованіе брюшной водянки. Расширеніе (растяженіе) венъ нерѣдко достигаетъ такихъ размѣровъ, что стѣнки ихъ лопаются подъ напоромъ крови, и въ результатѣ получаются кровотеченія въ брюшной полости и въ органахъ ея, чаще всего изъ расширенныхъ венъ пищевода и желудка. Описаны случаи громадныхъ кровоизліяній вверхъ за печень, въ толщу сальника (*Charcot*), образованіе варикозныхъ узловъ и расширеніе венъ пищевода (*Strümpel*) и т. п., нерѣдко приводившія къ смерти. Но самый тягостный припадокъ для больного составляетъ скопленіе жидкости въ брюшной полости—брюшная водянка, обыкновенно и заставляющая больного обратиться къ хирургической помощи. Не останавливаясь подробно на всѣхъ явленіяхъ, вызываемыхъ брюшной водянкой, упомяну лишь о главнѣйшихъ: одышка—вслѣдствіе уменьшенія объема грудной полости и размаховъ движенія грудобрюшной преграды, расширеніе и смѣщеніе сердца, пропитываніе кишечныхъ стѣнокъ—отсюда вялость кишекъ, запоры, застои въ почкахъ, уменьшающіе мочеотдѣленіе и тѣмъ еще болѣе способствующіе увеличенію брюшной водянки—всѣ эти явленія составляютъ circulus vitiosus, благопріятствующій наростанію брюшной водянки, разъ она уже появилось.

До сихъ поръ для лѣченія водянки мы располагали лишь однимъ средствомъ—проколомъ. Дѣйствительно, эффектъ перваго прокола всегда бываетъ самымъ блистательнымъ: одышка исчезаетъ, мочеотдѣленіе увеличивается и т. д., и больной какъ бы воскресаетъ. Но, къ несчастію, эффектъ этотъ непродолжителенъ. Жидкость вновь накопляется и требуетъ повторенія прокола, и всѣмъ намъ хорошо извѣстно, что, чѣмъ дальше, тѣмъ повторять проколы приходится все чаще и чаще, улучшеніе-же въ промежуткахъ между ними все укорачивается во времени. Описаны случаи, гдѣ больнымъ дѣлали чуть не сотни проколовъ, гдѣ больные дѣлали себѣ проколы сами, вставляя въ рану глиняныя трубочки или соломенки (Черкасскій уѣздъ), но все таки въ концѣ концовъ больной погибалъ при явленіяхъ водянки. Слѣд., проколъ составляетъ только временное—паллятивное средство, не обнаруживающее никакого вліянія на самый ходъ болѣзни.

Съ другой стороны, давно извѣстны случаи самоизлѣченія брюшной водянки; описывались они и раньше въ литературѣ, а въ послѣднее время на нихъ обратилъ вниманіе *Talma* [1]) и описалъ 4 изъ нихъ.

1. Больной, 52 л.; боленъ 2 года. Печень сильно увеличена, ниже пупка; селезенка тоже; умѣренная брюшная водянка. Черезъ мѣсяцъ брюшная водянка исчезла, и больной выписанъ на видъ вполнѣ поправившимся. Значительное развитіе венъ брюшныхъ стѣнокъ. Черезъ 14 мѣс. умеръ отъ остраго бронхита и эмфиземы легкихъ. На вскрытіи: печень и селезенка значительно уменьшены въ объемѣ; отъ широкихъ венъ входа въ желудокъ идутъ многочисленныя вены (до 1 стм. въ діаметрѣ) въ подслизистую пищевода, анастомозируя съ венами грудобрюшной преграды, межреберными и поясничными.

2. Больной, 21 г.; боленъ 2 года. Увеличеніе селезенки; желтуха. Гипертрофическій и затѣмъ атрофическій циррозъ; брюшной водянки не было. Смерть отъ раны живота. Печень большая, бугристая, мелкозернистая; соединительная ткань обхватывала кольцеобразно сосуды. Селезенка большая. Брюшной водянки нѣтъ. Отъ нижней поверхности печени до пупка, по поддерживающей связкѣ (lig. suspensorium hepatis) пробѣгаетъ вена, въ мизинецъ толщиной. Подбрюшинныя и межмышечныя вены очень широки, равно какъ и подслизистыя вены пищевода.

3. Больной, 62 л., худосочный. Печень большая, бугристая. Селезенка не увеличена. Брюшной водянки не возобновлялось. Смерть черезъ мѣсяцъ. На вскрытіи: гипертрофическій, круговой, междольчатый и вторичный атрофическій циррозъ печени съ новообразованіемъ многочисленныхъ желчныхъ ходовъ. Благодаря развитію (вены желудка, пищевода) окольнаго кровообращенія нѣтъ ни брюшной водянки, ни увеличенія селезенки.

4. Случай *Deelen*'a (сообщилъ *Talma*). Больная, 38 л., больна ½-года. Печень мала. Селезенка не увеличена. Брюшная водянка. Caput medusae, развившаяся (какъ оказалось при чревосѣченіи, сдѣланномъ въ виду предполагавшагося перитонита) вслѣдствіе срощенія сальника съ пристѣночною брюшиною прочными и весьма сосудистыми срощеніями. Брюшная водянка скоплялась очень медленно. Исходъ благопріятный.

Во всѣхъ этихъ случаяхъ, не взирая на рѣзко выраженный циррозъ печени, брюшной водянки или не было, или она исчезала, благодаря развитію обширныхъ окольныхъ путей кровообращенія, присутствіе коихъ было подтверждено или на вскрытіи, или при операціи. Пути эти образовались какъ вслѣдствіе расширенія существующихъ уже венныхъ путей, такъ и образованія новыхъ въ срощеніяхъ и ложныхъ перепонкахъ, тамъ, гдѣ онѣ были. На это обстоятельство давно уже указалъ *Charcot* [2]) въ своихъ «Лекціяхъ о болѣзняхъ печени и желчныхъ путей» говоря: «Небезъинтересно замѣтить, что существуетъ какъ бы извѣстное соотвѣтствіе между развитіемъ такого добавочнаго кровообращенія, проводящаго кровь воротной вены въ систему полыхъ венъ, и образованіемъ брюшной водянки: послѣдней не бываетъ вовсе, а, если она была, то исчезаетъ, коль скоро добавочное кровообращеніе развивается въ широкихъ размѣрахъ. По всей вѣроятности, атрофическій циррозъ никогда не вызывалъ-бы брюшной водянки, если-бы развитіе упомянутаго добавочнаго кровообращенія не встрѣчало обыкновенно препятствій, всего чаще непреодолимыхъ».

Позволю себѣ вкратцѣ напомнить тѣ пути, по которымъ совершается это добавочное окольное кровообращеніе и изученіемъ которыхъ мы обязаны работамъ *Sappey*'я [3]). Пути эти двоякіе: естественные, существующіе при нормальныхъ условіяхъ, и патологическіе, развивающіеся чаще всего въ срощеніяхъ между печенью и грудобрюшной преградой.

А. Естественные пути слѣдующіе:

1. *Лѣвая верхняя вѣнечная вена желудка* (v. coronaria ventriculi sup. sin.) анастомозируетъ съ пищеводными венами, а послѣднія а) съ верхними грудобрюшной преграды, межреберными, v. azygos, а, слѣд., съ верхней полой веной; б) черезъ нижнія грудобрюшныя съ нижней полой.

2. *Нижняя брыжжеечная вена* (v. mesenterica inf.) посредствомъ своихъ дальнихъ вѣтвей анастомозируетъ съ венами геморроидальными, а послѣднія черезъ внутреннюю срамную вену, внутреннюю подвздошную съ нижней полой. «Анастомозъ этотъ, по словамъ *Charcot*, представляетъ какъ-бы предохранительную трубку, по которой кровь воротной вены можетъ стекать въ систему полой вены каждый разъ, когда кровообращеніе первой почему-либо затруднено».

Digitized by Google

3. *Система венъ Retzius*'а—венъ кишечныхъ стѣнокъ, не впадающихъ въ воротную систему, а направляющихся черезъ небольшой стволикъ или въ самую полую вену, или въ одну изъ ея вѣтвей.

Кромѣ вышеперечисленныхъ 3-хъ путей для коллатеральнаго кровообращенія, *Sappey* открылъ еще другіе, которые онъ назвалъ «системой придаточныхъ воротныхъ венъ», такъ какъ каждая изъ нихъ представляетъ какъ-бы воротную вену въ миніатюрѣ, состоя, во 1-хъ, изъ начальныхъ волосныхъ сосудовъ, во 2-хъ, изъ небольшого стволика и, въ 3-хъ, изъ развѣтвленій въ веществѣ печени, если только самый стволикъ не впадаетъ въ воротную вену.

В. Таковыхъ системъ придаточныхъ венъ *Sappey* описалъ 5.

1. *Желудочно-сальниковая* группа, исходящая изъ малаго сальника и желудка, вступающая въ печень спереди и сзади поперечной борозды, распредѣляясь въ промежуткахъ между дольками. Такъ какъ сосуды ея не соединяются съ воротной веной, то они и не могутъ служить для возстановленія окольнаго кровообращенія.

2. *Группа венъ желчнаго пузыря*, состоящая изъ мелкихъ венъ, изъ коихъ однѣ идутъ отъ дна пузыря къ сосѣднимъ долькамъ печени, другія-же отъ передней части пузыря къ правой вѣтви воротной вены.

3. *Vasa vasorum воротной вены*, желчныхъ протоковъ и печеночныхъ артерій; они какъ и обѣ предыдущія группы, не могутъ служить для возстановленія окольнаго кровообращенія.

Несравненно важнѣе значеніе остальныхъ 2-хъ группъ, а именно:

4. *Вены поддерживающей связки печени*; начальные корни ихъ лежатъ въ грудобрюшной преградѣ, стволики въ связкѣ, а развѣтвленія въ долькахъ по сосѣдству связки; слѣд., корни анастомозируютъ съ венами грудобрюшной преграды, а развѣтвленія—съ вѣтвями воротной вены. Въ нормальномъ состояніи онѣ очень тонки, но въ 1 случаѣ *Sappey*'я онѣ, числомъ 10—12, достигали толщины вороньяго пера, а во 2-мъ случаѣ *Talm*'ы, какъ было сказано, толщины мизинца.

5. Самая важная группа—*пупочная или группа venarum paraumbilicalium*, идущихъ отъ надпупочной области передней брюшной стѣнки; корешки-же ихъ сообщаются съ надчревной, поверхностной брюшной и внутренней веной грудной железы; проникая въ животъ, онѣ идутъ по круглой связкѣ печени, образуя сплетеніе вокругъ заросшей пупочной вены. Войдя въ печень, однѣ вѣтви распредѣляются въ долькахъ продольной борозды, другія открываются въ воротную вену, третьи (иногда) открываются въ оставшейся проходимой части пупочной вены. Кровь, поступившая въ эти вены, идетъ сверху внизъ и направляется къ венамъ нижнихъ конечностей, проходя черезъ верхнія надчревныя или поверхностныя брюшныя вены, образуя вокругъ пупка Caput medusae—явленіе, такъ часто наблюдаемое при циррозѣ печени.

Естественно, что знаніе этихъ условій, способствующихъ излѣченію брюшной водянки, навело хирурговъ на мысль—нельзя-ли вызвать искусственно развитіе окольнаго кровообращенія путемъ образованія новыхъ путей для крови, новыхъ анастомозовъ, образуя для нихъ почву вызываніемъ сращеній печени, желчнаго пузыря, селезенки и сальника съ брюшной стѣнкой. И, дѣйствительно, въ настоящее время имѣются уже наблюденія о цѣломъ рядѣ такихъ попытокъ. 1-ая изъ нихъ принадлежитъ *Lens*'у въ 1872 г., затѣмъ оперировали *Drummond* и *Morrisson* въ 1894 и 1895 г., *Morrisson* въ 1897 г., *Ewart*, *Schelbkly*. Но всѣ эти попытки оставались единичными и мало извѣстными, пока въ 1899 г. *Talma* не описалъ подробно своего случая, въ которомъ больной былъ двукратно оперированъ *Eiselsberg*'омъ и *Narath*'омъ въ 1896 г., и тѣмъ не далъ толчка этому вопросу и не вызвалъ къ жизни этой операціи, нынѣ пріобрѣвшей, благодаря ему, право гражданства повсюду. Вслѣдъ за описаніемъ операціи *Talm*'ой явились экспериментальныя работы (*Tilmann*'а, *Schmitz*'а), имѣвшія цѣлью провѣрить цѣлесообразность ея опытами на животныхъ. Самая обстоятельная изъ нихъ принадлежитъ проф. *М. М. Кузнецову* [4]).

При его опытахъ (15) «каждая собака подвергалась разновременно 2 или 3 чревосѣченіямъ: при 1-мъ чревосѣченіи производилось пришиваніе сальника къ передней брюшной стѣнкѣ; при 2-мъ перевязывалась одна изъ брыжжечныхъ венъ или-же периферическая часть ствола воротной вены, и, наконецъ, при 3-мъ перевязка накладывалась на центральную часть воротной вены, ближе къ печени. Собака, перенесшая такую перевязку воротной вены, находилась въ продолженіи 1—3 мѣс. подъ наблюденіемъ и затѣмъ умерщвлялась хлороформомъ. Системы воротной и полой венъ, а также и артеріи чрезъ аорту, наливались окрашенными въ разные цвѣта массами; и затѣмъ изслѣдовалась проходимость перевязанной воротной вены, точно опредѣлялось мѣсто перевязки и изучались соустія, при посредствѣ коихъ произошло сообщеніе между системой воротной и нижней полой венъ. Найденные окольные пути кровообращенія, образовавшіеся вслѣдствіе застоя въ корешкахъ и стволѣ воротной вены, тщательно обрабатывались и въ заключеніе срисовывались проф. *А. К. Бѣлоусовымъ*. Оперированныя животныя были показываемы время отъ времени проф. *А. В. Репреву*».

«Полная перевязка ствола воротной вены у собаки безъ предварительнаго пришиванія сальника вызываетъ быструю смерть». «Пришиваніе большого сальника къ передней брюшной стѣнкѣ, создавая окольный путь для оттока крови изъ воротной вены, позволяетъ животному перенести двойную перевязку воротной вены—одну полную въ средней ея части (выше впаденія желудочно-селезеночной вены) и другую, неполную, неподалеку отъ впаденія ея въ печень. Собаки первые дни послѣ такой перевязки вены представляются угнетенными, страдаютъ кровавымъ поносомъ и водянкой живота, но затѣмъ оправляются».

«Поверхностныя надчревныя вены послѣ пришиванія большого сальника къ передней брюшной стѣнкѣ, и особенно послѣ перевязки ствола воротной вены, замѣтно расширяются, растягиваются и переполняются кровью. Сѣть расширенныхъ подкожныхъ венъ живота у собаки напоминаетъ собою медузину голову, развивающуюся у человѣка при затвердѣніи печени».

«Вены большого сальника, приросшаго къ передней брюшной стѣнкѣ, тоже расширяются и переполняются кровью. Между ними, венами брюшныхъ стѣнокъ и поверхностными надчревными венами спустя нѣкоторое время устанавливается сообщеніе».

«Въ подспорье къ вновь создаваемому окольному кровообращенію чрезъ пришитый къ передней брюшной стѣнкѣ большой сальникъ послѣ перевязки воротной вены образуются новые, болѣе прямые пути сообщенія между системами воротной и нижней полой венъ. Пути эти возникаютъ изъ существовавшихъ и ранѣе, но мало развитыхъ и незамѣтныхъ въ нормальномъ состояніи мелкихъ венъ, соединяющихъ одну систему съ другою. При опытахъ перевязки воротной вены удалось найти нѣсколько такихъ соустій, образовавшихся вслѣдствіе затрудненія въ теченіи крови по воротной венѣ и соединявшихъ разные отдѣлы этой вены съ нижней полой веной и ея вѣтвями. Найденныя мною соустія между 2-мя главными венными системами брюшной полости подтверждаютъ изслѣдованія *Sappey*'я, показавшаго, что, вопреки довольно распространенному мнѣнію, система воротной вены не представляется замкнутою и вполнѣ обособленною, а имѣетъ сообщенія съ системой нижней полой вены».

Благодаря такой клинической и экспериментальной разработкѣ вопроса, операція пришиванія сальника, основанная на строгихъ анатомическихъ, физіологическихъ и экспериментальныхъ данныхъ, производится все чаще и чаще, и по настоящее время (20/XII 1903) мнѣ удалось собрать 161 случай, въ томъ числѣ 52 русскихъ. Кромѣ того, я самъ сдѣлалъ эту операцію въ теченіи 4-хъ послѣднихъ лѣтъ 8 разъ (8-е наблюденіе—д-ра *Богаевскаго*). О первыхъ 3-хъ случаяхъ я уже сообщалъ на 1-мъ Съѣздѣ Россійскихъ хирурговъ.

Позволю себѣ сообщить краткія исторіи болѣзни оперированныхъ мною больныхъ.

1. Крестьянка, 45 л.; алкоголичка. Оперирована 20/X 1899 г. Типическій атрофическій циррозъ: печень малая, мелко бугристая, съ острымъ краемъ, спрятана подъ ребрами, ощупывается съ трудомъ. Осложненій со стороны внутреннихъ органовъ нѣтъ. Сальникъ вшитъ въ рану брюшины и брюшной стѣнки такъ, чтобы онъ соприкасался какъ съ подбрюшинной, такъ и подкожной клѣтчаткой. Заживленіе безъ осложненій. На 11-й день (до снятія швовъ) сдѣланъ проколъ, и затѣмъ повторять его болѣе уже не приходилось. Въ декабрѣ 1900 г. уже существовала рѣзко выраженная сѣть подкожныхъ венъ, идущихъ къ рубцу. Мѣсяца за 2 передъ этимъ было опять скопленіе брюшноводяночной жидкости, самостоятельно разсосавшейся. Впослѣдствіи вокругъ брюшной раны образовалась весьма богатая подкожновенная сѣть, бывшая 2 раза источникомъ очень сильныхъ кровотеченій. Черезъ 2 года снова стала набираться брюшноводяночная жидкость, которую трижды пришлось выпускать, по 10—12 литровъ каждый разъ. Затѣмъ общее состояніе больной улучшилось. Печень (послѣ прокола) не прощупывалась. Селезенка-же была значительно увеличена. Послѣдній проколъ сдѣланъ 18/VI 1902 г.: выпущено около 12 литровъ жидкости. Въ настоящее время черезъ 4 года (декабрь, 1903 г.) жива; брюшной водянки нѣтъ.

2. Крестьянинъ, 40 л.; алкоголизмъ отрицаетъ. Водянка брюшная развилась 14 мѣс. назадъ. Печень большая. Послѣ операціи, въ виду скораго накопленія жидкости сдѣланъ проколъ на 16—21 день. Прожилъ послѣ операціи (безъ повторенныхъ проколовъ) 7 мѣс.

3. Крестьянинъ, 45 л.; боленъ около 2 л. Огромная брюшная водянка; послѣ прокола каждыя сутки прибываетъ съ литръ жидкости. Печень малая, не выдается изъ-подъ реберъ, плотная; селезенка увеличена (вчетверо). Операція 30/X 1900 г. Въ виду быстраго наполненія жидкости приходилось дѣлать проколы ежедневно. Выписавъ; исходъ неизвѣстенъ, но можно было заранѣе предсказать неблагопріятный.

4. Крестьянка, 44 л.; больна 5 л.; алкоголизмъ отрицаетъ. Брюшная водянка послѣдніе 2 года медленно увеличивается. Печень малая, плотная, края ея остры; значительное сращеніе ея съ сальникомъ. Смерть на 7-я сутки отъ перитонита, исходная точка котораго не найдена. На вскрытіи—атрофическій циррозъ со значительнымъ расширеніемъ желчныхъ ходовъ и образованіемъ наполненныхъ желчью полостей. Многочисленныя сосудистыя сращенія сальника съ селезенкой, печенью, брюшной стѣнкой и грудобрюшной преградой.

Digitized by Google

5. Крестьянка, 50 л.; больна болѣе года. Брюшная водянка; значительный отекъ ногъ. За 1/2 года сдѣлано 12 проколовъ. Печень малая, твердая, плотная, скрыта подъ ребрами; края ея закруглены; брюшина утолщена; селезенка мала; сальникъ малъ и тощъ, плохо развитъ. Гладкое теченіе. 1-й проколъ на 14-й день до снятія швовъ. Выписана на 45-й день. Сдѣлано еще 2 прокола. Въ дальнѣйшемъ теченіи операція осталась безрезультатной, и черезъ 1/2 года приходилось дѣлать проколы еженедѣльно. Смерть черезъ годъ послѣ операціи.

6. Крестьянинъ, 32 л.; боленъ 2 года. За послѣдній годъ сдѣлано 7 проколовъ. Брюшная водянка; отекъ брюшныхъ покрововъ. Брюшина сильно утолщена, легко рвется. Въ подбрюшинной ткани значительное развитіе сосудовъ; печень большая, на ладонь выходитъ изъ-подъ реберъ, синеаспидная, съ круглымъ краемъ; значительное утолщеніе брюшного покрова. Выписанъ на 34-й день съ значительнымъ улучшеніемъ (послѣ операціи сдѣлано 2 прокола).

7. Больная, 47 л.; больна 7 лѣтъ. 6 разъ была въ Karlsbad'ѣ. Сифилиса и алкоголизма нѣтъ. Брюшная водянка. Жидкость рѣзко-желтаго цвѣта, уд. вѣса 1012, бѣлка 12‰. Рѣзкая желтуха. Операція 31/I 1903 г. Печень увеличена, край острый, темновишневаго цвѣта, бугристая; бугорки, отъ просяного зерна до горошины, покрываютъ всю свободную поверхность печени (рѣзкій циррозъ); ткань очень плотная. Брюшинный покровъ утолщенъ, мутенъ, усѣянъ бѣлесоватыми рубцами. Никакихъ узловъ въ ткани печени не прощупывается. Селезенка очень большая, плотная, твердая. Забрюшинныя железы не прощупываются. Сальникъ хорошо развитъ, обиленъ жиромъ и сосудами. Гладкое заживленіе. Проколы на 10-й и 23-й дни. Брюшная водянка прибываетъ медленно. Выписана со значительнымъ улучшеніемъ.

Способъ, котораго я держался при операціи (какъ оперировалъ *Eiselsberg*, не было описано въ 1-мъ докладѣ *Talm*'ы) былъ слѣдующій. Разрѣзъ между мечемъ и пупкомъ въ 10—12 стм. Опорожненіе брюшной полости отъ водяночной жидкости и обсушиваніе ея салфетками. Послѣ обслѣдованія печени и селезенки сальникъ выводился въ брюшную рану и черезъ него и брюшныя стѣнки проводилось 4—6 толстыхъ лигатуръ, которыя оставлялись пока не завязываемыми. Затѣмъ брюшина по краямъ раны соскабливалась ложкою или ножемъ и зашивалась непрерывнымъ швомъ, при чемъ сальникъ между обѣими губами брюшины захватывался такъ, чтобы онъ немного выдавался, а слѣд. соприкасался и съ подбрюшинною тканью. Затѣмъ накладывался шовъ апонейротическій и кожный. Послѣ наложенія послѣдняго затягивались первые узловые швы, имѣвшіе цѣлью подтянуть сальникъ и на большемъ протяженіи привести его въ соприкосновеніе съ поверхностью брюшины. Всѣ швы, кромѣ перваго узлового, шелковые непрерывные. Другіе авторы поступали иначе.

1. Такъ, *Rolleston* и *Turner*, сдѣлавъ косой разрѣзъ вдоль праваго ребернаго края, вшивали въ него сразу сальникъ и край печени, заложивъ предварительно сальникъ между грудобрюшной преградой и выпуклой поверхностью печени.

2. *Drummond* и *Morrisson* вшивали сальникъ въ брюшной разрѣзъ, поскобливъ предварительно поверхности печени и селезенки, а затѣмъ ниже пупка вставляли стеклянный дренажъ.

3. *Talma* и *Eiselsberg* вшивали вначалѣ и сальникъ, и желчный пузырь въ брюшную рану, но затѣмъ *Eiselsberg* въ клиникѣ *Mikulicz*'а поступалъ такъ: онъ вшивалъ сальникъ въ карманъ, образованный послѣ отдѣленія брюшины, во влагалищѣ прямой брюшной мышцы.

4. Какъ *Eiselsberg* въ послѣднемъ видоизмѣненіи, поступалъ и *Pascale*, вшивая сальникъ по обоимъ краямъ раны, (вырѣзавъ пупокъ), въ толщу обнаженныхъ прямыхъ мышцъ.

5. *Schiassi*, сдѣлавъ вертикальный разрѣзъ по правому краю прямой мышцы, проводитъ еще горизонтальный и, отдѣливъ кожно-мышечный лоскутъ отъ брюшины, вшиваетъ подъ него сальникъ и зашиваетъ рану надъ сальникомъ.

6. *Terrier*, вскрывъ брюшную полость и раскрывъ широко рану, распластываетъ сальникъ надъ кишками и пришиваетъ его въ правомъ и лѣвомъ углахъ брюшной полости и внизу раны къ пристѣночному листку брюшины. Затѣмъ, зашивая раны въ брюшинѣ, тоже захватывалъ сальникъ между швами.

Что касается осложненій послѣ операціи, то нерѣдко наблюдался перитонитъ, являвшійся непосредственнымъ слѣдствіемъ или самой операціи, или-же занесенія заразнаго начала черезъ дренажъ, въ тѣхъ случаяхъ, когда онъ примѣнялся, почему дренированіе брюшной полости въ настоящее время и оставлено совершенно.

Въ 1 случаѣ *Franke* развились явленія съуженія привратника, на вскрытіи-же былъ найденъ перегибъ поперечно-ободочной кишки черезъ сальникъ, который образовалъ тяжъ, сдавливавшій и 12-перстную кишку. Иногда вслѣдъ за операціей наблюдалась кровавая рвота (*Pal*) и кровавыя испражненія (*Pascale*), которыя *Eiselsberg* объяснялъ эмболіями. Какъ отдаленное послѣдствіе, возможно образованіе брюшныхъ грыжъ.

Что же касается общихъ разстройствъ, то они нерѣдко наблюдаются со стороны сердца; кромѣ того, описанъ цѣлый рядъ явленій, обусловленныхъ прямымъ поступленіемъ крови изъ брюшныхъ внутренностей въ полую вену, безъ посредства печени, аналогичныхъ явленіямъ, наблюдаемымъ вслѣдъ за наложеніемъ *Экковскаго* свища у животныхъ (*Alexander*). *Drummond* и *Morrisson* первые указали на чередованіе припадковъ угнетенія и возбужденія, упоминая о томъ, что иногда такія-же явленія наблюдаются у цирротиковъ. У одного больного *Schiassi* вслѣдъ за богатой бѣлками пищей наблюдался обильный потъ. Но всѣ эти явленія не представляютъ ничего грознаго и вскорѣ проходятъ, особенно при углеводномъ питаніи и исключеніи бѣлковъ изъ пищи (*Alexander*, *Bunge*).

Остановлюсь теперь на показаніяхъ и противопоказаніяхъ къ операціи *Talm*'ы.

Для успѣха прежде всего необходимъ тщательный выборъ случаевъ, и вмѣстѣ съ *Talma* я долженъ сказать, что его операцію слѣдуетъ дѣлать тогда, когда *еще сохранена функція печеночныхъ клѣтокъ*, т. е. необходимо оперировать въ начальныхъ стадіяхъ цирроза, когда еще не наступила атрофія ихъ вслѣдствіе сдавливанія сморщивающейся соединительной тканью и при отсутствіи какихъ-бы то ни было осложненій со стороны другихъ органовъ. Слѣд., операцію *Talm*'ы *необходимо дѣлать, по возможности, въ ранней ступени болѣзни*, самое позднее уже послѣ 2-го прокола, такъ какъ проколы, часто повторяемые, по видимому, только усиливаютъ упадокъ питанія, увеличивая потери веществъ, въ то время какъ пониженіе давленія является раздражителемъ для брюшной полости. Ранняя операція еще потому представляетъ больше вѣроятія на успѣхи, что неистощенный больной еще имѣетъ предъ собою время для развитія проходимыхъ и постоянныхъ окольныхъ путей, такъ какъ опытъ брюшной хирургіи указываетъ, что свѣжія сращенія еще мало сосудисты (*Neumann*) и для развитія сосудовъ нужны недѣли и мѣсяцы. *Bunge* устанавливаетъ слѣдующія показанія для операціи: 1) тромбозъ или сдавливаніе воротной вены воспалительными продуктами (рубцами) или опухолями; 2) атрофическій циррозъ (на первомъ планѣ); 3) сердечный циррозъ; 4) ложный циррозъ перикардіяльнаго происхожденія (*Pick*); 5) можетъ быть, діабетическая печень (Zuckergussleber). Къ этимъ показаніямъ можно добавить еще 6) повторныя кровавыя рвоты изъ венъ пищевода и желудка, когда они принимаютъ угрожающій характеръ, что чаще наблюдалось въ гипертрофическомъ стадіи, чѣмъ въ атрофическомъ (*Leport*).

Что же касается противупоказаній, то *Talma* устанавливаетъ слѣдующія: «операція противупоказана, когда существуетъ уробилинурія, желтуха, ахолія или гипохолія, ксантома или другія пигментныя окрашиванія кожи», указывающія на тяжелое разстройство отправленій печени. Само собою, противупоказаніемъ является общее худосочіе, разстройства дѣятельности сердца, почекъ и т. д.

Положенія.

1. Изъ клиническихъ наблюденій намъ извѣстны случаи самоизлѣченія брюшной водянки при циррозѣ печени вслѣдствіе развитія сосудистыхъ сращеній между печенью, селезенкой, сальникомъ, съ одной стороны, и грудобрюшной преградой и брюшной стѣнкой, съ другой, т. е. вслѣдствіе естественнаго развитія окольнаго кровообращенія (случай *Talm*'ы). «По всей вѣроятности атрофическій циррозъ никогда-бы не вызывалъ брюшной водянки, еслибы развитіе упомянутаго добавочнаго кровообращенія не

Digitized by Google

встрѣчало обыкновенно препятствій, чаще всего непреодолимыхъ» (*Charcot*).

2. На тоже самое указываютъ и результаты опытовъ на животныхъ (*Schmitz*). Пришиваніе большого сальника (въ опытахъ проф. *М. М. Кузнецова*) къ передней брюшной стѣнкѣ, создавая окольный путь для оттока крови изъ воротной вены, позволяетъ животному перенести двойную перевязку воротной вены (одну полную въ средней ея части, другую неполную неподалеку отъ впаденія ея въ печень). Въ подспорье къ вновь создаваемому окольному кровообращенію образуются новые болѣе прямые пути сообщенія между системами воротной и нижней полой венъ, возникающіе изъ существовавшихъ и ранѣе, но мало развитыхъ и незамѣтныхъ въ нормальномъ состояніи, мелкихъ венъ, соединяющихъ одну венную систему съ другой (*М. М. Кузнецовъ*).

3. Основанная на анатомическихъ, физіологическихъ и экспериментальныхъ данныхъ операція пришиванія сальника къ передней брюшной стѣнкѣ (*Talma*, *Drummond*, *Morrisson* и пр.) является вполнѣ цѣлесообразнымъ способомъ для устраненія застоя въ брюшной полости, а слѣд. и брюшной водянки при гипертрофическомъ циррозѣ печени. Это подтверждается какъ клиническими фактами (*Talma*), такъ и вышеприведенными результатами опытовъ на животныхъ (*М. М. Кузнецовъ*).

4. Но для того, чтобы увѣнчаться успѣхомъ, операція эта должна быть примѣняема въ болѣе раннихъ стадіяхъ цирроза печени, когда функція печеночныхъ клѣтокъ еще можетъ возстановиться и когда не наступило значительнаго сморщиванія органа, слѣд. въ гипертрофической стадіи болѣзни.

5. Противопоказаніями къ ней, кромѣ далеко зашедшаго процесса—значительнаго уменьшенія печени (атрофическій стадій), являются желтуха, ахолія и гипохолія испражненій (*Talma*, *Bunge*, *Alexander*), далѣе: значительная общая слабость, страданія сердца и почекъ.

6. Различные способы укрѣпленія сальника не играютъ, по видимому, существенной роли въ результатахъ операцій, которыхъ, впрочемъ, еще слишкомъ мало для точной оцѣнки каждаго способа въ отдѣльности. До сихъ поръ были предложены слѣдующіе способы: а) Пришиваніе сальника между печенью и грудобрюшной преградой (*Rolleston* и *Turner*); б) пришиваніе его подъ глубокими слоями кожи (*Pascale*; плохой результатъ); в) пришиваніе его между брюшиной и мышцами (*Schiassi*; Т-образный разрѣзъ); г) пришиваніе его къ самой брюшинѣ внутри брюшной полости (*Terrier*, *Alexander*); д) наконецъ, первый изъ спопобовъ—*Talma-Eiselsberg*'а—пришиваніе въ карманъ прямой мышцы и е) мой способъ—пришиванія сальника въ самую брюшную рану. Дренажъ при операціи вреденъ (путь для зараженія); цѣлесообразнѣе повторные проколы. За границей часто оперируютъ подъ кокаиномъ, я предпочитаю общую анэстезію.

7. По техникѣ и осложненіямъ при ней операція эта представляетъ не болѣе затрудненій и опасности, чѣмъ пробное чревосѣченіе (*М. М. Кузнецовъ*).

8. На основаніи собраннаго матеріала — 168 случаевъ (въ томъ числѣ 52 русскихъ) я прихожу къ слѣдующимъ общимъ выводамъ: выздоровленій 28,5%, улучшеній 17,9%; итого, благопріятныхъ исходовъ 46,4%; безъ улучшенія 10%, смерть въ 39,3%; итого неблагопріятныхъ исходовъ 49,3%; неизвѣстно 4%. Слѣд. % неблагопріятныхъ исходовъ на 3% больше, чѣмъ неблагопріятныхъ.

9. Если-же разбить всѣ эти случаи на 3 группы: 1-ая—при увеличеніи печени (т. е. въ начальномъ стадіи), 2-ая—при уменьшенной печени (атрофической стадіи) и 3-ья, гдѣ печень обозначена нормальной величины, или авторъ не говоритъ объ ея состояніи, то получатся слѣдующіе результаты:

| Исходы. | Выздоровленіе. | Улучшеніе. | Неизвѣстно. | Безъ улучшенія. | Смерть. | Всего. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Увеличенная печень . . . . . . . . . . . . | 16 | 10 | 1 | 5 | 19 | 51 |
| | благопріятныхъ | | | неблагопріятныхъ | | |
| Итого . . . . . . | 26 = 50,98% | | | 24 = 47,06% | | |
| 2. Уменьшенная печень . . . . . . . . . . . | 18 | 11 | 4 | 7 | 29 | 69 |
| | благопріятныхъ | | | неблагопріятныхъ | | |
| Итого . . . . . . . | 29 = 42,03% | | | 36 = 52,07% | | |
| 3. Печень нормальна или о ней ничего не сказано | 14 | 9 | 2 | 5 | 18 | 48 |
| | благопріятныхъ | | | неблагопріятныхъ | | |
| Итого . . . . . . . . | 23 = 47,92 | | | 23 = 47,92 | | |
| Всего случаевъ . . . . . | 48 | 30 | 7 | 17 | 66 | 168 |
| Въ % . . . . . | 28,57 | 17,86 | 4,17 | 10,12 | 39,28 | 100,00 |
| | благопріятныхъ | | неизв. | неблагопріятныхъ | | |
| Итого . . . . . . . . | 78 | | 7 | 83 | | 168 = 100,00 |

Слѣд., при увеличеніи печени (группа 1-ая) % благопріятныхъ исходовъ почти равенъ (*больше на 4%*) % неблагопріятныхъ; при сморщенной-же уменьшенной печени (группа 2-ая) отношеніе обратное и разница рѣзкая: благопріятныхъ исходовъ *на 10% меньше*, чѣмъ неблагопріятныхъ; наконецъ, въ 3-ей группѣ, гдѣ печень была отмѣчена нормальной или же не имѣлось указаній о величинѣ ея, %% обоихъ исходовъ равны между собой.

10. Изъ этого видно, что для полученія удовлетворительныхъ результатовъ надобно оперировать рано—въ гипертрофическомъ стадіи болѣзни, и тогда лишь въ ½ случаевъ мы можемъ разсчитывать на успѣхъ. Операція устраняетъ брюшную водянку. Вліяніе-же ея на самый процессъ въ печени (обратныя измѣненія клѣтокъ и т. п.) еще не можетъ быть съ точностью опредѣлено за неимѣніемъ для этого данныхъ.

Въ заключеніе прошу товарищей, подѣлившихся со мною результатами своихъ наблюденій, а именно проф. *А. А. Боброва* и *С. П. Федорова*, д-ровъ: *Баратынскаго, Богаевскаго, Бондарева, Горячева, Гренкова, Звягинцева, Зеренина, Мировича, Мейнгарда, Ненадкевича, Потѣенко, Сахарова, Синютина, Сокальскаго, Томашевича, Хворостынскаго* и *Хрущова* принять выраженіе моей искренней признательности за сообщенія своихъ случаевъ и не оставлять меня таковыми и впредь.

**Источники:** 1. *Talma*. Berliner klinische Wochenschrift, 1900 г.—2. *Charcot*. Лекціи о болѣзняхъ печени и желчныхъ путей. Русскій пер., 1879, стр. 24.—3. *Sappey*. Recherches sur un point d'anatomie pathologique rélatif à l'histoire de la cirrhose.—4. Проф. *М. М. Кузнецовъ*. «Врачъ», 1900 г.

Digitized by Google

# XXXII. Современное состояніе ученія о розовомъ шелушащемся лишаѣ (pityriasis rosea Gibert'a).

Ч. пр. **А. И. Лянца** (Москва).

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Когда въ прошломъ году завѣдующій Отдѣломъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней на Съѣздѣ многоуважаемый проф. *Т. П. Павловъ* прислалъ, между другими, и мнѣ перечень намѣченныхъ имъ программныхъ вопросовъ съ предложеніемъ сдѣлать сообщеніе по одному изъ нихъ, мой выборъ палъ на вопросъ о «pityriasis rosea» *Gibert*'a. Я остановился на этой темѣ, во 1-хъ, потому, что вопросъ о розовомъ шелушащемся лишаѣ еще мало затронутъ у насъ въ Россіи, и большинство врачей почти вовсе не знакомы съ этимъ страданіемъ кожи, а, во 2-хъ, потому, что представляемый нынѣ мною Вамъ докладъ, отчасти по самому существу предмета далеко не свободный отъ недочетовъ, могъ-бы, мнѣ казалось, послужить исходной точкой для обмѣна мыслей на Съѣздѣ съ цѣлью возможно полнаго выясненія взглядовъ нашихъ отечественныхъ дерматологовъ на это пораженіе кожи, представляющее не только теоретическій, но и практическій интересъ. Я старался представить въ своемъ докладѣ въ возможно сжатомъ видѣ современное состояніе ученія о розовомъ шелушащемся лишаѣ, при чемъ удѣлилъ нѣкоторое мѣсто и своимъ личнымъ выводамъ, какъ итогу наблюденій, обнимающихъ 36 случаевъ этой болѣзни кожи за послѣдніе годы.

Установленіемъ самостоятельнаго пораженія кожи подъ названіемъ «pityriasis rosea» мы всецѣло обязаны французамъ. Послѣ *Gibert*'a, описавшаго впервые въ 1860 г. подъ этимъ названіемъ разбираемое пораженіе, оно неоднократно служило предметомъ спеціальныхъ статей и сообщеній и темой для диссертацій во Франціи. При этомъ невольно обращаетъ на себя вниманіе тотъ фактъ, что названіе «pityriasis rosea», данное *Gibert*'омъ, на первыхъ порахъ встрѣтило мало сочувствія со стороны его соотечественниковъ, и каждый авторъ, описывая это пораженіе, давалъ ему новое названіе. Такъ, послѣ *Gibert*'a розовый шелушащійся лишай былъ описанъ *Bazin*'омъ подъ названіемъ «pityriasis rubra acuta maculata et circinata», *Alfred*'омъ, *Hardy*—подъ названіемъ «pityriasis disseminata», *Horand*'омъ—подъ именемъ «pityriasis circinata»; *Vidal* назвалъ его «erythème papuleux desquamatif», *Besnier*—«pseudoexanthème érythémato-desquamatif», *Alfred Fournier*—«roseola squamosa». Съ теченіемъ времени однако названіе, данное *Gibert*'омъ, все-таки восторжествовало надъ остальными, и теперь оно является общеупотребительнымъ не только во Франціи, но и въ другихъ странахъ. Изъ этихъ послѣднихъ самостоятельность розоваго шелушащагося лишая послѣ Франціи раньше всего была признана въ Англіи и въ Америкѣ: въ первой онъ былъ описанъ *Erasmus*'омъ *Wilson*'омъ (подъ названіемъ «eczema erythematosum») и *Radcliffe*'омъ *Crocker*'омъ, во второй—*Duhring*'омъ и *Hyde*'омъ (подъ названіемъ «pityriasis maculata et circinata»).

Лишь въ сравнительно недавнее время пораженіе это было признано, и то не всѣми *), въ Германіи. Правда, тамъ давно уже раздавались отдѣльные голоса **) въ пользу французскаго толкованія, но ихъ совершенно заглушалъ всецѣло господствовавшій въ тогдашней нѣмецкой дерматологіи авторитетъ Вѣнской школы. Послѣдняя-же въ лицѣ своихъ первыхъ представителей—*Ferdinand*'a *Hebr*'ы и *Kaposi* описывала болѣзнь *Gibert*'a, какъ острое общее высыпаніе трихофитіи подъ названіемъ «herpes tonsurans maculosus et squamosus». Въ настоящее время большинство нѣмецкихъ дерматологовъ признаютъ самостоятельность «pityriasis rosea», совершенно отвергая ея мнимое тождество съ трихофитіей. Такимъ оброзомъ судьба розоваго шелушащагося лишая до извѣстной степени напоминаетъ судьбу другой болѣзни кожи, также установленной французской дерматологической школой и долго отвергавшейся Вѣнской—я разумѣю «pityriasis rubra pilaris».

У насъ въ Россіи ученіе о розовомъ шелушащемся лишаѣ еще далеко не сдѣлалось общимъ достояніемъ врачей. Вопросъ о немъ едва затронутъ у насъ въ печати и въ ученыхъ Обществахъ въ послѣднее время (*В. И. Зарубинъ*, *А. П. Полтавцевъ*). Насколько я могу судить, мы все еще въ этомъ отношеніи находимся подъ обаяніемъ Вѣнской школы и въ большинствѣ случаевъ разбираемой болѣзни все еще ставимъ распознаваніе «herpes tonsurans maculosus et squamosus».

Болѣзнь эта характеризуется высыпаніемъ на туловищѣ и на конечностяхъ кругловатыхъ пятенъ розоватаго или блѣднокраснаго цвѣта, переходящаго въ скоромъ времени въ желтоватый или свѣтлобурый, и покрывающихся въ центральныхъ своихъ частяхъ небольшими чешуйками.

*Клиническая картина припадковъ.* Обыкновенно больные совершенно неожиданно для себя обнаруживаютъ присутствіе сыпи. Описаны, впрочемъ, случаи, когда появленію ея предшествовалъ приступъ сильнаго зуда (*Chapard*, *Moingeard*). Лишь весьма рѣдко появленіе сыпи сопровождается общими признаками: ознобомъ, повышеніемъ температуры, головною болью, носовымъ кровотеченіемъ; чаще больные жалуются на нѣкоторое недомоганіе. Явленія эти быстро проходятъ.

Высыпанія состоитъ изъ пятенъ розоватаго цвѣта различной величины, отъ булавочной головки до горошины и ногтя. При своемъ возникновеніи пятна представляются слегка возвышенными, напоминая до извѣстной степени мелкіе волдыри крапивницы. Очень скоро однако они начинаютъ увеличиваться по окружности, центръ ихъ западаетъ и покрывается чешуйками. По мѣрѣ роста пятна изъ кругловатыхъ принимаютъ болѣе яйцевидную и неправильно-продолговатую форму; границы ихъ нерѣзки, расплываются; отъ послѣднихъ въ окружающую здоровую кожу отходятъ въ видѣ лучей небольшіе отростки. Иногда высыпанія, увеличиваясь, сливаются съ сосѣдними, при чемъ получаются неправильной величины большія пятна. По мѣрѣ того какъ высыпанія увеличиваются, они блѣднѣютъ въ центрѣ, принимая здѣсь оттѣнокъ желтоватый или свѣтлобурый и сохраняя свой розоватый цвѣтъ лишь по окружности въ видѣ узкаго плоскаго кольца или овала, едва возвышающагося надъ уровнемъ здоровой кожи. Такія кольцевидныя высыпанія, достигающія 2—3 стм. въ поперечникѣ, получили отъ *Fournier* названіе «медальоновъ». Центральная часть ихъ, которая, какъ уже сказано, имѣетъ желтоватый или свѣтлобуроватый цвѣтъ, похожій, по удачному сравненію нѣкоторыхъ авторовъ (*G. T. Jackson*) на цвѣтъ стараго, пожелтѣвшаго отъ времени, пергамента, образуетъ на поверхности множество мелкихъ складокъ, придающихъ этимъ высыпаніямъ своеобразный видъ; периферическая часть «медальона» нѣсколько возвышена, розоватаго цвѣта и слегка шелушится. На основаніи различнаго вида пятенъ *Bazin* различалъ 2 формы: «pityriasis maculata» и «pityriasis circinata». Однако такое дѣленіе искусственно, ибо оба вида пятенъ часто встрѣчаются вмѣстѣ и кольца развиваются изъ простыхъ пятенъ. Далеко не всѣ пятна превращаются въ кольца; часто приходится наблюдать случаи, гдѣ такого превращенія и вовсе не бываетъ. Вообще, по моимъ наблюденіямъ, случаи съ рѣзко выраженной кольцевидной сыпью встрѣчаются не часто. По прошествіи нѣкотораго времени периферическій поясъ высыпаній исчезаетъ, шелушеніе прекращается и отъ пятна остается еще нѣкоторое время легкая пигментація. На полный кругъ развитія отдѣльнаго пятна уходитъ недѣли 2.

Высыпаютъ пятна не сразу, а постепенно, въ нѣсколько послѣдовательныхъ пріемовъ. Такимъ образомъ на извѣстномъ участкѣ кожи удается одновременно находить расположенныя рядомъ старыя и новыя высыпанія, что придаетъ сыпи характеръ полиморфности.

*Мѣстоположеніе.* Высыпанія, по наблюденіямъ большинства авторовъ, съ которыми вполнѣ согласуются и мои, обыкновенно появляются прежде всего на верхней части груди, занимая здѣсь под- и над- ключичныя пространства и распространяясь отсюда частью вверхъ на шею, спину и плечи, иногда на лицо и волосистую часть головы, частью внизъ на животъ и верхнюю часть внутреннихъ поверхностей бедеръ. Такое послѣдовательное распространеніе сыпи въ нѣсколько пріемовъ, при чемъ она лишь мало по малу занимаетъ все болѣе обширныя области поверхности тѣла, весьма характерно. Благодаря ему, совершенно молодыя высыпанія, напр., на бедрахъ встрѣчаются одновременно со старыми и исчезающими или уже совершенно исчезнувшими высыпаніями на мѣстахъ, гдѣ сыпь появилась всего раньше, напр., на груди. Передняя поверхность туловища поражается гораздо больше, чѣмъ задняя. На рукахъ иногда поражаются локтевые сгибы, на ногахъ—подколѣнныя ямки; предплечья и голени поражаются рѣдко, а кисти и стопы лишь въ видѣ исклю-

*) Такъ, *Lang* въ своемъ недавно вышедшемъ руководствѣ «Lehrbuch der Hautkrankheiten» (Wiesbaden, 1902) все еще остается вѣренъ старому ученію Вѣнской школы.

**) *Weyl.* Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie v. *Ziemssen*, т. XIV.

Digitized by Google

встрѣчало обыкновенно препятствій, чаще всего непреодолимыхъ» (*Charcot*).

2. На тоже самое указываютъ и результаты опытовъ на животныхъ (*Schmitz*). Пришиваніе большого сальника (въ опытахъ проф. *М. М. Кузнецова*) къ передней брюшной стѣнкѣ, создавая окольный путь для оттока крови изъ воротной вены, позволяетъ животному перенести двойную перевязку воротной вены (одну полную въ средней ея части, другую неполную неподалеку отъ впаденія ея въ печень). Въ подспорье къ вновь создаваемому окольному кровообращенію образуются новые болѣе прямые пути сообщенія между системами воротной и нижней полой венъ, возникающіе изъ существовавшихъ и ранѣе, но мало развитыхъ и незамѣтныхъ въ нормальномъ состояніи, мелкихъ венъ, соединяющихъ одну венную систему съ другой (*М. М. Кузнецовъ*).

3. Основанная на анатомическихъ, физіологическихъ и экспериментальныхъ данныхъ операція пришиванія сальника къ передней брюшной стѣнкѣ (*Talma*, *Drummond*, *Morrisson* и пр.) является вполнѣ цѣлесообразнымъ способомъ для устраненія застоя въ брюшной полости, а слѣд. и брюшной водянки при гипертрофическомъ циррозѣ печени. Это подтверждается какъ клиническими фактами (*Talma*), такъ и вышеприведенными результатами опытовъ на животныхъ (*М. М. Кузнецовъ*).

4. Но для того, чтобы увѣнчаться успѣхомъ, операція эта должна быть примѣняема въ болѣе раннихъ стадіяхъ цирроза печени, когда функція печеночныхъ клѣтокъ еще можетъ возстановиться и когда не наступило значительнаго сморщиванія органа, слѣд. въ гипертрофической стадіи болѣзни.

5. Противопоказаніями къ ней, кромѣ далеко зашедшаго процесса—значительнаго уменьшенія печени (атрофическій стадій), являются желтуха, ахолія и гипохолія испражненій (*Talma*, *Bunge*, *Alexander*), далѣе: значительная общая слабость, страданія сердца и почекъ.

6. Различные способы укрѣпленія сальника не играютъ, по видимому, существенной роли въ результатахъ операцій, которыхъ, впрочемъ, еще слишкомъ мало для точной оцѣнки каждаго способа въ отдѣльности. До сихъ поръ были предложены слѣдующіе способы: а) Пришиваніе сальника между печенью и грудобрюшной преградой (*Rolleston* и *Turner*); б) пришиваніе его подъ глубокими слоями кожи (*Pascale*; плохой результатъ); в) пришиваніе его между брюшиной и мышцами (*Schiassi*; Т-образный разрѣзъ); г) пришиваніе его къ самой брюшинѣ внутри брюшной полости (*Terrier*, *Alexander*); д) наконецъ, первый изъ спобовъ—*Talma-Eiselsberg*'а—пришиваніе въ карманъ прямой мышцы и е) мой способъ—пришиванія сальника въ самую брюшную рану. Дренажъ при операціи вреденъ (путь для зараженія); цѣлесообразнѣе повторные проколы. За границей часто оперируютъ подъ кокаиномъ, я предпочитаю общую анэстезію.

7. По техникѣ и осложненіямъ при ней операція эта представляетъ не болѣе затрудненій и опасности, чѣмъ пробное чревосѣченіе (*М. М. Кузнецовъ*).

8. На основаніи собраннаго матеріала — 168 случаевъ (въ томъ числѣ 52 русскихъ) я прихожу къ слѣдующимъ общимъ выводамъ: выздоровленій 28,5%, улучшеній 17,9%; итого, благопріятныхъ исходовъ 46,4%; безъ улучшенія 10%, смерть въ 39,3%; итого неблагопріятныхъ исходовъ 49,3%; неизвѣстно 4%. Слѣд. % неблагопріятныхъ исходовъ на 3% больше, чѣмъ неблагопріятныхъ.

9. Если-же разбить всѣ эти случаи на 3 группы: 1-ая—при увеличеніи печени (т. е. въ начальномъ стадіи), 2-ая—при уменьшенной печени (атрофической стадіи) и 3-ья, гдѣ печень обозначена нормальной величины, или авторъ не говоритъ объ ея состояніи, то получатся слѣдующіе результаты:

| Исходы. | Выздоровленіе. | Улучшеніе. | Неизвѣстно. | Безъ улучшенія. | Смерть. | Всего. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Увеличенная печень | 16 | 10 | 1 | 5 | 19 | 51 |
| | благопріятныхъ | | | неблагопріятныхъ | | |
| Итого | 26 = 50,98% | | | 24 = 47,06% | | |
| 2. Уменьшенная печень | 18 | 11 | 4 | 7 | 29 | 69 |
| | благопріятныхъ | | | неблагопріятныхъ | | |
| Итого | 29 = 42,03% | | | 36 = 52,07% | | |
| 3. Печень нормальна или о ней ничего не сказано | 14 | 9 | 2 | 5 | 18 | 48 |
| | благопріятныхъ | | | неблагопріятныхъ | | |
| Итого | 23 = 47,92 | | | 23 = 47,92 | | |
| Всего случаевъ | 48 | 30 | 7 | 17 | 66 | 168 |
| Въ % | 28,57 | 17,86 | 4,17 | 10,12 | 39,28 | 100,00 |
| | благопріятныхъ | | неизв. | неблагопріятныхъ | | |
| Итого | 78 | | 7 | 83 | | 168 = 100 |

Слѣд., при увеличеніи печени (группа 1-ая) % благопрі[ят]ныхъ исходовъ почти равенъ (*больше на 4%*) % неблаг[о]пріятныхъ; при сморщенной-же уменьшенной печ[ени] (группа 2-ая) отношеніе обратное и разница рѣзкая: [бла]гопріятныхъ исходовъ *на 10% меньше*, чѣмъ неблагоп[ріят]ныхъ; наконецъ, въ 3-ей группѣ, гдѣ печень была [обозна]чена нормальной или же не имѣлось указаній о вел[ичинѣ] ея, %% обоихъ исходовъ равны между собой.

10. Изъ этого видно, что для полученія удовлетвор[ительных]ъ результатовъ надобно оперировать рано—въ ги[пертро]фическомъ стадіи болѣзни, и тогда лишь въ ½ с[лучаевъ] мы можемъ разсчитывать на успѣхъ. Операція уст[раняетъ] брюшную водянку. Вліяніе-же ея на самый про[цессъ] печени (обратныя измѣненія клѣтокъ и т. п.) ещ[е не мо]жетъ быть съ точностью опредѣлено за неим[ѣніемъ для] этого данныхъ.

Въ заключеніе прошу товарищей, подѣливши[хся] результатами своихъ наблюденій, а именно пр[оф.] *Боброва* и *С. П. Федорова*, д-ровъ: *Ба*[...] *скаго*, *Бондарева*, *Горячева*, *Гренко*[...] *на*, *Мировича*, *Мейнгарда*, *Ненад*[...] *рова*, *Синютина*, *Сокальскаго*, *Т*[...] *скаго* и *Хрущова* принять выра[...] нательности за сообщ[...] меня таковыми и вп[...]

**Источники:** 1. [...] 1900 г.—2. *Charco*[...] путей. Русскій пе[...] un point d'anato[...] se.—4. Проф. [...]

Digitized by Google

шелушащаго-
ки, а корочки,
гинки гипер- и
сывороточный
ранившіе свою
ся сывороточ-
очавшихся въ

дованій, то ре-
Въ частности
urans, въ виду
лишая съ трихо-
amosus, неиз-
въ чешуйкахъ,
i, *Oro* и *Mos-*
*ssohn*, *Neisser*,
*тавцевъ* и мн.
стливѣе моихъ

тіологіи и сущ-
его не знаемъ.
рѣчается, одни,
*lker*, *Radcliffe*
принадлежитъ
по статистикѣ
зительно 1 слу-
учаевъ пораже-
читаютъ эту бо-
составляетъ въ
лѣваній. Въ нѣ-
вый лишай, со-
гораздо чаще,
ему отчету *Fin-*
зней. По моимъ
овый лишай —
ая въ послѣдніе
до 3% изъ об-
ы, весьма близ-

гласны въ томъ,
молодыхъ людей;
носятъ наиболь-
іе (*Fiocco*)—отъ
та болѣзнь встрѣ-
олнѣ согласуются

ѣлялись такъ: до 10
отъ 20 до 30 л. 14,
предѣльные возрасты

лучаяхъ отмѣтить не
е, чѣмъ женщинъ, а
16 вторыхъ. Другіе,
жде всѣхъ самъ *Gi-*
бладающее заболѣва-

овымъ лишаемъ и вре-
-то связь, на которую въ
скіе авторы.
изъ 56 его случаевъ 35 на-
ля, мая и іюня. Мои случаи
на январь, февраль, мартъ
на май, іюнь, іюль и ав-
ноябрь 18, на декабрь не при-

Left column fragments: … въ Россіи … съ этимъ … ставлены … существу … могъ-бы … обмѣна … выясненія … говъ на это … теоретическій … представить въ … современное … лишаѣ, при … нымъ выводамъ … случаевъ этой …

Установленіемъ … ніемъ «pityriasis … *Gibert*'а, описанное … разбираемое … спеціальныхъ … Франціи. При этомъ … фактъ, что … первыхъ порахъ … течественниковъ … валъ ему новое … шающійся лишай … tyriasis rubra … подъ названіемъ … немъ «pityriasis … leux desquamatif» … quamatif», *Alfred* … времени однако … жествовало надъ … требительныхъ … вахъ. Изъ этихъ … шающагося лишая … въ Англіи и въ … *Wilson* … *Radcliffe*'омъ … *de*'омъ (подъ названіемъ …

Лишь въ сравн… признано, и то … уже раздавались … толкованія, но … вавшій въ тогдашн… ской школы. … *Ferdinand* … *bert*'а, какъ … «pityriasis …

… нія *Kaposi* о нахожденіи грибковъ … его herpes tonsurans maculosus, т. е. … asis rosea» *Gibert*'а весьма интересно … *Rille*, что рисунокъ, съ изображеніемъ … *Kaposi* (5 изд., 1899 г., стр. 992) значится … herpes tonsurans maculosus, между тѣмъ, … анномъ учебникѣ *Hebra-Kaposi* (2 т., стр. … жъ имѣетъ подпись: herpes tonsurans vesi- … образомъ, замѣчаетъ *Rille* … найденный … дѣйствительно принадлежитъ нес… случаю три- … а не розоваго лишая (*Rille*. Le… t-und Ge- … krankheiten. Jena, 1902).

²) Незначительныя цифры *Crocker*'а … *rand*'а, по моему мнѣнію, объясняются тѣмъ, что … было почти исключительно съ дѣтьми, у которыхъ … встрѣчается весьма рѣдко.

Digitized by Google

ченія. Лицо поражается сравнительно рѣдко и еще рѣже—волосистая часть головы: изъ моихъ 36 случаевъ пораженіе лица отмѣчено въ 4, а волосистой части головы лишь въ 1. Послѣ груди первыя высыпанія чаще всего помѣщаются на животѣ. Рѣже сыпь начинается съ шеи. *Moingeard* видѣлъ начало сыпи въ 2-хъ случаяхъ на предплечьяхъ и по 1 разу въ паховой складкѣ и въ области лобка.

Отъ указаннаго порядка въ распредѣленіи сыпи бываютъ однако иногда уклоненія. Сыпь не всегда поражаетъ всѣ указанныя выше мѣста и можетъ ограничиться какой-нибудь одной областью туловища, напр., верхней или нижней, или же располагаться только на конечностяхъ.

Помимо указаннаго распредѣленія сыпи и ея появленія нѣсколькими послѣдовательными взрывами, слѣдуетъ отмѣтить еще одну особенность ея, а именно наклонность къ пораженію симметричныхъ областей. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ эта симметрія бываетъ выражена весьма ясно.

Предоставленная самой себѣ сыпь исчезаетъ обыкновенно въ періодъ времени отъ 3 недѣль до 2 мѣсяцевъ. Однако извѣстны случаи—это видѣлъ и я—гдѣ вслѣдствіе періодическаго появленія все новыхъ и новыхъ высыпаній процессъ затягивается, продолжаясь цѣлыми мѣсяцами. *Hallopeau* приводитъ случай, въ которомъ болѣзнь тянулась даже 4 года. Можно однако сказать, что такіе случаи принадлежатъ къ исключеніямъ; что-же касается наблюденія *Hallopeau*, то оно стоитъ особнякомъ и приводится авторами, какъ нѣчто совершенно необычное.

Субъективныя явленія ограничиваются въ большинствѣ случаевъ испытываемымъ больными въ пораженныхъ мѣстахъ небольшимъ зудомъ. Рѣдко зудъ достигаетъ значительной степени, вызывая безсонницу. Онъ появляется вновь или усиливается при всякомъ новомъ появленіи пятенъ и обыкновенно бываетъ всего сильнѣе вечеромъ. Иногда онъ появляется только во время испарины. Изъ 36 моихъ случаевъ лишь въ 5 отмѣченъ сильный зудъ; почти всѣ эти случаи относятся къ нейрастеникамъ. Въ остальныхъ или былъ небольшой зудъ, или его совсѣмъ не было. Не могу не привести здѣсь одного наблюденія, указывающаго на значительную зависимость степени зуда, помимо общаго состоянія больныхъ, еще и отъ характера самаго пораженія кожи.

Наблюденіе касается 11-лѣтней дѣвочки, у которой, при весьма обильномъ и остромъ высыпаніи розоваго шелушащагося лишая, зудъ былъ весьма умѣренный, и то лишь въ началѣ, а черезъ недѣлю совершенно исчезъ; но, когда дѣвочка вскорѣ—при существованіи еще лишая—заболѣла вѣтренной оспой, то зудъ въ періодъ подсыханія сыпи былъ такой сильный, что больная лишилась сна.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больные жалуются не на зудъ, а на покалываніе въ пораженныхъ мѣстахъ. *Rendu* и послѣ него *Moingeard* приводятъ случаи, въ которыхъ имъ удалось доказать потерю чувствительности соотвѣтственно пятнамъ. Я такихъ случаевъ не наблюдалъ. Другіе авторы также не упоминаютъ о подобныхъ случаяхъ. Д-ръ *Полтавцевъ* изъ клиники проф. *И. Ф. Зеленева* представилъ случай розоваго шелушащагося лишая съ хроническимъ теченіемъ и атипичнымъ мѣстоположеніемъ, въ которомъ можно было установить уклоненія со стороны нервной системы (повышеніе рефлексовъ и кожной чувствительности).

Чтобы покончить съ клинической картиной, мнѣ остается еще сказать нѣсколько словъ о т. наз. plaque primitive описанной подъ этимъ названіемъ впервые *Brocq*'омъ. Plaque primitive—это пятно, которое предшествуетъ остальной сыпи, появляясь на различныхъ мѣстахъ тѣла на 3—10 и еще большее число дней раньше послѣдней. Нѣкоторые авторы (*Norman Walker*) называютъ его поэтому пятномъ—«герольдомъ». Иногда такихъ пятенъ бываетъ не одно, а нѣсколько. Часто plaque primitive совершенно не бываетъ. *Brocq* на 10 случаевъ нашелъ его 6 разъ, *Moingeard* изъ 15 въ 7. Въ своихъ случаяхъ я находилъ его гораздо рѣже, а именно приблизительно лишь въ $^1/_3$ ихъ общаго числа. Мѣстами расположенія plaque primitive авторы отмѣчаютъ грудь, область пояса, шею, предплечья (*Brocq*, *Moingeard*). Въ моихъ случаяхъ первичное пятно чаще всего занимало предплечья, затѣмъ оно помѣщалось въ подмышковой впадинѣ, на животѣ, на груди и на шеѣ. По видимому, plaque primitive начинается такъ-же, какъ и остальныя высыпанія, но часто оно значительно превосходитъ послѣднія по размѣрамъ, достигая въ нѣкоторыхъ случаяхъ 5 и даже 6 стм. въ діаметрѣ (*Thibierge*). Обыкновенно оно имѣетъ форму овала, длинный поперечникъ котораго пересѣкаетъ длинный діаметръ туловища или конечности почти подъ прямымъ угломъ и по виду совершенно соотвѣтствуетъ описаннымъ выше «медальонамъ». Вообще оно продѣлываетъ тотъ-же кругъ развитія, что и остальныя высыпанія, и, достигнувъ извѣстной величины, начинаетъ блѣднѣть и постепенно исчезаетъ. Вслѣдствіе этого къ тому времени, когда больной является къ врачу, первичное пятно можетъ уже безслѣдно исчезнуть. Тамъ, гдѣ оно сохраняется, въ затруднительныхъ случаяхъ оно можетъ значительно облегчить распознаваніе.

Иногда при розовомъ шелушащемся лишаѣ вслѣдствіе расчесовъ изъ-за сильнаго зуда, а еще чаще вслѣдствіе примѣненія различныхъ раздражающихъ мазей, приходится наблюдать измѣненія кожи, свойственныя экземѣ. Извѣстны наблюденія, гдѣ подъ вліяніемъ расчесовъ развивались фолликулиты и чирьи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ высыпанія могутъ осложниться кровоизліяніями (*Chapard*). Описаны случаи одновременнаго существованія розоваго лишая и свѣжаго сифилиса (*Renault*, *Feulard*). Въ 1 случаѣ, упомянутомъ выше, я наблюдалъ появленіе вѣтренной оспы у дѣвочки, у которой еще не пропали высыпанія розоваго шелушащагося лишая. Но особенно интересны, мнѣ кажется, наблюдавшіеся мною 3 случая этой болѣзни, гдѣ одновременно съ типичными высыпаніями розоваго лишая можно было установить и типичныя высыпанія чешуйчатаго: въ 1-мъ случаѣ псоріатическая бляшка на лѣвомъ локтѣ существовала съ дѣтства, во 2-мъ бляшка помѣщалась на спинѣ, а въ 3-мъ имѣлись высыпанія psoriasis на ягодицѣ и на лбу, существовавшія уже года 3. Я нигдѣ не нашелъ указанія относительно одновременнаго существованія обоихъ этихъ пораженій и, не дѣлая пока изъ этого факта какого-либо вывода, считалъ нужнымъ его отмѣтить, принимая во вниманіе частоту совпаденія при сравнительной рѣдкости обѣихъ болѣзней.

Слизистыя оболочки при розовомъ шелушащемся лишаѣ не поражаются. Я ни разу не находилъ измѣненій ихъ, которыя можно было-бы поставить въ какую-либо связь съ пораженіемъ кожи. Этого положенія не можетъ измѣнить и давнишнее, оставшееся съ тѣхъ поръ единичнымъ, наблюденіе *Ch. Blary* *), который описалъ случай конъюнктивита (conjonctivite pityriasique) вслѣдствіе появленія на соединительной оболочкѣ глаза высыпаній розоваго шелушащагося лишая.

Перехожу къ разсмотрѣнію микроскопическихъ измѣненій кожи при розовомъ лишаѣ.

*Патологическая анатомія.* Микроскопическое изслѣдованіе вырѣзанныхъ кусочковъ кожи при розовомъ шелушащемся лишаѣ было произведено *Darier*, *Unna*, *Oro* и *Mosca*, *Tandler*'омъ, *Löwenbach*'омъ, *Hollmann*'омъ, *Th. Meyer*'омъ, *Fiocco*, *Sabouraud* и др. Въ то время, какъ одни (въ томъ числѣ *Darier* и *Tandler*) не обнаружили особыхъ измѣненій со стороны надкожицы, другіе, напротивъ, установили въ ней довольно рѣзкія измѣненія. *Unna* при изслѣдованіи свѣжихъ пятенъ нашелъ довольно рѣзкій акантозъ, сильнѣе выраженный въ ближайшей окружности отверстій фолликуловъ, съ чѣмъ впрочемъ не согласны позднѣйшія изслѣдованія *Hollmann*'а; одновременно наблюдался межклѣточный отекъ въ нижнемъ отдѣлѣ щетинистаго слоя, а въ центральной части пятна — сопряженный съ исчезновеніемъ зернистаго слоя паракератозъ, подобно тому, какъ это можно наблюдать при экземѣ и чешуйчатомъ лишаѣ. Въ верхнемъ отдѣлѣ щетинистаго слоя дѣло доходитъ до образованія неправильной формы пузырьковъ. Въ собственно кожѣ воспалительныя явленія выражаются

---

*) Прив. у *Chapard*'а и *Moingeard*'а l. c. *Barthélemy* въ своемъ примѣчаніи къ переводу *Duhring*'а тоже говоритъ: «изрѣдка онъ (т. е. розовый лишай) встрѣчается на лицѣ, гдѣ онъ можетъ вызвать острый конъюнктивитъ».

Digitized by Google

въ расширеніи сосудовъ и скопленіи вокругъ нихъ соединительнотканныхъ клѣтокъ; эмиграція бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ ничтожна, и лишь тамъ, гдѣ подъ роговымъ слоемъ наблюдается присутствіе упомянутыхъ выше мелкихъ пузырьковъ, бѣлыя тѣльца оставляютъ сосуды въ большемъ количествѣ, вслѣдствіе чего здѣсь нижняя граница эпителія становится менѣе рѣзкой. Въ противоположность *Unn*'ѣ, по мнѣнію котораго инфильтраты состоятъ изъ веретенообразныхъ клѣтокъ, большинство другихъ изслѣдователей (*Tandler*, *Hollmann* и *Sabouraud*) описываютъ эти пропитыванія состоящими изъ круглоклѣточныхъ элементовъ, при чемъ послѣдній изъ названныхъ авторовъ отмѣчаетъ, что они образуются одноядерными клѣтками. *Fiocco* описываетъ набуханіе эндо- и перителія поверхностныхъ сосудовъ кожи, обильный сывороточный выпотъ, безъ значительнаго выселенія бѣлыхъ тѣлецъ, затѣмъ перерожденіе соединительной ткани, въ которой появляется множество плазматическихъ клѣтокъ. Въ общемъ его результаты совпадаютъ съ данными *Unn*'ы. Особенно подробно микроскопическая картина кожи при розовомъ шелушащемся лишаѣ описана *Hollmann*'омъ, работавшимъ подъ руководствомъ проф. *Blaschko*; благодаря любезности послѣдняго, я имѣлъ возможность просмотрѣть препараты д-ра *Hollmann*'а, съ результатами изслѣдованій котораго вполнѣ согласны и изслѣдованія *Th. Meyer*'а изъ клиники проф. *Lassar*'а.

*Hollmann* прежде всего подчеркиваетъ тотъ фактъ, что микроскопическая картина существенно различна въ зависимости отъ возраста пятна: при молодыхъ пятнахъ на первый планъ выступаютъ измѣненія въ собственно кожѣ; надкожица въ это время представляетъ лишь умѣренное размноженіе клѣтокъ щетинистаго слоя, умѣренный паренхиматозный и межклѣточный отекъ межсосочковыхъ эпителіальныхъ отростковъ и выселеніе въ *Malpighi*'евъ слой единичныхъ бѣлыхъ тѣлецъ; зернистый слой сохраненъ, а роговой, если не считать легкаго отслаиванія, нормаленъ. Въ болѣе старыхъ пятнахъ всѣ патологическія измѣненія—отекъ, расширеніе сосудовъ и скопленіе вокругъ нихъ круглоклѣточныхъ элементовъ—выражены гораздо рѣзче. Надъ нѣкоторыми сосочками, гдѣ скученіе бѣлыхъ тѣлецъ особенно обильно, послѣдніе во множествѣ проникаютъ въ нижній слой *Malpighi*'евой сѣти, вслѣдствіе чего граница эпителія совершенно стушевывается. Внутри- и меж-клѣточный отекъ въ *Malpighi*'евой сѣти весьма значителенъ; акантозъ рѣзко выраженъ, при чемъ однако, какъ это отмѣчено у *Unn*'ы, увеличеніе эпителіальныхъ отростковъ отличается неравномѣрностью. *Hollmann*, въ отличіе отъ *Unn*'ы, находитъ, что образованіе пузырьковъ происходитъ путемъ описаннаго *Unn*'ой для экземы спонгоиднаго превращенія подрогового щетинистаго слоя. Пузырьки подъ микроскопомъ имѣютъ круглую или яйцевидную форму и рѣзко отграничены отъ ближайшей окружности или-же въ отдѣльныхъ мѣстахъ безъ ясной границы переходятъ въ сосѣднюю спонгоидную ткань. Пока измѣненія въ т. наз. stratum spinosum ограничиваются легкимъ отекомъ, зернистый слой оказывается сохраненнымъ, а роговой представляютъ нормальныя свойства. Въ дальнѣйшемъ теченіи однако т. наз. stratum granulosum исчезаетъ, а подъ старымъ, нѣсколько разрыхленнымъ, роговымъ слоемъ находятъ сильно утолщенный, компактный и большею частью сохранившій свои ядра т. наз. stratum lucidum, а тамъ и сямъ большее или меньшее число синцитіевъ. Съ теченіемъ времени, по *Hollmann*'у, въ центрѣ высыпи происходитъ отслоеніе стараго рогового слоя, отдѣляющагося отъ подлежащаго слоя цѣликомъ, и тому же процессу подвергается потомъ то тамъ, то сямъ и вновь образованный паракератотическій роговой слой. *Hollmann* на основаніи своихъ изслѣдованій приходитъ къ заключенію, что процессъ беретъ свое начало въ собственно кожѣ и уже потомъ переходитъ на различные слои надкожицы; этимъ, по его мнѣнію, объясняются и различные результаты, полученные прежними изслѣдователями, имѣвшими дѣло съ разными ступенями развитія болѣзни. Гистологическая картина въ rete mucosum, по *Hollmann*'у, въ общемъ, представляетъ большое сходство съ измѣненіями при экземѣ.

*Sabouraud*, которому, очевидно, работы его предшественниковъ остались неизвѣстны, приходитъ относительно гистологической картины разбираемаго пораженія въ сущности къ тѣмъ-же взглядамъ, что и *Hollmann*: онъ находитъ, что въ отличіе отъ экземы пузырьки при розовомъ шелушащемся лишаѣ при своемъ возникновеніи помѣщаются болѣе поверхностно; кромѣ того, что форма тонкой сѣти или развѣтвленій, въ какой встрѣчается фибринъ въ пузырькахъ при розовомъ лишаѣ, несвойственъ экземѣ. Бѣлыя тѣльца, встрѣчающіяся внутри пузырьковъ и въ ихъ окружности, какъ уже было упомянуто выше, *Sabouraud* относитъ къ одноядернымъ, т. наз. макрофагамъ *И. И. Мечникова*; инфильтратъ вокругъ сосудовъ также образуется главнымъ образомъ одноядерными клѣтками. Далѣе *Sabouraud* находитъ, что чешуйки розоваго шелушащагося лишая въ дѣйствительности не чешуйки, а корочки, такъ какъ онѣ содержатъ не только пластинки гипер- и пара-кератотическаго рогового слоя, но и сывороточный выпотъ и блуждающія клѣтки, а часто и сохранившіе свою форму цѣлые пузырьки съ ихъ свернувшимся сывороточнымъ содержимымъ и остатками ядеръ заключавшихся въ нихъ клѣтокъ.

Что касается бактеріологическихъ изслѣдованій, то результатъ ихъ былъ всегда отрицательный. Въ частности изслѣдованія на грибокъ trichophyton tonsurans, въ виду отождествленія Вѣнской школой розоваго лишая съ трихофитіей—herpes tonsurans maculosus et squamosus, неизмѣнно обнаруживало его отсутствіе какъ въ чешуйкахъ, такъ и въ срѣзахъ (*Darier*, *Jacquet*, *Barduzzi*, *Oro* и *Mosca*, *Köbner*, *Unna*, *Tandler*, *Pick*, *Jadassohn*, *Neisser*, *Rasch*, *Fiocco*, *Sabouraud*, *Зарубинъ*, *Полтавцевъ* и мн. др.). Я въ этомъ отношеніи не былъ счастливѣе моихъ предшественниковъ *).

*Этіологія* и *патогенезъ*. Относительно этіологіи и сущности розоваго лишая мы еще почти ничего не знаемъ. Относительно частоты, съ которой онъ встрѣчается, одни, напр., *Moingeard*, *Jackson*, *Norman Walker*, *Radcliffe Crocker* и др., согласны въ томъ, что онъ принадлежитъ къ болѣе рѣдкимъ страданіямъ кожи. Такъ, по статистикѣ послѣдняго автора, въ его практикѣ приблизительно 1 случай розоваго лишая приходится на 150 случаевъ пораженій кожи **). Другіе (*Besnier*, *Doyon*) не считаютъ эту болѣзнь особенно рѣдкой. По *Fiocco*, она составляетъ въ Падуѣ около 1,27% всѣхъ кожныхъ заболѣваній. Въ нѣкоторыхъ городахъ, напр., въ Вѣнѣ, розовый лишай, согласно *Finger*'у, *Kaposi* и др., встрѣчается гораздо чаще, составляя по *Kaposi* 3—5%, а по послѣднему отчету *Finger*'а около 3% общаго числа кожныхъ болѣзней. По моимъ наблюденіямъ, касающимся Москвы, розовый лишай — далеко не очень рѣдкое заболѣваніе, давая въ послѣдніе годы въ моей частной практикѣ отъ 2% до 3% изъ общаго числа кожныхъ больныхъ, т. е. цифры, весьма близкія къ цифрамъ *Finger*'а и *Kaposi*.

Въ отношеніи возраста большинство согласны въ томъ, что болѣзнь чаще всего встрѣчается у молодыхъ людей; при томъ одни (*Moingeard*, *Thibierge*) относятъ наибольшее число на возрастъ отъ 15 до 35, другіе (*Fiocco*)—отъ 20 до 40 л. Раньше и позже этого возраста болѣзнь встрѣчается лишь рѣдко. Мои наблюденія вполнѣ согласуются съ этими данными.

По возрасту мои 36 больныхъ распредѣлялись такъ: до 10 лѣтъ было 2 больныхъ, отъ 10 до 20 л. 4, отъ 20 до 30 л. 14, отъ 30 до 40 л. 13, отъ 40 до 50 л. 3. Предѣльные возрасты были 3 года (1 сл.) и 50 л. (1 сл.).

Особаго вліянія пола я въ своихъ случаяхъ отмѣтить не могъ: мужчинъ было нѣсколько больше, чѣмъ женщинъ, а именно на 20 первыхъ приходится 16 вторыхъ. Другіе, особенно французскіе авторы и прежде всѣхъ самъ *Gibert*, указываютъ, наоборотъ, на преобладающее заболѣваніе женщинъ.

Между частотой заболѣванія розовымъ лишаемъ и временами года существуетъ какая-то связь, на которую въ особенности указываютъ французскіе авторы.

Такъ, *Moingeard* отмѣчаетъ, что изъ 56 его случаевъ 35 наблюдались весной, въ теченіи апрѣля, мая и іюня. Мои случаи распредѣляются по мѣсяцамъ такъ: на январь, февраль, мартъ и апрѣль приходится 15 случаевъ, на май, іюнь, іюль и августъ—3, на сентябрь, октябрь и ноябрь 18, на декабрь не приходится ни одного.

*) Относительно утвержденія *Kaposi* о нахожденіи грибковъ trichophyton tonsurans при его herpes tonsurans maculosus, т. е. иначе говоря, при «pityriasis rosea» *Gibert*'а весьма интересно справедливое указаніе *Rille*, что рисунокъ, съ изображеніемъ грибка въ учебникѣ *Kaposi* (5 изд., 1899 г., стр. 992) значится относящимся къ случаю herpes tonsurans maculosus, между тѣмъ, какъ въ раньше изданномъ учебникѣ *Hebra-Kaposi* (2 т., стр. 641) тотъ же рисунокъ имѣетъ подпись: herpes tonsurans vesiculosus. Такимъ образомъ, замѣчаетъ *Rille*, грибокъ, найденный *Kaposi*, дѣйствительно принадлежитъ несомнѣнному случаю трихофитіи, а не розоваго лишая (*Rille*. Lehrbuch d. Haut-und Geschlechtskrankheiten. Jena, 1902).

**) Незначительныя цифры *Crocker*'а и особенно *Horand*'а, по моему мнѣнію, объясняются тѣмъ, что они имѣли дѣло почти исключительно съ дѣтьми, у которыхъ розовый лишай встрѣчается весьма рѣдко.

Digitized by Google

Наибольшее число заболѣваній розовымъ лишаемъ приходится такимъ образомъ на первые 4 мѣсяца года и на осень. Въ этомъ позволительно видѣть нѣкоторую аналогію розоваго лишая съ erythema multiforme и съ опоясывающимъ лишаемъ. Къ послѣднему розовый лишай приближаетъ еще одна особенность, установленная впервые *Thibierge*'емъ, а именно отсутствіе возвратовъ послѣ однократнаго перенесенія болѣзни. *Horand* и *Radkliffe Crocker* приводятъ единичныя наблюденія, касающіяся заболѣванія розовымъ лишаемъ 2-хъ членовъ одной и той же семьи. Я не встрѣчалъ такихъ случаевъ. Болѣзнь не заразительна, и случаевъ безспорной передачи ея отъ одного лица другому совершенно неизвѣстно. Противоположное въ этомъ отношеніи заявленіе *Rosenthal*'я стоитъ совсѣмъ особнякомъ. *Bouchard*, *Jacquet*, *Feulard* описали случаи розоваго лишая, гдѣ у больного одновременно было расширеніе желудка. Судя по наблюденіямъ другихъ авторовъ, это обстоятельство едва-ли можетъ быть истолковано иначе, какъ случайнымъ совпаденіемъ. Далѣе, нѣкоторыми французскими авторами (*Nicolas*, *Chapart*, *Moingeard*, *Jacquet*) были отмѣчены случаи, гдѣ болѣзнь развилась послѣ сильныхъ нравственныхъ потрясеній. Нѣкоторые нѣмецкіе авторы (*Lassar*, *Rosenthal*) указываютъ на развитіе болѣзни послѣ употребленія новаго немытаго или долгое время неношеннаго бѣлья, особенно шерстяного, другіе (*Jarisch*, *Rille*)—на обнаруженіе сыпи послѣ водолѣченія и обильной испарины.

Выше я уже упоминалъ, что представители Вѣнской школы смотрѣли, а частью и до сихъ поръ еще смотрятъ, на розовый шелушащійся лишай, какъ на трихофитію, описывая ее подъ названіемъ herpes tonsurans maculosus. Въ настоящее время на основаніи клинической картины и неизмѣннаго, не смотря на самые тщательные поиски, отсутствія грибковъ trichophyton можно съ увѣренностью сказать, что розовый лишай ничего общаго съ трихофитіей не имѣетъ. Нельзя, правда, отрицать нѣкотораго внѣшняго сходства пятенъ розоваго лишая съ пятнами трихофитіи. Вотъ почему очень многіе нѣмецкіе дерматологи (*Neisser*, *Jadassohn*, *Rosenthal*, *Lassar*, *Rille*, *Kreibich* и др.), не считая розоваго лишая обусловленнымъ trichophyton, все-же признаютъ его страданіемъ, вызваннымъ поселеніемъ на кожѣ какого-либо другого грибка. Въ пользу такого толкованія, по видимому, особенно говоритъ и plaque primitive *Brocq*'а: на это первичное пятно можно-бы было смотрѣть, какъ на начальный микотическій очагъ, отъ котораго затѣмъ идетъ дальнѣйшее разсѣиваніе процесса. Если однако принять во вниманіе, что первичнаго пятна *Brocq*'а въ большинствѣ случаевъ не бываетъ вовсе, что оно нерѣдко бываетъ не единичнымъ, что оно предшествуетъ другой сыпи лишь на нѣсколько дней и по формѣ часто ничѣмъ отъ послѣдней не отличается, то есть большое основаніе—на что уже и обратили вниманіе нѣкоторые французскіе авторы (*Moingeard*, *Thibierge*)—считать его лишь первымъ по времени взрывомъ сыпи въ цѣломъ рядѣ такихъ взрывовъ, повторяющихся впослѣдствіи черезъ болѣе или менѣе короткіе промежутки времени и столь характерныхъ для розоваго лишая. Вообще противъ допущенія эктогеннаго чужеяднаго происхожденія болѣзни говорятъ: значительное и сравнительно быстрое распространеніе сыпи по поверхности тѣла, ея симметрическое расположеніе, циклическое теченіе, отсутствіе возвратовъ, болѣе частое развитіе въ извѣстное время года, произвольное исчезновеніе, причемъ энергичное мѣстное примѣненіе наружныхъ противомикотическихъ средствъ обыкновенно не сокращаетъ теченія процесса и, наконецъ, микроскопическая картина, установленная различными изслѣдователями. Все это вмѣстѣ взятое въ связи съ, правда, въ рѣдкихъ случаяхъ наблюдающимися общими явленіями говоритъ за внутреннее происхожденіе болѣзни. Таковъ взглядъ большинства французскихъ дерматологовъ. Еще *Bazin* описалъ ее, какъ «pseudo-exanthème arthritique». *Bouchard* и *Jacquet*, основываясь на найденномъ ими расширеніи желудка, высказали предположеніе, что сыпь, быть можетъ, является результатомъ самоотравленія организма. *Moingeard* и *Thibierge* смотрятъ на нее, какъ на результатъ общаго зараженія. Занимавшіеся вопросомъ о розовомъ шелушащемся лишаѣ отечественные дерматологи (*Зарубинъ*, *Полтавцевъ*) скорѣе относятъ это пораженіе къ группѣ эритематозныхъ. Основываясь главнымъ образомъ на своихъ изслѣдованіяхъ и особенно на характерѣ бѣлыхъ тѣлецъ, *Sabouraud* *) склоненъ отнести розовый лишай къ токсическимъ эритемамъ. Приблизительно въ томъ же смыслѣ высказались еще раньше *Tandler*, *Fiocco* и недавно *L. Weiss*. Такимъ образомъ на основаніи какъ клиническихъ, такъ и гистологическихъ изслѣдованій послѣдняго времени приходится пока искать fontem et originem mali или, точнѣе говоря, сыпи въ какихъ-то токсинахъ, вырабатываемыхъ въ самомъ организмѣ.

На основаніи всего сказаннаго я склоненъ считать розовый лишай за болѣзнь заразную. Отсутствіе бактерій въ пораженной кожѣ заставляетъ смотрѣть на измѣненія ея, какъ на результатъ дѣйствія какихъ-то токсиновъ, быть можетъ, бактерійнаго происхожденія. Они, по видимому, поступаютъ въ кровь періодически, и этимъ можно-бы было объяснить появленіе сыпи отдѣльными взрывами. Дѣйствуютъ-ли токсины непосредственно на сосуды кожи, или они вызываютъ явленія въ кожѣ, вліяя на центральную нервную систему? Принимая во вниманіе, что сыпь при отдѣльныхъ взрывахъ послѣдовательно поражаетъ симметрическіе участки кожи, мы имѣемъ основаніе отвѣтить на 2-ой вопросъ утвердительно. Быть можетъ, этимъ вліяніемъ токсиновъ на нервную систему объясняются и тѣ припадки со стороны послѣдней, о которыхъ была рѣчь выше.

*Распознаваніе.* Говоря о распознаваніи, нельзя не привести слѣдующаго мнѣнія американца *G. T. Jackson*'а, вполнѣ приложимаго и къ намъ: «Хотя, говоритъ онъ, *Gibert* описалъ розовый лишай еще въ 1860 г., однако болѣзнь эта мало извѣстна въ нашей странѣ не потому, чтобы она не встрѣчалась, а потому, что ее не узнаютъ». Между тѣмъ распознаваніе типичныхъ случаевъ болѣзни не представляетъ никакихъ затрудненій, если только обращать вниманіе на ея характерныя особенности, къ числу которыхъ относятся: вышеописанныя морфологическія свойства сыпи, полиморфность, способъ распространенія, мѣстоположеніе, появленіе въ нѣсколько послѣдовательныхъ пріемовъ, циклическое теченіе, симметрическое распредѣленіе.

Чаще всего розовый лишай смѣшиваютъ съ сифилитической розеолой. Въ моихъ наблюденіяхъ имѣется нѣсколько случаевъ, гдѣ былъ распознанъ сифилисъ и гдѣ съ несомнѣнностью можно было распознать розовый лишай. Въ нѣсколькихъ случаяхъ больные уже были подвергнуты болѣе или менѣе энергичному ртутному лѣченію. Такіе-же случаи приводятся и иностранными авторами. Напомню главные отличительные признаки: сифилитическая розеола гораздо болѣе однообразна какъ по величинѣ, такъ и по формѣ; она не шелушится, не зудитъ; распредѣленіе и распространеніе ея другое, чѣмъ пятенъ розоваго лишая. Тамъ, гдѣ на лицо первичное пятно *Brocq*'а или вообще типичные «медальоны», распознаваніе очень легко; однако не слѣдуетъ забывать, что въ рѣдкихъ случаяхъ сифилитическая розеола и розовый лишай могутъ наблюдаться совмѣстно.

Смѣшенія розоваго лишая съ токсическими (лѣкарственными) эритемами можно избѣжать, если всякій разъ принимать въ разсчетъ анамнестическія данныя; въ остальномъ-же здѣсь слѣдуетъ помнить тѣ-же особенности розоваго лишая, которыя были только-что указаны.

Трихофитія кожи, съ которой Вѣнская школа частью еще и теперь отождествляетъ розовый лишай, отличается отъ послѣдняго, во 1-хъ, отсутствіемъ симметріи въ распредѣленіи пятенъ, которыя болѣе скучены въ какомъ-либо одномъ мѣстѣ и никогда не достигаютъ того распространенія, какое наблюдается при розовомъ лишаѣ; во 2-хъ, пятна

*) *Sabouraud* отмѣчаетъ, что примѣненіе іодовой настойки (разведенной 1:3), столь дѣйствительной при дерматомикозахъ, при розовомъ лишаѣ не оказываетъ никакого дѣйствія. Тоже самое я могу подтвердить относительно другого столь же дѣйствительнаго средства, а именно дегтя. Ежедневное смазываніе первичнаго пятна въ одномъ изъ моихъ случаевъ чистымъ дегтемъ въ теченіи 15 дней не остановило его дальнѣйшаго увеличенія и обычнаго теченія.

Digitized by Google

трихофитіи, по крайней мѣрѣ въ началѣ, болѣе правильной круглой формы и рѣзче отграничены отъ здоровой окружающей кожи *); они представляютъ болѣе сильныя воспалительныя явленія, даютъ болѣе толстыя чешуйки и образованіе пузырьковъ; въ 3-хъ, отсутствіемъ циклическаго теченія и наклонностью къ произвольному исчезновенію; въ 4-хъ, при трихофитіи часто удается доказать передачу болѣзни, при чемъ однако никогда не развивается типичной картины розоваго лишая **); въ 5-хъ, трихофитія—по преимуществу болѣзнь дѣтскаго возраста, между тѣмъ какъ розовый лишай встрѣчается почти исключительно у взрослыхъ, и, наконецъ, въ 6-хъ, всякія сомнѣнія рѣшаетъ микроскопъ, легко открывающій при трихофитіи присутствіе грибка.

Самостоятельность описанной *Vidal*'емъ подъ названіемъ «pityriasis circinata et marginata» формы представляется весьма спорной. По *Vidal*'ю, главныя отличія этого пораженія отъ розоваго лишая заключаются въ хроническомъ теченіи, въ ассиметріи распредѣленія сыпи и въ присутствіи въ чешуйкахъ ея особаго грибка, названнаго имъ «microsporon anomoeon s. dispar». По мнѣнію *Blaschko*, микроорганизмъ *Vidal*'я представляетъ собою ничто иное, какъ совершенно невинную, разростающуюся и на здоровой кожѣ т. наз. «бутылочную палочку» (Flaschenbacillus) *Unn*'ы. Большинство-же дерматологовъ полагаетъ, что pityriasis marginata *Vidal*'я есть лишь атипичная форма розоваго лишая.

Себоррейная экзема обыкновенно сопровождается себорреею волосистой части головы, занимаетъ грудь и спину, сопровождается часто мокнутіемъ; по краямъ ея круговъ имѣются пузырьки; теченіе ея очень длительное, и она легко возвращается.

Отрубевидный лишай также помѣщается всего чаще на верхней части грудной клѣтки, но пятна его имѣютъ большую наклонность соединяться вмѣстѣ и образовывать такимъ образомъ большія сливныя пятна; при соскабливаніи ногтемъ легко снимаются цѣлыя пластинки надкожицы (signe du copeau французовъ), въ которыхъ чрезвычайно легко отыскать грибокъ microsporon furfur; розовый лишай проходитъ самъ собою, отрубевидный-же безъ лѣченія не проходитъ.

Что касается чешуйчатаго лишая, то онъ лишь весьма рѣдко можетъ дать поводъ къ смѣшенію его съ розовымъ; обыкновенно наслоеніе чешуекъ бываетъ настолько рѣзко, что одного этого признака достаточно для распознаванія; тамъ, гдѣ наслоеніе чешуекъ неясно, вопросъ рѣшаетъ «ноггевая проба». Сомнѣніе можетъ возникать лишь въ свѣжихъ случаяхъ псоріаза, такъ какъ старые достаточно характеризуются своимъ теченіемъ и возвратами, не говоря о мѣстоположеніи (сравнительно частое пораженіе лица и особенно волосистой части головы, лишь весьма рѣдко поражаемыхъ при розовомъ лишаѣ). На сравнительную частоту одновременнаго существованія розоваго и чешуйчатаго лишаевъ въ моихъ наблюденіяхъ было указано выше.

Отъ «pityriasis lichenoides chronica» или «dermatitis psoriasiformis nodularis» розовый лишай отличается различной величиной своихъ высыпаній, заживленіемъ въ центрѣ и нерѣзкими мелкозубчатыми границами, въ то время какъ высыпанія при «pityriasis lichenoides chronica» по величинѣ не превышаютъ чечевицы, круглой формы, рѣзко отграничены отъ окружности и въ центральныхъ частяхъ не обнаруживаютъ обратнаго развитія.

Пораженіе кожи, описанное въ послѣднее время *Brocq*'омъ подъ названіемъ «érythrodermie pityriasique en plaques disseminées», судя по имѣющимся пока наблюденіямъ, едва-ли можетъ дать поводъ къ смѣшенію съ розовымъ лишаемъ: ужъ очень различны теченіе и продолжительность обоихъ пораженій. Болѣзнь *Brocq*'а тянется годами, даетъ возвраты; высыпанія при ней отличаются величиной и остаются одинаковыми на всемъ протяженіи.

Предсказаніе при розовомъ лишаѣ, какъ это явствуетъ изъ сказаннаго выше, вполнѣ благопріятно.

При *лѣченіи* слѣдуетъ избѣгать всякихъ раздражающихъ средствъ, столь часто назначаемыхъ при этой болѣзни, ибо она и теперь еще многими принимается за трихофитію или вообще за дерматомикозъ, грибокъ котораго еще неизвѣстенъ. Отъ примѣненія зеленаго мыла, *Wilkinson*'овой мази и пр. приходится нерѣдко наблюдать экзематизацію сыпи и появленіе сильнаго зуда, бывшаго до того времени незначительнымъ. Иногда раздражающимъ образомъ на кожу дѣйствуетъ и вода. Болѣзнь, развиваясь у нейрастениковъ, требуетъ иногда примѣненія средствъ, направленныхъ къ успокоенію и укрѣпленію нервной системы. Иногда приходится назначать средства спеціально противъ зуда.

Выводы: 1. Розовый шелушащійся лишай не имѣетъ никакого отношенія къ трихофитіи. Названіе «herpes tonsurans maculosus et squamosus», данное этой формѣ Вѣнской школой, должно быть поэтому оставлено и замѣнено названіемъ, даннымъ *Gibert*'омъ (pityriasis rosea).

2. Розовый лишай не принадлежитъ къ числу очень рѣдкихъ болѣзней кожи. Въ Москвѣ больные имъ составляютъ около 2%—3% общаго числа больныхъ, страдающихъ кожными болѣзнями.

3. Болѣзнь поражаетъ почти исключительно лицъ въ возрастѣ отъ 20 до 40 лѣтъ. Дѣти и старики поражаются крайне рѣдко.

4. Мужчины и женщины заболѣваютъ почти одинаково часто.

5. Наибольшее число случаевъ заболѣванія наблюдается въ первые 4 мѣсяца года и осенью.

6. Болѣзнь не заразительна.

7. Сравнительно часто она протекаетъ вмѣстѣ со свѣжимъ сифилисомъ и чешуйчатымъ лишаемъ.

8. Патогенезъ страданія остается пока темнымъ. Новѣйшія микроскопическія и бактеріологическія изслѣдованія позволяютъ остановиться на предположеніи о токсическомъ происхожденіи сыпи и усматривать въ ней нѣкоторую аналогію съ группой эритемъ.

9. Розовый лишай представляетъ иногда большое сходство съ сифилитической розеолой. Его слѣдуетъ также отличать отъ трихофитіи, себоррейной экземы, отрубевиднаго лишая, псоріаза и pityriasis lichenoides chronica.

**Литература.** Учебники кожныхъ болѣзней *Hebra-Kaposi*, *Kaposi* (нѣмецкое изд. и французскій перев. *Besnier* и *Doyon*'а), *Jarisch*'а, *Kreibich*'а, *Lang*'а, *Rille*, *Dubreuilh*, *Hallopeau-Leredde*, *Gaucher*, *Дюринга* (русск. перев. съ французскаго изд. *Barthélémy*—*А. Г. Полотебнова* и *А. Я. Бруева*), *Radcliffe*'а *Crocker*'а, *Hyde*'а, *G. Th. Jackson*'а, *Norman*'а *Walker*'а и др.—1. 1200 Fälle von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bericht aus *Prof. Finger*'s Ambulatorium von *Pezzoli* und *Porges*. 1903.—2. *Barduzzi*. Roseola pitiriaca. Giornale ital. della malattie veneree e della pelle. 1889. Реф. въ Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1890, т. 22. — 3. *Bazin*. Affections cutanées de nature arthritique et dartreuse. 2-ое изд. Paris. 1868.—4. *Blaschko*. Zur Histologie d. Pityriasis rosea. Засѣданіе Berl. Dermat. Gesellschaft 6 іюня 1899. Реф. въ Monatsheft f. prakt. Dermatologie, т. 29.—5. *Онъ-же*. Pityriasis rosea. Ergebnisse d. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie von *Lubarsch-Ostertag*. 1897 (приведена литература вопроса).—6. *L. Brocq*. Note sur la plaque primitive du pityriasis rosé de Gibert. Annales de dermatologie, 1887, стр. 615.—7. *Онъ-же*. Parapsoriasis (Including the erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées). The Journal of cutan. diseas. including syphilis. 1903, № 7.—8. *Chapard*. La roséole squameuse. Thèse. Paris. 1855.—9. *Feulard*. Pityriasis rosé et roséole syphilitique. Annales de dermatologie, 1891, стр. 220.—10. *G. B. Fiocco*. Реф. въ Monatshefte f. prakt. Dermatologie, т. 35, стр. 635.—11. *A. Fournier*. Pityriasis rosé Gibert. Annales de dermatologie, 1889, стр. 879.—12. *Gibert*. Traité pratique des maladies de la peau. 3-е изд. Paris, 1860.—13. *J. M. Himmel*. Ueber Dermatitis psoriasiformis nodularis. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, т. 65, стр. 47.—14. *C. Hollmann*. Zur Histopathologie der Pityriasis rosea Gibert. Тамъ-же, т. 51.—15. *Jacquet*. L'étiologie du pityr. rosé de Gibert. La médecine moderne, 15 декабря 1897.—16. *Jadassohn*. Verhandlungen d. IV Congresses d. Deutschen Dermat. Gesellschaft.—17. *F. Juliusberg*. Ueber die Pityriasis lichenoides chronica. Archiv f. Dermatologte u. Syphilis, т. 50, стр. 359. — 18. *Köbner*. Verhandl. d. Berlin. dermat. Vereins. 1890.—19. *Lassar*. Тамъ-же, 1892.—20. *G. Löwenbach*. Histologische Befunde bei Herpes tonsurans maculosus et squamosus und Pityriasis rosea. Wiener klin. Wochenschrift, 1899, № 23.—21. *Th. Meyer*. Verhandlungen d. Berlin. Dermatol. Gesellschaft.—22. *Moingeard*. Étude sur le pityriasis rosé de Gibert. Thèse. Paris. 1889 (приведена литература).—23. *Neisser*. Verhandl. d. IV Congresses d. Deutsch. Dermatol. Gesellschaft.—24. *Онъ-же*. Hautkrankheiten. Handbuch d. praktischen Medicin von *Ebstein* und *Schwalbe*.—25. *Oro* e *Mosca*. Sulla pityriasis rosea di Giberteti. Реф. въ Annales de dermatologie, 1895, стр.

*) Въ этомъ отношеніи я согласенъ съ *Brocq*'омъ, *Jadassohn*'омъ и др. *Blaschko* не признаетъ этого отличія.

**) На это обстоятельство указываетъ и *Blaschko*.

Digitized by Google

126.—26. *F. J. Pick.* Der augenblickliche Stand d. Dermatomykosenlehre. Verhandlung des IV Congresses d. Deutsch. Dermat. Gesellschaft.—27. *А. П. Полтавцевъ.* Протоколы засѣданій Харьковскаго дерматологическаго Общества. «Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней», 1903.—28. *Rasch.* Hospitalstidende. 1898. Реф. въ Dermatol. Centralblatt, г. III, № 1.—29. *Renault.* Syphilis secondaire et pityriasis rosé. Annales de dermatologie, 1891, стр. 163.—30. *O. Rosenthal.* Pityriasis rosea въ Encyklopädie d. Haut- und Geschlechtskrankheiten, herausg. von *E. Lesser.*—31. *Sabouraud.* Note sur l'histologie du Pityriasis rosé de Gibert. Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes. 1902.—32. *В. И. Зарубинъ.* Pityriasis rosea и пр. «Медицина», 1897.—33. *G. Tandler.* Ueber Pityriasis rosea (Gibert). Archiv f. Dermatol. u. Syphilis, т. 37.—34. *G. Thibierge.* Pityr. rosé. La pratique dermatologique, т. III.—35. *Онъ-же.* Maladies cutanées. Traité de médecine *Bouchard*'a и *Brissaud*, т. III, 2-ое изд., 1898.—36. *Unna.* Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin. 1894.—37. *E. Vidal.* Du pityriasis circiné et marginé. Annales de dermatol. et de syphiligraphie, 1882, стр. 22.—38. *Онъ-же.* Тамъ-же, 1889, стр. 879.—39. *L. Weiss.* Pityriasis rosea, an erythematous eruption of internal organs. Journal of the American Medical Association, іюль 4, 1903. Реф. въ Dermatol. Centralblatt, 1903, № 3.—40. *Weyl.* Handbuch d. spec. Pathologie und Therapie v. *Ziemssen*, т. XIV.—41. *J. C. White.* Case of Brocq's érythrodermie pityriasique en plaques disséminées. Journal of cutaneous and genitourinary diseases, 1900, № 12.

---

## XXXIII. Вѣсъ дѣтей при узкомъ тазѣ.

**С. С. Холмогорова,**

помощника директора Московскаго родовспомогательнаго заведенія.

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

До сихъ поръ еще не установлено, оказываетъ-ли узкій тазъ вліяніе на размѣры дѣтей, а между тѣмъ это обстоятельство—болѣе или менѣе крупныя дѣти — играетъ важную роль въ терапіи узкаго таза.

Природа при процессѣ размноженія преслѣдуетъ 2 цѣли: правильное развитіе плода и сохраненіе жизни и здоровья матери. Для достиженія этой двоякой цѣли у женщины приспособлено все, чтобы беременность и роды происходили самымъ правильнымъ образомъ и въ лучшихъ условіяхъ для 2-хъ существъ. Какъ извѣстно, при образованіи таза наблюдается строгое соотвѣтствіе его къ головкѣ плода. Если это совершается въ тазахъ нормальныхъ, то мы можемъ предположить, что нѣчто подобное должно было-бы быть и при тазахъ съуженныхъ.

Есть нѣкоторыя указанія, что развитіе плода въ узкихъ тазахъ, если не всегда, то во многихъ случаяхъ, бываетъ пропорціонально размѣрамъ таза. Если-бы это наблюдалось всегда и плодъ у женщинъ съ узкимъ тазомъ достигалъ только соотвѣтствующихъ размѣровъ, то никогда не было-бы непропорціональности между плодомъ и тазомъ матери. Это было-бы, конечно, большимъ счастіемъ для обладательницъ неправильныхъ тазовъ, и роды при узкихъ тазахъ происходили-бы силами природы безъ малѣйшихъ неудобствъ, безъ несчастія для матери и плода. Но нерѣдко мы видимъ, что рахитички, горбатыя, изуродованныя женщины родятъ очень хорошо и правильно развитыхъ и даже крупныхъ дѣтей. Иногда у такихъ женщинъ приходится прибѣгать къ кесарскому сѣченію, симфизеотоміи или т. наз. крушащимъ операціямъ на плодѣ, чтобы кончить роды, или-же, если не поздно, обращаться къ вызыванію искусственныхъ преждевременныхъ родовъ. Изъ этого можно заключить, что во многихъ случаяхъ предполагаемаго соотвѣтствія между тазомъ и плодомъ не существуетъ. Да оно и понятно. Плодъ во время беременности находится не въ тазу, а въ полости живота, и потому онъ не стѣсненъ въ своемъ развитіи обезображеннымъ тазомъ. Кромѣ того, онъ развивается не исключительно по подобію своей матери. Надо принять во вниманіе и вліяніе отца. Мы видимъ, что многія болѣзненныя состоянія отца могутъ вызывать остановку въ развитіи и даже смерть плода; особенно въ этомъ отношеніи важенъ сифилисъ. Сверхъ того, можно наблюдать, что у здоровыхъ, крѣпкихъ, хорошо сложенныхъ отцовъ большею частью родятся крѣпкія и крупныя дѣти, и, наоборотъ, у истощенныхъ, слабыхъ старыхъ—родятся хилыя дѣти. Что развитіе плода не обусловливается исключительно материнскимъ организмомъ, доказывается тѣмъ, что женщины крѣпкія, большого роста и хорошо упитанныя родятъ иногда маленькихъ дѣтей, а истощенныя, ослабленныя различными болѣзнями, скудно питавшіяся во время беременности родятъ дѣтей крупныхъ и здоровыхъ. Въ этихъ случаяхъ, конечно, обнаруживается вліяніе отца.

Но все-же нельзя отвергать вліянія узкаго таза на вѣсъ и размѣры плода. Авторы, занимавшіеся этимъ вопросомъ, приходятъ къ троякаго рода выводамъ. Одни доказываютъ, что при узкомъ тазѣ дѣти родятся крупнѣе нормальныхъ; другіе на основаніи своихъ изслѣдованій заключаютъ, что узкій тазъ никоимъ образомъ не вліяетъ на размѣры плода; третьи, наконецъ, утверждаютъ, что при узкомъ тазѣ дѣти родятся мельче, чѣмъ при нормальномъ. Такъ, *Pinard* [1]), на основаніи вѣса (средній вѣсъ 3500 грм.) 100 дѣтей, которыхъ онъ получилъ помощью симфизеотоміи, принимаетъ, что средній вѣсъ новорожденныхъ при узкомъ тазѣ больше вѣса дѣтей при тазѣ нормальномъ. Онъ объясняетъ это тѣмъ, что матка въ подобныхъ случаяхъ должна развиваться въ полости живота, и каждая причина, которая стремится заставить ее опуститься въ тазъ во время послѣднихъ мѣсяцевъ, вызываетъ преждевременные роды. По его наблюденіямъ, продолжительность беременности при узкомъ тазѣ дольше, и преждевременные роды при немъ рѣже, чѣмъ при тазѣ нормальномъ. *La Torre* [2]), съ своей стороны, на основаніи 863 случаевъ узкихъ тазовъ приходитъ къ заключенію, что плодъ къ концу беременности достигаетъ при узкомъ тазѣ того-же вѣса и той-же длины, какъ и при нормальномъ. По наблюденіямъ этого автора, при узкомъ тазѣ вѣсъ дѣтей многородящихъ и первородящихъ одинаковъ. Наконецъ, *K. Wilcke* [3]) приходитъ къ заключенію, что при узкомъ тазѣ дѣти родятся мельче, чѣмъ при нормальномъ. Онъ пользовался матеріаломъ родовспомогательнаго отдѣленія женской университетской клиники въ Halle съ апрѣля 1894 г. по 1900 г. и за это время набралъ 358 узкихъ тазовъ (19,26% всѣхъ тазовъ). Для сравненія онъ взялъ 1500 нормальныхъ тазовъ изъ той-же клиники. *K. Wilcke* различаетъ 3 категоріи: первородящихъ, второродящихъ и многородящихъ (3 раза и болѣе). Онъ вычислилъ средній вѣсъ всѣхъ новорожденныхъ при нормальномъ и узкомъ тазѣ, затѣмъ отдѣльно средній вѣсъ дѣтей у первородящихъ, второродящихъ и многородящихъ при нормальномъ и узкомъ тазѣ и, наконецъ, средній вѣсъ мальчиковъ и дѣвочекъ при нормальномъ и узкомъ тазѣ. Такимъ-же точно образомъ онъ вычислилъ и среднюю длину при нормальномъ и узкомъ тазѣ. Полученныя числа показываютъ, что средній вѣсъ новорожденнаго при узкомъ тазѣ менѣе средняго вѣса при тазѣ нормальномъ. Тоже касается и длины. Въ противоположность *La Torre Wilcke* нашелъ, что и при узкомъ тазѣ средній вѣсъ дѣтей многорожавшихъ больше средняго вѣса дѣтей первородящихъ. *Wolff* [4]) на матеріалѣ родовспомогательнаго отдѣленія Basel'скаго госпиталя вычислилъ, что вполнѣ доношенныя новорожденныя дѣти у многородящихъ и мальчики имѣютъ большій вѣсъ, чѣмъ дѣти первородящихъ и дѣвочки.

Я, съ своей стороны, желалъ бы рѣшить вопросъ, есть-ли разница въ вѣсѣ и длинѣ плодовъ, рожденныхъ при узкомъ и нормальномъ тазѣ. Съ этою цѣлью я воспользовался матеріаломъ Московскаго родовспомогательнаго заведенія и взялъ по 1000 тазовъ узкихъ и нормальныхъ. Первые пришлось взять за весь 1902 г. и часть 1903 г., а нормальные только за 1902 г. Я исключилъ при этомъ всѣ преждевременные роды, роды мацерированнымъ, хотя-бы и доношеннымъ, плодомъ, прободенія и двойни. За узкій тазъ я принималъ тазъ съ наружной конъюгатой съ 18 стм. и менѣе или съ діагональной конъюгатой съ 12 стм. и менѣе. Тазы, прочіе наружные размѣры которыхъ отличались значительно отъ нормальныхъ, я также причислялъ къ тазамъ узкимъ. Въ Московскомъ родовспомогательномъ заведеніи узкіе тазы составляютъ 14,47% всѣхъ тазовъ. Весь матеріалъ я раздѣлилъ, какъ и *K. Wilcke*, на 3 категоріи: первородящихъ, второродящихъ и многородящихъ; въ послѣднюю категорію я отнесъ всѣхъ родившихъ по 3 и болѣе дѣтей. При этомъ я получилъ слѣдующія цифры (для болѣе

Digitized by Google

удобнаго обозрѣнія я раздѣлилъ весь матеріалъ на сотни и затѣмъ уже сдѣлалъ выводъ для тысячи).

1. *Вѣсъ новорожденныхъ при узкомъ тазѣ въ граммахъ.*

*1-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ-, и многородящихъ 3373,70, у 29 дѣтей первородящихъ 3255,17, у 23 дѣтей второродящихъ 3348,56, у 48 дѣтей многородящихъ 3457,29, изъ нихъ у 57 мальчиковъ 3445,61, у 43 дѣвочекъ 3278,37.

*2-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3360,10, у 44 дѣтей первородящихъ 3179,54, у 21 дѣтей второродящихъ 3388,09, у 35 дѣтей многородящихъ 3570,28,изъ нихъ у 61 мальчика 3438,19, у 39 дѣвочекъ 3237,95.

*3-ья сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3375,70, у 36 дѣтей первородящихъ 3235,55, у 25 дѣтей второродящихъ 3352,80, у 39 дѣтей многородящихъ 3519,74, изъ нихъ у 55 мальчиковъ 3428,55, у 45 дѣвочекъ 3311,11.

*4-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3360,01, у 42 дѣтей первородящихъ 3208,33, у 22 дѣтей второродящихъ 3454,54, у 36 дѣтей многородящихъ 3479,16, изъ нихъ у 46 мальчиковъ 3420,65, у 54 дѣвочекъ 3308,33.

*5-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второродящихъ и многородящихъ 3359,00, у 36 дѣтей первородящихъ 3280,55, у 29 дѣтей второродящихъ 3296,55, у 35 дѣтей многородящихъ 3491,43, изъ нихъ у 45 мальчиковъ 3372,22, у 55 дѣвочекъ 3348,18.

*6-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3400,60, у 41 дѣтей первородящихъ 3190,26, у 18 дѣтей второродящихъ 3556,11, у 41 дѣтей многородящихъ 3542,68, изъ нихъ у 52 мальчиковъ 3456,73, у 48 дѣвочекъ 3339,79.

*7-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3449,00, у 48 дѣтей первородящихъ 3325,00, у 18 дѣтей второродящихъ 3561,11, у 34 дѣтей многородящихъ 3564,68, изъ нихъ у 51 мальчика 3591,18, у 49 дѣвочекъ 3301,02.

*8-ая сотня:* у 100 дѣтей перво,- второ- и многородящихъ 3344,20, у 37 дѣтей первородящихъ 3185,13, у 13 дѣтей второродящихъ 3369,23, у 50 дѣтей многородящихъ 3455,46, изъ нихъ у 57 мальчиковъ 3344,85, у 43 дѣвочекъ 3344,65.

*9-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3293,00, у 39 дѣтей первородящихъ 3135,38, у 19 дѣтей второродящихъ 3447,37, у 42 дѣтей многородящихъ 3369,52, изъ нихъ у 54 мальчиковъ 3266,67, у 46 дѣвочекъ 3323,91.

*10-ая сотня:* у 100 дѣтей перво,-второ-и многородящихъ 3217,60, у 31 дѣтей первородящихъ 3087,09, у 23 дѣтей второродящихъ 3352,17, у 46 дѣтей многородящихъ 3239,56, изъ нихъ у 53 мальчиковъ 3505,85, у 47 дѣвочекъ 3230,85.

*Полная тысяча:* у 1000 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3353,29, у 383 дѣтей первородящихъ 3211,02, у 211 дѣтей второродящихъ 3403,32, у 406 дѣтей многородящихъ 3461,50, изъ нихъ у 531 мальчика 3396,63, у 469 дѣвочекъ 3304,22.

2. *Длина при узкомъ тазѣ въ сантиметрахъ.*

*1-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 50,71, у 29 дѣтей первородящихъ 50,41, у 23 дѣтей второродящихъ 50,61, у 48 дѣтей многородящихъ 50,94, изъ нихъ у 57 мальчиковъ 50,88, у 43 дѣвочекъ 50,48.

*2-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 50,76, у 44 дѣтей первородящихъ 50,25, у 21 дѣтей второродящихъ 50,71, у 35 дѣтей многородящихъ 51,43, изъ нихъ у 61 мальчика 51,00, у 39 дѣвочекъ 50,38.

*3-ья сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 50,83, у 36 дѣтей первородящихъ 50,44, у 25 дѣтей второродящихъ 50,80, у 39 дѣтей многородящихъ 51,20, изъ нихъ у 55 мальчиковъ 51,00, у 45 дѣвочекъ 50,62.

*4-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 50,87, у 42 дѣтей первородящихъ 50,48, у 22 дѣтей второродящихъ 51,32, у 35 дѣтей многородящихъ 51,05, изъ нихъ у 46 мальчиковъ 51,17, у 54 дѣвочекъ 50,61.

*5-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, и второ- и многородящихъ 50,80, у 36 дѣтей первородящихъ 50,53, у 29 дѣтей второродящихъ 50,41, у 35 дѣтей многородящихъ 51,40, изъ нихъ у 45 мальчиковъ 51,04, у 55 дѣвочекъ 50,51.

*6-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 51,04, у 41 дѣтей первородящихъ 50,56, у 18 дѣтей второродящихъ 51,11, у 41 дѣтей многородящихъ 51,47, изъ нихъ у 52 мальчиковъ 51,15, у 48 дѣвочекъ 50,9?.

*7-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 51,07, у 48 дѣтей первородящихъ 50,85, у 18 дѣтей второродящихъ 51,89, у 34 дѣтей многородящихъ 51,23, изъ нихъ у 51 мальчика 51,43, у 49 дѣвочекъ 51,71.

*8-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 50,70, у 37 дѣтей первородящихъ 50,40, у 13 дѣтей второродящихъ 50,69, у 50 дѣтей многородящихъ 50,92, изъ нихъ у 57 мальчиковъ 50,77, у 43 дѣвочекъ 50,60.

*9-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 50,59, у 39 дѣтей первородящихъ 50,02, у 19 дѣтей второродящихъ 50,74, у 42 дѣтей многородящихъ 51,05, изъ нихъ у 54 мальчиковъ 50,42, у 46 дѣвочекъ 50,78.

*10-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 50,45, у 31 дѣтей первородящихъ 50,13, у 23 дѣтей второродящихъ 50,61, у 46 дѣтей многородящихъ 50,59, изъ нихъ у 53 мальчиковъ 50,53, у 47 дѣвочекъ 50,36.

*Полная тысяча:* у 1000 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 50,78, у 383 дѣтей первородящихъ 50,42, у 211 дѣтей второродящихъ 50,81, у 406 дѣтей многородящихъ 51,11, изъ нихъ у 531 мальчика 50,93, у 469 дѣвочекъ 50,61.

3. *Вѣсъ при нормальномъ тазѣ въ граммахъ.*

*1-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3581,80, у 22 дѣтей первородящихъ 3345,90, у 19 дѣтей второродящихъ 3535,79, у 59 дѣтей многородящихъ 3684,59, изъ нихъ у 46 мальчиковъ 3664,13, у 54 дѣвочекъ 3530,18.

*2-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3572,50, у 23 дѣтей первородящихъ 3304,35, у 19 дѣтей второродящихъ 3610,53, у 58 дѣтей многородящихъ 3700,86, изъ нихъ у 55 мальчиковъ 3644,54, у 45 дѣвочекъ 3484,44.

*3-ья сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3534,90, у 15 дѣтей первородящихъ 3386,00, у 31 дѣтей второродящихъ 3561,29, у 54 многородящихъ 3561,11, изъ нихъ у 59 мальчиковъ 3586,10, у 41 дѣвочки 3462,68.

*4-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3543,50, у 19 дѣтей первородящихъ 3442,10, у 13 дѣтей второродящихъ 3450,00, у 68 дѣтей многородящихъ 3589,70, изъ нихъ у 40 мальчиковъ 3610,12, у 60 дѣвочекъ 3498,33.

*5-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 4006,90, у 18 дѣтей первородящихъ 3472,78, у 26 дѣтей второродящихъ 3640,77, у 56 дѣтей многородящихъ 4348,57, изъ нихъ у 52 мальчиковъ 3672,68, у 48 дѣвочекъ 3551,25.

*6-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3582,20, у 23 дѣтей первородящихъ 3526,96, у 18 дѣтей второродящихъ 3543,89, у 59 дѣтей многородящихъ 3615,59, изъ нихъ у 51 мальчика 3645,29, у 49 дѣвочекъ 3516,53.

*7-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3590,80, у 16 дѣтей первородящихъ 3314,37, у 25 дѣтей второродящихъ 3485,20, у 59 дѣтей многородящихъ 3710,51, изъ нихъ у 43 мальчиковъ 3716,98, у 57 дѣвочекъ 3495,26.

*8-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3604,70, у 18 дѣтей первородящихъ 3277,78, у 17 дѣтей второродящихъ 3621,76, у 65 дѣтей многородящихъ 3598,46, изъ нихъ у 58 мальчиковъ 3686,55, у 42 дѣвочекъ 3492,86.

*9-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3562,90, у 18 дѣтей первородящихъ 3463,89, у 21 дѣтей второродящихъ 3420,95, у 61 дѣтей многородящихъ 3640,98, изъ нихъ у 45 мальчиковъ 3657,78, у 55 дѣвочекъ 3485,27.

*10-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3475,10, у 20 дѣтей первородящихъ 3249,50, у 20 дѣтей второродящихъ 3438,50, у 60 дѣтей многородящихъ 3562,50, изъ нихъ у 53 мальчиковъ 3525,89, у 47 дѣвочекъ 3417,87.

*Полная тысяча:* у 1000 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3605,53, у 192 дѣтей первородящихъ 3379,11, у 209 дѣтей второродящихъ 3568,37, у 599 дѣтей многородящихъ 3706,09, изъ нихъ у 502 мальчиковъ 3641,39, у 498 дѣвочекъ 3569,18.

4. *Длина при нормальномъ тазѣ въ сантиметрахъ.*

*1-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 51,32, у 22 дѣтей первородящихъ 51,09, у 19 дѣтей второродящихъ 50,95, у 59 дѣтей многородящихъ 51,52, изъ нихъ у 46 мальчиковъ 51,67, у 54 дѣвочекъ 50,54.

*2-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 51,52, у 23 дѣтей первородящихъ 50,87, у 19 дѣтей второродящихъ 51,42, у 58 дѣтей многородящихъ 51,81, изъ нихъ у 55 мальчиковъ 51,82, у 45 дѣвочекъ 51,14.

*3-ья сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 51,08, у 15 дѣтей первородящихъ 50,27, у 31 дѣтей второродящихъ 50,77, у 54 дѣтей многородящихъ 51,48, изъ нихъ у 59 мальчиковъ 51,30, у 41 дѣвочки 50,76.

*4-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 51,45, у 19 дѣтей первородящихъ 51,42, у 13 дѣтей второродящихъ 51,08, у 68 дѣтей многородящихъ 5153, изъ нихъ у 40 мальчиковъ 51,70, у 60 дѣвочекъ 51,28.

*5-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 51,47, у 18 дѣтей первородящихъ 51,44, у 26 дѣтей второродящихъ 51,15, у 56 дѣтей многородящихъ 51,57, изъ нихъ у 52 мальчиковъ 51,98, у 48 дѣвочекъ 50,92.

*6-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 51,33, у 23 дѣтей первородящихъ 51,22, у 18 дѣтей второродящихъ 51,22, у 59 дѣтей многородящихъ 51,39, изъ нихъ у 51 мальчика 51,51, у 49 дѣвочекъ 51,14.

*7-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 51,67, у 16 дѣтей первородящихъ 50,81, у 25 дѣтей второродящихъ 51,44, у 59 дѣтей многородящихъ 52,00, изъ нихъ у 43 мальчиковъ 51,98, у 57 дѣвочекъ 51,49.

*8-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 51,58, у 18 дѣтей первородящихъ 50,89, у 17 дѣтей второродящихъ 51,53, у 65 дѣтей многородящихъ 51,78, изъ нихъ у 58 мальчиковъ 51,83, у 42 дѣвочекъ 51, 28.

*9-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 51,39, у 18 дѣтей первородящихъ 50,94, у 21 дѣтей второродящихъ 51,14, у 61 дѣтей многородящихъ 51,61, изъ нихъ у 45 мальчиковъ 51,69, у 55 дѣвочекъ 51,14.

*10-ая сотня:* у 100 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 51,19, у 20 дѣтей первородящихъ 50,70, у 20 дѣтей второродящихъ 51,35, у 60 дѣтей многородящихъ 50,03, изъ нихъ у 53 мальчиковъ 51,32, у 47 дѣвочекъ 51,04.

*Полная тысяча:* у 1000 дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 51,40, у 192 дѣтей первородящихъ 50,99, у 209 дѣтей второродящихъ 51,20, у 599 дѣтей многородящихъ 51,60, изъ нихъ у 502 мальчиковъ 51,67, у 498 дѣвочекъ 51,13.

Я нарочно взялъ по отдѣльнымъ сотнямъ, чтобы показать, что выводы изъ малыхъ цифръ имѣютъ лишь ничтож-

ное значеніе; такъ, въ 6-ой сотнѣ узкихъ тазовъ вѣсъ дѣтей второродящихъ больше вѣса дѣтей многородящихъ; тоже и въ 9-ой и 10-ой сотняхъ узкихъ тазовъ; тогда какъ во всѣхъ остальныхъ сотняхъ дѣло стоитъ какъ разъ наоборотъ, и въ общемъ выводѣ вѣсъ дѣтей второродящихъ меньше вѣса дѣтей многородящихъ. Тоже противорѣчіе замѣчается изрѣдка и при нормальныхъ тазахъ; а именно въ 3-ей сотнѣ вѣса дѣтей второродящихъ въ сотыхъ доляхъ больше вѣса дѣтей многородящихъ, а въ 8-ой сотнѣ разница эта уже значительнѣе; въ 9-ой сотнѣ нормальныхъ тазовъ вѣсъ дѣтей первородящихъ больше вѣса дѣтей второродящихъ. Подобныя уклоненія наблюдаются и въ длинѣ; такъ, въ 4-ой, 7-ой и 10-ой сотняхъ узкихъ тазовъ длина дѣтей второродящихъ больше длины дѣтей многородящихъ, а въ 5-ой длина дѣтей первородящихъ больше длины дѣтей второродящихъ; въ 4-ой и 5-ой сотняхъ нормальныхъ тазовъ длина дѣтей первородящихъ больше длины дѣтей второродящихъ, а въ 10-ой сотнѣ всего длиннѣе оказались дѣти второродящихъ и всего короче дѣти многородящихъ. Такія кажущіяся противорѣчія объясняются тѣмъ, что въ данную группу случайно попали нѣсколько крупныхъ дѣтей. Въ общемъ же какъ вѣсъ, такъ и длина дѣтей какъ при узкомъ, такъ и при нормальномъ тазѣ всего меньше у первородящихъ, больше у второродящихъ и всего больше у многородящихъ. Я обращаю вниманіе на большія цифры и на равенство чиселъ нормальныхъ и узкихъ тазовъ. Мнѣ кажется, при подобныхъ условіяхъ выводы должны получаться точнѣе.

Я долженъ обратить вниманіе на разницу въ цифрахъ моихъ и *K. Wilcke*; у меня средній вѣсъ при узкомъ тазѣ дѣтей перво-, второ- и многородящихъ получился 3353, 29, у него 3288,01 грм.; у него длина дѣтей при узкомъ тазѣ 51,32, у меня 50,78 стм.; при нормальномъ тазѣ у него вѣсъ дѣтей перво-, второ- и многородящихъ 3360,98, у меня 3605,53 грм.; у него средняя длина при нормальномъ тазѣ 51,44, у меня 51,40 стм. Эта разница, вѣроятно, происходитъ отъ особенностей народонаселенія. Надо думать, что въ Halle дѣти родятся легче, но длиннѣе, а въ Москвѣ тяжелѣе, но короче. У *Schröder*'a [5]) сказано: «Безъ сомнѣнія, въ подобныхъ разницахъ виновны особенности народонаселенія; напр., дѣти жителей Рейнскихъ провинцій (Rheinländer) легче и меньше, чѣмъ дѣти Баварцевъ (Altbayern)».

Отношеніе числа первородящихъ къ числу повторнородящихъ (второ- и многородящихъ) не одинаково при нормальномъ и узкомъ тазѣ, а именно на 1000 родовъ при нормальномъ тазѣ пришлось 192 первородящихъ и 808 второ-, многородящихъ, а при узкомъ тазѣ на 1000 родовъ приходится 383 первородящихъ и 617 второ- и многородящихъ. Другими словами, при нормальномъ тазѣ на 100,00 первородящихъ приходится 420,83 второ- и многородящихъ, а при узкомъ тазѣ на 100,00 первородящихъ приходится только 176,77 второ- и многородящихъ. Вѣроятно, женщины, имѣющія узкій тазъ и перенесшія первые трудные роды, избѣгаютъ новыхъ беременностей или обращаются за вызываніемъ искусственныхъ преждевременныхъ родовъ, а, можетъ быть, это происходитъ частью и оттого, что онѣ чаще захварываютъ какими-нибудь женскими болѣзнями и дѣлаются безплодными.

Изъ выше помѣщенныхъ таблицъ ясно видно, что дѣти женщинъ съ нормальнымъ тазомъ бываютъ тяжелѣе и длиннѣе сравнительно съ дѣтьми женщинъ, имѣющихъ узкій тазъ. Разница выражается въ слѣдующемъ:

| | Вѣсъ въ грм. | Длина въ стм. |
|---|---|---|
| дѣти перво-,второ и многородящихъ | 252,24 | 0,62 |
| » первородящихъ | 168,09 | 0,57 |
| » второродящихъ | 165,05 | 0,39 |
| » многородящихъ | 244,59 | 0,49 |
| мальчики | 244,76 | 0,74 |
| дѣвочки | 264,96 | 0,52 |

Разница въ вѣсѣ всего рѣзче выражается у дѣвочекъ и достигаетъ 264,96 грм., разница же въ длинѣ всего больше у мальчиковъ и доходитъ до 0,74 стм. Въ нашихъ случаяхъ разница гораздо больше, чѣмъ у *K. Wilcke*, такъ какъ самая большая разница въ вѣсѣ у него достигаетъ только 149,83 грм., а разница въ длинѣ только 0, 32 стм.

Приведенныя выше числа ясно показываютъ, что при узкихъ тазахъ, въ среднемъ, дѣти бываютъ мельче, и это надо думать облегчаетъ процессъ родовъ; въ противномъ случаѣ число оперативныхъ родовъ было-бы значительно больше, чѣмъ это наблюдается теперь.

На основаніи своихъ таблицъ я могу также подтвердить, что при узкомъ тазѣ число мальчиковъ по отношенію къ числу дѣвочекъ больше, чѣмъ при тазѣ нормальномъ; такъ, у насъ при нормальномъ тазѣ на 100,00 дѣвочекъ приходится 102,44 мальчика, а при узкомъ тазѣ на 100,00 дѣвочекъ оказывается 113,22 мальчика. Это увеличеніе числа мальчиковъ, вѣсъ которыхъ больше вѣса дѣвочекъ, должно, конечно, неблагопріятно вліять на теченіе родовъ, тѣмъ болѣе, что разница въ вѣсѣ между мальчиками и дѣвочками при узкомъ тазѣ бываетъ значительнѣе, чѣмъ при нормальномъ; такъ, мальчики при нормальномъ тазѣ тяжелѣе дѣвочекъ на 72,31 грм., а при узкомъ на 92,41, что составляетъ разницу въ 20,21 грм.

Далѣе мы видимъ, что и при узкомъ тазѣ дѣти повторнородящихъ больше дѣтей первородящихъ; такъ, дѣти второродящихъ при узкомъ тазѣ тяжелѣе дѣтей первородящихъ на 192,30 грм., а дѣти многородящихъ тяжелѣе дѣтей второродящихъ на 58,18 грм.; если-же ихъ сравнить съ дѣтьми первородящихъ, то разница будетъ еще больше: они оказываются на 250,48 грм. тяжелѣе послѣднихъ. Что касается нормальнаго таза, то при немъ дѣти повторнородящихъ еще тяжелѣе сравнительно съ дѣтьми первородящихъ, а именно дѣти второродящихъ тяжелѣе дѣтей первородящихъ на 189,26 грм.; дѣти многородящихъ тяжелѣе дѣтей второродящихъ на 137,72 грм., а сравнительно съ дѣтьми первородящихъ тяжелѣе на 326,98 грм. Изъ этого видно, что разница въ вѣсѣ между дѣтьми многородящихъ и первородящихъ существуетъ какъ при узкомъ, такъ и при нормальномъ тазѣ, но она гораздо больше при нормальномъ, а именно на 76,50 грм.

Головка своей величиной тоже должна оказывать затрудненіе или облегченіе процесса родовъ. Въ моихъ случаяхъ не приведены измѣренія головокъ новорожденныхъ при нормальномъ и узкомъ тазѣ. Указаніе-же на это имѣется у *La Torre* (op. c., стр. 90 и 92).

Онъ отмѣчаетъ слѣдующіе средніе размѣры головки доношеннаго плода при узкомъ тазѣ: biparietal'ный—9,5, bitemporal'ный 7,75 стм.; размѣры-же головки при нормальномъ тазѣ онъ взялъ у другихъ авторовъ; такъ, по *Tarnier-Chantreuil* и *Charpentier* діаметръ biparietal'ный равенъ 9,5, а діаметръ bitemporal'ный 8,0 стм. У *Frascani* діаметръ biparietal'ный равенъ 8,776, bitemporal'ный 7,863 стм.

На основаніи этихъ чиселъ *La Torre* приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: размѣры головки плода находятся въ соотношеніи съ его вѣсомъ; вѣсъ плодовъ при узкихъ тазахъ, по изслѣдованіямъ этого автора, почти равенъ вѣсу плода при нормальномъ тазѣ, а потому головка плода, по его мнѣнію, достигаетъ одинаковаго объема какъ при тазахъ узкихъ, такъ и при нормальныхъ.

Я-же, принимая 1-ое положеніе *La Torre*, что размѣры головки плода соотвѣтствуютъ его вѣсу, и доказавъ, что вѣсъ плода при узкомъ тазѣ, въ среднемъ, меньше вѣса плода при тазѣ нормальномъ, долженъ заключить, что головки плодовъ женщинъ, имѣющихъ узкіе тазы, должны быть меньше, чѣмъ у плодовъ при тазѣ нормальномъ. Къ сожалѣнію, провѣрить это заключеніе, за недостаткомъ времени, я не могъ, но это послужитъ предметомъ моей слѣдующей работы.

На основаніи своихъ изслѣдованій я никоимъ образомъ не могу согласиться съ *Pinard*'омъ, что средній вѣсъ дѣтей при узкомъ тазѣ больше, чѣмъ при нормальномъ. Мои таблицы точно также идутъ врозь съ наблюденіями *La Torre*, что вѣсъ дѣтей при узкомъ тазѣ одинаковъ съ вѣсомъ дѣтей при тазѣ нормальномъ; кромѣ того, изъ моихъ таблицъ видно, что при узкомъ тазѣ дѣти второ- и многородящихъ тяжелѣе, чѣмъ дѣти первородящихъ, тогда какъ *La Torre* принимаетъ, что при узкомъ тазѣ вѣсъ дѣтей перво- и многородящихъ одинаковъ. Только надбавка въ вѣсѣ у дѣтей повторнородящихъ при узкомъ тазѣ меньше, чѣмъ при нормальномъ.

Мнѣ не пришлось наблюдать нѣсколькихъ родовъ у однѣхъ и тѣхъ-же женщинъ съ узкимъ тазомъ. *K. Wilcke* со-

бралъ свѣдѣнія о женщинахъ съ узкимъ тазомъ, разрѣшавшихся по нѣскольку разъ въ клиникахъ въ Halle, вычислилъ средній вѣсъ и получилъ слѣдующія цифры:

| | | |
|---|---|---|
| у 54 дѣтей перво-,второ-и многородящихъ | 3318,51 | грм. |
| » 21 » первородящихъ | 3221,42 | » |
| » 20 » второродящихъ | 3369,50 | » |
| » 13 » многородящихъ | 3396,92 | » |

Эти цифры также доказываютъ, что даже у тѣхъ-же самыхъ женщинъ съ узкимъ тазомъ дѣти, рожденныя при вторыхъ родахъ, тяжелѣе дѣтей, рожденныхъ при первыхъ родахъ, а при слѣдующихъ родахъ дѣти получаются еще тяжелѣе.

На основаніи своей работы я прихожу къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Вѣсъ дѣтей женщинъ, имѣющихъ узкій тазъ, меньше вѣса дѣтей женщинъ съ нормальнымъ тазомъ.

2. Длина дѣтей при узкомъ тазѣ меньше длины дѣтей при нормальномъ тазѣ.

3. Вѣсъ дѣтей при узкомъ тазѣ больше у второродящихъ, чѣмъ у первородящихъ и еще болѣе у многородящихъ.

4. Число мальчиковъ по отношенію къ числу дѣвочекъ при узкомъ тазѣ больше, чѣмъ при нормальномъ.

5. Число первородящихъ съ узкимъ тазомъ по отношенію къ числу повторнородящихъ въ Московскомъ родовспомогательномъ заведеніи больше, чѣмъ это наблюдается при нормальномъ тазѣ.

**Источники.** 1. *Pinard.* Annales de gynécologie, 1898, августъ.— 2. *La Torre.* Du développement du foetus chez les femmes à bassin vicie. Paris. 1887, стр. 82.—3. *K. Wilcke.* Das Geburtsgewicht der Kinder bei engem Becken. Beiträg zur Geburtshilfe und Gynäkologie von *A. Hegar*, т. 4, тетр. 2, стр. 291. Halle'ская диссертація, 1902.—4. *Wolff.* Ueber die Gewichtsverhältnisse Neugeborener. München'ская диссертація, 1883 г. — 5. *Schröder.* Lehrbuch der Geburtshilfe, Bonn. 1893.

## О грязелѣченіи на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ. Его исторія и особенности.

**Д. А. Парышева.**

*(Окончаніе. См. № 7, стр. 245).*

Перехожу къ изложенію тѣхъ способовъ, при помощи которыхъ грязевое лѣченіе осуществляется на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ. Долгомъ считаю оговориться, что изложу здѣсь только примѣняемые въ достаточно широкихъ размѣрахъ. Излагая каждый способъ грязелѣченія, я буду имѣть въ виду типическое его изображеніе. Каждый врачъ, имѣющій опытъ въ этой области лѣченія, конечно, всегда внесетъ въ свое назначеніе какую нибудь подробность, цѣнную съ его личной точки зрѣнія. Такія частности, не подвергаемыя суду общей критики, я здѣсь описывать не буду.

Грязевое лѣченіе на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ примѣняется въ слѣдующихъ видахъ: 1) въ видѣ общихъ разводныхъ ваннъ, 2) въ видѣ полуваннъ изъ цѣльной грязи и 3) въ видѣ мѣстнаго примѣненія цѣльной грязи. Послѣднія 2 разновидности, т. е. полуванны изъ цѣльной грязи и мѣстное грязелѣченіе, примѣняются обыкновеннымъ способомъ или въ соединеніи съ общей минеральной ванной.

Отдаленность Тамбуканскаго озера и его цѣлебной грязи отъ мѣста ея примѣненія—Пятигорска, Ессентуковъ и Желѣзноводска, трудность доставки грязи на группы и вслѣдствіи всего этого относительная дороговизна ея, а также и нѣкоторыя другія причины, напр., неприспособленность ванныхъ зданій къ примѣненію цѣльныхъ грязевыхъ ваннъ,—все это способствовало тому, что грязелѣченіе на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ начало примѣняться и примѣняется въ настоящее время главнымъ образомъ въ формѣ разводныхъ грязевыхъ ваннъ, преимущественно слабыхъ насыщеній, отъ 1 до 5, рѣдко до 8—10 вед. грязи на ванну. Помимо указанныхъ причинъ, развитію грязелѣченія въ этой формѣ въ значительной степени содѣйствовало также укоренившееся среди многихъ врачей убѣжденіе, что разводная ванна есть единственный цѣлесообразный способъ примѣненія грязи. Приписывая цѣлебность грязевой ванны не только тепловому ея дѣйствію и химическому раздраженію, а также механическому вліянію, въ видѣ массажа, поборники разводныхъ ваннъ находятъ, что все это дѣйствуетъ при разведеніи грязи гораздо рѣзче, и потому результаты лѣченія получаются лучшіе и въ болѣе короткое время.

Способъ назначенія такихъ ваннъ въ типическомъ его изображеніи представляется въ слѣдующемъ видѣ. Назначаются грязевыя ванны съ извѣстной постепенностью. Первые 2—3 дня больной принимаетъ обыкновенную минеральную ванну, отъ 28° до 29°, иногда съ прибавленіемъ соды, чтобы очистить кожу и наилучше приготовить ее къ вліянію грязевой ванны, а также съ прибавленіемъ Тамбуканскаго разсола, отъ 1—4 кружекъ, чтобы постепенно пріучить кожу къ раздражающему вліянію грязи. Послѣ этихъ подготовительныхъ ваннъ назначаются ванны съ прибавленіемъ грязи, при чемъ какъ температура ихъ, такъ и крѣпость постепенно повышаются. Температура ваннъ обыкновенно отъ 29° доводятъ до 36°, 38° и даже до 40°; количество же грязи употребляется обыкновенно съ 1 ведра до 5—8 вед. Грязь разбавляется всегда минеральной водой; при этомъ количество воды, которою разбавляютъ грязь, обыкновенно не обозначается при врачебныхъ назначеніяхъ; поэтому степень разведенія грязи остается совершенно произвольною и зависитъ не только отъ того, какъ велика вмѣстимость ванны, но и отъ всевозможныхъ случайностей при ея приготовленіи; такъ, напр., температура разводной ванны устанавливается обыкновенно прибавленіемъ горячей или холодной воды; нерѣдко при этомъ случается, что небольшое количество грязи разбавляется большимъ количествомъ воды, въ другихъ случаяхъ—наоборотъ.

Продолжительность разводной ванны опредѣляется между 10—30 мин., чаще въ 20 мин. Сообразуются при этихъ назначеніяхъ, конечно, исключительно съ тѣмъ, какъ эта ванна переносится больнымъ.

Чтобы сильнѣе развить массирующее вліяніе грязи, больному совѣтуютъ не сидѣть во время ванны спокойно, а стараться растирать себя грязью. Совѣтъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ, полезный и въ томъ отношеніи, что при этомъ грязь все время остается размѣшанною съ водою; при покойномъ же положеніи она довольно скоро вся осѣдаетъ на дно ванны. При головокруженіяхъ и приливахъ крови къ головѣ на нее кладутъ холодные компрессы. Послѣ грязевой ванны больного переводятъ въ ванну изъ минеральной воды и обмываютъ отъ приставшей грязи. Ванна для обмыванія во всѣхъ ванныхъ зданіяхъ находится въ тойже комнатѣ, гдѣ и грязевая. Воду для нея приготовляютъ обыкновенно болѣе холодную, чѣмъ была въ грязевой; при горячихъ ваннахъ обмываютъ обыкновенно водой не ниже 30°. Продолжительность этой ванны почти всегда совѣтуютъ ограничивать по возможности только временемъ, необходимымъ для обмыванія, что обыкновенно не превышаетъ 5—8 мин. Иногда при этомъ дѣлаются обливанія водою той-же температуры. Послѣ обмыванія больной покрывается простыней и переводится въ одѣвальню. На всю процедуру грязевой ванны, довольно сложную, назначается не свыше 1 часа; поэтому на отдыхъ послѣ ванны въ кабинѣ обыкновенно времени не остается, вслѣдствіе чего, при желаніи, для этого пользуются залами общими. Въ новыхъ ванныхъ зданіяхъ—Островскаго въ Желѣзноводскѣ и Николаевскихъ въ Ессентукахъ—такія залы устроены даже съ нѣкоторою роскошью, хотя и безъ тѣхъ приспособленій, которыя-бы позволяли больному отдохнуть съ извѣстнымъ комфортомъ. Отсутствіе такихъ комнатъ заставляетъ врачей совѣтовать больнымъ, принимающимъ грязевыя ванны, лежать послѣ нихъ часа 1½ дома. При этомъ, если испарина послѣ ванны велика, совѣтуютъ лежать подъ одѣяломъ и, по мѣрѣ необходимости, мѣнять бѣлье.

Разводныя грязевыя ванны назначаются чаще всего ежедневно, конечно, сообразуясь при этомъ съ тѣмъ, какъ онѣ переносятся больнымъ. Если онъ переноситъ ихъ нелегко, дни ваннъ чередуются съ днями отдыха, въ которые ванны или вовсе не принимаются, или берутся простыя, изъ минеральной воды. Число принимаемыхъ разводныхъ ваннъ не одинаково и зависитъ отъ свойствъ болѣзни и личныхъ особенностей больного. Обыкновенно принимаютъ не менѣе 10 ваннъ; изрѣдка число ихъ доходитъ до 30 и даже болѣе. Послѣднее, разумѣется, возможно только въ такихъ случаяхъ, когда ванны назначаются не высокихъ температуръ и не большой продолжительности.

По окончаніи курса лѣченія ваннами высокихъ температуръ, для охлажденія совѣтуется нѣсколько ваннъ изъ минеральной воды болѣе низкой температуры.

Описанный способъ назначенія грязевыхъ ваннъ въ недавнее время былъ почти единственнымъ на Кавказскихъ водахъ. Съ каждымъ годомъ, однако, разводныя ванны малыхъ разведеній назначаются рѣже и рѣже, и въ настоящее время, если среди врачей и находятся еще убѣжденные адепты этого способа грязелѣченія, то, съ другой стороны, не мало есть и такихъ врачей, которые считаютъ наиболѣе правильнымъ примѣненіемъ лѣчебной грязи только цѣльныя грязевыя ванны или слабо разведенныя водою. Чтобы высказанный взглядъ не показался парадоксальнымъ, сошлюсь на «Записку» Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ о нуждахъ группъ въ 1898 г. Обсуждая разводныя ванны малаго разведенія,

Digitized by Google

Общество дало имъ слѣдующую оцѣнку: «такія ванны не заслуживаютъ названія грязевыхъ».

Какъ слабыя разводныя ванны съ каждымъ годомъ вытѣсняются болѣе густыми, показываетъ таблица, на которую мнѣ приходилось ссылаться въ началѣ этой статьи. Беру для примѣра 5-лѣтіе съ 1896 г. по 1900 г. Для Пятигорска среднее число ведеръ на ванну въ каждомъ изъ приведенныхъ лѣтъ было: 2.6, 3.4, 3.8, 4.0 и 3.7; въ тоже время въ Ессентукахъ: 3.1, 3.3, 3.9, 4.1 и 4.4; въ Желѣзноводскѣ: 3.1, 4.4, 4.6, 4.7 и 4.9. Какъ видно, возрастаніе цифръ идетъ съ правильною постепенностью изъ года въ годъ, и это наблюдается на всѣхъ группахъ, безъ исключенія. Очевидно, что въ основаніи этого явленія лежитъ не случайность, а причина постояннаго характера и что мнѣніе врачей о разводныхъ ваннахъ измѣняется и замѣтно въ пользу ваннъ съ меньшимъ разведеніемъ грязи.

Сообразно этому, въ послѣднее время стали назначать т. наз. полуразводныя ванны.

Для нихъ берется большее количество грязи, отъ 10 до 12 и болѣе вед., и разводится такимъ количествомъ воды, чтобы получилась полужидкая масса, въ родѣ жидкой кашицы. Чаще всего такія ванны назначаются въ видѣ поясныхъ ваннъ при разныхъ страданіяхъ женскихъ половыхъ органовъ. Способъ назначенія ихъ въ общихъ чертахъ ведется по тому-же шаблону, какъ описано при ваннахъ разводныхъ. На полуразводныя ванны этого типа можно смотрѣть какъ на переходную ступень отъ слаборазводныхъ ваннъ къ ваннамъ изъ цѣльной грязи.

Въ формѣ общихъ ваннъ ванны изъ цѣльной грязи на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ совсѣмъ не примѣняются. Причина этому, помимо неприспособленности грязелѣчебныхъ отдѣленій на водахъ, вѣроятно, заключается въ относительно высокой цѣнѣ грязи. Дѣйствительно, считая, что на такую ванну потребуется не менѣе 25—30 вед. грязи, приблизительная стоимость грязевой ванны была-бы около 4 р. При томъ имущественномъ составѣ больныхъ, который преобладаетъ на водахъ теперь, охотниковъ брать такія дорогія ванны едва-ли можно-бы было найти. Поэтому на Кавказскихъ водахъ цѣльная грязь примѣняется исключительно лишь для мѣстнаго грязелѣченія: 1) въ видѣ поясныхъ полуваннъ, 2) въ формѣ грязевыхъ лепешекъ и компрессовъ, накладываемыхъ на опредѣленную часть тѣла и 3) въ видѣ ваннъ для конечностей.

Примѣняется мѣстное грязелѣченіе или въ сухомъ видѣ, когда тѣло больного подвергается только вліянію примѣняемой грязи, или-же въ формѣ сочетанной, когда мѣстная грязевая ванна принимается въ общей ваннѣ изъ минеральной воды. Въ томъ и въ другомъ случаѣ мѣстное примѣненіе грязи производится или при помощи приборовъ, предназначаемыхъ для этой цѣли, или безъ нихъ.

Приборы для мѣстныхъ грязевыхъ ваннъ въ настоящее время имѣются на всѣхъ группахъ, гдѣ ведется грязелѣченіе. Они всѣ одного и того-же типа, который былъ выработамъ Коммиссіей, избранной Русскимъ бальнеологическимъ Обществомъ 16/VI 1899 г., послѣ предъявленія приборовъ для мѣстнаго грязелѣченія д-ромъ *П. К. Карповымъ*. Въ Коммиссію вошли: *П. К. Карповъ*, *В. Ф. Сигристъ*, *В. И. Разумовскій* и *О. А. Чечоттъ*. Въ слѣдующемъ же засѣданіи Общества 30/VI предсѣдателемъ Коммиссіи, *О. А. Чечоттомъ*, былъ прочитанъ докладъ «О мѣстномъ грязелѣченіи» и были предложены слѣдующіе приборы, выработанные и одобренные Коммиссіей: А. Для чисто мѣстнаго примѣненія грязелѣченія Коммиссія считала возможнымъ пользоваться уже исполненными согласно указаніямъ бальнеологическаго Общества приспособленіями инж. Эйхельмана, съ нѣкоторыми лишь въ нихъ измѣненіями, а именно: 1) деревянный ящикъ для одной ноги и 2) такой-же для обѣихъ ногъ, по мнѣнію Коммиссіи, для болѣе полнаго погруженія колѣна въ грязь должны имѣть боковыя стѣнки болѣе высокими по отношенію къ отверстію, черезъ которое продвигается нога; 3) ящикъ для стопы можетъ быть принятъ безъ измѣненій въ видѣ уже представленной модели металлической съ двойными стѣнками, между которыми содержится нагрѣтая вода; 4) для той-же цѣли Коммиссія предлагаетъ, кромѣ того, простую деревянную шайку для одной или для обѣихъ стопъ съ приспособленною крышкою и прикрывающимъ все это войлокомъ; 5) для примѣненія грязи въ области крестца, тазобедреннаго сустава и вообще для таза предлагается сидячая деревянная ванна по образцу такихъ обычныхъ цинковыхъ ваннъ; 6) для руки можетъ быть примѣненъ длинный деревянный ящикъ съ крышкою, котораго модель была показана; но для удобства помѣщенія всей руки въ такой ящикъ, слѣдовало-бы отнять заднюю его стѣнку, ибо это отверстіе будетъ закрываться самимъ плечемъ; 7) кромѣ такого ящика для всей руки Коммиссія предложила устроить еще другой укороченный ящикъ для одного предплечья; этотъ ящикъ долженъ быть такихъ размѣровъ, чтобы въ него можно было погружать все предплечье съ частью согнутаго почти подъ прямымъ угломъ плеча, и чтобы крышкой съ вырѣзкой, соотвѣтствующей очертаніямъ передней части плеча, можно было закрыть все предплечье; 8) для рукъ Коммиссія предлагала устроить еще ящики, изогнутые въ срединѣ подъ тупымъ угломъ въ 135°: а) для всей правой и б) для лѣвой руки, когда онѣ анкилозированы въ локтевомъ суставѣ. — Б) Кромѣ того, Коммиссія обсуждала способы мѣстнаго примѣненія грязи при одновременномъ пребываніи больного въ общей водяной ваннѣ. Для удовлетворенія этой цѣли Коммиссія предлагала 9) желобъ для ноги по типу хирургическихъ *Mayor*'овскихъ желобовъ; 10) планшеты деревянные, разной длины и высоты, для отдѣленія мѣстно прилагаемой грязи отъ остальной части общей ванны; 11) ящикъ для таза по типу, уже примѣняемому д-ромъ *Парышевымъ* въ Желѣзноводскѣ; 12) желобъ для руки, тоже по типу *Mayor*'овскихъ, съ особыми приспособленіями для подвѣшиванія ихъ въ ваннѣ на данной высотѣ черезъ бортъ. — В. Наконецъ, Коммиссія предлагала еще нѣкоторыя приспособленія для примѣненія ихъ къ такимъ областямъ, къ которымъ не приложимы вышеприведенные пріемы; такъ, для колѣна, плеча и спины Коммиссія предложила: 13) салфетки для помѣщенія грязи, примѣняемыя соотвѣтственно случаю въ видѣ компресса или повязки на ту или другую область; 14) мѣшки холщевые, наполняемые грязью, приспособленные для наружнаго примѣненія грязи въ видѣ припарокъ; 15) резиновыя или брезентовыя ткани (полости) для удержанія и прикрытія слоя грязи, облегающей ту или другую часть тѣла. Предложенія Коммиссіи были приняты Обществомъ безъ возраженій.

Примѣненіе мѣстнаго грязевого лѣченія безъ приборовъ крайне просто. Лепешки приготовляются изъ грязи желаемой температуры, заранѣе опредѣленнаго размѣра и толщины и или кладутся сверхъ пораженной части тѣла, или обертываются кругомъ нея (напр. вокругъ таза при гинекологическихъ заболѣваніяхъ, какъ это примѣняетъ д-ръ *Е. А. Ларинъ*). Эти обертыванія дѣлаются или на клеенчатыхъ кушеткахъ (для ногъ и таза), или на плоскихъ столикахъ (для рукъ), или на табуреткахъ. Когда лепешку снимутъ, больной принимаетъ минеральную ванну для обмыванія. Чаще всего грязь употребляется не въ формѣ лепешки, а въ видѣ обмазыванія тѣла грязью въ обычномъ ея состояніи. Такъ дѣлается, если нужно примѣнить грязь на туловищѣ. Если-же дѣло идетъ о лѣченіи конечности, то нагрѣтая грязь складывается грядкою и слегка выравнивается; послѣ этого конечность помѣщается на эту грязевую грядку и закапывается въ грязь со всѣхъ сторонъ.

Грязевыя полуванны изъ цѣльной грязи примѣняются такъ. Послѣ 2—3 хъ подготовительныхъ ваннъ изъ минеральной воды переходятъ къ грязевымъ. Я лично всегда начинаю съ болѣе низкихъ температуръ, $30^{\circ}$—$31^{\circ}$, и, постепенно повышая, довожу до $36^{\circ}$—$37^{\circ}$, рѣдко выше. Обмывная ванна дѣлается въ $30^{\circ}$. Послѣ извѣстнаго числа ваннъ, въ зависимости отъ состоянія больной, температура ваннъ съ такою-же постепенностью опускается и доводится до $30^{\circ}$. Затѣмъ больная переводится на простыя ванны изъ минеральной воды, температура которыхъ спускается до $27^{\circ}$ и даже до $26^{\circ}$. Продолжительность грязевой ванны зависитъ отъ того, какъ она переносится больною; чаще назначается въ 20 мин. Въ общемъ число ваннъ иногда удается довести до 25, но чаще приходится ограничиваться 18—20.

Приготовляются полуванны изъ цѣльной грязи и принимаются больными такъ: на дно ванны вываливается 8 -- 12 вед. грязи, нагрѣтой до желаемой температуры; грязь размѣшивается деревянными лопатками до тѣхъ поръ, пока температура ея не будетъ равномѣрною; затѣмъ она выравнивается, и больная садится на нее такъ, чтобы занять средину грязевой площадки; послѣ этого ванщица со всѣхъ сторонъ собираетъ грязь и закапываетъ ею ноги и тазъ, и обмазываетъ нижнюю часть туловища больной. Когда купаніе окончено, въ ванну наливается вода, и грязь смывается, насколько возможно; затѣмъ больная переводится въ ванну съ чистой минеральной водой и моется начисто.

Въ ванномъ зданіи Островскаго, гдѣ ванны большія, я обыкновенно назначаю грязевыя полуванны въ деревянныхъ ящикахъ, сдѣланныхъ по моему указанію, для этой цѣли. Больныя охотно принимаютъ такія ванны, потому что грязь въ ящикахъ не такъ быстро остываетъ, какъ въ кафельной ваннѣ, не расползается и, кромѣ того, больной удобнѣе въ ней сидѣть, такъ какъ ящики сдѣланы со спинками, къ которымъ можно прислониться.

При сочетанныхъ ваннахъ, т. е. когда грязевая полуванна берется въ общей ваннѣ изъ минеральной воды, при своихъ назначеніяхъ я совѣтовалъ поступать такъ. Если поясная ванна дѣлается безъ ящика, то вода наливается ведрами изъ сосѣдней ванны, по возможности, осторожно, чтобы не смыть приставшую грязь. Лучше при этомъ наливать воду не тотчасъ, какъ больная обмазана грязью, а спустя минуты 2—3, когда грязь немного облежится и пообсохнетъ съ поверхности. Въ тѣхъ-же случаяхъ, когда такая грязевая ванна дѣлалась въ ящикѣ, вода наливается обычнымъ путемъ, но я совѣтую дѣлать это не сильною струею, а постепенно, чтобы не подмыть напоромъ воды ящикъ, а также для того, чтобы было легче установить температуру воды. Какъ и въ ваннахъ безъ прибора, вода наливается уже въ то время, когда больная сидитъ въ грязевой ваннѣ.

Температура общей минеральной ванны при сочетанныхъ грязевыхъ ваннахъ назначалась обыкновенно не ниже $28^{\circ}$ и не выше $30^{\circ}$. Выборъ температуры сообразуется съ состояніемъ и самочувствіемъ больной. Малокровнымъ обыкновенно приходилось назначать температуру выше, полнокровнымъ ниже.

Кстати упомяну, что цѣльныя грязевыя ванны рѣдко назначаются ежедневно; обыкновенно дни ваннъ чередуются со днями отдыха, или сводобный день дается послѣ 2-хъ ваннъ, если больная переноситъ ихъ хорошо. Въ свободные дни ванна совсѣмъ не принимается.

Общій курсъ лѣченія грязевыми ваннами по этому типу, считая въ среднемъ 20 ваннъ, не менѣе 5 недѣль.

Digitized by Google

Мѣстное грязелѣченіе на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ примѣняется въ широкихъ размѣрахъ и назначается при самыхъ разнообразныхъ формахъ болѣзней. Въ особенности часто начали примѣнять этотъ способъ въ послѣдніе годы, когда наступила, какъ было сказано, нѣкорая реакція въ оцѣнкѣ слабыхъ разводныхъ ваннъ и среди практикующихъ здѣсь врачей появилось замѣтное движеніе въ пользу примѣненія цѣльной грязи. Отсутствіе приспособленій для общихъ цѣльныхъ грязевыхъ ваннъ, а также—и это главное—относительная дороговизна грязи заставляли или отказаться отъ ихъ примѣненія, или искать способовъ, которые помогли-бы выйти изъ затрудненій.

Въ виду этихъ цѣлей—сдѣлать лѣченіе цѣльною грязью доступнымъ и легко примѣнимымъ, въ Русскомъ бальнеологическомъ Обществѣ не разъ возникалъ и обсуждался вопросъ объ устройствѣ грязелѣчебницы на Тамбуканскомъ озерѣ и объ открытіи тамъ eo ipso новой группы Кавказскихъ минеральныхъ водъ. Послѣдній докладъ по этому вопросу былъ сдѣланъ въ Обществѣ 16/VI 1899 г. *П. К. Карповымъ*. Послѣ продолжительныхъ преній вопросъ объ устройствѣ грязелѣчебницы огромнымъ большинствомъ присутствовавшихъ рѣшенъ утвердительно. Однако переходъ «отъ слова къ дѣлу», вообще нелегкій при такихъ постановленіяхъ, въ данномъ случаѣ оказался весьма затруднительнымъ. Начиная съ того, что озеро до настоящаго года казнѣ не принадлежало и распоряжаться имъ можно было только съ согласія собственниковъ, устройство грязелѣчебницы должно было потребовать огромныхъ денежныхъ затратъ, такъ какъ помимо нея, нужно было построить гостинницы, провести воду, пустынную и голую мѣстность обсадить деревьями и сдѣлать ее пригодной для жилья и т. д. Словомъ, вопросъ оказался настолько сложнымъ, что до поры до времени онъ отложенъ и помѣщенъ въ складъ «благихъ пожеланій».

Единственнымъ средствомъ, чтобы пользоваться для лѣченія цѣльною грязью и неслишкомъ отягощать больного денежными расходами на это, оставалось развитіе и улучшеніе мѣстнаго грязелѣченія. Дѣйствительно, ни одному вопросу въ послѣдніе годы не посвѣщалось столько труда и времени на научныхъ Собраніяхъ бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ, какъ вопросу о грязелѣченіи, главнымъ образомъ въ видѣ мѣстнаго примѣненія грязи.

Одною изъ интересныхъ теоретически и важныхъ въ практическомъ смыслѣ формъ примѣненія цѣльной грязи въ ряду различныхъ предложеній, заявленныхъ въ послѣднее время, является форма сочетанныхъ мѣстныхъ грязевыхъ ваннъ, при которыхъ мѣстная горячая грязевая ванна принимается въ общей ваннѣ изъ минеральной воды, имѣющей безразличную температуру.

Смыслъ этого способа заключается въ слѣдующемъ. Многочисленныя наблюденія надъ вліяніемъ грязевого лѣченія показываютъ, что этотъ могущественный способъ, зачастую незамѣнимый никакимъ другимъ врачебнымъ мѣропріятіемъ, имѣетъ свои темныя стороны, заключающіяся въ томъ, что горячая ванна, будь она общая или мѣстная, оказываетъ чрезвычайно сильное вліяніе на дѣятельность сердца, на дыханіе и кровяное давленіе, на температуру тѣла, а также на нервную систему. Поэтому все вниманіе врача, ведущаго лѣченіе грязевыми ваннами высокихъ температуръ, должно быть всецѣло направлено къ тому, чтобы охранять работу сердца и кровеносныхъ сосудовъ больного и, по возможности, умѣрить дурное вліяніе грязевыхъ ваннъ. Всякій новый способъ грязевого лѣченія, способствующій этой цѣли, долженъ встрѣчаться съ большою благодарностью.

Въ 1897 г. *О. А. Чечоттъ* сдѣлалъ наблюденіе, что грязь, опущенная въ воду, удерживаетъ свою температуру чрезвычайно стойко и что на воздухѣ она теряетъ свое тепло скорѣе, чѣмъ въ водѣ. Этой особенностью грязи, объясняемой ея плохой теплопроводностью, тотчасъ-же воспользовались для цѣлей грязелѣченія въ томъ направленіи, чтобы умѣрить въ немъ вліянія нежелательныя. По почину *В. Ф. Сигриста*, было испробовано примѣненіе грязевой мѣстной ванны высокихъ температуръ въ общей водяной ваннѣ безразличной температуры. Теоретическое предположеніе, что водяныя безразличныя ванны своимъ физіологическимъ дѣйствіемъ должны уравновѣшивать неблагопріятное общее вліяніе ваннъ грязевыхъ, оправдалось вполнѣ: общее состояніе больныхъ во время такой ванны и послѣ нея было гораздо лучше, чѣмъ при употребленіи чистой грязевой ванны; при чемъ ни упадка сердечной дѣятельности, ни паденія вѣса тѣла не замѣчалось. Это наблюденіе вскорѣ было провѣрено клинически, опытами, поставленными д-ромъ *В. И. Алексѣевскимъ*. Результаты его изслѣдованій, доложенные бальнеологическому Обществу 21/III 1901 г., показали, что наблюденія *В. Ф. Сигриста* были правильны. По изслѣдованіямъ *В. И. Алексѣевскаго*, сочетанныя ванны не только улучшаютъ самочувствіе больныхъ, но и оказываютъ благотворное вліяніе на сердечную дѣятельность, дыханіе и температуру: онѣ замедляютъ пульсъ и уменьшаютъ температуру тѣла.

Способъ примѣненія этихъ ваннъ при грязевыхъ полуваннахъ я уже описалъ. Въ томъ же видѣ, какъ его предлагаютъ авторы, онъ примѣняется такъ: сначала приготовляютъ общую водяную ванну безразличной температуры, въ которую и садится больной; затѣмъ берутъ требуемое количество подогрѣтой грязи и опускаютъ ее на ту область тѣла, которую желаютъ подвергнуть грязевому лѣченію; иногда грязь опускаютъ сначала и затѣмъ сажаютъ въ ванну больного, при чемъ стараются посадить его такъ, чтобы грязь оказалась подъ больною областью тѣла. Въ подходящихъ случаяхъ грязь помѣщается не свободно, а заключается въ описанные выше приборы или просто закрывается полотнянымъ компрессомъ; послѣднее въ особенности требуется тамъ, гдѣ грязь трудно удержать на мѣстѣ, напр., при мѣстныхъ ваннахъ плеча, боковыхъ частей груди и живота и т. п.

Въ настоящее время сочетанныя ванны по способу *В. Ф. Сигриста* и *О. А. Чечотта* примѣняются на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ въ широкихъ размѣрахъ. Слѣдуетъ ожидать, что благопріятныя стороны способа не замедлятъ открыть ему путь и въ другія мѣста, гдѣ примѣняется грязелѣченіе, чтобы провѣрить тѣ данныя, которыя были установлены на мѣстѣ его родины на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ.

Я примѣнялъ этотъ способъ у своихъ больныхъ въ послѣдніе 2 года очень часто и могу засвидѣтельствовать, что сочетанныя грязевыя ванны переносятся больными гораздо легче; благодаря чему, можно примѣнять грязелѣченіе въ такихъ случаяхъ (пороки сердца, тяжелыя малокровія и т. д.), въ которыхъ иначе пришлось-бы отъ него отказаться.

Каковы-же внѣшнія условія для грязелѣченія на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ? На этотъ вопросъ безъ колебаній можно отвѣтить, что эти условія—по крайней мѣрѣ, въ настоящее время—таковы, какъ ни въ одномъ изъ грязелѣчебныхъ мѣстъ въ Россіи. Дѣйствительно, помимо живописной мѣстности, поддерживающей своими красотами душевную бодрость больного, на Кавказскихъ водахъ есть все, что должна давать природа на помощь своему могучему собрату по дѣлу врачеванія. Обиліе солнца и тепла, равномѣрность суточной температуры воздуха и отсутствіе рѣзкихъ паденій ея по вечерамъ, отсутствіе сырости и холодныхъ вѣтровъ, наконецъ, отсутствіе чрезмѣрной жары, также какъ и чрезмѣрно прохладныхъ дней—все это такія положительныя данныя для грязевого лѣченія, что грязелѣчебная мѣстность, обладающая такими условіями, должна считаться наилучшею. Чтобы не быть голословнымъ, приведу нѣсколько климатическихъ данныхъ.

Средняя температура (по Ц.) сезона, по даннымъ проф. *Богословскаго*, въ Пятигорскѣ за 5 лѣтнихъ мѣсяцевъ 18°,2; средняя температура лѣта 20°,7. Средняя температура (по Ц.) лѣтнихъ мѣсяцевъ въ Желѣзноводскѣ, по цифрамъ д-ра *Лихонина*, такова: въ іюнѣ 18°,4, въ іюлѣ 21°, въ августѣ 21°,6; при этомъ средняя температура утра для іюня 17°5, для іюля 18°,7, для августа 18°,7; средняя температура полдня для іюня 21°.8, для іюля 24°,6, для августа 25°,8: средняя температура вечера для іюня 17°,1, для іюля 19°,6, для августа 20°,5. Изъ этихъ цифръ явствуетъ, что въ области Кавказскихъ минеральныхъ водъ нѣтъ условій, необходимыхъ для естественныхъ и медальонныхъ ваннъ, нагрѣваемыхъ на солнцѣ, но для ваннъ искусственно нагрѣваемыхъ климатическія условія какъ нельзя болѣе подходящи.

Пригодность Кавказскихъ водъ для грязевого лѣченія еще болѣе возростетъ, если припомнить, какимъ богатствомъ и разнообразіемъ обладаютъ онѣ въ области вспомогательныхъ средствъ, кромѣ всего вышеуказаннаго. Ослабѣвшій больной находитъ прочное укрѣпленіе въ горномъ воздухѣ, въ обиліи разнообразныхъ цѣлебныхъ водъ, принимаемыхъ внутрь и примѣняемыхъ снаружи въ видѣ минеральныхъ ваннъ. Помимо того, на всѣхъ группахъ имѣются хорошо поставленныя кумысолѣчебныя заведенія.

Но, говоря о достоинствахъ грязелѣченія на Кавказскихъ водахъ, я не могу умолчать о его недостаткахъ. Главный и самый существенный недостатокъ, по моему, тотъ, что здѣсь нѣтъ необходимыхъ приспособленій для лѣченія цѣльными ваннами и разводными густыхъ насыщеній, т. наз. полуразводными ваннами. Для этого нужно: 1. Упорядочить доставку грязи на столько, чтобы ее всегда можно было доставлять въ нужномъ количествѣ. Перевозка нынѣшней системы и теперь иногда принуждала оставаться безъ грязи, а при развитіи грязелѣченія, которое, несомнѣнно, будетъ быстро наростать, такіе недостатки будутъ, навѣрно, чаще. 2. Упорядочить храненіе грязи на группахъ. Существующее устройство — примитивно: оно мало предохраняетъ грязь отъ попаданія въ нее постороннихъ предметовъ, во 1-хъ, а, во 2-хъ, не даетъ тѣхъ условій, которыя, хотя нѣсколько, подходили-бы къ естественнымъ условіямъ, въ которыхъ находится грязь. Было-бы желательно, чтобы грязь была всегда подъ рапою Тамбуканскаго озера. Тогда она, навѣрно, не теряла-бы ни одного изъ своихъ прекрасныхъ лѣчебныхъ свойствъ. Въ настоящее-же время она или сохнетъ и образуетъ въ поверхностныхъ слояхъ комки, или вымачивается дождевою водою, а лежалая грязь—не та, какъ только-что привезенная съ

Digitized by Google

озера. Осуществить это желаніе нетрудно и недорого, а, если-бы это осуществилось, не было-бы надобности ни въ протираніяхъ грязи, ни въ разминаніи комковъ, т. е. уменьшилось-бы количество рабочихъ рукъ, главное-же—грязь была-бы такъ-же хороша, какъ и только-что вынутая изъ озера. Тогда и размѣшивать ее было-бы легче, и несомнѣнно достигалась-бы большая равномѣрность температуры, потому что размѣшать болѣе жидкую массу легче, чѣмъ густую. 3. Нагрѣваніе грязи необходимо измѣнить кореннымъ образомъ: это слѣдуетъ дѣлать текучимъ паромъ и примѣнять непосредственно къ грязи, а не черезъ воду, какъ теперь; тогда можно равномѣрно нагрѣть грязь до желаемой температуры такъ осторожно, что будетъ избѣгнуто перегрѣваніе. Послѣднее, мнѣ кажется, очень важно. При настоящемъ способѣ всегда получается перегрѣваніе грязи; разница только въ томъ, что въ одномъ случаѣ перегрѣвается вся грязь въ ведрѣ, въ другомъ-же только периферическія ея части, прилежащія къ наружнымъ стѣнкамъ ведра. Перегрѣтая грязь отъ какихъ-то происходящихъ въ ней химическихъ разложеній всегда непріятно пахнетъ; въ постепенно-же нагрѣтой до 40° этого не получается. Я думаю, что въ сохраняющей нормальныя химическія свойства грязи этого и не должно получаться. 4. Размѣшиваніе грязи слѣдуетъ устроить такъ, чтобы равномѣрность температуры грязи не зависѣла отъ того, насколько добросовѣстенъ или стараетенъ приготовляющій ванну. Что этого можно достигнуть, удостовѣряется многочисленными опытами другихъ грязелѣчебницъ, гдѣ поставлены механическіе размѣшиватели грязи. 5. Приготовлять грязевую ванну слѣдуетъ внѣ кабины, но въ такомъ помѣщеніи, которое допускало-бы сохраненіе внѣшней чистоты. Грязное приготовленіе вліяетъ на психику больного и нарушаетъ довѣріе къ лѣченію на столько, что у брезгливыхъ больныхъ является физическое отвращеніе, иногда неопреодолимое. Для этого лучше, если вся процедура приготовленія грязевой ванной не будетъ скрыта отъ больныхъ; было-бы даже желательно, чтобы все дѣлалось на виду у больного. Есть-же теперь больные, даже интеллигентные, которые выражаютъ сомнѣніе, что грязь употребляется одинъ разъ, чего, разумѣется, не могло-бы быть, если-бы ванны опоражнивались на ихъ глазахъ: всегда то убѣжденіе вѣрнѣе достигаетъ цѣли, которое основывается не на словахъ, а на дѣлѣ. 6. Кабины для грязевыхъ ваннъ должны имѣть 2 раздѣвальни. При такомъ устройствѣ больной можетъ полежать послѣ ванны и отдохнуть, не торопясь. Часового срока для грязевой ванны мало; необходимо, если не 2, то не меньше $1^1/_2$ час. Въ настоящее время при часовомъ срокѣ больной совершенно не отдыхаетъ послѣ ванны и выходитъ на воздухъ, едва одѣвшись, послѣ ванны въ 38°, иногда 40°. Не говоря объ усталости, которая естественна послѣ такой ванны, больной находится въ сильной испаринѣ, требующей крайней осторожности, чтобы не простудиться. Лишнихъ $^1/_2$-часа для отдыха и нѣкотораго охлажденія были-бы не только желательны, а прямо необходимы. 7. Ванны для грязи должны быть деревянныя и требуемыхъ размѣровъ. 8. При ваннѣ для послѣдовательнаго обливанія долженъ быть нисходящій и боковой подвижный душъ. 9. Для тѣхъ больныхъ, которымъ необходимо послѣдовательное потѣніе, слѣдуетъ устроить потѣльню съ нѣсколькими кроватями и всѣми другими необходимыми приспособленіями: бѣльемъ, одѣялами, теплымъ питьемъ и т. д. 10. Въ грязевомъ отдѣленіи обязательно должны быть печи или иного устройства приборы для отопленія. Въ началѣ и концѣ сезона на Кавказскихъ водахъ перепадаютъ дни довольно прохладные для грязевого лѣченія въ ненагрѣтыхъ кабинахъ. 11. При грязевомъ отдѣленіи необходимъ отдѣльный врачъ, на обязанности котораго было-бы общее наблюденіе затѣмъ, какъ выполняется грязелѣченіе, а также и врачебная помощь, въ случаѣ, если-бы она понадобилась, что всегда возможно при грязевыхъ ваннахъ высокой температуры. 12. Все сказанное можетъ быть удачно выполнено только при условіи, если будутъ выстроены отдѣльныя грязелѣчебницы. Соединеніе грязевыхъ отдѣленій въ общемъ ванномъ зданіи не во всемъ удобно. Типъ устройства грязелѣчебницъ, мнѣ кажется, долженъ быть совершенно отличный отъ того, который мы привыкли видѣть въ ванныхъ зданіяхъ: чтобы избѣгнуть сквозняковъ и тяги, слѣдуетъ, по возможности, избѣгать корридоровъ; зданіе должно отапливаться; кабины должны быть хорошо освѣщены и непремѣнно естественнымъ свѣтомъ; зданіе должно быть залито солнцемъ, чтобы не было и намека на сырость и затхлость воздуха; въ кабинахъ должно быть устроено хорошее провѣтриваніе сильной тягой (электрическій провѣтриватель). Въ грязевомъ отдѣленіи желательно имѣть паровую баню для наилучшей очистки кожи передъ грязелѣченіемъ и послѣ него.

Перечисляя всѣ эти недочеты грязелѣченія на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ и указывая на мѣры, которыми они могутъ быть, по моему разумѣнію, устранены, съ удовольствіемъ сознаю, что я ломлюсь не совсѣмъ въ закрытую дверь, потому что во многихъ отношеніяхъ вопросы эти не только разсмотрѣны теоретически, но нѣкоторые уже начаты и практически разрѣшаться. Одно безусловно необходимо: чтобы сознанныя мѣры улучшенія не откладывались въ дальній ящикъ и, по возможности, скорѣе находили себѣ осуществленіе, не ограничиваясь одною группою, такъ какъ потребность въ улучшеніи на каждой изъ нихъ одинаково велика. Давъ наилучшую постановку грязелѣченію, Кавказскія минеральныя воды обогатятся испытаннымъ способомъ лѣченія и приблизятся къ тому идеальному времени, когда онѣ будутъ имѣть право похвалиться не только небывалымъ разнообразіемъ минеральныхъ источниковъ, но и рѣдкимъ сочетаніемъ правильно поставленныхъ вспомогательныхъ средствъ врачеванія.

**Источники:** 1. *Алексѣевскій В. И.* Нѣсколько наблюденій надъ вліяніемъ комбинированныхъ ваннъ (мѣстныхъ грязевыхъ въ общей водяной) на пульсъ, дыханіе и температуру тѣла «Записки Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ», т. 3, № 7, 1900—1901 г.—2. *Баталинъ Ѳ.* Пятигорскій край и Кавказскія минеральныя воды. Т. 1 и 2. Петербургъ, 1861 г.—3. *Бертенсонъ Л. Б.* Лѣчебныя воды, грязи и морскія купанья въ Россіи и заграницей. Петербургъ, 1901 г.—4. *Богословскій В. С.* Пятигорскія и съ ними смежныя минеральныя воды. Москва, 1892 г.—5. *Онъ-же.* Современная эксплуатація Кавказскихъ минеральныхъ водъ. Москва, 1899 г.—6. *Борисовскій В. С.* Отчетъ о заграничной командировкѣ. «Записки Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ», 1901—1902 г., № 4.—7. *Буйко Л. М.* Тинакскія минеральныя грязи. Петербургская диссертація, 1890 г. — 8. *Гавронскій Н. Д.* Желѣзноводскъ, какъ бальнеотерапевтическая станція для гинекологическихъ больныхъ. Отд. оттискъ изъ «Протоколовъ 2-го Съѣзда врачей въ память *Н. И. Пирогова.* — 9. *Даніельбекъ А. И.* О лѣченіи Тамбуканской грязью. «Труды Общества охраненія народнаго здравія», т. 4.—10. Записка Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ о ближайшихъ бальнеологическихъ нуждахъ 4-хъ группъ Кавказскихъ минеральныхъ водъ, читанная въ засѣданіи Общества 27/v 1898 г.—11. *Карповъ П. К.* Къ вопросу объ устройствѣ грязелѣчебницы на Тамбуканскомъ озерѣ. «Записки Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ», т. 2, № 1, 1899—1900 г.—12. *Ларинъ Е. А.* Систематическій указатель статей, помѣщенныхъ въ изданіяхъ Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ съ 1863 по 1898 г. Изд. Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ.—13. *Онъ-же.* О лѣчебномъ значеніи Желѣзноводской группы Кавказскихъ минеральныхъ водъ. «Записки Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ», т. 2, № 6, 1899—1900 г.—14. *Либовъ Б. А.* О физическихъ свойствахъ лѣчебной грязи и ихъ терапевтическомъ значеніи. «Врачъ», 1897 г., № 7. — 15. *Онъ-же.* Матеріалы къ ученію объ общемъ и мѣстномъ дѣйствіи полныхъ и поясныхъ ваннъ (Тамбуканскаго озера) различныхъ концентрацій при лѣченіи женскихъ болѣзней. Петербургская диссертація, 1897 г.—16. *Онъ-же.* Желѣзноводскъ и организація его лѣчебныхъ средствъ. «Протоколы Общества охраненія народнаго здравія», засѣданіе 5-го Отдѣла 7/x 1897 г.- 17. *Лихонинъ Н. О.* Желѣзноводскъ и его лѣчебныя средства. Петербургъ, 1894 г.—18. *Морковниковъ В. В.* Происхожденіе соляныхъ озеръ въ южной Россіи и въ частности озера Тамбуканскаго. Протоколъ засѣданій Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ 16/vii 1888 г.-19. *Онъ-же.* Объ удешевленіи грязелѣченія на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ и организація нѣкоторыхъ наблюденій въ области грязелѣченія. «Записки Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ», т. 3, № 5, 1900—1901 г.—20. *Милютинъ М.* Историческій очеркъ развитія и устройства Кавказскихъ минеральныхъ водъ. Москва, 1878 г.—21. *Нелюбинъ.* Полное историческое описаніе Кавказскихъ минеральныхъ водъ. 1825 г.—22. О необходимости упорядоченія грязелѣченія въ Пятигорскѣ. «Записки Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ», т. 4, № 1, 1901—1902 г. — 23. Отчеты Дирекціи водъ, ежегодно представляемые въ Министерство, за 1896 по 1902 г. — 24. *Парышевъ Д. А.* Ящикъ для грязевыхъ полуваннъ. «Записки Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ», т. 2, № 3, 1899—1900 г. — 25. *Покровскій А. Н.* Общія грязевыя ванны.

Digitized by Google

Петербургская диссертація, 1891 г. — 26. *Поповъ С. А.* Опытъ систематическаго указателя литературныхъ данныхъ по Кавказскимъ минеральнымъ водамъ. Петербургъ, 1889 г.—27. *Онъ-же.* Лѣчебный сезонъ 1886 г. въ Желѣзноводскѣ. «Труды Русскаго Общества охраненія народнаго здравія», т. 4.—28. Протоколы засѣданій Коммиссіи Русскаго бальнеологическаго Общества, составленной по случаю устройства Кавказскихъ минеральныхъ водъ.—29. *Ругевичъ К. Ф.* Горько-соленое озеро Тамбуканъ. Петербургъ, 1893 г.—30. *Савенко Петръ.* Кавказскія минеральныя воды. 1828 г. — 31. Сборникъ матеріаловъ для изученія Кавказскихъ минеральныхъ водъ, т. 1 и 2, Петербургъ, 1873—1875 г.—32. *Серьевъ Л.* Сакскія минеральныя грязи. Петербургская диссертація, 1888 г. — 33. *Сигристъ В. Ф.* и *Чечоттъ О. А.* Къ вопросу о мѣстномъ грязелѣченіи на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ. Докладъ на VIII Пироговскомъ Съѣздѣ. — 34. *Сигристъ В. Ф.* Приспособленія для опусканія трудно-больныхъ въ ванны и для мѣстнаго грязелѣченія. «Записки Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ», 1898—1899 г., сентябрь, № 4.—35. *Чечоттъ О. А.* Докладъ Коммиссіи, избранной Обществомъ для ближайшаго ознакомленія съ дѣломъ грязелѣченія на группахъ. «Записки Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ», т. 4, № 2, 1901—1902 г.—36. *Онъ же.* Докладъ Коммиссіи о мѣстномъ грязелѣченіи. Тамъ-же, т. 2, № 1, 1899—1900 г.—37. *Штанге В. А.*, *Орловскій В. Ф.* и *Гомолицкій В. В.* Ессентукскій лѣчебный сезонъ 1902 г. «Русскій Врачъ», 1902 г., №№ 17—20, 22—24.—38. *Щербаковъ А. И.* Замѣтки о Лысогорскихъ горько-соленыхъ озерахъ. «Записки Русскаго бальнеологическаго Общества въ Пятигорскѣ», 1901—1902 г., т. 4, № 5.—39. *Щербаковъ А. И.* Грязелѣчебныя мѣстности Европейской Россіи (съ картою Европейской Россіи), Москва, 1898 г. — 40. *Янковскій Л.* Краткій отчетъ о больныхъ, пользовавшихся Кавказскими минеральными водами въ 1872 г. Приложеніе къ «Протоколамъ Русскаго бальнеологическаго Общества» за 1872—73 г.—41. *Ѳоминъ А. И.* Анализы Кавказскихъ минеральныхъ водъ Пятигорскъ, 1898 г.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

### Очеркъ врачебно-санитарной организаціи Петербурга.

*(Окончаніе. См. № 7, стр. 248).*

Перехожу къ институту торгово-санитарныхъ врачей. Это—еще молодое учрежденіе; существуетъ оно только съ 1899 г., и на него, по видимому, возлагаются санитарной Коммиссіей большія надежды. Къ сожалѣнію, стоитъ только просмотрѣть инструкцію торгово-санитарнымъ врачамъ—кстати сказать, это единственная инструкція для «подвѣдомственныхъ» санитарной Коммиссіи органовъ, утвержденная Думой,—чтобы убѣдиться воочію, что начала, положенныя въ основу организаціи этого учрежденія, не обезпечиваютъ его жизнеспособности (здѣсь опять отмѣчу, что къ выработкѣ этой инструкціи не были привлечены санитарные врачи). Нѣсколькихъ выписокъ изъ инструкціи достаточно для доказательства этого положенія.

«Кругъ дѣятельности торгово-санитарныхъ врачей состоитъ: въ постоянномъ и неослабномъ (sic!) наблюденіи за тѣмъ, чтобы въ Петербургѣ въ продажу и въ обращеніе среди населенія не поступали какіе-либо недоброкачественные съѣстные продукты и питье...; постоянномъ надзорѣ за санитарнымъ состояніемъ рынковъ, базаровъ, площадей, лавокъ, трактировъ, закусочныхъ и т. п., за состояніемъ жилыхъ квартиръ при торговыхъ помѣщеніяхъ и здоровьемъ лицъ, которыя занимаются изготовленіемъ или продажей съѣстныхъ припасовъ» (§ 2).

«Общее направленіе дѣятельности торгово-санитарныхъ врачей есть обязанность санитарной Коммиссіи» (§ 5) (слѣд., органа хозяйственно-административнаго).

Дальнѣйшіе параграфы подробно регламентируютъ всѣ шаги въ практической дѣятельности торгово-санитарнаго врача, какъ ему осматривать съѣстные припасы, какъ и что дѣлать съ недоброкачественными продуктами, какъ часто производить осмотры и сколько разъ въ недѣлю посѣщать торговыя заведенія, какъ вести записи, писать отчеты и т. п. Институту приданъ строго выдержанный карательно-полицейскій характеръ, функціи его строго ограничены рамками карательной дѣятельности, культурная общественно-санитарная работа сдѣлана недоступной, хотя въ 1900 г., когда эта инструкція вырабатывалась, никто изъ врачей, знакомыхъ съ пріемами проведенія въ жизнь санитарныхъ мѣропріятій при нашихъ условіяхъ, не сомнѣвался въ полной безцѣльности карательныхъ мѣръ. Торгово-санитарные врачи, подобно санитарнымъ и другимъ, тоже имѣютъ свои особыя Совѣщанія, но отношеніе послѣднихъ къ санитарной Коммиссіи остается совершенно невыясненнымъ и считаться съ нимъ, передавать на его обсужденіе вопросы или нѣтъ—вполнѣ зависитъ отъ усмотрѣнія предсѣдателя санитарной Коммиссіи. Невыясненнымъ остается и вопросъ объ отношеніи этихъ врачей къ городской лабораторіи, и, хотя ревизіонная Коммиссія еще въ 1901 г. поручила санитарной Коммиссіи представить докладъ по этому вопросу [1], тѣмъ не менѣе это порученіе остается и до сихъ поръ неисполненнымъ. Порядокъ назначенія торгово-санитарныхъ врачей, какъ и всѣхъ другихъ, тоже ничѣмъ не опредѣляется и вполнѣ зависитъ отъ усмотрѣнія санитарной Коммиссіи; правда, при учрежденіи этого института Дума поручила санитарной Коммиссіи пригласить торгово-санитарными врачами «лицъ, пробывшихъ не менѣе 4—6 мѣсяцевъ въ гигіенической лабораторіи»; санитарная Коммиссія однако не выполнила этого и при приглашеніи первоначальнаго состава, не выполняетъ и въ настоящее время [2]). Неурегулированными остаются также взаимоотношенія торгово-санитарныхъ и санитарныхъ врачей: и тѣ, и другіе по инструкціямъ обязаны наблюдать за заведеніями, торгующими съѣстными припасами, но, гдѣ начинаются функціи однихъ и кончаются другихъ,—покрыто мракомъ неизвѣстности, отъ чего на практикѣ создаются иногда крайне нежелательныя недоразумѣнія. Не касаюсь другихъ недочетовъ организаціи этого новаго института. Думаю, и сказаннаго достаточно, чтобы убѣдиться, что и здѣсь проглядываетъ таже черта, которая характеризуетъ всѣ исполнительные органы санитарной Коммиссіи: практическая невозможность провести надлежащимъ образомъ въ жизнь даже тѣ задачи, что требуются сравнительно скромной идеей, положенной въ основу учрежденія, и полное несоотвѣтствіе этихъ задачъ съ требованіями раціональной санитаріи.

Не буду говорить подробно о другихъ учрежденіяхъ санитарной Коммиссіи. Каждое изъ нихъ носитъ на себѣ тѣ основныя черты неустройства, которыя проходятъ красной нитью чрезъ всѣ органы санитарной Коммиссіи. И благодѣтельный по идеѣ институтъ думскихъ врачей, и организація безплатной помощи роженицамъ, и постановка дѣла оспопрививанія, и ветеринарно-санитарный надзоръ и пр. представляютъ въ своей организаціи крупные недочеты. Перечисленіе частностей завлекло-бы меня слишкомъ далеко. Бюрократическій духъ центральнаго органа санитарной Коммиссіи не можетъ не отражаться на всѣхъ ея учрежденіяхъ и накладываетъ свою мертвящую руку на дѣятельность всѣхъ «подвѣдомственныхъ» исполнительныхъ органовъ; понятно поэтому, что ни одно изъ учрежденій санитарной Коммиссіи не можетъ стоять на высотѣ своей задачи и проникается все больше и больше духомъ формализма, взамѣнъ любовнаго отношенія къ живому дѣлу.

Позволю себѣ резюмировать все сказанное въ моемъ далеко не полномъ очеркѣ въ слѣдующихъ положеніяхъ:

1. Врачебно-санитарная организація Петербурга по самому строю своему исключаетъ всякую возможность активнаго участія мѣстныхъ элементовъ городского населенія въ дѣлѣ оздоровленія города и не можетъ поэтому разсчитывать на успѣшное выполненіе культурныхъ задачъ раціональной санитаріи.

2. Раздѣленіе врачебно-санитарнаго дѣла города между 2-мя исполнительными Коммиссіями (больничной и санитарной) служитъ искусственнымъ препятствіемъ къ объединенію и согласованности дѣйствій по санитарно-врачебнымъ вопросамъ.

3. а) Завѣдываніе, руководство и направленіе всего санитарнаго дѣла, лежащія на административномъ хозяйственномъ органѣ городской Управы, исполнительной санитарной Коммиссіи, исключаютъ возможность правильной постановки и веденія дѣла; б) составъ Коммиссіи нисколько не обезпечиваетъ ея компетентности въ общественно-санитарныхъ вопросахъ; консультативный органъ Коммиссіи, подчиненный ей совѣщательный членъ-врачъ, не можетъ служить достаточнымъ коррективомъ этого недостат-

[1]) См. «Докладъ ревизіонной Коммиссіи за 1900 г.». «Извѣстія Думы», 1901 г.

[2]) Тамъ-же.

Digitized by Google

ка; в) кругъ дѣятельности Коммиссіи, ограниченный преимущественно эпидеміологическими и медико-полицейскими задачами, съ исключеніемъ изъ нея наиболѣе крупныхъ общественно-гигіэническихъ вопросовъ (водоснабженія, канализаціи, дѣла убоя скота и т. п.) долженъ быть признанъ слишкомъ узкимъ; г) строй Коммиссіи, предоставляющій огромныя полномочія предсѣдателю, преобразуетъ ее изъ quasi-коллегіальнаго органа въ учрежденіе, почти всецѣло зависящее отъ единоличнаго усмотрѣнія предсѣдателя.

4. Институтъ окружныхъ санитарныхъ попечителей при существующихъ условіяхъ не оправдываетъ своего назначенія: а) избираемые Думой изъ числа гласныхъ, они не являются истинными выборными представителями мѣстнаго населенія санитарныхъ округовъ; б) такая система выборовъ равнозначуща назначенію и не обезпечиваетъ ни достаточной общей интеллигентности попечителей, ни тѣмъ болѣе компетентности ихъ въ общественно-санитарныхъ вопросахъ; в) призванные инструкціей къ широкой активной работѣ въ дѣлѣ оздоровленія своихъ округовъ, окружные санитарные попечители de facto совершенно инертны, тѣмъ болѣе что для цѣлесообразнаго руководства и направленія ихъ дѣятельности не существуетъ никакихъ вспомогательныхъ лицъ или органовъ.

5. Участковые санитарные попечители, назначаемые санитарной Коммиссіей по представленію окружныхъ санитарныхъ попечителей, представляютъ изъ себя при нынѣшнихъ условіяхъ мертворожденный институтъ и de facto не существуютъ.

6. Совѣтъ врачей санитарной Коммиссіи, въ послѣдніе 3 года существующій только de nomine, представляетъ изъ себя учрежденіе, лишенное какъ-бы то ни было правъ и полномочій, и только симулируетъ консультативный органъ. Іерархическое подчиненіе его дѣятельности хозяйственно-административному органу (исполнительной санитарной Коммиссіи) и полная зависимость отъ усмотрѣнія предсѣдателя послѣдней лишаютъ его способности къ самодѣятельности и активной работѣ.

7. Въ основу организаціи санитарно-эпидеміологическаго бюро положено бюрократическое начало и исключенъ принципъ нравственнаго авторитета. Призванное объединять дѣятельность санитарныхъ врачей и руководить ими, и вмѣстѣ съ тѣмъ, ограничиваясь почти исключительно эпидеміологическими функціями, оно искуственно съуживаетъ задачи и кругъ дѣятельности санитарнаго персонала. Должность старшаго санитарнаго врача, фактически руководимаго предсѣдателемъ санитарной Коммиссіи, по существу способствуетъ окончательному подавленію даже зачатковъ самодѣятельности санитарнаго персонала и создаетъ атмосферу, благопріятствующую развитію формализма и канцеляризма. Несогласованность дѣятельности санитарно-эпидеміологическаго бюро съ дѣйствующими по нынѣ инструкціями «подвѣдомственныхъ» ему органовъ вноситъ большую запутанность въ общій ходъ и направленіе дѣятельности санитарнаго персонала.

8. Санитарные врачи, ограниченные въ своей дѣятельности эпидеміологическими и медико-полицейскими задачами, лишены возможности примѣнять культурные пріемы воздѣйствія на населеніе и преслѣдовать научно-санитарныя и общекультурныя цѣли. Совѣщаніе санитарныхъ врачей, лишенное какихъ-бы то ни было правъ и полномочій, практически не имѣетъ никакого значенія, и de facto въ строѣ института санитарныхъ врачей совершенно отсутствуютъ элементарныя черты коллегіальности и какія-бы то ни было условія, благопріятствующія развитію столь необходимой для живого дѣла самодѣятельности. Система назначенія санитарныхъ врачей не гарантируетъ достаточной освѣдомленности ихъ въ вопросахъ общественной гигіэны и культурной врачебно-санитарной работы.

9. Торгово-санитарной надзоръ, какъ институтъ, основанный исключительно на карательно—полицейской системѣ борьбы съ недоброкачественностью и поддѣлкой съѣстныхъ припасовъ и при томъ направляемый въ своей дѣятельности *исполнительной* санитарной Коммиссіей, по самому строю своему лишенъ основныхъ началъ, способныхъ обезпечить производительность его работы.

10. За всѣ 17 лѣтъ своего существованія городская санитарная Коммиссія никогда не проявляла никакой планомѣрности въ работѣ, никакого опредѣленнаго пониманія цѣли и смысла своихъ задачъ; всѣ возникавшія въ ней, даже и цѣлесообразныя, учрежденія являлись продуктомъ случайности; разросшись до размѣровъ обширнаго учрежденія съ почти 700000-мъ городовымъ бюджетомъ и увеличивъ свой служащій персоналъ до громадной цифры въ нѣсколько сотъ человѣкъ, она сохранила тотъ-же формальный взглядъ на свои задачи, какой унаслѣдовала въ 1886 г. отъ прежней санитарной Коммиссіи при градоначальствѣ; эти печальные факты являются естественнымъ послѣдствіемъ какъ полнаго отсутствія въ ея строѣ какой бы то ни было реальной связи съ мѣстнымъ населеніемъ, такъ и искуственнаго разъединенія силъ служащихъ въ ней интеллигентныхъ работниковъ вслѣдствіе господствующаго въ санитарной Коммиссіи бюрократическаго духа и формализма, исключающихъ начала коллегіальности, возможность самодѣятельности и любовнаго отношенія къ дѣлу служащихъ врачей [1]).

*А. Рубель.*

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 161. Подвергая куриныя яйца дѣйствію бромистой соли радія въ теченіи 144 час. въ темнотѣ при +24° Ц., *G. Schwarz* на основаніи полученныхъ измѣненій приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: лучи Becquerel'я способны разлагать бѣлковыя тѣла въ смыслѣ сухой перегонки ихъ, но не оказываютъ замѣтнаго дѣйствія на естественные растворы бѣлка, какимъ является яичный бѣлокъ; они обезцвѣчиваютъ красящее вещество желтка—лютеинъ. Но наиболѣе важнымъ въ біологическомъ отношеніи свойствомъ лучей радія является ихъ *специфическая способность разлагать находящійся въ клѣточномъ веществѣ лецитинъ.* Какъ извѣстно, лецитинъ играетъ весьма важную роль въ размноженіи клѣтокъ. Разложеніемъ лецитина въ клѣткахъ подъ вліяніемъ Becquerel'евскихъ лучей съ большою степенью вѣроятности можно объяснить задерживающее вліяніе ихъ на ростъ злокачественныхъ опухолей, образованіе кожныхъ язвъ, выпаденіе волосъ и пр. О происходящемъ подъ вліяніемъ радія разложеніи лецитина авторъ судитъ на основаніи появляющагося въ желткѣ запаха триметиламина (*Pflügers* Archiv, т. 100, тетр. 9—10). *А. Б.*

162. Изучая *сущность процесса склеиванія* микробовъ специфической сывороткой, *N. Asakawa* указываетъ, что въ тканяхъ готовыхъ агглютининовъ не содержится: клѣтки выдѣляютъ, въ видѣ «боковыхъ цѣпей», лишь вещество, которое въ соединеніи съ глобулиномъ крови пріобрѣтаетъ склеивающія свойства («агглютиноглобулинъ»). На процессъ склеиванія *Asakawa* смотритъ, какъ на актъ чисто физическій. Для производства пробы *Vidal'я As.* совѣтуетъ не ставить смѣсь эмульсіи микробовъ съ сывороткой въ термостатъ при 37°, а подвергать ее замораживанію; лишь только жидкость замерзнетъ, ее медленно оттаиваютъ, при чемъ склеиваніе наступаетъ очень явственно; въ то время, когда наблюденіе процесса склеиванія въ термостатѣ требуетъ нѣсколькихъ часовъ, при этихъ условіяхъ результатъ получается уже по истеченіи 15 минутъ (Zeitschrift für Hygiene, т. 45). *Ѳ. Скшиванъ.*

**Фармакологія.** 163. О *новомъ снотворномъ средствѣ изопралъ* (Isopral) д-ръ *Urstein* (Heideberg) сообщаетъ слѣдующее. По своему химическому составу (трихлоризопропилалкоголь) это соединеніе родственно хлоралгидрату и представляетъ кристаллическій порошокъ съ камфорообразнымъ запахомъ и ароматическимъ, слегка щиплющимъ вкусомъ; растворяется легко въ водѣ, спиртѣ и эѳирѣ. Изопралъ легко всасывается, и большая

[1]) Подъ-отдѣлъ городской медицины IX Пироговскаго Съѣзда, заслушавъ докладъ, постановилъ: Существующая врачебно-санитарная организація Петербурга не достигаетъ цѣлей оздоровленія города, не соотвѣтствуетъ основнымъ началамъ, выработаннымъ VIII Съѣздомъ и нуждается въ коренномъ пересмотрѣ съ точки зрѣнія этихъ началъ. *А. Р.*

Digitized by Google

часть его въ неизмѣненномъ видѣ обращается по всему организму и выдѣляется съ мочей въ видѣ парнаго соединенія съ гликуроновой кислотой. Дается онъ обыкновенно по 0,5 или 0,75 грм. на пріемъ, при чемъ въ случаѣ необходимости это количество можетъ быть увеличено до 2,0. Въ легкихъ случаяхъ безсонницы черезъ $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ часа послѣ пріема 0,5 грм. препарата наступаетъ нормальный сонъ, продолжающійся 6—$10^{1}/_{2}$ час.; при тяжелой безсонницѣ или состояніи сильнаго возбужденія сонъ наступаетъ лишь черезъ 1—2 часа. Авторъ испробовалъ изопралъ при различныхъ формахъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней и получалъ всегда хорошее дѣйствіе, за исключеніемъ лишь случаевъ очень сильнаго возбужденія, гдѣ приходилось прибѣгать къ очень большимъ пріемамъ (2 грм.) и гдѣ иногда и такіе пріемы не достигали цѣли. Но въ этихъ случаяхъ и другія снотворныя средства также оказывались безсильными. Неблагопріятныхъ побочныхъ дѣйствій авторъ не наблюдалъ. Противопоказанъ изопралъ, какъ и всѣ другія хлоръ-содержащія снотворныя, при болѣзняхъ сердца и сосудовъ (Therapie der Gegenwart, февраль). *А.К.*

164. *Labadie-Lagrave* и *M. Rollini* изложили свои наблюденія надъ новымъ лѣкарственнымъ средствомъ—*іодистымъ (іодисто-водороднымъ) кодеиномъ въ примѣненіи его при заболѣваніяхъ бронхъ и легкихъ* (эмфиземѣ, бронхитѣ и бугорчаткѣ). Означенное соединеніе представляетъ желтые иглистые кристаллы, растворимые въ холодной водѣ 1:60 и въ кипящей—1:3. Оно не должно давать краснаго окрашиванія при прибавленіи хлороформа, бензина и углесѣры, указывающаго на содержаніе свободнаго іода. Іодистый кодеинъ обладаетъ лѣчебными свойствами своихъ обѣихъ составныхъ частей: помимо оказываемаго имъ, по содержанію кодеина, подавляющаго на кашель дѣйствія, онъ вліяетъ разрѣшающимъ и обеззараживающимъ образомъ на отдѣляемое легкихъ при всѣхъ вышеназванныхъ заболѣваніяхъ. Іодистый кодеинъ употребляется въ видѣ сиропа, (0,04 грм. на 20,0), пріемы котораго можно доводить до 5 чайныхъ ложекъ въ день, въ пилюляхъ по 0,01, или въ видѣ подкожнаго впрыскиванія (0,01 на 1 куб. стм.); прибавленіе его (въ количествѣ 0,03 къ $3^{0}/_{0}$-мъ растворамъ) дѣйствуетъ болеутоляющимъ образомъ при лѣченіи сифилиса подкожными впрыскиваніями іодистаго калія (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, № 27). *А.*

**Физіологическая химія.** 165. Д-ръ *K. Glaessner*'у удалось *изслѣдовать сокъ, полученный изъ нормальной поджелудочной железы человѣка.*

Одной больной, страдавшей тяжелой желтухой, сдѣлана была операція, во время которой обнаруживалось, что желчный протокъ былъ закрытъ рубцомъ, оставшимся отъ гнойника въ стѣнкѣ 12-перстной кишки; при этомъ никакихъ осложненій со стороны самой поджелудочной железы или другихъ сосѣднихъ органовъ не было. Въ видахъ болѣе успѣшнаго заживленія операціонной раны въ протокъ поджелудочной железы пришлось вставить дренажную трубочку, черезъ которую и вытекалъ нормальный сокъ поджелудочной железы. Такимъ образомъ послѣдній собирался *Glaessner*'омъ при такихъ же условіяхъ, какія искусственно создаются у животныхъ путемъ образованія соотвѣтствующаго свища.

Изслѣдованіе сока, полученнаго указаннымъ образомъ, привело автора къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) у человѣка сокъ поджелудочной железы выдѣляется ежедневно въ количествѣ 500 — 800 к. стм.; 2) въ сокѣ этомъ трипсинъ содержится не въ готовомъ видѣ, а въ видѣ профермента, который приводится въ дѣятельное состояніе кишечнымъ сокомъ; 3) дѣйствіе діастатическаго бродила и бродила расщепляющаго жиры значительно усиливается подъ вліяніемъ желчи и кишечнаго сока или одного кишечнаго сока; крахмалъ разлагается при этомъ до мальтозы, которая распадается дальше подъ вліяніемъ кишечнаго сока; на молочный и тростниковый сахаръ сокъ поджелудочной железы не дѣйствуетъ; 4) количество сока, содержащихся въ немъ бродилъ и степень его щелочности бываютъ наименьшія при пустомъ желудкѣ; вскорѣ послѣ пріема пищи они повышаются, одновременно достигаютъ, около 4-го часа послѣ ѣды, своей высшей точки, чтобы упасть къ 8-му часу (*Hoppe-Seyler*'s Zeitschrift für physiologische Chemie, т. XL, тетр. 5 und 6). *И. Назаровъ.*

**Бактеріологія.** 166. *Дѣйствіе химическихъ обеззараживающихъ веществъ на бактеріи* ограничивается, какъ извѣстно, тѣмъ, что образующійся свертокъ бѣлка препятствуетъ болѣе глубокому прониканію обеззараживающаго вещества. Дѣйствуя на поверхность комка бактерій, обеззараживающее средство не проникаетъ въ его середину. Если нейтрализовать, по окончаніи обеззараживанія, обеззараживающее вещество, а остающемуся осадку бактерій обезпечить условія наилучшаго роста, то, какъ указываетъ *Schumburg*, можно убѣдиться, что даже наши обиходныя обеззараживающія средства—сулема (1 : 1000), карболовая кислота (5 : 100), при дѣйствіи въ жидкой средѣ на эмульсіи бактерій холеры, тифа и стафилококка, даже при $^{3}/_{4}$-часовомъ дѣйствіи, не всегда убиваютъ ихъ (Zeitschrift für Hygiene, т. 45). *С.*

167. *H. Kayser* описываетъ случай смѣшаннаго зараженія, въ которомъ при изслѣдованіи крови найдены стафилококки, а изъ испражненій выдѣлена тифозная палочка. Болѣзнь протекала клинически, какъ брюшной тифъ съ возвратомъ, между тѣмъ реакція *Vidal*'я въ началѣ не получалась и стала ясной лишь во время возврата. Стараясь объяснить отсутствіе реакціи *Vidal*'я въ началѣ заболѣванія въ данномъ случаѣ, *Kayser* поставилъ опыты съ вызываніемъ невоспріимчивости у кроликовъ смѣшанными разводками тифа и стафилококка, при чемъ оказалось, что *присутствіе стафилококка* въ впрыскиваемой разводкѣ *понижало склеивающую силу сыворотки* кроликовъ *по отношенію къ тифознымъ палочкамъ* (Archiv für Hygiene, т. 48). *Скшиванъ.*

**Гигіэна.** 168. Желая выяснить *причины исчезновенія болотной лихорадки* въ гор. Germersheim'ѣ (Баварія), д-ръ *Pulstinger* прослѣдилъ по статистическому матеріалу ходъ этой болѣзни за время съ 1854 г. по 1901 г. и изучалъ вліяніе различныхъ санитарно-гигіэническихъ мѣропріятій и перемѣны другихъ условій на заболѣваемость. Въ результатѣ своихъ изслѣдованій онъ пришелъ къ заключенію, что главными причинами, способствовавшими уменьшенію заболѣваемости болотной лихорадкой, были: регулированіе русла рѣки (Рейна) и устройство правильнаго дренажа почвы. Начавшееся съ 1870 г. лѣченіе болѣзни большими пріемами хинина способствовало окончательному ея исчезновенію. Въ настоящее время Germersheim считается однимъ изъ наиболѣе здоровыхъ городовъ Баваріи. При своихъ изслѣдованіяхъ авторъ убѣдился также въ томъ, что производство земляныхъ работъ въ большихъ размѣрахъ весьма значительно усиливаетъ заболѣваемость и что исчезновенію болотной лихорадки въ Germersheim'ѣ способствовало и то, что въ послѣднее время не производилось никакихъ крупныхъ земляныхъ работъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 5). *К.*

**Внутреннія болѣзни.** 169. Д-ръ *Schiele* (Naumburg) предлагаетъ *при ракѣ пищевода*, чтобы поддержать питаніе больныхъ, *вводить имъ желудочный зондъ à demeure.* Въ одномъ изъ своихъ случаевъ, гдѣ было сильное съуженіе пищевода раковой опухолью, помѣщавшейся у самаго входа въ желудокъ, онъ выполнилъ это такъ: кусокъ дренажной трубки, длиною въ 30 стм., со многими боковыми отверстіями былъ снизу завязанъ кэтгутомъ для того, чтобы дать точку опоры проводнику, при помощи котораго этотъ кусокъ трубки былъ введенъ въ желудокъ. Чрезъ верхній конецъ трубки при помощи иголки была протянута длинная нитка, свободные концы которой завязывались у задняго коренного зуба, при чемъ нитка не натягивалась, а лежала въ полости рта дов. свободно, чтобы при движеніяхъ языка не вытягивалась за нитку дренажная трубка изъ съуженнаго мѣста. Если у больного нѣтъ зубовъ, за которые можно было бы прикрѣпить нитку, то концы ея можно провести черезъ носъ и завязать спереди. Вслѣдствіе глотательныхъ движеній трубка обыкновенно проталкивается все глубже и глубже и, если она спускается слишкомъ глубоко, то больной это чувствуетъ и можетъ за нитку опять приподнять ее кверху. Если бы нитка оторвалась и трубка проскользнула въ желудокъ, то въ этомъ, по мнѣнію автора, большой бѣды еще нѣтъ. Больной автора могъ черезъ описанный дренажъ принимать не только всякій густой супъ, но и разжеванный су-

Digitized by Google

ка; в) кругъ дѣятельности Коммиссіи, ограниченный преимущественно эпидеміологическими и медико-полицейскими задачами, съ исключеніемъ изъ нея наиболѣе крупныхъ общественно-гигіэническихъ вопросовъ (водоснабженія, канализаціи, дѣла убоя скота и т. п.) долженъ быть признанъ слишкомъ узкимъ; г) строй Коммиссіи, предоставляющій огромныя полномочія предсѣдателю, преобразуетъ ее изъ quasi-коллегіальнаго органа въ учрежденіе, почти всецѣло зависящее отъ единоличнаго усмотрѣнія предсѣдателя.

4. Институтъ окружныхъ санитарныхъ попечителей при существующихъ условіяхъ не оправдываетъ своего назначенія: а) избираемые Думой изъ числа гласныхъ, они не являются истинными выборными представителями мѣстнаго населенія санитарныхъ округовъ; б) такая система выборовъ равнозначуща назначенію и не обезпечиваетъ ни достаточной общей интеллигентности попечителей, ни тѣмъ болѣе компетентности ихъ въ общественно-санитарныхъ вопросахъ; в) призванные инструкціей къ широкой активной работѣ въ дѣлѣ оздоровленія своихъ округовъ, окружные санитарные попечители de facto совершенно инертны, тѣмъ болѣе что для цѣлесообразнаго руководства и направленія ихъ дѣятельности не существуетъ никакихъ вспомогательныхъ лицъ или органовъ.

5. Участковые санитарные попечители, назначаемые санитарной Коммиссіей по представленію окружныхъ санитарныхъ попечителей, представляютъ изъ себя при нынѣшнихъ условіяхъ мертворожденный институтъ и de facto не существуютъ.

6. Совѣтъ врачей санитарной Коммиссіи, въ послѣдніе 3 года существующій только de nomine, представляетъ изъ себя учрежденіе, лишенное какъ-бы то ни было правъ и полномочій, и только симулируетъ консультативный органъ. Іерархическое подчиненіе его дѣятельности хозяйственно-административному органу (исполнительной санитарной Коммиссіи) и полная зависимость отъ усмотрѣнія предсѣдателя послѣдней лишаютъ его способности къ самодѣятельности и активной работѣ.

7. Въ основу организаціи санитарно-эпидеміологическаго бюро положено бюрократическое начало и исключенъ принципъ нравственнаго авторитета. Призванное объединять дѣятельность санитарныхъ врачей и руководить ими, и вмѣстѣ съ тѣмъ, ограничиваясь почти исключительно эпидеміологическими функціями, оно искуственно съуживаетъ задачи и кругъ дѣятельности санитарнаго персонала. Должность старшаго санитарнаго врача, фактически руководимаго предсѣдателемъ санитарной Коммиссіи, по существу способствуетъ окончательному подавленію даже зачатковъ самодѣятельности санитарнаго персонала и создаетъ атмосферу, благопріятствующую развитію формализма и канцеляризма. Несогласованность дѣятельности санитарно-эпидеміологическаго бюро съ дѣйствующими по нынѣ инструкціями «подвѣдомственныхъ» ему органовъ вноситъ большую запутанность въ общій ходъ и направленіе дѣятельности санитарнаго персонала.

8. Санитарные врачи, ограниченные въ своей дѣятельности эпидеміологическими и медико-полицейскими задачами, лишены возможности примѣнять культурные пріемы воздѣйствія на населеніе и преслѣдовать научно-санитарныя и общекультурныя цѣли. Совѣщаніе санитарныхъ врачей, лишенное какихъ-бы то ни было правъ и полномочій, практически не имѣетъ никакого значенія, и de facto въ строѣ института санитарныхъ врачей совершенно отсутствуютъ элементарныя черты коллегіальности и какія-бы то ни было условія, благопріятствующія развитію столь необходимой для живого дѣла самодѣятельности. Система назначенія санитарныхъ врачей не гарантируетъ достаточной освѣдомленности ихъ въ вопросахъ общественной гигіэны и культурной врачебно-санитарной работы.

9. Торгово-санитарной надзоръ, какъ институтъ, основанный исключительно на карательно—полицейской системѣ борьбы съ недоброкачественностью и поддѣлкой съѣстныхъ припасовъ и при томъ направляемый въ своей дѣятельности *исполнительной* санитарной Коммиссіей, по самому строю своему лишенъ основныхъ началъ, способныхъ обезпечить производительность его работы.

10. За всѣ 17 лѣтъ своего существованія городская санитарная Коммиссія никогда не проявляла никакой планомѣрности въ работѣ, никакого опредѣленнаго пониманія цѣли и смысла своихъ задачъ; всѣ возникавшія въ ней, даже и цѣлесообразныя, учрежденія являлись продуктомъ случайности; разросшись до размѣровъ обширнаго учрежденія съ почти 700000-мъ городовымъ бюджетомъ и увеличивъ свой служащій персоналъ до громадной цифры въ нѣсколько сотъ человѣкъ, она сохранила тотъ-же формальный взглядъ на свои задачи, какой унаслѣдовала въ 1886 г. отъ прежней санитарной Коммиссіи при градоначальствѣ; эти печальные факты являются естественнымъ послѣдствіемъ какъ полнаго отсутствія въ ея строѣ какой бы то ни было реальной связи съ мѣстнымъ населеніемъ, такъ и искуственнаго разъединенія силъ служащихъ въ ней интеллигентныхъ работниковъ вслѣдствіе господствующаго въ санитарной Коммиссіи бюрократическаго духа и формализма, исключающихъ начала коллегіальности, возможность самодѣятельности и любовнаго отношенія къ дѣлу служащихъ врачей [1]).

*А. Рубель.*

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 161. Подвергая куриныя яйца дѣйствію бромистой соли радія въ теченіи 144 час. въ темнотѣ при $+24^0$ Ц., *G. Schwarz* на основаніи полученныхъ измѣненій приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: лучи Becquerel'я способны разлагать бѣлковыя тѣла въ смыслѣ сухой перегонки ихъ, но не оказываютъ замѣтнаго дѣйствія на естественные растворы бѣлка, какимъ является яичный бѣлокъ; они обезцвѣчиваютъ красящее вещество желтка—лютеинъ. Но наиболѣе важнымъ въ біологическомъ отношеніи свойствомъ лучей радія является ихъ *специфическая способность разлагать находящійся въ клѣточномъ веществѣ лецитинъ.* Какъ извѣстно, лецитинъ играетъ весьма важную роль въ размноженіи клѣтокъ. Разложеніемъ лецитина въ клѣткахъ подъ вліяніемъ Becquerel'евскихъ лучей съ большою степенью вѣроятности можно объяснить задерживающее вліяніе ихъ на ростъ злокачественныхъ опухолей, образованіе кожныхъ язвъ, выпаденіе волосъ и пр. О происходящемъ подъ вліяніемъ радія разложеніи лецитина авторъ судитъ на основаніи появляющагося въ желткѣ запаха триметиламина (*Pflügers* Archiv, т. 100, тетр. 9—10). *А. Б.*

162. Изучая *сущность процесса склеиванія* микробовъ специфической сывороткой, *N. Asakawa* указываетъ, что въ тканяхъ готовыхъ агглютининовъ не содержится: клѣтки выдѣляютъ, въ видѣ «боковыхъ цѣпей», лишь вещество, которое въ соединеніи съ глобулиномъ крови пріобрѣтаетъ склеивающія свойства («агглютиноглобулинъ»). На процессъ склеиванія *Asakawa* смотритъ, какъ на актъ чисто физическій. Для производства пробы *Vidal'я As.* совѣтуетъ не ставить смѣсь эмульсіи микробовъ съ сывороткой въ термостатъ при $37^0$, а подвергать ее замораживанію; лишь только жидкость замерзнетъ, ее медленно оттаиваютъ, при чемъ склеиваніе наступаетъ очень явственно; въ то время, когда наблюденіе процесса склеиванія въ термостатѣ требуетъ нѣсколькихъ часовъ, при этихъ условіяхъ результатъ получается уже по истеченіи 15 минутъ (Zeitschrift für Hygiene, т. 45). *Ѳ. Скшиванъ.*

**Фармакологія.** 163. О *новомъ снотворномъ средствѣ изопралъ* (Isopral) д-ръ *Urstein* (Heideberg) сообщаетъ слѣдующее. По своему химическому составу (трихлоризопропилалкоголь) это соединеніе родственно хлоралгидрату и представляетъ кристаллическій порошокъ съ камфорообразнымъ запахомъ и ароматическимъ, слегка щиплющимъ вкусомъ; растворяется легко въ водѣ, спиртѣ и эѳирѣ. Изопралъ легко всасывается, и большая

[1]) Подъ-отдѣлъ городской медицины IX Пироговскаго Съѣзда, заслушавъ докладъ, постановилъ: Существующая врачебно-санитарная организація Петербурга не достигаетъ цѣлей оздоровленія города, не соотвѣтствуетъ основнымъ началамъ, выработаннымъ VIII Съѣздомъ и нуждается въ коренномъ пересмотрѣ съ точки зрѣнія этихъ началъ. *А. Р.*

Digitized by Google

часть его въ неизмѣненномъ видѣ обращается по всему организму и выдѣляется съ мочей въ видѣ парнаго соединенія съ гликуроновой кислотой. Дается онъ обыкновенно по 0,5 или 0,75 грм. на пріемъ, при чемъ въ случаѣ необходимости это количество можетъ быть увеличено до 2,0. Въ легкихъ случаяхъ безсонницы черезъ $^1/_4$—$^1/_2$ часа послѣ пріема 0,5 грм. препарата наступаетъ нормальный сонъ, продолжающійся 6—$10^1/_2$ час.; при тяжелой безсонницѣ или состояніи сильнаго возбужденія сонъ наступаетъ лишь черезъ 1—2 часа. Авторъ испробовалъ изопралъ при различныхъ формахъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней и получалъ всегда хорошее дѣйствіе, за исключеніемъ лишь случаевъ очень сильнаго возбужденія, гдѣ приходилось прибѣгать къ очень большимъ пріемамъ (2 грм.) и гдѣ иногда и такіе пріемы не достигали цѣли. Но въ этихъ случаяхъ и другія снотворныя средства также оказывались безсильными. Неблагопріятныхъ побочныхъ дѣйствій авторъ не наблюдалъ. Противопоказанъ изопралъ, какъ и всѣ другія хлоръ-содержащія снотворныя, при болѣзняхъ сердца и сосудовъ (Therapie der Gegenwart, февраль). *А.К.*

164. *Labadie-Lagrave* и *M. Rollini* изложили свои наблюденія надъ новымъ лѣкарственнымъ средствомъ—*іодистымъ (іодисто-водороднымъ) кодеиномъ въ примѣненіи его при заболѣваніяхъ бронхъ и легкихъ* (эмфиземѣ, бронхитѣ и бугорчаткѣ). Означенное соединеніе представляетъ желтые иглистые кристаллы, растворимые въ холодной водѣ 1:60 и въ кипящей—1:3. Оно не должно давать красчаго окрашиванія при прибавленіи хлороформа, бензина и углесѣры, указывающаго на содержаніе свободнаго іода. Іодистый кодеинъ обладаетъ лѣчебными свойствами своихъ обѣихъ составныхъ частей: помимо оказываемаго имъ, по содержанію кодеина, подавляющаго на кашель дѣйствія, онъ вліяетъ разрѣшающимъ и обеззараживающимъ образомъ на отдѣляемое легкихъ при всѣхъ вышеназванныхъ заболѣваніяхъ. Іодистый кодеинъ употребляется въ видѣ сиропа, (0,04 грм. на 20,0), пріемы котораго можно доводить до 5 чайныхъ ложекъ въ день, въ пилюляхъ по 0,01, или въ видѣ подкожнаго впрыскиванія (0,01 на 1 куб. стм.); прибавленіе его (въ количествѣ 0,03 къ 3%-мъ растворамъ) дѣйствуетъ болеутоляющимъ образомъ при лѣченіи сифилиса подкожными впрыскиваніями іодистаго калія (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, № 27). *А.*

**Физіологическая химія.** 165. Д-ръ *K. Glaessner*'у удалось *изслѣдовать сокъ, полученный изъ нормальной поджелудочной железы человѣка.*

Одной больной, страдавшей тяжелой желтухой, сдѣлана была операція, во время которой обнаруживалось, что желчный протокъ былъ закрытъ рубцомъ, оставшимся отъ гнойника въ стѣнкѣ 12-перстной кишки; при этомъ никакихъ осложненій со стороны самой поджелудочной железы или другихъ сосѣднихъ органовъ не было. Въ видахъ болѣе успѣшнаго заживленія операціонной раны въ протокъ поджелудочной железы пришлось вставить дренажную трубочку, черезъ которую и вытекалъ нормальный сокъ поджелудочной железы. Такимъ образомъ послѣдній собирался *Glaessner*'омъ при такихъ же условіяхъ, какія искусственно создаются у животныхъ путемъ образованія соотвѣтствующаго свища.

Изслѣдованіе сока, полученнаго указаннымъ образомъ, привело автора къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1) у человѣка сокъ поджелудочной железы выдѣляется ежедневно въ количествѣ 500 — 800 к. стм.; 2) въ сокѣ этомъ трипсинъ содержится не въ готовомъ видѣ, а въ видѣ профермента, который приводится въ дѣятельное состояніе кишечнымъ сокомъ; 3) дѣйствіе діастатическаго бродила и бродила расщепляющаго жиры значительно усиливается подъ вліяніемъ желчи и кишечнаго сока или одного кишечнаго сока; крахмалъ разлагается при этомъ до мальтозы, которая распадается дальше подъ вліяніемъ кишечнаго сока; на молочный и тростниковый сахаръ сокъ поджелудочной железы не дѣйствуетъ; 4) количество сока, содержащихся въ немъ бродилъ и степень его щелочности бываютъ наименьшія при пустомъ желудкѣ; вскорѣ послѣ пріема пищи онѣ повышаются, одновременно достигаютъ, около 4-го часа послѣ ѣды, своей высшей точки, чтобы упасть къ 8-му часу (*Hoppe-Seyler*'s Zeitschrift für physiologische Chemie, т. XL, тетр. 5 und 6). *И. Назаровъ.*

**Бактеріологія.** 166. *Дѣйствіе химическихъ обеззараживающихъ веществъ на бактеріи* ограничивается, какъ извѣстно, тѣмъ, что образующійся свертокъ бѣлка препятствуетъ болѣе глубокому проникaнію обеззараживающаго вещества. Дѣйствуя на поверхность комка бактерій, обеззараживающее средство не проникаетъ въ его середину. Если нейтрализовать, по окончаніи обеззараживанія, обеззараживающее вещество, а остающемуся осадку бактерій обезпечить условія наилучшаго роста, то, какъ указываетъ *Schumburg*, можно убѣдиться, что даже наши обиходныя обеззараживающія средства—сулема (1 : 1000), карболовая кислота (5 : 100), при дѣйствіи въ жидкой средѣ на эмульсіи бактерій холеры, тифа и стафилококка, даже при $^3/_4$-часовомъ дѣйствіи, не всегда убиваютъ ихъ (Zeitschrift für Hygiene, т. 45). *С.*

167. *H. Kayser* описываетъ случай смѣшаннаго зараженія, въ которомъ при изслѣдованіи крови найдены стафилококки, а изъ испражненій выдѣлена тифозная палочка. Болѣзнь протекала клинически, какъ брюшной тифъ съ возвратомъ, между тѣмъ реакція *Vidal*'я въ началѣ не получалась и стала ясной лишь во время возврата. Стараясь объяснить отсутствіе реакціи *Vidal*'я въ началѣ заболѣванія въ данномъ случаѣ, *Kayser* поставилъ опыты съ вызываніемъ невоспріимчивости у кроликовъ смѣшанными разводками тифа и стафилококка, при чемъ оказалось, что *присутствіе стафилококка* въ впрыскиваемой разводкѣ *понижало склеивающую силу сыворотки* кроликовъ *по отношенію къ тифознымъ палочкамъ* (Archiv für Hygiene, т. 48). *Скшиванъ.*

**Гигіэна.** 168. Желая выяснить *причины исчезновенія болотной лихорадки* въ гор. Germersheim'ѣ (Баварія), д-ръ *Pulstinger* прослѣдилъ по статистическому матеріалу ходъ этой болѣзни за время съ 1854 г. по 1901 г. и изучалъ вліяніе различныхъ санитарно-гигіэническихъ мѣропріятій и перемѣны другихъ условій на заболѣваемость. Въ результатѣ своихъ изслѣдованій онъ пришелъ къ заключенію, что главными причинами, способствовавшими уменьшенію заболѣваемости болотной лихорадкой, были: регулированіе русла рѣки (Рейна) и устройство правильнаго дренажа почвы. Начавшееся съ 1870 г. лѣченіе болѣзни большими пріемами хинина способствовало окончательному ея исчезновенію. Въ настоящее время Germersheim считается однимъ изъ наиболѣе здоровыхъ городовъ Баваріи. При своихъ изслѣдованіяхъ авторъ убѣдился также въ томъ, что производство земляныхъ работъ въ большихъ размѣрахъ весьма значительно усиливаетъ заболѣваемость и что исчезновенію болотной лихорадки въ Germersheim'ѣ способствовало и то, что въ послѣднее время не производилось никакихъ крупныхъ земляныхъ работъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 5). *К.*

**Внутреннія болѣзни.** 169. Д-ръ *Schiele* (Naumburg) предлагаетъ *при ракѣ пищевода*, чтобы поддержать питаніе больныхъ, *вводить имъ желудочный зондъ à demeure.* Въ одномъ изъ своихъ случаевъ, гдѣ было сильное съуженіе пищевода раковой опухолью, помѣщавшейся у самаго входа въ желудокъ, онъ выполнилъ это такъ: кусокъ дренажной трубки, длиною въ 30 стм., со многими боковыми отверстіями былъ снизу завязанъ кэтгутомъ для того, чтобы дать точку опоры проводнику, при помощи котораго этотъ кусокъ трубки былъ введенъ въ желудокъ. Чрезъ верхній конецъ трубки при помощи иголки была протянута длинная нитка, свободные концы которой завязывались у задняго коренного зуба, при чемъ нитка не натягивалась, а лежала въ полости рта дов. свободно, чтобы при движеніяхъ языка не вытягивалась за нитку дренажная трубка изъ съуженнаго мѣста. Если у больного нѣтъ зубовъ, за которые можно было бы прикрѣпить нитку, то концы ея можно провести черезъ носъ и завязать спереди. Вслѣдствіе глотательныхъ движеній трубка обыкновенно проталкивается все глубже и глубже и, если она спускается слишкомъ глубоко, то больной это чувствуетъ и можетъ за нитку опять приподнять ее кверху. Если бы нитка оторвалась и трубка проскользнула въ желудокъ, то въ этомъ, по мнѣнію автора, большой бѣды еще нѣтъ. Больной автора могъ черезъ описанный дренажъ принимать не только всякій густой супъ, но и разжеванный су-

Digitized by Google

харь, яичницу и жидкую кашицу. Онъ носилъ его безъ всякихъ жалобъ 5 дней подъ рядъ и мѣнялъ по прошествіи этого промежутка времени только потому, что каждый разъ воображалъ, что уже настолько поправился, что можетъ обходиться безъ дренажа. Въ общемъ онъ чувствовалъ себя гораздо лучше, чѣмъ больные послѣ гастростоміи, потому что онъ чувствовалъ свой желудокъ на обычномъ мѣстѣ, а, такъ какъ его не оперировали, то надежда на излѣченіе была гораздо сильнѣе, чѣмъ у больныхъ послѣ операціи. И для врача такой способъ поддерживанія питанія больныхъ пріятнѣе, такъ какъ нѣтъ надобности опасаться за нарушеніе непроницаемости свищевого хода и гораздо легче поддерживать въ больныхъ надежду на излѣченіе (Münchener medicinische Wochenschrift, № 6).

170. Д-ра *Prettin* и *Leibkind* (изъ больницы проф. *Schmidt*'а въ Dresden'ѣ) поставили себѣ задачей выяснить, *можетъ-ли ремесло стеклодува обусловить развитіе легочной эмфиземы*. По принятой почти во всѣхъ учебникахъ (*Liebermeister*'а) легочная эмфизема происходитъ главнымъ образомъ оттого, что при кашлевыхъ толчкахъ (при коклюшѣ, бронхіальныхъ катаррахъ или при дутьѣ) въ грудной полости развивается вслѣдствіе затрудненнаго выхода воздуха высокое давленіе, вызывающее сильное растяженіе легочныхъ пузырьковъ; если такое растяженіе повторяется часто, то легочная ткань постепенно теряетъ свою упругость, и легочные пузырьки остаются растянутыми. До послѣдняго времени, однако, вѣрность этой теоріи не была подтверждена систематическими изслѣдованіями. *Fischer* первый въ 1902 г. сообщилъ свои изслѣдованія надъ 500 военными трубачами, у которыхъ по самому роду ихъ занятій, по теоріи *Liebermeister*'а, легочная эмфизема должна была-бы встрѣчаться чаще, чѣмъ у другихъ; между тѣмъ, вопреки ожиданію, *ни у одного* изъ изслѣдованныхъ, не смотря на то, что среди нихъ были и люди преклоннаго возраста, онъ не могъ найти сколько-нибудь ясно выраженной эмфиземы легкихъ. *Prettin* и *Leibkind* изслѣдовали въ этомъ направленіи 230 стеклодувовъ, выбирая лишь тѣхъ изъ нихъ, которые занимаются этимъ дѣломъ не менѣе 10 лѣтъ; болѣе $^1/_2$ изслѣдованныхъ занимались выдуваніемъ стекла не менѣе 20 лѣтъ, а многіе 30—50 лѣтъ. 218 изъ нихъ были въ возрастѣ 25—50 л., а 12—51—62 л. Изъ всѣхъ изслѣдованныхъ легочная эмфизема найдена только у 5, при чемъ 2 были въ возрастѣ 40—50 л., а 3 50—60 л. Пнейматометрическія изслѣдованія показали, что у всѣхъ стеклодувовъ внутригрудное давленіе значительно повышено. На основаніи своихъ изслѣдованій авторы приходятъ къ заключенію, что ремесло стеклодува само по себѣ не обусловливаетъ развитіе легочной эмфиземы; если у очень немногихъ изъ изслѣдованныхъ и найдена была эта болѣзнь, то она, по всей вѣроятности, вызвана была не однимъ только постояннымъ растяженіемъ легочной ткани, а вліяніемъ и другихъ вредныхъ условій этого ремесла, какъ, напр., вдыханія пыли и сажи, частыхъ простудъ, слѣдствіемъ которыхъ являются хроническіе бронхиты. Фактъ, что эмфизема часто наблюдается при хроническихъ бронхитахъ, авторы признаютъ неоспоримымъ; но условіемъ, способствующимъ развитію ея, слѣдуетъ считать не одни частые кашлевые толчки, а и воспалительныя или другія измѣненія легочной ткани, можетъ быть, также и прирожденныя неправильности (Habitus emphysematosus). При изслѣдованіяхъ легкихъ у стеклодувовъ авторы обращали также вниманіе на частоту легочной бугорчатки и нашли ее у 20% изслѣдованныхъ. Они думаютъ, что, помимо вредныхъ условій самой работы, распространеніе этой болѣзни среди стеклодувовъ способствуетъ зараженіе черезъ ротъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 6).

171. Проф. *S. Pal* описалъ *случай веннаго шума въ области правой легочной верхушки, происходившаго въ непарной венѣ (v. azygos)*.

Приведя подробную исторію болѣзни 60-лѣтней женщины, страдавшей явленіями хронической бугорчатки обоихъ легкихъ съ эмфизематознымъ расширеніемъ ихъ и бугорчатковымъ пропитываніемъ лимфатическихъ железъ и подвергавшейся неоднократнымъ припадкамъ безпорядочной дѣятельности сердца (tachycardia), авторъ разобралъ клиническія данныя, устанавливавшія возможное образованіе вышеназваннаго веннаго шума вслѣдствіе сдавленія непарной вены ложными перепонками. Этотъ сосудистый шумъ былъ своеобразно музыкаленъ, длителенъ, протяженъ, совпадалъ съ систолою сердца, не измѣнялся отъ дыханія; при явленіяхъ сердечной слабости онъ утихалъ почти до полнаго исчезновенія; главнымъ же образомъ онъ слышался въ надлопаточной области подлѣ позвоночника и спереди—надъ и подъ ключицею. Вскрытіе, подтвердивъ въ общемъ клиническое распознаваніе бугорчатковаго процесса въ легкихъ и железахъ, установило недостаточность 2-створчатой заслонки, явленія атрофіи сердца, печени, селезенки и почекъ и распространенныя прирощенія легкихъ; послѣднія наблюдались главнымъ образомъ въ томъ мѣстѣ, гдѣ непарная вена впадаетъ дугою въ нижнюю полую и сдавливала первую, вызывая, вѣроятно, тѣмъ наблюдавшійся при жизни больной сосудистый шумъ. Между расположенными въ этихъ сращеніяхъ (ложныхъ перепонкахъ) многочисленными, различной величины, весьма плотными, черноватыми лимфатическими железами проходили тонкіе отдѣльные пучечки сочувственнаго нерва, раздраженіемъ котораго, можетъ быть, и обусловливались тѣ явленія tachycardi'и, которыя наступали у больной приступами, такъ какъ для обычнаго въ такихъ случаяхъ раздраженія блуждающаго нерва никакихъ особыхъ условій установить было нельзя (Centralblatt für innere Medicin, № 28). *Г. А.*

**Хирургическія болѣзни.** 172. Д-ръ *Levison* описываетъ *очень интересный случай изсѣченія селезенки при болѣзни Banti*.

Больной, 27 л., дважды (за 5 лѣтъ и за 4 года до поступленія) страдалъ приступами кровавой рвоты. Въ послѣдній годъ кровотеченіе изъ желудка повторилось нѣсколько разъ, съ особенной силой за 2 дня до поступленія. Поступилъ въ состояніи сильнѣйшаго малокровія. Изслѣдованіе крови обнаружило 30% красящаго вещества, 5000 бѣлыхъ, 2500000 красныхъ кровяныхъ шариковъ. Селезенка и печень сильно увеличены; въ брюшной полости—жидкость; вены живота расширены. Проколомъ изъ полости брюшины выпущено 3 литра жидкости. Послѣ прокола вновь накопившаяся жидкость разсосалась сама собой. Мало по малу количество красящаго вещества крови дошло до 40%, число бѣлыхъ шариковъ упало до 1550, число красныхъ поднялось до 3500000. Кожа больного приняла бронзовый оттѣнокъ. Рѣшено удалить селезенку. Послѣ удаленія ея общее состояніе больного стало быстро улучшаться, и, не смотря на присоединившуюся (черезъ мѣсяцъ послѣ операціи) закупорку правой внутренней яремной, подключичной и безымянной венъ (сильныя боли, опухоль на шеѣ и на рукѣ наводили мысль на гнойникъ, но операція обнаружила закупорку венъ не разложившеюся пробкою, которая изъ яремной вены была удалена, а вена перевязана, 2 другія вены оставлены нетронутыми) наступило полное выздоровленіе. Составъ крови сталъ почти нормальнымъ (красящаго вещества 96%); окраска кожи исчезла (Annals of Surgery, 1903, ноябрь). *Б. Финкельштейнъ.*

173. *Д-ръ Bloodgood* описываетъ *случай кишечной непроходимости послѣ операціи свободной паховой грыжи*.

Больной, 50 л., оперированъ по *Bassini*. Грыжа—паховая, прямая, лѣвосторонняя, существовала много лѣтъ; грыжевой мѣшокъ у шейки окруженъ былъ плотнымъ соединительно-тканнымъ рубцомъ. Послѣ операціи—сильная, непрерывная рвота. На слѣдующій день—рвота съ каловымъ запахомъ; животъ вздулся; печеночная тупость исчезла, число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ поднялось до 16000. 2-ая операція черезъ 56 час. послѣ 1-ой. Найдено ущемленіе тощей кишки въ *Treitz*'овой ямкѣ (fossa duodenojejunalis). Ущемленіе расправлено. Выздоровленіе.

Авторъ полагаетъ, что петля ущемилась подъ вліяніемъ сильной рвоты. Увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ до 12000—1500 служитъ, по автору, однимъ изъ постоянныхъ признаковъ при кишечной непроходимости. Увеличеніе числа ихъ до 25000—35000 указываетъ уже на присоединившееся омертвѣніе кишки resp. воспаленіе брюшины (Annals of Surgery. 1903, декабрь). *Б. Ф.*

174. Д-ръ *Murray* описываетъ *случай очень рѣдкаго самороднаго расширенія толстыхъ кишекъ*.

Мальчикъ, 4 л., отъ рожденія страдалъ запорами и вздутіемъ живота. На низъ не ходилъ по недѣлямъ. Въ послѣднее время вздутіе и растяженіе живота достигли громадныхъ размѣровъ; кишечникъ, не смотря на обильныя промывательныя, работалъ очень вяло. Предположено ущемленіе или съуженіе тонкихъ кишекъ. Въ прямой кишкѣ съуженія не было; въ толстыя кишки можно было влить свыше 1000 к. стм. жидкости. Черезъ брюшные покровы были видны перистальтическія движенія кишекъ. Чревосѣченіе обнаружило, что вся брюшная полость занята была крайне растянутыми толстыми кишками отъ слѣпой до S-образной; наиболѣе растянута была поперечная ободочная кишка. Нигдѣ не было замѣтно ни тяжей, ни съуженія просвѣта, которыми можно было-бы объяснить растяженіе выше лежащихъ толстыхъ кишекъ. Поперечникъ растянутыхъ кишекъ равнялся 6 дюймамъ. Давленіемъ на растянутыя кишки удалось опорожнить ихъ отъ содержимаго, вылившагося черезъ трубку, введенную въ прямую кишку. Рана зашита. Въ виду возобновленія припадковъ кишечной непроходимости сдѣлана 2-ая операція (черезъ 2 мѣсяца). Изсѣчена поперечная, низходящая ободочная и S-образная кишка. Полное выздоровленіе.

Авторъ объясняетъ самородное расширеніе врожден-

Digitized by Google

нымъ недостаточнымъ развитіемъ мышечнаго слоя кишекъ (Annals of Surgery 1903, ноябрь). *Б. Финкельштейнъ:*

175. На послѣднемъ Съѣздѣ американскихъ врачей проф. *Mikulicz* прочиталъ докладъ о *хирургіи поджелудочной железы.* За послѣдніе 12 лѣтъ авторъ наблюдалъ 60 случаевъ изъ этой области. Въ 30 случаяхъ поджелудочная железа была поражена вслѣдствіе перехода на нее раковаго новообразованія желудка. Указавъ на трудность достигнуть глубоко лежащей и прикрытой многими брюшными органами поджелудочной железы, на неопредѣленность и шаткость распознавательныхъ данныхъ, на тяжесть самого страданія, авторъ отмѣтилъ физіологическія и анатомическія особенности органа, заключающіяся въ богатствѣ его сосудами, вслѣдствіе чего остановка кровотеченія изъ поджелудочной железы представляетъ громадныя трудности, а перевязка сосудовъ en masse влечетъ за собой частичное ея омертвѣніе. Не смотря на перевязку сосудовъ, въ брюшную полость попадаетъ кровь и сокъ железы, препятствующіе образованію брюшныхъ сращеній и благопріятствующіе вторичному кровотеченію, которое оказывалось нерѣдко роковымъ осложненіемъ для больныхъ, благополучно перенесшихъ операцію. Еще бо́льшая опасность обусловливается попаданіемъ сока изъ поврежденной железы въ брюшную полость. Клиническими наблюденіями и опытами на животныхъ доказано, что сокъ железы вызываетъ жировое омертвѣніе и воспаленіе брюшины. Между прочимъ, предсказаніе при операціяхъ на желудкѣ сильно ухудшается, если попутно затронута и поджелудочная железа. На 91 случай изсѣченія желудка безъ пораженія поджелудочной железы изъ оперированныхъ умерли 25 (27, 5%); на 30 случаевъ, гдѣ пришлось или освобождать опухоль отъ сращеній съ поджелудочной железой, или удалять изъ поджелудочной железы лимфатическія железы, или изсѣкать частично саму железу, изъ оперированныхъ умерли отъ воспаленія брюшины 21 (70%). Поэтому, по какому-бы поводу ни дѣлать операціи, непремѣнно слѣдуетъ обезопасить брюшную полость отъ попаданія въ нее поджелудочнаго сока путемъ-ли сшиванія сывороточнаго покрова, или отведенія сока наружу тампонами. Смертность въ случаяхъ, гдѣ при остромъ заболѣваніи поджелудочной железы былъ устроенъ дренажъ, равна 38%, въ случаяхъ-же безъ дренажа 80%. Заболѣванія железы, подлежащія хирургическому лѣченію, распадаются на 3 группы: а) раненія resp. травмы, б) воспалительныя заболѣванія и в) новообразованія. При раненіяхъ преслѣдуются 2 цѣли: остановка кровотеченія и защита брюшной полости отъ поджелудочнаго сока. Распознаваніе и обнаруженіе ранъ (какъ рѣзаныхъ, такъ и огнестрѣльныхъ) очень трудно. Въ литературѣ авторъ нашелъ 45 такихъ случаевъ: въ 21 (12 огнестрѣльныхъ и 9 колоторѣзаныхъ ранъ) было открытое раненіе, въ 24—подкожная травма. Изъ 12 больныхъ съ огнестрѣльными ранами оперированы 5; выздоровѣли 3. Всѣ 7 неоперированныхъ умерли. Всѣ 9 больныхъ колоторѣзаными ранами оперированы, при чемъ 8 выздоровѣли (NB. Въ 7 случаяхъ было не раненіе, а только выпаденіе железы). Изъ 24 больныхъ съ подкожными травмами 13 неоперированныхъ умерли всѣ, изъ 11 оперированныхъ выздоровѣли 7. Операція состояла въ обнаженіи и тампонадѣ поврежденнаго участка железы. Нужно имѣть въ виду что, по крайней мѣрѣ, въ $^1/_4$ случаевъ мѣшетчатыя опухоли железы—травматическаго происхожденія.—Воспаленія железы бываютъ острыми, подострыми и затяжными. Острыя воспаленія нерѣдко являются слѣдствіями травмы, resp. зараженія со стороны желчныхъ путей очень часто и 12-перстной кишки, сопровождаются кровоизліяніемъ въ забрюшинную клѣтчатку, жировымъ омертвѣніемъ и иногда омертвѣніемъ железы. Острое воспаленіе, представляющее, подобно обыкновенной флегмонѣ, различныя переходныя ступени отъ простого набуханія до нарыва, подлежатъ оперативному лѣченію, при чемъ медлить и ждать образованія нарыва не слѣдуетъ, ибо больные могутъ погибнуть въ самомъ началѣ болѣзни отъ отравленія бродилами железы, воспаленія брюшины, распространенія воспаленія resp. нагноенія по клѣтчаткѣ, лимфатическимъ путямъ и венамъ. % выздоровленій небольшой: изъ 46 оперированныхъ выздоровѣли 9. Клинически острое воспаленіе протекаетъ либо какъ воспаленіе брюшины, либо какъ кишечная непроходимость. Поэтому почти всегда распознаваніе бываетъ ошибочное, а операція (отыскиваніе причины предполагаемой непроходимости resp. воспаленія брюшины) черезчуръ травматична, тогда какъ при правильномъ распознаваніи она сводится къ обнаженію железы resp. вскрытію нерва и тампонадѣ. При подостромъ и затяжномъ воспаленіяхъ, напоминающихъ иногда по теченію ракъ и очень часто связанныхъ съ заболѣваніями желчныхъ путей, операція (удаленіе камня изъ желчнаго и поджелудочнаго протоковъ, наложеніе желчнаго свища, образованіе соустія между желчнымъ пузыремъ и кишками) даетъ хорошіе результаты: изъ 36 оперированныхъ выздоровѣли 30.—Въ заключеніе проф. *Mikulicz* приводитъ результаты собственныхъ 30 операцій. Въ 10 была типичная мѣшетчатая опухоль поджелудочной железы. Всѣ 10 оперированныхъ (въ 2 случаяхъ сдѣлано вылущеніе, въ 8—разрѣзъ и дренажъ) выздоровѣли. Въ 1 случаѣ было громадное кровоизліяніе въ железѣ травматическаго происхожденія. Послѣ чревосѣченія и дренажа выздоровленіе. У 4-хъ больныхъ было подострое воспаленіе; 3 выздоровѣли, 1 умеръ. Въ 15 случаяхъ было злокачественное новообразованіе, при чемъ 7 разъ было сдѣлано пробное чревосѣченіе, 5 разъ наложено соустіе между желчнымъ пузыремъ и кишками (въ 1 сл. смерть, въ 4 временное улучшеніе), въ 1 сл. образовано желудочно-кишечное соустіе по поводу сдавленія 12-перстной кишки опухолью, въ 1 размягченная опухоль, принятая за мѣшетчатую, дренирована, въ 1 вылущена опухоль головки поджелудочной железы. 3 послѣднихъ больные умерли. Въ концѣ статьи проф. *Mikulicz* приводитъ описаніе очень интереснаго случая *остраго воспаленія поджелудочной железы.* Больной былъ оперированъ не авторомъ, а д-ромъ *Porter*'омъ (Massachusetts).

Больной, 36 л., за годъ перенесъ приступъ острой боли въ подложечной области. За мѣсяцъ развилась легкая желтуха; 2 дня назадъ появилась внезапная жестокая боль подъ ложечкой и въ правой подвздошной области, сопровождавшаяся сильнѣйшей рвотой. Животъ умѣренно вздутъ; въ подложечной области сильнѣйшая болѣзненность и напряженіе мышцъ. 38°; пульсъ 100; въ брюшной полости свободная жидкость. Чревосѣченіе. Выпущено значительное количество буровато-красной жидкости. Въ брюшной полости—множественныя гнѣзда жирового омертвѣнія. Поджелудочная железа сильно увеличена, напряжена, отечна. Проведенъ разрѣзъ черезъ брыжейку поперечной ободочной кишки въ толщу самой железы. Дренажъ. Выздоровленіе. Появившійся въ мочѣ сахаръ вскорѣ исчезъ. Спустя 2 мѣсяца, въ виду возобновленія болей въ подложечной области, вторичное чревосѣченіе. Въ головкѣ поджелудочной железы найдено гнѣздо размягченія. Оно было вскрыто и выскоблено. Выздоровленіе, не смотря на присоединившееся воспаленіе легкихъ (Annals of Surgery, 1903 г. іюль). *Б. К. Финкельштейнъ.*

176. Д-ръ *Woolsey* описываетъ *3 случая успѣшной операціи по поводу остраго заболѣванія поджелудочной железы.*

1. Больная—24 л. За 3 дня почувствовала сильнѣйшія боли въ подложечной области, сопровождавшіяся рвотою и запоромъ. Черезъ 24 часа—сильная боль въ правой подвздошной области; животъ вздутъ, болѣзненъ. Операція (черезъ 3 дня послѣ начала приступа). Въ брюшной полости значительное количество темно-бурой жидкости. Въ маломъ и большомъ сальникахъ очаги жирового омертвѣнія. Поджелудочная железа увеличена и плотна на ощупь. Тампонъ въ брюшную полость; частичный шовъ на рану. Медленное выздоровленіе. Число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ день операціи 39000.

2. Больной—32 л., пьяница. Въ день поступленія жестокія боли въ животѣ и рвота; животъ растянутъ, напряженъ, болѣзненъ, особенно въ подложечной и подреберной областяхъ; пульсъ слабый, частый. Операція черезъ 12 часовъ послѣ начала приступа. Поджелудочная железа найдена плотной, увеличенной. Въ брюшной полости небольшое количество жидкости. Жирового омертвѣнія не было. Тампонада. Выздоровленіе.

3. Больной—29 л., пьяница. Въ день поступленія сильныя боли въ подложечной области и рвота. Въ мочѣ много сахара. Бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ 26000. Улучшеніе отъ выжидательнаго лѣченія. Сахаръ въ мочѣ исчезъ. Спустя, однако, 10 дней—явленія разлитого воспаленія брюшины. Операція на 11-ый день отъ начала приступа. Въ брюшной полости много вонючей, гнойной жидкости. Поджелудочная железа сильно увеличена. Промываніе брюшной полости и тампонада. Медленное выздоровленіе.

Авторъ высказывается за раннюю операцію въ острыхъ случаяхъ, которая сводится къ удаленію жидкости изъ брюшной полости и тампонадѣ (Annals of Surgery, 1903 г. ноябрь). *Б. Финкельштейнъ.*

Digitized by Google

**Глазныя болѣзни.** 177. Д-ръ *Казасъ* сообщаетъ *случай частичной закупорки* (эмболіи) *центральной артеріи сѣтчатки съ исходомъ въ выздоровленіе*—послѣ прокола роговой оболочки.

У 16-лѣтней горничной, замѣтившей внезапную потерю зрѣнія на лѣвомъ глазу, изслѣдованіе, произведенное недѣлю спустя, показало на этомъ глазу остроту зрѣнія въ $^4/_{70}$, при полномъ выпаденіи $^3/_4$ изъ верхней $^1/_2$ поля зрѣнія, а на днѣ глаза замѣчалось нитевидное съуженіе артерій въ центральныхъ ихъ частяхъ, при чемъ и сосокъ зрительнаго нерва, и желтое пятно, и вся область сѣтчатки между ними и книзу были отечны, по серединѣ-же желтаго пятна виднѣлось характерное пятнышко малиноваго цвѣта. Черезъ 3 дня, въ виду дальнѣйшаго пониженія зрѣнія до $^2/_{100}$, сдѣланъ былъ копьевиднымъ ножомъ проколъ роговицы въ наружно-нижней ея $^1/_4$. На 3-й день послѣ операціи зрѣніе поднялось до $^5/_{10}$, при чемъ явленія малокровія на днѣ глаза уменьшились и сосокъ зрительнаго нерва выступалъ рѣзче, а черезъ мѣсяцъ, послѣ 12 втираній сѣрой ртутной мази, назначенныхъ для ускоренія всасыванія сѣтчаточнаго пропитыванія, получилось нормальное зрѣніе, и дно глаза, за исключеніемъ темнокоричневаго пятна съ бѣловатыми точками и полосками въ области желтаго пятна, не представляло никакихъ уклоненій отъ нормы (Вѣстникъ офталмологіи, ноябрь—декабрь). *R.*

178. *M. Salzmann* наблюдалъ *случай отрыва зрительнаго нерва (evulsio n. optici) на мѣстѣ его входа въ глазное яблоко*, у 17-лѣтняго юноши, выстрѣлившаго себѣ въ правый високъ.

Изслѣдованіе глазнымъ зеркаломъ, произведенное черезъ 10 дней, обнаружило въ правомъ глазу, на мѣстѣ соска, круглое отверстіе съ грязнокрасноватымъ дномъ, при бѣловатомъ помутнѣніи сѣтчатки вокругъ отверстія. Сосудовъ на мѣстѣ отверстія не было, въ остальныхъ же частяхъ глазного дна они имѣли нормальный видъ. Помимо того, этотъ глазъ, на который больной, конечно, совершенно ослѣпъ, былъ мало подвиженъ, особенно кнаружи и кверху, соединительная его оболочка была отечна, въ передней камерѣ имѣлось немного крови и зрачекъ былъ сильно расширенъ; вѣки были отечны и покрыты кровоподтеками на правомъ глазу, какъ и на лѣвомъ, на которомъ замѣчались еще и кровоизліянія въ соединительной оболочкѣ, глубокихъ-же поврежденій не произошло. При дальнѣйшемъ теченіи количество кровоизліяній на сѣтчаткѣ праваго глаза увеличилось; появились кровоизліянія и въ стекловидномъ тѣлѣ, въ отверстіи же на мѣстѣ соска дно постепенно сѣрѣло, а глубина отверстія черезъ мѣсяцъ уменьшилась на $^1/_3$ (раньше она равнялась 4 млм., о чемъ можно было судить по разницѣ въ преломленіи на краю и днѣ отверстія, равнявшейся 12 D).

Въ литературѣ авторъ подобныхъ случаевъ собралъ 7. Къ нимъ нужно прибавить и особенно рѣдкій и печальный случай отрыва *обоихъ* зрительныхъ нервовъ, обнародованный недавно *Н. В. Гагаринымъ* изъ Петербургской Глазной лѣчебницы (Русскій Врачъ, 1903, стр. 1725) (Zeitschrift für Augenheilkunde, май 1903; Вѣстникъ офталмологіи, ноябрь—декабрь). *Р. Кацъ.*

179. Ч. пр. *Ф. Ф. Рымовичъ* произвелъ въ Казанскомъ бактеріологическомъ Институтѣ рядъ опытовъ на кроликахъ по вопросу о *сывороточномъ лѣченіи зараженія глаза послѣ извлеченія катарактъ.* Наиболѣе частымъ возбудителемъ означеннаго осложненія является пнеймококкъ; но, за отсутствіемъ у автора соотвѣтствующей сыворотки, онъ производилъ свои опыты съ цѣпекокомъ и цѣпекокковой сывороткой. Опыты производились троякаго рода: 1) испытывалось лѣченіе непроникающихъ ранъ роговицы, зараженныхъ цѣпекоккомъ, 2) дѣйствіе сыворотки изслѣдовалось при зараженіи передней камеры и 3) испытывалось лѣченіе зараженныхъ ранъ роговицы послѣ извлеченія катаракты. Въ каждой изъ этихъ группъ изслѣдовалось какъ лѣчебное, такъ и предупреждающее дѣйствіе сыворотки. Въ большинствѣ опытовъ примѣнялась сыворотка изъ *Pasteur*'овскаго Института и лишь въ нѣсколькихъ случаяхъ употреблена была сыворотка отъ Института экспериментальной медицины; существенной разницы въ дѣйствіи этихъ сыворотокъ не было замѣчено. Результаты, полученные авторомъ, вполнѣ, въ общемъ, доказываютъ предохранительное дѣйствіе сыворотки. Что же касается лѣчебнаго ея дѣйствія, то въ полной мѣрѣ оно обнаружилось при непроникающихъ ранахъ роговицы, при чемъ, однако-же, требовалось въ 3—5 разъ большее количество сыворотки, чѣмъ для предохранительнаго дѣйствія. Успѣхъ получался и при зараженіи цѣпекоккомъ проникающихъ ранъ роговицы послѣ извлеченія катаракты, но лишь въ томъ случаѣ, когда сывороточное лѣченіе начиналось во-время, пока зараза не перешла на переднюю камеру, либо въ болѣе глубокія части глаза: противъ внутриглазного зараженія цѣпекоккомъ сывороточное лѣченіе, по наблюденіямъ автора, совершенно безсильно (Вѣстникъ офталмологіи, іюль—октябрь). *Р. Кацъ.*

180. Д-ръ *Я. Варшавскій* сообщаетъ о *профессіональныхъ поврежденіяхъ глазъ на нефтяныхъ промыслахъ* Балахано-Сабунчинскаго района (близь Баку). Въ означенномъ нефтяномъ участкѣ насчитывается свыше 20000 рабочихъ, занятыхъ частью въ механическихъ мастерскихъ, частью буреніемъ и тартаніемъ скважинъ (выкачиваніемъ нефти изъ скважинъ). Изъ этого числа рабочихъ 602 чел. обратились въ 1899 г. въ глазное отдѣленіе мѣстной Промысловой больницы съ поврежденіемъ глазъ, что на общее число обращавшихся въ томъ же году съ болѣзнями глазъ (2108) составляло 28,5%; а въ 1900 г. на 2007 больныхъ глазами было 538 съ поврежденіями глазъ, т. е. 27,3%. Столь высокій % поврежденій глазъ, по автору, объясняется въ значительной степени недостаточностью, а въ иныхъ мѣстахъ и полнымъ отсутствіемъ предохранительныхъ приспособленій. «Типы очковъ, распространенные въ большинствѣ въ промысловыхъ мастерскихъ, на столько примитивны и плохи, что весьма понятно большое отвращеніе рабочихъ къ этого рода очкамъ». Поэтому авторъ настаиваетъ на предоставленіи всѣмъ рабочимъ наиболѣе подходящихъ очковъ. Помимо того, онъ считаетъ необходимой «энергичную и разумную борьбу заводской администраціи съ небрежностью, равнодушіемъ и подчасъ невѣжественностью рабочихъ». [1]) Наибольшій % поврежденій давали рабочіе изъ промысловыхъ мастерскихъ (54,5% по отношенію ко всѣмъ глазнымъ больнымъ), при чемъ чаще всего поврежденія наступали у чеканщиковъ (87,5%), а за ними слѣдовали токари (69%), слесаря (60%), кузнецы (55,8%), котельщики (52%) и литейщики. Среди работающихъ уже въ собственно нефтяномъ промыслѣ оказалось съ поврежденіями глазъ лишь 16%, при чемъ наибольшее число поврежденій отмѣчено у ключниковъ и помощниковъ буровыхъ мастеровъ, равно какъ и у чернорабочихъ, а наименьшее — у тартальщиковъ. По отношенію къ числу рабочихъ эта разница въ рискѣ для глазъ выступаетъ еще рѣзче: на каждые 100 изъ 4404 чел., работавшихъ (въ 1899 г.), въ мастерскихъ, приходилось почти 9 увѣчныхъ, а среди 10074 чел., работавшихъ въ буровыхъ скважинахъ, увѣчныхъ было лишь 2%. Наиболѣе частой формой увѣчій являлись поврежденія инородными тѣлами, въ особенности осколками желѣза, чугуна и стали, при чемъ чаще всего осколки попадали въ глаза токарямъ по металлу, затѣмъ чеканщикамъ, слесарямъ, машинистамъ и котельщикамъ; кузнецамъ и молотобойцамъ осколки попадали въ глаза почти въ $2^1/_2$ раза рѣже, чѣмъ токарямъ и слесарямъ. Чаще всего осколки застрѣвали въ роговицѣ (около 75%), внутрь же глаза изъ 377 осколковъ проникло 11, т. е. 3%. Изъ прочихъ поврежденій глазъ первое мѣсто по частотѣ занимали пропитыванія и ссадины на роговицѣ (48 случаевъ или 8% всѣхъ поврежденій), а затѣмъ слѣдовали ушибы глазного яблока (5%); рѣже всего встрѣчались проникающія раны бѣлочной оболочки. Изъ общаго числа 562 поврежденій, случившихся у 538 чел., 496 (90%) кончились полнымъ выздоровленіемъ, а 56 (10%) у 56 рабочихъ повели къ порчѣ зрѣнія, при чемъ у 21 чел. глазъ сохранилъ довольно сносное зрѣніе, у 15 сохранилась форма глаза и свѣтоощущеніе, а у 20 (3,6%) глазъ былъ окончательно потерянъ (отъ панофтальмита, иридоциклита и пр.). Для поврежденій, окончившихся полнымъ выздоровленіемъ, средняя продолжительность лѣченія равнялась 3 днямъ (1511 нерабочихъ дней на 516 поврежденій); при пораненіяхъ-же, нанесшихъ извѣстный вредъ зрѣнію, средняя продолжительность лѣченія была 37,5 дней (1727 нерабочихъ дней на 46 случаевъ поврежденія). Само собою понятно, что частичная потеря работоспособности отъ поврежденія глазъ наблюдалась

[1]) Необходимо и еще кое-что. Кромѣ защитительныхъ очковъ, необходимы и санитарный надворъ за мастерскими, и цѣлый рядъ другихъ предохранительныхъ приспособленій; а кромѣ борьбы, необходима еще и забота о матеріальной нуждѣ рабочаго, весьма нерѣдко лежащей въ основѣ его небрежности и равнодушія, о недостаточныхъ размѣрахъ его заработка, заставляющихъ его сбрасывать стѣснительные очки и рисковать глазами ради большей скорости работы. *Р. К.*

Digitized by Google

значительно чаще среди работающихъ въ механическихъ мастерскихъ, чѣмъ въ буровыхъ скважинахъ: среди первыхъ такихъ случаевъ было 30 (0, 6%), а среди вторыхъ—25, т. е. 0,2% по отношенію ко всему числу рабочихъ (Вѣстникъ офтальмологіи, іюль—октябрь). *Р. Кацъ.*

**Дѣтскія болѣзни.** 181. Д-ръ *П. П. Михайловъ* описываетъ *случай ангіомы печени у ребенка.*

М. Ш., 3 мѣс., поступила 14/VI 1899 г. въ хирургическое отдѣленіе Московской дѣтской больницы св. Ольги по поводу громадныхъ сосудистыхъ образованій въ области обѣихъ околоушныхъ железъ. Родилась съ красными пятнами на щекахъ, на мѣстѣ коихъ быстро образовались 2 опухоли. При рожденіи-же были замѣчены ярко-красныя пятна на слизистой оболочкѣ губъ и языка. Наслѣдственности въ этомъ отношеніи нѣтъ.—Слабый, истощенный ребенокъ. Течь изъ обоихъ ушей. Въ области обѣихъ околоушныхъ железъ 2 припухлости—справа меньшая, слѣва большая. Средина поверхности припухлостей занята дольчатыми ярко-красными возвышеніями. На поверхности опухоли чрезъ кожу просвѣчиваютъ капилляры. Такія-же сосудистыя опухоли были и въ ротовой полости. Опухоли на ощупь мягки, упруги и безболѣзненны. Біенія нѣтъ. 22/VII дѣвочка заболѣла тяжелымъ желудочно-кишечнымъ катарромъ, который и свелъ ее въ могилу. Вскрытіе (*В. А. Колли*): Печень тускла; на верхней поверхности правой ея доли замѣтно разлитое, желтоватое пятно съ разбросанными красными островками. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ пораженныхъ участковъ печени оказалось, что главной составной частью здѣсь была волокнистая соединительная ткань, которая образовывала пещеристыя пространства, выстланныя эндотеліемъ и наполненныя кровью. Въ остальныхъ мѣстахъ отмѣчено было только клѣточковое пропитываніе, въ центрѣ коего находились омертвѣвшіе узелки, подвергнувшіеся стекловидному перерожденію. Такое пропитываніе, по мнѣнію проф. *М. Н. Никифорова*, должно быть отнесена насчетъ сифилиса и указываетъ, что и при вторичныхъ явленіяхъ врожденнаго сифилиса печень рано бываетъ затронута этимъ процессомъ (Дѣтская Медицина, № 6, 1903). *С. Островскій.*

182. Проф. *Н. Я. Чистовичъ* и ж.-вр. *О. А. Шестакова* изучали *морфологическія измѣненія крови при краснухѣ.* Въ клиникѣ заразныхъ болѣзней съ краснухой находились 4 воспитанника в.-фельдшерской школы и 9 воспитанниковъ пріюта Общества Бѣлаго Креста для офицерскихъ дѣтей. У всѣхъ болѣзнь обнаружилась сходными явленіями. Предвѣстниковыя явленія выразились небольшимъ насморкомъ и кашлемъ безъ измѣненія самочувствія и замѣтнаго лихорадочнаго состоянія. Высыпаніе у всѣхъ произошло быстро, блѣднорозовыми не сливающимися пятнышками, величиной въ чечевицу. У всѣхъ при поступленіи были небольшія катарральныя пораженія зѣва, носа и соединительныхъ оболочекъ и небольшой кашель. У 6 было отмѣчено припуханіе лимфатическихъ железъ. Сыпь быстро поблѣднѣла, и дѣти всѣ поправились безъ осложненій. Діазореакціи у однихъ не получилось, у нѣкоторыхъ она была, но слабая. У большинства уже была ранѣе корь. Кровь изслѣдована была у 4 воспитанниковъ пріюта, при чемъ былъ найденъ у нихъ или нормальный морфологическій составъ крови, или небольшой лейкоцитозъ, происшедшій на счетъ многоядерныхъ нейтрофиловъ; не наблюдалось ни гиполейкоцитоза, ни уменьшенія числа эозинофиловъ (что наблюдается при кори). Такимъ образомъ, кровь краснушныхъ представляетъ нѣкоторыя отличія отъ крови коревыхъ, но столь нерѣзкія, что очень возможно, что отличія эти обусловливаются не столько специфическими особенностями того и другого контагія, сколько разницей въ ихъ силѣ (Врачебная Газета, № 1). *С. О.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ дѣтскихъ болѣзней.** (Продолженіе. См. выше, № 7, стр. 256). (Отчетъ *С. Э. Островскаго*). Соединенное засѣданіе съ отдѣломъ внутреннихъ болѣзней 10-го января. Почетный предсѣдатель ч. пр. *А. А. Кисель.*

Ч. пр. *Р. А. Петерсъ* (Петербургъ). *Новый способъ лѣченія тетаніи, тетаническихъ и истерическихъ судорогъ.*

По поводу доклада высказались *П. Катель-Аршавская*, *П. П. Михайловъ* и *А. А. Кисель.*

*К. А. Раухфусъ* (Петербургъ). *О парадоксальныхъ явленіяхъ при постукиваніи грудной клѣтки.* При наличности плейритическаго выпота, достигающаго уровня 8—9-го позвонка, а тѣмъ болѣе заходящаго выше, постоянно наблюдается слѣдующее парадоксальное явленіе: на здоровой сторонѣ грудной клѣтки, у самаго позвоночника, получается притупленіе звука и соотвѣтствующее ему осязательное ощущеніе усиленнаго сопротивленія (резистенціи), и эта область парадоксальнаго притупленія имѣетъ форму прямоугольнаго 3-угольника, основаніе котораго совпадаетъ съ нижнимъ краемъ здороваго легкаго, между тѣмъ какъ гипотенуза начинается ниже уровня выпота, а иногда и доходитъ до него и спускается къ наружному концу основной линіи, образуя при томъ нерѣдко линію, слегка изогнутую кнаружи. Высота и основаніе 3-угольника, а тѣмъ самымъ и его величина, пропорціональны величинѣ выпота, высотѣ его уровня. Высота этого 3-угольника всегда больше основанія, безъ правильныхъ отношеній одной величины къ другой, но высота болѣе чутко слѣдуетъ за уровнемъ выпота, чѣмъ длина основной линіи. Величина 3-угольника этого возлѣпозвоночниковаго (паравертебральнаго) притупленія мѣняется совершенно параллельно съ величиною выпота и такъ чутко слѣдуетъ за ея колебаніями, что даетъ о ней болѣе точное представленіе, чѣмъ одновременныя колебанія смѣщенія сердца, опредѣляемыя на передней сторонѣ грудной клѣтки. Въ этомъ можно убѣдиться особенно отчетливо при опорожненіи части выпота и при новомъ его наростаніи. Данныя выслушиванія на мѣстѣ возлѣпозвоночниковаго притупленія, клиническія наблюденія, а равно и результаты вскрытія показываютъ, что на мѣстѣ этого притупленія легкое совершенно здорово и содержаніе воздуха въ немъ нормальное. Этимъ оно рѣзко отличается отъ притупленія, найденнаго *Jürgensen*'омъ при фибринозной пнеймоніи нижней доли, на другой сторонѣ задней поверхности грудной клѣтки, и отъ притупленія въ области задней части нижней доли лѣваго легкаго при большихъ перикардіальныхъ выпотахъ. Оба эти явленія объясняются авторами съеживаніемъ (ретракціей), ателектазами и гипостазомъ. Относительно перикардіальнаго выпота докладчикъ допускаетъ и другое объясненіе (по крайней мѣрѣ на дѣтской грудной клѣткѣ); это—прямое вліяніе приближающейся къ задней стѣнкѣ грудной клѣтки, растянутой выпотомъ околосердечной сумки. Докладчикъ считаетъ это явленіе *постояннымъ* при всякаго рода свободныхъ плейритическихъ выпотахъ, за исключеніемъ осумкованныхъ, не прилегающихъ къ позвоночнику и не вліяющихъ замѣтнымъ образомъ на смѣщеніе средостѣнія, какъ и междольчатыхъ, затѣмъ простыхъ, хотя и толстыхъ, фибринозныхъ налетовъ. Но, если эти налеты являются слѣдствіемъ сывороточно-фибринозныхъ выпотовъ, то возлѣпозвоночниковое притупленіе сохраняется, хотя и измѣняется и уменьшается при наступленіи съуживаній грудной клѣтки и особенно при возвращеніи сердца въ нормальное положеніе. Парадоксальное притупленіе докладчикъ наблюдаетъ уже 2 десятка лѣтъ слишкомъ; за все это время, на большомъ матеріалѣ, оно служило ему цѣннымъ и вѣрнымъ указателемъ присутствія плейритическаго выпота; оно также наблюдается при pyo-и hydropneumothorax'ѣ и послѣ опорожненія плейритическаго выпота торакотоміей, если остается еще немного выпота и даже при наличности незначительныхъ остатковъ. За послѣднее время нѣсколько случаевъ фибринозной пнеймоніи указали докладчику на возможность присутствія парадоксальнаго притупленія меньшаго объема, немного другой формы и далеко не столь яснаго, какъ при плейритическихъ выпотахъ, такъ что онъ началъ осторожно относиться къ своему до тѣхъ поръ установившемуся взгляду, что оно, между прочимъ, имѣетъ рѣшающее отличительно-распознавательное значеніе. Пока не выяснится дѣло дальнѣйшими наблюденіями, онъ считалъ-бы отсутствіе возлѣпозвоночниковаго притупленія (по крайней мѣрѣ у дѣтей, до 15 л.—предѣла его наблюденій) *вѣскимъ* даннымъ, говорящимъ противъ наличности свободнаго плейритическаго выпота, достигающимъ уровня 9-го позвонка, но допустилъ-бы возможность подобнаго, но менѣе яснаго, парадоксальнаго притупленія при фибринозномъ воспаленіи при сплошномъ инфильтратѣ нижней доли. Онъ оговаривается, однако, что тѣ рѣдкіе случаи, гдѣ эта возможность встрѣчалась, окончились выздоровленіемъ, и, слѣд., контроля анатомическаго не было относительно наличности плейритическихъ налетовъ и

Digitized by Google

спаекъ—явленіе, которое должно вызывать интересъ при попыткѣ теоретическаго объясненія. Теоретическое объясненіе возлѣпозвоночниковаго притупленія занимаетъ докладчика уже очень давно, но лишь въ началѣ прошлаго года, когда онъ собралъ случаи плейритическихъ выпотовъ послѣдняго времени, онъ задался выяснить это явленіе опытами на трупахъ. До того постоянство взаимныхъ отношеній парадоксальнаго притупленія со смѣщеніемъ средостѣнія (сердца) наводило его на мысль, что дѣло имѣется съ глубокимъ притупленіемъ, вызваннымъ смѣщеннымъ сердцемъ; звуковая область дѣйствія толчка при постукиваніи, если даже и придерживаться очень осторожныхъ общихъ показаній *Weil'я*, могла-бы простираться съ задней поверхности грудной клѣтки до смѣщеннаго сердца, если принять во вниманіе размѣры у дѣтей и нѣжность костнаго остова; сравненіе на свѣтописныхъ снимкахъ и рисункахъ проэкціи смѣщеннаго сердца на заднюю стѣнку грудной клѣтки показываетъ такое совпаденіе съ 3-угольникомъ парадоксальнаго притупленія, особенно при колебаніяхъ въ высотѣ выпота, чѣмъ предположеніе докладчика подтверждается наглядно. При опытахъ на трупахъ онъ убѣдился, что смѣщеніе сердца при вливаніи жидкости въ полость плейры слишкомъ незначительно; необходимо, кромѣ того, выдѣлить вліяніе этого смѣщенія отъ вліянія самого выпота на измѣненіе звука и осязательнаго ощущенія при постукиваніи другой стороны грудной клѣтки. Докладчикъ легко достигъ значительнаго смѣщенія сердца введеніемъ толстаго прямого катетера черезъ яремную вену въ правое предсердіе и дальше въ правый желудочекъ; этимъ простымъ способомъ можно дать сердцу любое положеніе, не нарушая прочихъ условій въ грудной клѣткѣ, можно смѣстить сердце вправо или влѣво до подмышковой линіи. Дѣйствіе на звукъ при постукиваніи изображено на предъявленныхъ рисункахъ; оно не вполнѣ соотвѣтствуетъ по величинѣ, но вполнѣ соотвѣтствуетъ по формѣ 3-угольника тому, что имѣется при плейритическихъ выпотахъ; если соединить отведеніе сердца въ сторону (важно для правильности опыта придерживаться передней стѣнки грудной клѣтки) съ вливаніемъ воды, то получается какъ разъ то, что наблюдается на больныхъ при наличности плейритическаго выпота. Одно вливаніе даетъ неясную по очертанію фигуру, и тутъ является то неудобство, что легкое на трупѣ такъ плохо уступаетъ давленію жидкости, что вода не наполняетъ прежде всего въ значительной степени нижнюю часть полости плейры, какъ плейритическій выпотъ на живомъ при съуживаніи легкаго, и скоро поднимается между поверхностью легкаго и грудной стѣнкой. Докладчикъ устроилъ дов. простой приборъ, позволяющій сосредоточить большее или меньшее скопленіе воды на любомъ мѣстѣ полости плейры, думая, что этимъ путемъ можно будетъ выяснить и другіе теоретическіе вопросы постукиванія. Но, къ сожалѣнію, трупъ, годный для такихъ опытовъ, получить очень трудно: рѣдко встрѣчаются нормальныя легкія съ обѣихъ сторонъ, а ателектазы и гипостазы, наступающія передъ смертью, также мѣшаютъ точной постановкѣ опыта. Теоретическіе выводы изъ клиническихъ наблюденій докладчика и его опытовъ на трупахъ слѣдующіе. Описанное возлѣпозвоночниковое притупленіе обусловливается 2-мя обстоятельствами: 1) смѣщеніемъ средостѣнія, наступающимъ, какъ извѣстно, очень рано, задолго до появленія положительнаго давленія выпота—отсюда глубокая тупость сердца, опредѣляемая на задней стѣнкѣ грудной клѣтки, и 2) самимъ выпотомъ, съуживающимъ звуковую (и осязательную) область дѣйствія выстукивающаго толчка, распространяющагося при нормальныхъ условіяхъ и на другую сторону посредствомъ позвонковъ и реберъ. Легко выяснить чертежемъ, что при условіи наличности плейритическаго выпота возлѣпозвоночниковое притупленіе должно имѣть 3-угольную форму. На вопросъ, почему выпотъ даетъ постоянно возлѣпозвоночниковое притупленіе, а легочный инфильтратъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ, и то большей частью неясно, возможенъ слѣдующій отвѣтъ: инфильтратъ не такъ тѣсно прилегаетъ къ реберной плейрѣ, оплотнѣніе рѣдко бываетъ безусловно сплошное, однородное, безъ примѣси воздуха въ альвеолахъ и въ бронхахъ, и безъ наличности менѣе оплотненныхъ островковъ; поэтому и его дѣйствіе на уменьшеніе звуковой области выстукивающаго толчка менѣе рѣзкое, чѣмъ при выпотѣ. Конечно, безусловно сплошной инфильтратъ, плотно спаянный съ реберной плейрой, можетъ дать парадоксальное притупленіе; но ему будетъ недоставать для законченности смѣщенія средостѣнія.

Проф. *А. М. Левинъ* спросилъ докладчика, одинаково-ли часто и рѣзко бываетъ выражено возлѣпозвоночниковое притупленіе на здоровой сторонѣ при право- и лѣвостороннихъ плейритахъ? Получивъ утвердительный отвѣтъ, проф. *Л.* высказалъ мнѣніе, что это обстоятельство говоритъ противъ значенія глубокаго притупленія сердца, какъ причины возлѣпозвоночниковаго притупленія, ибо при лѣвостороннихъ плейритахъ сердце смѣщается не только вправо, но и *назадъ*, и, слѣд., приближается къ задней грудной стѣнкѣ гораздо больше, чѣмъ при правостороннемъ плейритѣ. Поэтому, если-бы возлѣпозвоночниковое притупленіе здоровой стороны при плейритахъ зависѣло въ сколько-нибудь значительной степени отъ смѣщенія сердца, то оно было бы чаще и рѣзче выражено при лѣвостороннихъ выпотахъ.

*П. І. Козловскій*: Въ Петербургской Маріинской больницѣ я обращалъ вниманіе на то, что нѣтъ-ли подобнаго-же притупленія при выпотныхъ плейритахъ какъ съ правой, такъ и съ лѣвой стороны, и замѣчалъ всегда на противоположной сторонѣ выпота характерный 3-угольникъ. Послѣдній при выпусканіи жидкости понижается. Замѣчу, что возлѣпозвоночниковое заглушеніе, правда очень неясно, наблюдалось и при фибринозной пнеймоніи.

Ч. пр. *А. А. Кисель*: Нельзя не отмѣтить крайняго интереса сообщенія. Каждый новый признакъ является весьма цѣннымъ, потому что, особенно у маленькихъ дѣтей, мы нерѣдко испытываемъ большія затрудненія при распознаваніи плейритовъ. Въ іюнѣ 1903 г. до меня дошла вѣсть о новомъ увлеченіи докладчика этимъ вопросомъ. Я рѣшилъ тотчасъ-же провѣрить его наблюденія. Къ сожалѣнію, я не подготовился, не зная, что этотъ вопросъ будетъ разбираться. Въ общемъ у меня накопилось около 30 наблюденій, при чемъ я постоянно находилъ возлѣпозвоночниковое притупленіе. Отъ имени обоихъ отдѣловъ позволяю себѣ выразить привѣтствіе неутомимому и постоянно юному работнику на научной нивѣ *К. А. Раухфусу*.

Докладчикъ былъ награжденъ дружными рукоплесканіями.

[Считаю долгомъ замѣтить, что при обсужденіи этого доклада въ Обществѣ дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ въ засѣданіи 30 апрѣля 1903 г. (о чемъ я, къ сожалѣнію, не могъ своевременно передать, за неимѣніемъ матеріала) были сдѣланы слѣдующія замѣчанія:

*В. М. Кернигъ*: Послѣ того, какъ *К. А.* сообщилъ мнѣ за нѣкоторое время до настоящаго доклада о найденномъ имъ признакѣ и показалъ его на взросломъ больномъ въ Обуховской больницѣ, я въ нѣсколькихъ десяткахъ случаевъ могъ съ очевидностью убѣдиться въ существованіи околопозвоночниковаго заглушенія при плейритическомъ одностороннемъ выпотѣ и исчезаніи его при удаленіи выпота. Въ 1 только случаѣ этого заглушенія не было, но проколъ далъ положительный результатъ, а черезъ нѣсколько дней появилось и возлѣпозвоночниковое заглушеніе, исчезнувшее при удаленіи 1500 к. стм. жидкости. Несомнѣнно, что указанный *К. А.* признакъ является фактически лишь при выпотахъ, такъ какъ самое тщательное постукиваніе вдоль позвоночника у взрослыхъ въ нормѣ, въ чемъ я убѣдился, даетъ ясный легочный звукъ, т. е., ни отростки позвонковъ, ни мышцы не имѣютъ значенія въ появленіи заглушенія. Возлѣпозвоночниковое заглушеніе является, безспорно, цѣннымъ признакомъ, такъ какъ бываютъ случаи пнеймоніи, гдѣ затруднительно поставить распознаваніе.

Проф. *Д. А. Соколовъ*: Наблюдали-ли Вы случаи, гдѣ не было смѣщенія сердца, а возлѣпозвоночниковое заглушеніе было, такъ какъ является предположеніе, не вліяетъ-ли смѣщеніе сердца на появленіе заглушенія?

*И. А. Шабадъ* спросилъ, наблюдалось-ли заглушеніе и при небольшихъ выпотахъ, а также и при пнеймоніяхъ?

*Докладчикъ*: Я помню нѣсколько случаевъ, въ которыхъ возлѣпозвоночниковое заглушеніе было и при небольшихъ выпотахъ, но никогда не наблюдалъ его при воспаленіяхъ легкихъ.

*А. Д. Зотовъ* спросилъ, наблюдался-ли этотъ признакъ при мѣшетчатыхъ плейритахъ.

*Докладчикъ*: Такихъ случаевъ у меня не было.—*С. О.*]

Ч. пр. *А. А. Руссовъ* (Петербургъ). ***Брюшной тифъ у дѣтей.*** Матеріаломъ послужили 1034 случая брюшного тифа, лично докладчикомъ прослѣженныхъ въ теченіи 10 лѣтъ въ терапевтическомъ отдѣленіи дѣтской больницы пр. П. Ольденбургскаго. Каждый случай имѣетъ кривую температуры, пульса, дыханія, вѣса тѣла; на этой таблицѣ обозначены измѣненія органовъ, какъ-то: увеличеніе печени, селезенки, реакція, количество мочи и главныхъ составныхъ частей ея, количество бѣлка; условными знаками обозначены кашель, рвота, поносъ, тифозное и безсознательное состояніе больного, средняя температура дня, а съ 1897 г. реакція *Widal-Gruber'а* и діазореакція *Ehrlich'а*. Всѣ тифы докладчикъ раздѣляетъ на 4 группы: обрывные (абортивные), легкіе, средніе и тяжелые.

Digitized by Google

| Года | обрывной | легкій | средній | тяжелый | итогъ | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Формы тифовъ: | | | | | |
| 1894 | — | 7 | 9 | 28 | 44 | 4,8 |
| 1895 | 4 | 6 | 24 | 44 | 78 | 3,8 |
| 1896 | 8 | 44 | 60 | 58 | 170 | 1,1 |
| 1897 | 2 | 28 | 48 | 62 | 140 | 2,2 |
| 1898 | 7 | 37 | 49 | 66 | 159 | 0,6 |
| 1899 | 3 | 23 | 40 | 51 | 117 | 5,0 |
| 1900 | 2 | 23 | 24 | 38 | 87 | 3,3 |
| 1901 | 5 | 18 | 51 | 51 | 125 | 2,3 |
| 1902 | 6 | 16 | 26 | 24 | 72 | 2,7 |
| 1903 | — | 14 | 9 | 19 | 42 | — |
| | 37 | 216 | 340 | 441 | 1034 | |
| | 3,6% | 20% | 33% | 42% | | |

По возрасту больные распредѣлялись такъ: отъ рожденія до 3 л. было 8 (5 съ тяжелыми, 2 со средними и 1 съ легкой формой) 0,6%, отъ 3—11 л. 763 (64,1%) и отъ 11—15 л. 263 (25,3%). Самый ранній возрастъ—1 г. 5 м. Сила тифозной заразы, выражаясь числомъ трудныхъ тифовъ, увеличивается съ возрастомъ: отъ 3—7 л.—31% трудныхъ тифовъ, отъ 7—11 л.—43% и отъ 11—14 л.—44%. Дѣвочки болѣли тифомъ чаще мальчиковъ, въ отношеніи 57%:36%; по силѣ заразы:

| | трудныхъ | среднихъ | легкихъ | обрывныхъ | сумма |
|---|---|---|---|---|---|
| мальчики | 172 | 128 | 86 | 13 | 399 |
| дѣвочки | 226 | 177 | 100 | 18 | 521 |

52,3% тифовъ выпадаютъ на осень и зиму (съ августа по январь); съ января по май включительно—35,3%, и дальше они затихаютъ на 1—2 мѣсяца; слѣд., причина дѣйствуетъ постоянно (незначительно ослабѣвая въ лѣтніе мѣсяцы), осенью она осложняется сыростью, дождями, затхлымъ гнилымъ воздухомъ подваловъ и угловъ, попадая въ тѣло дѣтей органами дыханія. За 10 лѣтъ докладчикъ видѣлъ въ больницѣ 1 случай зараженія тифомъ: дѣвочка, 11 л., перенесшая дифтерію и ревматизмъ и пробывшая въ отдѣленіи 4 мѣсяца, заразилась тифомъ отъ больныхъ сосѣднихъ тифозныхъ палатъ. Начало брюшного тифа протекаетъ дома, и рѣдко приходится наблюдать болѣзнь въ ступени наростанія лихорадки; тѣмъ не менѣе собираніемъ анамнеза и температурными данными у дѣтей школьнаго возраста, особенно казенныхъ заведеній, школъ, пріютовъ, частныхъ пансіоновъ, изъ которыхъ въ возрастѣ 8—10 л. 25% рано доставляются въ больницу, докладчику удалось составить ясное представленіе о ступени наростанія и о томъ, на какой день болѣзни больные поступаютъ въ больницу; среднимъ числомъ, больные поступаютъ на 4—5-й дни. Періодъ наростанія лихорадки длится немного меньше, чѣмъ у взрослыхъ, и зависитъ отъ силы заразы. Періодъ постоянной лихорадки длится, среднимъ числомъ для всѣхъ формъ тифа, 7 дней (отъ 3—13), но для отдѣльныхъ видовъ представляетъ слѣдующія данныя:

| Тифы: | обрывной | легкій | средній | тяжелый |
|---|---|---|---|---|
| среднія цифры: | 3,3 дня | 4,9 | 6,8 | 12 |
| отъ — до: | 1,6—5 дней | 2,2—8,1 | 3,8—15 | 4,5—24 |

Температура въ періодѣ высоты въ трудныхъ тифахъ держалась между 39,2° утромъ и 40,3° вечеромъ:

| | наивысшая температура | наименьшая | средняя |
|---|---|---|---|
| трудный тифъ | 40,9 (5 дней) | 39,1 | 39,6 |
| средній | 40,8 (5 » ) | 38,4 | 39,0 |
| легкій | 40,0 (3 дня) | 38,3 | 38,7 |
| обрывной | 39,4 (3 » ) | 37,8 | 38,4 |

Періодъ паденія лихорадки длится среднимъ числомъ 5 дней, но онъ въ разныхъ тифахъ различенъ; такъ

| тифы: | обрывной | легкій | средній | тяжелый |
|---|---|---|---|---|
| среднее: | 2,7 дней | 4,1 | 5,8 | 6,5 |
| отъ—до: | 4,1—41 | 2,5—9,5 | 2,7—12,3 | 3,5—21 |

Періодъ выздоровленія длится для всѣхъ тифовъ въ среднемъ 9,4 дня (5—17).

| Тифы: | обрывной | легкій | средній | тяжелый |
|---|---|---|---|---|
| среднее: | 4,7 дня | 8,9 | 10,4 | 13,6 |
| отъ—до: | 4—6,5 | 5—15,5 | 5,2—19,1 | 6—27,8 |

Сопровождающая этотъ періодъ температура держится около 37,5°, падая до 36,3°, а иногда и до 35,5°. Соединяя вышеприведенныя среднія цифры для разныхъ формъ тифа, получаемъ представленіе о ихъ силѣ и продолжительности.

| Тифы: | обрывной | легкій | средній | тяжелый |
|---|---|---|---|---|
| наростаніе | 2 дня | 2 | 2 | 4 |
| высота | 3,3 | 5 | 6,8 | 12 |
| паденіе | 2,7 | 4,1 | 5,8 | 6,5 |
| выздоровленіе | 4,7 | 9 | 10,4 | 13,6 |
| | 12,7 | 20,1 | 25 | 36,1 |
| отъ—до: | 8—17,7 | 10,7—36 | 11,7—50,4 | 16—77 дней. |

Опуханіе селезенки отмѣчено при обрывныхъ тифахъ въ 7—8%, при легкихъ въ 72%, при среднихъ въ 83% и при тяжелыхъ въ 87%. Увеличеніе печени наблюдалось въ 66%, розеола—въ 53% (въ тяжелыхъ случаяхъ она была почти всегда). Бронхитъ отмѣченъ въ 46% всѣхъ тифовъ, поносъ въ 31%, тифозное состояніе въ 44%. Нервное состояніе, сопровождаемое потерей сознанія, докладчикъ наблюдалъ въ 41% трудныхъ тифовъ, въ 16% среднихъ и 6 разъ въ легкихъ. Большею частью оно развивалось постепенно изъ тифознаго состоянія при большой селезенкѣ, съ частыми (12—20 разъ), непроизвольными, очень скудными по количеству, зловонными испражненіями, при сильной слабости сердца, съ однимъ 2-мъ звукомъ на аортѣ, съ ослабленными глухими звуками у верхушки сердца, съ напряженнымъ, очень частымъ пульсомъ. Діазореакція *Ehrlich*'а получена въ 66%, начиная съ 4-го дня, но рѣзче всего съ 8—10-го дня. Реакція *Widal*'я получена въ 48% (опредѣлялась на 12-й день). Пораженіе уха наблюдалось въ 78% тифовъ. Возвратовъ было 25 (2,4%); они появлялись на 10—12 дни безлихорадочнаго состоянія. Смертность равна 2,5% (въ 20 случаяхъ отъ 4—10 лѣтъ, въ 7 сл. отъ 11—13 л.). Лѣченіе примѣнялось діэтетическое и припадочное.

По поводу доклада сдѣлали замѣчанія *П. Катель-Аршавская* *М. Я. Брейтманъ*, проф. *А. М. Левинъ* и *А. А. Кисель*.

*(Окончаніе слѣдуетъ.)*

**Отдѣлъ внутреннихъ болѣзней.** (Отчетъ *Don Miguel*'я). (Продолженіе. См. выше, № 7, стр. 255). Засѣданіе 7-го января. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ проф. *С. В. Левашевъ* (Одесса).

*С. Т. Савельевъ* (Петербургъ). *О вліяніи подкожныхъ впрыскиваній адреналина на кровь и о невоспріимчивости къ нему.* (Экспериментальное изслѣдованіе). Выводы: 1. 0,002 и 0,004 адреналина на 1 кило вѣса оказываютъ токсическое, скоропреходящее дѣйствіе, а 0,006 и выше на 1 кило вызываютъ смерть. 2. Однократное впрыскиваніе несмертельныхъ количествъ вызываетъ послѣ небольшого алейкоцитоза уже черезъ 1 часъ значительный гиперлейкоцитозъ, достигающій maximum'а къ 3—3½ час. 3. Однократное впрыскиваніе смертельныхъ количествъ вызываетъ паденіе общаго числа бѣлыхъ тѣлецъ, увеличивающееся до самой смерти. 4. При повторныхъ впрыскиваніяхъ несмертельныхъ количествъ каждый разъ наблюдается гиперлейкоцитозъ, при чемъ послѣ многократныхъ впрыскиваній онъ можетъ оставаться и болѣе 24 час., тогда какъ при однократныхъ лейкоцитозъ къ этому времени сглаживается. 5. Алейкоцитозъ и гиперлейкоцитозъ совершается всегда главнымъ образомъ на счетъ псейдоэозинофиловъ (у кролика), при чемъ и %-ное, и безотносительное отношеніе ихъ возростаетъ; %-ное отношеніе лимфоцитовъ при алейкоцитозѣ повышается, при гиперлейкоцитозѣ падаетъ, безотносительное-же ихъ число почти не измѣняется или измѣняется очень мало; тоже касается одноядерныхъ бѣлыхъ тѣлецъ и переходныхъ формъ, то какой-либо законности въ колебаніяхъ ихъ замѣтить не удалось. 6. Однократныя и многократныя впрыскиванія несмертельныхъ и однократныя—смертельныхъ количествъ не оказываютъ замѣтнаго вліянія на количество красныхъ шариковъ и уд. вѣсъ крови. 7. Количество гэмоглобина во многихъ случаяхъ послѣ перваго впрыскиванія малыхъ количествъ понижается. 8. При повторныхъ впрыскиваніяхъ несмертельныхъ малыхъ количествъ съ постепеннымъ увеличеніемъ послѣднихъ повышается общее количество бѣлыхъ тѣлецъ. 9. Во всѣхъ рѣшительно случаяхъ послѣ каждаго впрыскиванія даже малыхъ количествъ вѣсъ тѣла черезъ сутки падаетъ, чтобы на слѣдующій день вновь возрасти до начальныхъ цифръ; паденіе это бываетъ въ 10—50 грм., а въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ доходить до 100 грм. 10. Температура тѣла при впрыскиваніяхъ несмертельныхъ количествъ падаетъ въ теченіи 2—3 часовъ иногда до 3° и затѣмъ вновь повышается. Каждое послѣдующее впрыскиваніе одинаковыхъ количествъ понижаетъ температуру, но всегда слабѣе, чѣмъ въ предыдущіе разы. При впрыскиваніяхъ количествъ смертельныхъ температура прогрессивно падаетъ ниже 35° Ц. 11. Во всѣхъ случаяхъ гиперлейкоцитоза таковой насту-

Digitized by Google

паетъ за $^1/_2$—1 часъ раньше повышенія упавшей въ періодъ алейкоцитоза температуры тѣла. 12. Послѣ каждаго впрыскиванія наступаетъ одышка и судороги сосудовъ ушей, проявляющіеся съ каждымъ новымъ впрыскиваніемъ все слабѣе и слабѣе, при чемъ они могутъ даже и не проявляться, но съ слѣдующимъ увеличеніемъ впрыскиваемаго количества вновь наступаютъ. 13. Во всѣхъ случаяхъ многократныхъ впрыскиваній адреналина рано или поздно на мѣстахъ впрыскиваній наступала мѣстная реакція—облысѣніе участка кожи и омертвѣніе. 14. Стойкой невоспріимчивости, т. е. способности переносить количество адреналина, во много разъ превосходящее смертельное, получить не удалось, такъ какъ животныя погибали большею частью отъ малокровія. 15. Сыворотка кроликовъ, у которыхъ вызывалась невоспріимчивость повторными впрыскиваніями малыхъ, постепенно увеличиваемыхъ, количествъ адреналина, обладаетъ, по видимому, вызывающими невоспріимчивость свойствами.

Ч. пр. *В. Е. Предтеченскій* (Москва): Адреналинъ есть вещество, сильно дѣйствующее на сосудистую систему. Вы получили колебанія въ числѣ бѣлыхъ тѣлецъ. Является вопросъ: зависѣлъ-ли лейкоцитозъ отъ неравномѣрнаго распредѣленія кровяныхъ шариковъ въ сосудахъ (перемѣщеніе послѣднихъ къ периферіи), что болѣе вѣроятно, или отъ безусловнаго увеличенія ихъ числа въ организмѣ? Этотъ вопросъ можно рѣшить, изслѣдуя кровь при опытахъ съ адреналиномъ какъ въ периферическихъ, такъ и въ центральныхъ сосудахъ.

*Докладчикъ:* Я не изслѣдовалъ внутренніе сосуды. Число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ не было измѣнено.

*А. Е. Селиновъ* [Петербургъ [1])].

Проф. *С. С. Боткинъ:* При лейкоцитозѣ и алейкоцитозѣ происходитъ не только колебаніе числа бѣлыхъ шариковъ, но и измѣненіе въ %-мъ ихъ содержаніи, появляются и формы растворенія, такъ что мы имѣемъ здѣсь дѣло не съ простымъ перемѣщеніемъ.

Ч. пр. *В. Е. Предтеченскій:* Если этотъ вопросъ спорный, то для его рѣшенія слѣдовало-бы, напр., произвести счетъ крови въ венахъ уха и въ полой венѣ.

Проф. *С. С. Боткинъ:* Докладчикъ не предрѣшаетъ вопроса, отчего происходятъ колебанія шариковъ въ периферическихъ сосудахъ. Одновременно произвести эти изслѣдованія было-бы весьма трудно.

Проф. *С. В. Левашевъ:* Изслѣдованія докладчика касаются вещества, которому, вѣроятно, суждено играть большую роль, и заслуживаютъ благодарности.

Ч. пр. *Н. И. Кульбинъ. О нѣкоторыхъ измѣненіяхъ крови при тяжелыхъ разстройствахъ кровотворенія.* Изслѣдуя кровь людей, страдавшихъ бѣлокровіемъ, цингой и различными формами вторичнаго малокровія, докладчикъ наблюдалъ разнообразныя проявленія патологической жизни красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и другихъ форменныхъ элементовъ крови: различные виды самостоятельной подвижности красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, представляющіе одно изъ наиболѣе постоянныхъ явленій при тяжелыхъ разстройствахъ кровотворенія, сложныя образованія, обладавшія самостоятельнымъ движеніемъ, взаимодѣйствіе красныхъ и бѣлыхъ тѣлецъ крови, поглощеніе красныхъ шариковъ другими элементами крови и пр. Необходимо точнѣйшее изученіе всѣхъ видовъ этого движенія для того, чтобы избѣжать смѣшенія лжечужеядныхъ («псейдопаразитовъ») съ настоящими чужеядными крови. Эозинофильныя зерна бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ происходятъ изъ гэмоглобина. Эозинофильная зернистость можетъ развиваться въ бѣлыхъ кровяныхъ тѣльцахъ отъ поглощенія послѣдними гэмоглобина красныхъ кровяныхъ шариковъ.

*Е. П. Савостьяновъ* (с. Синодское) тоже отмѣтилъ самостоятельныя движенія красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и ихъ дѣленіе. Эти движенія онъ объясняетъ не наличностью особыхъ органовъ движенія, а электрическими силами.

Ч. пр. *Ѳ. К. Гейслеръ* (Петербургъ) указалъ докладчику, что, говоря о чужеядныхъ, онъ, вѣроятно, имѣлъ въ виду уже опровергнутую теорію *Löwitt*'а. Для распознаванія при сомнѣніи всегда можетъ служить окраска по *Романовскому*. Далѣе, ч. пр. *Г.* спросилъ докладчика, съ какими эозинофилами онъ имѣлъ дѣло: одноядерными и многоядерными? Это имѣетъ большое значеніе для рѣшенія затронутаго докладчикомъ вопроса о происхожденіи эозинофильной зернистости вслѣдствіе поглощенія красныхъ тѣлецъ бѣлыми, ибо фагоцитами являются преимущественно многоядерныя бѣлыя тѣльца, а на рисункахъ докладчика какъ будто больше всего одноядерныхъ эозинофиловъ.

*Докладчикъ* наблюдалъ только свѣжую кровь, и при томъ втеченіи нѣсколькихъ минутъ, такъ что формы ядра нельзя было опредѣлить. Относительно чужеядныхъ можно сказать только, что бѣлокровіе по своей общей картинѣ заставляетъ думать о чужеядномъ происхожденіи болѣзни. Фагоцитарная роль одноядерныхъ бѣлыхъ тѣлецъ признается, напр. *Domenici*.

Ч. пр. *Ѳ. К. Гейслеръ:* Если вносится новая точка зрѣнія на эозинофиловъ, то фиксированные и окрашенные препараты крови обязательны.

*Докладчикъ:* На такихъ препаратахъ преобладаютъ многоядерные эозинофилы.

Ч. пр. *В. Е. Предтеченскій* не допускаетъ возможности смѣшенія краснаго кровяного тѣльца съ чужеядными: первые жадно поглощаютъ эозиновую краску, а вторые (въ томъ числѣ и предполагаемое *Löwitt*'овское чужеядное бѣлокровія) не окрашиваются эозиномъ. Нѣкоторымъ авторамъ (напр. *Богданову*) не удавалось доказать присутствіе желѣза въ эозинофильной зернистости. Можно точно прослѣдить переходъ нейтрофильной зернистости въ эозинофильную. Интересно было-бы знать, содержится-ли въ нейтрофильныхъ зернахъ желѣзо гэмоглобина?

*Докладчикъ* отмѣтилъ, что въ литературѣ описаны случаи чужеядныхъ, ничѣмъ не отличающихся отъ движущихся видовъ красныхъ кровяныхъ шариковъ. Движенія эти нерѣдко очень быстры, а самыя красныя кровяныя тѣльца блѣднѣе другихъ, слабо окрашиваются эозиномъ, однородны и лишены ядра. Нѣкоторыя тѣльца воспринимаютъ и основныя краски. Дать объясненіе нейтрофильной зернистости докладчикъ не можетъ. Отрицательныя данныя ничего не доказываютъ; а положительныхъ не мало въ работѣ д-ра *Ильяшева*.

*П. С. Усовъ* (Москва): Оцѣнивая активность движенія красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, Вы не упомянули о новѣйшихъ работахъ *Bütschli* и др., касающихся движеній протоплазмы, какъ живой, такъ и искусственно приготовленной. Многіе авторы объясняютъ движенія исключительно физическими явленіями и въ доказательство приводятъ опытъ смѣшенія гуаякола съ водой. Интересно также знать, считаете-ли Вы всѣ движенія красныхъ кровяныхъ тѣлецъ амебоидными?

*Докладчикъ* замѣтилъ также и другія формы движенія: колебательныя, толчкообразныя и т. д.

*П. С. Усовъ:* Вы не приняли во вниманіе зависимость формы клѣтокъ отъ моллекулярнаго насыщенія окружающей ихъ жидкой среды (*Кольцовъ*). Очень важно то, что при различныхъ видахъ малокровія моллекулярная насыщенность кровяной сыворотки понижена.

*Докладчикъ:* Я принималъ всѣ мѣры предосторожности во избѣжаніе токовъ жидкости.

*П. С. Усовъ:* Движенія протоплазмы всегда медленныя, а у Васъ они были пародоксально быстры, и при томъ лишь вначалѣ, а затѣмъ исчезали. Очевидно, здѣсь были токи жидкости.

*Докладчикъ:* Я думаю, что эти особыя формы движенія зависѣли не отъ токовъ жидкости, а отъ особаго устройства краснаго кровяного шарика или, быть можетъ, отъ электрическихъ явленій.

*П. С. Усовъ* приписываетъ такія движенія тому, что въ выпущенной крови развиваются значительныя химическія измѣненія (выпаденіе фибрина и т. д.) и измѣняется составъ среды (изотонія сыворотки), окружающей красныя кровяныя тѣльца.

*Докладчикъ* возразилъ, что при колебаніи осмотическаго давленія наблюдается другая картина измѣненій красныхъ кровяныхъ шариковъ, движенія которыхъ напоминаютъ тогда движенія спирохэтъ и нѣкоторыхъ другихъ бактерій.

Проф. *В. П. Образцовъ* въ 1878 г. при помѣщеніи нормальной крови на нагрѣвательный столикъ и при повышеніи температуры наблюдалъ всѣ виды движенія нормальныхъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

*Докладчикъ* указалъ, что движенія нормальныхъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ отмѣчено и *Maragliano*.

*С. М. Щастный* (Одесса) въ своихъ опытахъ, произведенныхъ въ лабораторіи проф. *В. В. Подвысоцкаго*, получилъ данныя, подобныя тѣмъ, на какія указываетъ докладчикъ. Эозинофильная зернистость наблюдается при поглощеніи красныхъ кровяныхъ тѣлецъ фагоцитами какъ многоядерными, такъ и одноядерными. Число эозинофиловъ наиболѣе возростаетъ (до 50%) въ тѣлѣ животнаго, если въ его брюшную полость ввести тѣ красныя кровяныя тѣльца, къ которымъ его сыворотка относится гэмолитически. По наблюденіямъ д-ра *Тарасевича*, преимущественными фагоцитами красныхъ кровяныхъ тѣлецъ являются одноядерныя бѣлыя тѣльца. Вопросъ о переходѣ одной зернистости въ другую спорный; по *Hesse*, здѣсь играетъ важную роль фиксація и окраска препаратовъ.

*Н. М. Фурсовъ* (Орелъ) назвалъ утвержденіе докладчика о частотѣ появленія самостоятельныхъ движеній красныхъ кровяныхъ шариковъ слишкомъ категорическимъ. Д-ра *Винярскій* и *Рубинштейнъ* видѣли эти движенія у раковыхъ больныхъ крайне рѣдко, а д-ръ *Ф.* не наблюдалъ ихъ болѣе чѣмъ у 100 прокаженныхъ ни разу.

*С. Я. Якушевичъ* (Харьковъ): *И. И. Мечниковъ* въ своей послѣдней книгѣ «L'immunité dans les maladies infectieuses» рѣшительно указываетъ, что наибольшею фагоцитарною способностью обладаютъ именно одноядерные бѣлые кровяные шарики (макрофаги), какъ было указано и д-ромъ *Щастнымъ*, а не многоядерные, какъ говорилъ ч. пр. *Гейслеръ*.

*Н. Д. Титовъ* (Москва). *Къ распознаванію тромбовъ въ анейризмѣ восходящей аорты и ея дуги.* 1. Существенное значеніе для образованія тромба въ анейризмѣ имѣетъ движеніе крови; чѣмъ оно медленнѣе, тѣмъ легче образуется

[1]) Возраженія д-ра *Селинова* мнѣ, къ сожалѣнію, не удалось ни записать, ни найти въ протоколахъ засѣданія. *Реф.*

Digitized by Google

тромбъ, и наоборотъ. 2. При гипертрофированномъ сердцѣ тромбъ образуется труднѣе и рѣже. 3. Еще болѣе рѣдки тромбы въ аневризмахъ, если гипертрофія лѣваго желудочка сочетается со значительной недостаточностью заслонокъ аорты. 4. Наиболѣе благопріятныя условія для осажденія тромба—негипертрофированное сердце при цѣлости и достаточности заслонокъ аорты; въ этой категоріи случаевъ тромбы встрѣчаются наичаще. 5. Тромбы въ аневризмѣ образуются и при гипертрофированномъ лѣвомъ желудочкѣ съ недостаточностью заслонокъ аорты, но для этого нужны вспомогательныя условія, напр., зараженіе аневризматическаго мѣшка. Для клиники весьма недостаточны указанія патологоанатомовъ, что для тромба въ аневризмѣ важна узость ея устья, значительная петрификація и атероматозъ въ аортѣ. Тромбы встрѣчаются и въ аневризмахъ съ широкимъ устьемъ, и безъ макроскопически выраженнаго атероматоза въ аортѣ. Необходимо разработать клиническіе припадки: а) пульсъ, б) зыбленіе (если аневризма доступна осязанію), в) явленія жабы, г) астматическіе припадки, д) трудность глотанія, е) повторныя кровохарканія, ж) систолическій и діастолическій шумъ (если они есть), з) значительна-ли гипертрофія лѣваго сердца или нѣтъ. Докладчикъ предполагаетъ тромбы въ аневризмахъ, если 1) сердце нормально, заслонки аорты цѣлы, прежде бывшій систолическій шумъ исчезъ, болевые и астматическіе припадки стихли, разстройства глотанія и хрипота прекратились; 2) если зыбленіе уменьшилось и опухоль стала плотнѣе; 3) если у больного были кровохарканія, не зависѣвшія отъ другихъ причинъ. Самъ по себѣ діастолическій шумъ не можетъ указывать на отсутствіе тромба въ аневризмѣ; тромбъ могъ образоваться раньше недостаточности заслонокъ аорты (иногда діастолическій шумъ наблюдается въ аневризмахъ и безъ недостаточности ихъ); въ этомъ случаѣ рѣшающее значеніе имѣетъ значительная гипертрофія и расширеніе лѣваго желудочка; чѣмъ рѣзче выражены эти послѣднія, тѣмъ менѣе вѣроятія, что тромбъ въ аневризмѣ есть. Такъ какъ аневризматики часто погибаютъ (до 50% по статистикѣ *Brown*'а) отъ ослабленія сердечной дѣятельности, а не отъ разрыва аневризмы, то необходимо болѣе точно разработать распознаваніе состоянія аневризматическаго мѣшка, безъ чего врачебная помощь можетъ быть направлена по ложному пути. Патолого-анатомическій матеріалъ по данному вопросу долженъ изучаться непремѣнно въ связи съ клиникой. Докладчикъ воспользовался вышеуказанными данными въ 7 случаяхъ, и въ 6 распознаваніе оказалось правильнымъ. Свои положенія онъ не считаетъ окончательными, ибо матеріалъ его еще слишкомъ малъ.

Ч. пр. *Ѳ. К. Гейслеръ*: Затронутый Вами вопросъ имѣетъ огромное практическое значеніе, по скольку онъ касается, во 1-хъ, примѣненія желатины, а, во 2-хъ—кровохарканія. Вы предполагаете, что въ случаѣ *Huchard*'а, гдѣ послѣ впрыскиванія желатины наступила смерть, причиною ея было развитіе тромба. Но смерть могла быть вызвана и желатиной. Если при аневризмѣ наблюдается кровохарканіе, то ставить его въ связь съ разрывомъ аневризмы можно лишь въ томъ случаѣ, если отхаркивается чистая кровь. Но, если исключить кровоизліянія, а говорить только о примѣси крови къ мокротѣ, то она можетъ зависѣть отъ ослабленія работы праваго желудочка съ образованіемъ въ немъ тромба, отъ эмболій въ легкихъ, отъ міокардита, отъ часто сопутствующаго аневризмѣ артеріосклероза. Вы мало придаете значенія исчезанію шума, а между тѣмъ оно—хорошій признакъ образованія тромбовъ. Недостаточность заслонокъ аорты и гипертрофія лѣваго желудочка могутъ имѣть значеніе только при веретенообразныхъ аневризмахъ, а не при мѣшетчатыхъ. Большое значеніе можетъ имѣть измѣненіе эндотелія сосудовъ. Неравномѣрность не есть признакъ существованія тромба: она можетъ зависѣть и отъ прижатія аневризматическимъ мѣшкомъ. Исчезаніе признаковъ грудной жабы и болевыхъ явленій нельзя ставить въ связь исключительно съ образованіемъ тромба. Если грудная жаба обусловливается періаортитомъ или перинейритомъ, то съ исчезаніемъ послѣдняго исчезнетъ и она. Точно также, если она зависитъ отъ склероза вѣнечныхъ артерій, то можетъ проходить и безъ образованія тромба.

Проф. *В. И. Сиротининъ*: При опредѣленіи свертковъ въ аневризмѣ Вы придаете главное значеніе отсутствію значительной гипертрофіи и недостаточности заслонокъ аорты. Нѣсколько лѣтъ назадъ въ Общинѣ Св. Георгія я наблюдалъ сифилитика съ очень большой (въ дѣтскую голову) аневризмой дуги аорты; аневризма эта не давала шумовъ и была принята за опухоль. Для распознаванія сдѣлали съ лѣвой стороны проколъ, безъ вреда для больного. Когда больной умеръ, то вся аневризма оказалась набитой свертками; тѣмъ не менѣе, была большая гипертрофія и недостаточность заслонокъ аорты. Вообще этотъ вопросъ требуетъ дальнѣйшаго изученія.

*М. Я. Брейтманъ* (Петербургъ): Подобно ч. пр. *Гейслеру* и я никакъ не могу согласиться съ тѣмъ, что Вы говорите о кровохарканіяхъ, ибо они могутъ наблюдаться не только вслѣдствіе аневризмы, но, при ея наличности, и вслѣдствіе одновременнаго заболѣванія легкихъ, сердца и т. д. Въ одномъ случаѣ сочетанія аневризмы восходящей аорты съ недостаточностью 2-створчатой заслонки (у молодой дѣвушки) я наблюдалъ повторныя кровохарканія въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, иногда стаканами (кровь была то темная, кусками, «какъ піявки», то свѣтлая и чистая, то съ мокротой). Согласно Вашимъ положеніямъ, нужно было-бы думать о разрывѣ аневризмы. Я думаю, что на присутствіе или отсутствіе тромбовъ кровохарканье не указываетъ. Не согласенъ я и съ тѣмъ, что исчезаніе явленій грудной жабы при сифилитическомъ аортитѣ или періаортитѣ указываетъ на образованіе тромбовъ въ аортѣ. Грудная жаба при аортитѣ явленіе рѣдкое, а гораздо чаще (если исключить нервную форму, къ которой тромбъ также едва-ли имѣетъ отношеніе) она обусловливается, какъ указано, между прочимъ, въ моей статьѣ «О сифилитической грудной жабѣ» («Врачъ», 1900, № 46), пораженіемъ вѣнечной артеріи или самой мышцы сердца. Исчезаніе явленій грудной жабы зависитъ въ такихъ случаяхъ—а ихъ большинство—не отъ образованія тромбовъ, а отъ улучшенія питанія сердца и кровообращенія въ немъ подъ вліяніемъ лѣченія, покоя и т. д. Наконецъ, здѣсь шла рѣчь о впрыскиваніяхъ желятины при аневризмахъ и о случаѣ *Huchard*'а, окончившемся смертью вслѣдствіе неосторожнаго примѣненія впрыскиваній желятины. Цѣлью впрыскиванія желятины, по *Lancereaux* и *Paulesco*, является усиленіе свертываемости крови, чтобы вызвать образованіе тромба. Интересно знать, въ какихъ случаяхъ аневризмы Вы считаете развитіе тромбовъ неблагопріятнымъ и въ какихъ благопріятнымъ? Это важно съ лѣчебной точки зрѣнія, ибо, въ противоположность мало обоснованному способу *Lancereaux* и *Paulesco* (новѣйшія изслѣдованія показали, что желятина нерѣдко *уменьшаетъ* свертываемость крови) можно отмѣтить способъ *F. de Castro y Latorre* («Еженедѣльникъ Практической Медицины», 1900), провѣренный д-ромъ *Вершининымъ* («Архивъ *Подвысоцкаго*») и основанный на вызываніи вокругъ мѣшка аневризмы развитія плотной соединительной ткани, препятствующей ея разрыву. Я и спрашиваю Васъ: всегда-ли развитіе тромба въ аневризмѣ желательно, и нужно-ли къ этому стремиться?

*Докладчикъ*: У меня слишкомъ мало наблюденій, чтобы отвѣтить на Ваши вопросы. Я только наблюдалъ явленія, и никакихъ практическихъ выводовъ пока не могу изъ нихъ сдѣлать.

Ч. пр. *Н. Н. Кириковъ* (Петербургъ): Разница въ пульсѣ зависитъ не только отъ образованія бляшекъ или тромбовъ въ сосудѣ; нужно принимать во вниманіе и сдавленіе сосуда извнѣ.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

**Отдѣлъ носовыхъ, горловыхъ и ушныхъ болѣзней.** (Отчетъ *В. В. Дитмана*). (Продолженіе см. № 7, стр. 257). Засѣданіе 7-го января. Почетный предсѣдатель *А. Ѳ. Бѣляевъ* (Москва), товарищъ—*Н. П. Трофимовъ* (Кіевъ).

*С. Ф. Штейнъ* (Москва). *Явленія разстройства равновѣсія и состояніе слуха при частичномъ сдавленіи лѣваго перепончатаго горизонтальнаго полукружнаго канала до полнаго уничтоженія просвѣта.*

Докладчикъ показалъ больную, 26 л., золотошвейку, съ 13-лѣтняго возраста страдавшую лѣвостороннимъ нагноеніемъ средняго уха. При поступленіи у нея была найдена холестеатома, проложившая себѣ путь въ наружный слуховой проходъ. Изъ анамнеза нужно обратить вниманіе на слѣдующее: Когда больная 14/IX 1903 г. заболѣла острымъ возвратомъ воспаленія лѣваго средняго уха, она замѣтила, что всѣ предметы при каждомъ движеніи головы и при каждомъ ударѣ пульса передвигались въ лѣвую сторону. Это тягостное ощущеніе продолжалось до 26/IX, а затѣмъ исчезло. 28/IX больная поступила въ клинику. При изслѣдованіи оказалось: Тѣлосложенія слабаго; блѣдна; во внутреннихъ органахъ ничего особеннаго; въ мочѣ ни бѣлка, ни сахара; колѣнные рефлексы не повышены; мышечное чувство сохранено; почеркъ безъ измѣненій. Правое (здоровое) ухо: слухъ для шопота 16 м., для звуковъ—приблизительно нормаленъ; лѣвое (больное) ухо: шопотъ=0, громкая рѣчь—ad concham; слухъ per aer отъ 341 до 16384 колебаній, per os—нормаленъ; per aer et per os—укороченная перцепція. Статика сохранена до $^2/_3$. Во время коренной операціи (29/IX) обнаружена большая полость, наполненная зловонными холестеатомными массами; молоточка и наковальни не было. На днѣ операціонной раны, у лабиринта, послѣ осторожнаго вытиранія можно было замѣтить желобокъ въ 2—3 млм. длиною. соотвѣтствовавшій горизонтальному полукружному каналу. Долотомъ каналъ былъ расширенъ осторожно еще нѣсколько (на 1—2 млм.) кзади, но гноя при этомъ не найдено. Тотчасъ-же по пробужденіи отъ наркоза появился признакъ *Jansen*'а, т. е. если больную заставляли смотрѣть на пальцы, показываемые ей справа на разстояніи 15—20 стм., то у нея появлялся nystagmus, котораго не наблюдалось при передвиженіи пальцевъ налѣво. На слѣдующій день при перевязкѣ можно было еще лучше осмотрѣть желобокъ; при этомъ было замѣчено, что средняя часть желобка была занята очень тонкимъ перепончатымъ тяжомъ, прикосновеніе къ которому не вызывало реакціи. При осторожномъ прикосновеніи къ переднему сегменту у больной появлялось ощущеніе передвиженія въ лѣвую сто-

рону, и ей казалось, что и всѣ предметы также уклоняются влѣво; объективно при этомъ можно было замѣтить живой nystagmus влѣво. То-же повторилось и въ слѣдующіе дни. При новомъ изслѣдованіи 27/x найдено улучшеніе слуха на оба уха, но рѣзкое разстройство статики. При центрифугированіи съ закрытыми глазами чаще всего наблюдалась неподвижность глазныхъ яблокъ и уменьшеніе ощущенія противуверченія, что указывало на дѣйствительное пораженіе лабиринта. Мышечная сила не уменьшена; гальваническое отклоненіе нормально. Если больную заставляли дѣлать прыжки въ бокъ, то она неизмѣнно отклонялась отъ прямого направленія. То-же замѣчалось и послѣ верченія съ закрытыми и открытыми глазами, но сильнѣе при закрытыхъ глазахъ. На этой больной можно было во-очію убѣдиться, что схема для нистагма *Wanner*'а не соотвѣтствуетъ дѣйствительности.

*Онъ-же. Перемѣщеніе эндолимфы въ полукружныхъ каналахъ во время вращенія* (съ предъявленіемъ модели, сдѣланной изъ стекла). На построенной авторомъ модели, изображавшей лабиринты съ ихъ полукружными каналами, наполненные водою со взвѣшеннымъ въ ней порошкомъ магнезіи, легко можно было убѣдиться, что утвержденіе *Brener*'а, будто-бы ампулла раздражается только токами, идущими отъ канала къ ампуллѣ, не вѣрно для всѣхъ случаевъ. Кромѣ того, можно было убѣдиться, что ампулла служитъ замедлителемъ сильныхъ токовъ въ полукружныхъ каналахъ, происходящихъ при вращеніи. Что это дѣйствительно такъ, можно было видѣть еще на другой модели, показывавшей колебанія столба жидкости при вращеніи въ U-образной трубкѣ съ расширеніемъ въ одномъ колѣнѣ и въ такой-же трубкѣ безъ расширенія; въ первомъ случаѣ колебанія уровня въ обоихъ колѣнахъ были значительно меньше, чѣмъ во второмъ. Такимъ образомъ ампуллу можно разсматривать, какъ органъ предохраненія волосковъ отъ слишкомъ сильнаго механическаго воздѣйствія. Можно также предполагать, что замедленный токъ, вызывая круговороты въ ампуллѣ, даетъ болѣе сильное раздраженіе волосковъ, благодаря болѣе сильному тренію.

*М. В. Богдановъ-Березовскій* (Петербургъ). *Къ вопросу объ окислительныхъ бродилахъ (оксидазахъ) полости рта и въ частности слюны.* Работа докладчика распадается на 2 части: а) клиническую и б) физіологическую. Матеріаломъ для 1-ой части послужила слюна 32 здоровыхъ людей, слюна только-что новорожденныхъ, слюна стариковъ, слюна 69 ушныхъ больныхъ, слюна 14 больныхъ жабой (мѣшечковой и дифтерійной), 13 больныхъ сифилитическими пораженіями полости рта и глотки, 6 больныхъ новообразованіями и 38 больныхъ другими общими и мѣстными заболѣваніями; далѣе—полипы, удаленные изъ уха и носа, железистыя разрощенія изъ носоглоточнаго пространства и удаленныя миндалины, слюнныя, щитовидная и шейныя железы убитой собаки, шейныя лимфатическія железы 2 дѣтей, изъ коихъ 1 умеръ отъ дифтеріи, 2-ой отъ бугорчатки, и слюна бѣшенной собаки. Для 2-ой части работы послужила слюна собаки, оперированной по способу проф. *И. П. Павлова*, т. е. у которой были выведены наружу протоки околоушной и подчелюстной железъ, съ цѣлью получать ту и другую слюну отдѣльно, а также общая слюна здоровыхъ людей. Выводы: 1. Въ общей слюнѣ здороваго и больного организма (человѣка и животнаго), а также въ отдѣлимомъ околоушной и подчелюстной железъ безусловно всегда можно опредѣлить присутствіе оксидазъ. 2. Оксидаза, имѣющаяся въ организмѣ уже въ первые часы послѣ появленія на свѣтъ ребенка, съ приближеніемъ старости замѣтно уменьшается въ количественномъ отношеніи. 3. Заболѣванія полостей рта и верхнихъ дыхательныхъ путей, хотя и вызываютъ колебанія въ содержаніи слюнной оксидазы, но пока въ предѣлахъ, мало доступныхъ современнымъ способамъ изслѣдованія. 4. Новообразованія и нормальная ткань различно относятся къ реакціямъ на оксидазы. 5. Физіологическая роль слюнной оксидазы выражается въ расщепленіи жировъ и сложныхъ эѳировъ, въ окисленіи альдегидовъ въ соотвѣтствующія кислоты, мышьяковистой кислоты въ мышьяковую и въ окисляющемъ дѣйствіи на углеводы, при чемъ виноградный и молочный сахары разлагаются съ образованіемъ углекислоты, какъ конечнаго производнаго. 6. Слюнная оксидаза способна разлагать салолъ на фенолъ и салициловую кислоту, что подтверждаетъ полную цѣлесообразность примѣненія салола въ видѣ полосканій рта и горла въ предохранительномъ и лѣчебномъ отношеніяхъ. 7. Тѣсное сродство оксидазы съ перекисью водорода по вліянію на ткани организма заставляетъ настоятельно совѣтовать послѣднюю ($H^2O^2$), какъ средство, обладающее сильнымъ дѣйствіемъ въ полости рта. 8. Внутреннее употребленіе іода повышаетъ количество слюнной оксидазы. 9. Распознавательное значеніе роданистыхъ соединеній въ слюнѣ при заболѣваніяхъ средняго уха нужно признать весьма сомнительнымъ.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *XXXV. Изъ Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.*

(Годовое, имени *А. Я. Кожевникова*, засѣданіе 22-го октября 1903 г.).

Изъ «*Отчета*» секретаря, *С. А. Суханова*, о составѣ и дѣятельности Общества за 1902—1903 г. Общество закончило 13-ый годъ своего существованія. Оно состоитъ изъ 2 почетныхъ, 43 дѣйствительныхъ членовъ, 45 членовъ-корреспондентовъ, 7 членовъ-сотрудниковъ, 1 совѣщательнаго члена и 51 иностраннаго члена. Въ 11 засѣданіяхъ Общества было сдѣлано 36 сообщеній. Библіотека Общества заключаетъ въ себѣ 4426 номеровъ книгъ и журналовъ.

*В. В. Воробьевъ. Физическіе признаки вырожденія и ихъ значеніе.* Физическими признаками вырожденія широкіе общественные круги стали интересоваться главнымъ образомъ по возникновеніи ученія *Lombroso* о преступномъ типѣ. Общественный интересъ къ нимъ поддерживается также время отъ времени тѣми выдающимися почему-либо уголовными процессами, у героевъ которыхъ врачи-эксперты, на ряду съ уклоненіями въ психикѣ, отмѣчаютъ и физическіе признаки вырожденія. Публика часто, однако, отождествляетъ наличность физическихъ признаковъ вырожденія съ наличностью самаго психическаго вырожденія, а въ установленіи этого послѣдняго видитъ условіе, исключающее вмѣняемость. Съ другой стороны, настроенные болѣе скептически представители общественнаго мнѣнія приписываютъ подобнаго рода смѣшеніе понятій врачамъ-экспертамъ и, иронизируя, говорятъ отъ лица экспертовъ: «Какъ-же можно вмѣнить содѣянное подсудимымъ въ вину ему? Онъ не могъ не убить, потому что у него одна бровь стоитъ выше другой!». Желая выяснить связь между психическими и физическими признаками вырожденія, равно какъ и отношеніе тѣхъ и другихъ къ преступности и къ душевнымъ болѣзнямъ, исключающимъ вмѣняемость, докладчикъ далъ сначала краткій перечень главнѣйшихъ изъ физическихъ признаковъ вырожденія, наиболѣе охотно отмѣчаемыхъ въ качествѣ таковыхъ какъ въ клиникахъ, такъ и на судѣ врачами-экспертами. Не всѣ изъ этихъ признаковъ могутъ, однако, претендовать на значеніе дѣйствительныхъ признаковъ вырожденія; нѣкоторые изъ нихъ, напр., многія изъ «аномалій» наружнаго уха, съ лучшимъ изученіемъ варіацій въ строеніи человѣческаго тѣла, отойдутъ, быть можетъ, въ область личныхъ или расовыхъ особенностей. Но существуетъ общій принципъ, опредѣляющій физическіе признаки вырожденія: всѣ они являются настоящими аномаліями, т. е., уродствами строенія тѣла. Между физическими и психическими признаками вырожденія какой-либо причинной зависимости нѣтъ, но тѣ и другіе существуютъ чаще всего одновременно, что объясняется зависимостью ихъ отъ одной общей причины, а именно—всѣ условія, способствующія вырожденію, дѣйствуя на развивающійся зародышъ, ведутъ какъ къ аномаліямъ въ строеніи внѣшнихъ покрововъ тѣла (къ физическимъ признакамъ вырожденія), такъ и къ аномаліямъ въ тончайшемъ строеніи нервной системы, познаваемымъ нами чрезъ вызываемыя ими аномаліи отправленій нервной системы (психическіе признаки вырожденія). При современныхъ способахъ изслѣдованія аномаліи строенія нервной системы у вырождающихся отмѣчаются лишь въ рѣдкихъ случаяхъ, но это зависитъ, вѣроятно, прежде всего отъ недостаточности самихъ способовъ изслѣдованія. Уродливости физическаго строенія и при томъ уродливости, во многихъ случаяхъ напоминающія нѣкоторые изъ признаковъ вырожденія, были получаемы неоднократно экспериментально, путемъ воздѣйствія различными веществами на птичьи яйца, или же на носящую плодъ мать, или, наконецъ, на производителей самцевъ; при этомъ оказалось, что различныя вредныя вліянія ведутъ приблизительно къ одинаковымъ послѣдствіямъ. Разъ-же извѣстно, что различные вредоносные дѣятели могутъ вести къ аномальному развитію болѣе грубыхъ и стойкихъ тканей, то трудно допустить, что они вполнѣ пощадятъ болѣе нѣжную и болѣе тонкаго строенія нервную систему. Наличность физическихъ признаковъ, впрочемъ, не всегда совпадаетъ съ наличностью психическаго вырожденія; наоборотъ, встрѣчаются типичные дегенеранты, страдающіе настоящими психозами вырожденія, безъ всякихъ физическихъ признаковъ послѣдняго. Психическіе признаки вырожденія являются аномаліями душевной

Digitized by Google

дѣятельности, и всякій носитель ихъ, съ этой точки зрѣнія,—душевно-больной, но далеко не всякій—дегенерантъ, какъ и не всякій душевно-больной въ широкомъ смыслѣ этого слова можетъ считаться не отвѣтственнымъ за свои дѣянія. Всѣ современныя законодательства цивилизованныхъ странъ признаютъ душевно-больныхъ за невмѣняемыхъ только въ томъ случаѣ, когда нѣтъ сомнѣнія, что больной, въ силу его страданія, не обладалъ пониманіемъ смысла и значенія своихъ дѣйствій или-же не обладалъ той минимальной силой сопротивленія своимъ влеченіямъ, какую законъ предполагаетъ за каждымъ гражданиномъ, желающимъ осуществлять свои права въ полной мѣрѣ. Многіе изъ дегенерантовъ не только ясно сознаютъ значеніе своихъ дѣйствій, но и обладаютъ способностью сопротивленія своимъ влеченіямъ въ такой мѣрѣ, что, разъ они не совершаютъ какого-либо преступленія, никому и въ голову не придетъ считать ихъ неспособными осуществлять свои права и ограничивать ихъ въ этомъ направленіи. Если-же мы признаемъ значительную часть дегенерантовъ граждански-правоспособными, тѣмъ самымъ мы должны признать ихъ и вмѣняемыми. Такимъ образомъ, наличность не только физическихъ, но и психическихъ признаковъ вырожденія не всегда служитъ условіемъ, исключающимъ вмѣняемость. Вопросъ о вмѣняемости сводится къ вопросу о наличности или отсутствіи у даннаго лица пониманія своихъ дѣйствій и извѣстной средней силы сопротивляемости. Этотъ вопросъ долженъ рѣшаться врачами-экспертами не по разъ установленному шаблону, а по отношенію къ каждому конкретному случаю отдѣльно, и рѣшаться на основаніи тщательнаго психологическаго анализа всей совокупности душевной дѣятельности даннаго лица. Вопроса о связи физическихъ особенностей строенія съ преступностью, равно какъ и отношенія между вырожденіемъ и типомъ врожденнаго преступника, докладчикъ коснулся лишь въ общихъ чертахъ. Существованіе «преступнаго типа», т. е. лица, роковымъ образомъ осужденнаго на совершеніе преступленій, едва-ли можно считать доказаннымъ. Вѣрнѣе, кажется, будетъ предположить, что вырождающіеся, какъ обладающіе недостаточно стойкой психической организаціей, а также часто и недостаточно сильнымъ интеллектомъ, труднѣе приспособляются къ условіямъ жизни и въ борьбѣ за существованіе не всегда умѣютъ обходиться исключительно лишь средствами, дозволенными закономъ. При неблагопріятныхъ условіяхъ они легко становятся преступниками; но, если жизнь ихъ складывается болѣе или менѣе благопріятно, то они могутъ прожить, и не вступая въ столкновеніе съ закономъ.

Ч. пр. *Ф. Е. Рыбаковъ. Границы сумасшествія.* Въ общественномъ смыслѣ можно различать 2 типа страдающихъ сумасшествіемъ. Представителемъ 1-го является человѣкъ, рѣзко нарушающій своимъ поведеніемъ гармонію общественной жизни; представителемъ 2-го—человѣкъ, не нарушающій своимъ поведеніемъ общей гармоніи, но за то гармонія его личныхъ психическихъ свойствъ у него нарушена. Этотъ 2-ой типъ и служитъ выразителемъ границы сумасшествія; сюда относятся лица, одержимыя разнаго рода навязчивыми идеями, импульсивными влеченіями, половыми ненормальностями и пр. Для опредѣленія понятія о сумасшествіи обыкновенно пользуются физическими и психическими клеймами. «Психическое клеймо» есть ни что иное, какъ рядъ психическихъ признаковъ, наслѣдственныхъ и пріобрѣтенныхъ, которые выдѣлила современная психіатрія; «физическое клеймо» это—рядъ физическихъ признаковъ вырожденія, какъ, напр., прирощеніе ушной мочки, неправильное строеніе зубовъ и пр. Какъ физическія, такъ и психическія «клейма» сами по себѣ не рѣшаютъ вопроса о сумасшествіи. Болѣе вѣрнымъ выразителемъ границы сумасшествія является степень работоспособности даннаго лица. Качественный или количественный упадокъ работоспособности сопровождаетъ всѣ извѣстныя въ психіатріи формы душевнаго разстройства; работоспособность является хорошимъ проводникомъ при отысканіи границъ сумасшествія, но сама по себѣ она не рѣшаетъ еще вопроса: для того, чтобы проводникъ этотъ самъ не сбился съ пути, необходимо, чтобы самый путь освѣщался факелами; такими факелами и служатъ, съ одной стороны, упомянутыя физическія и психическія клейма, а съ другой—степень способности человѣка свободно распоряжаться своею волею. Насколько утрата работоспособности служитъ выраженіемъ упадка духовныхъ силъ, выраженіемъ сумасшествія, настолько правильная дѣятельность является вѣрнымъ залогомъ психическаго здоровья личности. Разумное и непрерывное упражненіе духовныхъ силъ, разумная работа—вотъ тѣ элементы, которые въ состояніи духовно возвысить человѣка и дать ему силу бороться съ сумасшествіемъ.

Избрана Коммиссія для обсужденія вопроса о веденіи денежной отчетности Общества и книгъ казначея, въ составъ которой избраны: *А. Х. Рѣпманъ, Н. П. Посмовскій, В. В. Воробьевъ, П. П. Стрѣльцовъ, И. В. Константиновскій* и *Г. И. Прибытковъ.*

Изъ *отчета* казначея, *Г. И. Прибыткова.* Въ расходномъ капиталѣ Общества состоитъ 181 р. 66 к.; капиталъ для преміи и медали имени *А. А. Кожевникова* равняется 4696 р. 39 к.; капиталъ имени *С. С. Корсакова* для выдачи пособій врачамъ на поѣздку заграницу съ научною цѣлью составляетъ 2624 р. 28 к.; капиталъ для устройства неврологическаго Музея имени *А. Я. Кожевникова* равняется 5344 р. 17 к.; основный капиталъ «Журнала невропатологіи и психіатріи имени *С. С. Корсакова*» равняется 23100 р.

Избраны должностными лицами: предсѣдателемъ *В. К. Ротъ*, товарищами его *В. П. Сербскій* и *Л. С. Миноръ*, секретаремъ *С. А. Сухановъ*, товарищами его *М. Н. Молчановъ* и *А. Н. Бернштейнъ*, казначеемъ *П. П. Стрѣльцовъ*, библіотекаремъ *П. Б. Ганнушкинъ*, членами Совѣта *Г. И. Прибытковъ* и *Н. Н. Баженовъ.* Въ составъ Коммиссіи по редактированію краткихъ отчетовъ Общества для «Archives de neurologie» и для «Neurologisches Centralblatt» вошли: *А. Н. Бернштейнъ, М. И. Молчановъ* и *С. А. Сухановъ.* *С. Сухановъ.*

## XXXVI и XXXVII. Изъ акушерско-гинекологическаго Общества при Московскомъ Университетѣ.

(Засѣданіе 10-го декабря 1903 г.)

*А. А. Уиковъ. Случай разрыва матки во время родовъ.* Е. Н., 37 л., крестьянка, доставлена въ родильный Пріютъ Екатерининской больницы 2/VI 1903 г., въ 9 час. веч., изъ малаго городского Пріюта. Воды прошли дома, не задолго до поступленія въ Пріютъ, при незначительныхъ схваткахъ. Въ Пріютѣ схватки участились и усилились, но по прошествіи 20 часовъ внезапно прекратились, и появились сильныя боли внизу живота. Беременна 10-й разъ. 1-ые роды — трудные, продолжались 3-ое сутокъ; 2-ые окончены щипцами; 3-ьи и 4-ые — срочные; 5-ые окончились преждевременно за 2 мѣс. до срока; 6-ые и 7-ые—срочные; при 8-й беременности произошелъ 4-мѣсячный выкидышъ; послѣ 9-хъ родовъ была сильно больна 2 недѣли. Считаетъ себя беременной съ конца сентября 1902 г. Удовлетворительнаго питанія; немного малокровна; пульсъ 90, порядочнаго наполненія. Животъ неправильной формы, раздѣленъ идущей какъ бы косвенно бороздой (немного вправо отъ средней линіи) на 2 неравномѣрныя части; правая—меньшая, равномѣрной плотности, кругловатой формы, вершиной своей доходитъ до пупка; лѣвая — болѣе плотная, легко смѣщается влѣво, заходитъ на 3 пальца выше пупка. Слѣва, пальца на 4 выше лона, подъ брюшными покровами прощупывалась мелкая часть плода (по видимому, ручка). Брюшные покровы дряблы; снизу, особенно слѣва, сильная болѣзненность. При внутреннемъ изслѣдованіи найдено: полное открытіе маточнаго зѣва; отъ шейки матки прощупывалась только передняя губа на небольшомъ протяженіи. Головка была плотно вставлена во входъ таза, размѣры котораго 30 — 24—27—18. Изъ влагалища незначительное кровотеченіе. Сердцебіенія плода не слышно. Потужной дѣятельности никакой. На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ опредѣленъ разрывъ матки, и немедленно-же приступили къ чревосѣченію. По вскрытіи брюшныхъ стѣнокъ обнаружилось, что туловище плода и послѣдъ свободно помѣщались въ брюшной полости, головка-же довольно крѣпко была вколочена во входѣ въ тазъ, а сокращенная матка лежала вправо и немного кзади. Разрывъ находился на передней стѣнкѣ матки на мѣстѣ перехода тѣла ея въ шейку, шелъ косвенно справа налѣво и немного кверху и распространялся на лѣвую широкую связку; мочевой пузырь и передній сводъ были отслоены кверху; брюшина лѣвой широкой связки разорвана по передней ея поверхности; сама связка мѣстами кровоточила. Въ заднемъ *Douglas*'овомъ пространствѣ порядочное количество кровяныхъ сгустковъ и околоплодныхъ водъ. Матка была захвачена щипцами *Muzeux* и вытянута кверху; кровоточившіе сосуды передняго свода и широкой связки временно захвачены зажимами. Наложены шелковыя лигатуры на верхнія части широкихъ связокъ съ обѣихъ сторонъ, и связки перерѣзаны. Затѣмъ отдѣлена была брюшина и прилежащая часть мочевого пузыря съ правой стороны матки и перевязана правая маточная артерія, лѣвая-же перевязана черезъ разрывъ лѣвой широкой связки. При постепенномъ вытягиваніи матки вскрытъ задній сводъ, и черезъ это отверстіе отдѣлена вся матка отъ сводовъ влагалища. Передняя губа маточной шейки, находившаяся ниже поперечнаго разрыва и не кровоточившая, оставлена на мѣстѣ. Разрывъ брюшины передняго листка широкой связки, послѣ перевязки 2-хъ небольшихъ кровоточившихъ вѣточекъ, зашитъ 3-мя кэтгутовыми швами. Кровоточившій задній сводъ обшитъ непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ. Брюшная полость очищена отъ сгустковъ крови; культи верхнихъ частей широкихъ связокъ съ длинными шелковыми лигатурами сведены во влагалище и завязаны надъ обеззложеннымъ марлевымъ тампономъ, проведеннымъ изъ брюшной полости во влагалище. Брюшная рана зашита 3-ярусным швомъ. Въ послѣоперaціонномъ времени выше 37°,6 не было. На 6-й день удаленъ влагалищный тампонъ; на 9-й сняты швы: первое натяженіе. На 13-й день отошла 1 лигатура съ культей широкихъ связокъ; на 16-й сняты остальныя. На 21-й день Е. Н. выписалась здоровой. Влагалище представляло изъ себя слѣпой мѣшокъ; сократившаяся передняя губа имѣла видъ небольшого утолщенія. — Плодъ мужскаго пола 56 стм. длины, вѣсомъ 4230 грм. Размѣры головки: прямой 12, большой поперечный 9,5, большой косой 13,5 стм.; Окружность головки 36 стм.

*Г. А. Соловьевъ* обратилъ вниманіе на неудовлетворительную постановку акушерской помощи въ малыхъ городскихъ родильныхъ пріютахъ, гдѣ больная при сильныхъ схваткахъ, съ общесъуженнымъ тазомъ, пробыла почти сутки безъ всякаго пособія. Давно слѣдовало-бы примѣнить щипцы или сдѣлать прободеніе головки, тѣмъ болѣе, что и плодъ былъ мертвъ.

*Н. А. Коломенкинъ* замѣтилъ, что въ каждомъ случаѣ разрыва матки операцію нужно дѣлать по тому способу, который соотвѣтствуетъ поврежденію въ данномъ случаѣ и зависитъ отъ характера раны и возможнаго проведенія безгнилостности. Пересмотрѣвъ литературу вопроса, *К.* нашелъ 13 случаевъ разрыва матки, гдѣ было сдѣлано полное удаленіе ея путемъ чревосѣченія; всѣ эти больныя оперированы въ больничныхъ учрежденіяхъ. Для наложенія-же швовъ на разрывъ матки требуется большая

Digitized by Google

осторожность; къ тому же, при сохраненіи матки, женщины часто гибнутъ при послѣдующей беременности. Интересна работа *Schmidt*'а изъ клиники *Schaut*'ы, въ которой приводится рядъ случаевъ сшиванія разрывовъ матки, гдѣ наступило исцѣленіе.

По мнѣнію *Д. Е. Горохова*, не слѣдовало оставлять часть маточной шейки, завѣдомо зараженной, а, разъ она была оставлена, нужно было-бы ее прижечь.

*Докладчикъ:* Оставленная часть шейки была обособлена тампонами, а отдѣляемому данъ былъ стокъ во влагалище.

*И. К. Никитинъ. Вредны-ли очищающія ванны для рожениц?* Впервые вопросъ о ваннахъ, какъ источникѣ зараженія для рожениц, былъ поднятъ *Sticher*'омъ и проф. *В. В. Строгоновымъ*. Оба автора на основаніи своихъ изслѣдованій, при чемъ 1-ый пользовался бактеріологическимъ, а 2-ой химическимъ способами, пришли къ одинаковымъ выводамъ: ванная вода вмѣстѣ съ взвѣшенными въ ней зародышами можетъ попадать во влагалище роженицы, берущей ванну, и въ дальнѣйшемъ можетъ обусловить послѣродовое заболѣваніе. Однако послѣдующія работы, произведенныя въ томъ-же направленіи *Winternitz*'емъ и *Hertzk*'ой, не подтвердили этого вывода. На основаніи цѣлаго ряда тщательно поставленныхъ опытовъ *Winternitz* и *Hertzka* пришли къ заключенію, что ванная вода не попадаетъ во влагалище берущей ванну и не можетъ, слѣд., служить источникомъ дальнѣйшаго зараженія. Необходимо лишь заботиться о чистотѣ самой ванны и объ очищеніи послѣ ванны наружныхъ половыхъ органовъ, на которые несомнѣнно попадаютъ зародыши, находящіеся въ ванной водѣ. Докладчикъ въ принципѣ воспользовался тѣми же способами изслѣдованія, которые были разработаны предшествующими авторами. Въ одномъ рядѣ случаевъ (8) въ 20-ведерной ваннѣ растворялось 30 гр. іодистаго калія, въ другомъ (6) нѣсколько пробирокъ съ B. prodigiosus. Тотчасъ же послѣ ванны, очистивъ тщательно наружные половые органы, брали при помощи зеркалъ *Simpson*'а влагалищныя выдѣленія по возможности изъ глубины сводовъ. Ни у одной изъ изслѣдованныхъ женщинъ докладчику не удалось опредѣлить во влагалищѣ искусственно введенное въ ванну для изслѣдованія вещество. Такимъ образомъ докладчикъ на основаніи своихъ изслѣдованій присоединяется къ мнѣнію авторовъ, не допускающихъ возможности проникновенія ванной воды во влагалище. Что касается самой воды ваннъ, то, на основаніи изслѣдованій докладчика, она оказывается близкой къ обеспложенной: получалось лишь ничтожное количество зародышей (ванна предварительно очищалась горячей водой). Послѣ же купанья ванная вода изобиловала множествомъ всевозможныхъ колоній.

*А. Н. Рахмановъ:* Сообщеніе докладчика представляетъ интересъ какъ съ научной, такъ и съ практической стороны. Стоило раздаться голосу проф. *В. В. Строгонова*, какъ его мнѣніе было подхвачено даже въ публикѣ; напр., при обсужденіи вопроса о необходимости устройства ваннъ въ нѣкоторыхъ городскихъ родильныхъ пріютахъ ссылались на мнѣніе проф. *В. В. Строгонова*, заявляя о ненужности ваннъ. Весьма желательно, чтобы изслѣдованія докладчика стали извѣстны настолько-же, насколько и изслѣдованія проф. *В. В. Строгонова*.

*Докладчикъ:* Въ настоящее время примѣняется только одинъ способъ изслѣдованія для доказательства вредности ваннъ—опредѣляется, не проникаетъ-ли вода изъ ванны во влагалище? Можетъ быть, можно подойти къ рѣшенію этого вопроса какимъ-либо другимъ путемъ. Мои изслѣдованія показали, что вообще вода изъ ваннъ проникаетъ во влагалище въ единичныхъ случаяхъ.

*Д. Л. Черкеховскій* замѣтилъ, что, разъ вода ваннъ грязна и такая вода приходитъ въ соприкосновеніе съ тѣломъ, съ клинической точки зрѣнія она должна быть удалена. Единственнымъ средствомъ борьбы съ подобнымъ, небезразличнымъ для здоровья роженицы, загрязненіемъ ванной воды было бы устройство ваннъ съ проточной водой, такъ сказать, съ водой, постоянно обновляющейся и потому относительно стерильной.

*Г. А. Соловьевъ:* Текучей водой достигается лучшее очищеніе тѣла; еще лучшаго, въ смыслѣ очищенія, можно достигнуть баней.

*Л. Н. Варнекъ:* Разъ, не смотря на точныя изслѣдованія докладчика и *Winternitz*'а, не вполнѣ доказано, что вода не проникаетъ во влагалище; разъ доказано, что вода ванны сама содержитъ низшіе организмы; — сажать роженицу въ ванну представляетъ извѣстную опасность. Необходимо дальнѣйшее изслѣдованіе этого вопроса. Не имѣетъ ли значенія для проникновенія жидкости во влагалище, положеніе тѣла, атмосферное давленіе и т. п.?

(Засѣданіе 21-го января.)

*Л. Н. Варнекъ. Внѣматочная беременность или аппендицитъ?* Не смотря на то, что, кажется, нѣтъ ничего общаго между воспаленіемъ червеобразнаго отростка и внѣматочной беременностью, ошибка при распознаваніи этихъ заболѣваній возможна. Если воспаленіе червеобразнаго отростка протекаетъ медленно, если нагноеніе произошло въ хорошо замкнутомъ пространствѣ, лихорадки можетъ и не быть; можетъ не быть даже и лейкоцитоза; если къ тому-же такой процессъ протекаетъ въ началѣ беременности или при задержкѣ, изъ-за него же, мѣсячныхъ на нѣсколько недѣль, а опухоль спускается въ полость малаго таза и прощупывается въ правомъ влагалищномъ сводѣ, къ тому же могутъ появиться боли на подобіе т. наз. трубныхъ коликъ, то какъ тогда поставить правильное распознаваніе? Подобный запутанный случай встрѣтился докладчику. — 4/II 1903 г. въ 1-ю городскую больницу поступила Н. А., 37 л. Мѣсячныя съ 15 л.; замужемъ съ 16 л.; родила 7-хъ дѣтей и разъ выкинула; послѣдніе роды были 2 года назадъ; послѣ нихъ было послѣродовое заболѣваніе. Послѣднія мѣсячныя 2½ мѣсяца назадъ. За 2 недѣли до поступленія въ больницу вдругъ появились схваткообразныя боли въ правомъ паху, рвота и поносъ; послѣдніе черезъ нѣсколько дней прекратились, но боли временами повторялись. Больная стала плохо ѣсть, спать и ослабѣла. При изслѣдованіи черезъ дряблыя брюшныя стѣнки въ правой подвздошной области прощупывалась дов. плотная, выдававшаяся изъ-за *Poupart*'овой связки, нѣсколько бугристая, болѣзненная опухоль, съ кулакъ. Передній сводъ влагалища былъ выпяченъ. Опухоль помѣщалась справа и немного спереди мягковатой, увеличенной матки, была мало подвижна и исходила, по видимому, отъ праваго рога матки. Груди были плохо развиты и молозива не содержали; сердце и почки были здоровы. *Температура всѣ 3 дня до операціи была 36°,5—36°,6.* Кромѣ докладчика, больную изслѣдовали еще нѣсколько врачей, и всѣ опредѣлили правую трубную беременность, грозившую кончиться разрывомъ. 7/II операція (докладчикъ). По вскрытіи брюшной полости въ правой ½ таза обнаружена опухоль, вся укутанная сальникомъ, приросшимъ частью къ правому рогу матки и глубоко къ передней стѣнкѣ малаго таза; собственно съ брюшными стѣнками сращеній не было. Докладчикъ, убѣжденный, что имѣлъ дѣло съ внѣматочной беременностью, сталъ раздѣлять сращенія и вылущать опухоль, и вдругъ неожиданно изъ опухоли хлынулъ густой, вонючій гной; по возможности удаливъ его марлевыми салфетками и продолжая вылущеніе опухоли, докладчикъ легко и быстро выдѣлилъ ее совершенно. Опухоль оказалась гнойникомъ, который былъ обособленъ значительно утолщеннымъ сальникомъ; въ полость гнойника свободно вдавался червеобразный отростокъ, омертвѣвшій въ своихъ свободныхъ ⅔. Задняя стѣнка опухоли была рыхло сращена съ кишками. Здоровая правая труба лежала позади широкой связки и никакого участія въ сращеніяхъ не принимала. Матка соотвѣтствовала величиной 2½ мѣсяцамъ беременности. Удаливъ обычнымъ путемъ остатокъ червеобразнаго отростка, докладчикъ тщательно вытеръ оставшуюся полость (гной въ брюшную полость, благодаря марлевымъ салфеткамъ, не попалъ). Въ область слѣпой кишки черезъ боковой разрѣзъ брюшной стѣнки введена была для стока полоска марли; первоначальная же брюшная рана зашита наглухо. Въ первые дни послѣ операціи больная чувствовала себя удовлетворительно: 37°,1, пульсъ 80; но черезъ 1½ сутокъ послѣ операціи стала безпокойна; пульсъ началъ учащаться и падать, появился значительный отекъ правой ноги, и больная скончалась. На вскрытіи найдено ограниченное воспаленіе брюшины въ области удаленной опухоли и закупорка правой бедренной вены. Матка и придатки не представляли уклоненій. Предъявленный препаратъ состоялъ исключительно изъ утолщеннаго сальника, служившаго стѣнкой гнойника. Въ этой стѣнкѣ имѣется лишь 1 отверстіе, образовавшееся послѣ отдѣленія сальника отъ слѣпой кишки; въ центрѣ этого отверстія помѣщался остатокъ омертвѣвшаго червеобразнаго отростка. — Въ заключеніе докладчикъ высказалъ, что при постановкѣ распознаванія правой трубной беременности надо имѣть въ виду возможность встрѣтиться и съ воспаленіемъ червеобразнаго отростка въ періодѣ нагноенія и въ этомъ смыслѣ предупредить больную и ея окружающихъ. *С. Бояркинъ.*

## *XXXVIII. Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ.*

(Засѣданіе 10 декабря 1903 г.).

*И. Н. Никольскій показалъ дѣвочку, 16 л., съ fibroma molluscum и акромегаліей.* В. Ж., поступила въ терапевтическое отдѣленіе больницы св. Ольги 16/XI 1903 г. При осмотрѣ бросается въ глаза неравномѣрность развитія: очень толстыя конечности, особенно велики кисти и стопы. Очень крупныя черты лица; надбровныя дуги рѣзко выдаются; губы и уши большія. Грудныя железы не развиты; на мѣстѣ ихъ значительное отложеніе жира. Вся кожа, особенно груди, живота и спины, густо покрыта множествомъ мелкихъ, различной величины (отъ булавочной головки до средней горошины), буроватыхъ пигментныхъ пятенъ. Кромѣ того, на кожѣ, преимущественно конечностей, много различной величины (отъ булавочной головки до лѣсного орѣха) мягкихъ, частью болѣе плотныхъ синеватыхъ и розоватыхъ опухолей, которыя легко подвижны вмѣстѣ съ кожей. Опухоли эти помѣщаются въ самой кожѣ, значительно возвышаясь надъ ея поверхностью. Правое вѣко припухло, слегка опущено. Кожа на кистяхъ и стопахъ синюшна. Языкъ немного увеличенъ, но форма его не измѣнена. Ячеистые отростки обѣихъ челюстей значительно выдаются впередъ. Голосъ довольно низкій. Щитовидная железа увеличена во всѣхъ отдѣлахъ, дов. плотна. Мѣсячныхъ еще не было; на большихъ половыхъ губахъ немного рѣдкихъ волосъ. Психика развита слабо; настроеніе духа хорошее, но дома, по словамъ матери, дѣвочка часто приходитъ въ очень возбужденное состояніе. Внутренніе органы измѣненій не представляютъ. Родилась здоровой, но затѣмъ развивалась очень медленно; зубы показались очень поздно; ходить и говорить стала послѣ 4-хъ лѣтъ. Пораженіе кожи появилось съ 5 лѣтъ. Отецъ—алкоголикъ.

*Л. Ф. Маньковскій. Кровоточивость по даннымъ дѣтской больницы св. Ольги.* Въ подробномъ историческомъ обзорѣ этого страданія докладчикъ отмѣтилъ, что взгляды различныхъ авторовъ на сущность кровоточивости очень противорѣчивы, а клиническую картину припадковъ нельзя считать вполнѣ изученной. Это и побудило докладчика собрать 12 случаевъ крово-

Digitized by Google

чивости по исторіямъ болѣзней дѣтской больницы св. Ольги за время съ 1892 г. по 1902 г. Изъ этихъ 12 случаевъ въ 11 распознаваніе не возбуждало никакихъ сомнѣній; въ 1 случаѣ болѣзнь клинически протекала отчасти какъ пятнистая *Werlhof*'ова болѣзнь, и только послѣ тщательнаго разбора этого случая—больной долго лежалъ въ больницѣ, умеръ тамъ и былъ вскрытъ—докладчикъ считаетъ болѣе правильнымъ отнести его къ кровоточивости. За указанное время въ больницѣ наблюдалось много случаевъ различнаго рода пурпуръ, но въ нихъ теченіе было настолько своеобразно, что распознаваніе не представляло особыхъ затрудненій. Въ 2 случаяхъ несомнѣнная кровоточивость въ началѣ протекала (на основаніи данныхъ, полученныхъ изъ разспросовъ родителей), какъ пятнистая *Werlhof*'ова болѣзнь. Въ исторіяхъ болѣзней много разъ отмѣчалось, что кровотеченіе не удавалось установить до тѣхъ поръ, пока наблюдалась усиленная сердечная дѣятельность, но еще большее значеніе имѣло настроеніе духа больного. Докладчикъ подробно остановился на вліяніи цѣлаго ряда употреблявшихся, наиболѣе распространенныхъ кровоостанавливающихъ средствъ и въ заключеніе пришелъ къ выводу, что всѣ эти средства не оказываютъ никакого вліянія на остановку кровотеченій при кровоточивости. Положенія: 1. Иногда встрѣчаются случаи, въ которыхъ клинически трудно поставить распознаваніе между кровоточивостью и пятнистою *Werlhof*'овой болѣзнью. 2. Нерѣдко въ несомнѣнныхъ случаяхъ кровоточивости не удается найти никакихъ указаній на наслѣдственность. 3. Часто очень упорныя, не поддававшіяся дома никакимъ средствамъ и опасныя для жизни кровотеченія, дов. скоро прекращались послѣ того, какъ больныхъ помѣщали въ больницу.

*А. А. Соколовъ:* Среди случаевъ кровоточивости особенно интересны тѣ, въ которыхъ кровотеченія наступаютъ только вслѣдъ за травмой и которые описываются, какъ кровоточивость травматическая (haemophilia traumatica), въ противоположность кровоточивости самородной (h. spontanea). Я наблюдаю больного, страдающаго съ 2-лѣтняго возраста въ теченіи 22 лѣтъ первой формой кровоточивости. За это время онъ перенесъ множество кровотеченій, иногда явно угрожавшихъ жизни; но всякій разъ кровоизліяніе въ ткани или кровотеченіе наружу вызывалось очевидной травмой: ушибъ, порѣзанная или ушибленная рана и пр. Такимъ образомъ кровотеченія у этого больного всегда имѣли свою вполнѣ ясную и достаточную причину, которая неизбѣжно вызывала-бы кровотеченіе и у совершенно здороваго человѣка. Съ другой стороны, кровотеченія во всякое данное время ничѣмъ не отличались отъ кровотеченій у здороваго. Вся ихъ особенность заключалась въ томъ, что они продолжались непомѣрно долго, напр., капиллярное кровотеченіе иногда тянулось нѣсколько дней, тогда какъ у здороваго оно остановилось-бы въ нѣсколько минутъ. Нужно, слѣд., признать, что особенность этого кровоточиваго больного заключается не въ томъ, что у него наступаетъ кровотеченіе, а въ томъ, что оно не останавливается въ обычный срокъ, что у него нарушенъ присущій нормальному организму процессъ остановки кровотеченія,—разстройство, которое можно-бы назвать «anhaemostasia». Такъ какъ остановка кровотеченія зависитъ отъ состава крови, свойства сосудистой стѣнки и состоянія сосудодвигательныхъ нервовъ, то причину кровоточивости въ данномъ случаѣ слѣдуетъ искать въ ненормальности того или другого изъ этихъ условій, вліяющихъ на гемостазъ.

*Н. В. Яблоковъ:* Я хочу указать на то, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ нелегко разграничить кровоточивость и *Werlhof*'ову болѣзнь.

*Докладчикъ:* Въ нашихъ случаяхъ повышеніе температуры наблюдалось очень рѣдко.

*П. В. Кусковъ:* Я не могу согласиться съ желаніемъ докладчика какъ-бы установить связь между кровоточивостью и *Werlhof*'овой болѣзнью: ихъ рѣзко отдѣляетъ одну отъ другой и этіологія, и симптоматологія. Не признаютъ связи между ними и авторы, излагающіе эти болѣзни, въ современныхъ руководствахъ.

*Докладчикъ:* Это—вѣрно; но клинически иногда бываетъ очень трудно отдѣлить эти болѣзни одна отъ другой.

*Т. П. Краснобаевъ:* Я хочу замѣтить относительно свойствъ кровотеченія при операціяхъ у кровоточивыхъ. Въ статистику докладчика вошелъ больной Б., котораго я наблюдалъ въ больницѣ св. Ольги. При горлосѣченіи у него кровотеченіе ничѣмъ не обращало на себя вниманія, и только потомъ, когда онъ оказался страдающимъ тяжкой формой кровоточивости, я припомнилъ, что при уколахъ иглой выступавшія капельки крови не исчезали вскорѣ, какъ это обыкновенно бываетъ, а появлялись вновь.

*С. А. Васильевъ:* Я хочу отмѣтить у больныхъ съ *Werlhof*'овой болѣзнью рѣзкую разницу, наблюдающуюся по отношенію къ произвольнымъ и искусственно вызваннымъ кровотеченіямъ. Первыя отличаются неудержимымъ характеромъ—ничѣмъ не удается ихъ остановить; тогда какъ, наоборотъ, кровотеченія, вызванныя маленькими операціями, совершенно незначительны и быстро прекращаются сами собой.

*А. А. Кисель:* Не всегда удается установить, что кровотеченія появляются послѣ травмъ; поэтому при распознаваніи приходится опираться на самый характеръ кровотеченія. Переходя далѣе къ вопросу о лѣченіи, я хотѣлъ-бы подтвердить, что обычныя лѣкарства при этой болѣзни не помогаютъ. Если у кровоточиваго очень сильное кровотеченіе и частый, очень полный пульсъ, то кровотеченія, какъ часто приходилось въ томъ убѣждаться, останавливались тогда, когда пульсъ дѣлался слабѣе. Исходя изъ этого, мы помѣщали больного въ большую палату, гдѣ много воздуха, гдѣ больной удаленъ былъ отъ всякихъ безпокойствъ, и видѣли, что послѣ того, какъ онъ пролежитъ въ такихъ условіяхъ $^1/_2$—1—2 дня, кровотеченіе стихаетъ и, наконецъ, прекращается. Такимъ образомъ мнѣ кажется, что, обращая вниманіе на пульсъ больного, можно кое-что сдѣлать и въ лѣченіи кровоточивости.

*Л. П. Александровъ:* Докладчикъ не использовалъ всего матеріала больницы св. Ольги; въ хирургическомъ ея отдѣленіи было еще нѣсколько случаевъ кровоточивости, кромѣ вышеприведенныхъ. Трудно сказать, есть-ли связь между кровоточивостью и *Werlhof*'овой болѣзнью, но слѣдуетъ признать, что случаи травматическіе съ ясной наслѣдственностью представляютъ типическую форму кровоточивости.

*Б. Н. Черно-Шварцъ.* ***Бактеріологическій методъ въ распознаваніи дифтеріи*** (см. выше, № 1, стр. 7).

*М. Б. Вермель:* Я не сомнѣваюсь, что легкіе случаи катарральныхъ и фолликулярныхъ жабъ съ палочками *Löffler*'а практически слѣдуетъ считать за дифтерію. Что касается возможности нахожденія токсина въ крови больного, то, быть можетъ, въ легкихъ случаяхъ его образуется слишкомъ мало.

*Докладчикъ:* Я не говорю о практическихъ мѣропріятіяхъ. Я только утверждаю, что въ сомнительныхъ случаяхъ пораженія зѣва обнаруженіе палочекъ не выведетъ врача изъ сомнѣнія,—случайную-ли находку представляютъ онѣ, или онѣ играютъ роль въ патогенезѣ въ данномъ случаѣ?

*М. Б. Вермель:* Я думаю, что, если мы у больного находимъ жабу, и если въ посѣвѣ при этомъ оказывается чистая разводка дифтерійной палочки, а другихъ микроорганизмовъ нѣтъ, то это—дифтерія.

*Докладчикъ:* Не нужно забывать, что свернутая сыворотка—среда съ избирательными свойствами, на которой дифтерійныя палочки препятствуютъ росту другихъ микроорганизмовъ. Если сдѣлать посѣвъ на другихъ средахъ, то, быть можетъ, найдутся истинные виновники жабы.

*М. Б. Вермель:* Сыворотка не исключаетъ роста другихъ микроорганизмовъ.

*Г. Э. Швейцеръ:* Мнѣ пришлось бороться съ 2-мя эпидеміями дифтеріи въ одномъ общежитіи, гдѣ живутъ около 500 чел. Послѣ нѣсколькихъ случаевъ дифтеріи было сдѣлано поголовное бактеріологическое изслѣдованіе зѣва, и въ 35% оказались палочки *Löffler*'а въ здоровомъ зѣвѣ; всѣ эти носители палочекъ были отдѣлены. Черезъ нѣкоторое время снова появилось нѣсколько случаевъ дифтеріи; когда же были смѣшаны всѣ живущіе въ общежитіи, эпидемія прекратилась. Въ слѣдующую эпидемію не обращалось вниманія на возможное присутствіе палочекъ въ зѣвѣ здоровыхъ, и клинически случаевъ дифтеріи было 3—4. Но рядомъ съ ними наблюдалось много случаевъ катарральныхъ и фолликулярныхъ жабъ съ дифтерійными палочками. Очевидно, за дифтерію слѣдуетъ признавать случаи, гдѣ находятся палочки и пленки.

На вопросъ *Г. Е. Владимірова* докладчикъ отвѣтилъ, что больные катарральными жабами съ палочками *Löffler*'а размѣщались отдѣльно и оставались въ больницѣ до полнаго исчезновенія палочекъ.

*Г. Е. Владиміровъ:* Присутствіе палочки *Löffler*'а при катарральной жабѣ ясно говоритъ, что дѣло имѣется съ дифтеріей. Вполнѣ установлено, что въ подобныхъ случаяхъ иногда развивались дифтерійныя палочки.

*А. А. Кисель:* Я не сомнѣваюсь, что дифтерія иногда можетъ протекать безъ образованія пленокъ.

*С. И. Гиллерсонъ:* Даже *Behring* не находилъ возможнымъ распознавать дифтерію, гдѣ находятъ катарральную или фолликулярную жабу съ палочками. По моему мнѣнію, бактеріологическое изслѣдованіе нерѣдко только сбиваетъ врача, не давая рѣшенія вопросу; поэтому клиницистъ прежде всего долженъ руководиться клиническими данными.

*О. И. Бронштейнъ:* Я вполнѣ присоединяюсь къ мнѣніямъ, высказаннымъ докладчикомъ. Въ бактеріологіи пришлось до нѣкоторой степени разочароваться, но я думаю, что это только до тѣхъ поръ, пока не будетъ найденъ новый признакъ дифтеріи. Изслѣдуя очень много больныхъ этой болѣзнью, я старался приблизиться къ рѣшенію вопроса и пришелъ къ заключенію, что центръ тяжести долженъ быть перенесенъ на бактеріоскопію; на изслѣдованіе пленокъ, а не на посѣвы. Если въ мазкахъ палочекъ не встрѣчается въ большомъ количествѣ, а встрѣчаются онѣ только въ разводкахъ, то надо искать и другого показателя. Подтвержденіе этого взгляда я вижу, напр., въ слѣдующемъ наблюденіи. У больного—типическая картина жабы *Vincent*'а; дифтерійныхъ палочекъ нѣтъ; затѣмъ при той-же клинической картинѣ онѣ появляются въ разводкахъ, и только тогда, когда онѣ стали обнаруживаться въ мазкахъ, развилась дифтерія.

*Докладчикъ:* Обнаруженіе въ частной практикѣ палочекъ дифтеріи при простыхъ жабахъ не такъ уже рѣдко, какъ думаетъ *Г. Е. Владиміровъ*. Подобныя наблюденія всѣмъ намъ извѣстны. Тѣмъ не менѣе я не отвергаю возможности проявленія дифтеріи въ видѣ катарральной и лакунарной жабы, но указываю, что у насъ нѣтъ точнаго мѣрила, чтобы признать за ними дифтерійный характеръ. Д-ръ *О. И. Бронштейнъ* переноситъ центръ тяжести изслѣдованія на бактеріоскопію. Д-ръ *Шабадъ* тоже говоритъ, что для распознаванія дифтеріи большее значеніе имѣютъ мазки, а не посѣвы. Но значеніе бактеріоскопіи, по моему мнѣнію, сильно ограничивается тѣмъ, что при несомнѣнной, сильно развитой дифтеріи не очень рѣдко въ мазкахъ находятся только единичныя палочки.

*А. Кисель.*

Digitized by Google

## XXXIX. Изъ микробіологическаго Общества въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 19-го декабря 1903 г.).

Произведены выборы 12 новыхъ членовъ. Передано Обществу привѣтствіе отъ *С. В. Владиславлева* и заявлено о его готовности печатать протоколы Общества въ «Русскомъ Врачѣ».

Прочитано письмо редактора «Centralblatt für Bakteriologie» д-ра *Uhlworm*'а съ просьбою доставлять протоколы научныхъ засѣданій Общества для печатанія въ этомъ журналѣ.

*В. Л. Омелянскій. О раздѣленіи водороднаго и метановаго броженія клѣтчатки.* Докладчикъ сообщилъ результаты своихъ опытовъ, имѣвшихъ цѣлью точнѣе испытать предложенный имъ пріемъ для раздѣленія водороднаго и метановаго броженія клѣтчатки путемъ нагрѣванія посѣва. Исходя изъ разводки, зараженной искусственной смѣсью бацилловъ обоихъ броженій клѣтчатки, докладчикъ велъ далѣе основной рядъ пересѣвовъ, въ которыхъ анализами газа было удостовѣрено чистое метановое броженіе. Производя пересѣвы съ нагрѣваніемъ (75°—15′) изъ послѣдовательнаго ряда этихъ разводокъ, докладчикъ установилъ 3 періода, изъ которыхъ 1-ый (1-ое—3-ье поколѣнія) характеризуется переходомъ метановаго броженія въ водородное, 2-ой (4-ое—10-ое)—колеблющимися результатами и 3-ій (11-ое—15-ое)—прочно установившимся метановымъ броженіемъ, не переходящимъ отъ нагрѣванія въ водородное. Докладчикомъ было высказано нѣсколько общихъ соображеній для выясненій всѣхъ этихъ сложныхъ соотношеній.

Ж.-вр. *А. В. Вакуленко. Объ измѣненіи специфическихъ свойствъ крови при кормленіи животныхъ убитыми разводками микробовъ.* За отсутствіемъ докладчицы, результаты ея работы, произведенной въ бактеріологической лабораторіи Женскаго Медицинскаго Института, были доложены *Д. К. Заболотнымъ*. Результаты сводятся къ слѣдующему: при кормленіи животныхъ (кроликовъ) убитыми эмульсіями разводокъ палочекъ тифа и холеры удается наблюдать черезъ 10—14 дней послѣ начала кормленія появленіе въ крови склеивающей способности, достигающей въ опытахъ съ тифомъ $^1/_{500}$, а въ опытахъ съ холернымъ вибріономъ нѣсколько ниже ($^1/_{60}$—$^1/_{120}$), между тѣмъ, какъ въ началѣ (до опыта) она ниже $^1/_{30}$. Микробная эмульсія вливалась съ небольшими промежутками въ нѣсколько дней, иногда ежедневно, при чемъ за разъ вливалось 50—100 к. стм. каждому кролику. Чтобы кровь пріобрѣла склеивающія свойства, кроликъ долженъ принять въ общемъ около 500 к. стм. эмульсіи. Данныя сравнительныхъ изслѣдованій склеивающей способности выражены кривыми, которыя на 2-й недѣлѣ поднимаются, а затѣмъ, по прекращеніи кормленія, медленно падаютъ. Кривыя этой способности, температуры и вѣса подвергавшихся опытамъ животныхъ были показаны.

*В. А. Таранухинъ. Къ вопросу о специфическихъ осадкахъ противочумныхъ сыворотокъ.* При смѣшеніи противочумныхъ сыворотокъ съ фильтратами «чумнаго токсина» получаются специфическіе осадки, на которые впервые обратилъ вниманіе *Kraus*. Въ эту реакцію вступаютъ въ строго опредѣленныхъ отношеніяхъ 2 вещества: одно изъ сыворотки, другое изъ токсина. Докладчикъ познакомилъ Собраніе съ результатами своихъ опытовъ относительно времени появленія преципитирующаго вещества въ сывороткѣ, его осажденія сѣрнокислымъ магніемъ и перегнанной водой, а также его предохранительныхъ свойствъ. Указавъ на активную иммунизацію животныхъ преципитатами и на измѣненіе свойствъ послѣднихъ подъ вліяніемъ нѣкоторыхъ условій, докладчикъ высказалъ нѣсколько соображеній относительно природы этого тѣла. По его мнѣнію, въ противочумной сывороткѣ для объясненія свойствъ преципитатовъ нѣтъ надобности разсматривать преципитины, какъ особыя вещества, отдѣльныя отъ антитоксиновъ, что, напротивъ, достаточно признать въ сывороткѣ только одно вещество—«преципитинъ», обладающее 2-мя группами: гаптофорной, обусловливающей реакцію присоединенія, и антитоксофорной, нейтрализующей дѣйствіе токсофорной группы токсина. Токсинъ по той же схемѣ представляется, какъ и по *Ehrlich*'у, содержащимъ 2 группы—гаптофорную и токсофорную. Появленіе преципитатовъ обусловливается отношеніемъ вновь полученнаго тѣла при реакціи къ растворителямъ. Докладчикъ различаетъ слѣдующіе виды преципитатовъ: 1) нейтральный (физіологически) токсо-преципитатъ; получается изъ свѣжаго неослабленнаго токсина; 2) нейтральный токсоидъ-преципитатъ; получается изъ ослабленнаго токсина; 3) токсо-преципитатъ; получается при храненіи № 1-го, ядовитъ для животныхъ; 4) токсоидъ-преципитатъ; такой же, какъ № 3-й, но неядовитъ; 5) возстановленный токсо-преципитатъ; получается при настаиваніи токсо-преципитата (№ 3) въ противочумной сывороткѣ; неядовитъ, такъ какъ фиксируетъ изъ сыворотки антитоксофорную группу; 6) возстановленный токсоидъ-преципитатъ; получается, какъ и предъидущій, настаиваніемъ токсоидъ-преципитата (№ 4) сывороткой; оба послѣднихъ преципитата являются тѣлами ненасыщенными и способными къ новой реакціи присоединенія: они изъ фильтрата «чумнаго токсина» извлекаютъ преципитирующееся вещество, при чемъ получаются: 7) активированный токсо-преципитатъ и 8) активированный токсоидъ-преципитатъ. Всѣ перечисленные виды преципитатовъ въ соотвѣтствующей дозѣ сообщаютъ животнымъ активную невосприимчивость.

Секретари: *Д. Заболотный, В. Омелянскій.*

---

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

## *В. Свенцицкій. Краткое руководство къ военно-полевой хирургіи—съ предисловіемъ и подъ редакціей проф. П. И. Дьяконова.*

Въ тяжелые дни, когда издалека доносятся гулъ пушечныхъ выстрѣловъ и запахъ порохового дыма, долженъ встрепенуться и хирургическій міръ, дабы во всеоружіи спѣшить къ полю битвы со средствами для облегченія судьбы раненаго. «Полевая хирургія» вступаетъ въ свои права и ищетъ бо́льшаго числа рабочихъ рукъ. Врачи, стоявшіе по необходимости вдали отъ большой практической хирургіи, будучи призваны на поле брани, ищутъ средствъ для освѣженія и пополненія необходимыхъ для дѣла знаній. Съ этой точки зрѣнія нельзя не привѣтствовать каждое сочиненіе, имѣющее цѣлью идти навстрѣчу упомянутому требованію.

Съ подобными мыслями я взялъ въ руки упомянутое въ заглавіи сочиненіе, но, прочитавъ его, не нашелъ ожидаемаго. Для кого написано это собраніе отрывковъ изъ обширной области хирургіи мирной и военной? Въ предисловіи редактора узнаемъ, что оно предназначено для хирурговъ. Между тѣмъ содержаніе книги, составляющее рядъ личныхъ впечатлѣній автора на войнѣ и въ клиникѣ, содержитъ въ большинствѣ случаевъ такія свѣдѣнія, неточности которыхъ каждому, именующему себя хирургомъ, очевидны; или-же ему сообщаются общеизвѣстныя простыя истины.

Начиная съ описанія дѣйствія современной пули, авторъ опредѣляетъ ее живую силу (по его выраженію, дѣйствіе или работу), какъ равную «произведенію $^1/_2$ массы на квадратъ ускоренія». Всѣмъ извѣстно, что эта формула гласитъ иначе: произведеніе изъ $^1/_2$ массы на квадратъ *скорости*. По поводу калибра пуль вообще и въ частности русскихъ, сообщается, что пуля чаще бываетъ или 3-линейной, или «немного уже или толще». Въ сравнительной таблицѣ, касающейся размѣра и калибра пуль, подъ графою «оболочка» помѣчено для Россіи: «свинецъ, мелх. оболочка». Если разумѣть то, что, видимо, хочетъ сказать авторъ, то свѣдѣнія эти невѣрны. Ядро пули состоитъ изъ сплава свинца съ сюрьмою. Много произвола внесено авторомъ въ теорію дѣйствія пуль, такъ, напр., предположеніе, что пуля увлекаетъ за собою струю воздуха, который дѣйствуетъ «распирающимъ образомъ», не имѣетъ серьезнаго основанія. Поясненія дѣйствія пуль у автора въ высшей степени сбивчивы, и въ нихъ многое повторяется и многое непонятно. Что, напр., значитъ: «пуля (разрывная) имѣетъ наклонность *коверкать* (!?) ткани». Послѣ весьма неполнаго описанія преимуществъ и области примѣненія анти- и асептическаго способовъ авторъ, ссылаясь на проф. *П. И. Дьяконова*, сообщаетъ, что хорошіе результаты получаются «не отъ заучиванія какихъ-либо правилъ, а отъ сознательнаго отношенія ко всѣмъ потребностямъ обстановки больного». Что это собственно значитъ и стоитъ ли послѣ того вообще читать книгу?

Забывая обстановку перевязочнаго пункта, авторъ горячо совѣтуетъ пользоваться наркозомъ для того, чтобы изслѣдовать рану «полно и не спѣша». Особенно рекомендуется хлороформъ Schering'а въ «темныхъ, закупоренныхъ герметически стклянкахъ». Далѣе идетъ совѣтъ: «хлороформъ давать часто и понемногу. Слѣдить за дыханіемъ и состояніемъ зрачковъ. Ритмическое вытягиваніе (!) языка. Выдвигать... челюсть впередъ. Запретить служителямъ (?) давать много пить до наркоза (!). Очищеніе кишекъ не такъ важно и т. д.»... Что можно вынести врачу изъ такихъ сообщеній?

На послѣдующихъ страницахъ приводится описаніе самыхъ различныхъ поврежденій и соотвѣтственныхъ пособій. Краткое, подчасъ непонятное, изложеніе пересыпано отдѣльными клиническими наблюденіями автора, часто мало поучительными. На ряду съ операціями изъ области полевой хирургіи стоитъ и пластика носа, вѣкъ и пр. Описаніе техники операцій часто грѣшитъ крупными неточностями, неудобными для книги подобнаго назначенія. «Оттягиваніе мышцъ или сосудовъ вбокъ» — весьма частое встрѣчающееся выраженіе. При эмпіемѣ предлагается ранняя операція, «пока на стѣнкахъ плевры нѣтъ значительныхъ гнойныхъ отложеній».

Въ дѣлѣ лѣченія переломовъ конечностей авторъ является сторонникомъ гипсовой повязки и гипсовыхъ шинъ. При переломѣ бедренной кости, напр., авторъ находитъ, что «трудъ наложенія повязки вполнѣ окупается замѣчательно хорошимъ самочувствіемъ больного послѣ отвердѣнія повязки». Жаль только, что техника наложенія гипсовой повязки въ рукахъ автора заставляетъ желать лучшаго; такъ, напр., при переломѣ плечевой кости въ средней $^1/_3$ и ниже гипсовая повязка обхватываетъ все предплечье и лишь нижнюю $^1/_2$ плеча (рис. 29). Къ полевымъ приспособленіямъ авторъ находитъ возможнымъ причислить шину *Bruns*'а и *Волковича!*

На стр. 71 авторъ касается остеопластическихъ операцій (*Сабанѣевъ, Спасокукоцкій, Bier*). «При очень частыхъ ампутаціяхъ (?) и хорошо обезпложенномъ матеріалѣ (?) можно изъ отпиливаемаго куска кости оставлять пластинку кости на надкостницѣ»... Вопросъ о поврежденіяхъ позвоночника, включая сюда и распознаваніе и лѣченіе, исчерпанъ на одной страницѣ. По поводу припадковъ сдавленія авторъ разсчитываетъ, что «время покажетъ причины происхожденія паралича». Лѣченіе поврежденія позвоночника пояснено однимъ рисункомъ, изображающимъ

по мнѣнію автора, подвѣшивающую повязку *Rauchfuss*'а. На самомъ же дѣлѣ это—петля *Barwell*'я для лѣченія... сколіозовъ (см. *Koenig*, русск. перев., 1887 г., т. III, стр. 73).

Щадя мѣсто, я ограничиваюсь самою небольшою горстью данныхъ, говорящихъ о характерѣ разбираемой книги. Рисунки въ ней или изображаютъ устарѣлыя и понятныя вещи, или даютъ плохое представленіе о дѣлѣ. Небольшой инструментальный инвентарь, по видимому, исключительно заимствованъ авторомъ изъ той школы, къ которой онъ принадлежалъ (Москва).

Въ заключеніе хотѣлось-бы коснуться взглядовъ автора на способъ перевязки ранъ. Къ сожалѣнію, повсюду «противопоразитный» способъ перемѣшанъ съ физической антисептикой.

Признавая, по видимому, значеніе стерилизаціи на войнѣ, авторъ останавливается, судя по рисунку, на предложенномъ мною упрощенномъ приборѣ *Lautenschläger*'а. Не въ примѣръ другимъ случаямъ, гдѣ къ каждому инструменту приставлено собственное имя (*Дьяконовъ, Бобровъ, Ѳедоровъ* и др.), этотъ приборъ приводится анонимно подъ именемъ «стерилизаціонной двойной кастрюли» (sic!). Проф. *Г. Турнеръ*.

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

XXVI. *Краткая замѣтка о крупномъ недоразумѣніи.* Вслѣдствіе досадной случайности, я только сейчасъ познакомился съ замѣткою В. С. Кривенко въ № 4 «Русскаго Врача», по поводу которой считаю умѣстнымъ сказать нѣсколько словъ.

Прежде всего о слегка фантастическомъ проэктѣ его—передать военно-санитарную часть въ руки частнаго благотворительнаго учрежденія, въ Красный Крестъ, съ его случайными и некомпетентными ни по подготовкѣ, ни по обыденной дѣятельности руководителями во главѣ. Желательно знать, какимъ образомъ проэктъ этотъ могъ-бы осуществиться; но твердо увѣренъ, что передача эта не наполнитъ пустоту рядомъ съ пустотою, о которыхъ говоритъ г. Кривенко. Этому научилъ меня мой опытъ, подтверждающійся опытомъ западной Европы, на который такъ часто ссылаются нѣкоторые авторы, не смотря на то, что многіе изъ нихъ имѣютъ слишкомъ смутное понятіе о немъ.

Я попрошу указать мнѣ хотя бы одно государство (кромѣ Россіи, конечно), въ которомъ Красный Крестъ играетъ самостоятельную роль, а не вспомогательную, подчиненную командной и военно-санитарной администраціи, и доказать, что и тамъ наблюдается пустота для избранныхъ и пустота для большинства. Прошу справиться; 1) Декретъ президента французской республики 19 октября 1892 г. «Sur le fonctionement général des sociétés d'assistance aux blèssés etc»: Art. 1-er).... «Pour l'accomplissement de cette mission, elles (общества) *sont placées sous l'autorité du commendement et des directeurs du service de santé*». 2) Kriegs-Sanitäts-Ordnung § 206: «Die freiwillige Krankenpflege darf kein selbständiges Factor neben den Staatlichen sein..... *anderfalls würde sie nicht fördernd sondern hemmend auf den Betrieb des Krankendienstes einwirken*». Идутъ противъ опыта на основаніи спекулятивныхъ данныхъ. Но благоразумно ли производить опыты за счетъ больного или раненаго солдата?

Не могу также пройти молчаніемъ субординаціи и усугубленія (якобы) дисциплинарныхъ требованій, грозящаго врачу-офицеру сравнительно съ врачемъ-чиновникомъ, тѣмъ болѣе, что съ этимъ соображеніемъ встрѣчаемся уже не впервые. Г. Кривенко, какъ бывшій офицеръ, не можетъ не знать, что дисциплинарный уставъ никакой разницы между офицеромъ и военнымъ врачемъ, въ смыслѣ обязанностей, не дѣлаетъ. Разница, и, мягко выражаясь, слишкомъ крупная, допускается имъ только относительно правъ того и другого. Таковъ законъ. А житейская практика? Ограничусь 2-мя картинками, предупредивъ, что большинство фигурирующихъ въ нихъ лицъ здравствуютъ и по днесь. Понадобится, могу привести и имена. Картина 1-ая. Маневръ конченъ. Кавалерійская бригада выстроилась возлѣ дороги, по которой долженъ проѣхать командующій войсками. На лѣвомъ флангѣ одного изъ полковъ стоитъ лазаретная линейка (съ дороги она едва-ли видна), а рядомъ съ нею—заслуженный старшій врачъ, верхомъ. Вдругъ командиръ полка карьеромъ подлетаетъ съ крикомъ: «вонъ отсюда»! Г. Кривенко! Скажите откровенно: будь этотъ старшій врачъ не коллежскій совѣтникъ, а только-что выпущенный изъ училища корнетъ, мыслима-ли была-бы эта маленькая картинка?—Картина 2-ая. Засѣданіе военно-санитарнаго Общества. Обсуждается сообщеніе одного высокопоставленнаго генерала, выдающагося офицера генеральнаго штаба: «объ объединеніи санитарныхъ мѣропріятій въ дивизіи». Одинъ изъ оппонентовъ, тоже генералъ и тоже офицеръ генеральнаго штаба, привыкшій рѣшать санитарные вопросы упрощеннымъ, никакими уставами не предусмотрѣннымъ способомъ, съ ужимками и хихиканьемъ начинаетъ разсказывать, что, когда онъ командовалъ на Кавказѣ полкомъ, то разъ, на маневрѣ, онъ приказалъ полку перейти въ бродъ рѣку. Къ командиру подходитъ врачъ съ докладомъ: холодно, въ полку и безъ того много лихорадящихъ и съ разстройствомъ кишечника; нельзя ли перейти по мосту, до котораго много много верста—$1^1/_2$ будетъ? «Смотрю», продолжаетъ генералъ, «а у врача длинные волосы, Хи хи. Барабанъ! Посадилъ я моего ретиваго эскулапа на барабанъ и, хи-хи, велѣлъ цирульнику выстричь его передъ фронтомъ!» На этомъ-же печальномъ засѣданіи произошелъ такой эпизодъ: одинъ начальникъ дивизіи, которому почему-то не понравилось не къ нему даже обращенная реплика корпуснаго врача, вскочилъ, какъ ужаленный, и, стуча по столу кулакомъ, крикнулъ «не смѣть говорить въ моемъ присутствіи подобныхъ вещей!»

Опять повторю свой вопросъ, чѣмъ-же эпизоды обусловлены? Что причина ихъ заключается въ малой культурности моихъ героевъ, это—понятно; но почему-же жертвами этой некультурности всегда являются врачи—гражданскіе чиновники, а не офицеры? Умѣстны ли послѣ этого запугиванія возможностью усугубленія того или другого окрика? Нѣтъ, опасаться чего-нибудь худшаго въ этомъ отношеніи невозможно....

Впрочемъ, и не въ этомъ дѣло. Суть вотъ въ чемъ. Г. Кривенко говоритъ: «Профессоръ военной администраціи Макшеевъ подробно выяснилъ положеніе военно-санитарнаго корпуса въ иностранныхъ арміяхъ» и т. д. Объ этомъ-то подробномъ выясненіи и будетъ моя рѣчь. Я пытался было выяснить въ «Русскомъ Инвалидѣ», насколько правъ г. Макшеевъ (см. статью его—Положеніе военныхъ врачей въ Западной Европѣ, «Военный Сборникъ», 1903 г., кн. II и 2 замѣтки въ №№ 59 и 64 «Русскаго Инвалида» за тотъ-же годъ). Къ сожалѣнію, попытка моя, какъ и другія, не удалась: Редакція статей моихъ не напечатала. По моему—напрасно. Можетъ быть, прочитавъ мою статью, г. Кривенко не сталъ-бы относиться съ такимъ слѣпымъ довѣріемъ къ словамъ г. Макшеева. Распространяться объ этомъ здѣсь не буду. Повторю лишь главное. 1. Какъ видно изъ вышеприведеннаго заглавія статьи г. Макшеева, онъ обѣщалъ говорить о положеніи врачей въ Западной Европѣ, а говорилъ лишь о положеніи ихъ въ нѣмецкой, французской и австрійской арміяхъ, не обмолвившись ни единымъ словомъ объ англійской и итальянской арміяхъ (объ арміяхъ второстепенныхъ державъ, для краткости, не говорю), въ которыхъ военнымъ врачамъ присвоены общеофицерскіе чины, т. е. сознательно или безсознательно—это собственно безразлично—выдалъ часть за цѣлое и только благодаря этому могъ поставить парадоксальный тезисъ, что «ни въ одной арміи врачамъ не присвоено офицерскихъ чиновъ». Тезисъ вполнѣ невѣрный и нѣсколько странный въ работѣ профессора военной администраціи. 2. Тезисъ этотъ невѣренъ даже въ частности, т. е. по отношенію къ тѣмъ 3-мъ арміямъ, о которыхъ трактуетъ г. Макшеевъ. Не говоря уже о томъ, что соотвѣтствующіе (корреспондирующіе, по терминологіи иностранныхъ законоположеній,—grades correspondants) чины военныхъ врачей въ этихъ арміяхъ сравнены съ общеофицерскими, а не гражданскими чинами, въ нѣмецкой арміи, напр. нѣкоторымъ врачамъ присвоены общеофицерскіе чины.

Я работаю въ крайне неблагопріятной обстановкѣ—въ провинціальной глуши; библіотеки нѣтъ, цитировать трудно. Въ моей подручной библіотекѣ, гдѣ-то запропастился Sanitäts-Verordnung; прибѣгну поэтому къ косвенному доказательству: въ Beilage *в* къ § 16 Kriegs-Sanitäts-Ordnung (стр. 597) находимъ: Bemerkung 1. «Hat der Generalstabsarzt der Armee den Generallieutenants-Rang и т. д. 2. Ein Generalarzt mit Generalmajors-Rang и т. д.». Ясно? [1]). 3. Точно также невѣренъ и крайне слабо мотивированъ 2 ой тезисъ г. Макшеева, что: «ни въ одной арміи военные врачи не имѣютъ подъ своимъ начальствомъ офицеровъ». Я опять-таки буду говорить объ арміяхъ, избранныхъ г. Макшеевымъ, такъ какъ до другихъ ему, видимо, дѣла нѣтъ. Французское и нѣмецкія законодательства дѣлаютъ рѣзкую разницу между офицерами (officiers, offiziere) и чиновниками (employés, Beamten). Доказывая, что врачамъ офицеры нигдѣ не подчинены, г. Макшеевъ про подчиненныхъ имъ во Франціи офицеровъ администраціи говоритъ: это-де не офицеры, a officiers d'administration. Но officier d'administration—офицеръ или чиновникъ, officier или employé? Разъ онъ офицеръ, то.... Въ Австрійской арміи старшій врачъ лазарета или госпиталя есть командиръ его (commendant), которому подчинены всѣ какъ служащіе, такъ и находящіеся на излѣченіи въ немъ офицеры. Я не касаюсь вопроса, хорошо-ли это или дурно; я устанавливаю лишь факты, которые, казалось, не должны-бы ускользнуть отъ профессора военной администраціи.

Позволю себѣ высказать надежду, что, если г. Кривенко потрудится провѣрить тезисы г. Макшеева по цитированнымъ мною первоисточникамъ, то онъ убѣдится, что ссылаться на нихъ, какъ на нѣчто неопровержимое, по меньшей мѣрѣ опасно.

*Михаилъ Штейнбергъ*, старшій врачъ Скерневицкаго лагернаго лазарета.

Скерневицы, 11-го февраля 1904 г.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

293. Е. М. Терещенко черезъ посредство проф. *К. М. Сапѣжко* пожертвовала медицинскому факультету въ Одессѣ 15000 р. на устройство *ортопедическаго Института* при хирургической факультетской клиникѣ.

294. *Ходатайство Томскаго Университета объ ассигнованіи ему 300000 р.* на устройство собственныхъ госпитальныхъ клиникъ, какъ передаетъ «Сибирскій Вѣстникъ» (5 февраля), *не увѣнчалось успѣхомъ*. Министерство финансовъ затрудни-

[1]) Во избѣжаніе недоразумѣній, упомяну, что говорится о формѣ одежды.

Digitized by Google

лось изъявить согласіе на удовлетвореніе этого ходатайства въ виду состоявшагося уже ассигнованія на переустройство Томской больницы Приказа общественнаго призрѣнія, а потому Министерство народнаго просвѣщенія предложило попечителю учебнаго округа войти въ соглашеніе съ мѣстнымъ губернскимъ Управленіемъ относительно тѣхъ приспособленій, какія желательно было-бы имѣть въ указанной больницѣ для цѣлей университетскаго преподаванія, а равно и о стоимости таковыхъ приспособленій.

295. 12 февраля въ В.-Медицинской Академіи защищали диссертаціи: *В. В. Савичъ* на тему—«*Отдѣленіе кишечнаго сока*», *П. И. Трусовъ* на тему—«*Къ вопросу о вліяніи т. наз. ацидофильныхъ бактерій кишечника грудныхъ дѣтей на обезжиренное молоко*» и провизоръ *Бартъ* на тему—«*Формалинъ, какъ сохраняющее препараты средство при судебно-химическихъ изслѣдованіяхъ*» («Новости», 12 февраля).

296. Въ теченіи первой $^1/_2$ февраля *на театръ военныхъ дѣйствій изъ Петербурга уѣхали 200 врачей*, состоявшихъ въ запасѣ военнаго вѣдомства разныхъ округовъ. Они отбыли военными врачами для службы въ полкахъ и лазаретахъ арміи, а также и по морскому дѣлу. Наибольшее число врачей отправились въ Читу, Владивостокъ и Хабаровскъ («Новое Время», 17 февраля).

297. Различными Общинами и отдѣленіями Общества Краснаго Креста приготовлены къ отправкѣ на театръ военныхъ дѣйствій 26 санитарныхъ отрядовъ съ лазаретами, всего на 5000 кроватей. Нѣкоторые отряды уже выѣхали. Кромѣ того, организуются *летучіе санитарные отряды*, въ составъ коихъ входятъ: 1 врачъ, 4 студента и 6 санитаровъ, а также спеціальные отряды для устройства въ тылу арміи особыхъ питательныхъ пунктовъ.

298. 15-го февраля изъ Москвы отправленъ на Дальній Востокъ *1-ый военно-санитарный* восточно-сибирскій *поѣздъ*, сформированный Управленіемъ Московскаго военнаго округа. Поѣздъ состоитъ изъ 19 вагоновъ: 4 изъ нихъ отведены для лицъ, сопровождающихъ поѣздъ, 1 занятъ кухней, а 14 предназначены для перевозки больныхъ и раненыхъ воиновъ. Врачебный персоналъ поѣзда состоитъ изъ 3 врачей, 5 сестеръ милосердія и 36 санитаровъ («Русскія Вѣдомости», 16 февраля).

299. *Центромъ для операцій Краснаго Креста избрана Пенза*, гдѣ и будетъ устроенъ складъ для сосредоточенія всѣхъ предметовъ, поступающихъ какъ въ главное, такъ и въ мѣстныя Управленія этого Общества («Новое Время», 17 февраля).

300. 16-го февраля изъ Петербурга ушелъ на Дальній Востокъ *санитарный поѣздъ* имени В. Кн. Маріи Павловны. Поѣздъ сопровождаютъ 2 врача, 5 студентовъ, 8 сестеръ милосердія и 35 санитаровъ («Новое Время», 17 февраля).

301. Тамбовское Управленіе Краснаго Креста, какъ сообщаетъ «Новое Время» (17 февраля), сформировало *врачебный отрядъ*, который уже готовъ къ отправкѣ на театръ военныхъ дѣйствій. Въ составъ отряда входятъ 5 врачей, 15 сестеръ милосердія и 20 санитаровъ. Такой же отрядъ организуется Эстляндскимъ Управленіемъ Краснаго Креста. Дамскій лазаретный Комитетъ въ Петербургѣ снаряжаетъ санитарный отрядъ, въ составъ котораго входятъ 5 врачей, 15 фельдшерицъ, отправляющихся въ качествѣ сестеръ милосердія, и 30 санитаровъ. Врачебный отрядъ на 200 кроватей снаряжаютъ въ Кіевѣ служащіе, мастерскія и рабочіе Юго-Западныхъ желѣзныхъ дорогъ.

302. Д. С. Поляковъ вошелъ въ главное Управленіе Общества Краснаго Креста съ ходатайствомъ о разрѣшеніи ему снарядить *спеціальный санитарный поѣздъ* для отправки на Дальній Востокъ. Д. С. Поляковъ ассигнуетъ на это до 500000 р.—Совѣтъ Управленія имуществами Армянскихъ церквей въ Петербургѣ предложилъ главному Управленію Краснаго Креста образовать за свой счетъ *госпиталь на 25 кроватей*. Съ такимъ же предложеніемъ выступило финляндское Общество попеченія о больныхъ и раненыхъ воинахъ, выразивъ желаніе организовать *отрядъ съ лазаретомъ на 100 кроватей* («Русскія Вѣдомости», 15 февраля).

303. Сопоставивъ рядъ отзывовъ общей печати, вызванныхъ военнымъ временемъ, *о врачахъ, какъ дѣятеляхъ, на войнѣ* вообще, о матеріальной необезпеченности оставляемыхъ ими «дома» на мѣстахъ прежняго служенія семей и о далеко неодинаковыхъ во всѣхъ отношеніяхъ условіяхъ службы въ отрядахъ Краснаго Креста и въ собственно военныхъ госпиталяхъ и лазаретахъ, «Русскій Медицинскій Вѣстникъ» (15 февраля) заканчиваетъ этотъ обзоръ слѣдующимъ заключеніемъ, къ которому мы, съ своей стороны, присоединяемся безусловно: «Въ не малой степени тяжесть положенія мобилизуемаго врача усугубляется еще тѣмъ, что онъ до послѣдняго момента не знаетъ, куда и когда онъ будетъ назначенъ, равно какъ и того, почему именно онъ получилъ то или иное назначеніе, а не его товарищъ по выпуску при всѣхъ прочихъ равныхъ условіяхъ. Всѣ справки, какъ предварительныя, такъ и послѣдующія, успѣха не имѣютъ, такъ какъ отвѣта не дается на основаніи тайны мобилизаціи, а между тѣмъ нѣкоторымъ удается все таки узнать, куда они будутъ назначены, заблаговременно. Неужели, спрашивается, не взирая на тайну мобилизаціи и строго ее сохраняя, нельзя было-бы еще теперь урегулировать до извѣстной степени дѣло, хотя бы сообщеніемъ ближайшимъ очереднымъ товарищамъ, что ихъ потребуютъ, равно какъ выяснить во всеобщее свѣдѣніе, какимъ образомъ производятся назначенія и на какомъ основаніи, если, конечно, какъ нужно думать, въ этомъ имѣется цѣлесообразность и закономѣрность? Иначе всякаго рода слухамъ не будетъ конца, а послѣдніе не могутъ, конечно, способствовать спокойному настроенію врачей, которое требуется и въ ихъ дѣятельности мирнаго времени. Немного болѣе вниманія къ ихъ интересамъ свыше не повредило бы ни дѣлу, ни престижу административной власти, равно какъ и разъясненіе такихъ телеграммъ, какъ появившаяся 10 февраля, что сербское «правительство коммандировало 2-хъ военныхъ хирурговъ въ распоряженіе главной квартиры русской арміи для несенія санитарной службы». Врачи этой телеграммѣ, конечно, не вѣрятъ, разъ даже громадное большинство столичныхъ хирурговъ и изъ крупнѣйшихъ провинціальныхъ центровъ не тронуто съ мѣста, а общество, вѣдь, можетъ повѣрить въ призваніе варяговъ и вывести соотвѣтственныя заключенія, которыя, по меньшей мѣрѣ, нежелательны въ интересахъ отнюдь не одного только врачебнаго сословія».

304. На средства г-жи Ашкенази въ Одессѣ организуется летучій *санитарный отрядъ* для отправки на Дальній Востокъ. Нѣсколько лѣтъ назадъ г-жа Ашкенази пожертвовала еврейской больницѣ около 80000 р. для постройки образцоваго операціоннаго отдѣленія при больницѣ.

305. Старшимъ врачемъ сформированнаго Кіевской Общиной санитарнаго отряда Общества Краснаго Креста, отправляемаго на театръ военныхъ дѣйствій, избранъ д-ръ *М. С. Черемухинъ*. Въ составъ этого отряда вошли, кромѣ того, слѣдующіе врачи: *С. Я. Голомбъ*, *Ѳ. А. Удинцовъ*, *О. Н. Шкарбаховскій*, *В. Ф. Ясенецкій-Войно* и *Н. И. Безбрязговъ*.

306. Проф. *А. Д. Павловскій*, выразившій желаніе участвовать въ конкурсѣ на занятіе должности ординатора хирургическаго отдѣленія въ Кіевской Александровской больницѣ (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 49, стр. 1767), какъ сообщаетъ «Кіевская Газета» (11 февраля), *снялъ свою кандидатуру*.

307. Подвергнуться испытанію на званіе *зубного врача* при медицинскомъ факультетѣ въ Одессѣ изъявили желаніе 126 чел., а на званіе дантиста 30; большинство изъ нихъ — женскаго пола.

308. Распорядительный Комитетъ по устройству *XII Съѣзда естествоиспытателей и врачей* въ засѣданіи 9-го февраля постановилъ возбудить ходатайство о созывѣ Съѣзда *въ Одессѣ въ 1905 г. отъ 31 го августа по 8-ое сентября*. Представителями отъ медицинскаго факультета избраны профф. *Н. А. Батуевъ*, *Б. Ф. Вериго*, *В. В. Подвысоцкій* и *Г. В. Хлопинъ*. Согласно предложенію представителей медицинскаго факультета, постановлено переименовать отдѣлъ «Научной медицины» въ отдѣлъ «Экспериментальной медицины». На надобность замѣны неудачнаго названія «Научная медицина» какимъ-либо другимъ, болѣе раціональнымъ, давно уже указывала врачебная печать.

309. Сенатъ разъяснилъ, что *земство вправѣ недопустить земскаго врача къ совмѣщенію этой должности съ должностью городового врача*. Врачи приглашаются земскими Управами на основаніи добровольныхъ съ ними соглашеній, вслѣдствіе чего земскія учрежденія не лишены права предъявлять къ врачамъ, приглашаемымъ на земскую службу, условія и требованія, признаваемыя означенными учрежденіями полезными для дѣла и непротиворѣчащими закону. Такимъ образомъ земство, признавая неудобнымъ совмѣщеніе должностей земскаго и городового врача, не выходитъ изъ предѣловъ предоставленныхъ ему полномочій («Петербургскій Земскій Вѣстникъ», февраль).

310. *На содержаніе Одесской городской больницы* въ настоящемъ году ассигновано *537000 р.*; смѣта эта превышаетъ прошлогоднюю на 83000 р.

311. Д-ру *В. К. Панченко* разрѣшено издавать въ Петербургѣ подъ редакціей акад. *И. Р. Тарханова*, съ дозволенія предварительной цензуры, *еженедѣльный журналъ* подъ названіемъ «*Знаніе и Жизнь*» («Русскія Вѣдомости», 15 февраля).

312. Владикавказскій военный госпиталь устроилъ, какъ передаетъ «Казбекъ» (9 февраля), *теплые проводы* д-рамъ *Добровольскому* и *Мансурову*, переведеннымъ, согласно выраженному ими желанію, на Дальній Востокъ.

313. Населеніе с. Тарутина, Бессарабской губ., *устроило сердечные проводы* д-ру *А. Поляку*, уѣхавшему на Дальній Востокъ («Южное Обозрѣніе», 12 февраля).

314. 20 января жители с. Черниговки съ глубокимъ сожалѣніемъ *провожали жс.-вр. Т. В. Таккель*, получившую другое назначеніе («Восточный Вѣстникъ», 23 января).

315. 5 февраля обыватели станціи Ички *чествовали ужиномъ* отъѣзжающаго на Дальній Востокъ д-ра *Р. Б. Хайкина*. Въ проводахъ на вокзалѣ приняла участіе огромная толпа народа («Южный Курьеръ», 11 февраля).

316. О проникшемъ въ нѣкоторыя общія газеты извѣстіи, что Министерство народнаго просвѣщенія возбуждаетъ предъ правительствами южно-славянскихъ государствъ *ходатайство объ уравненіи дипломовъ*, выдаваемыхъ русскими медицинскими факультетами, съ дипломами западно-европейскихъ университетовъ и что мѣра эта имѣетъ цѣлью привлечь южно-славянскихъ уроженцевъ на наши медицинскіе факультеты (см. выше, № 6, стр. 226), «Практическій Врачъ» (№ 7) передаетъ, что по собраннымъ имъ свѣдѣніямъ *извѣстіе это оказывается невѣрнымъ*. Въ дѣйствительности въ Министерство поступаютъ ходатайства уроженцевъ южно-славянскихъ земель о сравненіи ихъ по выдержаніи экзамена на степень лѣкаря въ Россіи съ докторами медицины иностранныхъ факультетовъ. Министерство не признало возможнымъ удовлетворять такія ходатайства и рѣшило сдѣлать распоряженіе, чтобы на будущее время на дипломахъ выдаваемыхъ южно-славянскимъ уроженцамъ, выдержавшимъ при университетахъ испытанія на степень лѣкаря, печаталось, что дипломъ иностраннаго университета на степень доктора медицины признается равносильнымъ выпускному свидѣтельству меди-

цинскаго факультета и даетъ доступъ къ испытанію въ медицинской Коммиссіи (Прим. къ ст. 479, 1 ч., т. XI Св. Зак., изд. 1893 г.).

317. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (12 февраля), *Совѣщательный Съѣздъ желѣзнодорожныхъ врачей рѣшено созвать въ г. Тифлисѣ* съ цѣлью ознакомить имѣющихъ прибыть на Съѣздъ съ условіями горныхъ санаторій и предоставить имъ возможность осмотрѣть прилегающіе курорты. Въ программу занятій Съѣзда вносятся, между прочимъ, слѣдующіе вопросы. Алкоголизмъ и мѣры противъ его распроотраненія между служащими на желѣзныхъ дорогахъ. Постановка дѣла акушерской помощи на желѣзныхъ дорогахъ. Объ устройствѣ горныхъ санаторій въ предѣлахъ Закавказской желѣзной дороги. О примѣненіи патронажа въ призрѣніи душевно-больныхъ. О переутомленіи желѣзнодорожныхъ служащихъ. О травматическомъ нейрозѣ предъ судебными учрежденіями. О санитарныхъ требованіяхъ при устройствѣ пассажирскихъ вагоновъ всѣхъ наименованій. О наиболѣе распространенной среди желѣзнодорожныхъ служащихъ болѣзни—рейматизмѣ, какъ профессіональной болѣзни.

318. Г-жа А. И. Маева *пожертвовала 10200 р.* на учрежденіе въ Таицкой санаторіи безплатной кровати имени покойнаго ея мужа ч. пр. *И. А. Маева* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 13 февраля).

319. *Изъ постановленій уѣздныхъ земскихъ Собраній Воронежской губ. послѣдней сессіи (Продолженіе.* См. выше, № 6, стр. 227). Коротоякскій уѣздъ. По вопросу *о введеніи института уѣздныхъ санитарныхъ врачей* Собраніе *высказалось противъ* уѣздной санитарной организаціи. Вопросъ объ *увеличеніи врачебныхъ участковъ* за счетъ сокращенія фельдшерскихъ *рѣшенъ отрицательно*, но, въ виду заявленія нѣкоторыхъ гласныхъ о назрѣвшей потребности учрежденія врачебнаго пункта въ Оскинской волости, постановлено открыть тамъ врачебный пунктъ, при сохраненіи существующихъ фельдшерскихъ пунктовъ. Исключено по смѣтѣ расходовъ *ассигнованіе на ясли* на 1904 г., въ виду закона о предѣльности земскаго обложенія. — Бирюченскій уѣздъ. *Вопросъ объ учрежденіи санитарной организаціи* въ уѣздѣ *оставленъ открытымъ* (24 голосами противъ 1). *По постановленіямъ минувшаго VIII Съѣзда* врачей и предсѣдателей Управъ Бирюченская Управа считала необходимымъ доложить слѣдующее: если сличить заключенія предъидущаго и нынѣшняго Съѣздовъ, то мы увидимъ *повторенія все тѣхъ-же сѣтованій* на малую обращаемость, на слишкомъ большой фельдшерскій пріемъ, на многочисленность фельдшеровъ въ уѣздѣ, произвольное сопоставленіе цифръ пріема фельдшеровъ при обязательныхъ выѣздахъ врачей и, слѣд., ихъ нецѣлесообразность, отсутствіе командировокъ врачей съ научною цѣлью, отсутствіе свободнаго дня въ недѣлю, на этотъ разъ мотивированнаго, какъ необходимость для другихъ заботъ объ участкѣ, тоже неприличное (sic!) (въ виду состоявшагося постановленія Собранія) вторженіе въ распредѣленіе врачебныхъ пунктовъ. Всѣ эти вопросы были на разсмотрѣніи Собранія 1899 г., а потому *Управа не считаетъ себя вправѣ обременять Собраніе выслушиваніемъ повтореній*. Новымъ заключеніемъ Съѣзда является признаніе неудовлетворительности оспопрививанія, но, какъ вполнѣ голословное, можетъ быть оставлено безъ вниманія. Собраніе съ мнѣніемъ Управы согласилось.—Постановленіе это весьма характерно и съ очевидностью показываетъ, что земскіе дѣятели Бирюченскаго уѣзда, къ сожалѣнію, не всегда руководятся интересами дѣла, но находятъ возможнымъ проявлять совершенно неумѣстную для людей дѣла обидчивость. Казалось-бы вполнѣ естественнымъ, разъ Съѣзды врачей повторно указываютъ на одни и тѣже недостатки во врачебной организаціи, принять хоть какія-нибудь мѣры для устраненія тѣхъ или другихъ нежелательныхъ явленій, но нѣтъ,—Управа, изволите-ли видѣть, «не считаетъ себя въ правѣ обременять Собраніе выслушиваніемъ повтореній». VIII Съѣздъ, какъ видно изъ недавно изданныхъ его «Трудовъ», указалъ, что для обезпеченія населенія Бирюченскаго уѣзда врачебною помощью представляется необходимыхъ учрежденіе врачебныхъ пунктовъ въ такихъ-то и такихъ-то районахъ. Думается, что это прямое дѣло Съѣзда врачей, вызванное исключительно заботами о нуждахъ населенія; по мнѣнію-же Управы это «неприличное вторженіе въ распредѣленіе врачебныхъ пунктовъ»! Съѣздъ нашелъ, что оспопрививаніе въ уѣздѣ поставлено неудовлетворительно, такъ какъ производится «на сборныхъ пунктахъ ротными фельдшерами, безъ контроля врача». Казалось-бы, указаніе—вполнѣ ясное; Управа-же находитъ его голословнымъ и потому, по ея мнѣнію, оно можетъ быть оставлено безъ вниманія...—Острогожскій уѣздъ. Признавая *учрежденіе института санитарныхъ врачей* желательнымъ и своевременнымъ, Собраніе постановило: ходатайствовать передъ губернскимъ Собраніемъ поставить Острогожскій уѣздъ въ дѣлѣ осуществленія организаціи штата санитарныхъ врачей въ первую очередь; принять программу дѣятельности санитарныхъ врачей цѣликомъ съ измѣненіями, предложенными врачебнымъ губернскимъ Съѣздомъ. *Ввести одинъ свободный день въ недѣлю для медицинскаго персонала* съ тѣмъ, чтобы этотъ день не совпадалъ съ базарными днями и не относился до экстренныхъ случаевъ дѣятельности врача. Установить *періодическія прибавки къ жалованію врачей* за каждыя 5 лѣтъ службы по 100 р., при этомъ жалованіе въ 1800 р. считать предѣльнымъ.—Павловскій уѣздъ. *Признать излишнимъ* для Павловскаго уѣзда *учрежденіе должности санитарнаго врача*, въ виду вполнѣ достаточнаго числа земскихъ врачей, на которыхъ и можетъ быть возложено исполненіе обязанностей санитарнаго врача. Признать правильнымъ, что *Павловское земство не можетъ вообще*, кромѣ жителей уѣзда, *оказывать безплатную помощь коечнымъ лѣченіемъ* по недостатку средствъ. Относительно *устройства школьныхъ подвижныхъ музеевъ*, какъ вспомогательныхъ способовъ земской медицины для распространенія въ народѣ свѣдѣній по естествознанію и гигіэнѣ, признать въ принципѣ желательнымъ, но по недостатку средствъ пока не исполнимымъ.— Богучарскій уѣздъ. Признать несвоевременнымъ вопросъ *о сокращеніи самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктовъ*. Ходатайствовать въ предстоящемъ губернскомъ Собраніи *объ учрежденіи* въ Богучарскомъ уѣздѣ *въ первую очередь должности санитарнаго врача*.—Валуйскій уѣздъ. По вопросу *объ установленіи обязательнаго санитарнаго надзора за школами и о свободномъ отъ амбулаторіи днѣ для врачей* постановлено: въ теченіи учебнаго сезона освободить врачей по одному дню въ недѣлю отъ амбулаторнаго пріема съ тѣмъ, чтобы этотъ день употреблялся врачами на санитарный осмотръ школъ. Въ очередномъ Собраніи 1883 г. возникъ вопросъ, нужны ли въ Валуйскомъ уѣздѣ женщины-врачи; вопросъ этотъ рѣшенъ въ томъ смыслѣ, что «въ женщинахъ-врачахъ уѣздъ пока не нуждается». Со времени приведеннаго постановленія прошло 20 лѣтъ; условія жизни измѣнились, а потому Управа предложила Собранію упомянутое постановленіе свое 1883 г. отмѣнить, разрѣшивъ *принимать на службу женщинъ-врачей*. Собраніе съ предложеніемъ Управы согласилось и разрѣшило принимать на службу женщинъ-врачей. По вопросу объ общегубернской санитарной организаціи Собраніе постановило: ходатайствовать передъ губернскимъ земскимъ Собраніемъ *о приглашеніи въ уѣздъ за счетъ губернскаго земства санитарнаго врача*. Признать, что, являясь спеціальнымъ органомъ губернской санитарной организаціи, санитарные врачи должны направляться въ своей дѣятельности учрежденіями названной организаціи и состоять на службѣ и въ непосредственномъ вѣдѣніи губернскаго земства, чѣмъ удовлетворяется потребность въ единствѣ плана ихъ дѣятельности и въ одинаковомъ проведеніи систематическихъ санитарныхъ изслѣдованій и мѣропріятій («Врачебно санитарная Хроника Воронежской губ.», декабрь, 1903).

320. По даннымъ, собраннымъ Харьковскою губернскою земскою Управой, явствуетъ, что до введенія казенной продажи питей въ районѣ Харьковской губ. въ среднемъ, за послѣдніе 3 года, расходовалось водки 131.914991 г., а *съ введеніемъ казенной продажи расходъ водки возросъ* до 151.695882 вед. («Петербургскій Земскій Вѣстникъ», февраль).

321. Изъ «*Отчета Одесской земско-городской бактеріологической станціи за 1902 г.*», составленнаго д-ромъ *П. Н. Діатроптовымъ* (Одесса, 1904), видно, что предохранительнымъ прививкамъ бѣшенства подвергались 1663 чел.; изъ нихъ 67 прервали лѣченіе до окончанія курса: 14—потому, что укусившія ихъ животныя оказались здоровыми, а 53 по неизвѣстнымъ станціи причинамъ. Изъ 1595 окончившихъ прививки 1419 были укушены бѣшеными животными, а 176—подвергались опасности зараженія при уходѣ за больными людьми и животными и вскрытіи ихъ. Изъ закончившихъ прививки, по полученнымъ бактеріологическою станціею свѣдѣніямъ до 15 декабря 1903 г., *никто не умеръ*, такъ что % смертности въ 1902 г., также какъ и въ предшествовавшемъ 1901 г., равняется 0. До окончанія прививокъ во время лѣченія умерли отъ водобоязни 5 чел.; кромѣ нихъ, въ Одессѣ въ 1902 г. умерли отъ водобоязни 3 чел. въ городской больницѣ и 1 по дорогѣ въ Одессу, не подвергавшіеся предохранительнымъ прививкамъ. 2 изъ нихъ—жители Одессы, а 2—пріѣзжихъ. Отчетъ обращаетъ вниманіе на тотъ печальный фактъ, что изъ умершихъ отъ водобоязни *нелѣчившихся половина* были Одесситы, не смотря на популярность Одесской станціи и безплатное лѣченіе ею всѣхъ укушенныхъ. Изъ 67 укушенныхъ бѣшенными животными и прервавшихъ лѣченіе на долю жителей Одессы приходится громадное большинство—46 чел.; изъ нихъ 26 дѣтей, которыхъ родители, не смотря на настойчивое многократное напоминаніе, отказывались присылать на прививки. Распознавательныхъ изслѣдованій *чумы на людяхъ* на станціи было произведено 160, изъ нихъ въ 50 случаяхъ съ положительнымъ результатомъ. На все число заболѣвшихъ чумою ни разу нельзя было отмѣтить передачу заразы отъ человѣка къ человѣку. Изъ всѣхъ 50 чумныхъ больныхъ, отмѣченныхъ въ 1902 г., ни у одного не наблюдалось первичнаго чумнаго воспаленія легкихъ. Въ 2-хъ случаяхъ отмѣчена гнилостная форма чумы безъ бубоновъ, въ остальныхъ 48—бубонная, при чемъ на долю паховыхъ бубоновъ приходится 40. Уже самая форма заболѣваній указываетъ несомнѣнно на то, что зараженіе происходило исключительно черезъ кожу, главнымъ образомъ черезъ кожу нижней части туловища. Однимъ изъ наиболѣе частыхъ посредствующихъ звеньевъ, обезпечивающихъ, при извѣстныхъ благопріятныхъ условіяхъ, переносъ заразы чумы съ крысы на человѣка, нужно, по видимому, признать насѣкомыхъ. Въ этомъ отношеніи особенно убѣдительнымъ представляется одинъ случай заболѣванія (дворника). При осмотрѣ больного на бедрѣ, около паха, найдена была небольшая, съ горошину, полузасохшая пустула. Въ препаратѣ изъ соскоба со дна этой пустулы подъ микроскопомъ было найдено много чумныхъ палочекъ. Рядомъ съ пустулой былъ ясно замѣтенъ слѣдъ отъ укуса блохи, а выше прощупывался типичный, чрезвычайно болѣзненный паховой бубонъ, вытяжка изъ котораго на посѣвахъ дала густую разводку чумныхъ палочекъ. Изъ всѣхъ 50 чумныхъ больныхъ умерли 18 (36%). Этотъ низкій % смертности въ значительной степени стоитъ въ связи съ широко примѣнявшимся лѣченіемъ противочумной сывороткой. Дѣйствіе сыворотки проявлялось паденіемъ температуры, нерѣдко критическимъ, улучшеніемъ пульса и поразительнымъ улучшеніемъ

Digitized by Google

самочувствія. Одесскія наблюденія, говоритъ д-ръ *Діатроптовъ*, показываютъ, что, если въ противочумной сывороткѣ мы не имѣемъ такого специфическаго средства, какъ въ сывороткѣ противодифтерійной, то противочумная сыворотка все-таки является чрезвычайно цѣннымъ и пока единственнымъ средствомъ лѣченія чумы. Очень интересны въ «Отчетѣ» данныя изслѣдованія чумы на крысахъ д-ра *Θ. Ф. Скшивана*. Авторъ приходитъ къ такимъ выводамъ: благодаря систематическому изслѣдованію крысъ, для Одессы прослѣженъ періодъ скрытой (латентной) чумы, когда она поражаетъ только крысъ, не обнаруживаясь заболѣваніями на людяхъ. Своевременно указана вѣроятность новой вспышки заболѣваній на людяхъ. Въ теченіи эпидеміи подтверждена ея связь съ крысами, чѣмъ даны прочныя основы для практическихъ мѣропріятій въ борьбѣ съ эпидеміей. Установленъ районъ крысиной чумы въ городѣ и, наконецъ, получено интересное указаніе, что *чума крысъ* и въ этомъ году, также какъ и въ прошломъ, *пережила чуму людей:* послѣдняя чумная крыса найдена 25-го октября, тогда какъ послѣднее чумное заболѣваніе обнаружено 22-го. Для истребленія крысъ широко примѣнялось отравленіе ихъ разводками крысинаго тифа. По словамъ «Отчета», крысиный тифъ является дѣйствительной и хорошей отравой для крысъ: онѣ отъ него гибнутъ; крысиный тифъ цѣненъ особенно потому, что онъ совершенно безвреденъ для людей, домашнихъ животныхъ и птицъ.

322. Въ Елисаветполѣ открыта *городская лѣчебница* имени Афанасьева («Биржевыя Вѣдомости», 12 февраля).

323. 8 февраля въ Тегеранѣ открыта *русская амбулаторія* Общества востоковѣдѣнія («Биржевыя Вѣдомости», 12 февраля).

324. Изъ «*Отчета Петербургской городской больницы Св. Пантелеймона для душевно больныхъ за 1902 г.*» д-ра *Н. Я. Смѣлова* (Петербургъ, 1903) видно, что въ больницѣ къ 1-му января 1902 г. состояло больныхъ мужчинъ и женщинъ 697; прибыли въ отчетномъ году 91, выбыли 88; изъ нихъ выздоровѣвшими и въ улучшенномъ состояніи 23; безъ перемѣнъ осталось 28; умерли 37; къ 1 января 1903 г. оставались на лѣченіи 700. По формамъ болѣзни наибольшее число больныхъ—354 (44,9%) — были съ вторичнымъ слабоуміемъ, а затѣмъ—163 (20,6%)—съ затяжной паранойей. Меньше всего больныхъ—1,3— были съ меланхоліей, круговымъ психозомъ, аменціей и кататоніей. Изъ умершихъ большинство—13 (35%)—погибли отъ легочной бугорчатки; далѣе, какъ причина смерти, идутъ порокъ сердца, мозговое кровоизліяніе и наростающій параличъ.—«Отчетъ» указываетъ, что *11 іюня 1901 г.* больницею были представлены проекты и смѣты на переустройство существующихъ павильоновъ, на постройку новыхъ павильоновъ и другихъ зданій, потребныхъ для больницы съ 700 больныхъ, на сумму 546948 руб. 96 к., въ томъ числѣ и устройство электрическаго освѣщенія, канализаціи и т. п. сооруженій. Планы и смѣты были разсмотрѣны и одобрены Коммиссіею изъ главныхъ врачей городскихъ психіатрическихъ больницъ, при участіи архитектора больницы Св. Пантелеймона; но *дѣло на этомъ пока и остановилось*. При исполненіи намѣченныхъ переустройствъ и сооруженіи новыхъ зданій больница Св. Пантелеймона, по словамъ «Отчета», встанетъ въ рядъ благоустроенныхъ психіатрическихъ заведеній не только русскихъ, но и заграничныхъ.

325. Въ Минскѣ по почину гр. Мусиной-Пушкиной открывается *больница для неизлѣчимыхъ больныхъ* на 18 коекъ («Сѣверо-Западное Слово», 13 февраля).

326. По словамъ «Сибирскаго Вѣстника» (5 февраля), *врачебное дѣло въ Сибирскомъ казачьемъ войскѣ поставлено неудовлетворительно;* всего въ войскѣ находится 45 фельдшеровъ и 9 повивальныхъ бабокъ. Во всемъ Сибирскомъ казачьемъ войскѣ имѣется всего лишь 1 больница, находящаяся въ г. Каркаралинскѣ. Такимъ образомъ трудно больное казачье населеніе помѣщается на излѣченіе въ городскія больницы. Каждогодно уплачивается городскимъ больницамъ отъ 5000 до 11000 р. Теперь принимаются мѣры къ увеличенію штата медицинскаго персонала въ войскѣ и къ увеличенію получаемаго имъ содержанія.

327. *Къ характеристикѣ отношеній нѣкоторыхъ органовъ общей печати къ затрагиваемымъ ими вопросамъ больничной жизни.* Въ газетѣ «Русь» (8 февраля) помѣщена была написанная въ духѣ т. наз. бульварныхъ романовъ замѣтка о томъ, какъ въ покойницкой Обуховской больницы очутился мнимоумершій. Сообщались обычныя для такихъ случаевъ подробности, разсчитанныя на эффектъ в. сомнительнаго достоинства. (Пришедшій въ себя мнимый покойникъ умолялъ отпустить его. Сторожъ, грубо отвѣтивъ: Докторъ лучше тебя знаетъ, живъ ты или нѣтъ,— ушелъ, хлопнувъ дверью, и т. п.). Замѣтка эта, какъ и нужно было ожидать, *отъ начала до конца оказалась вымысломъ*. Характерно то, что «Русь» не только нашла возможнымъ напечатать эту явную нелѣпость, но, какъ намъ достовѣрно извѣстно, получивъ опроверженіе отъ администраціи больницы, не напечатала его и въ теченіи цѣлой недѣли ни единымъ словомъ не обмолвилась передъ своими читателями даже о томъ, что получила такое опроверженіе; а сообщенная неправда тѣмъ временемъ пошла гулять по бѣлу свѣту, давая мракобѣсію обильную и благодарную пищу...

328. Проф. *H. Hallopeau* прислалъ проф. *А. И. Поспѣлову 100 франковъ* для передачи русскому Обществу попеченія о раненыхъ воинахъ («Русскія Вѣдомости», 18 февраля).

329. Въ декабрьскомъ № «American Journal of Pharmacy» напечатана статья д-ра *Kraemer*'а о *культурѣ медицинскихъ растеній*. По автору, культура эта въ Штатахъ постепенно падаетъ и требуетъ особыхъ мѣръ для подъема ея. Нѣкоторые общеизвѣстныя растенія, какъ Spigelia, Serpentaria и Senega, дѣлаются уже рѣдкими, тогда какъ во времена Линнея ихъ находили въ Maryland'ѣ и другихъ атлантическихъ штатахъ въ изобиліи. Извѣстно, что нѣкоторыя растенія улучшены культурою, и можно думать, что то-же будетъ со всѣми, если будутъ изучены требуемыя каждымъ условія. Это изученіе и пропагандируетъ авторъ, тѣмъ болѣе, что многія растенія уже воздѣлываются въ странѣ. Такъ, вблизи Kalamazoo въ штатѣ Michigan ежегодно получается около 40000000 фунтовъ перечной мяты, въ западныхъ и среднихъ штатахъ процвѣтаетъ культура касторовáго боба, Vermont производитъ валерьяну, въ другихъ штатахъ искусственно выращиваются Digitalis purpurea, Atropa belladonna, Sanguinaria canadensis, Cimicifuga racemosa и т. д. Другія растенія собираются въ дикомъ видѣ, какъ Agropyrum repens, Althaea officinalis, Datura stramonium, Grindelia robusta, Hydrastis canadensis, Rodophyllum pelatum, Veratrum viride. Наконецъ третьи, какъ доказано, также могутъ рости въ Штатахъ, но воздѣлываются еще очень мало: Cassia acutifolia, Citrellus colocynthis, Gentiana lutea, Papaver somniferum и т. д. Вообще, по *Kraemer*'у, ¾ всѣхъ медицинскихъ растеній ростутъ въ странѣ или въ дикомъ видѣ, или искусственно, а изъ остальныхъ добрая ⅓ могла-бы быть выращиваема («The Journal of the American Medical Association», 6 февраля).—Думается, что все сказанное относится, и еще въ большей степени, и къ Россіи съ ея громаднымъ просторомъ и громаднымъ разнообразіемъ климата, и почвъ.

330. «Deutsche medicinische Wochenschrift» (18 февраля) передаетъ изъ достовѣрнаго источника, что проф. *Gusserow* 1 апрѣля *оставляетъ свою должность*, занимаемую имъ 27-й годъ.

331. Извѣстный патологъ проф. *Edwin Klebs* праздновалъ 6 февраля *70-лѣтіе жизни* («Deutsche medicinische Wochenschrift», 18 февраля).

332. «Gazette médicale de Paris» (30 февраля) передаетъ *о манифестаціяхъ*, недавно бывшихъ на медицинскомъ факультетѣ въ Парижѣ, *противъ рѣшенія Сената упразднить правила о предѣльномъ возрастѣ профессоровъ*. Манифестаціи были направлены противъ министра просвѣщенія Chaumier, декана *Debove*'а и проф. анатоміи *Poirier*. Говорятъ, что къ студентамъ рѣшили присоединиться и частные преподаватели (agrégés) факультета.

333. *Въ San-Francisco* за январь наблюдалось еще *2 случая чумы*, 112-ый и 113-ый по счету со времени появленія этой болѣзни, оба смертельные. Въ 1903 г. было обнаружено 17 случаевъ, а въ 1902 г. 41 («The Journal of the American Medical Association», 6 февраля).

334 Г-жа Lewis H. Hyde изъ New-York'а пожертвовала 2000 долларовъ на постройку въ Winchester'ской больницѣ «*солнечной палаты*» (sun parlor). Небольшое зданіе это будетъ 8-угольное, въ 2 этажа, почти все изъ стекла («The Journal of the American Medical Association», 6 февраля).

335. Санитарное бюро въ Chicago устанавливаетъ весьма утѣшительное явленіе—*значительное уменьшеніе дѣтской смертности*, объясняемое усиленнымъ надзоромъ за продажею молока. Въ 1903 г. эта смертность оказалась ниже, чѣмъ когда бы то ни было прежде,—на 8,8% ниже, чѣмъ въ 1902 г., на 9,4% чѣмъ въ 1901 г. и на *57%* меньше средней смертности за 10-лѣтіе 1890—1900. Среди дѣтей моложе 5 лѣтъ смертность въ 1891 г. равнялась 110,38 на 10000 населенія, а въ 1903 г. только 41,7 («American Medicine», 30 января).

336. *Общее число врачей* (дипломированныхъ—«regular practitioners») *въ Соединенныхъ Штатахъ* Сѣверной Америки равно, по «Medical News», (6 февраля), около 95000. За 1902 г. въ «Journal of the American Medical Association» сообщено о смерти 1400 ихъ, что составляетъ около 14,74‰. По статистикѣ страховыхъ обществъ страны ‰-ная смертность среди врачей равна 7 въ возрастѣ 25 л., 15 въ возрастѣ 35 л., 21 въ возрастѣ 45 л., 34 въ возрастѣ 55 л. и 112 въ возрастѣ 65 л.

337. *Умерли:* 1) 9-го февраля въ Москвѣ бывшій директоръ и главный врачъ городской психіатрической больницы имени Н. А. Алексѣева *Викторъ Романовичъ Буцке*, родившійся въ 1845 г., а званіе врача получившій въ 1869 г. «Своей опытностью, знаніями, человѣчностью, своимъ умѣньемъ согласовать дѣятельность наблюдательнаго и хладнокровнаго врача съ чувствами человѣка, симпатизирующаго людямъ и проникнутаго сожалѣніемъ къ несчастнымъ душевно-больнымъ, покойный *В. Р. Буцке* заслужилъ и уваженіе товарищей, и любовь всѣхъ, кому приходилось обращаться къ нему за совѣтами» («Русскія Вѣдомости», 13 февраля).—2) Младшій врачъ 238 Клязьминскаго резервнаго батальона *Александръ Петровичъ Гринспертъ* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 13 февраля), родившійся въ 1868 г., а званіе врача получившій въ 1893 г.—3) Въ Ченстоховѣ *Генрихъ Леопольдовичъ Шпигель* («Kronika lekarska», 15 февраля), родившійся въ 1854 г., а званіе врача получившій въ 1880 г.—4) Въ Минской губ. *Цезарій Сильверстовичъ Околовъ* («Przegląd lekarski», 20 февраля), родившійся въ 1840 г., а званіе врача получившій въ 1865 г.—5) Въ Варшавѣ *Бернардъ Вульфовичъ Шанцеръ* (тамъ-же), родившійся въ 1837 г., а званіе врача получившій въ 1867 г.—6) Въ Тепликѣ, Подольской губ. *Игнатій Здиславовичъ Махцевичъ* («Medycyna», 27 февраля), родившійся въ 1854 г., а званіе врача получившій въ 1881 г.

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Англійскіе.

**The Journal of Hygiene.** Октябрь. № 4.

1. **Leonard Hill** and **J. J. R. Macleod.** *Caisson illness and diver's palsy. An experimental study.* 2. **Arthur Newsholme.** *Public health authorities in relation to the struggle against tuberculosis in England.* 3. **W. J. Barclay.** *Birth-rate and death-rate in New-Zealand.* 4. **W. J. Atkinson Butterfield.** *Chemical analyses of the air in the house of commons.* 5. **G. S. Graham-Smith.** *The microorganism in the air of the house of commons.* 6. **John Cropper.** *Note on the occurence of malarial fever in places usually free fromanofheles.*

**The Journal of Physiology.** Ноябрь. Т. XXX, № 2.

1. **W. E. Dixon.** *The paralysis of nerve cells and nerve ending with special reference to the alkaloid apocodeine.* Параличъ нервной клѣтки и нервнаго окончанія подъ вліяніемъ апокодеина. 2. **R. Burton-Opitz.** *A method to demonstrate the changes in the vascularity of the submaxillary gland on stimulation of the secretory nerves.* Способъ показывать измѣненія въ кровоснабженіи подчелюстной железы при раздраженіи секреторныхъ нервовъ. 3. **Swale Vincent.** *The nature of the physiologically active substances in extract of nervous tissues and blood, with some remarks on the methods of testing for choline.* Дѣйствіе вытяжки изъ нервной ткани и крови. 4. **S. G. Hedin.** *Investigations on the proteolytic anzymes of the spleen of the ox.* Изслѣдованіе протеолитической способности селезенки. 5. **Arthur R. Cushny.** *Atropine and the hyoscyamines—a study of the action of optical isomers.* Изученіе дѣйствія атропина и гіосціамина. 6. **S. G. Hedin.** *On the presence of a proteolytic anzime in the normal serum of the ox.* Присутствіе протеолитическаго бродила въ крови быка. 7. **Sydney W. Cole.** *Contributions to our knowledge of the action of enzymes.* Къ вопросу о дѣйствіи бродилъ.

#### Нѣмецкіе.

**Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere.** Ноябрь. Т. XCIX. Тетр. 9 и 10.

1. **Julius Rothberger.** *Ueber die postmortalen Formveränderungen des Herzens.* Измѣненіе формы сердца при различныхъ видахъ смерти, а также посмертныя измѣненія въ сердцѣ. 2. **W. Einthoven.** *Die galvanometrische Registrirung des menschlichen Elektrokardiogramms, zugleich eine Beurtheilung der Anwendung des Capillar-Elektrometers in der Physiologie.* Къ физіологической методикѣ: примѣненіе капиллярнаго электрометра. 3. **Hans Breyer.** *Ueber die Einwirkung verschiedener einatomiger Alkohole auf das Flimmerepithel und die motorische Nervenfaser.* Слабые растворы этиловаго алкоголя и поваренной соли оказываютъ благопріятное вліяніе на жизнедѣятельность мерцательнаго эпителія.

**Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie.** Ноябрь. Т. IV. Тетр. 9 и 11

1. **P. Morawitz.** *Zur Kenntniss der Vorstufen des Fibrinferments.* Опыты къ выясненію вопроса о свертываніи крови. 2. **Gustav Embden** und **Otto v. Fürth.** *Ueber die Zerstörung des Suprarenins (Adrenalins) im Organismus.* Авторъ указываетъ на то, что печень принимаетъ участіе въ разрушеніи адреналина (супраренина). 2. **Otto von Fürth.** *Über das Verhalten des Fettes bei der Keimung oelhaltiger Samen.* Судьба жира при проростаніи масляннистыхъ сѣмянъ. 4. **Walther Freund.** *Zur Physiologie des Warmblütermuskels.* Краткое сообщеніе объ измѣненіи вѣса мышцъ вслѣдствіе осмотическаго всасыванія жидкостей. 5. **O. Schumm.** *Über ein proteolytisches Ferment im Blute bei myelogener Leukämie.* Химическое изслѣдованіе крови больныхъ въ 2-хъ случаяхъ бѣлокровія. 6. **Онъ-же.** *Über das Vorkommen von Albumosen im Blute.* Изслѣдовалась кровь при хроническомъ сморщиваніи почекъ. 7. **В. Словцовъ.** *Beiträge zur vergleichenden Physiologie des Hungerstoffwechsels.* Обмѣнъ веществъ при голоданіи. 8. **Д. Кураевъ.** *Über das Plastein aus kristallisiertem Ovalbumin und über das Verhalten der Plasteinalbumosen zur Magen-und Dünndarmschleimhaut des Hundes.* Авторъ говоритъ о возможности перехода пластеинальбумозы въ вещество, способное свертываться въ стѣнкахъ желудка. 9. **E. Friedmann.** *Beiträge zur Kenntniss der physiologischen Beziehungen der schwefelhaltigen Eiweissabkömmlinge.* Экспериментально-химическое изслѣдованіе. 10. **J. Feinschmidt.** *Über das zuckerzerstörende Ferment in den Organen.* О присутствіи въ разныхъ органахъ бродила, разрушающаго углеводы. 11. **Rahel Hirsch.** *Über die glykolytische Wirkung der Leber.* Присутствіе гликолитическаго бродила въ печени.

**Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten.** Ноябрь. Т. XXXIV. № 1.

1. **C. Eijkman.** *Ueber Enzyme bei Bakterien und Schimmelpilzen.* О растворяющемъ эластинъ-бродилѣ плѣсеней. 2. **A. Игнатовскій.** *Zur Frage vom Verhalten verschiedener Gewebe des tierischen Organismus gegen das Tetanusgift.* Ядъ столбняка связывается тканью печени, легкаго, селезенки и мозга; степень этой связующей способности для каждаго органа иная. 3. **J. Bongert.** *Beiträge zur Biologie des Milzbrandbacillus und sein Nachveis im Kadaver der grossen Haustiere.* (Продолженіе). 4. **С. С. Мережковскій.** *Versuche, die Mäuse mittels des von mir aus Zieselmäusen ausgeschiedenen Bacillus in Scheunen und Schobern zu vertilgen.* Опыты истребленія мышей въ амбарахъ съ помощью прививокъ бактерій. 5. **Dante Calamida.** *Beitrag zum Studium der Natur der Hühnerseuchen.* Изслѣдованіе куриной эпизоотіи. 6. **N. Swellengrebel.** *Ueber Toxone.* Критическая замѣтка. 7. **Aures Kopke, Gomes de Resende** und **Correia Mendes** und **Annibal Bettencourt.** *Ueber die Aetiologie der Schlafkrankheit.* Бактеріологическое изслѣдованіе сонной болѣзни у негровъ. (Не окончена). 8. **Aldo Castellani.** *Die Aetiologie der Schlafkrankheit der Neger.* Авторъ нашелъ въ крови трипанозомъ. 9. **Moritz Silberstein.** *Die basophilen Körnungen im Blute Malariakranker und ihre Bedeutung.* Появленіе базофильной зернистости въ бѣлыхъ тѣльцахъ при болотной лихорадкѣ и значеніе этого факта. 10. **Bruno Galli-Valerio.** *Notes de parasitologie.* Описаніе нѣсколькихъ растительныхъ и животныхъ чужеядныхъ. 11. **Eugenio Centanni.** *Ueber die Autozytopräzipitine und über eine allgemeine Form derselben* (Не окончена). 12. **Oskar Bail** und **Alfred Pettersson.** *Untersuchungen über natürliche und künstliche Milzbrandimmunität.* Попытка объяснить естественную невоспріимчивость къ сибирской язвѣ у курицы. 13. **Ghiglione Gian Carlo.** *Neue Beobachtungen über das desinfizierende Vermögen der Wandanstriche.* Бактеріологическое изслѣдованіе обеззараживающихъ свойствъ краски, покрывающей стѣны. 14. **A. Oldekop.** *Eine Modifikation des Rothberger-Schefflerschen Neutralrotnährbodens.* Къ бактеріологической методикѣ. 15. **F. G. Novy.** *Einige Laboratoriumsapparate.* Новый терморегуляторъ; приспособленіе для фильтрованія разводокъ и пинцетъ для покровныхъ стеколъ.

**Centralblatt für die gesammte Therapie.** Ноябрь. Г. XXI. Тетр. 11.

1. **S. Mintz.** *Ueber die Therapie der Gallensteinkrankheit.* (Продолженіе и окончаніе). Предупрежденіе и лѣченіе.

**Dermatologische Zeitschrift.** Октябрь. Т. X. Тетр. 5.

1. **С. В. Гольдбергъ** и **Е. С. Лондонъ.** *Zur Frage der Beziehungen zwischen Bequerelstrahlen und Hautaffectionen.* Въ нѣсколькихъ случаяхъ удалось излѣчить лучами радія пораженія кожи. 2. **Franz Poór.** *Beitrag zur Histologie der Verruca senilis.* Клиническое и микроскопическое изслѣдованіе. 3. **Erich Hoffmann.** *Ueber strangförmige Phlebitis im Frühstadium der Syphilis.* Описаніе случая пораженія венъ при сифилисѣ. 4. **Fritz Fischer.** *Ueber Reinkultur von Uicusmolle-Bacillen.* О чистыхъ разводкахъ бактерій мягкаго шанкра. 5. **O. Lassar.** *Ueber bovine Impftuberkulose.* Мѣстная бугорчатка на кожѣ человѣка, перенесенная отъ рогатаго скота. 6. **Gunni Busck.** *Eisenbogenlicht contra koncentriertes Kohlenbogenlicht.* Къ вопросу о свѣтолѣченія. Предлагаетъ замѣнить въ дуговой лампѣ угли желѣзомъ.

**Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege.**

1. **Vagedes.** *Aerztliche Beobachtungen aus Deutsch Südwestafrika mit besonderer Berücksichtigung der Infektionskrankheiten und der Kochschen Malariabekämpfung.* Медико-санитарныя описанія нѣкоторыхъ мѣстностей юго-западной Африки.

**Deutsches Archiv für klinische Medicin.** Ноябрь. Т. LXXVIII. Тетр. 3 и 4.

1. **Georg Johmann.** *Bakteriologische und anatomische Studien bei Scharlach mit besonderer Berücksichtigung der Bluttuntersuchung.* Изслѣдованіе крови при скарлатинѣ на присутствіе микробовъ. 2. **Rolly.** *Experimentelle Untersuchungen über Wärmestichhyperthermie und Fieber mit besonderer Berücksichtigung des Glykogenstoffwechsels.* Опыты на кроликахъ. Вліяніе теплового укола на теченіе лихорадки и на гликогенный обмѣнъ. 3. **Paul Cohnheim.** *Über Palpation und Auskultation des normal grossen Pylorus und deren Bedeutung für die sog. Phantomtumoren im Abdomen.* О примѣненіи выстукиванія и выслушиванія для опредѣленія нормальнаго привратника. 4. **G. Lang.** *Über den Einfluss des Wassers, der Eiweissstoffe, Kohlehydrate und Fette auf die Magensaftsekretion des Menschen.* Измѣненіе состава желудочнаго сока подъ вліяніемъ введенія въ желудокъ бѣлковъ, углеводовъ, жировъ и воды. 5. **Th. Grünenwald.** *Über Hauttemperaturen bei fiebernden Kranken.* Температура различныхъ мѣстъ кожи при лихорадочныхъ заболѣваніяхъ. 6. **H. Steinert.** *Über Myasthenie und myasthenische Reaktion.* Клиническое наблюденіе надъ измѣненіемъ мышечнаго сокращенія подъ вліяніемъ внѣшнихъ воздѣйствій. 7. **Felix Graser.** *Ueber Eventratio diaphragmatica.* Описаніе случая съ патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ. 8. **Carl Hirsch** und **Rolly.** *Zur Frage der Entstehung von Glykogen aus Körpereiweiss.* Опыты на кроликахъ, доказывающіе происхожденіе гликогена изъ органическаго бѣлка.

**Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.** Ноябрь. Т. XXIV. Тетр. 5 и 6.

1. **H. Oppenheim.** *Ueber den abdominalen Symptomencomplex bei Erkrankungen des unteren Dorsalmarks, seiner Wurzeln und Nerven.* 3 наблюденія надъ больными, у которыхъ пораженъ былъ нижній отдѣлъ спинного мозга. 2. **Wilhelm Strohmayer.** *Ueber «subcorticale» Alexie mit Agraphie und Apraxie.* Критическій разборъ 1 случая. 3. **Онъ-же.** *Zur Casuistik der transcorticalen motorischen Aphasie.* Случай. 4. **Otto Maas.** *Einige Be-*

Digitized by Google

*merkungen über das Stottern.* По мнѣнію автора, заиканіе по большей части не обусловливается органическими измѣненіями въ центральной нервной системѣ. 5. **M. Bartels.** *Ueber das Verhalten der Axencylinder bei der multiplen Sklerose.* Микроскопическія измѣненія осевого цилиндра периферическихъ нервовъ при разсѣянномъ склерозѣ спинного мозга. 6. **M. Rosenfeld.** *Zur Casuistik der acuten hämorrhagischen Encephalitis.* Случай остраго геморрагическаго энцефалита съ патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ. 7. **Aug. Hoffmann.** *Hemihypertrophia facialis progressiva.* Рѣдкій случай паралича лицевого нерва. 8. **Alfred Schittenhelm.** *Zur Aetiologie der Tabes mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zwischen Trauma und Tabes.* 2 собственныхъ случая и краткое описаніе случаевъ изъ литературы. 9. **Otto Veraguth.** *Ueber Mikropsie und Makropsie.* 4 случая. 10. **C. H. Würtzen.** *Einzelne Formen von Amusie, durch Beispiele beleuchtet.* Отсутствіе музыкальныхъ способностей, какъ музыкальная форма. 11. **M. Nonne.** *Ueber zwei durch zeitweiliges Fehlen des Patellarreflexes ausgezeichnete Fälle von Hysterie.* Отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ, какъ признакъ тяжелой истеріи.

**Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie.** Октябрь. Т. XXXIX. Тетр. 6.

1. **Fr. Kutscher** und **H. Steudel.** *Beschreibung eines Ätherextraktionsapparates.* Описаніе и рисунокъ прибора для перегонки эеира. 2. **Otto Folin.** *Zur Methodik der Ammoniakbestimmung.* Краткая замѣтка о способѣ опредѣленія содержанія аммiака. 3. **P. A. Levene.** *Darstellung und Analyse einiger Nucleinsäuren.* Способъ добыванія и изслѣдованія нѣкоторыхъ нуклеиновыхъ кислотъ. 4. **H. Зиберъ.** *Einwirkung der Oxydationsenzyme auf Kohlehydrate.* Отношеніе окислительныхъ бродилъ къ углеводородамъ. 5. **S. P. L. Sörensen** und **C. Pedersen.** *Ueber Kjeldahls Stickstoffbestimmungsmethode.* Авторы примѣнили способъ *Kjeldahl*'я въ цѣломъ рядѣ веществъ и получили очень точные результаты. 6. **Julius Donath.** *Das Vorkommen und die Bedeutung des Cholins in der Cerebrospinalflüssigkeit bei Epilepsie und organischen Erkrankungen des Nervensystems, nebst weiteren Beiträgen zur Chemie derselben.* Изслѣдованіе черепно-спинно-мозговой жидкости при падучей и нѣкоторыхъ другихъ заболѣваніяхъ нервной системы на присутствіе холина. 7. **С. Костычевъ.** *Ueber Thymonucleinsäure.* Химическія свойства тимо-нуклеиновой кислоты.

**Die Therapie der Gegenwart.** Ноябрь.

1. **O. Vierordt.** *Die Stellung der physikalischen Heilmethoden in der heutigen Therapie.* Современное состояніе вопроса о физическихъ способахъ лѣченія. 2. **Hugo Lüthje.** *Zur Frage der sogenannten febrilen Albuminurie nebst einigen Bemerkungen über die Bedeutung der Cylinder.* Семіотическое значеніе присутствія цилиндровъ въ мочѣ у лихорадящихъ. 3. **Robert Pollatschek.** *Neuere therapeutische Versuche beim Erysipel.* Въ неосложненныхъ случаяхъ рожи ставитъ безусловно благопріятное предсказаніе, въ осложненныхъ—смотря по осложненію. 4. **Л. Стембо.** *Ueber die Behandlung der acuten Nierenentzündung mit Eis.* Примѣненіе льда при лѣченіи воспаленія почекъ.

**Schmidt's Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten Medicin.** Ноябрь. Т. CCLXXX. Тетр. 11.

1. **Bresler.** *Gegenwärtiger Stand der Bestrebungen zur Errichtung von Volksnervenheilstätten.* Критическій очеркъ. 2. **L. Goldstein.** *Beiträge zur Physiologie, Pathologie und Chirurgie des Grosshirns.* Краткій связный рефератъ работъ съ 1900 по 1902 г. 3. **Hugo Starck.** *Neuere Arbeiten über Typhus abdominalis.* Обзоръ новѣйшихъ работъ по брюшному тифу.

**Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie.** Ноябрь. Т. XIV. Тетр. 5.

1. **М. Н. Лапинскій.** *Zur Frage der spinalen Centren einiger peripherer Nerven beim Hunde.* Физіологическіе опыты на собакахъ, при чемъ авторъ задался цѣлью найти центры въ спинномъ мозгу для периферическихъ нервовъ. 2. **D. M. van Londen.** *Ueber die Medulla oblongata von Nycticebus javanicus.* Гистологическое изслѣдованіе продолговатаго мозга. Описаніе хода волоконъ. 3. **Oskar Fischer.** *Ein Beitrag zur Lehre von der Hemiatrophia facialis progressiva.* Описаніе случая. 4. **L. W. Weber.** *Ueber die sog. galoppierende Paralyse nebst einigen Bemerkungen über Symptomatologie und pathologische Anatomie dieser Erkrankung.* Исторія болѣзни въ одномъ случаѣ молніеносного паралича и протоколъ вскрытія. 5. **H. Oppenheim.** *Nachträgliche Bemerkung zu der in Heft 4 dieses Bandes beschriebenen Reflexbewegung bei der Diplegia spastica infantilis.* Дополненіе къ ранѣе напечатанной статьѣ.

**Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie.** Ноябрь. Т. XVIII. Тетр. 5.

1. **Д. О. Оттъ.** *Die unmittelbare Beleuchtung der Bauchhöhle, der Harnblase, des Dickdarms und der Gebärmutter zu diagnostischen und operativen Zwecken.* Способъ освѣщенія брюшной полости электричествомъ со стороны мочевого пузыря. 2. **Kroemer.** *Ueber die Lymphorgane der weiblichen Genitalien und ihre Veränderungen bei Carcinoma uteri.* Частота пораженій лимфатическихъ железъ женскихъ половыхъ органовъ при ракѣ матки. 3. **Hans Geldner.** *Aktinomykose der Ovarien.* Случай лучистаго грибка въ яичникѣ. 4. **Ekstein.** *Ueber einen durch ein submucöses Myom komplizierten Geburtsfall.* Случай беременности, осложненной міомой. 5. **Ottfried O. Fellner.** *Ueber die Ursachen der Blutdrucksteigerung in den Wehen.* Причины повышенія кровяного давленія во время потугъ. 6. **E. G. Orthmann.** *Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft; nebst Beitrag zur Lehre vom vaginalen Kaiserschnitt.* Осложненіе беременности ракомъ матки и лѣченіе его операціей черезъ влагалище. 7. **Leo Wechsberg.** *Zur Tuberkulose der Eierstocksgeschwülste.* Случай бугорчатковой опухоли въ яичникѣ. 8. **V. v. Ebner.** *Zur Geschichte des Winterhalter'schen Ovarialganglions.* Критическая замѣтка.

**Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin.** Ноябрь. Т. CLXXIV. Тетр. 2.

1. **Otto Busse.** *Über Chorioepithelioma, die ausserhalb der Placentarstelle entstanden sind.* 2 случая хоріоэпителіомъ, возникшихъ на мѣстѣ прикрѣпленія дѣтскаго мѣста. 2. **H. Steinert.** *Über die embryoiden Geschwülste der Keimdrüsen und über das Vorkommen chorionepitheliom-artiger Bildungen in diesen Tumoren.* Случай съ патолого-анатомическимъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 3. **Robert Meyer.** *Über Adenom-und Karzinombildung an der Ampulle des Gärtnerschen Ganges.* Случай возникновенія аденомы и рака изъ *Gärtner*'овскихъ ходовъ. 4. **Paul Schneider.** *Beitrag zur Frage der Blutplättchengenese.* Считаетъ кровяныя пластинки не за самостоятельное образованіе, но за дериватъ клѣтокъ крови—частію красныхъ, частію бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. 5. **F. Parkes Weber.** *Ein Fall von akuter Leukämie, mit einem Schema für die Einteilung der Leukämien und Pseudoleukämien.* Описаніе случая и данныя изслѣдованія крови. 6. **F. Fischler.** *Über experimentell erzeugte Fettsynthese am überlebenden Organ, ein Beitrag zur Frage der Fettdegeneration.* Опытъ синтетическаго полученія жировъ. Къ вопросу о жировомъ перерожденіи. 7. **J. Walker Hall.** *Beiträge zur Kenntniss der Wirkung der Purinsubstanzen.* Вліяніе пуриновыхъ веществъ на кровяное давленіе у животныхъ, а также на измѣненіе въ органахъ. 8. **Blanck.** *Kryoskopie tierischer Organe, unter besonderer Berücksichtigung der Gefrierpunktsbestimmung der Nieren.* Опредѣленіе точки замерзанія во внутреннихъ органахъ и особенно въ почкахъ. 9. **Ed. Aronsohn.** *Die Zuckerausscheidung nach Adrenalin-Injektionen und ihre Beeinflussung durch künstlich erzeugtes Fieber.* Адреналинъ вызываетъ выдѣленіе сахара мочею лишь при подкожномъ и внутривенномъ впрыскиваніи. 10. **R. Handlich.** *Eine vierfingerige rechte Hand als congenitale Missbildung.* Врожденное отсутствіе одного пальца на правой рукѣ. 11. **J. Schoffer.** *Bemerkungen zu C. Martinottis Abhandlung: Su alcune particolorità distruttura della fibra muscolare striata in rapporto colla diagnosi di acromegalia.* Полемическая замѣтка. 12. **Th. Mironesco.** *Beitrag zum Studium des elastischen Gewebes in der Leber bei Infectionskrankheiten.* 13. **A. Meinel.** *Zur Frage der gutartigen Pylorus hypertrophic. Cruveilhiers.*

**Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie.** Т. L. Тетр. 2.

1. **Fritz Hammer.** *Beiträge zur Pathologie des Neugeborenen.* Описаніе нѣсколькихъ уродствъ. 2. **E. Schürmann.** *Ein Fall von Endothelioma ovarii lymphaticum cysticum.* Случай съ гистологическимъ изслѣдованіемъ. 3. **J. Wallart.** *Ueber die Combination von Carcinom und Tuberculose des Uterus.* Рѣдкая форма осложненія рака матки бугорчатковымъ пораженіемъ. 4. **Otto Seydel.** *Lipoma fibro-myomatosum uteri.* Описаніе сложной опухоли матки. 5. **Ludwig Seitz.** *Zur histologischen Diagnose des Abortes.* Къ вопросу о микроскопическомъ распознаваніи выкидыша. (Полемическая замѣтка). 6. **Erich Opitz.** *Erwiederung auf vorstehende Antwort.* Отвѣтъ на предыдущую замѣтку. 7. **R. Lomer.** *Zur Frage der Heilbarkeit des Carcinoms.* Объ излѣчимости раковыхъ новообразованій.

**Zeitschrift für klinische Medicin.** Т. LI. Тетр. 1 и 2.

1. **De la Camp.** *Experimentelle Studien über die acute Herzdilatation.* Клиническія наблюденія и опыты на животныхъ по поводу остраго расширенія полости сердца. 2. **Georg Sandberg.** *Ein Beitrag zur Bakteriologie der milchsauren Gährung im Magen mit besonderer Berücksichtigung der «langen» Bacillen.* Авторъ нашелъ, что т. наз. «длинныя» палочки оказываются наиболѣе стойкими по отношенію къ молочной кислотѣ. 3. **Paul Lazarus.** *Beitrag zur Pathologie und Therapie der Pankreaserkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Cysten und Steine.* Къ вопросу объ образованіи камней и кистъ въ поджелудочной железѣ. (Не окончена). 4. **Karl Ritter von Styskal.** *Kritisch-experimentelle Untersuchungen über den Herztod in Folge von Diphtherietoxin.* При внутривенномъ впрыскиваніи собакамъ дифтерійнаго яда наступаютъ явленія отравленія, обнаруживающіяся въ сердцѣ и сосудахъ. Въ сердцѣ наблюдаются сначала явленія раздраженія, а затѣмъ—паралича.

**Zeitschrift für Schulgesundheitspflege.** Т. XVI. № 10.

1. **W. Feilchenfeld.** *Epidemische Augenentzündungen in Schulen.* Наиболѣе частыя эпидемическія воспаленія глазъ у школьниковъ. 2. **W. Henz.** *Die Unternehmungen des Vereins für Ferien-Wohlfahrtsbestrebungen in Hamburg.* Критическій очеркъ. 3. **Ralf Wichmann.** *Zur Statistik der Nervosität bei Lehrern.* Продолженіе.

### Французскіе.

**Annales de l'Institut Pasteur.** Октябрь. Т. XVII. № 10.

1. **Ch. Pérez.** *Sur la résorption phagocytaire des ovules chez les tritons.* Авторъ доказываетъ своими препаратами, что фагоциты играютъ видную роль въ разсасываніи желтка въ созрѣвающемъ яйцѣ. 2. **Edmond Sergent.** *Levure de bière et suppuration.* Предостерегаетъ отъ чрезмѣрнаго введенія въ организмъ съ лѣчебными цѣлями большихъ количествъ живыхъ дрожжей. 3. **C. Nicolle.** *Recherches expérimentales sur l'inoculation de la*

Digitized by Google

*syphilis au singe (bonnet chinois).* Сообщаетъ о своихъ 3-хъ попыткахъ привить сифилисъ обезьянамъ. Попытки произведены гораздо раньше *И. И. Мечникова.* 4. **E. Duclaux.** *Études d'hydrographie souterraine.* (Продолженіе).

**Annales des maladies des organes génito-urinaires.** Ноябрь. № 21.

1. **B. Motz** et **J. M. Bartrina.** *Contribution à l'étude des abcès périnéaux et des phlegmons diffus d'origine uréthrale.* Промежностные гнойники уретральнаго происхожденія. Патологоанатомическія и микроскопическія измѣненія.

**Annales d'hygiène publique et de médecine légale.** Ноябрь. T. L. № 5.

1. **Paul Marin.** *Destruction des rats à bord des navires chargés.* Восхваляетъ способъ *Clayton*'а. 2. **Jcaid.** *Les prescriptions légales et les mesures administratives pour eviter le danger de la mort apparente.* Способы отличить мнимую смерть отъ истинной и французскія законоположенія, относящіяся сюда. 3. **Paul Garnier.** *Les hysteriques accusatrices.* Продолженіе и окончаніе.

**Archives de médecine et de pharmacie militaires.** Ноябрь. № 11.

1. **Talayrach.** *La lutte contre la fièvre typhoöde.* Отчетъ Германской экспедиціи. 2. **Warnecke.** *La rougeole à Limoges en 1902.* Годовой отчетъ объ эпидеміи. 3. **Vidal.** *Contribution à l'étude de l'immunité de la race Arabe à l'égard de la fièvre typhoïde.* По наблюденіямъ автора арабская раса обладаетъ извѣстной степенью невоспріимчивости по отношенію къ брюшному тифу. 4. **Conor.** *Contribution à l'étude de l'ictère dans la pneumonie.* Случай пневмоніи, осложненной желтухой. 5. **Guenot.** *Une observation de lèpre. Les résultats de son traitement chirurgicale.* Операція удаленія бугровъ проказы дала хорошіе результаты. 6. **Ligouzat.** *Perforation traumatique du voile du palais.* Описаніе случая. 7. **Lenez.** *Trois cas de purpura.* 3 случая.

**Archives générales de médecine.** Ноябрь. T. II. № 45.

1. **N. Vaschide** et **H. Piéron.** *L'analyse de la pulsation cardiaque humaine.* Разборъ кардіографическихъ кривыхъ. 2. **Cabanès** et **L. Nass.** *Catherine de Médicis fut-elle une empoisonneuse?* Историческій очеркъ.

## ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Англійскіе.

**New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal consolidated.** 14 ноября.

1. **T. R. Brown.** *Urinary hyperacidity.* Нормальная кислотность мочи, опредѣляемая совершенно такъ же, какъ въ желудочномъ сокѣ, равна въ среднемъ 25, въ 9 же изъ случаевъ автора она достигала 43—123, при чемъ припадки походили на наблюдаемые при циститѣ. 2. **C. F. Welden.** *A plea for the more frequent use of antitoxin.* 3. **F. L. Strauss.** *Acute intestinal obstruction and necrosis of the bowel* (кишки) *caused by a gall stone* (желчнымъ камнемъ). Случай. 4. **W. S. Ely.** *The fable of the egg.* При неврастеніи и истощеніи отъ разныхъ причинъ даетъ яйца (особенно сырыя), до 36 въ день, съ молокомъ. 5. **W. B. Jones.** *Prostatic hypertrophy and similar conditions.* 6. **A. J. Ronginsky.** *A case of rupture of quadriceps extensor femoris muscle.* 7. **R. Guiteras.** (Окончаніе).

21 ноября.

1. **M. W. Zimmerman.** *Ocular headache and other ocular reflexes; a statistical study.* (Не окончена). 2. **A. W. Mac Coy.** *A clinical study of the use of antitoxine serum (Dunbar's) in hay fever during the season of 1903.* О лѣченіи сѣнной лихорадки сывороткою *Dunbar*'а. 3. **H. G. Klotz.** *The treatment of acute and subacute anterior gonorrhaea by retrograde injections of stronger solutions of silver.* (Не окончена). 4. **B. Bartow.** *The early operative treatment of tuberculous—steitis of the knee.* (Не окончена). 5. **J. Knott.** *Brain-fag, and its effects on health.* Объ утомленіи мозга. 6. **W. L. Somerset.** *The course and diagnosis of variola...* 7. **W. G. Bissell.** *The effects of lemon juice in the mixture known as lemonade upon typhoid polluted water.*

**Medical Record.** 12 сентября.

1. **F. Delafield.** *Post typhoid sepsis.* 2. **A. A. Berg.** *The joint complications of acute pyogenic osteomyelitis.* 3. **J. Wright.** *Ancient ibes at the doctors.* 4. **J. D. Mac Pherson.** *Some experiences with ichthyol in puerperal fever.* 5. **C. L. Gibson.** *The surgical treatment of colitis.*

19 сентября.

1. **H. A. Higley.** *Differential leucocyte count in the early days of typhoid fever.* Бѣлыя тѣльца въ 17 случаяхъ тифа. 2. **T. R. Pooley.** *A case of leucosarcoma of the choroid.* 3. **T. H. Manley.** *The range of osteoplasty as an aid in the conservative surgery of bone traumatism.* 4. **M. I. Knapp.** *Some of the mistakes we have inherited.* 5. **A. R. Diefendorf.** *Early symptoms of dementia praecox.*

26 сентября.

1. **B. Robinson.** *Some aspects of the old and the new.* За консерватизмъ въ медицинѣ, противъ увлеченій новѣйшаго времени. 2. **F. C. Valentine** and **T. M. Townsend.** *Abnormal frequency of urination treated with epidural injections.* 3. **I. A. Meeker.** *Nitrous oxid in the production of surgical anaesthesia.* 4. **L. H. Dunning.** *The treatment of the pedicle in ovariotomy and salpingo-oophorectomy.* 5. **W. J. Stone.** *Post-graduate work in Budapest.* 6. **A. P. Stoner.** *A case of venereal warts.* Случай перелойныхъ кондиломъ влагалища. 7. **W. B. Harlow.** *Circumcision in infancy.*

3 октября.

1. **C. A. Powers.** *A case of diffuse gonococcus infection of the entire upper extremity* (всей руки). 2. **W. D. Berry.** *The manic depressive psychosis and some of its etiological and pathological phases.* 3. **B. M. Feldman.** *Causes, consequences, and case of the injuries to the parturient canal.* 4. **S. J. Kopetzky.** *The selection of the anaesthetic in children.* 5. **W. H. Steers.** *An operation for removing the tonsils.*

10 октября.

1. **M. A. D. Jones.** *Fibrocystic tumors of the uterus; their etiology.* 2. **A. F. Price.** *Copper in syphilis.* О лѣченіи сифилиса солями мѣди (сѣрнокислою мѣдью въ среднемъ по $^1/_{30}$ грана на пріемъ). 3. **U. S. Bird.** *Aneurysm of the transverse arch, with obliteration of the innominate and left common carotid arteries.* Случай. 4. **G. W. Mc Caskey.** *A case of combined pyloric cancer and phlegmonous gastritis.* 5. **G. W. Squires.** *Congenital absence of rectum with imperforate anus.*

24 октября.

1. **W. Meyer.** *Prostatectomy and galvanocaustic prostatotomy (Bottini's operation).* 2. **S. Tousey.** *The Röntgen and Finsen rays...* 3. **J. Van Doren Young.** *The choice of method for the relief of retroversion and retroflexion.* 4. **S. G. Gant.** *The non-medicinal treatment of constipation.* 5. **W. P. Spratling.** *The frequency wave of epileptic seizures.*

31 октября.

1. **H. G. Piffard.** *High-frequency currents.* О токахъ большой частоты. 2. **H. W. Bettmann** and **J. H. Schroeder.** *Two new methods of determining the digestive activity of gastric juice.* О способахъ *Mette* и *Hammerschlag*'а. 3. **H. W. Austin.** *A case of neurofibroma of the skin and large nerve trunks in which there developed a large spindle celled sarcoma beneath the body of the scapula.* 4. **A. Haig.** *Some notes on a diet of bread and fruit, and its effects on high blood-pressure, dropsy, and obesity.* 5. **J. G. Sheldon.** *Hallux valgus.*

7 ноября.

1. **J. Rosenstirn.** *Surgical interference in hypertrophic biliary cirrhosis of the liver* (печени). 2. **B. K. Ashford.** *Filariasis in Porto Rico.* 3. **I. L. Watkins.** *Treatment of cancer of the uterus.* 4. **J. A. Guthrie.** *Investigation of Rinderpest.* 5. **L. M. Warfield.** *Some practical points taught by the discovery of B. Dysenteriae in the stools of infants suffering from sommer diarrhoea.* 6. **A. L. Chute.** *Haemospermia.* Случай.

14 ноября.

1. **R. B. Kimball.** *Gonorrhoea in infants, with a report of 8 cases of pyaemia.* 2. **W. J. Dougherty.** *Terminal syphilis and tabes.* 3. **G. G. Cottam.** *Traumatic separations of the lower epiphysis of the humerus..* 2 случая. 4. **I. H. Coriat.** *Emulsion-albuminuria.* 5. **B. B. Foster.** *Report of a needle* (иголка) *in the prostatic urethra.* Случай. 6. **W. Moser.** *A case of lead osteoperiostitis.* Случай. 7. **C. S. Grabin.** *Abdominal pain in pneumonia.* Случай.

21 ноября.

1. **A. Mc Lane Hamilton.** *Traumatic locomotor ataxia.* 2. **W. Coleman.** *Intravenous injections of colloidal silver in the treatment of erysipelas.* 5 удачныхъ случаевъ. 3. **J. Collins.** *Chronic cyanosis of the extremities associated with polycythaemia and splenomegaly.* О клинической формѣ, которую описалъ впервые *Vaquez* въ «Le Bulletin médical», 1892 г. 4. **P. D. Kerrison.** *The prognosis and treatment of chronic deafness* (глухоты). 5. **M. Rosenberg.** *Internal administration of ichtyol in pulmonary affections.* Даетъ ихтіолъ по 3—30 капель на пріемъ 3 раза въ день, въ водѣ. 6. **L. E. Norfleet.** *An extreme case of bradycardia.* Пульсъ до 9—8 ударовъ въ минуту.

28 ноября.

1. **W. B. Neftel.** *Electricity in general practice.* 2. **J. J. Brownson.** *Suprapubic lithotomy.* 3. **A. E. Rogers.** *Treatment of cervical adenitis due to tonsillar infection.* 4. **C. C. Miller.** *Perineal section for stricture...* 5. **M. Rosenberg.** *Foreign bodies in rectum.* 2 случая.

### Нѣмецкіе.

**Deutsche medicinische Wochenschrift.** 10 сентября.

1. **F. Neufeld.** *Ueber Immunisirung gegen Tuberculose.* 2. **H. Kron.** *Zur Frage der traumatischen Spätapoplexie.* 3. **E. Neisser.** *Ueber wandernde Phlebitis.* 4. **P. Edel.** Окончаніе статьи о циклической альбуминуріи. 5. **A. E. Stein.** Тоже о подкожныхъ впрыскиваніяхъ параффина.

17 сентября.

1. **H. Schulz.** *Zur Physiologie und Pharmakodynamik der Kieselsäure* (кремневой кислоты). 2. **R. Bassenge.** *Ueber das Verhalten der Typhusbazillen in der Milch und deren Produkten.* (Не окончена). 3. **K. E. Büsing.** *Beitrag zur Verbreitungsweise der Diphtherie.* О переносѣ дифтеріи санитарнымъ персоналомъ. 4. **J. Hoppe.** *Die Trachombehandlung mittelst der Knapp'schen Rollzange.* 5. **A. Freudenberg.** *Ueber ammoniakale Reaktion des Harns bei Phosphaturie, sowie über Phosphaturie und Ammoniurie als objektive Symptome der Neurasthenie.* Одинъ изъ припадковъ нѣрастеніи—фосфатурія и аммiачная моча, безъ бактерій въ ней. 6. **F. Köbisch.** *Ueber Rheumasan.*

Digitized by Google

24 сентября.

1. **Behring.** *Ueber Lungenschwindsuchtentstehung und Tuberkulosebekämpfung.* Докладъ Cassel'скому Съѣзду о чахоткѣ. 2. **R. Bassenge.** Окончаніе статьи о тифозныхъ палочкахъ въ молокѣ и его продуктахъ. 3. **Schüder.** *Der Negri'sche Erreger der Tollwuth.* Отрицается открытіе *Negri* (причина собачьяго бѣшенства). 4. **Tabora.** *Ueber die therapeutische Verwendung des Chlorbaryums.* Хлористый барій, какъ сердечное. Пріемы по 0,02—0,05, въ сутки 0,1—0,15, 2 дня и рѣдко 3—4 подъ-рядъ. Переносится лѣкарство хорошо и подходитъ особенно для случаевъ несильной недостаточности сердца. 5. **E. Rose.** *Die Heilbarkeit der progressiven totalen Knochenatrophie.* 6. **E. Dirksen.** *Ueber schwere Anämie durch Taenia solium.* Случай. 7. **A. Leibholz.** *Citarin, ein neues Mittel gegen Gicht.*

1 октября.

1. **A. Schmidt.** *Bemerkungen zur Diagnose der Lungenschwindsucht.* Къ распознаванію легочной чахотки. 2. **Н. Голубовъ.** (Москва). *Zur Aetiologie des Lungenemphysems.* Статья I—расширенія грудной аорты, какъ причина эмфиземы. (Не окончена). 3. **B. Heine.** *Circumskripte Gangrän der Dura und Subduraler Abscess in der hinteren Schädelgrube in Folge chronischer Mittelohreiterung.* Случай. 4. **G. Baermann.** *Ueber die Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis und über Versuche, dieselbe durch Punktion zu behandeln.* 5. **Bublitz.** *Ueber die Naht beim Altersstarschnitt.* О швѣ при изсѣченіи старческой катаракты. 6. **L. W. Weber.** *Ueber Versuche mit Veronal, einem neuen Schlafmittel.*

8 октября.

1. **Kirsch.** *Ueber Cambier's Verfahren zur Isolirung von Typhysbacillen.* Отзывается о способѣ отрицательно. 2. **H. Elsner.** *Zur Frage der hämorrhagischen Erosionen des Magens.* Считаетъ эти эрозіи желудка входящими въ картину хроническаго гастрита. 3. **Schuster.** *Beitrag zur Herzsyphilis, insbesondere in Verbindung mit Tabes.* Къ статистикѣ сифилиса сердца. 4. **M. Bukofzer.** *Die Reaktion der Nasen-und Kehlkopfschleimhaut auf Nebennierenextrakt (Adrenalin).* 5. **C. Guttmann.** *Ueber Schnellhärtung und Schnelleinbettung.* Горячо рекомендуетъ способъ, описанный *Lubarsch*'емъ въ его Ergebnisse за 1895 г., стр. 14 и слѣд. 6. **M. Krüger.** *Ueber die Umwandlung der Purinkörper im Organismus.* 7. **Н. Голубовъ.** Окончаніе статьи о причинахъ эмфиземы. II. Аномалія реберныхъ хрящей, какъ причина эмфиземы. 8. **H. Vörner.** *Ueber Viscinum deparatum.*

15 октября.

1. **O. Hess.** *Die Angina Vincenti.* 2. **Berlizheimer** und **J. Meyer.** *Zwei Fälle von Tetanus acutus.* 3. **Schultes.** *Ueber Influenza, Appendicitis und ihre Beziehung zu einander.* 4. **P. Schoetz.** *Pharynxtuberkulose bei Kindern.* 5. **P. Соколовскій.** *Ueber unsere bisherigen Paraffinerfolge bei Nasendifformitäten und retroauriculären Defekten.* 6. **E. Sintenis** (Перновъ) *Zum Coma diabeticum nach Operationen.* Случай.

22 октября.

1. **F. Sasse.** *Zur combinirten abdominosakralen, perinealen, bezw.-vaginalen Methode der Exstirpation hochsitzender Mastdarm- und Colon pelvinum-Carcinome.* 2. **Wilms.** *Der Mechanismus der Darmstrangulation.* О механизмѣ кишечнаго ущемленія. 3. **Schulz.** *Ueber Perityphlitis.* Практическія замѣтки. 4. **M. Einhorn.** *Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der Histologie der Magenschleimhaut in pathologischen Zuständen dieses Organs.* 5. **H. Racine** und **H. Bruns.** *Zur Aetiologie des sogenannten rheumatischen tetanus.* 6. **Gottschalk.** *Zur Operation der Cervixmyome.* 7. **Dumstrey.** *Beitrag zur Frage der Intoxikation mit Salipyrin.* Сильные припадки сердцебіенія и одышки послѣ 1 грм. салипирина у крѣпкаго мужчины 30 лѣтъ. 8. **H. Stelzner.** *Das Wattenlaufen, ein therapeutischer Sport.* Прогулки босикомъ на обнаженномъ при отливѣ песчаномъ берегу, какъ лѣчебный агентъ.

29 октября.

1. **Ribbert.** *Die Morphologie und Chemie der fettigen Degeneration* (жирового перерожденія). 2. **F. Riegel.** *Ueber Herzbigeminie und Hemisystolie.* По поводу статьи *Leyden*'а въ № 21 газеты. 3. **P. Grützner.** *Ueber die Zerkleinerung menschlicher Fäces.* Совѣтуетъ для измельченія кала взбалтывать порцію его въ 400—500 к. стм. денатурированнаго спирта при помощи прибора въ родѣ тѣхъ, что употребляются на кухнѣ для взбиванія бѣлка. 4. **Riedel.** *Ueber die Exocchleatio Prostatae.* 5. **W. Hirt** und **R. Sticker.** *Ueber cystoskopisch nachweisbare Blasenveränderungen bei Uteruscarcinom.* Объ опредѣлимыхъ при помощи цистоскопа измѣненіяхъ пузыря при ракѣ матки. 6. **Mainzer.** *Idiopathischer Priapismus, neun Tage persistirend.* Случай. 7. **A. Stein.** *Ueber Schnellhärtung und Schnelleinbettung.* Дополненіе къ статьѣ *Gutmann*'а въ № 41. 8. **Glaser.** *Zur Kasuistik der Antitoxinbehandlung des Tetanus.* Случай неудачнаго примѣненія сыворотки *Behring*'а. 9. **B. Aronsohn.** *Unangenehme Nebenwirkungen des Mesotan.* 2 случая появленія экземы при лѣченіи мезотаномъ. 10. **Clamann.** *Zur Behandlung der Opstipation im Säuglingsalter.* О лѣченіи запора у грудныхъ дѣтей. 11. **J. Török.** *Einiges über Lygosin-Chinin (Chininum lygosinatum).*

5 ноября.

1. **H. Koeppe.** *Physikalische Diagnostik der Nierenkrankheiten.* Къ физической діагностикѣ почечныхъ болѣзней. 2. **W. Croner.** *Ueber 100 poliklinisch beobachtete Fälle von Diabetes mellitus; insbesondere ihre Beziehung zur Tuberkulose und Arteriosklerose.* 3. **M. Моргуліесъ** (Одесса). *Ueber die Beziehungen der Syphilis zur Nierenchirurgie.* Случай. 4. **F. Schanz.** *Die Augenentzündung der Neugeborenen und der Gonococcus.* 5. **W. Hirt** und **R. Sticher.** (Окончаніе). 6. **E. Gebauer.** *Ein Fall von traumatisch entstandener Lungentuberkulose.*

12 ноября.

1. **Jürgens.** *Zur Aetiologie der Ruhr.* Отрицаетъ причинное единство заболѣваній, протекающихъ подъ клинической картиной кроваваго поноса. 2. **E. Birnbaum** und **H. Weber.** *Ueber pustulöse Typhusroseola nebst bakteriologischen Untersuchungen.* 3. **L. Casper.** *Zur Asepsis des Katheterismus und der Cystoskopie.* 4. **K. Vogel.** *Ein Fall von Ersatz der ganzen Radiusdiaphyse durch einen Elfenbeinstift.* Случай замѣны всего діафиза лучевой кости стержнемъ изъ слоновой кости. 5. **W. Liepmann.** *Zur Biochemie der Schwangerschaft.* 6. **E. Opitz.** *Antwort auf vorstehenden Aufsatz.* 2 полемическихъ замѣтки по вопросу о біохиміи беременности. 7. **F. Lesser.** *Zur Kenntniss und Verhütung des Jodismus.* 8. **P. C. Korteweg.** *Prophylaxis einer Malariaepidemie mittelst Chinintherapie.* (Не окончена). 9. **F. Becker.** *Ergebnisse der in den letzten zehn Jahren im Garnisonlazareth zu Allenstein beobachteten Pneumoniefälle.* 505 случаевъ за 10 лѣтъ на гарнизонъ въ 3000—4000 чел., 14,7% всѣхъ внутреннихъ формъ; умерли 13=2,6%. 10. **Е. Аувинъ** (Курляндія). *Sterilisation chirurgischer Seide durch Diffusionsströme.*

**Berliner klinische Wochenschrift. 7 сентября.**

1. **C. Noorden.** *Ueber Hafercuren bei schwerem Diabetes mellitus.* 5 наблюденій, доказывающихъ, что сахарное мочеизнуреніе весьма хорошо протекаетъ при овсяной діетѣ. 2. **R. Turro.** *Ursprung und Beschaffenheit der Alexine.* 3. **S. Kalischer.** *Ueber Gangstörungen bei Tetanie.* О разстройствѣ походки при тетаніи. 4. **P. Ehrlich.** Продолженіе статьи о дифтерійномъ токсинѣ. 5. **R. Henneberg** und **H. Stelzner.** (Окончаніе).

14 сентября.

1. **P. F. Richter.** *Fieber und Zuckerausscheidung.* Лихорадка и выдѣленіе сахара. Опыты на кроликахъ. 2. **F. Weleminsky.** *Zur Pathogenese der Lungentuberculose.* Доказываетъ опытами на кроликахъ и свинкахъ, что зараженіе бугорчаткою черезъ кишечникъ сказывается чаще всего не на немъ самомъ, а на дыхательныхъ путяхъ. 3. **E. Opitz.** *Zur nasalen Dysmenorrhoe.* Случай. 4. **P. Ehrlich.** (Окончаніе). 5. **Warnecke.** *Zur Warmluftbehandlung von Ohr und Nase.* Къ лѣченію болѣзней уха и носа грѣтымъ воздухомъ. Описаніе прибора. 6. **H. Delius.** *Die Hypnose in ihrer Bedeutung als Heilmittel.* (Не окончена). 7. **П. Бакалейникъ** (Кіевъ). *Ueber einen Hydrodilatator.* Шприцеобразный расширитель для лѣченія съуженій мочеиспускательнаго протока, пищевода, задняго прохода и для расширенія маточной шейки.

21 сентября.

1. **C. A. Ewald.** *Ueber hysterische Autosuggestion der Kinder.* 3 случая. 2. **E. Rogovin.** *Ueber die Empfindlichkeit der Jodproben.* Совѣтуетъ для открытія малыхъ количествъ іода въ органическихъ жидкостяхъ пробы *Harnack*'а и *Sandland*'а. 3. **K. Brandenburg.** *Ueber die Wirkung der Galle auf das Herz und die Entstehung der Pulsverlangsamung beim Icterus.* О дѣйствіи желчи на сердце и о возникновеніи замедленія пульса при желтухѣ. 4. **J. W. Hall.** *Vegetabilische Nahrung und Getränke bei Gicht und Nephritis.* Въ виду содержанія пуриновыхъ тѣлъ въ растительной пищѣ и пивѣ, совѣтуетъ ограничивать первую и запрещать послѣднее при подагрѣ и нефритѣ. 5. **G. Bamberg.** *Sanoform als Ersatzmittel des Jodoforms.* Находитъ замѣну подходящею для всѣхъ случаевъ. 6. **H. Delius** (Окончаніе). 7. **Tausch.** *Ueber Phorxal.* Обычная рекомендація новаго средства.

28 сентября.

1. **F. Umber.** *Ueber Abänderung chemischer Eigenart durch partiellen Eiweissabbau im Körper.* Объ измѣненіи химическаго состава тѣла подъ вліяніемъ искусственнаго прироста бѣлка (опыты). 2. **A. Buschke.** *Weitere experimentelle Untersuchungen über Alopecie und die Localisation von Hautkrankheiten.* 3. **H. Brüning.** *Ueber die Verwerthbarkeit des Soxhlet'schen Nährzuckers in der Säuglingstherapie.* 4. **H. Rosenhaupt.** *Ein Beitrag zur Klinik der Tumoren der Hypophysis.* Случай. 5. **E. Saalfeld.** *Ein Beitrag zur socialen Fürsorge für Geschlechtskranke.*

5 октября.

1. **W. Seiffer.** *Die Accessorius-Lähmungen bei Tabes Dorsalis.* (Не окончена). 2. **E. Sommer.** *Ueber die unmittelbare und Dauerwirkung der Licht-und Wärmestrahlung auf die Hauttemperatur.* О вліяніи свѣтовыхъ и тепловыхъ лучей на температуру кожи. 3. **Trolldenier.** *Thierversuche über subkutane Ernährung mit eiweisshaltigen Nährlösungen.* Опыты (на животныхъ) подкожнаго кормленія бѣлковыми жидкостями. 4. **O. Jacobson.** *Ueber orthotische Albuminurie.* 5. **E. Singer.** *Ueber den Einfluss von Luft-und Sonnenbädern auf den menschlichen Körper.* О вліяніи воздушныхъ и солнечныхъ ваннъ на человѣческое тѣло.

---

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

# XXXIV. Къ вопросу о т. наз. „возвращающихся фиброидахъ" (recurrent fibroids) матки.

Проф. В. С. Груздева.

Уже около полувѣка назадъ англійскіе гинекологи *Hutchinson* [1]), *Callender* [2]), *Paget* [3]) и др. обратили вниманіе на наклонность нѣкоторыхъ маточныхъ полиповъ быстро появляться вновь послѣ ихъ удаленія. Такъ какъ упомянутые авторы считали эти новообразованія, по ихъ анатомическому строенію, принадлежащими къ фибромiомамъ матки, именно подслизистымъ, то и дали имъ названіе «возвращающихся фиброидовъ», «recurrent fibroids», каковое названіе и получило права гражданства въ наукѣ.

Съ тѣхъ поръ многимъ гинекологамъ удалось наблюдать и всесторонне изслѣдовать подобныя новообразованія, но тѣмъ не менѣе въ ученіи о «recurrent fibroids» и до настоящаго времени остается много невыясненнаго. Невыясненнымъ остается, прежде всего, уже самый вопросъ о патолого-анатомической природѣ этихъ образованій. Большинство авторовъ склонны думать, что «recurrent fibroids»—вовсе не фиброиды въ общепринятомъ смыслѣ этого слова, а саркомы, исходящія изъ міометрія; но есть-ли это первичныя саркомы или саркоматозно-переродившіяся фибромiомы—вопросъ рѣшается различно. Далѣе, одни изъ изслѣдователей, стоящихъ за саркоматозную природу «возвращающихся фиброидовъ», видятъ въ нихъ саркомы не только въ морфологическомъ, но и въ генетическомъ смыслѣ, т. е. новообразованія, построенныя по типу зародышевой соединительной ткани и при томъ происходящія изъ соединительнотканныхъ элементовъ міометрія или фибромiомъ матки; другіе производятъ «саркоматозные» элементы разбираемыхъ новообразованій изъ мышечныхъ клѣтокъ, т. е. смотрятъ на эти опухоли, какъ на саркоматозныя лишь въ морфологическомъ отношеніи, генетически же—міоматозныя. Если добавить къ этому, что, судя по наблюденіямъ *Krische* [4]), *Langerhans*'а [5]) и др., фибромiомы матки, иногда и не измѣняясь морфологически, могутъ обнаруживать высокую степень злокачественности, напр. давать множественные міоматозные-же переносы въ разныхъ органахъ (а тѣмъ болѣе, стало быть, возвращаться послѣ ихъ удаленія), то вопросъ о гистологической природѣ и генезѣ «возвращающихся фиброидовъ» окажется еще болѣе запутаннымъ. Не мало противорѣчиваго представляютъ взгляды авторовъ и на другія стороны разбираемаго заболѣванія, напр. на предсказаніе при немъ. Вообще окончательная выработка ученія о «возвращающихся фиброидахъ» матки представляетъ собою дѣло будущаго, пока же гинекологи должны ограничиться болѣе скромною задачею накопленія достаточно обслѣдованнаго казуистическаго матеріала, который-бы могъ впослѣдствіи лечь въ основу всесторонняго рѣшенія вопроса о «recurrent fibroids».

Таковы соображенія, побуждающія меня описать въ печати встрѣтившійся мнѣ случай даннаго заболѣванія,—случай, представляющій интересъ во многихъ отношеніяхъ.

С. З., 44 л., портниха, поступила въ 1-ый разъ въ завѣдуемую мною акушерско гинекологическую клинику Казанскаго Университета 30/x 1900 г. съ жалобами на сильныя кровотеченія и боли внизу живота. Изъ разспроса выяснилось, что первыя мѣсячныя появились у больной на 14-мъ году, до болѣзни приходили черезъ 3 недѣли и длились по 2—3 дня, сопровождаясь болями въ животѣ и спинѣ. Замужъ вышла 28 лѣтъ назадъ; беременна была 11 разъ, при чемъ всѣ беременности кончились срочными родами; послѣдніе роды были 9 лѣтъ назадъ. Больною С. З. считаетъ себя 2 года, при чемъ разсказываетъ, что около 2 лѣтъ назадъ, послѣ сильной непріятности, у нея сразу открылось кровотеченіе изъ половыхъ путей, сопровождавшееся болями въ животѣ. Это заставило ее поступить въ больницу, гдѣ она 8 дней лежала со льдомъ на животѣ, а черезъ 2 недѣли ей сдѣлали какую-то операцію на маткѣ. Послѣ операціи кровотеченіе прекратилось, но ненадолго: послѣ первыхъ-же мѣсячныхъ оно вновь началось и продолжалось, съ небольшими перерывами, вплоть до поступленія въ клинику. Одновременно продолжались и боли въ животѣ, то имѣя характеръ постоянныхъ, ноющихъ болей, то принимая характеръ схватокъ.

Крайне истощена, малокровна; слабаго сложенія. Со стороны органовъ грудной полости никакихъ уклоненій отъ нормы не найдено; ничего особеннаго нельзя было подмѣтить и при наружномъ изслѣдованіи живота. Изслѣдованіе обѣими руками показало, что матка увеличена до размѣровъ кулака взрослаго, шарообразна, болѣзненна, мало подвижна, нѣсколько наклонена кзади. Влагалищная часть увеличена; отѣнки ея растянуты; наружный зѣвъ имѣетъ истонченные края, раскрытъ настолько, что свободно пропускаетъ палецъ, при чемъ послѣдній прощупываетъ сидящую въ полости матки шаровидную, довольно мягкую, съ гладкою поверхностью опухоль съ мандаринъ. Захваченная щипцами, опухоль допускаетъ вращательныя движенія; зондомъ обходится со всѣхъ сторонъ. Изъ полости матки выдѣляется кровянистая жидкость съ легкимъ гнилостнымъ запахомъ. Боковые своды свободны.

На основаніи этихъ данныхъ былъ распознанъ полипъ матки, частью родившійся въ шеечный каналъ и омертвѣвшій. Полипъ этотъ рѣшено было удалить, не трогая матки, съ тѣмъ, чтобы микроскопическое изслѣдованіе удаленной опухоли опредѣлило дальнѣйшій образъ дѣйствій по отношенію къ больной.

Операція сдѣлана 1/x 1900 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ. Частью щипцами, частью ножницами я легко удалилъ полипъ по кускамъ, послѣ чего тщательно выскоблилъ полость матки острой ложкой и затампонировалъ ее. Температура лишь въ день операціи, къ вечеру, поднялась до 38°,2, а затѣмъ послѣоперaціонное время протекло безлихорадочно.

Микроскопическое изслѣдованіе удаленной опухоли дало очень неясныя картины вслѣдствіе сильнаго омертвѣнія составлявшихъ ее тканей. Во всякомъ случаѣ картины эти не давали повода думать о злокачественной природѣ полипа, а скорѣе заставляли признать въ послѣднемъ обыкновенную подслизистую фибромiому матки. Изслѣдованіе выскобленныхъ кусочковъ слизистой оболочки матки также не обнаружило въ ней злокачественнаго перерожденія, а лишь наличность гиперпластическаго эндометрита.

Въ виду такихъ результатовъ микроскопическаго изслѣдованія въ дальнѣйшемъ рѣшено было примѣнить неоперативное лѣченіе въ формѣ внутриматочныхъ впрыскиваній іодной настойки, горячихъ спринцеваній, тампоновъ съ ихтіолъ-глицериномъ и пр. Подъ вліяніемъ этого лѣченія матка быстро уменьшилась почти до нормальнаго объема, кровотеченія прекратились, мѣсячныя пришли въ нормальномъ количествѣ, боли исчезли, и 2/xп С. З. оставила клинику, по видимому, совершенно поправившеюся.

Черезъ $10^1/_2$ мѣсяцевъ, 14/x 1901 г., она, однако, снова обратилась въ клинику, при чемъ разсказала, что достигнутое путемъ операціи улучшеніе длилось всего нѣсколько недѣль, а затѣмъ снова появились кровотеченія и боли въ животѣ и пояснищѣ. Это заставило больную, въ маѣ 1901 г., обратиться въ земскую больницу, гдѣ ей опять удалили маточный полипъ. И эта операція имѣла, однако, лишь кратковременный успѣхъ: вскорѣ кровотеченія и боли возобновились, заставивъ больную снова искать помощи въ клиникѣ.

На этотъ разъ объективное изслѣдованіе дало въ главныхъ чертахъ слѣдующую картину: истощеніе больной выражено рѣзко; умѣренная лихорадка (до 38°,5 по вечерамъ); матка увеличена почти до такихъ-же размѣровъ, какъ и предъ 1-ой операціей, очень болѣзненна, плотна, мало подвижна; зѣвъ раскрытъ на $1^1/_2$ пальца, и чрезъ него прощупывается полипозная опухоль, съ небольшое яблоко; изъ полости матки вытекаютъ обильныя кровянисто-гнойныя выдѣленія съ запахомъ; боковые своды сильно болѣзненны; въ лѣвомъ опредѣляется дов. значительный параметральный инфильтратъ, въ правомъ, по видимому,—увеличенные придатки.

Эти данныя убѣдили меня, что у больной имѣется типическій «recurrent fibroid», почему я и счелъ умѣстнымъ предложить ей коренную операцію. Больная, однако, заявила, что, чувствуя себя ослабленной лихорадкою и длительными кровотеченіями, она въ настоящее время не можетъ согласиться на операцію, но не прочь подвергнуться ей нѣкоторое время спустя, если я остановлю чѣмъ-нибудь кровотеченія, избавлю ее отъ лихорадки и укрѣплю ея силы. Волей-неволей мнѣ пришлось согласиться на эти условія, тѣмъ болѣе, что состояніе больной (сильное истощеніе, присутствіе въ маткѣ гнилостно-разлагающейся опухоли, наличность свѣжаго воспалительнаго процесса въ тазовой клѣтчаткѣ и пр.), дѣйствительно, заставило опасаться за исходъ коренной операціи.

Согласно желанію больной, примѣненное мною 22/x оперативное вмѣшательство опять состояло въ удаленіи полипа и выскабливаніи полости матки острой ложкой, къ чему я на этотъ разъ присоединилъ еще энергичное ошпариваніе (вапоризацію) маточныхъ стѣнокъ. Въ качествѣ послѣдовательнаго лѣченія были примѣнены промыванія полости матки 1,5%-нымъ растворомъ карболовой кислоты, внутриматочныя впрыскиванія іодной настойки и горячіе влагалищные души; кромѣ того, больной было назначено усиленное питаніе. Подъ вліяніемъ всего этого состояніе больной быстро улучшилось: кровотеченія и гнилостныя выдѣленія изъ матки прекратились, боли значительно ослабѣли, матка уменьшилась, больная стала прибывать въ вѣсѣ (въ среднемъ на $2^3/_4$ ф. въ недѣлю).

Микроскопическое изслѣдованіе кусковъ удаленной опухоли опять не дало ясныхъ картинъ въ виду сильнаго омертвѣнія и гнилостнаго разложенія ея тканей. На основаніи препаратовъ можно было лишь заключить, что опухоль по преимуществу имѣетъ волокнистое строеніе; мѣстами, однако, на срѣзахъ можно было замѣтить группы полураспавшихся клѣтокъ частью съ палочкообразными, частью съ яйцевидными ядрами, заставлявшія считать природу опухоли весьма подозрительной. Въ виду этихъ данныхъ микроскопическаго изслѣдованія, а также всей

Digitized by Google

клинической стороны болѣзни, я усиленно предлагалъ больной не откладывать въ долгій ящикъ коренной операціи.

Больная, выписавшаяся изъ клиники 25/xi, обѣщала мнѣ вновь вернуться для коренной операціи, лишь только устроитъ свои домашнія дѣла. Это было ею исполнено, однако, лишь 29/i 1902 г. Поступивъ въ этотъ день въ клинику, С. З. сообщила, что за послѣдніе 2 мѣсяца кровотеченій и гнилостныхъ выдѣленій у ней совершенно не было, особаго упадка силъ она у себя не замѣчала (вѣсъ ея оказался больше, чѣмъ при выпискѣ, на 7 ф.), но боли внизу живота, особенно слѣва, не прекращались; кромѣ того, за послѣднее время у ней появилась внизу живота быстро ростущая, болѣзненная опухоль.

При объективномъ изслѣдованіи опухоль, на которую указывала больная, оказалась увеличенной до размѣровъ дѣтской головки маткой. Послѣдняя была болѣзненна, мало подвижна. Маточный зѣвъ свободно пропускалъ палецъ, и чрезъ него можно было прощупать нижній сегментъ выполнявшей полость матки полипозной опухоли, дов. мягкой на ощупь, съ гладкою поверхностью. Опухоль обводилась кругомъ зондомъ и, по видимому, исходила изъ дна матки. Въ правомъ сводѣ не удалось прощупать ничего, въ лѣвомъ—разлитое, болѣзненное уплотненіе.

Коренную операцію я первоначально намѣревался выполнить черезъ влагалище, но отъ этого пришлось отказаться по требованію самой больной. По всей вѣроятности, находясь прежде въ клиникѣ, она была свидѣтельницей какого-нибудь несчастнаго исхода влагалищнаго удаленія, между тѣмъ, какъ больныя, оперированныя черезъ брюшныя стѣнки, переносили операцію благополучно. Какъ-бы то ни было, больная поставила непремѣннымъ условіемъ, чтобы я оперировалъ ее черезъ брюшныя стѣнки, на что я и согласился.

Операція была выполнена 6/ii подъ хлороформнымъ наркозомъ. Вскрывъ брюшную полость, я прежде всего освободилъ матку и ея придатки отъ имѣвшихся въ дов. значительномъ количествѣ воспалительныхъ перепонокъ, затѣмъ перевязалъ по одиночкѣ приводящіе сосуды, усѣкъ матку надъ самыми сводами, выжегъ приборомъ *Paquelin*'а оставшуюся влагалищную часть и возстановилъ цѣлость брюшины непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ, послѣ чего приступилъ къ закрытію брюшной раны *). Лѣвая широкая связка при операціи была найдена нѣсколько утолщенной въ основаніи, правая — нормальной; какого-либо увеличенія подвздошныхъ и поясничныхъ лимфатическихъ железъ замѣчено не было.

Послѣопераціонное время протекло безлихорадочно, и 1/iii С. З. оставила клинику, по видимому, совершенно здоровой, если не считать небольшихъ остатковъ лѣвосторонняго параметрита, продолжавшихъ причинять ей легкія боли.

О макроскопическихъ особенностяхъ удаленной матки лучше всего судить по прилагаемому рисунку (рис. 1). Какъ видно изъ

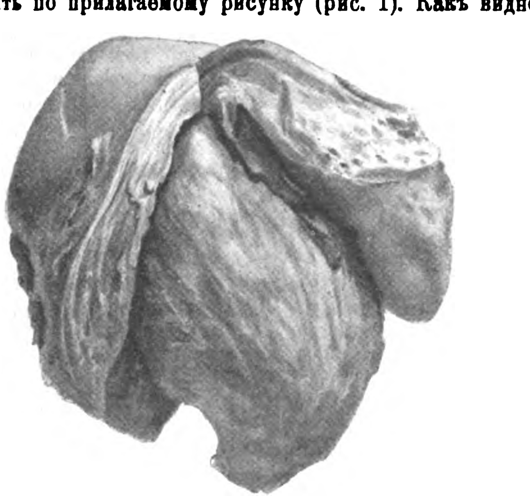


Рис. 1. Матка съ «recurrent fibroid'омъ» въ полости. $^{2}/_{5}$ естественной величины.

этого рисунка, матка въ данномъ случаѣ была значительно увеличена частью насчетъ гипертрофіи ея стѣнокъ, толщина которыхъ доходила мѣстами до 3 стм., главнымъ-же образомъ — насчетъ растяженія ея полости опухолью. Вѣсъ ея вмѣстѣ съ этою послѣднею равнялся 1020 грм. Опухоль имѣла 14 стм. въ длину, 8,5 стм. въ наиболѣе широкомъ мѣстѣ и до 11 стм. въ передне-заднемъ размѣрѣ. Своимъ широкимъ основаніемъ она сидѣла на днѣ матки, заостренная-же верхушка ея смотрѣла въ шеечный каналъ. Поверхность мягкой опухоли была гладкая, цвѣтъ мѣстами желтокрасный, мѣстами—коричнево-красный. На разрѣзѣ опухоль оказалась состоящею изъ довольно однороднаго по плотности вещества, безъ какихъ-либо болѣе твердыхъ узловъ, а также и безъ размягченныхъ гнѣздъ и полостей. Уже простымъ глазомъ можно было подмѣтить, что вещество это складывалось въ пучки, шедшіе отъ основанія опухоли къ ея верхушкѣ. Цвѣтъ его былъ мѣстами красножелтый, мѣстами—красный безъ желтаго оттѣнка, при чемъ желтые участки располагались ближе къ свободной окружности опухоли, красные-же—въ центрѣ и основаніи ея. Никакой сумки кругомъ опухоли не замѣчалось: вещество ея постепенно переходило въ вещество маточныхъ стѣнокъ. Послѣднія на разрѣзѣ всюду оказались нормальнаго цвѣта и плотности; никакихъ включеній въ нихъ не замѣчалось.

Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты кусочки изъ различныхъ мѣстъ опухоли, а также маточныхъ стѣнокъ и утолщенной лѣвой широкой связки; кусочки эти, послѣ уплотненія въ спиртѣ, были залиты въ целлоидинъ, и изъ нихъ изготовлены срѣзы, окрашенные различнымъ образомъ, большею частью гэматоксилинъ-эозиномъ и гэматоксилинъ-смѣсью *van-Gieson*'а. Изученіе этихъ срѣзовъ показало, что слизистой оболочки въ маткѣ нигдѣ не было: она, по видимому, была совершенно уничтожена ошпариваніемъ; вмѣсто нея полость матки была выстлана тонкимъ слоемъ грануляціонной ткани, въ которомъ лишь изрѣдка попадались остатки железъ. Міометрій въ тѣхъ участкахъ маточной стѣнки, которые не находились въ непосредственной связи съ опухолью, представлялся въ общемъ мало измѣненнымъ; бросалась въ глаза лишь относительная—для немолодой больной—бѣдность его соединительною тканью. Что касается тѣхъ участковъ маточной стѣнки, въ днѣ матки, изъ которыхъ исходила опухоль, то здѣсь міометрій сохранилъ свое относительно нормальное строеніе лишь въ периферическихъ слояхъ, пограничныхъ съ брюшиной. Въ болѣе-же глубокихъ мышечные пучки, вмѣсто того, чтобы сохранять круговое расположеніе, имѣли направленіе лучистое и въ этомъ видѣ вступали въ основаніе опухоли. Слѣдя далѣе за ходомъ этихъ пучковъ въ направленіи отъ дна матки къ верхушкѣ опухоли, можно было замѣтить, какъ постепенно мѣнялось ихъ строеніе: пучки эти постепенно какъ-бы распадались на отдѣльныя клѣтки веретенообразной формы, при чемъ ядра ихъ изъ палочкообразныхъ, однородныхъ по формѣ, величинѣ (16—18 μ въ длину и 2—2,5 μ въ ширину) и окраскѣ превращались въ болѣе яйцевидныя, различныя по формѣ и величинѣ, неодинаково воспринимавшія окраску гэматоксилиномъ (рис. 2). Чѣмъ дальше отъ нормальной маточной стѣнки, тѣмъ

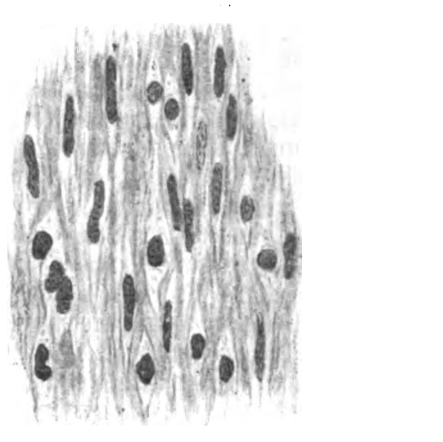


Рис. 2. Образованіе саркоматозныхъ resp. саркомоподобныхъ элементовъ изъ гладко-мышечныхъ клѣтокъ міометрія. Лин. увел. около 530.

рѣзче было выражено это перерожденіе мышечныхъ пучковъ, тѣмъ меньше встрѣчалось палочкообразныхъ ядеръ и больше яй-

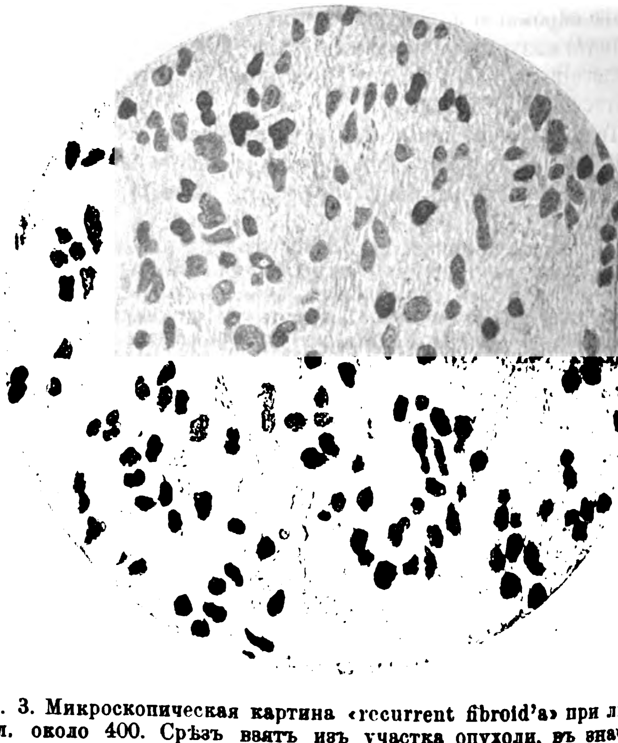


Рис. 3. Микроскопическая картина «recurrent fibroid'а» при лин. увел. около 400. Срѣзъ взятъ изъ участка опухоли, въ значительной степени подвергшагося перерожденію.

*) Первоначально я намѣревался произвести полное удаленіе матки, но, такъ какъ состояніе больной подъ наркозомъ заставило меня спѣшить съ окончаніемъ операціи, то я ограничился, для быстроты, надвлагалищнымъ усѣченіемъ.

Digitized by Google

цевидныхъ, даже совершенно круглыхъ. Параллельно съ этимъ измѣненіемъ ядеръ ткань опухоли, чѣмъ дальше отъ маточной стѣнки, тѣмъ больше утрачивала свое волокнистое строеніе: въ близкихъ къ основанію участкахъ элементы опухоли еще обнаруживали наклонность складываться въ пучки, служившіе непосредственнымъ продолженіемъ мышечныхъ пучковъ и перемежавшіеся съ этими послѣдними; въ болѣе-же отдаленныхъ элементы опухоли все болѣе и болѣе теряли эту наклонность и, наконецъ, располагались безъ всякаго порядка (рис. 3). Рука объ руку съ этими измѣненіями въ строеніи вещества опухоли шли, наконецъ, разстройства питанія въ ея тканяхъ; чѣмъ дальше отъ основанія опухоли, тѣмъ болѣе были выражены въ клѣточныхъ элементахъ ея дегенеративные процессы, преимущественно жировое перерожденіе и коагуляціонный некрозъ. Высшей степени эти измѣненія достигали въ участкахъ, граничившихъ со свободной окружностью новообразованія и макроскопически отличавшихся желтымъ цвѣтомъ; здѣсь клѣтки опухоли представлялись совершенно распавшимися, такъ что при микроскопическомъ изслѣдованіи нельзя было рѣшительно ничего сказать о первоначальномъ гистологическомъ строеніи этихъ участковъ.

Чтобы закончить изложеніе данныхъ, полученныхъ при микроскопическомъ изслѣдованіи удаленной у больной матки, мнѣ остается добавить, что при изученіи срѣзовъ изъ утолщенной лѣвой широкой связки послѣдняя оказалась отнюдь не инфильтрированной новообразованіемъ, а представлявшей лишь воспалительныя измѣненія.

Вернусь къ изложенію дальнѣйшаго теченія болѣзни.

Послѣ операціи больная чувствовала себя вполнѣ хорошо около $^{1}/_{2}$-года, послѣ чего у нея появились боли въ животѣ, немного ниже пупка; вскорѣ затѣмъ она замѣтила въ животѣ небольшую опухоль, по поводу которой и обратилась снова въ клинику. Изслѣдовавъ больную, я нашелъ у нея на позвоночникѣ, немного выше мыса, приблизительно на мѣстѣ раздѣленія аорты и нижней полой вены, опухоль, какъ-бы состоявшую изъ 3-хъ спаянныхъ между собою или тѣсно прилежащихъ другъ къ другу узловъ; опухоль эта при ощупываніи давала ощущеніе біенія. Другихъ узловъ по ходу большихъ тазовыхъ сосудовъ прощупать мнѣ, при наружномъ изслѣдованіи, не удалось, но двуручное изслѣдованіе обнаружило присутствіе еще одного узла, съ грецкій орѣхъ, очень болѣзненнаго, лежавшаго уже въ маломъ тазу, нѣсколько лѣвѣе и ниже первой опухоли. Оставленная при операціи влагалищная часть ничего особеннаго не представляла; тазовая клѣтчатка также всюду оказалась свободной.

На основаніи этихъ данныхъ я заподозрилъ у больной переносное пораженіе саркомою поясничныхъ лимфатическихъ железъ и предложилъ ей испробовать оперативное удаленіе послѣднихъ, на что она и согласилась.

Операція была произведена 17/XII, подъ смѣшаннымъ хлороформно-эѳирнымъ наркозомъ. Вскрывъ животъ по старому рубцу, я убѣдился, что у больной имѣется значительное увеличеніе (отъ грецкаго орѣха до небольшого яблока) 7 лимфатическихъ железъ: 1—на нижней полой венѣ, 3—на низходящей аортѣ, 1—на правой общей подвздошной артеріи, 1—на лѣвой общей подвздошной венѣ и 1—на передней стѣнкѣ прямой кишки. Подвздошныя железы съ той и другой стороны увеличены не были. Заживленіе дна малаго таза послѣ 1-ой операціи произошло настолько хорошо, что со стороны полости брюшины нельзя было замѣтить даже слѣда операціонной раны. Вообще брюшина всюду казалась вполнѣ нормальною. Въ тазовой клѣтчаткѣ также никакихъ узловъ и разлитыхъ инфильтратовъ не опредѣлялось; только въ остаткѣ лѣвой широкой связки можно было прощупать старые воспалительные тяжи.

Опредѣливъ состояніе органовъ брюшной полости, я приступилъ къ вылущенію увеличенныхъ железъ тупымъ путемъ. Железы, сидѣвшія на артеріальныхъ сосудахъ и стѣнкѣ прямой кишки, никакого затрудненія въ этомъ отношеніи не представили,—ихъ удалось вылущить безъ труда и почти безъ всякаго кровотеченія. Совсѣмъ иначе обстояло дѣло съ удаленіемъ железы, сидѣвшей на нижней полой венѣ: железа эта была до такой степени тѣсно спаяна со стѣнкой вены, что мнѣ стоило величайшаго труда отдѣлить ее, не разорвавъ стѣнки послѣдней. При всемъ томъ во время окончательнаго удаленія железы цѣлость стѣнки нижней полой вены оказалась нарушенной: на ней было найдено небольшое круглое отверстіе, изъ котораго струей полилась кровь; по всей вѣроятности, отверстіе это образовалось вслѣдствіе отрыва впадавшей здѣсь въ нижнюю полую вену маленькой венки, принадлежащей железѣ. Чтобы закрыть это отверстіе, я осторожно захватилъ стѣнку вены въ этомъ мѣстѣ пинцетомъ *Péan*'а и наложилъ на нее пристѣночную лигатуру, что удалось сравнительно легко. Еще болѣе хлопотъ доставило удаленіе железы, сидѣвшей на лѣвой общей подвздошной венѣ; здѣсь новообразованіе настолько проросло стѣнку сосуда, что, какъ ни осторожно отдѣлялъ я железу,—это не удалось мнѣ безъ надрыва сосудистой стѣнки, сопровождавшагося громаднымъ кровотеченіемъ. Къ счастію, послѣднее длилось недолго, такъ какъ мнѣ и здѣсь удалось скоро захватить разорванное мѣсто небольшимъ зажимомъ и затѣмъ наложить пристѣночную лигатуру. Удаливъ железы я закрылъ ихъ ложа непрерывными швами изъ тонкаго кэтгута, послѣ чего, по обыкновенію, нѣсколько разъ промылъ брюшную полость стерильнымъ *Locke*'овскимъ растворомъ и зашилъ брюшную рану.

Послѣоперационное время и на этотъ разъ протекло безъ всякихъ осложненій, и 12/I 1903 г. С. З. оставила клинику. Къ сожалѣнію, операція не могла предотвратить распространенія новообразованія, которое и унесло больную въ могилу въ концѣ мая того-же года.

Микроскопическое изслѣдованіе удаленныхъ железъ показало, что онѣ были поражены типичною веретенообразноклѣточковою саркомой.

Позволю себѣ остановиться на нѣкоторыхъ наиболѣе интересныхъ сторонахъ этого случая «возвращающагося фиброида» и прежде всего коснусь вопроса о происхожденіи имѣвшагося у больной новообразованія.

Что удаленная мною вмѣстѣ съ маткой опухоль представляла собою морфологически не фиброидъ, а саркому,—въ этомъ не оставляютъ сомнѣнія данныя микроскопическаго изслѣдованія какъ самой опухоли, такъ и ея переносныхъ узловъ. Но, спрашивается, была-ли это первичная саркома или саркоматозно переродившаяся фиброміома? Я рѣшительно склоняюсь въ пользу перваго предположенія, хотя оно и противорѣчитъ взглядамъ тѣхъ авторовъ, которые, со *Schroeder*'омъ [6]) во главѣ, видятъ въ каждомъ «возвращающемся фиброидѣ» матки саркоматозно переродившуюся фиброміому. За первичный характеръ саркомы здѣсь говоритъ, во 1-хъ, быстрота роста опухоли: опухоль развилась, можно сказать, на нашихъ глазахъ и за какихъ-нибудь 2 мѣсяца достигла величины головки новорожденнаго. Далѣе, за это-же говоритъ, до извѣстной степени, отсутствіе опухольной сумки, которая такъ свойственна многимъ фиброміомамъ матки и которой, если и не всегда, какъ это предполагалъ *Gusserow* [7]) (прив. по *Gessner*'у о. с., стр. 958), то очень часто не бываетъ при саркомахъ маточной стѣнки. Равнымъ образомъ въ пользу первично-саркоматозной природы опухоли, удаленной у больной, говоритъ и то, что изслѣдуя ее, я нигдѣ не могъ найти въ ней болѣе или менѣе сплошныхъ участковъ фиброміоматозной ткани, чего можно было-бы ожидать, если-бы я имѣлъ дѣло съ саркоматозно переродившейся фиброміомой. Правда, мышечные пучки въ опухоли встрѣчались, но лишь въ основаніи ея; по мѣрѣ-же удаленія отъ основанія число ихъ быстро уменьшалось, и, наконецъ, они совершенно исчезали. Заслуживаетъ вниманія, съ точки зрѣнія разбираемаго вопроса и то обстоятельство, что самымъ тщательнымъ изслѣдованіемъ нельзя было открыть въ толщѣ маточныхъ стѣнокъ фиброзныхъ узловъ въ началѣ ихъ развитія. Главнымъ образомъ, однако, въ пользу первичнаго происхожденія саркомы въ вышеописанномъ случаѣ свидѣтельствуютъ данныя микроскопическаго изслѣдованія относительно развитія саркоматозныхъ элементовъ изъ мышечныхъ пучковъ міометрія.

Все только-что сказанное относится къ опухоли, удаленной мною вмѣстѣ съ маткой. А какой природы, спрашивается далѣе, были полипы, удаленные у больной ранѣе? Если обратиться къ литературѣ вопроса, то найдемъ въ ней рядъ случаевъ, гдѣ «возвращающіеся фиброиды» сначала, будто-бы, представляли собою фиброміомы, а затѣмъ обнаруживали строеніе, свойственное саркомамъ. Таковъ, напр., приводимый *Gessner*'омъ (стр. 980) случай *Simpson*'а, который у одной больной 7 разъ удалялъ «recurrent fibroids» и лишь на 6-й разъ могъ установить саркоматозную природу опухоли; таковъ случай *Schroeder*'а, который также 7 разъ удалялъ у больной возвращавшіеся полипы, при чемъ лишь въ 3 послѣднихъ раза они оказались саркоматозными; таковы-же приводимые *Gessner*'омъ случаи *Müller*'а [7]), *Hegar*'а [8]), самого *Gessner*'а (стр. 981) и др. Однако, самъ *Gessner* сомнѣвается, что въ этихъ случаяхъ, дѣйствительно, «recurrent fibroids» сначала были фиброміомами, а потомъ сдѣлались саркомами, и я вполнѣ раздѣляю его сомнѣнія. Дѣло въ томъ, что маточные полипы вообще, а «возвращающіеся фиброиды», по видимому, въ особенности, такъ часто попадаютъ въ руки оператора и изслѣдователя омертвѣвшими, полуразложившимися, что немудрено, если гистологическая природа ихъ опредѣляется неправильно. Это случается тѣмъ легче, что въ началѣ своего появленія они обыкновенно не возбуждаютъ никакихъ подозрѣній и сходятъ за обыкновенные, доброкачественные фиброзные полипы; изслѣдователь поэтому ограничивается тѣмъ, что беретъ изъ нихъ, для постановки микроскопическаго распознаванія, 2—3 кусочка и, получивъ на срѣзахъ неясныя картины, ставитъ невѣрное рас-

Digitized by Google

познаваніе. Лишь когда возвраты опухоли заставляютъ заподозрить въ ней злокачественное новообразованіе, микроскопическое изслѣдованіе производится болѣе тщательно и обнаруживаетъ истинную природу опухоли. Относительно своего случая я убѣжденъ, что дѣло обстояло именно такъ. За то, что у вышеописанной больной все время была одна и та же саркома, возвращавшаяся вслѣдствіе неполнаго ея удаленія, говоритъ, между прочимъ, тотъ фактъ, что всѣ 3 раза у нея опухоль выростала изъ одного и того же мѣста, именно изъ дна матки.

И такъ въ своемъ случаѣ я имѣлъ дѣло съ саркомой маточной стѣнки, но, повторяю, съ саркомой лишь въ смыслѣ морфологическаго строенія ея элементовъ, гистогенетически-же это была, по видимому, вовсе не саркома, т. е., не опухоль, происшедшая изъ соединительнотканныхъ элементовъ, а міома—новообразованіе, обязанное своимъ происхожденіемъ мышечной ткани. Выше я описалъ микроскопическія картины, заставляющія меня думать, что въ данномъ случаѣ опухоль развилась насчетъ непосредственнаго превращенія гладкомышечныхъ клѣтокъ міометрія въ элементы опухоли. Прибавлю къ этому, что исходнымъ пунктомъ развитія новообразованія у больной послужили, по всей вѣроятности, внутренніе слои круговыхъ мышцъ маточнаго тѣла; только слои эти приняли въ основаніи опухоли лучистое направленіе подъ вліяніемъ вытягиванія ихъ новообразованіемъ, стремившимся принять полипозную форму. Замѣчу еще, что подобное превращеніе гладко-мышечныхъ элементовъ въ саркоматозные или, лучше сказать, въ саркомоподобные давно уже наблюдалось цѣлымъ рядомъ изслѣдователей,—укажу на *Kahlden*'а [9]), *Whitridge Williams*'а [10]), *Pick*'а [11]) и др., а въ послѣднее время на него обратила вниманіе своими тщательными изслѣдованіями *К. П. Улезко-Строгонова* [12]) *).

Со стороны клиническаго теченія болѣзни у моей больной заслуживаютъ вниманія особенно 2 обстоятельства: прежде всего—то, что въ данномъ случаѣ новообразованіе было осложнено воспалительнымъ процессомъ въ тазовой клѣтчаткѣ и брюшинѣ, а затѣмъ—то, что быстрота роста отдѣльныхъ опухолей и рѣзкость вызываемыхъ послѣдними припадковъ представлялись далеко неодинаковыми. Возникновеніе воспалительнаго процесса въ половой сферѣ при «возвращающихся фиброидахъ» весьма понятно: опухоли эти, какъ я уже упоминалъ, весьма легко подвергаются омертвѣнію; съ другой стороны, при нихъ вслѣдствіе раскрытія шеечнаго канала полость тѣла матки является легко доступною для гнилостныхъ и др. микробовъ, которые въ мертвыхъ и готовыхъ омертвѣть тканяхъ опухоли находятъ крайне благопріятную почву для своего развитія; отсюда микробы легко могутъ проникнуть въ околоматочную клѣтчатку, въ трубы, полость брюшины и пр., вызывая воспалительный процессъ въ послѣднихъ, какъ это и было въ моемъ случаѣ. Это осложненіе разбираемой основной болѣзни особенно важно въ отношеніи распознаванія: воспалительные выпоты, образовавшіеся, напр., въ широкихъ связкахъ, весьма легко смѣшать съ опухолевыми инфильтратами. Ихъ болѣзненность, состояніе температуры, а главное—уменьшеніе подозрительной припухлости подъ вліяніемъ противовоспалительнаго лѣченія въ одномъ случаѣ и увеличеніе—въ другомъ, позволяютъ намъ разобраться, съ чѣмъ мы имѣемъ дѣло.

Относительно быстроты роста отдѣльныхъ опухолей слѣдуетъ отмѣтить, что въ моемъ случаѣ ростъ этотъ представлялся съ каждымъ возвратомъ новообразованія все болѣе и болѣе энергичнымъ. Судя по анамнезу, 1-ый, удаленный мною у больной, полипъ росъ отъ $1^1/_2$ до 2 лѣтъ и за этотъ срокъ достигъ величины небольшого апельсина; 2-ая опухоль росла уже всего $4^1/_2$ мѣсяца, при чемъ за это время успѣла достигнуть немного меньшаго размѣра, чѣмъ 1-ая; наконецъ, 3-ья опухоль за какихъ-нибудь $2^1/_2$ мѣсяца выросла до величины головки новорожденнаго. Очевидно, злокачественность опухоли съ каждымъ возвратомъ ея все возрастала — фактъ, несомнѣнно имѣющій громадное практическое значеніе. Подобное постепенное возрастаніе злокачественности наблюдалось при «recurrent fibroids» и другими авторами.

Переходя, далѣе, къ распознавательной сторонѣ своего случая, я еще разъ подчеркну трудность своевременнаго, т. е. при первомъ-же ихъ появленіи, распознаванія «возвращающихся фиброидовъ» даже путемъ микроскопическаго изслѣдованія. Причина этой трудности кроется, какъ я уже говорилъ, въ быстро наступающемъ измѣненіи тканей опухолей подъ вліяніемъ перерожденія и омертвѣнія. Особенно мало даетъ въ подобныхъ случаяхъ т. наз. пробное вырѣзываніе, путемъ котораго можно получить обыкновенно кусочки изъ верхушки опухоли, т. е. какъ разъ изъ наиболѣе измѣненной ея части. Лишь тщательное изслѣдованіе кусочковъ, взятыхъ изъ всѣхъ отдѣловъ маточнаго полипа уже послѣ его удаленія, въ состояніи указать изслѣдователю, что полипъ этотъ есть злокачественное новообразованіе, требующее коренного вмѣшательства. Главную цѣнность для постановки распознаванія представляетъ изслѣдованіе кусочковъ, взятыхъ изъ основанія опухоли, гдѣ ткань опухоли оказывается наименѣе измѣненною.

Насколько, однако, трудно правильное распознаваніе «возвращающихся фиброидовъ» при первомъ ихъ появленіи, настолько-же легко оно при ихъ вторичномъ и дальнѣйшихъ появленіяхъ. Уже одно быстрое возвращеніе маточнаго полипа, разъ удаленнаго, дѣлаетъ распознаваніе почти несомнѣннымъ, даже безъ микроскопическаго изслѣдованія, за которымъ остается лишь провѣрочная роль.

Въ отношеніи предсказанія вышеописанный случай представляетъ главнымъ образомъ тотъ интересъ, что онъ свидѣтельствуетъ о значительной злокачественности саркомъ resp. злокачественныхъ міомъ маточной стѣнки. Какъ извѣстно, многіе авторы держатся того взгляда, что эти новообразованія относительно доброкачественны. Взглядъ этотъ, если и справедливъ, то лишь въ томъ отношеніи, что названныя опухоли отличаются небольшою наклонностью разростаться per continuitatem, инфильтрируя маточную стѣнку и окружающую клѣтчатку. Но зато онѣ крайне злокачественны по своей способности давать переносы. Чаще всего, какъ показываютъ данныя *Gessner*'а (стр. 985), заносы при нихъ происходятъ, какъ и вообще при саркомахъ, по кровеносным путямъ, при чемъ излюбленное мѣсто образованія переносовъ составляютъ легкія. Иногда, однако, какъ это и было въ моемъ случаѣ, «recurrent fibroids», подобно ракамъ матки, даютъ заносы по лимфатическимъ путямъ, въ забрюшинныя железы.

Что касается, наконецъ, лѣченія «возвращающихся фиброидовъ», то, конечно, разъ распознаваніе этого заболѣванія установлено,—безусловно показуется возможно раннее примѣненіе коренного оперативнаго вмѣшательства. Наилучшей формой послѣдняго для большинства случаевъ является влагалищное удаленіе матки. При этомъ, если опухоль черезчуръ велика, то ее лучше сначала удалить кускованіемъ и затѣмъ уже иссѣкать опорожненную матку; если, далѣе, опухоль подверглась гнилостному разложенію, то, удаливъ ее, слѣдуетъ сначала надежно обеззаразить полость матки — лучше всего при помощи пара — и затѣмъ приступать къ иссѣченію.

Въ сообщенномъ случаѣ коренное оперативное вмѣшательство было примѣнено, по указаннымъ выше причинамъ, не въ видѣ влагалищнаго удаленія матки, а въ видѣ брюшного удаленія ея по типу надвлагалищнаго усѣченія, при чемъ влагалищная часть матки была оставлена. Послѣдующее появленіе переносовъ не стояло, однако, ни въ какой связи съ этимъ послѣднимъ обстоятельствомъ. Переносы появились въ поясничныхъ лимфатическихъ железахъ, т. е., сѣмена новообразованія были занесены въ нихъ изъ тѣла матки, а не изъ шейки; въ послѣднемъ случаѣ заносы произошли-бы въ подвздошныя железы, которыя у больной какъ разъ оказались нетронутыми.

Въ отношеніи лѣченія злокачественныхъ новообразованій матки вообще и «возвращающихся фиброидовъ» въ частности особаго вниманія заслуживаетъ послѣдняя операція, произведенная мною въ данномъ случаѣ. Результа-

*) Здѣсь, кстати, пользуюсь случаемъ выразить мою глубокую благодарность многоуважаемой *К. П.* за ту любезность, съ какою она доставила мнѣ возможность просмотрѣть свои прекрасные препараты злокачественныхъ міомъ. На препаратахъ этихъ я увидѣлъ картины, крайне сходныя съ тѣми, какія я получилъ при изслѣдованіи опухоли въ описываемомъ мною случаѣ.

Digitized by Google

ты ея свидѣтельствуютъ, прежде всего, что, разъ злокачественное новообразованіе поразило лимфатическія железы,—оперативное удаленіе послѣднихъ приноситъ мало пользы. Истина эта, конечно, не нова, но объ ней особенно умѣстно вспомнить въ настоящее время, когда многіе гинекологи, съ *Wertheim*'омъ во главѣ, обнаруживаютъ наклонность считать даже и тѣ случаи рака матки, гдѣ существуетъ пораженіе лимфатическихъ железъ, подлежащими оперативному вмѣшательству въ коренной его формѣ. Далѣе, произведенная у вышеописанной больной операція свидѣтельствуетъ, съ какою громадною опасностью сопряжено удаленіе пораженныхъ лимфатическихъ железъ, сидящихъ на крупныхъ венахъ, какъ, напр., на нижней полой, на общей подвздошной и т. п. Наконецъ, она доказываетъ, насколько практично во всѣхъ отношеніяхъ наложеніе пристѣночныхъ лигатуръ при небольшихъ поврежденіяхъ стѣнокъ крупныхъ венъ.

**Источники:** 1. *Hutchinson.* Transactions of the London Pathological Society, 1857, VIII, стр. 287.—2. *Collender.* Тамъже, 1858, IX, стр. 327.—3. *Paget.* Lectures on surgical pathology. London, 1863.—4. *Krische*, Göttingen'ская диссертація 1889; прив. по *Gessner*'у (*Veit*, Handbuch der Gynaekologie, т. III).—5. *Langerhans.* Berliner klinische Wochenschrift, 1893, стр. 338.—6. *Schroeder.* Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XII, стр. 460.—7. *Müller.* Archiv für Gynaekologie, т. VI, стр. 125; прив. по *Gessner*'у.—8. *Hegar.* Тамъ-же, т. II, стр. 29; прив. по *Gessner*'у.—9. *Kahlden.* Beiträge zur pathologischen Anatomie, т. XIV, стр. 174.—10. *Whitridge Williams.* Zeitschrift für Heilkunde, т. XV, стр. 141.—11. *Pick.* Archiv für Gynaekologie, т. XLIX, стр. 1.—12. *К. Л. Улезко-Строгонова.* Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней, 1902, № 11. Monatsschrift für Gynaekologie, т. XVIII, тетр. 3.

---

## XXXV. Первая (временная) повязка для пулевыхъ ранъ.

Проф. **Л. Л. Левшина.**

Извѣстно, что каждый офицеръ и солдатъ, ушедшіе на театръ военныхъ дѣйствій, снабжены «индивидуальнымъ пакетикомъ», предназначеннымъ для первой перевязки огнестрѣльной раны санитаромъ, самимъ раненымъ или другимъ лицомъ. Онъ состоитъ изъ плотно упакованныхъ въ 2 мѣшочка изъ коленкора, и прорезированной матеріи, а также въ бумагу, куска бинта и 2-хъ компрессовъ изъ сулемовой марли и небольшого количества ваты.

Не взирая на всѣ прекрасныя качества—лучшаго и желать не надо—и совершенно непромокаемую упаковку, «индивидуальные пакетики» предоставляютъ одно небольшое неудобство, скрывающееся въ нѣкоторой мѣшкотности раскрыванія обложекъ и разворачиванія нечистыми руками марлевого бинта, равно и въ почти неизбѣжномъ загрязненіи компрессовъ, завернутыхъ въ бинтѣ. Съ цѣлью нѣсколько упростить «индивидуальный пакетикъ» и въ извѣстной степени предупредить загрязненіе пальцами куска марли, которымъ непосредственно покроется пулевая рана, мною предложена нижеслѣдующая первая временная повязка, съ помощью которой можно будетъ закрыть пулевыя отверстія легкихъ огнестрѣльныхъ ранъ. Дознано уже, что раны, наносимыя современными мелкокалиберными снарядами съ твердой оболочкой, отличаются малыми пулевыми отверстіями и узкостью пулевого канала. Вотъ для такихъ-то легкихъ ранъ мягкихъ частей, мало кровоточащихъ можетъ оказаться полезной и удобопримѣнимой предлагаемая мною первая повязка.

Въ коленкоровомъ мѣшкѣ помѣщенъ другой, сдѣланный изъ прорезированной матеріи, сложенной вдвое съ склеенными 3-мя свободными краями посредствомъ каучуковаго раствора, чтобы сдѣлать этотъ внутренній мѣшокъ совершенно непромокаемымъ. Во внутреннемъ мѣшкѣ заключенъ 4-угольный кусокъ каучуковаго липкаго пластыря, длиной въ 10,5 и шириной въ 8 стм. (въ $^1/_2$ той ширины полосы коленкора, на которую обыкновенно намазываются липкіе пластыри); въ серединѣ его вырѣзано овальное отверстіе, въ 2,5 и 1,5 стм. Чтобы придать всей повязкѣ нѣсколько большую плотность, пластырь обернутъ бумагой и вложенъ въ особый конвертъ, вырѣзанный изъ апретированной марли. Пластырь долженъ быть средней, такъ сказать, липкости, чтобы онъ легко отдѣлялся отъ апретированной марли и достаточно продолжительно сохранялъ свою липкость. Овальное отверстіе покрывается марлей (сулемовой или асептической), кусками размѣромъ въ 8 и 4,5 стм., уложенными въ 15 или 16 слоевъ.

Описанная повязка—не новость; типомъ ея послужилъ мнѣ всѣмъ извѣстный «Мальтійскій крестъ». Недавно пущена въ продажу въ Германіи фирмою П. Гартманна подобная повязка, подъ именемъ: «Hartmann's Schnellverband nach Dr *Boegehold*», но она гораздо меньшихъ размѣровъ и безъ отверстія въ серединѣ, а также не защищена прорезированной матеріей отъ промоканія.

---

## XXXVI. Случай полнаго обратнаго размѣщенія внутренностей (Situs viscerum inversus universalis).

Бывш. проф. **М. К. Зѣнца.**

Посѣщая время-отъ-времени патолого-анатомическій кабинетъ Ростовской н/Д. городской больницы, я недавно натолкнулся въ немъ на слѣдующій интересный случай, любезно предъявленный мнѣ прозекторомъ этой больницы д-ромъ *С. С. Абрамовымъ*.

У 60-лѣтней женщины было обнаружено на вскрытіи слѣдующее расположеніе внутренностей: правое легкое съ его 3-мя долями помѣщалось въ лѣвой $^1/_2$ грудной клѣтки, а лѣвое съ его 2-мя долями въ правой. Сердце помѣщалось въ правой $^1/_2$ груди, при чемъ лѣвый желудочекъ лежалъ справа, а правый слѣва, т. е. подобно тому, какъ нормально расположенные желудочки представились-бы въ зеркалѣ. Передняя поверхность сердца была, какъ и нормально, выпуклая, а задняя плоская. Соотвѣтственно такому расположенію желудочковъ, аорта и легочные вены выходили изъ праваго желудочка (физіологически, конечно, лѣваго), а легочныя артерія и полыя вены изъ лѣваго (физіологически праваго). Дуга аорты имѣла направленіе слѣва на право [1]). Изъ безымянной артеріи выходили не правыя, какъ-бы слѣдовало, а лѣвыя сонная и подключичная артеріи, правыя-же сонная и подключичная артеріи выходили непосредственно изъ аорты. Низходящая аорта помѣщалась не слѣва, а справа позвоночника. Пищеводъ лежалъ съ правой стороны позвоночника. Печень и селезенка тоже помѣнялись мѣстами: печень лежала слѣва, а селезенка справа; при чемъ лѣвая доля печени, какъ мы ее знаемъ, лежала справа, а правая—слѣва, т. е. все-таки сохранялся законъ, что лѣвая доля печени должна быть снутри, а правая снаружи; обѣ продольныя выемки (fissurae longitudinales) помѣнялись мѣстами съ содержащимися въ нихъ придатками. Желудокъ тоже лежалъ не слѣва отъ средней линіи тѣла, а справа, при чемъ большая и малая кривизны его были расположены, какъ и въ нормѣ,—первая кнаружи, а вторая кнутри, т. е. желудокъ какъ-бы былъ повернутъ на 180° и перенесенъ въ правую $^1/_2$ тѣла, при чемъ входъ въ него приходился справа, а привратникъ слѣва позвоночника, т. е. обратно нормѣ. Выпуклость 12-перстной кишки была обращена не вправо, а влѣво. Поджелудочная железа головкой была обращена влѣво, а хвостомъ вправо, т. е. сохранялся законъ, что поджелудочная железа головкой должна быть направлена къ печени, а хвостомъ къ селезенкѣ. Восходящая ободочная кишка, а также и слѣпая съ червеобразнымъ отросткомъ, были помѣщены въ лѣвой, а низходящая съ S-образной кишкой въ правой подвздошной впадинѣ.

Такое полное обратное размѣщеніе внутренностей, какъ извѣстно, встрѣчается крайне рѣдко, а потому я и счелъ этотъ случай достойнымъ описанія.

Что касается литературы описываемой неправильности, то, просмотрѣвъ имѣющійся у меня подъ руками матеріалъ, а именно «Реальную Энциклопедію» профф. *Eulenburg*'а и *Аванасьева* (въ русскомъ переводѣ), а затѣмъ «*Schmidt's* Jahrbücher für die gesammte Medicin» съ 1836 г. по 1902 г., я нашелъ слѣдующее: 1-й случай полнаго обратнаго размѣщенія внутренностей былъ описанъ *Virchow*'ымъ въ 1854 г. на основаніи вскрытія. Въ 1859 г. такой-же случай былъ описанъ испанскимъ врачемъ *Baldor*'омъ, тоже на основаніи вскрытія. Въ 1869 г. д-ръ *E. Valsnam* у взрослой женщины опредѣлилъ при жизни и описалъ такую неправильность. Въ 1870 г. профф. *Геппнеръ* и *Э. Э. Эйхвальдъ* опредѣлили при жизни и описали такое обратное размѣщеніе внутренностей у одного изъ извѣстныхъ Сіамскихъ близнецовъ—у слабѣе развитого. Въ 1878 г. проф. *v. Ziemssen* въ своемъ Отчетѣ по München'ской больницѣ описалъ 2-хъ дѣвочекъ, 12 и 15 л., у

[1]) Подъ выраженіемъ «слѣва» и «справа» я, конечно, вездѣ разумѣю направленіе отъ лѣвой и правой руки изслѣдуемаго.

которыхъ при жизни было опредѣлено такое размѣщеніе. Въ 1889 г. д-ръ *A. Epstein*, изъ Праги, описалъ опредѣленное при жизни такое обратное размѣщеніе (печень, селезенка, желудокъ, сердце) у мальчика, 6 л. Въ 1891 г. д-ръ *H. Schmidt* показалъ въ Leipzig'скомъ медицинскомъ Обществѣ 10-лѣтняго мальчика, съ такимъ расширеніемъ внутренностей. Наконецъ, изъ устнаго сообщенія д-ра *П. И. Покровскаго* я узналъ, что въ 1892 г. въ Томскѣ наблюдался такой случай на вскрытіи и описанъ проф. *М. Г. Курловымъ*. Я здѣсь, конечно, не говорю про тѣ, несравненно болѣе многочисленные случаи, гдѣ было обратное расположеніе только нѣкоторыхъ органовъ въ грудной или брюшной полости.

Разсматривая всякаго рода случаи обратнаго размѣщенія внутренностей, какъ полнаго, какъ въ вышеописанномъ случаѣ, такъ и такого, гдѣ перемѣщенъ былъ хотя-бы одинъ органъ, напр., сердце, мы видимъ, что большинство ихъ относилось къ лицамъ мужского пола, что, быть можетъ, объясняется только тѣмъ случайнымъ обстоятельствомъ, что мужчины вслѣдствіе рода своихъ занятій чаще попадаютъ въ больницы, чѣмъ женщины. Въ тоже время литературныя справки указываютъ, что почти всѣ лица съ обратнымъ размѣщеніемъ внутренностей, какъ мужчины, такъ и женщины, были правши. Въ описанномъ мною случаѣ, не смотря на общее перемѣщеніе внутренностей, была также правша, а не лѣвша, какъ-бы можно было ожидать. А изъ этого, кажется, можно вывести заключеніе, что правша, какъ общее правило, и лѣвша, какъ исключеніе, зависитъ вовсе не отъ того или другого размѣщенія внутренностей, а, вѣроятно, исключительно только отъ тѣхъ или другихъ особенностей праваго и лѣваго мозговыхъ полушарій.

Возможностью видѣть вышеописанный случай я всецѣло обязанъ д-ру *С. С. Абрамову*, за что и приношу ему свою сердечную благодарность.

---

XXXVII. Изъ эпизоотологическаго отдѣла Института экспериментальной медицины.

## Къ біологіи трипанозомъ.

**В. Л. Якимова.**

Въ извлеченіи сообщено на соединенномъ засѣданіи бактеріологическаго отдѣла Пироговскаго Съѣзда и Микробіологическаго Общества.

Я представлю здѣсь только нѣкоторые результаты моихъ изслѣдованій по біологіи одного вида болѣзнетворныхъ чужеядныхъ, все болѣе и болѣе привлекающихъ вниманіе изслѣдователей Стараго и Новаго Свѣта — трипанозомы. Чуть не каждый мѣсяцъ открываютъ все новыя и новыя болѣзни какъ животныхъ, такъ и людей, вызываемыя трипанозомами, и дѣятельно изучаютъ ихъ біологію, способы зараженія и вліяніе, оказываемое ими на организмъ. Чтобы составить себѣ понятіе о томъ трудѣ, который положенъ на изученіе ихъ и вызываемыхъ ими болѣзней, стоитъ только сказать, что съ конца 1898 г. по настоящее время, число напечатанныхъ работъ достигаетъ 200. Такое усиленное вниманіе изслѣдователей къ трипанозомамъ объясняется прежде всего тѣмъ, что за послѣднее время все болѣе выясняется роль чужеядныхъ крови. Число болѣзней, вызываемыхъ трипанозомами, какъ и предсказалъ недавно скончавшійся *Nocard*, день ото дня ростетъ. Правда, для русскихъ изслѣдователей трипанозомы и трипанозомныя болѣзни имѣютъ, такъ сказать, пока теоретическій интересъ, такъ какъ болѣзни, вызываемыя этими чужеядными, распространены преимущественно въ экзотическихъ странахъ. Но едва-ли можно сомнѣваться, что и въ предѣлахъ нашего отечества могутъ быть открыты такія-же болѣзни, какія наблюдаются въ тропическихъ странахъ, и очень можетъ быть, что, если будутъ обращать больше вниманія на болѣзни людей и животныхъ въ жаркихъ областяхъ нашихъ азіатскихъ владѣній, то въ крови ихъ будутъ открыты такія-же чужеядныя. Чтобы подтвердить это мнѣніе, укажу на «случную болѣзнь лошадей», возбудитель которой — Trypanosoma *Rouget* — былъ найденъ французскими изслѣдователями на сѣверѣ Чернаго материка; болѣзнь эта встрѣчается и у насъ.

Трипанозома стоитъ на низшей ступени зоологической лѣстницы и принадлежитъ къ флагеллятамъ. Я сказалъ, что дѣятельное изученіе этого чужеяднаго особенно усилилось за послѣдніе годы. Но не слѣдуетъ думать, что и знакомство съ трипанозомами произошло нъ послѣднее время. Ученіе о нихъ я раздѣлилъ-бы на 3 періода.

1-ый періодъ начинается съ 1840 г., когда *Valentin* открылъ это чужеядное въ крови форели. Далѣе его нашли *Gluge* въ крови сердца лягушки, *Eberth* у птицъ, *Gross* у мышей, *Lewis* у крысъ, *Wittich* у хомяка, *Данилевскій* и *Шалашниковъ* у разныхъ рыбъ и т. д. Этотъ періодъ носитъ характеръ зоологическій.

2-ой періодъ начинается съ 1880 г., когда д-ромъ *Evans*'омъ былъ представленъ докладъ о вызываемой трипанозомами индѣйской болѣзни «Surra», поражающей лошадей, муловъ и верблюдовъ. Затѣмъ *Bruce* призналъ въ трипанозомѣ возбудителя африканской болѣзни «Nagana» или «болѣзни мухи це-це», *Elmassian* — южно-американской «Mal de Caderas», *Carrougeau* — болѣзни аннамитскихъ лошадей, *Theiler* — болѣзни трансваальскаго рогатаго скота, *Rouget* — «случной болѣзни» лошадей, *Szewszyk* — своеобразной болѣзни нервной системы у лошадей на сѣверѣ Африки. Этотъ періодъ можно назвать эпизоотологическимъ.

3-ій періодъ — эпидеміологическій — начинается съ открытія *Dutton*'омъ въ Гамбіи трипанозомы у людей, страдающихъ мѣстной лихорадкой. Къ этому всего нѣсколько мѣсяцевъ назадъ присоединилось изслѣдованіе *Castellani* о трипанозомѣ, какъ о возбудителѣ «сонной болѣзни» у негровъ въ Угандѣ.

Такова въ краткихъ словахъ исторія ученія о трипанозомахъ.

Если свести всѣ извѣстные виды трипанозомъ въ одну таблицу, получится слѣдующее:

**Неболѣзнетворныя трипанозомы.**

| Названія. | Животныя, у которыхъ онѣ водятся. |
|---|---|
| Трипанозома *Gluge* | лягушки |
| » *Gross*'а | мыши |
| » *Митрофанова* | вьюны |
| » *Митрофанова* | рыбы |
| » *Eberth*'а | птицы |
| » *Lewis*'а | крысы |
| » *Certes* | устрицы |

**Болѣзнетворныя трипанозомы.**

| Названія. | Болѣзни, вызываемыя трипанозомами. | Мѣстности. | Животныя, поражаемыя этими болѣзнями. |
|---|---|---|---|
| Трипанозома *Evans*'а | Surra | Индія. | однокопытныя, верблюды |
| » *Bruce*'а | Nagana | Ю. Африка. | однокопытныя, рогатый скотъ и собаки |
| » *Rouget* | случная болѣзнь | С. Африка. | лошади |
| » *Elmassian*'а | Mal de Caderas | Ю. Америка. | тоже |
| » *Carrougeau* | | Аннамъ. | тоже |
| » *Theiler*'а | | Трансваалъ. | рогатый скотъ |
| » *Dutton*'а | Гамбійская лихорадка | Гамбія. | человѣкъ |
| » *Castellani* | сонная болѣзнь | Уганда. | тоже |

Необходимо замѣтить, что всѣ виды трипанозомъ обладаютъ специфичной особенностью и каждый видъ ихъ вызываетъ особую болѣзнь, сходную только въ нѣкоторыхъ частностяхъ съ другими трипанозомными болѣзнями. Мало этого. Нѣкоторые виды трипанозомъ являются специфичными только для опредѣленнаго рода животныхъ; такъ, трипанозома *Lewis*'а и при естественныхъ и при искусственныхъ условіяхъ заражаетъ только крысъ и никакихъ другихъ животныхъ; трипанозома *Elmassian*'а вызываетъ Mal de Caderas со всѣми ея особенностями только у однокопытныхъ и ни у кого другого; трипанозома *Rouget* вызываетъ «подсѣдалъ» только у лошадей, въ опытахъ-же надъ собаками вызываетъ только нѣкоторые ея припадки, но всей картины болѣзни не получается; тоже самое наблюдается и съ трипанозомой *Bruce*'а. Наконецъ, всѣ эти виды

Digitized by Google

трипанозомъ безразличны для человѣка, для котораго заразительны трипанозомы «Гамбійской лихорадки» и «сонной болѣзни».

Спрашивается: чѣмъ это объяснить? *Nocard* рѣшаетъ этотъ вопросъ такъ: не смотря на близкое морфологическое сходство трипанозомъ между собою, онѣ подъ различными широтами и въ различныхъ организмахъ приспособились такъ, что стали обладать специфическими особенностями. Быть можетъ, въ силу этого-же различія виды трипанозомъ пріобрѣли и нѣкоторыя морфологическія особенности.

Наконецъ, не всѣ виды трипанозомъ даже смертельны для того вида животныхъ, на счетъ которыхъ онѣ живутъ. Такъ, трипанозома *Lewis*'а можетъ обитать въ крови крысъ въ числѣ, равномъ числу кровяныхъ шариковъ и даже болѣе, и животное въ тоже время чувствуетъ себя превосходно; другія-же трипанозомы убиваютъ животное въ очень короткое время; третьи создаютъ для нихъ хроническую, болѣе или менѣе длительную болѣзнь. Общимъ-же признакомъ для всѣхъ трипанозомныхъ болѣзней являются наростающая худоба, не смотря на сохраняющійся до послѣднихъ дней позывъ на ѣду и жажду, и увеличеніе водянистости крови; затѣмъ при нѣкоторыхъ формахъ—отеки, а при другихъ—параличи.

Сохранить трипанозомъ можно только въ живомъ животномъ, что, конечно, представляетъ нѣкоторое затрудненіе для его изученія. Правда, въ Америкѣ *Mc Neal*'емъ и *Novy* были сдѣланы попытки выростить трипанозомы на искусственныхъ средахъ, что подтверждаетъ своими [опытами и *Mesnil*. Мнѣ пока еще не удалось подтвердить этого многообѣщающаго открытія.

Перехожу къ результатамъ своихъ изслѣдованій надъ трипанозомами, произведенныхъ въ эпизоотологическомъ отдѣлѣ Института экспериментальной медицины, подъ руководствомъ д-ра *А. А. Владимірова*. Трипанозомы, съ которыми я дѣлалъ опыты, принадлежали къ 3-мъ видамъ: *Lewis*'а, *Bruce*'а и *Elmassian*'а. 1-ый видъ я имѣлъ на мѣстѣ, въ организмѣ сѣрыхъ крысъ, получаемыхъ мною съ конюшенъ Института, гдѣ крысы оказались зараженными болѣе, чѣмъ въ 50%. Трипанозомы «Nagan'ы» и «Mal de Caderas» получены Институтомъ черезъ посредство д-ра *Клодницкаго* изъ лабораторіи проф. *Ehrlich*'а (во Frankfurt'ѣ).

О результатахъ относительно трипанозомы *Lewis*'а я воздержусь сообщить что-либо, такъ какъ этотъ видъ относится къ микроорганизму, почти неболѣзнетворному, и все нижеслѣдующее будетъ касаться трипанозомъ «Nagan'ы» и «Mal de Caderas». Изъ работъ, произведенныхъ мною о трипанозомахъ, я предполагаю сообщить здѣсь только данныя, касающіяся заразительности и стойкости трипанозомъ.

«Nagana» или «болѣзнь мухи це це» есть специфическая болѣзнь, распространенная въ Южной и Юго-Западной Африкѣ, а также въ бельгійской Конго, восточно-африканскихъ англійскихъ и нѣмецкихъ [1]) владѣніяхъ, по берегамъ р. Замбезе, въ Суданѣ и землѣ сомалисовъ и поражающая лошадей, муловъ, ословъ, рогатый скотъ, собакъ и кошекъ. Продолжительность ея колеблется между нѣсколькими днями и нѣсколькими мѣсяцами. Животныя, больныя этой болѣзнью, лихорадятъ; у нихъ замѣчаются отеки подкожной клѣтчатки, шеи, брюха и конечностей, сильная худоба, иногда слѣпота и разрушеніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; они не обнаруживаютъ усиленной жажды и до самой смерти сохраняютъ хорошій позывъ на ѣду.

Долгое время не могли доискаться причины этой болѣзни, производящей громадныя опустошенія среди домашнихъ животныхъ въ упомянутыхъ областяхъ, и обвиняли въ этомъ питьевую воду, кормъ и пр., пока не замѣтили, что животныя заболѣваютъ послѣ того, какъ ихъ покусаетъ муха це-це (Glossina morsitans). Но и при этомъ истинная причина заболѣванія пока не была разгадана; думали, что съ укусомъ це-це въ организмъ вносится какой-то ядъ, и многіе изслѣдователи искали у этого насѣкомаго, хотя и тщетно, ядовитыхъ железокъ. *Bruce* первый указалъ на истинное значеніе укусовъ це-це, открывъ въ крови заболѣвшихъ животныхъ protozoa изъ отряда флагеллятъ-трипанозому, названную въ честь его «trypanosoma *Brucei*». По наблюденіямъ *Bruce*'а, це-це, кусая сначала больныхъ животныхъ, а затѣмъ здоровыхъ, переноситъ заразное начало (живущее въ ея крови 12,24 и даже 48 час.) отъ первыхъ ко вторымъ. Другія насѣкомыя переносить заразу не могутъ. Це-це живетъ обыкновенно по берегамъ рѣкъ и озеръ, въ прохладной тѣни кустарниковъ. Она садится без шума, и животныя обыкновенно не слышатъ ни ея присутствія, ни укусовъ.

Есть еще одно условіе, находящееся въ тѣсной связи съ укусами це-це и заболѣваніемъ животныхъ Nagan'ой: это—крупная дичь этихъ областей [2]). Замѣчено, что тамъ, гдѣ культура подчиняетъ природу своему вліянію, крупная дичь, тѣснимая ею, исчезаетъ, а съ нею исчезаетъ и це-це, и значительно уменьшается, или и совсѣмъ исчезаетъ, заболѣваніе домашнихъ животныхъ Nagan'ой [3]). Правда, нѣкоторыми авторами принимается невоспріимчивость дикихъ животныхъ къ Nagan'ѣ, но, съ другой стороны *Laveran* и *Mesnil* допускаютъ возможность, что въ крови нѣкоторыхъ изъ дикихъ животныхъ це-це получаетъ зародыши заразнаго начала; невоспріимчивости у этихъ животныхъ нѣтъ, но терпимость ихъ къ чужеяднымъ, живущимъ въ крови въ незначительномъ числѣ, очень большая. Это объясненіе очень правдоподобно, и я подчеркиваю его, принимая во вниманіе опыты *Laveran*'а и *Mesnil*'я съ баранами и мои съ козой, у которыхъ микроскопически никогда не наблюдалось присутствія чужеядныхъ, но кровь тѣмъ не менѣе была заразительна, и опыты съ заразительностью сильно разведенной крови. Кромѣ того, *Bruce* [4]), заражая кровью дикихъ животныхъ, у которыхъ онъ не находилъ трипанозомъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ вызывалъ Nagan'у. *Foà* [5]) говоритъ, что, когда будетъ уничтожена крупная дичь, уничтожится це-це, а вмѣстѣ съ нею и Nagan'а.

Въ то время, какъ це-це, кусая домашнихъ животныхъ, прививаетъ имъ эту тяжелую болѣзнь, человѣкъ ею не заболѣваетъ. Европейцы увѣряютъ, что ихъ много разъ кусали це-це, но они никогда не заболѣвали Nagan'ой. Птицы тоже невоспріимчивы къ ней. *Laveran* и *Mesnil*, а также и я, прививали птицамъ трипанозому *Bruce*'а, но всегда безрезультатно.

Дѣлая опыты съ трипанозомой *Bruce*'а, я изучалъ ея дѣйствіе на различныхъ т. наз. лабораторныхъ животныхъ, заразительность крови при различныхъ способахъ ея храненія, а также минимальныхъ количествъ ея, дѣйствіе различныхъ жидкостей Nagan'ированнаго организма и дѣйствіе нѣкоторыхъ противогнилостныхъ веществъ на это чужеядное. Опытамъ я подвергалъ слѣдующихъ животныхъ: бѣлыхъ и сѣрыхъ мышей, бѣлыхъ и сѣрыхъ крысъ, морскихъ свинокъ, собакъ, кошекъ, лису, козу, голубей и лягушекъ. Заразу я прививалъ внутрибрюшинно, подкожно и внутривенно.

*Бѣлыя и сѣрыя мыши* принадлежатъ къ самымъ чувствительнымъ къ этой заразѣ животнымъ. По *Laveran*'у и *Mesnil*'ю, при прививкѣ имъ богатой чужеядными крови въ брюшную полость трипанозомы появлялись у нихъ въ крови даже ранѣе сутокъ, при подкожномъ впрыскиваніи—къ концу 36—48 час. По моимъ опытамъ, при впрыскиваніи въ брюшную полость такой крови чужеядныя появлялись въ крови у этихъ животныхъ также ранѣе 24 час.; смерть въ такихъ случаяхъ наступала черезъ 1 сутки по появленіи въ крови трипанозомъ и черезъ 2 послѣ зараженія. При подкожномъ введеніи такой-же крови зачаточный періодъ колебался между 24 час. и 2 днями; смерть наступала черезъ 2—4 сутокъ послѣ зараженія и черезъ 1—2 сутокъ по появленіи въ крови чужеядныхъ.

*Бѣлыя и сѣрыя крысы* при подкожномъ зараженіи заболѣваютъ такъ-же легко, какъ и мыши. Въ опытахъ *Kanthack*'а, *Durham*'а и *Blandford*'а [6]), равно какъ *Laveran*'а и *Mesnil*'я зачаточный періодъ у крысъ былъ такой-же, какъ и у мышей. Мои опыты подтверждаютъ легкость зараженія этихъ животныхъ: при внутрибрюшномъ впрыскиваніи трипанозомы появляются въ крови ранѣе сутокъ, при подкожномъ—черезъ 1—2 сутокъ. Животныя по появленіи трипанозомъ въ крови живутъ 2—3 сутокъ. Смерть у мышей и крысъ въ моихъ опытахъ наступала раньше, чѣмъ у *Kanthack*'а, *Durham*'а и *Blandford*'а, съ одной стороны, и у *Laveran*'а и *Mesnil*'я съ другой. У первыхъ мыши умирали къ концу 8—25 сутокъ, а крысы къ концу 6—26 дней; у *Laveran*'а и *Mesnil*'я крысы умирали черезъ $2^1/_2$ и мыши черезъ 3 сутокъ при внутрибрюшномъ зараженіи и черезъ $3^1/_2$—$5^1/_2$ сутокъ при подкожномъ. Мыши почти до самой смерти сохраняютъ здоровый видъ, и лишь нѣкоторыя изъ нихъ незадолго до смерти кажутся какъ-бы сонливыми; крысы-же иногда передъ смертью обнаруживаютъ признаки безпокойства. Число чужеядныхъ до самой смерти животныхъ увеличивается и въ послѣдніе часы доходитъ до громадныхъ цифръ. Изъ наружныхъ измѣненій могу указать на замѣчаемыя иногда опуханія половыхъ органовъ и задняго прохода.

На *морскихъ свинокъ Kanthack*, *Durham* и *Blandford* смотрятъ, какъ на животныхъ, мало чувствительныхъ къ трипанозомѣ *Bruce*'а. По этимъ авторамъ, зачаточный періодъ у нихъ равняется 5—7 днямъ; смерть наступаетъ черезъ 20—183 дней. По опытамъ *Laveran*'а и *Mesnil*'я морскія свинки оказались чувствительными. При внутрибрюшномъ зараженіи они находили чужеядныхъ въ крови животныхъ не ранѣе 4 дней, при подкожномъ—черезъ 4—7 дней. Смерть у большей части животныхъ наступала черезъ 15—30 дней послѣ зараженія; другія падали черезъ 5—6 дней, третьи—черезъ 46—61 день. У моихъ свинокъ при внутрибрюшныхъ впрыскиваніяхъ крови, богатой чужеядными, трипанозомы получались въ крови обыкновенно черезъ 2—3 сутокъ, и въ очень рѣдкихъ случаяхъ черезъ болѣе долгій срокъ. Но за то въ 1 случаѣ у свинки, зараженной очень большимъ количествомъ богатой чужеядными крови, трипанозомы найдены были въ общемъ кругѣ кровообращенія чрезъ 20 час. Смерть наступала самое позднее на 42-й, самое ранее на 16-й день. При подкожныхъ впрыскиваніяхъ зачаточный періодъ колебался отъ 2 до 8 дней, смотря по числу трипанозомъ, находившихся въ крови.

Digitized by Google

Я долженъ отмѣтить здѣсь еще 2 слѣдующихъ обстоятельства. Иногда попадаются свинки, не совсѣмъ податливыя къ зараженію (по крайней мѣрѣ, подъ микроскопомъ у нихъ не видно чужеядныхъ). Такихъ свинокъ приходится заражать нѣсколько разъ, чтобы получить положительный результатъ. Затѣмъ у нѣкоторыхъ свинокъ, у которыхъ въ крови появились чужеядныя, эти послѣднія черезъ тотъ или другой промежутокъ времени исчезаютъ (ихъ не видно подъ микроскопомъ); сроки исчезновенія ихъ изъ крови различны. Не смотря на то, что при повторномъ зараженіи такія животныя заражаются, такое исчезновеніе чужеядныхъ не слѣдуетъ принимать за выздоровленіе животныхъ, такъ какъ чужеядныя иногда опять появлялись у нихъ и кровь ихъ оказывалась заразительной для мышей. По моему мнѣнію, свинки—наилучшій объектъ для сохраненія трипанозомъ, благодаря ихъ легкой заражаемости, постоянной сохраняемости въ крови ихъ чужеяднаго и сравнительной длительности у нихъ болѣзни.

По наблюденіямъ *Laveran*'а и *Mesnil*'я, *кролики*—очень капризны къ зараженію Nagan'ой. При впрыскиваніяхъ въ вены эти авторы находили у нихъ въ крови чужеядныхъ спустя 2 дня; появленіе чужеядныхъ послѣ подкожныхъ впрыскиваній не имѣетъ правильности. Иногда послѣ появленія чужеядныхъ они замѣчали уменьшеніе ихъ; передъ смертью число чужеядныхъ относилось къ кровянымъ шарикамъ, какъ 1 къ 50. Кролики слабые умирали на 5—12-й день, у крѣпкихъ-же болѣзнь длилась 12—40 дней. По моимъ опытамъ, у кролика, зараженнаго внутрибрюшинно кровью, бѣдной чужеядными, послѣднія появились въ крови черезъ 2 дня; у зараженнаго-же въ вены ихъ совсѣмъ не появлялось. Тѣмъ не менѣе кровь уже съ первыхъ сутокъ была заразительной, хотя мыши и заражались съ опозданіемъ. Неоднократныя прививки кроличьей крови, въ которой не было видно чужеядныхъ, всегда въ моихъ опытахъ вызывали зараженіе у мышей. Смерть у кролика, зараженнаго внутрибрюшинно, наступила черезъ 11 сутокъ.

*Кошки* также мало расположены къ обильному развитію въ ихъ крови трипанозомъ, какъ и кролики. *Laveran* и *Mesnil* не дѣлали опытовъ съ этими животными, но предполагали, что у нихъ развитіе болѣзни не должно различаться отъ такового у собакъ. По англійскимъ авторамъ, зачаточный періодъ у этихъ животныхъ продолжается 5 дней; смерть наступаетъ на 20—26-й день. Мои опыты противорѣчатъ предположеніямъ *Laveran*'а и *Mesnil*'я и разнятся отъ опытовъ авторовъ англійскихъ. У меня у 2-хъ кошекъ при подкожномъ впрыскиваніи трипанозомы появились въ крови на 4-й день; у одной изъ нихъ трипанозомы не исчезали изъ крови до самой смерти, а у второй они были видны только 1 день и затѣмъ исчезли; тѣмъ не менѣе кровь и этого животнаго была заразительна для мышей. 1-ая кошка пала на 16-й день. Подъ конецъ жизни животныя были скучны, плохо ѣли, а у одной заболѣли оба глаза (кератитъ и иритъ).

*Собаки* чрезвычайно чувствительны къ зараженію Nagan'ой и болѣзнь переносится ими чрезвычайно тяжело. По *Bruce*'у, дѣлавшему надъ ними опыты въ Зулуландѣ, чтобы выяснить роль мухи це-це и обнаружить трипанозомы у дикихъ животныхъ, болѣзнь у собаки идетъ быстро (8 — 16 дней) и неизмѣнно приводитъ къ смерти. У *Kanthack*'а, *Durham*'а и *Blandford*'а зачаточный періодъ былъ равенъ 4—6 днямъ, а смерть наступала на 14—16-й день. У *Laveran*'а и *Mesnil*'я трипанозомы появлялись въ крови собакъ на 2—3-й день послѣ подкожнаго зараженія, а смерть черезъ $6^1/_2$—12 дней. У *Nocard*'а молодая собака погибла черезъ 14 дней. Я дѣлалъ опыты надъ 5 собаками. Трипанозомы появлялись у нихъ въ крови послѣ подкожнаго зараженія черезъ 2—3 дня. Съ теченіемъ времени число чужеядныхъ въ крови увеличивалось до громадныхъ цифръ и оставалось такимъ до смерти. Исчезновенія чужеядныхъ изъ крови, какъ это наблюдали *Laveran* и *Mesnil*, я не видѣлъ; напротивъ, день ото дня ихъ было все больше и больше. Только въ 2-хъ случаяхъ въ день смерти число ихъ какъ-бы уменьшилось; во всѣхъ-же остальныхъ достигало громадной величины.

Признаковъ болѣзни въ первые дни не замѣчается. Затѣмъ начинаются отеки на нижней части головы, шеи, груди, брюха и половыхъ органовъ. Иногда отекаютъ одна или нѣсколько ногъ, и животное начинаетъ плохо ходить. Позывъ на ѣду сохраняется до послѣднихъ дней, но за день или 2 до смерти собаки плохо ѣдятъ, иногда скучаютъ, лежатъ на полу, дрожа всѣмъ тѣломъ; нѣкоторыя повергаются въ спячку. Худоба быстро увеличивается. Температура съ 3-го дня послѣ зараженія повышается и остается такой нѣсколько дней, затѣмъ понижается и къ концу жизни падаетъ ниже нормы. Глаза у собакъ при этомъ поражаются всегда, такъ что подъ конецъ жизни нѣкоторыя изъ нихъ ничего не видятъ. Смерть наступаетъ на 13—18-ый день; одинъ щенокъ палъ на 7-й день.

Изъ извѣстныхъ мнѣ авторовъ никто не дѣлалъ опытовъ съ трипанозомами надъ *лисами*. Въ нашей лабораторіи была 1 лисица, которую я и заразилъ подкожно. Трипанозомы у нея показались въ крови на 3-ій день. Теченіе болѣзни было очень бурное. Трипанозомы день ото дня увеличивались въ числѣ, такъ что къ концу жизни животнаго ихъ въ общемъ было чуть-ли не болѣе, чѣмъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ. Уже съ начала 2-ой половины болѣзни животное казалось на видъ слабымъ, по большей части лежало; въ послѣдніе 2 дня оно безпомощно лежало безъ сознанія и тяжело дышало. Смерть наступила черезъ 8 дней послѣ зараженія.

По англійскимъ авторамъ, африканскія *козы* нечувствительны къ Nagan'ѣ. Зараженная *Laveran*'омъ и *Mesnil*'емъ 25 октября коза еще была жива въ январѣ слѣдующаго года. По этимъ авторамъ, кровь козы уже на 3-ій день дѣлается заразительной, но чужеядныя такъ рѣдки въ ней, что ихъ не видно подъ микроскопомъ. Зачаточный періодъ у крысъ, зараженныхъ этой кровью, равняется $4^1/_2$—8 днямъ. Температура у нихъ поднимается иногда до 40° С. Я заразилъ подкожно козу 3 августа, и она жила 5 мѣсяцевъ. Особенно интересно то, что въ крови этого животнаго при самомъ тщательномъ микроскопическомъ изслѣдованіи мнѣ ни разу не удалось обнаружить трипанозомъ. И тѣмъ не менѣе мыши, привитыя въ различные сроки послѣ зараженія козы (черезъ 5, 26, 34, 55 и 81 день) кровью этого животнаго, заражались и погибали, при чемъ зачаточный періодъ у нихъ былъ по времени различный (7—10 дней). Температурная кривая козы показываетъ, что она начала подниматься у нея уже на слѣдующій день послѣ зараженія и достигла maximum'а (41°,4) черезъ 5 сутокъ, послѣ чего стала спускаться, въ дальнѣйшемъ иногда опять немного повышаясь. При жизни животное не обнаруживало никакихъ признаковъ болѣзни, за исключеніемъ нѣкоторой худобы. Кровь ея уже съ 91-го дня послѣ зараженія была невирулентна для мышей. На вскрытіи ничего особеннаго не найдено; даже селезенка не была увеличена.

*Лягушки и птицы* (голуби) безусловно невоспріимчивы къ трипанозомѣ Nagan'ы. Ни подъ микроскопомъ, ни путемъ прививки нельзя было доказать у нихъ присутствія чужеядныхъ.

Наконецъ, я хотѣлъ выяснить, не могутъ-ли наши мухи играть роль це-це, для чего кормилъ ихъ содержащей трипанозомы кровью и органами убитыхъ и павшихъ отъ Nagan'ы животныхъ. Затѣмъ я убивалъ мухъ черезъ 1, 2 и 3 дня и заражалъ эмульсіей изъ нихъ мышей, но всегда получалъ отрицательные результаты.

Все вышесказанное относится къ крови, болѣе или менѣе богатой трипанозомами, взятой отъ живого или убитаго животнаго и смѣшанной съ хлористымъ натріемъ (0,6%). Во всѣхъ этихъ случаяхъ трипанозомы были видны въ полѣ зрѣнія микроскопа въ большомъ числѣ. Но я сдѣлалъ нѣсколько опытовъ съ зараженіемъ кровью, бѣдной трипанозомами, или такой, гдѣ микроскопомъ нельзя было обнаружить присутствія этихъ чужеядныхъ. Въ этихъ случаяхъ появленіе въ крови трипанозомъ запаздывало и наступало при подкожномъ впрыскиваніи на 3—4-й день (у *Laveran*'а и *Mesnil*'я на 5—7-й день), у бѣлыхъ крысъ на 3-й, у собакъ на 4-й и у морскихъ свинокъ на 9—11-й день. Мыши, зараженныя кровью животныхъ, у которыхъ не было видно въ крови трипанозомъ, заражались отъ козы—на 26-й день послѣ зараженія послѣдней—черезъ 6 дней, на 34-й—черезъ 10 дней, на 55-й—черезъ 7 дней и на 81-й—черезъ 10 дней; отъ кролика—на 2-й день послѣ зараженія—черезъ 4 дня, на 3-й день—черезъ 5 дней; отъ кошки—на 29-й день послѣ зараженія—черезъ 4 дня.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

XXXVIII. Изъ физіологической лабораторіи проф. А. А. Кулябко въ Томскомъ Университетѣ.

## Объ окоченѣніи сердечной мышцы.

**А. Н. Зимина.**

(Предварительное сообщеніе).

Такъ какъ вопросъ объ окоченѣніи сердца далеко нельзя считать вполнѣ разработаннымъ, то я, по предложенію многоуважаемаго проф. *А. А. Кулябко*, занялся постановкой опытовъ въ этомъ направленіи. Независящія отъ меня обстоятельства заставили меня прервать свою работу на неопредѣленное время, въ виду чего я и позволю себѣ изложить теперь только тѣ выводы, которые слѣдуютъ изъ поставленныхъ уже мною опытовъ, оставляя болѣе подробное изложеніе добытыхъ данныхъ и ихъ разработку на будущее время.

Большинство моихъ опытовъ поставлено надъ сердцами лягушекъ, нѣсколько—надъ сердцами теплокровныхъ и надъ мышцами какъ первыхъ, такъ и вторыхъ. Сердца и мышцы однимъ концомъ укрѣплялись въ зажимѣ, другимъ на крючкѣ подвѣшивались къ рычажку, записывавшему на барабанѣ кривую ихъ укороченія.

1. Сердце лягушки при нагрѣваніи въ жидкости *Locke*'а даетъ 2 укороченія—2 волны: первую при температурѣ (въ среднемъ) около 43°, достигающую при 47° своей наибольшей высоты; затѣмъ сердце немного растягивается, чертитъ нисходящую кривую и при 55° даетъ второе укороченіе; это второе укороченіе сравнительно съ первымъ болѣе полого и менѣе выражено.

Digitized by Google

2. Промываніе сердца 10%-нымъ растворомъ NaCl, 5%-мъ растворомъ $KNO_3$, помѣщеніе его на извѣстное время въ парахъ хлороформа, эѳира и пр. лишаетъ сердце его перваго укороченія при нагрѣваніи; сохраняется лишь второе при 55°. Въ этихъ случаяхъ это второе укороченіе болѣе крутое, болѣе сильно выражено, чѣмъ при нагрѣваніи сердца неизмѣненнаго.

3. Оказывается, что въ упомянутыхъ средахъ сердце даетъ легкое укороченіе уже при комнатной температурѣ. Если записать кривую укороченія при этихъ условіяхъ, то можно видѣть, что сравнительно съ первымъ тепловымъ укороченіемъ оно очень незначительно.

4. Замороженное (при 10°—30°) сердце при своемъ оттаиваніи даетъ значительное укороченіе, и при дальнѣйшемъ нагрѣваніи укороченіе получается лишь при 55°.

5. Сердце лягушки, подвергнутое нагрѣванію до полученія первой волны (до 46°—47°) или-же дѣйствію хлороформа, эѳира, перегнанной воды на такое время, послѣ котораго укороченія при 42° уже не получается, можетъ быть оживлено пропусканіемъ жидкости *Locke*'а. Нагрѣваніе такого работающаго сердца даетъ лишь второе укороченіе при 55°; стало быть, сердце лягушки можетъ работать безъ бѣлка, свертываніе котораго даетъ это первое укороченіе.

6. Сердце лягушки, загруженное до того, что его сокращенія не передаются на рычажокъ, при нагрѣваніи всетаки даетъ укороченіе при 43°—45°; въ этомъ, по видимому, мы имѣемъ отличительную особенность сердечной мышцы сравнительно съ мышцами скелета.

7. Послѣ продолжительнаго раздраженія прерывистымъ токомъ мышцъ лягушки съ нерва разница въ тепловыхъ укороченіяхъ очень незначительная; раздраженіе-же самой мышцы въ теченіи 15—20 мин. ведетъ къ тому, что первое укороченіе становится менѣе выраженнымъ.

8. На сердцахъ теплокровныхъ получается при нагрѣваніи также 2 укороченія, только лишь при болѣе высокихъ температурахъ: первое при 46° и второе при 63°.

9. Послѣ различнаго рода окоченѣнія сердце сохраняетъ лишь второе тепловое укороченіе; при быстромъ, безъ особыхъ предосторожностей, оттаиваніи замороженнаго сердца наблюдается немедленное окоченѣніе и укороченіе сердца.

10. Возстановленія дѣятельности сердца, послѣ того какъ оно уже утратило способность давать первое тепловое укороченіе (ср. полож. 5) у теплокровныхъ наблюдать не удалось.

---

XXXIX. Изъ госпитальной терапевтической клиники В.-Медицинской Академіи.

## Пургатинъ, какъ слабительное средство.

А. Г. Стрѣлкова.

Всѣ предложенныя до сихъ поръ слабительныя средства, на ряду съ полезнымъ своимъ вліяніемъ, по большей части вызываютъ и цѣлый рядъ непріятныхъ побочныхъ воздѣйствій вслѣдствіе главнымъ образомъ раздраженія пищеварительнаго канала, какъ, напр., боли въ животѣ, тошноту, отрыжку, рвоту, тенезмы и т. п.; къ числу недостатковъ надо отнести также противный вкусъ нѣкоторыхъ изъ нихъ, послѣдовательные запоры, нерѣдко развивающіеся послѣ ихъ примѣненія, равно какъ и невозможность точной дозировки слабительныхъ средствъ растительнаго происхожденія, такъ какъ дѣйствующія начала ихъ въ количественномъ отношеніи не всегда постоянны. Поэтому всегда существовала потребность найти такое слабительное средство растительнаго происхожденія, которое было-бы свободно отъ непріятныхъ побочныхъ дѣйствій и которое въ тоже время можно было-бы точно дозировать. Попытка замѣнить эти растительныя средства ихъ химически чистыми дѣйствующими началами тоже не увѣнчалась успѣхомъ, такъ какъ оказалось, что эти вещества большею частью дѣйствовали не такъ вѣрно, какъ тѣ средства, изъ которыхъ они добывались, и точно также не были свободны отъ побочныхъ вліяній на организмъ, какъ и послѣднія. Среди этихъ изысканій было замѣчено однако, что наиболѣе употребительныя слабительныя средства, какъ то: каскара (Cascara Sagrada), крушина (Rhamnus Frangulae), ревень (Rheum) и сабуръ (Aloë) дѣйствуютъ производными оксиантрахинона, содержащимися въ нихъ либо въ свободномъ состояніи, либо въ видѣ эѳировъ, легко разлагающихся въ кишечникѣ на свои составныя части. Въ виду этого естественно возникла мысль получить эти вещества синтетически и испробовать ихъ дѣйствіе. Наибольшія надежды можно было возлагать на эѳиры, которые, будучи нерастворимы въ желудочномъ сокѣ, тѣмъ самымъ не могутъ оказывать на желудокъ вреднаго вліянія. И вотъ, фирмою Knoll & C. было предложено подобное средство сначала подъ названіемъ «пургатинъ» («Purgatol»), а затѣмъ пургатинъ («Purgatin»). По своему химическому составу «Purgatin» есть тріоксидіацетилантрахинонъ и имѣетъ формулу

$$C_6H_4 \left\langle \begin{matrix} CO \\ CO \end{matrix} \right\rangle C_6H\ (OH)\ (CH_3 \cdot CO)_2.$$

Онъ, какъ эѳиръ, минуетъ желудокъ неразложившимся и лишь въ тонкихъ кишкахъ постепенно распадается, выдѣляя активный тріоксиантрахинонъ [*Vieth* [1])].

Первымъ сообщилъ свои наблюденія надъ пургатиномъ *Ebstein* [2]), предложившій его, какъ цѣнное слабительное, не разстраивающее ни желудка, ни другихъ органовъ, въ количествахъ по 0,5—4,0, при чемъ за среднюю дозу онъ считалъ 2,0. *Stadelmann* [3]) предложилъ пургатинъ по 0,5—2,0 при хроническихъ запорахъ взамѣнъ сабура и ревеня, указавъ однако, что онъ иногда вызываетъ сильныя боли. *Ewald* [4]) совѣтуетъ давать пургатинъ особенно при нервной атоніи кишекъ у нейрастениковъ, въ количествахъ 0,5—1,0. *Vieth*, подробно разбирая примѣненіе этого средства, указываетъ, что дѣйствительная для человѣка доза пургатина есть 0,5. *Hess* [5]) считаетъ средней дозою 2,0; къ невыгоднымъ сторонамъ пургатина, по его наблюденіямъ, относится быстрое къ нему привыканіе, недѣйствительность при задержкахъ испражненій во время лихорадочнаго повышенія температуры и послѣдовательные запоры. *Hösslin* [6]) при примѣненіи пургатина никогда не наблюдалъ ни тошнотъ, ни разстройства позыва на ѣду, ни болей; желательное дѣйствіе однако получалось у него непостоянно. *В. П. Жуковскій* [7]), примѣняя пургатинъ въ дѣтской практикѣ, пришелъ къ заключенію о малой его пригодности. Наконецъ, всѣ авторы согласны въ томъ, что испражненія послѣ пургатина бываютъ не водянистыя, а довольно густыя, вѣрнѣе кашицеобразныя, большею частью однократныя, рѣже 2—3-кратныя; иногда они бываютъ окрашены въ красноватый цвѣтъ; слабительное дѣйствіе наступаетъ черезъ 6—24 часа, при чемъ гораздо раньше, именно въ среднемъ уже черезъ 2½ часа послѣ пріема средства, моча получаетъ красноватую окраску, которая держится до 30 час. *).

Въ виду такихъ, довольно противорѣчивыхъ, отзывовъ о слабительномъ дѣйствіи пургатина, я, по предложенію ч. пр. *А. П. Фавицкаго*, и произвелъ нѣсколько наблюденій надъ этимъ средствомъ на подходящихъ больныхъ госпитальной терапевтической клиники. Всего въ моемъ распоряженіи были 26 больныхъ съ различными страданіями желудочно-кишечнаго канала. Подробныхъ клиническихъ исторій болѣзней въ нижеслѣдующемъ я приводить не буду, а ограничусь лишь указаніями на распознаванія болѣзней въ той формѣ, въ какой они были установлены въ клиникѣ.

1. И. Ш.—43 л. Легочная чахотка. 16/XII: Запорами до сихъ

---

*) Когда моя рукопись была готова къ печати, появилось сообщеніе д-ра *К. Ю. Бергмана* (Къ вопросу о слабительномъ дѣйствіи пургатина, «Русскій Врачъ», 1903 г. № 6), который на основаніи своихъ опытовъ надъ животными пришелъ къ слѣдующему заключенію: пургатинъ, какъ слабительное, на кроликовъ не дѣйствуетъ вовсе, даже въ количествахъ гораздо большихъ тѣхъ, которыя отлично дѣйствуютъ на людей и на собакъ; сравнительно очень большіе разовые пріемы до 10,0 у кроликовъ и до 15,0 у собакъ не вызывали никакихъ вредныхъ побочныхъ дѣйствій; повторные пріемы въ 1,0—2,0—3,0 ежедневно въ продолженіи нѣсколькихъ недѣль у кроликовъ не безвредны; у собакъ замѣчается нѣкоторое привыканіе къ пургатину, а послѣ длительнаго примѣненія его—даже запоръ.

Digitized by Google

поръ никогда не страдалъ; запоръ продолжается всего 2 дня со времени сильнаго подъема температуры. Животъ вздутъ; ощущеніе тяжести въ животѣ. Въ 9 час. утра дано 1,0 пургатина: большіе позывы на низъ весь день, но безъ результата; моча стала красною уже черезъ 20 мин. послѣ пріема. Въ 8 час. веч. снова дано 1,0 пургатина. 17/XII: Прослабило густымъ каломъ съ послѣдующими жидкими испражненіями; калъ нормальной окраски. 18/XII: Моча красная; испражнялся самостоятельно хорошо. 19/XII и 20/XII: Моча все еще красная. 21/XII: Моча съ утра теряетъ красноватый цвѣтъ; возстановились нормальныя отправленія кишечника.

2. С. К.—24 л. Бугорчатка лимфатическихъ железъ. Чирьеватость. Экцема. 23/XII: Запоръ только послѣдніе 2 дня; раньше никогда имъ не страдалъ. Въ 11 час. утра дано 1,0 пургатина; дѣйствія не было. Въ 9 час. веч. дано еще 1,0 пургатина. 24/XII: На низъ не было; моча краснаго цвѣта. 25/XII: Около 10 час. утра—твердое темноокрашенное испражненіе; моча по прежнему красная. 26/XII: 2 раза прослабило кашицеобразными жидкими массами; моча потеряла окраску лишь къ вечеру. Съ этого дня до 8/I запоровъ не было, а съ 8/I опять появился запоръ и держался 2 дня. 10/I: Около 1 час. дня дано 3,0 пургатина. Въ 4 часа (черезъ 3 часа) — густое оформленное испражненіе; моча красная. 11/I: Утромъ кашицеобразное испражненіе; моча красная до вечера 12/I.

3. Ф. О.—19 л. Правосторонній выпотной плейритъ. Остро развившійся подъ вліяніемъ лихорадки запоръ. 16/I: Въ 12 час. дня дано 3,0 пургатина. Въ 9 час. веч. поставлено промывательное изъ-за тяжести и боли въ животѣ; испражненія лишь послѣ промывательнаго, которыя примѣнялись и впослѣдствіи.

4. Я. Б.—36 л. Гриппъ. Жалуется на тяжесть въ животѣ; животъ немного вздутъ. 12/I: Было испражненіе въ 5 час. дня, но недостаточное. Въ 9 час. веч. дано 2,5 пургатина. 13/I: Утромъ прослабило оформленными массами. Моча приняла красную окраску.

5. В. С.—22 л. Гриппъ. Сначала былъ поносъ, затѣмъ запоръ дня 2. 13/I: Около 12 час. дня дано 3,0 пургатина. 14/I: Испражненіе густое, оформленное около 6 час. утра (черезъ 18 час.). Урчаніе въ обѣихъ подвздошныхъ ямкахъ. Въ тотъ же день еще одно жидкое испражненіе.

6. С. К.—25 л. Гриппъ. Остро развившійся запоръ. 16/I. Въ 12 час. дня дано 3,0 пургатина. Въ 12 час. ночи поставлено промывательное изъ-за сильныхъ болей въ животѣ съ положительнымъ результатомъ.

7. М. А.—35 л. Артеріосклерозъ. Слабое сердце (Cor lassum). Недостаточность 2-створчатой заслонки и полулунныхъ заслонокъ аорты. Запоръ развился только за послѣдніе 2 дня. 13/I: До обѣда около 12 час. дня дано 3,0 пургатина. 14/I: Испражненіе около 5 час. утра (черезъ 17 час.) кашицеобразное; въ теченіи слѣдующихъ 4 часовъ еще 2 испражненія, тоже кашицеобразныхъ, нормальной окраски. Моча покраснѣла; нормальная окраска ея вернулась лишь къ вечеру 15/I.

8. И. О.—32 л. Нейрастенія. Вялость кишекъ. Страдаетъ постоянными запорами; на низъ лишь послѣ слабительныхъ; въ послѣднее время давали ревень, но съ плохимъ результатомъ. 9/XII: Въ 7 час. веч. дано 1,0 пургатина. 10/XII: Утромъ было испражненіе, но недостаточное. Моча окрашена въ красный цвѣтъ. Небольшая рѣзь при мочеиспусканіи, ранѣе никогда не бывавшая. Вечеромъ дано опять 1,0 пургатина. 11/XII: На низъ не было. Ощущеніе тяжести въ животѣ. Моча окрашена въ красный цвѣтъ. Дано на ночь 1,5 пургатина. 12/XII: Было испражненіе, но недостаточное. Моча красноватаго цвѣта. На ночь дано 1,5 пургатина. 13/XII: Дѣйствія не было. Въ $9^1/_2$ час. веч. принялъ 2,0 пургатина. 14/XII: Въ 4 часа утра (черезъ $6^1/_2$ час.) было не очень жидкое оранжевоокрашенное испражненіе; незначительныя боли въ животѣ. Моча все время красноватая; временами рѣзь при мочеиспусканія. 15/XII: На низъ не было; тяжесть въ животѣ. 16/XII: Утромъ дано 2,0 пургатина. За сутки было 2 испражненія, нормальныхъ плотности и цвѣта; появились тенезмы; животъ вздутъ; ощущеніе тяжести въ животѣ. Въ 8 час. веч. дано 3,0 пургатина. 17/XII: Прослабило сначала твердыми оформленными массами, затѣмъ жидкими; жидкія массы окрашены въ оранжевый цвѣтъ; тенезмы. Пургатинъ отмѣненъ. 18/XII: На низъ не было. Моча красная. 19/XII: На низъ послѣ промывательнаго; моча съ утра нормальной окраски. 20/XII: На низъ послѣ промывательнаго. Назначено водолѣченіе и массажъ живота. Отправленіе кишечника начало устанавливаться самостоятельно. 29/XII: Послѣ временныхъ самостоятельныхъ испражненій—опять запоры 2 дня; вчера на низъ послѣ промывательнаго; ощущеніе тяжести въ животѣ; животъ вздутъ; дано на ночь 2,5 пургатина. 30/XII: Сходилъ жидкими массами оранжеваго цвѣта. Моча красная. 31/XII: На низъ 2 раза въ день. Моча красная. 1/I: Моча приняла нормальную окраску къ вечеру. Было поставлено промывательное. При дальнѣйшемъ пользованіи водолѣчебными пріемами и массажемъ страданіе кишекъ начало улучшаться, и И. О. вскорѣ выписался выздоровѣвшимъ.

9. А. Б.—31 г. Нейрастенія. Вялость кишекъ. Постоянные запоры. 16/XII: Животъ вздутъ; ощущенія тяжести въ животѣ. Въ 7 час. веч. принялъ 2,0 пургатина. Моча окрашена въ красный цвѣтъ съ 10 час. веч. 17/XII: Въ 5 час. утра (черезъ 10 час.) было кашицеобразное испражненіе, желтой окраски съ болѣе твердыми темными кусками; сначала выдѣлились твердыя массы, затѣмъ жидкія. Моча по прежнему окрашена. 18/XII: Моча еще окрашена. На низъ самостоятельно. 19/XII: Моча потеряла окраску. Назначено водолѣченіе и массажъ живота. На низъ стало правильно.

10. П. М.—25 л. Нейрастенія. Вялость кишекъ. Запоры—года 2. 24/XII: Около 1 час. дня принялъ 2,0 пургатина. На низъ 1 разъ въ 6 час. (черезъ 5 час.) кашицеобразно. Моча стала красной черезъ $1^1/_2$ часа. 25/XII: Моча попрежнему красная. На низъ не было. 26/XII: На низъ послѣ промывательнаго. Моча нормальной окраски. 27/XII: На низъ не было; ощущеніе тяжести въ животѣ. 28/XII: Дано 1,0 пургатина: никакого дѣйствія, кромѣ краснаго окрашиванія мочи. 29/XII: Промывательное. Моча красная. 30/XII: Моча красная. Около 12 час. дня дано 2,0 пургатина. 31/XII: На низъ 1 разъ около 3 час. дня (черезъ 27 час.). Каловыя массы густыя и въ очень небольшомъ количествѣ; ощущеніе тяжести въ животѣ. Моча потеряла красную окраску около 6 час. веч. 1/I: Въ 7 час. 30 мин. веч. дано 3,0 пургатина. Моча стала красной черезъ $^1/_2$ часа. 2/I: На низъ не было. Моча красная. Поставлено промывательное. 3/I: Промывательное. Моча потеряла къ вечеру окраску.

11. А. Г.—36 л. Нейрастенія. Вялость кишекъ. Въ настоящее время крѣпитъ уже 3 дня. 31/XII: Дано 1,0 пургатина; дѣйствія не было. Въ послѣдующіе дни до 3/I ставили промывательныя. 3/I дано 1,5 пургатина; черезъ 13 час. твердое и нѣсколько болѣзненное испражненіе.

12. М. Г.—24 л. Вялость кишекъ. Истерія. Запоры уже съ мѣсяцъ. 10/X: Утромъ дано 1,5 пургатина; дѣйствія не было. 11/X: Дано 1,5 пургатина; дѣйствія тоже не было. 12/X: Сходилъ плохо, послѣ промывательнаго. 13/X: Дано 2,0 пургатина; дѣйствія не было. Жалуется на болѣзненность при мочеиспусканіи. Позывъ на ѣду потерянъ послѣ 1-го пріема пургатина.

13. О. Б.—38 л. Истерія. Сѣдалищная нейралгія. Запоры нѣсколько лѣтъ. Въ настоящее время не слабило уже 3 дня. Дано 1,0 пургатина, безъ результата. Черезъ 15 час. дано еще 1,0 пургатина; дѣйствія тоже не было. Въ концѣ 2-хъ сутокъ дано еще 1,0 пургатина, безъ результата. Сдѣлана масляная клизма.

14. Н. С.—49 л. (амбуляторная больная). Истерія. Хроническій колитъ. Давнишніе запоры; противъ послѣднихъ принимаетъ жидкую вытяжку крушины (extr. fl. Rhamni Frangulae). 26/XII: Дано на ночь 1,0 пургатина. 27/XII: Утромъ пріемъ пургатина повторенъ. Черезъ 6 час. кашицеобразное испражненіе, недостаточное. Моча покраснѣла. Изъ побочныхъ явленій—отсутствіе позыва на ѣду.

15. У. Б.—58 л. Слабое сердце. Легочная эмфизема. Давнишніе запоры. Получалъ послѣднее время ревень. 27/XII: Въ 2 часа дня дано 1,5 пургатина. 28/XII: Испражненіе въ 6 час. утра (черезъ 18 час.) обычной густоты и въ очень небольшомъ количествѣ. Моча красная, въ нормальномъ количествѣ. 9/XII: Моча красная. Было недостаточное испражненіе. 30 и 31/XII: На низъ не было; тяжесть въ животѣ. 1/I: Въ 7 час. 30 мин. веч. дано 3,0 пургатина. 2/I: Въ 9 час. веч. (черезъ $25^1/_2$ час.) прослабило густыми массами, а часа черезъ 2 жидко. Испражненія нормальной окраски.

16. Д. П.—42 л. Артеріосклерозъ. Падучая. Запорами страдаетъ лѣтъ 5; часто принималъ слабительныя. 27/XII: Въ 2 часа дня дано 1,5 пургатина. 28/XII: Сходилъ въ 1 часъ ночи (черезъ 11 час.) жидко. Бывшія и до того боли усилились. Моча стала красной.

17. Ф. Е.—49 л. Слабое сердце. Запоръ въ теченіи 3-хъ дней; бывали запоры и раньше. 6/I: Въ 1 часъ дня дано 2,5 пургатина. Въ 7 час. веч. (черезъ 6 час.) кашицеобразное испражненіе. Моча покраснѣла. 7/I и 8/I: На низъ не было. 9/I: Въ 2 часа дня дано 3,0 пургатина. Въ 4 часа (черезъ 2 часа) твердое, оформленное испражненіе; вечеромъ еще кашицеобразное испражненіе. Окраска мочи держалась до утра 11/I.

18. М. И.—42 л. Лѣвосторонній выпотной плейритъ. Вялость кишекъ. Постоянные запоры. Принимала ревень, александрійскій листъ (Senna); дѣлались масляныя клизмы. Пургатинъ давали 3 раза—1-й разъ 0,5, 2-й—1,0, 3-й—0,5—3 дня подъ рядъ, ежедневно. Послѣ 1-го пріема—кашицеобразное испражненіе черезъ 5 час., недостаточное, послѣ 2-го твердое испражненіе, тоже недостаточное; послѣ 3-го развились поносы. Моча все время была красная.

19. И. Ю.—54 л. Атрофическій циррозъ печени. Глисты. Запоры уже съ $^1/_2$ года; испражненій не бываетъ дня по 4; вызываются они слабительными; принималъ жидкую вытяжку Cascarae Sagradae. 27/XII: Въ 2 часа дня дано 1,5 пургатина. 28/XII: Въ 2 часа ночи (черезъ 12 час.) сходилъ сперва густыми, а затѣмъ жидкими массами. Затѣмъ на низъ было еще 2 раза, жидко, но не водянисто. Моча красная. 29/XII: Моча красная. Была рвота. Съ испражненіями вышелъ широкій лентецъ. 30/XII: Моча нормально окрашена съ утра; на низъ 2 раза.

20. А. Г.—54 л. Ракъ печени; ангіохолитъ. Страдаетъ запорами много лѣтъ. Въ настоящее время не слабило уже 2 дня. 28/XII: Въ 3 часа дня дано 2,0 пургатина. Около 7 час. веч. поставлено промывательное изъ-за сильныхъ болей въ животѣ и пученья. Моча темная, желтушная. 29/XII: Около 11 час. утра дано 3,0 пургатина. Прослабило около 7 час. веч. (черезъ 8 час.) жидко. Предъ испражненіемъ были боли въ животѣ. Моча желтушной окраски; количество ея не измѣнилось. Больше пургатинъ не примѣнялся.

21. А. В.—39 л. Ракъ желудка. Запоры по 5—7 дней; ходитъ лишь послѣ промывательныхъ или слабительныхъ. 16/XII: Послѣ 2,0 пургатина сходилъ черезъ 12 час. густо; испражненія нормально окрашены. Моча красная. 17/XII: На низъ послѣ промывательнаго. 18/XII: На низъ самостоятельно въ 1-й разъ послѣ 3-мѣсячнаго запора, но очень плохо. Затѣмъ опять начались запоры, а съ 21/XII поносы. Моча потеряла окраску черезъ 2 сутокъ послѣ послѣдняго пріема.

Digitized by Google

22. М. Б.—57 л. Ракъ пищевода. Упорные запоры, противъ которыхъ принималъ разныя слабительныя. Въ настоящее время не слабило уже 2 дня. 28/xii: На ночь дано 1,0 пургатина; черезъ 11 час. твердыя испражненія. Въ послѣдующіе дни промывательная. 4/i: Послѣ 1,0 пургатина—черезъ 5 час. кашицеобразное испражненіе. Въ послѣдующіе дни пургатинъ давали еще нѣсколько разъ, въ томъ-же количествѣ и съ тѣмъ-же результатомъ.

23. В. Ш.—23 л. Хроническій гастроэнтеритъ. На низъ не было уже 3 дня. 15/i: Въ 5 час. веч. дано 2,0 пургатина. 16/i: Прослабило утромъ час. въ 9 (черезъ 16 час.) кашицеобразно. Моча обычнаго цвѣта. Позывъ на ѣду лучше.

24. Е. Ч.—52 л. Хроническій катарральный піэлитъ. Вялость кишекъ. Постоянные запоры. Уже 3 дня не ходитъ на низъ. 15/x: Дано 1,0 пургатина; сходила черезъ 12 час. 18/x: Опять жалуется на запоры. Дано 1,5 пургатина; плохое дѣйствіе. 19/x: Дано 1,5 пургатина; начало часто слабить, понемногу; отрыжки. Пургатинъ отмѣненъ.

25. П. А.—22 л. (амбуляторный больной). Глисты (широкій лентецъ). Нейрастенія. На низъ правильно. Пургатинъ данъ лишь съ цѣлью выяснить вліяніе его на ленточныя глисты. 13/i: Въ 9 час. веч. дано 1,5 пургатина. 14/i: Въ 9 час. утра дано 2,0 пургатина. На низъ въ 3 часа дня (черезъ 6 час. послѣ 2-го пріема и черезъ 18 час. послѣ 1-го) мягкими, оформленными массами. Моча приняла красный цвѣтъ. До испражненія жаловался на тягостное ощущеніе урчанія въ животѣ и на зудъ въ заднемъ проходѣ, начавшійся черезъ $^1/_2$ часа послѣ 1-го пріема и державшійся сутки послѣ 2-го; во время испражненія—боль въ лѣвой подвздошной ямкѣ. Послѣдовательный длительный запоръ. Глиста не вышла.

26. Наблюденіе на самомъ себѣ. 10/i: Въ $2^1/_2$ часа дня я принялъ 2,0 пургатина. Въ 6 час. веч. (черезъ $3^1/_2$ часа) испражненіе сначала густыми массами, а затѣмъ жидковатыми; черезъ $1^1/_2$ и $2^1/_2$ часа послѣ этого еще 2 жидкихъ испражненія, сопровождавшихся болями. Приблизительно за часъ до испражненія начались незначительные позывы на низъ; позывъ на ѣду былъ пониженъ. Въ теченіи сутокъ послѣ пріема средства была рѣзь при мочеиспусканіи и учащенные позывы къ нему. Моча стала красная черезъ часъ; окраска держалась 2 сутокъ и исчезла постепенно. 16/i я снова принялъ 2,0 пургатина въ 2 часа дня. Черезъ 5 мин. послѣ пріема нормальное и обильное испражненіе. Въ 10 час. 20 мин. веч. начались позывы на испражненіе и порядочныя боли внизу живота; въ 10 час. 30 мин. обильное испражненіе, не очень густое, оформленными массами, съ сильными тенезмами; позывъ на ѣду подавленъ; частые позывы на мочеиспусканіе. Затѣмъ 2 дня держался запоръ, прекратившійся послѣ промывательнаго.

Этимъ ограничиваются мои наблюденія. Всѣмъ 26 больнымъ пургатинъ былъ данъ 55 разъ: по 0,5—2 раза; испражненія были недостаточныя; по 1,0—17 разъ; изъ нихъ 10 разъ безъ результата, въ остальныхъ 7 испражненія были однократныя, лишь 1 разъ достаточныя, наступали черезъ 5—11 час., въ среднемъ черезъ 13 час.; по 1,5—13 разъ; изъ нихъ въ 3 случаяхъ дѣйствія не было, въ 3 испражненія были недостаточныя, въ 2 троекратныя; въ 1 случаѣ послѣ двукратнаго пріема (1-й разъ дѣйствія не было) развился значительный поносъ съ водянистыми испражненіями; испражненіе слѣдовало черезъ $3^1/_2$—18 час., въ среднемъ черезъ 11 час.; по 2,0 пургатинъ давался 10 разъ; въ 2 случаяхъ дѣйствія не было, въ 7 было однократное испражненіе, въ 1 двукратное; испражненіе слѣдовало черезъ 5—27 час., въ среднемъ черезъ 11 час.; по 2,5 давался 3 раза; 2 раза испражненіе было однократное, 1 разъ троекратное; дѣйствіе наступало въ среднемъ черезъ 6 час.; наконецъ по 3,0 средство давалось 10 разъ; изъ этого числа необходимо исключить 2 наблюденія, гдѣ вслѣдъ за пріемомъ пургатина пришлось назначить промывательное; изъ остальныхъ въ 1 случаѣ результатъ былъ отрицательный; въ 2 испражненіе было однократное, въ 3—двукратное и въ 2—троекратное; время отъ пріема пургатина до начала дѣйствія его равнялось 2—$25^1/_2$ час., въ среднемъ 12 час. 7 больныхъ страдали острыми запорами, остальные хроническими. Изъ 7 больныхъ съ острыми запорами у 4 пургатинъ не оказалъ дѣйствія; въ $^1/_3$ случаевъ хроническихъ запоровъ пріемы его тоже остались недѣйствительны. Въ случаяхъ вялости кишекъ пургатинъ даже усиливалъ ее въ дальнѣйшемъ, способствуя развитію послѣдовательныхъ запоровъ. Въ острыхъ случаяхъ послѣдовательные запоры то развивались, то нѣтъ. Испражненія были почти всегда не очень жидкія, кашицеобразныя; оранжевую окраску кала, рѣзко отличную отъ обыкновенной, я наблюдалъ 3 раза.

Относительно непріятныхъ побочныхъ дѣйствій получился такой результатъ: въ 4 случаяхъ были рѣзь при мочеиспусканіи и учащенные позывы; въ 5 случаяхъ до испражненія были сильныя боли въ животѣ, для успокоенія которыхъ въ 3 случаяхъ пришлось вызывать испражненія промывательнымъ; въ 6 случаяхъ были тенезмы и боли въ животѣ лишь при испражненіи; по 1 разу наблюдались: отрыжка, рвота, урчаніе въ животѣ и зудъ въ заднемъ проходѣ; у 1 больного послѣ пріема 1,5 пургатина вышла ленточная глиста (широкій лентецъ); въ 2 случаяхъ (въ одномъ изъ нихъ при повторныхъ пріемахъ) развился послѣдовательный поносъ. Почти у всѣхъ больныхъ подъ вліяніемъ пургатина позывъ на ѣду не улучшался, а большею частью даже значительно ухудшался. Моча всегда окрашивалась въ красный цвѣтъ, доходившій порою до цвѣта кровавой мочи; такую окраску моча пріобрѣтала черезъ 20 мин.—$1^1/_2$ часа послѣ пріема пургатина и сохраняла ее $1^1/_2$—5 сутокъ, въ среднемъ $2^1/_2$ сутокъ; въ количествѣ мочи отклоненій отъ нормы не было. Вообще изъ 26 наблюдавшихся мною больныхъ побочныя явленія были ясно выражены у 18.

Что касается мнѣнія о пургатинѣ самихъ больныхъ, особенно тѣхъ, которые раньше часто принимали другія слабительныя, то всѣ они заявляли, что пургатинъ, хотя и не противенъ на вкусъ, но дѣйствуетъ хуже многихъ другихъ средствъ; въ 1 только случаѣ (сл. 22) больная осталась вполнѣ довольна дѣйствіемъ пургатина.

И такъ, на основаніи своихъ наблюденій я могу признать за пургатиномъ слѣдующія достоинства: 1) онъ, несомнѣнно, обладаетъ слабительнымъ дѣйствіемъ, хотя и не особенно сильнымъ; 2) онъ безвкусенъ; 3) сравнительно мало разжижаетъ испражненія. Недостатковъ-же у него гораздо больше: 1) онъ довольно часто вызываетъ побочныя болѣзненныя явленія: рѣзь при мочеиспусканіи, учащенные позывы, сильныя боли въ животѣ до испражненія, тенезмы и боли при испражненіи, отрыжку, рвоту, урчаніе въ животѣ, зудъ въ заднемъ проходѣ, послѣдовательный поносъ, ухудшеніе позыва на ѣду; 2) большею частью вызываетъ испражненіе не вполнѣ достаточное, вслѣдствіе чего необходимо принимать большія количества его, которыя, въ свою очередь, часто оказываютъ непріятныя побочныя дѣйствія; 3) къ пургатину быстро привыкаютъ, такъ что пріемъ его, дѣйствительный въ 1-й разъ, часто оказывается недѣйствительнымъ во 2-й; 4) онъ влечетъ за собою нерѣдко послѣдовательные запоры; 5) назначеніе его затруднительно въ виду непостоянной дозировки; 6) со времени пріема средства до слабительнаго его дѣйствія проходитъ слишкомъ большой промежутокъ времени, вслѣдствіе чего пургатинъ вовсе непригоденъ тамъ, гдѣ надобно быстро вызвать испражненіе; 7) онъ даетъ окраску мочи, оставляющую на бѣльѣ трудно смываемыя пятна и 8) пока еще дорогъ.

Въ виду всего этого слѣдуетъ придти къ заключенію, что пургатинъ не представляетъ собою препарата, особенно обогащающаго нашъ арсеналъ слабительныхъ средствъ растительнаго происхожденія.

**Литература.** 1. *Vieth.* Ueber ein synthetisch gefundenes Abführmittel: Purgatin. «Münchener medicinische Wochenschrift», 1901 г., № 35.—2. *W. Ebstein.* «Therapie der Gegenwart», 1902 г., тетр. 6.—3. *E. Stadelmann.* «Deutsche Aerztezeitung», май, 1901 г.—4. *C. A. Ewald.* «Therapie der Gegenwart», май, 1901 г.—5. *A. Hess.* Тамъ-же, 1902 г., тетр. 6.—6. *R. v. Hösslin.* «Münchener medicinische Wochenschrift», 1902 г., № 32.—7. *Жуковскій.* Пургатинъ въ дѣтской практикѣ, какъ слабительное. «Врачебная Газета», 1902 г., № 3.

---

XL. Изъ пріемнаго покоя при станціи Боготолъ Сибирской желѣзной дороги.

## Случай аппендицита, при которомъ усѣченный червеобразный отростокъ содержалъ острицъ.

**А. П. Морковитина.**

Въ іюльской книгѣ «Хирургія» за 1901 г. я описалъ случай аппендицита—операція была сдѣлана проф. *Н. А. Роговичемъ* въ факультетской хирургической клиникѣ Томскаго Университета,—въ которомъ при изслѣдованіи удаленнаго отростка въ послѣднемъ были найдены въ боль-

Digitized by Google

шомъ числѣ острицы [1]). Въ 1903 г. въ одномъ изъ случаевъ аппендицита, въ которыхъ мнѣ пришлось оказывать больнымъ оперативную помощь, въ червеобразномъ отросткѣ тоже оказались острицы. Въ виду интереса, съ которымъ изучается вопросъ о роли чужеядныхъ кишечника въ этіологіи аппендицита, я нахожу не лишнимъ описать и этотъ случай.

29/v 1903 г. въ пріемный покой на ст. Боготолъ Сибирской ж. дороги поступилъ И. Б., 22 л., рабочій по ремонту пути, съ жалобами на сильную боль въ животѣ и на общую слабость. Болѣзнь началась года 3 назадъ и развивалась постепенно. Прежде ощущалъ въ правой ½ живота какую-то неловкость, которая постепенно перешла затѣмъ въ боль. Боль особенно усиливалась въ то время, когда приходилось исполнять тяжелыя работы—копать землю и возить ее въ тачкѣ; она чувствовалась одинаково какъ въ подчревьи, такъ и вокругъ пупка и въ правой подвздошной области и иногда становилась такой сильной, что больной бросалъ работу и ложился въ постель. За послѣдній годъ сталъ чувствовать сильную слабость. Указаній на рѣзкія разстройства со стороны кишечника и желудка въ анамнезѣ нѣтъ. Все время употреблялъ смѣшанную мясную и растительную пищу; спиртными напитками не злоупотреблялъ.

Хорошаго сложенія. Кожа и видимыя слизистыя оболочки малокровны. Мышцы живота на правой ½ нѣсколько напряжены; въ правой подвздошной области при ощупываніи боль; припухлости и притупленія здѣсь не опредѣляется; въ другихъ мѣстахъ живота при ощупываніи боли нѣтъ. Червеобразный отростокъ не нащупывается. Остальные органы брюшной полости замѣтныхъ отклоненій отъ нормы не представляютъ; органы кровообращенія и дыханія—тоже. 36°,7; п. 80.

На основаніи данныхъ анамнеза, жалобъ и результата изслѣдованія распознано воспаленіе червеобразнаго отростка. Больного я наблюдалъ амбулаторно болѣе года и, убѣдившись въ достаточной степени въ безуспѣшности лѣкарственнаго лѣченія, предложилъ ему операцію, на которую онъ и согласился безъ колебаній.

11/vi, послѣ обычнаго подготовленія кишечника слабительными и промывательными, сдѣлано чревосѣченіе подъ хлороформнымъ наркозомъ. Передняя брюшная стѣнка вскрыта разрѣзомъ, проведеннымъ по серединѣ правой прямой мышцы живота, которая оттянута была кнутри, а за нею вскрыта задняя стѣнка ея влагалища и брюшина. Въ разрѣзѣ брюшины тотчасъ-же показалась слѣпая кишка; книзу и кзади отъ нея безъ труда найденъ былъ червеобразный отростокъ, оказавшійся плотнѣе нормальнаго, а на свободномъ концѣ колбовидно вздутый; у мѣста соединенія его со слѣпой кишкой найдены воспалительныя срощенія, легко, однако, поддававшіяся раздѣленію пальцемъ. Отростокъ былъ усѣченъ; культя перевязана лигатурой и вправлена внутрь слѣпой кишки, а на сывороточно-мышечную поверхность послѣдней наложенъ кисетный швъ. Рана зажила первымъ натяженіемъ, и черезъ 2 недѣли И. Б. выписался здоровымъ.

Удаленный отростокъ на видъ казался мало измѣненнымъ; перегибовъ и скручиваній въ немъ никакихъ не было; брыжеечка его была длинная и широкая и достаточно обильно снабжена сосудами; почти у самаго мѣста отхожденія его отъ слѣпой кишки найдены были рубцы и спайки отростка съ кишкой. Длина отростка 8, окружность 2,5 стм. Въ полости его находилась: мутная слизь, комочки каловыхъ массъ и живыя острицы различной величины отъ 12—10 млм. до различимыхъ только подъ микроскопомъ; крупныхъ остриц-самокъ съ хорошо различимой маткой набросалось около дюжины. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ содержимомъ отростка найдено множество мелкихъ молодыхъ остриц, переплетенныхъ другъ съ другомъ гдѣ въ отдѣльные клубки, а гдѣ въ видѣ плотнаго войлока. Точно опредѣлить число этихъ мелкихъ остриц невозможно. Кромѣ того, въ слизи оказалось немало яицъ чужеяднаго овальной формы, съ ясно различимымъ ободкомъ и зернистымъ содержимымъ.

Слизистая оболочка отростка на видъ представлялась бугристой, бархатистой и рыхлой; въ различныхъ мѣстахъ на ея поверхности замѣтны были расширенные сосуды. При микроскопическомъ изслѣдованіи срѣзовъ отростка, уплотненнаго въ формалинѣ, обнаружено, что измѣненія касались главнымъ образомъ слизистаго и подслизистаго его слоевъ. Въ послѣднемъ заложены были разнообразной величины лимфатическіе мѣшечки; во многихъ мѣстахъ крупные мѣшечки изъ подслизистаго слоя выступали на внутреннюю поверхность отростка и оттѣсняли въ сторону трубчатыя железы слизистаго слоя. Въ промежуткахъ между мѣшечками подслизистаго слоя наблюдалась сильная инфильтрація лимфоидными клѣтками. Сосуды были сильно расширены; мѣстами встрѣчались кровоизліянія.

По вопросу о роли глистовъ въ этіологіи воспаленія червеобразнаго отростка въ настоящее время высказываются разнообразныя мнѣнія. Проф. *И. И. Мечниковъ* [2]) говоритъ: «Какъ на одну изъ распространенныхъ причинъ аппендицита я указалъ (Bulletin de l'Académie de médecine, 1901, 12 марта, стр. 301) въ сообщеніи, сдѣланномъ нынѣшней весною Paris'жской Медицинской Академіи, на кишечныхъ паразитовъ изъ отряда круглыхъ червей (нематодъ)... Паразиты, проникнувъ въ червеобразный отростокъ или въ ближайшую къ нему часть слѣпой кишки, повреждаютъ слизистую оболочку и вносятъ въ нее болѣзнетворные микробы. Послѣдніе вызываютъ воспалительную реакцію и обусловливаютъ типическую картину аппендицита». Въ частности, относительно остриц онъ замѣчаетъ: «трудно сомнѣваться въ томъ, что паразиты эти дѣйствительно являются въ нѣкоторыхъ случаяхъ причиною аппендицита, хотя механизмъ ихъ дѣйствія менѣе ясенъ, чѣмъ въ случаяхъ, причиняемыхъ trichocephalus. Въ то время, какъ послѣдній внѣдряется своей передней частью въ слизистую оболочку, oxyuris остаются всегда въ полости червеобразнаго отростка. По всей вѣроятности, они, не смотря на это, могутъ повреждать слизистую оболочку движеніями рта и такимъ образомъ прививать болѣзнетворныхъ бактерій». Проф. *Н. А. Савельевъ* [3]) приходитъ къ такому выводу: «На основаніи собственныхъ случаевъ и приведенныхъ нами литературныхъ справокъ, мы считаемъ несомнѣнно доказаннымъ взглядъ *И. И. Мечникова*, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ аппендицитовъ, въ числѣ другихъ причинъ, очень видную роль играютъ глисты». *A. Schiller* [4]) приходитъ къ заключенію, что 3 вида чужеядныхъ: аскариды, власоглавъ (thichocephalus dispar) и острицы (oxyuris vermicularis) вызываютъ воспаленіе червеобразнаго отростка. Въ противоположность этимъ взглядамъ проф. *Ed. Sonnenburg* [5]) не приписываетъ глистамъ существенной роли въ этіологіи аппендицита. Изъ русскихъ авторовъ въ этомъ-же направленіи высказываются *М. И. Ростовцевъ* [6]) и *С. С. Вирсаладзе* [7]). «Наблюденія *Мечникова*, по *Ростовцеву*, съ быстрымъ выздоровленіемъ при противоглистномъ лѣченіи заставляютъ подозрѣвать, что въ его случаяхъ helminthiasis протекалъ подъ клинической картиной заболѣванія червеобразнаго отростка, поэтому въ дифференціально-діагностическомъ отношеніи эти наблюденія представляютъ несомнѣнный интересъ». Но вообще слѣдуетъ «признать за кишечными чужеядными самую незначительную прямую этіологическую роль въ воспаленіяхъ червеобразнаго отростка и весьма скромную косвенную—чрезъ посредство вызываемыхъ ими кишечныхъ заболѣваній». *С. С. Вирсаладзе* [8]) приходитъ къ выводу, что «существующія клиническія наблюденія по вопросу еще недостаточны для признанія глистной теоріи аппендицита».

Нельзя не согласиться съ только-что приведеннымъ выводомъ *С. С. Вирсаладзе*, что въ настоящее время мы располагаемъ еще слишкомъ малымъ числомъ клиническихъ наблюденій, и это особенно справедливо относительно тѣхъ случаевъ, гдѣ виновниками воспаленія можно подозрѣвать остриц; а потому сообщеніе клиническихъ наблюденій въ этомъ направленіи слѣдуетъ признать весьма желательнымъ.

Въ доступной мнѣ литературѣ я могъ собрать лишь очень немного случаевъ, въ которыхъ удаленный оперативнымъ путемъ червеобразный отростокъ содержалъ остриц. Проф. *Ed. Sonnenburg*, обладающій обширнымъ клиническимъ матеріаломъ по вопросу объ аппендицитѣ, только упоминаетъ, что нашелъ въ червеобразномъ отросткѣ острицу [9]). Въ 1900 г. по одному подобному случаю сообщили *Hausson* [10]) и *Frazier* [11]). «Вскорѣ послѣ моего сообщенія, пишетъ проф. *И. И. Мечниковъ* («Русскій Врачъ», op. c.), военный врачъ *Moty* (Bulletin de l'Acad. d. méd. 1901, 2 апр. стр. 471) сдѣлалъ докладъ Paris'жской Медицинской Академіи, въ которомъ указалъ на нерѣдкое присутствіе въ червеобразныхъ отросткахъ, вырѣзанныхъ при аппендицитѣ, многочисленныхъ особей oxyuris. Данныя *Moty* могли показаться недостаточно доказательными, но изслѣдованіе его коллекціи вырѣзанныхъ червеобразныхъ отростковъ вполнѣ убѣдило меня въ справедливости факта нахожденія oxyuris при аппендицитѣ». 17/iv 1901 г. проф. *Н. А. Роговичъ* въ Томскѣ удалилъ отростокъ, содержавшій множество остриц различной величины.

У больной въ теченіи 3-хъ лѣтъ было 8 приступовъ аппендицита. Удаленный отростокъ имѣлъ 8,6 стм. длины и 3,4 стм. въ окружности. Произведенное мною микроскопическое изслѣдованіе срѣзовъ отростка показало измѣненія, очень сходныя съ тѣми, которыя я описалъ въ вышеприведенномъ своемъ случаѣ.

Въ 1902 г. по одному случаю сообщили *Bégouin* [12]) и *Rammsted* [13]).

Digitized by Google

Первый удалилъ у больной, 24 л., правый яичникъ и отростокъ, содержавшій до 15 особей острицы; на слизистой оболочкѣ найдены изъязвленія, въ остальныхъ слояхъ измѣненій не было. *Rammsted* оперировалъ больного, 20 л., въ остромъ періодѣ аппендицита. Отростокъ былъ наполненъ множествомъ острицъ. Слизистая оболочка его была воспалена. О микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнокъ отростка *Rammsted* не упоминаетъ.

Описанный мною случай, пополняя скудную казуистику подобнаго рода аппендицитовъ, представляетъ интересъ еще и въ слѣдующемъ отношеніи. При микроскопическомъ изслѣдованіи слизи, содержавшейся въ отросткѣ, было найдено много яицъ острицъ, а самые чужеядныя оказались самой разнообразной величины отъ самыхъ мелкихъ до крупныхъ; словомъ, можно было прослѣдить ихъ развитіе буквально ab ovo. Такимъ образомъ моимъ наблюденіемъ въ связи съ патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ *Still*'я [14]), который въ 1899 г. находилъ въ отросткахъ труповъ дѣтей острицъ различнаго возраста, тогда какъ въ другихъ кишкахъ иногда этихъ чужеядныхъ не оказывалось, устанавливается съ несомнѣнностью тотъ фактъ, что острицы кладутъ яйца въ кишечникѣ человѣка. Все это не соотвѣтствуетъ предположенію *Leuckart*'а, раздѣляемому и проф. *И. И. Мечниковымъ*, что острицы не размножаются въ кишечникѣ и яицъ въ немъ не кладутъ, а выползаютъ для этой цѣли изъ заднепроходнаго отверстія. Трудно-бы тогда было объяснить наличность большого числа яицъ и острицъ всѣхъ возрастовъ въ червеобразномъ отросткѣ только случайнымъ проглатываніемъ яицъ, приставшихъ къ пальцамъ при расчесываніи задняго прохода, съ плодами и т. п. Теперь я еще болѣе убѣжденъ въ высказанномъ мною въ моемъ первомъ сообщеніи мнѣніи, что червеобразный отростокъ—этотъ тихій уголокъ, стоящій въ сторонѣ отъ постоянно передвигающихся каловыхъ массъ,—болѣе, чѣмъ какая либо другая часть кишечника можетъ быть пригоденъ для развитія молодого поколѣнія острицъ. Для чужеядныхъ это мѣсто удобно еще и тѣмъ, что принимаемыя больными слабительныя и противоглистныя въ этомъ мѣстѣ менѣе всего могутъ быть дѣйствительны.

**Источники:** 1. *Морковитинъ*. Appendix vermiformis и oxyuris vermicularis. «Хирургія», 1901 г., іюль.—2. Проф. *И. И. Мечниковъ*. «Русскій Врачъ», 1902 г., № 1, стр. 4—5. 3. Проф. *Н. А. Савельевъ*. «Практическій Врачъ», 1902 г., № 51, стр. 1118.—4. *A. Schiller*. Beiträge zur klinischen Chirurgie v. *Bruns*, т. XXXIV, стр. 197.—5. *Sonnenburg*. Pathologie und Therapie d. Perityphlitis. 1900, 4 изд., стр. 136.—6. *М. И. Ростовцевъ*. Ученіе о перитифлитѣ, 1902 г., стр. 135.—7. *С. С. Вирсаладзе*. Роль кишечныхъ глистъ въ этіологіи перитифлита. «Больничная Газета Боткина», 1902 г., № 28.—8. *М. И. Ростовцевъ*. Имѣютъ-ли глисты этіологическое значеніе при appendicit'ѣ? «Больничная Газета Боткина», 1902, № 29, стр. 1298.—9. *Edw. Sonnenburg*. Патологія и терапія перитифлита. Русск. перев. изд. «Практической Медицины» Петербургъ, 1902, стр. 119.—10. *Hausson*. Centralblatt für Chirurgie», 1900 г. № 12, стр. 348.—11. *Frazier*. «Proceeding of the pathol. Society of Philadelphia», 1900, мартъ.—12. *Bégouin*. Appendicite et oxyures. «Gazette hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux», 1902, № 30. «Хирургія». 1903 г., № 75, мартъ, стр. 332.—13. *Rammsted*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1902, № 51, стр. 919.—14. *Still Georg*. «British Medical Journal», 1899, 15 апрѣля, стр. 898.

## XLI. Случай отсутствія локтевой кости.

**А. Б. Качкачева** (Аксай, Терской области).

Случаи отсутствія локтевой кости вообще рѣдки. По заявленію проф. *В. В. Максимова* [1]) случаевъ тѣхъ или иныхъ недостачъ локтевой кости въ литературѣ описано всего 15. Мой случай—16-й—слѣдующій.

Въ бытность мою врачемъ на Бакинскихъ нефтяныхъ промыслахъ ко мнѣ былъ присланъ одной изъ мѣстныхъ фирмъ рабочій для опредѣленія степени его трудоспособности.

К. О., 24 л., низкаго роста, слабаго сложенія. Когда я, во время освидѣтельствованія, предложилъ ему согнуть пальцы въ кулакъ, то замѣтилъ, что движенія пальцевъ лѣвой руки слегка ограничены. Доискиваясь причины этого и ощупывая лѣвую руку О., я обнаружилъ, что на этой рукѣ на предплечьи нѣтъ локтевой кости всей цѣликомъ. Плечевая кость сочленялась лишь съ лучевой костью вполнѣ правильно. На мѣстѣ обычнаго сочлененія плечевой кости съ локтевой, по видимому, была сглажена впадина плечевой кости, такъ какъ мнѣ не удалось ее прощупать (подкожный жирный слой у К. О. былъ крайне слабо развитъ). К. О., какъ я уже упоминалъ, не могъ вполнѣ согнуть пальцевъ лѣвой руки, за исключеніемъ одного большого, сгибавшагося вполнѣ свободно и правильно. Далѣе, каждымъ пальцемъ въ отдѣльности онъ могъ производить боковыя движенія лишь въ самой слабой степени. Всѣ эти ограниченія въ движеніяхъ пальцами вполнѣ понятны. Отправленія мышцъ, имѣющихъ нормально прикрѣпленіе у локтевой кости, которой въ данномъ случаѣ не было (внутренняя локтевая, общая глубокая сгибающая пальцы и др.), были ограничены. Но, что было замѣчательно въ описываемомъ случаѣ, это то, что у К. О. пронація луча была совершенно свободна и нормальна.

По *Duchenn*'у, мышцей, энергично пронирующей лучъ, является круглая поворачивающая ладонь книзу (pronator teres), волокна которой въ нормѣ, начинаясь на задней и внутренней сторонѣ локтевой кости, огибаютъ ее и, пройдя поперекъ черезъ пространство между обѣими костями предплечья, оканчиваются на ладонной поверхности луча. Правда, лучъ пронируется отчасти и длиннымъ супинаторомъ предплечья, который, не смотря на свое названіе, также и пронируетъ лучъ (почему, по *Welcker*'у, его правильнѣе назвать «m. regulator radii» [1]); но эта послѣдняя мышца, не имѣющая прикрѣпленія у локтевой кости, по свидѣтельству многихъ авторовъ, лишь слегка пронируетъ лучъ, являясь, такъ сказать, на подмогу круглой поворачивающей ладонь книзу мышцы, которой и принадлежитъ главная роль въ пронаціи луча. Если это такъ, то съ перваго раза казалось нѣсколько непонятнымъ, почему у К. О. пронація луча была нормальна, разъ при отсутствіи локтевой кости круглая поворачивающая ладонь книзу мышца—главнѣйшая пронирующая лучъ—не имѣла для себя «punctum fixum». Другія мышцы, роль которыхъ отчасти и пронирующая, въ большинствѣ также прикрѣпляются къ локтевой кости, такъ что въ описываемомъ случаѣ и ихъ работа (пронація) должна бы была быть ограничена, но этого то у К. О. и не было. Чтобы объяснить это явленіе, необходимо допустить, что у К. О. мышцы, которыя, какъ, напр., длинный супинаторъ предплечья и др., въ нормѣ пронируютъ лишь отчасти, въ данномъ случаѣ приняли на себя роль отсутствующихъ пронаторовъ и свою, нормально лишь слабо выраженную, способность развили такъ сильно, что смогли удержать для руки ея функціональную способность, не смотря на уродство.

Такимъ образомъ это—довольно наглядный случай, доказывающій, что способность приноравливаемости въ организмѣ можетъ распространяться очень и очень далеко. Случаи, когда изъ 2-хъ парныхъ органовъ одинъ принимаетъ на себя роль отсутствующаго, не рѣдки, но, чтобы подобное явленіе наблюдалось въ области мышцы, это, насколько мнѣ извѣстно,—рѣдкость.

[1]) См. отчетъ о засѣданіи «Русскаго Медицинскаго Общества при Варшавскомъ Университетѣ» въ № 14 «Врачебной Газеты» за 1903 г.

[1]) Проф. *Д. Н. Зерновъ*. Руководство описательной анатоміи человѣка, т. I.

## XLII. Краткій обзоръ хирургической дѣятельности при гинекологическомъ интернатѣ въ Кіевской городской больницѣ Цесаревича Александра въ 1900 и 1901 гг.

Г. О. Сяноженскаго.

### Операціи со вскрытіемъ брюшины.

1. М. Д. 36 л., поступила 19/IV 1900 г. Было 7 родовъ, 1 выкидышъ (2-мѣсячный). Больна 1 годъ. Боли внизу живота; бѣли. Матка увеличена, отклонена впередъ и вправо. Сзади, слѣва подвижная слегка болѣзненная при давленіи, непосредственно не связанная съ маткой, округлая опухоль, съ дѣтскую головку. Лѣвый яичникъ слегка увеличенъ. Правые придатки непрощупываются. Распознаны [2]): дермоидная киста праваго яичника; воспаленіе лѣвыхъ яичника и трубы. 5/V: Чревосѣченіе. Срощенія съ сальникомъ удалены послѣ наложенія лигатуръ. Киста на длинной ножкѣ выкачена цѣликомъ наружу; ножка ея перевязана двойной лигатурой. Удалены также лѣвая утолщенная труба и кистовидно перерожденный яичникъ. Непрерывный шовъ на брюшину и апонейрозъ; нѣсколько

[2]) Распознаваніе вездѣ выставлено полное, основанное, конечно, часто на послѣоперaціонныхъ данныхъ.

Digitized by Google

узловатыхъ мышечныхъ швовъ; непрерывный шовъ на кожу. Операція длилась 35 мин. Препаратъ: Мѣшокъ въ дѣтскую головку, съ плотными стѣнками; полужидкое мутное содержимое съ примѣсью комьевъ длинныхъ волосъ. Послѣоперaціонное теченіе безлихорадочное. Наружный шовъ снятъ на 14-й день; первое натяженіе. Выписалась выздоровѣвшей 10/vi 1900 г.

2. М. С., 40 л., поступила 19/v 1900 г. 3 срочныхъ родовъ. Выкидышей не было. Увеличеніе живота и боли замѣтила около $1^1/_2$ года. Бывшая въ паху опухоль сначала сразу уменьшилась, но спустя нѣсколько мѣсяцевъ стала опять рости. Матка высоко приподнята и отодвинута влѣво опухолью, съ которой находится въ непосредственной связи. Верхняя граница опухоли на $1^1/_2$ пальца выше пупка. Придатки не опредѣляются. Правостороняя паховая грыжа. Распознаны: межсвязочная нагноившаяся многополостная киста праваго яичника; воспаленіе лѣвыхъ яичника и трубы; хроническое воспаленіе брюшины. 24/v: Чревосѣченіе. 3-полостная киста оказалась глубоко вросшей въ основаніе правой широкой связки, съ ихорознымъ распадомъ въ наиболѣе крупной полости. Срощенія съ тонкими кишками, сальникомъ, брызжейкой толстой кишки. Лѣвые придатки опутаны срощеніями. Рѣшено удалить кисту и придатки вмѣстѣ съ маткой. По отдѣленіи срощеній киста вылущена послѣ надрѣза брюшиннаго ея покрова въ нижней области. Вылущеніе представило большія трудности; во время его киста лопнула, и содержимое ея попало въ брюшную полость. При вылущеніи основанія кисты изъ глубины широкой связки перерѣзанъ правый мочеточникъ. Оба его конца перевязаны лигатурой. Кровотеченіе остановлено наложеніемъ лигатуръ на сосуды и тампонадой мѣшка. Перевязаны лѣвые придатки, брюшина на передней и задней поверхностяхъ матки надрѣзана и отдѣлена и матка удалена. Правое ложе широкой связки зашито обвивнымъ швомъ. Полость брюшины промыта физіологическимъ растворомъ поваренной соли; дренажъ изъ іодоформной марли черезъ влагалище. Шовъ на брюшную рану. Грыжа оставлена безъ вмѣшательства, въ виду продолжительности операціи ($2^1/_2$ часа) и осложненій со стороны сердца и дыханія при наркозѣ. Во время операціи подъ кожу бедра впрыснуто 600 к. стм. физіологическаго раствора поваренной соли. Вечеромъ нитевидный пульсъ. Рвота. Температура нормальная. Катетеромъ выпущено 200 к. стм. мутной безъ крови мочи. Послѣ впрыскиванія камфоры въ эѳирѣ пульсъ нѣсколько поднялся. 25/v: Въ 8 час. веч. смерть при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности.

3. Е. Г., 27 л., поступила 22/v 1900 г. 3 срочныхъ родовъ. Выкидышей не было. Раньше въ продолженіи года лѣчилась въ гинекологическомъ отдѣленіи отъ пара-периметрита и правосторонняго сальпингоофорита. Примѣнялись—массажъ, спринцеваніе, ихтіолъ, наркотическія. Матка съ трудомъ прощупывается, укрѣплена кзади плотными тяжами. Придатки съ обѣихъ сторонъ окутаны срощеніями, правые увеличены, слегка болѣзненны. Рядъ тяжелыхъ отраженныхъ нервныхъ явленій. Кашель въ продолженіи года. Больная настоятельно просила, во чтобы то ни стало, избавить ее отъ страданій половыхъ органовъ; ей предложено удаленіе правыхъ придатковъ и возможное разрушеніе спаекъ чревосѣченіемъ. Распознаны: хроническое воспаленіе тазовой брюшины; хроническое воспаленіе правыхъ яичника и трубы; лѣвосторонній периоофоритъ; хроническій бронхитъ. 1/vi: Чревосѣченіе подъ слабымъ хлороформнымъ наркозомъ. Вся матка оказалась окутанной ложными перепонками, соединявшими ее со стѣнками таза, мочевымъ пузыремъ и S-образной кишкой. Правый яичникъ съ удлиненной и утолщенной трубой, по отдѣленіи отъ окутывавшихъ ихъ срощеній, перевязаны и удалены. При отдѣленіи заднихъ срощеній затронутъ сывороточный покровъ S-образной кишки; непрерывный шовъ на него изъ тонкаго шелка. Окутывавшія лѣвый яичникъ и матку срощенія отдѣлены частью тупо (пальцами), частью перерѣзкой ножницами съ предварительнымъ наложеніемъ лигатуръ. Брюшная рана закрыта 3-хъ-этажными швами. Со 2-го дня температура поднялась до 38°,4. Мучительный кашель. На 4-й день въ одномъ изъ легкихъ обнаружена пещера. Возбуждающія и отхаркивающія. Швы сняты на 9-й день; первое натяженіе. Матка подвижна; выпотовъ нѣтъ. Громадное выдѣленіе гнойной мокроты съ рѣзкимъ гнилостнымъ запахомъ. 27/vi—на 27-й день послѣ операціи—смерть.

4. А. Н., 30 л., поступила 19/x 1900 г. Не рожала и не выкидывала. Боли и опухоль внизу живота. Матка небольшая, прижата къ лону и отклонена вправо. Въ право-заднемъ сводѣ опухоль, въ апельсинъ, слабо подвижная, въ нѣкоторой связи съ маткой. Слѣва утолщенная, извилистая, болѣзненная при давленіи труба. Послѣ 2-мѣсячнаго противовоспалительнаго лѣченія (наркотическія, тампонада, разсасывающія) предложено хирургическое вмѣшательство. Распознаны: воспаленіе правой и лѣвой трубъ; кистовидное перерожденіе праваго яичника; хроническое воспаленіе тазовой брюшины. 3/i 1901 г.: Чревосѣченіе. Правая опухоль оказалась hydrosalpinx'омъ, спаяннымъ ложными перепонками съ маткой, тазовымъ дномъ и петлей тонкихъ кишекъ. Во время отдѣленія срощеній опухоль лопнула, и изъ нея вытекло много свѣтлой жидкости. Отдѣленная отъ срощеній правая широкая связка, начиная отъ тазово-воронковой связки, перевязана 4-мя цѣпочными лигатурами. По отдѣленіи опухоли края культи широкой связки обшиты тонкимъ обвивнымъ швомъ. Вмѣстѣ съ опухолью, удаленъ и правый яичникъ, кистовидно перерожденный. Лѣвая труба, удлиненная, съ зарощеннымъ концомъ, вмѣстѣ съ увеличеннымъ лѣвымъ яичникомъ была выведена наружу, по отдѣленіи незначительныхъ срощеній. Труба изсѣчена; культя широкой связки обшита обвивнымъ швомъ. Лѣвый здоровый яичникъ оставленъ in situ. Шовъ на брюшную стѣнку.—Препаратъ: Правая киста трубы, въ общемъ болѣе кулака взрослаго, начиналась у матки извилистой трубой, съ мизинецъ, и, постепенно расширяясь, переходила въ опухоль, въ апельсинъ, со стѣнками толщиною въ 0,5 стм. На наружномъ концѣ передняя стѣнка опухоли жирно перерождена, почти продырявлена. У нижняго края, почти по срединѣ, приложитъ яичникъ, увеличенный до мандарина и соединенный съ трубою ножкой въ 1 стм. ширины. Послѣ разрѣза яичника въ немъ оказалась 1 кистозная полость, въ большую сливу, и много мелкихъ. Лѣвая труба, длиною въ 9 стм., толщиной сначала въ карандашъ, утолщалась затѣмъ до 2 поперечныхъ пальцевъ и слѣпо оканчивалась, хорошо выраженными бахромками. Послѣоперaціонное теченіе безлихорадочное. Кровянистыя выдѣленія изъ матки до 5-го дня. Швы сняты на 13-й день; первое натяженіе. Выписалась выздоровѣвшей на 38-й день (8/ii 1901 г.) съ бандажемъ.

5. А. Я., 37 л., поступила 1/v 1901 г. 6 срочныхъ родовъ. Не выкидывала. Животъ сталъ увеличиваться 2 года. Высшій сегментъ опухоли на $1^1/_2$ пальца ниже меча. Животъ сильно увеличенъ; особенно выпячивалась нижне-лѣвая его сторона. Опухоль гладкая, плотно-упругая, безболѣзненна. Отъ меча черезъ пупокъ до лона 23+23 стм. Окружность живота на уровнѣ пупка 101 стм. Черезъ своды опухоль не прощупывается. Матка подтянута вверхъ, впередъ и вправо. Придатки не опредѣлялись. Распознана киста праваго яичника многополостная. 14/v: Чревосѣченіе. Отдѣленіе пристѣночныхъ срощеній съ брюшиной и сальникомъ. Частичное опорожненіе кисты. Киста по всей передней и на $^1/_2$ задней поверхности срощена была съ пристѣночнымъ листкомъ брюшины. По отдѣленіи всѣхъ срощеній киста опорожнена вполнѣ. Выпущена густая, темнобурая жидкость, съ примѣсью хлопьевъ (фибрина?). Всего собрано содержимаго кисты $12^1/_2$ литровъ. Опухоль извлечена наружу. Длинная ножка, шириною около 7 стм., состояла изъ правыхъ, широкой связки, трубы и круглой связки. Ножка послѣ прокола ея посрединѣ, перевязана въ 2 пучка порознь и одной общей лигатурой en masse. Опухоль удалена съ трубой и круглой связкой. Культя ножки обшита брюшиной обвивнымъ швомъ. Лѣвая труба неизмѣнена. Лѣвый яичникъ увеличенъ вдвое, кистовидно перерожденъ; болѣе крупныя полости проколоты ножемъ; наибольшая полость была въ крупную горошину. Туалетъ брюшины; въ полость ея влито 1000 грм. физіологическаго раствора; обвивной шовъ на брюшину и апонейрозъ, 5 узловатыхъ швовъ на апонейрозъ и мышцы, обвивной шовъ на кожу.—Препаратъ (микроскопически опредѣлена cystoadenoma papillare): Толстый мѣшокъ кисты, мѣстами бугристый. Задняя поверхность темнаго цвѣта и окаймлена кровоизліяніями. Длина опорожненнаго и съежившагося мѣшка 39, ширина 35 стм. Внутреннія стѣнки кисты со старыми фибринозными отложеніями. Въ задне-правой сторонѣ полости—полость другой кисты, въ кулакъ, съ густымъ темно-бурымъ содержимымъ. Въ нижнемъ отдѣлѣ главной полости—плотное образованіе, величиной и формой напоминающее почку; поверхность его бугриста; въ разрѣзѣ оно однороднаго строенія, пронизано щелями и небольшими полостями. 2-я—меньшая—киста на внутренней поверхности тоже имѣла нѣсколько бугровъ сосочковаго характера; наибольшій изъ нихъ съ волошскій орѣхъ, наименьшій—съ вишню. — Послѣоперaціонное теченіе безлихорадочное. Первые сутки выдѣленіе значительныхъ количествъ свѣтлой мочи (1-е сутки 1290, 2-е 1570, 3-и 690, 4-е 700 к. с.), что объяснялось всасываемостью брюшиной влитаго въ нее физіологическаго раствора, который въ первые дни вливался и въ прямую кишку. Швы сняты на 10-й день; первое натяженіе. При осмотрѣ инфильтратовъ не оказалось. Лѣвый яичникъ прощупывался нормальной величины. 17/ii выписалась выздоровѣвшей съ бандажемъ.

6. О. С., 58 л., поступила 6/v 1901 г. 5 срочныхъ родовъ. Не выкидывала. Мѣсячныхъ не было уже 22 года. $^1/_2$-года назадъ 3 дня было дов. большое кровоотдѣленіе, послѣ чего крови стали показываться неправильно, черезъ 2—3 недѣли, въ небольшомъ количествѣ, безъ запаха и бѣлей.—На $1^1/_2$ пальца ниже пупка—равномѣрно плотная, гладкая опухоль, въ головку новорожденнаго, тѣсно примыкающая къ лѣвой сторонѣ приподнятой матки, прощупываемой въ видѣ выдающагося придатка опухоли, слѣдующаго за ея движеніями. Придатки не прощупываются. Влагалищная часть смотритъ влѣво; изъ передней стѣнки шеечнаго канала торчитъ полипъ, въ крупную вишню, сидящій на широкомъ основаніи. Полипъ срѣзанъ; основаніе его прижжено приборомъ *Paquelin*'а; каналъ затампонированъ іодоформной марлей. Изслѣдованіе полипа на злокачественность дало отрицательный результатъ. Распознаны: межсвязочная фиброміома матки и фиброзный полипъ шейки. 6/vi: Чревосѣченіе подъ наркозомъ, продолжавшимся 1 ч. 25 м. Разрѣзъ по бѣлой линіи въ 10 стм. Опухоль съ большимъ трудомъ вытянута наружу. Она оказалась міомой лѣво-задняго края тѣла матки, глубоко вросшей въ лѣвую широкую связку. Справа и глубоко внизу на опухоли выпячивалось сильно вытянутое, мягковатое тѣло матки. Большія плоскостныя срощенія на задней и особенно на задне-лѣвой сторонѣ опухоли съ кишками; такія же срощенія на задней пластинкѣ правой широкой связки. Освобожденіе правыхъ придатковъ и удаленіе ихъ по наложеніи лигатуры на тазово-воронковую связку и по перевязкѣ маточной артеріи съ правой стороны. По наложеніи лигатуръ и разсѣченіи лѣвой тазово-воронковой связки брюшина на нижней сторонѣ опухоли разсѣчена и отдѣлена отъ опухоли по предварительной перевязкѣ и разсѣченіи всѣхъ большихъ срощеній. Послѣ полнаго освобожденія опухоли изъ лѣвой широкой связки, между нею и тѣломъ матки иглой *Deschamps*'а проведена 2-ая лигатура и по завязыва-

Digitized by Google

ніи ея опухоль вмѣстѣ съ яичникомъ, трубою и съ частью матки срѣзана. Маточная культя прижжена приборомъ *Paquelin*'а, мышечный слой ея сшитъ непрерывнымъ швомъ, такимъ-же швомъ сшита надъ ней брюшина; ложе обѣихъ широкихъ связокъ обшито также непрерывнымъ швомъ. Брюшная рана закрыта 3 ярусными непрерывными швомъ: повязка на брюшину, на апонейрозъ и на кожу. Препаратъ: Опухоль почти круглая, въ головку годовалаго ребенка, 35 стм. по окружности, гладкая, равномѣрно-плотная. По передней поверхности ея тянется *Fallopi*'ева труба, будучи спаяна съ опухолью листкомъ широкой связки, но не входя въ составъ самой опухоли и оканчиваясь на лѣво-нижнемъ полюсѣ послѣдней. На передней-же поверхности лежитъ немного увеличенный и кистовидно-перерожденный лѣвый яичникъ. Вся передняя поверхность опухоли покрыта брюшиной, кромѣ нижняго края—мѣста надрѣза брюшиннаго листка. Задняя поверхность вся обнажена отъ брюшины. Съ нижне-правой стороны—мѣсто срѣза матки. Плоскость срѣза формы эллипсоида съ наибольшимъ діаметромъ около 8 стм. Опухоль по окружности состоитъ изъ слоя мышцъ; въ центрѣ — небольшое углубленіе, нарѣзче выраженное въ верхней части и выстланное слизистой оболочкой. Открыть на слизистой оболочкѣ мѣста, соотвѣтствующія угламъ матки, и отверстія *Fallopi*'евыхъ трубъ не удается. Такимъ образомъ можно было предположить, что при отдѣленіи опухоли, исходящей изъ задне-лѣвой части матки, послѣдняя невольно была срѣзана наискось. Послѣоперaціонное теченіе безлихорадочное. Швы сняты на 9-й день; первое натяженіе. При внутреннемъ изслѣдованіи прощупывалась маточная культя, стм. въ 3,5 длиною. Косина срѣза едва уловима при изслѣдованіи. 21/VI (на 15-й день послѣ операціи) появилась болѣзненность внизу живота; найденъ небольшой выпотъ въ области маточной культи, постепенно однако разсосавшійся. 15/VII выписалась выздоровѣвшей. По дальнѣйшимъ свѣдѣніямъ 10/II 1902 г. (т. е. спустя 7 мѣс.) больная вновь поступила въ больницу, и соскобъ съ шейки матки далъ ясную макро- и микроскопическую картину рака.

7. Ж. Я., 50 л., поступила 3/X 1900 г. Срочныхъ родовъ—3. Выкидышей не было. 2 мѣс. назадъ замѣтила увеличеніе живота. Послѣднія мѣсячныя 4 года назадъ. Бѣлей нѣтъ. Животъ сильно увеличенъ; выпячиваніе его начинается отъ меча; признаки брюшной водянки. Слѣва прощупывается баллотирующая, плотная, ясно бугристая опухоль; величины ея точно опредѣлить не удается. Матка влѣво-впередъ, по зонду 7 стм.; движенія ея передаются опухоли. 38°,5; п. 110. Явленія правосторонняго плеврита; проколомъ выпущено 2325 грм. свѣтлой плевритической жидкости. Назначены: діуретинъ и коффеинъ съ салициловокислымъ натромъ. Явленія плеврита при соотвѣтствующемъ лѣченіи стихли. Отеки ногъ уменьшились. Температура стала нормальной. Распознано злокачественное новообразованіе въ обоихъ яичникахъ.

13/X: Чревосѣченіе подъ наркозомъ (1 ч. 10 м.). По разрѣзѣ брюшины вышло около 5½ литровъ брюшноводяночной жидкости. Введенной рукой ощупана плотная, бугристая опухоль, выходившая изъ лѣвыхъ придатковъ и соединенная съ маткой широкой ножкой. Справа на болѣе узкой ножкѣ найдена 2-я опухоль меньшаго размѣра, съ гладкой поверхностью. Лѣвая опухоль выведена наружу, и на ножку ея (длиною 5, шириной 5—6, толщиною 0,5 стм.) наложено 3 цѣпочечныхъ лигатуры. Гипертрофированная лѣвая труба, лежавшая на нижне-переднемъ отдѣлѣ опухоли, входила въ составъ ножки и была удалена вмѣстѣ съ опухолью. Основаніе ножки обшито, по прикрытіи листками брюшины, непрерывнымъ швомъ. Затѣмъ выведена меньшая, правая, опухоль. Ножка ея была такой-же ширины (5,5 стм.), но тоньше и длиннѣе; она перевязана въ 2 пучка. По удаленіи опухоли культя ножки тоже обшита брюшиной. Туалетъ брюшины. Въ полость живота влито 500 к. стм. физіологическаго раствора. Брюшная рана закрыта 3-ярусными обвивными шелковымъ швомъ—на брюшину съ фасціей (№ 4), на апонейрозъ (№ 6) и на кожу—обвивной (№ 8).—Препараты: 1) Большая лѣвая опухоль почкообразной формы, со сплошь бугристой поверхностью, состоитъ изъ отдѣльныхъ выпячиваній (діаметромъ около серебрянаго рубля), какъ-бы изъ отдѣльныхъ долей. Въ углубленіи, соотвѣтствующемъ воротамъ почки, проходитъ почти во всей его длинѣ остатокъ широкой связки и труба, тѣсно спаянная съ опухолью и имѣющая свободный конецъ съ ясно выраженными, утолщенными и уплотненными бахромками. Длинникъ опухоли 22, поперечникъ въ наибольшемъ размѣрѣ 13 стм. Въ разрѣзѣ опухоль плотнаго фибрознаго строенія. 2) Меньшая правая опухоль формой нѣсколько напоминаетъ селезенку, съ гладкой поверхностью, на которой кое-гдѣ прощупываются плотные, мелкіе узелки (съ горошину). По нижней поверхности ея проходитъ остатокъ широкой связки и труба, спаянная съ опухолью и имѣющая тоже свободный бахромчатый конецъ, менѣе плотный, чѣмъ съ лѣвой стороны. Задне-наружная поверхность опухоли синюшна; на лопнувшей здѣсь мѣстами сумкѣ (вѣроятно, при извлеченіи)—застойная гиперэмія и кровоизліянія. Длинникъ опухоли 13, наибольшій поперечный размѣръ 8 стм. — Первые 5 дней температура была нормальная, при слабомъ (въ среднемъ 100) пульсѣ. На 6-й день при незначительныхъ боляхъ въ животѣ веч. 38°,4. На 7-й 37°—36°,5. Общее состояніе хорошее. На 8-й обильное испражненіе послѣ пріема клещевиннаго масла. 37°,4—38°. На 9-й 37°—38°. У верхняго и нижняго краевъ краснота; сняты швы. На 10-й 37°,2—39°. П. 100—120. Незначительная краснота на крестцѣ. Боли внизу живота. Теплое промывательное. На 11-й 37°,3—37°; п. 100—108. Снята повязка; наложены легкій слой марли и бандажъ. На 12-й 37°—38°,5; п. 100. На 13-й 37°,5—38°,5. На 14-й 37°,6—38°. Въ области среднихъ швовъ инфильтратъ. Сняты всѣ швы; рана смазана іодомъ. На 15-й 36,4°—37°,6; п. 96—98. Въ области среднихъ швовъ небольшое расхожденіе краевъ раны; изъ подкожной клѣтчатки выдавлено дов. много гноя. Согрѣвающій компрессъ. Съ 17-го по 24-й день температура нормальная; пульсъ около 100. На 24-й 36°,6—39°,7; пульсъ едва ощутимъ. Боль въ боку. Рана почти совсѣмъ покрылась грануляціями, чиста. Тошнота. На 25-й 39°,2; пульсъ едва ощутимъ; полный упадокъ силъ. Горячія бутылки, камфора въ эфирѣ подъ кожу и др. возбуждающія безъ результата. Смерть въ 12 час. дня при явленіяхъ сердечной слабости.

(*Продолженіе слѣдуетъ.*)

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

### Отголоски „Дѣтскаго міра" по гигіэнѣ дѣтскаго глаза [1]).

«Дѣтскій міръ» уже закрытъ, но отголоски его звучатъ во многихъ умахъ и сердцахъ, не смотря на разнообразіе новыхъ впечатлѣній столичной жизни. Зазвучали эти отголоски и во мнѣ, благодаря Листку № 12 «Дѣтскаго міра», любезно доставленному мнѣ глубокоуважаемымъ *М. И. Рейхомъ*. Въ этомъ Листкѣ имѣется довольно подробное описаніе примѣрнаго освѣщенія, составленное авторомъ послѣдняго и разрѣшающее имѣвшіяся сомнѣнія, порождая въ то же время цѣлый рядъ новыхъ. Свѣдѣніями этими я и хочу теперь подѣлиться съ читателями «Русскаго Врача». Кромѣ того, мнѣ осталось еще сказать нѣсколько словъ объ учебныхъ столахъ, которые выставлены были въ «примѣрномъ классѣ» и о которыхъ я въ своей 1-й замѣткѣ упомянулъ лишь вскользь. Наконецъ, нельзя обойти молчаніемъ и одну весьма интересную новинку, доставленную для «примѣрнаго класса» лишь послѣ моей замѣтки.

Источники свѣта, дававшіе въ «примѣрномъ классѣ» равномѣрно-разсѣянное освѣщеніе и скрывавшіеся за рефлекторами на высотѣ 1,25 м. отъ потолка и 2,65 м. отъ пола, какъ оказывается, содержали по 3 ламіочки, изъ коихъ каждая была силой въ 25 свѣчъ. Такимъ образомъ, на освѣщеніе «примѣрнаго класса» равномѣрно-разсѣяннымъ свѣтомъ употреблялись $25 \times 3 \times 4 = 300$ свѣчъ, а, такъ какъ площадь примѣрнаго класса (17,6 кв. м.) составляла лишь около $1/3$ площади нормальнаго, то для послѣдняго означенныхъ источниковъ потребовалось-бы 12, т. е., на освѣщеніе классной комнаты нормальныхъ размѣровъ ($6 \times 9$ кв. м.) равномѣрно-разсѣяннымъ свѣтомъ приходилось-бы расходовать *900* свѣчъ! При всемъ томъ, сила свѣта на столахъ получалась-бы не больше 10—11 метросвѣчъ, что, безъ сомнѣнія, бываетъ достаточно для многихъ учениковъ и для извѣстнаго рода занятій, но можетъ оказаться совершенно недостаточнымъ для другихъ учениковъ и для иного рода работъ.

Относительно способа освѣщенія смѣшаннымъ свѣтомъ, неравномѣрно-разсѣяннымъ, оказывается, что я ошибся. Цифры 17—20 обозначали не свѣтовую силу лампы, а количества метросвѣчъ на столѣ подъ лампой; источникомъ же свѣта для каждой лампы слѣдовало считать всѣ 3 электрическія лампочки, имѣвшіяся въ единственной лампѣ для смѣшаннаго освѣщенія и обладавшія въ общей сложности силою 75 свѣчъ ($25 \times 3$). При такой именно силѣ лампы и получалось на столахъ не менѣе 17 м.-св. подъ самой лампой и около 10 м.-св. на разстояніи 1 метра отъ этой точки. Кромѣ того, д-ръ *Рейхъ* требуетъ подобныхъ лампъ для нормальнаго класса не 6, какъ это значилось на ярлычкѣ при лампѣ, а 9, совѣтуя ихъ развѣшивать въ 3 ряда, въ разстояніи 2 метровъ другъ отъ друга, и разсчитывая такимъ образомъ получать на столахъ по всему классу 17—20 м.-св. и только у самыхъ стѣнъ не болѣе 10 м.-св. Это значитъ, что на то освѣщеніе, главнымъ преимуществомъ котораго и является сравнительная его дешевизна, должно расходоваться ни болѣе, ни менѣе, какъ *675* свѣчъ. Правда, 675 меньше, чѣмъ 900; но сама-то по себѣ эта цифра громадна. Правда и то, что при не особенно большой разницѣ въ дороговизнѣ неравномѣрно-разсѣ-

[1]) См. выше, № 2, стр. 49.

Digitized by Google

янное освѣщеніе даетъ за то на большинствѣ учебныхъ столовъ вдвое больше свѣта, чѣмъ равномѣрно-разсѣянное; но такую-же и еще большую силу свѣта на столахъ можно съ гораздо меньшими затратами получить и при наиболѣе совершенномъ кабинетномъ освѣщеніи. Такъ, если каждому ученику дать не только по 5-свѣчной лампѣ—что въ большинствѣ случаевъ можетъ оказаться вполнѣ достаточнымъ,—а даже по 10-свѣчной и если къ тому еще прибавить свѣчъ 50 или даже 100 на дополнительный свѣтъ сверху, да 25 свѣчъ для учителя и доски, то для класса съ нормальнымъ числомъ учениковъ—26 или 30—потребуется все-же не болѣе 395—425 свѣчъ. Между тѣмъ, кабинетную систему освѣщенія упрекаютъ въ дороговизнѣ, да и въ самомъ дѣлѣ д-ръ *Смирновъ*, устроивъ въ Александровскомъ кадетскомъ корпусѣ смѣшанное освѣщеніе, выгадалъ въ стоимости горѣнія лампъ около 71% противъ кабинетнаго освѣщенія, даже и весьма далекаго отъ совершенства. Слѣдуетъ замѣтить, что д-ръ *Смирновъ* удовлетворялся 16-свѣчными лампами и на нормальный классъ въ 26—30 учениковъ употреблялъ не болѣе 6 такихъ лампъ. На весь классъ имъ, стало быть, расходовались всего лишь 96 свѣчъ; для кабинетнаго-же освѣщенія, по его разсчету, пришлось бы тратить не менѣе 150 свѣчъ—по 10-свѣчной лампѣ на каждый парный столъ («Педагогическій Сборникъ», 1896 г.).

Какъ разобраться въ этихъ противорѣчіяхъ? Нельзя ли предположить, что дешевое освѣщеніе, устроенное д-ромъ *Смирновымъ*, не давало нужной силы свѣта на столахъ, хорошее-же освѣщеніе столовъ отраженно-прямымъ разсѣяннымъ свѣтомъ возможно лишь при большихъ расходахъ? Оказывается, что своими 96 свѣчами д-ръ *Смирновъ* достигалъ почти такой-же яркости на столахъ, какъ д-ръ *Рейхъ* 675 свѣчами.

«Сила свѣта»—читаемъ мы въ указанной статьѣ д-ра *Смирнова*—«на столахъ, надъ которыми повѣшены лампы, обыкновенно 16—18 метросвѣчей, равно какъ и на тѣхъ, которые приходятся между двумя лампами, въ продольномъ или поперечномъ *направленіи*. На столахъ самаго задняго ряда въ классѣ, надъ которыми лампъ нѣтъ, обыкновенно 10—12 метросвѣчей. На столахъ *передняго* ряда въ тѣхъ классахъ, гдѣ лампы повѣшены не надъ первымъ рядомъ столовъ, сила свѣта—10 метросвѣчей».

Такимъ образомъ мы стоимъ здѣсь передъ неразрѣшимой загадкой, заставляющей въ настоящее время воздерживаться отъ окончательнаго сужденія о смѣшанномъ освѣщеніи—впредь до выясненія этого противорѣчія. [1])

Выставленными въ «примѣрномъ классѣ» учебными столами д-ръ *Рейхъ* объявилъ себя приверженцемъ 1) одномѣстнаго стола и 2) поясничной спинки. Если о спинкѣ для учебной скамьи существуютъ разнорѣчивыя мнѣнія, если рядомъ съ многочисленными защитниками поясничной спинки выступаютъ не менѣе многочисленные приверженцы крестцовой, если нѣкоторые изслѣдователи поясничную спинку считаютъ недостаточной, требуя спинной, въ то время какъ другіе настаиваютъ, чтобы спинки вовсе не было, то пользу и важность одномѣстной парты, личнаго учебнаго стола, признаютъ всѣ.

«Общепризнанно»,—говоритъ *М. И. Рейхъ* въ только-что выпущенной имъ брошюрѣ о новѣйшихъ учебныхъ столахъ на «Дѣтскомъ Мірѣ» (СПБ., 1904)—«что наиболѣе приближающимся къ гигіэническому и педагогическому идеалу учебнаго стола является столъ индивидуальный, одномѣстный, приспособленный по возможности ко всякому росту дѣтей школьнаго возраста, а не къ какимъ-либо группамъ ростовъ. Доступъ учителя къ ученику, надлежащее отдѣленіе послѣдняго отъ сосѣдей, индивидуальный контроль, соблюденіе чистоты, опрятности и личной отвѣтственности относительно стола—наиболѣе удобны при индивидуальномъ столѣ, и не подлежитъ сомнѣнію, что, при наличіи достаточныхъ средствъ и помѣщеній, именно такіе учебные столы вытѣснили-бы собою скоро всякіе другіе школьные и домашніе учебные столы».

[1]) Когда эти строки были уже написаны, я получилъ отъ *М. И. Рейха* извѣщеніе, что въ «примѣрномъ классѣ», какъ выяснилось теперь, 25 свѣчныя лампочки были примѣнены лишь въ источникахъ для равномѣрно-разсѣяннаго свѣта; въ серединной-же лампѣ для смѣшаннаго освѣщенія лампочки были 16-свѣчныя. Въ такомъ случаѣ, разсчетъ, конечно, выходитъ нѣсколько иной, еще болѣе благопріятный для смѣшаннаго освѣщенія по д-ру *Рейху* сравнительно съ равномѣрно-разсѣяннымъ свѣтомъ: $16 \times 3 \times 9 = 432$ свѣчи противъ 900. При такомъ разсчетѣ выравниваются и расходы на смѣшанное освѣщеніе и на наиболѣе совершенное кабинетное. Но дешевымъ подобнаго рода смѣшанное освѣщеніе все-же не представляется, и непонятное противорѣчіе между показаніями д-ра *Смирнова* и настоящими данными д-ра *Рейха* все-таки остается непонятнымъ.

Въ томъ-же письмѣ д-ръ *Рейхъ* высказывается въ пользу спиртокалильныхъ лампъ, отъ примѣненія которыхъ онъ ждетъ значительнаго удешевленія предлагаемой имъ системы освѣщенія, а именно: при 9 лампахъ стоимость горѣнія равнялась-бы $4\frac{1}{2}$ коп. въ часъ (спиртокалильная горѣлка даетъ, по *Рейху*, 50 свѣчъ, а горѣніе ея стоитъ лишь $\frac{1}{2}$ коп. въ часъ), при 6-же лампахъ—всего лишь 3 коп. Это, дѣйствительно, очень дешево, но будетъ-ли это столь же гигіэнично и столь же удобно, какъ электрическое освѣщеніе? *Р. К.*

На важное значеніе личныхъ столовъ въ воспитательномъ отношеніи указывалъ и *П. Д. Енько* еще 10 лѣтъ назадъ, разбирая положеніе вопроса о классномъ столѣ по даннымъ дѣйствовавшей въ то время всероссійской Гигіэнической выставки.

«Одномѣстныя парты»—говорилъ онъ въ брошюрѣ, посвященной этому вопросу (СПБ., 1894)—«содѣйствуютъ развитію самостоятельности, уваженія къ чужому труду и чувства собственнаго достоинства».

Вполнѣ присоединяясь къ такому взгляду на общегигіэническое и воспитательное значеніе одномѣстныхъ учебныхъ столовъ, я съ своей стороны, считаю нужнымъ прибавить, что индивидуализація необходима и для здравоохраненія глазъ въ школахъ и что она должна касаться не только столовъ, но и освѣщенія: каждый ученикъ долженъ имѣть свой столъ, свою лампу и свое мѣсто въ классѣ, у каждаго ученика отдѣльно слѣдуетъ опредѣлять, вполнѣ-ли ясно ему видно съ его мѣста, что на доскѣ пишутъ, и достаточно-ли ему освѣщеніе на столѣ его для тѣхъ или другихъ его занятій.

Наиболѣе усердными проповѣдниками «индивидуальнаго» учебнаго стола, какъ извѣстно, являются американцы, придерживающіеся при постройкѣ этихъ столовъ еще и другого принципа—приспособляемости къ ростамъ. Такой столъ имѣлся въ «примѣрномъ классѣ» двоякаго образца—новѣйшаго («Union»), со столомъ безъ ножекъ, прикрѣпляемымъ къ желѣзной подставкѣ позади стоящаго стола, и менѣе новаго, гдѣ стулъ установленъ отдѣльно на желѣзной тумбѣ. Позднѣе доставленъ былъ еще одинъ образецъ американскаго учебнаго стола, съ откиднымъ сидѣньемъ на велосипедныхъ шарнирахъ. Въ описаніе этихъ образцовъ я вдаваться не буду, такъ какъ, во 1-хъ, столы эти у насъ должны обходиться слишкомъ дорого, а, во 2-хъ, въ нашемъ распоряженіи имѣется уже американско-русскій столъ, стоющій сравнительно недорого и соединяющій въ себѣ многія изъ прекрасныхъ качествъ американскихъ столовъ съ нѣкоторыми другими весьма полезными приспособленіями. Такой «индивидуальный» столъ построенъ здѣшней фирмой «Васильевъ и Люцедарскій» по указаніямъ д-ра *Рейха*. Въ «примѣрномъ классѣ» имѣлись 2 типа этого стола: А) съ неподвижнымъ сидѣньемъ и подъемно-передвижной крышкой стола (механизмъ отодвиганія крышки весьма остроуменъ и удобенъ, но дѣйствіе этого механизма на выставленномъ столѣ оставляло желать лучшаго)—для младшихъ классовъ — и Б) съ свободнымъ стуломъ и неподвижной крышкой—для старшихъ классовъ. Привожу описаніе этихъ столовъ изъ замѣтки д-ра *Рейха*, помѣщенной въ одномъ изъ листковъ «Дѣтскаго Міра».

Остовъ желѣзный—американскій; остальное оригинально. Спинка построена нѣсколько иначе, съ надлежащимъ изгибомъ для поясничной части и болѣе значительнымъ уклономъ верхней части спинки—для лучшаго временнаго отдыха мышцъ туловища при болѣе полной опорѣ послѣдняго, при перемѣщеніи центра тяжести верхней части туловища кзади. Столы ажурные, такъ что все лежащее подъ крышкой стола видно со всѣхъ сторонъ. Верхняя доска въ одномъ изъ столовъ (типъ А) легко поднимается и въ то-же время отодвигается кпереди. Въ этомъ типѣ и столъ, и сидѣнье (стулъ на желѣзномъ столбикѣ) укрѣплены неподвижно на особомъ деревянномъ щитѣ. Ученикъ принужденъ тутъ писать при опредѣленномъ и неизмѣнномъ разстояніи между спинкой стула и краемъ стола. Заходя сбоку, онъ можетъ садиться, и не поднимая верхней доски стола; онъ можетъ встать, и не выходя изъ-за стола, — отодвигая доску стола впередъ. Столъ этотъ приспособляемъ къ ростамъ въ 120—145 стм., причемъ спинка примѣняется двоякихъ размѣровъ—№ 1 или № 2. Въ типѣ Б столъ съ доскою непередвижной, приспособляемый по высотѣ къ ростамъ 140—170 стм.; къ нему свободный приставной стулъ № 2 или № 3 (стулья отличаются высотою сидѣнья и конфигураціей спинки).

Имѣлся въ «примѣрномъ классѣ» и еще 1 одномѣст-

Digitized by Google

ный столъ—шведскій учебный столъ Зандберга, доставленный на выставку Екатерининскимъ Институтомъ для дѣвицъ, гдѣ онъ и примѣняется въ нѣкоторыхъ классахъ. Столъ этотъ весь деревянный, съ выемомъ въ крышкѣ и поясничнымъ изгибомъ въ спинкѣ, не приспособляемъ къ ростамъ; доска его можетъ быть отодвигаема, но и при вполнѣ выдвинутой крышкѣ разстояніе между спинкой и краемъ стола слишкомъ велико.

Изъ двумѣстныхъ столовъ въ «примѣрномъ классѣ» находились: предназначенный для профессіональныхъ классовъ, учебный столъ Stuttgart'овской фирмы «Vereinigte Schulbankfabriken», съ откидными сидѣньями и подвижной крышкой («универсальный пюпитръ»), устанавливаемый въ 3 различныхъ положеніяхъ, и школьный столъ Rettig'a, съ поясничными спинками и приспособленіемъ для опрокидыванія на бокъ при уборкѣ класса, въ 2-хъ видахъ—а) съ неподвижной крышкой, заставляющей ученика выходить изъ-за стола при вставаніи, и б) съ откидной полосой въ крышкѣ и съ подушкой на нижней сторонѣ этой полосы—для рукодѣльныхъ работъ.

Новинка, о которой хочу сказать нѣсколько словъ, является таковой лишь у насъ. За границей она уже давно извѣстна, хотя примѣняется она тамъ, кажется, не очень ужъ многимъ чаще, чѣмъ здѣсь. Эта новинка—система призмъ, извѣстная подъ названіемъ «Luxfer» и служащая для усиленія дневного освѣщенія въ недостаточно свѣтлыхъ помѣщеніяхъ: благодаря общеизвѣстному свойству 3-гранной призмы преломлять къ основанію падающіе на нее лучи, стекло, усаженное многочисленными рядами такихъ призмъ и вставленное въ верхнюю часть окна такимъ образомъ, чтобы ребра призмъ смотрѣли на улицу, отклоняетъ внутрь помѣщенія всѣ тѣ свѣтовые лучи, которые падаютъ на это стекло съ неба подъ очень острыми углами и которые при простомъ оконномъ стеклѣ не попадали бы въ комнату. Стекло, доставленное на выставку фирмой Сѣвернаго стекольнаго общества и укрѣпленное въ окнѣ «примѣрнаго класса», состояло изъ 96 кусковъ (8 въ вышину и 12 въ ширину), изъ коихъ каждый имѣлъ въ длину около 10 стм. и почти столько же въ ширину и былъ усаженъ 20 параллельными ребрами 3-гранныхъ призмъ. Все стекло имѣло, стало быть, около 80 стм. въ вышину и 120 въ ширину, а призмъ въ немъ было $96 \times 20 = 1920$.

Въ какой степени вся эта масса призмъ усиливала дневное освѣщеніе комнаты, неизвѣстно, да оно и не могло быть опредѣлено при данномъ мѣстоположеніи «примѣрнаго класса». Неизвѣстно также, во сколько должно обходиться все это сооруженіе. *H. Cohn* разсказываетъ въ своемъ «Lehrbuch der Hygiene des Auges» (1892, стр. 374), какъ проф. *Förster* примѣнилъ призмы для усиленія дневного свѣта въ пріемной комнатѣ Breslau'ской университетской глазной клиники: передъ верхней частью каждаго окна повѣшено было въ желѣзной рамѣ по 12 призмъ, длиной въ 64 стм. и угломъ въ 25°. Изслѣдованіе *Weber*'овскимъ свѣтомѣромъ показало, что на стѣнной таблицѣ для изслѣдованія зрѣнія сила свѣта, благодаря призмамъ, повысилась съ 39 метросвѣчъ до 51. Обходились же *Förster*'у каждыя 12 призмъ по 144 марки, а рама для укрѣпленія призмъ въ окнѣ—въ 31 марку, такъ что стоимость всей призменной системы для одного лишь окна равнялась 175 маркамъ. Вѣроятно, и «Luxfer» стоитъ весьма недешево, а въ такомъ случаѣ невозможно особенно настаивать на его примѣненіи, тѣмъ болѣе, что существуетъ и болѣе дешевый, и не менѣе дѣйствительный способъ отраженія свѣтовыхъ лучей въ комнату—зеркалами. Проф. *Cohn* (l. c., стр. 375) отъ такого способа получалъ удвоеніе въ силѣ дневного свѣта. *Р. Кацъ.*

---

## Новая санаторія для легочныхъ больныхъ въ Закопанахъ, въ Галиціи.

Посѣтивъ весной прошлаго года нѣсколько вновь устроенныхъ западно-европейскихъ санаторій для легочныхъ больныхъ и ознакомившись на мѣстѣ съ ихъ типомъ, я считаю небезполезнымъ познакомить товарищей съ нѣкоторыми изъ нихъ и начну съ санаторіи въ Закопанахъ.

Въ Галиціи, на границѣ съ Венгріей, въ долинѣ горной цѣпи Татры, лѣтъ 20 назадъ, въ деревушкѣ Закопаны (900 м. надъ уровнемъ моря) началъ устраиваться горный курортъ. Теперь дачи и пансіоны раскинулись на большой площади, имѣющей около 2-хъ верстъ въ поперечникѣ; на окраинахъ много домовъ построено въ смежномъ еловомъ лѣсу. Всѣ постройки особаго стиля, изъ еловыхъ брусьевъ съ рѣзными украшеніями по дереву, въ 1, рѣдко въ 2 этажа, съ помѣщеніями подъ высокой крышей. Новыя улицы широки, шоссированы, въ центрѣ остаются еще домики зажиточныхъ крестьянъ со скотными дворами. Канализаціи нѣтъ, и водопроводъ еще въ проэктѣ. Есть небольшой курзалъ, частная водолѣчебница, метеорологическая станція, музей польскихъ древностей, большой костелъ, почта, телеграфъ, телефоны. Сообщеніе по желѣзной дорогѣ изъ Кракова по линіи на Венгрію до Хабовки, откуда идетъ особая вѣтвь въ Закопаны; лѣтомъ отъ Кракова 5 час. ѣзды, зимою 6.

Закопаны—главнымъ образомъ лѣтній курортъ для легочныхъ и другихъ больныхъ, а также для дачниковъ и туристовъ. Лѣтомъ сюда съѣзжаются поляки со всего міра и цѣны на квартиры повышаются; зимою занимаются едва ¼ помѣщеній.

4 года назадъ въ Закопанахъ устроена на частной дачѣ въ 10 комнатъ санаторія для больныхъ бугорчаткою съ платой за полное содержаніе около 100 р. въ мѣсяцъ, а 2 года назадъ открыта благотворительная санаторія для учащейся молодежи, теперь на 27 чел., съ платой по 40 р. въ мѣс. Это учрежденіе образовалось на средства, собранныя въ Краковѣ, Львовѣ и Варшавѣ. Въ началѣ нанята была и приспособлена 1 дача, потомъ еще присоединены 2 сосѣднихъ.

Въ 1900 г. по почину д-ра *К. К. Длускаго*, бывшаго ассистентомъ въ санаторіи д-ра *Turban*'а въ Davos'ѣ, составилось общество для постройки большой санаторіи близь Закопанъ по типу германскихъ и 10/XI 1902 г. санаторія была открыта.

Мѣсто было выбрано въ 3-хъ верстахъ отъ Закопанъ и въ 5 отъ станціи желѣзной дороги на высотѣ 1050 м. (3440 ф.) надъ уровнемъ моря, на южномъ отлогомъ склонѣ хребта Татры, покрытаго участками еловаго лѣса и обработанныхъ полей. Выше санаторіи въ разстояніи версты - нѣсколько крестьянскихъ избъ. Подъ санаторію пріобрѣтено около 7 десятинъ земли; столько-же предполагается прикупить. Зданіе—5-этажное, кирпичное. Потолки бетонные; полы покрыты гипсомъ и линолеумомъ. Въ 1-мъ этажѣ, полуподвальномъ, помѣщается кухня, погреба, склады, водолѣчебница, контора, помѣщенія для служащихъ и на югъ галлерея, съ кушетками для лежанія. Во 2-мъ—общій залъ, читальня, комната для музыки, обращающаяся въ сцену для спектаклей, открытая терасса надъ галлереей для лежанія и 15 комнатъ для больныхъ. Въ 3-мъ—столовыя большая и малая, кабинетъ врача, лабораторія, аптека и 19 комнатъ для больныхъ. Въ 4-мъ—церковь, операціонный залъ и 21 комната для больныхъ. Въ 5-мъ—подъ крышей, по типу мансардъ, 23 комнаты для больныхъ и ихъ родственниковъ. Всего комнатъ 78, изъ нихъ 6 заняты администраціей. Сообщеніе между этажами, кромѣ лѣстницъ, по подъемной машинѣ. Съ сѣвера на крутомъ откосѣ, саженяхъ въ 50 отъ главнаго зданія, значительно выше его, построенъ особый павильонъ для центральнаго парового отопленія, электрическаго освѣщенія, прачешной и водокачка для подъема воды изъ источника, лежащаго значительно ниже санаторіи, близь рѣчки. Котлы отапливаются каменнымъ углемъ, и дымъ изъ фабричной трубы разносится высоко, не касаясь построекъ. Когда я былъ въ этой санаторіи, тамъ кое-что не совсѣмъ еще было закончено: не вполнѣ была обставлена водолѣчебница и операціонная; минувшимъ лѣтомъ должны были разбиться правильныя тропинки со скамейками, бесѣдками и крытыми галлереями для лежанія, въ лѣсу; должна была быть проведена вода изъ источника выше санаторіи; стѣны комнатъ, покрытыя пока клеевой краской, оклеены моющимися обоями (Salubra-Tapeten); отъ кухни должна была быть удалена людская столовая, въ машинномъ отдѣленіи устроена обеззараживающая камера.

При устройствѣ санаторіи въ Закопанахъ учредители держались такого принципа: дать всѣ существенныя удобства современныхъ санаторій, но въ то-же время избѣгать роскоши, дорого оплачиваемой больными. Кое-что въ Закопанахъ оригинально по удобствамъ и практичности; я отмѣчу эти особенности курсивомъ. Тамъ есть домовой водопроводъ, полная домовая канализація въ бетонные пріемники съ фильтрами; въ каждомъ этажѣ *по концамъ корридоровъ* 2 ватерклозета для мужчинъ и для женщинъ съ умывальниками при нихъ; паровое отопленіе съ чугунными батареями близь оконъ и *входными каналами для воздуха, около нихъ-же внизу; вытяжные провѣтриватели* у потолка противуположной стѣны; послѣдніе встрѣчаются не во всѣхъ новѣйшихъ нѣмецкихъ санаторіяхъ; верхнія фрамуги двойныхъ рамъ легко открываются *особой системой рычаговъ*; желѣзныя кровати *съ рѣшеткой изъ упругихъ широкихъ желѣзныхъ полосъ*, системы Парижской фирмы Herbette, постельные тюфяки изъ мѣстной промытой шерсти; одѣяла шерстяныя закрываются лѣтними бумажными; кромѣ того, сверхъ одѣялъ въ морозныя ночи накладываются легкіе нѣмецкіе пуховики. Ночные столики и умывальники *желѣзные крашеные*; мѣстные деревянные стулья, деревянныя же складныя кресла, съ 2-мя клеенчатыми подушками на сидѣньѣ и спинкѣ; столы и шкафы еловые, въ дорогихъ комнатахъ — съ зеркальными дверцами; сначала еловая мебель пропитывалась жидкой коричневой и зеленоватой краской и по-

Digitized by Google

крывалась лакомъ; послѣдняя-же часть этой мебели прямо покрыта была лакомъ, отчего она вышла свѣтлѣй и изящнѣй. Въ электрическомъ освѣщеніи *всѣ лампочки въ комнатахъ больныхъ гасятся разомъ изъ машиннаго отдѣленія въ 10½ час. веч.*

Вышина комнатъ первыхъ 4-хъ этажей около 5 арш., 5-го около 4-хъ; куб. содержаніе отъ 5,5 до 7,0 к. саж.; двери изъ корридоровъ въ комнаты и между нѣкоторыми комнатами—двойныя, отчего скрадываются звуки, а на ночь между дверями выставляются платье, обувь и карманныя плевальницы. Мокрота сжигается съ торфомъ. Въ корридорахъ, на высотѣ 1½ арш., *подвѣшены желѣзныя плевательницы съ торфомъ*. Кромѣ карманныхъ плевальницъ *Detweiler*'а, употребляются еще *картонныя Pflügge*, съ торфомъ, формы портсигара, стоимостью около 2 коп., удобныя для сжиганія. Лежащимъ больнымъ ставятся кружки или бумажныя чашки съ крышками, сжигаемыя съ мокротой. Мокрота и бумажныя плевальницы бросаются въ большія желѣзныя ведра съ торфомъ и сжигаются въ машинномъ отдѣленіи, а плевальницы постоянныя обеззараживаются паромъ въ желѣзномъ ящикѣ съ полками.

Кухня просторная съ асфальтовымъ поломъ, большой чугунной плитой; рядомъ — судомойня съ бетонными лоханями; здѣсь-же пока людская столовая. Кушанья подаются во всѣ этажи небольшой подъемной платформой съ ручнымъ канатнымъ приводомъ. Съѣстные припасы получаются изъ Закопанъ и Кракова; молоко доставляется подрядчикомъ изъ сосѣднихъ деревень. Распредѣленіе ѣды — обычное въ санаторіяхъ; на ночь, по назначенію, дается стаканъ простокваши. Вначалѣ готовились изысканныя блюда, по примѣру швейцарскихъ и нѣмецкихъ большихъ санаторій; но, когда разъ, послѣ лососины съ пикантными приправами у 26 больныхъ появились желудочно-кишечныя разстройства, перешли на болѣе простой столъ съ преобладаніемъ польскихъ кушаній.

На 70 больныхъ приходится около 40 служащихъ. По новизнѣ дѣла въ Польшѣ, хозяйственная часть затрудняется неподготовленной, малокультурной прислугой, которой долго приходится внушать понятіе о чистотѣ и умѣломъ обращеніи со всѣми приспособленіями санаторіи.

Такъ какъ затраты на Закопанскую санаторію были сравнительно малы—500000 гульденовъ (400000 р.) (въ Wehrawald'ѣ и Schatzalp'ѣ постройка санаторій обошлась около 700000 р.), то цѣны здѣсь за полный пансіонъ съ лѣченіемъ нѣсколько ниже. Самыхъ дешевыхъ комнатъ (въ 5-мъ этажѣ) 12—по 132 р. въ мѣсяцъ, 10 комнатъ по 144—162 р., 40 комнатъ по 180—186 р., 8 комнатъ по 192—228 р. и 2 комнаты по 252 р. въ мѣсяцъ; въ эти цѣны входитъ и пользованіе всѣми водолѣчебными средствами. При поступленіи уплачивается 6 р. на обеззараживаніе по выѣздѣ. Врачи и ихъ семейства пользуются скидкой въ 10%. Стирка бѣлья, напитки, лѣкарства, сидѣлки при слабыхъ больныхъ оплачиваются отдѣльно. Вино и пиво въ Закопанахъ пансіонерамъ не предлагается, а каждый изъ нихъ, имѣя на то разрѣшеніе врача, требуетъ ихъ по своему желанію.

Съ 10/XI 1902 г. до конца марта 1903 г. въ санаторіи пользовались 103 больныхъ. Прочное улучшеніе получилось у 23 съ пораженіемъ одного только легкаго, въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже съ пещерами въ верхушкахъ. У 80 были поражены оба легкія отъ начальныхъ инфильтратовъ въ верхушкахъ до тяжкихъ формъ 3-й степени; послѣднихъ поступило 27, изъ нихъ 23 были посланы врачами и 4 пріѣхали по собственному желанію, вопреки совѣту врачей. Судьба этихъ больныхъ такова: 5 умерли въ санаторіи, 3 по возвращеніи на родину; 8 уѣхали съ значительнымъ ухудшеніемъ, 3—въ томъ-же положеніи, въ какомъ и пріѣхали, 3—съ улучшеніемъ и 5 остались въ санаторіи; у 3-хъ послѣднихъ состояніе было безъ перемѣны, у 1 отмѣчено ухудшеніе и у 1—значительное улучшеніе. Тяжелыя осложненія были слѣдующія: у 10 больныхъ бугорчатковый ляринги̂тъ, у 5 изъ нихъ перихондритъ съ затрудненіемъ глотанія, у 8—бугорчатковыя язвы въ кишкахъ и у 1—хроническій бугорчатковый перитонитъ.

Говоря о порядкахъ, существующихъ вообще въ санаторіяхъ, не могу не коснуться одного обстоятельства, имѣющаго, мнѣ кажется, важное психологическое значеніе для населенія санаторіи.

Когда больному, направленному въ санаторію, не сказано, что у него найдены бугорчатковыя палочки въ мокротѣ, онъ со своимъ «бронхитомъ» или «катарромъ легкаго» находится въ постоянномъ страхѣ заразиться чахоткой въ санаторіи. Въ тѣхъ случаяхъ, когда врачъ санаторіи, открывая такому больному истину съ предварительнымъ замѣчаніемъ, что ни одна изъ хроническихъ болѣзней не вылѣчивается такъ быстро, какъ легочная бугорчатка въ началѣ ея развитія, никакого вреда для больныхъ отъ такого заявленія не наблюдалось; напротивъ, больные освобождались отъ гнетущаго ощущенія страха и усердно исполняли всѣ назначенія и строгій режимъ санаторій. *Detweiler*, *Hermann Weber*, *Pentzoldt* и др. давно уже настойчиво совѣтуютъ не скрывать отъ больныхъ наличности у нихъ начальной легочной бугорчатки, какъ въ интересахъ ихъ самихъ, такъ и въ видахъ предохраненія отъ этой болѣзни здоровой части населенія; незнающіе истиннаго положенія дѣла больные невнимательно относятся къ своему образу жизни, къ совѣтамъ врачей, всюду расплевываютъ мокроту и избѣгаютъ тѣхъ учрежденій, которыя наиболѣе приспособлены для ихъ лѣченія.

Зимою, при снѣжномъ покровѣ, въ Закопанахъ температура держится между 0—10° Ц.; рѣдко морозы доходятъ—15°—20° Ц. Лѣтомъ средняя температура между 15°—25° Ц.; 1-ая половина лѣта иногда бываетъ дождливая.

Закопаны представляютъ для насъ интересъ, какъ ближайшая къ Россіи большая горная санаторія. Въ Крымскихъ горахъ, не смотря на самыя благопріятныя метеорологическія условія, къ сожалѣнію, въ этомъ отношеніи до сихъ поръ ничего еще не сдѣлано.

*И. Лебедевъ.*

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

**Физіологія и общая патологія.** 183. Проф. *Riegler* (Jassy) описываетъ *новый газометрическій способъ количественнаго опредѣленія сахара въ мочѣ*. Онъ основанъ на слѣдующемъ принципѣ: при окисленіи виноградн аго сахара марганцевокислымъ кали образуется углекислое кали и свободная угольная кислота по формулѣ: $C_6H_{12}O_6+8\ KMnO_4=4\ K_2CO_3+2\ CO_2+8\ MnO_2+6\ H_2O$. Слѣд., по количеству образовавшаго углекислаго кали, или—что все равно—по количеству углекислоты, которая можетъ быть выдѣлена изъ него, можно опредѣлить количество винограднаго сахара. Углекислота выдѣляется изъ углекислаго кали при помощи сѣрной кислоты, а количество ея измѣряется.

Приборъ, придуманный авторомъ для этой цѣли, состоитъ изъ 3-хъ частей: 1) изъ цилиндра, въ которомъ происходитъ выдѣленіе газа; цилиндръ закрывается пробкой съ 2-мя отверстіями; черезъ одно изъ нихъ проходитъ воронка съ краномъ, служащая для приливанія сѣрной кислоты, а черезъ другое—стеклянная трубка, соединяющая цилиндръ съ 2) газоизмѣрительной трубкой, сходной съ такой-же трубкой прибора *А. П. Бородина* для опредѣленія мочевины въ мочѣ; 3) послѣдняя часть прибора состоитъ изъ охладителя для цилиндра; это—просто стеклянный сосудъ вмѣстимостью въ 3—3,5 литра.

Количественное опредѣленіе сахара въ мочѣ производится такъ: въ цилиндръ, съ котораго предварительно снимаютъ стеклянную пробку, кладутъ нѣсколько кристалликовъ (около 0,1 грм.—не больше) марганцевокислаго калія и наливаютъ 10 к. стм. предварительно въ 10 разъ разведенной мочи. Смѣсь эту нагрѣваютъ осторожно до кипѣнія. Какъ только жидкость закипаетъ, огонь удаляютъ и прибавляютъ къ жидкости малыми порціями около 1 грм. марганцевокислаго кали при постоянномъ взбалтываніи. Затѣмъ закрываютъ цилиндръ пробкой при открытомъ кранѣ и помѣщаютъ въ охлаждающій сосудъ такъ, чтобы наполняющая послѣдній вода доходила до пробки цилиндра. Засимъ устанавливаютъ газоизмѣрительную трубку, которая наполняется водой такъ, чтобы уровень жидкости въ обоихъ ея колѣнахъ стоялъ на 0. Черезъ 10 мин. закрываютъ кранъ воронки и въ послѣднюю наливаютъ до верхней мѣтки 20%-ную сѣрную кислоту. Затѣмъ вынимаютъ цилиндръ изъ охлаждающаго сосуда, открываютъ кранъ и впускаютъ сѣрную кислоту до тѣхъ поръ, пока она не дойдетъ до нижней мѣтки воронки; цилиндръ встряхиваютъ, пока не прекратится выдѣленіе газа; затѣмъ его опять помѣщаютъ въ охлаждающій сосудъ на 5 мин. Теперь остается только отсчитать объемъ выдѣлившагося газа; для этого воронку газоизмѣрительной трубки спускаютъ настолько, чтобы жидкости въ обоихъ колѣнахъ опять стояли на одномъ уровнѣ. Количество сахара, соотвѣтствующее найденному объему углекислоты, вычисляется по особымъ таблицамъ, изъ коихъ одна показываетъ вѣсъ 1 к. стм. углекислоты при разныхъ температурахъ и давленіяхъ воздуха, а другая, сколько млгрм. винограднаго сахара соотвѣтствуетъ найденному числу млгрм. углекислоты. Такъ какъ моча, помимо винограднаго сахара, содержитъ еще и другія органическія вещества, которыя даютъ при окисленіи ихъ марганцевокислымъ кали углекислое кали, то въ найденной вышеуказаннымъ способомъ величинѣ приходится дѣлать слѣдующую поправку: число, выражающее

Digitized by Google

количество литровъ въ суточной мочѣ, вычитается изъ эмпирически найденнаго числа 7,50; полученное такимъ образомъ число дѣлится на 10 и вычитается изъ вычисленной по таблицамъ величины %-го содержанія сахара въ мочѣ.

Примѣръ: суточное количество мочи 1940 к. стм., т. е. 1,94 литра. При опредѣленіи сахара найдено по таблицамъ 5,47 % сахара. Поправка: 7,50—1,94=5,56; 5,56 : 10=0,556. Слѣд., истинное количество сахара будетъ 5,47—0,556=4,91.

Сравнивая новый способъ съ другими извѣстными способами количественнаго опредѣленія сахара въ мочѣ, авторъ нашелъ, что для клиническихъ изслѣдованій и цѣлей врачебной практики онъ даетъ вполнѣ пригодные результаты. Проф. *Riegler* считаетъ главнымъ достоинствомъ способа быстроту и простоту его выполненія (судя по приведенному описанію, каждое опредѣленіе требуетъ не менѣе $^1/_2$-часа времени; такъ какъ по существу способъ этотъ не очень точенъ, то онъ можетъ найти себѣ примѣненіе лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда, за неимѣніемъ поляризаціоннаго прибора, желательно сдѣлать въ сравнительно короткое время количественное опредѣленіе сахара. Въ другихъ случаяхъ, мнѣ кажется, слѣдуетъ отдать предпочтеніе болѣе простому, точному и дешевому прибору *Lohnstein*'а. *Реф*). Приборъ проф. *Riegler*'а продается въ Berlin'ѣ у Altmann'а и въ Leipzig'ѣ у Hugershoff'а (Münchener medicinische Wochenschrift, № 5). *А. Коварскій.*

**Фармакологія.** 184. Д-ръ *E. Meyer* (Berlin) изучалъ *дѣйствіе гидрохинона, какъ антинейральгическаго средства.* Онъ давалъ его обыкновенно въ началѣ въ малыхъ пріемахъ, по 1 грм. въ день, и постепенно увеличивалъ это количество, доходя до 4 грм. Средство давалось всегда въ растворѣ, при чемъ оно всегда свѣже приготовлялось и принималось столовыми ложками вечеромъ, когда больной уже лежалъ въ постели. Такъ какъ препаратъ этотъ легко разлагается, то всегда нужно обращать вниманіе на то, чтобы растворъ не стоялъ долго и былъ защищенъ отъ дѣйствія свѣта. Послѣ пріема лѣкарства часто наблюдается сильное потѣніе, при чемъ особенно сильно потѣетъ та конечность, въ которой имѣется нейральгія. Неблагопріятныя побочныя дѣйствія авторъ наблюдалъ только въ 1 случаѣ, въ которомъ наступила тошнота, сильное учащеніе пульса и головокруженіе; всѣ эти явленія прошли тотчасъ же по прекращеніи пріемовъ средства. Въ большинствѣ случаевъ гидрохинонъ оказывалъ хорошее болеутоляющее дѣйствіе при нервныхъ и мышечныхъ боляхъ; въ единичныхъ случаяхъ онъ оказывался недѣйствительнымъ; поэтому на него нельзя смотрѣть, какъ на панацею. Но на ряду съ другими противонейральгическими средствами онъ заслуживаетъ полнаго вниманія; особенно онъ пригоденъ въ бѣдной практикѣ, такъ какъ недорогъ. Дѣйствіе его, какъ и большинства другихъ противонейральгическихъ средствъ, преходяще, и припадки болей черезъ короткій промежутокъ времени возобновляются, но иногда удается при помощи вторичнаго назначенія небольшихъ пріемовъ средства окончательно избавить больного отъ болей. Сочетаніе этого способа лѣкарственнаго лѣченія съ физическими способами значительно сокращаетъ срокъ лѣченія (Berliner klinische Wochenschrift, № 6). *А. К.*

**Внутреннія болѣзни.** 185. Д-ръ *Karl Oppenheimer* (München) пытается *опровергнуть новѣйшіе взгляды Behring'а на происхожденіе и распространеніе легочной бугорчатки.* Сущность его возраженій противъ теоріи *Behring*'а сводится къ слѣдующему: 1. Въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, т. е. въ первые мѣсяцы жизни, когда по *Behring*'у происходитъ зараженіе бугорчаткой, отъ послѣдней умираетъ относительно очень мало дѣтей. 2. Противъ положенія *Behring*'а, что начало свое бугорчатка почти всегда беретъ въ раннемъ возрастѣ, говорятъ: а) статистика *Naegeli*, который нашелъ, что въ трупахъ дѣтей до 1 года ему ни разу не удалось найти бугорчатковыхъ измѣненій; б) отрицательный результатъ туберкулиновой реакціи у очень молодыхъ дѣтей. 3. Невѣроятно, чтобы зараженіе происходило черезъ посредство коровьяго молока, потому что: а) смертность отъ бугорчатки, какъ показываютъ статистическія данныя, такъ-же велика въ тѣхъ мѣстностяхъ, гдѣ матери сами вскармливаютъ своихъ дѣтей, какъ и тамъ, гдѣ они вскармливаются коровьимъ молокомъ; б) первичная бугорчатка кишечника встрѣчается не настолько часто, чтобы можно было разсматривать пищеварительный путь входнымъ мѣстомъ бугорчатковой заразы; в) тѣ сѣрые узелки, которые *Behring* находилъ у очень молодыхъ животныхъ въ брыжжейкѣ и которые онъ считаетъ начальнымъ проявленіемъ бугорчатки, въ трупахъ грудныхъ дѣтей до сихъ поръ найдены не были. Авторъ поэтому думаетъ, что положеніе *Behring*'а—«молоко, которымъ питаются дѣти въ раннемъ возрастѣ, является главнымъ источникомъ возникновенія бугорчатки»—еще нельзя считать доказаннымъ и что поэтому рано еще съ излишними опасеніями относиться къ кормленію дѣтей коровьимъ молокомъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 5). *А. К.*

186. До 1870 г. *бугорчатка десенъ* была вовсе неизвѣстна, и лишь съ того времени въ литературѣ стали появляться единичные случаи этого заболѣванія. Д-ръ *М. Герцъ* (Варшава) описываетъ подобный случай.

Въ амбуляторію Варшавской евангелической больницы обратился больной, 16 л., изъ-за болей въ деснахъ, затруднявшихъ принятіе пищи.—Изъ здоровой, небугорчатковой семьи. Въ дѣтствѣ перенесъ корь, воспаленіе легкаго и легочной плевы. Въ послѣднее время похудѣлъ. Годъ назадъ лѣчился отъ язвы на твердомъ нёбѣ, быстро зажившей. Болѣзнь десенъ развилась 3 мѣсяца назадъ: появилась болѣзненность въ верхней челюсти въ области правыхъ коренныхъ зубовъ; въ началѣ боли появлялись только при твердой пищѣ, а затѣмъ они, какъ и опуханіе десенъ, распространились на всю верхнюю челюсть и на нижнюю съ правой стороны. Въ дальнѣйшемъ десны стали кровоточить, а боли рѣзко усилились.—Средняго питанія. На тѣлѣ никакихъ признаковъ золотухи. На верхней челюсти десны на передней поверхности набухли, при дотрогиваніи зондомъ легко кровоточатъ. Зубы покрыты грязно-сѣрымъ, мѣстами зеленоватымъ налетомъ и окружены красной каймой; между зубовъ въ видѣ красныхъ валиковъ выдается набухшая слизистая оболочка. На задней поверхности десенъ верхней челюсти—разлитая язва отъ послѣдняго коренного зуба съ правой стороны до 1-го малаго коренного зуба съ лѣвой; мѣстами посреди изъязвленій находятся небольшіе островки здоровой слизистой оболочки. Язва имѣетъ возвышенные, неровные края, съ блѣдно-красными, легко кровоточащими грануляціями; покрыта сѣровато-желтымъ, мѣстами грязно-сѣрымъ, трудно смываемымъ отдѣляемымъ. На нижней челюсти—поверхностное изъязвленіе вокругъ послѣдняго коренного зуба; корень 2-го коренного обнаженъ; небольшое изъязвленіе позади правыхъ рѣзцевъ. Всѣ зубы верхней челюсти шатаются. На средней линіи твердаго нёба—плоская, атоническая язва, съ мѣдный пятакъ, покрытая сѣрымъ налетомъ. Справа снутри на крылѣ носа—небольшое изъязвленіе съ неровными краями. Слизистая оболочка твердаго и мягкаго нёба блѣдна. На кожѣ лица и носа никакихъ сыпей и язвъ нѣтъ. Въ легкихъ и сердцѣ никакихъ измѣненій. Распознаванія ради авторъ соскоблилъ немного отдѣляемаго изъ язвы и нашелъ въ немъ порядочное количество бугорчатковыхъ палочекъ. Лѣченіе заключалось въ выскабливаніи острой ложечкой и втираніи 3-хлоруксусной кислоты. На глубокое выскабливаніе съ послѣдовательнымъ прижиганіемъ больной не согласился. Подъ вліяніемъ упомянутаго лѣченія боли въ деснахъ уменьшились, но мѣстныя явленія остались тѣже (Medycyna, 20 и 27 февраля). *С. О.*

**Хирургическія болѣзни.** 187. Д-ръ *Harte* описываетъ *3 случая успѣшной операціи при тифозномъ прободномъ воспаленіи брюшины.*

1. Больной 21 г. Прободеніе на 3-ьей недѣлѣ. Операція подъ эфиромъ черезъ $5^1/_2$ час. послѣ прободенія. Прободеніе въ подвздошной кишкѣ, на разстояніи 25 стм. отъ слѣпой. Швъ. Промываніе брюшной полости солевымъ растворомъ; стекляный дренажъ. Рана частично зашита. Черезъ 3 недѣли рана зажила. Черезъ 4 недѣли присоединилось гнойное воспаленіе плевры, потребовавшее изсѣченія ребра. Выписанъ черезъ 3 мѣсяца послѣ 1-ой операціи.

2. Больной, 39 л., поступилъ на 10-ый день болѣзни съ явленіями разлитого воспаленія брюшины. Таже операція (найдено тоже), что и въ сл. 1, только, вмѣсто дренажа, примѣнена тампонада по *Mikulicz*'у. Не смотря на возвратъ тифа, выздоровленіе черезъ 3 мѣсяца.

3. Больной, 30 л., перенесъ тифъ. На 46-ой день болѣзни, при сильномъ истощеніи, появились признаки разлитого прободенія брюшины. При операціи, кромѣ 2-хъ прободеній въ подвздошной кишкѣ, найдено было еще (тифозное? *реф.) прободеніе червеобразнаго отростка.* Отростокъ удаленъ (NB. Набухшій, но не прободенный отростокъ удаленъ былъ также и въ 2-хъ первыхъ случаяхъ). Прободенія въ кишкѣ зашиты. Брюшная полость промыта солевымъ растворомъ и перекисью водорода. Тампонада. Выздоровленіе.

Всего авторъ оперировалъ 13 такихъ больныхъ; остальные 10 умерли. Изъ литературы онъ собралъ 332 случая: въ 245 наступила смерть, въ 87 выздоровленіе. Авторъ—сторонникъ промыванія брюшной полости солевымъ растворомъ (Annals of Surgery, 1903 г. іюль). *Б. Ф.*

Digitized by Google

188. На основаніи собственнаго случая и литературныхъ данныхъ д-ръ *Elsberg* говоритъ *о тифозномъ прободномъ воспаленіи брюшины у дѣтей.*

Дѣвочка, 6 л., поступила на 2-ой недѣлѣ брюшного тифа. На 23-й день болѣзни—незначительное кровотеченіе изъ кишекъ; на 32-ой рѣзкое паденіе температуры, сильное кровотеченіе, къ вечеру снова 40°; на слѣдующій день утромъ болѣзненность живота, въ 2 часа дня—явленія разлитого воспаленія брюшины, къ вечеру—операція. Прободеніе, съ булавочную головку, въ подвздошной кишкѣ въ разстояніи 20 стм. отъ слѣпой. Швы. Брюшная полость осушена губками. Наружная рана зашита; въ нижній уголъ—дренажъ. Черезъ мѣсяцъ полное выздоровленіе. *Изъ влагалищнаго отдѣляемаго получена чистая разводка тифозной палочки* (*единственный* въ литературѣ *случай*, гдѣ тифозная палочка найдена въ отдѣляемомъ изъ влагалища).

Тифозныя прободенія кишекъ у дѣтей наблюдаются не рѣже, чѣмъ у взрослыхъ, а именно—по даннымъ автора въ 1,2% (у взрослыхъ отъ 1 до $2^1/_2$%). Въ литературѣ описано 24 случая операціи у дѣтей. Возрастъ 6—15 л. Полъ: 18 мальчиковъ, 6 дѣвочекъ. Признаки заболѣванія тѣже, что и у взрослыхъ. Предсказаніе у дѣтей (36% смертности) лучше, чѣмъ у взрослыхъ (77,6% смертности). Промываніе брюшной полости авторъ считаетъ безполезнымъ. Лѣченіе—оперативное, хотя въ единичныхъ случаяхъ и наблюдалось произвольное выздоровленіе (Annals of Surgery, 1903 г. іюль). *Б. Финкельштейнъ.*

189. Д-ръ *Neilson* описываетъ *случай операціи при разрывѣ печени.*

Больной, 26 л., при паденіи съ высоты 10 фут. ударился правымъ подреберьемъ о деревянныя перила. Доставленъ немедленно въ состояніи сильнѣйшаго shock'а, съ рѣзкою болѣзненностью въ верхне-правомъ отдѣлѣ живота. Нѣсколько разъ была рвота кровью. Въ мочѣ также была примѣсь крови. Область печеночной тупости увеличена. Подъ кожу и внутрь—возбуждающія. Немедленно разрѣзъ чрезъ правую прямую мышцу. Въ брюшной полости найдено значительное количество темной крови. Брюшина, прикрывающая верхній полюсъ правой почки, оказалась разорванной, и почка въ этомъ мѣстѣ была слегка помята. Брюшная и фиброзная оболочки печени были сильно растянуты кровью, значительное количество которой удалено черезъ разрѣзъ этихъ оболочекъ. Введенною рукою можно было прощупать разрывъ на заднемъ краѣ правой доли печени. Передняя брюшная рана зашита, а къ разрыву печени подведенъ тампонъ черезъ разрѣзъ между 11-ми и 12-ми ребрами по задней подмышковой линіи. Отдѣльный тампонъ черезъ тотъ-же разрѣзъ подъ печень къ верхнему полюсу почки. Черезъ 10 дней тампоны удалены. Полное выздоровленіе (Annals of Surgery, 1903 г. іюль).

190. Д-ръ *Taylor* описываетъ интересный *случай травматическаго расширенія лѣвой подключичной артеріи, вызваннаго переломомъ ключицы.*

Больной, 62 л., за 2 недѣли до поступленія ушибъ лѣвое плечо. Не смотря на образовавшуюся опухоль и на сильныя боли, все время работалъ. При поступленіи найденъ переломъ лѣвой ключицы въ наружной $^1/_3$, а въ области перелома—бьющаяся опухоль, простиравшаяся отъ задняго нижняго шейнаго 3-угольника кнутри до кивательной мышцы, а впереди терявшаяся подъ ключицей. Соотвѣтственно мѣсту перелома кожа была наиболѣе истончена, а біеніе выражено было напрязче. Надъ опухолью слышенъ жужжащій шумъ. Въ лѣвой рукѣ боли и чувство онѣмѣнія; пульсъ въ лучевой артеріи слабѣе, чѣмъ справа. Замѣчательно, что біеніе становилось наиболѣе рѣзкимъ, когда больной ложился, ослабѣвало, когда онъ принималъ сидячее положеніе и почти исчезало, когда онъ становился на ноги. Черезъ 2 недѣли по поступленіи, въ виду угрожавшаго разрыва кожныхъ покрововъ,—операція. Изсѣченъ весь внутренній осколокъ ключицы. Отыскиваніе начальной части подключичной артеріи представляло громадныя трудности, усиливавшіяся еще вслѣдствіе сильнѣйшаго кровотеченія изъ случайно пораненной позвоночной вены. Кровотеченіе остановлено тампонадой. Затѣмъ авторъ вскрылъ мѣшокъ (сдавивъ предварительно приводящій конецъ артеріи), удалилъ изъ него сгустки, захватилъ зажимами находившійся въ его передне-верхней стѣнкѣ просвѣтъ сосуда и, такъ какъ перевязка артеріи, вслѣдствіе ея тѣснаго срощенія съ веной, представляла громадныя трудности, оставилъ зажимы въ ранѣ. Внутренняя часть раны была зашита, остальная-же затампонирована. Зажимы удалены на 12-ый день. Выздоровленіе безъ какихъ бы то ни было разстройствъ кровообращенія.

Въ литературѣ авторъ нашелъ слѣдующія осложненія со стороны сосудовъ, нервовъ и органовъ грудной полости при переломахъ ключицы: 10 случаевъ пораженія нервовъ, 4 случая раненія подключичной артеріи (всѣ кончились смертью), въ 1 раненіе безымянной артеріи съ послѣдовательнымъ расширеніемъ, въ 4—раненіе подключичной вены, въ 2—внутренней яремной вены, въ 5 раненіе легкаго съ образованіемъ подкожной эмфиземы (Annals of Surgery, 1903 г. ноябрь). *Б. Финкельштейнъ.*

191. Д-ръ *Gibson* наблюдалъ *3 случая омертвѣнія конечностей вслѣдствіе закупорки сосудовъ послѣ фибринознаго воспаленія легкихъ.*

1. Больной 67 л., не пьяница, поступилъ съ явленіями воспаленія нижней доли праваго легкаго. На 12-й день—полное разрѣшеніе; на 13-ый—боли въ правой ногѣ и полное отсутствіе біенія въ артеріяхъ всей конечности; на 23-ый день образовалась отграничивающая линія омертвѣнія между нижней и средней $^1/_3$ бедра. Усѣченіе. Выздоровленіе.

2. Рабочій—43 л., пьяница. На 7-ой день вмѣстѣ съ паденіемъ температуры и разрѣшеніемъ процесса почувствовалъ онѣмѣніе въ правой стопѣ. На 23-ый день—усѣченіе бедра (чрезмыщелковое). Выздоровленіе. Въ подколѣнной артеріи пробка, распространявшаяся и на обѣ артеріи голени.

3. Больной, 61 г. Омертвѣніе голени на 26-ой день послѣ фибринознаго воспаленія легкихъ. Усѣченіе бедра. Смерть черезъ 6 недѣль отъ паралича сердца.

Ни въ одномъ изъ описанныхъ случаевъ сахара въ мочѣ не было; ни въ одномъ не было также, по видимому, первичнаго заболѣванія сердца и сосудовъ. Для автора причинная связь между фибринознымъ воспаленіемъ легкихъ и омертвѣніемъ конечностей—внѣ всякаго сомнѣнія. Что касается операціи, то *Gibson* совѣтуетъ не ждать образованія отграничивающей линіи, а оперировать возможно раньше (какъ только разрѣшится воспаленіе легкихъ) и возможно выше, напр., при омертвѣніи, доходящемъ до средины голени, усѣкать конечность въ нижней $^1/_3$ бедра (Annals of Surgery, 1903 г. сентябрь). *Б. Ф.*

**Глазныя болѣзни.** 192. Д-ръ *Я. Варшавскій* въ 6 случаяхъ, собранныхъ имъ изъ литературы (иностранной), присоединяетъ свой собственный *случай поврежденія хрусталика осколкомъ мѣди*, наблюдавшійся имъ въ Балаханской промысловой больницѣ съѣзда Бакинскихъ нефтепромышленниковъ.

Какъ въ извѣстныхъ опытахъ *Leber*'а, гдѣ мѣдные осколки, введенные въ хрусталикъ кролика, не вызывали катаракты, въ то время какъ въ тканяхъ глаза, богатыхъ сосудами, они обусловливали разрушительныя гнойныя измѣненія, такъ и въ случаѣ д-ра *Варшавскаго* осколокъ мѣди, попавшій въ хрусталикъ 16-лѣтняго слесарнаго ученика и выдававшійся однимъ своимъ краемъ въ переднюю камеру, и черезъ 4 мѣсяца послѣ поврежденія не вызвалъ никакого помутнѣнія хрусталика, и острота зрѣнія сохранилась въ 0,8—0,9 противъ нормы (на неповрежденномъ глазу имѣлась нормальная острота зрѣнія), при вполнѣ спокойномъ глазѣ. Исходя изъ того положенія, что литературныя данныя указываютъ на спокойное пребываніе мѣдныхъ осколковъ въ теченіи десятковъ лѣтъ, попытка же къ удаленію осколка повела-бы къ образованію полной катаракты, послѣ которой имѣвшееся на глазу зрѣніе, если бы и получилось, то не иначе, какъ со стекломъ, авторъ воздержался отъ оперативнаго вмѣшательства въ данномъ случаѣ. Послѣдній интересенъ еще и въ судебно-медицинскомъ отношеніи. По степени сохранившагося зрѣнія почти невозможно признать пониженіе трудоспособности, а стало быть и право на вознагражденіе; между тѣмъ, инородное тѣло, сидящее въ хрусталикѣ, все же, хотя бы и черезъ много лѣтъ, какъ въ случаѣ *Wagenmann*'а, можетъ повести къ образованію катаракты. Авторъ полагаетъ, что въ данномъ случаѣ рабочему слѣдуетъ вознагражденіе отъ работодателя за рискъ полученія катаракты на поврежденномъ глазу (Вѣстникъ офтальмологіи, іюль—октябрь). *Р. Кацъ.*

193. По передачѣ въ «Archiv für Augenheilkunde», т. XLVIII, 2) д-ра *Broca* и *Sulzer* (Journal de physiologie et de pathologie générale, V, 2) изслѣдовали *зависимость остроты зрѣнія отъ продолжительности освѣщенія* и убѣдились, прежде всего, въ томъ, что центръ сѣтчатки требуетъ для распознаванія формы предмета вчетверо меньшей продолжительности освѣщенія, чѣмъ части, расположенныя лишь на разстояніи 13 минутъ отъ центра. Кромѣ того, они нашли, что при степеняхъ освѣщенія ниже 80 метросвѣчъ для распознаванія пробныхъ знаковъ требуется тѣмъ меньше времени, чѣмъ выше освѣщеніе; при освѣщеніяхъ-же болѣе сильныхъ, съ повышеніемъ освѣщенія можетъ потребоваться больше времени, чтобы узнать очертанія въ виду одновременнаго утомленія сѣтчатки. На основаніи своихъ наблюденій, авторы и приходятъ къ тому практическому выводу, что для быстраго различенія формъ, какъ это, напр., требуется при чтеніи, наилучшей силой свѣта—при искусственномъ освѣщеніи—должны быть признаны 40—80 метросвѣчъ [1]). *Р. К.*

[1]) Результаты *Broca* и *Sulzer*'а для *быстроты зрѣнія*, такимъ образомъ, весьма близко подходятъ къ той цифрѣ, которую *Cohn* опредѣлилъ для *скорости чтенія*, выражающей собою ту-же способность зрительнаго органа лишь въ практическомъ ея примѣненіи. *Cohn*, какъ извѣстно, нашелъ, что такая-же скорость чтенія, какъ и при хорошемъ дневномъ освѣщеніи, т. е.

Digitized by Google

194. Д-ръ *И. Николюкинъ* говоритъ о *куриной слѣпотѣ и ея спутникахъ*, основываясь на 16-лѣтнемъ наблюденіи этого страданія въ Петропавловскомъ участкѣ Богучарскаго уѣзда, Воронежской губ. Авторъ убѣдился, что ненормальное питаніе (неурожаи и недороды хлѣбовъ или овощей) и изнуряющій физическій трудъ являются лишь побочными условіями возникновенія куриной слѣпоты; отсутствіе-же параллели между цифрами перемежающейся лихорадки для каждаго года и цифрами куриной слѣпоты говорило противъ міазматической гипотезы этой слѣпоты. По мнѣнію автора, основными причинами гемералопіи, достигающей своего высшаго напряженія въ апрѣлѣ или въ ближайшихъ къ нему мѣсяцахъ, являются наростаніе продолжительности дня, какъ и повышеніе окислительныхъ измѣненій въ тѣлѣ подъ вліяніемъ весны; 1-е требуетъ отъ глаза (сѣтчатки) усиленной работы, а 2 е усиливаетъ и безъ того существующее истощеніе организма. За наличность-же нарушеннаго питанія всего организма вообще и глазъ въ частности говорятъ и спутники куриной слѣпоты: малокровіе, цынга и сухость глазъ, ведущая нерѣдко къ опасному нагноенію роговой оболочки и довольно скоро поддающаяся общему лѣченію рыбьимъ жиромъ (Вѣстникъ офталмологіи, ноябрь—декабрь). *Р. К.*

195. Д-ръ *М. Козловскій* (изъ глазной больницы Н. и Е. Поповыхъ въ Кіевѣ) *извлекаетъ хрусталикъ и при помутнѣніи лишь задней его сумки*, которое, какъ извѣстно, развивается при заболѣваніяхъ сѣтчатой и сосудистой оболочекъ. Хотя въ этихъ случаяхъ и по устраненіи препятствія для зрѣнія со стороны помутнѣвшей сумки хрусталика можетъ, все-же, оказаться одно лишь количественное зрѣніе, т. е. способность лишь отличать свѣтъ отъ темноты, вслѣдствіе обширнаго пораженія внутреннихъ глазныхъ оболочекъ, обнаруживающагося послѣ извлеченія хрусталика, но, съ другой стороны, бываютъ и такіе случаи, гдѣ, по словамъ автора, не смотря на давнее помутнѣніе, вслѣдъ за извлеченіемъ хрусталика получается довольно сносное, а иногда и вполнѣ хорошее зрѣніе; кромѣ того, въ цѣломъ рядѣ случаевъ—авторъ это видѣлъ у $^{1}/_{3}$ оперированныхъ имъ больныхъ, и эти то случаи давали преимущественно хорошій результатъ послѣ операціи—внутриглазныхъ измѣненій, по крайней мѣрѣ, такихъ, которыя могли-бы быть обнаружены глазнымъ зеркаломъ, можетъ и вовсе не оказаться [1]). Въ виду сказаннаго авторъ и совѣтуетъ, кромѣ общаго лѣкарственнаго, предпринимать и хирургическое лѣченіе во всѣхъ случаяхъ съ помутнѣвшей задней сумкой хрусталика, гдѣ сохранилось лишь правильное свѣтоощущеніе. Самъ онъ произвелъ эту операцію въ 21 случаѣ, при чемъ обходился безъ предварительныхъ иридектомій и разсѣченій для искусственнаго созрѣванія катаракты, а прямо удалялъ прозрачный хрусталикъ съ помутнѣвшей сумкой въ одинъ пріемъ, не дѣлая иридектоміи и лишь вскрывая цистотомомъ переднюю сумку хрусталика, вслѣдъ за чѣмъ хрусталикъ при помощи 2-хъ ложечекъ и выдавливался наружу. Въ 7 случаяхъ помутнѣвшая задняя сумка вышла цѣликомъ вмѣстѣ съ хрусталикомъ, а въ остальныхъ 14 пришлось, послѣ выведенія хрусталика, отдѣльно извлекать сумку, при чемъ въ 8 случаяхъ она вышла вся, а въ остальныхъ лишь центральная ея часть. Въ 8 случаяхъ пришлось сдѣлать разсѣченіе оставшихся хрусталиковыхъ массъ, хотя это было всего лишь на 10-й—15-й день послѣ операціи извлеченія. Въ 4 случаяхъ вслѣдъ за извлеченіемъ задней сумки показались нити стекловиднаго тѣла. Изъ послѣопераціонныхъ осложненій было въ одномъ случаѣ легкое воспаленіе радужной оболочки, а въ другомъ на 2-й день послѣ операціи обнаружено было выпаденіе куска радужной оболочки, каковой и пришлось отрѣзать. Изслѣдованіе зеркаломъ показало послѣ операціи въ 4 случаяхъ пигментное перерожденіе сѣтчатки, въ 3—воспаленіе сѣтчатки и сосудистой оболочки (хоріоретинитъ) и въ 7—воспаленіе одной лишь сосудистой оболочки; въ 7-же остальныхъ случаяхъ, какъ сказано, не найдено было никакихъ измѣненій на днѣ глаза. Изслѣдованіе зрѣнія, производившееся черезъ 2—3 недѣли послѣ операціи, не обнаружило никакого улучшенія въ 3 случаяхъ; въ 12 найдено было зрѣніе въ $^{1}/_{50}$—$^{1}/_{10}$, а въ 6—выше $^{1}/_{10}$, до $^{3}/_{10}$. Продолжительность послѣоперaціоннаго лѣченія была не меньше 12 дней и не превышала 25 дней. Слѣдуетъ еще прибавить, что возрастъ больныхъ колебался въ предѣлахъ 10 и 40 лѣтъ, а отношеніе ихъ числа къ числу больныхъ, оперированныхъ авторомъ за тотъ-же промежутокъ времени (5 лѣтъ) по поводу обыкновенной катаракты (1260), составляло 1,6% (Вѣстникъ офталмологіи, ноябрь—декабрь). *Р. Кацъ.*

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 196. Сельскіе хозяева уже давно примѣняютъ *муку изъ сѣмянъ хлопчатой бумаги, какъ средство, усиливающее выдѣленіе молока у коровъ*. Исходя изъ того, что материнское молоко является единственно полезнымъ и ничѣмъ незамѣнимымъ питательнымъ матеріаломъ для кормленія грудныхъ дѣтей, д-ръ *Theódor Zlocisti* (Berlin) попытался примѣнить тоже средство для усиленія выдѣленія молока у женщинъ съ ясно выраженнымъ перерожденіемъ грудныхъ железъ, мѣшавшимъ имъ до того самимъ выкармливать своихъ дѣтей. Онъ пользовался для этой цѣли очищеннымъ препаратомъ, извѣстнымъ въ продажѣ подъ названіемъ «лактагола», и получилъ весьма ободряющіе результаты. Всѣ женщины принимали средство дов. охотно, такъ какъ вкусъ его, по заявленію большинства, безразличенъ. Побочныхъ неблагопріятныхъ дѣйствій не наблюдалось; отмѣчено было только 1 разъ преходящее желудочно-кишечное разстройство, связь котораго съ употребленіемъ лактагола установить было дов. трудно. Во всѣхъ 12 случаяхъ, въ которыхъ примѣнялся препаратъ, замѣтное дѣйствіе его наблюдалось уже, начиная съ 3-го или 4-го дня; оно выражалось въ томъ, что вялыя до того груди становились замѣтно болѣе упругими и полными, что дѣти сосали ихъ болѣе продолжительное время и что матери въ концѣ акта кормленія не жаловались болѣе на тянущія и колющія боли въ грудной железѣ. Что дѣти получали при этомъ больше молока, доказывалось тѣмъ, что они черезъ нѣсколько дней начинали отказываться отъ привычнаго до того подкармливанія коровьимъ молокомъ или мочеными сухарями. Если въ теченіи 1 дня не давать средства, то замѣтнаго дѣйствія не обнаруживается, но, если пропустить 2—3 дня, то опять наступаютъ явленія недостаточнаго отдѣленія молока. Назначалось средство въ количествѣ 25—30 грм. въ день; если примѣненіе его начинается уже съ позднѣйшихъ мѣсяцевъ молокоотдѣленія, то пріемы приходится значительно повысить—до 55 грм. въ день. Въ 1 случаѣ при помощи лактагола автору удалось до 16-го мѣсяца удержать молокоотдѣленіе въ такой же степени, въ какой оно бываетъ обыкновенно въ 6—7 мѣсяцѣ (Berliner klinische Wochenschrift, № 5). *А. Коварскій.*

197. Д-ръ *Audebert* по поводу случая пнеймоніи во время беременности высказываетъ свои соображенія относительно *вліянія асфиксіи на маточныя сокращенія*. Случай его—преждевременные роды (7 мѣс.) при фибринозной пнеймоніи, быстрое и незамѣтное теченіе родового акта, смертельный исходъ на 3-ій день послѣ родовъ—подтверждаетъ общепринятое мнѣніе о серьезности пнеймоніи во время беременности. Въ общемъ смертность заболѣвшихъ пней-

наивысшая скорость чтенія, получается при 50 метросвѣчахъ. Необходимо, однако-же, имѣть въ виду, что въ силѣ свѣта, дающей наивысшую скорость чтенія, существуютъ столь-же значительныя личныя колебанія, какъ и въ наименьшемъ освѣщеніи, доставляющемъ еще полную остроту зрѣнія или-же достаточный запасъ свѣта для продолжительныхъ занятій. На это указываютъ изслѣдованія о скорости чтенія, произведенныя мною 8 лѣтъ тому назадъ у 42 воспитанницъ средне-учебныхъ заведеній: у однѣхъ такая-же скорость чтенія, какъ днемъ, получилась еще при 25 метросвѣчахъ, въ 1 случаѣ даже при 16, въ то время какъ у другихъ скорость чтенія при тѣхъ-же 25 метросвѣчахъ составляла лишь 0,8 и даже 0,78 дневной скорости («Врачъ», 1896). Таковы личныя колебанія въ низшемъ предѣлѣ освѣщеній для наибольшей скорости чтенія. Что и въ высшемъ предѣлѣ существуютъ личныя колебанія, можно съ увѣренностью признать на основаніи повседневныхъ наблюденій. *Р. К.*

[1]) Для распознаванія наличности, а въ извѣстной мѣрѣ и степени внутриглазного страданія въ подобныхъ случаяхъ существуетъ довольно простой способъ, предложенный мною въ 1895 г. и описанный въ «Вѣстникѣ офталмологіи» («О распознаваніи страданій зрительно-нервнаго аппарата въ глазахъ съ помутнѣніями средъ»), а также и въ «Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde» («Totaler Lichtsinn bei Trübungen der Augenmedien»). *Р. К.*

Digitized by Google

моніей во время беременности—40%, но при наступленіи выкидыша или преждевременныхъ родовъ % этотъ повышается до 66 (2/3 случаевъ), съ другой стороны, онъ понижается до 15, если беременность не прерывается. Ухудшеніе предсказанія относительно жизни больныхъ при опорожненіи матки зависитъ, по мнѣнію *Audebert*'а, отъ степени самого зараженія, такъ какъ только тяжелыя формы пнеймоніи прерываютъ беременность; приводимыя-же авторами соображенія о переутомленіи сердца, остромъ отекѣ легкихъ и т. д., вызываемыхъ родовымъ актомъ, не выдерживаютъ критики въ виду непосредственно по окончаніи родовъ наступающаго улучшенія самочувствія вмѣсто долженствовавшаго быть ухудшенія. Что-же касается объясненія быстраго теченія родовъ, то опыты *Audebert*'а, произведенные имъ для провѣрки мнѣнія *Brown-Séquard*'а о вліяніи $CO^2$ на сокращенія матки, не подтвердили заключеній *Brown-Séquard*'а и показали, что $CO^2$ остается безъ вліянія на сокращенія матки. И дѣйствительно, только заразныя асфиктическія болѣзни оказываютъ роковое и неизбѣжное вліяніе на мышцу матки (пнеймонія, бронхопнеймонія и др.), тогда какъ при просто асфиктическихъ заболѣваніяхъ, какъ коклюшъ, астма, кардіопатіи, вліяніе это лишь весьма ограниченное. Стало быть, главной причиной здѣсь является, по мнѣнію *Audebert*'а, заразное начало (Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1903, декабрь).

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 198. Д-ръ *Котелевскій* описываетъ *случай т. наз. галопирующаго злокачественнаго сифилиса*, представляющій интересъ какъ по чрезвычайно злокачественному теченію, не поддававшемуся лѣченію, такъ и по своеобразнымъ явленіямъ, оказавшимся при вскрытіи въ мышечной и нервной системахъ. Явленія эти особенно интересны въ виду того, что до сихъ поръ еще нельзя считать вполнѣ выясненнымъ вопросъ, способенъ-ли сифилисъ, подобно другимъ заразнымъ болѣзнямъ, вызывать перерожденіе, или-же онъ можетъ вызвать только специфическую для него инфильтрацію—гранулему-гумму? На основаніи изученія своего случая авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: сифилисъ уже черезъ 3—4 мѣсяца послѣ зараженія можетъ вызывать явленія перерожденія какъ въ нервной ткани, такъ и въ мышцахъ; перерожденіе это вызывается, вѣроятно, сифилитическимъ токсиномъ и не излѣчивается обычными противосифилитическими средствами; тахикардіи у сифилитиковъ иногда обусловливаются перерожденіемъ блуждающихъ нервовъ; фагоцитозъ въ сочувственной нервной системѣ обусловливается главнымъ образомъ блуждающими клѣтками, неподвижныя-же клѣтки — перицеллюлярныя клѣтки сумки—при этомъ распадаются; что касается, наконецъ, алкоголизма, то онъ способствуетъ злокачественности сифилиса (Вопросы нервно-психической медицины, 1903, вып. 4). *И. Н.*

199. Проф. *Rona* сообщаетъ *результаты своихъ изслѣдованій относительно омертвѣлаго, фагеденическаго, дифтерійнаго шанкра авторовъ*. Онъ изслѣдовалъ 40 больныхъ, всѣхъ въ больничной практикѣ. Изъ нихъ было 37 мужчинъ (въ возрастѣ 18—30 лѣтъ) и 3 дѣвушки (въ возрастѣ 16—17 лѣтъ). Въ большинствѣ случаевъ болѣзнь развивалась быстро послѣ совокупленія. Первоначальное пораженіе представляло не гнойничекъ, или язву, какъ это бываетъ при ulcus molle, но дифтероидный налетъ. Лихорадка наблюдалась уже въ легкихъ случаяхъ; въ 1 случаѣ температура доходила до 40°,1. Лимфатическія железы часто бывали увеличены. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ развивалось малокровіе и плохое общее состояніе. Послѣ выскабливанія и наложенія глухой, іодоформной повязки быстро наступало улучшеніе. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ общемъ были подтверждены данныя изслѣдованій *Matzenauer*'а, отождествляющаго, какъ извѣстно, эти шанкры съ нозокоміальнымъ омертвѣніемъ. *Ducrey*'евскихъ палочекъ не было найдено ни разу. При опытахъ переносъ язвы на здоровую кожу людей, страдавшихъ ею, оставался безъ результата; у животныхъ также получились результаты отрицательные. Впрыскиваніе (въ 2-хъ случаяхъ) противодифтерійной сыворотки, въ виду объясненія нѣкоторыми авторами нозокоміальнаго омертвѣнія, какъ осложненія дифтеріей, также дало отрицательные результаты. При микроскопическомъ изслѣдованіи дифтерійныхъ палочекъ не обнаружено. Опыты выращиванія чистыхъ разводокъ не удались. Въ общемъ авторъ соглашается съ взглядами *Matzenauer*'а и полагаетъ, что часть описывавшихся прежде «дифтерійныхъ, фагеденическихъ и гангренозныхъ шанкровъ» на самомъ дѣлѣ представляетъ особую заразную болѣзнь, не вызываемую ни палочкой мягкаго шанкра, ни *Löffler*'овской палочкой. Возможно, что *Matzenauer*'овскія палочки стоятъ въ тѣсной связи съ этимъ разрушительнымъ процессомъ, но этотъ процессъ требуетъ дальнѣйшей разработки (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXVII, тетр. 2). *М. Членовъ.*

200. Д-ръ *Bindermann* сообщилъ *4 поучительныхъ* наблюденія изъ амбулаторіи проф. *Zeissl*'я въ Wien'ѣ, изъ нихъ—*2 случая внѣполового зараженія сифилисомъ*.

1. У повивальной бабки, 52 л., присланной съ распознаваніемъ scrophuloderma, въ виду имѣвшагося на разгибательной сторонѣ правой руки, въ области 3-ьей пястной кости, коричневатокраснаго трещевиднаго узловатаго уплотнѣнія, при наличности припуханія лимфатическихъ железъ въ локтевой и подмышковой впадинахъ, таковое уплотненіе было распознано за первичное сифилитическое затвердѣніе. Сѣдлообразная форма носа наводила мысль на наслѣдственный сифилисъ, но оказалось, что она составляла результатъ операціи, произведенной на 3-мъ году жизни больной. Послѣдовательныя явленія въ видѣ пятнисто-папулезнаго сифилида на ладоняхъ и подошвахъ больной подтвердили установленное распознаваніе.

2. У 17-лѣтней дѣвственницы установлено было присутствіе первичнаго сифилитическаго затвердѣнія на верхней губѣ рта съ значительнымъ припуханіемъ нижнечелюстныхъ железъ съ обѣихъ сторонъ.—У обѣихъ названныхъ больныхъ никакихъ явленій сифилиса на половыхъ частяхъ не было.

3. 32-лѣтній больной, продѣлавшій въ клиникѣ проф. *Neumann*'а 10 лѣтъ назадъ противосифилитическое лѣченіе, замѣтилъ образованіе въ теченія 11 недѣль неисчезавшаго уплотнѣнія въ области головки полового члена. При осмотрѣ уплотненіе это оказалось слегка вдавленнымъ въ срединѣ, величиною съ горошину, отдѣляло немного сывороточной жидкости и было распознано за гуммозное уплотненіе, расположенное, какъ это часто бываетъ, на мѣстѣ бывшаго первичнаго сифилитическаго затвердѣнія. Больной женатъ 7 лѣтъ и имѣетъ здоровыхъ дѣтей.

4. У 77-лѣтняго больного въ теченіи насморка явились отдѣльные пузырьки herpes zoster на спинѣ, въ области 5-го грудного позвонка, распространившіеся вскорѣ на промежутокъ между 7-мъ и 8-мъ ребрами и далѣе на правое плечо и предплечье. Затѣмъ такіе же пузырьки, но въ большемъ числѣ, появились на ладони и на сгибательной поверхности пальцевъ, сопровождаясь рѣзкими болями. На тылѣ руки они были одиночны. Когда новое высыпаніе прекратилось и наличные пузырьки стали подсыхать, вся правая кисть отекла и пальцевые суставы водяночно набухли. Въ концѣ 4-ой недѣли подобное-же набуханіе явилось и на правомъ колѣнномъ суставѣ, хотя нога была безболѣзненна и свободна отъ высыпи. Болевыя ощущенія не уступали никакому лѣченію. Пузырьки высыпа подсохли въ теченіи 6 недѣль, не оставивъ нигдѣ рубцовъ. Опухоль колѣннаго сустава спала чрезъ 2 недѣли, набуханіе-же пальцевыхъ суставовъ и затрудненная ихъ подвижность держались въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ.

Указавъ, что при herpes zoster на лицѣ и вообще въ области тройничнаго нерва не рѣдки припуханія вѣкъ и т. п., авторъ добавилъ, что обычно herpes zoster на конечностяхъ не вызываетъ отека и что въ доступной ему литературѣ онъ нашелъ лишь описаніе случая *Lesser*'а, гдѣ herpes нижней конечности сопровождался набуханіемъ (водянкою) праваго колѣннаго сустава (Wiener medizinische Presse, № 31). *А. Гаринъ.*

201. Д-ръ *Fritz Veiel* (изъ клиники проф. *Neisser*'а въ Breslau) произвелъ *бактеріологическое изслѣдованіе въ 20 случаяхъ хронической экцемы* и пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ. Во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ въ раннихъ ступеняхъ болѣзни всегда, а въ позднихъ почти всегда находятъ при изслѣдованіи только гроздекокковъ, вполнѣ тождественныхъ съ гноеродными гроздекокками, но отличающихся отъ гроздекокковъ нормальной кожи. Имѣютъ-ли эти гроздекокки значеніе этіологическаго условія для возникновенія хронической экцемы, на основаніи современнаго состоянія нашихъ знаній ни утверждать, ни отрицать нельзя. Тотъ фактъ, что они вполнѣ тождественны съ возбудителями нагноенія и что постоянно встрѣчаются въ видѣ чистой разводки въ раннихъ ступеняхъ болѣзни, позволяетъ допустить, что гроздекокки при хронической экцемѣ размножаются не какъ простые сапрофиты, но что они имѣютъ извѣстное значеніе въ патогенезѣ болѣзни. Такъ какъ въ началѣ болѣзни, помимо гроздекокковъ, не удается найти никакихъ другихъ микроорганиз-

Digitized by Google

мовъ, то существованіе особаго специфическаго возбудителя хронической экземы совершенно невѣроятно (Münchener medicinische Wochenschrift, № 1). *А. Коварскій.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ дѣтскихъ болѣзней.** (Окончаніе. См. выше, № 8 стр. 295). (Отчетъ *С. Э. Островскаго*). Засѣданіе 10-го января съ 2—5 ч. дня. Почетные предсѣдатель—*Н. В. Яблоковъ* (Москва), товарищъ предсѣдателя—*И. К. Стржельбицкій* (Тула).

Проф. *И. В. Троицкій* и *И. К. Стржельбицкій. О противопоказаніяхъ къ грудному кормленію.* Были намѣчены лишь главные пункты, подлежащіе обсужденію въ данномъ вопросѣ. 1) Имѣются-ли научныя данныя, позволяющія утверждать, что кормленіе грудью, какъ функція физіологическая, въ состояніи ослаблять организмъ женщины? 2) Можно-ли a priori сказать, что при данныхъ условіяхъ такая-то мать не будетъ въ состояніи кормить своего ребенка? 3) Имѣетъ-ли современная наука право признавать возможной передачу груднымъ молокомъ матери какихъ-либо душевныхъ болѣзней или истеріи? 4) Вопросъ о кормленіи грудью прежде всего заключаетъ въ себѣ вопросъ объ уходѣ за ребенкомъ, и особенно о ночномъ уходѣ. Это обстоятельство нужно отдѣлить отъ акта сосанія, такъ какъ многія матери не могутъ быть одновременно и кормилицами, и няньками, особенно матери молодыя и первородящія. 5) Имѣемъ-ли мы право при продолжительномъ и упорномъ невареніи лишать ребенка материнской груди, если изслѣдованіе вѣса показываетъ, что ребенокъ наростаетъ въ вѣсѣ правильно? 6) Имѣются-ли точно установленныя наукой теоретическія и клиническія данныя въ пользу запрещенія кормить ребенка грудью при нѣкоторыхъ острыхъ заразныхъ болѣзняхъ и т. д. Д-ръ *Стржельбицкій* предложилъ избрать для разработки даннаго вопроса Коммиссію, которая привлекла-бы къ участію въ работѣ всѣ имѣющіяся въ Россіи Общества дѣтскихъ врачей.

*М. М. Щукинъ:* По поводу новой беременности, которую считаютъ противопоказаніемъ къ грудному кормленію, я долженъ сказать слѣдующее: у одной татарки, кормившей во 2-й половинѣ беременности крупнаго мальчика, мнѣ не удалось прекратить выдѣленіе молока, къ которому были противопоказанія въ начавшихся схваткахъ.

*И. Л. Долинскій:* По моему мнѣнію, лихорадочное состояніе матери не мѣшаетъ кормленію дѣтей. Я могу сообщить случай, когда жена врача, заболѣвшая тяжелымъ брюшнымъ тифомъ, кормила своего ребенка грудью, и онъ развивался хорошо и былъ совершенно здоровъ. Обращаю вниманіе на то, что кормленіе дѣтей кормилицами, кормившими уже цѣлый годъ ребенка, весьма вредно для другого ребенка.

Ч. пр. *П. В. Кусковъ* (Москва). *Къ вопросу о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ кишечника при атрофіи грудныхъ дѣтей.* Выводы: Въ кишкахъ дѣтей, умершихъ при явленіяхъ дѣтской атрофіи, существуютъ слѣдующія измѣненія: истонченіе слоевъ, уменьшеніе размѣровъ ворсинокъ и железъ, уменьшеніе количества кругло-клѣточныхъ элементовъ въ слизистой ткани и нерѣзко выраженныя воспалительныя явленія. Мѣшечки въ кишкахъ такихъ больныхъ уменьшаются какъ въ числѣ, такъ и въ размѣрахъ. Микроскопическая картина измѣненій въ кишкахъ щенятъ атрофиковъ (послѣ голоданія) во многомъ соотвѣтствуетъ таковой-же въ кишкахъ дѣтей.

*А. Н. Шкаринъ* (Петербургъ). *Зобное удушье (asthma thymicum).* Докладчикъ производилъ изслѣдованія на трупахъ (39—грудного возраста и 8—дѣтей до 2-хъ лѣтъ), чтобы убѣдиться, на сколько точно возможно опредѣленіе размѣровъ вилочковой железы путемъ постукиванія и каково распознавательное значеніе послѣдняго. Опредѣлялись границы тупости въ области рукоятки грудины, верхняя отъ яремной вырѣзки, боковыя и нижняя. Полученныя границы отмѣчались цвѣтнымъ карандашемъ на кожѣ и провѣрялись вкалываніемъ стальныхъ иголъ. При изслѣдованіяхъ на грудныхъ дѣтяхъ съ удовлетворительнымъ питаніемъ, умершихъ отъ острой кратковременной болѣзни, въ большинствѣ случаевъ игла, служившая для обозначенія нижней границы притупленія вилочковой железы, приходилась какъ разъ на уровнѣ отхожденія отъ тѣла железы ея ножекъ. Опредѣленіе верхней и боковой границы у дѣтей удовлетворительнаго питанія въ возрастѣ до 6 мѣсяцевъ удается безъ особаго труда. При изслѣдованіи труповъ дѣтей съ явленіями общей атрофіи отмѣченъ поразительно низкій вѣсъ вилочковой железы (въ среднемъ 4 грм.). Выводы: Необходимо признать зобное удушье, какъ извѣстную клиническую картину припадковъ, обусловленную увеличеніемъ вилочковой железы. Среди случаевъ зобнаго удушья многіе протекаютъ менѣе остро, при чемъ чаще съ исходомъ въ выздоровленіе. Ученіе *Paltauf*'а, *Escherich*'а и др. о патогенезѣ зобнаго удушья не можетъ служить возраженіемъ противъ механической теоріи. Постукиваніе вилочковой железы можетъ служить подспорьемъ для клиническаго распознаванія ея увеличенія, но лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ, при чемъ здѣсь имѣетъ значеніе возрастъ ребенка и состояніе его общаго питанія.

*К. А. Раухфусъ:* Увеличенная зобная железа даетъ себя знать притупленіемъ звука на рукояткѣ грудины, заходящемъ на 0,5—1 стм. за предѣлы грудины съ обѣихъ сторонъ. Я придаю особое значеніе и прямому ощупыванію верхняго конца зобной железы при откинутой назадъ головѣ. При горлосѣченіяхъ на 1-мъ году жизни нерѣдко зобная железа выступаетъ при разрѣзѣ фасціи.

*И. К. Стржельбицкій:* Что для происхожденія внезапной смерти и удушья отъ увеличенія вилочковой железы требуются еще особыя условія, видно изъ того, что существуютъ болѣе легкія формы подъ названіемъ stridor congenitalis—страданіе невинное, кончающееся всегда выздоровленіемъ къ концу 1—2 года. И здѣсь всегда можно ясно обнаружить притупленіе звука на верхней части грудины.

*И. Л. Долинскій:* Лѣтъ 5—6 назадъ въ Клиническомъ Повивальномъ Институтѣ наблюдался слѣдующій случай: крѣпкій, здоровый ребенокъ, 5 дней, накормленный матерью и положенный возлѣ себя, былъ найденъ спустя 20 мин. мертвымъ. Вскрытіе (проф. *Н. П. Ивановскій*) показало, что причиной внезапной смерти была увеличенная зобная железа, придавившая дыхательное горло ребенка, которому мать дала положеніе съ запрокинутой головой.

Ч. пр. *А. А. Кисель:* Зобное удушье—несомнѣнно понятіе сборное; въ будущемъ будетъ доказано, что эта клиническая картина вызывается различными причинами. Чистая форма зобнаго удушья наблюдается чрезвычайно рѣдко. Я лично не имѣлъ ни одного наблюденія, но видѣлъ случай клинически чистаго удушья, при чемъ къ такому заключенію мы пришли послѣ вскрытія. Давитъ-ли увеличенная зобная железа на дыхательное горло? Меня интересовалъ этотъ вопросъ при работахъ въ Петербургскомъ Воспитательномъ Домѣ. Я видѣлъ часто маленькихъ дѣтей со значительно увеличенной зобной железой, но ни у кого изъ нихъ не было указаній на сдавленіе дыхательнаго горла, а при жизни не наблюдалось рѣшительно никакихъ разстройствъ дыханія.

*Б. П. Китерманъ* (Петербургъ). *Объ измѣненіи вѣса больного при скарлатинѣ.* Матеріаломъ для наблюденій докладчика служили больные скарлатиннаго отдѣленія Петербургской Николаевской дѣтской больницы за время съ октября 1901 г. по май 1902 г. Всего были подвергнуты наблюденію 27 дѣтей (16 мальчиковъ и 11 дѣвочекъ) въ возрастѣ отъ 3—13 лѣтъ. Систематическое взвѣшиваніе больного производилось въ теченіи 6 недѣль, обыкновенно до 42-го дня отъ начала болѣзни. Всѣ больные представляли собой случаи чистой скарлатины безъ дифтеріи зѣва. Больной взвѣшивался ежедневно въ опредѣленный часъ (между 11—11$^1/_2$ ч. утра), по истеченіи приблизительно 3-хъ часовъ послѣ перваго пріема пищи, и всегда послѣ опорожненія мочевого пузыря. При изученіи этихъ вѣсовыхъ данныхъ докладчикъ подмѣтилъ, что скарлатина можетъ быть раздѣлена на 3 періода: 1-й—паденія вѣса, 2-ой—колебанія и 3-й—наростанія вѣса. Изъ изслѣдованныхъ 27 больныхъ такое правильное чередованіе 3-хъ періодовъ наблюдалось у 22 (88%). Средняя продолжительность 1-го періода равняется 8,36 дня. Средняя суточная потеря въ теченіи его равна 163,5 грм. или 0,85% всего вѣса тѣла въ случаяхъ средней тяжести; величина средней суточной потери уменьшается до 0,46% всего вѣса въ случаяхъ легкихъ и увеличивается до 1,3% и больше въ тяжелыхъ. Средняя продолжительность 2-го періода (колебанія вѣса) равна 12,8 дня; въ общемъ результатѣ его чаще получается убыль, чѣмъ прибыль вѣса. Вѣсовыя измѣненія въ теченіи этого періода зависятъ во многомъ отъ осложненій скарлатины. Въ продолженіе періода наростанія вѣса средняя суточная прибыль равна 81 грм. или 0,44% всего вѣса. Въ періодѣ паденія вѣса при скарлатинѣ мальчики обнаруживаютъ въ общемъ бо́льшую убыль вѣса, чѣмъ дѣвочки. Докладчикъ пола-

Digitized by Google

гаетъ, что систематическое наблюденіе вѣса больного должно служить существеннымъ способомъ въ дѣлѣ изученія вліянія заразы на организмъ.

Ч. пр. *А. А. Кисель:* Относясь очень сочувственно къ предпринятой Вами работѣ, я присоединяюсь къ мысли, что изученіе вѣса больныхъ дѣтей представляетъ очень большой клиническій интересъ. Съ своей стороны могу указать, что очень быстрое паденіе вѣса въ первые дни пребыванія больныхъ брюшнымъ тифомъ дѣтей въ больницѣ заставляло насъ очень осторожно относиться къ предсказанію; въ дальнѣйшемъ это подозрѣніе оправдывалось, и больные нерѣдко умирали.

*М. О. Іогихесъ* (Петербургъ). *Объ измѣненіяхъ въ спинномозговыхъ узлахъ при острыхъ заразныхъ болѣзняхъ у дѣтей.* Докладчикъ изслѣдовалъ 20 труповъ дѣтей, умершихъ въ дѣтской больницѣ пр. П. Ольденбургскаго отъ острыхъ заразныхъ болѣзней, при чемъ эти послѣднія раздѣлены на 2 группы: 1) острыя заразныя болѣзни сыпныя (оспа, скарлатина, корь) и 2) несыпныя (дифтерія, фибринозное воспаленіе легкаго, острая просовидная бугорчатка). Кромѣ того, повѣрки ради были произведены еще изслѣдованія въ случаѣ ожоги, въ случаѣ рожи съ омертвѣніемъ кожи (узлы, соотвѣтствовавшіе здоровымъ и больнымъ участкамъ кожи у одного и того-же больного), въ случаѣ столбняка новорожденныхъ и въ случаѣ смерти отъ кровотеченія. Выводы: Острыя заразныя болѣзни даютъ преимущественно паренхиматозныя измѣненія въ нервныхъ клѣткахъ, а не межуточныя. Эти измѣненія у сыпныхъ не представляютъ специфическаго характера по сравненію съ несыпными больными. На основаніи этихъ данныхъ мнѣніе, что въ спинномозговыхъ узлахъ заложены особые трофическіе центры для кожи, нельзя считать доказаннымъ.

Къ слѣдующему Съѣзду намѣчены слѣдующіе программные вопросы: 1) *О противопоказаніяхъ къ кормленію матерями своихъ дѣтей;* 2) *Рахитъ при грудномъ кормленіи*; 3) *О дѣтскихъ головномозговыхъ параличахъ и соприкасающихся съ ними заболѣваніяхъ*; 4) *Теченіе и особенности брюшного тифа у дѣтей.*

По предложенію завѣдующаго отдѣломъ проф. *Н. П. Гундобина* рѣшено всѣ доклады, заслушанные въ отдѣлѣ дѣтскихъ болѣзней, отпечатать въ особомъ сборникѣ, сборъ съ продажи котораго пойдетъ въ капиталъ имени покойнаго проф. *Н. Ѳ. Филатова.*

**Отдѣлъ общественной медицины.** (Отчетъ *М. Е. Зайцева*). Всѣхъ засѣданій отдѣла было 20, изъ нихъ 4 по городской медицинѣ, 2 по земской, 3 по общественной и 1 по медицинской статистикѣ; въ остальныхъ 10 засѣданіяхъ отдѣлъ общественной медицины былъ соединенъ съ другими отдѣлами Съѣзда: а) душевныхъ болѣзней, б) внутреннихъ болѣзней, бактеріологіи и гигіэны, в) акушерства и женскихъ болѣзней, г) гигіэны, д) горловыхъ, ушныхъ и носовыхъ болѣзней, е) дѣтскихъ болѣзней и гигіэны, ж) фабричной медицины. На всѣхъ засѣданіяхъ заслушано около 100 докладовъ.

1-ое засѣданіе отдѣла должно было быть соединеннымъ съ отдѣлами душевныхъ болѣзней по вопросу *объ алкоголизмѣ* [1]).

**Подъ-отдѣлъ городской медицины.** Засѣданіе было открыто привѣтственной рѣчью завѣдующаго отдѣломъ ч. пр. *А. А. Липскаго.* Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *Н. П. Васильевскій*, который, поблагодаривъ за избраніе, отмѣтилъ, что городская медицина впервые выдѣлена въ особый подъ-отдѣлъ. Это показываетъ, что основные принципы городской общественной медицины достаточно ясно опредѣлились на предъидущихъ Пироговскихъ Съѣздахъ и могутъ разрабатываться вполнѣ самостоятельно.

*П. А. Граціановъ. Санитарная организація въ городахъ.* Содержаніе: Современное положеніе санитаріи въ городахъ. Minimum санитарныхъ требованій, какія должны быть предъявляемы городамъ. Охраненіе чистоты воздуха, почвы и воды. Жилища, скученность населенія, ночлежные дома. Надзоръ за торговлей съѣстными припасами. Подделка пищевыхъ продуктовъ; ихъ недоброкачественность; питьевые продукты. Торгово-промышленныя заведенія и санитарныя условія жизни рабочихъ въ нихъ. Желательная организація санитарнаго надзора. Санитарные и городовые врачи, ихъ роль и функціи. Санитарные попечители. Общія законоположенія и обязательныя постановленія. Взаимныя отношенія городскихъ общественныхъ Управленій къ земскимъ. Связь населенія города съ населеніемъ уѣзда. Участіе врачей въ думскихъ Засѣданіяхъ и въ земскихъ Собраніяхъ по вопросамъ санитаріи. Ближайшія причины медленнаго развитія санитарнаго дѣла въ городахъ. Составъ городскихъ думъ. Желательность освѣженія состава думъ. Средства къ пробужденію общественнаго самосознанія. Широкая гласность; ознакомленіе населенія съ основными требованіями санитаріи. Врачебныя Общества и ихъ отношенія къ вопросамъ мѣстной санитаріи. Предложенія: Число гласныхъ городскихъ думъ должно быть увеличено, хотя бы до нормы Город. Полож. 1870 г. 2. Избирательныя права должны быть расширены представленіемъ таковыхъ и среднимъ квартиронанимателямъ, удовлетворяющимъ извѣстному образовательному цензу. 3. Функціи санитарныхъ и городовыхъ врачей должны быть строго разграничены. 4. Расходы на санитарную часть должны быть отнесены къ обязательнымъ для городскихъ общественныхъ Управленій. 5. Мѣстныя Общества врачей должны удѣлять больше вниманія вопросомъ мѣстной санитаріи.

*І. В. Полякъ. Гигіэна и городскія смѣты.* Положенія: 1. Активная санитарія, состоящая въ доставленіи населенію санитарныхъ условій жизни, гораздо важнѣе санитарной полиціи. 2. Эта активная санитарія пренебрегается въ гораздо большей степени, чѣмъ санитарный надзоръ. 3. Выраженіемъ активной санитаріи являются городскія и земскія смѣты. 4. Заключеніе въ смѣты всѣхъ расходовъ на санитарію должно быть обязательнымъ. Содержаніе: значеніе активной санитаріи и примѣры городскихъ смѣтъ.

*В. Ѳ. Ставровскій. Роль участковыхъ санитарныхъ попечительствъ и санитарныхъ врачей въ городской медицинской организаціи; права врачей въ качествѣ санитарныхъ попечителей.* Положенія: 1. Оздоровленіе городовъ въ цѣляхъ охраненія общественнаго здоровья можетъ быть успѣшно выполнено только при непосредственномъ и активномъ содѣйствіи городского населенія. 2. Для этой цѣли должны быть учреждены въ городахъ участковыя санитарныя попечительства, которыя заботятся объ устраненіи условій, вредно вліяющихъ на здоровье населенія, изыскиваютъ способы и принимаютъ мѣры къ улучшенію общихъ санитарныхъ условій жизни городского населенія. 3. Эти коллективные органы, являясь выразителями общественнаго самосознанія и самодѣятельности городского населенія, должны выполнять роль активныхъ врачевателей недуговъ этого населенія. 4 Въ виду важности задачъ общественной санитаріи, а также для разрѣшенія разнообразныхъ вопросовъ по этіологіи болѣзненности населенія, изысканія мѣръ противъ распространенія заболѣваемости и для практическаго осуществленія оздоровительныхъ мѣропріятій, санитарные врачи состоятъ непремѣнными членами участковыхъ санитарныхъ Попечительствъ и, кромѣ

---

[1]) Оно не состоялось и не могло состояться. Явившись въ значительномъ числѣ (болѣе 1000 чел.) въ аудиторію № 24, вмѣщающую не болѣе 300—400 слушателей, члены отдѣла принуждены были сами искать для своихъ засѣданій подходящее помѣщеніе; должны были выбрать Коммиссію въ помощь организаціонному Комитету и для устраненія другихъ затрудненій. По росписанію, составленному организаціоннымъ Комитетомъ, отдѣлъ общественной медицины былъ соединенъ въ одни и тѣ-же часы одного и того же дня съ 2-мя другими отдѣлами Съѣзда, и въ это же самое время были назначены и засѣданія городской медицины, т. е. засѣданія той-же общественной медицины; другими словами, члены отдѣла общественной медицины приглашались засѣдать въ одно и то-же время въ 3-хъ разныхъ аудиторіяхъ. Кромѣ того, соединенныя засѣданія были назначены такъ, что отдѣлъ общественной медицины входилъ въ другіе отдѣлы, а не наоборотъ, что вызвало непреодолимыя затрудненія: для засѣданій другихъ отдѣловъ вполнѣ достаточными были предназначенныя для нихъ аудиторіи; на время-же соединенныхъ засѣданій эти помѣщенія не могли вмѣстить и $^1/_2$ членовъ отдѣла общественной медицины. Этихъ затрудненій не пришлось-бы испытывать, если бы для отдѣла общественной медицины было отведено одно опредѣленное и при томъ самое обширное помѣщеніе Петербурга, какъ это было на VIII Съѣздѣ, и если-бы всѣ засѣданія, какъ обычныя, такъ и соединенныя, происходили въ этомъ помѣщеніи. *М. З.*

Digitized by Google

того, руководителями практической санитарной дѣятельности въ городахъ. 5. Санитарные врачи должны пользоваться всѣми правами санитарныхъ попечителей, что возможно осуществить, основываясь на 113 ст. Город. Пол.

При обсужденіи докладовъ членами отдѣла, принимавшими участіе въ преніяхъ, было выяснено: санитарная организація существуетъ только въ большихъ городахъ, и при томъ далеко не во всѣхъ (изъ сотенъ городовъ только въ десяткѣ); въ небольшихъ-же городахъ ничего не дѣлается въ медико-санитарномъ отношеніи, если не считать обязательнаго расхода на содержаніе городового врача и существующихъ на бумагѣ разныхъ санитарныхъ Коммиссій и Попечительствъ. Какъ сама организація медицинской части въ городахъ, такъ и расходы на неё и характеръ ея дѣятельности совершенно не сравнимы съ таковыми же расходами и дѣятельностью земствъ. До сихъ поръ городская санитарія зиждется на основахъ изложенныхъ въ XIII т. св. зак., устарѣлость которыхъ признается оффиціальными органами; главнымъ недостаткомъ ея является способъ борьбы со всевозможными санитарными бѣдствіями посредствомъ предписаній, отношеній, предложеній, протоколовъ и т. п. Постоянное проявленіе опеки со стороны контролирующихъ органовъ, постоянное недовѣріе къ дѣятельности общественныхъ учрежденій, подавляя самодѣятельность общественныхъ силъ, тормозятъ развитіе медико-санитарной части даже въ крупныхъ городахъ. Въ этомъ-же направленіи дѣйствуетъ и некультурность городскихъ управляющихъ классовъ, отсутствіе у нихъ энергіи и скудость городскихъ бюджетовъ, значительная часть которыхъ уходитъ на обязательныя расходы (содержаніе полиціи, квартирное содержаніе войска и т. п.). Къ причинамъ, угнетающимъ развитіе санитаріи въ городахъ, слѣдуетъ причислить и дѣйствующее въ настоящее время Городовое Положеніе, по которому удовлетвореніе всѣхъ нуждъ города ввѣряется крайне незначительному (по отношенію ко всему населенію) числу лицъ, по своему общественному положенію мало заинтересованныхъ въ общемъ благосостояніи городского населенія, а по своему культурному развитію не сознающихъ всей важности санитарныхъ мѣропріятій и поэтому вполнѣ безучастно относящихся къ проведенію ихъ въ жизнь. Указанныя условія привели къ тому, что, не смотря на болѣе, чѣмъ 30-лѣтнее существованіе городскихъ самоуправленій, медико-санитарная часть въ громадномъ большинствѣ городовъ не только не развилась, но даже не сдѣлала ни одного шага впередъ.

Переходя къ мѣрамъ, которыя могли бы повліять на развитіе врачебно-санитарнаго дѣла въ городахъ, члены отдѣла, кромѣ пожеланія объ устраненіи общихъ условій, стѣсняющихъ общественную самодѣятельность, сдѣлали нѣсколько предложеній, а именно: а) согласно докладу д-ра *Граціанова*, признать необходимымъ въ интересахъ санитаріи измѣненіе Городового Положенія въ смыслѣ предоставленія избирательныхъ правъ всему городскому населенію; б) въ виду того, что дѣятельность санитарныхъ Попечительствъ можетъ имѣть воспитательное значеніе и вліять на развитіе самодѣятельности въ городскомъ обществѣ, слѣдуетъ высказаться за учрежденіе Попечительствъ; в) въ виду полнаго незнакомства городскихъ Думъ съ основными началами желательнаго врачебно-санитарнаго строя въ городахъ, выработанными VIII Пироговскимъ Съѣздомъ, разослать Труды Коммиссіи по этому вопросу во всѣ городскія Управленія; г) принимая во вниманіе, что при равныхъ прочихъ условіяхъ (экономическихъ, культурныхъ и др.) нѣкоторыя санитарныя мѣропріятія (ассенизація, водоснабженіе, устройство жилищъ, кассы страхованія рабочихъ, общества взаимопомощи и т. п.) благотворно вліяютъ на общій уровень общественнаго здравія, рекомендовать ихъ городскимъ самоуправленіямъ; д) основываясь на практикѣ Одесскихъ санитарныхъ попечительствъ, отмѣтить, что Попечительства развиваются только тамъ, гдѣ во главѣ ихъ стоятъ санитарные врачи; е) всякія узаконенія обязательности расходовъ на санитарію дѣлу не помогутъ, ибо суть дѣла не въ недостаткѣ санитарнаго законодательства; ж) слѣдуетъ заботиться о широкомъ распространеніи медико-гигіэническихъ и санитарныхъ знаній среди всѣхъ классовъ городского населенія; одной изъ мѣръ, ведущихъ къ этой цѣли, слѣдуетъ признать публичность засѣданій всѣхъ врачебныхъ Обществъ и вообще широкая гласность всей дѣятельности ихъ; з) однимъ изъ ораторовъ было указано, что безъ опредѣленныхъ законовъ и контроля государства санитарное дѣло не можетъ быть регулируемо; правильный санитарный законъ служитъ не къ ограниченію, а къ развитію общественнаго почина, указывая обязанности городскихъ Управленій по удовлетворенію первыхъ насущныхъ потребностей населенія и предусматривая финансовыя формы для удовлетворенія ихъ.

По окончаніи преній большинствомъ голосовъ были приняты слѣдующія постановленія:

1. (По докладу д-ра *Граціанова*). Отсутствіе надлежащаго развитія городской медицины находится въ зависимости главнымъ образомъ отъ общихъ условій, стѣсняющихъ общественную самодѣятельность. 2. Права населенія по участію его въ городскихъ общественныхъ Управленіяхъ должны быть расширены. 3. Желательно, чтобы врачебныя общества удѣляли больше вниманія вопросамъ мѣстной Санитаріи. 4. (По докладу д-ра *Поляка*). Необходимо обратить вниманіе городскихъ общественныхъ Управленій, что въ дѣлѣ оздоровленія городовъ основное и преимущественное значеніе имѣютъ общественно-гигіэническія сооруженія, обезпечивающія населенію удовлетвореніе общихъ его санитарныхъ нуждъ (правильное водоснабженіе, полное удаленіе и обезвреживаніе нечистотъ и отбросовъ, раціональное устройство городскихъ скотобоенъ, рынковъ, хлѣбопекаренъ, столовыхъ, ночлежныхъ пріютовъ, бань и т. п.), такъ какъ безъ систематическаго стремленія къ осуществленію таковыхъ санитарный надзоръ самъ по себѣ можетъ оказаться сравнительно безрезультатнымъ. 5. (По докладу д-ра *Ставровскаго*). Исходя изъ того, что участковыя санитарныя Попечительства въ городахъ являются наиболѣе цѣлесообразной формой практическаго осуществленія городской общественно-санитарной дѣятельности, отдѣлъ предлагаетъ Съѣзду рекомендовать организацію таковыхъ Попечительствъ во всѣхъ тѣхъ городахъ, въ коихъ существуютъ думскіе санитарные врачи. 6. Санитарные врачи должны явиться активными организаторами участковыхъ санитарныхъ Попечительствъ въ городахъ и во всѣхъ частяхъ своей практической санитарной дѣятельности пользоваться ихъ содѣйствіемъ. 7. Желательно, чтобы санитарные врачи были надѣляемы правами санитарныхъ попечителей по избранію городскихъ Думъ согласно 113 ст. Город. Пол. 8. Основныя начала желательнаго врачебно-санитарнаго строя въ городахъ, подробно развитыя по порученію VIII Пироговскаго Съѣзда «Коммиссіей по организаціоннымъ вопросамъ общественной медицины» (работавшей при Правленіи Пироговскаго Общества съ 20 по 23 мая 1903 г.), должны быть предложены общественнымъ Управленіямъ, какъ руководящія указанія для правильной постановки и развитія мѣстныхъ городскихъ врачебно-санитарныхъ организацій.

**Отдѣлъ глазныхъ болѣзней.** (Отчета *С. В. Лобанова*). Засѣданіе 5-го января. Завѣдующій отдѣломъ проф. *Л. Г. Беллярминовъ* открылъ засѣданія отдѣла краткой привѣтственной рѣчью и предложилъ почетнымъ предсѣдателемъ проф. *А. А. Крюкова.*

*К. I. Ноишевскій. Острота зрѣнія и мѣткость стрѣльбы.* Какъ извѣстно, въ войскахъ не довольствуются однимъ опредѣленіемъ остроты зрѣнія у солдатъ, но подвергаютъ ихъ особымъ испытаніямъ, чтобы выяснить, какъ хорошо они могутъ стрѣлять. Для этой цѣли существуютъ особыя приборы: въ артиллеріи т. наз. повѣрочный приборъ, опредѣляющій мѣткость стрѣльбы до $^1/_{1000}$ млм., въ пѣхотѣ—эта мѣткость опредѣляется величиной плоскости 3-угольника, образуемаго 3-мя точками, на которыя стрѣлокъ въ дѣйствительности направляетъ ружье, уклоняясь отъ предметной цѣли. По мнѣнію докладчика, такое изслѣдованіе гораздо выше всѣхъ обычныхъ способовъ изслѣдованія V. При этомъ оказывается, что мѣткость стрѣльбы зависитъ не только отъ остроты зрѣнія, но и отъ зрительной атаксіи. Послѣдняя по своему происхожденію бываетъ 2-хъ родовъ: или отъ недостаточнаго упражненія глазъ или отъ мозговыхъ заболѣваній. Страдающимъ этимъ порокомъ слѣдуетъ считать того, у кого сила зрѣнія для счета знаковъ однообразнаго начертанія (точки, квадраты, черточки) ниже силы зрѣнія для знаковъ разнообразнаго начертанія (буквы). Для изслѣдованія этой атаксіи удобно употреблять таблицы, гдѣ рядомъ съ буквами находятся и квадраты, при чемъ каждой буквѣ соотвѣтствуютъ 2 квадрата вертикальныхъ и 2 горизонтальныхъ. При такомъ изслѣдованіи нерѣдко обнаруживается, что человѣкъ лучше различаетъ буквы, чѣмъ считаетъ квадратъ на 2 или даже на 3 ряда, хорошіе-же стрѣлки (особенно имѣющіе M или Hm) наоборотъ—лучше считать квадраты, чѣмъ различаютъ буквы. Легче распознаютъ буквы, чѣмъ точки, квадраты и т. п. также астигматики; но у нихъ точки сливаются въ горизонтальную или вертикальную черту, атактики-же, вмѣсто 2-хъ точекъ, видятъ одноглазно 3 или 4 (т. наз. polyopia monocularis). Хотя зрительная атаксія въ высокихъ степеняхъ встрѣчается рѣдко, но въ виду имѣющаго для стрѣльбы въ цѣль значенія даже и слабыхъ степеней ея, необходимо обязанныхъ къ воинской повинности изслѣдовать въ этомъ направленіи, такъ какъ нерѣдко солдатъ, имѣющій нормальный V, но оказывающійся негоднымъ къ стрѣльбѣ, подозрѣвается въ притворствѣ.

Digitized by Google

Д-ръ *Кацъ* причины неодинаковыхъ показаній при изслѣдованіи буквами и точками видитъ не въ существованіи, якобы, различныхъ видовъ V, а въ недостаточной точности самого способа изслѣдованія его помощью буквъ, въ чемъ онъ часто убѣждался; если-же этотъ способъ и примѣняется, то потому, что онъ практиченъ, чего нельзя сказать про изслѣдованіе точками. Наша задача заключается въ изысканіи точнаго и практичнаго способа изслѣдованія V, а не въ соединеніи обоихъ названныхъ способовъ, что сильно осложняетъ изслѣдованіе.

Проф. *Белляминовъ*, полагая, что мѣткость стрѣльбы слагается изъ многихъ условій (твердость руки, знаніе орудія, спокойствіе духа и т. п.) не считаетъ возможнымъ сравнивать эти 2 величины—V и мѣткость стрѣльбы.

*Докладчикъ* возразилъ, что онъ не утверждаетъ, что его способъ изслѣдованія V есть окончательный въ рѣшеніи этого вопроса, но онъ ближе къ истинѣ и единственный, гдѣ принимается во вниманіе зрительная атаксія. Онъ вполнѣ признаетъ, что мѣткость стрѣльбы и V несоизмѣримы; поэтому и предлагаетъ каждую изъ этихъ величинъ измѣрять отдѣльно.

*Е. П. Браунштейнъ. Ангіонейрозы сѣтчатой оболочки глаза.* Мѣстное разстройство кровообращенія въ сѣтчаткѣ можетъ обусловливаться или органическимъ измѣненіемъ стѣнокъ сосудовъ, или судорожнымъ сокращеніемъ ихъ—ангіонейрозомъ. Послѣднее является функціональнымъ страданіемъ, вызываетъ слѣпоту полную или частичную, продолжается нѣкоторое время и или исчезаетъ безслѣдно, или временная слѣпота переходитъ въ постоянную вслѣдствіе гибели элементовъ сѣтчатки отъ кислороднаго голоданія, если судорожное сокращеніе сосудовъ длится слишкомъ долго. Докладчикъ привелъ 15 случаевъ наблюдавшихся имъ сосудодвигательныхъ разстройствъ со стороны сѣтчатки, разнообразныхъ по формѣ и причинамъ. Въ 5 случаяхъ была частичная судорога нѣкоторыхъ вѣтвей центральной атрофіи сѣтчатки отраженнаго происхожденія у нервныхъ и истощенныхъ лицъ вслѣдствіе общаго ослабленія центральной нервной системы; въ 2 случаяхъ—ишэмія сѣтчатки при ослабленной дѣятельности сердца, вызванной общимъ истощеніемъ организма; 2 случая — судороги art. macularis съ кровоизліяніемъ въ сѣтчатку на почвѣ поврежденія; 1 случай судороги артерій сѣтчатки при клоническихъ судорогахъ обоихъ глазъ въ зависимости отъ тяжелой истеріи и эротоманіи; въ 3 случаяхъ судорога артерій и кровоизліянія въ сѣтчатку были вызваны отраженнымъ путемъ вслѣдствіе раздраженія половыхъ органовъ рукоблудіемъ и бурнымъ совокупленіемъ; 2 случая судороги сосудовъ были предвѣстниками закупорки сосудовъ и кровоизліянія въ сѣтчатку и обусловливались страданіемъ самихъ сосудовъ въ зависимости отъ артеріосклероза и мочекислаго діатеза. Въ происхожденіи этихъ ангіонейрозовъ принимаетъ участіе сосудодвигательный центръ головного мозга и концевые сосудодвигатели глаза (сочувственный нервъ); послѣдніе составляютъ центробѣжный путь, центростремительнымъ-же путемъ служитъ периферическое чувственное возбужденіе, вызываемое такими причинами, какъ нервная слабость, истерія, физическое истощеніе, поврежденія, раздраженіе половыхъ органовъ, страданіе сосудовъ. По мнѣнію докладчика, многія токсическія, послѣродовыя, ревматическія и заразныя заболѣванія зрительнаго нерва вначалѣ суть только ангіонейрозы, къ которымъ послѣдовательно присоединяется припухлость и отекъ вслѣдствіе измѣненія стѣнокъ судорожно-сжатыхъ или паралитически-расширенныхъ сосудовъ.

Д-ръ *Гинзбургъ* полагаетъ, что изъ случаевъ, наблюдавшихся докладчикомъ, какъ типическихъ ангіонейрозовъ, слѣдуетъ исключить всѣ, сопровождавшіеся анатомическими измѣненіями и въ частности кровоизліяніями въ сѣтчатку; другіе случаи не исключаютъ предположенія эмболіи артерій, заяблочнаго воспаленія зрительнаго нерва, амауроза корковаго или истерическаго. Отличительное распознаваніе между этими болѣзнями и ангіонейрозами пока недостаточно выяснено. Ангіонейрозы, какъ, напр., хининный амаурозъ, обыкновенно двусторонніе и захватываютъ всю сосудистую систему сѣтчатки, а не отдѣльныя ея вѣтви. Что-же касается лѣченія, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ этой категоріи болѣзнь проходитъ безъ всякаго лѣченія или отъ внушенія; 2 случая такого успѣшнаго лѣченія внушеніемъ д-ръ *Г.* сообщилъ изъ своей практики.

Д-ръ *Грабовскій* обратилъ вниманіе на то, что при подобныхъ заболѣваніяхъ нужно имѣть въ виду ишэмію корковаго зрительнаго центра и что 2 такихъ случая онъ наблюдалъ.

Д-ръ *Ноишевскій* нерѣдко наблюдалъ т. наз. epilepsia retinae, но даже при продолжительности болѣзни не видѣлъ исхода ея въ слѣпоту; тяжелыхъ послѣдствій для глаза отъ рукоблудія онъ тоже не видѣлъ и думаетъ, что взгляды докладчика въ этомъ отношеніи преувеличены.

*Докладчикъ* указалъ, что отличительное распознаваніе между судорогой артерій и закупоркой очень трудно въ каждомъ данномъ случаѣ: помутнѣнія сѣтчатки въ области желтаго пятна, сопровождающаго закупорку сосуда, не бываетъ, если закупорена одна изъ вѣтвей, видѣть-же самую пробку удается крайне рѣдко. Лишь изслѣдованіе сердца и сосудовъ можетъ рѣшить дѣло, но пораженіе сосудовъ, даже аневризмы, могутъ долго оставаться нераспознанными. Изъ литературы извѣстны случаи, гдѣ измѣненія стѣнокъ сосудовъ сѣтчатки, скрытыя и недоступныя открытію глазнымъ зеркаломъ, вызывали временныя разстройства зрѣнія вслѣдствіе отраженной судороги, за которой потомъ наступали длительное разстройство зрѣнія и полная слѣпота. Ангіонейрозъ вызываютъ, кромѣ хинина, еще никотинъ, дурманъ (datura stramonii), стрихнинъ, кокаинъ; онъ можетъ быть мозгового происхожденія, какъ признаютъ нѣкоторые авторы. Migraine ophthalmique есть не невинное заболѣваніе, а очень серьезное, которое можетъ кончиться слѣпотой, какъ это наблюдали *Galęzowski*, *Charcot*. Что рукоблудіе ведетъ нерѣдко къ тяжелымъ болѣзнямъ глаза, доказываютъ, кромѣ случаевъ докладчика, еще описанные многими другими авторами (параличъ верхняго вѣка, парезъ приспособленія, papillitis, повторяющіяся кровоизліянія въ сѣтчатку и пр.).

Д-ръ *Гурвичъ. Клиническое примѣненіе и предъявленіе новаго тонометра Лифшица.* Докладчикъ сообщилъ результаты своихъ изслѣдованій надъ новымъ тонометромъ *Fick-Лифшица;* сравнительное опредѣленіе T глаза этимъ инструментомъ и тонометромъ *Маклакова* давало въ большинствѣ опредѣленій такую ничтожную разницу, что новый тонометръ можно считать не менѣе точнымъ, чѣмъ *Маклаковскій* (въ 109 случаевъ разница противъ *Маклакова* была «ничтожная», не превышала 4 млм., въ 17—«невелика» и только въ 9—«значительна», а именно при высокомъ T). Колебанія между послѣдовательными измѣреніями по *Маклакову* и такими-же измѣреніями по *Лифшицу* рѣзко не разнятся между собой, и такимъ образомъ и въ этомъ отношеніи оба тонометра одинаковы. Преимущество новаго тонометра—быстрота изслѣдованія, легкость техники пользованія имъ, достаточно точныя показанія T глаза; къ недостаткамъ его нужно отнести, что моментъ соприкосновенія кружка со стороной квадрата не всегда легко точно уловить; но ошибки въ этомъ отношеніи не превышаютъ 4 млм. Hg. На основаніи этого докладчикъ предлагаетъ этотъ тонометръ для практическихъ цѣлей въ виду легкости, быстроты, удобства и не меньшей точности опредѣленія имъ T глаза, чѣмъ *Маклаковскимъ* инструментомъ. Цифровыя данныя T глаза, полученныя при различныхъ опредѣленіяхъ, были показаны въ рядѣ таблицъ и кривыхъ.

Д-ръ *Ноишевскій* не находитъ нужнымъ новый тонометръ называть *Fick-Лифшица*, а просто *Лифшица*, такъ какъ основа его не *Fick*'а, а *Маклакова*.

Д-ръ *Шеръ* полагаетъ, что направленіе оси приложенія инструмента къ роговицѣ должно быть всегда одинаково, и спросилъ, каково это направленіе?

Ч. пр. *Зеленковскій:* Въ нѣкоторыхъ случаяхъ можно тонометромъ *Маклакова* пользоваться безъ обезболиванія; возможно-ли это при инструментѣ *Лифшица?*

Проф. *Евецкій* находитъ, что ошибка при пользованіи тонометромъ *Маклакова* не должна быть больше 0,1 млм.; тогда только можно признать работу точной; ошибка въ 0,3 слишкомъ велика. Особенно трудно пользоваться этимъ инструментомъ у животныхъ; нужна большая практика и умѣнье владѣть имъ. Безъ обезболиванія нельзя употреблять тонометры ни *Маклакова*, ни *Лифшица*; хотя измѣненія *Лифшица* въ инструментѣ очень большія, но все остальное остается *Fick*'а.

Д-ръ *Гинзбургъ* спросилъ, когда больше расходились показанія обоихъ тонометровъ—на глазахъ нормальныхъ, или больныхъ?

*Докладчикъ:* Тонометръ долженъ прикладываться къ центру роговицы. Тонометромъ *Маклакова* иногда не удается произвести изслѣдованіе даже въ обезболенномъ глазѣ; инструменту *Fick-Лифшица* эти случаи доступны. Субъективная ошибка при опредѣленіи короткаго діаметра кружка бываетъ не менѣе 0,1—0,2 млм., что при высокой T даетъ большую разницу. Техника для тонометра *Лифшица* пріобрѣтается крайне легко. Этотъ инструментъ служитъ для практическихъ цѣлей, для научныхъ-же работъ лучше пользоваться инструментомъ *Маклакова*. Въ случаѣ уклоненія T отъ нормы показанія тонометровъ болѣе расходились другъ отъ друга, чѣмъ при нормальномъ глазномъ давленіи.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

Digitized by Google

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### XL. *Изъ Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.*

(Засѣданіе 21-го ноября 1903 г.).

*Ф. Ф. Чарнецкій. Случай непреодолимаго влеченія къ поѣданію необычныхъ веществъ.* Больной, л. 60, крестьянинъ, былъ доставленъ 7/III 1903 г. въ состояніи алкогольной спутанности въ Центральный пріемный полицейскій покой, гдѣ и оставался почти 3 мѣс. Съ 20 лѣтъ не обходился безъ нюхательнаго табака; когда его не было, пытался замѣнить его для нюханія золой, мхомъ и т. п.; сильно злоупотреблялъ алкоголемъ съ юношескаго возраста; наконецъ, послѣднія 7 лѣтъ находитъ душевное успокоеніе послѣ поѣданія желтаго песка (1—3 пригоршни на пріемъ), къ употребленію котораго чувствуетъ непреодолимое влеченіе. Это влеченіе временами проявляется съ особою силой; временами-же больной въ теченіи нѣсколькихъ дней забываетъ о пескѣ. Признаки воздержанія отъ употребленія песка выражаются въ появленіи непріятнаго ощущенія подъ ложечкой, жженія и сжиманія въ области желудка, тоскливаго самочувствія, безпокойства и волненія, недовольствіе окружающимъ, раздражительности, нежеланія чѣмъ-нибудь заняться; въ это время больной становится разсѣяннымъ и задумчивымъ; обычно благодушный и послушный, онъ тогда дѣлается рѣзкимъ, требовательнымъ и придирчивымъ. Когда больной удовлетворялъ свое болѣзненное влеченіе, то только что перечисленные признаки исчезли; иногда даже появлялось прямо чувство довольства или повышенное самочувствіе. Отношеніе больного къ спиртнымъ напиткамъ, табаку и песку неодинаковое. Употребленіе первыхъ 2-хъ онъ считаетъ баловствомъ и дурной привычкой, вредной для здоровья, между тѣмъ какъ желтый песокъ, по его мнѣнію, вреда здоровью не приноситъ, являясь, наоборотъ, веществомъ полезнымъ; желтый песокъ, думаетъ больной, для него «наилучшее лѣкарство отъ всѣхъ болѣзней», «единственное удовольствіе и наслажденіе» въ его жизни. До исключительнаго питанія пескомъ дѣло никогда не доходило. Одновременно съ пескомъ или послѣ него больной обыкновенно ѣстъ хлѣбъ; изрѣдка водку, вмѣсто хлѣба, закусывалъ пескомъ, или-же ѣлъ песокъ, когда нечѣмъ было опохмѣлиться. Когда больной ѣстъ песокъ, онъ тщательно разминаетъ его между твердымъ небомъ и спинкой языка, избѣгая, однако, того, чтобы песокъ попадалъ на зубы. Въ первое время пребыванія больного въ Центральномъ полицейскомъ пріемномъ покоѣ, когда сознаніе его было рѣзко разстроено, у него не обнаруживалось влеченія къ песку; съ улучшеніемъ психическаго и физическаго состоянія извращенное влеченіе, о которомъ идетъ рѣчь, стало проявляться все рѣзче и рѣзче. Причину появленія указаннаго извращеннаго влеченія докладчикъ видитъ, съ одной стороны, въ измѣненіи воспріимчивости окончаній чувствующихъ нервовъ слизистой оболочки рта, пищевода и желудка подъ вліяніемъ длительнаго употребленія спиртныхъ напитковъ и подъ вліяніемъ малокровія, съ другой — въ физическихъ свойствахъ песка. Присутствіе песка во рту и глотаніе его, производя своимъ треніемъ первичное мѣстное дѣйствіе, выражавшееся въ появленіи пріятныхъ вкусовыхъ и желудочныхъ ощущеній, вызывало вмѣстѣ съ тѣмъ улучшеніе общаго самочувствія; послѣднее обстоятельство имѣло для больного роковое значеніе; у него должно было возникнуть и укрѣпиться сочетаніе между душевнымъ благополучіемъ и употребленіемъ песка; это станетъ болѣе понятнымъ, если вспомнить, что психика его отличалась вообще неустойчивостью и неуравновѣшенностью.

*В. П. Сербскій* спросилъ, не пробовали-ли отучать больного отъ его ненормальнаго влеченія и не примѣнялось-ли лѣченіе гипнозомъ, на что докладчикъ далъ отрицательный отвѣтъ.

*В. В. Воробьевъ* неполнѣ согласенъ, что песокъ въ данномъ случаѣ имѣетъ лишь значеніе механическаго возбудителя; интересно, что такого рода больные, даже и при значительной брезгливости, не дѣлаютъ почему-то попытокъ замѣнить песокъ столь-же плотнымъ кондитерскимъ бисеромъ и т. д. Нельзя равнымъ образомъ согласиться и съ тѣмъ, что нюхательный табакъ—меньшій для слизистыхъ оболочекъ механическій возбудитель, чѣмъ песокъ; растворяясь, хотя-бы отчасти, табакъ дѣйствуетъ химически на слизистую оболочку очень энергично. Представляется возможнымъ и другое объясненіе даннаго случая: ощущенія, идущія у больного со стороны его пищеварительныхъ путей, не представляются простыми ощущеніями голода или ощущеніями, свойственными обычнымъ катарральнымъ состояніямъ слизистыхъ оболочекъ, но являются своеобразными первичными разстройствами чувства общаго благосостоянія съ навязчивымъ характеромъ; пріемъ-же песка играетъ по отношенію къ нимъ роль освободительнаго ритуала, роль тѣхъ символическихъ движеній, которыя прекращаютъ тягостныя ощущенія у многихъ подобнаго рода лицъ, страдающихъ навязчивыми психическими состояніями.

*Докладчикъ*, не отрицая вліянія психики, отмѣчаетъ лишь, что механическое раздраженіе играло здѣсь первую роль; извѣстное состояніе слизистой оболочки требовало извѣстнаго раздражителя.

*А. Н. Бернштейнъ* подчеркнулъ одно обстоятельство, ярко характеризующее, по его мнѣнію, самую сущность даннаго случая: больной страдалъ затяжнымъ алкоголизмомъ; однако, страсть къ песку у него была сильнѣе, чѣмъ страсть къ водкѣ; дѣло здѣсь идетъ, несомнѣнно, о насильственномъ влеченіи, какъ и при токсиманіяхъ.

*А. А. Корниловъ* считаетъ недостаточнымъ одно механическое раздраженіе въ данномъ случаѣ; возможно, что здѣсь первичной была идея, а затѣмъ уже появилось влеченіе.

*Докладчикъ* полагаетъ, что сама слизистая оболочка требовала механическаго раздраженія; не было табака, больной употреблялъ золу.

*Л. С. Миноръ* находитъ, что сознаніе больного въ данномъ случаѣ играло большую роль.

*К. Л. Адельгеймъ* не согласенъ, что все здѣсь можно объяснить лишь однимъ механическимъ раздраженіемъ.

*Г. И. Россолимо* спросилъ, не доставляло-ли больному удовольствія ощущеніе скрипа зубовъ, на что докладчикъ далъ отрицательный отвѣтъ.

*В. И. Семидаловъ* задалъ вопросъ, не тяготился-ли самъ больной своей болѣзненной привычкой и не было-ли у него сознанія ненужности, какъ при délire du toucher?

*Докладчикъ* замѣтилъ, что когда больному не давали песка, онъ сердился.

*Л. С. Миноръ. О мѣстоположеніи и значеніи т. наз. костной чувствительности или вибраціоннаго чувства.* Докладчикъ занимался провѣркой вопроса о существованіи особаго вида чувствительности, которую нѣкоторые авторы считаютъ специфической для кости. Дѣло идетъ о вибраціонномъ чувствѣ. Свои изслѣдованія авторъ производилъ не на нейропатологическомъ, а на хирургическомъ матеріалѣ, а именно при простыхъ и осложненныхъ переломахъ съ доступными непосредственному наблюденію обнаженными костями, при поверхностныхъ пораженіяхъ надкостницы и костей, при пораженіяхъ суставовъ. Докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1. Для правильнаго сравненія вибраціоннаго чувства съ другими видами чувствительности требуется непрерывно дѣйствующій (съ электромагнитомъ) камертонъ. 2. Цѣлость кости не является необходимымъ условіемъ нормальнаго вибраціоннаго чувства; даже при тяжелыхъ осложненныхъ переломахъ со смѣщеніями отломковъ, осколками, съ большимъ отстояніемъ другъ отъ друга костныхъ отломковъ и т. д., вибраціонное чувство можетъ оставаться вполнѣ нормальнымъ; значительно большее вліяніе на степень вибраціоннаго чувства имѣетъ, по видимому, отекъ мягкихъ тканей, покрывающихъ сломанную кость. 3. Вибраціонное чувство остается сохраненнымъ и на такихъ обломкахъ длинныхъ костей, которые, съ одной стороны, ограничены мѣстомъ перелома, а съ другой—глубоко измѣненнымъ суставомъ; по видимому, для нормальнаго воспріятія вибрацій вовсе не требуется ихъ проведенія къ какому-либо близлежащему суставу. 4. Періоститъ, костоѣда, поверхностныя утолщенія костей не оказываютъ никакого вліянія на вибраціонное чувство. 5. Точно также совершенно не вліяютъ на ясность вибраціоннаго чувства даже глубокія измѣненія суставовъ, сопровождающіяся анкилозами, образованіемъ свищей, утолщеніями и т. д. 6. Части скелета (позвоночникъ и ребра) и мягкія ткани (брюшная стѣнка), которыя вслѣдствіе поперечнаго повращенія спинного мозга потеряли всякую чувствительность, воспринимаютъ на большомъ протяженіи и притомъ крайне ясно вибраціи камертона. 7. Хорошо воспринимаются вибраціи камертона, приложеннаго къ обнаженной кости (съ періоститомъ или безъ него), къ омертвѣлой кости и къ свободнымъ секвестрамъ. 8. Все это доказываетъ, что суставамъ едва-ли слѣдуетъ приписывать какую-либо роль въ качествѣ необходимой промежуточной станціи для воспріятія вибрацій и что о какомъ-либо строгомъ сосредоточеніи вибраціоннаго чувства, точно и въ мѣстѣ приложенія инструмента, какъ это бываетъ при изслѣдованіи другихъ видовъ чувствительности, въ данномъ случаѣ не можетъ быть и рѣчи. 9. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ одновременно съ костью поражается и нервъ, вибраціонное чувство обыкновенно теряется. 10. Съ другой стороны, въ области свѣжей костной мозоли обыкновенно наблюдается очень рѣзкое пониженіе вибраціоннаго чувства. Можно-ли, однако, думать о существованіи особой, костной чувствительности, покажутъ только новыя изслѣдованія. 11. Въ концѣ концовъ можно сказать, что новый способъ изслѣдованія чувствительности никоимъ образомъ не можетъ сравниться со старыми ни по простотѣ, ни по точности получаемыхъ данныхъ, ни по полученнымъ до сихъ поръ результатамъ; главная причина этого кроется, вѣроятно, въ томъ обстоятельствѣ, что при всѣхъ прочихъ изслѣдованіяхъ чувствительности мы имѣемъ дѣло съ простыми раздраженіями, здѣсь-же нужно говорить о суммированіи такихъ раздраженій. 12. Во всякомъ случаѣ, не исключена возможность того, что изслѣдованіе вибраціоннаго чувства займетъ извѣстное мѣсто въ нейропатологическихъ изслѣдованіяхъ, но это выяснится лишь послѣ дальнѣйшихъ наблюденій.

*А. Х. Рейманъ* спросилъ, почему докладчикъ не пользовался при своихъ изслѣдованіяхъ электромагнитнымъ приборомъ; есть небольшіе приборы такого рода.

*Докладчикъ* находитъ употребленіе для указанной цѣли электромагнитовъ не всегда удобнымъ; оно можетъ усложнять самую методику изслѣдованія.

*К. Л. Адельгеймъ* признаетъ поучительнымъ изслѣдовать въ этомъ направленіи людей слѣпыхъ, глухихъ, чтобы доказать, что нѣкоторые органы чувствъ не играютъ здѣсь роли.

*А. А. Корниловъ* спросилъ, что-же собственно проводитъ вибрацію: мягкія ткани, надкостница или что-нибудь другое? Какъ

различить, что даетъ кость и что надо относить на долю надкостницы?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что кость является прекрасной подкладкой; тамъ, гдѣ подлежитъ кость, вибрація ощущается лучше; всѣ ткани, однако, проводятъ вибрацію, и нельзя думать, что только твердыя части играютъ здѣсь роль.

*А. Н. Бернштейнъ* указалъ, что вибрація хорошо передается не только чрезъ кость, но и чрезъ всякое твердое тѣло, такъ или иначе находящееся въ соприкосновеніи съ организмомъ.

*Г. И. Россолимо* признаетъ важнымъ способъ, путемъ котораго можно-бы было доказать, что въ вибраціонномъ чувствѣ участвуетъ и кожа; пока не получено опредѣленныхъ данныхъ относительно этого чувства.

Проф. *В. К. Ротъ* обратилъ вниманіе на то, что способъ изслѣдованія чувствительности, о которомъ идетъ рѣчь, является способомъ новымъ; нужно выработать болѣе совершенную методику. Затронутый вопросъ нельзя считать исчерпаннымъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, несомнѣнно, имѣются участки, гдѣ нѣтъ вибраціоннаго чувства; возникаетъ много разныхъ вопросовъ; пока-же у разныхъ изслѣдователей получились лишь противорѣчивые результаты. Нужны новыя изслѣдованія и новые факты въ данной области.

*С. А. Сухановъ. Къ вопросу объ эндоцеллюлярной сѣти въ нервныхъ элементахъ спинномозговыхъ узловъ* (по способу *Kopsch*'а). Эндоцеллюлярныя сѣти, которыя удается обнаружить въ нервныхъ элементахъ при весьма различныхъ способахъ окраски и обработки, бываютъ неодинаковаго значенія. Фибриллярные сѣтчатые приборы *Apathy*, *Donaggio* и др., равно какъ и фибриллярныя внутриклѣточныя образованія *Bethe*, *Bielschowsky* и т. д., имѣютъ, несомнѣнно, иное значеніе, чѣмъ внутриклѣточная сѣть *Golgi*. Эта послѣдняя рѣзко отличается отъ упомянутыхъ фибриллярныхъ приборовъ, внѣшній видъ которыхъ заставляетъ приписывать имъ значеніе проводящихъ нервныя возбужденія органовъ нервной клѣтки. Многіе изслѣдователи были склонны отождествлять внутриклѣточный сѣтчатый приборъ *Golgi* съ т. наз. соковыми канальцами нервныхъ элементовъ. Такія-же внутриклѣточныя образованія, какъ сѣть *Golgi*, *Kopsch*'у удалось обнаружить въ нервныхъ элементахъ спинномозговыхъ узловъ, а также и въ клѣткахъ не-нервныхъ, при болѣе или менѣе продолжительномъ дѣйствіи на препараты $2^0/_0$-наго раствора осміевой кислоты. Въ работѣ *Kopsch*'а, напечатанной въ Отчетахъ о засѣданіяхъ Berlin'ской Академіи наукъ, подробно изложена методика этого простого способа, заключающагося въ томъ, что для обнаруженія сѣти достаточно подвергать нервныя клѣточки обработкѣ лишь одной осміевой кислотой ($2^0/_0$-ный растворъ) въ теченіи нѣсколькихъ дней. Пользуясь этимъ способомъ, докладчикъ получилъ изъ спинномозговыхъ узловъ взрослаго кролика препараты, гдѣ въ нервныхъ элементахъ можно видѣть ясное изображеніе эндоцеллюлярной сѣти. Такъ какъ въ этомъ случаѣ методика имѣетъ большое значеніе, въ смыслѣ полученія наиболѣе удачныхъ препаратовъ, то докладчикъ и остановился на описаніи этого способа. Брались свѣжіе спинномозговые узлы отъ только-что павшаго животнаго числомъ отъ 5 до 7, и помѣщались въ $2^0/_0$-ный растворъ осміевой кислоты, взятой въ количествѣ 2—2,5 к. стм.; здѣсь препараты оставались въ теченіи 3-хъ недѣль (въ темнотѣ); послѣ этого спинномозговые узлы недолго промывались въ водѣ, переносились въ 95⁰—96⁰-вый и, наконецъ, безводный спиртъ; все это совершалось въ теченіи немногихъ часовъ; изъ безводнаго спирта препараты помѣщались на короткое время въ ксилолъ, къ которому затѣмъ прибавлялся параффинъ, и переносились въ параффинъ (въ термостатъ). Благодаря заливкѣ въ параффинъ, удавалось получать дов. тонкіе срѣзы. При обработкѣ спинномозговыхъ узловъ кролика $2^0/_0$-мъ растворомъ осміевой кислоты, въ ихъ нервныхъ элементахъ удается наблюдать существованіе внутриклѣточковой сѣти, имѣющей большое сходство съ *Golgi*'евскимъ сѣтчатымъ приборомъ. Какъ здѣсь, такъ и тамъ, эндоцеллюлярная сѣть состоитъ изъ изгибающихся различнымъ образомъ нитей, соединяющихся и переплетающихся между собою; эти нити представляются то болѣе тонкими, то болѣе толстыми; въ узловыхъ точкахъ существуютъ замѣтныя утолщенія. Сѣть, о которой идетъ рѣчь, можно скорѣе назвать разрѣженною, чѣмъ густою. Однимъ изъ характерныхъ ея признаковъ является особое расположеніе ея въ клѣточковомъ тѣлѣ. При изслѣдованіи препаратовъ бросается въ глаза, что периферическая часть нервнаго элемента остается свободной отъ этого внутриклѣточковаго прибора; такимъ образомъ этотъ послѣдній оказывается окруженнымъ поясомъ протоплазматическаго вещества, куда отростки отъ сѣти не заходятъ; по видимому, она не проникаетъ также и въ ядро и не имѣетъ связи съ нимъ, будучи перинуклеарнымъ внутриклѣточковымъ образованіемъ, что особенно ясно видно въ тѣхъ нервныхъ клѣткахъ, гдѣ на срѣзѣ видно ядро и располагающаяся вокругъ него сѣть. Однако, надо сказать, что внутренняя граница внутриклѣточковаго прибора въ общемъ весьма близко подходитъ къ ядру, между тѣмъ какъ наружная всегда отстоитъ отъ периферіи клѣточковаго тѣла на замѣтное разстояніе. Тамъ, гдѣ на разрѣзѣ нервнаго элемента видна краевая часть его, т. е., гдѣ не видно ядра, сѣтчатый приборъ занимаетъ всю среднюю часть протоплазматическаго вещества. Такія картины, конечно, нисколько не противорѣчатъ представленію объ этомъ приборѣ, какъ о перинуклеарномъ образованіи, хотя онѣ однѣ не могутъ служить доказательствомъ послѣдняго; несомнѣнно, что для того, чтобы составить себѣ болѣе или менѣе ясное представленіе объ этой внутриклѣточковой сѣти, необходимо изслѣдовать значительное число нервныхъ элементовъ, гдѣ эта сѣть болѣе или менѣе выражена. Нигдѣ не удается видѣть, чтобы отростки сѣти доходили до периферіи клѣточковаго тѣла. Что касается того, какое значеніе имѣетъ внутриклѣточковая сѣть, обнаруживаемая въ нервныхъ элементахъ спинномозговыхъ узловъ при продолжительной обработкѣ ихъ $2^0/_0$-мъ растворомъ осміевой кислоты, то нужно прежде всего обратить вниманіе на сходство ея съ сѣтчатымъ приборомъ *Golgi*, обнаруженнымъ въ самыхъ разнообразныхъ нервныхъ элементахъ. Способъ *Kopsch*'а, подтверждающій результаты, полученные по способу *Golgi* говоритъ, несомнѣнно, за то, что на сѣтчатый приборъ *Golgi* нельзя смотрѣть, какъ на искусственный продуктъ, ибо 2 различные способа даютъ почти одинаковую картину, по крайней мѣрѣ, по отношенію къ нервнымъ клѣточкамъ спинномозговыхъ узловъ. Если уже и *Golgi*'евскую сѣть можно было отождествлять съ внутриклѣточковой канальцевой системой, описываемой *Holmgren*'омъ, *Studnick*'имъ, *Donaggio*, *Sjovall*'емъ, *Часовниковымъ* и др., то и относительно сѣти, о которой идетъ рѣчь, можно-бы, пожалуй, думать, что она является образованіемъ, аналогичнымъ внутриклѣточковымъ соковымъ канальцамъ. Не высказываясь вполнѣ опредѣленно въ этомъ направленіи, докладчикъ замѣтилъ, что, если это предположеніе и вѣрно, то слѣдуетъ добавить, что упомянутая канальцевая система не имѣетъ связи съ перицеллюлярнымъ пространствомъ, а, слѣд., и непосредственнаго соединенія съ общей системой обращенія соковъ.

*Л. С. Миноръ* спросилъ, что-же собственно нужно для полученія удачныхъ препаратовъ, на что докладчикъ отвѣчаетъ, что нужны свѣжіе кусочки нервной системы.

*А. А. Корниловъ*: Возможно, что по периферіи клѣточковаго тѣла потому-то и не получается сѣти, что периферія прежде всего отвѣчаетъ на уплотняющую жидкость.

Въ административной части засѣданія: 1) Проф. *В. К. Ротъ* довелъ до свѣдѣнія Общества циркулярное обращеніе уполномоченныхъ Съѣзда русскихъ психіатровъ и нейропатологовъ съ просьбой высказаться, не находитъ-ли Общество желательнымъ устройство Съѣзда русскихъ психіатровъ и нейропатологовъ? Присоединившись къ этому предложенію, Общество признало желательнымъ собрать такой Съѣздъ въ Кіевѣ весной 1905 г. и поручило Совѣту Общества снестись по этому предмету съ проф. *И. А. Сикорскимъ*. 2) Доведено до свѣдѣнія Общества отношеніе «постояннаго бюро Съѣзда русскихъ исправительныхъ заведеній» съ просьбой разсмотрѣть способы психическаго изслѣдованія и наблюденія малолѣтнихъ преступниковъ. Такое-же отношеніе поступило въ Московское психіатрическое Общество, избравшее Коммиссію, въ составъ которой вошли: *А. С. Бѣлкинъ*, *А. Н. Бернштейнъ*, *В. В. Воробьевъ*, *Г. И. Россолимо*, *В. П. Сербскій* и *С. А. Сухановъ*. Общество избрало, съ своей стороны, въ такую-же Коммиссію: *А. А. Корнилова*, *Н. Н. Баженова*, *В. И. Семидалова*, *В. В. Вейденгаммера*, *В. И. Яковенко*, *И. Д. Жданова*, *Н. П. Постовскаго* и *П. П. Стрѣльцова*.

*С. Сухановъ.*

## *XLI. Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ.*

(Засѣданіе 21-го января—памяти *Нила Федоровича Филатова*).

*Л. Ф. Маньковскій* показалъ *рѣдкій случай сифилиса кожи у ребенка 1 года.* 13/I 1904 г. въ терапевтическое отдѣленіе больницы св. Ольги поступила П. С., 1 года и 3-хъ мѣс., съ тяжелымъ пораженіемъ кожи, начавшимся, по словамъ матери больной, около 3-хъ недѣль назадъ. На кожѣ рукъ и ногъ, особенно на кистяхъ, много различной величины возвышенныхъ папулъ, покрытыхъ твердыми, сложными, остроконечными, напоминающими шипы темно-бурыми корками, изъ подъ которыхъ при надавливаніи выдѣляется желтоватая, гноевидная масса. Вокругъ папулъ кожа измѣненій не представляетъ. Снявъ корку, можно видѣть, что вся поверхность папулы покрыта дов. высокими, розоватыми, мягкими сосочками. На кожѣ лица много различной величины, мѣдно-краснаго цвѣта, слегка возвышенныхъ, плоскихъ папулъ, частью покрытыхъ тонкими, желтоватыми корочками; на остальной кожѣ видимыхъ измѣненій нѣтъ. На верхней деснѣ небольшая слизистая папула. Легкія и сердце безъ измѣненій. Селезенка нѣсколько плотна, выступаетъ на $^1/_2$ пальца, начинается съ 9-го ребра. Печень плотна, выходитъ на 3 пальца. Питаніе среднее; слизистыя оболочки блѣдны. Всѣ лимфатическія железы очень сильно увеличены, плотны; особенно велики железы возлѣ локтевыхъ суставовъ (справа величиною въ 2, слѣва въ 3 большихъ боба). Мать въ настоящее время больна сифилисомъ. Докладчикъ указалъ, что столь тяжелая форма пустулезнаго сифилида кожи впервые наблюдается въ дѣтской больницѣ св. Ольги. Больная была показана ч. пр. *А. И. Лянцъ*, который призналъ здѣсь явленія тяжелаго вторичнаго сифилиса. Внутрь назначенъ іодистый натрій.

*А. К. Морозовъ. Гнойный церебро-спинальный менингитъ, обусловленный палочками гриппа (Pfeiffer'а).* В., 1 года 3 мѣс., поступила въ клинику 26/III 1903 г., на 6-ой день болѣзни, начавшейся жаромъ и рвотой. До этого была совсѣмъ здорова. Уже дома появились головныя боли и запрокидываніе головы назадъ.—Очень безпокойна; много кричитъ особенно при изслѣдованіи. Голова сильно запрокинута кзади вслѣдствіе напряженія шейныхъ мышцъ. Длинныя спинныя мышцы напряжены. Кричитъ при надавливанія на позвоночникъ. Въ обоихъ легкихъ много влажныхъ хриповъ. Остальные внутренніе органы безъ измѣненій. Дых. 76, п. 148. Въ первые 4 дня пребыванія больной въ клиникѣ состояніе ея было почти тоже, что и при поступленіи. Мать свою она, по видимому, узнавала и брала пор-

Digitized by Google

дочно грудь. Слабило жидко, 4—8 разъ въ день. Затѣмъ ребенокъ сталъ слабѣть и плохо глотать; появились судорожныя подергиванія въ конечностяхъ. Перестала узнавать мать. Зрачки не отвѣчали на свѣтъ. Пятна *Trousseau*. Дыханіе *Cheine-Stokes*'а. Параличъ лѣваго лицевого нерва. Со 2/IV полная потеря сознанія; вечеромъ этого дня смерть. На 3-ій день пребыванія ребенка, въ больницѣ былъ сдѣланъ поясничный проколъ; вытекло около 5 к. стм. мутной, содержащей много клѣтокъ жидкости, въ которой при окраскѣ разведеннымъ *Ziehl*'евскимъ фуксиномъ найдено очень много маленькихъ, тонкихъ, очень короткихъ, неравномѣрной длины палочекъ, расположенныхъ парами и напоминающихъ какъ-бы диплококковъ. Палочки оказались неподвижными, кислотоподатливыми, по *Gram*'у не окрашивались. При посѣвѣ жидкости на простой агаръ-агаръ, а также на гэмоглобинный палочки дали черезъ 20 час. весьма нѣжный ростъ прозрачныхъ колоній въ видѣ мельчайшихъ капелекъ росы. При перевивкѣ этихъ разводокъ на простой агаръ-агаръ роста не получилось и черезъ 2 сутокъ. На бульонѣ роста не было. На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ палочки были признаны палочками гриппа (*Pfeiffer*'а). При изслѣдованіи густой, мутной жидкости, добытой при 2-мъ поясничномъ проколѣ, снова были найдены въ большомъ числѣ тѣ-же палочки, при чемъ много ихъ было внутри гнойныхъ клѣтокъ. Опять были сдѣланы посѣвы на простой агаръ-агаръ, но роста на этотъ разъ и черезъ 2 сутокъ не получилось. На гэмоглобинномъ-же агарѣ уже черезъ сутки развились вышеописанныя колоніи. На вскрытіи: гнойное воспаленіе оболочекъ головного и спинного мозга; острая головная водянка; паренхиматозное перерожденіе сердечной мышцы, печени и почекъ; двустороннее гнойное воспаленіе средняго уха; сыровидное перерожденіе бронхіальныхъ железъ. Были сдѣланы мазки гноя, полученнаго на вскрытіи съ поверхности полушарій большого мозга, съ нижней поверхности мозжечка, продолговатаго мозга и съ поверхности спинного мозга; кромѣ того, мазки изъ выпота воспаленнаго участка праваго легкаго, а также изъ гноя, находившагося въ среднемъ отдѣлѣ обоихъ ушей. Всѣ препараты окрашивались карболовымъ растворомъ фуксина по *Ziehl*'ю, разбавленнымъ въ 10 разъ водой. Въ первыхъ мазкахъ гноя изъ полости черепа оказались въ весьма большомъ числѣ только палочки гриппа, преимущественно заключенныя въ гнойныя клѣтки. Въ мазкахъ изъ выпота легкаго и гноя изъ среднихъ ушей, кромѣ палочекъ гриппа, и разнообразные посторонніе микроорганизмы. Былъ засѣянъ на гэмоглобинный агаръ сокъ селезенки, печени и почекъ, но никакихъ микроорганизмовъ не развилось; тоже случилось и съ посѣвами крови сердца. Такимъ образомъ, кромѣ гнойнаго церебро-спинальнаго менингита, вызваннаго гриппными палочками *Pfeiffer*'а, имѣлось воспаленіе праваго легкаго и обоихъ ушей, также вызванное этими палочками. Переходя къ подробному описанію полученныхъ разводокъ, докладчикъ отмѣтилъ, что на мазкахъ изъ церебро-спинальной жидкости попадались образованія, состоящія изъ очень короткихъ палочекъ, сложенныхъ по 2, похожихъ на диплококковъ, и это не противорѣчитъ распознаванію гриппа, такъ какъ не было булковидныхъ формъ, характерныхъ для менингококка; скорѣе всего эти палочки можно было отнести къ дѣлящимся формамъ палочекъ (*Pfeiffer*) гриппа. Распознаванію какъ-бы противорѣчилъ ростъ на средахъ, не содержащихъ гэмоглобина. Но оказывается, что нѣкоторые авторы получали разводки палочекъ гриппа на питательныхъ средахъ и безъ гэмоглобина, а именно на средахъ съ куринымъ желткомъ, съ сѣменемъ, полученнымъ изъ яичка, съ желчью человѣка, далѣе на агарѣ съ прибавкою серумъ-глобулина, глобулина и муцина изъ желчи. Въ этомъ отношеніи очень интересны наблюденія *Hecht*'а, доказавшаго, что жидкость, полученная при поясничномъ проколѣ, можетъ замѣнить собою гэмоглобинъ для разводокъ палочекъ гриппа. Что касается припадковъ воспаленія мозговыхъ оболочекъ, то при заболѣваніи гриппомъ они нерѣдки, особенно въ дѣтскомъ возрастѣ (*Leichtenstern*, *Lépine*, *Langer*, *Н. Ф. Филатовъ*); при вскрытіяхъ находили различныя ступени воспалительныхъ явленій въ мягкой оболочкѣ мозга, начиная отъ гиперэміи ея и сывороточнаго воспаленія и кончая гнойнымъ. Въ литературѣ имѣется 9 случаевъ, въ которыхъ при жизни больныхъ дѣтей въ жидкости, полученной посредствомъ поясничнаго прокола, были найдены палочки гриппа (*Pfeiffer*'а). Что касается мѣста вхожденія заразы, то докладчикъ для своего случая считаетъ это невыясненнымъ. Распознаваніе этого страданія возможно только тогда, если въ началѣ болѣзни является полная картина гриппа; но рѣшающее значеніе имѣетъ изслѣдованіе жидкости, добытой при поясничномъ проколѣ. Предсказаніе въ общемъ дов. плохое. Для предупрежденія совѣтуютъ во всѣхъ случаяхъ гриппа проводить строгое обеззараживаніе глотки, носа и пищеварительнаго пути. Лѣченіе—чисто припадочное, если не считать поясничнаго прокола и теплыхъ ваннъ.

*А. А. Кисель:* Въ то время, когда, еще не примѣнялся поясничный проколъ, въ больницѣ св. Ольги наблюдалось нѣсколько случаевъ церебро-спинальнаго менингита, которые по своему клиническому теченію значительно отличались отъ повальной формы этой болѣзни.

*Р. Ѳ. Швейцеръ. Лѣченіе, исходы и смертность при фибринозномъ воспаленіи легкихъ у дѣтей по даннымъ больницы св. Ольги.* Всего было за 13 лѣтъ (съ 1889 по 1901 г. включительно) 468 больныхъ; въ томъ числѣ до 5 лѣтъ 117 (умерли 9 = 7%), до 10 лѣтъ 276 (умерли 4 = 1,4%), старше 10 лѣтъ 75 (умерли 2 = 2,6%). Всего умерли 16 или 3,5%. Почти во всѣхъ случаяхъ при вскрытіи оказались осложненія. Со стороны мозговыхъ оболочекъ осложненій не было. Осложненіе фибринознымъ плевритомъ было 11 разъ, гнойнымъ плевритомъ 12, сывороточно-фибринознымъ плевритомъ 2. Омертвѣніе ограниченнаго участка легкихъ наблюдалось 1 разъ съ исходомъ въ выздоровленіе. Перикардитъ отмѣченъ 2 раза; оба этихъ больныхъ умерли. Въ 1 случаѣ была ясно выраженная желтуха. Кромѣ того, 5 дѣтей заболѣли корью, 2 тифомъ (1 изъ нихъ умеръ) и 2 дифтеріей. Изъ 16 смертныхъ случаевъ только въ 2 не было осложненій. Подвергнувъ подробной критической оцѣнкѣ наиболѣе употребительные способы лѣченія этой болѣзни—потогонный, жаропонижающій, отвлекающій, лѣченіе наперстянкой, возбуждающими, докладчикъ пришелъ къ заключенію, что польза отъ примѣненія всѣхъ этихъ способовъ лѣченія очень трудно уловима. Между прочимъ, онъ указалъ на *Traube*, который настойчиво назначалъ большіе пріемы наперстянки, но получилъ очень большую смертность и перешелъ къ выжидательному лѣченію. Приведя цѣлый рядъ авторовъ, скептически относящихся ко всѣмъ вышеупомянутымъ способамъ лѣченія, докладчикъ напомнилъ о *Henoch*'ѣ, который назначалъ своимъ больнымъ соляную кислоту, такъ какъ она пріятна на вкусъ, а въ частной практикѣ, по его мнѣнію, безъ пузырька съ лѣкарствомъ очень трудно обойтись. Въ больницѣ св. Ольги все это время примѣнялось выжидательное лѣченіе; жаропонижающихъ не примѣняли, и лишь при бредѣ и сильной головной боли назначался ледъ на голову. Возбуждающія давались только при ослабленіи сердечной дѣятельности, и въ общемъ прибѣгать къ нимъ приходилось очень рѣдко. Мушки и кровоизвлеченія не примѣнялись ни разу. Согрѣвающій компрессъ назначался очень рѣдко; громадное большинство дѣтей не жаловались на боли въ боку. Лѣтомъ кровати съ больными воспаленіемъ легкихъ дѣтьми днемъ выносились въ садъ и только сверху защищались навѣсомъ. Внутрь назначались отхаркивающія. Въ общемъ теченіе болѣзни было вполнѣ благопріятное: большинство дѣтей имѣли дов. бодрый видъ, кризисъ наступалъ большею частью на 6-ой или 7-ой день, быстро наступало полное выздоровленіе. Особое вниманіе обращалось на питаніе больныхъ. Въ результатѣ получились ничтожный % смертности и убѣжденіе, что бороться съ очень тяжелыми формами этой болѣзни въ настоящее время мы не въ силахъ. Выводы: 1. Воспаленіе легкихъ у дѣтей безъ осложненій—одна изъ болѣзней съ очень благопріятнымъ предсказаніемъ. 2. Причины смерти при воспаленіи легкихъ лежатъ главнымъ образомъ въ силѣ яда и въ зависимости отъ этого въ большемъ или меньшемъ числѣ осложненій. 3. Воспаленіе легкихъ—прежде всего заразная болѣзнь; взглядъ *Jürgensen*'а на смерть при воспаленіи легкихъ, какъ отъ простой механической недостаточности сердца (что наблюдается при порокахъ сердца), не выдерживаетъ критики. 4. Лѣченіе жаропонижающими не только не полезно, но и вредно. Лѣченіе обтираніями и обливаніями можетъ только облегчать самочувствіе тяжелыхъ больныхъ. 5. Лѣченіе возбуждающими должно быть строго ограничено опредѣленными показаніями: общимъ упадкомъ силъ, сильно выраженными явленіями отравленія и слабымъ пульсомъ; если давать возбуждающія, то быстро дѣйствующія. 6. Давать возбуждающія, какъ правило, съ начала до конца болѣзни—по меньшей мѣрѣ небезопасно. 7. При мозговыхъ явленіяхъ всякаго рода отвлекающія—безполезны, а иногда могутъ быть и вредны. 8. Кровопусканія, мушки и другія отвлекающія, лишая организмъ извѣстнаго количества питательныхъ составныхъ частей крови, безусловно ослабляютъ больного, уже и безъ того ослабленнаго какъ-бы внутреннимъ кровопусканіемъ, и потому должны быть признаны вредными; полезнаго-же дѣйствія ихъ еще никто не доказалъ. 9. Согрѣвающій компрессъ при воспаленіи легкихъ у дѣтей не имѣетъ никакого вліянія на теченіе болѣзни, но, стѣсняя дыхательныя движенія, особенно у маленькихъ и очень ослабленныхъ дѣтей, онъ до извѣстной степени можетъ приносить вредъ. 10. Данныя дѣтской больницы св. Ольги лишній разъ подтверждаютъ, что выжидательный способъ пока даетъ самые лучшіе результаты при лѣченіи фибринознаго воспаленія легкихъ у дѣтей. 11. Устройство для больного надлежащей гигіенической обстановки, достаточное питаніе его и утоленіе болей—должно занимать все вниманіе лѣчащаго врача; послѣднее въ интересахъ больного никоимъ образомъ не должно быть отвлекаемо назначеніемъ разнообразныхъ способовъ лѣченія, по меньшей мѣрѣ не оказывающихъ никакого вліянія на теченіе болѣзни. 12. Мы не располагаемъ пока средствомъ борьбы съ ядомъ этой болѣзни, а потому нужно быть очень осторожнымъ въ тяжелыхъ случаяхъ въ томъ отношеніи, чтобы не ослабить какъ-нибудь больного и употребить всѣ усилія, чтобы помочь ему справиться съ заразнымъ началомъ.

*А. А. Кисель:* По моему мнѣнію, для лѣчащаго врача у кровати больного фибринознымъ воспаленіемъ легкихъ очень много работы, и вниманіе его не должно быть отвлекаемо примѣненіемъ различныхъ способовъ лѣченія. Иное дѣло, если будетъ найденъ способъ борьбы съ ядомъ этой болѣзни.

*П. В. Кусковъ:* Вы сами указываете, что смертность отъ этой болѣзни въ различные годы очень сильно колеблется, а потому, мнѣ кажется, нужно крайне осторожно оцѣнивать получаемые при томъ или другомъ способѣ лѣченія результаты. Кромѣ того, слѣдуетъ имѣть въ виду, что вообще фибринозное воспаленіе легкихъ у дѣтей даетъ очень ничтожную смертность, а потому представленныя только-что данныя не говорятъ еще въ пользу выжидательнаго способа лѣченія. Въ этомъ отношеніи никоимъ образомъ нельзя не считаться съ мнѣніемъ такихъ выдающихся клиницистовъ, какъ покойный *Нилъ Федоровичъ Филатовъ*; такъ, напр., жаропониженіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ фибринознаго воспаленія легкихъ у дѣтей онъ находилъ вполнѣ показаннымъ.

Digitized by Google

*Докладчикъ:* Я считаю особенно важнымъ то, что у меня, какъ и при другихъ способахъ лѣченія, по отдѣльнымъ годамъ получилась самая разнообразная смертность. Это вполнѣ доказываетъ, что примѣняемые способы лѣченія не оказываютъ вліянія на исходы этой болѣзни. Вы указываете, что *Н. Ф. Филатовъ* находилъ умѣстнымъ извѣстное лѣченіе при фибринозномъ воспаленіи легкихъ; съ другой стороны, въ моемъ докладѣ приведенъ цѣлый рядъ очень опытныхъ клиницистовъ (*Henoch*, напр.), которые послѣ многолѣтнихъ наблюденій пришли къ заключенію, что наилучшій способъ лѣченія этой болѣзни—выжидательный.

*А. А. Кисель:* Мы не задавались цѣлью доказать преимущества выжидательнаго способа лѣченія, а рѣшили только использовать свой матеріалъ для выясненія вопроса, какіе получатся результаты при лѣченіи фибринознаго воспаленія легкихъ выжидательнымъ способомъ? Оказалось, что полученные результаты по меньшей мѣрѣ не хуже тѣхъ, которые получаются при другихъ способахъ лѣченія. Мы только-что выслушали очень горячій споръ, при чемъ противники защищали 2 противоположныхъ направленія въ терапіи, которыя можно назвать эмпирическимъ и раціоналистическимъ. Мнѣ кажется, что теперь всѣми сознается, что въ нашемъ распоряженіи нѣтъ вѣрнаго средства для борьбы съ тяжелыми формами этой болѣзни, и потому, вполнѣ естественно, является вопросъ, не полезнѣе-ли для больныхъ оставаться на одномъ выжидательномъ лѣченіи? Въ этомъ отношеніи можно указать, напр., на жаропонижающія, которыя, особенно въ большихъ количествахъ, легко могутъ вести къ угнетенію дѣятельности сердца. Наконецъ, примѣненіе выжидательнаго способа, отчасти полезно еще тѣмъ, что постоянно напоминаетъ о безсиліи терапіи при тяжелыхъ формахъ фибринознаго воспаленія легкихъ и о необходимости найти дѣйствительное средство противъ этой болѣзни. *А. Кисель.*

## XLII. Изъ Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 22-го января).

*Е. О. Шумова-Симановская* и *Н. О. Зиберъ*. *Вліяніе токсиновъ и «virus fixe» бѣшенства на окислительную способность организма.* (Изъ химической лабораторіи Института экспериментальной медицины). Для опредѣленія окислительной способности организма авторы пользовались способомъ покойнаго проф. *М. В. Ненцкаго* и *Н. О. Зиберъ* въ виду его преимуществъ передъ другими, предложенными для этой цѣли. Окислительная способность по этому способу опредѣляется количествомъ окисленнаго въ организмѣ бензола въ фенолъ. Для человѣка нормой надо считать 0,616—0,881 грм. фенола изъ 2,0 бензола (per os), для кролика—0,33 грм. изъ 1,0 бензола. И для человѣка, и для животныхъ бензолъ въ небольшихъ количествахъ безвреденъ; фенолъ, какъ продуктъ окисленія бензола, довольно точно можетъ быть опредѣленъ путемъ взвѣшиванія въ видѣ трибромфенола. Кромѣ того, фенолъ можетъ служить дов. вѣрнымъ измѣрителемъ колебаній въ окислительной способности даннаго организма, которая при различныхъ условіяхъ можетъ и понижаться и повышаться. Такъ, изслѣдованіями *Ненцкаго*, *Зиберъ*, *Бржежинскаго*, *Шумовой-Симановской* найдено, что такія наркотическія, какъ хлоралгидратъ, эѳиръ и хлороформъ, затѣмъ мѣдь, платина, фосфоръ, алкоголь и затрудненное дыханіе понижаютъ окислительную способность организма; морфій, мышьякъ, наоборотъ, повышаютъ ее. При нѣкоторыхъ болѣзняхъ, какъ воспаленіе легкихъ, злокачественное малокровіе, блѣдная немочь, окислительная способность не измѣняется, при бѣлокровіи она значительно падаетъ (до 79%). Изслѣдованія другихъ авторовъ показали, что эта способность организма можетъ колебаться подъ вліяніемъ различныхъ условій въ большихъ предѣлахъ. Для опредѣленія окислительной способности подъ вліяніемъ нѣкоторыхъ наиболѣе изученныхъ токсиновъ авторы пользовались кроликами, у которыхъ въ теченіи нѣсколькихъ дней устанавливалась указаннымъ способомъ норма окислительной способности. Послѣ полнаго исчезновенія фенола въ мочѣ подвергавшимся опыту животнымъ подъ кожу вводился токсинъ и въ разгаръ заболѣванія, на 2—3-ій день, опять опредѣлялась окислительная способность. Изъ этихъ опытовъ явствуетъ, что 1) подъ вліяніемъ зараженія бѣшенствомъ въ періодѣ ясно выраженнаго заболѣванія окислительная способность понижается отъ 16,6% до 44%; 2) дифтерійный токсинъ тоже понижаетъ ее отъ 7% до 21% и 3) столбнякъ (tetanus) понижаетъ отъ 3,9% до 65,3%. Подобно тому, какъ при развитіи невоспріимчивости по отношенію къ какому либо болѣзнетворному началу организмъ старается выработать анти-вещества, антитоксины и тѣмъ обезопасить себя, такъ и тутъ въ организмѣ развиваются какія-то окислительныя бродила, которыя ограничиваютъ окислительную способность бензола. Устанавливается поэтому связь между невоспріимчивостью и разбираемой способностью организма, и въ этомъ отношеніи способъ этотъ съ его данными открываетъ, по видимому, новые лѣчебные пути, обѣщающіе много цѣннаго.

Проф. *М. В. Яновскій*: Вы говорите, что при введеніи въ животный организмъ дифтерійнаго, напр., токсина въ разгарѣ болѣзни наблюдали пониженіе окислительныхъ процессовъ. Было-бы интересно знать, лихорадили-ли при этомъ Ваши животныя? Вѣдь извѣстно, что при лихорадочныхъ процессахъ наблюдается повышеніе окислительныхъ процессовъ. Какъ нужно понимать полученныя Вами данныя? Выходитъ, что лихорадочный и окислительный процессы идутъ не параллельно, а въ обратныхъ направленіяхъ. Остается допустить, что на долю бензола, который служилъ у Васъ при окисленіи въ фенолъ указателемъ окислительной способности, должно было оставаться при такихъ условіяхъ меньше O, такъ какъ бо́льшая часть его пошла на повышенное окисленіе продуктовъ при лихорадочномъ состояніи. Повышеніе при этомъ окислительныхъ процессовъ, сказывающееся увеличенными производствомъ и потерями тепла, установлено наблюденіями надъ людьми и животными. Какъ-же Ваши данныя согласовать съ указанными фактами?

*Н. О. Зиберъ:* Подвергавшіяся опыту животныя, правда, лихорадили, но мы наблюдали пониженіе окислительной способности и при введеніи солей тяжелыхъ металловъ, напр. мѣди, гдѣ оно доходило до 40% и гдѣ въ тоже время не наблюдалось лихорадочнаго состоянія.

Проф. *М. В. Яновскій:* Какъ-же объяснить тогда повышеніе теплопроизводства при лихорадкѣ? Фенолъ, какъ извѣстно, образуется въ кишечникѣ изъ пищи. Давая животнымъ одинъ овесъ, Вы тѣмъ самымъ устраняли образованіе фенола. Было-бы, однако, интересно знать, какъ вліяютъ токсины на окислительные процессы, образованіе фенола, безъ введенія бензола. Помимо пищи, въ послѣднее время допускаютъ возможность образованія фенола въ тканяхъ. Вѣдь, можетъ такимъ образомъ выдѣляться тканевой фенолъ.

*Н. О. Зиберъ:* У каждаго животнаго мы предварительно устанавливали норму окисленія бензола въ фенолъ, получали почти одинаковыя цифры и затѣмъ уже, наблюдая уменьшеніе выдѣленія фенола подъ вліяніемъ упомянутыхъ веществъ при однихъ и тѣхъ-же условіяхъ, судили о пониженіи окислительной способности.

Проф. *С. С. Салазкинъ:* Переводъ бензола въ фенолъ не можетъ быть указателемъ всѣхъ окислительныхъ процессовъ въ организмѣ, которые при лихорадочныхъ состояніяхъ бываютъ, однако, повышенными.

*Н. О. Зиберъ*: За пониженіе окисленія при указанныхъ нами условіяхъ говорятъ наблюденія надъ солями тяжелыхъ металловъ и результаты различныхъ авторовъ, пользовавшихся различными способами и получавшихъ между тѣмъ аналогичныя данныя. Можно поэтому принять, что окислительная способность организма можетъ въ достаточной степени измѣряться окислительной способностью бензола.

Д-ръ *Соболевъ*: Проф. *М. В. Яновскій* замѣтилъ, что при лихорадочныхъ процессахъ окислительные процессы повышены, между тѣмъ Вы, вводя бензолъ при указанныхъ Вами условіяхъ, наблюдали пониженіе окисленія. Необходимо, однако, при этомъ отличать не высоту окисленія, а степень, качество, полноту его.

Проф. *Н. Я. Чистовичъ:* Указанное, по видимому, противорѣчіе между пониженіемъ окислительныхъ процессовъ подъ вліяніемъ упомянутыхъ веществъ и повышеніемъ ихъ при лихорадочныхъ состояніяхъ будетъ устранено, если принять во вниманіе, что не все тепло въ организмѣ образуется на счетъ вдыхаемаго O. Вѣдь, мы наблюдаемъ образованіе тепла, напр., при смѣшеніи воды и $H^2SO^4$; оно совершается безъ доступа внѣшняго O. И дыхательный коэффиціентъ въ смыслѣ повышенія потребленія O не можетъ служить также единственнымъ показателемъ окислительныхъ процессовъ.

Проф. *М. В. Яновскій:* Конечно, процессы эти такъ сложны, что мы едва-ли въ правѣ судить по образованію фенола о процессахъ окисленія въ организмѣ.

Ч. пр. *Б. И. Словцовъ:* При обсужденіи этого вопроса необходимо имѣть въ виду и многочисленныя т. наз. окислительныя бродила. Можно думать, что въ организмѣ для окисленія бензола существуетъ особое специфическое бродило. Быть можетъ, при лихорадочныхъ состояніяхъ происходитъ ограниченіе дѣйствія этого предполагаемаго бродила. Въ этомъ смыслѣ можно допускать пониженіе окисленія фенола при одновременномъ повышеніи всѣхъ окислительныхъ процессовъ во время лихорадочнаго состоянія.

Ч. пр. *Г. Ю. Явейнъ:* По наблюденіямъ проф. *С. В. Левашова* количество поглощаемаго O при болотной лихорадкѣ значительно увеличивается и на его счетъ происходитъ повышеніе окислительныхъ процессовъ. По аналогіи съ его данными, не оставляющими въ этомъ отношеніи никакого сомнѣнія, можно допустить и въ другихъ случаяхъ, гдѣ наблюдается лихорадочное состояніе и повышеніе окисленія, это увеличеніе поглощаемаго O. Если Вы, однако, видѣли при указанныхъ Вами условіяхъ пониженіе окислительныхъ процессовъ, то можно лишь принять, что одни вещества, какъ бензолъ, при какихъ-бы то ни было условіяхъ, окисляются слабѣе и въ различной степени, другія — сильнѣе.

*Н. О. Зиберъ:* Мы всюду, при отравленіи-ли органическими ядами или при введеніи неорганическихъ веществъ, встрѣчаемся съ пониженіемъ окисленія по отношенію къ фенолу, а при нѣкоторыхъ условіяхъ, какъ, напр., при введеніи морфія и мышьяка—съ повышеніемъ.

Проф. *С. С. Салазкинъ:* Однако при отравленіи фосфоромъ, если и наблюдается пониженіе окислительныхъ процессовъ, то, съ другой стороны, какъ показываютъ наблюденія, окисленіе, напр., сахара не уклоняется отъ нормы. По количеству, слѣд., выдѣленнаго фенола мы не имѣемъ права судить о степени окислительныхъ процессовъ въ организмѣ животнаго.

Проф. *Л. В. Поповъ:* Остановлюсь на нѣкоторыхъ изъ сдѣланныхъ по выслушанному докладу замѣчаніяхъ. Нельзя отождествлять повышеніе температуры, какъ отдѣльный припадокъ, съ лихорадочнымъ процессомъ, какъ цѣломъ рядѣ болѣзненныхъ явленій. Что это такъ, о томъ свидѣтельствуетъ посмертное повышеніе температуры въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Лихорадочные-

Digitized by Google

же процессы могутъ быть различнаго происхожденія. Повышеніе температуры можетъ получаться не только на счетъ усиленія окислительныхъ процессовъ, но и на счетъ расщепленія нѣкоторыхъ веществъ, вліяющихъ повышающимъ образомъ на температуру организма. Иногда, а именно въ тяжелыхъ случаяхъ дифтеріи и бѣшенства, наблюдается даже пониженіе температуры. И пониженіе температуры, и пониженіе окислительныхъ процессовъ совсѣмъ, можетъ быть, не совпадаютъ съ лихорадочнымъ состояніемъ.

Ч. пр. *Б. И. Словцовъ. Измѣненія бѣлковъ тѣла при голоданіи.* Полное и частичное голоданіе наиболѣе изучено у насъ въ Россіи покойными профф. *В. В. Пашутинымъ, В. А. Манассеинымъ* и ихъ учениками. Вѣсъ тѣла, газовый и азотистый обмѣнъ, теплопроизводство, вѣсъ отдѣльныхъ органовъ и патологоанатомическія измѣненія клѣтокъ различныхъ органовъ животныхъ при условіяхъ лишенія ихъ пищи вообще или отдѣльныхъ составныхъ ея частей служили предметомъ ихъ наблюденій. Химическія же измѣненія, происходящія при голоданіи, изучены сравнительно мало, и по этому отдѣлу имѣется очень мало работъ. Проф. *Г. Г. Скориченко* наблюдалъ содержаніе воды въ органахъ кроликовъ, д-ръ *Немзеръ*—нуклеиновъ клѣточныхъ ядеръ у бѣлыхъ мышей, д-ръ *Бетлингъ* — содержаніе воды, азота, жира и солей, д-ръ *Тамамшевъ*—распредѣленіе фосфора и д-ръ *Умиковъ* — бѣлковый запасъ. Авторъ производилъ параллельныя опредѣленія безотносительныхъ потерь различныхъ составныхъ частей тѣла у насѣкомыхъ, садовыхъ улитокъ и ящерицъ. У повѣрочной группы животныхъ эти потери опредѣлялись до голоданія, а у другой послѣ. Предварительно онъ выдерживалъ подвергавшихся опытамъ животныхъ на одной и той-же пищѣ и дѣлилъ ихъ на 2 группы: одна умерщвлялась тотчасъ-же, другая подвергалась голоданію. Убитыя животныя высушивались до постояннаго вѣса при 110°, измельчались въ порошокъ и изслѣдовались. Потери бѣлка у майскихъ жуковъ при полномъ голоданіи выразились 19,42%, у улитокъ — 23,7% и у ящерицъ — 20,49%. Отщепленіе фосфора отъ бѣлковъ у жуковъ достигало 73,86%, у улитокъ—19,29%, у ящерицъ—19,72%. Содержаніе пентозъ не измѣнялось при голоданіи; ксантиновыя-же тѣла отщеплялись меньше, чѣмъ фосфоръ.

Въ преніяхъ приняли участіе профф. *С. С. Салазкинъ* и *Л. В. Поповъ*. *В. Божовскій.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

## *М. С. Уваровъ. Гигіена. Систематическій курсъ для лицъ, получившихъ среднее образованіе. Петербургъ, 1903 г. Ц. 75 к.*

Предпославъ въ предисловіи нѣсколько словъ о кругѣ вѣдѣнія и задачахъ гигіены, какъ науки о здоровьи, и указавъ на важность для каждаго знать основы этой науки, авторъ намѣчаетъ планъ своего систематическаго курса такимъ образомъ: «согласно сказанному мы должны предпослать курсу гигіены краткія свѣдѣнія о строеніи человѣческаго тѣла и его отправленіяхъ, а также нѣкоторыя элементарныя свѣдѣнія по химіи. Мы стремимся изложить все возможно сжато, предполагая, что читатель послѣ систематическаго курса будетъ обладать необходимыми свѣдѣніями, съ помощью которыхъ онъ самъ можетъ пополнить свои гигіеническія знанія. Съ цѣлью сдѣлать возможно доступнымъ по стоимости изданіе, мы не помѣщаемъ рисунковъ, хотя и сознаемъ, что это очень важно; мы постараемся только указать, какія наглядныя пособія могли-бы способствовать лучшему поясненію дѣла».

Коснувшись во введеніи главнѣйшихъ данныхъ о строеніи человѣческаго тѣла, и сообщивъ нѣкоторыя свѣдѣнія по химіи, авторъ въ послѣдующихъ главахъ разсматриваетъ важныя съ точки зрѣнія гигіены свойства воздуха, одежды, жилища, воды, пищевыхъ средствъ и заканчиваетъ изложеніемъ краткихъ свѣдѣній о заразныхъ болѣзняхъ.

Какъ можно думать на основаніи заглавія книжки «Систематическій курсъ гигіены», основная задача автора заключалась въ данномъ случаѣ въ томъ, чтобы дать въ руки лицъ, получившихъ среднее образованіе, книжку, которая содержала-бы не одно лишь голое перечисленіе фактическихъ данныхъ, какъ во многихъ учебникахъ, и не одни сухія, недостаточно освѣщенныя и плохо мотивированныя наставленія гигіены и гигіеническія правила на тотъ или иной случай жизни, какъ это нерѣдко мы видимъ въ популярныхъ статьяхъ по медицинѣ и гигіенѣ, а имѣла-бы характеръ строго-логичнаго и послѣдовательнаго развитія,—на основаніи удачно подобраннаго соотвѣтственнаго научнаго фактическаго матеріала,—той основной мысли, что жизнь и здоровье человѣка тѣсно и неразрывно связаны со свойствами окружающей его внѣшней среды, и, слѣд., то или иное состояніе здоровья организма, его работоспособность и воспріимчивость къ заразнымъ началамъ, есть въ каждый данный моментъ лишь равнодѣйствующая внутреннихъ силъ живого организма и воздѣйствій окружающей его природы и жизненной обстановки.

Признавая справедливость такого воззрѣнія автора на задачи популяризаціи основныхъ свѣдѣній по гигіенѣ для образованныхъ читателей и, слѣд., признавая основную идею настоящаго труда, выраженную въ заглавіи, правильной, я позволю себѣ въ нижеслѣдующемъ, въ интересахъ послѣдующихъ изданій этой, безспорно, полезной книжки д-ра *М. С. Уварова*, отмѣтить недочеты, обмолвки, неясныя выраженія и т. п. изъяны въ ея изложеніи, которые она, по нашему мнѣнію, содержитъ, и устраненіе которыхъ было-бы крайне желательно въ цѣляхъ болѣе полнаго согласованія заглавія книжки съ ея содержаніемъ. Прежде всего, нельзя не вспомнить здѣсь того общеизвѣстнаго факта, что составленіе популярныхъ курсовъ вообще и по гигіенѣ въ частности—задача очень трудная. Въ этихъ случаяхъ, вообще говоря, крайне трудно, если не невозможно, избѣжать нѣкоторой отрывочности и неровности въ изложеніи, въ особенности, когда приходится затрогивать область свѣдѣній общаго естественно-историческаго характера, свѣдѣній по химіи, физикѣ, механикѣ, анатоміи и физіологіи. Въ сущности говоря, въ томъ объемѣ, въ какомъ названныя «свѣдѣнія» обычно излагаются въ популярныхъ руководствахъ по гигіенѣ, они для «подготовленнаго»—излишни, а для «неподготовленнаго» — все равно безполезны, и, въ интересахъ читателя, было-бы проще замѣнять ихъ ссылками на тѣ или иныя завѣдомо хорошо составленныя общедоступныя руководства и отдѣльныя популярныя книжки, излагающія предметъ, дѣйствительно, систематически, съ необходимой полнотой, послѣдовательностью и научной точностью.

Только-что сказанное поясню слѣдующими примѣрами, взятыми изъ разбираемой книжки. На стр. 17-й, напр., предполагается, что слово «микроорганизмы» и понятіе, имъ выражаемое, достаточно извѣстны читателю; на стр. 25-й предполагается знакомство съ «удѣльнымъ вѣсомъ», а на стр. 73-й проведены даже химическія формулы; между тѣмъ, на той-же стр. 25-й оказывается необходимымъ давать разъясненіе, что «кислородъ—газообразное тѣло, составная часть воздуха, обладаетъ способностью соединяться со многими тѣлами — окислять ихъ» и т. д. Далѣе, на стр. 27-й опять считается возможнымъ касаться даже теоріи дѣйствія «ферментовъ», сущности «процессовъ броженія» и дѣятельности «микробовъ»; на стр. 28-й разница между «газообразными» и «парообразными» продуктами обмѣна веществъ въ тѣлѣ предполагается извѣстною; на стр. 29-й физическія явленія—связываніе теплоты при испареніи воды, равно и значеніе выраженія «проведеніе тепла» (стр. 30),— предполагаются тоже достаточно понятными; на стр. 33-й о «частицѣ» и «атомѣ» упоминается, какъ о предметахъ общеизвѣстныхъ; на стр. 36-й въ этомъ-же духѣ говорится о «культурахъ чудесной бактеріи», о «чашечкахъ съ желатиной», о «шкафѣ съ повышенной температурой», о «контрольныхъ чашечкахъ», объ «экспериментирующемъ» человѣкѣ и о «палочкѣ столбняка»; съ другой стороны, на стр. 26-й говорится о химическомъ составѣ воды въ такомъ тонѣ: «не можетъ быть одной воды, въ которой было-бы больше кислорода, а въ другой — больше водорода. Мы можемъ въ чаѣ растворить и больше сахара и меньше, но это не будетъ еще химическое соединеніе» и т. д.

Страдаетъ нѣкоторою невыдержанностью и терминологія автора. Такъ, напр., не указано точно разницы между «горной породой» и «почвой». Строго опредѣленные термины: «пищевыя начала» или «пищевыя (питательныя) вещества», «пищевыя средства» и «пища» нерѣдко употребляются одинъ вмѣсто другого, точно также, какъ и выраженія: «санитарный», «гигіеническій» и «гигіеничный». Какъ-то странно, напр., читать (стр. 20), что «если зубы плохи, т. е. многіе изъ нихъ выпали, то необходимо *съ санитарной точки зрѣнія* замѣнить ихъ искусственными»; тоже самое повторяется и на стр. 48, 49, и 74-й по отношенію къ подмышникамъ и теплотѣ камина. Далѣе, въ книжкѣ встрѣчаются такія, напр., мало употребительныя выраженія, какъ «верховодка», «ситцевые полы», «протекательная бумага». Не вполнѣ удачна редакція, напр., на стр. 22-й: «кумысъ и кефиръ—продукты микроорганизмовъ»; на стр. 50-й: «настроеніе нервной системы непремѣнно надо принимать во вниманіе при рѣшеніи всѣхъ *санитарныхъ* вопросовъ»; на стр. 70-й: «такой процессъ *очищенія* комнатнаго воздуха называется естественною вентиляціею».

Утвержденіе на стр. 32-й, что въ наружномъ воздухѣ содержится 0,04% углекислоты, по новѣйшимъ даннымъ, не вполнѣ правильно, а указаніе на стр. 70-й, что «въ 1000 объемахъ наружнаго воздуха содержится около 0,1 части углекислоты», очевидно, опечатка, которыхъ, кстати сказать, въ книжкѣ довольно много. Не правильно также утвержденіе на стр. 67-й, что «теплопроводность дерева превосходитъ всѣ строительные матеріалы», равно какъ и выраженіе, что «наиболѣе раціональны системы отопленія, соединенныя съ вентиляціей» (стр. 73). Основанія для разсчета куб. содержанія воздуха на 1 человѣка (на той-же страницѣ) совсѣмъ не выяснены.

Наиболѣе удачнымъ, несомнѣнно, должно быть признано изложеніе главы о заразныхъ болѣзняхъ, гдѣ и редакція представляется наиболѣе выдержанною. — Я позволю себѣ сдѣлать лишь замѣчаніе по поводу заключительныхъ строкъ автора, въ которыхъ онъ выражаетъ надежду, что «пройдетъ какихъ-либо 10—20 лѣтъ и мы будемъ имѣть совершенно новое ученіе по вопросу о спеціальномъ предрасположеніи къ заразнымъ формамъ, которое, вѣроятно, въ корнѣ измѣнитъ наши лѣчебныя, *а также и санитарныя* мѣропріятія». Съ подобнымъ приговоромъ въ такой категорической формѣ едва-ли можно согласиться. Едва-ли можно думать, что какое-бы то ни было «новое ученіе» въ состояніи поколебать тѣ основы, на которыхъ зиждется въ настоящее время рядъ такихъ существенныхъ общественно-санитарныхъ мѣропріятій, предлагаемыхъ современной гигіеной, каковы: поддержаніе самой тщательной чистоты всюду, а особенно—чистоты воздуха, воды, почвы, жилища, осуществленіе правильнаго водоснабженія, удаленія нечистотъ и отбросовъ, контроль

Digitized by Google

надъ съѣстными продуктами, устройство дешевыхъ жилищъ, столовыхъ, яслей, безплатныхъ бань, учрежденій для обеззараживанія, для изоляціи и т. д.—Заканчивая на этомъ разборъ книжки, позволю себѣ указать еще на слѣдующее: опредѣляя (въ предисловіи) слово «Гигіена» и обрисовывая кругъ ея вѣдѣнія, авторъ, мнѣ кажется, недостаточно рельефно оттѣняетъ разницу между гигіеной, какъ наукой, и приложеніемъ данныхъ этой науки къ жизни—общественнымъ здравоохраненіемъ. Затѣмъ, обѣщанныя въ концѣ предисловія указанія на «наглядныя пособія» остались до конца книжки неисполненными.

Наконецъ, изъ способовъ санитарныхъ изслѣдованій авторъ почему-то упоминаетъ лишь объ опредѣленіи влажности воздуха и объ изслѣдованіи молока.

Въ заключеніе я долженъ сказать, что, останавливаясь такъ долго на перечисленіи недочетовъ въ изложеніи книжки, я руководился той мыслью, что эти недочеты, въ сущности, легко устранимы, а, между тѣмъ идея автора дать образованному читателю, дѣйствительно, систематическое, научное и вмѣстѣ съ тѣмъ общепонятное и живое изложеніе основъ гигіены—заслуживаетъ, какъ уже было указано выше, полнаго сочувствія. Простой и понятный языкъ и содержательность книжки, дающая возможность читателю, незнакомому съ гигіеной, составить себѣ понятіе о сущности и задачахъ этой науки, все это—безспорныя положительныя ея качества; этими качествами настоящая книжка выгодно отличается отъ многихъ изъ существующихъ уже сочиненій въ нашей далеко еще небогатой популярной литературѣ по гигіенѣ. Ч. пр. *В. Левашевъ.*

### *Heubner, O. Lehrbuch der Kinderheilkunde. T. 1. 1903 г. Изд. S. A. Barth'а въ Leipzig'ѣ. 716 стр. Ц. 17 мар.*

Имя Berlin'скаго профессора настолько общеизвѣстно, что выпущенная имъ въ концѣ прошлаго года 1-я половина оригинальнаго руководства должна невольно обратить на себя самое серьезное вниманіе, какъ написанная много видѣвшимъ, опытнымъ лицомъ, которое, по собственному выраженію автора въ краткомъ, но очень симпатичномъ предисловіи, «vom Gipfel des Lebensberges schon recht abwärts schreitet»... Стоитъ пробѣжать 1-й отдѣлъ, касающійся анатомо-физіологическихъ особенностей дѣтскаго организма съ заключительной статьей die Aufnahme der Krankengeschichte beim Kinde, чтобы убѣдиться въ большой эрудиціи автора, рѣдкомъ умѣньи его безпристрастно оцѣнивать научныя данныя, выдвигая изъ нихъ на первое мѣсто наиболѣе существенныя и положительныя. 2-й отдѣлъ заключаетъ въ себѣ описаніе болѣзней первыхъ дней жизни. Здѣсь интересенъ случай склеремы новорожденнаго, наблюдавшейся авторомъ и прекратившейся подъ вліяніемъ согрѣванія ребенка въ couveuse. Въ основѣ столбняка (tetanus) новорожденныхъ проф. *O. Heubner* видитъ токсинъ, измѣняющій условія клѣтки спинного мозга. Вполнѣ основательно выдѣлены и мастерски описаны (отд. 4-й) рядъ болѣзней, протекающихъ совершенно своеобразно у дѣтей грудного возраста, а именно: желудочно-кишечныя разстройства, общія и частныя судороги, множественное воспаленіе сывороточныхъ оболочекъ, заболѣванія сердца и почекъ. Только объ одномъ приходится пожалѣть: при описаніи тетаніи ни слова не сказано о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ центральной и периферической нервной системы, а равно о крайне важныхъ, въ названномъ смыслѣ, изслѣдованіяхъ ч. пр. *Р. А. Петерса.* Ученію объ острыхъ заразныхъ болѣзняхъ (глава 4-я) предпосланы общія замѣчанія о невоспріимчивости, гэматолизѣ, бактеріолизѣ, фагоцитозѣ, агглютининѣ, преципитинѣ. Острыя сыпныя формы, прекрасно изложенныя, во многихъ мѣстахъ пояснены интересными исторіями болѣзней. Обидно, что скарлатиновидная краснуха, несомнѣнно существующая, даже не упомянута. Въ той-же группѣ помѣщенъ сочленовный ревматизмъ, и вслѣдъ за нимъ—chorea minor, по поводу которой сказано: «Die Aetiologie der Erkrankung steht also in einem engen Zusammenhange mit allen rheumatischen Nuxen». Эпидемическій перипаротитъ (свинка) описанъ очень кратко; проф. *Heubner* почти отрицаетъ всякую опасность при этой болѣзни, какъ таковой или вслѣдствіе обусловливаемыхъ ею осложненій и послѣдовательныхъ разстройствъ (орхиты, оофориты, отиты и пр.). Отдѣлъ 5-й заключаетъ въ себѣ описаніе хроническихъ заразныхъ болѣзней—бугорчатки, золотухи и наслѣдственнаго сифилиса. Долгомъ считаю обратить здѣсь вниманіе на полноту и ясность изложенія послѣдняго изъ названныхъ страданій. Наконецъ, въ 6-мъ отдѣлѣ описаны «die Wachstumskrankheiten», т. е., рахитъ и въ pendant къ нему болѣзнь *Barlow*'а, по поводу которой проф. *O. Heubner* выражается въ томъ смыслѣ, что она—болѣзнь sui generis: нельзя называть ее острымъ рахитомъ, равно какъ и дѣтской цынгой. Въ заключеніе не могу не выразить горячаго пожеланія видѣть скорѣйшій выходъ въ свѣтъ 2-й части прекрасной книги талантливаго Berlin'скаго профессора. Помѣщенные въ текстѣ, хотя и въ небольшомъ числѣ, рисунки, какъ и все изданіе, выполнены болѣе, чѣмъ удовлетворительно. Выходъ въ свѣтъ руководства пріуроченъ, какъ «Festschrift» къ очень важному событію въ жизни Berlin'скаго Университета. Вмѣсто старой, многимъ хорошо знакомой, не отвѣчавшей научнымъ требованіямъ дѣтской клиники въ Charité, 29/x 1903 г. открыта новая, вполнѣ, разумѣется, удовлетворяющая современнымъ требованіямъ и достойная столицы Германіи. Проф. *И. Троицкій.*

---

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

**XXVII.** Коммиссія по изученію маляріи въ Россіи, состоящая при правленіи Общества Русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*, имѣя въ виду приближеніе весенняго и лѣтняго сезона, когда усиливается заболѣваемость маляріей, и желая облегчить изученіе эпидемическаго распространенія этой болѣзни, предлагаетъ всѣмъ лицамъ, интересующимся этимъ вопросомъ, высылать безплатно программы для изслѣдованія, таблицу рисунковъ комаровъ и всѣ необходимыя свѣдѣнія.

Коммиссія съ благодарностью приметъ матеріалъ, который можетъ быть собранъ на основаніи предлагаемыхъ программъ. Изъ издаваемыхъ Коммиссіей «Трудовъ» вышелъ въ продажу 1-ый выпускъ и печатается 2-ой.

Адрессъ предсѣдателя Коммиссіи: Москва, Страстной бульваръ, Бактеріологическій Институтъ.

Предсѣдатель Коммиссіи *Г. Габричевскій.*

Москва. 18-го февраля 1904 г.

**XXVIII.** М. Г.! Прошу Васъ дать мѣсто на страницахъ «Русскаго Врача» слѣдующимъ строкамъ. Вотъ уже $1^1/_2$ года я практикую въ ст. Кореновской, Кубанской области, вмѣстѣ съ женой, докторомъ иностраннаго факультета. Тяжела отвѣтственность и некрасна жизнь земскаго врача, но очень немногіе изъ товарищей знаютъ, какая участь выпадаетъ на долю станичныхъ врачей на Кавказѣ.

Въ ст. Кореновской около 15000 жителей, въ окрестностяхъ около 60000. Изъ нихъ maximum 1000 чел. обращается къ раціональной медицинской помощи; все остальное населеніе лѣчится у прихожихъ шарлатановъ, знахарей, бабокъ, ротныхъ фельдшеровъ и широко пользуется совѣтами мѣстной аптеки, владѣлица которой, не получившая никакого спеціальнаго образованія, занимается не только фармацевтической дѣятельностью, но и подачей медицинскихъ совѣтовъ. Какъ для меня, такъ и для товарищей, предшествовавшихъ мнѣ здѣсь, вся трудность пріучить народъ къ раціональной медицинѣ состояла въ томъ, что лѣкарства изъ мѣстной аптеки выдавались по неумѣренно высокимъ цѣнамъ, и многіе не могли совмѣстить плату за совѣтъ врачу съ платой за лѣкарства и предпочитали обращаться прямо въ аптеку какъ за совѣтомъ, такъ и за лѣкарствомъ. Могу въ этомъ отношеніи сослаться на свидѣтельство товарища *Сегеля*, моего ближайшаго предшественника, живущаго теперь въ Ростовѣ н/Д. Всѣ благія начинанія мои и моихъ товарищей разбивались о неприступную крѣпость: дороговизну лѣкарствъ. Понятно отсюда, что я былъ очень доволенъ, когда недавно одинъ фармацевтъ, служившій раньше въ мѣстной аптекѣ, открылъ аптекарскій магазинъ, въ которомъ медикаменты стали продаваться по очень дешевымъ цѣнамъ. Почуявъ опаснаго конкуррента, владѣлица аптеки предложила мнѣ преслѣдовать аптекарскій магазинъ на почвѣ улавливаній въ продажѣ камфорнаго спирта и пр. мелкихъ отступленій отъ аптекарскаго устава. Я отказался, отмѣтивъ, что я до сихъ поръ не возбуждалъ судебныхъ преслѣдованій и противъ аптеки за врачеваніе, продажу фантастическихъ капель, въ родѣ «маточныхъ» (вызвавшихъ въ одномъ случаѣ опійное отравленіе) и др. нарушенія не только аптекарскихъ, но и другихъ уставовъ. Я поставилъ на видъ владѣлицѣ аптеки, что считаю аптекарскій магазинъ учрежденіемъ полезнымъ для края и то, чего не дѣлалъ противъ аптеки, не стану дѣлать въ угоду ей. Послѣ этого аптека стала упорно распространять слухъ, что аптекарскій магазинъ—мой, что онъ открытъ мной въ компаніи съ фармацевтомъ. Мнѣ лично владѣлица аптеки заявила, что для борьбы со мной вызываетъ врача, будетъ платить ему 1200 р. въ годъ, при чемъ, съ цѣлью съузить сферу моей терапіи, по моимъ рецептамъ будетъ отпускать лишь тѣ медикаменты, какіе опредѣлены закономъ для сельскихъ аптекъ, другому-же, своему врачу, будетъ отпускать всѣ лѣкарства изъ своего богатаго запаса; все это—чтобы выжить меня отсюда, убить аптекарскій магазинъ и вновь получить утерянную возможность лѣчить, назначать произвольно цѣны и пр. Такая своеобразная дѣтельность аптеки—не единичное явленіе въ нашемъ краѣ. Въ 7 верстахъ отъ меня аптекарь вызывалъ врача, такъ какъ, по собственному признанію, «не въ состояніи справиться съ числомъ своихъ паціентовъ и поэтому рѣшилъ искать себѣ помощника».

Поселившійся тамъ товарищъ—старый земскій врачъ—положилъ предѣлъ врачебной дѣятельности фармацевта тѣмъ, что обзавелся цѣлой аптекой и, поручивъ женѣ своей, фельдшерицѣ, изготовленіе лѣкарствъ, выдавалъ ихъ безплатно, получая гонораръ лишь за совѣтъ. Цѣль настоящаго моего письма — предостеречь, предупредить товарища, идущаго сюда, по зову аптеки, что дѣло идетъ о борьбѣ съ товарищемъ во имя меркантильныхъ интересовъ. Поселившись здѣсь, *при настоящихъ условіяхъ* товарищъ будетъ лишь сильнымъ орудіемъ въ рукахъ торговой фирмы, желающей, во что бы то ни стало, сохранить свое привиллегированное положеніе, представляющееся мнѣ общественно-вреднымъ. Я увѣренъ, что по лицу земли русской не найдется врача, который сознательно пошелъ-бы на встрѣчу торжествующему невѣжеству и меркантильному разсчету въ борьбѣ со свѣтомъ. Я охотно уступаю и мѣсто, и практику товарищу, желающему продолжать традицію борьбы съ нераціональнымъ враче-

Digitized by Google

ваніемъ въ разнообразныхъ его проявленіяхъ, которую до сихъ поръ вели здѣсь всѣ товарищи. Если, паче чаянія, найдется врачъ, готовый выступить заступникомъ интересовъ торговой фирмы, я противоставлю ему всю мою энергію, останусь до конца на своемъ посту, на стражѣ народнаго здравія.

*Д. Гурари.*

Ст. Кореновская, Кубанской Области. 20-го февраля 1904 г.

XXIX. Комитетъ X Международнаго офталмологическаго Съѣзда, имѣющаго собраться въ Lüzern'ѣ (Швейцарія) 13 сентября 1904 г., поручилъ мнѣ позаботиться о соотвѣтствующей выставкѣ всѣхъ доставленныхъ на Съѣздъ научныхъ приборовъ, инструментовъ и различныхъ ученыхъ и учебныхъ пособій.

Въ виду этого прошу всѣхъ товарищей, а равно и всѣ оптическія и механическія фирмы, желающихъ выставить какіе-либо предметы на Международномъ офталмологическомъ Съѣздѣ обратиться ко мнѣ *до 1 іюля 1904 г.* съ точными указаніями какъ выставленныхъ предметовъ и желаемаго мѣста, такъ и рода и силы потребной электрической энергіи.

Болѣе позднія заявленія будутъ удовлетворяться лишь постольку, поскольку то дозволитъ остающееся свободное мѣсто.

Проф. *A. Siegrist*, директоръ глазной клиники въ Bern'ѣ.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

338. Надъ женскимъ врачебнымъ образованіемъ въ Россіи занялась новая заря, обѣщающая ему прочную будущность: *Женскій Медицинскій Институтъ въ Петербургѣ*, какъ мы слышали изъ вполнѣ достовѣрнаго источника, *принятъ въ вѣдѣніе Министерства народнаго просвѣщенія.* Существованіе Института, поскольку его касается матеріальная сторона дѣла, не будетъ такимъ образомъ находиться въ постоянной зависимости отъ случайнаго участія къ его судьбѣ и сочувствія къ осуществляемому имъ въ жизни вопросу огромнаго общественнаго значенія отдѣльныхъ лицъ и учрежденій. Государство признало, наконецъ, за Институтомъ—непосредственнымъ преемникомъ Высшихъ Женскихъ Врачебныхъ Курсовъ, давшихъ отечеству столько интеллигентныхъ рабочихъ силъ, съ образцовыми добросовѣстностью и самоотверженіемъ выполнявшихъ принятыя на себя въ отношеніи русскаго народа обязательства, — право на открытую, свободную, легальную жизнь и широкую научную дѣятельность, не омрачаемую заботой о завтрашнемъ днѣ. Въ семьѣ высшихъ русскихъ медицинскихъ школъ нѣтъ болѣе «внѣбрачнаго» члена, такого дорогого сердцу общей матери—родинѣ и такъ несправедливо обойденнаго человѣческими законами. Привѣтъ равноправному Женскому Медицинскому Институту!... Большое спасибо скажетъ русскій народъ всѣмъ тѣмъ, кто такъ или иначе помогъ устраненію одной изъ горькихъ житейскихъ несправедливостей.

339. *Половина слушательницъ Женскаго Медицинскаго Института заявили желаніе отправиться на Дальній Востокъ* служить тамъ въ госпиталяхъ и лазаретахъ своими знаніями великому дѣлу человѣколюбія («Новое Время», 20 февраля).

340. Врачи крейсера «Варягъ» *М. Н. Храбростинъ* и *М. Л. Банщиковъ*, геройски выдержавшаго борьбу съ далеко превосходившимъ его численностью непріятелемъ, *награждены орденомъ св. Георгія 4-ой степени* («Правительственный Вѣстникъ», 26 февраля). — Насколько намъ извѣстно, въ Россіи это — 1-ый случай награжденія военныхъ врачей спеціально военнымъ знакомъ отличія. Будемъ надѣяться, что въ этомъ—залогъ дальнѣйшаго уравненія въ правовомъ отношеніи военныхъ товарищей съ другими членами военной среды.

341. 20-го февраля въ Московскомъ Университетѣ *Ф. Ф. Засѣдателевъ* защищалъ диссертацію на тему—*«Къ вопросу о функціи ушного лабиринта на основаніи изслѣдованія глухонѣмыхъ»* («Русскія Вѣдомости», 21 февраля).

342. Въ общихъ газетахъ мы съ удовольствіемъ прочитали слѣдующее *объявленіе отъ исполнительной Коммиссіи главнаго Управленія Россійскаго Общества Краснаго Креста:* «Въ виду появившихся во многихъ газетахъ сообщеній, что Красный Крестъ направляетъ свою помощь исключительно въ свои собственныя учрежденія, оставляя совершенно въ сторонѣ нужды военнаго вѣдомства, исполнительная Коммиссія Общества Краснаго Креста считаетъ долгомъ заявить, что вся дѣятельность Краснаго Креста направляется исключительно въ помощь военно-санитарной организаціи арміи, т. е. прежде всего на пополненіе санитарнаго персонала и улучшеніе довольствія военно-лѣчебныхъ заведеній всякаго рода, а затѣмъ по мѣрѣ потребностей—въ учрежденіи своихъ лѣчебныхъ заведеній болѣе подвижного типа, какихъ въ распоряженіи военнаго вѣдомства не имѣется. Такимъ образомъ весь персоналъ и всѣ матеріальные склады Общества служатъ въ совершенно равной мѣрѣ для пополненія и питанія лѣчебныхъ заведеній какъ военнаго вѣдомства, такъ и Краснаго Креста». — Неравная участь попавшихъ въ Красный Крестъ и въ военные госпитали и лазареты на этотъ разъ, по видимому, минуетъ хоть больныхъ.

343. За лицами, откомандированными по различнымъ вѣдомствамъ, на время дѣятельности Россійскаго Общества Краснаго Креста по оказанію помощи санитарному дѣлу дѣйствующей арміи, въ распоряженіе главнаго Управленія Общества, *сохраняются всѣ права и преимущества*, коими они пользуются по ихъ государственной службѣ, а также *занимаемыя ими должности и получаемое содержаніе* («Новое Время», 24 февраля).

344. «Русскія Вѣдомости» (25 февраля) передаютъ, что особая Коммиссія, составленная изъ профессоровъ медицинскаго факультета Московскаго Университета, выработала проэктъ организаціи *курсовъ для подготовленія лицъ, желающихъ пріобрѣсти всѣ необходимыя для сестеръ милосердія свѣдѣнія при уходѣ за ранеными и больными на театрѣ войны.* Коммиссія остановилась на предложеніи привлечь къ участію въ этомъ полезномъ дѣлѣ всѣхъ профессоровъ, прозекторовъ и чч. преподавателей медицинскаго факультета Университета и выработала программу курсовъ. — Отчего-бы нѣчто подобное не устроить и въ В.-Медицинской Академіи и въ другихъ университетахъ? Время должно найтись, а за слушательницами дѣло, безъ сомнѣнія, не станетъ.

345. Проф. *С. С. Боткинъ* уѣзжаетъ на Дальній Востокъ, чтобы занять должность *завѣдующаго медицинской частью въ Уссурійской арміи* («Новое Время», 24 февраля).

346. Кіевскій врачебный инспекторъ *К. П. Сулима* приглашенъ *уполномоченнымъ Общества Краснаго Креста* на Дальнемъ Востокѣ («Кіевская Газета», 17 февраля).

347. Ярославское губернское земское Собраніе отпустило *50000 р. на санитарные отряды*, устраиваемые Московскимъ губернскимъ земствомъ («Биржевыя Вѣдомости», 22 февраля).

348. Харьковское Медицинское Общество постановило *ассигновать на дѣло помощи русскимъ воинамъ 1000 р.* Эту сумму, увеличенную частными пожертвованіями, на которыя Общество разсчитываетъ, оно намѣрено употребить на организацію летучаго санитарно-гигіэническаго отряда, спеціальной цѣлью котораго должно быть принятіе мѣръ къ уменьшенію распространенія эпидемическихъ заболѣваній въ дѣйствующей арміи («Новое Время», 19 февраля).

349. Елисаветградское медицинское Общество устроило, какъ передаетъ «Русское Слово» (15 февраля), въ честь отъѣзжающихъ на Дальній Востокъ товарищей, д-ровъ: *Гомберга, Лурье, Мартемьянова, Медового, Слѣпака* и *Ширмана торжественное засѣданіе.*

350. Въ Екатеринославѣ состоялись *теплые проводы* уѣзжавшихъ на Дальній Востокъ д-ровъ *Готмана, Жолткова, Пищика* и *Хмѣльницкаго* («Приднѣпровскій Край», 13 февраля).

351. Врачи г. Кишинева устроили *задушевные проводы* д-ру *Барщевскому* по поводу его отъѣзда на Дальній Востокъ («Южное Обозрѣніе», 14 февраля).

352. Въ Маріуполѣ состоялись *теплые проводы* д-ровъ *Стоянова, Трандафилова* и *Эрбера*, уѣхавшихъ на Дальній Востокъ («Донская Рѣчь», 14 февраля).

353. Старшимъ врачемъ санитарнаго отряда, сформированнаго въ Одессѣ на средства г-жи Ашкенази и отправляемаго на Дальній Востокъ, приглашенъ ч. пр. Юрьевскаго Университета *І. Р. Рубинштейнъ.*

354. На должность *завѣдующаго санитарнымъ отрядомъ Саратовской Общины Краснаго Креста* приглашенъ земскій врачъ Еланскаго участка Аткарскаго уѣзда *А. А. Терновскій* («Саратовскій Дневникъ», 10 февраля).

355. «Сибирскому Листку» (12 февраля) пишутъ изъ Сургута, что оттуда призванъ на военную службу *единственный въ городѣ врачъ* (онъ-же и уѣздный). Вмѣстѣ съ нимъ призваны и 2 фельдшера, такъ что городъ остался совершенно безъ медицинской помощи. Осиротѣвшая больница имѣетъ аптечку, но, такъ какъ лѣкарства приготовлялись фельдшерами, а въ крайнемъ случаѣ—врачемъ, то и она фактически должна считаться несуществующей.

356 Въ Харбинѣ на частныя пожертвованія устроена *безплатная больница для раненыхъ* съ полнымъ содержаніемъ на 15 коекъ («Биржевыя Вѣдомости», 16 февраля).

357. «Южное Обозрѣніе» (13 февраля) передаетъ, что д-ръ *В. В. Розенбергъ* замѣнилъ д-ра *Ворошильскаго*, который, согласно выпавшему на него жребію, долженъ былъ отправиться на театръ военныхъ дѣйствій на Дальній Востокъ. Полученныя отъ д-ра *Ворошильскаго* за мѣну 2000 р. д-ръ *Розенбергъ* пожертвовалъ Петропавловскому санитарному Попечительству съ тѣмъ, чтобы *деньги эти составляли неприкосновенный капиталъ его имени*, для выдачи $^0/_0$ съ капитала бѣднымъ семьямъ при острозаразныхъ заболѣваніяхъ. Если Петропавловское Попечительство почему-либо функціонировать не будетъ, пожертвованная сумма поступаетъ въ Общество съ такими-же задачами.—Съ принципіальной стороны мы не признаемъ такую мѣну допустимой. Есть обязанности—и къ нимъ прежде всего относится тяжелый, но священный и славный долгъ въ годину испытанія отдать отчизнѣ все до жизни включительно,—отъ личнаго выполненія которыхъ освобождаетъ только смерть и ужъ никоимъ образомъ не матеріальная обезпеченность. Въ недавнемъ прошломъ, когда разрѣшалось отбывать воинскую повинность по наемнымъ свидѣтельствамъ, среди народа—повинность эта лежала только на немъ—въ одинаковой мѣрѣ не пользовались сочувствіемъ ни наемщикъ, ни наймитъ. Оно и понятно: не всѣмъ-же на свѣтѣ можно торговать.

358. Московское городское общественное Управленіе снаряжаетъ на театръ военныхъ дѣйствій *санитарный поѣздъ* въ составѣ 21-го товарнаго и 2-хъ пассажирскихъ вагоновъ. Участіе въ снаряженіи этого поѣзда изъявило согласіе принять Общество Московско-Кіево-Воронежской ж. д. («Русскія Вѣдомости», 19 февраля).

359. Нижегородцы отправляютъ на театръ военныхъ дѣйствій

Digitized by Google

надъ съѣстными продуктами, устройство дешевыхъ жилищъ, столовыхъ, яслей, безплатныхъ бань, учрежденій для обеззараживанія, для изоляціи и т. д.—Заканчивая на этомъ разборъ книжки, позволю себѣ указать еще на слѣдующее: опредѣляя (въ предисловіи) слово «Гигіена» и обрисовывая кругъ ея вѣдѣнія, авторъ, мнѣ кажется, недостаточно рельефно оттѣняетъ разницу между гигіэной, какъ наукой, и приложеніемъ данныхъ этой науки къ жизни—общественнымъ здравоохраненіемъ. Затѣмъ, обѣщанныя въ концѣ предисловія указанія на «наглядныя пособія» остались до конца книжки неисполненными.

Наконецъ, изъ способовъ санитарныхъ изслѣдованій авторъ почему-то упоминаетъ лишь объ опредѣленіи влажности воздуха и объ изслѣдованіи молока.

Въ заключеніе я долженъ сказать, что, останавливаясь такъ долго на перечисленіи недочетовъ въ изложеніи книжки, я руководился той мыслью, что эти недочеты, въ сущности, легко устранимы, а, между тѣмъ идея автора дать образованному читателю, дѣйствительно, систематическое, научное и вмѣстѣ съ тѣмъ общепонятное и живое изложеніе основъ гигіэны—заслуживаетъ, какъ уже было указано выше, полнаго сочувствія. Простой и понятный языкъ и содержательность книжки, дающая возможность читателю, незнакомому съ гигіэной, составить себѣ понятіе о сущности и задачахъ этой науки, все это—безспорныя положительныя ея качества; этими качествами настоящая книжка выгодно отличается отъ многихъ изъ существующихъ уже сочиненій въ нашей далеко еще небогатой популярной литературѣ по гигіэнѣ. Ч. пр. *В. Левашевъ.*

### *Heubner, O. Lehrbuch der Kinderheilkunde. T. 1. 1903 г. Изд. S. A. Barth'а въ Leipzig'ѣ. 716 стр. Ц. 17 мар.*

Имя Berlin'скаго профессора настолько общеизвѣстно, что выпущенная имъ въ концѣ прошлаго года 1-я половина оригинальнаго руководства должна невольно обратить на себя самое серьезное вниманіе, какъ написанная много видѣвшимъ, опытнымъ лицомъ, которое, по собственному выраженію автора въ краткомъ, но очень симпатичномъ предисловіи, «vom Gipfel des Lebensberges schon recht abwärts schreitet»... Стоитъ пробѣжать 1-й отдѣлъ, касающійся анатомо-физіологическихъ особенностей дѣтскаго организма съ заключительной статьей die Aufnahme der Krankengeschichte beim Kinde, чтобы убѣдиться въ большой эрудиціи автора, рѣдкомъ умѣньи его безпристрастно оцѣнивать научныя данныя, выдвигая изъ нихъ на первое мѣсто наиболѣе существенныя и положительныя. 2-й отдѣлъ заключаетъ въ себѣ описаніе болѣзней первыхъ дней жизни. Здѣсь интересенъ случай склеремы новорожденнаго, наблюдавшейся авторомъ и прекратившейся подъ вліяніемъ согрѣванія ребенка въ couveuse. Въ основѣ столбняка (tetanus) новорожденныхъ проф. *O. Heubner* видитъ токсинъ, измѣняющій условія клѣтки спинного мозга. Вполнѣ основательно выдѣлены и мастерски описаны (отд. 4-й) рядъ болѣзней, протекающихъ совершенно своеобразно у дѣтей грудного возраста, а именно: желудочно-кишечныя разстройства, общія и частныя судороги, множественное воспаленіе сывороточныхъ оболочекъ, заболѣванія сердца и почекъ. Только объ одномъ приходится пожалѣть: при описаніи тетаніи ни слова не сказано о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ центральной и периферической нервной системы, а равно о крайне важныхъ, въ названномъ смыслѣ, изслѣдованіяхъ ч. пр. *Р. А. Петерса.* Ученію объ острыхъ заразныхъ болѣзняхъ (глава 4-я) предпосланы общія замѣчанія о невосспріимчивости, гэматолизѣ, бактеріолизѣ, фагоцитозѣ, агглютининѣ, преципитинѣ. Острыя сыпныя формы, прекрасно изложенныя, во многихъ мѣстахъ пояснены интересными исторіями болѣзней. Обидно, что скарлатиновидная краснуха, несомнѣнно существующая, даже не упомянута. Въ той-же группѣ помѣщенъ сочленовный ревматизмъ, и вслѣдъ за нимъ—chorea minor, по поводу которой сказано: «Die Aetiologie der Erkrankung steht also in einem engen Zusammenhange mit allen rheumatischen Noxen». Эпидемическій перипаротитъ (свинка) описанъ очень кратко; проф. *Heubner* почти отрицаетъ всякую опасность при этой болѣзни, какъ таковой или вслѣдствіе обусловливаемыхъ ею осложненій и послѣдовательныхъ разстройствъ (орхиты, оофориты, отиты и пр.). Отдѣлъ 5-й заключаетъ въ себѣ описаніе хроническихъ заразныхъ болѣзней—бугорчатки, золотухи и наслѣдственнаго сифилиса. Долгомъ считаю обратить здѣсь вниманіе на полноту и ясность изложенія послѣдняго изъ названныхъ страданій. Наконецъ, въ 6-мъ отдѣлѣ описаны «die Wachstumskrankheiten», т. е., рахитъ и въ pendant къ нему болѣзнь *Barlow'а*, по поводу которой проф. *O. Heubner* выражается въ томъ смыслѣ, что она—болѣзнь sui generis: нельзя называть ее острымъ рахитомъ, равно какъ и дѣтской цынгой. Въ заключеніе не могу не выразить горячаго пожеланія видѣть скорѣйшій выходъ въ свѣтъ 2-й части прекрасной книги талантливаго Berlin'скаго профессора. Помѣщенные въ текстѣ, хотя и въ небольшомъ числѣ, рисунки, какъ и все изданіе, выполнены болѣе, чѣмъ удовлетворительно. Выходъ въ свѣтъ руководства пріуроченъ, какъ «Festschrift» къ очень важному событію въ жизни Berlin'скаго Университета. Вмѣсто старой, многимъ хорошо знакомой, не отвѣчавшей научнымъ требованіямъ дѣтской клиники въ Charité, 29/х 1903 г. открыта новая, вполнѣ, разумѣется, удовлетворяющая современнымъ требованіямъ и достойная столицы Германіи. Проф. *И. Троицкій.*

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

XXVII. Коммиссія по изученію малярія въ Россіи, состоящая при правленіи Общества Русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*, имѣя въ виду приближеніе весенняго и лѣтняго сезона, когда усиливается заболѣваемость маляріей, и желая облегчить изученіе эпидемическаго распространенія этой болѣзни, предлагаетъ всѣмъ лицамъ, интересующимся этимъ вопросомъ, высылать безплатно программы для изслѣдованія, таблицу рисунковъ комаровъ и всѣ необходимыя свѣдѣнія.

Коммиссія съ благодарностью приметъ матеріалъ, который можетъ быть собранъ на основаніи предлагаемыхъ программъ. Изъ издаваемыхъ Коммиссіей «Трудовъ» вышелъ въ продажу 1-ый выпускъ и печатается 2-ой.

Адрессъ предсѣдателя Коммиссіи: Москва, Страстной бульваръ, Бактеріологическій Институтъ.

Предсѣдатель Коммиссіи *Г. Габричевскій.*

Москва. 18-го февраля 1904 г.

XXVIII. М. Г.! Прошу Васъ дать мѣсто на страницахъ «Русскаго Врача» слѣдующимъ строкамъ. Вотъ уже $1^1/_2$ года я практикую въ ст. Кореновской, Кубанской области, вмѣстѣ съ женой, докторомъ иностраннаго факультета. Тяжела отвѣтственность и некрасна жизнь земскаго врача, но очень немногіе изъ товарищей знаютъ, какая участь выпадаетъ на долю станичныхъ врачей на Кавказѣ.

Въ ст. Кореновской около 15000 жителей, въ окрестностяхъ около 60000. Изъ нихъ maximum 1000 чел. обращается къ раціональной медицинской помощи; все остальное населеніе лѣчится у прихожихъ шарлатановъ, знахарей, бабокъ, ротныхъ фельдшеровъ и широко пользуется совѣтами мѣстной аптеки, владѣлица которой, не получившая никакого спеціальнаго образованія, занимается не только фармацевтической дѣятельностью, но и подачей медицинскихъ совѣтовъ. Какъ для меня, такъ и для товарищей, предшествовавшихъ мнѣ здѣсь, вся трудность пріучить народъ къ раціональной медицинѣ состояла въ томъ, что лѣкарства изъ мѣстной аптеки выдавались по неумѣренно высокимъ цѣнамъ, и многіе не могли совмѣстить плату за совѣтъ врачу съ платой за лѣкарства и предпочитали обращаться прямо въ аптеку какъ за совѣтомъ, такъ и за лѣкарствомъ. Могу въ этомъ отношеніи сослаться на свидѣтельство товарища *Сегеля*, моего ближайшаго предшественника, живущаго теперь въ Ростовѣ н/Д. Всѣ благія начинанія мои и моихъ товарищей разбивались о неприступную крѣпость: дороговизну лѣкарствъ. Понятно отсюда, что я былъ очень доволенъ, когда недавно одинъ фармацевтъ, служившій раньше въ мѣстной аптекѣ, открылъ аптекарскій магазинъ, въ которомъ медикаменты стали продаваться по очень дешевымъ цѣнамъ. Почуявъ опаснаго конкуррента, владѣлица аптеки предложила мнѣ преслѣдовать аптекарскій магазинъ на почвѣ улавливаній въ продажѣ камфорнаго спирта и пр. мелкихъ отступленій отъ аптекарскаго устава. Я отказался, отмѣтивъ, что я до сихъ поръ не возбуждалъ судебныхъ преслѣдованій и противъ аптеки за врачеваніе, продажу фантастическихъ капель, въ родѣ «маточныхъ» (вызвавшихъ въ одномъ случаѣ опійное отравленіе) и др. нарушенія не только аптекарскихъ, но и другихъ уставовъ. Я поставилъ на видъ владѣлицѣ аптеки, что считаю аптекарскій магазинъ учрежденіемъ полезнымъ для края и то, чего не дѣлалъ противъ аптеки, не стану дѣлать въ угоду ей. Послѣ этого аптека стала упорно распространять слухъ, что аптекарскій магазинъ—мой, что онъ открытъ мной въ компаніи съ фармацевтомъ. Мнѣ лично владѣлица аптеки заявила, что для борьбы со мной вызываетъ врача, будетъ платить ему 1200 р. въ годъ, при чемъ, съ цѣлью съузить сферу моей терапіи, по моимъ рецептамъ будетъ отпускать лишь тѣ медикаменты, какіе опредѣлены закономъ для сельскихъ аптекъ, другому-же, своему врачу, будетъ отпускать всѣ лѣкарства изъ своего богатаго запаса; все это—чтобы выжить меня отсюда, убить аптекарскій магазинъ и вновь получить утерянную возможность лѣчить, назначать произвольно цѣны и пр. Такая своеобразная дѣятельность аптеки—не единичное явленіе въ нашемъ краѣ. Въ 7 верстахъ отъ меня аптекарь вызывалъ врача, такъ какъ, по собственному признанію, «не въ состояніи справиться съ числомъ своихъ паціентовъ и поэтому рѣшилъ искать себѣ помощника».

Поселившійся тамъ товарищъ—старый земскій врачъ—положилъ предѣлъ врачебной дѣятельности фармацевта тѣмъ, что обзавелся цѣлой аптекой и, поручивъ женѣ своей, фельдшерицѣ, изготовленіе лѣкарствъ, выдавалъ ихъ безплатно, получая гонораръ лишь за совѣтъ. Цѣль настоящаго моего письма—предостеречь, предупредить товарища, идущаго сюда, по зову аптеки, что дѣло идетъ о борьбѣ съ товарищемъ во имя меркантильныхъ интересовъ. Поселившись здѣсь, *при настоящихъ условіяхъ* товарищъ будетъ лишь сильнымъ орудіемъ въ рукахъ торговой фирмы, желающей, во что бы то ни стало, сохранить свое привиллегированное положеніе, представляющееся мнѣ общественно-вреднымъ. Я увѣренъ, что по лицу земли русской не найдется врача, который сознательно пошелъ-бы на встрѣчу торжествующему невѣжеству и меркантильному разсчету въ борьбѣ со свѣтомъ. Я охотно уступаю и мѣсто, и практику товарищу, желающему продолжать традицію борьбы съ нераціональнымъ враче-

Digitized by Google

ваніемъ въ разнообразныхъ его проявленіяхъ, которую до сихъ поръ вели здѣсь всѣ товарищи. Если, паче чаянія, найдется врачъ, готовый выступить заступникомъ интересовъ торговой фирмы, я противоставлю ему всю мою энергію, останусь до конца на своемъ посту, на стражѣ народнаго здравія.

*Д. Гурари.*

Ст. Кореновская, Кубанской Области. 20-го февраля 1904 г.

XXIX. Комитетъ X Международнаго офталмологическаго Съѣзда, имѣющаго собраться въ Lüzern'ѣ (Швейцарія) 13 сентября 1904 г., поручилъ мнѣ позаботиться о соотвѣтствующей выставкѣ всѣхъ доставленныхъ на Съѣздъ научныхъ приборовъ, инструментовъ и различныхъ ученыхъ и учебныхъ пособій.

Въ виду этого прошу всѣхъ товарищей, а равно и всѣ оптическія и механическія фирмы, желающихъ выставить какіе-либо предметы на Международномъ офталмологическомъ Съѣздѣ обратиться ко мнѣ *до 1 іюля 1904 г.* съ точными указаніями какъ выставленныхъ предметовъ и желаемаго мѣста, такъ и рода и силы потребной электрической энергіи.

Болѣе позднія заявленія будутъ удовлетворяться лишь постольку, поскольку то дозволитъ остающееся свободное мѣсто.

Проф. *A. Siegrist*, директоръ глазной клиники въ Bern'ѣ.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

338. Надъ женскимъ врачебнымъ образованіемъ въ Россіи занялась новая заря, обѣщающая ему прочную будущность: *Женскій Медицинскій Институтъ въ Петербургѣ*, какъ мы слышали изъ вполнѣ достовѣрнаго источника, *принятъ въ вѣдѣніе Министерства народнаго просвѣщенія*. Существованіе Института, поскольку его касается матеріальная сторона дѣла, не будетъ такимъ образомъ находиться въ постоянной зависимости отъ случайнаго участія къ его судьбѣ и сочувствія къ осуществляемому имъ въ жизни вопросу огромнаго общественнаго значенія отдѣльныхъ лицъ и учрежденій. Государство признало, наконецъ, за Институтомъ—непосредственнымъ преемникомъ Высшихъ Женскихъ Врачебныхъ Курсовъ, давшихъ отечеству столько интеллигентныхъ рабочихъ силъ, съ образцовыми добросовѣстностью и самоотверженіемъ выполнявшихъ принятыя на себя въ отношеніи русскаго народа обязательства, — право на открытую, свободную, легальную жизнь и широкую научную дѣятельность, не омрачаемую заботой о завтрашнемъ днѣ. Въ семьѣ высшихъ русскихъ медицинскихъ школъ нѣтъ болѣе «внѣбрачнаго» члена, такого дорогого сердцу общей матери—родинѣ и такъ несправедливо обойденнаго человѣческими законами. Привѣтъ равноправному Женскому Медицинскому Институту!... Большое спасибо скажетъ русскій народъ всѣмъ тѣмъ, кто такъ или иначе помогъ устраненію одной изъ горькихъ житейскихъ несправедливостей.

339. *Половина слушательницъ Женскаго Медицинскаго Института заявили желаніе отправиться на Дальній Востокъ* служить тамъ въ госпиталяхъ и лазаретахъ своими знаніями великому дѣлу человѣколюбія («Новое Время», 20 февраля).

340. Врачи крейсера «Варягъ» *М. Н. Храбростинъ* и *М. Л. Банщиковъ*, геройски выдержавшаго борьбу съ далеко превосходившимъ его численностью непріятелемъ, *награждены орденомъ св. Георгія 4-ой степени* («Правительственный Вѣстникъ», 26 февраля). — Насколько намъ извѣстно, въ Россіи это — 1-ый случай награжденія военныхъ врачей спеціально военнымъ знакомъ отличія. Будемъ надѣяться, что въ этомъ—залогъ дальнѣйшаго уравненія въ правовомъ отношеніи военныхъ товарищей съ другими членами военной среды.

341. 20-го февраля въ Московскомъ Университетѣ *Ф. Ф. Засѣдателевъ* защищалъ диссертацію на тему—*«Къ вопросу о функціи ушного лабиринта на основаніи изслѣдованія глухонѣмыхъ»* («Русскія Вѣдомости», 21 февраля).

342. Въ общихъ газетахъ мы съ удовольствіемъ прочитали слѣдующее *объявленіе отъ исполнительной Коммиссіи главнаго Управленія Россійскаго Общества Краснаго Креста:* «Въ виду появившихся во многихъ газетахъ сообщеній, что Красный Крестъ направляетъ свою помощь исключительно въ свои собственныя учрежденія, оставляя совершенно въ сторонѣ нужды военнаго вѣдомства, исполнительная Коммиссія Общества Краснаго Креста считаетъ долгомъ заявить, что вся дѣятельность Краснаго Креста направляется исключительно въ помощь военно-санитарной организаціи арміи, т. е. прежде всего на пополненіе санитарнаго персонала и улучшеніе довольствія военно-лѣчебныхъ заведеній всякаго рода, а затѣмъ по мѣрѣ потребностей—въ учрежденіи своихъ лѣчебныхъ заведеній болѣе подвижного типа, какихъ въ распоряженіи военнаго вѣдомства не имѣется. Такимъ образомъ весь персоналъ и всѣ матеріальные склады Общества служатъ въ совершенно равной мѣрѣ для пополненія и питанія лѣчебныхъ заведеній какъ военнаго вѣдомства, такъ и Краснаго Креста». — Неравная участь попавшихъ въ Красный Крестъ и въ военные госпитали и лазареты на этотъ разъ, по видимому, минуетъ хоть больныхъ.

343. За лицами, откомандированными по различнымъ вѣдомствамъ, на время дѣятельности Россійскаго Общества Краснаго Креста по оказанію помощи санитарному дѣлу дѣйствующей арміи, въ распоряженіе главнаго Управленія Общества, *сохраняются всѣ права и преимущества*, коими они пользуются по их государственной службѣ, а также *занимаемыя ими должности и получаемое содержаніе* («Новое Время», 24 февраля).

344. «Русскія Вѣдомости» (25 февраля) передаютъ, что особая Коммиссія, составленная изъ профессоровъ медицинскаго факультета Московскаго Университета, выработала проэктъ организаціи *курсовъ для подготовленія лицъ, желающихъ пріобрѣсти всѣ необходимыя для сестеръ милосердія свѣдѣнія при уходѣ за ранеными и больными на театрѣ войны.* Коммиссія остановилась на предложеніи привлечь къ участію въ этомъ полезномъ дѣлѣ всѣхъ профессоровъ, прозекторовъ и чч. преподавателей медицинскаго факультета Университета и выработала программу курсовъ. — Отчего-бы нѣчто подобное не устроить и въ В.-Медицинской Академіи и въ другихъ университетахъ? Время должно найтись, а за слушательницами дѣло, безъ сомнѣнія, не станетъ.

345. Проф. *С. С. Боткинъ* уѣзжаетъ на Дальній Востокъ, чтобы занять должность *завѣдующаго медицинской частью въ Уссурійской арміи* («Новое Время», 24 февраля).

346. Кіевскій врачебный инспекторъ *К. П. Сулима* приглашенъ *уполномоченнымъ Общества Краснаго Креста* на Дальнемъ Востокѣ («Кіевская Газета», 17 февраля).

347. Ярославское губернское земское Собраніе отпустило *50000 р. на санитарные отряды*, устраиваемые Московскимъ губернскимъ земствомъ («Биржевыя Вѣдомости», 22 февраля).

348. Харьковское Медицинское Общество постановило *ассигновать на дѣло помощи русскимъ воинамъ 1000 р.* Эту сумму, увеличенную частными пожертвованіями, на которыя Общество разсчитываетъ, оно намѣрено употребить на организацію летучаго санитарно-гигіэническаго отряда, спеціальной цѣлью котораго должно быть принятіе мѣръ къ уменьшенію распространенія эпидемическихъ заболѣваній въ дѣйствующей арміи («Новое Время», 19 февраля).

349. Елисаветградское медицинское Общество устроило, какъ передаетъ «Русское Слово» (15 февраля), въ честь отъѣзжающихъ на Дальній Востокъ товарищей, д-ровъ: *Гомберга*, *Лурье*, *Мартемьянова*, *Медового*, *Слѣпака* и *Ширмана торжественное засѣданіе.*

350. Въ Екатеринославѣ состоялись *теплые проводы* уѣзжавшихъ на Дальній Востокъ д-ровъ *Готмана*, *Желткова*, *Пищика* и *Хмѣльницкаго* («Приднѣпровскій Край», 13 февраля).

351. Врачи г. Кишинева устроили *задушевные проводы* д-ру *Барщевскому* по поводу его отъѣзда на Дальній Востокъ («Южное Обозрѣніе», 14 февраля).

352. Въ Маріуполѣ состоялись *теплые проводы* д-ровъ *Стоянова*, *Трандафилова* и *Эрбера*, уѣхавшихъ на Дальній Востокъ («Донская Рѣчь», 14 февраля).

353. Старшимъ врачемъ санитарнаго отряда, сформированнаго въ Одессѣ на средства г-жи Ашкенази и отправляемаго на Дальній Востокъ, приглашенъ ч. пр. Юрьевскаго Университета *Г. Р. Рубинштейнъ.*

354. На должность *завѣдующаго санитарнымъ отрядомъ Саратовской Общины Краснаго Креста* приглашенъ земскій врачъ Еланскаго участка Аткарскаго уѣзда *А. А. Терновскій* («Саратовскій Дневникъ», 10 февраля).

355. «Сибирскому Листку» (12 февраля) пишутъ изъ Сургута, что оттуда призванъ на военную службу *единственный въ городѣ врачъ* (онъ-же и уѣздный). Вмѣстѣ съ нимъ призваны и 2 фельдшера, такъ что городъ остался совершенно безъ медицинской помощи. Осиротѣвшая больница имѣетъ аптечку, но, такъ какъ лѣкарства приготовлялись фельдшерами, а въ крайнемъ случаѣ—врачемъ, то и она фактически должна считаться несуществующей.

356 Въ Харбинѣ на частныя пожертвованія устроена *безплатная больница для раненыхъ* съ полнымъ содержаніемъ на 15 коекъ («Биржевыя Вѣдомости», 16 февраля).

357. «Южное Обозрѣніе» (13 февраля) передаетъ, что д-ръ *В. В. Розенбергъ* замѣнилъ д-ра *Ворошильскаго*, который, согласно выпавшему на него жребію, долженъ былъ отправиться на театръ военныхъ дѣйствій на Дальній Востокъ. Полученные отъ д-ра *Ворошильскаго* за мѣну 2000 р. д-ръ *Розенбергъ* пожертвовалъ Петропавловскому санитарному Попечительству съ тѣмъ, чтобы *деньги эти составляли неприкосновенный капиталъ его имени*, для выдачи °/₀ съ капитала бѣднымъ семьямъ при острозаразныхъ заболѣваніяхъ. Если Петропавловское Попечительство почему-либо функціонировать не будетъ, пожертвованная сумма поступаетъ въ Общество съ такими-же задачами.—Съ принципіальной стороны мы не признаемъ такую мѣну допустимой. Есть обязанности—и къ нимъ прежде всего относится тяжелый, но священный и славный долгъ въ годину испытанія отдать отчизнѣ все до жизни включительно,—отъ личнаго выполненія которыхъ освобождаетъ только смерть и ужъ никоимъ образомъ не матеріальная обезпеченность. Въ недавнемъ прошломъ, когда разрѣшалось отбывать воинскую повинность по наемнымъ свидѣтельствамъ, среди народа—повинность эта лежала только на немъ—въ одинаковой мѣрѣ не пользовались сочувствіемъ ни наемщикъ, ни наймитъ. Оно и понятно: не всѣмъ-же на свѣтѣ можно торговать.

358. Московское городское общественное Управленіе снаряжаетъ на театръ военныхъ дѣйствій *санитарный поѣздъ* въ составѣ 21-го товарнаго и 2-хъ пассажирскихъ вагоновъ. Участіе въ снаряженіи этого поѣзда изъявило согласіе принять Общество Московско-Кіево-Воронежской ж. д. («Русскія Вѣдомости», 19 февраля).

359. Нижегородцы отправляютъ на театръ военныхъ дѣйствій

Digitized by Google

*санитарный отрядъ на 600 кроватей* подъ флагомъ Краснаго Креста («Русскія Вѣдомости», 19 февраля).

360. Въ составъ 1-го Московскаго городского *санитарнаго отряда*, отправившагося на театръ военныхъ дѣйствій 22-го февраля, вошли 15 врачей, провизоръ, 4 фельдшера, 10 фельдшерицъ и 20 сестеръ милосердія, кромѣ лицъ, завѣдующихъ хозяйствомъ и дѣлопроизводствомъ («Русскія Вѣдомости», 21 и 24 февраля).

361. Приводимъ изъ «Врачебно-Санитарнаго Листка Симбирской губ.» (№№ 1—2) нѣкоторыя наиболѣе существенныя мѣста доклада, представленнаго Съѣзду земскихъ врачей Сенгилеевскаго уѣзда особой Коммиссіей въ лицѣ *И. А. Кирѣева* и *С. П. Арсеньева* по вопросу *о взаимныхъ отношеніяхъ между университетскими клиниками и земскими лѣчебницами*, возбужденному Правленіемъ Пироговскаго Общества: «Взаимное общеніе земскихъ лѣчебницъ съ университетскими клиниками весьма желательно. Но, имѣя въ виду, во 1-хъ, малочисленность въ государствѣ клиникъ и, во 2-хъ, то, что клиники не всѣхъ университетовъ такъ обширны, чтобы обслуживать всѣхъ больныхъ, нуждающихся въ клиническомъ лѣченіи, Коммиссія не думаетъ, чтобы можно было осуществить въ широкихъ размѣрахъ общеніе клиникъ съ земскими лѣчебницами въ томъ видѣ, какъ это представлено докладами д-ра *Орлова* и Коммиссіи, избранной Правленіемъ Пироговскаго Общества. Больныхъ, нуждающихся въ клиническомъ лѣченіи, у каждаго врача найдется не мало, и изъ нихъ весьма много страдающихъ нервными заболѣваніями, помощь которымъ крайне слабо развита, если не совсѣмъ отсутствуетъ, въ земствѣ. Затѣмъ у каждаго-же врача найдутся больные, которые требуютъ спеціальнаго лѣченія, хотя бы, напр., лѣченія свѣтомъ по *Finsen*'у, которое можно получить лишь въ клиникахъ. Эти соображенія заставляютъ Коммиссію думать, что далеко не всѣ больные, направляемые земскими врачами въ клиники, найдутъ тамъ себѣ мѣсто, и громадный % ихъ будетъ возвращаться обратно ни съ чѣмъ. Что касается хирургической помощи больнымъ въ клиникѣ, то и въ этомъ отношеніи едва-ли клиника много дастъ земству. Хирургическія клиники и теперь не остаются безъ работы, и теперь весьма значительный % больныхъ въ клиникахъ изъ тѣхъ-же крестьянъ—земскихъ плательщиковъ. Гораздо удобнѣе достигнуть распространенія раціональной хирургической помощи больнымъ путемъ широкой организаціи повторительныхъ практическихъ курсовъ для врачей при университетскихъ клиникахъ, какъ это изложено въ § 8 доклада Коммиссіи Правленію Пироговскаго Общества. Гораздо лучше, по мнѣнію Коммиссіи, если пользованіе повторительными курсами дастъ возможность земскому врачу помочь самостоятельно лишь 50% тѣхъ хирургическихъ больныхъ, которые при настоящемъ положеніи дѣла должны-бы быть направляемы въ клинику, чѣмъ если такому-же количеству больныхъ будетъ отказано въ пріемѣ за недостаткомъ мѣста или времени въ клиникѣ». Медицинскіе факультеты, которымъ предложено было высказаться по поводу этого вопроса, какъ извѣстно, пришли къ заключенію, что нынѣшніе бюджеты клиникъ на продовольствіе и пользованіе больныхъ такъ ограничены, что съ друдомъ удается держать открытой клинику 8—8½ мѣс. учебнаго времени. Держать клиники открытыми круглый годъ и организовать при нихъ повторительные практическіе курсы для врачей можно лишь при одномъ условіи, если земства придутъ на помощь университетамъ и установятъ опредѣленные денежные взносы на содержаніе клиникъ въ каникулярное время и на расходы по практическимъ повторительнымъ курсамъ. Въ виду безусловной полезности послѣднихъ въ цѣляхъ усовершенствованія земскихъ врачей, можно быть увѣреннымъ, что земства, такъ чутко относящіяся ко всему, что клонится къ улучшенію положенія санитаріи и врачебнаго дѣла въ населеніи, не остановятся передъ новымъ расходомъ. Желательно, чтобы вопросъ этотъ безъ замедленія былъ внесенъ на обсужденіе земскихъ врачебныхъ Съѣздовъ ради выясненія основанныхъ на этомъ принципѣ подробныхъ денежныхъ расчетовъ. Медицинскіе факультеты, безъ сомнѣнія, охотно представятъ и свои соображенія, какъ только получатъ отъ земствъ запросы по этому поводу, а Министерство народнаго просвѣщенія, нужно думать, не задержитъ разрѣшенія на упорядоченіе этой существенно важной стороны положенія врачебной помощи населенію.

362. «Новое Обозрѣніе» (12 февраля) сообщаетъ, что разрѣшены *періодическіе Съѣзды врачей Кубанской и Терской областей*.

363. Благодаря любезности многоуважаемаго *А. П. Штейнфельда*, завѣдующаго санитарнымъ бюро Пермскаго губернскаго Земства, мы можемъ сообщить, что съ 1-го по 10-е мая текущаго года *въ г. Перми соберется IX-й Съѣздъ врачей Пермской губ.* Программа Съѣзда слѣдующая: 1. Объ исполненіи постановленій VIII Съѣзда. 2. Организація земской медицины и санитаріи въ уѣздныхъ и губернскомъ земствѣ. 3. О дѣтской смертности въ Пермской губ. и мѣры борьбы съ ней. 4. О реорганизаціи губернской больницы. 5. О децентрализаціи психіатрической помощи. 6. Мѣры борьбы съ трахомою въ Пермской губ. 7. Вопросы школьной гигіены. 8. Медицина и санитарія въ городахъ Пермской губ. 9. Заводская медицина и санитарія въ Пермской губ.

364. По почину Варшавскихъ профессовъ *Г. Ф. Гойера*, *П. А. Митрофанова* и *А. А. Колосова* въ Россіи учреждается *«Анатомическое Общество»*, возникновеніе котораго обосновывается тѣмъ, что многолюдность и особенность организаціи Съѣздовъ естествоиспытателей и врачей препятствуютъ болѣе тѣсному общенію представителей анатоміи и гистологіи. Многимъ русскимъ ученымъ разосланы предложенія принять участіе въ новомъ Обществѣ, уставъ коего вырабатывается.

365. 24-го февраля въ Петербургѣ торжественно отпразднованы *100-лѣтіе Клиническаго Повивальнаго Института и открытіе новыхъ его зданій* (на Васильевскомъ Островѣ), обставленныхъ съ научной стороны по послѣднему слову медицины и техники, съ житейской-же—съ недоступными другимъ больничнымъ учрежденіямъ роскошью и комфортомъ. Сооруженіе новыхъ зданій Института, разсчитанныхъ на 176—200 коекъ, съ обзаведеніемъ ихъ, обошлось въ 3500000 р.

366. По словамъ «Новостей» (18 февраля), Рижская городская Дума рѣшила отпустить *100000 р.* на устройство въ Кеммернѣ *здравницы для больныхъ офицеровъ и солдатъ*.

367. Въ годовомъ засѣданіи Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ избраны: предсѣдателемъ *Л. П. Александровъ*, товарищемъ его—*Н. В. Яблоковъ*, секретарями—*А. А. Соколовъ* и *А. Г. Гиппіусъ*, казначеемъ и библіотекаремъ—*В. И. Дрейеръ*. Въ ревизіонную Коммиссію вошли: *А. Н. Устиновъ*, *А. А. Кисель* и *А. А. Поліевктовъ* («Русское Слово», 20 февраля).

368. Въ годовомъ засѣданіи Петербургскаго Медицинскаго Общества избраны: предсѣдателемъ проф. *В. А. Штангe*, товарищемъ его *Я. Б. ф. Бретцель*, секретаремъ *М. Я. Брейтманъ* и казначеемъ *П. А. Добрадинъ*. Члены ревизіонной Коммиссіи и Коммиссіи по присужденію премій имени профф. *Н. В. Склифосовскаго* и *О. О. Мочутковскаго* остались тѣже.

369. Въ Петербургѣ учреждается *Общество «Капли молока»* («Новое Время», 25 февраля).

370. *«Труды Общества русскихъ врачей въ Москвѣ»* за 2-ое полугодіе 1902 г. и 1-ое 1903 г. содержатъ *П. Г. Розанова*—«Памяти *Александра Леонтьевича Эбермана*»; *А. Л. Эбермана*—«О Министерствѣ Народнаго Здравія» (посмертная статья); *Ф. Я. Рерле*—«Vitium cordis organicum congenitum in forma atresiae ostii aortae et endocarditidis foetalis fibrosae ventriculi sinistri»; *П. В. Куманина*—«Случай нервнаго разстройства при малярiи у 9-лѣтняго ребенка»; *Е. Я. Стожкинда*—«4 случая язвенной жабы *Vincent*'а», *А. В. Попова*—«Пернеціозная анэмія въ дѣтскомъ возрастѣ» описаніе случая и вскрытіе; *П. Г. Розанова*—«Новости медицинской метеорологіи. 1901—1902 чумно холерный годъ», (авторъ выступаетъ въ защиту его извѣстной точки зрѣнія о связи эпидемій съ атмосферными явленіями); *П. Н. Иванцова*—«Каменная болѣзнь по матеріалу Софійской дѣтской больницы за 1901—1902 гг.»; *В. М. Минца* и *В. Н. Розанова* «О параффиновой пластикѣ»; *Н. П. Данилова* «О саркомахъ матки» (излагается клиническая патолого-анатомическая картина заболѣванія); *М. Ѳ. Козленко*—«Къ вопросу объ облитераціи матки посредствомъ выпариванія» (описывается случай проф. *В. Ф. Снегирева* и собственный; выпариваніе съ производствомъ облитераціи матки признается незамѣнимымъ средствомъ при упорныхъ климактерическихъ кровотеченіяхъ и старческихъ катаррахъ матки); *К. И. Зальца*—«О значеніи механотерапіи при лѣченіи хроническихъ варикозныхъ язвъ голени» (приводится нѣсколько случаевъ лѣченія язвъ массажемъ съ благопріятнымъ исходомъ); *Б. В. Куманина*—«Случай эхинококка надплечья»; *Н. П. Данилова* «*Pasteur*'изація и *Pasteur*'изаторъ д-ра *Гиппіуса*» (указываются недостатки этого *Pasteur*'изатора); *В. И. Соколова*—«Отчетъ дифтерійнаго отдѣленія Старо-Екатерининской больницы за 1902 г.»; *С. М. Цыкина*—«Къ патогенезу заболѣванія крови» (обширное изслѣдованіе, занимающее почти 100 стр., въ которомъ на основаніи собственныхъ наблюденій и литературныхъ данныхъ авторъ указываетъ, что заболѣванія крови не обусловливаются исключительно патологическимъ состояніемъ кроветворныхъ органовъ, но значительная часть заболѣваній должна быть поставлена въ связь съ первичнымъ пораженіемъ кровяныхъ клѣточекъ. Исходя изъ положенія, что кровь есть органъ, авторъ поставилъ себѣ цѣлью опредѣлить, въ какой мѣрѣ при первичномъ пораженіи клѣточныхъ элементовъ крови имѣетъ мѣсто та послѣдовательность и форма пораженія клѣточекъ, которую авторъ вывелъ для всѣхъ паренхиматозныхъ органовъ); *В. И. Шамшина*—«О тератоидныхъ новообразованіяхъ» (макро- и микроскопическое изслѣдованіе одного случая).—Въ 1902 г. Общество насчитывало 84 дѣйствительныхъ членовъ и имѣло 22 засѣданія, изъ нихъ 1 годовое, 14 очередныхъ и 7 неочередныхъ. Въ очередныхъ засѣданіяхъ было заслушано 40 докладовъ и предъявленій; наибольшее число докладовъ сдѣлано по хирургіи—12, далѣе по дѣтскимъ болѣзнямъ—7, женскимъ болѣзнямъ и внутреннимъ по 6. По примѣру прежнихъ лѣтъ Общество несло годовой расходъ въ 600 р. по учрежденнымъ ранѣе 4 стипендіямъ для лицъ изъ семей врачей, нуждающихся въ среднемъ и высшемъ образованіи. Въ библіотекѣ Общества, согласно отчету библіотекаря, въ настоящее время находится около 12700 различныхъ изданій въ 19200 томахъ; изъ этого числа на періодическія изданія приходится 4518 том. Библіотека Общества русскихъ врачей въ Москвѣ, «благодаря своей содержательности и доступности, по справедливости пользуется извѣстностью и симпатіями врачей, доказательствомъ чему могутъ служить какъ устные отзывы, такъ и письменныя заявленія, и этимъ она обязана постоянному вниманію и заботливости гг. членовъ Общества».—Къ сожалѣнію, прибавимъ отъ себя, этого далеко нельзя сказать про библіотеки другихъ, особенно Петербургскихъ, врачебныхъ Обществъ.

371. Въ Московской Старо-Екатерининской больницѣ учреждается *койка имени д-ра Н. П. Скоренникова*, на которую собранъ капиталъ въ 8649 р. 69 коп. («Русское Слово», 17 февраля).

372. Проф. *М. Г. Курловъ пожертвовалъ 300 р.* на откры-

Digitized by Google

вающуюся въ Томскѣ хирургическую лѣчебницу при мѣстной общинѣ Краснаго Креста («Сибирская Жизнь», 11 февраля).

373. Въ Саратовѣ открывается *больница для затяжныхъ больныхъ* на средства И. Г. Кузнецова («Знамя», 22 февраля).

374. Изъ «*Отчета Бурашевской колоніи для душевно-больныхъ Тверского губернскаго Земства за 1902 г.*» (Тверь, 1903) видно, что къ 1/I 1902 г. въ колоніи состояло больныхъ обоего пола 819. Въ теченіи года поступили 539, выбыли 468 и остались къ 1/I 1903 г. 890. Усиленный приростъ больныхъ въ колоніи, наблюдавшійся въ предыдущемъ 1901 г., продолжался и въ отчетномъ, не уменьшаясь, но даже нѣсколько увеличившись. Изъ цифръ видно, что усиленный приростъ за 2 послѣдніе года является результатомъ одновременнаго повышенія числа поступившихъ и уменьшенія числа выбывшихъ; особенное увеличеніе поступленій за послѣдніе годы замѣчается для затяжныхъ заболѣваній, какъ разные виды слабоумія. Задержанный отливъ больныхъ изъ колоній произошелъ главнымъ образомъ на счетъ паденія цифръ выписанныхъ еще невыздоровѣвшими, т. е. на счетъ отбора хрониковъ родственниками на попеченіе, который въ этомъ году подвергся явной задержкѣ. Изъ числа выписанныхъ въ здоровомъ состояніи 145 наибольшій % составляютъ больные острыми формами (37%); 31% падаетъ на алкогольные психозы. Исключивъ изъ общаго числа выписанныхъ въ здоровомъ состояніи 23, не обнаружившихъ душевной болѣзни, получается собственно выздоровѣвшихъ 122, что составитъ по отношенію къ числу всѣхъ пользованныхъ 9%. На 72, выписанныхъ въ улучшенномъ состояніи, 50% приходится на острыя формы. На 136 умершихъ наибольшій % падаетъ на прогрессивный параличъ (50 чел.), далѣе слѣдуютъ: вторичное слабоуміе, эпилептическіе психозы, старческое слабоуміе и органическое (63 чел.). На острыя формы приходится 9 умершихъ, на остальныя—14. По ближайшимъ причинамъ смерти наибольшее число умершихъ приходится на истощеніе, старческій и паралитическій маразмъ, именно 64 чел. или 47%. Далѣе слѣдуютъ въ качествѣ причинъ смерти бугорчатка (17%), остро-желудочный катарръ (7%), фибринозное воспаленіе легкихъ (6%). Изъ оставшихся на 1/I 1903 г. по формамъ болѣзни больше всего было съ вторичнымъ слабоуміемъ—365 чел., первичнымъ сумашествіемъ—101, прогрессивнымъ параличемъ—81, эпилептическими психозами—82. Побѣговъ изъ колоніи было 31, при чемъ въ 16 случаяхъ побѣги совершены больными, пользующимися свободой.—Согласно постановленію земскаго Собранія сессіи 1901 г., въ отчетномъ году былъ произведенъ опытъ патронажа, при чемъ въ семьяхъ было до 1/XI всего поселено 36 больныхъ, изъ нихъ 4 возвращены въ колонію, 1 выписался на родину, и къ концу года оставались 31. Порядокъ отдачи больныхъ состоялъ въ слѣдующемъ: директоръ колоніи навѣщалъ семью, заявившую о желаніи взять больного, осматривалъ помѣщеніе, знакомился съ хозяевами и, смотря по результатамъ произведеннаго осмотра и знакомства, или назначалъ день для пріѣзда въ колонію за больнымъ, или отказывалъ. Нѣсколько случаевъ отказа обусловливались или дурнымъ и тѣснымъ помѣщеніемъ, или алчностью, обнаруженной хозяевами дома во взглядахъ на новое дѣло, за которое они брались. Затѣмъ въ Совѣщаніи врачей колоніи разбирались исторіи болѣзней и производилось изслѣдованіе больныхъ, годныхъ для выселенія въ патронажъ. Намѣченный для данной семьи кандидатъ или кандидатка снаряжались къ опредѣленному дню необходимымъ комплектомъ одежды и увозились своимъ патрономъ. Предварительно патрону дѣлались подробныя наставленія, какъ обращаться съ больными, а затѣмъ отъ него отбиралось письменное обязательство въ такомъ-же родѣ и росписка въ пріемѣ выданныхъ съ больнымъ вещей. По прилагаемымъ въ «Отчетѣ» краткимъ свѣдѣніямъ о больныхъ, поселенныхъ въ семьяхъ, и объ ихъ патронахъ можно думать, что первый опытъ патронажа въ Тверскомъ земствѣ можно считать удавшимся; весьма страннымъ поэтому кажется приводимое въ «Отчетѣ» постановленіе губернскаго земскаго Собранія сессіи 1902 г. о прекращеніи опыта эвакуаціи больныхъ изъ Бурашевской колоніи въ патронажъ. Мотивовъ этого постановленія въ «Отчетѣ» не приводится. Общій расходъ на содержаніе колоніи въ отчетномъ году составилъ 173213 р. 68 коп.; стоимость содержанія 1 больного 193 р. 53 коп.

375. *Изъ постановленій уѣздныхъ земскихъ Собраній Московской губ. послѣдней сессіи.* Московскій уѣздъ. На *расходы по врачебной части* въ 1904 г. назначено 234153 р. (29,6% общей суммы расходовъ), на 44106 р. болѣе противъ 1903 г. Кромѣ того, постановлено: Передать на обсужденіе санитарнаго Совѣта и Управы вопросъ *о реорганизаціи Совѣта* въ смыслѣ замѣны участія врачей отъ всѣхъ лѣчебницъ представителями по выбору Собраніемъ врачей, при чемъ предоставить Совѣту право возбуждать и другіе вопросы, если онъ найдетъ нужнымъ. Просить Управу, совмѣстно съ санитарнымъ Совѣтомъ, разработать вопросъ *о приглашеніи болѣе интеллигентныхъ*, чѣмъ обыкновенныя сидѣлки, *лицъ для ухода за больными* въ земскихъ лѣчебницахъ, ассигновавъ на это дѣло 500 р. Признать желательнымъ *участіе санитарныхъ врачей въ обсужденіи распланировки* новыхъ или существенно измѣняемыхъ (напр., послѣ пожара) общественныхъ *поселковъ*.—Бронницкій уѣздъ. *Отклонить ходатайство* г. Бронницъ *о принятіи* Бронницкимъ *Земствомъ* на свой счетъ содержанія всей *медицинской части въ городѣ*. Установить *увеличеніе оклада* лицамъ *медицинскаго персонала* черезъ каждыя 5 лѣтъ, при условіи непрерывности службы, на 25% основного оклада, такъ чтобы по истеченіи 10 лѣтъ жалованье возростало на 50% первоначальнаго оклада и болѣе не увеличивалось; разрѣшить Управѣ привести въ исполненіе этотъ проэктъ, какъ только явится финансовая возможность. Кромѣ того, слѣдуетъ отмѣтить постановленіе земскаго Собранія объ ассигнованіи 300 р. для *устройства* въ земскихъ школахъ *горячихъ завтраковъ*—постановленіе, имѣющее непосредственную связь съ правильной постановкой школьно-санитарнаго дѣла и впервые въ Бронницкомъ уѣздѣ затронувшее вопросъ о болѣе нормальномъ питаніи школьниковъ.—Дмитровскій уѣздъ. Въ случаѣ отсутствія предсѣдателя уѣзднаго санитарнаго Совѣта и гласныхъ-членовъ Совѣта, избранныхъ земскимъ Собраніемъ, предоставить собравшимся членамъ Совѣта *право избирать временного предсѣдателя* изъ наличнаго состава Совѣта. Предоставить Управѣ *право переводить врачей* на открывающіяся вакансіи безъ баллотировки въ санитарномъ Совѣтѣ (этотъ вопросъ въ санитарномъ Совѣтѣ вовсе не подвергался обсужденію).—Можайскій уѣздъ. Внесены нѣкоторыя *измѣненія въ дѣйствующую для санитарнаго Совѣта инструкцію;* такъ, редакція § 17 установлена въ такомъ видѣ: «заключенія санитарнаго Совѣта для Управы не обязательны, но о всѣхъ случаяхъ, когда ею будетъ принято рѣшеніе, несогласное съ мнѣніемъ Совѣта, она обязана доводить до свѣдѣнія уѣзднаго земскаго Собранія съ объясненіемъ мотивовъ своего рѣшенія». Увеличить ассигнованія на *устройство школьнаго приварка и яслей*.—Верейскій уѣздъ. *Отклонено* ходатайство санитарнаго Совѣта *о научныхъ командировкахъ*, хотя оно и было поддержано Управой. *Принято* ходатайство *объ ежегодныхъ мѣсячныхъ отпускахъ* при особо приглашаемыхъ замѣстителяхъ.—Подольскій уѣздъ. Ходатайствовать передъ губернскимъ Земствомъ *о выдачѣ ссуды* въ 3000 р. для организаціи вновь возникающей *артели кустарей-шляпниковъ*, вводящихъ въ практику *безртутный* способъ обработки шерсти для шляпъ.—Серпуховскій уѣздъ. *Отклонено* предложеніе Управы о продолженіи опыта устройства *школьныхъ приварковъ* въ земскихъ училищахъ. По вопросу *о правовомъ положеніи фабричныхъ врачей* въ уѣздномъ санитарномъ Совѣтѣ, Собраніе, не разбирая дѣла по существу, выразило желаніе, чтобы всѣ врачи, какъ земскіе, такъ и фабричные, какъ и до сего времени, принимали дѣятельное и дружное участіе въ дѣлахъ санитарнаго Совѣта. Постановлено, что всѣ избранные въ минувшемъ очередномъ Собраніи въ *члены санитарнаго Совѣта* 9 гласныхъ *имѣютъ право участвовать въ дѣлахъ Совѣта съ правомъ рѣшающаго голоса*, такъ какъ число членовъ санитарнаго Совѣта изъ гласныхъ зависитъ отъ усмотрѣнія земскаго Собранія («Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и санитарной врачебной организаціи Московской губ.» № 12, 1903 г. и № 1, 1904 г.).

376. По словамъ «Новостей» (17 февраля), Варшавскій магистратъ отпускаетъ *10000 р. на устройство Pasteur'овской станціи* на Прагѣ (въ Варшавѣ).

377. Въ Ананьевѣ (Херсонской губ.) и его окрестностяхъ, съ декабря прошлаго года свирѣпствуетъ *настоящая эпизоотія и эпидемія бѣшенства*. Съ 7 декабря по конецъ января городская Управа отправила на Одесскую бактеріологическую станцію 32 чел., укушенныхъ бѣшеными собаками. Мѣры, направленныя къ прекращенію эпидеміи, заключаются въ усиленномъ истребленіи всѣхъ бродячихъ собакъ.

378. Владимірское губернское земское Собраніе ассигновало на *школьные завтраки* на 1904 г. 3400 р., при чемъ пособіе на завтраки должно выдаваться по разсчету въ 25 коп. на каждаго пользующагося завтракомъ учащагося, а право на безплатный завтракъ предоставлено всѣмъ учащимся, живущимъ въ селеніяхъ, отстоящихъ отъ школы далѣе ½-версты. О результатахъ опыта должно быть доложено по каждому уѣзду мѣстному земскому Собранію, такъ какъ предполагается, что въ будущемъ половину расходовъ на завтраки должны давать уѣздныя земства, а другую половину приметъ на себя губернское земство. Еще въ 1900 г. Собраніе постановило ввести, въ видѣ опыта, въ нѣкоторыхъ школахъ, по 4 на уѣздъ, горячіе приварки для бѣднѣйшихъ учениковъ, приходящихъ въ школу за 2 и болѣе версты, и ассигновано по 55 р. на уѣздъ, или по 1¼ коп. въ день на учащагося. Опытъ продолжался 2 года. Всѣ учителя, доставившіе въ губернскую Управу свои отзывы по этому предмету, утверждаютъ, что горячая пища значительно улучшила самочувствіе учащихся и выгодно отразилась на ихъ успѣхахъ не только во время классныхъ занятій, но даже и при выполненіи учениками заданныхъ имъ на домъ уроковъ. Стоимость приварка въ разныхъ школахъ колебалась отъ 0,55 к. до 2,7 к. въ день на человѣка («Вѣстникъ Ярославскаго Земства», 15 января).

379. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (1 февраля) приводятъ изъ «Сибирской Жизни» данныя *о засореніи муки спорыньей въ Томской губ.* Со времени открытія станціи на базарной площади для изслѣдованія на спорынью ржаной муки,—съ 27/X 1903 г., по 1/I 1904 г. было доставлено для анализа 1659 образцовъ муки. Анализы дали слѣдующіе результаты: въ 883 образцахъ %-ное содержаніе спорыньи не превышало 0,2%, въ 373 образцахъ спорыньи содержалось 0,25%, въ 295 образцахъ 0,5%—1%, въ 79—1%—2%, въ 19—2%—3%, въ 10 образцахъ 4%—5%.

380. Московскій «участковый врачъ и консультантъ лѣчебницы имени кн. В. А. Долгорукова» г. *Г. Абрамовъ продолжаетъ* (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 37, стр. 1303) *фигурировать въ роли рекламиста* чудодѣйственныхъ снадобій «личнаго почетнаго гражданина» г. Клещова: въ «Русскомъ Словѣ» (18 февраля) подъ заголовкомъ «Стороннее сообщеніе» мы опять нашли 2 свидѣтельства за его подписью, удостовѣряющихъ цѣлительность изобрѣтенныхъ г. Клещовымъ «желудочной эссенціи» и

Digitized by Google

мази. Если г. *Абрамовъ* не хочетъ самъ видѣть непригодности своихъ поступковъ, неужели Московскіе товарищи не дадутъ ему ее понять?

381. Въ нѣмецкой ежедневной печати въ настоящее время сильно рекламируется *порошокъ противъ алкоголизма и запоя*, который продаетъ Институтъ E'Coza въ Парижѣ. Анализъ этого, якобы, чудодѣйственнаго средства показалъ, что онъ состоитъ изъ корня аира и горечавки и двууглекислой соды; между тѣмъ фабрика продаетъ пакетикъ порошка по 10 марокъ! Настоящая цѣна его 40 пфениговъ за килограммъ. Опять, очевидно,—средство, помогающее исключительно фабриканту (Münchener medicinische Wochenschrift).

382. *Число членовъ* «Leipzig'скаго Союза для охраны экономическихъ интересовъ Германскаго врачебнаго сословія» *дошло до* почтенной цифры *14447*. Союзъ имѣетъ 79 отдѣленій.

383. *Съѣздъ нѣмецкихъ врачей-терапевтовъ* состоится въ нынѣшнемъ году *въ Leipzig'ѣ съ 18-го по 21-ое апрѣля*. Въ 1-мъ засѣданіи будутъ читать доклады *Marchand* (Leipzig) и *Romberg* (Marburg) «Объ артеріосклерозѣ».

384. Весной нынѣшняго года въ Berlin'ѣ приступаютъ къ постройкѣ большого «*дома имени императора Фридриха и императрицы Фридерики*», предназначаемаго исключительно для курсовъ для врачей. Предполагается окончить постройку къ 1906 г. Наблюденіе за постройкой поручено проф. *Kuttner*'у (Berliner klinische Wochenschrift).

385. Съ 24-го февраля въ Тильзитѣ началось слушаніемъ *дѣло шарлатана-магнетопата* Schröter'а. Оно представляетъ большой интересъ какъ съ врачебно-бытовой, такъ и съ научной точки зрѣнія, такъ какъ, съ одной стороны, даетъ яркую картину затруднительности положенія врачебнаго сословія при усиленномъ развитіи шарлатанства въ странѣ, а съ другой—выясняетъ отношеніе нѣкоторой части нѣмецкихъ врачей къ такимъ вопросамъ, какъ лѣченіе животнымъ магнетизмомъ и т. п. Въ качествѣ экспертовъ, въ судъ приглашено около 60 врачей и ученыхъ со всѣхъ концовъ Германіи, такъ что дѣло обѣщаетъ сильно затянуться. Подробности этого дѣла мы сообщимъ послѣ произнесенія приговора.

386. Французскій хирургъ *Doyen* снова выступаетъ на защиту *чужеяднаго происхожденія рака*, доказывая присутствіе въ раковыхъ опухоляхъ особаго микрококка, названнаго имъ еще въ 1901 г. «Micrococcus neoformans». Въ засѣданіи Парижской Медицинской Академіи 23-го февраля *Doyen* заявилъ, что изъ цѣлаго ряда раковыхъ опухолей онъ выростилъ этого микрококка и съ помощью чистой его разводки вызвалъ у животнаго ракъ. Представленные *Doyen*'омъ въ его книгѣ «Le micrococcus neoformans et les Neoplasmes» рисунки далеко, однако, не убѣдительны а между тѣмъ г. *Doyen* беретъ на себя смѣлость утверждать, будто вакциной, приготовляемой съ помощью его микроба, ему удалось уже въ нѣсколькихъ сотняхъ случаевъ рака достигнуть улучшенія и даже излѣченія (? *Ред*).

387. 19 февраля праздновалось въ Utrecht'ѣ *70-лѣтіе жизни* извѣстнаго голландскаго офталмолога проф. *Snellen*'а («Deutsche medicinische Wochenschrift», 25 февраля).

388. Съ новаго года издается фирмою Urban und Schwarzenberg, подъ редакціею проф. *Krause* и д-ра *Mosse*, *новый ежемѣсячникъ* «*Centralblatt für normale und pathologische Anatomie mit Einschluss der Mikrotechnik*» («Wiener medicinische Wochenschrift», 13 февраля).

389. По послѣдней переписи *въ Италіи насчитывается 22168 медиковъ и хирурговъ* (въ томъ числѣ 29 женщинъ), 813 дантистовъ (18 женщинъ), 13887 акушерокъ, 2500 ветеринарныхъ врачей, 16740 фармацевтовъ (140 женщинъ), 696 кровопускателей, мозольныхъ операторовъ и массажистовъ (42 женщины), 6342 санитара и 6767 сидѣлокъ,—всего 69913 представителей санитарнаго дѣла, въ томъ числѣ 20883 женщины («Gazetta degli Ospedali e delle cliniche», 25 февраля).

390. Японская армія, по свѣдѣніямъ отъ сентября 1903 г., насчитываетъ *876 врачей и 95 фармацевтовъ* («Gazette médicale de Paris», 27 февраля).

391. Телеграмма изъ San-Francisco отъ 5 февраля сообщаетъ, что въ этотъ портъ прибылъ съ острововъ Tahiti извѣстный хирургъ *N. Senn*[1]), который, будто-бы, спѣшитъ въ Chicago устроить свои домашнія дѣла, чтобы затѣмъ отправиться *завѣдывать учрежденіями Краснаго Креста въ японской арміи* («Medical Record», 13 февраля).

392. Въ Birmingham'ѣ (Англія) начальникъ мѣстной полиціи *обратился къ врачамъ*, по поводу одного дѣтоубійства, *съ циркуляромъ*, приглашающимъ ихъ отозваться, кто изъ нихъ за послѣднее время лѣчилъ женщинъ, на которыхъ могло-бы пасть подозрѣніе. Врачи, однако, рѣшительно протестовали противъ превращенія ихъ въ сыщиковъ. Къ нимъ присоединяется и передающій объ этомъ происшествіи «The Journal of the American Medical Association» (13 февраля), впрочемъ съ существенною оговоркою,—что, разъ врачъ *увѣренъ*, что имѣетъ дѣло съ убійцею, то обязанъ донести властямъ.—Такъ какъ увѣренность—понятіе растяжимое, то оговорка эта едва-ли не сводитъ благородное желаніе устранить врачей отъ участія въ сыскномъ дѣлѣ къ нулю.

393. Въ № «New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal» (13 февраля) редакція сочла приличнымъ напечатать—очевидно, въ угоду «современности» и современнымъ политическимъ вѣяніямъ въ Америкѣ—слѣдующую замѣтку: *Случай для распознаванія*. Ежедневныя газеты передаютъ, что русскій главнокомандующій адмиралъ на Дальнемъ Востокѣ страдаетъ отъ послѣдствій тяжелаго нервнаго угнетенія (a severe nervous depression). Одинъ изъ нашихъ читателей спрашиваетъ по этому поводу: «Нельзя-ли предположить, что эта болѣзнь—просто хорея?».—Впервые встрѣчая отъ начала нашей войны съ Японіей въ изданіи научномъ столь безтактную выходку, можемъ лишь пожалѣть о вступленіи «Journal'а» въ печальной репутаціи ряды «желтой» печати. Помимо того, можно поручиться, что почтенный «читатель», а также и редакторъ—«американцы» не изъ старыхъ.

394. *Въ New-York'ѣ* 1 февраля *открыта Норвежская больница на 100 мѣстъ* («The Journal of the American Medical Association», 13 февраля).—Нашей русской больницы въ Штатахъ, кажется, до сихъ поръ нѣтъ, хотя она очень могла-бы пригодиться всѣмъ славянамъ, которыхъ тамъ немало.

395. «The Medical Age» (10 февраля) указываетъ на крайнюю *опасность самолѣченія* разными порошками отъ головныхъ болей и т. п., все болѣе распространяющагося въ публикѣ и уносящаго ежегодно многихъ въ могилу. Еще недавно въ Duluth'ѣ, штатъ Minnesota, одна женщина, принявъ 2 таблетки отъ головной боли, впала на 6 часовъ въ безсознательное состояніе, а затѣмъ умерла. На взглядъ газеты, слѣдовало бы ограничить продажу такихъ средствъ безъ рецептовъ врачей, ибо большинство ихъ обладаютъ свойствомъ понижать сердечную дѣятельность.

396. При адмиралтействѣ въ Pensacola, штатъ Florida, недавно устроенъ правительствомъ Штатовъ *лагерь-здравница для чахоточныхъ чиновъ флота* («The Medical Age», 10 февраля).

397. Pennsylvani'йская желѣзная дорога издала распоряженіе, что *всѣмъ служащимъ на ней должна быть привита оспа* («The Medical Age», 10 февраля).

398. *Смертность въ Philadelphi*'и была за прошлый годъ всего 18,82 на 1000 населенія,—наименьшая почти за всю исторію города («The Medical Age», 10 февраля).

399. По оффиціальной статистикѣ, *число* всѣхъ *больныхъ проказою въ Германіи* равнялось къ концу 1901 г. 37. Распредѣлялись они такъ: въ Пруссіи 25, Hamburg'ѣ 8, Баваріи 2, Mecklenburg-Schwerin'ѣ и Эльзасѣ по 1. Во всѣхъ случаяхъ болѣзнь была получена заграницею («The Medical Age», 10 февраля).

400. *Умерли*: 1) 8-го января внезапно, отъ паралича сердца, вольнопрактикующій врачъ г. Орѣхова, Таврической губ., *Іосифъ Исаковичъ Щедровичъ*, родившійся въ 1873 г., а званіе врача получившій въ 1898 г. (въ Кіевѣ). Всего около 5 лѣтъ *І. И.* провелъ въ Орѣховѣ, но и за это короткое время успѣлъ заслужить глубокія симпатіи населенія г. Орѣхова и окрестныхъ селъ и деревень, которое тѣмъ болѣе было опечалено внезапной кончиной *І. И.*, что умеръ онъ вдали отъ г. Орѣхова. За 2 дня до смерти *І. И.* выѣхалъ въ Харьковъ посовѣтоваться съ тамошними профессорами о своей болѣзни и въ день пріѣзда туда умеръ въ квартирѣ своего товарища-врача за бесѣдой. Населеніе г. Орѣхова было лишено возможности похоронить своего любимаго врача. Отличаясь прекрасными душевными качествами, *І. И.* былъ хорошимъ врачемъ и рѣдкимъ товарищемъ. Память его почтена была 20-го января на засѣданіи врачебно-санитарнаго Совѣта сосѣдняго Александровскаго уѣзда (Екатеринославской губ.) рѣчью предсѣдателя Управы, Орѣховское-же Общество рѣшило повѣсить портретъ *І. И.* въ помѣщеніи библіотеки общественнаго Собранія, учредителемъ котораго былъ *І. И.*, а библіотека—единственная въ городѣ—была его дорогимъ дѣтищемъ, о которомъ онъ всегда заботился (сообщено *М. И. Поповымъ*).—2) Въ Ялтѣ *Владиміръ Николаевичъ Дмитріевъ* («Новое Время», 14 февраля), родившійся въ 1839 г., а званіе врача получившій въ 1860 г.—3) Въ Nancy, 15 февраля, въ возрастѣ 80 лѣтъ, основатель современнаго ученія о гипнозѣ д-ръ *Liébault* (*Ambroise-Auguste*), родившійся 16 сентября 1823 г. въ Ferrières'ѣ, а званіе врача получившій въ бывшемъ медицинскомъ факультетѣ въ Strasbourg'ѣ. Книга его «Du sommeil et de quelques états analogues» доставила автору всемірную извѣстность, но онъ, всегда скромный, не пріобрѣлъ себѣ «положенія» и умеръ безъ всякихъ титуловъ, — не будучи даже кавалеромъ Почетнаго Легіона, добавляетъ «Le Progrès médical» (27 февраля).—4) 68 лѣтъ отъ роду, проф. *Emminghaus*, до прошлаго года читавшій психіатрію во Freiburg'скомъ Университетѣ («Deutsche medicinische Wochenschrift», 25 февраля).

[1]) Во «Врачебной Газетѣ» (№ 8, стр. 255), заимствовавшей аналогичное извѣстіе изъ «Русскаго Листка», этотъ в. извѣстный въ современной медицинской литературѣ американскій хирургъ названъ «*Sennes*». Позволяемъ себѣ отмѣтить это—въ сущности, мелочное—обстоятельство потому, что «Врачебная Газета» пыталась-было учить другихъ правописанію и на основаніи допущенной у насъ опечатки заговорила объ «изумительныхъ примѣрахъ вводимаго и усваиваемаго нами правописанія».... Кстати, «Газета» упорно продолжаетъ печатать на своей обложкѣ неправильное Aerzte-Zeitung, вмѣсто Aerzte-Zeitung, очевидно предпочитая вызывать насмѣшливое недоумѣніе нѣмецкихъ товарищей, чѣмъ послушаться нашего указанія.

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

**Англійскіе.**

**Annals of Surgery.** Іюль—Декабрь.

1. **Mikulicz.** *Surgery of pancreas.* Очеркъ современнаго состоянія хирургіи поджелудочной железы. 2. **Mayo.** *A review of three hundred and three operations upon the stomach and duodenum.* Отчетъ о 303 случаяхъ операціи на желудкѣ и 12-перстной кишкѣ. 3. **Bartlett.** *An improved filigree for the repair of large defects in the abdominal wall.* При сшиваніи слоевъ брюшной стѣнки по поводу послѣоперaціонныхъ грыжъ resp. недостачъ послѣдней совѣтуетъ, во избѣжаніе возврата, укрѣплять подкожно на мѣстѣ бывшаго рубца серебряную сѣтку соотвѣтствующихъ размѣровъ. 4. **Harte.** *Three successful laparotomies for intestinal perforation in typhoid fever.* На 13 операцій по поводу тифознаго прободенія послѣ 3 наступило выздоровленіе. 5. **Elsberg.** *The surgical features of perforation of the intestines in typhoid fever in children.* Случай успѣшной операціи тифознаго прободенія у дѣвочки, 6 л. 6. **Leonhard.** *Dislocation of the scarpal scaphoid.* Случай смѣщенія (безъ перелома) ладьевидной кости. 7. **Curtis.** *Thyroidectomy and sympathectomy for exophtalmic goitre.* 11 случаевъ частичнаго изсѣченія зоба и 7 случаевъ изсѣченія узловъ сочувственнаго нерва при *Basedow*'ой болѣзни. 8. **Deaver.** *The surgical treatment of exophtalmic goitre.* Случай изсѣченія шейныхъ узловъ сочувственнаго нерва при *Basedow*'ой болѣзни. Улучшеніе. 9. **Roe.** *Bilateral bony ankylosis of the mandibulae.* 2 случая костнаго анкилоза нижней челюсти. Выздоровленіе послѣ операціи. 10. **Lothrop.** *The anatomy of the inferior ethmoidal turbinate bone.* Обстоятельный анатомическій очеркъ носовыхъ полостей. 11. **Stratton.** *The gradual surgical occlusion of large arteries.* Опыты надъ постепеннымъ уменьшеніемъ просвѣта большихъ сосудовъ, долженствующимъ замѣнить перевязку сосудовъ и вызванную ею внезапную остановку кровообращенія. Результаты удовлетворительные. 12. **Blake.** *The treatment of the peritoneum in diffuse peritonitis.* Отчетъ о 17 случаяхъ разлитого и 15 общаго воспаленія брюшины. 13. **Berg.** *A proposed method of retroduodenal choledochotomy.* Для удаленія камней изъ желчнаго протока въ мѣстѣ, гдѣ онъ проходитъ черезъ 12-перстную кишку, совѣтуетъ его вскрывать, отвернувъ 12-перстную кишку влѣво, такъ, чтобы задняя поверхность ея смотрѣла кпереди. 14. **Rogers.** *A chemical hypothesis for the etiology of cancer.* Химическая гипотеза о происхожденіи раковыхъ опухолей. 15. **Maass.** *The method of infection of actinomycosis in man.* О путяхъ заряженія человѣка лучистымъ грибкомъ. Клиническій очеркъ. 16. **Pilcher.** *Operative possibilities in cases of advanced carcinoma of the breast.* Отчетъ о 50 случаяхъ операціи рака грудной железы. 17. **Ellis.** *Cystic degeneration of the mamma showing transformation into scirrhous carcinoma.* Описаніе случая. 18. **Berg.** *Surgical treatment of cholelithiasis.* Отчетъ о 66 случаяхъ операціи на желчныхъ путяхъ. 19. **Lydston.** *A prostatic tractor for perineal prostatectomy.* Описаніе инструмента для операцій промежностнаго изсѣченія предстательной железы. 20. **Morison.** *A case of ascites due to liver cirrhosis treated by operation.* Случай успѣшной операціи *Talm*'ы. 21. **Dandridge.** *Gangrene of colon and ileum after operation for appendiatis.* Вслѣдствіе раненія подвздошно-ободочной артеріи (art. ileo-colicae) при удаленіи воспаленнаго отростка и увеличенныхъ брыжеечныхъ железъ омертвѣла стѣнка восходящей ободочной кишки. Для закрытія калового свища сдѣлано полное выключеніе съ успѣшнымъ исходомъ. 22. **Robinson.** *Paraffin casts of ureteral calyces pelves and ureters.* 23. **Gibson.** *Embolic gangrene of the leg as a sequel of acute lobar pneumonia.* 3 случая омертвѣнія конечностей вслѣдствіе закупорки сосудовъ послѣ фибринознаго воспаленія легкихъ. 24. **Owens.** *Fractures of the vertebral.* О переломахъ позвоночника. 25. **Sheldon.** *Dislocation of the outer end of the clavicle.* 3 случая успѣшнаго оперативнаго лѣченія смѣщеній наружнаго конца ключицы. 26. **Johnson.** *Method of retaining ends of fractured bones in apposition during fixation by plaster-of-paris dressing.* Небольшая замѣтка о приспособленіяхъ для удержанія сломанныхъ костей въ правильномъ положеніи во время наложенія гипсовой повязки. 27. **Mc Arthur.** *Blood examinations in their relation to surgical procedures.* Объ изслѣдованіяхъ крови при хирургическихъ заболѣваніяхъ. 28. **Binnie.** *On myositis ossificans traumatica.* Описаніе случая. 29. **Grant.** *Bridge for treatment of nasal fractures and deformities.* Описаніе прибора для лѣченія переломовъ и искривленій носовыхъ костей. 30. **Gould.** *A case of malignant oedema.* Случай злокачественнаго отека. 31. **Ransohoff** and **Phelps.** *Fatal haemorrhage from trephining.* Случай смертельнаго кровотеченія изъ расширенныхъ венъ губчатаго вещества кости при трепанаціи черепа по поводу опухоли мозга. 32. **Morris.** *Notes on a case of fusiform aneurism.* Въ 1 случаѣ расширенія подколѣнной артеріи изъ передней стѣнки аневризматическаго мѣшка образованъ каналъ для тока крови. 33. **Beck.** *On an aggravated case of aneurysma racemosum.* Описаніе случая. 34. **Shepherd.** *The treatment of aneurysm of the external iliac artery by digital compression.* Случай излѣченія аневризмы подвздошной артеріи сдавливаніемъ въ теченіе 12 часовъ. 35. **Cabot.** *Calculous anuria.* 2 случая операціи по поводу задержки мочи камнями. 36. **Gibson.** *A new method of performing perineal section without a guide.* Для легкаго отыскиванія мочеиспускательнаго канала при промежностномъ сѣченіи совѣтуетъ оттягивать предстательную железу (одиночнымъ острымъ крючкомъ, внѣдреннымъ въ вещество послѣдней) квади и книзу. 37. **Ill.** *A clinical contribution to the knowledge of tubercular diseases of the female urinary trait.* 14 случаевъ бугорчатковаго пораженія мочевыхъ органовъ у женщинъ. Въ 9 удаленіе почки съ благопріятнымъ исходомъ въ 5—сохраняющее лѣченіе. 38. **Coffey.** *Contribution to the surgery of pyo salpinx.* Отчетъ о 65 случаяхъ операціи по поводу pyosalpynx'а. 39. **Freiberg.** *Congenital luxation of the ankle.* Случай врожденнаго вывиха въ голеностопномъ суставѣ. 40. **Deaver.** *The treatment of the complications attendant upon chronic gallstone disease.* О хирургическомъ лѣченіи осложненій желчно-каменной болѣзни. 41. **Robinson.** *Tropical abscess of the liver.* 6 случаевъ нарыва печени. 42. **Monks.** *Intestinal localisation.* Анатомическое изслѣдованіе кишечника. 43. **Elder.** *A further case of «Hour-glass» stomach.* Случай операціи по поводу желудка въ формѣ песочныхъ часовъ. 44. **Hawley.** *The surgical problem in prostatic surgery.* Хирургія увеличенной предстательной железы. 45. **Mc Curdy.** *On the treatment of fracture of the mandible.* 16 случаевъ наложенія костнаго шва по поводу перелома нижней челюсти. 46. **Taylor.** *Traumatic aneurism of the left subclavian artery produced by fracture of the clavicle.* Случай травматической аневризмы лѣвой подключичной артеріи вслѣдствіе перелома ключицы. 47. **Cobb.** *A case of recurrent dislocation of the ulnar nerve.* Случай успѣшной операціи по поводу травматическаго смѣщенія локтевого нерва. 48. **Baldwin.** *One thousand abdominal closures by a new method.* Говоритъ о способахъ зашиванія ранъ послѣ чревосѣченій. 49. **Levison.** *Splenectomy for Banti's disease.* Описаніе случая. 50. **Corner.** *On the pathology and classification of intussusceptions.* Патологія и классификація кишечныхъ внѣдреній. 51. **Woolsey.** *The diagnosis and treatment of acute pancreatitis.* 3 случая операціи по поводу остраго воспаленія поджелудочной железы. 52. **Murray.** *Idiopathic dilatation of the colon.* Случай самороднаго расширенія толстыхъ кишекъ у мальчика, 4 л. 53. **Horsley.** *A contribution to the study of intestinal suture.* Къ техникѣ наложенія кишечнаго шва. 54. **Goelet.** *Method of suturing the prolapsed kidney.* Пришиваніе подвижной почки дало въ 171 случаѣ хорошій результатъ. 55. **Fisher.** *The gauze-bearing tape and the gravity pad in pelvic and abdominal surgery.* О мѣрахъ, предупреждающихъ попаданіе тампоновъ въ брюшную полость (укрѣпленіе тампоновъ на лентѣ). 56. **Mc Coy.** *Traumatic epilepsy.* Случай травматической падучей. Улучшеніе послѣ операціи. 57. **Murphy.** *On the results obtainable by operative measures in affections of the stomach.* Очеркъ хирургіи желудка. 58. **Bloodgood.** *Intestinal obstruction following operation for reducible left hernia.* Случай кишечной непроходимости послѣ операціи подвижной грыжи. 59. **Pilcher.** *Perforating gunshot wound of the cervical portion of the spinal cord.* Случай огнестрѣльной раны въ шейной части спиннаго мозга. 60. **Connell.** *Local anaesthesia.* Мѣстное обезболиваніе. Клиническій очеркъ. 61. **Kinnaman.** *An experimental research into the temperature relations hip existing in shock.* Экспериментальное изслѣдованіе о причинахъ shok'а. 62. **Howe.** *Anomalies in the circle of Willis.* Описаніе случая.

### 2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

**Нѣмецкіе.**

**Deutsche Aerzte-Zeitung.** Ноябрь. Тетр. 21.

1. **A. Ott.** *Ueber die Wirkung des Thiokols.* Хвалитъ тіоколъ, какъ средство для замѣны гуаякола. 2. **Carl Beck.** *Aus einer Diskussion über Appendicitis.* Критическая замѣтка. 3. **Aufrecht.** *Ueber Ichthyolidin.* Изслѣдованіе мочи при назначеніи больнымъ ихтіодилина. 4. **O. Burwinkel.** *Von der 75 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Kassel vom 20—26 September 1903.* Отчетъ о Съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Kassel'ѣ.

**Hygienische Rundschau.** Ноябрь. Г. XIII. № 21.

1. **Franz Ballner.** *Zur Methodik der Prüfung von Desinfektionsmitteln.* Испытаніе цѣлаго ряда обеззараживающихъ веществъ. 2. **В. П. Кашкадамовъ.** *Auszug aus dem Bericht über die Kommandierung zur Pestbekämpfung nach dem Gouvernement Astrachan.* Извлеченіе изъ отчета по командировкѣ въ Астраханскую губернію на чуму.

### ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

**Нѣмецкіе.**

**Deutsche medicinische Wochenschrift.** 19 ноября.

1. **I. Boas.** *Ueber die Diagnose des Ulcus ventriculi mittelst Nachweises occulter Blutanwesenheit in den Fäces.* Реакціи гуаяколовая и алоиновая. 2. **W. Alexander-Katz.** *Zur Prophylaxis des Magenkrebses.* Профилактика рака желудка сводится къ щаженію больного органа. 3. **H. Silbergleit.** *Beitrag zur Kenntniss der Herzbeweglichkeit.* О подвижности сердца. 4. **Pagenstecher.** *Die isolierte Zerreissung der Kreuzbänder des Knies.* 3 случая обособленнаго разрыва крестовидныхъ связокъ колѣ-

Digitized by Google

на. 5. **Abel.** *Zur Herniertuberkulose.* Случай. 6. **Fleck.** *Ueber den Durchbruch eines Gallensteins in den Magen.* Тоже—прорывъ желчнаго камня въ желудокъ. 7. **Körteweg.** (Окончаніе). 8. **L. Bardach.** *Ueber Jodferratose bei Skrophulose und Lues.*

26 ноября.

1. **W. Uhthoff.** *Zur Siderosis retinae et bulbi. Ein Beitrag zu den Eisensplitterverletzungen des Auges.* (Не окончена). 2. **Heine.** *Zur Behandlung der akuten Mittelohrentzündung.* 3. **R. Lenzmann.** *Zur Frage der Indikation und des Erfolges der Talma'schen Operation bei der atrophischen Lebercirrhose.* Удачный случай. 4. **O. Lubarsch.** *Ueber meine Schnellhärtungs-und Schnelleinbettungsmethode.* 5. **S. Gottschalk.** *Zur Aetiologie der Endometritis exfoliativa.* 6. **C. S. Engel.** *Ueber einen Versuch, mit Hilfe des Blutserums Carcinomatösar einen Antikörper herzustellen.* 7. **R. Kirch.** *Ueber Adrenalin und seine Anwendung bei schweren Blutungen.*

3 декабря.

1. **Funke.** *Beitrag zur klinischen Diagnostik der Tubenwinkel-Adenomyome...* 2. **W. Uhthoff.** (Окончаніе). 3. **A. Sack.** *Zwei Fälle von primärem und isolirtem Lichen ruber planus buccalis.* 4. **M. Levy-Dorn.** *Schutzmaassregeln gegen Röntgenstrahlen und ihre Dosirung.* Мѣры защиты противъ x-лучей и ихъ дозировка. 5. **G. Buschk.** *Einige Bemerkungen über photometrische Methoden zur Beurtheilung der in der Lichttherapie benutzten Lampen.* 6. **H. Wolff.** *Ueber die Zuckerbestimmungsmethode von Behrendt.* Признаетъ способъ *B.* совершенно непригоднымъ. 7. **F. Goldmann.** *Kritische Bemerkungen zu einer volumetrischen Harnzuckerbestimmung (nach Behrendt).* Выводъ тотъ-же, какъ и предшествующаго автора. 8. **Prösoler.** *Weitere Untersuchungen über die Ehrlich'sche Dimethylamidobenzaldehydreaktion.* 9. **Fisch.** *Citarin, ein neues Mittel gegen Gicht.* 10. **Л. Стембо** (Вильна). *Eine Vorrichtung zur Regulirung der Spannung der Jodko-Ströme.*

10 декабря.

1. **F. Loeffler.** *Robert Koch.* Къ 60-лѣтію жизни. 2. **И. И. Мечниковъ** und **Em. Roux.** *Ueber die experimentelle Syphilis.* 3. **R. Ross.** *Der Antheil Koch's an der Malaria-Forschung.* О работахъ *Koch*'а касательно болотной лихорадки. 4. **A. Celli** und **D. de Blasi.** *Ist das Wuthgift filtrirbar?* Выводъ: ядъ бѣшенства можетъ при извѣстныхъ условіяхъ фильтроваться. 5. **R. Paltauf.** *Ueber Agglutination und Präzipitation.* 6. **Tavel.** *Experimentelles und Klinisches über das polyvalente Antistreptococcenserum.* (Не окончена). 7. **F. F. Friedmann.** *Immunisirung gegen Tuberkulose.* 8. **Winselmann.** *Das Diphtherieheilserum in der allgemeinen Praxis.* 9. **F. Mainzer.** *Ueber einen Fall puerperaler Sepsis, behandelt mit Aronson's Antistreptococcenserum.*

17 декабря.

1. **F. Blumenthal.** *Ueber das glykolytische Ferment.* 2. **J. Goldschmidt.** *Marmorek's Tuberkuloseserum.* 3. **Oberwinter.** *Ueber die nach Injektion von Diphtherieheilserum auftretenden Exantheme, insonderheit über die scharlachähnlichen.* (Не окончена). 4. **G. Volkmann.** *Beiträge zur Morphium-Skopolamin-Narkose.* 5. **E. Puppel.** *Ueber Geburtshindernisse.* Казуистическое сообщеніе. 6. **R. Grünbaum.** *Ueber das «harte traumatische Oedem» des Handrückens* (тыла кисти). 7. **Tavel.** (Окончаніе). 8. **Tjaden.** *Abtödtung der pathogenen Keime in der Molkereimilch durch Erhitzung ohne Schädigung der Milch und Milchprodukte.* 9. **Wobl.** *Ueber unangenehme Nebenwirkungen des Mesotans.* 10. **J. Schwab.** *Fremdkörper im Rektum.*

24 декабря.

1. **E. Braatz.** *Zur Technik der Händedesinfektion.* Новыя приспособленія для мытья рукъ. 2. **W. Hausmann.** *Zur Kenntniss der Arsengewöhnung.* О привыканіи къ мышьяку. 3. **Oberwinter.** (Окончаніе). 4. **Graetzer.** *Tabische Osteoarthropathie der Wirbelsäule.* Случай. 5. **H. Eckstein.** *Vaselin-oder Hartparaffinprothesen?* 6. **R. Grünbaum.** (Окончаніе). 7. **Sembritzki.** *Zur Mesotanwirkung.*

**Berliner klinische Wochenschrift.** 12 октября.

1. **Lessing.** *Knochensarkome im Röntgenbild.* Случай. 2. **M. Einhorn.** *Ueber Cardioptose und ihren Zusammenhang mit Hepatoptose.* 3. **A. Albu.** *Klinische und anatomische Beiträge zur Lehre vom Magensaftfluss.* О соковой течи. 4. **A. Rosenberg.** *Urticaria nach endonasaler Anwendung von Nebennierenextract.* Случай крапивницы послѣ введенія въ носъ вытяжки надпочечниковъ. 5. **W. Lublinski.** *Ueber die Complication der Angina mit acuter Thyreoiditis.* 6. **W. Seiffer.** (Окончаніе).

19 октября.

1. **H. Dreser.** *Versuche über die Theocindiurese am gesunden Menschen.* Опыты надъ дѣйствіемъ теоцина на мочеотдѣленіе у здороваго человѣка. 2. **P. Kyes.** *Ueber die Isolirung von Schlangengift-Lecithiden.* О полученіи лецитидовъ змѣиннаго яда. (Не окончена). 3. **A. Oppenheim.** *Die Lageveränderungen der Leber und der Brustorgane bei Meteorismus, ihre Verwertung für Diagnose und Therapie.* Смѣщеніе печени и грудныхъ органовъ при вздутіи кишекъ, ихъ значеніе для распознаванія и лѣченія. 4. **G. Seegall.** *Hydrargyrum hermophenylicum.* 5. **С. М. Цыпкинъ** (Москва). *Beitrag zur Lehre von der Anaemia splenica.* (Не окончена).

26 октября.

1. **C. Moreschi.** *Ueber die Natur der Isohämolysine der Menschenblutsera.* (Не окончена). 2. **W. Alexander.** *Ueber Stimmfremitus am Bauch.* Совершенно отрицаетъ реальность «vibrations abdominales», описанныхъ въ качествѣ новаго признака *de Brun*'омъ въ 1901 г. (Bull. de l'académie de méd., 23 іюля). 3. **J. Katz.** *Deutsch-Süd-West-Afrika als Kuraufenthalt für Tuberculöse.* 4. **P. Kyes.** (Окончаніе). 5. **С. М. Цыпкинъ.** Тоже (случай селезеночнаго малокровія со вскрытіемъ).

2 ноября.

1. **O. Heubner.** *Rede zur Einweihung der neuen Universitätsklinik und Poliklinik für Kinderheilkunde im Königl. Charité-Krankenhause am 29 Oct. 1903.* 2. **W. Moraczewski.** *Fieberverlauf bei einem Splenectomirten.* Теченіе лихорадки у больного съ вырѣзанною селезенкою. 3. **Mangelsdorf.** *Ueber ein Phänomen am Magen bei Migräne und Epilepsie.* О временныхъ расширеніяхъ желудка при мигрени и падучей. 4. **O. Kaiserling.** *Die klinische Pepsinbestimmung nach Mette.* Критика работы *Nirenstein*'а и *Schiff*'а (№ 12 газеты) о способѣ *M.* 5. **C. Moreschi.** (Окончаніе). 6. **Ascher.** *Tuberculöse und nicht tuberculöse Erkrankungen der Athmungsorgane in Preussen seit 1875.*

9 ноября.

1. **M. Ficker.** *Ueber ein Typhusdiagnostikum.* Предлагаетъ жидкость для производства пробы *Gruber-Widal*'я безъ живыхъ разводокъ тифа, къ сожалѣнію сданную уже на монополію (Merck'у). 2. **P. Reckzeh.** *Kalkstaubinhalation und Lungentuberculose.* 3. **F. Lesser.** *Ueber die sogenannte «glatte Atrophie der Zungenwurzel» und ihr Verhältniss zur Syphilis.* О т. наз. «гладкой атрофіи корня языка» и ея связи съ сифилисомъ. 4. **O. Aronsohn.** *Ein Fall von multipler Hirnnervenlähmung mit Betheiligung des Acusticus.* Случай множественнаго паралича черепныхъ нервовъ, включая слуховой.

16 ноября.

1. **A. Dührssen.** *Die Verhütung von Geburtsstörungen nach Vaginifixur.* О предупрежденіи родовыхъ разстройствъ послѣ фиксаціи рукава. (Не окончена). 2. **R. Meyer.** *Zur diätetischen Brombehandlung der Epilepsie.* 3. **L. Mohr.** *Ein Beitrag zur myasthenischen Paralyse.* Случай. 4. **E. Holländer.** *Zur Praeventinbehandlung des syphilitischen Primäraffectes.* Прижиганіе приборомъ *Paquelin*'а безъ прикосновенія. 5. **M. Behr.** *Zur Behandlung der Lungentuberculose und über die Anwendung des R. Schneider'schen «Sanosin» nach Danelius und Sommerfeld.* (Не окончена). 6. **B. Löwenheim.** *Ueber urticarielles Oedem.*

23 ноября.

1. **F. Krause.** *Erfahrungen in der Magenchirurgie.* (Не окончена). 2. **Lindenmeyer.** *Eumydrin, ein neues Mydriaticum.* 3. **W. Alter.** *Psychiatrie und Seitenkettentheorie.* 4. **P. F. Becker.** *Notiz über die Bedeutung des Heroins als Anaphrodisiacum.* 5. **A. Dührssen.** (Окончаніе). **M. Behr.** (Тоже).

30 ноября.

1. **C. A. Ewald.** *Ueber Darmtumoren in der Gegend der Regio iliaca sinistra.* 2. **G. Edlefsen.** *Zur Frage der Sigmoiditis acuta.* 3. **H. Strauss.** *Zur Methodik der Rectoskopie.* 4. **M. Hartwig.** *Acute primäre Pyelitis der Säuglinge.* 5. **F. Krause.** (Окончаніе). 6. **A. Marmorek.** *Antituberculose-Serum und Vaccin.*

7 декабря.

1. **A. Schmidt.** *Ueber die Behandlung des Gelenkrheumatismus mit Menzer'schem Antistreptokokkenserum.* 2. **W. Zangemeister.** *Ueber Verwerthung der Gefrierpunktserniedrigung des Harnes zur Beurtheilung der Nierenfunction.* Опыты по кріоскопіи мочи. 3. **K. Abel.** *Vaginale oder abdominale Operation bei gynäkologischen Erkrankungen.* 4. **A. Japha.** *Ueber den Stimmritzenkrampf der Kinder.* О судорогѣ гортанной щели у дѣтей. 5. **C. A. Ewald.** (Окончаніе).

14 декабря.

1. **M. Jaffé.** *Wann soll bei Perityphlitis operirt werden?* 2. **E. Meyer.** *Ueber Erfahrungen mit den Haeglauerschen Wellen-und Quellbädern.* 3. **G. Salus.** *Thierversuch und Nierentuberculose...* О необходимости опытовъ на животныхъ для опредѣленія бугорчатки почекъ. 4. **Hauser.** *Ueber cyclische Albuminurie.*

21 декабря.

1. **Sommer.** *Die Umsetzung des Pulses in Töne.* Предлагаетъ приборъ для опредѣленія *слухомъ* измѣненія пульса въ силѣ, высотѣ и т. д. 2. **A. Ландау** (Варшава). *Ueder die intermittirende Niereninsufficienz bei Arteriosklerose.* О перемежной недостаточности почекъ при артеріосклерозѣ. 3. **P. Manasse.** *Ueber erworbenen Hochstand des Schulterblatts.* О пріобрѣтенномъ смѣщеніи лопатки вверхъ. Случай. 4. **H. Rosenkranz.** *Skeletirung eines etwa viermonatlichen Foetus im-Uterus in Folge von Fäulniss der Frucht bei missed abortion.*

28 декабря.

1. **O. Lassar.** *Ueber Impfversuche mit Syphilis am anthropoiden Affen.* О прививкахъ сифилиса человѣкообразнымъ обезьянамъ. 2. **Jordan.** *Die Indicationen zur Exstirpation der Milz* (селезенки). 3. **W. Hahn.** *Tuberculose und Schwangerschaft.* 4. **P. Cohnheim.** *Ueber Bismutose als Darmadstringens.*

**Wiener medicinische Wochenschrift.** 5 сентября.

1. **L. Freund.** *Ueber die therapeutische Verwendung der Hochfrequenzströme.* (Не окончена). 2. **J. K. Friedjung** und **A. F. Hecht.** *Kasuistisches aus dem Jahresberichte* (изъ клиники проф. *Monti* и поликлиники проф. *Frühwald*'а въ Вѣнѣ. Дѣтская казуистика. (Не окончена). 3. **Meyer.** *Ueber die Entstehung der Glatze.* Къ вопросу о причинахъ облысѣнія. 4. **J. Englisch.** (Продолженіе). 5. **O. Frankl.** (Окончаніе).

12 сентября.

1. **A. Kreutz.** *Ueber einen Fall von Rankenaneurysma der Arteria ophthalmica dextra.* 2. **R. Eisenmenger.** *Ein Apparat zur künstlichen Atmung.* 3. **J. Teuchmann.** *Ueber eine neue*

Digitized by Google

*Methode der Craniotomie.* 4. **J. Englisch.** (Продолженіе). 5. **L. Freund.** (Тоже). 6. **J. K. Friedjung** und **A. F. Hecht.** (Окончаніе).

19 сентября.

1. **L. Glück.** *Zur Kenntniss der Verbreitungsweise der Lepra.* О способахъ распространенія проказы. (Не окончена). 2. **F. Samberger.** *Muskelerkrankung infolge von gonorrhoischer Infektion.* Заболѣваніе мышцъ при перелоѣ. (Не окончена). 3. **P. Wiegmann.** *Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus vegetans.* (Не окончена). 4. **E. Schiff.** *Eine seltene Form von Acne, durch Röntgen-Strahlen geheilt.* (Не окончена).

26 сентября.

1. **Schottelius.** *Ueber die Eintrittspforten bei der Pestinfektion.* О путяхъ входа заразы при чумѣ. 2. **P. Geisler.** *Ueber den Einfluss von Temperatur und Jahreszeit auf den Ausbruch des akuten primären Glaucomaanfalles.* 3. **A. Kreutz.** *Die Skiaskopie.* 4. **P. Wiegmann.** (Продолженіе). 5. **L. Glück.** (Окончаніе). (Въ приложеніи «Der Militärarzt», 25 сентября). 6. **F. Böhm.** *Zweirädriger Gebirgskarren für Kranken-und Verwundetentransport.*

3 октября.

1. **H. Eglauer.** *Wiederholte Notzuchtattentate unter dem Einflusse des Alkohols.* Судебно-медицинскій случай. 2. **M. Schein.** *Bemerkungen zu dem Artikel des Herrn Dr. Meyer «Ueber die Entstehung der Glatze».* Полемическая замѣтка. 3. **J. Englisch.** (Продолженіе). 4. **P. Wiegmann.** (Тоже).

10 октября.

1. **J. Zappert** und **A. Jolles.** *Ueber Untersuchungen der Milch beider Brüste.* Объ изслѣдованіяхъ молока изъ обѣихъ грудей. 2. **J. Hand.** *Kasuistischer Beitrag zur Kenntniss der isolierten Luxation der Ulna nach hinten.* 3. **J. Englisch.** (Продолженіе).

17 октября.

1. **W. Knoepfelmacher.** *Kuhmilch als Säuglingsnahrung.* Коровье молоко, какъ пища для грудныхъ дѣтей. 2. **E. Raehlmann.** *Ultramikroskopische Untersuchung von Farbstoffmischungen und ihre physikalisch-physiologische Bedeutung.* 3. **H. Rieder.** *Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie.* Успѣхи свѣтолѣченія. 4. **E. Baumgarten.** *Arthritis cricoarytaenoidea rheumatica et gonorrhoica.* Случай. 5. **J. Englisch.** (Продолженіе). 6. **P. Wiegmann.** (Тоже). (Въ приложеніи «Der Militärarzt», 16 октября). 7. **Ostmann.** *Der gegenwärtige Stand der Hörprüfung mit besonderer Beziehung auf die militärärztlichen Untersuchungen des Gehörorgans.* О способахъ изслѣдованія слуха.

24 октября.

1. **E. Raimann.** *Ueber die Behandlung Geisteskranker in Familienpflege.* О лѣченіи душевнобольныхъ въ семьяхъ. (Не окончена). 2. **Krönig.** *Ueber die Beziehungen der funktionellen Nervenkrankheiten zu den Erkrankungen der Generationsorgane.* Нервныя болѣзни и половыя. 3. **J. Englisch.** (Продолженіе). 4. **P. Wiegmann.** (Тоже).

31 октября.

1. **R. Paltauf.** *Das Wesen und die Aussichten der Serotherapie.* 2. **P. Moser.** *Die Serumbehandlung bei Scharlach.* 3. **P. Wiegmann.** (Продолженіе). 4. **E. Raimann.** (Окончаніе).

7 ноября.

1. **C. Hochsinger.** *Stridor thymicus infantum.* (Не окончена). 2. **Niessen.** *Artifizielle Syphilis beim Pferde.* (Не окончена). 3. **J. Englisch.** (Продолженіе). 4. **P. Wiegmann.** (Окончаніе).

14 ноября.

1. **J. Preindlsberger.** *Ueber epidurale Injektionen bei Erkrankungen der Harnblase.* Подоболочечныя впрыскиванія (по Cathelin'у) при болѣзняхъ мочевого пузыря — 13 случаевъ. 2. **Meyer.** *Nochmals über die Entstehung der Glatze.* Полемическая замѣтка. 3. **C. Hochsinger.** (Продолженіе). 4. **Niessen.** (Тоже). 5. **J. Englisch.** (Окончаніе статьи объ осумкованныхъ мочевыхъ камняхъ).—(Въ приложеніи «Der Militärarzt» 13 ноября). 6. **Herhold.** *Die Unterleibsbrüche und ihre Radikaloperation bei den Mannschaften des Heeres.* 7. *«Ein Militärarzt». Die Stellung des Militärarztes in der österreichisch-ungarischen Armee.* О положеніи австровенгерскихъ военныхъ врачей.

21 ноября.

1. **R. Kienböck.** *Zur radiographischen Anatomie und Klinik der chondralen Dysplasie der Knochen mit multiplen cartilaginären Exostosen.* (Не окончена). 2. **М. Дитерихсъ** (Одесса). *Zur Theorie der Wirkung der hohen Temperatur auf den Thierorganismus.* 3. **J. Demant.** *Ein Beitrag zu den Versuchen mit dem Lohnsteinschen Gährungs-Saccharimeter.* 4. **C. Hochsinger.** (Окончаніе). 4. **Niessen.** (Тоже).

28 ноября.

1. **R. Gersuny.** *Ueber einige kosmetische Operationen.* 2. **F. Friedländer.** *Ein Fall von Cephalohydraele traumatica.* 3. **P. Jensen.** *Die physiologischen Wirkungen des Lichtes.* (Не окончена). 4. **R. Kienböck.** (Продолженіе).

5 декабря.

1. **J. Donath.** *Beiträge zum diagnostischen und therapeutischen Wert der Quincke'schen Lumbalpunktion.* 2. **R. Kienböck.** (Продолженіе). 3. **P. Jensen.** (Окончаніе статьи о физіологич. дѣйствіи свѣта).

12 декабря.

1. **H. Schlöss.** *Pflege und Behandlung von zu Geistesstörungen disponierten Kindern.* Уходъ и лѣченіе дѣтей, расположенныхъ къ душевнымъ разстройствамъ. 2. **A. Jeney.** *Ueber einen eigenartigen Fall van Kombination einer Polydaktylie mit Syndaktylie...* 3. **R. Kienböck.** (Продолженіе).

18 декабря.

1. **Elschnig.** *Ptosisoperation.* 2. **R. Kienböck.** (Продолженіе). Въ приложеніи «Der Militärarzt», 18 декабря. 3. **F. Hauck.** *Eine Gleittrage für den Verwundetentransport auf Schiffen.* Судовыя носилки для перетаскиванія «волокомъ» раненыхъ на судахъ.

26 декабря.

1. **E. Kerner.** *Drei Fälle von rasch aufgetretener Unterernährung auf der Basis von Coitus interruptus.* 2. **R. Kienböck.** (Окончаніе).

**Wiener klinische Wochenschrift.** 3 сентября.

1. **E. Glas.** *Zur Pathologie der Tuberkulose der Gaumentonsillen.* О бугорчаткѣ миндалинъ. Патолого-анатомическое изслѣдованіе. 3 случая. 2. **D. Pupovac.** *Zur Kenntniss der Tuberkulose der Schilddrüse* (щитовидной железы). Случай. 3. **H. Neumann.** *Zur Frage einer ätiologischen Bedeutung des Cucullarisdefektes für den Schulterblatthochstand.* Недостача въ капюшонной мышцѣ, какъ причина высокаго стоянія лопатки. Случай.

10 сентября.

1. **J. Kiss.** *Der osmotische Druck und der Organismus.* 2. **W. Noetzel.** *Experimentelle Studie zur Frage der Ausscheidung von Bakterien aus dem Körper.* 3. **A. Neudörfer.** *Kasuistische Mitteilungen.* Случаи: недержанія мочи (операція) и прободенія желчн. пузыря (тоже).

17 сентября.

1. **A. Pick.** *Neuer Beitrag zur Frage von den Hemmungsfunktionen des akustischen Sprachcentrums im linken Schläfelappen.* Къ вопросу о задерживательныхъ функціяхъ слухового центра рѣчи въ лѣвой височной долѣ. 2. **C. Tsiminakis.** *Zur pathologischen Histologie der Plexus chorioidei.* 3. **A. Schüller.** *Klinische Beiträge zur Kasuistik der Kehlkopflähmungen.* 4. **Fragstein.** *Ueber doppelseitige Gehörstörungen kombiniert mit bilateralen Krämpfen im Gebiete des Facialis nebst Bemerkungen über das Versorgungsgebiet des letzteren.*

24 сентября.

1. **W. Türk.** *Ein System der Lymphomatosen.* 2. **С. М. Цыпкинъ** (Москва). *Ein Fall von Anaemia Splenica mit Uebergang in Lymphozytenleukämie.* 3. **Л. Стефановичъ.** *Beitrag zur Symptomatologie der Pellagra.* 4. **L. Merk.** *Zwei kleinere Beobachtungen aus der Praxis: 1. Unerwartet lange andauernde Oelretention in der Harnblase. 2. Ein Fall von Phosphathidrosis.*

1 октября.

1. **M. Gruber.** *Wirkungsweise und Ursprung der aktiven Stoffe in den präventiven und antitoxischen Seris.* Способъ дѣйствія и происхожденіе дѣятельныхъ началъ въ лѣчебныхъ сыворткахъ. 2. **R. Gersuny.** *Die Septumnaht bei Prolapsoperationen.* Шовъ перегородки при операціяхъ выпаденія. 3. **F. Friedländer.** *Beitrag zur operativen Behandlung des Klumpfusses und des Plattfusses.* 4. **E. Stangl.** *Ein Fall von Urachusfistel bei einem Erwachsenen.* 5. **J. Widowitz.** *Urotropin als Prophylacticum gegen Scharlach-Nephritis.*

8 октября.

1. **O. Föderl.** *Ueber den Circulus vitiosus nach Gastroenterostomie.* 2. **H. Lorenz.** *Zur Chirurgie des kallösen penetrierenden Magengeschwüres.* 2 случая. 3. **M. Stolz.** *Zur Skopolamin-Morphinnarkose.* 4. **M. Hofmann.** *Ein seltener Fall von zweisitzigem Strangulationsileus.* Случай двойного ущемленія кишекъ.

15 октября.

1. **M. Weinberger.** *Ueber periphere Verengerung der Pulmonalarterie und die klinischen Zeichen derselben.* Очень поучительный и хорошо разобранный клиническій случай со вскрытіемъ: ракъ лѣваго бронха со сдавленіемъ лѣвой легочной артеріи (рѣзкій систолическій шумъ у нижняго конца грудины справа, а также сзади, слабѣе надъ лѣвымъ легкимъ). 2. **G. Nobl.** *Ueber ein bisher nicht bischriebenes postsyphilitisches Merkmal.* 3. **A. Frank.** *Kunstfehler in der Uebungstherapie der Tabes und ihre Folgen.* 4. **D. Kokoris.** *Zur Kenntniss der Glutäalabscesse.*

22 октября.

1. **М. Зиле** (Одесса). *Experimenteller Beitrag zur Physiologie des Brustvagus nebst Bemerkungen über akute Lungenblühung.* 2. **J. Morgenroth.** *Ueber Grubers Kälteeinwand gegen die Amboceptortheorie.* Отвѣтъ на возраженіе проф. Gruber'а противъ теоріи амбоцепторовъ. 3. **L. Wechsberg.** *Zur Histologie der hymenalen Atresie der Scheide* (влагалища). 4. **A. Neudörfer.** *Operative Verkleinerung der Nase.* Случай.

29 октября.

1. **O. Zuckerkandl.** *Ueber die Totalexstirpation der hypertrophischen Prostata.* 10 случаевъ. 2. **L. Moll.** *Die blutstillende Wirkung der Gelatine.* Опыты на собакахъ. Выводъ: мѣстное дѣйствіе желатины на кровоточащія ткани и дѣйствіе ея, лѣчебное и предупреждающее, при введеніи подкожно обусловливаются склеиваніемъ кровяныхъ тѣлецъ и увеличеніемъ содержанія фибриногена. 2. **O. Föderl.** *Uber Gaumenplastik aus der Nasenscheidewand.* Лоскутъ для закрытія нёба изъ носовой перегородки. 3. **L. Fleischmann.** *Ein Fall von Trigeminus-Neuralgie als Beitrag zur Pathologie und Aetiologie dieser Erkrankung.*

Digitized by Google

5 ноября.

1. **L. Feinberg.** *Ueber die Erreger der Krebsgeschwülste der Menschen und Säugethiere.* О чужеядномъ ракѣ. (Не окончена). 2. **C. Pirquet** und **B. Schick.** *Zur Theorie der Inkubationszeit.* 3. **L. Schmeichler.** *Bemerkungen zur Trachominfektion.* 4. **E. Urbantschitsch.** *Kasuistische Mitteilungen* (изъ ушной практики).

12 ноября.

1. **G. Anton.** *Gehirnvermessung mittelst des Kompensations-Polar-Planimeters.* Объ измѣреніи мозга. 2. **R. Neurath.** *Veränderungen im Centralnervensystem beim Keuchhusten.* Предварительное сообщеніе объ измѣненіяхъ въ центральной нервной системѣ при коклюшѣ. 3. **J. Donath.** *Kraniektomie bei Epilepsien verschiedenen Ursprunges.* 4 случая. 4. **L. Feinberg.** (Окончаніе).

19 ноября.

1. **O. Marburg.** *Klinische Beiträge zur Neurologie des Auges.* Къ нейрологіи глаза. 2. **W. Mager.** *Zur Symptomatologie des Diabetes mellitus.* 3. **H. Salzer.** *Ein Fall von vollständigem Darmverschluss nach Verletzung durch stumpfe Gewalt.* Случай полной непроходимости кишекъ послѣ ушиба; операція; выздоровленіе. 4. **T. Sato.** а) *Ein Fall von Pylorusresektion mit gleichzeitiger Resektion des Colon transversum.* б) *Zur abdominalen Exstirpation der hochritzenden Mastdarmkarzinome.*

26 ноября.

1. **R. Kolisch** und **F. Schuman-Leclerq.** *Zur Frage der Kohlehydrattoleranz der Diabetiker.* 2. **A. Pilcz.** *Ueber Behandlung von Geisteskrankheiten in häuslicher Pflege.* О лѣченіи душевнобольныхъ домашнимъ уходомъ. 3. **A. Hermann.** *Zur chirurgischen Behandlung gutartiger Magenstenosen.* Случай. 4. **L. Katz.** *Ein Fall von lateral-retroperitonealer Zyste.*

3 декабря.

1. **G. Anton.** *Ueber einen Fall von beiderseitigem Kleinhirnmangel mit kompensatorischer Vergrösserung anderer Systeme.* Случай обоюдосторонней недостачи въ мозжечкѣ съ уравновѣшивающимъ увеличеніемъ другихъ частей мозга. 2. **P. Mathes.** *Ein Beitrag zur Lehre von den Geschlechtscharakteren.* 3. **H. Haberer.** *Zur Kasuistik der Folgezustände forcierter Taxisversuche bei inkarzerierten Hernien.* 4. **F. Fink.** *Der komplizierte akute Choledochusverschluss.* Случай острой осложненной закупорки общаго желчнаго протока. 5. **K. Pichler.** *Parotitis secundaria bei Pneumonie. Entleerung des Eiters durch das Gangsystem.*

10 декабря.

1. **R. Paltauf.** *Robert Koch.* 2. **R. Kraus.** *Zur Differenzierung des Cholera vibrio von artverwandten Vibrionen.* 3. **J. Schwoner.** *Ein Beitrag zur Kenntniss der Pseudodiphtheriebacillen.* 4. **R. Kraus** und **J. Joachim.** *Zur Frage der passiven Immunisierung.* 5. **E. Löwenstein.** *Ueber Katalasen in Bakterienfiltraten.* 6. **B. Volk** und **B. Lipschütz.** *Ueber Bakteriohdmolysine.* 7. **E. P. Pick** und **J. Joachim.** *Ueber das Verhalten der Eiweisskörper des Blutserums bei der Fäulniss.*

17 декабря.

1. **G. Kapsammer.** *Ueber Ureterenkatheterismus und funktionelle Nierendiagnostik.* 2. **O. Föderl.** *Ueber Knochen-und Knorpelersatz.* О замѣнѣ костей и хрящей (пластическія операціи). 3. **R. Hoffmann.** *Ueber das allmähliche Verschwinden eines Tumors der oberen Bauchgegend (Chron. interstitielle Pankreatitis).* Случай и литература. 4. **F. Ehler.** *Ueber einen Fall von Pancreatitis indurativa.* Тоже.

24 декабря.

1. **J. Sorgo.** *Zum Nachweise der Tuberkelbacillen im Sputum.* Предлагаетъ обрабатывать мокроту для отыскиванія палочекъ бугорчатки перекисью водорода. 2. **W. Friedreich.** *Ueber die «Hernia epigastrica».* 3. **K. Unger.** *Zur Klinik des primären Endothelioms der Pleura.* 4. **W. Heinicke.** *Zwei seltene Fälle habituell willkürlicher Verrenkungen.* 2 рѣдкихъ случая привычныхъ произвольныхъ вывиховъ.

31 декабря.

Только указатель за годъ; статей нѣтъ.

**Die medicinische Woche** (съ приложеніемъ—Balneologische Centralzeitung). 17 августа.

1. **F. R. Simon.** *Athmung und Schwindsucht, Athmungsgymnastik.* 2. **L. de Carlo.** *Das Euchinin in der Behandlung der Malaria.* 3. **A. Winckler.** (Окончаніе).

24 августа.

1. **R. Dommer.** *Ueber Aesko-Chinin Flügge.* 2. **Lebbin.** *Zwei Analysen der Wurzeln* (корней) *von Polygonum aviculare.* 3. **A. Wolff.** *Zur Diagnose und Prophylaxe der Pest.* 4. **P. Meissner.** *Zur Diagnose des Herpes maculosus squamosus.* 5. **Adam.** *Die Nothwendigkeit von Privatkrankenhäusern für ansteckende Krankheiten.* О необходимости частныхъ больницъ для прилипчивыхъ болѣзней. (Не окончена).

31 августа.

1. **U. Baccarani** und **A. Plessi.** *Ueber die Wirkung eines Nebennierenextractes (Vassale's Paragangline) bei gastro intestinalen Atonien.* 2. **O. Rommel.** *Der Soxhletsche Nährzucker in der Säuglingsernährung.* 3. **W. Hall.** *Zur klinischen Bestimmung des Gesammtgehaltes von Purin im Harn mittels Purinometer.* 4. **Adam.** (Окончаніе).

7 сентября.

1. **С. С. Зимницкій.** *Beitrag zur Frage der Magenverdauung bei Icterus.* Очевидно, переводъ съ русскаго, но безъ указанія источника. 2. **С. И. Ивановъ.** *Was hat die äussere Therapie in Amyloform gewonnen?* Тоже.

14 сентября.

1. **А. Сахаровъ** (Саратовъ). *Ueber Wandermilz.* О блуждающей селезенкѣ. Перевелъ съ русскаго *M. Lubowski.* 2. **Neumann.** *Ueber Thermotherapie.*

21 сентября.

1. **Aronheim.** *Petroleumvergiftung bei einem $2^1/_2$ jährigen Knaben.* Случай отравленія керосиномъ (около 120 грм.) мальчика $2^1/_2$ л. 2. **Klamann.** *Ausstossung von Kothsteinen.* 2 случая каловыхъ камней. 3. **Adam.** *Der Gebrauch von Inhalationen sonst und jetzt.* (Не окончена).

28 сентября.

1. **H. Mohr.** *Ueber Mastitis adolescentium.* 2. **Adam.** (Окончаніе статьи объ употребленіи ингаляцій въ прежнія времена и нынѣ).

5 октября.

1. **Kaufmann.** *Die Ursachen der eitrigen Nierenentzündung.* Причины гнойнаго нефрита. 2. **Delius.** *Ueber die Behandlung der functionellen Störungen des Stuhlganges, besonders der Obstipation durch hypnotische Suggestion.* Изъ 84 больныхъ запоромъ 67 (79,76%) вылѣчены внушеніемъ вполнѣ, у 13 (15,48%) получено улучшеніе, а у 4 (4,76%) неудача.

12, 19 и 26 октября и 2 ноября.

1. **Jooss.** *Die Hauspflege Lungenkranker.* 2. **F. Lalesque.** *Kann die Seekur die Allgemeinausbreitung der Tuberkulose befördern?*

9 ноября.

**F. Wobr.** *Glycosal als neues Antirheumaticum.*

16 ноября.

1. **Ruprecht.** *Ueber Starkstromanlagen und electromedicinische Anschlussapparate mit besonderer Berücksichtigung neuer Gleichstromumformer für Galvanokaustik.* (Не окончена). 2. **Bieling.** *Casuistischer Beitrag zur Wirkung der Bogenlichtbehandlung bei der Wundheilung.*

23 ноября.

**Ruprecht.** (Продолженіе).

30 ноября.

1. **F. Burchard** und **A. Schlockow.** *Arhovin, ein neues innerliches Antigonorrhoicum.* 2. **Ruprecht.** (Окончаніе). 3. **H. Kionka.** *Die wissenschaftlichen Grundlagen der Balneologie.*

7 декабря.

1. **E. Franck.** *Expectorirend wirkende Behandlungsmethoden.* Рекомендація «пульмонарина» (смѣсь 11 веществъ, частью растительныхъ, частью минеральныхъ). 2. **G. Erlwein.** *Neues zur Frage der Versorgung der Kurorte mit einwandsfreiem Wasser.* Озонизаціонная очистка воды въ Paderborn'ѣ и Wiesbaden'ѣ. (Не окончена).

14 декабря.

1. **Rieder.** *Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie.* Итоги свѣтолѣченія. 2. **G. Erlwein.** (Продолженіе).

21 декабря.

1. **Waldow.** *Die Entwickclung und die technischen Einrichtungen des Kurbades Elster.* 2. **G. Erlwein.** (Окончаніе).

28 декабря.

1. **Dittmar.** *Zur Kenntniss der Salipyrin-bezw. Antipyrinexantheme.* 2. **Eser.** *Organisation der Quellenbeobachtungen.* Объ организаціи наблюденія за источниками.

**Wiener medizinische Presse.** 4 января 1903.

1. **M. Benedikt.** *Zur Roentgenuntersuchung des Kopfes.* О рёнтгенизаціи головы. 2. **M. Fasching.** *Ueber Jodoform-Calomel-Behandlung.* Хвалитъ лѣченіе флегмонъ, гнойниковъ, чирьевъ и т. п. смѣсью каломеля и іодоформа. 3. **M. Schechner.** *Beitrag zur künstlichen Lösung der Placenta.* Къ вопросу объ искусственномъ отдѣленіи послѣда.

11 января.

1. **J. Pal.** *Ueber den Darmschmerz.* Кишечныя боли суть ощущенія, только переносимыя больнымъ на кишечникъ и на самомъ дѣлѣ происходящія внѣ его,—отъ дерганія и натяженія брызжейки и брюшины, отъ раздраженія сочувственнаго нерва. 2. **W. Rubeska.** *Ueber die Verwendung des Kautschukballons in der Geburtshilfe.* Употребленіе каучуковаго баллона въ акушерствѣ. (Не окончена).

18 января.

1. **C. Kristinus.** *Zur Scheinreduktion.* 4 случая непроходимости кишекъ послѣ массоваго вправленія ущемленныхъ грыжъ. (Не окончена). 2. **G. Helfer.** *Ueber die therapeutische Verwerthbarkeit der Abrotanol-Pastillen.* Хвалитъ «абротаноловыя лепешки», изготовляемыя фабрикою Hell въ Troppau, противъ кишечныхъ катарровъ. 3. **W. Rubeska.** (Продолженіе).

25 января.

1. **J. Zappert.** *Ueber den Juckausschlag im Kindesalter.* Зудящая сыпь у дѣтей (urticaria infantilis). (Не окончена). 2. **C. Kristinus.** (Окончаніе). 3. **W. Rubeska.** (Продолженіе).

---

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

## XLIII. Основы и задачи оперативнаго акушерства.

Ч. пр. и ассистента женской клиники Новороссійскаго Университета **А. А. Ануфріева**.

(Вступительная лекція, читанная 10/х 1903 г.).

Мм. Гг.! Выступая сегодня въ качествѣ частнаго преподавателя столь важной практической отрасли медицины, какъ оперативное акушерство [1]), считаю долгомъ прежде всего дать Вамъ общія понятія объ излагаемомъ мною предметѣ, а затѣмъ ознакомить Васъ съ его главнѣйшими основами и задачами.

Оперативное акушерство старо, какъ само человѣчество. Origo artis obstetriciae est ab experientia, experientiae occasio a necessitate. Съ самыхъ древнихъ временъ люди дѣлали попытки по крайнему разумѣнію помогать беременной, если беременность, роды и послѣродовой періодъ у нея уклонялись отъ правильнаго теченія. Здѣсь необходимость давала поводъ къ экспериментированію, а послѣднее вырабатывало элементарныя формы повивальнаго искусства. Нельзя было только наблюдать тяжелые роды, нужно было такъ или иначе дѣйствовать. Поэтому не покажется удивительнымъ, что у дикихъ народовъ, стоящихъ на первобытныхъ ступеняхъ цивилизаціи, мы встрѣчаемся даже съ такими серьезными оперативными пособіями, какъ кесарское сѣченіе (вольный русскій переводъ sectio caesarea), конечно, въ самомъ примитивномъ видѣ. *Felkin*, напр., описываетъ производство кесарскаго сѣченія, котораго онъ былъ очевидцемъ, у племени Идаида въ Центральной Африкѣ. Наркозъ поддерживался банановымъ виномъ. Вскрытъ животъ, матка, и извлеченъ плодъ. Кровотеченіе изъ раны остановлено раскаленнымъ желѣзомъ. Края разрѣза брюшныхъ стѣнокъ скрѣплены отполированными гвоздиками и обмотанными вокругъ послѣднихъ нитями изъ коры. Сверху нитей положено тѣсто изъ разжеванныхъ корешковъ и банановый листъ. Операція для ребенка и для матери окончилась благополучно. Въ способѣ скрѣпленія брюшныхъ стѣнокъ мы имѣемъ какъ-бы прообразъ современныхъ serres-fines *Michel Michaux* и *Boissard*'а. *Metzger* тамъ-же у племени Дашара видѣлъ исправленіе плода помощью наружнаго поворота на головку. Въ народномъ Японскомъ акушерствѣ, далеко еще до подъема цивилизаціи въ этомъ государствѣ, встрѣчаются указанія на исправленіе плода также наружными пріемами. Въ мифахъ культурныхъ грековъ самъ богъ медицины Эскулапъ появляется на свѣтъ путемъ кесарскаго сѣченія, будучи извлеченъ изъ трупа матери его Корониссы, сраженной стрѣлой Артемиды, отцомъ своимъ Аполлономъ Пеономъ. Также рождается и богъ веселья Вакхъ. У древнихъ египтянъ и евреевъ имѣются указанія на повивальныхъ бабокъ, которыя, къ сожалѣнію, ограничивались больше утѣшеніемъ въ трудныхъ случаяхъ. Въ библіи повѣствуется, что послѣ трудныхъ родовъ у Рахили повивальная бабка только утѣшала роженицу тѣмъ, что у нея родился сынъ. Рахиль тутъ-же и умерла.

Идеи искусственнаго родовспоможенія, намѣчаемыя самой природой, за немногими исключеніями, оставшимися отъ греческой и римской культуры, долгое время вращались въ области грубаго эмпиризма. Періодъ арабской школы, а равно и средніе вѣка полны, что называется, мракобѣсія по отношенію къ родовспомогательной наукѣ. Приведу хотя-бы сочиненіе *Tortul*'ы «De mulierum passionibus ante, in et post partum», отражающее на себѣ знанія Солернской школы XI-го вѣка. Въ этомъ сочиненіи при трудныхъ родахъ предлагается окуривать роженицу лошадиными копытами, кошачьими и овечьими испражненіями и т. д. въ томъ-же родѣ. Въ теченіи всѣхъ среднихъ вѣковъ держалось убѣжденіе Lebon'а, что мужчинамъ заниматься акушерствомъ неприлично—«Haec ars (obstetrica) viros dedecet». Акушерство находилось въ рукахъ невѣжественныхъ повитухъ или монашескихъ орденовъ. Но прошли эти темные вѣка, наступило возрожденіе наукъ и искусствъ, грубый эмпиризмъ далъ мѣсто научному знанію. XVI-й вѣкъ послужилъ толчкомъ къ развитію оперативнаго акушерства, благодаря работамъ знаменитыхъ хирурговъ во Франціи *A. Paré* и его ученика *Guillemeau*. Въ концѣ XVII-го и началѣ XVIII *Heinrich v. Deventer* создалъ ученіе о плоскомъ и общесуженномъ тазѣ, а минувшее 100-лѣтіе подарило насъ идеями и научными доктринами *Semmelweiss*'а, *Koch*'а, *Pasteur*'а, *Virchow*'а, *Lister*'а, *Michaelis*'а, *Litzmann*'а и цѣлымъ рядомъ цѣнныхъ работъ въ области оперативнаго акушерства. *Semmelweiss* своимъ геніальнымъ открытіемъ уменьшилъ смертность отъ родильной горячки въ клиническомъ отдѣленіи для студентовъ съ 9%, по временамъ съ 16—31%, до 3,05%. Сколько вообще умирало въ то время отъ родильной горячки, показываетъ, напр., статистика *Böhr*'а, по которой съ 1816 по 1875 г. умерли отъ родильной горячки въ Пруссіи болѣе 360000 женщинъ, т. е. много болѣе, чѣмъ отъ холеры и оспы вмѣстѣ. Къ сожалѣнію, идеи *Semmelweiss*'а принимались съ недовѣріемъ и не получали должнаго распространенія впродолженіи десятковъ лѣтъ. Сколько унесено было за это время жертвъ въ могилу изъ-за человѣческой косности! *Smyly* [1]) такъ выразился объ открытіи *Semmelweiss*'а въ 1900 г. на засѣданіи Британскаго медицинскаго Общества (Address in Obstetrics. Meeting of the British Medical Association; Ipswich 1900): «исторія съ Архимедомъ, который, выскочивъ изъ бани, бѣжалъ по улицамъ съ крикомъ: «εὕρηκα, εὕρηκα», есть комедія въ наукѣ, но исторія съ такимъ человѣкомъ, который упорно пытался распространить свое великое открытіе, принимавшееся съ враждебнымъ настроеніемъ и улыбкой, о причинахъ свирѣпствовавшей родильной горячки и останавливалъ на улицѣ прохожаго, чтобы повѣдать ему о спасающей жизнь истинѣ, является величайшей трагедіей». Значеніе въ медицинѣ открытій *Pasteur*'а, *Koch*'а, *Virchow*'а и *Lister*'а Вамъ хорошо извѣстно. Затѣмъ, плодоубивающіе инструменты, какъ μάχαιρον и πιέστρον Гиппократа, постепенно замѣнились жизнеспасающими инструментами *Palfyn*'а, *Boër*'а, *Brünninghausen*'а, *Smelli*, *Simpson*'а, покойнаго проф. *И. П. Лазаревича* и др. Терапія родовъ при узкомъ тазѣ, благодаря работамъ *Michaelis*'а, *Litzmann*'а, *Schröder*'а и др. развилась въ стройную систему. Гуманитарныя идеи отразились и на оперативномъ акушерствѣ: жизнь внутриутробнаго плода начала цѣниться наравнѣ съ жизнью матери. Границы краніотоміи и эмбріотоміи сильно съузились. Получили право гражданства искусственные преждевременные роды, кесарское сѣченіе не только при безусловныхъ, но и при относительныхъ показаніяхъ, симфизеотомія. Смертность матерей отъ послѣродового зараженія упала съ десятковъ до десятыхъ %, а послѣ кесарскаго сѣченія до 8—10%.

Такъ мало по малу сложилось оперативное акушерство. Что-же мы стали теперь разумѣть подъ нимъ? Подъ оперативнымъ акушерствомъ мы понимаемъ теперь отдѣлъ акушерской науки, содержаніемъ котораго служитъ рядъ ручныхъ или инструментальныхъ пособій resp. операцій на родовыхъ путяхъ матери, или на плодѣ, производящихся акушеромъ съ соблюденіемъ всѣхъ правилъ асептики, въ силу тѣхъ или иныхъ строго обоснованныхъ показаній.— общихъ или мѣстныхъ, со стороны матери или плода и при извѣстныхъ условіяхъ во время беременности, родовъ и послѣродового періода. Это общее опредѣленіе указываетъ, что здѣсь дѣло не сводится только къ искусству владѣть извѣстнымъ ручнымъ способомъ или инструментомъ; нѣтъ, тутъ требуется знаніе, кромѣ основъ клинической медицины вообще, бактеріологіи, анатоміи родового канала, физіологіи и патологіи беременности, родовъ и послѣродового періода. Нельзя изучать патологію беременности и родовъ, не зная ихъ нормальнаго теченія. Нерѣдко учащіеся увлекаются патологическими случаями, какъ болѣе интересными, игнорируя нормальные. Это—большая ошибка. Можемъ-ли мы исправлять части какого угодно механизма, не зная хорошо его устройства и его дѣйствія? Я иду даже еще дальше и говорю, что здѣсь нужны еще, кромѣ основныхъ медицинскихъ знаній, и прикладныя: геометрія, физика, механика. Вращеніе предлежащей части плода по наклоннымъ плоскостямъ родового канала матери, законы механическихъ движеній, опредѣленіе силы дѣйствія ин-

[1]) Этотъ предметъ я читалъ впродолженіи нѣсколькихъ лѣтъ въ старѣйшемъ русскомъ Университетѣ—Московскомъ.

Digitized by Google

струментовъ развѣ не требуютъ прикладныхъ знаній? Акушерство почему то до сихъ поръ называютъ повивальнымъ искусствомъ. Это — не вполнѣ справедливо. Философское понятіе объ искусствѣ до послѣдняго времени вызываетъ разныя толкованія. Въ прошломъ вѣкѣ одинъ изъ видныхъ нѣмецкихъ философовъ Schelling опредѣлялъ искусство, какъ соединеніе субъективнаго съ объективнымъ, природы и разума, безсознательнаго съ сознательнымъ. Напротивъ, въ индуктивномъ научномъ мышленіи менѣе всего долженъ проявляться «элементъ безсознательнаго и субъективнаго» и выступать на первый планъ объективная область критики разума. Оперативное акушерство, какъ основанное на индуктивномъ методѣ мышленія, перестало быть только искусствомъ; оно сложилось въ научную систему и требуетъ серьезнаго и настойчиваго труда для всесторонняго его изученія. Правда, гармоническое сочетаніе дѣйствій врача съ законами природы вводитъ насъ въ область свободнаго творчества, гдѣ наука соперничаетъ съ искусствомъ, но пальма первенства принадлежитъ все-же наукѣ. Было-бы заблужденіемъ считать, что оперативное акушерство область законченнаго знанія. Наоборотъ, въ немъ мы имѣемъ еще широкое поле для дальнѣйшихъ изслѣдованій. Намъ предстоитъ еще много работы для созиданія способовъ при разнообразныхъ показаніяхъ и при установившемся понятіи о равноцѣнности жизни матери и внутриутробнаго плода, особенно при среднихъ степеняхъ съуженія таза. Напр., только недавно мы стали разрабатывать оваріотомію и міомотомію во время беременности, coeliotomi'ю — во 2-й половинѣ внѣматочной беременности, а способъ искусственнаго постепеннаго расширенія матки баллонами и ex tempore расширителемъ *Bossi* при эклампсіи и предлежаніи послѣда, равно влагалищное кесарское сѣченіе—почти на дняхъ. (Мнѣ кажется, я не дѣлаю ошибки, касаясь здѣсь внѣматочной беременности и оваріотоміи во время беременности, такъ какъ по справедливости оперативная часть этого отдѣла патологіи послѣдней должна быть отнесена къ оперативному акушерству въ широкомъ смыслѣ слова). Если-бы все было извѣстно, наука давно была-бы окончена, справедливо замѣтилъ *Claud Bernard*.

Главнѣйшія основанія оперативнаго акушерства имѣютъ какъ сходныя, такъ и отличительныя черты съ родственной ему научной хирургіей. Остановлюсь сначала на сходныхъ чертахъ. Въ основаніе изученія какъ той, такъ и другой науки входятъ знанія: 1) какъ нормальнаго, такъ и патологическаго состоянія тѣхъ областей, среди которыхъ приходится оперировать; 2) бактеріологіи операціоннаго поля и амикробнаго его состоянія; 3) условій общихъ и частныхъ показаній, т. е. со стороны общаго здоровья больной (ого) и мѣстныхъ отклоненій отъ нормы, а вмѣстѣ съ тѣмъ и сообразованія съ особенностями каждаго случая въ отдѣльности и 4) оперативной техники. Патологія родовъ выдвигаетъ причудливыя анатомическія формы узкихъ тазовъ, препятствующихъ правильному поступательному движенію плода. Только знакомство съ этимъ разнообразіемъ формъ тазовъ и механизмомъ родовъ при нихъ даетъ возможность акушеру своевременно придти на помощь природѣ. Не требуютъ-ли отъ насъ хорошихъ анатомическихъ свѣдѣній и кесарское сѣченіе, и coeliotomia при внѣматочной беременности и разрывахъ матки, и симфизеотомія? «Только знаніе анатоміи», пишетъ *Hyrtl*, «возвышаетъ хирурга до оператора. Она руководитъ его сужденіемъ, она управляетъ его рукою, она облагораживаетъ самую смѣлость его, испытавшую все — даже перевязываніе аорты и изсѣченіе желудка». Въ оперативномъ акушерствѣ наши задачи осложняются еще тѣмъ, что приходится имѣть дѣло съ 2-мя существами — матерью и плодомъ, которые одновременно могутъ уклоняться въ сторону патологіи. Возьмите уродство плода, заболѣваніе его внутреннихъ органовъ (брюшную и головную водянку) и одновременно узкій тазъ и опухоли родовыхъ путей матери. Какъ для хирурга важно знать хирургическую патологію, такъ для акушера—акушерскую. Иногда эти области тѣсно сближаются между собой.

Что касается требованій бактеріологіи, то, къ счастію, намъ уже извѣстно въ настоящее время, что въ цѣломъ рядѣ опредѣленныхъ акушерскихъ и хирургическихъ случаевъ можетъ быть вполнѣ безопасное теченіе, если были строго соблюдены антисептическія и асептическія правила. Для примѣра возьму въ акушерствѣ искусственный законный выкидышъ, искусственные преждевременные роды, поворотъ плода въ незапущенномъ случаѣ, типическіе щипцы и прободеніе, а въ хирургіи — усѣченія, изсѣченія и т. д. Хотя работами *Kehrer*'а, *Steffeck*'а, *Bumm*'а, *Winter*'а, *Döderlein*'а, *Wolthard*'а, *Kottmann*'а и цѣлаго ряда русскихъ авторовъ—д-ра *Миронова*, проф. *Соловьева*, д-ра *Черневскаго*, ч. пр. *Маслловскаго*, проф. *Строганова* и др. доказано, что влагалище здоровой женщины далеко не всегда свободно отъ болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ и сапремическихъ бактерій, однако въ союзѣ съ защитительными силами организма мы съ успѣхомъ научились бороться съ тѣми и другими. Значительное пониженіе % заболѣваемости и смертности послѣ акушерскихъ операцій послѣдняго времени служитъ гарантіей примѣняемой асептики. Покойный *Semmelweiss* говорилъ: «Если-бы мнѣ не суждено было собственными глазами видѣть то счастливое время, когда въ родильныхъ домахъ всего міра будутъ встрѣчаться только случаи самозараженія, то увѣренность въ томъ, что это время рано или поздно наступитъ, будетъ служить утѣшеніемъ въ мой смертный часъ». Это время почти приближается уже къ идеаламъ *Semmelweiss*'а.

Предохраненіе въ широкомъ смыслѣ, т. е. оператора, больной, всего того, что приходитъ въ соприкосновеніе съ нею, и помѣщенія должно играть выдающуюся роль какъ въ акушерствѣ, такъ и въ хирургіи. Нельзя однако не замѣтить, что помимо асептической предосторожности, при акушерскихъ операціяхъ, какъ и при хирургическихъ, имѣютъ значеніе степень раненія, продолжительность операціи, опытность и навыкъ самого оператора.

Далѣе, я долженъ остановиться на сложной области условій и показаній для производства операціи въ акушерствѣ. Подъ «условіями» разумѣется наличность благопріятныхъ данныхъ для извѣстнаго вмѣшательства, подъ «показаніями»—совокупность болѣзненныхъ припадковъ, угрожающихъ здоровью или жизни матери или плода. Условія должны болѣе или менѣе совпадать съ показаніями. Напр., мы не можемъ при эклампсіи сдѣлать внутренній поворотъ и извлечь плодъ при открытіи матки на 2 сти.; тутъ показанія не совпадаютъ съ условіями. Необходимы другіе способы для созданія этихъ условій, т. е. достаточнаго открытія матки для поворота — способы подготовительные. Поэтому акушерскія операціи и раздѣляютъ на подготовительныя и родоразрѣшающія. Разбираться въ условіяхъ и показаніяхъ учитъ насъ акушерская клиника, задачи которой сильно расширились за послѣднее время вслѣдствіе болѣе обстоятельнаго изученія организма беременной.

Какъ къ акушерству, такъ и къ хирургіи примѣнимо правило: «удаляй, что ненужно и вредно для организма и сохраняй, что возможно». Какъ на примѣръ удаленія въ акушерствѣ, можно указать на излишекъ околоплодныхъ водъ, на остатки плоднаго яйца въ полости матки, на новообразованія рукава, матки и придатковъ, на лопнувшій трубный беременный мѣшокъ и т. д. Въ хирургіи примѣровъ удаленія еще больше. Сохраняющій способъ въ обѣихъ отрасляхъ знанія имѣетъ далеко не маловажное значеніе. Съ развитіемъ асептики этотъ способъ на ряду со смѣлымъ движеніемъ руки хирурга въ потаенныхъ и важнѣйшихъ для жизни областяхъ человѣческаго тѣла—этихъ neuds vitals, какъ мозгъ и сердце—наложилъ свое veto на нѣкоторыя коренныя операціи прежняго времени: осложненные переломы костей и бугорчатка суставовъ почти перестали быть матеріаломъ для усѣченій конечностей. Что-же сказать про акушерство, гдѣ дѣло идетъ о 2-хъ жизняхъ? Здѣсь законы сохраненія жизни, если не придерживаться отрицательныхъ взглядовъ Malthus'а и Schopenhauer'а, должны играть выдающуюся роль и побуждать врача, съ одной стороны, избѣгать, на сколько возможно, плодоубивающихъ операцій, а съ другой, спасая жизнь плода, оберегать отъ травматическихъ поврежденій половые органы матери. «Pruritus secandi» долженъ быть слабой стороной какъ хирурга, такъ и акушера.

Считаясь съ т. наз. «foeticide thérapeutique», ученіемъ *Pinard*'а, признающаго право на жизнь плода его, священ-

нымъ правомъ, которое не принадлежитъ ни отцу, ни матери, ни врачу, всегда слѣдуетъ имѣть въ виду акушерскую статистику, выясняющую на большомъ матеріалѣ исходы тѣхъ или иныхъ оперативныхъ пріемовъ. Поэтому прежде, чѣмъ рѣшиться на операцію, слѣдуетъ строго научно взвѣсить всѣ условія и показанія къ ней, не увлекаясь желательными, но трудно выполнимыми цѣлями, ибо нашими дѣйствіями должно руководить изрѣченіе *Malgaigne*'а: «la vérité dans la science, la moralité dans l'art».

*Fritsch* устанавливаетъ въ оперативномъ акушерствѣ общія показанія, когда нужно дѣйствовать, и специальныя, какъ дѣйствовать. Все знаніе врача должно быть сосредоточено на этихъ 2-хъ положеніяхъ, дабы сообразованіе съ особенностями случая совпадали съ опредѣленнымъ оперативнымъ пріемомъ.

Терпѣливое и сознательное выжиданіе иногда больше можетъ принести пользы, чѣмъ несвоевременное вмѣшательство.

Какъ въ акушерствѣ, такъ и въ хирургіи требуется знаніе техники для производства операцій. Прежде, чѣмъ пріобрѣсти навыкъ къ акушерскимъ оперативнымъ пріемамъ на живой, необходимо упражняться на фантомѣ съ куклой или стерилизированнымъ трупикомъ. «Какъ бы начинающій ни былъ хорошо знакомъ съ оперативнымъ акушерствомъ по учебникамъ и рисункамъ, говорилъ покойный *А. Я. Крассовскій*, безъ упражненій на фантомѣ онъ никогда не пріобрѣтетъ той увѣренности, послѣдовательности, быстроты и ловкости, какія требуются при исполненіи акушерскихъ пріемовъ на живой». Въ такомъ-же духѣ высказывается и *Витт* въ своемъ прекрасномъ руководствѣ: «Es ist unmöglich die operative Technik aus Büchern erlernen». При этомъ слѣдуетъ замѣтить, что теперь, въ періодъ значительнаго развитія оперативной дѣятельности въ акушерствѣ, когда приходится удалять опухоли беременной матки и придатковъ, наконецъ удалять всю беременную матку въ первые мѣсяцы при ракѣ ея, только упражненіями на фантомѣ дѣло не ограничивается. Необходимы еще упражненія на трупахъ. Здѣсь задачи оперативнаго акушерства тѣсно переплетаются съ задачами оперативной гинекологіи. Прошло то время, когда акушеръ оставался таковымъ par exellence. Теперь онъ въ одно и тоже время долженъ быть гинекологомъ-хирургомъ. Само собою разумѣется, что упражненіями на фантомѣ и трупѣ подготовка будущаго акушера еще не исчерпывается. «На трупѣ, говорилъ *Chassaignac*, упражняются въ перевязкѣ артерій или въ производствѣ усѣченій, но на трупѣ не продѣлываютъ операціи ущемленной грыжи или удаленія опухоли». Тоже можно сказать и про оперативное акушерство. Нужно видѣть еще не мало операцій на живыхъ, усвоить т. наз. «госпитальную дисциплину» и самолично производить операціи въ специальныхъ учрежденіяхъ. Университетъ въ этомъ отношеніи, познакомивъ съ основами извѣстнаго научнаго отдѣла и, на сколько возможно, съ его подробностями, даетъ руководящую нить Аріадны, съ которой придется идти въ лабиринтахъ практической медицинской дѣятельности.

Но большое сходство на первый взглядъ между акушерской оперативной дѣятельностью и хирургической уменьшается по мѣрѣ того, какъ мы будемъ разсматривать ближе условія той и другой. Прежде всего не слѣдуетъ забывать, что ткани беременной, среди которыхъ приходится оперировать, пропитаны въ сильной степени кровью, сывороточной жидкостью, набухши, легко ранимы и представляютъ благопріятную среду для развитія микроорганизмовъ. Достаточно незначительнаго количества заразнаго начала, чтобы оно могло при такихъ условіяхъ проявить большую силу и изъ тлѣющей искры превратиться въ опустошительный пожаръ.

Не то въ хирургіи: тамъ нормальныя ткани часто внезапно выводятся изъ своего покойнаго состоянія. Конечно, нельзя говорить здѣсь о тѣхъ медленныхъ хирургическихъ процессахъ, которые постепенно измѣняютъ окололежащія ткани, но, вѣдь, въ такихъ случаяхъ не вдругъ подается и пособіе. Питаніе тканей, какъ извѣстно, играетъ большую роль въ развитіи въ нихъ заразнаго начала. Ткани съ нарушеннымъ питаніемъ, поврежденныя и размятыя будутъ оказывать менѣе сопротивленія, и извѣстно, что безъ надрывовъ маточнаго зѣва, входа во влагалище, трещинъ и ссадинъ не обходится почти ни одна первороженица послѣ нормальныхъ родовъ, не говоря уже про тяжелые и оперативные роды. «Вѣроятно, говоритъ *Strassmann*, также менѣе будетъ противостоять зараженію усиленно работавшая мышца матки при большихъ родовыхъ препятствіяхъ, аналогично тому физіологическому наблюденію, по которому послѣ усиленныхъ мышечныхъ сокращеній наступаетъ окоченѣлость мышцъ». При этомъ слѣдуетъ помнить, что послѣ родовъ матка представляетъ сплошную рану съ громаднымъ количествомъ лимфатическихъ пространствъ, способныхъ, какъ губка, всасывать заразныя начала. Значительныя потери крови во время родовъ также предрасполагаютъ къ всасыванію жидкостей съ токсическими началами и уменьшаютъ жизненность тканей, хотя беременная, благодаря безотносительному увеличенію крови въ ея организмѣ, можетъ терять 400—700 грм. крови безъ особенно неблагопріятныхъ послѣдствій. Ослабленная нервная система женщинъ, и безъ того болѣе нѣжная и воспріимчивая, чѣмъ у мужчинъ, не остается также безъ вліянія на результатъ органической борьбы. Изъ патологіи намъ извѣстны работы *Samuel*'я, проф. *Оболенскаго*, д-ра *Охотина*, *Roger*, *Duch*'а, *Malvoz*'а и др., указывающія, напр., на то, что перерѣзка сочувственнаго нерва ускоряетъ воспалительный процессъ и повышаетъ силу мѣстной реакціи. «Съ ослабленіемъ иннерваціи, замѣчаетъ одинъ изъ нашихъ видныхъ русскихъ патологовъ, ослабляется противодѣйствіе тканей вреднымъ вліяніямъ и повышается расположеніе ихъ къ заболѣванію и, слѣд., къ воспаленію». А какое ослабленіе испытываетъ нервная система при затяжныхъ родахъ! Во время прорѣзыванія головки наблюдаются судороги, обмороки, истерическіе припадки, въ рѣдкихъ случаяхъ даже острые маніакальные приступы. Измѣненіе самого состава крови у беременныхъ, выражающееся въ увеличеніи плотныхъ и жидкихъ составныхъ частей ея (плазмы, красныхъ и бѣлыхъ шариковъ, гэмоглобина), свертываемости (тромбозы, флеболиты) и присутствіе, какъ продуктовъ беременности, х-токсальбуминовъ выводятъ изъ обычнаго равновѣсія питаніе какъ стѣнокъ сосудовъ (отёки), такъ и остальныхъ тканей. Прежде думали, что измѣненія эти касаются главнымъ образомъ жидкихъ частей крови, почему *Virchow* и называлъ такое состояніе крови беременныхъ «физіологическимъ лейкоцитозомъ». Кромѣ измѣненнаго состава крови и функціональныхъ, а иногда и анатомо-патологическихъ разстройствъ въ нервной системѣ, не слѣдуетъ забывать измѣненій и въ отдѣльныхъ органахъ—сердцѣ, почкахъ, маткѣ: увеличенія сердца (*Dreysel*), хотя нѣкоторые авторы и сомнѣваются въ этомъ, бѣлой почки беременныхъ, гипертрофіи мышечныхъ волоконъ матки, кромѣ того,—смѣщеній грудобрюшной преграды и отсюда уклоненій въ положеніи брюшныхъ и грудныхъ органовъ и ихъ физіологическихъ отправленій. Наконецъ, присутствіе болѣзнетворныхъ бактерій во влагалищѣ и оперированіе въ области съ густой сѣтью лимфатическихъ сосудовъ и смежной съ мочеиспускательнымъ каналомъ и заднепроходнымъ отверстіемъ требуютъ тщательнаго обеззараживанія операціоннаго поля, не говоря уже объ обеззараживаніи личномъ, которое, въ силу вышеупомянутыхъ условій, должно имѣть выдающееся значеніе.

И такъ, у беременной, при наличности анатомо-физіологическихъ и бактеріологическихъ данныхъ, граничащихъ съ патологіей, приходится имѣть дѣло съ условіями, болѣе сложными и болѣе благопріятными для развитія заразныхъ началъ, чѣмъ въ хирургіи. Многія изъ этихъ особенностей организма беременныхъ ждутъ еще дальнѣйшей научной разработки. Затѣмъ намъ нерѣдко совершенно неизвѣстны ни время, ни мѣсто для производства операцій. Приглашаютъ Васъ внезапно ночью къ роженицѣ, у которой появилось сильное кровотеченіе съ началомъ родовыхъ схватокъ при предлежаніи послѣда. Вы первый разъ видите роженицу и ту подчасъ убогую обстановку, при которой Вамъ придется дѣлать такую далеко нелегкую операцію, какъ наружно-внутренній поворотъ по *Braxton-Hicks*'у при неполномъ открытіи матки. Здѣсь трудно создать иде-

Digitized by Google

альную асептику всей окружающей больную обстановки; дѣло идетъ лишь о томъ, что возможно сдѣлать въ смыслѣ асептики. При добромъ желаніи, умѣньи и настойчивости и въ такой обстановкѣ можно получать хорошіе результаты.

Такъ какъ вопросъ объ оперативномъ вмѣшательствѣ въ акушерствѣ долженъ рѣшаться быстро и выполненіе вмѣшательства должно слѣдовать непосредственно за рѣшеніемъ, то при недостаточномъ ознакомленіи со случаемъ, недостаткѣ знаній и опытности, является опасность не только для плода, но и для матери. Въ такихъ случаяхъ исчезаетъ самоувѣренность во время производства операціи, самая операція затягивается, силы измѣняютъ оператору, появляется желаніе, во что-бы то ни стало, кончить роды, и тогда, по выраженію *Kehrer*'а, развивается своего рода умопомѣшательство и совершаются такіе поступки, которые идутъ въ разрѣзъ съ акушерскими знаніями и даже подлежатъ вѣдѣнію уголовнаго судопроизводства. Къ счастію, такіе случаи встрѣчаются теперь все рѣже и рѣже.

Никогда не слѣдуетъ забывать, что многія акушерскія операціи производятся въ темнотѣ, подъ провѣркою лишь чувства осязанія, и цѣль ихъ—спасать 2 жизни. Вполнѣ понятно поэтому, на сколько важно здѣсь спокойствіе и самообладаніе. Болѣе 100 лѣтъ назадъ справедливо писалъ по этому поводу патріархъ русскаго акушерства *Амбодикъ*: «Искусная и проворная бабка и благоразумный врачъ, не о снисканіи тщетной себѣ славы, но о всеобщей пользѣ пекущіеся, больше могутъ сдѣлать при родахъ однѣми своими руками, чѣмъ всѣми прочими искусственными орудіями».

Всѣ болѣе трудныя акушерскія операціи, какъ извѣстно, производятся подъ наркозомъ. Послѣдній является не только средствомъ, избавляющимъ женщину отъ излишнихъ болей и страданій, но вмѣстѣ съ тѣмъ и способомъ, позволяющимъ спокойнѣе располагать своими пріемами и способствующимъ операціи, напр. повороту плода, путемъ разслабленія мышцъ матки. Знакомство, далѣе, съ акушерскими инструментами, ихъ устройствомъ, способами дѣйствія, ихъ постепеннымъ усовершенствованіемъ должно входить въ кругъ знаній каждаго занимающагося оперативнымъ акушерствомъ. Здѣсь я долженъ указать на то, что весьма важные принципы дѣйствія нѣкоторыхъ изъ нашихъ отечественныхъ инструментовъ, напр. щипцовъ, не достаточно еще разработаны. Для производства акушерскихъ операцій нужна извѣстная физическая сила и ловкость въ движеніяхъ пальцевъ рукъ; поэтому нѣкоторые акушеры, какъ напр. *Лазаревичъ*, *Siebold*, можетъ быть, были правы, когда совѣтовали молодымъ акушерамъ заниматься гимнастикой, фехтованіемъ и игрой на рояли; но при этомъ нужно помнить, что производить операціи слѣдуетъ non vi, sed arte.

Такимъ образомъ изъ всего сказаннаго, смѣю думать, для Васъ становятся ясными не только главнѣйшія основы, но и задачи той части акушерской науки, цѣлью которой служить возбуждать, облегчать и оканчивать актъ деторожденія. Но я сказалъ-бы не все, если-бы не упомянулъ о томъ, что задачи оперативнаго акушерства, помимо спеціальныхъ его цѣлей, все болѣе и болѣе увеличиваются на ряду съ развитіемъ культуры и благосостоянія народа. Назрѣваетъ необходимость созидать благоустроенные родильные дома для подачи правильной акушерской помощи не только въ большихъ городахъ, но и вдали отъ центровъ. Не странно-ли слышать, что 20-тысячное сельское населеніе въ нѣкоторыхъ мѣстахъ нашего отечества имѣетъ 1 только повивальную бабку, да и ту не всегда можно достать? Даже центры наши далеко еще не обезпечены достаточной акушерской помощью. Напр., въ Москвѣ въ 1895, 1896 и 1897 гг. въ городскіе родильные пріюты обратились за помощью 25418 женщинъ; изъ нихъ не были приняты 4867, т. е. 19%, за недостаткомъ мѣстъ. По вычисленію Коммиссіи при Московскомъ акушерско-гинекологическомъ Обществѣ въ Москвѣ не хватаетъ болѣе 300 коекъ для того, чтобы извѣстная часть женщинъ время отъ времени не рожала на улицѣ. Работа въ этомъ направленіи—расширять акушерскую помощь въ центрахъ, заносить свѣтъ научнаго знанія въ глухія мѣста нашего отечества, созидать въ нихъ уголки для разумной акушерской помощи—дастъ богатую пищу для ума всякаго образованнаго акушера.

Нужно-ли говорить въ заключеніе объ извѣстной осторожности въ производствѣ операціи, помня старинное правило—«primum ne noceas», и о тѣхъ нравственныхъ и гуманныхъ началахъ, которыя должны быть положены въ основу дѣятельности акушера и гинеколога? «Pour moi, сказалъ *Pinard*, l'accoucheur doit rester médecin dans tous ses actes». Истиннаго акушера вырабатываютъ знанія, хорошая школа, практическій опытъ и самая строгая критика своихъ пріемовъ у постели роженицы. «40 слишкомъ оперативныхъ курсовъ, говоритъ *Fritsch*, прочитанныхъ мною, и долголѣтняя клиническая и поликлиническая дѣятельность убѣдили меня, что призывъ къ здравому человѣческому смыслу, пріученіе къ критикѣ и принужденіе къ самостоятельному обсужденію создаютъ лучшихъ акушеровъ, чѣмъ механическое заучиваніе показаній и противопоказаній къ отдѣльнымъ операціямъ».

И такъ, съ вѣрой въ идеалы науки пойдемъ по тому пути, который завѣщанъ намъ лучшими ея представителями, и будемъ охранять всѣми зависящими отъ насъ мѣрами жизнь женщины-матери и нарождающагося поколѣнія.

---

## XLIV. Къ техникѣ вылущенія гортани подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ.

Ч. пр. Р. Р. Вредена.

Вылущеніе гортани, произведенное впервые *Billroth*'омъ въ 1873 г., нашло себѣ съ тѣхъ поръ широкое распространеніе у всѣхъ хирурговъ, какъ способъ наиболѣе коренного оперативнаго лѣченія раковаго пораженія этого органа. Результаты оперативныхъ вмѣшательствъ болѣе сохраняющаго типа въ допротивогнилостный періодъ хирургіи представлялись настолько мало утѣшительными, что въ 1881 г. на Международномъ Съѣздѣ въ London'ѣ *Czerny* и *Foulis* рѣшительно высказались въ пользу вылущенія гортани во всѣхъ случаяхъ точно установленнаго раковаго пораженія ея. За послѣднее 10-лѣтіе, однако, воззрѣнія эти существенно измѣнились, и въ настоящее время, благодаря главнымъ образомъ трудамъ *Kocher*'а, за нормальный оперативный пріемъ при ракѣ гортани слѣдуетъ признать расщепленіе гортани (thyreotomia) подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ кокаиномъ. Тѣмъ не менѣе при болѣе обширномъ и разлитомъ пораженіи гортани вылущеніе послѣдней всегда останется единственнымъ коренным оперативнымъ пріемомъ. Операція эта съ полнымъ успѣхомъ и неоднократно давно уже производилась и у насъ въ Россіи, между прочимъ, покойнымъ *П. Я. Мультановскимъ* [1]) (3 случая) *К. К. Рейеромъ* [2]) (2 случая), профф. *Н. В. Склифосовскимъ* [1]), *Н. А. Вельяминовымъ*, *Ю. Ф. Косинскимъ* [1]) и др., но, къ сожалѣнію, точныхъ статистическихъ свѣдѣній объ исходѣ ея въ русской литературѣ не имѣется, въ виду чего мнѣ приходится пользоваться статистикой *Sendziak*'а [3]), обнимающей 188 случаевъ вылущенія гортани за время съ 1873 г. по 1894 г. и статистикой *Bruns*'а [3]) за время съ 1890 г. по 1898 г., обнимающей 81 случай. По 1-ой статистикѣ смертность въ связи съ операціей равняется 44,7%, по 2-ой — лишь 18,5%. Такое рѣзкое паденіе % смертности послѣ операціи находится въ тѣсной связи, съ одной стороны, съ введеніемъ асептики и антисептики, съ другой—съ усовершенствованіемъ оперативной техники. Предохранительное изсѣченіе дыхательнаго горла по *Gluck*'у и *Zeller*'у, круговой шовъ дыхательнаго горла по *Fördel*'ю и этажный шовъ глотки и пищевода по *Bardenheuer*'у и *Rotter*'у составляютъ весьма существенныя техническія усовершенствованія послѣдняго времени. Но, такъ какъ по той-же статистикѣ *Bruns*'а и въ настоящее время главнѣйшей причиной смерти послѣ операціи, не смотря на тампонаціонныя канюли, является пнеймонія, то замѣна общаго наркоза, способствующаго развитію послѣдней, мѣстнымъ обезболиваніемъ представляется, безспорно, весьма желательнымъ.

Руководясь такими соображеніями, я рѣшилъ вылущить

Digitized by Google

гортань безъ тампонаціонной канюли подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ кокаиномъ въ слѣдующемъ случаѣ разлитого раковаго пораженія ея.

Л. М., 51 г., крестьянинъ, поступилъ въ госпитальную хирургическую клинику 5/XII 1902 г. вслѣдствіе новообразованія гортани, вызвавшаго съуженіе просвѣта послѣдней и потребовавшаго производства трахеотоміи около 2-хъ мѣсяцевъ тому назадъ. Сильный кашель; рѣзко выраженныя явленія хроническаго бронхита. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи опредѣлена опухоль съ гладкой поверхностью, исходившая изъ лѣвой грушевидной ямки, закрывавшая почти всю голосовую щель и опускавшаяся внизъ на лѣвую голосовую связку. Правая голосовая связка нѣсколько утолщена и гиперэмирована. Железы на шеѣ нигдѣ не прощупывались.

Въ виду колебаній въ распознаваніи между раковымъ и сифилитическимъ пораженіемъ гортани рѣшено примѣнить пробное специфическое лѣченіе. На первыхъ порахъ подъ вліяніемъ больничнаго ухода наблюдалось нѣкоторое какъ субъективное, такъ и объективное улучшеніе, но затѣмъ пришлось убѣдиться въ довольно быстромъ распространеніи изъязвляющагося новообразованія и на правую $^1/_2$ гортани. Въ виду этого я рѣшилъ вылущить пораженную гортань, что и было исполнено 15/I 1903 г.

Производя съ 1896 г. всѣ трахеотоміи совершенно безболѣзненно исключительно подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ 1%-мъ растворомъ кокаина и зная изъ литературы объ успѣшномъ примѣненіи *Kocher*'омъ такого мѣстнаго обезболиванія при расщепленіи гортани, я рѣшилъ и въ данномъ случаѣ, осложненномъ хроническимъ бронхитомъ, ограничиться однимъ мѣстнымъ обезболиваніемъ; съ цѣлью-же устранить отраженныя явленія я впрыснулъ больному за $^1/_4$ часа до операціи 1 грм. 1%-го раствора морфія, содержащаго 0,0012 скополамина. 1-ый моментъ операціи состоялъ въ предохранительномъ изсѣченіи дыхательнаго горла по *Gluck*'у и *Zeller*'у ниже трахеотомическаго свища на уровнѣ 2-го кольца дыхательнаго горла. Намѣченъ настойкой іода 2-створчатый разрѣзъ покрововъ, средняя, вертикальная, часть котораго направлялась по срединной линіи отъ подъязычной кости до яремной вырѣзки грудины. Отъ обоихъ концовъ вертикальнаго разрѣза вправо и влѣво добавлено по одному поперечному. По направленію намѣченныхъ разрѣзовъ впрыснутъ 1%-ный растворъ кокаина какъ въ самую кожу, такъ и въ подлежащія ткани. Лоскуты отсепарованы, дыхательное горло обнажено, отдѣлено отъ лежащаго подъ нимъ пищевода и поперечно разсѣчено по посрединѣ 2-го кольца. Чрезъ означенное кольцо справа и слѣва проведено по 1 провизорной лигатурѣ, за которыя дыхательное горло вытягивалось однимъ изъ помощниковъ по направленію къ яремной вырѣзкѣ грудины. При такихъ условіяхъ дыханіе совершалось вполнѣ свободно, и кровь во время операціи не могла затекать въ подтянутое отверстіе дыхательнаго горла. Затѣмъ приступлено къ вылущенію гортани по *Billroth*'у снизу вверхъ, при чемъ въ мѣста прикрѣпленія отдѣляемыхъ мышцъ и въ слизистую оболочку глотки по направленію разрѣза впрыснутъ еще 1%-ный растворъ кокаина. Всего израсходовано 12 шприцевъ послѣдняго.

Операція прошла безболѣзненно, послѣ чего черезъ ротъ введенъ въ желудокъ толстый упругій зондъ, и надъ нимъ на глотку и на начало пищевода наложенъ этажный шовъ по *Bardenheuer*'у и *Rotter*'у. Дыхательное горло укрѣплено въ нижнемъ углу раны, поперечные разрѣзы зашиты наглухо, въ продольный-же введенъ небольшой тампонъ изъ іодоформной марли. Въ отверстіе дыхательнаго горла вставлена обыкновенная канюля. Наложена отсасывающая противогнилостная повязка. Желудочный зондъ оставленъ на недѣлю, и черезъ него больной, которому въ виду хроническаго бронхита придано полусидячее положеніе, питался совершенно свободно.

Первые 3 дня наблюдалось повышеніе температуры, поднявшейся 17/I веч. до 39°,5. Повышеніе это, по видимому, главнымъ образомъ зависѣло отъ того, что въ одномъ мѣстѣ шовъ глотки прорѣзался и окружность его воспалилась, въ виду чего больной перевязывался 2 раза въ день. Съ 4-го дня температура стала понижаться, но въ теченіи недѣли все еще колебалась между 37° и 38°. По удаленіи желудочнаго зонда черезъ недѣлю послѣ операціи Л. М. свободно глоталъ жидкую пищу, а приблизительно черезъ мѣсяцъ послѣ операціи былъ показанъ выздоровѣвшимъ въ засѣданіи Русскаго хирургическаго Общества *Пирогова*.

Описывая этотъ случай, я имѣлъ въ виду обратить вниманіе на преимущества въ подобныхъ случаяхъ мѣстнаго обезболиванія, значительно упрощающаго самое производство операціи и дающаго право разсчитывать на еще болѣе успѣшное послѣопераціонное теченіе.

**Литература.** 1. *Я. С. Іохельсонъ.* Успѣшное вылущеніе гортани вслѣдствіе злокачественнаго новообразованія въ ней съ возстановленіемъ голоса посредствомъ звучащаго снаряда. «Врачъ», 1882 г., № 14.—2. *Н. А. Вельяминовъ.* Къ вопросу о перевязкѣ ранъ іодоформомъ. Тамъ-же, 1882 г., № 9.—3. Prof. von *Bruns.* Handbuch der praktischen Chirurgie, 1902.

---

## XLV. Способы инъекцій лимфатическихъ сосудовъ.

Ч. пр. Харьковскаго Университета **Г. М. Іосифова.**

*Въ извлеченіи сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.*

Лимфатическіе сосуды обильно снабжены заслонками, допускающими токъ лимфы только въ направленіи отъ периферіи къ сердцу, т. е. отъ лимфатическихъ капилляровъ къ крупнымъ стволамъ, а слѣд. и инъекція лимфатическихъ сосудовъ возможна только отъ периферіи къ центру. Инъекція этихъ сосудовъ сопряжена съ большими затрудненіями и требуетъ, съ одной стороны, извѣстнаго навыка и терпѣнія, а съ другой—выбора подходящей инъекціонной массы и объекта. Успѣхъ инъекціи зависитъ главнымъ образомъ отъ послѣднихъ 2-хъ причинъ, которыя я и позволю себѣ разсмотрѣть подробно.

Всякій, кто долгое время занимался инъекціей лимфатическихъ сосудовъ и пріобрѣлъ въ этомъ навыкъ, скажетъ, что не на всякомъ органѣ удается инъекція. Причина такой неудачи мало еще выяснена и, можетъ быть, въ одномъ случаѣ зависитъ отъ несовершенства техники, а въ другомъ—отъ того, что лимфатическіе сосуды наполнены свернувшейся лимфой. Практика указываетъ, что органы обезкровленныхъ передъ смертью животныхъ инъецируются гораздо легче, чѣмъ органы человѣка, и что инъекцію у теплокровныхъ животныхъ слѣдуетъ производить только черезъ нѣсколько часовъ послѣ смерти.

2-е условіе для удачной инъекціи—выборъ подходящей массы, которая должна имѣть слѣдующія качества: 1) она должна легко проникать въ лимфатическіе капилляры; 2) красящее вещество ея не должно проходить черезъ стѣнки сосудовъ и пропитывать окружающія ткани; 3) она не должна вытекать изъ сосудовъ при неизбѣжномъ нарушеніи стѣнокъ ихъ во время препаровки и тѣмъ болѣе при сохраненіи препаратовъ въ жидкостяхъ. Если масса не обладаетъ этими качествами, то она мало пригодна для инъекціи лимфатическихъ сосудовъ, такъ какъ съ такой массой трудно получить хорошіе анатомическіе препараты, на которыхъ можно было-бы съ успѣхомъ изучать лимфатическіе сосуды.

Въ началѣ XVII-го 100-лѣтія *Caspar Aselli*, открывшій млечные сосуды, и его современники изслѣдовали лимфатическіе сосуды брызжейки во время ихъ физіологической инъекціи хиломъ. *Rudbek* примѣнилъ для изслѣдованія этихъ сосудовъ вдуваніе воздуха, а вскорѣ послѣ этого *Nuck* замѣнилъ воздухъ ртутью, оказавшей вообще большую услугу изученію лимфатической системы. Чтобы сдѣлать инъекцію ртутью, древніе анатомы предварительно находили лимфатическій сосудъ, въ просвѣтъ котораго и вводили тоненькую канюлю. Этотъ способъ былъ сопряженъ съ большими затрудненіями, заключавшимися въ самомъ отыскиваніи лимфатическаго сосуда и вставленіи въ его узкій просвѣтъ тоненькой трубочки. Въ XIX-мъ 100-лѣтіи инъекцію лимфатическихъ сосудовъ значительно облегчилъ *Fomann*, которому удалось инъецировать эти сосуды простымъ способомъ, а именно—вводя ртуть черезъ уколъ подъ кожу; при этомъ способѣ сначала наливаются лимфатическіе капилляры, а затѣмъ ртуть проникаетъ и въ крупные стволы.

Этотъ способъ введенія ртути подъ кожу былъ разработанъ французскими анатомами во главѣ съ *Sappey*'емъ, которые и нашли, что для инъекціи уколомъ подъ кожу наиболѣе пригодны слѣдующія мѣста: на головѣ—средняя линія черепа и лица, область уха, носа, спайки губъ; для конечностей—боковыя части концевъ пальцевъ, вблизи ногтей; для туловища—область сосковъ, мошонка и т. д.

Хотя ртуть и давала хорошія инъекціи лимфатическихъ сосудовъ, но она оказалась совершенно непригодной при препаровкѣ этихъ сосудовъ и при сохраненіи препаратовъ, такъ какъ при малѣйшемъ нарушеніи стѣнокъ сосуда она вытекала и вслѣдствіе этого происходила потеря инъекціи цѣлаго участка. Препаратъ современемъ терялъ свое значеніе, и трудъ пропадалъ понапрасну. Это обстоятельство заставило искать новыя инъекціонныя массы. *Rusconi* предложилъ для этого растительныя краски, разведенныя

Digitized by Google

въ водѣ, а *Teichmann*, извѣстный инъекторъ лимфатическихъ сосудовъ, съ большимъ успѣхомъ примѣнялъ желатиновую массу, окрашенную карминомъ, хлористымъ серебромъ и смѣсью уксусно-кислаго свинца и хромокислаго кали.

Краски, растворимыя въ водѣ, оказались для этого мало пригодными, такъ какъ большинство изъ нихъ, проходя черезъ стѣнки лимфатическихъ сосудовъ, пропитываютъ окружающія ткани, а затвердѣвающія массы, въ томъ числѣ и желатиновая, настолько грубы, что инъекція ими лимфатическихъ сосудовъ плохо удается при обычномъ способѣ черезъ уколъ въ ткани.

Въ настоящее время общеупотребительна *Gerot*'овская масса, состоящая изъ тонко стертыхъ съ масломъ нерастворимыхъ красокъ, сильно разведенныхъ смѣсью эѳира и хлороформа. Эта масса обладаетъ вышеуказанными качествами, необходимыми для инъекціи, а именно—она легко проникаетъ при инъекціи «черезъ уколъ» въ лимфатическіе капилляры и сосуды, изъ которыхъ эѳиръ скоро улетучивается, а нерастворимый порошокъ красящаго вещества осѣдаетъ на стѣнкахъ сосудовъ, хорошо обозначая лимфатическіе пути; поэтому при пораненіи сосудовъ во время препаровки масса не вытекаетъ, и препараты безъ затрудненія сохраняются въ водномъ формалинѣ. О достоинствѣ массы лучше всего говоритъ то обстоятельство, что почти всѣ работы по лимфатической системѣ, появившіяся со времени обнародованія въ 1896 г. способа *Gerot*'ы, сдѣланы по этому способу (*Gerota*, *Stahr*, *Peyser*, *Most*, *Walker*, *Ollendorf*, *Bruhns*, *Cuneo* et *Delamare*, *Ф. А. Стефанисъ*, *Sakata*).

Способъ *Gerot*'ы, давшій толчокъ къ новымъ изслѣдованіямъ и изученію лимфатической системы, имѣетъ также и свои недостатки, а именно—для приготовленія массы требуется и время, и терпѣніе; красящія вещества плохо держатся во взвѣшенномъ состояніи при разведеніи ихъ эѳиромъ и скоро осѣдаютъ на дно сосуда; масса сильно пачкаетъ кожу рукъ; загрязненіе кожи рукъ, а нерѣдко и лица можно смыть только эѳиромъ, который при усердной чисткѣ можетъ вызвать воспаленіе кожи.

Указывая на эти недостатки, *Dalla-Rosa* въ 1900 г. явился горячимъ противникомъ массы *Gerot*'ы и предложилъ для инъекціи лимфатическихъ сосудовъ разведенную водою тушь, послѣ того какъ ему удалось инъецировать тушью подкожные лимфатическіе сосуды конечностей и головы. Жидкая тушь или китайскія чернила имѣетъ тѣ-же хорошія качества, что и масса *Gerot*'ы, но въ тоже время не имѣетъ ея недостатковъ: приготовленіе массы состоитъ въ томъ, что продажную жидкую тушь разводятъ водою до желаемой степени и затѣмъ процѣживаютъ черезъ полотно; частички туши очень мелки, хорошо держатся во взвѣшенномъ состояніи, никогда не осѣдая на дно сосуда, и при загрязненіи рукъ и препарата легко смываются водой.

Познакомившись со способомъ *Dalla-Rosa* я въ теченіи 3-хъ лѣтъ непрерывно занимался инъекціей лимфатическихъ сосудовъ различныхъ органовъ человѣка и животныхъ и пришелъ къ заключенію, что жидкая тушь, дѣйствительно, составляетъ прекрасную массу для инъекціи мельчайшихъ лимфатическихъ сосудовъ. Обыкновеннымъ шприцемъ *Pravas*'а, емкостью въ 2 к. стм., мнѣ удавалось налить не только подкожные лимфатическіе сосуды многихъ областей тѣла, но и лимфатическіе сосуды слѣдующихъ органовъ: яичка, яичника, почки, печени, гортани, легкаго, сердца, желудка и тонкихъ кишекъ. Жидкая тушь пригодна какъ для макроскопическихъ, такъ и для микроскопическихъ изслѣдованій.

Для крупныхъ лимфатическихъ сосудовъ жидкая тушь, какъ инъекціонная масса, непригодна; поэтому сосуды, относящіе лимфу изъ лимфатическихъ железъ, я инъецировалъ желатиновой массой, окрашенной тушью. *Dalla-Rosa* для этой цѣли примѣнялъ желтую *Teichmann*'овскую массу.

Горячая желатиновая масса съ примѣсью туши легко проникаетъ въ лимфатическіе сосуды при инъекціи уколомъ въ паренхиму лимфатическихъ железъ. Инъецируя, напр., паховыя железы, можно провести желатиновую массу черезъ цѣлый рядъ лимфатическихъ железъ, расположенныхъ въ тазу и вблизи поясничныхъ позвонковъ, и наполнить какъ сосуды, относящіе лимфу отъ этихъ железъ, такъ и грудной протокъ до мѣста его впаденія въ вену.

Для приготовленія желатиновой массы я бралъ 4 листика желатины на $1/2$ стакана воды, прибавлялъ жидкой туши для окраски и процѣживалъ массу черезъ мягкую марлю. О достоинствѣ желатиновой массы я не буду распространяться, такъ какъ всѣмъ извѣстно ея свойство рельефно выражать форму сосудовъ. Лимфатическіе сосуды, налитые желатиновой массой, имѣютъ характерный четкообразный видъ и хорошо сохраняются въ водномъ растворѣ формалина, превращающемъ желатину въ нерастворимую массу, отчего сосуды, налитые ею, не спадаются. Спаденіе сосудовъ наблюдается при инъекціи эѳирными массами послѣ улетучиванія эѳира.

Препараты съ сосудами, налитыми жидкой тушью, необходимо сохранять первое время въ спиртѣ; затѣмъ ихъ можно переносить въ $2^0/_0$-ный растворъ формалина безъ опасенія потерять инъекціонную массу.

При своихъ работахъ я исключительно пользовался жидкой тушью и желатиновой массой, окрашенной тушью, и смѣло могу предлагать эти массы для инъекціи лимфатическихъ сосудовъ съ цѣлью ихъ изученія. Употребляя эти массы, можно приготовить хорошіе анатомическіе препараты лимфатической системы, сохраненіе и приготовленіе которыхъ прежде считалось чрезвычайно труднымъ, о чемъ свидѣтельствуетъ почти полное отсуствіе такихъ препаратовъ въ анатомическихъ музеяхъ.

Чтобы облегчить работу начинающимъ, я изложу нѣкоторые пріемы, пользуясь которыми, можно получить инъекцію лимфатическихъ сосудовъ отдѣльныхъ органовъ. Въ настоящее время инъекцію лимфатическихъ сосудовъ производятъ, вводя массу черезъ уколъ въ паренхиму или подъ оболочку органа. *Teichmann* совѣтуетъ дѣлать уколъ въ ту часть органа, гдѣ лимфатическіе сосуды образуютъ сѣти и гдѣ игла, проходя черезъ ткани, должна нарушить цѣлость лимфатическихъ сосудовъ. Инъекціонная жидкость проникаетъ черезъ эти поврежденные сосуды; поэтому инъецировать необходимо медленно, для чего требуется терпѣніе. Если при уколѣ нарушается цѣлость кровеносныхъ сосудовъ, то въ большинствѣ случаевъ инъекція не удается, такъ какъ вся масса уходитъ въ кровеносные сосуды, путь которыхъ шире и болѣе вмѣстителенъ. Слѣд., инъекція лимфатическихъ сосудовъ удается только тогда, когда игла нарушаетъ цѣлость лишь этихъ сосудовъ, или въ томъ случаѣ, когда масса, раздвигая межклѣточныя пространства, проникаетъ въ начало лимфатическихъ сосудовъ.

Степень трудности инъекціи не для всѣхъ органовъ одинакова; такъ сравнительно легко наливаются подкожные лимфатическіе сосуды, способъ инъекціи которыхъ, какъ уже сказано, разработанъ французскими анатомами. При инъекціи лимфатическихъ сосудовъ конечностей, проходящихъ длинный путь отъ концевъ пальцевъ до паховыхъ или подкрыльцовыхъ железъ, необходимо продвигать жидкость отъ мѣста укола массажемъ или, какъ это дѣлаетъ *Dalla-Rosa*, ручкой скальпеля. Сосуды яичника и яичка, относящіе лимфу до ближайшихъ лимфатическихъ железъ, легко наливаются подъ сильнымъ давленіемъ черезъ уколъ въ паренхиму. Черезъ уколъ въ паренхиму можно налить у овцы какъ поверхностные, такъ и глубокіе лимфатическіе сосуды легкаго. У человѣка эти сосуды наливаются только черезъ уколъ подъ сывороточную оболочку, при чемъ необходимо проводить иглу какъ можно болѣе поверхностно, чтобы не нарушить цѣлости кровеносныхъ сосудовъ. Этого же правила слѣдуетъ придерживаться и при инъекціи лимфатическихъ сосудовъ сердца, печени, почекъ, а также желудка и кишекъ. Инъекція лимфатическихъ сосудовъ желудочно-кишечнаго канала довольно затруднительна потому, что инъекціонная жидкость даже при незначительномъ давленіи раздвигаетъ ткани, образуя на мѣстѣ укола инъекціонную опухоль. Вообще инъекція легче удается тамъ, гдѣ ткани болѣе крѣпко соединены другъ съ другомъ: такъ, напр., уколомъ въ слизистую оболочку полости рта или гортани легко наливаются лимфатическіе сосуды до ближайшихъ железъ. Если удалась инъекція лимфатическихъ сосудовъ жидкой

Digitized by Google

тушью черезъ уколъ въ паренхиму органа до ближайшихъ лимфатическихъ железъ, то дальнѣйшая инъекція не представляетъ затрудненій, такъ какъ уколомъ въ паренхиму железъ свободно наливаются даже болѣе грубой массой, состоящей изъ желатины, окрашенной тушью, сосуды, относящіе лимфу отъ этихъ железъ. Общее правило для инъекціи подкожныхъ лимфатическихъ сосудовъ состоитъ въ томъ, чтобы уколъ производился въ основу кожи, т. е. въ кожу собственно (corium).

Позволю себѣ указать еще на способъ, дающій прекрасную физіологическую инъекцію млечныхъ сосудовъ хиломъ, напр., у собаки. Накормивъ собаку жиромъ или молокомъ, я спустя нѣсколько часовъ, подъ хлороформомъ, перевязывалъ грудной протокъ у мѣста его впаденія въ уголъ сліянія яремной и подключичной венъ, а черезъ часъ послѣ этого, умертвивъ собаку хлороформомъ, фиксировалъ инъекцію крѣпкимъ растворомъ формалина. Такимъ образомъ получается прекрасный препаратъ млечныхъ сосудовъ съ физіологической инъекціей хиломъ. Безъ фиксаціи инъекція на кишкахъ исчезаетъ.

Въ заключеніе могу сказать, что, работая по указанному способу, я безъ всякаго затрудненія получаю на различныхъ органахъ прекрасные, легко сохраняющіеся препараты, которыми такъ бѣдны наши музеи.

**Литература:** 1. *Dalla-Rosa.* Ueber Lymphgefässinjectionen. «Anatomischer Anzeiger.» Verhandlungen der anatom. Gesellschaft, 1900 г., стр. 141.—2. *Gerota.* Zur Technick der Lymphgefässinjection. Тамъ-же, 1896 г., стр. 216.—3. *Milne-Edwars.* Leçons, т. IV.—4. *S. Hyrtl.* Zergliederungskunst, 1860 г.—5. *Teichmann.* Das Saugadersystem vom anatomischen Standpunkt bearbeitet, 1861.—6. *Sappey.* Traité d'anatomie descrip., 1888 г.—7. *Фрей.* Микроскопъ и микроскопическая техника. 1865 г. —8. *Stahr.* Der Lymphapparat der Nieren «Archiv für Anatomie und Pathologie», 1900 г.—9. *Bruhs.* Ueber die Lymphgefässe der weibl. Genitalien. Тамъ-же, 1898 г.—10. *Sakata.* Ueber den Lymphapparat des Harnleiters. Тамъ-же, 1903 г.—11. *Ф. А. Стефанисъ.* О лимфатическихъ сосудахъ желудка. «Кіевскія Университетскія Извѣстія», 1902 г.

---

XLVI. Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева.

## Децидуальныя клѣтки при эндометритахъ.

**Ф. Н. Тавилдарова.**

Сообщено по IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Съ 1871 г., когда *Sigismund* [1]) на основаніи теоретическихъ разсужденій впервые высказалъ мысль, что слизистая оболочка матки во время каждыхъ мѣсячныхъ претерпѣваетъ измѣненія, подобныя тѣмъ, которыя наблюдаются въ ней при беременности, мнѣніе о неспецифичности децидуальныхъ клѣтокъ для беременности стало быстро распространяться и до настоящаго времени осталось преобладающимъ, такъ какъ отдѣльные голоса [*Wyder* [2]) и [3]), *Möricke* [4])], раздававшіеся въ защиту противоположнаго взгляда, совершенно затерялись въ массѣ сообщеній, подтверждающихъ образованіе децидуальныхъ клѣтокъ въ эндометріи и внѣ беременности.

Но въ прошломъ году стали вновь раздаваться голоса въ защиту стараго взгляда на децидуальныя клѣтки, какъ на патогномоничныя для беременности. Такъ, *Cullen* [5]), изслѣдовавшій въ около 1000 случаяхъ міомъ слизистую оболочку матки, не замѣтилъ появленія въ ея межуточной ткани децидуальныхъ клѣтокъ, въ противоположность *Heitzman*'у [6]), *Борисову* [7]), *Löfqvist*'у [8]) и [9]) и др. *Strassmann* [10]) опровергаетъ ихъ развитіе въ эндометріи при мѣсячныхъ въ разрѣзъ со взглядами *Haussmann*'а [11]), *Leopold*'а [12]), *Löfqvist*'а и др. *Hitschmann* и *Lindenthal* [13]) рѣшительно отрицаютъ наличность ихъ въ эндометріи при фосфорномъ отравленіи, вопреки мнѣнію *Overlach*'а [14]).

Только вопросъ о возможности развитія децидуальныхъ клѣтокъ въ слизистой оболочкѣ матки при хроническомъ ея воспаленіи рѣшается, со времени напечатанія работъ *Ruge* [15]), [16]), [17]) и [18]), всѣми позднѣйшими авторами въ положительномъ смыслѣ [*Klein* [19]), *Amann* [20]), *Franz* [21]), *Petit* [22]), *Löfqvist* [9]) и др.]. Немного въ сторонѣ стоятъ наблюденія *Heinricius*'а [23]), который, если и видѣлъ въ стромѣ слизистой оболочки въ нѣсколькихъ случаяхъ эндометрита послѣ выкидыша клѣтки, похожія на децидуальныя, то всегда лежащія одиночно и въ очень ограниченномъ числѣ.

Рѣшеніе этого вопроса въ ту или другую сторону не лишено извѣстнаго значенія для опредѣленія существовавшей беременности resp. выкидыша. Особенно важно имѣть въ рукахъ какія-либо данныя для опредѣленія съ увѣренностью прерванной беременности въ судебно-медицинской практикѣ. Въ настоящее время доказательнымъ въ этомъ смыслѣ считается лишь обнаруженіе ворсинокъ хоріона. Но, если принять во вниманіе, съ одной стороны, трудность такого обнаруженія, а съ другой—время образованія этихъ ворсинокъ, то, безспорно, можно представить себѣ случаи, когда для опредѣленія выкидыша ранняго срока беременности по соскобу изъ полости матки этого признака можетъ и не быть. Между тѣмъ децидуальныя клѣтки появляются на всемъ протяженіи слизистой оболочки тѣла матки со времени прикрѣпленія къ стѣнкѣ полости его или въ другомъ мѣстѣ (напр. въ трубѣ) оплодотвореннаго яйца, и такимъ образомъ становится понятнымъ, какое важное значеніе имѣетъ рѣшеніе вопроса объ ихъ специфичности для беременности.

Имѣя уже передъ собою упомянутыхъ выше предшественниковъ, частично разрѣшившихъ этотъ вопросъ въ утвердительномъ смыслѣ, я взялся за изслѣдованіе слизистой оболочки матки послѣ выскабливанія при эндометритахъ, что и произвелъ въ 57 случаяхъ. Попутно былъ изслѣдованъ въ 2-хъ случаяхъ соскобъ изъ полости матки при міомахъ. Для изслѣдованія свѣжіе кусочки опускались въ *Zenker*'овскую жидкость, а затѣмъ въ 75° спиртъ, либо, минуя первую жидкость, проводились затѣмъ черезъ спиртъ возрастающей крѣпости (80°, 90° и безводный) и ксилолъ и, наконецъ, заключались въ параффинъ. Срѣзы, толщиною въ 5—10 $\mu\mu$, окрашивались гематоксилиномъ *Böhmer*'а, либо гемалауномъ *Meyer*'а съ послѣдующей окраской эозиномъ или по *van Gieson*'у и разсматривались подъ микроскопомъ при увеличеніяхъ отъ 80 до 530 разъ (Zeiss. oc. 2, ob. A—oc. 5, ob. D при 160 mm. длины тубуса).

По микроскопической картинѣ всѣ случаи можно раздѣлить на слѣдующія группы:

1. Случаи съ преобладающимъ пораженіемъ железъ (железистый эндометритъ—endometritis glandularis) — 9 случаевъ. Здѣсь патологическимъ измѣненіямъ подвергаются почти исключительно однѣ железы, представляющіяся увеличенными въ числѣ (гиперпластическій) или въ объемѣ [гипертрофическій железистый эндометритъ [24])]. При этомъ онѣ иногда являются извитыми штопорообразно, такъ что стѣнки ихъ въ разрѣзѣ имѣютъ пилообразный видъ; мѣстами, особенно въ глубинѣ, замѣчается внѣдреніе железистыхъ каналовъ и развѣтвленіе ихъ на нѣсколько боковыхъ отрѣзковъ. Поверхностный эпителій въ этихъ случаяхъ большею частью сохранился хорошо, эпителій железистыхъ трубокъ также, и только въ глубокихъ слояхъ замѣтно его усиленное разрощеніе, при чемъ онъ образуетъ выступающіе въ просвѣтъ железы зубцы, состоящіе изъ высокихъ цилиндрическихъ клѣтокъ; при этомъ, однако, онъ нигдѣ не теряетъ своего типическаго расположенія. Межжелезистая ткань или совершенно неизмѣнена, или-же въ ней мѣстами замѣчается умѣренное увеличеніе числа тѣхъ маленькихъ круглыхъ и продолговатыхъ, ярко окрашивающихся гематоксилиномъ ядеръ, которыя *Heinricius* считаетъ блуждающими клѣтками. Стойкія ядра стромы представляются повсюду совершенно неизмѣненными какъ качественно, такъ и количественно; вокругъ нихъ нигдѣ нельзя замѣтить мало-мальски ясно выраженнаго пояса протоплазмы. Величина круглыхъ стойкихъ ядеръ около 5 $\mu\mu$. въ діаметрѣ; яйцевидныя формы имѣютъ въ длиникѣ около 6—8 и около 4—5 $\mu\mu$. въ поперечникѣ. Цифры эти вполнѣ соотвѣтствуютъ нормальнымъ. Къ этой группѣ относится одинъ изъ препаратовъ эндометрія при міомѣ матки.

2-ую группу составляютъ случаи (числомъ 22) съ преобладающимъ пораженіемъ межжелезистой ткани (межуточный эндометритъ—endometritis interstitialis). Здѣсь

Digitized by Google

железы являются вполнѣ нормальными какъ по количеству, такъ и по формѣ и величинѣ. Эпителій какъ поверхностный, такъ и железистый повсюду хорошо сохранился, цилиндрической формы. Измѣненія въ межжелезистой ткани заключаются прежде всего въ громадномъ увеличеніи числа какъ блуждающихъ, такъ и стойкихъ ядеръ ея. Отдѣльныя стойкія ядра имѣютъ вокругъ себя болѣе или менѣе ясно выраженный поясокъ протоплазмы; но такія формы встрѣчаются далеко не во всѣхъ препаратахъ, а, гдѣ онѣ существуютъ, то являются разрозненными, разбросанными на большихъ разстояніяхъ другъ отъ друга; нигдѣ нельзя замѣтить, чтобы онѣ образовали группы; самое большее, если такія клѣтки встрѣчаются лежащими рядомъ въ числѣ 3—4. Величина этихъ клѣтокъ равна, въ среднемъ, для круглыхъ формъ 15, а для яйцевидныхъ 8—18 μμ.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, которые также нужно отнести къ этой группѣ, клѣтки межжелезистой ткани имѣютъ веретенообразную форму и располагаются цугами параллельно поверхности. Железы здѣсь встрѣчаются въ очень скудномъ количествѣ; онѣ какъ-бы сплющены и расположены также параллельно поверхности; эпителій ихъ низко-цилиндрическій, мѣстами имѣетъ даже кубическую форму. Толщина слизистой оболочки меньше нормальной—1--0,5 млм. (атрофическій эндометритъ).

Наконецъ 3-ья группа заключаетъ въ себѣ 28 случаевъ, гдѣ измѣненія касаются какъ железъ, такъ и стромы эндометрія; другими словами, получающаяся здѣсь микроскопическая картина является сочетаніемъ картинъ, получающихся при изслѣдованіи первыхъ 2-хъ группъ (разлитой эндометритъ). Изъ особенностей этой группы можно отмѣтить наблюдающееся иногда обильное развитіе капилляровъ.

Въ случаяхъ этой группы слизистая оболочка достигаетъ наибольшаго утолщенія (до 8—9 млм.). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ уже макроскопически и подъ микроскопомъ при слабомъ увеличеніи видно раздѣленіе слизистой оболочки на 2 слоя: поверхностный—сплошной, состоящій изъ клѣтокъ и глубокій—сѣтчатый, состоящій изъ громаднаго числа извивающихся и развѣтвляющихся железистыхъ трубокъ. При большихъ увеличеніяхъ видно, что клѣтки, входящія въ составъ сплошного слоя, представляютъ изъ себя тѣ-же 2 разновидности, какъ и въ нормальномъ эндометріи, только значительно увеличенныя въ числѣ, что особенно относится къ маленькимъ, рѣзко окрашивающимся блуждающимъ ядрамъ. Стойкія ядра въ отдѣльныхъ мѣстахъ позволяютъ видѣть вокругъ себя небольшой поясъ протоплазмы—фактъ, съ которымъ мы уже встрѣчались при чисто межуточныхъ формахъ. Но такъ же, какъ и при этихъ послѣднихъ, такія снабженныя протоплазмой клѣтки нигдѣ не образуютъ группъ, а представляются лежащими либо одиночно, либо по 2—3, maximum по 4 рядомъ. Въ глубинѣ между обильно развѣтвляющимися извитыми железистыми каналами клѣтки межжелезистой ткани принимаютъ болѣе продолговатую, веретенообразную форму, подобно тому, какъ это наблюдается и въ нормальномъ эндометріи вокругъ железъ и сосудовъ. Тутъ уже совсѣмъ не видно клѣтокъ съ протоплазматическимъ пояскомъ; только отъ ядеръ отходятъ тонкіе протоплазматическіе отростки, которыми клѣтки соединяются одна съ другой. Къ этой группѣ принадлежитъ, между прочимъ, 2-ой препаратъ эндометрія при фиброміомѣ матки.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вся межуточная ткань представляется совершенно наводненной мелкими блуждающими клѣтками, такъ что даетъ полную картину грануляціонной ткани. Железы при этомъ представляются увеличенными въ числѣ и объемѣ на всемъ своемъ протяженіи. Въ толщѣ ткани эндометрія—многочисленныя кровоизліянія. Количество сосудовъ болѣе или менѣе значительно увеличено, и они переполнены кровью (фунгозный эндометритъ *Olshausen*'а). Въ этихъ случаяхъ нельзя было найти клѣтокъ съ увеличеннымъ количествомъ протоплазмы.

На основаніи вышесказаннаго я позволю себѣ сдѣлать слѣдующіе выводы:

1. Децидуальныя клѣтки никогда не встрѣчаются въ стромѣ эндометрія при железистой формѣ воспаленія его.

2. Въ эндометріи, пораженномъ межуточной или смѣшанной формами воспаленія, встрѣчаются клѣтки подобныя децидуальнымъ, но только въ поверхностныхъ слояхъ въ видѣ отдѣльныхъ элементовъ, лежащихъ обособленно другъ отъ друга, maximum по 2—4 рядомъ, среди нормальныхъ качественно и лишь сильно размножившихся блуждающихся и стойкихъ ядеръ межуточной ткани.

3. Смѣшать отпадающую оболочку съ воспаленной слизистой можно развѣ только макроскопически, такъ какъ послѣдняя можетъ, какъ и первая, являться утолщенной до 1 стм. и въ ней иногда можно различить тѣ-же 2 слоя—компактный и сѣтчатый,—какъ и въ отпадающей оболочкѣ. Подъ микроскопомъ-же, даже при среднихъ уже увеличеніяхъ (въ 120—200 разъ), такое смѣшеніе невозможно, такъ какъ вмѣсто сплошной массы большихъ клѣтокъ, богатыхъ протоплазмой и снабженныхъ крупнымъ ядромъ, которыя встрѣчаются въ компактномъ слоѣ отпадающей оболочки, въ воспаленной слизистой мы откроемъ только нѣсколько такихъ клѣтокъ, разрозненно лежащихъ среди нормальныхъ и увеличенныхъ лишь въ количествѣ стромовыхъ ядеръ.

Поэтому какъ въ клиникѣ, такъ и въ судѣ при постановкѣ распознаванія беременности можно, по моему мнѣнію, считать децидуальныя клѣтки вполнѣ специфичными для беременности и обнаруженіе ихъ не въ видѣ отдѣльныхъ элементовъ, а въ видѣ болѣе или менѣе ясно выраженныхъ группъ—вполнѣ для нея доказательнымъ.

**Литературные источники**: 1. *Sigismund*. Ideen über dass Wesen der Menstruation. «Berliner klinische Wochenschrift», 1871, № 52.—2. *Wyder*. Beiträge zur norm. und patholog. Histologie der menschlich. Uterusschleimhaut. «Archiv für Gynaekologie», т. XIII.—3. *Онъ-же*. Die Mucosa uteri bei Myomen. Тамъ-же, т. XXIX.—4. *Möriche*. Die Uterusschleimhaut in die verschiedenen Altersperioden und zur Zeit der Menstruation. «Zeitschrift für Gebursthülfe u. Gynaekologie», т. VII.—5. *Cullen*. Condition of the endometrium in cases of uterine myomata. «The Journal of the American Medical Association», 1903, 8/VIII. — 6. *Heitzmann*. Pathologie und Therapie der nicht puerperalen Endometritiden. «Centralblatt f. die gesammte Therapie», 1886, т. IV (Прив. по *Löfqvist*'у).—7. *Борисовъ*. Объ измѣненіяхъ слизистой оболочки матки при фиброміомахъ. Петербургская диссертація, 1895.—8. *Löfqvist*. Zur Kenntniss der pathol. Anat. des Endometriums. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1901, № 21. — 9. *Онъ-же*. Zur Pathologie der Mucosa corp. uteri. Berlin, 1903. — 10. *Strassmann*. Въ «Handbuch der Geburtshülfe» von *Winkel*'я, глава о мѣсячныхъ, стр. 102, 7, I. Wiesbaden, 1903.—11. *Haussmann*. Die Lehre von der decidua menstrualis. «Beiträge zur Geburtshülfe u. Gynaekologie», Berlin, т. I, 1872. — 12. *Leopold*. Studien über die Uterusschleimhaut während Menstruation, Schwangerschaft und Wochenbett. «Archiv f. Gynaekologie», т. XI, тетр. 1.—13. *Hitschmann* u. *Lindenthal*. Zur Frage der Deciduabildung bei Phosphorvergiftung. Тамъ-же, т. LXIX.—14. *Overlach*. Die pseudomenstruirende Mucosa uteri nach acuter Phosphorvergiftung. «Archiv f. mikrosc. Anatomie», т. XXV.—15. *Ruge*. Ist die Deciduazelle f. die Gravidität charakteristisch? «Centralblatt f. Gynaekologie», 1881, стр. 287. — 16. *Онъ-же*. Zur Aetiologie u. Anat. der Endometritis. «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. V.—17. *Онъ-же*. Uber die charakteristischen Eigenschaften der Deciduazellen.—Vortrag in der Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin.—Bericht in Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., т. VII, стр. 230.—18. *Онъ-же*. Pathol. Anat. der Endometritiden въ «Handbuch f. Gynaekologie» *Schroedcr*'а VII-ое изд. 1886. — 19. *Klein*. Entwickelung u. Rückbildung der Decidua. «Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynaekologie», т. 22.—20. *Amann*. Kurzgefasstes Buch der mikrosc.-gynaekologischen Diagnostik. Wiesbaden, 1897. — 21. *Franz*. Ein Beitrag zur Kenntniss der Endometritis hyperplastica ovarialis. «Archiv f. Gynaekologie», т. LVI. — 22. *Petit*. Diagnostic hystologique des curettages utérines. Парижская диссертація, 1900.—23. *Heinricius*. Ueber die chron. hyperplasierende Endometritis. «Archiv f. Gynaekologie», т. XXVIII. — 24. *Gebhardt*. Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Leipzig. 1899, стр. 57.

---

XLVII. Изъ клиники дѣтскихъ болѣзней Женскаго Медицинскаго Института.

## Мелкоклѣточковая саркома (лимфосаркома) забрюшинныхъ железъ у 3-лѣтней дѣвочки [1]).

**П. Я. Королькова.**

16/I 1902 г. на амбуляторный пріемъ при клиникѣ дѣтскихъ болѣзней въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ была достав-

[1]) Сообщено въ Обществѣ дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ 8/V 1902 г.

Digitized by Google

лена М. И., дѣвочка, 3 л. 10 мѣс., съ увеличеннымъ животомъ. При изслѣдованіи живота въ его полости прощупывалась нѣсколько тѣстоватая, съ неровными краями, узловатая опухоль, плотно сидѣвшая въ тазу болѣе съ правой стороны. Ребенокъ былъ принятъ въ клинику, гдѣ я и могъ прослѣдить теченіе болѣзни и выяснить ея характеръ, какъ рѣдкаго въ дѣтскомъ возрастѣ заболѣванія—мелкоклѣточковой саркомы забрюшинныхъ железъ (лимфосаркомы). Въ анамнезѣ со стороны наслѣдственности ничего особеннаго не замѣчалось. Родители ребенка были здоровы,—по занятію они фабричные. Родовъ у матери было 3, протекали они нормально, выкидышей не было. Больная—3-ій ребенокъ, кормилась грудью и развивалась совершенно правильно. Зубы начали прорѣзываться на 7-мъ мѣсяцѣ; ходить начала послѣ года. Изъ болѣзней перенесла дифтерію, въ возрастѣ 2 л. 8 мѣс., и пролежала въ этой болѣзни въ больницѣ около 12 дней. Въ іюнѣ 1901 г. перенесла корь, осложнившуюся воспаленіемъ лѣваго легкаго. Отъ этой болѣзни поправилась черезъ 3 недѣли и затѣмъ была совершенно здорова. Въ началѣ ноября 1901 г. сильно ушиблась правой стороной живота объ уголъ стула. На животѣ, на мѣстѣ ушиба, потомъ замѣтно было, по словамъ матери, затверденіе. Съ первыхъ чиселъ декабря мать стала замѣчать, что ребенокъ началъ прихварывать, а съ 15/XII у дѣвочки замѣтно сталъ рости животъ; ростъ живота быстро увеличивался. Дѣвочка сильно недомогала и начала худѣть.

Прежде чѣмъ перейти къ дальнѣйшему описанію теченія болѣзни, приведу тѣ данныя литературы, которыя мнѣ удалось собрать касательно саркомы у дѣтей и въ частности саркомы забрюшинныхъ железъ, какъ довольно рѣдкаго у нихъ заболѣванія. Здѣсь необходимо замѣтить, что въ прежнее время часто описывали злокачественныя опухоли, особенно почекъ, у дѣтей, какъ раковыя новообразованія; въ послѣднее-же время описываются только саркоматозныя опухоли. Поэтому многіе думаютъ, что опухоли у дѣтей, описанныя старыми авторами подъ именемъ раковыхъ новообразованій, были вѣроятно саркомами (*Ost*).

Болѣе всего описано случаевъ саркомы у дѣтей, исходившей со стороны почекъ. *Walker* въ 1897 г. [1]) собралъ въ литературѣ 139 такихъ случаевъ и прибавилъ къ нимъ 3 своихъ. Замѣчено, что чаще всего саркома почекъ встрѣчается въ возрастѣ отъ 3 мѣс. до 6 лѣтъ; были случаи саркомы и у зародышей 7—8 мѣс. Изъ подвергшихся хирургическому вмѣшательству выздоровѣли 5,4%, умерли 38% и возвраты получились у 38%. Въ виду описанныхъ случаевъ выздоровленія послѣ операціи, *Walker* предлагаетъ при саркомѣ почекъ прибѣгать къ хирургическому вмѣшательству.

Въ 1895 г. *D'Arcy Power* [2]) собралъ литературу касательно саркомы тазовыхъ органовъ у дѣтей—мочевого пузыря, мочеиспускательнаго канала и матки; онъ приводитъ 25 случаевъ саркомы, описанныхъ англійскими, американскими и нѣмецкими авторами; изъ нихъ въ 2-хъ случаяхъ послѣ операціи послѣдовало выздоровленіе.

Между прочимъ, интересенъ 1 изъ 2-хъ описанныхъ *Croom*'омъ [3]) случаевъ саркоматозныхъ опухолей яичника у 7-лѣтней дѣвочки, у которой потомъ была обнаружена саркома яичника, въ теченіи ½-года были правильныя мѣсячныя.

Наиболѣе часто встрѣчается саркома костей, обыкновенно исходящая изъ надкостницы и гораздо рѣже изъ костнаго мозга; саркома вызываетъ при этомъ расширеніе трубчатой кости, которая, истончаясь, даетъ біеніе, образуя ложную аневризму. *Ost* собралъ всего 40 случаевъ саркомы костей, относя сюда и тѣ, которые были описаны, какъ раковыя опухоли, такъ какъ онъ отрицаетъ ракъ у дѣтей. Д-ръ *Бидертъ* описалъ 12 случаевъ саркомы костей.

Сравнительно рѣдко встрѣчается у дѣтей саркома забрюшинныхъ железъ. До настоящаго времени описано всего 15 такихъ случаевъ: *Rehn* [4]) собралъ 5; *Henoch* [5]) описалъ 1 у мальчика, 5 л.; *Winge* [6])—1, у мальчика; *Jacubasch* [7])—у мальчика, 7 л.; *Besser-Hagen* [8])—1, у мальчика, 7 л.; *А. А. Кисель* [9]) — 1, у дѣвочки, 3 л., *Н. И. Лунинъ* [10])—2, у дѣвочки 3 л., и у мальчика, 2 л., и наконецъ *Rampold* [11]) у ребенка, 4 л.

Еще рѣже встрѣчается у дѣтей саркома надпочечныхъ железъ. *А. А. Сопътовъ* [12]) описалъ 2 такихъ случая своихъ и 3 привелъ изъ литературы.

Саркоматозныя опухоли часто поражаютъ полость рта: здѣсь чаще встрѣчается т. наз. epulis, исходящая изъ зубныхъ отростковъ челюстей, обыкновенно отъ надкостницы. Оперативное вмѣшательство или примѣненіе электролиза даетъ здѣсь всегда хорошіе результаты. Описаны также саркомы языка: *Jacobi* наблюдалъ ее у новорожденнаго младенца и *Stern-Straeter* у ребенка, 4 л.

Замѣчателенъ по своему исходу случай саркомы миндалины, описанный д-ромъ *Бидертомъ* у ребенка, 10 л.

Опухоль проросла языкъ, зѣвъ, носовую полость, кости лица и глазницы и распространилась на дыхательное горло, почему нужно было сдѣлать трахеотомію. Ребенокъ случайно заразился потомъ рожей, послѣ которой наступило полное выздоровленіе, при чемъ на мѣстѣ бывшей саркомы образовался большой рубецъ. Д-ръ *Бидертъ* наблюдалъ потомъ этого ребенка здоровымъ 8 лѣтъ.

Въ другихъ органахъ описаны отдѣльные случаи саркомы: въ мозгу—чаще гліосаркомы (*Dinkler* 1894 г.), въ легкихъ—обыкновенно изъ железъ средостѣнія; описана круглоклѣточковая саркома плейры (*Hofmokl*), затѣмъ — лимфасаркома вилочковой железы у мальчика, 14 л. (*Heidenhain*), саркома желудка (*Einlaysen*, 1899 г.), 2 случая саркомы кишекъ (1893 г.) и 1 случай саркомы черепа (1892 г.).

Такимъ образомъ описываемый мною случай будетъ 14-мъ случаемъ саркомы забрюшинныхъ железъ. Онъ отличается громадной величиной опухоли, вѣсъ которой достигалъ 12 ф.; особенность его, кромѣ того, та, что въ немъ было сдѣлано пробное чревосѣченіе.

При поступленіи въ клинику ребенокъ имѣлъ дов. хорошій видъ, былъ достаточно упитанъ и правильно сложенъ и не имѣлъ никакихъ слѣдовъ рахита. Ростъ его (88), окружность головки (46) и груди (50 стм.) вполнѣ отвѣчали возрасту. Замѣчались только общая блѣдность и часто выступавшій румянецъ на щекахъ вслѣдствіе колебаній температуры между 38°,2 и 37°,2. Между тѣмъ увеличенная окружность живота (61 стм.) замѣтно выдѣлялась при самомъ поступленіи, обусловливаясь дов. большой опухолью, лежавшей главной своей массой въ тазу и поднимавшейся болѣе справа, оттѣсняя вздутыя кишки вверхъ и влѣво. Верхняя граница опухоли справа поднималась отъ лобковой кости на 20 стм. и не доходила по сосковой линіи до подреберья на 3 пальца; влѣво она косо спускалась, поднимаясь на уровнѣ пупка надъ послѣднимъ только на 2 пальца и затѣмъ опускаясь на 2 пальца ниже его. Сама опухоль была дов. плотная, въ подвздошной области замѣтно тѣстоватая и возвышалась 2-мя большими буграми, усѣянными болѣе мелкими; въ лѣвую подвздошную ямку она не заходила. Такимъ положеніемъ опухоли болѣе вправо, несомнѣнно, и объяснялось то, что отправленіе кишечника, поднятаго вверхъ и влѣво, было все время правильное, на низъ было ежедневно и нормально, позывъ на ѣду и самочувствіе оставались хорошими. Вслѣдствіе этого питаніе ребенка, а, слѣд., и самой опухоли, не нарушалось, почему она быстро росла: окружность живота чрезъ 10 дней увеличилась до 68,5 стм. Вѣсъ ребенка за 10 дней съ 12200 грм. (30 ф.) поднялся до 14000 (почти 35 ф.). Легкія и сердце болѣзненныхъ измѣненій не представляли, но замѣтно были оттиснуты опухолью кверху: верхняя граница сердечной тупости начиналась съ 3-го ребра, толчекъ его ощущался въ 4-мъ межреберьѣ; нижняя граница легкихъ поднята была равномѣрно на 1 ребро. Замѣчалась, особенно при движеніи, одышка, обусловленная давленіемъ опухоли на грудную полость. Число дыханій колебалось между 26 и 40 въ 1 мин.; пульсъ былъ около 120. Моча была кислой реакціи, уд. в. 1,008, безъ бѣлка. Замѣтно также были развиты и утолщены вены надчревья, которыя, начинаясь на уровнѣ пупка, кончались на уровнѣ 2-го межреберья, переходя здѣсь во внутреннія вены грудной железы. Постепенно утолщаясь, вены надчревья достигали потомъ толщины мизинца (около 0,3 стм.), указывая своимъ развитіемъ на то значительное давленіе, которое падало на систему воротной вены и въ частности на печень, что зависѣло и отъ правосторонняго положенія опухоли.

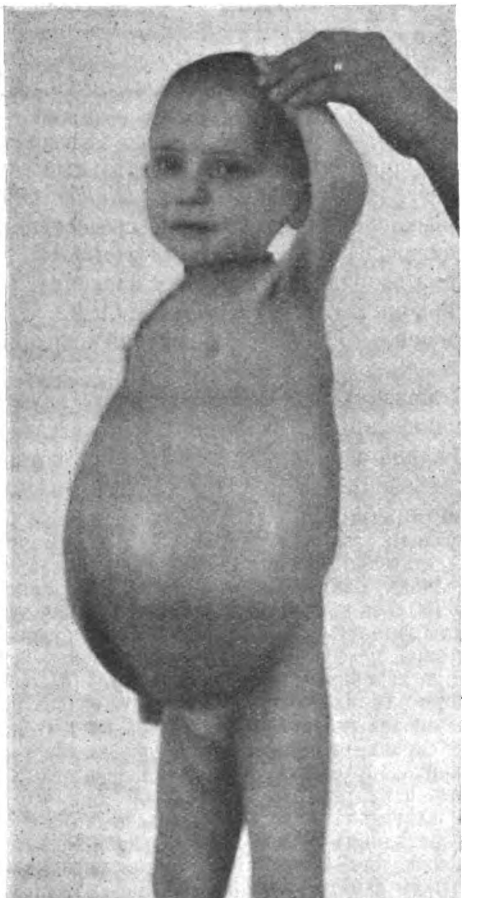
Въ виду быстраго роста опухоли ребенокъ 24/I былъ переведенъ въ хирургическую клинику къ проф. *А. А. Кадьяну*, которымъ 27/I и было сдѣлано чревосѣченіе. Послѣ разрѣза брюшной стѣнки и вскрытія брюшины показалась блѣдная и мягкая опухоль, сильно кровоточившая и сросшаяся съ брюшиной. Вслѣдствіе сильной кровоточивости опухоли вылущить ее не представлялось возможности, и брюшная рана была закрыта.

Послѣ операціи состояніе ребенка (см. рис. 1) стало замѣтно ухудшаться: не смотря на то, что опухоль замѣтно увеличивалась и распространялась влѣво, вѣсъ ребенка съ 24/I по 18/II не только не поднимался, но на нѣсколько грм. упалъ (13800), что обусловливалось быстро развившимся истощеніемъ. Температура рѣзко колебалась между 37° и 39°. Пульсъ обыкновенно былъ 140 въ минуту, а иногда учащался до 160 и 180. Число дыханій держалось между 39 и 48. Моча, уд. в. 1,020, была насыщенная и мутная, даже въ свѣжемъ видѣ, содержала слѣды бѣлка и не давала діазо-реакціи *Ehrlich*'а. Подъ микроскопомъ въ осадкѣ найдены цилиндроиды, кристаллы мочевой кислоты и мочевины. На низъ все время было правильно, полугустыми, буровато-окрашенными массами, большею частью ежедневно. Позывъ на ѣду былъ плохой. Окружность живота постепенно увеличивалась: къ 18/II она дошла до 71 стм.

Затѣмъ слабость ребенка все увеличивалась, появилась отечность ногъ и наружныхъ половыхъ частей; ребенокъ находился больше въ забытьи. Передъ смертью (4/III) состояніе дѣвочки было крайне тяжелое: у нея была сильная одышка, вызывавшаяся стѣсненіемъ грудной полости напиравшею снизу опухолью; легкія

Digitized by Google

были подняты сзади у позвоночника до 8-го ребра, спереди по сосковой линіи—до нижняго края 4-го ребра; сердце было приподнято сверху до 2-го ребра; толчекъ его ощущался въ 4-мъ



межреберьи. Въ легкихъ замѣчались разлитые влажные хрипы отечнаго происхожденія. Дыханіе было поверхностное, болѣе 40; пульсъ нитевидный, 160. Вѣсъ за день до смерти былъ 14300 грм. (35 ф.). Окружность живота равнялась 77 стм.

На вскрытіи изъ полости живота вынута была громадная опухоль, съ большой астраханскій арбузъ, сплюснутая спереди назадъ. Она плотно сидѣла у корня брыжейки и была срощена со слѣпой кишкой, при чемъ червеобразный отростокъ былъ сильно вытянутъ въ длину и поднятъ вмѣстѣ со слѣпой кишкой выше пупка до печени, указывая своимъ положеніемъ на ростъ опухоли снизу вверхъ (на рис. 2 червеобразный отростокъ вскрытъ по длинѣ). Затѣмъ опухоль была спаяна съ близь лежавшими кишками, тонкими и толстыми, и съ сумками почекъ, вызвавъ своимъ давленіемъ значительное расширеніе лоханокъ (двусторонній гидронефрозъ); срощена была она также и съ *Fallopi*'евыми трубами, при чемъ лѣвая труба была сильно растянута. Но отъ всѣхъ срощенныхъ органовъ опухоль отдѣлялась свободно, кромѣ забрюшинныхъ железъ, которыя всѣ были рѣзко увеличены, доходя въ отдѣльности до куринаго яйца. Окружность опухоли равнялась 70, діаметръ 23 стм.; вѣсъ ея равнялся 4800

грм. (около 12 ф.). Если вычесть вѣсъ опухоли изъ вѣса ребенка, то получится, что опухоль вѣсомъ превосходила $^1/_3$ вѣса собственно тѣла ребенка. Со стороны другихъ органовъ можно отмѣтить только катарральное воспаленіе нижней доли лѣваго легкаго.

Въ разрѣзѣ опухоль—блѣдная, мозговидная, концентрически слоистая. При микроскопическомъ ея изслѣдованіи обнаружилось, что она представляетъ изъ себя мелкоклѣточковую саркому или—точнѣе—лимфосаркому: она состоитъ изъ такихъ-же мелкихъ клѣточекъ, какъ и лимфатическая ткань, густо лежащихъ одна возлѣ другой; изъ-за обилія клѣточныхъ элементовъ основа опухоли мало замѣтна; между прочимъ, въ составъ основы опухоли входитъ большое количество мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ и капилляровъ, почему опухоль при жизни и кровоточила такъ сильно въ разрѣзѣ. Клѣточные элементы опухоли большею частью круглой формы, рѣже звѣздчатые, съ сравнительно большимъ ядромъ, восполняющимъ почти все тѣло клѣтки и содержащимъ по нѣсколько мелкихъ ядрышекъ.

Что касается этіологіи заболѣванія, то большинство авторовъ считаютъ травму наиболѣе частой причиной начала образованія саркоматозныхъ опухолей. *Gross* (въ 1897 г.) на 165 случаевъ саркомы длинныхъ костей установилъ травму въ 50%. *Löwenthal* (въ 1895 г.) на 800 случаевъ саркомы нашелъ травму въ 316, *Wolff* на 100 въ 20. *Walker* на 142 случая саркомы почекъ у дѣтей отмѣтилъ травму въ 30, *Coley* на 170 своихъ случаевъ въ 46. Въ описываемомъ мною случаѣ ближайшей этіологіей заболѣванія также была травма: ребенокъ упалъ животомъ на стулъ, а чрезъ мѣсяцъ у него уже явно обнаружилась въ животѣ опухоль.

**Литература:** 1. *Walker*. Прив. по «Врачу», 1898, № 3, стр. 75.—2. *D'Arcy Power*. St. Bartholom. Hospital Reports, 1895 г.—3. *Croom*. Edinburgh Medical Journal, 1892 г. — 4. *Rehn*. *Gerhardt*'s Handbuch der Kinderkrankheiten, т. IV. — 5. *Henoch*. Beiträge zur Kinderheilkunde, 1868 г.—6. *Winge*. Jahrbuch für Kinderheilkunde, т. XV.—7. *Jacubasch*. Charité-Annalen. 1878 г.—8. *Besser-Hagen*. *Virchow*'s Archiv, т. XCIX.—9. *А. А. Кисель*. «Врачъ», 1887 г.—10. *Н. И. Лунинъ*. Тамъ-же, 1888 г. и 1893 г.—11. *Rampold*. Gazetta medica lombarda, 1893.—12. *А. А. Соттовъ*. Труды Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ, ч. XI, вып. 1896 г.

---

Изъ эпизоотологическаго отдѣла Института экспериментальной медицины.

## Къ біологіи трипанозомъ.

**В. Л. Якимова.**

Въ извлеченіи сообщено на соединенномъ засѣданіи бактеріологическаго отдѣла Пироговскаго Съѣзда и Микробіологическаго Общества.

*(Окончаніе. См. № 9, стр. 318).*

Чтобы выяснить, какое количество трипанозомъ требуется, чтобы получить при зараженіи положительный результатъ, я сдѣлалъ опыты съ зараженіемъ сильно разведенной кровью 1 : 5—50—500—5000—50000. Во всѣхъ случаяхъ результатъ получился положительный, хотя появленіе трипанозомъ въ крови у зараженныхъ мышей и нѣсколько запаздывало. Если при разведеніи крови 1 : 5 и 1 : 50 трипанозомъ можно было найти при помощи микроскопа, то, начиная съ разведенія 1 : 500, ихъ не было уже видно. Эти опыты въ достаточной степени выясняютъ, почему кровь животныхъ, въ которой не видно трипанозомъ, все же является заразительной: достаточно минимальнаго количества чужеядныхъ, чтобы получить зараженіе.

*Продолжительность храненія Nagan'ированной крови.* По *Bruce*, кровь Nagan'ированныхъ животныхъ заразительна еще по истеченіи 4 дней храненія, если она не высохла; высушенная-же кровь заразительна только къ концу 24 часовъ. По *Kanthack*'у, *Durham*'у и *Blanford*'у, трипанозомы живутъ in vitro 1—3 дня и въ видѣ исключенія 4—6 сутокъ. По изысканіямъ *Plimer*'а и *Bradford*'а [8]), онѣ живутъ въ залитыхъ парафиномъ препаратахъ 5—6 дней. У *Laveran*'а и *Mesnil*'я кровь съ трипанозомами, чисто собранная, смѣшанная съ физіологическимъ растворомъ NaCl и сохраняемая въ температурѣ лабораторіи, сохраняла заразительность по истеченіи 3 дней, хотя и непостоянно; когда же они впрыскивали чистую кровь, собранную in vitro и сохранявшуюся въ температурѣ лабораторіи 36—48 час., то трипанозомы появлялись въ крови только около 9-го дня.

Я сохранялъ кровь in vitro при температурахъ отъ 0° до +5°, +20° и +36° Ц., при чемъ бралъ ее въ 3-хъ видахъ: дефибринированную, смѣшанную съ физіологическимъ растворомъ NaCl

Digitized by Google

и смѣшанную съ сыворотками. Оказалось, что лучше всего сохраняетъ заразительность чистая кровь, сохраняемая при +20° Ц.; она оставалась вирулентной даже послѣ 6-дневнаго храненія, хотя зараженіе и наступало при этомъ нѣсколько позднѣе. Кровь, смѣшанная съ физіологическимъ растворомъ NaCl и съ сыворотками, при храненіи въ той-же температурѣ, давала зараженіе 1-ая по истеченіи 2-хъ сутокъ храненія, а 2-ая—4-хъ. При 0° до +5° Ц. чистая кровь и смѣшанная съ растворомъ NaCl и сыворотками оставалась вирулентной при храненіи не болѣе 2-хъ сутокъ. При +36° Ц. ни чистая кровь, ни смѣшанная съ растворомъ NaCl и сыворотками не давали зараженія даже послѣ 1-суточнаго храненія.

*Дѣйствіе жара.* Чтобы выяснить дѣйствіе высокихъ температуръ, я помѣщалъ пипетки съ кровью, богатой трипанозомами, въ водяную баню, держалъ ихъ тамъ при разныхъ температурахъ и затѣмъ заражалъ животныхъ. Оказалось, что пребываніе въ водяной банѣ при 41° Ц. въ теченіи 1 часа и при 40° Ц. въ теченіи 2 час. 15 мин. не убиваетъ чужеядныхъ, и животныя отъ этой крови заражаются, хотя и съ запозданіемъ. 3-часовое пребываніе при этихъ температурахъ совершенно убиваетъ трипанозомъ. Пребываніе въ водяной банѣ въ теченіи 5 мин. при 45°, 20 мин. при 44°, 25 мин. при 43° и 40 мин. при 42° Ц. совершенно убиваетъ чужеядныхъ, и животныя, зараженныя такою кровью, не заболѣваютъ.

*Дѣйствіе противогнилостныхъ веществъ.* По моимъ опытамъ выяснилось, что марганцево-кислый калій (1%) убиваетъ трипанозомъ въ 1 минуту, сулема (1:1000) въ 2—3 мин., карболовая кислота (5%) въ 4—8 мин., солвеолъ (2%) въ 15—20 мин. и борная кислота (4%) въ 1 часъ. Техника опытовъ въ этомъ направленіи состояла въ томъ, что 1 ч. крови, богатой трипанозомами, разводилась 9 чч. раствора NaCl (0,6%) и къ смѣси прибавлялась 1 ч. обеззараживающаго раствора.

*Заразительность другихъ жидкостей Nagan'ированнаго животнаго.* Кромѣ крови, я дѣлалъ опыты съ зараженіемъ и другими жидкостями Nagan'ированныхъ животныхъ (собакъ и морскихъ свинокъ). Оказалось, что мозговая жидкость, грудной и брюшной выпоты, жидкость сердечной сорочки, желчь и жидкость кожныхъ отековъ вирулентны для животныхъ, но заражаются они при этомъ въ различное время; моча-же не заразительна для нихъ.

«Mal de Caderas»—болѣзнь однокопытныхъ, издавна извѣстная въ Парагваѣ, Бразиліи, Боливіи, Перу, на сѣверѣ Аргентины и, вѣроятно, въ центральной Америкѣ. Она характеризуется наростающимъ исхуданіемъ, не смотря на сохраняющійся до послѣднихъ дней хорошій позывъ на ѣду, и сильнымъ малокровіемъ, сопровождается перемежающейся лихорадкой и слабостью заднихъ конечностей, доходящей до параличей. Болѣзнь иногда длится 4—5 мѣс.; тогда животное становится похожимъ на скелетъ, покрытый кожей; развиваются сильныя двигательныя разстройства; сначала слабѣютъ 1 или 2 конечности, въ особенности заднія, движенія дѣлаются непроизвольными, ноги скрещиваются; затѣмъ наступаетъ періодъ парезовъ, переходящихъ въ параплегію, ведущую въ теченіи нѣсколькихъ дней или даже часовъ къ смерти; къ концу болѣзни къ этому присоединяются параличи прямой кишки и мочевого пузыря. Иногда-же болѣзнь течетъ медленно; животное поражаетъ тогда своей худобой и малокровіемъ; замѣчается истеченіе кровянистой мочи; параплегія бываетъ выражена очень сильно; иногда наблюдаются подкожные отеки.

Возбудитель этой болѣзни долгое время не былъ обнаруженъ, пока въ 1901 г. д-ръ *Elmassian* [9]) не открылъ въ крови такихъ больныхъ трипанозомы, названной въ его честь его именемъ.

*Бѣлыя крысы и мыши. Lignières* [10]) различаетъ здѣсь нѣсколько случаевъ. У него при зараженіи кровью отъ животнаго другого вида, чѣмъ крыса и мышь, при подкожномъ впрыскиваніи трипанозомы появлялись въ крови черезъ 4—5 сутокъ (смерть наступала на 7—12-й день послѣ впрыскиванія), при внутрибрюшномъ—на 3—4 (смерть на 5—7-й день). При зараженіи кровью отъ крысы къ крысѣ при подкожномъ введеніи трипанозомы появлялись въ крови на 36—48-мъ часу (смерть на 4—6-й день), при внутрибрюшномъ—черезъ 20—24 часа (смерть черезъ 4 дня). Сѣрыя-же крысы и мыши противостоятъ зараженію нѣсколько больше (черезъ 2 сутокъ при внутрибрюшномъ введеніи и черезъ 4 при подкожномъ). По *Elmassian*'у и *Migon*'у [11]), зачаточный періодъ у нихъ длится 5—8—12 дней. Мнѣ не приходилось наблюдать такого различія, какое видѣлъ *Lignières*, и я нахожу, что виды животнаго здѣсь не играютъ никакой роли. Я думаю, что разница здѣсь, такъ сказать, количественная: въ крови различныхъ животныхъ можетъ быть различное количество трипанозомъ, и у мышей ихъ всегда больше, чѣмъ у прочихъ животныхъ. Мои мыши при внутрибрюшномъ введеніи заражались черезъ 15—20 час. и умирали черезъ 1—2 дня, а при подкожномъ—заражались черезъ 24—48 час. и умирали черезъ 4—5 дней. Бѣлыя и сѣрыя крысы при внутрибрюшномъ введеніи заражались черезъ 19—24 часа и умирали обыкновенно черезъ $3^1/_2$—$4^1/_2$ сутокъ, а при подкожномъ—заражались черезъ 2—3 сутокъ и умирали черезъ 5—11 сутокъ. Количество трипанозомъ у нихъ съ каждымъ днемъ увеличивалось и къ концу жизни становилось громаднымъ.

У *морскихъ свинокъ*, по *Lignières*'у, трипанозомы при внутрибрюшномъ введеніи появлялись въ крови на 4-й день, а при подкожномъ—на 4—10-й. Болѣзнь въ общемъ была продолжительная, и животныя жили отъ $2^1/_2$ до 6 мѣс. Трипанозомы въ крови были рѣдки. *Elmassian* и *Migon* считаютъ этихъ животныхъ мало чувствительными. У моихъ свинокъ при внутрибрюшномъ зараженіи трипанозомы появлялись въ крови черезъ 2—3 дня, а иногда и черезъ 1 сутки (смерть наступала черезъ 11—39 дней); при подкожномъ—правильности не замѣчалось, и животныя заражались черезъ 3—9 дней (смерть наступала черезъ 12—26 дней). Здѣсь мнѣ такъ-же, какъ и при Nagan'ѣ, приходилось наблюдать, что не всѣ свинки оказываются чувствительными къ зараженію, и нѣкоторыхъ приходилось прививать нѣсколько разъ, чтобы получить зараженіе. У нѣкоторыхъ трипанозомы исчезали изъ крови, но такая кровь всегда давала зараженіе. За то у тѣхъ свинокъ, которыя заражались сразу (а такихъ было свыше 60%), а равно и у заразившихся послѣ 2-хъ и болѣе прививокъ, чужеядныя всегда развивались въ громадномъ числѣ, что даетъ мнѣ возможность считать этихъ животныхъ, вопреки мнѣнію вышеупомянутыхъ авторовъ, очень чувствительными, если не къ зараженію, то къ произростанію въ нихъ чужеядныхъ. Теченіе болѣзни у этихъ животныхъ ничего такого, что отличало-бы ихъ отъ Nagan'ированныхъ мышей и крысъ, не представляло.

У *кроликовъ Lignières* наблюдалъ появленіе въ крови трипанозомъ на 2—3-й день послѣ внутривеннаго ихъ введенія и на 4—8-й послѣ подкожнаго. Хотя у нихъ чужеядныхъ было въ крови и немного, но болѣзнь всегда текла тяжело и неизмѣнно оканчивалась смертью. *Elmassian* и *Migon* считаютъ этихъ животныхъ мало чувствительныхъ къ зараженію трипанозомами. Мои кролики при внутрибрюшномъ введеніи заражались черезъ 2 сутокъ, а при внутривенномъ—ранѣе сутокъ. У нихъ такъ-же, какъ и у Nagan'ированныхъ кроликовъ, трипанозомы, появившись въ крови, затѣмъ исчезали изъ нея и не появлялись до самой смерти. Но все-же кровь ихъ оказывалась заразительной, а на вскрытіи въ крови сердца я всегда находилъ живыя трипанозомы.

*Собаки. Lignières* видѣлъ при подкожномъ впрыскиваніи появленіе чужеядныхъ въ крови собакъ черезъ 3—5 дней, при внутривенномъ—на 2-ой же день; смерть наступала чрезъ 45—79 дней. Трипанозомы у этихъ животныхъ въ послѣдніе дни, по его наблюденіямъ, встрѣчаются очень рѣдко или же ихъ и совсѣмъ бываетъ не видно. Парезы заднихъ конечностей часты, если болѣзнь длится не менѣе 30 дней. Изъ видимыхъ измѣненій *Lignières* наблюдалъ у собакъ пораженія глазъ (выпотной иритъ). По *Elmassian*'у и *Migon*'у, зачаточный періодъ у собакъ длится 5—6 дней. Въ крови ихъ трипанозомъ бываетъ мало. У 7 моихъ собакъ трипанозомы послѣ подкожнаго впрыскиванія наблюдались: у 4-хъ черезъ 2 дня, у 1—черезъ 3 и у 2—черезъ 4. Число ихъ день ото дня увеличивалось и становилось наконецъ громаднымъ; чужеядныя никогда не исчезали изъ крови у моихъ собакъ, даже и въ послѣдніе дни. Къ концу жизни животныя плохо ходили и дѣлались какъ-бы сонными; иногда они хромали на ту или другую ногу, иногда у нихъ развивались парезы. Всегда наблюдались большее или меньшее пораженіе глазъ (ириты и кератиты) и отеки нижней части живота и половыхъ органовъ. Температура на 5—7-й день поднималась выше 40°,6, но въ послѣдніе дни падала до 36°,7—37°. Смерть наступала черезъ 7—16 дней.

У одной изъ *кошекъ Lignières*'а (взрослой) трипанозомы появились въ крови черезъ 15 дней, а затѣмъ то исчезали на продолжительное время, то опять появлялись. Животное было еще живо, когда *Lignières* писалъ свою работу (черезъ 8 мѣс. послѣ зараженія), и имѣло видъ здороваго. У котятъ трипанозомы появлялись въ крови на 4—6-й день, а умирали они на 50—80-й. По *Elmassian*'у и *Migon*'у, чужеядныя въ крови кошекъ развиваются плохо. Моя кошка (взрослая) заразилась черезъ 4 сутокъ и пала спустя слишкомъ мѣсяцъ. Подъ конецъ жизни она была очень вялая и плохо ѣла. На вскрытіи найденъ отекъ нижней части брюха.

*Lignières* не дѣлалъ опытовъ съ *козами*. Въ крови *барановъ* онъ никогда не находилъ трипанозомъ, но кровь ихъ была вирулентна даже и черезъ 65 дней. У моей *козы*, зараженной 5/VIII, трипанозомъ не было въ крови вплоть до настоящаго времени. Впрыскиванія крови, произведенныя черезъ 31, 41 и 75 дней, вызывали зараженія; но черезъ 4 мѣсяца кровь была уже незаразительна. Температура послѣ впрыскиваній замѣтно не повышалась. Внѣшнихъ признаковъ заболѣванія не наблюдается, за исключеніемъ худобы. Мнѣ думается, что по отношенію къ крови козъ можно провести нѣкоторую аналогію съ кровью лошадей, больныхъ «случной болѣзнью» или «подсѣдаломъ». Кровь одной такой лошади, бывшей въ моемъ распоряженіи (больной почти 2 года, у которой уже развились сильные парезы), впрыснутая болѣе 20 животнымъ различныхъ видовъ, не давала зараженія, хотя, по изслѣдованіямъ *Rouget*, *Buffard*'а и *Schneider*'а, «случная болѣзнь» вызывается особымъ видомъ трипанозомъ (*Rouget*).

*Лягушки и голуби* въ моихъ опытахъ оказались невосприимчивыми къ зараженію трипанозомой *Elmassian*'а, что подтверждаетъ наблюденія другихъ авторовъ.

*Продолжительность храненія.* Насколько мнѣ извѣстно, никто еще не дѣлалъ опытовъ съ заразительностью крови, содержащей трипанозомы *Elmassian*'а при различныхъ способахъ ея храненія. Я продѣлалъ ихъ по тому-же плану, какъ и съ кровью Nagan'ы, т. е. хранилъ кровь дефибринированную, смѣшанную съ растворомъ NaCl (0,6%) и съ сывороткой лошади. Температура-же была нѣсколько иная: +36°, +20° и 5°, —7° до 0° Ц. Я нашелъ при этомъ нѣкоторое уклоненіе отъ такихъ-же опытовъ съ Nagan'ированной кровью. Лучше всего сохраняется чистая кровь при +20°. Смѣшанная съ растворомъ NaCl и съ сывороткой она даетъ зараженіе черезъ 5 дней храненія, т. е. прибавленіе послѣднихъ отдаляетъ срокъ зараженія. Хуже кровь сохраняется при низкихъ температурахъ (зараженіе наступаетъ не позже 2-хъ дней) и еще хуже при +36°.

Digitized by Google

*Дѣйствіе жара.* Мои наблюденія въ этомъ направленіи почти сходятся съ наблюденіями *Lignières*'а. Температура въ 40° убиваетъ трипанозомъ черезъ 4½, въ 41° черезъ 4 часа, въ 42° черезъ 40, въ 44° черезъ 12 и въ 45° черезъ 6 мин.

*Заразительность другихъ жидкостей животнаго, зараженнаго трипанозомами Elmassian'a.* Здѣсь такъ-же, какъ и при Nagan'ѣ, мозговая жидкость, грудной и брюшной выпоты, жидкость сердечной сорочки, желчь и жидкость кожныхъ отековъ являются вирулентными для животныхъ, хотя послѣднія и заражаются въ различное время. Моча незаразительна.

Изъ предыдущаго видно, что зачаточный періодъ при »Nagan'ѣ» у *Laveran*'a и *Mesnil*'я былъ короче, чѣмъ у англійскихъ авторовъ, хотя они пользовались тѣмъ-же ядомъ, что и *Kanthack*, *Durham* и *Blandford*. У меня срокъ этотъ еще короче. Сравнивая данныя относительно «Mal de Caderas» у *Lignières*'a и у меня, можно видѣть тоже самое. Отсюда приходится заключить, что и вирулентность трипанозомъ той и другой болѣзни, находящихся въ моемъ распоряженіи, увеличилась; зачаточный періодъ у зараженныхъ животныхъ протекаетъ скорѣе и смерть наступаетъ быстрѣе. Я склоненъ допустить, какъ и *Laveran* и *Mesnil*, что это зависитъ отъ громаднаго числа перевивокъ черезъ лабораторныхъ животныхъ. *Lignières* замѣтилъ, что его трипанозома, проведенная черезъ лабораторныхъ животныхъ, явно измѣнилась къ концу его опытовъ въ сторону бóльшей чувствительности. Въ своихъ опытахъ съ трипанозомой Nagan'ы надъ очень большимъ числомъ животныхъ (174 бѣлыя и сѣрыя мыши, 5 бѣлыхъ и сѣрыхъ крысъ, 29 морскихъ свинокъ, 2 кролика, 5 собакъ, 2 кошки, 1 лисица и 1 коза) я могъ замѣтить такое-же усиленіе вирулентности трипанозмы *Bruel*'я. Такъ, мои мыши, заражавшіяся при подкожномъ введеніи заразы въ самомъ началѣ опытовъ черезъ 3 дня, затѣмъ заражались уже черезъ 24—48 час. Опыты съ «Mal de Caderas» надъ почти такимъ-же числомъ животныхъ (162 бѣлыхъ и сѣрыхъ мыши, 8 бѣлыхъ и сѣрыхъ крысъ, 27 морскихъ свинокъ, 3 кролика, 7 собакъ, 1 кошка и 1 козелъ) показали точно такое-же усиленіе: бѣлыя мыши, заражавшіяся въ началѣ опытовъ послѣ подкожнаго введенія заразы черезъ 3 дня, затѣмъ стали заражаться (появлялись трипанозомы въ крови) черезъ 24—48 час. Нѣсколько менѣе это было замѣтно на морскихъ свинкахъ, хотя и у нихъ можно было видѣть усиленіе заразительности чужеядныхъ; такъ, при Nagan'ѣ въ началѣ опытовъ онѣ заражались черезъ 3 (при внутрибрюшинномъ) и 5 дней (при подкожномъ введеніи заразы), а затѣмъ—чрезъ 1—2 сутки (одинъ разъ даже черезъ 20 час.) въ 1-мъ случаѣ и черезъ 2 сутокъ—во 2-мъ. При «Mal de Caderas» свинки, заражавшіяся въ началѣ черезъ 4 (при внутрибрюшинномъ) и 6 сутокъ (при подкожномъ введеніи заразы), заражались затѣмъ черезъ 1—2 сутокъ въ 1-мъ случаѣ и черезъ 3—во 2-мъ. Наконецъ слѣдуетъ еще имѣть въ виду, что нѣкоторая неправильность въ наступленіи сроковъ зараженія у этихъ животныхъ зависитъ и оттого, что молодыя, хилыя и истощенныя животныя поддаются зараженію легче, чѣмъ взрослыя и здоровыя.

На основаніи всего вышеизложеннаго позволю себѣ представить слѣдующіе выводы:

1. Трипанозомы «Nagan'ы» и «Mal de Caderas» при искусственномъ зараженіи вызываютъ весьма острое заболѣваніе у мышей и крысъ (длящееся меньше недѣли), болѣе продолжительное у собакъ, лисицы, морскихъ свинокъ, кроликовъ и кошекъ (отъ 1—6 недѣль), весьма хроническое у козъ (смерть не наступила и по истеченіи 5 мѣс.); лягушки и голуби къ этимъ чужеяднымъ невоспріимчивы.

2. Отъ частаго проведенія черезъ организмъ животныхъ вирулентность трипанозомъ усиливается.

3. Необнаруженіе трипанозомъ (при микроскопическомъ изслѣдованіи) въ крови животныхъ (козъ, кроликовъ и кошекъ) нельзя считать доказательствомъ того, что чужеядныя эти не привились, такъ какъ кровь такихъ животныхъ оказывается заразительной.

4. Для зараженія животныхъ требуется весьма незначительное количество трипанозомъ. Кровь больного животнаго, богатая чужеядными, оказывается еще дѣйствительной послѣ разведенія ея въ пропорціи 1 : 50000.

5. Внѣ животнаго организма трипанозомы «Nagan'ы и «Mal de Caderas» остаются живыми и способными вызывать зараженіе дольше всего въ дефибринированной крови при комнатной температурѣ (до 6 дней); прибавленіе раствора поваренной соли или сыворотки другихъ животныхъ, а также температура, близкая къ точкѣ замерзанія, или температура крови дѣйствуетъ неблагопріятно.

6. Трипанозомы весьма чувствительны къ нагрѣванію и къ обеззараживающимъ веществамъ.

7. Кромѣ крови, зараженіе вызываютъ: желчь, мозговая жидкость, жидкость сердечной сорочки, выпоты полостей и жидкость изъ кожныхъ и отековъ.

8. Наши домашнія мухи не могутъ служить переносчиками заразы при Nagan'ѣ или «Mal de Caderas», подобно мухѣ це-це (Glossina morsitans) при «Nagan'ѣ» или mosca brava (Stomoxys calcitrans) при «Mal de Caderas».

**Источники:** 1. *R. Koch.* Reiseberichte etc., Berlin, 1898, стр. 65—72, 87—88. 2. *D. Livingstone.* Missionary Travels and Researches in South Africa, 1857 (Прив. по *Laveran* et *Mesnil*). 3. *Laveran* et *Mesnil*. Recherches morphologiques et expérimentales sur la trypanosome du Nagana ou maladie de la mouche Tze-tze. Annales de l'Institut *Pasteur*, 1902, № 1. 4. *D. Bruce.* Preliminary Report on the Tze-tze fly disease or Nagana in Zululand, 1895. (Прив. по *Laveran* et *Mesnil*). 5. *Foa.* Du cap au lac Nyassa, Paris, 1897. (Прив. по *Laveran* et *Mesnil*). 6. *Kanthack*, *Durham* and *Blandford*, On Nagana or tze-tze fly disease, Proceedings of the R. Society of London LXIV. 1898. 7. *Nocard.* Compt. rendu de la Société de biologie, 1901 г., 4 мая. 8. *Plimmer* et *Bradford.* Vorläufige Notiz über die Morphologie und Verbreitung des in der Tsetsekrankheit (fly disease oder Nagana) gefundenen Parasiten. «Centralblatt für Bakteriologie, отд. I, XXVI, 1899 г. 9. *Elmassian.* Revista de la Sociedad Medica argentina, 1902 г. (по *Lignieres*'у). 10. *Lignières.* Contribution à l'étude de la trypanosome des équidés Sud-Americains connue sous le nom de «Mal de Caderas». Отд. оттискъ изъ «Revista de la Sociedad Medica Argentina. Buenos Aires, 1892. 11. *Elmassian* et *Migone.* Sur le mal de Caderas ou flagellose parésiante des équidés Sud-Americains. Annales de l'Institut *Pasteur*, 1903 г., апрѣль.

---

## Краткій обзоръ хирургической дѣятельности при гинекологическомъ интернатѣ въ Кіевской городской больницѣ Цесаревича Александра въ 1900 и 1901 гг.

Г. О. Сяноженскаго.

*(Продолженіе. См. № 9, стр. 325).*

8. М. М., 38 л., поступила 12/v 1900 г. Было 3 родовъ (послѣдніе 7 лѣтъ назадъ); выкидышей не было. 3 мѣс. назадъ удалена матка по поводу полнаго выпаденія. Постоянная боль въ лѣвой сторонѣ живота. Надъ культей слѣва—увеличенный до размѣровъ большого каштана, какъ-бы дольчатый, подвижный, слабо упругой плотности, болѣзненный яичникъ. Правый яичникъ не увеличенъ и слегка чувствителенъ. Распознаны: периоофоритъ, кистовидное перерожденіе лѣваго яичника. 16/viii удаленіе яичника черезъ влагалище. Разрѣзъ немного ниже стараго рубца. Лѣвый яичникъ, извлеченный черезъ рану, оказался въ голубиное яйцо, съ мелкими кистами и былъ сращенъ съ петлею кишки, въ свою очередь припаянной вмѣстѣ съ яичникомъ къ пристѣночной брюшинѣ. Отъ этого получалась опухоль, похожая на увеличенный яичникъ и объяснявшая казавшуюся дольчатость его. Яичникъ былъ освобожденъ отъ сращеній и изсѣченъ; сращенія брюшины съ кишкой разрушены, и петля вправлена вверхъ, въ полость таза. Правый, мало измѣненный, яичникъ оставленъ на своемъ мѣстѣ. При отдѣленіи яичника были удалены старыя лигатуры съ правой широкой связки, остававшіяся послѣ удаленія матки. Передняя (слегка выпадавшая) стѣнка рукава была соединена 2-мя швами съ брюшиной. Тампонъ іодоформно-стерилизованный полостной и влагалищный. Послѣопераціонное теченіе безлихорадочное. Тампонъ перемѣненъ на 3-й день, удаленъ на 9-й. Назначены спринцеванія. Выписалась 18/ix выздоровѣвшей.

9. А. П., 19 л., поступила 19/v 1900 г. Не рожала и не выкидывала. Страдаетъ водянкой живота, обусловленной порокомъ сердца. Годъ назадъ въ больницѣ былъ сдѣланъ небольшой разрѣзъ живота, чтобы выпустить жидкость; рана вполнѣ не зажила и постоянно просачивалась прозрачная жидкость. Сильные шумы у верхушки сердца; рѣзкое усиленіе 2-го тона аорты. По бѣлой линіи на границѣ верхней средней ⅓ разстоянія отъ лона до пупка—слѣдъ бывшаго разрѣза въ видѣ выступающей полоски вялыхъ грануляцій, длиною около 4 к. стм. На нижнемъ концѣ грануляціи рыхлыя, и отсюда просачивалась прозрачная жидкость. Распознаваніе: свищъ брюшныхъ стѣнокъ. 26/v: Закрытіе свища подъ кокаиновымъ обезболиваніемъ. Гранулировавшая часть раны вырѣзана въ предѣлахъ здоровой ткани. Края свища обнажены и освѣжены. 2 шва, проникавшіе черезъ всю толщу стѣнокъ живота и захватывавшіе брюшину; 4 поверхност-

Digitized by Google

ныхъ шва. Поверхъ раны полоска марли, укрѣпленная коллодіемъ. Легкая повязка. Послѣопераціонное теченіе безлихорадочное. Швы сняты на 9-й день; первое натяженіе. Просачиванія нѣтъ. Больная переведена во внутреннее отдѣленіе.

10. Ф. К., 57 л., поступила 19/IV 1900 г. Дѣтей и выкидышей не имѣла. Первыя мѣсячныя на 13-мъ году, приходили до 1899 г. правильно, безъ болей. Въ сентябрѣ 1899 г. крови пріостановились, а 23/XII появилось значительное кровотеченіе, продолжавшееся около недѣли и не сопровождавшееся выдѣленіемъ какихъ-либо плотныхъ частей. Съ той поры (уже 4 года) нѣсколько разъ въ мѣсяцъ черезъ неправильные промежутки появляются кровотеченія, а, когда ихъ нѣтъ, идутъ бѣли, безъ запаха. Частыя и дов. сильныя боли внизу живота.—Матка въ кулакъ взрослаго. Зѣвъ полуоткрытъ; края его истончены. Шейка сглажена. Проходящимъ свободно черезъ истонченное кольцо наружнаго зѣва пальцемъ въ полости матки прощупывается бугристая, хрупкая масса, исходящая изъ лѣвой стороны ея; выше въ полость пальцемъ проникнуть не удается, но зондомъ можно дойти вправо до дна матки и обойти имъ кругомъ выполняющей полость массы. Послѣ изслѣдованія выдѣляется кровь со сгустками, но безъ запаха. Матка нѣсколько подвижна. Яичники не прощупываются. Своды свободны и безболѣзненны. Припухшихъ железъ нѣтъ. Крайнее малокровіе. Распознана миксосаркома матки. 22/IV: Удаленіе матки черезъ влагалище; удаленіе обоихъ яичниковъ съ трубами. Наружный зѣвъ ущемленъ (для закрытія его) щипцами *Museux*. Задній и передній своды вскрыты. Пальцами разрушены срощенія на задней поверхности матки. На широкія связки, не выворачивая матки, наложены по 2 зажима *Doyen*'a, и матка удалена. Послѣ этого удалены придатки. Полостной и влагалищный тампоны. Пинцеты, обмотанные марлей на концахъ, оставлены in situ на 48 часовъ, затѣмъ сняты. Ежедневная перемѣна влагалищнаго тампона (въ виду дов. большого отдѣляемаго раны). Полостной тампонъ перемѣненъ на 3-и сутки. На 9-й день влагалищный тампонъ удаленъ совсѣмъ и назначено спринцеваніе. Рана гранулировала хорошо; однако больная, въ виду крайней слабости, не покидала постели. Температура (кромѣ 3 и 5 сутокъ) была нормальна. На 18-й день замѣченъ пролежень на крестцѣ, все увеличивавшійся, не смотря на принимаемыя мѣры. 15/V: Удалена омертвѣвшая клѣтчатка пролежня до кости. Ежедневныя перевязки. Слабость наростала. Температура временами при скопленіи гноя повышалась до 38°—38°,5. 22/V на 31-й день послѣ операціи больная внезапно умерла при явленіяхъ сердечной слабости (пробка въ легочной артеріи?).

11. (См. выше, сл. 8) М. М. Послѣ 2 послѣднихъ родовъ—выпаденіе матки (послѣродовая лихорадка; встала съ постели послѣ родовъ на 4-й день).—Матка лежала между бедеръ и была покрыта гипертрофированными вывороченными стѣнками влагалища. Слизистая оболочка влагалища приняла характеръ наружныхъ покрововъ, была суха, плотна и мѣстами изъязвлена. Матка съ гипертрофированной шейкой—по зонду—14 стм. Выпаденіе прямой кишки и мочевого пузыря. Распознаны: полное выпаденіе матки и влагалища, гипертрофія маточной шейки, выпаденіе прямой кишки и мочевого пузыря, разрывъ промежности. 16/V: Удаленіе матки чрезъ влагалище и передняя кольпоррафія. Лигатура накладывалась постепенно на одной и другой сторонахъ, начиная съ основанія широкихъ связокъ, при постепенномъ низведеніи матки внизъ. Придатки оставлены на мѣстѣ. Послѣопераціонное теченіе гладкое. Швы сняты на 10-й день. Въ глубинѣ культи осталась 1 лигатура, которая поддерживала нагноеніе (она была найдена и удалена спустя 3 недѣли). Выписалась выздоровѣвшей 18/IX.

12. Ж. С., 48 л., поступила 15/VI 1900 г. 9 разъ рожала въ срокъ; не выкидывала. $^1/_2$-года—кровотеченія и бѣли. На передней губѣ — грибовидное разростаніе, съ голубиное яйцо, съ незначительнымъ распадомъ. Матка небольшая, подвижная; инфильтратовъ въ сводахъ найти не удается. Придатки не увеличены, безболѣзненны. Распознанъ ракъ матки. 17/VI: Удаленіе матки чрезъ влагалище. Послѣ удаленія при осмотрѣ культей широкихъ связокъ сорвалась лигатура съ лѣвой сѣменной артеріи. Въ виду значительнаго кровотеченія и трудности отыскать кровоточившую артерію примѣнена плотная тампонада таза стерилизованной марлей. Температура послѣ операціи первые 3 дня была нормальна, отъ 4-го до 7-го лихорадочная (до 38°), далѣе опять нормальная. Тампонъ изъ полости таза извлеченъ на 5-й день. Влагалищная тампонада до 9-го дня, когда сняты швы. Выписалась на 16-й день (2/VII) здоровой.

13. М. С., 32 л., поступила 27/II 1901 г. Срочныхъ родовъ 3; выкидышей не было. Больна 6 мѣс. Матка увеличена (по зонду 10 стм.), перегнута впередъ. Шейка бугриста, съ изъязвленіями. Такого-же свойства ткань и по протяженію всего шеечнаго канала. Отдѣленія кровянисто-гнойныя, съ сильнымъ запахомъ. Подвижность матки значительная. Инфильтрата въ сводахъ нѣтъ. Распознаны: ракъ матки и кистовидное перерожденіе лѣваго яичника. 1/III: Удаленіе матки чрезъ влагалище и удаленіе обоихъ яичниковъ съ трубами. Предварительно полость шейки выскоблена и прижжена. Постепенная перевязка широкихъ связокъ, начиная снизу отъ основаній. Правая труба и яичникъ выдѣлены вмѣстѣ съ маткой. Лѣвые придатки взяты въ отдѣльную лигатуру и удалены отдѣльно. Послѣоперационное теченіе безлихорадочное. Лигатуры сняты цѣликомъ на 13-й день. Справа удаленъ весь ихъ пучекъ, слѣва остались неудаленными 2 лигатуры, которыя были сняты на 18-й день. Спринцеваніе. 25/III выписалась выздоровѣвшей.

14. У. Ш., 30 л., поступила 14/IV 1901 г. Не рожала. 2 раза выкинула. Больна около $^1/_2$ года. Изъ передней губы въ полость расширеннаго шеечнаго канала выпячивалось бугристое неизъязвленное образованіе. Матка увеличена незначительно, наклонена назадъ, дномъ сильно вправо. Новообразованіе исходило съ внутренней стороны шеечнаго канала, въ верхне-правой части передней губы. Матка по зонду 5,5 стм. Распознанъ (микроскопически) начинающійся ракъ. 23/IV: Удаленіе влагалищной части матки и удаленіе обоихъ яичниковъ и трубъ. Вскрытіе задняго свода съ обшиваніемъ; освобожденіе матки отъ многочисленныхъ старыхъ срощеній. Срощеніями окутаны были и придатки обѣихъ сторонъ. Въ виду этого низведеніе матки было очень затруднительно. По удаленіи матки придатки были перевязаны и удалены отдѣльно. Съ правой стороны наложено 7 лигатуръ, съ лѣвой 6. Брюшина соединена съ рукавомъ нѣсколькими швами. Глубокій и поверхностный тампоны изъ іодоформной марли. Въ виду лихорадочной температуры (первые 3 дня до 38°,1) глубокій тампонъ перемѣненъ на 3-й день; онъ былъ пропитанъ кровью съ запахомъ. Ежедневная смѣна тампоновъ. На 7-й день тампоны удалены; назначено спринцеваніе. Осложненіе: незначительный инфильтратъ (воспалительный) въ области удаленныхъ яичниковъ, рассосавшійся ко времени выписки. Выписалась 6/V выздоровѣвшей.

Переходя къ общему обзору этихъ случаевъ, прежде всего остановлюсь на 4-хъ изъ нихъ, окончившихся смертью. Въ одномъ изъ нихъ (сл. 2; межсвязочная нагноившаяся киста) неблагопріятный исходъ былъ непосредственнымъ слѣдствіемъ операціи. Сложность случая, обильныя срощенія, отдѣленіе которыхъ не могло не отозваться на излишнемъ раздраженіи брюшины, глубокое внѣдреніе кисты и срощеніе ея съ мочеточникомъ, явившееся причиной пораненія послѣдняго, разрывъ стѣнки полости съ гнойнымъ содержимымъ, наконецъ продолжительность наркоза — все это, весьма вѣроятно, послужило причиной смертельнаго исхода, который можно было предвидѣть уже тотчасъ послѣ операціи, когда у больной наступилъ крайній упадокъ силъ. Думается, что случай этотъ относится къ одной изъ тѣхъ, къ сожалѣнію, многочисленныхъ межсвязочныхъ кистъ, которыя и въ рукахъ опытныхъ хирурговъ даютъ часто неблагопріятный исходъ при чревосѣченіи и которыя со временемъ будутъ лѣчить преимущественно кольпотоміей, дающей при такихъ условіяхъ весьма хорошіе результаты. Въ остальныхъ 3-хъ случаяхъ (сл. 3, 7 и 10) смерть не связана непосредственно съ операціей и наступила на 27-й, 25-ый и 31-й день послѣ нея. Въ сл. 3 послѣ заживленія раны первымъ натяженіемъ, при отсутствіи воспалительныхъ явленій въ области малаго таза, смерть послѣдовала отъ осложненія нарывомъ въ легкихъ, на почвѣ хронической бугорчатки на 27-й день послѣ операціи. Въ сл. 7 быстрый ростъ явно злокачественной опухоли заставилъ спѣшить съ операціей у больной, только-что перенесшей выпотной плейритъ. Послѣоперационное теченіе осложнилось у нея нагноеніемъ въ области непрерывнаго шва кожнаго и апонейротическаго. Въ этомъ случаѣ лишній разъ сказалась непригодность непрерывнаго шва, такъ какъ нагноеніе распространяется по нему весьма легко и быстро, а полное удаленіе его, особенно изъ глубины тканей, порой довольно затруднительно. Лихорадочная температура, поддерживаемая нагноеніемъ въ области швовъ, весьма вѣроятно, являлась здѣсь послѣднимъ ударомъ для сердца, дѣятельность котораго и безъ того уже была сильно ослаблена перенесеннымъ плейритомъ. Наконецъ сл. 10 (саркома матки) даетъ главный поводъ къ упреку въ неудовлетворительности послѣоперационнаго ухода. У больной, у которой удалена была матка, послѣ полнаго заживленія раны развился пролежень, увеличивавшійся, не смотря на примѣненіе возбуждающихъ средствъ, смазываніе іодоформнымъ коллодіемъ, наконецъ полное удаленіе всего омертвѣвшаго участка до крестцовой кости. Сопровождаясь нагноеніемъ, развитіе пролежня шло впередъ; повязки мѣнялись ежедневно 2 раза; больная жаловалась только на общую слабость и умерла на 31-й день послѣ операціи внезапно. Обстоятельства этого случая заставляютъ подозрѣвать, не было-ли здѣсь эмболіи легочныхъ сосудовъ, какъ осложненія мѣстнаго обширнаго нагноенія. Къ сожалѣнію, вскрытія нельзя было сдѣлать.

Сл. 5 (сосочковая кистома) интересенъ по обилію срощеній со стѣнками пристѣночной брюшины и по огромному количеству содержимаго въ главной полости ($12^1/_2$ литровъ). Бурый цвѣтъ жидкости и примѣсь хлопьевъ фи-

Digitized by Google

брина указывали на бывшее здѣсь раньше кровоизліяніе. Въ этомъ-же случаѣ лишній разъ обнаружились давно уже подмѣченное[1]) прекрасное дѣйствіе на пульсъ вливанія въ полость брюшины физіологическаго раствора поваренной соли и быстрая всасываемость его брюшиной. Этотъ простой способъ (вливаніе съ избыткомъ физіологическаго раствора въ полость брюшины передъ закрытіемъ ея) даетъ всегда хорошій результатъ, быстро поднимая пульсъ, давая полную возможность вытѣснить весь воздухъ изъ брюшной полости, способствуя правильному распредѣленію смѣщенныхъ кишечныхъ петель и наконецъ умѣряя (а часто и совершенно устраняя) столь обычную въ послѣопераціонномъ періодѣ мучительную жажду; главное-же достоинство его — это быстрое поступленіе жидкости въ общій кругъ кровообращенія и надежное поднятіе дѣятельности сердца, благодаря чему можетъ быть устранена надобность въ обычныхъ, часто совершенно безрезультатныхъ, многочисленныхъ впрыскиваніяхъ камфоры и въ введеніи большихъ количествъ (до 1000 грм. и болѣе) тогоже солевого раствора въ подкожную клѣтчатку. Въ сколько-нибудь тяжелыхъ случаяхъ пользы отъ этихъ мѣръ мнѣ никогда не приходилось видѣть; да теоретически и непонятно, какимъ образомъ онѣ могутъ быть дѣйствительны. Вѣдь, въ такихъ случаяхъ, на ряду съ ослабленіемъ дѣятельности сердца неизбѣжно ослабѣваетъ и проталкивающая его способность. Можно-ли по этому разсчитывать на своевременное всасываніе камфоры и солевого раствора и воздѣйствіе ихъ на центры? Говорю «своевременное», потому что въ такихъ случаяхъ сердцу нужна немедленная помощь, для него дорога каждая секунда. Внутрисосудистыя вливанія въ такихъ случаяхъ являются средствомъ незамѣнимымъ, но они требуютъ большой осторожности и сложной обстановки. Мнѣ кажется, что вливаніе въ брюшную полость физіологическаго раствора соли при всѣхъ чревосѣченіяхъ, гдѣ оно представляется допустимымъ (гдѣ нѣтъ гноя и подозрѣнія на злокачественность), могло-бы обезпечить насъ отъ необходимости прибѣгать ко всѣмъ вышеуказаннымъ мѣрамъ. Брюшная полость, вся пронизанная лимфатическими щелями, такъ быстро всасывающая жидкости, служила-бы въ такихъ случаяхъ естественнымъ путемъ для своевременнаго пополненія сосудистой системы.

Сл. 6 (межсвязочная міома) весьма интересенъ по послѣдующему теченію: у больной матка не была удалена цѣликомъ вмѣстѣ съ міомой. Изъ шеечнаго канала ея предварительно былъ удаленъ небольшой фиброзный полипъ, не дававшій по микроскопическому изслѣдованію подозрѣнія на злокачественность. Однако, оставленная часть шейки (именно мѣсто срѣза полипа) черезъ $^1/_2$ года послужила мѣстомъ образованія несомнѣннаго рака.

Въ сл. 8 оставленный по удаленіи матки яичникъ, спаявшись съ петлею тонкихъ кишекъ и съ передней брюшной стѣнкой, давалъ рядъ болѣзненныхъ припадковъ частичнаго ущемленія (видимая перистальтика кишечныхъ петель).

Наконецъ въ сл. 12 наблюдавшееся при удаленіи матки кровотеченіе изъ лѣвой сѣмянной артеріи (лигатура съ нея сорвалась) успѣшно было остановлено плотной тампонадой таза полосой іодоформной марли.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

### Изъ Абастумана.

(Письмо 3-ье).

**Необходимость курортнаго положенія для санитарно-административнаго и хозяйственнаго управленія Абастуманомъ.— Необходимость передачи минеральныхъ водъ въ вѣдѣніе Министерства государственныхъ имуществъ.**

Изложивъ возможно сжато настоятельныя нужды Абастумана и его минеральныхъ водъ (см. выше №№ 3 и 5), перейду къ краткому-же ознакомленію съ современнымъ управленіемъ Абастуманскими минеральными водами.

Какъ уже было сказано, согласно приказу по военному вѣдомству отъ 14/IV 1898 г. Абастуманскія минеральныя воды вмѣстѣ съ ихъ территоріей перешли въ вѣдѣніе военнаго Министерства. Относительно охраненія источниковъ соблюдаются общія по этому предмету постановленія (Уст. врач. ст. 352—363), при чемъ министръ земледѣлія и государственныхъ имуществъ входитъ въ соглашеніе съ министромъ военнымъ. Высшее мѣстное управленіе водами принадлежитъ командующему войсками военнаго округа и главноначальствующему гражданскою частью на Кавказѣ, который осуществляетъ это черезъ окружныхъ инспектора госпиталей и военно-медицинскаго инспектора, а въ потребныхъ случаяхъ входитъ въ соглашеніе съ Тифлисскимъ губернаторомъ. Непосредственное управленіе водами ввѣряется коменданту Абастумана, директору водъ (онъ-же главный врачъ госпиталя), и хозяйственно-санитарному Комитету. Послѣдній состоитъ, подъ предсѣдательствомъ коменданта, изъ директора водъ, консультанта водъ (онъ-же консультантъ госпиталя) и архитектора. Въ засѣданія Комитета приглашаются предсѣдателемъ его на правахъ членовъ: а) по дѣламъ, касающимся санитарнаго состоянія и благоустройства на территоріи водъ,—Ахалцыхскій уѣздный начальникъ, который можетъ быть замѣненъ его помощникомъ или мѣстнымъ полицейскимъ приставомъ; б) мѣстные лѣсничій и чиновникъ горнаго вѣдомства по предметамъ ихъ спеціальности и в) по дѣламъ, общимъ съ мѣстнымъ госпиталемъ—смотритель послѣдняго. Въ отношеніи полицейской части на водахъ комендантъ дѣйствуетъ черезъ мѣстнаго полицейскаго пристава, сообразуясь съ инструкціей, данной приставу Тифлисскимъ губернаторомъ, по соглашенію съ военно-окружнымъ начальствомъ. По утвержденному штату Управленія Абастуманскими минеральными водами полагаются еще: коммисаръ и письмоводитель минеральныхъ водъ. Кромѣ того, дополнительными правилами допущенъ отпускъ отъ военнаго министерства суммъ на содержаніе при Абастуманскихъ минеральныхъ водахъ сверхъ штата 1 повивальной бабки, 3 надзирателей, 2 писарей, механика-слесаря, садовника, кассира, ванщицъ, а также на ремонтъ зданій, на ремонтъ инвентаря и хозяйственныхъ потребностей, на канцелярскіе расходы, на награды; итого расходовъ—21448 р. Если къ этому прибавить расходы по командированію на лѣто въ помощь госпитальнымъ нѣсколькихъ врачей и содержаніе интендантствомъ нижнихъ воинскихъ чиновъ, то ежегодный расходъ военнаго вѣдомства на управленіе Абастуманскими водами простирается до 23348 р. А доходъ этихъ водъ по 3-лѣтней сложности исчисляется теперь въ 9000 р. Слѣд., ежегодный перерасходъ составляетъ 14348 р.

Помимо этого, надо указать еще на допущенную и здѣсь двойственность управленія (военнаго начальника совмѣстно съ врачебнымъ, ему подчиненнымъ), которая такъ невыгодно отражается на госпитальномъ дѣлѣ; она ощущается нынѣ и въ управленіи Абастуманскими минеральными водами, гдѣ хозяиномъ поставленъ комендантъ, а между тѣмъ по сущности дѣла, de facto, таковымъ является врачъ—директоръ водъ. Отсюда возможность всякихъ недоразумѣній и столкновеній во вредъ дѣлу.

По вопросу о введеніи въ пользу Абастумана сборовъ съ населенія на благоустройство и объ установленіи таксъ распоряженіемъ командующаго войсками въ 1900 г. была учреждена Коммиссія. Послѣдняя въ отношеніи оцѣночнаго сбора и правилъ взиманія другихъ сборовъ предположила примѣнять порядокъ, указанный въ 119 и 130 ст. городового положенія 1892 г. съ тѣмъ, чтобы обязанности Думы и Управы лежали на мѣстномъ санитарно-хозяйственномъ Комитетѣ, въ составъ котораго по дѣламъ обложенія сборами и составленія смѣтъ доходовъ и расходовъ по благоустройству территоріи водъ приглашаются, *на правахъ членовъ*, 3 лица отъ дачевладѣльцевъ, *по выбору Комитета*, срокомъ на 3 года, съ утвержденія губернатора. Вышеупомянутой Коммиссіей такимъ образомъ въ 1900 г. было выработано «курортное положеніе», по которому предоставляются санитарно-хозяйственному Комитету управленія водъ не только санитарно-административныя права, но и завѣдываніе общественнымъ хозяйствомъ Абастумана. Противъ этого ничего нельзя имѣть, потому что Абастуманъ — собственно не населенный пунктъ. Кому же предоставить завѣдываніе общественнымъ хозяйствомъ, какъ не санитарно-хозяйственному Комитету? Большая часть дачевладѣльцевъ и торговцевъ пріѣзжаютъ сюда только на лѣто; постоянно остаются тамъ не болѣе 30 мелкихъ торговцевъ, дворниковъ и содержателей духановъ; остальныя дачи и магазины на зиму запираются. Но, разъ Коммиссіей предположенъ сборъ съ дачевладѣльцевъ и съ населенія до 6690 р. въ годъ, то, конечно, слѣдовало-бы предоставить самимъ дачевладѣльцамъ выбирать своихъ депутатовъ въ Комитетъ, а не послѣднему—выбирать этихъ лицъ. Не смотря на допущенную неправильность, дачевладѣльцы Абастумана будутъ рады даже и такому «курортному положенію», лишь-бы оно получило правительственную санкцію. Тогда хоть съ помощью сборовъ съ населенія можно приступить къ благоустройству мѣстечка, сильно запущеннаго со времени перехода въ военное вѣдомство. Но бѣда въ томъ, что для окончательной санкціи курортнаго положенія оно должно войти въ дополнительныя правила Приказа по военному вѣдомству, пройдя черезъ разныя инстанціи и Совѣты. Предварительно-же должно еще получить одобреніе Тифлисскаго губернатора. Вотъ уже кончается 3 года со времени составленія «Абастуманскаго курортнаго положенія», а, по слухамъ, оно даль-

[1]) *А. А. Муратовъ.* «Медицинское Обозрѣніе», 1892 г., №№ 15 и 16. *К. Ѳ. Славянскій.* Патологія и терапія женскихъ болѣзней, 1897 г., стр. 287.

Digitized by Google

ше канцеляріи губернатора не пошло, хотя, какъ мнѣ извѣстно, въ прошломъ году штабъ Кавказскаго военнаго округа извѣщалъ коменданта Абастумана, что «о скорѣйшемъ разрѣшеніи этого вопроса сдѣлано надлежащее сношеніе».

Посмотримъ теперь, въ какое положеніе поставлена ближайшая администрація Абастумана передъ пріѣзжающей курортной публикой, которая требуетъ отъ нея улучшеній и санитарныхъ порядковъ.

Военнымъ вѣдомствомъ отпускается Управленію водъ на хозяйственныя надобности всего 1800 р. (они входятъ въ вышеприведенную общую сумму по штату). Изъ этой суммы нужно расходовать на освѣщеніе района и зданія минеральныхъ водъ (по опыту прошлыхъ 3-хъ лѣтъ—300 р.), на отопленіе зданій (700 р.), печатаніе сезонныхъ билетовъ и билетовъ на способы лѣченія (160 р.), мытье ваннаго бѣлья (60 р.), содержаніе рабочей команды (100 р.), наемъ полковой музыки для курорта (600 р.). Получается перерасходъ въ 120 р. Откуда его взять? Сборъ съ сезонныхъ билетовъ, по постановленію военнаго Совѣта, съ 1898 г. поступаетъ депозитомъ въ казначейство. Оцѣночный сборъ съ населенія пока еще не разрѣшенъ. Получаемыя по традиціи незначительныя суммы со скотобойни, съ извознаго промысла, съ арендаторовъ будокъ и пр. едва хватаютъ на содержаніе полиціи. При чемъ въ послѣднія 4—5 лѣтъ остаются безъ удовлетворенія поддержаніе и возобновленіе хозяйственнаго инвентаря, содержаніе въ порядкѣ парка, дорожекъ, цвѣтника, библіотеки и пр. Положеніе—прямо невозможное.

Другая, бо̀льшая часть нуждъ, за исключеніемъ желѣзной дороги отъ Боржома до Ахалцыха, которая, по моему мнѣнію, должна стоять на первомъ планѣ, при серьезной эксплуатаціи Абастумана, установлена настоящей администраціей водъ въ особой запискѣ, поданной въ Главное военно-медицинское Управленіе въ началѣ перехода водъ въ военное вѣдомство. На все потребуются милліонныя затраты. При современныхъ условіяхъ трудно разсчитывать, чтобы военное вѣдомство рѣшилось на такія затраты для курортнаго дѣла. Не нужно быть пророкомъ, чтобы предсказать, что скоро военное Министерство при вышеисчисленномъ ежегодномъ перерасходѣ на Абастуманъ-само захочетъ избавиться отъ такой обузы; я не говорю уже о томъ, что и мѣстный госпиталь, и отправка на Абастуманскія воды больныхъ изъ внутреннихъ округовъ ложатся, по видимому, тяжкимъ бременемъ на бюджетъ военнаго Министерства.

Другое дѣло, если-бы в.-медицинское вѣдомство держалось традицій недавняго прошлаго. Давно уже сознанъ вредъ, причиняемый населенію отправляемыми ежегодно изъ строя въ крестьянскую среду чахоточными больными, составляющими около 3% списочнаго состава. Военные врачи неоднократно уже выясняли необходимость направлять чахоточныхъ и другихъ затяжныхъ заразныхъ больныхъ не въ деревни, а въ санитарныя колоніи, расположенныя въ здоровыхъ мѣстностяхъ, гдѣ они находили-бы себѣ пріютъ и разумный уходъ. На этомъ принципѣ и было основано учрежденіе въ Абастуманѣ, Гамзачиманѣ, Дилижанѣ, Караклисѣ, Саракамышѣ лазаретовъ и временныхъ санитарныхъ стоянокъ, по почину бывшаго Кавказскаго окружного в.-медицинскаго инспектора покойнаго *А. А. Реммерта*. Мысль основать въ Абастуманѣ постоянный госпиталь для хроническихъ больныхъ офицеровъ и нижнихъ чиновъ основана на томъ-же принципѣ. Но черезъ рядъ лѣтъ, когда сдѣлались извѣстны недостатки лѣтнихъ санитарныхъ стоянокъ, а равно госпитальнаго содержанія чахоточныхъ, когда, съ другой стороны, опытъ западной Европы доказалъ несомнѣнную пользу настоящихъ здравницъ, казалось, в.-медицинское вѣдомство, держась своихъ традицій, должно-бы было перешагнуть отъ санитарныхъ стоянокъ къ военнымъ санаторіямъ въ своихъ климатическихъ курортахъ; однако ничего такого еще нѣтъ.

Мнѣ кажется, давно пора Абастуманскій военный госпиталь превратить въ обширную военную санаторію, гдѣ-бы больные офицеры и нижніе чины могли пользоваться не только лѣтнимъ, но и особенно осеннимъ и зимнимъ климатомъ, гораздо болѣе цѣлительнымъ, чѣмъ одно лѣтнее пребываніе въ Абастуманѣ, гдѣ-бы дана была возможность усиленно кормить больныхъ, гдѣ-бы устроены были широкія галлереи на солнечной сторонѣ — особыя для лежанія на кушеткахъ и особыя для прогулокъ въ ненастную погоду, гдѣ-бы всѣ кашляющіе снабжались карманными плевательницами и пр. Ничего подобнаго нѣтъ! И это потому, что в.-медицинское вѣдомство, по видимому, держится того взгляда, что не дѣло вѣдомства военнаго заботиться о *хронически* заразныхъ больныхъ; мы-де ихъ уволимъ, а заботятся о нихъ пусть другіе.

При такомъ взглядѣ, понятно, Абастуманскій госпиталь не могъ соотвѣтствовать своему прямому назначенію. Новыя госпитальныя зданія и самое госпитальное довольствіе не принаровлены къ современнымъ требованіямъ лѣченія хрониковъ, особенно больныхъ бугорчаткой; до сихъ поръ тамъ не введенъ даже трактирный способъ довольствія, примѣняемый давно въ обыкновенныхъ лазаретахъ внутреннихъ губерній Россіи; не установлена такая запись и статистика, какъ въ санаторіяхъ, напр., *Davos*'а, чтобы можно было 2—3 года слѣдить за судьбою больныхъ бугорчаткой, выбывшихъ изъ Абастуманскаго военнаго госпиталя. Поэтому до сихъ поръ съ достаточною ясностью не могла быть выяснена для военнаго вѣдомства польза отправленія на лѣто громаднаго числа больныхъ офицеровъ и нижнихъ чиновъ. Вотъ почему теперь становится обузою для военнаго вѣдомства управленіе Абастуманомъ, а существованіе Абастуманскаго военнаго госпиталя при одной лѣтней его работѣ является проблематичнымъ.

Послѣ всего этого становится понятнымъ слухъ, будто Кавказское окружное в.-медицинское Управленіе возбудило уже въ установленномъ порядкѣ ходатайство о передачѣ Абастумана гражданскому вѣдомству. Разъ медицинская часть военнаго вѣдомства отказывается отъ такого лѣчебнаго богатства, какъ Абастуманскіе климатъ и термы, то отъ военнаго Министерства Абастуману больше нечего ждать.

Въ какое-же вѣдомство воды эти должны окончательно перейти? Конечно, въ то, которое имѣетъ уже традицію относительно громаднаго государственно-экономическаго значенія отечественныхъ курортовъ и минеральныхъ водъ, которое, затрачивая значительныя суммы на постепенное совершенствованіе и процвѣтаніе ихъ, не ищетъ сейчасъ-же большихъ доходовъ, а видитъ эти послѣдніе въ тѣхъ немалыхъ суммахъ, которыя, благодаря этимъ учрежденіямъ, остаются въ отечествѣ, «въ тѣхъ милліонахъ русскихъ денегъ, которые увозятся нашими больными заграницу, способствуя украшенію и процвѣтанію разныхъ Karlsbad'овъ, Wiesbaden'овъ и пр., въ ущербъ нашимъ интересамъ и благосостоянію нашихъ отечественныхъ водъ». Послѣднія слова я цѣликомъ привожу изъ записки министра земледѣлія и государственныхъ имуществъ А. С. Ермолова, поданной имъ въ государственный Совѣтъ въ 1898 г.

Да, Абастуманъ — этотъ Davos съ Ragaz'емъ нашей Швейцаріи, какъ я охарактеризировалъ его въ 1-мъ своемъ письмѣ, долженъ быть немедленно переданъ въ то именно Министерство, которое спеціально заинтересовано созданіемъ на ряду съ группой Кавказскихъ минеральныхъ водъ, еще новой группы «Закавказскихъ минеральныхъ водъ» (Боржомъ — Цагвери — Аспиндза — Абастуманъ — Уравель). И тогда будетъ еще болѣе вѣроятія, что «милліоны русскихъ денегъ останутся въ русскомъ отечествѣ». Все вышеизложенное я докладывалъ 2-му Всероссійскому бальнеологическому Съѣзду въ Пятигорскѣ и просилъ Съѣздъ: «въ виду выслушанныхъ достовѣрныхъ данныхъ относительно неотложныхъ нуждъ Абастумана, требующихъ значительныхъ правительственныхъ затратъ, производство которыхъ, со стороны нынѣ вѣдающаго этими водами Министерства, по видимому затруднительно, поручить Правленію Съѣзда возбудить ходатайство предъ правительствомъ о передачѣ Абастуманскихъ минеральныхъ водъ и Абастуманскаго климатическаго курорта въ вѣдѣніе Министерства земледѣлія и государственныхъ имуществъ, имѣющаго спеціальной задачей широкую постановку дѣла процвѣтанія отечественныхъ курортовъ съ государственнымъ значеніемъ».

Съѣздъ высказалъ свое мнѣніе въ слѣдующемъ постановленіи: «Абастуманъ заслуживаетъ поддержки и процвѣтанія, какъ будущій первоклассный курортъ. Возбудить ходатайство о передачѣ его въ то вѣдомство, которое можетъ имѣть средства для поддержанія и дальнѣйшаго развитія его». Изъ преній по этому докладу было выяснено, между прочимъ, что Кавказское в.-окружное медицинское Управленіе само также возбудило ходатайство о передачѣ Абастумана въ другое вѣдомство.

*А. Бабаевъ-Бабаянъ.*

Digitized by Google

## Изъ Berlin'а.

**Дополненія и разъясненія къ докладу Behring'а о возникновеніи и распространеніи бугорчатки. Докладъ Westenhoeffer'а о путяхъ зараженія дѣтскаго организма бугорчаткой. Опытъ проф. Moeller'а. Дальнѣйшій ходъ борьбы врачей съ кассами въ Berlin'ѣ.**

Подобно тому, какъ докладъ проф. *Koch*'а на London'скомъ Съѣздѣ вызвалъ въ свое время оживленный обмѣнъ мнѣній и далъ толчокъ къ цѣлому ряду научныхъ работъ, благодаря которымъ важный вопросъ о тождествѣ палочекъ бугорчатки человѣка и жемчужной болѣзни рогатаго скота можно считать уже выясненнымъ, такъ и теперь докладъ проф. *Behring*'а на Съѣздѣ естествоиспытателей и врачей въ Cassel'ѣ служитъ предметомъ обсужденія въ медицинскихъ Обществахъ и также, несомнѣнно, вызоветъ за собой цѣлый рядъ интересныхъ научныхъ изслѣдованій. Между этими 2-мя докладами есть однако очень существенная разница: въ то время какъ положенія *Koch*'а касались только одной ограниченной области и могли поэтому быть изложены довольно точно, взгляды, высказанные *Behring*'омъ, захватываютъ такую обширную область патологіи бугорчатки, что въ одномъ докладѣ ему не удалось изложить ихъ настолько ясно и опредѣленно, чтобы они могли быть поняты всѣми одинаково: осталось невыясненнымъ и недосказаннымъ очень многое. *Behring* поэтому счелъ нужнымъ еще разъ повторить свой докладъ съ нѣкоторыми дополненіями въ Berlin'скомъ терапевтическомъ Обществѣ и напечаталъ въ «Berliner klinische Wochenschrift» длинный рядъ положеній, на которыхъ зиждется его теорія возникновенія и распространенія бугорчатки. Но этихъ дополненій и разъясненій все-таки оказалось недостаточно, такъ какъ изъ преній, возникшихъ послѣ доклада, обнаружилось, что *Behring* далеко не всѣми былъ понятъ вѣрно. Это подтвердилъ на одномъ изъ послѣднихъ засѣданій Berlin'скаго Медицинскаго Общества проф. *Orth*, заявившій, что только послѣ продолжительной личной бесѣды съ проф. *Behring*'омъ онъ вполнѣ освоился съ его взглядами и пришелъ къ заключенію, что они вовсе не такъ рѣзко отличаются отъ его собственныхъ. *Behring*, по мнѣнію *Orth*'а, самъ виноватъ въ томъ, что большинство его невѣрно поняли: дѣло въ томъ, что во всѣхъ его статьяхъ и докладахъ онъ предполагалъ, что читатель или слушатель уже хорошо знакомъ со всѣмъ тѣмъ, что онъ уже раньше говорилъ или писалъ и, слѣд., уже знаетъ тѣ ограниченія, которыя онъ самъ признаетъ для высказываемыхъ имъ довольно рѣзко положеній. *Orth* поэтому счелъ нужнымъ повторить основныя положенія *Behring*'а въ томъ видѣ, въ какомъ они для него были выяснены послѣ личной бесѣды съ нимъ. Я повторяю ихъ здѣсь вкратцѣ.

Прежде всего *Behring* допускаетъ, что бугорчатковыя палочки могутъ проникать въ человѣческій организмъ во всѣхъ возрастахъ жизни и могутъ при этомъ всегда вызывать первичное зараженіе. Онъ такимъ образомъ не ограничиваетъ зараженія бугорчаткой однимъ раннимъ дѣтскимъ возрастомъ, а лишь признаетъ, что зараженіе въ раннемъ дѣтствѣ въ большинствѣ случаевъ служитъ основой для развитія легочной чахотки. Взгляды *Behring*'а на предрасполагающее вліяніе гигіэнически-діэтетическихъ условій и прежде перенесенныхъ болѣзней на развитіе бугорчатки ничѣмъ не отличаются отъ общепринятыхъ въ настоящее время. Новыми во взглядахъ *Behring*'а, по мнѣнію *Orth*'а, могли казаться только 2 положенія: 1) отрицаніе существованія наслѣдственнаго предрасположенія къ бугорчаткѣ и 2) утвержденіе, что зараженіе въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ создаетъ предрасположеніе къ легочной чахоткѣ. Но существованіе прирожденнаго расположенія къ бугорчаткѣ отрицали еще до *Behring*'а многіе другіе, и, между прочимъ, его не признавалъ такой извѣстный ученый, какъ *Cohnheim*. Что касается 2-го положенія, то *Behring* не говоритъ, что именно *тѣ самыя* бугорчатковыя палочки, которыя проникли въ организмъ въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, впослѣдствіи обусловливаютъ развитіе легочной чахотки. Наоборотъ, онъ допускаетъ, что прибавочныя, впослѣдствіи наступающія, даже, можетъ быть, часто повторяющіяся зараженія играютъ при развитіи легочной чахотки большую роль. *Behring* идетъ еще дальше и утверждаетъ, что это расположеніе къ легочной бугорчаткѣ, обусловленное зараженіемъ въ младенческомъ возрастѣ, можетъ быть совершенно скрытымъ и не обнаруживаться никакими анатомическими измѣненіями. Понятно, что существованіе такого предрасположенія очень трудно, почти невозможно доказать, и *Behring*, по мнѣнію *Orth*'а, до сихъ поръ еще и не доказалъ его. Единственный способъ, которымъ можно было бы вообще доказать существованіе зараженія бугорчатковыми палочками въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, было-бы обнаруженіе ихъ въ крови дѣтей въ первые мѣсяцы жизни. *Orth* и предпринимаетъ въ настоящее время, при содѣйствіи нѣсколькихъ врачей больницы Charité, цѣлый рядъ такихъ изслѣдованій. Что касается практическаго значенія взглядовъ *Behring*'а для дѣла борьбы съ бугорчаткой, то пока они не могутъ измѣнить существенно нашихъ мѣропріятій по борьбѣ съ этимъ врагомъ человѣчества: мы по прежнему должны стремиться къ тому, чтобы охранять отъ зараженія и дѣтей, и взрослыхъ, такъ какъ и *Behring* признаетъ, что прибавочное зараженіе играетъ крупную роль при возникновеніи легочной чахотки.

Вышеприведенное заявленіе проф. *Orth*'а было сдѣлано въ Медицинскомъ Обществѣ по поводу доклада д-ра *Westenhoeffer*'а «О путяхъ зараженія дѣтскаго организма бугорчаткой», который имѣетъ близкое отношеніе къ теоріи *Behring*'а и о которомъ поэтому стоитъ сказать нѣсколько словъ. Статистическія данныя о заболѣваемости и смертности въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, говоритъ *Westenhoeffer*, показываютъ, что до 3-мѣсячнаго возраста дѣти почти никогда не страдаютъ бугорчаткой. Начиная-же съ 3-мѣсячнаго возраста, заболѣваемость и смертность отъ бугорчатки даетъ себя замѣтно чувствовать и затѣмъ постепенно возрастаетъ. Онъ задаетъ поэтому вопросъ: какія физіологическія измѣненія происходятъ въ дѣтскомъ организмѣ, начиная съ 3-го мѣсяца жизни, чтобы ими можно было объяснить болѣе легкую заражаемость организма бугорчатковыми палочками? Отвѣтъ *Westenhoeffer*'а на этотъ вопросъ гласитъ: Съ 3-го мѣсяца у дѣтей нерѣдко уже начинается прорѣзываніе зубовъ (въ среднемъ съ 6—7 мѣсяца), а періодъ прорѣзыванія зубовъ является единственнымъ временемъ въ жизни человѣка, когда на слизистой оболочкѣ полости рта развиваются вслѣдствіе чисто физіологическихъ причинъ извѣстныя недостачи и пораненія; въ это время слизистая оболочка полости рта представляетъ приблизительно такія же благопріятныя условія для проникновенія заразнаго начала въ организъ, какъ и слизистая оболочка матки только-что родившей женщины. Какъ въ маткѣ поврежденные сосуды представляютъ открытый путь для проникновенія гноеродныхъ кокковъ въ кровь, такъ и въ воспаленной и раздраженной слизистой оболочкѣ полости рта открытъ входъ въ лимфатическіе сосуды, по которымъ проникшія въ нихъ бугорчатковыя палочки могутъ дойти до железъ, а изъ послѣднихъ при случаѣ могутъ распространиться и дальше и вызвать или медленно протекающее хроническое заболѣваніе, или скоротечную чахотку. Словомъ, *Westenhoeffer* полагаетъ, что въ большинствѣ случаевъ бугорчатка въ дѣтскомъ возрастѣ возникаетъ оттого, что бугорчатковыя палочки черезъ поврежденія, вызванныя въ слизистой оболочкѣ полости рта прорѣзываніемъ зубовъ, легко проникаютъ въ лимфатическіе сосуды шеи, а изъ послѣднихъ переходятъ въ железы дыхательнаго горла, бронховъ и даже могутъ проникнуть въ гораздо дальше лежащія группы лимфатическихъ железъ вплоть до брызжеечныхъ, т. е., вызываютъ бугорчатку железъ. Относительно дальнѣйшаго теченія болѣзни, по мнѣнію *Westenhoeffer*'а, всѣхъ дѣтей, можно раздѣлить на 4 большія группы: къ 1-ой относятся тѣ, у которыхъ дѣло ограничивается железами шеи, съ теченіемъ времени перестающими, благодаряли вмѣшательству хирурга, или цѣлительному дѣйствію самой природы, существовать, какъ опасный очагъ заразы; 2-ую большую группу представляютъ тѣ случаи, въ которыхъ, вслѣдствіе какого-либо вреднаго вліянія, боль-

Digitized by Google

шею частью остраго заразнаго заболѣванія, размягченная бронхіальная железа вскрывается въ мелкій бронхъ и получается легочная бугорчатка; къ 3-ей группѣ относятся тѣ частые случаи просовидной бугорчатки, въ которыхъ зараженіе происходитъ черезъ кровь изъ какой-нибудь творожисто-перерожденной железы; наконецъ въ 4-ую группу слѣдуетъ отнести тѣхъ дѣтей, у которыхъ бугорчатковое гнѣздо въ железѣ остается въ скрытомъ состояніи для того, чтобы въ болѣе позднемъ возрастѣ при случаѣ послужить источникомъ зараженія. Въ дальнѣйшемъ *Westenhoeffer* доказывалъ ошибочность утвержденія *Behring*'а, что бугорчатковыя палочки проникаютъ у дѣтей черезъ слизистую оболочку желудка и кишекъ: патолого-анатомическія изслѣдованія показываютъ, что слизистая оболочка кишекъ въ самомъ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ ничѣмъ не отличается отъ слизистой оболочки взрослыхъ; относительно желудка можно было-бы еще допустить, что поверхностный слизистый покровъ клѣтокъ представляетъ недостачи въ 1-ый или 2-ой день послѣ рожденія, но, начиная съ 3-го дня, онъ совершенно непрерывенъ, какъ и у взрослыхъ, а, такъ какъ въ первые 2 дня жизни дѣти почти совсѣмъ не получаютъ или получаютъ очень мало молока, то и вѣроятность проникновенія бугорчатковыхъ палочекъ черезъ слизистую оболочку желудка въ это время крайне ничтожна. Бугорчатковыя палочки, конечно, могутъ проникнуть и черезъ непрерывную слизистую оболочку кишечника животныхъ, не оставляя въ ней никакихъ измѣненій, какъ это еще до *Behring*'а показалъ *Orth*, но въ этомъ отношеніи молодыя животныя мало чѣмъ отличаются отъ взрослыхъ. *Westenhoeffer*, подобно *Orth*'у, полагаетъ, что то обстоятельство, что первичная бугорчатка кишечника встрѣчается у дѣтей очень рѣдко, служитъ лучшимъ доказательствомъ того, что зараженіе происходитъ не черезъ желудочно-кишечный каналъ и не черезъ молоко. Въ этомъ отношеніи и *Westenhoeffer* и *Orth* согласны съ *Koch*'омъ. Послѣдній ошибся лишь въ томъ, что считаетъ это доказательствомъ неоднородности палочекъ жемчужной болѣзни и человѣческой бугорчатки и выводитъ изъ этого заключеніе о безвредности для человѣка молока больныхъ животныхъ.

Принимавшіе участіе въ преніяхъ (проф. *A. Baginsky*, *A. Fraenkel*, *C. Benda*, *Cornet* и др.) отнеслись къ теоріи *Westenhoeffer*'а большею частью отрицательно. *Baginsky* привелъ статистическія данныя, показывающія, что при вскрытіяхъ дѣтскихъ труповъ, бугорчатка встрѣчается у умершихъ въ 3-ьемъ, 4-омъ и 5-мъ мѣсяцахъ жизни почти въ такомъ-же количествѣ случаевъ, какъ и въ послѣдующіе мѣсяцы перваго года, а это доказываетъ, что прорѣзываніе зубовъ, которое въ большинствѣ случаевъ начинается съ 6-го мѣсяца, при заболѣваніи бугорчаткой не играетъ большей роли. *Baginsky*, между прочимъ, показалъ 2 пластинки съ разводками бактерій, выросшихъ изъ молока, къ которому прибавлено было 1:5000 формалина; бактеріи выросли очень пышно, изъ чего можно заключить, что способъ сохраненія молока, предложенный *Behring*'омъ, не задерживаетъ роста молочныхъ бактерій. Изъ всего вышеприведеннаго можно вывести заключеніе, что новые взгляды *Behring*'а на возникновеніе и распространеніе бугорчатки у человѣка пока находятъ себѣ мало сторонниковъ среди Berlin'скихъ врачей и ученыхъ; за то выработанный *Behring*'омъ способъ предохраненія рогатаго скота отъ бугорчатки путемъ внутривенныхъ впрыскиваній живыхъ палочекъ человѣческой бугорчатки подтверждается не только успѣхами, достигнутыми при его посредствѣ въ сельскомъ хозяйствѣ, но и провѣрочными опытами другихъ изслѣдователей. Мало того, изслѣдованія, по видимому, направлены теперь къ тому, чтобы по тому-же принципу найти способъ предохраненія *человѣка* отъ бугорчатки. Въ этомъ направленіи сдѣланы очень интересныя изслѣдованія извѣстнымъ спеціалистомъ по кислотоупорнымъ палочкамъ проф. *A. Moeller*'омъ (Belzig). Этотъ ученый на основаніи своихъ опытовъ пришелъ къ заключенію, что «всѣмъ видамъ кислотоупорныхъ палочекъ въ большей или меньшей степени свойственна способность вызывать при повторной прививкѣ невосприимчивость по отношенію къ разнымъ видамъ тѣхъ-же кислотоупорныхъ палочекъ». Это значитъ, что повторнымъ впрыскиваніемъ, напр., палочекъ смегмы можно вызвать невосприимчивость къ человѣческой бугорчаткѣ; различные виды кислотоупорныхъ палочекъ отличаются между собой лишь по степени своей вызывающей невосприимчивость силы. Самыми слабыми являются палочки Тимоѳеевой травы, за ними слѣдуютъ палочки молока и смегмы, сильнѣе дѣйствуютъ палочки бугорчатки мѣдянокъ (змѣи), еще сильнѣе палочки навоза; ложно-жемчужная палочка имѣетъ наиболѣе сильно выраженныя вызывающія невосприимчивость свойства. Чтобы сдѣлать человѣка невосприимчивымъ къ бугорчаткѣ, изъ всѣхъ этихъ видовъ нужно выбрать для прививокъ такой, который, обладая достаточной вызывающей невосприимчивость силой, въ тоже время былъ-бы безвреденъ для человѣческаго организма. *Moeller* остановился на палочкѣ бугорчатки мѣдянокъ на томъ основаніи, что этотъ микроорганизмъ, приспособленный къ условіямъ жизни въ тѣлѣ холоднокровныхъ, ростетъ только при 25° Ц. и погибаетъ при температурѣ тѣла теплокровныхъ Убѣдившись изъ опытовъ съ кроликами и морскими свинками, что впрыскиванія большихъ количествъ разводки палочекъ бугорчатки мѣдянокъ не вызываютъ ни малѣйшаго заболѣванія и въ тоже время предохраняютъ въ высокой степени отъ человѣческой бугорчатки, *Moeller* рѣшился перенести опытъ на человѣка и 1-ый опытъ произвелъ на самомъ себѣ: онъ сначала впрыснулъ себѣ цѣлую петлю палочекъ бугорчатки мѣдянокъ подъ кожу, затѣмъ 3 раза внутривенно по $^{1}/_{20}$, $^{1}/_{10}$ и $^{1}/_{15}$ нормальной петли той-же разводки. Послѣ подкожнаго впрыскиванія появилась незначительная припухлость, послѣ 1-го внутривеннаго не было никакой реакціи, послѣ 2-го — ознобъ, съ послѣдующимъ значительнымъ повышеніемъ температуры въ теченіи 3-хъ часовъ; послѣ 3-го впрыскиванія появились тянущія боли въ ногахъ, а на слѣдующій день послѣ впрыскиванія—дурное общее самочувствіе; лихорадки не было.

12-го декабря 1902 г., черезъ 15 дней послѣ послѣдняго внутривеннаго впрыскиванія палочекъ бугорчатки мѣдянокъ, *Moeller* впрыснулъ себѣ внутривенно $^{1}/_{50}$ петли разводки палочекъ человѣческой бугорчатки. Ядовитость этой разводки была доказана тѣмъ, что у морской свинки, которой было впрыснуто такое-же количество разводки, развилась типичная бугорчатка. Никакой реакціи за впрыскиваніемъ не послѣдовало. Въ теченіи января и февраля 1903 г. проф. *Moeller* потерялъ въ вѣсѣ 15 ф., но къ апрѣлю эта убыль снова заполнилась. Съ тѣхъ поръ проф. *Moeller* вполнѣ здоровъ. Сообщая объ этомъ, слишкомъ смѣломъ, опытѣ надъ самимъ собой, *Moeller* пока воздерживается отъ какихъ-либо выводовъ. Да по существу ихъ и сдѣлать нельзя. Предохраняющая сила палочекъ бугорчатки мѣдянокъ противъ человѣческой бугорчатки для человѣка этимъ однимъ опытомъ еще не доказана, такъ какъ, съ одной стороны, число впрыснутыхъ бугорчатковыхъ палочекъ могло быть недостаточно для зараженія (зараженіе морской свинки—еще недостаточное доказательство), а съ другой—весьма возможно, что, благодаря своимъ многочисленнымъ прежнимъ работамъ съ разнаго рода кислотоупорными палочками, проф. *Moeller* пріобрѣлъ еще до прививки палочекъ бугорчатки мѣдянокъ извѣстную невосприимчивость къ бугорчатковымъ палочкамъ. Интересенъ этотъ опытъ въ томъ отношеніи, что показываетъ, что внутривенная прививка бугорчатки холоднокровныхъ переносится человѣкомъ довольно легко.

---

Вниманіе всѣхъ врачей Германіи въ настоящее время привлекаетъ ходъ упорной борьбы врачебныхъ Обществъ съ управленіями кассъ въ Berlin'ѣ, и я постараюсь, какъ можно короче, изложить положеніе обѣихъ борющихся сторонъ. Комитетъ Общества кассовыхъ врачей, о неблаговидномъ образѣ дѣйствій котораго по отношенію къ товарищамъ я сообщалъ въ прошломъ письмѣ, вынужденъ былъ подъ давленіемъ общественнаго мнѣнія признать подписанные врачами договоры недѣйствительными, но, къ сожалѣнію, практическаго значенія это признаніе пока не имѣетъ, такъ какъ настоящій хозяинъ—управленія кассъ—настаиваетъ на обязательности подписанныхъ до-

Digitized by Google

3

говоровъ, и поэтому дѣло придется передать на рѣшеніе судебной власти. Интересно, что управленія кассъ оправдываютъ свой образъ дѣйствій не матеріальными разсчетами, а доводами чисто принципіальнаго свойства. Съ ихъ точки зрѣнія удовлетворить требованія врачей значитъ лишить кассы свободы дѣйствій и самостоятельности, на которыя заправилы кассъ почему-то предъявляютъ исключительныя права. Съ ихъ точки зрѣнія, врачи являются лишь простыми служащими, которые не должны вмѣшиваться въ организацію самаго дѣла. Они совершенно не хотятъ понять, что даже при удовлетвореніи всѣхъ теперешнихъ требованій врачей по отношенію гонорара, послѣдній все-же такъ еще невеликъ, что врачъ не можетъ считать себя вознагражденнымъ по заслугамъ и что въ сущности онъ жертвуетъ въ пользу застрахованныхъ рабочихъ не меньше, чѣмъ сами работодатели. Естественно, что онъ имѣетъ право голоса при рѣшеніи вопроса объ организаціи самаго дѣла, не говоря уже о томъ, что онъ компетентнѣе въ этомъ дѣлѣ по существу самаго вопроса.

Въ послѣдній мѣсяцъ въ дѣлѣ объединенія Berlin'скихъ врачей противъ кассъ сдѣланъ крупный шагъ впередъ благодаря тому, что это дѣло взялъ на себя оффиціальный органъ врачебной организаціи—Berlin-Brandenburg'ская врачебная камера. Въ послѣднемъ засѣданіи камеры была образована особая Коммиссія, назначеніе которой—слѣдить за правильностью договоровъ между врачами и кассами. Коммиссія эта уже выработала основныя положенія для такихъ договоровъ, при чемъ не допущены долгосрочные договоры и установленъ minimum вознагражденія (для Berlin'а 4 марки, а для провинціи 3 марки съ каждаго застрахованнаго). Для того, чтобы кассамъ не удалось связать долгосрочными договорами хотя бы часть врачей, врачебная камера разослала всѣмъ врачамъ циркуляръ, въ которомъ предлагаетъ обязаться подпиской подчиняться всѣмъ постановленіямъ, выработаннымъ вышеозначенной Коммиссіей, помимо этого не вступать ни въ какія сдѣлки съ управленіями кассъ и ни подъ какимъ видомъ не вступать въ конкурренцію съ товарищами. Надѣются, что это обязательство будетъ подписано всѣми врачами. Объ этомъ усиленно хлопочетъ Leipzig'скій Союзъ. Въ настоящее время уже больше половины Berlin'скихъ врачей подписались подъ циркуляромъ врачебной камеры. Чтобы удержать отъ этого остальныхъ, еще колеблющихся, управленія кассъ направили къ нимъ посланія, въ которыхъ врачамъ ставится на видъ, что, подписывая обязательства по отношенію къ камерѣ, они навсегда отдаютъ себя во власть послѣдней, что въ будущемъ можетъ быть связано съ очень неблагопріятными послѣдствіями. Взамѣнъ этого, нѣкоторыя кассы предлагаютъ врачамъ подписать долгосрочные договоры (на 5—10 лѣтъ) на значительно улучшенныхъ условіяхъ. Само собой разумѣется, что организаторы движенія среди врачей употребляютъ всѣ усилія, чтобы удержать товарищей отъ такихъ долгосрочныхъ обязательствъ. Съ этой цѣлью устраиваются большія собранія, на которыхъ выясняется истинное положеніе дѣлъ и настоятельно предлагается пока воздерживаться отъ возобновленія контрактовъ съ кассами.

И прусское правительство въ лицѣ министра торговли и общественныхъ работъ Möller'а на дняхъ должно было признать, что и оно, и германскій рейхстагъ несетъ значительную долю вины въ томъ, что отношенія врачей и кассъ дошли въ послѣднее время до такой степени обостренія, что отъ этого приходится страдать застрахованнымъ больнымъ. Вопросъ этотъ былъ поднятъ при обсужденіи бюджета въ прусскомъ ландтагѣ. Министръ, между прочимъ, склоненъ объяснять упорство многихъ кассъ по отношенію къ удовлетворенію законныхъ требованій врачей тѣмъ, что большая часть кассовыхъ заправилъ получаетъ несоотвѣтственно большое содержаніе (10000—12000 мар. въ годъ) и что въ борьбѣ кассъ противъ врачей большую роль поэтому играютъ личные интересы представителей кассъ. Для того, чтобы предотвратить въ будущемъ возможность повторенія такихъ положеній, которыя наблюдались во время послѣднихъ стачекъ врачей, министръ обязалъ управленія кассъ, чтобы въ тѣхъ случаяхъ, когда врачи въ законный срокъ заявляютъ о нежеланіи ихъ возобновить контракты на прежнихъ условіяхъ, кассы представляли доказательства, что ко дню прекращенія службы врачей у нихъ имѣется требуемое количество замѣстителей для послѣднихъ. Если-же кассы не въ состояніи этого сдѣлать, то мѣстныя власти приглашаютъ сами врачей за счетъ кассъ.

Изъ всего вышеприведеннаго видно, что шансы врачей все поднимаются и что, благодаря ихъ единодушному образу дѣйствій, они могутъ разсчитывать на успѣхъ своего дѣла [1]). *А. Коварскій.*

Berlin. 5 марта 1904 г.

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 20[illegible] предлагаетъ вмѣстѣ съ проф. *Gi*[illegible] *способъ*, благодаря кото[illegible] *отдѣльно мочу и*[illegible] наго промы[illegible]ря въ пуст[illegible] производится масса [illegible]ей, и уже черезъ нѣсколь[illegible]теръ начинаетъ выдѣляться по кап[illegible] чемъ выдѣленіе усиливается при каждомъ [illegible] надавливаніи на почку. Тоже дѣлается, чтобы получить мочу изъ другой почки. Этимъ способомъ автору удалось въ 3 случаяхъ собрать разную мочу изъ обѣихъ почекъ, и во всѣхъ нихъ полученныя такимъ образомъ указанія подтвердились при операціи. Въ виду полной безобидности и легкости выполненія способъ этотъ можно примѣнять раньше всѣхъ другихъ, тѣмъ болѣе тамъ, гдѣ цистоскопированіе оказывается почему-либо невыполнимымъ, что и было въ упомянутыхъ случаяхъ *Nicolich*'а (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 15 января). *А. Г—ръ.*

203. *Сравнительное изслѣдованіе нормальной работы обѣихъ почекъ* у людей и собакъ приводитъ д-ра *Albarran*'а къ слѣдующимъ заключеніямъ. При наблюденіи надъ дѣятельностью почекъ въ теченіи $^1/_4$ или $^1/_2$ часа замѣчается выдѣленіе различнаго количества мочи изъ каждой почки, содержаніе мочевины, NaCl и фосфорной кислоты находится въ обратномъ отношеніи къ количеству мочи, т. е. болѣе обильная моча оказывается менѣе насыщенной. Разница въ количествѣ мочи между обѣими почками можетъ достигать 30%; больше, чѣмъ въ $^1/_2$ случаевъ она превышаетъ 10%. Что касается мочевины, то въ $^1/_4$ случаевъ уклоненія равняются 1 грм. на литръ, но могутъ доходить до 6,5 грм. Въ $^1/_3$ случаевъ разница въ содержаніи NaCl составляетъ 1 грм. на литръ мочи; иногда она достигаетъ 5 грм. При сравненіи 2-хъ послѣдовательныхъ изслѣдованій мочи изъ каждой почки при одинаковыхъ условіяхъ времени замѣчается нѣкоторое сглаживаніе количественнаго и качественнаго различія. Въ единицу времени получается уравновѣшеніе, хотя обыкновенно и неполное, между дѣятельностью обѣихъ почекъ, благодаря увеличенію насыщенности менѣе обильной порціи мочи. Въ послѣдующіе промежутки уравновѣшеніе становится полнѣе и совершается одновременно насчетъ насыщенія мочи и количества, либо насчетъ чего-нибудь одного. Дѣятельность обѣихъ почекъ оказывается тѣмъ болѣе одинаковой, чѣмъ больше времени употребляется для сравненія, всякое же сравненіе ихъ работы въ періодъ времени меньше часа не даетъ правильнаго представленія о ней. Одна и таже почка доставляетъ въ равные промежутки то большее, то меньшее количество мочи. Объясненіе всѣхъ этихъ явленій, по мнѣнію *Albarran*'а, простое. Человѣкъ имѣетъ въ дѣйствительности одну почечную железу, состоящую изъ большого числа первичныхъ почекъ, системъ *Malpighi*'евыхъ клубочковъ. Весь этотъ почечный приборъ раздѣляется у человѣка на 2 большія группы—правую и

[1]) Въ послѣднее мое письмо вкралась досадная опечатка, измѣняющая смыслъ того, что я хотѣлъ сказать: въ № 5, на стр. 172-й, во 2-мъ столбцѣ, на 14-й строкѣ св. напечатано: «но побѣда все *не* склоняется на сторону врачей» слѣдуетъ читать «побѣда все-*же* склоняется» и т. д. *А. К.*

Digitized by Google

лѣвую почки, заключающія каждая разное количество клубочковъ. Возможно, что всѣ системы клубочковъ не работаютъ одновременно одинаковымъ образомъ, точно т... же, какъ и системы клубочковъ въ одной и то...
Съ анатомической точки зрѣнія сравнит...
на 12 трупахъ показало *Alba*...
чаяхъ лѣвая почка на 1...
основаніи анатоми...
ческихъ данн... правую почки ... ...тричныхъ органовъ ... ...es génito-urinaires, 15 ...

*А. Г—ръ.*

...04. Д-ръ *A. Schücking*, примѣнявш... *для обезкровливанія при гинекологическихъ* ..., наблюдалъ въ 1 изъ 5 случаевъ, гдѣ примѣне... было это средство, *рѣзкое преходящее измѣненіе цвѣта кожи*, напоминавшее тоже явленіе при *Addison*'овой болѣзни.

Въ случаѣ, о которомъ идетъ рѣчь, авторъ дѣлалъ операцію при выпаденіи матки и впрыснулъ въ задній сводъ влагалища и въ шейку матки 1,75 к. стм. 1%-го раствора адреналина. Черезъ 7 минутъ кожа больной приняла такую рѣзкую темно-синюю окраску, что она очень походила на видъ кожи при *Addison*'овой болѣзни. Пульсъ при этомъ хорошо прощупывался, но дыханіе сдѣлалось поверхностнымъ, и поэтому пришлось прибѣгнуть къ искусственному дыханію. Вскорѣ дыханіе стало правильнымъ, но окраска кожи, не смотря на нормальный пульсъ и правильное дыханіе, держалась еще 1/2-часа.

Черезъ 24 часа больная совершенно оправилась. Авторъ думаетъ, что случай этотъ доказываетъ, что при *Addison*'овой болѣзни происходитъ чрезмѣрное внутреннее отдѣленіе въ заболѣвшей надпочечной железѣ. Случай этотъ, кромѣ того, учитъ, что при примѣненіи адреналина нужно быть осторожнымъ въ дозировкѣ. Въ другихъ 3 случаяхъ, гдѣ авторъ примѣнялъ болѣе слабый растворъ (1: 1000) этого средства въ количествѣ 3 к. стм., никакихъ неблагопріятныхъ послѣдствій не наблюдалось (Münchener medicinische Wochenschrift, № 5). *А. Коварскій.*

**Гигіена.** 205. Д-ръ *E. Levy* (изъ гигіеническаго Института въ Strassburg'ѣ) изучалъ дѣйствіе *прибавки глицерина на оспенную лимфу* и пришелъ къ заключенію, что глицеринъ не только предохраняетъ лимфу отъ размноженія бактерій, но и дѣйствуетъ ослабляющимъ образомъ на самый ядъ вакцины. Такъ какъ свѣжая лимфа часто вызываетъ очень сильныя воспалительныя явленія, то авторъ предлагаетъ для прививаемыхъ въ 1-ый разъ примѣнять исключительно лимфу, бывшую въ соприкосновеніи съ глицериномъ не менѣе 4-хъ недѣль. При повторительныхъ прививкахъ пользуются лимфой, стоявшей съ глицериномъ 2—3 недѣли. Только у лицъ, у которыхъ со времени послѣдней прививки прошло болѣе 12 лѣтъ и которые перешагнули уже 30-лѣтній возрастъ, слѣдуетъ при повторительныхъ прививкахъ примѣнять 4-недѣльную глицериновую лимфу, такъ какъ они часто бываютъ очень воспріимчивы къ коровьей оспѣ. Такъ какъ ядъ коровьей оспы слабѣетъ по мѣрѣ продолжительности его сохраненія съ глицериномъ, то въ послѣднемъ мы обладаемъ прекраснымъ средствомъ имѣть лимфу любой силы (Münchener medicinische Wochenschrift, № 7). *А. Коварскій.*

**Внутреннія болѣзни.** 206. Д-ръ *Dewar* сообщаетъ о весьма благопріятныхъ результатахъ *лѣченія легочной бугорчатки іодоформомъ*. Авторъ предлагаетъ внутривенное впрыскиваніе раствора іодоформа въ эѳирѣ, руководясь тѣми соображеніями, что эѳиръ хорошо растворяетъ іодоформъ (въ 7 чч. эѳира—1 ч. іодоформа). Растворъ, введенный въ кровь, очень быстро попадаетъ въ легкія, гдѣ эѳиръ скоро улетучивается, выпавшій-же іодоформъ, улетучиваясь гораздо медленнѣе, дѣйствуетъ продолжительное время какъ разъ въ самомъ больномъ органѣ. Авторъ пользовался тончайшимъ порошкомъ іодоформа, растворявшемся передъ употребленіемъ въ эѳирѣ уд. вѣса 0,720 (при употребленіи худшихъ сортовъ іодоформъ быстро разлагается). Впрыскиваніе дѣлалось въ вены рукъ, вводилось очень медленно 5—7 и до 25, даже 45 капель не вполнѣ насыщеннаго раствора, 1 разъ въ день, въ теченіи большого промежутка времени. Впрыскивали растворъ нѣсколько дней кряду, затѣмъ дѣлали перерывъ на 1—3 дня, по... ...тчасъ по... ...щаетъ вкусъ и за... ...аемый имъ воздухъ пах... ...запахъ эѳира исчезаетъ черезъ ..., іодоформъ-же продолжаетъ давать вку... ...онятельное ощущеніе въ теченіи нѣсколькихъ ...овъ. При частыхъ впрыскиваніяхъ даже кожа больного издаетъ запахъ іодоформа, но при такомъ насыщеніи организма этимъ веществомъ позывъ на ѣду ухудшается, почему слѣдуетъ дѣлать перерывъ. Ни въ одномъ случаѣ автору не удалось открыть въ мочѣ лѣченныхъ по его способу больныхъ іода. Прежде чѣмъ приступить къ пользованію больныхъ, онъ на себѣ самомъ убѣдился въ безопасности такихъ впрыскиваній. Больные выбирались по преимуществу съ далеко зашедшимъ процессомъ. У всѣхъ были поражены оба легкія; въ мокротѣ у всѣхъ были найдены упругія волокна и бугорчатковыя палочки; во многихъ случаяхъ въ верхушкѣ одного легкаго была пещера. Авторъ у всѣхъ пользованныхъ имъ больныхъ наблюдалъ стойкое прекращеніе упорной до того лихорадки, исчезновеніе признаковъ дѣятельнаго процесса, крайнее уменьшеніе количества мокроты (до 1/2 драхмы въ сутки). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ полость въ легкомъ зарубцевывалась. Бугорчатковыя палочки, однако, продолжали выдѣляться съ мокротой (British Medical Journal, 21 ноября 1903 г.). *Л. Старокадомскій.*

207. Д-ръ *Hawthorne* сообщаетъ наблюденіе, подтверждающее, по его мнѣнію, возможность *зараженія больнымъ острымъ суставнымъ ревматизмомъ окружающихъ его лицъ*.

30-лѣтній мужчина, заболѣвъ острымъ суставнымъ ревматизмомъ, пользовался въ городѣ, въ 50 верстахъ отъ своего дома. Братъ его черезъ нѣсколько дней также заболѣлъ острымъ суставнымъ ревматизмомъ, былъ показанъ другому врачу въ городѣ и спустя 2 дня вернулся лѣчиться домой. По прошествіи недѣли у него было найдено осложненіе правостороннимъ воспаленіемъ легкаго и сердечной сумки. Сестра больного въ это время уже 2 дня была также больна и тоже острымъ суставнымъ ревматизмомъ, быстро уступившимъ соотвѣтствующему лѣченію. Спустя 3 дня больной братъ умеръ. Тогда-же оказались заболѣвшими отецъ и младшій братъ покойнаго—оба суставнымъ ревматизмомъ. Еще черезъ недѣлю авторъ наблюдалъ такое-же заболѣваніе у 2-ой дочери, которая жила въ 1/2 верстѣ отъ дома отца и постоянно навѣщала больную семью. Первый заболѣвшій, выздоровѣвъ, вернулся изъ города, и вскорѣ авторъ могъ наблюдать у него возвратъ болѣзни (British Medical Journal, 26 декабря 1903 г.). *Л. Старокадомскій.*

208. Со времени описанія въ 1823 г. *Allan Burns*'омъ новообразованій, извѣстныхъ подъ именемъ *хлоромы*, наблюдалось 28 случаевъ этого заболѣванія, при чемъ ни разу оно не было распознано при жизни. Новый такой случай сообщаетъ д-ръ *Hichens*.

4-лѣтній мальчикъ, одинъ изъ 7 дѣтей здоровой семьи, за 6 мѣсяцевъ до заболѣванія перенесъ свинку; 2 мѣсяца назадъ получилъ ударъ въ високъ. За 2 недѣли до осмотра ребенокъ проснулся утромъ съ парализованной лѣвой 1/2 лица; съ того времени держатся головныя боли и боль въ обѣихъ сосцевидныхъ областяхъ.—Хорошее питаніе. Полный параличъ мышцъ лѣвой 1/2 лица и лба. Косоглазія, признаковъ воспаленія зрительныхъ нервовъ нѣтъ; небольшая припухлость въ правой височной области надъ и кнаружи отъ правой глазной впадины. Назначенъ іодистый калій. Спустя 11 дней больной поступилъ въ госпиталь; за это время были приступы сильныхъ болей въ правомъ ухѣ и наблюдалось повышеніе температуры. Вялый и болѣзненный видъ. Барабанныя перепонки здоровы. Правый сосцевидный отростокъ чувствителенъ при постукиваніи. Ясныхъ признаковъ воспаленія зрительныхъ нервовъ нѣтъ. Припухлость въ височной области справа нѣсколько увеличилась; подобная-же припухлость появилась на соотвѣтствующемъ мѣстѣ лѣвой стороны. Со стороны органовъ груди и живота отклоненій не найдено. Моча кислая, уд. в. 1020, безъ бѣлка и сахара. На 12-й день пребыванія въ госпиталѣ смерть. За день до смерти на кожѣ туловища и возлѣ внутренняго угла праваго глаза появились мелкіе кровоподтеки. Въ день смерти—обильное носовое кровотеченіе. Температура передъ смертью поднялась до 39°,2 Ц. (102°,6 F.); въ остальное время она была не выше 37°,2 Ц. (99° F.) (одинъ разъ поднялась до 38°,9 Ц. = 102° F.). На вскрытіи найдены зеленоватыя новообразованія (размѣры, форма, плотность не указаны. *Реф.*) въ височныхъ областяхъ, исходящія изъ сухожильнаго растяженія и проросшія въ толщу височныхъ мышцъ; подобныя-же новообразованія покрывали наружную поверхность твердой мозговой оболочки вдоль и по бокамъ продольной пазухи ея; здѣсь опухоли образовали вдавленія и нѣкоторую изъѣденность костей черепа. На основаніи черепа на твердой мозговой оболочкѣ найдены большей величины новообразованія, особенно въ области каменистой части правой височной кости. Подобныя-же опухоли най-

Digitized by Google

говоровъ, и поэтому дѣло придется передать на рѣшеніе судебной власти. Интересно, что управленія кассъ оправдываютъ свой образъ дѣйствій не матеріальными разсчетами, а доводами чисто принципіальнаго свойства. Съ ихъ точки зрѣнія удовлетворить требованія врачей значитъ лишить кассы свободы дѣйствій и самостоятельности, на которыя заправилы кассъ почему-то предъявляютъ исключительныя права. Съ ихъ точки зрѣнія, врачи являются лишь простыми служащими, которые не должны вмѣшиваться въ организацію самаго дѣла. Они совершенно не хотятъ понять, что даже при удовлетвореніи всѣхъ теперешнихъ требованій врачей по отношенію гонорара, послѣдній все-же такъ еще невеликъ, что врачъ не можетъ считать себя вознагражденнымъ по заслугамъ и что въ сущности онъ жертвуетъ въ пользу застрахованныхъ рабочихъ не меньше, чѣмъ сами работодатели. Естественно, что онъ имѣетъ право голоса при рѣшеніи вопроса объ организаціи самаго дѣла, не говоря уже о томъ, что онъ компетентнѣе въ этомъ дѣлѣ по существу самаго вопроса.

Въ послѣдній мѣсяцъ въ дѣлѣ объединенія Berlin'скихъ врачей противъ кассъ сдѣланъ крупный шагъ впередъ благодаря тому, что это дѣло взялъ на себя оффиціальный органъ врачебной организаціи—Berlin-Brandenburg'ская врачебная камера. Въ послѣднемъ засѣданіи камеры была образована особая Коммиссія, назначеніе которой—слѣдить за правильностью договоровъ между врачами и кассами. Коммиссія эта уже выработала основныя положенія для такихъ договоровъ, при чемъ не допущены долгосрочные договоры и установленъ minimum вознагражденія (для Berlin'а 4 марки, а для провинціи 3 марки съ каждаго застрахованнаго). Для того, чтобы кассамъ не удалось связать долгосрочными договорами хотя бы часть врачей, врачебная камера разослала всѣмъ врачамъ циркуляръ, въ которомъ предлагаетъ обязаться подпиской подчиняться всѣмъ постановленіямъ, выработаннымъ вышеозначенной Коммиссіей, помимо этого не вступать ни въ какія сдѣлки съ управленіями кассъ и ни подъ какимъ видомъ не вступать въ конкурренцію съ товарищами. Надѣются, что это обязательство будетъ подписано всѣми врачами. Объ этомъ усиленно хлопочетъ Leipzig'скій Союзъ. Въ настоящее время уже больше половины Berlin'скихъ врачей подписались подъ циркуляромъ врачебной камеры. Чтобы удержать отъ этого остальныхъ, еще колеблющихся, управленія кассъ направили къ нимъ посланія, въ которыхъ врачамъ ставится на видъ, что, подписывая обязательства по отношенію къ камерѣ, они навсегда отдаютъ себя во власть послѣдней, что въ будущемъ можетъ быть связано съ очень неблагопріятными послѣдствіями. Взамѣнъ этого, нѣкоторыя кассы предлагаютъ врачамъ подписать долгосрочные договоры (на 5—10 лѣтъ) на значительно улучшенныхъ условіяхъ. Само собой разумѣется, что организаторы движенія среди врачей употребляютъ всѣ усилія, чтобы удержать товарищей отъ такихъ долгосрочныхъ обязательствъ. Съ этой цѣлью устраиваются большія собранія, на которыхъ выясняется истинное положеніе дѣлъ и настоятельно предлагается пока воздерживаться отъ возобновленія контрактовъ съ кассами.

И прусское правительство въ лицѣ министра торговли и общественныхъ работъ Möller'а на дняхъ должно было признать, что и оно, и германскій рейхстагъ несетъ значительную долю вины въ томъ, что отношенія врачей и кассъ дошли въ послѣднее время до такой степени обостренія, что отъ этого приходится страдать застрахованнымъ больнымъ. Вопросъ этотъ былъ поднятъ при обсужденіи бюджета въ прусскомъ ландтагѣ. Министръ, между прочимъ, склоненъ объяснять упорство многихъ кассъ по отношенію къ удовлетворенію законныхъ требованій врачей тѣмъ, что большая часть кассовыхъ заправилъ получаетъ несоотвѣтственно большое содержаніе (10000—12000 мар. въ годъ) и что въ борьбѣ кассъ противъ врачей большую роль поэтому играютъ личные интересы представителей кассъ. Для того, чтобы предотвратить въ будущемъ возможность повторенія такихъ положеній, которыя наблюдались во время послѣднихъ стачекъ врачей, министръ обязалъ управленія кассъ, чтобы въ тѣхъ случаяхъ, когда врачи въ законный срокъ заявляютъ о нежеланіи ихъ возобновить контракты на прежнихъ условіяхъ, кассы представляли доказательства, что ко дню прекращенія службы врачей у нихъ имѣется требуемое количество заместителей для послѣднихъ. Если-же кассы не въ состояніи этого сдѣлать, то мѣстныя власти приглашаютъ сами врачей за счетъ кассъ.

Изъ всего вышеприведеннаго видно, что шансы врачей все поднимаются и что, благодаря ихъ единодушному образу дѣйствій, они могутъ разсчитывать на успѣхъ своего дѣла [1]). *А. Коварскій.*

Berlin. 5 марта 1904 г.

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 20[illegible] предлагаетъ вмѣстѣ съ проф. *Gio*[illegible] *способъ*, благодаря кото[illegible] *отдѣльно мочу и*[illegible] наго промы[illegible] ...ря въ пусто[illegible] ... производится масса [illegible] ...ей, и уже черезъ нѣсколь[illegible] ...теръ начинаетъ выдѣляться по кап[illegible] ...чемъ выдѣленіе усиливается при каждомъ [illegible] ...ъ надавливаніи на почку. Тоже дѣлается, чтобы получить мочу изъ другой почки. Этимъ способомъ автору удалось въ 3 случаяхъ собрать разную мочу изъ обѣихъ почекъ, и во всѣхъ нихъ полученныя такимъ образомъ указанія подтвердились при операціи. Въ виду полной безобидности и легкости выполненія способъ этотъ можно примѣнять раньше всѣхъ другихъ, тѣмъ болѣе тамъ, гдѣ цистоскопированіе оказывается почему-либо невыполнимымъ, что и было въ упомянутыхъ случаяхъ *Nicolich*'а (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 15 января). *А. Г—ръ.*

203. *Сравнительное изслѣдованіе нормальной работы обѣихъ почекъ* у людей и собакъ приводитъ д-ра *Albarran*'а къ слѣдующимъ заключеніямъ. При наблюденіи надъ дѣятельностью почекъ въ теченіи ¼ или ½ часа замѣчается выдѣленіе различнаго количества мочи изъ каждой почки, содержаніе мочевины, NaCl и фосфорной кислоты находится въ обратномъ отношеніи къ количеству мочи, т. е. болѣе обильная моча оказывается менѣе насыщенной. Разница въ количествѣ мочи между обѣими почками можетъ достигать 30%; больше, чѣмъ въ ½ случаевъ она превышаетъ 10%. Что касается мочевины, то въ ¼ случаевъ уклоненія равняются 1 грм. на литръ, но могутъ доходить до 6,5 грм. Въ ⅕ случаевъ разница въ содержаніи NaCl составляетъ 1 грм. на литръ мочи; иногда она достигаетъ 5 грм. При оравненіи 2-хъ послѣдовательныхъ изслѣдованій мочи изъ каждой почки при одинаковыхъ условіяхъ времени замѣчается нѣкоторое сглаживаніе количественнаго и качественнаго различія. Въ единицу времени получается уравновѣшеніе, хотя обыкновенно и неполное, между дѣятельностью обѣихъ почекъ, благодаря увеличенію насыщенности менѣе обильной порціи мочи. Въ послѣдующіе промежутки уравновѣшеніе становится полнѣе и совершается одновременно насчетъ насыщенія мочи и количества, либо насчетъ чего-нибудь одного. Дѣятельность обѣихъ почекъ оказывается тѣмъ болѣе одинаковой, чѣмъ больше времени употребляется для сравненія, всякое же сравненіе ихъ работы въ періодъ времени меньше часа не даетъ правильнаго представленія о ней. Одна и таже почка доставляетъ въ равные промежутки то большее, то меньшее количество мочи. Объясненіе всѣхъ этихъ явленій, по мнѣнію *Albarran*'а, простое. Человѣкъ имѣетъ въ дѣйствительности одну почечную железу, состоящую изъ большого числа первичныхъ почекъ, системъ *Malpighi*'евыхъ клубочковъ. Весь этотъ почечный приборъ раздѣляется у человѣка на 2 большія группы—правую и

[1]) Въ послѣднее мое письмо вкралась досадная опечатка, измѣняющая смыслъ того, что я хотѣлъ сказать: въ № 5, на стр. 172-й, во 2-мъ столбцѣ, на 14-й строкѣ св. напечатано: «но побѣда все *не* склоняется на сторону врачей» слѣдуетъ читать «побѣда все-*же* склоняется» и т. д. *А. К.*

Digitized by Google

лѣвую почки, заключающія каждая разное количество клубочковъ. Возможно, что всѣ системы клубочковъ не работаютъ одновременно одинаковымъ образомъ, точно т... же, какъ и системы клубочковъ въ одной и то...
Съ анатомической точки зрѣнія сравнит...
на 12 трупахъ показало *Alba*...
чаяхъ лѣвая почка на 1...
основаніи анатоми... ...
ческихъ дан... ... правую
почки ... ...тричныхъ орга-
н... ...ies génito-urinaires, 15

*А. Г—ръ.*

...04. Д-ръ *A. Schücking*, примѣняв... *для обезкровливанія при гинекологическихъ* ...е, наблюдалъ въ 1 изъ 5 случаевъ, гдѣ примѣне... было это средство, *рѣзкое преходящее измѣненіе цвѣта кожи*, напоминавшее тоже явленіе при *Addison*'овой болѣзни.

Въ случаѣ, о которомъ идетъ рѣчь, авторъ дѣлалъ операцію при выпаденіи матки и впрыснулъ въ задній сводъ влагалища и въ шейку матки 1,75 к. стм. 1%-го раствора адреналина. Через 7 минутъ кожа больной приняла такую рѣзкую темно-синюю окраску, что она очень походила на видъ кожи при *Addison*'овой болѣзни. Пульсъ при этомъ хорошо прощупывался, но дыханіе сдѣлалось поверхностнымъ, и поэтому пришлось прибѣгнуть къ искусственному дыханію. Вскорѣ дыханіе стало правильнымъ, но окраска кожи, не смотря на нормальный пульсъ и правильное дыханіе, держалась еще $^1/_2$-часа.

Черезъ 24 часа больная совершенно оправилась. Авторъ думаетъ, что случай этотъ доказываетъ, что при *Addison*'овой болѣзни происходитъ чрезмѣрное внутреннее отдѣленіе въ заболѣвшей надпочечной железѣ. Случай этотъ, кромѣ того, учитъ, что при примѣненіи адреналина нужно быть осторожнымъ въ дозировкѣ. Въ другихъ 3 случаяхъ, гдѣ авторъ примѣнялъ болѣе слабый растворъ (1: 1000) этого средства въ количествѣ 3 к. стм., никакихъ неблагопріятныхъ послѣдствій не наблюдалось (Münchener medicinische Wochenschrift, № 5). *А. Коварскій.*

**Гигіэна.** 205. Д-ръ *E. Levy* (изъ гигіэническаго Института въ Strassburg'ѣ) изучалъ дѣйствіе *прибавки глицерина на оспенную лимфу* и пришелъ къ заключенію, что глицеринъ не только предохраняетъ лимфу отъ размноженія бактерій, но и дѣйствуетъ ослабляющимъ образомъ на самый ядъ вакцины. Такъ какъ свѣжая лимфа часто вызываетъ очень сильныя воспалительныя явленія, то авторъ предлагаетъ для прививаемыхъ въ 1-ый разъ примѣнять исключительно лимфу, бывшую въ соприкосновеніи съ глицериномъ не менѣе 4-хъ недѣль. При повторительныхъ прививкахъ пользуются лимфой, стоявшей съ глицериномъ 2—3 недѣли. Только у лицъ, у которыхъ со времени послѣдней прививки прошло болѣе 12 лѣтъ и которые перешагнули уже 30-лѣтній возрастъ, слѣдуетъ при повторительныхъ прививкахъ примѣнять 4-недѣльную глицериновую лимфу, такъ какъ они часто бываютъ очень восприимчивы къ коровьей оспѣ. Такъ какъ ядъ коровьей оспы слабѣетъ по мѣрѣ продолжительности его сохраненія съ глицериномъ, то въ послѣднемъ мы обладаемъ прекраснымъ средствомъ имѣть лимфу любой силы (Münchener medicinische Wochenschrift, № 7). *А. Коварскій.*

**Внутреннія болѣзни.** 206. Д-ръ *Dewar* сообщаетъ о весьма благопріятныхъ результатахъ *лѣченія легочной бугорчатки іодоформомъ*. Авторъ предлагаетъ внутривенное впрыскиваніе раствора іодоформа въ эѳирѣ, руководясь тѣми соображеніями, что эѳиръ хорошо растворяетъ іодоформъ (въ 7 чч. эѳира—1 ч. іодоформа). Растворъ, введенный въ кровь, очень быстро попадаетъ въ легкія, гдѣ эѳиръ скоро улетучивается, выпавшій-же іодоформъ, улетучиваясь гораздо медленнѣе, дѣйствуетъ продолжительное время какъ разъ въ самомъ больномъ органѣ. Авторъ пользовался тончайшимъ порошкомъ іодоформа, растворявшемся передъ употребленіемъ въ эѳирѣ уд. веса 0,720 (при употребленіи худшихъ сортовъ іодоформъ быстро разлагается). Впрыскиваніе дѣлалось въ вены рукъ, вводилось очень медленно 5—7 и до 25, даже 45 капель не вполнѣ насыщеннаго раствора, 1 разъ въ день, въ теченіи большого промежутка времени. Впрыскивали растворъ нѣсколько дней кряду, затѣмъ дѣлали перерывъ на 1—3 дня, по... ...тчасъ по ... ...щаетъ вкусъ и за... ...аемый имъ воздухъ пахнетъ ... запахъ эѳира исчезаетъ черезъ ..., іодоформъ-же продолжаетъ давать вку... ...онятельное ощущеніе въ теченіи нѣсколькихъ ...овъ. При частыхъ впрыскиваніяхъ даже кожа больного издаетъ запахъ іодоформа, но при такомъ насыщеніи организма этимъ веществомъ позывъ на ѣду ухудшается, почему слѣдуетъ дѣлать перерывъ. Ни въ одномъ случаѣ автору не удалось открыть въ мочѣ лѣченныхъ по его способу больныхъ іода. Прежде чѣмъ приступить къ пользованію больныхъ, онъ на себѣ самомъ убѣдился въ безопасности такихъ впрыскиваній. Больные выбирались по преимуществу съ далеко зашедшимъ процессомъ. У всѣхъ были поражены оба легкія; въ мокротѣ у всѣхъ были найдены упругія волокна и бугорчатковыя палочки; во многихъ случаяхъ въ верхушкѣ одного легкаго была пещера. Авторъ у всѣхъ пользованныхъ имъ больныхъ наблюдалъ стойкое прекращеніе упорной до того лихорадки, исчезновеніе признаковъ дѣятельнаго процесса, крайнее уменьшеніе количества мокроты (до $^1/_2$ драхмы въ сутки). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ полость въ легкомъ зарубцевывалась. Бугорчатковыя палочки, однако, продолжали выдѣляться съ мокротой (British Medical Journal, 21 ноября 1903 г.). *Л. Старокадомскій.*

207. Д-ръ *Hawthorne* сообщаетъ наблюденіе, подтверждающее, по его мнѣнію, возможность *зараженія больнымъ острымъ суставнымъ ревматизмомъ окружающихъ его лицъ.*

30-лѣтній мужчина, заболѣвъ острымъ суставнымъ ревматизмомъ, пользовался въ городѣ, въ 50 верстахъ отъ своего дома. Братъ его черезъ нѣсколько дней также заболѣлъ острымъ суставнымъ ревматизмомъ, былъ показанъ другому врачу въ городѣ и спустя 2 дня вернулся лѣчиться домой. По прошествіи недѣли у него было найдено осложненіе правостороннимъ воспаленіемъ легкаго и сердечной сумки. Сестра больного въ это время уже 2 дня была также больна и тоже острымъ суставнымъ ревматизмомъ, быстро уступившимъ соотвѣтствующему лѣченію. Спустя 3 дня больной братъ умеръ. Тогда-же оказались заболѣвшими отецъ и младшій братъ покойнаго—оба суставнымъ ревматизмомъ. Еще черезъ недѣлю авторъ наблюдалъ такое-же заболѣваніе у 2-ой дочери, которая жила въ $^1/_2$ верстѣ отъ дома отца и постоянно навѣщала больную семью. Первый заболѣвшій, выздоровѣвъ, вернулся изъ города, и вскорѣ авторъ могъ наблюдать у него возвратъ болѣзни (British Medical Journal, 26 декабря 1903 г.). *Л. Старокадомскій.*

208. Со времени описанія въ 1823 г. *Allan Burns*'омъ новообразованій, извѣстныхъ подъ именемъ *хлоромы*, наблюдалось 28 случаевъ этого заболѣванія, при чемъ ни разу оно не было распознано при жизни. Новый такой случай сообщаетъ д-ръ *Hichens*.

4-лѣтній мальчикъ, одинъ изъ 7 дѣтей здоровой семьи, за 6 мѣсяцевъ до заболѣванія перенесъ свинку; 2 мѣсяца назадъ получилъ ударъ въ високъ. За 2 недѣли до осмотра ребенокъ проснулся утромъ съ парализованной лѣвой $^1/_2$ лица; съ того времени держатся головныя боли и боль въ обѣихъ сосцевидныхъ областяхъ.—Хорошее питаніе. Полный параличъ мышцъ лѣвой $^1/_2$ лица и лба. Косоглазія, признаковъ воспаленія зрительныхъ нервовъ нѣтъ; небольшая припухлость въ правой височной области надъ и кнаружи отъ правой глазной впадины. Назначенъ іодистый калій. Спустя 11 дней больной поступилъ въ госпиталь; за это время были приступы сильныхъ болей въ правомъ ухѣ и наблюдалось повышеніе температуры. Вялый и болѣзненный видъ. Барабанныя перепонки здоровы. Правый сосцевидный отростокъ чувствителенъ при поступкиваніи. Ясныхъ признаковъ воспаленія зрительныхъ нервовъ нѣтъ. Припухлость въ височной области справа нѣсколько увеличилась; подобная-же припухлость появилась на соотвѣтствующемъ мѣстѣ лѣвой стороны. Со стороны органовъ груди и живота отклоненій не найдено. Моча кислая, уд. в. 1020, безъ бѣлка и сахара. На 12-й день пребыванія въ госпиталѣ смерть. За день до смерти на кожѣ туловища и возлѣ внутренняго угла праваго глаза появились мелкія кровоподтеки. Въ день смерти—обильное носовое кровотеченіе. Температура передъ смертью поднялась до 39°,2 Ц. (102°,6 F.); въ остальное время она была не выше 37°,2 Ц. (99° F.) (одинъ разъ поднялась до 38°,9 Ц. = 102° F.). На вскрытіи найдены зеленоватыя новообразованія (размѣры, форма, плотность не указаны. *Реф.*) въ височныхъ областяхъ, исходящія изъ сухожильнаго растяженія и проросшія въ толщу височныхъ мышцъ; подобныя-же новообразованія покрывали наружную поверхность твердой мозговой оболочки вдоль и по бокамъ продольной пазухи ея; здѣсь опухоли образовали вдавленія и нѣкоторую изъѣденность костей черепа. На основаніи черепа на твердой мозговой оболочкѣ найдены большей величины новообразованія, особенно въ области каменистой части правой височной кости. Подобныя-же опухоли най-

Digitized by Google

дены въ жировой ткани глазницъ, надъ поджелудочной железой, въ печени и корковомъ веществѣ почекъ. Брыжеечныя железы увеличены; въ нихъ — кровоизліянія. Мозгъ, органы груди и остальные органы живота не представляли рѣзкихъ измѣненій. Микроскопическое изслѣдованіе опухолей показало, что онѣ состояли изъ мелкихъ, круглыхъ или яйцевидныхъ клѣтокъ съ незначительнымъ развитіемъ волокнистой ткани; клѣтки новообразованія или представлялись въ видѣ сплошной массы, окруженной клѣтками органа, или-же проникали также и между элементами его; какой-либо разграничивающей оболочки не найдено; въ нѣкоторыхъ клѣткахъ новообразованій замѣчено по 2 ядра; мѣстами клѣтки окружены были прозрачнымъ веществомъ; клѣточекъ-великановъ не найдено.

Сравнивая свой случай съ нѣкоторыми изъ прежде описанныхъ, авторъ отмѣчаетъ, что и у него распознаваніе было сдѣлано лишь на вскрытіи, и сожалѣетъ, что не было произведено изслѣдованія крови больного, составъ коей, какъ извѣстно, подвергается значительнымъ измѣненіямъ при описанномъ заболѣваніи. Въ заключеніе авторъ полагаетъ, что хлорома представляетъ собою лимфатическое бѣлокровіе съ мѣстными отложеніями (British Medical Journal, 26 декабря 1903 г.). *Л. Старокадомскій.*

209. Д-ръ *Stanley* (Shanghai) указываетъ слѣдующіе *признаки угрожающаго паралича сердца у дифтерійныхъ* больныхъ: паденіе кровяного давленія, малая пульсовая волна, слабый толчекъ сердца, короткій 1-й тонъ и усиленный 2-ой тонъ легочной артеріи. Очень часто наблюдается укороченіе длиннаго промежутка, при этомъ 1-ый тонъ становится болѣе похожимъ на 2-ой. Почти всегда неизбѣженъ смертельный исходъ, если, помимо укороченія длиннаго промежутка, укорачивается еще и короткій промежутокъ, такъ что 2-ой тонъ слѣдуетъ непосредственно за 1-мъ. Что касается причины наступленія паралича сердца при дифтеріи, то она, по автору, лежитъ, какъ и при часто наблюдающихся параличахъ сердца при бери-бери, въ перерожденіи сердечной мышцы. Перерожденіе это обусловливается непосредственнымъ дѣйствіемъ обращающагося въ организмѣ яда на самую мышцу сердца, которая поражается раньше скелетныхъ мышцъ; при этомъ нервный приборъ сердца можетъ быть совершенно незатронутымъ (British Medical Journal, 26 декабря 1903 г.).

210. На основаніи 58 случаевъ д-ръ *Sawyer* (Birmingham) полагаетъ, что наблюденіе за *температурой при спячкѣ* имѣетъ значительную цѣнность для предсказанія, сравнительно мало давая для распознаванія. При спячкѣ больныхъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ температура никогда не поднимается выше 37°,2 Ц. (99° F.), нерѣдко падаетъ до 35°,5 Ц. (96° F.); причину объяснить трудно. При мочекровіи температура, обычно, нѣсколько ниже нормы; если наступаетъ спячка, температура поднимается до нормальной или выше, до 38°,8—39°,4 Ц. (102°—103° F.); причина—нарушеніе дѣятельности тепло-регулирующихъ центровъ вслѣдствіе-ли обращенія съ кровью ядовитыхъ веществъ, или вслѣдствіе отека и малокровія мозга. При спячкѣ послѣ кровоизліянія въ мозгъ температура ниже нормы, также и при переломахъ черепа и сотрясеніи мозга; здѣсь черезъ нѣкоторое время температура повышается до 41°,6—42°,2 Ц. (107°—108° F.); если низкая температура перваго стадія (35°,5—35°,2 Ц.= 96°—95°,4 F.) держится часовъ 12, предсказаніе значительно лучше, чѣмъ при быстро слѣдующемъ поднятіи ея; дурное предсказаніе даетъ и значительное повышеніе температуры—больше 1°,1—1°,7 Ц. (2°—3° F.) выше нормы. При спячкѣ вслѣдствіе отравленія спиртомъ температура всегда значительно ниже нормы, до 35° Ц. (95° F.). Вообще, если температура вскорѣ по наступленіи спячки поднимается выше нормы даже на 1°,1—1°,7 Ц. (2°—3° F.), предсказаніе почти всегда неблагопріятно. Точно также очень низкая температура (35°,5—35° Ц.= 96°—95° F.) въ это время—плохой знакъ, такъ какъ указываетъ на большое мозговое кровоизліяніе или иное тяжелое поврежденіе головного мозга (British Medical Journal, 26 декабря 1903 г.). *Л. Старокадомскій.*

211. Проф. *Douglas* (Glasgow) полагаетъ, что *спячку больныхъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ* надо лѣчить введеніемъ въ организмъ щелочи, давая большія количества соды внутрь или, лучше, назначая соду для подкожнаго или внутривеннаго вливанія. Основаніемъ такого лѣченія служитъ мнѣніе, что спячка при сахарномъ мочеизнуреніи является слѣдствіемъ отравленія организма кислотами. Дѣйствительно, въ тяжелыхъ случаяхъ этой болѣзни въ мочѣ находится, помимо почти постоянно встрѣчающагося при этомъ ацетона, ацетоуксусная кислота и β-оксимасляная кислота. Послѣдней авторъ придаетъ главное значеніе. Выдѣляясь въ количествѣ 20,0—30,0 въ сутки, она одновременно повышаетъ содержаніе въ мочѣ амміака, идущаго на осредѣніе ея, въ 8—10 разъ выше нормы. Вслѣдствіе этого на образованіе мочевины идетъ амміака меньше; понижая-же щелочность крови, кислота задерживаетъ выдѣленіе углекислоты легкими, слѣдствіемъ чего является глубокое дыханіе, какъ-бы сильное стремленіе вбирать въ себя воздухъ. Изъ 43 больныхъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ въ тяжелой формѣ у 37 найденъ былъ ацетонъ, у 32—также ацетоуксусная кислота. Изъ 36 изслѣдованій мочи въ 15 случаяхъ тяжелаго сахарнаго мочеизнуренія 19 разъ была найдена β-оксимасляная кислота (въ большомъ количествѣ 10 разъ, въ небольшомъ—9) (British Medical Journal, 26 декабря 1903). *Л. С.*

212. Д-ръ *Max Hackl* (München) видѣлъ *случай отравленія вытяжкой мужского папоротника* (extractum filicis maris), назначеннаго въ количествѣ 12 грм. въ качествѣ глистогоннаго. Такъ какъ больной въ остальномъ до того былъ совершенно здоровъ, то отравленіе не очень уже большимъ количествомъ средства авторъ объясняетъ тѣмъ, что онъ былъ алкоголикъ, и, слѣд., его желудочно-кишечный трактъ представлялъ у него наиболѣе слабое мѣсто. *Grawitz* именно указываетъ на то, что чаще всего наблюдается отравленіе вытяжкой папоротника у такихъ лицъ, у которыхъ имѣется слабость или пораженіе одного какого-нибудь органа или ослабленіе всего организма. Сопоставляя взгляды и наблюденія авторовъ по этому вопросу, д-ръ *Hackl* приходитъ къ заключенію, что ни въ какомъ случаѣ не слѣдуетъ давать больше 10 грм. вытяжки и, кромѣ того, въ качествѣ слабительнаго не слѣдуетъ назначать кастороваго масла. Подготовительное лѣченіе слѣдуетъ оставить, такъ какъ отъ воздержанія страдаетъ нервная система. Никогда не слѣдуетъ назначать вытяжки мужского папоротника лишь съ распознавательной цѣлью (Münchener medicinische Wochenschrift, № 8). *А. Коварскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 213. Д-ръ *Moullin* (London) *совѣтуетъ въ случаяхъ сведенія колѣннаго сустава* ревматическаго или иного происхожденія, не уступающихъ мирному лѣченію, *пересаживать сухожиліе 2-главой мышцы.* Въ случаѣ автора операція была сдѣлана такъ: разрѣзъ вертикальный по наружной сторонѣ конечности; сухожиліе 2-главой мышцы отдѣлено отъ малоберцовой кости и продѣто сквозь щель, сдѣланную въ 4-главой мышцѣ; оба сухожилія соединены нѣсколькими швами; колѣну придано желаемое положеніе. Больная, страдавшая сведеніемъ вслѣдствіе часто возвращавшагося ревматическаго заболѣванія суставовъ, не уступавшимъ лѣченію горячимъ воздухомъ, массажемъ, вытяженіемъ, получила возможность (послѣ двусторонней операціи) ходить безъ посторонней помощи. За $1^1/_2$ года, протекшіе со времени операціи, ухудшенія не замѣчено (British Medical Journal, 19 декабря 1903 г.). *Л. Старокадомскій.*

214. Д-ръ *Frank* предлагаетъ *вскрывать мочевой пузырь (для удаленія камней или опухолей) со стороны промежности, именно отслоивъ прямую кишку кзади и обнаживъ задне-нижнюю не покрытую брюшиной стѣнку пузыря.* Операція дѣлается такъ: проводятъ поперечный разрѣзъ по промежности и тупо отслаиваютъ прямую кишку отъ предстательной железы, проникая постепенно вглубь къ запузырной перегородкѣ (septum retrovesicale), пока не будетъ обнажена задняя стѣнка пузыря, сѣмянные пузырьки и *Douglas*'ова складка, которую можно пальцами слегка отслоить кверху. Пузырь вскрываютъ по средней линіи, введя въ него проводникъ. Авторъ оперировалъ по этому способу 3 раза. 1 разъ удалена была сосочковая опухоль пузыря, 2 раза—пузырный камень. Рана пузыря оставлена не зашитой и спустя 3—4 недѣли совершенно зажила. 2 оперированныхъ выздоровѣли, 3-ій умеръ внезапно черезъ 7 часовъ послѣ операціи отъ паралича сердца. Преимущества описаннаго способа заклю-

Digitized by Google

чаются въ легкости послѣдовательнаго ухода за раною и хорошихъ условіяхъ для стока мочи. Поэтому способъ съ большимъ успѣхомъ можетъ быть испробованъ у лицъ преклоннаго возраста съ сильно измѣненною катарральною мочею (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Ф.*

215. На основаніи 6 собственныхъ случаевъ и подробной разработки литературныхъ данныхъ проф. *Payr* (Graz) говоритъ *о свищахъ зобной железы*. Выводы. Свищи зобной железы сравнительно съ другими пораженіями железы представляютъ собою очень рѣдкое заболѣваніе. Причиною появленія этихъ свищей можетъ служить все, что ведетъ къ острому воспаленію железы (траума, инородныя тѣла, зараженіе). Въ рѣдкихъ случаяхъ эти свищи образуются при чужеядныхъ въ железѣ и при ея опухоляхъ. Причиною незаживанія свищей служатъ: омертвѣніе железистой ткани, образованіе въ ней известковыхъ сростковъ, оплотнѣніе и объизвествленіе стѣнокъ самой железы, наконецъ узость свищевого хода и задержка выдѣленій. Распознаваніе не трудно, въ виду характернаго положенія свища и данныхъ зондированія. Оно представляетъ затрудненія, если пораженная щитовидная железа лежитъ позади грудины или если свищъ исходитъ изъ придаточной щитовидной железы. Въ такихъ случаяхъ распознаванію помогаетъ зондированіе и изслѣдованіе *Röntgen*'овскими лучами. Лѣченіе—оперативное, состоящее въ вылущеніи пораженной железы. Всѣ 6 больныхъ автора послѣ операціи совершенно выздоровѣли (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. К. Финкельштейнъ.*

216. Проф. *Franke* (Braunschweig) описываетъ *интересный случай двойной сквозной раны грудной полости съ исходомъ въ выздоровленіе.*

Женщина, 48 л., упала съ высоты 2-хъ метровъ на деревянный колъ, который вонзился ей въ правую подмышковую область. Инородное тѣло было немедленно-же извлечено. Спустя $1/2$ часа приглашенный врачъ опредѣлилъ подкожную эмфизему и болѣзненность въ области 3-го и 4-го лѣвыхъ реберъ. Эмфизема быстро распространилась на лицо, шею, грудь и животъ до пупка. Одышка, пульсъ 116. Въ правой подмышковой области рана, длиною въ 1 стм., въ которую съ присасывающимъ шумомъ проникалъ воздухъ. Въ легкихъ никакихъ измѣненій не было. Въ виду усиленія подкожной эмфиземы сдѣлана операція подъ эфирнымъ усыпленіемъ. Разрѣзъ слѣва въ области 3-го и 4-го реберъ. По передней подмышковой линіи найдено отверстіе, ведшее въ полость плейры. Ребра оказались цѣлы. Кровотеченія не было. Рана, которая вела въ полость плейры, была плотно затампонирована. При расширеніи раны, находившейся справа, найдено точно такое-же отверстіе и на той-же высотѣ; оно было плотно затампонировано. Спустя 3 недѣли — полное выздоровленіе.

Авторъ полагаетъ, что инородное тѣло прошло насквозь, минуя легкія и сердце, по внутренней поверхности передней грудной стѣнки, т. е. прошло тотъ путь, который нерѣдко избираетъ пуля при сквозныхъ огнестрѣльныхъ раненіяхъ грудной клѣтки (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. Финкельштейнъ.*

217. На основаніи 12 собственныхъ наблюденій и разработки литературы вопроса проф. *Payr* выступаетъ *горячимъ защитникомъ ранней операціи* (въ первые 48 часовъ послѣ начала перваго приступа) *аппендицита.* Авторъ думаетъ, что выводы, полученные на основаніи статистическихъ данныхъ, далеко не безупречны, ибо въ основѣ ихъ лежатъ далеко неодинаковые случаи. Несомнѣнно, что существуютъ случаи аппендицита, при которыхъ безусловно необходимо немедленное оперативное вмѣшательство. Сюда относятся особенно тѣ случаи, гдѣ пораженный придатокъ лежитъ кнутри отъ слѣпой кишки и гдѣ, слѣд., имѣются условія, благопріятствующія распространенію воспаленія. Было-бы въ высокой степени важно выработать извѣстные признаки для опредѣленія топографіи воспаленнаго отростка на ряду съ признаками, указывающими на характеръ и степень его заболѣванія. Операція, предпринятая возможно ранѣе, служитъ вѣрнымъ средствомъ предупрежденія всевозможныхъ опасныхъ осложненій. Необходимо удалять отростокъ раньше, чѣмъ послѣдовало прободеніе его въ свободную брюшную полость и раньше, чѣмъ образовались большіе нарывы въ правой подвздошной области resp. въ маломъ тазу. Если это удалось, то операцію слѣдуетъ признать сдѣланной своевременно. Если операція сдѣлана послѣ того, какъ произошло прободеніе въ свободную брюшную полость, то вѣроятность выздоровленія уменьшается прямо пропорціонально времени, протекшему между началомъ заболѣванія и операціей. Изъ 12 больныхъ, оперированныхъ *Payr*'омъ, умеръ только 1 и то отъ побочной причины. Въ остальныхъ случаяхъ наступило полное и скорое выздоровленіе (черезъ 2—3 недѣли). Въ случаяхъ, гдѣ нѣтъ большого гнойника, проф. *Payr* подводитъ къ мѣсту удаленнаго отростка тампонъ, а на остальномъ протяженіи зашиваетъ рану послойнымъ швомъ (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. Финкельштейнъ.*

**Глазныя болѣзни.** 218. Проф. *Schmidt-Rimpler* (Halle) говоритъ о *магнитныхъ операціяхъ на глазу,* на основаніи впечатлѣній, вынесенныхъ имъ изъ этихъ операцій съ самаго времени появленія электромагнитовъ *Hirschberg*'а (1879 г.) и *Haab*'а (1892 г.), главнымъ же образомъ на основаніи 38 случаевъ такихъ операцій, произведенныхъ имъ въ Halle за $1^1/_2$ лишь года. Въ означенныхъ случаяхъ авторъ постоянно пользовался большимъ электромагнитомъ *Haab*'а, прибѣгая къ *Hirschberg*'овскому электромагниту преимущественно лишь послѣ того, какъ осколокъ, при помощи большого магнита, выводился въ переднюю камеру. Недѣйствительнымъ *Haab*'овскій магнитъ оказался лишь въ 3 случаяхъ, при чемъ въ 1 изъ этихъ случаевъ и сидероскопъ не обнаружилъ желѣза, хотя таковое и оказалось въ глазу (въ нагноившемся стекловидномъ тѣлѣ) по вылущеніи послѣдняго. Въ 3 же случаяхъ большой магнитъ обнаружилъ слишкомъ большую силу, такъ что одновременно съ осколкомъ вырывалась и вся радужная оболочка; въ 1 изъ этихъ случаевъ, уже ранѣе сообщенномъ, пришлось вылущить глазъ; въ остальныхъ теченіе было благопріятное. Въ общемъ, изъ 35 больныхъ, у которыхъ удалось извлечь осколки, 17 остались съ пригоднымъ зрѣніемъ, при чемъ у 14 оно превышало $1/3$, а у 5 изъ этихъ послѣднихъ острота зрѣнія получилась даже почти нормальная ($2/3$—1). Изъ остальныхъ 18 чел. 9 сохранили лишь количественное свѣтоощущеніе или способность считать пальцы въ ближайшемъ разстояніи до $1/2$ метра, а у другихъ 9 пришлось впослѣдствіи удалить глазъ. Тяжесть извлеченныхъ осколковъ колебалась между «невѣсомой» и 0,2664 грм. Помѣщались осколки въ 10 случаяхъ въ переднемъ отдѣлѣ глаза, въ томъ числѣ и въ хрусталикѣ, а въ 28—въ заднемъ, при чемъ въ 7 случаяхъ осколокъ былъ виденъ (2 раза въ хрусталикѣ, 4 въ передней камерѣ, роговицѣ или радужной оболочкѣ и 1 въ стекловидномъ тѣлѣ), а въ 31 его было не видно. Черезъ первоначальную рану желѣзный осколокъ извлеченъ былъ лишь 6 разъ, черезъ новый разрѣзъ въ бѣлочной оболочкѣ 3 раза и столько же разъ черезъ краевой разрѣзъ роговицы безъ иридектоміи; во всѣхъ-же остальныхъ случаяхъ производилось изсѣченіе того участка радужной оболочки, который подъ вліяніемъ большого электромагнита выпячивался устремлявшимся осколкомъ, вслѣдъ затѣмъ послѣдній и извлекался магнитомъ. Выводить осколокъ при помощи магнита вдоль задней поверхности радужной оболочки въ область зрачка авторъ считаетъ болѣе рискованнымъ, опасаясь поврежденій хрусталиковой сумки остроконечнымъ осколкомъ, либо внѣдреній этого осколка въ радужную оболочку. Нецѣлесообразнымъ авторъ признаетъ и пользованіе первоначальной раной роговицы въ тѣхъ случаяхъ, когда инородное тѣло проникло черезъ хрусталикъ въ стекловидное тѣло, такъ какъ гораздо легче, по автору, провести осколокъ черезъ *Zinni*'еву связку, прикладывая полюсъ магнита къ краю роговой оболочки, чѣмъ еще разъ разсѣкать хрусталикъ, притягивая инородное тѣло къ первоначальной ранѣ роговицы. Большому электромагниту *Schmidt-Rimpler* отдаетъ предпочтеніе передъ малымъ не только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не видно желѣзнаго осколка, но и тамъ, гдѣ онъ лишь помѣщается въ заднемъ отдѣлѣ глазного яблока, хотя бы онъ и былъ виденъ, такъ какъ при маломъ магнитѣ нужно въ такихъ случаяхъ сдѣлать разрѣзъ въ бѣлочной оболочкѣ, да и послѣ того не всегда можно обойтись безъ большого магнита. При примѣненіи большого элекромагнита слѣдуетъ лишь постепенно приближать къ нему глазъ, дабы избѣжать излишней силы притяженія со стороны магнита. Изъ сидероскоповъ авторъ отдаетъ предпочтеніе *Dörffel-Hirschberg*'овскому передъ

Digitized by Google

сидероскопомъ *Asmus*'а, какъ по большей простотѣ примѣненія и ясности показаній, такъ и по меньшей стоимости. Для конечнаго исхода операцій съ магнитомъ, по *Schmidt-Rimpler*'у, имѣютъ значеніе величина проникшаго въ глазъ желѣзнаго осколка и возможное зараженіе глаза. Особенно сомнителенъ исходъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ стекловидное тѣло наполнено кровью. Что же касается желтаго отраженія, являющагося впослѣдствіи съ ограниченнаго участка стекловиднаго тѣла, то, какъ авторъ убѣдился на срѣзахъ, здѣсь далеко не всегда имѣется дѣло съ дѣйствительнымъ «нарывомъ стекловиднаго тѣла», а бываютъ лишь волокнинныя массы, безъ всякаго пропитыванія гноемъ, какъ слѣдствіе самого кровоизліянія. Рано наступающее скопленіе гноя въ передней камерѣ также ухудшаетъ предсказаніе. Въ одномъ случаѣ, гдѣ послѣ извлеченія желѣза наступилъ отекъ соединительной оболочки съ гноемъ въ передней камерѣ, въ послѣднюю введена была іодоформная пластинка: явленія остраго воспаленія исчезли, но вслѣдъ затѣмъ все же развился хроническій иридоциклитъ. Сравнительно благопріятно предсказаніе въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ инородное тѣло невелико и сидитъ въ передней камерѣ либо въ хрусталикѣ. Хорошее предсказаніе даютъ также маленькіе осколки, сидящіе въ заднемъ отдѣлѣ глаза,— если только стекловидное тѣло остается чистымъ. Въ заключеніе, авторъ обращаетъ вниманіе на весьма важные въ судебно-медицинскомъ отношеніи случаи, гдѣ больные вовсе не замѣтили, что имъ въ глазъ влетѣлъ осколокъ. Въ одномъ изъ такихъ случаевъ больной обратился за совѣтомъ по поводу незначительнаго поврежденія роговой оболочки. Желѣзная окраска глаза (siderosis), равно какъ и сидероскопъ показали, что въ глазу имѣлось желѣзо; между тѣмъ, больной не помнилъ, чтобы онъ когда-нибудь раньше поранилъ себѣ глазъ. Въ другомъ случаѣ 24-лѣтній кузнецъ явился съ катарактой на правомъ глазу. О какомъ-либо пораненіи глаза больной не помнилъ; не замѣчалось и рубца на глазу. Электромагнитъ же *Haab*'а извлекъ желѣзный осколокъ, въ 0,0056 грм. вѣсомъ, въ заднюю камеру, откуда осколокъ былъ окончательно удаленъ по изсѣченіи радужной оболочки. Впослѣдствіи извлечена была и катаракта, и больной получилъ къ тому времени, какъ выписывался изъ больницы, остроту зрѣнія въ $^1/_5$ (Archiv für Augenheilkunde, т. XLVIII, 2). *Р. Кацъ.*

**Нервныя и душевныя болѣзни.** 219. Цѣлый рядъ французскихъ авторовъ (*Widal*, *Sicard* и др.) придаютъ важное значеніе *цитодіагностикѣ спинномозговой жидкости* при органическихъ страданіяхъ нервной системы и пользуются ею для отличительнаго распознаванія отъ заболѣванія функціональнаго характера. Желая провѣрить значеніе этого способа изслѣдованія, д-ръ *Ernst Meyer* (изъ клиники проф. *Siemerling*'а въ Kiel'ѣ) изслѣдовалъ полученную при помощи поясничнаго прокола спинно-мозговую жидкость въ 35 различныхъ случаяхъ нервныхъ болѣзней и получилъ слѣдующіе результаты: въ 11 случаяхъ ясно выраженнаго наростающаго паралича и въ 3 случаяхъ, въ которыхъ распознаваніе колебалось между параличемъ и спинной сухоткой, найдено было рѣзко выраженное увеличеніе лимфоцитовъ; въ 4 случаяхъ (2 случая паралича, 1 хроническаго алкоголизма и 1 множественнаго склероза) найдено было увеличеніе одноядерныхъ бѣлыхъ тѣлецъ, въ остальныхъ 17 случаяхъ, въ число которыхъ входилъ только 1 случай паралича, а остальные принадлежали главнымъ образомъ къ т. наз. функціональнымъ заболѣваніямъ, увеличенія лимфоцитовъ обнаружить не удалось. Авторъ поэтому считаетъ мнѣніе французскихъ авторовъ, что во всѣхъ почти случаяхъ, гдѣ имѣется органическое заболѣваніе нервной системы, сопровождающееся хроническимъ раздраженіемъ мозговыхъ оболочекъ, число лимфоцитовъ оказывается увеличеннымъ, вѣрнымъ. Поэтому лимфоцитозъ спинно-мозговой жидкости является очень важнымъ распознавательнымъ признакомъ при опредѣленіи наличности органическаго страданія и раздраженія мозговыхъ оболочекъ. Отсутствіе этого признака однако еще не исключаетъ возможности существованія органическаго страданія. Поэтому при распознаваніи нужно придавать значеніе преимущественно положительному результату. Особенно важныя услуги этотъ способъ изслѣдованія можетъ оказать при отличительномъ распознаваніи начальнаго періода наростающаго паралича отъ нейрастеническихъ состояній. Что касается вопроса о нормальномъ количествѣ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ спинно-мозговой жидкости, то по *Sicard*'у при увеличеніи въ 300—400 разъ (Leitz, 7-ой объективъ) въ нормѣ должно быть не болѣе 2—3 лимфоцитовъ въ полѣ зрѣнія. Авторъ совѣтуетъ пользоваться меньшими увеличеніями (въ 70—80 разъ). Если при такихъ увеличеніяхъ находятъ во всѣхъ поляхъ зрѣнія равномѣрно 10—20 лимфоцитовъ и болѣе, то можно признать наличность лимфоцитоза (Berliner klinische Wochenschrift, № 5). *А. Коварскій.*

220. Д-ръ *И. Шмурло* (Самара) описываетъ *случай ритмическихъ движеній гортани у истеричной.*

Къ автору обратилась больная, 30 л., съ жалобами на чувство сдавливанія въ горлѣ и дрожанія въ области гортани, которому сопутствуютъ шумы, напоминающіе кваканіе лягушки. Больна съ небольшими перерывами 10 лѣтъ. Тогда утратила ощущеніе болѣзненности: уколы, щипки не вызывали никакой боли.—Прекраснаго питанія. Подкожной жировой клѣтчатки много. Сердце и легкія безъ измѣненій. Оба яичника чувствительны при давленіи. Рефлексы сохранены, чувства боли и прикосновенія нормальны. Лѣвая доля щитовидной железы увеличена сравнительно съ правой. Слизистая оболочка носа умѣренно гипертрофирована; въ такомъ-же состояніи и слизистая оболочка глотки. Уже на разстояніи 3-хъ шаговъ отъ больной слышенъ шумъ, напоминающій звукъ, получающійся при раздѣленіи 2-хъ влажныхъ поверхностей (напр., языка отъ твердаго нёба). При раскрытомъ ртѣ шумъ этотъ сильнѣе. Надгортанникъ, задняя и боковыя стѣнки гортани полнокровны. Блестящія бѣлыя голосовыя связки и боковыя части гортани совершаютъ очень быстрыя движенія (кнутри), прекращающіяся во время вдоха или фонаціи. Шумъ образуется, вѣроятно, вслѣдствіе соприкосновенія заднихъ и боковыхъ стѣнокъ гортани съ внутренней поверхностью грушевидной пазухи. Число колебаній въ минуту—свыше 100. Лѣченіе состояло въ смазываніи слизистой оболочки носа и задней поверхности глотки растворомъ *Lugol*'я, а затѣмъ хромовой кислотой. Нѣсколько разъ была смазана и задняя стѣнка гортани. Кромѣ того, были назначены NaBr и теплыя ванны. Подъ вліяніемъ этого лѣченія движенія гортани прекратились.

Въ теченіи 10-лѣтней ларингологической практики автора описанный случай является 1-мъ. По мнѣнію автора, случай этотъ близко подходитъ къ описаннымъ *Baginsk*'имъ и *Pogler*'омъ подъ названіемъ нистагма голосовыхъ связокъ (Medycyna, 9 января). *С. Островскій.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 221. Д-ръ *Р. Бернгардтъ* (Варшава) сообщаетъ *результаты лѣченія Röntgen'овскими лучами кожныхъ болѣзней (41 случай).* Всѣ больные находились подъ наблюденіемъ 4—22 мѣсяца. 5 больныхъ съ паршей (возрастъ—7, 8, 11, 12 и 22 года) лѣчились безуспѣшно въ теченіи 2—12 лѣтъ выщипываніемъ волосъ съ послѣдующимъ втираніемъ противогнилостныхъ мазей. У всѣхъ были найдены грибки парши. Лѣченіе х-лучами продолжалось 3—4 мѣсяца; возвратовъ не было, а въ волосахъ грибковъ не находили. Больныхъ со стригущимъ лишаемъ волосистой части головы было 23 въ возрастѣ 2—14 лѣтъ. Всѣ до того уже лѣчились. Распознаваніе въ каждомъ случаѣ было подтверждено микроскопическимъ изслѣдованіемъ волосъ и чешуекъ. У 2 больныхъ лѣченіе *Röntgen*'овскими лучами, по независѣвшимъ отъ автора обстоятельствамъ, было прервано; изъ остальныхъ наилучшіе итоги были достигнуты у 17, лѣченныхъ х-лучами при помощи мягкихъ трубокъ. При примѣненіи твердыхъ трубокъ (4 сл.) лѣченіе продолжалось въ 2—$2^1/_2$ раза дольше, чѣмъ при примѣненіи мягкихъ, при чемъ въ 3 изъ нихъ появился возвратъ болѣзни. Хорошіе результаты получены авторомъ и въ 2 сл. сикоза. Въ 2 случаяхъ кругового облысѣнія (alopecia areata) подъ вліяніемъ х-лучей на головѣ стали появляться въ обиліи волосы. Успѣхъ получился и въ 5 случаяхъ волчанки. При lupus erythematosus успѣхъ былъ лишь временный. Наконецъ, х-лучи были примѣнены съ недурнымъ результатомъ въ 1 случаѣ псоріаза и въ 2 сл. затяжного бугорчатковаго воспаленія брюшины (Gazeta lekarska, 19 и 26 декабря 1903 г.). *О.*

222. *П. Р. Тимошокъ*, въ сопоставленіи къ отзыву *В. Ф. Велямовича о* способѣ *лѣченія парши формалиномъ*, какъ «единственномъ способѣ лѣченія парши безъ эпиляціи, обезпечивающимъ прочное (безъ возвратовъ) выздоровленіе въ 2—3-недѣльный срокъ», привелъ свои наблюденія надъ 4-мя больными, которые, въ общей сложности, 11

Digitized by Google

разъ поступали къ нему въ госпиталь и всѣ 11 разъ пользовались исключительно лѣченіемъ формалиномъ въ началѣ безъ вырыванія волосъ (7 разъ), а впослѣдствіи съ вырываніемъ ихъ въ пораженныхъ участкахъ. Описавъ самое производство такого лѣченія, состоявшее изъ обычнаго предварительнаго очищенія головы и послѣдующаго втиранія ватными шариками водныхъ растворовъ формалина, начиная таковые съ 5%-го и постепенно доходя до 10%-го, авторъ привелъ отдѣльныя описанія больныхъ, изъ коихъ 1-ый трижды подвергался систематическому лѣченію формалиномъ, въ общей сложности, въ теченіи 212 дней, т. е. больше 30 недѣль, и въ настоящее время болѣетъ тѣмъ-же процессомъ; 2-ой пользовался, въ общей сложности, формалиномъ 379 дней, т. е. больше 54 недѣль, и нынѣ въ 5-ый разъ лежитъ въ госпиталѣ съ тѣми-же явленіями парши; 3-ій послѣ 232-дневнаго лѣченія, т. е. больше чѣмъ 33 недѣли, не достигъ выздоровленія, и 4-ый, пробывъ въ госпиталѣ, въ общей сложности, 160 дней, т. е. почти 23 недѣли, хотя и былъ выписанъ безъ наличныхъ явленій, но вполнѣ излѣченнымъ считаться не могъ, такъ какъ остановки процесса наблюдались у него и въ госпиталѣ, а послѣ выписки его не прошло еще недѣли. Такимъ образомъ, упорное кропотливое, ежедневное лѣченіе, при томъ довольно болѣзненное, продолжаясь у всѣхъ 4-хъ больныхъ, въ общей сложности, 983 дня, въ среднемъ по 35 недѣль у каждаго больного, не принесло имъ тѣмъ не менѣе излѣченія. Высказывая поэтому глубокое убѣжденіе въ полной непригодности способа лѣченія парши 5—10%-ми водными растворами формалина, по крайней мѣрѣ, при старыхъ процессахъ на головѣ, авторъ одѣлалъ предположеніе, что блестящій успѣхъ лѣченія формалиномъ въ случаѣ д-ра *Велямовича* объясняется простой ошибкой въ распознаваніи процесса, не имѣвшаго ничего общаго съ паршею (Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, № 8).

223. Д-ръ *Д. Вершининъ* описалъ *къ вопросу о лѣченіи leucoplakiae buccalis по способу д-ра Bockhardt'а*, предлагающаго для этого смазываніе перувіанскимъ бальзамомъ и полосканіе рта ½—3%-ми водными растворами поваренной соли и отвергающаго необходимость противосифилитическаго лѣченія, наблюдавшійся имъ случай такого страданія и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) данному пораженію слизистой оболочки рта—psoriasis s. leucopathia bucco-lingualis—слѣдуетъ придавать огромное распознавательное по отношенію къ сифилису значеніе, даже при отсутствіи такихъ признаковъ, какъ adenopathia universalis; 2) по аналогіи съ другими парасифилитическими заболѣваніями, съ цѣлью задержки идущаго впередъ ихъ развитія, слѣдуетъ предпринимать при немъ специфическое лѣченіе, главнымъ образомъ ртутное; 3) какое-либо превосходство смазыванія перувіанскимъ бальзамомъ и полосканія растворами поваренной соли, не представляющими къ тому-же новизны и дѣйствительности, въ этомъ случаѣ въ высшей степени сомнительно (Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней, № 9). *А. Гаринъ.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ носовыхъ, горловыхъ и ушныхъ болѣзней.** (Отчетъ *В. В. Дитмана*). (Продолженіе. См. выше, № 8, стр. 299). Соединенное засѣданіе съ Отдѣлами общественной медицины и статистики (по глухонѣмотѣ) 8-го января. Почетный предсѣдатель *С. Ф. ф. Штейнъ* (Москва).

*Н. А. Шнейдеръ* (Москва). *Глухонѣмота и регистрація глухонѣмоты.* Докладчикъ дѣлитъ глухонѣмоту на врожденную и пріобрѣтенную. Въ этіологіи 1-ой играютъ роль: а) климатическія, б) общественныя условія, в) наслѣдственность, г) возрастъ родителей, д) кровные браки, е) сифилисъ, бугорчатка, пьянство, истерія и т. п. Въ этіологіи 2-ой имѣютъ значеніе: а) менингитъ, б) заразныя болѣзни: корь, скарлатина, тифъ, дифтерія, рожа, в) гнойный отитъ, г) травматическія поврежденія, кровоизліянія въ лабиринтъ, травматическій менингитъ, д) солнечный ударъ. Въ виду неразработанности и недостаточности статистическихъ данныхъ о глухонѣмотѣ въ Россіи, докладчикъ предлагаетъ собирать свѣдѣнія по слѣдующей карточкѣ:

*Регистраціонная карточка глухонѣмыхъ.*

Глухонѣм
Имя
Фамилія
Религія секта
Сословіе
Званіе
Занятіе
Родил года мѣс
Губернія область уѣздъ
волость деревня

Примѣчаніе.

1. Санитарное состояніе жилья и мѣстности, гдѣ живетъ.
2. Нѣтъ-ли какихъ-либо эндемическихъ болѣзней?

I. Существуетъ глухонѣмота (глухота).
 1. отъ рожденія?
 2. явилась послѣ рожденія?
II. Занятіе родителей, ихъ благосостояніе.

*Анамнезъ въ случаѣ врожденной глухонѣмоты.*

I. Бывали въ родѣ случаи:
 а) врожденной глухонѣмоты
 б) пріобрѣтенной »
 в) глухоты.
 1. по прямой линіи—у родителей или дѣдовъ?
 2. по боковой линіи—братьевъ и сестеръ родителей и дѣдовъ и ихъ потомковъ?
II. Состояли родители въ какомъ-либо родствѣ — обозначеніе родства.
III. Не было-ли или нѣтъ ли какихъ-либо болѣзней у родителей или въ родѣ:
 1) алкоголизма, 2) сифилиса, 3) бугорчатки, 4) слабоумія врожденнаго или пріобрѣтеннаго, 5) душевныхъ болѣзней, 6) падучей, 7) прочихъ болѣзней вырожденія (retinitis pigmentosa, куриная слѣпота, истерія и т. д.)?
IV. Какимъ по счету родился данный ребенокъ?
V. Остальныя дѣти:
 1. здоровы?
 2. глухонѣмыя отъ рожденія?
 3. » стали впослѣдствіи?
 4. страдали или страдаютъ какимъ-либо душевнымъ или физическимъ недостаткомъ?
VI. Не подвергалась-ли мать во время беременности какимъ-либо механическимъ или техническимъ инсультамъ? и не было ли искусственныхъ родовъ?

*Анамнезъ въ случаѣ пріобрѣтенной глухонѣмоты.*

I. Въ какомъ возрастѣ появилась глухонѣмота?
II. Послѣ какой болѣзни?
 1. Мозговыя заболѣванія (сведеніе затылка, судороги, когда сталъ ходить послѣ болѣзни и какова была походка?).
 2. Скарлатина.
 3. Корь.
 4. Тифъ.
 5. Прочія лихорадочныя болѣзни (дифтерія, рожа, оспа, вѣтренная оспа, гриппъ и т. д.).
 6. Ушибъ головы или солнечный ударъ.
 7. Гноетеченіе безъ предшествовавшихъ заразныхъ болѣзней.

*Status praesens.*

I. Нѣтъ-ли какихъ-либо неправильностей или патологическихъ измѣненій ушной раковины, слухового прохода, барабанной перепонки и полости средняго уха?
II. Состояніе носа и носоглоточнаго пространства (аденоидныя разрощенія—пальцевое изслѣдованіе).
III. Нѣтъ-ли какой-нибудь другой болѣзни у даннаго лица?
 1) сифилиса, 2) бугорчатки, 3) золотухи, 4) слабоумія, 5) падучей, 6) параличей, 7) прочихъ дегенеративныхъ болѣзней (разстройства зрѣнія и т. д.)?
IV. Состояніе слуха.
V. Воспитывалось-ли данное лицо у кого-либо и гдѣ-либо или совсѣмъ не воспитывалось?
VI. Какимъ образомъ объясняется съ окружающими?
 1) звуковой рѣчью, 2) звуками и жестами, 3) только жестами.
VII. Состоитъ или состоялъ въ бракѣ: 1) съ нормальнымъ человѣкомъ? или 2) съ глухонѣмымъ?
VIII. Есть-ли дѣти? Сколько? Нормальны? Глухонѣмы? Не страдаютъ ли другими пороками?
 Особыя замѣчанія.

*Е. В. Членовъ* (Москва). *Борьба съ глухонѣмотою въ Россіи.* Въ вопросѣ о борьбѣ съ глухонѣмотою нужно различать 2 задачи: а) борьбу съ существующею глухонѣмотою и б) борьбу съ условіями, ведущими къ ней. *А.* Среди глухонѣмыхъ слѣдуетъ различать 3 возраста: школьный, рабочій и инвалидный. Каждый возрастъ даетъ отдѣльныя показанія для работы. До послѣднихъ лѣтъ судьба обѣихъ послѣднихъ группъ совершенно игнорировалась; для облегченія-же участи 1-ой группы принимались мѣстами мѣ-

Digitized by Google

ры, въ общемъ совершенно недостаточныя. Новая эра въ этомъ дѣлѣ настаетъ только съ учрежденіемъ въ 1898 г. Попечительства о глухонѣмыхъ. Въ энергичныхъ начинаніяхъ его нужно особо отмѣтить, что оно а) индивидуализируетъ свою помощь и б) стремится къ поднятію уровня обученія и учащихъ. Дѣятельность Попечительства, однако, парализуется недостаткомъ средствъ, слабостью сочувствія и скудостью знаній. Для успѣшной борьбы съ глухонѣмотою необходимо поэтому: а) привлеченіе средствъ казенныхъ и общественныхъ и б) популяризація дѣла. *Б.* Борьба съ условіями, ведущими къ глухонѣмотѣ. Глухонѣмыхъ съ пріобрѣтенной глухонѣмотой больше, чѣмъ съ врожденной; это увеличиваетъ шансы успѣха въ борьбѣ. При врожденной глухонѣмотѣ играютъ главную роль условія, лежащія внѣ больного: наслѣдственность, условія санитарно-соціальныя, мѣстныя и пр. Борьба съ ними очень трудна и главными орудіями здѣсь являются знанія и общій прогрессъ. Причинами пріобрѣтенной глухонѣмоты преимущественно служатъ болѣзни общія, осложняющіяся пораженіемъ слуховыхъ органовъ, и мѣстныя. Здѣсь сознательная и цѣлесообразная борьба можетъ дать всегда хорошіе результаты. Для успѣха ея необходимо: а) увеличить познанія по ушнымъ болѣзнямъ у врачей, б) популяризировать значеніе и послѣдствія этихъ болѣзней въ интеллигентномъ обществѣ и въ массѣ и в) сдѣлать помощь при этихъ заболѣваніяхъ доступною широкимъ слоямъ населенія. Свои положенія докладчикъ выразилъ такъ: 1) Отдѣлъ болѣзней уха, носа и горла предлагаетъ Правленію Съѣзда возбудить ходатайство о введеніи обязательнаго обученія этимъ болѣзнямъ во всѣхъ высшихъ медицинскихъ учебныхъ заведеніяхъ Имперіи. 2) Отдѣлъ обращаетъ вниманіе Правленія на крайнюю желательность устройства общедоступныхъ чтеній и изданія популярныхъ брошюръ и листковъ, которые знакомили-бы разные слои общества со значеніемъ и послѣдствіями ушныхъ болѣзней какъ для общаго состоянія, такъ и какъ причины глухонѣмоты.

Предложеніе Отдѣломъ принято.

*В. Я. Яцута* (Петербургъ). *Статистика глухонѣмоты въ Петербургѣ по даннымъ переписи 15 декабря 1900 г.* Въ общихъ чертахъ эта статистика показываетъ, что 1) число съ врожденной глухонѣмотой больше, чѣмъ съ пріобрѣтенной, а именно 708 и 334; 2) число съ врожденной глухонѣмотой мальчиковъ больше, чѣмъ дѣвочекъ, а именно 450 и 258; число мальчиковъ съ пріобрѣтенной глухонѣмотой также больше, чѣмъ дѣвочекъ, а именно 183 и 151; 3) при раздѣленіи всѣхъ глухонѣмыхъ на группы по средствамъ къ существованію наибольшее число ихъ приходится на группу призрѣваемыхъ на счетъ благотворительныхъ Обществъ.

*Н. П. Трофимовъ*: Разсматривая карточку, нельзя не отмѣтить, что не всѣ вопросы въ ней доступны пониманію не-спеціалистовъ. Въ Германской карточкѣ проведено разграниченіе между вопросами, на которые должны отвѣчать врачи, и вопросами, на которые должны отвѣчать не-спеціалисты. Было-бы желательно попросить Правленіе Съѣзда разослать карточку на разсмотрѣніе земскихъ Управъ, врачебныхъ ученыхъ Обществъ и врачей-спеціалистовъ. Пожеланіе учрежденія каѳедръ носовыхъ, горловыхъ и ушныхъ болѣзней при университетахъ я-бы дополнилъ пожеланіемъ учрежденія спеціальныхъ отдѣленій при большихъ городскихъ больницахъ. Желательно, чтобы спеціалисты пропагандировали необходимость ихъ устройства въ земскихъ Собраніяхъ, Обществахъ врачей и т. д. Школьная глухонѣмота устраняется школами, но докладчики недостаточно оттѣнили значеніе интернатовъ и экстернатовъ. Въ Россіи, быть можетъ, экстернаты болѣе примѣнимы въ виду бѣдности населенія, чѣмъ интернаты. Необходимо обратить вниманіе на значеніе метода развитія слуха одновременно съ обученіемъ чтенію съ губъ. Методъ этотъ примѣняется въ München'ѣ, въ другихъ-же городахъ за границею игнорируется.

*В. А. Лійкъ*: Первымъ летучимъ ушнымъ отрядомъ попечительства о глухонѣмыхъ, отправленнымъ лѣтомъ прошлаго года въ Александровскій уѣздъ Екатеринославской губ. было найдено въ этомъ уѣздѣ 373 глухонѣмыхъ. Если принять народонаселеніе уѣзда равнымъ 300000 (круглымъ числомъ), то получится 124 глухонѣмыхъ на каждыя 100000 населенія—число, не многимъ меньшее указаннаго докладчиками.

*I. С. Бродъ* считаетъ собираніе свѣдѣній о глухонѣмыхъ черезъ врачей-спеціалистовъ недостаточнымъ, такъ какъ спеціалистовъ пока еще слишкомъ мало. Летучими отрядами, по его мнѣнію, достигается слишкомъ мало. Бо̀льшее значеніе имѣетъ распространеніе свѣдѣній о болѣзняхъ уха, носа и горла среди всей массы врачей, земскихъ, сельскихъ и т. д. Поэтому *Б.* предлагаетъ ходатайствовать объ открытіи спеціальныхъ курсовъ для усовершенствованія врачей по упомянутымъ спеціальностямъ въ университетскихъ центрахъ, такъ какъ открытіе каѳедръ будетъ имѣть значеніе лишь для будущихъ поколѣній врачей. Дѣленіе глухонѣмыхъ на 3 возраста должно быть дополнено до-школьной группой. Борьбу съ глухонѣмотою нужно начинать съ первыхъ 2-хъ возрастовъ—до-школьнаго и школьнаго, такъ какъ рабочій возрастъ, особенно среди крестьянскаго населенія, менѣе безпомощенъ и труднѣе поддается этой борьбѣ.

*М. В. Богдановъ-Березовскій* въ число причинъ глухонѣмоты включаетъ еще истерическую глухоту въ дѣтскомъ возрастѣ. Притворная глухота бываетъ не только у призываемыхъ къ отбыванію воинской повинности, но и у дѣтей. Для обнаруженія ея полезенъ камертонъ *Bezold*'а. Дѣленіе глухонѣмоты на врожденную и пріобрѣтенную—искусственно, такъ какъ часто просматриваются заболѣванія ранняго дѣтскаго возраста. *Hammerschlag* дѣлитъ глухонѣмоту на мѣстную (всегда пріобрѣтенную) и конституціональную.

Проф. *Н. П. Симановскій* требуетъ, чтобы регистраціонная карточка была по возможности проста, но чтобы статистика собиралась обязательно врачами.

*А. А. Липскій*, напротивъ, высказался въ пользу валового статистическаго матеріала, добытаго путемъ переписи и опубликованія данныхъ городскихъ Управленій.

*Е. В. Членовъ* присоединился къ предложенію проф. *Н. П. Симановскаго*—передать окончательную разработку регистраціонной карточки Петербургскому и Московскому отологическимъ Обществамъ.

*I. С. Бродъ* обратилъ вниманіе на мало извѣстный среди врачей «Вѣстникъ Попечительства о глухонѣмыхъ», который могъ-бы служить связующимъ звеномъ между отдѣльными группами лицъ, сочувствующихъ дѣлу призрѣнія глухонѣмыхъ.

*Н. П. Трофимовъ* думаетъ, что выяснить размѣры бѣдствія, причиняемаго глухонѣмотою въ Россіи, можно только помощью общей санитарной статистики. Въ Германіи пригодными для этой цѣли признаются 3 пути: 1) общая народная перепись, 2) собираніе данныхъ черезъ посредство интеллигентныхъ лицъ, близко стоящихъ къ народу (учителей и священниковъ) и 3) поголовное изслѣдованіе черезъ врачей-спеціалистовъ. Каждый изъ этихъ путей даетъ цѣнныя данныя, поэтому нельзя не присоединиться къ мнѣнію ч. пр. *А. А. Липскаго* о необходимости опубликованія результатовъ всенародной переписи, относящихся къ вопросу о глухонѣмотѣ.

*С. Ф. Штейнъ*, подведя итогъ всѣмъ предложеніямъ, касающимся борьбы съ глухонѣмотою, предложилъ ходатайствовать: 1) о введеніи обязательнаго обученія ушнымъ, носовымъ и горловымъ болѣзнямъ въ университетахъ, 2) устройствѣ публичныхъ чтеній для народа, изданіи брошюръ и листковъ для распространенія свѣдѣній относительно причинъ глухонѣмоты и мѣръ борьбы съ нею; 3) учрежденіи спеціальныхъ отдѣленій при большихъ больницахъ; 4) устройствѣ экстернатовъ для глухонѣмыхъ дѣтей и 5) коммандированіи врачей въ университетскіе центры для прослушанія курса по ушнымъ, носовымъ и горловымъ болѣзнямъ.

Предложеніе принято Отдѣломъ.

(*Продолженіе слѣдуетъ.*)

**Отдѣлъ глазныхъ болѣзней** (Отчетъ *С. В. Лобанова*). (Продолженіе. См. выше, № 9, стр. 337). Засѣданіе 7 января. Почетный предсѣдатель проф. *Ф. О. Евецкій*.

*Г. И. Рейнгардъ. О распространеніи трахомы и о причинахъ слѣпоты въ Курляндской губ.* Матеріаломъ служили 11500 глазныхъ больныхъ, занесенныхъ въ списки въ 1899—1902 гг., изъ нихъ 35% трахомныхъ, среди которыхъ 52% съ pannus'омъ, 25—30% съ осложненіями со стороны вѣкъ, нерѣдко появляющимися уже въ возрастѣ 10—15 л., и 19% съ dacryocystoblennorrho'ей. Изслѣдованы 12132 ученика разныхъ разрядовъ школъ и у 12,3% найдена трахома; въ деревенскихъ народныхъ училищахъ трахома найдена у 26%, въ гимназіяхъ и реальныхъ училищахъ у 2,3%; въ деревенскія училища поступаетъ уже 23% учениковъ съ трахомой въ возрастѣ 9—10 лѣтъ; вѣроятно, около 20% всего деревенскаго населенія страдаетъ трахомой. Главныя причины слѣпоты: трахома (36%) и глаукома (14,7%). Въ положеніяхъ докладчикъ обращаетъ вниманіе 1) на опасность заболѣванія трахомой въ дѣтскомъ возрастѣ; 2) на зависимость тяжелыхъ осложненій и слѣпоты при трахомѣ отъ сопутствующихъ заболѣваній слезоотводящихъ путей, носа, зѣва и окололежащихъ пазухъ: 3) «для всесторонняго изслѣдованія трахомы и для успѣшной борьбы съ ней необходимо основать у насъ спеціальное учрежденіе на подобіе Венгерскаго».

Ч. пр. *Е. П. Браунштейнъ. Объ оперативномъ лѣченіи трахомы.* Этотъ способъ въ техническомъ отношеніи разработанъ и усовершенствованъ, какъ извѣстно, проф.

Digitized by Google

*Kuhnt*'омъ въ Koenigsberg'ѣ. Познакомившись съ нимъ въ 1902 г. у *Kuhnt*'а, докладчикъ сталъ примѣнять его въ своей практикѣ и сообщилъ полученные результаты. Всѣхъ операцій сдѣлано 188 на 144 глазахъ у 86 больныхъ (44 женщинъ, 36 женщинъ и 4 дѣтей); операція произведена на обоихъ глазахъ въ 61 случаѣ, на одномъ въ 26, на верхнемъ вѣкѣ 116 разъ, на нижнемъ 72; простое вырѣзываніе слизистой оболочки сдѣлано 78 разъ, соединенное съ вырѣзываніемъ хряща—110; въ 1 случаѣ на верхнемъ вѣкѣ обоихъ глазъ произведено удаленіе утолщеннаго хряща; пользовались коечно 12, приходяще 74. «Операція дѣлалась только при трахомѣ средней и тяжелой степени, если предыдущіе способы лѣченія—лѣкарственный и механическій—ни къ чему не привели; при слабыхъ и свѣжихъ, даже тяжелыхъ, формахъ операція не дѣлалась. Нѣсколько разъ операція произведена въ случаяхъ необычайно тяжелыхъ, можно сказать отчаянныхъ, гдѣ pannus crassus и пропитыванія роговицы не уступали никакому лѣченію. Результаты этихъ операцій какъ въ отношеніи теченія заживленія, такъ и въ отношеніи технической стороны не оставляютъ желать ничего лучшаго». Въ 40 случаяхъ получилось полное излѣченіе; въ остальныхъ, гдѣ долѣчиваніе еще не закончено,—значительное улучшеніе. На основаніи этого докладчикъ признаетъ оперативное лѣченіе хронической трахомы прекраснымъ средствомъ, когда лѣкарственное и механическое лѣченіе не приводятъ къ цѣли; но этотъ способъ нуждается въ подспорьѣ другихъ пріемовъ (массажъ, выдавливаніе, насѣчки, лѣкарства). Въ заключеніе докладчикъ представилъ слѣдующія положенія: желательно: 1) чтобы представители каѳедръ и руководители курсовъ по глазнымъ болѣзнямъ знакомили слушателей съ пріемами оперативнаго лѣченія трахомы, 2) чтобы земскіе и сельскіе врачи посылались въ столичные и университетскіе города для спеціальнаго изученія этихъ пріемовъ и 3) чтобы врачи глазныхъ отрядовъ и завѣдующіе глазными отдѣленіями земскихъ больницъ и попечительство о слѣпыхъ не только сами примѣняли эти способы, но и знакомили съ ними мѣстныхъ врачей.

Д-ръ *Коганъ*. *Операція заворота вѣкъ*. Докладчикъ подробно изложилъ свою операцію: ея основы, производство и преимущество. Приведу лишь ея производство. При изложеніи имѣется въ виду верхнее вѣко, хотя операція пригодна и для нижняго. 1-ый моментъ — 2 вертикальныхъ разрѣза ножницами съ свободнаго края вѣкъ кверху на 4—5 млм., захватывающіе линію колѣнообразнаго искривленія хряща: одинъ у внутренняго угла глаза на 1 млм. кнаружи отъ верхней слезной точки, другой—у самого наружнаго угла глаза; вѣко перерѣзается со всѣми его частями. 2-ой моментъ—на пластинкѣ *Jäger*'а подведенной подъ вѣко эти разрѣзы продолжаются кверху на 5—6 млм. ножомъ *Беера*, при чемъ разрѣзаются — кожа, подкожная клѣтчатка и круговая мышца вѣкъ (m. orbicularis); хрящъ не трогается. Иногда оба момента соединяются въ одномъ первомъ, когда вѣтви ножницъ подводятся до самого свода вѣкъ и производится разрѣзъ сразу. 3-ій моментъ—вѣко вывертывается, и вертикальные разрѣзы со стороны слизистой оболочки соединяются горизонтальнымъ, идущимъ параллельно свободному краю вѣкъ на 3—4 млм. отъ него, т. е. по дну жолоба, образуемаго искривленнымъ хрящемъ на его задней поверхности; перерѣзаются конъюнктива и хрящъ во всю ихъ толщу, и хрящъ такимъ образомъ раздѣляется на 2 части: верхнюю—фасціальную, и нижнюю—рѣсничную съ рѣсницами; мягкія части между передней поверхностью фасціальной части и круговою мышцей отдѣляются ножемъ вдоль всего края раны кверху на 2—3 млм.; такъ-же отдѣляются мягкія части и отъ рѣсничной части. Отовсюду отдѣленная рѣсничная часть хряща, висящая на одной лишь кожѣ вдоль передняго ребра, уже сама до извѣстной степени отходитъ отъ глазного яблока, выворачивается и отводитъ рѣсницы. Оттягивая пальцемъ кожу вѣка вверхъ, можно заставить рѣсничную часть хряща своей передней поверхностью, гдѣ прилегала круговая мышца, опереться о нижній край фасціальной части хряща и еще больше вывернуться, такъ что межкраевая поверхность вѣка обращается впередъ, а рѣсницы вверхъ, и въ такомъ положеніи удерживается швами, которые накладываются такъ: берется нитка съ 2-мя иглами; одна игла вкалывается въ фасціальную часть хряща съ конъюнктивальной ея поверхности у самаго нижняго края, поднимается косо вверхъ и впередъ, проводится черезъ кожу на 2—3 млм. отъ передняго ребра вѣка, т. е., подъ самими рѣсницами и выводится на передней поверхности этой части хряща; другая игла вкалывается въ рѣсничную часть вѣка со стороны задней ея поверхности въ томъ мѣстѣ, гдѣ хрящъ остался въ соединеніи съ кожей, и выводится подъ самымъ переднимъ ребромъ, т. е. подъ самими рѣсницами. Оба конца шва, очутившіеся на передней поверхности вѣка, одинъ—надъ, другой—подъ рѣсницами, завязываются. Такихъ швовъ накладывается 3—4. Боковые разрѣзы зашиваются 2—3 швами: игла вкалывается въ рѣсничную часть хряща въ томъ мѣстѣ, гдѣ ростутъ рѣсницы, выводится сбоку между хрящемъ и кожей и поднятая на 4—5 млм. вверхъ, подводится подъ противоположный край разрѣза и выводится на поверхность кожи; при стягиваніи этихъ швовъ оттягиваются концы хряща вверхъ, что содѣйствуетъ ихъ большему вывороту. 2 остальные шва имѣютъ косметическую цѣль: верхній—для выразниванія складки, образовавшейся перемѣщенной вверхъ кожей, нижній, не всегда нужный,—для закрытія образующейся въ краѣ вѣка расщелины, если она значительна. Операція заканчивается небольшимъ горизонтальнымъ разрѣзомъ наружнаго угла глаза; часть этого разрѣза заростаетъ, другая небольшая остается незароошей, чѣмъ возстановляется острая форма наружнаго угла глаза.

Д-ръ *Марюлинъ*. *Изученіе этіологіи трахомы, какъ одно изъ необходимыхъ условій для борьбы съ распространеніемъ этой болѣзни*. Докладчикъ выставилъ слѣдующихъ 3 положенія: 1. Помимо мѣръ соціально-культурныхъ и общегигіэническихъ, открытіе раціональнаго, вѣрнаго и скораго способа лѣченія можетъ имѣть громадное значеніе въ дѣлѣ предохраненія населенія отъ этой болѣзни. 2. Для этой цѣли желательно сосредоточеніе спеціальныхъ силъ—бактеріологовъ, патологоанатомовъ, клиницистовъ и санитарныхъ врачей въ видѣ постоянной Коммиссіи и основаннаго ею научнаго учрежденія для изученія сущности болѣзни и способовъ лѣченія. 3. Средства слѣдуетъ испросить у заинтересованныхъ земскихъ и городскихъ учрежденій, а также благотворительныхъ глазныхъ Обществъ; можно надѣяться и на частную благотворительность.

Д-ръ *Ноишевскій* видѣлъ послѣ операціи *Kuhnt*'а рубцы и сухость слизистой оболочки глаза и обращаетъ вниманіе на свой и проф. *Сапѣжки* способъ пересадки на мѣсто удаленной трахомной конъюнктивы лоскута слизистой оболочки губы 15 млм. длиной и 13 млм. высотой для защиты роговицы, такъ какъ трахома опасна лишь постольку, поскольку она вызываетъ осложненія роговицы; при этомъ результаты получаются хорошіе, и возврата болѣзни не наблюдалось даже послѣ 10-лѣтняго наблюденія за больными.

Д-ръ *Шеръ* считаетъ широкое примѣненіе хирургическаго способа лѣченія трахомы во всѣхъ случаяхъ трахомы, особенно при среднихъ степеняхъ ея, преждевременнымъ и не достаточно выясненнымъ.

Д-ръ *Гинзбургъ* находитъ, что показанія къ способу *Kuhnt*'а у насъ въ Россіи должны быть ограничены. Нужна большая осторожность въ дѣтскомъ возрастѣ. Возвраты при этомъ способѣ наблюдаются. Д-ръ *Г.* въ старыхъ случаяхъ рубцево-перерожденной конъюнктивы удаляетъ хрящъ не со стороны слизистой оболочки глаза, а подходитъ къ нему черезъ кожу.

Д-ръ *Выгодскій* послѣ посѣщенія клиники *Kuhnt*'а сталъ примѣнять его способъ въ подходящихъ случаяхъ и доволенъ результатами; въ нѣкоторыхъ изъ такихъ его случаевъ лѣченіе другими способами оставалось безуспѣшнымъ. Въ общемъ число случаевъ для операціи *Kuhnt*'а у насъ невелико. Нельзя не пожелать этой операціи болѣе широкаго распространенія.

Д-ръ *Натансонъ* находитъ положеніе д-ра *Браунштейна* о посылкѣ земскихъ врачей «для изученія оперативнаго способа лѣченія трахомы» узкимъ и предлагаетъ расширить его «для изученія глазныхъ болѣзней вообще и въ частности глазныхъ операцій». На хирургическое лѣченіе трахомы меньше всего можно разсчитывать при дѣтской трахомѣ, такъ какъ она здѣсь рѣдко достигаетъ тяжелыхъ формъ и легко поддается лѣченію.

Д-ру *Рейнгарду* часто приходилось наблюдать дурныя послѣдствія операціи *Kuhnt*'а, съ которыми трудно бороться. *Р.* удаляетъ хрящъ лишь при сильномъ утолщеніи его, что и совѣтуетъ дѣлать, а равно также не упускать изъ вида въ тяжелыхъ случаяхъ трахомы изслѣдовать и лѣчить заболѣванія слезныхъ путей, носа, зѣва и окололежащихъ пазухъ.

Digitized by Google

Д-ръ *Ивановъ* указалъ, что *Kuhnt* уже давно примѣняетъ свой способъ и на основаніи большого опыта считаетъ его дѣйствительнымъ; въ техническомъ отношеніи этотъ способъ не такъ уже труденъ и не требуетъ много времени; желательно его испытать.

Д-ръ *Чемолосовъ* въ клиникѣ проф. *Kuhnt*'а видѣлъ прекрасные результаты различныхъ операцій при трахомѣ на хрящѣ, простого и соединеннаго (съ хрящемъ) вырѣзыванія слизистой оболочки, при чемъ у одного больного, оперированнаго 6 л. назадъ, не было замѣтнаго укороченія конъюнктивальнаго мѣшка. *Ч.* пришлось произвести нѣсколько операцій по *Kuhnt*'у съ хорошими результатами. Въ клиникѣ *Kuhnt*'а, кромѣ указанныхъ д-ромъ *Браунштейномъ* способовъ, примѣняется разрѣзъ хряща (incisio tarsi) многочисленными уколами ножемъ *Graefe* черезъ всю толщу хряща со стороны конъюнктивы.

Д-ръ *Орловъ* находитъ положеніе доклада д-ра *Браунштейна* о посылкѣ земскихъ врачей для изученія оперативнаго лѣченія трахомы не только узкимъ, но и совершенно излишнимъ, такъ какъ такія посылки уже дѣлаются и имъ нужно выразить сочувствіе.

Д-ръ *Лотинъ* встрѣчалъ больныхъ съ пересаженной слизистой оболочкой по д-ру *Ноишевскому*, и результаты были очень хорошіе.

Д-ръ *Коганъ* замѣтилъ, что послѣ операціи заворота вѣкъ по его способу исчезаетъ не только заворотъ, но и излѣчивается трахома въ случаяхъ съ сильно утолщенной, пропитанной и гиперэмированной слизистой оболочкой; это обстоятельство онъ ставитъ въ связь съ обильнымъ кровотеченіемъ при этой операціи. Не то-ли же происходитъ и при операціяхъ *Kuhnt*'а? Были-бы желательны параллельные опыты въ этомъ направленіи съ глубокими разрѣзами въ вѣкахъ, но безъ удаленія тканей.

Д-ръ *Лобановъ* обратилъ вниманіе на то, что изъ обмѣна мнѣній выяснилось, что за хирургическое лѣченіе трахомы высказываются тѣ, кто былъ у *Kuhnt*'а и видѣлъ его результаты. Дѣйствительно, видя результаты, получаемые самимъ *Kuhnt*'омъ, нельзя не сдѣлаться сторонникомъ его способа. Въ Россіи этотъ способъ примѣняется мало, а тамъ, гдѣ примѣняется, далъ результаты хуже *Kuhnt*'овскихъ; можетъ быть наша трахома — не то, что въ Пруссіи? Хирургическій способъ лѣченія трахомы заслуживаетъ большого распространенія, но требуетъ сначала установки болѣе точныхъ показаній къ нему для *нашей* трахомы.

Проф. *Беллярминовъ* полагаетъ, что способъ *Kuhnt*'а никоимъ образомъ нельзя дѣлать общимъ для всѣхъ случаевъ трахомы; показанія къ нему ограничены; среднія и легкія формы трахомы хорошо поддаются другому лѣченію (напр. выдавливаніе) и въ этомъ способѣ не нуждаются; тяжелыя же формы въ Петербургѣ встрѣчаются не часто.

Д-ръ *Максимовичъ* выражаетъ удивленіе, почему для обсужденія вопроса о борьбѣ съ трахомой не назначено соединеннаго засѣданія съ земской медициной? На прошломъ Пироговскомъ Съѣздѣ этотъ вопросъ разсматривался въ соединенномъ засѣданіи, и было постановлено перенести его на настоящій Съѣздъ, при чемъ предполагалось къ представленнымъ матеріаламъ собрать еще новые для болѣе всесторонняго обсужденія вопроса. Вмѣсто этого обсужденія, обмѣнъ мнѣній сводится къ частному вопросу объ оперативномъ лѣченіи трахомы. Постановленіе же Отдѣла о борьбѣ съ трахомой въ широкомъ смыслѣ могло-бы имѣть большое значеніе, такъ какъ къ мнѣнію Пироговскаго Съѣзда прислушиваются всѣ. Присоединяюсь къ мнѣнію д-ра *Маргюлина*, сказалъ въ заключеніе д-ръ *М.*, о необходимости учредить особую постоянную Коммиссію при Пироговскомъ Обществѣ для разработки вопроса о трахомѣ по примѣру Коммиссіи для изученія болотной лихорадки и бугорчатки.

Д-ръ *Натансонъ* наблюдалъ въ начальныхъ школахъ съ переходомъ изъ младшихъ отдѣленій въ старшія не увеличеніе числа больныхъ трахомою дѣтей, а уменьшеніе, что объясняется легкими формами трахомы, имѣющимися у большинства школьниковъ. Поэтому народныя школы едва-ли служатъ источникомъ распространенія трахомы среди населенія.

Ж.-вр. *Соколова*, считая открытіе этіологіи трахомы крайне важнымъ, предлагаетъ назначить награду для поощренія къ подобнаго рода трудамъ.

Д-ръ *Ивановъ*, работая около 15 л. въ восточной Россіи, въ мѣстностяхъ, являющихся почти исключительными по громадному распространенію трахомы, привыкъ считать ее за настоящее, эндемическое народное бѣдствіе, тяжело отражающееся на благосостояніи населенія. Борьба съ трахомой едва ли возможна только общественными средствами; на помощь должно прійти и правительство, по примѣру восточной Пруссіи, гдѣ эта борьба ведется за правительственный счетъ. Необходимо возбудить вопросъ объ учрежденіи при Пироговскомъ Обществѣ постоянной Коммиссіи для разработки мѣръ борьбы и изученія трахомы.

Д-ръ *Чемолосовъ* въ виду большой трудности отыскиванія и открытія микроорганизма трахомы считаетъ желательнымъ предложеніе д-ра *Маргюлина* объ образованіи Коммиссіи съ привлеченіемъ въ нее бактеріологовъ для выясненія этіологіи трахомы съ цѣлью дѣйствительнаго предупрежденія и лѣченія ея.

Д-ръ *Лобановъ* сомнѣвается въ успѣхѣ такой Коммиссіи въ дѣлѣ разработки бактеріологіи и патологической анатоміи трахомы. Научныя открытія дѣлаются людьми, заинтересованными этими вопросами, въ тиши лабораторій и клиникъ или-же совершенно случайно. Предложеніе д-ра *Маргюлина* объ учрежденіи Коммиссіи съ цѣлью изученія трахомы вообще заслуживаетъ серьезнаго вниманія; нужно лишь выразить его въ такой формѣ, которая могла-бы привести къ практически осуществимой цѣли.

Проф. *Беллярминовъ* указалъ, что упоминаніе д-ра *Маргюлина* о томъ, что въ войскахъ у старослужащихъ больше трахомы, чѣмъ у молодыхъ, невѣрно, такъ какъ новѣйшіе отчеты показываютъ обратное; вѣроятно, д-ръ *М.* пользовался матеріаломъ отчетовъ прежнихъ лѣтъ. Проф. *Б.* соглашается съ д-ромъ *Лобановымъ*, что научныя открытія не дѣлаются по заказу и что научныхъ открытій отъ Коммиссіи ожидать трудно. Соединенныхъ засѣданій не назначено на настоящемъ Съѣздѣ потому, что не поступило ни одного доклада, который-бы требовалъ такого засѣданія.

Д-ръ *Лаврентьевъ* подтвердилъ возраженіе проф. *Б.* о трахомѣ въ войскахъ.

Изъ подробнаго отвѣта д-ра *Браунштейна* приведу лишь наиболѣе существенное. Предлагать хирургическій способъ лѣченія трахомы заставляетъ его не увлеченіе имъ, а наблюденія и факты: свои 188 операцій съ хорошими и продолжительными результатами, опытъ проф. *Kuhnt*'а въ теченіи 14 лѣтъ надъ 6000 оперированными глазами могутъ служить ручательствомъ вѣрности этого способа. Число возвратовъ послѣ операціи уменьшилось у *Kuhnt*'а за послѣднее время съ 40% до 20%. Многіе авторитеты (*Jacobsohn*, *Sattler*), изъ которыхъ нѣкоторые сначала были противниками этого способа, даютъ теперь о немъ (*Hirschberg*, *Hoppe*) хорошіе отзывы. Слѣдуетъ примѣнять этотъ способъ не только въ тяжелыхъ случаяхъ трахомы, но и въ среднихъ, такъ какъ тогда можно своевременной операціей избѣжать тяжелыхъ формъ. По словамъ *Sattler*'а, противъ этой операціи могутъ быть лишь тѣ, которые сами этой операціи не дѣлали и даже не видали больныхъ, оперированныхъ опытной рукой. Въ заключеніе д-ръ *Б.* приглашалъ товарищей бороться каждаго по своему убѣжденію съ трахомой—этимъ народнымъ бичемъ, подъ ударами котораго стонутъ милліоны русскихъ гражданъ.

Д-ръ *Маргюлинъ* замѣтилъ, что приведенныя имъ данныя о трахомѣ въ войскахъ относятся лишь къ Кіевскому округу и въ брошюрѣ проф. *Л. Л. Гиршмана* есть косвенныя указанія, что они касаются недавняго времени. Признать желательнымъ учрежденіе спеціальной Коммиссіи по изученію трахомы не значитъ дать ей порученіе отыскать микроба этой болѣзни: такая Коммиссія можетъ привлечь къ разработкѣ ученія о трахомѣ научныя силы, руководить занятіями и матеріально поддерживать ихъ. Подобныя Коммиссіи въ другихъ государствахъ и въ Россіи подарили міръ важными открытіями.

Было рѣшено избрать въ слѣдующемъ засѣданіи особую Коммиссію для подробной разработки въ редакціонномъ смыслѣ предложенія д-ра *Маргюлина* объ учрежденіи постоянной Коммиссіи для изученія трахомы.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *XLIII—XLV. Изъ Акушерско-гинекологическаго Общества въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 18-го декабря 1903 г.)

*И. Л. Долинскій. Объ уходѣ за недоносками въ Повивальномъ Институтѣ.*

*Н. М. Какушкинъ* высказался за желательность учрежденія амбулаторій для недоносковъ и подчеркнулъ отсутствіе вскрытій умершихъ недоносковъ въ Повивальномъ Институтѣ.

Проф. *Г. Е. Рейнъ* считаетъ невозможнымъ судить о недоношенности дѣтей, руководясь исключительно ихъ вѣсомъ и длиной. Слѣдуетъ для этого принимать во вниманіе и всѣ остальныя данныя. Желательно, кромѣ того, слѣдить за недоносками и послѣ того какъ они выписаны изъ родильныхъ домовъ. Въ этомъ отношеніи заслуживаетъ подражанія веденіе дѣла у *Budin*'а, у котораго имѣются свѣдѣнія о недоноскахъ не только за первыя недѣли ихъ жизни, но даже за 1—2 года и болѣе.

Ч. пр. *В. П. Жуковскій*: «Я бы желалъ обратить вниманіе на нѣкоторыя главныя стороны Вашего доклада, и прежде всего долженъ высказать удивленіе, почему Вы взяли для недоносковъ исходнымъ пунктомъ вѣсъ въ 2500 грм. и длину въ 46 стм., когда нерѣдко встрѣчаются доношенныя дѣти съ болѣе низкимъ вѣсомъ и выживающія безъ спеціальнаго ухода (грѣлки). Такимъ образомъ въ Вами сгруппированномъ матеріалѣ находятся какъ дѣти, очень мало отличающіяся отъ совершенно доношенныхъ, такъ и тѣ, которыя подаютъ только малыя надежды на жизнь и не могутъ быть спасены безъ тщательнаго согрѣванія и ухода. Безъ разбора цифръ, которыхъ Вы не читали, трудно бесѣдовать о всѣхъ подробностяхъ, но и сказаннаго мною уже достаточно, чтобы объяснить себѣ причину столь малой смертности Вашихъ недоносковъ. Смертность недоносковъ такъ не выводится; ее необходимо распредѣлить по возрастамъ недоносковъ, и тогда только судить объ успѣхахъ ухода, когда % смертности Вашихъ младшихъ дѣтей будетъ у Васъ ниже сравнительно съ аналогичными данными другихъ авторовъ. Для примѣра возьму 6 мѣсячныхъ недоносковъ со смертностью въ 30% и смертность недоносковъ на 9-мъ лунномъ мѣсяцѣ—около 10% (по

Digitized by Google

*Tarnier*). Получивъ среднюю смертность въ 20%, развѣ мы можемъ на ней основывать выводы объ уходѣ за недоносками вообще и судить объ ихъ смертности, не видя подробнаго распредѣленія цифръ ея по всѣмъ возрастамъ? Именно взятая Вами группа дѣтей съ вѣсомъ въ 2500 грм. и портитъ дѣло, ибо она-то и отличается рѣзко отъ предыдущихъ младшихъ возрастовъ (гдѣ смертность доходитъ до 70% и болѣе) своей небольшой смертностью (9,8% по *Tarnier*). Такимъ образомъ полученный Вами очень утѣшительный % смертности (22,9) въ сущности ничего особеннаго не доказываетъ; да кстати теперь встрѣчаются данныя, гдѣ смертность даже однихъ только 7-и 8-мѣсячныхъ недоносковъ гораздо утѣшительнѣе Вашей (23 и 11,2%, слѣд., 17,1%. См. у *Comby* въ «Traité des maladies de l'enfance», т. I, стр. 57). Иначе было бы, если бы матеріалъ Вашъ былъ сообщенъ такъ, чтобы было видно, какой % смертности и какому возрасту принадлежитъ; тогда вполнѣ можно было-бы Васъ поздравить съ новыми и столь утѣшительными выводами, какъ Вы ихъ назвали.—Далѣе, мнѣ также кажется непонятнымъ заявленіе Ваше о томъ, что Вы не могли разобраться въ случаяхъ врожденной слабости. Между тѣмъ, если-бы Вы дѣлали вскрытія недоносковъ, то убѣдились-бы, что тутъ дѣло идетъ нерѣдко о совершенно различныхъ заболѣваніяхъ и что самъ терминъ этотъ часто представляетъ путаницу: возьмите 2-хъ недоносковъ дѣтей, умирающихъ при явленіяхъ распознаннаго Вами коллапса и асфиксіи. Какимъ образомъ Вы можете разобраться, была-ли здѣсь врожденная слабость, безъ вскрытій, которыхъ у Васъ не было, и какъ Вы можете судить о результатѣ ухода и о вліяніи на нихъ согрѣванія, когда въ одномъ случаѣ можетъ встрѣтиться на вскрытіи ателектазъ, а въ другомъ разсѣянная сифилитическая пнеймонія и т. п.? Насколько первое явленіе можетъ говорить о степени нашего ухода за ребенкомъ, на столько второе даетъ намъ право исключить изъ статистики случай, гдѣ ни о какомъ нашемъ упущеніи не можетъ быть и рѣчи, и гдѣ никакія грѣлки намъ не помогутъ.—Опредѣлять, далѣе, коллапсъ такъ, какъ Вы его опредѣляете, нельзя. Я обыкновенно выслушиваю сердце, выстукиваю грудную клѣтку и при всемъ томъ безусловно всегда измѣряю температуру, какъ у всякаго новорожденнаго, такъ у недоносковъ въ особенности. Кромѣ того, что измѣренія температуры составляютъ одну изъ главныхъ сторонъ ухода за недоносками, эти измѣренія у нихъ можно дѣлать только при помощи другихъ градусниковъ—съ гораздо болѣе низкими дѣленіями, чѣмъ тѣ, съ которыми обычно производятся наши измѣренія (т. е. ниже 34—35°). Вы бы легко убѣдились, что дѣти недоноски находятся въ этомъ отношеніи въ совершенно исключительныхъ условіяхъ: они представляютъ вскорѣ послѣ рожденія чрезвычайно быстрое и сильное пониженіе температуры, рѣзкую неустойчивость ея; у нихъ несомнѣнно существуетъ полное недоразвитіе нервныхъ приборовъ для самостоятельнаго выравниванія происходящихъ при этомъ громадныхъ потерь тепла и недостаточная выработка этой теплоты; температура падаетъ постепенно до очень низкихъ цифръ—до 26°—24° и даже 22° Ц. При вскрытіяхъ, далѣе, оказывается у нихъ одной изъ главныхъ причинъ асфиксіи и коллапса то состояніе легкихъ, которое извѣстно подъ именемъ «анэктазіи», и которое очень легко опредѣляется при постукиваніи in vivo.—Что касается времени, по истеченіи котораго Вы кладете недоносковъ въ грѣлку, то я считаю этотъ срокъ довольно длиннымъ, такъ какъ уже могутъ развиться въ теченіе его упомянутыя мною явленія со стороны температуры съ сильнымъ охлажденіемъ кожи и рѣзкимъ измѣненіемъ периферическаго кровообращенія (я подразумѣваю, конечно, не всѣхъ недоносковъ и не тѣхъ, которые по своему вѣсу приближаются къ доношеннымъ). Дѣлаемое Вами заворачиваніе дѣтей въ очень толстый слой ваты и затѣмъ еще въ одѣяла, передъ помѣщеніемъ ребенка въ грѣлку, я также считаю излишнимъ, такъ какъ при этомъ тратится время на согрѣваніе воздухомъ грѣлки этихъ предметовъ вмѣсто того, чтобы поскорѣе доставить сильно охлажденной кожѣ ребенка (и крови) потребное тепло. Поэтому при Вашемъ способѣ и въ грѣлкѣ еще будетъ нѣкоторое первое время понижаться температура тѣла у ребенка. Я обыкновенно тотчасъ послѣ рожденія недоноска или въ случаѣ наступившаго сильнаго охлажденія въ другое время дѣлаю ванну приблизительно температуры крови, согрѣваю рубашечку, довольствуюсь однимъ согрѣтымъ одѣяльцемъ и тотчасъ кладу ребенка въ грѣлку.—Мой принципъ употребленія тепла для недоносковъ состоитъ въ согрѣваніи тѣла ихъ посредствомъ доставленія тепла извнѣ. Хотя въ дѣтскомъ возрастѣ вообще обмѣнъ веществъ усиленъ и выработка тепла повышена, но недоноски въ первое время послѣ рожденія въ этомъ отношеніи рѣзко отличаются (какъ уже сказано выше), и мы не можемъ разсчитывать здѣсь на повышеніе температуры ни путемъ *усиленія* физіологическихъ процессовъ, съ которыми связано образованіе тепла, ни одной *задержкой* тепла внутри тѣла. Такъ какъ при обычныхъ условіяхъ въ родильныхъ и частныхъ домахъ температура недоноска быстро и сильно падаетъ, то главнымъ спасительнымъ средствомъ въ это время будетъ доставка теплоты извнѣ грѣлками, нагрѣтыми выше температуры тѣла (30°—35°—37° Ц.). Дальнѣйшіе способы примѣненія тепла основываются на ходѣ температуры тѣла, за которой нужно тщательно слѣдить».

Проф. *Д. О. Оттъ* замѣтилъ, что онъ съ мнѣніемъ ч. пр. *Жуковскаго* согласиться не можетъ: при уходѣ за недоносками слѣдуетъ заботиться объ уменьшеніи ихъ тепловыхъ потерь; придавать-же первенствующее значеніе согрѣванію извнѣ значитъ идти въ разрѣзъ съ тѣми взглядами, которые установились въ наукѣ на счетъ тепловой экономіи организма. Указавъ, далѣе, на нѣкоторые недочеты доклада (отсутствіе вскрытій и измѣреній температуры) и на желательность учрежденія у насъ Общества «Goutte de lait», какъ это дѣлается во Франціи, *Д. О.* поблагодарилъ докладчика за его сообщеніе.

(Годовое засѣданіе 18-го января).

Секретарь Общества (*Л. Г. Личкусъ*), казначей (*Н. И. Стравинскій*) и библіотекарь (*А. П. Заболотскій*) прочли свои *годовые отчеты*. Всѣхъ членовъ Общества 151 (изъ нихъ 4 почетныхъ и 5 членовъ корреспондентовъ). Засѣданій было 18 (9 научныхъ и 9 административныхъ). Докладовъ сдѣлано 16; препаратовъ показано свыше 100. «Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней» вышелъ въ размѣрѣ 137½ листовъ. Денежныя средства Общества, считая въ томъ числѣ и капиталы имени профф. *А. Я. Крассовскаго* и *К. Ѳ. Славянскаго*, равняются 7066 р. 36 к. Библіотека насчитываетъ 2994 названій книгъ, брошюръ и отдѣльныхъ оттисковъ.—Присутствовавшіе поблагодарили секретаря, казначея и библіотекаря рукоплесканіями.

Въ административномъ засѣданіи избраны: предсѣдателемъ проф. *Н. Н. Феноменовъ*, товарищемъ его проф. *Д. О. Оттъ*, секретаремъ *Л. Г. Личкусъ*, казначеемъ *Н. И. Стравинскій* и библіотекаремъ *А. П. Заболотскій*.

(Засѣданіе 19-го февраля).

*В. А. Столыпинскій* показалъ: а) *34 міомы матки*; изъ нихъ 8 удалены черезъ влагалище, 16 отсѣчены надъ влагалищемъ путемъ чревосѣченія, 6 вырѣзаны, путемъ чревосѣченія по *Doyen*'у, 1 міома, путемъ чревосѣченія же, вылущена изъ широкой связки, 1 вылущена изъ-подъ брюшины черезъ задній сводъ и 2, наконецъ, подбрюшинныя міомы удалены путемъ чревосѣченія; б) *19 кистъ яичниковъ*, изъ коихъ 15 удалены путемъ чревосѣченія и 4 черезъ разрѣзъ задняго свода; в) *7 матокъ, пораженныхъ ракомъ*; изъ нихъ 3 удалены черезъ влагалище и 4 путемъ чревосѣченія; г) *3 haematosalpinx*'а, вырѣзанные черезъ рукавъ; д) *1 саркоматозную матку*, срѣзанную надъ влагалищемъ путемъ чревосѣченія. У оперированныхъ больныхъ, кромѣ упомянутыхъ заболѣваній, наблюдались: 2 раза *пупочныя грыжи* (сдѣлана коренная операція грыжи), 3 раза *hydrosalpinx* и 2 раза *трубно-яичниковыя кисты*. Умерли 2: одна при явленіяхъ упадка дѣятельности сердца, другая—при явленіяхъ перитонита. — Нѣсколько подробнѣе докладчикъ отмѣтилъ слѣдующіе сложные случаи: а) удалена киста праваго яичника, окутанная плотными срощеніями и спаянная съ маткой; изъ корня лѣвой широкой связки вылущена многополостная киста; міоматозная матка срѣзана надъ влагалищемъ; б) межуточная міома и 2-мѣсячная беременность: упругая опухоль; верхняя граница ея немного выше пупка. Справа и спереди—узелъ, похожій на дно 2-мѣсячной беременной матки. Распознаваніе колебалось между кистой яичника и міомой + беременность. 10/п — чревосѣченіе. Матка (полость ея не вскрыта) срѣзана надъ влагалищемъ съ предварительной отдѣльной перевязкой ея артерій. Послѣ уплотненія препарата вся матка разрѣзана по передней поверхности. Оказалось, что міома помѣщалась въ днѣ матки и имѣла телангіэктатическое строеніе; въ полости-же найдено 2-мѣсячное плодное яйцо. Ясно видна утолщенная отпадающая оболочка, рѣзко отличающаяся по синевато-красному цвѣту отъ прилежащей къ ней мышечной ткани. Видна ворсистая оболочка, а при разрѣзѣ плоднаго яйца и плодъ, длиною въ 4 стм.; в) удалены 2 подбрюшинныя міомы и кистовидно перерожденный лѣвый яичникъ. Въ виду кровоточивости культей и нѣкотораго увеличенія (міоматозъ) матки, перевязаны, кромѣ того, обѣ маточныя артеріи; г) подбрюшинная множественная міома вылущена черезъ задній сводъ безъ вскрытія брюшины; д) двусторонняя кистома съ пристѣночными и кишечными срощеніями. Кровотеченіе изъ отдѣленныхъ срощеній остановлено лигатурами и прижатіемъ. Снаружи кисты и на брюшинѣ—множество рыхлыхъ сосочковъ, легко отрывавшихся и разминавшихся между пальцевъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи—*ракъ*. Кромѣ того—плотное разлитое пропитываніе въ заднемъ сводѣ. Обѣ кисты удалены; во влагалище проложенъ дренажъ; е) больная сложена довольно правильно. Рѣзко замѣтно только саблевидное искривленіе обѣихъ голеней. Походка переваливающаяся. Ростъ 115 стм. Животъ сильно увеличенъ, напряженъ и болѣзненъ при дотрогиваніи. Мѣсячное стала носить съ дѣтства, неправильно. Опухоль замѣтила года 4 назадъ. За 2 дня до поступленія вдругъ появились сильныя боли, тошнота и лихорадочное состояніе. Черезъ 2 недѣли—чревосѣченіе. Найдена правая трубно-яичниковая, съ голову взрослаго, киста съ дважды перекрученной ножкой. Содержимое — шоколаднаго цвѣта. Плоскостныя срощенія съ передней брюшной стѣнкой, съ сальникомъ и съ кишками. Словомъ, свободной брюшинной поверхности кисты нигдѣ не было. По удаленіи этой опухоли, удаленъ и лѣвый фиброматозно перерожденный яичникъ.—Всѣ операціи произведены проф. *Н. Н. Феноменовымъ* въ Родовспомогательномъ Заведеніи съ конца сентября 1903 г. по настоящее время.

Проф. *Д. О. Оттъ* указалъ на то, что многіе изъ показанныхъ препаратовъ, удаленные путемъ чревосѣченія, легко могли-бы быть вырѣзаны черезъ влагалище—путь, несомнѣнно болѣе выгодный для больныхъ и въ смыслѣ поправленія ихъ и въ смыслѣ сохраненія ихъ брюшной стѣнки.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ*. *Объ удаленіи пораженной ракомъ матки путемъ чревосѣченія*. Онъ произвелъ такихъ операцій 4. Во всѣхъ этихъ случаяхъ раковое пропитываніе въ сводахъ было столь значительнымъ и распространеннымъ, что объ удаленіи матки влагалищнымъ путемъ не могло быть и рѣчи. Въ русской

Digitized by Google

литературѣ такихъ операцій описано очень мало. *Н. Н.* могъ назвать только д-ра *Штрауха*, сообщившаго 20 такихъ случаевъ, и ч. пр. *Д. Д. Попова*, который устно сообщилъ ему о 2-хъ такихъ операціяхъ.—Изсѣченіе матки путемъ чревосѣченія впервые было предложено, какъ извѣстно, *Freund*'омъ. Заброшенное на нѣкоторое время, оно теперь вновь возродилось подъ именемъ операціи *Wertheim*'а. Будучи, по видимому, крайне сложной и кропотливой въ книжномъ изложеніи, операція эта на практикѣ, какъ убѣдился *Н. Н.*, не представляетъ большихъ затрудненій. Для успѣха ея требуется а) большой разрѣзъ, б) хорошее усыпленіе больной и в) положеніе послѣдней по *Trendelenburg*'у. Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ ведется отъ пупка до лона. Добавочный поперечный разрѣзъ излишенъ. Нѣтъ надобности также разводить брюшную рану при помощи предложенныхъ нѣкоторыми авторами (*Doyen*, *Ricard* и др.) раздвигателей. Неудобство послѣднихъ заключается въ томъ, что они неподвижно удерживаютъ тѣ части, которыя ими захвачены. Лучше поэтому для этой цѣли прошить края брюшной раны въ 2—3-хъ мѣстами лигатурами, за которыя и можно потягивать по мѣрѣ надобности. Весь кишечникъ убирается кверху и защищается компрессомъ. Захвативъ, далѣе, дно матки щипцами, его подводятъ къ брюшной ранѣ и перерѣзаютъ круглыя связки между 2-мя лигатурами. Слѣдуетъ при этомъ, однако, захватить не только связку, но и то, что нѣкоторыми авторами называется клѣтчатой брыжжейкой ея. Перевязавъ затѣмъ съ обѣихъ сторонъ тазово-воронковыя связки (ligg. infudibulo-pelvica), разсѣкаютъ переднія листки широкихъ связокъ, ведя разрѣзъ дугообразно отъ того мѣста, гдѣ перерѣзаны круглыя связки къ передней поверхности матки (соотвѣтственно маточно-пузырной складкѣ), стараясь провести этотъ разрѣзъ въ области здоровыхъ тканей, resp., выше могущаго въ этомъ мѣстѣ быть раковаго пропитыванія. Проникая затѣмъ въ подбрюшинное пространство, добираются до маточной артеріи. Послѣдняя, какъ извѣстно, перекрещивается съ мочеточникомъ, который обыкновенно лежитъ подъ ней, въ исключительныхъ же случаяхъ, однако, и надъ ней. По маточной артеріи доходятъ до подчревной (здѣсь попадаются небольшія железы) и около послѣдней и перевязываютъ маточную артерію. Если ее перевязать и перерѣзать вблизи перекреста съ мочеточникомъ, то можно получить кровотеченіе изъ нижней мочеточниковой артеріи, которое, впрочемъ, легко останавливается. По подчревной артеріи легко добраться до развѣтвленія общей подвздошной, гдѣ также попадаются железки. Выше докладчикъ не забирался. При этомъ актѣ операціи слѣдуетъ имѣть въ виду возможность пораненія мочеточника. Для отличія его *Н. Н.* указываетъ на слѣдующій признакъ: если взять мочеточникъ 2-мя пальцами, онъ плотнѣетъ, если же опустить его, то въ немъ замѣчаются червеобразныя движенія. Отдѣлить мочеточникъ легко, такъ какъ между нимъ и окружающей, пропитанной ракомъ, клѣтчаткой имѣется слой ткани, которая дѣлаетъ его относительно подвижнымъ. Отдѣляя мочеточникъ, попутно отдѣляютъ и пузырь и при томъ не только отъ матки, но и отъ влагалища. Затѣмъ разсѣкаютъ задній листокъ брюшины и перевязываютъ и перерѣзываютъ крестцово-маточныя связки, въ случаѣ надобности даже близь самой кишки. Тогда матка остается въ связи только съ рукавомъ. Для отдѣленія ея отъ послѣдняго были предложены различныя угловыя щипцы, которыми влагалище захватывается ниже пораженнаго мѣста и отсѣкается. *Н. Н.* находитъ эти инструменты неудобными, такъ какъ они стѣсняютъ и безъ того узкое операціонное поле. Онъ поступаетъ такъ: еще до брюшного разрѣза раковая язва тщательно выскабливается, выжигается и заполняется спиртовымъ тампономъ, ниже котораго помѣщается тампонъ изъ ксероформной марли. Когда дѣло доходитъ до отсѣченія рукава, ксероформный тампонъ удаляется, а влагалище перевязывается крѣпкой лигатурой ниже спиртового тампона. Послѣ этого оно отсѣкается. Удаливъ матку, пораженную клѣтчатку и железы, докладчикъ тампонируетъ рану и надъ тампономъ сшиваетъ брюшину непрерывнымъ узловатымъ швомъ. Дальнѣйшій уходъ за больными такой же, какъ и за другими, подвергшимися чревосѣченію. Всѣ оперированныя докладчика (операціи сдѣланы осенью) чувствуютъ себя пока вполнѣ хорошо. Въ заключеніе *Н. Н.* еще разъ вернулся къ тѣмъ трудностямъ, которыя могутъ представиться при отдѣленіи мочеточника. Если бы послѣднее не удалось, можно изсѣчь часть этого органа и затѣмъ пришить его къ пузырю. Такимъ образомъ, закончилъ *Н. Н.*, операція *Wertheim*'а легко выполнима и, если ее и нельзя назвать идеальной, то она во всякомъ случаѣ еще удобопримѣнима тамъ, гдѣ другіе способы недѣйствительны. Въ виду этого она и заслуживаетъ большаго распространенія.

Рѣчь *Н. Н.* была покрыта рукоплесканіями.

*Р. В. Кипарскій* замѣтилъ, что сторонники операціи *Wertheim*'а предлагаютъ ее не исключительно для запущенныхъ случаевъ, какъ дѣлаетъ это докладчикъ, а, наоборотъ, для случаевъ легкихъ, въ которыхъ теперь примѣняется влагалищное вылущеніе матки.

*Докладчикъ* возразилъ, что и онъ не считаетъ нужнымъ съуживать поле примѣненія этой операціи: весьма, вѣроятно, что въ будущемъ она будетъ примѣняться всегда, не исключая и случаевъ легкихъ.

*В. А. Вастенъ* напомнилъ о томъ, что на послѣднемъ Съѣздѣ въ Римѣ высказались въ томъ смыслѣ, что, какъ-бы широко ни удалять пораженныхъ тканей, все-же наступаетъ возвратъ; отъ ножа, слѣд., большаго, чѣмъ мы достигли, ждать уже нельзя. Нужно искать другихъ способовъ.

Проф. *Д. О. Оттъ:* Удаляя только часть железъ и оставляя другія, быть можетъ, пораженныя, докладчикъ тѣмъ самымъ дѣлаетъ операцію *Wertheim*'а совершенно излишнею, такъ какъ, если не настаивать на удаленіи железъ, всю пораженную клѣтчатку можно удалить очень хорошо и черезъ рукавъ—путь, гораздо менѣе опасный, чѣмъ брюшностѣночное чревосѣченіе, которое въ случаяхъ рака матки даетъ очень большой % смертности (12—13). Помимо этого, для всѣхъ случаевъ, въ которыхъ операція была сдѣлана этимъ путемъ, не имѣется еще конечныхъ результатовъ, а между тѣмъ для влагалищнаго изсѣченія матки я могу привести серію въ 100 случаевъ съ 0% смертности послѣ операціи и съ окончательнымъ выздоровленіемъ въ 29%. Правда, не удаляя всѣхъ железъ, докладчикъ основывается на томъ, что, по имѣющимся даннымъ, онѣ бываютъ поражены лишь въ 1/5 всѣхъ случаевъ; но при такихъ условіяхъ зачѣмъ-же удалять ихъ всегда, тѣмъ болѣе, если онѣ удаляются не всѣ, да и при всемъ желаніи не могутъ быть удалены всѣ? Такимъ образомъ, *Н. Н.* не привелъ никакихъ новыхъ данныхъ, которыя заставили-бы склониться въ пользу защищаемой имъ операціи. Что касается техники послѣдней, то, основываясь на своихъ 3-хъ случаяхъ, которые своевременно были доложены Обществу, я считаю ее, конечно, выполнимой, но не могу не указать на то, что отдѣленіе мочеточника представляетъ иногда очень большія затрудненія.—Въ заключеніе *Д. О.* счелъ нужнымъ напомнить о томъ, что, являясь теперь сторонникомъ коренной операціи *Wertheim*'а, *Н. Н.* еще на послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ высказывался за усѣченіе шейки при ракахъ матки — операціи, завѣдомо мало обоснованной въ смыслѣ обезпеченія больной отъ возврата.

*Докладчикъ* возразилъ, что онъ считаетъ возможнымъ ограничиться только удаленіемъ лимфатическаго прибора, лежащаго на протяженіи питающихъ матку сосудовъ, такъ какъ, по анатомическимъ даннымъ, эта именно область и можетъ оказаться пораженной раковымъ процессомъ. Возможность пораженія выше лежащихъ железъ является мало вѣроятной. Что-же касается смертности отъ операціи, то она сейчасъ уже значительно ниже, чѣмъ была раньше. Съ дальнѣйшимъ-же усовершенствованіемъ техники она несомнѣнно понизится еще болѣе. *Н. Н.* считаетъ поэтому возможнымъ остаться при тѣхъ положеніяхъ, которыя были изложены имъ въ его рѣчи. *Л. Личкусъ.*

## *XLVI. Изъ Петербургскаго офталмологическаго Общества.*

(Засѣданіе 19-го февраля).

*Г. В. Бобинъ. Случай саркомы слизистой оболочки верхняго вѣка.* При первомъ изслѣдованіи опухоль, исходившая изъ слизистой оболочки верхняго вѣка у дѣвочки, 13 л., сидѣла на неширокой ножкѣ, величиною въ крупную горошину; она выпала изъ-подъ вѣка и выступала наружу, слегка ущемляясь между краями глазной щели; изъ надорванной съ одной стороны ножки сочилась кровь. Опухоль была отсѣчена ножницами вмѣстѣ съ ножкой на уровнѣ слизистой оболочки. Черезъ нѣсколько времени на этомъ мѣстѣ появилась такая-же опухоль, которая была удалена такимъ-же способомъ и подвергнута микроскопическому изслѣдованію, при чемъ она оказалась веретенообразно-клѣточковой саркомой. Послѣ этого опухоль снова разрослась въ видѣ шляпки гриба, 5 млм. въ поперечникѣ, и тогда была удалена хирургическимъ путемъ вмѣстѣ съ частью хряща. Въ литературѣ до сихъ поръ описанъ 61 случай первичной саркомы вѣка. Докладчикъ показалъ микроскопическіе препараты удаленной опухоли.

*Г. Е. Выгодскій. Къ казуистикѣ воспаленій зрительнаго нерва въ связи съ первыми мѣсячными, а также при прекращеніи ихъ.* Докладчикъ описалъ 2 наблюдавшихся имъ случая. 1. У дѣвочки, 14 л., довольно быстро развилась на одномъ глазу картина воспаленія зрительнаго нерва. Зрѣніе стало быстро падать не смотря на лѣченіе (іодистый калій, салициловый натръ, легкія слабительныя, темныя очки), и въ теченіи недѣли дошло до счета пальцевъ на 4 метрахъ. Въ остальномъ дѣвочка была совершенно здорова; сифилисъ или какія-либо общія заболѣванія исключались. Въ виду того, что у нея еще не было мѣсячныхъ, докладчикъ предположилъ, не въ этомъ-ли—причина заболѣванія ея глаза? Были назначены горячія ножныя ванны, и послѣ 4-й ванны появились мѣсячныя безъ всякихъ болей. На 2-й день послѣ этого гиперемія зрительнаго нерва уменьшилась, зрѣніе стало лучше, и черезъ 2 недѣли (приблизительно) глазъ возвратился къ нормѣ. Такимъ образомъ предположеніе о связи первыхъ мѣсячныхъ съ болѣзнью глаза подтвердилось.—2. Вполнѣ здоровая дѣвица, 23 л., на 3-й день правильно протекавшихъ мѣсячныхъ попала подъ проливной дождь и сильно промочила ноги. Въ тотъ-же день у нея остановились крови, а черезъ 2 дня она замѣтила ослабленіе зрѣнія. При изслѣдованіи—картина воспаленія зрительнаго нерва на обоихъ глазахъ. Было назначено соотвѣтствующее лѣченіе, но прослѣдить ходъ болѣзни не удалось, такъ какъ больная больше къ докладчику не являлась.

*А. С. Чемолосовъ* сомнѣвается, чтобы въ сл. 1 было воспаленіе зрительнаго нерва, коль скоро оно исчезло быстро и безслѣдно, черезъ нѣсколько дней послѣ появленія мѣсячныхъ. Сл. 2 трудно поставить въ прямую связь съ остановкой мѣсячныхъ: скорѣе не простуда-ли, вызвавшая эту остановку, играла роль и въ появленіи болѣзни глазъ?

*Э. Ф. Блессигъ* привелъ случай наблюдавшагося имъ нейроретинита у 12-лѣтней дѣвочки въ связи съ разстройствомъ мѣсячныхъ. 2-й подобный-же случай онъ видѣлъ въ глазной лѣчебницѣ.

*Р. А. Кацъ* сообщилъ объ одномъ случаѣ, гдѣ въ первое вре-

Digitized by Google

ия заболѣванія связь между остановкой мѣсячныхъ и болѣзнью глазъ казалась очевидной; въ дальнѣйшемъ-же обнаружились явленія опухоли мозга, отъ которой больная и погибла. Во 2-мъ случаѣ докладчика воспаленіе зрительнаго нерва обязано, вѣроятно, общей простудѣ, а не остановкѣ мѣсячныхъ.

Проф. *Л. Г. Беллярминовъ* находитъ, что строго доказать въ каждомъ данномъ случаѣ связь между разстройствомъ мѣсячныхъ и заболѣваніемъ глазъ нельзя; можно ее лишь предполагать съ большей или меньшей вѣроятностью. Разстройства мѣсячныхъ у женщинъ наблюдаются часто, заболѣваніе-же зрительнаго нерва при этомъ встрѣчается рѣдко; это даетъ право сомнѣваться въ большой зависимости между этими болѣзнями.

*Докладчикъ* обратилъ вниманіе на то, что въ практикѣ мало принимается въ разсчетъ возможная связь между разстройствомъ мѣсячныхъ и глазными заболѣваніями.

*С. В. Лобановъ. О гомеопатическомъ лѣченіи глазныхъ болѣзней по руководству д-ра Брукнера.* Докладчикъ имѣлъ цѣлью познакомить присутствовавшихъ съ пріемами гомеопатическаго лѣченія глазныхъ болѣзней. Сначала онъ изложилъ раздѣленіе и описаніе глазныхъ болѣзней по книгѣ д-ра *Яра* [1]), а затѣмъ—лѣченіе этихъ болѣзней по руководству д-ра *Брукнера* [2]). Въ 1-й книгѣ глазныя болѣзни дѣлятся на 4 группы: «воспаленіе вѣкъ», «воспаленіе глазъ», «нейральгія глазъ» и «слабость зрѣнія». Объективные признаки болѣзней здѣсь почти совсѣмъ не указаны, а приводятся лишь субъективные; такъ, напр., нервныя боли дѣлятся на сверлящія, жгучія, давящія, вдавливающія, выдавливающія, выкалывающія, вколывающія, терзающія, скоблящія и т. д., и при каждой изъ нихъ предлагается свое внутреннее средство. Руководство д-ра *Брукнера* раздѣляетъ глазныя болѣзни общепринятымъ способомъ, т. е., болѣзни вѣкъ, слизистой, роговой, радужной оболочекъ и пр., неправильности преломленія и приспособленія глаза. Излагаются объективные признаки болѣзней, но, кромѣ этихъ признаковъ, указывается цѣлый рядъ признаковъ, по преимуществу субъективныхъ, которые нужно имѣть въ виду при выборѣ гомеопатическаго средства (назначаемаго, конечно, по закону подобія). Лѣкарственныя средства, даваемыя гомеопатами, могутъ быть раздѣлены на 2 группы: 1) тѣ же самыя и въ тѣхъ-же количествахъ, которыя употребляются и офталмологами при лѣченіи глазныхъ болѣзней (т. е., вяжущія, прижигающія, обеззараживающія, съуживающія и расширяющія зрачекъ и т. п.) и 2) спеціальныя гомеопатическія, назначаемыя внутрь; при выборѣ этихъ средствъ руководятся спеціальными показаніями, изложенію которыхъ посвящена бо̀льшая часть книги. Одни изъ этихъ показаній имѣютъ характеръ болѣе или менѣе объективный и стоятъ въ связи съ болѣзнью глазъ, другіе-же—исключительно субъективныя жалобы и ощущенія больного, при чемъ многія изъ нихъ не имѣютъ никакого отношенія къ болѣзни глазъ; напр., при воспаленіи вѣкъ «sulfur»—у золотушныхъ дѣтей, особенно когда они днемъ капризны, а ночью неспокойны и лихорадятъ, а также у дѣтей, имѣющихъ отвращеніе къ мытью; при воспаленіи слезнаго мѣшка «pulsatilla»—у дѣтей и особъ флегматическаго характера; при трахомѣ «kali bichr.», когда лежаніе на спинѣ приноситъ облегченіе, «merc. protojod.»,—когда языкъ сзади обложенъ желтымъ налетомъ; при межуточномъ кератитѣ—«apis», если больные сонливы и не ощущаютъ жажды, «aconitum»,—когда ощущаютъ жажду, «natr. mur.»—дѣти сильно прижимаютъ голову къ подушкамъ; при глаукомѣ—признается крайне важной операція иридектоміи, но предлагается также и рядъ внутреннихъ средствъ: «bellad.»—боли ухудшаются послѣ обѣда и вечеромъ, «rhododendron»,—если болѣзнь ухудшается передъ грозой и улучшается во время грозы. Относительно катаракты говорится, что гомеопаты видѣли не мало случаевъ излѣченія ея отъ внутренняго употребленія гомеопатическихъ средствъ, которыхъ указывается нѣсколько: «ammon. carb.»—при катарактѣ праваго глаза, «colchicum»—при мягкой, «conium»—при раневой, «causticum»—если есть желаніе тереть глазъ, что, кажется, уменьшаетъ давленіе внутри глаза; «lycopodium» вызвалъ остановку катаракты съ хронической диспепсіей, а также при катарактѣ послѣ тифа и прекращенія мѣсячныхъ, «silicea»—отъ катаракты послѣ прекращенія пота ногъ, а «sulfur»—послѣ прекращенія сыпей, особенно чесотки, а также когда катаракта переходитъ съ праваго глаза на лѣвый. При болѣзняхъ, гдѣ съ точки зрѣнія научной офталмологіи возможно лишь оперативное пособіе, гомеопаты тоже признаютъ его главнѣйшей мѣрой, но приводятъ также рядъ средствъ для внутренняго употребленія, какъ могущихъ принести пользу и въ этихъ случаяхъ. Неправильности преломленія и приспособленія глаза исправляются соотвѣтствующими стеклами.

*М. К. Эрнротъ* пришлось видѣть рецептъ, прописанный гомеопатомъ, обыкновенной желтой мази съ какими-то римскими цифрами.

*Н. В. Гагаринъ* видѣлъ рецептъ эзерина, прописаннаго въ количествахъ, употребляемыхъ офталмологами, а

*А. В. Лотинъ*—обыкновенную желтую мазь, отпущенную изъ гомеопатической лѣчебницы.

*В. П. Аннинъ* напомнилъ, что изъ доклада о гомеопатіи на послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ выяснилось, что гомеопаты нерѣдко назначаютъ употребляемое въ медицинѣ лѣченіе.

*Н. Р. Ботвинникъ* видѣлъ больного съ воспаленіемъ радужной оболочки, получившаго отъ гомеопата 5%-ный растворъ кокаина мѣстно и «euphrasia» въ 3-мъ разведеніи внутрь, а

*Я. В. Зеленковскій*—такого-же больного, употреблявшаго ½% растворъ атропина и внутрь «крупинки belladonae».

*Н. Р. Ботвинникъ* подтвердилъ, что отъ гомеопатическаго лѣченія можетъ быть вредъ для глазныхъ больныхъ; такъ, онъ видѣлъ ребенка съ бленнорреей глазъ новорожденныхъ, лѣченнаго какими-то крупинками, у котораго появилось изъязвленіе и прободеніе роговицы съ исходомъ въ слѣпоту.

*Г. Е. Выгодскій* замѣтилъ, что приходится наблюдать случаи болѣзней, крайне запущенные, въ которыхъ лѣченіе велось гомеопатами.

Проф. *Л. Г. Беллярминовъ* указалъ, что среди современныхъ гомеопатовъ есть немало спеціализировавшихся въ различныхъ спеціальностяхъ въ т. наз. аллопатической школѣ, усвоившихъ начала и пріемы этой школы, которыми они и пользуются въ своей практикѣ, не оставляя въ то же время и чисто гомеопатическаго лѣченія, которое служитъ для нихъ лишь знаменемъ принадлежности къ гомеопатіи, для удержанія за собой званія гомеопата и привлеченія къ себѣ соотвѣтствующихъ больныхъ. Не подлежитъ сомнѣнію, что гомеопаты въ глазной практикѣ употребляютъ т. наз. аллопатическія средства въ большомъ количествѣ.

*С. Лобановъ.*

[1]) «Клиническія наставленія въ гомеопатическомъ лѣченіи болѣзней; справочная книга гомеопатической терапіи для врачей и не врачей, составилъ д-ръ *Г. Яръ*». 1876 г.

[2]) «Краткое руководство гомеопатическаго лѣченія глазныхъ и ушныхъ болѣзней». 1898 г.

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

## *Проф. В. М. Бехтеревъ. Внушеніе и его роль въ общественной жизни. Петербургъ, 1904 г. Ц. 1 р. Изд. К. Л. Риккера.*

Книга проф. *В. М. Бехтерева* подъ выписаннымъ заглавіемъ представляетъ собою видоизмѣненное и значительно пополненное 2-ое изданіе его рѣчи, произнесенной въ актовомъ Собраніи В.-Медицинской Академіи и изданной въ 1897 г. Въ настоящемъ своемъ видѣ сочиненіе это является монографнымъ изслѣдованіемъ по вопросу о внушеніи и его роли въ общественной жизни.

Авторъ раздѣляетъ свою работу на отдѣльныя главы, въ которыхъ разсматриваетъ различные виды и формы внушенія, поясняетъ ихъ многочисленными примѣрами изъ исторіи и современной жизни и выясняетъ значеніе внушенія, какъ фактора, играющаго видную роль въ нашей общественной жизни,—фактора, полнаго глубокаго значенія, какъ въ повседневной жизни отдѣльныхъ лицъ, такъ и въ соціальной жизни народовъ. Въ началѣ работы авторъ приводитъ различные взгляды ученыхъ на природу внушенія—этого «психическаго контагія», дѣйствующаго вездѣ и всюду и передающагося черезъ слова, жесты и движенія. Опредѣляя внушеніе, авторъ говоритъ, что оно есть ничто иное, какъ вторженіе въ сознаніе или прививаніе къ нему посторонней идеи безъ прямого непосредственнаго участія въ этомъ актѣ «я» даннаго лица, вслѣдствіе чего послѣднее въ большинствѣ случаевъ является совершенно или почти безвластнымъ отвергнуть эту идею и изгнать ее изъ области своего сознанія—даже при томъ условіи, если «я» даннаго лица сознаетъ всю нелѣпость этой идеи. Слѣд., внушеніе сводится къ непосредственному прививанію тѣхъ или другихъ психическихъ состояній отъ одного лица къ другому, при чемъ прививаніе это происходитъ безъ участія воли (и вниманія) воспринимающаго лица. Въ такомъ случаѣ внѣшнія впечатлѣнія входятъ въ психическую сферу помимо нашего личнаго сознанія и, слѣд., помимо нашего «я»: они проникаютъ въ нашу психическую сферу, какъ выражается авторъ, «не съ парадняго хода, а съ задняго крыльца, ведущаго непосредственно во внутренніе покои нашей души».—Останавливаясь далѣе на особенностяхъ различныхъ формъ внушенія, авторъ говоритъ о внушеніи въ гипнозѣ и въ бодрственномъ состояніи, разбираетъ значеніе вѣры, какъ условія, способствующаго внушенію, выясняетъ условія взаимовнушенія и вліяніе коллективныхъ или массовыхъ иллюзій и галлюцинацій. Разбирая послѣдствія внушенія, взаимовнушенія и самовнушенія, авторъ останавливается на нѣкоторыхъ своеобразныхъ проявленіяхъ нашего сектантства, на эпидеміяхъ колдовства и бѣсоодержимости, кликушества и порчи, а также на другихъ психопатическихъ эпидеміяхъ религіознаго свойства, описанныхъ въ исторіи, наблюдающихся нерѣдко въ наши дни и имѣющихъ важное соціальное значеніе (малёванщина, татарская психопатическая эпидемія въ Казанской губ., Канадская эпидемія среди русскихъ духоборовъ, Китайская эпидемія секты и-хе-туанъ, эпидемическое распространеніе различныхъ мистическихъ ученій и т. п.). Въ послѣднихъ главахъ своего труда авторъ говоритъ о паникѣ среди людей и животныхъ, о психическихъ эпидеміяхъ во времена историческихъ народныхъ движеній и въ заключеніе выясняетъ значеніе народныхъ сборищъ въ распространеніи психическихъ эпидемій, а также значеніе внушенія въ дѣятельности общественныхъ группъ. Въ основѣ всѣхъ этихъ явленій лежитъ могущественное дѣйствіе взаимнаго внушенія, которое «возбуждаетъ у отдѣльныхъ членовъ толпы одни и тѣ же чувства, поддерживаетъ одно и то-же настроеніе, укрѣпляетъ объединяющую ихъ мысль и поднимаетъ активность отдѣльныхъ членовъ до необычайной степени».

Digitized by Google

Уже изъ приведеннаго краткаго разбора книги видно, насколько современны и интересны темы, затронутыя авторомъ въ настоящемъ трудѣ. Несомнѣнно, что выдвинутые имъ вопросы заслуживаютъ самаго серьезнаго вниманія и должны быть предметомъ изслѣдованія не однихъ только врачей, но и всѣхъ вообще лицъ, изучающихъ условія общественной жизни и выясняющихъ законы ея проявленія, — слѣд., по преимуществу историковъ и соціологовъ. Въ виду того большого интереса, какой представляетъ книга по своему содержанію, весьма понятно, почему для нея такъ скоро понадобилось 2-ое изданіе.

*Б. Воротынскій.*

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

**XXX.** М. Г.! Прошу Васъ дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

При личномъ свиданіи съ ч. пр. Московскаго Университета *Е. М. Степановымъ* выяснилось, что я во ступительной своей лекціи, помѣщенной въ № 45 «Русскаго Врача» за 1903 г. ошибочно принялъ однофамильца его, ведшаго преподаваніе болѣзней уха при каѳедрѣ діагностики въ 80-хъ годахъ, за нынѣ работающаго на томъ-же поприщѣ глубокоуважаемаго *Е. М. Степанова.* Отдаленность времени моихъ воспоминаній да послужитъ извиненіемъ этой ошибки.

Глубокоуважаемому *Е. М. Степанову* приношу извиненіе за недосмотръ при разборѣ руководителей нашей общей спеціальности. *Н. Трофимовъ.*

**XXXI.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему заявленію.

Группа женщинъ-врачей выпуска 1902 и 1903 гг., прочтя въ газетахъ постановленіе Московскаго и Ярославскаго уѣздныхъ земствъ о принципіальномъ непринятіи къ себѣ на службу женщинъ-врачей, просятъ указанныя земства выяснить печатно причины, вызвавшія такое постановленіе [1]).

По порученію группы ж.-вр. *Е. Пескова-Прокофьева.*

Петербургъ. 2-го марта 1904 г.

**XXXII.** М. Г.! Вслѣдствіи постановленія Общества Смоленскихъ врачей въ очередномъ засѣданіи 28 февраля 1904 г. покорнѣйше просимъ напечатать на страницахъ «Русскаго Врача» слѣдующее единогласное рѣшеніе Общества.

«Общество Смоленскихъ врачей выражаетъ свое сожалѣніе по поводу вынужденнаго ухода всѣхъ 4-хъ врачей ординаторовъ Смоленской психіатрической больницы и высказываетъ свое твердое убѣжденіе, что имъ, какъ и ранѣе ушедшимъ ординаторамъ, ничего больше не оставалось сдѣлать, какъ уйти, такъ какъ быть полезными работниками въ Смоленской психіатрической больницѣ, при сохраняющемся режимѣ, образѣ дѣйствій старшаго врача и при полномъ отсутствіи коллегіальности,— имъ не представлялось возможности» [2]).

Президентъ *Д. Станиславскій.*
Секретарь *М. Квасковъ.*

Смоленскъ. Марта 1-го 1904 г.

### *XXXIII. Постановленіе Суда чести по дѣлу врача З. А. Кричевскаго и врачей Н. Э. Шена и Н. В. Духанина* [3]).

8/II 1904 г., на состоявшемся въ г. Богучарѣ, Воронежской губ., засѣданіи Суда чести были: со стороны д-ра *С. А. Кричевскаго*— санитарный врачъ Воронежскаго губернскаго Земства *А. И. Шингаревъ*, со стороны д-ровъ *Н. Э. Шена* и *Н. В. Духанина*— санитарный врачъ Рязанскаго губернскаго Земства *В. П. Успенскій*; предсѣдателемъ Суда былъ избранъ представителями сторонъ д-ръ *В. И. Колюбакинъ*, изъ Воронежа.

Свидѣтелями со стороны д-ра *С. А. Кричевскаго* были: одинъ изъ губернскихъ гласныхъ отъ Богучарскаго уѣзда, одинъ изъ уѣздныхъ гласныхъ того-же уѣзда и фельдшеръ участка д-ра *Кричевскаго*; со стороны д-ровъ *Н. Э. Шена* и *Н. В. Духанина* были: одинъ изъ членовъ Богучарской уѣздной земской Управы, 2 земскихъ врача и 1 ветеринарный врачъ того-же уѣзда. Свидѣтелями, приглашенными обѣими сторонами, были: предсѣдатель Богучарской уѣздной земской Управы и 1 изъ земскихъ врачей уѣзда.

Въ распоряженіе Суда чести были предоставлены слѣдующіе письменные документы: 1) формулированныя обвиненія обѣихъ сторонъ; 2) протоколы засѣданій Совѣщанія Управы и земскихъ врачей и ветеринаровъ Богучарскаго уѣзда за 2-ую половину 1903 г.; 3) протоколъ опроса Коммиссіей крестьянъ Шуриновскаго участка по жалобамъ на д-ра *Кричевскаго*; 4) заявленіе въ Богучарскую уѣздную земскую Управу д-ровъ *Н. Э. Шена*, *Н. В. Духанина* и *А. А. А—го*—о результатахъ опроса ими крестьянъ 3-хъ слободъ того-же участка о дѣятельности д-ра *Кричевскаго*; 5) оффиціальное заявленіе акушерки П. объ оскорбленіи ея д-ромъ *С. А. Кричевскимъ* и протоколъ Коммиссіи, избранной для разслѣдованія этого дѣла, съ приложеніемъ показаній 3-хъ свидѣтелей—фельдшеровъ; 6) поданное въ Богучарскую уѣздную земскую Управу, для представленія въ земское Собраніе 1903 г., подписанное 7-ю врачами и 2-мя ветеринарами того-же уѣзда мотивированное заявленіе о признаніи ими дальнѣйшей совмѣстной службы съ д-ромъ *Кричевскимъ* невозможной; 7) заявленіе объ отставкѣ, поданное д-ромъ *Кричевскимъ* въ земское Собраніе сессіи 1903 г.; 8) печатные и письменные матеріалы о дѣятельности Шуриновской амбулаторіи и больницы.

Въ виду выраженнаго обѣими сторонами желанія огласить приговоръ Суда чести въ печати, необходимо вкратцѣ изложить обстоятельства дѣла.

На Богучарскомъ земскомъ Собраніи сессіи 1902 г., при обсужденіи вопроса о сокращеніи числа фельдшерскихъ пунктовъ и объ открытіи новыхъ врачебныхъ участковъ, нѣсколькими гласными, желавшими доказать необходимость существованія фельдшерскихъ пунктовъ, были сдѣланы указанія на небрежное отношеніе врачей къ своимъ обязанностямъ (отказъ въ помощи больному, истекавшему кровью, отказъ поѣхать на роды и т. п.). Относились эти обвиненія, какъ можно было думать, большая часть—къ врачу Шуриновскаго участка—*С. А. Кричевскому* и одно—къ врачу Кантемировскаго участка *Н. В. Духанину*; такъ какъ, однако, прямыхъ указаній не было, то обвиненія эти легли своею тяжестью на всѣхъ врачей уѣзда, не имѣвшихъ возможности тогда-же опровергнуть ихъ.

Далѣе, Совѣщанію Богучарской уѣздной земской Управы съ земскими врачами и ветеринарами 24/VIII 1903 г. была доложена жалоба на д-ра *С. А. Кричевскаго* акушерки П., обвинявшей его въ крайне оскорбительномъ обращеніи съ нею и въ запрещеніи ей посѣщать родильницъ послѣ нормальныхъ родовъ. При обсужденіи вопроса объ этой жалобѣ, на Совѣщаніи было предложено, чтобы Коммиссія, которая будетъ разслѣдовать дѣло по обвиненію д-ра *Кричевскаго* акушеркой П., разслѣдовала также и тѣ обвиненія, какія были высказаны на собраніи 1902 г. Въ помощь Управѣ для разслѣдованія обоихъ дѣлъ были избраны д-ра *Н. Э Шенъ*, *Н. В. Духанинъ* и *А. А. А—ій.* Въ виду того, что одно изъ обвиненій, высказанныхъ на Собраніи 1902 г., касалось *Н. В. Духанина*, послѣдній тотчасъ-же послѣ баллотировки заявилъ, что онъ по указанной причинѣ принять участіе въ занятіяхъ Коммиссіи отказывается. Однако, въ промежутокъ времени отъ Совѣщанія 24/VIII 1903 г. до начала занятій Коммиссіи выяснилось, что обвиненіе съ д-ра *Духанина* совершенно снимается, о чемъ ему сообщила Управа и пригласила его къ участію въ занятіяхъ Коммиссіи, почему онъ счелъ возможнымъ признать себя полноправнымъ членомъ Коммиссіи. Здѣсь же необходимо замѣтить, что еще до избранія Коммиссіи, при обсужденіи вопроса о поведеніи одного изъ служившихъ у д-ра *Кричевскаго* фельдшеровъ, д-ръ *Кричевскій* нанесъ оскорбленіе какъ Совѣщанію въ цѣломъ, т. е. Управѣ, врачамъ и ветеринарамъ, такъ и отдѣльнымъ его членамъ.

Въ сентябрѣ 1903 г. Коммиссіей, въ составѣ предсѣдателя Богучарской уѣздной земской Управы и д-ровъ *Н. Э. Шена*, *Н. В. Духанина* и *А. А. А*—го, былъ произведенъ опросъ, въ слободѣ Шуриновкѣ, тѣхъ лицъ, на которыхъ, какъ на пострадавшихъ, было указано на земскомъ Собраніи 1902 г., а также и всѣхъ другихъ крестьянъ, имѣвшихъ сдѣлать Коммиссіи какія-либо заявленія (какъ изъ самой слободы Шуриновки, такъ и изъ другихъ селеній участка), при чемъ, какъ видно изъ акта опроса, всѣ показанія были не въ пользу д-ра *Кричевскаго.* Въ виду того, что при означенномъ опросѣ были только лица, выступавшія съ обвиненіями противъ д-ра *Кричевскаго*, д-ра *Шенъ*, *Духанинъ* и *А—ій*, въ цѣляхъ полученія болѣе безпристрастныхъ данныхъ, какъ это видно изъ представленнаго ими сообщенія о результатахъ опроса, рѣшили произвести опросъ вообще всѣхъ тѣхъ крестьянъ, которыхъ они могли собрать въ 3-хъ слободахъ Шуриновскаго участка; таковой опросъ и былъ ими произведенъ, на слѣдующій день послѣ опроса въ слободѣ Шуриновкѣ, уже въ качествѣ частныхъ лицъ, а не Коммиссіи, такъ какъ предсѣдателя съ ними не было, а, слѣд. не было и полнаго состава Коммиссіи. Не смотря на иной составъ опрашиваемыхъ, на отсутствіе оффиціальнаго характера опроса и предоставленіе высказываться каждому желающему, результаты опроса были по прежнему неблагопріятны для д-ра *Кричевскаго.* Весь собранный Коммиссіей матеріалъ, а также полученный врачами при опросѣ населенія 3-хъ слободъ былъ представленъ, безъ всякихъ заключеній, въ уѣздную Управу для представленія въ уѣздное земское Собраніе, гдѣ могъ дать объясненія и самъ д-ръ *Кричевскій*, и тѣ изъ гласныхъ, которые, какъ было извѣстно, признавали всѣ взведенныя на него обвиненія неосновательными. Самъ д-ръ *Кричевскій*, спрошенный товарищами, передъ передачей матеріала въ Управу, категорически отрицалъ всѣ тѣ факты, которые были сообщены опрошенными крестьянами, живущими въ его участкѣ. Вслѣдъ за передачей въ Управу собра-

---

[1]) Мы со своей стороны вполнѣ присоединяемся къ этому безусловно справедливому желанію товарищей. *Ред.*

[2]) Товарищи, выполнившіе въ отношеніи того учрежденія, въ которомъ они служили, свой долгъ и—увы!—за то пострадавшіе, безъ сомнѣнія, найдутъ себѣ въ этомъ постановленіи глубокоуважаемаго Общества нравственное удовлетвореніе. Честь и слава Обществу, такъ чутко отнесшемуся къ запросамъ мѣстной общественной жизни и выступившему въ возбужденномъ ушедшими товарищами дѣлѣ въ защиту слабой, но правой стороны. *Ред.*

[3]) См. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 45, стр. 1611, № 49, стр. 1767 и 1904 г., № 2, стр. 67.

Digitized by Google

наго матеріала, отъ 7-ми врачей и 2-хъ ветеринаровъ Богучарскаго уѣзда поступило въ Управу слѣдующее заявленіе: «Въ Богучарскую уѣздную земскую Управу»—Мы, нижеподписавшіеся, земскіе врачи и ветеринары Богучарскаго уѣзда, имѣемъ честь заявить Богучарской уѣздной земской Управѣ, что поведеніе д-ра *Кричевскаго* за все время его совмѣстной съ нами службы, а въ особенности за послѣднее время, мы считаемъ недостойнымъ земскаго врача. Взгляды д-ра *Кричевскаго* на земско-медицинское дѣло, его отношеніе къ крестьянскому населенію Шуриновскаго участка, къ своимъ помощникамъ, къ товарищамъ-врачамъ, къ Совѣщанію врачей и Управы дѣлаютъ для насъ совершенно невозможной совмѣстную съ нимъ службу въ уѣздѣ. Если д-ръ *Кричевскій* найдетъ для себя возможнымъ и послѣ этого нашего оффиціальнаго заявленія продолжать свою службу въ Богучарскомъ уѣздѣ, мы всѣ, нижеподписавшіеся, нравственно вынуждены будемъ подать въ отставку. Это наше заявленіе имѣемъ честь просить передать на усмотрѣніе предстоящаго Богучарскаго земскаго Собранія. *П. Бальчевскій*, *Н. Шенъ*, *А. Агишевскій*, *Н. Духанинъ*, *Н. Атласнеръ*, *А. Хрущова*, *В. Стеллецкій*, *М. Книжниковъ*, *В. Михнѣевъ*».

Заявленіе это въ земское Собраніе не поступило, такъ какъ, съ открытіемъ послѣдняго, нѣкоторые изъ гласныхъ вступили съ врачами въ переговоры, результатомъ которыхъ явилось соглашеніе, по которому заявленіе земскому Собранію не докладывается, равно какъ и собранный Коммиссіей матеріалъ; но д-ръ *Кричевскій* немедленно, т. е. въ началѣ октября, подалъ въ отставку и, воспользовавшись разрѣшеннымъ ему 3-мѣсячнымъ отпускомъ, къ концу года оставилъ участокъ. Заявленіе д-ромъ *Кричевскимъ* было подано слѣдующее: «Въ Богучарское земское Собраніе сессіи 1903 г., врача 6-го медицинскаго уч. *С. Кричевскаго*.—«Помимо другихъ причинъ, разстроенное здоровье мое не позволяетъ мнѣ продолжать службу. Поэтому имѣю честь заявить земскому Собранію согласно правиламъ, что къ концу года оставляю службу въ Богучарскомъ уѣздѣ, и просилъ-бы земское Собраніе, въ виду моей 6-лѣтней службы при самыхъ тяжелыхъ условіяхъ разрѣшить мнѣ 3-мѣсячный отпускъ съ конца года».—Октября 1-го дня 1903 г. *)

Въ концѣ 1903 г. *Н. Э. Шенъ* и *Н. В. Духанинъ* были вызваны *С. А. Кричевскимъ* на Судъ чести, на разсмотрѣніе котораго предъявили обвиненіе и съ своей стороны (въ Коммиссіи участвовали 3 врача, но выступить вмѣстѣ съ 3-мъ врачемъ врачи *Шенъ* и *Духанинъ* отказались по неподлежавшимъ разсмотрѣнію Суда чести причинамъ).

Обвиненія со стороны д-ра *Кричевскаго* формулированы слѣдующимъ образомъ:

«Я, врачъ *С. А. Кричевскій*, обвиняю Коммиссію въ слѣдующемъ:

1) Въ составъ Коммиссіи вошли лица, не выбранныя Совѣщаніемъ (*Духанинъ* и *Н. Т—въ*).

2) Коммиссія грубо превысила полномочіе, предоставленное ей Совѣщаніемъ 15/IX, провѣрить 2 заявленія противъ меня и 1 жалобу.

3) Собранные факты ложно переданы, нѣкоторые почти вымышлены и освѣщены съ заранѣе обдуманной цѣлью обвинить меня. Самый способъ собиранія фактовъ—пристрастный.

4) Коммиссія не имѣла *права* и не была никѣмъ уполномочена разъѣзжать по моему участку собирать сходы или крестьянъ *жаловаться* на меня.

5) Всякія возраженія съ моей стороны оставлены безъ вниманія, точно также и свидѣтели,—подъ оригинальнымъ предлогомъ: «поздно».

6) *Рѣшеніе Духанина* и *Шена*, формулированное въ видѣ протеста противъ меня, совершенно не вытекаетъ изъ полномочій Коммиссіи. Это *рѣшеніе* или *приговоръ* они предложили подписать и другимъ врачамъ, которые меня не выслушали, при этомъ ввели врачей въ заблужденіе.

7) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ подписи получены неправильнымъ путемъ, а именно, какъ будто не для подачи бумаги въ земское Собраніе.

8) Общія выраженія протеста безъ указанія фактовъ, по моему мнѣнію, есть необоснованное обвиненіе.

9) Ни Совѣщаніе, ни Управа не могли судить меня, на основаніи существующихъ правилъ, а должны были собранные факты представить на разсмотрѣніе земскому Собранію.

10) Совѣщаніе врачей, обвиняющее меня въ оскорбленіи, не могло быть, какъ *обиженная сторона*, моимъ *судьей*, такъ какъ это нарушаетъ элементарныя правила безпристрастія.

11) На основаніи всего этого, я обвиняю *Духанина* и *Шена* въ пристрастномъ собираніи ложныхъ фактовъ, неправильномъ пользованіи ими съ явной цѣлью выставить меня и мою врачебную дѣятельность въ самомъ невыгодномъ свѣтѣ передъ врачами и земскимъ Собраніемъ и заставить меня покинуть (вынужденно) службу или быть уволеннымъ земскимъ Собраніемъ.—Врачъ *С. А. Кричевскій*.—8-го февраля 1904 г., г. Богучаръ».

Со стороны врачей *Шена* и *Духанина* обвиненіе къ д-ру *Кричевскому* предъявлено слѣдующее: «Принимая вызовъ д-ра *Кричевскаго* на Судъ чести, мы, нижеподписавшіеся, до сихъ поръ не имѣли никакого опредѣленно формулированнаго обвиненія противъ насъ со стороны д-ра *Кричевскаго*. Мы, съ своей стороны, поддерживаемъ противъ д-ра *Кричевскаго* всѣ тѣ обвиненія, которыя нами были выставлены въ коллективномъ заявленіи, поданномъ нами, совмѣстно съ другими земскими врачами и ветеринарами Богучарскаго уѣзда, въ Богучарскую земскую Управу, для доклада Богучарскому земскому Собранію созыва 1903 г. Кромѣ того, мы ставимъ въ вину д-ру *Кричевскому* то обстоятельство, что текстъ поданнаго имъ на земское Собраніе созыва 1903 г. заявленія объ отставкѣ былъ формулированъ крайне неясно, почему отъ внимательныхъ даже слушателей ускользнуло, что оно противорѣчитъ, *по существу* соглашенію, состоявшемуся между д-ромъ *Кричевскимъ* и врачами, протестовавшими противъ него. Этому обстоятельству мы придаемъ крайне важное значеніе».—Земскіе врачи *Н. Шенъ*, *Н. Духанинъ*.—Богучаръ, 1904 г. февраля 8-го дня.

Ознакомившись съ перечисленными выше документами, выслушавъ стороны и свидѣтелей, Судъ чести пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ по предъявленнымъ врачемъ *С. А. Кричевскимъ* къ врачамъ *Н. Э. Шену* и *Н. В. Духанину* обвиненіямъ:

1) По пункту первому Судъ чести признаетъ, что д-ръ *Н. В. Духанинъ* въ число членовъ Коммиссіи *былъ выбранъ* Совѣщаніемъ врачей и Управы 24/VIII 1903 г., при участіи самого д-ра *С. А. Кричевскаго*, и имѣлъ полное право войти въ составъ Коммиссіи послѣ того, какъ было снято единственное направленное противъ него на земскомъ Собраніи 1904 г. обвиненіе, такъ какъ отказъ его отъ участія въ занятіяхъ Коммиссіи былъ условный. Что касается члена Богучарской земской Управы д-ра *Н. А. Т—а*, то Судомъ чести установлено, что въ занятіяхъ Коммиссіи онъ участія не принималъ и членомъ ея не считался; но, если-бы даже онъ и участвовалъ въ занятіяхъ Коммиссіи, то и это не могло бы считаться правонарушеніемъ, такъ какъ, согласно постановленію Совѣщанія 24/VIII 1903 г., разслѣдованіе дѣлъ по обвиненію врачей гласными и по жалобѣ акушерки П. должны были произвести Управа (членомъ которой *Н. А. Т—ъ* состоялъ и въ то время) и избранные земскіе врачи.

2) Изъ протокола Совѣщанія 24/VIII 1903 г. Судъ чести усматриваетъ, что Совѣщаніемъ никакого ограниченія относительно провѣрки Коммиссіей *только двухъ заявленій и одной жалобы противъ д-ра Кричевскаго* сдѣлано не было, а потому Судъ чести въ ходѣ занятій Коммиссіи, считавшей необходимымъ опросить всѣхъ крестьянъ, желавшихъ заявить что-либо, превышенія полномочій не находитъ.

3) Судъ чести ни изъ показаній свидѣтелей, ни по документамъ не могъ установить, чтобы показанія крестьянъ какъ Коммиссіи, такъ и отдѣльно врачамъ, были при записи «ложно переданы» и чтобы «нѣкоторые факты были почти вымышлены и освѣщены съ заранѣе обдуманной цѣлью обвинить» д-ра *Кричевскаго*. Равнымъ образомъ, Судъ чести не могъ усмотрѣть и какого либо пристрастія со стороны Коммиссіи въ способѣ собиранія данныхъ, т. е. при опросѣ недовольныхъ врачемъ крестьянъ. Судъ чести не можетъ только не замѣтить, что считаетъ такой путь выясненія вопроса о дѣятельности врачей вообще не могущимъ дать вполнѣ достовѣрныхъ результатовъ, а потому и нежелательнымъ, и сожалѣетъ, что Коммиссія не выработала какой-либо болѣе цѣлесообразный планъ разслѣдованія и провѣрки.

4) По пункту 4-му Судъ чести устонавливаетъ, что обвиненіе Коммиссіи въ томъ, что она «не имѣла права и не была никѣмъ уполномочена разъѣзжать по участку д-ра *С. А. Кричевскаго*—собирать сходы или крестьянъ *жаловаться* на него»—собственно къ Коммиссіи не относится, такъ какъ здѣсь идетъ рѣчь о 3-хъ слободахъ, посѣщенныхъ *не Коммиссіей*, а 3-мя врачами, желавшими, въ виду опроса Коммиссіей въ сл. Шуриновкѣ только недовольныхъ врачемъ *Кричевскимъ* лицъ, произвести еще дополнительный опросъ вообще крестьянскаго населенія нѣсколькихъ слободъ, среди котораго могли оказаться не только имѣвшіе что-либо противъ врача, но и такіе, которые высказались-бы въ его пользу Устонавливая, что дополнительный опросъ былъ предпринятъ врачами, а не Коммиссіей, Судъ чести полагаетъ, вмѣстѣ съ тѣмъ, что и къ такому опросу должно быть отнесено сказанное имъ въ концѣ предъидущаго пункта.

5) Въ виду того, что Коммиссіей, по опросѣ крестьянскаго населенія, было рѣшено представить весь матеріалъ, безъ заключенія, въ земское Собраніе, гдѣ могли высказаться и всѣ гласные-землевладѣльцы, и самъ д-ръ *Кричевскій*; въ виду категорическаго отрицанія д-ромъ *Кричевскимъ* передъ товарищами полученныхъ Коммиссіей данныхъ; въ виду того, что одно лицо (бывшее и на Судѣ чести свидѣтелемъ со стороны д-ра *Кричевскаго*,—одинъ изъ уѣздныхъ гласныхъ) пожелало дать свои показанія тогда, когда Коммиссія уже представила матеріалъ въ Управу, т. е. фактически перестала существовать, — въ виду всего этого Судъ чести не находитъ въ дѣйствіяхъ Коммиссіи ничего, что указывало-бы на ея желаніе органичиться только собранными данными.

6) По утвержденію врачей, подписавшихъ заявленіе въ Богучарскую Управу о невозможности совмѣстной службы съ д-ромъ *Кричевскимъ* и присутствовавшихъ на Судѣ, протестъ ихъ былъ основанъ *на общемъ знакомствѣ и оцѣнкѣ дѣятельности д-ра Кричевскаго*, а не только на собранномъ Коммиссіей матеріалѣ; поэтому обвиненіе врачей *Н. Э. Шена* и *Н. В. Духанина* въ отсутствіи связи между полномочіями Коммиссіи и протестомъ—не имѣетъ основаній. По той же указанной причинѣ протестъ этотъ не можетъ быть названъ «рѣшеніемъ» или «приговоромъ» врачей *Шена* и *Духанина*. По поводу фразы, что врачи «были введены въ заблужденіе», Судъ чести устонавливаетъ, что, по заявленію всѣхъ присутствовавшихъ на Судѣ врачей, подписывались они вполнѣ обдуманно (хотя одинъ изъ врачей и сооб-

*) Заявленіе это, какъ выяснилось на Судѣ, написано д-ромъ *Кричевскимъ* не ранѣе 4-го октября, взамѣнъ другого заявленія, помѣченнаго 1-мъ октября, но не поданнаго въ земское Собраніе.

Digitized by Google

щилъ письменно д-ру *Кричевскому*, что онъ не совсѣмъ согласенъ съ дѣйствіями Коммиссіи, но Судъ, при его опросѣ, не могъ уяснить, въ чемъ заключалось это несогласіе, такъ какъ, по заявленію его, бумага въ Управу съ протестомъ другихъ товарищей, имъ была подписана вполнѣ сознательно).

7) Въ виду того, что всѣ подписи на заявленіи, поданномъ врачами въ Богучарскую уѣздную Управу,—собственноручныя и въ концѣ заявленія есть прямая просьба къ Управѣ о передачѣ его на предстоящее уѣздное Собраніе, формулированное въ 7-мъ пунктѣ обвиненіе Судъ чести признаетъ неимѣющимъ основанія.

8) По пункту 8-му Судъ чести не признаетъ нужнымъ высказываться, такъ какъ въ немъ заключается не обвиненіе, а лишь выраженное д-ромъ *Кричевскимъ* личное мнѣніе.

9) Судъ чести устонавливаетъ, что Коммиссія именно такъ и сдѣлала, какъ считаетъ необходимымъ д-ръ *Кричевскій*, т. е. передала собранный матеріалъ, безъ своего заключенія, въ Управу, для представленія въ уѣздное земское Собраніе, которое и могло судить, на основаніи существующихъ правилъ. Заявленіе же врачей о невозможности дальнѣйшей службы съ д-ромъ *Кричевскимъ* — не находилось въ зависимости отъ работъ Коммиссіи и отъ собранныхъ ею данныхъ (какъ это уже указано въ п. 6-мъ).

10) Судъ чести полагаетъ, что, разъ д-ръ *Кричевскій* не протестовалъ на совѣщаніи 24/VIII 1903 г. противъ избранія Коммиссіи изъ врачей, оскорбленныхъ имъ, и даже самъ принималъ участіе въ избраніи, то обвиненіе въ томъ, что оскорбленное Совѣщаніе было его «судьей», является несвоевременнымъ. При томъ Судъ чести отмѣчаетъ, какъ это было указано и раньше, что ни Совѣщаніе, ни Коммиссія не принимали на себя роль «судьи», а признали только необходимымъ *разслѣдовать факты*, при чемъ въ составъ Коммиссіи входило одно лицо которое не было оскорблено д-ромъ *Кричевскимъ*, — именно, д-ръ *Н. Э. Шенъ*, отсутствовавшій на Совѣщаніи 24/VIII 1903 г.

11) Пунктъ 11-й выставленныхъ д-ромъ *Кричевскимъ* обвиненій Судъ чести оставляетъ безъ разсмотрѣнія, какъ только резюмирующій все то, что было сказано уже въ предъидущихъ 10 пунктахъ.

По обвиненіямъ, выставленнымъ противъ д-ра *С. А. Кричевскаго* д-рами *Н. Э. Шеномъ* и *Н. В. Духанинымъ*, Судъ чести пришелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ:

Не считая возможнымъ ставить въ вину д-ру *Кричевскому* его *«взгляды* на земско-медицинское дѣло», Судъ чести однако же, вынесъ изъ разбора дѣла то мнѣніе, что *дѣятельность* д-ра *Кричевскаго* не отвѣчала тѣмъ требованіямъ, *какія могутъ быть* предъявлены къ среднему земскому врачу. По поводу отношеній д-ра *Кричевскаго* къ крестьянскому населенію Шуриновскаго участка Судъ чести, не касаясь фактовъ, которые не могли быть имъ провѣрены, считаетъ вполнѣ установленнымъ фактъ въ высшей степени небрежнаго отношенія д-ра *Кричевскаго* къ своимъ обязанностямъ при подачѣ помощи одной роженицѣ; вмѣстѣ съ тѣмъ, Судъ чести не можетъ не отмѣтить фактъ непопулярности д-ра *Кричевскаго* среди окрестнаго крестьянскаго населенія. Относительно помощниковъ Судъ чести устонавливаетъ случай весьма некорректнаго отношенія д-ра *Кричевскаго* къ акушеркѣ его участка—отношенія, не вызывавшагося ея поступками или словами. Равнымъ образомъ Судъ чести признаетъ оскорбительнымъ отношеніе д-ра *Кричевскаго* къ Совѣщанію врачей и Управы и къ товарищамъ.

Что касается неясности поданнаго д-ромъ *Кричевскимъ* заявленія объ отставкѣ, то, въ виду категорическаго отрицанія д-ромъ *Кричевскимъ* какихъ-бы то ни было переговоровъ съ врачами черезъ посредниковъ и неимѣнія указаній на это со стороны свидѣтелей, Судъ чести не имѣетъ данныхъ считать текстъ заявленія умышленно неясно-формулированнымъ самимъ д-ромъ *Кричевскимъ*. Однако, въ виду того, что всѣ подписавшіе заявленіе врачи были убѣждены въ томъ, что переговоры съ ними ведутся посредниками отъ имени д-ра *Кричевскаго*, Судъ чести признаетъ вполнѣ естественными удивленіе и протестъ врачей, когда ими впослѣдствіи было обнаружено, что содержаніе заявленія д-ра *Кричевскаго* объ отставкѣ противорѣчитъ состоявшемуся черезъ посредниковъ соглашенію и, по своей формулировкѣ, могло ввести въ заблужденіе даже внимательныхъ слушателей, какъ это и выяснилось свидѣтельскими показаніями.

По выясненіи Судомъ чести всѣхъ обстоятельствъ дѣла, предсѣдателемъ Суда было предложено сторонамъ примиреніе, отъ котораго какъ *С. А. Кричевскій*, такъ и *Н. Э. Шенъ* и *Н. В. Духанинъ* категорически отказались, заявивъ вмѣстѣ съ тѣмъ, что они принимаютъ рѣшеніе Суда чести, каково бы оно ни было, и просятъ имѣющее состояться постановленіе предать гласности.

Предсѣдатель Суда чести *Колюбакинъ*.

Члены: санитарный врачъ Рязанскаго губернскаго Земства *В. П. Успенскій*, санитарный врачъ Воронежскаго губернскаго Змства *А. И. Шингаревъ*.

25 февраля 1904 г.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

401. Мы слышали, что *на каѳедру госпитальной терапевтической клиники въ Одесскомъ Университетѣ избранъ* ч. пр. В.-Медицинской Академіи *А. П. Фавицкій*. Позволяемъ себѣ поздравить Университетъ съ пріобрѣтеніемъ этого просвѣщеннаго, добросовѣстнаго и скромнаго научнаго работника.

402. Старшій врачъ Одесской психіатрической больницы *Б. И. Воротынскій* избранъ медицинскимъ факультетомъ въ Одессѣ *ч. преподавателемъ* по каѳедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.

403. По случаю отъѣзда на Дальній Востокъ проф. *С. С. Боткина* чтеніе лекцій по каѳедрѣ академической терапевтической клиники *временно поручено* Конференціей Академіи ч. пр. *Г. М. Малкову* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 28 февраля).

404. Въ Томскомъ Университетѣ защищалъ диссертацію *Н. В. Вершининъ* на тему—*«Матеріалы къ ученію о ядовитости нормальной мочи человѣка»* («Сибирскій Вѣстникъ», 14 февраля).

405. 26 февраля въ В.-Медицинской Академіи защищали диссертаціи: *В. Н. Болдыревъ* на тему—*«Періодическая работа пищеварительнаго прибора при пустомъ желудкѣ»* и *П. А. Опимаховъ* на тему—*«Вліяніе гуаякола на кровь при накожномъ его примѣненіи* («Биржевыя Вѣдомости», 26 февраля).

406. Изъ Варшавы уѣхали на Дальній Востокъ *слишкомъ 70 врачей* («Gazeta lekarska», 27 февраля).

407. По словамъ «Новостей» (28 февраля), профессора и служащіе въ Московскихъ клиникахъ собрали между собой *3000 р. въ пользу больныхъ и раненыхъ* на театрѣ военныхъ дѣйствій.

408. *Общество русскихъ врачей въ Петербургѣ пожертвовало* на нужды войны собранные среди членовъ *2075 р.*, изъ нихъ 1075 р. на усиленіе флота, а 1000 р. на нужды арміи («Новое Время», 2 марта).

409. Ч. пр. В.-Медицинской Академіи *Р. Р. Вреденъ* и консультанты военныхъ госпиталей—Варшавскаго Уяздовскаго *П. Г. Топорковъ* и Одесскаго *І. И. Азаревичъ назначены корпусными хирургами* Сибирскихъ армейскихъ корпусовъ («Правительственный Вѣстникъ», 25 февраля).

410. *Вмѣсто* д-ра *М. С. Черемухина*, назначеннаго военнымъ врачемъ, старшимъ врачемъ *санитарнаго отряда Кіевской Общины Краснаго Креста* (см. выше, № 8, стр. 306) приглашенъ д-ръ *И. А. Юцевичъ* («Кіевская Газета», 25 февраля).

411. Екатеринославское губернское Земство пожертвовало на нужды войны 500000 р., изъ коихъ 100000 р. мѣстному отдѣлу Краснаго Креста на снаряженіе и содержаніе на Дальнемъ Востокѣ *санитарнаго отряда* на 200 коекъ.—Московское уѣздное Земство снаряжаетъ *госпиталь на 100 коекъ*.—Тульское губернское Земство, кромѣ пожертвованія 75000 р. на нужды больныхъ и раненыхъ воиновъ, снаряжаетъ *санитарный отрядъ* для отправки его на Дальній Востокъ, съ участіемъ въ немъ 5 чел. отъ мѣстныхъ губернскихъ гласныхъ.—Начальникъ Привислинскихъ желѣзныхъ дорогъ предложилъ устроить *санитарный поѣздъ* на 100 кроватей съ полной обстановкой, передвижной больницей, кухней и прачешной и отправить его на театръ войны.—Управленіе Балтійской желѣзной дороги, кромѣ санитарнаго поѣзда, уже отправленнаго на театръ военныхъ дѣйствій, рѣшило заготовить еще нѣсколько *санитарныхъ вагоновъ*, въ которыхъ будетъ помѣщено 88 рессорныхъ коекъ *для тяжело раненыхъ*.—Путемъ %-го отчисленія съ жалованія и сбора добровольныхъ пожертвованій служащіе Уральско-Разанской желѣзной дороги постановили сформировать для отправки на театръ военныхъ дѣйствій свой собственный *санитарный отрядъ съ лазаретомъ*.—Г. Родзянко въ Ригѣ снаряжаетъ на собственныя средства *конный санитарный отрядъ* для дѣйствія на театрѣ войны въ составѣ 3-хъ врачей, 4-хъ фельдшеровъ, 8 пѣшихъ и 50 конныхъ санитаровъ.—Населеніе Эстляндской губ. снаряжаетъ на свои средства *санитарный отрядъ съ лазаретомъ* въ составѣ 5 врачей, 15 сестеръ милосердія и 20 санитаровъ.—*Походный лазаретъ* снаряжаетъ Финляндское Общество попеченія о больныхъ и раненыхъ воинахъ. — На свои средства устраиваютъ *лазареты* въ Читѣ гр. Шуваловъ на 25 кроватей и на ст. Башмаково Сызрано-Вяземской ж. дороги гр. Келлеръ на 15 кроватей («Новое Время», 27, 28 и 29 февраля и 2 марта).

412. Служащіе Забайкальской желѣзной дороги выразили желаніе, какъ передаетъ «Сибирская Жизнь» (19 февраля), собрать путемъ пожертвованій и отчисленія опредѣленнаго % съ ихъ содержанія сумму, достаточную для *устройства въ г. Иркутскѣ временнаго лазарета для раненыхъ воиновъ* во все время войны, съ образованіемъ для организаціи и руководства этимъ дѣломъ Комитета изъ женъ старшихъ агентовъ Управленія дороги.

413. По словамъ «Бессарабца» (23 февраля), Управленіе Маккавеевскихъ минеральныхъ водъ предложило главному Управленію Общества Краснаго Креста *пользованіе своими цѣлебными источниками для раненыхъ на Дальнемъ Востокѣ*, для чего имъ будетъ устроено до 40 коекъ для нижнихъ чиновъ. Маккавеевскія воды находятся въ нѣсколькихъ десяткахъ верстъ отъ г. Читы, что представляется весьма удобнымъ по близости разстоянія отъ театра военныхъ дѣйствій.

414. 8-го февраля представители гор. Бѣльцы, мѣстные и земскіе врачи дали *прощальный обѣдъ* городовому врачу и ассистенту земской больницы *В. Л. Лубенецкому*, уѣзжавшему на Дальній Востокъ («Бессарабецъ», 13 февраля).

415. Мы уже сообщали (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 38, стр. 1339) о томъ, что особая Коммиссія, разсматривавшая, по предложенію Министерствъ путей сообщенія, финансовъ и земледѣлія, вопросъ *объ учрежденіи ветеринарнаго Института въ Томскѣ*, пришла къ заключенію о необходимости, въ виду от-

Digitized by Google

ствія надлежащаго ветеринарнаго надзора въ западной Сибири, учредить тамъ ветеринарный Институтъ. Заимствуемъ изъ «Вѣстника общественной ветеринаріи» (№ 3) подробности обсужденія этого вопроса въ Томскомъ Университетѣ. Засѣданіе Коммиссіи—въ составѣ профф. *М. Г. Курлова* (предсѣдатель), *П. В. Буржинскаго, А. М. Зайцева, Н. Ѳ. Кащенко, А. П. Коркунова, Ф. К. Крюгера, А. А. Кулябко, М. Ѳ. Попова, В. В. Сапожникова, А. Е. Смирнова* и губернскаго ветеринарнаго инспектора *Г. Г. Заккиса* (члены),—разсматривавшей тамъ, по предложенію Министерства народнаго просвѣщенія, этотъ вопросъ, состоялось 15 го января. Обсужденію Коммиссіи подлежали слѣдующіе вопросы: 1) Желательно-ли вообще открытіе ветеринарнаго Института въ районѣ западной Сибири? 2) Гдѣ, въ частности, въ Томскѣ или какомъ-либо другомъ городѣ западной Сибири желательно учрежденіе Института, если первый вопросъ будетъ рѣшенъ въ положительномъ смыслѣ? 3) Если желательно открытіе ветеринарнаго Института именно въ Томскѣ, то какой характеръ придать новому высшему учебному заведенію—отдѣльнаго-ли учебнаго заведенія, или занятія студентовъ-ветеринаровъ совмѣстить съ занятіями студентовъ-медиковъ Университета? 4) Желательно-ли и возможно-ли совмѣщеніе занятій студентовъ-медиковъ и студентовъ ветеринарнаго Института? и 5) Если возможно совмѣстить занятія тѣхъ и другихъ студентовъ и если возможно открытіе ветеринарнаго Института при Университетѣ, то можетъ-ли послѣдній удовлетворить потребности перваго? Первые 2 вопроса были *единогласно* рѣшены въ положительномъ смыслѣ, при чемъ основаніемъ желательности учрежденія ветеринарнаго Института именно въ Томскѣ, а не въ какомъ-либо другомъ городѣ западной Сибири, по мнѣнію Коммиссіи, могутъ служить положеніе Томска, какъ административнаго центра западной Сибири, и затрата со стороны казны меньшихъ средствъ на содержаніе учебнаго персонала Института при наличности научныхъ силъ Томскаго Университета, могущихъ занять профессорскія мѣста и въ Институтѣ по естественно-историческимъ каѳедрамъ. 3-ій и 4-ый вопросы о характерѣ, какой желательно придать ветеринарному Институту, и о возможности открытія его при Университетѣ, при совмѣщеніи занятій студентовъ-медиковъ Университета и студентовъ-ветеринаровъ, вызвали довольно оживленный обмѣнъ мнѣній. Одни изъ членовъ Коммиссіи, основываясь на соображеніяхъ чисто академическаго характера, предлагали выразить желаніе открыть въ Томскѣ ветеринарный Институтъ, какъ совершенно отдѣльное высшее учебное заведеніе, съ тѣмъ, чтобы профессора медицинскаго факультета читали лекціи по своимъ спеціальностямъ и студентамъ-ветеринарамъ (подобно тому, какъ въ настоящее время нѣкоторые профессора Университета читаютъ лекціи въ технологическомъ Институтѣ); другіе, имѣя въ виду экономическія цѣли и желая возможно сократить расходы, связанные съ учрежденіемъ новаго высшаго учебнаго заведенія, находили возможнымъ открыть Институтъ, по крайней мѣрѣ, на первые годы его существованія при Университетѣ съ совмѣстными занятіями студентовъ обоихъ высшихъ учебныхъ заведеній. Вопросъ былъ поставленъ на баллотировку, при чемъ большинство голосовъ высказалось за возможность открытія ветеринарнаго Института при Университетѣ. Томская городская Дума вполнѣ сочувственно отнеслась къ просьбѣ ректора Университета предоставить для ветеринарнаго Института потребный участокъ городской земли и единогласно постановила отвести его.

416. Мы слышали, что *разногласіе въ мнѣніи врачей-экспертовъ* (1 противъ 7) по извѣстному дѣлу г. Малинина и г-жи Ганзенъ, обвинявшихся въ истязаніи ребенка и въ 1-ой инстанціи оправданныхъ, а во 2-ой, гдѣ именно мнѣнія экспертовъ и разошлись, осужденныхъ, дало основаніе нѣкоторымъ профессорамъ В.-Медицинской Академіи составить изъ себя Коммиссію для разбора этого дѣла съ судебно-медицинской стороны. Не можемъ не привѣтствовать этой отзывчивости представителей компетентнѣйшаго учрежденія къ волнующимъ общество вопросамъ повседневной жизни и ихъ симпатичнаго почина—добровольно придти на помощь общественной совѣсти въ ея поискахъ истины.

417. Наша спеціальная періодическая литература обогатилась новымъ весьма полезнымъ изданіемъ—*«Вѣстникомъ психологіи, криминальной антропологіи и гипнотизма»*, 1-й выпускъ котораго вышелъ въ началѣ текущаго года. Изданіе будетъ выходить подъ общей редакціей профф. *В. М. Бехтерева* и *В. С. Серебреникова*, но—по примѣру многихъ иностранныхъ спеціальныхъ журналовъ—каждый, входящій въ его программу отдѣлъ, будетъ имѣть своего редактора, а именно: общая психологія—ч. пр. Н. О. Лосскаго, экспериментальная психологія—д-ровъ *А. Ф. Лазурскаго* и *А. А. Кроґіуса*, педагогическая психологія—А. П. Нечаева, психопатологія—проф. *Л. В. Блуменау* и д-ра *А. Э. Бари*, гипнотизмъ—ч. пр. *В. П. Осипова*, криминальная антропологія и общественная психологія—Д. А. Дриля и проф. *В. Ф. Чижа*. 1-й выпускъ составленъ весьма разнообразно и содержательно: I. 6 оригинальныхъ статей—1) и 2) проф. *В. М. Бехтерева*—«Біологическое значеніе психики» и «Что такое внушеніе?», 3) Д. А. Дриля—«Наука уголовной антропологіи, ея предметъ и задачи», 4) проф. *Л. В. Блуменау*—«Нравственная эволюція и вырожденіе», 5) А. П. Нечаева—«О силѣ дѣтской памяти» и 6) д-ра *М. Шайкевича*—«Психопатологическія черты героевъ Максима Горькаго». II. 17 рефератовъ и рецензій. III. Корреспонденціи—отчеты о засѣданіяхъ научныхъ Обществъ. IV. Хроника—нѣсколько замѣтокъ о Съѣздахъ и выставкахъ. V. Некрологъ Herbert'a Spencer'a. VI. Указатель новѣйшихъ русскихъ сочиненій по нормальной и патологической психологіи. Журналъ будетъ выходить въ количествѣ только 10 книжекъ въ годъ, но съ приложеніями переводовъ наиболѣе интересныхъ иностранныхъ сочиненій, изъ которыхъ въ 1-мъ году будутъ даны изъ серіи «Grenzfragen des Nerven-und Seelenlebens», выходящей подъ редакціей *Loewenfeld*'а и *Kurella*: 1) *Loewenfeld*—«О душевной дѣятельности геніальныхъ людей», 2) *Koch*—«Ненормальные характеры», 3) *Freud*—«О сновидѣніяхъ» 4) *Jentsch*—«О причудахъ» и 5) *Sombart*—«Народное хозяйство и мода».—Въ виду обнаруживающагося въ нашемъ обществѣ все большаго и большаго стремленія къ близкому ознакомленію съ явленіями душевной жизни, какъ нормальной, такъ и патологической, съ одной стороны, и быстрыхъ успѣховъ тѣхъ отраслей знанія, которыя входятъ въ программу новаго журнала, съ другой,—ему можно предсказать несомнѣнный успѣхъ не только среди врачебной, но и вообще читающей нашей публики.

418. Въ годовомъ засѣданіи Московскаго Общества врачей по ушнымъ, носовымъ и горловымъ болѣзнямъ избраны: предсѣдателемъ—*Н. А. Шкотъ*, товарищемъ его—*Е. М. Степановъ*, секретаремъ *А. П. Бѣляевъ*, казначеемъ *Г. И. Боевъ* и библіотекаремъ *С. И. Мокроусовъ* («Русское Слово», 26 февраля).

419. Ялтинская городская Дума въ экстренномъ засѣданіи постановила *принять на счетъ города похороны общественнаго дѣятеля* д-ра *В. Н. Дмитріева*, учредить въ честь его 5 стипендій при городскомъ училищѣ и назвать его именемъ основанную имъ городскую метеорологическую станцію («Новое Время», 27 февраля).

420. Намъ пишутъ изъ Харькова, что 23-го февраля служащіе новой Лѣчебницы при губернской земской больницѣ *прощались* съ оставившимъ службу въ ней ординаторомъ общаго мужского отдѣленія д-ромъ *Г. Г. Бойно-Родзевичемъ* и поднесли ему на память подарокъ съ выгравированной на немъ надписью, составленной въ в. теплыхъ выраженіяхъ.

421. Намъ сообщаютъ, что 29 го февраля въ Валдаѣ, Новгородской губ., *тепло чествовали* бывшаго врача мѣстной земской больницы *М. Л. Сергіевскаго*, пользовавшагося, какъ видно, симпатіями населенія, но оставившаго службу въ земствѣ «по предложенію Валдайской земской Управы». Не сообщать-ли намъ Валдайскіе товарищи причинъ такого страннаго противорѣчія?

422. Въ Петербургѣ открывается *Общество попеченія о больныхъ бугорчаткой*. Задачи Общества, насколько мы познакомились съ ними изъ общихъ газетъ («Новое Время», 2 марта), слѣдующія: Оказывая врачебную, матеріальную и нравственную помощь больнымъ бугорчаткою, Общество въ то же время содѣйствуетъ ознакомленію всѣхъ слоевъ общества съ сущностью бугорчатки и со способами и средствами предохранять себя и окружающихъ отъ зараженія этой болѣзнью. Общество устраиваетъ амбуляторіи, загородныя санаторіи и лѣтнія колоніи и организуетъ особыя Попечительства, которыя изучаютъ условія жизни и нужды больныхъ бугорчаткой. Эти Попечительства доставляютъ врачебную помощь на дому, снабжаютъ больныхъ пищевыми продуктами, одеждою, топливомъ и денежными пособіями. Общество заботится объ оздоровленіи населенія принятіемъ общесанитарныхъ мѣръ, организуетъ популярныя чтенія и бесѣды, издаетъ брошюры и пр.—Отъ души желаемъ Обществу полнаго успѣха въ его дѣятельности.

423. Изъ *«Отчета по психіатрическимъ отдѣленіямъ Харьковской губ. земской больницы за 1902 г.»* ч. пр. *Б. С. Грейденберга* видно, что къ 1/I 1902 г. больныхъ состояло 866, прибыли въ теченіи года 998, выбыли 794, умерли 176 и къ 1/I 1903 г. оставались 898. 1-ое мѣсто среди поступившихъ въ отчетномъ году занялъ алкоголизмъ, давшій 16,3% всѣхъ поступленій, 2-ое—наростающій параличъ—12%, 3-ье—эпилептическіе психозы—9,9%, 4-ое—острое помѣшательство—9,8%. При разсмотрѣніи распредѣленія поступленій по поламъ обращаетъ на себя вниманіе возрастаніе въ отчетномъ году женщинъ въ группѣ наростающаго паралича и алкоголизма. По отношенію къ исходамъ болѣзней изъ общаго числа выбывшихъ вполнѣ выздоровѣли 30,9%, выписаны съ улучшеніемъ 40,7% и выписаны безъ измѣненія 28,4%. Наибольшій % выздоровленій дало острое помѣшательство—почти 1/3 всего состоявшихъ больныхъ съ этой формой душевнаго разстройства и почти такой же %, какой дали меланхолія и манія, вмѣстѣ взятыя. Изъ ближайшихъ причинъ смертныхъ исходовъ у умершихъ въ отчетномъ году на первомъ мѣстѣ стоитъ общее истощеніе и маразмъ—40,9%, далѣе идетъ старческая дряхлость—14,7% и бугорчатка—11,9%. О причинахъ болѣзней болѣе или менѣе достовѣрныя свѣдѣнія собраны у 504 больныхъ, при чемъ въ числѣ причинъ на первомъ мѣстѣ стоитъ пьянство—34,1%, затѣмъ преклонный возрастъ 16,1%, сифилисъ 15,5%, наслѣдственность 8,1% и т. д. Въ началѣ отчетнаго года осуществлено постановленіе губернскаго земскаго Собранія объ учрежденіи при больницѣ прозектуры; на должность прозектора приглашенъ проф. патологической анатоміи Харьковскаго Университета *Н. Ф. Мельниковъ-Разведенковъ*, приступившій съ 1/2 мая къ устройству патолого-анатомическаго кабинета и организаціи его дѣятельности. Съ этого-же времени начали производиться систематическія вскрытія. Всѣхъ труповъ изъ психіатрическихъ отдѣленій въ теченіи 8 мѣсяцевъ отчетнаго года вскрыто было 36.

424. Кіевская Дума лишь послѣ продолжительныхъ дебатовъ большинствомъ 21 голоса противъ 19 постановила *воспретить куреніе табака въ Думѣ* («Кіевская Газета», 23 февраля).—Когда-же наконецъ курильщики, по крайней мѣрѣ изъ т. наз. интеллигенціи, поймутъ, что они не имѣютъ никакого права,

Digitized by Google

ради удовлетворенія своей отвратительной прихоти, посягать на здоровье некурящихъ?

425. Намъ сообщаютъ, что въ состоящемъ при Министерствѣ внутреннихъ дѣлъ присутствіи по фабричнымъ дѣламъ окончательно рѣшено *воспретить на табачныхъ фабрикахъ работу малолѣтнихъ, не достигшихъ 13-лѣтняго возраста.*

426. Разбирая въ «Фармацевтическомъ Вѣстникѣ» (22 февраля) новѣйшую литературу *объ обезвреживаніи табачнаго дыма*, г. А. Штанге приходитъ къ заключенію, что наилучшимъ средствомъ для такого обезвреживанія являются обезжиренные льняные или пеньковые очески (корпія), пропитанные $FeCl_3+FeCl_2$ (+ глицеринъ),—вслѣдствіе 1) способности быстро поглощать и удерживать большія количества жидкостей, 2) постоянной небольшой влажности (гигроскопичности) и 3) свойствъ химически связывать тѣла и кислотнаго, и основного характера.

427. Въ Ригѣ 2-го марта, какъ сообщаетъ «Новое Время» (3 марта), открыло свои дѣйствія *Общество подачи скорой медицинской помощи.* Помѣщеніе для первой станціи Общества предоставлено городомъ безплатно. Снабженіе ея всѣмъ необходимымъ выполнено на пожертвованныя суммы. Врачебную помощь, тоже безплатно, будутъ оказывать 34 врача—члены Общества, согласившіеся поочередно дежурить на станціи.

428. Одесская городская Управа организовала *чтеніе лекцій по гигіенѣ для преподавателей городскихъ народныхъ училищъ,* поручивъ ихъ проф. *Г. В. Хлопину.*

429. Физико-медицинское Общество въ Саратовѣ поручило особой Коммиссіи разработать вопросъ о *борьбѣ съ алкоголизмомъ* и, разсмотрѣвъ докладъ этой Коммиссіи, пришло къ заключенію, что лучшее средство въ дѣлѣ лѣченія развившагося алкоголизма есть гипнотическое внушеніе, каковое можно примѣнять и на амбулаторныхъ больныхъ; помѣщеніе же алкоголиковъ въ психіатрическія больницы Общество признало безусловно нежелательнымъ («Саратовскій Дневникъ», 20 февраля).

430. Изъ «*Санитарнаго Обзора Пермской губ. за 1902 г.*» (Пермь, 1903) видно, что средняя *рождаемость* по губерніи въ 1902 г. выразилась цифрою 55,7 на каждую 1000 жителей; умершихъ на каждую 1000 жителей приходится 46, при чемъ *смертность* для городовъ выразилась цифрою 41,1, для уѣздовъ—46,1. *Умершіе на 1-мъ году жизни почти во всѣхъ уѣздахъ составили болѣе* $^1/_2$ *всѣхъ умершихъ;* въ Камышловскомъ, напр., уѣздѣ на долю грудныхъ дѣтей падаетъ 60,2%, а въ Кунгурскомъ даже 65,7% всѣхъ умершихъ. Смертность дѣтей особенно высока была въ лѣтніе мѣсяцы, при чемъ наибольшую цифру умершихъ дали во всѣхъ уѣздахъ грудныя дѣти. Естественный *приростъ населенія* въ среднемъ по губерніи составилъ 9,6 на 1000 жителей, въ 1900 г. приростъ былъ 18,7, въ 1901 г.—14,5. Если въ 1901 г., говоритъ «Обзоръ», Пермская губ. по относительному приросту приближалась къ другимъ губерніямъ Европейской Россіи, то 1902 г. въ этомъ отношеніи ставитъ губернію въ разрядъ не вполнѣ благополучныхъ.—Всѣхъ *первоприходящихъ больныхъ* занесено въ списки у врачей 1126795 и у фельдшеровъ—663063 чел., всего 1789858, изъ чего вытекаетъ, что 54,4% населенія Пермской губ. обращались за врачебной помощью. Число *коечныхъ больныхъ* составило 3,3% общаго числа обращавшихся за врачебнымъ пособіемъ, а по отношенію ко всему населенію — 1,8%. По сравненію съ предыдущими годами 1902 г. далъ увеличеніе числа коечныхъ больныхъ на счетъ амбулаторныхъ. Объясняется это, очевидно, тѣмъ что населеніе въ губерніи возросло за годъ въ большей пропорціи, чѣмъ увеличилась врачебная помощь, — лѣченіе не стало для сельскихъ жителей болѣе доступнымъ, но довѣріе населенія къ врачамъ и больницамъ, очевидно, возросло. Изъ общаго числа больныхъ, обращавшихся за помощью къ врачамъ (фельдшерскіе больные не вошли въ этотъ счетъ), *наибольшій % падаетъ на болѣзни пищеваренія* (19,7%); далѣе идутъ болѣзни органовъ дыханія (15,9%), заразныя болѣзни (12,9%), болѣзни кожи (9%). Травматическія поврежденія по губерніи въ среднемъ дали 5,4% всѣхъ больныхъ; на долю травмъ въ заводскихъ уѣздахъ падаетъ значительно больщій %, чѣмъ въ уѣздахъ земледѣльческихъ. Въ Верхотурскомъ, напр., уѣздѣ въ земскихъ участкахъ травмы составляютъ лишь 4,2% всѣхъ заболѣваній, въ участкахъ-же заводскихъ % этотъ возрастаетъ до 7. Изъ общаго числа 36198 *острозаразныхъ больныхъ* по губерніи наибольшій % падаетъ на долю брюшного тифа—26,6%; далѣе идетъ дизентерія—19,9%, скарлатина—15,6%, оспа—11,4%, корь—10,2%. Причину развитія тифозной эпидеміи врачи губерніи ставятъ главнымъ образомъ въ связь не столько съ питьевой водой, сколько съ обѣдненіемъ населенія; врачи заводскихъ районовъ указываютъ на связь распространенія брюшного тифа съ сокращеніемъ заводскаго производства и уменьшеніемъ заработковъ. Санитарный врачъ Екатеринбургскаго уѣзда, въ которомъ наблюдалась особенно высокая цифра брюшно-тифозныхъ, говоритъ: «въ ходѣ самой эпидеміи можно безъ труда подмѣтить нѣкоторыя избирательныя ея способности – останавливаться на бѣднѣйшихъ семьяхъ». Правильно *организованной борьбы съ эпидеміями въ земствахъ Пермской губ. не существуетъ.* Какъ первоначальныя мѣры при появленіи эпидеміи, такъ и дальнѣйшее наблюденіе и лѣченіе заразныхъ больныхъ лежитъ на участковомъ медицинскомъ персоналѣ, а, когда послѣднему это уже становится не подъ силу, въ участокъ присылается «эпидемическій фельдшеръ изъ ротныхъ». Особый санитарный врачъ имѣется только въ Екатеринбургскомъ уѣздномъ Земствѣ. Въ настоящее время 10 уѣздныхъ земскихъ Собраній высказались за необходимость губернской организаціи въ борьбѣ съ эпидемическими заболѣваніями. Въ виду этого, говоритъ «Обзоръ», мы вправѣ надѣяться, что съ начала 1904 г., если не во всѣхъ, то въ большей части уѣздовъ дѣло борьбы съ эпидеміями значительно подвинется впередъ, и будетъ организованъ болѣе правильный надзоръ за оспопрививаніемъ, за санитарнымъ состояніемъ школъ, промышленныхъ заведеній, источниками питьевой воды и пр. Въ частности относительно *оспопрививанія* частыя вспышки оспенныхъ эпидемій въ губерніи указываютъ на то, что оспопрививаніе далеко не во всѣхъ губерніяхъ поставлено раціонально. Шадринская уѣздная земская Управа ставитъ это явленіе въ зависимость отъ религіознаго фанатизма раскольниковъ, составляющихъ 9,5% общаго числа жителей въ уѣздѣ, которые смотрятъ враждебно на эту санитарную мѣру и служатъ постояннымъ очагомъ оспенныхъ эпидемій. Одинъ изъ врачей Верхотурскаго уѣзда, указывая на малоуспѣшность оспопрививанія въ его участкѣ, объясняетъ это недостаткомъ оспопрививательскаго персонала. Онъ нашелъ при усиленномъ оспопрививаніи, вслѣдствіе появленія оспенной эпидеміи, что $^1/_3$ дѣтей въ возрастѣ 2—11 лѣтъ «не имѣли ни малѣйшихъ слѣдовъ привитой когда-либо оспы».—Лѣтомъ 1902 г. на средства уѣздныхъ земствъ было открыто *18 пріютовъ-яслей* и 2 пріюта-ясли на совмѣстныя средства губернскаго и уѣзднаго земствъ и губернскаго земства и частныхъ лицъ. — *Врачебные Совѣты* въ 1902 г. собирались въ 11 уѣздахъ, и только при одной Верхотурской уѣздной земской Управѣ нѣтъ подобнаго учрежденія. *Медико-статистическимъ бюро* при губернской Управѣ завѣдуетъ д-ръ *А. П. Штейнфельдъ,* которымъ и составленъ настоящій весьма интересный и обстоятельный отчетъ.

431. На *пожертвованные А. М. Дмитрянъ* 200000 р. въ Елизаветградѣ выстроена Лѣчебница Краснаго Креста на 40 коекъ. На обезпеченіе содержанія Лѣчебницы и немедленное открытіе ея г-жа Дмитрянъ, кромѣ того, пожертвовала 206500 р. («Новое Время», 2 марта).

432. Г-жа Короткова построила въ Маріинскомъ посадѣ *лѣчебницу для хрониковъ* стоимостью въ 22000 р. и пожертвовала ее, инвентарь и капиталъ въ 10000 р. уѣздному земству («Биржевыя Вѣдомости», 27 февраля).

433. «Новости» (26 февраля) передаютъ, что близъ Штакельна строится *лѣчебница для душевно-больныхъ.* Землю даетъ Лифляндское дворянство.

434. 8-ью *городскими врачами-кураторами* въ Кіевѣ, оказывающими безплатную помощь и выдающими безплатно лѣкарство бѣднѣйшимъ жителямъ городскихъ окраинъ, въ 1903 г. принято было 79694 больныхъ; кромѣ того, на дому сдѣлано были ими 10403 посѣщенія («Кіевская Газета», 25 февраля).

435. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (1 февраля) даютъ, со словъ «Губ. Заб. Вѣд.», такую картину санитарнаго неблагополучія нашего Дальняго Востока. *Во Владивостокѣ продолжаетъ свирѣпствовать эпидемія натуральной оспы.* Обыватели спѣшатъ возобновить предохранительныя оспенныя прививки, значительная-же часть инородческаго населенія обходится безъ всякихъ прививокъ и, давая громадный % заболѣваемости оспой, способствуетъ тѣмъ самымъ развитію и распространенію эпидеміи. Дѣло ухудшается еще тѣмъ обстоятельствомъ, что, напр., китайцы здѣсь не хоронятъ своихъ умершихъ сородичей, а прямо выбрасываютъ ихъ трупы въ овраги и пр. Такъ на горѣ, на одной изъ улицъ, былъ найденъ трупъ китайца, завернутаго въ одѣяло. Послѣ осмотра оказалось, что китаецъ умеръ отъ оспы.

436. Д-ръ *В. Орловскій* (Вильно) сообщаетъ *результаты предохранительныхъ прививокъ противъ водобоязни, произведенныхъ въ 1902 г. въ Виленскомъ бактеріологическомъ Институтѣ.* Всего обратились 644 чел., изъ коихъ у 130 зараженіе можно было съ достовѣрностью исключить, 10 прекратили лѣченіе по собственному желанію, а 2 были укушены здоровыми животными. Изъ 502 лѣчившихся было 327 мужчинъ и 175 женщинъ. По возрасту больные распредѣлялись такъ: до 5 л.—55, 5—10 л.—109, 10—15 л.—69, 15—20 л.—46, 20—30 л.—93, 30—40 л.—60, 40—50 л.—41, 50—60 л.—16, 60—70 л.—9 и 70—80 л.—4. Укушенныхъ собаками было 448, кошками 31, волками 4, лошадьми 8, коровами 6, свиньями 4 и человѣкомъ 1. Въ голову и лице были укушены 24 чел., въ руки 303, въ туловище 16, въ ноги 128 и въ разныя части тѣла 31. Единичныхъ укусовъ было 211, множественныхъ 291. Движеніе больныхъ по мѣсяцамъ было слѣдующее: въ январѣ лѣчились 40, въ февралѣ 26, въ мартѣ 31, въ апрѣлѣ 38, въ маѣ 28, въ іюнѣ 71, въ іюлѣ 58, въ августѣ 52, въ сентябрѣ 45, въ октябрѣ 29, въ ноябрѣ 29 и въ декабрѣ 55. Смертность равна 0,6% («Медусупа», 5 марта).

437. Въ дополненіе къ сообщенію о выѣздѣ изъ Сургута на Дальній Востокъ *единственнаго въ городѣ врача* (см. выше, № 9, стр. 345), перепечатываемъ изъ «Сибирскаго Листка» (15 февраля) помѣщенное тамъ *опроверженіе.* «Въ № 12 «Сибирскаго Листка» пишутъ изъ Сургута, что единственный врачъ призванъ на военную службу. Спѣшу увѣдомить редакцію, что врача *Степанова* никто не призывалъ, и на него не былъ отправленъ даже призывной листъ, какъ врачу, занимающему должность, освобождающую отъ призыва. Когда онъ на дняхъ явился на сборный пунктъ, я былъ удивленъ и полагалъ, что онъ, вѣроятно, самъ желаетъ поступить на военную службу. Оказалось, что почему-то исправникъ настаивалъ о его выѣздѣ. Непринятый мной на службу врачъ *Степановъ* возвратился обратно въ Сургутъ. Воинскій Начальникъ Подполковникъ Грубе».

438. «Санитарный обзоръ Тамбовской губ.» (декабрь, 1903) приводитъ слѣдующую иллюстрацію *къ фельдшерскому вопросу.* О полномъ медицинскомъ невѣжествѣ ротныхъ фельдшеровъ говорилось уже довольно много, но, ради успокоенія совѣсти и во избѣжаніе лишнихъ хлопотъ, они и до нынѣ продолжаютъ про-

Digitized by Google

дѣтелъ на земской службѣ, а въ нѣкоторыхъ уѣздахъ замѣчается прямо нашествіе ротныхъ фельдшеровъ, сопровождаемое, конечно, соотвѣтственно и увеличеніемъ числа больныхъ, такъ какъ одинъ и тотъ-же больной записывается по нѣскольку разъ, при чемъ не рѣдко выдумывается и болѣзнь. Одинъ изъ эпидемическихъ врачей разсказываетъ такой курьезъ. «Ротный фельдшеръ пишетъ все, «круппъ», «круппъ». Спрашиваю: Гдѣ-же Вы находите этотъ крупъ, въ какомъ мѣстѣ? — «Въ легкихъ-съ; крупозное, совсѣмъ крупозное». — «Но, вѣдь, крупъ бываетъ въ гортани?»—Такъ точно-съ; прямо съ гортани и на легкое».

439. Въ «Южномъ Курьерѣ» (22 февраля) помѣщена слѣдующая перепечатка изъ «Кубанскихъ Губернскихъ Вѣдомостей». «Екатеринодарское уѣздное по воинской повинности Присутствіе, на основаніи циркуляра Министерства внутреннихъ дѣлъ 1876 г. іюля 18 № 31 и циркуляра главнаго штаба 1876 г. № 245, *разыскиваетъ* окончившаго въ августѣ 1903 г. курсъ медицинскихъ наукъ въ университетѣ св. Владиміра *Василія Ивановича Кисилева*, приписаннаго къ Екатеринодарскому призывному участку и изъявившаго желаніе отбыть воинскую повинность послѣ окончанія образованія на правахъ вольноопредѣляющагося, но до сего времени не поступавшаго на службу въ войска въ означенномъ выше званіи».

440. Предсѣдатель Христолюбиваго Общества послѣдователей гомеопатіи г. Федоровскій усиленно хлопочетъ о распространеніи *гомеопатическаго лѣченія* въ дѣйствующей арміи. «Биржевыя Вѣдомости» (27 февраля) приводятъ изъ «Гражданина» слѣдующую выдержку изъ статьи г. Федоровскаго: «Каждый въ правѣ сомнѣваться въ могуществѣ лѣченія новой медицинской школы, но при имѣющихся на лицо доказательствахъ этого могущества, при единогласномъ свидѣтельствѣ многихъ тысячъ врачей, изъ года въ годъ, десятки лѣтъ, съ успѣхомъ практикующихъ этотъ методъ, на глазахъ у всѣхъ, и при фактическихъ доказательствахъ дѣятельнаго сочувствія этому методу лѣченія многихъ милліоновъ образованныхъ сторонниковъ, принесшихъ уже сотни милліоновъ рублей на разнообразныя учрежденія новой школы,—отказать народу въ этой единственно доступной для него медицинской помощи, подъ предлогомъ ни на чемъ не основаннаго сомнѣнія въ его пользѣ врачей официальной школы, «не знающихъ этого лѣченія и знать его не желающихъ», не значить-ли сознательно повторить евангельскія слова въ примѣненіи къ народу: «кровь его на насъ и на дѣтяхъ нашихъ?» Красный Крестъ въ гомеопатіи можетъ обрѣсти незамѣнимыя средства, какъ въ селахъ, въ борьбѣ съ вырожденіемъ населенія, такъ и на театрѣ военныхъ дѣйствій».—Курьезно примѣчаніе «Биржевыхъ Вѣдомостей» къ этой выдержкѣ, что «недавній Пироговскій Съѣздъ категорически высказался противъ гомеопатіи, назвавъ ее шарлатанствомъ. Но не время теперь рѣшать на полѣ битвы, кто «правъ въ семъ жаркомъ спорѣ?» — Не-врачи и не-спеціальная печать до сихъ поръ еще видятъ въ гомеопатіи какую-то особую школу науки, противопоставляя ее несуществующей аллопатіи, и, по видимому, не скоро усвоятъ избитую для врачей истину, что гомеопатія—не особая школа науки, а проповѣдь невѣжества и отрицаніе науки. Что̀ какъ не невѣжество можетъ диктовать такія строки (письмо г. Федоровскаго въ «Руси», 1 марта): «аллопатія совершенно безсильна въ лѣченіи эпидемическихъ болѣзней, какъ тифъ, дезинтерія (правописаніе подлинника) и холера: такъ на послѣднемъ антихолерномъ съѣздѣ въ С.-Петербургѣ съѣздъ единогласно установилъ, что ни одного сколько нибудь пригоднаго средства отъ холеры онъ указать не можетъ, что-же касается гомеопатіи, то всѣ четырнадцать тысячъ (?) врачей-гомеопатовъ единогласно могутъ указать на цѣлый рядъ могущественныхъ специфическихъ, какъ терапевтическихъ, такъ и профилактическихъ гомеопатическихъ средствъ и противъ тифа, и противъ холеры, вполнѣ пригодныхъ для самопомощи».—Для чего пишутся подобныя невѣжественныя выдумки?

441. Знатокъ Китайской медицины д-ръ *Matignon*, долго бывшій врачемъ французскаго посольства въ Пекинѣ, сообщаетъ въ «La Médecine moderne» (2 марта) въ своихъ воспоминаніяхъ о жизни въ Китаѣ интересныя свѣдѣнія о томъ, какъ придворные *Китайскіе врачи лѣчатъ своего императора*. Въ случаѣ его заболѣванія приглашенные во дворецъ врачи (2) не могутъ видѣть лице богдыхана; послѣдній лежитъ на кровати за густыми занавѣсками, сквозь которые протягиваетъ врачамъ направо и налѣво лишь руки. Ощупавъ пульсъ, врачи должны поставить распознаваніе и назначить соотвѣтственное лѣченіе, при чемъ заключеніе, сообщаемое ими обоими министру двора относительно болѣзни, должно быть совершенно сходно; въ противномъ случаѣ имъ грозитъ тяжелое тѣлесное наказаніе.

442. Изъ напечатаннаго надняхъ *бюджета по госпиталямъ и вообще по учрежденіямъ общественнаго призрѣнія во Франціи* на 1904 г. видно, что изъ 64.000000 фр., составляющихъ этотъ бюджетъ, на одно молоко для больныхъ назначено 1.844000 фр., при чемъ смѣта на нынѣшній годъ увеличена противъ прошлаго на 1.200000 фр. Въ этомъ увеличеніи смѣты на одно молоко приходится 655000 фр. («La Médecine moderne», 24 февраля).

443. Д-ръ *Phisalix* сообщилъ въ засѣданіи Société de Biologie (27 февраля) о *дѣйствіи радія на змѣиный ядъ*, равно какъ *на противозмѣиную сыворотку*. Оказывается, что подъ вліяніемъ лучей радія, пропускаемыхъ черезъ стеклянную трубку въ теченіи нѣсколькихъ часовъ, и ядъ, и сыворотка совершенно теряютъ свои свойства.

444. На февральскомъ засѣданіи Academie des Sciences проф. *Charpentier* сообщилъ о *способѣ обнаруженія N-лучей, испускаемыхъ различными частями человѣческаго тѣла*, а именно—берутъ нитку или тонкій шнуръ и пропитываютъ ихъ коллодійнымъ растворомъ сѣрнистаго кальція; тонкая нитка служитъ какъ-бы экраномъ для обнаруженія N-лучей (разумѣется, въ темнотѣ); если приложить одинъ конецъ нитки къ части тѣла, наиболѣе испускающей N-лучи, напр., къ области черепа или толстаго нервнаго ствола, то вдоль нитки замѣчается свѣченіе, усиливающееся и распространяющееся отдѣльными волнами.

445. Въ г. Buffalo (С.-Американскіе Штаты) образовалось *общество* — «Welhs-Laftus Uranium and rare metals C-ie» — *для разработки* недавно открытой въ штатѣ Utah *ураніевой руды съ цѣлью извлеченія изъ нея радія*. Предполагается ежедневно обрабатывать 2 тонны руды, изъ которыхъ должно получиться 100 ф. окиси уранія и 10000 грм. радіо-баріевой соли («Archives d'électricité médicale», 10 февраля).

446. *Стоимость London'скаго водопровода*, недавно выкупленнаго городомъ въ собственность, составляетъ громадную сумму въ 41.500000 фунтовъ стерлинговъ, т. е. около 410.000000 р. («Le Matin», 2 марта).

447. Составляющая отдѣлъ французскаго Краснаго Креста *Association des Dames Françaises* (Paris, rue Gaillon 10) *открыла сборъ для помощи русскимъ раненымъ*. Для этой цѣли составился особый Комитетъ, въ которомъ участвуютъ: вик. d'Hotman de Villiers (предсѣдательница), супруга адмирала г-жа Rieunier (казначей), супруга врача Lariboisière'ской больницы г-жа Paul Regnier (секретарь), кн. Мингрельская и др. («Gazette médicale de Paris», 5 марта). — Шлемъ и наше спасибо представительницамъ союзной и дружественной націи.

448. *Отдѣлъ Краснаго Креста въ Philadelphi'и* открылъ подписку на сборъ 5000 долларовъ для отправленія въ Японскую армію 10 сидѣлокъ («Gazette médicale de Paris», 5 марта).

449. Скульптору Allouard'у поручено городскимъ Совѣтомъ города Chartres'а изготовить для постановки въ скверѣ du Lycée *памятникъ бывшему губернатору Гвинеи д-ру Noël Ballay*, уроженцу Chartres'а («Gazette médicale de Paris», 5 марта).

450. Въ новомъ кабинетѣ министровъ Капской колоніи *президентомъ Совѣта* (безъ портфеля) *состоитъ д-ръ Jameson* (пріобрѣвшій извѣстность своимъ неудачнымъ набѣгомъ), *а общественныя работы вѣдаетъ д-ръ Smart* («Gazette médicale de Paris», 5 марта).

451. Французское «Société de secours aux blessés militaires», по «Le Caducée» (5 марта), буквально *не въ состояніи отвѣчать поименно всѣмъ предлагающимъ свои услуги для отправленія въ русскую дѣйствующую армію* съ цѣлью санитарной помощи; оно благодаритъ всѣхъ этихъ лицъ и сохраняетъ за собою право обратиться къ нимъ, когда придетъ время.

452. «Gazetta degli ospedali e delle cliniche» (3 марта) передаетъ, что г-жа Ольга Вавилова, вдова сенатора проф. Palasciano изъ Napoli, *пожертвовала въ Итальянскій Красный Крестъ 10000 лиръ и картину Salvator'а Rosa*.

453. Опытами д-ра *Perzerico* доказано, что концы сигаръ, куренныхъ чахоточными, пролежавъ въ сухомъ мѣстѣ 2—3 недѣли, *могутъ передавать бугорчатку морскимъ свинкамъ* («Journal médical de Bruxelles», 3 марта).

454. Д-ръ *M. Baudouin* сообщаетъ въ своей «Gazette médicale de Paris» (5 марта) итоги произведеннаго имъ оригинальнаго статистическаго изслѣдованія. Посѣщая театры, онъ сталъ считать въ партерѣ плѣшивыхъ и сѣдыхъ, которымъ на видъ 25—40 лѣтъ, не болѣе. Оказалось, что *облысѣвшіе въ возрастѣ около 30—35 лѣтъ обыкновенно вовсе не имѣютъ сѣдыхъ волосъ, и, наоборотъ, сѣдые около 30—40 лѣтъ не имѣютъ лысинъ*. Заинтересовавшись этой несовмѣстимостью онъ проситъ товарищей поддержать его наблюденія содѣйствіемъ.

455. Химикъ гор. Milwaukee нашелъ *на старой долларовой бумажкѣ 96090423 палочки*, вслѣдствіе чего зародился законопроэктъ объ обеззараживаніи всѣхъ собирающихся въ банкѣ бумажныхъ денегъ («Deutsche Medizinal-Zeitung», 7 марта).

456. «Deutsche Medizinal-Zeitung» (7 марта) не стѣсняется распространять слухъ о томъ, *будто въ Россіи семьи врачей-евреевъ*, призванныхъ изъ запаса на Дальній Востокъ, *высылаются изъ мѣстъ ихъ жительства*.—Къ чему эта ложь?

457. *Въ Metz'скомъ гарнизонномъ лазаретѣ* появился *анкилостоміазъ*, занесенный, какъ полагаютъ, прибывшими осенью изъ Вестфаліи рекрутами («Deutsche medicinische Wochenschrift», 3 марта).

458. Въ Darmstadt'ской Alice-Kochschule (поваренной школѣ) заболѣло *припадками отравленія* много лицъ *послѣ ѣды бобоваго салата* (Bohnensalat), и спасти удалось лишь немногихъ. По изслѣдованію проф. *Gaffky*, въ салатѣ несомнѣнно содержался бактерійный ядъ, подобный развивающемуся иногда въ мясѣ и колбасѣ («Deutsche medicinische Wochenschrift», 3 марта).

459. Въ New-York'ское Японское консульство ежедневно, по «Medical News» (27 февраля), являются съ предложеніемъ услугъ врачи и санитары. Д-ръ *Anita Newcomb Mc Gee* уже организовала *санитарный отрядъ*, съ которымъ и отправляется въ Японію. Американцы жертвуютъ также деньги и вещи.

460. Въ Philadelphi'и началъ выходить *новый ежемѣсячникъ «The Therapeutic Review»*, подъ редакціею д-ра *Horatio C. Wood*'а младшаго («Medical News», 27 февраля).

461. London'скій корреспондентъ «Medical News» (27 февраля) передаетъ о страшномъ развитіи въ столицѣ Англіи *пьянства среди женщинъ*; изъ 90 арестованныхъ въ послѣднее время за привычное пьянство будто-бы 89 (?!) были женщины.

462. «New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal consolidated» (27 февраля) передаютъ, что извѣстный милліонеръ John D. Rockefeller предложилъ *Baltimore'скому*

Digitized by Google

*Johns Hopkins Hospital 1500000 долларовъ* на покрытіе убытковъ отъ недавняго пожара.

463. Хирургъ *N. Senn* въ Chicago передаетъ («The Journal of the American Medical Association», 20 февраля), что на свое предложеніе поѣхать въ Японію съ санитарнымъ отрядомъ волонтеровъ онъ получилъ изъ Токіо отъ 15 декабря слѣдующую телеграмму: «Regrette ne pouvoir accepter votre proposition. Hashimoto». Телеграмма эта, на его взглядъ, лишь подтверждаетъ высказанное имъ мнѣніе, что *Японскій Красный Крестъ* и самъ справится со всѣми нуждами войны.

464. *Въ Соединенныхъ Штатахъ*, по «American Medicine» (13 февраля), *около 200000 врачей* или 1 на 350 жителей. Зарабатываетъ каждый изъ нихъ въ среднемъ по 750 долларовъ въ годъ.

465. *Посланникомъ Соединенныхъ Штатовъ въ Кореѣ состоитъ д-ръ Horace Newton Allen*, изъ Delaware'а (штатъ Ohio). 20 лѣтъ назадъ, по окончаніи курса въ Cincinnati Medical College, онъ отправился на службу въ Пекинскую миссію, а черезъ годъ перевелся въ Сеулъ, гдѣ составилъ себѣ извѣстность, вылѣчивъ одного изъ принцевъ; съ 1894 г. онъ состоялъ секретаремъ при посольствѣ въ Сеулѣ, а въ 1897 г. былъ назначенъ посланникомъ («The British Medical Journal», 5 марта).

466. За англо-бурскую войну, по оффиціальнымъ свѣдѣніямъ, которыя недавно сообщилъ въ Парламентѣ военный министръ, у англичанъ *были убиты и умерли* отъ ранъ 719 офицеровъ и 6863 нижнихъ чина, умерли отъ тифа 183 и 7807 и отъ другихъ болѣзней 223 и 4996 («The British Medical Journal», 5 марта).

467. Въ London'ѣ *умеръ* 24 февраля, 87 лѣтъ отъ роду, д-ръ *Edward Henry Sieveking*, долгое время читавшій Materia medica въ St. Mary's Hospital'ѣ и очень извѣстный въ англійской медицинской литературѣ («The Lancet», 5 марта).

468. Норвежское правительство строитъ, по «Medical News» (20 февраля), *здравницу въ Лапландіи*, за полярнымъ кругомъ, на берегу озера Torne. Кругомъ на 120 миль нѣтъ ни одного жилья. Предназначается здравница для слабонервныхъ.

469. *Во время Baltimore'скаго пожара пострадалъ*, между прочимъ, «*Maryland Medical Jonrnal*»,—сгорѣлъ весь выпускъ февральской книжки его («Medical Record», 20 февраля).

470. Изъ Indianapolis'а въ $^1/_2$ февраля отправлены, какъ сообщаетъ «Medical Record» (20 февраля), *236 амбулянсовъ въ Японію*,—каждые 2 на 1 вагонной платформѣ.

471. *Вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 27 февраля). Въ Индіи за недѣли по 16/I и 23/I умерли 21302 и 21103 чел.,—новое усиленіе. 184 и 195 случаевъ заболѣванія далъ городъ Bombay, 5803 и 6793 его округъ, 12 и 11 Calcutta, 2325 и 1141 Bengal, 3567 и 3959 Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 2388 и 2504 Центральныя провинціи, 3080 и 2287 Punjab, 862 и 1031 Центральная Индія, 1279 и 1054 Hyderabad State, 637 и 570 Mysore State, 52 и 43 Kashmir. Изъ мѣстъ Cape Colony за недѣли по 16/I, 23/I и 30/I чума оставалась въ Port-Elisabeth'ѣ—2 случая заболѣванія и 2—смерти за недѣлю по 16/I—и въ East-London'ѣ—1 больной имѣлся къ 30/I. На о-вѣ св. Маврикія за недѣли по 11/II и 18/II заболѣли чумою 4 и 1, умерли 3 и 1. Въ Hong-Kong'ѣ съ 7/II по 13/II заболѣли 2 и столько же умерли. Въ New-Chwang'ѣ въ срединѣ декабря замѣчалось ослабленіе эпидеміи, въ Tientzin'ѣ между 28/XI и 14/XII умерли 2. Бразилія: за ноябрь и декабрь въ Rio de Janeiro умерли отъ чумы 83 и 57, въ Pernambuco съ 6/IX по 22/XII заболѣли 29 и умерли 12. Аргентина: за декабрь насчитано 120 случаевъ заболѣванія въ Tucuman'ѣ, всего лишь съ 2 случаями смерти. Японія: на о-вѣ Formosa въ сентябрѣ и октябрѣ обнаружено 7 случаевъ заболѣванія и 6 смерти.

472. *Умерли:* 1) 21-го февраля, въ Каменецъ-Подольскѣ, послѣ короткой, но мучительной болѣзни *Владиміръ Петровичъ Куриловъ*, помощникъ губернскаго врачебнаго инспектора и директоръ мѣстной повивальной школы. *В. П.* родился въ 1849 г., а званіе врача получилъ въ 1873 г. въ Харьковѣ. Покойный пользовался любовью и уваженіемъ товарищей и заслужилъ репутацію опытнаго акушера и гинеколога. *В. П.* состоялъ членомъ Общества Подольскихъ врачей и Каменецъ-Подольскаго Отдѣленія Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи, которыя въ его смерти понесли большую потерю. Въ послѣдніе годы здоровье *В. П.* сильно разстроилось, и онъ мало могъ заниматься врачебной дѣятельностью (Сообщено *И. Р. Мазингомъ*).—2) 25-го февраля, въ Одессѣ, *Николай Алексѣевичъ Соколовъ*, («Южное Обозрѣніе», 26 февраля), родившійся въ 1860 г., а званіе врача получившій въ 1889 г. Ниже мы помѣщаемъ некрологъ покойнаго, любезно присланный намъ глубокоуважаемымъ товарищемъ *П. Н. Діатроптовымъ*.—3) 27-го февраля, въ Петербургѣ, старшій врачъ Петербургско-Варшавской ж. дороги *Иванъ Ивановичъ Радецкій* («Новое Время», 29 февраля), родившійся въ 1834 г., а званіе врача получившій въ 1858 г.—4) Въ Сѣдлецѣ *Александръ Матвѣевичъ Пржибыльскій*, врачъ-филантропъ, завѣщавшій значительную часть своего состоянія мѣстному благотворительному Обществу («Medycyna», 12 марта), родившійся въ 1829 г., а званіе врача получившій въ 1854 г.—5) 3-го марта, въ Петербургѣ, *Антонъ Игнатьевичъ Мисевичъ* («Новое Время», 4 марта), родившійся въ 1839 г., а званіе врача получившій въ 1862 г. 6)—26-февраля, въ Москвѣ, *Максимъ Августовичъ Штраухъ*. «Много неизвѣстныхъ маленькихъ людей помянутъ добрымъ словомъ этого по виду сухаго человѣка, не любившаго фразъ и внѣшняго выраженія чувствъ, избѣгавшаго говорить о себѣ, но отзывчиваго на чужое горе и всю жизнь служившаго разумному дѣятельному добру».... («Русскія Вѣдомости», 28 февраля). Покойный родился въ 1856 г., а званіе врача получилъ въ 1881 г.

Врачебно-санитарная организація г. Одессы понесла тяжелую утрату: 25 го февраля скончался отъ множественнаго неврита санитарный врачъ *Николай Алексѣевичъ Соколовъ*. Покойный былъ уроженецъ Одессы, и ей онъ и отдалъ безраздѣльно всю свою врачебную и общественную дѣятельность. По окончаніи курса въ Кіевскомъ Университетѣ, *Н. А.* работалъ въ Одесской городской больницѣ сначала въ качествѣ сверхштатнаго, а потомъ штатнаго ординатора-терапевта. Когда въ 1897 г. городское общественное Управленіе организовало городской санитарный надзоръ, *Н. А.* изъявилъ желаніе поработать на новомъ поприщѣ, куда его влекло и новое живое дѣло, и болѣе широкая общественная дѣятельность. Въ качествѣ санитарнаго врача *Н. А.* прослужилъ родному городу до смерти, похитившей его въ разцвѣтѣ силъ, на 44-мъ году жизни. 7 лѣтъ работы въ санитарномъ дѣлѣ г. Одессы дались *Н. А.* не легко. Санитарная организація только что нарождалась; нужно было создать для нея популярность, нужно было пріобрѣсти къ новому дѣлу довѣріе общества, среди котораго приходилось работать. Въ Одессѣ съ ея 500000 жителей, при постоянной наличности той или другой эпидемической болѣзни, при постоянныхъ угрозахъ заноса болѣе страшныхъ эпидемій съ Востока, работа 4-хъ санитарныхъ врачей, въ числѣ которыхъ былъ и *Н. А.*, должна быть неустанной и до крайности напряженной. Не обходилось, конечно, безъ того, чтобы не натолкнуться на непониманіе дѣла и въ зависимости отъ этого на задержку въ его правильномъ развитіи; нерѣдко испытывались нравственныя огорченія, а текущее дѣло требовало всѣхъ силъ, крайняго напряженія и физической, и нравственной энергіи—напряженія, незамѣтно подточившаго силы крѣпкаго организма *Н. А.* Въ общественномъ сознаніи санитарное дѣло въ Одессѣ пріобрѣло себѣ прочную почву, но это пріобрѣтеніе далось дорогой цѣной—не стало честнаго, преданнаго дѣлу работника..... *Н. А.* не былъ чуждъ и другого рода дѣятельности, помимо санитарной. Онъ много поработалъ и способствовалъ развитію мѣстнаго Общества физическаго развитія дѣтей и въ особенности его Отдѣла «Охраны дѣтей». Онъ принималъ всегда самое живое участіе въ организаціи лѣтнихъ школьныхъ колоній, устраиваемыхъ Обществомъ охраненія народнаго здравія. Послѣднія 6 лѣтъ онъ былъ безсмѣннымъ секретаремъ и казначеемъ Одесскаго отдѣленія Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи, гдѣ каждый изъ нуждающихся товарищей находилъ въ *Н. А.* очень ревностнаго защитника и ходатая. Въ Одессѣ *Н. А.* знали всѣ, точно такъ-же, какъ и онъ зналъ всѣхъ. Живой, энергичный, онъ производилъ впечатлѣніе жизнерадостнаго человѣка, каждому готовъ былъ помочь; съ нимъ каждому было легко. Ясное пониманіе жизни и людей, простое сердечное къ нимъ отношеніе создали сердечное-же отношеніе и къ нему со стороны товарищей и всѣхъ, приходившихъ съ нимъ въ соприкосновеніе. Своею гуманностью *Н. А.* создалъ себѣ лучшій памятникъ, и долго, долго еще въ Одессѣ будетъ жить память о хорошемъ врачѣ и объ искреннемъ сердечномъ человѣкѣ — товарищѣ *Н. А. Соколовѣ*. — *П. Діатроптовъ*.

**Опечатки**. 1. Въ статьѣ д-ра *А. Н. Рубеля*—«Очеркъ врачебно-санитарной организаціи Петербурга:

| №№ | стр. | столб. | строка | | Напечатано | слѣдуетъ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 209 | 2-ой | 27 | сн. | Избираются | *Назначаются* |
| » | 210 | 1-ый | 16 | св. | § 24 | (§ 24) |
| » | » | 2-ой | 15 | сн. | вскорѣ | скорѣе |
| 8 | 248 | 1-ый | 13 | св. | Обрисовывая | Обрисовавъ |
| » | » | » | 20 | » | эпидемія разовьется. | разовьется эпидемія. |
| » | 249 | 2-ой | 6 | сн. | не долженъ | не обязанъ |
| » | 250 | 1-ый | 31 | сн. | заключеній | злоключеній |
| 9 | 289 | 2-ой | 8 | сн. | административномъ хозяйственномъ | административно-хозяйственномъ |
| » | 290 | 1-ый | 13 | св. | представителями мѣстнаго населенія санитарныхъ округовъ | представителями санитарныхъ нуждъ мѣстнаго населенія округовъ |
| » | | » | 31 | » | какъ-бы то ни | какихъ-бы то ни |

Кромѣ того, д-ръ *Рубель* проситъ насъ помѣстить къ его словамъ: «по крайней мѣрѣ ex officio» (№ 7, стр. 210, 1-ый столбецъ, 37 стр. св.) слѣдующую оговорку: «Этимъ, конечно, я не имѣю въ виду умалить достоинство лица, впервые занявшаго эту должность, а хочу только подчеркнуть отсутствіе въ инструкціи пункта, юридически обезпечивающаго полную компетентность въ общественно-гигіеническихъ вопросахъ лица, назначаемаго старшимъ санитарнымъ врачемъ».

2. Въ № 9, на стр. 348, въ 1-мъ столбцѣ, на 3-ей строкѣ сн. вкралась досадная **опечатка**: напечатано—«неправильное Aerzte-Zeitung, вмѣсто Aerzte-Zeitung»; слѣдуетъ — «неправильное Aerzte Zeitung» и т. д.

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### 2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

**Французскіе.**

**Journal de médecine et de chirurgie pratiques.** 10 и 25 августа, 10 и 25 сентября, 10 и 25 октября 1903 г. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

**A. Pugnat.** *Des pseudo-hémoptysies et des hémoptysies vraies des premières voies respiratoires.*

10 ноября. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

25 ноября.

1. **Lucas-Championnière.** *Influence de l'alimentation carnée sur le développement de l'appendicite.* Авторъ подмѣтилъ, что аппендициту подвержены особенно тѣ люди, которые ѣдятъ много мяса, преимущественно недожареннаго. 2. **F. Vialard.** *De l'étude clinique et du traitement de l'asthénie cardiaque précoce et par toxémie dans l'infection pneumococcique.*

10 и 25 декабря. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

**Marseille médical.** 1 сентября 1903 г.

1. **Rietsch.** *Bacilles typhique et coli.* (Не окончена). 2. **L. Perrin.** *De quelques accidents consécutifs au percement des oreilles (cas de chéloïde, de gangrène, de tuberculose).*

15 сентября.

1. **G. Reynaud.** *Un cas de pian chez une européenne.* 2. **Rietsch.** Окончаніе статьи. Опыты.

1 октября.

1. **C. Oddo.** *De l'utilité pratique de la cardiographie.* 2. **Boinet.** *Thoracentèse sans aspiration...* 3. **D. Olmer** et **V. Audibert.** *De la rétention des chlorures dans l'ascite.* Предварительное сообщеніе. 4. **A. Barraja.** *Sur les accidents occasionnés par les sels de pelletiérine.*

15 октября.

**M. Battesti** et **A. Barraja.** *Contribution à l'étude des ferments solubles du rein.* О растворимыхъ бродилахъ почекъ.

1 ноября.

**V. Audibert.** *Sur l'utilité de l'examen du sang en chirurgie.*

15 ноября.

1. **C. Oddo.** *La péricardite brightique.* Случай. 2. **E. Jourdan.** *Hémianesthésie hystérique avec crises paroxystiques, résensibilisation par la méthode de P. Sollier.* Тоже. 3. **J. Giraud.** *Anévrysme de l'aorte ascendante d'origine syphilitique.* Тоже.

1 декабря.

1. **Boinet.** *Péricardite des Brightiques.* 2. **P. Sépet.** *Nécessité de l'examen somatique complet lorsqu'on examine un mental.* 3. **Sedan.** *Du pouvoir bactéricide de l'aniodol.*

15 декабря.

1. **H. Bidon.** *Accouchement indolore.* 2. **Bricka** et **H. Pons.** *Un cas de tumeur tridermique de la région prévertébrale secondaire à une tumeur du testicule.* 3. **G. Beltrami.** *Sur un cas de maladie d'Addison avec terminaison aiguë, avec délire.*

**Le Caducée.** 22 августа 1903 г.

**P. Godin.** *Le brûlage.* Обжиганіе спиртомъ, какъ способъ обеззараживанія казармъ.

12 сентября.

Отчетъ о Международномъ Съѣздѣ по гигіенѣ въ Bruxelles'ѣ.

26 сентября.

1. **C. Auffret.** *De l'hygiène des bâtiments armés.* 2. **E. Stier.** *L'importance de la psychiatrie pour le médecin militaire.* 3. **C. N. Barney.** *Les moustiques considérés comme agents de propagation de la fièvre jaune.* Отвѣтъ д-ру *Treille.* 4. **Bonnette.** *Explosion de cartouches à fausse balle (fusil modèle 86).* 2 случая. 5. **H. Gros.** *Les perversions de l'appétit chez les enfants musulmans du premier âge en Algérie.*

3 октября.

1. **E. Lafforgue.** *Transmission de la variole par les mains du médecin au cours du pansement des plaies.* Случай. 2. **Bonnette.** *Mutilations et maladies provoquées en Algérie.* 3. **Folly.** *Abcès de la fosse sous-scapulaire consécutif à une entorse de l'épaule.* Случай.

17 октября.

**P. Caziot.** *La scarlatine apyrétique et ses relations avec la scarlatine dite latente.* 3 случая.

7 ноября.

1. **Chauvel.** *Le rapatriement dans les hôpitaux militaires de l'Algérie des malades et blessés du corps expéditionnaire de Madagascar (1895—1896).* 2. **J. Poujol.** *Syphilis tertiaire mutilante chez un indigène algérien.* Случай. 3. **L. E. Guérin.** *Nouveau traitement du beriberi.* Внутримышечныя впрыскиванія 4%-го раствора сулемы при бериберн.

21 ноября.

1. **Vaillard.** *Le service de santé de l'avant.* 2. **P. Daireaux.** *Note sur le traitement des ulcères tropicaux.*

5 декабря.

1. **P. Keraval.** *Les asiles d'aliénés militaires en Russie.* 1. **I. Reichborn-Kjennerud.** *La cuisine militaire dans l'armée norwégienne.* 3. **Berthier.** *Chaussure militaire.* 4. **J. Regnault.** *Contribution à l'étude de la draconculose.*

19 декабря.

**Cathoire.** *Étude sur le chargement du fantassin.* О снаряженіи пѣхотинца.

### ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

**Нѣмецкіе.**

**Wiener medizinische Presse.** 1 февраля 1903 г.

1. **R. Kienböck.** *Ein Fall von Schussverletzung des Herzens mit Einheilung des Projectils im Herzen und Mitralinsufficienz.* Случай огнестрѣльнаго раненія сердца съ заживленіемъ пули въ органѣ и недостаточностью 2-створчатой заслонки. 2. **J. Zappert.** (Продолженіе). 3. **W. Rubeska.** (Тоже). 4. (Въ приложеніи «Allgem. Militärärztliche Zeitung»). **A. Demmler.** *Vorschläge zur sanitären Heeresreform.* Къ вопросу о реформѣ санитарной части въ войскахъ.

8 февраля.

1. **S. Weiss.** *Die Säuglingsheilstätten.* О здравницахъ для грудныхъ дѣтей. 2. **J. Zappert.** (Окончаніе). 3. **W. Rubeska.** (Продолженіе).

1 марта.

1. **S. Gross.** *Die Serotherapie der Syphilis.* Критическій обзоръ. (Не оконченъ). 2. **H. Goldman.** *Ueber die Behandlung der Brandwunden mit Ichthyol.* Ихтіолъ при ожогахъ. 3. **L. Königstein.** *Erfahrungen über die Anwendung einiger neuer Heilkörper in der oculistischen Praxis.* Статья III. Объ адреналинѣ.

8 марта.

1. **R. Heller.** *Zur Therapie der Basedow'schen Krankheit.* 2. **S. Gross.** (Окончаніе). 3. **L. Königstein.** Статья IV (см. выше)—діонинъ. 4. **Planer.** *Ein Fall von freier Wassersucht bei Nierenentzündung, geheilt durch Laparotomie.* Брюшная водянка при нефритѣ; чревосѣченіе; выздоровленіе.

15 марта.

1. **S. Ehrmann.** *Ueber toxische und autotoxische Dermatosen.* (Не окончена). 2. **R. Heller.** О лѣченіи *Basedow*'ой болѣзни. (Окончаніе). 3. **L. Königstein.** (Продолженіе).

22 марта.

1. **E. Behring.** *Tuberculosebekämpfung.* О борьбѣ съ бугорчаткою. 2. **S. Ehrmann.** О токсическихъ дерматозахъ. (Окончаніе).

29 марта.

1. **R. Lichtenstern.** *Ueber Harnsegregatoren.* О мочераздѣлителяхъ. 2. **J. Kropil.** *Ueber Mesotan.* 3. **L. Königstein.** Протарголъ, ларгинъ. (Продолженіе).

5 апрѣля.

1. **E. Finger.** *Ueber die Vererbung der Syphilis.* О наслѣдованіи сифилиса. 2. **F. H. Kumpf.** *Zur Pathologie und Therapie der Enteroptose.* (Не окончена). 3. **L. Königstein.** (Окончаніе). (Приложеніе «Allgemeine Militärärztliche Zeitung»). 4. **J. Steiner.** *Ueber das militärästliche Zeitschriftenwesen.* О журнальной литературѣ военно-медицинскаго дѣла. 5. **K. Majewski.** *Die fahrenden Transport-Improvisationen für Kriegsverwundete...*

12 апрѣля.

1. **A. Bum.** *Zur chirurgischen Unfalldiagnostik.* (Не окончена). 2. **K. Frank.** *Ein Beitrag zur periherniösen Phlegmone.* (Не окончена). 3. **F. H. Kumpf.** Объ энтероптозѣ. (Окончаніе).

19 апрѣля.

1. **F. Alt.** *Die Beziehungen zwischen den Erkrankungen der Nase und des Ohres.* Отношенія между болѣзнями носа и уха. 2. **A. Bum.** (Окончаніе). 3. **K. Frank.** (Продолженіе).

26 апрѣля.

1. **R. Matzenauer.** *Ueber die Vererbung der Syphilis.* О наслѣдованіи сифилиса. 2. **E. Finger.** Возраженіе *Matzenauer*'у. 3. **K. Frank.** (Окончаніе).

3 мая.

1. **L. Dittel.** *Ueber Extrauteringravidität.* 2. **Schäfer.** *Ueber Darmdesinfection* (ихтальбиномъ).

10 мая.

1. **V. Urbantschitsch.** *Ueber die vom Gehörorgane ausgehenden Irradiations-und Reflexerscheinungen.* Исходящія изъ органа слуха иррадіаціонныя и отраженныя явленія. (Не окончена). 2. **L. Dittel.** *Ueber Extrauteringravidität.* Статья II.

17 мая.

1. **G. Lotheissen.** *Hernie, Unfall und Incarceration.* (Не окончена). 2. **V. Urbantschitsch.** (Окончаніе).

24 мая.

1. **H. Schmiedl.** *Ueber die enterogene Aetiologie der progressiven perniciösen Anämie.* 2. **G. Lotheissen.** (Окончаніе).

31 мая.

1. **O. Frankl.** *Beitrag zur Molenfrage.* Къ вопросу о пузырномъ заносѣ. 2. **S. Wischnowitzer.** *Theoretisches und Praktisches zur Eisentherapie.* Хвала «пердинамину» фирмы H. Barkowski въ Berlin'ѣ.

Digitized by Google

7 іюня.

1. **J. Schnitzler.** *Zur Symptomatologie der Gelenkfremdkörper.* 2. **O. Frankl.** (Продолженіе).

14 іюня.

1. **Л. В. Попельскій** (Москва). *Ueber die Zweckmässigkeit in der Function der Verdauungsdrüsen.* (Не окончена). 2. **L. Wiener.** *Das Veronal, ein neues Hypnoticum.* 3. **O. Frankl.** (Продолженіе).

21 іюня.

1. **V. Babes.** *Ueber Pellagra in Rumänien.* 2. **Л. В. Попельскій** (Москва). (Продолженіе). 3. **O. Frankl.** (Продолженіе).

28 іюня.

1. **M. Benedikt.** *Zur Roentgendiagnostik der traumatischen Neurose.* 2. **V. Babes.** (Окончаніе). 3. **O. Frankl.** (Окончаніе). (Въ приложеніи «Allgemeine Militärärztliche Zeitung», № 26). 4. **Myrdacz.** *Zur Sanitäts-Statistik des k. und k. Heeres.* 5. **A. Jerzabek.** (Окончаніе).

5 іюля.

1. **G. Gaertner.** *Ein neuer Apparat zur Pulscontrole in der Narkose.* Описаніе прибора. 2. **Л. Б. Попельскій** (Москва). (Продолженіе). 3. **O. Frankl.** (Тоже).

12 іюля.

1. **R. Kienböck.** *Ueber Varietäten des Ellbogengelenks, Patella cubiti und Processus anguli olecrani.* (Не окончена). 2. **F. Sontag.** *Ueber Hydrops und seine medicamentöse Behandlung.* Похвалы «агурину». 3. **Л. В. Попельскій.** (Продолженіе).

19 іюля.

1. **J. G. Edgren.** *Ueber die sogenannten nervösen Herzkrankheiten.* (Не окончена). 2. **R. Kienböck.** (Продолженіе). 3. **Л. В. Попельскій.** (Окончаніе).

26 іюля.

1. **W. Hahn.** *Ueber den gegenwärtigen Stand und die Erfolge der conservativen und operativen Behandlungsmethoden bei Adnexerkrankungen.* (Не окончена). 2. **J. G. Edgren.** (Продолженіе). 3. **R. Kienböck.** (Окончаніе).

2 августа.

1. **J. Bindermann.** *Casuistische Mittheilungen.* 2 случая внѣполовой твердой язвы, 1—гумма члена и 1—своеобразный по теченію опоясывающій лишай. 2. **W. Hahn.** О лѣченіи воспалительныхъ страданій маточныхъ придатковъ. (Окончаніе). 3. **J. G. Edgren.** О нейрозахъ сердца. (Окончаніе).

9 августа.

1. **D. G. Zesas.** *Ueber die Behandlung der Gelenktuberculose.* О лѣченіи суставной бугорчатки. 2. **F. Weiss.** *Die Therapie der Syphilis.* (Не окончена).

16 августа.

1. **F. Bloch.** *Zur Retroflexionsfrage.* (Не окончена). 2. **F. Weiss.** (Продолженіе).

23 августа.

1. **В. А. Нѣмченковъ.** *Ueber radicale Behandlung von umschriebenen, oberflächlichen Infectionsherden.* 2. **F. Bloch.** (Продолженіе). 3. **F. Weiss.** О лѣченіи сифилиса. (Окончаніе).

30 августа.

1. **C. Colombo.** *Ueber den Werth der chemischen Strahlen aus der Geissler'schen Röhre bei der Lupusbehandlung.* 2. **Г. А. Кювель** (Москва). *Ueber das neue Balsamicum «Gonosan».* Находитъ это средство изъ разряда собственныхъ, назойливо рекламируемое за послѣднее время, достойнымъ дальнѣйшей провѣрки. 3. **F. Bloch.** (Продолженіе).

6 сентября.

1. **J. Wolf.** *Ueber Heterochylie.* 2. **M. Bernstein.** *Ueber Immunität nach Bestehung der Blattern und über die Nothwendigkeit der Durchführung der Revaccination.* 3. **F. Bloch.** (Продолженіе).

13 сентября.

1. **O. Pelzl.** *Weitere Beobachtungen über die Pilocarpinbehandlung der croupösen Pneumonien.* Еще 33 случая лѣченія пнеймоніи пилокарпиномъ (1 пріемъ въ 20 капель 1%-го раствора, а наканунѣ если пульсъ былъ плоховатъ, наперстянка); кризисъ наступалъ раньше, чѣмъ при другомъ лѣченіи. 2. **Hönigschmied.** *Dermatotherapeutische Erfahrungen mit Thigenol «Roche»* (средство изъ разряда «собственныхъ»). 3. **F. Bloch.** (Окончаніе).

20 сентября.

1. **N. Lallich.** *Beitrag zur Kenntniss der Echinokokkenkrankheit des Menschen.* Краткія исторіи 45—въ большей части которыхъ сдѣлана была операція—случаевъ эхинококковой болѣзни изъ практики автора въ Себенико (дополненіе къ 60 случаямъ, описаннымъ въ «W. M. Presse» 1897 г.). 2. **P. Prengowski.** *Zur Aetiologie und Prophylaxe des Emphysema pulmonum.* (Не окончена).

27 сентября.

1. **Düring.** *Das Profeta'sche und Colles'sche Gesetz.* О законахъ *Pr.* и *C.* 2. **C. F. Ziemssen.** *Ueber Urethrismus.* 3. **M. Hirschfeld.** *Das urnische Kind.* (Не окончена). 4. **P. Prengowski.** (Окончаніе).

4 октября.

1. **R. Wichmann.** *Nervosität der Lehrer und Lehrerinnen.* О нервности учителей и учительницъ. 2. **Schottelius.** *Ueber die Eintrittspforten bei der Pestinfection.* О мѣстахъ поступленія чумной заразы. 3. **R. Hippel.** *Zur Frage der Catgutsterilisation.* Хорошій отзывъ о способѣ *Claudius'а* (іодированіе кэтгута). 4. **M. Hirschfeld.** (Окончаніе).

11 октября.

1. **A. Strebel.** *Fortschritte in der Lichttherapie.* Успѣхи свѣтолѣченія. 2. **J. Scheidl.** *Neues über Fracturenbehandlung.* 3. **M. Fisch.** *Ueber dosirte (künstliche) Kohlensäurebäder.* (Не окончена).

18 октября.

1. **L. Glück.** *Ueber die Bekämpfung der Volkssyphilis in Bosnien und der Hercegovina.* (Не окончена). 2. **W. Hahn.** *Die Verbreitung des Puerperalfiebers in Oesterreich im letzten Jahrzehnt.* 3. **M. Fisch.** О дозированныхъ углекислыхъ ваннахъ. (Окончаніе).

25 октября.

1. **H. Rieder.** *Die bisherigen Erfolge der Lichttherapie.* Успѣхи свѣтолѣченія. (Не окончена). 2. **L. Glück.** О сифилисѣ въ Босніи и Герцеговинѣ. (Окончаніе).

1 ноября.

1. **E. Deutsch.** *Zur Injectionstherapie der Syphilis.* 2. **Г. Г. Кухаржевскій** (Варшава). *Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Heilsera und des normalen Pferdeserums auf das Blut.* Вліяніе сыворотокъ на кровь. 3. **H. Rieder.** (Продолженіе).

8 ноября.

1. **J. Preindlsberger.** *Ueber Urethrotomia interna.* 10 случаевъ. 2. **A. Castiglioni jun.** *Ueber die Verwendung von künstlichem Fleischsafte als Nähr-und Anregungsmittel.* (Не окончена). 3. **H. Rieder.** (Продолженіе).

15 ноября.

1. **H. Gutzmann.** *Ueber die Compensation der Sinne.* 2. **E. Falk.** *Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe.* 3. **A. Castiglioni jun.** Объ искусственномъ мясномъ сокѣ. (Окончаніе).

22 ноября.

1. **J. Englisch.** *Ueber Präputialsteine.* (Не окончена). 2. **H. Gutzmann.** (Продолженіе).

29 ноября.

1. **M. Sattler.** *Zur Behandlung der Verbrennungen mit Trockenverbänden.* Лѣченіе ожоговъ сухими повязками. 2. **J. Englisch.** О камняхъ крайней плоти. (Продолженіе). 3. **H. Gutzmann.** (Тоже).

6 декабря.

1. **V. Klimeck.** *Zwei Fälle von Urethritis membranacea.* 2. **H. Gutzmann.** *Ueber die Compensation der Sinne.* (Продолженіе). 3. **J. Englisch.** О камняхъ крайней плоти. (Окончаніе).

13 декабря.

1. **T. Escherich.** *Die tetanoiden Erkrankungen des ersten Kindesalters.* 2. **O. Vulpius.** *Die Heidelberger Verbandschiene, eine neue Schienenvorrichtung.* 3. **V. Busch.** *Zur Therapie der postdiphtherischen Lähmungen.*

20 декабря.

1. **E. Sommer.** *Ueber die unmittelbare und Dauerwirkung thermischer Applicationen auf die Hauttemperatur.* 2. **E. Herbst.** *Die Folgeerscheinungen des äusseren Luftdrucks in der Mundhöhle.* Послѣдствія внѣшняго воздушнаго давленія въ ротовой полости. 3. **E. Kerner.** *Ein Fall von partieller Retroversio uteri gravidi.*

27 декабря.

1. **L. Kleinwächter.** *Ein bisher noch nicht beobachteter Defect im Genitalsystem.* Случай отсутствія у дѣвицы сосковъ. 2. **E. Herbst.** (Окончаніе).

**Klinisch-therapeutische Wochenschrift.** 11 января 1903.

1. **E. Ullmann.** *Milzexstirpation wegen Stieltorsion der Wandermilz.* Перекрученіе ножки блуждающей селезенки у женщины, 37 л.; изсѣченіе органа; выздоровленіе послѣ операціи, но спустя 7 недѣль смерть отъ преступнаго выкидыша (вскрытіе). 2. **A. Meisl.** *Ernährungstrieb und Hunger.* Физіолого-психологическій этюдъ о голодѣ. 3. **W. Berent.** *Spondylitis typhosa.* Обзоръ литературы.

18 января.

1. **S. Talma.** *Ueber Haematurie.* Клиническая лекція. (Не окончена). 2. **F. Schilling.** *Migraene und habituelle Obstipation.* Связь мигрени съ привычными запорами. 3. **J. Moller.** *Therapeutische Mitteilungen über drei neuere Arzneimittel: Jodipin, Bromipin und Wasserstoffsuperoxyd «Merck».* Одобряетъ всѣ 3 препарата.

25 января.

1. **S. Talma.** (Продолженіе). 2. **A. Kieck.** *Zur Frühdiagnose des Uteruskrebses.* Раннее распознаваніе рака матки. 3. **F. Alt.** *Die Beziehungen zwischen Nase und Ohrenkrankheiten.* Отношенія между болѣзнями уха и носа. Лекція для практическихъ врачей.

1 февраля.

1. **S. Talma.** (Окончаніе). 2. **E. Moro.** *Ernährungsversuche mit Soxhlet's «Nährzucker».* 24 наблюденія надъ препаратомъ. 3. **M. Niessen.** *Syphilidologische Streitfragen.* Полемическая статья. (Не окончена). 4. **J. P. Karplus.** *Ueber Diagnose und Therapie der Migraene.*

8 февраля.

1. **A. Krokiewicz.** *Zur Anwendung subkutaner Injektionen von Gehirnemulsion bei Tetanus traumaticus.* Къ лѣченію раневого столбняка подкожными впрыскиваніями мозговой эмульсіи. 4 случая. 2. **M. Niessen.** (Окончаніе). 3. **L. Bartenstein.** *Die*

Digitized by Google

*Lebercirrhose im Kindesalter.* Циррозъ печени у дѣтей. (Не окончена).

1 марта.

1. **P. Marie.** *Ueber syphilitische spastische Paraplegie.* Клиническая лекція. 2. **K. Lang.** *Ueber ein neues harnsäurelösendes Mittel, das Urosin.* Новое растворяющее мочевую кислоту средство. Отзывъ похвальный. 3. **G. Nobl.** *Ueber blennorrhoische Gelenkserkrankungen.* Перелойныя воспаленія суставовъ. Лекція.

8 марта.

1. **J. Bogdanik.** *Traumatische Dickdarmruptur.* Случай травматическаго разрыва толстой кишки; смерть. 2. **V. Vohrizek.** *Ueber den therapeutischen Werth der Borsäure bei Skorbut.* (Не окончена). 3. **L. Dittel.** *Ueber extrauterine Gravidität.* Лекція.

15 марта.

1. **L. Knapp.** *Ueber künstliche Frühgeburt.* Объ искусственныхъ преждевременныхъ родахъ. 2. **V. Vohrizek.** (Окончаніе). 15 случаевъ благопріятнаго дѣйствія борной кислоты при цингѣ. Давалось лѣкарство въ растворѣ 5:200, черезъ ½ часа по ложкѣ (6,0 въ сутки). 3. **V. Urbantschitsch.** *Ueber die vom Ohre ausgehenden Irradiations- und Reflexvorgänge.* Лекція объ исходящихъ изъ уха явленіяхъ иррадіаціи и рефлекса.

22 марта.

1. **E. Scheffler.** *Beitrag zur Behandlung des Pes calcaneus paralyticus.* Случай. 2. **Н. Ф. Чигаевъ.** *Die Behandlung der serös-fibrinösen Pleuritis mittels subkutaner Injektionen pleuritischer Flüssigkeit (Autoserotherapie).* Лѣченіе сывороточно-фибринозныхъ плейритовъ по *Gilbert'*у—впрыскиваніями плейритической жидкости подъ кожу. (Не окончена). 3. **E. Thumen.** *Ueber die therapeutische Verwendung des Dionin in der Praxis.* Предлагаетъ лѣкарство взамѣнъ морфія и кодеина. 4. **A. Holländer.** *Zur Therapie der Neurasthenie.* Лекція.

29 марта.

1. **A. Loebel.** *Die blutdruckreduzierenden Werte der Moorbäder.* (Не окончена). 2. **Н. Ф. Чигаевъ.** (Окончаніе). Исторія 3 случаевъ (всего проведено авторомъ 8). Выпотъ впрыскивался 1—4 раза въ каждомъ случаѣ, по 1—8 к. стм. 3. **Hirschl.** *Ueber die Behandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis.* 4. **K. Kuhn.** *Ueber moderne Behandlung der Kurzsichtigkeit.*

5 апрѣля.

1. **M. Bondi.** *Megalophthalmus und Hydrophthalmus in einer Familie.* 2. **A. Loebel.** (Окончаніе). 3. **A. Wolff.** *Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Pest.* Современное состояніе ученія о чумѣ. Обзоръ. (Не окончена).

12 апрѣля.

1. **W. Friedeberg.** *Hirngeschwulst infolge von Unfall.* Мозговая опухоль (гліо-саркома), развившаяся послѣ ушиба головы. 2. **S. Behrmann.** *Ueber die Verwendung des kühlen, warmen und heissen Wassers zur Nachbehandlung der Erkrankungen der Respirationsorgane im Kindesalter.* Водолѣченіе при болѣзняхъ дыханія у дѣтей. (Не окончена). 3. **A. Wolff.** (Окончаніе). 4. **O. Marburg.** *Die diagnostische Bedeutung der Pupillenreaktion.* Распознавательное значеніе реакціи зрачковъ.

19 апрѣля.

1. **G. Hayem.** *Die chirurgische Behandlung des nichtkomplizierten Magengeschwüres.* Хирургическое лѣченіе неосложненной язвы желудка. 2. **A. Strauss.** *Das Epitholgold und Epitholsilber in der Chirurgie und Dermatologie.* Препараты, по видимому, изъ разряда «собственныхъ». 3. **S. Behrmann.** (Окончаніе).

26 апрѣля.

1. **J. Hausman.** *Ueber die operative Behandlung des Uteruskarzinoms.* Оперативное лѣченіе рака матки. (Не окончена). 2. **N. Zuckor.** *Ueber die Dislokation der Bauchorgane der Frau als schädliche Folge des Schnürens.* Смѣщеніе брюшныхъ органовъ женщины въ зависимости отъ шнуровки. (Не окончена). 3. **M. Weiss.** *Ueber Iodipinwirkung.*

10 и 17 мая.

1. **E. Maragliano.** *Der Kampf und die Immunisierung des Organismus gegen Tuberkulose.* 2. **J. Hausman.** (Окончаніе). 3. **S. Rosenfeld.** (Тоже).

24 мая.

1. **A. Pick.** *Ueber epileptische Traumzustände, Epilepsia rotatoria und die Beziehungen zwischen Rinden- und genuiner Epilepsie.* Изъ клиническихъ лекцій. 2. **A. Josias.** *Die Serumtherapie des Abdominaltyphus bei Kindern.*

7 іюня.

1. **Laqueur.** *Ueber einseitige plötztiche Erblindung nicht traumatischer Natur.* Объ одностороннемъ внезапномъ ослѣпленіи безъ травмы. Лекція; разборъ 5 случаевъ. 2. **W. Stekel.** *Zur Diagnose und Therapie des Keuchhustens* (коклюша).

14 іюня.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

21 іюня.

1. **Niessen.** *Zu Prof. v. Behring's Immunisierungs-Versuchen gegen Tuberkulose.* (Не окончена). 2. **C. C. van der Heide.** *Ueber die Zulassung von Kandidaten von über 50 Jahren zur Lebensversicherung.* (Не окончена).

28 іюня.

1. **A. Theilhaber.** *Die Ursachen der Blutungen bei Myomen.* Причины кровотеченій при міомахъ. 2. **Niessen.** (Продолженіе). 3. **C. C. van der Heide.** (Окончаніе).

5 іюля.

**R. Asch.** *Ist eine Operationsmethode im Stande, Prolapsrecidive zu verhüten?*

12 іюля.

1. **Л. М. Веркенгеймъ.** (Москва). *Ueber Diabetes mellitus bei Kindern.* 2 случая (13 и 11 л. мальчики) изъ Ольгинской больницы. 2. **E. Dillnberger.** *Die Heilfaktoren der Szliácser Eisenthermen.*

19 іюля.

1. **H. Szász.** *Ein operierter Fall von multiplen Fibromyomen der Gebärmutter, kompliziert mit Extrauterinschwangerschaft.* 2. **E. Kerner.** *Ueber Validol.* 3. **W. Jaworski.** *Notiz zur chemischen Zusammensetzung der Normalheilwässer.*

26 іюля.

1. **M. Hirtz.** *Das Lungenemphysem vom Standpunkte der Lebensversicherung.* 2. **J. Flesch.** *Weitere Erfahrungen mit dem Syrupus Colae compos. Hell.*

2 августа.

1. **G. Stoeckel.** *Ueber Asthma bronchiale.* (Не окончена). 2. **S. Drago.** *Das Thiokol bei Regenerationsprozessen der Lunge.*

9 августа.

1. **A. Meisl.** *Ueber die Beziehungen zwischen Appetit und Speichelsekretion.* Объ отношеніяхъ между позывомъ на ѣду и отдѣленіемъ слюны. 2. **G. Stoeckel.** (Продолженіе).

16 августа.

1. **M. Porosz.** *Die Behandlung der Abszesse und Bubonen mit Salpetersäurelösung* (растворами 2—5% азотной кислоты). 2. **G. Stoeckel.** (Окончаніе).

23 августа.

1. **S. Behrmann.** *Die Prophylaxe der venerischen Krankheiten bei Männern.* (Не окончена). 2. **E. Kerner.** *Ein interessanter Fall von Krampf des Sphincter vesicae urinariae auf medikamentöser Basis.* Судорога пузырнаго жома на лѣкарственной почвѣ.

6 сентября.

1. **F. T. Roberts.** *Ueber Infektions- und Kontagionskrankheiten.* (Не окончена). 2. **Cornelius.** Окончаніе статьи о нервныхъ желудочно-кишечныхъ разстройствахъ.

13 сентября.

1. **Niessen.** *Zwei bemerkenswerthe Centralnervenaffektionen syphilitischen Ursprungs.* (Не окончена). 2. **F. T. Roberts.** (Окончаніе).

27 сентября.

Отчетъ о 75-мъ Съѣздѣ нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей въ Cassel'ѣ.

4 октября.

1. **E. Behring.** *Tuberkulosebekämpfung.* 2. **M. Schottelius.** *Ueber die Eintrittspforten bei der Pestinfektion.* 3. **O. Ziemssen.** *Ueber Urethrismus.* Случай.

11 октября.

1. **R. Hippel.** *Zur Frage der Katgutsterilisation.* 2. **Cornelius.** *Die Druck- oder Schmerzpunkte als Ursache der sog. funktionellen Nervenerkrankungen, ihre Entstehung und Behandlung.* 3. **Niessen.** Продолженіе статьи о 2 случаяхъ сифилиса нервной системы.

## Французскіе.

**Le Concours médical.** 9, 16, 23 и 30 мая, 6, 13 и 20 іюня, 4, 11, 18 и 25 іюля и 1 августа. 1903. Бытовыя статьи.

8 августа.

**P. Huguenin.** *La constipation et l'abus des grands lavements.*

15, 22 и 29 августа, 5, 12, 19 и 26 сентября, 3, 10, 17, 24 и 31 октября и 7 ноября. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

14 ноября.

**Verhaeren.** *Les faits acquis dans le traitement de la tuberculose.*

21 и 28 ноября. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

5 декабря.

**Trousseau.** *Causes et traitement de l'iritis.*

12, 19 и 26 декабря. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

**La Semaine médicale.** 13 мая 1903.

**Olinto de Oliveira.** *Le syndrome asthmatique dans la gripp e*

20 мая.

**R. de Bovis.** *La rétraction de l'anneau de Bandl comme cause de dystocie dans les présentations du siège.* Литературный обзоръ.

27 мая.

**B. Schiassi.** *Le développement chirurgical d'une double circulation complémentaire dans le traitement de quelques maladies hépato-spléniques.*

3 іюня.

**F. Farnarier.** *Risques tarés et assurance sur la vie d'après les travaux du Congrès de Paris.*

10 іюня.

Отчетъ о 32-мъ Съѣздѣ нѣмецкихъ хирурговъ (Berlin, 3—6 іюня).

Digitized by Google

17 іюня.
**N. Chryssovergis.** *La forme colique de la grippe et l'erythème palato-pharyngé qui la révèle.*
24 іюня.
**P. Caziot.** *La scarlatine latente et son importance épidemiologique.*
1 іюля.
**Oettinger.** *De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère simple de l'estomac.*
8 іюля.
**L. Cheinisse.** *L'identité de la lipomatose symétrique douloureuse avec la maladie de Dercum.*
15 іюля.
**P. Marie** et **G. Guillain.** *Le faisceau de Türck (faisceau externe du pied du pédoncule).*
22 іюля.
**F. Lejars.** *La thérapeutique «in extremis».*
29 іюля.
**L. Bard.** *Les phénomènes de sténose dans les ulcérations tuberculeuses de l'intestin.* Клиническая лекція.
5 августа. Оригинальныхъ статей нѣтъ.
12 августа.
**L. Chéinisse.** *La sténose du pylore ches les nourrissons.*
19 августа.
**F. Farnarier.** *Les hôpitaux de contagieux constituent-ils des centres d'infection pour le voisinage?*
26 августа.
**Raymond.** *La neurofibrosarcomatose, variété particulière de sarcomatose primitive du système nerveux.*
2 сентября.
**S. Jankelevitch.** *L'hérédité pathologique et la théorie du plasma germinatif.*
9 сентября.
**R. de Bovis.** *Ictères bénins postopératoires.* Клиническая лекція.
23 сентября.
**G. Castaigne** et **F. Rathery.** *Etude expérimentale de l'action des solutions de chlorure de sodium sur l'épithélium rénal.*
30 сентября.
**F. de Quervain.** *De l'origine des néoplasmes malins.* Обзоръ.
7 октября.
**G. Marinesco.** *Contribution à l'étude du mécanisme des mouvements volantaires et des fonctions du faisceau pyramidal.*
14 октября.
**L. Bard.** *Des colorations du liquide céphalorachidien d'origine hémorrhagique.*
21 октября.
**Dieulafoy.** *La néphrite toxique appendiculaire; albuminurie appendiculaire.* Клиническая лекція.

**Le Progrès médical.** 21 марта 1903.
**Terrien.** *Respiration de Cheyne-Stokes pendant 5 mois ches un parkinsonnien à crises d'angine de poitrine.*
28 марта.
**De Lada Noskowski.** *Essais de thérapeutique de la tuberculose pulmonaire.*
4 апрѣля.
**Frenkel.** *Nouvelle contribution à l'étude des peroxydes médicinaux: l'hopogan et l'ektogan.*
11 апрѣля.
**Clado.** *Vénéréologie sociale.*
18 апрѣля.
1. **M. Laffont** et **A. Lombard.** *Etudes expérimentales et cliniques sur le traitement de la tuberculose.* (Не окончена). 2. **D'Hotel** et **Guelliot.** *Volumineux molluscum éléphantiasique.*
25 апрѣля.
**A. Darier.** *Leçons de thérapeutique oculaire.* Изъ клиническихъ лекцій.
2 мая.
**L. Longuet.** *Nature et pathogénie des hydrocèles vaginales chroniques.*
9 мая.
1. **Pailhas.** *Kératite dystrophique de l'oeil droit résultant de blessure par arme à feu (revolver) dans la région de l'oreille droite.* Случай. 2. **M. Laffont** et **A. Lombard.** Продолженіе статьи о лѣченіи чахотки.
16 мая.
**L. Graux.** Отчетъ о Madrid'скомъ Съѣздѣ.
23 мая.
**M. Perret.** *De l'allaitement dans ses rapports avec les états pathologiques de la nourrice.*
30 мая.
**E. Bonnaire.** *Pathogénie et traitement de l'éclampsie puerpérale.* Клиническая лекція.
6 іюня.
**L. R. Régnier.** *Traitement électrique de la neurasthénie.*
13 и 20 іюня.
**M. Laffont** et **A. Lombard.** *Etudes expérimentales et cliniques sur le traitement de la tuberculose.*
27 іюня.
1. **F. Berlioz.** *Nouveaux sels mercuriels injectables.* 2. **Lafay.** *Les huiles iodées.* Обзоръ. (Не окончена).
4 іюля.
**H. Rothschild.** *Syphilis et allaitement.* Извлеченіе изъ находящейся въ печати книги автора.
11 іюля.
1. **Zalackas.** *Du névaline ou de la cathypnose.* О сонной болѣзни негровъ. 2. **Lafay.** (Продолженіе).
18 іюля.
1. **U. Paranhos.** *Contribution à l'étude de la dysenterie dans les pays chauds.* 2. **A. Antheaume.** *Action suspensive de la morphinisation sur les manifestations convulsives de l'hystérie et de l'épilepsie.*
25 іюля.
**V. Thébault.** *Amputation traumatique des doigts.*
1 августа.
**L. E. Morel.** *L'adrénaline.* (Не окончена).
8 августа.
1. **L. E. Morel.** Окончаніе статьи объ адреналинѣ. 2. Отчетъ о XIII Съѣздѣ французскихъ психіатровъ-нейрологовъ въ Bruxelles'ѣ, 1—8 августа.
15 августа.
**Royet.** *Troubles mentaux à forme mélancolique avec anxiété, dus à l'existence ignorée de polypes muqueux des fosses nasales et guéris par l'ablation de ces tumeurs.* Мужчина 38 л.
22 августа.
**Laquerrière.** *Traitement électrique de la fissure sphinctéralgique de l'anus.*
29 августа.
**C. Phisalix.** *Maladies des jeunes chiens.* Статистика прививокъ съ 15/v 1902 по 16/vII 1903.
5 и 12 сентября.
**De Lada Noskowski.** *Les formes cliniques de la tuberculose et leur traitement.* (Окончаніе).
19 сентября.
**Kanellis.** *Contribution à l'étiologie de la fièvre hémoglobinurique bilieuse.*
26 сентября.
**V. Thébault.** *De l'intervention précoce dans les phlegmons de la main chez les accidentés du travail et des soins consécutifs à cette intervention.*
3 октября.
**J. Noir.** *Le rôle des moisissures en pathologie: mycoses et myrcormycoses.*
10 октября.
1. **C. Parhon** et **Goldstein.** *Sur un cas de sialorrhée ches un pellagreux.* 2. **E. Barlerin.** *De la pétroséline en obstétrique.*
17 октября.
**J. P. Cardamatis.** *Les épidémies de fièvres palustres à Athènes. Leurs causes et les théories d'Hyppocrate.*
24 октября.
**P. Fabre.** *Des zonas multiples, dédoublés ou bifurqués.*
31 октября.
**Legrain** et **Guiard.** *La ponction lombaire contre la céphalée des brightiques.* Собственный случай съ краткимъ обзоромъ литературы.
7 ноября.
Студенческій нумеръ—справочникъ о подробностяхъ постановки медицинскаго образованія во Франціи.
14 ноября.
**A. Marie** et **Viollet.** *Traumatismes multiples et paralysie générale.*
21 ноября.
**C. Jeannin.** *Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires.* О книгѣ *P. Briquel*'я съ этимъ названіемъ.
28 ноября.
**G. Petit.** *Contribution à l'étude physiologique du tabac et à son action sur l'organisme.* Табакъ—общій ядъ, дѣйствующій, подобно алкоголю и морфію, черезъ посредство нервной системы на весь организмъ.
5 и 12 декабря.
1. **V. Thébault.** *Etude médico-légale sur deux cas de fractures de côtes suivis de mort ches des accidentés du travail.* 2. **Galezowski.** *De l'importance du diagnostic dans les affections oculaires.* Клиническая лекція.
19 декабря.
**Foveau de Courmelles.** *Le radium.* Обзоръ.
26 декабря.
1. **Clado.** *La douleur sous-xiphoïdienne dans la dilatation de l'estomac.* 2. **G. Bloch.** *Peut-on et doit-on masser les annexites.* Пропагандируетъ массажъ придатковъ матки при воспаленіяхъ ихъ.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

## XLVIII. Примѣненіе гуттаперчевыхъ перчатокъ въ военной хирургіи.

Проф. **В. Г. Цеге-фонъ-Мантейфеля** (Юрьевъ).

Асептика въ современныхъ войнахъ опирается на 2 требованія. Во 1-хъ, требуется заготовленіе асептическаго перевязочнаго матеріала для прикрытія входного и выходного отверстій, при маломъ калибрѣ снарядовъ. Кромѣ наложенія шины и приданія соотвѣтствующаго положенія, современная военная хирургія и ограничивается именно прикрытіемъ этихъ 2-хъ отверстій асептическимъ матеріаломъ. 2-мъ и преимущественнымъ требованіемъ является необходимость имѣть руки хирурга стерильными, что въ трудныхъ обстоятельствахъ и при недостаточномъ водоснабженіи въ большинствѣ случаевъ бываетъ невозможнымъ.

Я хочу указать на простой способъ, позволяющій намъ постоянно имѣть, такъ сказать, въ карманѣ вполнѣ и идеально асептическую руку.

При поврежденіи своихъ рукъ я уже давно во время производства гнилостныхъ операцій употребляю, во избѣжаніе возможнаго зараженія рукъ, гуттаперчевыя перчатки и думаю, что въ военной хирургіи онѣ могутъ оказать большія услуги. Я употребляю обыкновенныя гуттаперчевыя перчатки, доставляемыя фабрикою «Проводникъ». Онѣ должны приготовляться изъ одного общаго для всѣхъ пальцевъ куска съ каждой стороны; затѣмъ помѣщаются въ приготовленный для этой цѣли холщевый мѣшокъ, на которомъ на томъ мѣстѣ, гдѣ приходится большой палецъ, ставится красный крестъ для обозначенія мѣста нахожденія большого пальца. Заворотъ одной стѣнки мѣшка застегивается на пуговицу (см. рис.). Мѣшокъ вмѣстѣ съ перчатками обезпложивается въ стерилизаторѣ.

Среди асептическаго перевязочнаго матеріала, находящагося въ сумкахъ на первыхъ перевязочныхъ пунктахъ арміи, должно быть также съ 1/2-дюжины стерильныхъ гуттаперчевыхъ перчатокъ, приготовленныхъ выше описаннымъ способомъ. Но лучше было-бы, на всякій случай, имѣть такія перчатки въ холщевыхъ мѣшкахъ у себя въ карманѣ.

При употребленіи такихъ перчатокъ слѣдуетъ, открывъ заворотъ, всыпать внутрь перчатки немного стерильнаго талька; если его нѣтъ, то можно всю руку, а особенно тыльную поверхность ладони, обсыпать и нестерильнымъ талькомъ. Я предпочитаю стерильный талькъ стерильному маслу и мылу, потому что при немъ перчатки не скользятъ и лучше прилегаютъ къ рукѣ. Надѣвая перчатки, нужно обращать вниманіе на слѣдующее: перчатки надѣваются вмѣстѣ съ холщевымъ мѣшкомъ (чтобы не запачкать стерильной перчатки нестерильной рукой); послѣднимъ пользуются также и для расправленія пальцевъ. Когда обѣ перчатки надѣты, холщевые мѣшки сбрасываются, и доканчивается расправленіе пальцевъ. Въ итогѣ получаются безусловно стерильныя руки.

Хорошо одѣланныя перчатки почти не мѣшаютъ при операціи. Я дѣлалъ въ перчаткахъ всякаго рода операціи, какъ-то: изсѣченія локтевого, колѣннаго и тазобедреннаго суставовъ, изсѣченія таза, грыжесѣченія, изсѣченія кишекъ, вылущенія почекъ и пр. При соприкосновеніи стерильной перчатки съ нестерильнымъ матеріаломъ ее гораздо легче, чѣмъ руку, удается вычистить растворомъ сулемы или какой-нибудь другой обеззараживающей жидкостью. Въ тѣхъ случаяхъ, когда перчатки надѣваются даже на стерильную руку, не слѣдуетъ снимать ихъ во время операціи, потому что, по изслѣдованіямъ *Döderlein*'а, микроорганизмы потовыхъ и сальныхъ железъ подъ вліяніемъ потѣнія выносятся на поверхность рукъ. Я думаю, что военный хирургъ какъ на главномъ перевязочномъ пунктѣ (для остановки кровотеченія и производства усѣченія на конечностяхъ), такъ и въ дивизіонныхъ и запасныхъ лазаретахъ будутъ съ удобствомъ примѣнять гуттаперчевыя перчатки. Такимъ путемъ, полагаю, разрѣшается проблема идеально стерильной руки и, кромѣ того, достигается большая экономія во времени, что послѣ большихъ сраженій имѣетъ весьма существенное значеніе. Нужно принять во вниманіе хотя-бы то, что для мытья рукъ передъ операціей или между 2-мя операціями потребуется 10—15 мин., тогда какъ для надѣванія перчатокъ и полученія стерильной руки достаточно 1 минуты. Передъ вторичной операціей разъ употребленныя перчатки легко можно вычистить въ кипяченной водѣ или въ обеззараживающей жидкости; при отсутствіи-же послѣднихъ можно взять новую, заранѣе приготовленную, пару.

Преимущество стерильныхъ рукъ и значеніе ихъ именно въ военное время дѣлаютъ всякое дальнѣйшее указаніе на пригодность такихъ перчатокъ лишнимъ. Надѣюсь, что въ снаряжаемыхъ теперь лазаретахъ среди другихъ принадлежностей для оказанія хирургической помощи найдутъ себѣ мѣсто и гуттаперчевыя перчатки. Обыкновенно такія перчатки стоятъ въ аптекарскихъ магазинахъ около 90 коп. пара. Я не совѣтовалъ-бы пріобрѣтать тонкихъ гуттаперчевыхъ перчатокъ, потому что онѣ не переносятъ механической чистки и холода.

## XLIX. Къ вопросу о предохранительныхъ прививкахъ противъ собачьяго бѣшенства.

Проф. **Н. Н. Мари** (Петербургъ).

Только что вышедшая брошюра бывш. проф. ***М. К. Зѣнца***—«Къ вопросу о предохранительныхъ пастеровскихъ прививкахъ противъ собачьяго бѣшенства. Петербургъ. 1904 г.»—невольно наводитъ на многія мысли. Брошюра эта прежде всего носитъ характеръ обвинительнаго акта. Въ лицо завѣдующимъ прививочными (*Pasteur*'овскими) Институтами открыто бросается тяжкое обвиненіе въ томъ, что они своими прививками не предупреждаютъ бѣшенства, а, напротивъ, искусственно прививаютъ его людямъ! По мнѣнію *М. К. Зѣнца* все ученіе *Pasteur*'а есть «одно изъ тѣхъ весьма опасныхъ заблужденій, которыми такъ богата медицина». Отсюда можно и должно сдѣлать одинъ только выводъ: завтра-же необходимо уничтожить всѣ прививочные Институты. Я далекъ отъ мысли полемизировать съ *М. К. Зѣнцомъ* и доказывать противное. Хочу лишь сказать нѣсколько словъ по поводу возможности появленія такой брошюры съ столь опредѣленнымъ, прямолинейнымъ и ужаснымъ выводомъ. Какъ могла она появиться? Вѣдь, на чемъ-либо да обосновалъ свои выводы авторъ? Существованіе прививочныхъ Институтовъ и ихъ польза зиждится-же на чемъ-нибудь положительномъ? Спрашивается, какимъ-же образомъ возможно существованіе такихъ исключающихъ другъ друга положеній?

Коснусь здѣсь прежде всего самаго сильнаго довода, которымъ обыкновенно подкрѣпляется то или иное мнѣніе

Digitized by Google

о значеніи *Pasteur*'овскихъ прививокъ. Доводъ этотъ есть цифра воспріимчивости къ заболѣванію людей водобоязнью при укушеніи ихъ *несомнѣнно* бѣшенными животными (собаками, волками, кошками и пр.). Извѣстно, что эта цифра можетъ привести въ уныніе всякаго, кто захочетъ познакомиться съ ней по литературѣ. Достаточно сказать, что она колеблется отъ 5 до 50 $^0/_0$! *Pasteur* вѣрилъ статистикѣ *Leblanck*'а и считалъ смертность отъ бѣшенства среди укушенныхъ въ 16$^0/_0$. Проф. *Hogyes* (авторъ обширной современной монографіи по бѣшенству), сравнивая различныя статистическія данныя заключаетъ, что «изъ тѣхъ лицъ, которыя были укушены бѣшеными или *подозрѣваемыми* въ бѣшенствѣ животными, зараженіе произошло у 15—16$^0/_0$». По видимому, цифру эту слѣдуетъ считать послѣднимъ словомъ въ статистикѣ заболѣваемости бѣшенствомъ среди укушенныхъ. Прививочные Институты (которыхъ уже въ одной только Россіи насчитывается до 15) даютъ $^0/_0$ заболѣваній равный, въ среднемъ, 1,8 (для русскихъ Институтовъ 1,1) съ отклоненіями въ сторону минуса до 0,6 и въ сторону плюса до 5,6. За послѣднее время смертность на прививочныхъ станціяхъ, если не ошибаюсь, показывается еще меньшей. Несомнѣнно, что, если взять цифру смертности, приводимой Институтами, и сопоставить ее съ таковой-же цифрой, высчитываемой *Leblanck*'омъ, то получается впечатлѣніе въ пользу прививокъ. *М. К. Зѣнецъ* однакоже держится обратнаго мнѣнія. Онъ говоритъ, что прежней статистикѣ смертности отъ бѣшенства среди укушенныхъ довѣрять нельзя, такъ какъ въ прежнее время надлежащей записи укушеннымъ не велось. Въ виду этого онъ дѣлаетъ попытку вывести свой $^0/_0$ смертности, пользуясь для этого 2-мя источниками: 1) старыми цифрами смертности людей отъ водобоязни во Франціи (данныя 1850—1876 г. г.) и 2) новой статистикой укушеннымъ и прививавшимся въ Парижскомъ Институтѣ *Pasteur*'а. Разсуждаетъ-же онъ такъ: съ 1885 г. по 1895 г. включительно явились въ Институтъ *Pasteur*'а изъ предѣловъ Франціи 15603 чел. т. е. ежегодно, въ среднемъ, по 1560 чел. Это—цифра укушенныхъ. Съ 1850 г. по 1876 г. въ предѣлахъ той-же Франціи «зарегистрировано 770 случаевъ водобоязни среди людей», т. е. въ годъ около 30 случаевъ. Это—цифра погибшихъ отъ бѣшенства. Стоитъ теперь сопоставить обѣ цифры другъ съ другомъ, чтобы получить «настоящій» (истинный) $^0/_0$ смертности. По *М. К. Зѣнцу* такой $^0/_0$ «выходитъ равнымъ 2,0». Такимъ образомъ, по мнѣнію автора, современные предохранительныя прививки «даже въ рукахъ самого *Pasteur*'а нисколько не уменьшили смертности отъ бѣшенства», а на нѣкоторыхъ другихъ прививочныхъ станціяхъ даже, наоборотъ, какъ будто повысили таковую (5,6$^0/_0$)!

Столь простой ариѳметическій разсчетъ *М. К. Зѣнца* несомнѣнно грѣшитъ противъ истины. Нѣсколько лѣтъ назадъ покойный д-ръ *М. Л. Галанинъ*,—когда еще брошюра автора вышла на французскомъ языкѣ,—между прочимъ, указалъ на то, что *М. К. Зѣнецъ* сравниваетъ въ сущности несравнимыя («разнородныя») величины. Съ одной стороны, онъ беретъ Францію, какъ страну, съ другой—институтъ *Pasteur*'а, какъ лѣчебное заведеніе. Таковое заключеніе *М. Л. Галанина*, разумѣется, легко можно оспаривать, что *М. К. Зѣнецъ* съ успѣхомъ и дѣлаетъ въ своей русской брошюрѣ; но вотъ что по моему мнѣнію находится внѣ всякаго спора: цифра 15603 выражаетъ число укушенныхъ людей, явившихся въ Институтъ *Pasteur*'а для прививокъ, но не выражаетъ числа укушенныхъ людей *несомнѣнно* бѣшеными животными. Извѣстно, что кусающія—подозрительныя—животныя не всѣ обязательно бѣшеныя. По изслѣдованіямъ Института экспериментальной медицины въ Петербургѣ изъ присланныхъ (съ 1895 г. по 1901 г.) для изслѣдованія животныхъ, нанесшихъ покусы людямъ, въ дѣйствительности оказались страдавшими бѣшенствомъ только 27$^0/_0$! Спрашивается теперь, сколько-же изъ 15603 чел., о которыхъ говоритъ *М. К. Зѣнецъ*, были укушены дѣйствительно бѣшеными животными? На этотъ вопросъ едва-ли можно отвѣтить, такъ какъ для рѣшенія его нѣтъ надлежащихъ данныхъ *). Ошибка *М. К. Зѣнца* такимъ образомъ состоитъ именно въ томъ, что онъ дѣйствительно пользуется разнородными величинами: съ одной стороны, беретъ цифру укушенныхъ (бѣшеными и небѣшеными животными въ совокупности), а съ другой—цифру умершихъ отъ бѣшенства людей и сравниваетъ эти цифры другъ съ другомъ. Такой пріемъ, разумѣется, не можетъ быть терпимъ въ статистикѣ, гдѣ для сравненія всегда берутся однородныя величины. Въ самомъ дѣлѣ, если предположить, что изъ 100 укушенныхъ людей въ дѣйствительности были укушены бѣшеными животными только 2 и что изъ всей сотни укушенныхъ умерли отъ водобоязни тоже 2, то это вовсе не значитъ, что возможность заболѣть бѣшенствомъ слѣдуетъ исчислять у людей въ 2$^0/_0$, а не въ 100$^0/_0$. Рѣчь идетъ, вѣдь, не о возможности заболѣть водобоязнью при укушеніи животными вообще (что было-бы безсмыслицей), а при укушеніи исключительно бѣшеными животными, т. е. о рѣшеніи вопроса о воспріимчивости человѣческаго организма къ яду водобоязни при естественныхъ условіяхъ зараженія (при укусахъ).

Другая цифра, которая обычно берется для сравненія всѣми противниками или защитниками прививанія, казалось-бы, должна совершенно точно показывать число заболѣвшихъ бѣшенствомъ людей *до, во время* и *послѣ* прививокъ. Что же мы имѣемъ въ дѣйствительности? Прививочные Институты не знаютъ и не могутъ знать, сколько изъ укушенныхъ людей извѣстной бѣшеной собакой остались дома (и, быть можетъ, заболѣли) и сколько ихъ явились на прививки. Институты не обнимаютъ статистики данной эпидеміи бѣшенства, а пользуются лишь случайными цифрами, отдѣльными укушеніями, что, разумѣется, далеко не все равно, когда имѣютъ возможность располагать настоящей, эпидеміологической статистикой. То-же самое слѣдуетъ сказать и про ту массу людей, которые оставляютъ Институты послѣ прививокъ и разъѣзжаются въ разныя стороны. Считать-ли всѣхъ этихъ людей дѣйствительно предохраненными отъ заболѣванія водобоязнью? Сообщаемая въ общее свѣдѣніе статистика показываетъ, что въ огромномъ, подавляющемъ большинствѣ случаевъ люди являются въ Институты въ первую недѣлю послѣ укушенія *). Послѣ прививокъ, продолжающихся отъ 1 до 3 недѣль, люди эти оставляютъ Институты, и судьба большинства изъ нихъ остается неизвѣстной. Спрашивается, не заболѣваетъ-ли кто-нибудь изъ этихъ привитыхъ людей впослѣдствіи водобоязнью? Вѣдь, извѣстно, что скрытый періодъ у людей протекаетъ отъ 1 до 3 мѣсяцевъ болѣе чѣмъ въ 80$^0/_0$. Онъ можетъ продолжаться также и 4 — 22 и даже (можетъ быть) 27 мѣсяцевъ. Кто-же затѣмъ слѣдитъ за судьбой привитыхъ? А слѣдить непремѣнно нужно, ибо статистика ясно говоритъ за то, что большинство укушенныхъ (конечно, въ случаяхъ ихъ зараженія) являются въ Институты именно въ скрытомъ періодѣ. Эта слабая сторона статистики сознается Институтами, и я съ особымъ удовольствіемъ встрѣтилъ слѣдующее откровенное заявленіе составителя отчета (*П. П. Крылова*—«Архивъ біологическихъ наукъ», 1899 г., стр. 214) по Самарской земской прививочной станціи за 1899 г.: «эти цифры (т. е. цифры $^0/_0$ смертности среди укушенныхъ) пріобрѣтутъ значеніе вполнѣ достовѣрныхъ лишь послѣ того, какъ будутъ подтверждены результатами *поголовной* провѣрки, предпринимаемой въ настоящемъ году земствомъ для всѣхъ лѣчившихся на станціи въ теченіи нѣсколькихъ послѣднихъ лѣтъ». Изъ послѣдующаго отчета видно, что провѣрка эта была сдѣлана пока только за 1897-й и 1898-й годы. Какъ она дѣ-

---

*) Мнѣ могутъ возразить, что всѣ укушенные люди, прибывающіе въ Институты, дѣлятся по степени достовѣрности предполагаемаго зараженія на группы. Возраженіе это—несущественно, ибо число случаевъ, въ коихъ бѣшенство было доказано точно (прививками), сравнительно ничтожно. Такъ, напр., въ Самарѣ число укушенныхъ несомнѣнно бѣшеными животными (съ 1896 г. по 1899 г.) было только 266 изъ 3802 всѣхъ прививавшихся, въ Петербургѣ—1230 изъ 3152 прививавшихся и т. д. Цифры остальныхъ группъ, хотя и въ различной мѣрѣ, но все же сомнительны. То же самое и въ Институтѣ *Pasteur*'а.

*) Напр., изъ Самарскихъ отчетовъ (за 1896—1899 гг.) видно, что изъ 3802 привитыхъ людей въ первыя 2 недѣли послѣ укушенія явились на станцію 2907, въ Петербургѣ (съ 1895—1901 гг.) изъ 3116 всѣхъ привитыхъ 2782 и т. д.

Digitized by Google

лалась, я не знаю. Всего прививавшихся за эти годы было 2222 чел., прибывшихъ изъ разныхъ губерній и областей Европейской и Азіатской Россіи. Надо думать, что провѣрка эта велась не черезъ врачей и ветеринаровъ, а обычнымъ канцелярскимъ способомъ. Другого пути для земства, конечно, не было, если принять во вниманіе, что укушенные прибывали въ Самару, напр., изъ Тобольской, Енисейской, Иркутской, Томской губерній, Семипалатинской, Тургайской, Акмолинской областей и многихъ другихъ отдаленныхъ уголковъ Россіи. Тѣмъ не менѣе Институту удалось узнать о 12 случаяхъ смерти привитыхъ людей отъ бѣшенства, о которыхъ ему ранѣе не было извѣстно. Теперь является вопросъ, всѣ-ли это случаи? Не нашлось-ли бы при болѣе тщательной провѣркѣ еще новыхъ случаевъ смерти отъ водобоязни людей, выдержавшихъ весь курсъ прививокъ? Въ этомъ, разумѣется, нѣтъ ничего невозможнаго.

Изъ всего сказаннаго, мнѣ кажется, явствуетъ, что въ настоящее время большинство прививочныхъ Институтовъ пользуется для своихъ выводовъ крайне подозрительной статистикой. Съ одной стороны, имѣется цифра укушенныхъ людей съ неизвѣстнымъ числомъ укушенныхъ несомнѣнно бѣшеными животными; съ другой имѣется точная цифра умершихъ отъ бѣшенства людей въ періодъ производства прививокъ и сомнительная цифра умершихъ отъ того-же бѣшенства людей послѣ прививокъ. Спрашивается, какъ-же при такомъ цифровомъ матеріалѣ судить о благотворномъ значеніи *Pasteur*'овскихъ прививокъ? Вотъ почему мнѣ кажется, что мы въ настоящее время далеко еще не готовы къ тому, чтобы опровергать благотворное значеніе этихъ прививокъ, какъ это, напр., дѣлаетъ *М. К. Зѣнецъ*, или же, наоборотъ, защищать таковое. Для этого у насъ нѣтъ вполнѣ безупречныхъ статистическихъ данныхъ. Практика прививанія съ каждымъ годомъ все разрастается и разрастается. Въ настоящее время только у насъ въ Россіи имѣется уже, какъ я сказалъ, 15 дорого стоющихъ *Pasteur*'овскихъ Институтовъ, принадлежащихъ разнымъ вѣдомствамъ. Въ то же время можно установить слѣдующій фактъ: съ развитіемъ прививокъ у насъ замѣчается все большій и большій упадокъ къ теоретическому изученію бѣшенства. По видимому, и на разрѣшеніе научныхъ вопросовъ вліяетъ мода, увлеченіе, порывъ. Когда-то бѣшенству посвѣщалось много лабораторныхъ силъ, работы выходили одна за другой, полные теоретическаго и практическаго интереса. Нынѣ-же интересъ къ бѣшенству упалъ на столько, что въ текущихъ журналахъ за послѣдніе годы съ трудомъ найдешь лишь нѣсколько замѣтокъ, посвященныхъ этой болѣзни. Между тѣмъ достаточно просмотрѣть хотя-бы одну только литературу предохранительныхъ прививокъ, чтобы убѣдиться, какъ необходима дружная и энергичная работа для выясненія накопившихся противорѣчій, недомолвокъ, недоумѣній и пр. Нельзя мириться съ тѣмъ прискорбнымъ эмпиризмомъ, который, къ сожалѣнію, положенъ въ основу прививокъ. Возьму хотя-бы поразительное отсутствіе единства формулъ прививокъ, замѣчаемое въ различныхъ Институтахъ: въ однихъ Институтахъ прививки доводятся до впрыскиванія мозга 2-дневной сушки, въ другихъ — до 1-дневной; въ однихъ впрыскиванія дѣлаются подрядъ, въ другихъ раздѣляются промежутками въ 1 день, въ 1 мѣсяцъ; въ однихъ Институтахъ впрыскиванія заканчиваются черезъ 7 дней, въ другихъ черезъ 10, 18, 20, 30 дней. Количество мозга для приготовленія эмульсіи берется также неодинаковое: въ одномъ Институтѣ берутъ 2 млм. мозга, въ другомъ — 4, въ третьемъ—1 стм. и т. д. Словомъ, нѣтъ единства, нѣтъ точной и ясной обоснованности существующаго разнообразія прививокъ. Очевидно, что дальше оставаться въ такомъ неопредѣленномъ положеніи нельзя. Надо изъ него выйти. Но какъ?

Несомнѣнно, что экспериментальная патологія можетъ намъ выяснить многое въ ученіи о бѣшенствѣ; но очевидно также и то, что для разрѣшенія основного вопроса о томъ, каково-же въ самомъ дѣлѣ расположеніе человѣка къ заболѣванію водобоязнью при укушеніи его *явно* бѣшенымъ животнымъ необходимо живое участіе тѣхъ врачей и ветеринаровъ, которые работаютъ въ глубинѣ земской Россіи. Только они одни своимъ добросовѣстнымъ и подробнымъ наблюденіемъ эпидемій и эпизоотій бѣшенства могутъ разрѣшить намъ этотъ вопросъ совершенно правильно и ясно. Нужно пользоваться каждымъ случаемъ бѣшенства и описывать его не клинически (каковыхъ описаній мы уже имѣемъ достаточно), а эпидеміологически. Бѣшенство, благодаря своей строгой контагіозности, рѣзко отличается отъ другихъ заразныхъ заболѣваній. Если при эпидеміологическомъ изученіи другой заразной болѣзни нельзя зачастую рѣшить, откуда занесена зараза, какое было число зараженныхъ лицъ и пр., то при бѣшенствѣ—все ясно: источникъ зараженія — зараженное животное, число зараженныхъ лицъ—въ худшемъ случаѣ всѣ укушенные. Остается только наблюдать. Это особенно удобно сдѣлать именно въ глухихъ уголкахъ нашего отечества (въ мало населенныхъ деревняхъ, усадьбахъ и пр.). Нужно умѣть лишь воспользоваться этимъ цѣннымъ матеріаломъ. Слѣдуетъ помнить, что на заболѣваемость бѣшенствомъ имѣетъ вліяніе мѣсто укуса, глубина его, сдѣланъ-ли былъ укусъ черезъ одежду или въ непокрытыя части, въ какомъ порядкѣ кусало людей бѣшеное животное и пр. Если все это точно записать и прослѣдить самый случай до конца; если потомъ сопоставить итоги, то получится богатѣйшій матеріалъ, который дастъ ключъ къ рѣшенію многихъ темныхъ сторонъ въ ученіи о бѣшенствѣ. Мнѣ часто приходится слышать, что глушь засасываетъ людей, что въ глуши нельзя работать. Я всегда былъ и всегда буду горячимъ противникомъ этого ложнаго убѣжденія. Въ глуши много такого матеріала, которымъ не можетъ обладать ни одна лабораторія въ мірѣ, какъ-бы богата она ни была обставлена. Изученіе эпидеміологіи бѣшенства есть, разумѣется, лишь одна только капля изъ того неизсякаемаго матеріала, который даетъ намъ жизнь.

Заканчивая эту замѣтку, написанную подъ живымъ впечатлѣніемъ, оставшимся у меня послѣ прочтенія брошюры *М. К. Зѣнца*, я долженъ сказать, что имѣлъ лишь одну цѣль: напомнить врачамъ и ветеринарамъ объ огромной научной цѣнности ихъ добросовѣстныхъ наблюденій эпидемій и эпизоотій бѣшенства. Матеріалъ этотъ для насъ необходимъ; его нельзя оставлять при себѣ; его надлежитъ сообщать; въ противномъ случаѣ мы никогда не выберемся изъ массы противорѣчій. Очевидно также, что наступила пора и прививочнымъ Институтамъ что-либо предпринять для того, чтобы полезная дѣятельность ихъ была ясна и для всѣхъ очевидна.

Закончу тѣмъ, съ чего началъ, а именно вопросомъ, какимъ образомъ могла появиться брошюра *М. К. Зѣнца*? Послѣ всего мною сказаннаго — отвѣтъ ясенъ. Причина столь грустнаго явленія заключается въ томъ, что мы и до сихъ поръ не имѣемъ надлежащихъ статистическихъ цифръ, которыми-бы могли доказать непреложность благотворнаго вліянія *Pasteur*'овскихъ прививокъ. «Въ числѣ главныхъ причинъ неустановившагося взгляда на прививки слѣдуетъ выставить прежде всего отсутствіе точныхъ статистическихъ данныхъ о смертности среди укушенныхъ бѣшеными животными». Такъ говоритъ одинъ изъ спеціалистовъ по прививкамъ *В. А. Краюшкинъ*. Съ этими словами нельзя не согласиться, но, спрашивается, когда-же мы будемъ обладать этими данными, чтобы съ убѣжденіемъ, безъ страха и безъ упрековъ продолжать столь отвѣтственное дѣло предохранительныхъ прививокъ?

---

L. Изъ госпитальной акушерско-гинекологической клиники проф. А. И. Лебедева въ В.-Медицинской Академіи.

## Рѣдкій случай долголѣтняго пребыванія инороднаго тѣла (крокетнаго шара) во влагалищѣ.

Ч. пр. и ассистента клиники **В. Н. Орлова**.

Инородныя тѣла могутъ быть вводимы во влагалище съ различными цѣлями—для лѣченія, съ цѣлью мастурбаціи, для производства искусственнаго выкидыша и съ злонамѣренной цѣлью. Чаще всего они вводятся съ цѣлью лѣчебной—для поддержанія на мѣстѣ выпадающей матки или,

Digitized by Google

при неправильномъ положеніи ея, для удержанія на мѣстѣ въ положеніи нормальномъ. Сюда относится цѣлый рядъ пессаріевъ, разнообразныхъ какъ по формѣ, такъ и по матеріалу, изъ котораго они сдѣланы. Здѣсь мы встрѣчаемъ у больныхъ на ряду съ искусно сдѣланными инструментальнымъ мастеромъ кольцами, комъ тряпокъ или пучекъ соломы, сѣна, что я видѣлъ не разъ у амбуляторныхъ больныхъ.

Случаевъ долголѣтняго пребыванія пессаріевъ во влагалищѣ описано въ литературѣ много. Эти инородныя тѣла долго могутъ оставаться во влагалищѣ, не вызывая никакихъ измѣненій въ стѣнкахъ его; это бываетъ, впрочемъ, только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ пессарій такъ приспособленъ къ влагалищной стѣнкѣ, что не растягиваетъ ея и не давитъ на нее; въ противномъ случаѣ происходятъ поврежденія стѣнокъ влагалища и сосѣднихъ органовъ. *Neugebauer* [1]) собралъ въ литературѣ цѣлый рядъ случаевъ прободенія различными пессаріями сосѣднихъ съ влагалищемъ органовъ; такъ, въ 23 случаяхъ онъ нашелъ прободенія задняго свода и прямой кишки безъ одновременнаго поврежденія другихъ стѣнокъ влагалища; въ 20—прободеніе въ мочевой пузырь; въ 10 случаяхъ наблюдалось одновременное прободеніе въ прямую кишку и въ мочевой пузырь; 1 разъ развился мочеточниково-влагалищный, 1 разъ—мочеточниково-пузырновлагалищный и 1 разъ уретро-влагалищный свищъ; 1 разъ пессарій проникъ въ *Douglas*'ово пространство; въ 3 случаяхъ наблюдалось проникновеніе пессаріевъ въ околоматочную клѣтчатку, при чемъ въ 1 изъ нихъ была повреждена и прямая кишка; въ 6 пессаріи врѣзались въ матку.

Кромѣ этихъ, въ литературѣ описано много другихъ случаевъ, гдѣ наблюдались лишь изъязвленія на влагалищныхъ стѣнкахъ и вростаніе кольца въ нихъ. Такихъ больныхъ видѣлъ нѣсколько разъ и я на амбуляторныхъ пріемахъ. Теченіе болѣзни у нихъ всегда было хорошее: вскорѣ послѣ извлеченія кольца изъязвленная поверхность подъ вліяніемъ обеззараживающихъ спринцеваній очищалась и постепенно покрывалась влагалищнымъ эпителіемъ.

Съ цѣлью мастурбаціи во влагалище вводятся самые разнообразные предметы: въ немъ находили шпульки отъ нитокъ, шпильки, стеклянныя пробки отъ графиновъ и пр. Казуистическая литература и въ этомъ отношеніи весьма богата, и въ ней встрѣчаются описанія крайне поучительныхъ случаевъ. Прежде чѣмъ излагать свой случай, я позволю себѣ привести нѣкоторые изъ нихъ.

*Winternitz* [2]) описалъ случай, гдѣ у 26-лѣтней дѣвушки была найдена во влагалищѣ катушка отъ нитокъ, пролежавшая въ немъ 6 лѣтъ. Больная обратилась за помощью по поводу вдругъ наступившихъ сильныхъ болей внизу живота и пахнувшихъ отдѣленій. При изслѣдованіи во влагалищѣ найдено сильное рубцовое съуженіе, позади котораго ощупывалось твердое инородное тѣло. Удаленіе послѣдняго представило большія затрудненія изъ-за рубцовъ. Осторожно были сдѣланы во влагалищѣ боковые разрѣзы, и инородное тѣло, захваченное пулевыми щипцами, извлечено изъ него. Вслѣдъ за тѣломъ вылилось много вонючей, темно-бурой жидкости. Чтобы не повредить при извлеченіи мочевой пузырь и прямую кишку, въ первый введенъ былъ катетеръ, а во вторую—палецъ ассистента.

*Pearse* [3]) наблюдалъ больную, 36 л., которая 14 лѣтъ назадъ ввела себѣ во влагалище шпульку отъ гаруса. Въ первые 2 года инородное тѣло это вызывало сильныя боли, а затѣмъ—лишь незначительное непріятное ощущеніе. При изслѣдованіи влагалища найдено, что инородное тѣло глубоко врѣзалось въ его стѣнки и значительно съузило просвѣтъ. Для извлеченія шпульки пришлось расширить влагалище. Какъ слѣдствіе долголѣтняго пребыванія ея въ немъ, образовался уретро-влагалищный свищъ.

*Carter* [4]) описалъ случай, гдѣ у 17-лѣтней блѣдной, истощенной дѣвицы вскорѣ послѣ первыхъ мѣсячныхъ появились водянистыя, съ сильнымъ запахомъ отдѣленія. По разсказу больной она при наступленіи мѣсячныхъ вложила себѣ во влагалище для остановки крови шпульку. При изслѣдованіи во влагалищѣ передъ шпулькой найдено рубцевое съуженіе, отверстіе въ которомъ открыто было съ трудомъ; изъ него вытекала сильно пахучая жидкость. Тупоконечнымъ ножемъ рубцы были разсѣчены, и шпульку, захваченную щипцами, легко удалось извлечь наружу. Влагалищныя стѣнки представляли собою всѣ свойства полости нарыва. Черезъ 14 дней больная выписалась изъ больницы съ такимъ сильнымъ съуженіемъ влагалища, что въ него едва входилъ палецъ. Черезъ 2 года рубецъ былъ изсѣченъ, но во время родовъ его снова пришлось разсѣчь. Для послѣдующихъ родовъ рубецъ препятствій уже не представилъ.

*Breisky* [5]) нашелъ во влагалищѣ у одной 28-лѣтней женщины шпульку отъ гаруса, которую она ввела себѣ 7 лѣтъ назадъ съ цѣлью мастурбаціи. Черезъ 3 года въ области паховой складки образовалась опухоль, а при разрѣзѣ выдѣлилось оттуда много гноя съ сильнымъ запахомъ. Послѣ заживленія раны боли, а также отдѣленія съ запахомъ, продолжались во время мѣсячныхъ. При изслѣдованіи влагалище представляло изъ себя слѣпой мѣшокъ. Инородное тѣло можно было прощупать черезъ прямую кишку. Оно лежало справа и кзади отъ матки въ мягкой, зыблившей опухоли. Съ трудомъ было найдено свищевое отверстіе, по расширеніи котораго была съ помощью корнцанга извлечена деревянная шпулька, въ 3,4 стм. величиной. Полное выздоровленіе.

*Kottmann* [6]) нашелъ у 25-лѣтней не рожавшей женщины позади высокостоявшей влагалищной части матки шпульку, 4 стм. длиной, которая пробуравила задній сводъ влагалища и вызвала тѣмъ гнойный тазовой перитонитъ, унесшій больную въ могилу. Шпулька легко была удалена крѣпкимъ корнцангомъ.

*Broer* [7]) описалъ случай 23-лѣтняго пребыванія катушки отъ нитокъ во влагалищѣ у 36-лѣтней женщины; катушка была введена, по мнѣнію *Broer*'а, съ цѣлью онанизма. Больная съ 13 лѣтъ страдала болѣзненными мѣсячными, во время которыхъ должна была ложиться въ постель. Влагалище было съужено; палецъ въ разстояніи 4 стм. отъ входа въ него натыкался на рубецъ, совершенно закрывавшій его просвѣтъ. Отверстіе было найдено съ помощью тонкаго зонда; чрезъ отверстіе вылилась буроватая, гнойная, съ сильнымъ запахомъ жидкость. При изслѣдованіи обѣими руками въ правой $^1/_2$ малаго таза найдена бугристая, плотная, почти вплотную срощенная съ прямой кишкой и задней стѣнкой таза опухоль, въ головку ребенка. Отверстіе въ рубцѣ было расширено палочками ламинаріи и ножемъ, и инородное тѣло съ трудомъ извлечено было щипцами.

*Д. Д. Поповъ* [8]) у 18-лѣтней роженицы нашелъ во влагалищѣ часть подсвѣчника вмѣстѣ съ остатками стеариновой свѣчки. Роды прошли благополучно. Какъ и когда попало во влагалище инородное тѣло, осталось неизвѣстнымъ.

*Krause* [9]) нашелъ у 6-лѣтней дѣвочки, 2 года уже страдавшей сильными бѣлями и зудомъ, головную шпильку во влагалищѣ. До этого дѣвочку много врачей лѣчили безуспѣшно отъ малокровія. Шпилька, по мнѣнію автора, введена была горничной; удаленіе ея представило нѣкоторыя трудности.

*Woyer* [10]) извлекъ изъ влагалища у одной роженицы, 28 л., резиновое кольцо съ рядомъ зубцовъ (шпору), которое ея мужъ употреблялъ при сношеніи съ нею въ качествѣ возбуждающаго средства для того, чтобы она забеременѣла, такъ какъ она долго была безплодна; она, дѣйствительно, вскорѣ забеременѣла. Въ клиникѣ при осмотрѣ влагалища не было найдено наружнаго отверстія матки; его закрывала какая-то опухоль, которая и оказалась резиновымъ кольцомъ. Больная страдала болями и сильными бѣлями.

*Fabre* [11]) у 4-лѣтней дѣвочки удалилъ изъ влагалища головную шпильку, круглая часть которой лежала въ *Douglas*'овомъ пространствѣ, а острые концы были расположены такъ: одинъ лежалъ на лѣвой стѣнкѣ влагалища, а другой выходилъ позади срамныхъ губъ. Больная поправилась. Шпильку ввела себѣ дѣвочка сама, видя, какъ мать каждый день вечеромъ помощью шпильки вынимала у нея изъ задняго прохода острицы.

Изъ 4-хъ сообщенныхъ *К. Р. Гейнрихсеномъ* [12]) случаевъ инородныхъ тѣлъ въ наружныхъ половыхъ органахъ у женщинъ 3 относятся къ инороднымъ тѣламъ во влагалищѣ. Въ 1-мъ извлечена была изъ рукава продыравившая мочеиспускательный каналъ головная шпилька, пролежавшая тамъ $1^1/_2$ года. Больная пользовалась этой шпилькой для рукоблудія. Въ 2-мъ случаѣ — пессарій *Zwank*'а, пролежавшій годъ во влагалищѣ и вросшій въ стѣнку его. Въ 3-мъ случаѣ извлечена игла, оставшаяся послѣ какой-то операціи въ шейкѣ матки и пролежавшая въ ней 2 года. Больная за это время забеременѣла и родила. Черезъ годъ игла сама собой вышла во влагалище, откуда и была удалена. Пессарій *Zwank*'а пришлось удалить по частямъ.

*Freicherr* [13]) нашелъ во влагалищѣ 16-лѣтней дѣвушки 42 кремневыхъ камня. Большіе камни вѣсили по 20 грм. и имѣли въ длину 5,5, а въ ширину 2 стм., средніе вѣсили 7—9 грм. и имѣли въ длину 3,5, а въ ширину 1,5 стм.; самые мелкіе вѣсили 1—2 грм. и имѣли въ длину 1,5, а въ ширину 0,5—1 стм. Въ общемъ всѣ камни вѣсили 200 грм. Какъ попали они во влагалище, осталось неизвѣстнымъ; сама больная объ этомъ ничего не сказала. Жаловалась она на боли при мочеиспусканіи, недержаніе мочи и выдѣленіе ея по каплямъ. На мѣстѣ отверстія въ дѣвственной плевѣ прощупывался рубецъ. Камни удалены были подъ наркозомъ. Выздоровленіе.

Приведенными случаями, само собой разумѣется, не исчерпывается вся литература вопроса, но изъ нихъ ясно видно, какъ разнообразны инородныя тѣла, вводимыя во влагалище. Въ 6 случаяхъ въ немъ были найдены деревянныя катушки изъ-подъ нитокъ, гаруса и шерсти; въ 3—головныя шпильки; въ 1—часть подсвѣчника вмѣстѣ съ остаткомъ стеариновой свѣчи; въ 1—резиновое кольцо съ зубцами (шпора); въ 2—пессарій *Zwank*'а; въ 1—42 кремневыхъ камня; въ 1—хирургическая игла, оставленная при операціи.

Главными припадками долговременнаго пребыванія инороднаго тѣла во влагалищѣ были сильныя, съ противнымъ запахомъ, выдѣленія, болѣзненныя мѣсячныя, заставляв-

Digitized by Google

шія больныхъ ложиться во время нихъ въ постель, явленія давленія на мочевой пузырь, частые позывы на мочу и недержаніе ея. Во всѣхъ почти случаяхъ наблюдалась болѣе или менѣе рѣзкая болѣзненность внизу живота. При прободеніи стѣнки влагалища или одного изъ сводовъ развивались нарывы въ околоматочной клѣтчаткѣ; при прободеніи брюшины—гнойное воспаленіе ея и смерть, какъ это было въ случаѣ *Kottman*'а, гдѣ больная вскорѣ послѣ удаленія инороднаго тѣла (шпульки) погибла отъ гнойнаго воспаленія тазовой брюшины. Если прободеніе стѣнки влагалища прошло для жизни больной благополучно, то въ концѣ концовъ могутъ образоваться свищи, какъ пузырно-влагалищные, такъ и изъ прямой кишки во влагалище, о чемъ обстоятельно сообщается въ вышеупомянутой работѣ *Neugebauer*'а. Отъ давленія инороднаго тѣла на стѣнку влагалища могутъ развиваться мѣстныя омертвѣнія его съ послѣдовательнымъ съуженіемъ просвѣта, которое въ нѣкоторыхъ случаяхъ и было выражено до такой степени рѣзко, что отверстіе входа во влагалище отыскивалось лишь съ большимъ трудомъ и то съ помощью самаго тонкаго зонда. Рубцы охватывали при этомъ все влагалище кольцомъ, или располагались по длинѣ его, или, наконецъ, имѣли самую неправильную форму, смотря по тому, гдѣ больше всего давило инородное тѣло. Въ виду съуженія влагалища почти во всѣхъ случаяхъ приходилось передъ извлеченіемъ инороднаго тѣла расширять отверстіе въ рубцѣ, что производилось или палочками ляминаріи, или бужами *Hegar*'а, или, наконецъ, тупоконечнымъ ножемъ. Для полнаго удаленія рубцеваго съуженія влагалища и возстановленія нормальныхъ отношеній весь рубецъ по извлеченіи инороднаго тѣла вырѣзывается, и послѣ вырѣзыванія накладываются соотвѣтствующимъ образомъ швы, причемъ, по возможности, избѣгается укороченіе влагалища. Если въ окровавленной области получится первое натяженіе, то результаты будутъ хорошіе; если-же рана загноится и заживетъ вторымъ натяженіемъ, то вновь образуются рубцы съ вторичными съуженіями влагалища.

Для удаленія инороднаго тѣла чаще всего употребляются крѣпкіе щипцы и корнцангъ.

Самое тѣло или извлекается въ цѣломъ видѣ, или его раздробляютъ и вытаскиваютъ по кускамъ, что сдѣлалъ и я въ нижеприводимомъ случаѣ. По удаленіи инороднаго тѣла назначаются обеззараживающія спринцеванія, подъ вліяніемъ которыхъ выдѣленія постепенно теряютъ свойства гноя, уменьшаются въ количествѣ и совершенно исчезаютъ.

Перехожу къ описанію своего случая.

С. К., 60 л., крестьянка, поступила въ госпитальную акушерско-гинекологическую клинику 22/VIII 1902 г. съ жалобами на боли внизу живота и во влагалищѣ, на одышку, кашель и на гнойныя выдѣленія изъ влагалища. Замужъ вышла лѣтъ 40 назадъ. Рожала 2 раза: въ 1-ый разъ 34 года назадъ, во 2-й—черезъ $1^1/_2$ года послѣ того. Первыя крови на 20-мъ году; затѣмъ — черезъ 4 недѣли, по 5—7 дней. Послѣ 1-хъ родовъ во время тяжелой работы почувствовала внизу живота сильныя боли и опущеніе матки. За помощью обратилась къ бабкѣ, но пользы не получила и тогда стала сама вводить себѣ во влагалище различные предметы, чтобы поддержать матку. Послѣ 2-хъ родовъ опущеніе матки увеличилось, и больная ввела себѣ во влагалище случайно найденный ею на садовой дорожкѣ крокетный шаръ. Лежа на спинѣ сдѣлать этого ей не удалось; тогда она приняла колѣнно-локтевое положеніе, и шаръ вошелъ. Это было лѣтъ 30 назадъ. Съ тѣхъ поръ больная перестала ощущать опущеніе матки и не чувствовала болей; отправленія какъ мочевого пузыря, такъ и прямой кишки отклоненій отъ нормы не представляли.

При изслѣдованіи черезъ влагалище найдено: входъ рѣзко съуженъ (старческая атрофія); за нимъ палецъ наталкивался на круглое, твердое тѣло; изъ влагалища выдѣлялась слизисто-гнойная жидкость. Мочеиспускательный каналъ былъ проходимъ для катетера нормальнаго калибра. Изъ мочевого пузыря выпущена прозрачная моча. Прямая кишка также не представлялась особенно сжатой. Шаровидное тѣло свободно помѣщалось во влагалищѣ; захвативъ щипцами, его легко можно было поворачивать въ любую сторону. Въ виду рѣзкаго съуженія входа во влагалище извлечь инородное тѣло цѣликомъ было нельзя, и его пришлось расщепить на куски. Расщеплялось оно помощью крѣпкихъ щипцовъ *Doyen*'а сравнительно легко и все время вдоль. Уменьшая постепенно размѣры шара, наконецъ удалось извлечь его весь. Это былъ средней величины крокетный шаръ. Дерево его представлялось совершенно неизмѣненнымъ, свѣжимъ и крѣпкимъ. При осмотрѣ влагалищныхъ стѣнокъ найденъ рѣзкій кольпитъ и мѣстами небольшія поверхностныя язвы. На 5-ый день С. К. выписалась изъ клиники здоровой. При выпискѣ найдено: матка небольшая, атрофированная; во влагалищѣ на мѣстѣ удаленнаго шара—кольцевидное съуженіе. Болей никакихъ нигдѣ не было.

Только-что описанный случай относится къ той группѣ случаевъ инородныхъ тѣлъ, гдѣ они вводились во влагалище съ лѣчебною цѣлью. Больная ввела себѣ шаръ, чтобы поддержать выпадавшую матку и стѣнки влагалища, и достигла въ этомъ отношеніи блестящихъ результатовъ.

Случай этотъ интересенъ во 1-хъ, тѣмъ, что инородное тѣло—крокетный шаръ—пролежало во влагалищѣ 30 лѣтъ и не вызвало за это время никакихъ серьезныхъ измѣненій на стѣнкахъ влагалища: нигдѣ не было найдено ни пролежней, ни прободеній; во 2-хъ, шаръ въ этомъ случаѣ вовсе не измѣнился: дерево его осталось такимъ-же свѣжимъ и не потеряло своихъ обычныхъ свойствъ; въ 3-хъ, случаи, гдѣ во влагалищѣ находятъ, какъ инородное тѣло, крокетный шаръ, принадлежатъ, видимо, къ большимъ рѣдкостямъ.

**Литература:** 1. *Neugebauer*. «Archiv f. Gynaekologie», т. XLIII, стр. 373.—2. *Winternitz*. «Centralblatt für Gynaekologie», 1895, № 24.—3. *Pearse*. «British Medical Journal», 1873, стр. 728.—4. *Carter*. «Obstetric transactions», т. XXII, 1880, стр. 34.—5. *Breisky*. «Prager med. Wochenschrift», 1888, № 9.—6. *Kottmann*. «Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte», 1875.—7. *Broer*. Greifswald'ская диссертація, 1894 г.—8. *Д. Д. Поповъ*. «Современная Клиника», 1895 г.—9. *Krause*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1896.—10. *Woyer*. «Centralblatt f. Gynaekologie», 1897, № 2.—11. *Fabre*. «Gazette médicale de Paris», 1897, № 13.—12. *К. Р. Гейнрихсенъ*. «Врачъ», 1897 г., № 47.—13. *Freicherr*. «Wiener med. Presse», 1898, № 9.

---

LI. Изъ Московской психіатрической клиники.

## О принудительномъ помѣщеніи алкоголиковъ въ лѣчебницы.

Ч. пр. **Ѳ. Е. Рыбакова.**

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Петербургская Коммиссія по вопросу о борьбѣ съ алкоголизмомъ при Обществѣ охраненія народнаго здравія выработала законопроэктъ, по которому привычные алкоголики, дошедшіе вслѣдствіе злоупотребленія спиртными напитками до такого состоянія, что поступки ихъ оказываются вредными или опасными для нихъ самихъ, для окружающихъ или для общества, могутъ подлежать принудительному помѣщенію, на срокъ до 2-хъ лѣтъ, въ назначенныя для того лѣчебныя учрежденія, и ограниченію правоспособности.

Въ виду важности поднимаемаго вопроса считаю не лишнимъ высказать по этому предмету нѣсколько своихъ соображеній.

Я не стану здѣсь касаться тѣхъ законоположеній объ алкоголикахъ, которыя существуютъ въ разныхъ странахъ. Это заставило-бы меня слишкомъ уклониться въ сторону; замѣчу лишь, что въ западно-европейскихъ государствахъ нѣтъ соглашенія по этому предмету: такъ, въ Германіи существуетъ законъ, по которому подвергается опекѣ каждый, «кто вслѣдствіе пьянства не въ состояніи заботиться о своихъ дѣлахъ или угрожаетъ раззореніемъ себѣ или своей семьѣ»; въ Англіи существуетъ законъ, по которому алкоголики, сдѣлавшіеся преступниками, подлежатъ принудительному помѣщенію въ лѣчебницы; въ Швейцаріи (за исключеніемъ одного кантона Saint-Gall) нѣтъ никакого закона о принудительномъ помѣщеніи алкоголиковъ въ лѣчебницы.

Каждому врачу, вѣроятно, не разъ случалось сталкиваться съ такою дилеммою: по настоянію родственниковъ за совѣтомъ обращается алкоголикъ, испытавшій уже всѣ средства, начиная отъ стрихнина и кончая гипнозомъ; остается послѣднее—насильственно лишить его вина, т. е., заставить его помѣститься въ лѣчебницу, но самъ больной ни за что не соглашается на эту мѣру. Какъ тогда быть? Имѣетъ-ли право врачъ хлопотать и настаивать на принудительномъ помѣщеніи такого лица въ больницу или нѣтъ? Оставляя пока въ сторонѣ юридическую сторону дѣла, т. е., вопросъ о дѣеспособности и правоспособности при-

Google

вычнаго алкоголика, взглянемъ на дѣло съ чисто врачебной точки зрѣнія. Принудительное помѣщеніе въ лѣчебницу есть ничто иное, какъ принудительное лѣченіе, а, когда заходитъ рѣчь о принудительномъ лѣченіи, то всегда передъ врачемъ встаютъ 2 вопроса: 1) вопросъ врачебной морали, т. е., вопросъ о томъ, поскольку врачъ имѣетъ нравственное право насиловать волю того или другого лица, лѣчить его помимо его желанія, и 2) вопросъ чисто терапевтическаго свойства,—насколько предлагаемая врачебная мѣра важна, насколько ожидаемые терапевтическіе результаты въ состояніи оправдать то насиліе, которое употребляется надъ больнымъ, т. е., стоитъ-ли вообще эта мѣра того, чтобы прибѣгать къ принудительнымъ средствамъ. Мнѣ думается, отвѣтъ на 1-й вопросъ можетъ быть только одинъ: ни одинъ врачъ не вправѣ брать на себя выполненіе полицейскихъ обязанностей, хотя-бы эти обязанности и были построены на принципахъ гуманности. Непринудительность лѣченія есть существенный и важный принципъ всякаго лѣченія, и этотъ принципъ долженъ быть непремѣнно соблюденъ въ данномъ вопросѣ. Подобно тому, какъ врачъ не станетъ оперировать больного безъ его согласія, не станетъ, вопреки его желанію, подвергать его гипнозу или впрыскивать ему морфій, не станетъ, наконецъ, насильно вливать ему въ ротъ лѣкарство, которое онъ не хочетъ принимать; точно также врачъ не долженъ помѣщать въ лѣчебницу человѣка, который не хочетъ туда помѣщаться, не долженъ уже потому, что всякое такое помѣщеніе связано съ извѣстнымъ лишеніемъ свободы, а лишеніе свободы есть далеко не дѣло врача. Самое бóльшее, въ чемъ можетъ въ данномъ случаѣ выразиться личное участіе врача, это—совѣтъ и убѣжденіе; дальше этой мѣры врачебное вмѣшательство не должно и не можетъ идти, точно также, какъ оно не можетъ идти дальше тамъ, гдѣ больной не хочетъ принимать того или иного лѣкарства.

И такъ, принудительное помѣщеніе пьяницы въ лѣчебницу не совмѣстимо съ принципами врачебной морали. Но допустимъ, что бываютъ такія условія, когда можно пожертвовать этими принципами; допустимъ даже, что эти принципы ложны, что они являются продуктомъ врачебной щепетильности; тогда передъ врачемъ встаетъ 2-й изъ вышеупомянутыхъ вопросовъ: стоитъ-ли вообще эта мѣра,—т. е., принудительное помѣщеніе въ лѣчебницу—того, чтобы насильственно лишать человѣка свободы? На мой взглядъ, при насильственномъ удерживаніи пьяницы въ лѣчебницѣ никогда нельзя разсчитывать на удовлетворительные терапевтическіе результаты, и вотъ почему: 1) самый способъ лѣченія путемъ пребыванія въ лѣчебницѣ, если даже оно происходитъ не вопреки желанію больного, далеко не стоитъ на вершинѣ пирамиды современнаго лѣченія пьянства: лѣченіе гипнозомъ на ходу даетъ, какъ извѣстно, не худшіе, а даже лучшіе результаты; 2) алкоголикъ, попавшій въ лѣчебное заведеніе вопреки своей волѣ, естественнымъ образомъ, будетъ всячески стараться противодѣйствовать направленной противъ него терапіи, а по выходѣ изъ лѣчебницы при первомъ-же случаѣ постарается на дѣлѣ доказать ея несовершенства (привожу это соображеніе на основаніи ряда личныхъ наблюденій); этимъ самымъ уже до извѣстной степени парализуется значеніе даннаго лѣченія; и 3) алкоголикъ, удерживаемый врачемъ насильственно, будетъ видѣть въ послѣднемъ своего врага, что, естественно, будетъ мѣшать возможности примѣненія къ нему одного изъ самыхъ важныхъ лѣчебныхъ средствъ—нравственнаго воздѣйствія врача, на которомъ въ сущности и построена вся система и весь смыслъ пребыванія въ спеціальныхъ лѣчебницахъ. Если принять во вниманіе эти доводы, то окажется, что все лѣченіе, связанное съ принудительнымъ пребываніемъ алкоголиковъ въ лѣчебницахъ, въ сущности, можетъ свестись къ нулю. А разъ это такъ, то невольно возникаетъ вопросъ: зачѣмъ-же примѣнять такое лѣченіе? Я и думаю, что его примѣнять не слѣдуетъ, по крайней мѣрѣ, въ тѣхъ случаяхъ, когда человѣкъ не лишенъ способности здраво оцѣнивать свое состояніе и свободно распоряжаться своею волей. Если-же онъ лишенъ этой способности, то тогда дѣло идетъ уже не о пьяницѣ вообще, а о пьяницѣ душевно-больномъ, о такомъ пьяницѣ, который утратилъ свою правоспособность, сдѣлался невмѣняемымъ. Тутъ уже вопросъ становится на чисто юридическую точку зрѣнія. Нѣтъ сомнѣнія, что далеко не всѣ пьяницы могутъ быть признаны настолько невмѣняемыми, чтобъ можно было по произволу распоряжаться ихъ волею, чтобы ихъ можно было на правахъ душевно-больныхъ помѣщать въ лѣчебницы. Каковъ бы ни былъ законъ о пьяницахъ, все-таки нужно сознаться, что не всѣ пьяницы могутъ быть ограничены въ правѣ личной свободы: присущій всѣмъ пьяницамъ припадокъ болѣзни—неудержимое влеченіе къ вину—самъ по себѣ еще не даетъ права производить насиліе надъ личностью, точно также какъ неудержимое влеченіе къ морфію, къ куренію табака не даетъ права стѣснять личную свободу морфинистовъ и курильщиковъ. Только тѣ алкоголики могутъ быть ограничены въ правѣ личной свободы, которые въ силу умственнаго притупленія или упадка нравственнаго чувства, вызваннаго алкоголемъ, становятся душевно-больными, которые вслѣдствіе этого теряютъ способность управлять дѣлами, раззоряютъ семью, дѣлаются опасными для окружающихъ. Говоря другими словами, помѣщеніе въ лѣчебницу безъ согласія больного можетъ быть оправдано лишь въ слѣдующихъ исключительныхъ случаяхъ: 1) когда алкоголикъ заболѣваетъ душевнымъ разстройствомъ (напр., бѣлою горячкою), которое лишаетъ его возможности свободно распоряжаться своею волею, и 2) когда онъ, по причинѣ злоупотребленія алкоголемъ, доходитъ до сильной степени умственнаго или нравственнаго отупѣнія, дающаго право считать его душевно-больнымъ.

Въ этихъ *исключительныхъ* случаяхъ нельзя однако ни на минуту забывать, что принудительное помѣщеніе, какими-бы врачебными доводами оно ни оправдывалось и подъ какую-бы юридическую формулу ни подводилось, все-таки съ общественной точки зрѣнія является ничѣмъ инымъ, какъ насильственнымъ лишеніемъ свободы, а потому оно должно совершаться съ крайней осторожностью и не иначе, какъ послѣ тщательнаго изслѣдованія и наблюденія врачей-экспертовъ психіатровъ.

Въ виду того, что показанія къ принудительному помѣщенію являются вполнѣ опредѣленными, невольно возникаетъ вопросъ: зачѣмъ-же такого рода больныхъ помѣщать непремѣнно въ спеціальныя лѣчебницы, гдѣ они могутъ такъ-же оказаться невыносимыми для окружающихъ, гдѣ они своимъ поведеніемъ такъ-же могутъ нарушать общій порядокъ и непріятно дѣйствовать на другихъ спокойныхъ алкоголиковъ? Мнѣ кажется, такихъ больныхъ помѣщать въ спеціальныя больницы нѣтъ нужды: ихъ мѣсто въ психіатрическихъ больницахъ; тамъ они по роду своей болѣзни будутъ, какъ разъ, соотвѣтствовать общему режиму. А, если это такъ, то нѣтъ надобности и въ изданіи какого-либо особаго закона для алкоголиковъ, который санкціонировалъ-бы принудительность помѣщенія—нѣтъ надобности потому, что категорія пьяницъ, подлежащихъ принудительному помѣщенію, съ судебно-психіатрической точки зрѣнія является именно ничѣмъ инымъ, какъ категоріей душевно-больныхъ. Съ этой точки зрѣнія и спеціальныя лѣчебницы для алкоголиковъ теряютъ свое значеніе: если такія лѣчебницы и имѣютъ право на существованіе, то только для тѣхъ пьяницъ, которые идутъ лѣчиться туда добровольно.

Мнѣ возразятъ, что существуетъ такая категорія алкоголиковъ, которые, съ одной стороны, не могутъ быть подведены подъ категорію душевно-больныхъ, съ другой—являются невыносимыми для семьи и для окружающихъ; какъ быть съ ними? Да, несомнѣнно, такая категорія существуетъ, и очень большая. Въ этихъ случаяхъ, мнѣ кажется, и должна быть болѣе, чѣмъ гдѣ-либо, испробована врачемъ вся сила его нравственнаго авторитета и врачебнаго знанія, чтобы убѣдить такого больного лѣчиться добровольно. Опытъ показываетъ, что, если только алкоголикъ не носитъ въ себѣ рѣзко выраженныхъ чертъ нравственнаго вырожденія или умственнаго отупѣнія, то такого рода врачебное убѣжденіе почти всегда можетъ достигнуть своей цѣли: у всякаго алкоголика, какъ-бы сильно онъ ни предавался пьянству, всегда бываютъ такіе проблески, когда онъ можетъ здраво относиться къ своему состоянію, и эти-

Digitized by Google

ми проблесками врачъ можетъ пользоваться для вышеуказанной цѣли. Мнѣ еще возразятъ, что бываютъ случаи, когда алкоголикъ, помѣщенный въ лѣчебницу насильственно, послѣ 2—3-дневнаго пребыванія въ ней, придя въ себя, начинаетъ сознавать приносимую ему пользу и становится лишь благодарнымъ за свое помѣщеніе. Мнѣ кажется, что, если такіе случаи и бываютъ, то все-таки они не даютъ право на изданіе закона о принудительномъ помѣщеніи, такъ какъ нельзя отрицать, что между тѣмъ, что больной удерживается въ лѣчебницѣ насильственно (на основаніи закона), и тѣмъ, что его удерживаетъ тамъ добровольное желаніе лѣчиться, желаніе, ежеминутно подкрѣпляемое сознаніемъ, что въ каждый моментъ, какъ только онъ пожелаетъ, онъ можетъ оставить лѣчебницу, и никто не смѣетъ его задерживать тамъ—огромная разница. При существованіи закона, санкціонирующаго принудительность пребыванія въ лѣчебницѣ, алкоголикъ, какъ-бы онъ ни былъ доволенъ лѣчебницей и ея порядками, все-таки будетъ испытывать нѣкоторое душевное угнетеніе, нѣкоторое тягостное чувство стѣсненія личной свободы, и это чувство невольно, вопреки даже сознательному участію самого больного, можетъ превратиться въ непроницаемую стѣну, которая выростаетъ между нимъ и врачемъ. А такая стѣна въ этомъ дѣлѣ, конечно, въ высшей степени нежелательна. Я не говорю уже о тѣхъ случаяхъ, когда существованіе принудительнаго закона можетъ открыть широкое поле для злоупотребленій—не со стороны врачей, конечно, а со стороны лицъ, помѣщающихъ больного въ лѣчебницу.

Въ заключеніе я долженъ сказать, что я вовсе не касаюсь тѣхъ алкоголиковъ, которые въ силу своей болѣзни или другихъ условій сдѣлались преступниками: такіе люди подлежатъ судебно-псих іатрическому изслѣдованію на основаніи общихъ правилъ и, въ случаѣ надобности, могутъ, конечно, поступать въ лѣчебницу уже по опредѣленію суда.

Резюмируя сказанное, прихожу къ слѣдующимъ положеніямъ:

1. Принудительное помѣщеніе пьяницъ въ лѣчебницы должно быть признано въ принципѣ нежелательнымъ, такъ какъ а) оно не согласуется съ требованіями врачебной морали, б) не можетъ принести надлежащихъ терапевтическихъ результатовъ и в) не можетъ быть оправдываемо съ юридической точки зрѣнія.

2. Въ силу необходимости и условій общественной жизни принудительное помѣщеніе въ лѣчебницы можетъ быть допустимо лишь въ слѣдующихъ *исключительныхъ* случаяхъ: а) когда алкоголикъ заболѣваетъ душевнымъ разстройствомъ и б) когда онъ по причинѣ злоупотребленія алкоголемъ доходитъ до сильной степени нравственнаго или умственнаго отупѣнія, дѣлающаго его душевно-больнымъ.

3. Въ указанныхъ исключительныхъ случаяхъ алкоголики съ судебно-психіатрической точки зрѣнія являются именно душевно-больными.

4. Въ указанныхъ случаяхъ алкоголики могутъ быть помѣщаемы для излѣченія не въ спеціальныя лѣчебницы для пьяницъ, а въ психіатрическія больницы, какъ болѣе соотвѣтствующія характеру ихъ болѣзни и болѣе подходящія къ нимъ по своему режиму.

5. Въ виду опредѣленности категоріи алкоголиковъ, принудительное помѣщеніе которыхъ можетъ быть оправдываемо съ врачебной точки зрѣнія, особый законъ для пьяницъ теряетъ свой смыслъ и значеніе.

---

LII. Изъ госпитальной терапевтической клиники В.-Медицинской Академіи.

## Къ мочегонному дѣйствію теоцина.

**А. Ю. Двужильнаго.**

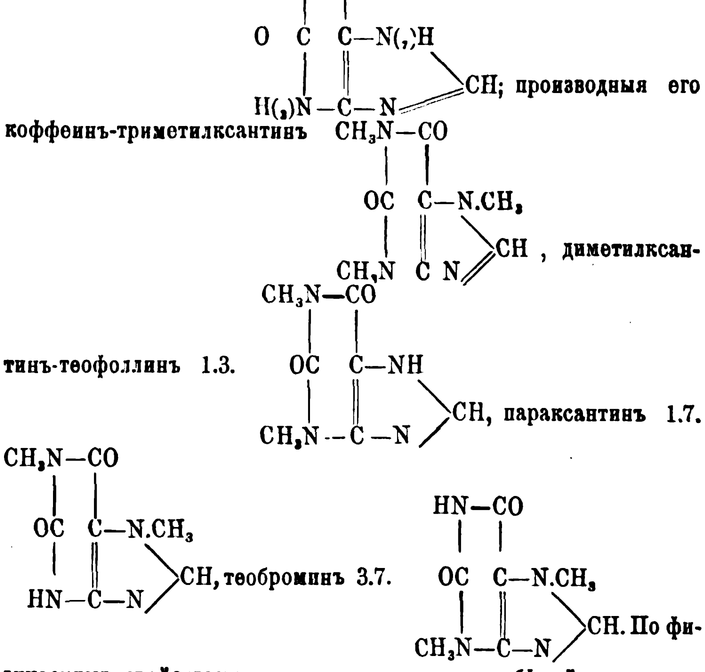
1.

Ежедневный клиническій опытъ учитъ, что средства, принадлежащія къ группѣ мочегонныхъ, отличаются большою избирательной способностью, проявляющеюся въ томъ, что въ одномъ и томъ-же случаѣ одни изъ нихъ оказываются совершенно недѣйствительными, между тѣмъ какъ другія проявляютъ подчасъ поразительное дѣйствіе. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ однако всѣ наши старанія достигнуть благопріятнаго результата не увѣнчиваются успѣхомъ, не смотря на примѣненіе всевозможныхъ мочегонныхъ. Эти факты въ связи съ тѣмъ обстоятельствомъ, что многія мочегонныя обладаютъ непріятнымъ побочнымъ дѣйствіемъ, обусловливаютъ полную умѣстность и законность стремленій, направленныхъ къ обогащенію нашего лѣкарственнаго арсенала такими средствами, которыя, оказывая мочегонное дѣйствіе, хорошо переносились-бы больнымъ и были-бы дѣйствительными и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ другія средства оказываются безуспѣшными. Всякое новое средство должно быть прежде всего изучено въ лабораторіи, а затѣмъ при клинической обстановкѣ, такъ какъ только такимъ путемъ могутъ быть выработаны болѣе или менѣе точныя показанія для его примѣненія, что и придаетъ лѣкарственному средству опредѣленную физіономію.

Исходя изъ такихъ соображеній, я охотно принялъ предложеніе глубокоуважаемаго *А. П. Фавицкаго* изучить на клиническомъ матеріалѣ госпитальной терапевтической клиники, которой онъ временно завѣдывалъ, только что оповѣщенное *Minkowski*'мъ [1]) новое мочегонное—теоцинъ или теофиллинъ.

Теоцинъ пущенъ въ продажу фабрикой Bayer'а изъ Elberfeld'а. Онъ получается синтетически двоякимъ способомъ. Одинъ изъ нихъ предложенъ *Emil*'емъ *Fischer*'омъ, другой *Traube*. Препаратъ полученный по 1-му способу носитъ названіе «теофиллинъ» (Theophyllin), а по 2-му—теоцинъ (Theocin).

По составу теоцинъ, иначе теофиллинъ, есть одинъ изъ диметилксантиновъ. Онъ изомеренъ параксантину (Paraxanthin) и теобромину (Theobromin). Формулу ихъ можно представить такъ: мы имѣемъ ксантинъ—



производныя его коффеинъ-триметилксантинъ, диметилксантинъ-теофиллинъ 1.3., параксантинъ 1.7., теоброминъ 3.7. По физическимъ свойствамъ теоцинъ представляетъ бѣлый кристаллическій порошокъ безъ запаха съ точкой плавленія въ 268°.

1 часть теоцина, по *Dreser*'у *), требуетъ для растворенія:

| | при 15—18° Ц. | при 37° Ц. |
|---|---|---|
| воды . . . . . . . . | 179 частей | 85 частей |
| 0,25% HCl . . . . . . | 172 » | 71,5 » |
| 1% $NaHCO_3$ . . . . . | 64 » | 39,5 » |

Такимъ образомъ теоцинъ легче растворяется, чѣмъ теоброминъ, растворимость котораго=1 : 1600.

Изъ фармакологическихъ свойствъ теофиллина стоитъ упомянуть о томъ, что ядовитость его равна приблизительно коффеину. Доза, вызывающая, по *Dreser*'у, судороги у кошекъ, равняется 0,1 грм. на кило вѣса. Свойственное коффеину повышеніе силы сердечной мышцы и увеличеніе пульсовой волны при теоцинѣ выступаетъ такъ-же мало, какъ и при теоброминѣ. Напротивъ, возбужденіе нервной системы, отсутствующее при теоброминѣ, появляется почти въ равной мѣрѣ при теофиллинѣ и при коффеинѣ.

Изъ представленныхъ ксантиновыхъ тѣлъ до послѣдняго времени пользовались, какъ лѣчебными средствами, только коффеиномъ и теоброминомъ. Послѣдній примѣняется въ формѣ двойныхъ солей, именно въ видѣ діуре-

*) Прив. по *Minkowski*'ому. Къ сожалѣнію, я не могъ достать оригинала.

Digitized by Google

тина и агурина, обладающихъ мочегоннымъ дѣйствіемъ. Однако, уже и теоретически можно было предположить, что между многочисленными ксантиново-замѣщенными продуктами окажутся еще средства съ такимъ-же дѣйствіемъ. И, дѣйствительно, изслѣдованія, которыя *Ach* [2]) производилъ въ лабораторіи *Schmiedeberg*'а, вполнѣ подтвердили это предположеніе. Эти-же изслѣдованія показали, что триметилксантинъ (коффеинъ) уступаетъ въ мочегонномъ дѣйствіи всѣмъ 3-мъ изомернымъ диметилксантинамъ и что наконецъ изъ диметилксантиновъ теоброминъ, пользующійся славой хорошаго мочегоннаго, значительно уступаетъ въ этомъ отношеніи своимъ изомерамъ. Наиболѣе сильно дѣйствующимъ оказался параксантинъ, а затѣмъ въ нисходящемъ порядкѣ—теофиллинъ.

Теофиллинъ былъ выдѣленъ впервые *Kossel*'емъ [3]) изъ чайной вытяжки. Но полученный такимъ путемъ, онъ не могъ быть терапевтически испытанъ вслѣдствіе его большой стоимости: 1 кило его стоило около 12000 мар. Лишь въ послѣдніе годы *Traube* *) удалось синтетически получить теофиллинъ, что обусловило значительное пониженіе его стоимости. Такимъ образомъ явилась возможность примѣнять его въ цѣляхъ лѣченія.

Первымъ, кто изучалъ мочегонное дѣйствіе теоцина, былъ *Minkowski*. Онъ примѣнилъ его въ 14 случаяхъ, именно—при различныхъ сердечныхъ порокахъ съ явленіями застоя, при нефритахъ съ общей водянкой и въ 1 случаѣ брюшной водянки на почвѣ сердечнаго цирроза. Мочегонное дѣйствіе выступало ясно во всѣхъ случаяхъ, подчасъ-же оно было выражено поразительно рѣзко; только въ 2 случаяхъ теоцинъ далъ отрицательный результатъ, но у этихъ больныхъ онъ систематически извергался со рвотой. На основаніи своихъ наблюденій *Minkowski* приходитъ къ заключенію, что 1) теоцинъ оказывается наиболѣе дѣйствительнымъ средствомъ въ случаяхъ значительныхъ отековъ; 2) дѣйствіе его наступаетъ быстро, но скоро и проходитъ; 3) повторная дача его дѣйствуетъ слабѣе и слабѣе; 4) предъ коффеиномъ теоцинъ не всегда можетъ имѣть преимущество; 5) мочегонное его дѣйствіе обычно сильнѣе, чѣмъ дѣйствіе коффеина, но онъ не оказываетъ возбуждающаго дѣйствія на сердце; вообще теоцинъ, по видимому, не вліяетъ на дѣятельность сердца; по крайней мѣрѣ, пульсъ и кровяное давленіе остаются при его употребленіи безъ измѣненій. Изъ побочныхъ дѣйствій теоцина *Minkowski* въ нѣкоторыхъ случаяхъ отмѣтилъ раздраженіе слизистой оболочки желудка. Въ этомъ отношеніи, однако, существуютъ большія личныя особенности. Въ 2 случаяхъ теоцинъ извергался рвотой, но тоже наблюдалось у этихъ больныхъ и въ отношеніи другихъ примѣнявшихся у нихъ средствъ; другіе больные жаловались на тошноту и потерю позыва на ѣду. Возбуждающее дѣйствіе теоцина *Minkowski* наблюдалъ лишь у одного нейропатическаго больного, но оно было выражено слабо, да къ тому-же этотъ больной вообще легко возбуждался внезапнымъ повышеніемъ мочеотдѣленія и быстрымъ исчезаніемъ отековъ. Возбуждающее дѣйствіе теоцина было меньше, когда его соединяли, по совѣту проф. *Dreser*'а, съ гедоналомъ. На почки теоцинъ не оказывалъ никакого вреднаго дѣйствія: гдѣ была альбуминурія, она не увеличивалась отъ употребленія теоцина; %-ное содержаніе бѣлковъ въ мочѣ уменьшалось соотвѣтственно увеличенію общаго ея количества. Всѣ послѣдующія сообщенія появились въ печати уже во время моихъ наблюденій.

*Döring* [4]) приводитъ нѣкоторыя исторіи болѣзней изъ 20 случаевъ, гдѣ онъ примѣнялъ теоцинъ. Его матеріалъ состоялъ изъ сердечныхъ больныхъ съ явленіями застоя, изъ больныхъ почечныхъ и одного больного выпотнымъ плейритомъ. По мнѣнію *Döring*'а, теоцинъ есть средство, которое въ малыхъ количествахъ (0,5—09 въ сутки) дѣйствуетъ быстрѣе и вѣрнѣе, чѣмъ теоброминъ въ большихъ. Дѣйствіе теоцина бываетъ наиболѣе рѣзко выражено большею частью въ 1-ый-же день употребленія препарата. Если давать его долгое время подъ рядъ, то мочегонное дѣйствіе начинаетъ по немногу ослабѣвать, но все-же общее количество мочи при немъ больше, чѣмъ при продолжительномъ употребленіи діуретина. На основаніи своихъ наблюденій *Döring* считаетъ теоцинъ особенно цѣннымъ во всѣхъ случаяхъ, когда нужно быстро устранить водянку. Изъ побочныхъ дѣйствій *Döring* отмѣчаетъ также раздраженіе желудка, проявляющееся тошнотой, особенно у мужчинъ. Въ малыхъ количествахъ (0,15) и при пріемѣ не на пустой желудокъ теоцинъ переносится легко. Раздражающаго дѣйствія на почки *Döring* не наблюдалъ ни разу. На нервную систему теоцинъ также не дѣйствовалъ возбуждающимъ образомъ; только у 2 больныхъ *Döring* замѣтилъ легкія нервныя явленія—зудъ, ползаніе мурашекъ и безсонницу.

*Meinertz* [5]) также изучалъ мочегонное дѣйствіе теоцина: результаты его вполнѣ согласны съ данными *Minkowsk*'аго.

*Kramer* [6]), примѣнивъ теоцинъ въ нѣсколькихъ случаяхъ, пришелъ къ заключенію, что онъ представляетъ быстрое и вѣрное мочегонное, при томъ болѣе сильное, чѣмъ діуретинъ и агуринъ. Изъ побочныхъ дѣйствій *Kramer* также отмѣтилъ тошноту и рвоту.

Проф. *Schlesinger* [7]) примѣнялъ теоцинъ болѣе, чѣмъ у 40 больныхъ съ водяночными явленіями на почвѣ болѣзней сердца (пороки, заболѣванія мышцы) или кровеносныхъ сосудовъ (артеріосклерозъ), а также при нефритѣ; наконецъ, довольно часто теоцинъ примѣнялся имъ при воспалительныхъ выпотахъ, какъ-то: при воспаленіи плевры и брюшины. Мочегонное дѣйствіе при водяночныхъ явленіяхъ наступало быстро, уже въ первые 24 часа, и достигало черезъ 1—3 дня наибольшей высоты, затѣмъ начинало падать, но обычно тогда, когда исчезала водянка. Мочеотдѣленіе появлялось быстро и въ значительной степени также въ случаѣ подострой *Bright*'овой болѣзни и при зернистой почкѣ съ общей водянкой. Гораздо менѣе успѣшно дѣйствовалъ теоцинъ при плейритахъ и перитонитахъ, равно какъ и въ 2 случаяхъ цирроза печени съ накопленіемъ жидкости въ брюшной полости. Изъ побочныхъ явленій *Schlesinger* отмѣтилъ въ 2 случаяхъ падучеобразныя судороги у лицъ со здоровыми почками, у которыхъ раньше ничего подобнаго не бывало. Приписывая эти явленія безусловно теоцину, *Schlesinger* въ виду этого совѣтуетъ нѣкоторую осторожность въ дозировкѣ препарата, а также предлагаетъ давать теоцинъ въ соединеніи съ наркотическими средствами или съ горицвѣтомъ, въ цѣляхъ пониженія возбуждающаго его дѣйствія. Онъ предлагаетъ слѣдующую формулу: настоя горицвѣта 5,0 : 180,0; теоцина 0,6 (—1,0); обыкновеннаго сиропа 20,0. Принять въ 24 часа. Или: травы горицвѣта (Dialysat. Golaz) 2,0; перегнанной воды 180,0; теоцина 0,6 (—1,0); померанцеваго сиропа 20,0. Принять въ 24 часа.

Этими работами и ограничиваются касающіяся теоцина литературныя данныя, сообщенныя до окончанія моихъ изслѣдованій.

2.

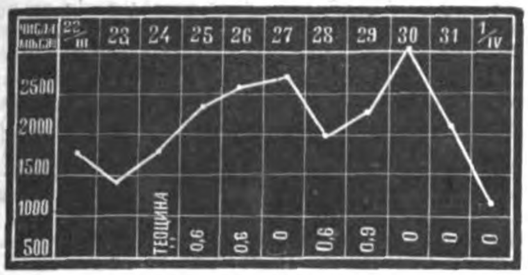
Перехожу къ своимъ наблюденіямъ. Прежде, чѣмъ примѣнить теоцинъ у больныхъ, я испробовалъ его дѣйствіе у 4-хъ здоровыхъ лицъ. 2 изъ испытуемыхъ, впрочемъ, скоро отказались принимать это средство въ виду оказаннаго имъ на нихъ побочнаго непріятнаго дѣйствія, такъ что наблюденіе пришлось прервать уже послѣ 3-го пріема лѣкарства. Въ этихъ случаяхъ однако побочныя явленія были такъ незначительны, выражаясь лишь уменьшеніемъ позыва на ѣду и небольшимъ увеличеніемъ жажды, что относить ихъ на счетъ средства было нѣкоторой натяжкой. Скорѣе нужно было приписать ихъ повышенной мнительности подвергавшихся опыту лицъ. Въ 1 изъ этихъ случаевъ при предшествовавшемъ діурезѣ, выражавшемся въ среднемъ 1500—1800 к. стм., количество мочи послѣ пріема 0,9 теоцина за день поднялось въ слѣдующіе сутки до 3000, на 3-ьи сутки было 2100, а затѣмъ упало до начальной цифры 1600 к. стм.

Въ 2-хъ другихъ случаяхъ наблюденіе продолжалось 10 дней, включая 3 дня предварительнаго періода.

1. Служитель Ч., 23 л., здоровый, хорошаго питанія. Результатъ дѣйствія средства изображенъ на нижепомѣщенной кривой. Изъ этой кривой видно, что суточный пріемъ 0,6 теоцина повысилъ мочеотдѣленіе съ 1500 сразу до 2400 к. стм.; на этой цифрѣ количество мочи держалось 3 дня. Когда затѣмъ теоцинъ на день былъ отмѣненъ, то мочеотдѣленіе упало; но дальнѣйшій

*) Прив. по *Minkowsk*'ому.

Digitized by Google




пріемъ средства—сначала 0,6, а потомъ 0,9 за день — опять повысилъ мочеотдѣленіе очень значительно; мочи стало больше 3000 к. стм. Прекращеніе пріема повлекло за собой новое паденіе, даже ниже обычныхъ среднихъ цифръ. Количество вводимой во все время наблюденія жидкости было одинаково, равняясь 2000—2500 к. стм.; кожно-легочныя потери (по *Sanctorius*'у) составляли въ среднемъ все время 600—700. Пульсъ все время былъ 78—82 въ 1'; дыханіе 20—22 въ 1'; кровяное давленіе 110—120.

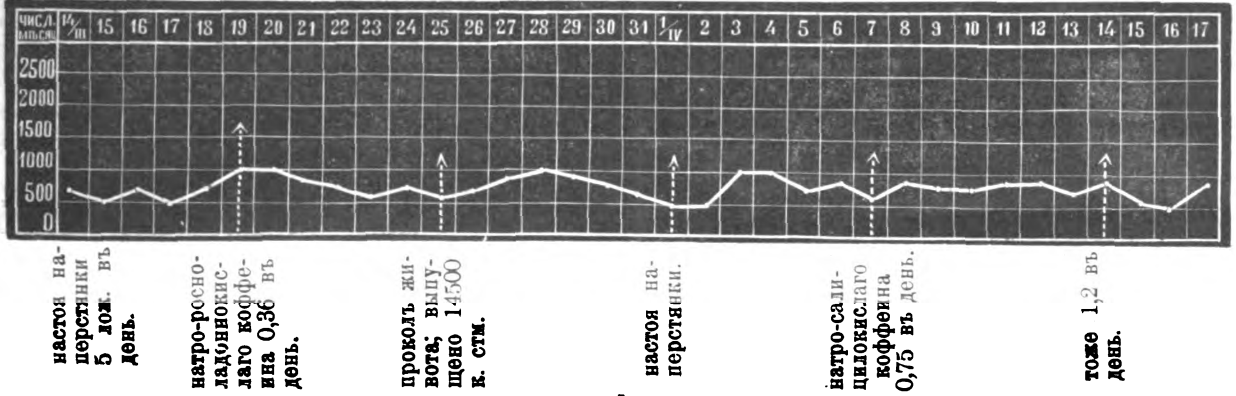
Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ теоцинъ далъ значительное мочегонное дѣйствіе. На пульсъ, кровяное давленіе и дыханіе онъ вліянія не оказалъ. Средство переносилось довольно хорошо, хотя подъ конецъ и исчезъ позывъ на ѣду. За время опыта Ч. потерялъ въ вѣсѣ 2000 грм.

2-ое наблюденіе надъ здоровымъ длилось тоже 10 дней, но мочегоннаго дѣйствія ясно замѣтно не было. Количество мочи только разъ поднялось до 2200 при обычныхъ суточныхъ цифрахъ 1500—1700 к. стм. Кромѣ того, въ этомъ случаѣ наблюдались побочныя явленія—тошнота и однократная несильная рвота. Измѣненій со стороны пульса, кровяного давленія и пр. не было и въ томъ случаѣ.

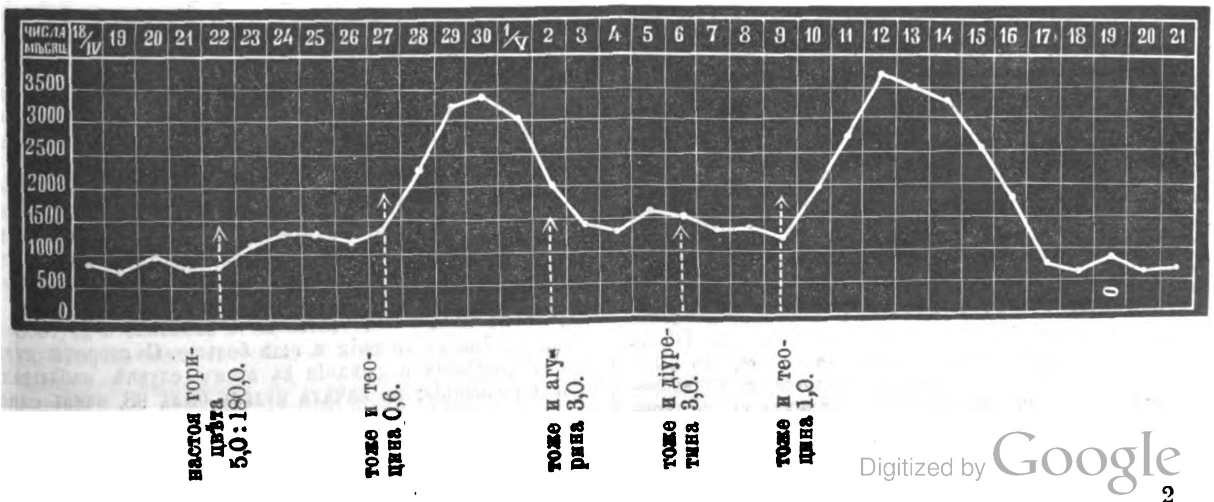
Послѣ этихъ изслѣдованій я перешелъ къ наблюденіямъ на больныхъ. Въ моемъ распоряженіи было всего 8 больныхъ, именно: 3 съ болѣзнями сердца (пороки заслонокъ, заболѣваніе мышцы)—1 съ пораженіемъ заслонокъ, осложненнымъ циррозомъ печени съ большой водянкой, 1 съ атрофическимъ циррозомъ, осложненнымъ ракомъ желудка и нефритомъ, и 3 со страданіемъ почекъ, вызвавшимъ общую водянку. Средство примѣнялось въ теченіи отъ одной недѣли до мѣсяца и болѣе, съ перерывами или безъ нихъ; давалось per se въ облаткахъ по 0,15—0,3 на пріемъ до 0,6—1,2 въ сутки; при явленіяхъ раздраженія желудка къ теоцину прибавлялись наркотическія (такое-же количество гедонала, по совѣту *Dreser*'а); нѣкоторые-же больные получали теоцинъ съ горицвѣтомъ, по рецепту *Schlesinger*'а. Назначеніе теоцина обычно чередовалось, въ цѣляхъ сравнительнаго изученія, съ пріемами діуретина, агурина и другихъ мочегонныхъ.

Изслѣдованіе и наблюденіе больныхъ, точное собираніе цифровыхъ данныхъ относительно вѣса тѣла, пульса, кровяного давленія (ртутнымъ манометромъ *Gärtner*'а), дыханія и суточнаго количества мочи, ея уд. вѣса, количества бѣлка производились такъ: въ первые 2—3 дня больной привыкалъ къ больничной обстановкѣ; въ то время онъ получалъ одно изъ безразличныхъ средствъ; затѣмъ, во 2-мъ періодѣ онъ получалъ теоцинъ или сравниваемыя съ нимъ средства; если велось сравнительное изученіе, то обращалось вниманіе на достаточную длительность промежутковъ между пріемами отдѣльныхъ средствъ. Этотъ періодъ въ разныхъ случаяхъ былъ различной продолжительности. Обычно теоцинъ, какъ и сравниваемыя съ нимъ средства, давался до тѣхъ поръ, пока количество принятой жидкости не начинало превышать жидкихъ потерь, т. е., пока наблюдалось мочегонное дѣйствіе. При этомъ принимались въ разсчетъ и кожно-легочныя потери, опредѣлявшіяся по старинному способу *Sanctorius*'а. Затѣмъ слѣдовалъ 3-й періодъ, гдѣ изучалось послѣдовательное дѣйствіе отъ того или другого мочегоннаго. Пищевое довольствіе больныхъ было во все время наблюденій приблизительно однимъ и тѣмъ-же; молоко избѣгалось. Изъ 8 наблюдавшихся мною случаевъ приведу подробнѣе 5.

1. В. З., 44 л. Распознаваніе: недостаточность 2-створчатой заслонки, смѣшанный циррозъ (брюшная водянка). Водянка тянется уже 2 года; большой отекъ ногъ. Въ мочѣ бѣлка нѣтъ; мочи за сутки 600 к. стм. Пробылъ въ клиникѣ больше года, при чемъ подъ моимъ наблюденіемъ находился около $^1/_2$-года. Примѣнялись почти всѣ сердечно-мочегонныя средства. Больной былъ такъ изученъ, что можно было съ большой опредѣленностью предсказать его реакцію на то или другое вводимое средство. Одинъ изъ періодовъ пребыванія въ клиникѣ представляю, ради наглядности, на кривой.




Изъ этой кривой видно, что наперстянка и коффеинъ почти не повышали суточнаго количества мочи: среднія цифры—600, 800, 1000 к. стм.—держались все время почти безъ колебанія. Примѣнявшіяся въ дальнѣйшемъ каломель, растворъ уксуснокислаго кали, горицвѣтъ оказывались также малодѣйствительными, хотя отъ горицвѣта 6,0 : 180,0 все-же нерѣдко получалось замѣтное мочегонное дѣйствіе—до 1200—1400 к. стм., не предотвращавшее однако накопленія жидкости, требовавшаго неоднократныхъ проколовъ живота. Также мало улучшало положеніе дѣла и сочетаніе указанныхъ средствъ одного съ другимъ. Пульсъ за все время пребыванія больного въ клиникѣ былъ 46—52 въ 1', учащаясь немного (до 68—74) съ наростаніемъ брюшной водянки. Кровяное давленіе (120—132) колебалось очень мало отъ пріема лѣкарствъ, повышаясь немного при учащеніи пульса передъ проколами. За 8—9 мѣсяцевъ до пріемовъ теоцина больному было сдѣлано 6 проколовъ живота. Повторять проколъ обыкновенно приходилось въ концѣ 2-го мѣсяца или въ началѣ 3-го послѣ предшествовавшихъ. Послѣ каждаго прокола количество мочи увеличивалось до 1200 к. стм. въ сутки; затѣмъ дня че-




Digitized by Google

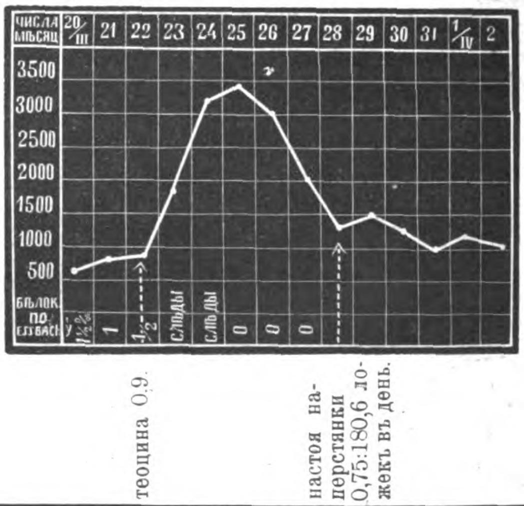
резъ 3—4 опять устанавливались прежнія цифры—1000, 800, 600 к. стм. Количество мочи послѣ прокола ни разу не превысило 1500 к. стм., хотя больной получалъ настой горицвѣта (5,0—180,0), діуретинъ (до 3,0 въ день), агуринъ (до 3,0 въ день) въ отдѣльности каждый или въ соединеніи одного изъ 2-хъ послѣднихъ средствъ съ первымъ. Прежде, чѣмъ получить теоцинъ, больной пробылъ 5 дней на безразличномъ лѣченіи; затѣмъ ему былъ данъ теоцинъ, по 0,3, сначала 2 раза въ день, а затѣмъ 3 раза. Давали теоцинъ per se въ облаткахъ. На слѣдующій-же день (послѣ 2-хъ пріемовъ средства по 0,3) у больного появилась рвота и пропалъ позывъ на ѣду. Въ виду этихъ явленій къ теоцину былъ прибавленъ гедоналъ (столько-же, сколько и теоцина). Но и въ такомъ соединеніи теоцинъ переносился лишь немногимъ лучше. Тогда я перевелъ больного на теоцинъ съ горицвѣтомъ, установивъ предварительно дѣйствіе одного послѣдняго. Результатъ представленъ слѣдующей кривой.

Послѣ предварительнаго періода больному дали настой горицвѣта (5,0:180,0), при чемъ количество мочи повысилось до 1300 к. стм.; на этой цифрѣ оно держалось 5 дней,—все время, пока больной получалъ горицвѣтъ. Затѣмъ къ горицвѣту былъ прибавленъ теоцинъ—0,6 за день. Мочи на слѣдующій же день было 2200 к. стм., на 3-й день 3100, на 4-й 3200; съ 5-го дня количество ея стало падать и опустилось на 7-ой день къ 1400 к. стм. Замѣна теоцина агуриномъ (3,0 въ день), а затѣмъ и діуретиномъ (тоже 3,0 въ день) не повысила количества мочи болѣе 1600 к. стм. Замѣна-же діуретина теоциномъ въ количествѣ 1,0 въ день опять вызвала повышеніе суточнаго количества мочи, достигшаго на 3 ьи сутки 3600 к. стм. Съ начала лѣченія теоциномъ вѣсъ больного, составлявшій 75000 грм., сталъ падать, скоро достигъ 70600 и до 17/v почти не повышался, представляя колебанія въ предѣлахъ 70600—72000 грм. Съ 17/v вѣсъ тѣла опять сталъ увеличиваться. Дальнѣйшіе пріемы теоцина, хотя и повышали суточное количество мочи—лишь до 1800 к. стм., но на вѣсъ тѣла болѣе не дѣйствовали; агуринъ-же и діуретинъ не повышали количества мочи выше 1100 к. стм. въ сутки. Пульсъ все время наблюденія, слѣд., какъ въ подготовительномъ періодѣ, такъ и во время пріема лѣкарствъ былъ 48—56, дых. 24—30; кровяное давленіе колебалось въ предѣлахъ 124—132.

Такимъ образомъ, въ томъ случаѣ мочегонное дѣйствіе теоцина оказалось бо̀льшимъ по сравненію съ дѣйствіемъ діуретина и агурина; проявлялось оно быстро, уже въ первые 24 часа, и достигало maximum'а на 3-ьи сутки; съ каждымъ послѣдующимъ пріемомъ лѣкарства дѣйствіе его все падало въ силѣ, хотя и превышало таковое отъ агурина и діуретина; измѣненій частоты пульса, дыханія, сфигмографической кривой и кровяного давленія не замѣчалось.

2. Больной съ амилоиднымъ перерожденіемъ почекъ, бугорчаткой легкихъ въ начальной ступени и свищемъ на грудной клѣткѣ послѣ операціи эмпіемы. Мочи за сутки до моихъ наблюденій съ теоциномъ 1000 к. стм., уд. в. 1,018; бѣлка, по *Essbach*'у 10‰; форменныхъ элементовъ нѣтъ. Очень большой отекъ лица, конечностей, поясничной области и кожи живота. Пульсъ 76; со стороны сердца ничего ненормальнаго; дых. 20. Селезенка увеличена. Результатъ наблюденій представленъ въ слѣдующей таблицѣ.

въ ней 4‰. При микроскопическомъ изслѣдованіи въ мочевомъ осадкѣ найдено много стекловидныхъ и зернистыхъ цилиндровъ. Больной 3 дня пробылъ на безразличномъ лѣченіи, при чемъ мочи за эти дни было: 1200, 1100 и 1200 к. стм. На 4-ый день данъ теоцинъ, по 0,9 въ день, въ облаткахъ, въ 3 пріема. Количество мочи увеличилось уже на слѣдующій день до 2200 к. стм., но у больного появились тошнота и небольшая боль подъ ложечкой. Въ виду этого теоцинъ былъ отмѣненъ и назначенъ настой горицвѣта (5,0:180,0 въ день). Настой этотъ больной принималъ 5 дней, при чемъ количество мочи колебалось отъ 1400 до 1700 к. стм., а на 5-ый день было 1400 к. стм. На 6-ой день къ настою горицвѣта прибавлено 0,6 теоцина въ сутки. На 2-ыя сутки мочи было 3200, на 3-ьи 3000, на 4-ыя 2500 к. стм.; въ слѣдующіе дни дѣйствіе средства все уменьшалось, и черезъ 8 дней, т. е. на 9-ыя сутки, какъ больной началъ принимать настой горицвѣта съ теоциномъ, суточное количество мочи упало до 800 к. стм. Въ слѣдующіе 3 дня безразличнаго лѣченія мочи за сутки было: 1200, 1000 и 1200 к. стм. Затѣмъ больному былъ назначенъ настой горицвѣта (5,0:180,0) съ діуретиномъ (3,0). На слѣдующій день мочи за сутки было 1800 к. стм., но черезъ 4 дня мочегонное дѣйствіе совершенно исчезло. Въ послѣдующемъ періодѣ безразличнаго лѣченія, продолжавшагося 2 дня, мочи за сутки было 1100 и 1000 к. стм. При новомъ назначеніи горицвѣта съ теоциномъ (1,0) мочи было: 2000, 1700, 1500 к. стм., а черезъ 2 слѣдующіе дня только 1000. Такъ какъ самочувствіе у больного значительно улучшилось, отеки и одышка исчезли, то онъ и выписался послѣ 5-недѣльнаго лѣченія. При выпискѣ бѣлка въ мочѣ было 1,5‰; подъ микроскопомъ ни стекловидныхъ, ни зернистыхъ цилиндровъ, равно какъ и другихъ форменныхъ элементовъ не найдено. Что касается пульса, кровяного давленія и дыханія, то измѣненій въ нихъ подъ вліяніемъ теоцина обнаружено не было: пульсъ былъ все время 68—74, дых. сначала 28, а при выпискѣ 18—20, кровяное давленіе 130—140.



Изъ этой кривой видно, что изъ примѣнявшихся въ этомъ случаѣ мочегонныхъ (теоцина, агурина, діуретина, горицвѣта)—наибольшее дѣйствіе оказывалъ теоцинъ. Дѣйствіе это наступало быстро, но было скоро преходящее. Въ дальнѣйшемъ я давалъ больному настой горицвѣта въ соединеніи съ діуретиномъ и агуриномъ, по 3,0 въ день, но суточное количество мочи ни разу не превысило 1600 к. стм. Теоцинъ переносился хорошо; только разъ, а именно когда было дано 1,2 теоцина за день, у больного появилась тошнота и пропалъ позывъ на ѣду; но, когда на слѣдующій же день больной перестал принимать теоцинъ на пустой желудокъ, эти явленія исчезли и болѣе уже не повторялись. Пульсъ все время былъ 72—80, дых. 18—24, кровяное давленіе 110—120; повышенія при пріемѣ теоцина не отмѣчалось. Бѣлка въ мочѣ выдѣлялось все время много—3‰—12‰; его было меньше при повышеніи суточнаго количества мочи и больше—до 12‰ и даже 14‰—при уменьшеніи; форменныхъ элементовъ въ мочѣ ни разу найдено не было.

3. Ч. К., 54 л. Распознаваніе: затяжный паренхиматозный нефритъ. Дов. рѣзкій отекъ. Мочи 1100 к. стм., уд. в. 1,020, бѣлка

4. И. С., 57 л. Распознаваніе: усталость сердца; міокардитъ. Значительный отекъ; сильная одышка; неправильный пульсъ; мочи 600 к. стм., уд. в. 1,025; бѣлка, по *Essbach*'у, 1,5‰; форменныхъ элементовъ въ мочевомъ осадкѣ нѣтъ. Результатъ представленъ въ слѣдующей таблицѣ

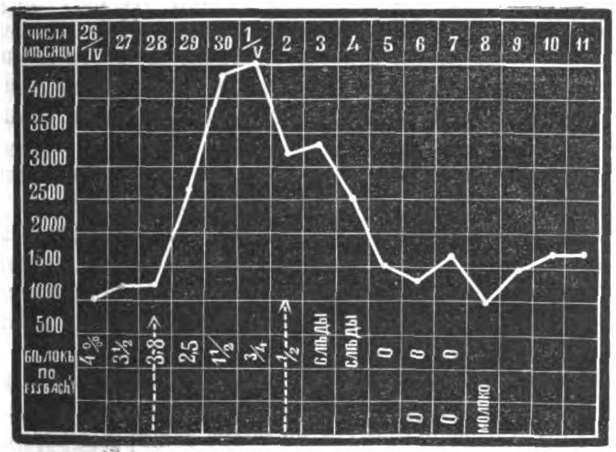
И въ данномъ случаѣ мочегонное дѣйствіе теоцина безспорно. Maximum этого дѣйствія—3400 к. стм. мочи—получился на 3—4-й день, какъ больной сталъ принимать теоцинъ; затѣмъ суточное количество мочи стало падать и достигло почти начальной цифры на 7-й день. Бѣлокъ (въ началѣ 1,5‰) при примѣненіи теоцина исчезъ и больше не появлялся и тогда, когда теоцинъ былъ отмѣненъ, а количество мочи понизилось до 1300 к. стм., а въ дальнѣйшемъ теченіи и еще больше. Со стороны пульса, кровяного давленія и дыханія въ этомъ случаѣ наблюдались дов. рѣзкія колебанія: въ началѣ пульсъ былъ 98, очень слабый и неправильный; черезъ недѣлю подъ вліяніемъ теоцина сталъ 82, хорошаго наполненія, правильнымъ, еще дальше 80—78; дыханіе съ 32 уменьшилось до 20 въ минуту; кровяное давленіе съ 80 поднялось до 120. Насколько эти измѣненія можно приписать, да

Digitized by Google

и можно-ли ихъ вообще приписать непосредственному дѣйствію теоцина на сердце и сосуды, вопросъ этотъ рѣшается скорѣе отрицательно. Можно думать, что эти измѣненія представляютъ результатъ улучшенія подъ вліяніемъ теоцина условій для кровообращенія. Переносилось средство больнымъ хорошо.

5. Т. П., 23 л. Распознаваніе: острый паренхиматозный нефритъ. Вѣки отечны, лицо одутловато; небольшой отекъ на ногахъ. Мочи 800 к. стм., уд. в. 1,023; бѣлка, по *Essbach*'у, 4°/₀₀; подъ микроскопомъ въ мочевомъ осадкѣ найдено много стекловидныхъ и зернистыхъ цилиндровъ и немного красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Не наблюдая ни разу вреднаго вліянія теоцина на почки и основываясь также на показаніяхъ другихъ авторовъ, я рѣшилъ испытать это средство и въ случаѣ остраго нефрита. Однако, помня опыты *Dreser*'а и предостереженія *Schlesinger*'а, я давалъ теоцинъ сначала въ малыхъ количествахъ—0,3 въ день, соединивъ его съ горицвѣтомъ, каковая смѣсь, по *Schlesinger*'у, переносится гораздо лучше, чѣмъ чистый теоцинъ. Результаты привожу въ слѣдующей таблицѣ:




настоя горицвѣта 5,0:180,0 и теоцина 0,3.

тоже и теоцина 0,6.

Въ этомъ случаѣ получилось самое большое количество мочи—4500 к. стм. Остается однако нерѣшеннымъ вопросъ, въ какой мѣрѣ это увеличеніе мочеотдѣленія можно отнести насчетъ теоцина, потому что одновременно больной получалъ и горицвѣтъ, дѣйствіе котораго въ этомъ случаѣ не было предварительно изучено. Этотъ случай достаточно выясняетъ отношеніе теоцина къ больнымъ почкамъ. Не смотря на дов. продолжительное употребленіе средства, количество бѣлка въ мочѣ не увеличивалось, а, напротивъ, уменьшалось, и, наконецъ, бѣлокъ совсѣмъ исчезъ; въ тоже время исчезли въ мочѣ и форменные элементы. Пульсъ былъ въ началѣ 98, черезъ недѣлю 80, подъ конецъ, предъ выпиской больного изъ клиники, 72; число дыханій съ 28 уменьшилось до 18; кровяное давленіе въ началѣ было 130, во время усиленнаго мочеотдѣленія 110, передъ выпиской больного 118—120; такимъ образомъ въ этомъ случаѣ наблюдалось скорѣе паденіе кровяного давленія, чѣмъ повышеніе его.

Остальныя 3 наблюденія касались 2 случаевъ пороковъ сердца (съуженіе и недостаточность 2-створчатой заслонки; недостаточность заслонокъ аорты) и 1 случая атрофическаго цирроза печени, но останавливаться на нихъ я не буду. Укажу лишь, что въ случаяхъ пороковъ сердца мочегонное дѣйствіе также стало внѣ сомнѣнія и превосходило дѣйствіе агурина и діуретина; въ случаѣ же атрофическаго цирроза печени (больной страдалъ, кромѣ того, поносами, хроническимъ нефритомъ и ракомъ желудка) съ большой брюшной водянкой я не видѣлъ мочегоннаго дѣйствія отъ теоцина. Вскрытіе показало, что почки въ томъ случаѣ были сильно перерождены, и вообще наблюдался рѣзкій упадокъ питанія. Мочегоннаго дѣйствія не давали здѣсь и другія примѣнявшіяся средства. Въ этихъ 3-хъ случаяхъ, какъ и въ ранѣе приведенныхъ, ни со стороны пульса и дыханія, ни со стороны кровяного давленія измѣненій я не замѣтилъ.

Подводя итогъ своимъ наблюденіямъ, хотя и малочисленнымъ и разнообразнымъ по характеру, я считаю себя вправѣ утверждать, что въ теоцинѣ мы пріобрѣли сильное мочегонное—по видимому, болѣе сильное, чѣмъ теобероминъ съ его дериватами—діуретиномъ и агуриномъ, и другія обычно примѣняемыя средства. Мочегонное дѣйствіе наступаетъ быстро—уже въ первые 24 часа, держится 2—3 дня на наибольшей высотѣ, затѣмъ начинаетъ ослабѣвать, но все еще держится около недѣли. При повторномъ примѣненіи, спустя нѣкоторое время, дѣйствіе теоцина продолжается уже не такъ долго, какъ при первомъ пріемѣ и обычно бываетъ выражено не такъ сильно. На частоту пульса и кровяное давленіе теоцинъ не вліяетъ. Въ виду этого нужно предположить, что мочегонное его дѣйствіе обусловливается вліяніемъ его на почечный эпителій.

Что касается мочегоннаго дѣйствія теоцина на здоровыхъ людей, то, хотя въ 1 случаѣ и былъ полученъ положительный результатъ, однако я не могу настаивать на такомъ свойствѣ теоцина, потому что одного случая мало для какого-бы то ни было заключенія. Кромѣ того, теоцинъ съ теченіемъ времени вызвалъ въ этомъ случаѣ потерю позыва на ѣду и подвергавшійся опыту нѣсколько похудѣлъ. Поэтому, быть можетъ, случай этотъ нельзя считать вполнѣ нормальнымъ.

Изъ побочныхъ явленій въ моихъ случаяхъ наблюдались отмѣченныя уже другими изслѣдователями раздраженія слизистой оболочки желудка: нерѣдко бывали тошнота и нарушеніе позыва на ѣду, разъ была сильная рвота—въ продолженіи одного дня 4—5 ея приступовъ; когда въ этомъ случаѣ больной сталъ принимать теоцинъ съ горицвѣтомъ, средство переносилось хорошо. Теоцинъ переносился гораздо лучше, если я назначалъ его въ малыхъ количествахъ—0,15 на пріемъ. Въ 1 случаѣ при пріемѣ теоцина наблюдалась безсонница, правда, скоро прекратившаяся; другихъ явленій возбужденія нервной системы я не видѣлъ. На почки теоцинъ, видимо, вреднаго вліянія не оказываетъ: въ моихъ наблюденіяхъ количество бѣлка не увеличивалось, а обычно уменьшалось какъ °/₀-ное его содержаніе, такъ и суточное выдѣленіе. Развитія альбуминуріи отъ теоцина я не видѣлъ ни разу; даже въ случаяхъ остраго и хроническаго паренхиматознаго нефрита бѣлокъ при пріемѣ теоцина вмѣстѣ съ увеличеніемъ количества мочи уменьшался и исчезалъ.

И такъ, мои наблюденія почти во всемъ подтвердили данныя *Minkowsk*'аго и другихъ авторовъ. Правда, я не получалъ такихъ высокихъ цифръ, какъ 6000, 7000, 7500 к. стм. мочи въ сутки; но разница въ моихъ наблюденіяхъ и наблюденіяхъ другихъ изслѣдователей могла зависѣть отъ обстановки наблюденій, напр., отъ количества вводимой жидкости и другихъ условій. Во всякомъ случаѣ для болѣе подробнаго выясненія физіологическаго дѣйствія теоцина и для выработки точныхъ показаній для его примѣненія необходимы дальнѣйшія клиническія наблюденія, равно какъ и лабораторная разработка этого средства. Въ дальнѣйшемъ я и надѣюсь, при первой возможности, выполнить эту задачу.

3.

Когда мои наблюденія были уже закончены, въ литературѣ появились описанія новыхъ изслѣдованій, касающихся теоцина. *Mises* [8]) примѣнялъ его въ 4-хъ случаяхъ при клинической обстановкѣ; кромѣ того, въ основаніе своихъ выводовъ онъ положилъ около 20 наблюденій *Pisek*'а изъ частной практики послѣдняго. Эти наблюденія въ общемъ подтверждаютъ данныя *Minkowsk*'аго. Мочегонное дѣйствіе средства обычно достигало maximum'а на 5-й день и длилось болѣе долгое время, чѣмъ у меня. Побочныхъ явленій *Mises* не наблюдалъ. *Stein* [9]) также убѣдился въ мочегонномъ дѣйствіи теоцина и побочныхъ явленій не видѣлъ ни разу.

*Stross* [10]) въ очень тщательной работѣ отмѣчаетъ дов. сильное мочегонное дѣйствіе теоцина; на пульсъ и кровяное давленіе, по его наблюденіямъ, средство это не дѣйствуетъ. Лучше всего теоцинъ дѣйствуетъ, по *Stross*'у, при застойныхъ водянкахъ. Изъ побочныхъ дѣйствій *Stross* прежде всего наблюдалъ раздраженіе желудка. Чтобы избѣжать ихъ, онъ совѣтуетъ давать теоцинъ съ красавкой: теофиллина 0,25—0,30, вытяжки красавки 0,005—0,01, 2—3 раза въ день. Изъ другихъ побочныхъ явленій *Stross* отмѣчаетъ наблюдавшіяся имъ въ 1 случаѣ тяжелаго склероза вѣнечныхъ артерій съ приступами сердечной жабы падучеобразныя судороги, появившіяся послѣ 4-дневнаго употребленія средства. Въ другомъ случаѣ склероза вѣнечныхъ артерій съ недостаточностью заслонокъ аорты, спустя 2 дня послѣ того, какъ теоцинъ (примѣнявшійся въ количествѣ 0,3, 2 раза въ день, въ теченіи 4 дней) съ морфіемъ былъ отмѣненъ, появились также падучеобразныя судороги съ *Cheyne-Stokes*'овскимъ дыханіемъ. Такъ какъ эти явленія встрѣчаются при склерозѣ вѣнечныхъ артерій и сами собой, то *Stross* и не рѣшается поставить ихъ въ причинную связь съ теоциномъ.

*Thienger* [11]) примѣнялъ теоцинъ въ 17 случаяхъ при

Digitized by Google

порокахъ заслонокъ сердца, артеріосклерозѣ, нефритахъ, выпотномъ плейритѣ и циррозѣ печени съ брюшною водянкой. Мочегонное дѣйствіе наступало быстро и рѣзко уже въ первые 24 часа, но было скоропроходяще и выступало только при сердечныхъ и почечныхъ водянкахъ и при застояхъ вслѣдствіе общаго склероза. При выпотныхъ же скопленіяхъ благопріятнаго дѣйствія не получалось, кромѣ 1 случая плейрита, гдѣ суточное количество мочи поднялось до 2500—2300 к. стм., что отразилось и на величинѣ выпота. Въ случаѣ брюшной водянки при циррозѣ печени теоцинъ также не оказалъ на нее вліянія. На дѣятельность сердца, пульсъ и кровяное давленіе теоцинъ дѣйствія не оказывалъ. Только въ 1 случаѣ (больной, 50 л., со склерозомъ всей артеріальной системы, гипертрофіей сердца, брюшной водянкой, отеками) въ 1-й же день употребленія теоцина кровяное давленіе вечеромъ поднялось съ 265 до 290 (приборъ *Riva-Rocci*). Что касается побочныхъ явленій, то въ этомъ отношеніи наблюденія *Thienger*'а согласны съ данными прежнихъ изслѣдователей.

**Литература.** 1. *O. Minkowski*. Ueber Theocin (Theophyllin) als Diureticum. «Die Therapie der Gegenwart», 1902, 11.—2. *Ach*. Ueber die diuretische Wirkung einiger Purinderivate. «Archiv f. experim. Pathologie u. Pharmakologie», т. 44, 1900.—3. *Kossel*. «Zeitschrift f. physiol. Chemie», 1888, т. 13.—4. *Doering*. Theocin (Theophyllin) ein neues Diureticum. «Münchener med. Wochenschrift», 1903, № 9.—5. *Meinertz*. Ueber die diuretische Wirkung des Theocins. «Therapeutische Monatshefte», тетр. 2, 1903, февраль.—6. *Kramer*. Ueber die diuretische Wirkung des Theocins. «Münchener med. Wochenschrift», 1903, № 13.—7. *Schlesinger*. Bemerkungen über die Wirkung des Theocin. «Die Therapie d. Gegenwart», 1903, 3.—8. *Mises*. Kilka uwag o teocynie. «Przegląd lekarski», 1903, № 35.—9. *Stein*. Das Theocin (Theophyllin) als Diureticum. «Prager med. Wochenschrift», 1903, № 16.—10. *Oskar Stross*. Ueber die diuretische Wirkung des Theophyllin (Theocin). «Wiener kl. Rundschau», 1903, № 20.—11. *Karl Thienger*. Theocin als Diureticum. «Münchener med. Wochenschrift», 1903, № 30.—12. *Dreser*. Versuche über die Theocindiurese am gesunden Menschen. «Berliner klinische Wochenschrift», 1903, 42.

## LIII. Роль психотерапіи въ дерматологіи.

**К. С. Агаджанянца.**

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Всякому врачу, имѣющему дѣло съ нервными больными, извѣстно, какъ часто кожныя заболѣванія являются какъ-бы эпизодами въ теченіи какъ органическихъ пораженій центральной и периферической нервной системы, такъ и функціональныхъ нейрозовъ. Кожныя болѣзни могутъ при этомъ улучшаться и ухудшаться съ поразительнымъ параллелизмомъ по отношенію къ состоянію основной, нейропатологической формы. Не будучи дерматологомъ по спеціальности, я желалъ-бы подѣлиться здѣсь въ собраніи дерматологовъ нѣкоторыми данными, добытыми мной попутно, данными, которыя, я полагаю, могли-бы представить нѣкоторый интересъ для этихъ спеціалистовъ какъ въ практическомъ, такъ и въ теоретическомъ отношеніи.

Я позволялъ себѣ вмѣшиваться при лѣченіи нервныхъ формъ и въ лѣченіе кожнаго процесса, понимая подъ этимъ лѣченіемъ самое широкое, самое общее вмѣшательство, благодаря тому разнообразію условій, которыя могутъ играть роль въ патогенезѣ кожныхъ заболѣваній.

Клиническая дерматологія все больше и больше приходитъ къ стройнымъ взглядамъ на морфологическую сторону кожныхъ формъ, вырабатывая строгую, объединяющую номенклатуру. *Hebra*, напр., многія, до него самостоятельныя, болѣзни связалъ въ стройное ученіе объ экземѣ. То, что считалось прежде самостоятельной формой, теперь дерматологія считаетъ лишь припадкомъ и стремится къ морфологическому объединенію. Съ другой стороны, разрабатывается физіологія и патологія кожи, ея связь съ организмомъ—съ его обмѣномъ, кровообращеніемъ, иннерваціей и т. д., и все это проливаетъ свѣтъ на сущность и патогенезъ кожныхъ формъ. Прошли времена, когда кожа считалась лишь покровомъ тѣла, изучалась и лѣчилась безъ всякой связи съ организмомъ вообще. Однако, несмотря на это, изученіе патогенеза кожныхъ болѣзней, въ виду сложности вопроса, не такъ подвинулось, какъ изученіе морфологической стороны его. Патологія кожи не можетъ, напр., объяснить, почему, хотя-бы при нейральгической боли, у той-же самой истерички въ одномъ случаѣ развивается экзема, а въ другомъ—крапивница. Очевидно, связь болѣе тонкая, болѣе деликатная между почвой, вызывающими и предрасполагающими условіями и морфологіей кожнаго процесса пока для насъ неуловима, и мы при лѣченіи должны знать, что та-же самая морфологическая картина можетъ быть результатомъ самыхъ разнообразныхъ внѣшнихъ, внутреннихъ и психическихъ вліяній и что, по видимому, морфологически различныя картины могутъ быть слѣдствіемъ аналогично дѣйствующихъ и одинаковыхъ даже условій. Тонкой связи между патогенезомъ и клинической формой мы не знаемъ, и это еще разъ подчеркиваетъ необходимость широты кругозора въ установкѣ показаній къ лѣченію при строгомъ сообразованіи съ особенностями случая. Здѣсь-же слѣдуетъ помнить обстоятельство, подчеркнутое еще *Вилланомъ*, что, помимо всѣхъ условій, важно предрасположеніе и самой кожи къ болѣзнямъ.

Имѣя въ виду достовѣрные случаи, когда, при прочихъ равныхъ условіяхъ, душевныя волненія оказывали несомнѣнно важное вліяніе на развитіе и теченіе кожнаго процесса, я полагалъ, что психотерапія въ широкомъ смыслѣ этого слова въ подобныхъ случаяхъ, являясь плюсомъ къ прочимъ способамъ лѣченія, должна имѣть благодѣтельное вліяніе.

Помимо этого, имѣя въ виду вліяніе психики на въ высшей степени важныя біологическія отправленія организма, можно было разсчитывать и на болѣе обширныя показанія къ примѣненію этого способа. Экспериментальное изученіе внушенія не оставляетъ сомнѣнія, что въ состояніи внушенномъ различные органы (въ частности и кожа) у лица, подвергающагося внушенію, претерпѣваютъ много измѣненій. Вліяніе на чувствительность, на кровообращеніе кожи (игрой сосудодвигателей) и, слѣд., на ея питаніе—фактъ установленный. *Charcot*, *Bernheim*, *Bonis* и др. рядомъ своихъ наблюденій поставили физіологическое и психологическое изученіе загипнотизированныхъ на вполнѣ научную почву. Достаточно вспомнить изслѣдованія надъ Elise'ой F., у которой внушеніемъ удавалось вызывать на кожѣ гиперемію, пузыри, гнойники съ образованіемъ струпа, измѣненія, схожія съ измѣненіями при ожогѣ, и т. д.

Уже a priori, на основаніи общихъ данныхъ физіологіи и экспериментальной патологіи въ связи съ данными экспериментальнаго внушенія, можно предположить, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ путемъ психическаго воздѣйствія мы можемъ пріучить больныхъ къ діэтѣ и режиму, вліять на ихъ питаніе вообще и на питаніе, кровообращеніе и чувствительность кожи въ частности, мы можемъ при многихъ кожныхъ процессахъ, хотя бы и косвенно, вести причинное лѣченіе.

Какъ уже было упомянуто, причины отраженныя (глисты, блуждающія почки, образованіе камней и т. д.), разстройство иннерваціи, кровообращенія, обмѣна веществъ, душевныя волненія и пр. дѣйствуютъ на кожу вмѣстѣ съ внѣшними вредными условіями, но требуется и особое предрасположеніе самой кожи. Въ чемъ заключаются эти мѣстныя условія предрасположенія, мы не знаемъ, но, по видимому, сочетаніе данныхъ очень сложно. Пока нашему анализу поддается только изученіе кожной чувствительности, которая, по видимому, служитъ показателемъ нормальности самой кожи. Конечно, условія предрасположенія мѣстнаго характера, вѣроятно, гораздо глубже; но, если существуетъ параллелизмъ между состояніемъ кожи вообще и состояніемъ ея чувствительности, то у изслѣдователя въ рукахъ появляется важный указатель, по которому онъ можетъ судить о мѣстныхъ условіяхъ. Въ разборѣ всѣхъ этихъ данныхъ русская школа дерматологовъ, между прочимъ Петербургская клиника, еще со временъ проф. *А. Г. Полотебнова*, внесла столько свѣта, что современная дерматологія широтой ея научнаго кругозора, глубиной взглядовъ, умѣніемъ связать кожную патологію съ физіологіей кожи и съ данными всесторонняго изученія организма

вообще обязана всецѣло трудамъ этой школы. Проф. *А. Г. Полотебнова*, по истинѣ, можно считать отцомъ стройнаго ученія этіологіи и патогенеза въ дерматологіи въ широкомъ смыслѣ этого слова.

Послѣ проф. *А. Г. Полотебнова* проф. *Т. П. Павловъ* былъ однимъ изъ дѣятельныхъ изслѣдователей въ разработкѣ этого вопроса. Относительно связи между мѣстнымъ предрасположеніемъ кожи къ заболѣванію и состояніемъ кожной чувствительности до развитія и въ теченіи кожнаго процесса проф. *Т. П. Павловъ* въ своей лекціи объ экземѣ говоритъ: «По всей вѣроятности, здѣсь происходитъ очень сложный процессъ, пока еще не поддающійся нашему опредѣленію вполнѣ. Повышеніе чувствительности кожи есть только постоянная часть этого сложнаго процесса»... «въ клинической основѣ всякой экземы лежитъ чувствительный нейрозъ кожи». Проф. *П. В. Никольскій* дѣлалъ аналогичныя изслѣдованія чувствительности кожи, но, къ сожалѣнію, его матеріалъ состоялъ преимущественно изъ истеричныхъ, у которыхъ кожная чувствительность, по роду основной болѣзни, можетъ мѣняться довольно причудливо, и, не смотря поэтому на противорѣчивые результаты проф. *П. В. Никольскаго*, данныя проф. *Т. П. Павлова* заслуживаютъ полнаго вниманія.

Я изучалъ связь между разстройствомъ мѣстной чувствительности кожи и развитіемъ и теченіемъ кожной формы. Найдя между этими явленіями тѣснѣйшую связь, я иногда въ нѣкоторыхъ случаяхъ, гдѣ полагалъ, что психотерапія показуется, внушеніемъ приводилъ къ нормѣ состояніе мѣстной чувствительности кожи и не разъ обрывалъ кожный процессъ, который раньше неминуемо наступалъ вслѣдъ за разстройствомъ кожной чувствительности. Матеріалъ у меня былъ самый разнообразный, хотя и немногочисленный: были истеричные, были и лица безъ всякихъ указаній на истерію. Я брался за психотерапію исключительно тамъ, гдѣ были при распознаваніи исключены отраженныя причины, чужеядныя, рѣзкія разстройства обмѣна веществъ и т. д. Больные изслѣдовались всесторонне, и психотерапія примѣнялась тамъ, гдѣ или психическія вліянія служили сильной вызывающей причиной, или надо было успокоить мѣстную чувствительность кожи, или, наконецъ, гдѣ этимъ способомъ оказывалось (тамъ, гдѣ это считалось умѣстнымъ) вліяніе на позывъ на ѣду, на общій режимъ, на мѣстное кровообращеніе кожи и т. д. Къ психотерапіи съ лѣчебной цѣлью я прибѣгалъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ всѣ прочія мѣстныя и общія мѣры оказывались при упорномъ примѣненіи безсильными, а, приступая къ этому способу, я не мѣнялъ ни въ чемъ прежняго лѣченія, чтобъ судить caeteris paribus.

Перехожу къ своимъ случаямъ.

1. Лѣтомъ 1902 г. въ Желѣзноводскѣ я наблюдалъ истеричку, посланную на минеральныя воды изъ-за малокровія, гдѣ она и занималась исключительно лѣченіемъ. Это была дѣвица, 20 л., изъ здоровой семьи, интеллигентная. Исторія ея развилась подъ гнетомъ тяжкихъ моральныхъ условій и представляла сильное развитіе, выражаясь неуживчивостью, тяжелыми приступами большой истеріи и пр. Межреберная нейральгія сопровождалась сильными періодическими высыпаніями опоясывающаго лишая (herpes zoster). Чувствительность къ прикосновенію, болевая, равно какъ и температурная и волосковая передъ развитіемъ нейральгіи и лишая рѣзко повышались, и получался поясъ общаго повышенія чувствительности отъ правой подмышковой линіи до лѣвой на груди между 3-мъ и 6-мъ ребрами. Вслѣдъ за этимъ на слѣдующій-же день начинался приступъ нейральгіи, а черезъ нѣсколько часовъ послѣ этого на гиперэстезированномъ участкѣ высыпалъ лишай. Лѣченіе лишая было безсильно. Я вообще пользовалъ эту больную гипнозомъ и помимо этихъ осложненій (у нея были навязчивыя идеи, безсонница, страхъ и т. д.), а по поводу кожной формы въ періодѣ гиперэстезіи въ гипнозѣ я уничтожалъ кожную чувствительность, и нейральгія съ лишаемъ не наступали. Раза 2 я не внушалъ ничего въ періодѣ гиперэстезіи, и процессъ развивался. Разъ я оборвалъ процессъ въ началѣ развитія.

2. На Кавказскихъ-же минеральныхъ водахъ у одной учительницы, дѣвицы, 22 л., безъ всякихъ указаній на истерію, съ нормальнымъ состояніемъ кожной чувствительности вообще, на правой щекѣ послѣ тактильной и болевой мѣстной гиперэстезіи наступала экзематозная сыпь. Были исключены всѣ причины, доступныя самому всестороннему изслѣдованію. Лѣченіе оставалось безрезультатнымъ. Въ періодѣ гиперэстезіи мнѣ удалось 2 раза не допустить развитія экземы, а 1 разъ прервать развившуюся экзему путемъ психическаго воздѣйствія на мѣстную чувствительность.

3. Въ клиникѣ кожныхъ болѣзней въ В.-Медицинской Академіи, послѣ того, какъ весь дерматологическій арсеналъ былъ исчерпанъ, по предложенію глубокоуважаемаго проф. *Т. П. Павлова*, я началъ лѣчить гипнозомъ чиновника В., у котораго была тяжелая острая экзема на обѣихъ ладоняхъ рукъ. Больной былъ уже не молодой человѣкъ и страдалъ неврастеніей. Вся правая сторона у него была умѣренно гиперэстезирована, но усиленіе чувствительности было равномѣрное и постоянное. На ладоняхъ же съ каждымъ ухудшеніемъ раздражительность кожи на болевыя, температурныя и тактильныя вліянія рѣзко повышалась. Больной былъ изслѣдованъ всесторонне, и въ концѣ прошлаго учебнаго года я приступилъ къ психотерапіи, не измѣняя прежняго лѣченія, состоявшаго въ примѣненіи свинцовыхъ примочекъ, кромѣ которыхъ больной ничего не переносилъ. Послѣ приблизительно 20—25 сеансовъ гипноза процессъ рѣзко улучшился. Больной выѣхалъ на югъ почти поправившимся. На дняхъ я узналъ отъ его сына, что онъ совершенно здоровъ.

Есть у меня случаи, еще не законченные, и случаи, гдѣ почему-либо нельзя было довести лѣченіе до конца. Во всѣхъ этихъ случаяхъ кое-что получалось, но останавливаться на нихъ я считаю еще преждевременнымъ.

Одну больную—гувернантку, француженку, среднихъ лѣтъ, плохо упитанную, истеричку—направилъ ко мнѣ д-ръ *А. С. Сердюковъ*. Занятія очень утомляли ее; мужъ не поддерживалъ ее матеріально и жилъ съ нею всего лишь нѣсколько дней. У больной приступами бывали отчаянные припадки зуда въ разныхъ мѣстахъ тѣла. Никакое лѣченіе не помогало. Указаній на глисты, разстройство обмѣна веществъ, периферическія вредныя вліянія и т. д. не было. Дѣятельность всѣхъ органовъ была нормальная. Больная—суетливая, безхарактерная, угнетена условіями жизни. Колѣнные рефлексы равномѣрно рѣзко повышены; есть дрожаніе пальцевъ. На мѣстѣ наиболѣе частаго зуда—поясная гиперэстезія всѣхъ видовъ кожной чувствительности. При прочихъ способахъ лѣченія психотерапія стала успокаивать душевное состояніе больной и мѣстную чувствительность кожи. Къ сожалѣнію, я не могъ изучить этого способа лѣченія въ связи съ припадками зуда, потому что больная скоро уѣхала изъ Петербурга.

Позволю себѣ представить нѣсколько выводовъ:

1. Дерматологическая номенклатура, связывая подчасъ разнообразныя по внѣшности формы въ одно морфологическое и клиническое цѣлое, мало опредѣляетъ ихъ этіологію и почву.

2. Морфологически схожія формы могутъ явиться результатомъ различныхъ вліяній внутри и внѣ организма (особенно при предрасположенной и раздражительной кожѣ), и морфологическое обобщеніе не должно заключать и одновременнаго обобщенія происхожденія и сущности болѣзни. Бываетъ, по видимому, и обратное: различныя дерматологическія формы могутъ развиваться при одинаковой, по видимому, почвѣ, при однородныхъ вліяніяхъ.

3. Роль разныхъ душевныхъ состояній, среди прочихъ вызывающихъ условій при предрасположенной почвѣ, играетъ далеко не послѣднюю роль.

4. Психотерапія есть важный дѣятель, вліяющій на душевное состояніе.

5. Психотерапія, помимо чисто психическаго воздѣйствія, оказываетъ вліяніе и на физіологическія отправленія, на сосудодвигатели кожи и т. д.

6. Въ случаяхъ, гдѣ въ основѣ кожной формы лежитъ разстройство питанія, психотерапія, дѣйствуя на кожное кровообращеніе и поднимая путемъ внушенія склонность къ діэтѣ и режиму, укрѣпляетъ организмъ и въ частности кожу и, хотя-бы косвенно, оказывается лѣченіемъ причиннымъ.

7. Часто пониженіе чувствительности является, если не причиной, то важнымъ сопутствующимъ условіемъ кожныхъ болѣзней, при чемъ кожныя высыпанія идутъ параллельно съ состояніемъ кожной чувствительности. Психотерапія, вліяя на послѣднюю, можетъ дать, хотя бы и косвенно, улучшеніе кожнаго процесса.

8. Дерматотерапія среди другихъ средствъ не должна чуждаться и психотерапіи; нужно только въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ сообразоваться съ его особенностями, устранить отраженныя вліянія, внѣшнія раздраженія и т. д. и ждать отъ психотерапіи помощи лишь въ опредѣленной области точно установленныхъ показаній.

9. Служа лѣчебнымъ способомъ, психотерапія можетъ выяснить много поучительныхъ проблеммъ теоретической дерматологіи.

Въ заключеніе не могу не выразить искренней благодарности глубокоуважаемому проф. *Т. П. Павлову* за его руководство, цѣнныя указанія и предложеніе пользоваться

матеріаломъ его клиники при выполненіи этой работы, а также—ассистенту клиники *П. П. Абрамычеву*, ординатору д-ру *Гондорову* и *А. С. Сердюкову* за ихъ товарищескую помощь.

---

# Краткій обзоръ хирургической дѣятельности при гинекологическомъ интернатѣ въ Кіевской городской больницѣ Цесаревича Александра въ 1900 и 1901 гг.

Г. О. Сяноженскаго.

*(Окончаніе. См. № 10, стр. 364).*

За это-же время въ Отдѣленіи произведенъ былъ мною также рядъ мелкихъ гинекологическихъ операцій (около 100). Привожу краткое описаніе нѣкоторыхъ изъ нихъ.

М. Б., 48 л. 6 срочныхъ родовъ, 1 выкидышъ. Надвлагалищная гипертрофія шейки; цистоцеле. Шейка на 3 пальца выступаетъ наружу половой щели. 27/x 1900 г. Надвлагалищное усѣченіе шейки, передняя кольпоррафія. Длина удаленной части шейки 5 стм. Кольпоррафія произведена по *Штольцу*: съ отдѣленіемъ слизистой оболочки въ формѣ круга и затягиваніемъ краевъ раны однимъ непрерывнымъ швомъ, на подобіе кисета. Края разрѣза отдѣлены на 1 стм. кнаружи для устраненія чрезмѣрнаго натяженія. Въ дальнѣйшемъ швы все-же прорѣзались, а края разошлись до плоскости 3-копѣечной монеты.

Ж. В., 43 л. 3 нормальныхъ родовъ, 1 выкидышъ. Хроническій метритъ; гипертрофія шейки. Неправильности мѣсячныхъ. Боли внизу живота. Сильныя головныя боли, не поддававшіяся никакому терапевтическому лѣченію. 15/ш 1901 г.: Клиновидное усѣченіе шейки. Клинья изъ передней и задней губы, длиною по 3 стм. Полное исчезновеніе головныхъ болей послѣ операціи.

Н. Ж., 37 л. 3 нормальныхъ родовъ, 2 выкидыша. Хроническій метритъ; эндометритъ; старый разрывъ промежности 2-й степени. Въ анамнезѣ злоупотребленіе половой жизнью. Подозрѣніе на производство нѣсколькихъ искусственныхъ прерываній беременности. Малокровіе. Неправильности мѣсячныхъ. Сильныя головныя боли. 28/vi 1901 г. Клиновидное усѣченіе шейки; кольпоперинеоррафія. Клинья губъ длиною въ 3 и 2,5 стм. Кольпоперинеоррафія по *Hegar*'у. Операція съ обезболиваніемъ по *Schleich*'у.

П. Р., 40 л. 9 нормальныхъ родовъ. Фиброміома шейки матки; опущеніе передней стѣнки влагалища; выпаденіе задней стѣнки; старый разрывъ промежности. Выпаденіе опухоли больная стала замѣчать 23 года назадъ—съ первыхъ родовъ. Крови всегда были нормальны, каждое лѣто прекращались совершенно. 3½ мѣсяца назадъ опухоль стала рости гораздо быстрѣе и уже перестала вправляться внутрь; появились неправильныя кровотеченія. Изъ половой щели исходила опухоль, въ апельсинъ, видомъ напоминавшая вывернутую матку. Поверхность ея была покрыта слизистой оболочкой, въ нижней части бугристой и изъязвленной. Толстая ножка опухоли (около 3-хъ пальцевъ) исходила непосредственно изъ передней маточной губы и была покрыта блѣдно-розовой слизистой оболочкой, въ верхней части непосредственно переходившей въ слизистую оболочку передней стѣнки влагалища. Если приподнять опухоль вверхъ, то подъ нею, у основанія ножки, замѣтно наружное отверстіе маточной шейки. Зондъ входилъ на 9 стм. Матка была немного опущена. 16/viii 1901 г.: Удаленіе фиброида, передняя и задняя кольпоррафія, возстановленіе промежности. Ножка опухоли, отступя на 1 стм. отъ отверстія наружнаго зѣва клиновидно вырѣзана, и изъ обоихъ лоскутовъ культи образована передняя маточная губа, соединеніемъ ихъ нѣсколькими швами. Кольпоперинеоррафія по *Hegar*'у съ погружными и поверхностными швами шелкомъ. Опухоль подъ микроскопомъ оказалась фиброидомъ миксоматознаго характера, мѣстами съ омертвѣвшими и инфильтрованными бѣлыми тѣльцами поверхностями и съ большими кровяными полостями.

А. С., 19 л., дѣвица. Перепончатый эндометритъ. Очень болѣзненныя крови, съ выдѣленіемъ цѣлыхъ лоскутовъ слизистой оболочки. 12/v 1900 г. Выскабливаніе съ предварительнымъ введеніемъ расширителей *Hegar*'а.

А. В., 22 л. 1 нормальные роды. Перепончатый эндометритъ. Отхожденіе толстыхъ лоскутовъ перепончатыхъ пленокъ, сохранявшихъ форму полости матки, сопровождалось сильнѣйшими болями, рвотой и повышеніемъ температуры до 39°. Незначительное кровоотдѣленіе. Рвота нѣсколько дней. Зѣвъ открытъ; выдѣленіе кровянистой слизи. 17/iv: Выскабливаніе. Удалено нѣсколько толстыхъ лоскутовъ оболочки; одинъ изъ нихъ былъ длиною въ 5,6, другой въ 2,5 стм. Рвота послѣ операціи прекратилась совершенно. Полное выздоровленіе.

М. К., 15 л., дѣвица. Зарощеніе дѣвственной плевы; кровяная опухоль влагалища и матки. Выпячивавшаяся опухоль, въ куриное яйцо, фіолетоваго цвѣта, слабо упругая, появилась мѣсяцъ назадъ.

2/i 1901 г.: Крестообразный разрѣзъ зарощенной плевы съ наложеніемъ нѣсколькихъ лигатуръ. Вытекло много темнобурой, тягучей жидкости. При изслѣдованіи найдено, что вся полость матки была растянута (въ особенности шейка), и тѣло матки въ видѣ шапки прилегало къ раздутому кровью влагалищу. Послѣ операціи назначена вытяжка *Hydrastis*; тѣло матки быстро сформировалось.

С. Р., 20 л., не рожала и не выкидывала. Искусственно произведенный разрывъ мочеиспускательнаго канала и пузырно-влагалищный свищъ [1]). Анамнезъ больная скрывала, но впослѣдствіи сказала, что 3 мѣсяца назадъ, страдая невыносимымъ зудомъ въ половыхъ частяхъ, сама вскрыла себѣ ножемъ мочеиспускательный каналъ, а спустя 1½ мѣсяца 2-мъ разрѣзомъ поранила пузырь. Каналъ распластанъ, а далѣе пузырно-влагалищная стѣнка разрѣзана на протяженіи 3,5 стм. Линія разрѣза пузыря шла подъ тупымъ угломъ къ линіи разрѣза мочеиспускательнаго канала. Края разрѣза ровные. 1/ix 1900 г.: Закрытіе свища и возстановленіе мочеиспускательнаго канала. Освѣженіе краевъ раны. Закрытіе пузырнаго свища узловатыми швами. Далѣе слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала надъ отрѣзкомъ полаго бужа соединена была непрерывнымъ швомъ изъ тонкаго кэтгута. Поверхъ слизистой оболочки стѣнки канала соединены узловатыми швами изъ тонкаго шелка. Отрѣзокъ бужа оставленъ на мѣстѣ, какъ катетеръ à demeure. Швы сняты на 9 й день. Первое натяженіе.

Е. П., 24 л. дѣвица. Врожденное расширеніе мочеиспускательнаго канала и недержаніе мочи. По словамъ больной, она отъ рожденія страдала недержаніемъ мочи, но могла періодически удерживать ее часа на 2—3, а иногда даже и въ теченіи всей ночи. Дѣлались попытки путемъ операціи удлиннить мочеиспускательный каналъ, но безъ результата. Рубцы во входѣ въ рукавъ и надъ мочеиспускательнымъ каналомъ. 4/viii 1900 г.: Перекручиваніе мочеиспускательнаго канала. На введенномъ въ каналъ расширителѣ *Hegar*'а № 6 мочеиспускательный каналъ отдѣленъ на протяженіи 3 стм. до шейки пузыря и, перекрученный на 180°, укрѣпленъ въ этомъ положеніи у наружныхъ краевъ 4-мя швами. Къ 7-му дню швы сняты. Истеченія мочи не замѣчалось до 12-го дня, но затѣмъ больная опять стала жаловаться на непроизвольное мочеиспусканіе и, отказавшись отъ дальнѣйшаго оперативнаго лѣченія, выписалась.

Всѣ мелкія гинекологическія операціи, за небольшимъ исключеніемъ, производились мною безъ наркоза или при впрыскиваніи обезболивающаго раствора *Schleich*'а [2]), который въ большинствѣ случаевъ вполнѣ удовлетворялъ своей цѣли даже у слабыхъ и нервныхъ больныхъ.

Высокое усѣченіе шейки при удлинненіи и гипертрофіи ея производилось по *Kaltenbach*'у. При не особенно длинной и главнымъ образомъ при утолщенной шейкѣ, а также при метритическомъ увеличеніи матки вообще, дѣлалось клиновидное усѣченіе шейки путемъ вырѣзыванія массивныхъ, толстыхъ клиньевъ изъ передней и задней губы. Послѣдній способъ, который я часто примѣнялъ при хроническихъ метритахъ, давалъ в. хорошіе результаты въ смыслѣ обратнаго развитія органа и устраненія большинства болѣзненныхъ припадковъ. Особенно интересенъ съ этой стороны тотъ случай, въ которомъ рослая больная съ хроническимъ метритомъ не могла избавиться отъ постоянныхъ, невыносимыхъ головныхъ болей, доводившихъ ее до изступленія, никакими средствами. Эти боли, вмѣстѣ съ остальными припадками, совершенно исчезли послѣ операціи.

Кольпоррафіи я дѣлалъ преимущественно по *Hegar*'у, подъ непрерывной струей физіологическаго раствора соли, часто при помощи кэтгута. Въ 1 только случаѣ испробованъ былъ способъ *Штольца*, заманчивый возможностью (теоретической) свести при немъ всю раневую поверхность въ одну точку. Къ сожалѣнію, не смотря на значительное отдѣленіе краевъ раны (почти на 1,5 стм.), напряженіе ихъ все-же было черезчуръ большое и послужило причиной прорѣзыванія и расхожденія обметанныхъ краевъ.

При свищахъ пузыря, желая обезпечить свободный оттокъ мочи, вставлялся à demeure мягкій катетеръ *Nélaton*'а, укрѣпляемый тесьмою на тазовой области.

Достоинъ вниманія еще тотъ случай, гдѣ при врожденномъ расширеніи мочеиспускательнаго канала и недержаніи мочи испробовано было перекручиваніе канала на 180°. Предполагалось, если-бы не получилось стойкихъ результатовъ, во 2-ой сеансъ сдѣлать перекручиваніе до 360°. Такъ какъ больная преждевременно выписалась, то полнаго результата отъ операціи получить не удалось.

---

[1]) Докладъ объ этомъ случаѣ, читанный мною въ Обществѣ Кіевскихъ врачей, помѣщенъ въ «Трудахъ Общества за 1900—1901 г., т. 6, вып. 1».

[2]) Въ ходу были растворы 3-хъ степеней насыщенія: 1) солянокислаго кокаина—0,2; солянокислаго морфія—0,02; хлористаго натра—0,2; перегнанной воды—100,0. До 25 грм. 2) Тоже, но кокаина въ 2 раза меньше: 0,1 и 3) солянокислаго кокаина—0,01; солянокислаго морфія—0,005; хлористаго натра—0,2; перегнанной воды—100. До 150 грм. Чаще примѣнялся послѣдній растворъ.

Digitized by Google

Въ періодъ завѣдыванія Отдѣленіемъ д-ра *А. И. Иванова* въ работѣ принимали дѣятельное участіе ученицы родильнаго Пріюта. Вся подготовка къ операціямъ большимъ и малымъ, приготовленіе инструментовъ и помощь во время операцій часто всецѣло лежали на нихъ и производились ими вполнѣ толково и добросовѣстно.

Считаю пріятнымъ долгомъ выразить свою благодарность товарищамъ родильнаго Отдѣленія, раздѣлявшимъ мой трудъ. Я увѣренъ, что воспоминанія о совмѣстной жизни дружной семьей и общей работѣ для всѣхъ насъ и навсегда останутся самыми дорогими и свѣтлыми. Хотѣлось-бы надѣяться, что замѣнившимъ насъ товарищамъ удастся работать при еще лучшихъ условіяхъ и съ большею пользою для себя и для родного города.

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Отвѣтъ Петербургской городской санитарной Коммиссіи по поводу „Очерка" д-ра А. Рубеля.

Въ №№ 6, 7 и 8 «Русскаго Врача» помѣщенъ «Очеркъ врачебно-санитарной организаціи Петербурга»—д-ра *А. Рубеля*, доложенный имъ на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Давъ «Очерку» столь широкое заглавіе, авторъ касается лишь дѣятельности городской санитарной Коммиссіи, нѣкоторыхъ ея органовъ и изданныхъ ею инструкцій, не приводя никакихъ фактовъ или статистическихъ данныхъ, которыя точно характеризовали-бы и опредѣляли-бы результаты трудовъ санитарной Коммиссіи и ея учрежденій. Очеркъ составленъ съ такой субъективной оцѣнкой приводимыхъ цитатъ и выдержекъ изъ инструкцій и отчетовъ и въ столь неправильномъ, и даже пристрастномъ, ихъ толкованіи, что необходимо прежде всего обратить вниманіе на нѣкоторые пункты статьи, указывающіе на легкость отношенія автора къ своимъ словамъ и вообще на поверхностное знакомство его съ дѣломъ, которое онъ такъ смѣло критикуетъ.

Придерживаясь порядка изложенія автора, должно указать, что онъ дѣлаетъ прежде всего неправильное заявленіе, что городское Управленіе Петербурга, имѣющее свою обширную санитарную организацію, тратитъ на таковую до 700.000 р. въ годъ (на дѣлѣ въ 1903 г. израсходовано 654.590 р.). Для того, чтобы правильно судить о томъ, сколько израсходовано въ дѣйствительности на спеціально санитарное дѣло въ столицѣ, справедливости ради и для правильной оцѣнкѣ многихъ выводовъ, слѣдовало-бы указать, что въ эту сумму входятъ: расходы на содержаніе санитарной Коммиссіи 29.416 р., на содержаніе ассенизаціоннаго обоза 113.659 р., загородныхъ кладбищъ—58.710 р., городскихъ родильныхъ пріютовъ съ пріютомъ недоносковъ 158.078 р., общедоступной врачебной помощи нуждающемуся населенію столицы (думскіе врачи, городскія лѣчебницы, лабораторія и пр.) 134.984 р., на ветеринарный надзоръ 16.860 р. и что такимъ образомъ на собственно спеціально-санитарное и санитарно-эпидеміологическое дѣло остается только около 142.882 р.

Дѣленіе бывшей Коммиссіи Общественнаго здравія на 2 Коммиссіи—больничную и санитарную, имѣющія, въ случаяхъ обсужденія вопросовъ общаго характера, соединенныя засѣданія подъ предсѣдательствомъ городского головы, авторъ считаетъ недопустимымъ, игнорируя, что это дѣленіе съ практической точки зрѣнія признано было въ свое время необходимымъ компетентнѣйшими людьми въ дѣлѣ городского хозяйства и опытными врачами-дѣятелями (В. И. Лихачевъ, *С. П. Боткинъ*, *І. И. Архангельскій* и др.) для наиболѣе быстраго и самостоятельнаго роста отдѣльныхъ санитарныхъ и больничныхъ учрежденій. Такое дѣленіе, оказавшееся по условіямъ жизни вполнѣ правильнымъ, нисколько не мѣшаетъ обѣимъ Коммиссіямъ дружно работать на общую пользу городского населенія. За все время съ 1886 г., когда произведено было раздѣленіе Коммиссіи Общественнаго здравія, ни одинъ изъ врачей и гласныхъ, близко стоявшихъ къ дѣлу, не пришелъ къ убѣжденію о необходимости соединенія вновь указанныхъ Коммиссій въ одну и по крайней мѣрѣ не внесъ такого предложенія ни въ одну изъ Коммиссій, ни въ городскую Думу; слово «недопустимо» поэтому не болѣе, какъ одно изъ субъективныхъ мнѣній автора.

Нынѣ съ еще болѣе быстрымъ ростомъ городскихъ санитарныхъ учрежденій столицы, съ расширеніемъ существующихъ, а также съ постройкою новыхъ большихъ больницъ санитарное и больничное дѣло, уже съ одной хозяйственной точки зрѣнія, должны будутъ тѣмъ болѣе вѣдаться отдѣльными исполнительными Коммиссіями, и врядъ-ли возможно будетъ приступить, не придерживаясь одной лишь теоретической точки зрѣнія, къ объединенію всего городского врачебно-санитарнаго дѣла въ столицѣ въ одной исполнительной Коммиссіи. Вообще говоря, мнѣнія по этому вопросу, конечно, могутъ быть различны, но измѣнитъ-ли это сущность дѣла и вправѣ-ли авторъ «Очерка» приписывать себѣ столь авторитетный и рѣшающій взглядъ на этотъ вопросъ? Объ этомъ слѣдуетъ предоставить судить людямъ болѣе компетентнымъ. Далѣе всякій, кто знакомъ съ вопросомъ о родильныхъ пріютахъ, не можетъ не удивиться слѣдующему заявленію автора «Очерка»: «родильные пріюты, ничего общаго съ противоэпидемической дѣятельностью санитарной Коммиссіи не имѣющіе, находятся тѣмъ не менѣе въ вѣдѣніи послѣдней». По мнѣнію д-ра *Рубеля,* судя по этимъ словамъ, вся задача городской санитаріи должна сводиться лишь къ противоэпидемической дѣятельности, а становясь на эту точку зрѣнія, онъ самъ себѣ противорѣчитъ.

«Я не стану здѣсь излагать постепеннаго хода и развитія дѣятельности этихъ Коммиссій за 17-лѣтій періодъ ихъ существованія, а прямо перейду къ описанію того врачебно-санитарнаго строя, который дѣйствуетъ въ настоящее время», говоритъ онъ. Такой критическій пріемъ совершенно неправиленъ. Болѣе объективное отношеніе автора къ вопросу заставило-бы его поступить какъ разъ обратно и такимъ образомъ указало бы ему, наоборотъ, на полную планомѣрность работы Коммиссій и цѣлесообразность ихъ современныхъ организацій. Указавъ, что въ Петербургѣ, какъ и въ другихъ городахъ Россіи, санитарія зародилась на почвѣ «экстренныхъ противоэпидемическихъ мѣропріятій», авторъ далѣе говоритъ, что «этотъ характеръ поверхностности городская санитарія сохранила и въ спокойное отъ эпидемій время, и почти повсюду предъявляемые къ ней запросы ограничиваются исключительно противоэпидемическими и карательными полицейскими задачами». Для Петербурга послѣднее—совсѣмъ невѣрно, такъ какъ городская санитарная Коммиссія широко распространила кругъ своей дѣятельности, что видно даже изъ простого перечня ея главнѣйшихъ учрежденій: санитарно-эпидеміологическій надзоръ съ его изоляціонными квартирами, обеззараживающими камерами, санитарнымъ обозомъ, оспопрививательнымъ институтомъ, бактеріологической лабораторіей, торгово-санитарные врачи, городская аналитическая лабораторія, общедоступная врачебная помощь нуждающемуся населенію столицы, думскіе врачи, городскія лѣчебницы, ночныя дежурства врачей, пріемы спеціалистовъ, лѣченіе пьянства внушеніемъ, городскіе родильные пріюты съ пріютомъ недоносковъ, городской ветеринарно-санитарный надзоръ, городской ассенизаціонный обозъ, завѣдываніе загородными кладбищами.

Характеръ полицейскій и карательный, какъ главная основа дѣятельности всѣхъ врачей и органовъ санитарной Коммиссіи, давно уже исчезъ, что извѣстно каждому санитарному врачу города [1]). Привлеченіе къ судебной отвѣтственности стало очень рѣдкимъ явленіемъ и улучшеніе са-

---

[1]) § 6 инструкціи санитарнымъ врачамъ гласитъ: Санитарные врачи, при исполненіи своихъ обязанностей, руководствуются точно существующими законами и обязательными постановленіями по санитарной части города и стараются распространять среди населенія здравыя понятія о требованіяхъ гигіены вообще и въ особенности о мѣрахъ къ предупрежденію развитія разныхъ заразныхъ болѣзней, дѣйствуя путемъ разъясненія и убѣжденія и раздачею печатныхъ наставленій, одобренныхъ санитарною Коммиссіею.

Digitized by Google

нитарнаго состоянія и оздоровленія города достигается теперь иными путями.

Говоря о составѣ санитарной Коммиссіи, авторъ указываетъ, что «въ составъ Коммиссіи входитъ также совѣщательный членъ-врачъ санитарной и больничной Коммиссій и старшій врачъ полиціи» и умалчиваетъ о 3-хъ другихъ врачахъ, имѣющихся въ составѣ Коммиссіи: о столичномъ врачебномъ инспекторѣ (постановленіе Думы 1901 г.), главномъ докторѣ городской барачной заразной больницы въ память *С. П. Боткина* (постановленіе санитарной Коммиссіи 27/х 1900 г.) и старшемъ санитарномъ врачѣ (постановленіе санитарной Коммиссіи 16/vi 1901 г.). Въ засѣданія санитарной Коммиссіи или въ засѣданія особо избираемыхъ суб-Коммиссій, когда въ томъ встрѣчается надобность и для обсужденія спеціальныхъ врачебныхъ вопросовъ, приглашаются, кромѣ совѣщательнаго члена-врача, старшаго санитарнаго врача, главнаго доктора барачной больницы, отдѣльныхъ врачей изъ состава Совѣта врачей (по ихъ спеціальностямъ), зачастую еще и посторонніе спеціалисты. *Можно съ положительностью утверждать, что санитарная Коммиссія не приняла ни одной важной санитарной мѣры безъ обсужденія ея съ врачами, компетентными въ данномъ вопросѣ.* Поэтому вторичное утвержденіе автора «Очерка», что «самый строй Коммиссіи, состоящей изъ гласныхъ съ участіемъ только совѣщательнаго члена и врача полиціи, не обезпечиваетъ достаточной компетентности ея въ вопросахъ общественнаго здравоохраненія», не только не соотвѣтствуетъ дѣйствительности, но завѣдомо невѣрно, ибо, не говоря уже о томъ, что *А. Рубелю*, состоящему на службѣ въ городской санитарной Коммиссіи, не можетъ быть неизвѣстнымъ, что въ засѣданіяхъ Коммиссіи принимаетъ, съ января 1902 г., участіе Петербургскій врачебный инспекторъ и съ 1900 г. главный врачъ барачной заразной больницы, но онъ и самъ указываетъ въ своемъ «Очеркѣ», что «въ послѣдніе годы, съ учрежденіемъ при санитарной Коммиссіи санитарно-эпидеміологическаго Бюро, явилось еще одно лицо компетентное, по крайней мѣрѣ ex officio, въ санитарно-врачебныхъ вопросахъ». Въ виду этого нельзя не признать, что д-ръ *Рубель* не только какъ-бы умышленно ссылается на такіе параграфы (напр. § 5 прим. 3) инструкціи, которые въ дѣйствительности измѣнены или пополнены, согласно нынѣшнимъ требованіямъ жизни, но что онъ, кромѣ того, беретъ на себя съ черезчуръ смѣлой авторитетностью критику научной правоспособности лица, нынѣ функціонирующаго въ должности старшаго санитарнаго врача.

Чтобы быть увѣренною въ достаточной освѣдомленности въ вопросахъ общественной гигіэны и санитаріи старшаго санитарнаго врача, санитарная Коммиссія поручила въ свое время избраніе таковаго лица Совѣту врачей. Что лицо это избрано Совѣтомъ единогласно и неоднократно до того было избираемо Совѣщаніемъ санитарныхъ врачей на должность предсѣдателя этихъ Совѣщаній, д-ру *А. Рубелю* несомнѣнно извѣстно, а потому выраженіе: «компетентное, по крайней мѣрѣ ex officio, въ врачебно-санитарныхъ вопросахъ» по меньшей мѣрѣ странно.

Далѣе слѣдуетъ вопросъ д-ра *Рубеля:* «Каково отношеніе старшаго санитарнаго врача къ предсѣдателю санитарной Коммиссіи? Подчиненъ-ли онъ ему, или въ области противоэпидеміологической дѣятельности онъ независимъ»? И засимъ онъ сѣтуетъ на невыясненность взаимоотношеній Бюро и Коммиссія и на полное, будто-бы, безправіе старшаго санитарнаго врача и т. п., дѣлая далѣе выводъ, что Бюро, при данной ему организаціи, будто-бы, совершенно не оправдываетъ своего существованія и что, будто-бы, при существующихъ условіяхъ производительная работа Бюро невозможна и т. д. Такіе вопросы понадобились д-ру *А. Рубелю,* какъ въ томъ можно убѣдиться изъ всего остального, чтобы убѣдить сперва слушателей на Съѣздѣ, а засимъ читателей его «Очерка», что старшій санитарный врачъ лишенъ самостоятельности потому, что предсѣдатель санитарной Коммиссіи непосредственно руководитъ не только административно-хозяйственными функціями санитарной Коммиссіи, но даже и требующимъ спеціально общественно-гигіэническихъ знаній дѣломъ борьбы съ заразными болѣзнями и эпидеміями. Въ дѣйствительности же всѣмъ дѣломъ борьбы съ заразными болѣзнями руководитъ старшій санитарный врачъ, стоящій во главѣ санитарно-эпидеміологическаго Бюро, о чемъ можно найти опредѣленныя указанія на стр. 12 «Отчета Коммиссіи» за 1902 г., а предсѣдатель Коммиссіи имѣетъ общее наблюденіе «за ходомъ санитарнаго дѣла въ столицѣ и руководитъ служебными дѣйствіями всѣхъ подвѣдомственныхъ учрежденій и лицъ», какъ это ему вмѣнено въ обязанность § 6 инструкціи 1897 г. Непонятно также сѣтованіе д-ра *Рубеля*, выраженное словами: «Старшій санитарный врачъ руководилъ функціями Бюро съ участіемъ предсѣдателя Коммиссіи». Едва-ли можно ставить въ вину предсѣдателю Коммиссіи, что въ началѣ при учрежденіи совершенно новаго органа (санитарно-эпидеміологическаго Бюро) съ новымъ штатомъ, съ устройствомъ новыхъ изоляціонныхъ квартиръ, при обзаведеніи большого санитарнаго обоза (каретки, платформы и пр.) онъ, при возникновеніи молодого дѣла, принималъ, будучи самъ врачемъ, личное и весьма энергичное участіе въ этой организаціи и при томъ по порученію самой Коммиссіи (Журналъ засѣданія Коммиссіи отъ 24/II 1901 г.), а при вспышкахъ различныхъ эпидемическихъ заболѣваній участвовалъ въ особыхъ Совѣщаніяхъ думскихъ и санитарныхъ врачей при разработкѣ необходимыхъ экстренныхъ противоэпидемическихъ мѣропріятій. Санитарная Коммиссія по глубокому своему убѣжденію не можетъ не признать, что эта совмѣстная коллегіальная работа предсѣдателя-врача и старшаго санитарнаго врача принесла вполнѣ плодотворные результаты.

Говоря о санитарныхъ попечителяхъ, авторъ «Очерка» заявляетъ: «избираются попечителя изъ гласныхъ Думы, и потому истинными выразителями и представителями санитарныхъ нуждъ мѣстнаго населенія своихъ районовъ они быть не могутъ». Почему гласные Думы не могутъ быть выразителями нуждъ мѣстнаго населенія, совсѣмъ не понятно: всѣ избиратели земствъ и городовъ полагаютъ, что выбранные ими гласные и есть представители ихъ нуждъ. «Равнымъ образомъ, говоритъ онъ далѣе, не только ихъ компетентность въ санитарныхъ вопросахъ, но даже и достаточная общая интеллигентность ни чѣмъ не обезпечены». Требованіе компетентности въ чисто спеціальныхъ вопросахъ отъ попечителей и гласныхъ Думы въ устахъ автора болѣе, чѣмъ странно, такъ какъ по тону его статьи видно, что онъ даже недоволенъ, что во главѣ санитарной Коммиссіи стоитъ врачъ. Обезпеченіе же достаточной общей интеллигентности отъ гласныхъ, т. е. проще говоря, исключительный выборъ въ гласные и попечителя лицъ одного слоя населенія прямо вреденъ и вполнѣ противорѣчитъ постановленіямъ Пироговскаго Съѣзда о всесословности земства, о равноправномъ представительствѣ въ городскихъ управленіяхъ всѣхъ классовъ населенія.

Авторъ «Очерка», знакомый съ инструкціей Коммиссіи, говоритъ, что Петербургская санитарная Коммиссія ничего общаго не имѣетъ съ тѣми санитарными Коммиссіями, которыя учреждены при многихъ земскихъ Управахъ. Совершенно вѣрно. Въ то время, какъ исполнительная власть въ земствѣ находится исключительно въ рукахъ Управы, а земская санитарная Коммиссія состоитъ при ней только совѣщательнымъ органомъ, Петербургской городской санитарной Коммиссіи, которая есть Коммиссія исполнительная, предоставлены Думою болѣе самостоятельныя права—исполнительныя, при чемъ при этой Коммиссіи имѣется, несомнѣнно, болѣе широкая организація (и при томъ нѣсколькихъ совѣщательныхъ органовъ), чѣмъ при земскихъ Управахъ, гдѣ совѣщательный санитарный Совѣтъ (санитарная Коммиссія) состоитъ только изъ нѣсколькихъ членовъ: изъ представителей земствъ и служащихъ въ земствѣ врачей, большая часть которыхъ даже зачастую отсутствуетъ въ этихъ засѣданіяхъ, въ виду отдаленности мѣстъ ихъ служенія, плохихъ путей сообщенія съ губернскимъ или уѣзднымъ городомъ и т. п. Поэтому снова нельзя не подивиться авторитетно высказываемому заявленію автора, что «неудобство совмѣщенія чисто-хозяйственной и научно-практической (санитарной) дѣятельности слишкомъ очевидно и не нуждается въ какихъ бы то ни было поясненіяхъ».

Digitized by Google

Приводя выдержки изъ инструкціи санитарной Коммиссіи, касающіяся обязанностей попечителей, авторъ «Очерка» выражаетъ удивленіе, что нѣкоторые §§ не исполняются, игнорируя именно то, что нѣкоторые §§ этой инструкціи съ устройствомъ городского санитарно-эпидеміологическаго Бюро, къ которому отошла нѣкоторая часть труда попечителей, уже устарѣли и на практикѣ болѣе не примѣняются, что для Петербургскаго городского Управленія, которое само ожидало послѣдніе годы крупной правительственной реформы, было не время издавать новыя инструкціи, не смотря на широкое преобразованіе въ послѣдніе годы своихъ учрежденій. Только съ появленіемъ въ 1903 г. новаго Городового Положенія пришла пора исправить, на основаніи опыта, инструкціи и установить какъ для самой Коммиссіи, такъ и для ея учрежденій новыя правила. Игнорируя (не знать этого д-ръ *Рубель*, какъ участковый санитарный врачъ, не можетъ), что дѣятельность санитарныхъ попечителей за послѣднее время совершенно измѣнилась и что на обязанности ихъ лежитъ нынѣ преимущественно хозяйственная (контроль, общее наблюденіе), а на обязанности врачей—исключительно врачебно-санитарная часть дѣятельности Коммиссіи, авторъ совершенно голословно утверждаетъ, что «институтъ санитарныхъ попечителей оказался мертворожденнымъ дѣтищемъ» и что они, будто-бы, «не могутъ быть въ курсѣ дѣлъ, обсуждаемыхъ въ санитарной Коммиссіи». Далѣе становится совершенно уже непонятнымъ сѣтованіе на предсѣдателя Коммиссіи, въ исключительномъ распоряженіи котораго находится канцелярія Коммиссіи, что онъ, по мнѣнію автора, «является поэтому почти единственнымъ лицомъ, болѣе или менѣе близко знакомымъ съ обсуждаемыми вопросами, а потому при такихъ условіяхъ ни о какой истинно-коллегіальной дѣятельности въ засѣданіяхъ Коммиссіи не можетъ быть и рѣчи». Такой выводъ автора еще разъ воочію убѣждаетъ каждаго изъ членовъ Коммиссіи, что авторъ «Очерка» или дѣйствительно находится въ невѣдѣніи, или завѣдомо игнорируетъ истинное положеніе дѣла.

Говоря о должности совѣщательнаго члена-врача санитарной Коммиссіи, авторъ «Очерка» указываетъ, что «ни конкурса, ни какихъ-либо иныхъ доказательствъ научной правоспособности кандидата для замѣщенія должности совѣщательнаго члена не требуется», но затѣмъ онъ самъ-же опровергаетъ сказанное, сообщая, что «былъ выработанъ проэктъ особыхъ условій конкурса для замѣщенія должности совѣщательнаго члена-врача; тѣмъ не менѣе все осталось по прежнему; проэктъ до сихъ поръ не утвержденъ и практическаго примѣненія не получилъ». Послѣднею оговоркою авторъ заставляетъ подозрѣвать умышленное оставленіе дѣла по-старому. Въ дѣйствительности-же д-ру *Рубелю* вполнѣ извѣстно, что послѣ принятія санитарной Коммиссіей проэкта особыхъ условій и конкурса для замѣщенія должности совѣщательнаго члена-врача должность эта остается вакантной и лишь временно исправляющимъ эту должность состоитъ лицо, 12 лѣтъ завѣдывавшее столомъ совѣщательнаго члена и много разъ уже ранѣе подолгу исполнявшее обязанности совѣщательнаго члена Коммиссіи. Проэктъ конкурса для замѣщенія должности совѣщательнаго члена выработанъ при ближайшемъ участіи того-же лица, былъ своевременно санитарною Коммиссіею представленъ въ городскую Управу и, если не разсматривался еще въ Думѣ, то, вѣроятно, потому, что вслѣдствіе массы накопившихся нерѣшенныхъ дѣлъ Дума откладывала его, отчасти довѣряя долголѣтней опытности исправляющаго эту должность, отчасти-же и потому, что предвидѣлась реформа строя санитарной организаціи при введеніи новаго Городового Положенія. Не отдавая себѣ яснаго отчета, въ чемъ заключаются задачи совѣщательнаго члена-врача санитарной Коммиссіи, авторъ «Очерка» какъ-будто сожалѣетъ, что этотъ членъ лишился «своего стола», въ которомъ онъ велъ запись заразныхъ заболѣваній и пр.; въ дѣйствительности-же освобожденіе совѣщательнаго члена отъ канцелярскихъ обязанностей дало ему бо́льшую возможность заниматься своимъ консультативнымъ дѣломъ и расширило его самодѣятельность и самостоятельность. Въ представленіи д-ра *Рубеля* «роли совѣщательнаго члена Коммиссіи и старшаго санитарнаго врача взаимно перепутались», но потому, что на дѣятельность ихъ онъ смотритъ только по §§ инструкціи, а не по исполненію ими ихъ обязанностей въ жизни.

Предсѣдатель санитарной Коммиссіи *А. Оппенгеймъ*.
Дѣлопроизводитель *Добровольскій*.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

---

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 224. Д-ра *Heichelheim* и *Kramer* (изъ клиники проф. *Riegel*'я въ Giessen'ѣ) изучали вопросъ о *вліяніи вливаній значительныхъ количествъ соляной кислоты на содержаніе пепсина въ желудкѣ при желудочной ахиліи* (achylia gastrica). Работа ихъ была вызвана изслѣдованіями *Weidenbaum*'а, нашедшаго, что въ 2-хъ случаяхъ обыкновенной желудочной ахиліи, въ которыхъ раньше пепсина не было, послѣдній появился послѣ вливаній соляной кислоты, между тѣмъ какъ въ 4-хъ случаяхъ ахиліи при ракѣ желудка такого вліянія соляной кислоты на появленіе пепсина не наблюдалось. Опыты авторовъ поставлены были такъ: больнымъ натощакъ вводилось 500 к. стм. децинормальнаго раствора соляной кислоты; въ тѣхъ случаяхъ, когда такое большое количество плохо переносилось, его уменьшали до 300 или 200 к. стм. Черезъ $1/2$ или $3/4$ часа введенная жидкость выкачивалась, и больной получалъ пробный завтракъ, который, въ свою очередь, выкачивался черезъ $3/4$ часа или черезъ часъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ соляная кислота вводилась сейчасъ за пріемомъ пробнаго завтрака, и все вмѣстѣ выкачивалось черезъ $3/4$ часа или часъ. Опредѣленіе пепсина въ желудочномъ содержимомъ производилось по *Mett*'у, при чемъ трубочки съ бѣлкомъ приготовлялись по способу, принятому въ лабораторіи проф. *И. П. Павлова*. Всего изслѣдованію были подвергнуты 60 больныхъ съ ахиліей, въ числѣ которыхъ были только 20 съ несомнѣннымъ ракомъ желудка. Результаты изслѣдованія сводятся къ слѣдующему: 1. Какихъ-либо закономѣрныхъ различій въ содержаніи пепсина въ желудочномъ содержимомъ и во вліяніи на него вливаній соляной кислоты для различныхъ формъ желудочной ахиліи установить не удалось. Въ частности сколько-нибудь постояннаго различія въ этомъ отношеніи между ахиліей при ракѣ и другими формами этого разстройства секреціи отмѣтить было нельзя. 2. Почти во всѣхъ изслѣдованныхъ случаяхъ количество бродила было значительно уменьшено. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ простой (не раковой) ахиліи пепсина совершенно не было. 3. Въ сравненіи съ другими видами ахиліи при раковой находятъ *больше* пепсина, при чемъ отъ вливанія соляной кислоты количество его еще нѣсколько увеличивается. Это обстоятельство въ связи съ другими клиническими признаками можетъ служить пособіемъ для распознаванія. 4. Если при ахиліи полученная выкачиваніемъ послѣ вливанія соляной кислоты жидкость окрашена въ коричневый цвѣтъ, то это говоритъ за наличность рака. Авторы, кромѣ того, дѣлали сравнительныя изслѣдованія пригодности различныхъ способовъ количественнаго опредѣленія пепсина и пришли къ заключенію, что для обычныхъ клиническихъ изслѣдованій наилучшимъ является способъ *Mett*'а; для болѣе-же точныхъ изслѣдованій они предлагаютъ недавно выработанный въ той-же клиникѣ способъ *Volhard*'а. Кромѣ того, они высказываются еще о вліяніи не-раковой ахиліи на общее состояніе питанія организма Дѣло въ томъ, что *Grawitz* считаетъ желудочную ахилію причиной нерѣдко наблюдаемыхъ тяжелыхъ худосочныхъ состояній безъ какой-либо другой ясной анатомической подкладки и думаетъ, что вслѣдствіе недостатка соляной кислоты происходитъ самоотравленіе организма производными ненормально-протекающаго пищеваренія или ядами, выдѣляемыми размножающимися въ желудкѣ бактеріями. Въ противовѣсъ этому взгляду они приводятъ многіе случаи ахиліи, гдѣ это состояніе наблюдается въ теченіи продолжительнаго времени, при чемъ состояніе питанія больныхъ нисколько не ухудшается. Они имѣли возможность наблюдать 1 подоб-

Digitized by Google

ный случай 11 лѣтъ. Вмѣстѣ съ *Senator*'омъ они придерживаются того взгляда, что въ случаяхъ худосочія, о которыхъ говоритъ *Grawitz*, ахилія является слѣдствіемъ, а не причиной болѣзненнаго состоянія, сущность котораго еще не выяснена (Münchener medicinische Wochenschrift, № 8). *А. Коварскій.*

**Фармакологія.** 225. Д-ръ *Arthur Leibholz* (Berlin) хвалитъ дѣйствіе *цитарина* (citarin) *при подагрѣ*. Этотъ препаратъ получается изъ лимоннокислаго натра и формалина, и дѣйствіе его основано на томъ, что онъ легко растворяетъ мочевую кислоту и ея соли. Онъ вступаетъ съ мочевой кислотой въ химическое соединеніе, растворяющееся въ 300 частяхъ воды, между тѣмъ какъ мочекислый натръ растворяется лишь въ 1130, а чистая мочевая кислота только въ 38000 частяхъ воды. Цитаринъ представляетъ бѣлый кристаллическій порошокъ, легко растворимый въ водѣ. Онъ имѣетъ кисловатый вкусъ, напоминающій вкусъ лимонада. Авторъ убѣдился лично на себѣ и на своихъ больныхъ, что средство это въ состояніи предотвратить острые припадки подагры. Для этой цѣли его слѣдуетъ принимать по 2 грм. сначала 4 раза, а позднѣе 3 раза въ день. Оно способствуетъ растворенію подагрическихъ узловъ (tophi) и дѣйствуетъ, какъ растворяющее мочевую кислоту средство при уратуріи и мочевомъ пескѣ. При хронической подагрѣ дѣйствіе его обнаруживается медленнѣе, но за то средство это переносится въ теченіи продолжительнаго времени безъ всякихъ вредныхъ побочныхъ дѣйствій. Въ 1 случаѣ больной принялъ всего 128 грм. цитарина безъ какихъ-либо разстройствъ со стороны желудка или сердца (Berliner klinische Wochenschrift, № 7). *К.*

226. Д-ръ *Benno Müller* (Hamburg) изслѣдовалъ *дѣйствіе супраренина* (*suprarenin*'а) *на животныя ткани* съ цѣлью опредѣлить пригодность этого препарата для достиженія обезкровливанія при хирургическихъ операціяхъ. На основаніи многочисленныхъ опытовъ на собакахъ онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Супрарениннъ имѣетъ сильно выраженное сосудосуживающее дѣйствіе. 2) Онъ вызываетъ мѣстное малокровіе во всѣхъ тканяхъ мгновенно, если примѣняется въ растворѣ 1:1000 и 1:2000. Чтобы достигнуть малокровія въ паренхиматозныхъ органахъ (въ особенности въ печени и въ почкѣ), слѣдуетъ примѣнять растворъ вышеназванной крѣпости; для кожи, мышечной и жировой ткани лучше примѣнять болѣе слабые растворы 1:5000 и 1:10000; въ послѣднемъ случаѣ малокровіе достигается сейчасъ же или не позже, чѣмъ черезъ 2 мин. 3) Изъ раствора 1:1000 для человѣка можно примѣнить 10 к. стм. безъ опасенія вызвать явленія отравленія. 4) Въ вышеназванныхъ растворахъ супрарениннъ не имѣетъ вреднаго вліянія на живую клѣтку. 5) Супрарениннъ можно обезпложивать кипяченіемъ; въ растворахъ слабѣе 1:2000 онъ легко разлагается, если сохраняется при доступѣ воздуха. Свѣже приготовленный растворъ супраренина безцвѣтенъ; розоватое окрашиваніе еще не указываетъ на непригодность препарата; болѣе темная окраска и появленіе мути показываютъ, что препаратъ разложился. Слѣдуетъ пользоваться лишь свѣже приготовленными растворами. 6) Въ растворѣ 1:10000 и 1:20000 супрарениннъ дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на сердечную мышцу при впрыскиваніи его въ послѣднюю; можно безъ вреда для сердечной мышцы впрыснуть въ нее 1 к. стм. раствора. 7) Супрарениннъ слѣдуетъ примѣнять при такихъ операціяхъ, гдѣ желательно достигнуть наименьшей потери крови; такъ, напр., у очень слабыхъ, малокровныхъ или страдающихъ порокомъ сердца. 8) Очень цѣнно примѣненіе этого препарата при операціяхъ на почкѣ и печени, такъ какъ этимъ путемъ устраняется паренхиматозное кровотеченіе. 9) Супрарениннъ впрыскивается въ самую ткань. Онъ обусловливаетъ во всѣхъ тканяхъ полное закрытіе всѣхъ капилляровъ, маленькихъ артерій и венъ. Въ болѣе крупныхъ сосудахъ происходитъ только уменьшеніе просвѣта. Узнается дѣйствіе супраренина по желтой окраскѣ тканей. 10) Дѣйствіе препарата продолжается довольно долгое время—до нѣсколькихъ часовъ. 11) Послѣдовательное кровотеченіе не наступаетъ. 12) Препаратъ легко растворимъ въ водѣ; можетъ быть точно дозированъ; слѣдуетъ примѣнять его въ физіологическомъ растворѣ поваренной соли. Такіе растворы не дороги. 13) Впрыскиванія безболѣзненны. При операціяхъ можно сочетать обезкровливаніе съ мѣстнымъ обезболиваніемъ. 14) Для впрыскиванія лучше всего пользоваться шприцемъ вмѣстимостью въ 5 к. стм. съ очень длинной тонкой иглой; для печени болѣе цѣлесообразна игла съ тупымъ концомъ и боковыми отверстіями (Münchener medicinische Wochenschrift, № 6). *А. Коварскій.*

**Внутреннія болѣзни.** 227. Д-ръ *P. Cohnheim* посвятилъ обширную статью вопросу объ *ощупываніи и выслушиваніи* неизмѣненнаго и неувеличеннаго *привратника* и *о* значеніи получаемыхъ такимъ путемъ данныхъ для *распознаванія опухолей живота*. Наиболѣе обстоятельныя данныя о прощупываніи нормальнаго привратника сообщены были впервые проф. *В. П. Образцовымъ*, который показалъ, что такое прощупываніе дѣйствительно возможно, независимо отъ какихъ-либо измѣненій или новообразованій въ прощупываемомъ органѣ. Между тѣмъ на практикѣ прощупываніе нормальнаго привратника нерѣдко истолковывается въ смыслѣ присутствія опухоли. Существуютъ однако признаки, руководясь которыми можно избѣжать подобной ошибки. Именно, нужно имѣть въ виду, что нормальный привратникъ прощупывается въ видѣ шнура толщиною въ палецъ, проходящаго сверху и справа внизъ и влѣво на 2—7 стм. выше пупка. Цилиндръ этотъ отличается измѣнчивою плотностью, при чемъ «опухоль», имъ образуемая, то исчезаетъ по временамъ, то появляется снова. Если концами пальцевъ слегка нажать на такую опухоль, то можно замѣтить, что въ ней при извѣстныхъ обстоятельствахъ происходитъ передвиженіе жидкости и при томъ всегда слѣва направо — обстоятельство, очень важное для отличія привратника отъ ободочной кишки, гдѣ перистальтика совершается въ обратномъ направленіи. Прощупывается нормальный привратникъ у исхудалыхъ лицъ съ разслабленными брюшными стѣнками, у женщинъ съ опущеніемъ внутренностей, съ расхожденіемъ прямыхъ мышцъ живота, а также у чахоточныхъ. Что касается изслѣдованія, то для успѣха его необходимо позаботиться о возможномъ разслабленіи брюшныхъ стѣнокъ; производятъ его натощакъ; при чемъ даютъ выпить предварительно 1—2 стакана воды. Иногда сокращающійся привратникъ при осмотрѣ живота становится даже видимымъ по производимому имъ выпячиванію брюшной стѣнки. Чаще однако сокращенія его удается опредѣлить ощупываніемъ; происходящее при этомъ переливаніе жидкости по привратнику воспринимается и ухомъ. На основаніи 7 случаевъ, находившихся подъ его наблюденіемъ, авторъ высказывается за то, что прощупываніе нормальнаго привратника полезно, съ одной стороны, для опредѣленія положенія отдѣльныхъ частей желудка, а съ другой—для устраненія ошибокъ, происходящихъ отъ смѣшенія нормальнаго привратника съ привратникомъ, измѣненнымъ опухолью. Длительно остающаяся твердость неувеличеннаго привратника говоритъ, по мнѣнію *Cohnheim*'а, за злокачественное новообразованіе его (Deutsches Archiv für klinische Medicin, т. LXXVIII, тетр. 3 и 4). *И. Назаровъ.*

228. Д-ръ *Bass* (Columbia) на основаніи 79 наблюденій горячо совѣтуетъ *лѣчить брюшной тифъ касторовымъ масломъ*. Масло, въ случаяхъ автора, давалось черезъ каждые 12 часовъ въ количествѣ отъ 1 до 8 драхмъ; величина пріема сообразовалась съ дѣйствіемъ масла въ отдѣльныхъ случаяхъ—желательно вызвать каждый разъ 1—2 испражненія. Пріемы касторовaго масла продолжались во все время теченія болѣзни. Большинство больныхъ не получали другихъ лѣкарствъ; пища давалась жидкая, преимущественно молоко, для питья — чистая вода въ неограниченномъ количествѣ. Не было ни одного смертнаго случая; 3 раза наступило кишечное кровотеченіе; 4 раза наблюдался возвратъ. Средняя продолжительность лихорадки была $16^3/_4$ дня (наименьшая 12 дней, наибольшая—44 дня), хотя по вечерамъ температура бывала иногда еще нѣсколько дней повышенная. Иногда уже послѣ однократнаго пріема масла температура падала на 1,7° Ц (3° F); почти во всѣхъ случаяхъ со 2 — 3-го дня лѣченія она оставалась ниже 38°,8 Ц (102° F). Авторомъ замѣчено также, что по прекращеніи пріемовъ масла во время бо-

Digitized by Google

лѣнія температура быстро повышалась (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 26 декабря 1903). *Л. Старокадомскій.*

229. Д-ръ *Kelsch*, въ статьѣ *«дифтерія людей и дифтерія птицъ»*, приходитъ къ выводу, что дифтерія птицъ и дифтерія людей не однородны по свойству ихъ микробовъ, что дифтерія птицъ можетъ передаваться человѣку не только, когда она зависитъ отъ палочки *Loeffler*'а, но также, когда она имѣетъ своимъ возбудителемъ другіе вызывающіе воспалительные процессы микроорганизмы, общіе животнымъ и людямъ (стрептококки, стафилококки и т. п.) и даже когда причиною ея являются особые микроорганизмы, въ родѣ описанныхъ *Loir*'омъ и *Declout* (Tunis). Хотя нельзя утверждать, что дифтерія людей происходитъ отъ дифтеріи куръ, но возможно допустить, что куры, при случаѣ, являются передатчиками и распространителями дифтеріи. Возможно, что куры являются причиной вспышекъ злокачественныхъ жабъ на уединенныхъ фермахъ, какъ это описалъ *Trousseau*. Частое совпаденіе дифтеріи людей съ дифтеріей птицъ требуетъ, чтобы птицеводы, какъ это совѣтуетъ *Baginsky*, принимали строгія мѣры предосторожности противъ проявленій птичьей дифтеріи. Если будетъ доказано, что въ клоакѣ птицъ какъ и во рту людей, при нормальныхъ условіяхъ, находятся вирулентныя бактеріи, то нужно будетъ обратить серьезное вниманіе на роль навоза въ распространеніи дифтеріи (Revue d'hygiène, 20 декабря 1903 г.). *И. Вирскій.*

230. Д-ръ *Trevithick* совѣтуетъ при изслѣдованіи *мочевого осадка* на присутствіе *бугорчатковыхъ палочекъ* нѣсколько разъ промывать его перегнанной водой, для растворенія мочевыхъ солей. Промываніе авторъ производитъ слѣдующимъ образомъ: набравъ отстоявшійся въ коническомъ сосудѣ осадокъ, центрифугируютъ его, и жидкость сливаютъ: оставшійся осадокъ взбалтываютъ съ перегнанной водой и снова центрифугируютъ; промытый нѣсколько разъ осадокъ изслѣдуютъ обычнымъ путемъ. Пользуясь такимъ способомъ, авторъ имѣлъ возможность скорѣе и въ большемъ количествѣ находить бугорчатковыя палочки, сравнительно съ непромытымъ осадкомъ. Объясняется это тѣмъ, что имѣющіяся въ мочевомъ осадкѣ соли мѣшаютъ палочкамъ и даже гнойнымъ тѣльцамъ плотно приставать къ стеклышку, почему онѣ и отпадаютъ во время окраски (British Medical Journal, 2 января). *Л. Старокадомскій.*

231. Д-ра *Morichau-Beauchant* и *F. Landry* въ статьѣ *«необычная форма подкожныхъ ревматическихъ узловъ»* описываютъ случай, гдѣ у 27-лѣтняго, до того вполнѣ здороваго, человѣка, на почвѣ мышечнаго ревматизма (lumbago) стали появляться подъ кожей болѣзненные узлы, величиною въ орѣхъ или миндалину. Появляясь у основанія конечностей (преимущественно рукъ), узлы эти имѣли наклонность передвигаться къ периферіи, при чемъ передвиженіе это на рукахъ сопровождалось сведеніями мышцъ. Передвиженіе къ периферіи совершалось съ различной скоростью до 2 мѣсяцевъ; нѣкоторые узлы на пути разсасывались, но ни разу дѣло не дошло до нагноенія. Во время болѣзни (9 мѣс.) температура оставалась нормальной; больной страдалъ лишь обильными потами, смѣнявшимися поносами. Подъ вліяніемъ большихъ пріемовъ салициловаго натра появленіе узловъ прекратилось, исчезли боли и сведенія. Принимая во вниманіе, что появленію узловъ предшествовали сильныя боли въ поясничныхъ мышцахъ и затѣмъ въ мышцахъ брюшной стѣнки, а также появленіе у больного обоюдосторонняго пластическаго ирита и исчезновеніе узловъ послѣ большихъ количествъ салициловаго натра, авторы полагаютъ, что въ данномъ случаѣ они имѣли дѣло съ хронической формой ревматизма съ мѣстоположеніемъ процесса въ мышечно-апоневротической системѣ и въ подкожной клѣтчаткѣ (Archives générales de médecine, № 52, 1903 г.). *И. Вирскій.*

232. Д-ръ *Jules Regnault*. *Аневризма ствола аорты, вскрывшаяся наружу; смерть черезъ 50 часовъ.*

Авторъ описываетъ случай, гдѣ у 45-лѣтняго сифилитика въ изъязвившейся въ области грудины гуммѣ появилось сильное кровотеченіе, при чемъ въ образовавшемся воронкообразномъ углубленіи замѣтно было біеніе. Кровотеченіе въ теченіи 50 часовъ повторялось нѣсколько разъ. Попытка оперативнаго вмѣшательства, вслѣдствіе сильной слабости больного, была оставлена, и больной скончался. На вскрытіи найдена аневризма аорты, въ апельсинъ, содержавшая сгустки, которая при жизни ничѣмъ не проявляла своего существованія (Archives générales de médecine, № 52, 1903 г.). *И. Вирскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 233. Проф. *Beck* (Chicago) предлагаетъ слѣдующій простой способъ *лѣченія сосудистыхъ опухолей*, особенно пригодный въ тѣхъ случаяхъ, когда опухоль—большая и находится на открытыхъ частяхъ тѣла. Кэтгутовая нить проводится зигзагообразно: сначала подъ кожей возлѣ опухоли, затѣмъ подъ основаніемъ послѣдней, снова подъ кожей, опять подъ опухолью и т. д., пока не достигнутъ начальнаго вкола; тогда нить затягивается и завязывается. Опухоль, не омертвѣвая вслѣдствіе неполнаго прекращенія кровообращенія, уменьшается въ объемѣ, новообразованные сосуды запустѣваютъ и замѣщаются соединительной тканью. Указанная операція повторяется—съ промежутками около недѣли — нѣсколько разъ, до полнаго исчезновенія опухоли. Автору, въ приводимомъ имъ случаѣ обширной артеріальной ангіомы лѣвой $^1/_2$ лица у ребенка, удалось достигнуть упомянутымъ путемъ полнаго уничтоженія новообразованія безъ рѣзкаго обезображенія лица. Впрочемъ, въ этомъ случаѣ была также изсѣчена часть общей сонной артеріи, такъ какъ авторъ полагаетъ, что остановить ростъ артеріальной или смѣшанной ангіомы невозможно безъ перевязки крупнѣйшаго приводящаго сосуда (The Journal of the American Medical Association, 26 декабря 1903 г.). *Л. С.*

234. Проф. *Narath* (Utrecht) описываетъ *случай т. наз. 12-перстно-тощей грыжи* (*herniae duodeno-jejunalis*).

Больная, 34 л., много лѣтъ страдала болями въ лѣвой подреберной области. Въ послѣдніе годы сильная рвота (послѣ пріема пищи), замѣтное истощеніе, временами сильное вздутіе живота. При поступленіи отмѣчено: сильное исхуданіе; животъ вздутъ, главнымъ образомъ слѣва; черезъ истонченные покровы видны перистальтическія движенія кишекъ; по правой пригрудинной линіи ниже печени прощупывается плотная, подвижная опухоль, съ яйцо; желудокъ расширенъ и вмѣщаетъ 2 литра жидкости. Чревосѣченіе. По вскрытіи брюшины видны были лежавшія впереди желудка, поперечной ободочной кишки и большого сальника петли тонкихъ кишекъ. Привратникъ оказался съуженнымъ и уплотненнымъ. 2 петли кишекъ, лежавшія впереди желудка, были сращены съ малою кривизною. Сращенія эти были разъединены съ большимъ трудомъ, при чемъ по извлеченіи петель оказалось, что одна изъ петель переходила въ 12-перстную кишку, другая—въ слѣпую, которую вмѣстѣ съ червеобразнымъ отросткомъ удалось извлечь изъ за малой кривизны желудка. Расширивъ разрѣзъ книзу и отодвинувъ петли тонкихъ кишекъ кверху, авторъ могъ убѣдиться въ томъ, что книзу отъ поперечной ободочной кишки брюшная полость вовсе не содержала кишечныхъ петель и что всѣ тонкія кишки проникли черезъ расширенный 12-перстно-тощій заворотъ (recessus duodeno-jejunalis) снизу вверхъ позади желудка, который вслѣдствіе старыхъ язвъ имѣлъ нерѣзко выраженную форму песочныхъ часовъ, а затѣмъ черезъ отверстіе (resp. разрывъ) въ маломъ сальникѣ свѣсились сверху внизъ въ брюшную полость. Сращеніе подвздошной кишки съ малою кривизною желудка произошло на разстояніи 10 стм., отъ *Bauhini*'евой заслонки. Потягиваніемъ за подвздошную кишку удалось легко извлечь всѣ тонкія кишки въ обратномъ направленіи и придать имъ нормальное положеніе. Чтобы предотвратить обратное попаданіе кишекъ края 12-перстно-тощей складки (plicae duodeno-jejunalis) соединены нѣсколькими швами. На мѣстѣ съуженія привратника—операція по *Heinecke-Mikulicz*'у. Швы. Полное выздоровленіе (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. Финкельштейнъ.*

235. Д-ръ *Voelcker*, на основаніи наблюденій изъ клиники проф. *Czerny*, говоритъ *объ изсѣченіи увеличенной предстательной железы со стороны промежности.* Эта операція показана въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вслѣдствіе сильнаго воспаленія мочевого пузыря, кровотеченій, камней, механическихъ препятствій нельзя примѣнить систематической катетеризаціи и гдѣ операція *Bottini* приноситъ мало пользы (въ силу равномѣрнаго увеличенія всей железы, а не только ея средней доли). Операція полнаго изсѣченія показана тѣмъ болѣе, что въ 14% всѣхъ случаевъ увеличенія предстательной железы послѣдняя подвергается злокачественному перерожденію (особенно т. наз. железистыя формы). Въ клиникѣ проф. *Czerny* операція произведена была въ 11 случаяхъ. Возрастъ больныхъ 62—80 л. Результаты: 2 умерли—1 отъ shock'а, другой отъ гноегнилокровія, у 2-хъ больныхъ остался свищъ пузырно-прямокишечный, у 1—небольшой мочевой свищъ на промежности, у 1—незначительное съуженіе мочеиспускательнаго канала, 1 больной недостаточно еще прослѣженъ, ибо оперированъ недавно; въ 4-хъ случаяхъ полученъ вполнѣ удовлетворительный результатъ (исчезновеніе воспаленія мочевого пузыря, правильное мочеиспусканіе). Техника операціи: полулуннымъ разрѣзомъ впереди прямой кишки проникаютъ черезъ кожу и мышцы промежности, тупо отдѣляютъ прямую кишку и оттянувъ ее кзади, вскрываютъ срединнымъ разрѣзомъ соединительно-ткан-

Digitized by Google

ную оболочку железы, при чемъ въ передней части разрѣза нарочно вскрываютъ мочеиспускательный каналъ. Держась въ предѣлахъ оболочки, можно вылущить тупо всѣ дольки железы. Образующуюся при этомъ недостачу въ мочеиспускательномъ каналѣ и въ мочевомъ пузырѣ уменьшаютъ швами, оставляя отверстія для введенія толстой дренажной трубки. Остальную часть раны тампонируютъ. Дренажъ обыкновенно удаляютъ на 8-ой день и замѣняютъ его на такой-же срокъ катетеромъ à demeure (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. Финкельштейнъ.*

236. Д-ръ *Hilgenreiner* на основаніи 3-хъ наблюденій изъ клиники проф. *Wölfler*'а говоритъ *о воспаленіи и объ омертвѣніи Meckel'ieва расширенія.*

1. Больной, 18 л., нѣсколько лѣтъ страдалъ сильными болями въ нижнемъ отдѣлѣ живота. Боли наступали приступами, длившимися нѣсколько часовъ и сопровождавшимися задержкою испражненій, а иногда и появленіемъ въ нихъ крови. При поступленіи найдено: тотчасъ вправо и книзу отъ пупка прощупывалась плотная, болѣзненная опухоль длиною въ 6, шириною въ 3 стм. Боли на мѣстѣ опухоли послѣ каждаго пріема пищи усиливались. Температура нормальная. Чревосѣченіе. Опухоль оказалась плотно сращенною съ переднею брюшною стѣнкой и непосредственно переходила въ кишечный придатокъ, впадавшій въ подвздошную кишку на разстояніи 1 метра отъ *Bauhini*'евой заслонки. Длина придатка 7 стм.; просвѣтъ его равенъ просвѣту подвздошной кишки; конецъ придатка былъ сильно утолщенъ и плотно спаянъ съ переднею брюшною стѣнкою почти у самаго пупка. Придатокъ былъ изсѣченъ. Гладкое выздоровленіе. Въ хвостовомъ концѣ придатка найдена язва. Центральный конецъ по своему гистологическому строенію совершенно соотвѣтствовалъ нормальной стѣнкѣ подвздошной кишки. Причина язвы не выяснена.

2. Мальчикъ, 11 л., поступилъ съ явленіями острой непроходимости кишекъ. Непроходимость длилась 4 дня. До этого $^1/_2$ года страдалъ *болями* въ животѣ вправо отъ пупка. Заподозрѣно острое воспаленіе червеобразнаго отростка. Найденный при операціи воспаленный отростокъ былъ удаленъ. Смерть тотчасъ-же послѣ операціи. Вскрытіе: разлитое воспаленіе брюшины, исходившее изъ прободеннаго *Meckel*'ieваго расширенія. Въ червеобразномъ отросткѣ поверхностная язва.

Причины воспаленія *Meckel*'ieва расширенія тѣже, что и воспаленія червеобразнаго отростка: инородныя тѣла, кишечныя чужеядныя, въ рѣдкихъ случаяхъ траума, зараженіе (тифъ, бугорчатка, лучистый грибокъ). Очень часто воспаленіе присоединяется къ грыжамъ *Meckel*'ieва расширенія. Клиническая картина очень похожа на картину воспаленія червеобразнаго отростка. Отличіе заключается въ томъ, что наиболѣе болѣзненная точка и болѣзненная припухлость лежатъ ближе къ пупку. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ «diverticulitis» протекаетъ безъ признаковъ и случайно открывается на вскрытіи; въ другомъ рядѣ случаевъ признаки воспаленія теряются въ клинической картинѣ кишечной непроходимости. Предсказаніе—очень серьезное въ виду легко возможнаго прободенія расширенія въ свободную брюшную полость. Лѣченіе оперативное.—Въ 3-мъ случаѣ дѣло шло объ омертвѣніи расширенія.

3. Больная, 74 л., $^1/_2$ года страдала лѣвосторонней бедренной грыжей. За 3 дня до поступленія грыжа ущемилась. Въ день поступленія образовался небольшой каловой свищъ. При операціи найдено ущемленіе и омертвѣніе *Meckel*'ieва расширенія. Послѣднее было изсѣчено. Выздоровленіе.

Авторъ различаетъ слѣдующаго рода омертвѣніе *Meckel*'ieваго расширенія: 1) омертвѣніе вслѣдствіе ущемленія, 2) омертвѣніе вслѣдствіе заворота самого расширенія, 3) омертвѣніе расширенія при ущемленіи кишки въ кольцѣ, образованномъ сросшимся съ чѣмъ-либо расширеніемъ, 4) омертвѣніе вслѣдствіе образованія узловъ въ расширеніи, 5) омертвѣніе отъ потягиванія ущемленною кишкою и 6) омертвѣніе вслѣдствіе внѣдренія расширенія (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XL). *Б. Финкельштейнъ.*

237. Д-ръ *Hahn* описываетъ *6-ой въ литературѣ случай подкожнаго разрыва желчнаго протока.*

4-лѣтній мальчикъ былъ сшибленъ съ ногъ экипажемъ. Ударъ пришелся главнымъ образомъ въ правую $^1/_2$ туловища. На 3-ій день легкая желтуха, державшаяся 5 недѣль. Черезъ 2 недѣли ребенокъ поднялся съ постели, продолжая жаловаться на сильныя боли въ животѣ. Отправленія кишечника были нормальны, только испражненія были обезцвѣчены; лихорадки не было; нарастающее истощеніе. При поступленіи (черезъ 6 недѣль послѣ траумы) отмѣчено рѣзкое истощеніе, сильнѣйшее вздутіе живота, пульсъ 150, по всей лѣвой $^1/_2$ живота тупость, заходящая вправо на 2 пальца за среднюю линію, справа—притупленно-барабанный звукъ. Разрѣзъ по средней линіи ниже пупка. Выдѣлилось огромное количество опалесцировавшей жидкости съ примѣсью желтовато-зеленыхъ слизистыхъ клочьевъ. Кишки оказались плотно спаянными. По расширеніи разрѣза кверху за пупокъ выдѣлилось новое скопленіе жидкости изъ-подъ печени. Рана была зашита и въ нижній ея уголъ введенъ тампонъ. Химическое изслѣдованіе обнаружило въ жидкости присутствіе желчи. Послѣ операціи наступило временное улучшеніе. Въ виду новаго скопленія жидкости сдѣлано вторичное чревосѣченіе. Отдѣлена петля тощей кишки, сросшейся съ нижнею поверхностью печени. Тщательно изслѣдованы были всѣ желчные пути. Съ большимъ трудомъ удалось отыскать желчный свищъ, имѣвшій подковообразную форму и находившійся у задней поверхности верхней горизонтальной части 12-перстной кишки вправо отъ позвоночника. Зондъ, введенный въ свищъ, шелъ прямо кверху. Къ свищу подведенъ былъ іодоформный тампонъ. Швы на наружную рану. Повязка. Черезъ 5 недѣль отдѣленіе желчи изъ наружнаго свища прекратилось. Черезъ 2 мѣсяца мальчикъ выписанъ совершенно здоровымъ.

Авторъ думаетъ, что въ описанномъ случаѣ произошелъ подкожный разрывъ желчнаго протока у мѣста его впаденія въ 12-перстную кишку вмѣстѣ съ разрывомъ тканей вокругъ поджелудочной железы и 12-перстной кишки съ послѣдовательнымъ изліяніемъ желчи черезъ разрывъ брюшины въ брюшную полость. *Hahn* собралъ изъ литературы 49 случаевъ разрыва желчныхъ путей. Въ 17 случаяхъ былъ разрывъ желчнаго пузыря, въ 2—пузырнаго, въ 4—печеночнаго, въ 6—желчнаго протоковъ; въ остальныхъ случаяхъ мѣстоположеніе разрыва не указано. Изъ 6 больныхъ съ разрывомъ желчнаго протока выздоровѣлъ 1 (больной автора); остальные погибли черезъ 2—53 дня отъ истощенія (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Ф.*

**Глазныя болѣзни.** 238. Д-ръ *Fejér* (Budapest) говоритъ объ *ушибѣ глазного яблока*, особенно останавливаясь на *травматической утерѣ радужной оболочки и хрусталика* (aniridia et aphakia traumaticae). Наиболѣе частымъ послѣдствіемъ ушиба является разрывъ бѣлочной оболочки (разрывы роговой оболочки случаются довольно рѣдко), при чемъ направленіе разрыва почти всегда идетъ параллельно пограничной линіи этой оболочки съ роговицей. Черезъ рану бѣлочной оболочки, помѣщающуюся обыкновенно наверху, можетъ выскочить вся радужная оболочка или только часть ея, а иногда вмѣстѣ съ нею выскакиваетъ и хрусталикъ, совершенно выпадая изъ глаза или же застрѣвая подъ соединительной оболочкой. Бываетъ и такъ, что радужная оболочка совершенно исчезаетъ, хрусталикъ-же остается на мѣстѣ. Особенно интересны тѣ случаи, гдѣ *хрусталикъ и радужная оболочка исчезаютъ изъ глаза послѣ ушиба* при отсутствіи какихъ бы то ни было *признаковъ разрыва бѣлочной оболочки*. Такихъ случаевъ описано въ литературѣ 2. Авторъ прибавляетъ къ нимъ свой собственный.

48-лѣтняя женщина, поскользнувшись, наткнулась правымъ глазомъ на головчатый выступъ стула, послѣ чего перестала видѣть этимъ глазомъ. Изслѣдованіе показало полное отсутствіе радужной оболочки, какъ и хрусталика на обычномъ ихъ мѣстѣ; по темному-же клубку съ бахромчатыми краями, виднѣвшемуся въ глубинѣ глаза, можно было заключить, что радужная оболочка вмѣстѣ съ хрусталикомъ, оторвавшись отъ мѣстъ ихъ прикрѣпленія, ушли въ стекловидное тѣло. Что они не выпали изъ глаза, явствовало изъ того, что на бѣлочной оболочкѣ не было видно никакихъ слѣдовъ разрыва не только черезъ 8 дней послѣ повреждения, когда авторъ видѣлъ больную въ 1-ый разъ, но и на 2-ой день послѣ ушиба глаза, когда больная была осмотрѣна опытнымъ глазнымъ врачемъ. Внутриглазное давленіе не было повышено. При начавшемся разсасываніи крови въ стекловидномъ тѣлѣ глазомъ стали различаться уже движенія руки. При дальнѣйшемъ разсасываніи, для ускоренія котораго были назначены теплыя примочки на глазъ и внутренніе пріемы іодистаго калія, стекловидное тѣло начало понемногу проясняться, при чемъ постепенно разсасывалась и радужная оболочка; но долго еще можно было видѣть въ глубинѣ глаза сѣрую массу съ неопредѣленными очертаніями, представлявшую остатки разсасывавшагося хрусталика. Таково было состояніе глаза и черезъ годъ послѣ повреждения; зрѣніе же къ этому времени поднялось уже до $^5/_{50}$ при приставкѣ + 19 D. (Archiv für Augenheilkunde, т. XLVIII, 3). *Р. Кацъ.*

239. Исходя изъ того положенія, что только точныя изслѣдованія *химическаго состава водянистой влаги* могутъ выяснить *причины старческой катаракты*, *U. Troncoso* (Мексика) добывалъ помощью Luer'овскаго шприца водянистую влагу изъ передней камеры при различныхъ ступеняхъ развитія катаракты и эту влагу подвергалъ химическому изслѣдованію. Такихъ изслѣдованій имъ произведено было 9; въ 3 случаяхъ имѣлась начинающаяся катаракта, въ 5—зрѣлая, а въ 1—перезрѣлая. Результаты и выводы автора слѣдующіе: 1) Содержаніе бѣлка въ водя-

Digitized by Google

нистой влагѣ не повышается по мѣрѣ созрѣванія катаракты, какъ думали до сихъ поръ. 2) Въ случаяхъ начинающейся ядерной катаракты обнаружено было значительное увеличеніе содержанія минеральныхъ солей; въ 1-же случаѣ начинающейся корковой катаракты этого явленія не было. 3) При зрѣлой катарактѣ составъ водянистой влаги постоянно приближается къ нормальному. 4) Въ случаѣ перезрѣлой катаракты оказалось повышеніе органическихъ составныхъ частей въ водянистой влагѣ. 5) Набуханіе хрусталика въ раннихъ ступеняхъ катаракты нельзя объяснить повышеннымъ содержаніемъ соли въ водянистой влагѣ, такъ какъ осмотическій токъ, какъ извѣстно, всегда направляется къ той средѣ, которая наиболѣе насыщена солями. 6) Первоначальную причину мутнѣнія околоядернаго слоя вѣрнѣе поэтому усматривать въ отвлеченіи воды и сморщиваніи ядра (По передачѣ *K. W. Majewsk*'аго изъ Annales d'oculistique, CXXX, 2, въ Postęp okulistyczny, октябрь). *Р. Кацъ.*

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 240. Проф. *Stewart* (Philadelphia) сообщаетъ случай *разрыва матки* во время родовъ, окончившійся благопріятно для матери, не смотря на осложнявшія тягостныя обстоятельства.

38-лѣтняя, раньше здоровая, негритянка, беременная въ 9-й разъ; 2 раза былъ выкидышъ; въ остальныхъ случаяхъ беременность и роды протекали правильно. Теченіе послѣдней беременности правильное. Черезъ 17 часовъ отъ начала родовъ боли вдругъ прекратились, и изъ рукава хлынула кровь. Спустя 3 часа врачъ нашелъ больную въ шокѣ; тоны сердца плода не слышны; головка легко подвижна, позади лѣвой лонной кости. Послѣ поворота на ножку извлеченъ мертвый плодъ. Удаляя послѣдъ, отошедшій вскорѣ послѣ рожденія ребенка, врачъ замѣтилъ во влагалищѣ большой кусокъ сальника. Влагалище затампонировано марлей и больная отправлена въ госпиталь, за 7 миль. Изслѣдованіе черезъ 7 часовъ послѣ разрыва: слизистыя оболочки почти бѣлы; 36°,6 Ц. (98° F.); дых. 30; пульсъ 135, малый и слабый; изъ половой щели выдается часть сальника; животъ мягкій, мало чувствительный. Общее обезболиваніе эѳиромъ. Животъ вскрытъ по средней линіи; въ брюшной полости немного свернувшейся и жидкой крови; сальникъ вдвинутъ въ матку черезъ разрывъ въ лѣвой боковой стѣнкѣ, начинавшійся вблизи дна и шедшій внизъ и во влагалище. Сальникъ былъ изсѣченъ; удалена вся матка; влагалищное отверстіе зашито кэтгутомъ; брюшная полость орошена горячимъ солевымъ растворомъ; брюшная рана зашита, вставленъ выпускникъ. Операція продолжалась 20 мин. Въ вену руки влито около 2 литровъ солевого раствора съ атропиномъ, стрихниномъ и адреналиномъ. Выздоровленіе. Удаленная матка рыхла; въ стѣнкѣ ея нѣсколько волокнистыхъ опухолей (New-York Medical Journal und Philadelphia Medical Journal, 12 декабря 1903 г.). *Л. Старокадомскій.*

241. Д-ръ *Bastian* всѣмъ способамъ *расширенія матки, производимымъ съ распознавательной цѣлью*, предпочитаетъ *гистеротомію.* Основательное изслѣдованіе полости матки можетъ быть достигнуто только черезъ ея посредство, тогда какъ даже самое значительное расширеніе *Hegar*'овскими расширителями не даетъ, по мнѣнію *B.*, свободнаго доступа въ полость матки. Микроскопическое изслѣдованіе содержимаго матки или слизистой оболочки ея является очень важнымъ подспорьемъ для распознаванія, но главную роль *B.* отводитъ изслѣдованію пальцемъ. «Временная» гистеротомія съ распознавательной цѣлью была произведена *B.* 3 раза. Существуетъ 3 способа гистеротоміи, главное же во всѣхъ ихъ—полное разсѣченіе всего канала шейки, включая и внутренній зѣвъ. 1-ый способъ *B.*—это одно-либо двухсторонняя гистеротомія: разрѣзъ ведется ножницами черезъ одну или обѣ боковыя спайки губъ маточной шейки, кровоточащіе сосуды захватываются кровеостанавливающими пинцетами, затѣмъ по окончаніи операціи и изслѣдованія разрѣзы зашиваются шелкомъ или толстымъ кэтгутомъ. 2-ой способъ *B.*—средняя передняя гистеротомія (hystériotomie antérieure ou sphinctérienne temporaire): проводится поперечный разрѣзъ черезъ передній влагалищный сводъ, мочевой пузырь отодвигается указательнымъ пальцемъ кверху, затѣмъ передняя маточная стѣнка расщепляется по средней линіи, начиная отъ наружнаго зѣва и переходя границы внутренняго. По окончаніи изслѣдованія на края маточной раны накладываютъ узловые кэтгутовые швы, не захватывая слизистой оболочки, затѣмъ возстанавливается влагалищный сводъ и маточная шейка посредствомъ швовъ изъ crin de Florence'а. Швы снимаются на 7-ой день. Въ 3-мъ способѣ, употребляемомъ рѣдко, къ предыдущему присоединяется еще разрѣзъ по средней линіи задней губы. Во всѣхъ способахъ полость матки и влагалище дренируются іодоформной или ксероформной марлей (Revue médicale de la Suisse Romande, 20 декабря 1903). *А. Г—ръ.*

**Дѣтскія болѣзни.** 242. Д-ръ *Bloch. Изслѣдованіе катарра желудка и кишекъ у грудныхъ дѣтей.* Авторъ производилъ микроскопическія и бактеріологическія изслѣдованія 10 умершихъ дѣтей, изъ коихъ у 7 клинически былъ распознанъ острый катарръ желудка и кишекъ, а у 3—затяжной тѣхъ-же органовъ. Немедленно послѣ смерти органы брюшной полости были фиксированы помощью впрыскиванія 10%-го раствора формалина, затѣмъ промыты въ текучей водѣ и сохранены въ 60%-мъ алкоголѣ. Для окрашиванія авторъ пользовался способомъ *van Gieson*'а; для окрашиванія клѣтокъ онъ примѣнялъ тройную окраску (метиленовая синька, кислый фуксинъ и Orange) по способу *Ehrlich-Biondi-Heidenhain*'а, а для окраски бактерій—способъ *Gram*'а и тіонинъ. Изслѣдованія эти показали, что въ случаяхъ остраго и затяжного катарра желудка и кишекъ у грудныхъ дѣтей имѣется воспалительное состояніе слизистой оболочки кишекъ, при чемъ болѣе глубокія воспалительныя измѣненія обыкновенно распространяются на небольшой участокъ примыкающей тонкой кишки, а равно и на толстую. Въ исключительныхъ случаяхъ воспаленіе переходитъ и на 12-перстную кишку, но бо̀льшая часть тонкихъ кишекъ остается свободной отъ болѣе рѣзкихъ воспалительныхъ измѣненій, а эпителій и железы слизистой оболочки большею частью хорошо сохраняются. Строгое разграниченіе остраго воспаленія отъ затяжного какъ съ анатомической, такъ и съ клинической стороны невозможно (Jahrbuch für Kinderheilkunde, т. LVIII, тетр. 5).

**Нервныя и душевныя болѣзни.** 243. Непоколебимо-убѣжденный сторонникъ *сифилитическаго происхожденія спинной сухотки*, проф. *Erb* вновь выступилъ съ обширной статьей по этому вопросу, написанной хотя и въ сильно полемическомъ и даже нѣсколько раздражительномъ тонѣ, но заключающей въ себѣ много поучительныхъ и заслуживающихъ вниманія фактическихъ данныхъ. Прежде всего онъ приводитъ новый рядъ (съ 1896 г.) спинносухоточныхъ въ 400 случаевъ, исключительно у мужчинъ изъ высшихъ слоевъ общества, у которыхъ, по его словамъ, точность анамнестическихъ свѣдѣній болѣе достовѣрна, чѣмъ у другихъ. Изъ этихъ 400 больныхъ сифилитиковъ было 353 или 88,25% и несифилитиковъ 47 или 11,75%, но изъ числа этихъ послѣднихъ 35 представлялись болѣе или менѣе подозрительными по отношенію къ сифилису (бубоны, сомнительныя опухоли, обильные рубцы, выкидыши и мертворожденія у женъ, подозрительные признаки наслѣдственнаго сифилиса у дѣтей, общее припуханіе железъ, прободающія язвы, сифилисъ отца, жена-проститутка и т. д.), такъ что только у 12 больныхъ (3%) нельзя было найти никакихъ видимыхъ признаковъ сифилиса, хотя, конечно, изъ этого никоимъ образомъ нельзя сдѣлать вывода, что его у нихъ въ дѣйствительности не было (сифилисъ невинныхъ, скрытый). Сопоставляя эти числа съ своими прежними статистическими данными, *Erb* получаетъ солидную цифру въ 1100 случаевъ спинной сухотки у мужчинъ, почти исключительно изъ высшихъ слоевъ общества, обнимающихъ почти $^1/_4$ 100-лѣтія (1881—1903); изъ нихъ сифилитиковъ было въ среднемъ 89,45 и не-сифилитиковъ 10,54, но совершенно внѣ подозрѣнія—только 2,8%. Такимъ образомъ, заключаетъ онъ, *изъ каждыхъ 100 случаевъ спинной сухотки у мужчинъ* изъ высшихъ слоевъ общества *90* (точнѣе 89,45) *имѣли въ прошломъ сифилисъ и только 10* (точнѣе 10,54%) *не имѣли его*—выводъ, сохранившійся почти неизмѣненнымъ въ теченіи почти 25 лѣтъ! Для сравненія *Erb* приводитъ статистическія данныя о бывшихъ подъ его наблюденіемъ въ тотъ-же періодъ времени больныхъ мужчинахъ, также изъ высшихъ слоевъ общества, не страдавшихъ спинной сухоткой, при чемъ на 10000 такихъ больныхъ сифилитиковъ оказалось только 21,5%, а не-сифилитиковъ — 78,5%. Другими словами: на 10,5% не-сифилитиковъ у спинносухоточныхъ пришлось 78,5% у не-спинносухоточныхъ, а

Digitized by Google

на 89,5% сифилитиковъ у первыхъ—только 21,5% у вторыхъ, т. е. сифилитиковъ среди спинносухоточныхъ оказалось почти въ $4^1/_2$ раза больше, чѣмъ среди другихъ нервныхъ больныхъ мужчинъ изъ тѣхъ-же слоевъ общества. И относительно времени развитія спинной сухотки послѣ бывшаго зараженія сифилисомъ новыя данныя *Erb*'а только подтверждаютъ его прежній выводъ, что промежутокъ времени между послѣднимъ и первымъ колеблется въ предѣлахъ отъ 6 до 20 лѣтъ; до 5 лѣтъ случаи заболѣванія сухоткой, однако, еще встрѣчаются, послѣ же 20 и 30 л.—очень рѣдко. — *Erb* придаетъ клинико-статистическому методу рѣшающее значеніе въ дѣлѣ выясненія причинной зависимости между сифилисомъ и спинной сухоткой, при непремѣнномъ условіи, конечно, если анамнестическія данныя собираются и провѣряются съ необходимыми строгостью и тщательностью, при томъ—исключительно у мужчинъ изъ высшихъ слоевъ общества, такъ какъ только у нихъ можно надѣяться получить дѣйствительно точныя и согласныя съ истиной указанія. Поэтому онъ и считаетъ свои выводы непреложными и, на основаніи ихъ, заключаетъ, что сифилисъ играетъ въ этіологіи спинной сухотки весьма выдающуюся роль и что только лица, перенесшія раньше зараженіе сифилисомъ, находятся въ опасности заболѣть впослѣдствіи спинной сухоткой; сифилисъ составляетъ наиболѣе важную и дѣйствительную причину, почти неизбѣжное условіе для развитія сухотки, которая въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ является послѣдствіемъ сифилиса, послѣ-сифилитическимъ заболѣваніемъ.—*Erb* приводитъ далѣе свою статистику и о спинносухоточныхъ мужчинахъ изъ низшихъ слоевъ, которыхъ у него за тотъ-же періодъ времени 1881—1903 гг. было всего 158, изъ нихъ оказалось сифилитиковъ 122 или 77,2% и не-сифилитиковъ 36 или 22,8%—тоже довольно высокія цифры. Но значеніе ихъ становится еще больше при сопоставленіи съ анамнестическими данными всѣхъ больныхъ мужчинъ въ возрастѣ за 25 л., прошедшихъ черезъ клинику авт. за время съ 1893 по 1902 г.: на 1300 больныхъ оказалось сифилитиковъ только 6,54% противъ 93,46% не имѣвшихъ сифилиса. Наконецъ, 63 спинносухоточныя женщины дали: несомнѣнный сифилисъ въ 44,44%, вѣроятный—въ 36,5% и отсутствіе указаній на него—въ 19,05%. — Такимъ образомъ сводные итоги за 25 лѣтъ слѣдующіе: 1321 случай спинной сухотки—1100 мужчинъ изъ высшихъ слоевъ съ 89,5% сифилитиковъ, 158 мужчинъ изъ низшихъ слоевъ съ 77,2% и 63 женщины съ 80% несомнѣннаго или весьма вѣроятнаго сифилиса. — Въ виду большого значенія въ этіологіи нервныхъ заболѣваній, придаваемаго въ послѣднее время многими авторами *перелою*, *Erb* сталъ собирать у своихъ больныхъ анамнестическія свѣдѣнія и въ этомъ направленіи и представляетъ статистику изъ 600 случаевъ у мужчинъ въ возрастѣ за 25 лѣтъ; изъ нихъ имѣли: только шанкръ—61 или 10%, вторичный сифилисъ—105 или 17,5%, перелой—300 или 50%, остальные 260—43,3% не имѣли никакого зараженія. Такимъ образомъ перелой вовсе не является такимъ частымъ заболѣваніемъ, какъ объ этомъ многіе говорятъ и пишутъ, и ужъ во всякомъ случаѣ далеко не каждый почти мужчина страдалъ имъ, какъ это утверждаютъ нѣкоторые авторы. Насколько часто перелой встрѣчается въ анамнезѣ спинносухоточныхъ, показываетъ тотъ фактъ, что изъ 50 больныхъ его имѣли 45—90%, т. е. почти каждый спинносухоточный, между тѣмъ какъ среди другихъ больныхъ—только 1 изъ 2-хъ—50%. Можно-ли придавать этому обстоятельству какое-либо значеніе въ этіологіи спинной сухотки? *Erb* отвѣчаетъ на этотъ вопросъ отрицательно. Опытъ и наблюденіе учатъ, говоритъ онъ, что мужчины, имѣющіе сношенія съ проститутками, подвергаются гораздо большему риску заболѣть перелоемъ, чѣмъ шанкромъ или сифилисомъ: первымъ заболѣваютъ 50%, вторымъ и третьимъ — только 10—12%; а, такъ какъ почти всѣ сухоточные (90%) имѣли шанкръ или сифилисъ, т. е. во всякомъ случаѣ имѣли дѣло съ проститутками, то у нихъ уже a priori можно ожидать почти поголовнаго заболѣванія перелоемъ. Это положеніе доказывается и цифрами: изъ 600 сухоточныхъ, изъ которыхъ шанкръ или сифилисъ имѣли 143, перелой былъ у 75%, и только 25% не имѣли его; изъ 45 сухоточныхъ 40, имѣвшихъ перелой, имѣли и сифилисъ—88,8%, а изъ 265 не-сухоточныхъ, имѣвшихъ перелой, сифилисъ былъ только у 92—34,7%; на 600 больныхъ, безъ сухоточныхъ, имѣвшихъ одинъ только перелой оказалось 173, т. е. больше $^1/_4$, почти $^1/_3$, а на 50 сухоточныхъ такихъ нашлось всего 4, т. е. $^1/_{12}$. Выводъ отсюда тотъ, что для развитія спинной сухотки къ перелою долженъ присоединиться еще и сифилисъ, что перелой самъ по себѣ—почти всегда страданіе чисто мѣстное, воздѣйствіе котораго на организмъ едва-ли можетъ простираться на періодъ времени въ 10—20 лѣтъ. Въ виду такой убѣдительности фактическихъ выводовъ, основанныхъ на большихъ числахъ, *Erb* не считаетъ нужнымъ подробно разбирать появившіяся въ послѣднее время въ литературѣ новыя сообщенія противниковъ сифилитическаго происхожденія спинной сухотки и останавливается на нихъ лишь мимоходомъ, при чемъ одному автору—*Friedländer*'у совѣтуетъ, прежде чѣмъ выступать въ печати съ своими мнѣніями, познакомиться предварительно съ нѣкоторыми главами «Индуктивной логики» Stuart'a Mill'я...—Сравнительная рѣдкость заболѣванія сифилитиковъ спинной сухоткой отнюдь не говоритъ еще противъ специфичности ея происхожденія. Сифилисъ печени и сердца, сифилитическое пораженіе аорты, гуммы брыжжеечныхъ железъ, сифилитическія заболѣванія спинного мозга и его оболочекъ и пр. — не считаются-же независимыми отъ сифилиса страданіями только потому, что они встрѣчаются довольно рѣдко, а между тѣмъ всѣ эти болѣзненныя формы безусловно рѣже спинной сухотки. Тотъ фактъ, что изъ 100 сухоточныхъ 80 имѣли сифилисъ, а изъ 100 другихъ больныхъ—только 20, несомнѣнно имѣетъ больше рѣшающаго значенія въ данномъ случаѣ, чѣмъ другой, что изъ 1000 сифилитиковъ впослѣдствіи заболѣваютъ спинной сухоткой только 10 или 20, или 50.—Приведя затѣмъ рядъ болѣе или менѣе извѣстныхъ уже фактовъ о спинной сухоткѣ въ юношескомъ возрастѣ, у братьевъ, супруговъ, подтверждающихъ этіологическую связь этой болѣзни съ сифилисомъ, если не пріобрѣтеннымъ, то наслѣдственнымъ, явнымъ или скрытымъ, *Erb* повторяетъ поставленный уже въ литературѣ вопросъ (*Lavallé*, *Möbius*, *Blaschko* и *Arning*): не существуетъ-ли совершенно особеннаго вида сифилиса (или сифилитическаго яда?), имѣющаго избирательное отношеніе къ нервной системѣ, въ которой онъ вызываетъ развитіе спинной сухотки, нарастающаго паралича, съуженія зрачковъ (myosis spinalis) и пр.?—Патологическая анатомія до сихъ поръ все еще не располагаетъ достаточно убѣдительными фактическими данными для разрѣшенія вопроса объ отношеніи спинной сухотки къ сифилису; въ послѣднее время вниманіе авторовъ, преимущественно французскихъ (*Pierre Marie*, *Nageotte*), направлено на пораженія спинномозговыхъ оболочекъ и лимфатической системы ихъ при названной болѣзни, но результаты этого новаго пути къ разрѣшенію вопроса еще въ будущемъ. Болѣе обнадеживающія данныя даетъ цитологическое распознаваніе — изслѣдованіе черепно-спинномозговой жидкости на содержаніе въ ней лимфоцитовъ: въ то время, какъ въ нормальной жидкости самое внимательное и тщательное микроскопическое изслѣдованіе совсѣмъ не обнаруживаетъ присутствія лимфоцитовъ или во всякомъ случаѣ открываетъ ихъ не болѣе 2—4 въ полѣ зрѣнія, въ случаяхъ активнаго сифилиса центральной нервной системы, они насчитываются въ количествѣ 20—50—200, при чемъ это размноженіе лимфоцитовъ наблюдается исключительно при спинной сухоткѣ и нарастающемъ параличѣ, т. е. при т. наз. метасифилитическихъ формахъ, а при другихъ хроническихъ заболѣваніяхъ головного и спинного мозговъ ихъ или совсѣмъ не бываетъ, или они встрѣчаются лишь въ единичныхъ случаяхъ. Такъ какъ подобный лимфоцитозъ найденъ былъ также при изолированной отраженной неподвижности зрачковъ, разсматриваемой въ послѣднее время, какъ патогностическій признакъ сифилиса (*Babinski*), въ случаяхъ головныхъ болей у старыхъ сифилитиковъ, при гемиплегіяхъ на сифилитической почвѣ и т. д.—то понятно, какое крупное распознавательное значеніе пріобрѣтаетъ этотъ новый пріемъ. Произведенное, по предложенію *Erb*'а, его

Digitized by Google

ассистентомъ д-ромъ *Schoenborn*'омъ изслѣдованіе въ этомъ направленіи матеріала ихъ клиники также вполнѣ подтвердило указанное отношеніе различныхъ формъ заболѣваній нервной системы къ лимфоцитозу.—На вопросъ, почему-же при столь широкомъ распространеніи сифилиса среди мужчинъ изъ высшихъ слоевъ общества всѣхъ образованныхъ странъ Европы и Америки такъ сравнительно мало изъ нихъ заболѣваетъ спинной сухоткой, *Erb* отвѣчаетъ, что, по видимому, одного сифилиса, при всемъ исключительномъ его значеніи, для этого недостаточно, но что, рядомъ съ нимъ, нужны еще другія вспомогательныя или случайныя причины: простуда, тяжелый трудъ, переутомленіе, траума, половыя излишества, прирожденная или пріобрѣтенная слабость нервной системы, извѣстные яды, какъ алкоголь, табакъ и эрготинъ, нѣкоторыя заразныя заболѣванія, въ особенности гриппъ, далѣе—вся сумма неблагопріятныхъ и вредныхъ житейскихъ условій, связанныхъ съ «цивилизаціей», съ истощающими нервную систему напряженіемъ и возбужденіемъ современной жизни, въ особенности въ большихъ городахъ. Но всѣмъ этимъ вреднымъ вліяніямъ, порознь и вмѣстѣ, подвергаются тысячи людей, и не заболѣваютъ, однако, спинной сухоткой, если у нихъ не было главнѣйшей вызывающей причины ея—сифилиса. Въ какомъ видѣ соединяется и суммируется взаимное вліяніе этого послѣдняго и другихъ предрасполагающихъ условій сухотки спинного мозга, какъ происходитъ сочетаніе сифилитическаго яда съ другими вредоносными началами, мы еще не знаемъ и до тѣхъ поръ знать не будемъ, пока не станутъ извѣстными сущность сифилиса и характера производящаго его токсина.—О специфическомъ *лѣченіи* спинной сухотки *Erb* высказывается и теперь, какъ и прежде, вообще довольно благопріятно: даже энергичное лѣченіе ртутью и іодомъ не приноситъ спинносухоточнымъ вреда; въ цѣломъ рядѣ случаевъ онъ видѣлъ—подъ вліяніемъ раціональнаго, повторнаго противусифилитическаго лѣченія, перемежаемаго съ укрѣпляющимъ—несомнѣнное улучшеніе, позволявшее больнымъ возвратиться на много лѣтъ къ ихъ прежнимъ занятіямъ; въ другихъ случаяхъ улучшеніе выражалось пріостановкой или какъ-бы затиханіемъ болѣзненнаго процесса; въ весьма значительномъ, къ сожалѣнію, числѣ случаевъ лѣченіе, однако, не могло задержать наростающаго хода болѣзни.—Послѣдній вопросъ, который себѣ ставитъ *Erb*: во всѣхъ-ли безъ исключенія случаяхъ спинная сухотка является только сифилогеннымъ заболѣваніемъ, метасифилитической болѣзнью?—и отвѣчаетъ на него утвердительно: случаевъ, вызывающихъ сомнѣніе относительно бывшаго у нихъ сифилиса, такъ немного (на 900 больныхъ послѣдней статистики *Erb*'а ихъ оказалось всего только 3!), что они никоимъ образомъ не могутъ поколебать выводовъ, сдѣланныхъ на основаніи очень большихъ чиселъ; если относительно этихъ единичныхъ случаевъ нѣтъ достовѣрныхъ данныхъ, то ихъ съ полнымъ основаніемъ можно отнести къ весьма вѣроятнымъ или возможнымъ, такъ какъ нерѣдко и при наличныхъ подозрительныхъ признакахъ не всегда удается съ положительностью установить бывшее зараженіе.—Подводя итоги всему вышесказанному, *Erb* заключаетъ свою статью слѣдующимъ положеніемъ: «Спинная сухотка въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ—несомнѣнно болѣзнь сифилогеннаго происхожденія, но въ настоящее время нельзя еще считать доказаннымъ, хотя это въ высокой степени и вѣроятно, что она всегда—такого происхожденія» (Berliner klinische Wochenschrift, 4, 11, 18 и 25 января). Ч. пр. *Б. Грейденбергъ.*

244. Д-ръ *P. Pręgowski* изучалъ въ лабораторіи проф. *Nissl*'я *дѣйствіе воды на умершія нервныя клѣтки въ мозговой корѣ человѣка.* Нѣкоторые авторы, какъ извѣстно, допускаютъ, что подъ вліяніемъ воды клѣтки выполаскиваются, распадаются, ядра-же сморщиваются. Авторъ изслѣдовалъ мозгъ у 5 больныхъ: у 4 душевнобольныхъ и у 1 соматическаго. Вскрытіе производилось не позже, какъ чрезъ 2 часа послѣ смерти больного. Мозгъ вынимали и разрѣзывали безъ поливанія водой, а затѣмъ однѣ вырѣзанныя части авторъ клалъ прямо въ алкоголь безъ соприкосновенія ихъ съ водой, другія—въ обыкновенную или перегнанную воду. Однѣ части мозга сохранялись въ водѣ въ теченіи 1—2 минутъ, другіе—въ теченіи 10—15 мин. и, наконецъ, иныя—2—24 часа. Затѣмъ эти части мозга авт. клалъ въ алкоголь и изслѣдовалъ ихъ такъ-же, какъ и не бывшія въ соприкосновеніи съ водой, по способу *Nissl*'я. Изъ 5 изслѣдованныхъ мозговъ авт. получилъ 5 безводныхъ срѣзовъ и 40 водныхъ (20 были подвергнуты дѣйствію обыкновенной воды, 20—перегнанной). Изслѣдованіе 45 срѣзовъ дало отрицательный результатъ: между срѣзами мозговъ, соприкасавшихся съ водой, и тѣми, которые подверглись дѣйствію воды, разницы не оказалось (Przegląd lekarski, 30 января). *С. Островскій.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 245. Д-ръ *L. Bisard*, разбирая *значеніе іодистаго калія въ лѣченіи всѣхъ ступеней сифилиса* и отводя ему въ этомъ случаѣ лишь *второстепенное* мѣсто, высказалъ слѣдующія положенія: 1) при лѣченіи сифилиса слѣдуетъ смотрѣть на іодистый калій, дурно переносимый больными вообще, (изъ 10 случаевъ въ 8), какъ на исключительное лѣкарственное вещество, которое приноситъ пользу только при опредѣленныхъ явленіяхъ и область показаній къ назначенію котораго съуживается съ каждымъ днемъ; 2) іодистый калій ни подъ какимъ предлогомъ не слѣдуетъ назначать, какъ вещество излѣчивающее сифилисъ кореннымъ образомъ, потому что онъ остается бездѣятельнымъ противъ большинства его припадковъ и не обладаетъ предупредительнымъ свойствомъ; 3) весьма вѣроятно, что іодистый калій, назначаемый какъ вспомогательное средство при лѣченіи ртутью, нейтрализуетъ дѣйствіе послѣдней; 4) при соотвѣтственномъ правильномъ образѣ жизни одна только ртуть можетъ бороться со всѣми явленіями сифилиса, преодолѣвать ихъ и потому, можетъ быть, и излѣчивать самый сифилисъ; но для этого ее слѣдуетъ назначать долгіе годы въ надлежащемъ количествѣ, и при томъ въ формѣ признаваемой нынѣ за наиболѣе дѣятельную, каковой, съ одной стороны, являются втиранія, съ другой-же особенно — ртутныя впрыскиванія (La Syphilis, т. I, № 5). *А. Гаринъ.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ вопросовъ врачебнаго быта.** (Отчетъ *Г. И. Дембо*). (Продолженіе. См. № 6, стр. 221). Засѣданіе 8-го января. Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *Н. И. Долгополовъ*, товарищемъ его *В. И. Шингаревъ.*

*В. И. Гребенщиковъ.* 1) *Матеріальная обезпеченность и смертность среди русскихъ врачей за годы съ 1890 по 1902 г.*—2) *Предварительные разсчеты по учрежденію пенсіонно-эмеритальной кассы для врачей на основаніи матеріаловъ о смертности и болѣзненности врачей за послѣднія 20 лѣтъ* [1]).

Смертность среди врачей оказалась болѣе низкой, чѣмъ среди всего населенія (16,6 на 1000), при чемъ % смертности по годамъ измѣнялся такъ: въ возрастѣ 25—30 л.—7, 30—35 л.—9, 35—40 л.—10, 40—45 л.—12, 45—50 л.—16, 50—60 л.—33 и т. д. Главными причинами смертности среди врачей были заразныя болѣзни и особенно бугорчатка, затѣмъ самоубійства (3%), болѣзни нервной системы и др. На 20600 врачей въ Россіи 33% со-

---

[1]) Еще на 5-мъ Съѣздѣ *В. И. Гребенщиковъ* сдѣлалъ сообщеніе *«Къ вопросу объ учрежденіи эмеритальной кассы для врачей»*, гдѣ указалъ на невозможность правильно разсчитать, сколько-бы пришлось платить ежегодно врачу для застрахованія себѣ эмеритальной пенсіи въ извѣстномъ размѣрѣ. Въ Россіи нѣтъ данныхъ о заболѣваемости врачей, лишающей ихъ возможности платить взносы и въ то же время вызывающей необходимость въ пенсіи; не составлена еще и таблица смертности русскихъ врачей. Представивъ приблизительные результаты общихъ своихъ разсчетовъ, основанныхъ, съ одной стороны, на таблицѣ смертности *Heisler*'а для Саксонскихъ врачей, съ другой—на уставахъ существующихъ эмеритальныхъ кассъ, докладчикъ предложилъ для подробной разработки вопроса въ частностяхъ составить особую Коммиссію. Отдѣлъ постановилъ тогда просить докладчика составить Коммиссію для разработки этого вопроса, а распорядительное Собраніе рѣшило отпустить 1000 р. изъ суммъ Съѣзда на эту разработку. Долгимъ послѣдовательнымъ трудомъ шелъ *В. И. Гребенщиковъ* въ разработкѣ вопроса, изучилъ смертность среди русскихъ врачей и инвалидность ихъ и представилъ IX Пироговскому Съѣзду результаты своихъ трудовъ. *Г. Д.*

ставляютъ вольнопрактикующіе, 16%—военные, 13%—земскіе, 7%—больничные, 3%—уѣздные и окружные, 3%—городскіе, 2½%—желѣзнодорожные. Опредѣлить степень обезпеченности вольнопрактикующихъ врачей не представлялось возможнымъ, но въ среднемъ практикующіе врачи имѣютъ около 1200—1500 р., оплата земскихъ врачей въ среднемъ 1362 р., оплата городовыхъ врачей—720 р. При разсмотрѣніи карточекъ умершихъ врачей можно видѣть, что ⅓ врачей, умирая, оставляютъ вдовъ съ 3-мя дѣтьми; ⅓ врачей, умершихъ 25—30 л., оставили вдовъ. Изъ общаго числа врачей 286 (13,3 на 1000) не занимаются практикой по болѣзни; изъ нихъ—56 душевнобольныхъ. Приведя эти цифры, докладчикъ оговаривается, что онъ считаетъ ихъ ниже дѣйствительныхъ. Для своихъ вычисленій онъ опредѣлилъ инвалидность эмпирически по формулѣ Heim'а. Разсчеты эти привели докладчика къ результату, что за 1200 р. пенсіи каждый долженъ вносить ежегодно 264 р. 64 коп. Эта уплата непосильна для громаднаго большинства врачей. Конечно, эта цифра значительно понизится, если будетъ собранъ дов. большой основной капиталъ. Не надо забывать, что ни одна эмеритальная касса не открывалась безъ основного капитала.

*Н. П. Андіонъ. Взаимное страхованіе врачей.* Наилучшимъ способомъ удовлетворить матеріальныя нужды въ различныхъ случаяхъ жизни, какъ-то: на случай смерти, инвалидности, безработицы и т. п. докладчикъ считаетъ взаимопомощь на страховыхъ началахъ и предлагаетъ для этого проэктъ организаціи особаго Общества. Главныя основанія, приведенныя въ проэктѣ слѣдующія: возможно широкая товарищеская взаимопомощь, но основанная всетаки на коммерческомъ началѣ, а не на благотвореніи. Проэктъ предполагаетъ не требовать отъ лицъ, желающихъ вступить въ Общество, врачебнаго освидѣтельствованія и на первое время, т. е. при открытіи Общества, допускаетъ поступленіе въ члены независимо отъ возраста. Но за то пособіе семьѣ умершаго страхователя докладчикъ предполагаетъ выдавать полностью только послѣ извѣстнаго числа лѣтъ страхованія, а до истеченія этого срока только часть, увеличивающуюся съ каждымъ годомъ страхованія. Главный принципъ разсчета—возможно меньшій размѣръ ежегодныхъ платежей. Такъ какъ Общество не преслѣдуетъ цѣлей накопленія капиталовъ или полученія дивиденда, а лишь только уплату посмертныхъ пособій, то и ежегодный размѣръ взносовъ долженъ зависѣть отъ величины потерь, т. е. % смертности. По вычисленію докладчика, средній возрастъ членовъ Общества при открытіи его можетъ доходить даже до 50 л., но несомнѣнно съ теченіемъ времени онъ значительно понизится. Въ этомъ возрастѣ % смертности доходитъ до 2; такимъ образомъ на 100 членовъ ежегодный расходъ для пособій за умершихъ членовъ въ 2000 р., т. е. 20-рублевый ежегодный взносъ, достаточенъ для этой цѣли. Докладчикъ составилъ таблицу, гдѣ взносы распредѣлены такъ, что страхующіеся въ болѣе пожиломъ возрастѣ должны платить болѣе, чѣмъ молодые (такъ, страхующійся до 25-лѣтняго возраста включительно платитъ за 1000 р. посмертнаго пособія 15 р. ежегодно, страхующійся на 26-мъ году жизни 15 р. 25 к., на 27-мъ году 15 р. 50 к. и т. д., на 50-мъ году 21 р. 25 к.). Такъ какъ, съ одной стороны, при бóльшемъ числѣ участниковъ дѣло страхованія пойдетъ болѣе успѣшно, болѣе правильно, а, съ другой, нуждаются не одни только врачи, докладчикъ допускаетъ участіе въ Обществѣ, кромѣ врачей, и лицъ врачебнаго сословія всѣхъ другихъ ранговъ [ветеринарныхъ врачей, фармацевтовъ, фельдшеровъ, акушерокъ [1]]. Учрежденія кассы взаимопомощи лучше устраивать порайонно, а отдѣльныя районныя учрежденія могутъ объединиться въ одинъ Всероссійскій Союзъ кассъ.

3-ій докладчикъ *А. В. Амстердамскій* разобралъ вопросъ *О преобразованіи вспомогательной медицинской кассы имени Я. А. Чистовича въ связи съ анализомъ ея приходо-расходнаго бюджета со дня основанія кассы (1866 г.) до 1901 г. включительно (за 36 лѣтъ)*. Общераспространенный среди врачей взглядъ на Кассу *Чистовича*, какъ на пенсіонную или благотворительную, по мнѣнію докладчика, глубоко ошибоченъ. Касса *Чистовича* въ своей финансовой структурѣ—типичная касса добровольнаго взаимнаго страхованія минимальнаго годового дохода безъ различія его источниковъ. Благотворительностью Касса занимается лишь настолько, насколько позволяютъ доходы съ особыхъ благотворительныхъ капиталовъ (теперь около 3000 р. процентовъ ежегодно), къ страховымъ капиталамъ и операціямъ не имѣющихъ никакого отношенія. Страховое, а не пенсіонное или эмеритурное начало слѣдуетъ удержать въ Кассѣ и на будущее время. Только оно одно позволяетъ при ничтожномъ 10-рублевомъ членскомъ взносѣ выдавать такія сравнительно громадныя страховыя преміи какъ до 500 р. ежегодной пенсіи и до 6500 р. за все время. Даже при настоящей, во многомъ неудовлетворительной постановкѣ дѣла, участіе въ Кассѣ, особенно для молодыхъ врачей, представляетъ съ чисто матеріальной точки зрѣнія громадныя выгоды. Сравнительно малая популярность Кассы *Чистовича* (въ ней участвуетъ 15% врачей, т. е. 2800) среди русскихъ врачей объясняется главнымъ образомъ нѣсколько апатичнымъ отношеніемъ нашей корпораціи къ самому принципу взаимопомощи и малымъ знакомствомъ съ финансовой стороной подобныхъ учрежденій, затѣмъ малымъ личнымъ знакомствомъ съ уставомъ и дѣятельностью Кассы и смѣшеніемъ ея страхового начала съ благотворительнымъ. Переходя затѣмъ къ разбору возможныхъ преобразованій въ Кассѣ, докладчикъ прежде всего находитъ, что принятый Кассою 10-рублевый членскій взносъ слишкомъ малъ и препятствуетъ болѣе широкой постановкѣ страхованія. 30-лѣтній опытъ Кассы позволяетъ вести сейчасъ 2 разряда: при 10-рублевомъ членскомъ взносѣ удержать нынѣ принятыя Кассою нормы годовой преміи отъ 150 до 475 р.; при 15-рублевомъ взносѣ нормы премій могутъ быть повышены отъ 200 до 600 р. Далѣе, по соображеніямъ и практическаго, и принципіальнаго характера, необходимо при предстоящемъ пересмотрѣ устава Кассы уничтожить предоставленную Петербургскому отдѣленію кассы монополію въ рѣшеніи принципіальныхъ вопросовъ организаціи и управленія и предоставить это право всѣмъ участникамъ безъ исключенія, въ томъ числѣ и провинціальнымъ. Необходимо допустить къ участію въ Кассѣ и женщинъ-врачей на равныхъ правахъ съ мужчинами-врачами. Докладчикъ закончилъ указаніемъ на то, что существующія эмеритальныя и пенсіонныя Кассы—правительственныя и общественныя—даже въ случаѣ ихъ широкаго распространенія не исключаютъ настоятельной потребности въ Кассѣ *Чистовича*. Участіе въ ней должно стать для каждаго врача нравственнымъ долгомъ и передъ товарищами, и передъ своей семьей. Только участіе въ Кассѣ большинства русскихъ врачей откроетъ практическую возможность широкой постановки всѣхъ остальныхъ видовъ взаимопомощи: страхованія жизни, бюро труда, издательство, устройство пріюта для сиротъ, санаторій и т. п. операціи.

*Д. Н. Жбанковъ* указалъ на то, что врачи сами виноваты въ томъ тяжеломъ положеніи, въ которомъ нерѣдко бываетъ ихъ семья: они совершенно не объединяются въ интересахъ взаимопомощи и уступаютъ въ этомъ отношеніи германскимъ рабочимъ. Пока у насъ нѣтъ коренного рѣшенія этого вопроса, наша обязанность поддерживать тѣ благотворительныя учрежденія, которыя уже существуютъ (кассу *Чистовича*, «*Манассеинскій* рубль»). Что касается представленныхъ проэктовъ коренного рѣшенія вопроса, то разобраться въ нихъ въ многолюдномъ собраніи невозможно. Надо передать это дѣло Правленію съ тѣмъ, чтобы особая Коммиссія обсудила всѣ доклады и, даже съ затратой, если нужно, извѣстной суммы, представила Съѣзду разработанный проэктъ.

Д-ръ *Тишковъ* возразилъ *А. В. Амстердамскому* относительно взгляда его на Кассу *Чистовича:* въ настоящее время это учрежденіе — благотворительнаго характера; значительная часть взносовъ производится тѣми врачами, которые никогда и не думали ею пользоваться впослѣдствіи.

Д-ръ *Карташевъ* перечислилъ главнѣйшіе упреки, дѣлаемые Кассѣ *Чистовича:* характеръ благотворенія, незначительная сумма назначаемой пенсіи и невозможность всякому члену Кассы ею пользоваться.

[1]) Въ напечатанныхъ положеніяхъ докладчика этотъ пунктъ (6) выраженъ такъ: «Къ участію въ учрежденіяхъ взаимопомощи должны быть допущены всѣ ранги врачебнаго сословія и безъ различія пола, вѣроисповѣданія, національности и т. п.» Неужели и при организаціи Общества взаимопомощи врачей надо подчеркнуть въ особомъ положеніи: «безъ различія вѣроисповѣданія, національности»?! *Г. Д.*

Digitized by Google

Д-ра *Изергинъ* и *Ставскій* также указали на полицейскій характеръ разслѣдованій, дѣлаемыхъ при назначеніи пенсіи.

*Н. В. Долгополовъ*, предложивъ Собранію почтить вставаніемъ память недавно скончавшагося товарища *И. В. Лешко-Поппеля*, указалъ на малое знакомство молодыхъ врачей съ Кассой *Чистовича* и на желательность сообщенія о ней въ университетахъ съ каѳедръ.

Кромѣ того, въ преніяхъ приняли участіе д-ра *Сахновскій, Дорфъ, Нижегородцевъ, Файнштейнъ*.

Собраніе сдѣлало слѣдующее постановленіе: Признавая, что правильное рѣшеніе назрѣвшаго вопроса о матеріальной необезпеченности врачей и ихъ семействъ возможно главнымъ образомъ на началахъ взаимопомощи и кооперацiи, Отдѣлъ постановилъ передать вопросъ о созданіи учрежденія взаимопомощи врачей Правленію Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* съ тѣмъ, чтобы оно избрало особую Коммиссію съ участіемъ докладчиковъ и свѣдущихъ лицъ, организовавъ предварительный опросъ по карточной системѣ для подробной разработки проэкта, который долженъ быть представленъ для обсужденія и окончательнаго утвержденія будущему Пироговскому Съѣзду, разрѣшивъ вышеупомянутой Коммиссіи произвести соотвѣтствующіе на этотъ предметъ расходы.

Въ виду того, что въ настоящее время помощь врачамъ въ наиболѣе острыхъ и крайнихъ случаяхъ нужды обезпечивается на весьма льготныхъ началахъ Вспомогательной Медицинской Кассой *Я. А. Чистовича*, Отдѣлъ считаетъ нравственной обязанностью всѣхъ врачей принимать участіе въ названной Кассѣ и содѣйствовать возможно широкому распространенію свѣдѣній о ней среди мѣстныхъ врачей съ приглашеніемъ послѣднихъ вступать въ число ея членовъ, какъ это уже было постановлено на нѣкоторыхъ Съѣздахъ земскихъ врачей. Одновременно Собраніе выразило пожеланіе объ организаціи Съѣзда членовъ Кассы, пріурочивъ его, по возможности, къ Пироговскому Съѣзду.

Вмѣстѣ съ тѣмъ Отдѣлъ присоединился къ предложенію *Д. Н. Жбанкова* не забывать о капиталѣ **В. А. Манассеина** для помощи врачамъ и ихъ семьямъ въ экстренныхъ случаяхъ («*Манассеинскій* рубль»).

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

**Отдѣлъ патологической анатоміи и гистологіи.** (Отчетъ *В. Я. Рубашкина*). Засѣданіе 7-го января. Почетный предсѣдатель проф. *Н. М. Любимовъ* (Казань).

Ч. пр. *Р. А. Петерсъ* (Петербургъ). *О наружномъ пахименингитѣ (pachymeningitis spinalis externa) и связанномъ съ нимъ заболѣваніи спинномозговыхъ узловъ и корешковъ*. Наружный пахименингитъ появляется въ 3-хъ видахъ: 1) какъ болѣзнь самостоятельная, гнѣздящаяся въ ткани внѣ твердой мозговой оболочки—первичный воспалительный отекъ или первичная флегмона клѣтчатки между спинномозговымъ мѣшкомъ и позвоночникомъ, при нормальномъ головномъ и спинномъ мозгѣ и нормальныхъ другихъ органахъ; 2) какъ слѣдствіе общаго отравленія бактеріальными и др. токсинами (корь, просовидная бугорчатка, столбнякъ, хроническій катарръ кишекъ), проявляющееся одновременно и въ ткани внѣ твердой мозговой оболочки и въ другихъ органахъ, кромѣ спинного мозга и его оболочекъ; 3) какъ болѣзнь вторичная, сопровождающая обязательно всѣ спинномозговыя болѣзни, съ одной стороны, и заболѣваніе позвонковъ, съ другой (при спондилитѣ). Клиническіе признаки наружнаго пахименингита, не осложненнаго заболѣваніями спинного или головного мозга, имѣютъ свою характерную картину, обусловленную участіемъ въ процессѣ спинномозговыхъ узловъ и корешковъ. Изъ 29 больныхъ докладчика у всѣхъ при жизни наблюдались временныя или постоянныя сведенія или во всѣхъ мышцахъ туловища и конечностей, или только въ мышцахъ конечностей и затылка, или же лишь въ нѣкоторыхъ мышечныхъ группахъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ на вскрытіи найденъ наружный пахименингитъ въ различныхъ формахъ (сывороточный, фибринозный, бугорчатковый, гнойный, гэморрагическій) и, кромѣ того, паренхиматозный гангліитъ (воспаленіе спинно-мозговыхъ узловъ) и межуточный корешковый нейритъ.

По поводу доклада сдѣлали замѣчанія проф. *А. М. Левинъ, Ф. З. Омельченко* и *А. Г. Селиновъ*.

*М. О. Губерманъ. Объ измѣненіяхъ поджелудочной железы при (первичныхъ) саркоматозныхъ пораженіяхъ ея.* Выводы: На основаніи литературныхъ указаній и нѣкоторыхъ статистическихъ данныхъ нужно признать особенную рѣдкость первичныхъ саркомъ въ поджелудочной железѣ. Докладчикъ представилъ 2 случая такихъ заболѣваній: 1) ячеистая перителіальная саркома (sarcoma perітheliale alveolare), поразившая все тѣло и хвостъ железы, и 2) мелкоклѣточковая саркома (sarcoma parvi-globocellulare), возникшая въ стѣнкѣ 12-перстной кишки, захватившая цѣликомъ верхнюю 1/2 послѣдней и перешедшая per continuitatem на поджелудочную железу. Измѣненія самой железистой паренхимы при этихъ новообразованіяхъ не отличаются никакими характерными для этого органа особенностями: гнѣзда опухоли сдавливаютъ элементы железы, что вызываетъ ихъ атрофію; новообразованіе проростаетъ иногда въ сосудистыя вѣтви и тѣмъ обусловливаетъ разстройства крове-и лимфообращенія, которыя, въ свою очередь, вызываютъ явленія перерожденія въ нѣкоторыхъ частяхъ органа; процессовъ возстановленія железистыхъ элементовъ не замѣчается, развѣ только *Langerhans*'овскія островки гипертрофируются.

*Л. В. Соболевъ* указалъ на то, что островки *Langerhans*'а размѣромъ до 645 μ., какими они представляются въ случаяхъ докладчика, нельзя считать увеличенными, ибо совершенно нормальные островки могутъ имѣть діаметръ даже до 900 μ.

*Докладчикъ* возразилъ, что увеличеніе размѣровъ островковъ приходилось наблюдать только на ограниченныхъ, близкихъ къ опухоли участкахъ; въ другихъ же, отдаленныхъ отъ новообразованныхъ узловъ частяхъ поджелудочной железы островки оказывались много меньшихъ размѣровъ.

*Ф. З. Омельченко* не находитъ достаточно доказаннымъ первичное происхожденіе опухолей въ случаяхъ докладчика изъ поджелудочной железы.

*Л. В. Соболевъ* указалъ на то, что въ одномъ изъ случаевъ докладчика саркоматозный характеръ опухолей недостаточно доказанъ, ибо не было представлено препаратовъ, по которымъ можно-бы судить о промежуточномъ веществѣ опухоли; дѣлать-же заключеніе о характерѣ опухоли по клѣточкамъ ея вообще трудно, а въ случаяхъ докладчика даже невозможно, въ виду не вполнѣ удолетворительной фиксаціи препаратовъ. Вообще-же можно съ большимъ основаніемъ думать, что опухоль докладчика—не саркома, а ракъ, который вообще присущъ поджелудочной железѣ и даетъ переносы въ лимфатическихъ железахъ, что было и въ данномъ случаѣ.

*Докладчикъ* въ отвѣтъ указалъ на полиморфизмъ клѣтокъ опухоли и на отсутствіе новообразованной стромы, какъ на доказательство саркоматознаго характера опухоли.

По поводу этого доклада сдѣлали замѣчанія профф. *К. Н. Виноградовъ* и *Н. М. Любимовъ*.

*С. Л. Эрлихъ. Къ вопросу о стромѣ въ злокачественныхъ новообразованіяхъ.* Строма въ органоидныхъ злокачественныхъ новообразованіяхъ (карцинома, нѣкоторые виды саркомъ) образуется преимущественно, какъ результатъ реакціи сосудисто-соединительно-тканнаго прибора матерней почвы вслѣдствіе взаимодѣйствія между этимъ послѣднимъ и паренхиматозными элементами опухоли. Многоядерныя клѣточки-великаны встрѣчаются въ стромѣ злокачественныхъ новообразованій также и безъ признаковъ вліянія на послѣднюю со стороны инертныхъ мертвыхъ продуктовъ, напр. роговыхъ массъ, т. е. какъ клѣточки-великаны отъ инородныхъ тѣлъ. Рядомъ съ клѣточками-великанами наблюдаются въ стромѣ также и скопленія эпителіоидныхъ клѣтокъ, разлитыя и узелками. Въ образованіи клѣточекъ-великановъ и скопищъ эпителіоидныхъ клѣтокъ въ значительной степени играютъ роль лимфатическіе щели и сосуды. Взаимодѣйствіе паренхимы и стромы въ злокачественныхъ новообразованіяхъ, по видимому, весьма разнообразно и имѣетъ характеръ механическаго, химическаго и біологическаго раздраженія со стороны паренхимы и болѣе или менѣе цѣлесообразной реакціи со стороны стромы.

По поводу этого доклада сдѣлали замѣчанія *Л. В. Соболевъ* и *Н. М. Любимовъ*.

Засѣданіе 8-го января. Почетный предсѣдатель *Н. М. Любимовъ*.

*А. Д. Коцовскій* (с. Костюжень). *Къ патологической анатоміи пеллагры.* Докладчикъ изслѣдовалъ 10 труповъ пеллагриковъ Бессарабской губ. и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. При пеллагрѣ ядъ обращается въ крови; первыя и наиболѣе рѣзкія измѣненія происходятъ въ сосудистой системѣ, а затѣмъ—въ паренхимѣ органовъ. Этими измѣненіями объясняется цѣлый рядъ дальнѣйшихъ явленій: застойныя явленія со стороны всѣхъ органовъ, дегенеративныя измѣненія клѣтокъ, развитіе соедини-

Digitized by Google

тельной ткани въ органахъ, дегенеративныя измѣненія проводящихъ путей спинного мозга, гнѣздные склерозы въ немъ, атрофическое измѣненіе ассоціаціонной системы, размноженіе эндотеліальныхъ элементовъ. Наличность равномѣрныхъ измѣненій сосудовъ во всѣхъ органахъ свидѣтельствуетъ, далѣе, о томъ, что этотъ ядъ не имѣетъ опредѣленнаго ограниченнаго вмѣстилища, изъ котораго онъ поступаетъ, а, напротивъ, онъ равномѣрно выдѣляется изъ различныхъ и при томъ многихъ источниковъ. Этимъ не исключается тотъ фактъ, что первоначально ядъ воспринимается черезъ пищеварительные пути. Нужно думать, что ядъ этотъ—не отрава (токсическій), а зараза (инфекціонный), и возможно, что отложеніе его происходитъ въ лимфатической системѣ. Можно предполагать, что измѣненія кожи и легочныя заболѣванія суть лишь осложненія, ничего общаго съ пеллагрознымъ ядомъ не имѣющія, но возникающія на почвѣ ослабленія организма этимъ ядомъ.

*С. Л. Эрлихъ* (Харьковъ). *Матеріалы къ патологической анатоміи злокачественной болотной лихорадки.* Злокачественная болотная лихорадка мѣстнаго происхожденія наблюдается въ единичныхъ случаяхъ въ районѣ Харьковской губ., т. е. на 50° сѣверной широты, въ періодъ времени съ начала августа по конецъ октября. Въ смерти отъ злокачественныхъ формъ болотной лихорадки, по видимому, играютъ роль, между прочимъ, также предшествующее и сопутствующее хроническое и острое болѣзненное состояніе организма. Патологія злокачественной болотной лихорадки слагается изъ разстройствъ крове-и-лимфообращенія, нарушенія питанія и воспаленія. Въ патогенезѣ злокачественной болотной лихорадки, вѣроятно, играетъ роль и токсическое вліяніе чужеяднаго—*plasmodium malariae*; наиболѣе рѣзкимъ измѣненіямъ при этой формѣ болотной лихорадки подвергаются органы и ткани, играющіе роль въ общей экономіи организма въ смыслѣ освобожденія послѣдняго отъ вредныхъ веществъ. *Malpighi*'евы тѣла селезенки подвергаются при злокачественной болотной лихорадкѣ значительнымъ измѣненіямъ. Окраска органовъ въ случаяхъ злокачественной болотной лихорадки смѣсью метиленовой синьки и эозина съ послѣдовательнымъ обезцвѣчиваніемъ по *Nissl*'ю даетъ хорошіе результаты для отличія элементовъ и тканей.

**По поводу этого доклада сдѣлали замѣчанія *Л. В. Соболевъ* и *П. М. Невядомскій*.**

*С. С. Абрамовъ* (Ростовъ н/Д). *Объ анатомическихъ измѣненіяхъ аорты при сифилисѣ.* На основаніи изслѣдованія 5 случаевъ, докладчикъ перешелъ къ слѣдующимъ заключеніямъ о сущности измѣненій аорты при сифилисѣ. Стѣнки питательныхъ сосудовъ аорты утолщаются, главнымъ образомъ за счетъ разростанія внутренней оболочки. Въ наружной оболочкѣ происходитъ новообразованіе многочисленныхъ сосудовъ, вростающихъ въ среднюю оболочку. Вокругъ старыхъ и новообразованныхъ сосудовъ наружной оболочки возникаютъ круглоклѣточковые инфильтраты, распространяющіеся на среднюю оболочку и впослѣдствіи подвергающіеся здѣсь рубцеванію. Упругая ткань аорты сгущается, теряетъ мѣстами свою волокнистость, превращается въ однородныя глыбки и исчезаетъ иногда на довольно крупныхъ участкахъ. Внутренняя оболочка разростается, въ началѣ процесса состоитъ изъ вытянутыхъ и отростчатыхъ клѣтокъ, заложенныхъ въ однородномъ межуточномъ веществѣ, а впослѣдствіи въ ней появляются толстыя, мѣстами стекловидныя, волокна. Въ утолщенной внутренней оболочкѣ нерѣдко попадаются участки слизистаго перерожденія, а также известковыя инфильтраціи. При сравненіи съ обычнымъ атероматозомъ аорты (при злокачественныхъ новообразованіяхъ, бугорчаткѣ и пр.) описываемыя измѣненія никакихъ характерныхъ особенностей не представляютъ, и ничего специфическаго для сифилиса открыть въ нихъ не удается. Если и есть разница, то только количественная, а не качественная. При сифилисѣ всѣ измѣненія выражены рѣзче, и вслѣдствіе этого рубцевыя втяженія аорты макроскопически представляются гораздо глубже, чѣмъ при обыкновенныхъ атероматозахъ.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

**Отдѣлъ медицины желѣзнодорожной и водныхъ путей сообщенія.** (Отчетъ *Л. Т. Маргулиной*). Засѣданіе 5-го января.

*А. А. Жуковскій* (Петербургъ). *Историческій очеркъ развитія желѣзнодорожной медицины въ Россіи.* Возникновеніе желѣзнодорожной медицины въ Россіи нужно отнести къ началу разростанія сѣти желѣзныхъ дорогъ, т. е. къ 60-мъ годамъ. Въ виду отсутствія какихъ-либо законодательныхъ указаній, первые желѣзнодорожные врачи устраивали врачебно-санитарную часть каждый по своему усмотрѣнію, и поэтому организація врачебнаго дѣла на различныхъ дорогахъ получилась крайне разнородная. Не смотря на то, что въ печати неоднократно поднимался вопросъ о неудовлетворительной постановкѣ ж.-дорожной медицины, она всё-же долго оставалась въ такомъ печальномъ, ничѣмъ не урегулированномъ, положеніи, и лишь въ 1886 г. Министерство путей сообщенія издало первыя обязательныя положенія, касавшіяся какъ санитаріи, такъ и лѣчебной части, но распространявшіяся только на казенныя дороги. Правила-же, обязательныя для всѣхъ дорогъ, какъ казенныхъ, такъ и частныхъ, появились только въ 1893 г., т. е. какихъ-нибудь 10 лѣтъ назадъ. Согласно этимъ правиламъ, которыя сохранили силу и до нынѣшняго времени, непосредственное завѣдываніе врачебно-санитарной службой на каждой дорогѣ возлагается подъ общимъ руководствомъ начальника дороги на старшаго врача. Желѣзная дорога въ врачебно-санитарномъ отношеніи дѣлится на участки, коими завѣдуютъ участковые врачи и величина которыхъ не должна превышать 120 в. Дорога обязана имѣть больницы и пріемные покои для служащихъ и ихъ семействъ. Санитарный надзоръ возлагается на участковыхъ врачей. Въ 1894 г. при Министерствѣ путей сообщенія былъ учрежденъ центральный органъ, потребность въ которомъ чувствовалась уже давно. Этотъ «Врачебно-санитарный отдѣлъ», задачи котораго были вначалѣ главнымъ образомъ инспекціоннаго характера, уже въ слѣдующемъ 1895 г. былъ преобразованъ, при чемъ въ кругъ его дѣятельности включено разсмотрѣніе всѣхъ врачебно-санитарныхъ вопросовъ. Въ послѣдующіе годы онъ подвергся новому преобразованію. Много свѣта и жизни въ дѣло ж.-дорожной медицины внесли совѣщательные Съѣзды ж.-дорожныхъ врачей. 1-й такой Съѣздъ состоялся въ 1898 г.; всего-же до настоящаго времени ихъ было 3. Работа этихъ Съѣздовъ очень плодотворна; на нихъ разсмотрѣны были всѣ стороны ж.-дорожной жизни, выяснена желательная постановка врачебнаго дѣла на желѣзныхъ дорогахъ и пробѣлы въ существующей постановкѣ; нѣкоторыя изъ постановленій Съѣздовъ получили уже практическое осуществленіе. Въ 1902 г. на VIII Пироговскомъ Съѣздѣ ж.-дорожная медицина впервые была выдѣлена въ самостоятельный Отдѣлъ. Для характеристики состоянія ж.-дорожной медицины въ послѣдніе годы докладчикъ привелъ цифры изъ отчета 1901 г. Въ 1901 г. на 50285 в. протяженія всѣхъ 38 русскихъ желѣзныхъ дорогъ съ населеніемъ (служащіе и ихъ семейства) въ 1802237 чел. было 607 врачей, 1328 фельдшеровъ и 277 акушерокъ. Средняя величина врачебнаго участка=102 в. съ населеніемъ въ 3612 чел.; число больницъ—73 съ 2082 койками; пріемныхъ покоевъ 674 съ 1222 койками. Общій расходъ по врачебно-санитарной части составлялъ 3981263 р.; на 1 в.—79 р. (тогда какъ въ 1877 г. на 1 в. въ среднемъ приходилось 26 р. 37 к.). Состояніе ж.-дорожной медицины въ настоящее время нельзя еще считать вполнѣ удовлетворительнымъ; въ этой области предстоитъ еще большая работа. Въ заключеніе докладчикъ указалъ на нѣкоторыя необходимыя, по его мнѣнію, мѣры, а именно: выдѣленіе врачебной части на желѣзныхъ дорогахъ въ особую самостоятельную службу наравнѣ со службами пути, тяги и т. п., организацію врачебно-санитарнаго дѣла на строющихся дорогахъ, учрежденіе особаго института санитарныхъ врачей, увеличеніе числа ж.-дорожныхъ больницъ и устройство санаторій для чахоточныхъ ж.-дорожныхъ служащихъ и ихъ семействъ.

*В. И. Землиновъ* (Калуга). *Санитарныя условія массовой перевозки по желѣзнымъ дорогамъ переселенцевъ и рабочихъ.* (Будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

Digitized by Google

По выслушаніи доклада Отдѣлъ постановилъ, въ виду цѣнности доклада и важности разсматриваемыхъ въ немъ вопросовъ, ходатайствовать передъ Правленіемъ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* о передачѣ доклада переселенческому отдѣлу Министерства внутреннихъ дѣлъ и Министерства путей Сообщенія.

**Отдѣлъ фабричной и горнозаводской медицины.** (Отчетъ *Л. Т. Марголиной*). Соединенное засѣданіе Отдѣловъ фабричной и общественной медицины и гигіэны 5-го января.

*Л. Б. Бертенсонъ* (Петербургъ). *Къ вопросу о предупрежденіи несчастныхъ случаевъ среди сельско-хозяйственныхъ рабочихъ при работахъ съ орудіями и машинами по подачѣ первой помощи увѣчнымъ.* (См. выше, № 2, стр. 44).

*А. В. Мольковъ* предложилъ совмѣстно обсудить главу доклада Коммиссіи по распространенію гигіэническихъ знаній, касающуюся мѣръ къ уменьшенію сельско-хозяйственнаго травматизма. Сущность этой главы сводится къ тому, что главная роль въ уменьшеніи сельско-хозяйственнаго травматизма принадлежитъ мѣропріятіямъ, клонящимся къ защитѣ и нормировкѣ сельско-хозяйственнаго труда и къ поднятію общаго культурнаго уровня населенія; на ряду съ этимъ желательно распространеніе среди народа знаній объ устройствѣ сельско-хозяйственныхъ машинъ и способахъ обращенія съ ними, не включая, однако, этого въ задачи начальной школы.

*Д. М. Фридманъ* считаетъ необходимымъ прибавить къ этому слѣдующее: Владѣльцы сельско-хозяйственныхъ предпріятій и лѣсопромышленники должны нести тѣ-же санитарно-лѣчебныя обязанности, какія несутъ фабриканты.

*А. И. Никольская:* Одной изъ главныхъ причинъ большого числа несчастныхъ случаевъ слѣдуетъ считать переутомленіе; поэтому цѣлесообразно будетъ возбудить вопросъ объ упорядоченіи продолжительности рабочаго дня сельско-хозяйственныхъ рабочихъ.

Д-ръ *Бернштейнъ:* Травматизмъ можно разсматривать 1) съ предохранительной и 2) съ лѣчебной точекъ зрѣнія. Въ цѣляхъ предохраненія необходимо установленіе сельско-хозяйственной инспекціи и предоставленіе земствамъ права изданія обязательныхъ постановленій. Въ цѣляхъ лѣчебныхъ слѣдуетъ обязать сельско-хозяйственныя экономіи въ періодѣ сельско-хозяйственныхъ работъ обезпечивать рабочихъ врачебной помощью.

*М. М. Гранъ:* Вопросъ о сельско-хозяйственномъ травматизмѣ представляетъ изъ себя часть болѣе общаго вопроса о положеніи рабочихъ на хуторахъ и экономіяхъ; его разрѣшеніе, слѣд., зависитъ отъ разрѣшенія общаго вопроса. Поэтому правильнѣе будетъ поставить вопросъ объ упорядоченіи и улучшеніи положенія сельско-хозяйственныхъ рабочихъ на экономіяхъ.

*М. Л. Хейсинъ:* Коренное разрѣшеніе вопроса слѣдуетъ искать въ широкомъ законодательствѣ о рабочихъ, фабричныхъ и сельскихъ. Въ частности противъ 4 и 7 положеній докладчика слѣдуетъ возразить 1) что лица, наблюдающія за работой, сами создаютъ условія для увѣчій, такъ какъ нерѣдко понукаютъ и торопятъ рабочихъ; 2) дѣти, оканчивающія школу, большей частью немедленно-же принуждены браться за непосильную работу и вслѣдствіе этого забываютъ все пріобрѣтенное въ школѣ, даже грамоту.

*М. И. Петрункевичъ:* Ко 2-му положенію докладчика можно присоединиться безъ оговорокъ. Остальныя-же, какъ нуждающіяся въ дальнѣйшей разработкѣ, придется обсудить на будущемъ Съѣздѣ.

Постановленіе Отдѣла: 1. Необходимо, чтобы земствамъ было предоставлено право издавать обязательныя постановленія по охранѣ здоровья наемныхъ сельско-хозяйныхъ рабочихъ и вообще по условіямъ сельско-хозяйсвеннаго труда. 2. Продолжать разработку вопроса о положеніи сельско-хозяйственныхъ рабочихъ, въ какихъ цѣляхъ оставить вопросъ во всемъ его объемѣ программнымъ и на будущій X Съѣздъ.

*В. Я. Канель* (Москва). *Страхованіе рабочихъ и борьба съ народными болѣзнями.* Фабричный трудъ при его современной антисанитарной обстановкѣ и чрезмѣрной продолжительности рабочаго дня чрезвычайно вредно отражается на здоровьѣ рабочихъ. Люди въ цвѣтѣ силъ и здоровья дѣлаются неспособными къ труду либо вслѣдствіе «несчастной случайности», либо вслѣдствіе переутомленія и антисанитарныхъ условій производства. Число жертвъ капитализма ростетъ одновременно съ ростомъ капиталистической промышленности, и громадная заболѣваемость среди фабричнаго населенія все больше и больше обращаетъ на себя вниманіе и выдвигаетъ на очередь вопросъ о борьбѣ съ этимъ зломъ. Несомнѣнно, что расходы по лѣченію болѣзней должна нести фабричная промышленность въ виду того, что она въ значительной степени виновата въ ихъ распространеніи. Необходимо обезпечить рабочихъ на случай несчастій, болѣзни, нетрудоспособности и старости, и лучшей формой такого обезпеченія служитъ государственное, обязательное для всѣхъ, страхованіе рабочихъ. Примѣромъ блестящихъ результатовъ этой системы можетъ служить Германія, въ которой послѣ введенія государственнаго страхованія смертность за послѣднія 10 лѣтъ упала на цѣлую $^1/_3$. Лишь при условіи введенія этой системы страхованія возможно у насъ въ Россіи удовлетворительное разрѣшеніе больничнаго вопроса и правильная постановка фабричной медицины.

Пренія по докладу, за недостаткомъ времени, отложены на слѣдующее засѣданіе.

*(Продолженіе слѣдуетъ.)*

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *XLVII. 1-ый Съѣздъ Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ.*

*(Продолженіе. См. № 5, стр. 183).*

(Засѣданіе 29-го декабря).

Предсѣдательствовалъ проф. *А. П. Губаревъ*.

Назначавшійся на это засѣданіе программный вопросъ—*Предсказаніе и лѣченіе разрывовъ матки*, но болѣзни докладчика, проф. *Н. Н. Феноменова*, былъ снятъ съ очереди, и сообщенія лицъ, выразившихъ желаніе участвовать въ преніяхъ по этому вопросу, были заслушаны, какъ отдѣльные доклады.

*А. А. Сицинскій* (Петербургъ). *Лѣченіе мѣстныхъ гнилостныхъ послѣродовыхъ заболѣваній.* Докладъ д-ра *Сицинскаго* распадается на 3 части. Разнообразіе и разнохарактерность предлагаемыхъ авторами способовъ создаютъ необходимость уяснить основные принципы лѣченія заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваній въ полости матки, которымъ долженъ удовлетворять каждый предлагаемый способъ. Установка и формулировка этихъ основныхъ принциповъ лѣченія и составляютъ 1-ую часть доклада. Во 2-ой части докладчикъ на основаніи установленныхъ принциповъ даетъ критическую оцѣнку существующихъ способовъ лѣченія: простыхъ промываній матки, внутриматочнаго постояннаго орошенія, влагалищнаго постояннаго орошенія по *Снегиреву*, выскабливанія матки по *Pinard*'у, ecouvillonage матки по *Budin*'у, осушенія матки по *Мацѣевскому*, капилярнаго дренажа матки по *Гузарчику*, ошпариванія матки по *Pincus*'у и т. д. Въ 3-ей части докладчикъ описалъ выработанный имъ способъ лѣченія 90%-мъ виннымъ спиртомъ и представилъ результаты практическаго примѣненія этого способа на больныхъ. Основныя положенія доклада: 1. Лѣченіе заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваній въ полости матки должно удовлетворять слѣдующимъ основнымъ принципамъ: а) не производить новыхъ, даже самыхъ ничтожныхъ, травмъ; б) отсасывать изъ болѣзненнаго гнѣзда и безпрерывно удалять накопляющіяся выдѣленія, и в) устранять, по возможности, всѣ иныя условія, благопріятствующія всасыванію изъ полости матки, исправляя ея ненормальныя положенія, содѣйствуя лучшему ея сокращенію, укрѣпляя силы организма и т. д. 2. Современные способы лѣченія заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваній въ полости матки, осуществляя по преимуществу одинъ какой-либо изъ вышеуказанныхъ принциповъ, не удовлетворяютъ общей совокупности условій, возникающихъ изъ примѣненія одновременно всѣхъ 3-хъ принциповъ, и потому на практикѣ оказываются несовершенными. 3. Выработанный докладчикомъ способъ лѣченія заразныхъ послѣродовыхъ зоболѣваній въ полости матки удовлетворяетъ всѣмъ 3-мъ указаннымъ принципамъ и слагается изъ слѣдующихъ 5 моментовъ: а) промываніе полости матки растворомъ сулемы крѣпостью 1:1000; б) непосредственное за симъ промываніе той-же полости горячей въ 40° R. стерилизованной или борной водой; в) осушеніе полости матки стерилизованной марлей; г) однократное, двукратное и даже троекратное, производимое подъ давленіемъ, промываніе полости матки 90°-мъ виннымъ спиртомъ, и д) дренированіе полости матки стерилизованной или іодоформной марлей, при чемъ марля вводится въ полость матки сухой и уже тамъ обильно смачивается тѣмъ же 90°-мъ виннымъ спиртомъ помощью спеціально приспособленнаго докладчикомъ внутриматочнаго спиртового оросителя; марля-же во влагалищѣ оставляется сухой. Всѣ эти дѣйствія выполняются въ полости матки *чрезвычайно бережно* и при положеніи больного органа *in situ*, безъ употребленія пулевыхъ щипцовъ и безъ подтягиванія матки. 4. Показаніемъ къ немедленному примѣненію этого способа служитъ появленіе уже первыхъ признаковъ зараженія въ полости послѣродовой матки.—5. Этотъ способъ систематически примѣнялся въ завѣдуемомъ докладчикомъ лазаретѣ Клиническаго Повивальнаго Института съ 1/IX 1902 г. по 31/XII 1903 г., т. е. въ теченіи 1½ лѣтъ, на 159 больныхъ изъ общаго числа—196—гнилостныхъ родильницъ, разрѣшившихся въ Институтѣ. Послѣднее число—196—составляли не только поступившія въ Институтъ здоровыми и заболѣвшія въ немъ, но и тѣ,

которыя прибыли въ Институтъ для родоразрѣшенія, уже будучи зараженными на дому. За эти 1½ года на общее число 2539 родовъ и выкидышей отъ гнилокровія не умерла *ни одна* разрѣшившаяся въ Институтѣ родильница. Средняя продолжительность заболѣванія эндометритомъ, считая съ момента родовъ до прекращенія лихорадочнаго состоянія, равна 8,8 дня; среднее число лихорадочныхъ дней при эндометритѣ равно 5 днямъ; при этомъ эндометриты тщательно отличались отъ гнилостныхъ лохіометръ и т. наз. резорпціонныхъ лихорадокъ, средняя продолжительность которыхъ, несомнѣнно, короче. Теченіе гнилостныхъ заболѣваній при примѣненіи этого способа, помимо непродолжительности, отличалось легкостью, отсутствіемъ ознобовъ и какихъ-либо осложненій. 6. Примѣненіе этого способа возможно въ любой день болѣзни. Оно производится безъ наркоза. Оно можетъ быть выполнено во всякой, даже самой бѣдной, обстановкѣ. Оно производится однимъ врачемъ съ помощью акушерки, а въ случаѣ необходимости—даже безъ нея. На него легко получить согласіе больной. Эти особенности способа дѣлаютъ примѣненіе его на больныхъ особенно цѣннымъ въ дѣятельности земскаго врача.

*К. Ф. Мацѣевскій* (Петербургъ): Способъ докладчика, примѣняющаго сильные растворы сулемы (1:1000), горячія спринцеванія въ 40° и 90°-ный спиртъ, сильно раздражаетъ ткани. Дѣйствіе такихъ химическихъ и термическихъ раздражителей, по мнѣнію д-ра *М.*, опаснѣе, чѣмъ раздражители механическіе. Хорошіе результаты, полученные докладчикомъ, можно объяснить, во 1-хъ, тѣмъ, что мѣстное лѣченіе примѣнялось рано, а, во 2-хъ, случайными благопріятными условіями, такъ какъ въ послѣднее время въ Повивальномъ Институтѣ уменьшилось число изслѣдованій (особенно въ трудныхъ случаяхъ). Въ виду этого д-ръ *М.* не можетъ признать за способомъ докладчика особыхъ преимуществъ передъ другими способами и считаетъ его менѣе удовлетворяющимъ цѣли, чѣмъ свой, въ пользу котораго говорятъ—простота его обоснованія и незначительное дѣйствіе раздражителей, особенно химическихъ.

Проф. *В. Ф. Снегиревъ* (Москва) высказался по поводу нѣкоторыхъ способовъ, разобранныхъ докладчикомъ въ литературно-историческомъ очеркѣ. Проф. *С.* указалъ, что постоянное орошеніе дѣйствуетъ, какъ сильное отсасывающее и сокращающее средство, путемъ производимаго имъ малокровія въ полости таза. Знобы зависятъ не отъ разжиженія заразнаго начала, а отъ того, что въ кругъ кровообращенія вбрасываются сокращеніями матки пирогенныя вещества изъ пораженныхъ сосудовъ (при эндометритахъ всегда имѣется нѣкоторый лимфангоитъ или флебитъ). Что касается ошпариванія, то это средство можно разсматривать лишь какъ обезвоживающее, а не лѣчащее гнилокровіе средство.

*Н. М. Какушкинъ* (Петербургъ), полагая, что дѣйствія, производимыя докладчикомъ, не могутъ не травматизировать нѣжныхъ тканей слизистой оболочки послѣродовой матки, находитъ однако, что опасность этихъ травмъ докладчикомъ нѣсколько преувеличена. Нѣкоторыя стороны способа докладчика д-ръ *К.* считаетъ вполнѣ цѣлесообразными, но думаетъ, что способъ этотъ, также какъ и другіе, имѣетъ свои недостатки и непримѣнимъ ко всѣмъ случаямъ. Промываніе полости матки растворомъ сулемы д-ръ *К.* находитъ излишнимъ. Что касается влагалищнаго постояннаго орошенія, то онъ на личномъ опытѣ убѣдился въ его громадномъ отсасывающемъ дѣйствіи.

Проф. *В. Ф. Снегиревъ* (Москва). *Передняя и задняя кольпопексія.* Разсмотрѣвъ въ послѣдовательности возникновенія и развитія всѣ употреблявшіеся до сихъ поръ оперативные способы лѣченія выпаденій матки и приведя въ таблицѣ ихъ въ общемъ мало утѣшительные результаты, докладчикъ остановился на одномъ соображеніи, которое, по его мнѣнію, должно имѣть немаловажное значеніе какъ въ объясненіи выпаденій матки, такъ и въ дѣлѣ лѣченія этого страданія. Обративъ вниманіе на то, что cystocele при выпаденіяхъ матки бываетъ неизмѣримо чаще, чѣмъ rectocele, и замѣтивъ, что женщины имѣютъ привычку рѣдко опорожнивать пузырь и что послѣдній у нихъ разстягивается при наполненіи горизонтально, сглаживая передній сводъ и тѣмъ вызывая растяженіе и разслабленіе клѣтчатки, фасцій и мышцы, поднимающей задній проходъ, докладчикъ высказалъ мысль о выдающемся значеніи, которое долженъ имѣть пузырь въ числѣ причинъ, вызывающихъ выпаденіе передней стѣнки влагалища. Вслѣдъ за тѣмъ таже причина должна вызывать и наклоненіе матки кзади, а потомъ и опущеніе ея. Эта мысль возникала и раньше у нѣкоторыхъ операторовъ, прибѣгавшихъ къ фиксированію пузыря черезъ влагалище, путемъ чревосѣченія или надлобковымъ внѣбрюшнымъ способомъ (*Byford*, 1889, кольпоцисторрафія; *Tuffier*, 1890, внѣбрюшинная цистопексія чрезъ брюшныя стѣнки и др., всего 17 цистопексій). Въ 1892 г. д-ру *Baum*'у въ Breslau пришла мысль фиксировать у лоннаго соединенія не пузырь, а переднюю стѣнку влагалища, которая, какъ онъ замѣтилъ, отходитъ въ случаяхъ выпаденій, такъ-же, какъ и пузырь, отъ задней стѣнки лоннаго соединенія. Непосредственный результатъ оперативнаго пособія былъ поразительный, но въ дальнѣйшемъ на 5 случаевъ операціи получилось 3 возврата, почему *Baum* и оставилъ этотъ способъ. Разсматривая эту операцію, докладчикъ пришелъ къ заключенію, что, не смотря на фиксированіе влагалищной стѣнки у лона, способъ этотъ какъ разъ создавалъ условія для искусственнаго перегиба назадъ пузыря, а, слѣд., и для послѣдующаго выпаденія передней стѣнки влагалища. Поэтому докладчикъ видоизмѣнилъ этотъ способъ такъ, чтобы фиксація стѣнокъ влагалища способствовала вмѣстѣ съ тѣмъ и фиксированію пузыря у лона, если имѣлось vesicocele, и фиксированію кишки у копчика при rectocele. Первое достигалось пришиваніемъ передней стѣнки влагалища къ *Poupart*'овой связкѣ (передняя кольпопексія), а второе—фиксированіемъ задней стѣнки и бокового края копчика или остисто-крестцовой связки (задняя кольпопексія). Передняя кольпопексія производится такъ. Больная помѣщается въ положеніи *Trendelenburg*'а. Помощникъ, введя 2 пальца во влагалище, проталкиваетъ лѣвый передне-боковой сводъ кнаружи и кверху отъ лѣваго лоннаго бугорка. Операторъ, проведя разрѣзъ на палецъ выше соотвѣтственной *Poupart*'овой связки и параллельно ей (какъ при операціи *Alexander-Adams*'а), раздѣляетъ тупымъ и острымъ путемъ подлежащую клѣтчатку, фасціи и мышцы; затѣмъ, спустившись пальцемъ по задней поверхности горизонтальной вѣтви лобковой кости до верхняго костнаго края запирательной дыры, смѣщаетъ движеніемъ пальца кнутри боковую стѣнку пузыря къ средней линіи и кверху. Продолжая очищать въ днѣ раны выпяченную на пальцахъ помощника стѣнку передне-бокового свода влагалища, операторъ наконецъ попадаетъ на ея блестящую бѣлесоватую поверхность и пришиваетъ ее къ *Poupart*'овой связкѣ швомъ изъ silkworm-gut'а, который проводитъ, начиная съ кожи, черезъ всѣ слои разрѣза, внутренностные листки тазовой фасціи, выпяченную стѣнку влагалища, стараясь не проникнуть иглою въ просвѣтъ послѣдняго, далѣе черезъ *Poupart*'ову связку, и наконецъ выводитъ черезъ всѣ слои и кожу другой губы раны. Послѣ проведенія 2-го такого-же шва въ помощь 1-му рана закрывается обычнымъ путемъ, и больная переводится въ горизонтальное положеніе.—Для задней кольпопексіи, производимой при наличности rectocele, больная кладется на правый бокъ, съ притянутыми бедрами и съ нѣсколько возвышеннымъ тазомъ. Операторъ, введя 2 пальца лѣвой руки во влагалище, выпячиваетъ заднюю стѣнку послѣдняго по направленію къ верхнему лѣвому краю копчиковой кости подъ остисто-крестцовую связку, въ то время какъ помощникъ вводитъ палецъ въ прямую кишку и отклоняетъ ее вправо за среднюю линію крестцовой кости. Разрѣзъ, длиною дюйма въ 2, проводится отъ нижняго края остисто-крестцовой связки внизъ къ копчиковой кости, но не параллельно боковому краю копчика, а болѣе кнаружи, такъ что этотъ край и линія разрѣза, соединенные между собой, должны образовать уголъ. Разрѣзавъ кожу, подкожную клѣтчатку, фасціи и мышцу, поднимающую задній проходъ, операторъ очищаетъ тупымъ способомъ выпяченную стѣнку влагалища, разрываетъ клѣтчатку кишечно-влагалищной перегородки и отсепаровываетъ влагалище отъ прямой кишки. Бѣлесоватая стѣнка влагалища вытаскивается въ просвѣтъ раны и укрѣпляется у нижняго плотнаго края остисто-крестцовой связки, предварительно очищеннаго отъ клѣтчатки 2-мя швами изъ silkworm-gut, проводимыми, какъ и при передней кольпопексіи черезъ всѣ слои обоихъ краевъ раны. Послѣ операціи больная лежитъ на спинѣ или на боку; влагалище проспринцовывается. Повязка мѣняется по показаніямъ; швы раневые удаляются на 8-е сутки, фиксирующіе—на 10-е, 11-е или даже при отсутствіи осложненій, на 14-е. При благопріятныхъ условіяхъ передняя и задняя кольпопексія со швомъ промежности требуютъ отъ 30 до 40 мин.: при условіяхъ неблагопріятныхъ (у тучныхъ, при значительныхъ измѣненіяхъ матки, послѣ усѣченій шейки, при привычныхъ запорахъ, вздутіи кишекъ, брюшномъ и тазовомъ полнокровіи) операція затягивается до 1 часу. Значительныхъ кровотеченій во время операціи докладчикъ не видалъ. Раненія сосѣднихъ органовъ иглою и даже проведеніе швовъ черезъ пузырь не имѣетъ особаго значенія; примѣсь крови къ мочѣ наблюдается лишь первые 2 дня, а затѣмъ (при катетерѣ à demeure) моча становится чистой, и катетеръ удаляется. Раненія кишки едва-ли возможны. Нагноеніе наблюдалось лишь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ фиксирующіе швы были проведены черезъ влагалище насквозь, а потому сквозныхъ швовъ и вообще раненій влагалища необходимо избѣгать. Описанныя операціи одновременно съ усѣченіемъ маточной шейки и швомъ промежности или безъ нихъ были произведены докладчикомъ на 10 больныхъ съ прекраснымъ непосредственнымъ результатомъ. Осложненій, кромѣ уколовъ пузыря, нисколько не ухудшившихъ послѣопераціоннаго теченія, и нагноенія въ 3-хъ случаяхъ, гдѣ вскрыта была стѣнка влагалища или черезъ нее проведены были сквозные швы, не было. Больныя вставали на 15-ый день. Объ окончательныхъ результатахъ операціи, въ смыслѣ кореннoго исцѣленія выпаденія, говорить пока еще нельзя, за краткостью времени, истекшаго съ тѣхъ поръ, какъ докладчикъ сталъ ее примѣнять. Операція эта была придумана главнымъ образомъ для случаевъ климактерическихъ выпаденій, гдѣ раньше примѣнялось полное удаленіе матки и части стѣнокъ влагалища. Особенности операціи заключаются въ томъ, что стѣнки влагалища съ плотно прикрѣпленными къ нимъ внутренностными листками тазовой фасціи фиксируются на неподвижныхъ точкахъ опоры въ самыхъ плотныхъ фиброзныхъ тканяхъ таза (*Poupart*'овой и остисто-крестцовой связкахъ), и посредственно поддерживается на нормальномъ мѣстѣ пузырь, при чемъ мы не даемъ ему растягиваться въ нежелательномъ направленіи, т. е. выпирая стѣнку влагалища. Необходимо-ли для этой цѣли производить одностороннюю или двухстороннюю переднюю кольпопексію, покажетъ будущее; что же касается задней кольпопексіи, то при rectocele достаточно, по видимому, и односторонней операціи. Въ заключеніе, исходя изъ того же соображенія о важной роли пузыря при выпаденіяхъ, докладчикъ остановился на необходимости часто опорожнивать его и избѣгать тѣхъ положеній, которыя способствуютъ растяженію пузыря и смѣщеніямъ матки и влагалища, какъ на предупредительныхъ мѣрахъ.

Digitized by Google

Проф. *В. С. Груздевъ* (Казань), соглашаясь съ докладчикомъ въ томъ, что условіями, приводившимися до сихъ поръ, какъ этіологическія по отношенію къ выпаденіямъ, нельзя объяснить всѣхъ случаевъ послѣднихъ, высказалъ тоже и по отношенію къ переполненію и растяженію пузыря. Далеко не у всѣхъ женщинъ, страдающихъ по той или другой причинѣ хроническимъ задержаніемъ мочи, имѣются и выпаденія. Что же касается успѣшности операцій, предлагаемыхъ докладчикомъ, то это покажетъ, разумѣется, будущее, въ настоящее-же время мы располагаемъ нѣкоторыми способами оперативнаго лѣченія выпаденій, въ числѣ коихъ проф. *Г.* ставитъ вентрофиксацію въ сочетаніи съ пластическими операціями на рукавѣ.

Проф. *Д. О. Оттъ* (Петербургъ) отдаетъ должное увлекательности изложенія авторомъ его доклада и оригинальности проводимыхъ имъ идей; но онъ плохо вѣритъ въ цѣлесообразность предлагаемаго докладчикомъ оперативнаго вмѣшательства и его длительный результатъ, что, собственно говоря, является самымъ важнымъ при выпаденіяхъ женскихъ половыхъ органовъ. Только возстановленіе существовавшихъ прежде нормальныхъ анатомическихъ отношеній тазового дна и половыхъ органовъ можетъ обѣщать больнымъ стойкое поправленіе. Зашивая разорванную промежность, соединяя вновь разъединенныя мышцы тазового дна, мы можемъ вновь создать (конечно, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ разорванныя мышцы еще не атрофировались окончательно) нормальныя анатомическія отношенія, нарушеніе которыхъ и вызвало данную форму страданія. Всякія, искусственно создаваемыя условія, не удовлетворяющія принципу возстановленія нормальныхъ анатомическихъ отношеній, какъ то всякія вентрофиксаціи, вагинофиксаціи и т. п., до сихъ поръ не приводили къ желаемымъ стойкимъ результатамъ. Проф. *О.* опасается, что и предлагаемый докладчикомъ способъ, какъ не удовлетворяющій указаннымъ принципамъ, впослѣдствіи также придется отнести къ числу неудачныхъ мѣропріятій.

Проф. *А. П. Губаревъ* (Москва), резюмируя пренія, высказался за раціональность попытокъ къ возстановленію тазового дна путемъ сшиванія мышцъ и фасцій промежности; но указалъ на то, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мышцы переродились и атрофировались, приходится искать другихъ способовъ для удержанія выпадающихъ органовъ на мѣстѣ. Производившіяся до сихъ поръ различныя закрѣпленія органовъ (hysteropexia, vaginofixatio и т. д.) не устраняли послѣдующихъ опущеній и даже выпаденій ихъ. Докладчикъ воспользовался новымъ принципомъ—укрѣпить матку помощью сохранившихся еще частей — именно тазовой фасціи и ея внутренностныхъ листковъ; его способъ представляетъ собой попытку примѣнить этотъ принципъ, попытку, подлежащую еще изученію и дальнѣйшей разработкѣ, но имѣющую уже извѣстную вѣроятность оказаться плодотворной.

Проф. *В. Ф. Снегиревъ* показалъ больную, которой мѣсяцъ назадъ была произведена операція—*возстановленіе влагалища путемъ перенесенія заднепроходнаго отверстія и прямой кишки* (restitutio vaginae per transplantationem ani et recti). Больная черезъ 4 недѣли послѣ замужества поступила въ Гинекологическій Институтъ въ Москвѣ съ жалобами на невозможность половыхъ сношеній, отсутствіе мѣсячныхъ и замѣняющія ихъ явленія въ формѣ болей внизу живота и кровотеченій изъ носа. При изслѣдованіи на мѣстѣ влагалища оказался слѣпой мѣшокъ глубиной въ 1 фалангу пальца. На днѣ мѣшка находилось разорванное отверстіе, пропускавшее зондъ на глубину 3-хъ дюймовъ въ cavum ischio-rectale. Отверстіе это, по объясненію больной, было продѣлано ея мужемъ при помощи какого-то остраго орудія. Ни матки, ни придатковъ не опредѣлялось, а на мѣстѣ ихъ имѣлась чувствительность, отмѣчавшаяся и въ области слѣпой кишки. Передне-боковая стѣнка прямой кишки была инфильтрирована и болѣзненна. Спустя нѣкоторое время, въ теченіи котораго примѣнялись горячія промывательныя и покой, инфильтратъ этотъ исчезъ. Операція была произведена подъ эѳирнымъ наркозомъ, въ положеніи больной на правомъ боку съ согнутыми и притянутыми къ животу бедрами. Черезъ разрѣзъ, проведенный по нижнему краю крестца и копчика до нижняго конца послѣдняго, копчиковая кость была вылущена; далѣе, прямая кишка пальцемъ отслоена отъ передней поверхности крестца и отъ сосѣднихъ органовъ, и петля ея вытащена въ просвѣтъ раны и разрѣзана. Верхняя часть нижняго отрѣзка была зашита непрерывнымъ швомъ и поставлена на свое мѣсто; такимъ путемъ былъ образованъ сводъ новаго влагалища; верхній-же отрѣзокъ своимъ отверстіемъ былъ вшитъ на мѣстѣ удаленной копчиковой кости, слѣд., среди мышцъ, прикрѣпляющихся къ этой кости, такимъ образомъ, что волокна мышцы, поднимающей задній проходъ, могли подкрѣплять дѣйствіе 3-го заднепроходнаго жома. Послѣ этого больная была переведена въ спинное положеніе съ приподнятымъ тазомъ; въ первоначальное заднепроходное отверстіе былъ введенъ ножъ, и его кольцо и промежность были разсѣчены по средней линіи вплоть до слѣпого мѣшка зачаточнаго влагалища, а слизистая оболочка послѣдняго была сшита со слизистой оболочкой прямой кишки непрерывнымъ швомъ. Получилось щелевидное отверстіе, окруженное малыми губами, съ полнымъ сходствомъ на нормальный входъ во влагалище. Въ теченіи первыхъ 6 сутокъ послѣоперaціоннаго времени искусственно поддерживался запоръ; затѣмъ на низъ было ежедневно, безъ позывовъ, съ недержаніемъ жидкихъ испражненій и газовъ. Швы были сняты на 8-ой день. Въ настоящее время, черезъ мѣсяцъ послѣ операціи, больная уже стала удерживать твердыя каловыя массы.—12 лѣтъ назадъ докладчикомъ была произведена такая же операція образованія искусственнаго влагалища изъ кишки, при чемъ въ началѣ также замѣчалось недержаніе газовъ и каловыхъ массъ, но уже черезъ 3 мѣсяца всѣ явленія недержанія исчезли, и больная удерживала испражненія по произволу и сознательно относилась къ позывамъ на нихъ. Половыя сношенія совершались удовлетворительно. Случай этотъ, сообщенный въ Московскомъ акушерско-гинекологическомъ Обществѣ и напечатанный въ «Annales de Tocologie», въ свое время возбудилъ страстную полемику и упреки по адресу автора въ такой «безнравственной» операціи. Въ теченіи 12 лѣтъ докладчикъ испробовалъ много способовъ аутопластическихъ операцій для возстановленія влагалища, но они всѣ, въ случаяхъ полнаго недостатка влагалища, кончались неудачами, почему онъ теперь вновь вернулся къ начальному способу.

Проф. *Д. О. Оттъ*: Успѣхъ операціи можно считать полнымъ. Искусственное влагалище очень походитъ на настоящее; новообразованный жомъ прямой кишки уже удерживаетъ твердыя каловыя массы и, вѣроятно, будетъ скоро удерживать, судя по первому примѣру, и жидкія испражненія и газы. Что-же касается обвиненій автора за производство такой «безнравственной операціи», то проф. *О.* отлично помнитъ это время и надѣется, что теперь Собраніе уже не выскажется въ прежнемъ духѣ: несчастныя больныя, приходящія къ оператору, ставятъ его въ весьма затруднительное положеніе, и операціи, подобныя описанной докладчикомъ, являются, можно сказать, единственнымъ и къ тому-же остроумнымъ выходомъ для того, чтобы создать такимъ больнымъ сносную семейную обстановку.

*В. Преображенскій.*

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

## XLVIII. Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 11 февраля).

*Э. Э. Гартье.* *Paralysis spastica spinalis* (съ предъявленіемъ больного). Приведя литературу вопроса, докладчикъ сообщилъ свои наблюденія. 1. 20/I текущаго года въ клинику проф. *Н. П. Гундобина* поступилъ мальчикъ, 5 л., съ жалобами на слабость ногъ. Родители здоровы. Въ семьѣ 11 дѣтей. Больной—8-й ребенокъ, родился въ срокъ. Никакой серьезной болѣзни не переносилъ. Сталъ ходить съ $1\frac{1}{2}$ л. и съ тѣхъ поръ ходитъ плохо. Внутренніе органы здоровы. Мальчикъ достаточно развитъ. Рѣчь правильная. Явленій паралича со стороны головномозговыхъ нервовъ нѣтъ. На всемъ тѣлѣ нѣтъ никакихъ трофическихъ измѣненій. Болевая чувствительность и къ прикосновенію не измѣнены. Колѣнные рефлексы рѣзко повышены; клонусъ стопы не удается. Рефлексъ *Babinsk*'аго. Кожные рефлексы безъ особыхъ измѣненій. Въ стоячемъ положеніи: стопы повернуты внутрь, сгибаніе и разгибаніе въ суставѣ возможно; свободно стоитъ и ходитъ. При ходьбѣ: колѣна и стопы повернуты внутрь; становится преимущественно на наружный край стопы — pes equinovarus. — 2. Въ 1899 г. въ клинику проф. *Н. П. Гундобина* поступила дѣвочка, 10 л., съ жалобами на затрудненную походку и боли въ ногахъ. Отцу и матери 36 лѣтъ. Отецъ страдаетъ затрудненной походкой: «загребаетъ» ногами, часто падаетъ, началъ ходить около 3-хъ лѣтъ и тогда уже стала обнаруживаться неправильная походка. Сифилисъ и алкоголизмъ отрицаются. Больная—1-й ребенокъ. Родилась въ срокъ. На 1-мъ году — частые поносы. Сидѣть стала только около 11 мѣс., ходить—около $1\frac{1}{2}$ л. Когда дѣвочкѣ было около 3-хъ лѣтъ, стали замѣчать, что она при ходьбѣ шатается и перекрещиваетъ ноги. Съ теченіемъ времени разстройства въ движеніяхъ и слабость ногъ все увеличивались. Боли въ ногахъ появились съ 7 лѣтъ, когда ихъ стало сильно стягивать. На 4-мъ году перенесла легкую корь. — Правильнаго сложенія, умѣреннаго питанія. Слизистыя оболочки блѣдноваты. Психика нормальна. Рѣчь правильная. Рефлексы съ соединительной и роговой оболочекъ, а также и съ глотки сохранены. Свободно сидитъ и при лежаніи произвольно мѣняетъ положеніе. При всякомъ положеніи тѣла стопа не стоитъ перпендикулярно къ голени, а образуетъ съ нею прямую линію. Движенія ногъ въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ вполнѣ возможны, въ голеностопныхъ-же въ правомъ значительно ограничены, а въ лѣвомъ почти совсѣмъ невозможны. Стоять можетъ безъ поддержки, но очень неустойчиво. При ходьбѣ ноги обращены колѣнами внутрь. При пассивныхъ движеніяхъ ногъ замѣтна значительная ригидность мышцъ, а въ разгибателяхъ голеней — ясно выраженное постоянное сведеніе. Трофическихъ измѣненій нѣтъ. Кожные рефлексы не измѣнены; колѣнный рефлексъ значительно повышенъ, рефлекса-же съ Ахиллова сухожилія и подошвеннаго не получается. Механическая возбудимость мышцъ сохранена одинаково на обѣихъ сторонахъ тѣла. Фарадическая и гальваническая возбудимость не измѣнены; реакціи перерожденія нѣтъ. Всѣ виды чувствительности сохранены. Сосудодвигательныхъ разстройствъ, а равно и разстройствъ въ выведеніи мочи и испражненій нѣтъ. За почти 3-мѣсячное пребываніе въ клиникѣ состояніе больной замѣтно не измѣнилось: она выписалась съ такой-же плохой походкой.

Проф. *Н. П. Гундобинъ*: Мозговые параличи еще мало изучены. Вопросъ о самостоятельности спастическаго спинно-мозгового паралича у взрослыхъ рѣшенъ изслѣдованіями *Erb*'а положительно, но у дѣтей вскрытій такихъ больныхъ не извѣстно: приходится рѣшать его клиническими наблюденіями. Я наблюдалъ 2-хъ недоносковъ (до 2-хъ лѣтъ), у которыхъ, при полномъ отсутствіи разстройствъ со стороны психики и головного мозга, былъ ясно выраженъ спастическій парезъ только ногъ. Пирамидные пучки развиваются позднѣе другихъ и бываютъ хорошо

Digitized by Google

обложены мякотью только къ 2—3 мѣсяцамъ жизни. Возможно допустить, что у недоносковъ пирамидные пучки задерживаются въ своемъ развитіи, а равно что у бывшихъ здоровыми дѣтей подъ вліяніемъ поносовъ развиваются пораженія пирамидныхъ пучковъ.

*П. Я. Корольковъ:* Я наблюдалъ подобнаго-же больного: у него была ригидность ногъ (въ рукахъ ея не было). Ребенокъ сталъ все хуже ходить. Умственныя его способности были нормальны. Мочевой пузырь и прямая кишка были незатронуты. Косоглазіе. Въ глазу—пораженіе сосудистой оболочки.

*М. Я. Брейтманъ:* Существующая точка зрѣнія на этотъ вопросъ неправильна. Въ болѣзни *Little*'я много разногласія. По моему мнѣнію, головномозговые и спинномозговые параличи одного и того-же происхожденія; разница между ними—индивидуальная. Въ послѣднихъ своихъ работахъ *Erb* говоритъ, что при спинномозговыхъ параличахъ наблюдаются и мозговыя явленія.

*Докладчикъ:* *Erb* въ своей послѣдней работѣ (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde) отрицаетъ участіе головного мозга въ спинномозговыхъ параличахъ.

*И. Г. Гентеръ. О клинической картинѣ гипертрофіи глоточной миндалины въ дѣтскомъ возрастѣ.* Охарактеризовавъ клиническіе припадки при данной болѣзни, докладчикъ изложилъ собственныя наблюденія. На основаніи многочисленныхъ изслѣдованій онъ пришелъ къ заключенію, что гиперплазированныя глоточныя (также и нёбныя) миндалины отличаются отъ таковыхъ-же нормальныхъ исключительно своей величиной и рѣзкой гиперэміей. Все остальное—различныя перерожденія эпителіальныхъ клѣтокъ, стекловидное перерожденіе стѣнокъ сосудовъ, набуханіе эндотелія ихъ и т. д. — есть результатъ перерожденія и воспаленія. Миндалины докладчикъ разсматриваетъ, какъ лимфатическіе узлы, нѣсколько измѣненные съ цѣлью дать лимфоиднымъ элементамъ возможность выходить на поверхность миндалины. Первоначальная цѣль заложенія миндалинъ во входѣ въ пищевые и дыхательные пути была та, чтобы миндалины защищали входъ въ упомянутые пути сильной струей фагоцитовъ. Подтвержденіе своего взгляда на миндалины докладчикъ находитъ въ результатахъ опытовъ д-ра *Мангуби*. Послѣдній нашелъ, что способность противостоять болѣзнетворнымъ вліяніямъ у собакъ, у которыхъ онъ удалилъ нёбныя миндалины, значительно понижается. Д-ръ *Мангуби* поставилъ цѣлый рядъ опытовъ надъ здоровыми и оперированными собаками: сажалъ ихъ въ ящикъ, въ которомъ находился сосудъ съ гніющимъ веществомъ; кромѣ того, впрыскивалъ животнымъ дифтерійные токсины, распылялъ въ полости рта разводки гноеродного золотистаго гроздекокка и убѣдился, что оперированныя собаки заболѣвали скорѣе и въ большей степени, чѣмъ здоровыя. Вслѣдствіе негигіеническихъ условій жизни миндалины оказываются функціонально недостаточными, а потому значительно усиливаютъ свою дѣятельность, увеличивая число блуждающихъ лимфоидныхъ элементовъ. Путемъ сильнаго напора послѣднихъ эпителіальныя клѣтки раздвигаются, образуются щелеобразныя пространства, а существованіе послѣднихъ облегчаетъ микроорганизмамъ доступъ въ ткань миндалины, вслѣдствіе чего послѣдняя постоянно находится въ состояніи затяжного воспаленія и гиперэміи, что, въ свою очередь, способствуетъ еще большему увеличенію ея объема. Докладчикъ наблюдалъ 5 случаевъ врожденной гиперплазіи глоточной миндалины въ возрастѣ 10—23 дней. Съ патолого-анатомической точки зрѣнія онъ различаетъ 2 вида аденоидныхъ разрощеній: чистую гиперплазію, т. е. гиперплазію лимфоидной ткани миндалины, и форму съ преобладающимъ развитіемъ соединительной ткани. Обратное развитіе гиперплазированной миндалины начинается, по докладчику, приблизительно съ 40 лѣтъ, при чемъ оно происходитъ благодаря разростанію соединительной ткани; послѣднее начинается около 20 лѣтъ. Докладчикъ полагаетъ, что только операція можетъ устранить это опасное и въ высшей степени нежелательное страданіе у дѣтей, при чемъ, чѣмъ раньше она дѣлается, тѣмъ лучше, такъ какъ продолжительныя воспаленія миндалинъ влекутъ за собою перерожденіе стѣнокъ сосудовъ, развитіе соединительной ткани и могутъ служить причиной кровотеченій при позднихъ операціяхъ. Ранняя же операція болѣе безопасна и поэтому необходима для ребенка.

Предсѣдатель проф. *Н. П. Гундобинъ*, отмѣтивъ большой интересъ доклада въ патологіи дѣтскаго возраста, остановился на вопросѣ о времени оперативнаго вмѣшательства и о показаніяхъ къ нему и просилъ присутствовавшихъ высказаться по этому поводу.

*Докладчикъ:* На основаніи своего опыта въ клиникѣ проф. *Н. П. Симановскаго* я пришелъ къ заключенію, что сохраняющее лѣченіе въ видѣ смазываній хромовой, 3-хлороуксусной кислотой не ведетъ къ цѣли, а коренное лѣченіе заключается въ ранней операціи.

*К. И. Шене:* Когда Вы оперируете?

*Докладчикъ:* Я оперировалъ не раньше года, но думаю, что можно удалять такія миндалины во всякомъ возрастѣ.

Д-ръ *Шумахеръ:* Я полагаю, что миндалины всегда нужно удалять, когда въ нихъ имѣются болѣзненныя явленія. Я удаляю только съ $^1/_2$ года.

Д-ръ *Калуджеровичъ:* У меня, какъ школьнаго врача, было много такихъ случаевъ. Надо помнить, что глоточная миндалина можетъ служить мѣстомъ для бактерій, въ частности для бугорчатковой палочки. Тамъ, гдѣ это возможно, слѣдуетъ удалять эту миндалину.

*А. Д. Зотовъ:* Каково $^0/_0$-ное отношеніе лимфоидныхъ гиперплазій къ соединительно-тканнымъ?

*Докладчикъ:* Соединительно-тканныя я встрѣчалъ только на трупѣ.

*А. Д. Зотовъ:* Какъ часты возвраты?

*Докладчикъ:* Если удалить всю лимфоидную ткань, то возвраты, по моему, прямо невозможны.

*С. Островскій.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

## *Прив.-доц. С. А. Сухановъ. Семіотика и діагностика душевныхъ болѣзней (въ связи съ уходомъ за больными и лѣченіемъ ихъ). Часть 1. Москва, 1904 г. Ц. 1 р.*

Книга подъ выписаннымъ заглавіемъ представляетъ собою 1-ю часть предполагаемаго авторомъ изданія и заключаетъ въ себѣ 10 лекцій, читанныхъ студентамъ 4-го и 5-го курсовъ медицинскаго факультета въ Московскомъ Университетѣ. Въ этой 1-й части авторъ разбираетъ семіотику и діагностику 4-хъ формъ душевныхъ заболѣваній—меланхоліи, маніи, аменціи и первичнаго помѣшательства. Въ 1-й лекціи онъ останавливается на выясненіи тѣхъ общихъ практическихъ пріемовъ, которыми необходимо пользоваться при изслѣдованіи душевно-больныхъ; при этомъ преподаются общія правила изслѣдованія больныхъ, а также даются указанія относительно составленія анамнеза, способовъ собиранія свѣдѣній о наслѣдственности и вообще порядка веденія бесѣды съ больными, страдающими той или иной формой душевнаго разстройства. Въ слѣдующихъ лекціяхъ авторъ говоритъ о каждой изъ упомянутыхъ 4-хъ формъ душевныхъ заболѣваній въ отдѣльности, при чемъ болѣе всего удѣляетъ вниманія вопросу о распознаваніи каждой этой формы болѣзни и объ уходѣ за такими больными въ широкомъ смыслѣ слова, включая сюда спеціальное наблюденіе, лѣченіе (физическое, психическое и фармацевтическое), заботы о питаніи и т. д.

Книга автора преслѣдуетъ чисто практическія, пропедевтическія цѣли—дать студентамъ и начинающимъ врачамъ необходимыя указанія и совѣты относительно того, какъ слѣдуетъ подходить къ душевно-больному, на что прежде всего слѣдуетъ обращать вниманіе, какъ вести съ нимъ бесѣду, какъ держаться съ нимъ, какъ организовать уходъ и надзоръ за больнымъ въ каждомъ данномъ случаѣ и т. д. Въ виду такихъ цѣлей книга пріобрѣтаетъ значеніе «vademecum». Поэтому мнѣ думается, что она значительно выиграла-бы, если-бы авторъ издалъ ее въ формѣ краткаго руководства, разбивъ на главы, а не въ видѣ лекцій. Лекціонная система изложенія въ данномъ случаѣ неудобна, такъ какъ автору при этомъ часто приходится повторяться и говорить объ одномъ и томъ-же предметѣ въ различныхъ мѣстахъ; кромѣ того, изложеніе часто прерывается, вслѣдствіе чего не получается цѣльнаго, законченнаго впечатлѣнія по каждому отдѣльному вопросу.

Что касается самихъ «Лекцій», то онѣ составлены умѣло, содержательны, изложены хорошимъ языкомъ, и потому ихъ съ пользой прочтетъ каждый начинающій изучать душевныя болѣзни. Изданіе очень приличное; цѣна 1 р.—не дорогая.

*Б. Воротынскій.*

## *Проф. М. М. Волковъ. Клиническіе этюды. Опытъ индивидуальнаго изученія развитія болѣзненныхъ состояній. Вып. I. Петербургъ. 1904 г. Ц. 1 р. 50 к.*

Подъ такимъ заглавіемъ проф. *М. М. Волковъ* выпустилъ въ свѣтъ «въ нѣсколько расширенной и переработанной формѣ серію клиническихъ лекцій», читанныхъ имъ слушательницамъ 4-го курса Женскаго Медицинскаго Института. Въ виду многихъ особенностей во взглядахъ автора, значительно отличающихся отъ общераспространенныхъ, я позволю себѣ остановить на нихъ вниманіе товарищей.

Прежде однако, чѣмъ приступить къ разсмотрѣнію содержанія книги, считаю необходимымъ сказать нѣсколько словъ по поводу ея заглавія, тѣмъ болѣе, что уже въ немъ проявляется черта, сказывающаяся во многихъ взглядахъ автора, а именно—стремленіе выказать оригинальность тамъ, гдѣ она совершенно излишня и ничего въ сущности не уясняетъ. Автору почему-то, очевидно, не нравится обычное названіе «Клиническія лекціи», и онъ замѣнилъ его выраженіемъ «Клиническіе этюды», такъ какъ видитъ въ своихъ «описаніяхъ только отраженіе наблюдаемыхъ фактовъ личными средствами наблюдателя» (стр. II). Если однако ознакомиться съ содержаніемъ книги, то нетрудно придти къ заключенію, что подвести ее подъ понятіе «этюды», какъ это слово обычно понимается, уже никакъ нельзя. Высказываемые авторомъ взгляды и приводимыя имъ 3 клиническія лекціи представляютъ собой, съ одной стороны, разсужденія біологическаго характера, правда, подчасъ нѣсколько туманныя, а съ другой—настолько подробный разборъ 3-хъ больныхъ съ сложными патологическими процессами, что названіе книги «Клиническіе этюды» совершенно неподходяще. Непонятно также и выраженіе «Опытъ индивидуальнаго изученія развитія болѣзненныхъ состояній». Вѣдь, никто въ настоящее время и не думаетъ оспаривать того, что выраженія «воспаленіе почекъ», «недостаточность 2-створчатой заслонки» и т. д. не даютъ намъ яснаго пред-

Digitized by Google

ставленія о состояніи различныхъ органовъ и отправленій у больного, такъ какъ одна и таже болѣзнь у различныхъ лицъ протекаетъ совершенно различно въ зависимости отъ цѣлаго ряда внутреннихъ и внѣшнихъ условій. Давно не подлежитъ никакому сомнѣнію, что изученіе каждаго больного должно быть и можетъ быть только «индивидуальнымъ», такъ какъ только такое изученіе даетъ намъ полную и ясную картину всѣхъ тѣхъ особенностей въ строеніи и отправленіяхъ органовъ заболѣвшаго организма, опредѣленіе которыхъ необходимо для надлежащей оцѣнки его состоянія.

Перехожу къ содержанію самой книги. Она начинается вступленіемъ, въ которомъ авторъ говоритъ о раздѣленіи клиникъ, выясняетъ задачи и смыслъ терапевтической клиники и останавливается на вопросѣ о томъ, что такое болѣзненное состояніе, и на тѣхъ способахъ, которыми оно можетъ быть опредѣлено. Авторъ считаетъ принципіально справедливымъ установившееся у насъ раздѣленіе клиникъ на факультетскія (академическія) и госпитальныя и опредѣляетъ задачи этихъ клиникъ, согласно съ общепринятыми взглядами. О клиникѣ пропедевтической авторъ въ этомъ мѣстѣ не упоминаетъ совершенно, но изъ дальнѣйшаго изложенія можно заключить, что онъ считаетъ ее лишней. Подобное отрицательное отношеніе къ пропедевтической клиникѣ и къ даннымъ, излагаемымъ частной патологіей, явствуетъ въ значительной степени, напр., изъ слѣдующаго разсужденія автора: «теперь... мы должны произвести синтетическую работу и создать представленія о ходѣ, характерѣ, взаимныхъ отношеніяхъ болѣзненныхъ разстройствъ. Такая работа могла-бы быть произведена болѣе поверхностнымъ путемъ, способомъ сопоставленія наблюдаемыхъ данныхъ съ готовыми схемами или симптомокомплексами, принимая послѣдніе за научно-установленныя, точныя величины, которыми можно пользоваться для сравненія... На самомъ дѣлѣ симптомокомплексы или патологическія формы составлены искусственно, путемъ отвлеченія, изъ такихъ-же отдѣльныхъ случаевъ, каковъ нашъ, и путемъ привычки приняли характеръ догматовъ или аксіомъ, на основаніи которыхъ, уже дедуктивнымъ путемъ, дѣлаются обратныя заключенія объ отдѣльныхъ-же наблюдаемыхъ случаяхъ. Мѣрить можно только точной мѣрой, иначе всѣ ошибки и неточности принимаемой для сравненія мѣры внесутъ погрѣшности въ изучаемое наблюденіе, и такимъ образомъ только будетъ накапливаться невѣрно оцѣниваемый и освѣщаемый матеріалъ» (стр. 129). Точно также, говоря объ урэміи, мы, по мнѣнію автора, «только вдаемся въ словесную игру quasi-научныхъ опредѣленій» (стр. 84), такъ какъ подобныя-же условія, которыя выступаютъ при выпаденіи или рѣзкомъ ограниченіи отправленій почекъ, «создаются выпаденіемъ функцій печени, щитовидной железы, надпочечниковъ, или другихъ функцій, въ томъ числѣ и неизвѣстныхъ намъ» (стр. 84). Съ подобными взглядами автора согласиться нельзя. Нѣтъ сомнѣнія, что различные образы и картины, которыя рисуетъ намъ частная патологія, обычно въ жизни не встрѣчаются и не могутъ встрѣтиться уже по одному тому, что она представляетъ намъ эти образы такими, какими они представлялись-бы у заболѣвшаго до того здороваго человѣка, между тѣмъ какъ на самомъ дѣлѣ мы встрѣчаемъ лицъ, перенесшихъ то или другое заболѣваніе, ведущихъ въ томъ или другомъ отношеніи неправильный образъ жизни (алкоголизмъ, неблагопріятныя условія жизни и т. д.), наконецъ, наслѣдственно въ различной степени неустойчивыхъ. Всѣ эти обстоятельства измѣняютъ въ значительной мѣрѣ классическое теченіе болѣзненныхъ формъ, описываемое въ руководствахъ. Тѣмъ не менѣе, развѣ схемы, даваемыя частной патологіей,—не тѣже «античные образцы», которые, желая пріучить взглядъ слушательницъ къ идеальнымъ внѣшнимъ очертаніямъ, выставляетъ авторъ въ аудиторіи, широко пользуясь ими «для сравненія съ обычными объектами наблюденія, хотя, конечно, бѣлый и холодный гипсъ не можетъ воспроизвести окраски и жизненности формъ человѣческаго тѣла»? (стр. 19). Быть, можетъ, однако, вмѣсто неудовлетворяющихъ автора понятій «урэмія», «подагра» и др., онъ создаетъ что-нибудь новое, высказываетъ какія-нибудь вѣскія соображенія и мысли, которыя оправдывали-бы его отрицательное отношеніе? Нисколько! Замѣна выраженія «урэмія», да еще въ такомъ случаѣ, который представляетъ «довольно хорошо характеризованную урэмію», выраженіемъ «интоксикація» (стр. 85) не вноситъ положительно ничего такого, что̀ лучше уясняло-бы сущность процесса.

Заговоривъ объ отрицательномъ отношеніи автора къ частной патологіи, я здѣсь же коснусь и взглядовъ его на частную терапію. На стр. 97 онъ говоритъ: «Частной терапіи, которой посвящаются цѣлыя руководства, какъ науки, не существуетъ; если при различныхъ болѣзненныхъ состояніяхъ часто комбинируются сходные пріемы и вырабатывается нѣчто въ родѣ терапевтической схемы, это во многихъ случаяхъ скорѣе testimonium paupertatis нашей терапіи, чѣмъ доказательство ея выработанности и совершенства. Назначая различнымъ людямъ совершенно одинаковую терапію, не ставитъ-ли себя врачъ въ неблагопріятныя условія сравненія съ портнымъ, который не станетъ шить на разныхъ людей тождественные костюмы?» Если послѣдняя мысль автора совершенно правильна, то безспорно также и то, что, приступая къ лѣченію больного, необходимо обладать извѣстнымъ запасомъ свѣдѣній, касающихся тѣхъ показаній и противопоказаній, которыя выдвигаются патологическимъ процессомъ въ отношеніи лѣчебныхъ мѣръ, необходимо ознакомиться съ опытомъ и наблюденіями предшествовавшихъ поколѣній, чтобы почерпнуть изъ нихъ свѣдѣнія, какими мѣрами можно скорѣе и лучше всего удовлетворить терапевтическимъ показаніямъ, принимая, конечно, во вниманіе личныя особенности больного. Самъ авторъ, впрочемъ, относясь отрицательно къ частной терапіи, неоднократно противорѣчитъ себѣ, указывая и останавливаясь подробно на тѣхъ или другихъ средствахъ, которыя при данномъ страданіи получили право гражданства. Такъ, на стр. 194 онъ пишетъ: «изъ различныхъ фармакологическихъ возбудителей, *отмѣченныхъ клиническимъ опытомъ* при страданіяхъ *суставовъ* [1]), мы пробовали уже tinct. Colchici autumnalis»; на той-же стр. нѣсколько ниже мы читаемъ: «можно было-бы подумать о салициловыхъ препаратахъ, *получившихъ такое широкое примѣненіе* [1]) и столь оправдывающихся въ случаяхъ острыхъ суставныхъ заболѣваній инфекціоннаго характера, что *имъ приписывается даже извѣстное специфическое значеніе*» [1]); тамъже: «при хроническихъ суставныхъ измѣненіяхъ, даже не имѣющихъ специфическаго характера, за *іодистыми щелочами утвердилась репутація благопріятно дѣйствующихъ средствъ*» [1]) и т. д.

Всѣ эти свѣдѣнія, какъ извѣстно, и сообщаются тою частной терапіей, которую почему-то желаетъ игнорировать авторъ.

Возвращаюсь къ вступленію. Опредѣливъ задачи факультетской и госпитальной клиникъ, авторъ подробно останавливается на цѣляхъ, преслѣдуемыхъ «терапевтическими клиниками» вообще. Основной ея задачей онъ считаетъ «*общее изученіе* больного человѣка», въ отличіе отъ другихъ спеціальныхъ клиникъ, находящихся въ такомъ-же отношеніи «къ общей клиникѣ, какъ спеціально техническія школы къ общеобразовательнымъ» (стр. 4). Соглашаясь съ авторомъ, что терапевтическая клиника имѣетъ задачей изучать «анатомію и физіологію больного организма, связь и взаимное соотношеніе отдѣльныхъ отправленій и общее равновѣсіе организма» (стр. 4), я думаю, однако, что отличіе ея отъ спеціальныхъ клиникъ не исчерпывается лишь общимъ ея характеромъ. Задача терапевтической клиники значительно отличается отъ задачъ иныхъ клиникъ тѣмъ, что *именно на ней въ особенности* лежитъ обязанность развить въ слушателяхъ медицинское мышленіе. Дѣло въ томъ, что пріемы изслѣдованія, примѣняемые въ терапевтической клиникѣ, рѣзко разнятся отъ таковыхъ-же въ другихъ медицинскихъ спеціальностяхъ. Въ то время, какъ врачъ-окулистъ или ларингологъ и т. д. ставитъ распознаваніе въ огромномъ большинствѣ случаевъ на основаніи точныхъ данныхъ, добытыхъ имъ при помощи органа зрѣнія, осязанія и т. д., что̀ облегчается примѣненіемъ различнаго рода зеркалъ и инструментовъ, терапевту приходится составлять себѣ понятіе о родѣ и характерѣ патологическихъ процессовъ въ организмѣ на основаніи данныхъ, полученныхъ такими способами изслѣдованія (постукиваніе, выслушиваніе и др.), которые не даютъ изслѣдователю никакихъ патогномоническихъ признаковъ, а лишь снабжаютъ его рядомъ такого рода явленій, какъ, напр., наличность барабаннаго оттѣнка звука или того или другого измѣненія въ характерѣ дыхательнаго шума, которыя могутъ обусловливаться различными причинами и наблюдаться при самыхъ разнообразныхъ патологическихъ процессахъ. Чтобы выяснить въ каждомъ случаѣ происхожденіе каждаго изъ этихъ явленій, сопоставить ихъ взаимно и путемъ анализа и послѣдующаго синтеза придти къ опредѣленному заключенію о характерѣ заболѣванія, необходимо обладать развитымъ медицинскимъ мышленіемъ. Конечно, оно требуется и въ другихъ спеціальностяхъ, но *ни въ какой другой спеціальности оно такъ не изощряется, какъ именно въ терапевтической клиникѣ*. Развить его въ слушателяхъ, по моему мнѣнію, и есть одна изъ важныхъ задачъ этой клиники.

Выяснивъ задачи терапевтической клиники, авторъ останавливается на томъ, что такое болѣзненное состояніе и какъ оно можетъ быть опредѣлено? Въ этомъ отношеніи онъ придерживается также особой точки зрѣнія. Въ самомъ дѣлѣ, для распознаванія болѣзненнаго состоянія, онъ считаетъ необходимымъ «одно изъ двухъ: *или увидѣть*, *или понять*; или умѣть сдѣлать болѣзненное состояніе доступнымъ нашимъ внѣшнимъ чувствамъ, для чего требуется обладаніе возможно богатой и совершенной техникой изслѣдованія,—или понять разницу въ объемѣ и характерѣ функціональнаго равновѣсія организма, сравнивая съ его же индивидуальной функціональной нормой, которую нужно знать или узнать, установить. Это трудно, часто превышаетъ наши средства или силы, но это единственно раціональный способъ, истинная діагностика, въ противоположность такъ называемымъ дифференціальнымъ пріемамъ, при которыхъ изъ произвольно взятыхъ 11 или 12 «болѣзней» или «формъ» исключаются 10 или 11, признаки которыхъ менѣе «подходятъ» къ данному случаю, и оставшаяся форма признается этому случаю отвѣчающей» (стр. 16). Очевидно, отличительно-распознавательный способъ не пользуется симпатіями автора. На самомъ дѣлѣ онъ, однако, широко распространенъ. Разъ одно и тоже отправленіе въ организмѣ можетъ принадлежать различнымъ органамъ, которые могутъ взаимно уравновѣшивать другъ друга въ извѣстныхъ, нерѣдко довольно широкихъ предѣлахъ; разъ одному и тому-же органу могутъ быть присущи многоразличныя отправленія; разъ, наконецъ, пораженіе различнаго характера, такъ или иначе измѣняя строеніе органа, можетъ сопровождаться и обусловливать отчасти сходныя патологическія явленія,—то отсюда неизбѣжно слѣдуетъ необходимость разобраться въ этихъ патологическихъ проявленіяхъ и выяснить, какое-же изъ заболѣваній анатомическаго или функціональнаго характера имѣется у больного. Такъ какъ, по собственному признанію автора, патогномоничныхъ или специфическихъ признаковъ въ строгомъ смыслѣ слова не существуетъ (стр. 18), то и приходится прибѣгать къ

[1]) Курсивъ мой. *В. О.*

Digitized by Google

«дифференціально-діагностическимъ пріемамъ», основаннымъ, конечно, не на произвольномъ толкованіи этихъ явленій, а на сочетаніи ихъ, согласно съ опытомъ и наблюденіями предыдущихъ изслѣдователей, подмѣтившихъ опредѣленное соотношеніе между анатомическими или функціональнымъ пораженіями различныхъ органовъ и видимымъ ихъ проявленіемъ, т. е., съ матеріаломъ, собраннымъ въ одно стройное ученіе, составляющее предметъ частной патологіи. Недостаточно придти къ заключенію объ анатомической и функціональной недостаточности какого-либо органа, необходимо еще выяснить, какого характера процессъ вызвалъ ее. Вотъ при рѣшеніи этого вопроса и приходится сплошь да рядомъ прибѣгать къ помощи отличительно-распознавательнаго способа. Къ нему, впрочемъ, невольно прибѣгаетъ и самъ авторъ, отличая, напр., лимфоматозъ отъ бугорчатки (3-е наблюденіе) или рѣшая вопросъ о мѣстоположеніи бугристаго тѣла, прощупывавшагося въ 3-мъ изъ его наблюденій въ глубинѣ надчревья (стр. 223—224) или вопросъ о причинѣ увеличенія сердечной тупости въ томъ-же наблюденіи (стр. 227) и т. д.

Уяснивъ «анатомическія измѣненія, удѣльную работоспособность, общее равновѣсіе или экономію организма, значеніе болѣзнетворныхъ причинъ и распредѣленіе ихъ воздѣйствія» (стр. 18), авторъ переходитъ послѣдовательно къ *составленію* или *подсчету баланса* (стр. 18 и 94). Подъ этимъ словомъ онъ понимаетъ тоже, что обычно обозначаютъ словомъ «прогнозъ»; но его авторъ не употребляетъ намѣренно, такъ какъ оно «содержитъ невѣрное представленіе о какомъ-то предсказываніи будущаго» (стр. 18). Дѣло тутъ, однако, только въ названіи, такъ какъ въ опредѣленіи выраженія «*оцѣнка общаго баланса*» (стр. 94) нѣтъ никакого различія отъ общепринятаго понятія, обозначаемаго словомъ «прогнозъ». Мнѣ кажется однако, что стремленіе автора обходить установившіяся и общепринятыя въ медицинской литературѣ всѣхъ народовъ обозначенія и замѣнять ихъ новыми, хотя-бы и больше говорящими уму, не имѣетъ серьезныхъ основаній. Тогда придется уничтожить очень много названій, хотя бы тифъ, корь, скарлатина и т. д., которые сами по себѣ этимологически не говорятъ ровно ничего, но съ которыми у каждаго изъ насъ связываются опредѣленныя представленія. Развѣ не противорѣчитъ самъ себѣ авторъ, заявляя протестъ противъ вышеуказанныхъ общепринятыхъ обозначеній и въ то же время предлагая латинскую терминологію на томъ основаніи (съ которымъ нельзя не согласиться), что многіе изъ терминовъ «утратили свой этимологическій смыслъ и существуютъ для насъ просто, какъ звуки, съ которыми связаны извѣстныя опредѣленныя представленія»? (стр. 89).

Я не могу далѣе оставить безъ вниманія отношеніе автора къ собиранію «данныхъ прошлаго» (анамнезъ). Авторъ считаетъ необходимымъ «при разспросѣ больныхъ предоставлять имъ полную свободу, не только не направлять ихъ показанія или, что еще хуже, вольно или невольно внушать имъ отвѣты,— но воспринимать ихъ отвѣты во всей ихъ непосредственности» (стр. 25). Я думаю, что этотъ совѣтъ въ громадномъ большинствѣ случаевъ невыполнимъ и что слѣдовать ему часто даже нежелательно, такъ какъ длинный и безсистемный разсказъ больного, каковымъ онъ, къ сожалѣнію, и бываетъ въ большинствѣ случаевъ, слишкомъ утомилъ-бы врача ко времени постановки распознаванія, resp. къ тому времени, когда онъ долженъ оказаться во всеоружіи мышленія. Мнѣ кажется, что и въ отношеніи разспроса не слѣдуетъ придерживаться опредѣленныхъ правилъ, а строго сообразоваться съ особенностями каждаго отдѣльнаго случая.

Выказавъ себя оригинальнымъ въ заглавіи книги, въ своемъ отношеніи къ частной патологіи и терапіи, къ обычнымъ нашимъ понятіямъ о предсказаніи, анамнезѣ, къ отличительно-распознавательному способу, авторъ остается себѣ вѣренъ и во многихъ другихъ отношеніяхъ. Его не удовлетворяютъ наши представленія о болѣзненномъ состояніи, отправленіяхъ органовъ, ихъ замѣняющей способности и т. д. Онъ находитъ необходимымъ прибѣгнуть къ алгебраическому выраженію ихъ формулами, для чего ему понадобилось создать различныя обозначенія и величины—f, f′, f″, F, r, r′, r″, φ, ф, p, p′ и т. д. Эти величины различнымъ образомъ складываются, вычитаются и дѣлятся другъ на друга; создаются понятія объ *удѣльной функціональной работоспособности* или *состоятельности*, о резервныхъ силахъ, внутреннихъ займахъ, о *функціональной атрофіи*, которая къ тому-же оказывается двоякаго рода — *концентрическая* и *эксцентрическая* и т. д. Въ концѣ концевъ болѣзненное состояніе опредѣляется, какъ «такое уменьшеніе общаго равновѣсія $\frac{E}{P}$ (гдѣ E—сумма энергіи организма, а P—сумма вліяній окружающей среды), *при которомъ существуетъ эксцентрическое, неравномѣрное уменьшеніе удѣльной функціональной достаточности*» (стр. 15). Читая соотвѣтствующія страницы и вдумываясь въ ихъ смыслъ, невольно задаешься вопросомъ, къ чему все это, неужели эти формулы и понятія открываютъ намъ новые горизонты и выясняютъ положеніе дѣла больше и лучше, чѣмъ наши обычныя представленія? Конечно, всѣ эти разсужденія автора блещутъ оригинальностью, но за этимъ внѣшнимъ блескомъ скрывается отсутствіе творчества мысли. Я думаю, что едва-ли ошибусь, если скажу, что подобныя разсужденія могутъ внести только смуту въ недостаточно еще окрѣпшіе и недостаточно еще освоившіеся съ медицинскими терминами и понятіями умы слушательницъ автора.

Вслѣдъ за вступленіемъ слѣдуютъ 3 очень подробныя клиническія лекціи. Выше мнѣ уже приходилось дѣлать выдержки изъ этихъ лекцій. Въ виду этого на разсмотрѣнныхъ вопросахъ вторично я останавливаться не буду. Затрагивая и здѣсь только болѣе существенное во взглядахъ автора, я долженъ отмѣтить, что клиническія его лекціи, касающіяся 3-хъ наблюдавшихся въ его клиникѣ больныхъ со сложными патологическими процессами, носятъ особый отпечатокъ, что, вѣроятно, онъ и имѣлъ въ виду, говоря въ заглавіи книги объ «индивидуальномъ изученіи развитія болѣзненныхъ состояній». Авторъ придаетъ огромное значеніе даннымъ анамнестическимъ, удѣляя имъ гораздо больше вниманія, чѣмъ объективнымъ измѣненіямъ, отъ описанія которыхъ мы привыкли требовать особенной тщательности и точности. Чтобы не быть голословнымъ, укажу хотя бы на стр. 198, гдѣ авторъ не находитъ нужнымъ привести подробно клиническія явленія, сопровождавшія одно изъ осложненій въ теченіи болѣзни 2-го больного, а ограничивается лишь нѣсколькими словами, которыя не даютъ яснаго представленія о характерѣ этого осложненія, представлявшаго, по словамъ автора, «по всей видимости, случайное инфекціонное заболѣваніе съ началомъ и преобладаніемъ нарушеній въ сферѣ пищеварительнаго аппарата, съ небольшой лобулярной локализаціей въ нижней долѣ праваго легкаго»; на стр. 93 при указаніи (хотя бы только кстати), что «сердечные шумы яснѣе опредѣляются въ горизонтальномъ положеніи тѣла», не мѣшало-бы опредѣлить точнѣе, имѣетъ-ли авторъ въ виду органическіе или малокровные сердечные шумы; при описаніи состоянія 1-го больного спустя болѣе $^1/_2$ года послѣ предъявленія его слушательницамъ желательно было-бы имѣть болѣе подробныя свѣдѣнія относительно свойствъ его мочи, чѣмъ одно только указаніе автора «альбуминуріи нѣтъ», тѣмъ болѣе, что больной представлялъ одно время урэмическія явленія (стр. 106) и т. д. Въ оцѣнкѣ объективныхъ данныхъ проглядываетъ не разъ недостаточно критическое отношеніе къ дѣлу и даже противорѣчіе своимъ-же взглядамъ. Такъ, напр., нельзя не согласиться съ воззрѣніями автора на значеніе обычныхъ количественныхъ анализовъ мочи безъ постановки больного въ особыя условія опыта (стр. 171—173). Между тѣмъ самъ авторъ считаетъ возможнымъ распространяться по поводу не имѣющихъ ровно никакого значенія количественныхъ анализовъ мочи во 2-мъ его наблюденіи и на основаніи ихъ заключаетъ, хотя и съ оговоркой «по видимому», о «недостаточномъ окисленіи продуктовъ азотистаго распада и пониженномъ выдѣленіи мочевой кислоты» (стр. 127). Вообще, діагностика на основаніи объективныхъ данныхъ страдаетъ у автора частенько. Здѣсь больше, чѣмъ гдѣ-либо, мы встрѣчаемся съ такими выраженіями какъ «по видимому», «можетъ быть», «вѣроятно» и др., безъ особенныхъ попытокъ со стороны автора остановиться и выяснить характеръ пораженія. Для примѣра укажу хотя бы на слишкомъ поверхностное отношеніе автора къ важному вопросу о возможности амилоиднаго пораженія почекъ въ послѣднемъ его наблюденіи. Всѣ эти особенности ведутъ въ концѣ концевъ къ тому, что авторъ проявляетъ гораздо больше старанія въ раскрытіи «анатомическихъ и функціональныхъ недостаточностей» различныхъ органовъ, руководясь предпочтительно анамнестическими данными, и въ меньшей мѣрѣ стремится къ болѣе точному опредѣленію характера заболѣванія. Его клиническія лекціи представляютъ скорѣе, такъ сказать, патологическія біографіи отдѣльныхъ лицъ и, какъ таковыя, существенно отличаются отъ нашихъ обычныхъ исторій болѣзни. Подобный ходъ мышленія автора сказывается и на его распознавательныхъ формулахъ, отличающихся крайней обширностью и слишкомъ большими подробностями. Такъ, въ 1-мъ наблюденіи автора распознавательная формула занимаетъ 25 строкъ, къ которымъ нужно еще прибавить цѣлую пояснительную страницу; въ 3-мъ наблюденіи формула еще обширнѣе: она занимаетъ цѣлую страницу и столько-же мѣста занимаетъ поясненіе ея. Эти формулы заключаютъ не только прежнія болѣзни, но и такія обстоятельства, которыя никакъ не могутъ быть отнесены къ болѣзненнымъ состояніямъ, какъ «labor excessivus», alimentatio deficiens» и т. д. Къ тому-же отдѣльные патологическіе процессы повторяются нѣсколько разъ. Подобная сложность формулы затрудняетъ въ огромной мѣрѣ возможность разобраться въ ней и быстро составить себѣ понятіе, какой патологическій процессъ преобладаетъ у больного въ настоящее время. Распознаваніе должно представлять собой обоснованное на данныхъ изслѣдованія и анамнеза заключеніе о характерѣ патологическаго процесса въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, конечно, не въ смыслѣ одного лишь названія, такъ какъ одно только названіе болѣзни, напр., нефритъ, является по отношенію къ больному понятіемъ только отвлеченнымъ, не дающимъ сколько-нибудь вѣрнаго представленія о состояніи заболѣвшаго органа, о способности его отвѣчать на внутреннія и внѣшнія воздѣйствія, о его жизнестойкости. Въ понятіе о распознаваніи въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ входитъ неизбѣжно изученіе соотношенія и взаимной зависимости уклоненій отъ нормы въ строеніи и отправленіяхъ различныхъ органовъ и вліянія этихъ ненормальностей на другія ткани и органы тѣла. Только при условіи выясненія всѣхъ этихъ особенностей распознаваніе получаетъ характеръ не отвлеченнаго понятія, а является индивидуальнымъ. Но какъ-бы широки и объемисты ни были распознавательныя формулы, ими нѣтъ возможности оттѣнить всѣ эти индивидуальныя особенности. Такъ, если въ 1-мъ наблюденіи автора замѣнить въ его формулѣ «Hyperaemia et hyperplasia hepatis cirrhotica toxica. Hyperplasia lienis» выраженіемъ «Cirrhosis hepatis», то по существу будетъ сказано одно и то же, и изъ 1-го термина такъ же, какъ и изъ 2-го, нельзя вывести никакихъ заключеній хотя бы о степени пораженія самой печеночной ткани. Высказываясь такимъ образомъ по существу противъ

Digitized by Google

обширныхъ распознавательныхъ формулъ автора, я считалъ бы ихъ нежелательными еще и потому, что эти формулы, выраженныя на латинскомъ языкѣ, представляютъ подчасъ большія трудности для ихъ понимания. Нужно думать, что для слушательницъ Женскаго Медицинскаго Институтa, какъ лицъ, менѣе ознакомленныхъ съ этимъ языкомъ, пониманіе формулъ автора еще болѣе затруднительно. Съ этимъ, конечно, можно было бы еще мириться, если бы онѣ представляли существенныя преимущества передъ обычными нашими обозначеніями, но, какъ я указалъ уже выше, этихъ достоинствъ онѣ не имѣютъ.

Не останавливаясь подробно на каждомъ изъ описываемыхъ авторомъ наблюденій, считаю необходимымъ лишь указать, что, къ сожалѣнію, и здѣсь изложеніе мыслей автора часто не отличается желательной ясностью. Къ слову сказать, не лишено оно и неточностей въ выраженіяхъ; напр., хотя бы на стр. 48 авторъ говоритъ объ алгебраической суммѣ 2-хъ величинъ—содержанія въ подкожной клѣтчаткѣ жира и жидкости, хотя, само собою понятно, что такой суммы быть не можетъ, такъ какъ эти величины несоизмѣримы. Попадаются и явные недосмотры, имѣющіе однако большое значеніе; такъ, на стр. 120 авторъ пишетъ: «у верхушки два чистыхъ тона съ преобладаніемъ второго, который къ основанію рѣзко возростаетъ и достигаетъ наибольшей силы у мѣста выслушиванія аорты; здѣсь 2-й тонъ почти не слышенъ».

Подводя итогъ всему сказанному, я не могу не признать «опытъ» автора неудачнымъ. Клиническія его лекціи представляются достаточно оригинальными, но въ этомъ ихъ существенный недостатокъ, такъ какъ по существу онѣ не содержатъ никакихъ новыхъ мыслей, а лишь стремятся разрушить старое, общепринятое и взамѣнъ его дать новыя понятія, но эти попытки остаются безуспѣшными и кончаются только облаченіемъ прежнихъ понятій—пускай, нерѣдко и малоопредѣлимыхъ—въ еще болѣе туманную форму. Въ этомъ ихъ существенное отличіе отъ талантливыхъ «Лекцій» *С. П. Боткина*, которыя невольно напрашиваются на сравненіе. Онѣ также оригинальны, но въ нихъ эта особенность проявляется именно въ томъ, чего недостаетъ автору; я имѣю въ виду глубину мыслей при ясности и огромной простотѣ изложенія. Эти лекціи обличаютъ въ ихъ авторѣ огромный умъ, предвидѣвшій на основаніи клиническихъ наблюденій многіе факты, которые стали достояніемъ физіологіи и патологіи только въ послѣдующее время....

Издана книга удовлетворительно. Цѣна ея, принимая во вниманіе объемъ книги (275 стр.), болѣе, чѣмъ умѣренная.

Ч. пр. *В. Орловскій.*

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

XXXIV. Многія земскія Управы, печатая свои объявленія о приглашеніи врачей на службу, не указываютъ того, желаютъ-ли онѣ на службу мужчинъ-врачей или женщинъ-врачей. Казалось-бы, и указывать нечего,—приглашается просто врачъ, кто-бы онъ ни былъ, мужчина или женщина; но на дѣлѣ совсѣмъ другое: многія женщины-врачи, пославъ свои заявленія и бумаги или копіи съ нихъ, получаютъ отвѣты отъ Управъ: «женщины-врачи не принимаются», или же, что еще хуже, Управы совсѣмъ не отвѣчаютъ. Не мѣшало-бы Управамъ, желающимъ имѣть у себя на службѣ только мужчину-врача, обозначать это въ своихъ объявленіяхъ; этимъ онѣ-бы избавили женщинъ-врачей отъ лишняго труда, издержекъ и напрасныхъ иногда ожиданій отвѣта отъ Управы. *М. Безбокая.*

Петербургъ. 4 марта 1904 г.

XXXV. Письмо къ товарищамъ выпуска 1883 г. Военно-Медицинской Академіи.

Курсовое бюро обращается съ просьбою къ товарищамъ, желающимъ принять участіе въ изданіи альбома товарищей своего выпуска, не медлить присылкою своихъ фотографическихъ карточекъ (лучше кабинетнаго формата), 5 р. денегъ на изданіе альбома и curriculum vitae. Кромѣ того, бюро проситъ всѣхъ товарищей принять участіе въ существующей курсовой кассѣ для помощи товарищамъ и ихъ семьямъ, впавшимъ въ бѣдность, посильными ежегодными денежными взносами.

Фотографическія карточки, деньги на изданіе альбома и для курсовой кассы просятъ присылать или казначею бюро д-ру *М. С. Добротворскому*, или одному изъ членовъ бюро.

Бюро: *Вяжлинскій*, *Гребенщиковъ*, *Добротворскій*, *Ижевскій*, *Лозино-Лозинскій.*

Петербургъ. 6-го марта 1904 г.

XXXVI. М. Г.! Въ настоящее время, когда читателямъ «Русскаго Врача» стало извѣстно постановленіе Суда чести по дѣлу врача *С. А. Кричевскаго* и врача *Н. Э. Шена* и *Н. В. Духанина* [1]), въ которомъ изложенъ весь инцидентъ на основаніи документальныхъ данныхъ и свидѣтельскихъ показаній, когда Судъ высказалъ по этому дѣлу свое безпристрастное рѣшеніе, я считаю своевременнымъ заявить, что письмо, помѣщенное въ № 2 «Русскаго Врача», прислано врачемъ *А. А. Агишевскимъ* во всякомъ случаѣ не «ради безпристрастнаго выясненія истины». Принять участіе въ Судѣ чести врачъ *Агишевскій*, имѣя къ тому полную возможность, не пожелалъ, а также уклонился и отъ предложеннаго ему Суда чести товарищами *Н. Э. Шеномъ*, *В. И. Стеллецкимъ* и мною. Въ виду всего этого я лично вынужденъ прекратить впредь какія-бы то ни было сношенія съ врачемъ *Агишевскимъ*.

Земскій врачъ Богучарскаго уѣзда *Н. Духанинъ.*

Калачъ. 8-го марта 1904 г.

[1]) См. № 10, стр. 382.—Начальная буква имени д-ра *Кричевскаго* въ этомъ № въ заголовкѣ «Постановленія» неправильно набрана *З.*, вмѣсто *С.* Просимъ великодушно извинить намъ этотъ недосмотръ. *Ред.*

XXXVII. Мы, нижеподписавшіеся, врачи-слушатели Клиническаго Института В. Кн. Елены Павловны 1-го семестра 1904 г., считаемъ своимъ пріятнымъ долгомъ выразить врачамъ дѣтской больницы Принца Ольденбургскаго *К. А. Раухфусу*, *Р. А. Петерсу* и *А. А. Руссову* сердечную признательность и глубокую благодарность за ихъ участливое отношеніе къ научнымъ нуждамъ слушателей и заботливую постановку дѣла преподаванія.

*В. Дацковъ, Н. Крашенинниковъ, А. Батршина, А. Толмачевъ, А. Фрейдбергъ, М. Брумбергъ, Ф. Цывинскій, Ив. Мальцевъ. Т. Ключанскій, Н. Клембровская, М. Жданoвичъ, Ив. Жуковъ, Гурьянъ, А. Никулищева, П. Растегаевъ, Бернадскій, Такарискій, В. Григорьева, О. Шестакова, Рязанцева, Брускинъ, С. Розенъ.*

Петербургъ. 4-го марта 1904 г.

XXXVIII. М. Г.! Не откажите удѣлить мѣсто въ «Русскомъ Врачѣ» слѣдующимъ строкамъ.

Въ № 46-мъ газеты «Котлинъ» за нынѣшній годъ, какъ я случайно сегодня узналъ, помѣщена замѣтка объ устраиваемой мною въ м. Александрово, Петергофскаго уѣзда, водолѣчебницѣ. Рекламный характеръ замѣтки и искаженіе истины въ ней прямо возмутительны.

Глубоко огорченный анонимной замѣткой «Котлина» и не зная автора ея, я не могу не высказать своего крайняго сожалѣнія по поводу того, что редакціи нѣкоторой части ежедневной печати не считаютъ даже нужнымъ доводить до свѣдѣнія заинтерессованныхъ врачей о готовящихся для нихъ, противныхъ принципамъ врачебной этики, непріятныхъ неожиданностяхъ и свободно печатаютъ всякія собственныя измышленія, нисколько не заботясь объ ихъ истинѣ. *Л. Рыбальченко.*

Петербургъ. 9-го марта 1904 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

473. *Кандидатами на каѳедру частной патологіи и терапіи* въ В.-Медицинской Академіи выступили: профф. *Н. Я. Чистовичъ* и *М. М. Волковъ* и чч. преподаватели Академіи *Е. С. Боткинъ*, *Ф. К. Гейслеръ*, *Н. И. Кульбинъ* и *Н. Ф. Чигаевъ* и Московскаго Университета—*В. К. Недзвецкій* («Извѣстія В.-Медицинской Академіи», февраль).

474. Кандидатомъ медицинскаго факультета на *каѳедру госпитальной хирургической клиники въ Одессѣ* представленъ проф. *Н. А. Лисенковъ*, какъ получившій на факультетѣ большинство избирательныхъ шаровъ. 2-мъ кандидатомъ по числу избирательныхъ шаровъ представленъ старшій врачъ Одесской городской больницы ч. пр. *И. Ф. Сабанѣевъ*.

475. Конференція В.-Медицинской Академіи, пересмотрѣвъ вопросъ *о порядкѣ допущенія къ соисканію званія ч.-преподавателя Академіи*, признала, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (5 марта), необходимымъ внести въ существовавшій до сихъ поръ порядокъ нѣкоторыя измѣненія. Рѣшено сдѣлать обязательнымъ на будущее время представленіе Коммиссіями, разсматривающими по порученію Конференціи ученые труды кандидатовъ, самой обстоятельной характеристики научной дѣятельности послѣднихъ. При общемъ заключеніи о разсмотрѣнныхъ работахъ должны представляться также краткіе рефераты ихъ. Вопросъ о допущеніи къ соисканію званія ч.-преподавателя того или другого кандидата долженъ рѣшаться Конференціею послѣ разбора его научныхъ достоинствъ посредствомъ открытой баллотировки.—Намъ кажется, что и вообще открытое и мотивированное выраженіе каждымъ членомъ ученой корпораціи своего мнѣнія по каждому подлежащему ея вѣдѣнію вопросу болѣе соотвѣтствовало-бы достоинству ученаго учрежденія и положеннымъ въ основаніе его дѣятельности задачамъ. Такой щекотливый, напр., вопросъ, какъ избраніе на каѳедру, былъ-бы обезпеченъ въ своемъ разрѣшеніи отъ тѣхъ «случайностей», которыя, безъ сомнѣнія, должны крайне изумлять членовъ разбирающихъ труды кандидатовъ Коммиссій, если избраннымъ оказывается лицо, поставленное въ отзывѣ Коммиссіи далеко не среди первыхъ—а такія «случайности» при закрытой баллотировкѣ всегда возможны, да, кажется, и встрѣчались,—обидные же упреки въ партійности, сдѣлавшись по меньшей мѣрѣ безпочвенными, разсѣялись-бы сами собой. Закрытая баллотировка—одинъ изъ видовъ боязни свѣта, и ей не мѣсто тамъ, гдѣ служатъ свѣту истины.

476. *Актовую рѣчь* въ 1904 г. въ В.-Медицинской Академіи Конференціей поручено произнести проф. *С. П. Ѳедорову* («Извѣстія В.-Медицинской Академіи», февраль).

Digitized by Google

477. 17-го января 1905 г. состоится торжественное празднованіе *100-лѣтія* со дня основанія *Харьковскаго Университета*.

478. 6 марта въ В.-Медицинской Академіи защищалъ диссертацію *Г. Х. Леперъ* на тему—*«Къ экспериментальной патологіи кишечнаго отдѣленія»* («Биржевыя Вѣдомости», 6 марта).

479. 29-го февраля въ Одессѣ открыта *факультетская хирургическая клиника* на 45 коекъ. Въ операціонныхъ съ потолка проведена стерилизованная вода, которая черезъ многочисленныя капиллярныя отверстія спускается внизъ, при чемъ струйки ея при помощи особаго приспособленія распыляются такъ, что въ операціонной передъ операціей падаетъ густой, мелкій дождь, уносящій микробовъ. Чтобы операціонное поле могли видѣть всѣ присутствующіе въ аудиторіи, платформа съ операціоннымъ столомъ и работающими у него будетъ медленно вращаться при помощи электрическаго двигателя. Асептическая операціонная для полостныхъ операцій помѣщается въ стеклянной клѣткѣ, совершенно обособленной большими стеклами отъ присутствующихъ въ аудиторіи и расположенной въ срединѣ ея. Аудиторія получаетъ массу свѣта съ 3-хъ сторонъ и сверху. Провѣтриваніе въ операціонныхъ устроено такъ, что въ нихъ нагнетается черезъ особое отверстіе нагрѣтый, овлажненный и профильтрованный воздухъ, находящійся подъ давленіемъ выше атмосфернаго; благодаря этому, при открываніи дверей, доступъ въ операціонную наружнаго неочищеннаго воздуха затрудняется. Клиника эта помѣщается въ одномъ корпусѣ съ клиникой акушерско-гинекологической, при чемъ каждая изъ нихъ занимаетъ особое крыло. Въ мѣстѣ соединенія крыльевъ устроена общая для обѣихъ клиникъ аудиторія съ операціонной; въ концѣ-же каждаго крыла помѣщается отдѣльно для каждой клиники асептическая операціонная съ стеклянной клѣткой.

480. Въ виду событій на Дальнемъ Востокѣ Министерство народнаго просвѣщенія разрѣшило, какъ сообщаетъ «Новое Время» (9 марта), Московскому, Кіевскому, Казанскому и Харьковскому Университетамъ образовать немедленно медицинскія испытательныя Коммиссіи. *Экзамены студентовъ* медицинскихъ факультетовъ *на званіе врача должны быть закончены къ 1-му іюня.*

481. По словамъ «Бессарабца» (3 марта), въ Петербургѣ учреждаются *курсы японскаго языка* при В.-Медицинской Академіи спеціально для врачей и студентовъ. Курсъ ихъ 100 дней; программа крайне краткая.

482. «Русь» (7 марта) передаетъ, что при Московскомъ Университетѣ открываются *безплатные курсы по уходу за ранеными и больными.* Курсы раздѣлены на 2 параллельныхъ отдѣленія по 250 чел. въ каждомъ.

483. Конференція профессоровъ В.-Медицинской Академіи единогласно постановила, какъ передаютъ «Новости» (3 марта), *отчислять на нужды больныхъ и раненыхъ воиновъ* во все время военныхъ дѣйствій на Дальнемъ Востокѣ—2% получаемаго содержанія.

484. «Сибирскій Вѣстникъ» (27 февраля) сообщаетъ, что проф. *М. Г. Курловымъ* получена телеграмма съ предложеніемъ *приспособить клиники и университетъ для нуждъ военнаго времени.*

485. Мы слышали, что *главнымъ хирургомъ дѣйствующей арміи* назначенъ ч. пр. *Р. Р. Вреденъ*, а корпуснымъ хирургомъ, на мѣсто его,—*В. Б. Гюббенетъ*.

486. «Приднѣпровскій Край» (18 февраля) передаетъ, что главное Медицинское Управленіе выработало *проэктъ походной сумки для военнаго врача.* Сумка приготовлена заводомъ для военно-врачебныхъ заготовленій и отвѣчаетъ всѣмъ требованіямъ подачи первой помощи на полѣ сраженія. Небольшого формата, она заключаетъ въ себѣ слѣдующіе предметы: 2 противогнилостныхъ перевязочныхъ пакета, книжку для записей и донесеній, компасъ, необходимые хирургическіе инструменты, прессованныя въ лепешкахъ лѣкарства, узкогорлыя стклянки, мензурку, шприцъ *Pravaz*'а и наборъ прессованныхъ лѣкарствъ для подкожныхъ впрыскиваній, миніатюрную кастрюльку для кипяченія этихъ лѣкарствъ, циркуль и небольшой турникетъ изъ чернаго резиноваго бинта. При верховой ѣздѣ сумка прикрѣпляется къ поясу, въ пѣшемъ строю—носится черезъ плечо.

487. Мы слышали, что Общество врачей спеціалистовъ въ Петербургѣ *пожертвовало 500 р.* въ пользу больныхъ и раненыхъ врачей, а также семействъ врачей, пострадавшихъ на полѣ военныхъ дѣйствій на Дальнемъ Востокѣ (см. выше, № 7, стр. 265).

488. На пожертвованныя Одесскому Обществу врачей родственникомъ покойнаго проф. *О. О. Мочутковскаго*, С. А. Трачевскимъ 5000 р. будутъ издаваться Правленіемъ «Труды» Общества, вмѣсто издававшихся до сихъ поръ «Протоколовъ» его.

489. По произведенной 3-го марта ревизіи, *общая сумма всѣхъ капиталовъ* Общества Краснаго Креста составляетъ 6500000 р. («Русь», 4 марта).

490. *Содержаніе одного больного* на Дальнемъ Востокѣ въ лазаретахъ Краснаго Креста опредѣлено *въ 2 р. 50 к. въ сутки.*

491. Виленскій Комитетъ Краснаго Креста открываетъ на Дальнемъ Востокѣ *лазаретъ на 100 кроватей* и отпускаетъ на его снаряженіе 24000 р. («Новости», 7 марта).

492. Харьковское медицинское Общество заканчиваетъ снаряженіе *санитарнаго и гигіеническаго отряда* для борьбы съ заразными болѣзнями на театрѣ военныхъ дѣйствій. Средства даны губернскимъ Земствомъ. Участникамъ отряда будутъ сдѣланы предохранительныя прививки противъ тифа, чумы и дезинтеріи.—Харьковское губернское Земство снаряжаетъ *врачебные обеззараживающіе отряды* на театръ военныхъ дѣйствій. На снаряженіе отряда земствомъ ассигновано 30000 р.; кромѣ того—10000 р. на приготовленіе предохранительныхъ сыворотокъ.—Харьковское-же губернское Земство снаряжаетъ *походный лазаретъ* на 100 кроватей, пріобрѣтя комплектъ ихъ у Краснаго Креста. На содержаніе ихъ пойдетъ 249000 р. изъ 300000, пожертвованныхъ Земствомъ.—Тульское губернское Земство приняло на себя устройство 2-хъ *лазаретовъ* по 25 кроватей каждый.—Шацкое Земство устраиваетъ на ст. Ново-Мальцовской, Московско-Казанской ж. дороги въ помѣщеніи Аладинской школы *лазаретъ для эвакуированныхъ больныхъ.* Для этой цѣли Земство отпустило 2500 р.—*Санитарный отрядъ*, организованный на средства Нижняго-Новгорода, получилъ назначеніе во Владивостокъ. Отрядъ совершенно готовъ къ отправленію.—На средства населенія Таврической губ. образованъ и отправляется въ Манчжурію на время военныхъ дѣйствій *Таврическій лазаретъ* на 200 кроватей.—Общество Юго-Восточныхъ жел. дорогъ снарядило *военно-санитарный поѣздъ*, который на дняхъ отправился изъ Орла на Дальній Востокъ. Поѣздъ состоитъ изъ 14 приспособленныхъ для того вагоновъ и разсчитанъ на 156 кроватей, изъ которыхъ 20 для офицеровъ. Служебный персоналъ составляютъ 3 врача, 5 сестеръ милосердія, 5 фельдшеровъ, 21 санитаръ, 9 слесарей, 1 завѣдывающій хозяйствомъ, 3 повара. — Московскій земельный банкъ пожертвовалъ 30000 р. на образованіе *фонда для лѣченія раненыхъ воиновъ* на Кавказѣ и Югѣ Россіи и 80000 р. на снаряженіе *2-хъ летучихъ отрядовъ.*—(«Новое Время», 4—9 марта).

493. На средства служащихъ на Рязанско-Уральской ж. дорогѣ снаряжается *санитарный желѣзнодорожный поѣздъ.* Поѣздъ предполагается снарядить для 68 тяжело и 129 легко раненыхъ. Сумма на содержаніе поѣзда (7000 р. ежемѣсячно) образуется изъ ежемѣсячныхъ отчисленій изъ жалованья служащихъ («Саратовскій Дневникъ» 29 февраля).

494. Намъ пишутъ, что *попечительный Совѣтъ городской больницы въ Николаевѣ* 13-го февраля *постановилъ*: д-ровъ *Самохоцкаго* и *Грозенштейна*, отправившихся добровольцами на театръ военныхъ дѣйствій, считать командированными, семьямъ ихъ впредь до возвращенія выдавать ½-ное содержаніе; сестрамъ милосердія, состоящимъ на службѣ въ больницѣ и добровольно отправляющимся на Дальній Востокъ, выдать мѣсячное содержаніе и считать ихъ временно откомандированными. Въ этомъ-же засѣданіи попечительный Совѣтъ постановилъ ассигновать въ распоряженіе старшаго врача необходимую сумму денегъ для выписки газетъ и журналовъ для больныхъ. «Такое симпатичное отношеніе къ медицинскому персоналу и къ духовнымъ нуждамъ больныхъ», справедливо замѣчаетъ сообщившій намъ эти свѣдѣнія товарищъ, «является крайне отраднымъ фактомъ въ больничной жизни и служитъ лучшимъ доказательствомъ того, что въ обществѣ понемногу начинаетъ устанавливаться болѣе справедливый взглядъ на врачебный трудъ и положеніе больныхъ, находящихся въ общественныхъ больницахъ. Остается лишь пожелать, чтобы починъ г. Николаева нашелъ себѣ подражаніе и въ другихъ городахъ».

495. *Больницы переселенческаго управленія* въ Ольгинской, Канскѣ и Ачинскѣ *будутъ приспособлены для принятія раненыхъ* («Сибирскія Врачебныя Вѣдомости», № 4).

496. Въ «Южномъ Курьерѣ» (4 марта) мы прочитали слѣдующую замѣтку: «Въ Ѳеодосійскую земскую Управу поступило слѣдующее сообщеніе: Администрація, признавъ организацію справочно-посреднической Коммиссіи при Обществѣ русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* не соотвѣтствующей цѣлямъ к задачамъ Общества, опредѣленнымъ § 2 его устава, предписала Правленію *закрыть Коммиссію.* Озабоченное разъясненіемъ этого дѣла, Правленіе въ настоящее время поставлено въ необходимость прекратить всякую дѣятельность справочно-посреднической Коммиссіи...».

497. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (15 февраля) приводятъ сообщенныя нами въ № 3 (стр. 108) свѣдѣнія *о проэктѣ преобразованія управленія санитарно-врачебнымъ дѣломъ въ Россіи*, при чемъ говорятъ: «вся эта печальная исторія проэкта еще разъ и со стороны высшихъ учрежденій подчеркиваетъ существующее у насъ вообще среди общества и чиновничества отношеніе къ врачебному сословію и врачебному дѣлу. Все это что-то лишнее, что-то такое, что можно только терпѣть, а поэтому и допускается въ малыхъ дозахъ и въ очень униженномъ видѣ. Благодаря подобному взгляду и появляются подобные проэкты, гдѣ важнымъ для государства санитарно-врачебнымъ дѣломъ будутъ вѣдать чиновники, а чисто-канцелярскимъ и совсѣмъ неврачебнымъ—врачи. Въ своемъ заключеніи медицинскій совѣтъ совершенно вѣрно говоритъ, что задача здравоохраненія всего государства вызываетъ потребность, взамѣнъ, прибавимъ отъ себя, безсильнаго и инертнаго медицинскаго департамента, создать въ составѣ министерства внутреннихъ дѣлъ самостоятельное санитарно-врачебно-административное учрежденіе изъ лицъ со спеціальнымъ образованіемъ. Къ этому добавимъ, что оно можетъ имѣть значеніе только тогда, когда будетъ самостоятельнымъ, обладать значительными ассигнованіями и имѣть солидный авторитетъ. Только въ этомъ случаѣ и опираясь на санитарно-врачебныя организаціи общественнаго характера: городскія и земскія и развивая послѣднія, можно будетъ ожидать, что подобное учрежденіе, дѣйствительно, поведетъ къ улучшенію санитарнаго строя въ Россіи».

498. Санитарное бюро Московскаго губернскаго Земства сообщаетъ, что работавшая въ 1902—1903 гг. *Коммиссія по вопросу объ организаціи взаимопомощи врачей Московской губ.* пришла, между прочимъ, къ заключенію о чрезвычайно большомъ

значенія вспомогательной медицинской Кассы *Чистовича* при наличныхъ условіяхъ положенія врачебнаго персонала въ Россіи и признала необходимымъ черезъ уѣздные санитарные Совѣты предложить всѣмъ врачамъ губерніи, какъ нравственное обязательство, вступить членами въ Кассу *Чистовича*, какъ самое прочное благотворительное учрежденіе, обладающее значительными средствами для оказанія своимъ членамъ помощи въ обширныхъ размѣрахъ, и принять участіе въ дѣлахъ Московскаго Отдѣленія Кассы. Бюро выражаетъ свою готовность открыть пріемъ членскихъ взносовъ для послѣдующей передачи ихъ казначею Кассы. Уставъ Кассы, по признанію Коммиссіи, имѣетъ нѣкоторые недочеты и пробѣлы, но они могутъ быть исправляемы—особенно при широкомъ участіи въ дѣлахъ Кассы всѣхъ заинтересованныхъ въ этомъ врачей («Свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и санитарно-врачебной организаціи Московской губ.», № 2).—Отъ всей души привѣтствуемъ постановленіе Коммиссіи.

499. Въ «*Отчетѣ университетскаго врача Петербургскаго Университета* за 1903 г. отмѣчается, между прочимъ, весьма печальный фактъ рѣзкаго возростанія числа больныхъ малокровіемъ и нервными болѣзнями, особенно нейрастеніей среди студентовъ; изъ 999 обращавшихся къ врачу на малокровіе падаетъ 100, а на нервныя болѣзни и нейрастенію—178 больныхъ. Въ 1900 г. больныхъ послѣдней категоріи было 86, въ 1901 г.—112, въ 1902—132. Такимъ образомъ за 3 года число нервнобольныхъ и нейрастениковъ увеличилось вдвое при почти одинаковомъ общемъ числѣ студентовъ и числѣ обращавшихся къ врачу. Особо отмѣчается въ «Отчетѣ» печальное состояніе зубовъ у большинства студентовъ: изъ 277 студентовъ, о состояніи зубовъ которыхъ имѣются отмѣтки въ записяхъ, незамѣчено испорченныхъ зубовъ только у 11, т. е. у 4%.

500. Нѣкоторыя главнѣйшія *постановленія по санитарной организаціи послѣдняго очередного губернскаго земскаго Собранія Саратовской губ.* Постановленія эти стоятъ въ тѣсной связи съ постановленіями VIII-го губернскаго Съѣзда врачей губерніи (см. выше, № 7, стр. 266). Постановлено: 1) пригласить со 2-ой половины въ 1904 г. *уѣздныхъ санитарныхъ* врачей, на первое время въ слѣдующіе 4 уѣзда—Балашовскій, Саратовскій, Хвалынскій и Царицынскій. Жалованье врачамъ назначено по 2000 р. въ годъ. При каждомъ врачѣ будетъ санитарный фельдшеръ, съ жалованіемъ по 480 р. въ годъ; 2) учредить при губернской Управѣ, какъ совѣщательный органъ, *санитарный Совѣтъ*, въ составъ котораго входятъ: губернская земская Управа въ полномъ составѣ, 4 губернскихъ гласныхъ, всѣ предсѣдатели уѣздныхъ Управъ, 10 участковыхъ врачей (по одному отъ каждаго уѣзда), старшіе врачи губернской земской больницы и психіатрической лѣчебницы, завѣдующій Отдѣломъ народнаго здравія и его помощникъ, двое отъ уѣздныхъ санитарныхъ врачей и старшій ветеринарный врачъ; 3) открыть лѣтомъ 1904 г. рядъ *лѣчебно-продовольственныхъ пунктовъ* для пришлыхъ сельско-хозяйственныхъ рабочихъ. На учрежденіе пунктовъ ассигновано 6000 р.; 4) ассигновать на лѣтніе деревенскіе *ясли-пріюты* 3000 р.; 5) на *борьбу съ эпидеміями* ассигновано 10000 р., при чемъ рѣшено, что расходы по снабженію эпидемическаго персонала медикаментами должны относиться на уѣздныя средства; 6) на содержаніе *Отдѣленія народнаго здравія* ассигновано 9765 р.; 7) созвать *IX губернскій Съѣздъ врачей* и предсѣдателей земскихъ Управъ въ началѣ 1906 г.; 8) *на печатаніе Трудовъ VIII Съѣзда* ассигновано 1500 р.; 9) поручить губернской Управѣ пріобрѣтать *новыя и рѣдко изготовляемыя сыворотки* для снабженія ими земскихъ врачей. Расходы на это до 1000 р. отнести на смѣту борьбы съ эпидеміями («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.», январь).

501. Экстренный Съѣздъ земскихъ врачей Александровскаго (Екатеринославской губ.) уѣзда постановилъ просить земское Собраніе *дополнить составъ Совѣта на правахъ дѣйствительныхъ членовъ его всѣми земскими ветеринарными врачами уѣзда*, признавая желательнымъ имѣть болѣе тѣсную связь представителей медицины и ветеринаріи въ обще-санитарныхъ вопросахъ («Вѣстникъ Екатеринославскаго Земства», № 7).

502. Общество гор. Тары устроило *очень теплые проводы* уѣздному врачу *И. И. Никольскому*, получившему другое назначеніе («Сибирскій Листокъ», 22 февраля).

503. Въ Николаевѣ служащіе въ городской больницѣ *тепло чествовали* старшаго своего ординатора, д-ра *С. С. Давидсона*, по поводу 20-лѣтія его врачебной дѣятельности («Южное Обозрѣніе», 4 марта).

504. Въ виду многолѣтней весьма полезной общественной дѣятельности недавно скончавшагося санитарнаго врача (см. № 10, стр. 388) *Н. А. Соколова*, Одесская городская Дума приняла всѣ *расходы по его погребенію на городской счетъ*.

505. Врачебное Отдѣленіе Екатеринославскаго губернскаго Правленія просило Славяносербскую уѣздную земскую Управу, вслѣдствіе требованія Министерства внутреннихъ дѣлъ, представить *списокъ о числѣ должностей врачей, фельдшеровъ и фармацевтовъ, коимъ желательно было бы предоставить права государственной службы* (см. выше, № 5, стр. 191). Въ виду того обстоятельства, что представленіе въ Министерство требуемаго списка должностей фактически явится установленіемъ опредѣленнаго штата этихъ должностей, Управа не нашла возможнымъ рѣшить вопросъ о фиксаціи штата помимо земскаго Собранія, которому представила слѣдующія соображенія, высказанныя во врачебномъ Совѣтѣ и имъ раздѣляемыя. Съ установленіемъ опредѣленнаго штата должностей вступленіе на государственную службу становится обязательнымъ для каждаго, попавшаго въ штатъ, независимо отъ его желанія; всѣ же служащіе, не попавшіе въ штатъ, лишаются права числиться на государственной службѣ. Въ будущемъ, несомнѣнно, образуется значительный контингентъ лицъ, состоящихъ внѣ фиксированнаго однажды штата, и такимъ образомъ создадутся 2 категоріи совершенно равноправныхъ въ теоріи, но неравноправныхъ на дѣлѣ лицъ, изъ которыхъ, не смотря на равныя обязанности, трудъ и отвѣтственность, одни будутъ пользоваться правами государственной службы, даже помимо своего желанія, другіе—незаслуженно лишены ихъ, хотя бы и желали ими воспользоваться. Но, кромѣ того, государственная служба связана и съ обязательствами (сложная процедура полученія отпуска, вычеты изъ содержанія и пр.); эти обязательства будутъ налагаться на всѣхъ, вошедшихъ въ штатъ, слѣд., и на тѣхъ, для кого они вовсе не окупаются ея привилегіями. Насколько-же эти обязательства стѣснительны, можно видѣть изъ того, что изъ 10 земскихъ врачей уѣзда правами государственной службы пожелалъ воспользоваться лишь 1. Это обстоятельство дѣлаетъ вполнѣ правдоподобнымъ предположеніе, что проэктированный порядокъ создастъ немалыя затрудненія именно при замѣщеніи «штатныхъ» вакансій. Въ виду изложеннаго Управа просила Собраніе уполномочить ее возбудить ходатайство *объ оставленіи въ силѣ существующаго нынѣ порядка представленія правъ государственной службы земскому медицинскому и фармацевтическому персоналу*. Собраніе постановило—согласиться съ докладомъ Управы («Вѣстникъ Екатеринославскаго Земства», № 8).

506. «Gazeta lekarska» (12 марта) передаетъ, что Курляндское губернское Правленіе рѣшило открыть *бактеріологическую лабораторію* для научнаго изслѣдованія проказы въ одной изъ лепрозерій, находящихся въ той-же губерніи (вблизи гор. Бауска, Туккума и Тальзенъ).

507. Въ составленномъ д-ромъ *Н. А. Сокальскимъ* «*Отчетѣ психіатрической больницы Уфимскаго губернскаго Земства за 1902 г.*» (Уфа, 1903) отмѣчаются неизмѣнно возрастающее годъ отъ году число больныхъ, содержащихся въ больницѣ, и все усиливающаяся въ силу этого скученность. Въ 1899 г. въ больницѣ содержались 279 больныхъ, въ 1900 г.—310, къ 1/I 1901 г.—348, 1902 г.—376 и 1903 г.—403. Въ октябрѣ 1903 г. число больныхъ было выше 480. «Подобное же явленіе переживается и другими земскими больницами, и единственный исходъ изъ этого—децентрализація психіатрической помощи населенію губерніи. Если будетъ въ губерніи устроено 5—6 психіатрическихъ больницъ, преимущественно для острыхъ больныхъ, расчитанныхъ приблизительно на 100 чел. каждая, то мы получимъ рядъ поуѣздныхъ центровъ, гдѣ будутъ пользуемы острые больные. Этими-же больницами можно будетъ воспользоваться, какъ основой для устройства посемейнаго призрѣнія спокойныхъ хроническихъ больныхъ, которые за ничтожное вознагражденіе могутъ быть отдаваемы на содержаніе ихъ же родственникамъ (подобная мѣра практикуется Московскимъ Земствомъ), и надзоръ за которыми можно организовать при помощи періодическихъ объѣздовъ этихъ больныхъ врачами-психіатрами, завѣдующими поуѣздными больницами. Неизбѣжное условіе—объединеніе всей организаціи въ рукахъ губернскаго Земства. Въ дѣлѣ надзора за содержимыми ихъ родственниками больными могутъ быть полезны и участковые земскіе врачи». По вопросу о децентрализаціи психіатрической помощи населенію губерніи отъ имени губернской Управы былъ внесенъ докладъ въ послѣднее очередное губернское земское Собраніе, переданный Собраніемъ на предварительное обсужденіе уѣздныхъ земствъ. Распредѣленіе всѣхъ пользованныхъ въ отчетномъ году по уѣздамъ показываетъ, какъ и въ предыдущіе года, что психіатрическая помощь населенію оказывается весьма неравномѣрно, и степень этой помощи находится въ зависимости отъ разстоянія той или иной мѣстности отъ Уфы и отъ удобства путей сообщенія; больница служитъ по преимуществу нуждамъ Уфы и Уфимскаго уѣзда. Общій % смертности въ отчетномъ году составилъ 9,46. Общій % поправившихся — 11,34; % поправившихся вдвое меньше предыдущаго года, что объясняется случайнымъ подборомъ поступавшихъ больныхъ, среди которыхъ было сравнительно много хрониковъ. % смертности въ отчетномъ году также нѣсколько поднялся. Изъ 36 умершихъ мужчинъ 21 страдали прогрессивнымъ параличомъ и слабоуміемъ на почвѣ органическаго пораженія мозга. Смертность среди женщинъ падаетъ преимущественно на вторичное слабоуміе.

508. По словамъ «Сибирскихъ Врачебныхъ Вѣдомостей» (15 февраля), въ виду прекращенія доставки частныхъ грузовъ по желѣзной дорогѣ, а въ томъ числѣ *аптекарскихъ товаровъ, перевязочныхъ средствъ* и пр., во всемъ этомъ *въ Енисейской губ. можетъ ощущаться большой недостатокъ. Запасовъ нѣтъ*.

509. *Астраханское Общество врачей прожило 34 года*. Въ прошломъ году въ немъ числилось членовъ почетныхъ 7, дѣйствительныхъ 49. Дѣятельность Общества за этотъ годъ выразилась въ 9 засѣданіяхъ (6 очередныхъ, 1 годовое и 2 экстренныхъ). Библіотека Общества заключаетъ въ себѣ 3255 книгъ и диссертацій. Денежныя средства Общества крайне ограничены: приходъ съ остаткомъ отъ предыдущаго года выразился суммою 171 р. 68 к., а расходъ 103 р. 17 к. («Астраханскій Листокъ», 24 февраля).

510. Е. М. Терещенко *пожертвовала 1000 р.* на нужды Кіевскаго Общества скорой врачебной помощи («Кіевское Слово», 4 марта).

511. *Любопытное сопоставленіе:* Томская городская Дума въ засѣданіи 12-го января разсмотрѣла 2 ходатайства: 1-е) сани-

тарно-школьнаго-врача *Цвѣтаева* объ ассигнованіи ему 200 р. на поѣздку въ Nürenberg на 1-ую международную гигіеническую выставку; 2-е) на содержаніе хора въ соборѣ. По первому ходатайству отказано, по второму—вмѣсто внесенныхъ въ смѣту 2000 р. назначено 3600 р. («Сибирская Жизнь».—«Сибирскія Врачебныя Вѣдомости», 15 февраля).

512. Ветеринарный врачъ *С. Коганъ* сообщаетъ («Вѣстникъ Екатеринославскаго Земства», № 7) *случай примѣненія іогимбина при половомъ безсиліи у жеребца.* Животному при настилкѣ потолка надъ стойломъ упала на крупъ балка, послѣ чего въ теченіи недѣли наблюдалась замѣтная шаткость зада; затѣмъ жеребецъ поправился, но потерялъ способность къ спариванію. Послѣ двукратнаго впрыскиванія іогимбина (по 0,05 гр.) половая способность вполнѣ возстановилась. Къ сожалѣнію, лѣченіе іогимбиномъ довольно дорогое,—0,3 грм. лѣкарства стоитъ 14 р.

513. X Съѣздъ польскихъ естествоиспытателей и врачей, долженствовавшій состояться въ настоящемъ году въ Lwow'ѣ, въ виду событій на Дальнемъ Востокѣ, *отлагается* на неопредѣленное время («Przegląd lekarski», 12 марта).

514. 4 марта въ Berlin'ѣ разбиралось дѣло шарлатана L., лѣчащаго по «знаменитому біохимическому методу». *Защитникомъ L. выступилъ печальной извѣстности «профессоръ» Schweninger,* сказавшій сильную рѣчь въ защиту шарлатанства вообще. Обвиняемый былъ оправданъ.—«И правда», замѣчаетъ, передавая это «Deutsche medicinische Wochenschrift» (10 марта), «хуже лѣченіе L. не было, чѣмъ лѣченіе, о которомъ передавалъ 15 февраля въ «Verein für innere Medicin» д-ръ *Goldscheider*, въ сообщеніи подъ заглавіемъ «изъ Lichterfelde'ской больницы».

515. *Что такое публичная реклама?* Моравская Aerztekammer отвѣчаетъ на этотъ вопросъ слѣдующимъ образомъ: Публичная реклама есть длительное предложеніе врачебной помощи въ газетахъ, въ особыхъ объявленіяхъ и иныхъ произведеніяхъ печати. Исключается изъ этого и дозволительно оповѣщеніе въ газетахъ своей мѣстности, но проэктъ объявленія долженъ предварительно быть представленъ предсѣдателю камеры для просмотра и одобренія. Дозволяется, далѣе, однократная разсылка циркуляровъ («Wiener medizinische Presse», 13 марта).

516. Передъ зданіемъ хирургической клиники въ Bonn'ѣ на дняхъ установленъ и торжественно открытъ *памятникъ покойному проф. Schede,* при чемъ сказана была рѣчь преемникомъ его проф. *Bier*'омъ.

517. Открывъ подписку въ пользу русскихъ раненыхъ, «L'Union des femmes de France» предложила Комитету, образовавшемуся при русскомъ посольствѣ въ Парижѣ, совершенно готовый *полевой госпиталь на 200 человѣкъ.* Госпиталь вскорѣ отправляется на Востокъ («Gazette médicale de Paris», 12 марта).

518. «Medical Library Journal» сообщаетъ, по «Gazzetta degli ospedali e delle cliniche» (13 марта), любопытныя данныя о *числѣ медицинскихъ книгъ,* вышедшихъ въ 1902—1903 ак. году (съ октября по октябрь): новыхъ книгъ такого рода—исключая диссертаціи, отчеты и т. д.—вышло въ Америкѣ 367, въ Англіи 250, во Франціи 288 и въ Германіи 364; сверхъ того, сюда нужно прибавить 382 новыхъ изданія старыхъ книгъ.

519. Филантропъ Valancour завѣщалъ городу Парижу сумму въ 1100000 фр. на учрежденіе *новой клиники при медицинскомъ факультетѣ;* подробности устройства будутъ намѣчены проф. *Debove*'омъ, личнымъ другомъ покойнаго («Le Bulletin médical», 9 марта).

520. *Еще новый способъ лѣченія рака:* д-ръ *Ch. Bayle* въ Cannes'ѣ лѣчитъ раковыя опухоли впрыскиваніями сыворотки изъ пузырей отъ мушекъ; итоги, будто-бы, ободряющіе («Journal de médecine de Paris», 13 марта).

521. Д-ръ *A. Millant* отмѣчаетъ въ «Gazette médicale de Paris» (12 марта) *стремленіе* нѣкоторыхъ французскихъ *врачей украшать себя титулами* не по праву, частью только забавными, какъ «Professeur à l'Union de femmes de France», «Ex-médecin de l'établissement thermal» и пр., частью-же прямо фальшивыми. Въ послѣднемъ отношеніи онъ особенно указываетъ на частныхъ преподавателей факультета, зачастую именующихъ себя, безъ всякаго права, «Professeur agrégé» вмѣсто простого «agrégé».—Если поискать, то любители самозванныхъ титуловъ среди врачей найдутся, пожалуй, и не въ одной Франціи.

522. Д-ръ *Francis A. Harris* въ Boston'ѣ предлагаетъ для смертной казни преступниковъ *отравленіе ихъ угарнымъ газомъ* по предварительномъ усыпленіи снотворнымъ («The Medical Age», 25 февраля).—Изобрѣтательность, для врача только позорная.

523. Британскій Комитетъ медицинскихъ Съѣздовъ постановилъ требовать, чтобы *на будущіе Съѣзды допускались членами исключительно врачи* («The Medical Age», 25 февраля).

524. «The Medical Age» (25 февраля) передаетъ, что война на Дальнемъ Востокѣ вызвала *сильное вздорожаніе камфоры,* которая почти вся идетъ изъ Японіи и съ Формозы, а теперь запрещена Японскимъ правительствомъ къ вывозу, какъ одна изъ необходимыхъ составныхъ частей бездымнаго пороха.

525. Въ St.-Louis'ѣ недавно разбиралось *дѣло по крупному денежному иску между 2-мя врачами,*—д-ръ *M. Pinckney* требовалъ 16000 долларовъ съ д-ра *J. J. Lawerence*'а за лѣченіе его сына. Судъ призналъ искъ въ суммѣ 12666 долларовъ («The Journal of the American Medical Association», 27 февраля).

526. По требованію Санитарнаго департамента Штатовъ, компанія Pullman устроила особые *вагоны для чахоточныхъ* и будетъ пускать ихъ нѣсколько разъ въ недѣлю съ поѣздами, направляющимися въ Калифорнію («The Journal of the American Medical Association», 27 февраля).

527. Д-ръ *John F. Jackson*, недавно посѣтившій Индію, сообщаетъ, что *тамъ имѣется около 500000 больныхъ проказою,* живущихъ при самыхъ жалкихъ условіяхъ; среди нихъ уже 12 лѣтъ самоотверженно работаетъ американская миссіонерка г-жа Mary Reed, сама получившая проказу («American Medecine», 20 февраля).

528. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 12 марта). Въ Индіи за недѣлю по 30/I и по 6/II и 13/II погибли отъ чумы 23203, 24204 и 25630 чел., при чемъ главными центрами болѣзни за послѣднія 2 недѣли были Bombay'скій округъ (5989 и 5498 умершихъ), Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh (5593 и 5517), Punjab (2785 и 3903), Bengal'скій округъ (2743 и 2742) и Rajputana (676 и 1352). Въ Cape Colony за недѣли по 6/II и 13/II свѣжихъ заболѣваній не было, и только 1 больной оставался на лѣченіи—въ East London'ѣ. На островѣ св. Маврикія за недѣли по 25/II и 3/III заболѣли чумою 3 и 6 чел., а умерли 2 и 5. На Filipinas въ декабрѣ было 2 случая заболѣванія и 2 смерти,—всего за 1903 г. 176 случаевъ смерти. Бразилія: 1 случай чумы 3/II обнаруженъ въ Rio Grande, а въ январѣ сильная эпидемія появилась въ деревнѣ Pindamonhangaba, между Sao Paolo и Rio de Janeiro. Египетъ: 1 случай чумы обнаруженъ 8/II въ Alexandri'и. Соединенные Штаты Сѣв. Америки: въ San Francisco 1 случай смерти былъ 11/I и 1—13/I.

529. 21-го февраля въ Парижѣ, въ залѣ Собраній медицинскаго факультета, торжественно поднесена *золотая медаль* проф. *Bouchard*'у по поводу его 70-лѣтняго юбилея. 8-го марта также поднесена *золотая медаль* проф. *Cornil*'ю по поводу 65-лѣтія со дня его рожденія.

530. Отъ 1 по 18 іюня (н. ст.) текущаго года въ Hamburg'скомъ Институтѣ тропической медицины прочитанъ будетъ *спеціальный курсъ по судовой и тропической гигіенѣ и по тропическимъ болѣзнямъ.* Слушателями могутъ быть и иностранные врачи.

531. *Умерли:* 1) 28-го февраля, въ Евпаторіи, бывшій профессоръ В.-Медицинской Академіи *Василій Александровичъ Ратимовъ.* Съ покойнымъ сошла въ могилу крупная отечественная научно-хирургическая сила, вооруженная столько-же знаніями, сколько и беззавѣтной любовью къ своему дѣлу и безупречной добросовѣстностью въ исполненіи принятыхъ на себя въ отношеніи учащейся молодежи обязанностей. Подъ суровою съ виду внѣшностью покойный носилъ въ своей груди очень доброе сердце, чутко отзывавшееся ко всякой чужой нуждѣ и приходившее ей на помощь съ тою естественной искренностью, которая въ этомъ отношеніи дѣлала такъ примѣнимымъ къ нему идейное изреченіе: даже лѣвая рука его не знаетъ, что дѣлаетъ правая. Въ своей практической дѣятельности покойный всю жизнь неуклонно слѣдовалъ завѣту своего талантливаго учителя покойнаго проф. *Е. И. Богдановскаго*, любившаго повторять: «Когда Вы дѣлаете какую-бы то ни было операцію, представьте въ положеніи больного себя и дѣлайте ему операцію такъ, какъ-бы Вы дѣлали ее себѣ». Отсюда—нелюбовь покойнаго къ эффектнымъ операціямъ, щепетильная разборчивость въ показаніяхъ и крайняя осторожность въ дѣйствіяхъ. Все это не могло не имѣть особой цѣнности въ тѣхъ самыхъ рукахъ, которыя много лѣтъ назадъ впервые сдѣлали въ Россіи съ блестящимъ успѣхомъ изсѣченіе желудка при раковой опухоли въ немъ. Какъ преподаватель-хирургъ, покойный былъ убѣжденнымъ носителемъ и истолкователемъ тѣхъ истинныхъ началъ человѣколюбія, которыя привели современную хирургію къ т. наз. консерватизму, т. е. стремленію сохранить больному не только жизнь, но и заболѣвшій органъ, и въ этомъ прогрессѣ хирургической мысли трудамъ и взглядамъ покойнаго, безъ сомнѣнія, будетъ отведено одно изъ первыхъ мѣстъ не только въ отечественной, но и въ міровой литературѣ. Отечественная хирургія, кромѣ того, обязана главнымъ образомъ покойному открытіемъ въ Россіи научнаго учрежденія, важное значеніе котораго для научныхъ изысканій, а равно и теоретической подготовки и практическаго совершенствованія отечественныхъ хирурговъ—дѣло уже недалекаго будущаго: «Музей Пирогова» — главнымъ образомъ дѣтище покойнаго проф. *В. А. Ратимова;* это была его мысль, осуществленіи которой онъ отдался со всею пылкостью горячо преданнаго наукѣ и страстно любящаго свою родину человѣка, искренно убѣжденнаго въ безусловной пользѣ для нихъ новаго устраиваемаго имъ дѣла. Роковая болѣзнь постигла покойнаго въ полномъ разцвѣтѣ силъ, и смерть его въ той-же мѣрѣ безвременна, въ какой трагична.... Родился покойный въ 1850 г., а званіе врача получилъ въ 1876 г.—2) Въ Мценскѣ, Орловской губ., земскій врачъ *Владиміръ Николаевичъ Александровъ.* «Покойный пользовался общими симпатіями горожанъ; чуткая душа его равно отзывалась какъ на просьбы богатыхъ, такъ и на просьбы бѣдняковъ. Послѣднихъ онъ вообще любилъ и часто помогалъ имъ и деньгами, и безплатными совѣтами, и лѣкарствами. За гробомъ, утопавшимъ въ живыхъ цвѣтахъ, шла масса народа»... («Биржевыя Вѣдомости», 2 марта). Покойный родился въ 1859 г., а званіе врача получилъ въ 1885 г. — 3) Въ Варшавѣ *Ромуальдъ Іосифовичъ Камоцкій* («Kronika lekarska» 1 марта), родившійся въ 1871 г., а званіе врача получившій въ 1898 г.

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Русскіе.

**Вопросы нервно-психической медицины.** Октябрь—Декабрь. Т. VIII.

1. **В. А. Добронравовъ.** *О взаимномъ соотношеніи между женскими и нервными болѣзнями.* Критическій очеркъ. 2. **М. І. Гуревичъ.** *О внѣшнемъ видѣ отростковъ нервныхъ клѣтокъ мозжечковой коры птицъ.* Гистологическое изслѣдованіе. 3. **Д. Д. Котелевскій.** *Первичныя дегенеративныя измѣненія въ нервной системѣ при сифилисѣ.* Гистологическія изслѣдованія. 4. **А. В. Соболевскій.** *Рѣдкій случай истерическихъ судорогъ («пляска живота») съ самоубійствомъ больного.* Описаніе случая. 5. **И. И. Стеллецкій.** *Судебно-псиxіатрическія наблюденія.* 3 судебно-медицинскія экспертизы. 6. **С. Лассъ.** *Судебно-психіатрическія наблюденія.* Періодическое помѣшательство, алкогольное отравленіе, дипсоманія. 7. **Студ. мед. Пивоваровъ.** *Смертность врачей въ Россіи за 2 послѣднихъ 5-лѣтія (1890—1900).* Статистическія данныя.

**Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины.** Ноябрь.

1. **С. Черепнинъ.** *Эпидемія сыпного тифа въ с. Петербургѣ 1902—1903 г.* Отчетъ о ходѣ эпидеміи. 2. **С. В. Констансовъ.** *Роль крысъ и мышей въ чумныхъ эпидеміяхъ.* Авторъ не сторонникъ мнѣнія, будто между чумой у человѣка и заболѣваніями у грызуновъ существуетъ тѣсная связь. 3. **Н. Кирилловъ.** *Японскія санитарныя учрежденія.* Медико-санитарная замѣтка. 4. **Его-же.** *О движеніи населенія и смертность его во Владивостокѣ преимущественно за 1896—1902 г.* Статистическія данныя.

**Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней.** Іюль—Августъ. Т. XVII.

1. **Дм. Оттъ.** *О непосредственномъ освѣщеніи брюшной полости, пузыря, толстой кишки и матки для цѣлей діагностическихъ и оперативныхъ.* Описаніе способовъ. 2. **В. В. Преображенскій.** *Влагалищный путь при внѣматочной беременности и способъ освѣщенія по проф. Д. О. Отту.* (Не окончена). 3. **В. Ф. Масловскій.** *Къ патологической анатоміи missed abortion. Mola haematomatosa Breus'a съ пузырковиднымъ перерожденіемъ ворсинокъ (mola hydatidosa).* По поводу 1 случая. 4. **В. Миллеръ.** *Къ вопросу о занесеніи ворсинокъ ворсистой оболочки въ кровеносную систему матери.* Микроскопическое изслѣдованіе. 5. **В. П. Жуковскій.** *О заболѣваніяхъ у дѣтей, родившихся съ помощью щипцовъ, при травмѣ головки.* Перечень случаевъ и оцѣнка ихъ. 6. **Д. Э. Брокъ.** *Случай prolapsus totalis placentae praeviae съ благополучнымъ исходомъ для матери и младенца.* Краткое описаніе случая. 7. **Р. В. Кипарскій.** *Къ казуистикѣ беременности и родовъ при порочномъ развитіи полового канала.* Случай двуротой матки съ перегородкой во влагалищѣ. 8. **М. И. Левиновичъ.** *О распознаваніи беременности двойнями.* Приводитъ признаки, по которымъ можно распознать беременность двойнями. 9. **Н. С. Киселевъ.** *Описаніе С.-Петербургскаго родовспомогательнаго заведенія въ настоящее время.* Медико-санитарный очеркъ.

**Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней.** Сентябрь. Т. VI. № 9.

1. **П. А. Павловъ.** *Къ вопросу о т. наз. доброкачественныхъ саркоидныхъ образованіяхъ кожи. (Boeck).* (Не окончена). 2. **Н. М. Долгополовъ.** *Къ вопросу о продолжительности теченія заразнаго сифилиса въ сельскомъ населеніи.* Статистика. (Не окончена). 3. **И. П. Дедюринъ.** *О способахъ лѣченія паховыхъ бубоновъ.* (Продолженіе). 4. **Д. Вершининъ.** *Къ вопросу о лѣченіи leucoplakiae buccalis по способу Bockhardt'a.* Описаніе случая. 5. **К. Н. Виноградовъ.** *Къ вопросу о гликогенномъ перерожденіи.* Указываетъ на присутствіе гликогена содержащихъ клѣтокъ въ осадкѣ мочи. 6. **М. Саксаганскій.** *О лѣченіи гонорройныхъ уретритовъ по способу Janet.* 2 случая изъ практики. 7. **С. Петинъ.** *Къ вопросу о физіологическомъ дѣйствіи свѣта и его спектральныхъ лучей на организмъ.* (Окончаніе).

**Терапія.** Январь. Т. I. № 1.

1. **Ernst von Leyden.** *Лѣченіе болѣзней сердца.* Переводъ съ нѣмецкаго. 2. **А. С. Гинсбергъ.** *Какъ слѣдуетъ относиться къ старымъ и новымъ фармако-химическимъ средствамъ.* Совѣтуетъ особое вниманіе обращать на химическое строеніе вещества. 3. **P. G. Unna.** *О лѣченіи ринофимы.* Описаніе благопріятнаго исхода въ 1 тяжеломъ случаѣ. 4. **А. А. Пѣвницкій.** *О необходимости обнаруженія истиннаго состава патентованныхъ средствъ, предназначаемыхъ для укрѣпленія силъ организма или для успокоенія болей.* Критическій очеркъ.

#### Англійскіе.

**Brooklyn Medical Journal.** Сентябрь. Т. XVII. № 9.

1. **Edward J. Ill.** *The lateral and retro-positions of the immobile uterus; their clinical significance and treatment.* Измѣненія положенія матки. Клиническое значеніе и лѣченіе. 2. **Calvin F. Barber.** *A case of fracture of the skull with a very prompt epileptic sequence.* 3. **Cecil Mac Coy.** *Some observations on the treatment of neurasthenia at the dispensary clinic.* Лѣченіе неврастеніи. Нѣсколько случаевъ. 4. **Truman W. Brophy.** *Surgical treatment of congenital clefts of the palate in infants.* Хирургическое лѣченіе расщепленія неба у дѣтей.

Октябрь.

1. **Z. Taylor Emery.** *Notes on urinary casts.* 2. **A. F. Erdmann.** *A report on present methods of administering general anesthetics in the Brooklyn hospitals, with comments.* Способъ примѣненія общаго обезболиванія въ Brooklyn'скомъ госпиталѣ. 3. **W. N. Belcher.** *The national formulary.* 4. **Algernon T. Brestow.** *The hypothesis of Cohnheim concerning carcinoma.* Къ вопросу о происхожденіи раковыхъ опухолей.

**International Medical Magazine.** Сентябрь. Т. XII. № 9.

1. **William R. Nicholson.** *Certain abnormalities of the umbilical cord giving rise to dystocia.* Нѣкоторыя ненормальности въ пупочномъ канатикѣ. 2. **William Pickett.** *Paresis of confusional type.* Парезъ послѣ ушиба. 3. **Albert Mc Conagny.** *Some suggestions in the management of children predisposed to phthisis.* Уходъ за дѣтьми, предрасположенными къ чахоткѣ.

**Pacific Medical Journal.** Сентябрь. Т. XLVI. № 9.

1. **O. V. Thayer.** *The treatment of cancer, lupus, and other milignant growths.* Лѣченіе рака, волчанки и нѣкоторыхъ злокачественныхъ опухолей. 2. **R. W. Shufeldt.** *Dr. Havelock Ellis on the analysis of the sexual impulse: love and pain, and allied questions.* 3. **Miss Ellen Olsson.** *Medical gymnastics and massage.* Медицинская гимнастика и массажъ. 4. **A. Ernest Gallant.** *Tripartition in the study of the female pelvis.* 5. **W. I. Surbunt.** *Quinine idiosyncrasie and its prevention.* Идіосинкразія къ хинину и предупрежденія ея.

**The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children.** Декабрь. № 6.

1 **John B. Murphy.** *Tuberculosis of the female genitalia and Peritoneum.* Бугорчатка женскихъ половыхъ органовъ. 2. **J. Riddle Goffe.** *A pseudohermaphrodite, in which the female characteristics predominated; operation for removal of the penis and the utilisation of the skin covering it for the formation of a vaginal canal.* Случай ложнаго гермафродитизма. Оперативное лѣченіе. 3. **C. S. Bacon.** *Obstetric nomenclature: suggestions for its improvement.* 4. **Robert T. Gillmore.** *Catarrhal enteritis in women simulating pelvic disease, with report of cases.* Катарральный энтеритъ у женщинъ, похожій на заболѣванія органовъ таза. 5. **Robert T. Morris.** *Ovarian grafting.* 6. **Edward P. Davis.** *«Paralysis of the abdominal sympathetic and fecal impaction pollowing labor» also «a case in which death from hemorrhage followed premature labor».* Параличъ сочувственныхъ нервовъ брюшной полости. 7. **Samuel S. Adams.** *Epidemic cerebro-spinal meningitis in children.* Повальное воспаленіе оболочекъ мозга у дѣтей. 8. **Charles Greene Cumston.** *Pregnancy and crime: a medico-legal study.* Беременность и преступленія. 9. **Charles R. Robins.** *Ovarian cystomata, with report of an unusually large multilocular ovarian cyst.* Кисты яичниковъ. 10. **G. Kolischer.** *Pseudo-Vaginismus.* Ложный вагинизмъ.

**The Journal of Physiology.** Декабрь. Т. XXX. № 9.

1. **J. N. Langley.** *On the sympathetic system of birds, and on the muscles which move the feathers.* О строеніи сочувственной нервной системы у птицъ. 2. **H. D. Dakin.** *The hydrolysis of optically inactive esters by means of enzymes.* Гидролизъ оптически недѣйствующихъ эфировъ подъ вліяніемъ бродилъ. 3. **J. W. Scott-Macfie.** *On the question of the direct action of tissue extracts on protoplasm.* О дѣйствіи вытяжекъ изъ органовъ на протоплазму. 4. **John Malcolm.** *On the influence of pituitary gland substance on metabolism.* Вліяніе шишковидной железы на обмѣнъ веществъ. 5. **Sydney W. Cole.** *Contributions to our knowledge of the action of enzymes.* О вліяніи электролитовъ на дѣйствія энзимовъ. 6. **H. K. Anderson.** *The paralysis of involuntary muscle, with special reference to the occurence of paradoxicalcontraction.* О параличѣ непроизвольныхъ мышцъ. 7. **Sydney W. Cole.** *On certain colour reactions of proteid due to tryptophane.* Нѣкоторыя цвѣтовыя реакціи на бѣлокъ. 8. **David Fraser Harris.** *On the haemoglobinometry and haemacytometry of the blood of the skate.* Количество гемоглобина и кровяныхъ тѣлецъ въ крови у ската. 9. **H. M. Vernon.** *The peptone-splitting ferments of the pancreas and intestine.* О расщепляющихъ пептоны бродилахъ кишечника и поджелудочной железы. 10. **A. E. Boycott.** *On the number of nodes of Ranvier in different stages of the growth of nerve fibres in the frog.* Число перехватовъ Ranvier на нервѣ лягушки въ разные періоды развитія. 11. **O. M. Fehrsen.** *The haemoglobin and corpuscular content of the blood of the newborn.* Содержаніе гемоглобина и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ въ крови у новорожденныхъ.

**The Quarterly Journal of microscopical science.** Декабрь. Т. XLVII. № 187.

1. **Ernest Warren.** *On the anatomy and development of distomum cirrigerum, v. Baer.* Строеніе и развитіе distomum cirrigerum. 2. **H. M. Bernard, M. A. Cantab.** *Studies in the Retina.* О строеніи сѣтчатки глаза. 3. **F. W. Gamble** and **Frederick Keeble.** *The Bionomics of Convoluta roscoffensis with Special Reference to its green cells.* Біологія и морфологія «convoluta roscoffensis». 4. **W. Hanna.** *Trypanosoma in Birds in India*

Digitized by Google

О трипанозомахъ въ крови у птицъ въ Индіи. 5. **E. Ray Lankester.** *On the modification of the eye peduncles in crabs of the Genus-Cymonomus.* Объ измѣненіи глазныхъ щупальцевъ у краба.

## Нѣмецкіе.

### Archiv für klinische Chirurgie. T. LXXI.

1. **Lexer.** *Die Entstehung entzündlicher Knochenherde und ihre Beziehung zu den Arterienverzweigungen der Knochen.* О зависимости между образованіемъ воспалительныхъ гнѣздъ въ кости и расположеніемъ костныхъ сосудовъ. Экспериментальное изслѣдованіе. 2. **Weyprecht.** *Erfahrungen über die Operation des eingeklemmten Bruches.* Отчетъ о 402 случаяхъ ущемленной грыжи изъ клиники проф. *Körte.* 3. **Krogius.** *Ueber einen mit Röntgen-Strahlen erfolgreich behandelten Fall von Schädelsarkom.* Случай саркомы черепа, излѣченной *Röntgen*'овскими лучами. 4. **Lewerenz.** *Ueber die subcutanen Rupturen der Gallenwege traumatischen Ursprungs.* О подкожныхъ травматическихъ разрывахъ желчныхъ путей. 5. **Barker.** *Zur Casuistik der acuten Darminvagination.* 61 случай остраго кишечнаго внѣдренія. 6. **Noetzel.** *Experimentelle Studien zum antiseptischen Wundverband.* Экспериментальное изслѣдованіе относительно влажныхъ (противогнилостныхъ) и сухихъ (безгнилостныхъ) повязокъ. 7. **Braun.** *Experimentelle Untersuchungen und Erfahrungen über Leitungsanaesthesie.* Экспериментальныя и клиническія данныя по вопросу о мѣстномъ обезболиваніи по ходу нервовъ. 8. **Ringel.** *Beitrag zur Resektion des Thorax bei veralteten und tuberkulösen Totalempyemen.* 3 случая успѣшнаго обширнаго изсѣченія реберъ по поводу застарѣлыхъ эмпіемъ плевры. 9. **Brauer.** *Die Kardiolysis und ihre Indicationen.* О показаніяхъ къ освобожденію срощеній околосердечной сорочки съ костною грудною стѣнкою (путемъ изсѣченія грудины и реберъ). Описаніе 3-хъ случаевъ. 10. **Pappeheim.** *Ueber Pseudoleukämie und verschiedene verwandte Krankheitsformen.* О ложномъ бѣлокровіи и родственныхъ съ нимъ заболѣваніяхъ. Патолого-анатомическій и клиническій очеркъ. 11. **Ekehorn.** *Ueber die gewöhnlichsten durch Verknotung verursachten Formen von Ileus.* Случай кишечной непроходимости, обусловленной образованіемъ узла между S-образной кишкой и нижнимъ отдѣломъ подвздошной кишки. 12. **Payr.** *Ueber Kropffisteln.* О причинахъ и о лѣченіи свищей зобной железы. 6 собственныхъ случаевъ. 13. **Frank.** *Ein neuer Blasenschnitt.* Предлагаетъ вскрывать мочевой пузырь со стороны промежности, отсловивъ прямую кишку кзади. 14. **Kraske.** *Ueber Beckenhochlagerung und ihre Gefahren.* Объ опасностяхъ *Trendelenburg*'овскаго положенія. 15. **Lennander.** *Exstirpation des rechten Schulterblattes wegen chronischer Myelitis.* Случай вылущенія лопатки при хроническомъ воспаленіи спиннаго мозга съ пришиваніемъ плечевой кости къ ключицѣ и съ пластикою мышцъ. 16. **Gross.** *Die Drüsenkrankheit von Barbadoes.* О болѣзни железъ, эндемически существующей на Антильскихъ островахъ и вообще подъ тропиками. Небольшая замѣтка. 17. **Wieting.** *Ueber die Tuberkulose de Wirbelsäule.* О бугорчаткѣ позвоночника въ связи съ образованіемъ заглоточныхъ нарывовъ. Литературно-клиническій очеркъ. 18. **Franke.** *Perforatio thoracis translateralis duplex mit Ausgang in Heilung.* Описаніе случая. 19. **Wessely.** *Zur Kenntniss der Wirkung localer Reize und localer Wärmeapplication.* Экспериментальное изслѣдованіе надъ мѣстнымъ дѣйствіемъ теплоты. 20. **Enderlen.** *Zur Aetiologie der Blasenectopie.* О причинахъ эктопіи мочевого пузыря. 21. **Riedel.** *Ueber die Behandlung des Kryptorchismus.* О хирургическомъ лѣченіи крипторхизма. 6 случаевъ. 22. **Eiselsberg.** *Zur Therapie der Dermoide des Mediastinum anticum.* 3 случая кожистыхъ мѣшетчатыхъ опухолей передняго средостѣнія. 23. **Martina.** *Ueber primäre Darmresektion bei gangranösen Hernien.* Стоитъ за первичное изсѣченіе кишекъ при омертвѣвшихъ грыжахъ. 24. **Ludloff.** *Zur Diagnostik der Knochen-und Gelenktuberkulose.* О распознаваніи бугорчатки костей и суставовъ. 25. **Hackenbruch.** *Zur Behandlung der Gesichtslähmung durch Nervenpfropfung.* Случай излѣченія паралича лицевого нерва сшиваніемъ его съ прибавочнымъ нервомъ. 26. **Reichel.** *Zur Behandlung schwerer Formen von Pseudarthrosis.* О лѣченіи тяжкихъ (внутриутробнаго происхожденія) формъ ложныхъ суставовъ. 27. **Haasler.** *Ueber Darmstenose.* О съуженіи кишекъ. Патолого-анатомическій очеркъ. 28. **Coste.** *Zur Therapie der Gastroptose.* 2 случая успѣшнаго оперативнаго лѣченія опущенія желудка. 29. **Neuber.** *Erfolge der aseptischen Wundbehandlung.* Итоги безгнилостнаго лѣченія ранъ. 30. **Riese.** *Zur Klinik der subkutanen Nierenverletzungen.* 8 случаевъ подкожнаго разрыва почекъ. 31. **Bunge.** *Zur Pathogenese und Therapie der acuten Pankreashämorrhagie.* 3 случая операціи при остромъ воспаленіи поджелудочной железы. 32. **Borchard.** *Zur Resection der Oberschenkeldiaphyse bei malignen Tumoren.* Случай изсѣченія бедренной кости при саркомѣ. 33. **Barth.** *Ueber funktionelle Nierendiagnostik.* 36 случаевъ примѣненія кріоскопіи. 34. **Heile.** *Ueber die antiseptische Wirkung des Iodoform.* Подтверждаетъ опытами противогнилостное дѣйствіе іодоформа. 35. **Bunge.** *Ueber die Bedeutung traumatischer Schädeldefekte und deren Deckung.* О значеніи костныхъ недостачъ черепа и о способахъ ихъ закрытія. 36. **Ehrhardt.** *Ueber Intubation bei narbigen Stenosen und bei erschwerten Décanulement.* О трубкованіи при рубцовыхъ съуженіяхъ гортани и при затрудненіяхъ въ дыханіи, наступающихъ съ удаленіемъ трахеотомической трубки. Описаніе 4 случаевъ. 37. **Payr.** *Weitere Beiträge zur Frage der sogenannten «Frühoperation» bei Epityphilitis.* Является горячимъ защитникомъ ранней операціи аппендицита. 38. **Narath.** *Zur Technik der Magendarmoperationen.* Описаніе прибора («гастрофоръ»), удерживающаго въ удобномъ положеніи желудокъ при наложеніи желудочно-кишечнаго соустія. 39. **Онъ-же.** *Zur Pathologie und Chirurgie der Hernia duodenojejunalis.* Описаніе случая. 40. **Petrulis.** *Einige Modifikationen in der Radicaloperation der Leistenhernie.* Описаніе видоизмѣненій, предложенныхъ проф. *В. И. Разумовскимъ* при коренной операціи грыжи: а) зашиваніе безъ наружныхъ швовъ и б) съ оставленіемъ in situ грыжевого мѣшка. 41. **Perthes.** *Ueber den Einfluss der Röntgenstrahlen auf epitheliale Gewebe.* О вліяніи *Röntgen*'овскихъ лучей на эпителіальную ткань. Экспериментально-клиническое изслѣдованіе. 42. **Voelcker.** *Behandlung der Prostatahypertrophie mit perinealer Prostatectomie.* 11 случаевъ изсѣченія увеличенной предстательной железы. 43. **Hahn.** *Subcutane Rupturen der Gallenwege.* Описаніе случая разрыва желчныхъ путей. 44. **Körte.** *Ueber Operationen am Choledochus wegen Verengerung durch Narben oder Carcinom.* Объ операціяхъ на желчномъ протокѣ при рубцовыхъ или раковыхъ съуженіяхъ его. Клиническій очеркъ съ описаніемъ 5 случаевъ. 45. **Eckstein.** *Weitere Erfahrungen über Hartparaffinprothesen, speciell bei Hernien.* О лѣченіи грыжъ (преимущественно пупочныхъ) впрыскиваніями параффина. 46. **Lotheissen.** *Die Oesophagoskopie beim Divertikel.* О значеніи осмотра пищевода при его расширеніяхъ.

### Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.

Декабрь. Т. L. Тетр. 5 и 6.

1. **Alfred Exner.** *Über die durch intraperitoneale Adrenalininjektion verursachte Verzögerung der Resorption von in den Magen eingeführten Giften.* Опыты на кроликахъ. 2. **Benno Lewy.** *Zur Lehre von der Blutbewegung im Gehirne.* Краткая замѣтка къ вопросу о кровообращеніи въ мозгу. 3. **O. Loewi.** *Untersuchungen zur Physiologie und Pharmakologie der Nierenfunktion.* Сущность діабета при флоридзиновомъ отравленіи. 4. **Th. Knapp und F. Suter.** *Experimentelle Untersuchungen über die Resorptions-und Ausscheidungsverhältnisse einiger Guajakolderivate (Guajakolkarbonat, Guajakolzimmtsäureäther, Guajakolsulfosäure, Guajakolglyzerinäther).* Физіологическое дѣйствіе и выдѣленіе изъ организма нѣкоторыхъ препаратовъ гуаякола. 5. **Jac. Bouma.** *Über Gewöhnungsversuche mit Kodein.* Опыты на собакахъ. 6. **Ernst Harmsen.** *Zur Toxikologie des Fliegenschwammes.* Опыты надъ ядовитымъ дѣйствіемъ мухоморовъ. 7. **Cloetta.** *Über das Verhalten des Morphins im Organismus und die Ursachen der Angewöhnung an dasselbe.* Причины привыканія организма къ морфію.

Т. LI. Тетр. 1.

1. **Hermann Fühner.** *Über die Einwirkung verschiedener Alkohole auf die Entwickelung der Seeigel.* Наблюденія надъ развитіемъ яицъ морского ежа подъ вліяніемъ различныхъ спиртовъ. 2. **Gerhardt.** *Beitrag zur Lehre vom Pulsus intermittens und von der paroxysmalen Bradycardie.* Изслѣдованіе пульсовой кривой при припадочной брадикардіи. 3. **Emil Reiss.** *Eine neue Methode der quantitativen Eiweissbestimmung.* Описаніе новаго способа количественнаго опредѣленія бѣлка въ различныхъ жидкостяхъ человѣческаго тѣла. 3. **R. Gottlieb** und **R. Magnus.** *Digitalis und Herzarbeit.* Дѣйствіе наперстянки на вырѣзанное сердце теплокровнаго животнаго. 5. **Oswald Loeb.** *Über die Beeinflussung des Koronarkreislaufs durch einige Gifte.* Вліяніе нѣкоторыхъ ядовъ на кровообращеніе въ вѣнечной артеріи. 6. **Albert Fraenkel.** *Vergleichende Untersuchungen über die kumulative Wirkung der Digitaliskörper.* Изслѣдованіе скапливающагося дѣйствія алкалоидовъ наперстянки на животныхъ.

### Archiv für Hygiene. T. XLVIII. Тетр. 3.

1. **Erwin Jacobsthal.** *Ueber trockene Konservierung agglutinierender und präzipitierender Sera.* Опыты надъ способностью крови сохранять въ засушенномъ видѣ склеивающія и осаждающія свойства. 2. **A. Celli.** *Die Malaria in Italien im Jahre 1902.* Эпидеміологическія наблюденія и данныя опытовъ по предохраненію отъ болотной лихорадки. 3. **Max Rubner.** *Energieverbrauch im Leben der Mikroorganismen.* Химическое изслѣдованіе питательныхъ средъ послѣ посѣва на нихъ микробовъ.

### Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie.

Декабрь. Т. V. Тетр. 1 и 2.

1. **L. Blum.** *Ueber das Schicksal des Cystins im Tierkörper.* Опыты на собакахъ. Изучалось усвоеніе цистина въ организмѣ животныхъ. 2. **Karl Stolte.** *Über das Schicksal der Monaminosäuren im Tierkörper nach Einführung in die Blutbahn.* Измѣненіе одноаминовыхъ кислотъ при введеніи ихъ въ кровь животныхъ. 3. **Wolfgang Pauli.** *Untersuchungen über physikalische Zustandsänderungen der Kolloide.* Химическое изслѣдованіе различныхъ коллоидовъ. 4. **Leo Schwarz.** *Zur Theorie der Säurebildung in der Magenschleimhaut.* Опыты по вопросу объ образованіи соляной кислоты въ слизистой оболочкѣ желудка. 5. **Leo Langstein** und **Martin Mayer.** *Über das Verhalten der Eiweisskörper des Blutplasmas bei experimentellen Infektionen.* Вліяніе различныхъ инфекцій на составъ кровяной плазмы у животныхъ. 6. **Fritz Rosenfeld.** *Die Indolbildung beim hungernden Kaninchen.* Образованіе индола въ кишечникѣ у голодающаго кролика.

### Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie. Декабрь. Т. XIV. № 23.

1. **Erich Ruschhaupt.** *Ein Beitrag zur Kasuistik der intrakraniellen Dermoide.* Къ вопросу о внутричерепныхъ дермоидахъ. Случай.

Digitized by Google

**Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten.** Декабрь. Т. XXXV. № 3.

1. **A. C. Abbott** und **N. Gildersleeve.** *On the branching occasionally exbited by bacillus diphtheriae.* О вѣтвящихся формахъ дифтерійной палочки. 2. **H. Preisz.** *Studien über Morphologie und Biologie des Milzbrandbacillus (Mit besonderer Berücksichtigung der Sporenbildung auch bei anderen Bacillen).* Строеніе сибиреязвенныхъ палочекъ. 3. **J. Lignières** et **G. Spitz.** *Contribution à l'étude à la classification et à la nomenclature des affections connues sous le nom d'actinomycose.* Критическій очеркъ литературы вопроса и собственныя бактеріологическія изслѣдованія. 4. **T. B. Simon** *Untersuchungen über die Gifte der Streptokokken.* Испытаніе ядовитости стрептококковыхъ токсиновъ различнаго происхожденія. 5. **Annibal Bettencourt, Ayres Kopke, Gomes de Rezende** und **Corréia Mendes.** *Ueber die Aetiologie der Schlafkrankheit.* Этіологія сонной болѣзни негровъ. Отчетъ Коммиссіи. (Окончаніе). 6. **Ivo Bandi.** *Gelbfieber und Malaria.* Связь между желтой и болотной лихорадкой. 7. **Paul Steiger.** *Bakterienbefunde bei der Euterentzündung der Kuh und der Ziege.* Бактеріологія молочныхъ ходовъ у коровъ и козъ. 8. **Rievel** und **Rehrens.** *Beiträge zur Kenntniss der Sarcosporidien und deren Enzyme.* Морфологическія и біологическія свойства саркоспоридій. 9. **v. Linston.** *Neue Helminthen,* Описаніе новыхъ видовъ глистъ. 10. **Ludwig Hektoen.** *Die Wirkung gewisser ionisierbarer Salze auf die Lysine im menschlichen Serum.* Вліяніе нѣкоторыхъ солей на свойства человѣческой сыворотки. 11. **Eugenio Centanni.** *Ueber die Autozytopräzipitine und über eine allgemeine Form derselben.* (Окончаніе). 12. **W. J. Kedrowski.** *Experimentelle Erfahrungen über Lepraimpfungen bei Tieren.* Попытки привить проказу животнымъ и результаты этихъ изслѣдованій. 13. **Fichtner.** *Beiträge zur Züchtung des Influensabacillus.* Легкій способъ выращиванія палочекъ гриппа. 14. **W. Hesse.** *Ein neuer elektiver Nährboden für Auswurf Tuberkelbacillen.* Новая питательная среда для выращиванія палочекъ бугорчатки изъ мокроты. 15. **Carl Dilg.** *Untersuchungen über die verschiedenen Sedimentierverfahren zum Nachweis von Tuberkelbacillen.* Способы обнаруженія палочекъ бугорчатки посредствомъ осажденія.

**Centralblatt für die Krankheiten der Harn-und Sexual-Organe.** Т. XIV. Тетр. 9.

1. **S. Jacoby.** *Ein Beitrag zur Therapie profuser Blasenblutungen.* Клиническая лекція. 2. **Galewsky.** *Ueber chronische nichtgonorrhoische Urethritis.* Критическій очеркъ.

**Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte.** Январь. № 1.

1. **E. Feer.** *Ueber plötzliche Todesfälle im Kindesalter, insbesondere über den «Ekzemtod».* О внезапной смерти въ дѣтскомъ возрастѣ. (Не окончена). 2. **C. Fischer.** *Zur Frühdiagnose und Frühkur der Lungentuberkulose.* О раннемъ распознаваніи и лѣченіи легочной чахотки.

**Deutsches Archiv für klinische Medicin.** Декабрь. Т. LXXVIII. Тетр. 5 и 6.

1. **Hans Arnsperger.** *Die Ätiologie und Pathogenese der Aortenaneurysmen.* Аневризмы аорты возникаютъ, по мнѣнію автора, на почвѣ воспалительныхъ явленій въ стѣнкѣ аорты. 2. **Anastrazy Landau.** *Klinische Untersuchungen über den osmotischen Druck des Blutes.* Вліяніе дыханія и обмѣна веществъ на дѣятельность почекъ и на осмотическое давленіе въ крови. 3. **Hagen.** *Theorie und Praxis der Behandlung eingeklemmter Brüche durch Atropin.* Объясненіе вліянія атропина на лѣченіе ущемленныхъ грыжъ. 4. **Wilhelm Weinberg.** *Pathologische Vererbung und genealogische Statistik.* Къ вопросу о патологической наслѣдственности. 5. **Felix Lommel.** *Ueber Pubertätsalbuminurie.* Критическій очеркъ. 6. **Adolf Bickel.** *Ueber traumatische Lungenhernien ohne penetrierende Thoraxwunde.* Описаніе случая. 7. **Stuertz.** *Eustrongylus gigas im menschlichen Harnapparat mit einseitiger Chylurie.* Хилурія по случаю присутствія глисты въ мочевыхъ путяхъ. 8. **Heinrich Reese.** *Zur Symptomatologie der Nierenvenenthrombose.* Случай закупорки почечной вены.

Т. LXXIX. Тетр. 1 и 2.

1. **P. Morawitz.** *Beiträge zur Kenntniss der Blutgerinnung.* Фибринферментъ является результатомъ дѣйствія 3-хъ началъ: тромбогена, тромбокиназы и солей кальція. Тромбогенъ находится только въ крови и лимфѣ. Тромбокиназа можетъ быть получена изъ всѣхъ тканей. 2. **Schwenkenbecher.** *Ueber die Ausscheidung des Wassers durch die Haut von Gesunden und Kranken.* Наблюденія надъ здоровыми и больными. Выдѣленіе воды черезъ кожу. 3. **Fr. Sinnhuber.** *Klinisches und Experimentelles zur Lehre von den perversen Stimmbandbewegungen bei doppelseitiger Postikuslähmung.* Опыты на собакахъ. 4. **O. Wagener.** *Beitrag zur Pathologie des arteriosus (Botalli).* 3 патологоанатомическихъ вскрытія. 5. **Carl Hart.** *Anatomische Untersuchungen über die bei Masern vorkommenden Lungenerkrankungen.* Объ измѣненіяхъ въ легкихъ при кори. 6. **Otto Hess.** *Ueber die Beeinflussung des Flüssigkeitsaustausches zwischen Blut und Geweben durch Schwankungen des Blutdrucks.* Обмѣнъ жидкостями между кровью и тканями при измѣненіи кровяного давленія. 7. **Th. Rumpf.** *Weitere Untersuchungen über Polyneuritis und die chemischen Veränderungen gelähmter und degenerierter Muskeln.* Химическое изслѣдованіе мышцъ при полиневритахъ.

**Die Heilkunde.** Сентябрь.

1. **Jolly.** *Arzt und Geisteskranke.* Отношеніе врача къ душевно-больнымъ. 2. **Rosenstock.** *Die Immunisierung gegen Diphtherie.* 11 случаевъ. 3. **Josef Imre.** *Das Sublamin als Desinfektionsmittel der Konjunktiva.* Хвалитъ это средство. 4. **Nekam.** *Neuere dermatologische Sammelwerke.* Краткій очеркъ. 5. **Havellok Ellis.** *Der Geschlechtstrieb beim Weibe.* Критическій обзоръ.

**Die Therapie der Gegenwart.** Январь.

1. **E. von Behring.** *Säuglingsmilch und Säuglingssterblichkeit.* Зависимость дѣтской смертности отъ качества молока, употребляемаго при вскармливаніи грудныхъ дѣтей. 2. **Erich Harnack.** *Betrachtungen über Heilen über Heilzwecke.* Замѣтки по вопросу врачебнаго быта. 3. **H. Senator** und **F. Frankenhäuser.** *Zur Kenntniss der Wirkung von Kohlensäure-und anderen gashaltigen Bädern.* Попытка объяснить дѣйствіе ваннъ, содержащихъ газы. 4. **Fr. Schultze.** *Ueber die Bülau'sche Heberdrainage bei Empyemen.* Значеніе дренажа при эмпіемѣ. 5. **Friedrich Müller.** *Bemerkungen zur Behandlung des Abdominaltyphus.* Къ вопросу о лѣченіи брюшного тифа. (Не окончена). 6. **P. v. Bruns.** *Krebsbehandlung mit Röntgenstrahlen.* Пришелъ къ отрицательнымъ результатамъ. 7. **Georg Winter.** *Zur Behandlung des Aborts.* (Не окончена). 8. **Oskar Lassar.** *Ueber Therapie des Ekzems.* Клиническая лекція о лѣченіи экземы.

**Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie.** Декабрь. Т. XL. Тетр. 1 и 2.

1. **Paul Pfeil.** *Ueber den Einfluss der Nahrungsaufnahme auf die Ausscheidung der Harnsäure.* Наблюденія на людяхъ; выдѣленіе мочевой кислоты подъ вліяніемъ увеличенія количества пищи. 2. **Frans Soetbeer.** *Ueber den Einfluss der Nahrungsaufnahme auf die Ausscheidung der Harnsäure bei Arthritis urica.* О выдѣленіи мочевой кислоты подъ вліяніемъ пищи при артритѣ. 3. **Онъ-же.** *Ein Stoffwechselversuch bei Gicht.* Обмѣнъ веществъ при подагрѣ. 4. **A. Schittenhelm** und **F. Schröter.** *Ueber die Spaltung der Hefenucleinsäure durch Bakterien.* Экспериментальное изслѣдованіе. 5. **Они-же.** *Ueber die Spaltung der Hefenucleinsäure durch Bakterien.* Экспериментальное изслѣдованіе. 6. **J. Wohlgemuth.** *Ueber die Herkunft der schwefelhaltigen Stoffwechselprodukte im tierischen Organismus.* Принимаемый внутрь цистинъ переходитъ въ тауринъ и появляется въ желчи въ видѣ таурохолевой кислоты. 7. **E. Schulze** und **E. Winterstein.** *Beiträge zur Kenntniss der aus Pflanzen darstellbaren Lecithine.* О лецитинѣ, добываемомъ изъ растеній. 8. **Они-же.** *Ein Nachtrag zu der Abhandlung über einen phosphorhaltigen Bestandteil der Pflanzensamen.* Дополненіе къ прежнему изслѣдованію. 9. **R. v. Jaksch.** *Ueber die Verteilung des Stickstoffes im Harne bei einem Falle von Phosphorvergiftung nebst vergleichenden Beobachtungen über einige neuere Methoden der Harnstoffbestimmung.* О содержаніи азота въ мочѣ въ 1 случаѣ отравленія фосфоромъ. 10. **J. Habermann.** *Beiträge zur Kenntniss des Zigaretten-und des Pfeifenrauches.* Изслѣдованіе дыма папиросъ. 11. **Wm. Ovid Moor.** *Ueber den Harnstoffgehalt des menschlichen Harns.* Полемическая замѣтка. 12. **Лавровъ.** *Zur Kenntniss der peptischen und tryptischen Verdauung der Eiweisskörper.* Тоже.

Тетр. 3 и 4.

1. **Eduard Buchner** und **Jakob Meisenheimer.** *Ueber die Enzyme von Monilia candida und einer Milchzuckerhefe.* Опыты съ броженіемъ сахара подъ вліяніемъ разрушенныхъ тѣлъ микробовъ. 2. **C. Beger.** *Ueber den Stickstoffgehalt und die Löslichkeit stickstoffhaltiger Bestandteile in Pepsinsalzsäure sowohl im frischen wie im präparierten Hammelkot.* Химическое изслѣдованіе овечьяго помета. 3. **Ludolph Brauer.** *Untersuchungen über die Leber.* Опыты на собакахъ и наблюденія надъ людьми. 4. **Emil Fischer** und **Emil Abderhalden.** *Ueber die Verdauung des Caseins durch Pepsinsalzsäure und Pankreasfermente.* Испытаніе переваривающей силы желудочнаго сока и сока поджелудочной железы по отношенію къ казеину. 5. **Julius Arnheim** und **Adolf Rosenbaum.** *Ein Beitrag zur Frage der Zuckerzerstörung im Tierkörper durch Fermentwirkung (Glykolyse).* О разрушеніи сахара въ тѣлѣ животныхъ. 6. **J. Arnheim.** *Beiträge zur Kenntniss der Autolyse.* О самопереваривании печеночной ткани. 7. **J. Hofbauer.** *Die Aufnahme von Eisen durch die menschliche Placenta aus dem maternen Blute.* Критическая замѣтка. 8. **Emil Abderhalden.** *Nachtrag zur Hydrolyse des Edestins.* Краткая замѣтка. 9. **Emil Fromm** und **Paul Clemens.** *Ueber das Schicksal cyklischer Terpene und Kampfer im tierischen Organismus.* Судьба терпеновъ и камфоры въ организмѣ животныхъ. 10. **August Trunz.** *Ueber die mineralischen Bestandteile der Kuhmilch und ihre Schwankungen im Verlaufe einer Laktationsperiode.* Химическое изслѣдованіе коровьяго молока. 12. **A. Kossel.** *Zur Kenntniss des Salmins.* 13. **Franz Hupfer.** *Entgegnung an Dr. J. Weiss.* Полемическая замѣтка. 14. **Martin Krüger.** *Erwiederung an Herrn O. Folin.* Тоже.

**Schmidt's Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten Medicin.** Декабрь. Т. CCLXXX. Тетр. 12.

1. **L. Goldstein.** *Beiträge zur Physiologie, Pathologie und Chirurgie des Grosshirns.* Обзоръ работъ за 1900—1902 гг.

**Therapeutische Monatshefte.** Декабрь.

1. **v. Hansemann.** *Die Anatomie der Kehlkopfpolypen.* Микроскопическое строеніе полиповъ гортани. Критическій очеркъ. 2. **Alfred Neumann** und **Fritz Frick.** *Bauchmassage bei Herzkranken.* Показанія и противопоказанія къ примѣненію массажа живота при заболѣваніяхъ сердца. 3. **Heinrich Mohr.** *Ueber spontane Heilungsvorgänge beim Karcinom.* (Окончаніе). 4. **Hecker.** *Ueber Bereitung von Kefir.* Способы полученія кефира въ

Digitized by Google

чистомъ видѣ. 5. **Edmund Saalfeld.** *Zur inneren Behandlung der Urethroblennorrhoe.* Лѣченіе перелоя назначеніемъ внутрь гоносана. 6. **Ehrenfried Cramer.** *Die Beurteilung und Behandlung der eitrigen Hornhauterkrankungen in der allgemeinen Praxis.* Лѣченіе гнойнаго кератита. 7. **И. С. Колбасенко.** *Ueber Alkoholumschläge.* Переводъ русской статьи объ алкогольныхъ компрессахъ.

**Tuberculosis.** Ноябрь. Т. II. № 11.

1. **Th. Woehrel.** *Le rôle social des dispensaires antituberculeux.* Объ общественныхъ банахъ и о жилищахъ для рабочихъ, какъ средствахъ общественной борьбы съ бугорчаткой. 2. **Holmboe.** *Rapport lu à la Séance du Conseil Particulier du Bureau Central International pour la lutte contre la tuberculose à Paris le 5 Mai 1903.* Докладъ на засѣданіи.

Декабрь. № 12.

1. **B. Fränkel.** *Robert Koch.* Біографія. 2. **C. Fraenkel.** *Zur Frage der Beseitigung von Abwässern aus Lungenheilstätten.* Объ удаленіи сточныхъ водъ въ лѣчебницахъ для легочныхъ больныхъ.

**Zeitschrift für Aerztliche Fortbildung.** Январь. № 1.

1. **E. von Bergmann.** *Die Behandlung des Panaritium.* Клиническая лекція. 2. **M. Kirchner.** *Die soziale Bedeutung der Volksseuchen und ihre Bekämpfung.* (Не окончена). 3. **H. Finkelstein.** *Die tuberkulöse Infektion im Säuglingsalter.* (Не окончена). 4. **A. Wassermann.** *Die Grundzüge der Lehre von der Immunität und Serumtherapie.* (Не окончена).

**Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie.** Сентябрь.

1. **August v. Luzenberger.** *Die Behandlung der chronischen Stuhlverstopfung mittels diätetischer und physikalischer Therapie.* Сравнительная оцѣнка способовъ лѣченія запоровъ. 2. **С. М. Цыпкинъ и С. И. Поповъ.** *Ueber die Behandlung interstitieller Erkrankungen mit Keratin.* По поводу 2-хъ случаевъ съ благопріятнымъ исходомъ. 3. **Julian Marcuse.** *Beiträge zur Heissluftherapie.* Способы лѣченія горячимъ воздухомъ и рисунки. 4. **August Laqueur.** *Ueber das Verhalten der Ausscheidungen beim Gebrauche des Hefeextraktes «Wuk».* Изслѣдованіе мочи и кала при пріемахъ внутрь вытяжки изъ дрожжей.

Октябрь.

1. **Martin Kaufmann.** *Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Eiweissmast.* Критическій обзоръ. 2. **F. Frankenhäuser.** *Ueber die strahlende Wärme und ihre Wirkung auf den menschlichen Körper.* Вліяніе лучистой теплоты на человѣческое тѣло. 3. **Diehl.** *Unterschenkelgeschwüre. Priessnitz, Aderlass, Lichtbehandlung.* Лѣченіе язвъ голени компрессами, кровопусканіями и свѣтомъ. 4. **Blanck.** *Ueber die praktische Anwendung der neueren Methoden der physikalischen Chemie in der Medizin.* Примѣненіе въ медицинѣ новыхъ способовъ физической химіи. 5. **A. Juergensohn.** *Ueber die physikalische Behandlung der Gallensteine.* 3 случая лѣченія желчныхъ камней физическими способами. 6. **H. Strauss.** *Ueber den Einfluss von Trinkkuren auf die Zusammensetzung Blutflüssigkeit des Menschen.* Полемическая статья.

## ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Нѣмецкіе.

**Klinisch-therapeutische Wochenschrift.** 18 октября.

1. **R. Kaufmann.** *Beitrag zur toxischen Wirkung der Borsäure bei lokaler Anwendung.* Случай дерматита отъ борной кислоты. 2. **M. Fisch.** *Dosierte (künstliche) Kohlensäure-Bäder nach System Dr. Fisch.* 3. **Niessen.** (Окончаніе).

25 октября.

1. **O. Franqué.** *Ueber die Perforation des lebenden Kindes.* (Не окончена). 2. **H. Hartmann.** *Ueber Darmausschaltung.* О выключеніи кишекъ. (Не окончена). 3. **E. Schäffer.** *Beiträge zur pathologischen Anatomie der Kohlenoxydvergiftung.* Нашелъ въ 2 случаяхъ смерти отъ угара измѣненія въ центральной нервной системѣ.

1 ноября.

1. **P. Jensen.** *Ueber die Blutversorgung des Gehirns.* О кровеснабженіи мозга (опыты). 2. **O. Franqué.** Окончаніе статьи о прободеніи живого плода. 3. **H. Hartmann.** (Окончаніе).

15 ноября.

1. **R. Ruge.** *Zur Aetiologie und Verbreitungsweise der Dysenterie in den Tropen.* (Не окончена). 2. **F. Sontag.** *Neue therapeutische Momente in der Behandlung der Zuckerharnruhr.* 3. **В. К. Панченко** (Спб.). Окончаніе статьи о лѣчебномъ примѣненіи Пелевскаго «церебрина».

22 ноября.

1. **F. Mariani.** *Ueber den Mechanismus der intravenösen Sublimatinjektionen bei Infecktionskrankheiten.* (Не окончена). 2. **A. Sack.** *Ueber die Erfahrungen mit dem neuen Anthrasol-Präparate.* 3. **R. Ruge.** Окончаніе статьи о тропическомъ кровавомъ поносѣ.

6 декабря.

1. **J. Reichelt** und **E. Wechsler.** *Bericht des Ambulatoriums* (проф. *Frühwald*'а въ Вѣнѣ) *über die Jahre 1898—1902.* 2. **E. Schäffer.** *Ueber akute Kupfervergiftung.* Случай остраго отравленія мѣдью. Судебно-медицинское вскрытіе.

13 декабря.

1. **Linstow.** *Durch Anopheles verbreitete endemische Krankheiten.* О болѣзняхъ, распространяемыхъ комарами Anopheles. 2. **M. T. Schnirer.** *Zur antituberkulösen Arzneiwirkung.*

**Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift.** 20 декабря.

1. **A. Hoffa.** *Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Skoliose.* Клиническая лекція. 2. **W. Weichhardt.** *Zur Kenntniss des Heufieber-und Eklampsieheilserums.* 3. **J. Donath.** *Pons-Affektion mit wechelständigen motorischen und sensiblen Lähmungserscheinungen und Konvergenslähmung, nebst Bemerkungen über die Centren der associirten Augenbewegungen.* Случай. (Не окончена).

27 декабря.

1. **A. Krokiewicz.** *Zwei Fälle von Morbus Hodgkini.* 2. **J. Donath.** (Окончаніе).

**Medicinische Blätter.** 1, 8, 15, 22 и 29 января.

1. **J. Winterberg.** *Neuere ausgedehntere Untersuchungen über die desinfizierende Wirkung des Ichthoforms bei den Erkrankungen des Magen-Darmkanals.* Ихтоформъ при болѣзняхъ желудочно-кишечнаго канала. 2. **E. Riegler.** *Eine gasometrische Bestimmungsmethode der Chloride im Harne.* Газометрическій способъ опредѣленій хлоридовъ въ мочѣ. Способъ основанъ на способности хлористаго серебра въ смѣси съ сѣрнокислымъ гидрациномъ и ѣдкимъ натромъ освобождать металлическое серебро и азотъ. Предлагаетъ способъ особенно для кріоскопіи мочи. 3. **F. E. Rolle.** *Ueber Yohimbin-Spiegel.* Отзывъ в. похвальный.

5 и 12 февраля. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

19 февраля.

1. **F. Blumenfeld.** *Anwendung von «Sozojodol»-Natrium bei Scharlach.* Хвалитъ при скарлатинѣ вдуванія въ ротъ соціодоловаго натра пополамъ съ сѣрнымъ цвѣтомъ.

26 февраля. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

5 марта.

**Rosinski.** Окончаніе статьи о сифилисѣ при беременности.

12 и 19 марта.

**M. Schein.** *Die Entwickelung der Haare in der Axilla und der angeborene Defekt der Brustmuskeln.* Переводъ статьи изъ венгерскаго журнала Gyógyászat, № 6.

26 марта.

**L. Markovics.** *Das Protargol in der Therapie der Unterschenkelgeschwüre.* Протарголъ при язвахъ голени.

2 и 9 апрѣля. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

16 апрѣля.

**E. Riegler.** *Ueber die Natur der Körper im Urin, welche die Jodsäure reduzieren.* О природѣ тѣлъ въ мочѣ, возстановляющихъ іодную кислоту.

23 апрѣля.

**A. Hoff.** *Abszedierende Perimetritis mit Durchbruch in das Pyelon.*

30 апрѣля.

**B. Rohden.** *Die Haut ein Resorptionsorgan.* О всасываніи кожею.

7 и 14 мая. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

21 мая.

**R. Fraenkel.** *Zur Symptomatologie und Kasuistik der Hysterie*

28 мая. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

4 іюня.

**Windrath.** *Ein Beitrag zur Narkosenfrage, speziell der Sauerstoff-Chloroform-Narkose.*

11 іюня.

**J. Preuss.** *Malum malannum.* Замѣтка о древнемъ медицинскомъ терминѣ (употреблявшемся для обозначенія карбункула).

18 іюня.

**E. Bruck.** *Die Tabletten-Therapie.*

25 іюня и 2 іюля. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

9 іюля.

**J. Flesch.** *Durch Glutealmuskelparese bedingte Gehstörung.*

16 іюля.

1. **L. Wachholz.** *Aus der Geschichte der Gifte und der Vergiftungen.* Изъ исторіи ядовъ и отравленій (Przegląd lekarski, №№ 13—16). (Не окончена). 2. **H. Siegel.** *Ein Beitrag zur medikamentösen Kausalbehandlung diarrhoischer Zustände.* (Продолженіе).

23 и 30 іюля.

1. **M. Lauterbach.** *Ein Fall von Nierensyphilis.* Случай почечнаго сифилиса (распознаваніе ex juvantibus). 2. **L. Wachholz.** (Продолженіе и окончаніе).

6 августа.

**J. Lachs.** *Zur Aetiologie der Urethralprolapse beim Weibe.*

13 августа.

**Weisl.** *Ein neues Präservativ für Frauen* (*Tamponpräservativ*).

20 августа.

**L. Wendling.** *Ein Fall von angeborener Dextrokardie.*

---

Редакторы { Проф. **В. В. Подвысоцкій.**
Д-ръ **С. В. Владиславлевъ.**

Digitized by Google

## LIV. Памяти проф. Василія Александровича Ратимова *).

Ч. пр. В. Н. Гейнаца.

М. Г.! Позвольте мнѣ, какъ одному изъ ближайшихъ учениковъ покойнаго, исполнить грустный долгъ и очертить нѣсколькими словами его незаурядную личность и его, къ сожалѣнію, слишкомъ рано пресѣкшуюся дѣятельность на полѣ дорогой всѣмъ намъ хирургіи.

Первое впечатлѣніе при знакомствѣ съ покойнымъ было рѣдко въ его пользу: онъ былъ неразговорчивъ, молчаливъ, нерѣдко даже угрюмъ и не любилъ поддерживать разговора, если онъ не касался одного изъ его любимыхъ вопросовъ. «Какой мрачный, холодный человѣкъ»,—говорили о немъ люди, мало его знавшіе; зато стоило узнать его поближе, и мнѣніе о немъ рѣзко мѣнялось: «Что это за сердечный, за милый человѣкъ, и какъ онъ любитъ свое дѣло»,— говорили тѣ, кому удалось сквозь кору его души проникнуть до ея сердцевины.

Основной чертой его характера были необыкновенная прямота и искренность Онъ никогда не рисовался, никогда не позировалъ предъ слушателями, а вездѣ въ аудиторіи, въ операціонной, въ Конференціи былъ тѣмъ же прямымъ и откровеннымъ человѣкомъ, который, не стѣсняясь, высказывалъ свои убѣжденія и свои взгляды на людей и на событія. Слова «быть, а не казаться», избранныя жизненнымъ девизомъ нашимъ великимъ учителемъ *Николаемъ Ивановичемъ Пироговымъ*, могутъ быть въ полной мѣрѣ приложены и къ его преемнику по госпитальной хирургической клиникѣ—покойному *В. А. Ратимову*. Онъ ненавидѣлъ всякую фальшь и неискренность и, быть можетъ, въ этомъ лежитъ разгадка той любви и привязанности, которую питали къ нему всѣ его близко знавшіе, начиная съ ближайшихъ помощниковъ и кончая послѣднимъ служителемъ; каждый чувствовалъ, что онъ и бранитъ за дѣло и хвалитъ за дѣло, и потому его хвалой чрезвычайно дорожили.

Рѣдко можно встрѣтить человѣка, настолько преданнаго своему дѣлу, какъ покойный; онъ, можно сказать, только и жилъ своей клиникой и съ утра до поздняго вечера, не разбирая праздниковъ отъ будней, посвящалъ всѣ свои силы своему любимому дѣтищу. Работникомъ онъ былъ замѣчательнымъ и нерѣдко изумлялъ молодыхъ врачей своей неутомимостью, проводя по 4—5 часовъ въ операціонной и затѣмъ, какъ ни въ чемъ не бывало, отдаваясь другимъ повседневнымъ занятіямъ.

Руководство клиникой онъ понималъ въ самомъ широкомъ смыслѣ слова и, не ограничиваясь операціями и лекціями, дѣлалъ буквально всякую клиническую работу; перевязки больныхъ, особенно болѣе сложныя, послѣ большихъ операцій онъ дѣлалъ самъ, не довѣряя другимъ; самъ онъ принималъ всѣхъ амбуляторныхъ больныхъ. Хотя это отнимало много времени и силъ, зато каждый больной, явившійся къ нему въ клинику за помощью, встрѣчалъ не малоопытныхъ врачей, а самого профессора и слышалъ отъ него участливое слово и авторитетный совѣтъ о своей болѣзни.

Весь персоналъ клиники покойнаго, видя примѣръ ея руководителя, проникался усиленнымъ рвеніемъ и учился работать, не покладая рукъ, чтобы лишь заслужить похвалу профессора. Лѣнтяевъ онъ не терпѣлъ и нерѣдко устраивалъ рѣзкія сцены тѣмъ, которыхъ онъ заподазривалъ въ небрежномъ уходѣ за больными. Вообще уходу за больными и оперированными онъ придавалъ громадное значеніе, и нерѣдко говаривалъ, что хорошій уходъ за оперированными важнѣе, чѣмъ искусно произведенная операція. Надо было видѣть, съ какой безконечной нѣжностью обращался этотъ угрюмый гигантъ съ оперированными больными и какъ они его обожали. Каждое его слово становилось для нихъ закономъ и нерѣдко иной больной, упорно отказывавшійся отъ операціи, соглашался на неё послѣ пятиминутнаго разговора съ профессоромъ.

Онъ не былъ блестящимъ ораторомъ, но его ясныя простыя слова долго жили въ умахъ слушателей. И на лекціяхъ онъ избѣгалъ громкихъ, эффектныхъ фразъ и передавалъ лишь самое существенное, никогда не скрывая своихъ ошибокъ. Помню, когда я былъ еще студентомъ, меня чрезвычайно поразила одна лекція, на которой онъ показалъ дѣвочку, страдавшую, по его словамъ, бугорчаткой колѣна. Разобравъ больную, онъ погладилъ ее по головѣ и вдругъ заявилъ слушателямъ, что онъ мѣняетъ распознаваніе, что это—сифилисъ, а не бугорчатка, такъ какъ онъ только-что нащупалъ у дѣвочки на головѣ гумму. Дальнѣйшее теченіе показало справедливость его словъ. Такая искренность, такое нежеланіе скрывать своихъ ошибокъ всегда привлекало къ нему сердца молодежи гораздо больше, чѣмъ рядъ удачно поставленныхъ, эффектныхъ распознаваній.

Впрочемъ, діагностъ онъ былъ выдающійся; напр., такія тонкія распознаванія, какъ саркома брызжейки, о которой *Hofmeister* говорилъ, что наврядъ-ли когда-нибудь она была распознана на живомъ—ставились имъ дважды до операціи, которая подтверждала распознаваніе.

Операторъ онъ былъ необыкновенно искусный; отличительной чертой его оперативной дѣятельности было желаніе дѣлать операцію лишь тогда, когда она дѣйствительно необходима для блага больного; въ виду этого онъ не любилъ блестящихъ операцій, если онѣ не давали стойкихъ излѣченій, и всегда радовался, когда удавалось вылѣчить больныхъ внутренними средствами. Такъ, въ послѣдніе годы своей дѣятельности онъ очень мало оперировалъ больныхъ костной бугорчаткой, не видя хорошихъ результатовъ у этихъ больныхъ отъ операцій, и старался вылѣчить ихъ сохраняющимъ путемъ, въ чемъ нерѣдко и успѣвалъ. Оперировалъ онъ весьма увѣренно, какъ бы рисуя ножомъ, настаивая постоянно на тщательной остановкѣ кровотеченія. Блестящихъ, но кровавыхъ операцій онъ очень не любилъ и оперировалъ всегда медленно и чрезвычайно тщательно. Оттого и удавались ему такъ хорошо многія трудныя операціи, напр., костныя и полостныя. Многіе изъ присутствующихъ здѣсь, вѣроятно, помнятъ его больную съ изсѣченіемъ привратника, препаратъ которой хранится въ Музеѣ *Пирогова*, прожившую послѣ этой операціи $12^1/_2$ лѣтъ. Видя, какъ спокойно и увѣренно онъ оперируетъ, никто не повѣрилъ-бы, что этотъ крѣпкій духомъ и тѣломъ человѣкъ волновался во время каждой большой операціи; а между тѣмъ это было такъ; онъ признавался мнѣ какъ-то, что его волнуетъ каждая операція и что ему надо дѣлать большія усилія, чтобы скрывать свое волненіе.

Я не буду останавливаться на его научныхъ работахъ; онѣ извѣстны каждому изъ Васъ. Начиная съ первой—описанія распознавательной ошибки—анейризмы, принятой имъ за нарывъ, и кончая послѣдней—лимфангіомой мягкаго нёба, о которой онъ докладывалъ въ этихъ стѣнахъ уже больной запинавшимся языкомъ—всѣ онѣ чрезвычайно точны, добросовѣстны и въ той или другой степени расширяли нашъ научный кругозоръ.

Когда покойный принялъ клинику въ свое завѣдываніе, она была въ чрезвычайно жалкомъ состояніи; операціонной не было вовсе, оперировали въ темной и пыльной аудиторіи, перевязывали больныхъ въ палатахъ, амбуляторія помѣщалась въ томъ-же корридорѣ, гдѣ и палаты, и состояла лишь изъ одной комнаты съ паркетнымъ поломъ, перевязочнаго матеріала не хватало. Много труда положилъ покойный на приведеніе клиники въ возможно благоустроенный видъ. Благодаря его неусыпнымъ заботамъ и хлопотамъ, нашлись въ Академіи деньги, выстроены были операціонная, амбуляторія, перевязочныя; оборудована лабораторія; увеличено количество инструментовъ и перевязочнаго матеріала; оставалось лишь работать въ новой улучшенной обстановкѣ на благо больнымъ и на славу родной хирургіи, но тутъ-то и случилась трагедія съ покойнымъ; къ нему подкралась неумолимая болѣзнь и вырвала его изъ стѣнъ имъ-же устроенной клиники. Всего ужаснѣе то, что его умственныя силы и сознаніе были вполнѣ сохранены, что онъ до самаго конца желалъ работать и не могъ этого дѣлать. Какъ то, когда его болѣзнь уже ни для кого не составляла тайны, я зашелъ къ нему въ кабинетъ клиники и засталъ этого колосса, этого могу

*) Читано въ засѣданіи Русскаго хирургическаго Общества *Пирогова* 10/III 1904 г.

Digitized by Google

чаго духомъ и тѣломъ человѣка рыдающимъ, какъ ребенокъ. Когда я сталъ его утѣшать и говорить, что онъ поправится и что мы поработаемъ еще вмѣстѣ, онъ отрицательно покачалъ головой и, съ трудомъ произнося слова, проговорилъ: «больно всё покидать»; я пожалъ ему руку и поскорѣе вышелъ, потому что чувствовалъ, что всѣ обычныя слова утѣшенія останутся безсильными.

Теперь, когда онъ дошелъ до конца свой жизненный путь, я могу безъ боязни преувеличенія сказать, оглядываясь на всю его дѣятельность, что онъ прожилъ не даромъ и что тысячи спасенныхъ имъ больныхъ и сотни его учениковъ, которыхъ онъ училъ любить правду и науку, останутся ему живымъ памятникомъ во всѣхъ концахъ нашей обширной родины.

---

## LV. Объ искривленіяхъ шейки бедренной кости (Coxa vara et valga).

Проф. **Г. И. Турнера** (Петербургъ).

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Научный прогрессъ въ какой-либо области вырабатывается двоякимъ путемъ. Открытіе является результатомъ дѣятельности геніальнаго ума, съ упорствомъ Колумба допытывающагося до основанія намѣченнаго имъ вопроса; или-же оно дѣлается совершенно случайно вслѣдствіе того, что повседневное явленіе и его практическое значеніе внезапно останавливаютъ на себѣ вниманіе зрителя, который, въ свою очередь, открываетъ глаза остальному міру. Такого рода случайность, встрѣтившаяся высокому уму, очень часто даетъ неизмѣримо цѣнные результаты. Кому, напр., неизвѣстна обстановка открытія Ньютона?

Въ области медицины рѣзкихъ примѣровъ случайныхъ открытій и дальнѣйшаго практическаго ихъ развитія можно найти довольно много. Достаточно напр., упомянуть о томъ вниманіи, которое удѣляется въ настоящее время скромному червеобразному отростку—тому самому, который среди картины разрушенія, имъ произведеннаго, не привлекалъ вовсе взора патолого-анатома. Въ оправданіе подобнаго затемнѣнія зрѣнія нельзя привести недостатка въ особыхъ соотвѣтственныхъ вооруженіяхъ: открытіе произошло при помощи обыкновеннаго невооруженнаго глаза.

Примѣрами аналогичныхъ открытій богатъ и тотъ отдѣлъ хирургіи, который обозначается именемъ ортопедіи. Нужно сознаться, что въ нѣкоторыхъ областяхъ мы подвигаемся впередъ, благодаря перевооруженію новыми цѣнными приборами (*Roentgen*'а); но, съ другой стороны, и просто сосредоточенное вниманіе глаза, способнаго видѣть, даетъ новыя открытія.

При условіяхъ послѣдняго рода накопились тѣ многочисленные интересные факты, касающіеся искривленія бедренной кости, которые въ теченіи послѣднихъ 15 лѣтъ породили обширную литературу, разсѣянную по журналамъ всѣхъ странъ, преимущественно Германіи, гдѣ нѣсколько авторовъ почти одновременно привлекли всеобщее вниманіе къ ряду измѣненій формы верхняго конца бедренной кости и особенно къ колебаніямъ нормальнаго угла между шейкой ея и діафизомъ.

Несомнѣнно, что частота разнообразія въ устройствѣ верхняго конца бедренной кости явилась случайнымъ открытіемъ, которымъ мы впервые обязаны *Müller*'у (1888 г.), а затѣмъ *Hofmeister*'у и *Kocher*'у. «Новый» вопросъ былъ подхваченъ цѣлымъ рядомъ авторовъ (*Helbing*, *Wagner*, *Alsberg*, *Albert*, *Hoffa*, *Whitman* и много другихъ), и литература по этому предмету разрослась до большихъ размѣровъ. На помощь обычнымъ способамъ наблюденія явилось открытіе лучей *Roentgen*'а, и множество безкровныхъ данныхъ на живомъ стало дополняться случайными открытіями при операціяхъ или вскрытіяхъ.

Съ появленіемъ новыхъ изслѣдованій на тему coxa vara et valga патологія тазобедреннаго сустава въ значительной мѣрѣ осложнилась, и интересъ къ этой области несомнѣнно увеличился. Практическая польза отъ этого очевидна: мы съ бо̀льшимъ успѣхомъ будемъ разбираться въ патологическихъ измѣненіяхъ съ различнымъ предсказаніемъ и различными лѣчебными пріемами оперативными или чисто сохраняющаго свойства.

Къ общей группѣ острыхъ воспалительныхъ процессовъ тазобедреннаго сустава, травматическихъ его поврежденій (переломовъ и вывиховъ), остеоміэлита верхняго конца бедренной или тазовыхъ костей, бугорчаткового пораженія, врожденныхъ или патологическихъ вывиховъ въ настоящее время присоединяется рядъ искривленій шейки бедренной кости во всѣхъ проявленіяхъ этого обезображиванія. Практическому хирургу извѣстно, какъ трудно разбираться въ этомъ сложномъ рядѣ болѣзней, и можно сказать съ увѣренностью, что много ошибокъ въ распознаваніи сдѣлано было на эту тему, особенно въ періодъ до-*Roentgen*'овскій.

Просмотрѣвъ обширную литературу вопроса и собравъ тотъ клиническій матеріалъ, который я уже имѣлъ въ своемъ распоряженіи, а также изучивъ препараты Академическаго Музея, я задумался надъ тѣмъ, какимъ образомъ столь важная въ клиническомъ и статическомъ отношеніи область бедренной шейки оставалась въ тѣни среди многочисленныхъ изслѣдованій надъ другими областями скелета. Однако и теперь эта новая глава ортопедіи еще не закончена. Всѣ почти авторы ограничиваются перечисленіемъ ряда отдѣльныхъ разнообразныхъ наблюденій, добавляя къ нимъ кое-какіе выводы; точно установленной основы для патогенеза искривленія шейки нѣтъ, ибо самое искривленіе это является лишь припадкомъ цѣлаго ряда заболѣваній, которыя могутъ предрасполагать къ подобному измѣненію скелета.

Для сокращенія доклада, я не буду входить въ подробности и лишь сокращенно изложу то, что можно считать добавленіемъ къ общеизвѣстному.

Вдумываясь въ функціональное значеніе тазобедреннаго сустава у человѣка и припоминая ту громадную нагрузку, которая иногда возлагается на головку бедренной кости, нельзя не удивляться той глубокой цѣлесообразности устройства тазобедреннаго сустава. Въ цѣляхъ физіологической выгоды при движеніи и стояніи устроенъ и тотъ уголъ между шейкой и діафизомъ, который нормально наблюдается. Несомнѣнно, что прочность стоянія болѣе обезпечена при этихъ условіяхъ, чѣмъ если бы бедренная кость, какъ плечевая, была прямолинейной.

Разсматривая процессъ внѣутробнаго роста шейки бедренной кости, можно видѣть, что у новорожденнаго этой части бедренной кости почти нѣтъ и граница между эпифизомъ и діафизомъ располагается такъ, что книзу отъ нея имѣется прямолинейный діафизъ почти безъ намека на перегибъ; лишь со временемъ эпифизарная линія передвигается къ средней линіи тѣла, какъ-бы подталкиваемая ростущею подъ угломъ шейкой. Извѣстно, что къ концу роста вся шейка бываетъ расположена въ предѣлахъ сустава и съ діафизомъ образуетъ уголъ приблизительно въ 125—126°—конечно, съ извѣстными колебаніями.

Преслѣдуя физіологическія соображенія при образованіи угла между шейкой и діафизомъ, природа должна была озаботиться мѣрами предосторожности противъ статическихъ невыгодъ этого обстоятельства. Вдумываясь въ одновременное существованіе этого угла при необходимости для головки выдерживать большую тяжесть, можно только поражаться этимъ примѣромъ столь удивительной цѣлесообразности въ устройствѣ нашего тѣла.

Всѣмъ извѣстны капитальныя изслѣдованія *Meyer*'а, *Culman*'а, *Wolf*'а и др., доказывающія, что въ устройствѣ области верхняго конца бедренной кости видны основательныя инженерныя соображенія. *Culman* на распилѣ шейки бедренной кости усматривалъ всю систему устройства т. наз. крана для поднятія тяжестей. И, дѣйствительно, въ устройствѣ шейки бедренной кости ясно видны предосторожности противъ уменьшенія ея угла. Однако очевидно уже и a priori и доказано многочисленными фактами, что область шейки бедренной кости и ея граница съ остальнымъ діафизомъ должны подлежать вліянію тѣхъ условій, которыя или уменьшаютъ стойкость кости, или увеличиваютъ ея отягощеніе, или даютъ сочетаніе обѣихъ силъ, вмѣстѣ взятыхъ. Въ результатѣ размѣръ угла въ об-

Digitized by Google

ласти шейки бедренной кости подлежитъ колебанію и, конечно, скорѣе въ смыслѣ его уменьшенія.

Какія-же причины могутъ дѣйствовать въ данномъ случаѣ? Не говоря о врожденныхъ искривленіяхъ, прежде всего я долженъ упомянуть о рахитѣ въ его раннихъ или позднихъ проявленіяхъ.

При томъ множествѣ искривленій чисто статическаго свойства на почвѣ рахита и вообще ослабленнаго питанія, какія наблюдаются въ видѣ genu varum или valgum, трудно было-бы думать, чтобы существующій уголъ въ области шейки бедренной кости не поддавался тому-же вліянію и, конечно, въ смыслѣ уменьшенія его вслѣдствіе дѣйствія тяжести сверху. И, дѣйствительно, это явленіе, составляющее главный признакъ coxae varae, представляется явленіемъ весьма частымъ въ сочетаніи съ другими искривленіями на протяженіи нижней конечности.

Но, помимо этой патологической основы, а также наблюдаемой болѣе рѣдко остеомаляціи, самъ по себѣ процессъ роста кости служитъ причиной ея податливости. Всѣмъ извѣстно, какъ легко ростущую кость, подобно дереву, направить на неправильный ростъ путемъ искусственнымъ. Въ числѣ данныхъ, подтверждающихъ это обстоятельство, можно указать, напр., на экспериментальныя изслѣдованія *Maas*'а¹), доказывающія, что ростущая кость очень чутка къ воздѣйствію извнѣ: давленію стѣнокъ матки въ жизни внутриутробной, сжатію обувью или костюмомъ, ненормальному отягощенію и пр. Неудивительно поэтому, что шейка бедренной кости въ періодъ роста особенно воспріимчива къ подобнаго рода вліянію при сочетаніи болѣзненныхъ явленій съ періодомъ роста.

Однимъ изъ условій, дѣйствующимъ въ этомъ направленіи, какъ сказано, является ненормальное отягощеніе, и, дѣйствительно, въ этіологіи т. наз. coxa vara часто имѣется двойная нагрузка одной ноги при заболѣваніи или отсутствіи другой, или же быстрое увеличеніе вѣса, напр., вслѣдствіе ожирѣнія въ дѣтскомъ возрастѣ. Подъ общимъ именемъ coxa vara слѣдуетъ собственно подразумѣвать рядъ измѣненій въ видѣ уменьшенія угла между шейкой бедренной кости и діафизомъ ея или грибовиднаго сползанія головки внизъ по отношенію къ шейкѣ (см. сним. 1 и 2).

Снимокъ 1.

Въ сочетаніи съ этими явленіями надо упомянуть также о перегибаніи шейки въ плоскости горизонтальной, при чемъ получается выпуклость ея впередъ и вогнутость назадъ, т. е., большой вертелъ и головка очень сближаются на задней сторонѣ и стопа оказывается повернутой кнаружи (rotatio) (см. сним. 3).

На этомъ признакѣ, какъ извѣстно, и остановился въ свое время *Kocher*, какъ на добавленіи къ остальнымъ клиническимъ припадкамъ, т. е., поднятію вертела выше нормы, затрудненному отведенію и болѣзненности.

¹) Berliner klinische Wochenschrift, 1900 г., стр. 118.

Снимокъ 2.

Снимокъ 3.

Въ послѣднее время однако получено много данныхъ, доказывающихъ, что въ этіологіи coxae varae часто лежитъ травматическое поврежденіе. Оказывается, что переломъ шейки бедренной кости, вколоченная его форма, составляетъ частое поврежденіе не только старческаго, но и дѣтскаго возраста; послѣдній въ этомъ отношеніи имѣетъ даже преимущество вслѣдствіе существованія эпифизарнаго хряща. Просмотрѣнное при самомъ началѣ, поврежденіе это въ послѣдующемъ періодѣ сказывается въ видѣ типической coxa vara съ затрудненіемъ отведенія бедра, болями и поворотомъ конечности кнаружи. Послѣдній признакъ, столь характерный для перелома бедренной шейки, при чемъ задняя стѣнка ея вколачивается вслѣдствіе существованія *Merkel*'евской «шпоры», и указываетъ на важное значеніе перелома въ образованіи coxae varae, и уже много авторовъ, описывая переломы шейки въ дѣтствѣ, говорятъ о послѣдовательномъ искривленіи [*Hoffa*, *Whitman*, *Sprengel*, *Hofmeister*, *Borchard* и др. ¹)].

Какъ типичные примѣры, могу изъ своихъ наблюденій привести слѣдующіе 3.

¹) См. «Archiv für Orthopädie», т. 1, 1903 г., стр. 369 и др.

Digitized by Google

1. 14-лѣтній воспитанникъ в.-учебнаго заведенія упалъ въ 1898 г., слѣзая съ лошади; послѣ того хромалъ недѣли 3 и затѣмъ поправился. Лѣто 1900 г. провелъ на морскихъ купаніяхъ на Югѣ и очень пополнѣлъ. Одновременно развились боли въ лѣвомъ (ушибленномъ) тазобедренномъ суставѣ. При осмотрѣ больного черезъ 2 года послѣ полученнаго имъ поврежденія я нашелъ у него общее ожирѣніе, высокое стояніе вертела, укороченіе ноги на 2—3 стм., и рѣзкій поворотъ ея кнаружи. Отводитъ ногу съ большимъ трудомъ. Легкое genu valgum. Очевидно, здѣсь былъ типичный случай развитія coxae varae подъ вліяніемъ внезапнаго отягощенія въ періодѣ сильнаго роста (14—16 л.). *Roentgen*'оскопическаго изслѣдованія въ этомъ случаѣ сдѣлано не было.

2-й случай—недавняго времени. Одинъ изъ членовъ Съѣзда обратился ко мнѣ за совѣтомъ по слѣдующему поводу. Въ дѣтствѣ онъ ушибъ себѣ лѣвый тазобедренный суставъ. Съ тѣхъ поръ въ этомъ суставѣ постоянныя боли и неловкость; во время усиленной ходьбы и при утомленіи боли рѣзко усиливаются. При ощупываніи—всѣ данныя обезображиванія въ области шейки (утолщеніе, смѣщеніе вертела), характерное затрудненіе отведенія и поворотъ кнаружи. *Roentgen*'овское изслѣдованіе показало уменьшеніе угла и сближеніе вертела съ головкой на задней сторонѣ.

3-й больной еще находится у меня подъ наблюденіемъ. Это— 15-лѣтній мальчикъ, 4 мѣсяца назадъ упавшій съ дерева и получившій переломъ предплечья и «ушибъ» ноги. Послѣ паденія онъ 2 недѣли лежалъ, а потомъ долго хромалъ. Въ настоящее время на *Roentgen*'овскомъ снимкѣ всѣ припадки coxae varae sin. и слѣды перелома шейки бедренной кости.

Вышеприведенныя краткія данныя уже говорятъ за то, что въ понятіи «coxa vara» имѣется нѣчто собирательное, что не укладывается въ рамки нашихъ представленій объ одной опредѣленной болѣзни.

Нельзя не отмѣтить однако, что имѣются попытки найти идіопатическое заболѣваніе подобнаго-же рода въ зависимости отъ зараженія микробами *(Froehlich)*. Свойства найденнаго микроба (бѣлый гроздекоккъ), столь частаго обитателя кожи, заставляютъ подозрительно относиться къ подобнаго рода предположенію.

Coxa vara представляетъ такимъ образомъ обезображиваніе вслѣдствіе отягощенія (Belastungsdeformität—нѣмцевъ).

Соглашаясь съ такимъ основнымъ взглядомъ на причину уменьшенія угла между шейкой бедренной кости и діафизомъ ея, можно допустить и обратное отступленіе отъ нормы, т. е. выпрямленіе угла. По аналогіи, случаямъ послѣдняго рода надо дать названіе coxa valga—терминъ, уже вошедшій въ употребленіе. Однако, просматривая литературу вопроса объ искривленіяхъ шейки бедренной кости вообще, можно видѣть, что разбору coxa valga удѣляется еще очень мало вниманія, отчасти, по видимому, на основаніи вышеупомянутыхъ причинъ, и на эту тему пишутъ вообще немного и только единичные авторы. Такъ, *Albert* [1]) описалъ 13 случаевъ coxa valga, собранныхъ имъ изъ различныхъ музеевъ. Въ числѣ причинъ образованія этого отступленія отъ нормы, онъ приводитъ параличъ или ослабленіе дѣятельности нижней конечности, остеоміэлитъ подвздошной кости, рахитъ, остеомаляцію, genu valgum, врожденный вывихъ бедра, множественные экзостозы и пр.

Это разнообразіе найденныхъ причинъ выведено изъ отдѣльныхъ (по 1—2 случая) наблюденій. Съ нѣкоторою осторожностью *Albert* высказывается о выпрямляющемъ дѣйствіи на шейку тяжести висящей конечности.

На основаніи своего матеріала, клиническаго и музейнаго, я могу высказаться смѣлѣе и опредѣленнѣе. *Всѣ тѣ условія, которыя снимаютъ тяжесть съ области головки бедренной кости и, кромѣ того, способствуютъ тягѣ нижней конечности по направленію внизъ, могутъ въ періодѣ роста кости вліять выпрямляющимъ образомъ на уголъ верхняго конца бедренной кости.* Сюда, стало быть, можно отнести случай усѣченія ноги въ дѣтскомъ возрастѣ на протяженіи не выше средины бедра или ниже при условіи неупотребленія протеза; сюда особенно относятся случаи неупотребленія ноги вслѣдствіе тяжкихъ поврежденій (см. сним. 4) и заболѣваній, при чемъ висящая нога всею тяжестью выпрямляетъ уголъ шейки; сюда-же принадлежатъ случаи паралича одной ноги (дѣтскій параличъ), а также врожденнаго вывиха, при чемъ вывихнутая головка ускользаетъ отъ вліянія тяжести. Продолжительное вліяніе упомянутыхъ причинъ можетъ вести почти къ полному выпрямленію угла.

Интересны данныя, получаемыя при изслѣдованіи по *Roentgen*'у распиловъ нормальной шейки или coxa vara, съ одной стороны, и coxa valga, съ другой. Въ одномъ случаѣ видна вся сложная, правильная система перекладинъ, въ другомъ — отсутствіе всякой цѣлесообразности (см. сним. 5 и 6).

Возвращаясь къ этіологіи измѣненія угла шейки бедренной кости въ ту или другую сторону, я полагаю, что разсматривать обѣ категоріи его—coxa vara и valga — слѣдуетъ совмѣстно. И та и другая форма являются слѣдствіемъ отягощенія положительнаго или отрицательнаго, если такъ можно выразиться. Снятіе тяжести, вызывающее выпрямленіе шейки, ведетъ къ образованію coxa vara на противоположной сторонѣ вслѣдствіе двойной нагрузки.

Снимокъ 4.

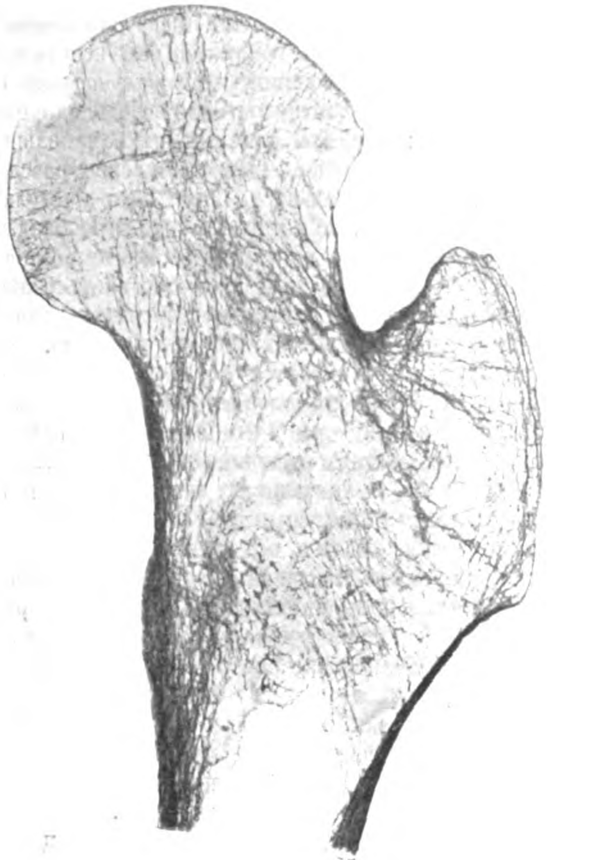
Снимокъ 5.

Въ клиническомъ отношеніи бо́льшій интересъ, конечно, имѣетъ coxa vara. Затрудненная ходьба, боли, не-

[1]) Zur Lehre v. d. s. coxa vara und valga. 1899 г.

Digitized by Google

Снимокъ 6.



возможность отведенія, а иногда и сгибанія требуютъ ортопедической помощи.

Отличительное распознаваніе среди другихъ сходныхъ болѣзней, конечно, весьма поучительно съ практической стороны.

Лѣченіе имѣетъ въ виду снятіе тяжести, покой, усиленное продолжительное отведеніе и, наконецъ, оперативное вмѣшательство.

Считаю долгомъ поблагодарить здѣсь д-ра *Б. Ф. Гринейзена* за помощь, оказанную мнѣ при выборѣ матеріала изъ инвентаря хирургическаго Музея, а также за изготовленіе свѣтописныхъ и тѣнеписныхъ снимковъ.

## LVI. Къ вопросу о механизмѣ питанія (resp. кровоснабженія) сердца теплокровныхъ животныхъ.

(Экспериментальное изслѣдованіе).

Ч. пр. и прозектора при каѳедрѣ физіологіи въ Харьковскомъ Университетѣ **И. А. Чуевскаго.**

Изслѣдованіе это представляетъ попытку подойти къ рѣшенію, хотя бы въ общихъ чертахъ, слѣдующихъ наиболѣе важныхъ вопросовъ, касающихся механическихъ условій питанія (resp. кровоснабженія) сердца теплокровныхъ животныхъ: 1) Какъ велико безотносительное и относительное количество крови, протекающее чрезъ сосудистую систему сердца различныхъ животныхъ? и 2) въ какіе моменты сердечнаго сокращенія происходитъ наибольшая доставка крови сердцу?

### 1. *Методика.*

Въ качествѣ объекта изслѣдованія бралось «переживающее» и вполнѣ изолированное сердце собакъ, кошекъ и кроликовъ, поставленное въ условія искусственнаго питанія по способу, выработанному *Langendorff*'омъ [1]), *Locke*'омъ [2]) и др. Для питанія сердца употреблялась *Locke*'овская жидкость состава: хлористаго натрія—9,0, хлористаго калія—0,2, хлористаго кальція (кристаллическаго)—0,25, двууглекислаго натрія—0,2, виноградного сахара—1,0 на 1000 к. стм. перегнанной воды.

«Переживающее» сердце, поставленное въ условія искусственнаго питанія, представляетъ для экспериментальной физіологіи незамѣнимый объектъ въ слѣдующихъ отношеніяхъ: 1) чрезвычайно упрощается постановка опытовъ и 2) условія опыта дѣлаются вполнѣ зависимы отъ изслѣдователя и могутъ легко видоизмѣняться. Кромѣ того, замѣна крови мало дифферентной и мало измѣняющейся жидкостью, обладающей сравнительно съ кровью высокимъ коэффиціентомъ вязкости (см. ниже), имѣетъ еще и слѣдующую выгоду спеціально по вопросу о механизмѣ кровоснабженія сердца: обезпечивая изслѣдователю на болѣе или менѣе долгое время равномѣрно правильную дѣятельность сердца, *Locke*'овская питательная жидкость, протекая чрезъ сосудистую систему сердца, caeteris paribus, въ значительно бо̀льшемъ количествѣ, чѣмъ кровь (прямо пропорціонально коэффиціенту вязкости), даетъ тѣмъ самымъ возможность получать въ увеличенномъ масштабѣ количественныя отношенія, опредѣляющія механическія условія питанія сердца; благодаря этому, несомнѣнно должна уменьшаться ошибка наблюденія при послѣдующихъ перечисленіяхъ полученныхъ данныхъ по отношенію въ крови.

Питаніе сердца совершалось при помощи слѣдующаго приспособленія: въ объемистую водяную ванну, нагрѣваемую газовыми горѣлками, помѣщались 2 большихъ (въ 2 и 6 литра) *Wulf*'овы стклянки съ кранами внизу, наполненныя питательной жидкостью. Смотря по условіямъ опыта, одна изъ стклянокъ наполнялась иногда растворомъ (въ питательной же жидкости) какого-либо фармакологическаго вещества. Если изслѣдовалось вліяніе различныхъ температуръ, то внѣ водяной ванны устанавливалась еще и 3-ья стклянка съ питательной жидкостью, помѣщаемая въ охлаждающую смѣсь. Трубки, проведенныя въ полости стклянокъ отъ резервуара съ сжатымъ кислородомъ и снабженныя на концѣ угольными фильтрами, доставляли жидкости необходимое количество этого газа. Кромѣ того, полости стклянокъ помощью другой системы трубокъ соединялись съ сильнымъ каучуковымъ нагнетательнымъ насосомъ, благодаря которому во всемъ приборѣ можно было легко и быстро повышать давленіе до необходимой высоты. Посредствомъ вилообразно развѣтвляющейся трубки питательная жидкость каждаго изъ сосудовъ доставлялась чрезъ сердечную канюлю къ сердцу, при чемъ помощью крановъ, находящихся внизу *Wulf*'овыхъ стклянокъ, регулировалась правильная доставка только опредѣленной жидкости. Между сосудами съ питательной жидкостью и сердечной канюлей помѣщался приборъ для измѣренія количества питательной жидкости, поступающей въ сердце.

Сердечная канюля, ввязываемая въ аорту, была устроена по обыкновенному типу, но внутри содержала термометръ для измѣренія температуры питательной жидкости и помощью бокового отростка соединялась съ ртутнымъ манометромъ для опредѣленія давленія, подъ которымъ жидкость втекала въ вѣнечныя артеріи сердца.

Для измѣренія тока, resp. количества поступающей въ сосудистую систему сердца питательной жидкости, употреблялись записывающіе «кровяные часы» *Hürthle* [3]). Часы эти предварительно были установлены такъ, что 10 млм. размаха кривой скорости тока соотвѣтствовали 1 к. стм. прошедшей чрезъ «часы» жидкости.

Сердечныя сокращенія улавливались помощью легкаго міографическаго рычажка, соединеннаго съ верхушкой лѣваго желудочка тонкой шелковой нитью, пропитанной шеллакомъ.

Движенія «кровяныхъ часовъ» и сердечнаго рычажка записывались на закопченой безконечной бумажной лентѣ 2-барабаннаго кимографа *Hürthle*. Кромѣ того, одновременно наносились отмѣтки времени, равныя $^1/_5$ сек. (помощью хронографа *Jacquet*) и колебанія ртутнаго манометра, соединеннаго съ сердечной канюлей.

### Постановка опытовъ и планъ изслѣдованія.

Предварительно взвѣшенное животное убивалось помощью обезкровливанія; затѣмъ вырѣзанное по возможности быстро и осторожно (безъ механическихъ насилій) сердце навязывалось на сердечную канюлю, для чего послѣдняя вставлялась въ отсепарованную и вскрытую аорту, не доходя до отверстій вѣнечныхъ артерій, и накрѣпко фиксировалось лигатурой. Непосредственно вслѣдъ за этимъ начиналось искусственное питаніе сердца *Locke*'овской жидкостью сперва суб-нормальной температуры (30°—34° Ц.) и при слабомъ давленіи; затѣмъ постепенно температура повышалась до 36°—38° Ц. и давленіе увеличивалось до 60—80 млм. ртутнаго манометра.

Во время опыта а) помощью сердечнаго рычажка записывались всѣ качественныя измѣненія сердечной дѣятельности; б) при помощи «кровяныхъ часовъ» измѣрялось безотносительное количество питательной жидкости, прошедшей чрезъ сосудистую систему сердца въ различные моменты опыта и въ теченіи точно опредѣленнаго промежутка времени. Въ видахъ провѣрки, что питательная жидкость, проходящая чрезъ «часы», поступаетъ цѣликомъ въ вѣнечныя артеріи, а не протекаетъ мимо аортальныхъ заслонокъ въ лѣвый желудочекъ, въ полость послѣдняго вставлялся чрезъ одну изъ легочныхъ венъ легкій дренажъ изъ тонкой стеклянной или каучуковой трубки; благодаря ему, жидкость, затекающую въ желудочекъ, легко можно было собирать

въ вымѣренный цилиндръ; зная-же количество ея, легко было внести соотвѣтствующую поправку въ показанія «кровяныхъ часовъ».

По окончаніи опыта сердце тщательно взвѣшивалось; затѣмъ, пока всѣ измѣрительные приборы находились еще на своихъ мѣстахъ, отмѣчались одновременно на кардіограммѣ, тахограммѣ и др. кривыхъ всѣ обстоятельства, достопримѣчательныя въ какомъ-либо отношеніи, напр., время начала и конца наполненія (resp. опорожненія) «кровяныхъ часовъ» (т. наз. «періоды»), различныя стадіи сердечныхъ сокращеній: начало и конецъ систолы, діастолы и пр. Само собою разумѣется, что отмѣтки обязательно дѣлались одновременно на всѣхъ кривыхъ пишущими приборами соотвѣтствующихъ записывающихъ снарядовъ.

Дальнѣйшія изслѣдованія состояли въ слѣдующемъ:

1. Подробнымъ анализомъ кривой скорости тока опредѣлялось въ к. стм. общее количество питательной жидкости, прошедшее чрезъ сосудистую систему сердца въ теченіи опредѣленнаго промежутка времени и выводилось среднее по отношенію къ 1 сек.

2. Въ видахъ сравнительной оцѣнки механическихъ условій проходимости сосудистой системы сердца для тока питательной жидкости, измѣренный «кровяными часами» объемъ послѣдней опредѣлялся затѣмъ по отношенію а) къ 100 грм. органа (единица массы), б) къ 100 млм. давленія ртутнаго манометра (единица давленія) и в) къ 1 мин. наблюденія (единица времени).

3. На основаніи полученныхъ данныхъ вычислялось затѣмъ относительное наружное сопротивленіе въ кровеносной системѣ сердца (т. е. наружное сопротивленіе, представляемое массою органа въ 100 грм.), по измѣненной формулѣ *Poiseuille*'я:

$$Q\,\frac{100}{g} = k\,\frac{h\,d^4}{1000},$$

гдѣ Q—средній объемъ тока въ 1 сек. въ к. миллиметрахъ, g—вѣсъ сердца, k—коэффиціентъ вязкости *Locke*'овской жидкости, h—высота давленія въ миллиметрахъ ртутнаго манометра, d—діаметръ трубки [4]). Искомое d, т. е., діаметръ идеальной цилиндрической трубки, имѣющей единицу длины (1 м. или 1000 млм.), можетъ служить, съ одной стороны, показателемъ наружнаго сопротивленія, при чемъ послѣднее будетъ обратно пропорціонально 4-й степени вычисленнаго діаметра; съ другой—показателемъ проходимости сосудистой системы сердца для тока питательной жидкости (resp. крови); въ этомъ отношеніи полученная величина по справедливости заслуживаетъ названія «показателя энергіи кровоснабженія». Само собою разумѣется, что онъ будетъ прямо пропорціоналенъ 4 й степени вычисленнаго діаметра.

Полученныя путемъ опыта и вычисленій количественныя данныя, опредѣляющія механическія условія питанія сердца *Locke*'овской жидкостью, можно въ общихъ чертахъ безъ большой натяжки пріурочить къ механическимъ условіямъ кровоснабженія сердца, принявъ, конечно, во вниманіе разницу въ коэффиціентѣ вязкости крови и *Locke*'овской жидкости.

Вычисленный мною [по способу *Hürthle* [7])] коэффиціентъ вязкости для питательной жидкости вышеприведеннаго состава, при температурѣ 38° Ц., равнялся въ среднемъ 4120. При сравненіи его съ коэффиціентами крови собаки, кошки и кролика, опредѣленными *Hürthle* (op. c., стр. 415), для крови собаки K=1011, кошки—1128, кролика—1460), явствуетъ, что K *Locke*'овской жидкости относится къ K крови собаки, какъ 4,1 : 1, къ K крови кошки, какъ 3,7 : 1 и къ K крови кролика, какъ 2,9 : 1.

Имѣя въ виду сообщить въ болѣе подробной работѣ всѣ полученныя цифровыя данныя, ограничусь изложеніемъ основныхъ выводовъ и общихъ цифровыхъ данныхъ.

## 2. *Экспериментальная часть.*

*Объемъ тока питательной жидкости въ вѣнечныхъ артеріяхъ сердца.* Поставленное въ условія искусственнаго питанія, сердце во время своей «изолированной жизни» переживаетъ нѣсколько различныхъ состояній, въ которыхъ особенно важную роль играютъ колебанія тонуса сердечныхъ мышцъ, въ зависимости отъ чего рѣзко измѣняются и механическія условія питанія сердца. Въ первые моменты, послѣ начала искусственнаго питанія, сердце нѣкоторое время находится въ полномъ покоѣ въ состояніи сильнѣйшей діастолы, т. е., при полномъ разслабленіи мышцъ всѣхъ отдѣловъ сердца. Продолжительность періода покоя— весьма различна и зависитъ отъ того, какъ быстро начинается искусственное питаніе сердца послѣ удаленія его изъ организма: чѣмъ скорѣе оно начинается, тѣмъ быстрѣе возстановляется и дѣятельность сердца. Въ зависимости отъ этого періодъ покоя равнялся въ моихъ опытахъ отъ 1 до 6—10 мин. Сердце болѣе крупныхъ животныхъ (собакъ) давало болѣе продолжительную остановку.

Въ начавшейся затѣмъ сердечной дѣятельности я могъ болѣе или менѣе отчетливо различать слѣдующіе періоды:

1-ый періодъ характеризуется *рѣзко ослабленнымъ тонусомъ сердечной мышцы и бурной* (не всегда правильной, особенно въ началѣ періода) *дѣятельностью сердца:* мышца сердца представляется вялой, даже дряблой; сокращенія частыя; размахи (амплитуда) ихъ большіе; систола быстрая и короткая; діастолическое разслабленіе наибольшее; продолжительность систолы и діастолы болѣе или менѣе одинакова, но чаще систола преобладаетъ по продолжительности надъ діастолой. Этотъ періодъ продолжается до 10—15 мин. и болѣе; онъ бываетъ болѣе короткомъ и менѣе отчетливо выраженъ въ тѣхъ случаяхъ, когда питаніе сердца начинается слишкомъ поздно.

2-й періодъ характеризуется *усиленіемъ тонуса сердечной мышцы и болѣе упорядоченной сердечной дѣятельностью*, а именно—явленія 1-го періода постепенно измѣняются въ слѣдующихъ отношеніяхъ: а) плотность сердечной мышцы (по преимуществу желудочковъ и въ особенности—лѣваго) дѣлается все большей и большей, все сердце сжимается, объемъ полостей желудочковъ уменьшается; кардіограмма явственно поднимается надъ абсциссой; б) сердечныя сокращенія дѣлаются болѣе рѣдкими; размахи ихъ нѣсколько уменьшаются, оставаясь въ общемъ довольно большими; систола дѣлается менѣе быстрой, при чемъ на высотѣ главнаго сокращенія иногда появляются одно или нѣсколько добавочныхъ незначительныхъ; діастолическое разслабленіе—менѣе полно; продолжительность систолы и діастолы болѣе или менѣе одинакова или-же діастола продолжительнѣе. Въ такомъ положеніи, при благопріятныхъ условіяхъ, сердце можетъ оставаться цѣлыми часами. Впрочемъ, продолжительность этого періода во многомъ зависитъ отъ присущихъ каждому изслѣдуемому сердцу его, такъ сказать, личныхъ свойствъ; по видимому, сердце менѣе крупныхъ и болѣе молодыхъ животныхъ болѣе выносливо.

3-й періодъ можетъ быть названъ періодомъ *упадка сердечной дѣятельности:* а) тонусъ сердечной мышцы, постепенно увеличиваясь, достигаетъ извѣстнаго maximum'а; б) правильная сердечная дѣятельность часто смѣняется аритміей; въ общемъ частота сердечныхъ сокращеній значительно уменьшается; вмѣстѣ съ этимъ уменьшаются также и размахи ихъ; діастола дѣлается болѣе и болѣе продолжительной, при чемъ объемъ діастолическаго разслабленія постепенно уменьшается; наконецъ сердце останавливается въ полусокращенномъ состояніи *).

Соотвѣтственно вышеописаннымъ особенностямъ въ дѣятельности сердца и въ состояніи его мышцы, механическія условія питанія «изолированнаго» сердца болѣе или менѣе рѣзко измѣняются въ различные періоды наблюденія. Во время діастолическаго покоя сердца и въ теченіи 1-го періода его дѣятельности объемъ тока питательной жидкости, проходящей черезъ систему вѣнечныхъ артерій сердца, бываетъ наибольшимъ; затѣмъ, по мѣрѣ развитія явленій 2-го періода, объемъ тока начинаетъ постепенно уменьшаться и, наконецъ, устанавливается на извѣстной, болѣе или менѣе постоянной, величинѣ. Въ 3-мъ періодѣ объемъ тока наименьшій. По видимому, подобныя колебанія въ объемѣ тока обусловливаются главнымъ образомъ большимъ или меньшимъ тоническимъ состояніемъ сердечной мышцы и, слѣд., болѣе или менѣе сильнымъ сжатіемъ тончайшихъ кровеносныхъ сосудовъ сердца, слѣдствіемъ чего является увеличеніе наружнаго сопротивленія въ системѣ вѣнечныхъ артерій. Весьма возможно, что уменьшеніе объема тока, особенно въ 3-мъ

*) Въ тѣхъ случаяхъ, когда питаніе сердца начинается поздно (черезъ ½ час. и болѣе послѣ вырѣзыванія), въ мышцѣ его уже до начала питанія дов. скоро развиваются явленія, указывающія на наступленіе сильнаго тонуса: сердце дѣлается твердымъ, и желудочки (въ особенности лѣвый) сильно сокращаются. При последующемъ искусственномъ питаніи наблюдаются слѣдующія особенности: 1) періодъ покоя гораздо болѣе продолжителенъ; 2) сердечная дѣятельность возстановляется медленно, постепенно и не вполнѣ совершенно: сокращенія желудочковъ, хотя и правильны, но менѣе энергичны, въ особенности же это касается лѣваго желудочка; 3) въ возстановившейся сердечной дѣятельности бо̀льшею частью сразу начинаютъ преобладать явленія, свойственныя 2-му періоду.

Digitized by Google

періодѣ, вызывается отчасти постепенно развивающейся судорогой сосудистой системы сердца; однако выдѣлить и болѣе точно опредѣлить степень участія этого явленія мнѣ не удалось.

На основаніи вышеизложенныхъ наблюденій слѣдуетъ принять слѣдующія положенія:

1. Объемъ тока питательной жидкости, проходящей черезъ сосудистую систему «изолированнаго» сердца, не представляетъ опредѣленной величины, а колеблется въ болѣе или менѣе широкихъ предѣлахъ въ зависимости отъ состоянія сердечной мышцы.

2. Наибольшій объемъ тока совпадаетъ съ состояніемъ разслабленія (resp. съ состояніемъ пониженнаго тонуса) сердечной мышцы, наименьшій—при обратныхъ условіяхъ.

3. Чтобы судить объ энергіи кровоснабженія сердца, необходимо измѣрять объемъ тока, по возможности, при различныхъ состояніяхъ сердца, болѣе или менѣе соотвѣтствующихъ нормальнымъ условіямъ; таковыми я считаю 1-й и 2-й періоды дѣятельности «изолированнаго» сердца.

Въ нижеприводимой таблицѣ сгруппированы общія данныя моихъ опытовъ, опредѣляющія средній объемъ тока питательной жидкости въ кровеносной системѣ сердца собаки, кошки и кролика.

Таблица 1.

D—давленіе въ млм. ртутнаго манометра; T°—температура по Ц.; V—объемъ тока въ к. сантиметрахъ.

| №№ опытовъ. | Вѣсъ животнаго и его сердца. | D/T° | V въ 1 сек. (въ к. стм.). | Относительн. V: въ 1 мин., на 100,0 вѣса и при 100 млм. Hg. (к. стм.). |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Собака 3750 грм.; сердце=55,0 (1,5%) | а) 40/37° | max.—1,64<br>min.—0,82<br>среднее 1,23. | 335,0 |
| | | б) 60/37° | max.—2,16<br>min.—1,90<br>среднее 2,03 | 368,0 |
| | | | Среднее опыта | 351,0 к. стм. |
| 2 | Собака — щенокъ—1700 грм.; сердце = 20,0 (1,2%) | а) 60/37° | max.—0,76<br>min. 0,57<br>среднее 0,67 | 335,0 |
| | | б) 80/37° | max.—1,10<br>min. 0,90<br>среднее 1,00 | 375,0 |
| | | | Среднее опыта | 355,0 к. стм |
| 3 | Собака — 5200 грм.; сердце = 64,0 (1,2%) | а) 40/37° | max.—1,85<br>min.—1,52<br>среднее—1,68 | 395,0 |
| | | б) 60/37° | max.—2,79<br>min.—2,29<br>среднее—2,54 | 397,0 |
| | | | Среднее опыта | 396,0 к. стм. |
| 5 | Кошка — 1800 грм.; сердце = 11,0 (0,61%) | 80/36° | max.—1,10<br>min.—0,61<br>среднее—0,86 | 586,0 |
| | | | Среднее опыта | 586,0 к. стм. |
| 6 | Кошка — 2600 грм.; сердце = 15,3 (0,59%) | 80/37° | max.—1,10<br>min.—0,82<br>среднее—0,96 | 471,0 |
| | | | Среднее опыта | 471,0 к. стм. |
| 7 | Кошка — 3270 грм.; сердце = 16,0 (0,49%) | 80,37° | max.—0,95<br>min.—0,67<br>среднее—0,81 | 380,0 |
| | | | Среднее опыта | 380,0 к. стм. |
| 13 | Кошка — 1460 грм.; сердце=8,0 (0,55%) | 60/36° | max.—0,46<br>min.—0,38<br>среднее—0,42 | 525,0 |
| | | | Среднее опыта | 525,0 к. стм. |
| 4 | Кроликъ — 1860 грм.; сердце = 6,0 (0,32%) | а) 60/37°,5 | max.—0,44<br>min.—0,39<br>среднее—0,42 | 700,0 |
| | | б) 80/37°,5 | max.—0,70<br>min.—0,64<br>среднее—0,67 | 837,0 |
| | | | Среднее опыта | 768,0 к. стм. |
| 9 | Кроликъ — 1630 грм.; сердце = 5,2 (0,32%) | 60/37° | max.—0,66<br>min.—0,27<br>среднее—0,47 | 904,0 |
| | | | Среднее опыта | 904,0 к. стм |
| 14 | Кроликъ — 1600 грм.; сердце = 5,4 (0.33%) | 60/34-35° | max.—0,34<br>min.—0,21<br>среднее—0,28 | 520,0 |
| | | | Среднее опыта | 520,0 к. стм |
| 15 | Кроликъ — 1640 грм.; сердце = 4,4 (0,28%) | 60,35—36° | max.—0,52<br>min.—0,20<br>среднее—0,36 | 818,0 |
| | | | Среднее опыта | 818,0 к. стм |

Выводы изъ таблицы 1.

А) Средній объемъ тока питательной (resp. *Locke*'овской) жидкости въ кровеносной системѣ сердца, опредѣленный по отношенію къ 1 мин. времени, 100 млм. ртутнаго давленія и 100 грм. вѣса органа, колеблется: 1) для сердца собаки между 351,0 и 396,0 к. стм.; въ среднемъ равняется 370,0 к. стм.; 2) для сердца кошки—между 380,0 и 586,0 к. стм., въ среднемъ равняется 480,0 к. стм.; 3) для сердца кролика—между 520,0 и 904,0 к. стм., въ среднемъ равняется 710,0 к. стм.

Б) Вычисленный на основаніи этихъ данныхъ (при коэффиціентѣ вязкости питательной жидкости=4120), показатель энергіи кровоснабженія (resp. относительное наружное сопротивленіе) будетъ выражаться діаметромъ цилиндрической трубки (въ 1 метръ длины), равнымъ—1) для сердца собаки 1,97 млм. (4-я степень=14,9), 2) для сердца кошки 2,10 млм. (4-я степень=19,4), 3) для сердца кролика 2,32 млм. (4-я степень=29,1).

*Средній объемъ кровяного тока въ вѣнечныхъ артеріяхъ сердца.* Чтобы составить себѣ, хотя общее, представленіе объ энергіи кровоснабженія сердца того или другого животнаго на основаніи вышеприведенныхъ данныхъ, касающихся объема тока питательной жидкости, необходимо внести въ эти данныя поправку соотвѣтственно разницѣ въ коэффиціентахъ вязкости *Locke*'овской жидкости и крови того или другого животнаго (см. выше).

Сдѣлавъ это, получимъ, что средній объемъ кровяного тока въ вѣнечныхъ артеріяхъ сердца будетъ равняться (въ 1 мин., при 100 млм. ртутнаго давленія и по отношенію къ 100 грм. вѣса органа); 1) для сердца собаки (1,35% общаго вѣса) 90,2 или 90 к. стм.; 2) для сердца кошки (0,55% общаго вѣса) 129,7 или 130 к. стм. и 3) для сердца кролика (0,31% общаго вѣса) 244,8 или 240 к. стм. Принявъ полученную для сердца собаки величину за 1, будемъ имѣть слѣдующія отношенія, опредѣляющія энергію кровоснабженія собаки, кошки, кролика, caeteris paribus,—1:1,4:2,7. Другими словами: чѣмъ меньше (по вѣсу) сердце тѣмъ относительно болѣе энергично происходитъ кровоснабженіе его.

*Вліяніе систолы и діастолы на объемъ тока въ вѣнечныхъ артеріяхъ сердца.* Въ своей работѣ: «О кровоснабженіи отдѣльныхъ органовъ» я [6]) сдѣлалъ цѣлый рядъ опредѣленій объема кровяного тока въ мышечныхъ органахъ произвольнаго движенія [нижняя конечность и тонкая мышца бедра (m. gracilis) собаки] при условіяхъ покоя и тетаническаго (непрерывнаго и ритмически прерываемаго) сокращенія ихъ, при чемъ оказалось, что при мышечныхъ сокращеніяхъ объемъ кровяного тока въ органѣ рѣзко уменьшается въ теченіи всего времени, пока продолжается самый актъ сокращенія. Это уменьшеніе я объяснялъ тѣми механическими препятствіями, которыя создаютъ въ сосудистой системѣ органа сокращающіяся мышцы, а именно: сжимая громадную массу своихъ капилляровъ и мелкихъ артерій и венъ, онѣ настолько повышаютъ сопротивленіе

току крови въ сосудистой системѣ изслѣдуемаго органа, что наличной vis a tergo оказывается недостаточно для преодолѣнія его.

жидкости въ вѣнечныхъ артеріяхъ, соотвѣтственно различнымъ стадіямъ одиночнаго сердечнаго сокращенія, дали слѣдующія цифровыя данныя (см. табл. 2).

Таблица 2.

Колебанія объема тока питательной жидкости въ вѣнечныхъ артеріяхъ сердца кошки во время систолы и діастолы [изъ оп. № 7 *)].

| №№ анализируемыхъ сокращеній сердца. | Систола. | | Діастола. | | Прим. |
|---|---|---|---|---|---|
| | Продолжительность въ доляхъ секунды. | Объемъ тока питат. жидкости въ к. стм. | Продолжительность въ доляхъ секунды. | Объемъ тока питат. жидкости въ к. стм. | |
| 1 | 0,52 | 1 час. . . . 0,070<br>2 » . . . 0,030<br>3 » . . . . 0,060 | 0,54 | 1 час. . . . . 0,100<br>2 » . . . . 0,150<br>3 » . . . . 0,130 | Частота пульса—56 въ 1 мин.<br>Давленіе = 80 млм. Hg.<br>Температура = 30° Ц. |
| | | Итого . . 0,160 к. стм. | | 0,380 к. стм. | |
| Отношеніе систолическаго объема тока къ діастолическому—1 : 2,4. | | | | | |
| 2 | 0,50 | 1 час. . . . 0,060<br>2 » . . . 0,040<br>3 » . . . 0,050 | 0,54 | 1 час. . . . . 0,130<br>2 » . . 0,150<br>3 » . . . . 0,120 | Частота пульса—56 въ 1 мин.<br>Давленіе = 80 млм. Hg.<br>Температура = 30° Ц. |
| | | Итого . . 0,150 к. стм. | | 0,400 к. стм. | |
| Отношеніе систолическаго объема тока къ діастолическому—1 : 2,6. | | | | | |
| 3 | 0,30 | 1 час. . . . . 0,060<br>2 » . . 0,030<br>3 » . . 0,030 | 0,24 | 1 час. . . . 0,110<br>2 » . . . . 0,160<br>3 » . . . 0,100 | Частота пульса 100 въ 1 мин.<br>Давленіе = 80 млм. Hg.<br>Температура = 36° Ц. |
| | | Итого . . 0,120 к. стм. | | 0,370 к. стм. | |
| Отношеніе систолическаго объема тока къ діастолическому—1 : 3,1. | | | | | |
| 4 | 0,32 | 1 час. . . . . 0,100<br>2 » . . . 0,000<br>3 » . . . . 0,000 | 0,32 | 1 час. . . . . 0,100<br>2 » . . . . 0,140<br>3 » . . . . 0,110 | Частота пульса 100 въ 1 мин.<br>Давленіе = 80 млм. Hg.<br>Температура = 36° Ц. |
| | | Итого . . 0,100 к. стм. | | 0,350 к. стм. | |
| Отношеніе систолическаго объема тока къ діастолическому—1 : 3,5. | | | | | |

Принимая во вниманіе, во 1-хъ, что въ сердцѣ мы имѣемъ типическій мышечный органъ, въ 2-хъ, что періодъ дѣятельности этого органа (систола) и періодъ покоя (діастола) необычайно рѣзко разграничены другъ отъ друга, уже a priori можно было ожидать, что объемъ тока питательной жидкости въ сосудистой системѣ сердца будетъ имѣть различную величину въ зависимости отъ момента сердечной дѣятельности, а именно: при систолѣ онъ будетъ уменьшаться, при діастолѣ—увеличиваться. Опыты, поставленные мною для выясненія этого вопроса, имѣли ту особенность, что питаніе сердца производилось черезъ канюли, вставленныя непосредственно въ отверстія вѣнечныхъ артерій. Полученныя мною данныя можно представить въ видѣ слѣдующихъ положеній:

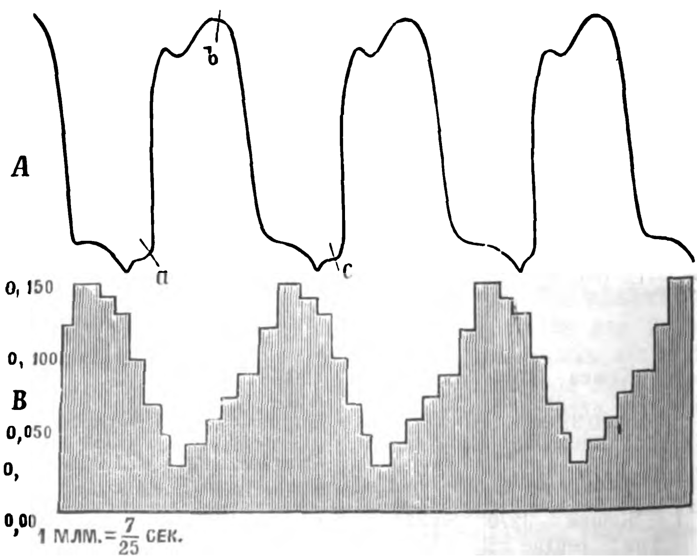
1. Въ началѣ 1-го періода дѣятельности «изолированнаго» сердца, который, какъ было видно, характеризуется рѣзко ослабленнымъ тонусомъ сердечной мышцы и быстрою, короткою систолой, объемъ тока питательной жидкости въ сосудистой системѣ сердца болѣе или менѣе одинаковый какъ во время систолы, такъ и во время діастолы; но уже очень скоро, по мѣрѣ увеличенія тонуса сердечной мышцы и особенно по мѣрѣ увеличенія силы и продолжительности систолы, токъ питательной жидкости постепенно дѣлается болѣе или болѣе прерывистымъ, при чемъ во время систолы объемъ его начинаетъ явственно уменьшаться.

2. Во 2-мъ періодѣ сердечной дѣятельности, когда мышечный тонусъ выраженъ наиболѣе отчетливо, систолическое уменьшеніе объема тока питательной жидкости достигаетъ весьма значительной степени; при этомъ въ колебаніяхъ объема тока замѣчается слѣдующая послѣдовательность: а) съ самаго начала систолы желудочковъ токъ начинаетъ постепенно и быстро уменьшаться; б) на высотѣ систолы онъ достигаетъ своего minimum'а, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже совершенно прекращается; в) съ началомъ діастолическаго разслабленія желудочковъ токъ питательной жидкости начинаетъ постепенно и быстро увеличиваться и достигаетъ maximum'а при полной діастолѣ.

Произведенныя мною подробныя измѣренія объема тока

Цифровыя данныя таблицы 2, вполнѣ подтверждая вышеприведенные выводы, даютъ, кромѣ того, возможность вывести отношенія, опредѣляющія энергію кровоснабженія сердца во время систолы и діастолы; эти отношенія, при условіи одинаковой продолжительности систолы и діастолы и одинаковаго давленія, равнялись въ среднемъ: а) для рѣдкаго пульса 1 : 2,5, б) для частаго 1 : 3,3.

Сопоставивъ въ частностяхъ различныя фазы одиночнаго сердечнаго сокращенія съ соотвѣтствующими колебаніями объема тока въ вѣнечныхъ артеріяхъ сердца, я получилъ слѣдующую діаграмму, наглядно показывающую зависимость между опредѣленной фазой сокращенія и объемомъ тока (ср. данныя таблицы 2, № 1):




A) Кривая сердечныхъ сокращеній: a—b систола, b—c діастола.

B) Кривая объема тока питательной жидкости въ вѣнечныхъ артеріяхъ: 1 млм. ординаты равняется 0,005 к. стм.; 1 млм. абсциссы равняется 0,04 сек.

*) а) Систолой я считалъ промежутокъ отъ начала сокращенія до начала разслабленія мышцы сердца, діастолой—vice versa; б) такъ какъ въ этомъ случаѣ продолжительность систолы и діастолы была болѣе или менѣе одинакова, то при анализѣ кривой

Digitized by Google

Къ сказанному необходимо прибавить, что систолическое замедленіе тока въ вѣнечныхъ артеріяхъ, столь характерное для 2-го періода дѣятельности «изолированнаго» сердца, проявлялось съ особенною силою въ случаяхъ дѣйствія на сердце дигиталина, строфантина и тому подобныхъ веществъ, увеличивающихъ не только тонусъ сердечной мышцы, но и силу и продолжительность систолы. На высотѣ дѣйствія этихъ средствъ наблюдалось не только полное прекращеніе тока во время систолы сердца, но иногда даже незначительный обратный токъ отъ сердца въ видѣ короткаго и быстраго обратнаго толчка.

На основаніи вышеприведенныхъ данныхъ можно придти къ тому заключенію, что сердце, относительно механическихъ условій кровоснабженія, въ общемъ подчиняется тому-же закону, какъ и мышечные органы произвольнаго движенія, а именно: при условіяхъ извѣстнаго тонуса сердечной мышцы (а таковой несомнѣнно присущъ и нормальному сердцу), во время сокращенія, resp. систолы, объемъ тока крови въ системѣ вѣнечныхъ артерій уменьшается; во время-же діастолы объемъ тока достигаетъ своей наибольшей величины; слѣд., сердце снабжается кровью главнымъ образомъ во время діастолы.

Отсюда, какъ необходимый выводъ, вытекаетъ 1) важное значеніе діастолы въ жизни сердца: она есть не только время отдыха работающаго органа, но и главное время кровоснабженія, resp. питанія его; 2) важное значеніе для сердца всѣхъ діастолически дѣйствующихъ условій: физіологическихъ (тонусъ блуждающаго нерва и пр.), физіолого-химическихъ и фармакологическихъ.

Болѣе подробное опредѣленіе роли этихъ условій въ кровоснабженіи сердца составитъ предметъ другой статьи.

### 3. *Общіе выводы.*

1. Средній объемъ тока питательной жидкости въ кровеносной системѣ «переживающаго» сердца, опредѣленный по отношенію къ 1 мин., 100 млм. ртутнаго давленія и 100 грм. вѣса органа, равняется: для сердца собаки 370, кошки 480, кролика 710 к. стм.

2. Соотвѣтственно этимъ даннымъ средній объемъ кровяного тока при тѣхъ-же условіяхъ можетъ быть принятъ равнымъ: для сердца собаки 90, кошки 130, кролика 240 к. стм.

3. Показатель энергіи кровоснабженія сердца различныхъ животныхъ (resp. относительное наружное сопротивленіе), вычисленный въ формѣ діаметра цилиндрической трубки длиной въ 1 метръ, равняется: для сердца собаки 1,97 (4-я степень = 14,9), кошки 2,10 (4-я степень = 19,4), кролика 2,32 млм. (4-я степень = 29,1).

4. При сравненіи механическихъ условій кровоснабженія сердца собаки съ другими органами *) того-же животнаго, получаются слѣдующія отношенія [для сравненія взяты: а) объемъ кровяного тока, вычисленный по отношенію къ 1 мин., 100 млм. ртутнаго давленія и 100 грм. вѣса органа и б) показатель энергіи кровоснабженія или относительное наружное сопротивленіе]:

| | Объемъ кровяного тока. | Показатель энергіи кровоснабженія. |
|---|---|---|
| нижняя конечность . . . . . . | 5 к. стм. | 0,95 млм. |
| скелетная мышца (въ покоѣ) . | 12 » » | 1,20 » |
| голова. . . . . . . . . . . . . | 20 » » | 1.37 » |
| сердце. . . . . . . . . . . . . | 90 » » | 1,97 » |
| почка **). . . . . . . . . . . | 100 » » | 2,12 » (?) |
| щитовидная железа . . . . . | 560 » » | 3,15 » |

5. При условіи извѣстнаго тонуса сердечной мышцы кровоснабженіе сердца совершается главнымъ образомъ во время діастолы; во время систолы (особенно на высотѣ ея) токъ крови (resp. питательной жидкости) въ вѣнечныхъ артеріяхъ рѣзко уменьшается, доходя при извѣстной высотѣ тонуса сердечной мышцы и силѣ систолы до полной пріостановки.

скорости тока я дѣлилъ моменты систолы и діастолы на 3 равныя части и соотвѣтственно каждой изъ нихъ отдѣльно измѣрялъ въ к. стм. объемъ тока жидкости.

*) *Чуевскій.* Ueber Druck, Geschwindigkeit и т. д. Archiv f. d. gesammte Physiologie, т. 97, стр. 286.

**) По даннымъ *Landengreen* u. *Tigerstedt*'a. Scandinavisches Archiv f. Physiologie, т. 4, стр. 241—280.

**Источники.** 1. *Langendorf O.* Archiv f. die gesammte Physiologie, т. 61, 66, 70.—2. *Locke F.* Journal of physiology, т. XVIII (1895); а также Centralblatt f. Physiologie, 1898, № 11 и 1901, №№ 17, 19, 26.—3. *Hürthle K.* Archiv f. die gesammte Physiologie, т. 97.—4. *Чуевскій.* Ueber Druck, Geschwindigkeit und Widerstand etc. (Тамъ-же, т. 97, стр. 212).—5. *Hürthle K.* Тамъ-же, т. 82.—6. *Чуевскій.* О кровоснабженіи отдѣльныхъ органовъ, 1902 г., см. также Ueber die Aenderung des Blutstroms im Muskel bei tetanischer Reizung seines Nerven, Archiv f. d. gesammte Physiologie, т. 97.

## LVII. О наружномъ сѣченіи пищевода, какъ неотложной операціи при удаленіи инородныхъ тѣлъ *).

П. А. Баратынскаго.

Цѣлью этой статьи служитъ желаніе познакомить товарищей съ представившимся мнѣ случаемъ застреванія проглоченнаго камня въ пищеводѣ и удаленія его путемъ наружнаго сѣченія послѣдняго. Вмѣстѣ съ тѣмъ я позволю себѣ возобновить въ памяти читателей основныя положенія изъ достаточно разработанной главы современной хирургіи объ оперативномъ удаленіи инородныхъ тѣлъ пищевода. Это послѣднее обстоятельство имѣетъ тѣмъ большее оправданіе, что операція наружнаго сѣченія пищевода должна быть доступной всякому врачу, какъ операція жизненная. Въ настоящее время пора настоятельно выдвигать неотложность ея на ряду съ операціями ущемленной грыжи, горлосѣченія, операціи изсѣченія ребра при эмпіемѣ и др. Какъ основы противогнилостнаго и безгнилостнаго лѣченія ранъ должны быть усвоены врачами безъ различія спеціальностей, такъ и неотложныя операціи должны производиться всѣми врачами. Конечно, эти соображенія болѣе относятся къ врачамъ провинціальнымъ, гдѣ спеціализація мало развита и гдѣ сама жизнь требуетъ всезнанія.

Застреваніе различныхъ тѣлъ въ глоткѣ и пищеводной трубкѣ встрѣчается въ обыденной жизни довольно часто; громадное большинство этихъ инородныхъ тѣлъ силами организма или извергаются черезъ ротъ, или проходятъ въ желудокъ. Въ значительно меньшей части случаевъ собственныхъ силъ организма бываетъ недостаточно для удаленія инородныхъ тѣлъ, и послѣднія должны быть удалены искусственнымъ путемъ—или извлечены черезъ ротъ, или протолкнуты въ желудокъ. Наконецъ, уже въ очень рѣдкихъ случаяхъ инородное тѣло не можетъ быть ни извлечено чрезъ ротъ, ни протолкнуто въ желудокъ вслѣдствіе какихъ-либо препятствій, какъ, напр., изъ-за величины тѣла, присутствія острыхъ краевъ, внѣдрившихся въ стѣнку пищевода, давленія сосѣднихъ органовъ и пр. Въ такихъ случаяхъ остается сдѣлать наружное сѣченіе пищевода и черезъ сдѣланную рану извлечь застрявшее тѣло.

Инородныя тѣла, останавливающіяся въ пищеводѣ, нѣкоторые авторы [*Abelmann*, *Wolzendorf* [1]), *Dobbertin* [2])] дѣлятъ на 1) тѣла съ гладкой поверхностью и 2) тѣла съ острой поверхностью или краями. Первыя какъ-бы затыкаютъ пищеводъ на подобіе пробки; вторыя острыми краями производятъ раненіе стѣнки пищевода. Какъ будетъ видно ниже, способы удаленія инородныхъ тѣлъ различны, смотря по формѣ ихъ, главнымъ образомъ ихъ поверхностей. Большинство извлеченныхъ изъ пищевода путемъ кровавой операціи инородныхъ тѣлъ имѣли острые края, что видно изъ слѣдующаго перечисленія: изъ 248 такихъ инородныхъ тѣлъ было костей 82, частей искусственныхъ челюстей 72, монетъ 24, камней 8, костей плодовъ 8, пуговицъ 7, иголъ 4, свистковъ 4, кусковъ мяса 3, стеколъ 3, грецкихъ орѣховъ 2, разнообразныхъ предметовъ, встрѣтившихся по 1 разу, 17, въ числѣ послѣднихъ были самыя разнородныя вещи, какъ-то: гиря, перочинный ножъ, трубка, брошка и пр.; въ 14 случаяхъ

*) Сообщено въ Русскомъ хирургическомъ Обществѣ Пирогова 17/XII 1903 г.

Digitized by Google

инородное тѣло не было обозначено. Какіе причудливые предметы могутъ стараться проглотить душевнобольные, видно изъ сообщенія *Richardson*'а [3]), описавшаго кровавое удаленіе изъ пищевода помочей съ 2 пряжками и случай *Stembo* [4]), удалившаго у душевно-больного столовую ложку изъ желудка.

Наружное сѣченіе пищевода—вообще операція рѣдкая· *Terrier* [5]) первый собралъ 24 случая ея; *Fischer* [6]) въ 1889 г. насчиталъ ихъ въ литературѣ 120, *I. Д. Сарычевъ* [7])—139, *Egloff* [8])—135, проф. *С. П. Ѳедоровъ* [9])—162, изъ нихъ 19 отечественныхъ; *С. В. Владиславлевъ* [10]) пополнилъ статистику 5 случаями, принадлежащими русскимъ авторамъ (1 его, затѣмъ случаи *А. А. Кадьяна,* проф. *М. С. Субботина*, и 2 случая покойнаго проф. *С. П. Коломнина*). Д-ръ *Канцель* и *Г. К. Окладныхъ* [11]) увеличили матеріалъ 5 отечественными случаями (2 принадлежатъ авторамъ, 1—*Н. И. Стуковенкову*, 1— *Д. Н. Эсаулову,* 1—*I. Д. Сарычеву*) и число всѣхъ операцій довели до 212, изъ которыхъ на долю русскихъ хирурговъ приходится 29 случаевъ. Со времени послѣдней статистики, почти за 6 лѣтъ я могъ найти въ доступной мнѣ литературѣ еще 29 случаевъ наружнаго сѣченія пищевода, принадлежащихъ иностраннымъ хирургамъ, и 7—отечественнымъ [случаи д-ровъ *Абрамовича* [12]), *Шмидта* [13]), *Горбатовскаго* [14]), 2 случая проф. *А. А. Боброва* [15]), 2 случая *Н. Н. Михайлова* [16])]. Настоящій случай представляется 8-мъ. Такимъ образомъ всего описано 248 случаевъ, изъ нихъ русскимъ авторамъ принадлежатъ 36 (болѣе 14%).

Чѣмъ объяснить столь рѣдкое производство наружнаго сѣченія пищевода? Я думаю, отвѣтомъ на это могутъ служить слѣдующія соображенія. Произведенная впервые *Goursauld* въ 1738 г. операція наружнаго сѣченія пищевода въ послѣдующіе годы съ тяжелой руки столь знаменитыхъ хирурговъ какъ *Diffenbach* и *Nélaton*, была пріобщена къ операціямъ труднымъ и жизнеопаснымъ. До 1870 г. за 130 слишкомъ лѣтъ въ иностранной литературѣ описанъ лишь 31 случай этой операціи. Съ введеніемъ противогнилостнаго способа наружное сѣченіе пищевода стало мало по малу терять грустную славу операціи трудной, благодаря главнымъ образомъ улучшившемуся теченію шейной раны, и съ 1870 г. по 1894 г., т. е. за 24 года, она была произведена уже 104 раза (*Egloff*). Будучи производима болѣе часто, операція наружнаго сѣченія пищевода тѣмъ не менѣе и до сихъ поръ составляетъ удѣлъ лишь опытныхъ хирурговъ, которымъ вообще рѣдко представляются случаи застреванія инородныхъ тѣлъ въ пищеводѣ. Въ запущенныхъ случаяхъ такіе больные обыкновенно гибнутъ или отъ послѣдовательнаго кровотеченія изъ пораненнаго сосуда, или отъ флегмоны на шеѣ съ ея различными осложненіями. Такъ въ случаѣ *В. В. Дитмана* [17]) больной, подавившійся куриной костью, поступилъ въ лазаретъ съ явленіями повторнаго кровотеченія изъ пищевода и вскорѣ умеръ, не успѣвъ подвергнуться операціи; въ случаѣ д-ра *Ковальскаго* [18]) произошло прободеніе пищевода и вѣтви легочной артеріи съ послѣдовательнымъ смертельнымъ кровотеченіемъ. Необходимо поэтому возможно шире примѣнять эту операцію; пора свести ее съ высокаго пьедестала операціи, доступной лишь хирургамъ опытнымъ, и поставить въ разрядъ обыденныхъ операцій, спасающихъ больнымъ жизнь.

Перехожу къ своему случаю.

Душевно-больной У., 26 л., былъ доставленъ 17/VII 1902 г. въ Тверскую губернскую земскую больницу съ жалобой на боль въ шеѣ и на невозможность глотать. Сопровождавшій его фельдшеръ сообщилъ, что въ тотъ-же день въ 11 час. утра больной, гуляя по двору Бурашевской психіатрической колоніи, проглотилъ камень, который и причинилъ ему боли и безпокойство. Немедленныя попытки врача извлечь камень не увѣнчались успѣхомъ; было лишь опредѣлено застреваніе инороднаго тѣла въ пищеводѣ, для извлеченія котораго больной и былъ отправленъ въ губернскую больницу, въ Тверь, за 16 верстъ, на лошадяхъ.

Средняго роста, съ хорошимъ костякомъ и развитыми мышцами. Изслѣдованіе шеи осмотромъ и ощупываніемъ не дало какихъ-либо указаній; изслѣдованіе зондомъ *Trousseau* обнаружило присутствіе въ пищеводѣ на глубинѣ 23 стм. отъ рѣзцовъ твердаго тѣла—судя по звуку, камня. Осторожныя попытки протолкнуть тѣло въ желудокъ остались безъ успѣха.

Въ 7 час. веч. (черезъ 8 час. послѣ происшествія) я сдѣлалъ наружное сѣченіе пищевода. Усыпленіе хлороформомъ. Операція произведена въ горизонтальномъ положеніи. Кожный разрѣзъ, длиной въ 7 стм., по внутреннему краю грудиносoсковой мышцы, начиная съ уровня нижняго края перстневиднаго хряща книзу. Разсѣчены подкожная шейная мышца и поверхностная фасція. Грудино-сосковая мышца отведена крючкомъ кнаружи, соединенныя мышцы грудино-подъязычная и грудино-щитовидная—кнутри. Разсѣченъ средній листокъ шейной фасціи; сосудистый пучекъ тупымъ крючкомъ оттянутъ кнаружи, боковая доля щитовидной железы—кнутри. Всѣ дѣйствія въ глубинѣ тканей производились тупымъ путемъ. Въ глубинѣ, кнутри отъ раны отыскано дыхательное горло, за которымъ долженъ лежать пищеводъ. По расширеніи раны и введеніи черезъ ротъ зонда *Trousseau* послѣднимъ выпячена была стѣнка пищевода, которая и взята была на 2 шелковыя лигатуры и продольно разрѣзана. Палецъ, введенный черезъ рану пищевода, нащупалъ въ глубинѣ инородное тѣло, которое удалось извлечь лишь съ большимъ трудомъ крѣпкими изогнутыми щипцами. Оно оказалось камнемъ, вѣсомъ въ 24 грм., неправильной формы, кругловатымъ, слегка сплюснутымъ, съ большимъ поперечникомъ въ 3,5, наибольшей окружностью въ 8,25 и толщиной около 2 стм.; поверхность и края его гладкіе *). Вся рана была затѣмъ промыта физіологическимъ растворомъ поваренной соли. Рана пищевода сшита 8 стежками кэтгута, не захватывавшими слизистой оболочки. Шейная рана съужена; внизу выведенъ тампонъ. Повязка.

18/VII: Повязка промокла и была смѣнена. Боль въ шеѣ и при глотаніи. 38°,1—38°,5. За день давали по ложкамъ молоко.

21/VII: Выдѣленій мало. Общее самочувствіе лучше. Выпилъ 3 стакана молока, съѣлъ 2 яйца. 37°,2—38°,2.

24/VII: Выдѣленій мало. Ночью сорвалъ повязку. Дано ½ ф. бѣлаго хлѣба, супъ, 2 яйца и 3 стакана молока. 36°,8—38°,2.

27/VII: Возбужденъ, не позволяетъ себя перевязывать. Температура нормальная.

29/VII: Выдѣленій нѣтъ; рана выполнилась грануляціями. Получаетъ 1 ф. бѣлаго хлѣба, ½ ф. чернаго, кашу, супъ, яйца и молоко.

3/VIII: Рана зарубцевалась. Изслѣдованіе крупной оливой не показало съуженія на мѣстѣ бывшаго разрѣза пищевода. Ѣстъ и глотаетъ безъ затрудненія.

4/VIII: Отправленъ въ Бурашевскую колонію. По собраннымъ позднѣе справкамъ потомъ не жаловался на какія-либо затрудненія при глотаніи пищи.

И такъ, въ моемъ случаѣ душевно-больной проглотилъ камень значительной величины, который остановился на глубинѣ 23 стм. и черезъ 8 час. послѣ застреванія былъ удаленъ путемъ наружнаго сѣченія пищевода. Вопросъ о томъ, на какой глубинѣ пищевода въ большинствѣ случаевъ останавливаются инородныя тѣла, вообще мало затрогивался; также мало обращали вниманія и на анатомическую сторону дѣла. Между тѣмъ для нѣкоторыхъ инородныхъ тѣлъ это обстоятельство имѣетъ большое значеніе, и я позволю себѣ на этомъ остановиться.

Пищеводъ представляетъ полую, растяжимую трубку съ заложенными въ ней мышцами, служащую продолженіемъ глотки. Онъ начинается на уровнѣ перстневиднаго хряща на разстояніи около 15 стм. отъ верхнихъ рѣзцовъ; его длина равна 25 стм. Эти цифры относятся къ взрослымъ мужчинамъ; у женщинъ пищеводъ на 1—2 стм. короче. Соотвѣтственно областямъ, по которымъ проходитъ пищеводъ, различаютъ шейную часть — отъ начала его до яремной вырѣзки грудины—и нижележащую грудную часть, начинающуюся, по *Gaillard*'у, въ разстояніи 20 стм. отъ рѣзцовъ и оканчивающуюся на высотѣ грудобрюшной преграды соотвѣтственно уровню остистаго отростка 10-го грудного позвонка, по *А. Р. Войничъ-Сяноженцкому* [19]). Ниже грудобрюшной преграды расположена брюшная часть. Въ грудной полости пищеводъ отходитъ отъ позвоночника кпереди, проходя близко отъ аорты и бронховъ. Просвѣтъ пищевода, по *Mouton*'у [20]), неравномѣрный: у начала онъ съуженъ до 14 млм. въ поперечникѣ; уровень этого съуженія въ шейной части доступенъ ощупыванію со стороны шеи; 2-ое съуженіе въ 14 млм.—въ грудной части на разстояніи 7 стм. отъ 1-го; наконецъ, 3-ье съуженіе—вблизи того мѣста, гдѣ пищеводъ проходитъ чрезъ грудобрюшную преграду. Внѣ этихъ съуженій поперечникъ пищевода равенъ 19—21 млм.

При прохожденіи инороднаго тѣла по пищеводу большое значеніе имѣетъ способность послѣдняго къ растяженію; въ болѣе узкихъ мѣстахъ пищеводъ можетъ растягиваться до 18—19 млм. въ поперечникѣ, въ другихъ мѣстахъ до 25—35 млм. Вмѣстѣ съ величиной просвѣта и растяжимостью пищевода на застреваніе инородныхъ тѣлъ имѣетъ вліяніе и сосѣдство органовъ, препятствующихъ растяжимости пищевода; особенно это касается шейной части пищевода, заключенной между позвоночникомъ, съ одной стороны, и гортанью, дыхательнымъ горломъ и долями щитовидной железы, съ другой.

Какое-же вліяніе имѣютъ эти анатомическія данныя на глубину застреванія инородныхъ тѣлъ въ пищеводѣ? Нужно думать, что для нѣкоторыхъ, въ особенности круглыхъ и продолговатыхъ, тѣлъ узкія мѣста пищевода служатъ пунк-

*) Камень былъ показанъ въ засѣданіи и предложенъ Пироговскому Музею.

Digitized by Google

тами, гдѣ тѣла эти могутъ останавливаться. По вышеприведеннымъ соображеніямъ, въ шейной части пищевода должно наичаще происходить застреваніе инородныхъ тѣлъ. По *Gaillard*'у [21]), изъ собраннаго имъ матеріала по наружному сѣченію пищевода, застреваніе инородныхъ тѣлъ въ грудной части его отмѣчено всего лишь въ 26 случаяхъ; остальные случаи всѣ приходятся на шейную часть. 2-мъ этапомъ остановокъ служитъ съуженіе грудной части пищевода на разстояніи приблизительно 21—23 стм. отъ рѣзцовъ. Изъ 42 случаевъ наружнаго сѣченія пищевода и 6 случаевъ сѣченія желудка, собранныхъ д-рами *Канцель* и *Окладныхъ*, въ 21 инородное тѣло останавливалось въ грудной части пищевода, при чемъ большинство изъ этихъ тѣлъ застряло въ верхнемъ отдѣлѣ. Остановка круглаго тѣла (гири) въ случаѣ проф. *А. А. Кадьяна* произошла на высотѣ 22 стм. отъ рѣзцовъ. Мѣсто застреванія камней въ 5 случаяхъ отмѣчено именно въ грудномъ съуженіи, на разстояніи 21—23 стм. отъ рѣзцовъ. Въ моемъ случаѣ камень также остановился въ грудномъ съуженіи.

Застрявшее въ томъ или другомъ мѣстѣ пищевода инородное тѣло вызываетъ чаще всего неопредѣленныя боли и затрудненіе глотанія; приступы задушенія съ синюхой лица встрѣчаются рѣже. Къ сожалѣнію, эти субъективные признаки имѣютъ мало значенія для распознаванія; здѣсь главнымъ образомъ важны анамнезъ и объективное изслѣдованіе. Разсказъ больного или окружающихъ о случившемся обыкновенно наводитъ мысль на необходимость объективнаго изслѣдованія. Послѣднее начинается съ ощупыванія шеи по ходу пищевода; этому пріему доступна вся шейная часть. Надежнымъ пріемомъ изслѣдованія служитъ зондированіе пищевода, которое чаще всего и даетъ точныя указанія на присутствіе посторонняго тѣла и глубину его застреванія: звукъ оливы *Trousseau* объ инородное тѣло часто ощущается ясно и нерѣдко бываетъ слышенъ ухомъ. Правда, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, когда проглоченное тѣло залегаетъ въ складкѣ слизистой оболочки пищевода или въ выпячиваніи его, зондированіе не даетъ положительныхъ результатовъ. Такъ, въ случаяхъ *Egloff*'а (2-ой и 5-ый), *Ковальскаго*, *Buch*'а [22]) повторныя изслѣдованія зондомъ не давали указаній на наличность инороднаго тѣла; въ первыхъ 2-хъ случаяхъ лишь тщательное изслѣдованіе обнаружило инородное тѣло, и произведенная операція дала возможность удалить части искусственной челюсти. Дальнѣйшимъ способомъ для распознаванія инородныхъ тѣлъ пищеводной трубки служитъ *Roentgen*'оскопія, въ большинствѣ случаевъ дающая вѣрные результаты; въ другихъ, болѣе рѣдкихъ, случаяхъ и этотъ способъ оказывается ненадежнымъ. Наконецъ, хорошимъ распознавательнымъ пріемомъ остается эзофагоскопія, при помощи которой облегчается и извлеченіе застрявшихъ тѣлъ (*Gottstein*, *С. П. Өедоровъ*, *Hacker*, *Dobbertin*).

Разъ тѣмъ или другимъ способомъ опредѣлено присутствіе инороднаго тѣла въ пищеводѣ на извѣстной высотѣ, необходимо извлечь его. Нерѣдко тѣла, застрявшія въ началѣ пищевода, удается достать глоточными щипцами. У дѣтей необходимъ хлороформный наркозъ. При болѣе глубокомъ положеніи инороднаго тѣла и при извѣстныхъ его свойствахъ нерѣдко удается извлечь его монетоизвлекателемъ *Graefe*, хотя при этомъ всегда нужно помнить опасность этого инструмента, выражающуюся тѣмъ, что онъ можетъ сломаться и самъ застрянуть въ пищеводѣ, какъ это и было въ случаяхъ *М. С. Субботина* [23]), *Wallace* [24]), *Koenig*'а [25]). Съ другой стороны, извѣстны случаи, гдѣ предметы, застрявшіе глубоко въ пищеводѣ (стекло пенснэ близь входа въ желудокъ въ случаѣ *Egloff*'а), были удачно извлечены монетоизвлекателемъ. Далѣе если форма инороднаго тѣла, главнымъ образомъ отсутствіе острыхъ краевъ, позволяетъ протолкнуть его въ желудокъ, то это дѣлается зондомъ съ прикрѣпленной къ нему губкой. И здѣсь нужна осторожность, такъ какъ извѣстны случаи прободенія пищевода отъ такого зондированія (*Auvert*). Наконецъ, если извлеченіе и проталкиваніе не удаются или проталкиваніе опасно при тѣлахъ съ острыми краями, остается послѣдній пріемъ—кровавая операція.

Для шейной части пищевода и верхней части грудного отдѣла наружное сѣченіе служитъ хорошимъ путемъ, черезъ который можно удалить инородное тѣло. По *Richardson*'у, застреваніе инороднаго тѣла на глубинѣ 32—35 стм. отъ рѣзцовъ показуетъ сѣченіе желудка (*Fischer*); для послѣдней операціи *Krönlein* считаетъ показанными случаи съ застреваніемъ инородныхъ тѣлъ непосредственно надъ входомъ въ желудокъ, послѣ того какъ уже было произведено сѣченіе пищевода и извлечь инородное тѣло чрезъ рану не удалось.

Чтобы выяснить показанія къ производству наружнаго сѣченія пищевода, я коснусь патолого-анатомическихъ измѣненій пищеводной трубки. Эти измѣненія зависятъ прежде всего отъ свойствъ застрявшаго тѣла. Если оно сравнительно съ просвѣтомъ пищевода велико и имѣетъ гладкіе края, то вызываетъ давленіе на стѣнку пищевода, результатомъ чего является изъязвленіе съ послѣдующимъ прободеніемъ; послѣднее, въ свою очередь, можетъ сопровождаться нагноеніемъ окружающей пищеводъ клѣтчатки, гнойными затеками и воспаленіемъ легкихъ и плейры. Если застрявшее тѣло имѣетъ острые края, то можетъ произойти прободеніе пищевода и крупнаго шейнаго сосуда съ послѣдовательными воспалительными явленіями. Такъ, въ случаѣ *Billroth*'а была ранена сонная артерія, у *Krönlein*'а—щитовидная, у *Gerster*'а и *Czerny* [26])—яремная вена. Кровотеченія наступаютъ въ различные сроки—отъ 5 дней (*Gerster*) до 15 (*Krönlein*) и долѣе послѣ попаданія инороднаго тѣла. Рѣже за прободеніемъ пищевода происходитъ прободеніе дыхательнаго горла, бронховъ и полости плейры съ послѣдовательнымъ гнойнымъ воспаленіемъ ихъ. Еще рѣже инородныя тѣла могутъ осумковываться въ стѣнкѣ пищевода, вызывая разстройства въ питаніи организма, какъ то было у больного *Mac Lean*'а [27]) съ проглоченной за 11 мѣс. до операціи искусственной челюстью и у *Eitel*'я [28])—съ челюстью, пробывшей въ стѣнкѣ пищевода 6½ лѣтъ.

Когда производить наружное сѣченіе пищевода? *Fischer*, показанія котораго къ производству операціи приняты многими хирургами, совѣтуетъ, если больной обратился въ тотъ-же день, какъ проглотилъ инородное тѣло, сначала попытаться удалить его инструментами; въ случаѣ неудачи эти-же попытки повторить на слѣдующій день, а при неудачѣ и ихъ—приступить къ операціи. Но въ виду того, что инородныя тѣла могутъ механически повреждать стѣнки пищевода даже и при непродолжительномъ пребываніи ихъ въ немъ, необходимо расширить приведенныя показанія и вслѣдъ за неудачными попытками къ удаленію тѣла дѣлать *немедля* наружное сѣченіе пищевода. Для примѣра укажу на случаи *Woods*'а съ застреваніемъ камня въ пищеводѣ и *Wilson*'а [29]) съ застреваніемъ пластинки въ немъ; въ обоихъ наружное сѣченіе пищевода сдѣлано было черезъ 24 часа послѣ несчастія, и, не смотря на это, измѣненія стѣнки пищевода были уже настолько значительны, что повели къ гнилостному зараженію и смерти. Въ своемъ случаѣ послѣ попытки къ проталкиванію я рѣшилъ оперировать немедленно во избѣжаніе давленія на стѣнки пищевода и послѣдовательнаго измѣненія ихъ. Далѣе, операція производится безъ замедленія, если инородное тѣло пролежало въ пищеводѣ уже нѣсколько дней и однократная попытка къ удаленію оказалась неудачной.

Немедленная операція безъ всякихъ попытокъ къ извлеченію показана при инородныхъ тѣлахъ, имѣющихъ острые края или концы, а также при наличности кровотеченія и воспалительныхъ инфильтратовъ на шеѣ. Это послѣднее показаніе можетъ опираться, кромѣ вышеприведенныхъ случаевъ *Billroth*'а, *Krönlein*'а, *Gerster*'а и *Czerny*, на случаи *Дитмана*, *Ковальскаго*, *Gangolphe*'а [30]), *Koenig*'а, гдѣ наступившія черезъ извѣстное время кровотеченія привели больныхъ къ смерти.

Исходя изъ перечисленныхъ показаній, необходимо считать наружное сѣченіе пищевода операціей неотложной на ряду съ другими жизненными операціями.

Съ технической стороны операція эта въ свѣжихъ случаяхъ, гдѣ нормальныя анатомическія отношенія не нарушены, не трудна, благодаря цѣлому ряду надежныхъ опознавательныхъ анатомическихъ данныхъ, какъ то: перстневидный хрящъ, вырѣзка грудины, грудино-сосковая мышца, доля щитовидной железы, дыхательное

Digitized by Google

горло и позвоночникъ. Въ случаяхъ, гдѣ наступили уже воспалительныя измѣненія въ околопищеводной клѣтчаткѣ и на шеѣ, анатомическія отношенія сильно измѣняются, почему и техника операціи значительно осложняется. Я позволю себѣ остановиться на нѣкоторыхъ главныхъ пунктахъ операціи. Разрѣзъ ведется съ лѣвой стороны, откуда ближе добраться до пищевода, по внутреннему краю грудиноссосковой мышцы, съ уровня перстневиднаго хряща внизъ до грудины. Пройдя 2-ой листокъ фасціи безопаснѣе добираться далѣе до пищевода тупымъ путемъ. Въ глубинѣ верхняя и нижняя щитовидныя артеріи ограничиваютъ пространство, черезъ которое идутъ къ пищеводу. Дыхательное горло служитъ вѣрнымъ опознавательнымъ пунктомъ, за которымъ слѣдуетъ искать пищеводъ. Отыскиваніе послѣдняго облегчается введеніемъ черезъ ротъ зонда съ оливой. Пищеводъ берется на лигатуры и разрѣзывается. Извлекается инородное тѣло черезъ рану пищевода тѣмъ или другимъ захватывающимъ инструментомъ. Въ своемъ случаѣ я воспользовался для этого крѣпкими глоточными щипцами, которыми лишь съ трудомъ удалось стронуть крѣпко засѣвшій въ съуженіи грудного отдѣла пищевода камень. Послѣдовательное лѣченіе раны ведется различно въ случаяхъ свѣжихъ, когда стѣнки пищевода не измѣнены, и въ случаяхъ съ значительнымъ патологическимъ измѣненіемъ послѣднихъ. Въ случаяхъ 1-го рода при отсутствіи воспалительныхъ явленій большинство хирурговъ совѣтуютъ сшивать мышечную оболочку по типу закрытія трубчатыхъ органовъ вообще. На 162 случая, приведенныхъ у *С. П. Θедорова*, швы наложены были 34 раза; на 212 случаевъ собранныхъ *Канцелемъ* и *Окладныхъ*,—56 разъ. Рана шеи съуживается; къ пищеводу проводится или дренажъ, или тампонъ, удаляемый черезъ нѣсколько дней (*Carin*, *Rose*, *MacCormac*, *I. Д. Сарычевъ*, *С. В. Владиславлевъ* и др.). Въ запущенныхъ случаяхъ при наличности гнилостныхъ процессовъ въ стѣнкѣ пищевода рана его и шеи не зашиваются и тампонируются.

Кормить больного съ сшитымъ пищеводомъ можно естественнымъ путемъ черезъ ротъ, при чемъ первые дни даютъ жидкую пищу. Своему больному я на слѣдующій-же день послѣ операціи позволилъ пить небольшими глотками молоко. Въ случаяхъ, когда пищеводъ не сшивается, въ первые дни кормятъ больного черезъ зондъ, который вводятъ обыкновенно 2 раза въ день.

Данныя авторовъ о смертности послѣ наружнаго сѣченія пищевода нѣсколько различны: у *Fischer*'а она равна 26%, у *Egloff*'а 24,8%, у *С. П. Θедорова* 24,8%, у д-ровъ *Канцеля* и *Окладныхъ* 21,1%, понижаясь такимъ образомъ въ статистикахъ болѣе позднихъ. Зависитъ-ли это пониженіе отъ улучшившагося теченія ранъ вообще, или-же отъ болѣе ранняго производства операцій,—сказать трудно. По *Egloff*'у и *Gross*'у [31]), операціи, произведенныя въ первые дни, даютъ значительно меньшій % смертности, чѣмъ операціи позднія. Высокія цифры смертности имѣютъ свое объясненіе въ тѣхъ послѣдовательныхъ состояніяхъ, которыя наблюдаются въ пищеводѣ послѣ застреванія въ немъ инородныхъ тѣлъ,—въ изъязвленіи, прободеніи стѣнокъ его съ послѣдующими гнойными процессами окружающихъ тканей и органовъ, далѣе въ кровотеченіи, общемъ исхуданіи и пр. По даннымъ *С. П. Θедорова*, на 40 случаевъ смерти въ 22 причиной ея были прободеніе и омертвѣніе пищевода съ послѣдовательнымъ нагноеніемъ въ окололежащихъ тканяхъ и органахъ, въ 9—кровотеченія изъ полости раны, въ 6—истощеніе и слабость, въ 1—гноекровіе, въ 1—отекъ легкаго и въ 1 причина эта осталась невыясненной. Сама операція не представляетъ опасностей, и больные умираютъ не отъ ея послѣдствій, а отъ вышеуказанныхъ измѣненій, вызванныхъ продолжительнымъ пребываніемъ инороднаго тѣла въ пищеводѣ, т. е. умираютъ отъ того, что поздно обращаются къ хирургической помощи или отъ того, что имъ поздно оказываютъ ее.

Въ заключеніе позволю себѣ представить слѣдующія положенія.

1. Анатомическія съуженія пищевода имѣютъ значеніе этаповъ для остановокъ круглыхъ и продолговатыхъ тѣлъ въ немъ.

2. Наружное сѣченіе пищевода слѣдуетъ считать операціей неотложной, которую должны дѣлать всѣ врачи, особенно при условіяхъ провинціальной дѣятельности.

3. Относительно высокая смертность оперированныхъ зависитъ не отъ операціи, а отъ послѣдовательныхъ измѣненій, вызванныхъ присутствіемъ инороднаго тѣла въ пищеводѣ. Ранняя операція понижаетъ % смертности.

**Литература**: 1. *Eulenburg* и *Аθанасьевъ*. «Реальная Энциклопедія Медицинскихъ Наукъ», т. XV.—2. *Dobbertin*. «Archiv für klin. Chirurgie», 1902, т. LXV.—3. *Richardson*. «Boston med. Journal», 1900. Прив. по «*Virchow*'s Jahresbericht».—4. *Stembo*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1900, № 48.—5. *Terrier*. De l'oesophagotomie ext., 1870.—6. *Fischer*. «Deutsche Zeitschrift für Chirurgie», 1887—1889.—7. *I. Д. Сарычевъ*. «Хирургическая Лѣтопись», 1891.—8. *Egloff*. «Beiträge zur klin. Chirurgie», 1894.—9. *С. П. Θедоровъ*. «Хирургическая Лѣтопись» 1895.—10. *С. В. Владиславлевъ*. «Лѣтопись русской Хирургіи», 1897.—11. *Г. К. Окладныхъ*. Тамъ-же, 1898.—12. *Абрамовичъ*. Тамъ-же, 1898.—13. *Шмидтъ*. «Врачъ», 1899, № 26.—14. *Горбатовскій*. Прив. по «Медицинскому Обозрѣнію», 1902.—15. Проф. *А. А. Бобровъ*. Отчетъ факультетской хирургической клиники проф. *А. А. Боброва*, 1899—1901.—16. *Н. Н. Михайловъ*. «Врачебная Газета», 1902, № 4.—17. *В. В. Дитманъ*. «Врачъ», 1900, № 20.—18. *Ковальскій*. «Лѣтопись русской Хирургіи», 1895.—19. *А. Р. Войничъ-Сяноженцкій*. «Русскій Хирургическій Архивъ», 1903.—20. *Tillaux*. Руководство къ топографической анатоміи.—21. *Gaillard*. De l'intervention sanglante dans le traitement de corps étrangers de l'oesophage. Lyon'ская диссертація, 1894.—22. Хирургія *Billroth*'а и *Lücke*.—24. Проф. *М. С. Субботинъ*. «Хирургическій Вѣстникъ», 1893, см. «Протоколы Русскаго Хирургическаго Общества Пирогова».—24. *Wallace*. «Lancet, 1894; прив. по *Virchow*'s Jahresbericht.—25. *Koenig*. «Archiv für klin. Chirurgie», т. LXVI.—26. См. *Egloff*. l. c.—27. *Mac Lean*. Прив. по *С. П. Θедорову*, op. c.—28. *Eitel*. «Medical News», прив. по «*Virchow*'s Jahresbericht, 1899,—29. Прив. по *Канцель* и *Окладныхъ*, op. c.—30. *Gangolphe*. «Lyon médical», 1895, № 46.—31. *Gross*. «La Semaine médicale», 1891.

---

LVIII. Изъ Николаевскаго морского госпиталя въ Кронштадтѣ.

## Объ операціяхъ подъ непосредственной провѣркой лучами Roentgen'а [1]).

**А. Я. Галебскаго**

Лучи *Roentgen*'а съ самого своего открытія нашли себѣ широкое примѣненіе во всѣхъ областяхъ медицины. Лучами этими пользуются и въ цѣляхъ распознаванія, и въ цѣляхъ лѣченія. Въ томъ и другомъ случаѣ лучи *Roentgen*'а часто служатъ ничѣмъ незамѣнимымъ средствомъ. Но есть одна—правда, довольно ограниченная—область примѣненія *Roentgen*'овскихъ лучей, область, которая какъ-то остается въ тѣни, не смотря на то, что здѣсь-то именно *Roentgen*'оскопія и можетъ принести громадную пользу. Я хочу напомнить и подтвердить фактами возможность дѣлать подъ непосредственной провѣркой лучами *Roentgen*'а нѣкоторыя операціи, преимущественно тѣ, гдѣ до сихъ поръ приходилось дѣйствовать ощупью, напр., при извлеченіи инородныхъ тѣлъ изъ дыхательныхъ и пищеварительныхъ путей, изъ мочевого пузыря и т. д.

Кое-какія попытки дѣйствовать подъ руководствомъ лучей *Roentgen*'а встрѣчаются уже съ 1898 г. Такъ, *Büttner* и *Müller* въ своемъ руководствѣ «Техника и примѣненіе *Roentgen*'овскихъ лучей въ медицинѣ» совѣтуютъ для облегченія иногда очень затруднительнаго отыскиванія иголъ въ мышцахъ идти острымъ зондомъ подъ провѣркою лучами *Roentgen*'а до встрѣчи съ иглой и только затѣмъ уже приступить къ операціи. Въ 1902 г. *Perthes*, примѣнявшій этотъ-же способъ отыскиванія и извлеченія иголъ, только въ нѣсколько измѣненномъ видѣ, настоятельно совѣтовалъ пользоваться имъ.

У насъ въ Россіи, насколько мнѣ извѣстно изъ литературы, попытокъ оперировать подъ провѣркою лучами *Roentgen*'а сдѣлано не было. Поэтому я и позволяю себѣ предло-

[1]) Сообщено въ Русскомъ хирургическомъ Обществѣ *Пирогова* 29/x 1903 г.

Digitized by Google

жить Вашему вниманію недавній случай такой операціи произведенной въ Николаевскомъ морскомъ Кронштадтскомъ госпиталѣ *Я. Я. Мультановскимъ*. Случай этотъ, о которомъ *Я. Я. Мультановскій* вкратцѣ сообщилъ уже на засѣданіи Общества морскихъ врачей въ Кронштадтѣ, слѣдующій.

16/x 1903 г. въ морской госпиталь въ Кронштадтѣ былъ доставленъ ребенокъ, 2 л., проглотившій 13/x вечеромъ, лежа на спинѣ, деньгу, 2 стм. въ поперечникѣ, временъ Павла I. Въ 1-ый день ребенокъ не выказывалъ никакого безпокойства, со 2-го же дня сталъ безпокоиться, отказывался ѣсть и дѣлалъ все время глотательныя движенія. Тогда родители обратились къ врачу, заявивъ, что ребенокъ проглотилъ монету. Позванный къ больному ребенку д-ръ *Данилевскій* послалъ его въ госпиталь, и здѣсь съ помощью *Roentgen*'овскихъ лучей опредѣлилъ, что у него, дѣйствительно, въ пищеводѣ тотчасъ-же ниже перстневиднаго хряща застряла монета, расположившись ребрами во фронтальномъ направленіи. По видимому, монета сидѣла въ пищеводѣ очень плотно, такъ какъ ее не удалось протолкнуть въ желудокъ, къ чему пробовали было прибѣгнуть послѣ ряда долгихъ и безполезныхъ попытокъ извлечь ее наружу посредствомъ монетоловки *Graefe*, корнцанга и ложкообразныхъ полипныхъ щипцовъ *Krause*. Монета только продвинулась дальше и опредѣлялась уже немного выше уровня яремной вырѣзки грудины. Казалось, операція наружнаго сѣченія пищевода была неминуема, если-бы не удачное примѣненіе лучей *Roentgen*'а по моему напоминанію о возможности дѣлать нѣкоторыя операціи подъ провѣркою этими лучами. Какъ монета, такъ и щипцы были прекрасно видны на экранѣ, и монета со 2-го же пріема была благополучно извлечена.

Просмотрѣвъ литературу вопроса, я убѣдился, что мое предложеніе не было новостью. Проф. *Hacker* въ «Руководствѣ практической хирургіи» профф. *Bergmann*'а, *Bruns*'а и *Mikulicz*'а говоритъ слѣдующее: «Просвѣчиваніе на экранѣ является для подходящихъ тѣлъ цѣннымъ распознавательнымъ подспорьемъ, которое можетъ дать извѣстное указаніе для извлеченія при просвѣчиваніи инородныхъ тѣлъ щипцами или монетоловкой». Ту-же мысль, но гораздо яснѣе высказалъ и проф. *П. И. Дьяконовъ* на 3-мъ Съѣздѣ Россійскихъ хирурговъ въ Москвѣ, возражая д-ру *Алексинскому* по поводу его доклада о наружномъ сѣченіи пищевода. «И при *Roentgen*'овскомъ изслѣдованіи, сказалъ проф. *Дьяконовъ*, можно удалять инородныя тѣла изъ пищевода на глазахъ. Мы видимъ и инородное тѣло, и инструментъ». Однако, сколько мнѣ извѣстно, мысль профф. *Hacker*'а и *П. И. Дьяконова* не была до вышеописаннаго случая еще ни разу осуществлена.

Такимъ образомъ я не могу претендовать на новизну мысли. Цѣль моя—лишь указать, что хирурги часто не удѣляютъ должнаго вниманія этому способу, который даетъ лишній шансъ некровавымъ путемъ удалить подходящія инородныя тѣла изъ пищевода. Объясняется это, вѣроятно, тѣмъ, что лучами *Roentgen*'а не вездѣ можно пользоваться, а, съ другой стороны, и тѣмъ, что кабинетъ для *Roentgen*'оскопіи и операціонная, къ сожалѣнію, рѣдко гдѣ соединены въ одномъ и томъ-же помѣщеніи.

Мнѣ кажется, что подъ провѣркою лучами *Roentgen*'а можно удалять инородныя тѣла не только изъ пищевода, но и изъ гортани, дыхательнаго горла, мочевого пузыря, а также и изъ узкихъ пулевыхъ каналовъ, т. е. во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ инородное тѣло можетъ быть лишь ощупано, но недоступно нашему глазу. Желая убѣдиться, насколько видимъ инструментъ при просвѣчиваніи у взрослыхъ, я помѣщалъ его сзади позвоночника, сбоку его: во всѣхъ случаяхъ инструментъ былъ ясно виденъ на экранѣ.

---

## LIX. Новая ртутная соль для лѣченія сифилиса—анилиновая ртуть (Hydrargyrum anilinicum).

Ч. пр. Московскаго Университета **Н. П. Федченко.**

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Мм. Гг.! Фармакологія ртути въ настоящее время настолько богата всевозможными ртутными препаратами, что изыскивать еще новые едва-ли представляется существенно необходимымъ, тѣмъ болѣе что многія изъ солей ртути уже совершенно заслуженно завоевали себѣ вполнѣ прочныя симпатіи у врачей. Если я тѣмъ не менѣе рѣшаюсь обратить Ваше вниманіе еще на одну соль, никѣмъ и нигдѣ не заявленную, то дѣлаю это, во 1-хъ, въ виду нѣкоторыхъ существенныхъ терапевтическихъ достоинствъ ея, а, во 2-хъ, потому, что я и самъ заинтересовался ею при нѣкоторыхъ особенно возбуждающихъ вниманіе обстоятельствахъ. Позвольте мнѣ въ видѣ предисловія сообщить Вамъ краткую исторію моего перваго съ ней знакомства.

Въ 1891 г. я лѣчилъ одного больного, перенесшаго года за 3 до того тяжелое обостреніе легочной бугорчатки и ко времени нашего знакомства считавшаго себя уже сравнительно вылѣчившимся, благодаря примѣненію ингаляціонно-анилиноваго лѣченія по способу проф. *Кремянскаго*. Въ способъ этотъ онъ такъ увѣровалъ и съ нимъ такъ сжился, что безъ анилина не могъ, что называется, ступить шагу: какое-бы страданіе съ нимъ ни приключилось, всегда при лѣченіи онъ прибавлялъ въ той или другой формѣ анилинъ и всегда вѣрилъ, что именно онъ помогъ ему перенести болѣзнь благополучно. Такъ и теперь онъ явился ко мнѣ облѣпленный компрессами изъ анилиновой воды на мѣстахъ язвенно-серпигинозныхъ сифилидовъ; безъ этихъ компрессовъ, по его словамъ, онъ обойтись не можетъ, ибо, очищая язвенныя поверхности и защищая ихъ отъ наружныхъ вредныхъ вліяній, они въ тоже время уменьшаютъ боль и доставляютъ ему возможность болѣе свободныхъ движеній.

Однако же, осматривая язвы, я не могъ подтвердить хорошаго дѣйствія этихъ компрессовъ: дно язвъ было нечистое, грязное, изъѣденное, синебураго цвѣта, прогрессивно распадавшееся, въ обиліи отдѣляло гной и не обнаруживало ни малѣйшей наклонности къ заживленію; а сами язвы, судя по указаннымъ срокамъ, распространялись очень быстро, и нѣкоторыя изъ нихъ достигали величины до $1^1/_2$ ладони и болѣе.

Назначая лѣченіе и имѣя въ виду довѣріе больного къ компрессамъ, а также и по другимъ, болѣе вѣскимъ, соображеніямъ, я посовѣтовалъ ему класть компрессы изъ сулемоваго раствора 1:3000, а затѣмъ постепенно и крѣпче до 1:500. Я разсчитывалъ при этомъ не только на мѣстное дѣйствіе компрессовъ, но главнымъ образомъ и на то, что при значительномъ пространствѣ, занимаемомъ въ общей сложности язвами, часть сублимата будетъ всасываться и, слѣд., облегчитъ мнѣ задачу проведенія ртути въ организмъ ради общаго лѣченія. Результаты не заставили себя ждать долго. Язвы скоро стали очищаться и гранулировать и гораздо скорѣе, чѣмъ я могъ ожидать при томъ состояніи организма, какое было у больного. Это меня заинтересовало въ особенности потому, что изъ специфическихъ средствъ, кромѣ упомянутыхъ компрессовъ, больной не получалъ ничего; и я началъ зорко слѣдить за язвами.

Вначалѣ, пока обильно отдѣлялся гной грязновато-желтаго цвѣта, съ сукровицей и частичками отпадавшей ткани, глазъ не отмѣчалъ ничего новаго. Но потомъ, когда грануляціи стали выравнивать дно, а отдѣляемаго дѣлалось все меньше и меньше, я при осмотрѣ каждый разъ смущался какимъ-то желтовато-бѣлымъ налетомъ, весьма тонкимъ и нѣжнымъ, легко снимавшимся ватой и обнаруживавшимъ исправно шедшую впередъ работу грануляціоннаго процесса. По моимъ соображеніямъ такого налета отъ сулемовыхъ компрессовъ быть не могло, и я, заподозрѣвъ больного въ неискренности отношеній ко мнѣ и моимъ назначеніямъ, рѣшилъ наконецъ подвергнуть его допросу.

Дѣло разъяснилось къ общему удовольствію. Оказалось, что, когда сулемовый компрессъ, приложенный въ первый разъ, произвелъ жженіе, то больной отбросилъ его и искалъ облегченія въ компрессѣ анилиновомъ, а затѣмъ, когда раздраженіе прошло, снова попробовалъ приложить сулемовый и на этотъ разъ съ лучшимъ успѣхомъ. Тогда онъ рѣшилъ на будущее время каждый разъ при перемѣнѣ компрессовъ предпосылать сулемовымъ анилиновые и при жженіи отъ сулемовыхъ, когда растворы брались крѣпче, также облегчать себя анилиновыми. Естественно послѣ этого было предположить, что при смѣшеніи раствора сулемы съ анилиновой водой могъ получиться такой осадокъ; а, такъ какъ то и другое было подъ рукой, то я тотчасъ-же и произвелъ смѣшеніе ихъ въ обыкновенномъ чайномъ стаканѣ: мгновенно-же появилось выдѣленіе хлопьевиднаго желтоватаго осадка, точь въ точь похожаго на видѣнный.

Конечно, такой осадокъ не могъ представлять собою чистаго препарата—Hydrargyrum anilinicum—объ этомъ и говорить нечего; но это обстоятельство было важно для меня тѣмъ, что дало мысль о возможности образованія такой соли, а факты говорили за то, что этотъ препаратъ хорошо дѣйствуетъ наружно, мягко относится къ язвамъ и, судя по общему дѣйствію и по содержанію ртути въ мочѣ, вѣроятно, и хорошо всасывается въ кровь. Я заинтересовался этимъ вопросомъ, много говорилъ съ химиками-спеціалистами, хлопоталъ о его приготовленіи и уже въ тотъ годъ въ небольшомъ количествѣ имѣлъ въ своемъ распоряженіи этотъ препаратъ въ чистомъ видѣ, приготовленный въ лабораторіи В. К. Феррейна маг. Ленардсономъ. Слѣдующіе 4 года я испытывалъ его осторожно въ разныхъ случаяхъ и различномъ приложеніи и наконецъ послѣднія 8 лѣтъ я уже широко пользуюсь имъ для цѣлей лѣченія. Препаратъ изготовляется въ любыхъ количе-

ствахъ у Феррейна, а послѣдніе годы я находилъ его и въ другихъ аптекахъ Москвы, куда попадаютъ мои рецепты.

Въ сухомъ видѣ анилиновая ртуть представляетъ весьма легкій, пушистый, бѣлый порошокъ, не имѣющій ни вкуса, ни запаха, жирный на ощупь и подъ микроскопомъ обнаруживающій кристаллическое строеніе въ формѣ маленькихъ, тоненькихъ палочекъ. Химическая формула его $= Hg(C_6H_4NH_2)_2$; слѣд., чистой ртути по формулѣ онъ содержитъ 52,1%, а окиси ртути 56,3%, т. е., почти на 9% крѣпче, чѣмъ Hydrarg. benzoic. oxydat. Въ водѣ онъ растворяется чрезвычайно мало, и растворимыхъ двойныхъ солей пока я не знаю.

Для лѣченія сифилиса я примѣнялъ анилиновую ртуть слѣдующимъ образомъ: во 1-хъ, какъ нерастворимую соль во взвѣси съ вазелиновымъ масломъ для подкожныхъ впрыскиваній по массовому способу, т. е. въ большихъ количествахъ и рѣдко; во 2-хъ также, во взвѣси съ вазелиновымъ масломъ въ небольшихъ количествахъ и часто—ежедневно или въ 2 дня разъ; въ 3-хъ, въ видѣ крѣпкихъ 30—35%-ныхъ мазей, даваемыхъ для втираній; въ 4-хъ, въ видѣ слабыхъ ½—2—3%-ныхъ мазей для приложенія на язвы, первичные распадающіеся склерозы, вторичныя и третичныя сифилитическія язвы; въ 5-хъ, въ видѣ пластыря тамъ, гдѣ вообще находитъ себѣ показаніе ртутный пластырь; въ 6-хъ для внутренняго лѣченія, назначая его въ формѣ пилюль.

Самое широкое примѣненіе анилиновая ртуть получила у меня для подкожныхъ впрыскиваній. Выписывалъ я ее во взвѣси съ вазелиновымъ масломъ, 4,0 : 30,0, при чемъ иногда, для сравненія, прибавлялъ сюда азотнокислаго кокаина.

Формула писалась такъ:

Rp. Hydrargyri anilinici 4,0
Ol. Vaselini pur. steril. 30,0
Cocaini nitrici 0,25
M. f. l. a. suspensio. Da in vitro albo cum epistomio vitreo et cum collo lato. Formulam signe in eticeto.
DS. Для подкожныхъ впрыскиваній.

По этой формулѣ, имѣя въ виду время, потребное для набиранія шприца и осѣданіе соли на дно изъ взвѣси, при разсчетѣ дозы можно принять безъ особой погрѣшности, что въ шприцѣ, равномъ емкостью 1 грм., будетъ взято 2 грана соли, а 1 дѣленіе его будетъ содержать, слѣд., $^2/_{10}$ или $^1/_5$ грана анилиновой ртути.

Для массовыхъ впрыскиваній, дѣлаемыхъ съ большими промежутками времени, въ 6, 7 дней разъ, я на основаніи своихъ наблюденій выработалъ слѣдующую дозировку для наиболѣе успѣшнаго лѣченія. Для лицъ средняго возраста, принимая во вниманіе ростъ, питаніе и вѣсъ больного, а также тяжесть и упорство болѣзненной формы, слѣдуетъ впрыскивать отъ 6 до 10 дѣленій *Pravaz*'евскаго шприца, т. е. $\frac{6-10}{5}$ грана на уколъ, 1 разъ въ 6—7 дней. Лучше вначалѣ брать меньшія дозы, а затѣмъ каждый разъ ихъ увеличивать, судя по тому, какъ ихъ больной переноситъ и какое дѣйствіе онѣ оказываютъ. Уколы слѣдуетъ дѣлать, конечно, въ ягодицы и при томъ въ толщу мышцъ. Длина иглы, судя по толщинѣ подкожножирной клѣтчатки, должна быть отъ 35 до 45 млм., а канюля ея настолько широка, чтобы можно было втягивать взвѣсь въ шприцъ прямо чрезъ иглу. Къ достоинствамъ этого препарата нужно приписать, что взвѣсь его весьма тонка и нѣжна, въ чемъ каждый можетъ легко убѣдиться по сравненіи съ соотвѣтственной густоты взвѣсью изъ салициловой ртути. Самая тонкая канюля, которая допускаетъ уже возможность набиранія шприца изъ взвѣси аналиновой ртути, не годится для ртути салициловой; игла закупоривается и не работаетъ, требуя болѣе широкой канюли.—Нужно стараться также, чтобы каждый слѣдующій уколъ не попадалъ на старый или вблизи него, а по возможности въ свѣжее, еще не использованное мѣсто въ ягодицѣ.

При такомъ веденіи дѣла массовыя впрыскиванія анилиновой ртути переносились слѣдующимъ образомъ: ни нарывовъ, ни воспалительныхъ явленій не наблюдалось ни разу; краснота кожи надъ мѣстомъ укола иногда бывала, но скоро проходила и потому не обращала на себя вниманіе; припуханія на мѣстахъ уколовъ, конечно, были, какъ это бываетъ при впрыскиваніи и другихъ нерастворимыхъ солей ртути въ тѣхъ-же количествахъ въ взвѣси; но эти припухлости были, во 1-хъ, гораздо меньше, а, во 2-хъ, что самое главное—они имѣли болѣе разлитой видъ и никогда не представлялись въ видѣ тѣхъ оформленныхъ желваковъ, которые приходится иногда видѣть отъ другихъ нерастворимыхъ солей ртути; наконецъ, въ 3-хъ, разсасывались они несомнѣнно скорѣе: часто ко 2-му уколу отъ 1-го уже не было и слѣда. Что касается субъективныхъ ощущеній, то тотчасъ послѣ укола болей никакихъ не бываетъ; онѣ начинаются только спустя ½ часа, часъ, иногда и больше и держатся, самое большее, 2 дня; но боли эти мягкія, выносливыя, не мѣшающія работать. Каждый слѣдующій уколъ боли всё меньше и меньше, не смотря на увеличеніе дозы, а иногда самостоятельныхъ болей даже и совсѣмъ не бываетъ, а только боли тупыя при надавливаніи на мѣсто укола. Вообще я могу засвидѣтельствовать, что при массовыхъ впрыскиваніяхъ въ однѣхъ и тѣхъ-же дозахъ сравнительно съ другими препаратами ртути анилиновая ртуть переносится мягче другихъ. Гингивиты отъ нея я видѣлъ только тогда, когда сразу начиналъ съ большихъ количествъ; разстройствъ кишечника не наблюдалъ ни разу; равнымъ образомъ никогда не приходилось видѣть никакихъ эритемъ, какъ это бываетъ, напр., при употребленіи салициловой ртути.

По терапевтическому дѣйствію препаратъ этотъ также оказывается весьма дѣйствительнымъ. Розеола проходила въ 1-ую же недѣлю, папула—въ среднемъ въ 2 недѣли: болѣе упорныя формы, какъ lichen syphilitic., psoriasis palmaris, язвенныя формы и проч. протекали въ 3 недѣли, а послѣ 4—5-го укола больной уже думаетъ, что онъ совершенно вылѣченъ отъ сифилиса.

Такимъ образомъ результаты отъ этого препарата при массовыхъ впрыскиваніяхъ очень хорошіе. Но что значитъ это заключеніе? Явленія сифилиса подъ вліяніемъ массовыхъ впрыскиваній анилиновой ртути протекаютъ скоро и хорошо, препаратъ переносится мягче другихъ—и только. Я вовсе не хочу этимъ оказать предпочтеніе передъ всѣми другими способу массовыхъ впрыскиваній, я далеко не сторонникъ его и всегда готовъ стать на сторону *Fournier*, допускающаго сохраненіе этого способа лишь въ качествѣ «способа для исключительныхъ случаевъ». Лишь въ такихъ случаяхъ, гдѣ требовалось сильное и быстрое дѣйствіе, а также когда больной не могъ чаще являться къ врачу и когда не было другихъ противупоказаній со стороны организма, пользовался имъ и я, и только для нихъ я и могъ-бы предложить его. Думаю поэтому, что анилиновая ртуть для массовыхъ впрыскиваній предпочтительно передъ другими препаратами ртути можетъ найти себѣ болѣе широкое примѣненіе въ земской практикѣ, гдѣ больной можетъ являться на пріемъ только по воскреснымъ днямъ и праздникамъ. Предлагаю этотъ препаратъ для такихъ случаевъ еще и потому, что онъ всасывается легко и равномѣрно и также легко и равномѣрно выдѣляется; я ни разу не видѣлъ скопляющагося дѣйствія его, и ни одинъ изъ многихъ анализовъ мочи не обнаружилъ тяжелаго раздражающаго дѣйствія его на почки. Въ мочѣ онъ появляется очень скоро: уже при 2—3-мъ мочеиспусканіи, произведенномъ своевременно вслѣдъ за уколомъ, получается ясная реакція на ртуть.

Эта легкая усвояемость анилиновой ртути и скорое появленіе ея въ мочѣ дало мнѣ основаніе примѣнить эту соль для лѣченія сифилиса и по другому способу — для впрыскиваній небольшихъ количествъ ея также въ взвѣси ежедневно и черезъ день, какъ это дѣлается съ растворимыми ртутными солями. Для этого я пользовался 2-мя формулами: одна таже, что и для массовыхъ впрыскиваній, а другая съ половиннымъ содержаніемъ анилиновой ртути, т. е., 2,0 на 30,0 вазелиноваго масла, каковой формулой я пользовался лишь для сравненія болѣзненности и пр.; послѣднее касалось главнымъ образомъ женщинъ и очень нервныхъ мужчинъ, а потомъ и у нихъ обыкновенно переходилъ къ первой формулѣ. Дѣлалось это потому, что, какъ я уже замѣтилъ, боли, если онѣ только бываютъ отъ этого препарата, появляются лишь послѣ первыхъ 2—3-хъ уколовъ, а потомъ никакихъ болей при этихъ дозахъ больше не испытываютъ. Трудно сказать навѣрное, поче-

му это такъ; но это—фактъ, многократно мною замѣченный; впрочемъ, это-же можно сказать и о многихъ другихъ препаратахъ ртути, въ особенности нерастворимыхъ, какъ салициловая, соціодоловая, красная окись ртути и пр. Вотъ почему я и совѣтую начинать обыкновенно съ меньшихъ дозъ и затѣмъ уже постепенно ихъ увеличивать.

Что касается величины дозъ, то на основаніи своихъ наблюденій въ цѣляхъ наилучшаго проведенія лѣченія я могъ-бы вывести слѣдующія руководящія на этотъ счетъ правила. Имѣя въ виду лицъ средняго возраста (25—40 л.), при среднемъ ростѣ ихъ, среднемъ вѣсѣ тѣла (65—70 клгрм.) и среднемъ питаніи, слѣдуетъ вести такой разсчетъ, чтобы въ сутки для впрыскиванія приходилась $^1/_6$ грана анилиновой ртути; слѣд., если больному дѣлаются уколы черезъ день, то берется $^1/_5$ грана на уколъ, или 2 дѣленія шприца для первой формулы, а въ недѣлю по этому разсчету больной получитъ $^7/_5$ грана соли. При болѣе упорныхъ формахъ сифилидовъ дозировку можно увеличивать до 3-хъ дѣленій и ни въ коемъ случаѣ не болѣе 4-хъ на уколъ при 3-хъ уколахъ въ недѣлю, да и то только тогда, когда больной хорошо упитанъ, крупнаго сложенія и тяжелаго вѣса. Лучше всего, конечно, тамъ, гдѣ можно, каждый разъ руководиться лѣчебнымъ дѣйствіемъ отъ уколовъ и на этомъ основаніи регулировать дозировку, увеличивая или уменьшая ее по мѣрѣ надобности. Я упоминалъ уже, что лѣченіе слѣдуетъ начинать обыкновенно съ маленькихъ дозъ $^1/_{10}$, $^1/_7$ и затѣмъ уже $^1/_5$ грана въ день и больше, увеличивая постепенно каждый разъ соотвѣтственно потребностямъ случая. Я считаю за лучшее дѣлать уколы черезъ день и черезъ 2 укола посылать больного въ ванну или въ баню. Уколы и эти я также дѣлаю въ толщу мышцъ въ область ягодицъ при помощи обыкновеннаго *Pravaz*'евскаго или *Lewin*'овскаго шприца емкостью въ 1 грм. Иглы послѣднее время я употребляю платиновоиридіевы, длиной 35—45 млм. Послѣ каждаго укола шприцъ съ иглой промываю послѣдовательно въ нижеслѣдующихъ трехъ растворахъ: 1) мыльно-калійнаго спирта 20,0, перегнанной воды 80,0; 2) хлорноватокислаго и углекислаго кали по 3,0, перегнанной воды 100,0; 3) въ 3%-мъ растворѣ борной кислоты или просто въ перегнанной водѣ. Если предполагается, что игла будетъ употреблена не скоро, напр., чрезъ $1^1/_2$—2—3 мѣсяца (нѣкоторые больные имѣютъ собственные инструменты), то, сверхъ этого, промываю ее еще и въ бензинѣ. При такомъ уходѣ за иглой ею можно пользоваться неопредѣленное время, пока она не затупѣетъ, не потускнѣетъ или не расшатается. Въ особенности надо слѣдить за тѣмъ, чтобы кончикъ иглы былъ всегда одинаково остръ и не завертывался.

Переносятся эти уколы весьма хорошо. Я говорилъ уже, что слабыя боли, если и бываютъ, то у очень немногихъ больныхъ и то только послѣ первыхъ 2—3 уколовъ, а затѣмъ уколы переносятся безболѣзненно и сплошь и рядомъ даже безъ всякихъ ощущеній. Припуханіе наблюдается не всегда, бываетъ оч. небольшое и то только при высшихъ дозахъ, 0,3—0,4 чрезъ день, и никогда не принимаетъ вида оформленнаго желвака, какъ при употребленіи бензойнокислой ртути [1]), такъ что иной разъ его даже трудно опознать обыкновеннымъ ощупываніемъ.

Терапевтическое дѣйствіе при этомъ способѣ примѣненія анилиновой ртути выражается слѣдующимъ образомъ: свѣжая розеола исчезаетъ послѣ 2—3 впрыскиваній; папулезныя высыпанія проходятъ совершенно послѣ 5; lichen syphiliticum, psoriasis palmaris et plantaris, бугорковыя пораженія, гумма, періоститы послѣ 8—10 maximum 12 уколовъ исчезаютъ безъ остатка. Вообще можно сказать, что самыя упорныя формы никогда не затягивались долѣе $3^1/_4$—4 недѣль. Препаратъ никогда не отказываетъ въ специфическомъ дѣйствіи и всегда достаточно силенъ. Всасывается и выдѣляется онъ равномѣрно и скопляющаго дѣйствія ни разу не обнаруживалъ. По крайней мѣрѣ, т. наз. осложненій, какія наблюдаются иногда при ртутномъ лѣченіи, какъ гингивиты, стоматиты, разстройства кишечника и пр. я, если и видѣлъ отъ него, то весьма рѣдко и въ слабой степени, и при томъ лишь тогда, когда по тяжести и упорству болѣзни бралъ высшія дозы, а условія со стороны организма и погоды совсѣмъ не благопріятствовали ртутному лѣченію.

Что касается возвратовъ, то они всегда появлялись въ легкихъ формахъ, скоро уступавшихъ лѣченію даже и тогда, когда первоначальная форма, отъ которой лѣчился больной этимъ препаратомъ, была тяжела и выражена рѣзко. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ возвраты наступали слишкомъ поздно.

Такъ, одинъ больной (юристъ), продѣлавшій еще въ бытность студентомъ изъ-за громаднѣйшаго плоскостнаго склероза крайней плоти и густого папулезнаго сифилида, буквально усѣявшаго всю кожу, единственный курсъ въ 23 укола, по 0,2—0,3 чрезъ день, по разнымъ причинамъ не могъ затѣмъ лѣчиться правильно и откладывалъ свое лѣченіе до тѣхъ поръ, пока не наступитъ ясный возвратъ. Онъ дождался его только чрезъ $2^1/_2$ года и явился ко мнѣ съ нѣсколькими слизистыми бляшками на миндалинахъ и нѣсколькими папулами на бокахъ. Послѣ 5 уколовъ и то, и другое исчезло. Есть больные, которые все свое лѣченіе (4—5 курсовъ) прошли только съ этимъ препаратомъ, женились, здоровы сами и имѣютъ здоровыхъ дѣтей.

Въ виду всего сказаннаго я позволяю себѣ предложить товарищамъ испытать этотъ препаратъ при лѣченіи сифилиса вышеописаннымъ способомъ.

Я нерѣдко примѣнялъ анилиновую ртуть въ мазяхъ для втираній.

Самая лучшая формула по моимъ наблюденіямъ слѣдующая:

Rp. Hydrargyri anilinici 2,0—2,5
Acidi oleinic. puriss. 1,0
Resorbini 3,0
Ol. Menth. pp. anglican 0,3—0,4
(Или Ol. Gaultеriae 0,3).
M. f. longe terendo unguent. D. tal. dos. N
Da in tubulis vitreis. Dispensa appartim.
S. Для втираній.

Приготовленная по этой формулѣ мазь представляетъ мягкій препаратъ, бѣлаго цвѣта, съ пріятнымъ запахомъ мятнаго или гаультероваго масла. Такая мазь хорошо всасывается кожей (по моимъ вѣсовымъ наблюденіямъ до 65% и болѣе), легко и скоро втирается въ нее и не представляетъ неудобствъ сѣрыхъ ртутныхъ мазей, обладающихъ, какъ извѣстно, непріятнымъ цвѣтомъ, противнымъ запахомъ и чрезвычайной летучестью живой ртути. Масло перечной мяты или гаультерово я прибавляю не затѣмъ, чтобы отбить какой-либо запахъ, а потому, что, по моимъ наблюденіямъ, прибавленіе летучихъ маслъ, какъ вышеупомянутыя, къ втираемымъ мазямъ повышаетъ полезное дѣйствіе послѣднихъ; мази лучше всего втираются въ кожу и въ большемъ количествѣ ею всасываются.

По терапевтическому дѣйствію эта бѣлая мазь въ сравненіи съ сѣрыми ртутными мазями, конечно, слабѣе, да такъ оно и должно быть, судя по количественному содержанію чистой ртути; но въ виду того, что мазь эта, во-1-хъ, втирается лучше и полнѣе, а, во-2-хъ, лучше переносится кожей, ея можно брать большія количества, напр., вмѣсто 4,0 сѣрой—6,0 бѣлой, и при такихъ разсчетахъ всегда можно достигнуть одинаковаго лѣчебнаго дѣйствія. Но за то побочныхъ вредныхъ вліяній она при обыкновенныхъ условіяхъ не обнаруживаетъ. Есть больные, даже среди женщинъ, получавшіе по 40—45 втираній подрядъ и переносившіе ихъ безъ всякихъ осложненій. Въ мочѣ при втираніяхъ этой мази ртуть появляется такъ-же скоро, какъ и при втираніи сѣрой. Такъ, иногда послѣ 2—3 втираній приходилось уже получать анализы съ ясной реакціей на ртуть, а послѣ 12—15 втираній въ мочѣ оказывалось 2—2,5 млгрм. ртути и больше.

Въ видѣ слабыхъ мазей съ содержаніемъ отъ $^1/_2$—1 до 3% анилиновой ртути я часто назначалъ этотъ препаратъ при распадающихся склерозахъ, вторичныхъ и третичныхъ сифилитическихъ язвахъ съ несомнѣнно хорошими результатами: язвы скоро очищались и раздраженія не было. Но лучше всего, мнѣ кажется, препаратъ этотъ дѣйствовалъ въ формѣ пластыря. Я употребляю 2 бѣлыхъ пластыря; одинъ называю крѣпкимъ, а другой слабымъ и назначаю ихъ то одинъ, то другой, судя по состоянію и раздражительности язвы и степени инфильтрата.

Вотъ формулы, которыя мнѣ кажутся наилучшими:

Для крѣпкаго пластыря:

Rp. Terebenthin. venet 9,0
Ol. Ricini 12,0
Sebi Bovin. 30,0

[1]) См. мою работу—О Hydrarg. benzoic. oxyd. въ «терапіи сифилиса» и пр., «Медицина», 1892 г., № 19.

Digitized by Google

Gummi Damar. 30,0
Cerae alb. 40,0
Zinci oxydat. 15,0
Liquefactis adde Hydrarg. anilinic. 24,0 (т. е., 15%).
M. f. l. a. Emplastr. alb. forte. Tende crasse supra linteum

и для слабаго.

Rp. Zinci oxydati 5,0
Cerae alb. 30,0
Ol. Provincial. 35,0
Lanolini anhydr. 8,0
Terebenthin. venet. 12,0
Liquefactis adde Hydrarg. anilinic. 10,0 (т. е., 10%).
M. f. l. a. Emplastr. alb. mite. Tende crasse supra linteum.

Для внутренняго употребленія приходилось назначать анилиновую ртуть въ формѣ пилюль съ вытяжкою ревеня и лакрицы по 1/4 грана въ пилюлѣ; такихъ пилюль больной принималъ отъ 4 до 8 и даже до 10 въ день. Въ общемъ онѣ переносились хорошо, желудка не раздражали и дѣйствовали не хуже, чѣмъ и другіе ртутные препараты, даваемые внутрь, хотя при этомъ способѣ терапевтическое дѣйствіе вообще при всѣхъ препаратахъ наступаетъ медленнѣе. Но, такъ какъ такихъ случаевъ у меня было немного—всего 15, а такихъ, гдѣ была изслѣдована моча, и того менѣе (всего 2 случая, изъ которыхъ въ 1-мъ послѣ 5-дневнаго употребленія по 6 пилюль въ день въ суточномъ количествѣ оказалось немногимъ болѣе 1 млгрм. ртути, а во 2-мъ послѣ 15-дневнаго употребленія, при чемъ 1-ую недѣлю больной принималъ по 4, 5, 6, 7, 8, 9 и 10 пилюль въ день, а остальные дни по 9 пилюль въ день, въ мочѣ было около 3 млгрм. ртути, и это лѣтомъ въ іюлѣ), то дѣлать отсюда надежныя заключенія, конечно, рискованно. Придерживающіеся этого способа лѣченія, столь излюбленнаго французскими сифилидологами, могутъ испробовать въ этомъ видѣ и анилиновую ртуть тѣмъ съ большимъ основаніемъ, что переносится она несомнѣнно лучше, чѣмъ Hydrargyrum iodatum viride. На свои 15 случаевъ я ни разу не видѣлъ гингивитовъ и всего 2 раза—жидкія испражненія, по 3—4 раза въ день, но и это случилось въ первые дни пріема средства.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

### Отвѣтъ Петербургской городской санитарной Коммиссіи по поводу „Очерка" д-ра А. Рубеля.

*(Окончаніе. См. № 11, стр. 407).*

Обрисовывая задачи санитарной Коммиссіи и назначенія ея отдѣльныхъ органовъ, авторъ «Очерка» вообще старается говорить словами «параграфовъ инструкціи» и беретъ часть такихъ, которые, какъ выше указано, устарѣли и требуютъ пересмотра. Всякая напряженная, быстро прогрессирующая работа обыкновенно всегда выходитъ изъ рамокъ правилъ и инструкцій; тоже мы видимъ и въ дѣятельности многихъ органовъ санитарной Коммиссіи. Кому также неизвѣстно, что при широкомъ развитіи дѣла и жизненномъ, не канцелярскомъ, ограничиваемомъ инструкціями, къ нему отношеніи всякія изданныя правила и инструкціи обыкновенно быстро старѣютъ, что инструкція хороша только та, которая выработана опытомъ, и что много хорошихъ дѣлъ дѣлалось помимо и даже безъ всякихъ регламентацій? Между тѣмъ весь «Очеркъ» пересыпанъ указаніями на §§ инструкцій и соотвѣтственными жалобами на несоблюденіе разныхъ формальностей. Авторъ его высказываетъ также сожалѣніе, что на мѣстѣ предсѣдателя санитарной Коммиссіи не явилось лица, «которое принялось-бы за реформу основныхъ началъ (?) организаціи». Въ дѣйствительности-же надо радоваться, что предсѣдатели Коммиссіи не занимались преждевременно «реформами началъ», а всѣ свои силы направляли на полезное развитіе и расширеніе дѣла, чѣмъ только и возможно было пріобрѣсти сочувствіе и уваженіе со стороны населенія ко многимъ санитарнымъ мѣропріятіямъ, еще такъ недавно во многихъ отношеніяхъ мало популярнымъ. Изъ отчетовъ санитарной Коммиссіи ясно видно, какъ увеличивалось, особенно за послѣдніе годы, число учрежденій и лицъ, находящихся въ вѣдѣніи санитарной Коммиссіи и при томъ съ какою дѣйствительною пользою для дѣла.

Говоря о Совѣтѣ врачей санитарной Коммиссіи и приведя §§ 27 и 29 инструкціи, авторъ «Очерка» высказываетъ сожалѣніе, что «поступленіе всѣхъ дѣлъ на разсмотрѣніе Совѣта вполнѣ зависитъ отъ усмотрѣнія Коммиссіи или ея предсѣдателя», и указываетъ при этомъ, что Совѣтъ въ послѣдніе годы фактически прекратилъ свое существованіе. Дѣйствительно, Совѣтъ врачей въ его первоначальной организаціи изъ представителей отдѣльныхъ группъ врачей при расширеніи и спеціализаціи дѣла и при значительномъ увеличеніи числа врачей санитарной Коммиссіи скоро долженъ былъ уступить мѣсто новой организаціи—Совѣщаніямъ отдѣльныхъ группъ врачей: санитарныхъ, думскихъ, акушеровъ, торгово-санитарныхъ врачей, а также врачей-ветеринаровъ, и соотвѣтственные вопросы и дѣла стали передаваться санитарной Коммиссіей на эти Совѣщанія, какъ наиболѣе компетентныя и менѣе случайныя по составу. Для болѣе совершеннаго и авторитетнаго рѣшенія вопросовъ явилась необходимость устраивать особыя совмѣстныя Совѣщанія санитарныхъ попечителей, врачей Коммиссіи съ приглашеніемъ къ участію въ нихъ извѣстныхъ спеціалистовъ, профессоровъ. Въ послѣдніе годы всѣ болѣе или менѣе важные вопросы рѣшались въ санитарной Коммиссіи при самомъ широкомъ совѣщаніи съ врачами и спеціалистами дѣла. Для наглядности можно, слѣдя за печатнымъ Отчетомъ санитарной Коммиссіи за послѣдніе 3 года (1900—1902), указать на слѣдующіе вопросы, которые были такимъ образомъ разработаны и разрѣшены, напр.: 1) организація надзора за проституціей при передачѣ этого надзора въ вѣдѣніе города; 2) объ организаціи врачебно-санитарнаго надзора за фабриками и мастерскими съ цѣлью огражденія населенія отъ зараженія сифилисомъ; 3) о необходимости устройства въ Петербургѣ, въ видѣ санитарныхъ сооруженій, городскихъ купаленъ, дешевыхъ бань и душей, бассейновъ для плаванія, водолѣчебныхъ заведеній и санаторій для чахоточныхъ; 4) объ организаціи надзора за кладбищами; 5) о живорыбныхъ садкахъ; 6) о городскихъ водостокахъ и снѣготаялкахъ; 7) объ организаціи дѣла ловли и истребленія бродячихъ собакъ въ Петербургѣ; 8) о ночлежныхъ домахъ [1]) и жилищахъ рабочихъ; 9) усиленіе мѣръ противъ распространенія брюшного тифа и объ осмотрѣ фильтровъ, 10) о мѣрахъ противъ усиленія дифтеріи и скарлатины; 11) о птицебойняхъ; 12) о выводѣ извозопромышленныхъ дворовъ; 13) объ осмотрахъ дворовъ торгово-промышленныхъ; 14) о торфѣ, какъ обеззараживающемъ средствѣ; 15) о мѣрахъ противъ чумы; 16) объ организаціи курсовъ для санитарныхъ врачей; 17) объ обеззараживаніи формалиномъ; 18) объ организаціи ночныхъ дежурствъ; 19) обязательныя постановленія о хлѣбопекарняхъ; 20) о ледокольномъ промыслѣ; 21) о прачешныхъ; 22) о меблированныхъ комнатахъ; 23) о полотерномъ промыслѣ; 24) объ организаціи первой помощи отъ Краснаго Креста; 25) объ удаленіи скотобоенъ; 26) о допущеніи жилья на лодкахъ; 27) о предпраздничныхъ осмотрахъ; 28) объ обязательномъ постановленіи для парикмахерскихъ и многіе др. Всѣ эти вопросы, какъ видно изъ Отчета санитарной Коммиссіи, разсматривались при участіи врачей Коммиссіи, Совѣщанія или Совѣта санитарныхъ, торгово-санитарныхъ врачей, а также во многихъ случаяхъ съ приглашенными посторонними спеціалистами.

Д-ръ *Рубель*, судя о дѣлѣ формально по «инструкціямъ», ставя въ вину санитарной Коммиссіи неисполненіе нѣкоторыхъ ея §§ и давая имъ произвольное толкованіе, умолчалъ о томъ, что дѣлали «Совѣщанія врачей», заступившія бывшій Совѣтъ. Указавъ, что, по инструкціи, дѣла передаются въ Совѣтъ врачей по усмотрѣнію Коммисіи или предсѣдателя, онъ забываетъ отмѣтить, что въ Совѣтѣ врачей и въ замѣнившихъ его Совѣщаніяхъ, согласно той-же инструкціи, могутъ разсматриваться и вопросы, возникшіе въ самомъ Совѣтѣ и самихъ Совѣщаніяхъ; стало быть, нѣтъ помѣхи къ самостоятельной научной работѣ.

[1]) Работы д-ровъ *Годзяковскаго* и *Бинштока*.

Digitized by Google

«Самые насущные вопросы здравоохраненія, въ родѣ вопросовъ о канализаціи, водоснабженіи, убоѣ скота и т. п. по прежнему, говоритъ д-ръ *Рубель*, остаются внѣ вѣдѣнія санитарной Коммиссіи». Если-бы было обратно, то онъ съ большимъ правомъ могъ-бы поставить въ вину городскому Управленію, что такія капитальной важности спеціальныя дѣла поручаются все той-же *исполнительной* санитарной Коммиссіи, обремененной текущими санитарными дѣлами, съ составомъ врачей, имѣющихъ свои прямыя назначенія и неимѣющихъ возможности брать на себя всестороннее изученіе такихъ сложныхъ вопросовъ, для рѣшенія которыхъ должны быть учреждены особые органы, какъ это дѣлается почти повсюду и въ Россіи, и за границей. Съ передачей на рѣшеніе и исполненіе нѣсколькихъ такихъ крупныхъ дѣлъ, кои требуютъ многолѣтняго труда, санитарная Коммиссія была-бы подавлена и совершенно отвлечена отъ исполненія ближайшихъ своихъ задачъ, зачастую, можетъ быть, съ перваго взгляда малозначащихъ, но имѣющихъ серьезныя послѣдствія въ смыслѣ здравоохраненія. Петербургская городская Дума поступаетъ вполнѣ правильно, учреждая для разработки указанныхъ авторомъ «Очерка» вопросовъ спеціальные органы, при участіи въ нихъ выдающихся спеціалистовъ столицы и съ участіемъ представителей своей санитарной Коммиссіи.

Замѣчаніе, что «вопросы о борьбѣ съ жилищной нуждой, бугорчаткой, дѣтской смертностью и т. п. никогда не находили живого отклика въ санитарной Коммиссіи»,—можно опровергнуть фактами: и откликъ они находили, и даже иногда частичное практическое рѣшеніе, какъ, напр., подробное обстоятельное изученіе и описаніе санитарными врачами ночлежныхъ пріютовъ, постоялыхъ дворовъ, меблированныхъ и угловыхъ квартиръ, внесеніе въ «санитарную карточку» бугорчатки легкихъ, устройство пріюта для недоносковъ, который, по мнѣнію автора, есть учрежденіе «сравнительной роскоши», а между тѣмъ пріютъ этотъ спасъ отъ явной гибели за 2 года своего существованія 473 младенца, не говоря уже о бытовомъ и нравственномъ его значеніи и пр. Но, конечно, рѣшить эти вопросы въ полномъ ихъ объемѣ Коммиссія не могла: не рѣшены они не только въ Россіи, но и нигдѣ за границей, имѣющей сравнительно съ Россіею старую и опытную санитарію. Не стремясь объять необъятное, не расширяя предѣловъ своей дѣятельности до сказочныхъ границъ, санитарная Коммиссія, какъ указано выше, занималась дѣломъ возможнымъ для осуществленія при существующихъ условіяхъ, при ограниченномъ бюджетѣ, при извѣстной безучастности нѣкоторыхъ слоевъ населенія къ требованіямъ санитаріи, ведетъ его энергично и, по видимому, успѣшно отвоевываетъ все большую область для своихъ дѣйствій.

Обвиненіе, что «такіе вопросы, какъ, напр., вопросъ объ учрежденіи санитарно-эпидеміологическаго Бюро, объ инструкціи ему, о вывозѣ кухонныхъ отбросовъ, объ измѣненіи санитарной карточки, о борьбѣ съ сифилисомъ обсуждались и рѣшались санитарной Коммиссіей самостоятельно и врачебныя силы ея, всегда готовыя служить ей своими знаніями и опытомъ, оставались неиспользованными», сдѣлано авторомъ «Очерка», очевидно, не по незнакомству его съ дѣломъ, а по причинамъ, о которыхъ предоставляемъ судить его совѣсти. Учрежденіе санитарнаго Бюро, новая санитарная карточка были предметомъ разсмотрѣнія особаго, подъ предсѣдательствомъ директора медицинскаго Департамента, Совѣщанія, имѣвшаго нѣсколько засѣданій; въ составъ этого Совѣщанія входили представители санитарной Коммиссіи и даже отдѣльныхъ группъ врачей—санитарныхъ и думскихъ. Проэктъ организаціи и борьбы съ сифилисомъ и съ проституціей, какъ приведено выше, выработанъ Коммиссіей при участіи многихъ спеціалистовъ (проф. *В. М. Тарновскаго*, *О. В. Петерсена*, *С. В. Шидловскаго*, *С. В. Ведрова* и др.) и приглашеннаго изъ Минска д-ра *П. А. Граціанова*. По вопросу о борьбѣ съ крысами (на случай чумы) и изысканія лучшаго способа ихъ истребленія были приглашены для совмѣстной работы проф. *Д. К. Заболотный* и магистръ ветеринарныхъ наукъ *Д. В. Девель*. По вопросу о борьбѣ съ сапомъ приняли участіе въ особой суб-Коммиссіи, подъ предсѣдательствомъ предсѣдателя Коммиссіи, авторитетные спеціалисты ветеринары со всей Россіи, во время ихъ пребыванія въ столицѣ на ветеринарномъ Съѣздѣ и т. д. Что санитарная Коммиссія старалась пользоваться знаніемъ и опытомъ и своихъ врачей, нагляднымъ доказательствомъ этому служатъ всѣ отчеты санитарной Коммиссіи и слѣдующая выдержка изъ весьма краткаго, къ сожалѣнію, отчета о дѣятельности того же санитарнаго врача *А. Рубеля* [1]) за 1903 г., только что представленнаго имъ въ санитарную Коммиссію: «По примѣру прошлыхъ лѣтъ дѣятельность моя и въ 1903 г. выражалась а) въ борьбѣ съ заразными болѣзнями, б) въ наблюденіи за санитарнымъ состояніемъ ввѣреннаго мнѣ участка, в) въ участіи *въ коллективныхъ трудахъ* санитарныхъ врачей»..... Гдѣ-же правда?

Для большого ознакомленія всѣхъ врачей Коммиссіи съ нѣкоторыми спеціальными вопросами устраивались не только отдѣльныя спеціальныя лекціи, какъ, напр., по чумѣ (д-ръ *Кашкадамовъ* и др.), но и цѣлые курсы по гигіэнѣ и санитаріи съ приглашеніемъ извѣстныхъ лекторовъ (професс. *А. Я. Данилевскій*, *И. П. Павловъ*, *С. А. Пржибытекъ*, *Д. К. Заболотный*, *В. Е. Тимоновъ*, *М. А. Игнатьевъ* и др.). Все это дѣлается, конечно, съ цѣлью большого засимъ при случаѣ использованія знанія и труда своихъ врачей, а не для того, какъ думаетъ д-ръ *Рубель*, чтобы пренебрегать ихъ знаніями.

Заключеніе автора, что существующій санитарный механизмъ «совершаетъ работу призрачнаго оздоровленія Петербурга», было-бы очень тяжело и могло-бы подорвать и мужество, и увѣренность въ своемъ дѣлѣ въ санитарныхъ работникахъ, если-бы было справедливо. Не только личныя наблюденія всѣхъ прочихъ санитарныхъ врачей, но и статистическія данныя указываютъ на противное, и оздоровленіе Петербурга должно считаться прогрессирующимъ и отвѣчающимъ дѣятельнымъ заботамъ объ этомъ санитарной Коммиссіи. Въ будущемъ, при осуществленіи городскимъ Управленіемъ канализаціи, упорядоченіи водоснабженія и пр., это оздоровленіе, несомнѣнно, станетъ на еще болѣе прочную почву. Рождаемость въ Петербургѣ за послѣдніе годы стало постоянно преобладать надъ смертностью; въ Петербургѣ имѣется уже естественный приростъ населенія. Коэффиціентъ общей смертности въ городѣ понизился: средній коэффиціентъ за 1888—1897 гг. былъ 25,7 затѣмъ въ 1898 г. 24,6, въ 1899 г. 23,2, въ 1900 г. 24,5, въ 1901 г. 23,5, въ 1902 г. 21,8 на 1000 населенія обоего пола безъ пригородовъ.

Говоря о предсѣдателѣ санитарной Коммиссіи, д-ръ *Рубель*, служащій санитарнымъ врачемъ всего $5^1/_2$ лѣтъ, высказываетъ свое наблюденіе, что «личность предсѣдателя ея всегда придавала свой особенный тонъ и особую физіономію дѣятельности Коммиссіи», что, «главнымъ вдохновителемъ и руководителемъ всего санитарнаго дѣла является предсѣдатель Коммиссіи». Что отъ особыхъ качествъ отдѣльныхъ личностей, входящихъ въ составъ разныхъ Коммиссій, а тѣмъ болѣе отъ предсѣдателей, зависитъ обликъ и часто направленіе дѣятельности Коммиссій и разныхъ суб-Коммиссій, это вполнѣ понятно; что энергичные предсѣдатели являются истинными руководителями Собраній, это естественно и было-бы грустно, если-бы за предсѣдателями, какъ за ширмами, играли роль лица несоотвѣтственныя, если бы предсѣдатели были безличны, безъ энергіи и т. д.

Прибѣгая безпрестанно къ различнымъ условнымъ выраженіямъ, д-ръ *Рубель* дѣлаетъ затѣмъ прозрачный намекъ на существующее нынѣ положеніе дѣла, когда во главѣ санитарной Коммиссіи стоитъ врачъ. Онъ обвиняетъ членовъ санитарной Коммиссіи, что они подчиняются мнимому авторитету предсѣдателя, отчего на практикѣ создается въ Коммиссіи полное его единовластіе. Это измышленіе автора, незнакомаго близко съ веденіемъ дѣлъ въ Коммиссіи, дѣлаемое съ нескрываемою цѣлью—бросить тѣнь и на Коммиссію, и на предсѣдателя ея, совершенно не

[1]) Д-ръ *Рубель* завѣдуетъ въ качествѣ санитарнаго врача IV участкомъ Литейной части (богатый районъ: Сергіевская ул. и др.), гдѣ дѣятельность его въ значительной степени отличается отъ работы, выпадающей на долю его товарищей.

согласуется и не вяжется логически съ упрекомъ предсѣдателю въ неподготовленности его, будто-бы, къ отвѣтственной роли. Не находя нужнымъ отвѣчать на такой намекъ, Коммиссія признаетъ необходимымъ лишь упомянуть, что всѣ врачи ея уже много лѣтъ выражали свое искреннее желаніе видѣть во главѣ Коммиссіи врача, который, какъ врачъ, можетъ вѣрнѣе понять и оцѣнить истинныя санитарныя нужды и быть болѣе точнымъ и вѣрнымъ выразителемъ мнѣній и заключеній врачей по всѣмъ научнымъ и практическимъ вопросамъ, и, когда въ февралѣ 1901 г. на должность предсѣдателя городской санитарной Коммиссіи былъ избранъ Думою врачъ, опытный въ санитарномъ и больничномъ дѣлѣ, бывшій много лѣтъ предсѣдателемъ санитарной Коммиссіи Петербургскаго уѣзднаго Земства, завѣдывавшій больничнымъ дѣломъ въ уѣздѣ, имѣвшій въ теченіи болѣе 25 лѣтъ въ своемъ вѣдѣніи и наблюденіи медицинскую и санитарную части такихъ учрежденій, въ составѣ коихъ имѣется многотысячное число рабочихъ, подверженныхъ профессіональнымъ заболѣваніямъ, а также состоявшій попечителемъ большой городской общей больницы,—врачи дружно привѣтствовали это избраніе.

Результаты дѣятельности санитарной Коммиссіи за послѣдніе годы, когда во главѣ ея стоитъ врачъ, благодаря дѣйствительно неутомимой энергіи послѣдняго выразились въ быстромъ всестороннемъ улучшеніи и расширеніи дѣла и наглядно подтвердили и оправдали ожиданія не только врачей Коммиссіи, но и населенія столицы, а потому все сказанное въ извлеченіи изъ ревизіоннаго отчета за 1895 г., приведенное д-ромъ *Рубелемъ* въ его «Очеркѣ», вопреки его голословному заявленію, совершенно непримѣнимо къ современному положенію дѣла.

Въ заключеніе санитарная Коммиссія не можетъ обойти молчаніемъ того обстоятельства, что д-ръ *Рубель*, состоя членомъ корпораціи городскихъ врачей, не познакомилъ со своимъ докладомъ своихъ товарищей въ одномъ изъ научныхъ засѣданій—которыя, къ слову сказать, также принадлежатъ къ организаціи Петербургской городской санитарной Коммиссіи—предварительно и ранѣе прочтенія таковаго на Пироговскомъ Съѣздѣ. Ему въ такомъ случаѣ была-бы еще болѣе широко указана фактами его голословность, а также неправильное изложеніе имъ научной и практической дѣятельности его товарищей по совмѣстной работѣ [1]) и такая-же оцѣнка не только ихъ, но и всѣхъ безъ исключенія учрежденій санитарной Коммиссіи (стр. 289), въ числѣ коихъ имѣются и такія, которыя руководятся профессорами, чч. преподавателями Академіи, извѣстными врачами-спеціалистами, магистрами и т. п. лицами (*С. А. Пржибытекъ, В. А. Левашевъ, В. О. Губертъ, В. И. Яковлевъ, В. В. Строгановъ, Д. Д. Поповъ, В. В. Желтухинъ, Д. И. Ширшовъ, Е. Ф. Бацевичъ, П. Г. Алтуховъ* и мн. др.).

Отвѣтивъ, насколько позволяли размѣры статьи, фактами и правдивымъ изложеніемъ дѣйствительнаго положенія городской санитаріи на все, сказанное въ «Очеркѣ» относительно дѣятельности самой санитарной Коммиссіи и ея органовъ, Коммиссія не считаетъ возможнымъ вступать въ дальнѣйшую полемику съ д-ромъ *Рубелемъ* и, если нашла вообще нужнымъ входить въ болѣе или менѣе подробный разборъ его «Очерка», то только въ видахъ того, что авторъ «Очерка» дѣлаетъ ссылку на то, что подъ-Отдѣлъ городской медицины IX Пироговскаго Съѣзда, заслушавъ его докладъ, сдѣлалъ соотвѣтствующее послѣднему постановленіе, которое при болѣе правдивомъ изложеніи и освѣщеніи затрагиваемаго имъ вопроса было-бы, по всему вѣроятію, совершенно иное [2]).

Предсѣдатель санитарной Коммиссіи *А. Оппенгеймъ.*
Дѣлопроизводитель *Добровольскій.*

[1]) Этотъ вопросъ подлежалъ особому обсужденію 2/ш 1904 г. въ Совѣщаніи санитарныхъ врачей.

[2]) По поводу этого «Отвѣта» д-ръ *А. Н. Рубель* прислалъ намъ слѣдующее письмо: «М. Г.! Судя по напечатанному въ № 11 «Русскаго Врача» началу «Отвѣта санитарной Коммиссіи», вижу, что статья не можетъ остаться безъ возраженія съ моей стороны. Въ интересахъ истины и полнаго освѣщенія вопроса прошу, для свѣдѣнія читателей, снабдить окончаніе «Отвѣта» примѣчаніемъ, что мой отвѣтъ послѣдуетъ въ слѣдующемъ № «Русскаго Врача». *А. Рубель.* 15/ш 1904 г.». *Ред.*

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

**Физіологія и общая патологія.** 246. Д-ръ *R. Pirone* произвелъ рядъ опытовъ съ цѣлью выяснить нѣкоторыя явленія, представляющія собою результатъ *защитительной работы*, выполняемой при извѣстныхъ обстоятельствахъ *большимъ сальникомъ*. Свои опыты авторъ производилъ надъ кошками и кроликами, у одной части которыхъ онъ перевязывалъ сосуды селезенки, а у другой вслѣдъ за перевязкой удалялъ и селезенку. Черезъ различные сроки оперированія животныя умерщвлялись, и ихъ большой сальникъ, брюшина и селезенка, а въ случаѣ удаленія послѣдней—остатки связки съ перевязанными сосудами подвергались изслѣдованію. Оказалось, что уже черезъ нѣсколько дней послѣ операціи большой сальникъ окутывалъ омертвѣвшую селезенку, обособляя ее такимъ образомъ въ полости брюшины; у животныхъ, изслѣдовавшихся позже, недѣли черезъ 2—3 послѣ операціи, селезенка оказывалась окруженной плотною фиброзной сумкой, при чемъ сама она была сильно уменьшена или, какъ это наблюдалось у кроликовъ, ея и совсѣмъ уже не было. Брюшина въ теченіи всего этого времени оставалась совершенно нормальной. У животныхъ съ удаленною селезенкой большой сальникъ окутывалъ мѣсто перевязки селезеночныхъ сосудовъ; и здѣсь брюшина оказывалась совершенно неизмѣненной. Такимъ образомъ сальникъ, дѣйствительно, проявлялъ въ описанныхъ случаяхъ своего рода «разумную подвижность» и игралъ защитительную роль по отношенію къ брюшинѣ. Въ сальникѣ, окружающемъ омертвѣвшую селезенку, появляются и гистологическія измѣненія, также имѣющія значеніе приспособленій защитительнаго характера. Измѣненія эти состоятъ въ дѣятельномъ размноженіи соединительно-тканныхъ клѣтокъ и въ новообразованіи сосудовъ, которые мало-по-малу вростаютъ въ омертвѣвшую селезенку, а вмѣстѣ съ ними туда проникаютъ и новообразованные соединительнотканные элементы. Что касается клѣтокъ эндотелія, то онѣ превращаются въ макрофаговъ, скопляются въ селезенкѣ и проявляютъ тамъ энергичную фагоцитарную дѣятельность (Archives italiennes de Biologie, т. XL, вып. II).

**Общая патологія.** 247. Д-ръ *Lenné*, въ противоположность большинству авторовъ, *при сахарномъ мочеизнуреніи придаетъ большое значеніе количеству вводимыхъ въ организмъ бѣлковъ*, исходя изъ той мысли, что больнымъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ вовсе нѣтъ необходимости вводить бо̀льшія количества бѣлковъ, чѣмъ здоровымъ, такъ какъ излишнее введеніе бѣлковъ вызываетъ повышенное выдѣленіе сахара. Мѣрой, по которой можно судить объ излишествѣ вводимыхъ бѣлковъ, *Lenné* признаетъ мочевину и считаетъ, что 0,37 мочевины на 1 клгрм. вѣса тѣла въ 24 часа является предѣльнымъ. При повышеніи этого числа потребленіе бѣлковъ должно быть ограничено. Свой взглядъ *Lenné* подтверждаетъ исторіями болѣзней. Качественный выборъ хлѣба для страдающихъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ *Lenné* не считаетъ необходимымъ. Менитанъ не оказывалъ никакого вліянія на болѣзнь. Хорошее дѣйствіе щелочныхъ водъ при сахарномъ мочеизнуреніи *Lenné* сводитъ на уменьшенное подъ вліяніемъ ихъ выдѣленіе азота (Therapeutische Monatshefte, 1903 г., № 10). *А. Н. Д.*

**Фармакологія.** 248. Д-ръ *Credé* (Dresden) изучалъ вопросъ *о примѣненіи бѣлковыхъ растворовъ для подкожнаго впрыскиванія съ цѣлью поддержанія питанія истощенныхъ больныхъ*. До сихъ поръ этотъ способъ питанія не вошелъ еще во врачебную практику, такъ какъ существующіе препараты естественныхъ и искусственно приготовляемыхъ бѣлковъ непригодны для этой цѣли. Чтобы препаратъ бѣлка былъ пригоденъ для подкожнаго примѣненія, онъ долженъ удовлетворять слѣдующимъ требованіямъ: 1) долженъ быть легко растворимъ въ водѣ; 2) долженъ быть легко обезпложиваемъ; такъ какъ обезпложиваніе достигается при помощи кипяченія, то требуется, чтобы бѣлокъ при этомъ не свертывался; 3) не долженъ вызывать болей на мѣстѣ впрыскиванія; 4) долженъ легко всасываться,

Digitized by Google

усвоиваться и идти на образованіе клѣтокъ организма, слѣд., не долженъ совсѣмъ выдѣляться черезъ почки или по крайней мѣрѣ выдѣляться въ ничтожныхъ количествахъ; 5) долженъ быть не ядовитъ и не обнаруживать раздражающаго дѣйствія на почки. Послѣ безплодныхъ попытокъ добиться цѣли при помощи существующихъ бѣлковыхъ препаратовъ автору, наконецъ, удалось, при помощи химиковъ фабрики Heyden'а, приготовить изъ мяса препаратъ, удовлетворяющій до извѣстной степени вышеприведеннымъ требованіямъ. Калодаль (Kalodal)—такъ называется этотъ препаратъ—содержитъ 95% бѣлковъ, легко растворимъ въ водѣ, содержитъ, кромѣ бѣлковъ, фосфорнокислыя соли, слѣды желѣза и 0,2% поваренной соли. Это желтовато-коричневый порошокъ безъ запаха и вкуса; растворы его имѣютъ слабо-щелочную реакцію и хорошо переносятъ кипяченіе и обезпложиваніе текучимъ паромъ. Въ продажу пущенъ препаратъ въ видѣ 10%-го обезпложеннаго раствора въ запаянныхъ трубкахъ вмѣстимостью въ 50 к. стм. Авторъ примѣнялъ большей частью этотъ препаратъ вмѣстѣ съ вливаніями физіологическаго раствора поваренной соли у больныхъ послѣ сильныхъ кровопотерь. Техника впрыскиваній слѣдующая: къ 500 к. стм. физіологическаго раствора поваренной соли прибавляется 5 грм. калодаля; вся жидкость вливается въ большую воронку, отъ которой отходятъ 2 резиновыя трубки, снабженныя на концахъ иглами. Послѣднія вкалываются въ подкожную клѣтчатку бедеръ или живота и такимъ образомъ жидкость вводится одновременно въ 2 мѣста. Препаратъ можетъ быть вводимъ и въ видѣ клизмы и per os. Если давать его по 5 грм. (что соотвѣтствуетъ 50 к. стм. 10-го раствора), 4 раза въ день, то больные переносятъ его хорошо, и въ мочѣ появляются лишь ничтожные слѣды бѣлка. При введеніи же его въ организмъ въ большихъ количествахъ, количество бѣлка въ мочѣ увеличивается. Поэтому *Credé* предлагаетъ назначать средство не болѣе, какъ по 20 грм. въ день, каковое количество, по его вычисленіямъ, почти достаточно для поддержанія питанія слабыхъ и истощенныхъ больныхъ. Если препаратъ приходится примѣнять въ большихъ количествахъ (въ больницахъ, напр.), то обезпложенные растворы его можно приготовлять самому и держать ихъ въ запасѣ, такъ какъ они сохраняются довольно долго. При впрыскиваніяхъ слѣдуетъ обращать вниманіе на то, чтобы жидкость не входила подъ слишкомъ большимъ давленіемъ и чтобы она равномѣрно распредѣлялась по подкожной клѣтчаткѣ. Во многихъ случаяхъ сильныхъ кровопотерь при операціяхъ, гдѣ примѣнялось впрыскиваніе поваренной соли съ калодалемъ, авторъ видѣлъ отъ его примѣненія большую пользу. Онъ поэтому предлагаетъ прибавлять его всегда къ раствору поваренной соли при впрыскиваніи послѣдняго. Тамъ, гдѣ нѣтъ надобности во вливаніяхъ поваренной соли, впрыскивается 50 к. стм. 10%-го раствора препарата, при чемъ это количество распредѣляется въ 2—3 мѣста кожи (Münchener medicinische Wochenschrift, № 9). *А. Коварскій.*

**Внутреннія болѣзни.** 249. Д-ръ *Herbert* (Würtenberg) *изслѣдовалъ мочу и испражненія больныхъ въ періодѣ выздоровленія отъ брюшного тифа на содержаніе въ нихъ Eberth'овскихъ палочекъ* съ цѣлью опредѣлить, какъ долго возбудители болѣзни продолжаютъ выдѣляться изъ организма. Изслѣдованія производились по способу *Conradi-Drigalsk'*аго, при чемъ первое изслѣдованіе дѣлалось въ теченіи 1-ой или 2-ой недѣли по прекращеніи лихорадки, а послѣдующія—каждыя 8 дней. Всего были изслѣдованы 98 больныхъ, при чемъ въ испражненіяхъ тифозныя палочки найдены только у 3, между тѣмъ какъ въ мочѣ онѣ оказались у 18. Число безлихорадочныхъ дней, протекшихъ до исчезновенія палочекъ въ мочѣ и испражненіяхъ, только въ 1 случаѣ было равно 42; въ остальныхъ оно колебалось между 8 и 27 днями, такъ что можно принять, что въ среднемъ тифозныя палочки исчезаютъ изъ выдѣленій приблизительно черезъ 2 недѣли. Авторъ отмѣтилъ еще, что выдѣленіе тифозныхъ палочекъ съ мочей и испражненіями продолжается дольше въ тяжелыхъ случаяхъ и случаяхъ, сопровождающихся осложненіями (Münchener medicinische Wochenschrift, № 11). *А. Коварскій.*

250. Опредѣлить *наличность смѣшаннаго зараженія у лихорадящихъ чахоточныхъ* на основаніи одного лишь изслѣдованія мокроты въ большинствѣ случаевъ бываетъ очень трудно, такъ какъ нельзя доказать, что находимые при изслѣдованіи мокроты микроорганизмы (грозде- и цѣпекокки и т. п.), дѣйствительно, являются возбудителями лихорадки и другихъ болѣзненныхъ явленій. Д-ръ *Kaminer* въ 1902 г. предложилъ пользоваться для этой цѣли гликогеновой реакціей бѣлыхъ тѣлецъ крови. Онъ нашелъ, что при зараженіяхъ грозде- и цѣпекокками, пнеймококками и кишечной палочкой (если послѣдняя вызываетъ гнилокровіе) гликогенная реакція (съ іодомъ) бѣлыхъ тѣлецъ крови во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ бываетъ выражена ясно, и полагаетъ, что сильное сродство бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ къ іоду вызвано въ этихъ случаяхъ раздраженіемъ костнаго мозга и поэтому является признакомъ зараженія. Д-ръ *G. Schröder* (Schömberg), желая провѣрить примѣнимость этого признака при опредѣленіи наличности смѣшаннаго зараженія, изслѣдовалъ кровь у 22 больныхъ, находившихся уже въ 3-ей ступени легочной бугорчатки и у 8 больныхъ во 2-ой (по *Turban'*у). Всѣ больные лихорадили, и у всѣхъ въ мокротѣ находили цѣпе- и гроздекокковъ. Не смотря на то, что у многихъ больныхъ изслѣдованіе повторялось 2—3 раза, гликогенную реакцію бѣлыхъ тѣлецъ крови, и то весьма слабо выраженную, удалось обнаружить только въ 2 случаяхъ; изъ нихъ въ одномъ имѣлся острый гнойный перихондритъ гортани, въ другомъ обширное просовидное распространеніе бугорчатки на оба легкія. На основаніи своихъ изслѣдованій авторъ думаетъ, что до сихъ поръ у насъ нѣтъ способа опредѣлять вліяніе возбудителей нагноенія и другихъ микроорганизмовъ, которые могутъ вызывать смѣшанное зараженіе, на теченіе легочной бугорчатки, такъ какъ мы не можемъ точно установить, дѣйствительно-ли въ каждомъ данномъ случаѣ имѣется смѣшанное зараженіе (Münchener medicinische Wochenschrift, № 11). *А. Коварскій.*

251. На основаніи *6 случаевъ сочленовнаго ревматизма, въ которыхъ примѣнялось лѣченіе противоцѣпекокковой сывороткой Menzer'а*, д-ръ *Schaefer* (Pankow возлѣ Berlin'а) высказывается въ пользу преимуществъ сывороточнаго лѣченія этой болѣзни по сравненію съ обычнымъ лѣкарственнымъ. Помимо большей прочности результатовъ лѣченія, обнаружившейся въ нѣкоторыхъ его случаяхъ, онъ предпочитаетъ этотъ способъ лѣченія еще и потому, что при немъ не бываетъ тѣхъ неблагопріятныхъ побочныхъ дѣйствій, которыя неизбѣжны при примѣненіи салициловой кислоты, антипирина и т. п. препаратовъ. Особенно часто страдаетъ при лѣкарственномъ лѣченіи желудокъ, при сывороточномъ-же больные часто даже поражаютъ тѣмъ, что во время лихорадки сохраняютъ довольно хорошій позывъ на ѣду. Сыворотка впрыскивалась въ количествѣ 2—5 к. стм. черезъ день или каждые 2—3 дня. Вообще каждое слѣдующее впрыскиваніе дѣлалось лишь тогда, когда реакція послѣ предшествовавшаго исчезла (Therapie der Gegenwart, мартъ). *А. Коварскій.*

252. Д-ръ *Rosewater* (Cleweland С.-Ам. Соед. Штаты) описываетъ *случай опущенія внутренностей* (Enteroptosis), осложненнаго разстройствами пищеварительнаго и сосудистаго приборовъ и *излѣченнаго при помощи простой повязки изъ липкаго пластыря.*

Въ 1898 г. авторъ въ 1-ый разъ изслѣдовалъ 7-лѣтнюю дѣвочку Р. G., которая хотя и была развита тѣлесно и умственно, по видимому, достаточно, но совершенно еще не научилась говорить. Языкъ и миндалины были гипертрофированы; въ носоглоткѣ были железистыя разрощенія. Дѣвочка дышала только ртомъ; руки и ноги ея были холодны и влажны; имѣлось ночное недержаніе мочи. Животъ былъ широко и сильно раздутъ; нижняя граница большой кривизны желудка помѣщалась подъ пупкомъ; обѣ почки легко прощупывались; особенно низко была опущена лѣвая; кромѣ того, она была очень подвижна. Лѣченіе заключалось въ слѣдующемъ: ребенокъ былъ положенъ на спину, почки помѣщены на ихъ нормальнее мѣсто, нижняя часть живота сильно вдавлена, такъ что внутренности оттѣснены были кверху. Въ этомъ положеніи наложена повязка изъ липкаго пластыря слѣдующимъ образомъ: полоса шириною въ ладонь руки протянута была отъ лобка къ груднинѣ; 2 другія полосы такой-же ширины протянуты были отъ лобка одна вправо, другая влѣво косо кверху и кнаружи до нижнихъ грудныхъ позвонковъ; наконецъ, 4-ая полоса протянута была въ видѣ крѣпко стягивающаго пояса на нижнюю часть живота. Дѣйствіе повязки обнаружилось съ пер-

ваго-же дня. Ночное недержаніе мочи тотчасъ-же прекратилось, и общее состояніе стало замѣтно улучшаться; черезъ 5 недѣль ребенокъ сталъ произносить отдѣльныя слова, спалъ съ закрытымъ ртомъ, руки и ноги стали теплыми и сухими; почки больше не прощупывались. Въ дальнѣйшемъ общее развитіе ребенка шло гораздо быстрѣе, чѣмъ прежде. Повязка мѣнялась приблизительно каждыя 3 недѣли; черезъ 9 мѣс. ребенокъ сталъ вполнѣ владѣть рѣчью; черезъ 14 мѣс. повязка замѣнена была обыкновеннымъ, поддерживающимъ животъ поясомъ, который на ночь снимается. За все время лѣченія только 2 раза, когда ребенокъ ходилъ безъ повязки, лѣвая почка опускалась и вызывала боли. Въ настоящее время ребенокъ совершенно здоровъ.

Послѣ этого случая авторъ примѣнялъ такое-же лѣченіе во многихъ другихъ случаяхъ опущенія внутренностей и убѣдился, что съ устраненіемъ энтероптоза исчезали разстройства желудка, поносы, нейральгіи, головныя боли, нейрастенія, сердечныя разстройства и другіе припадки, зависимость которыхъ отъ неправильнаго положенія внутренностей трудно было предположить. Авторъ старается объяснить эту связь тѣмъ, что при неправильномъ положеніи органовъ живота могутъ быть сдавливаемы или перемѣщаемы аорта, нижняя полая вена, грудной протокъ, блуждающій или сочувственный нервъ, и въ результатѣ этого могутъ явиться разстройства кровеносной или лимфатической системы, пищеварительнаго или нервнаго приборовъ. Съ устраненіемъ-же этихъ неправильностей положенія исчезаютъ и вызванныя ими разстройства (Therapie der Gegenwart, мартъ). *А. Коварскій.*

253. Мнѣнія авторовъ относительно *характера анатомическихъ измѣненій почекъ въ начальномъ стадіи свинцоваго отравленія* до настоящаго времени несогласны между собой. Въ то время какъ одни съ *Weigert*'омъ во главѣ думаютъ, что воспалительный процессъ начинается съ почечнаго эпителія и затѣмъ уже переходитъ на межуточную ткань, другіе согласно съ *Senatör*'омъ полагаютъ, что дѣло съ самаго начала имѣетъ характеръ межуточнаго воспаленія и что процессъ протекаетъ совершенно независимо отъ почечной паренхимы. Д-ръ *Carl Klieneberger* (изъ отдѣленія проф. *Treupel*'я въ Frankfurt'ѣ a/M) старается пролить свѣтъ на этотъ спорный вопросъ путемъ тщательнаго изслѣдованія мочи во время обостренія явленій хроническаго свинцоваго отравленія. Онъ имѣлъ возможность изслѣдовать 7 такихъ больныхъ въ наиболѣе благопріятное для этой цѣли время и у всѣхъ нашелъ альбуминурію: у 3 она была преходящей, у остальныхъ постоянной; въ центрифугированномъ осадкѣ мочи во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ онъ находилъ тѣ же форменные элементы, которые обыкновенно находятъ при паренхиматозныхъ нефритахъ, т. е. зернисто-перерожденныя клѣтки почечнаго эпителія, зернистые цилиндры въ довольно большомъ числѣ, при сравнительно незначительномъ содержаніи бѣлыхъ и красныхъ кровяныхъ шариковъ. Авторъ поэтому думаетъ, что на основаніи изслѣдованія мочи нужно признать, что, по крайней мѣрѣ, въ остромъ припадкѣ хроническаго свинцоваго отравленія имѣется паренхиматозное пораженіе почки. Онъ придаетъ вышеописанному составу форменныхъ элементовъ осадка распознавательное значеніе и предлагаетъ такимъ образомъ отличать нефритъ при остромъ припадкѣ хроническаго свинцоваго отравленія отъ другихъ нефритовъ и простого состоянія раздраженія почекъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 8). *А. Коварскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 354. Проф. *Küttner* изучалъ на трупахъ *распредѣленіе лимфатическихъ сосудовъ грудобрюшной преграды.* Выводы. Какъ брюшинный, такъ и плевральный покровы преграды очень богаты лимфатическими сосудами, сплетающимися здѣсь во множественныя густыя сѣти. Сосуды плевъ и пристѣночной брюшины находятся въ непосредственной связи съ сосудами преграды. Послѣдняя обладаетъ, кромѣ того, очень многочисленными прободающими лимфатическими сосудами, идущими изъ брюшной полости въ полость плевъ и обратно. Лимфатическія железы, къ которымъ притекаетъ лимфа преграды, находятся въ переднемъ отдѣлѣ послѣдней со стороны грудной полости и въ заднемъ со стороны брюшной. Каждая $^1/_2$ грудобрюшной преграды имѣетъ свою отдѣльную, совершенно замкнутую, лимфатическую систему, корни которой не переходятъ съ одной стороны на другую. Только черезъ посредство отдѣльныхъ, по срединѣ расположенныхъ, железокъ устанавливается нѣкоторое соединеніе между обѣими половинами. Изъ лимфатическихъ сосудовъ сосѣднихъ органовъ только сосуды печени находятся въ тѣсной связи съ сосудами преграды. Часть лимфатическихъ путей печени впадаетъ, прободая грудобрюшную преграду, въ лимфатическія железы лѣвой, рѣже правой надключичной ямки. Мѣстами (особенно у дѣтей) лимфатическіе сосуды грудобрюшной преграды пробѣгаютъ попеременно то подъ брюшиною, то подъ плеврой, покрывающей грудобрюшную преграду. Описанными анатомическими условіями очень легко объясняются многія патологическія явленія. Именно, очень часто наблюдается воспаленіе плевы при подгрудобрюшныхъ нарывахъ. Важную роль при этомъ играютъ, несомнѣнно, прободающіе лимфатическіе сосуды. Расположеніемъ прободающихъ сосудовъ объясняется, между прочимъ, и то, что внутрибрюшинные нарывы очень часто сопровождаются плевральными выпотами, внѣбрюшинные—обыкновенно ведутъ къ прободенію преграды. Несомнѣнно, что движенію лимфы, равно какъ и распространенію заразы, благопріятствуетъ постоянное движеніе преграды. Не менѣе важна роль лимфатическихъ сосудовъ преграды при воспаленіяхъ плевъ вслѣдствіе гнойнаго воспаленія брюшины, которое, согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ, разсматривается, какъ лимфангоитъ ея. Преимущественное воспаленіе правой плевы объясняется тѣсною связью сосудовъ печени съ сосудами преграды. Обратный ходъ зараженія встрѣчается очень рѣдко — вѣроятно, благодаря бо́льшей способности брюшины справляться съ попадающимъ въ нее заразнымъ началомъ, а отчасти просто потому, что небольшіе выпоты подъ преградою не распознаются. Тѣмъ не менѣе, клинически доказана возможность образованія подгрудобрюшнаго нарыва resp. разлитого гнойнаго воспаленія брюшины при гнойномъ воспаленіи плейры (авторъ приводитъ 2 такихъ наблюденія). Доказанъ также клиническими наблюденіями переходъ бугорчатковаго resp. раковаго пораженія брюшины на плеву. Впаденіе лимфатическихъ сосудовъ печени въ лѣвыя надключичныя железы легко объясняетъ давно подмѣченный фактъ пораженія этихъ железъ при ракахъ брюшной полости (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XL). *Б. К. Финкельштейнъ.*

255. Проф. *Körte* описываетъ *2 случая операціи по поводу рубцеваго съуженія желчнаго протока и 1 случай изсѣченія раковой опухоли въ области Vater'ова сосочка.*

1. Больная, 52 л., нѣсколько мѣсяцевъ страдала болями въ подложечной области и въ области печени. Боли не имѣли характера коликъ. Послѣднія 10 недѣль — желтуха; испражненія обезцвѣчены; лихорадка; истощеніе. При поступленіи отмѣчено: 39°; животъ вздутъ; желчный пузырь, въ видѣ большой опухоли, доходилъ до пупка; испражненія обезцвѣчены; въ мочѣ красящія вещества желчи; въ области печени и пузыря постоянныя боли. Распознана закупорка желчнаго протока опухолью. Чревосѣченіе. Въ желчномъ пузырѣ оказалась слизь, смѣшанная съ гноемъ. Камней въ немъ, равно какъ и въ расширенномъ желчномъ протокѣ, не было. Въ рану извлечена 12-перстная кишка, захвачена зажимами и вскрыта. *Vater*'овъ сосокъ вытянутъ кверху помощью крючковатыхъ щипцовъ. Зондомъ очень легко удалось пройти въ протокъ поджелудочной железы; напротивъ, выходное отверстіе желчнаго протока съ трудомъ пропускало тонкій зондъ. Отверстіе это было разсѣчено по зонду на 5 млм. кверху. Слизистая оболочка протока сшита съ слизистой оболочкой 12-перстной кишки. Чтобы предовратить съуженіе и защитить швы отъ разъѣдающаго дѣйствія сока поджелудочной железы, въ протокъ послѣдней введенъ тонкій катетеръ, свободный конецъ котораго проведенъ черезъ желчный протокъ и выведенъ (черезъ особое отверстіе въ стѣнкѣ желчнаго протока) въ наружную рану. Дренажъ въ печеночный протокъ и въ желчный пузырь, часть стѣнки котораго была изсѣчена, чтобы уменьшить его размѣры. Разрѣзъ въ 12-перстной кишкѣ зашитъ. Мѣсто шва прикрыто сальникомъ. Частичный швовъ наружной раны. Катетеръ изъ желчнаго resp. поджелудочнаго протоковъ удаленъ на 8-й, изъ печеночнаго—на 12-ый день. Испражненія тотчасъ-же стали окрашенными. Желтуха исчезла; полное прочное выздоровленіе. Физіологическія изслѣдованія надъ получавшимся въ первые дни сокомъ поджелудочной железы показали, что прибавленіе HCl увеличивало отдѣленіе сока вдвое, что сокъ содержалъ жиро- и крахмало-расщепляющее бродило и что бродило, расщепляющее бѣлокъ, появлялось въ сокѣ только послѣ прибавленія кишечнаго сока. Съуженіе желчнаго протока было, по мнѣнію автора, воспалительнаго свойства. Такія съуженія—крайне рѣдки и клинически напоминаютъ съуженія, вызываемыя опухолями.

2. Больная, 40 л., 5 мѣсяцевъ страдала желтухой, знобами, лихорадкой, болями въ животѣ. При поступленіи отмѣчено: сухой языкъ, желтуха, вздутіе живота, болѣзненность въ области пече-

Digitized by Google

ни. Чревосѣченіе. Въ желчномъ пузырѣ, пузырномъ и желчномъ протокахъ—камни. Въ желчномъ протокѣ на мѣстѣ нахожденія камня—съуженіе. Съуженный участокъ былъ изсѣченъ. Круговой шовъ. Черезъ разрѣзъ въ печеночномъ протокѣ къ мѣсту шва введенъ катетеръ. Въ виду возможнаго возврата съуженія наложено соустіе между желчнымъ пузыремъ и 12-перстною кишкою. Катетеръ удаленъ на 3-й день. Сперва наступило улучшеніе, а черезъ 2 недѣли послѣдовала смерть отъ кровотеченія изъ кишекъ. Вскрытіе (частичное): швы держатъ хорошо, кровотеченіе изъ язвы желудка. Съуженіе—рубцеваго характера.

3. Больная, 44 л. За 6 мѣсяцевъ до поступленія приступъ желчныхъ коликъ; за мѣсяцъ—рвота, желтуха, обезцвѣченныя испражненія, кожный зудъ. Въ виду усиленія желтухи — операція (въ поискахъ за предполагаемымъ камнемъ желчнаго протока). Камень не найденъ. Вскрыта 12-перстная кишка, въ стѣнкѣ которой прощупывалось уплотненіе. На мѣстѣ сосочка—опухоль съ вишню. Опухоль изсѣчена вмѣстѣ со слизистою и подслизистою тканями. Оба протока отдѣльно вшиты въ 12-перстную кишку. Катетеръ, введенный въ поджелудочный протокъ и черезъ желчный протокъ, выведенъ наружу. Шовъ на кишку. Дренажъ въ печеночный протокъ. Сначала—гладкое теченіе, затѣмъ—явленія гноекровія и смерть (вѣроятно, вслѣдствіе расхожденія швовъ). Вскрытія не было. Опухоль оказалась железистымъ ракомъ.—Въ литературѣ извѣстны еще 2 подобныхъ случая. 1 изъ больныхъ (оперированный *Halsted*'омъ) выздоровѣлъ (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXI). *Б. Финкельштейнъ.*

256. Д-ръ *Hofman* (Kiel) замѣтилъ, что во время хлороформнаго или эѳирнаго усыпленія еще задолго до наступленія полнаго обезболиванія наблюдается короткій и скоропреходящій періодъ притупленія чувствилища, который авторъ этотъ обозначаетъ какъ *«ранній наркозъ»*. Онъ предлагаетъ пользоваться этимъ для выполненія мелкихъ, но болѣзненныхъ операцій, какъ вскрытіе нарывовъ, разрѣзы и т. п. Для того, чтобы уловить этотъ моментъ притупленія чувствительности, авторъ поступаетъ такъ: за часъ до начала усыпленія больному впрыскиваютъ подъ кожу 0,01 или 0,02 грм. морфія и заставляютъ лежать. По прошествіи часа на лицо больного помѣщаютъ маску *Schimmelbusch*'а, обтянутую марлей такъ, чтобы глаза были покрыты марлей. Больного заставляютъ считать, начиная съ 200 внизъ, и льютъ на маску незначительныя количества эѳира. При умѣломъ наливаніи эѳира больной не можетъ точно опредѣлить, когда онъ вдыхаетъ обыкновенный воздухъ и когда—пары эѳира. Скоро больной начинаетъ считать неувѣренно, повторяетъ тѣже числа и, наконецъ, совсѣмъ перестаетъ считать; дыханіе при этомъ становится глубже, какъ при полномъ усыпленіи; мышцы при этомъ большею частью разслабляются, и чувствительность значительно притупляется; если въ это время причиняется больному сильная боль, онъ не дѣлаетъ никакихъ защитительныхъ движеній. Это состояніе «ранняго наркоза» длится иногда 10—20 сек., иногда 1—2 мин., и этимъ временемъ и слѣдуетъ пользоваться для операціи. Продлить это состояніе дальнѣйшимъ хлороформированіемъ или этеризаціей нельзя. Обыкновенно состояніе это наступаетъ очень скоро, большею частью тогда, когда больные просчитали около 100, такъ что количество употребленнаго эѳира (или хлороформа) бываетъ крайне незначительно. Понятно, что тутъ наблюдаются личныя различія. По прошествіи этого короткаго промежутка ранняго наркоза къ больнымъ опять скоро возвращается полное сознаніе. Авторъ съ успѣхомъ пользовался этимъ способомъ обезболиванія для мелкихъ операцій въ очень большомъ числѣ случаевъ. Онъ предлагаетъ его для приходящихъ больныхъ. Вмѣсто предварительнаго впрыскиванія морфія можно пользоваться смѣшаннымъ наркозомъ эѳиромъ и хлороформомъ. Авторъ обыкновенно поступаетъ такъ, что даетъ сначала эѳиръ по каплямъ; если черезъ 1—3 минуты ранній наркозъ не наступилъ, то дается еще по каплямъ хлороформъ, и тогда цѣль достигается очень скоро. Никакихъ неблагопріятныхъ послѣдствій авторъ ни разу не наблюдалъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 10). *А. Коварскій.*

**Глазныя болѣзни.** 257. Д-ръ *Barkan* (San Francisco) сообщаетъ *случай частичной закупорки центральной артеріи сѣтчатки, въ которомъ излѣченіе было достигнуто массажемъ глазного яблока.*

У 38-лѣтняго мужчины, страдавшаго недостаточностью 2-створчатой заслонки и имѣвшаго 6 лѣтъ назадъ мягкій шанкръ, наступило потемнѣніе передъ правымъ глазомъ. Изслѣдованіе, произведенное черезъ 48 час., показало, что нижняя носовая вѣтвь центральной артеріи по серединѣ между центромъ и краемъ соска зрительнаго нерва сразу обрывалась, вслѣдъ за чѣмъ она представлялась едва замѣтной, нитевидной и блѣдной; сѣтчатка-же въ соотвѣтственномъ участкѣ была окрашена въ бѣловато-сѣрый цвѣтъ, а желтое пятно—въ вишневокрасный. Сосокъ зрительнаго нерва представлялся рѣзко очерченнымъ, только книзу и кнутри онъ былъ нѣсколько мутенъ. Одновременно замѣчалось и пылевидное помутнѣніе стекловиднаго тѣла. Зрѣніе было утеряно на этомъ глазу; лишь у границъ височной части поля зрѣнія различались движенія руки. Распознавъ эмболію сѣтчаточнаго сосуда и не исключая возможности и тромбоза, авторъ приступилъ къ массажу глазного яблока: положивъ оба большие пальца на закрытыя вѣки, онъ съ возрастающей силой сталъ вдавливать глазное яблоко въ глазницу и черезъ $^1/_2$ минуты сразу прекратилъ давленіе. 2 часа спустя массажъ былъ повторенъ. На слѣдующее утро больной началъ уже считать пальцы въ центрѣ поля зрѣнія. При дальнѣйшемъ примѣненіи массажа, утромъ и вечеромъ, зрѣніе черезъ 4 дня поднялось до $^{15}/_{200}$, при чемъ сѣтчатка представлялась менѣе молочной, а черезъ 6 недѣль со дня закупорки острота зрѣнія стала нормальной—$^{15}/_{15}$. Никакихъ неправильностей не замѣчалось и въ полѣ зрѣнія, какъ и въ глазномъ днѣ, за исключеніемъ лишь закупореннаго сосуда, который соединился съ тонкой артеріальной вѣтвью изъ другого участка сѣтчатки.—Новыхъ разстройствъ зрѣнія не произошло до самой смерти больного, наступившей черезъ $1^1/_2$ года (Archiv für Augenheilkunde, XLVIII, 3, изъ англійскаго изданія). *Р. Кацъ.*

258. Д-ръ *Pusey* (Chicago) сообщаетъ *случай выпячиванія и потери глаза отъ удара въ високъ при кровоточивости.*

Больной, 28 л., получилъ съ мѣсяцъ назадъ ударъ кулакомъ въ правый високъ, послѣ чего сталъ замѣчать выпячиваніе праваго глаза. Изслѣдованіе показало значительное пучеглазіе при отечности вѣкъ и легкомъ помутнѣніи роговой оболочки. Зрѣніе равнялось $^{20}/_{70}$, но глазное дно было нормально. Не смотря на повязку и покойное положеніе въ постели, пучеглазіе не уменьшалось, а помутнѣніе роговицы, не смотря на атропинъ, увеличивалось, въ виду чего произведено было изслѣдованіе глазницы за глазнымъ яблокомъ, по перерѣзкѣ наружной прямой мышцы. Такъ какъ тамъ, однако-же, были найдены только кровяные сгустки, то рана была зашита безъ дальнѣйшихъ мѣропріятій. Пучеглазіе послѣ того стало еще больше; 2 дня спустя лопнула роговица, а еще черезъ 8 дней пришлось опорожнить глазное яблоко. Вслѣдъ затѣмъ наступило угрожающее кровотеченіе, повторявшееся при каждой смѣнѣ повязки, и лишь черезъ нѣсколько недѣль больной могъ быть отпущенъ (Archiv für Augenheilkunde XLVIII, 3, съ англ. изд.). *Р. Кацъ.*

259. Д-ръ *Rust* (Cleveland) наблюдалъ *случай острой травматической глаукомы безъ видимыхъ признаковъ поврежденія.*

Больной, 31 г., нѣсколько дней назадъ получилъ ударъ локтемъ по лѣвому стеклу своихъ очковъ съ такой силой, что стекло было придавлено къ глазу. Вслѣдъ затѣмъ наступили боли въ глазу, зрѣніе затуманилось, и вокругъ пламени стали замѣчаться разноцвѣтные круги. Изслѣдованіе обнаружило на лѣвомъ глазу $^{20}/_{30}$, при нѣсколько расширенномъ зрачкѣ, легкомъ помутнѣніи роговицы и небольшомъ повышеніи внутриглазного давленія (T+1). Отъ вкапываній эзерина въ глазъ и внутреннихъ пріемовъ салициловокислаго натра наступило улучшеніе, но черезъ нѣсколько дней острота зрѣнія упала до $^{20}/_{200}$, зрачекъ расширился и сдѣлался неподвижнымъ, роговица помутнѣла и внутриглазное давленіе повысилось до T+2. Произведена была иридектомія, которая протекла хорошо, и черезъ 8 недѣль зрѣніе равнялось $^{20}/_{20}$; такимъ-же оно оставалось и годъ спустя.

Авторъ полагаетъ, что въ данномъ случаѣ имѣлось дѣло съ набуханіемъ или легкимъ вывихомъ хрусталика, обусловившими закрытіе фильтраціоннаго угла (Archiv für Augenheilkunde, XLVIII, 3, съ англ. изд.). *Р. Кацъ.*

260. Д-ръ *Fejér* (Budapest) наблюдалъ *случай поврежденія глазной мышцы* у 9-лѣтняго мальчика, получившаго ударъ дѣтской саблей въ правый глазъ.

У внутренняго угла вѣкъ на глазномъ яблокѣ торчала синеватая опухоль, съ бобъ, напоминавшая выпаденіе сосудистой оболочки черезъ проникающую рану бѣлочной. Противъ такого распознаванія говорили, однако-же, нормальное внутриглазное давленіе, острота зрѣнія въ $^5/_{10}$ и показаніе глазного зеркала. По очисткѣ раны сулемой, глазъ былъ завязанъ. Въ нѣсколько дней рана зажила, кровотеченіе остановилось и опухоль стала площе, но мальчикъ при каждой смѣнѣ повязки жаловался на двоеніе. Судя по мѣстоположенію пораненія, по нарушенію подвижности глаза (кнутри) и по расположенію двойныхъ образовъ (перекрестному, съ разницей въ высотѣ), можно было признать поврежденіе нижней косой мышцы, хотя не исключалась возможность пораненія и внутренней прямой. Черезъ 8 дней по заживленіи раны двойные образы исчезли.

Такое выжидательное лѣченіе авторъ совѣтуетъ примѣнять во всѣхъ подобныхъ случаяхъ поврежденія глазныхъ мышцъ, такъ какъ, съ одной стороны, разсѣченіе мышцы въ этихъ случаяхъ бываетъ большей частью частичнымъ, а съ другой—разыскиваніе отрѣзковъ мышцы для соединенія ихъ помощью швовъ, будучи сопряжено съ раскрытіемъ раны и представляя большія трудности вслѣдствіе

Digitized by Google

припухлости и кровотеченія, можетъ продлить процессъ заживленія и не совсѣмъ безопасно. Лишь впослѣдствіи— когда, по окончательномъ заживленіи раны, двоеніе оказывается стойкимъ—можно приступить къ оперативному лѣченію (Archiv für Augenheilkunde, XLVIII, 3). *Р. Кацъ.*

261. Д-ръ *Feilke* сообщаетъ изъ München'ской клиники проф. *Eversbusch*'а *случай удаленія желѣзнаго осколка изъ хрусталика съ сохраненіемъ прозрачности послѣдняго.*

Осколокъ попалъ больному, 23 л., въ правый глазъ. Черезъ часъ послѣ того произведено было изслѣдованіе глаза, обнаружившее отвѣсную ранку, въ 1 млм. длиной, въ серединѣ роговицы, такую-же ранку въ передней сумкѣ хрусталика, почти въ самомъ полюсѣ, и инородное тѣло въ 1—2 млм. въ переднихъ корковыхъ слояхъ хрусталика, представлявшагося совершенно прозрачнымъ, за исключеніемъ незначительнаго участка вокругъ инороднаго тѣла. Черезъ 2 часа послѣ пораненія глаза, проф. *Eversbusch* приступилъ къ извлеченію осколка большимъ электромагнитомъ *Schlösser*'а: осколокъ тотчасъ-же выскочилъ въ переднюю камеру, провести же его черезъ роговицу этимъ магнитомъ не удалось. Не удалось его извлечь и намагниченнымъ *Graefe*'вскимъ ножемъ черезъ разрѣзъ въ 4 млм., проведенный въ наружно-нижнемъ краѣ роговицы. Осколокъ вышелъ лишь послѣ того, какъ къ ранѣ роговицы приложенъ былъ малый электромагнитъ *Hirschberg*'а съ искривленнымъ наконечникомъ. По извлеченіи осколка, имѣвшаго величину маковаго зернышка, впущены были въ глазъ нѣсколько разъ капли изъ 2%-го раствора салициловаго физостигмина (эзерина), а за тѣмъ наложена была повязка на оба глаза и предписано было покойное положеніе въ постели при легкой пищѣ; кромѣ того, въ первое время дѣлались ледяныя примочки. Заживленіе наступило быстро, а черезъ 8 мѣсяцевъ послѣ того изслѣдованіе показало столь-же чистый хрусталикъ съ такимъ же ограниченнымъ помутнѣніемъ на мѣстѣ инороднаго тѣла, какъ и тотчасъ послѣ поврежденія. Острота зрѣнія потерпѣвшаго глаза равнялась $^2/_3$ нормальной, при приставкѣ же стенопеическаго отверстія становилась почти совершенно нормальной.

Авторъ полагаетъ, что на столь благопріятный исходъ пораненія имѣли большое вліяніе какъ продолжительное забинтовываніе обоихъ глазъ (въ теченіи 8 дней), исключавшее какія-бы то ни было измѣненія приспособленія въ хрусталикѣ, такъ и съуживающія зрачекъ средства (сначала эзеринъ, а потомъ пилокарпинъ съ морфіемъ), примѣнившіяся еще дольше и имѣвшія своей цѣлью удерживать края хрусталиковой раны въ сближенномъ состояніи путемъ сильнаго напряженія радужной оболочки (Archiv für Augenheilkunde, XLVIII, 3). *Р. Кацъ.*

**Дѣтскія боѣзни.** 262. Д-ръ *O. Soltmann* (Leipzig) сообщаетъ результаты своихъ наблюденій надъ *дѣйствіемъ кипарисоваго масла при коклюшѣ.* Масло это добывается сухой перегонкой листьевъ и молодыхъ вѣтвей Cypressus sempervirens и примѣняется въ видѣ спиртнаго раствора (1 : 5) такимъ образомъ, что на подушку, постельное бѣлье или сорочку больного льютъ 4 раза въ день по 10—15 грм. вышеприведеннаго раствора. Если припадки кашля сильно безпокоятъ дѣтей и ночью, то и въ теченіи ночи можно повторить поливанія 2 раза. Пріемъ лѣкарства внутрь оказывается безполезнымъ. Такъ какъ кипарисовое масло имѣетъ пріятный запахъ, то всѣ дѣти безъ исключенія охотно подвергаются этого рода лѣченію. Единственной тѣневой стороной его является то обстоятельство, что масло оставляетъ на бѣлье пятно. Дѣйствіе кипарисоваго масла, по наблюденіямъ автора (19 случаевъ), выражается въ слѣдующемъ: оно скоро во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ понижаетъ число припадковъ кашля, при чемъ сама сила отдѣльныхъ припадковъ и послѣдствія ихъ значительно уменьшаются; неблагопріятныхъ дѣйствій на желудочно-кишечный каналъ, органы дыханія, нервную систему, сердце или почки не наблюдается; наоборотъ, средство какъ бы ослабляетъ и, можетъ быть, даже устраняетъ осложненія, такъ что вся болѣзнь принимаетъ довольно легкій характеръ и теченіе. Авторъ отмѣчаетъ, что при употребленіи кипарисоваго масла исчезаетъ рвота послѣ припадковъ, равно какъ признаки удушья, синюшная краснота и наполненіе шейныхъ венъ во время припадковъ. Чтобы убѣдиться, что наблюдаемое улучшеніе, дѣйствительно, зависитъ отъ примѣненія кипарисоваго масла, авторъ у нѣкоторыхъ больныхъ прекращалъ лѣченіе имъ и тогда наблюдалъ, что число и сила припадковъ увеличивались; дѣло шло снова на улучшеніе, какъ только средство опять пускалось въ ходъ. Лѣченіе кипарисовымъ масломъ имѣло благопріятное дѣйствіе и на общее состояніе дѣтей, такъ какъ въ большинствѣ случаевъ они прибавлялись въ вѣсѣ (Therapie der Gegenwart, мартъ). *А. Коварскій.*

**Болѣзни носа, горла и уха.** 263. Исходя изъ того наблюденія, что между шириной носового хода и степенью развитія зловоннаго насморка имѣется, по видимому, причинная связь, выражающаяся обыкновенно въ томъ, что въ болѣе широкой $^1/_2$ носа бываетъ значительно больше корокъ, д-ръ *Fliess* (Berlin) пробовалъ *лѣчить зловонный насморкъ впрыскиваніями твердаго параффина* съ цѣлью съузить носовой ходъ. Передъ впрыскиваніемъ полость носа очищаютъ отъ корокъ, затѣмъ смазываютъ кокаиномъ нижнюю раковину, дно носа и носовую перегородку. Въ это время помощникъ приготовляетъ параффинъ и наполняетъ имъ шприцъ. Впрыскиваніе производится въ нижнюю раковину или, если послѣдняя сильно атрофирована, въ крыло носа. Въ 1 сеансъ обыкновенно удается сдѣлать впрыскиванія въ обѣ половины носа. Этотъ способъ лѣченія былъ примѣненъ авторомъ у 12 больныхъ, и во всѣхъ случаяхъ получилось значительное улучшеніе; никакіе до сихъ поръ извѣстные пріемы лѣченія не давали автору такихъ удовлетворительныхъ результатовъ. Корки у большинства больныхъ или совсѣмъ исчезали, или оставались въ едва замѣтномъ количествѣ; точно также исчезалъ и столь тягостный для больныхъ и окружающихъ запахъ. Неблагопріятныхъ случайностей авторъ не видѣлъ, иногда лишь наступали боли во лбу и щекахъ вслѣдъ за впрыскиваніемъ, но онѣ всегда проходили черезъ 24 часа. Авторъ примѣнялъ для впрыскиваній твердый параффинъ съ точкой плавленія въ 50—52° Ц; болѣе мягкіе сорта съ низкой точкой плавленія скорѣе могутъ обусловить эмболію легкихъ; при впрыскиваніи-же твердаго параффина до сихъ поръ не было ни одного случая эмболіи. Для удобства впрыскиванія авторъ въ шприцъ *Eckstein*'а вставлялъ не прямую, а штыкообразную иглу (Berliner klinische Wochenschrift, № 10). *А. Коварскій.*

**Электротерапія.** 264. Д-ръ *Massey* (Philadelphia) пользуется при *лѣченіи раковыхъ новообразованій катафорическимъ дѣйствіемъ электричества.* Операція состоитъ въ разрушеніи опухоли и обезпложиваніи окружающихъ частей хлористыми соединеніями ртути и цинка, образующимися при пропусканіи тока въ 500—600 милліамперъ въ области приложенія положительнаго электрода, состоящаго изъ покрытаго ртутью цинка. Операція производится такъ. Примѣняется общее обезболиваніе. Больной лежитъ на деревянномъ столѣ, на которомъ помѣщается обширный отрицательный электродъ, въ видѣ свинцовой пластинки, положенной на резиновую и покрытой нѣсколькими слоями бумажной ткани, пропитанной теплою водою. Другой электродъ, представляющій собою цинковую, заостренную на свободномъ концѣ, покрытую ртутью палочку, соединенъ съ положительнымъ полюсомъ баттареи изъ 80 элементовъ (уголь—цинкъ—кислота), съ электровозбудительной силой около 160 вольтъ. Цинковый электродъ втыкается на желательную глубину въ новообразованіе, и сила тока постепенно доводится до 500—600 милліамперъ; спустя 15—20 мин. мѣняютъ мѣстоположеніе электрода. Такимъ образомъ черезъ $^1/_2$—2 часа ткань опухоли оказывается превращенной въ струпъ, отпадающій въ промежутокъ 10—20 дней; при этомъ совершенно устраняется возможность занесенія частицъ опухоли по кровеноснымъ или лимфатическимъ сосудамъ; окружающія опухоль ткани оказываются обеззараженными. Послѣ операціи больной ощущаетъ небольшую боль въ теченіи первыхъ 12 часовъ. Автору съ успѣхомъ удавалось разрушать раковое новообразованіе маточной шейки (The Journal of the American medical Association, 21 ноября 1903).

265. *Тотъ-же авторъ* сообщаетъ о случаѣ *рака грудной железы*, въ которомъ имъ было примѣнено такое-же лѣченіе.

Больная, 57 л., больна 7 мѣсяцевъ. Въ наружной $^1/_2$ правой грудной железы—подвижная опухоль въ $2^1/_2$ дюйма въ поперечникѣ. На кожѣ изъязвленіе, въ серебряный рубль. Въ правой подмышковой ямкѣ увеличенная лимфатическая железа, въ персиковую косточку. Микроскопическое изслѣдованіе, произведен-

Digitized by Google

ное другимъ лицомъ, подтвердило раковый характеръ новообразованія.—Общее обезболиваніе. Отрицательный электродъ—свинцовая пластинка, во всю величину спины больной, покрытая влажной тканью; положительный электродъ введенъ въ опухоль возлѣ ея края; токъ около 200 милліамперъ. Вокругъ цинковаго электрода образовалось характерное бѣловато-сѣрое омертвѣніе; электродъ перемѣщали нѣсколько разъ. Черезъ $1^1/_2$ часа вся опухоль, увеличенная железа и межуточная ткань оказались омертвѣвшими; широкій поясъ въ окружности былъ обезпложенъ. Нѣсколько дней держалась нѣкоторая чувствительность. Спустя 6 недѣль струпъ отпалъ, оставивъ чистую, покрытую зернистостями рану; больная вскорѣ была отпущена домой. Черезъ 6 мѣсяцевъ—здоровый рубецъ, кромѣ маленькой поверхности, гдѣ въ глубинѣ оказалась капля ртути. По удаленіи этой ртути въ полость введена была цинково-ртутная игла и пропущенъ токъ въ 10 милліамперъ. Черезъ годъ послѣ операціи: прекрасный, здоровый рубецъ; общее состояніе больной значительно лучше, чѣмъ въ послѣдніе годы передъ операціей (New York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 5 декабря 1903). *Л. С—кій.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 266. Д-ръ *Cohn* (изъ клиники проф. *Unn*'ы) сообщаетъ о результатахъ примѣненнаго имъ въ 3 случаяхъ *лѣченія пигментныхъ родимыхъ пятенъ 30°/₀-мъ растворомъ перекиси водорода.*

Въ 1-мъ случаѣ у 9-лѣтней дѣвочки были поражены правая ½ лица, ухо и обѣ руки многочисленными пигментными пятнами, величиной въ булавочную головку. Заболѣваніе, по словамъ матери, началось на 2-мъ году жизни больной. Для лѣченія пятна смазывались каплей 30°/₀-го раствора перекиси водорода, а затѣмъ сверху покрывались цинковымъ пластыремъ. Прижиганія совершались нѣсколько дней подрядъ пока пятна не исчезали. Въ теченіи 4 недѣль пребыванія больной въ клиникѣ большинство пятенъ исчезли.

Въ 2-мъ случаѣ, гдѣ у 5-лѣтней дѣвочки была покрыта пятнами почти вся спина, также удалось въ теченіи недѣли удалить почти всѣ пятна.

Въ 3-мъ случаѣ лѣченіе по этому способу naevus pigmentosus pilosus, величиной въ 2 марки, также дало очень хорошіе результаты (Monatshefte für praktische Dermatologie, т. 37, № 7).

267. Д-ръ *Oberlaender* сообщаетъ свои *наблюденія надъ лѣченіемъ свѣтомъ.* Онъ видѣлъ очень благопріятные результаты отъ примѣненія электро-свѣтовыхъ ваннъ (мѣстныхъ и общихъ) при подагрѣ. Затѣмъ слѣдуютъ 2 случая ангіонейротической экцемы.

1-й относится къ дамѣ, у которой въ продолженіе 4-хъ лѣтъ при мѣсячныхъ каждый разъ появлялись инфильтраты въ ушныхъ мышцахъ и вѣкахъ. Въ августѣ прошлаго года она поступила подъ наблюденіе автора, который и предложилъ ей лѣченіе свѣтомъ Вольтовой дуги: одинъ день—ванна и свѣтъ на область живота, а на слѣдующій день—свѣтъ мѣстно на лицо. На 3-й день инфильтраты исчезли. Кожа оставалась сухой. Лѣченіе продолжалось 4 недѣли. До настоящаго времени возврата не было.

2-й случай касается дамы въ періодѣ климактерія. Авторъ лѣчилъ её 3 года. Ежегодно, въ мартѣ или апрѣлѣ, у нея развивалась сильная экцема на лицѣ, груди и спинѣ, при чемъ наблюдались всѣ стадіи, отъ образованія пузырьковъ до слущиванія чешуями. Лѣченіе обычными средствами продолжалось всякій разъ 6—8 недѣль. Въ прошломъ году больная снова обратилась къ автору при явленіяхъ припухлости и покраснѣнія кожи лица и значительной инфильтраціи ушныхъ мышцъ. Было назначено: первый день—ванна синяго дугового свѣта съ особымъ освѣщеніемъ живота, второй день—мѣстное освѣщеніе лица. Излѣченіе наступило на 6-й день.

Утѣшительные результаты достигнуты авторомъ и въ случаяхъ зуда наружныхъ половыхъ органовъ у женщины (ванны и мѣстно), а также въ случаяхъ почесухи (существовавшей 12 лѣтъ), плѣшивости и псоріаза (Archiv für Lichttherapie, 1903, тетр. 4). *С. Брущтейнъ.*

**Судебная медицина.** 268. Д-ра *Hugo Marx* (Berlin) и *Ernst Ehrnrooth* (Гельсингфорсъ) предлагаютъ весьма *простой способъ для отличительнаго распознаванія человѣческой крови отъ крови животныхъ при судебно-медицинскихъ изслѣдованіяхъ.* Способъ этотъ основанъ на томъ фактѣ, что сыворотка крови животныхъ вызываетъ въ свѣжей человѣческой крови склеиваніе красныхъ кровяныхъ шариковъ, между тѣмъ какъ сыворотка человѣческой крови такого склеиванія не вызываетъ. Техника способа слѣдующая. Предназначенный для изслѣдованія сухой матеріалъ (пятна на бѣльѣ, деревѣ и т. п.) растворяется на предметномъ стеклѣ въ одной или нѣсколькихъ капляхъ 0,6°/₀-го раствора поваренной соли такъ, чтобы получился по возможности крѣпкій растворъ коричневаго или темно-красно-коричневаго цвѣта. Затѣмъ добываютъ при помощи прокаленной иглы изъ пальца маленькую каплю крови и размѣшиваютъ ее при посредствѣ стеклянной палочки въ теченіи 5—6 сек. съ кровянымъ растворомъ на предметномъ стеклѣ. Послѣ этого прикрываютъ препаратъ покровнымъ стекломъ и изслѣдуютъ подъ микроскопомъ съ слабымъ и сильнымъ увеличеніемъ въ теченіи 15 мин. Чѣмъ свѣжѣе была инородная кровь и чѣмъ крѣпче былъ приготовленный изъ нея растворъ, тѣмъ скорѣе протекаетъ реакція склеиванія. Если кровь сохранялась только нѣсколько мѣсяцевъ, то реакція бываетъ ясно выражена уже черезъ нѣсколько секундъ, при чемъ съ каждой послѣдующей минутой она выступаетъ всё рѣзче и рѣзче. Съ 3-недѣльной кровью реакція наступаетъ почти мгновенно. Вмѣсто того, чтобы покрывать смѣсь покровнымъ стекломъ, можно засушить ее въ тонкомъ слоѣ на предметномъ стеклѣ, и тогда получаются препараты, которые можно сохранить и употреблять для цѣлей преподаванія. Такъ какъ правильная оцѣнка результатовъ реакціи требуетъ нѣкотораго навыка, то авторы совѣтуютъ сначала произвести нѣсколько разъ реакцію съ кровью животныхъ, разведенной пополамъ растворомъ поваренной соли. Авторы смотрятъ на свой способъ, какъ на болѣе грубый и предварительный и пригодный въ тѣхъ случаяхъ, когда болѣе точный біологическій способъ *Uhlenhuth*'а не можетъ быть выполненъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 7). *А. Коварскій.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.** (Отчетъ ч. пр. *Б. С. Грейденберга*). (Продолженіе; см. выше, № 6, стр. 216). 6-го января Отдѣлъ не имѣлъ засѣданія. Съ утра проф. *В. М. Бехтеревъ* представилъ собравшимся въ клинической аудиторіи членамъ Отдѣла рядъ больныхъ съ различными душевными и нервными формами: навязчивыми состояніями—боязнь чужого взгляда и одержимость гадами, *Бехтеревской* болѣзнью въ обѣихъ ея разновидностяхъ *(В. М. Бехтерева* и *Strümpell'я-Marie),* тетаніей съ падучными припадками вслѣдствіе удаленія щитовидной железы, атетоидными движеніями конечностей и разстройствомъ рѣчи вслѣдствіе мозгового сифилиса, наростающей мышечной дистрофіей и др. Затѣмъ были осмотрѣны душевная и нервная клиники со всѣми ихъ кабинетами и лабораторіями, а также и спеціально устроенная къ Съѣзду, въ особомъ зданіи, психіатрическая выставка, представлявшая рядъ собраній различнѣйшихъ предметовъ—плановъ, образцовъ, рисунковъ, чертежей, свѣтописныхъ снимковъ, платья, бѣлья, обуви, работъ душевно-больныхъ, ихъ рукодѣлій и произведеній и т. п., доставленныхъ многими больницами и заведеніями.

7-го января Отдѣлъ имѣлъ 3 засѣданія: утреннее (10—1 ч.), дневное (2—5 ч.) и вечернее (8—11 ч).

Утреннее засѣданіе. Почетнымъ предсѣдателемъ предложенъ ч. пр. *Б. С. Грейденбергъ* (Харьковъ).

Доклады по 2-му программному вопросу—*Объ организаціи призрѣнія душевно-больныхъ въ Россіи.*

*П. П. Кащенко* (Н.-Новгородъ). *Къ вопросу объ однообразной формѣ отчетности для психіатрическихъ учрежденій и объ устройствѣ центральнаго психіатрическо-статистическаго бюро.* Положенія: 1. Вопросъ объ упорядоченіи психіатрической статистики, являясь существенно важнымъ въ научномъ и практическомъ отношеніяхъ, требуетъ неотложнаго обсужденія. 2. Правильное его разрѣшеніе возможно лишь при общей совмѣстной работѣ врачей и общественныхъ организацій. 3. Впредь до открытія дѣйствій проэктированнаго Союза психіатровъ Отдѣлъ психіатріи и нейрологіи Пироговскаго Съѣзда принимаетъ эту задачу на себя. Въ этихъ видахъ избирается Коммиссія изъ среды членовъ Отдѣла съ порученіемъ представить къ слѣдующему Пироговскому Съѣзду проэкты: 1) психіатрической классификаціи, 2) отчетныхъ формъ и 3) устройства центральнаго психіатрическо-статистическаго бюро. При исполненіи 1-го порученія казалось-бы необходимымъ имѣть въ виду возможность единства международной классификаціи. При выработкѣ отчетныхъ формъ необходимо войти въ соглашеніе по этому вопросу съ медицинскимъ Департаментомъ для того, чтобы больницамъ не пришлось составлять отчеты въ 2-хъ различныхъ видахъ.

Digitized by Google

*Н. В. Краинскій* (Вильна). *По вопросу объ организаціи призрѣнія душевно-больныхъ.* Положенія: 1. Возбужденный въ послѣднее время въ практической психіатріи вопросъ о децентрализаціи учрежденій для призрѣнія душевно-больныхъ и приближеніи психіатрической помощи къ населенію требуетъ большой осторожности при осуществленіи этой системы. Въ экономическомъ отношеніи, принимая во вниманіе равную по качеству постановку дѣла, система децентрализаціи обойдется много дороже, въ научномъ-же, клиническомъ и организаціонномъ отношеніяхъ раздробленіе и безъ того скудныхъ психіатрическихъ силъ въ Россіи отразится на дѣлѣ вредно. 2. Большія психіатрическія лѣчебницы въ научномъ и организаціонномъ отношеніяхъ имѣютъ значительныя преимущества по сравненію съ малыми, такъ какъ, во первыхъ, имѣются лучшія условія для сортировки и правильной классификаціи различныхъ группъ больныхъ съ примѣненіемъ къ нимъ различныхъ системъ ухода (призрѣнія и лѣченія). Въ нихъ легче найти необходимыя въ научной психіатріи пособія (библіотека и лабораторія), а взаимный обмѣнъ мнѣній и свѣдѣній, получаемыхъ изъ иностранной спеціальной литературы, является легко достижимымъ, такъ какъ при современномъ развитіи психіатріи безъ знакомства съ иностранными источниками обходиться не представляется возможнымъ. 3. Разобщенность душевно-больного съ семьею вытекаетъ изъ существа дѣла и рода болѣзни и не опредѣляется всецѣло радіусомъ сферы лѣчебницы. Въ общемъ близость больного къ домашнему очагу не искупаетъ неудобствъ психіатрической разъединенности. 4. Психіатрическія задачи являются общечеловѣческими; онѣ должны вытекать изъ научныхъ основъ психіатріи и соціально экономическихъ условій жизни государства. Психіатрія должна быть нейтральна; больные и лѣчебницы не должны дѣлиться на вѣдомства по флагамъ, подъ которыми онѣ работаютъ, и, стремясь къ совершенству, должны преслѣдовать цѣли науки, блага больныхъ и населенія. 5. Всякая психіатрическая лѣчебница или заведеніе должны быть автономны, и веденіе ихъ—всецѣло предоставлено врачебному персоналу. Правительство или представители мѣстнаго населенія (Министерства и земскія Собранія) должны давать общія заданія, опредѣлять бюджетъ и размѣры психіатрической помощи, провѣрять въ этомъ смыслѣ дѣятельность лѣчебницъ, и въ этихъ предѣлахъ психіатрическія заведенія являются вполнѣ отвѣтственными органами. Но въ предѣлахъ установленныхъ инструкцій больницы должны быть самостоятельны и изъяты отъ вмѣшательства въ ихъ дѣятельность некомпетентныхъ органовъ въ формѣ Управъ, попечителей и завѣдующихъ лѣчебницами членовъ Управъ. Врачи не нуждаются въ постоянномъ надзорѣ несвѣдующихъ лицъ, и потому институтъ попечителей долженъ быть окончательно уничтоженъ. 6. Хозяйство психіатрическихъ заведеній въ предѣлахъ отпущеннаго бюджета должно быть поручено Правленію, состоящему изъ врачей лѣчебницы. Смотрители, какъ самостоятельные элементы, вредны и должны быть изъяты изъ употребленія. Организаціонныя задачи, выработка инструкцій и разработка медицинскихъ вопросовъ должны быть поручены врачебнымъ Совѣтамъ лѣчебницъ, состоящимъ исключительно изъ врачей. Исполнительная власть должна быть предоставлена, на основаніи точныхъ инструкцій, завѣдующимъ старшимъ врачамъ. Назначеніе и увольненіе врачей во всякомъ случаѣ должно быть изъято изъ компетенціи Управы и, наравнѣ съ спеціальнымъ надзоромъ—инспекціей, предоставлены коллективному или единоличному, правительственному или мѣстному, но непремѣнно медицинскому органу или учрежденію.

*Н. А. Вырубовъ* (Воронежъ). *Очередной вопросъ земской психіатріи—приближеніе психіатрической помощи къ населенію.* Положенія: 1. Губернскія психіатрическія больницы крайне неравномѣрно обслуживаютъ населеніе губерніи, иными словами—онѣ, какъ лѣчебныя учрежденія, не имѣютъ общегубернскаго значенія. Лѣчебное ихъ значеніе, какъ и всякаго другого лѣчебнаго учрежденія, ограничивается только извѣстнымъ райономъ. 2. Единственный правильный путь къ тому, чтобы устранить неравномѣрность пользованія населенія психіатрической помощью, это — децентрализація психіатрическихъ лѣчебницъ. 3. Осуществленіе децентрализаціи въ первую очередь должно выразиться въ устройствѣ межъуѣздныхъ психіатрическихъ лѣчебницъ, обслуживающихъ опредѣленные районы. 4. Размѣры, какіе представляется желательнымъ дать этимъ межъуѣзднымъ лѣчебницамъ, могутъ быть опредѣлены въ 50—60 коекъ, при условіи обслуживанія 2—3 уѣздовъ, смотря по величинѣ послѣднихъ. 5. Для лѣченія и призрѣнія хроническихъ больныхъ, кромѣ патронажа, въ настоящій моментъ развитія земской психіатріи могутъ быть использованы существующія у губернскихъ земствъ больницы-колоніи. 6. Дальнѣйшее расширеніе центральныхъ учрежденій представляется нежелательнымъ, такъ какъ для населенія и, вѣроятно, для земскихъ финансовъ будетъ выгоднѣе дальнѣйшая децентрализація призрѣнія хроническихъ душевно-больныхъ. 7. Вся земская психіатрическая организація, въ виду ея общаго значенія для губерніи, должна находиться въ вѣдѣніи губернскаго земства.

*Н. А. Сокальскій* (Уфа). *О необходимости децентрализаціи психіатрической помощи населенію въ земскихъ губерніяхъ и о положеніи этого вопроса въ Уфимской губерніи.* Въ Уфимской психіатрической больницѣ къ концу 1903 г. состояло всего 496 душевно-больныхъ, между тѣмъ въ губерніи, при общей численности ея населенія—согласно переписи 1897 г.—въ 2220497 душъ, цифра душевно-больныхъ должна быть равна не менѣе 5000. Такъ какъ, по даннымъ отчетовъ больницы за послѣднее 10-лѣтіе, психіатрическое населеніе ея увеличивается въ среднемъ на 12% ежегодно, то, если даже взять только 10%, въ 1912 г. въ ней должно быть около 1000 больныхъ. Соотвѣтственно этому возрастанію числа призрѣваемыхъ душевно-больныхъ и увеличивается и ежегодная смѣта на ихъ содержаніе, превышающая въ настоящее время уже 100000 р. Идти дальше по тому-же пути, пассивно расширяя губернскую психіатрическую больницу, въ зависимости отъ увеличивающагося наплыва въ нее больныхъ, едва-ли возможно и цѣлесообразно. Остается одно изъ двухъ: или прекратить дальнѣйшій пріемъ больныхъ и принимать ихъ въ зависимости отъ освобождающихся въ больницѣ мѣстъ, за выпиской или за смертью больныхъ, и такимъ образомъ, въ сущности, лишить населеніе всякой психіатрической помощи, или-же придти на помощь прежде всего острымъ, недавно заболѣвшимъ и наиболѣе нуждающимся въ помощи больнымъ, сдѣлавъ это путемъ децентрализаціи психіатрической помощи населенію губерніи въ томъ смыслѣ, какъ это было намѣчено на VIII Пироговскомъ Съѣздѣ. Необходимо устроить въ губерніи сѣть подъѣздныхъ психіатрическихъ больницъ, объединенныхъ общею организаціей, находящихся въ вѣдѣніи губернскаго земства и связанныхъ съ центральной губернской психіатрической больницей, по отношенію къ коей онѣ должны быть разсматриваемы, какъ разсѣянныя по губерніи ея отдѣленія. Послѣднее Уфимское очередное губернское земское Собраніе и рѣшило устроить, въ видѣ опыта, одну такую подъѣздную психіатрическую больницу. Теперь, когда вопросъ поставленъ уже на практическую почву, успѣхъ перваго опыта рѣшаетъ все дѣло. Поэтому необходимо заранѣе выработать извѣстную программу и строго ея придерживаться. Необходимо точно опредѣлить районъ, который должна обслуживать вновь устраиваемая больница и ни въ коемъ случаѣ не принимать въ участковую больницу больныхъ, не принадлежащихъ къ этому району, хотя-бы къ нимъ участковая больница была ближе, чѣмъ центральная: всѣхъ этихъ больныхъ должно отправлять по прежнему въ центральную губернскую земскую психіатрическую больницу, какъ это было-бы въ томъ случаѣ, если-бы участковой больницы не было. Принимаемые въ эту больницу должны быть почти исключительно острые, недавно заболѣвшіе больные, затѣмъ хроническіе съ обостреніемъ психоза и эпилептики, въ случаѣ развитія у нихъ психо-эпилепсіи. Хроническіе больные должны быть раздѣлены на извѣстныя группы: 1) больные спокойные, не опасные ни для себя, ни для окружающихъ, но не трудоспособные и представляющіе поэтому бремя для своей семьи, могутъ быть сдаваемы въ ихъ семьи безъ вознагражденія, если семья зажиточна, и—за ничтожное вознагражденіе ($1\frac{1}{2}$—3 р. въ мѣсяцъ), если

Digitized by Google

семья бѣдна; 2) хроники, болѣе или менѣе трудоспособные, могутъ быть сдаваемы ихъ родственникамъ безъ вознагражденія; 3) хрониковъ безпокойныхъ и неудобныхъ въ общежитіи придется переводить въ центральную больницу и содержать тамъ, пока болѣзнь не перейдетъ въ другую фазу и пока больной не сдѣлается спокоенъ, когда онъ снова можетъ быть переведенъ изъ центральной больницы въ участковую и можетъ быть черезъ нее сданъ родственникамъ. Подобнымъ образомъ должны быть сдаваемы черезъ участковую больницу ихъ родственникамъ также тѣ изъ находящихся въ настоящее время въ центральной губернской больницѣ сознательныхъ и спокойныхъ эпилептиковъ и хроническихъ больныхъ, которые происходятъ изъ района, обслуживаемаго участковою больницею. Затѣмъ желательно, одновременно съ устройствомъ первой участковой больницы, тотъ-же принципъ помощи острымъ больнымъ провести и въ центральной губернской психіатрической больницѣ по отношенію къ Уфимскому уѣзду или части его и считать нынѣ существующую психіатрическую больницу участковою по отношенію къ ближайшему къ ней опредѣленному району, проведя по отношенію къ этому району со всей строгостью тѣ-же условія, въ которыя будетъ поставлена первая проэктируемая участковая больница. Разница должна заключаться лишь въ томъ, что тамъ извѣстные больные будутъ пересылаемы въ центральную больницу, здѣсь-же они будутъ просто оставляемы въ больницѣ, при чемъ всѣмъ такимъ больнымъ должна будетъ вестись строгая запись. Такимъ образомъ создадутся сразу 2 пункта подъѣздной организаціи психіатрической помощи населенію губерніи, и едва-ли при такой постановкѣ дѣла губернское земство истратитъ больше средствъ, чѣмъ оно потратитъ ихъ, сохраняя настоящее положеніе вещей.

*А. С. Грибоѣдовъ* (Петербургъ). *Къ вопросу о призрѣніи эпилептиковъ и идіотовъ.*

Дневное засѣданіе. Почетнымъ предсѣдателемъ предложенъ д-ръ *С. И. Штейнбергъ* (Саратовъ). Пренія по всѣмъ заслушаннымъ докладамъ.

*Н. Я. Смѣловъ* (Петербургъ) вполнѣ раздѣляетъ положеніе доклада *П. П. Кащенко* о назрѣвшей необходимости выработать однообразную форму отчетности для психіатрическихъ больницъ и учредить центральное статистическое бюро, но съ необходимымъ условіемъ—связи его съ общеврачебной организаціей. Противъ децентрализаціи въ принципѣ едва-ли кто будетъ возражать; но только необходимо рѣшить, своевременно-ли и возможно-ли теперь-же практическое ея осуществленіе. Чтобы психіатрическая помощь для населенія сдѣлалась доступной, необходима децентрализація. Въ этомъ, между прочимъ, наглядно убѣждаетъ, помимо всѣхъ другихъ соображеній, высказанныхъ *Н. А. Вырубовымъ*, примѣръ Московскаго Земства: Московская земская психіатрическая больница, не смотря на громадныя затраты на ея содержаніе (стоимость больного въ ней 400 р. въ годъ), не смотря на связь ея съ общегубернской врачебной организаціей и всѣ мѣры, принимаемыя врачебной ея администраціей, чтобы она обслуживала все населеніе губерніи, не достигла этого и стоитъ въ этомъ отношеніи на ряду съ другими земскими больницами. Причина этого—территоріальная удаленность больницы отъ населенія губерніи. Какія больницы строить, на какое число кроватей—это вопросъ мѣстный, для рѣшенія котораго исходной точкой можетъ служить существующій опытъ той или другой губерніи. *Н. В. Краинскій*, затронувъ вопросъ объ управленіи больницы, говоритъ, что оно должно быть ведено только врачемъ, и никакіе попечители не должны имѣть мѣсто въ организаціи веденія этого управленія, а смотритель не долженъ имѣть въ совѣщаніяхъ рѣшающаго голоса. Я смотрю на дѣло какъ разъ наоборотъ. Мы, врачи, не должны замыкаться, обособляться отъ общественныхъ учрежденій, отъ контроля общества и его участія въ больничномъ дѣлѣ. Только тогда дѣло будетъ планомѣрно развиваться и не будетъ такихъ острыхъ столкновеній среди больничныхъ врачей, какія нерѣдко выступаютъ въ настоящее время,—когда все веденіе дѣла въ больницѣ будетъ построено на началахъ коллегіальности и будетъ въ связи съ общеврачебной организаціей города или губерніи и подъ полнымъ общественнымъ контролемъ. Конкретно я представляю себѣ эту организацію такъ: обязанности смотрителя долженъ взять врачъ, какъ завѣдующій хозяйственною частью; всѣ врачи должны быть равны и входить въ больничный Совѣтъ съ правомъ рѣшающаго голоса; въ этотъ-же Совѣтъ должны входить и уполномоченные отъ другихъ врачебныхъ организацій города или губерніи, напр., представители отъ Думы или Земства. Предсѣдатель Совѣта долженъ выбираться изъ среды его членовъ на 1 или 2 года. Главный врачъ имѣетъ родъ представительства, и на немъ лежитъ обязанность разработки тѣхъ или иныхъ вопросовъ, подобно тому какъ это дѣлаетъ врачъ, завѣдующій санитарнымъ бюро въ губерніи.

*Б. Н. Синани* (Петербургъ): Неравномѣрное пользованіе услугами губернскихъ психіатрическихъ больницъ со стороны разныхъ уѣздовъ обусловливается не одной только разницей разстояній ихъ отъ больницы; тутъ имѣютъ значеніе и нѣкоторыя другія причины. Такъ, одинъ изъ дальнихъ уѣздовъ Новгородской губ. Череповскій, въ теченіи 15 лѣтняго моего завѣдыванія Колмовской больницей всегда стоялъ далеко впереди всѣхъ (за исключеніемъ Новгородскаго) уѣздовъ по числу присылаемыхъ въ Колмово больныхъ. Объясняется это тѣмъ, что Череповскій уѣздъ издавна выдѣлялся среди другихъ уѣздовъ хорошей постановкой въ немъ земскаго дѣла, выражающейся, между прочимъ, тѣмъ, что уѣздъ этотъ близокъ уже къ осуществленію всеобщаго народнаго обученія. Населеніе этого уѣзда отличается большимъ развитіемъ, большимъ сознаніемъ своихъ правъ и больше другихъ пользуется тѣмъ обстоятельствомъ, что Новгородское губернское Земство сдѣлало постановленіе о доставкѣ больныхъ въ Колмово на счетъ губернскаго земства. *Н. А. Сокальскій* указываетъ еще на другой поводъ необходимости децентрализаціи—незначительный % призрѣваемыхъ изъ общаго числа нуждающихся въ призрѣніи: какъ-будто выходитъ, что ограниченность числа призрѣваемыхъ зависитъ отъ централизаціи, въ то время какъ мы знаемъ, что она зависитъ отъ того, что земства, по тѣмъ или другимъ причинамъ, не желаютъ или не могутъ расширять своей центральной больницы соотвѣтственно съ потребностью населенія. Въ одномъ случаѣ дѣло зависитъ оттого, что стоящіе во главѣ земскаго дѣла лица являются не дѣйствительными представителями интересовъ всего населенія; въ другомъ оно объясняется тѣмъ, что у земства—ограниченныя средства, и оно должно жертвовать одними интересами населенія во имя другихъ, которые оно признаетъ болѣе настоятельными, болѣе насущными, какъ, напр., народнаго образованія. Силу послѣдняго обстоятельства мнѣ пришлось испытать на самомъ себѣ: настаивать на исполненіи моихъ требованій по расширенію и улучшенію дѣла призрѣнія душевно-больныхъ какъ-то не поднималась у меня рука, и это послужило одною изъ причинъ того, что я предпочелъ уйти отъ своего дѣла, дабы не быть косвеннымъ какъ-бы противникомъ развитія школьнаго дѣла.

Проф. *Я. А. Анфимовъ* (Харьковъ): Я полагалъ-бы, что необходимъ самый дешевый способъ призрѣнія душевно-больныхъ, неизлѣчимыхъ хрониковъ—въ видѣ поселеній. Поселенія должны быть самыя дешевыя, иначе мы скоро станемъ лицомъ къ лицу съ крупнымъ кризисомъ. Больницы всѣ уже полны. Новыя больницы, какого-бы типа они не были, также скоро наполнятся. Колоніи въ той формѣ, въ которой онѣ существуютъ теперь, не оправдывали ожиданій. А между тѣмъ средняя цифра содержанія больного въ годъ въ наше время равна 150—300 р. На содержаніе 1 душевно-больного должна работать почти цѣлая деревня; а сколько другихъ жгучихъ народныхъ нуждъ у нашего земства! Поэтому я полагаю, что, оставивъ существующія больницы для острыхъ и лѣчимыхъ въ томъ видѣ, въ которомъ онѣ теперь, мы должны всѣхъ неизлѣчимыхъ больныхъ по возможности стараться содержать дешевле. Я не рѣшаюсь назвать minimum содержанія неизлѣчимаго хроника, но думаю, что при простыхъ деревенскихъ условіяхъ призрѣнія въ поселеніи этотъ minimum можетъ быть доведенъ до 50 и даже 30—40 р. въ годъ.

*Н. К. Реймеръ* (Петербургъ): Въ докладѣ *Н. В. Краинскаго* затронутъ важный принципіальный вопросъ о необходимой самостоятельности медицинской коллегіи, ибо только при этомъ врачи въ состояніи проводить въ жизнь свои медицинскіе идеалы, только тогда лишь быстро подвинется психіатрическое дѣло. Я думаю, что Съѣзды изъ года въ годъ постепенно должны добиваться всевозможными путями обезпеченія врачебному персоналу полной самостоятельности, чтобы врачи знали, что ихъ не будутъ карать даже за высказанныя ими мнѣнія, какъ не разъ случалось это потому, что многія земства черезъ земскія Управы смотрятъ на нихъ, какъ на своихъ наемниковъ, съ которыми они могутъ въ каждый данный моментъ «прекратить добровольное соглашеніе».

*А. И. Ющенко* (Петербургъ): Врачамъ не слѣдуетъ стараться объ устраненіи лицъ, облеченныхъ общественнымъ довѣріемъ, отъ участія въ рѣшеніи вопросовъ, касающихся больницъ. Непосредственная зависимость врачебнаго персонала больницъ отъ земскихъ Собраній и Думъ вполнѣ совмѣстима съ участіемъ въ рѣшеніи административно-хозяйственныхъ вопросовъ членовъ Управъ, избранниковъ общественныхъ, радѣющихъ о благѣ избирателей. Но слѣдуетъ каждой отрасли общественнаго хозяйства слишкомъ ужъ замыкаться въ узко-спеціальныя рамки. По поводу доклада *А. С. Грибоѣдова* я долженъ сказать, что не понимаю, зачѣмъ стремиться къ организаціи особыхъ благотворительныхъ органовъ, вѣдающихъ дѣло призрѣнія идіотовъ и эпилептиковъ, и выдавать вспомоществованія этимъ организаціямъ изъ общественныхъ и государственныхъ средствъ. Общественные и государственные органы имѣютъ свои учрежденія по призрѣнію страждущихъ, и гораздо лучше, если благотворительность придетъ имъ на помощь, а не наоборотъ. Я не согласенъ съ *Н. В. Краинскимъ*, что Правленія окружныхъ психіатрическихъ больницъ—коллегіальныя учрежденія. Состоя изъ директора, 2-хъ врачей и мало компетентнаго въ организаціи психіатрическаго хозяйства и совершенно зависимаго отъ директора смотрителя, они являются въ самомъ благопріятномъ случаѣ совѣщательными органами по вопросамъ, обсужденіе которыхъ желательно директору. Не думаю, чтобы психіатрическій поселокъ

Digitized by Google

изъ сосновыхъ избъ, предложенный проф. *Я. А. Анфимовымъ*, способствовалъ облегченію непосильныхъ для общества тратъ на призрѣніе душевно-больныхъ. Хорошій надзоръ и правильная постановка дѣла въ такихъ учрежденіяхъ будетъ стоить не дешево, а при маломъ надзорѣ избы скоро сгорятъ, и больные будутъ убивать другъ друга.

*В. П. Тишковъ* (Ташкентъ): Не всѣ хроническіе больные психіатрическихъ больницъ суть больные въ собственномъ смыслѣ слова: многіе изъ нихъ уже давно перестали быть больными, стали просто, въ той или другой степени, психическими инвалидами, для которыхъ нужно не лѣченіе, а только призоръ и пропитаніе. Поэтому и мысль проф. *Я. А. Анфимова* о наиболѣе дешевомъ деревенскомъ призрѣніи есть въ отношеніи къ этимъ бывшимъ больнымъ мысль практическая.

*А. К. Микульскій* (Екатеринославъ): Принципъ децентрализаціи желателенъ; децентрализованныя больницы явятся разсадниками здравыхъ взглядовъ на душевныя заболѣванія и съ теченіемъ времени поведутъ къ исчезновенію цѣпей, веревокъ и другихъ мѣръ, примѣняемыхъ крестьянами по отношенію къ душевно-больнымъ. Относительно практическаго осуществленія предлагаемаго принципа нужно замѣтить, что нельзя заранѣе предрѣшать, насколько кроватей должны строиться проэктируемыя поуѣздныя больницы, такъ какъ это зависитъ отъ числа уѣздовъ въ губерніи и отъ количества населенія въ нихъ. Накопляющихся хрониковъ нѣтъ основанія отправлять въ губернскую больницу, такъ какъ все равно она быстро заполнится. Гораздо лучше построить при предполагаемыхъ уѣздныхъ лѣчебницахъ колоніи, гдѣ больные будутъ находиться поблизости къ своимъ семействамъ. Если это потребуетъ новыхъ расходовъ, то они окупятся скорѣе, чѣмъ въ городѣ, гдѣ продовольствіе больныхъ обходится дороже, тѣмъ болѣе, что и перевозка больныхъ изъ уѣзда въ городъ обойдется не дешево.

*Л. Л. Дарашкевичъ* (Винница): Позволю себѣ горячо привѣтствовать высказанную здѣсь мысль о децентрализаціи психіатрической помощи, между прочимъ, еще и потому, что имѣлъ случай видѣть также и дѣйствіе обратнаго принципа, т. е. централизаціи таковой помощи, которая примѣнялась при переводѣ больныхъ въ окружныя лѣчебницы. Если ужъ горько семьѣ больного везти его изъ далекаго уѣзда въ губернію и она предпочитаетъ этого не дѣлать, то можно себѣ представить, что происходитъ, когда больного увозятъ въ чужую губернію за сотни верстъ—для помѣщенія въ окружную лѣчебницу, гдѣ его нельзя навѣщать, откуда при временномъ улучшеніи состоянія его нельзя взять домой.

*С. И. Штейнбергъ* (Саратовъ) высказался какъ и на предыдущихъ Съѣздахъ при обсужденіи этого вопроса, и принципіально, и практически противъ устройства патронажа.

*П. П. Кащенко* (Н. Новгородъ) не согласенъ съ проводимымъ *Н. В. Краинскимъ* взглядомъ совершеннаго устраненія отъ управленія психіатрическими больницами представителей органовъ общественнаго самоуправленія и горячо протестуетъ противъ предложенія проф. *Я. А. Анфимова* объ устройствѣ для душевно-больныхъ какихъ-то деревянныхъ поселковъ.

*М. С. Морозовъ* (Новгородъ): Въ докладѣ *А. С. Грибоѣдова* нигдѣ не говорится о значеніи духовенства въ дѣлѣ призрѣнія идіотовъ и эпилептиковъ. Не вдаваясь въ подробности разсмотрѣнія вопроса о нежелательности вліянія конфессіональнаго элемента на дѣло призрѣнія, я рѣшительно высказываюсь за изъятіе дѣла призрѣнія эпилептиковъ и идіотовъ изъ круга вліянія духовенства. Дѣло призрѣнія идіотовъ и эпилептиковъ, какъ и дѣло призрѣнія душевно-больныхъ, вначалѣ было въ рукахъ духовенства, но съ теченіемъ времени, когда получило уже научную и медико-педагогическую основу, оно не можетъ и не должно оставаться въ прежнемъ положеніи. Всѣ лучшія заведенія на Западѣ въ послѣднее время выходятъ изъ круга вліянія духовенства, и само дѣло воспитанія и обученія идіотовъ и эпилептиковъ освобождается изъ-подъ вліянія и давленія конфессіональнаго начала. Было время, когда все вообще дѣло ухода за больными было въ рукахъ духовенства; но это время уже отошло, и всѣ настойчиво освобождались отъ этого ухода, отличающагося специфическими нежелательными особенностями. Я довольно близко знакомъ съ дѣломъ призрѣнія идіотовъ и эпилептиковъ и имѣлъ возможность узнать вліяніе этого конфессіональнаго духовно-нравственнаго элемента на развитіе бѣднаго духовнаго міра несчастныхъ призрѣваемыхъ, на гнетущее, сковывающее вліяніе этого начала. Поэтому я рѣшительно высказываюсь за изъятіе дѣла призрѣнія идіотовъ и эпилептиковъ, самой постановки и непосредственнаго веденія его изъ круга вліянія духовенства. Истинно научная, медико-педагогическая постановка вопроса стоитъ въ рѣшительномъ противорѣчіи съ возможностью конфессіональнаго начала. Что касается мысли объ удешевленіи призрѣнія душевно-больныхъ до 50—60 р. на хроника, высказанной проф. *Я. А. Анфимовымъ*, то я считаю долгомъ всѣми силами души протестовать противъ того, чтобы вступать на предложенный намъ путь. Нѣтъ, во имя гуманности съ этимъ нельзя согласиться! Вѣдь, это былъ-бы возвратъ въ мракъ дореформеннаго періода; это было-бы равносильно чуть-ли не выбрасыванію на произволъ судьбы несчастныхъ больныхъ. Земско-общественныя учрежденія, вступившія уже давно на путь правильной организаціи дѣла призрѣнія душевно-больныхъ и сдѣлавшія за короткій промежутокъ времени въ этомъ отношеніи такъ много, давшія цѣлый рядъ лучшихъ психіатрическихъ учрежденій и всегда руководствовавшіеся въ своей дѣятельности святыми, гуманными началами, не могутъ и не должны стать на путь, указываемый проф. *Я. А. Анфимовымъ*. Это было-бы, повторяю, возвратомъ вспять, къ мраку, къ самоотрицанію, и ужъ во всякомъ случаѣ путь этотъ не ведетъ къ разсѣянію мрака, темноты, предразсудковъ, царящихъ еще въ массѣ народа, и едва-ли онъ способенъ возбудить симпатію, довѣріе къ истинной научной разумной помощи. Еще разъ, въ заключеніе, считаю необходимымъ предостеречь отъ предлагаемаго опаснаго шага вступленія на путь возможно бо̀льшаго удешевленія во что бы то ни стало содержанія душевно-больныхъ. Содержаніе душевно-больныхъ, дѣйствительно, ложится тяжелымъ бременемъ на земскій бюджетъ, но что-жъ дѣлать? Душевно-больные это—продуктъ ненормальности нашего соціальнаго строя, и мы обязаны по необходимости нести всю тяжесть этого бремени, тѣмъ болѣе, что и бремя-то это у насъ далеко еще не достигло той величины, какой оно достигло на Западѣ. У насъ призрѣвается едва только 10—20%, тогда какъ на Западѣ 50—75 и 90% душевно-больныхъ призрѣваются въ больницахъ.

*П. И. Растегаевъ* (Курскъ): Децентрализація психіатрической помощи желательна, но практическое примѣненіе ея, въ какой-бы формѣ это ни было, можетъ отразиться на положеніи больныхъ въ существующихъ больницахъ, такъ какъ общественныя учрежденія могутъ отказать въ средствахъ на улучшеніе содержанія больныхъ въ заведеніяхъ, ссылаясь на невозможность и устройства психіатрической помощи на мѣстахъ, и одновременнаго содержанія больныхъ въ больницахъ. Къ докладу *А. С. Грибоѣдова* я долженъ замѣтить, что въ лѣчебныхъ заведеніяхъ для идіотовъ и эпилептиковъ трудъ долженъ имѣть лѣчебное и воспитательное значеніе и не преслѣдовать никакихъ финансовыхъ цѣлей, имѣющихъ задачей понизить стоимость содержанія больного въ подобныхъ заведеніяхъ.

Проф. *П. И. Ковалевскій* (Казань): Призрѣніе эпилептиковъ и идіотовъ у насъ въ Россіи является пока новорожденнымъ ребенкомъ, тогда какъ въ Германіи, Франціи, Англіи, Америкѣ и др. странахъ учрежденія для этихъ несчастныхъ пользуются правами гражданства, какъ достигшія вполнѣ зрѣлаго возраста. Не смотря на столь малый возрастъ учрежденія призрѣнія идіотовъ и эпилептиковъ въ «Пріютѣ Царицы Небесной», оно поставлено на вполнѣ правильную, научную и въ высшей степени гуманную точку и заслуживаетъ полнаго сочувствія, вниманія и одобренія. Я лично, ознакомившись почти со всѣми Европейскими учрежденіями подобнаго рода, знакомъ и съ учрежденіемъ «Царицы Небесной» и, относясь крайне сочувственно къ этого рода учрежденіямъ, нахожу ихъ достойными подражанія. Это благотворительное Общество работаетъ только нѣсколько лѣтъ и ужо за это время успѣло себя зарекомендовать съ самой лучшей стороны: оно не только дѣйствуетъ на мѣстѣ, въ Петербургѣ, но помогаетъ и провинціи. Я не вполнѣ только согласенъ съ д-ромъ *А. С. Грибоѣдовымъ* по поводу необходимости привлеченія правительства къ участію въ дѣлѣ призрѣнія идіотовъ и эпилептиковъ. Наблюдая за дѣломъ призрѣнія душевно-больныхъ у насъ въ Россіи въ теченіи 29 лѣтъ, я научился видѣть, какъ медленно производится постройка домовъ умалишенныхъ, стоящихъ въ вѣдѣніи правительства, и потому боюсь, чтобы призрѣніе эпилептиковъ и идіотовъ, миновавъ общественныя учрежденія и попавъ въ руки правительства, не было-бы отложено въ очень долгій ящикъ. Что касается того мнѣнія, что участіе въ призрѣніи эпилептиковъ и душевно-больныхъ духовенства нежелательно, то я держусь того взгляда, что, пока призрѣніе является плодомъ благотворительности, то кто бы ни благотворилъ, безразлично, лишь бы это призрѣніе было организовано на высотѣ научныхъ основаній и подъ управленіемъ медиковъ-педагоговъ.

*А. С. Грибоѣдовъ* (Петербургъ)—(*А. И. Ющенко*): Братство имѣетъ свой капиталъ, имѣетъ свой опытъ, имѣетъ свой подготовленный персоналъ и будетъ несомнѣнно развиваться дальше. Всякая помощь уже готовой организаціи болѣе быстра, чѣмъ новое дѣло, хотя, конечно, и всякое самостоятельное начинаніе для одного и того-же дѣла призрѣнія эпилептиковъ и идіотовъ можетъ быть горячо привѣтствуемо. (*П. И. Растегаеву*): Возраженіе, что трудъ отсталыхъ дѣтей не долженъ преслѣдовать финансовыхъ цѣлей, рѣшительно ничѣмъ не обосновано; я считаю, что трудъ этихъ больныхъ долженъ быть для нихъ интереснымъ, т. е., осмысленнымъ, и, если идіотъ научится вязать чулки и ткать полотна, то онъ долженъ быть въ нихъ и одѣть, а не видѣть ихъ выкинутыми—примѣръ простѣйшей финансовой помощи больного его воспитателямъ. (*М. С. Морозову*): Дѣло врача прежде всего заботиться о пользѣ больного и, если его врачебныя предписанія исполняются, то вопросъ, въ какомъ вѣдомствѣ призрѣваются его больные,—второстепенный.

*И. С. Германъ* (Орелъ): Хорошо устроенный патронажъ въ какомъ-нибудь уѣздномъ городѣ, гдѣ больнымъ можно доставить хорошее помѣщеніе, отдѣльныя комнаты, хорошую и въ достаточномъ количествѣ пищу,—вполнѣ раціональная мѣра, потому что больные помѣщаются въ совершенно удовлетворительныхъ условіяхъ и обходятся значительно дешевле, чѣмъ при другихъ способахъ призрѣнія. Въ Орлѣ патронажъ устроенъ въ окрестностяхъ самого города; больные помѣщаются по 3—4 чел. въ одну семью, имѣютъ отдѣльную комнату или 2 небольшихъ, хорошую пищу, и больной обходится всего 11 р. (хозяевамъ платятъ за больного 8 р. въ мѣсяцъ), между тѣмъ какъ въ больницѣ больной обходится 22 р., а въ богадѣльнѣ—13 р. 53 к. Близость богадѣльни отъ патронажа удешевляетъ стоимость содержанія больного, потому что сокращаются расходы на наемъ отдѣльного помѣщенія для пріемнаго покоя и на надзирательскій и врачебный персоналъ: врачъ богадѣльни объѣзжаетъ больныхъ 1—2 раза въ недѣлю, а надзирательницы богадѣльни—по очереди ежедневно. Дурного вліянія на дѣтей больные не оказываютъ. Семьи

очень привязывается къ своимъ больнымъ, а послѣдніе—къ хозяевамъ. Въ половомъ отношеніи гораздо больше опасностей угрожаетъ со стороны тѣхъ больныхъ, которые находятся на свободѣ въ деревняхъ, чѣмъ со стороны тѣхъ, которые живутъ въ патронажѣ и находятся подъ постояннымъ надзоромъ. На нѣкоторыхъ больныхъ пребываніе въ семьѣ оказываетъ благотворное вліяніе въ смыслѣ улучшенія психики. Что касается указанія проф. *Я. А. Анфимова*, что колоніи не оправдали возлагавшихся на нихъ надеждъ, то съ этимъ нельзя согласиться. Въ колоніи больные пользуются трудовымъ режимомъ—весьма важнымъ, цѣлебнымъ и успокоительнымъ средствомъ; кромѣ того, содержаніе ихъ обходится гораздо дешевле, чѣмъ въ больницѣ, и отъ труда душевно-больныхъ получается, между прочимъ, довольно значительная матеріальная выгода. Устройство отдѣльныхъ домиковъ для душевно-больныхъ будетъ тотъ-же патронажъ, если еще поручить кому-нибудь наблюденіе за больными въ этихъ домахъ. Словомъ, получатся образцовые патронажи, которые устроилъ д-ръ *Alt* при Uchtspringe'ѣ, но вмѣстѣ съ тѣмъ это будетъ очень дорогой патронажъ. Съ вопросомъ о децентрализаціи нельзя не согласиться: приближеніе психіатрической помощи къ населенію—весьма цѣлесообразная мѣра, но, по моему, весьма неудобно строить такія небольшія больницы на 50 чел., какъ это предлагаетъ *Н. А. Вырубовъ*, потому что 2-хъ врачей при такомъ числѣ больныхъ имѣть будетъ нельзя, а одному трудно будетъ управиться, такъ какъ онъ не будетъ имѣть возможности отлучаться изъ больницы. Въ настоящее время можно было-бы довольствоваться 2—3 больницами на губернію, и съ бо́льшимъ числомъ больныхъ, чѣмъ это предлагается, и съ бо́льшимъ числомъ врачей.

*Н. В. Краинскій* (Вильно): Я полагаю, что тотъ псіатрическій пожаръ, который уже 20 лѣтъ охватываетъ земскую Россію и выражается рядомъ психіатрическихъ эпопей съ крушеніями каждый разъ извѣстныхъ врачей-психіатровъ, имѣетъ въ основѣ своей отсутствіе врачебнаго самоуправленія и вмѣшательство Управъ во внутреннія дѣла психіатрическихъ заведеній. Я не понимаю, почему надъ врачемъ долженъ быть поставленъ надзиратель въ видѣ попечителя или члена Управы, слѣдящаго за его дѣйствіями. Я думаю, что врачи сами знаютъ свой долгъ, что они не хуже членовъ земской Управы могутъ распоряжаться и деньгами, и хозяйствомъ. Правленіе лѣчебницъ должно быть вполнѣ самостоятельно, коллегіально и отвѣтственно за свои дѣйствія передъ земствомъ въ томъ смыслѣ, что члены его должны платить матеріально за каждый ущербъ, причиненный ими народному хозяйству.

*П. Д. Трайнинъ* (Н.-Новгородъ): Вопросъ о децентрализаціи психіатрической помощи достаточно былъ уже выясненъ на предыдущемъ Пироговскомъ Съѣздѣ. Вопросъ этотъ назрѣлъ, и наступило время для его осуществленія, которое должно пойти по тому-же самому пути, по которому шло развитіе вообще земской медицины. Районы дѣйствія каждой психіатрической больницы будутъ выясняться постепенно и постепенно-же воздвигаться новыя учрежденія. Что касается предложеннаго проф. *Я. А. Анфимовымъ* «весьма упрощеннаго способа» содержанія извѣстной категоріи душевно-больныхъ, то оцѣнку его уже сдѣлали говорившіе до меня товарищи, и я не буду его касаться. Но думаю, что эти вопли, что «мы не можемъ содержать такого числа больныхъ», не совсѣмъ справедливы. Всѣхъ душевно-больныхъ губерніи и не нужно содержать въ больницахъ, а только извѣстную часть, безспорно гораздо бо́льшую той, которая призрѣвается въ настоящее время. Но это количество, я полагаю, и можетъ быть призрѣваемо. Причинами невозможности призрѣнія душевно-больныхъ выставляются экономическія условія и финансовая система государства; но эти причины не незыблемыя: онѣ могутъ и должны измѣниться. Что касается возраженія противъ патронажа, исходящаго изъ того положенія, что мы должны изъ здороваго населенія «выловить» всѣхъ душевно больныхъ, то я считаю это положеніе ложнымъ. Нельзя бороться съ брюшно-тифозной эпидеміей путемъ помѣщенія всѣхъ тифозныхъ въ больницы; точно также нельзя бороться и съ психопатіей путемъ заключенія всѣхъ душевно-больныхъ въ психіатрическія лѣчебницы. Да это и не осуществимо. Слѣдуетъ бороться противъ условій, вызывающихъ душевныя болѣзни — и, между прочимъ, противъ алкоголизма—не мелкой войной, какъ внушенія и амбулаторіи, а болѣе кореннымъ путемъ, быть можетъ, даже путемъ запрещенія алкоголя въ продажѣ, какъ яда (хотя «въ настоящее время это считается утопіей). Кромѣ того, существуетъ еще способъ уменьшенія числа больныхъ въ лѣчебницахъ: далеко не всякій больной долженъ попадать въ больницу; мы изъ практики знаемъ, какъ часто, въ виду лѣчебныхъ же цѣлей, мы не совѣтуемъ роднымъ помѣщать больного въ больницу. Нужно, слѣд., позаботиться о правильной организаціи пріема и доставки душевно-больныхъ въ психіатрическія больницы.

*Д. И. Поляковъ* (Винница): Соглашаясь съ положеніемъ, что психіатрическую помощь слѣдуетъ приблизить къ населенію и устраивать психіатрическія лѣчебницы на возможно меньшіе районы, до района даже одного только уѣзда, я считаю нужнымъ рѣшительно заявить, что устройство ихъ и организація должны быть возможно лучшими, чтобы и дальнѣйшая ихъ дѣятельность была возможно совершенна, и что стоимость устройства такихъ лѣчебницъ будетъ велика. Я противъ устройства патронажа, такъ какъ это вредно и для самыхъ больныхъ, и для здоровыхъ. Не могу пройти молчаніемъ и того, что отсылка больныхъ изъ одной больницы въ другую, иногда на разстояніи сотенъ верстъ, и при томъ только лишь потому, что эти больные другой губерніи, не должна допускаться, такъ какъ всѣ эти дальніе переѣзды вредятъ здоровью больныхъ и идутъ въ разрѣзъ съ принципомъ гуманности, да и не достигается преслѣдуемая при этомъ цѣль, т. е. уменьшеніе числа больныхъ. Не могу согласиться также съ мнѣніемъ проф. *Я. А. Анфимова*, что колоніи не оправдали возлагавшихся на нихъ надеждъ; не оправдали онѣ крайнихъ ожиданій, что расходъ на ихъ содержаніе будетъ чуть-ли не цѣликомъ покрытъ доходами отъ работъ больныхъ; но болѣе умѣренныя и, по моему, болѣе правильныя ожиданія оправдались вполнѣ. Мы не должны смотрѣть на душевно-больныхъ, какъ только на рабочихъ; на трудъ душевно-больныхъ надо смотрѣть, какъ на лѣчебную мѣру, а не стремиться во что-бы то ни было извлечь изъ него какъ можно больше дохода.

*Н. А. Сокальскій* (Уфа): Положенія *Н. В. Краинскаго*, что въ большихъ больницахъ должны быть прочныя научныя базы и что необходимо имѣть въ виду соціально-экономическія условія той области, которую обслуживаетъ больница,—хороши, но практическаго значенія не имѣютъ, такъ какъ и въ малыхъ больницахъ могутъ быть научныя базы, если врачи этихъ больницъ работаютъ, и этихъ базъ можетъ не быть и въ большихъ больницахъ, если врачи въ нихъ не работаютъ. Полная автономность врачей, полное изъятіе ихъ дѣятельности изъ вѣдѣнія учрежденій, дающихъ средства на больницы, освобожденіе ихъ отъ контроля общества крайне нежелательны: и врачи не всегда могутъ оказаться на высотѣ своей задачи, а потому общественный контроль жизни психіатрической больницы со стороны городскихъ и земскихъ учрежденій безусловно необходимъ. Что касается роли коллегіальности, то полагаю, что главная суть въ людяхъ и въ отношеніяхъ врачей между собою и въ ихъ отношеніи къ общему дѣлу, а не въ регламентаціи. *(Б. Н. Синани):* Сами земскіе дѣятели говорятъ, что тратить на душевно-больныхъ большія средства въ ущербъ народному образованію и другимъ важнымъ сторонамъ жизни здоровой части населенія не слѣдуетъ, и съ этимъ нельзя не согласиться. Но въ данномъ случаѣ предлагаются не новыя затраты на новое дѣло, но преобразованіе существующаго; при настоящемъ положеніи дѣла бюджеты психіатрическихъ больницъ растутъ постоянно, и предлагаются не новыя затраты, но расходованіе тѣхъ-же денегъ, которыя расходуются и теперь на губернскія психіатрическія больницы, но съ бо́льшею производительностью и съ бо́льшею пользою для населенія. (Проф. *Я. А. Анфимову):* Если устраивать богадѣльни, то нужно устраивать ихъ для всѣхъ душевно-больныхъ губерніи, т. е. въ Уфимской губ. нужно призрѣть 5000 больныхъ, что составитъ, считая по 100 р. въ годъ на больного, 500000 р. Несомнѣнно, земству будетъ гораздо выгоднѣе тратить ежегодно 200000 р. и помогать тѣмъ, кому нужна помощь, чѣмъ тратить 500000 р. на крайне несовершенное призрѣніе хрониковъ. Не могу не протестовать противъ изъятія дѣла призрѣнія идіотовъ и эпилептиковъ изъ рукъ духовенства: оно въ этихъ рукахъ у насъ не находилось, какъ это было въ Западной Европѣ; при полномъ отсутствіи у насъ помощи общества этому дѣлу, нужно не говорить о томъ, чтобы отнять это дѣло отъ духовенства, но сказать «спасибо» всякому, кто дастъ свою лепту и свой трудъ этому почти совсѣмъ непочатому у насъ дѣлу, независимо отъ того, кто такой дающій эту лепту.

Проф. *Я. А. Анфимовъ:* Многія чужія положенія можно довести при извѣстныхъ стараніяхъ ad alterum absurdum. Но, если взять вещи въ относительномъ ихъ толкованіи, то мое предложеніе, конечно, съ оговоркой, весьма пріемлемо. Вы теперь призрѣваете 20—30% всего числа душевно-больныхъ, а 80—70% остается среди населенія. Если-бы кто-либо взялъ на себя неблагодарную задачу хотя-бы приблизительно узнать моральный и матеріальный вредъ, приносимый населенію душевно-больными, живущими среди этого населенія, то онъ увидѣлъ бы, что самое плохое призрѣніе душевно-больныхъ будетъ истиннымъ благодѣяніемъ для населенія. А въ какую форму выльется въ будущемъ призрѣніе хрониковъ, это безразлично; но оно безусловно будетъ самымъ дешевымъ, иначе земству грозитъ банкротство. Оставлять-же хрониковъ въ большихъ губернскихъ больницахъ, назначенныхъ для больныхъ острыхъ, и не гуманно, и чрезмѣрно дорого.

*М. М. Маевскій* (Винница): Громадное большинство душевно-больныхъ бродитъ на свободѣ, ложась тяжелымъ бременемъ на населеніе. Русское призрѣніе душевно-больныхъ пока очень ничтожно. Больницъ, обслуживающихъ потребности населенія въ лѣченіи душевно-больныхъ, мало; поэтому всякое увеличеніе числа ихъ—будь то уѣздныя или межуѣздныя—только желательно. Это увеличеніе и развитіе новыхъ больницъ должно происходить внѣ всякой зависимости отъ того, кому ихъ содержать — правительству или земству. Всякое учрежденіе, вѣдомство, общественная ассоціація должны быть горячо привѣтствуемы, если они берутъ на себя благое дѣло призрѣнія душевно-больныхъ. Число больницъ у насъ ничтожно и онѣ почти всѣ переполнены на $^2/_3$ (приблизительно) хрониками. Не успѣетъ открыться новая больница, какъ она оказывается уже въ короткое время заполненной больными, склонными удерживаться въ нихъ очень долгое время, такъ что для свѣже-заболѣвшихъ почти нѣтъ возможности проникнуть въ больницу. Я думаю, что призрѣніе слѣдуетъ раздѣлить на 2 части—призрѣніе остро-заболѣвшихъ и хрониковъ. Для первыхъ слѣдуетъ мечтать о возможно большемъ числѣ больницъ разныхъ наименованій, уѣздныхъ, межуѣздныхъ, и, если когда-либо будутъ свободныя средства, то позволено утопически думать даже и о сельскихъ больничкахъ. Но развитіе этихъ больничекъ должно имѣть предѣлъ, когда выгодно будетъ содержать одно нѣсколько сконцентрированное, чѣмъ много мелкихъ и разрозненныхъ учрежденій, какъ со стороны матеріальной, такъ и вра-

Digitized by Google

чебной. Хроники, въ силу своего страданія, часто полной негодности къ какой-либо минимальной общественной жизни, опасности для этого общества, должны призрѣваться въ большихъ центральныхъ учрежденіяхъ съ характеромъ земледѣльческихъ колоній, надѣленныхъ значительнымъ количествомъ земли. Въ этихъ центральныхъ учрежденіяхъ они должны прилагать свои силы къ тому или другому полезному дѣлу въ зависимости отъ остатка ихъ знаній. Своимъ трудомъ, отнюдь не поставленнымъ коммерчески, они, по силѣ возможности, должны удешевлять свое содержаніе и тѣмъ облегчать тяготы населенія. Существующія въ настоящее время окружныя лѣчебницы, отвѣчающія этой формѣ призрѣнія хрониковъ (Винница), силою обстоятельствъ теперь и переходятъ къ колоніальному типу. При этихъ 2-хъ видахъ призрѣнія я нахожу патронажи всецѣло несостоятельными и вредными, такъ какъ при этомъ въ населеніе толкаются какъ разъ тѣ душевно-больные, объ изъятіи и призрѣніи которыхъ, въ смыслѣ обезопасенія отъ нихъ общества, мы столь много хлопочемъ. Созидая одной рукой, другой мы разрушаемъ созидаемое. Столь категорическое и безусловное заявленіе о передачѣ дѣла призрѣнія душевно-больныхъ исключительно въ руки органовъ общественнаго самоуправленія я нахожу страннымъ и недопустимымъ, такъ какъ намъ, при нашей бѣдности учрежденіями призрѣнія, не приходится говорить о передачѣ дѣла призрѣнія въ руки одного хозяина. Мы должны быть признательными всѣмъ вѣдомствамъ, учрежденіямъ, благотворительнымъ обществамъ, коопераціямъ и частнымъ лицамъ, устраивающимъ свои спеціальныя больницы для призрѣнія душевно-больныхъ. Полная монополизація призрѣнія душевно-больныхъ, какъ и всякая монополизація какой-либо отрасли человѣческой дѣятельности вообще не можетъ быть допустима. Окружныя лѣчебницы, не состоя въ вѣдѣніи органовъ общественнаго самоуправленія, приносили, приносятъ и будутъ приносить пользу дѣлу призрѣнія душевно-больныхъ сообразно современнымъ требованіямъ науки.

*В. П. Тишковъ* (Ташкентъ): Мое слово касается лишь вопроса о порядкѣ внутренняго управленія психіатрической больницы. Я не могу не подчеркнуть того обстоятельства, что высказанныя здѣсь надежды на успѣхъ дѣла при коллегіальномъ управленіи вовсе не оправдываются ни опытомъ жизни, ни психологическими соображеніями. Коллегіальность безлична, безжизненна и обращаетъ въ нравственную фикцію и заслугу, и отвѣтственность. Поэтому я полагаю, что коллегіальность желательна лишь въ предѣлахъ совѣщательныхъ, не угнетающихъ личныхъ особенностей директора, и въ дѣлѣ контроля. Считаю также долгомъ присоединиться къ заявленіямъ проф. *П. И. Ковалевскаго* и д-ра *А. С. Грибоѣдова* о полной неосновательности того недружелюбнаго отношенія къ сотрудничеству съ нами конфессіоналовъ, которое здѣсь высказывалось.

*Н. И. Щербининъ* (Вильно): Дѣло необходимости децентрализаціи психіатрической помощи достаточно выяснено, и принципіально этотъ вопросъ можетъ считаться рѣшеннымъ; но это можно сказать только относительно будущихъ психіатрическихъ больныхъ, то-же, что существуетъ, должно быть сохранено, такъ какъ нельзя-же уничтожить тѣ дорогія больницы и колоніи, которыя уже имѣются и исполняютъ свою полезную роль. Въ будущемъ необходима децентрализація психіатрической помощи. Если это вѣрно для земскихъ губернскихъ больницъ, то тѣмъ болѣе справедливо въ отношеніи окружныхъ лѣчебницъ, предназначавшихся для 3—5 губерній, а въ дѣйствительности обслуживающихъ ближайшій губернскій городъ. Противъ децентрализаціи говорятъ, что больницы будутъ стоить дороже, что онѣ будутъ бѣдно обставлены, что врачи такихъ больницъ вслѣдствіе своей обособленности будутъ отставать отъ науки. Мы слишкомъ еще мало сдѣлали для душевно-больныхъ, чтобы говорить о дороговизнѣ, говорить, что это намъ не по средствамъ: въ Германіи имѣются койки для 50% душевно-больныхъ, въ Швейцаріи для 75%, въ Шотландіи для всѣхъ больныхъ, а у насъ едва-ли для 20%. Шотландецъ тратитъ 66 к. на содержаніе душевно-больныхъ, русскій—всего 1 коп., да и тотъ, кто платитъ эту копѣйку, часто не пользуется врачебной помощью вслѣдствіе неправильнаго территоріальнаго распредѣленія больницъ. Если эти больницы, помѣщенныя въ уѣздныхъ городахъ, будутъ хуже обставлены, то это на первыхъ порахъ не бѣда: лучше дать хоть хлѣбъ всѣмъ, кто его не имѣетъ, чѣмъ давать сладкое немногимъ. Врачи не могутъ отстать отъ науки въ маленькихъ больницахъ, будучи обособлены отъ товарищей, такъ какъ существуютъ и теперь ежемѣсячные Съѣзды земскихъ участковыхъ врачей. Устраивая уѣздныя больницы или больницы для нѣсколькихъ уѣздовъ, больницы для острыхъ больныхъ, необходимо подумать и о хроникахъ, каковыхъ большинство, и создать изъ небольшихъ уѣздныхъ больницъ центры, вокругъ которыхъ группировались-бы колоніи, патронажи и пр., потому что, если трудно населенію пользоваться большими центральными больницами для острыхъ больныхъ, то трудно пользоваться ими и для хрониковъ. Относительно управленія больницами я также считаю вреднымъ замыкаться въ узко-сословныя, профессіональныя рамки и думаю, что общество должно имѣть самый широкій контроль надъ управленіемъ больницами: не общество для врачей, а врачи — для общества. Поэтому лучшій исходъ—это врачебно-санитарные Совѣты, гдѣ врачи работаютъ вмѣстѣ съ представителями общества — земскими гласными, Управой и пр., чѣмъ также лучше всего можно пропагандировать въ обществѣ психіатрическія идеи. Затѣмъ, если ужъ больницей должна управлять только коллегія врачей, то всѣ члены этой коллегіи должны быть равны, а не подчинены директору съ неограниченною властью, дающей возможность произвола и насилія надъ ординаторами.

*П. А. Останковъ* (Петербургъ): Разсматриваемые здѣсь вопросы должны быть обсуждаемы при непремѣнномъ условіи вѣрности двумъ принципамъ: 1-й принципъ—польза больного, 2-й—достоинство врача. Имѣя въ виду пользу больного, конечно, можно не отказываться отъ денежной помощи духовенства въ дѣлѣ призрѣнія идіотовъ и эпилептиковъ лишь при непремѣнномъ условіи, чтобы полное завѣдываніе дѣломъ было въ рукахъ врача. Когда польза государства того требуетъ, слѣдуетъ пользоваться матеріальными средствами духовенства по тому типу, какъ это сдѣлалъ Петръ Великій, когда перелилъ колокола въ пушки. Польза больного требуетъ и удешевленія формъ призрѣнія душевно-больныхъ, лишь бы это удешевленіе не шло въ ущербъ научно-практическимъ задачамъ психіатріи. Нельзя роскошно и дорого призрѣвать только небольшую часть больныхъ изъ населенія, оставляя бо́льшій % среди этого населенія. Въ вопросѣ объ организаціи психіатрической помощи принципъ децентрализаціи настоятельно требуется провести для свѣже-заболѣвшихъ, приблизивъ тѣмъ помощь къ населенію. Совсѣмъ другое дѣло—призрѣніе хрониковъ; здѣсь принципъ децентрализаціи невыгоденъ самимъ больнымъ; удорожая дѣло, онъ не даетъ возможности призрѣвать одновременно и лучшимъ образомъ наибольшее число душевно-больныхъ населенія. Въ децентрализаціи призрѣнія хрониковъ я не вижу преимуществъ передъ ихъ централизаціей. Послѣдняя болѣе цѣлесообразна (какая-бы форма ни была выбрана—больница, колоніи, патронажъ). Въ заключеніе съ чувствомъ живѣйшаго удовольствія могу отмѣтить, что наконецъ-то впервые на нашемъ Съѣздѣ поставленъ ребромъ вопросъ о коллегіальномъ управленіи психіатрическихъ больницъ. Достоинство врачебнаго званія давно требуетъ проведенія этого принципа въ жизнь. Еще вчера было-бы опасно отрицать необходимость абсолютизма главнаго врача въ психіатрической больницѣ, такъ какъ, по мнѣнію большинства, психіатрическая больница должна быть въ твердыхъ рукахъ одного лица. Господство этого принципа привело къ значительному обезличенію врачей-ординаторовъ въ больницахъ для душевно больныхъ. Посѣтивъ многія больницы Европы, зная и наши заведенія, я почти вездѣ встрѣчалъ сѣтованія ординаторовъ на условія ихъ службы. Т. наз. «Правленія», о которыхъ здѣсь говорили, не давали и тѣни простора для почина врачей-ординаторовъ. Напрасно часто говорятъ, что вездѣ все дѣло—въ людяхъ. Дурныя условія службы тормозятъ стремленія и хорошихъ людей; чего-же ради беречь эти дурныя условія службы! Дѣйствительно, что можетъ дать бо́льшія условія простору отрицательнымъ сторонамъ личности, какъ не абсолютизмъ? Кончая, я еще разъ выражаю удовольствіе, что вопросъ о коллегіальномъ управленіи выдвинутъ Отдѣломъ. Коллегіальность—лучшая охрана индивидуальности и достоинства врачебной личности.

*Н. А. Вырубовъ* (Воронежъ): Управленіе больницами не должно быть замкнуто чисто врачебнымъ кругомъ; участіе представителей общественныхъ организацій, земскихъ и городскихъ, представляется, напротивъ того, крайне и безусловно необходимымъ. Участіе это приближаетъ общество къ спеціально врачебному дѣлу, болѣе тѣсно вводитъ его въ сущность дѣла. Этимъ участіемъ объясняется тотъ удивительный прогрессъ, какой наблюдается въ развитіи земской психіатріи. Почти всѣ говорившіе единогласно признаютъ цѣлесообразность децентрализаціи психіатрической помощи; исключеніе представляетъ только д-ръ *Б. Н. Синани*, указавшій, что одинъ изъ отдаленныхъ отъ больницы уѣздовъ Новгородской губ., Череповскій, постоянно доставлялъ чрезвычайно большое число душевно-больныхъ, занимая 2-ое послѣ Новгородскаго уѣзда мѣсто. Трудно входить въ разсмотрѣніе частныхъ случаевъ, являющихся какъ-бы исключеніями изъ общаго правила; надо знать множество мѣстныхъ условій, которыми и объяснится, конечно, указанная особенность Череповскаго уѣзда. Однако, общее положеніе, выведенное на основаніи большого ряда фактовъ, съ несомнѣнностью говоритъ за соотношеніе между отдаленностью уѣзда и его показателемъ пользованія лѣчебницей. Единственное возраженіе говорившихъ здѣсь сводится къ дороговизнѣ расширенія дѣла призрѣнія душевно-больныхъ, содержаніе которыхъ въ концѣ концевъ станетъ непосильнымъ населенію. Но въ какую цѣну обходится населенію содержаніе больныхъ дома, въ семьѣ? Какъ учесть всю тяготу, которую приходится нести крестьянину, призрѣвая душевно-больного дома? Возможное расширеніе лѣченія и призрѣнія душевно-больныхъ желательно и необходимо, потому что оно и выгодно, такъ какъ переноситъ и раскладываетъ затраты отдѣльныхъ личностей на все общество. На этомъ пути, конечно, едва-ли цѣлесообразно перейти къ устройству деревенскихъ поселеній для душевно-больныхъ. Для психическихъ инвалидовъ у насъ есть патронажъ; для больныхъ съ текущимъ процессомъ подходитъ только лѣчебница съ ея лѣчебнымъ режимомъ. По вопросу о принципіальной желательности децентрализаціи нужно, чтобы Отдѣлъ далъ тотъ или иной, но болѣе или менѣе опредѣленный, отвѣтъ о ея цѣлесообразности. 2 земства, Воронежское и Уфимское, сдѣлали уже извѣстныя постановленія въ этомъ направленіи; общество, привыкшее прислушиваться къ голосу Пироговскихъ Съѣздовъ, ждетъ отвѣта и желаетъ знать мнѣніе Съѣзда.

*Е. А. Флеровъ* (Вильна): Окружная лѣчебница совершенно не удовлетворяетъ требованію децентрализаціи, которой безусловно требуютъ интересы населенія. Такъ, Виленская окружная лѣчебница обслуживаетъ 5 губерній, и въ 1-ый же годъ ея существованія изъ Виленской губ. было помѣщено около 300 чел., для остальныхъ-же 4-хъ губерній было предоставлено всего только по 50 мѣстъ. Такимъ образомъ очевидно, окружная лѣчебница

обслуживаетъ только 1 губернію, вся-же громадная масса больныхъ остальныхъ губерній, участвующихъ одинаково въ содержаніи окружной лѣчебницы, остается почти внѣ области вліянія этой послѣдней. Одинъ такой фактъ достаточно поясняетъ положеніе дѣла. Что-же касается коллегіальнаго управленія врачей дѣлами больницы, то въ немъ далеко нельзя видѣть якоря спасенія для правильнаго веденія дѣла. Принципъ коллегіальности ввело въ уставъ лѣчебницъ и правительство, предоставивъ рѣшающую власть въ хозяйственныхъ дѣлахъ Правленію, состоящему изъ нѣсколькихъ человѣкъ (напр., въ Виленской лѣчебницѣ—изъ 6). Но централизмъ остается вездѣ централизмомъ, и Правленіе въ окружныхъ лѣчебницахъ никакого значенія не имѣетъ. Директоръ, пользуясь своей административной властью, предписываетъ Правленію то, съ чѣмъ оно и не согласилось-бы и что составляетъ коренное его право, и законъ остается мертвою буквой. Остается или жаловаться, или подавать отдѣльное мнѣніе. Но извѣстно, какъ трудно жаловаться по массѣ всякихъ мелкихъ вопросовъ; извѣстны также и судьбы этихъ жалобъ. Подавать отдѣльныя мнѣнія? Но я знаю окружную лѣчебницу, гдѣ директоръ не позволилъ врачу, члену Правленія, подать отдѣльное мнѣніе и не принималъ его; когда-же этотъ членъ Правленія все-таки подалъ его и тутъ-же въ засѣданіи Правленія написалъ о своемъ отдѣльномъ мнѣніи въ протоколѣ, директоръ, какъ предсѣдатель, предложилъ этому врачу, члену Правленія, оставить залъ засѣданія. Коллегіальность должна оставаться коллегіальностью, но якорь спасенія заключается не въ ней: онъ заключается въ полномъ и совершенномъ контролѣ общества. И, если и въ земскихъ психіатрическихъ и другихъ лѣчебницахъ встрѣчаются часто очень серьезныя неурядицы и неправильное веденіе дѣла, то это происходитъ вовсе не потому, что въ управленіи больницей вмѣшиваются Управы, т. е. представители общественнаго самоуправленія, а потому и только потому, что этотъ общественный контроль еще далеко, очень далеко не проведенъ и еще совершенно недостаточенъ: наши земства являются, какъ извѣстно, органомъ глубоко сословнымъ, который и даетъ только то, что можетъ дать. Совершенный-же контроль дадутъ основывающіеся на всеобщемъ, равномъ и безусловномъ избирательномъ правѣ органы мѣстнаго самоуправленія.

Положенія доклада *П. П. Кащенко* (см. выше) всѣ были приняты и выборъ членовъ Коммиссіи постановлено произвести въ одномъ изъ слѣдующихъ засѣданій.

Въ заключеніе преній Отдѣлъ принялъ слѣдующія постановленія: 1. Главныя заботы организаціи лѣченія и призрѣнія душевно-больныхъ въ Россіи по прежнему должны лежать на земскихъ и городскихъ учрежденіяхъ. 2. Возможно широкую децентрализацію психіатрическихъ лѣчебницъ надо признать основнымъ условіемъ наиболѣе правильнаго обезпеченія населенія психіатрической помощью. 3. Внести въ программу Отдѣла нервныхъ и душевныхъ болѣзней X Пироговскаго Съѣзда вопросъ объ организаціи связи между психіатрической и общей земской медициной, т. е., въ какихъ формахъ и какимъ способомъ могли-бы быть установлены связь и единство дѣйствій между психіатрической больницей и уѣздной земской медициной? Въ этихъ-же видахъ слѣдовало-бы обратиться къ психіатрическимъ больницамъ и къ мѣстнымъ Съѣздамъ врачей съ просьбой внести этотъ вопросъ въ очередныя программы ихъ занятій.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *XLIX. Изъ Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.*

(Засѣданіе 12-го декабря 1903 г.).

*Л. М. Станиловскій. Къ вопросу о размягченіи спинного мозга* (съ предъявленіемъ препаратовъ). Больная, 62 л., поступила во внутреннее отдѣленіе Старо-Екатерининской больницы 1/XI 1902 г. съ явленіями остраго воспаленія почекъ. На 5-ый день по поступленіи внезапно, въ теченіи нѣсколькихъ минутъ, развились полный параличъ ногъ съ разслабленіемъ ихъ, разстройство мозговыхъ органовъ, исчезновеніе кожныхъ и сухожильныхъ рефлексовъ и частичное разстройство чувствительности (анальгезія и термоанэстезія при сохраненіи чувствъ къ прикосновенію) внизъ отъ уровня пупка. Эти явленія оставались безъ измѣненій съ 6/XI, когда больная съ распознаваніемъ центральной гэматоміэліи была переведена въ нервное отдѣленіе, до 31/I 1903, когда послѣдовала смерть, наступившая при явленіяхъ общей слабости и рѣзкаго похуданія безъ какихъ-либо мѣстныхъ осложненій. На вскрытіи найдено: возвратный эндокардитъ 2-створчатой заслонки и заслонки аорты, срощенія плейръ; циститъ; лѣвосторонній гидронефрозъ; гиперплязія селезеночной мякоти; въ спинномъ мозгу, начиная отъ уровня промежутка между 11-мъ и 12-мъ грудными нервами почти до самаго конца мозгового конуса, размягченіе, образовавшее въ передней $^1/_2$ мозга полость; на срединѣ этого протяженія размягченіе подходило къ передней поверхности его, занимая въ началѣ и въ концѣ только болѣе центральныя части разрѣза спинного мозга; въ области размягченія не было никакихъ слѣдовъ ни крови, ни кровяного пигмента. При микроскопическомъ изслѣдованіи обработанныхъ различными способами срѣзовъ обнаруженъ тромбозъ передней спинномозговой артеріи, соотвѣтствовавшій размягченію и шедшій параллельно его развитію; въ области размягченія—омертвѣніе нервной ткани, образованіе зернистыхъ клѣтокъ; кругомъ очаговъ размягченія—отечный поясъ и дов. слабая новообразовательная дѣятельность реагирующей окружающей ткани. Сначала омертвѣніе ограничивалось правымъ переднимъ рогомъ, а затѣмъ, по мѣрѣ усиленія закупорки артеріи, захватывало и лѣвый передній рогъ (переднюю $^1/_2$ его); еще ниже оба очага сливались по средней линіи; общая область разрушенія увеличивалась кпереди и въ стороны, захвативъ совершенно и остатки переднихъ роговъ и бѣлое вещество передне-боковыхъ столбовъ и создавъ такимъ образомъ на уровнѣ поясничнаго утолщенія одну корытообразную полость, помѣщавшуюся въ передней $^1/_2$ спинного мозга. Далѣе, соотвѣтственно уменьшенію измѣненій въ передней спинномозговой артеріи, съ боковъ полости постепенно вновь надвигалось кверху бѣлое вещество боковыхъ и переднихъ столбовъ, при чемъ полость, отграничиваясь отъ передней окружности спинного мозга, вновь становилась центральной. Какъ клиническія, такъ и анатомическія данныя въ приведенномъ случаѣ заставляютъ приписать тромботическую закупорку передней спинномозговой артеріи артеріосклерозу и въ тоже время признать ее причиной малокровнаго размягченія спинного мозга. Случай этотъ, не имѣя себѣ вполнѣ подобнаго въ литературѣ, представляетъ собою опытъ самой природы исключенія кровоснабженія системы передней спинномозговой артеріи, но не совпадаетъ съ существующими схемами кровообращенія въ спинномъ мозгу. Интересно съ клинической стороны, что закупорка передней спинномозговой артеріи вызвала ясно выраженную картину паралича ногъ съ разстройствомъ тазовыхъ органовъ и съ диссоціированными анэстезіями сирингоміэлическаго типа.

*Л. С. Миноръ* спросилъ, что развилось первично, закупорка-ли сосудовъ или размягченіе?

*П. А. Преображенскій* обратилъ вниманіе на то, что клиническая картина болѣзни (развитіе паралича въ нѣсколько минутъ) говоритъ за то, что здѣсь было несомнѣнно разстройство кровообращенія, т. е., закупорка съ послѣдующимъ размягченіемъ; это былъ процессъ, совершенно аналогичный наблюдаемому въ головномъ мозгу и происходящій по тѣмъ-же самымъ законамъ; никакой другой причины въ данномъ случаѣ не было.

*Г. И. Россолимо* указалъ на то, что докладчикъ на основаніи своего наблюденія пришелъ къ заключенію, что область кровоснабженія чрезъ переднюю спинномозговую артерію иная, чѣмъ это установлено по способу инъекцій; наоборотъ, можетъ быть, въ данномъ случаѣ область размягченія не соотвѣтствовала истинной системѣ кровоснабженія, обнаруживаемой при инъекціяхъ.

*В. А. Муратовъ*, обративъ вниманіе на интересъ собственнаго случая, присоединился къ мнѣнію *П. А. Преображенскаго*, что клиническая картина и чрезвычайно быстрое развитіе болѣзни говорятъ за первичное происхожденіе размягченія, а не за воспалительный процессъ, и полагаетъ, кромѣ того, что по вопросу о системахъ кровоснабженія спинного мозга нельзя сравнивать препараты даннаго случая съ инъекціонными.

*С. И. Мицкевичъ. Истерія на крайнемъ Сѣверо-Востокѣ; менэряченье, шаманство, эмиряченье и другія формы.* Указавъ на невозможно-тяжелыя экономическія, неблагопріятныя климатическія и соціальныя условія крайняго Сѣверо-Востока, на отсутствіе всякой культуры въ населеніи, докладчикъ отмѣтилъ крайнюю воспріимчивость инородцевъ этого края къ заболѣванію всевозможными заразными болѣзнями. Что касается нервныхъ болѣзней, то истеріей болѣетъ почти поголовно вся женская $^1/_2$ населенія, а нерѣдко ею страдаютъ и мужчины. Колымскія женщины представляютъ изъ себя очень опредѣленный типъ истерическаго характера и въ половомъ отношеніи являются весьма распущенными; у нѣкоторыхъ изъ нихъ развиваются припадки большой истеріи. Якуты объясняютъ эти припадки тѣмъ, что «бѣсъ вселяется въ человѣка, и разницу между шаманомъ и одержимымъ мэнэряченьемъ видятъ въ томъ, что первый самъ призываетъ бѣса и управляетъ имъ, а второй находится во власти бѣса. Иногда припадки мэнэряченья бываютъ часты, а въ промежуткахъ между ними наблюдаются разстройство сознанія, различныя бредовыя мысли и пр.; эти приступы психическаго разстройства длятся отъ недѣли до мѣсяца, иногда до 2-хъ, распространяясь иногда эпидемически. Но на почвѣ истерическаго вырожденія развиваются стойкія и упорныя душевныя разстройства, съ характеромъ меланхоліи, бреда преслѣдованія, маніи и т. д. На этой-же почвѣ развивается и т. наз. «эмиряченье»; жители той мѣстности, особенно женщины, отличаются крайней пугливостью, и вотъ, при всякомъ неожиданномъ крикѣ, шумѣ, женщина вскрикиваетъ, обыкновенно произноситъ ругательство и бросаетъ то, что держитъ въ рукахъ; у нея появляется въ это время трясеніе въ рукахъ и въ ногахъ, учащеніе дыханія; она впадаетъ въ состояніе растерянности, набрасывается на испугавшаго ее съ палкой, съ кулакомъ. Окружающіе нерѣдко на-

Digitized by Google

чинаютъ нарочно дразнить и пугать такихъ больныхъ, которые и становятся страдающими эмиряченьемъ; послѣднее въ рѣзкой формѣ наблюдается обыкновенно послѣ 40 лѣтъ. Эмирячки въ своемъ болѣзненномъ состояніи производятъ рядъ самыхъ нецѣлесообразныхъ поступковъ и дѣйствій: бьютъ посуду, падаютъ съ крыши и т. д., передразниваютъ летящую птицу, муху. Если эмиряченье продолжается долго, то оно можетъ осложняться мэнэряченьемъ. Въ южныхъ округахъ Якутской области, гдѣ населеніе культурнѣй и зажиточнѣй, распространены такія-же формы; но, видимо, онѣ встрѣчаются тамъ рѣже.

*В. И. Семидаловъ* указалъ на тяжелыя условія пребыванія самого докладчика въ Сибири, заявившаго уже себя своими корреспонденціями въ общей печати и привлекшаго вниманіе общества къ участи прокаженныхъ въ Якутской области. Что касается самаго сообщенія, то можно-бы лучше выяснить разницу между мэнэряченьемъ и эмэряченьемъ.

*Докладчикъ* пояснилъ, что мэнэряченье равняется кликушеству, а въ состояніи эмэряченья больной повторяетъ все, что видитъ.

*Г. И. Россолимо* вынесъ впечатлѣніе, что мэнэряченье походитъ на истерію, и спросилъ докладчика, изслѣдовалъ-ли онъ у своихъ больныхъ поле зрѣнія, находилъ-ли истерическія зоны, на что̀ докладчикъ отвѣтилъ, что такихъ подробныхъ изслѣдованій у него не было. На вопросы *Г. И. Россолимо*, каково отношеніе описанныхъ нервныхъ и душевныхъ заболѣваній къ беременности и къ мѣсячнымъ, какъ вліяетъ гипнотическое внушеніе, какую роль играетъ наслѣдственность и бугорчатка, докладчикъ пояснилъ, что во время мѣсячныхъ явленія мэнэряченья усиливаются; что касается внушенія, то надо замѣтить, что припадки мэнэряченья прекращаются при входѣ посторонняго лица, при уговорахъ; по отношенію къ бугорчаткѣ надо сказать, что на югѣ Якутской области всѣ эти формы рѣже, а бугорчатка тамъ часта, на сѣверѣ—наоборотъ.

*Н. Н. Баженовъ* отмѣтилъ, что докладъ представляетъ исключительный интересъ; однѣ изъ описанныхъ формъ подходятъ подъ истерію; однако, существуетъ и несоотвѣтствіе между описаніемъ докладчика и описаніями *Gilles de la Tourette*'а, *Токарскаго*, *Кашина*.

*В. А. Муратовъ* указалъ на то, что докладчикъ не дѣлаетъ попытокъ отграничивать и различать свои формы; а формы, имъ описанныя, самыя разнообразныя; тамъ, гдѣ дѣло идетъ о затяжномъ душевномъ разстройствѣ, едва-ли можно говорить лишь объ одной истеріи; несомнѣнно, въ матеріалѣ докладчика есть случаи сложные.

*В. И. Яковенко* замѣтилъ, что онъ не поставилъ-бы на первомъ планѣ клиническій интересъ наблюдаемаго явленія, а прежде всего задался-бы вопросомъ общественно-медицинскимъ: что нужно сдѣлать, чтобы устранить гибель и вырожденіе такой массы людей? Каковы должны быть мѣры общественнаго предохраненія въ этомъ случаѣ? Поэтому остается въ сторонѣ вопросъ, насколько приведенныя наблюденія подходятъ къ истеріи или нѣтъ. Докладчикъ изображаетъ ужасную обстановку: ссыльные, якуты, администрація— все это тамъ, по видимому, жертвы ненормальныхъ условій. Это своего рода психіатрическій патронажъ, гдѣ больные раскинуты на пространствѣ, равномъ Германской имперіи и оставлены безъ всякой помощи, живутъ въ проголодь, въ нетопленныхъ помѣщеніяхъ, мучаютъ другъ друга. Какъ-же устранить эти ненормальныя условія? Какъ помочь? Почему эти 7000 несчастныхъ людей оставляются въ такихъ убійственныхъ условіяхъ? Развѣ не нашлось-бы тамъ-же, въ Сибири, нѣсколько южнѣе, мѣста, гдѣ эти люди могли-бы жить въ болѣе благопріятныхъ условіяхъ, которыя могли-бы повліять благотворно въ смыслѣ предупрежденія такой, почти поголовной, заболѣваемости нервными и психическими болѣзнями? Вѣдь, въ данномъ случаѣ главныя причины болѣзни—ужасающая обстановка, холодъ, голодъ, тьма. Были-ли какіе-нибудь проэкты, мѣры для устраненія описанныхъ ненормальныхъ явленій?

*Докладчикъ* заявилъ, что онъ писалъ по этому поводу въ «Восточномъ Обозрѣніи» и предлагалъ мѣры для оздоровленія той мѣстности. Надо замѣтить, что тамъ не 7000 жителей; ихъ много, они разсѣяны по всему побережью Ледовитаго океана; они не могутъ заниматься земледѣліемъ; кочуютъ и привыкли къ рыболовству.

*Л. С. Миноръ*, спросивъ, вырождаются-ли въ тѣхъ условіяхъ пришлые, и получивъ отвѣтъ, что вырождается лишь ихъ потомство, указалъ на то, что и собаки въ той мѣстности нервны. Если сравнительно-анатомическій способъ далъ такіе блестящіе результаты, то, конечно, того-же можно-бы ожидать и отъ изученія сравнительно-патологическихъ формъ. Интересно-бы приняться за точное изученіе и наблюденіе приводимыхъ въ докладѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней при посредствѣ экспедиціи изъ спеціалистовъ.

*М. И. Молчановъ* отмѣтилъ большое общественное значеніе доклада.

*В. П. Сербскій*, указавъ на исключительный интересъ доклада, не согласился съ докладчикомъ въ томъ, что якутскій языкъ богаче русскаго. Изъ доклада видно, что подъ именемъ «мэнэряченья» якуты обобщаютъ самыя разнообразныя заболѣванія нервной системы. Ихъ примѣру слѣдуетъ и докладчикъ, объединяющій въ одну общую группу всѣ, по крайней мѣрѣ, психическія заболѣванія, встрѣчающіяся въ той мѣстности—періодическіе психозы, аменцію, длившуюся $1^1/_2$ года, хроническое помѣшательство и даже манію со смертельнымъ исходомъ. Всѣ эти разстройства докладчикъ сводитъ къ истеріи и истерическимъ психозамъ. Съ такимъ толкованіемъ, конечно, нельзя согласиться. Здѣсь можно говорить только объ очень тяжеломъ и глубокомъ вырожденіи, на почвѣ котораго, помимо истеріи, развиваются самыя разнообразныя заболѣванія. Если это такъ, то нельзя отрицать возможности существованія и формы «мэряченье», описанной *А. А. Токарскимъ*, тѣмъ болѣе, что наблюденія докладчика далеко не исчерпываютъ всѣхъ болѣзненныхъ проявленій, встрѣчающихся въ той мѣстности; докладчику, напр., не только не встрѣчались, но и не приходилось даже слышать о случаяхъ, подобныхъ описаннымъ д-ромъ *Кашинымъ*; наблюденіямъ-же послѣдняго нельзя не довѣрять. Данныя *Кашина* и *Токарскаго* оказались отрицательными для истеріи; у *Токарскаго* даже не возникало мысли отличать меряченье отъ истеріи; все его вниманіе сосредоточилось на отличительномъ распознаваніи меряченья отъ совершенно другого страданія—болѣзни судорожныхъ подергиваній. Поэтому, нельзя считать, что наблюденія докладчика опровергаютъ взгляды *Токарскаго* и окончательно рѣшаютъ вопросъ о принадлежности меряченья къ истеріи. Кромѣ того, кажется совершенно лишнимъ новый терминъ «эмэряченье». Названіе «меряченье» уже получило право гражданства, какъ у насъ, такъ и у иностранныхъ авторовъ, и едва-ли есть основаніе замѣнять его какимъ-либо мѣстнымъ обозначеніемъ. *С. Сухановъ.*

## L. Изъ Московскаго венерологическаго и дерматологическаго Общества.

(Засѣданіе 20-го февраля).

Проф. *А. И. Поспѣловъ* сдѣлалъ сообщеніе о послѣднихъ *опытахъ И. И. Мечникова* и *Roux* и *Lassar*'а *съ прививкой сифилиса человѣко-образнымъ обезьянамъ* и показалъ присланные ему *Lassar*'омъ свѣтописные снимки.

*С. Л. Богровъ. Ринофима и ея лѣченіе.* Существуютъ 3 вида оперативнаго пособія при ринофимѣ: 1) клиновидное изсѣченіе разросшихся тканей носа, 2) полное ихъ удаленіе съ пересадкой кожи съ *Tiersch*'у и 3) декортикація, т. е. срѣзываніе вгладь разросшихся тканей носа вплоть до нижнихъ пластовъ сальныхъ железъ. Послѣдній способъ, будучи болѣе кореннымъ, чѣмъ 1-ый, по своимъ косметическимъ результатамъ превосходитъ 2-ой, такъ какъ возрожденіе кожицы идетъ непосредственно изъ остатковъ сальныхъ железъ. Способъ этотъ, принадлежащій *Stromeyer*'у и впервые примѣненный въ дерматологіи *H. v. Hebra*, въ новѣйшее время вновь обратилъ на себя вниманіе, благодаря *Unn*'ѣ. Въ случаѣ докладчика 15-лѣтнее существованіе болѣзни у больного, 64 л., вызвало значительное измѣненіе формы носа, которое совершенно устранено было операціей по способу *Hebra—Unna*. Теперь вопросъ заключается не въ косметическихъ достоинствахъ операціи, а въ стойкости полученныхъ результатовъ.

Ч. пр. *Н. И. Напалковъ* замѣтилъ, что эту операцію хирургамъ приходится дѣлать рѣдко, и ему пришлось за послѣдніе 3 года имѣть дѣло только съ 2-мя такими больными. Что касается упомянутыхъ докладчикомъ 3-хъ способовъ операціи ринофимы, то послѣдній имѣетъ, дѣйствительно, большія преимущества передъ первыми 2-мя, и весь вопросъ только въ надежности операціи.

Проф. *А. И. Поспѣловъ* замѣтилъ, что данный случай вполнѣ убѣдительно доказываетъ независимость ринофимы отъ acne rosacea; это—гипертрофія сальныхъ железъ. Найденный въ препаратахъ acarus представляетъ, вѣроятно, случайное явленіе. Что касается способа операціи по *Unna*, то онъ не оставляетъ желать ничего лучшаго.

*Г. И. Мещерскій. Случай идіопатической атрофіи кожи.* Больная, 33 л., кухарка, 2 года страдаетъ пятнистымъ покраснѣніемъ кожи обѣихъ ногъ. Кожа тыла стопъ, голеней, бедеръ и ягодицъ густого, коричнево-краснаго цвѣта, истончена, морщится; прозрачный роговой слой слегка сборчатъ и отрубевидно шелушится. Повсюду просвѣчиваютъ крупныя и мелкія вены, по мѣстамъ четковидно растянутыя и выдающіяся, изъ которыхъ при малѣйшей травмѣ возникаютъ кровотеченія. Субъективныя ощущенія состоятъ въ постоянномъ чувствѣ похолодѣнія конечностей, изрѣдка въ теплѣ, смѣняющемся чувствомъ жара и жженія. Кромѣ того, у больной имѣются эндометритъ и хроническій метритъ и ревматическія боли въ бедренныхъ суставахъ. Описанная картина болѣзни до послѣдняго времени называлась идіопатической прогрессивной атрофіей кожи, но послѣ работы *Neumann*'а, *докладчика*, *Pick*'а и *Herxheimer*'а доказано, что болѣзненный процессъ по существу есть хроническій дерматитъ и не заслуживаетъ, какъ таковой, названія идіопатической атрофіи. Въ клинической картинѣ болѣзни, по мнѣнію докладчика, нужно различать 2 типа: 1) покраснѣніе кожи съ трудно, иногда совсѣмъ неразличимымъ клинически инфильтратомъ, за которымъ слѣдуетъ истонченіе и морщинистость поверхностнаго слоя собственно кожи и кожицы—типъ erythromyeliae (*Pick*), прекрасный образецъ которой представляетъ показанная больная, и 2) типъ acrodermatitis chronicae atroph. *Herxheimer*'а или atrophia cutis infiltrativa докладчика.

*С. Л. Богровъ показалъ больного*, 26 л., страдающаго годъ *lupus erythematosus* щекъ, ушей и носа и лѣченнаго по способу *Holländer*'а (смазываніе іодной настойкой и хининъ внутрь). Послѣ 2-мѣсячнаго лѣченія (всего больной принялъ 71 грм. хинина) послѣдовало значительное улучшеніе.

*Я. Н. Соколовъ показалъ больного*, лѣсного рабочаго, 29 л., уроженца Кіевской губ., страдающаго 9-й годъ *риносклеромой*. Болѣзнь началась съ праваго крыла носа и постепенно заняла оба крыла, кончикъ и часть спинки носа; носовые проходы силь-

но съужены. Кожа опухолей мѣстами нормальна, мѣстами—буроватокрасная; на ощупь плотная. Правыя подчелюстныя железы плотны и увеличены, лѣвыя—плотны; шейныя железы по ходу грудиноключичнососцевидной мышцы также увеличены. Это увеличеніе железъ при риносклеромѣ отмѣчено венгерскими авторами (*Rona*, *Hüber*'омъ и др.).

*Г. И. Мещерскій показалъ больного*, 29 л., *со слоновостью кожи полового члена и мошонки*, интересной по происхожденію. Больной въ началѣ сентября 1903 г. черезъ 2 недѣли послѣ полового сношенія замѣтилъ 2 язвы на членѣ, послѣ чего у него развились плотная отечность и типичныя паховыя склеро-адениты. Въ концѣ октября появилась первичная высыпь, и больной въ одной изъ Московскихъ больницъ лѣчился впрыскиваніями сулемы. Сыпь исчезла, но твердый отекъ, постепенно усиливаясь, распространился и на мошонку и остался in statu quo, не взирая на массажъ, тугія обертыванія, втиранія сѣрой ртутной мази и впрыскиванія каломеля. Въ настоящее время кожа члена и мошонки колоссально утолщена, красна, напряжена и тверда, какъ каучуковый шаръ. При сильномъ давленіи едва намѣчается ямка. Окружность члена = 20 стм., а мошонка по величинѣ соотвѣтствуетъ головѣ ребенка. Такимъ образомъ заболѣваніе въ данномъ случаѣ стоитъ въ явной связи съ раннимъ заболѣваніемъ кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ вслѣдствіе ранняго сифилиса и, при отсутствіи указаній на бывшую раньше рожу, не можетъ быть сочтено за послѣдствіе стрептококковаго множественнаго лимфангоита. *М. Членовъ.*

## LI. Изъ Мясницкой больницы въ Москвѣ.

(Засѣданіе 25-го февраля).

*И. И. Приклонскій. Случай гуммознаго сифилиса и «саркомы» кожи.* А. Ш., 60 л., крестьянинъ. Со стороны наслѣдственности, кромѣ алкоголизма, отмѣтить нечего. Въ дѣтствѣ были явленія «золотухи»; по срединѣ грудины остался большой звѣздообразный рубецъ. 4 года назадъ появилась язва на спинѣ подъ правой лопаткой, оставившая большой тоже звѣздообразный рубецъ. 30 лѣтъ назадъ была язва на половомъ членѣ, прошедшая отъ мѣстныхъ средствъ. 7 мѣсяцевъ назадъ сталъ болѣть носъ, а черезъ 1—2 мѣсяца послѣ этого развились сначала припухлость, а затѣмъ прободеніе твердаго неба. Въ настоящее время замѣчается неравномѣрная припухлость носа, твердая и спаянная съ костнымъ его остовомъ. Изъ носа вонючій запахъ. На перегородкѣ видна язва, идущая къ прободенію неба, пышно гранулирующая и кровоточащая. Въ виду гуммознаго пораженія твердаго неба и кожи (возможные гуммозные рубцы), можно было-бы думать и о гуммозномъ характерѣ пораженія носа, но особенности этого пораженія заставляютъ думать, не идетъ-ли здѣсь дѣло о новообразованіи, а именно о саркомѣ. Во всякомъ случаѣ, смѣшанное ртутно-іодистое лѣченіе, примѣнявшееся въ теченіи мѣсяца, повліявъ благопріятно на теченіе язвъ слизистыхъ оболочекъ, нисколько не улучшило явленій со стороны переносья; на лѣвой ноздрѣ появилась даже новая опухоль, въ горошину, также мало похожая на гумму. Гистологическое изслѣдованіе, произведенное *Ѳ. Н. Ремезовымъ*, пока не дало типичной для саркомы картины.

*А. Н. Заболотскій* высказался за желательность назначенія въ данномъ случаѣ *Zittmann*'ова декокта, который иногда помогаетъ тамъ, гдѣ ртуть и іодъ не дѣйствуютъ.

*И. И. Приклонскій показалъ больного*, 20 л., съ многочисленными и разнообразными по формѣ *сифилитическими келоидами*. Интересъ случая заключается, во 1-хъ, въ многочисленности келоидовъ, а затѣмъ—въ большой быстротѣ ихъ развитія: больной лишь въ іюлѣ 1903 г. заразился сифилисомъ.

*М. А. Членовъ* напомнилъ объ описанномъ имъ въ прошломъ году замѣчательномъ и единственномъ въ своемъ родѣ случаѣ произвольныхъ, «первичныхъ» келоидовъ кожи, развившихся безъ всякихъ видимыхъ причинъ въ числѣ *431* у 18-лѣтняго больного. На основаніи изученія этого случая и литературныхъ данныхъ пришлось придти къ выводу, что въ основѣ происхожденія этихъ келоидовъ лежитъ особое предрасположеніе (личное, семейное или расовое) кожи, отвѣчающее образованіемъ келоидовъ часто на самыя незначительныя раздраженія.

*И. М. Малышевъ показалъ больного* съ *язвой* слизистой оболочки *верхней губы*, вѣроятно, *бугорчатаго* характера.

*А. Н. Заболотскій* и *М. А. Членовъ* также высказались за бугорчатую язву.

*И. И. Приклонскій* замѣтилъ, что въ данномъ случаѣ, не смотря на 3-мѣсячное существованіе язвы, другихъ явленій все-же нѣтъ; кромѣ того, на спинѣ имѣются 2 сомнительныхъ рубца; въ виду этого распознаваніе нельзя считать непреложнымъ.

*М. А. Членовъ* высказался за бугорчатый характеръ язвы, хотя, правда, классическихъ признаковъ того, что называется «вторичной бугорчатой язвой», здѣсь на лицо нѣтъ. Весьма важно въ данномъ случаѣ тщательное изслѣдованіе состоянія внутреннихъ органовъ больного.

*А. Н. Заболотскій* замѣтилъ, что въ своей классической формѣ «вторичная бугорчатая язва» наблюдается далеко не всегда.

*И. И. Хлѣбниковъ* напомнилъ объ одномъ случаѣ бугорчатки у врача, развившейся послѣ бугорчатой язвы.

*К. В. Кусковъ* упомянулъ о частотѣ (до 70%) бугорчатки или остатковъ ея при вскрытіи труповъ и, на основаніи общаго вида больного, согласился съ предположеніемъ *М. А. Членова* относительно вторичнаго характера язвы у больного.

*А. Н. Заболотскій. Случай обширнаго омертвѣнія кожи полового члена, мошонки и прилежащихъ частей*, характеризующій крайнее невѣжество нашего народа въ вопросахъ медицины и гигіены. У Ф. К., 44 л., грамотнаго, холостого приказщика, въ концѣ августа на половомъ членѣ и мошонкѣ появились прыщики, по поводу которыхъ онъ обратился къ знахаркѣ, проживающей на ст. Кунцево Московско-Брестской ж. дороги, а въ концѣ сентября переѣхалъ къ ней для лѣченія совсѣмъ. Знахарка эта давала ему какой-то декоктъ и, кромѣ того, мазь для втиранія въ половые органы. Появилась краснота, распространившаяся на надлобковую и паховыя области и на бедра, а затѣмъ во многихъ мѣстахъ кожа почернѣла и сдѣлалась нечувствительной. Въ ½ декабря больной въ крайне тяжеломъ состояніи былъ доставленъ въ Мясницкую больницу. У него была найдена громадная язва, занимавшая половые органы, распространявшаяся на надлобковую область, оба паха и верхнюю ⅓ внутренней поверхности бедеръ и доходившая по промежности до задняго прохода; только въ складкахъ между мошонкой и бедрами имѣлись еще островки уцѣлѣвшей кожи. Язва, красноватая въ центрѣ, на краяхъ имѣла лоскуты омертвѣвшей кожи. Полового члена не было, а на его мѣстѣ видна была обнаженная безформенная масса съ едва замѣтнымъ отверстіемъ мочеиспускательнаго канала; яички были обнажены; по направленію сѣменныхъ канатиковъ виднѣлась сѣрая, омертвѣвшая клѣтчатка, въ пахахъ видны были обнаженныя железы; на внутренней поверхности праваго бедра на небольшомъ протяженіи обнажена была приводящая бедро мышца; мочеиспусканіе было нѣсколько затруднено, и моча выдѣлялась тонкой струей. Моча сильно щелочной реакціи, содержала бѣлокъ ($0,3/_{1000}$); осадокъ состоялъ изъ триппельфосфата и мочекислаго аммонія. Пульсъ около 100, слабый. Общее состояніе тяжелое. На язву клали повязки, сначала іодоформныя, затѣмъ ксероформныя; назначены укрѣпляющія. Въ настоящее время язва почти зажила, полового члена нѣтъ, яички обнажены.

*И. М. Малышевъ* замѣтилъ, что больной этотъ легъ въ больницу только по настоянію его сестры, обратившейся къ д-ру *М.* съ просьбой осмотрѣть больного.

*Докладчикъ* добавилъ, что больной все еще очень доволенъ лѣченіемъ своей знахарки, поступившей съ нимъ, по его мнѣнію, вполнѣ правильно, а именно «выгонявшей болѣзнь изнутри наружу».

*И. М. Малышевъ* замѣтилъ, что подобные случаи съ отсутствіемъ полового члена обыкновенно оканчиваются печально, и онъ знаетъ 2 такихъ больныхъ (агентъ страховаго общества и торговецъ), закончившихъ жизнь самоубійствомъ.

*И. И. Приклонскій* показалъ образецъ *антропометрической карточки* проститутки съ свѣтописнымъ снимкомъ ея. Такія карточки стали составлять всего лишь 2 мѣсяца назадъ, по требованію оберъ-полиціймейстера, и хранятся въ сыскной полиціи. *М. Членовъ.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

### *Александръ Мальцевъ. Исторія и настоящее состояніе призрѣнія душевно-больныхъ въ Полтавской губерніи. Диссертація. С.-Петербургъ. 1903 г. XVII+580 стр.*

Среди многочисленныхъ диссертацій, выпускаемыхъ ежегодно нашими Университетами и въ особенности В.-Медицинской Академіей, почтенный трудъ *А. Ф. Мальцева*, безспорно, займетъ выдающееся мѣсто, и не одинъ послѣдующій работникъ по исторіи призрѣнія душевно-больныхъ въ Россіи будетъ пользоваться этимъ трудомъ съ чувствомъ признательности и благодарности къ его автору. Быстрый ростъ призрѣнія душевно-больныхъ въ земскихъ губерніяхъ за послѣднія два 10-лѣтія, еще большее возростаніе запросовъ со стороны населенія этихъ губерній на психіатрическую помощь и, вслѣдствіе этого, постоянно наростающее увеличеніе земскихъ бюджетовъ на удовлетвореніе этихъ запросовъ возбудили у автора мысль изучить исторію призрѣнія душевно-больныхъ въ южной Руси съ древнихъ временъ: «Не существовало-ли между прежними способами призрѣнія такихъ формъ, которыя могли-бы служить прототипами для устройства призрѣнія въ настоящее время? Можетъ быть, эти формы, считающіяся теперь отжившими, оставили въ бытовыхъ условіяхъ народной жизни подходящую почву, на которой можно организовать новый типъ призрѣнія, согласный съ прежними формами его, а также съ народнымъ бытомъ и народнымъ духомъ».

Книга распадается на 4 большихъ отдѣла: въ 1-мъ излагается исторія призрѣнія душевно-больныхъ до учрежденія Приказовъ общественнаго призрѣнія; 2-й—содержитъ описаніе обстановки и условій этого призрѣнія въ Полтавской губ. въ настоящее время; 3-й—данныя о движеніи душевно-больныхъ въ теченіи всего XIX вѣка, а также различныя свѣдѣнія о нихъ за все время существованія психіатрической больницы; въ 4-мъ изложены общіе выводы и заключенія. Для обработки исторической части своего труда авторъ пользовался, какъ многими печатными источниками (списокъ которыхъ онъ приводитъ), такъ и рукописными матеріалами древнихъ книгохранилищъ и архивовъ. Вся работа сдѣлана въ клиникѣ проф. *В. М. Бехтерева.*

Историческому отдѣлу предпослано введеніе съ краткимъ из-

ложеніемъ условій призрѣнія больныхъ, въ частности душевныхъ, въ древней Руси, законоположеній о нихъ, данныхъ о степени распространенія помѣшательства, отношеній къ нему церкви, государства и общества. Въ началѣ христіанской жизни русскаго народа призрѣніе всякаго рода людей, нуждавшихся въ немъ, сосредоточивалось въ рукахъ духовенства. Самобытными формами первоначальной благотворительности были: поручная раздача милостыни, кормленія или обѣды, келіи и слободы нищихъ. Первыя законоположенія о помѣшанныхъ заимствованы были изъ Византіи, вмѣстѣ съ введеніемъ христіанства. Въ древней Руси помѣшательство было распространено менѣе, чѣмъ въ наше время. Причинными моментами душевныхъ болѣзней въ тѣ времена, несомнѣнно, служили пьянство и проказа. Взгляды на помѣшательство и отношенія къ помѣшаннымъ на Руси какъ народа, такъ и представителей церкви были гораздо гуманнѣе, чѣмъ на Западѣ Европы.

Изъ собственно историческаго отдѣла (1) могу привести лишь нѣкоторыя отрывочныя данныя. Впервые дворъ для призрѣнія недужныхъ устроенъ былъ при Кіево-Печерскомъ монастырѣ, имѣвшемъ свои цѣлебники; въ записяхъ преп. Нестора находятся описанія душевныхъ заболѣваній и ухода за страдающими ими больными. Колыбелью-же больничныхъ учрежденій лѣвобережной Украйны является Переяславъ. Въ польско-литовскій періодъ возникли и широко распространились по всей южной и западной Руси братскія благотворительныя учрежденія, между прочимъ, «шпитали»; въ XVI и XVII вѣкахъ эти учрежденія перенесены были и въ лѣвобережную Украйну, гдѣ такъ-же прочно укрѣпились. Послѣ присоединенія Малороссіи къ Москвѣ братскія учрежденія послужили образцами при устройствѣ въ послѣдней богадѣленъ. Въ XVIII в. въ одной Полтавщинѣ было до 300 шпиталей, служившихъ мѣстами призрѣнія всѣхъ обездоленныхъ, не исключая и душевно-больныхъ. Съ конца-же этого вѣка, вслѣдствіе введенія въ Малороссіи крѣпостного права и учрежденія Приказовъ общественнаго призрѣнія, братскія благотворительныя учрежденія начали приходить въ упадокъ и разрушеніе, но жизненность ихъ была настолько велика, что нѣкоторыя изъ нихъ просуществовали даже до 2-й половины XIX вѣка. Роль монастырей въ дѣлѣ призрѣнія была на Украйнѣ второстепенная; въ нихъ хотя и помѣщались, между прочимъ, душевно-больные, но въ ограниченномъ числѣ. Полтавскій Приказъ общественнаго призрѣнія открытъ въ 1802 г. вмѣстѣ съ учрежденіемъ губерніи; къ постройкѣ Богоугоднаго Заведенія приступлено было въ слѣдующемъ-же 1803 г., въ которомъ Приказу передано было и призрѣніе душевно-больныхъ. Изъ эпохи приказнаго періода авторъ сообщаетъ крайне любопытныя свѣдѣнія объ уходѣ за душевно-больными, которыя, конечно, далеко не имѣютъ только мѣстное значеніе, а, mutatis mutandis, одинаково примѣнимы ко всѣмъ «домамъ умалишенныхъ» того времени. «Капельныя машины», «сыромятные ремни для притягиванія злыхъ сумашедшихъ», «желѣзныя цѣпи для приковки» и другія подобныя-же лѣчебныя орудія составляли главный терапевтическій арсеналъ психіатрической практики. Въ 1829 г. авт. встрѣтилъ первое указаніе на стремленіе къ облегченію участи несчастныхъ больныхъ: въ этомъ году были сшиты первыя рубахи съ длинными рукавами для связыванія буйныхъ, что, въ сравненіи съ ремнями и цѣпями, несомнѣнно, было шагомъ впередъ. Какъ странно читать, рядомъ съ описаніями такихъ застѣночныхъ пріемовъ обращенія съ душевно-больными, что, по Высочайшему повелѣнію 1832 г., «всякій, вступавшій въ служительскую должность, долженъ былъ быть приведенъ къ присягѣ, а при исполненіи служебныхъ обязанностей обязанъ былъ носить форменную одежду», что «за безпорочную службу служителямъ были предоставлены преимущества—черезъ 5 лѣтъ окладъ ихъ жалованья увеличивался на $^1/_3$, черезъ 10 лѣтъ прибавлялась еще $^1/_3$, а черезъ 15 окладъ удваивался». А сколько разъ дѣятелямъ позднѣйшаго земскаго періода призрѣнія душевно-больныхъ приходилось ходатайствовать—и далеко не всегда успѣшно!—передъ Управами и Собраніями объ ассигнованіи какой-нибудь суммы на форменное платье для прислуги психіатрическихъ отдѣленій и о введеніи прогрессивнаго увеличенія, за выслугу лѣтъ, содержанія служащимъ и прислугѣ! Невольно приходится повторить, что «новое—часто только хорошо забытое старое».

Съ 1865 г. начинается новый земскій періодъ призрѣнія душевно-больныхъ, а съ конца 70-хъ и особенно начала 80-хъ годовъ мы уже являемся современниками, а нѣкоторые изъ насъ и участниками «великой реформы», этого призрѣнія. Непосредственно послѣ изданія достопамятнаго въ судьбѣ земскихъ психіатрическихъ заведеній циркуляра министра внутреннихъ дѣлъ отъ 11/XI 1879 г., согласно которому въ случаѣ устройства земствами новыхъ заведеній для умалишенныхъ или капитальнаго переустройства старыхъ имъ будетъ выдано пособіе отъ казны до 50%, произведенныхъ ими расходовъ, Полтавское земство приступило къ разработкѣ вопроса о постройкѣ новой психіатрической лѣчебницы, которую и выполнила въ 1886 г. Авт. приводитъ самое подробное описаніе лѣчебницы (директоромъ которой онъ состоитъ съ того-же года) во всѣхъ ея подробностяхъ, съ чертежами и планами отдѣльныхъ построекъ, спеціальныхъ приспособленій, внутренней обстановки, далѣе—режима, порядка и правилъ ухода за больными, способовъ ихъ довольствія и вообще содержанія и т. д. Съ 1895 г. началось устройство колоніи, въ 6 верстахъ отъ больницы, близъ т. наз. «Шведской могилы». «По характеру своему колонія стала врачебно-воспитательнымъ сельско-хозяйственнымъ учрежденіемъ для душевно-больныхъ и сдѣлалась филіальнымъ отдѣленіемъ центральной городской лѣчебницы».

2-й отдѣлъ, посвященный описанію настоящаго состоянія призрѣнія душевно-больныхъ въ Полтавѣ, заключаетъ въ себѣ слѣдующія главы: общій обзоръ призрѣнія и внутренняя жизнь заведенія (гл. 14), научныя пособія для врачей, инструменты и лѣчебная обстановка (гл. 15), трудъ больныхъ (гл. 16), несчастные случаи, взаимныя столкновенія больныхъ и пр. (гл. 17), служебный персоналъ и постановка его дѣятельности (гл. 18), условія поступленія больныхъ, плата, пансіонерство, выписка, медицинская отчетность (гл. 19), продовольствіе больныхъ (гл. 20), расходы на содержаніе (гл. 21).

Въ 3-мъ отдѣлѣ собраны различныя свѣдѣнія о душевно-больныхъ: колебанія ихъ численнаго состава (гл. 22), распредѣленіе по вѣроисповѣданіямъ, народностямъ, званіямъ и сословіямъ, занятіямъ, возрасту, семейному состоянію и пр. (гл. 23), формы психическихъ болѣзней (гл. 24), продолжительность и исходъ душевныхъ заболѣваній (гл. 25), испытуемые и статейные (гл. 26).

Въ 4-мъ отдѣлѣ приведены свѣдѣнія о причинахъ душевныхъ болѣзней (гл. 27) и соображенія авт. о планѣ дальнѣйшаго развитія призрѣнія душевно-больныхъ въ Полтавской губ. (гл. 28). Изъ этой части разбираемаго труда заслуживаютъ вниманія слѣдующіе выводы. «Время великихъ реформъ царствованія Александра II, потребовавшее напряженія умственнаго труда и вызвавшее непривычное возбужденіе умовъ и чувствъ народныхъ, привело къ утомленію и перерасходу душевныхъ силъ, вслѣдствіе чего психическая сопротивляемость понизилась не только въ населеніи того времени, но передалась по наслѣдству молодому поколѣнію, явившемуся съ менѣе устойчивою организаціею, чѣмъ того требовала новая жизнь». Въ годы войнъ и холеры числа поступленій душевно-больныхъ уменьшались, а въ послѣдующіе—увеличивались. «Евреи даютъ наибольшій % призрѣваемыхъ изъ состава еврейскаго населенія въ сравненіи съ другими націями». Наслѣдственность могла быть установлена въ 28,67% случаевъ съ извѣстнымъ анамнезомъ, пьянство—въ 18,77%, сифилисъ—только въ 5,25%. «Наибольшее потребленіе вина падаетъ на послѣднюю $^1/_4$ года, наименьшее—на лѣто; наблюдается параллелизмъ между количествомъ потребленія вина по мѣсяцамъ и количествомъ зачатій (оплодотвореній) душевно-больныхъ и слабоумныхъ».—Въ Полтавской губ. призрѣніе душевно-больныхъ развито очень незначительно—въ 1900 г. ихъ призрѣвалось всего отъ 8,4 до 10%. Разбирая возможныя формы и условія дальнѣйшаго развитія этого дѣла, авт. полагаетъ, что «было-бы справедливо облегчить задачу земства по призрѣнію душевно-больныхъ, возложивъ на него лѣченіе острыхъ больныхъ, съ періодическими формами или преходящими острыми явленіями, а содержаніе хроническихъ больныхъ и преступниковъ принять на счетъ государства. Для эпилептиковъ и идіотовъ, совмѣстное содержаніе которыхъ съ душевно-больными авт. считаетъ неудобнымъ, слѣдовало-бы устраивать особые пріюты.

Авт. заканчиваетъ свой трудъ нижеслѣдующими заключительными положеніями, къ нѣкоторымъ изъ которыхъ я позволю себѣ сдѣлать попутно кое-какія замѣчанія: 1) Злоупотребленіе спиртными напитками своимъ непосредственнымъ вліяніемъ на развитіе душевныхъ заболѣваній и прирожденнаго слабоумія при оплодотвореніи является сильнѣйшимъ соціальнымъ и біологическимъ зломъ. 2) Малоруссія женщины заболѣваютъ психозами въ болѣе раннемъ возрастѣ, чѣмъ въ русскихъ губерніяхъ. 3) Наблюденія надъ жизнью душевно-больныхъ, совершившихъ уголовныя преступленія, не даютъ врачебныхъ основаній для выдѣленія ихъ призрѣнія изъ среды другихъ больныхъ. (Съ этимъ положеніемъ можно согласиться лишь условно: среди душевно-больныхъ преступниковъ и еще болѣе среди душевно-больныхъ арестантовъ, какъ осужденныхъ, такъ и подслѣдственныхъ, далеко нерѣдко встрѣчаются личности, совершенно нетерпимыя въ общихъ отдѣленіяхъ съ обыкновенными больными, вслѣдствіе ихъ крайне вреднаго вліянія на послѣднихъ, вслѣдствіе ихъ не-подчиненія, а то и систематическаго противодѣйствія, установленному режиму отдѣленія, вслѣдствіе приносимыхъ ими съ собою изъ тюремъ и другихъ мѣстъ заключенія различныхъ дурныхъ и безнравственныхъ привычекъ и т. п.). 4) Развитіе судебно-психіатрической экспертизы въ провинціи обязано главнымъ образомъ земскимъ психіатрамъ. (Совершенно справедливо, но только не «развитіе», а «созданіе» и не «главнымъ образомъ», а «исключительно и всецѣло»: до земской психіатріи въ нашихъ провинціальныхъ судахъ психіатрической экспертизы не существовало). 5) Польза прозектуры въ психіатрической больницѣ умаляется вслѣдствіе недостаточнаго количества врачебныхъ силъ для веденія надлежащихъ клиническихъ изслѣдованій душевно-больныхъ. (Здѣсь все зависитъ отъ личныхъ качествъ этихъ врачебныхъ силъ, независимо отъ ихъ количества: небольшой кружокъ истинно любящихъ свое дѣло и научно имъ интересующихся врачей сдѣлаетъ гораздо больше въ отношеніи всесторонняго клиническаго изслѣдованія больныхъ, чѣмъ большая «коллегія», относящаяся къ своимъ обязанностямъ чисто формально). 6) Перепись душевно-больныхъ среди населенія посредствомъ спеціалистовъ представляетъ единственный способъ, имѣющій практическое значеніе для опредѣленія въ данной мѣстности потребности въ призрѣніи душевно-больныхъ. 7) Развитіе душевныхъ заболѣваній стоитъ въ генетической зависимости отъ экономическаго благосостоянія и культурности населенія. 8) Желательно, чтобы психіатрическіе Отдѣлы Съѣздовъ имѣли программнымъ вопросомъ заболѣваніе психозами лицъ, находящихся въ личномъ услуженіи, въ смыслѣ разработки этіологіи и характера

Digitized by Google

психозовъ у (лицъ) этой профессіи. 9) Въ системѣ призрѣнія душевно-больныхъ слѣдуетъ различать 3 звена: а) закрытая лѣчебница для острыхъ и свѣже заболѣвшихъ больныхъ, съ открытымъ отдѣленіемъ для нервныхъ и душевныхъ, б) колонія для хроническихъ, опасныхъ и неопрятныхъ и в) разные виды открытаго призрѣнія въ пріютахъ и семьяхъ. 10) Для уменьшенія количества хрониковъ важно психіатрическую помощь для свѣже заболѣвающихъ приблизить къ населенію устройствомъ еще лѣчебницы въ болѣе центральномъ мѣстѣ губерніи (другими словами—децентрализировать эту помощь). 11) Съ образованіемъ проэктируемой въ послѣднее время «мелкой земской единицы» желательно устройство призрѣнія неизлѣчимыхъ спокойныхъ душевно-больныхъ въ особыхъ сельскихъ пріютахъ, аналогичныхъ бывшимъ братскимъ или приходскимъ «шпиталямъ», если сосредоточатся тутъ-же на мѣстѣ учрежденія и для другихъ родовъ призрѣваемыхъ. 12) Развлеченія для душевно-больныхъ въ психіатрическихъ заведеніяхъ должны стоять на ряду съ другими лѣчебными средствами душевныхъ заболѣваній. 13) Постельное содержаніе истеричныхъ ведетъ къ привычной бездѣятельности и усиливаетъ влеченіе къ онанизму. (Имѣвшіе возможность много наблюдать примѣненіе постельнаго содержанія едва-ли согласятся съ этимъ положеніемъ). 14) Физическія работы при прогрессивномъ параличѣ ухудшаютъ теченіе болѣзни. 15) Внушеніе при алкоголизмѣ, какъ способъ лѣченія, дѣйствительно только при желаніи самого больного избавиться отъ пьянства, и, кромѣ того, требуется время отъ времени повтореніе внушенія.

Многія главы книги пояснены планами, чертежами, пояснительными таблицами и діаграммами; каждая глава заканчивается краткимъ изложеніемъ ея содержанія, а обстоятельно составленное оглавленіе весьма облегчаетъ пользованіе объемистымъ сочиненіемъ.

Ч. пр. *Б. Грейденбергъ.*

### *Armand Gautier. L'Alimentation et les régimes chez l'homme sain et chez les malades. 1904. Парижъ. 528 стр.*

Имя *A. Gautier*'а на столько извѣстно въ спеціальной литературѣ, что всякая новая книга, написанная имъ, заслуживаетъ особаго вниманія. Будучи по своему образованію химикомъ, *Gautier* уже давно работаетъ въ областяхъ, близкихъ къ медицинѣ и гигіэнѣ. Его перу принадлежитъ, между прочимъ, обширное руководство по химіи въ примѣненіи ея къ физіологіи, патологіи и гигіэнѣ въ 2-хъ томахъ; ему-же принадлежитъ цѣлый рядъ спеціальныхъ изслѣдованій о птомаинахъ, свинцѣ въ консервахъ; въ самое послѣднее время громкую извѣстность пріобрѣли его изслѣдованія относительно мышьяка, какъ постоянной нормальной составной части многихъ естественныхъ продуктовъ растительнаго и животнаго происхожденія; послѣдняя тема была разработана затѣмъ *Bertrand*'омъ.

Разбираемая книга раздѣлена авторомъ на 3 части, изъ которыхъ въ 1-ой излагаются общіе законы питанія у здоровыхъ людей; во 2-ой даны описаніе важнѣйшихъ пищевыхъ средствъ животнаго и растительнаго царства и ихъ оцѣнка съ химической и гигіэнической точекъ зрѣнія; въ 3-ей части изучены различныя діэты и особенно діэтетическое лѣченіе различныхъ заболѣваній.

Въ 1-ой части интересъ новизны представляютъ только отдѣльные факты, касающіеся статистики питанія населенія различныхъ странъ, преимущественно населенія Америки, гдѣ въ послѣдніе года были произведены массовыя изслѣдованія относительно питанія населенія; здѣсь же приводятся также данныя, относящіяся къ Россіи, которыя *Gautier* заимствуетъ изъ только-что переведеннаго на французскій языкъ популярнаго руководства д-ра *П. О. Смоленскаго*: «Простѣйшіе способы изслѣдованія съѣстныхъ припасовъ», въ которомъ очень тщательно собрана русская литература, относящаяся къ гигіэнѣ питанія.

Во 2-ой части приведены новыя свѣдѣнія относительно средняго состава различныхъ сортовъ мяса не только по европейскимъ, но и по послѣднимъ американскимъ изслѣдованіямъ *Atfater*'а и др. Совершенно новой постановкой вопроса и его освѣщеніемъ отличается та глава 2-ой части, которая посвящена алкогольнымъ напиткамъ. На основаніи преимущественно послѣдняго изслѣдованія о питательныхъ свойствахъ алкоголя *Atfater*'а и *Benedikt*'а, а также и нѣкоторыхъ нѣмецкихъ авторовъ, *Gautier*, какъ и *Duclaux*, признаетъ алкоголь питательнымъ веществомъ; въ доказательство чего приводитъ результаты изслѣдованій этихъ авторовъ въ подлинныхъ таблицахъ и прилагаетъ рисунокъ того респираціоннаго калориметра, въ которомъ *Atfater* и *Benedikt* производили свои опыты. Нѣмецкая литература относительно питательныхъ свойствъ алкоголя, по видимому, изучена *Gautier* не достаточно основательно, потому что онъ ссылается только на опыты *Roseman*'а, но не упоминаетъ объ опытахъ *R. Neuman*'а, которыми были вызваны изслѣдованія *Roseman*'а и которыми впервые былъ установленъ фактъ, что алкоголь способенъ сберегать въ организмѣ не только углеводы и жиры, но и бѣлки. Въ примѣчаніи упоминается одна русская работа, а именно д-ра *А. М. Могилянскаго* «Вліяніе алкоголя на усвоеніе и вещественный обмѣнъ азота», очевидно, тоже по вышеуказанному изслѣдованію *Roseman*'а. Изъ русскихъ авторовъ имѣется упоминаніе объ изслѣдованіяхъ *И. П. Павлова.*

Наименьшей самостоятельностью, какъ и слѣдовало ожидать, отличается 3-ья и послѣдняя часть книги, въ которой авторъ долженъ касаться не только вопросовъ прикладной химіи, но и медицины.

Въ общемъ разобранная книга *Gautier* представляетъ большой интересъ для всѣхъ, занимающихся вопросами питанія и можетъ быть полезнымъ пособіемъ при изученіи отдѣла питанія для студентовъ и врачей.

Проф. *Г. Хлопинъ.*

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

XXXIX. М. Г. Въ № 6 «Русскаго Врача» за текущій годъ (стр. 228) я прочелъ о томъ, что въ засѣданіи Смоленскаго губернскаго врачебнаго Совѣта д-ромъ *Г. Р. Щепановскимъ* было сообщено, что въ Рославльскомъ уѣздѣ, Смоленской губ., въ текущемъ году бѣшенымъ волкомъ были укушены одновременно 7 чел., которые не позже недѣли послѣ укушенія были отправлены для лѣченія прививками въ Александровскую больницу въ Москвѣ, при чемъ всѣ больные умерли. Могу сообщить объ аналогичномъ случаѣ, который пришлось мнѣ видѣть въ Аткарскомъ уѣздѣ, Саратовской губ. 21-го августа 1903 г. въ амбуляторіи при Аткарской земской больницѣ лѣчилась крестьянка с. Даниловки того-же уѣзда П. П. Я., 37 л., съ небольшой, уже зарубцевавшейся укушенной раной въ нижней части предплечья. Изъ разспросовъ оказалось, что она ходила въ Саровъ на поклоненіе мощамъ Св. Серафима и, когда подходила къ Сарову вмѣстѣ съ другими богомольцами—всего ихъ было, по ея словамъ, 15 чел.—на нихъ напалъ волкъ и многихъ, въ томъ числѣ и ее, укусилъ.

Въ Саровѣ больная обратилась къ врачу и была немедленно послана въ Москву въ Александровскую больницу, гдѣ пробыла болѣе 20 дней и гдѣ ей сдѣлали, по ея словамъ, 19 прививокъ. Въ Аткарскую больницу она явилась тотчасъ-же по пріѣздѣ изъ Москвы.

31 августа больная была привезена въ Аткарскую больницу уже связанной со всѣми признаками бѣшенства и на другой день, промучившись водобоязнью всего двое сутокъ, умерла. Другая больная, изъ того же села, подруга покойной, вмѣстѣ съ ней ходившая въ Саровъ и тоже лѣчившаяся прививками въ Александровской больницѣ, осталась жива; но у той нѣтъ никакихъ слѣдовъ пораненій, и, по ея словамъ, не было даже и царапины, такъ какъ волкъ въ общей суматохѣ ея не видѣлъ. Интересно-бы знать о судьбѣ другихъ спутниковъ покойной Я., укушенныхъ тѣмъ-же волкомъ и вмѣстѣ съ нею лѣчившихся въ Александровской больницѣ.

*Ал. Тампіонеръ.*

Аткарскъ, Саратовской губ., 12-го марта 1904 г.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

532. «Новое Время» (11 марта) сообщаетъ, что на дняхъ послѣдовало разрѣшеніе на постановку въ клиникѣ душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ В.-Медицинской Академіи *бюста покойнаго проф. И. М. Балинскаго.*

533. На каѳедру общей патологіи въ Томскомъ Университетѣ Совѣтомъ его *избранъ* ассистентъ при каѳедрѣ общей патологіи въ В.-Медицинской Академіи *П. П. Авроровъ* («Сибирскій Вѣстникъ», 29 февраля).

534. Совѣтъ Харьковскаго Университета избралъ на *каѳедру хирургической патологіи* ч. преподавателя Московскаго Университета *А. В. Мартынова*; въ медицинскомъ-же факультетѣ на эту каѳедру избранъ былъ ч. преподаватель Харьковскаго Университета *Ю. М. Пенскій* («Южный Край», 5 марта).

535. *С. С. Груздевъ* Конференціей В.-Медицинской Академіи *избранъ ч.-преподавателемъ* Академіи по каѳедрѣ внутреннихъ болѣзней.

536. 10-го марта въ Московскомъ Университетѣ защищалъ диссертацію *Д. Н. Рознатовскій* на тему *«Матеріалы по вопросу о полномъ удаленіи предстательной железы»* («Русскія Вѣдомости», 11 марта).

537. *Предсѣдателемъ медицинской испытательной Коммиссіи при Московскомъ Университетѣ*, открывающей свои дѣйствія 12-го апрѣля, назначенъ деканъ медицинскаго факультета проф. *И. Ф. Клейнъ* («Новое Время», 11 марта).

538. *Испытательная Коммиссія въ В.-Медицинской Академіи*, начавшая свою дѣятельность на минувшей недѣлѣ, закончитъ ее къ 1-му мая.

539. На медицинскомъ факультетѣ Томскаго Университета учреждены *7 стипендій* имени Л. Кузнецова, по 250 р. каждая, которыя будутъ выдаваться бѣднѣйшимъ студентамъ, преимущественно изъ уроженцевъ Сибири («Сибирскій Вѣстникъ», 5 марта).

540. Конференціей В.-Медицинской Академіи объявленъ *конкурсъ на соисканіе хирургической преміи* имени акад. *И. Буша.* Въ конкурсѣ могутъ участвовать всѣ врачи, состоящіе въ русскомъ подданствѣ, за исключеніемъ врачей, состоящихъ членами Конференціи Академіи. Къ конкурсу допускаются только оригинальныя сочиненія по всѣмъ отраслямъ хирургіи, написанныя на русскомъ языкѣ. Рукописныя сочиненія могутъ быть представляемы на конкурсъ подъ девизомъ. Сумма преміи 8000 р. Эта сумма полностью или же часть ея можетъ быть присуждена

одному автору за наиболѣе выдающееся сочиненіе. Въ томъ же случаѣ, если Конференція признаетъ необходимымъ раздѣлить премію между нѣсколькими авторами, maximum присужденной преміи не можетъ превышать 2000 р., а minimum не можетъ быть менѣе 800 р. *Послѣдній срокъ представленія сочиненій на премію истекаетъ 22-го мая 1906 г.* («Биржевыя Вѣдомости», 15 марта).

541. Въ Московскомъ Университетѣ съ 1-го мая по 1-ое сентября будутъ предоставлены *для больныхъ и раненыхъ воиновъ* 100 кроватей—60 въ клиникахъ и 40 въ Екатерининской больницѣ. Содержаніе больныхъ-будетъ покрываться изъ суммы, собранной профессорами по подпискѣ («Новое Время», 15 марта).

542. *Учрежденный при Казанскомъ Университетѣ «Комитетъ Краснаго Креста»* для организаціи помощи больнымъ и раненымъ воинамъ снаряжаетъ свой санитарный отрядъ для отправки его на театръ военныхъ дѣйствій. 6-го марта Комитетомъ открыты курсы для приготовленія сестеръ и братьевъ милосердія («Русскія Вѣдомости», 16 марта).

543. «Сибирская Жизнь» (28 февраля и 4 марта) сообщаетъ, что медицинскій факультетъ Томскаго Университета въ отвѣтъ на телеграмму съ предложеніемъ *приспособить клиники и Университетъ для нуждъ военнаго лазарета* (см. выше, № 11, стр. 426) сдѣлалъ слѣдующее постановленіе: до 15 апрѣля предоставить 25 кроватей въ клиникѣ, съ 15 апрѣля 120 кроватей, съ 15 мая 2-ое общежитіе на 150 кроватей и съ 1 іюня 1-ое общежитіе на 70 кроватей. 2-ое общежитіе предоставлено на все время войны, при чемъ содержаніе лазарета должно быть отнесено на счетъ военнаго вѣдомства. Клиники же и 1-ое общежитіе предоставлены подъ лазаретъ только въ теченіи вакаціоннаго времени и тоже должны содержаться на счетъ военнаго вѣдомства. Профф. *А. А. Введенскій*, *А. П. Коркуновъ*, *В. М. Мышъ* и *П. И. Тиховъ* изъявили желаніе состоять консультантами при вновь учреждаемой военной клиникѣ.

544. «Русскимъ Вѣдомостямъ» (14 марта) передано изъ Петербурга по телефону, что на Дальній Востокъ изъявили желаніе отправиться *9 женщинъ-врачей и слушательницъ Женскаго Медицинскаго Института* 1-го курса 10, 2-го 21, 3-го 31, 4-го 95 и 5-го 35.

545. Московскимъ губернскимъ Земствомъ снаряжается на театръ военныхъ дѣйствій *5 врачебно-санитарныхъ отрядовъ* по 25 кроватей каждый. Въ составъ отряда входятъ: 2 врача, 3 фельдшерицы, 3 сестры милосердія, санитары и служители. Однимъ изъ отрядовъ будетъ завѣдывать *А. Г. Архангельская*, другимъ *В. Н. Повалишина* («Русскія Вѣдомости», 17 марта).

546. Изъ Петербурга отправились на Дальній Востокъ: 11 марта—*санитарный отрядъ* Петербургскаго дамскаго лазаретнаго Комитета Общества Краснаго Креста въ составѣ 5 врачей, аптекаря, 2 студентовъ-медиковъ и 15 сестеръ милосердія изъ бывшихъ воспитанницъ Рождественскихъ курсовъ; 12-го, 13-го, 14-го и 15-го марта—7-ой, 8-ой, 9-ый и 10-ый *летучіе отряды* въ составѣ завѣдующаго врача, 4 студентовъ-медиковъ и 8 санитаровъ; 17-го марта—*резервный отрядъ Краснаго Креста* въ составѣ 8 врачей (изъ нихъ 4 женщины), 4 студентовъ-медиковъ и 10 санитаровъ («Новое Время», 13, 14, 15 и 17 марта).

547. Закончившая на дняхъ свои занятія 1-ая группа слушателей и слушательницъ *безплатныхъ курсовъ по уходу за больными и ранеными*, открытыхъ при Московскомъ Университетѣ, *состояла почти изъ 300 чел.* («Новое Время», 15 марта).

548. Намъ сообщаютъ, что съ 5-го апрѣля кружкомъ чч. преподавателей В.-Медицинской Академіи будетъ читаться *курсъ для подготовки сестеръ милосердія на театрѣ военныхъ дѣйствій*. Курсъ будетъ продолжаться 6 недѣль и обнимать слѣдующіе предметы: 1) анатомію (*К. И. Сусловъ*), внутреннія болѣзни (*Г. М. Малковъ*), гигіэну (*В. А. Левашевъ*), лѣкарствовѣдѣніе (*Н. И. Бочаровъ*) и хирургію (*В. А. Оппель*). Росписаніе лекцій слѣдующее: по понедѣльникамъ—анатомія и хирургія, вторникамъ—внутреннія болѣзни и гигіэна, четвергамъ—анатомія и лѣкарствовѣдѣніе, пятницамъ—лѣкарствовѣдѣніе и гигіэна, субботамъ—хирургія и внутреннія болѣзни. Каждая лекція $1^1/_2$-часовая. Начало въ 7 час. веч. Къ слушанію курса допускаются лица, окончившія среднія учебныя заведенія. Число слушательницъ ограничено 120-ью. Запись производится въ естественно-историческомъ зданіи Академіи (Набережная, 1-ый подъѣздъ). По окончаніи курса желающимъ будетъ произведено испытаніе.—Отъ души привѣтствуемъ этотъ починъ товарищей и желали-бы видѣть въ немъ ядро будущихъ постоянныхъ общедоступныхъ курсовъ при Академіи по распространенію здравыхъ понятій въ обществѣ по гигіэнѣ и естествознанію.

549. При 1-ой городской, Басманной, Бахрушинской и Яузской больницахъ въ Москвѣ открыты *курсы для подготовленія* на время войны *сестеръ милосердія* («Русскія Вѣдомости», 14 марта).

550. Харьковскимъ губернскимъ Земствомъ снаряженъ *отрядъ бактеріологовъ и врачей-спеціалистовъ по санитарному дѣлу*, который въ самомъ скоромъ времени и отбываетъ на театръ военныхъ дѣйствій. При сооруженіи отряда принято во вниманіе его быстроподвижность для перемѣщенія въ тотъ или другой районъ, смотря по надобности («Новое Время», 16 марта).

551. Представитель Екатеринославскаго губернскаго Земства г. Родзянко сообщилъ въ засѣданіи исполнительной Коммиссіи Краснаго Креста, что Земствомъ собрано на устройство врачебно-санитарныхъ отрядовъ для потребностей военнаго времени 140000 р. Исполнительная Коммиссія предложила употребить эти средства на устройство *пловучаго лазарета на баржѣ* («Новое Время», 17 марта).

552. Рабочіе и служащіе на Уральскихъ заводахъ снаряжаютъ на театръ военныхъ дѣйствій *полевой лазаретъ* на 20 кроватей съ содержаніемъ его на свой счетъ («Новое Время», 11 марта).

553. Независимо отъ санитарнаго отряда, отправляемаго на Дальній Востокъ, управленіе Юго-западныхъ дорогъ снаряжаетъ еще *санитарный поѣздъ* для перевозки больныхъ и раненыхъ съ Дальняго Востока въ центральныя губерніи Россіи.

554. Намъ сообщаютъ, что въ числѣ лицъ экипажа, захваченныхъ въ *плѣнъ Японцами* на пароходѣ добровольнаго флота «Екатеринославъ», находился врачъ парохода *А. Н. Тюринъ*. Въ настоящее время товарищъ освобожденъ изъ плѣна и вмѣстѣ съ экипажемъ «Екатеринослава» перевезенъ изъ Сосебо въ Шанхай для слѣдованія въ Россію.

555. По словамъ «Новостей» (8 марта), Община сестеръ милосердія св. Павла въ Москвѣ приступила *къ снаряженію 2 госпиталей для раненыхъ и больныхъ воиновъ на 50 кроватей*. Члены Общины предоставляютъ для госпиталей безплатныя помѣщенія.

556. «Сибирская Жизнь» (4 марта) передаетъ, что Омскъ назначенъ *однимъ изъ пунктовъ эвакуацій* больныхъ и раненыхъ воиновъ.

557. Г. Туръ жертвуетъ *подъ здравницу для больныхъ воиновъ* свое имѣніе въ Крыму («Приднѣпровскій Край», 6 марта).

558. *Старшими врачами* Московскихъ городскихъ больницъ избраны: Преображенской—*Н. Н. Баженовъ*, Яузской — *Ѳ. И. Березкинъ* и Мясницкой — *С. Е. Молоденковъ* («Русскія Вѣдомости», 17 марта).

559. На мѣсто *завѣдующаго санитарнымъ бюро при Харьковской губернской земской Управѣ назначенъ* санитарный врачъ Московскаго губернскаго Земства по Звенигородскому уѣзду *С. Н. Игумновъ* («Врачебная Хроника Харьковской губ.», № 78). Должность эту пока временно занималъ санитарный врачъ Харьковскаго губернскаго Земства *С. Е. Корженевскій*.

560. «Новое Время» (12 марта), со словъ Одесскихъ газетъ, сообщаетъ, что «*въ Одессѣ между городскими врачами и санитарной Коммиссіей при городскомъ общественномъ Управленіи произошелъ конфликтъ*», вызванный тѣмъ, что Коммиссія при замѣщеніи свободныхъ врачебныхъ должностей не хотѣла считаться съ рекомендаціями Совѣщанія врачей, а дѣйствовала по собственнымъ соображеніямъ. Собраніе врачей, обсудивъ этотъ вопросъ, пришло—къ вполнѣ справедливому—заключенію, что на завѣдываніе городского Управленія врачебнымъ санитарнымъ дѣломъ должно быть распространено начало коллегіальности. «Порядокъ избранія кандидатовъ на врачебныя должности коллегіальнымъ врачебнымъ органомъ при общественныхъ учрежденіяхъ установился во многихъ земскихъ и городскихъ Управленіяхъ и обезпечиваетъ въ нихъ правильное и систематическое развитіе врачебно-санитарной дѣятельности. Въ Одесскомъ городскомъ общественномъ Управленіи, не смотря на существованіе общественной врачебно-санитарной организаціи съ постоянно функціонирующимъ Совѣщаніемъ врачей и установившейся практикой рекомендаціи этимъ Совѣщаніемъ новыхъ кандидатовъ на вакантныя врачебныя должности, послѣднія однако часто замѣщаются иными, не рекомендуемыми врачебнымъ Совѣщаніемъ, лицами по усмотрѣнію городской санитарной Коммиссіи. По поводу случившихся въ послѣднее время фактовъ подобнаго игнорированія санитарною Коммиссіей мнѣнія врачебнаго Совѣщанія о кандидатахъ, врачи Одесской городской организаціи признали необходимымъ заявить, что они считаютъ принятіе городскихъ врачебныхъ должностей кандидатами-врачами, помимо избранія и рекомендаціи ихъ во врачебномъ Совѣщаніи, не соотвѣтствующимъ достоинству врача, какъ общественнаго дѣятеля, и полагаютъ, что всякій врачъ, сознательно идущій на общественную работу, не можетъ позволить себѣ стать орудіемъ нарушенія коллегіальнаго начала въ самый первый моментъ вступленія на общественную службу».

561. Земскій врачъ *П. П. Тиморевъ* въ краткомъ «*Отчетѣ о научной командировкѣ въ Клиническій Еленинскій Институтъ*» («Врачебно-санитарный обзоръ Вологодской губ.», вып. 1-ый), между прочимъ, говоритъ: «Не смотря на нѣкоторые недочеты въ постановкѣ преподаванія въ Клиническомъ Институтѣ—недочеты, которые сознаются и по возможности устраняются Совѣтомъ Института, напр., недостатокъ клиническаго матеріала,—Институтъ при настоящемъ положеніи вещей болѣе удовлетворяетъ запросамъ врачей, чѣмъ самыя обширныя больницы. Хотя въ Петербургѣ много больницъ, располагающихъ громаднымъ матеріаломъ, гораздо бо̀льшимъ, чѣмъ Клиническій Институтъ, но врачи-слушатели предпочитаютъ учиться на меньшемъ количественно матеріалѣ, но подъ руководствомъ опытныхъ преподавателей, ведущихъ дѣло систематически и приноравливающихся къ требованіямъ слушателей; больницы-же не могутъ носить такого характера». Авторъ занимался по преимуществу глазными болѣзнями и находитъ, что за курсъ въ $2^1/_2$ мѣс. пріобрѣтается много солидныхъ познаній. «Не осталось ни одного отдѣла въ офталмологіи, который-бы не былъ разобранъ профессоромъ и по которому не демонстрировались-бы больные. Помимо этого, проф. *Костеничъ* своимъ внимательнымъ отношеніемъ къ каждому слушателю и стараніемъ сдѣлать доступнымъ каждому все читаемое и демонстрируемое достигъ того, что зналъ почти всѣхъ слушателей лично и обращалъ особое вниманіе на тѣ отдѣлы, которые нѣкоторыми плохо усваивались, и

къ концу курса никто изъ его слушателей не могъ сказать, чтобы у него остались какіе-либо значительные пробѣлы по офтальмологіи».

562. Петербургская Дума постановила учредить особую Коммиссію для изученія *организаціи санитарнаго надзора въ Петербургѣ* и установившихся въ городской санитарной Коммиссіи порядкахъ («Новое Время», 14 марта).

563. *Воронежское губернское земское Собраніе* послѣдней сессіи *постановило произвести реорганизацію губернской земской больницы*. Вопросъ этотъ весьма долго обсуждался на Собраніи и былъ переданъ въ спеціальную Коммиссію, съ заключеніями которой Собраніе и согласилось. Исходя изъ постановленія земскаго Собранія прошлогодней сессіи, признавшаго, что губернская больница не имѣетъ общаго губернскаго значенія, Коммиссія въ основаніе реорганизаціи губернской земской больницы положила штатъ въ 134 койки, сообразованный и обоснованный съ дѣйствительными нуждами мѣстнаго населенія, принявъ во вниманіе вновь построенную по постановленію Воронежской городской Думы городскую больницу на 60 кроватей. Штатъ врачей установленъ изъ 1 старшаго врача, 4 старшихъ и 1 младшаго ординаторовъ. Изъ другихъ постановленій Собранія отмѣтимъ постановленіе объ *уѣздныхъ санитарныхъ врачахъ*, по которому рѣшено приступить къ практическому осуществленію института уѣздныхъ санитарныхъ врачей въ Воронежской губ., принятому въ принципѣ въ прошломъ году, и ввести уѣздныхъ санитарныхъ врачей въ первую очередь въ уѣздахъ: Богучарскомъ, Валуйскомъ, Острогожскомъ, Бобровскомъ, Воронежскомъ и Землянскомъ, земскія Собранія которыхъ ходатайствовали объ этомъ предъ губернскимъ Собраніемъ, а также и въ Задонскомъ («Врачебно-санитарная Хроника Воронежской губ.», январь).

564. Г. Тарновскій, привлекавшійся ч. пр. *П. Я. Розенбахомъ* къ отвѣтственности за клевету (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 5, стр. 193 и № 7, стр. 271), приговоренъ Судомъ *къ тюремному заключенію на 2 мѣсяца* («Новое Время», 14 марта).

565. Д-ръ *Ф. С. Стройновскій* (изъ Луганска, Екатеринославской губ.), собирая матеріалы для работы *о современномъ состояніи нашей судебно-медицинской экспертизы*, письмомъ въ «Врачебную Газету» (№ 11) обращается съ просьбой къ товарищамъ, когда-либо писавшимъ по этому предмету, прислать ему оттиски статей.

566. «Новости» (8 марта) сообщаютъ, что Министерствомъ юстиціи, по ходатайству Общества охраненія народнаго здравія, вводится точная *запись преступленій, совершенныхъ въ состояніи опьяненія*. При точной записи такихъ преступленій можно ожидать, что % преступности подъ вліяніемъ алкоголя окажется не 40—45, какъ устанавливаетъ теперешняя далеко не совершенная статистика преступленій, а гораздо выше.

567. Къ сообщеннымъ нами (см. № 5, стр. 191 и № 11, стр. 427) отзывамъ различныхъ общественныхъ учрежденій на циркуляръ министра внутреннихъ дѣлъ *объ установленіи штатныхъ должностей и правъ государственной службы для земскаго медицинскаго персонала* приводимъ еще нѣкоторые: Духовщинское уѣздное земское Собраніе (Смоленской губ.) послѣдней сессіи нашло, что въ измѣненіи существующаго порядка не встрѣчается надобности, и поэтому земство желаетъ остаться при прежнемъ порядкѣ, при чемъ оно не должно быть лишено права въ отдѣльныхъ случаяхъ ходатайствовать о предоставленіи правъ государственной службы врачамъ и фельдшерамъ («Свѣдѣнія о дѣятельности медицинской организаціи въ Смоленской губ.», декабрь 1903). Зміевское уѣздное земское Собраніе (Харьковской губ.) постановило оставить прежній порядокъ съ распространеніемъ правъ государственной службы и на фельдшеровъ. Волчанское уѣздное земское Собраніе (Харьковской губ.) постановило принять предложенное Управою росписаніе должностей и возбудить объ этомъ ходатайство, упомянувъ, что число земскихъ врачей и фельдшеровъ—колеблющееся и не можетъ быть фиксировано («Врачебная Хроника Харьковской губ.» № 78).

568. Вышедшая недавно книга завѣдующаго санитарнымъ Отдѣломъ Тверской губернской Управы д-ра *С. Н. Корженевскаго*—*«Земская медицина въ Тверской губ.»* (Тверь, 1903 г., 162 стр.) представляетъ весьма интересный и обстоятельный историческій очеркъ развитія земско-врачебнаго дѣла въ уѣздахъ Тверской губ. Читая книгу, лишній разъ воочію убѣждаешься, какъ безконечно много сдѣлано земствомъ для народнаго здравія за сравнительно короткій періодъ со времени введенія земскихъ учрежденій. До 1865 г., въ которомъ заботы о народномъ здравіи были возложены на земскія учрежденія, какъ *«повинность необязательная»*, врачебную помощь можно было найти исключительно въ городахъ; даровой-же помощи нельзя было найти нигдѣ. Сельское населеніе не имѣло уже никакой возможности пользоваться помощью врачей; на всей обширной площади Тверской губ. не было ни одного врача, обязаннаго жить внѣ города. Кое-гдѣ жили фельдшера, и имѣлись фельдшерскіе пункты; большею частью это были фельдшера ротные, а иногда и лица вовсе непричастные къ медицинѣ; такъ, въ дѣлахъ Корчевской Управы за 1866 г. имѣются 2 прошенія на должность фельдшера: одно—отставного почтальона, другое—отставного унтеръ-офицера. Кромѣ фельдшеровъ, кое-гдѣ состояли на службѣ цирульники и костоправы. Такимъ образомъ амбуляторнаго лѣченія до земства не было. Въ сущности, говоритъ авторъ, не было и коечнаго лѣченія. Правда, въ каждомъ уѣздномъ городѣ, а также и въ Твери было по больницѣ; но что это были за больницы?... Въ одной изъ больницъ, напр., не было «ни самовара, ни чайника, ни стакана, ни рюмки, и больнымъ неоткуда было получить горячей воды, чтобы напиться чая или какой-нибудь травы; не было теплаго платья, и больные ходили зимою въ баню въ тѣхъ самыхъ халатахъ, въ которыхъ сидѣли въ больницѣ. Халатовъ зимнихъ было недостаточно по числу больныхъ; всѣ они были ветхіе, невымытые и невывѣтренные послѣ умершихъ, иногда послѣ прилипчивыхъ болѣзней, надѣвались вновь поступавшими больными». «Больницы были не лѣчебными заведеніями, а казематами, куда могла загнать человѣка лишь крайняя нужда и безысходность, да и то при условіи, что съ него взять ничего нельзя, а слѣд. нельзя взять платы и за лѣченіе». О какихъ-либо санитарныхъ мѣропріятіяхъ не могло быть, конечно, и рѣчи. Существовавшіе по преимуществу на бумагѣ «оспенный Комитетъ» и «Комитетъ общественнаго здравія», если что и дѣлали, то на бумагѣ и бумажнымъ способомъ.—Что-же мы видимъ въ Тверской губ. теперь? Въ 1901 г. населеніе губерніи имѣло 68 врачебныхъ пунктовъ, гдѣ могло получить амбуляторную помощь. Въ среднемъ площадь врачебнаго участка за 30 лѣтъ существованія земства съ 3425 кв. верстъ уменьшилась до 816, радіусъ его съ 33 верстъ до 16. Въ 1901 г. число амбуляторныхъ посѣщеній дошло до 880361. Въ губерніи въ настоящее время имѣется 52 больницы, располагающія 1000 коекъ. «Въ больницахъ этихъ съ результатами, не отличающимися отъ результатовъ, получаемыхъ въ наилучше поставленныхъ больницахъ, дѣлаются операціи всякаго рода, въ томъ числѣ весьма сложныя и требующія, кромѣ искусства, и надлежащей обстановки». «30 лѣтъ назадъ больницы пользовались среди населенія репутаціей худшей, чѣмъ тюрьмы, и попасть въ нихъ считалось величайшимъ несчастьемъ; нынѣ-же большая часть земскихъ больницъ переполнена больными и отказываетъ имъ въ пріемѣ». Расходы земствъ на врачебное дѣло все увеличивались; если сопоставить % роста смѣтъ, общихъ и медицинскихъ, то видно, что послѣднія, особенно въ 90-ые годы, росли гораздо быстрѣе первыхъ; расходъ на медицину составлялъ все большую и большую часть всей смѣты, т. е. развитіе медицинскаго дѣла продолжало занимать одно изъ первыхъ мѣстъ въ дѣятельности земства. Въ 1901 г. расходъ на него колебался между 21% и 34% общихъ смѣтъ; въ большей части уѣздовъ онъ составлялъ около $^1/_3$ ихъ. За послѣднее время, однако, замѣчается пріостановка въ развитіи земско-врачебнаго дѣла, почти всецѣло стоящая въ зависимости отъ закона 12 іюня 1900 г. о фиксаціи земскихъ смѣтъ. Главную сущность этого закона авторъ совершенно правильно видитъ не въ томъ «что имъ устанавливается слишкомъ низкій % для роста земскаго обложенія, а слѣд. и смѣтъ, а въ томъ, что устанавливается разъ на всегда и изъ года въ годъ *одинъ и тотъ-же* %, и такимъ образомъ земское хозяйство укладывается на своего рода Прокустово ложе». «Фиксація земскаго обложенія совершенно измѣняетъ характеръ постановки всего земскаго дѣла и лишаетъ его возможности развиваться правильно въ соотвѣтствіи съ потребностями жизни населенія». Въ одной изъ предыдущихъ работъ (см. «Русскій Врачъ», 1903, № 38, стр. 1337) авторъ уже указывалъ, что при 3% ростѣ медицинскихъ смѣтъ едва-ли можетъ быть рѣчь о дальнѣйшемъ развитіи земско-медицинскаго дѣла; такого прироста смѣтъ едва-ли даже будетъ достаточно для поддержанія существующихъ земско-медицинскихъ учрежденій на надлежащей высотѣ, потому что почти $^1/_2$ этого роста должна поглощаться естественнымъ приростомъ населенія, другая-же $^1/_2$ будетъ недостаточна для покрытія того возрастанія цѣнъ на продукты, строительный матеріалъ, рабочія руки и пр., которое наблюдается изъ года въ годъ. Таково положеніе, въ которое ставитъ земскую медицину законъ 12 іюня.—Какъ извѣстно, за послѣднее время рядъ земствъ возбуждаетъ ходатайства или объ изъятіи даннаго земства изъ-подъ дѣйствія этого закона (напр., Вологодское земство), или о полной отмѣнѣ этого закона (напр., Новгородское). Остается только пожелать, чтобы ходатайства эти увѣнчались успѣхомъ.

569. Одесское бальнеологическое Общество образовало спеціальную Коммиссію для изученія давно уже назрѣвшаго вопроса о *впускѣ морской воды въ Куяльницкій лиманъ* съ цѣлью противодѣйствія все увеличивающемуся обмѣленію и высыханію этого лимана.

570. *Изъ области бюрократическихъ курьезовъ*. По словамъ «Самарской Газеты» (5 марта), врачи гор. Сызрани предположили учредить *Общество Сызранскихъ врачей*. Уставъ посланъ былъ на утвержденіе. «Проэктъ этотъ въ настоящее время возвращенъ, но въ совершенно переработанномъ видѣ. Въ него включено много новыхъ ограниченій. Напр. добавлено: «Членами Общества» (долженствующаго состоять, какъ это явствуетъ изъ названія, только изъ врачей) не могутъ быть: 1) лица несовершеннолѣтніе; 2) солдаты и юнкера». Далѣе: «Собраніе членовъ должно заниматься разсмотрѣніемъ денежныхъ смѣтъ и т. п. хозяйственными вопросами». Въ виду неполноты послѣдняго § устава, врачи посылаютъ вторичное ходатайство о дозволеніи имъ заниматься на ихъ собраніяхъ не только хозяйственными, но и спеціально медицинскими вопросами».—Если всю эту исторію не выдумалъ какой-нибудь досужій шутникъ, остается только развести руками.

571. Въ Новобаязетѣ открывается *глазная лѣчебница* («Новое Обозрѣніе», 3 марта).

572. Въ Курскѣ открыта *городская больница*, выстроенная на средства семьи Гладковыхъ («Биржевыя Вѣдомости», 15 марта).

573. Въ Минскѣ на средства гр. Мусинъ-Пушкиной открытъ

Digitized by Google

*Пріютъ для неизлѣчимо-больныхъ* на 18 коекъ («Новое Время», 15 марта).

574. Въ Ригѣ 2 марта *открыта станція Общества скорой медицинской помощи.*

575. «Новостямъ» (8 марта) пишутъ изъ Варшавы, что и тамъ, не смотря на значительное число больницъ, *медицинская помощь оказывается недостаточной для населенія.*

576. Намъ сообщаютъ, что въ настоящее время, на основаніи утвержденныхъ 25/v 1873 г. правилъ объ открытіи аптекъ, *въ Петербургѣ* по числу жителей и количеству рецептовъ, поступившихъ въ существующія аптеки, представляется возможнымъ учредить *3 новыя нормальныя аптеки.*

577. Въ «Новостяхъ» (10 марта) перепечатана замѣтка изъ «Никольско-Уссурійскаго Листка», позорящая имя городского врача д-ра *Васильева.* Хотѣлось-бы видѣть опроверженіе д-ра *Васильева.*

578. Въ Петербургскомъ мировомъ Съѣздѣ разбиралось дѣло д-ра *С. И. Василькевича*, директора Исидоровскаго и другихъ пріютовъ человѣколюбиваго Общества, *по обвиненію въ нанесеніи побоевъ* служителю Ц. Мировой съѣздъ, на основаніи голословности обвиненія, оправдалъ д-ра *В.* («Биржевыя Вѣдомости», 11 марта).

579. По словамъ «Врачебной хроники Харьковской губ.» (№ 78), къ великому счастью для судебъ земской медицины въ Нижнедѣвицкомъ уѣздѣ (Воронежской губ.), земство котораго, какъ извѣстно, постановило въ 1902 г. пригласить въ уѣздъ врачемъ гомеопата, *земская обстановка оказалась недостаточно соблазнительной для г. гомеопатовъ*, воспитанныхъ большею частью на великосвѣтской кліентурѣ и на соотвѣтствующихъ гонорарахъ. Какъ видно изъ доклада Нижнедѣвицкой Управы Собранію, Управа получила не мало писемъ отъ гомеопатовъ, но послѣдніе ограничивались только поздравленіями Нижнедѣвицкаго земства съ рѣшеніемъ его ввести у себя гомеопатическій способъ и пожеланіями полнаго успѣха и пр., принять-же на себя «почетный трудъ перваго въ Россіи земскаго врача-гомеопата», какъ сказано въ одномъ изъ писемъ, никто изъ гомеопатовъ не нашелъ для себя возможнымъ. Точно также и Петербургское общество гомеопатовъ, «съ искреннимъ чувствомъ» выслушавъ докладъ объ упомянутомъ рѣшеніи Нижнедѣвицкаго земства, «съ сожалѣніемъ» отказалось указать для земской службы гомеопата, а предложило... свои услуги по ознакомленію съ гомеопатіей земскихъ фельдшеровъ.

580. Во избѣжаніе разнесенія заразныхъ болѣзней полотерами, Московскій городской врачебный Совѣтъ призналъ необходимымъ, чтобы *полы въ помѣщеніяхъ для больныхъ* во всѣхъ городскихъ больницахъ *натирались больничными служителями* («Русскія Вѣдомости», 14 марта).

581. Многоуважаемый товарищъ *Ф. Ф. Германъ*, членъ организаціоннаго Комитета для Россіи по устройству *Х-го Международнаго офталмологическаго Съѣзда* въ Lüzern'ѣ, любезно сообщилъ намъ слѣдующія данныя о Съѣздѣ. Во 2-мъ циркулярѣ организаціонный Комитетъ Съѣзда сообщаетъ, что согласно желанію многихъ товарищей-спеціалистовъ Съѣздъ откроется $\frac{13 \text{ сентября}}{31 \text{ августа}}$, а не $\frac{19 \text{ сентября}}{6 \text{ сентября}}$, какъ было сообщено раньше. Членскій взносъ—25 фр.—можно заблаговременно высылать по адрессу проф. *Mellinger*'а въ Basel (Швейцарія). Ему-же присылаются не позже 1-го мая и рукописи докладовъ. Пренія будутъ исключительно по докладамъ, заранѣе напечатаннымъ въ 1-ой части отчета Съѣзда. Эта 1-ая часть отчета будетъ доставлена членамъ до открытія Съѣзда. 2-ая часть будетъ содержать пренія. Далѣе циркуляръ обращаетъ вниманіе на выставку, устраиваемую во время Съѣзда. Всѣ предметы, имѣющіе интересъ для глазныхъ врачей, хотя-бы только историческій, какъ-то: инструменты, книги, фигуры, картины, лѣкарства и т. д., охотно принимаются для выставки. По дѣламъ выставки слѣдуетъ обращаться до 1 іюля къ проф. *Siegrist*'у въ Bern. Товарищи, желающіе заблаговременно позаботиться о помѣщеніи, благоволятъ обращаться къ д-ру *F. Stocker*'у въ Lüzern. Мѣсто покойнаго проф. *Pflüger*'а занялъ проф. *Siegrist*, а товарищемъ президента Съѣзда избранъ *E. Landolt* изъ Парижа.

582. По поводу сдѣланнаго д-ромъ *Kermargant* въ засѣданіи Парижской Медицинской Академіи (8 марта) доклада о колоніальныхъ болѣзняхъ проф. *Laveran* возбудилъ вопросъ о *необходимости примѣненія* въ войсковыхъ частяхъ, находящихся въ колоніяхъ, *механической защиты кожи отъ укуса комаровъ* (сѣтки въ окнахъ казармъ, перчатки). Въ одной ротѣ, состоящей изъ 115 чел., въ которой выполнена была эта мѣра, въ теченіи цѣлаго года не было ни одного случая заболѣванія болотной лихорадкой, между тѣмъ рота эта размѣщена была въ мѣстности, гдѣ заболѣваемость въ населеніи болотной лихорадкой была очень большая. По предложенію *Laveran*'а Академія единогласно приняла слѣдующее постановленіе: «Въ виду обнаружившейся огромной предохранительной пользы механическихъ защитительныхъ мѣръ въ борьбѣ съ болотной лихорадкой, Академія выражаетъ желаніе, чтобы мѣры эти широко примѣнялись по отношенію къ войсковымъ частямъ, находящимся въ колоніяхъ».—Не пора-ли и въ нашихъ казармахъ на Кавказѣ и въ Туркестанѣ завести сѣтки въ окнахъ, чтобы этимъ, хоть отчасти, защитить солдатъ отъ укусовъ комаровъ въ ночное время?

583. Въ Chicago на дняхъ умерла негритянка Sophia u Gab. *родившаяся* рабою (! Ред.) на одной плантаціи около Richmond'а (штатъ Virginia) *129 лѣтъ назадъ.* Еще болѣе рѣдкій примѣръ долговѣчности представлялъ нѣкто Noah Raby въ New Brunswick'ѣ, умершій 1 марта: онъ родился, будто-бы, въ 1772 г. и *прожилъ безъ 1 мѣсяца 132 года* («Medical Record», 5 марта).

584. Въ Washington'ѣ начатъ постройкою *новый морской госпиталь* изъ 6 зданій, стоимость которыхъ высчитана въ 141900 долларовъ («The Journal of the American Medical Association», 5 марта).

585. На выставкѣ въ St. Louis будетъ, между прочимъ, *отдѣлъ медицинской журналистики*, порученный д-ру *C. W. Fassett*'у изъ St. Joseph'а («The Journal of the American Medical Association», 5 марта).

586. Итальянскіе сифилидологи собираются 7 апрѣля чествовать проф. *Angelo Scarenzio* и поднести ему *золотую медаль* по случаю 40-лѣтія предложеннаго имъ способа лѣчить сифилисъ впрыскиваніями каломеля. Юбилейный Комитетъ составился изъ президента проф. *Domenico Maiocchi* и д-ровъ *Ambrogio Bertarelli* и *Mario Truffi*, подъ почетнымъ предсѣдательствомъ ректора Университета въ Pavia проф. *Camillo Golgi* («Gazzetta degli ospedali e delle cliniche», 15 марта).

587. *Въ Турціи* устанавливается *обязательное оспопрививаніе*, проэктъ закона о которомъ уже выработанъ Государственнымъ Совѣтомъ («La Presse médicale», 16 марта).

588. *Рекламныя снадобья, какъ помѣха въ борьбѣ съ бугорчаткой.* Французское Общество «L'Oeuvre de la tuberculose humaine» разослало по всѣмъ французскимъ Обществамъ и Союзамъ врачей циркулярную просьбу принять участіе въ предпринятой имъ борьбѣ съ шарлатанскою рекламою о разныхъ якобы противучахоточныхъ снадобьяхъ, обманывающей населеніе фальшивою надеждою на выздоровленіе и замедляющей поэтому обращеніе за помощью къ врачамъ. Письмо это, за подписью предсѣдателя д-ра *L. Garnier*, напечатано въ послѣднемъ (19 марта) № «Le Concours médical».

589. Вслѣдствіе безпорядковъ, вызванныхъ обострившимися отношеніями между нѣмцами и славянами, учащимися въ *Вѣнскомъ Университетѣ*, послѣдній, какъ передаетъ «Deutsche medicinische Wochenschrift» (17 марта), *закрытъ.*

590. 2 выдающихся итальянскихъ физіолога, професс. *Luigi Luciani* (Roma) и *Angelo Mosso* (Torino) назначены, какъ сообщаетъ «The British Medical Journal» (19 марта), *сенаторами* королевства.

591. Въ Венеціи въ сентябрѣ будущаго 1905 г. собирается *VII Международный Съѣздъ по гидрологіи и климатологіи.* Президентомъ почетнаго Комитета состоитъ проф. V. E. Orlando, министръ народнаго просвѣщенія, а президентомъ Комитета организаціоннаго проф. *de Giovanni* («The British Medical Journal», 19 марта).

592. Муниципалитетъ въ Los Angeles (Калифорнія) рѣшительно *запретилъ*, какъ передаетъ «Medical Record» (5 марта), *открывать въ городской чертѣ больницы для чахоточныхъ.*

593. London'скій корреспондентъ «Medical Record'а» (5 марта) узналъ, что британское правительство посылаетъ на Дальній Востокъ къ обѣимъ воюющимъ сторонамъ *«медицинскихъ attachés»* для соотвѣтствующихъ ихъ спеціальности наблюденій.

594. Въ законодательное Собраніе штата New-York внесенъ билль о *запрещеніи*, послѣ 31 мая этого года, *печатать изображенія людей и частей человѣческаго тѣла при всѣхъ рекламахъ* о патентованныхъ средствахъ и приборахъ; объявленія во врачебныхъ изданіяхъ отсюда исключаются («Medical Record», 5 марта).

595. Кондуктора New-York'ской городской желѣзной дороги немало удручены, какъ сообщаетъ «American Medicine» (27 февраля), вышедшимъ недавно *запрещеніемъ слюнить пальцы* ради болѣе скораго отрыва билетовъ при выдачѣ ихъ пассажирамъ.

596. *Убытки больницы Johns Hopkins и состоящей при ней медицинской школы*, понесенные при недавнемъ Baltimore'скомъ пожарѣ, «American Medicine» (27 февраля) называетъ несчастьемъ не только для заинтересованныхъ сторонъ, но и для всѣхъ американскихъ врачей. Газета узнала, что ежегодный доходъ больницы уменьшился на 60000 долларовъ вслѣдствіе потери ренты, получавшейся съ 64 разрушенныхъ огнемъ зданій. Такимъ образомъ учрежденіе обречено на сильную экономію, которая не можетъ не отразиться на практической и научной работѣ его. Городъ Baltimore помочь теперь едва-ли можетъ, самъ пострадавъ въ громадныхъ размѣрахъ, и потому «American Medicine» взываетъ о помощи къ бывшимъ воспитанникамъ школы и всѣмъ друзьямъ отечественнаго высшаго медицинскаго образованія.

597. *Умерли:* 1) 11-го марта, въ Харьковѣ, заслуженный профессоръ *Иванъ Кондратьевичъ Зарубинъ* («Новое Время», 12 марта), родившійся въ 1835 г., а званіе врача получившій въ 1858 г.—2) Въ Лодзи *Генрихъ Орловскій* [1]) *отъ сыпного тифа*, которымъ заразился отъ больныхъ («Czasopismo lekarskie», мартъ).

[1]) Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» за 1902 г. не значился.

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Русскіе.

**Архивъ біологическихъ наукъ.** Т. X. № 3.

1. **Н. М. Лебедевъ.** *О морфологіи крови при искусственной недостаточности полулунныхъ клапановъ аорты у собакъ.* Кровь представляетъ явленія замедленнаго морфологическаго превращенія и количество красныхъ шариковъ въ мелкихъ сосудахъ и капиллярахъ увеличивается. 2. **В. Омелянскій.** *Къ вопросу о дифференціальной діагностикѣ нѣкоторыхъ патогенныхъ бактерій.* Испытано вліяніе болѣзнетворныхъ и не болѣзнетворныхъ микробовъ на среду, содержащую фенолфталеинъ. 3. **П. П. Крыловъ.** *Отчетъ по Пастеровской станціи Самарскаго губернскаго земства за 1899 г.* Цифровой отчетъ и краткія свѣдѣнія о больныхъ. 4. **Н. М. Лебедевъ.** *О бѣлыхъ кровяныхъ шарикахъ при злокачественномъ эндокардитѣ у собакъ.* Стафилококковый эндокардитъ вызываетъ у собакъ небольшое наростаніе общаго числа бѣлыхъ шариковъ, при чемъ число молодыхъ уменьшается, а зрѣлыхъ наростаетъ. Перезрѣлые—также наростаютъ въ числѣ. 5. **И. Х. Мендиновъ.** *Объ отношеніи Leuconostoc hominis (Hlava) къ рожистому стрептококку.* Авторъ не считаетъ возможнымъ признать Leuconostoc за особый видъ стрептококка. 6. **А. Е. Селиновъ.** *О бѣлыхъ кровяныхъ шарикахъ при отведеніи лимфы наружу изъ грудного протока на шеѣ.* Кровь, какъ ткань, обладаетъ могучею способностью приспособленія, именно—усиленнаго размноженія бѣлыхъ ея шариковъ. 7. **Ф. А. Маевскій.** *Къ ученію о преципитинахъ, а также гемо- и антигемолизинахъ.* При впрыскиваніи жидкостей чужеяднаго организма въ крови кролика образуются вещества, предохраняющія отъ гэмолиза не только кроличью кровь, но и красныя кровяныя тѣльца морскихъ свинокъ и голубей.

**Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины.** Декабрь.

1. **Е. М. Вайнштейнъ.** *Сомнительныя бубонныя заболѣванія.* Подчеркивается важность бактеріологическаго изслѣдованія всякихъ бубоновъ внѣ чумной эпидеміи. 2. **В. Л. Виршилло.** *Къ вопросу о борьбѣ съ проказой.* Авторъ настаиваетъ на самомъ строгомъ уединеніи больныхъ. 3. **К. К. Толстой.** *Какъ выяснить вліяніе малыхъ дозъ алкоголя на человѣческій организмъ?* Рѣзкая критика всѣхъ употреблявшихся до сихъ поръ способовъ изученія дѣйствія алкоголя на животный организмъ. Предлагается статистическій способъ.

**Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней.** Декабрь. Т. XVII.

1. **В. А. Добронравовъ.** *Судебно акушерскіе суперарбитріумы по Кіевской губ. за 12 лѣтъ съ 1891—1903.* На основаніи приведенныхъ случаевъ полагаетъ, что авторитетъ и дальнѣйшее развитіе акушерской экспертизы, кромѣ строго-научныхъ основъ, должны имѣть поддержку и въ товарищеской врачебной этикѣ. 2. **М. Жученковъ.** *Къ казуистикѣ ложныхъ опухолей живота.* За опухоль принятъ былъ клубокъ сросшихся и весьма растянутыхъ каловыми массами тонкихъ кишекъ. 3. **О. Л. Гольдбергъ.** *Къ вопросу о лѣченіи женскихъ болѣзней на минеральныхъ водахъ.* Врачъ, завѣдующій бальнеологическимъ лѣченіемъ женскихъ болѣзней, долженъ быть опытнымъ гинекологомъ. Сочетаніе мѣстнаго гинекологическаго лѣченія съ бальнеологическимъ во многихъ случаяхъ оказываетъ хорошія услуги. 4. **Гр. Егоровъ.** *Медицинскій отчетъ родильнаго пріюта безплатной лѣчебницы Общества Курскихъ врачей.* Отчетъ за 3 года.

**Журналъ невропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова.** Кн. 6.

1. **Martin Thiemich.** *Объ истеріи въ дѣтскомъ возрастѣ.* Подчеркиваетъ вредное вліяніе на дѣтей несоотвѣтствующей среды. 2. **Проф. Bruns.** *Объ истеріи въ дѣтскомъ возрастѣ.* Какъ средство борьбы съ дѣтской истеріей, предлагается способъ «захватыванія врасплохъ». 3. **В. А. Муратовъ.** *Періодическое помѣшательство въ клиническомъ, судебно медицинскомъ и патолого-анатомическомъ отношеніяхъ.* (Окончаніе). 4. **М. С. Маргулисъ.** *Случай перніціозной анеміи съ измѣненіями въ центральной нервной системѣ.* 5. **Н. А. Сокальскій.** *Къ вопросу объ острыхъ психозахъ и ихъ классификаціи.* Во всѣхъ случаяхъ остраго психоза авт. стремится допустить вліяніе одного зараднаго начала, вызывающаго общее заболѣваніе организма. 6. **С. С. Корсаковъ.** *Психіатрическія экспертизы.* 2 дѣла о духовномъ завѣщаніи.

**Извѣстія И. В.-Медицинской Академіи.** Декабрь. Т. VII. № 4.

1. **Н. А. Холодковскій.** *О ротовыхъ органахъ нѣкоторыхъ насѣкомыхъ, паразитирующихъ на человѣкѣ.* Этнологическія наблюденія. 2. **А. Полиловъ.** *Обмѣнъ веществъ въ раннихъ періодахъ жизни животнаго организма.* Опыты надъ новорожденными животными. 3. **А. Н. Ивановъ.** *Литературныя данныя о нѣкоторыхъ новѣйшихъ лѣкарственныхъ средствахъ за 1900—1901 г.* Годовой обзоръ. 4. **М. Н. Порошинъ, А. А. Редлихъ и И. В. Судаковъ.** *Обзоръ акушерской литературы за 1901 г.*

**Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней.** Ноябрь. Т. VI. № 11.

1. **О. Л. Богровъ.** *О дѣйствіи свѣта на кожу въ здоровомъ и больномъ состояніи.* Свѣтъ дѣйствуетъ возбуждающимъ образомъ на нормальные элементы кожи. 2. **Г. И. Мещерскій.** *Случай общей склеромы.* 3. **Я. Н. Соколовъ.** *Случай Acnitis Barthelemy.* 4. **Н. М. Рудницкій.** *Къ казуистикѣ сифилитической нейрастеніи.* 3 случая. 5. **Я. Н. Соколовъ.** *2 случая phalangitis gummosa.* Исторія болѣзни съ рисунками. 6. **Я. И. Соколовъ.** *Дальнѣйшія наблюденія надъ дѣйствіемъ гермофенила при лѣченіи сифилиса.* Описаніе 23 случаевъ. 7. **В. Motz и F. Montfort.** *Нѣсколько замѣчаній о хроническихъ циститахъ.* (Не окончена). 8. **М. Хвостанскій.** *Организація борьбы съ сифилисомъ въ Воронежскомъ уѣздѣ.* Критическій обзоръ.

Декабрь.

1. **И. И. Гюбертъ.** *Къ бактеріологіи проказы.* Авторъ выращивалъ палочки проказы на особой имъ самимъ составленной питательной средѣ. 2. **А. А. Гефтеръ.** *Къ вопросу объ измѣненіи обмѣна веществъ у сифилитиковъ подъ вліяніемъ искусственныхъ и естественныхъ сѣрныхъ ваннъ.* Рядъ клиническихъ наблюденій. 3. **С. С. Яковлевъ.** *2 случая вторичнаго зараженія сифилисомъ.* 4. **В. М. Кудишъ.** *Случай зараженія сифилисомъ при обрядѣ обрѣзанія.* Описаніе случая. 5. **К. М. Винеръ.** *2 случая внѣполового зараженія сифилисомъ.* 6. **В. Motz et F. Montfort.** *Нѣсколько замѣчаній о хроническихъ циститахъ.* (Окончаніе).

#### Сербскіе.

**Медицинска Бесѣда.** Январь. Г. VIII. Кн. 1.

1. **В. Португаловъ.** *Майката трѣбва да бѫде първия лѣкарь на дѣцата.* 2. **К. Камбосевъ.** *Водата въ нашитѣ села.* 3. **А. Прошинска.** *Дѣтскитѣ игри и играчки.* 4. **Сѣряковъ.** *Болестьта «далакъ» и лѣкуването й.* 5. **В. Т. Драмовъ.** *По предстоящия законопроектъ за народното здраве.*

#### Нѣмецкіе.

**Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere.** Сентябрь. Т. XCVIII. Тетр. 9 и 10.

1. **R. Kobert.** *Ueber Hämocyanin nebst einigen Notizen über Hämerythrin.* Описаніе кровяныхъ пигментовъ—гэмоціанина и гэмоэритрина. 2. **Walther Frieboes.** *Ueber die Moser'schen Krystalle.* Къ методикѣ полученія кристалловъ гэмоглобина изъ крови. 3. **Friedrich Kraus.** *Ueber Zuckerbildung in der Leber bei Durchblutungsversuchen.* Опыты съ вырѣзанной печенью, въ которой поддерживается искусственное кровообращеніе. 4. **С. Hess.** *Beobachtungen über das foveale Sehen der total Farbenblinden.* Изслѣдованіе чувствительности центральной выемки сѣтчатки при цвѣтовой слѣпотѣ.

Тетр. 11 и 12.

1. **F. Tangl.** *Beiträge zur Energetik der Ontogenese.* О затратѣ кишечной энергіи въ бактеріальныхъ разводкахъ во время ихъ роста. 2. **K. Farkas.** *Ueber den Energiumsatz des Seidenspinners während der Entwickelung im Ei und während der Metamorphose.* О затратахъ энергіи при развитіи и измѣненіяхъ яйца шелковичнаго червя. 3. **Онъ-же.** *Zur Kenntniss des Chorionins und des Chorioningehaltes der Seidenspinnereier.* Содержаніе хоріонина въ яйцѣ шелковичнаго червя. 4. **G. Farkas und E. Scipiades.** *Ueber die molekularen Concentrationsverhältnisse des Blutserums der Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen und des Fruchtwassers.* Изслѣдованіе молекулярнаго насыщенія кровяной сыворотки у беременныхъ и рожениць и околоплодной жидкости. 5. **F. Tangl.** *Beschreibung eines Apparates zu quantitativen Respirationsversuchen mit Künstlicher Athmung.* Описаніе и рисунокъ прибора для регулированія притока воздуха въ опытахъ съ искусственнымъ дыханіемъ. 6. **А. Зайцевъ.** *Zur Methodik der Bestimmung des Stickstoff-und Eiweissgehaltes der Fäces.* Способы опредѣленія содержанія азота и бѣлка въ испражненіяхъ. 7. **Онъ-же.** *Beitrag zur Kenntniss der Bildung und Zusammensetzung des Hühnerfettes.* Къ вопросу о составѣ куринаго жира. 8. **St. Weiser.** *Ueber das «Avenin».* Описаніе алкалоида, добываемаго изъ овса.

**Archiv für Hygiene.** Т. XLVIII. Тетр. 4.

1. **Heinrich Kayser.** *Die Gruber-Widalsche Probe bei Mischinfektion durch Typhusbacillen und Staphylokokken.* Въ случаяхъ тифа, когда не получается съ сывороткою склеиванія ни тифозныхъ палочекъ, ни палочекъ paratyphi, слѣдуетъ предполагать смѣшанное зараженіе и необходимо бактеріологическое изслѣдованіе не только испражненій, но и крови больныхъ. 2. **Claudio Fermi.** *Über eine eigentümliche schädliche Wirkung der Sonnenstrahlen während gewisser Monate des Jahres, und ihre Beziehung zur Coryza, Influenza etc.* Изучалъ вліяніе солнечныхъ лучей на организмъ людей въ различное время года.

**Archiv für Verdauungs-Krankheiten.** Декабрь. Т. IX. Тетр. 6.

1. **Ernst Meyer.** *Ist die Entleerung des Magens abhängig von dem Grad der Säurebildung?* Опыты не подтвердили общепринятаго мнѣнія, что опорожненіе желудка зависитъ отъ образованія кислоты въ немъ. 2. **Zenjiro Inouye.** *Ueber die Resorption von Iod und die Brauchbarkeit der Penzoldt-Faber'schen Probe zur Bestimmung der Motilität des Magens.* Опыты на кроликахъ, кошкахъ и собакахъ. 3. **Gockel.** *Ueber den Wert des*

Digitized by Google

*Plätschergeräuches und der stethoskopischen Auskultation des Abdomens für die Diagnose von Stenosen im Magen-Darmtraktus.* Распознаваніе съуженій желудочно-кишечнаго канала съ помощью выслушиванія шума плеска. 4. **J. Kaufmann.** *Zur Frage der quantitativen Pepsinbestimmung nach Mette (Modifikation Nirenstein-Schiff).* Опыты опредѣленія пепсина по способу *Mettа.* 5. **Wenzel Plitek.** *Ueber Kompressionsstenose des Oesophagus, verursacht durch ein Aneurysma der Aorta descendens.* Случай съуженія пищевода аневризмой аорты. 6. **G. Kelling.** *Bemerkungen zu: van Spanje, Das Manometer bei der Capacitätsbestimmung des Magens.* Полемическая замѣтка.

**Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie.** Январь. Т. V. Тетр. 3 и 4.

1. **Clarence Quinan.** *Über spezifische Erythrolyse.* Опыты съ раствореніемъ кровяныхъ тѣлецъ подъ вліяніемъ специфической сыворотки (гэмолизъ). 2. **F. Röhmann.** *Über das Sekret der Bürzeldrüsen.* Химическій анализъ. 3. **P. Morawitz.** *Beiträge zur Kenntniss der Blutgerinnung.* Внѣ сосудовъ образуется фибринферментъ изъ тромбогена и тромбокиназы въ присутствіи солей кальція. 4. **L. Blum.** *Über Antitoxinbildung bei Autolyse.* Экспериментальное изслѣдованіе по вопросу объ образованіи антипирина при аутолизѣ. 5. **Ernst Fuld** und **Karl Spiro.** *Der Einfluss einiger gerinnungshemmender Agentien auf das Vogelplasma.* Изучалось задерживающее дѣйствіе нѣкоторыхъ веществъ на процессы свертыванія плазмы птичьей крови. 6. **Leo Loeb.** *Über die Koagulation des Blutes einiger Arthropoden.* Наблюденія надъ свертываніемъ крови у членистоногихъ. 7. **H. Wolff.** *Über einen milchweissen Ascites bei Carcinom.* Изслѣдованіе пропота въ 1 случаѣ рака.

**Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.** Декабрь. Т. XIV. № 24.

1. **J. Amos.** *Eine Entwickelungsanomalie der Zungenschleimhaut beim Neugeborenen.* Неправильность развитія слизистой оболочки языка состояла въ данномъ случаѣ въ образованіи эпителіальныхъ кистъ.

Январь. Т. XV. № 1.

1. **G. Banti.** *Die Leukämieen.* Критическій обзоръ.

№ 2.

1. **Stanislaus Klein** und **Julius Steinhaus.** *Ueber das Chlorom.* Предварительное сообщеніе.

**Centralblatt für die gesammte Therapie.** Январь. Тетр. 1.

1. **Karl Ullmann.** *Ueber die gegenwärtige Bedeutung der Radiotherapie für die ärztliche Praxis.* Критическій обзоръ. (Не окончена). 2. **Kellermann.** *Ueber lokale Lichttherapie.* Перечень случаевъ, гдѣ примѣнено было мѣстное лѣченіе свѣта. 3. **Wolfgang Pauli.** *Zur Kenntniss der Rhodantherapie.* Краткая замѣтка.

**Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie.** Т. L. Тетр 3.

1. **W. Zangemeister.** *Untersuchungen über die Blutbeschaffenheit und die Harnsecretion bei Eklampsie.* Физическія свойства крови и составъ мочи у экламптичекъ. 2. **Otto Oberländer.** *Ueber die Vortheile der vaginalen Bauchhöhlendrainage.* Оцѣнка дренированія брюшной полости черезъ влагалище и преимущества этого способа. 3. **K. Franz.** *Zur Chirurgie des Ureters.* По поводу вшиванія мочеточниковъ въ кишку. 6 исторій болѣзней и протоколы собственныхъ опытовъ надъ собаками. 4. **W. Zangemeister.** *Ueber den Mechanismus der Dammrisse.* Механизмъ разрывовъ промежности. 5. **Anselm Falkner.** *Beiträge zur Lehre von den Vaginalcysten.* 4 случая. 6. **M. Walthard.** *Ueber Struma Colloides cystica im Ovarium.* Клиническая картина и микроскопическое изслѣдованіе.

**Zeitschrift für Heilkunde.** Ноябрь. Т. XXIV. Тетр. 12.

1. **Rudolf Karb.** *Ueber 50 Fälle vorzeitiger künstlicher Unterbrechung der Schwangerschaft.* Обзоръ 50 случаевъ искусственно прерванной беременности. 2. **Alfred Exner.** *Ueber die durch intra peritoneale Adrenalininjection veränderte Resorptionsfähigkeit des tierischen Peritoneums.* Опыты на кроликахъ и морскихъ свинкахъ. 3. **H. Peham.** *Das primäre Tubenkarcinom.* Разборъ случаевъ, сообщенныхъ въ литературѣ.

**Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten.** Декабрь. Т. XLV. тетр. 2.

1. **Г. В. Хлопинъ** и **Г. Таманнъ.** *Ueber den Einfluss hoher Drucke auf Mikroorganismen.* Переводъ русской статьи о вліяніи высокаго давленія на микроорганизмы. 2. **C. M. Belli.** *Die Sodwässer der Kriegsschiffe.* Санитарное изслѣдованіе одного военнаго судна. 3. **Axel Jörgensen.** *Untersuchungen über Formaldehyddesinfection nach der Breslauer Methode, speciell Desinfection von Uniformen betreffend.* Къ вопросу объ обеззараживаніи форменной одежды. 4. **Fr. Abba.** *Ueber den Mechanismus der biologischen Selbstreinigung des Eises.* Къ вопросу о самоочищеніи льда. 5. **Wilh. Jensen.** *Ueber die Entwickelung der durch subcutane Einimpfung von Saccharomyces neoformans (Sanfelice) hervorgerufenen Knötchen.* Попытки вызвать новообразованіе прививкой болѣзнетворныхъ дрожжей. 6. **Karl Zieler.** *Ueber chronischen Rotz beim Menschen.* 2 случая хроническаго сапа у людей. 7. **Hetsch.** *Beitrag zur Frage über die Leistungsfähigkeit des Peptonwasser-Anreicherungsverfahrens in der praktischen Choleradiagnostik.* Примѣненіе пептоннаго раствора для распознаванія холеры.

Тетр. 3.

1. **С. Марксъ.** *Die Malaria in Turkestan.* Медико-санитарное изслѣдованіе къ паразитологіи болотной лихорадки. 2. **Ollwig.** *Bericht über die Thätigkeit der nach Ostafrika zur Bekämpfung der Malaria entsandten Expedition.* Отчетъ о дѣятельности экспедиціи по изслѣдованію болотной лихорадки въ Восточной Африкѣ. 3. **R. O. Neumann.** *Beitrag zur Frage der pestähnlichen rattenpathogenen Bakterien.* Описаніе нѣсколькихъ видовъ микробовъ, болѣзнетворныхъ для крысъ и похожихъ на чумные. 4. **M. Manicatide.** *Ueber Aetiologie und Serotherapie des Keuchhustens.* Бактеріологическія изслѣдованія при коклюшѣ. 5. **W. Kolle** und **R. Otto.** *Untersuchungen über die Pest-Immunität.* Опыты надъ животными по вопросу о невоспріимчивости къ чумѣ.

**Zeitschrift für Schulgesundheitspflege.** Т. XVI. № 11.

1. **Carl Hennig.** *Ein Beitrag zur Schulgesundheitspflege.* 2. **F. Wex.** *Über die zweckmässigste Einrichtung von Schularztstellen in Städten mittlerer Grösse.* 3. **Georg Liebe.** *Landerziehungsheime gegen die Tuberkulose.* 4. **Ralf Wichmann.** *Zur Statistik der Nervosität bei Lehrern.*

### Французскіе.

**Annales de dermatologie et de syphiligraphie.** Ноябрь. Т. IV. № 11.

1. **W. Dubreuilh.** *L'acné hypertrophique du nez et son traitement chirurgical.* Оперативное лѣченіе угрей носа. Описаніе 6 случаевъ. 2. **J. Brault.** *Quelques réflexions sur certains traitements actuellement usités dans la lèpre.* Сравнительная оцѣнка нѣкоторыхъ лѣкарственныхъ веществъ при лѣченіи проказы.

Декабрь. Т. IV. № 12.

1. **Paul Meynet** et **Maurice Péhu.** *De la dermatite polymorphe douloureuse (dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq) chez l'enfant.* Приводятъ 1 свой случай и 20 изъ литературы. 2. **Aug. Lebet.** *Dermatites pyémiques.* 1 собственный случай и перечень случаевъ, описанныхъ другими.

**Annales de gynécologie et d'obstétrique.** Декабрь. Т. LX.

1. **L. G. Richelot.** *De la dégénérescence maligne du moignon cervical après l'hystérectomie totale pour fibrome. Remarques sur la myomectomie.* 3 собственныхъ случая и случаи изъ литературы. 2. **J. Rousse.** *Étude expérimentale sur l'oblitération des trompes.* Экспериментальныя данныя къ вопросу о запустѣніи *Fallopi*'евыхъ трубъ. 3. **H. Ferré.** *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme.* Случай. 4. **J. Audebert.** *Influence de l'asphyxie sur la contractilité utérine à propos d'un cas de pneumonie pendant la grossesse.* О вліяніи удушенія на сократимость матки.

Январь. Т. I.

1. **P. E. Launois** et **P. Mulon.** *Etude sur l'hypophyse humaine à la fin de la gestation.* Микроскопическое строеніе мозгового придатка во время беременности. 2. **P. Lecène.** *Sur la présence de tissu thyroïdien dans la paroi des kystes dermoïdes de l'ovaire.* О присутствіи ткани щитовидной железы въ дермоидныхъ опухоляхъ яичника. 3. **Georges Gross.** *Six nouvelles observations d'hématométrie latérale dans des utérus doubles.* 6 случаевъ. 4. **Routier.** *Tumeurs du sein et puerpéralité.* Случай гипертрофіи одной груди во время беременности и случай сосочковой опухоли на соскѣ.

**Annales des maladies des organes génito-urinaires.** Декабрь. № 23.

1. **F. Cathelin.** *Le rein ectopique croisé.* Случаи смѣщенной почки, описанные въ литературѣ и собственный. 2. **Н. А. Михайловъ.** *Un nouvel appareil pour la stérilisation des sondes en gomme.* Описаніе и рисунокъ прибора. 3. **Pierre Moreau.** *Etude sur les calculs enchatonnés de la vessie.* Рецензія. 4. **Esmonet.** *Contribution à l'étude du testicule dans quelques infections orchites expérimentales.* Рецензія. 5. **Masmonteil.** *La méthode épidurale dans les incontinences d'urine sans lésions.* Рецензія.

№ 24.

1. **B. Motz** et **J. Arrese.** *Note sur les vessies des «prostatiques sans prostate».* 15 наблюденій. 2. **F. Legueu.** *La taille sous-symphysaire chez la femme pour l'extraction de certains corps étrangers de la vessie.* Преимущества подлобковаго разрѣза при извлеченіи нѣкоторыхъ инородныхъ тѣлъ изъ мочевого пузыря.

Январь. № 1.

1. **Hugh Hampton Young.** *Rétrecissement de l'extrémité inferieure de l'uretère causé par la compression d'une vésicule séminale enflammée.* Способы операціи съ изображеніемъ различныхъ моментовъ ея, на рисункѣ. 2. **Jaboulay.** *Incontinence d'urine essentielle traitée par l'injection retro-rectale de serum artificiel.* Клиническая лекція.

№ 2.

1. **J. Albarran.** *Recherches sur le fonctionnement normal comparé des deux reins.* Опыты на собакахъ. 2. **E. Loumeau.** *Prostatectomie totale transvésicale par la voie sus-pubienne; opération de Freyer.* Описаніе случая и рисунокъ увеличенной предстательной железы. 3. **Nicolich.** *Un procédé très simple pour obtenir dans quelques cas la séparation de l'urine des deux reins.* Послѣ промыванія пузыря и опорожненія его авторъ массируетъ поочередно почки и получаетъ изъ той или изъ другой мочу, по качеству коей онъ можетъ судить о состояніи почекъ.

**Annales de médecine vétérinaire.** Январь, г. 53.

1. **Degive.** *Castration de la vache laitière; supériorité du mode opératoire par ligature; procédés suivant lesquels ce mode peut être réalisé; nouveau vaginotome.* 2. **Hebrelynck.** *Pathogénie et*

Digitized by Google

*traitement de la fièvre vitulaire*. 3. **H. Zwaenepoel** et **V. Fally**. *Differenciation des viandes par les sérums précipitant*. 4. **Télémaque Lunghis**. *Quelques observations cliniques*.

Февраль. № 2.

1. **J. Jacobs**. *Quelques résultats de castration chez la vache laitière*. 2. **H. Zwaenepoel** et **V. Fally**. *Differenciation des viandes par les sérums précipitants*. 3. **Télémaque Lunghis**. *Quelques observations cliniques*.

**Annales de l'Institut Pasteur.** Декабрь. Т. XVII. № 12.

1. **И. И. Мечниковъ** et **Em. Roux**. *Études expérimentales sur la syphilis*. Авторы сдѣлали удачную прививку сифилиса обезьянѣ (шимпанзе). 2. **Jules Bordet** et **Octave Gengou**. *Recherches sur la coagulotion du sang*. Опыты, направленные къ выясненію роли солей въ производствѣ фибринъ-фермента. 3. **Remlinger**. *Le passage du Virus rabique à travers les filtres*. По опытамъ автора, профильтрованный ядъ даетъ при прививкѣ положительные результаты. 4. **Bienstock**. *Anaérobies et symbiose*. Критическій очеркъ. 5. **E. Duclaux**. *Études d'hydrographie souterraine*. (Продолженіе).

**Annales d'hydrologie et de klimatologie médicales.** Декабрь. Т. VIII. № 12.

1. **A. Beauvy**. *Urologie de la cure aux eaux de Contrexéville, Vittel et Martigny*. О вліяніи водъ Contrexevill'я, Vittel'я и Martigny на мочевыдѣленіе.

**Archives d'anatomie microscopique.** Декабрь. Т. VI.

1. **E. Laguesse**. *Sur l'histogénèse de la fibre collagène et de la substance fondamentale dans la capsule de la rate chez les sélaciens*. Гистологическія изслѣдованія строенія сумки селезенки у хрящевыхъ рыбъ. 2. **E. Suchard**. *Structure du poumon du triton et de la salamandre maculée*. Микроскопическое строеніе легкаго у тритона и пятнистой саламандры. 3. **Cl. Regaud** et **A. Policard**. *Recherches sur la structure du rein de quelques ophidiens*. Микроскопическія изслѣдованія почекъ. 4. **L. Vialleton**. *Etude sur le coeur des lamproies*. Строеніе сердца у круглоротыхъ рыбъ.

**Archives d'électricité médicale experimentales et cliniques.** Декабрь. № 132. Г. 11.

1. **H. Bordier**. *Résultats fournis par la voltaïsation sinusoïdale dans le traitement des névrites*. Лѣченіе неврита электризаціей. 2. **Vernay**. *Traitement électrolytique des rétrécissements de l'urètre*. 20 случаевъ съуженія мочеиспускательнаго канала, гдѣ примѣнено было лѣченіе электричествомъ. 2. **Gandil**. *De l'emploi thérapeutique de la franklinisation dans le traitement des troubles de la nutrition*. Случай излѣченія электричествомъ разстройствъ питанія. 4. **Stéphane Leduc**. *Cicatrisation d'un cancroïde de l'aile du nez, datant de cinq ans, après une seule séance d'introduction électrolytique de l'ion zinc*. Случай. 5. **Ch. Infroit**. *Chassis double pour la radiographie*. Описаніе и рисунокъ.

Январь. № 133.

1. **E. Castex**. *Mesure de la résistance électrique en clinique en appliquant la loi d'Ohm*. Физическія основанія къ клиническому примѣненію электричества. 2. **Buisson**. *Étude radiographique des fractures parcellaires de la tête humérale*. Нѣсколько наблюденій съ рисунками къ нимъ. 3. **Reymond** et **M. Chanoz**. *Traitement par les rayons x d'un épithélioma de la vulve*. Описаніе случая.

№ 134.

1. **Stéphan Leduc**. *La résistance électrique du corps humain*. О сопротивляемости человѣческаго тѣла электрическимъ токамъ. 2. **H. Guilleminot**. *Les travaux de M. Blondlot sur les rayons N. et premières recherches de M. Charpentier sur les rayons N émis par l'organisme*. Рядъ сообщеній *Blondlot*. 3. **Augustin Charpentier**. *Recherches sur les rayons N dans l'organisme*. Изслѣдованіе свойствъ N-лучей.

**Archives de neurologie.** Декабрь. Т. XVI. № 96.

1. **Peugniez** et **Cl. Philippe**. *Hémisection traumatique de la moelle*. Случай съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 2. **Farcanne**. *Contribution à l'étude clinique des monologues chez les aliénés*. Клиническая лекція. 3. **J. Capgras**. *Relations des maladies unilatérales de l'oreille avec les hallucinations de l'ouïe*. Случай слуховыхъ галлюцинацій при одностороннихъ поврежденіяхъ уха.

Январь. Т. XVII. № 97.

1. **Raymond**. *Tumeur cérébrale avec abolition des réflexes tendineux*. Клиническая лекція. 2. **В. А. Муратовъ**. *Contribution à l'étude de la démence catatonique*. 3 наблюденія.

**Archives générales de médecine.** Декабрь. Т. II. № 52.

1. **Morichau Beauchant** et **F. Landry**. *Une forme insolite de nodosités sous cutanées rhumatismales*. Рѣдкій случай. 2. **A. Diel**. *De la ligature lente et progressive de la carotide primitive*. Случай съ патологоанатомическимъ вскрытіемъ. 3. **Jules Regnault**. *Anévrysme de la crosse de l'aorte ouvert à l'extérieur. Survie de 50 heures*. Въ описываемомъ случаѣ аневризма аорты вскрылась наружу; больной погибъ не сразу, а спустя 2 сутокъ. 4. **E. Brissaud**. *Arthropathies syringomyéliques*. Измѣненія суставныхъ концовъ костей при сирингоміэліи.

Январь. Т. I. № 1.

1. **Albert Robin** et **Maurice Binet**. *Les échanges respiratoires dans les états antagonistes de la tuberculose*. О дыхательномъ обмѣнѣ у артритиковъ. (Не окончена). 2. **Emile Sergent**. *Les surrénalites chroniques d'origine infectieuse*. Случай съ патолого-анатомическимъ вскрытіемъ. 3. **Louis Rénon** et **Flourens**. *Gommes syphilitiques du couturier droit, au cours d'accidents tertiaires multiples*. Описаніе случая. 4. **L. Galliard**. *La varicelle*. Клиническая лекція.

**Archives de médecine et de pharmacie militaires.** Январь. № 1.

1. **Gary**. *Étude sur la contagiosité et le traitement de la pelade*. Историческій очеркъ и 13 собственныхъ случаевъ. 2. **Campos-Hugueney**. *Auréole et lymphangite vaccinales*. Мѣстныя явленія при прививкѣ оспенной лимфы. 3. **Cros**. *Utilisation de la bretelle de suspension, pour immobiliser le membre supérieur*. Способъ воспользоваться ременными подтяжками аммуниціи при переломахъ костей руки. 4. **Ramally**. *Blessure de la moelle cervicale droite par instrument piquant*. Описаніе случая и рисунокъ шила, которымъ было нанесено раненіе. 5. **Radouan** et **Pigeon**. *Large rupture de la vessie, par éclatement, extrapéritonéale. Laparotomie sus-pubienne; suture partielle de la vessie avec cystotomie et cystopexie. Guérison rapide*. Подробная исторія болѣзни. 6. **Talayrach**. *La pluralité des fièvres typhoides*. Краткая замѣтка.

**Bulletin de L'Institut Pasteur.** Декабрь. № 20.

**E. Pinoy**. *Les champignons pathogènes leur classification d'après les caractères botaniques*. Ботаническая классификація болѣзнетворныхъ грибковъ. (Не окончена).

№ 21.

1. **E. Pinoy**. *Les champignons pathogènes, leur classification d'après les caractères botaniques*. Классификація болѣзнетворныхъ дрожжей. (Продолженіе).

Январь. Т. XI. № 1.

1. **E. Marchoux** et **P. L. Simond**. *La fièvre jaune*. Мѣстонахожденіе, этіологія и симптоматологія желтой лихорадки. (Не окончена).

Т. II. № 2.

1. **E. Marchoux** et **P. L. Simond**. *La fièvre jaune*. О желтой лихорадкѣ. (Продолженіе).

**Revue médicale de la Suisse Romande.** Декабрь. № 12.

1. **A. Papadaki**. *Statistique clinique des alcooliques traités à l'Asile de Bel-Air en 1901 et 1902*. Обзоръ случаевъ алкоголизма, лѣченнаго въ убѣжищѣ Bel-Air въ 1901—1902 гг. 2. **Ed. Martin**. *A propos d'un cas de hernie de l'ovaire avec accidents de pseudo étranglement chez une enfant de 5 ans*. Случай грыжи яичника у дѣвочки 5 л. 3. **Berdez**. *Le traitement des cancers et de certaines manifestations de la tuberculose par les rayons de Roentgen*. Лѣченіе рака и бугорчатки лучами *Roentgen*'а. 4. **J. Bastian**. *De l'hystérotomie exploratrice et en particulier de l'hystérotomie médiane antérieure*. Разсѣченіе шейки матки какъ способъ изслѣдованія заболѣваній этого органа. 5. **Jong. Rilliet** et **Adert**. *Sur trois cas de névralgies lombo-sacrées rebelles*. Описаніе 3 случаевъ возвращающейся невральгіи. 6. **P. Jaunin**. *Un cas d'avortement suspendu (Missed abortion)*. Описаніе случая.

Январь. № 1.

1. **E. Tavel**. *Péricolite cicatricielle postappendiculaire*. 8 случаевъ. 2. **H. Vulliet**. *Quelques remarques sur la chirurgie des voies spermatiques*. Клиническая лекція. 3. **E. Gyr**. *Remarques sur un point de l'article de M. le d-r Taillens: «Considérations sur la sérothérapie antidiphtérique»*. Полемическая статья. 4. **H. Cristiani** et **G. de Michelis**. *De l'influence du «petrolage» et «goudronnage» des routes sur les poussières et les germes vivants de l'atmosphère*. Результаты опытовъ, произведенныхъ съ поливкой улицъ съ керосиномъ и дегтемъ. 5. **Veyrassat**. *Un cas de luxation des os propres du nez*. Описаніе случая.

**La Médication martiale.** Сентябрь. Т. XVII. № 9.

1. **J. Sabrazès**. *Macropolyadénopathie tuberculeuse pseudolymphadénomateuse*. Клиническая лекція. 2. **Follet**. *A propos de cirrhoses atrophiques post-hypertrophiques. Deux observations*. 2 случая атрофическаго цирроза. 3. **Chambrelent**. *Influence de la grossesse et de l'accouchement sur la marche de la tuberculose*. Опыты на животныхъ.

Январь. Т. XVIII. № 1.

1. **Maurice Laty**. *Hystérie et paralysie générale*. Случай. 2. **O. Josué** et **Salomon**. *Un cas de rhumatisme cérébrale avec examen anatomo-pathologique*. Описаніе случая.

**Journal de physiologie et de pathologie générale.** Ноябрь. Т. V. № 6.

1. **L. Lapicque**. *Recherches sur la loi d'excitation électrique*. 2. **L. C. Maillard**. *Mécanisme de formation des couleurs indoxyliques aux dépens des chromogènes urinaires*. Изслѣдованіе красящихъ веществъ человѣческой мочи. 3. **Ch. Lefeuvre**. *Appareil schématique pour l'étude de la cause et des variations de la période latente du muscle*. Рисунокъ и описаніе прибора. 4. **N. Floresco**. *Phénomènes observés après la résection partielle du rein*. Вліяніе частичнаго удаленія почки на мочеотдѣленіе у животныхъ. 5. **L. C. Maillard**. *Mécanisme de formation des couleurs indoxyliques aux dépens des chromogènes urinaires*. Анализъ мочевыхъ пигментовъ. 6. **H. E. Введенскій**. *Le téléphone comme indicateur de l'excitation du nerf*. Способъ изслѣдовать раздраженіе нерва съ помощью телефона. 7. **Auguste Pi Suner**. *Fonction fixatrice du foie sur lesp roduits de dédoublement de l'hémoglobine*. Опыты на собакахъ. 8. **G. Donzé** et **Lambling**. *Sur la grandeur et sur composition du «non dosé» organique de l'urine normale*. Анализъ нормальной мочи. 9. **Joseph. Nicolas**, **L. E.** et **F. Dumoulin**. *Influence de la splénectomie sur les leu-*

Digitized by Google

*cocytes du sang chez le chien.* Измѣненія въ крови у собакъ при удаленіи селезенки. 10. **Opin Rochon Duvigneaud.** *Recherches sur les lesions comparées de la rétine et des autres organes chez les malades atteints de la rétinite albuminurique.* Измѣненія сѣтчатки у нефритиковъ. 11. **Joseph Nicolas, J. Froment** et **F. Dumoulin.** *Splénectomie et polynucléose rabique.* Вліяніе вырѣзыванія селезенки и прививокъ бѣшенства на число бѣлыхъ тѣлецъ. 12. **Ch. Lesieur.** *Endocardite infectieuse subaiguë à pneumocoques terminée par méningite cérébro-spinale. Reproduction expérimentale de l'endocardite.* Воспроизведеніе эндокардита искусственнымъ путемъ. 13. **Fernand Widal** et **Adolphe Javal.** *La chlorurémie et la cure de déchloruration. Étude de physiologie pathologique sur l'hydratation et l'albuminurie au cours du mal de Bright.* Вліяніе хлоридовъ на мочекровныя явленія у нефритиковъ.

Январь. Т. VI. № 1.

1. **Nestor Gréhant.** *Mesure de l'activité physiologique des reins par le dosage de l'urée dans le sang et dans l'urine.* Количественное опредѣленіе мочевины въ мочѣ и крови, какъ способъ опредѣлять физіологическую работу почекъ. 2. **Victor Henri** et **S. Lalon.** *Regulation osmotique des liquides internes chez les échinodermes.* Осмотическое давленіе жидкости внутри тѣла у иглокожихъ. 3. **E. Hekma.** *Sur l'influence des acides sur le dégagement de la trypsine du trypsinogène.* Вліяніе кислотъ на поджелудочное пищевареніе. 4. **C. Fleig.** *Intervention d'un processus humoral dans l'action des savons alcalins sur la sécrétion pancréatique.* Дѣйствіе щелочныхъ мылъ на отдѣленіе поджелудочнаго сока. 5. **André Broca** et **D. Sulzer.** *La sensation lumineuse en fonction du temps pour les lumières colorées.* Синій свѣтъ утомляетъ сѣтчатку, зеленый утомляетъ ее наименѣе, красный близокъ къ зеленому. 6. **Jules Courmont** et **Joseph Nicolas.** *Étude sur la virulence de l'humeur aqueuse des lapins morts de la rage.* Водянистая влага кроликовъ, зараженныхъ стойкимъ ядомъ бѣшенства, часто содержитъ въ себѣ ядъ. 7. **Fernand Bezançon** et **André Philibert.** *Formes extra intestinales de l'infection éberthienne.* Случаи, гдѣ палочки *Eberth*'а находились внѣ кишечника. 8. **Jules Courmont** et **Ch. André.** *Injections de sérum hémolytique à des malades anémiques.* Впрыскиванія гемолитической сыворотки въ кровь малокровныхъ съ лѣчебными цѣлями. 9. **Opin** et **Rochon-Duvigneaud.** *Sur la pathogénie de la rétinite albuminurique.* Патогенезъ воспаленія сѣтчатки при заболѣваніи почекъ. 10. **H. J. Hamburger** et **E. Hekma.** *Sur le suc intestinal de l'homme.* Изслѣдованіе свойствъ кишечнаго сока у человѣка. 11. **C. Fleig.** *Analyse du mode d'action des savons alcalins sur la sécrétion pancréatique.* О дѣйствіи щелочныхъ мылъ на выдѣленіе сока поджелудочной железы.

**Revue de médecine.** № 1.

1. **R. Lépine** et **Boulud.** *Sur l'absence d'hyperglycémie dans la glycosurie uranique.* Опыты надъ собаками и гликозурія вызывалась подкожнымъ введеніемъ уксуснокислаго урана. 2. **A. Pic** et **S. Bonnamour.** *Des troubles médullaires de l'artério-sclérose, la parésie spasmodique des athéromateux.* Клиническій очеркъ, поясненный 11 случаями. 3. **A. Chelmonski.** *De ce qu'on appelle «refroidissement» en rapport à la tuberculose.* Критическій очеркъ. Значеніе простуды въ развитіи бугорчатки легкихъ. 4. **H. Verger.** *Essai de classification de quelques névralgies faciales par les injections de cocaine loco dolenti.* Къ вопросу о лѣченіи мѣстныхъ невральгій впрыскиваніями кокаина. 5. **V. Le Goïc.** *Association de fièvre scarlatine et de fièvre typhoïde.* 2 случая скарлатины, осложненной брюшнымъ тифомъ. 6. **Dalous.** *Les accidents syphilitiques pendant le tabes.* Авторъ дѣлаетъ попытку на основаніи своихъ случаевъ, а также на основаніи случаевъ, описанныхъ другими, опредѣлить степень зависимости между сифилисомъ и спинной сухоткой.

**Revue d'hygiène et de police sanitaire.** Декабрь. Т. XXV. № 12.

1. **Kelsch.** *La diphtérie humaine et la diphtérie aviaire.* Различіе между дифтеріей птицъ и человѣческой. (Окончаніе).

Январь. Т. XXVI. № 1.

1. **Ensch.** *La socialisation de la médecine. Essai d'hygiène sociale.* (Не окончена). 2. **Edouard Fuster.** *La tuberculose, maladie sociale.* Бугорчатка, какъ общественное заболѣваніе.

**Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.** Январь. Г. 71. № 1.

1. **J. Renaut.** *Pouvoir secrétoire et signification glandulaire des epitheliums des tubes contournes et valeur therapeutique de leur preproduits solubles dans l'eau.* Клиническія наблюденія надъ дѣятельностью почечнаго эпителія.

Январь. № 2.

1. **Henri Huchard.** *Dyspepsie et dyspeptiques.* (Продолженіе). 2. **L. Pascault.** *L'alcool au point de vue alimentaire.* Критическая замѣтка.

Февраль. № 3.

1. **Paul Delbet.** *Les varices du membre inferieur.* Патогенезъ, теченіе и лѣченіе четковидныхъ расширеній кровеносныхъ сосудовъ на ногахъ. (Не окончена). 2. **H. Serafidi.** *Le traitement de la meningite tuberculeuse par la ponction lombaire.* 3 наблюденія.

**Итальянскія.**

**Annali d'igiene sperimentale.** Декабрь. Т. XIII.

1. **O. Casagrandi.** *Il funzionamento del sistema di ventilazione, riscaldamento e refrigeramento dell'Aula del Parlamento Italiano studiato dal punto di vista igienico.* Провѣтриваніе въ зданіи италіанскаго парламента. 2. **Achille Capograssi.** *Isoagglutinine ed isolisine del siero umano.* Объ изоагглютининахъ и изолизинахъ человѣческой сыворотки. 3. **De Blasi** e **L. De Berardinis.** *Ricerche sulle agglutinine del tifo.* Объ агглютинизаціи при тифѣ. 4. **Santo Marino-Zuco.** *Le vaccinazioni antirabbiche dal 1889 al 1902.* Отчетъ о прививкахъ противъ бѣшенства за 1889—1902 г. 5. **Luigi Chiarizia.** *Sulla diagnosi differenziale di vari bacilli radicicoli in base ai caratteri morfologici e colturali.* Отличительное распознаваніе микробовъ съ помощью разводокъ. 6. **U. Biffi.** *Un metodo nuovo per coltivare estemporaneamente gli anaerobi obbligati.* Новый способъ выращиванія анаэробныхъ микробовъ. 7. **Filippo Cuturi.** *Contributo allo studio dell'alimentazione del contadino Italiano.* 8. **Elio Fabri.** *Ricerche sulla corruzione delle acque dei laghi.* 9. **A. Celli, O. Casagrandi** e **A. Bajardi.** *Studio batteriologico dell'acqua Marcia delle sorgentialla sua distribuzione.* Бактеріологическое изслѣдованіе воды.

**Giornale della R. Academia di medicina di Torino.** Ноябрь. Г. LXVI. № 11.

1. **Ugo Lombroso.** *Sulla funzione del pancreas nell'assorbimento ed utilizzazione dei grassi.* Къ вопросу о дѣятельности поджелудочной железы при всасываніи жировъ. 2. **V. E. Ovazza.** *Sulla scomparsa dei soffii endocarditici nei bambini.* Объ исчезновеніи внутрисердечныхъ шумовъ у дѣтей. 3. **G. S. Vinaj.** *La cura del lupus colle correnti ad alta frequenza.* Лѣченіе волчанки токами высокаго напряженія. 4. **Angelo Mosso.** *Azione dei centri spinali sulla tonicità dei muscoli respiratori.* Дѣйствіе спинно-мозговыхъ центровъ на дѣятельность дыхательныхъ мышцъ. 5. **Angelo Bartolomeo Gianasso.** *Sull'azione dei preparati arsenicali sui reni dei bambini.* О дѣйствіи мышьяка на почки дѣтей. 6. **Beniamino Nicola.** *Sulla muscolatura liscia del capezzolo e dell'areola mammaria nell'uomo ed in altri mammiferi.* О гладкихъ мышцахъ сосковъ и околососковыхъ кружковъ у человѣка и другихъ млекопитающихъ. 7. **Bozzolo.** *In due casi di trombosi d'oscura origine.* 2 случая тромбовъ загадочнаго происхожденія.

## 2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

**Нѣмецкіе.**

**Deutsche Aerzte-Zeitung.** Ноябрь. Тетр. 22.

1. **Heinrich Singer.** *Beiträge zur Lösungsfähigkeit des Harns für die Harnsäure.* Опыты надъ степенью растворимости мочевой кислоты въ мочѣ. 2. **Mulert.** *Ein Fall von Herpes infolge einer Ohrfeige.* Описаніе случая. 3. **Онъ-же.** *Tuberkulosebehandlung mit Hetol-Atoxylininjektionen.* Краткая замѣтка. 4. **Bachmann.** *Dr. Haig's Lehre der diätetischen Blutverunreinigung als weitere Stütze meines Neugalenismus.* (Окончаніе).

Декабрь. Тетр. 23 и 24.

1. **Fefsler.** *Ein Wink für Händedesinfektion in der Praxis.* На основаніи описываемаго случая высказывается въ пользу примѣненія каучуковыхъ перчатокъ при гнилостныхъ операціяхъ. 2. **Jwan Bloch.** *Zur Geschichte der sogenannten «Erholungsstätten».* Историческая замѣтка. 3. **Max Heim.** *Ueber den Wert und die therapeutische Wirkung der alkalisch-erdigen Quellen mit besonderer Berücksichtigung der Liboriusquelle zu Lippspringe.* Химическій составъ и лѣчебныя свойства минеральной воды изъ Липпшпринге. 4. **S. Kofmann.** *Ueber die Stellung der Orthopädie in der Nervenheilkunde.* Значеніе ортопедіи при лѣченіи нервныхъ болѣзней. 5. **Ludwig Hirsch.** *Die Verhütung der Blennorrhoea neonatorum.* О предохраненіи новорожденныхъ отъ бленорреи. 6. **Hugo Goldman.** *Zur Therapie der Ankylostomiasis-Anämie.* Лѣченіе глистнаго малокровія. 6. **Max Cohn.** *Mechanismus und Vitalismus.* Критическій очеркъ.

**Hygienische Rundschau.** Декабрь. № 24.

1. **Wolff.** *Milchprüfungen mittels der Säuretitrierung nach Plaut.* Оцѣнка способа *Plaut*'а для опредѣленія качества молока.

Январь. № 1.

1. **W. Hoffmann** und **Ficker.** *Ueber neue Methoden des Nachweises von Typhusbacillen.* Способы выращиванія тифозныхъ разводокъ изъ испражненій. 2. **M. Ficker.** *Ueber den Nachweis von Typhusbacillen im Wasser durch Fällung mit Eisensulfat.* Новый способъ обнаруженія тифозныхъ палочекъ въ питьевой водѣ. 3. **E. Baumann.** *Untersuchungen über Lactoserum.* Опыты съ кровяной сывороткой, специфической по отношенію къ молоку.

Январь. № 2.

1. **A. Nissel** und **O. Wagener.** *Zur Untersuchungstechnik von Eiern und Larven des Ankylostomum duodenale.* Техническіе пріемы для наилучшаго изслѣдованія яицъ и личинокъ глисты anchylostomum duodenale. 2. **Erich Cohn.** *Zur Kenntniss des Erregers der «Dermatitis coccidioides».* Къ вопросу объ этіологіи «Dermatitis coccidioides».

Редакторы: Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

## LX. Нѣсколько замѣчаній по поводу 3-хъ случаевъ кесарскаго сѣченія.

Проф. А. А. Муратова (Кіевъ).

Вопросъ о кесарскомъ сѣченіи при относительныхъ показаніяхъ, не смотря на то, что выдвинутъ онъ на сцену сравнительно уже давно, до сихъ поръ еще нельзя считать такимъ, на который всѣ спеціалисты отвѣчаютъ болѣе или менѣе единогласно. Съ одной стороны—такое положеніе дѣла, а съ другой—самая обширность, растяжимость понятія объ относительномъ показаніи для кесарскаго сѣченія, разсуждая о положеніи вопроса въ данный моментъ, полагаю, указываетъ намъ тотъ путь, какимъ мы должны идти при дальнѣйшей разработкѣ этой операціи.

Естественно и прежде всего въ разработкѣ затронутаго вопроса нравственная обязанность лежитъ на тѣхъ акушерахъ, которые, по волѣ судьбы, поработали не одинъ десятокъ лѣтъ въ данной области, которые, помимо болѣе или менѣе солидной теоретической подготовки, горькимъ опытомъ и продолжительнымъ клиническимъ наблюденіемъ были натолкнуты на различныя размышленія, приведшія ихъ къ тѣмъ или другимъ выводамъ. Они обязаны сообщать свои заключенія, подтвержденныя клиникой, какъ-бы эти наблюденія ни казались малозначительны. Только съ накопленіемъ возможно большаго количества такого матеріала можно будетъ подойти къ болѣе правильному и, пожалуй, единогласному рѣшенію вопроса.

Кесарское сѣченіе при относительномъ показаніи составляетъ одинъ изъ самыхъ жгучихъ вопросовъ въ современномъ акушерствѣ. Этотъ вопросъ, не смотря на свою относительную молодость, имѣетъ уже свою исторію, литературу. Рамки журнальной статьи, къ сожалѣнію, не позволяютъ мнѣ коснуться въ желательной полнотѣ этой стороны дѣла; поэтому я ограничусь только самыми необходимыми, по моему разумѣнію, справками. Не смотря на относительную неполноту этихъ послѣднихъ, все-таки можно видѣть, какъ противоположны порой въ настоящее время мнѣнія по вопросу о кесарскомъ сѣченіи при относительныхъ показаніяхъ даже у корифеевъ нашей спеціальности. Но прежде, чѣмъ перейти къ нѣкоторымъ замѣчаніямъ по поводу кесарскаго сѣченія при относительныхъ показаніяхъ, я позволю себѣ привести здѣсь скорбные листы 3-хъ роженицъ, которымъ я произвелъ кесарское сѣченіе въ 1902 г.

1. М. К., 28 л., крестьянка, родившаяся въ Городнѣ, но давно уже переѣхавшая на постоянное жительство въ Кіевъ, поступила въ родильное отдѣленіе Акушерско-гинекологической клиники Кіевскаго Университета 21/IX 1902 г. въ 12 час. 15 мин. дня. I—рага; живетъ половой жизнью съ 25 лѣтъ. Изъ анамнестическихъ свѣдѣній выяснилось слѣдующее: 8-мѣсячнымъ ребенкомъ упала со скамейки, послѣ чего съ мѣсяцъ совсѣмъ не двигала лѣвой рукой; черезъ 4 мѣсяца послѣ паденія обнаружилось искривленіе позвоночника; первое время послѣ паденія не могла сидѣть и до 4-лѣтняго возраста не ходила. Изъ болѣзней дѣтскаго возраста припоминаетъ только корь. Мѣсячныя начались на 17-мъ году и бываютъ приблизительно черезъ каждыя 4 недѣли, по 3 дня, съ болью до наступленія ихъ. Послѣдній разъ были 18—20/XII 1901 г., а первыя движенія плода почувствовала 26/IV 1902 г.; родовыя боли начались около 3 час. утра 22/IX.

Ростъ 128,5 стм., сложеніе слабое. 37°; пульсъ 90; дых. 24; сахара и бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Высота стоянія дна матки на 6 стм. ниже мечевиднаго отростка; дно матки отклонено влѣво; разстояніе отъ пупка до лобка 20, отъ пупка до мечевиднаго отростка 24, наибольшая окружность живота 98 стм. При ощупываніи живота спинка плода прощупывается влѣво, а мелкія части вправо. Схватки появляются черезъ каждыя 8—10 мин., очень сильныя. Сердцебіеніе плода выслушивается яснѣе всего слѣва и книзу отъ пупка—145 въ минуту; кромѣ того, временами выслушивается дующій маточный шумъ. Размѣры таза: между вертелами 28, между гребнями 25, между остями 24, наружная конъюгата 14, діагональная 9, истинная около 7 стм. Изъ особенностей таза слѣдуетъ отмѣтить, что лѣвая задняя верхняя ость стоитъ выше правой.

Такимъ образомъ въ данномъ случаѣ имѣлось дѣло съ срочными родами при общесуженномъ плоскомъ, сколіотическомъ, кософставленномъ тазѣ. Наружные половые органы отечны и синюшны. Маточная шейка сглажена; зѣвъ открытъ на 3½ пальца; края его растяжимы; пузырь цѣлъ и во время схватокъ напрягается. Предлежитъ головка, которая баллотируетъ надъ входомъ въ тазъ. При наружномъ изслѣдованіи плода (по *Ahlfeld*'у) какъ самый плодъ, такъ и головка его оказались большихъ размѣровъ. Роженица была изслѣдована мною и еще 2-мя ординаторами. Бактеріоскопическое изслѣдованіе изъ родовыхъ путей дало отрицательные результаты. Разрывъ околоплоднаго пузыря произошелъ въ 4 часа.

Въ виду всего изложеннаго и явнаго большого несоотвѣтствія пространственныхъ отношеній между плодомъ и родовыми путями, роженицѣ была выяснена сущность дѣла и предложено кесарское сѣченіе, если она желаетъ имѣть живого ребенка. По полученіи согласія роженицы и ея мужа операція произведена мною послѣ обычныхъ приготовленій, въ присутствіи очередной группы студентовъ, ординаторовъ, помогавшихъ при операціи и постороннихъ врачей. Наркозъ смѣшанный (хлороформъ съ метиленомъ); наступилъ онъ очень быстро черезъ 5 мин. Въ виду того, что окончательно не успѣли приготовить къ этому времени брюшные покровы для операціи, послѣдняя была начата только черезъ 20 мин., а именно въ 4 час. 20 мин. пополудни и вскорѣ по отхожденіи околоплодныхъ водъ. Въ 4 час. 20 мин. разрѣзъ брюшныхъ покрововъ по бѣлой линіи (6 стм. выше и 8 ниже пупочнаго кольца); въ 4 час. 21 мин. матка извлечена изъ брюшной полости и покрыта теплыми марлевыми компрессами; въ 4 час. 22 мин. края брюшной раны захвачены провизорными швами; въ 4 час. 23 мин. матка безъ предварительнаго наложенія упругаго жгута вскрыта по *Fritsch*'у (длина разрѣза 14 стм.), при чемъ разрѣзъ пришелся надъ послѣдомъ; появилось сильное кровотеченіе, остановленное помощью прижатія руками одного изъ помощниковъ нижняго сегмента матки; въ 4 час. 24 мин. извлеченъ плодъ съ двукратнымъ обвитіемъ пуповины вокругъ его шейки; затѣмъ былъ удаленъ послѣдъ; въ 4 час. 28 мин. впрыснутъ корнутинъ (0,005) подъ кожу; внутренняя поверхность матки вытерта стерилизованной марлей; въ 4 час. 29 мин. на матку наложено 5 глубокихъ и 9 поверхностныхъ швовъ; въ 4 час. 32 мин. туалетъ наружной поверхности матки и брюшной полости; кровотеченія нѣтъ; въ 4 час. 35 мин. матка опущена въ брюшную полость; въ 4 час. 37 мин. наложены швы на брюшные покровы (12 глубокихъ и 8 поверхностныхъ); въ 4 час. 40 мин. наркозъ прекращенъ. Операція продолжалась 20 мин. 4 час. 45 мин.: Матка вяла, обильное кровотеченіе. Снова корнутинъ подъ кожу; горячій влагалищный душъ. 4 час. 47 мин.: Матка сократилась, и кровотеченіе остановилось. Въ 4 ч. 50 мин. туалетъ брюшныхъ покрововъ и наложеніе повязки. Въ 4 час. 55 мин. оперированная перевезена въ палату въ удовлетворительномъ состояніи, п. 120, средняго наполненія. Извлеченъ здоровый младенецъ женскаго пола, вѣсомъ 3000,0, длиной 53,5 стм.; окружность головки 35 стм. Придатки плоднаго яйца ничего особаго не представляли.

Послѣоперaціонное теченіе слѣдующее. Въ день операціи, а равно и 23/IX и 24/IX, оперированная жаловалась на общую слабость и на бывающія по временамъ схваткообразныя боли внизу живота. Между прочимъ, достойно замѣчанія то, что оперированная первое время не признавала младенца своимъ, заявляя, что такого большого ребенка она выносить не могла. Частота пульса колебалась отъ 80 до 128; 35°, 8—37°, 8. Въ общемъ за эти дни состояніе оперированной было удовлетворительное.

25/IX: Положеніе оперированной продолжаетъ улучшаться. Выдѣленіе лохій нормально. Появились признаки нагрубанія грудей. Прикладываетъ новорожденнаго къ груди и при сосаніи его ощущаетъ маточныя схватки. Появился позывъ на ѣду. Высшая температура 37°,5; п. не выше 108. Въ слѣдующіе дни состояніе оперированной продолжало улучшаться; питаніе младенца шло нормально.

1/X: При вполнѣ удовлетворительномъ состояніи оперированной снята часть швовъ съ брюшной раны; всюду первое натяженіе. Матка сократилась удовлетворительно.

4/X: Сняты остальные швы. Оперированная сидитъ, чувствуя себя хорошо.

10/X: Оперированная и ребенокъ въ очень хорошемъ состояніи; она встала съ постели, а 17/X, чувствуя себя совершенно здоровой, выписалась.

2. С. М., 27 л., акушерка, поступила въ Акушерско-гинекологическую клинику Кіевскаго Университета 15/X. Родилась въ одномъ изъ мѣстечекъ Кіевской губ. О состояніи своего здоровья въ дѣтствѣ ничего не знаетъ. Мѣсячныя на 13-мъ году, приходили постоянно черезъ 3 недѣли и длились по 4—5 дней; послѣдній разъ были 9/I 1902 г. Беременна въ 3-й разъ; 1-я беременность кончилась преждевременными родами съ прободеніемъ на 8-мъ мѣсяцѣ; послѣродовой періодъ прошелъ правильно. 2-я беременность кончилась тоже преждевременными родами на 8-мъ мѣсяцѣ съ наложеніемъ щипцовъ; ребенокъ родился живымъ, но умеръ на 11-й день; въ послѣродовомъ періодѣ лихорадила въ теченіи 12 дней. Послѣдніе роды были 5/III 1899 г. Первое движеніе плода почувствовала въ первыхъ числахъ апрѣля 1902 г.

Низкаго роста, сложена пропорціонально. Высота дна матки на 3 пальца не доходитъ до мечевиднаго отростка; наибольшая окружность живота 97 стм.; между вертелами 28, гребнями 24, остями 20, наружная конъюгата 17, діагональная около 8,5 и истинная 7 стм. Спинка влѣво, мелкія части вправо. Головка баллотируетъ надъ входомъ въ тазъ; хорошее сердцебіеніе плода слышно слѣва на 2 поперечныхъ пальца ниже пупка. Схватки средней силы. Маточный зѣвъ открытъ на 3 пальца; края его толсты, мягки, растяжимы. Головка стоитъ высоко, баллотируетъ; плоднаго пузыря нѣтъ: околоплодныя воды, по заявленію роженицы, отошли передъ поступленіемъ ея въ клинику.

Тщательное наблюденіе роженицы въ клиникѣ до вечера 16/X показало, что въ виду значительнаго съуженія таза, который дол-

женъ быть причисленъ къ разряду т. наз. «pelvis justo minor», съ одной стороны, а съ другой—вслѣдствіе большихъ размѣровъ внутриутробнаго плода, измѣреніе котораго произведено по *Ahlfeld*'у,—роды представляются возможными или при помощи прободенія головки, или при помощи кесарскаго сѣченія. Поэтому мужу роженицы и ей самой были выяснены обстоятельства дѣла и представленъ выборъ между этими 2-мя операціями, при чемъ послѣ нѣкотораго колебанія было получено согласіе на производство кесарскаго сѣченія. Послѣ обычныхъ приготовленій начатъ наркозъ 16/x въ 9 час. 40 мин. веч., а въ 9 час. 50 мин. проведенъ разрѣзъ брюшныхъ покрововъ; въ 9 час. 55 мин. матка извлечена изъ брюшной полости и обложена теплыми марлевыми салфетками; въ 9 час. 58 мин. операція произведена безъ наложенія жгута на матку,—разрѣзъ матки по *Fritsch*'у,—а въ 9 час. 59 мин. извлечены плодъ и послѣдъ; затѣмъ наложены швы на матку; послѣ этого матка сокращалась неудовлетворительно: значительное кровотеченіе; корнутинъ (0,005) подъ кожу; въ 10 час. 9 мин. вправленіе матки въ брюшную полость и туалетъ; зашиваніе брюшной раны; въ 10 час. 24 мин. наркозъ прекращенъ; наложена брюшная повязка. Сокращеніе матки неудовлетворительно; кровотеченіе продолжается. Горячіе влагалищные души. Въ 10 час. 35 мин. оперированная переведена въ палату въ удовлетворительномъ состояніи. Продолжительность операціи, считая и остановку кровотеченія, 34 мин. Извлеченный посредствомъ кесарскаго сѣченія здоровый, хорошо упитанный мальчикъ вѣсилъ 4400,0, а длиною былъ 52 стм.; окружность головки 35 стм. Относительно придатковъ плоднаго яйца слѣдуетъ отмѣтить, что въ послѣдѣ замѣчалось отложеніе известковыхъ солей и мѣстами жировое перерожденіе ткани.

Ночь, непосредственно слѣдовавшая за операціей проведена оперированной безпокойно; было порядочное кровотеченіе изъ родовыхъ путей; 36°,9—37°; пульсъ 100—112, наполненіе его ниже средняго.

17/x: Состояніе оперированной удовлетворительно. Довольно болѣзненныя маточныя схватки. 37°,5, п. 106. Жалуется на безпокойство, причиняемое брюшной повязкой.

18/x: Состояніе оперированной и ребенка удовлетворительно; мать начала кормить ребенка и при этомъ чувствуетъ маточныя схватки; отдѣленіе лохій нормально. Нагрубаніе грудей. Температура разъ поднялась до 38 при хорошемъ самочувствіи, п. 100—112. Въ послѣдующіе дни отъ 19/x до 25/x, кромѣ вялаго сокращенія матки, ничего ненормальнаго не замѣчалось.

24/x: Перемѣнена брюшная повязка и удалена часть швовъ; въ одномъ мѣстѣ брюшной раны кожа на небольшомъ протяженіи заживаетъ чрезъ нагноеніе. Температура нормальная; пульсъ удовлетворительный.

Въ остальные дни до 7/xi, дня выписки, состояніе здоровья оперированной продолжало улучшаться. Единственно, что можно отмѣтить за это время, это—медленное сокращеніе матки. 7/xi оперированная чувствовала себя уже настолько хорошо, что выписалась.

3. С. К., 27 л., мѣщанка, родилась и живетъ въ деревнѣ Подольской губ. Изъ здоровой семьи. До 10 лѣтъ была здорова. Въ это время простудилась, появились боли въ правомъ плечѣ, и затѣмъ постепенно сталъ искривляться позвоночникъ, такъ что черезъ 1½ года образовался горбъ. Ходить начала на 2-мъ году. Первыя мѣсячныя на 17-мъ году, затѣмъ стали приходить черезъ 4 недѣли и длились по 5—6 дней; послѣдній разъ были въ началѣ марта 1902 г. Беременна въ 1-ый разъ. 1-е движеніе плода почувствовала въ началѣ іюля 1902 г. Въ первое время беременности была тошнота и рвота.

Отвислый животъ. Рѣзко выраженный лордосколіозъ грудной части позвоночника. Ростъ 137 стм. Сердце смѣщено внизъ и влѣво, 2-й тонъ у верхушки усиленъ. Въ легкихъ хроническій бугорчатковый процессъ.

Высота дна матки на 7 стм. ниже мечевиднаго отростка. Наибольшая окружность живота 96 стм. Размѣры таза: между вертелами 28; гребнями 26; остями 24, наружная конъюгата неполныхъ 16, діагональная 8,5, истинная около 7 стм. Положеніе плода продольное; спинка влѣво, мелкія части вправо; предлежитъ головка, баллотирующая надъ входомъ въ тазъ. Сердцебіеніе плода 136 въ мин., слѣва и книзу отъ пупка. Наружное изслѣдованіе внутриутробнаго плода, по *Ahlfeld*'у, показало большіе его размѣры. Маточная шейка укорочена; зѣвъ пропускаетъ палецъ.

На основаніи данныхъ изслѣдованія распознаны: 1-ая беременность, хроническая пнеймонія, лордосколіозъ грудныхъ позвонковъ вправо и поясничныхъ влѣво; обще-неравномѣрно съуженный кифо-сколіотическій косопоставленный тазъ.

Съ 28/xi—дня поступленія—до 2/xii положеніе было in statu quo. 2/xii изъ родовыхъ путей появились кровянистыя выдѣленія, и при внутреннемъ изслѣдованіи въ маточной шейкѣ замѣчена наклонность къ сглаживанію. Объемистая головка не могла однако вступать во входъ въ тазъ и продолжала баллотировать. Роженица, по видимому, не сознавала маточныхъ схватокъ. Ей было разъяснено, что роды могутъ окончиться или краніотоміей, или кесарскимъ сѣченіемъ. Роженица желала непремѣнно имѣть живого ребенка и согласилась на кесарское сѣченіе. 3/xii въ 11 час. утра начатъ наркозъ; въ 11 час. 23 мин.—разрѣзъ брюшныхъ покрововъ; въ 11 час. 28 мин. матка выведена изъ брюшной полости; нижній сегментъ ея обхваченъ руками помощника; въ 11 ч. 32 м. матка вскрыта по *Fritsch*'у; разрѣзъ пришелся по части послѣда (у дна и справа): значительное кровотеченіе; ребенокъ извлеченъ за ножки; въ 11 час. 34 мин. удаленъ послѣдъ; подъ кожу впрыснулъ корнутинъ; внутренняя поверхность матки вытерта асептической марлей; въ 11 час. 35 мин. наложено 8 глубокихъ и 4 поверхностныхъ шва на матку; кровотеченіе остановилось; въ 11 час. 43 мин. матка вправлена въ брюшную полость; сдѣланъ туалетъ брюшной полости, и наложено 16 глубокихъ швовъ. Продолжительность операціи 27 мин. Въ 11 час. 50 мин. наркозъ прекращенъ. Кровотеченія нѣтъ. Оперированная, по наложеніи повязки, въ удовлетворительномъ состояніи переведена въ палату. Извлеченный плодъ мужского пола вѣсилъ 3650 грм., длиной былъ въ 52 стм., окружность головки 35 стм.

Въ послѣоперaціонномъ періодѣ можно отмѣтить слѣдующее: перенесенная въ палату, оперированная скоро пришла въ себя и жаловалась на боли въ животѣ, въ области раны кровотеченія нѣтъ, 35°,8—36°,8; п. 80—100, хорошаго наполненія. Ночь проведена спокойно.

4/xii: Въ общемъ состояніе удовлетворительное. Временами появляются умѣренныя маточныя схватки. Кашель. 37°,5; п. 112—130. При прикладываніи ребенка на груди молока нѣтъ, но сосаніе вызываетъ маточныя схватки.

5/xii: Кашлевыя движенія вызываютъ боли въ области раны, вслѣдствіе чего оперированная очень безпокоится.

6/xii: Состояніе тоже. Молока нѣтъ. Появилось небольшое кровохарканье. Ребенка болѣе не прикладываетъ къ груди, 38°; п. 140.

7/xii: Состояніе тоже. 38°,3; п. 120. Ребенокъ питается искусственно; состояніе его удовлетворительное.

8/xii: Здоровье оперированной относительно удовлетворительно.

12/xii: Состояніе тоже. Снята часть брюшныхъ швовъ; первое натяженіе. Матка сократилась хорошо; послѣродовыя выдѣленія сывороточнаго свойства и въ небольшомъ количествѣ.

13/xii: Состояніе оперированной удовлетворительно, изрѣдка безпокоитъ только небольшой кашель; самочувствіе также удовлетворительное.

14/xii: Сняты остальные брюшные швы. Сидитъ.

17/xii встала и 20/xii выписалась изъ клиники, чувствуя себя въ удовлетворительномъ состояніи. Ребенокъ также здоровъ.

Изложивъ исторіи болѣзни 3-хъ роженицъ, у которыхъ я сдѣлалъ кесарское сѣченіе при относительныхъ показаніяхъ, прежде чѣмъ высказать нѣкоторыя свои личныя замѣчанія, приведу нѣсколько литературныхъ справокъ относящихся къ этой операціи.

Условныя показанія къ кесарскому сѣченію потому именно и называются условными, что здѣсь менѣе, чѣмъ гдѣ либо, возможно шаблонное отношеніе къ дѣлу. Поэтому, нисколько не посягая на правоспособность товарищей къ производству этой операціи, я полагаю, что ставить показанія къ ней можетъ только акушеръ опытный, который руководится не одними только, хотя и очень обширными, но теоретическими свѣдѣніями, а переживалъ самъ и не разъ такіе критическіе моменты.

Для характеристики того разногласія, которое имѣется среди спеціалистовъ по вопросу о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи, приведу мнѣнія нѣкоторыхъ акушеровъ. Такъ, *Th. Wyder* [1]), между прочимъ, говоритъ (стр. 94): «при съуженіяхъ таза 3-й степени (5,5—7 стм.) могутъ соперничать между собою только кесарское сѣченіе и прободеніе. Когда смертность отъ кесарскаго сѣченія не будетъ превышать смертности отъ прободенія, то въ неосложненныхъ случаяхъ и въ клиникахъ или тому подобныхъ учрежденіяхъ прободеніе будетъ совершенно оставлено, какъ устарѣлая и отжившая свой вѣкъ операція»... Въ заключеніе *Wyder* (стр. 95) высказывается въ томъ смыслѣ, что онъ считаетъ *преждевременнымъ* мнѣніе тѣхъ авторовъ, которые уже теперь готовы отвести кесарскому сѣченію мѣсто, занимаемое теперь прободеніемъ живыхъ дѣтей. Это осуществится только тогда, когда статистика смертности при обѣихъ операціяхъ дастъ приблизительно однѣ и тѣже цифры, что, по мнѣнію автора, безусловно когда-нибудь наступитъ. Но и тогда на кесарское сѣченіе нужно будетъ смотрѣть, какъ на операцію, требующую для своего производства благоустроеннаго заведенія и опытной руки: въ частной практикѣ краніотомія будетъ играть такую-же важную роль, какъ и теперь. Пока мы должны при нашихъ мѣропріятіяхъ исключительно руководиться жизнью матери, имѣющей болѣе важное соціальное значеніе, чѣмъ жизнь ребенка. Здѣсь-же *Wyder* говоритъ: «при съуженіяхъ таза 2-ой и 1-ой степени я рѣдко рѣшился-бы предложить кесарское сѣченіе и ни въ какомъ случаѣ у первородящей, потому что при этихъ условіяхъ мы еще гораздо менѣе, чѣмъ у многорожавшихъ, знаемъ, какъ протекутъ роды для матери и плода».

Покойный *А. Я. Крассовскій* [2]) по поводу относительнаго показанія къ кесарскому сѣченію говоритъ, между

Digitized by Google

прочимъ, слѣдующее: «Условныя показанія къ кесарскому сѣченію будутъ при съуженіи таза 6—8 стм. истинной конъюгаты. Необходимое условіе: жизнь плода и чтобы предварительно не прибѣгали къ усиленнымъ попыткамъ къ извлеченію его черезъ естественные родовые пути (щипцы, поворотъ съ извлеченіемъ)... Показаніе къ кесарскому сѣченію при подобныхъ условіяхъ потому именно условно, что существуютъ наблюденія, показывающія, что при съуженіяхъ таза отъ 6—8 стм. ($2^1/_4$—$3''$) большею частью приходилось прибѣгать къ кесарскому сѣченію; затѣмъ бывали случаи, въ которыхъ роды при конъюгатѣ около 8 стм. оканчиваемы были благополучно щипцами, поворотомъ на ножки съ послѣдовательнымъ извлеченіемъ и очень рѣдко однѣми силами природы... Слѣдуетъ опредѣлить не только степень съуженія таза, его причину, форму, обще- или частично-съуженный тазъ, хотя приблизительно, величину плода, жизнь его... Кесарское сѣченіе можетъ потребоваться и при нормальныхъ размѣрахъ таза въ случаѣ предшествовавшихъ трудныхъ родовъ, при которыхъ вслѣдствіе необыкновенной величины плода роды были оканчиваемы или труднымъ извлеченіемъ щипцами плода, умиравшаго при этомъ, или помощью уменьшенія плода; и, если при подобныхъ обстоятельствахъ не были произведены искуственные преждевременные роды, то по требованію роженицы можетъ быть произведено кесарское сѣченіе».

*H. Fritsch* [3]) въ главѣ о кесарскомъ сѣченіи по относительнымъ показаніямъ отводитъ широкія границы для производства этой операціи, а именно онъ признаетъ для этого длину истинной конъюгаты отъ 8,5 до 5 стм., но при этомъ подчеркиваетъ, чтобы при кесарскомъ сѣченіи по относительному показанію мать была безусловно здорова, не лихорадила и чтобы у нея не было поврежденій отъ предшествовавшихъ попытокъ къ окончанію родовъ. Нѣсколько далѣе онъ прибавляетъ: «лучшій моментъ для операціи тотъ, когда маточное отверстіе раскрыто приблизительно на 5—6 стм. и схватки сильны».

*C. Schroeder* [4]) для кесарскаго сѣченія при относительныхъ показаніяхъ опредѣляетъ границы истинной конъюгаты въ 5—7,5 стм. при живомъ плодѣ... Здѣсь-же *Schroeder* добавляетъ: «въ настоящее время мы уже вправѣ смотрѣть на кесарское сѣченіе у нелихорадящихъ роженицъ, какъ на операцію малоопасную, при условіи, что существуетъ возможность оперировать при соблюденіи всѣхъ противогнилостныхъ (1896 г.) предосторожностей»...

Проф. *Felix Skutsch* [5]) (Jena) опредѣляетъ относительныя показанія для производства кесарскаго сѣченія въ границахъ 5,5—7 стм. истинной конъюгаты.

Проф. *Н. Ф. Толочиновъ* [6]) признаетъ относительныя показанія для кесарскаго сѣченія въ предѣлахъ 8,5—5,5 стм. истинной конъюгаты, рѣдко при большей величинѣ ея.

Проф. *M. Runge* [7]) устанавливаетъ размѣры истинной конъюгаты въ 6—7,5 стм. для производства кесарскаго сѣченія по относительному показанію, но при этомъ требуетъ еще слѣдующихъ условій: ребенокъ долженъ быть живъ, и силы матери должны быть удовлетворительны; у роженицы не должно быть никакихъ признаковъ ущемленія родовыхъ путей; а тѣмъ болѣе—никакихъ признаковъ зараженія; цѣлость плоднаго пузыря весьма желательна... Кесарское сѣченіе должно быть произведено по возможности въ самомъ началѣ родовъ...

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* [8]) предостерегаетъ отъ увлеченія кесарскимъ сѣченіемъ при относительномъ показаніи. Изложивъ свои соображенія, онъ заявляетъ, что не принадлежитъ къ числу безусловныхъ противниковъ кесарскаго сѣченія при т. наз. относительномъ показаніи, напр. въ случаяхъ остеомаляціи. Далѣе, относительно первобеременныхъ при съуженіи невысокой степени до 8,5—8 стм. истинной конъюгаты онъ, вполнѣ справедливо, не совѣтуетъ вмѣшиваться въ теченіе беременности и, если нельзя во время родовъ извлечь плодъ неповрежденнымъ, совѣтуетъ дѣлать краніотомію, а у повторно-беременныхъ, если прежніе роды оканчивались у нихъ мертворожденнымъ плодомъ или требовали уменьшенія плода, предлагать на выборъ—преждевременные роды, кесарское сѣченіе или лоносѣченіе, а во время родовъ—краніотомію, лоносѣченіе, кесарское сѣченіе. О болѣе высокихъ степеняхъ съуженія въ своихъ заключительныхъ словахъ проф. *Феноменовъ* по поводу относительнаго показанія не говоритъ ничего.

Д-ръ *С. А. Hersfeld* [9]) считаетъ безусловными показанія для кесарскаго сѣченія при истинной конъюгатѣ отъ 6,5 стм., а относительными при 7—8 стм.

Проф. *E. Bumm* [10]) выражается такъ: «кесарское сѣченіе по относительному показанію производится при съуженіяхъ средней степени (mittleren Grades)».

Проф. *A. Martin* [11]) приводитъ свои соображенія о кесарскомъ сѣченіи при относительномъ показаніи по поводу одного случая, встрѣтившагося ему въ его практикѣ.

У 19-лѣтней первороженицы, у которой наружная конъюгата была 18,5, діагональная 11 стм. при угрожающихъ явленіяхъ сдѣлано лоносѣченіе, но при зіяніи раны въ 5 стм. головка не двинулась. Тогда проф. *Martin* произвелъ кесарское сѣченіе и извлекъ живого ребенка, который черезъ часъ, однако, умеръ отъ кровоизліянія между мозговыми оболочками. (Вѣсъ ребенка былъ 3700,0, окружность головки 39 стм.).

*Martin* въ концѣ концовъ приходитъ къ заключенію, что онъ въ будущемъ будетъ прибѣгать къ лоносѣченію только тогда, когда головка стоитъ уже во входѣ или можетъ въ него вдвинуться; въ противномъ-же случаѣ въ интересахъ плода онъ будетъ дѣлать кесарское сѣченіе. По его мнѣнію, это бываетъ при истинной конъюгатѣ ниже 8 стм., но въ исключительныхъ случаяхъ при чрезмѣрно развитомъ плодѣ и твердой головкѣ и при 9 стм.

*Stevens* [12]) въ своемъ очеркѣ устанавливаетъ границы для производства кесарскаго сѣченія при относительномъ показаніи въ предѣлахъ между 7—8 стм. истинной конъюгаты и даже болѣе.

*F. Ahlfeld* [13]), говоря о показаніяхъ къ производству кесарскаго сѣченія, если и не даетъ цифровыхъ данныхъ о томъ, когда онъ считаетъ необходимымъ дѣлать его по относительнымъ показаніямъ, высказывается за то очень опредѣленно о величинѣ истинной конъюгаты, при которой считаетъ обязательнымъ кесарское сѣченіе по безусловному показанію, а именно для этого онъ опредѣляетъ истинную конъюгату въ 5,5—6,5 стм., при чемъ оговаривается, что лучше брать предѣльной послѣднюю цифру. Изъ этого явствуетъ, что и *Ahlfeld* за относительныя показанія для кесарскаго сѣченія принимаетъ длину истинной конъюгаты болѣе 6,5 стм. Кромѣ того, въ главѣ о кесарскомъ сѣченіи по относительному показанію, *Ahlfeld*, по моему мнѣнію, даетъ на этотъ счетъ еще нѣсколько цѣнныхъ указаній. Такъ, напр., онъ отмѣчаетъ, что самымъ подходящимъ временемъ для производства этой операціи будетъ то, когда зѣвъ откроется приблизительно на 3 пальца. Затѣмъ онъ отмѣчаетъ также неправильность мнѣнія, что производство кесарскаго сѣченія до начала родовой дѣятельности можетъ имѣть своимъ послѣдствіемъ плохія сокращенія матки, которыя могутъ дать поводъ къ кровотеченіямъ. Неосновательность такого возрѣнія *Ahlfeld* опровергаетъ своимъ собственнымъ наблюденіемъ: ему пришлось оперировать за 14 дней до конца беременности, до наступленія родовыхъ болей; кровотеченіе было ничтожное; матка стойко оставалась хорошо сокращенной. Далѣе, достойны упоминанія слѣдующія замѣчанія автора относительно выжиданія производства операціи до извѣстнаго раскрытія шейки, что стараются объяснить тѣмъ, что хотятъ обезпечить послѣродовымъ очищеніямъ достаточный оттокъ. По его мнѣнію, это—лишняя предосторожность, такъ какъ при достаточно энергичныхъ послѣродовыхъ сокращеніяхъ матки накопляющіяся лохіи свободно выдѣляются изъ нея. Наконецъ, если оперировать спустя долгое время послѣ разрыва пузыря, то есть опасность, что микроорганизмы уже проникли въ свободную отъ зародышей маточную полость.

Литература по разбираемому вопросу разрослась въ настоящее время до очень значительныхъ размѣровъ, такъ что при всемъ желаніи я не могъ-бы привести ее здѣсь болѣе или менѣе полно. Да это было-бы и излишне, такъ какъ, по моему крайнему убѣжденію, положеніе вопроса достаточно выяснилось для даннаго времени изъ приведенныхъ литературныхъ источниковъ, а потому я считаю

Digitized by Google

себя вправѣ закончить литературный обзоръ приведеніемъ еще только 2-хъ справокъ.

Считая степень уменьшенія истинной конъюгаты до 7—7,5 стм. такою, при которой является уже умѣстнымъ производство кесарскаго сѣченія по относительному показанію, и сравнивая результаты этой послѣдней операціи съ другой операціей, показанной при аналогичныхъ условіяхъ,—лоносѣченіемъ, получимъ слѣдующее. % смертности матерей послѣ кесарскаго сѣченія по *Bar*'у [14]) 6,32, а послѣ лоносѣченія, какъ это вывелъ *Neugebauer* [15]), 11,1. Я привелъ здѣсь только нѣкоторыя литературныя справки, какъ примѣръ и характеристику того, насколько еще не установились мнѣнія объ относительномъ показаніи къ кесарскому сѣченію. Но дѣло не ограничивается только одной стороной операціи—установкой показаній къ ней. Оно идетъ гораздо дальше и касается уже вообще операціи кесарскаго сѣченія: времени производства операціи, способовъ, техники и т. д.; словомъ, здѣсь еще представляется обширное поле для подробной разработки этого оперативнаго пособія. Само собою разумѣется, какъ я уже и замѣтилъ выше, прежде всего обязанность въ усовершенствованіи всякой акушероко-гинекологической операціи лежитъ на спеціалистахъ, которые въ теченіи многихъ лѣтъ имѣли возможность наблюдать большое число патологическихъ родовъ, примѣнять при нихъ и провѣрять различные способы родоразрѣшенія и, какъ необходимое изъ этого слѣдствіе,—выводить изъ своихъ наблюденій тѣ или иныя заключенія. Считая себя принадлежащимъ къ числу врачей послѣдней категоріи, я позволю себѣ на этотъ разъ коснуться нѣкоторыхъ сторонъ разбираемой операціи; при этомъ выскажу *свои мнѣнія по столько, по сколько* они представляются мнѣ опредѣлившимися для настоящаго времени, отнюдь не претендуя на окончательное рѣшеніе затронутыхъ сторонъ вопроса. Я готовъ сказать болѣе того: можетъ быть, въ недалекомъ будущемъ, по мѣрѣ накопленія новыхъ наблюденій, мнѣ самому придется отказаться отъ того или другого изъ высказанныхъ здѣсь мною мнѣній.

И такъ, каждый изъ 3-хъ вышеописанныхъ случаевъ, не смотря на ихъ тождественность, представляетъ вмѣстѣ съ тѣмъ и свои особенности. Само собою разумѣется, изъ такого незначительнаго числа случаевъ нельзя дѣлать какихъ-либо выводовъ, но все-же наблюденіе и единичныхъ случаевъ съ особенностями, встрѣчающимися въ каждомъ изъ нихъ, имѣетъ значеніе въ практическомъ отношеніи. Изъ моихъ случаевъ, какъ видно изъ приведенныхъ исторій болѣзни, въ первыхъ 2-хъ кесарское сѣченіе было произведено въ то время, когда роды были, что называется, въ полномъ ходу, маточный зѣвъ уже дов. широко открылся, маточныя схватки до начала операціи продолжались долгое время, словомъ—мышцы матки, проработавъ долго безъ результата, порядочно поистощились. Въ послѣднемъ-же 3-мъ случаѣ операція была сдѣлана въ самомъ началѣ родовой дѣятельности при незначительномъ открытіи маточнаго зѣва. Въ результатѣ въ первыхъ 2-хъ случаяхъ, матка, освободившись отъ содержимаго, сокращалась очень лѣниво, и получилось послѣдовательное маточное кровотеченіе, которое потребовало соотвѣтственныхъ мѣръ и затянуло нѣсколько ходъ операціи; у 3-й-же беременной, оперированной ранѣе полнаго развитія родовой дѣятельности матки, послѣдняя скоро энергично сократилась, оперированная, не смотря на другія неблагопріятныя сопутствующія обстоятельства, поправлялась относительно быстро. Указанное обстоятельство, подмѣченное у послѣднихъ оперированныхъ мною больныхъ, въ связи съ тѣмъ, что я наблюдалъ у прежде оперированныхъ беременныхъ при аналогичныхъ условіяхъ, заставляетъ меня относительно времени производства операціи нѣсколько отступить отъ мнѣнія, котораго держится большинство акушеровъ. Я полагаю, что кесарское сѣченіе, разъ оно признано необходимымъ, слѣдуетъ дѣлать *или* въ самомъ началѣ родовой дѣятельности, или передъ наступленіемъ ея, словомъ—въ то время, когда матка еще не истощена предшествовавшей мышечной работой. Бояться того, что вслѣдъ за опорожненіемъ матки, если оно произведено до разгара родовъ, не наступитъ сократительной ея дѣятельности, мнѣ кажется, нѣтъ основаній, и вотъ почему: матка въ послѣднее время беременности, благодаря различнымъ процессамъ, разыгрывающимся въ этотъ періодъ беременности, уже является, такъ сказать, приготовленною къ родовому акту, а потому достаточно какого-нибудь импульса, чтобы она проявила свою сократительную способность во всей силѣ. Естественно, что такія воздѣйствія при производствѣ операціи, какъ вліяніе внѣшней среды, дотрогиваніе руками оператора и помощниковъ до наружной поверхности матки, разрѣзъ маточной стѣнки, дотрогиваніе до внутренней поверхности матки при извлеченіи плода и удаленіи послѣда, накладываніе маточныхъ швовъ и т. д., словомъ—совокупность всѣхъ этихъ условій является совершенно достаточнымъ стимуломъ для того, чтобы не только вызвать сократительную дѣятельность матки, но и развить ее въ дальнѣйшемъ до той степени, чтобы опорожненная матка въ послѣопераціонномъ періодѣ совершенно удовлетворительно сократилась. На желательность ранняго оперированія при производствѣ кесарскаго сѣченія, между прочимъ, указывалъ еще *Ahlfeld*. Онъ приводитъ дов. убѣдительный въ этомъ отношеніи фактъ, о которомъ я уже упоминалъ выше.

Мнѣ кажется также, что позднее производство кесарскаго сѣченія не находитъ себѣ оправданія и въ томъ взглядѣ, по которому хотятъ этимъ обезпечить достаточный оттокъ послѣродовыхъ выдѣленій изъ матки. Если принять во вниманіе, съ одной стороны, что въ послѣднее время беременности просвѣтъ канала шейки является уже достаточнымъ, а съ другой—что въ послѣродовомъ періодѣ существуютъ схватки, то опасенія относительно задержки послѣродовыхъ выдѣленій отъ указанныхъ причинъ слѣдуетъ признать неосновательными. Далѣе, нельзя не считаться и съ тѣмъ мнѣніемъ, по которому при производствѣ кесарскаго сѣченія спустя долгое время послѣ разрыва плоднаго пузыря есть опасность, что микроорганизмы уже проникли въ свободную отъ зародышей маточную полость. (*Ahlfeld*). Такія соображенія невольно заставятъ подумать о болѣе раннемъ производствѣ кесарскаго сѣченія, если эта операція признана необходимой и если есть время для размышленія.

При производствѣ своихъ послѣднихъ кесарскихъ сѣченій, равно какъ и почти при всѣхъ прежнихъ, я не накладывалъ на нижній отрѣзокъ матки упругаго жгута, считая этотъ пріемъ не совсѣмъ цѣлесообразнымъ. Какъ не кратковременно дѣйствуетъ упругій жгутъ, во всякомъ случаѣ онъ довольно сильно сжимаетъ нижележащіе отдѣлы матки, т. е., тѣ отдѣлы ея, гдѣ и безъ того сократительная способность матки не велика; производя давленіе, жгутъ обезкровливаетъ эту часть матки, дѣлаетъ ее менѣе возбудимой и, слѣд., еще болѣе ослабляетъ сократительную ея способность,—въ результатѣ неудовлетворительное сокращеніе матки. Съ другой стороны, замѣняя жгутъ сжатіемъ нижняго сегмента матки руками помощника, мы получаемъ сжатіе не на такомъ ограниченномъ пространствѣ, не такое сильное, болѣе нѣжное, и, что самое важное, такое, которое мы можемъ во всякое время легко, скоро и произвольно увеличить или уменьшить; слѣд., имѣемъ возможность управлять нашими дѣйствіями примѣнительно ко всякимъ случайностямъ. Въ произведенныхъ мною случаяхъ кесарскаго сѣченія я ни разу не видѣлъ того, чтобы руки помощника, сжимающаго матку, устали и не могли производить надлежащаго сжатія въ теченіи операціи. Можетъ быть, это возраженіе и имѣло нѣкоторое значеніе въ прежнее время, когда техника не была разработана, какъ теперь, когда такой опытный операторъ какъ покойный *А. Я. Крассовскій* для сшиванія маточной раны принималъ время minimum ½ часа; теперь-же на разрѣзъ матки, извлеченіе плода и наложеніе швовъ тратится всего 10—12 мин., въ теченіи которыхъ помощникъ и сжимаетъ нижній сегментъ матки. Подтвержденіе только-что сказаннаго можно найти и у проф. *Н. Н. Феноменова*, много посодѣйствовавшаго оцѣнкѣ упругаго жгута при кесарскомъ сѣченіи. Руководясь экспериментальными изслѣдованіями, вышедшими изъ его клиники, а также и личными клиническими наблюденіями, *Н. Н. Феноменовъ* въ послѣднемъ изданіи своего опе-

Digitized by Google

ративнаго акушерства (1902 г.) говоритъ: Въ теченіи послѣднихъ 6 лѣтъ я, однако, ни въ одномъ случаѣ кесарскаго сѣченія не примѣнялъ жгута, а довольствовался сжатіемъ нижняго отрѣзка матки руками ассистента».....
*Н. Н. Феноменовъ* въ этомъ отношеніи идетъ еще далѣе; именно за послѣдніе 2 года въ 4-хъ случаяхъ кесарскаго сѣченія онъ не примѣнялъ и этого массоваго сжиманія, а производилъ только сжиманіе (одавливаніе) маточныхъ артерій. Что касается послѣдняго способа, то относительно него я не имѣю пока личнаго опыта, но могу сказать, что, разсуждая принципіально, слѣдуетъ только привѣтствовать это предложеніе.

Маточный шовъ я накладываю такъ: на оба конца достаточно длинной нити вдѣвается по сильно искривленной крѣпкой иглѣ; одну иглу беру я самъ, а другую помощникъ, стоящій у ножа, и поочередно вкалываю иглы изъ просвѣта раны надъ внутренней поверхностью матки такъ, что игла съ ниткой не выходитъ въ полость матки, а вкалывается надъ отпадающей оболочкой и выводится на внѣшнюю поверхность маточной стѣнки; такимъ образомъ накладывается рядъ глубокихъ мышечно-сывороточныхъ швовъ, а затѣмъ, смотря по обстоятельствамъ, проводится большее или меньшее число швовъ поверхностныхъ.

Для сшиванія маточной раны въ послѣднихъ случаяхъ, а равно и въ прежде произведенныхъ мною операціяхъ кесарскаго сѣченія, я употреблялъ шелкъ, хотя, руководясь и теоретическими соображеніями, и личными клиническими наблюденіями, считаю болѣе цѣлесообразнымъ пользоваться для такого шва нитями изъ легче разсасывающагося матеріала, напр., изъ оленьихъ жилъ. Къ сожалѣнію, имѣть постоянно на готовѣ этотъ матеріалъ надлежащаго качества довольно затруднительно; кромѣ того, самое приготовленіе оленьихъ жилъ очень продолжительно и не легко. Съ другой стороны, имѣть заранѣе заготовленныя оленьи жилы неудобно въ томъ отношеніи, что онѣ, какъ мнѣ приходилось убѣждаться въ томъ неоднократно, отъ времени, послѣ извѣстной обработки, теряютъ въ своемъ качествѣ, а именно—дѣлаются недостаточно крѣпкими, что, конечно, не можетъ не имѣть особаго значенія при сшиваніи маточной раны.

Въ заключеніе еще 2 слова относительно направленія разрѣза на беременной маткѣ. Прежде при кесарскомъ сѣченіи я не примѣнялъ поперечнаго разрѣза дна матки по *Fritsch*'у; но въ послѣднихъ 3-хъ случаяхъ я вскрылъ матку по дну, какъ это предлагаетъ *Fritsch*. Само собою разумѣется на основаніи только 3-хъ случаевъ нельзя дѣлать обобщеній, но все-же я позволю себѣ упомянуть о томъ впечатлѣніи, которое произвело на меня это видоизмѣненіе разрѣза матки при кесарскомъ сѣченіи. Кровотеченіе изъ губъ маточной раны, какъ видно изъ приведенныхъ исторій болѣзни, было значительное не только изъ вещества послѣда, попавшаго подъ разрѣзъ, но и изъ раны самой маточной стѣнки; извлеченіе плода изъ полости матки, нетрудное при кесарскомъ сѣченіи вообще, при разрѣзѣ матки по *Fritsch*'у, на мой взглядъ, едва-ли облегчается. Что касается предупрежденія затеканія околоплодной жидкости въ брюшную полость, то этотъ способъ разрѣза также не даетъ особыхъ гарантій: и въ томъ и въ другомъ случаѣ тщательное обкладываніе теплыми марлевыми салфетками выведенной наружу матки и временное смыканіе брюшной раны совершенно предупреждаютъ попаданіе околоплодной жидкости въ брюшную полость. Возможность спаянія матки въ области зашитаго ея разрѣза съ прилежащими сосѣдними органами при томъ и другомъ способахъ вѣроятно въ одинаковой степени. Въ итогѣ я лично не вижу никакихъ преимуществъ въ такомъ нововведеніи *Fritsch*'а. Въ этомъ отношеніи я также согласенъ съ мнѣніемъ *Н. Н. Феноменова*, который говоритъ (стр. 350): «Думается мнѣ, что направленіе разрѣза матки имѣетъ извѣстное значеніе, а именно самымъ благопріятнымъ можно считать то направленіе, которое какъ разъ совпадаетъ со срединной линіей матки, идущей сверху внизъ и дѣлящей ее на 2 равныя части—это своего рода linea alba матки»......

**Источники:** 1. *Th. Wyder.* Perforation, künstliche Frühgeburt und Sectio caesarea in ihrer Stellung zur Therapie beim engen Becken. «Archiv für Gynaekologie», 1888 г. т. XXXII, тетр. 1.—2. Академ. *А. Я. Крассовскій.* Оперативное акушерство, 1889 г., стр. 620—621.—3. *H. Fritsch.* Клиника акушерскихъ операцій. Русск. перев. подъ редакц. ч. пр. *I. Ю. Якуба.* Москва, 1890 г., стр. 294.—4. *O. Schroeder.* Учебникъ акушерства. Русск. пер. подъ редакц. проф. *Г. Е. Рейна.* 1896 г., стр. 603.—5. *Felix Skutsch.* Geburtshilfliche Operationslehre, 1901 г., стр. 290.—6. *Н. Ф. Толочиновъ.* Учебникъ акушерства. Харьковъ, 1898 г., стр. 778.—7. *M. Runge.* Учебникъ акушерства. Русск. пер. д-ра *С. З. Серебренникова.* Петербургъ, 1898 г., стр. 250.—8. *Н. Н. Феноменовъ.* Оперативное акушерство. Петербургъ, 1902 г., стр. 377.—9. *С. А. Herzfeld.* Practische Geburtshilfe, 1897, стр. 378—379.—10. *E. Bumm,* Grundriss zum Studium der Geburtshilfe, 1902 г., стр. 752.—11. *A. Martin.* «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1901 г., № 42.—12. *Stevens.* Modern Caesarean Section. «The Journal of Obstetrics and Gynaecologie of the British Empire», 1902, стр. 53—54.—13. *F. Ahlfeld.* Руководство къ акушерству. Русск. перев. 1900 г., подъ редакц. проф. *Д. О. Отта.*—14. *Bar.* Leçons de pathologie obstétricale. Paris, 1900.—15. *Neugebauer.* Bericht über die Symphyseotomie nebst Nachträgen. *Frommel*'s Jahresbericht», 1899 г.

---

LXI. Изъ терапевтическаго отдѣленія Александровской городской больницы въ Харьковѣ.

## Случай сирингоміэліи въ начальныхъ ступеняхъ ея развитія.

**М. И. Лифшица.**

Сирингоміэлія—болѣзнь, которая въ старыхъ руководствахъ описывалась подъ рубрикой «rara et curiosa». Намеки на описаніе ея имѣются уже въ медицинской литературѣ XVII вѣка; затѣмъ въ XIX вѣкѣ патолого-анатомическая картина этой болѣзни нѣсколько подробнѣе была описана *Ollivier*, но, собственно говоря, точное изученіе этой болѣзни какъ съ клинической, такъ и съ патолого-анатомической стороны началось съ 60-хъ годовъ минувшаго 100-лѣтія, когда оно пошло уже такимъ быстрымъ ходомъ, что въ монографіи *Schlesinger*'а, появившейся всего нѣсколько лѣтъ назадъ, приведено уже болѣе 1500 литературныхъ источниковъ, а съ тѣхъ поръ число работъ объ этой болѣзни возросло еще на нѣсколько сотенъ. Несмотря на такую богатую литературу, и понынѣ время отъ времени приводятся описанія отдѣльныхъ случаевъ сирингоміэліи, что вполнѣ понятно въ виду, съ одной стороны, все-таки сравнительной рѣдкости этой болѣзни, а, съ другой, постоянныхъ попытокъ дополнять клиническую картину припадковъ ея, а въ особенности подмѣчать наиболѣе ранніе патогномоничные ея признаки; въ этомъ послѣднемъ отношеніи, мнѣ кажется, представляетъ нѣкоторый интересъ и нижеприводимый случай.

Патолого-анатомическая сторона болѣзни особенно тщательно разработана *Simon*'омъ, *Westphal*'емъ и *Leyden*'омъ. Отъ сирингоміэліи въ собственномъ смыслѣ этого слова надо отличать форму, прежде не выдѣлявшуюся авторами,—это гидроміэлію, т. е., расширеніе центральнаго спинномозгового канала вслѣдствіе избытка спинно-мозговой жидкости аналогично т. наз. головной водянкѣ (hydrocephalus). При сирингоміэліи въ спинномъ мозгу образуются полости отъ едва видимыхъ подъ лупой до такихъ, чрезъ которыя можно пройти зондомъ. Чаще всего—а по нѣкоторымъ авторамъ и всегда—полости происходятъ вслѣдствіе размягченія болѣзненно разросшейся ткани гліи или нейрогліи—остатка эмбріональнаго развитія. Разрощеніе (а потомъ размягченіе) начинается обыкновенно въ шейной или грудной частяхъ спиннаго мозга, распространяется отсюда вверхъ и внизъ, при чемъ исходной точкой служитъ глія задней спайки вблизи центральнаго канала, и проникаетъ въ переднія и заднія столбы и средніе отдѣлы сѣраго вещества.

Этіологія этой болѣзни, можно сказать, очень обширна или вездѣ одна—а именно неправильность развитія спинного мозга; всѣ-же остальныя условія играютъ лишь роль толчка, ведущаго къ проявленію и развитію этого врожденнаго порока, и въ этомъ отношеніи на первомъ планѣ должна быть поставлена травма, при чемъ, по *Л. С. Ми-*

Digitized by Google

нору, центральная гематоміэлія, причиненная траумой, составляетъ нерѣдко исходную точку процесса. Есть мнѣніе, что при врожденномъ предрасположеніи даже травматическое повреждение конечностей или панарицій могутъ посредствомъ восходящаго нейрита повести къ сирингоміэліи.

Клиническая картина болѣзни впервые обстоятельно была описана *Schulse* и *Kahler*'омъ и вполнѣ соотвѣтствуетъ патолого-анатомическимъ измѣненіямъ при ней. Сюда принадлежатъ: 1) потеря болевой и термической чувствительности, 2) наростающая мышечная атрофія и 3) сосудодвигательныя и трофическія разстройства кожи, подкожной клѣтчатки, костей и сочлененій. Потеря болевого и термическаго чувства при сохраненіи чувствительности къ прикосновенію вполнѣ удовлетворительно объясняется съ точки зрѣнія установленной *Schiff*'омъ гипотезы, что осязательныя ощущенія проводятся по заднимъ столбамъ, а болевыя—по сѣрому веществу. Что-же касается направленія термическихъ ощущеній, то они въ точности еще не выяснены, но имѣются данныя, позволяющія предполагать, что пути эти идутъ смежно съ болевыми. Потеря болевой и термической чувствительности на лицѣ, т. е., въ области, иннервируемой тройничнымъ нервомъ, наблюдаемая въ нѣкоторыхъ случаяхъ сирингоміэліи (между прочимъ, и у нижеописываемой больной), вполнѣ удовлетворительно объясняется, при расположеніи процесса въ шейной части спинного мозга, вовлеченіемъ въ процессъ восходящаго задняго (чувствительнаго) корешка тройничнаго нерва, получающаго волокна частью изъ сѣраго вещества задняго рога спинного мозга (до 2-го шейнаго позвонка). Въ типическихъ и рѣзко выраженныхъ случаяхъ бываетъ наростающая мышечная атрофія. Трофическія разстройства выражаются флегмонами, панариціями, самопроизвольными переломами костей, анкилозами суставовъ и вывихами, на что особое вниманіе обратилъ проф. *Н. А. Соколовъ*.

Случай мой слѣдующій.

В., 17 л., поступила въ больницу 27/XI 1903 г. изъ-за потери чувствительности во всей правой рукѣ, правой 1/2 лица и шеи. Около года назадъ замѣтила, что средній палецъ правой руки не чувствуетъ ни укола, ни ожоги. Съ этого времени внимательно слѣдила за рукой и замѣтила постепенно распространявшуюся вверхъ потерю болевого и теплового чувства. Мѣсяца 2 спустя обожгла руку въ области луче-запястнаго сустава; на мѣстѣ ожоги была дов. большая язва; ни ожога, ни язва боли никакой не причиняли. Въ теченіи года на кисти правой руки часто бывали панариціи и чирьи, тоже остававшіяся безболѣзненными. До этого ничѣмъ никогда не болѣла, если не считать кори, которую перенесла въ 8-лѣтнемъ возрастѣ. Какихъ-либо анамнестическихъ и объективныхъ указаній на бывшую золотуху или рахитъ нѣтъ. Мѣсячныя стала носить съ годъ назадъ; приходили они черезъ 3 недѣли, длились по 5—6 дней, были обильныя, особенно въ первые мѣсяцы, и безъ боли. Родители здоровы. Лѣтъ 8 назадъ упала въ погребъ.—Хорошо сложена и развита для своихъ лѣтъ. Кожа и видимыя слизистыя оболочки достаточно окрашены. Железы нигдѣ не прощупываются. Мышцы хорошо развиты; на правой кисти межкостныя мышцы и мышцы возвышеній большого пальца и мизинца менѣе развиты и дряблѣе, чѣмъ на лѣвой. Лѣвосторонній сколіозъ. Мышечная сила правой руки по динамометру 40—45, лѣвой 50—52. Чувствительность къ прикосновенію сохранена вездѣ, болевая-же совершенно отсутствуетъ во всей правой рукѣ, въ правыхъ, над- и под-ключичной ямкахъ, над- и под-остныхъ впадинахъ до нижней 1/3 лопатки. Сильно понижена болевая чувствительность на правой 1/2 лица и въ кожѣ черепа какъ разъ до средней линіи, затѣмъ справа до средней грудинной, доходя почти до мечевиднаго отростка; пограничная линія пониженной чувствительности идетъ далѣе вправо и кзади до уровня 8—9-го грудного позвонка, а отсюда вверхъ до встрѣчи съ началомъ этой линіи. Въ указанныхъ областяхъ полной анальгезіи наблюдается и полная потеря термической чувствительности, а въ мѣстахъ сильно пониженной болевой чувствительности сильно понижена и термическая, при чемъ холодъ ощущается нѣсколько лучше, чѣмъ тепло. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ указанныхъ областей наблюдается идизэстезія. Въ остальныхъ мѣстахъ всѣ роды чувствительности нормальны; явленій парэстезіи нѣтъ. Постукиваніе черепа и позвоночника безболѣзненно. Сухожильные рефлексы нормальны, за исключеніемъ колѣннаго, который нѣсколько повышенъ. Приспособленіе глазъ и реакція зрачковъ (первичная и вторичная) вполнѣ нормальны. Поле зрѣнія не ограничено. Чувство мѣста и мышечное чувство не нарушены. Фарадическая возбудимость на указанныхъ пораженныхъ мѣстахъ нѣсколько понижена, но реакціи перерожденія нѣтъ. Со стороны психики и внутреннихъ органовъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не наблюдается. Температура нормальная; п. 84, хорошаго наполненія; дых. 18, типа смѣшаннаго съ преобладаніемъ грудного. Мочи за сутки 1250 к. стм., уд. в. 1,012; бѣлка, сахара желчныхъ пигментовъ и форменныхъ элементовъ въ ней нѣтъ.

И такъ изъ характерныхъ для сирингоміэліи признаковъ имѣлось: потеря, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ пониженіе болевой и термической чувствительности въ указанныхъ областяхъ, начинающаяся атрофія межкостныхъ ручныхъ мышцъ и мышцъ возвышеній большого пальца и мизинца и лѣвосторонній сколіозъ. Изъ другихъ заболѣваній, о которыхъ могла-бы быть рѣчь при отличительномъ распознаваніи, прежде всего нужно упомянуть объ истеріи, которая при ея крайне разностороннемъ клиническомъ проявленіи можетъ дать и такого рода картину. Однако для истеріи здѣсь было очень мало данныхъ: постепенное развитіе процесса, стойкость его по времени и мѣсту и отсутстіе т. наз. истерическихъ клеймъ сразу заставляло отказаться отъ предположенія истеріи.

Заболѣваніе плечевого сплетенія и нервовъ руки, будь то нейритъ траумата́ческаго, отравнаго или заразнаго происхожденія, гипертрофическій пахименингитъ, міэлитъ шейной части спинного мозга или медленное сдавленіе спинного мозга въ этой области,—всѣ эти болѣзни имѣютъ обыкновенно другое теченіе и другую клиническую картину, такъ что и о нихъ въ данномъ случаѣ не могло быть рѣчи. Наконецъ, слѣдуетъ упомянуть объ анэстетической формѣ проказы, представляющей иногда сходную картину, давшую поводъ нѣкоторымъ авторамъ (*Prus Zombaco*) отождествлять проказу съ сирингоміэліей. Однако позднѣйшими работами, въ которыхъ путемъ патолого-анатомическихъ изслѣдованій доказано отсутствіе *Hansen*'овской палочки въ тѣхъ случаяхъ сирингоміэліи, которые приняты были за случаи проказы, такое предположеніе было отвергнуто. Что-же касается болѣзни *Morvan*'а, выражающейся повторными безболѣзненными панариціями, выпаденіемъ ногтей и потерей чувствительности въ пораженныхъ областяхъ, то она, собственно говоря, представляетъ собою ничто иное, какъ сирингоміэлію, и даже самый горячій защитникъ самостоятельности этого заболѣванія *Charcot*, давшій этому сочетанію припадковъ названіе «Maladie de *Morvan*», впослѣдствіи сталъ называть его «Syringomyelie type de *Morvan*».

Случай мой представляетъ интересъ въ томъ отношеніи, что въ немъ распознаваніе было поставлено въ начальныхъ ступеняхъ развитія болѣзни. Кромѣ того, я позволю себѣ подчеркнуть важное значеніе лѣвосторонняго сколіоза, какъ признака сирингоміэліи, такъ какъ и въ сообщенномъ случаѣ, и въ 2-хъ другихъ, которые мнѣ пришлось видѣть, признакъ этотъ имѣлся на лицо въ сравнительно раннихъ ступеняхъ заболѣванія.

Въ заключеніе приношу искреннюю благодарность ординатору отдѣленія *А. А. Финкельштейну* за предоставленіе этого случая мнѣ для описанія.

---

## LXII. О жизни и смерти.

Г. Г. Шлатера.

«Тайна—это то, что должно быть разрѣшено»...

(*В. Круке*. Новѣйшіе взгляды на вещество: осуществленіе мечты. Рѣчь, произнесенная 5/VI 1903 г. Русскій перев. Петербургъ, 1903 г.).

«...въ первичномъ зарожденіи жизни не было ничего сверхестественнаго... Если эволюція окружила насъ явленіями и условіями, не заключающими въ себѣ ничего сверхестественнаго, если вокругъ насъ все совершается по простому закону причинности, то нѣтъ никакихъ основаній думать, чтобы въ прошломъ нашей планеты, въ прошломъ органической жизни, было что-либо сверхестественное»,

(*А. Н. Карножицкій*. Кристаллизація и начало органической жизни. «Научное Обозрѣніе», 1895 г.).

Жизнь и смерть—эти высшія проявленія вещества и существа, съ незапамятныхъ временъ волнуютъ человѣчество. Съ тѣхъ поръ, какъ только существуетъ человѣческая мысль, она продолжаетъ свои попытки разгадать эти таинственныя явленія на всѣхъ безчисленныхъ путяхъ своего филогенетическаго развитія. Въ тѣ времена, еще сравнительно недавнія, когда не было научной біологіи, ведущей всѣ свои сужденія изъ всесторонняго познанія вещества, явленія жизни не поддавались анализу, и всѣ безчисленныя попытки облечь ее въ опредѣленныя формы теоріи, подвести ее подъ одну точную формулу носили отпечатокъ полнаго произвола и, не стѣсняемыя никакими границами, увлекали за предѣлы доступнаго познанію. Исходя изъ вѣ-

Digitized by Google

ры въ жизнь, какъ въ нѣчто сверхъестественное, таинственное, научная мысль путалась въ дебряхъ чисто умозрительныхъ ученій и создавала несуществующій разладъ между тѣломъ и духомъ, между веществомъ и его проявленіемъ.

Въ настоящее время, когда мы знакомы съ тончайшимъ строеніемъ организмовъ, когда всѣ проявленія ихъ мы изучаемъ въ тѣснѣйшей генетической ихъ связи и зависимости отъ вещества, когда путемъ лабораторныхъ опытовъ мы стараемся постигнуть законы жизни и органическаго развитія и когда уже пышно развивается научная, экспериментальная психологія,—едва-ли кто сомнѣвается въ томъ, что явленія жизни поддаются нашему анализу и подчинены тѣмъ-же незыблемымъ, единымъ механическимъ законамъ.

«Какъ рыба объ ледъ, испоконъ вѣковъ билась мысль мудрецовъ въ своемъ стремленіи къ единству во всемъ, т. е. въ исканіи «начала началъ», но добилась лишь до того, что все уже должна признавать нераздѣльную, однако и несливаемую, познавательную троицу вѣчныхъ и самобытныхъ: вещества (матеріи), силы (энергіи) и духа, хотя раздѣлить ихъ до конца, безъ явнаго мистицизма, невозможно».

Эти слова *Д. И. Менделѣева* [1]), сказанныя имъ въ началѣ 1903 г., прекрасно выражаютъ основную мысль современной біологіи. Энергія немыслима безъ вещества, а вещество немыслимо, съ точки зрѣнія современнаго развитія физическихъ знаній, безъ энергіи. Духъ, какъ наивысшая форма проявленія энергіи, также немыслимъ внѣ представленія о веществѣ. Поэтому въ настоящее время едва-ли кто сомнѣвается въ томъ, что даже наивысшая форма проявленія жизни, жизнь психическая, жизнь идейная, неразрывно связана съ веществомъ и есть функція вещества; а въ виду этого едва-ли кто станетъ оспаривать, что изученіе основныхъ проявленій и законовъ жизни относится всецѣло къ области естествознанія, т. е. къ области точныхъ наукъ. Возродившійся было въ обновленной формѣ витализмъ, подъ именемъ неовитализма, и современный жаркій обмѣнъ мнѣній по этому поводу, что видно, напр., изъ появленія нѣсколькихъ статей подъ однимъ и тѣмъ же заглавіемъ: матеріализмъ и витализмъ—свидѣтельствуютъ лишь о непроизводительной тратѣ научныхъ силъ, основанной на цѣломъ рядѣ недоразумѣній, непониманія другъ друга, односторонности направленія, недомолвокъ и т. д. Никакого принципіальнаго различія и противорѣчія между т. наз. витализмомъ и т. наз. матеріализмомъ въ настоящее время нѣтъ, ибо по мѣткому выраженію проф. *Н. П. Кравкова* [2]), высказанному имъ въ декабрѣ прошлаго года,

...«современное матеріалистическое направленіе льститъ и матеріалисту рѣшить вопросъ о жизни путемъ физико-химическихъ данныхъ, и въ тоже время заманиваетъ и виталиста одухотворить неорганическую природу».

Эти слова, а также вышеприведенныя слова *Д. И. Менделѣева*, заключаютъ въ себѣ косвенное признаніе, что жизнь вообще широко разлита по всему вещественному міру. Граница между живымъ и мертвымъ, которая въ прежнее время была болѣе или менѣе точно опредѣлена и считалась рѣзко обозначенной, въ настоящее время нарушается и сглаживается все болѣе и болѣе. Даже еще сравнительно недавно, когда послѣднимъ или—вѣрнѣе—первымъ этапомъ жизни считалась типическая клѣтка, тайна зарожденія жизни была для насъ, дѣйствительно, въ полномъ смыслѣ слова тайной, ибо какъ могла жизнь сразу зародиться въ такой удивительно сложной организаціи, какова организація клѣтки, и какимъ образомъ могла филогенетически развиться такая сложная организація безъ признаковъ жизни въ промежуточныхъ формахъ? Но каждый шагъ современной біологіи знакомитъ насъ съ все болѣе и болѣе простыми организмами, съ цѣлымъ рядомъ формъ, въ которыхъ, исходя изъ клѣтки, организація постепенно нисходитъ до организаціи простого, едва уловимаго подъ микроскопомъ зернышка, и предъ нами начинаетъ ясно опредѣляться естественная цѣпь и послѣдовательность филогенетическаго развитія клѣтки, а слѣд. и организованной жизни. Эти чисто морфологическія и физіологическія изысканія въ связи съ новѣйшими успѣхами физико-химическихъ наукъ, значеніе которыхъ для біологіи такъ ярко освѣтилъ проф. *Н. П. Кравковъ* въ вышеупомянутой статьѣ, лишаютъ тайну жизни ея таинственности и вполнѣ убѣждаютъ насъ, что жизнь развилась постепенно. Мало того, пытливый умъ науки сдѣлалъ не разъ попытки перейти воздвигнутую нашимъ незнаніемъ границу между живымъ и мертвымъ и одухотворить т. наз. «мертвую природу», т. е. уловить въ ней первые проблески жизни.

«То, что мы сознаемъ живымъ, говоритъ *Н. П. Кравковъ* или—правильнѣе—что мы инстинктивно чувствуемъ таковымъ, является только извѣстной фазой въ міровомъ круговоротѣ веществъ, гдѣ нѣтъ ни рѣзкихъ границъ, ни скачковъ въ процессахъ, гдѣ процессы неорганическіе постепенно сливаются съ т. наз. жизненными. Чѣмъ одностороннѣе сосредоточиваемъ мы свое вниманіе на крайнихъ формахъ этого круговорота, т. е. на организмахъ, тѣмъ мѣрила жизни для насъ болѣе опредѣленны и несомнѣнны; наоборотъ, чѣмъ кругозоръ нашъ шире захватываетъ міровые процессы во всѣхъ ихъ фазахъ и проявленіяхъ, тѣмъ мы все болѣе теряемъ почву въ этомъ отношеніи».

Я не буду останавливаться на упомянутыхъ попыткахъ, равно какъ обойду молчаніемъ такія, явно тератологическія, измышленія, какъ сообщеніе *Max Münden*'а [3]), и остановлюсь нѣсколько на мысляхъ *А. Н. Карножицкаю* [4]), высказанныхъ имъ впервые 12 лѣтъ назадъ и развитыхъ подробно въ 1895 г.

Считая непрерывный круговоротъ химическихъ и физическихъ процессовъ и перепостроеній, сопровождающихся выдѣленіемъ энергіи, самымъ существеннымъ условіемъ жизни, изъ котораго уже вытекаютъ остальныя основныя свойства ея, и опредѣляя соотвѣтственно этому жизнь, какъ: «...непрерывно дѣйствующую совокупность всѣхъ химическихъ и физическихъ реакцій, служащихъ къ выдѣленію энергіи организма»; исходя вмѣстѣ съ тѣмъ изъ генетически связаннаго съ представленіемъ о жизни понятія о недѣлимомъ, *А. Н. Карножицкій* приводитъ успѣхи и данныя физической кристаллографіи въ доказательство того, что кристаллъ, какъ недѣлимое неорганическаго міра, имѣетъ свою эволюцію («геометрическая эволюція твердаго тѣла»), и что въ моментъ своего образованія онъ вполнѣ удовлетворяетъ этой формулировкѣ жизни, а потому имѣетъ мгновенную, зачаточную жизнь, сразу потухающую, какъ только кристаллъ образовался и подпалъ вліянію окружающей среды»... «Жизнь» кристалловъ, говоритъ *А. Н. Карножицкій*, по скольку только она можетъ быть отождествляема съ жизнью организмовъ, соотвѣтствуетъ тому, обыкновенно крайне ничтожному, періоду времени, въ теченіи котораго совершается образованіе кристаллическаго слоя». «...Кристаллъ, говоритъ онъ далѣе, въ періодъ своей «жизни» есть ни иное что, какъ простѣйшій изъ простѣйшихъ организмовъ». Высказывая эту парадоксальную мысль, авторъ поясняетъ ее такъ: «...Я вывожу органическое недѣлимое не отъ кристалла непосредственно, но изъ того состоянія, въ которомъ находилось кристаллическое вещество въ моментъ образованія», или далѣе: «Да не пойметъ меня превратно читатель! Я вовсе не говорю, что живущій индивидуумъ произошелъ, въ общей цѣпи эволюціи, изъ кристалла. Кристаллъ въ томъ видѣ, въ какомъ мы его наблюдаемъ, изучаемъ подъ микроскопомъ и т. п., есть только мертвое тѣло, есть только «окаменѣлое» воспоминаніе того, что совершалось въ моментъ его образованія, т. е. перехода жидкаго тѣла въ твердое. Я говорю только, что процессы, совершающіе и сопровождающіе кристаллообразованіе, весьма близки, по сущности своей, къ тѣмъ, которые совершали и сопровождали образованіе живущей клѣтки» или—вѣрнѣе—первичной структурной единицы живого вещества, сказалъ-бы я.

Мысль *А. Н. Карножицкаю* точна, ясна и логична. Но, если даже допустить, что въ эволюціи кристалла, въ короткій, едва уловимый промежутокъ возникновенія, образованія и формаціи его, т. е. въ моментъ онтогенетическаго, если можно такъ выразиться, его развитія, созидательныя силы природы и сдѣлали попытку зародить жизнь, то нужно все-же признать, что попытка эта была неудачна: она не сдѣлала жизнь вѣчной; она не вселила въ кристаллъ способности продлить свое существованіе особи дальше момента образованія, ибо неподвижныя, застывшія кристаллическія формы, такъ сказать, сковали жизнь и подавили ее при самомъ ея возникновеніи; и неорганическая природа осталась мертва, дѣлая лишь одиночные вздохи жизни въ своихъ кристаллическихъ особяхъ въ моментъ ихъ образованія. А потому попытки нѣкоторыхъ біологовъ, какъ *W. Haacke* и *R. Altmann*, построившихъ живое вещество, протоплазму, изъ кристалловъ, нужно считать также вполнѣ неудачными.

Оказывается такимъ образомъ, что зарожденіе жизни шло 2-мя самостоятельными, независимыми другъ отъ друга, путями или вѣтвями, берущими однако свое начало изъ одного общаго источника. Одинъ изъ этихъ путей, какъ убѣдилъ насъ *А. Н. Карножицкій*, не осуществилъ великой задачи природы и не повелъ эволюцію жизни дальше ея самаго перваго начала, дальше переходнаго

Digitized by Google

нору, центральная гэматоміэлія, причиненная травмой, составляетъ нерѣдко исходную точку процесса. Есть мнѣніе, что при врожденномъ предрасположеніи даже травматическое поврежденіе конечностей или панарицій могутъ посредствомъ восходящаго нейрита повести къ сирингоміэліи.

Клиническая картина болѣзни впервые обстоятельно была описана *Schulze* и *Kahler*'омъ и вполнѣ соотвѣтствуетъ патолого-анатомическимъ измѣненіямъ при ней. Сюда принадлежатъ: 1) потеря болевой и термической чувствительности, 2) наростающая мышечная атрофія и 3) сосудодвигательныя и трофическія разстройства кожи, подкожной клѣтчатки, костей и сочлененій. Потеря болевого и термическаго чувства при сохраненіи чувствительности къ прикосновенію вполнѣ удовлетворительно объясняется съ точки зрѣнія установленной *Schiff*'омъ гипотезы, что осязательныя ощущенія проводятся по заднимъ столбамъ, а болевыя—по сѣрому веществу. Что-же касается направленія термическихъ ощущеній, то они въ точности еще не выяснены, но имѣются данныя, позволяющія предполагать, что пути эти идутъ смежно съ болевыми. Потеря болевой и термической чувствительности на лицѣ, т. е., въ области, иннервируемой тройничнымъ нервомъ, наблюдаемая въ нѣкоторыхъ случаяхъ сирингоміэліи (между прочимъ, и у нижеописываемой больной), вполнѣ удовлетворительно объясняется, при расположеніи процесса въ шейной части спинного мозга, вовлеченіемъ въ процессъ восходящаго задняго (чувствительнаго) корешка тройничнаго нерва, получающаго волокна частью изъ сѣраго вещества задняго рога спинного мозга (до 2-го шейнаго позвонка). Въ типическихъ и рѣзко выраженныхъ случаяхъ бываетъ наростающая мышечная атрофія. Трофическія разстройства выражаются флегмонами, панариціями, самопроизвольными переломами костей, анкилозами суставовъ и вывихами, на что особое вниманіе обратилъ проф. *Н. А. Соколовъ*.

Случай мой слѣдующій.

В., 17 л., поступила въ больницу 27/xi 1903 г. изъ-за потери чувствительности во всей правой рукѣ, правой $1/2$ лица и шеи. Около года назадъ замѣтила, что средній палецъ правой руки не чувствуетъ ни укола, ни ожоги. Съ этого времени внимательно слѣдила за рукой и замѣтила постепенно распространявшуюся вверхъ потерю болевого и теплового чувства. Мѣсяца 2 спустя обожгла руку въ области луче-запястнаго сустава; на мѣстѣ ожоги была дов. большая язва; ни ожога, ни язва боли никакой не причиняли. Въ теченіи года на кисти правой руки часто бывали панариціи и чирьи, тоже остававшіяся безболѣзненными. До этого ничѣмъ никогда не болѣла, если не считать кори, которую перенесла въ 8-лѣтнемъ возрастѣ. Какихъ-либо анамнестическихъ и объективныхъ указаній на бывшую золотуху или рахитъ нѣтъ. Мѣсячныя стала носить съ годъ назадъ; приходили они черезъ 3 недѣли, длились по 5—6 дней, были обильныя, особенно въ первые мѣсяцы, и безъ боли. Родители здоровы. Лѣтъ 8 назадъ упала въ погребъ.—Хорошо сложена и развита для своихъ лѣтъ. Кожа и видимыя слизистыя оболочки достаточно окрашены. Железы нигдѣ не прощупываются. Мышцы хорошо развиты; на правой кисти межкостныя мышцы и мышцы возвышеній большого пальца и мизинца менѣе развиты и дряблѣе, чѣмъ на лѣвой. Лѣвосторонній сколіозъ. Мышечная сила правой руки по динамометру 40—45, лѣвой 50—52. Чувствительность къ прикосновенію сохранена вездѣ, болевая-же совершенно отсутствуетъ во всей правой рукѣ, въ правыхъ, над- и под-ключичной ямкахъ, над- и под-остныхъ впадинахъ до нижней $1/3$ лопатки. Сильно понижена болевая чувствительность на правой $1/2$ лица и въ кожѣ черепа какъ разъ до средней линіи, затѣмъ справа до средней грудинной, доходя почти до мечевиднаго отростка; пограничная линія пониженной чувствительности идетъ далѣе вправо и кзади до уровня 8—9-го грудного позвонка, а отсюда вверхъ до встрѣчи съ началомъ этой линіи. Въ указанныхъ областяхъ полной анальгезіи наблюдается и полная потеря термической чувствительности, а въ мѣстахъ сильно пониженной болевой чувствительности сильно понижена и термическая, при чемъ холодъ ощущается нѣсколько лучше, чѣмъ тепло. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ указанныхъ областей наблюдается идизэстезія. Въ остальныхъ мѣстахъ всѣ роды чувствительности нормальны; явленій парэстезіи нѣтъ. Постукиваніе черепа и позвоночника безболѣзненно. Сухожильные рефлексы нормальны, за исключеніемъ колѣннаго, который нѣсколько повышенъ. Приспособленіе глазъ и реакція зрачковъ (первичная и вторичная) вполнѣ нормальны. Поле зрѣнія не ограничено. Чувство мѣста и мышечное чувство не нарушены. Фарадическая возбудимость на указанныхъ пораженныхъ мѣстахъ нѣсколько понижена, но реакціи перерожденія нѣтъ. Со стороны психики и внутреннихъ органовъ какихъ либо уклоненій отъ нормы не наблюдается. Температура нормальная; п. 84, хорошаго наполненія; дых. 18, типа смѣшаннаго съ преобладаніемъ грудного. Мочи за сутки 1250 к. стм., уд. в. 1,012; бѣлка, сахара желчныхъ пигментовъ и форменныхъ элементовъ въ ней нѣтъ.

И такъ изъ характерныхъ для сирингоміэліи признаковъ имѣлось: потеря, а въ нѣкоторыхъ мѣстахъ пониженіе болевой и термической чувствительности въ указанныхъ областяхъ, начинающаяся атрофія межкостныхъ ручныхъ мышцъ и мышцъ возвышеній большого пальца и мизинца и лѣвосторонній сколіозъ. Изъ другихъ заболѣваній, о которыхъ могла-бы быть рѣчь при отличительномъ распознаваніи, прежде всего нужно упомянуть объ истеріи, которая при ея крайне разностороннемъ клиническомъ проявленіи можетъ дать и такого рода картину. Однако для истеріи здѣсь было очень мало данныхъ: постепенное развитіе процесса, стойкость его по времени и мѣсту и отсутствіе т. наз. истерическихъ клеймъ сразу заставляло отказаться отъ предположенія истеріи.

Заболѣваніе плечевого сплетенія и нервовъ руки, будь то нейритъ травматическаго, отравнаго или заразнаго происхожденія, гипертрофическій пахименингитъ, міэлитъ шейной части спинного мозга или медленное сдавленіе спинного мозга въ этой области,—всѣ эти болѣзни имѣютъ обыкновенно другое теченіе и другую клиническую картину, такъ что и о нихъ въ данномъ случаѣ не могло быть рѣчи. Наконецъ, слѣдуетъ упомянуть объ анэстетической формѣ проказы, представляющей иногда сходную картину, давшую поводъ нѣкоторымъ авторамъ (*Prus Zombaco*) отождествлять проказу съ сирингоміэліей. Однако позднѣйшими работами, въ которыхъ путемъ патолого-анатомическихъ изслѣдованій доказано отсутствіе *Hansen*'овской палочки въ тѣхъ случаяхъ сирингоміэліи, которые приняты были за случаи проказы, такое предположеніе было отвергнуто. Что-же касается болѣзни *Morvan*'а, выражающейся повторными безболѣзненными панариціями, выпаденіемъ ногтей и потерей чувствительности въ пораженныхъ областяхъ, то она, собственно говоря, представляетъ собою ничто иное, какъ сирингоміэлію, и даже самый горячій защитникъ самостоятельности этого заболѣванія *Charcot*, давшій этому сочетанію припадковъ названіе «Maladie de *Morvan*», впослѣдствіи сталъ называть его «Syringomyelie type de *Morvan*».

Случай мой представляетъ интересъ въ томъ отношеніи, что въ немъ распознаваніе было поставлено въ начальныхъ ступеняхъ развитія болѣзни. Кромѣ того, я позволю себѣ подчеркнуть важное значеніе лѣвосторонняго сколіоза, какъ признака сирингоміэліи, такъ какъ и въ сообщенномъ случаѣ, и въ 2-хъ другихъ, которые мнѣ пришлось видѣть, признакъ этотъ имѣлся на лицо въ сравнительно раннихъ ступеняхъ заболѣванія.

Въ заключеніе приношу искреннюю благодарность ординатору отдѣленія *А. А. Финкельштейну* за предоставленіе этого случая мнѣ для описанія.

---

## LXII. О жизни и смерти.

Г. Г. Шлатера.

> «Тайна—это то, что должно быть разрѣшено»...
>
> (*В. Круке*. Новѣйшіе взгляды на вещество: осуществленіе мечты. Рѣчь, произнесенная 5/vi 1903 г. Русскій перев. Петербургъ, 1903 г.).
>
> «...въ первичномъ зарожденіи жизни не было ничего сверхестественнаго... Если эволюція окружила насъ явленіями и условіями, не заключающими въ себѣ ничего сверхестественнаго, если вокругъ насъ все совершается по простому закону причинности, то нѣтъ никакихъ основаній думать, чтобы въ прошломъ нашей планеты, въ прошломъ органической жизни, было что-либо сверхестественное»,
>
> (*А. Н. Карножицкій*. Кристаллизація и начало органической жизни. «Научное Обозрѣніе», 1895 г.).

Жизнь и смерть—эти высшія проявленія вещества и существа, съ незапамятныхъ временъ волнуютъ человѣчество. Съ тѣхъ поръ, какъ только существуетъ человѣческая мысль, она продолжаетъ свои попытки разгадать эти таинственныя явленія на всѣхъ безчисленныхъ путяхъ своего филогенетическаго развитія. Въ тѣ времена, еще сравнительно недавнія, когда не было научной біологіи, ведущей всѣ свои сужденія изъ всесторонняго познанія вещества, явленія жизни не поддавались анализу, и всѣ безчисленныя попытки облечь ее въ опредѣленныя формы теоріи, подвести ее подъ одну точную формулу носили отпечатокъ полнаго произвола и, не стѣсняемыя никакими границами, увлекали за предѣлы доступнаго познанію. Исходя изъ вѣ-

ры въ жизнь, какъ въ нѣчто сверхестественное, таинственное, научная мысль путалась въ дебряхъ чисто умозрительныхъ ученій и создавала несуществующій разладъ между тѣломъ и духомъ, между веществомъ и его проявленіемъ.

Въ настоящее время, когда мы знакомы съ тончайшимъ строеніемъ организмовъ, когда всѣ проявленія ихъ мы изучаемъ въ тѣснѣйшей генетической ихъ связи и зависимости отъ вещества, когда путемъ лабораторныхъ опытовъ мы стараемся постигнуть законы жизни и органическаго развитія и когда уже пышно развивается научная, экспериментальная психологія,—едва-ли кто сомнѣвается въ томъ, что явленія жизни поддаются нашему анализу и подчинены тѣмъ-же незыблемымъ, единымъ механическимъ законамъ.

«Какъ рыба объ ледъ, испоконъ вѣковъ билась мысль мудрецовъ въ своемъ стремленіи къ единству во всемъ, т. е. въ исканіи «начала началъ», но добилась лишь до того, что все уже должна признавать нераздѣльную, однако и несливаемую, познавательную троицу вѣчныхъ и самобытныхъ: вещества (матеріи), силы (энергіи) и духа, хотя раздѣлить ихъ до конца, безъ явнаго мистицизма, невозможно».

Эти слова *Д. И. Менделѣева* [1]), сказанныя имъ въ началѣ 1903 г., прекрасно выражаютъ основную мысль современной біологіи. Энергія немыслима безъ вещества, а вещество немыслимо, съ точки зрѣнія современнаго развитія физическихъ знаній, безъ энергіи. Духъ, какъ наивысшая форма проявленія энергіи, также немыслимъ внѣ представленія о веществѣ. Поэтому въ настоящее время едва-ли кто сомнѣвается въ томъ, что даже наивысшая форма проявленія жизни, жизнь психическая, жизнь идейная, неразрывно связана съ веществомъ и есть функція вещества; а въ виду этого едва-ли кто станетъ оспаривать, что изученіе основныхъ проявленій и законовъ жизни относится всецѣло къ области естествознанія, т. е. къ области точныхъ наукъ. Возродившійся было въ обновленной формѣ витализмъ, подъ именемъ неовитализма, и современный жаркій обмѣнъ мнѣній по этому поводу, что видно, напр., изъ появленія нѣсколькихъ статей подъ однимъ и тѣмъ же заглавіемъ: матеріализмъ и витализмъ—свидѣтельствуютъ лишь о непроизводительной тратѣ научныхъ силъ, основанной на цѣломъ рядѣ недоразумѣній, непониманія другъ друга, односторонности направленія, недомолвокъ и т. д. Никакого принципіальнаго различія и противорѣчія между т. наз. витализмомъ и т. наз. матеріализмомъ въ настоящее время нѣтъ, ибо по мѣткому выраженію проф. *Н. П. Кравкова* [2]), высказанному имъ въ декабрѣ прошлаго года,

...«современное матеріалистическое направленіе льститъ и матеріалисту рѣшить вопросъ о жизни путемъ физико-химическихъ данныхъ, и въ тоже время заманиваетъ и виталиста одухотворить неорганическую природу».

Эти слова, а также вышеприведенныя слова *Д. И. Менделѣева*, заключаютъ въ себѣ косвенное признаніе, что жизнь вообще широко разлита по всему вещественному міру. Граница между живымъ и мертвымъ, которая въ прежнее время была болѣе или менѣе точно опредѣлена и считалась рѣзко обозначенной, въ настоящее время нарушается и сглаживается все болѣе и болѣе. Даже еще сравнительно недавно, когда послѣднимъ или—вѣрнѣе—первымъ этапомъ жизни считалась типическая клѣтка, тайна зарожденія жизни была для насъ, дѣйствительно, въ полномъ смыслѣ слова тайной, ибо какъ могла жизнь сразу зародиться въ такой удивительно сложной организаціи, какова организація клѣтки, и какимъ образомъ могла филогенетически развиться такая сложная организація безъ признаковъ жизни въ промежуточныхъ формахъ? Но каждый шагъ современной біологіи знакомитъ насъ съ все болѣе и болѣе простыми организмами, съ цѣлымъ рядомъ формъ, въ которыхъ, исходя изъ клѣтки, организація постепенно нисходитъ до организаціи простого, едва уловимаго подъ микроскопомъ зернышка, и предъ нами начинаетъ ясно опредѣляться естественная цѣпь и послѣдовательность филогенетическаго развитія клѣтки, а слѣд. и организованной жизни. Эти чисто морфологическія и физіологическія изысканія въ связи съ новѣйшими успѣхами физико-химическихъ наукъ, значеніе которыхъ для біологіи такъ ярко освѣтилъ проф. *Н. П. Кравковъ* въ вышеупомянутой статьѣ, лишаютъ тайну жизни ея таинственности и вполнѣ убѣждаютъ насъ, что жизнь развилась постепенно. Мало того, пытливый умъ науки сдѣлалъ не разъ попытки перейти воздвигнутую нашимъ незнаніемъ границу между живымъ и мертвымъ и одухотворить т. наз. «мертвую природу», т. е. уловить въ ней первые проблески жизни.

«То, что мы сознаемъ живымъ, говоритъ *Н. П. Кравковъ* или—правильнѣе—что мы инстинктивно чувствуемъ таковымъ, является только извѣстной фазой въ міровомъ круговоротѣ веществъ, гдѣ нѣтъ ни рѣзкихъ границъ, ни скачковъ въ процессахъ, гдѣ процессы неорганическіе постепенно сливаются съ т. наз. жизненными. Чѣмъ одностороннѣе сосредоточиваемъ мы свое вниманіе на крайнихъ формахъ этого круговорота, т. е. на организмахъ, тѣмъ мѣрила жизни для насъ болѣе опредѣленны и несомнѣнны; наоборотъ, чѣмъ кругозоръ нашъ шире захватываетъ міровые процессы во всѣхъ ихъ фазахъ и проявленіяхъ, тѣмъ мы все болѣе теряемъ почву въ этомъ отношеніи».

Я не буду останавливаться на упомянутыхъ попыткахъ, равно какъ обойду молчаніемъ такія, явно тератологическія, измышленія, какъ сообщеніе *Max Münden*'а [3]), и остановлюсь нѣсколько на мысляхъ *А. Н. Карножицкаго* [4]), высказанныхъ имъ впервые 12 лѣтъ назадъ и развитыхъ подробно въ 1895 г.

Считая непрерывный круговоротъ химическихъ и физическихъ процессовъ и перепостроеній, сопровождающихся выдѣленіемъ энергіи, самымъ существеннымъ условіемъ жизни, изъ котораго уже вытекаютъ остальныя основныя свойства ея, и опредѣляя соотвѣтственно этому жизнь, какъ: «...непрерывно дѣйствующую совокупность всѣхъ химическихъ и физическихъ реакцій, служащихъ къ выдѣленію энергіи организма»; исходя вмѣстѣ съ тѣмъ изъ генетически связаннаго съ представленіемъ о жизни понятія о недѣлимомъ, *А. Н. Карножицкій* приводитъ успѣхи и данныя физической кристаллографіи въ доказательство того, что кристаллъ, какъ недѣлимое неорганическаго міра, имѣетъ свою эволюцію («геометрическая эволюція твердаго тѣла»), и что въ моментъ своего образованія онъ вполнѣ удовлетворяетъ этой формулировкѣ жизни, а потому имѣетъ мгновенную, зачаточную жизнь, сразу потухающую, какъ только кристаллъ образовался и подпалъ вліянію окружающей среды»... «Жизнь» кристалловъ, говоритъ *А. Н. Карножицкій*, по скольку только она можетъ быть отождествляема съ жизнью организмовъ, соотвѣтствуетъ тому, обыкновенно крайне ничтожному, періоду времени, въ теченіи котораго совершается образованіе кристаллическаго слоя». «...Кристаллъ, говоритъ онъ далѣе, въ періодъ своей «жизни» есть ни иное что, какъ простѣйшій изъ простѣйшихъ организмовъ». Высказывая эту парадоксальную мысль, авторъ поясняетъ ее такъ: «...Я вывожу органическое недѣлимое не отъ кристалла непосредственно, но изъ того состоянія, въ которомъ находилось кристаллическое вещество въ моментъ образованія», или далѣе: «Да не пойметъ меня превратно читатель! Я вовсе не говорю, что живущій индивидуумъ произошелъ, въ общей цѣпи эволюціи, изъ кристалла. Кристаллъ въ томъ видѣ, въ какомъ мы его наблюдаемъ, изучаемъ подъ микроскопомъ и т. п., есть только мертвое тѣло, есть только «окаменѣлое» воспоминаніе того, что совершалось въ моментъ его образованія, т. е. перехода жидкаго тѣла въ твердое. Я говорю только, что процессы, совершающіе и сопровождающіе кристаллообразованіе, весьма близки, по сущности своей, къ тѣмъ, которые совершали и сопровождали образованіе живущей клѣтки» или—вѣрнѣе—первичной структурной единицы живого вещества, сказалъ-бы я.

Мысль *А. Н. Карножицкаго* точна, ясна и логична. Но, если даже допустить, что въ эволюціи кристалла, въ короткій, едва уловимый промежутокъ возникновенія, образованія и формаціи его, т. е. въ моментъ онтогенетическаго, если можно такъ выразиться, его развитія, созидательныя силы природы и сдѣлали попытку зародить жизнь, то нужно все-же признать, что попытка эта была неудачна: она не сдѣлала жизнь вѣчной; она не вселила въ кристаллъ способности продлить свое существованіе особи дальше момента образованія, ибо неподвижныя, застывшія кристаллическія формы, такъ сказать, сковали жизнь и подавили ее при самомъ ея возникновеніи; и неорганическая природа осталась мертва, дѣлая лишь одиночные вздохи жизни въ своихъ кристаллическихъ особяхъ въ моментъ ихъ образованія. А потому попытки нѣкоторыхъ біологовъ, какъ *W. Haacke* и *R. Altmann*, построившихъ живое вещество, протоплазму, изъ кристалловъ, нужно считать также вполнѣ неудачными.

Оказывается такимъ образомъ, что зарожденіе жизни шло 2-мя самостоятельными, независимыми другъ отъ друга, путями или вѣтвями, берущими однако, свое начало изъ одного общаго источника. Одинъ изъ этихъ путей, какъ убѣдилъ насъ *А. Н. Карножицкій*, не осуществилъ великой задачи природы и не повелъ эволюцію жизни дальше ея самаго перваго начала, дальше переходнаго

состоянія вещества отъ мертваго къ живому. 2-ой путь осуществилъ принципъ жизни. Перейдя въ состояніе аморфное и потомъ коллоидальное, вещество получило пластическую, если можно такъ выразиться, способность создать наисложнѣйшее изъ намъ извѣстныхъ веществъ, бѣлковое, и выработать въ гигантской бѣлковой молекулѣ наисложнѣйшее сочетаніе разнообразнѣйшихъ физико-химическихъ перепостроеній. Въ этой сложности бѣлковой частицы, въ ея удивительной стойкости и вмѣстѣ съ тѣмъ поразительной внутричастичной химической подвижности лежали благопріятныя для развитія жизни условія. Получилась возможность выработаться тому свойству вещества, которое придало ему безостановочное, поступательное движеніе по пути развитія жизни и организаціи. Свойство это — способность самосозиданія, т. е. способность возстановлять ту трату вещества и энергіи, которая сопровождаетъ всякія жизненныя проявленія, и вытекающая отсюда способность къ созиданію новаго живого вещества, къ размноженію недѣлимыхъ, т. е. къ сохраненію вида. Говоря о томъ, что въ веществѣ происходитъ сумма химическихъ и физическихъ процессовъ, сопровождающихся обнаруживаніемъ энергіи и возстановленіемъ тратъ, я говорю собственно только о попыткахъ природы создать такія сочетанія физико-химическихъ явленій въ веществѣ, отъ которыхъ, вѣроятно, эволюція жизни взяла свое начало. Представимъ-ли мы себѣ одну лишь химическую частицу подобнаго вещества, или доступную для изслѣдованія и экспериментированія массу его, оно будетъ проявлять совершенно тѣже свойства во всѣхъ своихъ частяхъ, оно будетъ, такъ сказать, безлично. И лишь тогда, когда совокупность этихъ физикохимическихъ явленій образовала замкнутую, сложную систему, когда система эта образовала одно цѣлое, одинъ сложный вихрь и когда эта гигантская молекула-вихрь, сконцентрировавшись пространственно, отдѣлилась отъ общей массы и облеклась въ опредѣленныя формы структурной единицы, т. е. недѣлимаго, лишь тогда, т. е., когда вещество преобразилось въ существо,—зародилась жизнь. Ибо жизнь не мыслима безъ понятія объ особи. Лишь въ первичномъ недѣлимомъ въ первичной живой молекулѣ-вихрѣ могли сказаться основныя свойства жизни: созидать внутри себя живое вещество изъ мертваго, рости и, достигнувъ извѣстнаго роста и организаціи, размножаться. Но каковаже форма, каковъ внѣшній обликъ первичнаго живого недѣлимаго? Не вдаваясь ни въ какія разсужденія, можно только съ большей или меньшей вѣроятностью сказать, что эта форма должна быть—сферическая, форма первичнаго сферическаго зернышка. Это доказывается, во 1-хъ, существующимъ во всемъ организованномъ мірѣ стремленіемъ всѣхъ самостоятельныхъ отдѣльностей принять такой объемъ, который представлялъ-бы наивозможно меньшую поверхность для воздѣйствія неблагопріятныхъ условій внѣшней среды, а таковой поверхностью является поверхность шарообразная; во 2-хъ, сферическая форма наиболѣе соотвѣтствуетъ представленію о той динамической системѣ подвижного равновѣсія о той молекулѣ-вихрѣ, какую, согласно взгляду недавно скончавшагося, нашего талантливаго гистолога, проф. *Н. К. Чермака*, къ которому я всецѣло присоединяюсь, представляетъ собой первичная живая единица: стоитъ только вспомнить, что и небесныя вихри-солнечныя системы, вращающіяся во вселенной,—также сфероиды; наконецъ, въ 3-хъ, чисто морфологическія, гистологическія изысканія доказываютъ это съ полной убѣдительностью, такъ какъ наипростѣйшія, доступныя нашему вооруженному глазу живыя единицы, суть сферическія зернышки.

И такъ, что было не подъ силу кристаллу, то осуществила организація коллоидальнаго сферическаго зернышка. Кристаллическая форма индивидуализаціи вещества оказалась пагубной для жизни, а гранулярная—породила ее. Кристаллъ кристалломъ и остался; его эволюція не пошла дальше образованія кристаллическихъ формъ различной степени симметріи, а эволюція коллоидальнаго зернышка, пройдя безконечный рядъ все осложняющихся формъ завершилась уже, какъ кажется на первый взглядъ человѣкомъ съ его пытливымъ познавательнымъ умомъ.

Вмѣстѣ съ тѣмъ, лишь съ того момента, какъ появилось первичное, живущее недѣлимое, когда оно начало жить самостоятельною жизнью, но въ зависимости отъ непосредственнаго воздѣйствія внѣшней среды, вступила въ свои права и смерть, ибо говорить о смерти внѣ представленія о недѣлимомъ едва-ли можно. Умереть, какъ и жить, можетъ только самостоятельная, морфологически оформленная, вещественная единица, т. е., особь. Изъ этого момента жизнь и смерть идутъ рука объ руку: безъ смерти нѣтъ жизни, и безъ жизни нѣтъ смерти. Я имѣю въ виду затронуть біологическую сторону вопроса, главнымъ образомъ о смерти, и подойти къ ней съ нѣсколько необычной стороны.

(*Продолженіе слѣдуетъ.*)

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Изъ Berlin'а.

### Дѣло магнетопата Schröter'а.

Съ тѣхъ поръ, какъ Германскія правительства сознали вредное вліяніе сильнаго развитія шарлатанства на народное здравіе, судебныя преслѣдованія противъ отдѣльныхъ шарлатановъ сдѣлались довольно частымъ явленіемъ. Особенно ревностно принялись за преслѣдованіе шарлатановъ въ Пруссіи. Въ большинствѣ случаевъ судебное разбирательство этихъ дѣлъ не представляетъ особаго интереса, и, если я намѣренъ теперь подробно сообщить объ одномъ изъ такихъ дѣлъ, то только потому, что это дѣло представляется особенно интереснымъ, главнымъ образомъ съ точки зрѣнія ознакомленія русскихъ товарищей съ нѣкоторыми медицинскими лжеученіями, которыя находятъ себѣ послѣдователей не только въ средѣ мало разборчивыхъ шарлатановъ, но и отчасти и между дипломированными врачами. Благодаря тому, что и прокуратура, и защита въ Германіи широко пользуются правомъ приглашать для выясненія спеціальныхъ вопросовъ свѣдущихъ людей, залъ засѣданія Суда во время разбирательства подобныхъ дѣлъ часто напоминаетъ медицинскую коллегію, гдѣ происходятъ пренія между представителями различныхъ ученій. Чтобы дать возможность подсудимому проявить свои познанія по части распознаванія и лѣченія болѣзней, въ Судъ приглашаются больные, приносятся нужные инструменты и пособія—словомъ, дѣлается все для выясненія истины. И въ дѣлѣ, о которомъ идетъ рѣчь, на ряду съ учеными и врачами, явившимися представителями т. наз. «школьной» медицины, фигурировали нѣкоторые столпы шарлатанства, но, такъ какъ послѣдніе не могли прибѣгать здѣсь къ тѣмъ пріемамъ, которыми они пользуются во время публичныхъ преній съ врачами на собраніяхъ, то Судъ могъ получить должное и правильное представленіе о достоинствѣ ихъ способовъ и объ ихъ познаніяхъ вообще.

Подсудимый Schröter—очень красивый молодой человѣкъ, 26 л. Онъ сынъ маляра, въ настоящее время отбывающаго наказаніе въ тюрьмѣ за обманъ. До 20 лѣтъ Schröter служилъ приказчикомъ въ мануфактурномъ магазинѣ. Чувствуя сильное влеченіе къ медицинѣ, онъ бросилъ службу и отправился въ Berlin изучать лѣченіе магнетизмомъ, гипнотизмомъ, силами природы, гомеопатіей и т. п. Сколько времени посвятилъ подсудимый практическому изученію своего дѣла, можно заключить изъ того, что изъ 6 лѣтъ, которые прошли со времени оставленія имъ службы приказчика, онъ 2 года провелъ въ предварительномъ заключеніи и около 3-хъ лѣтъ практиковалъ въ Tilsit'ѣ. Всѣ свои познанія Schröter черпалъ изъ книгъ, которыхъ, онъ, какъ выяснилось на Судѣ, дѣйствительно читалъ много. За короткое время своей «практики» онъ однако успѣлъ сдѣлать такъ много, что былъ привлеченъ къ суду по обвиненію въ опасныхъ тѣлоповрежденіяхъ въ 17 случаяхъ, въ обманѣ въ 40 случаяхъ, въ причиненіи смерти вслѣдствіе неправильнаго лѣченія въ 1 случаѣ и въ оскорбленіи и изнасилованіи одной больной.

На вопросъ предсѣдателя, почему онъ выбралъ мѣстомъ своей дѣятельности Tilsit и восточную Пруссію, Schröter отвѣтилъ, что онъ убѣдился, что въ этой провинціи уровень гигіеническихъ и санитарныхъ свѣдѣній въ народѣ очень низокъ: тамъ никто не имѣетъ правильнаго представленія о діэтетикѣ и гигіенѣ; и врачи, и публика видятъ все спасеніе при лѣченіи въ лѣкарствахъ и, такъ какъ больные большей частью принимаютъ про-

Digitized by Google

писанныя имъ лѣкарства вмѣстѣ съ водкой или пивомъ, то поэтому и не получается никакого дѣйствія. Признавая себя достаточно подготовленнымъ и владѣющимъ болѣе раціональными способами распознаванія и лѣченія болѣзней, онъ и считалъ себя вправѣ конкурировать съ врачами. Schröter разослалъ всѣмъ жителямъ города печатный циркуляръ, въ которомъ заявлялъ, что, не смотря на свою молодость, онъ успѣлъ уже изучить френологію, біохимію, гомеопатію, магнетопатію, психофизіогномику и много другихъ наукъ и съумѣлъ извлечь изъ нихъ все необходимое для вѣрнаго лѣченія болѣзней; хотя онъ и не обѣщаетъ излѣчивать всѣ безъ исключенія страданія, но во всякомъ случаѣ ему часто удается вылѣчивать самыхъ отчаянныхъ больныхъ ракомъ и т. п. тяжелыми заболѣваніями. Разсчитанная на невѣжество большинства мѣстной публики, приманка имѣла успѣхъ, и Schröter, по его собственному признанію, зарабатывалъ, за вычетомъ всѣхъ расходовъ, 10000 мар. въ годъ.

Постараюсь теперь выяснить, чѣмъ плѣнялъ Schröter Tilsit'скую публику и познакомить нѣсколько съ его шарлатанскими пріемами. Прежде всего - о способахъ распознаванія болѣзней. Любимымъ способомъ у Schröter'а является т. наз. «глазная діагностика». Вглядываясь въ глаза больного невооруженнымъ глазомъ или съ помощью особаго, имъ самимъ изобрѣтеннаго глазного зеркала, Schröter распознавалъ не только всѣ настоящія страданія больного, но и опредѣлялъ уже перенесенныя болѣзни и даже лѣкарства, которыми онѣ были пользованы! Оказывается, что наука распознаванія по глазамъ уже существуетъ ровно 30 лѣтъ и основана она венгерскимъ врачемъ *Peczely*; она имѣетъ много приверженцевъ среди шарлатановъ и даже, къ стыду нашему, среди врачей! Представителемъ послѣднихъ явился на Судѣ Sanitätsrat д-ръ *Bilfinger* изъ Cassel'я, который самымъ серьезнымъ образомъ защищалъ эту «науку» противъ рѣзкой критики ея, данной ч. пр. München'скаго Университета д-ромъ *Salzer*'омъ. По ученію *Peczely*, радужная оболочка глаза состоитъ главнымъ образомъ не изъ сосудовъ, какъ это принято думать, а изъ нервовъ; въ ней содержатся окончанія нервовъ изъ всѣхъ областей тѣла и изъ всѣхъ органовъ. Тотъ пестрый рисунокъ, который виденъ на радужной оболочкѣ, и составленъ нитями этихъ нервныхъ окончаній. Если какой либо органъ заболѣваетъ, то это непремѣнно сказывается измѣненіемъ соотвѣтствующаго ему нервнаго окончанія. По этой наукѣ только люди съ голубыми глазами могутъ быть признаны вполнѣ здоровыми, а съ коричневыми и черными всегда носятъ въ себѣ зародыши болѣзней. Schröter распознавалъ по глазамъ переломъ и другія половыя болѣзни, узнавалъ болѣзни легкихъ, сердца, почекъ и печени и даже могъ опредѣлить, лишена ли дѣвушка невинности, или нѣтъ. Онъ читалъ въ глазахъ, какъ въ книгѣ, и находилъ въ радужной оболочкѣ, какъ при спектральномъ анализѣ, особыя линіи, соотвѣтствующія разнымъ лѣкарствамъ, принятымъ больными внутрь. Онъ видѣлъ тамъ линію мышьяка, іода, ртути, хинина и т. п. Д-ръ *Bilfinger* увѣрялъ, что другой врачъ, изучавшій «глазную діагностику» у самого *Peczely*, въ присутствіи извѣстнаго содержателя здравницы около Dresden'а д-ра *Lahmann*'а опредѣлилъ по глазамъ больного наличность перелома, случившагося 10 лѣтъ назадъ. Къ сожалѣнію, «глазная діагностика»—наука, далеко не легкая и дается не всякому. Д-ръ *Bilfinger* относится только къ ея платоническимъ поклонникамъ, а подсудимый заявилъ, что за 2 года предварительнаго заключенія онъ вслѣдствіе бездѣйствія разучился владѣть ею и потому отказывается показать свое умѣніе Суду. Въ концѣ концовъ онъ все таки уступилъ и, какъ будетъ видно ниже, не съумѣлъ убѣдить судей въ непогрѣшимости этой науки. Кромѣ «глазной діагностики» Schröter пользовался при распознаваніи болѣзней еще выстукиваніемъ и выслушиваніемъ и психофизіономикой. Послѣдняя наука уже относится къ области животнаго магнетизма и заключается въ слѣдующемъ: необходимо уловить истинное выраженіе лица больного, узнать его психическое состояніе и придти съ нимъ въ магнетическое общеніе. Если это удалось, то магнетизеръ ощущаетъ тѣ-же боли и страданія, которыя испытываетъ и больной. «Если у больного болитъ селезенка, говорилъ Schröter, то и у меня при изслѣдованіи начинаетъ болѣть селезенка; если у него боли въ области сердца, то и я ощущаю боль въ лѣвой $^1/_2$ груди», и т. д. Одинъ находчивый присяжный засѣдатель обратился къ подсудимому съ вопросомъ: «Что же Вы испытываете, если у женщины бываютъ маточныя боли?» «Ну, это—исключительные случаи» заявилъ Schröter. Прокуроръ помогъ тутъ подсудимому и подсказалъ ему, что, вѣдь, онъ можетъ отвѣтить, что испытываетъ боли въ соотвѣтствующемъ мѣстѣ. Schröter согласился съ этимъ. «Нужно только удивляться, замѣтилъ тогда представитель обвиненія, какъ Вы могли вынести такую многострадальную жизнь». По настоянію Суда Schröter долженъ былъ показать свое умѣніе распознавать болѣзни. Въ залу Суда приглашены были трое больныхъ изъ мѣстной больницы. Подсудимому пришлось изслѣдовать только одного изъ нихъ, такъ какъ этого оказалось уже болѣе чѣмъ достаточно, чтобы судьи получили правильное представленіе о его знаніяхъ и умѣніи дѣлать вѣрное распознаваніе. Съ видомъ знатока Schröter обращался съ стетоскопомъ и молоткомъ, очень долго и внимательно выстукивалъ и выслушивалъ обнаженнаго по поясъ больного, долго всматривался ему въ глаза и, наконецъ, заявилъ, что онъ можетъ лишь сказать, что легкія и сердце у больного совершенно здоровы. Между тѣмъ это былъ типичнѣйшій случай легочной эмфиземы. Когда изслѣдованіе было уже окончено, экспертъ проф. *Puppe* заявилъ, что у больного, кромѣ того, имѣется еще нарывъ на бедрѣ. Schröter тогда вспомнилъ, что онъ, дѣйствительно, замѣтилъ въ правомъ глазу у больного ненормальность въ той области, которая соотвѣтствуетъ верхней части бедра. «На какомъ-же бедрѣ у больного нарывъ?» спросилъ экспертъ. «На лѣвомъ» отвѣтилъ Schröter. Нарывъ былъ на правомъ бедрѣ.

Способы лѣченія Schröter'а были гораздо разнообразнѣе, чѣмъ способы распознаванія. Онъ примѣнялъ и гомеопатію, и аллопатію, и лѣченіе молитвой, и особый способъ, называемый, «Baumscheidt'измомъ», но любимымъ его способомъ была магнетопатія. Суду нужно было вызвать десятки различныхъ экспертовъ и потратить очень много времени на то, чтобы выяснить, въ чемъ собственно заключается магнетопатія и чѣмъ она отличается отъ лѣченія гипнотизмомъ и внушеніемъ. По словамъ Schröter'а, магнетопатомъ можетъ быть не всякій; такъ, для этого требуется наличность извѣстнаго заряда животнаго магнетизма. Онъ не только чувствовалъ въ себѣ этотъ зарядъ, но увѣрялъ, что можетъ самымъ нагляднымъ образомъ доказать его присутствіе. Schröter утверждалъ, что ему удавалось присущимъ ему магнетизмомъ отклонять на нѣсколько градусовъ магнитную стрѣлку. На предложеніе предсѣдателя показать это удивительное явленіе Суду, Schröter отвѣтилъ, что обстановка Суда для этого не подходяща, а, главное, окружающіе люди ему «несимпатичны», и поэтому опытъ не удастся. Предсѣдатель замѣтилъ тогда подсудимому, что за оскорбленіе Суда и экспертизы онъ будетъ строго наказанъ, на что Schröter заявилъ, что слово «несимпатичны» слѣдуетъ понимать, конечно, лишь въ магнетическомъ смыслѣ. На чемъ же основано лѣченіе животнымъ магнетизмомъ? Оказывается, что магнетизеры признаютъ, что болѣзни зависятъ исключительно отъ порчи соковъ организма, что выражается въ образованіи особыхъ пахучихъ веществъ, т. наз. «одовъ». Д-ръ *Bilfinger*, который помимо «глазной діагностики», признаетъ еще и цѣлебную силу животнаго магнетизма, заявилъ, что и проф. Jäger, т. наз. «шерстяной» Jäger, тоже признаетъ «оды» и увѣряетъ, что всякій человѣкъ издаетъ извѣстный, ему одному свойственный запахъ. Магнетическими манипуляціями можно добиться того, что эти пахучія вещества, отравляющія организмъ, будутъ удалены изъ послѣдняго; для этого ихъ слѣдуетъ сначала направить изнутри на поверхность тѣла, а отсюда уже «стряхнуть» съ человѣка въ пространство. Д-ръ *Bilfinger*, между прочимъ, самымъ серьезнымъ образомъ увѣрялъ, что падучая является слѣдствіемъ отравленія организма кишечными газами и что поэтому ее можно вылѣчить соотвѣтствующей діэтой. Защитниками животнаго магнетизма на Судѣ явился еще «профессоръ» Scheibler. Это—крупный шарлатанъ, имѣющій въ Berlin'ѣ и Hamburg'ѣ институты для лѣченія магнетизмомъ, носящіе громкое названіе «осцилляторій» потому что лѣченіе въ нихъ производится магнетическимъ дрожательнымъ массажемъ. Читателя, конечно, интересуетъ вопросъ, откуда у шарлатана взялся профессорскій титулъ? Оказывается, что такіе профессора «дѣлаются» во Франціи и дѣлаются очень просто: тамъ есть высшая школа магнетизеровъ, имѣющая право давать профессорскій титулъ. Scheibler получилъ этотъ титулъ за то, что на одномъ изъ съѣздовъ магнетизеровъ въ Парижѣ читалъ докладъ о развитіи магнетопатіи въ Германіи. И въ Германіи въ послѣдніе годы появилась школа магнетизеровъ, которая выпустила уже нѣсколько досятковъ спеціалистовъ, производящихъ магнетическія, и не магнетическія пертурбаціи въ умахъ и карманахъ своихъ больныхъ [1]). «Профессоръ» Scheibler гордо заявилъ на Судѣ, что онъ профанъ въ медицинѣ и поэтому не занимается распознаваніемъ болѣзней, а содержитъ для этой цѣли при своихъ «институтахъ» дипломированныхъ врачей. Одинъ изъ послѣднихъ, бывшій вмѣстѣ съ тѣмъ учителемъ Schröter'а во время прохожденія послѣднимъ курса магнетопатіи въ институтѣ Scheibler'а, выступилъ на Судѣ въ качествѣ эксперта. Онъ счелъ нужнымъ повѣдать судьямъ свой медицинскій символъ вѣры и заявилъ, что врачъ, по его мнѣнію, обязанъ испытывать всѣ способы лѣченія и распознаванія болѣзней и слѣдить за всѣми успѣхами въ этой области, откуда-бы они ни исходили. Онъ не признаетъ постукиванія при распознаваніи потому, что думаетъ, что при выстукиваніи сердца, напр., 12 врачей могутъ поставить 13 различныхъ распознаваній. За то онъ многократно убѣждался, что Schröter при помощи своего глазного зеркала узнавалъ болѣзни, которыя больные перенесли много лѣтъ назадъ. Онъ самъ пытался объяснить причину такого непонятнаго успѣха своего ученика, но не добился ничего. Успѣхи лѣченія магнетическимъ массажемъ въ «осцилляторіяхъ» Scheibler'а, по заявленію этого врача, были прямо поразительны. Подсудимый къ этому прибавилъ, что дрожательный массажъ былъ введенъ въ «школьную» медицину только потому, что врачи изъ успѣховъ, достигнутыхъ этимъ способомъ лѣченія у высокопоставленныхъ особъ, пользованныхъ шарлатанами, убѣдились въ его преимуществахъ.

Этотъ учитель Schröter'а вообще усиленно старался доказать правильность образа дѣйствій подсудимаго, поскольку они не выходили изъ круга представляемой имъ школы, при чемъ не щадилъ ни медицины, ни ея представителей. Такихъ врачей съ «оригинальными» взглядами въ Германіи не мало, и одинъ изъ нихъ—профессоръ *Schweninger*—даже занимаетъ штатную каѳедру (исторіи медицины) въ Berlin'скомъ Университетѣ. Шарлатаны настолько чувствуютъ въ этомъ профессорѣ «своего» человѣка, что очень часто вызываютъ его въ Судъ въ качествѣ эксперта для защиты своихъ пріемовъ и способовъ лѣченія. И профессоръ дѣйствительно очень часто оправдываетъ возлагаемыя на него надежды. Еще недавно онъ выказалъ себя сторон-

[1]) Число магнетизеровъ въ Германіи, по новѣйшимъ даннымъ, не менѣе 400.

Digitized by Google

викомъ біохимическаго способа лѣченія, о которомъ вообще трудно составить себѣ какое-либо ясное представленіе.

Изъ способовъ лѣченія, которые примѣнялъ въ своей практикѣ Schröter, заслуживаетъ еще вниманія упомянутый уже мной выше «Baunscheidt'измъ». Изобрѣтателемъ его, какъ извѣстно, былъ нѣкій Baunscheidt, выгонявшій дурные соки изъ организма болѣе грубымъ и болѣе болѣзненнымъ способомъ, чѣмъ животный магнетизмъ. Особымъ инструментомъ, называемымъ «будильникомъ жизни», больному наносится цѣлый рядъ мелкихъ ранъ, которыя затѣмъ растираются «жизненнымъ масломъ». Оказывается, что въ составъ этого эликсира входитъ, между прочимъ, и кротоновое масло. Schröter примѣнялъ этотъ способъ тамъ, гдѣ животный магнетизмъ оказывался безсильнымъ. Само собой разумѣется, что такой способъ лѣченія нерѣдко оканчивался зараженіемъ больныхъ; но для магнетопатовъ зараженія не существуетъ; они его просто не признаютъ, какъ не признаютъ бактеріологіи. И Schröter поэтому не признавалъ у себя половой болѣзни и того, что онъ заразилъ ею изнасилованную имъ больную. Въ подходящихъ случаяхъ онъ не пренебрегалъ и т. наз. «Edd'измомъ», т. е., лѣченіемъ молитвой, которымъ не занимался самъ лично, а отсылалъ больныхъ къ особымъ спеціалисткамъ этого дѣла. Одинъ изъ врачей, пожелавшихъ познакомиться съ практикой Edd'истокъ (этимъ дѣломъ занимаются почти исключительно женщины) посѣтилъ одну изъ нихъ, работавшую вмѣстѣ съ дѣвочкой подросткомъ. Врачъ засталъ дѣвочку за молитвой, при чемъ оказалось, что дѣвочка возносила молитвы за 2-хъ больныхъ: она просила о благополучномъ разрѣшеніи отъ бремени женщины и объ освобожденіи мужчины отъ проглоченнаго имъ талера; такъ какъ послѣдній самъ собой не выходилъ, то она молилась за то, чтобы онъ выдѣлился въ видѣ болѣе мелкой монеты—30 зильбергрошей (10-пфенниговая монета). Много подобныхъ курьезовъ и анекдотическихъ инцидентовъ было разсказано на Судѣ, и въ залѣ очень часто раздавался громкій смѣхъ, такъ что защитники шарлатанства въ своей спеціальной печати обвинили предсѣдателя и прокурора въ томъ, что они нарочно старались ставить подсудимаго въ смѣшное положеніе съ исключительной цѣлью забавлять публику. Излишне будетъ, думаю, распространяться еще о способахъ лѣченія и пріемахъ Schröter'а. Прибавлю лишь, что этотъ талантливый юноша въ первое время своей «практики» съумѣлъ завоевать себѣ симпатіи не только среди низшихъ слоевъ населенія, но пріобрѣлъ довѣріе и мѣстной интеллигенціи, такъ что могъ съ гордостью заявить, что лѣчилъ съ одинаковымъ успѣхомъ «и въ палатахъ, и въ хижинахъ». Особымъ успѣхомъ онъ пользовался у женщинъ, часть которыхъ осталась ему вѣрна даже и тогда, когда онъ уже очутился на скамьѣ подсудимыхъ. Одно время онъ даже былъ выбранъ въ предсѣдатели мѣстнаго общества любителей лѣченія силами природы. Общество отвернулось отъ него лишь тогда, когда онъ сталъ уже слишкомъ смѣлъ въ своихъ пріемахъ, когда въ его дѣйствіяхъ сталъ явно обнаруживаться обманъ и когда результаты его способовъ лѣченія стали уже сами говорить за себя.

Судъ приговорилъ Schröter'а къ тюремному заключенію на $2^1/_2$ года.

*А. Коварскій.*

Berlin. 25/III 1904 г.

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

**Физіологія и общая патологія.** 269. Д-ръ *E. Friedberger* (изъ гигіэническаго Института проф. *Pfeiffer*'а въ Königsberg'ѣ) изучалъ вопросъ о *вліяніи алкоголя на образованіе предохраняющихъ веществъ* (амбоцепторовъ) при зараженіи кроликовъ холерными запятыми и нашелъ, что при однократномъ введеніи опьяняющаго количества алкоголя и одновременной иммунизаціи холерой удается въ среднемъ повысить количество образующихся предохраняющихъ веществъ въ $2^1/_2$ раза. Наоборотъ, если давать алкоголь животнымъ въ теченіи продолжительнаго времени, а затѣмъ вызывать у нихъ невоспріимчивость къ холерѣ, то количество образующихся предохраняющихъ веществъ понижается по сравненію съ провѣрочными животными въ 16 разъ. Эти результаты опыта вполнѣ подтверждаютъ клиническія наблюденія, что алкоголь оказываетъ благопріятное вліяніе на теченіе острыхъ заразныхъ заболѣваній, особенно когда его даютъ въ начальной ступени болѣзни, а, съ другой, объясняетъ, почему во время эпидемій легче заболѣваютъ и хуже переносятъ болѣзнь алкоголики (Berliner klinische Wochenschrift, № 10). *Коварскій.*

**Общая патологія.** 270. Въ декабрьской книжкѣ Annales de l'Institut *Pasteur* за 1903 годъ д-ръ *Remlinger* (Константинополь) приводитъ подробности своихъ опытовъ надъ *условіями прохожденія яда бѣшенства черезъ фильтръ Berkefeld*'а. Опыты ставились слѣдующимъ образомъ: цѣлый мозгъ кролика, павшаго отъ зараженія подъ твердую мозговую оболочку фиксированнымъ ядомъ бѣшенства (virus fixum), тщательно растирался въ ступкѣ и постепеннымъ прибавленіемъ 300—400 к. стм. водопроводной воды превращался въ чрезвычайно мелкую эмульсію, которая затѣмъ подвергалась фильтраціи чрезъ свѣчу *Berkefeld*'а. Водопроводная вода примѣнялась съ цѣлью провѣрки задерживающей способности свѣчи; съ этой-же цѣлью къ эмульсіи добавлялись бульонныя разводки куриной холеры. Кромѣ имѣющихся въ продажѣ 3-хъ марокъ свѣчей *Berkefeld*'а: *V* (дающей много воды), *N* (нормальной) и *W* (дающей мало воды), авторъ пользовался еще 2-мя образцами свѣчей: $V'$ и $V''$, промежуточными между *V* и *N*. Для опытовъ бралась всегда новая свѣча; фильтрація производилась быстро; фильтратъ прививался подъ твердую мозговую оболочку кроликамъ въ количествѣ 0,5—1 к. стм., при чемъ для каждаго опыта бралось значительное количество животныхъ (7—10). Распознаваніе бѣшенства у подвергавшихся опытамъ кроликовъ подтверждалось прививкой ихъ мозга по обычному способу. При этихъ условіяхъ *Remlinger* нашелъ, что свѣча *Berkefeld*'а марки *V*, задерживавшая въ его опытахъ какъ микробы куриной холеры, такъ и мелкія спириллы водопроводной воды, оказалась проходимой для яда бѣшенства: % удачныхъ прививокъ фильтрата колебался, въ зависимости отъ свойствъ свѣчи, отъ 30 до 50 и даже до 90. Менѣе проходимой оказалась марка свѣчи $V'$, въ то время какъ слѣдующая по порозности марка $V''$ оказалась уже непроходимой. Существованіе въ фильтратѣ свѣчи *V* живого яда бѣшенства доказывается и тѣмъ, что при подкожномъ его введеніи кроликамъ въ достаточномъ количествѣ можно добиться невоспріимчивости къ бѣшенству: кролики, у которыхъ вызвана была невоспріимчивость фильтратомъ, не заболѣваютъ бѣшенствомъ даже при зараженіи ихъ подъ твердую мозговую оболочку. Что вызывающимъ невоспріимчивость началомъ является здѣсь живой ядъ, а не токсинъ или мертвыя тѣла бактерій, доказывается тѣмъ, что фильтратъ свѣчи *W*, который не содержитъ живого яда, но можетъ содержать токсинъ, не обладаетъ вызывающими невоспріимчивость свойствами; съ другой стороны, не обладаетъ этими свойствами и фильтратъ свѣчи *V*, если въ немъ живой ядъ убитъ взбалтываніемъ съ эѳиромъ. Что касается природы самого возбудителя бѣшенства, то *Remlinger* относитъ его къ группѣ ультра-микроскопическихъ микробовъ, близкихъ къ открытому *Roux* и *Nocard*'омъ микробу перипнеймоніи; по размѣрамъ онъ больше этого послѣдняго; микробъ *Roux-Nocard*'а проходитъ чрезъ фильтръ *Chamberland*'а *F*,—микробъ бѣшенства имъ задерживается. *Ѳ. Скшиванъ.*

**Фармакологія.** 271. Д-ръ *Impens* сообщаетъ о своихъ изслѣдованіяхъ *надъ новымъ снотворнымъ средствомъ изопраломъ (isopral)*. Изопралъ или трихлоризопропилалкоголь, кристаллическое тѣло, плавится при 49°, при обыкновенной температурѣ легко возгоняется, растворяется въ водѣ, алкоголѣ и эѳирѣ, растворимость его въ водѣ достигаетъ 3,35%. Онъ имѣетъ камфороподобный запахъ и ароматическій, слегка колющій вкусъ; водный растворъ вызываетъ на языкѣ довольно сильное жженіе, послѣ котораго быстро наступаетъ анэстезія. Изопралъ легко всасывается кожей, подкожной клѣтчаткой и пищеварительнымъ каналомъ. При введеніи per os переходитъ въ кровь очень быстро: у большей части подвергавшихся опытамъ животныхъ уже черезъ 3—5 мин. наступало дѣйствіе. Водный растворъ хорошо переносится слизистой оболочкой желудка и кишекъ. Изопралъ легко и быстро всасывается дыхательными органами. Большая часть его не измѣняется въ организмѣ и появляется въ мочѣ главнымъ образомъ какъ парная гликуроновая кислота. Изъ опытовъ надъ животными выяснилось, что для лягушекъ дѣйствующая доза 0,000143, а смертельная 0,000673 на 1 клгрм. вѣса; для кошекъ минимальная дѣйствующая доза 0,09 на 1 клгрм., а смертельная 0,4; для кроликовъ минимальная доза 0,2 на 1 клгрм., смертельная 0,9. Самое меньшее количество изопрала, которое вызываетъ у собакъ крѣпкій сонъ, 0,093 на 1 клгрм., смертельная 0,6. Изопралъ, по видимому, не обнаруживаетъ почти никакого дѣйствія на

Digitized by Google

красныя кровяныя тѣльца; для сердца-же онъ менѣе вреденъ, чѣмъ хлоралъ-гидратъ. Изъ опытовъ на холоднокровныхъ и теплокровныхъ животныхъ выяснилось, что изопралъ понижаетъ кровяное давленіе: это пониженіе при малыхъ дѣйствующихъ дозахъ незначительно, а послѣ большихъ очень значительно; причину его нужно искать въ параличѣ сосудодвигательнаго центра; при большихъ дозахъ проявляется и прямое дѣйствіе средства на сосуды и сердце. Частота дыхательныхъ движеній подъ вліяніемъ изопрала уменьшается даже послѣ небольшихъ дѣйствующихъ дозъ, общій объемъ вдыхаемаго воздуха понижается въ общемъ изопралъ послѣ терапевтическихъ дозъ ограничиваетъ дыханіе только соотвѣтственно уменьшенію во время сна потребленія кислорода; послѣ токсическихъ дозъ дыхательные центры парализуются; этотъ параличъ наступаетъ ранѣе паралича сердца, такъ что смерть происходитъ отъ удушенія. Потребленіе кислорода подъ вліяніемъ изопрала уменьшается; температура тѣла понижается послѣ большихъ дозъ даже въ значительной степени; количество мочи нѣсколько увеличивается. Вліяніе изопрала на нервную систему не ограничивается черепнымъ мозгомъ, а распространяется и на спинной; по видимому, дѣйствіе его обнаруживается даже прежде всего на спинномъ мозгѣ: очень малыя дозы, не вызывающія яснаго наркоза, вызываютъ всегда парезъ заднихъ конечностей; при дѣйствующихъ дозахъ этотъ парезъ является первымъ припадкомъ. Малыя дозы дѣйствуютъ снотворно, не вліяя сильно на рефлексы, при большихъ дозахъ рефлексы исчезаютъ; вліяніе на сочувственный нервъ обнаруживается съуженіемъ зрачковъ во время сна. Кромѣ того, изопралъ обладаетъ еще и обезболивающимъ свойствомъ; въ глубокомъ снѣ подъ вліяніемъ изопрала животныя остаются почти безчувственны: ихъ можно толкать, щипать. Изопралъ обладаетъ противобродильнымъ дѣйствіемъ: въ 0,1%-номъ растворѣ онъ задерживаетъ дрожжевое броженіе. Раздраженіе слизистыхъ оболочекъ подъ вліяніемъ мѣстнаго дѣйствія изопрала значительно меньше, чѣмъ подъ вліяніемъ хлоралъ-гидрата, и *Impens* никогда не наблюдалъ гиперэміи слизистой оболочки желудка и кишекъ, ни поноса. На основаніи своихъ опытовъ *Impens* приходитъ къ заключенію, что изопралъ—прекрасное снотворное, употребленіе котораго показано всюду, гдѣ ранѣе примѣнялся хлоралъ-гидратъ. Опыты на людяхъ показали, что изопралъ въ дозахъ отъ 0,5—0,75 обнаруживаетъ такое снотворное дѣйствіе, котораго можно достигнуть только съ помощью гораздо большихъ дозъ хлоралъ-гидрата (Therapeutische Monatshefte, 1903, № 10). *А. Дмитріевъ.*

**Бактеріологія.** 272. *E. Roth* замѣтилъ, что при извѣстныхъ условіяхъ, коффеинъ задерживаетъ ростъ кишечной палочки, не препятствуя развитію въ питательной средѣ палочки брюшного тифа. Исходя изъ этого наблюденія, *W. Hoffmann* и *M. Ficker* (въ лабораторіи *Rubner*'а) подробно разработали *методику выдѣленія тифозныхъ палочекъ* изъ испражненій больныхъ и изъ воды. Сущность способа сводится къ предварительной разводкѣ (Vorkultur) на бульонѣ съ примѣсью коффеина и krystallviolett'а; затѣмъ слѣдуетъ разливка на средѣ *Drygalsk*'аго-*Conradi*, на которой и получаются отдѣльныя колоніи, опредѣляемыя точнѣе дальнѣйшимъ изслѣдованіемъ обычными способами. Какъ вспомогательными пріемами при изслѣдованіи, авторы пользуются способомъ біологическаго осажденія бактерій тифа (путемъ склеиванія специфической сывороткой) и химическимъ осажденіемъ (прибавленіе къ подщелоченной изслѣдуемой водѣ сѣрнокислаго желѣза). Этотъ послѣдній способъ подробно описанъ въ отдѣльной замѣткѣ *M. Ficker*'омъ (Hygienische Rundschau, № 1). *Θ. Скшиванъ.*

273. Для обнаруженія *незначительныхъ количествъ бугорчатковыхъ палочекъ въ мокротѣ* стараются превратить мокроту въ однородную жидкость и, давъ ей отстояться или центрифугируя ее, изслѣдуютъ получаемый осадокъ. Само собой разумѣется, однако, что бактеріи осѣдаютъ лишь тогда, когда ихъ уд. вѣсъ выше уд. вѣса жидкости. Между тѣмъ, по даннымъ *C. Dilg*'а, уд. вѣсъ мокроты колеблется въ предѣлахъ 1,001—1,15, а бугорчатковыхъ палочекъ въ предѣлахъ 1,01—1,08, почему а priori и слѣдуетъ ожидать (*Dilg* подтверждаетъ это путемъ опытовъ), что во многихъ случаяхъ бугорчатковыя палочки окажутся не въ осадкѣ, а въ верхнемъ или среднемъ слоѣ жидкости. Чтобы избѣжать кропотливаго изслѣдованія уд. вѣса мокроты, *Dilg* совѣтуетъ, послѣ гомогенизаціи мокроты нѣсколькими каплями амміака, прибавить къ ней равное по объему количество 25%-го раствора поваренной соли; уд. вѣсъ смѣси всегда окажется выше вѣса бугорчатковыхъ палочекъ, которыя послѣ центрифугированія окажутся въ верхнемъ слоѣ жидкости. Слой этотъ собираютъ пипеткой, размазываютъ на предметномъ стеклѣ, высушиваютъ на воздухѣ, образовавшіеся кристаллы поваренной соли удаляютъ алкоголемъ и окрашиваютъ обычнымъ путемъ (Centralblatt für Bakteriologie, т. 35). *Θ. Скшиванъ.*

**Внутреннія болѣзни.** 274. Д-ръ *Menzer* произвелъ въ клиникѣ проф. *Senator*'а рядъ наблюденій надъ лѣченіемъ *легочной чахотки путемъ устраненія присоединяющагося къ этой болѣзни смѣшаннаго зараженія.* Вліяніе, оказываемое послѣднимъ на ходъ бугорчаточнаго процесса, признается всѣми изслѣдователями; невыясненнымъ остается только вопросъ, способствуетъ-ли это смѣшанное зараженіе первоначальному развитію бугорчатки, или оно присоединяется къ ней только въ послѣднемъ періодѣ болѣзни. Въ виду того обстоятельства, что въ начальномъ періодѣ бугорчатки палочки *Koch*'а встрѣчаются въ мокротѣ приблизительно лишь въ 13,5% всѣхъ случаевъ, авторъ приходитъ къ заключенію, что катарры, появляющіеся вначалѣ бугорчатки, нужно приписать не бугорчатковымъ палочкамъ, а другимъ бактеріямъ,—главнымъ образомъ стрептококкамъ, которые, ослабляя организмъ, постепенно подготовляютъ почву для внѣдренія и развитія палочекъ бугорчатки; катарры эти первоначально гнѣздятся въ носовой полости, а затѣмъ, принимая хроническое теченіе, постепенно распространяются глубже и проникаютъ въ бронхи; постоянное пребываніе тамъ бактерій, поддерживающихъ катарръ, вызываетъ состояніе хроническаго раздраженія, благопріятнаго для проникновенія палочекъ бугорчатки. Въ виду сказаннаго смѣшанное зараженіе, «осложняющее» бугорчатку легкихъ, необходимо лѣчить уже въ самыхъ раннихъ ступеняхъ болѣзни, такъ какъ этимъ, съ одной стороны, до извѣстной степени предотвращается развитіе бугорчатки, а съ другой,—имѣющаяся уже бугорчатка, въ свою очередь, скорѣе и легче поддается излѣченію. Такъ какъ смѣшанное зараженіе при бугорчаткѣ обусловливается нерѣдко исключительно стрептококками, то неоднократно дѣлались предложенія лѣчить легочную чахотку противострептококковой сывороткой. Но попытки такого лѣченія оказывались обыкновенно неудачными, такъ какъ для лѣченія выбирались больные съ далеко зашедшимъ процессомъ; впрыскиваніе противострептококковой сыворотки превращаетъ очаги хроническаго воспаленія въ мѣста съ острымъ воспалительнымъ процессомъ и вызываетъ общую и мѣстную реакцію; естественно поэтому, что при значительныхъ измѣненіяхъ въ легкихъ такое лѣченіе можетъ дать только обремененіе организма ядовитыми веществами, всасывающимися изъ очаговъ островоспалительной реакціи. Вотъ почему борьба со смѣшаннымъ зараженіемъ должна начинаться возможно раньше. Успѣхъ лѣченія зависитъ, кромѣ того, и отъ надлежащей дозировки сыворотки. Больнымъ, находившимся въ 1-мъ и 2-мъ періодѣ бугорчатки, авторъ впрыскивалъ сначала по 0,5 «нормальной сыворотки» (т. е. такой, 1 к. стм. которой давалъ явственную реакцію у людей, страдавшихъ хронической формой стрептококковаго зараженія), а больнымъ, вступившимъ въ 3-ій періодъ болѣзни,—только 0,3 к. стм. Въ легкихъ случаяхъ впрыскиванія повторялись черезъ 4—6 дней, въ тяжелыхъ—черезъ 8 дней. Послѣ повторныхъ впрыскиваній реакція становилась все слабѣе, не смотря на то, что доза повышалась до 1—5 к. стм. сыворотки. Лѣченіе считалось оконченнымъ, когда 5 к. стм. сыворотки не вызывали уже больше никакой реакціи.—Во всѣхъ (14) случаяхъ бугорчатки въ 1-мъ и 2-мъ періодѣ, въ которыхъ примѣнено было лѣченіе противострептококковой сывороткой, авторъ получилъ у своихъ больныхъ улучшеніе, выражавшееся улучшеніемъ позыва на ѣду, наростаніемъ вѣса тѣ-

ла, исчезновеніемъ катарральныхъ явленій; у нѣсколькихъ больныхъ въ концѣ лѣченія была произведена туберкулиновая проба, при чемъ никакой реакціи не получилось. Что касается случаевъ съ значительными измѣненіями въ легкихъ (3-ій періодъ), то и здѣсь автору, при осторожномъ примѣненіи сыворотки, удавалось добиваться извѣстнаго улучшенія; вѣсъ больныхъ возрасталъ; кромѣ того, сравненіе рентгеноскопическихъ данныхъ, полученныхъ до начала лѣченія и въ концѣ его, указывало на обратное развитіе анатомическихъ измѣненій въ легкихъ (*A. Menzer*, Die Behandlung der Lungenschwindsucht durch Bekämpfung der Mischinfection. Berlin, 1904).

275. Д-ръ *Seiffert* (Mülhausen) примѣнялъ *поясничный проколъ при мочекровіи* у больныхъ съ скарлатиннымъ нефритомъ и во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ видѣлъ несомнѣнно благопріятное вліяніе этой операціи на ходъ болѣзни. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ улучшеніе наступало уже во время производства самого прокола или непосредственно за нимъ: больные приходили въ сознаніе, судороги прекращались и больше уже не повторялись; только въ 2-хъ случаяхъ проколъ пришлось сдѣлать 2 раза. Техника была слѣдующая: при боковомъ положеніи больного въ промежутокъ между 12-мъ груднымъ и 1-мъ поясничнымъ позвонками вкалывалась игла шприца длиною въ 10 стм. Какъ только изъ отверстія иглы показывались 2—3 капли глицериноподобной жидкости, на иглу насаживался шприцъ вмѣстимостью въ 10 к. стм., и жидкость высасывалась; количество высосанной жидкости колебалось между 5 и 30 к. стм., при чемъ авторъ не могъ подмѣтить, чтобы между количествомъ жидкости и тяжестью заболѣванія была какая-нибудь опредѣленная связь. Само собой разумѣется, что проколъ слѣдуетъ производить съ соблюденіемъ всѣхъ предосторожностей асептики. Авторъ думаетъ, что этотъ способъ лѣченія съ такимъ же успѣхомъ можетъ быть примѣненъ при уреміяхъ другого происхожденія и предлагаетъ испробовать его особенно при эклямпсіяхъ рожениць. Что дѣйствіе поясничнаго прокола не специфично только для скарлатины, авторъ убѣдился на 1 случаѣ сильныхъ судорогъ въ начальной ступени кори у годовалаго ребенка. И тутъ судороги прекратились тотчасъже во время производства прокола. Авторъ думаетъ, что поясничный проколъ является могущественнымъ средствомъ противъ нѣкоторыхъ наиболѣе опасныхъ явленій при скарлатинѣ, и убѣжденъ, что съ введеніемъ его въ практику смертность отъ скарлатины должна значительно понизиться. Онъ поэтому горячо предлагаетъ провѣрить его наблюденія (Münchener medicinische Wochenschrift, № 10). *А. Коварскій.*

276. Желая рѣшить вопросъ, *можно ли примѣнять массажъ живота у сердечныхъ больныхъ*, *Alfr. Neumann* и *Fritz Frick* изслѣдовали у 24 сердечныхъ больныхъ (вѣнская клиника проф. *Schlesinger*'а) безъ тяжелыхъ разстройствъ уравновѣшенія вліяніе массажа живота на пульсъ и кровяное давленіе и пришли къ заключенію, что массажъ живота не только дозволителенъ у сердечныхъ больныхъ, но, какъ побочное средство, во многихъ случаяхъ оказываетъ хорошее вліяніе на сердце: когда сердечная дѣятельность ускорена, то по большей части получается уменьшеніе частоты пульса. Такое вліяніе оказываетъ разминаніе и поглаживаніе (Therapeutische Monatshefte, 1903, № 12). *А. Дмитріевъ.*

277. Д-ръ *Erich Fabian* описываетъ *случай хронической желтухи съ кровяными свертками*—отпечатками дыхательнаго горла и бронховъ вслѣдствіе гэморрагическаго худосочія.

44-лѣтняя работница поступила въ Rostock'скую клинику съ явленіями хронической желтухи. Со стороны сердца и легкихъ не было ничего ненормальнаго. Печень не прощупывалась. Селезенка не была увеличена. Животъ былъ умѣренно вздутъ, мягкій. Температура была повышенная. Въ теченіи недѣли временами появлялись боли въ правомъ подреберьи или въ глубинѣ живота въ области пупка. Черезъ недѣлю—сильное носовое кровотеченіе, повторившееся черезъ нѣсколько дней. На другой день носовое кровотеченіе возобновилось съ новой силой, и его уже не могли остановить ни тампонадой, ни впрыскиваніемъ 2%-ной желятины. Ночью была рвота, а при кашлѣ выдѣлилось много крови, наполнившей большой тазъ, въ которомъ между кровянисто-слизистыми массами найдены были клубки кровянистыхъ свертковъ. Клубки эти были осторожно расправлены въ водѣ и оказались кровяными слѣпками воздухоносныхъ путей. Откашливались свертки приступами. Въ теченіи слѣдующихъ 2-хъ дней носовое кровотеченіе продолжалось; продолжалось и откашливаніе большихъ количествъ крови, но уже безъ хорошо оформленныхъ кровяныхъ свертковъ, затѣмъ присоединилось кровотеченіе изъ кишекъ, матки и мѣста впрыскиванія желятины. Больная буквально плавала въ крови. Черезъ 44 часа отъ начала послѣдняго неудержимаго кровотеченія — смерть. На вскрытіи: въ правой плейральной полости 3/4 литра кровянистой жидкости; въ верхушкѣ праваго легкаго небольшая, съ горошину, полость съ творожистыми стѣнками, въ окружности—сѣрые узелки; верхнія доли блѣдны, нижніе содержатъ довольно много крови; бронхи пусты; на брызжейкѣ многочисленные просовидные узелки; ограниченное расширеніе внутри печеночныхъ желчныхъ ходовъ съ омозолѣніемъ въ окружности; въ печеночныхъ воротахъ бугорчатковый гнойникъ лимфатической железы; такой же гнойникъ въ корнѣ брызжейки.

Авторъ приписываетъ кровотеченіе въ этомъ случаѣ гэморрагическому худосочію, развившемуся вслѣдствіе бугорчатки. Кровяные свертки въ этомъ, какъ и въ другихъ случаевъ паренхиматозныхъ кровотеченій изъ легкихъ, отличаются отъ таковыхъ, происходящихъ при бугорчаткѣ легкихъ, при кровохарканьи, тѣмъ что они бываютъ рѣзко краснаго цвѣта, обнаруживаютъ дихотомическое дѣленіе и встрѣчаются повторно; при микроскопическомъ изслѣдованіи они оказываются безструктурными, чрезвычайно богатыми красными кровяными тѣльцами. Происхожденіе тѣхъ и другихъ различно, чѣмъ и объясняется разница въ частотѣ и видѣ. Образованіе свертковъ въ бронхахъ при безчисленныхъ кровотеченіяхъ у чахоточныхъ крайне рѣдко вслѣдствіе того, что артеріальная кровь потокомъ изливается въ окружающую ткань, достигаетъ ближайшаго бронха и тотчасъ-же вызываетъ кашель, извергающій кровь наружу, по образованіи тромба. При капиллярномъ кровотеченіи количество выступившей крови въ единицу времени ничтожно, но постоянно, внезапнаго сильнаго раздраженія нервовъ слизистой оболочки бронховъ не бываетъ и кровь медленно проникаетъ въ просвѣтъ бронховъ, мало по малу выполняя ихъ и свертываясь тамъ (Deutsches Archiv für klinische Medicin, т. 77, тетр. 1 и 2). *Д.*

**Хирургическія болѣзни.** 278. Лучи *Roentgen*'а даютъ возможность обнаруживать переломы костей въ такихъ случаяхъ, гдѣ большей части признаковъ, характерныхъ для нихъ, какъ значительная и сосредоточенная въ опредѣленномъ мѣстѣ болѣненность, крепитація и смѣщеніе, нѣтъ. Д-ру *Weber*'у, благодаря примѣненію x-лучей удалось установить, что *болѣзнь*, чаще всего встрѣчающаяся у солдатъ-пѣхотинцевъ и слывшая до сихъ поръ *подъ названіемъ pied forcé*, есть *ни что иное, какъ трещины и переломы плюсневыхъ костей*. Даже и при *Roentgen*'оскопіи картина иногда получается неясная до образованія костной мозоли; особенно это относится къ трещинамъ, когда на изображеніи замѣтна лишь тонкая линія. Чаще всего поражается 2-я плюсневая кость, затѣмъ 3-я, гораздо рѣже 4-я; 1-я и 5-я—никогда. Оказывается, что 2-я плюсневая кость длиннѣе всѣхъ прочихъ и при ходьбѣ въ нѣкоторые моменты вся тяжесть тѣла ложится главнымъ образомъ на головки 2-й и 3-й плюсневыхъ костей. Обыкновенно переломъ происходитъ не на срединѣ, а ближе къ передней части. Исключительная частота этихъ переломовъ у солдатъ приписывается *Weber*'омъ значительному вѣсу ихъ экипировки. Чаще всего поврежденія эти наблюдаются на 1-мъ году службы. Если къ врачу является больной съ опухолью на тыльной сторонѣ ступни, съ гладкой и непокраснѣвшей поверхностью,—опухолью, образовавшейся послѣ продолжительной и трудной ходьбы и болѣзненной на ощупь, если при этомъ нѣтъ основанія предполагать существованія подагрическаго или суставного ревматизма, либо перелойнаго заболѣванія, то безъ колебанія описанныя явленія слѣдуетъ приписать перелому или трещинѣ плюсневой кости. Предсказаніе почти всегда благопріятно, и выздоровленіе часто наступаетъ безъ всякаго лѣченія. Но во избѣжаніе чрезмѣрнаго разростанія костной мозоли *Weber* совѣтуетъ неподвижность въ твердой повязкѣ (стеклянной, крахмальной) дней на 10; по образованіи мозоли возобновляютъ движенія, но не позволяютъ носить тяжестей. Такимъ образомъ т. наз. pied forcé изъ рубрики болѣзней переходитъ въ разрядъ

Digitized by Google

несчастныхъ случаевъ (Revue médicale de la Suisse Romande, 20 февраля). *А. Г—ръ.*

279. Д-ръ *Przewoski* обращаетъ вниманіе на прекрасные результаты, полученные имъ отъ *нафталина при болѣзняхъ мочевого пузыря.* Изъ своихъ многочисленныхъ наблюденій авторъ приводитъ 4.

1. Больной, 24 л., жалуется на постоянныя боли въ поясницѣ и въ области мочевого пузыря, появившіяся 3 года назадъ послѣ перелоя. Моча темная, кровавая, зловонная, въ небольшомъ количествѣ. Лѣчился все время всевозможными средствами, но безъ всякаго успѣха. Крайне истощенъ. Не можетъ ни ѣсть, ни спать, ни ходить, ни сидѣть. Подъ микроскопомъ въ мочѣ найдены красные кровяные шарики, гнойныя тѣльца, эпителій, микробы и т. д.. Авторъ назначилъ больному нафталинъ (т. наз. чистѣйшій) по 0,3 съ бергамоттовымъ масломъ (1/4 капли) въ облаткахъ (3 раза въ сутки). Послѣ 2-недѣльнаго лѣченія полное выздоровленіе.

2. Больной, 58 л., страдалъ затяжнымъ катарромъ мочевого пузыря. Боли при мочеиспусканіи; моча мутная, содержала бѣлокъ и много гнойныхъ тѣлецъ. Боли отражались въ почки. Полное излѣченіе въ 2 недѣли подъ вліяніемъ нафталина.

3. Больная, 40 л., съ кровоточивымъ циститомъ, у которой подозрѣвали злокачественную опухоль въ пузырѣ. Авторъ назначилъ нафталинъ въ вышеуказанномъ количествѣ. Уже черезъ 2 дня моча сдѣлалась прозрачной; черезъ 10 дней—полное излѣченіе. По автору, нафталинъ не только обеззараживаетъ мочу, но и тонизируетъ мышцы сосудовъ.

4. У больной, 59 л., появились боли въ лѣвомъ боку и въ нижней части живота слѣва. Кровавая моча. Позывъ на ѣду пропалъ, и больная очень ослабѣла. Изслѣдованіе чрезъ влагалище обнаружило присутствіе въ мочевомъ пузырѣ раковой опухоли, съ кулакъ. Было прописано 12 капсулъ нафталина по 0,25, 4 раза въ сутки. Спустя 3 дня моча не заключала уже примѣси крови. Послѣ 3-ьей порціи этихъ капсулъ онѣ настолько опротивѣли больной, что она не была въ состояніи ихъ принимать безъ рвоты. Нафталинъ былъ оставленъ, а въ мочѣ опять показалась кровь.

Авторъ приходитъ къ заключенію, что нафталинъ незаслуженно заброшенъ при болѣзняхъ мочевого пузыря (Nowiny lekarskie, мартъ). *С. Островскій.*

280. *Врожденная непроходимость пищевода. William Thomas.*

Крѣпкій, здоровый ребенокъ, 2-хъ дней, со дня рожденія срыгивалъ пищу. Онъ жадно схватывалъ губами палецъ, сосокъ, жадно сосалъ, но вскорѣ у него появлялся кашель, признаки удушенія и рвота. Изслѣдованіе глотки пальцемъ показало, что нижняя часть послѣдней у перехода въ пищеводъ расширена и оканчивается слѣпымъ мѣшкомъ, въ которомъ находится небольшое количество принятой жидкости. На 4-ый день ребенокъ умеръ.

Авторъ съ трудомъ отыскалъ въ доступной ему литературѣ 19 случаевъ непроходимости пищевода: 1 случай *Gibson*'а (1696, Birmingam Medical Institute), 14 случаевъ *H. Hirschsprung*'а (1862, Medical Chirurg. Review, Copenhagen), 3—упомянутые въ «Transactions of the Pathological Society» и 1, въ которомъ въ прошломъ году *F. I. Stewart* сдѣлалъ больному операцію. Непроходимость пищевода встрѣчается 2-хъ родовъ; въ одномъ 2 отрѣзка пищевода соединены соединительнотканнымъ тяжемъ, въ другомъ—нижній отрѣзокъ пищевода открывается въ дыхательное горло или въ одинъ изъ бронховъ. Наилучшая терапія—гастростомія. *Holmes* предлагаетъ соединеніе обоихъ отрѣзковъ пищевода, что авторъ находитъ весьма труднымъ. Предлагалось питать больныхъ чрезъ прямую кишку, но результаты были малоутѣшительные (Lancet, 6 февраля). *I. Фишманъ.*

**Глазныя болѣзни.** 281. Д-ръ *Loewe* (Frankfurt a/M.) сообщаетъ *случай преходящей слѣпоты отъ свинцоваго отравленія*, наблюдавшійся имъ у 24-лѣтняго чернорабочаго.

На фабрикѣ аккумуляторовъ, гдѣ больной работалъ уже $2\frac{1}{2}$ года, господствовала очень большая смертность отъ свинцоваго отравленія, не смотря на обычныя предохранительныя мѣры. Самъ же больной никогда не хворалъ. Лишь 8 дней назадъ у него появились боли въ головѣ и животѣ, при потерѣ позыва на ѣду, а наканунѣ поступленія въ лѣчебницу онъ ночью замѣтилъ, что перестал видѣть. Изслѣдованіе показало полный амаурозъ на обоихъ глазахъ, при отсутствіи измѣненій на днѣ глазъ и при сильно расширенныхъ зрачкахъ, весьма слабо отвѣчавшихъ на свѣтъ. Соединительная оболочка глазъ, какъ и все лицо, имѣли желтушную окраску; зубы были большей частью поражены костоѣдой, а десна у нижняго ихъ края была окаймлена темносѣрой полосой, при чемъ изо рта исходило сильное зловоніе. Уже 4 дня больной не испражнялся и долго не мочился. Назначены были пузырь со льдомъ на голову, клещевинное масло, іодистый калій и Priesnitz'евскія обертыванія на животъ. На другой день боли въ животѣ уменьшились, и появилось испражненіе, а на 3-ій больной, проснувшись, сталъ видѣть, считая пальцы съ разстоянія 1 метра; въ этотъ же день онъ впервые по поступленіи въ лѣчебницу помочился; въ мочѣ были найдены слѣды бѣлка. При дальнѣйшемъ лѣченіи въ томъ-же направленіи моча освободилась отъ бѣлка, желтушная окраска исчезла, равно какъ и свинцовая кайма на деснѣ, и зрѣніе поднялось до 6/12 на одномъ глазу и 6/18 на другомъ, который и до заболѣванія видѣлъ хуже. Черезъ 2 мѣсяца больной былъ выписанъ излѣченнымъ и работоспособнымъ.

Въ литературѣ послѣ офталмоскопическаго періода такихъ случаевъ переходящей свинцовой слѣпоты сообщено всего лишь 5, въ то время какъ стойкихъ разстройствъ со стороны глазъ, не считая параличей глазныхъ мышцъ, при свинцевомъ отравленіи описано около 60. Разбирая 3 теоріи, предложенныя для объясненія свинцоваго амауроза—нервную, мочекровную и безкровную, авторъ высказывается въ пользу послѣдней, основывающейся на извѣстномъ свойствѣ свинца вызывать судорожное сокращеніе гладкихъ мышцъ: при сравнительной бѣдности затылочной доли, особенно же клиновидной дольки (cuneus), кровеносными сосудами, достаточно уже незначительной судороги этихъ артерій, чтобы нарушить кровоснабженіе, а вмѣстѣ съ тѣмъ и отправленіе зрительнаго центра (Archiv für Augenheilkunde, XLVIII, 4). *Р. Кацъ.*

282. Во избѣжаніе возвратовъ при *операціи рубцоваго выворота вѣкъ, F. C. Hotz* (Chicago) пересаживаетъ не 1 кожный лоскутъ, а 2, и лоскутъ, покрывающій вѣко, укрѣпляетъ такъ, чтобы 2-ой лоскутъ, при сморщиваніи, не оказывалъ дѣйствія на 1-ый и не оттягивалъ свободнаго края вѣка. Очертивъ $^1/_2$-луннымъ разрѣзомъ достаточный лоскутъ для вѣка,—что при выворотѣ верхняго вѣка примѣнимо лишь въ случаѣ рубцоваго перерожденія бровной области и отсутствія волосъ на этомъ мѣстѣ, въ противномъ же случаѣ лоскутъ для вѣка берется съ руки,—освобождаютъ этотъ лоскутъ отъ подлежащихъ тканей до свободнаго края вѣка, при чемъ на нижнемъ вѣкѣ вырѣзываютъ 4-угольный кусокъ кожи у наружнаго угла, и край лоскута прикрѣпляютъ нѣсколькими швами къ верхнему краю хряща—на верхнемъ вѣкѣ—и къ глазничной фасціи у нижняго края глазницы—на нижнемъ вѣкѣ (при пересадкѣ лоскута съ руки на верхнее вѣко пришиваютъ одинъ край этого лоскута къ свободному краю вѣка, а другой—къ верхнему краю хряща). Вслѣдъ затѣмъ, сквозь свободный край вѣка продѣваютъ 2 крѣпкія шелковыя нити и, хорошенько оттянувъ вѣко отъ раневой поверхности, оставшейся непокрытой, прикрѣпляютъ концы нитей липкимъ пластыремъ или коллодіемъ къ щекѣ или ко лбу, смотря потому, на какомъ вѣкѣ дѣлается операція. Наконецъ, на раневую поверхность пересаживаютъ лоскутъ кожи съ руки, не пришивая его, а лишь выкраивая его въ такихъ размѣрахъ, чтобы края его нѣсколько переходили за края раны. Положивъ на кожные лоскуты нѣсколько полосокъ гуттаперчи, завязываютъ глазъ согрѣвающимъ компрессомъ. Черезъ 3 дня повязку снимаютъ, лоскуты и глазъ обмываютъ борнымъ растворомъ, обрѣзываютъ ножницами выстоящіе края не пришитаго лоскута и снова накладываютъ повязку, смѣняя ее каждый день или черезъ день. Черезъ недѣлю можно удалить всѣ швы, послѣ чего остается лишь въ теченіи нѣсколькихъ недѣль ежедневно смазывать свѣже прижившіе лоскуты какой-нибудь простой мазью, въ родѣ борнаго вазелина (Archiv für Augenheilkunde, XLVIII, 4). *Р. Кацъ.*

283. *Врожденная слѣпота на слова. Otto Wernicke* (Buenos-Ayres) разсказываетъ, какъ нѣсколько лѣтъ назадъ къ нему привели 10-лѣтняго, здороваго на видъ мальчика, который не умѣлъ научиться читать и у котораго, однако-же, изслѣдованіе обнаружило вполнѣ нормальное зрѣніе. Авторъ заявилъ тогда отцу этого мальчика, что сынъ его просто лѣнивъ и невнимателенъ. Теперь авторъ убѣжденъ, что онъ былъ несправедливъ къ мальчику. И вотъ, дабы предохранить товарищей отъ подобной же ошибки, онъ сообщаетъ слѣдующіе 2 случая словесной слѣпоты, наблюдавшіеся имъ за послѣднее время.

1. Дѣвушка, 19 л., нѣсколько истеричная, не смотря на старанія, никогда не могла научиться читать, какъ слѣдуетъ. Читаетъ медленно, по слогамъ, и настолько при этомъ бываетъ поглощена процессомъ чтенія, что не можетъ уловить содержаніе прочитаннаго. Зрѣніе же ея равно 5/4 на обоихъ глазахъ, глазное дно нормально и приспособленіе не нарушено. Числа она

Digitized by Google

читаетъ хорошо и вообще обладаетъ нормальными, по видимому, умственными способностями, вполнѣ правильно изъясняясь на 2-хъ языкахъ и обладая порядочнымъ запасомъ знаній, почерпнутыхъ ею преимущественно изъ устныхъ сообщеній.

2. 10-лѣтній мальчикъ, изъ семьи, ненормальной въ умственномъ отношеніи (отецъ пилъ и умеръ душевно-больнымъ, старшій братъ слабоумен̂ъ, а другой братъ талантливый шахматистъ), часто хворалъ и потому не вполнѣ правильно посѣщалъ школу; производитъ впечатлѣніе умнаго и здороваго мальчика, обладая хорошей памятью и тонкой наблюдательностью, въ школѣ же онъ изъ-за дурныхъ успѣховъ по чтенію до сихъ поръ остается въ самомъ младшемъ классѣ. Цифры онъ легко узнаетъ, быстро и вѣрно прочитывая и 6—значныя числа, но плавно читать не можетъ, а въ длинныхъ словахъ постоянно ошибается, особенно на послѣднихъ буквахъ. Острота зрѣнія на обоихъ глазахъ выше нормы—$^5/_4$.

Отмѣчая то обстоятельство, что во всѣхъ до сихъ поръ оповѣщенныхъ случаяхъ буквы читались хуже, чѣмъ числа, авторъ считаетъ возможнымъ распознавать «словесную слѣпоту» и при амбліопіи, въ противоположность *Hinshelwood*'у, который для признаванія этого порока ставитъ необходимымъ условіемъ вполнѣ нормальное зрѣніе. Соглашается же авторъ съ *Hinshelwood*'омъ, какъ и съ *Nettleship*'омъ, въ томъ, что врожденная слѣпота на слова вовсе не такъ рѣдка, какъ это могло-бы показаться на первый взглядъ, и что болѣе обстоятельное изслѣдованіе могло-бы ее не разъ обнаружить у такихъ дѣтей, которыхъ считаютъ глупыми либо лѣнивыми (Centralblatt für praktische Augenheilkunde, сентябрь). *Р. Кацъ.*

**Дѣтскія болѣзни**. 284. Д-ръ *Sperk*, исходя изъ основъ гигіэны и техники, приходитъ относительно *полученія и храненія продажнаго коровьяго молока* къ слѣдующимъ выводамъ. Коровы должны быть свободны отъ бугорчатки и происходить отъ здоровыхъ производителей. Телята, изслѣдованныя туберкулиновой пробой, какъ свободныя отъ жемчужной болѣзни, должны быть уединяемы. Тѣ породы коровъ, которыя легко заражаются бугорчаткой и мало устойчивы, должны быть исключены. Коровы должны находиться въ благопріятныхъ гигіэническихъ условіяхъ (хорошая пища, много движеній, свѣтлыя и съ большимъ содержаніемъ воздуха хлѣва). Скотъ слѣдуетъ помѣщать въ хлѣва лишь послѣ повторной туберкулиновой пробы и клиническаго изслѣдованія состоянія здоровья. Въ извѣстные промежутки времени слѣдуетъ производить врачебный осмотръ скота и хлѣва. Исключительно сухой кормъ, какъ вредный для качества и количества молока, долженъ быть оставленъ. Кормъ, способный къ броженію, долженъ быть исключенъ. Сѣно слѣдуетъ давать изъ луговъ, разумно воздѣлываемыхъ и засѣянныхъ опредѣленною смѣсью травъ. Къ сѣну слѣдуетъ прибавлять картофель, овесъ, свеклу и рисъ. Поить коровъ нужно хорошей водой. Для доенія должны быть особыя помѣщенія съ гладкими стѣнами, легко очищающимися. Соски нужно мыть теплой водой съ послѣдующимъ вытираніемъ чистой шерстяной тряпкой. Передъ доеніемъ коровницы должны переодѣваться въ особое чистое платье и мыть руки. Молоко слѣдуетъ собирать, лишь послѣ предварительнаго счиркиванія первыхъ его порцій, въ сосудъ съ волосянымъ ситомъ и изъ сосуда сливать при помощи короткихъ трубокъ въ пріемникъ, помѣщенный въ холодномъ мѣстѣ, гдѣ молоко процѣживается resp. центрифугируется. Полученное такимъ образомъ молоко должно быть остужено, слито въ кувшины, запечатано пломбой и отослано для повѣрки. Здѣсь молоко для грудныхъ дѣтей готовится согласно врачебнаго предписанія, либо оно разливается въ отдѣльныя бутылки и, по мѣрѣ потребности, пастеризуется и обезпложивается или оставляется сырымъ, а затѣмъ уже разносится по домамъ, гдѣ достаточно согрѣть его до 36°, дабы оно было годнымъ къ употребленію (Jahrbuch für Kinderheilkunde, тетр. 1, 1904). *С. Островскій.*

285. Д-ръ *Брудзинскій* (Варшава) описываетъ небезъинтересный случай *ложной блуждающей почки у мальчика.*

Въ Варшавскій воспитательный домъ 27/VI 1902 г. поступилъ мальчикъ, 13 л., съ жалобами на боли головы и слабость. Подорваннаго питанія. Сзади надъ правой верхушкой выдохъ съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ. Правая верхушка - на 1 поперечный палецъ ниже лѣвой. Звуки сердца чисты; дѣятельность его ускорена, границы его: вправо— правый край грудины, влѣво не переходитъ за сосковую линію. Брызжеечныя железы не прощупываются. Въ теченіи августа температура колебалась въ предѣлахъ 37—38°. Въ началѣ сентября развился лѣвый, а въ дальнѣйшемъ и правый выпотной плейритъ. Въ ноябрѣ авторъ при изслѣдованіи живота нашелъ слѣдующее: въ лѣвой $^1/_2$ на уровнѣ пупка прощупывается твердое, подвижное тѣло съ гладкой поверхностью. Изслѣдованіе опухоли подъ хлороформомъ показало, что она перемѣщается вправо, влѣво и вверхъ, но болѣе всего влѣво. Брызжеечныя железы не прощупываются. Въ теченіи декабря и января температура была лихорадочная. 18/II 1903 г. изслѣдованіе больного х-лучами обнаружило на высотѣ пупка тѣнь, мѣняющую свое положеніе при перемѣщеніи опухоли рукой. На мѣстѣ лѣвой почки при передне-заднемъ освѣщеніи ясной тѣни не появляется. Въ мочѣ бѣлокъ. Авторъ предположилъ наличность лѣвой подвижной почки (чтò у дѣтей большая рѣдкость). Съ этою цѣлью онъ изслѣдовалъ 65 подростковъ того-же воспитательнаго дома, въ возрастѣ 7—14 л., и ни у одного не нашелъ подвижной почки. Въ маѣ у больного развилось бугорчатковое воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, отъ котораго онъ и погибъ. На вскрытіи (проф. *Пржевоскій*): бугорчатковый менингитъ основанія, бугорчатка обоихъ легкихъ, правый слипчивый плейритъ, сыровидное перерожденіе бронхіальныхъ железъ, разсѣянный бугорчатковый нефритъ. Обѣ почки оказались на своихъ мѣстахъ. Опухоль, клинически казавшаяся блуждающей почкой, была расположена въ брызжейкѣ кишекъ и состояла изъ скопленія брызжеечныхъ железъ.

Случай этотъ, по мнѣнію автора, показываетъ, что клиническія данныя для распознаванія блуждающей почки еще очень шатки (Gazeta lakarska, 16 января). *С. О—ій.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 286. *Feuerstein* (изъ клиники проф. *Neisser*'а) занялся *провѣркой т. наз. гэмоглобиновой пробы Justus'а у сифилитиковъ* (внезапное паденіе содержанія гэмоглобина послѣ начала ртутнаго лѣченія) и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1) Изъ 32 больныхъ съ выраженнымъ сифилисомъ (вторичный, третичный, первичный сифилисъ съ отдаленной аденопатіей) у 4 (у 3 съ вторичнымъ и у 1 съ третичнымъ сифилисомъ) отмѣчено внезапное значительное паденіе содержанія гэмоглобина (около 10%). Въ 26 случаяхъ или совсѣмъ не обнаружено никакихъ измѣненій, или лишь незначительныя (около 5%). Въ 2 случаяхъ вторичнаго сифилиса отмѣчено значительное (10%) повышеніе содержанія гэмоглобина. 2) Въ 6 случаяхъ свѣжаго сифилиса и находившагося въ обратномъ развитіи вторичнаго сифилиса данныя всегда получались отрицательныя; въ 2 случаяхъ обнаружено повышеніе на 10%. 3) Изъ 7 не-сифилитиковъ у 5 получились отрицательныя данныя, у 1 повышеніе на 10% и у 1 (перелой)—внезапное пониженіе на 10%. Въ результатѣ авторъ не считаетъ ни характерной, ни тѣмъ болѣе специфической гэмоглобиновую реакцію въ смыслѣ *Justus*'а (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXVII, тетр. 3). *Ч.*

287. Проф. *Ehrmann*, въ результатѣ своихъ весьма тщательныхъ гистологическихъ изслѣдованій (налитые препараты) твердаго шанкра, приходитъ къ слѣдующимъ весьма важнымъ выводамъ относительно способа проникновенія въ организмъ сифилитическаго яда: 1) Первыя измѣненія при этомъ касаются тканевыхъ промежутковъ на мѣстѣ вхожденія яда, гдѣ образуется дов. много новыхъ капиллярныхъ сосудовъ, чтò предшествуетъ пропитыванію и сопровождаетъ его; такимъ образомъ надо принять, что ядъ прежде всего проникаетъ въ тканевыя щели. 2) Слѣдующее измѣненіе состоитъ въ томъ, что субкапиллярные и капиллярные лимфатическіе сосуды, исходящіе отъ уплотнѣнія, образовавшагося вслѣдствіе пропитыванія лимфатическихъ щелей, заключаются въ инфильтраціонную оболочку, пронизанную новообразованными кровеносными капиллярами; при этомъ подъ эндотеліальной тканью ихъ образуется внутреннее пропитываніе, которое можно точно установить лишь при тщательномъ изслѣдованіи упругихъ волоконъ; кромѣ того, пропитываніе находятъ также въ соединительнотканныхъ щеляхъ вокругъ пропитанныхъ лимфатическихъ капилляровъ подкожной ткани, гладкихъ мышечныхъ волоконъ, нервовъ *Pacini*'евыхъ тѣлахъ и т. д. 3) Такимъ образомъ надо принять, что сифилитическій ядъ проникаетъ изъ тканевыхъ щелей въ просвѣтъ капиллярныхъ и большихъ лимфатическихъ сосудовъ, обусловливаетъ здѣсь реакцію въ под-эндотеліальной, а также въ около-сосудистой ткани съ значительнымъ образованіемъ новыхъ кровеносныхъ капилляровъ и вызываетъ изъ послѣднихъ въ оба вышеупомянутые слоя значительное хемотактическое выпотѣваніе клѣтокъ. 4) Наружное пропитываніе лимфатическихъ сосудовъ обра-

Digitized by Google

зуетъ углы, доступные ощупыванію, главнымъ образомъ, въ мѣстѣ вхожденія небольшихъ капиллярныхъ и суб-капиллярныхъ лимфатическихъ сосудовъ въ большіе лимфатическіе стволы; они развиваются также и въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ самъ лимфатическій стволъ не содержитъ въ своемъ направленіи столько наружнаго пропитыванія, чтобы быть ощупываемымъ; въ узлахъ отличаются пропитанные лимфоцитами простые и развѣтвленные капиллярные и бо́льшей величины лимфатическіе сосуды, которые проникаютъ также во внутреннюю область разростанія большихъ лимфатическихъ стволовъ и затѣмъ въ просвѣтъ послѣднихъ. 5) Такимъ образомъ наружное пропитываніе образуется отчасти вслѣдствіе дѣйствія того яда, который доставляется отъ лимфатическихъ щелей и небольшихъ лимфатическихъ сосудовъ въ сосуды большей величины, а отчасти вслѣдствіе вліянія содержащагося внутри большихъ лимфатическихъ сосудовъ яда или токсина на окружающія ихъ ткани; дѣйствіе это выражается въ образованіи кровеносныхъ сосудовъ и пропитываній; въ небольшихъ лимфатическихъ сосудахъ оно можетъ отразиться, кромѣ того, въ размноженіи лимфоцитовъ и даже полномъ закупориваніи ими развѣтвленій лимфатическихъ сосудовъ. 6) Размягченіе этихъ узловъ вызывается обратнымъ превращеніемъ пропитываній, начинающимся исчезновеніемъ новообразованныхъ капилляровъ и образованіемъ по окружности лимфатическаго сосуда полостей, которыя или исчезаютъ вслѣдствіе всасыванія вмѣстѣ съ пропитываніемъ или при большихъ размѣрахъ, вскрываются внутрь сосуда; это — не некробіозъ, не моллекулярный распадъ, не сыровидное размягченіе, какъ при гуммѣ, а жировое перерожденіе, какъ это обнаруживается при окраскѣ осміевой кислотой. 7) Въ заключеніе авторъ высказываетъ, что пропитываніе лимфатическихъ щелей онъ считаетъ выраженіемъ защиты противъ внѣдренія яда (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXVIII, тетр. 1 и 2). *М. Членовъ.*

288. *Fischer* (изъ лабораторіи *Blaschko* въ Berlin'ѣ) сообщаетъ данныя своихъ изслѣдованій относительно *чистой разводки мягкаго шанкра.* Чтобы получить эту разводку, необходимо прежде всего сдѣлать язву, такъ сказать, «односептичной», т. е. лишить ее постороннихъ микроорганизмовъ. Въ этихъ цѣляхъ авторъ постоянно пользовался перевивными язвами, при чемъ, по образованіи перевивной пустулы, производилъ еще добавочное обезкровливаніе ея при помощи іодистой настойки (смазываніе ею краевъ пустулы и введеніе ея при помощи стеклянной палочки внутрь язвы), затѣмъ покрывалъ ее вновь ватой и пластыремъ (съ вырѣзаннымъ посрединѣ окномъ), а потомъ уже, дня черезъ 2—3, производилъ засѣваніе питательной среды, при чемъ предпочтительнѣе бралъ гной или сывороточно-кровянистое отдѣленіе со дна язвы. Въ качествѣ питательной среды авторъ употребляетъ кровяной шаръ или кровь, при чемъ для приготовленія перваго онъ пользуется кровью кролика (изъ сердца), которую смѣшиваетъ приблизительно пополамъ съ агаромъ. При посѣвѣ на кровяномъ агарѣ уже черезъ 2 дня получаются колоніи въ видѣ небольшихъ блестящихъ точекъ, постепенно увеличивающихся и при этомъ мутнѣющихъ, а черезъ 5 дней получающихъ сѣроватобѣлый цвѣтъ. Колоніи эти въ первые дни быстро ростутъ, но не принимаютъ большихъ размѣровъ и не сливаются другъ съ другомъ; характерно то, что онѣ очень плотны. При микроскопическомъ изслѣдованіи молодая колонія оказывается состоящей изъ палочекъ различной величины, которыя въ болѣе зрѣлыхъ колоніяхъ отличаются уже значительнымъ полиморфизмомъ. Въ конденсаціонной жидкости кровяного агара и въ жидкой крови разводки развивается гораздо быстрѣе, и уже черезъ 24 часа можно найти характерныя цѣпочки, какъ онѣ отмѣчаются въ язвахъ. Для доказательства специфичности полученной разводки авторъ привилъ себѣ на лѣвое предплечье 15-е поколѣніе одной разводки и получилъ характерный мягкій шанкръ (Dermatologische Zeitschrift, т. X, тетр. 5). *М. Членовъ.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ носовыхъ, горловыхъ и ушныхъ болѣзней.** (Отчетъ *В. В. Дитмана*). (Окончаніе. См. выше, № 10, стр. 375). Засѣданія 10-го января. Почетный предсѣдатель *Н. П. Трофимовъ* (Кіевъ), товарищъ—*А. М. Соколовъ* (Вильна).

*Н. П. Трофимовъ. Значеніе рёнтгеноскопіи при распознаваніи заболѣваній лобныхъ пазухъ.* Въ литературѣ встрѣчается лишь мало указаній по этому вопросу. Заболѣванія лобныхъ пазухъ, какъ извѣстно, чаще всего смѣшиваются съ нейральгіей надглазничнаго нерва, тѣмъ болѣе, что отдѣленіе изъ полости часто бываетъ ничтожное, такъ что его съ трудомъ можно замѣтить. Множество пріемовъ, предложенныхъ для распознаванія подобныхъ сомнительныхъ случаевъ, какъ-то: зондированіе, продуваніе, промываніе, просвѣчиваніе, постукиваніе, выслушиваніе и пробный проколъ—способствуютъ каждый въ отдѣльности выясненію распознаванія, но всѣ они, однако, имѣютъ свои недостатки; поэтому желательно изыскать еще другіе пріемы. Однимъ изъ таковыхъ является примѣненіе *Röntgen*'овскихъ лучей. По *Killian*'у, *x*-лучи были примѣнены *Spiess*'омъ при пробномъ проколѣ электрическимъ дриломъ, при чемъ онъ слѣдилъ за концомъ послѣдняго, просвѣчивая черепъ сбоку. Докладчикъ съ 1901 г. сталъ прибѣгать къ помощи *Röntgen*'овскихъ лучей для распознаванія заболѣваній лобныхъ пазухъ. Результаты получены ободряющіе (Показаны снимки). Снимки даютъ возможность 1) опредѣлить расширеніе лобной пазухи и такимъ образомъ при наличности другихъ признаковъ подтвердить существованіе затяжного воспаленія ея съ расширеніемъ (sinusitis chronica cum dilatatione—*Killian*); 2) судить о строеніи данной пазухи, т. е. узнать, имѣется-ли одиночная полость или вмѣстѣ съ тѣмъ существуютъ и т. наз. лобныя клѣточки (cellulae frontales); 3) опредѣлить вѣроятные размѣры полости. Всѣ эти вопросы важны для плана предполагаемой операціи.

*П. И. Кокинъ* находитъ, что рёнтгеноскопія лобныхъ пазухъ не можетъ дать сколько-нибудь ощутительныхъ данныхъ для распознаванія, такъ какъ размѣры полости и въ нормальномъ состояніи крайне разнообразны, судить-же о содержимомъ полости на основаніи снимка нельзя.

Ч. пр. *А. В. Якобсонъ* полагаетъ, что слѣдуетъ дорожить всякимъ новымъ способомъ изслѣдованія, какъ-бы малы ни были въ началѣ даваемые имъ результаты; со временемъ послѣдніе могутъ улучшиться.

*П. П. Геллатъ* совѣтуетъ разрабатывать главнымъ образомъ другіе способы, такъ какъ *Röntgen*'овскіе лучи составляютъ достояніе лишь большихъ больницъ. Очень цѣннымъ признакомъ заболѣванія лобной пазухи является боль при давленіи на внутренній уголъ глазницы.

*Н. П. Трофимовъ. Краткій обзоръ трепанацій сосцевиднаго отростка, произведенныхъ за 3 года.* Всѣ операціи, произведенныя лично докладчикомъ или подъ его руководствомъ, подведены подъ слѣдующія 3 группы: 1) простая трепанація, 2) трепанація со вскрытіемъ сосцевидной полости и 3) коренная трепанація съ широкимъ обнаженіемъ полости средняго уха и сосцевидной при затяжныхъ заболѣваніяхъ кости. Общее число операцій—108 (за 3 года), изъ нихъ коренныхъ—20, трепанацій со вскрытіемъ сосцевидной полости 80, безъ вскрытія ея—8. Смертность при простой трепанаціи выразилась 5 смертями на 87 гнойныхъ заболѣваній кости, т. е. 5,9%. Причинами смерти были: 1) нарывъ мозжечка, 2) закупорка венной пазухи съ послѣдующимъ гноекровіемъ, 3) то-же съ переносными нарывами плеча, легкихъ и локтя (смерть черезъ 2—3 мѣсяца послѣ выздоровленія), 4) болѣзнь уха, развившаяся 3 мѣсяца спустя послѣ выписки, 5) нарывъ мозга, вскрывшійся въ желудочекъ. Коренная операція дала 1 смерть на 20, т. е. 5%; смерть произошла отъ воспаленія твердой мозговой оболочки. Оперированные преимущественно были мужского пола (женщинъ было только 6). По народности великороссовъ было 36, малороссовъ—27, евреевъ—14, поляковъ—10, казаковъ—5, татаръ—4, армянъ—3, нѣмцевъ—3, бѣлоруссовъ—2 и молдаванъ—1. По возрасту больные распредѣлялись между 12 и 37 годами, при чемъ наибольшее число дали 22-лѣтніе (30) и 23-лѣтніе (28) возрасты. По времени года наибольшее число простыхъ трепанацій пришлось на май и декабрь. Средняя продолжительность ушного гноетеченія до производства операціи (простой трепанаціи) въ 1899 г. составляла 32 дня, въ

Digitized by Google

1900 г.—36 дней, въ 1901 г.—27 дней, въ 1902 г.—30 дней и въ 1903 г. 32 дня, въ общемъ же—31 день, т. е. приблизительно въ концѣ 3-ей недѣли можно ожидать развитія нагноенія отростка, такъ какъ, откинувъ среднюю продолжительность воспаленія сосцевиднаго отростка, опредѣленную докладчикомъ въ 12 дней, получится 19 дней, какъ среднее начало заболѣванія кости. *Körner* считаетъ, что ушное гноетеченіе, не имѣющее наклонности къ ослабленію на 4-ой недѣлѣ, всегда указываетъ на большее или меньшее разрушеніе отростка. Мастоидитъ безъ предшествовавшаго гноетеченія наблюдался у 2 больныхъ, т. е. у 2,3% общаго числа. Двустороннихъ пораженій не было вовсе (по *Körner*'у они встрѣчаются въ 13% случаевъ). Пораженіе лабиринта (частичное омертвѣніе улитки) было только у 1 больного. У 2 больныхъ до операціи имѣлся параличъ лицевого нерва. Правое ухо было поражено 45 разъ, лѣвое 43 раза. При коренныхъ операціяхъ также преобладалъ правый отростокъ (12 правостороннихъ заболѣваній противъ 8 лѣвостороннихъ). Свисаніе стѣнки слухового прохода въ задне-верхнемъ отдѣлѣ отмѣчено въ 5 случаяхъ, т. е. въ 5,7%. Показаніями для производства трепанаціи докладчикъ считаетъ при острыхъ гноетеченіяхъ—появленіе высокой температуры, чувствительность отростка въ области сосцевидной ямки или по заднему краю, на мѣстѣ выхода *Santorini*'ева выпускника или, наконецъ, въ нижней 1/2 отростка; измѣненіе очертаній кости въ смыслѣ припуханія; заглушеніе звука при постукиваніи; тѣстоватость кожнаго покрова и свисаніе стѣнки прохода въ задне-верхнемъ квадрантѣ. Кожный разрѣзъ докладчикомъ производился по *Körner*'у, у мѣста прикрѣпленія ушной раковины, прямо вплоть до нижняго края отростка. Выгода этого разрѣза по сравненію съ разрѣзомъ *Schwartze*, котораго придерживается большинство, несомнѣнна въ случаяхъ высокаго стоянія пазухи. Кожа найдена отечной только въ 11 случаяхъ (12,7%); въ 16 случаяхъ (18%) были поднадкостничные гнойники и въ 6 (7%)—плотныя прирощенія надкостницы; по отдѣленіи послѣдней подъемникомъ часто находили упоминаемыя *Körner*'омъ расширенія сосудовъ сосцевидной ямки. Свищи встрѣтились въ 23 случаяхъ (26,4%), при чемъ 10 разъ свищъ открывался въ сосцевидной ямкѣ, 6 разъ—на наружной поверхности нижней 1/3 отростка, 1 разъ—въ верхней 1/3, 1 разъ—въ задней, 2 раза—въ сосцевидной вырѣзкѣ и 1 разъ была разрушена наружная стѣнка нижней 1/3 отростка; у 2 больныхъ мѣсто открытія свища не отмѣчено. Типичный мастоидитъ *Bezold*'а, т. е. затекъ гноя въ грудино-ключично-сосковую мышцу при свищѣ въ сосцевидной вырѣзкѣ встрѣтился 2 раза (2,3%). Удаленіе кости докладчикъ производитъ всегда долотомъ. Чаще всего встрѣчались ограниченные гнойники (36%), рѣже—полное разрушеніе отростка (25,6%). Осложненіемъ операціи явилось 2 раза кровотеченіе изъ пазухи и 1 разъ изъ луковицы яремной вены (всѣ 3 случая окончились выздоровленіемъ). Въ 20 случаяхъ (23%) была обнажена пазуха и твердая мозговая оболочка на большемъ или меньшемъ протяженіи; 3 раза найдены грануляціи на твердой мозговой оболочкѣ. Изъ 20 случаевъ только въ 1 отмѣченъ въ позднѣйшемъ теченіи затекъ гноя на шею межъ мышцами. Вокругъ-пазушный нарывъ встрѣтился 1 разъ (больной выздоровѣлъ черезъ 40 дней). Изъ осложненій послѣоперaціоннаго теченія отмѣчены: 2 раза рожа, 2 раза гноекровіе, 3 раза переносные нарывы, кромѣ того—нарывъ мозжечка, воспаленіе лобной пазухи, обширная экзема позади уха, оплотнѣніе подчелюстной железы, стойкій параличъ лицевого нерва. Наблюдавшійся въ 1 случаѣ затекъ гноя на шеѣ потребовалъ повторенія трепанаціи съ широкимъ раскрытіемъ яремной вены и наложеніемъ противуотверстій у позвоночника (выздоровленіе черезъ 4 мѣсяца). Заживленіе трепанаціонной раны требовало: въ 1899 г. въ среднемъ 53 дня, въ 1900 г.—45 дней, въ 1901 г.—45 дней, въ 1902 г.—49 дней и въ 1903 г.—46 дней. Наиболѣе частымъ исходомъ со стороны уха было прекращеніе гноетеченія съ закрытіемъ отверстія барабанной перепонки, а именно 33 случая, т. е. 66%; въ 12 случаяхъ течь прекратилась, но отверстіе осталось, а въ 5 случаяхъ (5,7%) больные были выписаны съ гноетеченіемъ; относительно 31 больного свѣдѣній не сохранилось. Наименьшая продолжительность послѣоперaціоннаго теченія отмѣчена въ 7 случаяхъ въ 35 дней, при чемъ средняя продолжительность предшествовавшаго мастоидита была всего 6 дней. Измѣненія кости оказались сравнительно небольшія. Изъ этого слѣдуетъ, что болѣе раннее вскрытіе отростка даетъ болѣе короткій срокъ выздоровленія и предупреждаетъ болѣе глубокія разрушенія кости. Изъ 20 коренныхъ трепанацій 17 были сдѣланы съ пластикою по *Körner*'у и 1 по *Stacke*. Продолжительность гноетеченія до операціи колебалась отъ 1/2-года до 16 лѣтъ; 1 больной за 1 1/2 года до коренной операціи уже подвергался простой трепанаціи. Показаніями къ операціи служили 1 разъ холестеатома, 8 разъ (40%)—угрожающія явленія мастоидита, 2 раза (10%)—мозговыя явленія, въ остальныхъ случаяхъ—длительныя, не уступавшія лѣченію гноетеченія при подозрѣніи на костоѣду входа въ полость или-же возвращавшіяся грануляціи (9 случаевъ=45%). Въ 6 случаяхъ (30%) во время операціи было обнаружено присутствіе несомнѣнныхъ холестеатомъ, а въ 4 (20%)—творожистаго гноя въ сосцевидной полости. Твердая мозговая оболочка въ области височной доли была обнаружена 2 раза и 2 раза пазуха, при чемъ въ 1 изъ послѣднихъ случаевъ найдены вокругъ-пазушный гнойникъ и пробка въ пазухѣ (больной выздоровѣлъ со стойкимъ параличемъ лицевого нерва). Слуховыя косточки были извлечены въ 6 случаяхъ, при чемъ наковальня, различно измѣненная, была найдена во всѣхъ изъ нихъ, молоточекъ же въ 1. Пересадка кожи по *Thiersch*'у сдѣлана 3 раза съ полнымъ успѣхомъ. Изъ осложненій отмѣчены: параличъ лицевого нерва—4 раза, изъ нихъ 1 стойкій; 2 развились тотчасъ послѣ операціи и исчезли черезъ 2—3 мѣсяца, 1 появился черезъ сутки послѣ операціи и скоро исчезъ подъ вліяніемъ фарадизаціи; далѣе—рожа 1 разъ, флебитъ яремной вены и переносный нарывъ грудины. Средняя продолжительность заживленія была 95 дней, кратчайшій срокъ—41 день, наибольшій—153 дня; при холестеатомахъ—85 дней, съ колебаніями отъ 41 до 135 дней. Во всѣхъ случаяхъ холестеатомы пластика была сдѣлана одновременно съ операціею и дурныхъ послѣдствій отъ этого не наблюдалось (*Körner* дѣлаетъ пластику только черезъ 3—4 недѣли послѣ 1-ой операціи). Что касается показаній къ коренной операціи, то München'ская школа (*Bezold*, *Wanner*) считаетъ таковыми: 1) внезапное повышеніе температуры, необъяснимое какимъ-либо общимъ заболѣваніемъ, 2) мозговыя явленія и 3) затяжныя гноетеченія, не уступающія правильному лѣченію въ теченіи 5—6 мѣсяцевъ. *Politzer* (Wien) приводитъ 16 показаній для трепанаціи, раздѣляя ихъ на объективныя и субъективныя; къ первымъ относятся: костоѣда височной кости, свищи, возвращающіеся полипы, костные наросты наружнаго слухового прохода, упорныя гноетеченія изъ сосудистой полости, холестеатома, острый мастоидитъ, параличъ лицевого нерва и вонючее гноетеченіе, не уступающее лѣченію; сюда же онъ причисляетъ лихорадку послабляющаго типа, рвоту при головной боли, измѣненія дна глаза (retinitis optica); изъ субъективныхъ признаковъ онъ указываетъ: упорныя головныя боли, головокруженія и признаки мозгового пораженія. *Körner* считаетъ операцію показанной: 1) если къ затяжному гноетеченію присоединяются явленія, указывающія на застой гноя, 2) при рѣзко выраженномъ гиперостозѣ наружнаго слухового прохода, 3) при появленіи признаковъ пораженія лабиринта и лицевого нерва, благопріятствующихъ развитію мозгового заболѣванія, 4) при появленіи мозгового осложненія, 5) при гноетеченіи, не уступающемъ лѣченію, такъ какъ оно въ этомъ случаѣ зависитъ отъ страданія кости. Болѣе всего сомнѣній вызываетъ обыкновенно послѣднее показаніе. Въ числѣ оперированныхъ докладчикомъ были больные, у которыхъ, не смотря на не уступавшее сохраняющему лѣченію гноетеченіе, во время операціи явныхъ признаковъ пораженія кости не обнаруживалось. Въ такихъ случаяхъ причину упорнаго гноетеченія приходится искать въ общемъ состояніи организма и, слѣд., лѣченіе, направленное въ эту сторону, могло бы дать такой-же успѣхъ, какъ и оперативное пособіе.

Digitized by Google

зуетъ углы, доступные ощупыванію, главнымъ образомъ, въ мѣстѣ вхожденія небольшихъ капиллярныхъ и суб-капиллярныхъ лимфатическихъ сосудовъ въ большіе лимфатическіе стволы; они развиваются также и въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ самъ лимфатическій стволъ не содержитъ въ своемъ направленіи столько наружнаго пропитыванія, чтобы быть ощупываемымъ; въ узлахъ отличаются пропитанные лимфоцитами простые и развѣтвленные капиллярные и бóльшей величины лимфатическіе сосуды, которые проникаютъ также во внутреннюю область разростанія большихъ лимфатическихъ стволовъ и затѣмъ въ просвѣтъ послѣднихъ. 5) Такимъ образомъ наружное пропитываніе образуется отчасти вслѣдствіе дѣйствія того яда, который доставляется отъ лимфатическихъ щелей и небольшихъ лимфатическихъ сосудовъ въ сосуды большей величины, а отчасти вслѣдствіе вліянія содержащагося внутри большихъ лимфатическихъ сосудовъ яда или токсина на окружающія ихъ ткани; дѣйствіе это выражается въ образованіи кровеносныхъ сосудовъ и пропитываній; въ небольшихъ лимфатическихъ сосудахъ оно можетъ отразиться, кромѣ того, въ размноженіи лимфоцитовъ и даже полномъ закупориваніи ими развѣтвленій лимфатическихъ сосудовъ. 6) Размягченіе этихъ узловъ вызывается обратнымъ превращеніемъ пропитываній, начинающимся исчезновеніемъ новообразованныхъ капилляровъ и образованіемъ по окружности лимфатическаго сосуда полостей, которыя или исчезаютъ вслѣдствіе всасыванія вмѣстѣ съ пропитываніемъ или при большихъ размѣрахъ, вскрываются внутрь сосуда; это — не некробіозъ, не молекулярный распадъ, не сыровидное размягченіе, какъ при гуммѣ, а жировое перерожденіе, какъ это обнаруживается при окраскѣ осміевой кислотой. 7) Въ заключеніе авторъ высказываетъ, что пропитываніе лимфатическихъ щелей онъ считаетъ выраженіемъ защиты противъ внѣдренія яда (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXVIII, тетр. 1 и 2). *М. Членовъ.*

288. *Fischer* (изъ лабораторіи *Blaschko* въ Berlin'ѣ) сообщаетъ данныя своихъ изслѣдованій относительно *чистой разводки мягкаго шанкра.* Чтобы получить эту разводку, необходимо прежде всего сдѣлать язву, такъ сказать, «односептичной», т. е. лишить ее постороннихъ микроорганизмовъ. Въ этихъ цѣляхъ авторъ постоянно пользовался перевивными язвами, при чемъ, по образованіи перевивной пустулы, производилъ еще добавочное обезкровливаніе ея при помощи іодистой настойки (смазываніе ею краевъ пустулы и введеніе ея при помощи стеклянной палочки внутрь язвы), затѣмъ покрывалъ ее вновь ватой и пластыремъ (съ вырѣзаннымъ посрединѣ окномъ), а потомъ уже, дня черезъ 2—3, производилъ засѣваніе питательной среды, при чемъ предпочтительнѣе бралъ гной или сывороточно-кровянистое отдѣленіе со дна язвы. Въ качествѣ питательной среды авторъ употребляетъ кровяной шаръ или кровь, при чемъ для приготовленія перваго онъ пользуется кровью кролика (изъ сердца), которую смѣшиваетъ приблизительно пополамъ съ агаромъ. При посѣвѣ на кровяномъ агарѣ уже черезъ 2 дня получаются колоніи въ видѣ небольшихъ блестящихъ точекъ, постепенно увеличивающихся и при этомъ мутнѣющихъ, а черезъ 5 дней получающихъ сѣроватобѣлый цвѣтъ. Колоніи эти въ первые дни быстро ростутъ, но не принимаютъ большихъ размѣровъ и не сливаются другъ съ другомъ; характерно то, что онѣ очень плотны. При микроскопическомъ изслѣдованіи молодая колонія оказывается состоящей изъ палочекъ различной величины, которыя въ болѣе зрѣлыхъ колоніяхъ отличаются уже значительнымъ полиморфизмомъ. Въ конденсаціонной жидкости кровяного агара и въ жидкой крови разводки развивается гораздо быстрѣе, и уже черезъ 24 часа можно найти характерныя цѣпочки, какъ онѣ отмѣчаются въ язвахъ. Для доказательства специфичности полученной разводки авторъ привилъ себѣ на лѣвое предплечье 15-е поколѣніе одной разводки и получилъ характерный мягкій шанкръ (Dermatologische Zeitschrift, т. X, тетр. 5). *М. Членовъ.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ носовыхъ, горловыхъ и ушныхъ болѣзней.** (Отчетъ *В. В. Дитмана*). (Окончаніе. См. выше, № 10, стр. 375). Засѣданія 10-го января. Почетный предсѣдатель *Н. П. Трофимовъ* (Кіевъ), товарищъ—*А. М. Соколовъ* (Вильна).

*Н. П. Трофимовъ. Значеніе рёнтгеноскопіи при распознаваніи заболѣваній лобныхъ пазухъ.* Въ литературѣ встрѣчается лишь мало указаній по этому вопросу. Заболѣванія лобныхъ пазухъ, какъ извѣстно, чаще всего смѣшиваются съ нейральгіей надглазничнаго нерва, тѣмъ болѣе, что отдѣленіе изъ полости часто бываетъ ничтожное, такъ что его съ трудомъ можно замѣтить. Множество пріемовъ, предложенныхъ для распознаванія подобныхъ сомнительныхъ случаевъ, какъ-то: зондированіе, продуваніе, промываніе, просвѣчиваніе, постукиваніе, выслушиваніе и пробный проколъ—способствуютъ каждый въ отдѣльности выясненію распознаванія, но всѣ они, однако, имѣютъ свои недостатки; поэтому желательно изыскать еще другіе пріемы. Однимъ изъ таковыхъ является примѣненіе *Röntgen*'овскихъ лучей. По *Killian*'у, *x*-лучи были примѣнены *Spiess*'омъ при пробномъ проколѣ электрическимъ дриломъ, при чемъ онъ слѣдилъ за концомъ послѣдняго, просвѣчивая черепъ сбоку. Докладчикъ съ 1901 г. сталъ прибѣгать къ помощи *Röntgen*'овскихъ лучей для распознаванія заболѣваній лобныхъ пазухъ. Результаты получены ободряющіе (Показаны снимки). Снимки даютъ возможность 1) опредѣлить расширеніе лобной пазухи и такимъ образомъ при наличности другихъ признаковъ подтвердить существованіе затяжного воспаленія ея съ расширеніемъ (sinusitis chronica cum dilatatione—*Killian*); 2) судить о строеніи данной пазухи, т. е. узнать, имѣется-ли одиночная полость или вмѣстѣ съ тѣмъ существуютъ и т. наз. лобныя клѣточки (cellulae frontales); 3) опредѣлить вѣроятные размѣры полости. Всѣ эти вопросы важны для плана предполагаемой операціи.

*П. И. Кокинъ* находитъ, что рёнтгеноскопія лобныхъ пазухъ не можетъ дать сколько-нибудь ощутительныхъ данныхъ для распознаванія, такъ какъ размѣры полости и въ нормальномъ состояніи крайне разнообразны, судить-же о содержимомъ полости на основаніи снимка нельзя.

Ч. пр. *А. В. Якобсонъ* полагаетъ, что слѣдуетъ дорожить всякимъ новымъ способомъ изслѣдованія, какъ-бы малы ни были въ началѣ даваемые имъ результаты; со временемъ послѣдніе могутъ улучшиться.

*П. П. Геллатъ* совѣтуетъ разрабатывать главнымъ образомъ другіе способы, такъ какъ *Röntgen*'овскіе лучи составляютъ достояніе лишь большихъ больницъ. Очень цѣннымъ признакомъ заболѣванія лобной пазухи является боль при давленіи на внутренній уголъ глазницы.

*Н. П. Трофимовъ. Краткій обзоръ трепанацій сосцевиднаго отростка, произведенныхъ за 3 года.* Всѣ операціи, произведенныя лично докладчикомъ или подъ его руководствомъ, подведены подъ слѣдующія 3 группы: 1) простая трепанація, 2) трепанація со вскрытіемъ сосцевидной полости и 3) коренная трепанація съ широкимъ обнаженіемъ полости средняго уха и сосцевидной при затяжныхъ заболѣваніяхъ кости. Общее число операцій—108 (за 3 года), изъ нихъ коренныхъ—20, трепанацій со вскрытіемъ сосцевидной полости 80, безъ вскрытія ея—8. Смертность при простой трепанаціи выразилась 5 смертями на 87 гнойныхъ заболѣваній кости, т. е. 5,9%. Причинами смерти были: 1) нарывъ мозжечка, 2) закупорка венной пазухи съ послѣдующимъ гноекровіемъ, 3) то-же съ переносными нарывами плеча, легкихъ и локтя (смерть черезъ 2—3 мѣсяца послѣ выздоровленія), 4) болѣзнь уха, развившаяся 3 мѣсяца спустя послѣ выписки, 5) нарывъ мозга, вскрывшійся въ желудочекъ. Коренная операція дала 1 смерть на 20, т. е. 5%; смерть произошла отъ воспаленія твердой мозговой оболочки. Оперированные преимущественно были мужского пола (женщинъ было только 6). По народности великороссовъ было 36, малороссовъ—27, евреевъ—14, поляковъ—10, казаковъ—5, татаръ—4, армянъ—3, нѣмцевъ—3, бѣлоруссовъ—2 и молдаванъ—1. По возрасту больные распредѣлялись между 12 и 37 годами, при чемъ наибольшее число дали 22-лѣтній (30) и 23-лѣтній (28) возрасты. По времени года наибольшее число простыхъ трепанацій пришлось на май и декабрь. Средняя продолжительность ушного гноетеченія до производства операціи (простой трепанаціи) въ 1899 г. составляла 32 дня, въ

Google

Самое сильное паденіе кровяного давленія наблюдается при сильныхъ и весьма частыхъ раздраженіяхъ. Такъ какъ сильные и частые токи вызываютъ угнетеніе нервныхъ клѣтокъ, то болѣе сильное дѣйствіе частыхъ и сильныхъ токовъ на n. depressor говоритъ въ пользу задерживающаго дѣйствія этого нерва на сосудодвигательный нервъ, какъ это было высказано уже давно *Ludwig*'омъ и *Ціономъ* и противъ теоріи дѣйствія n. depressoris на сосудорасширяющій центръ, какъ это допускаютъ д-ръ *Червинскій* и др.

Докладчикъ сообщилъ также свои наблюденія надъ дѣйствіемъ n. depressoris на кровяное давленіе послѣ перерѣзки n. splanchnici. Послѣ перерѣзки одного n. splanchnici паденіе кровяного давленія при раздраженіи n. depressoris меньше, чѣмъ до перерѣзки его. Если вслѣдъ затѣмъ перерѣзать и второй n. splanchnicus, то вліяніе раздраженія n. depressoris еще болѣе понижается. Послѣ искусственнаго поднятія кровяного давленія вслѣдъ за перерѣзкой обоихъ nn. splanchnici до первоначальной высоты введеніемъ физіологическаго раствора поваренной соли раздраженіе n. depressoris вызываетъ паденіе кровяного давленія почти той-же величины, что и до перерѣзки этихъ нервовъ.

Нѣсколько замѣчаній по поводу этого доклада сдѣлалъ проф. *А. К. Медвѣдевъ* (Одесса).

*М. Н. Шатерниковъ* (Москва). *Существуетъ-ли тѣсная связь между содержаніемъ кислорода во вдыхаемомъ воздухѣ и напряженностью окислительныхъ процессовъ въ тѣлѣ.?* Вопреки установившемуся въ физіологіи взгляду о независимости (въ широкихъ предѣлахъ) потребленія кислорода отъ частичнаго давленія этого газа, *Rosenthal* на основаніи своихъ опытовъ пришелъ къ совершенно противоположнымъ выводамъ. По опытамъ докладчика, данныя *Rosenthal*'я ошибочны, и господствующее въ физіологіи мнѣніе слѣдуетъ признать непоколебленнымъ.

По поводу этого доклада высказались *А. В. Леонтовичъ*, *В. Ю. Чаговецъ* и *Е. А. Ганике*.

Засѣданіе 7-го января. Почетный предсѣдатель – проф. *А. К. Медвѣдевъ*.

Проф. *В. Я. Данилевскій* (Харьковъ). *Наблюденія надъ субъективнымъ зрительнымъ ощущеніемъ въ перемѣнномъ магнитномъ полѣ.* Въ сильномъ перемѣнномъ магнитномъ полѣ при поднесеніи глаза близко къ радіатору появляется на окружности поля зрѣнія мерцанія въ видѣ концентрическихъ волнообразныхъ свѣтовыхъ движеній; если глазъ закрыть, то явленіе исчезаетъ. Какъ показалъ рядъ опытовъ, эти субъективныя зрительныя ощущенія обусловливаются индуктивнымъ дѣйствіемъ въ перемѣнномъ магнитномъ полѣ. По предположенію автора, индуцированное раздраженіе вызываетъ клонически судорожное сокращеніе рѣсничной мышцы, а потому и прерывистое механическое подергиваніе периферическаго пояса сѣтчатки.

Проф. *Н. В. Рязанцевъ*. *О физіологической роли пищеводныхъ железъ* (работа студ. *Иваньшина*).

*Онъ-же. О кишечномъ сокѣ быка* (работа студ. *Куницкаго*).

*Онъ-же. О поджелудочномъ сокѣ быка* (работа студ. *Кадыкова*).

*Онъ-же. О сокѣ слѣпой кишки быка* (работа студ. *Петрова*).

Засѣданіе 8-го января. Почетный предсѣдатель—проф. *А. А. Жандръ*.

Проф. *Н. Ф. Бѣлоусовъ*. *Опытъ сравнительнаго изученія нервныхъ ядовъ на протоплазму растительной и животной клѣточки.* Изучалось дѣйствіе хлороформа, хлорала, атропина, стрихнина, никотина, кураре, кислотъ, щелочей, солей, гидрохинона, вератрина на движеніе протоплазмы и ядра Tradescontia virg. и vallisneria spiralis, на движеніе различныхъ protozoa и metazoa. Стрихнинъ вызываетъ внезапную остановку движеній зеренъ растительной клѣтки, хлоралъ—постепенную, никотинъ—судорожныя движенія, кураре—замедленіе движеній и остановку ихъ. При дѣйствіи ядовъ замѣчается различное дѣйствіе (различная сопротивляемость) въ зависимости отъ особенностей даннаго листа и особенностей отдѣльныхъ его ячеекъ. Различіе въ дѣйствіи концентрацій сводится на различіе дѣйствія во времени. Замѣчается привыканіе къ дѣйствію ядовъ.

*Онъ-же. О явленіяхъ эластичности мышцъ.*

Проф. *Н. Е. Введенскій*. *Тормозящія явленія при стрихнинномъ отравленіи.* Изслѣдованіями докладчика было доказано, что двигательный нервъ при раздраженіи его сильными и частыми индукціонными токами скоро перестаетъ возбуждать мышцу; импульсы продолжаютъ идти по нерву, но развиваютъ состояніе торможенія въ нервныхъ окончаніяхъ. Докладчикъ доказываетъ, что и при стрихнинномъ отравленіи спинной мозгъ можетъ развивать также подобное этому тормозящее вліяніе на периферическую двигательную систему слѣдующимъ опытомъ: у лягушки перерѣзаютъ задніе корешки; сѣдалищный нервъ вмѣстѣ съ поясничнымъ сплетеніемъ отпрепаровываются вплоть до спинного мозга; къ нерву на разстояніи 10 млм. отъ мышцы прикладываются электроды, и опредѣляется порогъ раздраженія индукціоннымъ токомъ. Передъ наступленіемъ стрихнинныхъ сокращеній и между нервными припадками судорогъ, порогъ раздраженія остается приблизительно тѣмъ-же; когда-же сильныя судороги прекратятся, порогъ вдругъ оказывается перемѣщеннымъ къ очень сильнымъ токамъ. Если въ это время разрушить спинной мозгъ или перерѣзать нервъ возможно высоко, то порогъ раздраженія опускается тотчасъ-же до своей нормальной высоты и остается затѣмъ все время приблизительно одинаковымъ. Эти явленія слѣдуетъ толковать такъ, что въ извѣстной стадіи стрихниннаго отравленія нервные центры развиваютъ тормозящія вліянія на периферическій приборъ двигательнаго нерва.

Проф. *В. Я. Данилевскій* (Харьковъ). *О тетаническомъ сокращеніи сердца теплокровнаго животнаго при электрическомъ раздраженіи.* Сообщенные опыты показываютъ, что возможно вызвать тетаническое состояніе сердца не у однихъ холоднокровныхъ животныхъ, а и у теплокровныхъ. Опыты дѣлались такъ: черезъ вырѣзанное сердце пропускалось *Locke*'овская или *Ringer*'овская жидкость; верхушка подвѣшеннаго сердца погружалась на нѣсколько млм. въ воду, въ которой помѣщались электроды. Раздраженіе — прерывистымъ индуктивнымъ токомъ отъ саннаго или отъ магнитно-индуктивнаго прибора. При извѣстныхъ условіяхъ опыта вырѣзанное сердце кролика, именно желудочки его, оказывались способными не только рѣзко поднимать среднюю систолическую высоту, при чемъ вершины систолъ становились все выше и выше нормы, а діастолическое растяженіе все уменьшалось, но также и сливать эти сокращенія и разслабленія въ ровную линію, почти безъ всякихъ зубцовъ (tetanus). Явленія тетануса ограничиваются только желудочками, предсердія же продолжаютъ ритмически сокращаться, и тетаническаго ихъ сокращенія не удается вызвать ни при какихъ условіяхъ. Что касается нормальнаго сердца, in situ et in vivo, то, по мнѣнію проф. *В. Я. Данилевскаго*, оно, по видимому, менѣе склонно къ тетаническому сокращенію, чѣмъ вырѣзанное анормальное; но, по всей вѣроятности, токсикологическими и патологическими условіями эта сопротивляемость къ тетаническому сокращенію можетъ быть понижена.

*В. А. Битный-Шляхто. Къ ученію о липазѣ.*

Засѣданіе 9-го января. Почетный предсѣдатель—проф. *Н. В. Рязанцевъ*.

*Б. И. Бабкинъ. Сложно-нервные (психическіе) опыты надъ собакой.*

Проф. *В. Я. Данилевскій*. *Опыты надъ посмертной раздражимостью нервныхъ приборовъ сердца млекопитающихъ.* Задачей опытовъ было изучить посмертное вліяніе раздраженія блуждающаго нерва на сокращеніе переживающаго сердца черезъ 24 часа послѣ смерти животнаго (кролика), чтобы подойти къ рѣшенію вопроса о физіологическихъ свойствахъ переживающей нервной системы. Животное убивалось кровопусканіемъ и оставлялось на холоду на 24 часа; сердце оставлялось in situ, и черезъ вѣнечные сосуды его пропускалась жидкость *Locke*'a или *Ringer*'a. Въ удачныхъ опытахъ слабый токъ (разстояніе между электродами 4—6 млм., разстояніе катушекъ 12—15 стм.) вызывалъ явное замедленіе сердцебіеній, а въ 1 случаѣ и остановку въ діастолѣ въ теченіи 5 сек. Въ

Ч. пр. *А. В. Якобсонъ* наблюдалъ случай, гдѣ гноетеченіе продолжалось 30 лѣтъ. У больного полипозно разросшіяся грануляціи замыкали большое прободное отверстіе барабанной перепонки. По удаленіи этихъ полиповъ и прижиганіи барабанной полости нагноеніе прекратилось совершенно и не возобновлялось въ теченіи 10 лѣтъ.

*П. П. Геллатъ* произвелъ около 20 коренныхъ операцій, но при нихъ ни разу не встрѣчалъ холестеатомы, которую видѣлъ только 1 разъ при простой трепанаціи. Онъ полагаетъ, что холестеатома въ болѣе южныхъ странахъ встрѣчается чаще, чѣмъ на сѣверѣ.

*Н. Н. Веселовзоровъ* (Петербуръ). *Къ статистикѣ внутричерепныхъ осложненій гнойнаго отита (по даннымъ мужской Обуховской больницы).* За послѣднія $17^1/_2$ лѣтъ въ мужской Обуховской больницѣ наблюдалось 176 случаевъ внутричерепныхъ осложненій гнойнаго отита. По возрасту 44% больныхъ приходятся на 2-ое 10-лѣтіе жизни, 33% на 3-ье; въ общемъ въ первой $^1/_2$ жизни (до 30 лѣтъ) заболѣваютъ 77%. Эти цифры находятся въ согласіи съ тѣмъ, что maximum неосложненныхъ заболѣваній сосцевиднаго отростка также падаетъ на 2-ое 10-лѣтіе жизни. Изъ этого общаго правила даютъ нѣкоторыя исключенія менингиты и мозговые нарывы, maximum которыхъ падаетъ на 3-ье 10-лѣтіе. Что касается стороны пораженія, то въ 52% встрѣтились лѣвостороннія пораженія, въ 47% правостороннія и въ 1 двустороннее. Это преобладаніе лѣвостороннихъ пораженій замѣтно въ надтвердооболочечныхъ и мозговыхъ нарывахъ, правостороннихъ—при заболѣваніяхъ пазухи, менингитахъ и множественныхъ осложненіяхъ. Еще рѣзче выступаетъ преобладаніе лѣвостороннихъ пораженій при сравненіи ихъ съ общимъ числомъ заболѣваній сосцевиднаго отростка той и другой стороны. Оказывается, что лѣвостороннія внутричерепныя осложненія встрѣтились въ 46% всѣхъ пораженій сосцевиднаго отростка лѣвой стороны, а правостороннія—въ 44%. Рѣзкое противорѣчіе по этому вопросу съ западно-европейскими статистиками, если только оно не случайное, можетъ имѣть извѣстное значеніе; быть можетъ (это, конечно, лишь намекъ) извѣстную роль въ этомъ противорѣчіи играютъ антропологическія особенности славянскихъ череповъ. Зато въ вопросѣ о давности основного страданія въ височной кости матеріалъ докладчика находится въ согласіи съ мнѣніями другихъ авторовъ, давая значительное преобладаніе (почти вдвое, 60 противъ 31) затяжныхъ процессовъ надъ острыми. Однако, роль холестеатомы при этомъ оказалась далеко не значительной; она отмѣчена лишь въ $^1/_5$ всѣхъ затяжныхъ случаевъ. На вопросъ объ отношеніи внутричерепныхъ осложненій къ числу мастоидитовъ вообще матеріалъ докладчика отвѣчаетъ, что въ каждомъ 5-мъ случаѣ встрѣчается пораженіе, перешедшее за границы сосцевиднаго отростка. Что касается отношенія числа смертныхъ случаевъ отъ внутричерепныхъ осложненій къ числу смертей въ больницѣ вообще, то, просмотрѣвъ всѣ протоколы вскрытій за это время, числомъ 14381, докладчикъ нашелъ, что 1 случай смерти отъ внутричерепного осложненія гнойнаго отита приходится на 103 смерти вообще, другими словами: изъ 103 умершихъ въ больницѣ 1 умеръ отъ болѣзни, вызванной гнойнымъ процессомъ въ ухѣ (Копенгагенская статистика *Poulsen*'а даетъ отношеніе 1:303, Вѣнская статистика *Gruber*'а—1:173 и Лондонская статистика *Pitt*'а—1:158). По основнымъ чистымъ формамъ заболѣванія на 1-мъ по частотѣ мѣстѣ стоитъ закупорка пазухи, на 2-мъ—поровну надтвердооболочечный и мозговой нарывы, на 3-мъ—чистый менингитъ и на 4-мъ—сочетанныя множественныя осложненія. Если расположить эти формы по количеству смертей при каждой изъ нихъ, то на 1-мъ мѣстѣ стоятъ опять-таки закупорки пазухи, на 2-мъ—поровну нарывъ мозга и первичный менингитъ. Однако, въ виду того, что закупорка пазухи и множественныя осложненія приводятъ также къ менингиту или къ гноекровію, а больные съ нарывомъ мозга погибаютъ иногда отъ менингита, то въ концѣ концовъ ближайшею или непосредственною причиною смерти при внутричерепныхъ осложненіяхъ будетъ одна изъ слѣдующихъ 3-хъ: гнойный менингитъ (80 = 58%), гнилогноекровіе (48 = 35%) и неосложненныхъ нарывовъ мозга (10 = 7%).—Докладчикъ предложилъ внести въ число программныхъ вопросовъ будущаго Съѣзда слѣдующій: Статистика внутричерепныхъ заболѣваній ушного происхожденія по даннымъ русскихъ авторовъ.—Предложеніе принято.

*Н. Н. Саханскій* (Петербургъ). *Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи синусъ-тромбоза съ перевязкою яремной вены.* Докладчикъ сообщилъ о 16 случаяхъ ушного гноекровія (въ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ), изъ коихъ въ 10 примѣнено было лѣченіе съ перевязкою яремной вены, а въ 6 безъ перевязки ея, и высказался въ пользу перевязки.

*Э. Л. Эзеръ* наблюдалъ 9 случаевъ ушного гноекровія съ 2 смертельными исходами. Перевязку яремной вены онъ ни разу не дѣлалъ, основываясь на мнѣніи *Jansen*'а, являвшагося прежде сторонникомъ перевязки, а затѣмъ отказавшагося отъ нея, такъ какъ безъ нея онъ получалъ лучшіе результаты (75% выздоровленія), чѣмъ послѣ перевязки (65% выздоровленія). *Brieger* получалъ 50% выздоровленій какъ при перевязкѣ яремной вены, такъ и безъ нея, но онъ указываетъ на возможныя послѣ перевязки осложненія въ видѣ застоя крови въ мозгу, отека и даже размягченія мозга. Поэтому увлекаться перевязкою не слѣдуетъ.

*Я. И. Левенсонъ* (Петербургъ). *Къ вопросу о свѣтолѣченіи (лампочкою накаливанія) при болѣзняхъ гортани.* Докладчикъ пользовался фіолетовыми лампочками *Philips*'а, силою въ 50 свѣчей, съ глубокимъ отражателемъ. Лучи направлялись на переднюю поверхность шеи съ разстоянія 8—10 вершковъ. Сеансы длились $^1/_2$-часа (въ 1 случаѣ 1 часъ), первые 3 дня ежедневно, затѣмъ черезъ день. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ внутри гортани болѣзненныя явленія рѣзко преобладали на какой-либо одной сторонѣ, лампа въ теченіи послѣднихъ 10 минутъ переводилась исключительно на эту сторону. Другого лѣченія, кромѣ свѣта, по возможности не назначалось. Всѣхъ случаевъ было 14: 2 остраго воспаленія гортани, 5—затяжного, 2—начинавшейся и 2—язвенной бугорчатки, 1—волчанки, 1—папилломъ и 1—паралича лѣваго возвратнаго нерва. Выводы: Свѣтолѣченіе при помощи лампочекъ накаливанія дѣйствуетъ благотворно на катарральные процессы въ гортани, какъ острые, такъ и затяжные. Оно увеличиваетъ тонусъ гортанныхъ мышцъ и, по видимому, вліяетъ благопріятно на питаніе тканей гортани. Оно является цѣннымъ и необременительнымъ для больного вспомогательнымъ средствомъ при лѣченіи начальныхъ формъ бугорчатки гортани, но не оказываетъ никакого вліянія на язвенную бугорчатку съ сильно развитымъ перихондритомъ и не устраняетъ дисфагіи. Оно во многихъ случаяхъ даетъ рѣзкое улучшеніе самочувствія и субъективныхъ ощущеній больныхъ. Въ виду тонизирующаго дѣйствія на мышцы гортани оно можетъ оказать громадныя услуги при лѣченіи профессіоналовъ: пѣвцовъ, ораторовъ и т. д. отъ т. наз. утомленія голоса.

*О. С. Мееровичъ* (Петербургъ). *Къ вопросу о дѣйствіи холоднаго электрическаго свѣта (лампочки накаливанія) на различныя заболѣванія уха* (Будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

*В. А. Лійкъ* (Петербургъ). *Результаты наблюденій перваго летучаго ушного отряда (въ Екатеринославской губ.).*

**Отдѣлъ физіологіи.** (Отчетъ *В. Я. Рубашкина*). Засѣданіе 5-го января. Почетный предсѣдатель — проф. *И. М. Догель.*

Проф. *И. М. Догель* (Казань). *Иннервація кровеносныхъ сосудовъ сердца.* Докладчикъ сообщилъ свои наблюденія надъ сосудосуживающимъ вліяніемъ раздраженія сочувственнаго нерва на шеѣ (собаки, кошки и др.) на сосуды сердца. Это лучше всего удается, если выдѣлить участіе мышцъ сердца помощью раствора калійной селитры или бромистаго калія и затѣмъ раздражать периферическій конецъ сочувственнаго нерва на шеѣ.

*Онъ-же. Иннервація пищеварительнаго органа.* Раздраженіе периферическаго конца блуждающаго нерва на шеѣ вызываетъ перистальтическое и антиперистальтическое движеніе всего пищеварительнаго канала и даже мочевого пузыря.

*Θ. Е. Туръ* (Петербургъ). *Къ физіологіи депрессорнаго нерва.* Изслѣдуя отношеніе n. depressoris кошки къ токамъ различной силы и частоты, докладчикъ нашелъ, что, чѣмъ сильнѣе токъ и чѣмъ выше частота перерывовъ его, тѣмъ болѣе сильное дѣйствіе получается отъ раздраженія n. depressoris въ смыслѣ паденія общаго кровяного давленія.

Digitized by Google

Самое сильное паденіе кровяного давленія наблюдается при сильныхъ и весьма частыхъ раздраженіяхъ. Такъ какъ сильные и частые токи вызываютъ угнетеніе нервныхъ клѣтокъ, то болѣе сильное дѣйствіе частыхъ и сильныхъ токовъ на n. depressor говоритъ въ пользу задерживающаго дѣйствія этого нерва на сосудодвигательный нервъ, какъ это было высказано уже давно *Ludwig*'омъ и *Ціономъ* и противъ теоріи дѣйствія n. depressoris на сосудорасширяющій центръ, какъ это допускаютъ д-ръ *Червинскій* и др.

Докладчикъ сообщилъ также свои наблюденія надъ дѣйствіемъ n. depressoris на кровяное давленіе послѣ перерѣзки n. splanchnici. Послѣ перерѣзки одного n. splanchnici паденіе кровяного давленія при раздраженіи n. depressoris меньше, чѣмъ до перерѣзки его. Если вслѣдъ затѣмъ перерѣзать и второй n. splanchnicus, то вліяніе раздраженія n. depressoris еще болѣе понижается. Послѣ искусственнаго поднятія кровяного давленія вслѣдъ за перерѣзкой обоихъ nn. splanchnici до первоначальной высоты введеніемъ физіологическаго раствора поваренной соли раздраженіе n. depressoris вызываетъ паденіе кровяного давленія почти той-же величины, что и до перерѣзки этихъ нервовъ.

Нѣсколько замѣчаній по поводу этого доклада сдѣлалъ проф. *А. К. Медвѣдевъ* (Одесса).

*М. Н. Шатерниковъ* (Москва). *Существуетъ-ли тѣсная связь между содержаніемъ кислорода во вдыхаемомъ воздухѣ и напряженностью окислительныхъ процессовъ въ тѣлѣ.?* Вопреки установившемуся въ физіологіи взгляду о независимости (въ широкихъ предѣлахъ) потребленія кислорода отъ частичнаго давленія этого газа, *Rosenthal* на основаніи своихъ опытовъ пришелъ къ совершенно противоположнымъ выводамъ. По опытамъ докладчика, данныя *Rosenthal*'я ошибочны, и господствующее въ физіологіи мнѣніе слѣдуетъ признать непоколебленнымъ.

По поводу этого доклада высказались *А. В. Леонтовичъ*, *В. Ю. Чаговецъ* и *Е. А. Ганике*.

Засѣданіе 7-го января. Почетный предсѣдатель - проф. *А. К. Медвѣдевъ*.

Проф. *В. Я. Данилевскій* (Харьковъ). *Наблюденія надъ субъективнымъ зрительнымъ ощущеніемъ въ перемѣнномъ магнитномъ полѣ.* Въ сильномъ перемѣнномъ магнитномъ полѣ при поднесеніи глаза близко къ радіатору появляется на окружности поля зрѣнія мерцанія въ видѣ концентрическихъ волнообразныхъ свѣтовыхъ движеній; если глазъ закрыть, то явленіе исчезаетъ. Какъ показалъ рядъ опытовъ, эти субъективныя зрительныя ощущенія обусловливаются индуктивнымъ дѣйствіемъ въ перемѣнномъ магнитномъ полѣ. По предположенію автора, индуцированное раздраженіе вызываетъ клонически судорожное сокращеніе рѣсничной мышцы, а потому и прерывистое механическое подергиваніе периферическаго пояса сѣтчатки.

Проф. *Н. В. Рязанцевъ*. *О физіологической роли пищеводныхъ железъ* (работа студ. *Иваньшина*).

*Онъ-же. О кишечномъ сокѣ быка* (работа студ. *Куницкаго*).

*Онъ-же. О поджелудочномъ сокѣ быка* (работа студ. *Кадыкова*).

*Онъ-же. О сокѣ слѣпой кишки быка* (работа студ. *Петрова*).

Засѣданіе 8-го января. Почетный предсѣдатель—проф. *А. А. Жандръ*.

Проф. *Н. Ф. Бѣлоусовъ*. *Опытъ сравнительнаго изученія нервныхъ ядовъ на протоплазму растительной и животной клѣточки.* Изучалось дѣйствіе хлороформа, хлорала, атропина, стрихнина, никотина, кураре, кислотъ, щелочей, солей, гидрохинона, вератрина на движеніе протоплазмы и ядра Tradescontia virg. и vallisneria spiralis, на движеніе различныхъ protozoa и metazoa. Стрихнинъ вызываетъ внезапную остановку движеній зеренъ растительной клѣтки, хлоралъ—постепенную, никотинъ—судорожныя движенія, кураре—замедленіе движеній и остановку ихъ. При дѣйствіи ядовъ замѣчается различное дѣйствіе (различная сопротивляемость) въ зависимости отъ особенностей даннаго листа и особенностей отдѣльныхъ его ячеекъ. Различіе въ дѣйствіи концентрацій сводится на различіе дѣйствія во времени. Замѣчается привыканіе къ дѣйствію ядовъ.

*Онъ-же. О явленіяхъ эластичности мышцъ.*

Проф. *Н. Е. Введенскій*. *Тормозящія явленія при стрихнинномъ отравленіи.* Изслѣдованіями докладчика было доказано, что двигательный нервъ при раздраженіи его сильными и частыми индукціонными токами скоро перестаетъ возбуждать мышцу; импульсы продолжаютъ идти по нерву, но развиваютъ состояніе торможенія въ нервныхъ окончаніяхъ. Докладчикъ доказываетъ, что и при стрихнинномъ отравленіи спинной мозгъ можетъ развивать также подобное этому тормозящее вліяніе на периферическую двигательную систему слѣдующимъ опытомъ: у лягушки перерѣзаютъ задніе корешки; сѣдалищный нервъ вмѣстѣ съ поясничнымъ сплетеніемъ отпрепаровываются вплоть до спинного мозга; къ нерву на разстояніи 10 млм. отъ мышцы прикладываются электроды, и опредѣляется порогъ раздраженія индукціоннымъ токомъ. Передъ наступленіемъ стрихнинныхъ сокращеній и между нервными припадками судорогъ, порогъ раздраженія остается приблизительно тѣмъ-же; когда-же сильныя судороги прекратятся, порогъ вдругъ оказывается перемѣщеннымъ къ очень сильнымъ токамъ. Если въ это время разрушить спинной мозгъ или перерѣзать нервъ возможно высоко, то порогъ раздраженія опускается тотчасъ-же до своей нормальной высоты и остается затѣмъ все время приблизительно одинаковымъ. Эти явленія слѣдуетъ толковать такъ, что въ извѣстной стадіи стрихниннаго отравленія нервные центры развиваютъ тормозящія вліянія на периферическій приборъ двигательнаго нерва.

Проф. *В. Я. Данилевскій* (Харьковъ). *О тетаническомъ сокращеніи сердца теплокровнаго животнаго при электрическомъ раздраженіи.* Сообщенные опыты показываютъ, что возможно вызвать тетаническое состояніе сердца не у однихъ холоднокровныхъ животныхъ, а и у теплокровныхъ. Опыты дѣлались такъ: черезъ вырѣзанное сердце пропускалось *Locke*'овская или *Ringer*'овская жидкость; верхушка подвѣшеннаго сердца погружалась на нѣсколько млм. въ воду, въ которой помѣщались электроды. Раздраженіе — прерывистымъ индуктивнымъ токомъ отъ саннаго или отъ магнитно-индуктивнаго прибора. При извѣстныхъ условіяхъ опыта вырѣзанное сердце кролика, именно желудочки его, оказывались способными не только рѣзко поднимать среднюю систолическую высоту, при чемъ вершины систолъ становились все выше и выше нормы, а діастолическое растяженіе все уменьшалось, но также и сливать эти сокращенія и разслабленія въ ровную линію, почти безъ всякихъ зубцовъ (tetanus). Явленія тетануса ограничиваются только желудочками, предсердія же продолжаютъ ритмически сокращаться, и тетаническаго ихъ сокращенія не удается вызвать ни при какихъ условіяхъ. Что касается нормальнаго сердца, in situ et in vivo, то, по мнѣнію проф. *В. Я. Данилевскаго*, оно, по видимому, менѣе склонно къ тетаническому сокращенію, чѣмъ вырѣзанное анормальное; но, по всей вѣроятности, токсикологическими и патологическими условіями эта сопротивляемость къ тетаническому сокращенію можетъ быть понижена.

*В. А. Битный-Шляхто. Къ ученію о липазѣ.*

Засѣданіе 9-го января. Почетный предсѣдатель—проф. *Н. В. Рязанцевъ*.

*Б. И. Бабкинъ. Сложно-нервные (психическіе) опыты надъ собакой.*

Проф. *В. Я. Данилевскій*. *Опыты надъ посмертной раздражимостью нервныхъ приборовъ сердца млекопитающихъ.* Задачей опытовъ было изучить посмертное вліяніе раздраженія блуждающаго нерва на сокращеніе переживающаго сердца черезъ 24 часа послѣ смерти животнаго (кролика), чтобы подойти къ рѣшенію вопроса о физіологическихъ свойствахъ переживающей нервной системы. Животное убивалось кровопусканіемъ и оставлялось на холоду на 24 часа; сердце оставлялось in situ, и черезъ вѣнечные сосуды его пропускалась жидкость *Locke*'а или *Ringer*'а. Въ удачныхъ опытахъ слабый токъ (разстояніе между электродами 4—6 млм., разстояніе катушекъ 12—15 стм.) вызывалъ явное замедленіе сердцебіеній, а въ 1 случаѣ и остановку въ діастолѣ въ теченіи 5 сек. Въ

Digitized by Google

тѣхъ случаяхъ, когда раздраженіе самого нерва не вызывало замедленія, можно было его вызвать раздраженіемъ корня аорты отъ задней стѣнки предсердій около ихъ перегородки или около устья полыхъ венъ. Производя опыты надъ сердцемъ спустя 48 час. послѣ смерти животнаго, проф. *Д.* убѣдился, что при раздраженіи блуждающаго нерва при такихъ условіяхъ замедленія не получалось; но прикладываніе электродовъ къ корню аорты вызывало замедленіе, а раздраженіе у корня легочной артеріи — учащеніе, равно какъ и раздраженіе сердечной мышцы. Учащеніе сокращеній получалось легче и рѣзче, чѣмъ замедленіе, изъ чего можно заключать, что ускорительные приборы сердца болѣе прочны, чѣмъ задерживающіе. Кромѣ того, проф. *Д.* указаны нѣкоторыя особенности посмертной иннерваціи сердца, а именно: 1) сильный и частый прерывистый токъ, пропускаемый черезъ блуждающій нервъ, иногда даетъ замедленіе въ меньшей степени, чѣмъ болѣе слабое раздраженіе; 2) при періодическихъ повторныхъ раздраженіяхъ черезъ каждыя 8—10 сек. наблюдалось явленіе утомленія; 3) весьма нерѣдко раздраженіе стволовъ блуждающаго нерва и стѣнки праваго предсердія вызывало рѣзкое замедленіе серцебіеній, при чемъ сокращенія желудочковъ принимали явственно тетаническій характеръ; въ тоже время систолы праваго ушка и праваго предсердія учащались.

Проф. *Н. Ф. Бѣлоусовъ. О дыхательныхъ движеніяхъ у рыбъ.*

*Онъ-же. Физіологія мышечнаго волокна у наядъ.*

*В. К. Денемаркъ. О дѣйствіи перегнанной воды на нервъ.* Задачей опытовъ было рѣшеніе вопроса, проходитъ-ли двигательный нервъ, утрачивая свои функціональныя свойства подъ вліяніемъ воды, тѣ стадіи измѣненій, которыя были установлены проф. *Н. Е. Введенскимъ* для нерва, впадающаго въ наркозъ? Оказалось, что въ томъ и другомъ случаѣ аналогія полная. Нервъ легко снова возстановляетъ свои свойства, проходя тѣже стадія измѣненій, но въ обратномъ порядкѣ, если его смазать физіологическимъ растворомъ соли. Въ томъ же направленіи были испытаны различныя соли. Соли натрія, азотнокислыя, сѣрнокислыя, фосфорнокислыя, будучи взяты въ разведеніяхъ, эквивалентныхъ физіологическому раствору, также легко производятъ возстановленіе нерва. Взятыя-же въ растворахъ болѣе крѣпкихъ, онѣ сначала возстановляютъ отправленія нерва, а потомъ производятъ сами измѣненія, сходныя съ наркозомъ. Хлориды калія, аммонія, кальція и магнія, также средняя углекислая соль натрія не возстановляютъ отправленій нерва. Простое обсушиваніе нерва не возвращаетъ ему функціональныхъ свойствъ.

Кн. *А. А. Ухтомскій. Объ измѣненіяхъ раздражительности мышцы подъ вліяніемъ утомленія.* Докладчикъ различаетъ 2 состоянія длительнаго укороченія мышцы (состояніе, въ которое выпадаетъ отягченная мышца подъ дѣйствіемъ частыхъ одиночныхъ максимальныхъ индукціонныхъ ударовъ): одно сопровождается повышеніемъ раздражительности, называемое имъ «тоническимъ сокращеніемъ», другое сопровождается полнымъ упадкомъ раздражительности—«костное или отраженное сокращеніе».

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *LII и LIII. Научныя совѣщанія при поликлиникѣ дѣтскихъ болѣзней въ Харьковскомъ Университетѣ.*

(1-ое засѣданіе 29-го ноября 1903 г.).

Проф. *И. В. Троицкій* обратился къ присутствовавшимъ съ рѣчью, въ которой изложилъ задачи совѣщаній, при чемъ поставилъ на видъ необходимость дружной, товарищеской, совмѣстной работы для успѣшнаго достиженія намѣченной цѣли.

Студ. *В. М. Бокитько* сообщилъ о встрѣтившемся ему на вскрытіи въ патолого-анатомическомъ Институтѣ *случаѣ общей просовидной бугорчатки у дѣвочки, около 3-хъ мѣс., съ первичнымъ пораженіемъ бронхіальныхъ железъ.* Докладчикъ разобралъ всѣ возможные способы зараженія бугорчаткой во внѣутробной и внутриутробной жизни. Изъ приведенной имъ обширной литературы по вопросу о бугорчаткѣ у дѣтей выяснилось, что случаи, подобные сообщенному, не представляютъ особой рѣдкости, и занимающіеся спеціально вскрытіемъ дѣтей описали ихъ не мало. Въ Харьковѣ же дѣтская секціонная практика поставлена очень неудовлетворительно въ виду того, что при дѣтскихъ лѣчебницахъ нѣтъ секціонныхъ комнатъ; поэтому правильныя вскрытія дѣтей тамъ вообще довольно рѣдки, и сообщенный случай оказывается едва-ли не единственнымъ. — Ребенокъ доставленъ изъ пріюта для подкидышей. Родители его неизвѣстны. Въ лѣчебницѣ пріюта былъ заподозрѣнъ у дѣвочки сифилисъ, отъ котораго ее и лѣчили. Ребенокъ—маленькій, очень истощенный. На кожѣ и видимыхъ слизистыхъ оболочкахъ измѣненій не было. На твердомъ нёбѣ—небольшая язва, въ намазѣ изъ которой содержатся бугорчатковыя грибки (Tuberkelpilze). Въ легкихъ найдены участки уплотненія, мелкія, съ горошинку, пещеры съ гноевиднымъ содержимымъ и сѣрые просовидные узелки. Выше и ниже мѣста раздвоенія дыхательнаго горла — по железкѣ въ грецкій и воложскій орѣхъ. Нижнюю железку окружали бронхи, пищеводъ и аорта, плотно срощенные съ ней, а лѣвый бронхъ былъ охваченъ ею кругомъ. Железки были творожисто перерождены; въ намазахъ и срѣзахъ изъ нихъ много бугорчатковыхъ грибковъ и клѣточекъ-великановъ. Въ другихъ органахъ всюду разсѣяны мелкіе просовидные бугорки. На основаніи макро- и микроскопическихъ изслѣдованій распознана бугорчатка. Путь вхожденія заразнаго начала, по видимому, лимфатическій — черезъ миндалики въ бронхіальныя железы и отсюда черезъ стѣнку бронха въ легкія. Источникъ зараженія — вѣроятно, молоко, которымъ кормили ребенка.

Проф. *П. В. Михинъ:* Послѣдъ не есть совершенный фильтръ: при оспѣ матери оспой поражался и плодъ. Различаютъ восходящее и нисходящее зараженіе, при чемъ при нисходящемъ получается бугорчатка влагалища у женщинъ, мужья которыхъ поражены бугорчаткой.

*Докладчикъ:* Переходъ бугорчатковыхъ грибковъ черезъ послѣдъ невозможенъ при его цѣлости. Возбудители кори, оспы, сифилиса могутъ быть такъ малы, что не задерживаются бактеріологическимъ фильтромъ. Опытами установлена невозможность переноса бугорчатковыхъ грибковъ сперматозоидами въ яйцо.

Проф. *М. М. Ломиковскій:* Нельзя-ли допустить въ данномъ случаѣ смѣшанное зараженіе—бугорчатку и сифилисъ—въ виду заподозрѣннаго при жизни сифилиса?

*Докладчикъ:* Макро- и микроскопически была установлена только бугорчатка.

*Н. Н. Филипповъ:* Какъ часто поражается первично бугорчаткой у новорожденныхъ печень?

*Докладчикъ:* Въ литературѣ имѣются указанія на такіе случаи.

*Н. Н. Филипповъ:* При частыхъ первичныхъ пораженіяхъ печени можно было-бы допустить и частый переходъ заразы черезъ послѣдъ.

Проф. *К. Н. Георгіевскій:* Есть опыты, при которыхъ бактеріоскопически не находятъ палочекъ, впрыскиваніе-же токсиновъ вызываетъ у морской свинки бугорчатку.

Проф. *И. В. Троицкій:* Присутствіе въ дѣтскомъ организмѣ бугорчатковыхъ токсиновъ подготовляетъ почву для развитія бугорчатки. Раньше всего у дѣтей поражается лимфатическая система (железы), откуда бугорчатка распространяется въ другіе органы.

*И. А. Баранниковъ* указалъ на отсутствіе въ докладѣ упоминанія о работахъ проф. *Maragliano.*

*С. Я. Ясный. 3-кратная скарлатина у одного и того-же ребенка.*

Д-ръ *Чекуновъ* тоже наблюдалъ случаи повторнаго заболѣванія, при чемъ болѣзнь во второй разъ протекала тяжелѣе, чѣмъ въ первый.

*С. М. Ганшеевъ* на основаніи собственныхъ наблюденій въ Харьковской городской дѣтской больницѣ заявилъ, что повторныя заболѣванія не такъ рѣдки. Интересно было-бы знать причины ихъ.

*Докладчикъ:* Была-ли во всѣхъ наблюдавшихся случаяхъ исключена «erythema scarlatinoforme»? Свой случай онъ объясняетъ недостаточностью невоспріимчивости.

*И. А. Баранниковъ* наблюдалъ случай 3-кратнаго заболѣванія съ пораженіемъ заслонокъ сердца и нефритомъ и обратилъ вниманіе на возможность смѣшиванія скарлатинной сыпи съ пораженіями кожи въ зависимости отъ самоотравленій.

*С. М. Ганшеевъ:* Бываютъ случаи, гдѣ болѣзнь выражается только рвотой.

Проф. *И. В. Троицкій:* Сыпи, зависящія отъ самоотравленій, полиморфны. Случай докладчика можно объяснить относительной невоспріимчивостью, такъ какъ всѣ 3 раза скарлатина протекала сравнительно легко.

*В. З. Землинскій:* Какъ понимать невоспріимчивость при 3-кратномъ заболѣваніи?

Проф. *И. В. Троицкій:* Условія для зараженія были очень благопріятны.

*И. А. Баранниковъ:* Въ моихъ случаяхъ сыпь отъ самоотравленія была очень похожа на скарлатинную.

*Докладчикъ:* Почему была исключена скарлатина?

*И. А. Баранниковъ:* Болѣзнь быстро прекратилась, и окружающіе не подверглись зараженію.

Проф. *И. В. Троицкій:* При эритемахъ, зависящихъ отъ отравленія, слабительныя и обеззараживающія кишечникъ средства понижаютъ температуру и обусловливаютъ быстрое исчезаніе сыпи.

Digitized by Google

(Засѣданіе 19-го декабря 1903 г.).

*О. Г. Каменскій. Случай taenia nana у ребенка, 5 л.*

Проф. *И. В. Троицкій:* Больную я видѣлъ сегодня. Это—дѣвочка сравнительно хорошаго питанія, для своего возраста достаточно физически развитая, но крайне малокровна. При изслѣдованіи легкихъ и сердца ничего ненормальнаго не найдено. Лимфатическія железы не увеличены. Животъ умѣренно вздутъ, не болѣзненъ. Селезенка не прощупывается. Печень на 3 пальца выступаетъ ниже подреберья, лѣвая ея доля переходитъ влѣво за сосковую линію; при ощупываніи она мягка, податлива, неболѣзненна и небугриста. Языкъ слегка обложенъ. Хроническое несвареніе. Діэтетическія мѣры и противуглистныя средства, обыкновенно примѣняемыя при ленточныхъ глистахъ, не дали результата. Въ каждой порціи каловыхъ массъ имѣется много яицъ чужеядныхъ.

*И. М. Колпакчи:* Въ наблюдавшемся мною совмѣстно съ д-ромъ *Іозефовичемъ* аналогичномъ случаѣ, относящемся къ дѣвочкѣ, 8 л., были слѣдующія явленія: запоры, малокровіе, увеличенныя селезенка и печень, сильныя головныя боли и измѣнчивое настроеніе духа. Мѣры, принимавшіяся для того, чтобы удалить изъ кишечника чужеядное, не давали успѣха.

*В. Н. Косовскій:* Въ моемъ случаѣ у ребенка, 4 л., не было увеличенія ни печени, ни селезенки; были сильныя головныя боли и рѣзко выраженное малокровіе; всѣ примѣнявшіеся способы не помогли.

*Н. Н. Филипповъ* наблюдалъ случай, гдѣ болѣзнь протекала при тѣхъ-же припадкахъ, какъ и въ случаѣ докладчика.

*Е. Ѳ. Свенсонъ* спросилъ, не съ Кавказа-ли привезена болѣзнь, гдѣ она встрѣчается чаще и дѣвочка съ отцемъ своимъ проводитъ лѣто?

*О. Г. Каменскій:* Утверждать не могу.

*В. Н. Косовскій:* Мнѣ кажется, что taenia nana встрѣчается чаще, чѣмъ думаютъ, такъ какъ при слабо выраженной клинической картинѣ болѣзнь часто просматривается. Участіе печени и селезенки можно признать вторичнымъ явленіемъ въ зависимости отъ самоотравленія со стороны кишечника. Возможно первичное заболѣваніе названныхъ органовъ sui generis—не было-ли наслѣдственнаго сифилиса?

*И. М. Колпакчи:* Въ случаѣ докладчика объ этомъ не можетъ быть и рѣчи.

Проф. *И. В. Троицкій:* Чужеядное раздражаетъ кишечникъ и тѣмъ можетъ обусловливать ту высокую степень броженія, которая даетъ начало отравленію. *А. Ордынскій.*

## *LIV. Изъ Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.*

(Засѣданіе 19-го декабря 1903 г.).

*И. Н. Введенскій* и *С. А. Сухановъ. О душевномъ разстройствѣ при черепномозговомъ артеріосклерозѣ* (съ предъявленіемъ больного). Сдѣлавъ обзоръ соотвѣтствующей литературы, докладчики изложили свои взгляды. Существуютъ душевныя разстройства, носящія характеръ органическихъ заболѣваній и не укладывающіяся въ рамки старческаго слабоумія, какъ опредѣленной формы болѣзни; они обусловливаются разлитымъ пораженіемъ сосудовъ головного мозга, которое можетъ-быть различнаго происхожденія и чаще всего зависитъ отъ алкоголизма или сифилиса, нерѣдко отъ прирожденнаго преждевременнаго увяданія сосудисто-сердечной системы. Психическія разстройства, стоящія въ тѣсной связи съ черепномозговымъ артеріосклерозомъ, обнаруживаются обыкновенно послѣ 50 лѣтъ; они проявляются въ пониженіи активныхъ душевныхъ способностей, въ ослабленіи интеллекта, въ вялости соображенія, памяти, воображенія и т. д.; въ дальнѣйшемъ теченіи иногда чрезъ рядъ лѣтъ, умственная слабость, наростая, достигаетъ болѣе или менѣе глубокихъ степеней, давая тяжелую картину угнетенія и подавленія умственной жизни. Наблюденіе показываетъ, что психическія заболѣванія при черепномозговомъ артеріосклерозѣ выражаются съ внѣшней стороны въ самой различной формѣ. Основываясь на личныхъ наблюденіяхъ, докладчики даютъ слѣдующую классификацію душевныхъ заболѣваній при черепномозговомъ артеріосклерозѣ. I. *Простое артеріосклеротическое слабоумие (dementia arteriosclerotica simplex).* Въ этомъ случаѣ болѣзнь характеризуется общимъ и разлитымъ упадкомъ психической дѣятельности, постепенно наростающимъ; память слабѣетъ, сообразительность падаетъ. Отличительнымъ признакомъ артеріосклеротической деменціи отъ старческаго слабоумія и отъ другихъ органическихъ психозовъ является сохраненіе основной личности больного, правильное поведеніе его, при чемъ эти признаки можно наблюдать и тогда, когда упадокъ соображенія и душевной энергіи и слабость памяти достигаютъ весьма глубокой степени. Разстройство памяти при пораженіи сосудовъ головного мозга можетъ касаться не только текущихъ или недавнихъ событій, но и обстоятельствъ прежней жизни больного; могутъ быть иногда и ложныя воспоминанія. Но, представляя признаки той или другой степени ослабленія умственной дѣятельности, отличаясь слабостью соображенія и активнаго вниманія, больные эти долго сохраняютъ свою прежнюю личность и моральныя качества, имъ всегда свойственныя. Одновременно съ психическими наблюдаются рядъ разнообразныхъ физическихъ признаковъ: извитость и жесткость сосудовъ (доступныхъ изслѣдованію), повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ (иногда весьма значительное), вялость зрачковыхъ реакцій, иногда разница въ зрачкахъ, дрожаніе въ языкѣ и рукахъ, общая физическая слабость, та или другая степень нетвердой походки, ощущеніе шума въ ушахъ, наклонность къ головокруженіямъ, головная боль, иногда очаговые признаки въ формѣ слабости той или другой конечности и т. д. Со стороны глаза можно обнаружить: извитость сосудовъ сѣтчатки, иногда мелкія кровоизліянія въ ней, ослабленіе зрѣнія, а со стороны сердца—неотчетливость сердечныхъ тоновъ, сердечные шумы, иногда рѣзкое увеличеніе размѣровъ сердца. Теченіе болѣзни—длительное, но она носитъ наростающій характеръ и протекаетъ съ колебаніями; ухудшенія могутъ быть отъ разныхъ причинъ (ушибы головы, употребленіе алкоголя). При распознаваніи артеріосклеротическаго слабоумія необходимо исключать старческое слабоуміе, гдѣ наблюдается рѣзкое измѣненіе личности и упадокъ нравственныхъ чувствъ; то и другое при черепномозговомъ артеріосклерозѣ появляется лишь въ одномъ изъ послѣднихъ періодовъ болѣзни. Иногда, при болѣе или менѣе рѣзко выраженномъ разстройствѣ памяти, при мозговомъ артеріосклерозѣ можетъ наблюдаться внѣшнее сходство съ *Корсаковскимъ* психозомъ. Послѣдніе періоды артеріосклеротическаго слабоумія могутъ иногда заставлять думать о существованіи у больного мозговой опухоли.—Докладчики показали при этомъ у одного больного, у котораго они распознали простое артеріосклеротическое слабоуміе.—II. Кромѣ этой, докладчики представили описаніе острыхъ психическихъ болѣзненныхъ формъ, развивающихся въ тѣсной связи съ мозговымъ артеріосклерозомъ; они различаютъ: а) форму *меланхолическую* черепномозговаго артеріосклероза, отличающуюся, кромѣ обычныхъ меланхолическихъ признаковъ, существованіемъ абсурдныхъ бредовыхъ мыслей; б) *маніакальную*, иногда проявляющуюся въ формѣ отдѣльныхъ кратковременныхъ маніакальныхъ приступовъ; в) *аментивную*, выражающуюся въ видѣ бурно протекающей, но иногда быстро проходящей, спутанности сознанія съ двигательнымъ возбужденіемъ; г) *циркулярную*, которая можетъ обнаруживаться въ теченіи нѣкотораго времени въ ежедневной смѣнѣ настроенія («хорошіе» и «плохіе» дни); д) *астеническую*, носящую характеръ остро наступающей кратковременной растерянности послѣ истощающихъ вліяній (обыкновенно при существованіи значительнаго пораженія сердца); ж) *нейрастеническую*, гдѣ у больного наблюдаются, иногда послѣ какой-нибудь заразной болѣзни, признаки тяжелой психической нейрастеніи, упорной и неподдающейся лѣченію; з) иногда въ тѣсной связи съ артеріосклерозомъ головного мозга развивается сочетаніе психическихъ признаковъ въ формѣ *хронической паранойи съ обильными и рѣзко выраженными слуховыми* галлюцинаціями. III. Докладчики обращаютъ вниманіе на то, что подъ вліяніемъ артеріосклероза головного мозга существовавшее до этого у больного психическое разстройство можетъ измѣняться или обостряться; напр., 1) если приступъ возвращающейся меланхоліи развивается у больного при существованіи черепномозгового артеріосклероза, то меланхолія будетъ носить характеръ артеріосклеротической меланхоліи, выше упомянутой; 2) фазы кругового психоза въ сочетаніи съ черепномозговымъ артеріосклерозомъ принимаютъ иное внѣшніе проявленіе, но всегда болѣе *тяжелое*; 3) при сочетаніи одного изъ приступовъ возвращающагося психоза можетъ наступить циркулярное теченіе болѣзни; 4) при сочетаніи конституціи навязчивыхъ идей и черепномозгового артеріосклероза наблюдается рѣзкое обостреніе навязчивыхъ состояній и т. д. Выводы: а) существуютъ душевныя разстройства, находящіяся въ самой тѣсной связи съ черепномозговымъ артеріосклерозомъ, имъ обусловленныя и отнимающіяся отъ старческаго слабоумія, понимаемаго въ тѣсномъ смыслѣ этого слова; б) на психическихъ измѣненіяхъ при черепномозговомъ артеріосклерозѣ лежитъ печать своеобразной умственной слабости, имѣющей наростающее теченіе. в) Душевное разстройство въ этихъ случаяхъ длится нерѣдко многіе годы, отличается дурнымъ предсказаніемъ и проявляется съ внѣшней стороны различнымъ образомъ. е) Основнымъ типомъ психическаго разстройства при пораженіи сосудовъ головного мозга является простое артеріосклеротическое слабоуміе; въ нѣкоторыхъ случаяхъ, въ связи съ рѣзко выраженнымъ черепномозговымъ артеріосклерозомъ, обнаруживаются приступы остраго душевнаго разстройства, сопровождающіеся послѣдующимъ упадкомъ умственныхъ способностей обыкновеннаго артеріосклеротическаго типа; отношеніе этихъ острыхъ психопатическихъ состояній къ основному страданію такое-же, какъ и тѣхъ острыхъ психопатическихъ синдромовъ, которые наблюдаются, напр., въ связи съ наростающимъ параличемъ или съ dementia praecox.

*А. Н. Бернштейнъ* спросилъ, было-ли прижизненное распознаваніе въ упомянутыхъ случаяхъ провѣрено вскрытіемъ, на что *С. А. Сухановъ* замѣтилъ, что вскрытіе сдѣлано было лишь въ 2-хъ случаяхъ, въ остальныхъ-же распознаваніе ставилось на основаніи измѣненій сосудовъ и сердца.

*Т. А. Гейеръ* не согласенъ съ докладчиками, что самымъ цѣннымъ признакомъ при отличительномъ распознаваніи артеріосклеротическаго слабоумія отъ другихъ органическихъ психозовъ нужно считать отсутствіе измѣненій личности; такъ, напр., *Klippel*'емъ описаны случаи артеріосклероза головного мозга, напоминающіе по клинической картинѣ наростающій параличъ.

*И. Н. Введенскій* указалъ на то, что во всѣхъ работахъ *Klippel*'я, касающихся даннаго вопроса, приводятся полностью всего 2 случая.

*В. В. Вейденгаммеръ* спросилъ, всегда-ли старческое слабоуміе сопровождается рѣзкимъ измѣненіемъ личности? Возможны, по видимому, функціональныя заболѣванія въ старческомъ возрастѣ, напр., въ формѣ меланхолической спутанности, при этомъ артеріосклерозъ можетъ и не быть рѣзко выраженнымъ.

*С. А. Сухановъ* замѣтилъ, что и онъ, и д-ръ *Введенскій* от-

личаютъ функціональные психозы старческаго возраста отъ артеріосклеротическихъ; въ сообщеніи имѣются въ виду лишь психическія измѣненія, находящіяся въ самой тѣсной связи съ черепномозговымъ артеріосклерозомъ; возможны, конечно, и случаи сложные.

*В. И. Семидаловъ* привелъ случай, который ему приходится наблюдать и который одинъ изъ докладчиковъ (*Сухановъ*) въ работѣ, напечатанной имъ совмѣстно съ *П. Б. Ганнушкинымъ*, безъ достаточнаго основанія относитъ къ мозговому артеріосклерозу (см. «Медицинское Обозрѣніе» 1903, № 1, стр. 11—12). Дѣло касается больной, когда-то перенесшей вспышки остраго душевнаго разстройства; за послѣднее время она представляетъ картину правильныхъ смѣнъ 2-хъ фазъ циркулярнаго психоза; это послѣднее проявленіе едва-ли можно связывать съ предполагаемымъ артеріосклерозомъ, такъ какъ у больной нѣтъ никакихъ слѣдовъ артеріосклероза, ни разстройства памяти.

*С. А. Сухановъ* полагаетъ, что за артеріосклерозъ у этой больной говоритъ ея возрастъ, а также существованіе у нея сердечныхъ измѣненій.

*В. К. Ротъ* думаетъ, что обособленіе душевныхъ заболѣваній при артеріосклерозѣ представляетъ большой научный и практическій интересъ, но оно и со стороны припадковъ, и со стороны этіологіи встрѣчаетъ чрезвычайныя трудности. При наличности только одного этіологическаго условія — артеріосклероза, вызывающаго недостаточное питаніе мозговой коры, мы должны встрѣтиться съ различною картиною въ зависимости отъ степени артеріосклероза и отъ расположенія въ мозгу различныхъ степеней недостаточнаго притока крови. Между чисто функціональнымъ нарушеніемъ питанія нервныхъ элементовъ и нарастающимъ размягченіемъ коры мыслимы всѣ возможные переходы, и ни клинической, ни анатомической границы здѣсь, по мнѣнію *В. К. Рота*, провести нельзя. Что касается этіологическаго разграниченія вліянія артеріосклероза отъ другихъ сопутствующихъ условій, то и тутъ трудности очень большія. Во 1-хъ, у разныхъ больныхъ мы имѣемъ разное личное предрасположеніе. Во 2-хъ, старческое измѣненіе элементовъ можетъ входить въ разнообразныя сочетанія съ измѣненіями, въ тѣсномъ смыслѣ слова вызванными артеріосклерозомъ. Затѣмъ, къ вызваннымъ артеріосклерозомъ количественнымъ измѣненіямъ питанія присоединяются и качественныя, зависящія отъ условій, ускорившихъ развитіе артеріосклероза (алкоголь, табакъ, свинецъ, сифилисъ, артритизмъ и пр.); но перечисленныя этіологическія причины вызываютъ заболѣванія другихъ паренхиматозныхъ органовъ, въ свою очередь отражающіяся на питаніи мозга; даже при гнѣздныхъ пораженіяхъ головного мозга, связанныхъ, напр., съ свинцовымъ отравленіемъ, страданіемъ почекъ и т. п., часто нельзя бываетъ разграничить токсическое вліяніе отъ мѣстнаго нарушенія питанія, связаннаго съ измѣненіемъ сосудовъ. Измѣненія же почекъ или свинцовое отравленіе сравнительно легко установить, а многія виды самоотравленія остаются намъ неизвѣстны, и *В. К. Ротъ* думаетъ, что въ большомъ числѣ случаевъ душевныхъ заболѣваній при артеріосклерозѣ картина болѣзни явится результатомъ сложнаго, сочетаннаго вліянія артеріосклероза и другихъ причинъ. Въ особенности слѣдуетъ подчеркнуть вліяніе алкоголя, который самъ по себѣ можетъ и не давать разстройствъ, но зато создаетъ въ головномъ мозгу, какъ и въ периферическихъ нервахъ, большое предрасположеніе къ заболѣванію подъ вліяніемъ различныхъ условій.

*С. Н. Делекторскій. Случай насильственныхъ движеній при пораженіи мозговой коры ножки.* Больной, 34 л., жалуется на насильственныя движенія и параличъ правыхъ руки и ноги. Болѣзнь развилась подостро въ 3-лѣтнемъ возрастѣ, безъ общемозговыхъ признаковъ. Съ 4 лѣтъ установилось почти стаціонарное состояніе, лишь съ нѣкоторымъ наростаніемъ насильственныхъ движеній, и отсталость въ ростѣ на пораженной сторонѣ.— Плохо видитъ лѣвымъ глазомъ; парезъ лѣваго глазодвигательнаго нерва; полный параличъ правой руки и парезъ правой ноги. Pes equino-varus. Лишь умѣренная степень сведенія въ крупныхъ суставахъ (за исключеніемъ голеностопнаго), не соотвѣтствующая степени паралича; чрезмѣрная подвижность пальцевъ. Всѣ виды чувствительности и мышечное чувство сохранены. Распознано пораженіе лѣвой мозговой ножки. Петля сохранена. Въ виду несоотвѣтствія между степенью паралича и судорожными явленіями надо предположить цѣлость основанія мозговой ножки, что можетъ быть подтверждено случаями *Wallenberg*'а, *Halban*'а и *Sufeld*'а, *Dejerine*'а (вскрытіе *Marie*), гдѣ при аналогичной картинѣ пирамидный путь оказался неповрежденнымъ. Параличъ можно объяснить пораженіемъ другихъ путей, проходящихъ чрезъ покрышку и управляющихъ движеніемъ (пучекъ *Monakow*'а, пучекъ отъ 4-холмія къ переднимъ столбамъ, добавочная петля). Насильственныя движенія объясняются пораженіемъ системы верхнихъ мозжечковыхъ ножекъ (теорія *Bonhöffer*'а и *Муратова*), въ данномъ случаѣ—пораженіемъ краснаго ядра лѣвой стороны. Вопросъ о томъ, является-ли ихъ исходнымъ пунктомъ кора головного мозга (*Monakow*, *Bonhöffer*) или-же весь процессъ разыгрывается надъ корой (*Муратовъ*), остается пока открытымъ. Единственный случай *Haenel*'я, гдѣ наблюдались насильственныя движенія при полномъ перерожденіи пирамиднаго пути, не можетъ служить доказательствомъ справедливости послѣдняго взгляда, такъ какъ въ немъ отмѣчена гипертрофія другихъ путей и, между прочимъ, пучка *Monakow*'а; этотъ послѣдній пучекъ начинается, по мнѣнію *Rothmann*'а, въ клѣткахъ коры головного мозга. Что касается отсталости въ развитіи конечностей у больного, то патогенезъ этого признака въ настоящее время остается совершенно невыясненнымъ и не говоритъ за пораженіе пирамиднаго пути въ виду наблюденій *Marie-Dejerine*'а, *Halban-Sufeld*'а.

*В. А. Муратовъ* находитъ, что случай докладчика лишь подтверждаетъ его взгляды. Нужно замѣтить, что въ сообщеніи допускается излишняя точность въ обсужденіи патогенеза; возможно, что здѣсь имѣется бугорокъ и что произошло сморщиваніе краснаго ядра.

*П. А. Преображенскій* указалъ на то, что докладчику остался, по видимому, неизвѣстнымъ его случай, на что *докладчикъ* замѣтилъ, что случай д-ра *П.* касался сложнаго пораженія, почему имъ и нельзя было воспользоваться для настоящаго сообщенія.

*В. К. Ротъ* въ подтвержденіе того, что насильственныя движенія хореическаго характера могутъ быть и корковаго происхожденія, показалъ *больную съ epilepsia corticalis continua типа Кожевникова*, но безъ припадковъ падучей. Въ этомъ случаѣ судорожныя подергиванія хореическаго характера, лишь съ болѣе быстрымъ темпомъ, наблюдались въ рукѣ и въ области лицевого нерва. На этотъ случай *В. К. Ротъ* смотритъ, какъ на корковое сифилитическое пораженіе.

*Т. А. Гейеръ, М. І. Гуревичъ* и *С. А. Сухановъ. О прижизненной окраскѣ нервныхъ элементовъ метиленовой синькой.* Указавъ на работы, касающіяся окраски дендритовъ нервныхъ клѣточекъ метиленовой синькой (*S. Meyer*, *Догель*, *Ramon y Cajal*, *Ивановъ*, *Turner*), докладчики въ своей работѣ хотѣли-бы представить результаты личныхъ изслѣдованій, касающихся прижизненной окраски нервныхъ элементовъ при впрыскиваніи метиленовой синьки подъ кожу животнымъ. Докладчики пользовались слѣдующимъ способомъ: въ теченіи 2—3 часовъ взрослому кролику впрыскивались подъ кожу чрезъ каждые $^1/_2$ часа, приблизительно по 20 к. стм. $3^0/_0$-го воднаго раствора метиленовой синьки; черезъ $1^1/_2$—2 часа впрыскиваніе это дѣлалось все чаще и чаще до тѣхъ поръ, пока животное не погибало; затѣмъ, кусочки изъ различныхъ отдѣловъ центральной нервной системы, синѣющіе на открытомъ воздухѣ, помѣщались въ смѣсь, состоявшую изъ равныхъ частей $10^0/_0$-го воднаго раствора молибденовокислаго аммонія и $20^0/_0$-го раствора формола; въ этой смѣси кусочки оставались 3—4 дня. Обработанные такимъ образомъ кусочки быстро промывались въ водѣ, помѣщались ненадолго въ крѣпкій спиртъ, иногда въ эѳиръ, и приклеивались къ пробкѣ целлоидиномъ. Чтобы избѣжать излишняго обезцвѣчиванія препаратовъ, срѣзы иногда собирались съ бритвы прямо въ эѳиръ, откуда на самое короткое время переносились въ крѣпкій спиртъ, затѣмъ въ ксилолъ и пр. Для микроскопическаго изслѣдованія брались кусочки изъ мозговой коры, мозжечка, хвостатаго ядра и спинного мозга. При изслѣдованіи своихъ препаратовъ докладчики могли видѣть мѣстами рѣзко окрашенные протоплазматическіе отростки и покрывающіе ихъ боковые придатки; эти послѣдніе имѣютъ въ общемъ сходство съ тѣми боковыми придатками, которые обнаруживаются по способу *Golgi-Ramon y Cajal*'я. На нѣкоторыхъ препаратахъ получилась окраска не только дендритовъ, но и нервныхъ элементовъ съ многочисленными протоплазматическими отростками, что, напр., было видно на нѣкоторыхъ препаратахъ изъ мозжечка, гдѣ общая картина весьма напоминала препараты, полученные по способу хромо-серебряной импрегнаціи.

*А. Х. Репманъ* показалъ препараты *бромистаго радія.*

*С. Сухановъ.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

## *Статистика несчастныхъ случаевъ съ рабочими въ промышленныхъ заведеніяхъ, подчиненныхъ надзору фабричной инспекціи, за 1901 годъ. Изданіе Министерства финансовъ. С.-Петербургъ. 1903 г.*

2-го августа 1903 г. былъ обнародованъ новый законъ о вознагражденіи потерпѣвшихъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ съ рабочими и служащими въ предпріятіяхъ горной, горнозаводской и фабрично-заводской промышленности. Въ основаніе этого закона положенъ опытъ западно-европейскихъ государствъ, въ которыхъ точная статистика несчастныхъ случаевъ съ рабочими въ промышленныхъ заведеніяхъ ведется въ теченіи десятковъ лѣтъ правительственными органами. Хотя въ экономической наукѣ твердо установленъ фактъ, что русская промышленность, принявшая вполнѣ опредѣленную форму капиталистическаго производства, прошла всѣ тѣже фазы развитія, какъ и на западѣ, тѣмъ не менѣе нѣтъ достаточныхъ основаній полагать, что условія дѣятельности и жизни русскаго фабричнаго рабочаго и его западно-европейскаго собрата совершенно тождественны. Несомнѣнно, что русская фабрика имѣетъ свои особенности, точнѣе знаніе которыхъ представляется предметомъ первостатейной важности, особенно при составленіи и изученіи новыхъ законодательныхъ нормъ, касающихся рабочихъ классовъ. Если законъ 2-го августа не былъ результатомъ такого основательнаго знакомства съ бытомъ русскаго фабричнаго рабочаго, то съ тѣмъ болѣе пріятнымъ чувствомъ слѣдуетъ отнестись къ выпущенной недавно въ свѣтъ Министерствомъ финансовъ работѣ, дающей довольно яркую цифровую картину несчастныхъ случаевъ съ рабочими на фабрикахъ и заводахъ, подчиненныхъ надзору фабричной инспекціи, за 1901 г.

отправился 19-го же марта изъ Ярославля, снаряженный мѣстнымъ Управленіемъ Краснаго Креста на средства, пожертвованныя населеніемъ Ярославля и Ярославской губ.—19-го и 20-го марта изъ Петербурга выѣхали на Дальній Востокъ 3-ій и 5-ый *резервные медико-санитарные отряды* въ составѣ 1-ый 7 врачей, 5 студентовъ-медиковъ и 20 санитаровъ и 2-ой—6 врачей, 8 студентовъ-медиковъ и 20 санитаровъ («Новое Время», 18, 20 и 21 марта, «Русскія Вѣдомости», 21 марта).

607. По словамъ «Знамени» (18 марта), студенты въ Юрьевѣ устроили *факельное шествіе въ честь проф. В. Г. Цеге ф. Мантейфеля*, уѣзжающаго на театръ военныхъ дѣйствій. Въ тотъ же день мѣстное медицинское Общество чествовало профессора и еще 3-хъ врачей, отправляющихся на войну.

608. «Новости» (15 марта) передаютъ, что предполагается открыть подписку по всей Россіи *на устройство въ Ялтѣ санаторіи, больницъ и пансіоновъ для раненыхъ на Дальнемъ Востокѣ воиновъ*.

609. Свою работу *о холерной эпидеміи въ 1902 г. на Дальнемъ Востокѣ* («Вѣстникъ общественной гигіэны», январь, 1904) д-ръ *Кирилловъ* заканчиваетъ заявленіемъ, что «*на Дальнемъ Востокѣ каждое лѣто возможенъ заносъ холеры изъ южнаго Китая, благодаря все усиливающимся сношеніямъ и улучшающимся въ скорости путямъ сообщенія* (курсивъ нашъ. *Ред.*), привлекающимъ къ поѣздкамъ массы рабочихъ-китайцевъ. Особенно грозна въ этомъ отношеніи южная вѣтвь Восточно-Китайской желѣзной дороги». «Необходимо всѣ населенныя мѣста подготовить къ борьбѣ съ эпидеміей. Для инородцевъ необходимы въ большомъ числѣ популярныя брошюры (лучше объявить на нихъ спеціальный конкурсъ). Въ селеніяхъ необходимы постоянные фельдшерскіе пункты; число врачей и пріемныхъ покоевъ надо увеличить». «Надо поднять въ населеніи уровень познаній по личной профилактикѣ, а это лучше всего сдѣлать, *вербуя фельдшеровъ и сестеръ милосердія изъ мѣстнаго населенія*, особенно туземцевъ, китайцевъ, манзъ, подготовляя ихъ въ больницахъ и содержа на постоянномъ жалованьѣ лѣтомъ въ крупныхъ селеніяхъ, хотя-бы обычно ради оспопрививанія. При этомъ при пріемныхъ покояхъ необходимо имѣть прислугу наемную, обученную. Конечно, пароходы пассажирскіе, какъ рѣчные, такъ и морскіе, должны имѣть не только лазареты, но и постояннаго фельдшера, если не врача».—Указываемыя авторомъ мѣры по предупрежденію холеры на Дальнемъ Востокѣ заслуживаютъ тѣмъ большаго вниманія теперь, когда во время военныхъ дѣйствій сношенія усилятся еще болѣе и, что гораздо опаснѣе, могутъ сдѣлаться безпорядочными.

610. По вопросу *о сближеніи университетскихъ клиникъ съ земскими лѣчебницами*, поднятому Правленіемъ Пироговскаго Общества, Угличскій санитарный Совѣтъ высказалъ слѣдующее мнѣніе: сближеніе это желательно, но оно возможно лишь при соблюденіи тѣхъ непремѣнныхъ условій, если больные, посылаемые земскими врачами, будутъ принимаемы въ клиники безплатно и если земство, съ своей стороны, ассигнуетъ на дорожные расходы посылаемыхъ больныхъ достаточную сумму. Кромѣ того, посылаемые больные должны быть снабжены тщательно составленною врачемъ исторіей болѣзни, и отправка больныхъ должна происходить послѣ обсужденія ихъ болѣзней не менѣе какъ 3-мя врачами. При соблюденіи упомянутыхъ условій практическое осуществленіе этого сближенія санитарный Совѣтъ беретъ на себя. Остальные пункты доклада Пироговской Коммиссіи, затронувшаго этотъ вопросъ, санитарный Совѣтъ признаетъ желательными.

611. Курское очередное губернское земское Собраніе постановило возбудить *ходатайство о разрѣшеніи Курскому Земству*, вмѣсто издававшагося до сихъ поръ 3—4 раза въ годъ «Свода свѣдѣній о ходѣ и распространеніи заразныхъ болѣзней въ Курской губ.», *издавать 12 разъ въ годъ «Врачебно-санитарную хронику Курской губ.»* по болѣе обширной программѣ. Въ докладѣ Управы по поводу этого ходатайства, между прочимъ, указывается, что въ настоящее время свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ, въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ съ приложеніемъ текста, печатаются и издаются, кромѣ Курской, въ 15 земскихъ губерніяхъ и въ 2 Юго-западныхъ («Петербургскій Земскій Вѣстникъ», мартъ).

612. Въ Обществѣ Нижегородскихъ врачей въ составъ бюро на текущій 1904 г. *избраны*: предсѣдателемъ—*П. П. Кащенко*, членами—*И. А. Кунцевичъ, Т. М. Рожанскій, П. Н. Михалкинъ, И. В. Обрядчиковъ, С. П. Полтановъ*.

613. Д-ръ *Н. Н. Гуревичъ*, командированный на эпидемію скарлатины и дифтеріи въ одно изъ селъ Камышинскаго уѣзда (Саратовской губ.), сообщая о своихъ наблюденіяхъ («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.», февраль), между прочимъ, указываетъ на *плохіе результаты, полученные отъ примѣненія при скарлатинѣ противоцѣпококковой сыворотки*. Авторъ примѣнилъ это лѣченіе въ 7 тяжелыхъ случаяхъ (впрыскивалъ до 5 флаконовъ); всѣ они окончились смертью, при чемъ въ 5 случаяхъ смерть наступила на 3-й день болѣзни, въ 1 случаѣ на 5-й день и въ 1 на 25-й. Послѣдній случай относится къ дѣвочкѣ, 14 л., которая казалась тяжелой больной дня 3—4, затѣмъ 3—4 дня чувствовала себя хорошо, а потомъ перенесла такія осложненія: шейный лимфадинитъ, воспаленіе почекъ и выпотной синовитъ.

614. Въ «Отчетѣ по командировкѣ на эпидемію брюшного тифа въ Палемскую волость Велико-Устюжскаго уѣзда» («Врачебно-санитарный обзоръ Вологодской губ.», вып. I) д-ръ *С. Ф. Галюнъ* даетъ такой благопріятный отзывъ о примѣнявшемся имъ *усиленномъ кормленіи брюшно-тифозныхъ*. «Самое большое вниманіе было обращено на питаніе больныхъ; на исключительно молочной діэтѣ больные, даже тяжелые, держались только 1—2 дня, затѣмъ они переводились на 2-ю порцію (супъ и мясо съ бѣлымъ хлѣбомъ, молочная каша), такъ что тяжелый бредящій больной уже ѣлъ, сколько могъ съѣсть, вареное или жареное мясо, съѣдалъ нѣсколько ложекъ каши, пилъ чай съ бѣлымъ хлѣбомъ. Это усиленное питаніе плотными пищевыми веществами, вѣроятно, могло служить одной изъ причинъ того, что у поступавшихъ больныхъ съ нетяжелыми явленіями тифа температура скоро падала до нормы, и оно же не осталось безъ вліянія на выздоровленіе очень тяжелаго больного съ рѣзкими мозговыми явленіями, долго остававшагося въ опасномъ состояніи (при 39°—39°,5 онъ съѣдалъ $^5/_6$ фунта бѣлаго хлѣба въ день, немного мяса, супа и каши, часто ѣлъ ночью). Вѣроятно, такимъ питаніемъ объясняется и то, что больные, даже долго страдавшіе тифомъ, мало худѣли. Къ сожалѣнію, болѣе удобоваримой твердой пищи—куринаго мяса, киселя, манной каши—больные не любили, такъ какъ населеніе съ этими кушаньями незнакомо; потому-то и приходилось прибѣгать къ сравнительно грубой и твердой пищѣ».

615. Мы слышали, что въ Новоторжскій уѣздъ, Тверской губ., по распоряженію Тверского губернатора *временно командированы правительственные врачи* изъ разныхъ уѣздовъ губерніи для исправленія обязанностей земскихъ врачей.

616. Вышелъ въ свѣтъ 1-й выпускъ *Трудовъ Коммиссіи по изученію болотной лихорадки въ Россіи*. Въ немъ помѣщены: *Г. Н. Габричевскаго*—Докладъ Коммиссіи IX Съѣзду Общества; *В. В. Фавра*—Программа эпидеміологическаго изслѣдованія болотной лихорадки; *Г. А. Кожевникова*—Программа для изученія біологіи anopheles (съ табл. рисунковъ); *Н. М. Берестнева*—Медицинскій отчетъ экспедиціи въ Воронежскій уѣздъ (съ табл. діаграммъ); *Г. А. Кожевникова*—Матеріалы по біологіи anopheles, собранные Воронежской экспедиціей; *В. Е. Игнатьева*—Законодательныя мѣропріятія въ борьбѣ съ болотной лихорадкой; *А. И. Скибневскаго*—Матеріалы по обращаемости больныхъ болотною лихорадкой въ Россіи за 1898—1900 гг.; *Н. М. Берестнева*—Различныя фазы развитія чужеяднаго болотной лихорадки у человѣка въ свѣтописныхъ снимкахъ; *А. И. Шингарева*—О гэмоспоридіяхъ летучихъ мышей; *Г. А. Кожевникова*—Перечень мѣстностей, откуда имѣются anopheles maculipennis.—Коммиссія, судя по 1-му выпуску ея Трудовъ, видимо, весьма энергично выполняетъ принятую на себя задачу.

617. «Восточное Обозрѣніе» (7 марта) передаетъ, что Красноярская городская Дума, въ виду крайняго недостатка во врачахъ, постановила обратиться къ Иркутскому генералъ-губернатору за разрѣшеніемъ предоставить находящимся въ Енисейской губерніи *административно-ссыльнымъ врачамъ право временно занять мѣста врачей по службѣ у города*.

618. «*Отчетъ по призрѣнію душевно-больныхъ Екатеринославскимъ губернскимъ Земствомъ за 1902 годъ*» (Екатеринославъ, 1903, 240 стр.) указываетъ на весьма важное нововведеніе въ организаціи дѣла призрѣнія душевно-больныхъ въ Екатеринославской губ., каковымъ является учрежденіе въ 1902 г. постоянной психіатрической Коммиссіи, или, какъ она нынѣ называется, Совѣта психіатровъ при Екатеринославской губернской земской больницѣ. Совѣтъ этотъ имѣетъ своимъ назначеніемъ—служить органомъ, объединяющимъ дѣятельность всѣхъ психіатрическихъ учрежденій Екатеринославскаго губернскаго Земства, каковыхъ имѣется 3—психіатрическія отдѣленія больницы, колонія и патронажъ. Необходимость такого объединяющаго органа въ губернской больницѣ, гдѣ нѣтъ должности врача, завѣдующаго всѣми психіатрическими отдѣленіями, ощущалась уже давно и стала очевидной въ особенности тогда, когда съ увеличеніемъ числа призрѣваемыхъ душевно-больныхъ, задачи земства по отношенію къ нимъ стали и болѣе трудными, и болѣе сложными. Въ составъ Совѣта психіатровъ входятъ: членъ губернской Управы, старшій врачъ губернской земской больницы и всѣ врачи-психіатры, состоящіе на службѣ Екатеринославскаго Земства. Руководителемъ преній и занятій Совѣта является его предсѣдатель, избираемый ежегодно Совѣтомъ изъ числа врачей-психіатровъ. На первомъ засѣданіи Совѣта 10 апрѣля 1902 г. предсѣдателемъ былъ избранъ д-ръ *А. А. Говсѣевъ*, секретаремъ завѣдующій патронажемъ д-ръ *В. М. Кленкинъ*. Настоящій отчетъ, являющійся первымъ со времени основанія Совѣта психіатровъ, составленъ означенными товарищами при участіи директора колоніи *М. М. Лучника*. Во всѣхъ 3-хъ психіатрическихъ учрежденіяхъ Екатеринославскаго губернскаго Земства на 1/I 1902 г. состояли 739 больныхъ, въ теченіи года прибыли 683, выздоровѣли 252, выбыли съ улучшеніемъ 141, выбыли безъ улучшенія 143, умерли 144 и оставались на 1/I 1902 г. 742. Въ мужскихъ отдѣленіяхъ въ числѣ состоявшихъ на 1/I 1902 г. самую многочисленную группу составляли оставшіеся отъ прежнихъ лѣтъ слабоумные,—по большей части съ dementia praecox; ихъ было 24%. Далѣе идутъ эпилептики—15,7%, первично-помѣшанные—13,8%, слабоумные отъ рожденія 13,1%, паралитики 7,3% и т. д. Изъ женщинъ наибольшую по численности группу дали эпилептическіе психозы—19,2%, затѣмъ первичное помѣшательство—18,5%, раннее прогрессивное слабоумie—14,7%, врожденное слабоумie—13,7%. Изъ прибывшихъ въ теченіи года мужчинъ наибольшее число падаетъ на эпилептическіе психозы—14,3% и нарастающій параличъ—13,7%, у женщинъ на первичное помѣшательство—14,6%, манію и меланхолію—по 12,1%. Изъ выздоро-

Digitized by Google

вѣвшихъ мужчинъ самую большую группу дали запойный бредъ—25% и маніакально-депрессивный психозъ — 24%. Выздоровѣвшія женщины относились къ рубрикѣ манія—41,3%, меланхолія—23,9% и галлюцинаторная спутанность—28,3%. Изъ общаго числа умершихъ мужчинъ и женщинъ наибольшее число далъ нарастающій параличъ — 22,2%, затѣмъ эпилептическіе психозы—14,8% и старческое слабоуміе—12,6%. Между ближайшими причинами смерти выдающаяся роль принадлежитъ легочной бугорчаткѣ—21,5%, и истощающимъ поносамъ—13,3%. Значительный % смертности далъ кровавый поносъ—7,5.—Въ семьяхъ крестьянъ въ отчетномъ году призрѣвались 200 больныхъ, наибольшее число которыхъ составляли слабоумные разнаго рода. Изъ нихъ самый устойчивый элементъ, по словамъ «Отчета», представляютъ идіоты и вторично-слабоумные. Первично-помѣшанные часто оказываются не подходящими въ патронажѣ. Больные совершенно нечистоплотные — явленіе въ патронажѣ нежелательное, и они дожны быть возвращаемы въ больницу, хотя многіе крестьяне охотно соглашаются за повышенную плату призрѣвать нечистоплотныхъ больныхъ и нерѣдко очень добросовѣстно и умѣло исполняютъ предъявляемыя къ нимъ требованія. Остаются въ патронажѣ лишь тѣ, у которыхъ нечистоплотность имѣетъ временный или періодическій характеръ. Изъ призрѣвавшихся въ патронажѣ 54% составляли крестьяне, для которыхъ обстановка патронажа напоминаетъ обычныя условія ихъ жизни до заболѣванія. Съ другой стороны, значительный % призрѣвавшихся составляли лица другихъ сословій, для которыхъ крестьянская среда не могла являться знакомой родной атмосферой; однако, говоритъ «Отчетъ», самый фактъ возможности призрѣвать такое число больныхъ изъ другихъ сословій доказываетъ жизненность этого учрежденія. Ежемѣсячная плата за содержаніе больного составляла 5 р. За больныхъ нечистоплотныхъ или требующихъ улучшеннаго ухода или пищи прибавляется еще 1 р. въ мѣсяцъ. Пища больныхъ въ патронажѣ обыкновенная крестьянская—молочная и растительная. Мясо бываетъ только по праздникамъ. Въ одну крестьянскую семью помѣщается не болѣе одного больного. Какъ главный недостатокъ въ организаціи семейнаго призрѣнія, въ «Отчетѣ» отмѣчается отсутствіе центральнаго пріемнаго покоя—больницы. При разбросанности патронажа въ 2-хъ селахъ, изъ которыхъ каждое занимаетъ пространство почти въ 4 кв. версты, и отдаленности отъ губернской больницы на разстояніи 7 в. устройство пріемнаго покоя является неотложной нуждой. Многіе случаи обостренія психозовъ и физическихъ заболѣваній протекали-бы на мѣстѣ въ пріемномъ покоѣ, не дѣлая необходимымъ вести возбужденнаго или слабаго больного въ губернскую больницу. Изъ дальнѣйшихъ нуждъ патронажа въ «Отчетѣ» указывается на необходимость постройки 2-хъ бань для больныхъ и квартиръ для служащихъ, а также увеличенія содержанія надзирателей.

619. Херсонскій губернскій санитарный Совѣтъ, разсматривавшій вопросъ объ *эпидемической заболѣваемости въ губерніи*, рѣшилъ продолжать считать чрезвычайными эпидеміями, съ необходимостью участія губернскаго земства въ $^{2}/_{3}$ расходовъ, эпидеміи сыпного и брюшного тифовъ, скарлатины и дифтеріи.

620. Недавно закончившій свои занятія Съѣздъ врачей Саратовскаго губернскаго Земства по поводу доклада д-ра *В. С. Голубева о врачебно-санитарномъ надзорѣ за земскими школами* постановилъ: 1) поручить Отдѣленію народнаго здравія составить къ слѣдующему губернскому Съѣзду описаніе школъ губерніи и представить норму часовъ занятій въ школѣ и 2) признать необходимымъ, чтобы при постройкѣ новыхъ школьныхъ зданій обязательно приглашались врачи какъ для выбора мѣста, такъ и для разсмотрѣнія плана («Саратовскій Дневникъ», 7 марта).

621. Давно извѣстно, что окончившіе срокъ военной службы и возвращающіеся въ деревню сплошь и рядомъ заносятъ въ семью сифилисъ, откуда болѣзнь идетъ дальше и нерѣдко захватываетъ большіе районы. Получивъ извѣстіе, что одинъ безсрочноотпускной нижній чинъ, зараженный сифилисомъ, вернулся въ деревню, Холмская Управа, Псковской губ., доложила объ этомъ уѣздному Собранію. Уѣздное Собраніе постановило возбудить ходатайство передъ военнымъ вѣдомствомъ объ отпускѣ домой нижнихъ чиновъ только послѣ полнаго лѣченія отъ сифилиса. Губернское Собраніе съ этимъ постановленіемъ не согласилось, обосновывая свое несогласіе тѣмъ, что задержаніе больного солдата сверхъ срока службы равносильно стѣсненію гражданской свободы, и, въ свою очередь, постановило ходатайствовать передъ военнымъ вѣдомствомъ, чтобы нижнимъ чинамъ былъ объясненъ весь вредъ отъ той болѣзни, который они, не подвергаясь правильному лѣченію, могутъ принести семьѣ и своимъ близкимъ, и *чтобы военное вѣдомство взяло на себя расходъ по лѣченію окончившихъ срокъ военной службы въ больницахъ гражданскаго вѣдомства*. Борьба съ этой болѣзнью—вопросъ государственный, и можно думать, что военное Министерство не найдетъ основательныхъ поводовъ для отклоненія этого ходатайства («Вѣстникъ Ярославскаго Земства», 15 февраля).

622. За послѣднее время чуть-ли не во всѣхъ газетахъ усердно рекламируется *средство отъ выпаденія волосъ нѣкоего г. Пружана*, при чемъ для вящаго доказательства цѣлительности средства въ нѣкоторыхъ рекламахъ дѣлается ссылка на «№ медицинскаго журнала», высылаемый желающимъ безплатно. Какъ оказывается, этотъ медицинскій журналъ есть пресловутый журналъ «Будьте здоровы» пресловутаго доктора *И. Зарубина*, на своеобразную «литературную дѣятельность» котораго мы неоднократно указывали (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 24, стр. 920, № 41, стр. 1451 и выше № 1, стр. 35). Въ настоящемъ случаѣ г. *Зарубинъ* беззастѣнчивостью превзошелъ даже самого себя. Въ разсылаемомъ г. Пружаномъ № 11 «Будьте здоровы» имѣется статья «Средство противъ перхоти и выпаденія волосъ» за подписью д-ра *И. Зарубина*. Въ статьѣ этой усиленно рекомендуется средство г. Пружана, при чемъ предусмотрительно указывается, что «получать его можно во всѣхъ аптекарскихъ магазинахъ» и примѣнять слѣдуетъ «въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ». «Изъ чего состоитъ средство провизора Пружана», говоритъ г. *Зарубинъ*, «мы не можемъ сообщить, такъ какъ *это составляетъ секретъ изобрѣтателя*, но, насколько мы можемъ судить, оно оживляетъ и возбуждаетъ кожу головы и усиливаетъ ея дѣятельность» и т. д. Врачу, опустившемуся до печатной рекламы *тайнаго* средства, излишне, конечно, напоминать о факультетскомъ обѣщаніи и врачебной порядочности, такъ какъ для такого господина это, очевидно, все—пустыя слова, но невольно грустно становится при видѣ такой безцеремонно-наглой торговли почетнымъ врачебнымъ званіемъ.

623. Въ Тифлисѣ проживаетъ, какъ передаетъ «Русское Слово» (14 марта), старикъ А. Шмидтъ, *121 г. отъ роду*, который сохранилъ до сихъ поръ память, ходитъ безъ посторонней помощи и хорошо видитъ и слышитъ.

624. Подъ кричащимъ, но мало идущимъ къ дѣлу заглавіемъ «Кастовая свѣтобоязнь» нѣкто г. «Земскій» напечаталъ въ «Днѣпровскомъ Вѣстникѣ» (14 февраля) цѣлую филиппику противъ данной нами (см. выше, № 4, стр. 150) оцѣнки замѣткѣ новоявленнаго «Домашняго Врача» о фабричной медицинѣ въ Москвѣ. «Примѣчаніе «Русскаго Врача», находитъ скрывшійся подъ громкимъ прозвищемъ псейдонимъ, «было-бы понятно, если-бы замѣтка касалась какихъ-либо хирургическихъ операцій, прописыванія рецептовъ и другихъ спеціальныхъ и техническихъ «тонкостей» въ дѣятельности врачей, но тѣ факты, которые сообщаются о дѣятельности фабричныхъ врачей въ Московской популярной газетѣ, *непремѣнно и всецѣло подлежатъ обнародованію въ популярной и общей прессѣ и обсужденію не только врачей, но и всего общества*» (курсивъ газеты). Напомнивъ сообщенные въ замѣткѣ факты, г. Земскій продолжаетъ: «Неужели публика *некомпетентна судить* о томъ, что такая врачебная помощь, при которой рабочіе не только не могутъ лѣчиться, но даже видѣть врача, совершенно неудовлетворительна? Напротивъ, она должна знать и судить объ этихъ недостаткахъ, ибо только благодаря широкой гласности эти недостатки могутъ быть устранены. Напомнимъ редакціи «Русскаго Врача», что наша гордость—земская медицина только потому достигла настоящаго развитія и способна прогрессировать и въ дальнѣйшемъ, что въ обсужденіи ея устройства, ея достоинствъ и недостатковъ, ея ошибокъ и промаховъ принимаютъ участіе не только врачи и спеціальная печать, но (и) земскія собранія, публика, съѣзды и вся общая печать; земская медицина есть душа всего общества, въ этомъ залогъ ея постояннаго успѣха. И земскіе врачи ничего не имѣютъ противъ обсужденія вопросовъ объ устройствѣ земской медицины и самой дѣятельности земскихъ врачей въ земскихъ собраніяхъ, на съѣздахъ, въ совѣтахъ и въ печати, спеціальной и общей; это обсужденіе велось и ведется очень широко, и отъ этого выигрываютъ организація земскаго врачебнаго дѣла, населеніе и сами земскіе врачи. Безъ всякаго преувеличенія можно сказать, что тамъ, гдѣ общественное врачебное дѣло ведется *келейно, безъ огласки*, безъ контроля общества и печати, положеніе врачей не изъ лучшихъ, а населеніе почти всегда страдаетъ отъ различныхъ неустройствъ, покрываемыхъ безгласіемъ и мракомъ. И всегда на первомъ планѣ должны быть интересы населенія, а не выгоды тѣхъ или другихъ спеціалистовъ—такъ всегда училъ тотъ, памяти котораго посвященъ «Русскій Врачъ», истинный учитель Вячеславъ Авксентьевичъ Монассеинъ» (sic!).—Словъ здѣсь много, и словъ очень громкихъ, но къ чему было, что называется, огородъ городить,—понять дов. трудно. Читатели наши, надѣемся, лучше г. Земскаго освѣдомлены, какъ мы смотримъ на «келейное, безъ огласки» веденіе врачебныхъ дѣлъ, на земскую медицину, на «выгоды тѣхъ или другихъ спеціалистовъ» въ ущербъ интересамъ населенія и т. д. Находя всякія объясненія съ г. Земскимъ по этому поводу совершенно излишними, мы только попросили-бы его имѣть въ виду, что замѣтка наша возстаетъ противъ подчеркиванія провинностей врачебнаго сословія лишь *въ популярно-медицинскомъ органѣ*, а не вообще въ печати, что—большая разница, которую, безъ сомнѣнія, понимаетъ всякій. Популярно-медицинскій журналъ долженъ, по нашему крайнему разумѣнію, учить публику обходиться не *безъ* врача, а *до* прибытія послѣдняго; первая обязанность его — напоминать почаще о необходимости врачебной помощи и врачебныхъ совѣтовъ, въ противномъ случаѣ онъ будетъ играть въ руку шарлатанамъ. Односторонними-же «обличеніями» *такой* журналъ едва-ли укрѣпитъ въ своихъ читателяхъ довѣріе къ представителямъ научной медицины. Вотъ наша мысль, и на ней мы, разумѣется, настаиваемъ. Кстати, зачѣмъ понадобилось г. невѣдомому Земскому возражать намъ въ общей печати, когда, по меньшей мѣрѣ для начала, онъ могъ-бы обратиться съ письмомъ непосредственно къ намъ—но, конечно, *открывъ свое имя*? (Къ чему-же Ваша-то келейность и безгласіе, г. Земскій?). Мы могли-бы тогда, по крайней мѣрѣ, судить, всерьезъ-ли онъ причисляетъ, напр., прописываніе рецептовъ къ «тонкостямъ» (!) въ дѣятельности врачей, могли-бы, быть можетъ, понять, зачѣмъ ему понадобилось льстивое увѣреніе, что земская медицина не только наша гордость, но и «душа всего общества».

625. По поводу *истязаній*, которымъ подвергались *глухонѣмыя дѣти* въ Александровскомъ, Екатеринославской губ., училищѣ

отправился 19-го же марта изъ Ярославля, снаряженный мѣстнымъ Управленіемъ Краснаго Креста на средства, пожертвованныя населеніемъ Ярославля и Ярославской губ.—19-го и 20-го марта изъ Петербурга выѣхали на Дальній Востокъ 3-ій и 5-ый *резервные медико-санитарные отряды* въ составѣ 1-ый 7 врачей, 5 студентовъ-медиковъ и 20 санитаровъ и 2-ой—6 врачей, 8 студентовъ-медиковъ и 20 санитаровъ («Новое Время», 18, 20 и 21 марта, «Русскія Вѣдомости», 21 марта).

607. По словамъ «Знамени» (18 марта), студенты въ Юрьевѣ устроили *факельное шествіе въ честь проф. В. Г. Цеге ф. Мантейфеля*, уѣзжающаго на театръ военныхъ дѣйствій. Въ тотъ же день мѣстное медицинское Общество чествовало профессора и еще 3-хъ врачей, отправляющихся на войну.

608. «Новости» (15 марта) передаютъ, что предполагается открыть подписку по всей Россіи *на устройство въ Ялтѣ санаторіи, больницъ и пансіоновъ для раненыхъ на Дальнемъ Востокѣ воиновъ*.

609. Свою работу *о холерной эпидеміи въ 1902 г. на Дальнемъ Востокѣ* («Вѣстникъ общественной гигіены», январь, 1904) д-ръ *Кирилловъ* заканчиваетъ заявленіемъ, что «*на Дальнемъ Востокѣ каждое лѣто возможенъ заносъ холеры изъ южнаго Китая, благодаря все усиливающимся сношеніямъ и улучшающимся въ скорости путямъ сообщенія* (курсивъ нашъ. *Ред.*), привлекающимъ къ поѣздкамъ массы рабочихъ-китайцевъ. Особенно грозна въ этомъ отношеніи южная вѣтвь Восточно-Китайской желѣзной дороги». «Необходимо всѣ населенныя мѣста подготовить къ борьбѣ съ эпидеміей. Для инородцевъ необходимы въ большомъ числѣ популярныя брошюры (лучше объявить на нихъ спеціальный конкурсъ). Въ селеніяхъ необходимы постоянные фельдшерскіе пункты; число врачей и пріемныхъ покоевъ надо увеличить». «Надо поднять въ населеніи уровень познаній по личной профилактикѣ, а это лучше всего сдѣлать, *вербуя фельдшеровъ и сестеръ милосердія изъ мѣстнаго населенія*, особенно туземцевъ, китайцевъ, манзъ, подготовляя ихъ въ больницахъ и содержа на постоянномъ жалованьѣ лѣтомъ въ крупныхъ селеніяхъ, хотя-бы обычно ради оспопрививанія. При этомъ при пріемныхъ покояхъ необходимо имѣть прислугу наемную, обученную. Конечно, пароходы пассажирскіе, какъ рѣчные, такъ и морскіе, должны имѣть не только лазареты, но и постояннаго фельдшера, если не врача».—Указываемыя авторомъ мѣры по предупрежденію холеры на Дальнемъ Востокѣ заслуживаютъ тѣмъ большаго вниманія теперь, когда во время военныхъ дѣйствій сношенія усилятся еще болѣе и, что гораздо опаснѣе, могутъ сдѣлаться безпорядочными.

610. По вопросу *о сближеніи университетскихъ клиникъ съ земскими лѣчебницами*, поднятому Правленіемъ Пироговскаго Общества, Угличскій санитарный Совѣтъ высказалъ слѣдующее мнѣніе: сближеніе это желательно, но оно возможно лишь при соблюденіи тѣхъ непремѣнныхъ условій, если больные, посылаемые земскими врачами, будутъ принимаемы въ клиники безплатно и если земство, съ своей стороны, ассигнуетъ на дорожные расходы посылаемыхъ больныхъ достаточную сумму. Кромѣ того, посылаемые больные должны быть снабжены тщательно составленною врачемъ исторіей болѣзни, и отправка больныхъ должна происходить послѣ обсужденія ихъ болѣзней не менѣе какъ 3-мя врачами. При соблюденіи упомянутыхъ условій практическое осуществленіе этого сближенія санитарный Совѣтъ беретъ на себя. Остальные пункты доклада Пироговской Коммиссіи, затронувшаго этотъ вопросъ, санитарный Совѣтъ признаетъ желательными.

611. Курское очередное губернское земское Собраніе постановило возбудить *ходатайство о разрѣшеніи Курскому Земству*, вмѣсто издававшагося до сихъ поръ 3—4 раза въ годъ «Свода свѣдѣній о ходѣ и распространеніи заразныхъ болѣзней въ Курской губ.», *издавать 12 разъ въ годъ «Врачебно-санитарную хронику Курской губ.»* по болѣе обширной программѣ. Въ докладѣ Управы по поводу этого ходатайства, между прочимъ, указывается, что въ настоящее время свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ, въ преобладающемъ большинствѣ случаевъ съ приложеніемъ текста, печатаются и издаются, кромѣ Курской, въ 15 земскихъ губерніяхъ и въ 2 Юго-западныхъ («Петербургскій Земскій Вѣстникъ», мартъ).

612. Въ Обществѣ Нижегородскихъ врачей въ составъ бюро на текущій 1904 г. *избраны:* предсѣдателемъ—*П. П. Кащенко*, членами—*И. А. Кунцевичъ, Т. М. Рожанскій, П. Н. Михалкинъ, И. В. Обрядчиковъ, С. П. Полтановъ.*

613. Д-ръ *Н. Н. Гуревичъ*, коммандированный на эпидемію скарлатины и дифтеріи въ одно изъ селъ Камышинскаго уѣзда (Саратовской губ.), сообщая о своихъ наблюденіяхъ («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.», февраль), между прочимъ, указываетъ на *плохіе результаты, полученные отъ примѣненія при скарлатинѣ противоцѣпококковой сыворотки.* Авторъ примѣнилъ это лѣченіе въ 7 тяжелыхъ случаяхъ (впрыскивалъ до 5 флаконовъ); всѣ они окончились смертью, при чемъ въ 5 случаяхъ смерть наступила на 3-й день болѣзни, въ 1 случаѣ на 5-й день и въ 1 на 25-й. Послѣдній случай относится къ дѣвочкѣ, 14 л., которая казалась тяжелой больной дня 3—4, затѣмъ 3—4 дня чувствовала себя хорошо, а потомъ перенесла такія осложненія: шейный лимфаденитъ, воспаленіе почекъ и выпотной синовитъ.

614. Въ «Отчетѣ по коммандировкѣ на эпидемію брюшного тифа въ Палемскую волость Велико-Устюжскаго уѣзда» («Врачебно-санитарный обзоръ Вологодской губ.», вып. 1) д-ръ *С. Ф. Галюнъ* даетъ такой благопріятный отзывъ о примѣнявшемся имъ *усиленномъ кормленіи брюшно-тифозныхъ*. «Самое большое вниманіе было обращено на питаніе больныхъ; на исключительно молочной діэтѣ больные, даже тяжелые, держались только 1—2 дня, затѣмъ они переводились на 2-ю порцію (супъ и мясо съ бѣлымъ хлѣбомъ, молочная каша), такъ что тяжелый бредящій больной уже ѣлъ, сколько могъ съѣсть, вареное или жареное мясо, съѣдалъ нѣсколько ложекъ каши, пилъ чай съ бѣлымъ хлѣбомъ. Это усиленное питаніе плотными пищевыми веществами, вѣроятно, могло служить одной изъ причинъ того, что у поступавшихъ больныхъ съ нетяжелыми явленіями тифа температура скоро падала до нормы, и оно же не осталось безъ вліянія на выздоровленіе очень тяжелаго больного съ рѣзкими мозговыми явленіями, долго остававшагося въ опасномъ состояніи (при 39°—39°,5 онъ съѣдалъ $^5/_6$ фунта бѣлаго хлѣба въ день, немного мяса, супа и каши, часто ѣлъ ночью). Вѣроятно, такимъ питаніемъ объясняется и то, что больные, даже долго страдавшіе тифомъ, мало худѣли. Къ сожалѣнію, болѣе удобоваримой твердой пищи—куринаго мяса, киселя, манной каши—больные не любили, такъ какъ населеніе съ этими кушаньями незнакомо; потому-то и приходилось прибѣгать къ сравнительно грубой и твердой пищѣ».

615. Мы слышали, что въ Новоторжскій уѣздъ, Тверской губ., по распоряженію Тверского губернатора *временно коммандированы правительственные врачи* изъ разныхъ уѣздовъ губерніи для исправленія обязанностей земскихъ врачей.

616. Вышелъ въ свѣтъ 1-й выпускъ *Трудовъ Коммиссіи по изученію болотной лихорадки въ Россіи*. Въ немъ помѣщены: *Г. Н. Габричевскаго*—Докладъ Коммиссіи IX Съѣзду Общества; *В. В. Фавра*—Программа эпидеміологическаго изслѣдованія болотной лихорадки; *Г. А. Кожевникова*—Программа для изученія біологіи anopheles (съ табл. рисунковъ); *Н. М. Берестнева*—Медицинскій отчетъ экспедиціи въ Воронежскій уѣздъ (съ табл. діаграммъ); *Г. А. Кожевникова*—Матеріалы по біологіи anopheles, собранные Воронежской экспедиціей; *В. Е. Игнатьева*—Законодательныя мѣропріятія въ борьбѣ съ болотной лихорадкой; *А. И. Скибневскаго*—Матеріалы по обращаемости больныхъ болотною лихорадкой въ Россіи за 1898—1900 гг.; *Н. М. Берестнева*—Различныя фазы развитія чужеяднаго болотной лихорадки у человѣка въ свѣтописныхъ снимкахъ; *А. И. Шингарева*—О гэмоспоридіяхъ летучихъ мышей; *Г. А. Кожевникова*—Перечень мѣстностей, откуда имѣются anopheles maculipennis.—Коммиссія, судя по 1-му выпуску ея Трудовъ, видимо, весьма энергично выполняетъ принятую на себя задачу.

617. «Восточное Обозрѣніе» (7 марта) передаетъ, что Красноярская городская Дума, въ виду крайняго недостатка во врачахъ, постановила обратиться къ Иркутскому генералъ-губернатору за разрѣшеніемъ предоставить находящимся въ Енисейской губерніи *административно-ссыльнымъ врачамъ право временно занять мѣста врачей по службѣ у города.*

618. «*Отчетъ по призрѣнію душевно-больныхъ Екатеринославскимъ губернскимъ Земствомъ за 1902 годъ*» (Екатеринославъ, 1903, 240 стр.) указываетъ на весьма важное нововведеніе въ организаціи дѣла призрѣнія душевно-больныхъ въ Екатеринославской губ., каковымъ является учрежденіе въ 1902 г. постоянной психіатрической Коммиссіи, или, какъ она нынѣ называется, Совѣта психіатровъ при Екатеринославской губернской земской больницѣ. Совѣтъ этотъ имѣетъ своимъ назначеніемъ—служить органомъ, объединяющимъ дѣятельность всѣхъ психіатрическихъ учрежденій Екатеринославскаго губернскаго Земства, каковыхъ имѣется 3—психіатрическія отдѣленія больницы, колонія и патронажъ. Необходимость такого объединяющаго органа въ губернской больницѣ, гдѣ нѣтъ должности врача, завѣдующаго всѣми психіатрическими отдѣленіями, ощущалась уже давно и стала очевидной въ особенности тогда, когда съ увеличеніемъ числа призрѣваемыхъ душевно-больныхъ, задачи земства по отношенію къ нимъ стали и болѣе трудными, и болѣе сложными. Въ составъ Совѣта психіатровъ входятъ: членъ губернской Управы, старшій врачъ губернской земской больницы и всѣ врачи-психіатры, состоящіе на службѣ Екатеринославскаго Земства. Руководителемъ преній и занятій Совѣта является его предсѣдатель, избираемый ежегодно Совѣтомъ изъ числа врачей-психіатровъ. На первомъ засѣданіи Совѣта 10 апрѣля 1902 г. предсѣдателемъ былъ избранъ д-ръ *А. А. Говсѣевъ*, секретаремъ завѣдующій патронажемъ д-ръ *В. М. Кленкинъ*. Настоящій отчетъ, являющійся первымъ со времени основанія Совѣта психіатровъ, составленъ означенными товарищами при участіи директора колоніи *М. М. Лучника*. Во всѣхъ 3-хъ психіатрическихъ учрежденіяхъ Екатеринославскаго губернскаго Земства на 1/I 1902 г. состояли 739 больныхъ, въ теченіи года прибыли 683, выздоровѣли 252, выбыли съ улучшеніемъ 141, выбыли безъ улучшенія 143, умерли 144 и остались на 1/I 1902 г. 742. Въ мужскихъ отдѣленіяхъ въ числѣ состоявшихъ на 1/I 1902 г. самую многочисленную группу составляли оставшіеся отъ прежнихъ лѣтъ слабоумные,—по большей части съ dementia praecox; ихъ было 24%. Далѣе идутъ эпилептики—15,7%, первично-помѣшанные—13,8%, слабоумные отъ рожденія 13,1%, паралитики 7,3% и т. д. Изъ женщинъ наибольшую по численности группу дали эпилептическіе психозы—19,2%, затѣмъ первичное помѣшательство—18,5%, раннее прогрессивное слабоуміе—14,7%, врожденное слабоуміе—13,7%. Изъ прибывшихъ въ теченіи года мужчинъ наибольшее число падаетъ на эпилептическіе психозы—14,3% и нарастающій параличъ—13,7%, у женщинъ на первичное помѣшательство—14,6%, манію и меланхолію—по 12,1%. Изъ выздоро-

Digitized by Google

вѣвшихъ мужчинъ самую большую группу дали запойный бредъ—25% и маніакально-депрессивный психозъ — 24%. Выздоровѣвшія женщины относились къ рубрикѣ манія—41,3%, меланхолія—23,9% и галлюцинаторная спутанность—28,3%. Изъ общаго числа умершихъ мужчинъ и женщинъ наибольшее число далъ нарастающій параличъ — 22,2%, затѣмъ эпилептическіе психозы—14,8% и старческое слабоуміе—12,6%. Между ближайшими причинами смерти выдающаяся роль принадлежитъ легочной бугорчаткѣ—21,5% и истощающимъ поносамъ—13,3%. Значительный % смертности далъ кровавый поносъ—7,5.—Въ семьяхъ крестьянъ въ отчетномъ году призрѣвались 200 больныхъ, наибольшее число которыхъ составляли слабоумные разнаго рода. Изъ нихъ самый устойчивый элементъ, по словамъ «Отчета», представляютъ идіоты и вторично-слабоумные. Первично-помѣшанные часто оказываются не подходящими въ патронажѣ. Больные совершенно нечистоплотные — явленіе въ патронажѣ нежелательное, и они должны быть возвращаемы въ больницу, хотя многіе крестьяне охотно соглашаются за повышенную плату призрѣвать нечистоплотныхъ больныхъ и нерѣдко очень добросовѣстно и умѣло исполняютъ предъявляемыя къ нимъ требованія. Остаются въ патронажѣ лишь тѣ, у которыхъ нечистоплотность имѣетъ временный или періодическій характеръ. Изъ призрѣвавшихся въ патронажѣ 54% составляли крестьяне, для которыхъ обстановка патронажа напоминаетъ обычныя условія ихъ жизни до заболѣванія. Съ другой стороны, значительный % призрѣвавшихся составляли лица другихъ сословій, для которыхъ крестьянская среда не могла являться знакомой родной атмосферой; однако, говоритъ «Отчетъ», самый фактъ возможности призрѣвать такое число больныхъ изъ другихъ сословій доказываетъ жизненность этого учрежденія. Ежемѣсячная плата за содержаніе больного составляла 5 р. За больныхъ нечистоплотныхъ или требующихъ улучшеннаго ухода или пищи прибавляется еще 1 р. въ мѣсяцъ. Пища больныхъ въ патронажѣ обыкновенная крестьянская—молочная и растительная. Мясо бываетъ только по праздникамъ. Въ одну крестьянскую семью помѣщается не болѣе одного больного. Какъ главный недостатокъ въ организаціи семейнаго призрѣнія, въ «Отчетѣ» отмѣчается отсутствіе центральнаго пріемнаго покоя—больницы. При разбросанности патронажа въ 2-хъ селахъ, изъ которыхъ каждое занимаетъ пространство почти въ 4 кв. версты, и отдаленности отъ губернской больницы на разстояніи 7 в. устройство пріемнаго покоя является неотложной нуждой. Многіе случаи обостренія психозовъ и физическихъ заболѣваній протекали-бы на мѣстѣ въ пріемномъ покоѣ, не дѣлая необходимымъ вести возбужденнаго или слабаго больного въ губернскую больницу. Изъ дальнѣйшихъ нуждъ патронажа въ «Отчетѣ» указывается на необходимость постройки 2-хъ бань для больныхъ и квартиръ для служащихъ, а также увеличенія содержанія надзирателей.

619. Херсонскій губернскій санитарный Совѣтъ, разсматривавшій вопросъ объ *эпидемической заболѣваемости въ губерніи*, рѣшилъ продолжать считать чрезвычайными эпидеміями, съ необходимостью участія губернскаго земства въ $^2/_3$ расходовъ, эпидеміи сыпного и брюшного тифовъ, скарлатины и дифтеріи.

620. Недавно закончившій свои занятія Съѣздъ врачей Саратовскаго губернскаго Земства по поводу доклада д-ра *В. С. Голубева о врачебно-санитарномъ надзорѣ за земскими школами* постановилъ: 1) поручить Отдѣленію народнаго здравія составить къ слѣдующему губернскому Съѣзду описаніе школъ губерніи и представить норму часовъ занятій въ школѣ и 2) признать необходимымъ, чтобы при постройкѣ новыхъ школьныхъ зданій обязательно приглашались врачи какъ для выбора мѣста, такъ и для разсмотрѣнія плана («Саратовскій Дневникъ», 7 марта).

621. Давно извѣстно, что окончившіе срокъ военной службы и возвращающіеся въ деревню сплошь и рядомъ заносятъ въ семью сифилисъ, откуда болѣзнь идетъ дальше и нерѣдко захватываетъ большіе районы. Получивъ извѣстіе, что одинъ безсрочноотпускной нижній чинъ, зараженный сифилисомъ, вернулся въ деревню, Холмская Управа, Псковской губ., доложила объ этомъ уѣздному Собранію. Уѣздное Собраніе постановило возбудить ходатайство передъ военнымъ вѣдомствомъ объ отпускѣ домой нижнихъ чиновъ только послѣ полнаго лѣченія отъ сифилиса. Губернское Собраніе съ этимъ постановленіемъ не согласилось, обосновывая свое несогласіе тѣмъ, что задержаніе больного солдата сверхъ срока службы равносильно стѣсненію гражданской свободы, и, въ свою очередь, постановило ходатайствовать передъ военнымъ вѣдомствомъ, чтобы нижнимъ чинамъ былъ объясненъ весь вредъ отъ той болѣзни, который они, не подвергаясь правильному лѣченію, могутъ принести семьѣ и своимъ близкимъ, и *чтобы военное вѣдомство взяло на себя расходъ по лѣченію окончившихъ срокъ военной службы въ больницахъ гражданскаго вѣдомства*. Борьба съ этой болѣзнью—вопросъ государственный, и можно думать, что военное Министерство не найдетъ основательныхъ поводовъ для отклоненія этого ходатайства («Вѣстникъ Ярославскаго Земства», 15 февраля).

622. За послѣднее время чуть-ли не во всѣхъ газетахъ усердно рекламируется *средство отъ выпаденія волосъ нѣкоего г. Пружана*, при чемъ для вящаго доказательства цѣлительности средства въ нѣкоторыхъ рекламахъ дѣлается ссылка на «№ медицинскаго журнала», высылаемый желающимъ безплатно. Какъ оказывается, этотъ медицинскій журналъ есть пресловутый журналъ «Будьте здоровы» пресловутаго доктора *И. Зарубина*, на своеобразную «литературную дѣятельность» котораго мы неоднократно указывали (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 24, стр. 920, № 41, стр. 1451 и выше № 1, стр. 35). Въ настоящемъ случаѣ г. *Зарубинъ* беззастѣнчивостью превзошелъ даже самого себя. Въ разсылаемомъ г. Пружаномъ № 11 «Будьте здоровы» имѣется статья «Средство противъ перхоти и выпаденія волосъ» за подписью д-ра *И. Зарубина*. Въ статьѣ этой усиленно рекомендуется средство г. Пружана, при чемъ предусмотрительно указывается, что «получать его можно во всѣхъ аптекарскихъ магазинахъ» и примѣнять слѣдуетъ «въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ». «Изъ чего состоитъ средство провизора Пружана», говоритъ г. *Зарубинъ*, «мы не можемъ сообщить, такъ какъ *это составляетъ секретъ изобрѣтателя*, но, насколько мы можемъ судить, оно оживляетъ и возбуждаетъ кожу головы и усиливаетъ ея дѣятельность» и т. д. Врачу, опустившемуся до печатной рекламы *тайнаго* средства, излишне, конечно, напоминать о факультетскомъ обѣщаніи и врачебной порядочности, такъ какъ для такого господина это, очевидно, все—пустыя слова, но невольно грустно становится при видѣ такой безцеремонно-наглой торговли почетнымъ врачебнымъ званіемъ.

623. Въ Тифлисѣ проживаетъ, какъ передаетъ «Русское Слово» (14 марта), старикъ А. Шмидтъ, *121 г. отъ роду*, который сохранилъ до сихъ поръ память, ходитъ безъ посторонней помощи и хорошо видитъ и слышитъ.

624. Подъ кричащимъ, но мало идущимъ къ дѣлу заглавіемъ «Кастовая свѣтобоязнь» нѣкто г. «Земскій» напечаталъ въ «Днѣпровскомъ Вѣстникѣ» (14 февраля) цѣлую филиппику противъ данной нами (см. выше, № 4, стр. 150) оцѣнки замѣткѣ новоявленнаго «Домашняго Врача» о фабричной медицинѣ въ Москвѣ. «Примѣчаніе «Русскаго Врача», находитъ скрывшійся подъ громкимъ прозвищемъ псейдонимъ, «было-бы понятно, если-бы замѣтка касалась какихъ-либо хирургическихъ операцій, прописыванія рецептовъ и другихъ спеціальныхъ и техническихъ «тонкостей» въ дѣятельности врачей, но тѣ факты, которые сообщаются о дѣятельности фабричныхъ врачей въ Московской популярной газетѣ, *непремѣнно и всецѣло подлежатъ обнародованію въ популярной и общей прессѣ и обсужденію не только врачей, но и всего общества*» (курсивъ газеты). Напомнивъ сообщенные въ замѣткѣ факты, г. Земскій продолжаетъ: «Неужели публика *некомпетентна судить* о томъ, что такая врачебная помощь, при которой рабочіе не только не могутъ лѣчиться, но даже видѣть врача, совершенно неудовлетворительна? Напротивъ, она должна знать и судить объ этихъ недостаткахъ, ибо только благодаря широкой гласности эти недостатки могутъ быть устранены. Напомнимъ редакціи «Русскаго Врача», что наша гордость—земская медицина только потому достигла настоящаго развитія и способна прогрессировать и въ дальнѣйшемъ, что въ обсужденіи ея устройства, ея достоинствъ и недостатковъ, ея ошибокъ и промаховъ принимаютъ участіе не только врачи и спеціальная печать, но (и) земскія собранія, публика, съѣзды и вся общая печать; земская медицина есть душа всего общества, въ этомъ залогъ ея постояннаго успѣха. И земскіе врачи ничего не имѣютъ противъ обсужденія вопросовъ объ устройствѣ земской медицины и самой дѣятельности земскихъ врачей въ земскихъ собраніяхъ, на съѣздахъ, въ совѣтахъ и въ печати, спеціальной и общей; это обсужденіе велось и ведется очень широко, и отъ этого выигрываютъ организація земскаго врачебнаго дѣла, населеніе и сами земскіе врачи. Безъ всякаго преувеличенія можно сказать, что тамъ, гдѣ общественное врачебное дѣло ведется *келейно, безъ огласки*, безъ контроля общества и печати, положеніе врачей не изъ лучшихъ, а населеніе почти всегда страдаетъ отъ различныхъ неустройствъ, покрываемыхъ безгласіемъ и мракомъ. И всегда на первомъ планѣ должны быть интересы населенія, а не выгоды тѣхъ или другихъ спеціалистовъ—такъ всегда училъ тотъ, памяти котораго посвященъ «Русскій Врачъ», истинный учитель Вячеславъ Авксентьевичъ Монассеинъ» (sic!).—Словъ здѣсь много, и словъ очень громкихъ, но къ чему было, что называется, огородъ городить,—понять дов. трудно. Читатели наши, надѣемся, лучше г. Земскаго освѣдомлены, какъ мы смотримъ на «келейное, безъ огласки» веденіе врачебныхъ дѣлъ, на земскую медицину, на «выгоды тѣхъ или другихъ спеціалистовъ» въ ущербъ интересамъ населенія и т. д. Находя всякія объясненія съ г. Земскимъ по этому поводу совершенно излишними, мы только попросили-бы его имѣть въ виду, что замѣтка наша возстаетъ противъ подчеркиванія провинностей врачебнаго сословія лишь *въ популярно-медицинскомъ органѣ*, а не вообще въ печати, что—большая разница, которую, безъ сомнѣнія, понимаетъ всякій. Популярно-медицинскій журналъ долженъ, по нашему крайнему разумѣнію, учить публику обходиться не *безъ* врача, а *до* прибытія послѣдняго; первая обязанность его — напоминать почаще о необходимости врачебной помощи и врачебныхъ совѣтовъ, въ противномъ случаѣ онъ будетъ играть въ руку шарлатанамъ. Односторонними-же «обличеніями» *такой* журналъ едва-ли укрѣпитъ въ своихъ читателяхъ довѣріе къ представителямъ научной медицины. Вотъ наша мысль, и на ней мы, разумѣется, настаиваемъ. Кстати, зачѣмъ понадобилось г. невѣдомому Земскому возражать намъ въ общей печати, когда, по меньшей мѣрѣ для начала, онъ могъ-бы обратиться съ письмомъ непосредственно къ намъ—но, конечно, *открывъ свое имя*? (Къ чему-же Ваша-то келейность и безгласіе, г. Земскій?). Мы могли-бы тогда, по крайней мѣрѣ, судить, всерьезъ-ли онъ причисляетъ, напр., прописываніе рецептовъ къ «тонкостямъ» (!) въ дѣятельности врачей, могли-бы, быть можетъ, понять, зачѣмъ ему понадобилось льстивое увѣреніе, что земская медицина не только наша гордость, но и «душа всего общества».

625. По поводу *истязаній*, которымъ подвергались *глухонѣмыя дѣти* въ Александровскомъ, Екатеринославской губ., училищѣ

для глухонѣмыхъ (см. выше, № 6, стр. 228), въ «Приднѣпровскомъ Краѣ» (13 марта) помѣщенъ журналъ засѣданія Александровскаго Попечительства о глухонѣмыхъ отъ 18 февраля 1904 г., изъ котораго приводимъ выдержки: «Дознаніемъ непреложно установлено, что единственный случай употребленія преподавательницами горчичника былъ вызванъ не желаніемъ наказать провинившагося ребенка, а медицинскою необходимостью: школьный врачъ г. *Тулубъ* отсутствовалъ, а одинъ изъ воспитанниковъ заболѣлъ—у него были замѣчены усиленный приливъ крови къ головѣ и повышеніе температуры. Лишенныя возможности обратиться за медицинской помощью врача, г. *Тулуба*, преподавательницы и прибѣгли къ горчичнику, этому употребительнѣйшему домашнему средству лѣченія». «Переходя далѣе къ обсужденію дѣйствій школьнаго врача *С. А. Тулуба*, Александровскій Отдѣлъ Попечительства о глухонѣмыхъ, прежде всего, съ грустью отмѣчаетъ странную двойственность и противорѣчія въ поведеніи г. *Тулуба*. Въ отношеніи на имя Александровскаго Отдѣла отъ 27 января сего года г. *Тулубъ* утверждаетъ, что онъ убѣдился 4 декабря 1903 г. въ правдивости донесенія фельдшера Тарасова объ истязаніяхъ преподавательницами дѣтей изъ разспросовъ учительницы Михайловой (къ сожалѣнію, г. *Тулубъ* держитъ въ тайнѣ, что именно сообщила ему названная учительница), но умалчиваетъ о томъ, почему онъ, школьный врачъ, тогда-же не осмотрѣлъ воспитанниковъ школы, подвергавшихся истязаніямъ, между тѣмъ, какъ сдѣлать это онъ былъ обязавъ и по нравственному долгу, и по долгу службы. 25 января сего года г. *Тулубъ* въ Александровскомъ общественномъ Собраніи открыто удостовѣрилъ правдивость приведенныхъ въ письмѣ Тарасова фактовъ, а 29 января, въ полное противорѣчіе съ этимъ, заявилъ, что медицинскій осмотръ дѣтей излишенъ, такъ какъ никакихъ слѣдовъ истязаній на тѣлѣ не было».—Д-ръ *Тулубъ* уволенъ Попечительствомъ.

626. По вышедшему недавно отчету сѣверо-американской Interstate Commerce Commission, за 3 мѣсяца 1903 г. съ іюля по сентябрь включительно при *желѣзнодорожныхъ несчастьяхъ* на дорогахъ штатовъ 60 пассажировъ и 220 служащихъ убиты, а 1663 пассажира и 1914 служащихъ получили поврежденія; внѣ несчастій съ поѣздами убиты 109 пассажировъ и 916 служащихъ и 2688 пассажировъ и 11474 служащихъ получили поврежденія; всѣхъ столкновеній поѣздовъ и случаевъ схода ихъ съ рельсъ было за отчетное время 3603—1765 столкновеній и 1298 сходовъ съ рельсъ,—при чемъ по 251 несчастью того и другого рода падаютъ на пассажирскіе поѣзда («American Medicine», 5 марта).

627. New-York'ская State Charities Aid Association энергически осуждаетъ новый законъ, запрещающій устраивать въ городахъ, безъ согласія властей, какія-бы то ни было *лѣчебныя заведенія для чахоточныхъ*, ибо онъ практически сводитъ на нѣтъ всѣ старанія благотворительныхъ обществъ въ борьбѣ съ чахоткою («American Medicine», 5 марта).

628. *Грязь и обманъ въ объявленіяхъ нѣкоторыхъ, яко-бы почтенныхъ, газетъ* — такъ энергично озаглавлена замѣтка въ «American Medicine» (27 февраля), востающая противъ безстыдныхъ и развращающихъ рекламъ о разныхъ снадобьяхъ противъ мужского безсилія и т. п., переполняющихъ нѣкоторыя газеты. Непосредственно вызвана эта замѣтка рекламой въ New-York'скомъ «Sun» отъ 21 февраля, съ «тошнотворнымъ» (nauseating) рисункомъ и подписью «семейныя несчастья отъ мужской слабости».—

629. «The Journal of the American Medical Association» (5 марта) возвращается къ вопросу о томъ, насколько дозволительно возвести въ систему *убиваніе слабыхъ дѣтей ради повышенія здоровости націи*. За послѣднее время въ защиту этого проэкта выступилъ публично одинъ «выдающійся педагогъ» (a distingnished educator), а недавно одинъ London'скій врачъ предлагалъ въ этихъ же видахъ не мѣшать самоубійствамъ, особенно среди помѣшанныхъ. Газета справедливо надѣется, однако, что высшія моральныя соображенія возьмутъ верхъ и что всѣ эти варварскіе проэкты останутся проэктами.

630. «Gazzetta degli ospedali e delle cliniche» (22 марта) заимствуетъ изъ англійскихъ газетъ извѣстіе, что *200 врачей англійскаго Краснаго Креста отправляются въ Японію для подачи помощи раненымъ*.

631. *Коммиссія о пеллагрѣ* въ провинціи Udine сообщаетъ, что въ истекшемъ году были примѣнены для борьбы съ болѣзнью слѣдующія мѣры: устройство здоровыхъ жилищъ, помощь хлѣбомъ, распредѣленіе пищи посредствомъ экономическихъ кухонь, приглашеніе больныхъ въ спеціальную лѣчебницу («Gazzetta degli ospedali e delle cliniche», 22 марта).

632. Д-ръ *Steward* напечаталъ недавно интересный трудъ *о вліяніи Трансваальской войны на британскій народъ*. Онъ убѣдился, между прочимъ, что 1-ый неудачный для англичанъ періодъ войны, когда пораженія слѣдовали одно за другимъ, имѣлъ 3 главныхъ послѣдствія: 1) значительное уменьшеніе преступности во всѣхъ ея видахъ, въ зависимости отъ «повышенія морального тонуса націи» (другіе объясняютъ это, какъ извѣстно, удаленіемъ съ родины «сброда», которымъ пополняется британская армія. *Ред.*); 2) уменьшеніе числа браковъ, особенно замѣтное въ несчастные дни Ladysmith'a, Maggersfontein'a, Colenso и Spionskop'a; 3) рѣзкое уменьшеніе рождаемости, оказавшейся за 1900 г. такъ низкою, какъ никогда («Gazzetta degli ospedali e delle cliniche», 22 марта).

633. *Редакторъ Breslau'скаго «Generalanzeiger» приговоренъ* мѣстнымъ судомъ къ денежному *штрафу* въ 3000 мар. *за напечатаніе* нѣсколькихъ *рекламъ* «цѣлителя» Malsius'a о практикуемомъ имъ способѣ быстро, безъ помѣхи для занятій и безъ діагноза вылѣчивать болѣзни живота и половыя. Судъ призналъ, что редакторъ не могъ не понимать невѣрности этихъ обѣщаній. Поданная обвиняемымъ апелляція въ Reichsbericht оставлена безъ послѣдствій («Deutsche medicinische Wochenschrift», 24 марта).

634. Въ концѣ февраля обнаружено 5 случаевъ *дифтеріи на Американскомъ военномъ суднѣ* Monongahela. Корабль подвергнутъ окуриванію, для чего экипажъ его выселенъ въ лагерь («American Medicine», 5 марта).

635. Въ Chicago съ 11 по 14 мая состоится «*Національный съѣздъ матерей*», съ обширною программою, обнимающею вопросы о законахъ касательно брака и развода, различныхъ подробностей воспитанія дѣтей и т. д. («American Medicine», 5 марта).

636. 17 марта выѣзжаютъ изъ Philadelphia 10 санитаровъ, посылаемыхъ на театръ войны. По прибытіи въ Японію эти лица поступятъ въ распоряженіе Японскаго Краснаго Креста, *но въ полѣ они будутъ дѣйствовать совершенно нейтрально*, направляясь на ту сторону, гдѣ будутъ нужны («American Medicine», 5 марта).

637. Въ Buenos-Ayres съ 3 по 10 апрѣля состоится *2-ой латино-американскій Съѣздъ по медицинѣ и гигіенѣ* («The Medical Age», 10 марта).

638. Университетъ въ London'ѣ недавно получилъ отъ г. Donald'a Currie *даръ въ 2500000 фр.* на улучшеніе медицинскаго преподаванія («Gazzetta degli ospedali e delle cliniche», 24 марта).

639. На освободившуюся за смертью проф. *Neumann'a* ординатуру дермо-сифилидологіи въ Вѣнѣ назначенъ э.-о. проф. *Ernst Finger*, родившійся въ 1856 г. въ Вѣнѣ и тамъ же въ 1878 г. получившій дипломъ, въ 1883 г. доцентуру, а въ 1894 г. э.-о. профессуру («Wiener medizinische Presse», 27 марта).

640. 12 марта умеръ въ New-York'ѣ д-ръ *W. J. Mc Dermott*, извѣстный хирургъ временъ Гражданской войны и другъ президентовъ Linkoln'a и Grant'a, на 74 году жизни (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal consolidated», 19 марта).

641. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 26 марта). Въ Индіи за недѣли по 20/II и 27/II умерли отъ чумы 26537 и 27858 чел., въ томъ числѣ 652 и 772 въ гор. Bombay'ѣ, 6870 и 6741 въ Bombay'скомъ округѣ, 75 и 120 въ Calcutt'ѣ, 2436 и 2869 въ Bengal'скомъ округѣ, 5487 и 6121 въ Сѣверо-Западныхъ провинціяхъ и Oudh'ѣ, 607 и 486 въ Rajputan'ѣ, 4520 и 5256 въ Punjab'ѣ, 362 и 351 въ Kashmir'ѣ, 1954 и 1955 въ Центральныхъ провинціяхъ, 1267 и 942 въ Центральной Индіи, 812 и 942 въ Hyderabad State, 961 и 763 въ Madras'скомъ округѣ. По телеграммѣ отъ 20/III изъ Johannesburg'a, тамъ появилась чума въ рабочемъ кварталѣ, давшая 8 случаевъ смерти; по 23/III всѣхъ случаевъ заболѣванія отмѣчено 70 (въ томъ числѣ 7 у европейцевъ) и смерти 50; 1 случай наблюдался въ Pretoria. На островѣ св. Маврикія за недѣли по 10/III и 17/III заболѣли 3 и 0 чел., умерло 2 и 0. Въ Hong-Kong'ѣ за недѣлю по 12/III заболѣли 2 чел., столько-же умерли.

642. Санитарный врачъ Cape Colony увѣдомляетъ, что за недѣлю по 20/II въ колоніи не было ни одного случая чумы. На островѣ св. Маврикія, по телеграммѣ губернатора, за недѣлю по 10/III обнаружено 3 свѣжихъ случая чумы и 2 смерти отъ нея. Въ Hong-Kong'ѣ за недѣлю по 12/III было 2 случая чумы и 2 смерти («The Lancet», 19 марта).

643. По свѣдѣніямъ «The British Medical Journal» (26 марта), Центральная секція Бельгійской Палаты единогласно приняла предложеніе д-ра *Delbastée* запретить *страхованіе жизни дѣтей моложе 5 лѣтъ*, уменьшивъ лишь возрастной предѣлъ до 3 лѣтъ.

644. 21-го марта д-ръ d'*Aremberg* сообщилъ Парижской Академіи наукъ, что, благодаря осушенію всѣхъ стоячихъ водъ, обильному поливанію канавъ керосиномъ и широкому распредѣленію среди населенія хинина, число больныхъ *перемежной лихорадкой* въ Ismalia (на Суэцкомъ каналѣ), бывшее за время съ 1897 г. по 1901 г. свыше 2000 чел., въ 1901, 1902 и 1903 гг. упало до 200.

645. *Умерли:* 1) Въ Варшавѣ, старшій врачъ Варшавскаго полка *Василій Фавстовичъ Ковалевъ* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 16 марта), родившійся въ 1847 г., а званіе врача получившій въ 1872 г.—2) 17 марта, въ Москвѣ, *Владиміръ Дмитріевичъ Виноградовъ* («Русское Слово», 18 марта), родившійся въ 1832 г., а званіе врача получившій въ 1861 г.—3) Въ Варшавѣ, бывшій главный докторъ Николаевскаго морского госпиталя *Николай Григорьевичъ Софроницкій* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 18 марта), родившійся въ 1832 г., а званіе врача получившій въ 1854 г.—4) 17 марта, въ с. Раменскомъ, *Сергѣй Антоновичъ Акоруновъ* [1] («Русское Слово», 19 марта).—5) Въ Napoli 29 февраля сенаторъ проф. *Antonio De Martino*, на 85-мъ году отъ рожденія. Родился онъ въ Palma Campania (Caserta), изучалъ въ Napoli сначала литературу и философію, а затѣмъ медицину, потомъ занялъ тамъ-же каѳедру патологіи, а спустя нѣсколько лѣтъ—гинекологіи и акушерства («The Lancet», 19 марта).

[1]) Въ «Россійскомъ Медицинскомъ Спискѣ» за 1902 г. не значился.

Digitized by Google

# LXIII. Объ общественныхъ задачахъ отечественной клинической медицины на порогѣ XX вѣка.

Проф. С. В. Левашова (Одесса).

Рѣчь, произнесенная въ заключительномъ общемъ Собраніи на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Мм. Гг.! Я охотно принялъ предложеніе организаціоннаго Комитета занять Васъ на нѣсколько минутъ своей бесѣдой, имѣя въ виду, что большая часть здѣсь присутствующихъ должна состоять изъ ближайшихъ моихъ товарищей по профессіи. Громадное большинство членовъ Съѣзда несетъ, конечно, также, какъ и я, тяжелыя обязанности представителей клинической медицины, имѣющихъ непосредственной своей задачей — посвящать всю свою дѣятельность, всѣ свои знанія и силы на высокое, но вмѣстѣ съ тѣмъ трудное и отвѣтственное дѣло служенія страждущему человѣчеству. Я и полагалъ, что будетъ вполнѣ умѣстнымъ и небезполезнымъ для нашего общаго дѣла воспользоваться представляющимся благопріятнымъ случаемъ, чтобы обратить Ваше вниманіе на нѣкоторыя стоящія теперь на очереди и наиболѣе насущныя нужды отечественной клинической медицины, представляющія общественный интересъ и въ тоже время разрѣшимыя только дружными усиліями всѣхъ русскихъ врачей и особенно при участіи такого авторитетнаго Собранія, какимъ представляется Пироговскій Съѣздъ здѣсь въ столицѣ Россіи.

XIX вѣкъ оставилъ намъ необычайно богатое наслѣдіе. Завоеванные медициной въ теченіи его научные и техническіе успѣхи представляются поразительными и показались-бы прямо сказочными и невѣроятными не только для геніальныхъ реформаторовъ врачебной науки начала и середины прошлаго 100-лѣтія, но даже и для нашихъ непосредственныхъ учителей. Дѣйствительно, вспомнимъ, напр., что мы можемъ въ настоящее время, благодаря актиноскопіи и актинографіи видѣть ad oculos на каждомъ живомъ человѣкѣ и, конечно, безъ всякаго для него вреда работу легкихъ и грудобрюшной преграды, движенія желудка и кишекъ, сокращенія сердца и біеніе аорты такъ-же явственно и отчетливо, какъ это до сихъ поръ можно было наблюдать такимъ образомъ только при вивисекціи на животныхъ со вскрытыми полостями. Мы имѣемъ возможность обнаруживать расширенія и выпячиванія на наиболѣе скрытыхъ частяхъ аорты, которыя не доступны никакому другому изслѣдованію и не сказываются еще никакими существенными измѣненіями въ отправленіяхъ заболѣвшаго организма. Мы можемъ глазомъ слѣдить шагъ за шагомъ за развитіемъ плейритическихъ выпотовъ, инфильтрацій легочной ткани, за образованіемъ полостей въ ней, за ростомъ камней въ желчныхъ путяхъ, почечной лоханкѣ и мочевомъ пузырѣ; посредствомъ эзофагоскопа, гастродіафаніи, цистоскопа, лярингоскопа и т. д. мы также проникаемъ нашимъ глазомъ далеко вглубь человѣческаго тѣла. А какое значеніе имѣютъ для насъ эти открытія, видно уже изъ извѣстныхъ словъ знаменитаго *Graefe*, сказавшаго по поводу одного только офтальмоскопа, что *Helmholz* далъ намъ цѣлый новый міръ; теперь-же такихъ міровъ прибавились десятки.

Другіе пріобрѣтенные нами способы изслѣдованія позволяютъ выяснить самую сущность болѣзненныхъ процессовъ, до сихъ поръ остававшихся наиболѣе загадочными и таинственными—именно заразныхъ заболѣваній, точно опредѣлить способъ ихъ происхожденія, обнаружить причину какъ вызываемыхъ имъ анатомическихъ измѣненій, такъ и губительнаго вліянія на человѣка, а нерѣдко только на основаніи наблюдающихся при помощи микроскопа явленій точно предсказывать заранѣе весь ходъ болѣзненныхъ припадковъ, какъ это, напр., мы можемъ дѣлать по отношенію къ болотной лихорадкѣ и возвратному тифу. Наконецъ успѣхи физики, физіологіи, физіологической химіи и общей патологіи дали намъ возможность углубиться въ сокровенную внутреннюю жизнь тканей и органовъ, провѣрить ихъ дѣятельность и устанавливать въ нихъ при помощи кріоскопіи и другихъ физическихъ или химическихъ способовъ самыя тонкія моллекулярныя измѣненія, а на основаніи полученныхъ данныхъ рѣшать вполнѣ объективно вопросъ о формѣ имѣющагося передъ нами заболѣванія.

Вмѣстѣ съ тѣмъ мало-по-малу открываются передъ нами сложныя и въ высшей степени интересныя приспособленія, которыми обладаетъ животный организмъ для борьбы съ проникнувшими въ него микропаразитами, реактивныя явленія, вызываемыя въ немъ послѣдними, а также весь ходъ уничтоженія микробовъ и выздоровленія отъ производимаго ими заболѣванія, т. е. именно то, что понималось прежде подъ таинственной и могущественной vis medicatrix naturae. Одновременно съ этимъ къ старымъ классическимъ специфическимъ средствамъ, составлявшимъ основу древней медицины—опію, ртути, хинину, прибавились новыя не менѣе замѣчательныя лѣкарства, каковы, напр., салицилаты и другія жаропонижающія, цѣлый рядъ весьма энергическихъ наркотическихъ и обеззараживающихъ средствъ, при чемъ изъ послѣднихъ особенно выдѣляется для насъ терапевтовъ открытый *Carrey Leaud*, предложенный недавно *Credé* для лѣченія гнилокровія колларголъ; явились опо- и серотерапія, была заново переработана на строго научныхъ основаніяхъ физіотерапія и т. д. Наконецъ, найдено такое удивительное по его свойствамъ тѣло, какъ радій, который для насъ, врачей, кромѣ своего общаго теоретическаго значенія, особенно интересенъ по производимымъ имъ въ животныхъ тканяхъ и въ отправленіяхъ организма измѣненіямъ, вслѣдствіе которыхъ ему, можетъ быть, суждено играть большую роль въ медицинѣ будущаго.

Само собой разумѣется, что всѣ достигнутыя за это время открытія и усовершенствованія немедленно примѣнялись врачами къ непосредственно лежащимъ на нихъ задачамъ. Клиническая медицина, имѣя объектомъ своихъ изслѣдованій человѣка, занимается, какъ извѣстно, тѣмъ отдѣломъ естествознанія, въ который входитъ изученіе явленій, развивающихся въ нашемъ организмѣ патологически, т. е., обусловливающихъ въ послѣднемъ тѣ или другія разстройства его нормальныхъ отправленій и вызывающихъ болѣе или менѣе тяжелыя страданія у заболѣвшаго человѣка. Поэтому вполнѣ понятно, что какъ по присущему каждому изъ насъ чувству гуманности, такъ и по обязательному для всякаго члена общества гражданскому долгу, научные труды врачей не могутъ ограничиться одними отвлеченными цѣлями—проникновенія въ тайны природы и изученія ея законовъ, но должны быть прежде всего направлены на борьбу со всѣми угнетающими человѣчество болѣзненными процессами, на возможное уменьшеніе суммы человѣческихъ страданій. По отношенію къ отдѣльнымъ личностямъ высокія гуманитарныя чувства заставляютъ врача принять возможно скорѣе всѣ предоставляемыя въ его распоряженіе въ данное время наукой мѣры, чтобы устранить или, по крайней мѣрѣ, облегчить недуги обращающихся къ нему за помощью. По отношенію къ обществу нашъ долгъ заключается въ установленіи раціональныхъ, строго научныхъ мѣропріятій для борьбы съ такими заболѣваніями, которыя по своему необычайному распространенію являются постояннымъ общественнымъ бичемъ, похищая массу жертвъ или превращая энергичныхъ и сильныхъ дѣятелей въ неспособныхъ къ труду и нуждающихся въ постоянной чужой поддержкѣ инвалидовъ, передающихъ, кромѣ того, свои недуги и окружающимъ, и потомству, что въ конечномъ своемъ результатѣ можетъ повести къ полному вырожденію цѣлыхъ обществъ и народовъ.

Ежедневный опытъ показываетъ, какъ много можетъ теперь сдѣлать въ дѣлѣ борьбы съ индивидуальными болѣзнями и съ общественными недугами современная медицина, превратившаяся мало по малу, благодаря новѣйшимъ діагностическимъ и терапевтическимъ способамъ, изъ простого искусства, въ которомъ исключительную роль играли личныя качества врача, присущія ему лично прирожденныя способности, во врачебную науку, покоющуюся на прочномъ основаніи. Тѣмъ не менѣе для окончательнаго завершенія выясняющагося въ настоящее время только въ видѣ эскиза стройнаго зданія идеальной медицины предстоитъ еще много дѣла, и способствовать этому постепен-

Digitized by Google

ному прогрессу ея составляетъ, конечно, долгъ каждаго изъ насъ.

Перечисленныя мною сейчасъ общія задачи относятся, само собой разумѣется, одинаково къ врачамъ всѣхъ странъ и народовъ. Что-же касается спеціальныхъ цѣлей русской клинической медицины, то на представителяхъ ея, конечно, прежде всего лежитъ обязанность изучать и разработывать особенно тѣ лѣчебные или предохранительные способы, которые имѣютъ наибольшее примѣненіе къ нуждамъ нашего отечества или которые зародились въ немъ. Назидательный примѣръ этому уже дали намъ наши бывшіе наставники, великіе дѣятели прошлаго 100-лѣтія. Неизгладимыми письменами занесена на скрижаляхъ исторіи русской медицины славная дѣятельность незабвеннаго учителя и родоначальника школы русскихъ врачей *Сергѣя Петровича Боткина*. Всѣмъ извѣстны, съ одной стороны, заимствованные имъ изъ народнаго употребленія, разработанные научно и прочно введенные въ медицину терапевтическіе способы—какъ, напр., врачебное употребленіе горицвѣта (adonidis vernalis), галактотерапія, а съ другой—его труды въ Коммиссіи по уменьшенію смертности въ Россіи и т. д. Намъ, конечно, остается только слѣдовать, насколько намъ позволятъ наши скромныя силы, по стопамъ геніальнаго учителя, изучать и усовершенствовать отечественные врачебные способы, чтобы они принесли нашей родинѣ всю ту пользу, которую могутъ принести, а вмѣстѣ съ тѣмъ укрѣпили въ соотечественникахъ надлежащее довѣріе къ врачебной наукѣ вообще и русской въ частности, преодолѣвъ столь свойственный особенно славянскому племени безпочвенный и все разъѣдающій скептицизмъ, и такимъ образомъ содѣйствовать усиленію вліянія медицины на культурно-бытовыя условія въ нашемъ отечествѣ и на оздоровленіе ихъ.

Изъ тѣхъ заболѣваній, которыя по своей распространенности, по множеству вырываемыхъ ими жертвъ и, наконецъ, по производимому ими мало по малу измельчанію или даже прямо вырожденію человѣческаго рода должны быть признаны теперь народнымъ бѣдствіемъ, на первомъ планѣ слѣдуетъ поставить бугорчатку. Ни одна война, никакая другая эпидемія не подкашиваетъ столько человѣческихъ жизней и не разстраиваетъ въ конецъ здоровья стольнихъ людей въ полномъ разцвѣтѣ ихъ молодости и силъ, какъ бугорчатка, къ сожалѣнію, особенно развитая по климатическимъ и другимъ условіямъ на нашей родинѣ. Если вспомнить, что около $^1/_7$, а, согласно вычисленіямъ *Bollinger*'а, по исключеніи грудныхъ младенцевъ,—до 50%, т. е. $^1/_2$ всѣхъ смертныхъ случаевъ обусловливается ею и присоединить къ этому еще, по крайней мѣрѣ, въ 4—5 разъ большее число искалѣченныхъ, перемогающихся и превращенныхъ ею въ инвалидовъ жертвъ—по *Leyden*'у не менѣе 2% всѣхъ живущихъ,—то и тогда уже нельзя не признать бугорчатки самой пагубной для общества болѣзнью.

Однако, эти цифры относятся только къ явнымъ проявленіямъ бугорчатки, но уже *Baumgarten* нѣсколько лѣтъ назадъ указывалъ, что, по его наблюденіямъ, въ трупахъ лицъ, умершихъ не отъ бугорчатки, приблизительно въ каждомъ 3—4-мъ случаѣ можно открыть какіе-нибудь остатки бугорчатковаго процесса; согласно изслѣдованіямъ *Babes*'а, изъ 100 дѣтскихъ небугорчатковыхъ труповъ у 74 обнаруживаются въ бронхіальныхъ и средостѣнныхъ лимфатическихъ железахъ разсѣянныя *Koch*'овскія палочки, а по опытамъ *Pizzini* у 42% лицъ, погибшихъ не отъ бугорчатки, бронхіальныя железы содержатъ палочки, вполнѣ жизнеспособныя и вирулентныя, т. е. способныя передавать заразу; наконецъ, недавно *Naegeli*, изслѣдовавшій въ Институтѣ *Ribbert*'а большое число труповъ, нашелъ, что въ возрастѣ выше 30 лѣтъ нѣтъ ни одного трупа, въ которомъ не было-бы признаковъ зараженія бугорчаткой, а отъ 18 до 30 лѣтъ такіе признаки имѣются въ 96%.

Вотъ ужасающія цифры распространенія бугорчатки, которыя выясняются въ настоящее время по мѣрѣ развитія и усовершенствованія нашихъ способовъ изслѣдованія и которыя вполнѣ оправдываютъ проявляемый вездѣ, во всемъ цивилизованномъ мірѣ, особый интересъ къ мѣрамъ борьбы съ ней. Многочисленные изслѣдователи посвящаютъ себя въ тиши лабораторій и клиникъ изысканію надежнаго средства противъ бугорчатки, а все образованное человѣчество жадно внимаетъ къ каждой вѣсти оттуда и уже много разъ воспламенялось самыми радужными надеждами, которыя однако до сихъ поръ скоро всѣ оказывались тщетными.

Однако это стремленіе къ открытію всеисцѣляющаго специфическаго средства противъ бугорчатки, конечно, не должно заставлять насъ забывать другія имѣющіяся въ нашемъ распоряженіи мѣры для борьбы съ ней, которыя являются весьма могущественными и, безъ всякаго сомнѣнія, никогда не лишатся своего значенія—даже и въ томъ случаѣ, если будетъ найдена искомая противубугорчатковая сыворотка. Дѣйствительно, при бугорчаткѣ мы имѣемъ дѣло совсѣмъ съ другими условіями, чѣмъ при заболѣваніи, напр., дифтеріей, чумой. При послѣднихъ въ человѣческій организмъ внѣдряются болѣзнетворные микропаразиты, къ которымъ онъ совершенно не привыченъ или очень мало подготовленъ, почему, пока онъ приведетъ въ надлежащее дѣйствіе свои защитительныя приспособленія, болѣзнь настолько развивается, что онъ уже не въ силахъ самъ справиться съ ней. Вслѣдствіе этого и представляется чрезвычайно важнымъ при подобныхъ болѣзненныхъ формахъ ввести своевременно въ заболѣвшій организмъ такія вещества, которыя, оказывая и сами по себѣ болѣе или менѣе губительное вліяніе на внѣдрившіеся микробы, вмѣстѣ съ тѣмъ, по видимому, быстро и энергично пускаютъ въ ходъ соотвѣтственные уравновѣшивающіе приборы заболѣвшаго организма, такъ или иначе справляющіеся съ заразнымъ началомъ. Съ бугорчатковыми-же палочками, какъ это видно уже и изъ приведеннаго выше, человѣческій организмъ совершенно сжился, такъ что онѣ обыкновенно играютъ у него роль какъ-бы домашнихъ, прирученныхъ микробовъ, въ противоположность дифтерійнымъ, чумнымъ, холернымъ и т. п., представляющимся для него въ родѣ дикихъ тропическихъ хищниковъ. На самомъ дѣлѣ одинъ уже тотъ фактъ, что, не смотря на выяснившееся изслѣдованіями послѣдняго времени съ очевидностью громадное распространеніе бугорчатки, захватывающей въ большей или меньшей степени весь цивилизованный міръ, человѣческій родъ еще не вымеръ,—одинъ, говорю, этотъ фактъ показываетъ, что нашъ организмъ обладаетъ очень совершенными приспособленіями противъ бугорчатки, которыя держитъ всегда въ боевой готовности, и такимъ образомъ постоянно является во всеоружіи противъ нея. Соотвѣтственно этому какъ собранныя выше цифровыя данныя патолого-анатомическихъ изслѣдованій, такъ и результаты клиническихъ наблюденій обнаруживаютъ, несомнѣнно, что выздоравливаетъ громадное большинство больныхъ бугорчаткой, при чемъ, въ противоположность увѣренію *Behring*'а, каждый клиницистъ можетъ утверждать, что излѣчиваются не только легкія, но и очень тяжелыя по теченію формы (за исключеніемъ, конечно, острой просовидной бугорчатки), лишь-бы анатомическія измѣненія не зашли слишкомъ далеко и не развилось перерожденія паренхиматозныхъ органовъ. Въ послѣднемъ случаѣ, очевидно, не можетъ уже оказать цѣлебнаго дѣйствія никакая противубугорчатковая сыворотка.

Поэтому по отношенію къ бугорчаткѣ нѣтъ такой жгучей настоятельной необходимости къ примѣненію специфической серотерапіи, какъ при указанныхъ выше болѣзняхъ, напр., при чумѣ, дифтеріи, и въ ожиданіи искомой сыворотки мы можемъ съ полнымъ довѣріемъ разрабатывать уже имѣющіеся въ нашемъ распоряженіи лѣчебные способы противъ этой болѣзни. Клиническій-же опытъ, подробное разсмотрѣніе условій развитія болѣзни при бугорчаткѣ, а также изученіе хода ея въ очень тяжелыхъ случаяхъ и, наконецъ, статистическія данныя приводятъ насъ къ заключенію, что, хотя защитительныя приспособленія противъ бугорчатки находятся у человѣка постоянно на готовѣ, но для успѣшнаго своего дѣйствія они тѣмъ не менѣе всецѣло стоятъ въ зависимости отъ того матеріала, который доставляетъ имъ зараженный организмъ. Всякое ослабленіе послѣдняго немедленно ведетъ къ пониженію противодѣйствія его и къ побѣдѣ бугорчатковыхъ

Digitized by Google

палочекъ, т. е. къ началу болѣзни или усиленію ея въ случаѣ, если она уже развилась раньше, и наоборотъ. Отъ тонкой наблюдательности и здраваго ума нашего народа не могъ ускользнуть этотъ въ высшей степени важный фактъ, послѣдствіемъ чего явилось установленіе народной медициной совершенно эмпирически нѣкоторыхъ болѣе или менѣе цѣлесообразныхъ способовъ лѣченія чахотки. О постановкѣ одного изъ такихъ народныхъ средствъ, представляющагося нашимъ національнымъ достояніемъ и оказавшагося настолько могущественнымъ, что его надо поставить на одномъ изъ первыхъ мѣстъ въ общественной борьбѣ съ этой болѣзнью—именно о кумысолѣченіи я и считаю своею обязанностью сказать теперь нѣсколько словъ.

Кому приходилось проѣзжать по Волгѣ въ среднемъ ея плёсѣ или по прилегающимъ къ ней желѣзнымъ дорогамъ въ 2-ой половинѣ мая и въ іюнѣ, тотъ, конечно, невольно обратилъ вниманіе на переполняющихъ тогда пароходы и вагоны пассажировъ, представляющихъ рѣзкую противоположность съ цвѣтущей въ это время и ликующей окружающей природой. По характерному виду, чрезвычайной блѣдности, изнуренію и упорному кашлю для всякаго сколько нибудь опытнаго врача не можетъ быть никакого сомнѣнія, что это—чахоточные, совершающіе свой весенній перелетъ на востокъ въ надеждѣ найти тамъ при помощи лѣченія кумысомъ спасенія отъ угрожающей имъ смерти. Сколько ихъ ежегодно предпринимаетъ такое паломничество, съ точностью, конечно, сказать нельзя, такъ какъ никакой записи имъ не ведется нигдѣ. Однако нѣкоторое понятіе о числѣ ихъ можно получить изъ того факта, если объѣхать лѣтомъ имѣющія сколько-нибудь сносные пути сообщенія и расположенныя за Волгой на огромномъ пространствѣ, приблизительно между 50 и 56 параллелями, населенныя мѣста, то онѣ оказываются такъ переполненными пріѣзжими, что въ нихъ заняты не только жилыя помѣщенія, но и пристройки, бани, сараи и т. д., и среди лѣта очень часто бываетъ совершенно невозможно достать въ нихъ какое-нибудь пристанище. Если принять къ этому во вниманіе, что указанный районъ захватываетъ не только губерніи Уфимскую, Самарскую и Оренбургскую, но и часть Вятской, Казанской, Пермской и Астраханской, то приходится допустить, что дѣло идетъ о многихъ тысячахъ, если не о десяткѣ тысячъ больныхъ.

Что-же спрашивается гонитъ сюда столько народа, очень часто на послѣдніе достатки, такъ какъ огромное большинство, соотвѣтственно заболѣваемости чахоткою, принадлежитъ къ недостаточному классу и состоитъ изъ учащихся, народныхъ учителей, чиновниковъ и мелкихъ торговцевъ, мѣщанъ, ремесленниковъ и т. п.? Очевидно, не теоретическія соображенія, не книжныя указанія, а выработавшееся на основаніи прямого опыта на самомъ себѣ или своихъ близкихъ глубокое довѣріе къ цѣлебнымъ свойствамъ кумыса. Несомнѣнно, что только эти причины могутъ заставить пріѣзжать сюда нерѣдко очень издалека и по нѣсколько лѣтъ подъ рядъ на послѣдніе гроши необразованнаго и даже малограмотнаго человѣка, который, вѣроятно, ни одной научной книжки о кумысѣ никогда и не читалъ.

Къ тому же выводу относительно этого врачебнаго средства долженъ придти, по моему глубокому убѣжденію, основанному на долголѣтнихъ личныхъ наблюденіяхъ, и всякій врачъ, имѣвшій возможность изучить результатъ примѣняемаго надлежащимъ образомъ кумысолѣченія. Большинство отечественныхъ авторовъ признаетъ послѣднее однимъ изъ самыхъ могущественныхъ лѣчебныхъ способовъ противъ чахотки, оказывающимъ цѣлебное дѣйствіе усиленіемъ естественныхъ защитительныхъ приспособленій организма и повышеніемъ противодѣйствія, которое онъ противопоставляетъ проникнувшему въ него заразному началу. Химическія изслѣдованія и непосредственное наблюденіе устанавливаютъ съ очевидностью, что въ кумысѣ мы имѣемъ идеальное питательное средство, являющееся, по удачному выраженію *Ucke*, злѣйшимъ врагомъ худобы и истощенія «*der ärgste Feind der Magerkeit*», такъ какъ содержитъ вмѣстѣ съ значительнымъ количествомъ бѣлковъ въ самомъ удобоваримомъ видѣ (*Биль*) довольно много алкоголя и угольной кислоты. Въ зависимости отъ такого состава кумысъ переносится въ очень большихъ количествахъ пищеварительными органами, по опытамъ д-ра *Байкова*, гораздо лучше молока, при чемъ азотъ его усваивается почти сполна, а именно отъ 90 до 95% по *С. Д. Костюрину* и *А. П. Коркунову*. Если принять во вниманіе, что при благопріятныхъ условіяхъ, т. е. при хорошемъ качествѣ кумыса и соотвѣтственной обстановкѣ больные могутъ выпивать до 16—20 и даже болѣе бутылокъ его въ день, то становится понятнымъ достигаемый при этомъ такой подъемъ питанія и силъ, который непремѣнно долженъ повести къ побѣдѣ заболѣвшаго организма надъ болѣзнетворными палочками, т. е. къ задержкѣ или даже къ полной остановкѣ болѣзненнаго процесса. Соотвѣтственно этому при объективномъ изслѣдованіи такихъ больныхъ оказывается, что лихорадочныя движенія температуры при лѣченіи кумысомъ мало по малу затихаютъ, проливные ночные поты прекращаются, кашель останавливается, хрипы болѣе или менѣе значительно уменьшаются или даже совершенно исчезаютъ, дыхательные шумы все болѣе и болѣе приближаются къ нормѣ и дѣлаются совершенно правильными. По имѣющимся въ литературѣ даннымъ (д-ровъ *Жеглинскаго*, *Каррика*, *Шера*, проф. *Штанге*), а также и по моимъ личнымъ наблюденіямъ отъ 14 до 30 и болѣе % больныхъ въ 1-мъ и 2-мъ періодахъ чахотки совершенно выздоравливаютъ, не менѣе 37% получаютъ значительное улучшеніе.

Такіе результаты нельзя не признать весьма хорошими, но они достигаются, конечно, только при надлежащемъ качествѣ кумыса и надлежащей обстановкѣ лѣченія имъ. Условія же, въ которыя попадаетъ громадное большинство страждущихъ, стекающихся сюда со всѣхъ сторонъ, по единогласному отзыву всѣхъ наблюдателей, сейчасъ—прямо ужасны, и какія нибудь удобства можно встрѣтить только въ очень немногихъ кумысолѣчебныхъ заведеніяхъ. Начать съ того, что служащія пріютомъ кумысникамъ поселенія и даже спеціальныя кумысолѣчебницы располагаются обыкновенно для удобствъ отчасти сообщенія, отчасти пользованія водой въ низменныхъ мѣстахъ, близь большихъ рѣкъ или озеръ, слѣдствіемъ чего являются по мѣстнымъ условіямъ многочисленныя и упорныя заболѣванія болотной лихорадкой, не только не допускающей поправленія больныхъ, но въ концѣ ихъ истощающей. Замѣчательно, что такая крупная ошибка въ выборѣ мѣста допущена даже и въ казенныхъ кумысныхъ заведеніяхъ—именно въ извѣстной станціи военнаго вѣдомства на Барабашиной полянѣ. Жилищемъ являются или грязныя и переполненныя насѣкомыми крестьянскія избы, или совсѣмъ на легкую руку сдѣланныя дачныя постройки, въ которыхъ больные сильно страдаютъ отъ сквозняковъ, холода и протекающихъ крышъ, простуживаются и часто заболѣваютъ еще сильнѣе. Пища—самая скудная, и нерѣдко нельзя достать даже хорошаго хлѣба. Санитарныя условія таковы, что жилыя помѣщенія и почва совершенно загрязняются и заражаютъ, и въ результатѣ не переводятся различныя заразныя заболѣванія, особенно часто развивается дизентерія, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ появляющаяся регулярно каждое лѣто. Наконецъ, такъ какъ поставщиками кумыса и хозяевами большею частью состоятъ совершенно необразованные люди, поставившіе себѣ задачей только наживу и эксплоатацію больныхъ, то и самый кумысъ очень часто поддѣлывается наиболѣе грубымъ образомъ, разбавляется коровьимъ молокомъ и водой, приготовляется небрежно и грязно, почему нерѣдко является уже не цѣлебнымъ средствомъ, а прямо, по мѣткому выраженію нѣкоторыхъ авторовъ «отвратительнымъ пойломъ», источникомъ различныхъ заболѣваній для употребляющихъ его. Врачебной-же помощи и какого-нибудь систематично-компстентнаго надзора обыкновенно нѣтъ, и даже въ сравнительно благоустроенныхъ лѣчебныхъ заведеніяхъ врачъ посѣщаетъ ихъ разъ въ недѣлю. Сколько кумысниковъ при такихъ условіяхъ заражаютъ окружающихъ и сами заражаются другъ отъ друга, сколько заболѣваютъ отъ простуды, плохой пищи и недоброкачественнаго кумыса, сколько ихъ, вмѣсто исцѣленія, приходятъ въ еще болѣе тяжелое состояніе или даже погибаютъ,

Digitized by Google

остается совершенно неизвѣстнымъ; но, несомнѣнно, число такихъ неудачниковъ должно быть ежегодно не малое. Если-же, не смотря на это, стремленіе въ за-Волжскія мѣстности больныхъ не только не уменьшается, но, напротивъ, пріѣздъ ихъ, по видимому, съ каждымъ годомъ даже все болѣе и болѣе возрастаетъ, то, значитъ, дѣйствительно употребленіе тамъ кумыса приноситъ огромную пользу, и убѣжденіе въ его цѣлебности пустило слишкомъ глубокіе корни въ русскомъ народѣ.

И этотъ сжатый очеркъ, который я только могъ, за краткостью времени, Вамъ представить, показываетъ, по моему глубокому убѣжденію и на основаніи лично наблюдавшихся мною фактовъ, что оставлять дѣло въ такомъ положеніи, въ какомъ оно находится теперь, не только невозможно, но прямо преступно. Ежегодно, изъ-за современнаго неустройства кумысолѣченія, несомнѣнно, гибнутъ молодыя жизни, которыя иначе могли бы быть спасены и дать обществу полезныхъ дѣятелей. Вспомнимъ, что туда стекаются большею частью больные въ цвѣтущемъ возрастѣ и учащаяся молодежь, на которой сосредоточены лучшія надежды общества и которая платитъ, какъ извѣстно, огромную дань бугорчаткѣ. Между тѣмъ наблюденія надъ результатами кумысолѣченія въ различныхъ мѣстностяхъ выяснили съ достаточной убѣдительностью, что какъ разъ степи юго-востока и юга Россіи представляются особенно пригодными для этого способа лѣченія. Въ средней и западной Европѣ, не смотря на вообще очень высокую постановку дѣла борьбы съ чахоткой, кумысъ примѣняется все менѣе и менѣе и замѣняется почти вездѣ кефиромъ отчасти, какъ указываетъ въ недавней своей прекрасной монографіи о чахоткѣ *Koranyi*, вслѣдствіе того, что тамъ не наблюдается тѣхъ результатовъ, какъ у насъ, отчасти вслѣдствіе чрезвычайной сложности его приготовленія и сохраненія. Изъ указываемыхъ *Koranyi* причинъ существенною необходимо признать только первую, такъ какъ несомнѣнно, что, если-бы и на Западѣ достигалось желаемое цѣлебное дѣйствіе отъ кумыса, то всѣ трудности его приготовленія были-бы преодолѣны. А почему заграницей кумысъ проявляетъ гораздо меньшее дѣйствіе, тоже вполнѣ выясняется сдѣланными у насъ наблюденіями. По согласнымъ отзывамъ русскихъ изслѣдователей необходимѣйшимъ условіемъ для успѣшнаго лѣченія кумысомъ представляется очень сухой, жаркій, богатый ясными солнечными днями климатъ. Это условіе настолько важно, что даже на самой родинѣ кумыса, въ одной и той-же мѣстности, получаются совершенно неодинаковые результаты въ отдѣльные лѣчебные сезоны въ непосредственной зависимости отъ погоды. Если лѣто ясное, сухое и жаркое, то больные поправляются прекрасно; въ сумрачныя-же, дождливыя и холодныя лѣта, которыя, впрочемъ, бываютъ тамъ крайне рѣдко, большинство кумысниковъ возвращается безъ всякаго улучшенія или даже еще въ худшемъ состояніи. Очевидно, что именно подобныхъ климатическихъ особенностей не хватаетъ западно-европейскимъ, также какъ и нѣкоторымъ нашимъ отечественнымъ курортамъ, и единственнымъ райономъ въ Европѣ, въ которомъ возможно провести лѣченіе кумысомъ съ надлежащей правильностью и достаточной энергіей, являются степи юго-востока и юга Россіи. Такимъ образомъ вполнѣ правы тѣ убѣжденные защитники кумысолѣченія, которые считаютъ его нашимъ національнымъ достояніемъ не только въ силу историческихъ, а и въ силу географическихъ условій.

Но, чтобы русская медицина могла извлечь изъ кумысолѣченія ту пользу, которую оно можетъ принести въ качествѣ одного изъ самыхъ могущественныхъ современныхъ терапевтическихъ способовъ лѣченія чахотки, оно должно быть совершенно преобразовано, поставлено на научную почву и непремѣнно подчинено постоянному надзору врачей. Такъ какъ въ настоящее время повсюду пришли уже къ заключенію, что борьба съ этой наиболѣе пагубной, наиболѣе подрывающей благосостояніе человѣчества и наиболѣе распространенной въ цивилизованномъ мірѣ заразной болѣзнью является дѣломъ прямо государственнымъ, то и надлежащая постановка кумысолѣченія въ соотвѣтственныхъ мѣстностяхъ, превратившихся вслѣдствіе естественнаго хода вещей мало по малу въ весьма важные курорты, представляетъ собою одну изъ самыхъ существенныхъ и неотложныхъ общественныхъ задачъ отечественной клинической медицины. Кромѣ того, устройство, согласно всѣмъ требованіямъ науки, нѣсколькихъ обширныхъ народныхъ кумысолѣчебницъ-санаторій, обставленныхъ надлежащимъ образомъ, дало-бы возможность установить систематическія научныя изслѣдованія надъ дѣйствіемъ кумыса, которыя до сихъ поръ были по необходимости только отрывочными и случайными, собрать точныя статистическія данныя о получаемыхъ результатахъ и такимъ образомъ разработать до полнаго совершенства и поднять до заслуженной высоты кумысолѣченіе. Это, несомнѣнно, способствовало-бы возвышенію значенія всей русской медицины и утвердило-бы навсегда, по изложеннымъ выше причинамъ, за подобными врачебными учрежденіями славу міровыхъ курортовъ, которые не могли-бы имѣть соперниковъ нигдѣ, по крайней мѣрѣ въ другихъ частяхъ Европы, и въ которые поэтому стекались-бы жаждущіе исцѣленія чахоточные изъ всѣхъ культурныхъ странъ. Само собой разумѣется, что разрѣшеніе этой существеннѣйшей потребности отечественной клинической медицины можетъ совершиться только при дружной совмѣстной работѣ государства, общества и врачей; одни врачи здѣсь безсильны, но подвинуть первыя къ подобной работѣ, выяснить ея неотложность, плодотворность и чрезвычайную важность во всѣхъ отношеніяхъ (также и въ фискальномъ) составляетъ нашъ прямой долгъ.

Такія попытки уже, конечно, дѣлались, и вопросъ о кумысолѣченіи былъ даже поставленъ въ число программныхъ на VII Пироговскомъ Съѣздѣ въ Казани; но все-же, я долженъ сказать, вопіющія нужды кумысолѣченія до сихъ поръ не обращали на себя должнаго вниманія. Безъ сомнѣнія, получатся другіе результаты, если возвыситъ свой вѣскій голосъ такое авторитетное Собраніе, какимъ является настоящій Пироговскій Съѣздъ, участіе котораго здѣсь представляется тѣмъ болѣе естественнымъ, что при немъ и теперь работаетъ Коммиссія по вопросу о борьбѣ съ бугорчаткой. Вотъ причины, на основаніи которыхъ я счелъ своей непремѣнной обязанностью посвятить свою бесѣду объ общественныхъ задачахъ отечественной клинической медицины на первый разъ преимущественно кумысолѣченію, какъ одной изъ самыхъ дѣйствительныхъ современныхъ терапевтическихъ мѣръ противъ бугорчатки, въ первостепенной важности которой я убѣдился при личныхъ долголѣтнихъ наблюденіяхъ во время пребыванія моего на востокѣ Россіи. Если мнѣ удастся приведенными мною соображеніями сколько-нибудь способствовать движенію впередъ этого насущнаго вопроса, то цѣль моя будетъ вполнѣ достигнута.

Feci quod potui, faciant meliora potentes.

---

## О жизни и смерти.

**Г. Г. Шлатера.**

*(Продолженіе. См. № 13, стр. 478).*

Хотя временами во взглядахъ біологовъ и проскальзывало легкое сомнѣніе въ логической необходимости смерти, самый фактъ смерти, на которую обречено все живущее, казался столь доказательнымъ, въ немъ видѣли такой неизбѣжный, роковой законъ природы, что смерть общепризнана явленіемъ нормальнымъ, физіологическимъ, и различными путями ищутъ тому научныя доказательства.

Ставя вопросъ о сущности жизни и смерти сложному многоклѣточному организму, изъ котораго и исходили почти всѣ разсужденія, мы встрѣчаемъ непреодолимыя препятствія, ибо безчисленныя сочетанія координаціонныхъ и кооперативныхъ связей многоклѣточнаго организма совершенно, такъ сказать, заслоняютъ основныя, первичныя свойства жизни. А потому опредѣлить жизнь или смерть, скажемъ человѣка, пока еще не подъ силу наукѣ. Вѣдь, достаточно себѣ представить, что организмъ нашъ слагается изъ милліардовъ клѣтокъ, число которыхъ проф. *А.*

Digitized by Google

палочекъ, т. е. къ началу болѣзни или усиленію ея въ случаѣ, если она уже развилась раньше, и наоборотъ. Отъ тонкой наблюдательности и здраваго ума нашего народа не могъ ускользнуть этотъ въ высшей степени важный фактъ, послѣдствіемъ чего явилось установленіе народной медициной совершенно эмпирически нѣкоторыхъ болѣе или менѣе цѣлесообразныхъ способовъ лѣченія чахотки. О постановкѣ одного изъ такихъ народныхъ средствъ, представляющагося нашимъ національнымъ достояніемъ и оказавшагося настолько могущественнымъ, что его надо поставить на одномъ изъ первыхъ мѣстъ въ общественной борьбѣ съ этой болѣзнью—именно о кумысолѣченіи я и считаю своею обязанностью сказать теперь нѣсколько словъ.

Кому приходилось проѣзжать по Волгѣ въ среднемъ ея плёсѣ или по прилегающимъ къ ней желѣзнымъ дорогамъ въ 2-ой половинѣ мая и въ іюнѣ, тотъ, конечно, невольно обратилъ вниманіе на переполняющихъ тогда пароходы и вагоны пассажировъ, представляющихъ рѣзкую противоположность съ цвѣтущей въ это время и ликующей окружающей природой. По характерному виду, чрезвычайной блѣдности, изнуренію и упорному кашлю для всякаго сколько нибудь опытнаго врача не можетъ быть никакого сомнѣнія, что это—чахоточные, совершающіе свой весенній перелетъ на востокъ въ надеждѣ найти тамъ при помощи лѣченія кумысомъ спасенія отъ угрожающей имъ смерти. Сколько ихъ ежегодно предпринимаетъ такое паломничество, съ точностью, конечно, сказать нельзя, такъ какъ никакой записи имъ не ведется нигдѣ. Однако нѣкоторое понятіе о числѣ ихъ можно получить изъ того факта, если объѣхать лѣтомъ имѣющія сколько-нибудь сносные пути сообщенія и расположенныя за Волгой на огромномъ пространствѣ, приблизительно между 50 и 56 параллелями, населенныя мѣста, то онѣ оказываются такъ переполненными пріѣзжими, что въ нихъ заняты не только жилыя помѣщенія, но и пристройки, бани, сараи и т. д., и среди лѣта очень часто бываетъ совершенно невозможно достать въ нихъ какое-нибудь пристанище. Если принять къ этому во вниманіе, что указанный районъ захватываетъ не только губерніи Уфимскую, Самарскую и Оренбургскую, но и часть Вятской, Казанской, Пермской и Астраханской, то приходится допустить, что дѣло идетъ о многихъ тысячахъ, если не о десяткѣ тысячъ больныхъ.

Что-же спрашивается гонитъ сюда столько народа, очень часто на послѣдніе достатки, такъ какъ огромное большинство, соотвѣтственно заболѣваемости чахоткою, принадлежитъ къ недостаточному классу и состоитъ изъ учащихся, народныхъ учителей, чиновниковъ и мелкихъ торговцевъ, мѣщанъ, ремесленниковъ и т. п.? Очевидно, не теоретическія соображенія, не книжныя указанія, а выработавшееся на основаніи прямого опыта на самомъ себѣ или своихъ близкихъ глубокое довѣріе къ цѣлебнымъ свойствамъ кумыса. Несомнѣнно, что только эти причины могутъ заставить пріѣзжать сюда нерѣдко очень издалека и по нѣсколько лѣтъ подъ рядъ на послѣдніе гроши необразованнаго и даже малограмотнаго человѣка, который, вѣроятно, ни одной научной книжки о кумысѣ никогда и не читалъ.

Къ тому же выводу относительно этого врачебнаго средства долженъ придти, по моему глубокому убѣжденію, основанному на долголѣтнихъ личныхъ наблюденіяхъ, и всякій врачъ, имѣвшій возможность изучить результатъ примѣняемаго надлежащимъ образомъ кумысолѣченія. Большинство отечественныхъ авторовъ признаетъ послѣднее однимъ изъ самыхъ могущественныхъ лѣчебныхъ способовъ противъ чахотки, оказывающимъ цѣлебное дѣйствіе усиленіемъ естественныхъ защитительныхъ приспособленій организма и повышеніемъ противодѣйствія, которое онъ противопоставляетъ проникнувшему въ него заразному началу. Химическія изслѣдованія и непосредственное наблюденіе устанавливаютъ съ очевидностью, что въ кумысѣ мы имѣемъ идеальное питательное средство, являющееся, по удачному выраженію *Ucke*, злѣйшимъ врагомъ худобы и истощенія *«der ärgste Feind der Magerkeit»*, такъ какъ содержитъ вмѣстѣ съ значительнымъ количествомъ бѣлковъ въ самомъ удобоваримомъ видѣ (*Биль*) довольно много алкоголя и угольной кислоты. Въ зависимости отъ такого состава кумысъ переносится въ очень большихъ количествахъ пищеварительными органами, по опытамъ д-ра *Байкова*, гораздо лучше молока, при чемъ азотъ его усваивается почти сполна, а именно отъ 90 до 95% по *С. Д. Костюрину* и *А. П. Коркунову*. Если принять во вниманіе, что при благопріятныхъ условіяхъ, т. е. при хорошемъ качествѣ кумыса и соотвѣтственной обстановкѣ больные могутъ выпивать до 16—20 и даже болѣе бутылокъ его въ день, то становится понятнымъ достигаемый при этомъ такой подъемъ питанія и силъ, который непремѣнно долженъ повести къ побѣдѣ заболѣвшаго организма надъ болѣзнетворными палочками, т. е. къ задержкѣ или даже къ полной остановкѣ болѣзненнаго процесса. Соотвѣтственно этому при объективномъ изслѣдованіи такихъ больныхъ оказывается, что лихорадочныя движенія температуры при лѣченіи кумысомъ мало по малу затихаютъ, проливные ночные поты прекращаются, кашель останавливается, хрипы болѣе или менѣе значительно уменьшаются или даже совершенно исчезаютъ, дыхательные шумы все болѣе и болѣе приближаются къ нормѣ и дѣлаются совершенно правильными. По имѣющимся въ литературѣ даннымъ (д-ровъ *Жеглинскаго*, *Каррика*, *Шера*, проф. *Штанге*), а также и по моимъ личнымъ наблюденіямъ отъ 14 до 30 и болѣе % больныхъ въ 1-мъ и 2-мъ періодахъ чахотки совершенно выздоравливаютъ, не менѣе 37% получаютъ значительное улучшеніе.

Такіе результаты нельзя не признать весьма хорошими, но они достигаются, конечно, только при надлежащемъ качествѣ кумыса и надлежащей обстановкѣ лѣченія имъ. Условія же, въ которыя попадаетъ громадное большинство страждущихъ, стекающихся сюда со всѣхъ сторонъ, по единогласному отзыву всѣхъ наблюдателей, сейчасъ—прямо ужасны, и какія нибудь удобства можно встрѣтить только въ очень немногихъ кумысолѣчебныхъ заведеніяхъ. Начать съ того, что служащія пріютомъ кумысникамъ поселенія и даже спеціальныя кумысолѣчебницы располагаются обыкновенно для удобствъ отчасти сообщенія, отчасти пользованія водой въ низменныхъ мѣстахъ, близь большихъ рѣкъ или озеръ, слѣдствіемъ чего являются по мѣстнымъ условіямъ многочисленныя и упорныя заболѣванія болотной лихорадкой, не только не допускающей поправленія больныхъ, но въ концѣ ихъ истощающей. Замѣчательно, что такая крупная ошибка въ выборѣ мѣста допущена даже и въ казенныхъ кумысныхъ заведеніяхъ—именно въ извѣстной станціи военнаго вѣдомства на Барабашиной полянѣ. Жилищемъ являются или грязныя и переполненныя насѣкомыми крестьянскія избы, или совсѣмъ на легкую руку сдѣланныя дачныя постройки, въ которыхъ больные сильно страдаютъ отъ сквозняковъ, холода и протекающихъ крышъ, простуживаются и часто заболѣваютъ еще сильнѣе. Пища—самая скудная, и нерѣдко нельзя достать даже хорошаго хлѣба. Санитарныя условія таковы, что жилыя помѣщенія и почва совершенно загрязняются и заражаютъ, и въ результатѣ не переводятся различныя заразныя заболѣванія, особенно часто развивается дизентерія, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ появляющаяся регулярно каждое лѣто. Наконецъ, такъ какъ поставщиками кумыса и хозяевами большею частью состоятъ совершенно необразованные люди, поставившіе себѣ задачей только наживу и эксплоатацію больныхъ, то и самый кумысъ очень часто поддѣлывается наиболѣе грубымъ образомъ, разбавляется коровьимъ молокомъ и водой, приготовляется небрежно и грязно, почему нерѣдко является уже не цѣлебнымъ средствомъ, а прямо, по мѣткому выраженію нѣкоторыхъ авторовъ «отвратительнымъ пойломъ», источникомъ различныхъ заболѣваній для употребляющихъ его. Врачебной-же помощи и какого-нибудь систематично-компетентнаго надзора обыкновенно нѣтъ, и даже въ сравнительно благоустроенныхъ лѣчебныхъ заведеніяхъ врачъ посѣщаетъ ихъ разъ въ недѣлю. Сколько кумысниковъ при такихъ условіяхъ заражаютъ окружающихъ и сами заражаются другъ отъ друга, сколько заболѣваютъ отъ простуды, плохой пищи и не[illegible]рокачественнаго кумыса, сколько ихъ, вмѣсто исцѣленія, приходятъ въ еще болѣе тяжелое состояніе или даже погибаютъ,

Digitized by Google

остается совершенно неизвѣстнымъ; но, несомнѣнно, число такихъ неудачниковъ должно быть ежегодно не малое. Если-же, не смотря на это, стремленіе въ за-Волжскія мѣстности больныхъ не только не уменьшается, но, напротивъ, пріѣздъ ихъ, по видимому, съ каждымъ годомъ даже все болѣе и болѣе возрастаетъ, то, значитъ, дѣйствительно употребленіе тамъ кумыса приноситъ огромную пользу, и убѣжденіе въ его цѣлебности пустило слишкомъ глубокіе корни въ русскомъ народѣ.

И этотъ сжатый очеркъ, который я только могъ, за краткостью времени, Вамъ представить, показываетъ, по моему глубокому убѣжденію и на основаніи лично наблюдавшихся мною фактовъ, что оставлять дѣло въ такомъ положеніи, въ какомъ оно находится теперь, не только невозможно, но прямо преступно. Ежегодно, изъ-за современнаго неустройства кумысолѣченія, несомнѣнно, гибнутъ молодыя жизни, которыя иначе могли бы быть спасены и дать обществу полезныхъ дѣятелей. Вспомнимъ, что туда стекаются большею частью больные въ цвѣтущемъ возрастѣ и учащаяся молодежь, на которой сосредоточены лучшія надежды общества и которая платитъ, какъ извѣстно, огромную дань бугорчаткѣ. Между тѣмъ наблюденія надъ результатами кумысолѣченія въ различныхъ мѣстностяхъ выяснили съ достаточной убѣдительностью, что какъ разъ степи юго-востока и юга Россіи представляются особенно пригодными для этого способа лѣченія. Въ средней и западной Европѣ, не смотря на вообще очень высокую постановку дѣла борьбы съ чахоткой, кумысъ примѣняется все менѣе и менѣе и замѣняется почти вездѣ кефиромъ отчасти, какъ указываетъ въ недавней своей прекрасной монографіи о чахоткѣ *Koranyi*, вслѣдствіе того, что тамъ не наблюдается тѣхъ результатовъ, какъ у насъ, отчасти вслѣдствіе чрезвычайной сложности его приготовленія и сохраненія. Изъ указываемыхъ *Koranyi* причинъ существенною необходимо признать только первую, такъ какъ несомнѣнно, что, если-бы и на Западѣ достигалось желаемое цѣлебное дѣйствіе отъ кумыса, то всѣ трудности его приготовленія были-бы преодолѣны. А почему заграницей кумысъ проявляетъ гораздо меньшее дѣйствіе, тоже вполнѣ выясняется сдѣланными у насъ наблюденіями. По согласнымъ отзывамъ русскихъ изслѣдователей необходимѣйшимъ условіемъ для успѣшнаго лѣченія кумысомъ представляется очень сухой, жаркій, богатый ясными солнечными днями климатъ. Это условіе настолько важно, что даже на самой родинѣ кумыса, въ одной и той-же мѣстности, получаются совершенно неодинаковые результаты въ отдѣльные лѣчебные сезоны въ непосредственной зависимости отъ погоды. Если лѣто ясное, сухое и жаркое, то больные поправляются прекрасно; въ сумрачныя-же, дождливыя и холодныя лѣта, которыя, впрочемъ, бываютъ тамъ крайне рѣдко, большинство кумысниковъ возвращается безъ всякаго улучшенія или даже еще въ худшемъ состояніи. Очевидно, что именно подобныхъ климатическихъ особенностей не хватаетъ западно-европейскимъ, также какъ и нѣкоторымъ нашимъ отечественнымъ курортамъ, и единственнымъ райономъ въ Европѣ, въ которомъ возможно провести лѣченіе кумысомъ съ надлежащей правильностью и достаточной энергіей, являются степи юго-востока и юга Россіи. Такимъ образомъ вполнѣ правы тѣ убѣжденные защитники кумысолѣченія, которые считаютъ его нашимъ національнымъ достояніемъ не только въ силу историческихъ, а и въ силу географическихъ условій.

Но, чтобы русская медицина могла извлечь изъ кумысолѣченія ту пользу, которую оно можетъ принести въ качествѣ одного изъ самыхъ могущественныхъ современныхъ терапевтическихъ способовъ лѣченія чахотки, оно должно быть совершенно преобразовано, поставлено на научную почву и непремѣнно подчинено постоянному надзору врачей. Такъ какъ въ настоящее время повсюду пришли уже къ заключенію, что борьба съ этой наиболѣе пагубной, наиболѣе подрывающей благосостояніе человѣчества и наиболѣе распространенной въ цивилизованномъ мірѣ заразной болѣзнью является дѣломъ прямо государственнымъ, то и надлежащая постановка кумысолѣченія въ соотвѣтственныхъ мѣстностяхъ, превратившихся вслѣдствіе естественнаго хода вещей мало по малу въ весьма важные курорты, представляетъ собою одну изъ самыхъ существенныхъ и неотложныхъ общественныхъ задачъ отечественной клинической медицины. Кромѣ того, устройство, согласно всѣмъ требованіямъ науки, нѣсколькихъ обширныхъ народныхъ кумысолѣчебницъ-санаторій, обставленныхъ надлежащимъ образомъ, дало-бы возможность установить систематическія научныя изслѣдованія надъ дѣйствіемъ кумыса, которыя до сихъ поръ были по необходимости только отрывочными и случайными, собрать точныя статистическія данныя о получаемыхъ результатахъ и такимъ образомъ разработать до полнаго совершенства и поднять до заслуженной высоты кумысолѣченіе. Это, несомнѣнно, способствовало-бы возвышенію значенія всей русской медицины и утвердило-бы навсегда, по изложеннымъ выше причинамъ, за подобными врачебными учрежденіями славу міровыхъ курортовъ, которые не могли-бы имѣть соперниковъ нигдѣ, по крайней мѣрѣ въ другихъ частяхъ Европы, и въ которые поэтому стекались-бы жаждущіе исцѣленія чахоточные изъ всѣхъ культурныхъ странъ. Само собой разумѣется, что разрѣшеніе этой существеннѣйшей потребности отечественной клинической медицины можетъ совершиться только при дружной совмѣстной работѣ государства, общества и врачей; одни врачи здѣсь безсильны, но подвинуть первыя къ подобной работѣ, выяснить ея неотложность, плодотворность и чрезвычайную важность во всѣхъ отношеніяхъ (также и въ фискальномъ) составляетъ нашъ прямой долгъ.

Такія попытки уже, конечно, дѣлались, и вопросъ о кумысолѣченіи былъ даже поставленъ въ число программныхъ на VII Пироговскомъ Съѣздѣ въ Казани; но все-же, я долженъ сказать, вопіющія нужды кумысолѣченія до сихъ поръ не обращали на себя должнаго вниманія. Безъ сомнѣнія, получатся другіе результаты, если возвыситъ свой вѣскій голосъ такое авторитетное Собраніе, какимъ является настоящій Пироговскій Съѣздъ, участіе котораго здѣсь представляется тѣмъ болѣе естественнымъ, что при немъ и теперь работаетъ Коммиссія по вопросу о борьбѣ съ бугорчаткой. Вотъ причины, на основаніи которыхъ я счелъ своей непремѣнной обязанностью посвятить свою бесѣду объ общественныхъ задачахъ отечественной клинической медицины на первый разъ преимущественно кумысолѣченію, какъ одной изъ самыхъ дѣйствительныхъ современныхъ терапевтическихъ мѣръ противъ бугорчатки, въ первостепенной важности которой я убѣдился при личныхъ долголѣтнихъ наблюденіяхъ во время пребыванія моего на востокѣ Россіи. Если мнѣ удастся приведенными мною соображеніями сколько-нибудь способствовать движенію впередъ этого насущнаго вопроса, то цѣль моя будетъ вполнѣ достигнута.

Feci quod potui, faciant meliora potentes.

---

## О жизни и смерти.

**Г. Г. Шлатера.**

*(Продолженіе. См. № 13, стр. 478).*

Хотя временами во взглядахъ біологовъ и проскальзывало легкое сомнѣніе въ логической необходимости смерти, самый фактъ смерти, на которую обречено все живущее, казался столь доказательнымъ, въ немъ видѣли такой неизбѣжный, роковой законъ природы, что смерть общепризнана явленіемъ нормальнымъ, физіологическимъ, и различными путями ищутъ тому научныя доказательства.

Ставя вопросъ о сущности жизни и смерти сложному многоклѣточному организму, изъ котораго и исходили почти всѣ разсужденія, мы встрѣчаемъ непреодолимыя препятствія, ибо безчисленныя сочетанія координаціонныхъ и кооперативныхъ связей многоклѣточнаго организма совершенно, такъ сказать, заслоняютъ основныя, первичныя свойства жизни. А потому опредѣлить жизнь или смерть, скажемъ человѣка, пока еще не подъ силу наукѣ. Вѣдь, достаточно себѣ представить, что организмъ нашъ слагается изъ милліардовъ клѣтокъ, число которыхъ проф. А.

Digitized by Google

Dastre [5]) опредѣляетъ почему-то въ 60 трилліоновъ; каждая изъ нихъ живетъ своею собственною жизнью; клѣтки, группируясь и соединяясь вмѣстѣ, образуютъ, конечно, уже меньшее, но все еще неисчислимое количество ассоціацій, живущихъ своею собственною жизнью, т. е. жизнью высшаго порядка, и вмѣстѣ съ тѣмъ жизнью кооперативной со всѣми другими ассоціаціями подобнаго рода. Эти ассоціаціи, въ свою очередь, соединяясь, образуютъ ассоціаціи еще болѣе высшаго порядка, вступающія въ тѣснѣйшую и многообразную связь со всѣми другими и т. д., и въ концѣ концовъ получается удивительно сложный міръ отдѣльныхъ жизней, стоящихъ на самыхъ различныхъ ступеняхъ самостоятельности и зависимости и составляющихъ всѣ вмѣстѣ жизнь высшую, жизнь многоклѣточнаго организма. И, чтобы понять его жизнь, мы должны, очевидно, понимать жизни отдѣльныхъ, его составляющихъ, элементовъ. Не даромъ уже давно и многими жизнь сложнаго организма сравнивалась съ жизнью человѣческихъ обществъ, съ жизнью государства. Хотя это антропоморфное сравненіе и кажется на первый взглядъ нѣсколько смѣлымъ, но оно безусловно логично, современно и довольно мѣтко характеризуетъ взаимныя соотношенія структурныхъ элементовъ или недѣлимыхъ низшихъ порядковъ въ интересахъ образуемаго ими высшаго недѣлимаго. Не даромъ это сравненіе послужило 4 года назадъ темою университетской торжественной рѣчи одному изъ наиболѣе остроумныхъ современныхъ біологовъ *Oscar*'у *Hertwig*'у [6]). Очевидно поэтому, что всѣ научныя изысканія въ этомъ направленіи должны исходить отъ первичной живой молекулы или отъ первичнаго молекулѣ-подобнаго живущаго недѣлимаго, если только таковое существуетъ въ природѣ, а отрицать его существованіе мы не имѣемъ положительно никакого логическаго основанія. Однако, эти первичные организмы не доступны ни нашему вооруженному глазу, ни нашимъ осязательнымъ, такъ сказать, способамъ изслѣдованія и представляютъ лишь неизбѣжный логическій выводъ изъ всей совокупности нашихъ біологическихъ знаній. Наипростѣйшіе, намъ извѣстные, организмы суть «аутобласты» (Autoblasta), вся организація которыхъ сводится къ организаціи мельчайшаго, однороднаго зернышка. Образованія, аналогичныя этимъ свободноживущимъ зернышкамъ, входятъ, какъ структурные элементы, въ построеніе организованныхъ единицъ высшаго порядка, длинная филогенетическая цѣпь которыхъ заканчивается типической клѣткой. Указанную въ этихъ словахъ точку зрѣнія я развилъ въ своемъ критическомъ очеркѣ: «Клѣтка; біобластъ и живое вещество» [7]). Громадный научный матеріалъ прямыхъ и косвенныхъ данныхъ, собранный по сіе время всѣми отраслями біологіи и даже физико-химическими науками, пролилъ не мало свѣта на жизненные процессы, протекающіе въ клѣткахъ и вообще во всѣхъ простѣйшихъ организмахъ вплоть до простыхъ зернышекъ. Теперь не подлежитъ сомнѣнію, что всякая жизненная энергія сопровождается процессами распада или внутри-молекулярными перепостроеніями. Т. наз. жизненную энергію мы, конечно, не должны разсматривать, какъ нѣчто особое, какъ нѣкоторый, такъ сказать, таинственный плюсъ къ наличности дѣйствующихъ въ живомъ веществѣ физико-химическихъ перепостроеній, а лишь какъ особую форму, особое видоизмѣненіе единой вѣчной міровой энергіи, какъ это проводитъ, напр., проф. *В. М. Бехтеревъ* въ своей книгѣ: «Психика и жизнь» (1903). Процессы распада или разрушенія живого вещества всегда сопровождаются процессами возстановленія разрушеннаго, процессами созиданія живого вещества, при чемъ созиданіе либо вполнѣ равняется по своему напряженію распаду, и въ такомъ случаѣ организмъ держится на одномъ уровнѣ своего развитія, либо превосходитъ его, что ведетъ къ размноженію.

«Безъ процессовъ разрушенія не было бы функцій, безъ процессовъ возстановленія жизнь была бы мгновеніемъ» говоритъ проф. *И. Р. Тархановъ* [8]). «So bildet den Mittelpunkt alles Geschehens in der lebendigen Substanz der fortwährende Aufbau und Zerfall des Biogens, und alle anderen Vorgänge sind unterstützende Hilfseinrichtungen im Dienste des Biogens», говоритъ *M. Verworn* [9]) въ своей недавно вышедшей книжкѣ, которую нужно однако читать съ большой критикой.

Способность первичной живой молекулы созидать живое вещество изъ вовлекаемыхъ ею внутрь себя безжизненныхъ продуктовъ окружающей среды и порождать такія-же живыя молекулы есть самое существенное свойство жизни и залогъ всего послѣдующаго развитія. Но это свойство жизни находится въ полной генетической зависимости отъ физико-химическихъ внутримолекулярныхъ построеній первичнаго живого недѣлимаго; въ этомъ не можетъ быть въ настоящее время никакого сомнѣнія; въ этомъ сходятся почти всѣ біологи, тѣмъ или инымъ путемъ старающіеся найти научное объясненіе этому явленію. Представляя собою сложную, стройную систему различныхъ химическихъ веществъ и атомныхъ группъ, внутри которой въ различныхъ частяхъ совершается круговоротъ разнообразныхъ физико-химическихъ процессовъ, живая молекула сохраняетъ въ неизмѣнности свою, такъ сказать, индивидуальность, т. е. равновѣсіе всѣхъ своихъ частей и, періодически дѣлясь посредствомъ равномѣрнаго раздѣленія всѣхъ своихъ членовъ, отдѣляетъ отъ себя такія-же точно системы, въ формѣ самостоятельныхъ особей, т. е. размножается.

«Живая матерія, говоритъ *Н. П. Кравковъ* въ упомянутой уже рѣчи, представляетъ собою сложнѣйшее сочетаніе различныхъ бѣлковъ, углеводовъ, солей и др. веществъ, неразрывно связанныхъ между собою въ цѣльную систему, а состояніе этихъ веществъ въ извѣстныхъ предѣлахъ равновѣсія и есть то, что мы называемъ жизнью».

Но каково это равновѣсіе, каковы связи членовъ этой системы, каково ея строеніе?

...«Если мы представимъ себѣ одну или нѣсколько большихъ и сильныхъ вихревыхъ молекулъ (солнцъ), говоритъ проф. *Н. Я. Чермакъ* [10]), около которыхъ обращаются по замкнутымъ кривымъ меньшія молекулы (планеты), и возлѣ нихъ еще меньшія (спутники); если представимъ, что оси всѣхъ вихрей приблизительно параллельны и что съ извѣстной періодичностью совершается раздѣленіе всѣхъ вихрей, то и получимъ ростъ всей системы ad infinitum съ сохраненіемъ ея свойствъ» [10]).

Слѣд., равновѣсіе, т. е. цѣлостность подвижной динамической системы, каковую представляетъ собою первичное живущее недѣлимое есть самое существенное условіе жизни. Выработавшись филогенетически подъ вліяніемъ извѣстныхъ физико-химическихъ условій развивающейся земной коры, эта динамическая система подвижнаго равновѣсія приспособлена, очевидно, къ опредѣленному составу внѣшнихъ воздѣйствій. И разъ эти внѣшнія воздѣйствія останутся постоянными, нѣтъ никакого логическаго основанія допустить, чтобы жизнь была ограничена во времени.

«И такъ, говоритъ *И. Р. Тархановъ*, въ каждой клѣткѣ организма приходится допустить присутствіе агентовъ для 2-хъ противоположныхъ теченій жизни—разрушенія и созиданія, и, если бы оба теченія находились все время въ равновѣсіи, то жизнь, строго говоря, должна была-бы быть безпредѣльной».

Но, родившись для самостоятельной жизни, первичное недѣлимое сразу подпало вліянію всей совокупности условій и воздѣйствій внѣшней среды, среди которыхъ, помимо условій благопріятныхъ для сохраненія равновѣсія динамической, живой системы, сталъ дѣйствовать на нее рядъ условій неблагопріятныхъ, направленныхъ къ нарушенію этого равновѣсія, т. е. къ смерти. Отсюда возникло другое существенное свойство жизни, которое облеклось въ наивысшемъ организмѣ, въ человѣкѣ, въ нравственный обликъ понятія о прогрессѣ,—свойство приспособленія, развитія и совершенствованія, способность возстановлять внесенныя вредными воздѣйствіями въ динамическую систему нарушенія (этому свойству въ настоящее время посвященъ особый обширный отдѣлъ біологіи—ученіе о регенераціи); способность вносить въ эту систему такія частныя физико-химическія видоизмѣненія отдѣльныхъ членовъ, которыя, внося въ нее новыя свойства и проявленія, не нарушаютъ вмѣстѣ съ тѣмъ ея цѣлости, которыя, вовлекая въ вихрь новые малые вихри, новыя планеты и новые спутники, или замѣняя одни другими, не нарушаютъ общей гармоніи движенія всей вихревой системы (эта способность живого вещества породила ученіе о наслѣдственности); и, наконецъ, способность, пріобрѣтая новыя и новыя свойства, начать тотъ безконечный кругъ развитія и совершенствованія формъ, который обнимаетъ собою обширнѣйшая наука—эмбріологія или ученіе о развитіи. Всѣ эти способности живого вещества вытекаютъ изъ той поразительной, уже упомянутой, стойкости динамической живой системы, которая противится въ широкихъ предѣлахъ вреднымъ воздѣйствіямъ внѣшней среды. Причины-

Digitized by Google

лагаетъ искать спасенія только въ измѣненіи экономическихъ условій народонаселенія, будучи увѣреннымъ, что все остальное произойдетъ само собою.

Какъ 1-й, такъ и 2-й лагерь имѣютъ, несомнѣнно, много вѣрныхъ основъ, на которыхъ строятъ свои убѣжденія, но всякій безпристрастный человѣкъ признаетъ, что и тѣ, и другіе въ своемъ увлеченіи далеко еще не правы. Возлагать одинаковую степень надежды на каждую изъ практикуемыхъ теперь гигіэническихъ мѣръ и давать имъ всѣмъ равноцѣнное значеніе, это значитъ подрывать въ самомъ началѣ развитія успѣхъ разумнаго санитарнаго дѣла. Если гигіэна, какъ наука, уже выработала дѣйствительно непреложные законы, обусловливающіе общественное здоровье, то не слѣдуетъ забывать того, что мѣры, направляемыя къ осуществленію нормальныхъ условій жизни, вполнѣ зависятъ отъ экономическихъ и бытовыхъ ея условій, и однѣ изъ этихъ мѣръ скорѣе могутъ войти въ жизнь и вызвать благія послѣдствія, другія-же, наталкиваясь на непреодолимыя препятствія, могутъ по своей неуспѣшности вызвать подозрѣнія въ неопредѣленности и шаткости самыхъ научныхъ принциповъ, родившихъ всѣ такія мѣры. Но, слѣдуетъ-ли опять изъ этого, чтобы, не имѣя возможности положить въ супъ каждаго крестьянина курицу Генриха IV, можно было спокойно складывать руки, смотрѣть съ иронической миной на безплодныя будто-бы гигіэническія затѣи и, въ ожиданіи грядущаго золотого вѣка, съ спокойной совѣстью уклоняться отъ участія въ безпокойной дѣятельности, могущей существенно нарушить у многихъ dolce far niente?

Здоровье — самый драгоцѣнный капиталъ, а общественная энергія—самый могучій двигатель. Повышеніе уровня здоровья въ большомъ числѣ случаевъ можетъ быть достигнуто путемъ общихъ усилій, даже при тѣхъ условіяхъ, какія существуютъ въ каждую данную минуту».

Это послѣднее положеніе вошло въ плоть и кровь русской земской медицины, и успѣхи, достигнутые ею, объясняются именно твердымъ убѣжденіемъ земскихъ работниковъ въ возможность плодотворной работы «даже при тѣхъ условіяхъ, какія существуютъ въ каждую данную минуту». Передъ тяжелыми картинами родной дѣйствительности не опустились безпомощно руки; наоборотъ, тѣмъ энергичнѣе, тѣмъ живѣе звучалъ призывъ къ работѣ въ возможныхъ предѣлахъ. Земскіе работники не ждали золотого вѣка, чтобы начать трудиться въ санитарномъ направленіи; наоборотъ, идя по этому пути, они придвигали золотой вѣкъ къ себѣ...

То же стремленіе—положить прочныя основанія для будущей народной гигіэны въ Россіи—руководило и «Обществомъ охраненія народнаго здравія» въ его дѣятельности, и потому современное санитарное направленіе въ Россіи связано тѣсными нитями съ этимъ «Обществомъ».

Первые проблески санитарнаго движенія въ Россіи можно отмѣтить еще въ 60-хъ годахъ прошлаго 100-лѣтія, когда выдающіеся дѣятели того времени *Е. В. Пеликанъ, П. А. Кочубей, Ю. К. Траппъ* и *Н. Ф. Здекауеръ* разрабатывали мысль объ учрежденіи въ Россіи особаго Общества, по образцу London'ской аналитической Коммиссіи, которое-бы занялось изслѣдованіемъ предметовъ народнаго продовольствія. Особенно сильное впечатлѣніе производилъ примѣръ Англіи, «политикѣ которой, говорилъ въ своей первой рѣчи при открытіи Общества его предсѣдатель, я не сочувствую, но передъ ея просвѣщенною заботливостью о сохраненіи народнаго здравія я съ уваженіемъ преклоняюсь».

Хотя попытка учредить «аналитическое» Общество не осуществилась, но образовался особый Комитетъ попеченія о народномъ здравіи, просуществовавшій 10 лѣтъ и разработавшій рядъ санитарныхъ вопросовъ, по преимуществу относившихся къ Петербургу (о дренажѣ Петербурга, о кладбищахъ, о водоснабженіи, объ устройствѣ садовъ и скверовъ и т. д.).

Сильный импульсъ къ практическому осуществленію мысли объ открытіи отдѣльнаго гигіэническаго Общества дала Brüxelles'ская Международная гигіэническая выставка въ 1876 г., въ которой приняла участіе и Россія. Возбужденному этой выставкой интересу къ гигіэнѣ не дали заглохнуть, и уже 23-го іюля 1877 г. былъ утвержденъ уставъ новаго «Общества охраненія народнаго здравія», а 27-го ноября того-же года состоялось 1-е Собраніе учредителей. Невольно возникаетъ интересный вопросъ: явилась-ли организація новаго Общества результатомъ того, что сознаніе важности гигіэны, санитарныхъ мѣропріятій было широко распространено въ обществѣ, или-же оно было создано группой лицъ, предвидѣвшихъ имѣющіе возникнуть запросы въ этой области? 2-е предположеніе имѣетъ за себя больше основаній. Сознательное отношеніе къ вопросамъ гигіэны, отмѣчаемое лишь отчасти даже въ интеллигентныхъ кругахъ и то только въ послѣднее время, конечно, очень мало было распространено среди общества того времени. Заботы объ охраненіи народнаго здравія въ то время носили узколѣчебный характеръ, и по этому пути пошло на первыхъ порахъ и земство. Наконецъ, мнѣніе, что всякое дѣло на пути санитарнаго удовлетворенія общественныхъ нуждъ до такой степени связано съ другими соціальными вопросами, что браться за коренное разрѣшеніе гигіэническихъ вопросовъ едва-ли возможно и, пожалуй, даже опасно,—и теперь не исчезло совсѣмъ.

Такимъ образомъ, первой задачей народившагося «Общества» было развить населеніе до сознательнаго отношенія къ гигіэническимъ мѣропріятіямъ, пробить брешь въ общественномъ равнодушіи къ санитарнымъ мѣрамъ и вызвать населеніе на активное участіе въ борьбѣ съ санитарными недугами. И эту задачу «Общество охраненія народнаго здравія» выполнило блестяще.

Въ теченіи 25 лѣтъ «Общество охраненія народнаго здравія» чутко отзывалось на всѣ вопросы здравоохраненія, волновавшіе самые разнообразные уголки Россіи. Всѣ эти вопросы подвергались въ немъ тщательной разработкѣ; разработка эта велась открыто, на глазахъ у публики, и капля за каплей точила общественное равнодушіе. «Общество» смѣло выставляло во всей наготѣ существующія въ Россіи санитарныя неустройства въ общественной жизни, выясняло ихъ значеніе для жизни и здоровья населенія и указывало интеллигентной части публики ея обязанность удѣлять больше вниманія задачамъ, преслѣдуемымъ гигіэной. Благодаря объединенію въ «Обществѣ охраненія народнаго здравія» компетентныхъ лицъ самыхъ разнообразныхъ профессій, эти указанія «Общества» получали авторитетный характеръ. Къ мнѣнію «Общества охраненія народнаго здравія» прислушивались и общественныя управленія, и правительственныя власти, которыя постоянно обращались къ нему за компетентнымъ мнѣніемъ по вопросамъ изъ области здравоохраненія. Строго научнымъ отношеніемъ къ затрагиваемымъ вопросамъ «Общество» добилось того, что, не будучи облечено никакими оффиціальными полномочіями, оно явилось высшимъ судилищемъ по вопросамъ гигіэны и санитаріи».

«Общество охраненія народнаго здравія, писалъ журналъ «Здоровье» въ періодъ возникновенія «Общества», можетъ быть сильно только сочувствіемъ къ нему жителей, большимъ количествомъ вступающихъ въ среду его дѣятелей, проистекающимъ отъ этого накопленіемъ нравственныхъ и матеріальныхъ средствъ, чтобы вести прочно всякое задуманное дѣло, самостоятельно, безъ тщетныхъ попытокъ вліять на руль, который не желаютъ повернуть съ издавна излюбленнаго румба».

Этотъ завѣтъ «Общество» и выполнило: оно въ настоящее время достаточно сильно, чтобы проводить въ практику жизни свои взгляды «безъ тщетныхъ попытокъ вліять на» руководящій «руль»...

«Общество» иногда упрекаютъ въ излишней «академичности». Съ этимъ упрекомъ трудно согласиться. Въ основу своей дѣятельности «Общество» положило строго научное освѣщеніе, съ одной стороны, существующихъ явленій общественной жизни въ подлежащей его вѣдѣнію области, съ другой—проэктируемыхъ въ этой области мѣропріятій. Эта научность работъ «Общества» вполнѣ обезпечивалась постепеннымъ ихъ ходомъ. Въ 5 Отдѣленіяхъ «Общества» и многихъ Коммиссіяхъ, учреждаемыхъ по мѣрѣ возникновенія спеціальныхъ вопросовъ, происходила, такъ сказать, обработка сырого матеріала. Со всѣхъ концовъ Россіи, изъ лабораторій, изъ кабинетовъ отдѣльныхъ работниковъ, изъ всевозможныхъ административныхъ и общественныхъ учрежденій, изъ опыта текущей жизни приносился въ «Общество» обширный сырой матеріалъ, распредѣлялся по Отдѣленіямъ и подвергался тамъ обработкѣ. Изъ него извлекалось все то, что такъ или иначе могло идти на удовлетвореніе потребностей въ здоровьи населенія. Выводы изъ обширнаго сырого матеріала представлялись въ видѣ ходатайствъ, указаній, научныхъ положеній въ слѣдующую инстанцію—въ Совѣтъ «Общества», гдѣ этотъ об-

Digitized by Google

работанный уже матеріалъ подвергался новой фильтраціи при участіи представителей всѣхъ Отдѣленій. Такимъ образомъ, представленныя данныя, относившіяся къ одной какой-либо области гигіэны, разсматривались со всѣхъ точекъ зрѣнія.

Совѣтъ «Общества» представляетъ собою своего рода компетентное коллегіальное учрежденіе, которое по различнымъ вопросамъ и давало свое заключеніе. Предложенія Отдѣленія съ заключеніемъ Совѣта представлялись затѣмъ на общее Собраніе, которое, имѣя въ рукахъ всѣ матеріалы, выносило свое окончательное рѣшеніе.

Этотъ послѣдовательный путь фильтраціи—говоритъ авторъ очерка *В. О. Губертъ*—и создалъ то уваженіе, тотъ авторитетъ, которымъ рѣшеніе «Общества» пользовалось въ административныхъ и общественныхъ кругахъ. При такомъ положеніи дѣлъ изъ «Общества» не могло выйти на свѣтъ Божій ничего недозрѣлаго. Результаты напряженной работы, происходившей въ нѣдрахъ «Общества», появлялись въ рафинированномъ, очищенномъ видѣ и не допускали никакихъ сомнѣній ни въ ихъ научности, ни въ ихъ практической выполнимости.

Если-же понимать «академичность» дѣятельности «Общества» въ томъ смыслѣ, что оно сравнительно мало выступало на практическое поприще для непосредственнаго проведенія въ жизнь намѣченныхъ мѣропріятій, то надо прежде всего принять во вниманіе то, что «Общество» не располагало достаточными матеріальными средствами для выполненія крупныхъ общественныхъ мѣръ въ интересахъ оздоровленія населенія; съ другой стороны, несомнѣнно, во многихъ случаяхъ оно являлось вдохновителемъ, руководителемъ и починщикомъ такихъ мѣръ. Уже при самомъ своемъ возникновеніи «Общество» удѣлило особое вниманіе вопросамъ питанія и, помимо теоретической ихъ разработки (въ постоянной Коммиссіи питанія), создало нормальныя столовыя, хлѣбопекарню, школу кухоннаго искусства, лабораторію для изслѣдованія винъ и аналитическую станцію въ цѣляхъ борьбы съ поддѣлкой пищевыхъ средствъ. Въ заботахъ объ укрѣпленіи подростающаго поколѣнія оно создало дѣтскія лѣчебныя колоніи, расширило ихъ дѣятельность и повліяло на развитіе подобныхъ учрежденій въ Россіи, создавъ прототипы ихъ. Изъ «Общества охраненія народнаго здравія» вышло «Товарищество по устройству дешевыхъ гигіэническихъ жилищъ для трудящагося нуждающагося населенія», «Общество попеченія о больныхъ бугорчаткой» и т. д. Трудно перечислить всѣ тѣ многочисленныя общественныя начинанія, которыя имѣли своимъ исходнымъ пунктомъ «Общество охраненія народнаго здравія». Въ 1-мъ (біологическомъ) Отдѣленіи сосредоточивались строго-научныя изслѣдованія, требовавшія лабораторной обстановки и недоступныя врачамъ въ ихъ обыденной практической дѣятельности. За 25 лѣтъ почти всѣ главнѣйшія работы изъ области естествознанія и медицины нашли себѣ отраженіе въ докладахъ, сдѣланныхъ въ 1-мъ Отдѣленіи «Общества», подверглись въ немъ разсмотрѣнію, изученію и освѣщенію. При 1-мъ Отдѣленіи работали: Коммиссія по изученію бугорчатки въ Россіи, Коммиссія питанія, Коммиссія по вопросу объ алкоголизмѣ. 2-ое Отдѣленіе посвятило себя изученію явленій общественной жизни и причинъ болѣзней при посредствѣ статистическаго способа. Разрабатывая статистическія данныя по вопросу о распространеніи различныхъ заболѣваній въ связи съ условіями народной жизни, 2-ое Отдѣленіе постепенно собрало большой матеріалъ, который уже позволялъ дѣлать извѣстнаго рода выводы для практическихъ мѣропріятій. Подобной разработкой вопросовъ Отдѣленіе проникало во всѣ мелочи повседневной жизни, изучало ихъ и показывало, что и здѣсь малыя причины производятъ иногда большія послѣдствія. Отдѣленіе это стояло въ особо тѣсной связи съ санитарно-статистическимъ бюро при Петербургской городской Думѣ, и не мало учрежденій Петербурга обязаны своимъ возникновеніемъ и прогрессивнымъ ростомъ предварительному и тщательному обсужденію программы ихъ дѣятельности въ Отдѣленіи «Общества». 3-ье Отдѣленіе занималось вопросами по оздоровленію населенныхъ мѣстъ, общественныхъ и частныхъ зданій и промышленныхъ заведеній. Работы этого Отдѣленія носили чисто практическій характеръ: здѣсь сосредоточивались всѣ запросы изъ области здравоохраненія, направлявшіеся въ «Общество» со всѣхъ концовъ Россіи, планы и проэкты различныхъ учрежденій (по устройству водопроводовъ, канализацій, утилизацій отбросовъ и т. д.). Въ виду неудобства обсужденія подробностей разнообразныхъ проэктовъ въ многолюдномъ собраніи, въ Отдѣленіи по большей части выяснялись только основныя положенія проэктовъ, а подробный разборъ ихъ передавался нѣсколькимъ компетентнымъ лицамъ, составлявшимъ ad hoc особую Коммиссію. Результаты своихъ работъ Коммиссія представляла въ одно изъ ближайшихъ засѣданій Отдѣленія, гдѣ они и подвергались окончательному обсужденію (до внесенія въ Совѣтъ). При 3-мъ Отдѣленіи работала Коммиссія по улучшенію жилищъ для рабочихъ, оставившая большой систематизированный матеріалъ, и Коммиссія по распространенію гигіэническихъ знаній. 4-ое Отдѣленіе разрабатывало вопросы гигіэны воспитанія и образованія. Оно всегда удѣляло особое вниманіе вопросамъ школьной гигіэны и организаціи санитарнаго надзора въ школахъ. Параллельно съ этимъ шло изученіе положенія бездомныхъ дѣтей, лишенныхъ семьи (особенно учениковъ ремесленниковъ), малоспособныхъ дѣтей, дѣтей перваго года жизни и т. д. 5-ое Отдѣленіе (климатологіи, бальнеологіи и гидрологіи) много содѣйствовало своими работами пробужденію въ обществѣ интереса къ отечественнымъ минеральнымъ источникамъ и климатическимъ станціямъ. По почину этого Отдѣленія были созываемы Съѣзды русскихъ дѣятелей въ области климатологіи, бальнеологіи и гидрологіи; Съѣзды эти въ настоящее время получили періодическій характеръ.

Такова общая, далеко не полная, схема работъ «Общества» за 25 лѣтъ. «Русское Общество охраненія народнаго здравія» съумѣло сдѣлаться за это время общерусскимъ центромъ, къ которому тяготѣли всѣ сочувствовавшіе вопросамъ здравоохраненія и откуда исходилъ авторитетный голосъ, указывавшій, какими средствами слѣдуетъ добиваться осуществленія главнѣйшихъ задачъ здравоохраненія.

Одной изъ главныхъ причинъ успѣховъ «Общества» явилось, помимо внутренней его организаціи, отсутствіе узко-корпоративнаго характера въ немъ: членомъ «Общества» можетъ быть всякій, интересующійся успѣхами гигіэны и готовый своей дѣятельностью содѣйствовать работѣ «Общества». Благодаря этому, «Обществу» удалось соединить въ одно цѣлое ученыхъ различныхъ спеціальностей, врачей, естествоиспытателей, публицистовъ, архитекторовъ, инженеровъ и пр. съ дѣятелями въ городскомъ самоуправленіи и земствѣ, съ представителями правительственной администраціи вообще и медицинской въ особенности.

Въ настоящее время мы вправѣ предъявлять къ этому «Обществу» широкія требованія, сообразно запросамъ времени и росту санитарнаго дѣла въ Россіи. Много еще нужно сдѣлать, чтобы выполнить основную, поставленную себѣ «Обществомъ» задачу—«содѣйствовать улучшенію общественнаго здоровья и санитарныхъ условій въ Россіи». Работа эта и въ силахъ, и на обязанности «Общества» въ послѣдующій періодъ его дѣятельности.

*Г. Дембо.*

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Фармакологія.** 289. Berlin'скій фармакологъ проф. *O. Liebreich* предлагаетъ примѣнять для употребляемыхъ въ дерматологической практикѣ мазей *новое*, добытое имъ синтетическимъ путемъ, *жировое вещество*, представляющее изъ себя анилидъ стеариновой кислоты. Преимущества этого жирового вещества заключаются въ слѣдующемъ: 1. Оно очень постоянно и не разлагается даже при продолжительномъ кипяченіи со щелочами; не разлагается и въ желудочно-кишечномъ каналѣ и выдѣляется въ неизмѣненномъ видѣ съ испражненіями. 2. Будучи смѣшано съ вазелиномъ и параффиномъ, оно повышаетъ ихъ точку плавленія. Если прибавить къ американскому вазелину 3% стеаринъ-анилида, то получается смѣсь, точка плавленія которой лежитъ между 65° и 70° Ц. 3. Само вещество и приготовленныя изъ него мази сохраняются очень долгое время

Digitized by Google

лагаетъ искать спасенія только въ измѣненіи экономическихъ условій народонаселенія, будучи увѣреннымъ, что все остальное произойдетъ само собою.

Какъ 1-й, такъ и 2-й лагерь имѣютъ, несомнѣнно, много вѣрныхъ основъ, на которыхъ строятъ свои убѣжденія, но всякій безпристрастный человѣкъ признаетъ, что и тѣ, и другіе въ своемъ увлеченіи далеко еще не правы. Возлагать одинаковую степень надежды на каждую изъ практикуемыхъ теперь гигіэническихъ мѣръ и давать имъ всѣмъ равноцѣнное значеніе, это значитъ подрывать въ самомъ началѣ развитія успѣхъ разумнаго санитарнаго дѣла. Если гигіэна, какъ наука, уже выработала дѣйствительно непреложные законы, обусловливающіе общественное здоровье, то не слѣдуетъ забывать того, что мѣры, направляемыя къ осуществленію нормальныхъ условій жизни, вполнѣ зависятъ отъ экономическихъ и бытовыхъ ея условій, и однѣ изъ этихъ мѣръ скорѣе могутъ войти въ жизнь и вызвать благія послѣдствія, другія-же, наталкиваясь на непреодолимыя препятствія, могутъ по своей неуспѣшности вызвать подозрѣнія въ неопредѣленности и шаткости самыхъ научныхъ принциповъ, родившихъ всѣ такія мѣры. Но, слѣдуетъ-ли опять изъ этого, чтобы, не имѣя возможности положить въ супъ каждаго крестьянина курицу Генриха IV, можно было спокойно складывать руки, смотрѣть съ иронической миной на безплодныя будто-бы гигіэническія затѣи и, въ ожиданіи грядущаго золотого вѣка, съ спокойной совѣстью уклоняться отъ участія въ безпокойной дѣятельности, могущей существенно нарушить у многихъ dolce far niente?

Здоровье — самый драгоцѣнный капиталъ, а общественная энергія—самый могучій двигатель. Повышеніе уровня здоровья въ большомъ числѣ случаевъ можетъ быть достигнуто путемъ общихъ усилій, даже при тѣхъ условіяхъ, какія существуютъ въ каждую данную минуту».

Это послѣднее положеніе вошло въ плоть и кровь русской земской медицины, и успѣхи, достигнутые ею, объясняются именно твердымъ убѣжденіемъ земскихъ работниковъ въ возможность плодотворной работы «даже при тѣхъ условіяхъ, какія существуютъ въ каждую данную минуту». Передъ тяжелыми картинами родной дѣйствительности не опустились безпомощно руки; наоборотъ, тѣмъ энергичнѣе, тѣмъ живѣе звучалъ призывъ къ работѣ въ возможныхъ предѣлахъ. Земскіе работники не ждали золотого вѣка, чтобы начать трудиться въ санитарномъ направленіи; наоборотъ, идя по этому пути, они придвигали золотой вѣкъ къ себѣ...

То же стремленіе—положить прочныя основанія для будущей народной гигіэны въ Россіи—руководило и «Обществомъ охраненія народнаго здравія» въ его дѣятельности, и потому современное санитарное направленіе въ Россіи связано тѣсными нитями съ этимъ «Обществомъ».

Первые проблески санитарнаго движенія въ Россіи можно отмѣтить еще въ 60-хъ годахъ прошлаго 100-лѣтія, когда выдающіеся дѣятели того времени *Е. В. Пеликанъ, П. А. Кочубей, Ю. К. Траппъ* и *Н. Ф. Здекауеръ* разрабатывали мысль объ учрежденіи въ Россіи особаго Общества, по образцу London'ской аналитической Коммиссіи, котороебы занялось изслѣдованіемъ предметовъ народнаго продовольствія. Особенно сильное впечатлѣніе производилъ примѣръ Англіи, «политикѣ которой, говорилъ въ своей первой рѣчи при открытіи Общества его предсѣдатель, я не сочувствую, но передъ ея просвѣщенною заботливостью о сохраненіи народнаго здравія я съ уваженіемъ преклоняюсь».

Хотя попытка учредить «аналитическое» Общество не осуществилась, но образовался особый Комитетъ попеченія о народномъ здравіи, просуществовавшій 10 лѣтъ и разработавшій рядъ санитарныхъ вопросовъ, по преимуществу относившихся къ Петербургу (о дренажѣ Петербурга, о кладбищахъ, о водоснабженіи, объ устройствѣ садовъ и скверовъ и т. д.).

Сильный импульсъ къ практическому осуществленію мысли объ открытіи отдѣльнаго гигіэническаго Общества дала Brüxelles'ская Международная гигіэническая выставка въ 1876 г., въ которой приняла участіе и Россія. Возбужденному этой выставкой интересу къ гигіэнѣ не дали заглохнуть, и уже 23-го іюля 1877 г. былъ утвержденъ уставъ новаго «Общества охраненія народнаго здравія», а 27-го ноября того-же года состоялось 1-е Собраніе учредителей. Невольно возникаетъ интересный вопросъ: явилась-ли организація новаго Общества результатомъ того, что сознаніе важности гигіэны, санитарныхъ мѣропріятій было широко распространено въ обществѣ, или-же оно было создано группой лицъ, предвидѣвшихъ имѣющіе возникнуть запросы въ этой области? 2-е предположеніе имѣетъ за себя больше основаній. Сознательное отношеніе къ вопросамъ гигіэны, отмѣчаемое лишь отчасти даже въ интеллигентныхъ кругахъ и то только въ послѣднее время, конечно, очень мало было распространено среди общества того времени. Заботы объ охраненіи народнаго здравія въ то время носили узколечебный характеръ, и по этому пути пошло на первыхъ порахъ и земство. Наконецъ, мнѣніе, что всякое дѣло на пути санитарнаго удовлетворенія общественныхъ нуждъ до такой степени связано съ другими соціальными вопросами, что браться за коренное разрѣшеніе гигіэническихъ вопросовъ едва-ли возможно и, пожалуй, даже опасно,—и теперь не исчезло совсѣмъ.

Такимъ образомъ, первой задачей народившагося «Общества» было развить населеніе до сознательнаго отношенія къ гигіэническимъ мѣропріятіямъ, пробить брешь въ общественномъ равнодушіи къ санитарнымъ мѣрамъ и вызвать населеніе на активное участіе въ борьбѣ съ санитарными недугами. И эту задачу «Общество охраненія народнаго здравія» выполнило блестяще.

Въ теченіи 25 лѣтъ «Общество охраненія народнаго здравія» чутко отзывалось на всѣ вопросы здравоохраненія, волновавшіе самые разнообразные уголки Россіи. Всѣ эти вопросы подвергались въ немъ тщательной разработкѣ; разработка эта велась открыто, на глазахъ у публики, и капля за каплей точила общественное равнодушіе. «Общество» смѣло выставляло во всей наготѣ существующія въ Россіи санитарныя неустройства въ общественной жизни, выясняло ихъ значеніе для жизни и здоровья населенія и указывало интеллигентной части публики ея обязанность удѣлять больше вниманія задачамъ, преслѣдуемымъ гигіэной. Благодаря объединенію въ «Обществѣ охраненія народнаго здравія» компетентныхъ лицъ самыхъ разнообразныхъ профессій, эти указанія «Общества» получали авторитетный характеръ. Къ мнѣнію «Общества охраненія народнаго здравія» прислушивались и общественныя управленія, и правительственныя власти, которыя постоянно обращались къ нему за компетентнымъ мнѣніемъ по вопросамъ изъ области здравоохраненія. Строго научнымъ отношеніемъ къ затрагиваемымъ вопросамъ «Общество» добилось того, что, не будучи облечено никакими оффиціальными полномочіями, оно явилось высшимъ судилищемъ по вопросамъ гигіэны и санитаріи».

«Общество охраненія народнаго здравія, писалъ журналъ «Здоровье» въ періодъ возникновенія «Общества», можетъ быть сильно только сочувствіемъ къ нему жителей, большимъ количествомъ вступающихъ въ среду его дѣятелей, проистекающимъ отъ этого накопленіемъ нравственныхъ и матеріальныхъ средствъ, чтобы вести прочно всякое задуманное дѣло, самостоятельно, безъ тщетныхъ попытокъ вліять на руль, который не желаютъ повернуть съ издавна излюбленнаго румба».

Этотъ завѣтъ «Общество» и выполнило: оно въ настоящее время достаточно сильно, чтобы проводить въ практику жизни свои взгляды «безъ тщетныхъ попытокъ вліять на» руководящій «руль»...

«Общество» иногда упрекаютъ въ излишней «академичности». Съ этимъ упрекомъ трудно согласиться. Въ основу своей дѣятельности «Общество» положило строго научное освѣщеніе, съ одной стороны, существующихъ явленій общественной жизни въ подлежащей его вѣдѣнію области, съ другой—проэктируемыхъ въ этой области мѣропріятій. Эта научность работъ «Общества» вполнѣ обезпечивалась постепеннымъ ихъ ходомъ. Въ 5 Отдѣленіяхъ «Общества» и многихъ Коммиссіяхъ, учреждаемыхъ по мѣрѣ возникновенія спеціальныхъ вопросовъ, происходила, такъ сказать, обработка сырого матеріала. Со всѣхъ концовъ Россіи, изъ лабораторій, изъ кабинетовъ отдѣльныхъ работниковъ, изъ всевозможныхъ административныхъ и общественныхъ учрежденій, изъ опыта текущей жизни приносился въ «Общество» обширный сырой матеріалъ, распредѣлялся по Отдѣленіямъ и подвергался тамъ обработкѣ. Изъ него извлекалось все то, что такъ или иначе могло идти на удовлетвореніе потребностей въ здоровьи населенія. Выводы изъ обширнаго сырого матеріала представлялись въ видѣ ходатайствъ, указаній, научныхъ положеній въ слѣдующую инстанцію—въ Совѣтъ «Общества», гдѣ этотъ об-

Digitized by Google

работанный уже матеріалъ подвергался новой фильтраціи при участіи представителей всѣхъ Отдѣленій. Такимъ образомъ, представленныя данныя, относившіяся къ одной какой-либо области гигіены, разсматривались со всѣхъ точекъ зрѣнія.

Совѣтъ «Общества» представляетъ собою своего рода компетентное коллегіальное учрежденіе, которое по различнымъ вопросамъ и давало свое заключеніе. Предложенія Отдѣленія съ заключеніемъ Совѣта представлялись затѣмъ на общее Собраніе, которое, имѣя въ рукахъ всѣ матеріалы, выносило свое окончательное рѣшеніе.

Этотъ послѣдовательный путь фильтраціи—говоритъ авторъ очерка *В. О. Губертъ*—и создалъ то уваженіе, тотъ авторитетъ, которымъ рѣшеніе «Общества» пользовалось въ административныхъ и общественныхъ кругахъ. При такомъ положеніи дѣлъ изъ «Общества» не могло выйти на свѣтъ Божій ничего недозрѣлаго. Результаты напряженной работы, происходившей въ нѣдрахъ «Общества», появлялись въ рафинированномъ, очищенномъ видѣ и не допускали никакихъ сомнѣній ни въ ихъ научности, ни въ ихъ практической выполнимости.

Если-же понимать «академичность» дѣятельности «Общества» въ томъ смыслѣ, что оно сравнительно мало выступало на практическое поприще для непосредственнаго проведенія въ жизнь намѣченныхъ мѣропріятій, то надо прежде всего принять во вниманіе то, что «Общество» не располагало достаточными матеріальными средствами для выполненія крупныхъ общественныхъ мѣръ въ интересахъ оздоровленія населенія; съ другой стороны, несомнѣнно, во многихъ случаяхъ оно являлось вдохновителемъ, руководителемъ и починщикомъ такихъ мѣръ. Уже при самомъ своемъ возникновеніи «Общество» удѣлило особое вниманіе вопросамъ питанія и, помимо теоретической ихъ разработки (въ постоянной Коммиссіи питанія), создало нормальныя столовыя, хлѣбопекарню, школу кухоннаго искусства, лабораторію для изслѣдованія винъ и аналитическую станцію въ цѣляхъ борьбы съ поддѣлкой пищевыхъ средствъ. Въ заботахъ объ укрѣпленіи подростающаго поколѣнія оно создало дѣтскія лѣчебныя колоніи, расширило ихъ дѣятельность и повліяло на развитіе подобныхъ учрежденій въ Россіи, создавъ прототипы ихъ. Изъ «Общества охраненія народнаго здравія» вышло «Товарищество по устройству дешевыхъ гигіеническихъ жилищъ для трудящагося нуждающагося населенія», «Общество попеченія о больныхъ бугорчаткой» и т. д. Трудно перечислить всѣ тѣ многочисленныя общественныя начинанія, которыя имѣли своимъ исходнымъ пунктомъ «Общество охраненія народнаго здравія». Въ 1-мъ (біологическомъ) Отдѣленіи сосредоточивались строго-научныя изслѣдованія, требовавшія лабораторной обстановки и недоступныя врачамъ въ ихъ обыденной практической дѣятельности. За 25 лѣтъ почти всѣ главнѣйшія работы изъ области естествознанія и медицины нашли себѣ отраженіе въ докладахъ, сдѣланныхъ въ 1-мъ Отдѣленіи «Общества», подверглись въ немъ разсмотрѣнію, изученію и освѣщенію. При 1-мъ Отдѣленіи работали: Коммиссія по изученію бугорчатки въ Россіи, Коммиссія питанія, Коммиссія по вопросу объ алкоголизмѣ. 2-ое Отдѣленіе посвятило себя изученію явленій общественной жизни и причинъ болѣзней при посредствѣ статистическаго способа. Разрабатывая статистическія данныя по вопросу о распространеніи различныхъ заболѣваній въ связи съ условіями народной жизни, 2-ое Отдѣленіе постепенно собрало большой матеріалъ, который уже позволялъ дѣлать извѣстнаго рода выводы для практическихъ мѣропріятій. Подобной разработкой вопросовъ Отдѣленіе проникало во всѣ мелочи повседневной жизни, изучало ихъ и показывало, что и здѣсь малыя причины производятъ иногда большія послѣдствія. Отдѣленіе это стояло въ особо тѣсной связи съ санитарно-статистическимъ бюро при Петербургской городской Думѣ, и не мало учрежденій Петербурга обязаны своимъ возникновеніемъ и прогрессивнымъ ростомъ предварительному и тщательному обсужденію программы ихъ дѣятельности въ Отдѣленіи «Общества». 3-ье Отдѣленіе занималось вопросами по оздоровленію населенныхъ мѣстъ, общественныхъ и частныхъ зданій и промышленныхъ заведеній. Работы этого Отдѣленія носили чисто практическій характеръ: здѣсь сосредоточивались всѣ запросы изъ области здравоохраненія, направлявшіеся въ «Общество» со всѣхъ концовъ Россіи, планы и проэкты

безъ измѣненія и никогда не обнаруживаютъ прогорклости. Для приготовленія мазей авторъ предлагаетъ употреблять смѣси стеаринъ-анилида съ вазелиномъ. Эти смѣси пущены въ продажу подъ названіемъ «фетрона» (Fetron). Если желательно увеличить способность мази впитывать воду, то слѣдуетъ прибавлять къ нимъ ланолинъ. По заказу автора были приготовлены слѣдующія фетроновыя мази: Ung. Zinci cum. Balsamo Peruviano, Ung. sulf. c. Liq. carb. deterg., Ung. hydrarg. praec. albi и flavi, Pasta zinci, Ung. salicyl. *Lassar*, Ung. sulf. praec., Ung. sulf. praec. cum. Resorcino, Ung. acid. bor., Ung. sulf. cum. Naphthol. Ung. *Wilkinsonii* и др. Эти мази были испробованы у 160 больныхъ и всегда давали хорошіе результаты. Въ 1 случаѣ при помощи фетроновой мази удалось скоро вылѣчить больного, лѣчившагося безуспѣшно уже цѣлый годъ вазелиновыми и ланолиновыми мазями (Berliner klinische Wochenschrift, № 12). *А. Коварскій.*

290. Д-ръ *Overlach* говоритъ о новомъ *болеутоляющемъ средствѣ тригеминѣ* (trigemin). Тригеминъ получается отъ дѣйствія бутилхлоралъ-гидрата на пирамидонъ, кристаллизуется длинными бѣлыми иглами, плавящимися при 85°; ароматическаго запаха; легко растворимъ въ водѣ. Дѣйствіе тригемина почти специфическое при болѣзненныхъ разстройствахъ черепныхъ нервовъ, при чемъ дѣйствіе его значительнѣе бутилхлоралгидрата вслѣдствіе частицы пирамидона. Раздражающаго дѣйствія на слизистую оболочку желудка тригеминъ не обнаруживаетъ, точно также при терапевтическихъ дозахъ не вліяетъ и на сердце. Тригеминъ показалъ при различнаго рода головныхъ боляхъ, послѣ переутомленія, головной боли послѣ гриппа, алкогольнаго отравленія, мигрени, при нейральгіяхъ тройничнаго нерва, а въ особенности при тяжелыхъ зубныхъ боляхъ различныхъ формъ и причинъ. Доза для взрослыхъ 0,5—1,2; большею частью достаточны дозы 0,6—0,75, 1—2 раза въ день (Berliner klinische Wochenschrift, 1903 г., № 35. Therapeutische Monatshefte, 1903 г., № 10). *А. Н. Д.*

291. Д-ръ *Jos. Barabás* изслѣдовалъ *новое противочесоточное средство скабіолъ* (*scabiol*). Скабіолъ—краснокоричневая жидкость, безъ запаха, содержитъ 20% стиракса, спирта и мыла. Средство примѣнялось въ 50 случаяхъ и дало очень хорошіе результаты. Возвраты были въ 2%, и то вслѣдствіе небрежности больныхъ. Преимущества скабіола слѣдующія: отсутствіе запаха, кожа и бѣлье не загрязняются, такъ какъ вслѣдствіе большаго % алкоголя средство быстро испаряется и высыхаетъ; при экцемѣ первое втираніе скабіола вызываетъ легкое жженіе, скоро исчезающее; воспаленія кожи не наблюдалось. Скабіолъ на 25% дешевле *Welkinson*'овой мази и др. (Therapeutische Monatshefte, 1903, № 12; Pester medico-chirurg. Presse, 1903, № 43).

**Бактеріологія.** 292. Для полученія *разводокъ бугорчатковыхъ палочекъ прямо* изъ *мокроты* *W. Hesse* совѣтуетъ слѣдующій пріемъ: питательная среда, состоящая изъ 1 ч. агара, 3 чч. глицерина и 96 чч. перегнанной воды, разливается въ пробирки изъ хорошаго стекла, не отдающаго щелочи, и вываривается въ теченіи 3-хъ часовъ въ текучемъ парѣ или 1 часъ въ аутоклавѣ при 2-хъ атмосферахъ давленія. Передъ посѣвомъ мокроты среда эта доводится до той степени щелочности, какую имѣетъ въ каждомъ данномъ случаѣ мокрота, и разливается въ чашки *Petri*. Стерильно собранная мокрота размазывается платиновымъ ушкомъ по средѣ. Уже черезъ 1—2 дня на микроскопическихъ препаратахъ можно убѣдиться въ размноженіи палочекъ; черезъ нѣсколько дней колоніи бугорчатковыхъ палочекъ видны при слабомъ увеличеніи, а чрезъ нѣсколько недѣль дѣлаются замѣтны и простымъ глазомъ (Centralblatt für Bakteriologie, т. 35). *Ѳ. Скшиванъ.*

**Хирургическія болѣзни.** 293. Д-ръ *Albanus* на основаніи 1140 случаевъ *разбираетъ вопросъ о закупоркѣ сосудовъ и о легочныхъ заносахъ послѣ чревосѣченій.* Въ общемъ на 1140 случаевъ (всѣ случаи, изъ хирургическаго отдѣленія д-ра *Kümmel*'я въ Hamburg'ѣ, относятся къ періоду времени съ 1895 г. по 1901 г.) закупорка сосудовъ отмѣчена въ 53 (4,64%). Ближайшими причинами этихъ осложненій послѣ чревосѣченія являются: сердечныя страданія (пороки заслонокъ, перерожденіе сердечной мышцы, недостаточное развитіе сердца) и страданія сосудовъ (расширеніе венъ), душевныя возбужденія, отравленіе ядовитыми производными бактерій при гнилостныхъ заболѣваніяхъ (особенно при аппендицитѣ), условія, механически препятствующія венному оттоку (положеніе на спинѣ, большія опухоли, ущемленныя грыжи), охлажденіе брюшной полости, образованіе въ сосудахъ пробки послѣ ихъ перевязки, вліяніе хлороформа, сильно давящія повязки, вздутіе кишекъ. На 53 случая въ 26 операція сдѣлана была по поводу опухолей, въ 16 по поводу гнойныхъ заболѣваній органовъ брюшной полости. По роду болѣзни эти 53 случая распредѣлялись такъ: ракъ пищевода (1), ракъ желудка (6), язва желудка (1), съуженія привратника (1), заболѣванія червеобразнаго отростка (10), ракъ толстыхъ кишекъ (3), заболѣванія печени и желчнаго пузыря (7), заболѣванія брюшины (4), опухоль брюшныхъ стѣнокъ (1), заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ (19). Продолжительность операцій отъ 30 до 120 минутъ; большая часть операцій требовала свыше 60 мин. Почти во всѣхъ случаяхъ операція производилась подъ хлороформомъ, котораго на каждую требовалось 18—105 грм. Въ очень незначительномъ числѣ случаевъ количество израсходованнаго хлороформа было менѣе 50 грм. Время наступленія закупорки крайне неодинаковое: отъ 1 дня послѣ операціи до 40 дней. Изъ 53 больныхъ 38 (72%) было женщинъ, 15 (28%) мужчинъ. Возрастъ 20—80 лѣтъ; наибольшее число (15) было въ возрастѣ отъ 31 до 40 лѣтъ. Въ большинствѣ случаевъ были закупорены вены нижнихъ (и при томъ лѣвой) конечностей. Сама по себѣ закупорка венъ не представляетъ серьезной опасности, приковывая больного только на нѣсколько недѣль къ постели, но образующійся вслѣдъ за закупоркою легочный заносъ очень опасенъ для жизни: изъ 53 больныхъ легочный заносъ развился у 23, являясь у 10 (у 2 мужчинъ и у 8 женщинъ) причиною смерти. Смерть наступала внезапно при обычныхъ явленіяхъ одышки, синюхи, чувства предсмертной тоски, болей въ груди, упадка сердечной дѣятельности (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XL).

294. Д-ръ *Kappis* сообщаетъ *о расширеніяхъ затылочной артеріи.* 1 такой случай авторъ наблюдалъ въ клиникѣ проф. *Bruns*'а.

Больной, 25 л., за годъ до поступленія получилъ ушибленную рану на затылкѣ. Рана зажила, но вскорѣ на ея мѣстѣ образовалась опухоль, которая была принята за нарывъ и вскрыта. Появившееся сильное кровотеченіе остановлено тампонадой. За послѣдніе 2 мѣсяца опухоль рѣзко увеличилась. При поступленіи на затылкѣ вправо отъ средней линіи найдена бившаяся опухоль, съ яблоко, спадавшаяся при надавливаніи на затылочную артерію. Она была изсѣчена послѣ предварительной перевязки впадавшей въ нее затылочной артеріи и выходившихъ артеріальныхъ вѣтвей. Гладкое выздоровленіе. Внутренняя поверхность опухоли оказалась покрытой эндотеліемъ.

Въ литературѣ описано всего 20 такихъ случаевъ. Большинство больныхъ были мужчины цвѣтущаго возраста. Причина образованія опухоли главнымъ образомъ траума (14 сл.). Въ 11 случаяхъ дѣло шло объ истинной травматической аневризмѣ; въ остальныхъ на этотъ счетъ указаній нѣтъ. Распознаваніе въ большинствѣ случаевъ не трудно. Нужно избѣгать смѣшенія съ нарывомъ и опухолями мозга (meningocele, encephalocele, cephalhämatocele, fungus durae matris), а также съ расширеніями задней ушной и позвоночной артерій. Предсказаніе благопріятно. Возможность произвольнаго выздоровленія (запустѣніе мѣшка) очень слабая. Изъ способовъ лѣченія (впрыскиваніе свертывающихъ веществъ, сдавленіе и перевязка приводящихъ артерій, изсѣченіе мѣшка) предпочтеніе нужно отдать послѣднему (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XL). *Б. Финкельштейнъ.*

295. Д-ръ *Ebel* помѣстилъ въ «Beiträge zur klinischen Chirurgie», (т. XL) *отчетъ о 199 случаяхъ рака нижней губы изъ клиники проф. Wölfler*'а. 19 больныхъ не были оперированы; изъ 180 оперированныхъ прослѣжено 148. Изъ 199 больныхъ 185 были мужчинъ, 14 женщинъ. Средній возрастъ больныхъ 60,2 года. Замѣчателенъ въ отношеніи возраста случай рака нижней губы у 15-лѣтней дѣвушки. Давность страданія отъ 1-го мѣсяца до 15 лѣтъ.

Digitized by Google

Въ 80% случаевъ давность страданія не превышала 1 года, въ 15%—3 лѣтъ; въ 5% она была свыше 3 лѣтъ; отсюда вытекаетъ, что ракъ нижней губы растетъ относительно медленно; средняя давность существованія опухоли (отъ начала заболѣванія до операціи)—1 годъ 5 мѣс. Лучшимъ способомъ операціи (при большихъ ракахъ) авторъ считаетъ слѣдующій: дугообразнымъ (вогнутостью обращеннымъ кверху) разрѣзомъ, проведеннымъ въ здоровыхъ тканяхъ отъ одного угла рта до другого удаляютъ опухоль, параллельно этому разрѣзу проводятъ на шеѣ 2-ой (разстояніе между обоими разрѣзами должно быть въ $1^1/_2$ раза больше разстоянія перваго разрѣза отъ края верхнихъ зубовъ при сильно раскрытомъ ртѣ); очерченный 2-мя разрѣзами кожный лоскутъ отдѣляютъ отъ подлежащихъ тканей (нижней челюсти), пока верхній край лоскута не прикроетъ всей недостачи до верхняго ряда зубовъ; нѣсколькими кожно-надкостничными швами укрѣпляютъ нижній край лоскута у подбородка; образующаяся недостача на шеѣ даетъ достаточно простора для удаленія пораженныхъ железъ; въ отдѣльныхъ случаяхъ требуются еще дополнительные продольные разрѣзы; закрываютъ недостачу, смѣщая подвижную кожу шеи кверху и укрѣпляя ее въ этомъ положеніи швами. Результаты: 176 оперированныхъ выздоровѣли, 4 умерли (отъ остраго воспаленія легкихъ). Изъ прослѣженныхъ больныхъ больше $^1/_2$ (65%) не имѣли возврата свыше 3 лѣтъ. Время наблюденія отъ 1 года до 8 лѣтъ. *Б. Финкельштейнъ.*

296. На основаніи 3-хъ случаевъ изъ клиники проф. *Bruns*'а и литературы вопроса д-ръ *Lipfert* говоритъ о сравнительно рѣдко встрѣчающемся *затяжномъ воспаленіи глубокой сумки большого вертела* (hygroma bursae trochantericae profundae). Сумка эта лежитъ между задненаружною частью большого вертела и прикрѣпленіями наружной бедренной и большой ягодичной мышцъ. Въ 2-хъ случаяхъ автора имѣлось пораженіе одной лишь глубокой сумки большого вертела, въ 3-мъ эта послѣдняя сообщалась съ задней подвздошной сумкой. Въ первыхъ 2-хъ случаяхъ сумка была изсѣчена, въ 3-мъ—вскрыта и выскоблена. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ послѣдовало выздоровленіе. Причина этихъ воспаленій — траума, бугорчатка, ревматизмъ. На 33 случая въ 7 причиною воспаленія была траума, въ 21 бугорчатка, въ 1—ревматизмъ; въ 4 случаяхъ причина воспаленія невыяснена. Бугорчатка сумки можетъ быть первичною или вторичною (вслѣдъ за пораженіемъ кости). Чаще сумка поражается на лѣвой (20 сл.), чѣмъ на правой (13) сторонѣ. Заболѣваніе у мужчинъ (24 сл.) встрѣчается гораздо чаще, чѣмъ у женщинъ (9 сл.). Патологоанатомическія измѣненія сводятся къ значительному увеличенію содержимаго, принимающаго иногда кровянистый оттѣнокъ. Впослѣдствіи въ содержимомъ появляются кристаллы холестеарина, жировой распадъ и рисовыя тѣльца. Стѣнка сумки нерѣдко утолщается и объизвествляется, теряя свой эндотеліальный покровъ. Клиническіе признаки: образованіе на мѣстѣ глубокой сумки большого вертела длинной узкой опухоли, смѣщающейся кзади при сгибаніи ноги. Вслѣдствіе наступающихъ иногда сглаживанія ягодичной складки и затрудненія въ движеніи тазобедреннаго сустава (при большихъ опухоляхъ) очень легко смѣшать это заболѣваніе съ воспаленіемъ тазобедреннаго сустава. Также точно въ очень многихъ случаяхъ трудно провести отличительное распознаваніе между воспаленіемъ сумки и воспаленіемъ самого вертела, тѣмъ болѣе, что оба заболѣванія могутъ быть вмѣстѣ. Лучшій способъ лѣченія—это полное вылущеніе воспаленной сумки, послѣ чего обыкновенно не бываетъ возврата. Простой разрѣзъ съ выскабливаніемъ даетъ возвратъ почти въ $^1/_2$ случаевъ (Beiträge zur klinischen Chirurgie, т. XL). *Б. Финкельштейнъ.*

297. На основаніи 2-хъ случаевъ изъ клиники проф. *Bruns*'а и 4-хъ случаевъ изъ литературы д-ръ *Brunn* говоритъ *объ обезображивающемъ воспаленіи бедреннаго сустава въ молодомъ возрастѣ.* Заболѣваніе это встрѣчается очень рѣдко, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ, при чемъ поражаются либо одинъ, либо оба сустава. Причины заболѣванія неизвѣстны. Нѣкоторую роль играютъ траума и предрасположеніе. Признаки заболѣванія разнообразны,

Digitized by Google

и в) нормальное давленіе—при воспаленіяхъ соединительной оболочки, при врожденномъ отсутствіи радужной оболочки, при старческой неосложненной катарактѣ, при воспаленіи сѣтчатки, эмболіи центральной артеріи сѣтчатки, воспаленіи и атрофіи зрительныхъ нервовъ и при неправильностяхъ преломленія (Юрьевская диссертація, 1902).

299. Изучая вопросъ о *заболѣваніяхъ глазъ при проказѣ*, д-ръ *Рубертъ* осмотрѣлъ въ 1901 г. въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ всѣхъ призрѣвавшихся прокаженныхъ въ лепрозоріяхъ Вендена, Риги, Тарваста, Ненналя и Юрьева. Всего имъ изслѣдовано было 251 чел. (105 мужчинъ и 146 женщинъ), при чемъ оказалось, что при пятнистой формѣ проказы—особенно у женщинъ—глазныя заболѣванія встрѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ при бугристой. Въ общемъ же глазами страдали около 75% всѣхъ прокаженныхъ, каковой % вполнѣ согласуется съ данными прежнихъ изслѣдователей. Кромѣ того, установлено было, что глаза поражаются при проказѣ довольно рано и что съ теченіемъ времени % заболѣваній постепенно увеличивается. Изъ клиническихъ наблюденій авторъ убѣдился, между прочимъ, что заболѣванія дна глазъ встрѣчаются при проказѣ весьма нерѣдко, а именно—у 23% всѣхъ изслѣдованныхъ больныхъ внутриглазныя измѣненія могли быть обнаружены, благодаря достаточной прозрачности средъ. Измѣненія эти заключались въ разсѣянныхъ очагахъ воспаленія по окружности сосудистой оболочки, въ нетипичномъ пигментномъ пораженіи сѣтчатки, при куриной слѣпотѣ и концентрическомъ съуженіи поля зрѣнія, или въ высыпаніи многочисленныхъ пятнышекъ сѣровато-желтаго цвѣта въ этой оболочкѣ (послѣдняго рода измѣненія, въ виду ихъ своеобразности, авторъ считаетъ характерными для проказы), въ пораженіи сѣтчаточныхъ сосудовъ, съ кровоизліяніями и помутнѣніемъ сѣтчатки, въ кровепереполненіи, воспаленіи или атрофіи зрительныхъ нервовъ и въ помутнѣніяхъ стекловиднаго тѣла. Въ общемъ измѣненія глазного дна—какъ и другія страданія глазъ—представляли большое сходство съ таковыми при сифилисѣ и бугорчаткѣ (Юрьевская диссертація, 1903).

300. Проф. *W. O. Nance* (Chicago) читалъ въ LIII годовомъ Собраніи медицинскаго Общества штата Illinois о *лѣченіи косоглазія у дѣтей*. Лѣченіе это должно быть, по возможности мирнымъ; къ хирургическому лѣченію слѣдуетъ обращаться лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда либо степень косоглазія очень велика и заранѣе видно, что безъ операціи и очки будутъ безполезны, либо мирное, ортопедическое лѣченіе оказалось безуспѣшнымъ. При очень сильныхъ степеняхъ косоглазія авторъ оперируетъ и дѣтей, не достигшихъ даже 3-лѣтняго возраста; въ обыкновенныхъ же случаяхъ, лишь не поддающихся мирному лѣченію, онъ ждетъ возраста 7 или 8 лѣтъ. Изъ средствъ мирнаго лѣченія авторъ указываетъ на атропинъ, очки, завязываніе здороваго глаза, стереоскопъ, гимнастику глазныхъ мышцъ и чтеніе съ препятствіемъ. Глазныя капли изъ атропина можно назначить и годовалому ребенку, лишь только замѣчена косина: парализуя приспособленіе, капли эти ослабляютъ и чрезмѣрное сведеніе глазъ, ведущее къ косоглазію. Въ большинствѣ случаевъ наступаетъ явное улучшеніе, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ косоглазіе и совершенно исчезаетъ отъ одного этого лѣченія. При благопріятномъ результатѣ необходимо, съ извѣстными перерывами, продолжать впусканіе атропина въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Крѣпость-же раствора атропина можетъ не превышать $^1/_4$% и даже $^1/_8$%; дѣтямъ, не переносящимъ атропина, слѣдуетъ назначать дюбуазинъ. На 3-мъ году жизни можно приступить уже къ изслѣдованію преломленія глазъ (подъ атропиномъ) и къ назначенію очковъ, вполнѣ исправляющихъ неправильность преломленія, особенно же астигматизмъ—для постояннаго ношенія. Что же касается неудобства ношенія очковъ въ столь нѣжномъ возрастѣ, то авторъ замѣчаетъ, что у него есть такіе больные, которые не достигли еще 3-лѣтняго возраста, а уже нѣсколько мѣсяцевъ носятъ очки. Каждый годъ глаза должны быть вновь изслѣдованы, при чемъ слѣдуетъ обращать вниманіе и на размѣры оправы очковъ. Къ завязыванію здороваго глаза, имѣющему цѣлью предупредить потерю зрѣнія отъ неупотребленія косящаго глаза, можно приступить еще въ болѣе раннемъ возрастѣ, чѣмъ это требуется для назначенія очковъ. Упражненія же на стереоскопѣ, требующія уже извѣстнаго умственнаго развитія, возможно начать не раньше, какъ на 4-мъ или 5-мъ году жизни. Чтеніе съ препятствіемъ—съ карандашомъ или другой какой-нибудь палочкой, помѣщаемой передъ глазами, на извѣстномъ разстояніи отъ страницы—побуждаетъ работать обоими глазами, такъ какъ только такимъ образомъ и возможно читать при означенныхъ условіяхъ. Отъ упражненія глазныхъ мышцъ авторъ видѣлъ особенно хорошіе результаты при послѣоперативномъ лѣченіи. Удерживая голову въ неподвижномъ положеніи и прикрывъ одинъ глазъ, заставляютъ ребенка слѣдить за карандашемъ или другимъ какимъ-либо предметомъ, передвигая послѣдній какъ можно дальше въ направленіи болѣе слабой мышцы и быстро отводя его затѣмъ на прежнее мѣсто, при чемъ такое движеніе повторяется въ теченіи нѣсколькихъ минутъ съ каждымъ глазомъ, по нѣсколько разъ въ день, а для предупрежденія переутомленія упражняемыхъ мышцъ чередуютъ означенный поворотъ глазъ съ движеніями вверхъ и внизъ (Medicine, іюль). *Р. Кацъ.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 301. *G. Bamberg* (Berlin) сообщаетъ 2 случая *затяжной язвенной слоновости наружныхъ половыхъ частей сифилитическаго происхожденія.*

Въ 1-мъ изъ этихъ случаевъ характеръ заболѣванія былъ ясенъ уже изъ анамнеза; во 2-мъ же сначала распознаны были: ракъ влагалища и, вѣроятно, также матки, раковое измѣненіе околоматочной клѣтчатки со смѣщеніемъ лѣваго мочеточника, лѣвосторонній піонефрозъ или гидронефрозъ. Въ этомъ случаѣ больная выздоровѣла подъ вліяніемъ лѣченія іодистымъ каліемъ. Въ 1-мъ случаѣ было произведено также микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ изъ удаленной малой губы, при чемъ найдено слѣдующее. Всѣ слои надкожицы представлялись гипертрофированными; сосочки мѣстами были уже и нѣсколько болѣе остроконечны, чѣмъ въ нормѣ. Ткань собственно кожи отличалась большею плотностью въ верхнихъ слояхъ, чѣмъ въ нижнихъ, сосудистыя стѣнки были утолщены, число же сосудовъ скорѣе уменьшено; вся ткань была сильно отечна; во многихъ мѣстахъ вблизи поверхностнаго слоя находились совершенно нормальныя сальныя железы. Въ окружности этихъ послѣднихъ, а также на всемъ остальномъ протяженіи кожи, въ особенности въ сосочковой части и преимущественно вдоль кровеносныхъ сосудовъ располагались скопленія мелкихъ клѣтокъ. Клѣтокъ-великановъ не было; окраска срѣзовъ по *Ziehl-Neelsen*'у и *Gabbert*'у на бугорчатковыя палочки дала совершенно отрицательный результатъ. Разбирая всѣ ранѣе описанные случаи, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Чтобы поставить распознаваніе бугорчатковаго характера изъязвленій, слѣдуетъ, по меньшей мѣрѣ, найти палочки бугорчатки; для полной-же увѣренности требуется также и положительный результатъ прививки. Волчанка наружныхъ половыхъ частей требуетъ для своего распознаванія той картины—макроскопической и гистологической, какая наблюдается при волчанкѣ другихъ частей тѣла. Вмѣстѣ со *Schröder*'омъ, *Hofmeier*'омъ и др. авторъ настаиваетъ на томъ, что громадное большинство затяжныхъ изъязвленій въ этой области, сопровождающихся слоновымъ утолщеніемъ, имѣютъ сифилитическое происхожденіе (Archiv für Gynäkologie, т. LXVII, тетр. 3). *С. Бродскій.*

302. Д-ръ *J. Pacyna* (изъ клиники проф. *Reiss*'а въ Краковѣ) сообщаетъ *свои наблюденія надъ примѣненіемъ тигенола Roche въ кожныхъ болѣзняхъ.* Тигенолъ близокъ къ ихтіолу, но предъ послѣднимъ имѣетъ нѣкоторыя преимущества: богаче органически связанной сѣрой (10% вмѣсто 8,8% у ихтіола), безъ вкуса и запаха, легко смывается съ кожи и, наконецъ, онъ дешевле ихтіола. Тигенолъ легко растворяется въ водѣ, разбавленномъ алкоголѣ и глицеринѣ, хорошо смѣшивается со всякими жирами и коллодіемъ. Авт. назначалъ тигенолъ въ видѣ 10—20% мази вмѣстѣ съ простой мазью, цинковой мазью *Wilson*'а, цинковымъ тѣстомъ *Lassar*'а или ланолиномъ. Изъ 14 случаевъ острой экземы въ 5 полное излѣченіе наступило спустя 2 недѣли, въ 7—отъ 2—4 недѣль, въ 1—въ 6 недѣль; 1 больной исчезъ изъ-подъ наблюденія. Далѣе тигенолъ былъ примѣненъ съ успѣхомъ въ 28 случаяхъ затяжной экземы. Авторъ отмѣчаетъ также болеутоляющее дѣйствіе тигенола въ 5 случаяхъ ожоговъ. При почесухѣ (2 сл.) тигеноловая мазь не дала лучшихъ результатовъ, чѣмъ нафтоловая. Тигенолъ оказался полезнымъ и въ 2 сл. acne. Неуспѣхъ отъ него полученъ въ 1 сл. pityriasis rosea и 1 сл. сикоза. Въ 3 случаяхъ чесотки авторъ назначилъ сначала натираніе всего тѣла зеленымъ мыломъ, затѣмъ ванну и, наконецъ, чистый

тигенолъ; результаты получились удовлетворительные. Авторъ приходитъ къ выводу, что тигенолъ является полезнымъ средствомъ при лѣченіи экземы и болѣзней, обусловленныхъ выдѣленіемъ кожнаго сала (Przegląd lekarski, 30 января). *С. Островскій.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней**[1]. (Отчетъ *А. П. Гарина*). Засѣданіе 5-го января.

Завѣдующій Отдѣломъ проф. *Т. П. Павловъ* открылъ засѣданія привѣтственной рѣчью и предложилъ почетнымъ предсѣдателемъ проф. *А. Г. Ге.*

Ч. пр. *Е. Ф. Фридманъ* (Петербургъ). *Къ патологической анатоміи парши (favus).* Современное изученіе патологической анатоміи кожи при паршѣ не установило еще съ достовѣрностью мѣстонахожденія грибка парши въ слояхъ кожи и причины рубцовой атрофіи послѣдней при этой болѣзни. Результаты произведеннаго докладчикомъ микроскопическаго изслѣдованія кусочковъ паршевой кожи, подтверждая таковые-же *Mibelli*, *Waelsch*'a и др., указали въ тоже время на несомнѣнное проникновеніе элементовъ паршевого грибка въ кожу собственно (cutis). На нѣкоторыхъ микроскопическихъ препаратахъ цѣлость соединительнотканной оболочки волоса оказалась нарушенной, и грибокъ въ изобиліи помѣстился въ болѣе глубокихъ слояхъ собственно кожи: между остатками указанной оболочки волоса и соединительно-тканными волокнами собственно кожи. Въ виду этого образованіе рубцовой атрофіи кожи надо поставить въ главную зависимость отъ воспалительныхъ явленій въ пораженной паршею кожѣ вслѣдствіе пребыванія въ ней грибка Achorion *Schönlein*'a; давленію-же паршевого щитка на нижележащую ткань должна быть отведена второстепенная и весьма незначительная роль. При микроскопическомъ изслѣдованіи атрофическихъ участковъ кожи потовыя железы оказываются расширенными; подобныя-же кистовидныя расширенія видны и въ сальныхъ железахъ; упругія волокна въ верхнихъ слояхъ кожи сохранены лишь въ видѣ гнѣздами расположенныхъ участковъ. Соединительнотканныя волокна, лежащія въ нижнихъ частяхъ кожи, при окраскѣ по *Van-Gieson*'у представляются однородными и окрашенными въ красный цвѣтъ; слой надкожицы (epidermis) состоитъ изъ 2—3-хъ рядовъ клѣтокъ; сосочки сглажены и уплощены.—Докладъ сопровождался предъявленіемъ микроскопическихъ препаратовъ.

Ч. пр. *П. П. Абрамычевъ* замѣтилъ, что характеръ кожной атрофіи при паршѣ можетъ измѣняться отъ самаго мѣсторасположенія грибка въ томъ или другомъ слоѣ кожи.

Д-ръ *Селицкій* (Смоленскъ) высказалъ предположеніе о возможной зависимости проникновенія грибка Achorion въ существо кожи не только отъ свойствъ его самого, но и отъ конституціи больного. При наблюденіи десятковъ больныхъ паршею ему удалось только въ 1 случаѣ видѣть совершенное разрушеніе кожи и даже надкостницы.

Ч. пр. *А. И. Лянцъ* (Москва) высказалъ сомнѣніе, чтобы свѣжіе случаи болѣзни могли давать столь значительныя измѣненія кожи при паршѣ, какія установлены докладчикомъ.

Въ дальнѣйшемъ обсужденіи доклада принимали участіе проф. *А. Г. Ге* и д-ръ *Вышемирскій* (Витебскъ).

*Н. Н. Якимовичъ* (Петербургъ). *Матеріалы къ вопросу о распространеніи парши среди нижнихъ чиновъ русской арміи и лѣченіе ея по способу, примѣняемому въ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ.* Выводы: 1) Точной статистики о числѣ больныхъ паршею среди гражданскаго населенія Россіи и въ сухопутныхъ войскахъ нѣтъ. 2. По имѣющимся даннымъ, собраннымъ докладчикомъ и другими, наибольшій % больныхъ паршею падаетъ на евреевъ (77,6%) и очень малый (3,2%) на магометанъ. 3. Большее число больныхъ паршею нижнихъ чиновъ падаетъ на губерніи Кіевскую (147), Витебскую (62) и пр. 4. Лѣченіе парши головы наружными средствами въ настоящее время не даетъ стойкаго излѣченія. 5. Формалинъ, раздражая кожу и вызывая болѣзненность, не уничтожаетъ грибка, производящаго паршу. 6. Лѣченіе лучами x (*Röntgen*'a) можетъ въ случаяхъ съ ограниченнымъ пораженіемъ, и то не въ каждомъ, обезпечить стойкое излѣченіе при условіи повторнаго примѣненія въ опытныхъ рукахъ и съ добавленіемъ обеззараживающихъ средствъ. 7. Самое существенное въ лѣченіи парши x-лучами заключается въ свойствѣ ихъ вызывать выпаденіе волосъ, слѣд.,—сводится къ тому же классическому способу эпиляціи больныхъ волосъ. 8. Лѣченіе по способу *Finsen*'a—тоже не даетъ надежныхъ результатовъ. 9. Лѣченіе синимъ электрическимъ свѣтомъ—безрезультатно. 10. *Эпиляція—единственный способъ, вѣрно ведущій къ намѣченной цѣли,* и только *онъ*, съ примѣненіемъ дополнительныхъ обеззараживающихъ средствъ, *даетъ стойкій результатъ.* 11. Парша во всѣхъ степеняхъ своего развитія излѣчима, хотя для коренного своего излѣченія требуетъ самого внимательнаго и упорнаго труда. 12. Ростъ волосъ при эпиляціи становится прекраснымъ, усиленнымъ, и эпиляція отнюдь не обусловливаетъ плѣшивости: волоса ростутъ пучкомъ въ 2—3—4 волоска, сперва свѣтлѣе здоровыхъ, а потомъ—темнѣе. 13. При умѣломъ примѣненіи эпиляція почти безболѣзненна (въ силу особенности пораженнаго грибкомъ волоса), ибо примѣняется безъ протеста даже у маленькихъ дѣтей. 14. Время, потребное для излѣченія парши, находится въ прямой зависимости отъ а) степени распространенія процесса, б) умѣло-тщательнаго примѣненія эпиляціи по извѣстной программѣ [для удаленія грибковыхъ массъ съ поверхности волосистой части головы ее смазываютъ вазелиномъ или оливковымъ масломъ, поверхъ кладутъ пропитанный масломъ компрессъ, забинтовываютъ голову на сутки, а затѣмъ моютъ зеленымъ мыломъ; послѣ стрижки волосъ машинкою голову смазываютъ мазью: можжевеловаго масла (Ol. Cadini), сѣрнаго цвѣта (flor. sulf.) по ʒs, зеленаго мыла и свиного сала по ʒj, припудривая смѣсью талька ʒj, окиси цинка (zinc. oxyd). ʒs, и забинтовываютъ опять дня на 2. Смазываніе мазью повторяется до заживленія изъязвленныхъ мѣстъ и исчезновенія раздраженія. Послѣдующее удаленіе волосъ (больныхъ) производится пинцетомъ по 1—2 волоска ежедневно на маломъ участкѣ; по окончаніи всей эпиляціи, когда состояніе кожи пораженныхъ мѣстъ головы не обнаруживаетъ раздраженія, ограничиваются удаленіемъ волосковъ вмѣстѣ съ корочкою на тѣхъ мѣстахъ, гдѣ оказались пропущенные больные волоски, либо оборвавшіеся во время эпиляціи; провѣрка эта производится чрезъ 3—4 дня лупою, и провѣряемыя мѣста кожи смазываются смѣсью: чистѣйшаго резорцина гр. XX, салициловаго метила (methyl. salycil.) ℥j, глицерина ℥jj, виннаго спирта ℥j. Вечеромъ голову моютъ зеленымъ мыломъ и оставляютъ безъ лѣченія на 3—4 дня; стрижка производится чрезъ 6—7 дней] и в) опытности низшаго медицинскаго персонала (фельдшера или ученика). 15. При выполненіи условій, помѣченныхъ въ предыдущемъ § (по этому плану и ведется лѣченіе въ Николаевскомъ военномъ госпиталѣ) для стойкаго излѣченія больного паршею необходимо отъ 3-хъ до 10 мѣс. (въ среднемъ 6 мѣс.); послѣдній срокъ (10 мѣс.)—для застарѣлыхъ и распространенныхъ формъ. 16. Пребываніе больного въ лѣчебномъ заведеніи можетъ ограничиваться (при средней степени распространенія болѣзни)—2-мя мѣсяцами; въ остальной срокъ, потребный для окончательнаго излѣченія, больной можетъ приходить въ лѣчебное заведеніе разъ въ недѣлю. 17. Приходящій больной, голова коего смазана мазью съ можжевеловымъ масломъ + пудра, не представляетъ опасности для окружающихъ.

*А. А. Вороновъ* (Керчь). *О лѣченіи парши волосистой части головы (на основаніи 110 случаевъ этой болѣзни).* Отобравъ изъ указаннаго числа случаевъ, относившихся къ коечнымъ больнымъ, находившимся въ лѣчебныхъ заведеніяхъ Одесскаго военнаго госпиталя, 51 случай, представлявшій клиническій интересъ 1) по болѣе или менѣе систематическому примѣненію различныхъ средствъ; 2) по удостовѣренной обнаруженіемъ грибка achorion паршѣ и 3) по полному выздоровленію больныхъ, и приведя въ особомъ приложеніи исторіи болѣзни, авторъ подробно изложилъ результаты примѣнявшихся различныхъ способовъ лѣченія и нашелъ, что наилучшимъ способомъ лѣченія парши, удовлетворяющимъ, по его наблюденіямъ, необходимымъ требованіямъ такового, т. е. уничтоженію въ кожѣ

[1]) Приношу искреннюю благодарность ч. пр. *В. В. Иванову* за предоставленный матеріалъ для составленія настоящаго отчета. *А. Г.*

и в) нормальное давленіе—при воспаленіяхъ соединительной оболочки, при врожденномъ отсутствіи радужной оболочки, при старческой неосложненной катарактѣ, при воспаленіи сѣтчатки, эмболіи центральной артеріи сѣтчатки, воспаленія и атрофіи зрительныхъ нервовъ и при неправильностяхъ преломленія (Юрьевская диссертація, 1902).

299. Изучая вопросъ о *заболѣваніяхъ глазъ при проказѣ*, д-ръ *Руберть* осмотрѣлъ въ 1901 г. въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ всѣхъ призрѣвавшихся прокаженныхъ въ лепрозоріяхъ Вендена, Риги, Тарваста, Ненналя и Юрьева. Всего имъ изслѣдовано было 251 чел. (105 мужчинъ и 146 женщинъ), при чемъ оказалось, что при пятнистой формѣ проказы—особенно у женщинъ—глазныя заболѣванія встрѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ при бугристой. Въ общемъ же глазами страдали около 75% всѣхъ прокаженныхъ, каковой % вполнѣ согласуется съ данными прежнихъ изслѣдователей. Кромѣ того, установлено было, что глаза поражаются при проказѣ довольно рано и что съ теченіемъ времени % заболѣваній постепенно увеличивается. Изъ клиническихъ наблюденій авторъ убѣдился, между прочимъ, что заболѣванія дна глазъ встрѣчаются при проказѣ весьма нерѣдко, а именно—у 23% всѣхъ изслѣдованныхъ больныхъ внутриглазныя измѣненія могли быть обнаружены, благодаря достаточной прозрачности средъ. Измѣненія эти заключались въ разсѣянныхъ очагахъ воспаленія по окружности сосудистой оболочки, въ нетипичномъ пигментномъ пораженіи сѣтчатки, при куриной слѣпотѣ и концентрическомъ съуженіи поля зрѣнія, или въ высыпаніи многочисленныхъ пятнышекъ сѣровато-желтаго цвѣта въ этой оболочкѣ (послѣдняго рода измѣненія, въ виду ихъ своеобразности, авторъ считаетъ характерными для проказы), въ пораженіи сѣтчаточныхъ сосудовъ, съ кровоизліяніями и помутнѣніемъ сѣтчатки, въ кровепереполненіи, воспаленіи или атрофіи зрительныхъ нервовъ и въ помутнѣніяхъ стекловиднаго тѣла. Въ общемъ измѣненія глазного дна—какъ и другія страданія глазъ—представляли большое сходство съ таковыми при сифилисѣ и бугорчаткѣ (Юрьевская диссертація, 1903).

300. Проф. *W. O. Nance* (Chicago) читалъ въ LIII годовомъ Собраніи медицинскаго Общества штата Illinois о *лѣченіи косоглазія у дѣтей*. Лѣченіе это должно быть, по возможности мирнымъ; къ хирургическому лѣченію слѣдуетъ обращаться лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда либо степень косоглазія очень велика и заранѣе видно, что безъ операціи и очки будутъ безполезны, либо мирное, ортопедическое лѣченіе оказалось безуспѣшнымъ. При очень сильныхъ степеняхъ косоглазія авторъ оперируетъ и дѣтей, не достигшихъ даже 3-лѣтняго возраста; въ обыкновенныхъ же случаяхъ, лишь не поддающихся мирному лѣченію, онъ ждетъ возраста 7 или 8 лѣтъ. Изъ средствъ мирнаго лѣченія авторъ указываетъ на атропинъ, очки, завязываніе здороваго глаза, стереоскопъ, гимнастику глазныхъ мышцъ и чтеніе съ препятствіемъ. Глазныя капли изъ атропина можно назначить и годовалому ребенку, лишь только замѣчена косина: парализуя приспособленіе, капли эти ослабляютъ и чрезмѣрное сведеніе глазъ, ведущее къ косоглазію. Въ большинствѣ случаевъ наступаетъ явное улучшеніе, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ косоглазіе и совершенно исчезаетъ отъ одного этого лѣченія. При благопріятномъ результатѣ необходимо, съ извѣстными перерывами, продолжать впусканіе атропина въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ. Крѣпость-же раствора атропина можетъ не превышать $^1/_4$% и даже $^1/_8$%; дѣтямъ, не переносящимъ атропина, слѣдуетъ назначать дюбуазинъ. На 3-мъ году жизни можно приступить уже къ изслѣдованію преломленія глазъ (подъ атропиномъ) и къ назначенію очковъ, вполнѣ исправляющихъ неправильность преломленія, особенно же астигматизмъ—для постояннаго ношенія. Что же касается неудобства ношенія очковъ въ столь нѣжномъ возрастѣ, то авторъ замѣчаетъ, что у него есть такіе больные, которые не достигли еще 3-лѣтняго возраста, а уже нѣсколько мѣсяцевъ носятъ очки. Каждый годъ глаза должны быть вновь изслѣдованы, при чемъ слѣдуетъ обращать вниманіе и на размѣры оправы очковъ. Къ завязыванію здороваго глаза, имѣющему цѣлью предупредить потерю зрѣнія отъ неупотребленія косящаго глаза, можно приступить еще въ болѣе раннемъ возрастѣ, чѣмъ это требуется для назначенія очковъ. Упражненія же на стереоскопѣ, требующія уже извѣстнаго умственнаго развитія, возможно начать не раньше, какъ на 4-мъ или 5-мъ году жизни. Чтеніе съ препятствіемъ—съ карандашомъ или другой какой-нибудь палочкой, помѣщаемой передъ глазами, на извѣстномъ разстояніи отъ страницы—побуждаетъ работать обоими глазами, такъ какъ только такимъ образомъ и возможно читать при означенныхъ условіяхъ. Отъ упражненія глазныхъ мышцъ авторъ видѣлъ особенно хорошіе результаты при послѣоперативномъ лѣченіи. Удерживая голову въ неподвижномъ положеніи и прикрывъ одинъ глазъ, заставляютъ ребенка слѣдить за карандашемъ или другимъ какимъ-либо предметомъ, передвигая послѣдній какъ можно дальше въ направленіи болѣе слабой мышцы и быстро отводя его затѣмъ на прежнее мѣсто, при чемъ такое движеніе повторяется въ теченіи нѣсколькихъ минутъ съ каждымъ глазомъ, по нѣсколько разъ въ день, а для предупрежденія переутомленія упражняемыхъ мышцъ чередуютъ означенный поворотъ глазъ съ движеніями вверхъ и внизъ (Medicine, іюль). *Р. Кацъ.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 301. *G. Bamberg* (Berlin) сообщаетъ 2 случая *затяжной язвенной слоновости наружныхъ половыхъ частей сифилитическаго происхожденія.*

Въ 1-мъ изъ этихъ случаевъ характеръ заболѣванія былъ ясенъ уже изъ анамнеза; во 2-мъ же сначала распознаны были: ракъ влагалища и, вѣроятно, также матки, раковое измѣненіе околоматочной клѣтчатки со смѣщеніемъ лѣваго мочеточника, лѣвосторонній піонефрозъ или гидронефрозъ. Въ этомъ случаѣ больная выздоровѣла подъ вліяніемъ лѣченія іодистымъ каліемъ. Въ 1-мъ случаѣ было произведено также микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ изъ удаленной малой губы, при чемъ найдено слѣдующее. Всѣ слои надкожицы представлялись гипертрофированными; сосочки мѣстами были уже и нѣсколько болѣе остроконечны, чѣмъ въ нормѣ. Ткань собственно кожи отличалась большею плотностью въ верхнихъ слояхъ, чѣмъ въ нижнихъ, сосудистыя стѣнки были утолщены, число же сосудовъ скорѣе уменьшено; вся ткань была сильно отечна; во многихъ мѣстахъ вблизи поверхностнаго слоя находились совершенно нормальныя сальныя железы. Въ окружности этихъ послѣднихъ, а также на всемъ остальномъ протяженіи кожи, въ особенности въ сосочковой части и преимущественно вдоль кровеносныхъ сосудовъ располагались скопленія мелкихъ клѣтокъ. Клѣточекъ-великановъ не было; окраска срѣзовъ по *Ziehl-Neelsen*'у и *Gabbert*'у на бугорчатковыя палочки дала совершенно отрицательный результатъ. Разбирая всѣ ранѣе описанные случаи, авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Чтобы поставить распознаваніе бугорчатковаго характера изъязвленій, слѣдуетъ, по меньшей мѣрѣ, найти палочки бугорчатки; для полной-же увѣренности требуется также и положительный результатъ прививки. Волчанка наружныхъ половыхъ частей требуетъ для своего распознаванія той картины—макроскопической и гистологической, какая наблюдается при волчанкѣ другихъ частей тѣла. Вмѣстѣ со *Schröder*'омъ, *Hofmeier*'омъ и др. авторъ настаиваетъ на томъ, что громадное большинство затяжныхъ изъязвленій въ этой области, сопровождающихся слоновымъ утолщеніемъ, имѣютъ сифилитическое происхожденіе (Archiv für Gynäkologie, т. LXVII, тетр. 3). *С. Бродскій.*

302. Д-ръ *J. Pacyna* (изъ клиники проф. *Reiss*'а въ Краковѣ) сообщаетъ *свои наблюденія надъ примѣненіемъ тигенола Roche въ кожныхъ болѣзняхъ.* Тигенолъ близокъ къ ихтіолу, но предъ послѣднимъ имѣетъ нѣкоторыя преимущества: богаче органически связанной сѣрой (10% вмѣсто 8,8% у ихтіола), безъ вкуса и запаха, легко смывается съ кожи и, наконецъ, онъ дешевле ихтіола. Тигенолъ легко растворяется въ водѣ, разбавленномъ алкоголѣ и глицеринѣ, хорошо смѣшивается со всякими жирами и коллодіемъ. Авт. назначалъ тигенолъ въ видѣ 10—20% мази вмѣстѣ съ простой мазью, цинковой мазью *Wilson*'а, цинковымъ тѣстомъ *Lassar*'а или ланолиномъ. Изъ 14 случаевъ острой экземы въ 5 полное излѣченіе наступило спустя 2 недѣли, въ 7—отъ 2—4 недѣль, въ 1—въ 6 недѣль; 1 больной исчезъ изъ-подъ наблюденія. Далѣе тигенолъ былъ примѣненъ съ успѣхомъ въ 28 случаяхъ затяжной экземы. Авторъ отмѣчаетъ также болеутоляющее дѣйствіе тигенола въ 5 случаяхъ ожоговъ. При почесухѣ (2 сл.) тигеноловая мазь не дала лучшихъ результатовъ, чѣмъ нафтоловая. Тигенолъ оказался полезнымъ и въ 2 сл. acne. Неуспѣхъ отъ него полученъ въ 1 сл. pityriasis rosea и 1 сл. сикоза. Въ 3 случаяхъ чесотки авторъ назначилъ сначала натираніе всего тѣла зеленымъ мыломъ, затѣмъ ванну и, наконецъ, чистый

Digitized by Google

января образованіемъ бляшекъ у корня языка съ послѣдовательными пузырями, съ очень толстою кожицей, вскорѣ распавшимися и образовавшими ссадневыя изъязвленія, держащіяся и по сіе время. Подчелюстныя железы припухши. Принимая это страданіе за гнойничковый стоматитъ животныхъ (stomatitis episootica pustulosa), докладчикъ добавилъ, что д-ръ *Равичъ* описалъ его въ видѣ эритематозной красноты съ послѣдующимъ образованіемъ пузырей и опредѣлялъ ходъ болѣзни всего въ 7 дней, что подтверждается и данными показываемаго больного.

*Онъ же показалъ больного съ внѣполовымъ первичнымъ сифилитическимъ изъязвленіемъ на небно-глоточной дугѣ зѣва*, характеръ котораго, при наличности мѣстныхъ увеличенныхъ железъ, опредѣлялся, по его мнѣнію, главнымъ образомъ ощупываніемъ.

*А. С. Сердюковъ* замѣтилъ, что нынѣ у показаннаго больного имѣется папулезная жаба, но характерное увеличеніе железъ можетъ еще и нынѣ подтверждать указанное докладчикомъ мѣстоположеніе первичнаго очага болѣзни.

*М. П. Гундоровъ. Къ патологіи pemphigus* (съ предъявленіемъ больного, о которомъ, въ извѣстной ступени его страданія, имѣются указанія въ «Дерматологическихъ изслѣдованіяхъ изъ клиники проф. *А. Г. Полотебнова*»). Изложивъ подробно исторію болѣзни показаннаго больного, распознаваніе истиннаго характера которой установлено было лишь на основаніи крайне ограниченныхъ, типичныхъ для данной формы страданія явленій, докладчикъ послѣдовательно разобралъ теоріи, объясняющія появленіе pemphigus и высказалъ предположеніе о необходимомъ существованіи извѣстнаго отдѣла центральной нервной системы, спеціально завѣдующаго такимъ самостоятельнымъ и дѣятельнымъ органомъ, какъ кожа. Вслѣдствіе нарушенія дѣятельности подобнаго отдѣла при pemphigus, кожныя клѣтки, очевидно, перестаютъ творить себѣ подобныхъ, на мѣсто ежедневно смѣняемыхъ, и вызываютъ тѣмъ картину отравленія съ послѣдовательными отраженными явленіями во всемъ организмѣ, наглядно проявляющимися разстройствомъ нервной и кровеносной системъ; послѣдняя можетъ отвѣчать на такое раздраженіе кровотеченіями, очищающими, можетъ быть, организмъ, хотя на время, отъ отравляющихъ его залежей, образовавшихся вслѣдствіе нарушенной дѣятельности кожи. Въ случаяхъ наблюдающагося иногда, якобы, первоначальнаго страданія слизистыхъ оболочекъ при pemphigus слѣдуетъ думать о существующемъ уже соотвѣтственномъ, по всей вѣроятности, болѣе глубокомъ пораженіи самой кожи. Принимая во вниманіе, что наблюдавшееся у даннаго больного обильное кровотеченіе во внутреннихъ органахъ (въ пищеводѣ, въ желудкѣ, въ кишкахъ, можетъ быть, и въ почкахъ) явилось обстоятельствомъ, содѣйствовавшимъ улучшенію бывшаго у него тяжелаго общаго состоянія, возбуждавшаго даже мысль о близкой его смерти, позволительно было бы испытать у такихъ больныхъ, при подобныхъ же условіяхъ, кровопусканіе съ цѣлью очистить организмъ отъ скопляющихся въ крови отравляющихъ началъ.

Въ обсужденіи этого сообщенія принимали участіе проф. *Т. П. Павловъ* и ч. пр. *П. П. Абрамычевъ*.

*Н. Н. Дьячковъ* прочелъ сообщеніе—*Нѣкоторыя соображенія о внѣполовыхъ твердыхъ шанкрахъ*, по поводу котораго говорили многіе члены Общества. Въ дополненіе къ сказанному проф. *Т. П. Павловъ* сообщилъ о находившемся подъ его наблюденіемъ мальчикѣ, 10 л., изъ богатой семьи, имѣвшемъ первичное сифилитическое затвердѣніе около задняго прохода, которое явилось вѣроятнымъ слѣдствіемъ посѣщенія людского ватерклозета: среди прислуги былъ лакей, впослѣдствіи уволенный и страдавшій, по его заявленію, грыжею. *А. Гаринъ.*

## *1-й Съѣздъ Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ.*

*(Продолженіе. См. выше, № 11, стр. 419).*

*Н. З. Ивановъ* (Москва). *Къ вопросу о разрывахъ матки* (съ предъявленіемъ препаратовъ). Докладчикъ вкратцѣ коснулся веденія родовъ при разрывахъ матки (извлеченіе плода) и тѣхъ мѣропріятій, которыя примѣняются по отношенію къ самому разорванному органу, и затѣмъ перешелъ къ главной части своего доклада—анатомическому разбору представленнаго имъ большого числа препаратовъ съ цѣлью выработать извѣстныя основанія для лѣченія разрывовъ матки, которое точно еще не установлено и для котораго необходимо обращать вниманіе на особенности каждаго случая съ анатомической стороны. При разсматриваніи представленнаго докладчикомъ собранія препаратовъ легко установить дѣленіе разрывовъ на нѣсколько видовъ. Во I-хъ—поперечные разрывы надвлагалищной части шейки матки (неправильно называемые «colpaporrhexis»); эти, по большей части произвольные, разрывы чаще всего бываютъ полными, обыкновенно обязаны своимъ происхожденіемъ плоскимъ тазамъ, помѣщаются между круглыми связками и, продолжаясь въ область широкихъ связокъ, сопровождаются образованіемъ въ послѣднихъ гэматомы. Края разрыва имѣютъ рваный видъ, сильно пропитываются кровью и медленно кровоточатъ; кровотеченіе это рѣдко убиваетъ больныхъ, но зато весьма предрасполагаетъ къ гнилостному перитониту, такъ какъ брюшная полость, въ которой скопляются сгустки, остается открытой для сообщенія съ внѣшнимъ воздухомъ. Въ этихъ случаяхъ безусловно требуется хирургическая помощь, состоящая въ остановкѣ кровотеченія и удаленіи сгустковъ. Разорванную матку слѣдуетъ удалять, такъ какъ края разрыва ушиблены, размозжены, большею частью заражены, а ткань самой матки (разрывы эти, какъ сказано, обыкновенно бываютъ произвольными) поражена и при сохраняющемъ лѣченіи въ слѣдующихъ родахъ разорвалась-бы вновь. Во 2-хъ—боковые продольные разрывы шейки, проникающіе въ клѣтчатку широкихъ связокъ, гдѣ они обыкновенно даютъ гэматомы. Разрывы эти—неполные, чаще всего насильственнаго происхожденія (при поворотахъ, наложеніи щипцовъ), имѣютъ ровные края и обыкновенно сильно кровоточатъ. Если больныя не гибнутъ отъ кровотеченія, то подвергаются большой опасности отъ гнилостнаго зараженія вслѣдствіе ихорознаго распада гэматомы: гнилостный процессъ изъ мѣстнаго легко дѣлается общимъ, порождая гнилостный перитонитъ, гнило- или гное-кровіе; достойны вниманія случаи, гдѣ больныя погибали отъ вторичнаго кровотеченія. Смертность въ случаяхъ разрывовъ этой категоріи однако меньше, чѣмъ при разрывахъ 1-го типа, и при небольшомъ кровотеченіи и хорошемъ пульсѣ можно выжидать. Хирургическая помощь, состоящая въ остановкѣ кровотеченія и въ очищеніи полости гэматомы, должна производиться путемъ чревосѣченія, такъ какъ попытки перевязки сосудовъ черезъ влагалище до сихъ поръ не приводили къ цѣли. Въ 3-хъ — сравнительно немногочисленная группа заднихъ разрывовъ шейки, проникающихъ въ *Douglas*'ово пространство. Эти разрывы бываютъ или произвольными вслѣдствіе протиранія шейки о мысъ или объ экзостозы, или насильственными; въ послѣднемъ случаѣ они имѣютъ срединное положеніе и направляются продольно въ глубину 3—6 стм. Кровотеченіе бываетъ ничтожное, и больныя гибнутъ чаще отъ гнилостнаго перитонита, къ чему предрасполагаетъ попаданіе выдѣленій матки въ брюшину *Douglas*'ова пространства, тѣмъ болѣе, что разрывы часто остаются нераспознанными. Лѣченіе можетъ быть сохраняющее и состоять въ зашиваніи разрыва или тампонадѣ, при чемъ и здѣсь, какъ и въ случаяхъ предъидущей группы, необходимо точно ознакомиться съ анатомическими особенностями разрыва путемъ изслѣдованія, напр., съ освѣщеніемъ по способу проф. *Д. О. Отта*. Въ 4-хъ—разрывы тѣла матки, которые можно лѣчить сохраняющимъ способомъ при помощи шва, если этому благопріятствуютъ обстоятельства. Изъ представленныхъ докладчикомъ 3 хъ препаратовъ этой категоріи—въ 1 случаѣ можно было-бы примѣнить сохраняющее лѣченіе, не посягая на принципы хирургіи. Наконецъ, въ 5-ую группу докладчикъ отнесъ разрывы, направленіе, форма и происхожденіе которыхъ весьма различны. Лѣченіе ихъ опредѣляется обстоятельствами каждаго случая и тѣми принципами, которые выработаны относительно описанныхъ группъ разрывовъ.

*П. И. Стояновъ* (Плевна). *4 случая разрывовъ матки и 2 разрыва влагалища.* Не соглашаясь съ мнѣніемъ *Н. З. Иванова*, докладчикъ выразилъ убѣжденіе, что при разрывахъ матки нѣтъ необходимости прибѣгать къ чревосѣченію для извлеченія плода и роды могутъ быть закончены путемъ поворота, при чемъ онъ никогда не наблюдалъ значительнаго увеличенія разрыва матки. Въ подтвержденіе этого докладчикъ привелъ 5 собственныхъ случаевъ разрывовъ матки, проведенныхъ имъ въ Ловчѣ и въ Плевнѣ; въ 3-хъ случаяхъ плодъ былъ, по словамъ докладчика, весь въ брюшной полости, въ 2-хъ же—только отчасти. Поворотъ во всѣхъ случаяхъ удалось совершить довольно легко, но всѣ больныя погибли на операціонномъ столѣ или болѣе или менѣе скоро послѣ операціи. Предсказаніе оперативнаго вмѣшательства было, впрочемъ, завѣдомо плохое въ виду тяжелаго состоянія больныхъ, которыя доставлялись въ больницы, къ сожалѣнію, слишкомъ поздно. Въ заключеніе докладчикъ выразилъ свою склонность къ сохраняющему лѣченію, находя, что гистерэктомію слѣдуетъ примѣнять лишь въ крайнихъ случаяхъ.

Д-ръ *М. Славчевъ* (София). *Случай разрыва матки и задняго свода при поперечномъ положеніи съ выпаденіемъ ручки.* Докладчикъ сообщилъ объ одномъ случаѣ запущеннаго поперечнаго положенія, сопровождавшагося значительнымъ кровотеченіемъ съ упадкомъ силъ больной и законченнаго удаленіемъ головки и извлеченіемъ. Такъ какъ кровотеченіе продолжалось и послѣ извлеченія головки, то докладчикъ направился за послѣдомъ въ матку, но нашелъ ее пустою, а, прослѣдивъ за пуповиною, попалъ въ брюшную полость, изъ которой и извлекъ послѣдъ. Разрывъ захватывалъ шейку и тѣло матки до *Bandl*'евскаго кольца и распространялся на задній сводъ, обнажая *Douglas*'ово пространство. Докладчикъ зашилъ разрывъ матки, оставивъ незашитымъ сводъ, промылъ и затампонировалъ матку. Больная поправилась. Разсмотрѣвъ вкратцѣ подраздѣленіе, статистику и лѣченіе разрывовъ матки, докладчикъ коснулся особенностей своего случая, позволившихъ ему приступить къ сохраняющей операціи и при томъ черезъ влагалище, а не путемъ чревосѣченія. Разрывъ влагалища облегчилъ оператору эту задачу, и онъ находитъ, что во всѣхъ случаяхъ даже полныхъ разрывовъ съ выпаденіемъ плода и послѣда въ брюшную полость можно иногда производить, вмѣсто брюшного чревосѣченія, кольпоцеліотомію съ послѣдующимъ дренажемъ брюшной полости черезъ задній сводъ и, при неудачѣ остановки кровотеченія путемъ наложенія швовъ, заканчивать операцію влагалищнымъ удаленіемъ матки.

Д-ръ *Ивановъ* (Кіевъ): Разъ нужно удалить матку, то влагалищный способъ является наилучшимъ и наиболѣе легкимъ. Д-ръ *И.* началъ первый въ Россіи удалять такимъ путемъ разорванныя матки; 1-ый случай былъ въ 1898 г. (перевязка связокъ лигатурами; операція продолжалась 27 мин.), 2-ой—въ 1899 г. (съ помощью зажимовъ; операція длилась 20 мин.).

Д-ръ *Богдановъ* (Владиміръ) имѣлъ больную съ поперечнымъ разрывомъ матки и съ выходомъ плода въ брюшную полость; края разрыва были ровные, мало травматизированные, и матка поэтому была зашита, а брюшная полость дренирована. Больная поправилась. Д-ръ *Б.* находитъ, что сохраняющія операціи въ

Digitized by Google

грибка парши съ возможно меньшимъ ослабленіемъ жизнедѣятельности кожи и строгой систематичности въ проведеніи лѣченія въ виду большой стойкости грибка въ кожѣ и волосахъ, является способъ *Bodin*'а, состоящій изъ 3-хъ послѣдовательныхъ періодовъ: 1) подготовительнаго, 2) эпиляціи и устраняющаго воспалительныя явленія и 3) обеззараживающаго лѣченія, долженствующаго длиться, по *Bodin*'у, до 3-хъ мѣсяцевъ. Примѣняя такое лѣченіе въ Керченскомъ лазаретѣ съ апрѣля прошлаго года, авторъ получилъ вполнѣ удовлетворительные результаты и высказалъ мнѣніе, что госпитальнаго лѣченія, въ виду тягости длительнаго пребыванія такихъ больныхъ въ вполнѣ бездѣятельномъ состояніи, слѣдуетъ держаться лишь въ началѣ его (2—3 мѣсяца), до наружнаго очищенія кожи и уничтоженія грибковъ въ волосахъ; потомъ больные могутъ нести службу, находясь въ общихъ помѣщеніяхъ, и, продолжая лѣченіе, должны только въ опредѣленное время являться для изслѣдованія, впредь до излѣченія.

*Я. Н. Соколовъ* (Москва). *Къ вопросу о лѣченіи парши формалиномъ* (Клиническое изслѣдованіе на 15 больныхъ). Выводы: 1) Примѣненіе воднаго 5—10%-го раствора формалина болѣзненно. 2) Примѣняемый въ видѣ 5-минутныхъ втираній 2 раза въ день 5%-ный водный растворъ формалина не убиваетъ совершенно achorion *Schönlein*'а и не вылѣчиваетъ парши даже при наложеніи согрѣвающаго компресса изъ того же раствора. 3) Длительное примѣненіе 5%-го воднаго раствора формалина вызываетъ явленія раздраженія на кожѣ въ видѣ дерматита и на вѣкахъ въ видѣ конъюнктивита. 4) При провѣркѣ способовъ лѣченія парши волосистой части головы необходимо имѣть въ виду атипичныя формы ея (favus atypicus), а потому 5) въ видахъ установленія точнаго распознаванія необходимо бактеріологическое изслѣдованіе.

*П. А. Шаркевичъ-Шаржинскій* и *С. Л. Богровъ* (Москва). *О дѣйствіи формалина на паршу* (экспериментальное изслѣдованіе изъ лабораторіи клиники кожныхъ болѣзней въ Московскомъ Университетѣ). Въ виду трудности поставить распознаваніе на основаніи микроскопической картины, получаемой при изслѣдованіи пораженнаго паршей волоса, приходится прибѣгать къ разводкамъ, при чемъ выясняется и жизнеспособность грибка, гнѣздящагося въ волосѣ. Achorion *Schönlein*'а ростетъ на мясо-пептонъ-агарѣ (до 10% пептона), при 33—37° Ц., и даетъ колоніи съ характерными особенностями чрезъ 2—3 дня. При своихъ опытахъ авторы пользовались, кромѣ волосковъ, давшихъ начало колоніямъ на питательной средѣ, еще и волосками, изъ коихъ грибокъ началъ развиваться безъ питальной среды по способу *Plaut*'а. Волоски обрабатывались 5%-мъ водимымъ растворомъ формалина, промывались въ сулемѣ (1:1000) и пересаживались на М.П.А. (10%). Всего произведено 50 опытовъ надъ 649 волосками. Выводы: 1. 5%-ный водный растворъ формалина въ теченіи 20 минутъ безусловно убиваетъ грибокъ Achorion *Schönlein*'а, выращенный по *Plaut*'у въ эпилированныхъ волоскахъ, при чемъ не исключается возможность и болѣе быстраго достиженія тѣхъ-же результатовъ. 2. Увеличеніе механическихъ препятствій (кусочки питательной среды и густой мицелій) можетъ свести къ нулю дѣйствіе водныхъ растворовъ формалина. 3. Сидящія въ кожѣ части волоса недоступны для водныхъ растворовъ формалина (быть можетъ, вслѣдствіе жировой смазки?). 4. Примѣненіе водныхъ растворовъ формалина не составляетъ шага впередъ въ борьбѣ съ паршею. 5. Желательны еще дальнѣйшія наблюденія надъ дѣйствіемъ спиртовыхъ растворовъ формалина и паровъ его на Achorion.

Въ виду общности темы этихъ 4-хъ докладовъ пренія происходили по выслушаніи всѣхъ ихъ.

Д-ръ *Селицкій*, удивляясь большому % вылѣчиванія парши у д-ра *Якимовича* и выражая сомнѣніе въ безусловной пользѣ эпиляціи, указалъ на необходимость производства ея только врачемъ и привелъ наблюдавшійся имъ случай, когда больной, не желая подвергаться эпиляціи, былъ осужденъ въ дисциплинарный батальонъ на 2 года.

Ч. пр. *А. И. Лянцъ* спросилъ, приходилось-ли кому-либо изъ военныхъ врачей наблюдать хотя бы одинъ случай несомнѣнной передачи парши отъ одного лица другому?

*Н. Н. Якимовичъ* отвѣтилъ, что за 25 лѣтъ своей дѣятельности онъ не встрѣчалъ ни одного случая передачи парши среди нижнихъ чиновъ; но въ частной практикѣ онъ наблюдалъ, въ 1902 г., передачу паршей 2-мъ дѣтямъ, за которыми ходила дѣвушка, больная паршею; страданіе было подтверждено микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Въ дальнѣйшихъ преніяхъ, относившихся непосредственно къ докладу д-ра *Якимовича* принимали участіе: д-ра *Вышемирскій*, *Селицкій*, *Соболевъ* (Павлоградъ), *Туровскій* (С. Ольховка), *Боровскій* (Кіевъ), *Зарембо* (Опочка), *Новомарьевскій* (Дербентъ) и *Цѣновскій* (Одесса).

Ч. пр. *А. И. Лянцъ*, допуская необходимость полученія разводки только для весьма ограниченнаго числа атипичной парши обратилъ вниманіе на относительно прекрасные результаты, полученные въ Prag'ской клиники проф. *Pick*'а отъ примѣненія борной кислоты при лѣченіи парши.

Д-ръ *Ширяевъ* (Москва), указавъ, что лѣченіе парши должно имѣть цѣлью достигнуть вообще быстраго излѣченія, добавилъ, что въ сдѣланныхъ сообщеніяхъ вовсе не упоминается: 1) о настойчиво предлагаемомъ *Unn*'ой spray'ѣ эѳиромъ или спиртомъ, хотя бы съ салициловой кислотой; 2) объ ошпариваніи, не только съ цѣлью кератолитическаго дѣйствія, съ намѣреніемъ облегчить доступъ лѣкарственныхъ веществъ въ болѣе глубокія части кожи, но и для усиленія лейкоцитоза, что можетъ имѣть нѣкоторое значеніе при вялости тканей и упорности при этомъ теченіи всякаго кожнаго процесса; 3) о старой, забытой т. наз. *Пироговской* мази, которая можетъ сама по себѣ давать излѣченіе безъ всякой эпиляціи, которую бываетъ иногда необходимо устранить напр. у маленькихъ, нервныхъ дѣтей; вѣроятно, примѣсь іода даетъ этой мази большее преимущество предъ часто назначаемой мазью *Wilkinson*'а.

По поводу лѣченія парши говорили ч. пр. *П. П. Абрамычевъ* и проф. *И. В. Никольскій* (Варшава).

Сообщенный д-ромъ *Селицкимъ* случай дисциплинарнаго взысканія за отказъ больного подвергнуться эпиляціи вызвалъ весьма длительныя пренія, въ коихъ принимали участіе многіе члены Отдѣла (д-ра *Чистяковъ*, *Архиповъ*, *Фридманъ*, *Шмидтъ*, *Суховъ*, *Гуладзе*, *Мысовскій* и др.) при чемъ, между прочимъ, былъ поднятъ вопросъ о возбужденіи ходатайства съ цѣлью отмѣны распоряженій о принудительномъ лѣченіи парши эпиляціею у нижнихъ чиновъ.

Проф. *А. Г. Ге*, въ виду точно неустановленной достовѣрности подобнаго распоряженія, предложилъ Отдѣлу просить проф. *Т. П. Павлова*, какъ члена Коммиссіи при В.-медицинскомъ ученомъ Комитетѣ, пересматривающей наставленіе о пріемѣ новобранцевъ, сообщить этой Коммиссіи результаты засѣданія Отдѣла и выраженныя на немъ пожеланія.

*Е. И. Марциновскій* и *С. Л. Богровъ*. *О protozoa при Пендинской язвѣ* (предварительное сообщеніе съ предъявленіемъ препаратовъ). Въ 1 случаѣ типичной Пендинской язвы изъ частной практики проф. *Поспѣлова* (въ маѣ 1903 г.) докладчикамъ удалось обнаружить въ мазкахъ изъ грануляцій образованія, чрезвычайно напоминающія protozoa. Онѣ состоятъ изъ протоплазматической части яйце- или груше-видной формы, заключающей въ себѣ скопленія хроматина въ видѣ 1) болѣе темно окрашивающейся палочки и 2) болѣе свѣтлой глыбки; иногда виденъ хроматинъ только въ видѣ палочки. Чужеядныя эти крайне мелки, заключены въ протоплазмѣ эпителіоидныхъ или одноядерныхъ клѣтокъ и нерѣдко окружены свѣтлымъ ободкомъ—пустотой; встрѣчаются и свободныя protozoa; въ нѣкоторыхъ видны двойныя группы хроматина, какъ бы предшествующія дѣленію особи. Указанныя морфологическія особенности очень напоминаютъ trypanozoma, вызывающаго гэматурію у животныхъ. Никакихъ двоекокковъ не обнаружено. Разводки и опытъ прививки животнымъ дали отрицательный результатъ. Въ висячей каплѣ свободныя protozoa обнаруживали при комнатной температурѣ слабое движеніе. Органовъ движенія найти у нихъ не удалось.

Ч. пр. *М. А. Членовъ* (Москва), отмѣтивъ высокій интересъ показанныхъ препаратовъ, добавилъ о необходимости дальнѣйшихъ болѣе подробныхъ изслѣдованій въ сообщенномъ направленіи.

*(Продолженіе слѣдуетъ.)*

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *LV. Изъ Русскаго сифилидологическаго и дерматологическаго Общества въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 31-го января).

*Е. А. Каганъ показалъ больного*, служащаго въ паркѣ конно-желѣзныхъ дорогъ за Нарвской заставой, *съ своеобразной формой заболѣванія полости рта*. Болѣзнь началась около 26-го

Digitized by Google

нялся въ завѣдуемой имъ больницѣ, приводитъ показанія и противопоказанія къ укладыванію больныхъ въ постель и доказываетъ полученные имъ благопріятные результаты цѣлымъ рядомъ фактовъ и цифръ. Постельный режимъ рѣзко повліялъ на весь внутренній строй больницы, существенно измѣнилъ взаимныя отношенія больныхъ и служащихъ: число изоляцій сразу сократилось; количество насильственныхъ дѣйствій и поступковъ, нападеній, столкновеній, рванья одежды, битья стеколъ и пр. уменьшилось въ $1^1/_2$—3 раза; надзоръ и уходъ за больными, склонными къ самоубійству и членовредительству облегчился; клиническое наблюденіе больныхъ, благодаря большей доступности ихъ для физическаго и психическаго изслѣдованія, улучшилось; наблюденіе за вліяніемъ того или другого назначаемаго средства сдѣлалось болѣе удобнымъ, а результаты его—болѣе очевидными и чистыми. Состоянія возбужденія и обостреній при постельномъ режимѣ въ общемъ протекаютъ безусловно болѣе мягко и ровно, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и скорѣе. Указываемыя нѣкоторыми наблюдателями отрицательныя стороны постельнаго содержанія—сокращеніе ночнаго сна, наклонность къ запорамъ и рукоблудію, паденіе вѣса, развитіе чахотки, лѣни и апатіи—авт. подтвердить не можетъ; данныя наблюденій всѣхъ этихъ условій внутренней жизни больницы до введенія постельнаго содержанія и послѣ него не представляли сколько-нибудь существенныхъ отличій. На основаніи своихъ наблюденій авт. приходитъ къ слѣдующему общему заключенію: «постельное содержаніе въ больницахъ для хроническихъ душевно-больныхъ (resp. острыхъ) является могучей мѣрой, способствующей не только уменьшенію проявленія со стороны больныхъ различнаго рода насильственныхъ дѣйствій и разрушительныхъ наклонностей, мѣрой, улучшающей надзоръ и уходъ за больными и облегчающей клиническое наблюденіе за теченіемъ болѣзни и дѣйствіемъ различныхъ врачебныхъ мѣропріятій, но, что особенно важно, постельное содержаніе является мѣрой, повышающей культурный уровень жизненныхъ условій больныхъ, болѣе гарантирующей личность больного отъ унижающихъ человѣческое достоинство моментовъ» [1]).

*Л. М. Пуссепъ* произвелъ—«*Экспериментально-психологическое изслѣдованіе умственной работы школьниковъ онанистовъ по сравненію съ нормальными*». Изслѣдовано было всего 111 учениковъ, дѣтей рабочихъ завода, въ возрастѣ отъ 11 до 17 лѣтъ, между которыми завѣдомо предававшихся рукоблудію оказалось 26. Опыты производились такимъ образомъ, что всѣмъ ученикамъ извѣстнаго класса раздавались листки съ заранѣе отпечатанной задачей, которую нужно было рѣшить въ 2 минуты, по истеченіи которыхъ листки по командѣ поднимались, чтобы исключить возможность перерѣшеній и поправокъ; по количеству ошибокъ въ рѣшеніяхъ и можно было судить о сравнительномъ качествѣ умственной работы, затраченной учениками на рѣшеніе задачи. Всѣхъ опытовъ въ разное время учебной части дня сдѣлано было 8, давшихъ 888 отвѣтовъ, разборъ которыхъ далъ слѣдующіе выводы: 1) Количество вѣрныхъ отвѣтовъ у учениковъ наростаетъ съ возрастомъ. 2) Количество вѣрныхъ отвѣтовъ у учениковъ, продававшихся рукоблудію, съ возрастомъ понижается и достигаетъ очень низкихъ цифръ къ 15-му году, а затѣмъ снова нѣсколько повышается; такимъ образомъ нужно предположить, что умственная дѣятельность у рукоблудящихъ съ возрастомъ ослабляется, и это ослабленіе особенно сильно въ 15-лѣтнемъ возрастѣ, далѣе-же она снова повышается. 3) % дѣтей, предающихся рукоблудію, съ возрастомъ значительно увеличивается.

*К. С. Агаджанянцъ* озаглавилъ свою статью—«*Есть-ли paranoia acuta самостоятельная нозологическая единица?*» и, приведя сначала довольно подробный сводъ литературныхъ данныхъ и различныхъ мнѣній о т. наз. «остромъ помѣшательствѣ», расчленяетъ затѣмъ этотъ общій вопросъ на 5 частныхъ: 1) Встрѣчаются-ли клинически въ видѣ не эпизодическаго явленія, а преобладающаго процесса такое сочетаніе припадковъ, которое является точнымъ подобіемъ хронической паранойи, но протекаетъ остро, можетъ дать выздоровленіе, и бредъ, за недостаткомъ времени, не такъ законченъ и фиксированъ, какъ это бываетъ при медленномъ развитіи классической хронической формы? 2) Въ неизлѣченныхъ случаяхъ, во что переходитъ острая паранойя: въ хроническую или во вторичныя формы психической слабости? 3) Ея мѣсто среди острыхъ психозовъ? 4) На какой почвѣ она чаще возникаетъ? 5) Аналогична-ли она по сущности съ хронической паранойей? Отвѣты на эти вопросы авт. даетъ слѣдующіе: 1) Не смотря на то, что нѣкоторые авторы считаютъ картину острой паранойи за эпизодъ, а другіе или вовсе отрицаютъ ее, или считаютъ аналогичной спутанности, тѣмъ не менѣе, есть много авторовъ, единогласно утверждающихъ возможность проявленія острой паранойи въ видѣ независимой формы. Авт. самъ наблюдалъ формы, аналогичныя съ хронической паранойей, протекавшія остро, съ лучшимъ предсказаніемъ, въ видѣ, по видимому, первичнаго преобладающаго процесса, который по праву можно назвать самостоятельной болѣзнью. 2) Переходъ острой паранойи въ хроническую громаднымъ большинствомъ клиницистовъ отрицается, и пока можно считать, что неизлѣченные случаи переходятъ во вторичныя состоянія психической слабости; иногда хроническая паранойя можетъ имѣть бурное начало, что можетъ служить причиной предположенія, что острая паранойя перешла въ хроническую форму. 3) Острая паранойя представляетъ самостоятельную клиническую картину припадковъ, проявляющихся въ формѣ преобладающаго процесса, а не эпизодическаго состоянія; она относится къ группѣ интеллектуальныхъ психозовъ, характеризуется извращеніемъ, иллюзорнымъ отношеніемъ и бредовымъ толкованіемъ дѣйствительности при относительно ясномъ сознаніи; при ней могутъ быть галлюцинаціи, чаще гармонирующія съ бредомъ, но не созидающія его, по крайней мѣрѣ, въ цѣломъ. 4) Вырожденіе и создаваемая имъ особенная почва не находится, по видимому, ни въ какомъ прямомъ отношеніи къ острой паранойи, которая можетъ наблюдаться какъ у лицъ, отмѣченныхъ вырожденіемъ, такъ и у свободныхъ отъ него; дегенеративная почва не остается только безъ вліянія на клиническую картину психоза, которой она придаетъ нѣкоторыя особенности (délire d'emblée французскихъ психіатровъ). 5) Не считая доказанной возможность перехода острой формы паранойи въ хроническую, считая возможность выздоровленія нехарактерной для хронической формы, считаясь съ тѣмъ взглядомъ, что въ основѣ послѣдней, видимо, лежитъ хотя-бы частичное ослабленіе интеллекта, при кажущейся сохранности умственныхъ способностей, что даетъ плохое предсказаніе, наконецъ, считая медленное теченіе, постепенное развитіе и кристаллизацію бреда характерными для хронической паранойи, мы имѣемъ право думать, что эти процессы существенно различны.

Ч. пр. *А. В. Герверъ*—«*Къ ученію о задерживающихъ функціяхъ мозговой коры*»—при изученіи корковыхъ центровъ движеній глазъ установилъ интересныя явленія задержки тонуса отводящаго нерва. Опыты (на собакахъ) были поставлены такимъ образомъ, что послѣ перерѣзки у основанія мозга глазодвигательнаго и блокового нервовъ въ соотвѣтственномъ полушаріи раздражались центры, завѣдующіе движеніями глазъ. Такъ какъ послѣ перерѣзки названныхъ нервовъ въ глазѣ стороны раздраженія сохраняла иннервацію только наружная прямая мышца, иннервируемая отводящимъ нервомъ, остальныя-же глазныя мышцы, и въ частности внутренняя прямая, не имѣли никакой иннерваціи, то естественно было ожидать, что глазъ, нервы котораго перерѣзаны, ни при какихъ раздраженіяхъ головного мозга не можетъ отклониться кнутри. Въ дѣйствительности-же оказалось, что раздраженіе лобнаго корковаго центра вызывало отклоненіе обоихъ глазъ, при чемъ глазъ съ перерѣзанными нервами, за исключеніемъ отводящаго, отклонялся кнутри; слѣд., импульсъ отъ мозга къ этому глазу несся только по одному отводящему нерву, иннервирующему, однако, только наружную прямую мышцу. Такъ какъ внутренняя прямая мышца при данныхъ условіяхъ никакихъ импульсовъ отъ мозга получить не можетъ, то слѣдуетъ заключить, что раздраженіе головного мозга вызываетъ значительное ослабленіе тонуса отводящаго нерва, а также и наружной прямой мышцы. Такимъ образомъ опыты эти показываютъ, что при раздраженіи нѣкоторыхъ отдѣловъ мозговой коры могутъ развиваться въ нервахъ, на ряду съ явленіями возбужденія, также и явленія угнетенія. Дальнѣйшія наблюденія показали, что задержка тонуса нервовъ и мышцъ получается только съ двигательныхъ участковъ мозговой коры, и при томъ — только тѣхъ изъ нихъ, въ которыхъ расположены центры антагонистовъ этихъ нервовъ и мышцъ. Тормозящій импульсъ передается, по видимому, отъ мозговой коры непосредственно къ ядру даннаго (противоположнаго) нерва. Наличность въ мозговой корѣ, на ряду съ возбуждающими, и тормозящихъ центровъ и подмѣченный фактъ задержки тонуса при раздраженіи коры только тѣхъ мышцъ и нервовъ, центры антагонистовъ которыхъ раздражаются въ данный моментъ, приводятъ къ предположенію, что назначеніемъ тормозящихъ центровъ является ослабленіе тонуса мышцъ во время сокращенія ихъ антагонистовъ. Особенность эту слѣдуетъ считать весьма цѣлесообразной по отношенію къ общей дѣятельности организма, такъ какъ, благодаря ей, ускоряется сокращеніе мышцъ и, слѣд., облегчается всякая мышечная работа.

Обширная (10 печатныхъ листовъ) работа *Г. Я. Трошина* — «*О сочетательныхъ системахъ полушарій*», основанная на тщательномъ изученіи всей литературы вопроса и многихъ собственныхъ опытахъ на животныхъ, къ сожалѣнію, не поддается краткой передачѣ, и я ограничусь лишь приведеніемъ общихъ выводовъ, къ которымъ пришелъ, на основаніи своихъ изслѣдованій, авторъ. Онъ признаетъ: 1) возстановленіе ученія *Meynert*'а, по которому длинные сочетательные пути *Bardach*'а были сведены на совокупность короткихъ волоконъ, но которое въ послѣднее время стало вновь замѣняться—даже въ учебникахъ—старыми взглядами; по даннымъ изслѣдованій авт., длинныхъ путей нѣтъ, а существуютъ лишь среднія и короткія соединительныя системы; 2) соединеніе между нетождественными физіологически (функціонально) областями, въ противоположность прежнимъ воззрѣніямъ, что сочетательныя системы связываютъ аналогичныя по функціи области.—Къ статьѣ приложенъ литературный указатель и 6 таблицъ рисунковъ.

*В. И. Левчаткинъ*—«*Тепло-влажныя обертыванія и непрерывныя ванны въ психіатрической практикѣ*» — описываетъ свои наблюденія надъ примѣненіемъ этихъ водолѣчебныхъ пріемовъ въ извѣстной психіатрической больницѣ Leubus, въ Силезіи, и даетъ на основаніи своихъ наблюденій, а также и литературныхъ данныхъ оцѣнку значенія этихъ способовъ въ психіатрической терапіи. Широкое примѣненіе водолѣченія при пользо-

[1]) Въ редакціи «Обозрѣнія психіатріи» ждетъ очереди статья д-ра *Г. Г. Бойно-Родзевича*—«Постельное содержаніе душевнобольныхъ», на основаніи данныхъ наблюденій въ одномъ изъ острыхъ отдѣленій Харьковской губернской земской больницы; результаты этихъ наблюденій, какъ въ общемъ, такъ и въ частностяхъ, вполнѣ совпадаютъ съ вышеизложенными; общіе выводы ихъ приведены въ моемъ «Отчетѣ по психіатрическимъ отдѣленіямъ Харьковской губернской земской больницы за 1902 г.»

*Б. Г.*

Digitized by Google

ваніи душевныхъ заболѣваній, въ особенности острыхъ формъ ихъ, съ каждымъ днемъ завоевываетъ среди психіатровъ все болѣе и болѣе сторонниковъ, постепенно вытѣсняя изоляцію, не говоря уже о связываніи. Въ частности тепло-влажныя обертыванія и непрерывныя ванны оказались очень хорошими лѣчебными средствами у возбужденныхъ и безпокойныхъ душевнобольныхъ, на которыхъ онѣ часто дѣйствуютъ лучше и вѣрнѣе, чѣмъ специфически-успокаивающія и даже снотворныя лѣкарства. Тепловлажное обертываніе представляетъ собою видоизмѣненное *Priessnitz*'овское, отъ котораго оно отличается меньшимъ и болѣе постепеннымъ согрѣваніемъ тѣла. Авт. отдаетъ ему даже предпочтеніе передъ непрерывной ванной, благодаря большей простотѣ и удобству примѣненія, меньшей изолированности больныхъ отъ окружающихъ и пр. Авт. приводитъ рядъ цифровыхъ данныхъ и кривыхъ температуры, пульса и дыханія при тепловлажныхъ обертываніяхъ и непрерывныхъ ваннахъ у больныхъ и здоровыхъ. Къ статьѣ приложены доставленные д-ромъ *Alter*'омъ изъ Leubus'а рисунки, изображающіе больныхъ въ описанныхъ водолѣчебныхъ процедурахъ.

*А. А. Пьеницкій* сообщаетъ свѣдѣнія — «*О лѣченіи алкоголиковъ гипнозомъ, какъ оно поставлено въ психотерапевтическомъ амбулаторіи клиники акад. В. М. Бехтерева*». Пріемъ приходящихъ пьяницъ открытъ былъ 5/XII 1902 г., и къ 15/III 1903 г. ихъ явилось уже болѣе 100, такъ что потребовалось выдѣленія ихъ въ особую амбулаторію, которую принялъ въ свое завѣдываніе *Ю. К. Бѣлицкій*. Къ 21/IV въ пользованіи находились всего 53 привычныхъ пьяницъ, изъ которыхъ не пили болѣе 3—4 мѣсяцевъ 23 (43%), а изъ 25 запойныхъ—10 (40%)—цифры, во всякомъ случаѣ слишкомъ еще недостаточныя для какихъ-нибудь выводовъ, если-бы многочисленныя свидѣтельства цѣлаго ряда другихъ наблюдателей, основанныя на гораздо большихъ числовыхъ данныхъ, не подтверждали почти единогласно дѣйствительно весьма благопріятнаго вліянія внушенія при лѣченіи пьяницъ. Авт. подробно излагаетъ методику, которой онъ держался при усыпленіи и внушеніяхъ, попутно останавливается на различныхъ общихъ вопросахъ алкоголизма и сообщаетъ много, не лишенныхъ практическаго интереса и значенія, наблюденій. Высказываясь вполнѣ основательно за сочетанное лѣченіе пьянства, авт. совѣтуетъ примѣнять у пьяницъ и водолѣченіе, и растительный режимъ, и соотвѣтственныя лѣкарства. Къ статьѣ приложенъ амбуляторный статистическій листокъ для собиранія свѣдѣній о больныхъ.

*Н. А. Вырубовъ*—«*Къ вопросу о непрерывной корковой падучей*»—описываетъ случай этой, выдѣленной въ отдѣльную форму покойнымъ проф. *А. Я. Кожевниковымъ*, разновидности падучей болѣзни у 35-лѣтняго крестьянина, по видимому, на сифилитической почвѣ.

*А. И. Карпинскій*—«*Adipositas dolorosa, какъ болѣзнь обмѣна*»—имѣлъ возможность изслѣдовать больную, описанную уже *А. Ѳ. Ѳедотовымъ* и *Я. Ф. Каплановъ*, при чемъ обратилъ особое вниманіе на изслѣдованіе мочи, обнаружившей значительныя уклоненія отъ нормы—уменьшеніе количества, низкій уд. вѣсъ, измѣненіе всѣхъ коэффиціентовъ, показывающихъ отношенія химическихъ составныхъ частей, и пр. Сопоставивъ эти данныя съ немногими аналогичными фактами изъ литературы, авт. присоединяется къ мнѣнію, высказанному д-рами *Ѳедотовымъ* и *Каплановъ*, что «т. наз. болѣзненное ожирѣніе есть общее конституціональное заболѣваніе, подходящее къ типу обыкновеннаго ожирѣнія, но съ особымъ участіемъ нервной системы, отвѣчающей на тѣ мѣстныя гистогенныя токсическія вліянія, которыя можетъ создать при особой воспріимчивости нервной системы нарушенный въ корнѣ обмѣнъ веществъ». Соотвѣтственной діэтой и нѣкоторыми физическими способами лѣченія удалось нѣсколько улучшить состояніе больной, хотя авт. и самъ не склоненъ считать это улучшеніе прочнымъ.

*Н. К. Реймеръ* даетъ въ своей статьѣ—«*Къ ученію о Бехтеревской болѣзни* (*2 случая одеревенѣлости позвоночника*)» литературный очеркъ этой формы и сообщаетъ 2 случая ея изъ клиники юбиляра, заканчивая статью слѣдующими положеніями: 1) Названіе «Одеревенѣлость позвоночника», какъ названіе особой формы заболѣванія съ искривленіемъ позвоночника, не охватываетъ всѣхъ наиболѣе характерныхъ припадковъ болѣзни и можетъ поэтому вести къ разногласіямъ, почему болѣзнь эту слѣдуетъ называть именемъ ея автора—«болѣзнью *Бехтерева*», въ особенности-же потому, что 2) не смотря на разнообразіе припадковъ при ней, она представляется достаточно типической по теченію и патолого-анатомическимъ даннымъ, являясь такимъ образомъ новой главой въ частной патологіи болѣзней нервной системы. 3) Будучи во все время теченія болѣзнью чисто нервнаго типа, она во 2-мъ періодѣ характеризуется всегда присоединяющеюся одеревенѣлостью, преимущественно верхней и средней части позвоночника, чаще всего кифотической формы. 4) Анатомо-патологически она представляется хроническимъ затяжнымъ воспаленіемъ спинномозговыхъ оболочекъ, производящихъ сдавленіе корешковъ и перерожденіе части существа самаго спинного мозга. 5) Необходимо признавать и смѣшанныя, сочетанныя формы ея, какъ то наблюдалось въ клиникѣ *Mikulicz*'а; называть-же ихъ переходными (по *Bergmann*'у) нѣтъ основаній. 6) Этіологическими моментами и до сихъ поръ остаются травма и наслѣдственность, лишь въ рѣдкихъ случаяхъ—сифилисъ.

Заключительная статья «Сборника»—*А. Д. Коцовскаго*—«*Къ вопросу о призрѣніи душевно-больныхъ*»—касается злободневной темы о наилучшемъ способѣ обезпеченія населенія психіатрической помощью и разрѣшаетъ его въ одномъ направленіи—децентрализація этой помощи путемъ устройства сѣти уѣздныхъ психіатрическихъ лѣчебницъ, согласно предложенію *В. И. Яковенко*. Но эти лѣчебницы, по мысли авт., должны принимать не только душевныхъ, но и нервныхъ больныхъ, т. е. носить характеръ соматическихъ больницъ. Болѣе-же широкому пользованію населеніемъ врачебною помощью вообще и психіатрическою въ частности можетъ способствовать введеніе мелкой земской единицы, способной поднять развитіе народной самодѣятельности и мѣстнаго почина.

Къ сказанному уже мною въ заключеніе при разборѣ 1-го тома «Юбилейнаго сборника» могу только добавить, что оба тома этого изданія по богатству и разнообразію содержанія дѣлаютъ одинаковую честь какъ виновнику ихъ появленія—глубокоуважаемому *В. М. Бехтереву*, такъ и его ученикамъ и сотрудникамъ.

Ч. пр. *Б. Грейденбергъ*.

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

## *XLIV. По поводу рецензіи ч. пр. Орловскаго въ № 11 „Русскаго Врача“.*

Я искренне признателенъ ч. пр. *Орловскому* за то, что онъ взялъ на себя трудъ просмотрѣть мою книгу и дать о ней отзывъ, и ничего не могу сказать противъ его авторитетнаго приговора, что мой опытъ нельзя не признать неудачнымъ. Какъ авторъ, упреки и осужденія я предпочитаю индифферентному отношенію къ моему труду. Я не буду возражать ни по поводу характера критики, который считаю поверхностнымъ и не касающимся сути дѣла, ни по поводу того, что въ рецензіи бросается тѣнь на мою преподавательскую дѣятельность, ни по поводу того, что въ ней придается «большое значеніе» очевидной для каждаго опечаткѣ («2-й» томъ вмѣсто «1-го»!). Въ отвѣтъ на явно стремящійся унизить меня тонъ и сопоставленія могу только поставить себя подъ защиту читателей газеты. Не могу оставить безъ отвѣта лишь слѣдующія 2 мѣста рецензіи.

Ч. пр. *Орловскому* угодно настаивать на присвоеніи моей книгѣ названія «клиническихъ лекцій» вмѣсто «клиническихъ этюдовъ». Съ этимъ согласиться я не могу. Именно сопоставляя свой трудъ съ лекціями *С. П. Боткина*, *Г. А. Захарьина*, *А. А. Остроумова* и подобными имъ, я не могу называть его «клиническими лекціями», хотя и составилъ его изъ лекціоннаго матеріала и сохранилъ за нимъ лекціонную форму. Лекціи *Боткина*, *Захарьина* и др. резюмируютъ ихъ законченный клиническій опытъ. Мнѣ, 4-й лишь годъ ведущему клиническое преподаваніе, кажется преждевременнымъ выпускать свои лекціи. Но я считалъ себя вправѣ подѣлиться, какъ умѣлъ, своими клиническими впечатлѣніями, имѣющими, какъ о томъ я опредѣленно говорю въ предисловіи, вполнѣ личный характеръ. Слово «этюды», «Studien», лучше характеризуетъ мой трудъ, заключающій въ себѣ обработку только нѣкоторыхъ, намѣренно взятыхъ темъ; оно обозначаетъ собою форму работы: сущность послѣдней опредѣляется 2-мъ заголовкомъ: «Опытъ индивидуальнаго изученія развитія болѣзненныхъ состояній», т. е. «опытъ индивидуальнаго изученія патогенеза». Этимъ я хотѣлъ выдвинуть значеніе не патогенеза болѣзни, но патогенеза больного; стремленіе никогда не отрѣшаться отъ основного вопроса: отчего заболѣлъ именно данный организмъ, отчего онъ представляетъ именно тѣ измѣненія, какія мы наблюдаемъ; стремленіе индивидуализировать не только «теченіе болѣзни», но всю эволюцію болѣзненныхъ нарушеній.

Во 2-хъ, по поводу моего «отрицательнаго отношенія» къ частной патологіи и терапіи. Я, конечно, не могу признать всѣхъ симптомокомплексовъ частной патологіи равными античнымъ, вѣчнымъ образцамъ искусства, но я далекъ отъ проявленія къ нимъ «разрушительныхъ стремленій». Я признаю только законность и необходимость прогресса въ этой области знаній, и сущность моихъ взглядовъ въ этомъ отношеніи резюмирована въ моей рѣчи въ Боткинскомъ засѣданіи Общества Русскихъ врачей («О физіологическомъ соверцаніи въ клинической медицинѣ», ср. рефератъ въ «Русскомъ Врачѣ», № 3 текущаго года).

Больше я ничего не имѣю сказать. *М. Волковъ*.

Петербургъ. 29/III 1904 г.

**XLV.** М. Г.! Въ № 10 «Русскаго Врача» напечатано письмо ж.-вр. *Песковой-Прокофьевой*, протестующей отъ имени группы женщинъ врачей противъ принятаго будто-бы, Московскимъ и Ярославскимъ уѣздными Земствами принципіальнаго рѣшенія не принимать на земскую службу женщинъ врачей.

Не откажите, въ видахъ возстановленія истины, помѣстить по этому поводу настоящее заявленіе. Московскому уѣздному Земству этотъ упрекъ предъявленъ совершенно неосновательно и несправедливо. Ни земское Собраніе, ни Управа, ни санитарный Совѣтъ никогда подобныхъ постановленій не дѣлали. Лучшимъ опроверженіемъ невѣрнаго слуха, распространяемаго г-жею *Песковой-Прокофьевой*, служатъ слѣдующіе факты: въ Московскомъ уѣздномъ Земствѣ въ настоящее время служатъ 4 женщины-врача [1]), одна изъ нихъ окончила курсъ въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ (выпуска 1902 г.). Послѣдняя избрана сани-

[1]) Г-жи *Гурвичъ*, *Лурье-Закъ*, *Розенбергъ* и *Самойлова*.

Digitized by Google

тарнымъ Совѣтомъ и назначена Управой не далѣе, какъ въ ноябрѣ 1903 г. На послѣднемъ засѣданіи санитарнаго Совѣта, состоявшемся въ мартѣ, на одну изъ свободныхъ должностей земскаго врача въ Московскомъ уѣздѣ также избрана женщина-врачъ [1]).

*В. Сорокинъ, Наталья Розенбергъ, Цецилія Лурье-Закъ, С. Каринскій, Н. Гуленко, Е. Пеперкинъ, Крыловъ, С. Новиковъ, Д. Орловъ, Кондорскій, Гаузнштейнъ, П. Проскуряковъ, А. Буткевичъ, Г. Брезинскій, Д. Пашутинскій, Ѳ. Дементьевъ, М. Леоненко.*

25 марта 1904 г.

XLVI. М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему моему заявленію.

Завѣдуя съ недавняго времени оспеннымъ телятникомъ Воронежскаго губернскаго Земства, я счелъ важнымъ для себя ознакомиться съ постановкой этого дѣла въ другихъ мѣстахъ и съ этой цѣлью рѣшилъ на первое время посѣтить ближайшіе къ нашему району оспопрививательный Институтъ Курскаго губернскаго Земства и оспенный телятникъ ветеринарнаго врача *Живописцева* въ г. Орлѣ.

Въ Курскѣ завѣдующій институтомъ д-ръ *Н. И. Моисеевъ* съ большой готовностью показалъ мнѣ свой прекрасно обставленный Институтъ и предоставилъ возможность видѣть его работу, всегда заранѣе увѣдомляя о часахъ прививокъ и съемокъ, которые онъ намѣревался производить. Приношу ему искреннюю благодарность за его любезное содѣйствіе и серьезное отношеніе въ выясненіи интересовавшихъ меня вопросовъ.

Въ Орлѣ я встрѣтилъ пріемъ совсѣмъ другого рода. Когда я явился въ оспенный телятникъ г. *Живописцева*, то самого его не засталъ, помощникъ-же его заявилъ мнѣ, что вообще телятника никому не показываютъ. «А врачамъ?» спросилъ я. «И врачамъ не показываютъ». Я, признаться, не повѣрилъ и рѣшилъ, что, если я повидаюсь съ г. *Живописцевымъ*, то это недоразумѣніе, несомнѣнно, разъяснится. Узнавъ, что онъ въ городской Управѣ, я отправился туда, но мнѣ пришлось горько разочароваться, такъ какъ въ лицѣ г. *Живописцева* я встрѣтилъ не врача, дорожащаго успѣхомъ науки, а промышленника, дорожащаго за участь своего кармана Когда я представился ему и объяснилъ цѣль своего посѣщенія, г. *Живописцевъ* сначала сталъ мнѣ доказывать убыточность для Земствъ (?) содержанія собственныхъ телятниковъ, а затѣмъ заявилъ буквально слѣдующее: «Прежде я, дѣйствительно, показывалъ врачамъ свой телятникъ, но потомъ замѣтилъ, что къ намъ пріѣзжаютъ вовсе не съ тѣмъ, чтобы только осмотрѣть, а чтобы высмотрѣть и ввести у себя; а это намъ вовсе не выгодно». Наивность, съ какою было высказано это проницательное наблюденіе, разсмѣшила меня, и я признался, что тоже пріѣхалъ съ цѣлью «высмотрѣть». «А поэтому я съ ½-года, какъ рѣшилъ никому своего телятника не показывать», былъ отвѣтъ г. *Живописцева*.

Послѣ этого мнѣ, конечно, не оставалось ничего иного, какъ съ первымъ-же поѣздомъ уѣхать изъ Орла.

Названіе подобнаго поступка по отношенію къ товарищу, спеціально пріѣхавшему изъ другого города, каждому напрашивается на языкъ. Комментаріи считаю излишними.

Напомню только г. *Живописцеву*, что самъ онъ на первыхъ порахъ также пріѣзжалъ осматривать образцово устроенный оспопрививательный Институтъ Курскаго губернскаго Земства и отказа въ этомъ со стороны завѣдывавшаго въ то время д-ра *Долгополова*, не встрѣтилъ. Вообще-же думается, что, если-бы всѣ держались живописцевскихъ взглядовъ, то г. *Живописцевъ* врядъ ли имѣлъ возможность ввести у себя тѣ усовершенствованія, какія у него теперь, по слухамъ, имѣются, и до которыхъ онъ дошелъ, разумѣется, не своимъ только умомъ [2]).

*В. Александровъ.*

Воронежъ. 11 марта 1904 г.

## XLVII. *Открытое письмо предсѣдателю Петербургской городской санитарной Коммиссіи д-ру А. Н. Оппенгейму.*

Въ №№ 11 и 12 «Русскаго Врача» помѣщена за подписью предсѣдателя санитарной Коммиссіи *А. Оппенгейма* и дѣлопроизводителя *Добровольскаго* замѣтка подъ заглавіемъ «*Отвѣтъ Петербургской городской санитарной Коммиссіи по поводу «Очерка» д-ра А. Рубеля*». Съ чувствомъ горькой обиды и глубокаго негодованія прочелъ я эту замѣтку. Обидно было за истину и справедливость, горько—за ту яко-бы оффиціальную неправду, которой преисполненъ «Отвѣтъ»; негодованіе вызывается тѣмъ, что авторъ «Отвѣта» путемъ намековъ и недостойныхъ пріемовъ старался дискредитировать въ глазахъ читателя не только мой «Очеркъ», но и меня самого, какъ врача.

Приступая къ возраженіямъ на «Отвѣтъ», я долженъ прежде всего выяснить свое отношеніе къ нему. Не смотря на заглавіе замѣтки и оффиціальный характеръ подписи, я отнюдь не могу считать «Отвѣтъ» дѣйствительно исходящимъ отъ санитарной Коммиссіи, какъ коллегіальнаго учрежденія. Я считаю отвѣтственнымъ за замѣтку только одного предсѣдателя этой Коммиссіи и имѣю вѣскія основанія для такого взгляда. Уже въ своемъ «Очеркѣ» я указывалъ, что, «если на отвѣтственномъ мѣстѣ предсѣдателя случайно оказывается врачъ, то... на практикѣ создается въ Коммиссіи полное единовластіе предсѣдателя». Г. *Оппенгеймъ*—врачъ... Въ «Отвѣтѣ» я не нахожу возраженій по существу и встрѣчаю рѣзкія выраженія по моему адрессу, перефразированныя мои слова, навязанныя мнѣ совершенно чуждыя мысли. Такой характеръ «Отвѣта», недопустимый въ оффиціальной замѣткѣ, понятно, исключаетъ всякую мысль о дѣйствительной отвѣтственности за нее общественнаго учрежденія. Оффиціальный заголовокъ «Отвѣта»—это результатъ того ненормальнаго строя санитарной Коммиссіи, при которомъ, какъ я указывалъ въ своемъ «Очеркѣ» (3-е положеніе), она преобразовалась «изъ quasi—коллегіальнаго органа въ учрежденіе, почти всецѣло зависящее отъ единоличнаго усмотрѣнія предсѣдателя». Вотъ почему я въ своемъ возраженіи буду имѣть въ виду не санитарную Коммиссію, а только д-ра *А. Оппенгейма* и притомъ не какъ предсѣдателя Коммиссіи, а только какъ врача, полемизирующаго со мной, его коллегой по врачебной профессіи.

Ниже я изложу свои возраженія на «Отвѣтъ» въ видѣ «объясненій» по пунктамъ; здѣсь-же, опасаясь подробностями утомить вниманіе читателя, ограничусь указаніемъ на самое существенное. Въ противоположность моему «Очерку» «Отвѣтъ» написанъ въ страстномъ тонѣ. Страстность эта явилась, вѣроятно, результатомъ предвзятаго отношенія [1]) автора «Отвѣта» къ моему «Очерку»; но она, къ сожалѣнію, скрыла отъ его вниманія все самое важное въ моемъ «Очеркѣ» и направила его возраженія на невѣрный путь. Поэтому я принужденъ начать съ разъясненія того, что при спокойномъ отношеніи къ дѣлу ясно для всякаго уже само собой. Дѣло въ томъ, что авторъ «Отвѣта» совершенно не понялъ того, что въ своемъ «Очеркѣ врачебно-санитарной организаціи Петербурга», я излагаю, какъ это явствуетъ уже изъ самаго заглавія, *не дѣятельность* санитарной Коммиссіи, а ея *организацію*, представляю тѣ общія начала, которыя лежатъ въ основѣ самаго строя санитарно-врачебнаго дѣла въ Петербургѣ и стоятъ въ противорѣчіи съ современными требованіями научной и общественной медицины въ Россіи. Если мѣстами я и упоминаю о дѣятельности Коммиссіи, то лишь попутно и въ общихъ чертахъ, касаясь при томъ не самыхъ дѣлъ санитарной Коммиссіи, а *характеръ* ея дѣятельности, поскольку послѣдній служитъ отраженіемъ ея строя, ея организаціи. Стоитъ перечесть тѣ 10 положеній, въ которыхъ я выражаю сущность своего доклада и станетъ ясно, что я былъ далекъ отъ желанія изображать дѣятельность Коммиссіи, что въ мою задачу входило описаніе только организаціонной стороны дѣла. Между тѣмъ авторъ «Отвѣта» всѣ свои возраженія направляетъ противъ, яко-бы, неправильнаго изображенія мною дѣятельности санитарной Коммиссіи. Онъ сѣтуетъ, что «я не привожу никакихъ фактовъ или статистическихъ данныхъ, которыя точно характеризовали-бы и опредѣляли-бы результаты трудовъ санитарной Коммиссіи и ея учрежденій»; жалуется, что я «стараюсь говорить словами параграфовъ инструкцій», «сужу о дѣлѣ... по инструкціямъ», и т. п., очевидно, но желая понять, что моей задачей было установить оцѣнку только организаціонной стороны дѣла и при томъ съ точки зрѣнія уже извѣстныхъ всѣмъ общественнымъ врачамъ основныхъ началъ врачебно-санитарной организаціи въ городахъ. Такое непониманіе моего «Очерка», какъ я уже сказалъ, направило автора «Отвѣта» въ его возраженіяхъ на совершенно ложный путь: онъ совсѣмъ не касается сути дѣла, оставляетъ основное въ моемъ «Очеркѣ» безъ всякаго вниманія и совершенно игнорируетъ мои заключительныя 10 положеній; взамѣнъ того, онъ останавливается на мелочахъ, на отдѣльныхъ моихъ выраженіяхъ, самъ описываетъ дѣятельность санитарной Коммиссіи и т. д. Вслѣдствіе такой коренной ошибки, авторъ «Отвѣта» не только не опровергаетъ меня, но во многихъ мѣстахъ даже подтверждаетъ сказанное мною (см. пп. 6, 10, 11, 13, 14, 18, 21 моихъ «объясненій»). Общій тонъ самоувѣренной непогрѣшимости составляетъ основной фонъ, по которому разсѣяны разсужденія автора, и въ результатѣ можетъ получиться иллюзія, какъ-бы, дѣйствительнаго опроверженія моего «Очерка»; но стоитъ только ближе всмотрѣться въ «Отвѣтъ», чтобы убѣдиться въ противномъ (см. ниже «объясненія»).

Не касаясь вскользь уже упомянутыхъ мною выше полемическихъ пріемовъ автора «Отвѣта», для полноты характеристики послѣдняго укажу, что во многихъ мѣстахъ авторъ его обнаруживаетъ непониманіе элементарныхъ основъ раціональной санитаріи (см. пп. 2, 5, 9 и др. «объясненій») и потому своеобразно понимаетъ нѣкоторыя мои выраженія: напр., «медико-полицейскій характеръ дѣятельности» онъ представляетъ себѣ только въ смыслѣ составленія полицейскихъ протоколовъ о санитарныхъ нарушеніяхъ. Я не могу входить здѣсь въ подробныя объясненія по этому вопросу, но все-же считаю нелишнимъ указать, что въ основѣ правильной санитарно-общественной организаціи лежитъ слѣдующая мысль: никакія санитарныя мѣропріятія не могутъ разсчитывать на дѣйствительный успѣхъ безъ сознательнаго отношенія къ нимъ населенія и активнаго его

[1]) Бумага соотвѣтствующаго содержанія отъ Ярославской уѣздной земской Управы была намъ предъявлена *Е. Н. Песковой-Прокофьевой. Ред.*

[2]) Къ письму товарища *В. В. Александрова* приложено заявленіе Воронежской губернской земской Управы (отъ 18-го марта, за № 661), удостовѣряющее, что онъ, дѣйствительно, ею былъ командированъ въ Курскъ и Орелъ для ознакомленія съ постановкою дѣла въ оспенныхъ телятникахъ. *Ред.*

[1]) Такъ, напр., авторъ безъ всякаго основанія заподазриваетъ меня въ намекахъ на личности (см. пп. 7, 12 и 22 «объясненій»). *М. Р.*

Digitized by Google

ваніи душевныхъ заболѣваній, въ особенности острыхъ формъ ихъ, съ каждымъ днемъ завоевываетъ среди психіатровъ все болѣе и болѣе сторонниковъ, постепенно вытѣсняя изоляцію, не говоря уже о связываніи. Въ частности тепло-влажныя обертыванія и непрерывныя ванны оказались очень хорошими лѣчебными средствами у возбужденныхъ и безпокойныхъ душевнобольныхъ, на которыхъ онѣ часто дѣйствуютъ лучше и вѣрнѣе, чѣмъ специфически-успокаивающія и даже снотворныя лѣкарства. Тепловлажное обертываніе представляетъ собою видоизмѣненное *Priessnitz*'овское, отъ котораго оно отличается меньшимъ и болѣе постепеннымъ согрѣваніемъ тѣла. Авт. отдаетъ ему даже предпочтеніе передъ непрерывной ванной, благодаря большей простотѣ и удобству примѣненія, меньшей изолированности больныхъ отъ окружающихъ и пр. Авт. приводитъ рядъ цифровыхъ данныхъ и кривыхъ температуры, пульса и дыханія при тепловлажныхъ обертываніяхъ и непрерывныхъ ваннахъ у больныхъ и здоровыхъ. Къ статьѣ приложены доставленныя д-ромъ *Alter*'омъ изъ Leubus'а рисунки, изображающіе больныхъ въ описанныхъ водолѣчебныхъ процедурахъ.

*А. А. Пѣвницкій* сообщаетъ свѣдѣнія — *«О лѣченіи алкоголиковъ гипнозомъ, какъ оно поставлено въ психотерапевтическомъ амбулянсѣ клиники акад. В. М. Бехтерева»*. Пріемъ приходящихъ пьяницъ открытъ былъ 5/XII 1902 г., и къ 15/III 1903 г. ихъ явилось уже болѣе 100, такъ что потребовалось выдѣленія ихъ въ особую амбуляторію, которую принялъ въ свое завѣдываніе *Ю. К. Бѣлицкій*. Къ 21/IV въ пользованіи находились всего 53 привычныхъ пьяницъ, изъ которыхъ не пили болѣе 3—4 мѣсяцевъ 23 (43%), а изъ 25 запойныхъ—10 (40%)—цифры, во всякомъ случаѣ слишкомъ еще недостаточныя для какихъ-нибудь выводовъ, если-бы многочисленныя свидѣтельства цѣлаго ряда другихъ наблюдателей, основанныя на гораздо большихъ числовыхъ данныхъ, не подтверждали почти единогласно дѣйствительно весьма благопріятнаго вліянія внушенія при лѣченіи пьяницъ. Авт. подробно излагаетъ методику, которой онъ держался при усыпленіи и внушеніяхъ, попутно останавливается на различныхъ общихъ вопросахъ алкоголизма и сообщаетъ много, не лишенныхъ практическаго интереса и значенія, наблюденій. Высказываясь вполнѣ основательно за сочетанное лѣченіе пьянства, авт. совѣтуетъ примѣнять у пьяницъ и водолѣченіе, и растительный режимъ, и соотвѣтственныя лѣкарства. Къ статьѣ приложенъ амбуляторный статистическій листокъ для собиранія свѣдѣній о больныхъ.

*Н. А. Вырубовъ*—*«Къ вопросу о непрерывной корковой падучей»*—описываетъ случай этой, выдѣленной въ отдѣльную форму покойнымъ проф. *А. Я. Кожевниковымъ*, разновидности падучей болѣзни у 35-лѣтняго крестьянина, по видимому, на сифилитической почвѣ.

*А. И. Карпинскій*—*«Adipositas dolorosa, какъ болѣзнь обмѣна»*—имѣлъ возможность изслѣдовать больную, описанную уже *А. Ѳ. Ѳедотовымъ* и *Я. Ф. Каплановымъ*, при чемъ обратилъ особое вниманіе на изслѣдованіе мочи, обнаружившей значительныя уклоненія отъ нормы—уменьшеніе количества, низкій уд. вѣсъ, измѣненіе всѣхъ коэффиціентовъ, показывающихъ отношенія химическихъ составныхъ частей, и пр. Сопоставивъ эти данныя съ немногими аналогичными фактами изъ литературы, авт. присоединяется къ мнѣнію, высказанному д-рами *Ѳедотовымъ* и *Каплановымъ*, что «т. наз. болѣзненное ожирѣніе есть общее конституціональное заболѣваніе, подходящее къ типу обыкновеннаго ожирѣнія, но съ особымъ участіемъ нервной системы, отвѣчающей на тѣ мѣстныя гистогенныя токсическія вліянія, которыя можетъ создать при особой воспріимчивости нервной системы нарушенный въ корнѣ обмѣнъ веществъ». Соотвѣтственной діэтой и нѣкоторыми физическими способами лѣченія удалось нѣсколько улучшить состояніе больной, хотя авт. и самъ не склоненъ считать это улучшеніе прочнымъ.

*Н. К. Реймеръ* даетъ въ своей статьѣ—*«Къ ученію о Бехтеревской болѣзни (2 случая одеревенѣлости позвоночника)»* литературный очеркъ этой формы и сообщаетъ 2 случая ея изъ клиники юбиляра, заканчивая статью слѣдующими положеніями: 1) Названіе «Одеревенѣлость позвоночника», какъ названіе особой формы заболѣванія съ искривленіемъ позвоночника, не охватываетъ всѣхъ наиболѣе характерныхъ припадковъ болѣзни и можетъ поэтому вести къ разногласіямъ, почему болѣзнь эту слѣдуетъ называть именемъ ея автора—«болѣзнью *Бехтерева*», въ особенности-же потому, что 2) не смотря на разнообразіе припадковъ при ней, она представляется достаточно типической по теченію и патолого-анатомическимъ даннымъ, являясь такимъ образомъ новой главой въ частной патологіи болѣзней нервной системы. 3) Будучи во все время теченія болѣзнью чисто нервнаго типа, она во 2-мъ періодѣ характеризуется всегда присоединяющеюся одеревенѣлостью, преимущественно верхней и средней части позвоночника, чаще всего кифотической формы. 4) Анатомо-патологически она представляется хроническимъ затяжнымъ воспаленіемъ спинномозговыхъ оболочекъ, производящихъ сдавленіе корешковъ и перерожденіе части существа самаго спинного мозга. 5) Необходимо признавать и смѣшанныя, сочетанныя формы ея, какъ то наблюдалось въ клиникѣ *Mikulicz*'а; называть-же ихъ переходными (по *Bergmann*'у) нѣтъ основаній. 6) Этіологическими моментами и до сихъ поръ остаются травма и наслѣдственность, лишь въ рѣдкихъ случаяхъ—сифилисъ.

Заключительная статья «Сборника»—*А. Д. Коцовскаго*—*«Къ вопросу о призрѣніи душевно-больныхъ»*—касается злободневной темы о наилучшемъ способѣ обезпеченія населенія психіатрической помощью и разрѣшаетъ его въ одномъ направленіи—децентрализаціи этой помощи путемъ устройства сѣти уѣздныхъ психіатрическихъ лѣчебницъ, согласно предложенію *В. И. Яковенко*. Но эти лѣчебницы, по мысли авт., должны принимать не только душевныхъ, но и нервныхъ больныхъ, т. е. носить характеръ соматическихъ больницъ. Болѣе-же широкому пользованію населеніемъ врачебною помощью вообще и психіатрическою въ частности можетъ способствовать введеніе мелкой земской единицы, способной поднять развитіе народной самодѣятельности и мѣстнаго почина.

Къ сказанному уже мною въ заключеніе при разборѣ 1-го тома «Юбилейнаго сборника» могу только добавить, что оба тома этого изданія по богатству и разнообразію содержанія дѣлаютъ одинаковую честь какъ виновнику ихъ появленія—глубокоуважаемому *В. М. Бехтереву*, такъ и его ученикамъ и сотрудникамъ.

Ч. пр. *Б. Грейденбергъ*.

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

## *XLIV. По поводу рецензіи ч. пр. Орловскаго въ № 11 „Русскаго Врача“.*

Я искренне признателенъ ч. пр. *Орловскому* за то, что онъ взялъ на себя трудъ просмотрѣть мою книгу и дать о ней отзывъ, и ничего не могу сказать противъ его авторитетнаго приговора, что мой опытъ нельзя не признать неудачнымъ. Какъ авторъ, упреки и осужденія я предпочитаю индифферентному отношенію къ моему труду. Я не буду возражать ни по поводу характера критики, который считаю поверхностнымъ и не касающимся сути дѣла, ни по поводу того, что въ рецензіи бросается тѣнь на мою преподавательскую дѣятельность, ни по поводу того, что въ ней придается «большое значеніе» очевидной для каждаго опечаткѣ («2-й» тонъ вмѣсто «1-го»!). Въ отвѣтъ на явно стремящійся унизить меня тонъ и сопоставленія могу только поставить себя подъ защиту читателей газеты. Не могу оставить безъ отвѣта лишь слѣдующія 2 мѣста рецензіи.

Ч. пр. *Орловскому* угодно настаивать на присвоеніи моей книгѣ названія «клиническихъ лекцій» вмѣсто «клиническихъ этюдовъ». Съ этимъ согласиться я не могу. Именно сопоставляя свой трудъ съ лекціями *С. П. Боткина*, *Г. А. Захарьина*, *А. А. Остроумова* и подобными имъ, я не могу называть его «клиническими лекціями», хотя и составилъ его изъ лекціоннаго матеріала и сохранилъ за нимъ лекціонную форму. Лекціи *Боткина*, *Захарьина* и др. резюмируютъ ихъ законченный клиническій опытъ. Мнѣ, 4-й лишь годъ ведущему клиническое преподаваніе, кажется преждевременнымъ выпускать свои лекціи. Но я считалъ себя вправѣ подѣлиться, какъ умѣлъ, своими клиническими впечатлѣніями, имѣющими, какъ о томъ я опредѣленно говорю въ предисловіи, вполнѣ личный характеръ. Слово «этюды», «Studien», лучше характеризуетъ мой трудъ, заключающій въ себѣ обработку только нѣкоторыхъ, намѣренно взятыхъ темъ; оно обозначаетъ собою форму работы: сущность послѣдней опредѣляется 2-мъ заголовкомъ: «Опытъ индивидуальнаго изученія развитія болѣзненныхъ состояній», т. е. «опытъ индивидуальнаго изученія патогенеза». Этимъ я хотѣлъ выдвинуть значеніе не патогенеза болѣзни, но патогенеза больного; стремленіе никогда не отрѣшаться отъ основного вопроса: отчего заболѣлъ именно данный организмъ, отчего онъ представляетъ именно тѣ измѣненія, какія мы наблюдаемъ; стремленіе индивидуализировать не только «теченіе болѣзни», но всю эволюцію болѣзненныхъ нарушеній.

Во 2-хъ, по поводу моего «отрицательнаго отношенія» къ частной патологіи и терапіи. Я, конечно, не могу признать всѣхъ симптомокомплексовъ частной патологіи равными античнымъ, вѣчнымъ образцамъ искусства, но я далекъ отъ проявленія къ нимъ «разрушительныхъ стремленій». Я признаю только законность и необходимость прогресса въ этой области знаній, и сущность моихъ взглядовъ въ этомъ отношеніи резюмирована въ моей рѣчи въ Боткинскомъ засѣданіи Общества Русскихъ врачей («О физіологическомъ созерцаніи въ клинической медицинѣ», ср. рефератъ въ «Русскомъ Врачѣ», № 3 текущаго года).

Больше я ничего не имѣю сказать. *М. Волковъ*.

Петербургъ. 29/III 1904 г.

**XLV.** М. Г.! Въ № 10 «Русскаго Врача» напечатано письмо ж.-вр. *Песковой-Прокофьевой*, протестующей отъ имени группы женщинъ врачей противъ принятаго будто-бы, Московскимъ и Ярославскимъ уѣздными Земствами принципіальнаго рѣшенія не принимать на земскую службу женщинъ врачей.

Не откажите, въ видахъ возстановленія истины, помѣстить по этому поводу настоящее заявленіе. Московскому уѣздному Земству этотъ упрекъ предъявленъ совершенно неосновательно и несправедливо. Ни земское Собраніе, ни Управа, ни санитарный Совѣтъ никогда подобныхъ постановленій не дѣлали. Лучшимъ опроверженіемъ невѣрнаго слуха, распространяемаго г-жею *Песковой-Прокофьевой*, служатъ слѣдующіе факты: въ Московскомъ уѣздномъ Земствѣ въ настоящее время служатъ 4 женщины-врача [1]), одна изъ нихъ окончила курсъ въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ (выпуска 1902 г.). Послѣдняя избрана сани-

[1]) Г-жи *Гурвичъ*, *Лурье-Закъ*, *Розенбергъ* и *Самойлова*.

Digitized by Google

тарнымъ Совѣтомъ и назначена Управой не далѣе, какъ въ ноябрѣ 1903 г. На послѣднемъ засѣданіи санитарнаго Совѣта, состоявшемся въ мартѣ, на одну изъ свободныхъ должностей земскаго врача въ Московскомъ уѣздѣ также избрана женщина-врачъ [1]).

*В. Сорокинъ, Наталья Розенбергъ, Цецилія Лурье-Закъ, С. Каринскій, Н. Гуленко, Е. Пеперкинъ, Крыловъ, С. Новиковъ, Д. Орловъ, Кондорскій, Гаузнштейнъ, П. Проскуряковъ, А. Буткевичъ, Г. Брезинскій, Д. Пашутинскій, Ѳ. Дементьевъ, М. Леоненко.*

25 марта 1904 г.

**XLVI.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующему моему заявленію.

Завѣдуя съ недавняго времени оспеннымъ телятникомъ Воронежскаго губернскаго Земства, я счелъ важнымъ для себя ознакомиться съ постановкой этого дѣла въ другихъ мѣстахъ и съ этой цѣлью рѣшилъ на первое время посѣтить ближайшіе къ нашему району оспопрививательный Институтъ Курскаго губернскаго Земства и оспенный телятникъ ветеринарнаго врача *Живописцева* въ г. Орлѣ.

Въ Курскѣ завѣдующій институтомъ д-ръ *Н. И. Моисеевъ* съ большой готовностью показалъ мнѣ свой прекрасно обставленный Институтъ и предоставилъ возможность видѣть его работу, всегда заранѣе увѣдомляя о часахъ прививокъ и съемокъ, которые онъ намѣревался производить. Приношу ему искреннюю благодарность за его любезное содѣйствіе и серьезное отношеніе въ выясненіи интересовавшихъ меня вопросовъ.

Въ Орлѣ я встрѣтилъ пріемъ совсѣмъ другого рода. Когда я явился въ оспенный телятникъ г. *Живописцева*, то самого его не засталъ, помощникъ-же его заявилъ мнѣ, что вообще телятника никому не показываютъ. «А врачамъ?» спросилъ я. «И врачамъ не показываютъ». Я, признаться, не повѣрилъ и рѣшилъ, что, если я повидаюсь съ г. *Живописцевымъ*, то это недоразумѣніе, несомнѣнно, разъяснится. Узнавъ, что онъ въ городской Управѣ, я отправился туда, но мнѣ пришлось горько разочароваться, такъ какъ въ лицѣ г. *Живописцева* я встрѣтилъ не врача, дорожащаго успѣхомъ науки, а промышленника, дорожащаго за участь своего кармана Когда я представился ему и объяснилъ цѣль своего посѣщенія, г. *Живописцевъ* сначала сталъ мнѣ доказывать убыточность для Земствъ (?) содержанія собственныхъ телятниковъ, а затѣмъ заявилъ буквально слѣдующее: «Прежде я, дѣйствительно, показывалъ врачамъ свой телятникъ, но потомъ замѣтилъ, что къ намъ пріѣзжаютъ вовсе не съ тѣмъ, чтобы только осмотрѣть, а чтобы высмотрѣть и ввести у себя; а это намъ вовсе не выгодно». Наивность, съ какою было высказано это проницательное наблюденіе, разсмѣшила меня, и я признался, что тоже пріѣхалъ съ цѣлью «высмотрѣть». «А поэтому я съ $\frac{1}{2}$-года, какъ рѣшилъ никому своего телятника не показывать», былъ отвѣтъ г. *Живописцева.*

Послѣ этого мнѣ, конечно, не оставалось ничего иного, какъ съ первымъ-же поѣздомъ уѣхать изъ Орла.

Названіе подобнаго поступка по отношенію къ товарищу, спеціально пріѣхавшему изъ другого города, каждому напрашивается на языкъ. Комментаріи считаю излишними.

Напомню только г. *Живописцеву*, что самъ онъ на первыхъ порахъ также пріѣзжалъ осматривать образцово устроенный оспопрививательный Институтъ Курскаго губернскаго Земства и отказа въ этомъ со стороны завѣдывавшаго въ то время д-ра *Долгополова*, не встрѣтилъ. Вообще-же думается, что, если-бы всѣ держались живописцевскихъ взглядовъ, то г. *Живописцевъ* врядъ ли имѣлъ возможность ввести у себя тѣ усовершенствованія, какія у него теперь, по слухамъ, имѣются, и до которыхъ онъ дошелъ, разумѣется, не своимъ только умомъ [2]).

*В. Александровъ.*

Воронежъ. 11 марта 1904 г.

## XLVII. *Открытое письмо предсѣдателю Петербургской городской санитарной Коммиссіи д-ру А. Н. Оппенгейму.*

Въ №№ 11 и 12 «Русскаго Врача» помѣщена за подписью предсѣдателя санитарной Коммиссіи *А. Оппенгейма* и дѣлопроизводителя *Добровольскаго* замѣтка подъ заглавіемъ *«Отвѣтъ Петербургской городской санитарной Коммиссіи по поводу «Очерка» д-ра А. Рубеля»*. Съ чувствомъ горькой обиды и глубокаго негодованія прочелъ я эту замѣтку. Обидно было за истину и справедливость, горько—за ту яко-бы оффиціальную неправду, которой преисполненъ «Отвѣтъ»; негодованіе вызывается тѣмъ, что авторъ «Отвѣта» путемъ намековъ и недостойныхъ пріемовъ старался дискредитировать въ глазахъ читателя не только мой «Очеркъ», но и меня самого, какъ врача.

Приступая къ возраженіямъ на «Отвѣтъ», я долженъ прежде всего выяснить свое отношеніе къ нему. Не смотря на заглавіе

[1]) Бумага соотвѣтствующаго содержанія отъ Ярославской уѣздной земской Управы была намъ предъявлена *Е. Н. Песковой-Прокофьевой. Ред.*

[2]) Къ письму товарища *В. В. Александрова* приложено заявленіе Воронежской губернской земской Управы (отъ 18-го марта, за № 661), удостовѣряющее, что онъ, дѣйствительно, ею былъ командированъ въ Курскъ и Орелъ для ознакомленія съ постановкою дѣла въ оспенныхъ телятникахъ. *Ред.*

Digitized by Google

участія въ дѣлѣ наблюденія за исполненіемъ санитарныхъ законовъ; поэтому санитарно-врачебная организація городского общественнаго управленія должна быть основана на началахъ самодѣятельности общества въ этомъ направленіи, санитарный же надзоръ долженъ покоиться не на страхѣ населенія передъ карой закона за нарушеніе санитарныхъ требованій (какъ это проводится въ Петербургской организаціи), а на началахъ самоконтроля и сознательнаго отношенія къ требованіямъ гигіены; отсюда ясно, что санитарные врачи должны на первомъ планѣ преслѣдовать культурныя задачи подготовки населенія къ такому самоконтролю и имѣть въ своемъ распоряженіи необходимыя для того средства (т. наз. санитарныя Попечительства, гдѣ устраиваются публичныя лекціи, народныя чтенія и т. п.). Ничего подобнаго въ Петербургской санитарной организаціи нѣтъ, и странно, почему авторъ «Отвѣта» не замѣчаетъ, что она устроена по медико-полицейскому типу.

Вотъ тѣ основные пункты, которые я хотѣлъ-бы подчеркнуть въ своемъ отвѣтѣ. Думаю, что послѣ всего сказаннаго я могу со спокойною совѣстью вернуть обратно автору «Отвѣта» упрекъ въ яко-бы неправильномъ изложеніи и ошибочности постановленія IX-го Пироговскаго Съѣзда по поводу Петербургской санитарной организаціи.

Въ нижеприводимыхъ «объясненіяхъ» мнѣ приходится volens-nolens касаться *дѣятельности* санитарной Коммиссіи, и эти указанія только подкрѣпляютъ выводы моего «Очерка» о неудовлетворительности современнаго ея строя. *А. Рубель.*

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

## Хроника и мелкія извѣстія.

646. 22 мая исполняется *50-лѣтіе* ученой и учебной дѣятельности ординарнаго академика Академіи наукъ *Ф. В. Овсянникова* («Биржевыя Вѣдомости», 22 марта).

647. Деканомъ медицинскаго факультета Юрьевскаго Университета *назначенъ проф. В. Ф. Чижъ*.

648. *Профессоромъ* на каѳедру дѣтскихъ болѣзней въ Одесскій Университетъ избранъ ч. пр. В.-Медицинской Академіи *В. Ф. Якубовичъ*.

649. Ч. пр. Кіевскаго Университета *М. Н. Лапинскій назначенъ экстраординарнымъ профессоромъ* того-же Университета по каѳедрѣ нервныхъ и душевныхъ болѣзней. *Сверхштатный экстраординарный профессоръ* Московскаго Университета *Н. А. Митропольскій назначенъ экстраординарнымъ профессоромъ* того-же Университета по каѳедрѣ частной патологіи и терапіи («Правительственный Вѣстникъ», 23 марта).

650. 22 марта въ Московскомъ Университетѣ защищалъ диссертацію *П. Калачниковъ* на тему—«*Къ вопросу о мѣткости ружейной стрѣльбы въ войскахъ. Медико-статистическое изслѣдованіе о вліяніи остроты зрѣнія, силы рукъ, физическаго утомленія и прочихъ условій со стороны организма на мѣткость стрѣльбы*» («Русское Слово», 23 марта).

651. Въ Томскомъ Университетѣ учреждены *стипендія и премія имени д-ра Н. А. Бѣлоголоваго:* 1-я въ размѣрѣ 228 р. для одного изъ бѣдныхъ и способныхъ студентовъ медицинскаго факультета, 2-я—въ размѣрѣ 450 р. за лучшій трудъ по изученію Сибири въ медицинскомъ или естественно-историческомъ отношеніи («Сибирскій Вѣстникъ», 19 марта).

652. Главному Управленію Краснаго Креста, въ видахъ возможности располагать необходимымъ числомъ врачей для организаціи санитарныхъ отрядовъ, *разрѣшено командировать въ составъ отрядовъ врачей независимо отъ состоянія ихъ въ запасѣ по военному вѣдомству* («Вѣстникъ Общества Краснаго Креста», «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости», № 6).

653. Отбыли на Дальній Востокъ: 21-го марта изъ Петербурга 5-ый *резервный санитарный отрядъ* Краснаго Креста въ составѣ 4 врачей (изъ нихъ 2 женщины), 8 сестеръ милосердія и 20 санитаровъ и изъ Воронежа—2-ой *санитарный отрядъ* въ составѣ 6 врачей, 15 сестеръ милосердія и 30 санитаровъ; 23-го марта изъ Пскова—*госпитальный отрядъ* на 25 кроватей въ составѣ 2 врачей, 7 сестеръ милосердія и 6 санитаровъ; 25-го марта изъ Петербурга 6-ой *резервный отрядъ* въ составѣ 2 врачей, 10 студентовъ и 13 санитаровъ, изъ Нижняго Новгорода—2 *санитарныхъ отряда*, снаряженные одинъ городомъ и другой—мѣстнымъ Отдѣленіемъ Краснаго Креста, и изъ Пензы—*санитарный отрядъ* Краснаго Креста въ составѣ 5 врачей, 15 сестеръ милосердія и 30 санитаровъ; 26-го марта изъ Вятки—*госпитальный отрядъ* Краснаго Креста на 200 кроватей въ такомъ-же составѣ; 29-го марта изъ Варшавы—*санитарный отрядъ* Краснаго Креста на 200 же кроватей въ составѣ 5 врачей, 16 сестеръ милосердія и 20 санитаровъ; 30-го марта изъ Кіева—*санитарный поѣздъ* Краснаго Креста съ 6 врачами, 15 сестрами милосердія и 30 санитарами и изъ Чернигова—*санитарный отрядъ* въ такомъ-же составѣ. — Пензенское чрезвычайное губернское земское Собраніе постановило учредить на средства губернскаго Земства *этапно-питательный пунктъ* на 25 кроватей для помощи больнымъ и раненымъ воинамъ; въ штатъ пункта войдутъ: 2 врача, 2 фельдшера, 3 сестры милосердія и 6 санитаровъ.—Петербургское биржевое Общество постановило передать исполнительной Коммиссіи Краснаго Креста изъ собранной по подпискѣ суммы 115000 р. на снаряженіе и содержаніе въ теченіи года *плавучаго лазарета* на 100 кроватей.—Кубанское Управленіе Краснаго Креста передало главному Управленію 8000 р. на приспособленіе баржъ подъ *плавучій лазаретъ* на р. Сунгари. — Крестьяне Ломжинской губ. передали чрезъ мѣстнаго губернатора исполнительной Коммиссіи Краснаго Креста 60000 р. на снаряженіе и содержаніе *лазарета имени крестьянъ Ломжинской губ.* («Новое Время», 22—31 марта).—Населеніе г. Новороссійска и Черноморской губ. снаряжаетъ *санитарный отрядъ* на 25 кроватей («Новое Обозрѣніе», 22 марта). Московское городское Управленіе снаряжаетъ на пожертвованныя Московскимъ купеческимъ клубомъ 60000 р. 2 *летучихъ лазарета*.—Общество Восточно-Китайской желѣзной дороги предоставило въ распоряженіе Краснаго Креста 11 баржъ и 7 пароходовъ для приспособленія ихъ подъ *плавучіе госпитали* («Русскія Вѣдомости», 22 и 27 марта).—Въ засѣданіи Харьковскаго медицинскаго Общества утверждена *смѣта на организацію санитарнаго отряда*, посылаемаго на театръ военныхъ дѣйствій. На содержаніе отряда въ теченіи 10 мѣсяцевъ намѣчено 20000 р., на приготовленіе сывороток—11000 р. и на снаряженіе отряда—10000 р. Предположено до отъѣзда отряда публично показать тѣ приборы, которые отрядъ везетъ съ собою («Правительственный Вѣстникъ», 25 марта).

654. Общество Кіевскихъ врачей учреждаетъ при имѣющемся въ немъ капиталѣ имени проф. *К. Г. Тритшеля* особый *фондъ* изъ добровольныхъ пожертвованій со спеціальнымъ назначеніемъ выдачи изъ него *пособій врачамъ и семьямъ врачей Юго-Западнаго края, отправляющихся на Дальній Востокъ*. Пожертвованія принимаются: проф. *К. Г. Тритшелемъ* (Тарасовская, 5), проф. *В. К. Высоковичемъ* (Нестеровская, 34) и *В. Ѳ. Бушуевымъ* (Кузнечная, 15).

655. *Среди прибывающихъ въ Красноярскъ нижнихъ чиновъ запаса появился сыпной тифъ*. 27-го февраля состоялось экстренное засѣданіе Красноярской городской Думы по вопросу о принятіи мѣръ противъ распространенія въ городѣ сыпного тифа. Постановлено: пригласить замѣстителя санитарному врачу, оставившему службу городу по случаю мобилизаціи и врача для бѣдныхъ и для завѣдыванія временной больничкой для сыпнотифозныхъ («Сибирскія Врачебныя Вѣдомости», № 5).

656. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (№ 6) приводятъ изъ «Восточнаго Обозрѣнія» слѣдующую замѣтку: «И. В. Крашенинниковъ, подъ полной его отвѣтственностью, проситъ насъ огласить слѣдующій фактъ. Проходя мимо д. Миль, онъ обратилъ вниманіе на 3 воза хлѣбовъ, которые тутъ нагружались. По внѣшнему виду г. К. принялъ ихъ за квасники, до того «хорошъ» былъ хлѣбъ! Изъ разспросовъ оказалось, что это *хлѣбъ, выпекаемый по подряду на войска...* У меня пошли на войну 2 брата и племянникъ; я хотѣлъ-бы, чтобы ихъ не кормили такимъ хлѣбомъ, который годится только на квасники, закончилъ свой разсказъ г. К.»

657. Въ Кутаисскомъ медицинскомъ Обществѣ *тепло чествовали* уѣзжавшаго изъ Кутаиса д-ра *Ѳ. К. Геррата* («Новое Обозрѣніе», 24 марта).

658. *С. М. Лукьяновъ сложилъ съ себя званіе предсѣдателя организаціоннаго Комитета IX Съѣзда*; въ засѣданіи 31-го января Комитетъ избралъ своимъ предсѣдателемъ *В. Н. Сиротинина* («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова», № 1—2).

659. Проф. *Е. В. Павловъ уволенъ по прошенію отъ должности инспектора по медицинской части вѣдомства учрежденій Императрицы Маріи*. Временно исправляющимъ обязанность инспектора назначенъ директоръ Петербургской Маріинской больницы *А. М. Айкановъ* («Правительственный Вѣстникъ», 23 марта).

660. Согласно выборамъ, произведеннымъ на IX-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ, *составъ исполнительныхъ органовъ Пироговскаго Общества на межсъѣздный періодъ 1904—1905 г.* измѣнился слѣдующимъ образомъ: изъ прежняго состава Правленія выбыли пробывшіе 2 межсъѣздныхъ періода со времени избранія—*Г. Н. Габричевскій, И. Ѳ. Огневъ, И. В. Поповъ, В. К. Ротъ, В. М. Тарновскій* и, по жребію, *П. И. Дьяконовъ*. Остались въ составѣ Правленія: Московскіе члены — *Л. П. Александровъ, А. А. Бобровъ, Е. А. Осиповъ, В. Д. Шервинскій, В. И. Яковенко* и изъ Петербурга *Д. О. Оттъ*. Взамѣнъ выбывшихъ, на общемъ Собраніи IX-го Съѣзда 11-го января избраны: изъ Москвы—*Г. Н. Габричевскій, И. В. Поповъ, П. Н. Куркинъ, Ф. А. Рейнъ, А. В. Мольковъ*, изъ Петербурга — *И. А. Дмитріевъ*. Кандидатами въ члены Правленія избраны: *Д. Н. Жбанковъ, К. И. Шидловскій, А. А. Чертовъ, Ф. А. Гетье* и *П. И. Дьяконовъ*. Въ засѣданіи Правленія 11-го февраля (1-мъ послѣ Съѣзда) предсѣдателемъ Правленія единогласно былъ избранъ *А. А. Бобровъ*, который, однако, не только отказался отъ предсѣдательствованія, но заявилъ о выходѣ своемъ и изъ состава Правленія, вслѣдствіе чего его замѣстилъ 1-ый кандидатъ въ члены Правленія *Д. Н. Жбанковъ*. Въ засѣданіи 24-го февраля предсѣдателемъ Правленія избранъ *Г. Н. Габричевскій*, казначеемъ *А. Ф. Рейнъ*, редакторомъ журнала Общества вновь *И. В. Поповъ* и секретаремъ Правленія *П. И. Куркинъ* («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова», № 1—2).

661. Приводимъ изъ «Журнала Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова» нѣкоторыя подробности *о закрытіи только-что учрежденной при Обществѣ справочно-посредничеcкой Коммиссіи* (см. выше № 2, стр. 69 и № 11, стр. 426). Въ увѣдомленіи, полученномъ Правленіемъ Общества отъ Московскаго оберъ-полицеймейстера (изъ отдѣленія по охраненію общественной безопасности и порядка въ Москвѣ), указывается, что, по распоряженію министра внутреннихъ дѣлъ, дѣятельность

Digitized by Google

справочно-посреднической Коммиссіи и ея бюро, какъ не предусмотрѣнныхъ дѣйствующимъ уставомъ Общества, должна быть прекращена. Въ увѣдомленіи говорится, что коммиссіи, учреждаемыя на основаніи прим. 2 къ § 30 устава Общества, не могутъ въ своей дѣятельности выходить изъ предѣловъ цѣли Общества, опредѣляемыхъ § 2 устава, къ каковымъ цѣлямъ относится лишь научно-практическая разработка врачебныхъ и санитарныхъ вопросовъ и вопросовъ, касающихся врачебнаго быта. Между тѣмъ справочно-посредническая Коммиссія и ея бюро представляетъ собою коммиссіонерскую организацію со взиманіемъ платы за услуги, а подобныя организаціи могутъ существовать и дѣйствовать только на основаніи особыхъ уставовъ или правилъ, утвержденныхъ правительствомъ въ установленномъ порядкѣ, почему министръ внутреннихъ дѣлъ и нашелъ, что Правленіе Пироговскаго Общества, утвердивъ правила для справочно-посреднической Коммиссіи, вышло изъ предѣловъ, указанныхъ въ уставѣ для дѣятельности Общества и его Правленія. Въ виду изложеннаго увѣдомленія и настоянія полиціи имущество Коммиссіи изъ конторы Правленія, гдѣ помѣщалась канцелярія бюро, 4-го февраля было вывезено, а на дверяхъ вывѣшено, за подписью предсѣдателя Коммиссіи, объявленіе о томъ, что дѣятельность бюро прекращена; въ общественныя учрежденія, куда были препровождены отъ Коммиссіи обращенія, посланы контръ-циркуляры съ краткимъ разъясненіемъ измѣнившихся обстоятельствъ. Однако Правленіе, не соглашаясь съ основаніями, которыми мотивировано это распоряженіе министра внутреннихъ дѣлъ, и находя, что учрежденіе справочно-посреднической Коммиссіи не противорѣчитъ ни § 2, ни прим. 2 къ § 30 устава Общества, по совѣщанію съ юристами, признало необходимымъ принести на распоряженіе министра внутреннихъ дѣлъ жалобу Сенату, каковая и заявлена 28-го февраля.

662. Мы получили грустную вѣсть, что *большинство служащихъ въ Александровскомъ Земствѣ*, Екатеринославской губ., *товарищей* (7 изъ 11) *нашли себя вынужденными оставить службу въ этомъ Земствѣ* по слѣдующей—вполнѣ основательной—причинѣ, изложенной въ поданномъ ими въ уѣздную Управу заявленіи: «Работа земскаго врача можетъ быть продуктивной только тогда, когда земскіе люди считаютъ его не «наймитомъ», а столь-же заинтересованнымъ въ благѣ населенія, какъ и лучшіе члены собранія. Замѣна Съѣздовъ врачей санитарнымъ Совѣтомъ преслѣдовала цѣль ввести насъ больше въ кругъ земскихъ интересовъ. Отношеніе гласныхъ къ работѣ санитарнаго Совѣта на первомъ-же засѣданіи обнаружило тенденцію земскихъ людей не расширять, а еще болѣе съузить этотъ кругъ. Работать при такихъ условіяхъ бодро и съ прежней энергіей мы не можемъ, а потому считаемъ себя нравственно обязанными оставить работу въ Александровскомъ Земствѣ».—Новый курсъ новыхъ земскихъ людей, видимо, все болѣе и болѣе уклоняется отъ основной цѣли—служенія дѣйствительнымъ интересамъ населенія.

663. Въ «Вѣстникѣ Ярославскаго Земства» (15 марта) мы нашли нѣкоторыя подробности *о постановленіи Ярославскаго уѣзднаго земскаго Собранія—не принимать на службу Ярославскаго уѣзднаго Земства женщинъ-врачей* (см. письмо въ редакцію «Русскаго Врача» д-ра *Е. Песковой-Прокофьевой*, № 10, стр. 382). Дѣло въ томъ, что на освободившуюся вакансію врача въ с. Михайловскомъ поданы были 3 предложенія, всѣ отъ женщинъ-врачей. Такъ какъ въ практикѣ Ярославскаго уѣзднаго Земства не было ни одного случая приглашенія женщинъ-врачей, то Управа просила Собраніе дать въ этомъ направленіи указанія. Предсѣдатель Собранія А. И. Яковлевъ высказался въ томъ смыслѣ, что приглашеніе женщины-врача было-бы неудобно. Мужчины стѣснялись-бы идти къ женщинамъ-врачамъ лѣчиться, особенно отъ секретныхъ болѣзней. Будетъ рядъ жалобъ. Одинъ изъ старшинъ подтвердилъ, что, по его мнѣнію, крестьяне, дѣйствительно, будутъ стѣсняться лѣчиться у женщинъ-врачей. Собраніе постановило: не назначать на свободныя вакансіи женщинъ-врачей.—Собраніе, очевидно, не сочло нужнымъ подумать о томъ, что уже въ цѣломъ рядѣ земствъ имѣются женщины-врачи, и никакихъ неудобствъ на практикѣ отъ этого не испытывается.

664. Изъ 34 земскихъ губерній въ настоящее время только въ 6 при губернскихъ Управахъ не имѣется еще *центральныхъ санитарныхъ учрежденій* (санитарныхъ бюро или отдѣленій). Губерніи эти слѣдующія: *Бессарабская*, Калужская, Олонецкая, Орловская, Полтавская и *Черниговская*. Изъ нихъ въ 2-хъ губерніяхъ (набранныхъ курсивомъ) и еще въ Казанской и Таврической санитарныя бюро ранѣе существовали, но по разнымъ причинамъ и въ разное время были упразднены; въ губерніяхъ Вятской, Казанской, Таврической и Тульской уже возбужденъ вопросъ объ ихъ учрежденіи. Изъ губернскихъ земствъ, имѣющихъ санитарную организацію, въ 18 издаются періодическіе санитарные органы (Врачебныя или Врачебно-санитарныя «Хроники», «Свѣдѣнія» о дѣятельности врачебно-санитарной организаціи и ходѣ эпидемическихъ заболѣваній, санитарные или врачебно-санитарные «Обзоры», «Своды» и пр.). Губерніи эти слѣдующія: Вологодская, Воронежская, Екатеринославская, Костромская, Курская, Московская, Нижегородская, Пермская, Рязанская, Самарская, Саратовская, Симбирская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Харьковская, Херсонская и Ярославская («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова», № 1—2).

665. Д-ръ *И. Кондорскій* («Вѣстникъ Екатеринославскаго Земства», № 10) указываетъ на *желательность организаціи на губернскихъ Съѣздахъ врачей небольшихъ выставокъ* боль-

Digitized by Google

675. *Кассаціонная жалоба д-ра Родзевича* (см. выше, № 3, стр. 111) на приговоръ окружного Суда, присудившаго его къ лишенію особыхъ правъ и преимуществъ и къ заключенію въ исправительное арестантское отдѣленіе на 4 года, *оставлена Сенатомъ безъ послѣдствій*. Въ виду вступленія такимъ образомъ приговора Суда въ законную силу, Судъ, по словамъ Нижегородскихъ газетъ, входитъ, согласно своему опредѣленію, съ ходатайствомъ предъ Его Императорскимъ Величествомъ о замѣнѣ назначеннаго *Родзевичу* наказанія 2-лѣтнимъ тюремнымъ заключеніемъ безъ лишенія правъ («Русь», 27 марта).

676. Намъ доставлена изъ-за границы слѣдующая *визитная карточка* (отдѣляемъ знакомъ—красныя строки и сохраняемъ орѳографію подлинника): «Докторъ медицины К. Киршбаумъ изъ Берлина.—Бывшій долголѣтній ассистентъ знаменитыхъ берлинскихъ профессоровъ (Сенатора, Лейдена, Менделя, Жолли и др.)—Русскій врачъ-спеціалистъ—для пользованія внутреннихъ, нервныхъ и женскихъ болѣзней новѣйшими способами леченія:—(Общій и гинэкологическій массажъ, гимнастика, гипнозъ, діэта, климатологія, лекарства и проч.)—Пріемъ: 2—5.—Визиты: во всякое время». Слѣдуетъ адрессъ и № телефона.—Обидно, что въ чужихъ земляхъ появляются и такіе представители нашей семьи.

677. «Врачебная хроника Харьковской губ.» (№ 78), сообщаетъ, что «Христолюбивому обществу народной самопомощи въ болѣзняхъ до прибытія врача» министромъ внутреннихъ дѣлъ разрѣшено созвать *всероссійскій съѣздъ гомеопатовъ* въ Петербургѣ весной 1904 г. Въ программу съѣзда входятъ какъ спеціально медицинскіе, такъ и бытовые вопросы. Намѣчены слѣдующія важнѣйшія ходатайства передъ правительствомъ: 1) чтобы способы лѣченія не раздѣлялись врачами именемъ закона на способы, покровительствуемые закономъ, и способы, лишь терпимые имъ; 2) чтобы до открытія каѳедръ гомеопатіи въ программу обязательныхъ предметовъ для оканчивающихъ В.-Медицинскую Академію и медицинскіе Факультеты, а также и женскіе медицинскіе Курсы (Институтъ? *Ред.*), включена была фармакодинамика, преподаваніе которой должно быть поручено доктору медицины-гомеопату; 3) чтобы весь низшій медицинскій персоналъ, признаваемый «язвой» земской медицины, также былъ ознакомленъ съ новымъ (? *Ред.*) медицинскимъ ученіемъ; 4) чтобы преподаваніе основъ гомеопатіи введено было во всѣхъ духовныхъ и учительскихъ, также какъ и во всѣхъ народныхъ училищахъ; 5) чтобы, согласуясь съ наличными силами врачей-гомеопатовъ, открыты были подъ контролемъ правительства въ городскихъ и казенныхъ больницахъ параллельныя аллопатическія и гомеопатическія отдѣленія.—На очереди теперь стоитъ «тибетско-медицинскій» съѣздъ Бадмаевцевъ, а затѣмъ и всероссійскій съѣздъ знахарей вообще, также, вѣроятно, съ соотвѣтствующими ходатайствами...

678. *Любая армія во время войны нуждается болѣе въ терапевтахъ, чѣмъ въ хирургахъ*,—вотъ, по «Journal de médecine de Paris» (3 апрѣля), истина, которую должны твердо помнить всѣ, кому надлежитъ. Подтвердила это правило и недавняя англо-бурская война, во время которой, напр., въ одномъ декабрѣ (годъ не указанъ) одинъ брюшной тифъ далъ 1507 случаевъ заболѣванія и 224 смерти, тогда какъ отъ оружія убыло лишь ничтожное число людей. «Истина эта заслуживаетъ того», добавляетъ газета, «чтобы надъ ней подумали наши друзья русскіе».

679. Англійскій химикъ Scott работаетъ теперь, по свѣдѣніямъ «Albany Medical Annals», надъ *наиболѣе сильнымъ ядомъ*, какой только существуетъ на свѣтѣ. Это—*ціанидъ какодила*, бѣлый порошокъ, плавящійся при 33° и кипящій при 140°. На воздухѣ онъ понемногу улетучивается, и вдохнуть его—означаетъ неминуемую смерть. Ядъ этотъ настолько могучъ, что $^{1}/_{10.000}$ грана его, введенная въ герметическую клѣтку съ 4 собаками, убила животныхъ мгновенно. Полученъ онъ нѣсколько лѣтъ назадъ французскимъ химикомъ Cadet путемъ воздѣйствія уксуснокислаго кали на бѣлый мышьякъ, при чемъ получается дымящаяся жидкость—окись какодила, которая въ соединеніи съ синеродомъ, радикаломъ ціанистой кислоты, и даетъ ціанидъ какодила («American Medicine», 12 марта).

680. *Гомеопатическая статистика.* На годовомъ праздникѣ Bromley'скаго (въ Kent'ѣ) Phillips Memorial Homeopathic Hospital гомеопатъ Madden произнесъ рѣчь, въ которой заявилъ ни болѣе ни менѣе какъ вотъ что: «Во всей Европѣ смертность въ гомеопатическихъ больницахъ ниже, чѣмъ въ аллопатическихъ. Дѣтская гомеопатическая больница въ London'ѣ даетъ смертность отъ 19 до 20%, тогда какъ аллопатическій Great Ormond Street Hospital for Children тамъ-же—около 69 и 70%; между тѣмъ случаи, лѣчимые въ обѣихъ, совершенно сходны, и разница только въ лѣченіи». Особенно рѣзка эта разница въ смертности, по Madden'у, относительно пнеймоніи и бронхо-пнеймоніи.—Передавая со словъ «Bromley and District Times» это развязное заявленіе, «British Medical Journal» (2 апрѣля) замѣчаетъ, что г. М. напрасно трудится сравнивать цифры, очень мало сравнимыя: городскія больницы London'а даютъ пріютъ главнымъ образомъ людямъ бѣднымъ, а гомеопатическая лѣчебница больше богатымъ, среди которыхъ гораздо болѣе распространена вѣра въ гомеопатію; кромѣ того, на статистику сильно вліяетъ и степень легкости поступленія въ больницу, почему тѣ больничныя учрежденія, которыя приносятъ наибольшую сумму пользы и добра, обречены всегда на относительно высокую смертность.

681. *Итоги 4 кампаній противъ болотной лихорадки въ римской Campagna* сводятся, по «British Medical Journal» (2 апрѣля), къ слѣдующему: за 1-ую кампанію, въ 1900 г., были обнаружены 3751 случай болѣзни (въ томъ числѣ 27 злокачественнаго типа),—31% по отношенію къ населенію. Въ кампаніи 1901 г. пришлось имѣть дѣло съ 2366 случаями (9 злокачественныхъ)—26%, въ кампаніи 1902 г. съ 2591 (9 злокачественныхъ)—20,5%, а въ 1903 г. общее число больныхъ упало до 1547 (3 злокачественныхъ случая), что по отношенію къ населенію составляетъ всего 11%.

682. Германское и русское правительство, по свѣдѣніямъ «Medical News» (26 марта), предупредили Правленіе X *Съѣзда польскихъ врачей и ученыхъ*, который назначенъ на 2—24 іюля 1904 г. въ Львовѣ (Lemberg), что врачи эти понадобятся дома.

683. Одинъ изъ серьезнѣйшихъ нѣмецкихъ журналовъ «Deutsches Archiv für klinische Medicin» обратился, какъ передаетъ «The Journal of the American Medical Association» (19 марта), къ своимъ сотрудникамъ съ просьбой, чтобы они *писали свои статьи возможно короче;* при этомъ редакція намекнула, что размѣры статей обыкновенно бываютъ обратно пропорціональны возрасту и опыту авторовъ.

684. *Умерли:* 1) 7-го января земскій врачъ Ахтырскаго уѣзда, Харьковской губ., *Павелъ Егоровичъ Иноземцевъ*, родившійся въ 1841 г., а званіе врача получившій (въ Кіевскомъ Университетѣ) въ 1870 г. Въ Ахтырское Земство покойный поступилъ на службу въ 1881 г. и служилъ тамъ по день смерти. Участокъ его былъ очень обширный и глухой. *П. Е.* отдавалъ своему участку всѣ свои силы и оставилъ по себѣ самую свѣтлую память добросовѣстнаго работника и безусловно хорошаго и честнаго товарища (Сообщено *В. И. Солодовниковымъ*).—2) 4-го марта отъ воспаленія легкихъ Царевококшайскій уѣздный врачъ и завѣдующій мѣстною земской больницей *Михаилъ Дмитріевичъ Агровскій*, родившійся въ 1835 г., а званіе врача получившій (въ Казанскомъ Университетѣ) въ 1861 г. Въ Царевококшайскомъ уѣздѣ покойный прослужилъ около 34 лѣтъ, отдавъ на служеніе земской медицины всѣ лучшіе годы своей жизни. Служить ему пришлось въ числѣ первыхъ земскихъ врачей по введеніи земскихъ установленій. Царевококшайскую больницу онъ получилъ еще отъ Приказа общественнаго призрѣнія, и не мало труда стоило ему обставить ее, по мѣрѣ возможности, согласно съ требованіями времени. Какъ врачъ, *М. Д.* обладалъ обширными познаніями и имѣлъ за собою громадный опытъ, будучи въ тоже время человѣкомъ, высоко гуманнымъ, крайне отзывчивымъ и сердечнымъ, а потому онъ и пользовался вполнѣ заслуженно уваженіемъ и горячею любовью всѣхъ; имя *М. Д.* было извѣстно далеко и за предѣлами Царевококшайска. Всѣ отзывались о немъ, какъ о человѣкѣ рѣдкой доброты и правдивости, очень свѣдущемъ, опытномъ, добросовѣстномъ, симпатичномъ, а, главное, безкорыстномъ врачѣ. Прахъ его на кладбище провожали множество народа (Сообщено *Я. Б. Розенбергомъ*).—3) Въ с. Раменскомъ *Сергѣй Антоновичъ Алафузовъ* (не *Алкорузовъ*), какъ неправильно было напечатано въ «Русскомъ Словѣ», откуда мы заимствовали это сообщеніе (см. выше, № 13, стр. 498), родившійся въ 1868 г., а званіе врача получившій въ 1893 г.—4) 21-го марта въ Москвѣ корпусный врачъ 17-го армейскаго корпуса *Адамъ Іосифовичъ Заржецкій* («Русскія Вѣдомости», 23 марта), родившійся въ 1839 г., а званіе врача получившій въ 1860 г.—5) 21-го марта въ Москвѣ врачъ 6-й Московской городской безплатной лѣчебницы для приходящихъ больныхъ *Александръ Ѳедоровичъ Ѳедоровъ*. Покойный былъ очень добрый человѣкъ и за свое постоянное желаніе дѣлать добро ближнимъ пользовался большой популярностью, любовью и уваженіемъ среди мѣстныхъ обывателей. Сотни бѣдняковъ оплакивали кончину покойнаго и провожали гробъ до могилы («Русское Слово», 24 марта). Покойный родился въ 1852 г., а званіе врача получилъ въ 1875 г.—6) 26-го марта, во Владивостокѣ, главный врачъ мѣстнаго военнаго госпиталя *Николай Георгіевичъ Рубецъ* («Новое Время», 27 марта), родившійся въ 1850 г., а званіе врача получившій въ 1875 г.—7) 26-го марта въ Петербургѣ *Николай Николаевичъ Чаганакскій* («Новое Время», 28 марта), родившійся въ 1853 г., а званіе врача получившій въ 1879 г.—8) 28-го марта въ Петербургѣ бывшій профессоръ В.-Медицинской Академіи *Владиміръ Ивановичъ Добровольскій* («Новое Время», 29 марта), родившійся въ 1838 г., а званіе врача получившій въ 1865 г. Покойный пользовался вполнѣ заслуженной извѣстностью очень свѣдущаго офталмолога и былъ талантливымъ и горячо преданнымъ своему дѣлу учителемъ, ревниво оберегавшимъ значеніе своей спеціальности въ ряду другихъ предметовъ обще-врачебнаго образованія. Обычная суровость *В. И.*, подчасъ граничившая съ грубостью, маскировала истинную доброту его сердца и, къ сожалѣнію, нерѣдко лишала его всегда правдивое слово той академической выдержанности, которая не позволяла бы видѣть въ рѣзкости личной обиды. Во всякомъ случаѣ, это была цѣльная, своеобразно симпатичная и безусловно честная личность.—9) 31-го марта на броненосцѣ «Петропавловскъ» *Андрей Николаевичъ Волковичъ* («Правительственный Вѣстникъ» 1 апрѣля), родившійся въ 1870 г., а званіе врача получившій въ 1894 г.

Digitized by Google

## LXIV. О скрыто протекающемъ ракѣ желудка.

Ч. пр. **А. П. Фавицкаго.**

Ракъ желудка принадлежитъ къ тому отдѣлу внутреннихъ заболѣваній человѣка, которому раньше, а въ особенности теперь, врачами удѣлялось и удѣляется по многимъ причинамъ особое вниманіе. Причинъ тому нѣсколько: во-1-хъ, сравнительная частота рака желудка среди раковъ всѣхъ прочихъ отдѣловъ желудочно-кишечнаго пути (по *Häberlin*'у около 40—50%); во 2-хъ, неясность клиническаго проявленія этого заболѣванія, а также скрытое во многихъ случаяхъ теченіе его; въ 3-хъ, полная наша безпомощность въ смыслѣ «специфическаго» его лѣченія [отрицательные опыты съ сывороткой *Colley*'а [1]), *Roncoli* [2]), *Emmerich*'а и *Scholl*'а [3]), *Richet* и *Hericourt*'а [4]), *Doyen*'а [5]) и *Влаева* [6]) съ его противораковой сывороткой] и относительная возможность коренной хирургической помощи, главнымъ образомъ въ начальныхъ стадіяхъ заболѣванія; въ 4-хъ, отсутствіе тожества во взглядахъ на этіологію его [*Plimmer*, *Sanfelice*, *Doyen*, *Sjöbring* [7]) и др.] и, въ 5-хъ, все увеличивающаяся, по мнѣнію многихъ, частота заболѣванія ракомъ вообще за послѣднее время.

Въ настоящей статьѣ я не предполагаю касаться ни этіологіи, ни лѣченія, ни частоты распространенія этого страданія, такъ какъ все это основательно разобрано въ критическихъ обзорахъ чч. пр. *В. Н. Гейнаца*, *В. Ф. Орловскаго* и д-ра *Н. Н. Петрова*, помѣщенныхъ за послѣдніе годы въ «Извѣстіяхъ В.-Медицинской Академіи», а остановлюсь на тѣхъ формахъ клиническаго проявленія рака желудка, которыя нерѣдко протекаютъ въ высшей степени туманно и неясно и распознаваніе которыхъ представляется не столь легкимъ, какъ въ большинствѣ обычныхъ типичныхъ случаевъ.

Обсужденіе и сообщеніе такихъ скрыто протекающихъ случаевъ рака желудка имѣетъ, несомнѣнно, большое клиническое значеніе, ибо, благодаря этому, подчеркиваются и выдвигаются на первый планъ такія стороны прижизненной картины болѣзни, о которыхъ въ спеціальныхъ руководствахъ говорится только вскользь.

Какъ извѣстно, цѣлый рядъ случаевъ рака желудка протекаетъ съ такими прижизненными припадками, что распознаваніе его не представляетъ никакихъ затрудненій; это—тѣ именно случаи, гдѣ опухоль желудка, худосочіе, отсутствіе HCl, присутствіе молочной кислоты, рвота, боль въ области желудка, пожилой возрастъ и другіе характерные признаки имѣются на лицо. Въ этомъ легко можетъ убѣдиться каждый, заглянувъ въ соотвѣтствующіе отдѣлы такихъ руководствъ по внутреннимъ болѣзнямъ, какъ *Boas*'а [8]), *Ewald*'а [9]), *Rosenheim*'а [10]), *Riegel*'а [11]), *Fleiner*'а, *Leube* [12]), *Leo* [13]), *Dieulafoy* [14]), *Eichhorst*'а [15]), *Strümpell*'я [16]) и болѣе старыхъ, какъ *Ziemssen*'а [17]), *Jaccoud* [18]), *Niemeyer*'а и др. Но, какъ только нѣкоторыхъ изъ наиболѣе важнѣйшихъ признаковъ рака желудка нѣтъ или же они проявляются въ нерѣзкой степени, при чемъ сочетаніе этихъ отклоненій можетъ быть самое разнообразное, то параллельно съ этимъ возрастаютъ и трудности въ распознаваніи этого заболѣванія и иногда почти—въ непреодолимой степени. Послѣднее станетъ понятнымъ для всякаго, кто вспомнитъ, что для рака желудка нѣтъ почти ни одного признака, характернаго только для него одного, за исключеніемъ, развѣ, частичекъ опухоли, которыя иногда случайно открываются въ рвотныхъ массахъ или въ промывныхъ водахъ—къ сожалѣнію, однако, очень рѣдко—но, какъ справедливо выражаются *Riegel* и *Boas*, всѣ признаки, вмѣстѣ взятые, или-же совокупность главнѣйшихъ изъ нихъ обезпечиваютъ вѣрное распознаваніе.

Такія формы рака желудка, которыя при жизни больного протекаютъ скрытно («carcinoma ventriculi occultum» *Boas*'а), встрѣчаются не рѣдко, во всякомъ случаѣ на секціонномъ столѣ—чаще, чѣмъ онѣ описываются въ литературѣ, ибо, къ сожалѣнію, онѣ даже въ очень опытныхъ рукахъ проскальзываютъ совершенно нераспознанными. Такъ, по статистикѣ *Boas*'а и *Reichman*'а [19]) (на патолого-анатомическомъ матеріалѣ изъ *Virchow*'скаго Института) на долю ихъ приходится около 25% всѣхъ раковъ желудка (распознаются онѣ большей частью на вскрытіи); по *Guinard*'у изъ 113 случаевъ такихъ-же раковъ желудка природа страданія узнана была при жизни больныхъ только въ 34. Атипическій resp. скрытый характеръ теченія рака желудка проявляется тѣмъ, что явленія со стороны желудка или бываютъ выражены очень нерѣзко, или ихъ почти совсѣмъ не наблюдается, или-же, наконецъ, то или другое осложненіе со стороны сосѣднихъ съ желудкомъ или отдаленныхъ отъ него органовъ выступаетъ столь ярко на первый планъ, что затемняетъ собою основной процессъ въ желудкѣ, давая совершенно другое направленіе оцѣнкѣ наблюдаемыхъ явленій. Описанія подобныхъ случаевъ имѣются въ литературѣ, а также отчасти и въ спеціальныхъ руководствахъ по болѣзнямъ желудочно-кишечнаго пути. Касаться всѣхъ ихъ я не буду, а ограничусь вкратцѣ самымъ существеннымъ; предварительно-же сдѣлаю общій очеркъ тѣхъ уклоненій въ проявленіи главнѣйшихъ признаковъ рака желудка, которыя установлены большинствомъ авторовъ.

Такъ, опухоли, прощупываемой въ области желудка и представляющей одинъ изъ типичнѣйшихъ признаковъ этого заболѣванія, во многихъ случаяхъ можетъ совершенно не быть [*Jaccoud*, *Strümpell*, *Raymond* [20]), *Leo*, *Boas*, *Riegel* и др.]. Относительно другого, не менѣе важнаго, признака, какъ худосочіе (кахексія), мнѣнія авторовъ таковы: по *Boas*'у, худосочіе нерѣдко бываетъ выражено только въ позднѣйшихъ стадіяхъ болѣзни, при чемъ *Boas* не считаетъ его специфическимъ и рѣзко отличающимся отъ худосочія, возникающаго на почвѣ *Addison*'овой болѣзни, цирроза печени, пороковъ сердца и т. п.; *Riegel* видѣлъ больныхъ ракомъ желудка съ цвѣтущимъ общимъ видомъ въ началѣ болѣзни; онъ считаетъ худосочіе характернымъ для рака желудка лишь въ томъ случаѣ, если оно развивается очень быстро; *Schüle* [21]) наблюдалъ отсутствіе худосочія при ракѣ желудка въ теченіи 7 мѣс.; *Siredey* [22]), гораздо раньше, подмѣтилъ тоже самое; наконецъ, въ самое послѣднее время *Э. И. Певзнеръ* [23]) говоритъ, что иногда въ теченіи рака желудка наблюдается, вмѣсто все усиливающагося упадка питанія, даже временное наростаніе вѣса тѣла.

Рвота при ракѣ желудка вообще, а кровью и кофейной гущей въ частности, точно также подвержена большимъ колебаніямъ въ зависимости отъ мѣстоположенія опухоли (входъ въ желудокъ, привратниковая часть), а также отъ сопутствующихъ измѣненій слизистой оболочки желудка. По *Boas*'у, рвота—не обязательна, и ея можетъ не быть; если вмѣстѣ съ опухолью отсутствуютъ и другіе признаки, то, по его мнѣнію, распознаваніе можетъ оказаться затруднительнымъ до чрезвычайности, и только «счастье, а не опытность врача можетъ угадать истинную натуру страданія»; такъ-же относительно рвоты высказываются и *Riegel*, *Leo*, *Debove* [24]), *Dujardin Beaumetz*, *Mathieu*, *Raymond*, *Ewald* и др.

Сила желанія ѣсть, которое обыкновенно при ракѣ желудка бываетъ рѣзко понижено или отсутствуетъ вовсе, нерѣдко, однако, можетъ проявляться въ рѣзкой степени и въ положительную сторону; за это высказываются *Boas*, отчасти *Riegel*, затѣмъ *Hanot*, *Huchard*, *Arnozan* [25]), изъ которыхъ послѣдніе 2 наблюдали сохраненіе позыва на ѣду при существованіи опухоли и худосочія; *Raymond* и *Siredey* допускаютъ даже возможность отсутствіе всякихъ явленій неваренія при этой болѣзни; *Debove* на этотъ счетъ выражается болѣе сдержанно; большинство-же устанавливаютъ частичное отсутствіе позыва на ѣду по отношенію къ мясу.

Боли въ области желудка, произвольной или вызываемой давленіемъ,—также одинъ изъ обычныхъ признаковъ рака желудка—иногда можетъ вовсе не быть (*Leo*, *Boas*, *Raymond*); въ большинствѣ-же случаевъ она наблюдается сравнительно рѣдко (*Dieulafoy*, *Riegel*).

Далѣе, возрастъ больного (преимущественно пожилой), а также характеръ начала болѣзни (по *Leube*—сравнительно острое начало у пожилого больного, до того не страдавшаго явленіями неваренія), точно также, допускаютъ широкія исключенія (*Riegel*, *Певзнеръ*); послѣдній указы-

ваетъ въ своихъ наблюденіяхъ на случаи, гдѣ явленія неваренія существовали годами и дали въ концѣ концовъ развитіе рака желудка.

Что касается, наконецъ, остальныхъ признаковъ рака желудка, какъ, напр., нарушенія двигательной способности послѣдняго, отсутствія соляной кислоты и присутствія (ясное) молочной въ его содержимомъ, то и относительно ихъ приходится повторить только-что сказанное, хотя и нельзя не отмѣтить, что распознавательное значеніе этихъ 3-хъ признаковъ, какъ наиболѣе постоянныхъ при ракѣ желудка (*Ewald*, *Riegel*, *Rosenheim*, *Boas*), очень велико. Но, съ другой стороны, и они могутъ встрѣчаться при заболѣваніяхъ желудка, ничего общаго съ ракомъ его не имѣющихъ, какъ-то: при хроническихъ невареніяхъ, хроническихъ катаррахъ желудка, расширеніяхъ его, желудочной ахиліи и т. д.

Сопоставивъ между собой всѣ эти данныя, мы должны согласиться съ д-ромъ *Певзнеромъ*, что діагностика рака желудка и до сихъ поръ не совершенна, ибо многихъ основныхъ признаковъ его можетъ не быть и въ тоже время они могутъ встрѣчаться при другихъ заболѣваніяхъ желудка. Этимъ и объясняется то обстоятельство, что, какъ я уже говорилъ, приблизительно въ 25% всѣхъ раковъ желудочно-кишечнаго пути ракъ желудка не опредѣляется при жизни больного иногда даже самыми выдающимися клиницистами *).

Говоря о «скрыто протекающихъ» ракахъ желудка, *Boas* указываетъ на наблюденія *Ewald*'а, *Raymond*'а, *Leichtestern*'а, *Hampeln*'а [26]) и др., гдѣ ни въ одномъ случаѣ прижизненнаго распознаванія сдѣлано не было. Здѣсь признаковъ со стороны желудка, которые указывали-бы на раковое пораженіе его, почти совсѣмъ не наблюдалось; особенно часто, по мнѣнію *Boas*'а, это встрѣчается при ракѣ желудка, сплошь инфильтрирующемъ стѣнки послѣдняго и вызывающемъ уменьшеніе объема его («cancer atrophicans» *Riegel*'я). *Strümpell* замѣчаетъ, что при подобной формѣ рака желудка иногда въ надчревной области ощущается какая-то плотность при ощупываніи, но не всегда представляется возможнымъ признать ее за новообразованіе. Какъ я уже говорилъ, нѣкоторыя формы «скрыто протекающаго» рака желудка могутъ походить на водянку, возникшую на почвѣ страданія сердца, печени и почекъ. Такія формы видѣлъ *Mathieu* [27]), чаще у молодыхъ людей, при чемъ онъ подчеркиваетъ, что брюшная водянка, наблюдающаяся при этомъ, можетъ сильно затемнять основное страданіе и что только проколъ живота можетъ обнаружить раковое пораженіе желудка и брюшины. Ту-же роль брюшной водянки при ракѣ желудка отмѣчаютъ и *Leo*, *Debove* и *Achard*; только пораженіе раковыми узлами печени можетъ выяснить суть дѣла. Отекъ общихъ покрововъ, наоборотъ, можетъ легко заставить думать о страданіи сердца или почекъ, и вотъ тутъ-то вскрытіе и обнаруживаетъ истину.

*Ziemssen* [28]) упоминаетъ объ одномъ такомъ случаѣ, гдѣ у 60-лѣтней больной, при отсутствіи разстройства пищеварительныхъ органовъ, развились въ теченіи 3 мѣсяцевъ отекъ и брюшная водянка и гдѣ при вскрытіи совершенно неожиданно былъ найденъ ракъ привратника и печени.

*Dieulafoy* точно также отмѣчаетъ громадныя трудности въ распознаваніи «склерозирующаго» разлитого рака желудка, иногда очень похожаго на гипертрофическій гастритъ. Авторами, по преимуществу французскими, изъ періода времени 80—90-хъ годовъ, подобнымъ формамъ рака желудка удѣлялось особое вниманіе. Сюда надо отнести наблюденія *Andral*'я, *Trousseau*, *Cruveiller*, *Jaccoud* и *Raymond*'а, изъ которыхъ послѣдній еще въ 1879 г. описалъ ракъ желудка, протекавшій съ высокой температурой и сыпью на тѣлѣ, и распознанный только на вскрытіи въ видѣ разлитого пораженія стѣнокъ желудка. Еще раньше *Chesnel* [29]) выдѣлялъ такіе раки желудка, которые могутъ не давать никакихъ характерныхъ признаковъ или-же подходить по клинической картинѣ къ циррозу печени, порокамъ сердца и *Bright*'овой болѣзни.

*Gombault* [30]) сообщилъ о больной, 60 л., страдавшей общей водянкой и потерей силъ. Когда у нея была выпущена брюшно-водяночная жидкость не гэморрагическаго свойства, то въ области желудка удалось нащупать опухоль. При все возроставшей водянкѣ и поносѣ больная скончалась. На вскрытіи былъ найденъ инфильтрирующій ракъ желудка, уменьшеннаго въ объемѣ, и переносные узелки на брюшинѣ.

*Grandmaison* [31]) приводитъ случай коллоиднаго рака желудка, не дававшаго при жизни, кромѣ исхуданія больного, никакихъ другихъ припадковъ, которые могли-бы указывать на него.

*Huchard* [32]), подтверждая существованіе скрыто протекающаго рака желудка, указываетъ, что иногда онъ даетъ въ своемъ теченіи такія послабленія, что является полное сомнѣніе въ томъ, имѣется-ли онъ у больного; иногда-же, наоборотъ, ракъ желудка распознается тамъ, гдѣ его нѣтъ, что приходилось переживать и самому *Huchard*'у.

*Durand Fordel* [33]) наблюдалъ больного, 53 л., у котораго замѣчалось ослабленіе позыва на ѣду, исхуданіе, брюшная водянка и въ области желудка. При ощупываніи неясное уплотненіе; на вскрытіи оказался разлитой ракъ желудка.

*Tapret* [34]), устанавливая различные типы клиническаго проявленія рака желудка, подтверждаетъ мнѣніе предъидущихъ авторовъ о случаяхъ совершенно скрытаго его теченія или-же теченія подъ видомъ заболѣванія, желудку какъ-бы несвойственнаго. Онъ-же обращаетъ вниманіе на большое сходство, имѣющееся иногда между ракомъ желудка (инфильтрирующимъ его) и т. наз. склерозомъ желудка, «Linitis chronica» и «Sclèreuse sous-muqueuse hypertrophique»—*Hanot* и *Gombault*.

*Aron* [35]) показалъ въ «Verein für innere Medicin» препаратъ рака желудка отъ больной, 73 л., у которой при отсутствіи болей въ области желудка, рвоты и ощупываемой опухоли въ немъ наблюдались отекъ, брюшная водянка и скопленіе водяночной жидкости въ плейральныхъ полостяхъ. На вскрытіи были найдены: ракъ желудка, желудочно-толстокишечный свищъ и эндокардитъ.

*Huber* [36]) при опредѣленіи рака желудка громадное значеніе придаетъ наличности опухоли, безъ которой распознаваніе считаетъ только вѣроятнымъ; въ подобныхъ случаяхъ, однако, большое подспорье оказываетъ изслѣдованіе желудочнаго сока: отсутствіе соляной и присутствіе молочной кислотъ и ослабленіе двигательной способности желудка (того-же придерживается и *Riegel*) даютъ и при такихъ условіяхъ возможность заподозрѣть существованіе рака желудка, какъ это и подтвердилось въ 4-хъ наблюденіяхъ автора. *Hampeln* [37]) описываетъ 3 случая рака желудка, гдѣ главнымъ явленіемъ была высокая температура перемежающагося типа, заставлявшая думать о нагноеніи, источника для котораго однако никакого не было; эта разновидность скрыто протекающаго рака желудка также заслуживаетъ вниманія какъ сама по себѣ, такъ и по отношенію къ отличительному распознаванію. Наблюдается иногда и такая клиническая форма рака желудка, гдѣ на первый планъ выступаетъ картина тяжелаго малокровія съ незначительными явленіями со стороны желудка; объ этой формѣ упоминалъ въ своихъ «Клиническихъ лекціяхъ» покойный *С. П. Боткинъ*, а позже—*Leo*.

Осенью 1902 г. въ госпитальной терапевтической клиникѣ В.-Медицинской Академіи мнѣ тоже пришлось наблюдать больного, 50 л., жаловавшагося на потерю желанія ѣсть и на тяжесть въ области желудка послѣ пріема пищи и представлявшаго собой тяжкаго анэмика (рѣзкая блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ и измѣненія крови, весьма близкія къ наблюдаемымъ при злокачественномъ малокровіи), при чемъ соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ у него не было, но не было также и какой-либо опухоли, прощупываемой въ области желудка. Дальнѣйшее наблюденіе обнаружило, однако, постепенное развитіе на передней стѣнкѣ желудка небольшой опухоли, которая, въ связи съ возрастомъ больного и сравнительно быстрымъ началомъ заболѣванія, не оставляла уже никакого сомнѣнія, съ чѣмъ я имѣлъ дѣло.

Въ текущемъ году мнѣ пришлось въ частной практикѣ видѣть больного, у котораго скрыто протекавшій ракъ желудка проявлялся сильно выраженной картиной несахарнаго мочеизнуренія, совершенно затемнявшей основное страданіе. Было-ли тутъ простое совпаденіе рака желудка и припадковъ несахарнаго мочеизнуренія, или-же была какая-либо болѣе тѣсная связь между тѣмъ и другимъ, сказать пока трудно, ибо вопросъ этотъ въ спеціальной литературѣ (*Riegel*, *Boas* и др.) почти совсѣмъ не за-

*) Поразительно въ этихъ случаяхъ несоотвѣтствіе между рѣзко выраженными патолого-анатомическими измѣненіями въ желудкѣ и неясными прижизненными признаками; оно нерѣдко бываетъ такъ велико, что незнакомый съ клиникой патолого-анатомъ объясняетъ ошибку въ распознаваніи только недосмотромъ или небрежностью изслѣдованія со стороны наблюдавшаго врача, совершенно забывая объ обратномъ, когда, напр., при такихъ заболѣваніяхъ, какъ сахарное или несахарное мочеизнуреніе, злокачественное малокровіе, *Werlhof*'ова болѣзнь и т. п., патолого-анатомъ на секціонномъ столѣ точно также можетъ не найти ничего характернаго для нихъ, въ то время какъ клинически они протекаютъ въ высшей степени своеобразно и типично.

Digitized by Google

# LXIV. О скрыто протекающемъ ракѣ желудка.

Ч. пр. А. П. Фавицкаго.

Ракъ желудка принадлежитъ къ тому отдѣлу внутреннихъ заболѣваній человѣка, которому раньше, а въ особенности теперь, врачами удѣлялось и удѣляется по многимъ причинамъ особое вниманіе. Причинъ тому нѣсколько: во-1-хъ, сравнительная частота рака желудка среди раковъ всѣхъ прочихъ отдѣловъ желудочно-кишечнаго пути (по *Häberlin*'у около 40—50%); во 2-хъ, неясность клиническаго проявленія этого заболѣванія, а также скрытое во многихъ случаяхъ теченіе его; въ 3-хъ, полная наша безпомощность въ смыслѣ «специфическаго» его лѣченія [отрицательные опыты съ сывороткой *Colley*'а [1]), *Roncoli* [2]), *Emmerich*'а и *Scholl*'а [3]), *Richet* и *Hericourt*'а [4]), *Doyen*'а [5]) и *Влаева* [6]) съ его противораковой сывороткой] и относительная возможность коренной хирургической помощи, главнымъ образомъ въ начальныхъ стадіяхъ заболѣванія; въ 4-хъ, отсутствіе тожества во взглядахъ на этіологію его [*Plimmer*, *Sanfelice*, *Doyen*, *Sjöbring* [7]) и др.] и, въ 5-хъ, все увеличивающаяся, по мнѣнію многихъ, частота заболѣванія ракомъ вообще за послѣднее время.

Въ настоящей статьѣ я не предполагаю касаться ни этіологіи, ни лѣченія, ни частоты распространенія этого страданія, такъ какъ все это основательно разобрано въ критическихъ обзорахъ чч. пр. *В. Н. Гейнаца*, *В. Ф. Орловскаго* и д-ра *Н. Н. Петрова*, помѣщенныхъ за послѣдніе годы въ «Извѣстіяхъ В.-Медицинской Академіи», а остановлюсь на тѣхъ формахъ клиническаго проявленія рака желудка, которыя нерѣдко протекаютъ въ высшей степени туманно и неясно и распознаваніе которыхъ представляется не столь легкимъ, какъ въ большинствѣ обычныхъ типичныхъ случаевъ.

Обсужденіе и сообщеніе такихъ скрыто протекающихъ случаевъ рака желудка имѣетъ, несомнѣнно, большое клиническое значеніе, ибо, благодаря этому, подчеркиваются и выдвигаются на первый планъ такія стороны прижизненной картины болѣзни, о которыхъ въ спеціальныхъ руководствахъ говорится только вскользь.

Какъ извѣстно, цѣлый рядъ случаевъ рака желудка протекаетъ съ такими прижизненными припадками, что распознаваніе его не представляетъ никакихъ затрудненій; это—тѣ именно случаи, гдѣ опухоль желудка, худосочіе, отсутствіе HCl, присутствіе молочной кислоты, рвота, боль въ области желудка, пожилой возрастъ и другіе характерные признаки имѣются на лицо. Въ этомъ легко можетъ убѣдиться каждый, заглянувъ въ соотвѣтствующіе отдѣлы такихъ руководствъ по внутреннимъ болѣзнямъ, какъ *Boas*'а [8]), *Ewald*'а [9]), *Rosenheim*'а [10]), *Riegel*'а [11]), *Fleiner*'а, *Leube* [12]), *Leo* [13]), *Dieulafoy* [14]), *Eichhorst*'а [15]), *Strümpell*'я [16]) и болѣе старыхъ, какъ *Ziemssen*'а [17]), *Jaccoud* [18]), *Niemeyer*'а и др. Но, какъ только нѣкоторыхъ изъ наиболѣе важнѣйшихъ признаковъ рака желудка нѣтъ или же они проявляются въ нерѣзкой степени, причемъ сочетаніе этихъ отклоненій можетъ быть самое разнообразное, то параллельно съ этимъ возрастаютъ и трудности въ распознаваніи этого заболѣванія и иногда почти—въ непреодолимой степени. Послѣднее станетъ понятнымъ для всякаго, кто вспомнитъ, что для рака желудка нѣтъ почти ни одного признака, характернаго только для него одного, за исключеніемъ, развѣ, частичекъ опухоли, которыя иногда случайно открываются въ рвотныхъ массахъ или въ промывныхъ водахъ—къ сожалѣнію, однако, очень рѣдко—но, какъ справедливо выражаются *Riegel* и *Boas*, всѣ признаки, вмѣстѣ взятые, или-же совокупность главнѣйшихъ изъ нихъ обезпечиваютъ вѣрное распознаваніе.

Такія формы рака желудка, которыя при жизни больного протекаютъ скрытно («carcinoma ventriculi occultum» *Boas*'а), встрѣчаются не рѣдко, во всякомъ случаѣ на секціонномъ столѣ—чаще, чѣмъ онѣ описываются въ литературѣ, ибо, къ сожалѣнію, онѣ даже въ очень опытныхъ рукахъ проскальзываютъ совершенно нераспознанными. Такъ, по статистикѣ *Boas*'а и *Reichman*'а [19]) (на патолого-анатомическомъ матеріалѣ изъ *Virchow*'скаго Институ-

ваетъ въ своихъ наблюденіяхъ на случаи, гдѣ явленія неваренія существовали годами и дали въ концѣ концовъ развитіе рака желудка.

Что касается, наконецъ, остальныхъ признаковъ рака желудка, какъ, напр., нарушенія двигательной способности послѣдняго, отсутствія соляной кислоты и присутствія (ясное) молочной въ его содержимомъ, то и относительно ихъ приходится повторить только-что сказанное, хотя и нельзя не отмѣтить, что распознавательное значеніе этихъ 3-хъ признаковъ, какъ наиболѣе постоянныхъ при ракѣ желудка (*Ewald*, *Riegel*, *Rosenheim*, *Boas*), очень велико. Но, съ другой стороны, и они могутъ встрѣчаться при заболѣваніяхъ желудка, ничего общаго съ ракомъ его не имѣющихъ, какъ-то: при хроническихъ невареніяхъ, хроническихъ катаррахъ желудка, расширеніяхъ его, желудочной ахиліи и т. д.

Сопоставивъ между собой всѣ эти данныя, мы должны согласиться съ д-ромъ *Певзнеромъ*, что діагностика рака желудка и до сихъ поръ не совершенна, ибо многихъ основныхъ признаковъ его можетъ не быть и въ тоже время они могутъ встрѣчаться при другихъ заболѣваніяхъ желудка. Этимъ и объясняется то обстоятельство, что, какъ я уже говорилъ, приблизительно въ 25% всѣхъ раковъ желудочно-кишечнаго пути ракъ желудка не опредѣляется при жизни больного иногда даже самыми выдающимися клиницистами *).

Говоря о «скрыто протекающихъ» ракахъ желудка, *Boas* указываетъ на наблюденія *Ewald*'а, *Raymond*'а, *Leichtestern*'а, *Hampeln*'а [26]) и др., гдѣ ни въ одномъ случаѣ прижизненнаго распознаванія сдѣлано не было. Здѣсь признаковъ со стороны желудка, которые указывали-бы на раковое пораженіе его, почти совсѣмъ не наблюдалось; особенно часто, по мнѣнію *Boas*'а, это встрѣчается при ракѣ желудка, сплошь инфильтрирующемъ стѣнки послѣдняго и вызывающемъ уменьшеніе объема его («cancer atrophicans» *Riegel*'я). *Strümpell* замѣчаетъ, что при подобной формѣ рака желудка иногда въ надчревной области ощущается какая-то плотность при ощупываніи, но не всегда представляется возможнымъ признать ее за новообразованіе. Какъ я уже говорилъ, нѣкоторыя формы «скрыто протекающаго» рака желудка могутъ походить на водянку, возникшую на почвѣ страданія сердца, печени и почекъ. Такія формы видѣлъ *Mathieu* [27]), чаще у молодыхъ людей, причемъ онъ подчеркиваетъ, что брюшная водянка, наблюдающаяся при этомъ, можетъ сильно затемнять основное страданіе и что только проколъ живота можетъ обнаружить раковое пораженіе желудка и брюшины. Ту-же роль брюшной водянки при ракѣ желудка отмѣчаютъ и *Leo*, *Debove* и *Achard*; только пораженіе раковыми узлами печени можетъ выяснить суть дѣла. Отекъ общихъ покрововъ, наоборотъ, можетъ легко заставить думать о страданіи сердца или почекъ, и вотъ тутъ-то вскрытіе и обнаруживаетъ истину.

*Ziemssen* [28]) упоминаетъ объ одномъ такомъ случаѣ, гдѣ у 60-лѣтней больной, при отсутствіи разстройства пищеварительныхъ органовъ, развились въ теченіи 3 мѣсяцевъ отекъ и брюшная водянка и гдѣ при вскрытіи совершенно неожиданно былъ найденъ ракъ привратника и печени.

*Dieulafoy* точно также отмѣчаетъ громадныя трудности въ распознаваніи «склерозирующаго» разлитого рака желудка, иногда очень похожаго на гипертрофическій гастритъ. Авторами, по преимуществу французскими, изъ періода времени 80—90-хъ годовъ, подобнымъ формамъ рака желудка удѣлялось особое вниманіе. Сюда надо отнести наблюденія *Andral*'я, *Trousseau*, *Cruveiller*, *Jaccoud* и *Raymond*'а, изъ которыхъ послѣдній еще въ 1879 г. описалъ ракъ желудка, протекавшій съ высокой температурой и сыпью на тѣлѣ, и распознанный только на вскрытіи въ видѣ разлитого пораженія стѣнокъ желудка. Еще раньше *Chesnel* [29]) выдѣлялъ такіе раки желудка, которые могутъ не давать никакихъ характерныхъ признаковъ или-же подходить по клинической картинѣ къ циррозу печени, порокамъ сердца и *Bright*'овой болѣзни.

*Gombault* [30]) сообщилъ о больной, 60 л., страдавшей общей водянкой и потерей силъ. Когда у нея была выпущена брюшноводяночная жидкость не гэморрагическаго свойства, то въ области желудка удалось нащупать опухоль. При все возроставшей водянкѣ и поносѣ больная скончалась. На вскрытіи былъ найденъ инфильтрирующій ракъ желудка, уменьшеннаго въ объемѣ, и переносные узелки на брюшинѣ.

*Grandmaison* [31]) приводитъ случай коллоиднаго рака желудка, не дававшаго при жизни, кромѣ исхуданія больного, никакихъ другихъ припадковъ, которые могли-бы указывать на него.

*Huchard* [32]), подтверждая существованіе скрыто протекающаго рака желудка, указываетъ, что иногда онъ даетъ въ своемъ теченіи такія послабленія, что является полное сомнѣніе въ томъ, имѣется-ли онъ у больного; иногда-же, наоборотъ, ракъ желудка распознается тамъ, гдѣ его нѣтъ, что приходилось переживать и самому *Huchard*'у.

*Durand Fordel* [33]) наблюдалъ больного, 53 л., у котораго замѣчалось ослабленіе позыва на ѣду, исхуданіе, брюшная водянка и въ области желудка. При ощупываніи неясное уплотненіе; на вскрытіи оказался разлитой ракъ желудка.

*Tapret* [34]), устанавливая различные типы клиническаго проявленія рака желудка, подтверждаетъ мнѣніе предъидущихъ авторовъ о случаяхъ совершенно скрытаго его теченія или-же теченія подъ видомъ заболѣванія, желудку какъ-бы несвойственнаго. Онъ-же обращаетъ вниманіе на большое сходство, имѣющееся иногда между ракомъ желудка (инфильтрирующимъ его) и т. наз. склерозомъ желудка, «Linitis chronica» и «Scléreuse sous-muqueuse hypertrophique»—*Hanot* и *Gombault*.

*Aron* [35]) показалъ въ «Verein für innere Medicin» препаратъ рака желудка отъ больной, 73 л., у которой при отсутствіи болей въ области желудка, рвоты и ощупываемой опухоли въ немъ наблюдались отекъ, брюшная водянка и скопленіе водяночной жидкости въ плейральныхъ полостяхъ. На вскрытіи были найдены: ракъ желудка, желудочно-толстокишечный свищъ и эндокардитъ.

*Huber* [36]) при опредѣленіи рака желудка громадное значеніе придаетъ наличности опухоли, безъ которой распознаваніе считаетъ только вѣроятнымъ; въ подобныхъ случаяхъ, однако, большое подспорье оказываетъ изслѣдованіе желудочнаго сока: отсутствіе соляной и присутствіе молочной кислотъ и ослабленіе двигательной способности желудка (того-же придерживается и *Riegel*) даютъ и при такихъ условіяхъ возможность заподозрѣть существованіе рака желудка, какъ это и подтвердилось въ 4-хъ наблюденіяхъ автора. *Hampeln* [37]) описываетъ 3 случая рака желудка, гдѣ главнымъ явленіемъ была высокая температура перемежающагося типа, заставлявшая думать о нагноеніи, источника для котораго однако никакого не было; эта разновидность скрыто протекающаго рака желудка также заслуживаетъ вниманія какъ сама по себѣ, такъ и по отношенію къ отличительному распознаванію. Наблюдается иногда и такая клиническая форма рака желудка, гдѣ на первый планъ выступаетъ картина тяжелаго малокровія съ незначительными явленіями со стороны желудка; объ этой формѣ упоминалъ въ своихъ «Клиническихъ лекціяхъ» покойный *С. П. Боткинъ*, а позже—*Leo*.

Осенью 1902 г. въ госпитальной терапевтической клиникѣ В.-Медицинской Академіи мнѣ тоже пришлось наблюдать больного, 50 л., жаловавшагося на потерю желанія ѣсть и на тяжесть въ области желудка послѣ пріема пищи и представлявшаго собой тяжкаго анэмика (рѣзкая блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ и измѣненія крови, весьма близкія къ наблюдаемымъ при злокачественномъ малокровіи), при чемъ соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ у него не было, но не было также и какой-либо опухоли, прощупываемой въ области желудка. Дальнѣйшее наблюденіе обнаружило, однако, постепенное развитіе на передней стѣнкѣ желудка небольшой опухоли, которая, въ связи съ возрастомъ больного и сравнительно быстрымъ началомъ заболѣванія, не оставляла уже никакого сомнѣнія, съ чѣмъ я имѣлъ дѣло.

Въ текущемъ году мнѣ пришлось въ частной практикѣ видѣть больного, у котораго скрыто протекавшій ракъ желудка проявлялся сильно выраженной картиной несахарнаго мочеизнуренія, совершенно затемнявшей основное страданіе. Было-ли тутъ простое совпаденіе рака желудка и припадковъ несахарнаго мочеизнуренія, или-же была какая-либо болѣе тѣсная связь между тѣмъ и другимъ, сказать пока трудно, ибо вопросъ этотъ въ спеціальной литературѣ (*Riegel*, *Boas* и др.) почти совсѣмъ не за-

*) Поразительно въ этихъ случаяхъ несоотвѣтствіе между рѣзко выраженными патолого-анатомическими измѣненіями въ желудкѣ и неясными прижизненными признаками; оно нерѣдко бываетъ такъ велико, что незнакомый съ клиникой патолого-анатомъ объясняетъ ошибку въ распознаваніи только недосмотромъ или небрежностью изслѣдованія со стороны наблюдавшаго врача, совершенно забывая объ обратномъ, когда, напр., при такихъ заболѣваніяхъ, какъ сахарное или несахарное мочеизнуреніе, злокачественное малокровіе, *Werlhof*'ова болѣзнь и т. п., патолого-анатомъ на секціонномъ столѣ точно также можетъ не найти ничего характернаго для нихъ, въ то время какъ клинически они протекаютъ въ высшей степени своеобразно и типически.

Digitized by Google

какъ ни со стороны мочи, ни со стороны размѣровъ сердца не было достаточно данныхъ для заподозриванія того или другого. Остановившись въ началѣ на мысли, не было-ли скопленіе жидкости въ брюшной полости обусловлено циррозомъ печени, я прибѣгнулъ къ тщательному и повторному изслѣдованію путемъ ощупыванія и постукиванія размѣровъ печени и селезенки, но ни тѣмъ, ни другимъ не могъ убѣдиться ни въ увеличеніи ихъ размѣровъ, ни въ уменьшеніи размѣровъ печени. Тогда было приступлено къ проколамъ живота: въ 1-ый разъ (12/xii) было выпущено 2800 к. стм. прозрачной, желтовато-зеленой жидкости, уд. в. 1,010, содержавшей 2,2% бѣлка, а во 2-ой (30/xii)—3800 к. стм. такой же жидкости, уд. в. 1,009 и содержавшей 2,4% бѣлка. Характеръ выпущенной жидкости, однако, какъ видно изъ ея физическихъ и химическихъ свойствъ, давалъ мало точекъ опоры для рѣшенія вопроса, составляетъ-ли она пропотъ, или выпотъ; по количеству бѣлка она больше приближалась къ выпотной жидкости, а по уд. вѣсу—къ пропотной; словомъ, она представляла такія свойства, которыя могутъ встрѣчаться какъ при хроническомъ сывороточномъ перитонитѣ, такъ и при брюшной водянкѣ и различить которыя можно только по такимъ сопутствующимъ явленіямъ, какъ боль при давленіи, шумъ тренія брюшины, лихорадка и т. п. Но этихъ признаковъ, какъ разъ, и не было: ощупываніе живота по выпусканіи жидкости нигдѣ не было болѣзненно, нигдѣ нельзя было ощущать шума тренія брюшины, равно какъ совершенно не удалось ощупать ни увеличенія печени, ни селезенки, ни какихъ-либо неровностей и узловъ на брюшинѣ; замѣчалось только напряженіе стѣнокъ живота и усиленное противодѣйствіе въ области желудка, т. е. такіе признаки, на основаніи которыхъ отличить выпотъ отъ пропота въ брюшной полости во многихъ случаяхъ почти невозможно (*Leube*). Такимъ образомъ результаты проколовъ въ распознавательномъ отношеніи были почти отрицательные, тѣмъ болѣе, что и атрофическій циррозъ печени сопровождается иногда хроническимъ сывороточнымъ перитонитомъ.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни дало, однако, цѣлый рядъ такихъ признаковъ, которые невольно заставляли искать новообразованія гдѣ-либо въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ желудкомъ или даже въ немъ самомъ: сюда надо отнести періодическое появленіе рвоты вскорѣ послѣ пріема пищи, временную задержку пищи въ нижнемъ отдѣлѣ пищевода и наростаніе исхуданія, принимавшаго видъ худосочія, хотя позывъ на ѣду и въ это время, сверхъ ожиданія, сохранялся вполнѣ удовлетворительнымъ.

Явленія временной непроходимости пищевода заставили убѣдиться въ характерѣ ея путемъ зондированія; однако, каждый разъ зондъ свободно проскальзывалъ въ желудокъ, нигдѣ не встрѣчая на пути пищевода какого-либо стойкаго препятствія; очевидно, явленія со стороны пищевода были чисто нервнаго свойства. Какъ извѣстно, судорога пищевода можетъ наблюдаться или какъ первичное явленіе, или какъ сопутствующее, или отраженное; первое встрѣчается при различныхъ общихъ нейрозахъ, душевныхъ волненіяхъ [*Kraus* [46])], истеріи, гипохондріи (*Mondière*), «status nervosus» *Luton*'а, водобоязни, хореѣ, падучей, столбнякѣ и т. д. [*Mackenzie*, *Hendelsohn* [47]), *Kraus* и др.], а второе, по тѣмъ же авторамъ,—при фарингитѣ, тонзиллитѣ, энтеритѣ, глистахъ, воспаленіи матки, беременности, рубцахъ и язвахъ желудка и пищевода, опухоляхъ, рвотѣ и т. п. Такъ какъ для 1-го сорта причинъ судороги пищевода у больного данныхъ никакихъ не было, то, очевидно, пришлось ихъ искать въ нарушеніи отправленій другого какого-либо органа, лежащаго вдали или вблизи отъ пищевода. Въ самомъ пищеводѣ органическихъ измѣненій не было; видѣть причину отраженной судороги пищевода въ присутствіи въ кишечникѣ больного широкаго лентеца тоже не приходилось, ибо судорога эта наблюдалась уже по выхожденіи глисты. Оставалось заподозрить или самый актъ рвоты, или—что проще—ближайшую причину ея со стороны желудка; въ виду этого послѣ пробнаго завтрака *Ewald*'а дважды былъ выкачанъ желудочный сокъ, въ которомъ соляной кислоты не оказалось, а молочная кислота была найдена. Эти новыя данныя еще болѣе утвердили меня въ мысли, что, вѣроятно, дѣло идетъ о новообразованіи гдѣ-либо около входа въ желудокъ или на задней стѣнкѣ его, вслѣдствіе чего оно и недоступно ощупыванію; что-же касается брюшной водянки, то происхожденіе ея можно было объяснить переносомъ въ железахъ, лежащихъ около воротной вены, придавившимъ послѣднюю; вопросъ объ атрофическомъ циррозѣ печени, дающемъ иногда также исхуданіе, близкое къ худосочію, вслѣдствіе малой обоснованности его, былъ оставленъ почти безъ всякаго вниманія. Къ сожалѣнію, дальше развить наблюденіе въ этомъ направленіи не удалось вслѣдствіе преждевременной смерти больного отъ внезапно появившагося у него лимфаденита. На вскрытіи оказались: ракъ желудка (главнымъ образомъ малой его кривизны), общій карциноматозъ брюшины и уменьшеніе въ объемѣ слегка уплотненной печени.

Этотъ случай рака желудка по клиническому теченію представляетъ большой интересъ; въ немъ, во 1-хъ, больной все время сохранилъ позывъ на ѣду; во 2-хъ, ни разу не удалось прощупать у больного опухоли; въ 3-хъ, не смотря на общій карциноматозъ брюшины, не наблюдалось ни шума тренія ея, ни гэморрагическаго выпота; въ 4-хъ, за все время не наблюдалось у больного никакихъ болей, какъ произвольныхъ, такъ и при давленіи ни со стороны желудка, ни со стороны брюшной полости, и, въ 5-хъ, явленія гидрэміи съ водяночными скопленіями въ подкожной клѣтчаткѣ и полости брюшины преобладали надъ мѣстными явленіями въ области желудка.

2-ой случай представляетъ для распознаванія бо́льшія затрудненія вслѣдствіе того, что у больного не удалось изслѣдовать желудочный сокъ, а также сдѣлать ему проколъ живота, въ результатѣ чего и явилась патолого-анатомическая находка со стороны желудка, о которой при жизни больного и не предполагали. Больной этотъ, точно также алкоголикъ, какъ и 1-ый, заболѣлъ въ январѣ 1902 г. припуханіемъ живота (скопленіе жидкости въ немъ), затѣмъ отекомъ ногъ съ уменьшеніемъ суточнаго количества мочи, одышкой, сердцебіеніемъ и т. д. Начало и общая картина болѣзни очень походили на то, что наблюдалось у 1-го больного. Какъ тамъ, такъ и тутъ сначала припухъ животъ, а затѣмъ развились отеки на ногахъ, съ той разницей, однако, что у 1-го больного отеки развились гораздо позже и не сопровождались такою одышкой, какъ у 2-го. Что касается припадковъ со стороны желудка, то въ то время, какъ у 1-го больного позывъ на ѣду все время былъ удовлетворительнымъ, 2-ой больной указывалъ на отсутствіе его съ самаго-же начала заболѣванія; отрыжки, изжоги, рвоты и какихъ-либо болей въ области желудка у него совсѣмъ не было. Если припомнить картину болѣзни у 1-го больного, то легко можно замѣтить и тутъ большое сходство; но, идя дальше въ выясненіи главнымъ образомъ причины наблюдавшихся болѣзненныхъ измѣненій у 2-го больного, найдемъ и нѣкоторую разницу: въ то время, какъ у 1-го приходилось ощупью искать первично заболѣвшій органъ въ брюшной полости и о характерѣ его заболѣванія только догадываться, у 2-го измѣненія со стороны сердца были выражены такъ рѣзко и такъ удовлетворительно могли объяснить всю картину болѣзни, что невольно останавливали на себѣ вниманіе. И въ самомъ дѣлѣ, шумы въ сердцѣ, главнымъ образомъ на аортѣ, расширеніе лѣваго и праваго желудочковъ вполнѣ объясняли отеки въ ногахъ, одышку, сердцебіеніе и застойный характеръ мочи; скопленіе-же, довольно значительное, жидкости въ брюшной полости также можно было объяснить страданіемъ сердца и пораженіемъ печени, лѣвая доля которой, какъ будто, прощупывалась, хотя и не ясно, при помощи противоудара; прощупать-же ее ясно, какъ этого можно было ожидать, послѣ предварительнаго прокола живота, не удалось, въ виду слабости больного и нежеланія его подвергнуться этой операціи. Правда, у этого больного наблюдалось нѣкоторое несоотвѣтствіе между сравнительно большимъ скопленіемъ жидкости въ брюшной полости и нерѣзкой отечностью ногъ; но и оно не противорѣчило безусловно начальному предположенію, ибо извѣстно изъ литературы [*Quincke* и *Hoppe-Seyler* [48])], а также и мнѣ приходилось это наблюдать, что

Digitized by Google

иногда при застойной печени на почвѣ страданія сердца брюшная водянка на столько выступаетъ на первый планъ по сравненію съ отеками въ ногахъ, что невольно заподозрѣвается первичное заболѣваніе печени, а не вторичное въ зависимости отъ сердца, и только послѣдовательное наблюденіе выясняетъ суть дѣла. Нужно, однако, замѣтить, что въ общемъ это наблюдается чрезвычайно рѣдко, и съ этимъ надо считаться. Дальнѣйшее теченіе болѣзни еще болѣе какъ-бы подтвердило начальное распознаваніе, а именно—незадолго до смерти появились правосторонній параличъ, полубезсознательное состояніе и рѣзкій упадокъ сердечной дѣятельности, которыя, продержавшись около 5 дней, и свели больного въ могилу. Это осложненіе, какъ-бы, вытекало изъ наблюдавшихся у больного артеріосклероза и недостаточности заслонокъ аорты и не отвлекало вниманія въ сторону желудка, который, кромѣ потери позыва на ѣду, ничѣмъ о себѣ не заявлялъ. Единственно, что могло-бы легко выяснить участіе въ болѣзненномъ процессѣ желудка, это—проколъ живота; но, къ сожалѣнію, его нельзя было сдѣлать. Вскрытіе показало, что у больного былъ ракъ желудка, уменьшеннаго въ объемѣ, и брюшины съ сывороточно-фибринозно-гэморрагическимъ выпотомъ и хроническій эндокардитъ.

Эти 2 случая интересны еще въ томъ отношеніи, что въ нихъ обоихъ былъ разлитой карциноматозъ брюшины, не дававшій никакой болѣзненности при ощупываніи, равно и явленій, характерныхъ для перитонита, и вызвавшій совершенно разнохарактерный выпотъ—у 1-го больного стоящій на границѣ между пропотомъ и сывороточнымъ выпотомъ, у 2-го—классически гэморрагическій, хотя упадокъ питанія у того и другого былъ выраженъ одинаково.

2-й случай близко напоминаетъ подобное-же наблюденіе проф. *Ziemssen*'а изъ прежняго времени и д-ра *Певзнера*—изъ новѣйшаго. Очевидно, наше теперешнее богатство различными распознавательными пріемами изслѣдованія еще очень далеко отъ того, чтобы современный добросовѣстный и правдивый клиницистъ могъ кичиться своими особыми преимуществами передъ такимъ-же наблюдателемъ стараго времени: 25% ошибокъ при распознаваніи рака желудка въ настоящее время служитъ достаточнымъ тому основаніемъ.

Остается еще упомянуть объ обнаружившемся незадолго до смерти больного половинномъ параличѣ. На вскрытіи не удалось найти гдѣ-либо въ мозгу кровоизліянія или эмболій. Причину паралича приходится поэтому искать въ отечности мозга, которая какъ хорошо извѣстно, можетъ иногда давать картину, сходную съ той, что наблюдается при кровоизліяніи, но обыкновенно явленія паралича при ней не такъ стойки, какъ при послѣдней.

Сопоставивъ прижизненные припадки и посмертныя измѣненія у этого больного, найдемъ, что, во 1-хъ, ракъ желудка у него, кромѣ потери позыва на ѣду и общаго исхуданія, не сопровождался ни рвотой, ни другими явленіями неваренія, равно какъ и болями; во 2-хъ, опухоль вслѣдствіе присутствія жидкости въ брюшной полости очень походила на увеличенную и уплотненную лѣвую долю печени, и, въ 3-хъ, ракъ желудка протекалъ при жизни больного подъ видомъ сердечнаго заболѣванія. Правда, сравнительно быстрое теченіе болѣзни въ томъ и другомъ случаѣ не совсѣмъ подходило подъ предполагавшійся вначалѣ типъ заболѣванія, болѣе длительнаго, но эта краткость въ 1-мъ случаѣ обусловливаясь совершенно постороннимъ заболѣваніемъ—лимфаденитомъ (да на начальномъ предположеніи здѣсь долго я и не настаивалъ), а во 2-мъ—признаками мозгового кровоизліянія, что, какъ осложненіе, нисколько не противорѣчило сдѣланному распознаванію. Въ общемъ-же описанные случаи представляютъ, мнѣ кажется, интересъ въ томъ отношеніи, что иногда могутъ помочь заподозрить истинную причину быстро наступившаго скопленія жидкости въ брюшной полости у такихъ больныхъ, которые находятся въ пожиломъ возрастѣ и представляютъ явленія исхуданія и водянки, не легко поддающейся объясненію.

**Источники**. 1. *Colley*. «Boston Med. Journal», 1900 г. — 2. *Roncoli*. «Centralblatt für Bacteriologie» и пр., 1897 г., т. XXI.— 3. *Emerich* и *Scholl*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1895 г., № 17.—4. *Richet* et *Hericourt*. «La Semaine médicale», 1895 г.— 5. *Doyen*. Прив. по *В. Н. Гейнацу*—О важнѣйшихъ успѣхахъ по хирургіи за 1902 г. «Извѣстія В.-Медицинской Академіи», октябрь, № 2, 1903 г. — 6. *Влаевъ*. Дальнѣйшія изслѣдованія и наблюденія относительно происхожденія и сывороточнаго лѣченія злокачественныхъ опухолей. «Врачебная Газета», 1903 г., №№ 40, 41, 42 и 43. Тамъ-же — письмо *А. П. Фавицкаго* и *В. Ф. Орловскаго*, 1903 г., №№ 47—49. Кромѣ того,—«Извѣстія В.-Медицинской Академіи», 1902 г., февраль, т. IV, № 2. Серотерапія въ хирургіи—*Н. Н. Петрова*.—7. *Sjöbring*. «Centralblatt für Bacteriologie», т. XXVII, ч. I. — 8. *Boas*. Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten, 1901 г.—9. *Ewald*. Klinik der Verdauungskrankheiten, 1902 г.—10. *Rosenheim*. Болѣзни пищевода и желудка, ч. I, 1902 г.—11. *Riegel*. Die Erkrankungen des Magens, 1897 г., ч. 2.—12. *Leube*. Частная діагностика внутреннихъ болѣзней, 1899 г.—13. *Leo*. Diagnostik der Krankheiten der Bauchorgane, 1895 г.—14. *Dieulafoy*. Руководство къ внутренней патологіи, 1899 г., т. III и IV. — 15. *Eichhorst*. Руководство къ частной патологіи и терапіи, 1897 г., т. II.—16. *Strümpell*. Руководство къ частной патологіи и терапіи внутреннихъ болѣзней, 1889 г., т. I.—17. *Ziemssen*. Руководство къ частной патологіи и терапіи, 1884 г., т. 7.—18. *Jaccoud*. Руководство по внутренней патологіи, 1878 г.—19. *Reichman*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1902 г., № 31. — 20. *Raymond*. Cancer latent de l'estomac. «Le Progrès médical», 1883 г., № 1.—21. *Schüle*. Beiträge zur Diagnostik des Magencarcinoms. «Münchener med. Wochenschrift», 1894 г., № 38. — 22. *Siredey*. «L'Union médicale», 1890 г.—23. *Э. И. Певзнеръ*. Къ діагностикѣ рака желудка. Труды факультетской терапевтической клиники Московскаго Университета, 1904 г. — 24. *Debove* и *Achard*. Maladie du tube dygestive du peritoine, de la rate et du pancreas, 1895 г., т. V.— 25. Прив. по *Debove*'у.—26. Прив. по *Boas*'у.—27. Прив. по *Debove*'у.—28. l. c.—29. *Chesnel*. Etude clinique sur le cancer latent de l'estomac, 1877 г.—30. *Gombault*. «Le Progrés médical», 1886 г., № 38. — 31. *Grandmaison*. Тамъ-же, № 40. — 32. *Huchard*. Les faux cancers de l'estomac. «Le Bulletin médical», 1894 г. — 33. *Durand Fordel*. Société anatomique, 1879 г. — 34. *Tapret*. Les types cliniques du cancer de l'estomac. «L'Union médicale», 1890 г., № 43.—35. *Aron*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1892 г., № 23. — 36. *Hubert*. Zur Diagnose des Magencarcinoms. «Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte», 1896 г., № 18.—37. *Hampeln*. Ueber intermittirendes Fieber im Verlaufe des Magencarcinoms. «Zeitschrift für klinische Medicin», 1888 г., т. XIV.—37*. *Boas*. «Berliner klinische Wochenschrift», 1903 г., № 11.—38. *Hamerschlag*. Untersuchungen über Magencarcinom. «Archiv für Verdauungskrankheiten», т. II.—39. *Reinebath*. «Deutsches Archiv f. klin. Medicin», 1897 г., т. 58.—39*. *Boas*. l. c.; кромѣ того, Ueber occulte Magenblutungen. «Deutsche med. Wochenschrift», № 20, 1901 г.—40. *Ewald*. Тамъ-же, № 21; кромѣ того «*Eulenburg*'s Real-Encyclopedie», 1897 г., т. XIV.—41. *Boas*. l. c. – 42. *Salomon*. «Deutsche med. Wochenschrift», 1903 г., № 31.—43. *Erdman* и *Winternitz*. «Münchener med. Wochenschrift», 1903 г., № 23.—44. *Glässner*. «Berliner klinische Wochenschrift», 1903 г., № 23.—45. *Volhard*. «Münchener med. Wochenschrift», 1903 г., № 49. — 46. *Kraus*. Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre. Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben v. *Nothnagel*, т. XVI, ч. I, отд. II. — 47. Прив. по *Kraus*'у.—48. *Quincke* und *Hoppe-Seyler*. Die Krankheiten der Leber. Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben v. *Nothnagel*, т. XVIII.

---

LXV. Изъ фармакологической лабораторіи проф. Н. П. Кравкова въ В.-Медицинской Академіи.

## Къ вопросу о дѣйствіи ядовъ на сосуды изолированныхъ почекъ *).

**В. В. Закусова.**

Для рѣшенія очень многихъ вопросовъ необходимо изслѣдованіе отправленій различныхъ органовъ внѣ связи ихъ съ цѣлымъ организмомъ животнаго. Но въ то время, какъ органы холоднокровныхъ животныхъ, удаленные изъ тѣла, сохраняютъ нѣкоторое время свои жизненныя отправленія безъ всякихъ искусственныхъ мѣропріятій, органы теплокровныхъ при такихъ условіяхъ погибаютъ немедленно. Для того, чтобы поддержать хотя нѣкоторое время жизнедѣятельность органовъ теплокровныхъ животныхъ, *Al. Schmidt* [1]), изъ лабораторіи проф. *Ludwig*'а, предложилъ въ 1868 г. искусственное кровообращеніе съ дефибринированной кровью. Такъ какъ этотъ способъ обезпечивалъ нѣкоторый успѣхъ, то вслѣдъ за работой *Al. Schmidt*'а послѣдовалъ цѣлый рядъ работъ, выполненныхъ по тому-же способу. Но, къ сожалѣнію, ока-

*) Сообщено въ Обществѣ Русскихъ врачей въ Петербургѣ 11/III 1904 г.

Digitized by Google

какъ ни со стороны мочи, ни со стороны размѣровъ сердца не было достаточно данныхъ для заподозриванія того или другого. Остановившись въ началѣ на мысли, не было-ли скопленіе жидкости въ брюшной полости обусловлено циррозомъ печени, я прибѣгнулъ къ тщательному и повторному изслѣдованію путемъ ощупыванія и постукиванія размѣровъ печени и селезенки, но ни тѣмъ, ни другимъ не могъ убѣдиться ни въ увеличеніи ихъ размѣровъ, ни въ уменьшеніи размѣровъ печени. Тогда было приступлено къ проколамъ живота: въ 1-ый разъ (12/XII) было выпущено 2800 к. стм. прозрачной, желтовато-зеленой жидкости, уд. в. 1,010, содержавшей 2,2% бѣлка, а во 2-ой (30/XII)—3800 к. стм. такой же жидкости, уд. в. 1,009 и содержавшей 2,4% бѣлка. Характеръ выпущенной жидкости, однако, какъ видно изъ ея физическихъ и химическихъ свойствъ, давалъ мало точекъ опоры для рѣшенія вопроса, составляетъ-ли она пропотъ, или выпотъ; по количеству бѣлка она больше приближалась къ выпотной жидкости, а по уд. вѣсу—къ пропотной; словомъ, она представляла такія свойства, которыя могутъ встрѣчаться какъ при хроническомъ сывороточномъ перитонитѣ, такъ и при брюшной водянкѣ и различить которыя можно только по такимъ сопутствующимъ явленіямъ, какъ боль при давленіи, шумъ тренія брюшины, лихорадка и т. п. Но этихъ признаковъ, какъ разъ, и не было: ощупываніе живота по выпусканіи жидкости нигдѣ не было болѣзненно, нигдѣ нельзя было ощущать шума тренія брюшины, равно какъ совершенно не удалось ощупать ни увеличенія печени, ни селезенки, ни какихъ-либо неровностей и узловъ на брюшинѣ; замѣчалось только напряженіе стѣнокъ живота и усиленное противодѣйствіе въ области желудка, т. е. такіе признаки, на основаніи которыхъ отличить выпотъ отъ пропота въ брюшной полости во многихъ случаяхъ почти невозможно (*Leube*). Такимъ образомъ результаты проколовъ въ распознавательномъ отношеніи были почти отрицательные, тѣмъ болѣе, что и атрофическій циррозъ печени сопровождается иногда хроническимъ сывороточнымъ перитонитомъ.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни дало, однако, цѣлый рядъ такихъ признаковъ, которые невольно заставляли искать новообразованія гдѣ-либо въ ближайшемъ сосѣдствѣ съ желудкомъ или даже въ немъ самомъ: сюда надо отнести періодическое появленіе рвоты вскорѣ послѣ пріема пищи, временную задержку пищи въ нижнемъ отдѣлѣ пищевода и наростаніе исхуданія, принимавшаго видъ худосочія, хотя позывъ на ѣду и въ это время, сверхъ ожиданія, сохранялся вполнѣ удовлетворительнымъ.

Явленія временной непроходимости пищевода заставили убѣдиться въ характерѣ ея путемъ зондированія; однако, каждый разъ зондъ свободно проскальзывалъ въ желудокъ, нигдѣ не встрѣчая на пути пищевода какого-либо стойкаго препятствія; очевидно, явленія со стороны пищевода были чисто нервнаго свойства. Какъ извѣстно, судорога пищевода можетъ наблюдаться или какъ первичное явленіе, или какъ сопутствующее, или отраженное; первое встрѣчается при различныхъ общихъ нейрозахъ, душевныхъ волненіяхъ [*Kraus* [46])], истеріи, гипохондріи (*Mondière*), «status nervosus» *Luton*'а, водобоязни, хореѣ, падучей, столбнякѣ и т. д. [*Mackenzie*, *Hendelsohn* [47]), *Kraus* и др.], а второе, по тѣмъ же авторамъ,—при фарингитѣ, тонзиллитѣ, энтеритѣ, глистахъ, воспаленіи матки, беременности, рубцахъ и язвахъ желудка и пищевода, опухоляхъ, рвотѣ и т. п. Такъ какъ для 1-го сорта причинъ судороги пищевода у больного данныхъ никакихъ не было, то, очевидно, пришлось ихъ искать въ нарушеніи отправленій другого какого-либо органа, лежащаго вдали или вблизи отъ пищевода. Въ самомъ пищеводѣ органическихъ измѣненій не было; видѣть причину отраженной судороги пищевода въ присутствіи въ кишечникѣ больного широкаго лентеца тоже не приходилось, ибо судорога эта наблюдалась уже по выхожденіи глисты. Оставалось заподозрить или самый актъ рвоты, или—что проще—ближайшую причину ея со стороны желудка; въ виду этого послѣ пробнаго завтрака *Ewald*'а дважды былъ выкачанъ желудочный сокъ, въ которомъ соляной кислоты не оказалось, а молочная кислота была найдена. Эти новыя данныя еще болѣе утвердили

иногда при застойной печени на почвѣ страданія сердца брюшная водянка на столько выступаетъ на первый планъ по сравненію съ отеками въ ногахъ, что невольно заподозрѣвается первичное заболѣваніе печени, а не вторичное въ зависимости отъ сердца, и только послѣдовательное наблюденіе выясняетъ суть дѣла. Нужно, однако, замѣтить, что въ общемъ это наблюдается чрезвычайно рѣдко, и съ этимъ надо считаться. Дальнѣйшее теченіе болѣзни еще болѣе какъ-бы подтвердило начальное распознаваніе, а именно—незадолго до смерти появились правосторонній параличъ, полубезсознательное состояніе и рѣзкій упадокъ сердечной дѣятельности, которыя, продержавшись около 5 дней, и свели больного въ могилу. Это осложненіе, какъ-бы, вытекало изъ наблюдавшихся у больного артеріосклероза и недостаточности заслонокъ аорты и не отвлекало вниманія въ сторону желудка, который, кромѣ потери позыва на ѣду, ничѣмъ о себѣ не заявлялъ. Единственно, что могло-бы легко выяснить участіе въ болѣзненномъ процессѣ желудка, это—проколъ живота; но, къ сожалѣнію, его нельзя было сдѣлать. Вскрытіе показало, что у больного былъ ракъ желудка, уменьшеннаго въ объемѣ, и брюшины съ сывороточно-фибринозно-гэморрагическимъ выпотомъ и хроническій эндокардитъ.

Эти 2 случая интересны еще въ томъ отношеніи, что въ нихъ обоихъ былъ разлитой карциноматозъ брюшины, не дававшій никакой болѣзненности при ощупываніи, равно и явленій, характерныхъ для перитонита, и вызвавшій совершенно разнохарактерный выпотъ—у 1-го больного стоящій на границѣ между пропотомъ и сывороточнымъ выпотомъ, у 2-го—классически гэморрагическій, хотя упадокъ питанія у того и другого былъ выраженъ одинаково.

2-й случай близко напоминаетъ подобное-же наблюденіе проф. *Ziemssen*'а изъ прежняго времени и д-ра *Певзнера*—изъ новѣйшаго. Очевидно, наше теперешнее богатство различными распознавательными пріемами изслѣдованія еще очень далеко отъ того, чтобы современный добросовѣстный и правдивый клиницистъ могъ кичиться своими особыми преимуществами передъ такимъ-же наблюдателемъ стараго времени: 25% ошибокъ при распознаваніи рака желудка въ настоящее время служитъ достаточнымъ тому основаніемъ.

Остается еще упомянуть объ обнаружившемся незадолго до смерти больного половинномъ параличѣ. На вскрытіи не удалось найти гдѣ-либо въ мозгу кровоизліянія или эмболій. Причину паралича приходится поэтому искать въ отечности мозга, которая какъ хорошо извѣстно, можетъ иногда давать картину, сходную съ той, что наблюдается при кровоизліяніи, но обыкновенно явленія паралича при ней не такъ стойки, какъ при послѣдней.

Сопоставивъ прижизненные припадки и посмертныя измѣненія у этого больного, найдемъ, что, во 1-хъ, ракъ желудка у него, кромѣ потери позыва на ѣду и общаго исхуданія, не сопровождался ни рвотой, ни другими явленіями неваренія, равно какъ и болями; во 2-хъ, опухоль вслѣдствіе присутствія жидкости въ брюшной полости очень походила на увеличенную и уплотненную лѣвую долю печени, и, въ 3-хъ, ракъ желудка протекалъ при жизни больного подъ видомъ сердечнаго заболѣванія. Правда, сравнительно быстрое теченіе болѣзни въ томъ и другомъ случаѣ не совсѣмъ подходило подъ предполагавшійся вначалѣ типъ заболѣванія, болѣе длительнаго, но эта краткость въ 1-мъ случаѣ обусловливаясь совершенно постороннимъ заболѣваніемъ—лимфаденитомъ (да на начальномъ предположеніи здѣсь долго я и не настаивалъ), а во 2-мъ—признаками мозгового кровоизліянія, что, какъ осложненіе, нисколько не противорѣчило сдѣланному распознаванію. Въ общемъ-же описанные случаи представляютъ, мнѣ кажется, интересъ въ томъ отношеніи, что иногда могутъ помочь заподозрить истинную причину быстро наступившаго скопленія жидкости въ брюшной полости у такихъ больныхъ, которые находятся въ пожиломъ возрастѣ и представляютъ явленія исхуданія и водянки, не легко поддающейся объясненію.

**Источники.** 1. *Colley.* «Boston Med. Journal», 1900 г. — 2. *Roncoli.* «Centralblatt für Bacteriologie» и пр., 1897 г., т. XXI.— 3. *Emerich* и *Scholl.* «Deutsche med. Wochenschrift», 1895 г., № 17.—4. *Richet* et *Hericourt.* «La Semaine médicale», 1895 г.— 5. *Doyen.* Прив. по *В. Н. Гейнацу*—О важнѣйшихъ успѣхахъ по хирургіи за 1902 г. «Извѣстія В.-Медицинской Академіи», октябрь, № 2, 1903 г. — 6. *Влаевъ.* Дальнѣйшія изслѣдованія и наблюденія относительно происхожденія и сывороточнаго лѣченія злокачественныхъ опухолей. «Врачебная Газета», 1903 г., №№ 40, 41, 42 и 43. Тамъ-же — письмо *А. П. Фавицкаго* и *В. Ф. Орловскаго*, 1903 г., №№ 47—49. Кромѣ того,—«Извѣстія В.-Медицинской Академіи», 1902 г., февраль, т. IV, № 2. Серотерапія въ хирургіи—*Н. Н. Петрова.*—7. *Sjöbring.* «Centralblatt für Bacteriologie», т. XXVII, ч. I. — 8. *Boas.* Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten, 1901 г.—9. *Ewald.* Klinik der Verdauungskrankheiten, 1902 г.—10. *Rosenheim.* Болѣзни пищевода и желудка, ч. I, 1902 г.—11. *Riegel.* Die Erkrankungen des Magens, 1897 г., ч. 2.—12. *Leube.* Частная діагностика внутреннихъ болѣзней, 1899 г.—13. *Leo.* Diagnostik der Krankheiten der Bauchorgane, 1895 г.—14. *Dieulafoy.* Руководство къ внутренней патологіи, 1899 г., т. III и IV. — 15. *Eichhorst.* Руководство къ частной патологіи и терапіи, 1897 г., т. II.—16. *Strümpell.* Руководство къ частной патологіи и терапіи внутреннихъ болѣзней, 1889 г., т. I.—17. *Ziemssen.* Руководство къ частной патологіи и терапіи, 1884 г., т. 7.—18. *Jaccoud.* Руководство по внутренней патологіи, 1878 г.—19. *Reichman.* «Berliner klin. Wochenschrift», 1902 г., № 31. — 20. *Raymond.* Cancer latent de l'estomac. «Le Progrès médical», 1883 г., № 1.—21. *Schüle.* Beiträge zur Diagnostik des Magencarcinoms. «Münchener med. Wochenschrift», 1894 г., № 38. — 22. *Siredey.* «L'Union médicale», 1890 г.—23. *Э. И. Певзнеръ.* Къ діагностикѣ рака желудка. Труды факультетской терапевтической клиники Московскаго Университета, 1904 г. — 24. *Debove* и *Achard.* Maladie du tube dygestive du peritoine, de la rate et du pancreas, 1895 г., т. V.— 25. Прив. по *Debove*'у.—26. Прив. по *Boas*'у.—27. Прив. по *Debove*'у.—28. l. c.—29. *Chesnel.* Etude clinique sur le cancer latent de l'estomac, 1877 г.—30. *Gombault.* «Le Progrés médical», 1886 г., № 38. — 31. *Grandmaison.* Тамъ-же, № 40. — 32. *Huchard.* Les faux cancers de l'estomac. «Le Bulletin médical», 1894 г. — 33. *Durand Fordel.* Société anatomique, 1879 г. — 34. *Tapret.* Les types cliniques du cancer de l'estomac. «L'Union médicale», 1890 г., № 43.—35. *Aron.* «Berliner klin. Wochenschrift», 1892 г., № 23. — 36. *Hubert.* Zur Diagnose des Magencarcinoms. «Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte», 1896 г., № 18.—37. *Hampeln.* Ueber intermittirendes Fieber im Verlaufe des Magencarcinoms. «Zeitschrift für klinische Medicin», 1888 г., т. XIV.—37*. *Boas.* «Berliner klinische Wochenschrift», 1903 г., № 11.—38. *Hamerschlag.* Untersuchungen über Magencarcinom. «Archiv für Verdauungskrankheiten», т. II.—39. *Reinebath.* «Deutsches Archiv f. klin. Medicin», 1897 г., т. 58.—39*. *Boas.* l. c.; кромѣ того, Ueber occulte Magenblutungen. «Deutsche med. Wochenschrift», № 20, 1901 г.—40. *Ewald.* Тамъ-же, № 21; кромѣ того «*Eulenburg*'s Real-Encyclopedie», 1897 г., т. XIV.—41. *Boas.* l. c. – 42. *Salomon.* «Deutsche med. Wochenschrift», 1903 г., № 31.—43. *Erdman* и *Winternitz.* «Münchener med. Wochenschrift», 1903 г., № 23.—44. *Glässner.* «Berliner klinische Wochenschrift», 1903 г., № 23.—45. *Volhard.* «Münchener med. Wochenschrift», 1903 г., № 49. — 46. *Kraus.* Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre. Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben v. *Nothnagel*, т. XVI, ч. I, отд. II. — 47. Прив. по *Kraus*'у.—48. *Quincke* und *Hoppe-Seyler.* Die Krankheiten der Leber. Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben v. *Nothnagel*, т. XVIII.

---

LXV. Изъ фармакологической лабораторіи проф. Н. П. Кравкова въ В.-Медицинской Академіи.

## Къ вопросу о дѣйствіи ядовъ на сосуды изолированныхъ почекъ *).

**В. В. Закусова.**

Для рѣшенія очень многихъ вопросовъ необходимо изслѣдованіе отправленій различныхъ органовъ внѣ связи ихъ съ цѣлымъ организмомъ животнаго. Но въ то время, какъ органы холоднокровныхъ животныхъ, удаленные изъ тѣла, сохраняютъ нѣкоторое время свои жизненныя отправленія безъ всякихъ искусственныхъ мѣропріятій, органы теплокровныхъ при такихъ условіяхъ погибаютъ немедленно. Для того, чтобы поддержать хотя нѣкоторое время жизнедѣятельность органовъ теплокровныхъ животныхъ, *Al. Schmidt* [1]), изъ лабораторіи проф. *Ludwig*'а, предложилъ въ 1868 г. искусственное кровообращеніе съ дефибринированной кровью. Такъ какъ этотъ способъ обезпечивалъ нѣкоторый успѣхъ, то вслѣдъ за работой *Al. Schmidt*'а послѣдовалъ цѣлый рядъ работъ, выполненныхъ по тому-же способу. Но, къ сожалѣнію, ока-

*) Сообщено въ Обществѣ Русскихъ врачей въ Петербургѣ 11/III 1904 г.

Digitized by Google

залось, какъ это можно видѣть изъ накопившейся съ того времени литературы, что способъ этотъ, обладая нѣкоторыми достоинствами, имѣетъ въ то-же время и много недостатковъ. Прежде всего изслѣдователь сталкивается съ малымъ количествомъ крови: того количества ея, которое можно получить отъ животнаго, обыкновенно хватаетъ только на нѣсколько минутъ; убивать, кромѣ изслѣдуемаго животнаго, еще рядъ другихъ, помимо денежныхъ соображеній, невыгодно еще и потому, что кровь другого животнаго, даже того-же вида, небезразлична для изслѣдуемаго органа. *Thomson* [2]) при своихъ изслѣдованіяхъ замѣтилъ, напр., что кровь стараго животнаго очень вредно вліяетъ на органы молодого. Разбавленіе получаемой отъ изслѣдуемаго животнаго крови солевыми растворами, чтобы увеличить ея количество, также непригодно, потому что влечетъ за собою цѣлый рядъ неблагопріятныхъ осложненій. Трудною задачею является затѣмъ предупрежденіе образованія въ сосудахъ кровяныхъ свертковъ, дѣлающихъ органъ негоднымъ для опыта; тѣ мѣры, которыя предлагаются авторами для ихъ устраненія, далеко не всегда достигаютъ цѣли, и *Kobert* [3]) прямо указываетъ, что много опытовъ у него не удалось именно изъ-за закупорки сосудовъ кровяными свертками. При свертываніи крови, кромѣ того, образуются еще различныя ядовитыя вещества, что устанавливаетъ въ своей работѣ *Brodie* [4]). Если-же, какъ это по необходимости дѣлали многіе авторы, пропускать черезъ изслѣдуемый органъ одну и ту-же кровь по нѣсколько разъ, то нужно считаться съ поступленіемъ въ нее продуктовъ обмѣна веществъ въ тканяхъ, какъ-то угольной кислоты, молочной и другихъ, ближе пока намъ еще неизвѣстныхъ. Само собою разумѣется, что эти вещества не безразличны для органа и, вліяя извѣстнымъ образомъ на ткани, тѣмъ самымъ вліяютъ и на конечный результатъ опыта. Такія мѣры, какъ повторная артеріализація употребляемой крови, ощелачиваніе ея, прибавленіе солевыхъ растворовъ по мѣрѣ сгущенія, необходимо, конечно, признать далеко недостигающими цѣли возстановленія прежняго состава крови. Помимо всего этого, если мы будемъ наблюдать за скоростью истеченія крови изъ органа, что, напр., необходимо при изслѣдованіи дѣйствія различныхъ веществъ на сосуды, то тотчасъ-же замѣтимъ, что скорость вытеканія сравнительно быстро падаетъ, такъ что оцѣнивать результаты дѣйствія лѣкарственныхъ веществъ, особенно съуживающихъ сосуды, дѣлается крайне затруднительнымъ. Наконецъ, самые органы, подвергающіеся такому искусственному кровообращенію, представляютъ собою цѣлый рядъ несомнѣнно патологическихъ измѣненій—отекъ, кровоизліянія и пр. При опытахъ на почкахъ авторъ получалъ отдѣленіе мочи; но едва-ли можно признать мочей получавшуюся при этомъ жидкость, содержавшую бѣлокъ, имѣвшую щелочную реакцію и окрашенную болѣе или менѣе сильно въ красный цвѣтъ.

Такое положеніе дѣла, конечно, заставляло изслѣдователей искать замѣны дефибринированной крови другою подходящею жидкостью. Предложенные солевые растворы не удовлетворяли цѣли. Въ 1901 г. *Locke* [5]) сообщилъ, что ему, когда онъ примѣнялъ предложенный *Ringer*'омъ смѣшанный солевой растворъ, но съ добавленіемъ сахара и при условіи насыщенія жидкости кислородомъ, удалось поддерживать въ теченіи многихъ часовъ работу изолированнаго кроличьяго сердца. Авторы, повторившіе опыты *Locke*, подтвердили полученный имъ результатъ. Тогда у проф. *Н. П. Кравкова* явилась мысль примѣнить эту жидкость для изученія дѣятельности и другихъ органовъ, помимо сердца. Такимъ образомъ, изъ лабораторіи проф. *Н. П. Кравкова* появилась работа *Е. М. Курдиновскаго* [6]), производившаго свои опыты надъ изолированною кроличьей маткой. *П. П. Бѣлавенецъ* [7]), работавшій въ той-же лабораторіи, примѣнилъ эту жидкость для изученія дѣйствія адреналина на сосуды изолированныхъ органовъ. Мнѣ-же проф. *Н. П. Кравковъ* предложилъ примѣнить ее для изученія дѣйствія на сосуды изолированныхъ органовъ и другихъ ядовъ.

Приборъ, которымъ я пользовался для постановки своихъ опытовъ, былъ тотъ-же самый, которымъ пользовался и *Е. М. Курдиновскій* и который описанъ имъ въ его диссертаціи. Но въ виду спеціальныхъ требованій, предъявлявшихся моими опытами, я внесъ въ этотъ приборъ нѣкоторыя дополненія. Такъ какъ о дѣйствіи того или другого вещества мнѣ приходилось судить по количеству жидкости, вытекавшей въ единицу времени (въ минуту) изъ сосудовъ взятаго для опыта органа, то, слѣд., всѣ условія, которыя могли-бы вліять на это количество, помимо изслѣдуемаго вещества, должны были быть самымъ тщательнымъ образомъ устранены. Однимъ изъ необходимыхъ условій постоянства скорости тока является отсутствіе колебаній давленія, подъ которымъ жидкость поступаетъ въ сосуды органа. Понятно, что при уменьшеніи, по мѣрѣ вытеканія высоты столба жидкости въ бутыли, содержащей запасъ *Lock*'овской жидкости, уменьшается и давленіе, а, слѣд., и скорость истеченія и, наоборотъ, при доливаніи жидкости вслѣдствіе увеличенія столба ея давленіе увеличивается, а потому увеличивается и скорость истеченія. Чтобы избѣжать подобныхъ колебаній, обѣ бутыли, какъ содержащая чистую *Lock*'овскую жидкость, такъ и отравленную, были обращены въ т. наз. сосуды Mariott'а, для чего черезъ пробки, герметически закрывающія эти бутыли, пропущены были почти до самаго дна открытыя съ обоихъ концовъ стеклянныя трубки. Такимъ образомъ давленіе столба жидкости, находившейся выше нижняго конца трубокъ, парализовалось, и давленіе оставалось постояннымъ, независимо отъ количества находившейся въ бутыляхъ жидкости. Чтобы давленіе при вытеканіи какъ изъ одной, такъ и изъ другой бутыли было одинаково, что, конечно, тоже очень важно при замѣнѣ протекающей черезъ органъ жидкости другою, достаточно поставить нижніе концы трубокъ въ той и другой бутыли на одинаковую относительно другъ друга высоту. 2-мъ весьма важнымъ условіемъ постоянства тока является постоянство температуры притекающей жидкости, такъ какъ измѣненія ея могли-бы, вызывая сокращеніе или разслабленіе сосудовъ, тѣмъ самымъ вліять на скорость тока. Такъ какъ скорость въ теченіи опыта постоянно мѣняется, то притекающая жидкость въ зависимости отъ этого должна получать то бо́льшее, то меньшее количество тепла. Чтобы правильно слѣдить за степенью нагрѣванія жидкости всегда до одного и того-же градуса, обыкновенный ртутный терморегуляторъ оказался совершенно непригоднымъ, такъ какъ онъ даетъ въ зависимости отъ колебаній температуры сравнительно незначительныя колебанія въ величинѣ пламени, и потому жидкость, когда необходимо, не успѣваетъ нагрѣваться въ достаточной степени. Поэтому пришлось устроить эѳирно-ртутный терморегуляторъ, дававшій при измѣненіи температуры на 0°,1—0°,2 Ц. или чуть замѣтное, или, наоборотъ, полное пламя, какое получается отъ обыкновенной Bunsen'овской горѣлки. Колебанія температуры притекающей жидкости при этомъ регуляторѣ, не смотря на измѣненіе скорости отъ 5 до 50 к. стм. въ минуту, обыкновенно не превосходили 0,5° Ц. Вмѣсто бюретокъ, гдѣ жидкость насыщается кислородомъ, были взяты соотвѣтственной величины обыкновенныя стеклянныя открытыя съ обоихъ концовъ трубки. Нижніе концы ихъ закрывались обыкновенными пробками, а черезъ пробки были пропущены стеклянныя трубочки съ 2-мя развѣтвленіями. Это сдѣлано было для того, чтобы можно было содержавшуюся въ трубкахъ жидкость выпустить прямо наружу, а не въ потокъ, направлявшійся къ изслѣдуемому органу, что было необходимо при замѣнѣ въ трубкахъ одной жидкости другою, а также для установки давленія на прежнюю высоту, послѣ того какъ бутыли вновь наполнялись въ теченіи опыта. Змѣевикъ, служившій для нагрѣванія притекавшей жидкости, сдѣланъ былъ для быстроты нагрѣванія болѣе длиннымъ (до 3 м.) и изъ болѣе тонкой трубки (около 4 млм.). Сосудъ, въ которомъ помѣщался змѣевикъ, былъ тонкостѣнный металлическій, опять таки для возможно быстраго нагрѣванія до необходимой степени. Такъ какъ поднимавшіеся снизу вверхъ пузырьки кислорода обыкновенно попадали въ приводящую трубку и тѣмъ нарушали сифонъ и притокъ жидкости, то нижніе концы приводящихъ трубокъ были отогнуты кверху. Наконецъ, передъ самой приводной канюлей была введена Т-образная трубка такъ, что боковая вѣтвь ея направлялась кверху. Это приспособленіе давало возможность устранять попаданіе въ приводящій сосудъ органа газовыхъ пузырьковъ, выдѣляющихся изъ жидкости при нагрѣваніи ея.

Самые опыты ставились такъ. *Lock*'овская жидкость приготовлялась въ количествѣ 10 литровъ. Кроликъ (всѣ опыты дѣлались на кроликахъ, такъ какъ *Lock*'овская жидкость изотонична для кровяной сыворотки кролика) усыплялся эѳиромъ. На шеѣ дѣлался продольный разрѣзъ, и изолировалась на одной сторонѣ яремная вена, на другой—сонная артерія; въ центральные концы того и другого сосуда вставлялись стеклянныя канюли. Канюля, вставленная въ вену, соединялась посредствомъ резиновой трубки съ небольшимъ сосудомъ, содержавшимъ нагрѣтую до 39° Ц. *Lock*'овскую жидкость и поставленнымъ чуть выше головы кролика. На артеріальную канюлю надѣвалась небольшая резиновая трубочка. Когда все было готово, снимался зажимъ сначала съ вены, а затѣмъ немедленно и съ артеріи. Такимъ образомъ *Lock*'овская жидкость поступала въ кровеносную систему, а кровь, сначала чистая, а потомъ все болѣе и болѣе разведенная, вытекала изъ артеріи. Черезъ 5—8 мин., когда останавливалось сердце, немедленно вскрывалась брюшная полость, и въ сосуды—обыкновенно лѣвой—почки вставлялась канюля, почка вырѣзывалась и переносилась въ термостатъ. Сейчасъ-же устанавливалось искусственное кровообращеніе. Температура притекавшей жидкости въ 1-мъ рядѣ опытовъ равнялась 39°, во 2-мъ—34° Ц.; температура термостата соотвѣтствовала температурѣ притекавшей жидкости. Давленіе, подъ которымъ жидкость вытекала изъ

Digitized by Google

прибора, равнялось 104 стм. водяного столба. Послѣ смерти животнаго до начала искусственнаго кровообращенія проходило обыкновенно около $^1/_2$ часа. Послѣ того какъ нѣкоторое время черезъ органъ протекала чистая *Lock*'овская жидкость, она замѣнялась—токъ не прерывался ни на одно мгновеніе—отравленной, эта послѣдняя опять чистой и т. д. Всѣ яды въ опредѣленномъ количествѣ растворялись въ чистой *Lock*'овской жидкости. Измѣряя въ теченіи каждой минуты количество вытекавшей жидкости при чистой *Lock*'овской жидкости и при отравленной, можно было судить о дѣйствіи этой послѣдней на сосуды.

Первые свои опыты я ставилъ на конечностяхъ, но вскорѣ пришлось отказаться отъ нихъ, такъ какъ въ конечностяхъ скоро послѣ начала опыта развивался отекъ, обусловливавшій постепенное уменьшеніе количества вытекавшей жидкости, затруднявшее оцѣнку дѣйствія ядовъ, а потому я перешелъ на почки. Здѣсь вскорѣ было замѣчено обратное явленіе, а именно—количество жидкости постепенно увеличивалось, но это увеличеніе шло сравнительно медленно. Помимо этого, при первыхъ-же опытахъ обнаружилось еще слѣдующее: скорость тока съ минуты на минуту довольно рѣзко колебалась, падая иногда больше, чѣмъ на половину. Вести опытъ при таких условіяхъ не представлялось возможнымъ. Причиною этихъ колебаній оказались при ближайшемъ наблюденіи газовыя эмболіи. *Lock*'овская жидкость, хотя и готовилась на перегнанной водѣ, но извѣстно, что эта послѣдняя въ обычныхъ условіяхъ храненія содержитъ значительное количество растворенная въ ней воздуха; количество это при растворенія солей еще увеличивается растворѳніемъ въ ней того воздуха, который находится въ промежуткахъ и трещинкахъ солевыхъ кристалловъ. Такимъ образомъ, обычно приготовленная *Lock*'овская жидкость бываетъ почти насыщена воздухомъ и при небольшомъ даже нагрѣваніи начинаетъ выдѣлять газовые пузырьки, которые и являются причиною эмболій. Что это дѣйствительно такъ, лучше всего доказывается тѣмъ, что, послѣ того какъ жидкость была прокипячена, газовыя эмболіи не наблюдались вовсе или лишь изрѣдка. Конечно, кипяченіе жидкости (собственно говоря, примѣнялось не кипяченіе, а стерилизація въ приборѣ *Koch*'а) — не безразличная операція для растворенныхъ въ ней солей; но на практикѣ неблагопріятнаго вліянія такой кипяченой жидкости я не наблюдалъ. Почти всѣ мои опыты были поставлены съ такой стерилизованной жидкостью. Въ послѣднее время, вмѣсто стерилизаціи, я удалялъ газы посредствомъ разрѣжающаго воздушнаго насоса. Газовыхъ эмболій не наблюдалось вовсе, но вообще о качествахъ такимъ образомъ обезвоздушенной жидкости я вслѣдствіе малаго числа опытовъ высказаться не могу.

Во избѣжаніе недоразумѣній нахожу нужнымъ еще напомнить, что жидкость, хотя-бы и кипяченая, поступала въ сосудистую систему органа предварительно вновь насыщенной, но уже не воздухомъ, а чистымъ кислородомъ.

Перехожу къ полученнымъ мною результатамъ.

Среди изслѣдованныхъ мною веществъ были какъ сосудосъуживающія, такъ и сосудорасширяющія. Чтобы убѣдиться, что сосуды органа въ условіяхъ моего опыта вполнѣ способны были отвѣчать на сосудосъуживающія средства, я бралъ адреналинъ въ растворѣ 1:1000000 и всегда получалъ крайнее съуженіе сосудовъ, при чемъ скорость съ 30—40 к. стм. въ минуту падала до 2—3 к. стм. и снова возрастала до прежней высоты послѣ отмыванія яда чистой жидкостью. Если-же почка была мертвая, напр., пролежавшая около сутокъ въ термостатѣ, то реакція на адреналинъ исчезала совершенно.

1. Дигиталинъ вызывалъ ясное съуженіе сосудовъ въ разведеніи 1:1000000.

2. При строфантинѣ съуженіе сосудовъ наступало также при очень большихъ разведеніяхъ.

3. Сосудосъуживающее дѣйствіе конваллямарина оказалось слабо выраженнымъ.

4. Секретъ кожныхъ железъ жабъ (Phrynin), какъ оказалось, обладаетъ рѣзкимъ сосудосъуживающимъ дѣйствіемъ.

5. Хлористый барій рѣзко съуживалъ сосуды въ сравнительно большихъ разведеніяхъ, напр., 1:100000.

6. Физостигминъ въ разведеніи 1:100000 давалъ едва замѣтное съуженіе, но довольно значительное въ разведеніи 1:20000.

7. Никотинъ вызывалъ съуженіе сосудовъ въ сравнительно крѣпкихъ растворахъ; разведеніе 1:100000 было недѣйствительно.

8. Атропинъ дѣйствовалъ сосудосъуживающимъ образомъ, начиная съ разведенія 1:10000, иногда 1:50000. Сосудорасширяющаго дѣйствія его не было обнаружено ни разу ни въ слабыхъ (1:1000000), ни въ болѣе крѣпкихъ (1:10000) растворахъ.

9. Кокаинъ въ растворѣ 1:10000 оказался недѣйствительнымъ.

10. Азотисто-кислый натръ въ растворѣ $^1/_4$ и $^1/_2$% вызывалъ значительное расширеніе сосудовъ.

11. Хлоралъ-гидратъ вызывалъ расширеніе сосудовъ въ разведеніи отъ 1:100 до 1:10000.

12. Коффеинъ вызывалъ значительное расширеніе сосудовъ въ разведеніи 1:1000 и очень незначительное въ разведеніи 1:10000 *).

**Литература.** 1. *Al. Schmidt.* «Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig», т. 2, 1867, 1868 г.—2. *H. Thomson.* Юрьевская диссертація, 1886 г.—3. *R. Kobert.* «Archiv für experim. Pathologie u. Pharmakologie», 1887 г., т. XXII.—4. *T. Brodie.* «The Journal of Physiologie», 1903 г., т. XXIX.—5. *F. Locke.* «Centralblatt f. Physiologie», 1901 г., стр. 670.—6. *Е. М. Курдиновскій.* Петербургская диссертація, 1903 г.—7. *П. П. Бѣлавенецъ.* Петербургская диссертація, 1903 г.

---

## LXVI. Къ примѣненію электрическихъ токовъ высокаго напряженія и большой частоты (Tesla-d'Arsonval'я) въ области хирургіи.

**П. М. Жданова.**

(Сообщено на 4-мъ Съѣздѣ Россійскихъ хирурговъ въ Петербургѣ въ декабрѣ 1903 г.

Электричество, какъ извѣстно, представляетъ изъ себя энергію, которая особенно легко можетъ переходить въ другіе виды ея. Эта энергія, проникая въ организмъ, превращается въ теплоту, въ химическую энергію, въ механическое движеніе, въ физіологическую энергію—въ видѣ сосудодвигательнаго дѣйствія, нервнаго вліянія [1]) и т. д. и является такимъ образомъ могучимъ физіологическимъ дѣятелемъ на организмъ. Съ этой точки зрѣнія и лѣчебный успѣхъ въ примѣненіи электричества къ организму связанъ съ большимъ или меньшимъ количествомъ электрической энергіи, вводимой въ организмъ. И дѣйствительно, по мѣрѣ того, какъ способы введенія электрической энергіи въ организмъ совершенствуются, электротерапія захватываетъ все шире и шире область своего примѣненія и въ настоящее время могла-бы быть уже выдѣлена въ совершенно самостоятельный отдѣлъ медицинскихъ знаній, тогда какъ изученіе ея еще и до сихъ поръ обыкновенно связывается съ нервными болѣзнями, т. е. съ той областью, гдѣ электротерапія даетъ наиболѣе скудные результаты [2]). До примѣненія въ электротерапіи синусоидальныхъ токовъ—каковой способъ электризаціи позволяетъ вводить въ организмъ сравнительно значительныя количества электрической энергіи—лѣчебныя свойства электричества были весьма ограничены и давали даже поводъ къ полнѣйшему отрицанію какого-бы то ни было цѣлебнаго дѣйствія электричества на организмъ, за исключеніемъ, развѣ, примѣненія постояннаго тока тамъ, гдѣ требовалось его разрушительное дѣйствіе на ткани (напр., при ангіомахъ, лимфангіомахъ, фибромахъ матки и т. д.) и гдѣ, слѣд., имѣлось въ виду чисто мѣстное вліяніе тока при относительно значительной плотности его. Въ другихъ случаяхъ примѣненія гальванизаціи (постояннаго тока) и фарадизаціи (перемѣннаго тока) необходимо ограничиваться очень незначительной силой тока, ибо подъ вліяніемъ очень сильныхъ гальваническихъ токовъ перемѣщеніе іоновъ вызываетъ измѣненія, которыя могутъ быть причиной смерти [3]); при фарадизаціи слишкомъ сильными токами можетъ также послѣдовать смерть, и даже слишкомъ продолжительное дѣйствіе слабыхъ токовъ можетъ вызвать патологическія измѣненія въ мышечныхъ волокнахъ [4]). При франклинизаціи (статическое электричество) электрическая энергія также незначительна, но и здѣсь, по мѣрѣ того, какъ электрическіе приборы совершенствуются, давая возможность получать большое количество электричества, успѣхи его примѣненія ростутъ. Однако, помимо опасности отъ употребленія сильныхъ перемѣнныхъ и постоянныхъ токовъ, болевыя и непріятныя ощущенія, являющіяся результатомъ физіологическаго влія-

*) Въ этой замѣткѣ изложено только наиболѣе существенное изъ моей работы, подробности-же будутъ приведены въ диссертаціи.

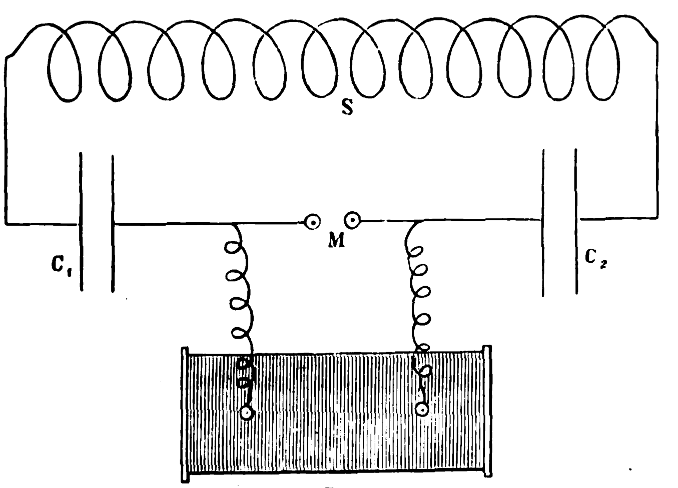
Digitized by Google

нія этихъ токовъ на чувствительные и двигательные нервы, заставляютъ примѣнять токи слишкомъ слабой энергіи.

Проф. *d'Arsonval* [5]), занимаясь изученіемъ физіологическихъ явленій, вызываемыхъ перемѣнными токами, на основаніи цѣлаго ряда опытовъ пришелъ къ заключенію, что перемѣнные электрическіе токи очень большого числа перемѣнъ, а именно свыше 10000 перемѣнъ въ секунду, названные имъ токами большой частоты (haute fréquence), совершенно не производятъ замѣтнаго дѣйствія ни на нервы, ни на мышцы, не смотря на громадную электрическую энергію. Онъ включалъ себя въ цѣпь, въ которой доводились до накаливанія 6 лампъ по 125 вольтъ и 0,8 ампера, и не получалъ ни малѣйшаго ощущенія. Съ этихъ поръ электротерапія обогатилась новымъ способомъ электризаціи токами высокаго напряженія и большой частоты, при которомъ можно вводить въ организмъ громадную энергію безъ опасенія причинить смерть или даже вызвать какое-либо болевое или непріятное ощущеніе.

Для устройства прибора, который могъ-бы давать токи высокаго напряженія и большой частоты примѣнительно къ дѣйствію на человѣка, проф. *d'Arsonval* воспользовался, какъ извѣстно, идеей приборовъ американскаго инженера Tesla. Не считая возможнымъ подробно излагать здѣсь устройство электрическаго прибора *d'Arsonval*'я для полученія токовъ высокаго напряженія и большой частоты, скажу лишь нѣсколько словъ о принципѣ этого прибора, о немъ самомъ, а также о томъ, чѣмъ главнымъ образомъ отличаются токи высокаго напряженія и большой частоты отъ обыкновенныхъ перемѣнныхъ токовъ какъ въ физическомъ, такъ и въ физіологическомъ отношеніяхъ, для того, чтобы быть понятнымъ въ дальнѣйшемъ изложеніи самыхъ наблюденій надъ лѣчебнымъ свойствомъ этихъ токовъ.

Принципъ прибора *d'Arsonval*'я заключается въ слѣдующемъ:




B—представляетъ трансформаторъ (или катушку *Rumkorf*'а), вторичная обмотка котораго соединена съ внутренними обкладками 2-хъ конденсаторовъ (*Leyden*'скихъ банокъ) $C_1$ и $C_2$; отъ этихъ внутреннихъ обкладокъ идутъ 2 разрядника, между которыми находится нѣкоторое воздушное пространство въ M. Наружныя обкладки этихъ конденсаторовъ соединены соленоидомъ S изъ толстой мѣдной проволоки, дѣлающей нѣсколько оборотовъ. Трансформаторъ B, т. е., приборъ, предназначенный здѣсь для превращенія токовъ малаго напряженія въ токи высокаго, заряжаетъ своею электровозбудительною силой конденсаторы, и, по мѣрѣ того какъ зарядъ конденсаторовъ совершается, разность потенціаловъ между обкладками, а, слѣд., и между разрядниками увеличивается до тѣхъ поръ, пока не достигнетъ нѣсколькихъ тысячъ вольтъ, каковое напряженіе достаточно, чтобы преодолѣть сопротивленіе слоя воздуха между разрядниками въ M; тогда происходитъ разрядъ, благодаря которому и получаются природнымъ образомъ перемѣнные электрическіе токи, частота которыхъ, т. е., число перемѣнъ направленія тока въ секунду, громадна и можетъ достигать 1000000 и болѣе перемѣнъ въ секунду, тогда какъ механическимъ путемъ весьма трудно построить машину, которая давала-бы даже 5000 перемѣнъ въ секунду. Такой разрядъ конденсаторовъ, при которомъ происходятъ электрическія движенія, мѣняющія необыкновенно быстро свое направленіе, называется колебательнымъ разрядомъ. Этотъ-то колебательный разрядъ между разрядниками въ M съ одинаковою быстротою измѣняетъ электровозбудительную силу тока и на наружныхъ обкладкахъ конденсаторовъ, при чемъ по соленоиду S, соединяющему эти обкладки, протекаетъ такимъ образомъ токъ, мѣняющій свое направленіе до 1000000 разъ въ секунду. Такая громадная частота, не поддающаяся даже воображенію, вычисляется по извѣстной формулѣ *W. Thomson*'а, изъ которой видно, что эта частота зависитъ отъ самоиндукціи системы проводниковъ и емкости конденсаторовъ. Въ приборѣ *d'Arsonval*'я трансформаторъ помѣщенъ въ шкафу, на крышкѣ котораго расположены конденсаторы, разрядники и малый соленоидъ. Въ первичную обмотку трансформатора поступаетъ электрическій токъ въ 100 вольтъ съ освѣтительной станціи и трансформируется имъ въ 15000 вольтъ, съ каковымъ напряженіемъ заряжаются уже конденсаторы. Когда конденсаторы зарядятся, между разрядниками, при опредѣленномъ разстояніи между ними, получается черезъ воздушное пространство разрядъ въ видѣ искры, стремящейся образовать здѣсь постоянную дугу, и, если эта дуга дѣйствительно установится, то токовъ большой частоты не будетъ, такъ какъ они получаются лишь при условіи разряда конденсаторовъ; слѣд., необходимо мѣшать образованію постоянной дуги, разрывать ее какимъ-либо способомъ. Для этой цѣли въ приборахъ новѣйшаго типа устраиваются подвижные разрядники, приводимые въ очень быстрое вращательное движеніе электродвигателемъ, чѣмъ и достигается продуваніе искры; въ приборахъ прежняго типа искра между разрядниками продувалась струею воздуха, получаемою помощью воздушныхъ мѣховъ, приводимыхъ въ движеніе также электродвигателемъ.

Если электрическіе токи сравнительно громадной энергіи, получаемые отъ прибора *d'Arsonval*'я, безопасны для человѣка и не вызываютъ никакого ощущенія только потому, что даютъ слишкомъ большое число перемѣнъ въ секунду, то естественно возникаетъ вопросъ, не можетъ-ли при случайной порчѣ прибора пройти черезъ человѣка безусловно опасный токъ высокаго напряженія и малой частоты? При порчѣ прибора возможно, напр., что искра пробьетъ діэлектрики (стекла) конденсаторовъ, и наружныя обкладки послѣднихъ, между которыми включается электризуемый, соединятся тогда со вторичной обмоткой трансформатора, по которой проходятъ токи въ 15000 вольтъ и только около 100 перемѣнъ въ секунду. Какая-бы порча ни произошла съ приборомъ, электризуемый остается, однако, въ полной безопасности, и вотъ почему: между наружными обкладками конденсаторовъ въ приборѣ *d'Arsonval*'я находится соленоидъ (спираль) изъ толстой мѣдной проволоки, и электризуемый соединяется съ концами этого соленоида гораздо болѣе тонкими проводниками, т. е., находится только въ отвѣтвленіи. Если возникаютъ токи большой частоты, то они пойдутъ въ отвѣтвленіе, черезъ электризуемаго, а не черезъ соленоидъ, такъ какъ послѣдній, благодаря своей самоиндукціи, представляетъ для токовъ большой частоты (и только для нихъ) громадное сопротивленіе. Если-же какимъ-либо путемъ возникнутъ токи малой частоты, то таковые также пойдутъ по цѣпи съ меньшимъ сопротивленіемъ, т. е., по соленоиду изъ толстой проволоки, каковая для токовъ малой частоты промысловаго тока (66—120 въ сек.) почти вовсе не представляетъ сопротивленія, тогда какъ цѣпь отвѣтвленія, составленная тонкою проволокою плюсъ человѣкомъ, оказываетъ имъ сопротивленіе громадное. Такимъ образомъ малый соленоидъ является предохранителемъ въ приборѣ *d'Arsonval*'я, и, такъ какъ предохранитель этотъ основанъ на физическомъ законѣ, а не на какомъ-либо механическомъ построеніи, то, несомнѣнно, о порчѣ его не можетъ быть и рѣчи. Это теоретическое соображеніе легко можно подтвердить и на опытѣ, включивъ въ отвѣтвленіе измѣрительный приборъ, который въ случаѣ возникновенія токовъ высокаго напряженія, но малой частоты, укажетъ на полное отсутствіе ихъ въ отвѣтвленіи. Для измѣренія первичной силы тока, получаемаго со станціи, при приборѣ есть амперометръ, а для измѣненія этой силы—реостатъ. Кромѣ того, сила токовъ большой частоты мѣняется съ числомъ оборотовъ, а, слѣд., и съ величиною самоиндукціи малаго соленоида, т. е., наибольшая сила тока черезъ электризуемаго пройдетъ въ томъ случаѣ, если, при прочихъ равныхъ условіяхъ, электроды будутъ соединены съ концами соленоида. Для непосредственнаго измѣренія силы токовъ большой частоты употребляется универсальный гальванометръ *d'Arsonval*'я, основанный на термическихъ свойствахъ электрическаго тока.

Чтобы покончить съ краткимъ описаніемъ прибора *d'Arsonval*'я, упомяну еще о резонаторѣ *Oudin*'а, который представляетъ изъ себя также спираль изъ мѣдной проволоки, емкость и самоиндукція которой согласована, или можетъ быть согласована съ таковыми-же величинами малаго соленоида, благодаря чему, если соединить одинъ конецъ резонатора *Oudin*'а съ малымъ соленоидомъ, отъ другого конца его можно получить или искру, или истеченіе очень высокаго напряженія.

При примѣненіи токовъ большой частоты съ лѣчебною цѣлью въ области хирургіи электризуемый соединяется или съ 2-мя концами малаго соленоида или только съ однимъ полюсомъ резонатора *Oudin*'а, или же электродъ отъ резонатора вовсе не прикасается къ нему, а лишь приближается на большее или меньшее разстояніе, чтобы получить между нимъ и электродомъ или искру, или только истеченіе (effluve *)).

Въ физическомъ отношеніи токи высокаго напряженія и большой частоты отличаются отъ перемѣнныхъ токовъ при фарадизаціи, какъ извѣстно, прежде всего своею частотою, высокимъ напряженіемъ и силою тока; при токахъ большой частоты получаются особенно выраженныя явленія индукціи; такъ, на довольно значительномъ разстояніи отъ резонатора, безъ непосредственнаго соединенія съ нимъ проводниками, *Heisler*'ова трубка ярко свѣтится. Кромѣ того, соединеніе съ однимъ только полюсомъ достаточно для полученія тока.

Въ физіологическомъ отношеніи токи высокаго напряженія и большой частоты рѣзко отличаются отъ перемѣнныхъ токовъ ма-

*) Для электризаціи помощью истеченія въ настоящее время употребляется особый приборъ—биполярная индуктивная катушка *d'Arsonval*'я.

Digitized by Google

лой частоты тѣмъ, что не производятъ никакого видимаго дѣйствія ни на чувствительные, ни на двигательные нервы. Физики объясняютъ это тѣмъ, что токи эти только скользятъ по поверхности и вовсе не проникаютъ въ глубь организма; однако, сначала проф. *d'Arsonval* [6]), затѣмъ проф. *Maragliano* [7]), проф. *Wertheim-Salomonson* [8]) и др. доказали, что токи большой частоты проникаютъ въ человѣческій организмъ непосредственнымъ прохожденіемъ электрической энергіи черезъ ткани и что сила тока какъ на поверхности, такъ и въ глубинѣ тканей одинакова. Отсутствіе раздраженія нервной системы подъ вліяніемъ токовъ большой частоты *d'Arsonval* объясняетъ тѣмъ, что различные нервы могутъ отвѣчать, какъ на раздражителя, только на колебанія опредѣленной частоты. Тѣмъ не менѣе нѣкоторые изъ наблюдателей, какъ *Morton* [9]), *Rouxeau* [9]), проф. *В. Я. Данилевскій* [10]) и др. получали сокращеніе мышцъ отъ дѣйствія токовъ большой частоты, а *Bordie* и *Lecompte* [11]), кромѣ того, при мѣстномъ приложеніи этихъ токовъ силою до 500 мламп. получили даже смерть у мелкихъ животныхъ. Проф. *d'Arsonval* обнаружилъ, однако, ошибочность и этихъ опытовъ, показавъ, что животныя погибли въ этомъ случаѣ не отъ дѣйствія электрическаго тока, а отъ слишкомъ высокой температуры, развившейся вслѣдствіе прохожденія тока большой энергіи черезъ ткани маленькихъ животныхъ, и что сокращеніе мышцъ получалось только вслѣдствіе несовершенства приборовъ, изъ-за котораго наблюдатели имѣли дѣло не исключительно съ токами большой частоты. Мнѣ лично также не приходилось при своихъ наблюденіяхъ видѣть сокращенія мышцъ подъ вліяніемъ токовъ большой частоты.

Далѣе, токи большой частоты оказываютъ значительное вліяніе на сосудодвигательную систему; наблюденія *d'Arsonval*'я, *Leduc*, *Mutier*, *Doumer* и *Oudin*'а [9]) и др., а также и мои надъ мѣстнымъ приложеніемъ этихъ токовъ къ организму человѣка, показываютъ, что токи эти повышаютъ кровяное давленіе; *Mutier* [12]), однако, у тѣхъ больныхъ, у которыхъ кровяное давленіе было очевь повышено, получалъ пониженіе его подъ вліяніемъ электризаціи токами большой частоты.

По *d'Arsonval*'ю, *Morton*'у, *Larat* и *Apostoli* [9]) и др. токи высокаго напряженія и большой частоты повышаютъ обмѣнъ веществъ, тогда какъ по мнѣнію другихъ наблюдателей, по преимуществу нѣмецкихъ, они никакого вліянія на обмѣнъ не оказываютъ. По мнѣнію *d'Arsonval*'я, *Charrin*'а, *Bonome*, *Viola*, *Spilker*'а и *Golstein*'а [9]) токи большой частоты ослабляютъ бактерійные токсины, но *Marmier*, *Friedenthal*, *Thiele* и *Wolf* [9]) пришли къ убѣжденію, что они на токсины не дѣйствуютъ. Профф. *Doumer* и *Oudin* [9]) на основаніи своихъ клиническихъ наблюденій утверждаютъ, что токи большой частоты не имѣютъ прямого бактеріеубивающаго свойства, однако проявляютъ очень важное противомикробное дѣйствіе у больныхъ, вліяя на кровообращеніе и на жизнь клѣточки; токи эти, по мнѣнію *Doumer* и *Oudin*'а, увеличиваютъ защитительную реакцію живыхъ организмовъ и ставятъ ихъ въ лучшія условія борьбы, благопріятствуя, между прочимъ, явленіямъ фагоцитоза.

Еще проф. *d'Arsonval*'емъ въ началѣ его наблюденій было замѣчено, что ткани, подвергаемыя дѣйствію токовъ высокаго напряженія и большой частоты, быстро дѣлаются менѣе чувствительными къ обыкновеннымъ раздраженіямъ, а въ 1902 г. *Regnier* [13]) вторично сообщилъ свои наблюденія надъ обезболиваніемъ зубовъ электричествомъ. Указывая, что современные способы общаго и мѣстнаго обезболиванія вообще, а при зубныхъ операціяхъ въ частности не вполнѣ безопасны и далеко не совершенны, *Regnier* считаетъ идеальнымъ обезболиваніемъ такой способъ полученія его, при которомъ не требуется ни спеціальнаго подготовленія больного, ни выслушиванія его, ни вообще какого-либо предварительнаго его осмотра и при которомъ вмѣстѣ съ тѣмъ больной не испытываетъ никакой непріятности какъ во время, такъ и послѣ обезболиванія и не требуетъ отдыха послѣ операціи. По мнѣнію *Regnier* къ такому идеальному способу обезболиванія при зубныхъ операціяхъ, особенно при извлеченіи и чисткѣ гнилыхъ зубовъ, близко подходитъ примѣненіе электричества въ формѣ токовъ высокаго напряженія и большой частоты. Особенно полное и постоянное обезболиваніе получается при извлеченіи однокоренныхъ зубовъ, если при этомъ нѣтъ явленій періостита. *Regnier* утверждаетъ, что послѣ нѣсколькихъ минутъ приложенія токовъ большой частоты зубъ дѣлается вполнѣ нечувствительнымъ и операторъ можетъ пользоваться полученнымъ обезболиваніемъ для полнаго очищенія зубной полости безъ боли для больного и безъ опасности для жизни мякоти. Электродомъ при такомъ обезболиваніи служитъ оловянная формочка, прикладываемая къ тому мѣсту, гдѣ требуется получить нечувствительность. Формочка эта соединяется съ резонаторомъ *Oudin*'а; сила тока—отъ 150 до 250 мламп. Указывая, что отнынѣ въ токахъ большой частоты найдено средство обезболивать дентинъ живого зуба, *Regnier* считаетъ однако электродъ, приводимый въ соприкосновеніе съ дентиномъ, требующимъ усовершенствованія.

На 2-мъ Международномъ Съѣздѣ по электрологіи и радіологіи въ Bern'ѣ д-ръ *Былинкинъ* [14]) сообщилъ объ успѣшномъ примѣненіи токовъ большой частоты съ цѣлью мѣстнаго обезболиванія у 2-хъ больныхъ, изъ которыхъ у 1-го былъ крайне чувствительный рубецъ на подбородкѣ, а у 2-го, сифилитика, въ спайкѣ губъ была ссадина, такая болѣзненная, что больной въ теченіи 2-хъ недѣль боялся ѣсть и говорить. Эти 2 наблюденія, въ связи съ благопріятнымъ вліяніемъ токовъ большой частоты на трещины у задняго прохода, дали поводъ д-ру *Былинкину* предпринять новыя изслѣдованія надъ мѣстнымъ обезболивающимъ свойствомъ такихъ токовъ. На основаніи этихъ изслѣдованій д-ръ *Былинкинъ* пришелъ къ заключенію, что истеченіе токовъ большой частоты сопровождается сильнымъ обезболивающимъ дѣйствіемъ, и онъ склоненъ поэтому пользоваться ими при всѣхъ операціяхъ, гдѣ обыкновенно примѣняютъ мѣстное обезболиваніе.

Особенно хорошіе результаты д-ръ *Былинкинъ* получалъ, примѣняя эти токи ради обезболиванія при отдѣленіи гальванокаутеромъ выпадающихъ почечуйныхъ шишекъ и гэморроидальныхъ кондиломъ. Полное обезболиваніе достигалось при этомъ въ теченіи 10—15, рѣдко 20 мин. Способъ обезболиванія былъ слѣдующій: одинъ электродъ конической формы (*Doumer*'а) вводился въ прямую кишку и оставался тамъ во все время операціи; другимъ—конденсаторомъ, т. е. металлическимъ электродомъ, покрытымъ стекляннымъ колпачкомъ,—операторъ водилъ по всей поверхности опухолей и по складкамъ. Электроды при этомъ соединялись съ 2-полюсной индуктивной катушкой *d'Arsonval*'я. Результатъ операціи при этихъ условіяхъ, по отзыву д-ра *Былинкина*, получался прекрасный, а самая операція «осуществляетъ идеалъ хирургіи, такъ какъ производится безъ боли и безъ кровотеченія». Для послѣдовательнаго лѣченія было достаточно нѣсколькихъ промываній борнымъ растворомъ. Рубцеваніе шло очень быстро и заканчивалось въ 3—8 дней. Непосредственно послѣ операціи больные вовсе не чувствовали боли; одинъ изъ нихъ прошелъ даже послѣ операціи до дома разстояніе въ 8 клм. Болевыя ощущенія появлялись въ концѣ 2-го или 3-го часа послѣ операціи, но были незначительны и не требовали лѣченія. Послѣдовательнаго кровотеченія не наблюдалось ни разу.

За послѣдніе годы профф. *Doumer*, *Oudin* [9]), *Gandil* [15]) и *Rivière* [16]) сообщили цѣлый рядъ наблюденій, касающихся лѣченія хронической бугорчатки легкихъ посредствомъ мѣстнаго приложенія токовъ большой частоты, а *Lagriffoul* и *Denoyès* [17]) изслѣдовали вліяніе этихъ токовъ на т. наз. экспериментальную бугорчатку. Было сдѣлано нѣсколько попытокъ примѣнить токи большой частоты и къ лѣченію бугорчатки хирургической.

Такъ, въ 1898 г. д-ръ *Catellani* [18]) въ своей работѣ по поводу примѣненія токовъ большой частоты въ медицинѣ описалъ, между прочимъ, 2 случая примѣненія этихъ токовъ къ лѣченію бугорчатки костей. Наблюденія эти были, однако, не полны и не окончены, почему д-ръ *Catellani* и отказался дать по этому поводу какое-либо опредѣленное заключеніе. Въ 1899 г. проф. *Sudnik* [19]) сообщилъ случай излѣченія холоднаго гнойника, а также свои наблюденія надъ лѣченіемъ искусственно произведенныхъ бугорчатковыхъ язвъ у морскихъ свинокъ, при чемъ лучшіе результаты получались отъ примѣненія токовъ большой частоты безъ резонатора *Oudin*'а. Въ 1900 г. на 1-мъ Международномъ Съѣздѣ по электрологіи въ Парижѣ д-ръ *Rivière* сообщилъ, что при помощи токовъ большой частоты онъ получилъ у 1 больного заживленіе въ 1 мѣсяцъ бугорчатковой язвы; у 2-го больного подъ вліяніемъ этихъ токовъ наступило излѣченіе колѣннаго артрита подозрительнаго на бугорчатку происхожденія; у 3-го получено было значительное улучшеніе аденита на шеѣ, выразившееся уменьшеніемъ узловъ и закрытіемъ свищей. Наконецъ, въ 1902 г. проф. *Imbert* и д-ръ *Denoyès* [20]) сообщили свои наблюденія надъ 3-мя больными, изъ которыхъ у 1-го былъ бугорчатковый артросиновитъ праваго запястья, получившійся отъ ушиба, у 2-го—бугорчатковый аденитъ на шеѣ и у 3-го—бугорчатковое пораженіе правой плечевой кости. Распознаваніе бугорчатки во всѣхъ случаяхъ было установлено съ несомнѣнностью. Въ 1-мъ изъ этихъ случаевъ получилось полное выздоровленіе, въ 2-хъ остальныхъ—значительное улучшеніе. При электризаціи токъ брался или непосредственно отъ малаго соленоида, или-же примѣнялось отъ резонатора *Oudin*'а истеченіе. Сила тока при непосредственномъ приложеніи была 200 мламп.; сеансы были черезъ день, продолжительностью до 10 мин.; число ихъ въ 1-мъ случаѣ было 40, во 2-мъ—20 и въ 3-мъ—19. Въ случаѣ бугорчатки плечевой кости улучшеніе подъ вліяніемъ примѣненія токовъ большой частоты обнаруживалось какъ возстановленіемъ работоспособности конечности, такъ и радіографіей. Особенно поразительно во всѣхъ этихъ случаяхъ было постоянное и быстрое улучшеніе функціональныхъ припадковъ, какъ-то: безсилія мышцъ, болей и т. п. Всѣ эти наблюдатели полагаютъ, что примѣненіе токовъ большой частоты, можетъ быть, и не приложимо ко всѣмъ случаямъ подобнаго рода, однако заслуживаетъ особаго вниманія въ борьбѣ

Digitized by Google

съ атрофіей мышцъ, выраженной очень рѣзко вслѣдствіе повреждения суставовъ вообще и костной бугорчатки въ частности.

На 2-мъ Международномъ Съѣздѣ по электрологіи въ Bern'ѣ проф. *Bergonie* [21]) сообщилъ о лѣченіи токами большой частоты плоскихъ ангіомъ. При лѣченіи ангіоматозныхъ пятенъ проф. *Bergonie* пересталъ примѣнять электролизъ, какъ способъ, весьма медленный, очень неполный, дающій иногда ярко бѣлые рубчики на красномъ фонѣ и чрезвычайно непріятный для больныхъ.

Въ 3-хъ случаяхъ проф. *Bergonie* получилъ прекрасные результаты при плоскихъ ангіомахъ отъ примѣненія токовъ большой частоты, которые онъ бралъ отъ резонатора *Oudin*'а однополюсно, а электродомъ служилъ металлическій стержень, покрытый стекляннымъ колпачкомъ. На область, подвергавшуюся электризаціи, накладывалась эбонитовая пластинка съ отверстіемъ, отъ 1 до нѣсколькихъ миллиметровъ въ діаметрѣ, чтобы снопъ искръ съ электрода могъ попадать только на небольшую поверхность ангіомы. Въ каждый сеансъ *Bergonie* подвергалъ дѣйствію тока площадь въ 1—3 кв. стм., употребляя на каждый мм. около минуты. Кожа при этомъ бѣлѣла, а затѣмъ воспалялась; на ней появлялись пузырьки и, наконецъ, образовывались струпики, подъ которыми и происходило заживленіе безъ всякаго особаго ухода за ними. Воспалительныя явленія держались около 8 дней, въ теченіи которыхъ можно было продолжать лѣченіе на сосѣднихъ частяхъ; сила тока регулировалась сообразно чувствительности кожи. При этомъ способѣ лѣченія больные чувствовали только незначительные уколы. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ получился настолько хорошій результатъ, что трудно было даже распознать, гдѣ прежде были пятна.

Мнѣ также въ 3-хъ случаяхъ ангіомъ, но не плоскихъ, а пещеристыхъ, пришлось примѣнить токи большой частоты.

У 1-го больного, П., 36 л., еще когда онъ былъ гимназистомъ, послѣ ушиба появилась, сначала маленькая ангіома, которая, постепенно увеличиваясь, заняла всю верхнюю губу и распространялась затѣмъ частью и на нижнюю. Бывали сильныя и дов. частыя кровотеченія. Лѣчился электролизомъ, но почти безуспѣшно. Подъ вліяніемъ электризаціи токами большой частоты кровотеченія стали появляться рѣже и останавливались легче, простымъ прижатіемъ кровоточившаго мѣста марлей, а затѣмъ и почти совсѣмъ прекратились. Уменьшеніе размѣровъ ангіомы замѣчалось какъ у ея основанія, такъ и въ высотѣ, такъ что больному время отъ времени приходилось перешивать петли и крючки на повязкѣ, которую онъ носилъ ради прикрытія опухоли, такъ какъ повязка становилась широкой и сваливалась. Всего было сдѣлано 34 сеанса электризаціи, по 10 мин., черезъ день, послѣ чего больной болѣе уже ко мнѣ не являлся. Токъ брался однополюсно, отъ резонатора *Oudin*'а, силою около 150 млямп.; электродомъ служилъ металлическій стержень, плотно покрытый стекляннымъ колпачкомъ; на мѣстѣ приложенія электрода больной ощущалъ только теплоту.

У 2-го больного, П., $2^1/_2$ л., ангіома помѣщалась по срединѣ лба, на границѣ съ волосистой частью головы. Опухоль, замѣченная съ рожденія ребенка, сначала была меньше горошины, а затѣмъ, постепенно увеличиваясь, достигла величины куринаго яйца, разрѣзаннаго на двое въ поперечномъ направленіи. Съ первыхъ-же сеансовъ опухоль сдѣлалась менѣе напряженной и и стала уменьшаться какъ по окружности, такъ и въ высотѣ. Чтобы примѣнить токъ большей силы, я сдѣлалъ особый электродъ, представляющій изъ себя полый стеклянный цилиндръ съ вдавленнымъ внутрь дномъ; въ цилиндръ этотъ наливалась ртуть, которая уже и соединялась съ резонаторомъ *Oudin*'а. Діаметръ вдавленнаго дна былъ разсчитанъ такъ, чтобы электродъ плотно надѣвался на опухоль, чѣмъ и достигалась сравнительно бо́льшая поверхность соприкосновенія, что, въ свою очередь, позволяло примѣнять сравнительно бо́льшую силу тока, не вызывая сильнаго ощущенія тепла; кромѣ того, электродъ этотъ могъ слѣдовать за движеніями головы ребенка. Всего было сдѣлано 32 сеанса, ежедневно по 5 мин., при силѣ тока около 100 млямп., послѣ чего больного увезли. За это время вслѣдствіе уменьшенія ангіомы пришлось 2 раза перемѣнить электроды, уменьшая діаметры цилиндровъ и высоту выпуклости ихъ дна. Года черезъ 2 по окончаніи лѣченія я получилъ отъ матери ребенка извѣщеніе, что опухоль, хотя и медленно, но продолжаетъ уменьшаться, а кожа, покрывающая ее, значительно поблѣднѣла.

У 3-ей больной, З., 2 л., ангіома находилась на волосистой части головы и была величиной съ $^1/_2$ грецкаго орѣха (при рожденіи ребенка она была гораздо меньше и постепенно затѣмъ увеличивалась). Способъ электризаціи примѣненъ такой-же, какъ и въ 1-мъ случаѣ, при силѣ тока около 80 млямп. Всего сдѣлано 10 сеансовъ, такъ какъ больная должна была уѣхать. Непосредственнаго измѣненія послѣ 10 сеансовъ замѣчено не было, но черезъ 6 мѣсяцевъ мнѣ снова пришлось видѣть ребенка: ангіома была слабо напряжена и несомнѣнно была меньшихъ размѣровъ.

Въ 1898 г. проф. *Doumer* [22]) сообщилъ свои наблюденія надъ 9 больными съ трещинами въ области задняго прохода, сопровождавшимися сильными болями и судорогой жома. У всѣхъ больныхъ подъ вліяніемъ электризаціи токами большой частоты получилось полное выздоровленіе послѣ 4—5 сеансовъ.

Способъ лѣченія былъ слѣдующій: одинъ полюсъ малаго соленоида соединялся съ землею, другой—съ резонаторомъ *Oudin*'а, отъ котораго токъ направлялся къ электроду, представлявшему изъ себя металлическій стержень съ насаженнымъ на него гуттаперчевымъ кольцомъ, на которое плотно надѣтъ былъ стеклянный колпачекъ. Такой электродъ, густо смазанный вазелиномъ, вводился въ прямую кишку. Продолжительность сеанса была 3—5 мин. При этомъ способѣ лѣченія больные ощущали только теплоту на мѣстѣ приложенія электрода.

За сообщеніемъ проф. *Doumer* послѣдовалъ цѣлый рядъ наблюденій по этому вопросу. Въ 1901 г. *Zimmern* и *Laquerrière* [23]) сообщили 4 случая полнаго излѣченія трещинъ задняго прохода при помощи токовъ большой частоты. Способъ примѣненія и продолжительность сеанса были такіе-же, какъ и у проф. *Doumer*. Эти авторы признаютъ превосходство такого способа лѣченія трещинъ задняго прохода надъ насильственнымъ растяженіемъ по простотѣ, дѣйствительности и ненадобности наркоза. Въ 1902 г. *Joulia* [24]) сообщилъ 5 случаевъ излѣченія трещинъ задняго прохода такимъ путемъ. Затѣмъ д-ра *Zimmern* и *Nicay* [25]) сообщили объ 1 случаѣ излѣченія ихъ. *Pisani* [26]) въ 1 случаѣ трещинъ задняго прохода тоже получилъ излѣченіе; способъ электризаціи примѣненъ былъ такой-же, какъ и у проф. *Doumer*.

Всѣ эти авторы во главѣ съ самимъ проф. *Doumer*, занимавшіеся примѣненіемъ токовъ большой частоты къ лѣченію трещинъ задняго прохода, замѣтили, что почечуйные узлы, весьма часто сопутствующіе такимъ трещинамъ, или значительно уменьшались въ размѣрѣ, или совершенно исчезали, и въ настоящее время напечатано уже нѣсколько работъ о лѣченіи почечуя такими токами. Такъ, въ 1899 г. проф. *Sudnik* [27]) сообщилъ, что онъ получилъ хорошіе результаты при лѣченіи почечуя токами большой частоты, и объяснялъ благопріятное дѣйствіе этихъ токовъ ихъ противовоспалительнымъ, разсасывающимъ и разрѣшающимъ свойствомъ. На 1-мъ Международномъ Съѣздѣ по электрологіи въ Парижѣ проф. *Doumer* [28]) сообщилъ о своихъ 4-лѣтнихъ наблюденіяхъ надъ противозастойнымъ дѣйствіемъ токовъ большой частоты при почечуѣ. Особенно блестящіе и скорые результаты получались у *Doumer* при остромъ набуханіи почечуйныхъ узловъ: уменьшеніе болей и ослабленіе набуханія происходило здѣсь почти въ каждомъ случаѣ съ 1-го-же сеанса. Въ 1 изъ 26 случаевъ остраго почечуя полное излѣченіе наступило черезъ 3 сеанса. Въ хроническихъ случаяхъ результаты получались не такъ быстро и были иногда менѣе полны. Чѣмъ болѣе давними были анатомическія измѣненія и чѣмъ менѣе они сопровождались воспалительными явленіями, тѣмъ требовалось болѣе продолжительное лѣченіе. Тѣмъ не менѣе во всѣхъ случаяхъ хроническаго почечуя получалось улучшеніе, какъ субъэктивное, такъ и объэктивное. Электризація производилась съ резонаторомъ *Oudin*'а, 3 раза въ недѣлю, по 5 мин. Электродомъ, вводившимся въ прямую кишку, служитъ металлическій стержень конической формы, не покрытый стекломъ. Въ 1902 г. *Л. Стембо* [29]) сообщилъ свои наблюденія надъ 8 больными почечуемъ; 5 изъ нихъ страдали острою формою его и излѣчились токами большой частоты въ 2—3 сеанса; изъ остальныхъ 3-хъ съ хронической формой у 2-хъ излѣченіе наступило послѣ 20 сеансовъ въ теченіи 2-хъ мѣс.; у 3-го, у котораго, кромѣ почечуя, было выпаденіе прямой кишки и хроническая діаррея,—улучшились припадки, какъ почечуя, такъ и 2-хъ другихъ болѣзней. Способъ электризаціи былъ такой-же, какъ и у проф. *Doumer*, электродъ употреблялся не покрытый стекломъ.

Въ 1902-же г. д-ръ *Pisani* [26]) сообщилъ свое наблюденіе надъ больнымъ, 35 л., страдавшимъ почечуемъ съ 17 лѣтъ. Подъ вліяніемъ токовъ большой частоты у него въ 10 сеансовъ вполнѣ исчезали всѣ припадки болѣзни. Сеансы были почти каждый день, по 5—8 мин. Способъ электризаціи—по *Doumer*, съ электродомъ безъ стекла.

Еще въ 1898 г., вскорѣ по появленіи работы *Doumer* о лѣченіи токами большой частоты трещинъ задняго прохода, я сталъ изслѣдовать вліяніе этихъ токовъ какъ на эти трещины, такъ и на почечуй, и въ 1900 г. о результатахъ своихъ наблюденій сообщилъ въ Обществѣ русскихъ врачей въ Петербургѣ [30]). Наблюденія эти съ нѣкоторыми перерывами, по независящимъ отъ меня обстоятельствамъ, продолжаются и по настоящее время. Наблюденія до 1900 г. производились въ физическомъ кабинетѣ В.-Медицинской Академіи, а съ 1900 г. произ-

Digitized by Google

водятся въ электротерапевтическомъ кабинетѣ при каѳедрѣ проф. *В. Н. Сиротинина*. Больные присылались ко мнѣ изъ клиники и амбуляторіи проф. *Н. А. Вельяминова*, изъ амбуляторіи покойнаго проф. *В. А. Ратимова*, изъ амбуляторіи проф. *В. Н. Сиротинина*, а также и другими врачами. Такимъ образомъ подъ моимъ наблюденіемъ было 196 больныхъ. 8 изъ нихъ лѣчились только отъ трещинъ задняго прохода, тогда какъ явленія почечуя были у нихъ ничтожныя. Изъ остальныхъ 188 почечуй былъ осложненъ трещинами у 29. Наибольшее число больныхъ были присланы ко мнѣ изъ амбуляторіи покойнаго проф. *В. А. Ратимова*, гдѣ они предварительно осматривались ч. пр. *В. Н. Гейнацомъ*. Время отъ времени, въ теченіи самаго лѣченія и по окончаніи его, многіе больные показывались приславшимъ ихъ; показать всѣхъ больныхъ послѣ лѣченія не удавалось, такъ какъ многіе изъ нихъ, почувствовавъ облегченіе, съ первыхъ-же сеансовъ прекращали лѣченіе, не смотря ни на какія предупрежденія. Способъ электризаціи сначала я примѣнялъ такой-же, какъ и проф. *Doumer*; но вскорѣ я убѣдился, что электродъ, который вводилъ *Doumer* въ прямую кишку, не безопасенъ, такъ какъ стеклянный колпачекъ, покрывавшій металлическій стержень, иногда, находясь въ прямой кишкѣ, трескался и могъ такимъ образомъ повредить слизистую оболочку кишки; отчасти поэтому, а отчасти исходя изъ того положенія, что, чѣмъ сильнѣе будетъ употребленъ токъ при электризаціи, тѣмъ дѣйствіе его будетъ рѣзче *), я приготовилъ цилиндрическій электродъ въ 20 стм. длины и въ 0,75 стм. въ діаметрѣ. Проф. *Doumer* впослѣдствіи также сталъ примѣнять металлическій электродъ безъ стекла, сдѣлавъ его коническимъ. Затѣмъ, опять-таки, чтобы воспользоваться наибольшею силою тока, я примѣнилъ при электризаціи по поводу почечуя слѣдующій способъ: цилиндрическій электродъ, соединенный съ однимъ полюсомъ малаго соленоида, вводился въ прямую кишку на 3—7 стм. въ глубину; другимъ электродомъ служила гибкая пластинка изъ олова или свинца въ 10 × 13 стм., прикладываемая на область печени и соединявшаяся съ другимъ полюсомъ малаго соленоида. Такимъ образомъ при этомъ способѣ электризаціи резонаторъ *Oudin*'а исключался. Первичная сила тока бралась въ 5 амп., при 0,75 стм., разстоянія между разрядниками и при 14—25 оборотахъ малаго соленоида, а по миллиамперметру *d'Arsonval*'я сила тока въ цѣпи, гдѣ включался электризуемый, превосходила 230 мламп., т. е. его наибольшее показаніе. При такомъ способѣ электризаціи получается только ощущеніе теплоты на мѣстахъ приложенія электродовъ. Послѣ сравнительныхъ наблюденій я пришелъ къ выводу, что этотъ способъ примѣненія токовъ большой частоты даетъ при почечуѣ наиболѣе ощутительные быстрые результаты. Тамъ-же, гдѣ явленія почечуя были ничтожны и преобладали припадки трещинъ, я употреблялъ по преимуществу однополюсный способъ съ резонаторомъ *Oudin*'а, а электродъ безъ стекла. Сила тока при этомъ была около 150 мламп. Во всѣхъ 37 случаяхъ, гдѣ были трещины, боли уже съ 1-го сеанса почти всегда успокаивались и судорога жома ослабѣвала; въ среднемъ эти припадки исчезали послѣ 5 сеансовъ, по 5 мин. каждый. Нѣкоторыхъ изъ этихъ больныхъ мнѣ приходилось видѣть спустя годъ, другихъ даже черезъ 2 года; возврата трещинъ у нихъ не было.

Возрастъ больныхъ, у которыхъ я примѣнялъ токи большой частоты при почечуѣ, колебался между 12 и 70 годами. Какъ по сочетаніи припадковъ болѣзни, такъ и по степени выраженности и давности ихъ, больные представляли крайнее разнообразіе, и вліяніе токовъ большой частоты при этомъ не всегда было одинаковое. Въ тѣхъ случаяхъ почечуя, гдѣ болевыя ощущенія были выражены рѣзко, результаты большею частью получались прямо поразительные: больной, который предъ началомъ лѣченія едва могъ двигаться отъ боли и садиться только на самый край стула, объ актѣ испражненія думалъ съ ужасомъ и по возможности старался его избѣгать, послѣ 1-го-же сеанса уже могъ сидѣть и ходить безъ особаго затрудненія и испражнялся съ несравненно меньшими болями. Съ каждымъ сеансомъ боли обыкновенно уменьшались и въ среднемъ послѣ 4—5 сеансовъ прекращались совсѣмъ. Параллельно съ этимъ уменьшались судорога жома и напряженіе и размѣръ шишекъ какъ наружныхъ, такъ и внутреннихъ, при чемъ онѣ сначала дѣлались дряблыми, а затѣмъ превращались въ пустые мѣшочки, также иногда исчезавшіе. Для спаденія шишекъ требовалось около 15 сеансовъ. Нѣсколько дольше держались запоры, которые не прекращались иногда и послѣ 20—30 сеансовъ, при чемъ шишки спадались въ такихъ случаяхъ тоже медленнѣе. Что касается прекращенія кровотеченій, то число сеансовъ, требовавшихся для этого, было очень разнообразно: у нѣкоторыхъ больныхъ кровотеченія прекращались послѣ 1—2 и 3 сеансовъ и болѣе не возвращались, у другихъ они появлялись рѣже, прежде чѣмъ прекратиться окончательно; въ среднемъ кровотеченія прекращались послѣ 6 сеансовъ. Такіе сравнительно быстрые и положительные результаты получались обыкновенно при почечуѣ, сопровождавшемся воспалительными явленіями; въ тѣхъ-же случаяхъ его, гдѣ такихъ явленій не было, гдѣ главнымъ припадкомъ было только выпаденіе шишекъ при испражненіи, ходьбѣ и стояніи, продолжительность лѣченія была гораздо бо̀льшая, и результаты получались иногда менѣе полные. Продолжительность лѣченія была особенно велика тамъ, гдѣ, помимо пожилого возраста и давности болѣзни, въ анамнезѣ имѣлись алкоголизмъ и наслѣдственность, а при изслѣдованіи опредѣлялись увеличеніе печени, эмфизема легкихъ и увеличеніе праваго сердца. Въ такихъ случаяхъ для излѣченія требовалось болѣе 30 сеансовъ. Здѣсь, естественно, могутъ возразить, что почечуй въ острой его формѣ часто проходитъ и безъ всякаго лѣченія или просто подъ вліяніемъ слабительныхъ средствъ и наркотическихъ свѣчъ. Но тѣ случаи этой болѣзни, при которыхъ мнѣ приходилось примѣнять лѣченіе токами большой частоты, нельзя отнести къ этой категоріи, такъ какъ у большинства больныхъ, прежде чѣмъ они попадали ко мнѣ, были испробованы всѣ обычные способы лѣченія, а 9 больныхъ, прежде чѣмъ подвергнуться лѣченію токами большой частоты, уже были оперированы по поводу почечуя и явились для лѣченія электричествомъ потому, что послѣ операціи у нихъ скоро получился возвратъ или потому, что результатъ операціи былъ слишкомъ неполный. Неблагопріятныхъ побочныхъ явленій мнѣ ни разу наблюдать не пришлось; напротивъ, больные чувствовали себя бодрѣе, позывъ на ѣду и сонъ улучшались, головокруженія, головныя боли прекращались; кромѣ того, у 1 больного получилось уменьшеніе % сахара въ мочѣ, у 3 исчезли ревматическія боли въ суставахъ, у 2 стариковъ уменьшилась гипертрофированная предстательная железа, и они стали самостоятельно мочиться, тогда какъ до лѣченія моча выпускалась катетеромъ.

Что касается возвратовъ почечуя послѣ лѣченія токами большой частоты, то они, несомнѣнно, встрѣчаются, но у меня имѣются наблюденія, гдѣ возврата не было въ теченіи года, 2-хъ, 3-хъ и даже 4-хъ. Возвраты встрѣчаются особенно тамъ, гдѣ лѣченіе не было доведено до конца и ограничивалось всего нѣсколькими сеансами электризаціи. Такъ, съ конца 1898 г. по конецъ 1903 г. за лѣченіемъ по поводу ухудшенія вновь обратились 11 больныхъ, изъ нихъ 2 черезъ годъ, 1 черезъ 2 года, 1 черезъ 3 года, а остальные черезъ нѣсколько мѣсяцевъ по окончаніи лѣченія, при чемъ послѣдніе 7, какъ оказалось, прекратили лѣченіе, подвергнувшись всего 5—10 сеансамъ электризаціи и почувствовавъ только нѣкоторое улучшеніе. При повторномъ лѣченіи вслѣдствіе возвратовъ получаются болѣе быстрые положительные результаты, чѣмъ во время 1-го пріема лѣченія.

Такъ, подъ моимъ наблюденіемъ въ теченіи уже 4-хъ лѣтъ находятся двое больныхъ, которые до начала лѣченія при каждомъ испражненіи, а иногда и безъ него теряли очень много крови и доходили иногда до состоянія остраго малокровія. Во время 1-го пріема лѣченія кровотеченія прекратились совершенно у одного послѣ 9, у другого послѣ 16 сеансовъ, но приблизительно черезъ годъ возобновились, хотя и въ гораздо меньшей степени. Боль-

*) При электризаціи съ электродомъ *Doumer* приходится употреблять слишкомъ слабый токъ, такъ какъ при усиленіи его стеклянный колпачекъ очень нагрѣвается и обжигаетъ слизистую оболочку прямой кишки.

ные эти до сихъ поръ ежегодно являются для повторенія лѣченія, и послѣ 2—3 сеансовъ кровотеченіе у нихъ прекращается.

3 больныхъ почечуемъ послѣ лѣченія токами большой частоты все-таки подверглись операціи—1-ый спустя 3, 2-ой спустя 2 года, а 3-ья по прошествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ по прекращеніи лѣченія электричествомъ.

Результатъ операціи у 1-го больного въ настоящее время мнѣ неизвѣстенъ. Со дня операціи у 2-го больного прошло нѣсколько мѣсяцевъ и онъ чувствуетъ себя здоровымъ. 3-ья больная, со дня операціи которой прошло 1 годъ и 10 мѣс., въ настоящее время страдаетъ сильными запорами, смѣняющимися иногда послабленіемъ, при чемъ въ послѣднемъ случаѣ получается недержаніе кала; недержаніе-же газовъ у этой больной теперь постоянное. Эти явленія развились у больной вскорѣ послѣ операціи.

На основаніи этихъ наблюденій, а также наблюденій, которыя я попутно дѣлалъ надъ пульсомъ, дыханіемъ, кровообращеніемъ, состояніемъ заднепроходнаго жома и четковидныхъ расширеній венъ на голеняхъ, я полагаю, что благопріятное вліяніе токовъ большой частоты на почечуй складывается изъ дѣйствія ихъ на болѣзненные процессы въ прямой кишкѣ, на кишечникъ вообще, на кровообращеніе и на самыя стѣнки расширенныхъ венъ. Въ прямой кишкѣ токи большой частоты дѣйствуютъ противовоспалительно, вызываютъ разсасываніе воспалительныхъ продуктовъ, возстановляютъ утраченный тонусъ венъ и приводятъ къ нормѣ тонусъ жомовъ. Дѣйствуя противовоспалительно на кишечникъ вообще и вызывая перистальтику кишекъ, токи большой частоты часто устраняютъ запоры. Повышая кровяное давленіе, усиливая работу сердца и расширяя поверхностныя мелкія артеріи, токи большой частоты создаютъ условіе для уменьшенія застойныхъ явленій вообще и въ гэморроидальныхъ венахъ въ частности.

Изъ своихъ наблюденій, а также наблюденій проф. *Doumer*, *Sudnik*'а, *Pisani* и др., я прихожу къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Примѣненіе токовъ высокаго напряженія и большой частоты совершенно безопасно для человѣка.

2. Токи высокаго напряженія и большой частоты при непосредственномъ ихъ примѣненіи не производятъ сокращенія мышцъ и не вызываютъ никакого ощущенія во время прохожденія ихъ черезъ организмъ человѣка.

3. Побочныхъ неблагопріятныхъ явленій при электризаціи токами высокаго напряженія и большой частоты не наблюдается.

4. Какъ въ острыхъ, обострившихся, такъ и хроническихъ проявленіяхъ почечуя примѣненіе электризаціи токами высокаго напряженія и большой частоты показуется и вызываетъ въ однихъ случаяхъ полное исчезновеніе припадковъ болѣзни, въ другихъ какъ субъэктивное, такъ и объэктивное улучшеніе.

5. Стойкость исчезновенія или улучшенія припадковъ почечуя подъ вліяніемъ электризаціи токами большой частоты окончательно еще не выяснена; однако, во многихъ случаяхъ она несомнѣнна.

6. Въ виду благопріятныхъ результатовъ, полной безопасности и отсутствія какихъ-либо непріятныхъ ощущеній при электризаціи въ связи съ незначительною потерею времени, при чемъ больной, лѣчась на ходу, не лишается возможности продолжать свои обычныя занятія, примѣненіе токовъ высокаго напряженія и большой частоты заслуживаетъ широкаго распространенія при лѣченіи почечуя и трещинъ задняго прохода.

Въ заключеніе упомяну еще, что на основаніи уже многочисленныхъ наблюденій различныхъ авторовъ, упомянутыхъ мною только отчасти, обезболивающее, противовоспалительное, трофическое и сосудодвигательное дѣйствіе токовъ высокаго напряженія и большой частоты установлено съ несомнѣнностью и что эта могущественная энергія, вводимая въ организмъ въ формѣ такихъ токовъ, думается мнѣ, заслуживаетъ бо́льшаго вниманія со стороны хирурговъ, чѣмъ какое удѣлялось ей до сихъ поръ.

**Литература.** 1. *Lecercle*. Traité élémentaire d'électricité médicale, т. II.—2. *H. Bordier*. Précis d'électrothérapie.—3. *d'Arsonval*. Société de biologie, 1894 г., ноябрь. — 4. *Bordier*. Руководство по электротерапіи, стр. 227.—5. *d'Arsonval*. Seances de la société française de phisique, 1892.—6. *Онъ-же*. Comptes rendus des séances de l'Academie des sciences VII, 1896.—7. *Maragliano*. Les courants de haute fréquence et leur transmission

Digitized by Google

подъ вліяніемъ долговременной дѣятельности, ни подъ вліяніемъ колеблющейся въ *извѣстныхъ предѣлахъ* суммы воздѣйствій внѣшней среды, ибо въ любой моментъ клѣтки и цитобласты способны возстановить траты, способны создать живое вещество изъ доставляемаго имъ мертваго матеріала и способны приспособиться. Представленіе объ изнашиваніи клѣтокъ прямо противорѣчитъ основному понятію о живомъ веществѣ и основному его свойству. Вѣчно юное по существу своему, живое вещество не можетъ портиться при нормальныхъ условіяхъ, не можетъ изнашиваться.

Но напрашивается и другое соображеніе. Древнее ученіе *Galen*'а о 3-хъ «atria mortis»—мозгъ, легкія и сердце, черезъ которыя смерть поражаетъ весь организмъ сразу, поддерживаемое, хотя и въ обновленной формѣ, наукою еще въ самомъ началѣ прошлаго 100-лѣтія въ лицѣ французскаго анатома *Xavier Bichat* и господствующее еще и теперь въ умахъ громаднаго большинства, непосвященнаго въ біологическія науки,—оставлено совершенно. Теперь мы знаемъ, что съ послѣднимъ сокращеніемъ сердца умираетъ только данное лицо, а «тѣло» его продолжаетъ еще жить: жизни различныхъ органовъ, различныхъ тканей и различныхъ клѣтокъ потухаютъ одна за другой съ различной послѣдовательностью, съ различной быстротой, причемъ нѣкоторые элементы живутъ, видимо, полною жизнью еще нѣсколько сутокъ спустя послѣ видимой смерти даннаго лица. Относится это какъ къ многоклѣточнымъ организмамъ, такъ и къ отдѣльнымъ клѣткамъ. Это доказано цѣлымъ рядомъ наблюденій надъ жизнью тканей и клѣтокъ внѣ организма въ подходящихъ условіяхъ, доказывается и множествомъ опытовъ надъ пересадкою различныхъ тканей; это показываютъ обнаруживаемые нѣкоторыми элементами трупа признаки жизни спустя болѣе или менѣе продолжительное время послѣ смерти даннаго лица, доказываютъ, наконецъ, тѣ поразительные опыты послѣдняго времени надъ оживленіемъ вырѣзаннаго сердца, воскресившіе было въ легковѣрной публикѣ надежду, если не на безсмертіе, то, по крайней мѣрѣ, на продленіе жизни. Ограничиваясь только однимъ указаніемъ на этотъ въ высшей степени интересный отдѣлъ біологіи и отсылая читателей хотя бы къ рѣчи проф. *P. Grawitz*'а [14]), въ которой разбирается вопросъ о живучести тканей, скажу лишь, что подобные факты заставляютъ сильно усумниться въ цѣлесообразности и даже въ существованіи «естественной» смерти. Не логичнѣе-ли бы было ожидать, что при физіологической смерти всѣ клѣтки организма будутъ дряхлѣть и изнашиваться въ одинаковой степени, равномѣрно и что онѣ, лишившись способности размножаться, умрутъ всѣ вмѣстѣ, какъ только угаснетъ жизнь даннаго лица? Это было-бы разумно и цѣлесообразно. Но могутъ возразить, что клѣтки организма, будучи поставлены въ такія чрезвычайно разнообразныя и разнородныя условія существованія и будучи столь различны по своему строенію и отправленіямъ, естественно должны и въ различной степени страдать отъ вредныхъ воздѣйствій и умирать въ разное время. Но это возраженіе, забывающее опять-таки про самое основное свойство живого вещества—возстановленіе, созиданіе и приспособленіе, устраняется простымъ соображеніемъ, если только, конечно, остаться на почвѣ произвольныхъ умозаключеній, допускаемыхъ ультрадарвинистами. Вѣдь, стоило только всесильному естественному подбору ультрадарвинистовъ снабдить каждый видъ клѣтокъ особымъ, заранѣе точно разсчитаннымъ, запасомъ жизненной энергіи, и возстановилось-бы то согласіе между всѣми элементами относительно совмѣстной смерти, которое необходимо, чтобы, хоть сколько нибудь, понять «естественную» или «физіологическую» смерть.

Другая группа изслѣдователей этого вопроса ищетъ причины смерти внутри самого организма, въ его организаціи, въ борьбѣ элементовъ между собою, своего рода борьбѣ ихъ за существованіе и во внутренней организаціи исходной яйцеклѣтки. Вотъ что, напр., говоритъ о жизни и смерти проф. *И. Р. Тархановъ* [15]).

Исходя изъ того положенія, что: «...организующія начала въ каждой живой клѣткѣ организма должны быть прямыми отпрысками живого вещества, входящаго въ составъ зародышеваго яйца, этой исходной точки развитія всего организма», *И. Р. Тархановъ* приходитъ къ заключенію, что въ ядрѣ готовой къ развитію яйцеклѣтки имѣется извѣстный, опредѣленный запасъ какого-то «организующаго, созидающаго элемента» и что израсходованіе этого запаса въ теченіи развитія организма и его жизни ведетъ къ физіологической смерти. «На дѣлѣ, говоритъ проф. *И. Р. Тархановъ*, этотъ организующій созидающій элементъ — при процессѣ развитія организмовъ—долженъ при размноженіи и дифференцированіи клѣтокъ дробиться все болѣе и болѣе на такія трилліонныя, квадрилліонныя частицы, вслѣдствіе своего безконечнаго дробленія при размноженіи клѣтокъ, долженъ достигать такихъ минимальныхъ величинъ, при которыхъ онѣ уже не въ состояніи обнаруживать никакихъ созидающихъ силъ, и тогда жизненный порохъ, разлагаясь въ теченіи жизни, уже не будетъ въ состояніи возобновляться» (стр. 541). «Такимъ образомъ, говоритъ онъ далѣе, причиной естественной, нормальной смерти служитъ не изнашиваніе самихъ клѣтокъ, а прогрессивное ограниченіе способности клѣтокъ къ созиданію и къ размноженію, зависящее отъ постепеннаго изсяканія созидающаго ядернаго вещества. На этомъ основаніи мы и въ правѣ заключить, что число клѣточныхъ поколѣній, могущихъ развиться въ теченіи всей жизни изъ зародышеваго яйца, благодаря первоначальному запасу въ немъ созидающей энергіи, и опредѣляетъ собою долголѣтіе, ту максимальную продолжительность жизни, до которой могутъ достигать разнообразные организмы».—«Количество этой созидающей энергіи представляется для каждаго вида нормальнымъ, и какъ сокращеніе, такъ и увеличеніе продолжительности жизни животныхъ опредѣленнаго вида зависитъ отъ условій, уменьшающихъ или увеличивающихъ число слѣдующихъ другъ за другомъ клѣточныхъ поколѣній, призванныхъ замѣнять отжившія, разрушившіяся части» (стр. 542).—«Жизнь, слѣд., говоритъ онъ, является какъ-бы эффектомъ первоначальной метательной силы, которая, достигнувъ извѣстной высоты, уменьшается, ослабѣваетъ и на вѣки угасаетъ» (стр. 159).

Какъ ни заманчива эта теорія, въ которой слышится отзвукъ «Keimplasmatheorie» *A. Weismann*'а; какъ ни подкупаетъ она своей стройностью, цѣльностью и вмѣстѣ съ тѣмъ простотой, доказательнаго и серьезнаго значенія она, по моему мнѣнію, все-же имѣть не можетъ. Прежде всего, предположеніе объ опредѣленномъ, для каждаго вида постоянномъ, количественномъ запасѣ созидающаго вещества, заключеннаго въ ядрѣ, вполнѣ произвольно и ничѣмъ не можетъ быть доказано; кромѣ того, это предположеніе, лежащее и въ основѣ теоріи *A. Weismann*'а, прямо немыслимо и невѣроятно: не мыслимо допустить, чтобы въ ядрѣ каждой изъ безчисленныхъ клѣтокъ нашего организма скрывалась вещественная доля того вещества, которое, въ видѣ созидательнаго матеріала будущаго организма, входило въ построеніе ядра исходной яйцеклѣтки, и чтобы эта доля своимъ присутствіемъ поддерживала жизнь. Стоитъ только подумать о тѣхъ вѣсовыхъ отношеніяхъ и о тѣхъ безотносительныхъ вѣсовыхъ и объемныхъ величинахъ, которыя должны при этомъ получиться, чтобы тотчасъ-же отказаться отъ подобной мысли. Вѣсъ человѣческаго яйца=0,000002 грм. (приблизительно, конечно), а т. наз. «организующее и созидающее» вещество *И. Р. Тарханова* составляетъ ничтожную долю этой ничтожной величины. Исходя изъ «ид'а» *A. Weismann*'а, я вычислилъ эту величину въ 0,000000000002 грм. Что-же осталось отъ этого ничтожнаго вещества въ сформировавшемся организмѣ, который превышаетъ вѣсъ яйца въ 25000000000 разъ, и какъ оно можетъ играть, хоть какую-нибудь, роль въ жизни готоваго организма? Если-же вычислить еще ту вѣсовую и объемную величину, на которую должна, согласно разбираемой теоріи, раздробиться эта 2—3-милліонная доля грамма, чтобы попасть въ каждую клѣтку организма, то получатся величины, которыя окажутся несравненно меньше наименьшихъ величинъ, вычисленныхъ физикомъ *W. Tomson*'омъ [16]) для діаметра молекулъ, какъ величины предѣльныя. Слѣд., такое предположеніе окажется въ явномъ противорѣчіи и съ физическими данными *). Стоитъ

*) Предположимъ, что діаметръ «ид'а» *A. Weismann*'а, т. е. той единицы наслѣдственнаго вещества, которая заключаетъ въ себѣ сумму всѣхъ вещественныхъ частицъ, опредѣляющихъ всѣ наслѣдственныя свойства развивающагося изъ яйцеклѣтки сложнаго организма, и которая равняется хроматиновому зернышку (базихроматиновая гранула), = 1 μ., т. е. 0,0001 стм. Объемъ «ид'а» въ такомъ случаѣ = 0,000.000.000.000.5 к. стм. Принимая уд. вѣсъ вещества «ид'а» = 1, будемъ имѣть величину: 0,000.000.000.000.5 грм., опредѣляющую вѣсъ «ид'а». Принимая діаметръ яйцеклѣтки человѣка = 130 μ., а вѣсъ взрослаго человѣка=3 пудамъ, можно вычислить вѣсовое отношеніе яйцеклѣтки и взрослаго организма, которое будетъ = 1:25.000.000.000 (принимая V яйцеклѣтки даже = 2000000 к. μ.). Но, принимая во вниманіе крупные размѣры яйцеклѣтки, можно предположить,

Digitized by Google

только подумать о томъ, что вещество организма создано вновь изъ мертваго матеріала, что заключенный въ яйцеклѣткѣ «организующій» или «созидающій элементъ» *И. Р. Тарханова* или «идіоплазма, наслѣдственная плазма» *A. Weismann*'а, какъ мы только-что видѣли, никоимъ образомъ не могли раздробиться на столь малыя части, какъ это было желательно авторамъ, и что вслѣдствіе этого уже на извѣстной зародышевой ступени развитія организма отъ этого исходнаго магическаго вещества не осталось уже и слѣда,—чтобы искать объясненія явленій жизни, наслѣдственности развитія въ совершенно другихъ принципахъ, чѣмъ странствованіе и передача изъ клѣтки въ клѣтку немыслимо малыхъ вещественныхъ частицъ. А посему и смерть организма никоимъ образомъ не можетъ стоять въ связи съ исчезновеніемъ въ его клѣткахъ прямыхъ вещественныхъ продуктовъ дробленія ядернаго вещества яйца и съ предполагаемою утратою клѣтками способности къ размноженію. Заявленіе-же *И. Р. Тарханова*, что: «Смерть нормальная сама является выраженіемъ полнаго исчезновенія образовательныхъ функцій и господства однихъ только разрушительныхъ процессовъ въ организмѣ» (ор. с., 166), даже прямо противорѣчитъ наблюденіямъ и гистологическимъ фактамъ, о которыхъ теперь скажу нѣсколько словъ.

Что-же говорятъ намъ эти гистологическіе факты? Каковы тѣ «нормальныя» измѣненія тканей и клѣтокъ, специфичныя для старческаго возраста и обусловливающія собою смерть? Каковы тѣ гистологическія доказательства тому, что клѣтки старческихъ тканей не размножаются, не возстановляются?—На сколько выясненъ этотъ вопросъ по сіе время, гистологическія измѣненія старческихъ тканей сводятся въ сущности къ старческимъ процессамъ клѣтокъ, сопровождающимся сильнымъ разростаніемъ т. наз. соединительной ткани. Атрофія клѣтокъ, главнымъ образомъ т. наз. паренхиматозныхъ, нервныхъ, мышечныхъ, сосудистыхъ и т. д., выражается либо различными видами перерожденія, либо уменьшеніемъ объема клѣтокъ, голоданіемъ, развитіемъ жира, отложеніемъ извести и т. д., либо ихъ зернистымъ распадомъ, либо ихъ уничтоженіемъ макрофагами и т. д. Мѣста бывшихъ клѣтокъ заполняются богатою волокнами соединительною тканью, какъ-бы вытѣсняющею остальные тканевые элементы, при чемъ разростаніе соединительной ткани, какъ это видно изъ нѣкоторыхъ указаній, можетъ быть очень значительное. Объективная оцѣнка этихъ измѣненій показываетъ, что они не представляютъ рѣшительно ничего специфическаго, т. е. свойственнаго однѣмъ старческимъ тканямъ. Это въ суммѣ совершенно тѣже измѣненія, которыя найдены при разнообразнѣйшихъ патологическихъ процессахъ, при чемъ они болѣе всего напоминаютъ тѣ измѣненія, которыми выражаются различныя хроническія страданія, чего, въ сущности, и слѣдовало ожидать. Изъ этого видно, что несправедливо называемая такъ «старческая атрофія» не есть въ полномъ смыслѣ атрофія, а представляетъ собою сочетаніе процессовъ какъ атрофическихъ, такъ и прогрессивныхъ, образовательныхъ, или созидательныхъ. Мощное развитіе соединительной ткани никоимъ образомъ нельзя разсматривать, какъ дегенеративный процессъ, ибо наши взгляды въ этомъ отношеніи въ настоящее время измѣняются кореннымъ образомъ. Элементы соединительной ткани, т. е. соединительно-тканныя волокна, суть элементы живые, и увеличеніе ихъ количества есть процессъ жизненный, созидательный, основанный на ихъ ростѣ и размноженіи. Т. наз. межклѣточныя вещества, къ которымъ причислялось раньше также внѣклѣточное вещество соединительной ткани, ожили въ глазахъ современныхъ біологовъ и живутъ своей опредѣленной, полной, активной жизнью.

«Оказывается, слѣд., сказалъ проф. *С. М. Лукьяновъ* [21]) въ своей рѣчи: «О межклѣточныхъ веществахъ» еще въ 1894 г., что активныя клѣтки допускаютъ существованіе активныхъ-же межклѣточныхъ веществъ, ни мало не теряя въ своемъ значеніи. Связность цѣлаго многоклѣточнаго организма, связность внутренняя и внѣшняя, дѣлается при этомъ вполнѣ доступной научному постиженію: мы имѣемъ передъ собою систему жизненныхъ очаговъ, нераздѣленныхъ мертвыми, какъ-бы непрозрачными для жизни перегородками, а соединенныхъ связями, проникнутыми жизненной энергіей, какъ-бы прозрачными для жизни. Все тѣло свѣтится однимъ общимъ свѣтомъ, только напряженіе этого свѣта не вездѣ одинаково».

Взглядъ на соединительнотканныя волокна, какъ на элементы живые, господствуютъ въ современной гистологіи, а потому, можно сказать, что старческія ткани рядомъ съ атрофіей и различными дегенеративными измѣненіями однихъ тканевыхъ элементовъ обнаруживаютъ усиленный ростъ, размноженіе, усиленную созидательную дѣятельность другихъ. Но кромѣ этого факта, противъ господствующаго мнѣнія, будто клѣтки старческихъ тканей потеряли способность размножаться и вслѣдствіе этого обречены на смерть, говоритъ цѣлый рядъ другихъ фактовъ и соображеній. Вѣдь, никто не отрицаетъ, что и старческія ткани способны возстановляться, что и у стариковъ заживаютъ всякія пораненія, удаются пересадки и возстановляются иногда обширныя тканевыя недостачи, хотя процессы эти, которые, какъ это всѣмъ извѣстно, суть чисто

---

что это вѣсовое отношеніе выражаетъ вмѣстѣ съ тѣмъ число клѣтокъ взрослаго организма, которыхъ такимъ образомъ оказывается не менѣе 25 билліоновъ [тогда какъ проф. *A. Dastre* [17]) опредѣляетъ число клѣтокъ даже въ 60 трилліоновъ]. Но по теоріи *A. Weismann*'а и его послѣдователей исходное наслѣдственное вещество, т. е. «идъ», по мѣрѣ онтогенетическаго развитія организма все болѣе и болѣе дробится по числу образующихся клѣтокъ, при чемъ въ каждую изъ 25 билліоновъ клѣтокъ взрослаго организма попадаетъ, по крайней мѣрѣ, по 1 частицѣ этого наслѣдственнаго вещества, по крайней мѣрѣ по 1 «детерминантѣ», опредѣляющей свойства данной клѣтки. Но мы нашли, что вѣсъ «ид'а» = 0,000.000.000.000.5 грм.; слѣд., вѣсъ наслѣдственнаго вещества каждой клѣтки взрослаго организма будетъ = 0,000.000.000.000.000.000.000.02 грм., а V=столькимъ-же к. стм. Вычисляя теперь по извѣстной объемной формулѣ радіусъ, найдемъ, что діаметръ этой гипотетической молекулы наслѣдственнаго вещества долженъ (приблизительно)$=\frac{1}{30.000.000}$ стм. или $\frac{1}{3000}$ μ. Эта величина находится еще въ предѣлахъ величинъ, допускаемыхъ *W. Tomson*'омъ для діаметра молекулъ обыкновеннаго вещества, какъ величинъ предѣльныхъ. Но мы должны имѣть въ виду, что эта молекула наслѣдственнаго вещества не есть еще конечный продуктъ дробленія начальнаго наслѣдственнаго вещества, а что теорія *A. Weismann*'а требуетъ дальнѣйшаго расчлененія. Мы исходили изъ предположенія, что наслѣдственное вещество, заложенное въ яйцеклѣткѣ, дробясь, такъ сказать, пропорціонально дробленію самого яйца на клѣтки, вноситъ въ каждую изъ клѣтокъ взрослаго организма по 1 «детерминантѣ». Но, во 1-хъ, по смыслу разбираемой теоріи, въ каждой клѣткѣ нужно признать наличіе многихъ детерминантъ (почему?, — здѣсь не мѣсто изъяснять); во 2-хъ, «детерминанта», въ свою очередь, есть чрезвычайно сложная единица, ибо она представляетъ замысловатую мозаику многочисленныхъ «біофоръ»; въ 3-хъ, по представленію самого-же *A. Weismann*'а, и «біофора» есть сложная единица, построенная изъ цѣлой группы молекулъ, между которыми — наисложнѣйшія бѣлковыя молекулы. Онъ [18]) говоритъ: «Andererseits müssen sie (т. е. «біофоры») aber grösser sein, als irgend ein chemisches Molekül, weil sie selbst aus einer Gruppe von Molekülen bestehen, unter welchen sich solche von komplizirter Zusammensetzung und demgemäss auch relativ bedeutender Grösse befinden». Наконецъ, въ 4-хъ, часть входящихъ въ образованіе «біофоры» молекулъ суть наисложнѣйшія изъ намъ извѣстныхъ бѣлковыхъ частицъ; но намъ извѣстно, что бѣлковая молекула представляется во много разъ больше молекулы обыкновеннаго вещества, для которой *W. Tomson* установилъ предѣльныя величины. Если теперь принять, что въ клѣткѣ заложены лишь 100 «детерминантъ», что въ каждой «детерминантѣ» лишь 100 «біофоръ», что «біофора» составлена изъ 10 бѣлковыхъ молекулъ и что бѣлковая молекула лишь во 100 разъ больше молекулы обыкновеннаго вещества [на счетъ величинъ бѣлковой молекулы см. у *Fr. Schulz* [19])], то нетрудно вычислить и понять, что для діаметра требуемой теоріей *A. Weismann*'а живой молекулы получится такая величина, которая окажется гораздо меньше наименьшаго предѣла для молекулы обыкновеннаго вещества. Подобное вычисленіе показываетъ съ очевидностью полную несостоятельность, такъ сказать, вещественной теоріи наслѣдственности; оно показываетъ, что желаніе связать каждое изъ неисчислимыхъ наслѣдственныхъ свойствъ и ихъ сочетаній съ опредѣленной частицей начальнаго (заложеннаго въ яйцеклѣткѣ) наслѣдственнаго вещества, приводитъ насъ къ прямому противорѣчію съ физическими данными, т. е. ad absurdum. Сопоставляя вѣсовыя отношенія начальнаго наслѣдственнаго вещества и наименьшей, мыслимой, молекулы живого вещества съ кривой возростанія вѣса развивающагося организма, можно было-бы даже вычислить—конечно, приблизительно—на какой ступени зародышевой или внѣутробной жизни начальное наслѣдственное вещество совершенно изсякнетъ; сдѣлать это было-бы не безъинтересно. Какъ я [20]) указывалъ уже въ 1896 г., но пока еще тщетно (литература упорно замалчиваетъ мою попытку, хотя мои соображенія были высказаны также на иностранномъ языкѣ), для объясненія проявленій наслѣдственности, т. е. механизма наслѣдственности, мы должны обратиться къ совершенно другому принципу.

Digitized by Google

прогрессивные, созидательные процессы, и протекаютъ у нихъ болѣе вяло и медленно; это, впрочемъ, вполнѣ понятно. Съ другой стороны, въ доказательство того, будто клѣтки въ старческомъ возрастѣ перестаютъ размножаться, приводятъ отсутствіе въ тканяхъ этого возраста каріокинетическихъ или митотическихъ фигуръ, которыя, какъ извѣстно, съ несомнѣнностью указываютъ на процессъ размноженія клѣтокъ; при этомъ особенно указываютъ на нервныя клѣтки. Фактъ этотъ—дѣйствительный и не подлежитъ никакому сомнѣнію; въ старческихъ тканяхъ каріокинетическія картины встрѣчаются крайне рѣдко, но все-же попадаются. Это не можетъ, однако, служить гистологическимъ доказательствомъ. Нельзя забывать, что «каріокинезъ»—лишь одинъ изъ способовъ размноженія клѣтокъ; что, кромѣ него, есть еще способъ т. наз. «прямого дѣленія», способъ фрагментаціи или почкованія и развитіе клѣтокъ изъ ядрышекъ, при чемъ эти способы размноженія клѣтокъ, видимо, гораздо болѣе распространены, чѣмъ предполагали раньше, когда всѣ стали изучать столь красивый и изящный по своимъ микроскопическимъ картинамъ каріокинезъ. Изъ цѣлаго уже ряда изслѣдованій видно, что каріокинезъ или непрямое дѣленіе при различныхъ условіяхъ можетъ переходить въ прямое дѣленіе, и наоборотъ *); остальные-же способы еще слишкомъ мало изучены, ибо это—не легкая задача гистологіи. Поэтому мы во всякомъ случаѣ имѣемъ право предполагать, что въ тканяхъ старческихъ, живущихъ уже, конечно, не прежнею нормальною молодою жизнью, каріокинезъ уступаетъ амитозу и другимъ способамъ размноженія, фиксировать которые подъ микроскопомъ, какъ извѣстно, далеко не такъ просто, какъ показать любую изъ фазъ типическаго митоза. Что касается, напр., нервныхъ клѣтокъ, то я считаю болѣе чѣмъ вѣроятнымъ, что онѣ размножаются—по крайней мѣрѣ, во взросломъ организмѣ—путемъ развитія изъ ядрышекъ, изъ т. наз. плазмосомъ.

Приведу слова проф. *В. М. Бехтерева* [22]), сказанныя имъ по этому поводу еще 15 лѣтъ назадъ: «Пласмосомамъ въ послѣднее время, говоритъ онъ, приписывается важное значеніе въ жизни клѣтки вообще, въ особенности въ дѣлѣ размноженія при посредствѣ развитія ихъ во вторичныя ядра и затѣмъ въ самостоятельныя ядра. Совершенно подобную-же роль, какъ я убѣдился, играютъ и плазмосомы нервныхъ клѣтокъ». За истекшіе съ тѣхъ поръ 15 лѣтъ вопросъ этотъ почти не подвинулся впередъ.

Изъ всего только-что сказаннаго о гистологическихъ измѣненіяхъ въ старческихъ тканяхъ ясно, что говорить объ особыхъ «старческихъ измѣненіяхъ», объ особой «старческой атрофіи» мы не имѣемъ никакого права, потому что таковыхъ нѣтъ, а имѣется лишь рядъ регрессивныхъ и прогрессивныхъ измѣненій, хорошо извѣстныхъ патологической гистологіи, и потому еще, что производительная способность клѣтокъ въ старческомъ возрастѣ, оказывается далеко еще не угасла, какъ это принимаютъ, а даже, напротивъ, проявляется иногда съ особой силой. Поэтому совершенно правильно характеризуютъ состояніе вопроса слова проф. *И. И. Мечникова* [21]), сказанныя имъ въ его очеркѣ: «Современное состояніе вопроса о старческой атрофіи».

«Факты, изложенные въ предыдущей главѣ, писалъ онъ, не говорятъ въ пользу теоріи старческаго истощенія способности клѣтокъ къ размноженію, во 1-хъ, потому, что мы на каждомъ шагу наблюдаемъ размноженіе соединительной ткани, а, во 2-хъ, потому, что мы встрѣчаемъ иногда даже ненужную роскошь въ воспроизведеніи сѣмянныхъ клѣтокъ у стариковъ. Но болѣе всего говоритъ противъ указанной теоріи истощенія фактъ частаго развитія, даже въ самой глубокой старости, различныхъ новообразованій» **).

И такъ, все вышеизложенное, мнѣ думается, можетъ убѣдить читателя въ томъ, что мы не располагаемъ положительно никакими доказательствами физіологической смерти, ни умозрительными, ни научными, ни логическими, ни гистологическими. Смерти нормальной, смерти физіологической не существуетъ, а существуетъ лишь одна смерть патологическая для всѣхъ безъ исключенія организмовъ, какъ для человѣка, такъ и для какой-нибудь инфузоріи, какъ для свободноживущаго зернышка, такъ и для первичной живой молекулы *). Смерть-же патологическая находится всецѣло въ вѣдѣніи патологіи, которая пролила уже не мало свѣта на тѣ процессы въ организмѣ, которые ведутъ къ смерти и которые сопровождаютъ смерть. Цѣлый рядъ самыхъ существенныхъ вопросовъ задаетъ намъ патологическая смерть, и всякій знаетъ, съ какимъ неисчислимымъ разнообразіемъ функціональныхъ соотношеній и зависимостей мы должны при этомъ считаться, какое безконечное разнообразіе условій и внѣшнихъ и внутреннихъ вліяній мы должны принимать во вниманіе и какъ велико многообразіе сочетанія разстройствъ, влекущихъ за собою смерть даннаго лица.

Затронутая мною здѣсь тема—«Жизнь и смерть» неисчерпаема по содержанію и безконечна по развитію. Доступъ къ ней свободенъ изо всѣхъ, можно сказать, областей человѣческихъ знаній, и охватить ее не подъ силу человѣческой жизни.

Мысль мыслителя, кисть художника, ржавый клинокъ какого-нибудь оружія, добытый изъ археологическихъ раскопокъ, созвучный аккордъ вдохновеннаго музыканта или микроскопъ естествоиспытателя въ одинаковой степени могутъ раскрыть намъ ту или другую загадку и озарить ту или другую, еще темную, сторону жизни и смерти.... Моя цѣль была—подойти къ вопросу съ одной опредѣленной стороны, со стороны понятія о живомъ веществѣ. И, если мнѣ удалось зародить въ читателѣ хоть нѣкоторую

---

*) Укажу на интересную замѣтку проф. *В. М. Шимкевича* [23]) «О прямомъ дѣленіи при искусственныхъ условіяхъ», въ которой приводится цѣлый рядъ сюда относящихся фактовъ.

**) Хотя послѣдній трудъ *И. И. Мечникова* [25])—«Etudes sur la nature humaine. Essai de philosophie optimiste» имѣетъ прямое отношеніе къ разбираемому мною вопросу, но я не имѣю возможности вдаваться въ разборъ проводимыхъ въ немъ взглядовъ, ибо это вывело-бы меня далеко за предѣлы очерка; я не могу даже остановиться на основныхъ взглядахъ автора, а укажу лишь на то, что онъ признаетъ, во 1-хъ, естественную смерть человѣка (она, однако, не встрѣчается), во 2-хъ, смерть патологическую, являющуюся результатомъ т. наз. старческихъ измѣненій тканей и органовъ. Старость, со всѣми сопровождающими ее измѣненіями тканей и органовъ и со всѣми недугами вытекаетъ изъ совокупности тѣхъ несоотвѣтствій, тѣхъ дисгармоній человѣческой природы, которыя являются слѣдствіемъ цѣлаго ряда недостатковъ въ организаціи, унаслѣдованныхъ, такъ сказать, филогенетически. Но этотъ взглядъ *И. И. Мечникова* совершенно произволенъ и ничѣмъ не оправдывается и едва-ли кто согласится съ его заключеніемъ: «... il est permis de conclure que l'homme présente une sorte d'arrêt de développement d'un singe antropomorphe d'une époque antérieure, quelque chose comme un «monstre» simien, non pas au point de vue esthétique, mais au point de vue purement zoologique» (стр. 70), едва-ли кто согласится, говорю, не потому, что было-бы стыдно своего обезьяньяго происхожденія (которое не подлежитъ никакому сомнѣнію; конечно, понимать это нужно такъ, что человѣкоподобная обезьяна и человѣкъ представляютъ 2 самостоятельныя вѣтви, берущія свое начало отъ одного общаго родича, при чемъ между этимъ родичемъ и современнымъ человѣкомъ—homo recens—существовало нѣсколько переходныхъ формъ), а потому, что оно противорѣчитъ основнымъ законамъ филогенеза. Что *И. И. Мечниковъ* считаетъ естественною смертью, остается имъ не выясненнымъ. Скажу лишь, что *И. И. Мечниковъ* стоитъ на точкѣ зрѣнія діаметрально противоположной той, какую я развиваю въ своемъ очеркѣ. Онъ выводитъ всѣ дисгармоніи человѣческаго организма, а, слѣд., и смерть, изъ самой организаціи, я-же—изъ нарушенія общей гармоніи и равновѣсія всѣхъ отправленій подъ вліяніемъ суммированія дѣйствующихъ на организмъ съ самаго момента зачатія неблагопріятныхъ воздѣйствій.

*) Считаю не безинтереснымъ указать на совершенно аналогичную мысль, берущую свое начало не изъ всесторонняго познанія вещественнаго міра съ его многообразными и неисчислимыми проявленіями жизни и смерти, т. е. не изъ области дѣятельности естествоиспытателя, а изъ области чисто философскаго умозрительнаго міровоззрѣнія. Я имѣю въ виду слова «Привѣтствія» Петербургской Духовной Академіи къ 100-лѣтнему юбилею В.-Медицинской Академіи, 18-го декабря 1898 года [26]). Тамъ, между прочимъ, сказано: «Но какъ безъ 2-хъ противоположныхъ полюсовъ немыслимъ земной шаръ, такъ безъ противоположныхъ областей знанія немыслимо открытіе всей полноты истины о человѣкѣ, какъ микрокосмѣ, объединяющемъ въ себѣ духъ и матеріальную природу. Если справедливо, что mens sana in corpore sano, то не менѣе справедливо, что у человѣка не было-бы ни болѣзни, ни смерти, если-бы у него не было уклоненія отъ идеальнаго совершенства. Уяснить, въ чемъ заключается это идеальное совершенство человѣка, и содѣйствовать его возможному достиженію—вотъ возвышенная задача, къ разрѣшенію которой стремятся обѣ Академіи и которая требуетъ ихъ дружнаго взаимодѣйствія». Эти слова, подъ которыми можетъ полностью подписаться естествоиспытатель, лишній разъ показываютъ, что всякая область знанія или человѣческой мысли, даже, по видимому, совершенно противоположная, важна и цѣнна для общаго прогресса мысли своимъ тѣснымъ взаимодѣйствіемъ съ остальными областями знанія.

Digitized by Google

вѣру въ то, что живое существо по существу своему вѣчно, что оно безсмертно и что, слѣд., смерть особи есть явленіе патологическое, то я могу смѣло воспользоваться образной мыслью проф. *И. Р. Тарханова*, хотя и несогласенъ въ принципѣ съ его теоріей и сказать про жизнь особи его словами: «Жизнь, слѣд., является какъ-бы эффектомъ первоначальной метательной силы, которая, достигнувъ извѣстной высоты, уменьшается, ослабѣваетъ и на вѣки угасаетъ»; но при этомъ слѣдуетъ понимать, что эта начальная живая сила вѣчна и не уменьшалась-бы во вѣки, если бы не тѣ безчисленныя препятствія, которыя она встрѣчаетъ на своемъ пути.

**Источники.** 1. *Д. И. Менделѣевъ.* Попытка химическаго пониманія мірового эѳира. «Вѣстникъ и библіотека самообразованія». 1903, № 1.—2. *Н. П. Кравковъ.* Современныя проблемы фармакологіи и матеріализмъ. «Русскій Врачъ», 1903, № 2.—3. *M. Münden.* Die bakteriologisch-biologische Grundlage physikalischer, chemischer und mineralogischer Formgestaltungen. Verhandl. d. Gesellsch. deut. Nat. u. Aerzte. 73 Съѣздъ въ Hamburg'ѣ. Отдѣлъ физики, 1901. — 4. *А. Н. Карножицкій.* Einige Betrachtungen über die mögliche Ursache der optischen Anomalien in den Krystallen. «Zeitschrift für Krystallographie» и пр., т. XIX, 1891, стр. 591—592.—*Онъ-же.* Кристаллизація и начало органической жизни. «Научное Обозрѣніе», 1895.—5. *A. Dastre.* La vie et la mort. Paris, 1903, стр. 275. — 6. *O. Hertwig.* Die Lehre vom Organismus und ihre Beziehung zur Sozialwissenschaft, 1899.—7. *Шлатеръ.* Zelle, Bioblast u. lebendige Substanz. St.-Petersburg, 1903. — 8. *И. Р. Тархановъ.* Долголѣтіе животныхъ, растеній и людей. «Вѣстникъ Европы», 1890—1891.—9. *M. Verworn.* Die Biogenhypothese. Eine kritisch-experimentelle Studie über die Vorgänge in der lebendigen Substanz. 1903. — 10. *Н. К. Чермакъ.* О построеніи живого вещества. Гипотеза живыхъ молекул. вихрей. 1895.—11. *X. Bichat.* Recherches physiologiques sur la vie et la mort. — 12. *A. Weismann.* Ueber die Dauer des Lebens. 1882.—*Онъ-же.* Ueber Leben und Tod. 1884.—*Онъ-же.* Vorträge über Descendenztheorie, 2 чч., 1902.—13. *M. Mühlmann.* Das Wachstum und das Alter. «Biologisches Centralblatt», т. XXI, № 24, 1901.—14. *P. Grawitz.* Ueber Leben und Tod, 1896. — 15. *И. Р. Тархановъ.* Долголѣтіе животныхъ, растеній и людей. «Вѣстникъ Европы», 1890—1891. - 16. *W. Tomson.* Строеніе матеріи. Популярныя лекціи и рѣчи. Русск. пер. *Б. Вейнберга.* Петербургъ, 1895. — 17. *A. Dastre.* La vie et la mort. Paris, 1903, стр. 275. — 18. *A. Weismann.* Vorträge über Descendenztheorie. 1902, т. I, стр. 405. — 19. *Fr. Schulz.* Die Grösse des Eiweissmoleküls, 1903. — 20. *Г. Г. Шлатеръ.* Біологическіе очерки. I. Нѣкоторыя соображенія по вопросу о наслѣдственности (механизмъ наслѣдственности). Петербургъ, 1896 г.—См. также «Biologisches Centralblatt», 1896.—21. *С. М. Лукьяновъ.* О межклѣточныхъ веществахъ. 1894, стр. 15. — 22. *В. М. Шимкевичъ.* О прямомъ дѣленіи при искусственныхъ условіяхъ. Отдѣльный оттискъ изъ «Трудовъ Петербургскаго Общества естествоиспытателей», 1902 г., т. XXXIII, вып. I. — 23. Основанія къ изученію микроскопической анатоміи подъ ред. *М. Лавдовскаго* и *Ф. Овсянникова*, 1888, т. II, стр. 915. — 24. *И. И. Мечниковъ.* Современное состояніе вопроса о старческой атрофіи. «Русскій Архивъ патологіи, клинической медицины и бактеріологіи», 1899, т. VII.—25. *Онъ-же.* Etudes sur la nature humaine. Essai de philosophie optimiste. Paris, 1903.—26. Юбилейный сборникъ В.-Медицинской Академіи; составл. подъ ред. акад. *А. Я. Данилевскаго* и ч. пр. *А. А. Лихачева.* Петербургъ, 1902.

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Медицина въ Японіи.

Японія и до возникновенія войны привлекала къ себѣ общее вниманіе. Интересъ этотъ объясняется исторіей этой страны за послѣднія 10-лѣтія, быстрымъ ростомъ ея культурнаго развитія, который позволилъ ей въ короткое сравнительно время изъ замкнутаго въ своихъ предразсудкахъ, застывшаго въ опредѣленныхъ формахъ азіатскаго государства превратиться въ государство, стоящее по своему развитію почти на уровнѣ современной Европейской цивилизаціи.

На ряду съ другими отраслями знанія, и медицина быстрыми шагами шла въ Японіи по пути поступательнаго развитія. Со времени Китайско-Японской войны въ литературѣ появилось довольно много работъ, рисующихъ современное состояніе медицины въ Японіи. [1]) Если говорятъ, что Японская медицина носитъ характеръ медицины Европейской, то это, конечно, относится къ общей характеристикѣ современнаго направленія медицины въ Японіи. Какъ и у насъ въ Россіи, народъ въ Японіи, не смотря на большое число врачей, все еще придерживается своей народной медицины: массажъ, моксы и всевозможныя травы—все это въ рукахъ знахарей, пользующихся значительнымъ довѣріемъ населенія.

Авторы, писавшіе по этому предмету, отмѣтили нѣсколько характерныхъ чертъ Японской медицины. Всѣ они указываютъ, что 2 основныхъ свойства Японцевъ—огромная подражательная способность и замѣчательная практичность нашли себѣ отраженіе и въ медицинѣ. Внѣшняя, если можно такъ сказать, сторона медицинскаго дѣла усваивается ими хорошо; они прекрасно изучили главнѣйшіе необходимые пріемы въ Европейской медицинѣ. Д-ръ *Медвѣдевъ*, присутствовавшій на поликлинической лекціи проф. *Raelz*'а въ Токійскомъ Университетѣ при разборѣ больныхъ студентами, изъ которыхъ не мало было оканчивавшихъ уже медицинскій курсъ, передаетъ, что техника выстукиванія и выслушиванія усвоена была студентами прекрасно, но объясненіе замѣченныхъ явленій и группировка ихъ создавали такое представленіе, что осматривавшіе больныхъ студенты положительно были незнакомы съ медициной [2]).

Дѣйствительно, при ближайшемъ знакомствѣ съ медицинскими школами въ Японіи, можно видѣть, что курсы въ нихъ короче, что онѣ не даютъ широкаго научнаго образованія, но за то при дешевизнѣ образованія онѣ доступны массѣ и даютъ странѣ, нуждающейся во врачебной помощи, при небольшой денежной затратѣ, въ общемъ дѣльныхъ врачей, прекрасно знакомыхъ съ техникой микроскопическихъ работъ, умѣющихъ сдѣлать не сложные химическіе анализы и успѣшно справляющихся съ ежедневной медицинской практикой.

Практичность Японцевъ выразилась въ томъ, что они быстро приспособили Европейскія знанія къ потребностямъ страны и разработали техническую сторону медицинскаго дѣла болѣе, чѣмъ удовлетворительно: это сказывается и въ организаціи госпиталей, и въ развитіи оперативной техники. Почти всѣ хирургическіе инструменты и наборы дѣлаются въ Японіи и дѣлаются хорошо; многіе инструменты усовершенствованы Японскими врачами. Такъ, ложка *Volkmann*'а представляетъ у нихъ металлическую ручку, къ которой прикрѣплена стальная гибкая пластинка, длиною приблизительно въ 3″—3,5″; эта пластинка и кончается собственно ложкой *Volkmann*'а, къ которой со стороны спинки прикрѣплено металлическое кольцо. Ложка берется всей рукой, а указательный палецъ продѣвается черезъ кольцо такъ, чтобы конецъ его немного выстоялъ надъ ложкой; благодаря этому, операторъ можетъ, когда ему приходится работать въ полостяхъ, ощупать концомъ пальца всякую точку въ глубинѣ прежде, чѣмъ начать выскабливать.

Къ указаннымъ качествамъ надо присоединить еще очень добросовѣстное отношеніе къ дѣлу, отмѣчаемое у всѣхъ, начиная съ лицъ, занимающихъ высшія врачебныя должности, и кончая низшимъ медицинскимъ персоналомъ.

Японская медицина представляетъ собою сколокъ съ медицины нѣмецкой; главные учителя Японцевъ—нѣмцы; нѣмецкій языкъ обязателенъ на медицинскомъ факультетѣ; учебники нѣмецкіе, и почти всѣ работы печатаются въ нѣмецкихъ журналахъ. Въ этомъ отношеніи нѣмцы были преемниками голландцевъ, которые были первыми учителями Европейской медицины въ Японіи, и лѣтъ 15 назадъ поч-

---

[1]) Работы эти помѣщены главнымъ образомъ въ спеціальныхъ медицинскихъ журналахъ: въ «В.-Медицинскомъ Журналѣ» и «Медицинскихъ Прибавленіяхъ къ Морскому Сборнику», такъ какъ авторы ихъ—военные или морскіе врачи. Въ виду этого я и позволилъ себѣ сгруппировать эти работы, пользуясь по преимуществу подробнымъ описаніемъ *Н. В. Гильченко* «Медицинскія и лѣчебныя учрежденія въ Японіи», *А. Д. Рончевскаго*—«По Японскимъ школамъ и госпиталямъ», *И. И. Медвѣдева*—«Поѣздка въ Хирошимо, Куре, Кокуро, Фукуока и Сасебо», *М. Н. Обезьянинова*—«Краткія замѣтки о Японскихъ госпиталяхъ», *С. Н. Паренаго*—«Курорты Кобе и его окрестности» и др.

[2]) *И. И. Медвѣдевъ.* Поѣздка въ Хирошимо, Кубе, Кокуро, Фукуока и Сасебо, «Медицинскія Прибавленія къ Морскому Сборнику», октябрь, 1895.

Digitized by Google

ти всѣ иностранные врачи въ Японіи были голландцы. Объясняется это тѣмъ, что главное вліяніе Европейской культуры въ Японіи исходило въ первое время изъ Нагасаки, гдѣ болѣе 200 лѣтъ существовала Голландская торговая факторія. Голландцы проникнули впервые въ Японію въ 1600 г. и, когда въ 1624 г. былъ изданъ законъ, въ силу котораго всѣ иностранцы изгоняются изъ Японіи, для Голландцевъ и Китайцевъ было сдѣлано исключеніе: Голландцы были поселены на о. Deshima въ Нагасаки. Отсюда исходило ихъ медленное, но тѣмъ не менѣе замѣтное вліяніе, чему способствовалъ рядъ выдающихся врачей, находившихся на службѣ въ факторіи. Въ Нагасаки и находится медицинское отдѣленіе высшей и средней школы, помѣщающейся въ Kumamoto. Въ этой школѣ сосредоточены слѣдующія научныя отдѣленія: 1) право—съ 2-мя подраздѣленіями: собственно право и политическая экономія; 2) словесность, куда входитъ исторія всеобщая, исторія Японіи, литература японская, китайская, французская, нѣмецкая и англійская, 3) медицина и фармація (это отдѣленіе и находится въ Нагасаки); 4) естественныя науки, куда входятъ физика, химія и естественныя науки въ тѣсномъ смыслѣ; 5) земледѣліе. Подобныя высшія и среднія школы находятся въ Sendai, Kioto, Kanazawa, Kagosima и Jamagouchi.

Принимаются въ медицинскую школу безъ повѣрочнаго экзамена всѣ, кончившіе 5-лѣтній курсъ въ средней школѣ. Обычный возрастъ поступающихъ студентовъ—18 л. Курсъ медицинской школы—4-лѣтній. Студенты по окончаніи курса получаютъ право повсемѣстной практики, но желающіе получить высшую научную степень проходятъ послѣ того еще курсъ на медицинскомъ факультетѣ въ Токіо, который даетъ высшій дипломъ и полную научную подготовку. Изъ Токіо выходятъ всѣ профессора и чч. преподаватели всѣхъ медицинскихъ школъ въ Японіи.

Въ медицинской школѣ читаются: на 1-мъ курсѣ—химія, физика, медицинская зоологія и ботаника, анатомія, физіологія и нѣмецкій языкъ (читается на всѣхъ курсахъ); на 2-мъ курсѣ—анатомія, физіологія, медицинская діагностика, гистологія, общая *патологія*, общая хирургія, топографическая и патологическая анатомія; практическія занятія по анатоміи; на 3-мъ курсѣ—частная хирургія, топографическая анатомія, частная патологія и терапія, гигіэна, болѣзни глазныя, дѣтскія, кожныя и венерическія, женскія; 3 часа въ день посвящаются на этомъ курсѣ практическимъ занятіямъ по анатоміи, внутренней медицинѣ, патологической анатоміи, глазнымъ болѣзнямъ, женскимъ болѣзнямъ и акушерству; на 4-мъ курсѣ—частная патологія и терапія, частная хирургія, патологическая анатомія, болѣзни кожныя и венерическія, судебная медицина, акушерство, болѣзни дѣтскія и женскія; практическія занятія тѣ же, что и на предъидущемъ курсѣ. Для студентовъ всѣхъ курсовъ обязательна гимнастика [1]).

Каждый годъ раздѣленъ на 3 трети: 1-я треть съ 7-го января по 31 марта, 2-я—съ 7 апрѣля по 10 іюля и 3-я—съ 10 сентября по 27 декабря. Лѣтнія каникулы длятся 2 мѣсяца (съ 10 іюля по 10 сентября); зимнія—2 недѣли (съ 27 декабря по 7 января) и весеннія—7 дней (съ 1 по 7 апрѣля). Экзамены—послѣ каждой трети и, кромѣ того, по всему предмету въ концѣ года.

Лекціи начинаются съ 8 час. утра и кончаются въ 3—4 часа пополудни. Плата за ученіе—25 долларовъ въ годъ.

Почти $^1/_3$ студентовъ (100 чел. изъ 360) живутъ въ самой школѣ. За квартиру и столъ со студентовъ взимается по 3 доллара и, кромѣ того, отъ 30—50 центовъ въ мѣсяцъ за отопленіе и освѣщеніе. Для студенческихъ общежитій въ Нагасаки отведены 3 2-этажныхъ зданія. Въ нижнемъ этажѣ помѣщается рядъ небольшихъ комнатъ для занятій студентовъ и общая столовая (кухня въ отдѣльномъ зданіи); во 2-мъ этажѣ—спальни. Приводятъ свои комнаты въ порядокъ сами студенты и 2 раза въ недѣлю (по средамъ и субботамъ) даже моютъ тамъ сами полы; корридоры, лѣстницы и другія помѣщенія приводятся въ порядокъ и моются прислугой.

Большинство студентовъ носятъ форменное платье, хотя начальство не особенно строго слѣдитъ за этимъ. Форма состоитъ изъ черныхъ брюкъ и изъ такой-же короткой однобортной куртки со стоячимъ воротникомъ. На воротникѣ спереди прикрѣплено небольшое латинское М. Фуражка—прусскаго образца; тулья ея обшита 3-мя тонкими бѣлыми тесемками; спереди, вмѣсто кокарды, звѣзда. Двубортное, довольно длинное пальто, сдѣлано изъ того-же чернаго сукна; на немъ имѣются капюшонъ и форменныя, свѣтлыя, металлическія пуговицы.

Какъ для студентовъ, такъ и для профессоровъ, чч. преподавателей и служащихъ въ канцеляріи вывѣшиваются маленькія деревянныя дощечки съ фамиліями; на одной сторонѣ фамилія пишется краснымъ, на другой бѣлымъ шрифтомъ; красный шрифтъ указываетъ на присутствіе, бѣлый—на отсутствіе въ школѣ; дощечка сообразно этому и повертывается.

Обращеніе профессоровъ со студентами поражаетъ своей простотой; видно, говоритъ д-ръ *Рончевскій*, что профессоръ для нихъ—не чужое лицо, не грозный вершитель судебъ, а скорѣе другъ и совѣтникъ. Передъ экзаменами профессора читаютъ сокращенныя повторительныя лекціи для тѣхъ студентовъ, которые по болѣзни пропустили много уроковъ.

Госпиталь при школѣ очень небольшой—всего на 20 кроватей, но главныя занятія происходятъ въ гражданскомъ госпиталѣ въ Нагасаки, гдѣ у каждаго профессора есть свое отдѣленіе и куда студенты старшихъ курсовъ ходятъ на практику въ качествѣ кураторовъ. За то поликлиника привлекаетъ довольно много больныхъ. Во всякомъ случаѣ, клиническая часть преподаванія поставлена въ школѣ не особенно блестяще.

Настоящее клиническое обученіе ведется въ Токіо, гдѣ университетскія клиники занимаютъ обширную территорію. Въ послѣднее время тамъ приступлено къ постройкѣ новыхъ обширныхъ клиникъ, такъ какъ старыя, существующія болѣе 20 лѣтъ, слишкомъ бѣдны и неопрятны. Вообще и медицинскія школы, и университетскія клиники сравнительно очень бѣдны научной обстановкой. Японцы сами сознаютъ это. Сопутствовавшій д-ру *Гильченко* при осмотрѣ университетскихъ клиникъ не разъ извинялся предъ нимъ, что «у нихъ теперь не все хорошо», но что съ переходомъ въ новыя клиники имъ «уже не будетъ стыдно показывать иностраннымъ врачамъ свои палаты». Не смотря на эту бѣдность, Японскіе врачи много успѣваютъ въ медицинскомъ дѣлѣ, благодаря огромной научной жаждѣ, интересу къ своей спеціальности и поразительному прилежанію. Правда, здѣсь играетъ роль еще одно обстоятельство, отмѣчаемое д-ромъ *Гильченко*. Установившіяся традиціи и регламентъ Японской медицинской службы, не требуя отъ врачей непосильной работы, поддерживаютъ эту добросовѣстность и стремленіе къ научному усовершенствованію. Японскіе врачи, напр., не обременены большимъ числомъ больныхъ. Число больныхъ въ госпиталяхъ рѣдко превышаетъ 15—20 чел. на 1 врача, обыкновенно бываетъ даже меньше. При такихъ условіяхъ Японскіе врачи имѣютъ время и возможность надлежащимъ образомъ ежедневно производить не только обычное изслѣдованіе каждаго больного путемъ осмотра, выслушиванія и выстукиванія, но и дѣлать дополнительное всестороннее микроскопическое и бактеріоскопическое изслѣдованіе всякаго рода выдѣленій своихъ больныхъ. Такая работа, производимая изо дня въ день и непрерывно, совершенствуетъ молодого врача. Выйдя изъ своего медицинскаго учебнаго заведенія съ меньшимъ научнымъ багажемъ, чѣмъ русскій врачъ, Японскій врачъ продолжаетъ пополнять свои знанія, встрѣчая поддержку въ самихъ условіяхъ своей службы и врачебной дѣятельности. Условія, при которыхъ работаетъ или служитъ русскій врачъ, наоборотъ, чаще служатъ помѣхой его стараніямъ не отстать отъ движенія медицинскихъ наукъ. Часто русскій врачъ поневолѣ забрасываетъ точныя микроскопическія изслѣдованія, не успѣвая за 3—4 часа даже наскоро приложить ухо къ сотнѣ ввѣренныхъ ему больныхъ, а затѣмъ хоть кое-что, хоть нѣсколько словъ записать въ скорбномъ листѣ, чтобы оставить слѣдъ своего осмотра.

Въ Токіо-же находится еще одно учебное государственное учрежденіе—обширная санитарная лабораторія, во главѣ которой стоитъ знаменитый бактеріологъ *Kitasato*. Задачей этого учрежденія является, съ одной стороны, изученіе біологіи болѣзнетворныхъ началъ, преимущественно заразныхъ болѣзней, и способовъ борьбы съ ними, съ другой—подготовка врачей къ этой роли, т. е. ознакомленіе ихъ съ основами бактеріологіи. Въ теченіи года проф. *Kitasato* ведетъ нѣсколько курсовъ съ врачами.

Курсъ продолжается 3 мѣсяца; правительствомъ одновременно прикомандировывается на такой курсъ 80—90 врачей. Въ теченіи этихъ 3-хъ мѣсяцевъ ежедневно происходитъ чтеніе лекцій, а практическія занятія распредѣляются такъ: въ теченіи 1-го мѣсяца врачи изучаютъ технику производства бактеріологическихъ работъ, основательно и всесторонне знакомясь съ употребленіемъ микроскопа и занимаясь изготовленіемъ различныхъ питательныхъ средъ; 2-ой мѣсяцъ врачи изучаютъ болѣзнетворные микроорганизмы со всѣми ихъ біологическими особенностями; 3-ій мѣсяцъ—производятъ, подъ наблюденіемъ проф. *Kitasato* и его 15 ассистентовъ, небольшія самостоятельныя работы и помогаютъ ассистентамъ при выполненіи тѣхъ работъ и порученій, которыя правительство возлагаетъ на эту бактеріологическую лабораторію.

Обстановка лабораторій—самая простая, ни малѣйшаго слѣда обычной для бактеріологическихъ лабораторій роскоши въ видѣ дорогихъ шкафовъ и т. д. При лаборато-

[1]) *А. Д. Рончевскій*. По Японскимъ школамъ и госпиталямъ.

Digitized by Google

ріи находится госпиталь, гдѣ помѣщаются больные почти исключительно съ «заразными» формами; затѣмъ имѣется большая обеззараживающая камера, предназначенная для обеззараживанія платья и постельныхъ принадлежностей у заразныхъ больныхъ и особое помѣщеніе для подвергающихся опытамъ животныхъ. Кромѣ того, за городомъ въ вѣдѣніи проф. *Kitasato* находится *Pasteur*'овская станція, гдѣ, помимо лѣченія впрыскиваніями, производится и приготовленіе различныхъ сывороткъ. *Pasteur*'овской станціей въ Токіо пользуются не только Японцы, но сюда пріѣзжаютъ больные отовсюду: изъ Китая, нашихъ приморскихъ владѣній и другихъ мѣстъ.

*(Окончаніе слѣдуетъ.)*

*Г. Дембо.*

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 303. *E. Hekma* (Groningue). *О вліяніи кислотъ на образованіе трипсина изъ трипсиногена.* На основаніи своихъ изслѣдованій въ лабораторіи проф. *H. I. Hamburger*'а авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Принятое съ 1875 г. и основанное на утвержденіи *Heidenhain*'а мнѣніе, что кислоты способствуютъ образованію трипсина изъ трипсиногена,—не точно; кислоты скорѣе препятствуютъ этому образованію. 2. Вышеуказанное мнѣніе *Heidenhain*'а можетъ быть приписано лишь тому случайному обстоятельству, что этотъ изслѣдователь въ своихъ опытахъ пользовался глицериновой вытяжкой железы, вмѣсто выжатаго изъ нея сока или водной вытяжки. Благопріятное вліяніе, которое оказывало въ его опытахъ присутствіе уксусной кислоты,—что подтверждается также опытами автора, — обязано тому обстоятельству, что уксусная кислота ослабляла вредное вліяніе глицерина на образованіе трипсина. 3. Если желудочный сокъ не способствуетъ образованію свободнаго трипсина, а напротивъ, мѣшаетъ ему, то можно придти къ заключенію, что главное значеніе въ этомъ образованіи трипсина принадлежитъ кишечному соку — фактъ, значеніе котораго увеличивается изслѣдованіями *Delezenne* и *Л. Б. Попельскаго*, утверждающихъ, что въ сокѣ поджелудочной железы трипсинъ находится не въ свободномъ состояніи, а въ формѣ трипсиногена (Journal de physiologie et de pathologie générale, 15 января). *И. Вирскій.*

304. Д-ра *Jules Courmont* и *Ch. André* (Lyon). *О впрыскиваніяхъ гэмолитической сыворотки больнымъ, страдающимъ малокровіемъ.* Авторы сдѣлали 4 опыта: гэмолитической сывороткой служила сыворотка козъ, которымъ предварительно была впрыснута человѣческая кровь; одной 100 и другой 150 к. стм. въ нѣсколько пріемовъ. Человѣческая кровь бралась изъ послѣда тотчасъ послѣ перевязки пуповины и дефибринировалась. Красные шарики сосчитывались посредствомъ гэматинометра *Hayem-Nachet*, бѣлые шарики—въ подкисленной сывороткѣ; гэмоглобинъ опредѣлялся приборомъ *Malassez*. На основаніи своихъ наблюденій, авторы полагаютъ, что съ точки зрѣнія гэмотологическаго дѣйствія впрыскиваній гэмолитической сыворотки малокровнымъ наблюденія ихъ, по видимому, подтверждаютъ наблюденія *Bielonovsk*'аго. Въ результатѣ этихъ впрыскиваній замѣчается увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ. Наблюденія авторовъ указываютъ еще на новый фактъ, а именно, что послѣ такихъ впрыскиваній появляется эозинофилія, которую слѣдуетъ разсматривать, какъ благодѣтельную реакцію со стороны организма. Эозинофилія и увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ не наблюдаются послѣ впрыскиваній нормальной сыворотки не иммунизированной козы. Это указываетъ, что только собственно гэмолитическимъ свойствамъ приготовляемой сыворотки должны быть приписаны вышеописанныя гэмолейкоцитарныя измѣненія. Такимъ образомъ, дѣйствіе гэмолитической сыворотки, вліяніе впрыскиваній ея на составъ крови малокровнаго больного кажется достаточно выясненнымъ. Терапевтическое будущее этой сыворотки въ клинической медицинѣ авторы считаютъ очень ограниченнымъ. Впрыскиванія эти довольно сложны и очень болѣзненны. Въ легкихъ случаяхъ малокровія они мало показаны; увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ въ этихъ случаяхъ не больше, чѣмъ отъ лѣченія желѣзомъ. Только въ случаяхъ тяжелаго малокровія, гдѣ не дѣйствуетъ обычное лѣченіе, слѣдуетъ прибѣгать къ впрыскиванію гэмолитической сыворотки (Journal de physiologie et de pathologie générale, № 1). *И. В.*

**Общая патологія.** 305. Вопросомъ о *химической природѣ «противутѣлъ» и о мѣстѣ ихъ образованія* въ организмѣ посвящено было въ послѣдніе годы очень много работъ; однако вопросы эти далеко еще отъ сколько-нибудь точнаго разрѣшенія. Единственно, что можно сказать съ увѣренностью, это-то, то всѣ противутѣла суть продукты реакціи со стороны клѣтокъ организма на опредѣленныя воздѣйствія и что образованіе ихъ есть выраженіе повышенія функціональной энергіи клѣтокъ. Принимая во вниманіе, что изученіе процессовъ аутолиза дало уже нѣкоторые интересные результаты какъ для физіологіи такъ и для патологіи, *Blum* предпринялъ рядъ опытовъ для рѣшенія вопроса, существуютъ-ли среди продуктовъ аутолиза различныхъ органовъ вещества, обладающія свойствами антитоксиновъ, при чемъ преимущественное вниманіе было обращено имъ на лимфатическіе органы, такъ какъ изслѣдованія *Pfeiffer*'а и *Marx*'а, *Wassermann*'а и *Kolle* и др. позволяютъ приписать этимъ органамъ существенную роль въ процессѣ выработки специфическихъ противутѣлъ. Примѣненъ былъ въ опытахъ *Blum*'а исключительно аутолизъ въ условіяхъ антисептики (толуолъ); органы брались у лошадей, собакъ и телятъ; антитоксическія свойства испытывались къ токсинамъ столбняка, дифтеріи и къ яду кобры. Оказалось, что къ токсину дифтеріи и къ яду кобры въ аутолитическихъ вытяжкахъ противоядій не было, но для токсина столбняка таковое было найдено въ вытяжкахъ лимфатическихъ железъ почти всѣхъ названныхъ животныхъ. Антитоксическая сила въ зависимости отъ видовыхъ и индивидуальныхъ разницъ животныхъ, времени аутолиза и др. условій колеблется въ довольно широкихъ предѣлахъ, доходя иногда до значительной величины: 1 к. стм. вытяжки обезвреживаетъ 40—50 смертельныхъ дозъ (для мыши) токсина. По своему отношенію къ физическимъ и химическимъ воздѣйствіямъ (температура реакціи, фильтраціи и т. д.) эти аутолитическіе продукты сходны съ настоящими антитоксинами. Это, конечно, не даетъ еще права заключать объ ихъ тожествѣ, но заставляетъ относиться съ интересомъ къ подобнымъ изслѣдованіямъ, такъ какъ они позволяютъ предположить, что и *настоящіе антитоксины суть продукты прижизненнаго аутолиза тѣхъ или другихъ клѣтокъ*, и надѣяться, что болѣе подробныя изслѣдованія явленій аутолиза прольютъ нѣкоторый свѣтъ въ эту пока еще темную область (*Hofmeister*'s Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie, 1904 г., V, тетр. 3—4).—[Напомню, что *И. И. Мечниковъ* давно уже разсматриваетъ цитазы, какъ продукты лейколиза, т. е. распада бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. *Реф.*]. *Л. Тарасевичъ.*

**Фармакологія.** 306. Д-ръ *Paul Krause* (изъ клиники проф. *Strümpel*'я въ Breslau) изслѣдовалъ различные имѣющіеся въ продажѣ *препараты дрожжей*, чтобы опредѣлить, какой изъ нихъ болѣе пригоденъ для терапевтическихъ цѣлей. Съ терапевтической точки зрѣнія наилучшимъ слѣдуетъ признать тотъ препаратъ, который не содержитъ живыхъ дрожжевыхъ клѣтокъ, содержитъ мало воды, обладаетъ значительной силой броженія и, кромѣ того, хорошо перевариваетъ бѣлки и обнаруживаетъ значительное бактеріеубивающее дѣйствіе. Изслѣдованы были слѣдующіе препараты: Levüre de Bière, Zymin, Roos'sche Tabletten, Leveurinose, Cerevisine и Furunkuline. Изъ нихъ наиболѣе отвѣчающимъ вышеприведеннымъ требованіямъ оказался Zymin. Пригоднымъ для цѣлей лѣченія до извѣстной степени оказывается также Levure de Bière (Therapie der Gegenwart, мартъ). *А. Коварскій.*

307. Д-ръ *Karl Stern* (Düsseldorf) въ теченіи 3-хъ лѣтъ въ хирургической и дерматологической практикѣ примѣнялъ *висмолъ* (*Wismol*; magneso-bismuthum alcalinum oxygeniens). Это—мелкій, бѣлый, безъ запаха и вкуса по-

рошокъ, сильно щелочной реакціи, не ядовитый. Висмолъ примѣнялся болѣе чѣмъ въ 1500 случаяхъ; хорошо дѣйствовалъ при свѣжихъ ранахъ, а также при старыхъ зараженныхъ и незараженныхъ ранахъ всякаго рода, при мягкомъ шанкрѣ и ожогахъ. Зараженіе колотыхъ ранъ при висмолѣ происходитъ рѣдко, очищеніе и рубцеваніе идетъ быстро; тоже—и при язвахъ голени. Чтобы получить надлежащее дѣйствіе, необходимо, чтобы висмолъ лежалъ на ранѣ толстымъ слоемъ (Therapeutische Monatshefte, 1903, № 11). *А. Д.*

308. *Michel* и *Raimann* сообщаютъ свои наблюденія надъ новымъ *снотворнымъ средствомъ – вероналомъ*, впервые предложеннымъ *Fischer*'омъ и *v. Mering*'омъ. Авторы примѣняли вероналъ у больныхъ, страдавшихъ органическими и функціональными заболѣваніями нервной системы, а также въ качествѣ снотворнаго и успокаивающаго средства у психическихъ больныхъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ вероналъ обыкновенно уже въ количествѣ 0,5—1,0 вызывалъ продолжительный и спокойный сонъ. Болѣзни сердца и легкихъ, по видимому, не служатъ противопоказаніемъ къ назначенію средства; пульсъ отъ него не страдаетъ. Вероналъ обнаруживаетъ нѣкоторое скопляющее дѣйствіе, такъ какъ послѣдующіе пріемы оказываются иногда дѣйствительнѣе предыдущихъ. Не смотря на это съ теченіемъ времени все-таки получается привыканіе къ нему, и его приходится замѣнять другими снотворными. Кромѣ того, препаратъ дорогъ и вызываетъ иногда желудочно-кишечныя разстройства (Die Heilkunde, тетр. 1). *И. Н.*

**Физіологическая химія.** 309. Благодаря главнымъ образомъ работамъ *Emil*'я *Fischer*'а, *A. Kossel*'я и ихъ учениковъ, химія бѣлковъ въ послѣднее время сдѣлала такіе крупные успѣхи, что, очень можетъ быть, недалеко то время, когда трудный вопросъ о строеніи бѣлковой частицы будетъ окончательно разрѣшенъ. По крайней мѣрѣ, такое впечатлѣніе производитъ чтеніе послѣдней работы *A. Kossel*'я и *Dokin*'а, помѣщенной въ № 13 «Münchener medicinische Wochenschrift». Въ статьѣ этой авторы сообщаютъ о *результатахъ своихъ изслѣдованій надъ простѣйшими бѣлковыми тѣлами* и продуктами ихъ расщепленія. «Послѣднія 80 лѣтъ органической химіи, говорится въ этой работѣ, научили насъ, какое важное значеніе имѣетъ знакомство съ химическимъ строеніемъ жировъ и углеводовъ для физіологіи; они-же выяснили, что ясное представленіе о строеніи можно получить лишь тогда, когда изученіе начинается съ *простѣйшихъ* представителей группы химическихъ соединеній». Поэтому изслѣдованія о строеніи наиболѣе сложныхъ химическихъ соединеній бѣлковъ должны быть начаты съ простѣйшихъ бѣлковыхъ тѣлъ, и прямымъ и естественнымъ путемъ для этого является разложеніе бѣлковъ на болѣе простыя составныя части. Наиболѣе изученный изъ бѣлковъ—эдестинъ (Edestin)—распадается при расщепленіи его химическимъ путемъ на 18 различныхъ соединеній, изъ которыхъ, конечно, очень трудно составить его формулу строенія. *Kossel*, поэтому, выбралъ предметомъ своихъ изслѣдованій группу болѣе простыхъ бѣлковъ—протаминовъ, и въ числѣ ихъ ему удалось найти одно бѣлковое тѣло—сальминъ (Salmin), которое при расщепленіи даетъ всего 5 слѣдующихъ болѣе простыхъ соединеній: 1) аминовалерьяновую кислоту, 2) α-пирролидинкарбоновую кислоту, 3) серинъ (Serin), 4) мочевину и 5) діаминовалерьяновую кислоту. Авторы получили всѣ эти соединенія въ чистомъ кристаллическомъ видѣ, и количественный анализъ ихъ показалъ, что сумма этихъ составныхъ частей составляетъ болѣе 90% взятаго бѣлка, такъ что, принимая во вниманіе погрѣшности анализа, нужно допустить, что этими 5-ью соединеніями исчерпывается вся частица даннаго бѣлка, и сальминъ такимъ образомъ является наиболѣе простымъ по составу изъ всѣхъ до сихъ поръ извѣстныхъ бѣлковыхъ тѣлъ. Если расщепленіе сальмина производится при помощи кипящей кислоты, то 2 изъ его составныхъ частей: мочевина и діаминовалерьяновая кислота остаются соединенными, образуя *аргининъ*—соединеніе, входящее въ составъ и другихъ бѣлковъ. Только при кипяченіи со щелочью аргининъ распадается на свои составныя части. Имѣя въ рукахъ простое бѣлковое тѣло съ извѣстными составными частями, авторы могли изучать превращенія, происходящія съ этимъ бѣлкомъ подъ вліяніемъ пищеварительныхъ бродилъ и сравнить продукты превращенія съ тѣми, которыя получаются при чисто химическихъ расщепленіяхъ. Оказалось, что при дѣйствіи на сальминъ *эрепсина*—бродила, открытаго въ кишечномъ сокѣ *Conheim*'омъ, получаются тѣ-же продукты расщепленія, какъ и при кипяченіи съ кислотой, при чемъ больше всего (около 83%) получается въ обоихъ случаяхъ аргинина. Такимъ образомъ ни кислота, ни пищеварительныя бродила (эрепсинъ по глубинѣ расщепленія бѣлковъ—самое сильное изъ пищеварительныхъ бродилъ) не въ состояніи расщепить аргининъ на мочевину и діаминовалерьяновую кислоту. Гдѣ-же происходитъ это расщепленіе въ организмѣ? И на этотъ вопросъ *Kossel*'ю удалось дать ясный и точный отвѣтъ. Расщепленіе это происходитъ въ печени и производится особымъ бродиломъ—*аргиназой*; *Kossel* не только доказалъ его существованіе, но и выдѣлилъ аргиназу въ чистомъ видѣ. Если вытяжку печени настаивать съ растворомъ аргинина, то черезъ короткое время весь аргининъ распадается на мочевину и діаминовалерьяновую кислоту; этого не наблюдается, если вытяжку печени предварительно прокипятить. И такъ, въ печени имѣется особое бродило, производящее окончательное расщепленіе бѣлковой частицы и выдѣляющее окончательный продуктъ бѣлковаго обмѣна—мочевину. Открытіе аргиназы, такимъ образомъ, проливаетъ яркій свѣтъ на химизмъ образованія мочевины въ печени. Оно, кромѣ того, показываетъ, что весь процессъ расщепленія бѣлковой частицы въ организмѣ съ начала до конца имѣетъ ферментативный характеръ. *А. Коварскій.*

**Внутреннія болѣзни.** 310. Д-ръ *S. Eliass Radzikowski* производилъ въ Львовской клиникѣ проф. *Glusiński*'аго изслѣдованія съ т. наз. «*typhus-diagnosticum Ficker*'а (см. «Русскій Врачъ», 1903, № 46, стр. 1636). Авторъ пользовался реактивомъ изъ лабораторіи Merck'а и дѣлалъ всегда 4 пробы: обыкновенную микроскопическую въ висячей каплѣ въ разбавленіи 1:50, макроскопическую съ бульономъ въ разбавленіи 1:50 и двойную пробу съ «typhus-diagnosticum» въ разведеніи 1:50 и 1:100. Чтобы убѣдиться, не даетъ-ли такой-же реакціи съ «typhus-diagnosticum» сыворотка нетифозныхъ больныхъ, авт. примѣнилъ сыворотку 2-хъ больныхъ съ иными болѣзнями и 2-хъ здоровыхъ; онъ бралъ также сыворотку, нарочно смѣшанную съ красными кровяными шариками, дабы убѣдиться, не вызываютъ-ли красные шарики при своемъ осажденіи просвѣтленія «typhus-diagnosticum». Результатъ получался всегда одинаковый: ни нетифозная сыворотка, ни смѣшанная съ красными кровяными шариками не просвѣтляла «typhus-diagnosticum». Послѣдній былъ примѣненъ авторомъ въ 16 случаяхъ брюшного тифа въ разныхъ періодахъ болѣзни: на 2-ой и 3-ей недѣлѣ ея, при выздоровленіи и во время возвратовъ. Положительная реакція получалась ранѣе всего черезъ 6 часовъ, позже всего—черезъ 11 час. Авторъ приходитъ къ выводу, что реактивъ этотъ замѣняетъ вполнѣ живую разводку брюшнотифозныхъ палочекъ, что проба съ «typhus-diagnosticum» болѣе проста, требуетъ меньше времени и даетъ всегда одинаковые при тѣхъ-же самыхъ условіяхъ итоги. Преимущество немаловажное этой пробы и то, что она можетъ быть произведена всякимъ врачемъ безъ бактеріологической лабораторіи (Przegląd lekarski, 9 апрѣля). *С. Островскій.*

311. *J. B. Runeberg*, замѣтивъ, что *сифилитическія пораженія сердца* считаются весьма рѣдкими и имѣющими болѣе патолого-анатомическій, чѣмъ клиническій интересъ, указалъ, что пораженія центральнаго органа кровообращенія встрѣчаются при сифилисѣ очень часто и представляютъ такое-же практическое значеніе, какъ и заболѣванія центральной нервной системы. Они могутъ сверхъ того являться иногда причиною внезапной смерти. Первое мѣсто среди различныхъ формъ сифилитическаго пораженія сердца занимаетъ склерогуммозное воспаленіе вѣнечныхъ артерій его съ послѣдствіями въ видѣ пораженія сердечной мышцы и разростанія соединительной ткани, клинически выражающимися припадками грудной жабы; затѣмъ идетъ склерогуммозное пораженіе аорты съ сопутствующимъ аневризматическимъ ея расширеніемъ и

Digitized by Google

страданіемъ заслонокъ; болѣе рѣдки ограниченныя гуммы въ сердечной мышцѣ съ утолщеніемъ эндо-и пери-кардія, или безъ него; нѣсколько чаще наблюдается разлитой гуммозный міокардитъ съ воспаленіемъ вѣнечныхъ сосудовъ; малохарактернымъ и уже болѣе рѣдкимъ является первичное сифилитическое пораженіе сердечной сорочки и особенно пораженіе эндокардія. Раннее распознаваніе сифилитическихъ пораженій сердца весьма важно въ виду возможности полнаго выздоровленія при своевременномъ назначеніи специфическаго лѣченія; не устраняя позднѣйшихъ послѣдовательныхъ измѣненій сердца и аорты, такое лѣченіе можетъ и останавливать дальнѣйшій ходъ страданія и удлинять жизнь больного. *R. Sievers* описалъ *7 случаевъ сердечнаго сифилиса*. Возрастъ больныхъ колебался между 38 и 44 годами. Первые признаки сердечнаго страданія въ 1-мъ случаѣ проявились 6 лѣтъ спустя послѣ зараженія, во 2-мъ—23 года; изъ 6 случаевъ пораженія аорты въ 5 были большія или меньшія аневризмы ея или, по крайней мѣрѣ, замѣтныя ея расширенія; въ 4 случаяхъ рядомъ съ характерными сифилитическими измѣненіями наблюдались на стѣнкахъ аорты различной величины известковыя отложенія. Въ виду такихъ данныхъ необходимо, по мнѣнію автора, примѣнять противосифилитическое лѣченіе въ каждомъ случаѣ сердечнаго страданія у молодыхъ людей, зараженныхъ сифилисомъ и не представляющихъ обычныхъ этіологическихъ условій для объясненія сопутствующаго пораженія сердца (Abhandlungen der finländischen Gesellschaft der Aerzte, т. XLIV, по пер. въ Centralblatt für innere Medicin. № 26).

312. Д-ръ *Л. Стембо* (Вильна) предлагаетъ пользоваться *постояннымъ токомъ для облегченія отхаркиванія мокроты*. Онъ наткнулся на этотъ способъ лѣченія случайно: примѣняя постоянный токъ для устраненія тягостной икоты у больныхъ съ пораженіями легкихъ и грудобрюшной преграды послѣ гриппа, онъ замѣтилъ, что отъ дѣйствія электрическаго тока не только исчезала икота, но и значительно улучшалось откашливаніе и выдѣленіе мокроты. Послѣ этого онъ сталъ примѣнять постоянный токъ у старыхъ и слабыхъ людей, страдавшихъ задержаніемъ мокроты, и получилъ удовлетворительные результаты: одышка уменьшалась, кашель улучшался въ томъ отношеніи, что припадки его становились рѣже, но за то каждый разъ выдѣлялось значительное количество мокроты. Электризація производилась слѣдующимъ образомъ: изогнутый катодъ съ поверхностью въ 50—60 кв. стм. помѣщался на заднюю поверхность шеи, продолговатый анодъ, величина котораго равна 30 кв. стм.,—на боковую поверхность шеи такъ, что узкая сторона его касалась ключицы у нижняго конца обѣихъ лѣстничныхъ мышцъ. Токъ пропускался въ 2—3 мламп. въ теченіи 3 минутъ, послѣ чего анодъ переносился на другую сторону шеи и такъ пропускался въ теченія такого-же промежутка времени; затѣмъ, оставляя катодъ на томъ-же мѣстѣ, гибкій продолговатый анодъ въ 50—60 кв. стм. помѣщали у нижняго края реберъ на разстояніи нѣсколькихъ стм. отъ мечевиднаго отростка и пропускали токъ такой-же продолжительности и силы, какъ и раньше. Изъ 12 больныхъ, пользованныхъ этимъ способомъ, у 10 уже черезъ 5—6 дней удалось получить значительное улучшеніе, а впослѣдствіи и полное излѣченіе; у остальныхъ 2-хъ лѣченіе осталось безъ результата (Therapie der Gegenwart, апрѣль).

**Хирургическія болѣзни.** 313. Д-ръ *А. Цѣхомскій* (Варшава) сообщаетъ *случай остраго гнойнаго воспаленія голеностопнаго сочлененія пнеймококковаго происхожденія*.

Дѣвочка, 5½ л., хорошаго сложенія и питанія, 10/п 1903 г. заболѣла острымъ насморкомъ съ повышеніемъ температуры до 38°. Вскорѣ появилась боль въ лѣвомъ ухѣ, прошедшая послѣ примѣненія согрѣвающихъ компрессовъ. 24/п больная почувствовала боль въ правомъ тазобедренномъ сочлененіи, которая на слѣдующій день исчезла, но одновременно появилась болѣзненность въ правомъ голеностопномъ сочлененіи при сопутствующемъ опуханіи и повышеніи температуры до 38°,8. Авт. нашелъ рѣзкое припуханіе всей области голеностопнаго сустава и сильную болѣзненность при дотрогиваніи и даже самомъ легкомъ движеніи стопы. Температура вскорѣ поднялась до 40°. Былъ сдѣланъ пробный проколъ сустава при неизмѣненной еще кожѣ, и добытъ густой темножелтый гной, изъ коего была получена чистая разводка ланцетовиднаго диплококка (пнеймококка *Fraenkel*'я). Въ мочѣ оказалось 0,016% бѣлка, а въ осадкѣ—множество гнойныхъ тѣлецъ, микроорганизмовъ, среди коихъ въ обиліи гноеродный гроздекоккъ. Въ дальнѣйшемъ авт. вскрылъ суставъ и очистилъ полость его отъ гноя. Послѣопераціонное теченіе было правильное. Спустя 10 недѣль послѣ операціи рана совершенно зажила, и больная начала ходить (Gazeta lekarska, 30 января). *С. Островскій.*

314. Въ послѣдніе годы очень часто стали примѣнять при лѣченіи гнилостныхъ заболѣваній *колляроголъ* (collargol) *Credé*. Препаратъ назначался или въ видѣ мази, или въ видѣ внутривенныхъ впрыскиваній. И та, и другая форма примѣненія этого во многихъ случаяхъ дѣйствительнаго средства часто оказывается неудобнымъ, такъ какъ втиранія мази слишкомъ сильно безпокоятъ тяжело больныхъ, а внутривенныя впрыскиванія оказываются одинаково непріятными какъ для врача, такъ и для окружающихъ, особенно если ихъ приходится повторять. Д-ръ *Heinrich Loebl* (изъ клиники проф. *Schlesinger*'а въ Вѣнѣ) предлагаетъ поэтому *примѣнять колляроголъ въ формѣ клистировъ*. На основаніи своихъ клиническихъ наблюденій онъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Примѣненіе студенистаго серебра *Credé* (колляроголъ) въ видѣ клистировъ даетъ при *острыхъ* зараженіяхъ тѣ же благопріятные результаты, что и мазь *Credé* и внутривенныя впрыскиванія коллярогола. Во многихъ случаяхъ гнилокровія и послѣродовыхъ зараженій этотъ способъ лѣченія давалъ поразительно хорошіе результаты и оказывался дѣйствительнымъ и тогда, когда у больныхъ уже появлялись пораженія суставовъ или т. наз. phlegmasia alba. 2. Преимущества клистировъ изъ коллярогола передъ мазью изъ того-же средства заключаются въ томъ, что препаратъ въ этомъ видѣ лучше и скорѣе всасывается и что его можно назначать поэтому въ большихъ количествахъ. Кромѣ того, назначеніе средства въ видѣ клистира гораздо меньше безпокоитъ больного, а для врача и окружающихъ не представляетъ никакихъ непріятностей или затрудненій. 3. Никакихъ неблагопріятныхъ побочныхъ дѣйствій отъ такого употребленія коллярогола автору до сихъ поръ наблюдать не приходилось. 4. Очень вѣроятно, что, благодаря примѣненію этого средства, удастся спасти отъ гнилостныхъ заболѣваній такихъ больныхъ, которые безъ него погибли-бы. Прописывается колляроголъ для клистировъ въ видѣ 1%-го воднаго раствора. Клистиры дѣлаются 2 раза въ день, утромъ и вечеромъ, при чемъ каждый разъ кишечникъ предварительно очищается при помощи тепловатаго промывательнаго изъ ½ или 1 литра воды. Растворъ коллярогола вводится черезъ ½ часа по очищеніи кишечника при помощи *Hegar*'овской воронки или шприца въ количествѣ 50 к. стм. Больные обыкновенно хорошо удерживаютъ клистиръ, и кишечникъ опорожняется лишь послѣ слѣдующаго промывательнаго. Клистиры не вызываютъ ни жженія, ни болей, ни воспаленія. Ихъ назначаютъ въ теченіи 8—14 дней. Пятна, образующіяся на бѣльѣ отъ коллярогола, смываются растворомъ сулемы и поваренной соли или *Javell*'овой водой (растворомъ хлорноватистокислаго кали) (Therapie der Gegenwart, апрѣль).

315. Д-ръ *Schuster* (Aachen) предлагаетъ лѣчить т. наз. *хроническія рейматоидныя воспаленія суставовъ* мѣстными подкожными *впрыскиваніями іодипина* (iodipin). По *Pribram*'у къ рейматоиднымъ артритамъ относятся тѣ хроническія воспаленія суставовъ, которыя являются слѣдствіемъ нѣкоторыхъ острыхъ заразныхъ заболѣваній, какъ, напр., гриппа, дифтеріи, пнеймококковыхъ заболѣваній и перелоя; сюда-же относятся тѣ первично-хроническія нарастающія формы воспаленія суставовъ, которыя въ Англіи обозначаются, какъ «rheumatoide artritis», а у французовъ называются «rhumatisme noueux» и которыя переходятъ затѣмъ въ обезображивающее воспаленіе суставовъ. *Garrod* первый предложилъ примѣнять въ этихъ случаяхъ лѣченіе значительными количествами іода; однако, препятствіемъ къ примѣненію этого средства, по замѣчанію этого клинициста, служитъ то, что большая часть такихъ больныхъ находится уже въ довольно истощенномъ состояніи и поэтому плохо переноситъ лѣченіе значительными количествами іода. Іодипинъ имѣетъ передъ іодомъ то преимущество, что, содержа легко усваиваемый жиръ (сесамное масло), онъ дѣйствуетъ питающимъ и укрѣпляющимъ образомъ на больныхъ, а потому его можно примѣ-

Digitized by Google

нять даже и у такихъ истощенныхъ больныхъ, у которыхъ внутреннее примѣненіе іода и его солей противопоказано. Авторъ примѣнялъ 25%-ный свѣтлый іодипинъ и впрыскивалъ его въ количествѣ 10—20 грм. въ окружность пораженныхъ суставовъ. Впрыскиванія производились ежедневно, или черезъ каждые 2—3 дня. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ лѣченіе давало поразительно успѣшные результаты; послѣ нѣсколькихъ впрыскиваній больные, которые до того не могли двигать конечностью вслѣдствіе пораженія сустава, начинали совершенно свободно двигать ею, и обезображенныя формы суставовъ возвращались къ нормальному состоянію. Особенно благопріятнымъ оказалось дѣйствіе мѣстныхъ впрыскиваній іодипина въ нѣсколькихъ случаяхъ обезображивающаго воспаленія суставовъ у старыхъ женщинъ, которыя вслѣдствіе пораженія колѣнныхъ или тазобедренныхъ суставовъ не могли ходить. Лѣченіемъ іодипиномъ удавалось настолько улучшить состояніе пораженныхъ суставовъ, что больные могли даже гулять. Впрыскиванія іодипина производили также благопріятное дѣйствіе на нейральгіи. Авторъ примѣнялъ также съ успѣхомъ мѣстное лѣченіе впрыскиваніями іодипина въ 2-хъ случаяхъ хроническаго спондилита, развившагося, по его мнѣнію, на почвѣ перелоя. На основаніи видѣнныхъ имъ благопріятныхъ результатовъ авторъ предлагаетъ испробовать этотъ способъ лѣченія при различныхъ видахъ заболѣваній суставовъ. При соблюденіи всѣхъ предосторожностей въ отношеніи безгнилостности впрыскиваній, этотъ способъ лѣченія вполнѣ безвреденъ и безопасенъ для больного (Therapie der Gegenwart, апрѣль). *А. Коварскій.*

**Глазныя болѣзни.** 316. Приводя краткое описаніе случаевъ *двойнаго прободенія глазного яблока желѣзнымъ осколкомъ*, сообщенныхъ за послѣдніе годы *Hildebrand*'омъ, *Oliver*'омъ, *Hirschberg*'омъ, *Peltesohn*'омъ, *Wagenmann*'омъ, *Fromaget*, *Bourgeois*, *Браунштейномъ*, *Натансономъ*, *Крюковымъ*, *Lehmann*'омъ и *Cowl*'емъ и *Franke*, д-ръ *Genth* присоединяетъ къ нимъ новый случай этого рода, наблюдавшійся имъ въ Basel'ской клиникѣ проф. *Mellinger*'а.

Слесарскому ученику, 18 л., въ правый глазъ влетѣлъ раскаленный осколокъ въ то время, какъ онъ приспособлялъ сверло къ сверлильной машинѣ. Изслѣдованіе, произведенное 4 дня спустя, показало въ области глазной щели небольшую ранку въ бѣлочной оболочкѣ, на разстояніи 3—4 млм. къ виску отъ края роговицы. Внутриглазное давленіе на этомъ глазу было сильно понижено. Среды глаза были прозрачны, а на днѣ его, возлѣ желтаго пятна, замѣчалось блестящее бѣлое, круглое отверстіе, съ $^1/_3$ соска, окруженное кровоизліяніемъ. Острота зрѣнія поврежденнаго глаза равнялась $^1/_3$, въ полѣ-же зрѣнія замѣчалась полная скотома соотвѣтственно мѣсту поврежденія глазного дна. Попытки обнаружить инородное тѣло x-лучами въ первые 2 присѣста не удались, и лишь въ 3-ій разъ получилась ясная тѣнь отъ инороднаго тѣла. Больной оставался въ клиникѣ 7 недѣль. Лѣченіе состояло въ повязкѣ, пузырѣ со льдомъ на глазъ и покойномъ положеніи въ постели. Внутриглазное давленіе съ теченіемъ времени поднялось, мѣсто выхода инороднаго тѣла усѣялось пигментомъ до того густо, что склера перестала просвѣчивать, а поперекъ выходного отверстія протянулась небольшая артерія въ сопровожденіи вены.

Въ числѣ вспомогательныхъ средствъ, имѣющихся въ настоящее время въ нашемъ распоряженіи для распознаванія двойного прободенія глазного яблока, авторъ ставитъ на первое мѣсто изслѣдованіе x-лучами. Вторымъ средствомъ онъ считаетъ опредѣленіе внутриглазнаго давленія, исходя изъ того положенія, что при двойномъ прободеніи глазного яблока и пониженіе внутриглазнаго давленія должно быть рѣзче выражено. Весьма важнымъ распознавательнымъ средствомъ является, конечно, изслѣдованіе глазного дна зеркаломъ, но далеко не во всѣхъ случаяхъ условія благопріятствуютъ этому изслѣдованію такъ, какъ въ случаѣ автора: большею частью глазное дно остается скрытымъ отъ глазъ изслѣдователя изъ-за помутнѣнія преломляющихъ средъ глаза. Испытаніемъ-же съ сидероскопомъ авторъ придаетъ небольшое значеніе въ виду того, что и положительное показаніе сидероскопа можетъ обусловливаться вліяніемъ электрическихъ токовъ съ улицы на магнитную стрѣлку, какъ и тѣхъ осколковъ желѣза, которые весьма нерѣдко застрѣваютъ у рабочихъ подъ кожей головы (Archiv für Augenheilkunde, XLVIII, 3).

317. Разбирая вопросъ о *лѣченіи сходящагося косоглазія*, д-ръ *W. G. Craig* приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Въ дѣтскомъ возрастѣ чѣмъ раньше приступаютъ къ лѣченію, тѣмъ больше надежды на излѣченіе. 2. Зрѣніе косящаго глаза въ большинствѣ случаевъ можетъ поправиться, если только лѣченіе начато рано. 3. Въ небольшомъ % случаевъ сходящееся косоглазіе можетъ быть излѣчено зрачекъ расширяющими средствами, очками и соотвѣтственными упражненіями, безъ всякой операціи. 4. Исправленіе косоглазія не оперативными способами заслуживаетъ особаго предпочтенія въ виду того, что подвижность глаза остается болѣе совершенной. 5. Операція должна примѣняться въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ неоперативное лѣченіе, не смотря на всѣ попытки, осталось безуспѣшнымъ, а равно и у такихъ взрослыхъ больныхъ, у которыхъ операція производится съ косметической цѣлью. У дѣтей авторъ предпочитаетъ оперировать между 5-мъ и 6-мъ годами жизни, когда нѣтъ еще вредныхъ вліяній школьной жизни; если-же лѣченіе начато у ребенка въ возрастѣ 2 или $2^1/_2$ лѣтъ, лишь только косоглазіе было замѣчено, и если всѣ способы мирнаго лѣченія не привели ни къ чему, то д-ръ *Craig* не задумывается оперировать и въ возрастѣ 4 или 5 лѣтъ (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 17 октября). *Р. Кацъ.*

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 318. Разбирая вопросъ о выборѣ *наиболѣе цѣлесообразнаго способа операціи для достиженія безплодія и устраненія мѣсячныхъ кровотеченій у женщинъ* въ тѣхъ случаяхъ, когда къ этому имѣются настоятельныя показанія, д-ръ *Cramer* (Bonn) приходитъ къ заключенію, что въ большомъ числѣ случаевъ, вмѣсто вылущенія яичниковъ, изсѣченія трубъ или вылущенія матки, лучше всего пользоваться предложеннымъ проф. *В. Ф. Снегиревымъ* способомъ прижиганія слизистой оболочки матки паромъ. При правильномъ примѣненіи этого способа не наблюдается тѣхъ неблагопріятныхъ послѣдствій для общаго состоянія здоровья, которыя часто такъ безпокоятъ больныхъ послѣ крупныхъ операцій. Противопоказаніемъ къ примѣненію этого способа должны служить заболѣванія придатковъ матки, особенно воспалительныя срощенія трубъ, такъ какъ во время мѣсячныхъ происходитъ также небольшое кровотеченіе изъ слизистой оболочки трубъ, а при наличности срощеній кровь будетъ задерживаться въ нихъ и обусловливать очень сильныя, часто невыносимыя, т. наз. «трубныя боли» и припадки коликъ. Самая техника операціи видоизмѣнена *Pinkus*'омъ и авторомъ такъ: нужно позаботиться о защитѣ слизистой оболочки шейки матки отъ дѣйствія пара, такъ какъ она должна остаться нетронутой; далѣе, для того, чтобы дать полный доступъ пару ко всей внутренней поверхности матки (чему нерѣдко препятствуютъ отложенія слизи или крови, или воспалительныя утолщенія) передъ примѣненіемъ пара производится основательное выскабливаніе. Чтобы достигнуть обезкровливанія и сокращенія мышцъ матки, авторъ передъ самымъ прижиганіемъ вводитъ при помощи зонда на 1—2 минуты растворъ адреналина. Этимъ путемъ удается сдѣлать прижиганіе безъ малѣйшей потери крови, и послѣ однократнаго прижиганія нерѣдко получается прекращеніе маточныхъ кровотеченій навсегда. Послѣ прижиганія паромъ авторъ совѣтуетъ въ теченіи довольно продолжительнаго времени производить зондированіе матки. Онъ примѣнялъ этотъ способъ главнымъ образомъ у больныхъ съ рѣзко выраженной бугорчаткой легкихъ и съ неуравновѣшенными пороками сердца и во всѣхъ случаяхъ получалъ удовлетворительные результаты. Приведены 5 исторій болѣзни (Münchener medicinische Wochenschrift, № 14). *А. Коварскій.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней.** (Отчетъ *А. П. Гарина*). (Продолженіе. См. выше, № 14, стр. 513). Засѣданіе 7 января. Почетный предсѣдатель ч. пр. *А. И. Лянцъ.*

*В. В. Ивановъ показалъ больную съ трудно поддающимся точному опредѣленію пораженіемъ кожи лица.*

Больная—27 л. Болѣзнь началась у нея съ годъ назадъ образованіемъ маленькихъ, съ конопляное зерно, узелковъ, сидѣвшихъ въ то время отдѣльно другъ отъ друга. Процессъ располагался исключительно въ области кожной части перегородки носа и лѣваго его крыла. Узелки сидѣли группой, исходили изъ

Digitized by Google

глубокихъ слоевъ собственно кожи, не обнаруживали наклонности къ сліянію, не изъязвлялись, воспалительной реакціи вокругъ не имѣли, были плотны на ощупь и желтовато окрашены; въ общей совокупности своихъ проявленій онѣ походили на бугорковый сифилидъ, но и по назначеніи специфическаго лѣченія продолжали идти впередъ. При позднѣйшемъ осмотрѣ больной имѣвшійся у нея кожный процессъ уже наглядно не соотвѣтствовалъ бугорковому сифилиду. При произведенной біопсіи оказалось, что заболѣваніе является несомнѣнной гранулемой, ближе всего подходящей по гистологическимъ признакамъ къ волчаночной. При предъявленіи у больной имѣлся основной вполнѣ развитой элементъ высыпа въ видѣ узла, съ горошину, розовато-темноватой окраски, дов. плотной, полушарообразно возвышавшійся надъ кожей. Такіе-же узелки въ различныхъ ступеняхъ развитія и расположенія имѣлись на обѣихъ щекахъ; нѣкоторые изъ нихъ въ центрѣ были прикрыты плотно сидѣвшей корочкой, подъ которой находилось неглубокое изъязвленіе; другіе расположены были группами и сливались между собой, почему въ области кожной части перегородки и лѣваго крыла носа получалось сплошное пораженіе, по поверхности котораго въ видѣ жилокъ проходили вены. Соотвѣтственные микроскопическіе препараты были показаны.

Проф. *А. Г. Ге* высказалъ предположеніе о возможности въ данномъ случаѣ атипичной формы волчанки или саркоида и припомнилъ наблюдавшійся имъ случай, гдѣ волчанка была распознана на основаніи лишь гистологическаго изслѣдованія, такъ какъ болѣзненный процессъ начинался не съ собственно кожи (cutis), а съ подкожной клѣтчатки; распознаванію волчанки у данной больной нѣсколько противорѣчитъ указаніе, что болѣзнь началась годъ назадъ.

Ч. пр. *А. И. Лянцъ* замѣтилъ, что, оставаясь на почвѣ клиники, онъ скорѣе склоненъ признать въ данномъ случаѣ саркому или близкое къ ней новообразованіе. Въ пользу таковаго распознаванія и противъ бугорчатки (волчанки) говорятъ, по его мнѣнію, слѣдующія данныя: 1) начало болѣзни не въ дѣтскомъ, а въ сравнительно болѣе позднемъ возрастѣ (больной болѣе 27 л.), 2) весьма быстрое развитіе процесса (около года), 3) консистенція опухолей (пропитыванія при сифилисѣ бываютъ плотнѣе, а при волчанкѣ мягче) и 4) богатство мѣстнаго процесса сосудами.

*А. А. Цѣповскій* началъ свой докладъ *Эмпиризмъ въ лѣченіи сифилиса*—выдержками изъ стариннаго (1789 г.) медицинскаго сочиненія д-ра *Штерка* «Наставленія, относительныя къ дѣятельной врачебной наукѣ», изъ коихъ видно, что и въ то время при лѣченіи сифилиса—«французской болѣзни» употреблялась ртуть и въ позднѣйшіе промежутки отваръ сассапарили, такъ какъ эти лѣкарства «при французской болѣзни хорошо помогаютъ». Таковые практическій опытъ и личныя впечатлѣнія лежатъ и по сіе время въ основѣ лѣченія сифилиса. При современномъ состояніи этого вопроса единственнымъ и надежнымъ мѣриломъ лѣченія могутъ быть, по мнѣнію автора, систематически проводимыя изслѣдованія мочи на ртуть, особенно необходимыя для сужденія о насыщеніи организма ртутью при промежуточномъ лѣченіи, независимомъ отъ внѣшнихъ проявленій болѣзни. Авторъ привелъ рядъ своихъ наблюденій надъ выдѣленіемъ мочею ртути изъ организма, произведенныхъ въ лабораторіи физіологической химіи въ Одесскомъ Университетѣ, и сдѣлалъ слѣдующіе выводы, основанные на матеріалѣ въ 33 больныхъ, коимъ ртуть вводилась исключительно въ формѣ подкожныхъ впрыскиваній. Ртуть открывается въ мочѣ въ день перваго-же впрыскиванія; затѣмъ она выдѣляется болѣе или менѣе равномѣрно, нарастая къ концу производства впрыскиваній, держится короткое время на одной высотѣ и постепенно падаетъ. При употребленіи нерастворимыхъ соединеній выдѣленіе ртути прекращается въ среднемъ чрезъ 3—4 мѣсяца, при растворимыхъ—чрезъ $1^1/_2$—2 мѣсяца по окончаніи впрыскиваній. У 2-хъ больныхъ въ совершенно одинаковыхъ условіяхъ лѣченія ртуть никогда не выдѣляется одинаково. Авторъ представилъ для наглядности своихъ выводовъ систематически сгруппированныя ртутно-іодистыя кольца въ формѣ «ртутныхъ кривыхъ».

*Н. І. Вышемирскій* замѣтилъ, что при втираніяхъ ртуть держится вообще въ организмѣ гораздо дольше; не опредѣляя ближайшимъ образомъ мѣстопребыванія ея, онъ наблюдалъ при употребленіи сѣрныхъ ваннъ въ Пятигорскѣ выдѣленіе ртути спустя 7 мѣсяцевъ послѣ послѣдняго втиранія.

*А. А. Суховъ* замѣтилъ, что опредѣленія содержанія ртути въ отдѣльныхъ органахъ, производившіяся въ Кронштадтскомъ Николаевскомъ морскомъ госпиталѣ, не позволяютъ считать мѣриломъ лѣченія содержаніе ртути въ мочѣ. Слѣды ртути можно опредѣлить еще спустя 6 мѣс. по окончаніи лѣченія; видимые-же возвраты могутъ наступать чрезъ 2—3 мѣс., и ихъ угрожающія явленія не остановятъ назначенія ртутнаго лѣченія, не смотря на содержаніе ртути въ мочѣ отъ предшествовавшаго ея назначенія. Признавая припадочный способъ лѣченія вообще невѣрнымъ, такъ какъ наглядное отсутствіе сифилитическихъ измѣненій не обезпечиваетъ отъ возможности скрытаго существованія сифилиса, д-ръ *С.* полагаетъ, что вполнѣ цѣлесообразнымъ слѣдуетъ признавать лишь правильное промежуточное лѣченіе за все время существованія сифилиса, оправдываемое не только однимъ эмпиризмомъ, но и научными данными.

*М. А. Чистяковъ* указалъ, что начало вопроса объ изученіи анализовъ мочи на ртуть при сифилисѣ слѣдуетъ относить не ко 2-му Пироговскому Съѣзду и къ бывшему на немъ докладу проф. *М. И. Стуковенкова*, а къ 1-му, въ 1885 г., когда по этому вопросу были представлены основательныя сообщенія изъ клиники проф. *В. М. Тарновскаго*.

Ч. пр. *А. И. Лянцъ* замѣтилъ, что, помимо возможности неравномѣрнаго или перемежнаго выдѣленія ртути въ мочѣ и отдѣльныхъ, личныхъ условій со стороны больного, главнымъ мѣриломъ достаточности лѣченія остаются все-таки клиническія явленія, а не содержаніе ртути въ мочѣ, опредѣленіе каковаго не всегда даже удобовыполнимо, напр. въ земской практикѣ. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ обычное изслѣдованіе мочи болѣе важно, такъ какъ извѣстно, что ртуть сама по себѣ можетъ вызывать раздраженія почекъ (альбуминурію, цилиндрурію).

Въ дальнѣйшемъ обсужденіи затронутыхъ этимъ сообщеніемъ вопросовъ принимали участіе: проф. *Никольскій*, ч. пр. *Манасеинъ*, д-ра *Селицкій*, *Кечекъ* и *Вѣвіоровскій*.

*П. П. Геллатъ. Къ лѣченію сифилитическихъ пораженій носа и ихъ послѣдствій.* Указавъ на необходимость и цѣлесообразность хирургическаго вмѣшательства въ извѣстныхъ ступеняхъ послѣдовательныхъ сифилитическихъ страданій, докладчикъ разобралъ способы, примѣняемые для возстановленія вызываемыхъ ими недостачъ носа и устраненія обезображиванія его, остановясь на способѣ *Gersuny*, имѣющимъ задачею исправлять формы носа посредствомъ введенія въ ткани парафина. Наиболѣе подходятъ для этого способа носы съ сохранившимся костнымъ скелетомъ. Для устраненія возможныхъ при впрыскиваніи парафина нежелательныхъ послѣдствій и иногда опасныхъ для жизни осложненій докладчикъ устанавливалъ слѣдующія требованія: 1) парафинъ и шприцъ должны быть стерильны; 2) температура парафина должна быть немного выше 40°; 3) вводимое количество его должно быть небольшое. Докладчикъ испыталъ способъ *Gersuny* на 13 больныхъ, изъ которыхъ 2 были показаны Отдѣлу. Можно думать, что введенный парафинъ проростаетъ соединительною тканью и такимъ образомъ является возбудителемъ органической опоры.

Въ преніяхъ по поводу этого сообщенія принимали участіе многіе члены Отдѣла (проф. *Никольскій*, чч. пр. *Манасеинъ* и *Лянцъ*, д-ра *Селицкій*, *Чапинъ*, *Явейнъ*, *Боровскій*, *Суховъ*, *Бурісдорфъ*). Въ итогѣ ихъ можно свести къ указаніямъ главнымъ образомъ необходимости крайне осторожнаго хирургическаго вмѣшательства на мѣстахъ бывшихъ сифилитическихъ процессовъ, такъ какъ такія мѣста совсѣмъ не обезпечены отъ возможности появленія на нихъ специфическихъ возвратовъ со всѣми ихъ послѣдствіями.

Докладъ *З. Я. Ельциной. — По поводу климатотерапіи сифилиса*—въ итогѣ выразился слѣдующимъ постановленіемъ Отдѣла: «Исходя изъ положенія о несомнѣнной пользѣ климатотерапіи въ дѣлѣ лѣченія сифилиса, какъ наслѣдственнаго, такъ и пріобрѣтеннаго, Отдѣлъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней признаетъ необходимымъ устройство на югѣ санаторій, хотя-бы по началу для дѣтей-сифилитиковъ, а поэтому для всесторонняго изученія вопроса о климатотерапіи сифилиса, по предложенію докладчицы, ставитъ этотъ вопросъ въ число программныхъ на ближайшемъ Съѣздѣ въ память *Н. И. Пирогова*.

Ч. пр. *Н. П. Федченко* (Москва). *О полезномъ дѣйствіи ртутныхъ мазей, употребляемыхъ для лѣченія сифилиса.* Указавъ на отсутствіе научной основы въ вопросѣ о лѣченіи сифилиса втираніями и обусловливаемый тѣмъ полный эмпиризмъ во всѣхъ касающихся его подробностяхъ, докладчикъ изложилъ примѣнявшійся имъ способъ опредѣленія полезнаго дѣйствія ртутной мази по тому количеству ея, которое втирается въ извѣстную поверхность кожи въ теченіи извѣстнаго времени (таковое количество, выраженное въ %-хъ отношеніяхъ къ взятой мази, и представитъ величину втираемости для данной мази). Подробно описавъ самую технику производившихся имъ изслѣдованій, докладчикъ, между прочимъ, указалъ, что полученные имъ результаты мало отвѣчаютъ обычнымъ представленіямъ о втираемости мазей: послѣднихъ, остается въ кожѣ гораздо меньше, чѣмъ принято думать, всего лишь 35—30% сѣрой мази, причемъ старой мази входитъ въ

кожу больше, чѣмъ свѣжеприготовленной; лучше другихъ втирается мазь изъ резорбина; вазогеновый препаратъ, хотя втирается и лучше другихъ, но хуже резорбиновой мази. (При увеличеніи поверхности увеличивается и % втираемости мази, хотя далеко не пропорціональный). Увеличеніе времени втиранія также поднимаетъ этотъ %, но лишь до извѣстнаго предѣла, больше всего втирается мази между 10-й и 20-й минутами, т. е. во вторыя 10 мин., почему слѣдуетъ признать за норму ½-часовое втираніе. Представивъ еще другіе выводы изъ своихъ изслѣдованій и разобравъ точность примѣнявшагося для нихъ способа, докладчикъ высказалъ пожеланіе о производствѣ подобныхъ наблюденій, въ интересахъ ихъ научной доказательности, не въ частной практикѣ, какъ это дѣлалъ онъ, а въ клиникахъ и больницахъ, т. е. въ условіяхъ лучшаго надзора и повѣрки.

Проф. *П. В. Никольскій* замѣтилъ, что ему непонятна цѣль изслѣдованія автора; онъ опредѣлялъ лишь количества втираемой мази, но количество поступающей при этомъ въ организмъ ртути осталось ему вполнѣ неизвѣстнымъ и при его способѣ изслѣдованія неопредѣлимо даже и въ будущемъ.

Д-ръ *Селицкій* указалъ, что о полезномъ дѣйствіи ртутныхъ мазей судятъ по ихъ послѣдствіямъ, а не по втертому ихъ количеству.

Д-ръ *Гуладзе* (Варшава) замѣтилъ, что докладчикъ, по его мнѣнію, смѣшиваетъ понятія о втираемости и всасываемости. Опредѣленіе степени проникновенія мази только въ кожу не даетъ никакого понятія о количествѣ введенной въ кровь ртути, какъ лѣчебнаго средства.

По мнѣнію ч. пр. *Е. Ф. Фридмана* докладчикъ занимался, по видимому, только наблюденіями, какая мазь лучше натирается по кожѣ.

Д-ръ *Суховъ*, опираясь на то, что при лѣченіи втираніями ртуть поступаетъ въ организмъ въ значительной степени черезъ дыхательные пути, заключилъ о невѣрной постановкѣ самыхъ опытовъ докладчика.

Въ дальнѣйшемъ обсужденіи сообщенія принимали участіе ч. пр. *Манасеинъ* и д-ра *Боровскій*, *Гундоровъ* и *Фроловъ*.

Ч. пр. *Н. П. Федченко. Новая ртутная соль для лѣченія сифилиса, анилиновая ртуть — Hydrargyrum anilinicum.* (См. выше, № 12, стр. 445).

По поводу этого сообщенія сдѣлали замѣчанія д-ра *Суховъ* и *Боровскій*.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *LVI. 1-й Съѣздъ Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ.*

(*Продолженіе. См. выше, № 14, стр. 515*).
(Засѣданіе 30 декабря 1903 г.).

Предсѣдательствовалъ *Д. Н. Варнекъ*.

Проф. *Н. І. Рачинскій* (Петербургъ). *Бугорчатка женскихъ половыхъ органовъ*. Вопросъ о бугорчаткѣ женскихъ половыхъ органовъ въ послѣднее время подвергся значительной разработкѣ и, какъ извѣстно, былъ даже программнымъ на послѣднемъ Международномъ акушерско-гинекологическомъ Съѣздѣ въ Римѣ. Русская гинекологія, къ сожалѣнію, до сихъ поръ удѣляла мало вниманія этому вопросу, и докладчикъ въ русской литературѣ нашелъ на эту тему всего 4 работы казуистическаго характера и 2 экспериментальныя. Онъ сообщилъ 2 такихъ случая (изъ клиники Женскаго Медицинскаго Института), изъ которыхъ въ 1-мъ была язва влагалищной части шейки (рѣдкая форма, даже и въ богатой иностранной литературѣ считающаяся единицами), а во 2-мъ процессъ поразилъ внутренніе половые органы, при чемъ микроскопъ, обезпечившій распознаваніе въ 1-мъ случаѣ, не могъ быть примѣненъ съ этою-же цѣлью во 2-мъ. Въ 1-мъ случаѣ больная, 33 л., 2 уже года страдала обильными выдѣленіями изъ влагалища, иногда съ примѣсью гноя и крови; язва съ темно-красными, фестончатыми, подрытыми краями, на которыхъ мѣстами были видны желтоватые узелки, занимала всю влагалищную часть и доходила почти до сводовъ; наружный зѣвъ не опредѣлялся; внутренніе половые органы, а равно и органы грудной и брюшной полостей, никакихъ указаній на бугорчатку не давали. Изъ родственниковъ больной бугорчаткою страдали, по видимому, ея сестра и мужъ. Примѣненное сначала сохраняющее лѣченіе (выскабливаніе и вырѣзываніе язвы и прижиганіе приборомъ *Paquelin*'а) не устранило процесса, а лишь временно задержало его, и потому было приступлено къ коренной операціи. Удалена была влагалищнымъ путемъ вся матка (придатки были найдены здоровыми), оказавшаяся на разрѣзѣ не имѣвшей полости и содержавшей 2 гнѣзда творожистыхъ массъ. Подъ микроскопомъ слизистой оболочки полости матки найдено не было; ткань въ окружности творожистаго распада была пронизана бугорками; въ частяхъ трубъ, удаленныхъ съ маткой, найденъ также бугорчатковый эндосальпингитъ. Послеоперационный періодъ протекъ гладко.—Во 2-мъ случаѣ у больной, 29 л., перенесшей острое воспалительное заболѣваніе дыхательныхъ органовъ, было найдено воспалительное заболѣваніе придатковъ матки. Дыханіе въ правомъ легкомъ было ослабленное, безъ хриповъ; въ лѣвомъ ослабленное, но жесткое. Осматривавшій больную терапевтъ не нашелъ достаточныхъ указаній на бугорчатку; во всякомъ случаѣ процессъ въ легкихъ былъ законченный и не могъ имѣть непосредственнаго отношенія къ все увеличивавшемуся ослабленію больной и ежедневнымъ вечернимъ повышеніямъ температуры, а послѣднія явленія развивались, не смотря на долгое примѣненіе (7 недѣль) противувоспалительныхъ мѣръ. При чревосѣченіи, предпринятомъ для удаленія придатковъ, сальникъ и кишки оказались усѣянными бугорками; сращеній было много какъ въ брюшной полости, такъ и въ полости малаго таза, гдѣ придатки матки составляли съ кишками одну общую массу. Придатки удалось вылущить и освободить; оставленъ былъ только правый яичникъ, казавшійся здоровымъ. Въ послѣоперационномъ времени температура не падала; въ *Douglas*'овомъ пространствѣ прощупывалось уплотненіе; черезъ 3 недѣли послѣ операціи въ нижнемъ углу брюшной раны появился свищъ, сообщавшійся съ прямой кишкой. Состояніе больной ухудшалось, и черезъ 3 мѣс. послѣ операціи она умерла. На вскрытіи было найдено бугорчатковое пораженіе легкихъ, печени, селезенки, брюшины, праваго яичника, бугорчатыя язвы въ кишкахъ и такая-же язва на задней стѣнкѣ полости матки около внутренняго зѣва. — Если 1-ый случай поучителенъ, какъ доказательство того, что, мѣстное лѣченіе бугорчатки влагалищной части, которое нѣкоторые совѣтуютъ примѣнять, пригодно не для всѣхъ случаевъ, и скорѣе говоритъ за необходимость удалять всю матку даже тамъ, гдѣ имѣется лишь незначительное пораженіе шейки или полости матки, то 2-ой служитъ наглядной иллюстраціей того, какъ трудно бываетъ распознать бугорчатку тамъ, гдѣ нѣтъ возможности прибѣгнуть къ микроскопу, ибо патогномоническихъ признаковъ бугорчаткового заболѣванія женскихъ половыхъ органовъ не имѣется. Разсматривая клиническое теченіе болѣзни въ этомъ случаѣ, докладчикъ находитъ, что въ немъ за бугорчатку могло говорить то обстоятельство, что состояніе больной, какъ мѣстное, такъ и общее, а также температура медленно, постепенно, безъ перерыва въ теченіи многихъ недѣль все ухудшались. Въ этомъ докладчикъ видитъ характерное отличіе бугорчатковыхъ пораженій отъ гонококковыхъ и стрептококковыхъ пораженій придатковъ: теченіе бугорчатки графически можно было-бы изобразить кривой съ большими или меньшими колебаніями, но настойчиво ползущей кверху; гонококковыя-же заболѣванія даютъ періодическія поднятія этой кривой—обостренія, и, отдѣляющіяся другъ отъ друга большими или меньшими сроками относительнаго благосостоянія; наконецъ, стрептококковыя заболѣванія въ большинствѣ случаевъ не даютъ значительныхъ послѣдующихъ обостреній, и волна кривой, обусловленная начальнымъ острымъ процессомъ, не повторяется, а смѣняется хроническимъ состояніемъ, безъ рѣзкихъ ухудшеній и значительныхъ повышеній температуры. Въ заключеніе докладчикъ, на основаніи литературныхъ данныхъ и собственнаго опыта, привелъ свои соображенія о частотѣ бугорчатки женскихъ половыхъ органовъ (2—7% всѣхъ гинекологическихъ заболѣваній), высказался за необходимость, въ виду отсутствія патогномоническихъ признаковъ, разрабатывать распознавательные признаки болѣзни, указалъ на рѣдкость первичныхъ пораженій бугорчаткой женскихъ половыхъ органовъ, разобралъ показанія къ оперативному вмѣшательству (докладчикъ—сторонникъ коренныхъ мѣръ и склоняется къ оперативному вмѣшательству тогда, когда пораженіе половыхъ органовъ выступаетъ на первый планъ), высказался за превосходство въ этомъ случаѣ брюшного способа передъ влагалищнымъ и указалъ, наконецъ, на необходимость примѣнять у такихъ больныхъ, помимо оперативнаго лѣченія, общій режимъ, назначаемый больнымъ бугорчаткой.

Проф. *А. А. Муратовъ* (Кіевъ) согласился съ докладчикомъ въ необходимости удаленія, даже при незначительномъ на первый взглядъ бугорчатковомъ пораженіи половыхъ органовъ, всей матки съ придатками, и при томъ возможно раньше, и провелъ параллель этого лѣченія съ лѣченіемъ рака матки, при которомъ онъ также совѣтуетъ удалять органы возможно шире и вылущать не только матку, но и придатки. Проф. *М.* привелъ случай, гдѣ, удаливъ при незначительномъ раковомъ пораженіи шейки всю матку съ придатками, онъ нашелъ раковые узлы въ одномъ изъ яичниковъ.

*Н. Д. Алексенко* (Харьковъ) за послѣдніе годы оперировалъ 3-хъ больныхъ съ бугорчатковымъ пораженіемъ женскихъ половыхъ органовъ. У всѣхъ у нихъ былъ мѣшетчатый бугорчатковый перитонитъ, у 2-хъ послѣднихъ—въ связи съ 2-стороннимъ бугорчатковымъ заболѣваніемъ трубъ. У 1-й больной мѣшетчатая опухоль была опорожнена отъ гнойнаго и творожистаго содержимаго и дренирована черезъ нижній уголъ брюшной раны (стѣнки мѣшка остались неудаленными); у 2-й—удаленъ былъ весь мѣшокъ съ гнойнымъ содержимымъ и пораженные придатки съ обѣихъ сторонъ; брюшная полость дренирована черезъ нижній уголъ брюшной раны; у 3-й—было сдѣлано частичное изсѣченіе мѣшка и 2-стороннее удаленіе придатковъ. Поправленіе послѣ операціи (брюшное чревосѣченіе) у всѣхъ прошло гладко. Пораженіе придатковъ въ обоихъ случаяхъ д-ръ *А.* считаетъ вторичнымъ, развившимся, по всей вѣроятности, путемъ

Digitized by Google

гематогеннымъ изъ очага въ легкихъ; заболѣваніе брюшины произошло еще позднѣе вслѣдствіе распространенія процесса съ трубъ. Что касается показаній и ширины оперативнаго вмѣшательства, то д-ръ *А.* находитъ, что при болѣе или менѣе обособленной бугорчаткѣ женскихъ половыхъ органовъ, чаще всего трубъ, оперировать слѣдуетъ, стараясь удалить все пораженное.

Проф. *В. С. Груздевъ* (Казань) при изслѣдованіи одного препарата изъ Музея клиники (матка удаленная проф. *Н. Н. Феноменовымъ*) нашелъ лишь ограниченное бугорчатковое пораженіе влагалищной части, тѣло же матки и культи трубъ были здоровы. Во 2-мъ случаѣ—эту больную оперировалъ проф. *Г.*—имѣлось обособленное бугорчатковое пораженіе трубы (hydrosalpinx); на брюшинѣ бугорковъ не было; при операціи удалить весь трубный мѣшокъ оказалось невозможнымъ; онъ былъ изсѣченъ на $^1/_3$, а остатокъ вшитъ въ брюшную рану; больная оправилась, и черезъ $1^1/_2$ года проф. *Г.* получилъ отъ нея самыя успокоительныя извѣстія. На основаніи этихъ случаевъ проф. *Г.* заключаетъ, что мѣстная бугорчатка женскихъ половыхъ органовъ даетъ уже не такое плохое предсказаніе, какъ это можно было-бы вывести изъ доклада проф. *Рачинскаго* и словъ проф. *Муратова.*

*Б. В. Вертель* (Самара) дополнилъ русскую статистику, приведенную докладчикомъ, собственными случаями: 1) бугорчатка влагалищной части шейки матки, вторичнаго происхожденія (первичное гнѣздо—въ костной системѣ); влагалищное удаленіе матки; 2) бугорчатковое обоюдостороннее пораженіе придатковъ у женщины, страдавшей легочнымъ процессомъ; удалить придатки (путемъ чревосѣченія) однако не удалось изъ-за массы срощеній и вслѣдствіе опасности повредить полые органы; черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи опухоли придатковъ при изслѣдованіи оказались уменьшившимися и неболѣзненными; 3) гнойникъ нижней части брюшной полости у дѣвочки, 14 л.; гнойная полость была опорожнена и очищена путемъ чревосѣченія; придатковъ, изъ-за массы срощеній, обслѣдовать подробнѣе не удалось; черезъ годъ было произведено вторичное чревосѣченіе, при чемъ часть срощеній оказалась разсосавшейся, и придатки были легко удалены; больная поправилась; нужно замѣтить, что уже послѣ 1-го чревосѣченія она выросла и окрѣпла.

Ч. пр. *Д. Д. Поповъ* (Петербургъ) указалъ на особенныя трудности распознаванія при бугорчатковыхъ пораженіяхъ, осложняющихъ иногда новообразованія яичниковъ (кисты). Ч. пр. *П.* пришлось оперировать 2-хъ такихъ больныхъ; 1-я больная, отъ которой получилъ чрезвычайно рѣдкій патолого-анатомическій препаратъ, была въ свое время описана проф. *В. С. Груздевымъ* (во «Врачѣ»); у 2-й стѣнки сравнительно небольшой кисты также оказались при микроскопическомъ изслѣдованіи пораженными бугорчаткой; больная эта послѣ операціи поправилась, но потомъ потерялась изъ вида. У обѣихъ больныхъ бугорчатковаго пораженія другихъ органовъ не опредѣлялось.

*Л. Ф. Ненадовичъ* (Franzensbad), считая чрезвычайно важнымъ своевременное распознаваніе бугорчатковаго пораженія, дополнилъ сообщеніе докладчика соображеніями о необходимости самаго тщательнаго изслѣдованія больной, особенно со слѣдующихъ сторонъ: 1) тщательнаго анамнеза всей семьи больной; 2) изслѣдованія общаго состоянія развитія тѣла и органовъ, ибо извѣстно, что лица съ врожденными недоразвитіями органовъ отличаются предрасположеніемъ къ бугорчаткѣ; 3) исключенія сифилиса, перелойнаго и гнилостнаго заболѣванія; 4) обращенія вниманія на возрастъ больной, истощеніе организма безъ видимой причины и, наконецъ, на мѣстныя измѣненія. Совокупность перечисленныхъ условій даетъ возможность распознать заболѣваніе довольно рано.

*Р. В. Кипарскій* (Петербургъ) несогласенъ съ аналогіей между бугорчаткой и раковымъ процессомъ, проведенной проф. *А. А. Муратовымъ.* Какъ способы распространенія этихъ процессовъ, такъ и отношеніе къ нимъ организма вовсе не аналогичны: въ то время, какъ раковые переносы происходятъ безъ всякой реакціи со стороны организма, бугорчатковая палочка вызываетъ значительную мѣстную (не говоря уже объ общей) реакцію, и потому хирурги лишь удаляютъ мѣстные очаги, выскабливая, напр., пораженный участокъ кости, а не отнимая всю конечность, и разсчитывая при этомъ на мѣстную реакцію—рубцеваніе, которая и оказывается цѣлителемъ страданія.

Проф. *А. А. Муратовъ* отвѣтилъ на это, что аналогію между обоими процессами онъ проводилъ, руководясь не патолого-анатомической стороною дѣла, а соображеніями клинициста, стремящагося прежде всего скорѣе помочь больной.

*Докладчикъ,* отвѣчая на упрекъ д-ра *Ненадовича* въ томъ, что онъ недостаточно удѣлилъ вниманія распознаванію бугорчатки женскихъ половыхъ органовъ, отмѣтилъ, что въ приведенныхъ имъ случаяхъ о распознаваніи ихъ говорилось достаточно; что же касается перечисленія всѣхъ распознавательныхъ признаковъ, то въ этомъ онъ не находилъ надобности: это—дѣло учебниковъ. Къ перечисленнымъ д-ромъ *Ненадовичемъ* признакамъ можно было-бы прибавить еще пробное выскабливаніе полости матки для микроскопическаго изслѣдованія: въ случаяхъ, гдѣ поражена и ея слизистая оболочка, распознаваніе бугорчатки трубъ почти обезпечено.

*Г. А. Грейфе* (Москва). *О швахъ изъ оленьихъ сухожильныхъ нитей.* Преимущества разсасывающагося матеріала для швовъ и лигатуръ и недостатки кэтгута, трудно поддающагося надежной стерилизаціи, уже давно заставляли искать другіе матеріалы, которые были-бы свободны отъ существеннаго недостатка кетгута. Въ этомъ отношеніи 5-лѣтній опытъ гинекологическихъ клиникъ Московскаго Университета говоритъ за оленьи сухожильныя нити—матеріалъ совершенно стерильный и вполнѣ пригодный для швовъ и лигатуръ. Нити обладаютъ достаточной длиною (25—45 стм.), надежной крѣпостью; благодаря эластичности, легко завязываются въ крѣпкій узелъ и не обладаютъ дренирующей способностью. Недостатки ихъ — неравномѣрная толщина и неравномѣрно-округлая форма разрѣза—не давали о себѣ знать на громадномъ и разнообразномъ оперативномъ матеріалѣ. Послѣдній за 5 лѣтъ состоялъ изъ болѣе чѣмъ 1000 чревосѣченій и 100 большихъ влагалищныхъ операцій съ 4,55% смертности при чревосѣченіяхъ и 3%—при влагалищныхъ операціяхъ. Ни въ одномъ случаѣ вскрытія нельзя было указать на нити, какъ на причину смертельнаго заболѣванія. Нити примѣнялись, помимо женскихъ половыхъ органовъ, на различныхъ отдѣлахъ желудочно-кишечнаго канала, на почкахъ, мочеточникахъ, мочевомъ пузырѣ и селезенкѣ. Бывали спорадическіе случаи нагноеній въ швахъ, инфильтраты, повышенія температуры безъ объективно замѣтныхъ патологическихъ измѣненій; была, наконецъ, цѣлая серія операцій подъ рядъ, протекавшихъ съ нагноеніемъ въ швахъ, но операціи здѣсь дѣлались при особыхъ условіяхъ; не смотря на то, что въ этихъ случаяхъ уже a priori относились критически къ новому матеріалу и искали причину неудачъ прежде всего въ недостаточной стерильности или другихъ недостаткахъ примѣнявшихся нитей, при тщательномъ изслѣдованіи и провѣркѣ все-же пришлось признать оленьи сухожильныя нити непричастными въ указанныхъ осложненіяхъ. Что касается инфильтратовъ, то можно было отмѣтить поразительно быстрое исчезаніе ихъ. На основаніи обширнаго матеріала докладчикъ считаетъ возможнымъ утверждать, что въ смыслѣ асептики оленьи сухожильныя нити представляютъ идеальный, а во всѣхъ другихъ отношеніяхъ—вполнѣ пригодный матеріалъ для шва и лигатуръ.

Проф. *А. И. Замшинъ* (Петербургъ) спросилъ, доволенъ-ли докладчикъ сухожильными нитями при пластическихъ операціяхъ, напр., при colpoperineorrhaphi'и, и, получивъ отрицательный отвѣтъ, отмѣтилъ, что именно для пластическихъ операцій онъ находитъ разсасывающійся матеріалъ неподходящимъ, что заставило его давно не возвращаться къ послѣднему и остановиться на шелкѣ.

*Г. Э. Бонштедтъ* (Петербургъ), считая неравномѣрность отдѣльныхъ нитей оленьихъ сухожилій большимъ недостаткомъ этого матеріала, предпочитаетъ имъ при всѣхъ операціяхъ кумоловый кэтгутъ, безусловно стерильный и чрезвычайно удобный для частной практики по своей упаковкѣ.

*П. В. Кузнецкій* (Нижній-Тагилъ) произвелъ въ Нижне-Тагильской земской больницѣ за послѣдніе 4 года 156 коренныхъ операцій паховыхъ и бедренныхъ грыжъ и 60 чревосѣченій, употребляя для погружныхъ швовъ оленьи сухожилія. Результаты получились блестящіе; нагноеній въ погружныхъ швахъ не было ни разу.

*Г. И. Гиммельфарбъ* (Одесса), употребляя въ Одесской городской больницѣ оленьи сухожилія, стерилизованныя по способу докладчика, не видѣлъ въ нихъ никакихъ преимуществъ передъ кэтгутомъ; онъ отмѣтилъ ихъ неудобство—крайнюю неравномѣрность нитей, затрудняющую завязываніе швовъ.

Проф. *П. В. Михинъ* (Харьковъ) вполнѣ доволенъ оленьими сухожильными нитями, которыя онъ примѣняетъ всегда, исключая мочевыхъ свищей, гдѣ для погружныхъ швовъ берется самый тонкій формалиновый кетгутъ.

*А. М. Холодковскій* (Воронежъ) уже 4 года всегда примѣняетъ для погружныхъ швовъ оленьи сухожильныя нити, разочаровавшись въ кэтгутѣ, и вполнѣ доволенъ ими. Обработку нитей и сохраненіе ихъ онъ ведетъ по способу и въ приборѣ докладчика.

По желанію нѣкоторыхъ лицъ *докладчикъ* сообщилъ способъ стерилизаціи оленьихъ сухожильныхъ нитей, которая ведется по слѣдующей схемѣ: 1) обезжириваніе эѳиромъ—2 сутокъ; 2) обработка можжевеловымъ масломъ—мѣсяцъ; 3) удаленіе масла эѳиромъ (2 сутокъ) и спиртомъ (2 сутокъ); 4) обеззараживаніе въ водномъ растворѣ сулемы крѣпости 1:200 — отъ 2 до 7 сутокъ.

*В. Преображенскій.*

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

## *LVII. Изъ Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.*

(Засѣданіе имени *Сергѣя Сергѣевича Корсакова* 23-го января).

*Л. Г. Гутманъ. Случай Корсаковскаго психоза.* Больной, 29 л., съ очень тяжелою наслѣдственностью, сталъ злоупотреблять спиртными напитками съ 15 лѣтъ; лѣтъ съ 20 сталъ пить еще больше. Съ годъ назадъ появились сильныя боли въ ногахъ, а 2 года назадъ случился припадокъ падучнаго характера; припадки бывали и послѣ въ теченіи года нѣсколько разъ; послѣдній разъ были 6/I 1904 г., послѣ чего обнаружились признаки явнаго душевнаго разстройства и, между прочимъ, забывчивость. 11/I помѣщенъ въ частную лѣчебницу, гдѣ отмѣчено: болевая чувствительность нѣсколько понижена, равно какъ и электровозбудимость; на внутренней поверхности бедеръ реакція перерожденія; зрачковые рефлексы вялы. Моча щелочной реакціи, безъ бѣлка. Психическое состояніе: въ разговорѣ поражаетъ своимъ разстройствомъ памяти; забываетъ сейчасъ-же только-что сказанное ему или самимъ разсказанное. Одного изъ врачей постоянно смѣшиваетъ съ врачемъ, котораго знаетъ давно; и, не смотря на то, что его каждый разъ поправляютъ, сейчасъ-же забываетъ объ этомъ. Здоровается съ врачами нѣсколько разъ въ день, забывая,

Digitized by Google

что видѣлся съ ними. Полагаетъ, что теперь октябрь 1904 г. Быстро забываетъ слово, которое просятъ запомнить. Сознавая или, скорѣе, чувствуя, что у него плохая память, нерѣдко старается давать уклончивые отвѣты; много ложныхъ воспоминаній; видя теперешнихъ врачей въ 1-ый разъ, считаетъ ихъ за старыхъ знакомыхъ и разсказываетъ о томъ, какъ онъ лѣчился у нихъ уже раньше въ другомъ городѣ. Давнія событія помнитъ хорошо. Настроеніе большею частью благодушное. Своеобразное разстройство памяти, отсутствіе рѣзко выраженнаго слабоумія, способность давать правильные отвѣты на вопросы о прошлой жизни, съ одной стороны, и явленія со стороны периферическихъ нервовъ, съ другой, настолько характерны, что даютъ право поставить въ данномъ случаѣ распознаваніе *Корсаковскаго* психоза.

*А. Н. Бернштейнъ* замѣтилъ, что экспериментальныя изслѣдованія въ 1 случаѣ *Корсаковскаго* психоза (изъ Центральнаго полицейскаго покоя) показали, что для запоминанія ряда безсмысленныхъ слоговъ, при повторныхъ опытахъ, требовалось все менѣе и менѣе повтореній, хотя у больного и не сохранялось воспоминанія о самомъ процессѣ изслѣдованія.

*В. В. Воробьевъ* полагалъ всегда, что при *Корсаковскомъ* психозѣ страдаетъ преимущественно воспроизведеніе запомненныхъ образовъ, самая-же способность запоминанія сохранена; стоитъ лишь какимъ-либо способомъ возбудить извѣстныя сочетанія, и больной вспомнитъ то, что, казалось, забылъ совсѣмъ.

*Л. С. Миноръ. О параличахъ лицевого нерва вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ* (съ предъявленіемъ больныхъ). Докладчикъ сообщилъ о 3-хъ случаяхъ травматическаго пораженія лицевого нерва. 1. Ударъ дверью товарнаго вагона въ ухо стоявшаго у этой двери торговца; толчокъ получился вслѣдствіе неожиданно толкнувшаго вагонъ паровоза. Получился тяжелый параличъ лицевого нерва, глухота на одно ухо и явленія травматическаго нейроза; по видимому, была трещина черепа.—2. Рабочему упалъ на плечо и лицо очень тяжелый змѣевикъ котла и разрѣзалъ сверху внизъ правую щеку со всѣми мышцами и раздробилъ скуловой отростокъ. Получилось огромное обезображиваніе щеки длиннымъ втянутымъ рубцомъ и стойкій параличъ всѣхъ мышцъ правой ½ лица, лежащихъ кнутри отъ рубца. — 3. Желѣзнодорожный рабочій несъ вдоль полотна домкратъ, а наскочившій сзади паровозъ подхватилъ конецъ домкрата и прижалъ рабочаго щекой къ стоявшему рядомъ товарному вагону. Получились огромныя, глубокія раны кожи, мышцъ, слизистыхъ оболочекъ лѣвой ½ лица, раздробленіе лѣваго челюстнаго сустава, отломы ячеистыхъ отростковъ верхней челюсти, полный параличъ лицевого и тройничнаго нервовъ съ лѣвой стороны, обезображеніе лица, крайнее ограниченіе жеванія, головокруженіе и иные признаки травматическаго нейроза, хотя и слабѣе выраженные, чѣмъ въ сл. 1. Сопоставляя всѣ эти данныя съ выработанными русскими и иностранными законодательствами основами для вознагражденія пострадавшихъ отъ несчастныхъ случаевъ, докладчикъ находитъ справедливымъ оцѣнивать потерю способности имѣть заработокъ въ сл. 1 въ 40%—50% (за lagophtalmus, за поврежденіе уха и за причиненіе нейроза), въ сл. 2 (за lagophtalmus и за ограниченіе способности соперничать съ другими въ добываніи заработка вслѣдствіе обезображивающаго рубца)—въ 30% и въ сл. 3—въ 75%.

*И. Д. Ждановъ* указалъ на то, что докладчикъ основываетъ свои выводы на данныхъ нѣмецкаго законодательства; въ Россіи-же основой иска служитъ утрата трудоспособности; обезображенія лица сюда не входятъ; если потерпѣвшій зарабатываетъ столько-же, какъ и до поврежденія, то искъ падаетъ самъ собою.

*Докладчикъ* замѣтилъ, что нашъ послѣдній законъ (1903 г.) заимствованъ изъ нѣмецкаго законодательства; при поврежденіяхъ имѣются въ виду руки, ноги и пр., но менѣе всего говорится въ законѣ о поврежденіяхъ лицевого нерва. Цѣль доклада—показать клиническую картину травматическихъ параличей лицевого нерва и обратить вниманіе на такіе случаи.

*И. Д. Ждановъ* подтвердилъ, что въ таблицахъ, касающихся утраты трудоспособности послѣ травматическихъ поврежденій, нѣтъ травматическаго нейроза, не указывается на сотрясеніе мозга и вообще вся нервная система оставлена безъ разсмотрѣнія. Опредѣлить степень утраты трудоспособности при травматическомъ нейрозѣ весьма затруднительно.

*Докладчикъ* полагаетъ, что и въ случаяхъ, имъ приведенныхъ, врачъ-экспертъ долженъ находиться въ еще бо́льшемъ затрудненіи; здѣсь возникаетъ много трудныхъ для рѣшенія вопросовъ.

*В. В. Воробьевъ. Насколько обоснованы наши обычныя представленія о дегенеративномъ ухѣ?* Докладчикъ обратилъ вниманіе на то обстоятельство, что при самомъ тщательномъ пересмотрѣ соотвѣтствующей литературы нельзя указать ни одной такой работы, гдѣ приводились бы несомнѣнныя цифровыя данныя, свидѣтельствующія о дѣйствительномъ значеніи, какъ физическихъ показателей вырожденія, большинства т. наз. дегенеративныхъ формъ уха, къ которымъ относятся, напр., недоразвитый завитокъ, рѣзко выраженный *Darwin*'овъ бугорокъ, выдающійся противозавитокъ и т. д. Имѣются, правда, статистики, показывающія, что тотъ или другой признакъ, взятый въ отдѣльности, встрѣчается у преступниковъ и у душевно-больныхъ на нѣсколько %% чаще, чѣмъ у здороваго населенія. Но, помимо крупныхъ промаховъ въ методикѣ собиранія и обработкѣ статистическихъ данныхъ, встрѣчающихся у всѣхъ почти авторовъ, необходимо отмѣтить еще слѣдующее: при сравненіи данныхъ относительно формы наружнаго уха у нормальныхъ людей оказывается, что различныя расовыя, этническія и даже чисто географическія (при единствѣ расы) группы Европейскаго населенія даютъ колебанія цифръ, въ нѣсколько разъ превосходящія величины различій, приводимыхъ отдѣльными авторами для нормальныхъ и дегенеративныхъ группъ человѣчества. Наиболѣе интересны въ этомъ отношеніи данныя, полученныя для многихъ мѣстностей однимъ и тѣмъ-же лицомъ, что обезпечиваетъ тождественность записываемыхъ формъ. Таковы, напр., изслѣдованія *Schäffer*'а, изучавшаго дегенеративныя формы уха лишь постольку, поскольку онѣ представляютъ явленія задержки развитія, явленія воспроизведенія зародышевыхъ формъ; но большинство дегенеративныхъ формъ уха какъ разъ оказывается формами зародышевыми. Большое значеніе имѣетъ тотъ фактъ, что число зародышевыхъ формъ уха у взрослаго нормальнаго населенія различныхъ мѣстностей Германіи колеблется около 60% всѣхъ случаевъ, т. е. около той-же цифры, которыя отмѣчаются наиболѣе убѣжденными сторонниками дегенеративнаго уха при подсчетѣ послѣдняго среди душевно-больныхъ или преступниковъ. Докладчикъ, производившій изслѣдованія ушей у 325 взрослыхъ фабричныхъ крестьянъ, уроженцевъ Рязанской губ., равно какъ и у 100 душевно-больныхъ, великорусскихъ крестьянъ, страдавшихъ различными формами психозовъ вырожденія, нашелъ въ той и другой группахъ почти одинаковыя (около 60%) числа зародышевыхъ (resp. «дегенеративныхъ») формъ уха. Вообще, вѣра въ дегенеративное значеніе вышеуказанныхъ формъ наружнаго уха зиждется исключительно лишь на довѣріи къ авторитету *Morel*'я и его послѣдователей, равно какъ и на указаніяхъ большинства руководствъ, гдѣ одни и тѣже на этотъ счетъ данныя переходятъ преемственно отъ одного автора къ другому, безъ соотвѣтствующей критики и фактическаго обоснованія.

*Г. И. Россолимо* замѣтилъ, что докладчикъ принималъ во вниманіе въ своихъ изслѣдованіяхъ душевно-больныхъ, но оставлялъ въ сторонѣ дегенерантовъ вообще.

*Докладчикъ* возразилъ, что онъ изслѣдовалъ исключительно дегенеративныя формы душевнаго разстройства, подобранныя имъ по анализу клинической картины заболѣваній.

По мнѣнію *Г. И. Россолимо*, у докладчика — условная точка зрѣнія на здороваго человѣка; напр., при наслѣдственности къ бугорчаткѣ существуетъ извѣстная психическая конституція, но о душевной болѣзни здѣсь говорить еще нельзя.

*Докладчикъ* замѣтилъ, что онъ не устанавливаетъ какой-либо особой точки зрѣнія на здороваго человѣка, но утверждаетъ, что, подобравъ группу, состоящую исключительно изъ душевно-больныхъ дегенерантовъ, онъ можетъ принять, даже и при возможности нѣкоторыхъ ошибокъ съ его стороны, что эта группа содержитъ въ себѣ дегенерантовъ все-таки значительно больше, чѣмъ та или другая часть населенія, взятая en masse, безо всякаго выбора. Если-же это такъ, тогда нужно ожидать, что, разъ прирощенная мочка уха и другія излюбленныя «дегенеративныя» формы его, дѣйствительно, имѣютъ приписываемое имъ значеніе, то въ группѣ подобранныхъ дегенерантовъ онѣ все-таки должны были-бы встрѣчаться чаще, чѣмъ среди окружающаго населенія.

*Г. И. Россолимо* полагаетъ, что при наслѣдственности къ бугорчаткѣ прирощенная мочка уха и другіе признаки дегенеративнаго уха обычны.

*Докладчикъ* не видитъ ничего удивительнаго въ томъ, что у дегенерантовъ съ предрасположеніемъ къ бугорчаткѣ удается отмѣтить значительное количество т. наз. неправильностей въ строеніи наружнаго уха, по той причинѣ, что неправильности эти едва ли имѣютъ какое-либо иное значеніе, кромѣ значенія видоизмѣненія въ строеніи, столь-же частыхъ у дегенерантовъ, какъ и у не-дегенерантовъ. Тотъ фактъ, что можетъ казаться, что будто-бы этихъ неправильностей больше среди указанныхъ дегенерантовъ, чѣмъ среди остального великорусскаго населенія, легко, пожалуй, объяснить субъективнымъ отношеніемъ къ вопросу, предвзятымъ взглядомъ, невольнымъ самовнушеніемъ, легко возможнымъ при опредѣленіи понятій «больше» или «меньше» по общему впечатлѣнію, безъ точнаго цифрового обоснованія. Сдѣлавъ подсчетъ, можно-бы, навѣрное, найти у названныхъ дегенерантовъ съ наслѣдственностью къ бугорчаткѣ 60—65% «неправильностей» уха, т. е., столько-же, сколько и у другихъ великоруссовъ. При бугорчатковой дегенераціи, а, можетъ быть, и при нѣкоторыхъ другихъ видахъ ея нѣкоторыя особенности въ строеніи уха могутъ быть болѣе распространены, не будучи, однако, настоящими признаками вырожденія. Здѣсь возникаетъ вопросъ о различіяхъ въ физической крѣпости отдѣльныхъ расовыхъ или внѣрасовыхъ (смѣшанныхъ, составляющихъ слѣды древнѣйшихъ расъ) антропологическихъ типовъ. Извѣстно, напр., что въ Россіи типъ темноволосыхъ оказывается въ общемъ болѣе крѣпкимъ, чѣмъ типъ свѣтловолосыхъ; у первыхъ и объемъ груди больше, и ростъ больше, гнилыхъ зубовъ у нихъ бываетъ меньше, чѣмъ у свѣтлыхъ и т. д. Съ тѣмъ или другимъ расовымъ типомъ можетъ связываться, по видимому, и бо́льшее распространеніе тѣхъ или другихъ формъ наружнаго уха, а вмѣстѣ съ тѣмъ и бо́льшее или меньшее предрасположеніе къ бугорчаткѣ. Для примѣра можно указать на ту форму прирощенія ушной мочки къ щекѣ, когда вся мочка имѣтъ видъ узкаго и длиннаго 3-угольника; эта форма свойственна монгольскимъ племенамъ. Кто знаетъ, нѣтъ-ли въ нѣкоторыхъ случаяхъ какой-либо связи между прирощенной мочкой даннаго лица и примѣсью у него монгольской крови и склонностью къ бугорчаткѣ.

*В. П. Сербскій* полагаетъ, что тѣ возраженія, которыя были сдѣланы имъ по поводу 1-го сообщенія докладчика, сохраняютъ всю свою силу и теперь. Остается совершенно неизвѣстнымъ, какіе элементы входятъ въ составъ изслѣдованнаго докладчикомъ «здороваго» населенія; едва-ли можно сомнѣваться, что число

Digitized by Google

дегеративныхъ лицъ, входящихъ въ составъ этого населенія, очень значительно; оно, вѣроятно, не меньше, а, можетъ быть, даже и больше, чѣмъ среди больныхъ, находящихся въ психіатрическихъ больницахъ. Неизвѣстно также, какія категоріи больныхъ докладчикъ бралъ для сравненія со «здоровымъ» населеніемъ. Тѣ группы, о которыхъ упоминалось во время преній (періодическіе психозы, раннее слабоуміе и пр.), не могутъ считаться несомнѣнно принадлежащими къ дегенеративнымъ. Изъ сравненія же 2-хъ совершенно неизвѣстныхъ величинъ, конечно, нельзя придти ни къ какому опредѣленному выводу.

*Докладчикъ* добавилъ, что во время обсужденія его 1-го сообщенія по данному вопросу онъ не имѣлъ въ рукахъ того литературнаго матеріала, какимъ можно располагать теперь. Въ настоящее-же время съ цифрами въ рукахъ можно показать, что обычныя представленія о дегенеративномъ ухѣ фактически не обоснованы и не доказаны. Впрочемъ, можно защищать взгляды, приводимые въ сообщеніи, и по существу, т. е., утверждать, что обычныя представленія о дегенеративномъ ухѣ не только не доказаны, но и невѣрны. Для того, чтобы оспаривать эти положенія, возражающимъ необходимо прибѣгнуть къ цѣлому ряду натяжекъ, мало вѣроятныхъ предположеній и т. д. Такъ, напр., при указаніи относительно того, что различные изслѣдователи находятъ и для многихъ областныхъ группъ т. наз. дегенеративные признаки уха въ значительномъ количествѣ среди нормальнаго населенія, возражающіе готовы принять, что всѣ изслѣдователи и всякій разъ попадали на населеніе въ массѣ своей дегенерированное; но, если дегенерація такъ распространена, что не было возможности ни одному изслѣдователю, хотя-бы случайно, попасть на такое населеніе, среди котораго дегенерантовъ меньше, чѣмъ среди обитателей больницъ для душевно-больныхъ, тогда не можетъ быть и рѣчи о какихъ-либо отличительныхъ признакахъ; тогда надо признать, что весь міръ (Европейскій) дегенерированъ и, поэтому, вездѣ много дегенеративныхъ формъ уха. Не будетъ-ли проще и вѣрнѣе, вмѣсто такого предположенія, говорить о неспецифичности излюбленныхъ «неправильностей» уха. Утверждаютъ, далѣе, что упомянутая группа въ 100 душевно-больныхъ дегенерантовъ, опредѣляемыхъ по клиническому анализу, можетъ быть, содержала дегенерантовъ не болѣе, чѣмъ группа изслѣдованныхъ Рязанцевъ, взятыхъ безъ всякаго выбора; въ такомъ утвержденіи опять-таки нельзя не усмотрѣть большой натяжки, вызываемой лишь желаніемъ держаться, вопреки фактамъ, за традиціонныя дегенеративныя формы уха. Въ заключеніе докладчикъ напомнилъ еще разъ, что основною цѣлью его сообщенія было только указаніе на отсутствіе точныхъ доказательствъ въ пользу признанія значенія дегенеративныхъ признаковъ за нѣкоторыми изъ формъ наружнаго уха. Показавъ, что нѣтъ ни одной статистики, которая говорила-бы за такое значеніе вышеупомянутыхъ формъ, докладчикъ считаетъ свою цѣль достигнутой.

*В. П. Сербскій* на вопросъ докладчика, откуда взялось, что психіатры стали придавать формѣ ушной раковины важное значеніе въ качествѣ дегенеративнаго признака, отвѣтилъ, что это идетъ отъ *Morel*'я, со времени его наблюденій надъ идіотами, и только изученіе такихъ точно опредѣленныхъ группъ, какъ дегенеративные идіоты, можетъ привести къ выясненію поставленной докладчикомъ задачи.

*Докладчикъ* полагаетъ, что опытъ говоритъ лишь за частоту у дегенерантовъ нѣкоторыхъ особенностей въ строеніи уха, объективное-же изслѣдованіе уха великоруссовъ (а также и другихъ племенъ), указываетъ на то, что эти особенности встрѣчаются одинаково часто среди многихъ человѣческихъ группъ, взятыхъ въ массѣ, безъ какого-либо подбора, т. е., позднѣйшія наблюденія не позволяютъ устанавливать какихъ-либо опредѣленныхъ выводовъ изъ тѣхъ фактовъ, которые отмѣчались раньше для душевно-больныхъ, преступниковъ и дегенерантовъ. Заявленія *Morel*'я, конечно, вѣрны; но онъ не изслѣдовалъ здоровыхъ (нормальныхъ) людей.

Проф. *В. К. Ротъ* находитъ, что вопросъ о дегенераціи подлежитъ ревизіи; нужно обратить вниманіе и выяснить роль и вліяніе сифилиса на появленіе признаковъ дегенераціи.

*Ф. Ф. Чарнецкій. О внѣшнемъ видѣ протоплазматическихъ отростковъ нервныхъ клѣточекъ 4-холмія и 2-холмія у нѣкоторыхъ позвоночныхъ.* Докладчикъ изслѣдовалъ по способу *Golgi-Ramon y Cajal*'я 4-холмія кроликовъ и мышей и 2-холмія птицъ. На срѣзахъ, производившихся отвѣсно къ *Sylvi*'еву водопроводу, наблюдалась рѣзкая разница между протоплазматическими отростками различныхъ нервныхъ элементовъ; 1) дендриты передней пары 4-холмія отличались отъ дендритовъ заднихъ бугровъ 4-холмія; 2) дендриты периферической части переднихъ бугровъ отличались отъ протоплазматическихъ отростковъ желудочковой части ихъ: 3) периферическая область 2-холмія отличалась въ этомъ отношеніи отъ желудочковой части его. Съ другой стороны, замѣчалось также значительное сходство: 1) между внѣшней формой дендритовъ клѣтокъ периферической части передняго 4-холмія и 2-холмія птицъ, 2) между внѣшней формой дендритовъ клѣтокъ задняго 4-холмія и желудочковой части 2-холмія. Такимъ образомъ, вообще говоря, можно различать 3 главныхъ типа дендритовъ клѣтокъ 4-холмія и 2-холмія у изслѣдованныхъ позвоночныхъ (кролики, мыши, птицы). Дендриты клѣтокъ периферической части передняго 4-холмія и 2-холмія довольно коротки, съ неровными и шероховатыми очертаніями, имѣютъ стремленіе дѣлиться и давать вѣтви въ значительномъ количествѣ. Вѣтвленіе это гораздо рѣзче выражено у кроликовъ и мышей, чѣмъ у птицъ. Упомянутые протоплазматическіе отростки покрыты боковыми придатками, имѣющими различную форму и располагающимися главнымъ образомъ на тонкихъ частяхъ дендритовъ и ихъ развѣтвленіяхъ. На дендритахъ нервныхъ элементовъ периферической части переднихъ бугровъ 4-холмія наблюдались нерѣдко сложные боковые придатки или «отпрыски» (терминъ *Суханова)*, а также своеобразныя тоненькія вѣточки, состоящія изъ ряда круглыхъ зернышекъ. Въ желудочковой части передняго 4-холмія встрѣчались дендриты, идущіе на довольно большомъ протяженіи и имѣющіе ровныя и гладкія очертанія, но почти лишенные боковыхъ придатковъ и несущіе на своихъ наиболѣе тонкихъ частяхъ вздутія и расширенія. Скопленія клѣтокъ съ дендритами, по внѣшней формѣ приближающимися къ только-что описаннымъ, встрѣчаются въ центральной части 2-холмія птицъ. Въ заднемъ 4-холміи протоплазматическіе отростки даютъ довольно большое число вѣтвей и длинны; они покрыты боковыми придатками въ значительномъ количествѣ; послѣдніе отличаются правильностью расположенія и однообразіемъ своего внѣшняго вида; нѣкоторые изъ дендритовъ находились въ четкообразномъ состояніи. Нерѣдко приходилось видѣть на клѣточныхъ тѣлахъ 4 холмія и 2-холмія боковые придатки, что отмѣчено нѣсколькими авторами (*van Gehuchten*, *Сухановъ*, *Гейеръ*, *Нарбутъ)* въ другихъ отдѣлахъ центральной нервной системы. Изъ сопоставленія различныхъ гистологическихъ данныхъ, полученныхъ прежде другими изслѣдователями, докладчикъ дѣлаетъ, между прочимъ, и такое заключеніе, правда, имѣющее мало связи съ предметомъ его сообщенія, что теорія *Lenhossek*'а о роли дендритовъ и гипотеза *Суханова* о значеніи боковыхъ придатковъ для отправленій нервныхъ клѣтокъ представляются наиболѣе убѣдительными и соотвѣтствующими дѣйствительности. *С. Сухановъ.*

## РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

### *Карманная книжка для сестеръ и братьевъ милосердія. Составлена д-ромъ мед. Б. В. Владыкинымъ и д-ромъ мед. Г. И. Арронетъ. 1904.*

Подобно снѣжной лавинѣ, увеличивающейся при своемъ движеніи, продолжаетъ рости предложеніе услугъ по оказанію помощи раненымъ и больнымъ воинамъ. Всѣ слои общества породнились на почвѣ изученія кратчайшихъ врачебныхъ свѣдѣній, и нельзя не отнестись съ умиленіемъ къ самоотверженной готовности русской молодежи, особенно женскаго пола, уѣхать въ далекій край и стать вблизи борющихся за честь родины и принести имъ посильную помощь.

Лекціи на тему о помощи на войнѣ учреждены повсюду на большомъ пространствѣ Имперіи. Необходимымъ дополненіемъ къ устнымъ лекціямъ, читаемымъ аудиторіи, часто мало подготовленной, должны однако являться соотвѣтственныя краткія общепонятныя руководства. Съ этой точки зрѣнія въ настоящее время книга д-ровъ *Владыкина* и *Арронета* составляетъ желаемое добавленіе къ ограниченному числу книгъ, написанныхъ на туже тему.

Кто знакомъ съ дѣломъ популяризаціи свѣдѣній по медицинѣ, тому извѣстно, что задача популярнаго изложенія иногда тяжелѣе, чѣмъ при созданіи спеціально ученаго труда. Здѣсь необходимъ особый общедоступный и вмѣстѣ съ тѣмъ научный языкъ; каждое предложеніе должно быть обдумано. Съ этой точки зрѣнія разбираемая книга вполнѣ достигаетъ цѣли. Маленькое по объему сочиненіе даетъ наглядное понятіе о главнѣйшихъ заболѣваніяхъ терапевтическихъ и хирургическихъ. Уходъ за больнымъ, первая помощь раненымъ, транспортъ—всему удѣлено достаточное вниманіе. Книга вполнѣ можетъ разсчитывать на широкое распространеніе. Проф. *Г. Турнеръ.*

### *Техника очистки клоачныхъ и сточныхъ водъ промышленныхъ заведеній ирригаціей земельныхъ угодій и фильтраціей черезъ почву. Проф. Ф. В. Дюнкельбергъ. Перев. подъ редакціей инж. Л. Я. Бершадскаго. Изд. К. Л. Риккера. 1903 г. Ц. 1 р. 20 к.*

Спускъ сточныхъ водъ изъ тѣхъ или иныхъ промышленныхъ заведеній наноситъ значительный вредъ не только для рѣкъ, прудовъ и т. п., но и для того населенія, которое живетъ около нихъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ вода настолько портится, что дѣлается не пригодной для употребленія животными и людьми; мѣстами въ такой воды гибнетъ все живое. Въ этомъ отношеніи особенно загрязняются воды у насъ. Въ виду этого вопросъ объ очисткѣ сточныхъ водъ является однимъ изъ существенныхъ въ области промышленной гигіены, и имъ стоитъ позаняться какъ техникомъ, химикомъ, такъ и гигіэнистамъ. Хотя для очистки сточныхъ водъ предложено уже было не мало способовъ, но на практикѣ они не всегда оказывались пригодными: нельзя пользоваться однимъ и тѣмъ же способомъ для очистки всѣхъ сточныхъ водъ, которыя могутъ быть разлиты по своему химическому составу и т. д. Проф. *Dünkelberg* въ вышеуказанномъ сочиненіи даетъ обстоятельный очеркъ вопроса; въ сжатой хорошо изложенной формѣ онъ всесторонне разсматриваетъ его и даетъ свое заключеніе на основаніи опытовъ. Все сочиненіе состоитъ, кромѣ введенія изъ 2-хъ частей. Въ 1-ой (18—52) авторъ

Digitized by Google

говоритъ о составѣ канализаціонныхъ водъ, о строеніи оросительныхъ полей, касаясь сельскохозяйственной и санитарной сторонъ (послѣдней—очень мало), объ удобреніи канализаціонными водами, о произростаніи на поляхъ орошенія. 2-ая часть (53—122), состоящая изъ 5 главъ, чисто прохладная, касается выбора полей для сточныхъ водъ, ихъ распредѣленія и т. д., новѣйшихъ способовъ очищенія ихъ (66—82), нормальнаго устройства фильтраціи черезъ почву (89—115) и очистки *заводскихъ сточныхъ* водъ. Авторъ, между прочимъ, приводитъ примѣры изъ своей практики, гдѣ ему удалось обезвредить сточныя воды, наносившія вредъ хозяевамъ тѣхъ полей, куда онѣ стекали. Авторъ вполнѣ правъ, говоря: «въ силу разнообразнаго состава загрязняющихъ водъ, необходимо, прежде чѣмъ предпринимать какія-либо мѣры,—тщательно изучить ихъ дѣйствіе, чтобы рѣшить, какимъ образомъ, помощью какихъ средствъ можно разсчитывать на успѣшный результатъ».

Можно пожелать этому сочиненію распространенія среди техниковъ, фабрикантовъ, врачей и общественныхъ дѣятелей, причастныхъ къ этому дѣлу. Изданіе во всѣхъ отношеніяхъ хорошее. Приложено 12 чертежей.

*Д. Никольскій.*

### *Проф. А. Vossius. Руководство по офталмологіи. Переводъ съ 3 нѣмецкаго изданія д-ра В. А. Дагилайскаго, съ дополненіями и предисловіемъ автора къ русскому изданію, съ 236 рис. Петербургъ, 1903.*

Въ предисловіи къ русскому изданію авторъ высказываетъ надежду, что въ его книгѣ «читатель пріобрѣтетъ руководство, вполнѣ соотвѣтствующее послѣднему слову науки и позволяющее ему достаточно оріентироваться относительно всѣхъ текущихъ вопросовъ офталмологіи». Надежда эта не лишена основанія, и переводчикъ не напрасно потрудился. Разумѣется, подобное руководство можетъ быть предназначено только для врача; для студента тутъ слишкомъ много мнѣній, отдѣльныхъ наблюденій и именъ. Переводъ, въ общемъ, удовлетворителенъ, хотя и попадаются не особенно гладкія мѣста въ родѣ приведеннаго.

*Р. Кацъ.*

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

### *XLVIII. Открытое письмо заслуженному проф. Казанскаго Университета И. М. Догелю.*

М. Г. Иванъ Михайловичъ! 20/I текущаго года я вынужденъ былъ обратиться къ Вамъ съ письмомъ по поводу Вашей случайной рецензіи моихъ 2-хъ работъ, напечатанной въ № 12 за 1903 г. «Ученыхъ Записокъ Казанскаго Университета». Указавъ Вамъ, что считаю Вашу рецензію *фактически* невѣрной и требующей соотвѣтственныхъ исправленій съ Вашей стороны въ интересахъ истины и науки, я предложилъ Вамъ передать разборъ справедливости моего заявленія уполномоченнымъ нами лицамъ, такъ какъ придавалъ ему крайне серьезное значеніе въ принципіальномъ и научномъ отношеніи.

Вы не соблаговолили удостоить меня отвѣтомъ не только въ указанный мною срокъ, но даже и доселѣ, почему я и вижу себя вынужденнымъ вторично обратиться къ Вамъ настоящимъ письмомъ, повторяя свое предложеніе. Мнѣ, къ сожалѣнію, пришлось убѣдиться, что Ваша рецензія, будучи *напечатана* въ столь уважаемомъ изданіи, продолжаетъ *и далѣе* вводить читателей въ заблужденіе, и мнѣ приходится весьма сожалѣть, что я—по понятнымъ всѣмъ и каждому, надѣюсь, мотивамъ, когда дѣло идетъ о вопросахъ, связанныхъ съ собственнымъ «я»,—медлилъ до сихъ поръ, выжидая, что Вы, въ интересахъ хотя-бы той науки, представителемъ которой имѣете честь быть, поинтересуетесь все-таки вопросомъ, кто изъ насъ правъ, Вы или я.

Ч. пр. *М. П. Манасеинъ.*

Петербургъ. 2-го апрѣля 1904 г.

XLIX. М. Г.! Не смотря на то, что у насъ врачебное и въ особенности санитарное дѣло на фабрикахъ и заводахъ оставляетъ желать многаго, въ общемъ оно постепенно развивается и имѣетъ свою литературу, также съ каждымъ годомъ увеличивающуюся. Къ сожалѣнію, пользоваться этой литературой довольно трудно, въ особенности живущимъ вдали отъ центровъ, за неимѣніемъ сколько-нибудь полнаго библіографическаго указателя, исключая краткаго перечня литературы по данному вопросу въ трудѣ д-ровъ *Е. М. Дементьева* («Фабрики») и *Д. Н. Жбанкова* («Библіографическій указатель по земско-медицинской литературѣ», вышедшій 14 лѣтъ назадъ). А между тѣмъ необходимость въ такомъ указателѣ крайне ощутительна, и отсутствіе его мѣшаетъ обстоятельно ознакомиться съ положеніемъ медицинской и санитарной части на фабрикахъ и заводахъ, съ ихъ вліяніемъ на рабочихъ и т. д.

Съ цѣлью облегчить трудъ по ознакомленію съ вышеуказанными вопросами лицамъ, интересующимся ими, я приступилъ къ составленію такого библіографическаго указателя за послѣдніе 20 лѣтъ (и, если удастся, то и за большій періодъ), въ который войдутъ, по возможности, всѣ работы, относящіяся къ врачебно-санитарному быту на нашихъ фабрикахъ, заводахъ, промыслахъ, копяхъ, ремесленныхъ и др. промышленныхъ заведеніяхъ, будутъ-ли то оригинальныя работы и доклады, или отчеты, рефераты, замѣтки и т. п., помѣщенныя въ спеціальной и общей печати. Признавая, что такой трудъ потребуетъ отъ одного лица много времени и можетъ затянуть самый выходъ указателя, я и рѣшаюсь обратиться къ товарищамъ, сочувствующимъ этому дѣлу, съ просьбою, не найдутъ-ли они возможнымъ просмотрѣть мѣстныя изданія земствъ («Доклады земскимъ Собраніямъ», «Вѣстники», «Обзоры», «Хроники» и т. д.), «Труды» мѣстныхъ Обществъ врачей, гдѣ таковые были и есть, и, если найдутся въ нихъ какія-либо свѣдѣнія по вышеуказанному вопросу, не отказать сообщить мнѣ о нижеслѣдующемъ: *кто авторъ статьи, заглавіе ея, заглавіе журнала, годъ, мѣсяцъ* или *№ его* и *краткое резюме статьи;* если послѣднее, т. е. резюме, будетъ затруднительно, то отвѣтить хотя-бы на первые пункты. Кромѣ того, обращаюсь къ товарищамъ, что-либо писавшимъ по вопросамъ фабричной медицины и санитаріи, не отказать выслать мнѣ по оттиску, для реферированія въ предполагаемомъ указателѣ.

О каждомъ авторѣ, приславшемъ свѣдѣніе, будетъ отмѣчено въ указателѣ.

Свѣдѣнія прошу высылать по адрессу: Петербургъ, Шлиссельбургскій проспектъ, заводъ «Вѣна» д-ру *Д. П. Никольскому.*

Петербургъ. 5-го апрѣля 1904 г. *Д. Никольскій.*

L. М. Г.! Нижеподписавшіеся просятъ не отказать имъ высказать на страницахъ «Русскаго Врача» чувство признательности и благодарности д-ру *Г. Е. Выгодскому.* Пріѣхавъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія, мы встрѣтили со стороны д-ра *Выгодскаго* радушный пріемъ и полную готовность служить намъ своими знаніями и опытностью. Въ высшей степени охотно имъ были устроены для насъ курсы по рефракціи и оперативной офталмологіи на фантомѣ, намъ дана была полная возможность пользоваться всѣмъ матеріаломъ лѣчебницы (стаціонарнымъ и по амбуляторіи). Отъ души приносимъ товарищу свою искреннюю благодарность.

*О. Андреева* (Забѣлина), *Васильева, О. Макарова, В. Сушкевичъ, М. Алексѣевъ, Н. Зубова, М. Шафранова, Б. Аронъ.*

4/IV 1904 г.

LI. М. Г.! Въ № 12 «Русскаго Врача» въ отдѣлѣ хроники (стр. 467) помѣщена перепечатка изъ «Самарской Газеты» объ предполагаемомъ открытіи Общества Сызранскихъ врачей.

Въ качествѣ учредителей этого Общества мы близко знакомы съ обстоятельствами дѣла и покорнѣйше просимъ дать мѣсто слѣдующему нашему заявленію. Факты, сообщенные «Самарской Газетой», не соотвѣтствуютъ дѣйствительности. Медицинскими вопросами Общество по Уставу заниматься въ полномъ правѣ. Единственное, возбуждаемое нами по соглашенію съ товарищами, ходатайство касается вопросовъ чисто административныхъ—правъ предсѣдателя на обыкновенныхъ и чрезвычайныхъ Собраніяхъ.

Сызранскій земскій врачъ *М. Ивановъ*, Сызранскій городской врачъ *В. Гравировскій.*

Сызрань. 2 апрѣля 1904 года.

LII. М. Г.! Позвольте мнѣ исправить неточность изложенія моего доклада на IX Пироговскомъ Съѣздѣ: «О развитіи мужской половой железы у млекопитающихъ животныхъ» («Русскій Врачъ», 1904 г., № 5, стр. 179—180). Въ своихъ препаратахъ я наблюдалъ ясно и показывалъ въ засѣданіи Отдѣла гистологіи внѣдреніе тяжа клѣтокъ отъ сумокъ *Malpighi*'евыхъ клубочковъ изъ первичной почки въ развивающуюся половую железу. Что же касается до вѣтви, сегментальнаго тяжа, идущей къ надпочкѣ, то ея въ своихъ препаратахъ у бараньихъ зародышей я не видѣлъ и упомянулъ о ней въ видѣ литературной справки.

*Н. Тишуткинъ.*

### *Открытое письмо предсѣдателю Петербургской городской санитарной Коммиссіи д-ру А. Н. Оппенгейму* [1]).

*(Продолженіе. См. № 14, стр. 519).*

Считаю нелишнимъ выяснить, почему я «не познакомилъ со своимъ докладомъ товарищей (т. е. Петербургскихъ санитарныхъ врачей) предварительно и ранѣе прочтенія такового на Пироговскомъ Съѣздѣ». Причинъ тому было много. Во 1-хъ, напомню, что не я одинъ, но и многіе другіе врачи санитарной Коммиссіи выступали съ аналогичными докладами на томъ-же Съѣздѣ и тоже не читали ихъ предварительно товарищамъ (*Г. И. Зильбербергъ, Н. А. Ивановъ, В. А. Левашовъ*); во-2-хъ,—и мой доклад и доклады прочихъ товарищей, сдѣланные съ разрѣшенія, частью даже и по иниціативѣ совѣщательнаго члена-врача санитарной Коммиссіи, завѣдывавшаго под-Отдѣломъ городской медицины на Пироговскомъ Съѣздѣ, написаны были всѣ съ цѣлью ознакомленія иногороднихъ товарищей съ Петербургской са-

[1]) На обложкѣ № 14, въ перечнѣ «Содержанія», и въ текстѣ (стр. 519, послѣдняя строка сн.) начальная буква имени автора письма набрана невѣрно: нужно *А*, а не *М. Ред.*

Digitized by Google

нитарно-врачебной организацiей и, слѣд., не могли представлять никакого интереса для городскихъ товарищей, которымъ все изложенное въ докладахъ прекрасно извѣстно по личному опыту; въ 3-хъ, у врачей санитарной Коммиссіи вообще не существуетъ usus'а читать доклады предварительно чтенія ихъ въ публичныхъ засѣданіяхъ (укажу на свои прежніе доклады, на доклады д-ровъ *В. И. Бинштока, С. С. Кузьмина, А. А. Липскаго, В. И. Яковлева* и многихъ др., выступавшихъ въ Обществѣ охраненія народнаго здравія» съ докладами по различнымъ злободневнымъ санитарнымъ вопросамъ). Эти данныя, кажутся, довольно убѣдительно показываютъ, что у меня не могло быть никакихъ особыхъ основаній для предварительнаго чтенія своего доклада предъ товарищами. Между тѣмъ авторъ «Отвѣта» [1]) все-таки предъявляетъ ко мнѣ такое требованіе, обходя молчаніемъ совершенно аналогичные поступки, напр., врачей *Н. А. Иванова, І. Г. Зильберберга* и др.

Въ чемъ-же кроется причина такого исключительнаго вниманія къ моему докладу, вопреки установившимся въ санитарной Коммиссіи традиціямъ? Очевидно, авторъ «Отвѣта» руководился не фактомъ моего выступленія съ докладомъ на Пироговскомъ Съѣздѣ самимъ по себѣ, а особенностями содержанія моего доклада. Но въ этомъ отношеніи онъ, мнѣ кажется, глубоко неправъ. Авторъ «Отвѣта», какъ я показалъ уже выше, совершенно не понялъ моего «Очерка», не понялъ, что я говорю не о дѣятельности санитарной Коммиссіи, а объ ея организаціи и при томъ обсуждаю послѣднюю лишь съ точки зрѣнія установленныхъ VIII-мъ Пироговскимъ Съѣздомъ основныхъ началъ. Не понявъ сути дѣла, онъ придалъ моему докладу совершенно чуждое ему практическое боевое значеніе, увидѣлъ въ немъ яко-бы «неправильное изложеніе научной и практической дѣятельности товарищей по совмѣстной работѣ» и сожалѣетъ, что товарищи лишены были возможности «указать фактами мою голословность». Но, вѣдь, нѣсколько выше авторъ «Отвѣта» самъ говоритъ, что я «стараюсь говорить словами параграфовъ инструкціи». Какая-же въ такомъ случаѣ у меня голословность? Очевидное противорѣчіе. Авторъ «Отвѣта» сугубо неправъ, и вотъ почему. На IX-мъ Съѣздѣ, стѣсненный временемъ на чтеніе доклада (полагалось 15 мин.) я, конечно, не могъ читать своего доклада цѣликомъ, ограничился почти исключительно той его частью, которая излагаетъ дѣйствующія инструкціи и привелъ полностью положенія.

Мнѣ важно было отъ нашихъ компетентныхъ спеціалистовъ по вопросамъ городской санитаріи (*П. П. Розанова, Н. П. Васильевскаго, А. В. Корчакъ-Чепурковскаго* и др.) услышать оцѣнку своихъ взглядовъ на Петербургскую врачебно-санитарную организацію. Поэтому я и выступилъ съ остовомъ впослѣдствіи помѣщенной въ «Русскомъ Врачѣ» статьи на Пироговскомъ Съѣздѣ. Когда Съѣздъ призналъ правильность моихъ взглядовъ на ненормальное положеніе дѣла въ санитарной Коммиссіи [2]), я *прежде, чѣмъ печатать статью*, хотѣлъ непремѣнно познакомить съ нею товарищей, хотѣлъ предварительно прочесть ее въ товарищескомъ кругу, въ т. наз. «Научномъ Собраніи» врачей санитарной Коммиссіи. Однако, вопреки обыкновенію (доклады въ «Научномъ Собраніи» поступаютъ скудно, и потому всякое предложеніе доклада встрѣчается обыкновенно съ большой готовностью) предсѣдатель «Научныхъ Собраній» совѣщательный членъ-врачъ *А. А. Липскій* отклонилъ на этотъ разъ мое предложеніе [3]). Мнѣ оставалось тогда volens nolens приступить къ опубликованію своей работы, которую я и сдалъ въ редакцію «Русскаго Врача» уже въ февралѣ. Другого пути для ознакомленія товарищей, не принимавшихъ участія въ IX-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ, съ содержаніемъ моего доклада у меня не было. Въ теченіи $5^1/_2$ лѣтъ своей службы въ санитарной Коммиссіи горькій опытъ убѣдилъ меня, что всѣ попытки врачей обратить вниманіе Коммиссіи на ихъ заявленія остаются безплодными (см. «Отчеты Совѣщаній санитарныхъ врачей» за 1901 г.—стр. 291—294 и за 1902 г.—стр. 393—397: возбуждавшіеся санитарными врачами вопросы, не смотря на всю ихъ скромность, оставлялись санитарной Коммиссіей безъ разсмотрѣнія и даже безъ отвѣта). Тѣмъ болѣе трудно было разсчитывать, что санитарная Коммиссія разсмотритъ мой докладъ, критикующій самыя основы ея организаціи; послѣднее было тѣмъ болѣе вѣроятно, что въ январѣ 1902 г. мною была уже сдѣлана аналогичная попытка: Командированный въ качествѣ делегата санитарныхъ врачей на VIII-ой Пироговскій Съѣздъ въ Москвѣ, я составилъ подробную записку о томъ, какова должна быть раціональная организація санитарнаго дѣла въ городахъ. Сначала эту записку я прочелъ въ видѣ доклада въ «Научномъ Собраніи» («Отчетъ санитарной Коммиссіи», 1902 г., стр. 400), затѣмъ въ видѣ отчета по командировкѣ—представилъ санитарной Коммиссіи. И что-же? Записка моя не только не была обсуждена санитарной Коммиссіей, но не была даже удостоена напечатанія въ «Отчетѣ санитарной Коммиссіи» за 1902 г., хотя отчетъ другого делегата былъ напечатанъ. Правленіе Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* дважды присылало въ санитарную Коммиссію программы желательной организаціи санитарно-врачебнаго дѣла въ городахъ, и тѣмъ не менѣе эти программы не только оставались безъ обсужденія въ санитарной Коммиссіи, но даже не сообщались, хотя-бы къ свѣдѣнію, врачамъ Коммиссіи. Мало того, тоже Общество русскихъ врачей въ память *Н. П. Пирогова*, составляя сборникъ «Городской медицины въ Европейской Россіи», «многократно» обращалось въ санитарную Коммиссію съ просьбой дать отвѣты на составленные имъ вопросные листки; отвѣты доставлены не были. Въ результатѣ, когда въ 1903 г. вышелъ этотъ «Сборникъ», оказалось, что въ немъ можно найти описаніе врачебно-санитарной части почти всѣхъ главныхъ городовъ Россіи; есть даже и такіе города, какъ Царевококшайскъ и т. п., но нѣтъ Петербурга.

Очевидно, всѣ пути пролить свѣтъ на существующую Петербургскую санитарную организацію были закрыты; оставался только одинъ, который и былъ избранъ мною.

Послѣ этихъ общихъ замѣчаній прошу читателей, вооружившись терпѣніемъ, прочесть нижеслѣдующія мои «Объясненія» къ «Отвѣту». *А. Рубель.*

*Объясненія къ «Отвѣту» на мой «Очеркъ врачебно санитарной организаціи Петербурга».*

*П. 1. Стр. 407, абз. 3.* (*«Русскій Врачъ», № 11*). Авторъ «Отвѣта» говоритъ, что я «дѣлаю неправильное заявленіе», указывая, что городъ тратитъ на санитарное дѣло до 700000 р. Здѣсь какое-то странное недоразумѣніе. Во-1-хъ, изъ контекста приводимаго мѣста моей статьи ясно, что «*до*» у меня употреблено въ смыслѣ «*почти*»; во-2-хъ, въ п. 10 своихъ положеній я уже прямо употребляю выраженіе «*почти* 700000 р.»; въ 3-хъ, дважды указываю, что въ 1903 г. бюджетъ Коммиссіи составилъ 672000 р. (стр. 211, прим. и строка 10 сн.). Правда, въ «Отвѣтѣ» приведена другая цифра (654590 р.). Но въ этой неточности я не виноватъ; цифру 672000 р. я заимствовалъ изъ составленнаго д-ромъ *А. Н. Оппенеймомъ* «Краткой объяснительной записки по вопросу о современномъ состояніи санитарнаго дѣла въ столицѣ», гдѣ на стр. 6-й показано, «въ 1903 г. израсходовано 672006 р.». Какая изъ этихъ 2-хъ цифръ точнѣе, я не знаю. Въ оправданіе своей невольной неточности сошлюсь на недавно опубликованное заявленіе гласнаго д-ра *А. К. Николаева* [1]). Онъ указываетъ, что «всѣ статьи финансоваго отчета санитарной Коммиссіи такъ перепутаны, что найти тѣ или другія данныя не легко», что «цифры расходовъ по нѣкоторымъ тождественнымъ статьямъ показаны различно (напр., на содержаніе родильныхъ пріютовъ въ одномъ мѣстѣ—134397 р., въ другомъ—125018 р.), и *которыя изъ этихъ цифръ вѣрны*, т. е. показываютъ дѣйствительно произведенный расходъ, *понять изъ отчета никакъ невозможно*». Въ томъ же мѣстѣ «Отвѣта» сказано: «справедливости ради слѣдовало указать, какъ распредѣлялся этотъ бюджетъ между отдѣльными учрежденіями». Но какое отношеніе это имѣетъ къ вопросу о «врачебно-санитарной организаціи Петербурга». Въ своемъ «Очеркѣ» я высказалъ взглядъ, что «увеличеніе бюджета служитъ лишь количественнымъ выраженіемъ громадности того несовершеннаго механизма, который совершаетъ работу призрачнаго оздоровленія Петербурга». Приведенный въ «Отвѣтѣ» перечень расходовъ служитъ подтвержденіемъ правильности моего взгляда.

*П. 2. Таже стр., абз. 4.* Мое указаніе на неудобство раздѣленія врачебно-санитарнаго дѣла города между больничной и санитарной Коммиссіями не встрѣчаетъ въ «Отвѣтѣ» возраженія по существу; не подкрѣпленное фактами увѣреніе, что «такое дѣленіе по условіямъ жизни» (?) «оказалось правильнымъ»—ничего не доказываетъ. Ссылки-же на авторитеты неправильны, такъ какъ *В. И. Лихачевъ, С. П. Боткинъ, Г. И. Архангельскій*, какъ члены *временной* исполнительной Коммиссіи общественнаго здравія, высказались именно *за объединеніе* санитарнаго и больничнаго дѣла въ одной Коммиссіи общественнаго здравія; это видно изъ «Извѣстій Думы», 1886 г., № 8, стр. 647 и 675. Пользуюсь случаемъ указать, что необходимость объединенія всего санитарнаго и больничнаго дѣла—не «одно мое субъективное мнѣніе», какъ сказано въ «Отвѣтѣ», а признается и VIII Пироговскимъ Съѣздомъ и Коммиссіею по организаціоннымъ вопросамъ общественной медицины, созванной изъ представителей городской медицины по порученію VIII-го Съѣзда при Правленіи Пироговскаго Общества въ маѣ 1903 г.

*П. 3. Таже стр., абз. 5.* Здѣсь мнѣ приписывается мысль, что «вся задача городской санитаріи должна сводиться лишь къ противоэпидемической дѣятельности». Излишне, конечно, доказывать, что я ничего подобнаго не говорилъ, а привелъ приводимый авторомъ «Отвѣта» примѣръ для поясненія затруднительности разграниченія круга дѣятельности больничной и санитарной Коммиссій. Очевидно, моя мысль здѣсь истолкована произвольно.

*П. 4. Таже стр., абз. 6.* Заявленіе, что «болѣе объективное отношеніе къ вопросу.... указало-бы на планомѣрность работы Коммиссіи и цѣлесообразность организаціи», къ сожалѣнію, не сопровождается никакимъ фактическимъ подтвержденіемъ. Поэтому, какъ голословное, оно едва-ли можетъ кого-нибудь убѣ-

[1]) Насъ просятъ сообщить, во избѣжаніе недоразумѣній, что для разбора «Очерка» д-ра *Рубеля* и для составленія «Отвѣта» на него Петербургской городской санитарной Коммиссіей была избрана особая под-Коммиссія въ составѣ 3-хъ окружныхъ санитарныхъ попечителей (они-же и члены санитарной Коммиссіи) и 7 врачей. Составленный этой под-Коммиссіей «Отвѣтъ» былъ разсмотрѣнъ и одобренъ санитарной Коммиссіей въ засѣданіи ея 1/ııı. *Ред.*

[2]) Достойно вниманія, что совѣщательный членъ-врачъ санитарной Коммиссіи *А. А. Липскій* и многіе врачи Коммиссіи, присутствовавшіе на этомъ засѣданіи под-Отдѣла при чтеніи моего доклада, мнѣ не возражали и, слѣд., надо полагать, соглашались со мною. *А. Р.*

[3]) Письменные документы, подтверждающіе это, представлены мною редактору «Русскаго Врача». *А. Р.*

[1]) См. «Извѣстія Думы», 1904 г., № 5, стр. 783.

Digitized by Google

дить. Ниже (п. 12) будетъ видно, что, къ сожалѣнію, планомѣрность до сихъ поръ все-таки отсутствуетъ въ дѣятельности санитарной Коммиссіи, на что указываетъ и ревизіонная Коммиссія состава 1901 г. (См. «Извѣстія Думы» № 38, стр. 1602 и 1614 и др.).

*П. 5. Таже стр., абз. 7.* Я не говорилъ, что «полицейскій и карательный характеръ служитъ главной основой дѣятельности всѣхъ врачей (неужели и думскихъ, и акушеровъ? *А. Р.*) и органовъ санитарной Коммиссіи», да и сказать ничего подобнаго не могъ. Поэтому и § 6 Инструкціи санитарнымъ врачамъ приводится въ «Отвѣтѣ» совершенно безцѣльно, тѣмъ болѣе, что 2-ая половина его остается de facto мертвой буквой, за отсутствіемъ какихъ-бы то ни было средствъ въ рукахъ санитарныхъ врачей для проведенія въ жизнь культурныхъ пріемовъ воздѣйствія на населеніе (вродѣ «распространенія среди населенія здравыхъ понятій о требованіяхъ гигіэны»). Въ этомъ абзацѣ я вижу непониманіе истинныхъ задачъ санитаріи; поэтому для свѣдѣнія укажу, что «городской санитарный надзоръ долженъ быть устроенъ на началахъ самоконтроля и сознательнаго отношенія къ дѣлу со стороны самого Общества», «носить въ себѣ всѣ черты общественнаго его устройства». (Изъ доклада IX Пироговскому Съѣзду «Коммиссіи по организаціоннымъ вопросамъ» $\frac{20-23}{\text{V}}$ 1903 г.), а отнюдь не на медико-полицейскихъ правилахъ, какъ сказано въ § 6 Инструкціи. Причина-же рѣдкаго (къ счастью) составленія протоколовъ санитарными врачами достаточно выяснена въ моемъ «Очеркѣ» (стр. 250 «Русскаго Врача»).

*П. 6. Стр. 408, абз. 1.* Здѣсь мнѣ дѣлается упрекъ въ умолчаніи «о 3-хъ другихъ врачахъ, имѣющихся въ составѣ Коммиссіи». Упрекъ сопровождается 2-мя ссылками на постановленія санитарной Коммиссіи: 1) о привлеченіи къ участію въ засѣданіяхъ Коммиссіи старшаго санитарнаго врача и 2) главнаго доктора городской барачной больницы въ память *С. П. Боткина*. Получается дѣйствительно впечатлѣніе какъ бы умышленнаго умолчанія съ моей стороны. Однако это впечатлѣніе—ошибочное. Во 1-хъ, я указалъ, что въ засѣданіяхъ санитарной Коммиссіи присутствуетъ старшій санитарный врачъ; во 2-хъ, только тѣ инструкціи санитарной Коммиссіи, которыя утверждены городскою Думою, могутъ имѣть обязательную силу для санитарной Коммиссіи. Инструкціи-же, утверждаемыя только послѣдней, по усмотрѣнію ея же, легко уничтожаются и замѣняются другими. Такъ, по крайней мѣрѣ, недавно случилось съ инструкціей санитарнымъ врачамъ, не утвержденной Думой; по этой инструкціи, какъ я говорилъ въ своемъ «Очеркѣ», полагаются совѣщанія санитарныхъ врачей съ выборнымъ предсѣдателемъ. 19-го января текущаго года санитарные врачи избрали предсѣдателемъ меня. Это было вскорѣ послѣ прочтенія мною на Пироговскомъ Съѣздѣ доклада «О Петербургской санитарной организаціи»—доклада, возбудившаго не смотря на всю его объективность, большое неудовольствіе предсѣдателя санитарной Коммиссіи. И вотъ санитарные врачи были вскорѣ циркулярно увѣдомлены безъ указанія мотивовъ, что санитарная Коммиссія въ засѣданіи 24/I 1904 г. постановила измѣнить § 10 дѣйствующей съ 1898 г. инструкціи и *выборнаго предсѣдателя Совѣщаній замѣнила непремѣннымъ старшимъ санитарнымъ врачемъ*, при чемъ въ томъ-же засѣданіи, «въ виду состоявшагося постановленія объ измѣненіи § 10 инструкціи», не утвердила выборовъ отъ 19/I 1904 г. (Циркуляръ 1904 г., за № 206—257). Вотъ—примѣръ, показывающій, что инструкціи, утверждаемыя санитарной Коммиссіей, обязательной для нея силы не имѣютъ; слѣд., и участіе главнаго доктора Барачной больницы въ ея засѣданіяхъ, какъ не санкціонированное Думой, едва-ли можетъ считаться непремѣннымъ; поэтому въ своемъ «Очеркѣ» я и не упоминалъ объ этомъ. Въ томъ же абзацѣ приведена еще ссылка на постановленіе Думы 1901 г. (мѣсяцъ и число почему-то не указаны) объ участіи въ засѣданіяхъ Коммиссіи столичнаго врачебнаго инспектора. Излишне доказывать, что такого постановленія Думы и быть не могло, такъ какъ слишкомъ очевидно, что *городская Дума не можетъ обязать присутствовать въ засѣданіяхъ Коммиссіи лицо, Думѣ не подчиненное*, принадлежащее при томъ къ администраціи. «*Можно съ положительностью утверждать, что санитарная Коммиссія не приняла ни одной санитарной мѣры безъ обсужденія ея съ врачами, компетентными въ данномъ вопросѣ*», сказано далѣе (курсивомъ) въ «Отвѣтѣ». Но, вѣдь, я и не говорилъ, что санитарная Коммиссія не привлекаетъ къ дѣлу *врачей вообще; я* указывалъ, что она по дѣйствующему положенію *не обязана* этого дѣлать, что приглашеніе или неприглашеніе ихъ вполнѣ зависитъ отъ усмотрѣнія предсѣдателя (§ 15 инструкціи санитарной Коммиссіи), это—во 1-хъ; во 2-хъ, я указалъ, что она не пользуется для этого многочисленными силами *своихъ врачей*. Нельзя-же, дѣйствительно, въ коллегіальномъ учрежденіи bona fide все предоставлять предсѣдателю, вплоть до рѣшенія даже такихъ вопросовъ, которые требуютъ спеціальнаго знакомства съ дѣломъ: кого приглашать, кого считать компетентнымъ въ данномъ вопросѣ? Вѣдь, получается обширное поле для усмотрѣнія, и, дѣйствительно, мы видимъ, что иногда очень важные и требующіе спеціальной компетентности вопросы разрабатывались безъ всякаго участія спеціалистовъ; для примѣра приведу хотя-бы столь сложный вопросъ, какъ дѣло объ удаленіи кухонныхъ отбросовъ, къ участію въ которомъ ни врачи Коммиссіи, ни посторонніе спеціалисты не привлекались и все рѣшалъ предсѣдатель единолично.

*П. 7. Таже стр. и абз.* Мнѣ ставится въ упрекъ, что я якобы «беру на себя съ черезчуръ смѣлой авторитетностью критику научной правоспособности лица, *нынѣ* (курсивъ мой) функціонирующаго въ должности старшаго санитарнаго врача». Упрекъ этотъ мною незаслуженъ. Объективный тонъ моей статьи исключаетъ, я полагаю, всякія заподазриванія меня въ намекахъ на личности. Изъ контекста ясно, что я въ приводимомъ авторомъ «Отвѣта» мѣстѣ имѣлъ въ виду не то *лицо, которое теперь* занимаетъ должность, а отсутствіе даже въ проэктѣ инструкціи какихъ-бы то ни было гарантій подготовленности старшаго санитарнаго врача къ такой отвѣтственной роли. Я однако предусмотрѣлъ возможность неправильнаго толкованія этого мѣста моей статьи предубѣжденнымъ читателемъ и еще въ № 10 редакторъ «Русскаго Врача», по моей просьбѣ, любезно помѣстилъ на стр. 388 оговорку, что «я не имѣю въ виду умалить достоинство лица, впервые занявшаго эту должность, а хочу только подчеркнуть отсутствіе въ инструкціи пункта, юридически обезпечивающаго полную компетентность въ общественно-гигіэническихъ вопросахъ лица, назначаемаго старшимъ санитарнымъ врачемъ».

*П. 8. Таже стр., абз. 3.* Мое указаніе, что «старшій санитарный врачъ руководилъ функціями бюро не самостоятельно», въ «Отвѣтѣ» опровергается ссылкой на стр. 12 «Отчета санитарной Коммиссіи» за 1902 г.; но тамъ-то именно и сказано, что старшій санитарный врачъ руководилъ всѣмъ дѣломъ «съ участіемъ предсѣдателя». Къ чему понадобилась такая ссылка, остается загадкой, тѣмъ болѣе что нѣсколькими строками ниже авторъ «Отвѣта» самъ сознается, что «въ началѣ при учрежденіи Бюро предсѣдатель принималъ личное и весьма энергичное участіе въ этой организаціи». Мои-же указанія на невыясненность взаимо-отношеній старшаго санитарнаго врача и предсѣдателя, на безправіе старшаго санитарнаго врача и т. п. остаются безъ всякаго отвѣта. Указаніе на «совмѣстную коллегіальную работу» предсѣдателя врача и все-таки безправнаго, всецѣло зависящаго отъ предсѣдателя старшаго санитарнаго врача, звучитъ странно, остается тоже безъ доказательствъ и едва-ли можетъ кого-нибудь убѣдить. «При вспышкахъ различныхъ эпидемическихъ заболѣваній (предсѣдатель) участвовалъ въ особыхъ Совѣщаніяхъ думскихъ и санитарныхъ врачей»—сказано въ «Отвѣтѣ». Это—не совсѣмъ точно. Предсѣдатель не просто «участвовалъ», а самъ собиралъ врачей и самъ предсѣдательствовалъ въ этихъ Совѣщаніяхъ, вопреки уже всякимъ инструкціямъ. Само собою разумѣется, что такое предсѣдательствованіе не могло не стѣснять свободы сужденій подчиненныхъ предсѣдателю врачей и такія Совѣщанія никакого серьезнаго значенія имѣть не могли.

*П. 9. Таже стр., абз. 4.* Я говорю, что при современной системѣ выборовъ окружныхъ санитарныхъ попечителей, послѣдніе не могутъ быть истинными выразителями и представителями *санитарныхъ* нуждъ мѣстнаго населенія своихъ районовъ. Въ «Отвѣтѣ» это мое указаніе перифразировано и ставится вопросъ: «Почему гласные Думы не могутъ быть выразителями нуждъ мѣстнаго населенія»? Конечно, такая перифразировка искажаетъ смыслъ моего указанія; но тѣмъ не менѣе, создаетъ удобный поводъ автору «Отвѣта» совершенно незаслуженно упрекнуть меня въ томъ, что, будто-бы, я желаю исключительнаго выбора въ гласные и попечители лицъ одного слоя населенія». Мой «Очеркъ» ясно доказываетъ, насколько мнѣ чужды такія странныя мысли; но я полагаю, что, разъ на попечителя, по Думской Инструкціи, возлагаются обязанности, требующія не только общей интеллигентности (вродѣ: «изучать условія общественной жизни и быта, вредно вліяющія на здоровье населенія, и предлагать городской санитарной Коммиссіи мѣры къ ихъ устраненію и способы осуществленія послѣднихъ», § 1, п. в Инструкціи окружнымъ санитарнымъ попечителямъ), но и спеціальнаго знакомства съ вопросами общественнаго здравоохраненія (§ 1, п. б: «слѣдить за возникновеніемъ и развитіемъ въ городѣ опасныхъ заразительныхъ и мѣстныхъ болѣзней, съ принятіемъ мѣръ для ихъ искоренения и предотвращенія дальнѣйшаго распространенія») и при томъ никакихъ сотрудниковъ или руководителей имъ не дается, то, очевидно, для исполненія этихъ обязанностей, послѣдовательности ради, нужно было-бы требовать отъ попечителей и «достаточной общей интеллигентности» и даже «компетентности въ санитарныхъ вопросахъ». Ясно также, что я не противъ института попечителей, ни окружныхъ, ни участковыхъ, про которыхъ я (на стр. 210, строка 2-я) говорю, что это «симпатичный по основной идеѣ институтъ», но нахожу только, «что *при существующихъ условіяхъ* онъ не оправдываетъ своего назначенія» (см. п. 4 моихъ положеній). Слишкомъ, очевидно, что весь абзацъ совершенно затемняетъ мою, думается, вполнѣ вѣрную мысль.

*П. 10. Таже стр., абз. 5.* Здѣсь авторъ «Отвѣта» соглашается, что «Петербургская санитарная Коммиссія не имѣетъ ничего общаго съ тѣми санитарными Коммиссіями, которыя учреждены при многихъ земствахъ». Но въ слѣдующихъ строкахъ онъ уже затемняетъ основную разницу между ними; въ интересахъ ясности дѣла считаю нелишнимъ разъяснить, что главное отличіе заключается въ слѣдующемъ: въ земствахъ хозяйственная часть лежитъ на Управѣ, а санитарный Совѣтъ, состоящій изъ *врачей и гласныхъ* подъ предсѣдательствомъ избраннаго земскимъ Собраніемъ лица, даетъ только надлежащее руководство и направленіе дѣятельности, согласно съ требованіями науки и жизни. Такимъ образомъ хозяйственная и научно-практическая стороны здѣсь строго разграничены. Въ Петербургской же санитарной Коммиссіи все это сосредоточено въ одномъ органѣ—*исполнительной* Коммиссіи, а «общее наблюденіе за ходомъ санитарнаго дѣла» возложено (§ 6 Инструкціи), на одного предсѣдателя, ком-

петентность котораго въ вопросахъ общественной медицины, само собою разумѣется, ничѣмъ передъ Думою не гарантирована. Преимущество земской организаціи передъ Петербургской едва-ли требуетъ доказательствъ, и потому мое замѣчаніе «о неудобствѣ совмѣщенія чисто-хозяйственной и научно-практической дѣятельности» въ одномъ органѣ вполнѣ умѣстно и законно.

*II. 11. Стр. 409, абз. 1.* Тутъ авторъ «Отвѣта» сознается, что «нѣкоторые §§ Инструкціи попечителямъ уже устарѣли и болѣе не примѣняются на практикѣ», но прибавляетъ, что я, яко-бы, игнорирую это; послѣднее замѣчаніе не совсѣмъ вѣрно: такъ, напр., я указываю, что § 18 Инструкціи не примѣняется. Что же касается непримѣненія санитарной Коммиссіей утвержденныхъ Думою инструкцій только на томъ основаніи, что предсѣдатель Коммиссіи находитъ ихъ устарѣвшими, то едва-ли это законно. Я полагаю, что утвержденныя Думой Инструкціи для санитарной Коммиссіи обязательны и не примѣнять ихъ безъ разрѣшенія Думы Коммиссія не имѣетъ ни нравственнаго, ни юридическаго права. Если Коммиссія находила отдѣльные §§ Инструкціи устарѣвшими, ей надлежало войти о томъ съ представленіемъ въ Думу (что̀ и было сдѣлано ею по отношенію къ § 10 Инструкціи 8/ш 1900 г.), а не оставлять ихъ безъ примѣненія властью и усмотрѣніемъ предсѣдателя. Такое признаніе автора «Отвѣта» равносильно присоединенію къ постановленію IX Пироговскаго Съѣзда, что «существующая санитарная организація Петербурга неудовлетворительна». Мое мнѣніе, что «институтъ санитарныхъ попечителей (при существующей постановкѣ дѣла) оказался мертворожденнымъ дѣтищемъ, авторъ «Отвѣта» находитъ голословнымъ. Но одновременно онъ сознается, что «на обязанности попечителей лежитъ нынѣ преимущественно хозяйственная часть», и тѣмъ самымъ подтверждаетъ, что въ смыслѣ выполненія задачъ оздоровленія города, идеи, лежащей въ основѣ института, институтъ окружныхъ попечителей оказался мертворожденнымъ. Ясно также, что, разъ попечители заняты только хозяйственными дѣлами, то они «не могутъ быть въ курсѣ дѣлъ, обсуждаемыхъ санитарной Коммиссіей», если эти дѣла не чисто хозяйственныя, а врачебно-санитарныя; а отсюда вытекаетъ уже, какъ прямое слѣдствіе, выводъ, что, дѣйствительно, «ни о какой истинно-коллегіальной дѣятельности въ засѣданіяхъ Коммиссіи не можетъ быть и рѣчи». И такъ все это *вытекаетъ прямо изъ словъ самого автора* «Отвѣта»; почему же онъ тѣмъ не менѣе старается дискредитировать меня, утверждая, что я «или дѣйствительно нахожусь въ невѣдѣніи, или завѣдомо игнорирую истинное положеніе дѣла»? *А. Рубель.*

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

685. 5-го апрѣля въ Москвѣ защищалъ диссертацію *П. Б. Ганнушкинъ* на тему—«*Острая паранойя (paranoia acuta); клиническая сторона вопроса*» («Русскія Вѣдомости», 6 апрѣля).

686. Отбыли на Дальній Востокъ *врачебно-санитарные отряды*: 30-го марта изъ Одессы, Краснаго Креста, на 200 кроватей, въ составѣ 5 врачей, 17 сестеръ милосердія и 25 санитаровъ; 31-го марта изъ Херсона, Краснаго Креста, съ подвижнымъ лазаретомъ, въ составѣ 1 врача, 3 сестеръ милосердія и 3 санитаровъ и изъ Иваново-Вознесенска, Краснаго Креста, на 50 кроватей, въ составѣ 3 врачей, фельдшера, фельдшерицы, 8 сестеръ милосердія и 10 санитаровъ; 1-го апрѣля изъ Петербурга обеззараживающій отрядъ въ составѣ 3 врачей и 12 санитаровъ; 2-го апрѣля изъ Москвы, дворянскій, 1-ая партія; 4-го апрѣля изъ Петербурга, Краснаго Креста, въ составѣ 4 врачей, 39 сестеръ милосердія и 3 санитаровъ; 5-го апрѣля изъ Петербурга, Краснаго Креста, въ составѣ 1 врача и 50 сестеръ милосердія и изъ Москвы, дворянскій, 2-ая партія; 6 го апрѣля изъ Петербурга отрядъ г. Родзянко («Новое Время», 1—7 апрѣля; «Русскія Вѣдомости», 6 апрѣля).

687. *Снабженіе арміи и ея тыла лазаретами и отрядами Краснаго Креста* представляется, по словамъ «Новаго Времени» (7 апрѣля), въ такомъ видѣ. Въ Портъ-Артурѣ дѣйствуетъ плавучій госпиталь «Монголія» на 300 кроватей и лазареты Портъ-Артурской и Кронштадтской Общинъ на 250 кроватей, всего 3 лазарета на 550 кроватей. Въ районѣ Манчжурской арміи находятся лазареты 5 Общинъ на 200 кроватей, 7 летучихъ отрядовъ и 5 лазаретовъ по 25 кроватей, а всего на 1125 кроватей; кромѣ того, въ пути сюда находятся 5 лазаретовъ на 900 кроватей, 3 летучихъ и 2 отряда обеззараживателей; въ ближайшемъ будущемъ сюда же направляются еще 17 лазаретовъ на 1170 кроватей и 3 летучихъ отряда; всего такимъ образомъ въ этомъ районѣ въ скоромъ времени будутъ сосредоточены 32 лазарета Краснаго Креста на 3200 кроватей и 15 летучихъ отрядовъ. Въ районѣ сѣверо-восточнаго тыла арміи — Никольскъ-Уссурійскъ, Владивостокъ, Хабаровскъ, Благовѣщенскъ— имѣется 4 лазарета Краснаго Креста на 725 кроватей, приближаются 4 лазарета на 425 кроватей и предположены къ отправкѣ 7 лазаретовъ на 1200 кроватей, 2 летучихъ лазарета и 2 отряда обеззаразителей; всего здѣсь будетъ сосредоточено 15 лазаретовъ на 2350 кроватей. Въ западномъ тылу арміи, отъ Харбина до озера Байкала и Срѣтенска, находится 9 лазаретовъ на 875 кроватей и предназначенъ къ отправкѣ сюда Лифляндскій лазаретъ на 200 кроватей. Въ Европейской Россіи очень многія учрежденія Краснаго Креста, города и отдѣльныя лица предлагаютъ устройство лазаретовъ для больныхъ и раненыхъ, и уже теперь насчитывается предложеній новыхъ лѣчебницъ на свыше 700 кроватей. На собранныя земствами суммы, до 1.000000 р., устраиваются 50 этапныхъ лазаретовъ отъ 10 до 50 кроватей каждый, 5 такихъ лазаретовъ снаряжаетъ исполнительная Коммиссія Краснаго Креста и 4 поручены Московскому Комитету; всего въ этапныхъ лазаретахъ будетъ больше 1200 кроватей. Эвакуація будетъ совершаться по желѣзной дорогѣ, при чемъ снаряженіе санитарныхъ поѣздовъ совершается главнымъ образомъ военнымъ вѣдомствомъ, и по рр. Сунгари и Амуру. Эвакуацію воднымъ путемъ Красный Крестъ принялъ исключительно на себя. Въ настоящее время приступлено къ снаряженію 5 переселенческихъ баржъ, находящихся въ Срѣтенскѣ и Благовѣщенскѣ, и 11 баржъ Восточной Китайской ж. дороги въ Харбинѣ; для передвиженія баржъ Красному Кресту предоставлены пока 7 пароходовъ; на баржахъ будутъ дѣйствовать 16 лазаретовъ на 2000 кроватей, и, кромѣ того, исполнительная Коммиссія теперь же приступаетъ къ заготовкѣ еще разнаго типа лазаретовъ всего на 3000 кроватей.

688. «Сибирская Жизнь» (25 марта) передаетъ, что, по распоряженію намѣстника, въ различныхъ пунктахъ Уссурійской желѣзной дороги *должны быть приготовлены и снабжены всѣмъ нужнымъ имуществомъ, медицинскими принадлежностями и пр. помѣщенія на 20000 больныхъ и раненыхъ.* Пунктовъ такихъ предположено устроить 23. Окружное медицинское Управленіе приступило уже къ приспособленію временныхъ помѣщеній впредь до постройки бараковъ въ слѣдующихъ пунктахъ: Хабаровскѣ, Венюковой, Вяземской, Муравьевѣ-Амурскомъ, Иманѣ, Шмаковкѣ, Спасской, Черниговкѣ и Никольскѣ.

689. По словамъ «Новостей» (1 апрѣля), Петербургскій воспитательный домъ предоставилъ безплатно въ распоряженіе Краснаго Креста для нуждъ дѣйствующей на театрѣ военныхъ дѣйствій арміи *250 банокъ оспеннаго детрита на 3750 прививокъ.*

690. 25 марта врачи г. Керчи *тепло провожали* д-ра *Домашевича*, уѣзжавшаго на Дальній Востокъ («Южный Курьеръ», 28 марта).

691. Сенатомъ, какъ передаетъ «Бессарабецъ» (31 марта), преподаны городскимъ Управленіямъ разъясненія *ихъ правъ по увольненію врачей*, ими же назначенныхъ. По разъясненію Сената, при опредѣленіи и увольненіи тѣхъ изъ состоящихъ на службѣ по общественному Управленію лицъ, которыя не занимаютъ выборныхъ должностей, но пользуются правами государственной службы, должны примѣняться правила, установленныя въ уставѣ о службѣ по опредѣленію отъ правительства. Въ виду этого, въ случаѣ даже обнаруженныхъ врачебной ревизіей неправильностей со стороны врачей, назначенныхъ городской Управою, врачебное губернское начальство не въ правѣ дѣлать самостоятельныхъ распоряженій объ ихъ увольненіи, но должно сообщать о замѣченныхъ неправильностяхъ подлежащимъ Управамъ, для привлеченія виновныхъ къ законной отвѣтственности.

692. 17-го минувшаго февраля, какъ сообщаетъ «Кіевлянинъ» (3 марта), состоялось *Общее Собраніе участниковъ Кіевскаго Отдѣленія вспомогательной медицинской Кассы Я. А. Чистовича.* Собраніе было открыто предсѣдателемъ Комитета *В. Н. Сахновскимъ*, сообщившимъ о смерти въ декабрѣ 1903 г. старѣйшаго участника Кассы д-ра *И. Г. Гаевскаго*, который, вступивъ въ Кіевскую Кассу въ годъ ея учрежденія (1867 г.), оставался ей вѣренъ въ теченіи 37 лѣтъ. Память покойнаго была почтена вставаніемъ. Изъ доложенныхъ затѣмъ свѣдѣній о состояніи Кіевской Кассы за 1903 г. видно слѣдующее. Число участниковъ ея увеличилось на 11 чел. и къ 1/I 1904 г. достигло 115 чел. (около 19% всѣхъ проживающихъ въ Кіевской губ. врачей). Средства Кассы увеличились только на 222 р. и къ 1/I 1904 г. состояли изъ 751 р. наличными деньгами и 20500 р. %-ными бумагами. Такое небольшое увеличеніе средствъ Кіевской Кассы, никогда раньше не наблюдавшееся, объясняется тѣмъ, что Кассѣ пришлось въ теченіи 1903 г. произвести весьма значительные расходы на пенсіи семьямъ умершихъ участниковъ Кассы, а именно—ею выданы пенсіи 7 семействамъ на сумму 1962 р. Предсѣдатель Комитета сообщилъ затѣмъ о докладахъ на IX Пироговскомъ Съѣздѣ, касавшихся вопроса о матеріальномъ обезпеченіи врачей и ихъ семействъ *(В. И. Гребенщикова, Н. П. Андіона* и *А. В. Амстердамскаго)*, и привелъ извѣстное постановленіе Съѣзда 1903 г. земскихъ врачей Московской губ. «о нравственной обязанности» всѣхъ земскихъ врачей губерніи «вступить членами въ Кассу *Чистовича*, какъ самое прочное благотворительное учрежденіе, обладающее значительными средствами для оказанія своимъ членамъ помощи въ обширныхъ размѣрахъ». Комитетъ Кіевской Кассы въ настоящее время составляютъ: предсѣдатель — *В. Н. Сахновскій*, товарищъ предсѣдателя—*К. П. Сулима*, секретарь—*А. И. Косткевичъ*, казначей—*Ф. А. Савинъ* и члены—проф. *Ф. К. Борнгауптъ, Э. Н. Неезе, П. П. Подрѣзанъ* и проф. *С. П. Томашевскій*. «Комитетъ напоминаетъ товарищамъ-врачамъ о вспомогательной медицинской Кассѣ, участіе въ которой должно бы стать для каждаго изъ насъ нравственнымъ долгомъ и предъ товарищами, и предъ своею семьею». Кіевскихъ товарищей, желающихъ получить уставъ Кассы или какія-либо справки о ней, просятъ обращаться къ предсѣдателю Комитета д-ру *В. Н. Сахновскому* (Терещенковская ул., д. 17, ежедневно отъ 9 до 10 час. утра).

693. «Русскія Вѣдомости» (1 апрѣля) приводятъ изъ «Архангельскихъ Губернскихъ Вѣдомостей» слѣдующій *перечень докладовъ*, намѣченныхъ для предстоящаго лѣтомъ текущаго года *1-го Съѣзда врачей Архангельской губ.: Остроумовъ*—«О са-

нитарномъ состояніи гор. Архангельска и губерніи»; *Конанскій*—«Врачебно-санитарное состояніе Мурманскихъ рыбныхъ промысловъ»; *Багрянскій*—«Обзоръ медицинской части Кемскаго уѣзда»; *Куфко*—«О желательныхъ улучшеніяхъ въ постановкѣ медицинскаго дѣла въ Кемскомъ уѣздѣ: а) сельская медицина, б) заводская медицина»; *Лейбсонъ*—«О состояніи сельской медицины въ Пинежскомъ уѣздѣ»; *Мордвиновъ*—«Сельскій врачебный участокъ Печорскаго уѣзда», «Нормальная обстановка и инструментарія фельдшерскихъ и врачебныхъ пріемныхъ покоевъ» и «Нѣкоторыя особенности быта зырянъ въ Печорскомъ краѣ»; *Солнцевъ*—«Постановка медицинскаго дѣла въ Мезенскомъ сельскомъ участкѣ»; *Бобровъ*—«Постановка аптечнаго дѣла» и «Къ вопросу о низшемъ медицинскомъ персоналѣ»; *Лейбсонъ*—«О санитарномъ состояніи школъ въ Пинежскомъ уѣздѣ и физическомъ состояніи учащихся» и «Дѣтская смертность въ Пинежскомъ уѣздѣ и мѣры борьбы съ нею»; *Архангельскій*—«Смертность дѣтей въ Печорскомъ уѣздѣ» и «Заболѣваемость сифилисомъ въ Печорскомъ уѣздѣ»; *Меѳодіевъ*—«Сифилисъ въ Архангельской губерніи»; *Орнатскій*—«Постановка дѣла акушерской помощи населенію Архангельской губ.»; *Кутузовъ*—«Знахарство въ Архангельской губ., виды его, борьба съ нимъ»; *Ольшвангъ*—«Устройство домовъ общежитія, какъ одно изъ средствъ народнаго здравоохраненія». Указавъ на то, что послѣдній докладъ вызванъ мѣстными особенностями края—сильнымъ развитіемъ отхожихъ промысловъ и безусловнымъ отсутствіемъ для рабочихъ надлежащихъ помѣщеній, газета справедливо замѣчаетъ: «Докладъ этотъ невольно наводитъ на мысль, насколько существенно необходимо было-бы введеніе въ Архангельской губ. земскихъ учрежденій, которыя охотно откликнулись-бы на проэкты подобнаго рода. Въ свою очередь, и всѣ работы предстоящаго 1-го Съѣзда врачей Архангельской губ. могутъ имѣть плодотворную будущность, а пожеланія и проэкты найдутъ широкое осуществленіе въ томъ случаѣ, если губернія получитъ земскіе самоуправляющіеся органы».

694. *Преобразованіе земскаго хозяйства* на основаніи новаго закона предположено было ввести *въ Юго-западномъ краѣ* въ маѣ текущаго года, въ виду чего смѣта земскихъ повинностей была составлена Подольскимъ губернскимъ Комитетомъ лишь на 1 годъ, а не на 3-лѣтіе, какъ это установлено дѣйствующимъ закономъ. Въ видахъ успѣшнаго, по возможности, проведенія реформы губернскимъ начальствомъ были предприняты нѣкоторыя подготовительныя мѣры. При такомъ положеніи дѣла полною неожиданностью явилось полученное предложеніе Министерства внутреннихъ дѣлъ о составленіи губернскимъ распорядительнымъ Комитетомъ земской смѣты старымъ порядкомъ, и при томъ уже не на 1 годъ, а на цѣлое 3-лѣтіе съ 1905 г. Отложено-ли, говоритъ по этому поводу «Журналъ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*» (№ 1—2), откуда мы заимствуемъ это извѣстіе, на время введеніе новыхъ административно-хозяйственныхъ органовъ, или рѣшено не вводить ихъ въ Юго-западномъ краѣ вовсе, никому пока неизвѣстно; но имѣются нѣкоторыя серьезныя основанія полагать, что нѣсколько мѣсяцевъ, въ теченіи которыхъ новый законъ дѣйствуетъ въ губерніяхъ Могилевской, Минской и Витебской, уже успѣли вызвать разочарованіе въ его цѣлесообразности. Помимо неудачнаго въ общемъ личнаго состава новыхъ руководителей земскаго хозяйства въ названныхъ губерніяхъ, образованнаго путемъ назначенія, а не выборовъ, обратило на себя особое вниманіе высшихъ сферъ еще одно весьма существенное обстоятельство. Какъ извѣстно, по адрессу выборныхъ земскихъ учрежденій высказывались въ особомъ изобиліи упреки въ расточительности и чрезмѣрномъ обложеніи плательщиковъ земскими сборами. 3 года назадъ оно привело даже къ изданію закона о предѣльности земскаго обложенія, при чемъ ежегодный ростъ этого обложенія ограниченъ 3%. При опредѣленіи количества земскихъ сборовъ, необходимаго для удовлетворительной постановки земскаго хозяйства въ упомянутыхъ выше 3-хъ западныхъ губерніяхъ, обложеніе, какъ оказывается, было повышено тамъ сразу почти въ 3 раза, т. е. на 200%. Предварительныя совѣщанія по тому-же предмету въ Подольской губ. привели къ заключенію о необходимости еще болѣе высокаго обложенія земскихъ плательщиковъ (до 75 коп. съ десятины), такъ какъ только при этомъ условіи возможно достигнуть существенныхъ результатовъ въ области земскаго благоустройства.

695. Въ Колоярѣ Вольскаго уѣзда состоялись *теплые проводы* д-ра *Н. А. Глѣбова*, оставившаго службу врача Колоярской земской больницы. Д-ру *Глѣбову* былъ поднесенъ прочувствованный адрессъ отъ Совѣта учительской 2-классной школы и отъ населенія волости («Саратовскій Листокъ», 1 апрѣля).

696. Вышедшіе недавно «*Труды VIII Съѣзда врачей и предсѣдателей земскихъ Управъ Воронежской губ.* 25 августа—3 сентября 1903 г.» (Воронежъ, 1903—1904, 2 тома, 324 + 250 + 497 стр.) содержатъ: 1-й томъ—Делегатскіе доклады о состояніи земской медицины въ уѣздахъ; *І. И. Годыцкій-Цвирко*—«Краткій статистическій очеркъ состоянія земско-медицинской организаціи Воронежской губ. за 1902 г.»; *Т. Г. Вашкевичъ*—«Межуѣздная организація въ Воронежской губ.». (Авторъ въ заключеніи отмѣчаетъ полную жизнеспособность организаціи и «не можетъ не упомянуть добрымъ словомъ создателя этой организаціи, вложившаго въ него много знаній, труда и любви—*Н. И. Тезякова*, имя котораго тѣсно связано съ межуѣздной Воронежской сѣтью участковъ»); *А. И. Шингаревъ*—«Общегубернская санитарная организація въ Воронежской губ.»; *А. Н. Меркуловъ*—«О реорганизаціи Воронежской губернской земской больницы»; *Н. А. Вырубовъ*—«Объ организаціи психіатрическаго дѣла въ губерніи въ связи съ вопросомъ о ея децентрализаціи» (Авторъ высказывается за необходимость децентрализація, при чемъ все дѣло призрѣнія душевно-больныхъ, въ виду его общаго значенія для всей губерніи, должно находиться въ рукахъ земства. Губернская психіатрическая больница, какъ *лѣчебное* учрежденіе, не имѣетъ общегубернскаго значенія, которое ограничивается задачами колоніальнаго *призрѣнія* душевно-больныхъ); *А. Я. Рязановъ*—«Ивановское участковое санитарное Попечительство Воронежскаго уѣзда съ протоколами засѣданій и другими приложеніями» (Авторъ на опытѣ Ивановскаго Попечительства указываетъ, что таковыя являются въ рукахъ участковаго врача могучимъ орудіемъ въ борьбѣ съ дѣтской смертностью, съ сифилисомъ, способствуютъ развитію акушерской помощи, призрѣнію малолѣтнихъ дѣтей—сиротъ, проведенію различныхъ санитарныхъ мѣръ и пр. Желательно самое широкое распространеніе по губерніи санитарныхъ участковыхъ Попечительствъ); *К. Г. Славскій*—«Обзоръ состоянія земской медицины по делегатскимъ докладамъ» (Нельзя не отмѣтить, что въ Воронежской губ. 2 уѣзда (Воронежскій и Землянскій) почти осуществили 10-верстные радіусы участковъ и наканунѣ дальнѣйшаго сокращенія радіусовъ до 5—8 верстъ); *Онъ-же*. «Судьба постановленій прошлаго 1900 г. губернскаго Совѣщанія врачей» (Высказанныя Совѣщаніемъ пожеланія по поводу делегатскихъ докладовъ отъ уѣздовъ почти цѣликомъ осуществлены въ уѣздахъ—Землянскомъ, Воронежскомъ Острогожскомъ, частью осуществлены въ Коротоякскомъ, Нижнедѣвицкомъ, Богучарскомъ, Бобровскомъ, Новохоперскомъ и Бирюченскомъ; въ уѣздахъ-же Павловскомъ, Валуйскомъ, Задонскомъ не осуществлено почти ни одного изъ высказанныхъ Совѣщаніемъ пожеланій).—Во 2-мъ томѣ «Трудовъ» помѣщены: журналы засѣданій Съѣзда, доклады спеціальныхъ Коммиссій по отдѣльнымъ вопросамъ—по реорганизаціи губернской больницы, по разсмотрѣнію докладовъ по психіатріи *Н. А. Вырубова* и *С. С. Сергіевскаго* по докладу *К. Г. Славскаго* «Травматическія поврежденія при работахъ на сельско-хозяйственныхъ машинахъ и орудіяхъ» (Коммиссія большинствомъ голосовъ признала установленіе правилъ по введенію работъ на сельско-хозяйственныхъ машинахъ преждевременнымъ, а самыя правила неприменимыми къ условіямъ сельскаго хозяйства и подлежащими in toto переработкѣ), доклады Коммиссій по аптечному дѣлу, по призрѣнію покинутыхъ дѣтей, по вопросу о программѣ дѣятельности уѣздныхъ санитарныхъ врачей, по отдѣльнымъ вопросамъ о записи больныхъ, по проэкту инструкціи санитарнаго Совѣта и по вопросамъ фельдшерскаго быта (по послѣднимъ признано въ принципѣ желательнымъ учрежденіе повторительныхъ курсовъ для школьныхъ фельдшеровъ въ Воронежской губ. и участіе делегатовъ отъ фельдшеровъ въ уѣздныхъ санитарныхъ Совѣтахъ и губернскихъ Съѣздахъ врачей); *А. И. Шингаревъ*—«Болотная лихорадка въ Воронежской губ. за 1898—1900 гг.»; *Д. Н. Леоновъ*—«Докладъ по аптечному вопросу» (Исторія земской медицины по вопросу о пріобрѣтеніи лѣчебныхъ средствъ достаточно убѣдительно доказываетъ пользу пріобрѣтенія ихъ изъ первыхъ рукъ изъ за-границы и отъ крупныхъ русскихъ фабрикантовъ, при чемъ получается тѣмъ большая польза, чѣмъ больше объединяется уѣздовъ и чѣмъ лучшую и болѣе совершенную организацію они принимаютъ. Въ среднемъ пріобрѣтеніе лѣчебныхъ матеріаловъ изъ первыхъ рукъ давало земствамъ выгоды отъ 20 до 25%, колеблясь отъ 16 до 40%. Постановку аптечнаго вопроса въ уѣздахъ Воронежской губ. необходимо переустроить на основахъ общегубернской выписки, для чего всѣ уѣзды въ интересахъ дѣла должны объединиться); *А. А. Романовъ*—«О призрѣніи покинутыхъ дѣтей»; *М. А. Хворостанскій*—«Организація борьбы съ сифилисомъ въ Воронежскомъ уѣздѣ»; *С. С. Сергіевскій*—«Краткій очеркъ современнаго состоянія Воронежской психіатрической больницы»; *А. М. Фирсановъ*—«Объ организаціи оспопрививанія въ Воронежской губ.». (Оспопрививаніе поставлено въ губерніи неудовлетворительно. Наилучшей организаціей будетъ та, при которой оспопрививаніе ложитъ на обязанности участковыхъ врачей. При настоящихъ условіяхъ, когда въ большинствѣ уѣздовъ не выполненъ еще и 15-верстный радіусъ участковъ, это невозможно безъ ущерба для остальнаго медицинскаго дѣла. Пока единственнымъ болѣе вѣрнымъ средствомъ для упорядоченія оспопрививанія остается приглашеніе студентовъ или слушательницъ медицинскихъ курсовъ); *К. Г. Славскій*—«О поврежденіяхъ при работахъ съ сельско-хозяйственными машинами и орудіями»; *А. М. Холодковскій*—«Акушерство и гинекологія въ земской медицинѣ» (Акушерская помощь населенію ничтожна сравнительно съ потребностью; правильная организація помощи при родахъ возможна лишь при устройствѣ родильныхъ пріютовъ, являющихся вѣрнымъ предохранительнымъ средствомъ въ борьбѣ съ женской заболѣваемостью. Существованіе на самостоятельныхъ пунктахъ фельдшеровъ, какъ необладающихъ свѣдѣніями по гинекологіи и акушерству, не соотвѣтствуетъ интересамъ женскаго населенія въ деревнѣ); *С. М. Левашовъ*—«Краткій обзоръ глазной стаціонарной помощи въ участковыхъ больницахъ Воронежской губ. за 1900—1902 гг.» (Глазная помощь населенію можетъ быть создана исключительно наличными силами земскихъ врачей. Для всѣхъ земскихъ врачей, завѣдующихъ больницами, необходимо сдѣлать обязательнымъ лѣченіе глазныхъ заболѣваній какъ въ области чисто терапевтической, такъ и въ области хирургической); *І. С. Заруцкій* — «Оспенныя эпидеміи въ Воронежской губ. съ 1897 по 1903 г.» (Существующая организація оспопрививанія въ губерніи неудовлетворительна. Необходимъ надзоръ со стороны врачей за ходомъ оспопрививанія, въ особенности въ участкахъ, гдѣ оно производится ротными и пунктовыми

Digitized by Google

фельдшерами, для чего достаточна провѣрка въ 25—30% всѣхъ привитыхъ въ данномъ селеніи. Главнымъ условіемъ для борьбы съ оспою и правильной организаціи оспопрививанія являются расширеніе сѣти врачебныхъ участковъ и санитарная организація); «Докладъ Коммиссіи Воронежскаго санитарнаго Совѣта для выработки плана организаціи общедоступной медицинской помощи въ уѣздѣ» (Коммиссія, между прочимъ, пришла къ заключенію, что близкими къ нормальнымъ условіямъ дѣятельности врачебнаго участка слѣдуетъ признать 10-верстный радіусъ, 12000 посѣщеній въ годъ и снабженіе больницей. Принимая во вниманіе, что въ фельдшерскія пунктовыя амбулаторіи обращается въ общемъ только $1/3$ населенія, лишеннаго при томъ гинекологическаго и акушерскаго пособія, что при появленіи врача, даже не въ близкомъ сосѣдствѣ, обращаемость къ фельдшерамъ рѣзко падаетъ, что сами фельдшера, сознавая невыполнимость предъявляемыхъ къ нимъ населеніемъ требованій, признали на бывшемъ фельдшерскомъ Съѣздѣ желательность замѣны фельдшерскихъ пунктовъ врачебными, что экономія при сравненіи стоимости фельдшерскаго и врачебнаго пріема, равняющаяся въ среднемъ всего 6,2 коп. на каждаго больного, при своей незначительности идетъ не въ пользу, а въ ущербъ интересамъ населенія, Коммиссія полагаетъ, что *организація новыхъ фельдшерскихъ пунктовъ нежелательна и нераціональна*. Особенно непригодны на самостоятельныхъ пунктахъ ротные фельдшера, которые немедленно должны быть въ интересахъ приближенія къ населенію гинекологической и акушерской помощи замѣнены фельдшерицами-акушерками, впредь до организаціи здѣсь врачебныхъ участковъ).

697. «Южный Курьеръ» (28 марта) передаетъ, что на предстоящемъ экстренномъ Симферопольскомъ земскомъ Собраніи будетъ обсуждаться вопросъ *о коллегіальномъ завѣдываніи врачами Сакской грязелѣчебницей*, «такъ какъ никто изъ приглашавшихся врачей не согласился взять на себя обязанности старшаго врача».—Коллегіальное начало въ завѣдываніи лѣчебницами настолько серьезное дѣло, что мотивировка его въ данномъ случаѣ, если она передана вѣрно, намъ кажется, по меньшей мѣрѣ, странной.

698. «Сибирскій Вѣстникъ» (21 марта) такъ рисуетъ *положеніе душевно-больныхъ въ Приморской области*: «Въ Приморской области умалишенныхъ насчитываетя 840 чел., а лѣченіемъ изъ нихъ пользуются только 6—7. Остальные находятся «въ народѣ». «Причиняя окружающимъ горе, страданія и матеріальные убытки, эти душевно-больные обыкновенно содержатся прямо ужасно. Ихъ сажаютъ иногда на цѣпь, не заботятся о питаніи, по необходимости не даютъ никакого ухода. *Во всей Восточной Сибири нѣтъ ни одного пріюта для душевно-больныхъ*, и развѣ только тяжкое преступленіе, совершенное въ припадкѣ безумія, приводитъ кого-нибудь изъ этихъ людей въ тюрьму, и рѣдко—въ одну изъ городскихъ больницъ. Въ 1895—96 гг. граждане Владивостока собрали 6300 р. въ основаніе фонда для учрежденія больницы умалишенныхъ, но удовлетворить эту нужду такой небольшой суммой, конечно, не представлялось возможнымъ».

699. Въ Ковровскомъ (Владимірской губ.) врачебномъ Совѣтѣ обсуждалось предложеніе Меленковской земской Управы *объ изданіи обязательныхъ постановленій по поводу распространенія пастухами въ деревняхъ сифилиса*. Признавая въ принципѣ весьма нежелательнымъ всякаго рода принудительныя мѣры въ борьбѣ съ сифилисомъ, врачебный Совѣтъ высказался безусловно противъ предложенія Меленковской Управы. *И. В. Неаполитанскій* обратилъ вниманіе Совѣта на печальные случаи доносовъ со стороны крестьянъ, т. наз. санитаровъ, волостному Правленію о своихъ односельчанахъ, якобы захворавшихъ сифилисомъ. Волостное Правленіе сообщаетъ о заболѣвшихъ своему земскому начальнику, а послѣдній уже въ земскую Управу съ просьбой объ оказаніи помощи больнымъ черезъ участковаго врача. Посѣтившій больныхъ врачъ въ большинствѣ случаевъ убѣждается въ ложности доноса, который былъ сдѣланъ по злобѣ доносчика съ цѣлью доставить оговоренной имъ крестьянской семьѣ нравственныя мученія и массу неудобствъ, потому что такихъ крестьянъ сосѣди сторонятся, какъ зачумленныхъ («Вѣстникъ Владимірскаго губернскаго Земства», № 1).

700. Заимствуемъ изъ приложеннаго къ «Протоколамъ» засѣданій Кавказскаго медицинскаго Общества (1903 г., № 4) Отчета в.-медицинской Лабораторіи Кавказскаго военнаго округа нѣкоторыя *данныя о дѣятельности Лабораторіи за 1902 г.* Дѣятельность Лабораторіи за отчетный годъ была направлена такъ же, какъ и прежде, къ производству работъ и научныхъ изслѣдованій по вопросамъ санитарно-гигіеническимъ, судебно-медицинскимъ и практическому усовершенствованію врачей, фармацевтовъ и ветеринаровъ военнаго вѣдомства, временно прикомандированныхъ къ Лабораторіи. На содержаніе Лабораторіи, за исключеніемъ содержанія личнаго персонала, за отчетный годъ было отпущено, по различнымъ смѣтамъ, 4970 р., изъ коихъ 2000 р. предназначались на содержаніе *Pasteur*'овской станціи. Въ бактеріологическомъ отдѣленіи было произведено 14 изслѣдованій съ ветеринарно-распознавательными цѣлями на сапъ, 1 разъ изслѣдовалось содержимое гнойника по подозрѣнію на сапъ съ положительнымъ результатомъ; на дифтерію произведено 86 изслѣдованій у 69 лицъ. Кромѣ того, производились съ распознавательной и лѣчебною цѣлями изслѣдованія химико-микроскопическія и бактеріологическія: мочи, мокроты, крови, молока и другихъ выдѣленій и отдѣленій, а также гистологическія изслѣдованія тканей. На *Pasteur*'овской станціи лѣчились 436 чел., окончили лѣченіе 426; оставались отъ прошлаго года 11, а къ концу года состояло 20. Изъ числа подвергавшихся лѣченію было 248 мужчинъ (56,9%), 63 женщинъ (14,4%) и 125 дѣтей (28,7%). 73-мъ было отказано въ лѣченіи въ виду отсутствія необходимости въ немъ. Наибольшее число поступленій (84 чел.; 19,2%), какъ и въ прежніе годы, далъ Тифлисъ; изъ Терской области прибыло 11,4%, изъ Бакинской 6,6%. Закаспійская область одна дала 26% общаго числа поступившихъ на излѣченіе. Наибольшее число обращавшихся (134) были въ возрастѣ 15—25 л. Изъ поступившихъ были укушены собаками 363, волками—6, людьми—3, лисицей и свиньей по 2, кошкой и шакаломъ по 1. Въ теченіи 1-ой недѣли прибыли на станцію 208, 2-ой — 136, 3-ей — 42, 4-ой — 21 и позже — 29 чел. Составитель отчета, наглядности ради, сопоставилъ въ 3-хъ группахъ число больныхъ. Въ группѣ A имѣются указанія о больныхъ, укушенныхъ несомнѣнно бѣшеными животными; въ группѣ B бѣшенство опредѣлялось только вскрытіями укусившихъ животныхъ, а въ группѣ C оно только подозрѣвалось.

| | 1900 г. | 1901 г. | 1902 г. |
|---|---|---|---|
| Группа A | 19% | 10,69% | 15,1% |
| » B | 37,2% | 40,59% | 33% |
| » C | 43,7% | 48,63% | 50,7%. |

Изъ подвергавшихся лѣченію умеръ только 1, и то до окончанія курса лѣченія, а именно на 34-ый день послѣ укуса. Слѣд., % неуспѣха лѣченія въ отчетномъ году равенъ 0. За 1901 г. % смертности долженъ быть исправленъ, ибо на станціи получены свѣдѣнія о томъ, что изъ числа лѣчившихся въ этомъ году умеръ еще 1 черезъ 2 мѣс. послѣ окончанія лѣченія. Слѣд., % смертности за 1901 г. будетъ 0,42 (2 случая смерти на 477 укушенныхъ). Въ химическомъ отдѣленіи произведено 13 судебно-химическихъ изслѣдованій, 16 санитарно-гигіеническихъ, 11 пробъ муки и пр. Кромѣ того, произведено 108 качественныхъ и 57 количественныхъ анализовъ мочи.

701. «Нижегородскій Листокъ» (28 марта) передаетъ, что въ Нижегородскомъ уѣздѣ въ 1903 г. *ни въ одномъ волостномъ судѣ не было постановлено приговоровъ о тѣлесномъ наказаніи*; въ томъ же году по 10 приговорамъ прежнихъ лѣтъ розги уѣзднымъ Съѣздомъ и земскими начальниками были замѣнены другой карой.

702. До невѣроятности *дикое заявленіе* было сдѣлано въ Глазовскомъ уѣздномъ земскомъ Собраніи предсѣдателемъ Глазовскаго уѣзднаго Съѣзда г. Брановскимъ: при обсужденіи доклада Управы о женскихъ фельдшерскихъ курсахъ г. Брановскій высказалъ, что фельдшерскія ученицы отличаются нравственной распущенностью, и что самое *преподаваніе* на курсахъ *такихъ наукъ, какъ анатомія, физіологія и гинекологія, способствуютъ развитію* въ нихъ *эротической распущенности*... («Врачебная Хроника Харьковской губ.», № 78).—Эротоманы, какъ извѣстно, во всемъ окружающемъ способны узрѣть эротику!

703. «Южный Курьеръ» (28 марта) взводитъ на училищнаго врача Симферопольскаго городского училища обвиненіе въ томъ, будто-бы онъ, не смотря на то, что состоитъ платнымъ врачемъ училища, *почти никогда его не посѣщаетъ*. — Будемъ ждать опроверженія товарища.

704. Французскій врачъ *Vidal* въ 1902 г. выпустилъ въ свѣтъ брошюру «Объ отправленіи больныхъ-французовъ на иностранныя минеральныя воды». Въ книжкѣ этой онъ выражаетъ свое удивленіе по поводу множества французовъ, пребывающихъ на заграничныхъ водахъ, и нападаетъ на врачей минеральныхъ водъ за то, что они «позволяютъ себѣ подвергать больныхъ на водахъ иному лѣченію, чѣмъ минеральному,—терапевтическому и даже хирургическому». Въ виду этой брошюры синдикатомъ врачей минеральныхъ водъ Франціи было постановлено рѣшеніе, что «больной, отправляемый на курорты, подлежитъ только бальнеологическому лѣченію, для котораго онъ посланъ, исключая острыхъ и неотложныхъ случаевъ». По поводу такого болѣе, чѣмъ страннаго постановленія и брошюры г. *Vidal*'я д-ръ *Л. Б. Бертенсонъ* въ напечатанномъ въ «Bulletin général de thérapeutique» (23 марта) *открытомъ письмѣ д-ру А. Robin*'у, предсѣдателю означеннаго синдиката, вполнѣ справедливо указываетъ, что трудно усмотрѣть какіе-либо мотивы такого рѣшенія, кромѣ узко-эгоистическихъ и коммерческаго свойства. «Рѣшеніе синдиката нарушаетъ интересы больныхъ на водахъ и до извѣстной степени лишаетъ врачей водъ ихъ гражданскихъ правъ, пріобрѣтенныхъ врачебнымъ дипломомъ». Относительно патріотическихъ соображеній при выборѣ бальнеологическихъ станцій *Л. Б. Бертенсонъ* говоритъ, что, конечно, вполнѣ естественно, при равноцѣнности тѣхъ или другихъ курортовъ, отдавать предпочтеніе курортамъ отечественнымъ, но что для врача интересы больного должны стоять на первомъ планѣ и патріотическія соображенія должны отступать передъ соображеніями высшаго порядка, вытекающими изъ нуждъ и потребностей больныхъ.—Къ высказываемымъ *Л. Б. Бертенсономъ* мыслямъ можно, конечно, только всецѣло присоединиться.

705. Парижскій Conseil municipal постановилъ переименовать скверъ Bon-Marché въ *скверъ Potain*'а, а одну изъ 5 улицъ, проложенныхъ около больницы *Trousseau*, назвать *улицею Théophile-Roussel* («Gazette médicale de Paris», 9 апрѣля).—Неужели вопросъ о подобномъ-же способѣ чествованія памяти **В. А. Манассеина** въ Петербургѣ долженъ кануть въ Лету? И обидно, и стыдно!

706. «The Medical Age» (25 марта) передаетъ, что въ прошломъ мѣсяцѣ изъ Indianapolis'а отправлены въ Японію *236 амбулансовъ*.

707. Приводя изъ «Le Temps» *разсказъ о посѣщеніи репор-*

*теромъ русской замужней женщины, которая* имѣя 2-хъ дѣтей и ведя хозяйство, *изучаетъ медицину* въ Парижѣ, «Gazette médicale de Paris» (9 апрѣля) меланхолически замѣчаетъ: вотъ нравы, которые, къ несчастью, чужды намъ.

708. Въ Chicago'скомъ *Pasteur*'овскомъ Институтѣ (директоръ д-ръ *A. Lagorio*) со времени открытія его—2-го іюля 1890 г.—произведены *прививки противъ бѣшенства* 2026 больнымъ. Изъ нихъ 1807 были укушены собаками, 76 лошадьми, 57 кошками, 19 коровами, 18 хорьками, 25 другими животными и 22 людьми. Въ 982 случаяхъ укусы происходили отъ животныхъ, несомнѣнно бѣшенныхъ, въ 776 бѣшенство было опредѣлено по прижизненнымъ явленіямъ и въ 268 только заподозрѣно. Умерли 7 чел., т. е. 0,34% всѣхъ лѣченныхъ, сверхъ того 6 чел. прервали лѣченіе, и 2 изъ нихъ позднѣе умерли отъ водобоязни («The Medical Age», 25 марта).

709. Одинъ авторъ въ «Leslie's Monthly» съ цифрами въ рукахъ *опровергаетъ ходячее представленіе о матеріальномъ благополучіи врачей*. Въ Соединенныхъ Штатахъ, по его свѣдѣніямъ, имѣется около 200000 врачей, т. е. 1 на 350 населенія, и зарабатываетъ каждый изъ нихъ въ среднемъ всего 750 долларовъ въ годъ, между тѣмъ какъ уже обученіе въ хорошей медицинской школѣ въ теченія 4-хъ лѣтъ стоитъ 4000 долларовъ, затѣмъ 1000 долларовъ нужно затратить на 2 года больничной практики и столько-же на требуемое практическою дѣятельностью обзаведеніе («The Medical Age», 25 марта).

710. *10 врачей въ одной семьѣ.* Въ Lovington'ѣ (штатъ Illinois) д-ръ *J. D. Donovan*, 40 лѣтъ занимающійся медико-хирургическою практикою, имѣетъ 5 сыновей также врачей уже, а младшіе 4 изучаютъ медицину («American Medicine», 19 марта).

711. По свѣдѣніямъ «Daily Medical», Санитарное бюро штата Utah объявило войну изобрѣтателямъ и продавцамъ *патентованныхъ средствъ*, разоблачая ихъ продѣлки путемъ анализа снадобій. Итоги уже на первыхъ порахъ получились весьма назидательные для поклонниковъ этой профессіи: изслѣдованныя средства оказались смѣсями частью самыхъ невинныхъ и безполезныхъ веществъ, продаваемыми съ ростовщическою лихвою, частью содержащими немалыя количества спирта («American Medicine», 19 марта).

712. Въ Индѣйской территоріи Сѣв. Америки свирѣпствуетъ, по «Cansas City Journal», *эпидемія кори*, отъ которой индѣйцы умираютъ во множествѣ («American Medicine», 26 марта).

713. *Фибринозное воспаленіе легкихъ* за послѣднее время упорно удерживаетъ *въ Chicago* свое мѣсто недуга, дающаго наибольшее число смертей. Такъ, за недѣлю по 19/III оно унесло въ могилу 137 изъ 578 умершихъ, между тѣмъ какъ чахотка только 74; далѣе идетъ насильственная смерть съ 33 случаями, болѣзни сердца съ 32 и нервныя съ 28 («The Journal of the American Medical Association», 26 марта).

714. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 9 апрѣля). Въ Индіи за недѣлю по 5/III, 12/III и 19/III умерли 28919, 33517 и 40527 чел.,—цифры еще небывалыя; въ томъ числѣ Bombay'скій округъ далъ 6442, 7140 и 8500, Bengal'скій 3305, 4386 и 5000, Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh 6910, 8504 и 10000, Punjab 5550, 6431 и 10000. Изъ городовъ Cape Colony чума за недѣли по 5/III и 12/III отмѣчена въ Port-Elizabeth'ѣ—8 и 3 случая заболѣванія и 4 и 3 смерти, и въ Uitenhage—3 случая заболѣванія и 1 смерти и 2 въ больницѣ за недѣлю по 12/III. Кромѣ того, за это время болѣзнь появилась въ Transvaal'ѣ: съ 20/III по 3/IV 126 случаевъ заболѣванія (15 среди бѣлыхъ) и 70 смерти (7 бѣлыхъ) отмѣчено въ Iohannesburg'ѣ, тамъ же 2 случая заболѣванія и 1 смерти 5/IV, 9 случаевъ заболѣванія и 1 смерти (по 5/IV) въ Germiston'ѣ и 4 случая въ Benoni. Египетъ: 18/III обнаруженъ случай чумы въ Port-Said'ѣ.

715. Д-ръ *K. Kjellberg* въ Stockholm'ѣ началъ издавать *медицинскій еженедѣльникъ* подъ названіемъ «*Almänna Svenska Läkartidningen*», имѣющій служить—за прекращеніемъ, вслѣдствіе смерти въ прошломъ іюнѣ редактора д-ра *Simon*'а, журнала Eira—органомъ Общества шведскихъ врачей («The Journal of the American Medical Association», 19 марта).

716. *Умерли:* 1) 29-го марта, въ Смоленскѣ, *Константинъ Николаевичъ Перцевъ* («Днѣпровскій Вѣстникъ», 31 марта), родившійся въ 1868 г., а званіе врача получившій въ 1893 г.—2) 31-го марта, въ Пятигорскѣ, *Александръ Ивановичъ Пѣуновъ* («Новое Время», 5 апрѣля), родившійся въ 1852 г., а званіе врача получившій въ 1876 г.—3) 31-го марта на броненосцѣ «Петропавловскъ» *Иванъ Васильевичъ Костромитиновъ* («Биржевыя Вѣдомости», 3 апрѣля), родившійся въ 1874 г., а званіе врача получившій въ 1900 г.—4) 2-го апрѣля, въ Петербургѣ, отъ фибринознаго воспаленія легкихъ, бывшій медицинскій инспекторъ и главный врачъ госпиталя въ Портѣ Императора Александра III *Яковъ Ивановвчъ Билибинъ* («Новое Время», 5 апрѣля), родившійся въ 1838 г., а званіе врача получившій въ 1864 г.—5) 3-го апрѣля, въ Москвѣ, отъ міокардита, почетный членъ Московскаго губернскаго санитарнаго Совѣта и бывшій завѣдующій санитарнымъ бюро Московскаго губернскаго Земства *Евграфъ Алексѣевичъ Осиповъ*. Позволяемъ себѣ привести изъ прекраснаго некролога о покойномъ *И. В. Попова* («Русскія Вѣдомости», 5 апрѣля) нѣсколько строкъ, наиболѣе ярко характеризующихъ «творца общественной медицины», какъ онъ назвалъ покойнаго въ надгробной рѣчи. «Въ настоящее время съ полнымъ правомъ можемъ сказать одно, что земская медицина Московской губ., душой которой былъ *Осиповъ* и которой онъ отдалъ все свое пониманіе и силы, нашла въ немъ широкое, стройное и ясное выраженіе общественныхъ идеаловъ, вѣрную оцѣнку условій осуществленія ихъ, въ немъ же нашла она и настойчиваго проводника этихъ идеаловъ. Все это создало высокій и неоспоримый авторитетъ *Осипова* и сдѣлало его руководителемъ цѣлой школы земскихъ врачей»... «И исторически будетъ вѣрно, если скажемъ, что обаятельная личность покойнаго, привлекавшая къ себѣ всѣхъ, кто встрѣчался съ нимъ, немало содѣйствовала земствамъ Московской губ. въ привлеченіи именно въ первый, созидательный періодъ на службу земства вполнѣ подготовленныхъ и достойныхъ работниковъ: въ числѣ ихъ значатся имена *Эрисмана*, *Пескова*, *Архангельскаго*»... «Умеръ *Осиповъ*, не стало одного изъ самыхъ яркихъ и сильныхъ умомъ и практикой представителей созидательнаго періода общественной медицины. Нелегка была ихъ работа, но легко работалось имъ въ пору высокихъ общественныхъ идеаловъ. Теперь, быть можетъ, больше, чѣмъ въ другое время, общественная жизнь нуждается въ ясномъ и твердомъ руководительствѣ и вѣрномъ истолкованіи вновь выдвигаемыхъ жизнью сложныхъ потребностей. И нужно ли говорить, что лучшимъ ознаменованіемъ дѣятельности *Е. А. Осипова* было-бы сохраненіе его идеаловъ и настойчивое проведеніе ихъ въ жизнь. Пусть же духъ и завѣты *Осипова* неугасаемо живутъ въ насъ; позаботимся и о томъ, чтобы основанная Московскимъ губернскимъ Земствомъ и XIV губернскимъ Съѣздомъ врачей премія имени *Осипова*, такъ сочувственно принятая Пироговскимъ Обществомъ, выясняла въ появляющихся работахъ истинно-общественные идеалы и непрерывно напоминала о нихъ и намъ, и будущимъ работникамъ. И лучшій вѣнокъ на гробъ покойному мы положимъ именно усиленіемъ названнаго, все-же еще небольшого, капитала, образованнаго въ этихъ цѣляхъ. Тяжела и невознаградима потеря *Е. А. Осипова;* тяжесть ея мы можемъ облегчить, сохраняя въ себѣ живой духъ *Осипова* и проводя въ жизнь его завѣты. Тогда легка будетъ земля ему».—Родился *Е. А.* въ 1841 г., а званіе врача получилъ въ 1865 г. — 6) 3-го апрѣля, въ Москвѣ, *Николай Петровичъ Рѣщиковъ* («Русское Слово», 3 апрѣля), родившійся въ 1833 г., а званіе врача получившій въ 1858 г. — 7) Въ Тифлисѣ *Карлъ Гіацинтовичъ Доманскій* («Przegląd lekarski», 9 апрѣля), родившійся въ 1822 г., а званіе врача получившій въ 1853 г.—8) Въ Люблинѣ *Александръ Фортунатовичъ Янишевскій*, бывшій предсѣдатель и почетный членъ мѣстнаго врачебнаго Общества (тамъ-же), родившійся въ 1836 г., а званіе врача получившій въ 1862 г.

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти *С. А. Алафузова* (см. выше, № 14, стр. 522) сообщаемъ слѣдующій его некрологъ, любезно присланный намъ многоуважаемымъ товарищемъ *Н. П. Писменнымъ:* Родившись въ 1868 г., *С. А.* окончилъ курсъ Московскаго Университета въ 1893 г. и около года подготовлялся къ практической дѣятельности врача въ Глазной и Ново-Екатерининской больницахъ; затѣмъ занялъ мѣсто земскофабричнаго врача въ Клинскомъ уѣздѣ Московской губ., гдѣ 7 лѣтъ посвятилъ на устройство больницы и земскофабричнаго участка и гдѣ съ полнымъ чувствомъ вспоминаетъ его населеніе. Послѣдніе 3 года своей жизни *С. А.* провелъ на фабрикѣ Малютиныхъ въ с. Раменскомъ Бронницкаго уѣзда. По его скромности, немногіе знали его близко; но еще на университетской скамьѣ онъ пріобрѣлъ любовь за свою неизмѣнную порядочность и готовность оказать въ трудную минуту жизни нравственную поддержку, что и было засвидѣтельствовано въ надгробной рѣчи однимъ изъ близкихъ и благодарныхъ товарищей покойнаго. Въ этой всегдашней готовности помочь какъ истиннымъ соболѣзнованіемъ, такъ и безкорыстнымъ трудомъ никогда не отказывавшаго больнымъ врача находитъ себѣ объясненіе то горячее сочувствіе, которое выразилось во время недолгой болѣзни *С. А.* въ адрессѣ его женѣ, поднесенномъ рабочими Раменской фабрики. Свое чувство послѣ его смерти фабричные выразили въ нѣсколькихъ формахъ: въ сборѣ денегъ на вѣчное его поминовеніе, въ вѣнкахъ на гробъ, наконецъ, въ 2-хъ безыскусныхъ, но глубоко трогательныхъ рѣчахъ, произнесенныхъ надъ его могилой. Меньше 3-хъ лѣтъ прожилъ *С. А.* въ с. Раменскомъ, но и за это короткое время его оцѣнилъ фабричный людъ, и въ этомъ нельзя не видѣть общественнаго и воспитательнаго значенія жизни и дѣятельности этого скромнаго труженика. Идеальный товарищъ, какъ его назвалъ сослуживецъ врачъ, возлагая на его могилу вѣнокъ, *С. А.* отличался рѣдкой порядочностью души и простотой въ обращеніи. Также просто смотрѣлъ онъ и на всякое дѣло или событіе, обращаясь прямо къ его сущности и не придавая никакой цѣны внѣшнимъ формамъ. Вотъ почему *С. А.* не попалъ, напр., въ учредители молодого Общества фабричныхъ врачей, цѣлямъ котораго онъ горячо сочувствовалъ и которое оцѣнило свою первую утрату въ лицѣ *С. А.* адрессомъ его вдовѣ и сборомъ въ «Манассеинскій рубль».

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Англійскіе.

**Lepra.** Февраль. Т. IV. Тетр. 2.

1. **J. M. Mason.** *New Zealand and the Cook Islands, leprosy past and present.* Проказа на Новозеландскихъ островахъ и на о. Кука. 2. **Edouard Ehlers.** *La lèpre aux Antilles danoises.* Проказа на Антильскихъ островахъ. 3. **D. Hillis.** *The leper in British Guiana: A plea for leper asylums.* Проказа въ британской Гвіанѣ.

#### Нѣмецкіе.

**Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere.** Февраль. Т. CI. Тетр. 5 и 6.

1. **Martin Gildemeister.** *Untersuchungen über indirekte Muskelerregung und Bemerkungen zur Theorie derselben.* Опыты съ вырѣзанными мышцами; къ вопросу о непрямомъ возбужденіи мышцъ. 2. **C. Hess.** *Untersuchungen über den Erregungsvorgang im Sehorgan bei kurz-und bei längerdauernder Reizung.* Экспериментальное изслѣдованіе надъ способностью сѣтчатки къ цвѣтоощущенію. 3. **H. Iordan.** *Beiträge zur vergleichenden Physiologie der Verdauung.* Изслѣдованіе пищеварительной способности органовъ рѣчного рака.

**Beiträge zur klinischen Chirurgie.** Т. XL.

1. **Brunner.** *Weitere klinische Beobachtungen über Aetiologie und chirurgische Therapie der Magenperforation und Magenperitonitis.* 2. **Онъ же.** *Experimentelle Untersuchungen über Aetiologie und chirurgische Therapie der durch Mageninhalt bewirkten Peritonitis.* Экспериментально-клиническое, очень обстоятельное, изслѣдованіе о причинахъ и лѣченіи воспаленія брюшины, вызваннаго прободеніемъ желудочной стѣнки. 3. **Hilgenreiner.** *Entzündung und Gangrän des Meckel'schen Divertikels.* Описаніе 2-хъ случаевъ воспаленія и 1 случая ущемленія *Meckel*'ieва расширенія. 4. **Küttner.** *Die perforierenden Lymphgefässe des Zwerchfells und ihre pathologische Bedeutung.* О прободающихъ лимфатическихъ сосудахъ грудобрюшной преграды и ихъ значеніи въ патологіи. Анатомическое изслѣдованіе. 5. **Brunn.** *Ueber die supracondyläre Osteotomie des Femur bei genu valgum.* Отчетъ о 172 случаяхъ операціи по поводу genu valgum. 6. **Borszeky.** *Ueber Stich-und Schussverletzungen des Thorax.* О колоторѣзаныхъ и огнестрѣльныхъ раненіяхъ грудной клѣтки. Отчетъ о 301 случаѣ. 7. **Thrig.** *Wundbehandlung nach biologischem Prinzipe.* Біологическіе принципы въ дѣлѣ лѣченія ранъ. 8. **Albanus.** *Thrombosen und Embolien nach Laparotomien.* На 1140 случаевъ чревосѣченія закупорка въ сосудахъ наблюдалась въ 4,64%. 9. **Stich.** *Beiträge zur Magenchirurgie.* Обширная работа изъ клиники проф. *Garré*, обнимающая 159 случаевъ по хирургіи желудка. 10. **Heineke.** *Ein Fall von multiplen Knochencysten.* Случай множественныхъ мѣшетчатыхъ опухолей костей. 11. **Brunner.** *Zu den retropharyngealen Tumoren.* Полемическая замѣтка. 12. **Lippferrt.** *Ueber das Hygrom der Bursa trochanterica profunda.* Описаніе 3-хъ случаевъ. 13. **Honsell.** *Ueber Unfälle durch landwirtschaftliche Maschinen und ihre Verhütung.* О несчастныхъ случаяхъ и способахъ ихъ предупрежденія при работахъ съ сельско-хозяйственными машинами. 14. **Meisel.** *Ueber Enstehung und Verbreitungsart der Bauchfellentzündungen.* Очень обширное литературно-клиническое и экспериментальное изслѣдованіе о причинахъ возникновенія и путяхъ распространенія гнойнаго воспаленія брюшины вообще, а въ частности при пораженіи червеобразнаго отростка. 15. **Küttner.** *Experimentelle Untersuchungen zur Frage des künstlichen Blutersatzes.* При большихъ кровопотеряхъ совѣтуетъ, вмѣсто обыкновеннаго солевого раствора, впрыскивать въ вены солевой растворъ, насыщенный кислородомъ. 16. **Brunn.** *Ueber die juvenile Osteoarthritis deformans des Hüftgelenks.* Описаніе 2-хъ случаевъ. 17. **Kappis.** *Die Aneurysmen der Arteria occipitalis.* Описаніе случая. 18. **Самойленко.** *Ueber Cephalocele naso-frontalis.* Описаніе случая. 19. **Burkard.** *Die Dauererfolge der Orchidopexie nach Nikoladoni.* Объ отдаленныхъ результатахъ операціи укрѣпленія яичка по способу *Nikoladoni.* Отчетъ о 12 случаяхъ. 20. **Ebel.** *Zur Statistik des Carcinoms der Unterlippe.* Отчетъ о 180 случаяхъ операціи рака нижней губы.

**Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.** Февраль. Т. XV. № 3.

1. **Waldvogel** und **Tintemann.** *Die Natur der Phosphorvergiftung.* О химическихъ измѣненіяхъ въ печеночной паренхимѣ при отравленіи фосфоромъ.

**Correspondenz-Blatt für Schweizer-Aerzte.** Февраль. № 4. Т. XXXIV.

1. **Jul Pfister.** *Die gegenwärtigen Kenntnisse des Linsenernährung und der Katarakt-Entstehung.* Этіологія катаракты. 2. **H. Zangger.** *Deutung der Eigenschaften und Wirkungsweisen der Immunkörper.* Свойства иммунъ-тѣлъ. (Окончаніе). 3. **A. v. Lerber.** *Ein Fall von Purpura fulminans.* Описаніе случая. 4. **A. Masüger.** *Bemerkenswerter Diphtheriefall.* Рѣдкій случай дифтеріи.

**Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten.** Февраль. Т. XXXV. № 5.

1. **Hugo Selter.** *Ueber ein rotzähnliches Bakterium beim Menschen.* Описаніе одного вида бактеріи ложнаго сапа. 2. **A. Ghon** und **W. v. Preyss.** *Studien zur Biologie des Influenzabacillus.* Біологическія свойства палочекъ гриппа. 3. **H. Preisz.** *Studien über Morphologie und Biologie des Milzbrandbacillus.* Бактеріологическія изслѣдованія надъ бактеріями сибирской язвы. (Продолженіе). 4. **D. Ottolenghi.** *Ueber die feine Struktur des Milzbrandbacillus.* Тонкое строеніе бактерій сибирской язвы. 5. **Ludwig Kamen.** *Zur Aetiologie der Gasphlegmone.* Случай газовой флегмоны съ бактеріологическимъ изслѣдованіемъ. 6. **Claudio Fermi** und **E. Bussu.** *Untersuchungen über die Anaërobiosis.* Опыты съ выращиваніемъ микробовъ въ безкислородныхъ средахъ. (Не окончена). 7. **Daniel Konradi.** *Typhusbacillen im Brunnenwasser.* Изслѣдованіе питьевой воды на присутствіе въ ней микробовъ. 8. **Paul Steiger.** *Bakterienbefunde bei der Euterentzündung der Kuh und der Ziege.* (Окончаніе). 9. **E. Grawitz.** *Bemerkungen zu dem Artikel über «Die basophilen Körnungen im Blute Malariakranker und ihre Bedeutung» von Moritz Silberstein in № 1 dieses Bandes vom 5. Nov. 1903.* Полемическая статья. 10. **F. Marchand** und **J. C. G. Ledingham.** *Zur Frage der Trypanosoma-Infektion beim Menschen.* Случай зараженія человѣка трипанозомами. 11. **F. Fischoeder.** *Weitere Mitteilungen über Paramphistomiden der Säugetiere.* Описаніе нѣкоторыхъ животныхъ чужеядныхъ. 12. **A. Looss.** *Einige Bemerkungen zu Pieris «kurzer Erwiederung» etc.* Полемическая замѣтка. 13. **N. Murata.** *Ueber die Schutzimpfung gegen Cholera.* Предохранительныя прививки при холерѣ дали удовлетворительные результаты. 14. **Josef Schwoner.** *Ueber die hämolytische Wirkung des Loefflerschen Bacillus.* Опыты съ гемолизинами Löffler'овскихъ палочекъ. 15. **Dante Calamida.** *Das Hämolysin des Bacillus der Hühnercholera.* Опыты съ гемолизинами палочекъ куриной холеры. 16. **R. Sleeswijk.** *Bemerkung zum Artikel: Deutungsversuch der Eigenschaften und Wirkungsweise der Immunkörper.* Краткая замѣтка. 17. **Nikolaus Jancsó.** *Ergebnisse betreffend die Bedeutung der Milz-und Venenpunktion bei der bakteriologischen Diagnose des Typhus abdominalis.* Значеніе пробныхъ проколовъ въ распознаваніи брюшного тифа. (Не окончена). 18. **J. O. Wakelin Barratt.** *Centrifugalisation and disintegration in relation to the virus of Rabies.* Опыты надъ ядомъ бѣшенства. 19. **Franz Nagelschmidt.** *Gibt es latente Präzipitine?* На основаніи своихъ опытовъ авт. даетъ положительный отвѣтъ. 20. **E. Koch.** *Ueber die bakterizide Wirkung des Wismutsubnitrats und des Bismon (kolloidalen Wismutoxyds).* Бактеріеубивающее дѣйствіе висмута и его соединеній. 21. **F. W. Andrewes** und **K. S. P. Orton.** *A study of the disinfectant action of hypochlorous acid, with remarks on its practical application.* Обеззараживающее дѣйствіе хлорноватой кислоты и практическое его примѣненіе. (Не окончена). 22. **Alfred Liedke.** *Ueber die Desinfektion mit Karboformalglühblocks.* Обеззараживающее дѣйствіе карбоформала.

**Deutsches Archiv für klinische Medicin.** Февраль. Т. LXXIX. Тетр. 3 и 4.

1. **H. E. Hering.** *Über kontinuierliche Herzbigeminie.* 5 случаевъ длительной раздвоенной сердечной дѣятельности. 2. **Arthur Mayer.** *Über den Einfluss von Rhodanverbindungen auf den Stoffwechsel.* Вліяніе роданистыхъ соединеній на обмѣнъ веществъ. 3. **P. Morawitz.** *Beiträge zur Kenntniss der Blutgerinnung.* По опытамъ автора кровяныя пластинки заключаютъ въ себѣ много тромбогена. 4. **Richard Link.** *Wird bei Kaninchen und Meerschweinchen experimentell hervorgerufene Tuberkulose durch Injektionen von Hundeblutserum beeinflusst.* Опыты лѣченія собачьей кровяной сывороткой морскихъ свинокъ и кроликовъ, зараженныхъ бугорчаткой. 5. **Tokuye Kimura.** *Untersuchungen der menschlichen Blasengalle.* Анализъ человѣческой желчи. 6. **H. Quincke.** *Zur Pathologie der Harnorgane.* Рядъ случаевъ съ болѣзнями различныхъ отдѣловъ мочеотдѣлительныхъ путей. 7. **A. Heller.** *Über ein traumatisches Aortenaneurysma und traumatische Insuffizienz der Aortenklappen.* Случай травматическаго пораженія аорты и ея заслонокъ. 8. **Martin Hohlfeld.** *Zur Pathologie der Nieren bei den Magendarmerkrankungen des Säuglings.* Микроскопическія измѣненія въ почкахъ у грудныхъ дѣтей при заболѣваніяхъ желудочно-кишечнаго канала. 9. **G. Lang.** *Beobachtungen über Wasserausscheidung durch Haut und Lungen unter dem Einfluss des Fiebers und einiger anderer Faktoren.* Вліяніе лихорадки и нѣкоторыхъ другихъ условій на легочное и кожное дыханіе. 10. **Alfred Gross.** *Über Angina ulcero-membranosa.* О язвенной ложно-перепончатой жабѣ.

**Schmidt's Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten Medicin.** Февраль. Т. CCLXXXI. Тетр. 2.

1. **F. B. Hofmann.** *Die neurogene und myogene Theorie der Herzthätigkeit und die Funktion der inneren Herznerven.* Литературно-критическій обзоръ. 2. **Zaudy.** *Bericht über neuere Arbeiten aus dem Gebiete der Physiologie und Pathologie des Blutes.* Обзоръ новѣйшихъ работъ по физіологіи и патологіи крови. 3. **Louis Blau.** *Bericht über die neueren Leistungen in der Ohrenheilkunde.* Новѣйшія работы въ области ушныхъ болѣзней.

**Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie.** Т. LI. Тетр. 1.

1. **Oscar Polano.** *Ueber Pseudoendotheliome des Eierstocks.* Рядъ гистологическихъ изслѣдованій. 2. **Georg Burckhard.** *Ueber Rückbildungsvorgänge am puerperalen Uterus der Maus*

Digitized by Google

Микроскопическое изслѣдованіе матки мыши въ послѣродовомъ періодѣ. 3. **Weinbrenner.** *Ueber interstitielle Schwangerschaft.* 2 случая межуточной беременности. 4. **Victor Albeck.** *Ueber die subchorialen Cysten.* О кистахъ плодныхъ оболочекъ. 5. **G. Winter.** *Die wissenschaftlichen Grundlagen der conservativen Myomoperation.* Критическій обзоръ, въ концѣ котораго авторъ настойчиво совѣтуетъ при операціи удаленія мышечныхъ опухолей матки примѣнять т. наз. сохраняющій способъ.

**Zeitschrift für Heilkunde.** Январь. Т. XXV. Тетр. 1.

1. **J. Erdheim.** *Beiträge zur pathologischen Anatomie der menschlichen Epithelkörperchen.* 8 препаратовъ, изслѣдованныхъ микроскопически. 2. **Hugo Raubitschek.** *Ueber die Brustdrüsen menschlicher Neugeborener.* Изслѣдованіе грудной железы у новорожденныхъ. 3. **Georg Joannovics.** *Experimentelle Untersuchungen über Ikterus.* Опыты на собакахъ и кошкахъ. Цѣль опытовъ вызвать желтуху у животныхъ нормальныхъ и лишенныхъ селезенки. 4. **Karl Ritter von Stejskal.** *Ueber Aenderungen der Empfindlichkeit des Organismus für Toxine durch schädigende Momente.* Измѣненіе чувствительности животныхъ (морскихъ свинокъ) къ токсинамъ. 5. **Carl Sternberg.** *Zur Kenntniss des Myeloms.* 3 случая съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ.

Февраль. Т. XXV. Тетр. 1.

1. **Emil Adler.** *Ein Fall von spontaner transitorischer Glykosurie bei Meningitis cerebrospinalis.* Описаніе случаевъ. 2. **Jiro Otori.** *Zur Lehre von der Pentosurie.* Химическое изслѣдованіе мочи на присутствіе пентозы. 3. **Eduard Wurdack.** *Ein kasuistischer Beitrag zur Kenntniss der Endocarditis ulcerosa.* Случай язвеннаго эндокардита. 4. **Franz Erben.** *Ueber die Verteilung der stickstoffhaltigen Substanzen des Harnes bei einigen akuten Infektionskrankheiten.* О выдѣленіи мочею нѣкоторыхъ азотосодержащихъ веществъ при нѣкоторыхъ острыхъ заразныхъ болѣзняхъ.

**Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten.** Февраль. Т. XLVI. тетр. 1.

1. **Gust. Hesse.** *Beiträge zur Herstellung von Nährböden und zur Bakterienzüchtung.* Авторъ совѣтуетъ при изготовленіи питательныхъ средъ примѣнять рядъ предосторожностей, какъ-то: употреблять стеклянную посуду, не отдающую щелочей, нейтрализовать, употребляя въ качествѣ индикатора фенолфталеинъ и т. д. 2. **Priefer.** *Aetiologie, Incubationszeit und klinische Krankheitserscheinungen bei einer Typhusepidemie.* Описаніе одной тифозной эпидеміи. 3. **R. Kraus** und **B. Lipschütz.** *Ueber Bakterienhämolysine und Antihämolysine.* Различіе между нормальнымъ антигэмолизиномъ и искусственнымъ, не качественное, а количественное. 4. **H. Trautmann.** *Wie verhalten sich die klinischen Affectionen: Fleischvergiftung und Paratyphus zu einander.* И при отравленіи рыбнымъ ядомъ наблюдаются припадки, похожіе на брюшно-тифозные. 5. **А. Мануйловъ.** *Die Mortalität in Folge von Krebsleiden in den Petersburger städtischen Hospitälern für die Jahre 1890—1900.* Статистическія данныя. 6. **Ivo Bandi.** *Klinisch-experimentelle Studien über die Aetiologie und Patholog enesis des gelben Fiebers.* Бактеріологическое и микроскопическое изслѣдованіе крови при желтой лихорадкѣ, а также клиническія наблюденія при ней. 7. **Germund Wirgin.** *Vergleichende Untersuchung über die keimtödtenden und die entwickelungshemmenden Wirkungen von Alkoholen der Methyl,-Aethyl,-Propyl,-Butyl,-und Amylreihen.* Бактеріеубивающія свойства спиртовъ метиловаго, этиловаго, пропиловаго, бутиловаго и амиловаго рядовъ.

### Французскіе.

**Annales de dermatologie et de syphiligraphie.** Февраль. Т. V. № 1.

1. **Ch. Audry.** *Des érythémato-scléroses et, particulièrement, de l'érythémato-sclérose pemphigoide.* Описаніе случая, на основаніи котораго авт. устанавливаетъ свою классификацію эритемъ. 2. **R. Stanziale.** *Contribution à l'étude du pemphigus végétant de Neumann.* Случай пузыревиднаго заболѣванія кожи съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 3. **Emery** et **Umbert.** *Un cas de lichen verruqueux du cuir chevelu.* Описаніе случая и рисунокъ.

**Annales de gynécologie et d'obstétrique.** Февраль. Т. I.

1. **A. Pinard.** *Du fonctionnement de la maison d'accouchements Baudelocque (clinique de la faculté) depuis sa creation (1889) jusqu'au 1-er janvier 1904.* Отчетъ о дѣятельности учрежденія за 5-лѣтній періодъ. 2. **P. Mauclaire.** *Trois cas de stomatoplastic du col utérin.* Описаніе случаевъ и рисунки операціоннаго поля. 3. **Pierre Cazeux.** *Des modifications de la muqueuse utérine au cours de l'évolution des grossesses ectopiques.* Гистологическое изслѣдованіе слизистой оболочки матки во время внѣутробной беременности. 4. **Ch. L. Gauthier.** *Hématométrie post partum.* Случай. 5. **R. Labusquière.** *Des corps jaunes; leur fonction.* Критическій очеркъ вопроса о значеніи желтаго тѣла. 6. **Д. О. Оттъ.** *De l'éclairage direct en gynécologie.* Переводъ статьи, напечатанной въ «Журналѣ акушерства и женскихъ болѣзней».

**Annales de l'Institut Pasteur.** Январь. № 1.

1. **И. И. Мечниковъ** et **Em. Roux.** *Étude expérimentales sur la syphilis.* Опыты ослабленія сифилитическаго яда проведеніемъ его черезъ организмъ обезьянъ. 2. **R. Sabouraud** et **H. Noire.** *Les teignes cryptogamiques et les rayons x.* Лѣченіе стригущаго лишая лучами-х. 3. **J. Bordet** et **O. Gengou.** *Recherches sur la coagulation du sang.* Къ вопросу о свертываніи крови. Критическій очеркъ. 4. **Louis Cruveilhier.** *De la valeur thérapeutique des injections de sérum dans la diphtérie suivant les doses et la voie de pénétration.* Въ теченіе дифтеріи есть періодъ, когда антитоксинъ вовсе не дѣйствуетъ.

**Annales des maladies des organes génito-urinaires.** Февраль. № 3. Г. 22.

1. **Noël Hallé** et **Boleslas Motz.** *Contribution à l'anatomie pathologique de la tuberculose de l'appareil urinaire.* О бугорчаткѣ въ мочевомъ пузырѣ съ микроскопическими изслѣдованіями и рисунками. (Не окончена). 2. **Gerolamo Bagozzi.** *L'uréthrotomie interne.* Разборъ работы д-ра *Bagozzi.*

№ 4.

1. **Noël Hallé** et **Boleslas Motz.** *Contribution à l'anatomie pathologique de la tuberculose de l'appareil urinaire.* (Продолженіе). 2. **G. Bagozzi.** *Une nouvelle modification à l'urétrotome de Maisonneuve.* Описаніе и рисунокъ прибора. 3. **G. Calvet.** *Les méthodes nouvelles du traitement de l'hypospadias.* Разборъ этого произведенія. 4. **A. Tournade.** *Étude sur les modifications du testicule consécutives à l'interruption du canal déférent rôle pathogénique des kystes à spermatozoides.* Критическій разборъ.

**Annales d'hygiène publique et de médecine légale.** Январь. Т. I.

1. **P. Brouardel.** *Intoxications accidentelles par le mercure.* Литературно-критическій обзоръ. 2. **G. Mesureur.** *L'assistance médicale à domicile pendant les années 1899, 1900, 1901.* Статистическія данныя. 3. **H. Vincent.** *Le diagnostic médico-légal du sang humain application de la méthode biologique.* Нѣсколько пробъ съ сывороткой животныхъ, обработанныхъ человѣческой кровью. 4. **P. Reille.** *1-er congrès national contre l'alcoolisme.* Краткій отчетъ о Съѣздѣ.

Февраль. Т. I.

1. **P. Brouardel.** *La conférence sanitaire internationale de Paris.* Отчетъ о Совѣщаніи. 2. **P. Reille.** *1-er congrès national contre l'alcoolisme 26—29 octobre 1903.* (Продолженіе отчета). 3. **P. Brouardel.** *Intoxication chronique par le plomb.* Литературно-критическій обзоръ.

**Archives d'électricité médicale experimentales et cliniques.** Февраль. № 135. Г. 12.

1. **Virgilio Machado.** *L'identité entre les lois de Pflüger et celles de Brenner prouvée par la découverte de la double polarisation.* Подтвержденіе способомъ двойной поляризаціи тождества законовъ *Pflüger*'а и *Brenner*'а. 2. **H. Bordier.** *Efficacité de la galvanofaradisation dans le traitement de la constripation habituelle et de l'entéro-colite muco-membraneuse.* Лѣченіе привычныхъ запоровъ и слизисто-перепончатыхъ колитовъ гальваническимъ токомъ. 3. **T. Marie.** *Nouvel appareil photothérapique à arc électrique; considérations qui justifient son emploi.* Описаніе и рисунокъ прибора.

**Archives de médecine et de pharmacie militaires.** Февраль. Т. XLIII. № 2.

1. **F. Benoit.** *Une épidémie de peste à Blida en 1903.* Описаніе случая. 2. **Coste.** *Considérations sur la méningite cérébro-spinale.* По поводу 3-хъ случаевъ. 3. **Isambert** et **Petit.** *Blessure de l'artère fémorale gauche par une pointe de couteau. Anévrysme faux consécutif. Ligature.—Guérison.* Раненіе артеріи. Излѣченіе образовавшейся аневризмы оперативнымъ путемъ. 4. **Brousse.** *Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu (revolver calibre 12). Laparotomie.—Décès.* Описаніе случая. 5. **Fréderic Antony.** *Service de santé de l'armée Italienne.* Состояніе военной медицины въ Италіи.

**Archives italiennes de biologie.** Январь. Т. XL.

1. **Rina Monti.** *Les fonctions de sécrétion et d'absorption intestinale étudiées chez les animaux hibernants.* Изслѣдованіе выдѣлительной и всасывающей дѣятельности кишечника у животныхъ, подверженныхъ зимней спячкѣ. 2. **A. Stefani.** *Sur la fonction non acoustique ou fonction d'orientation du labyrinthe de l'oreille.* Опыты, касающіеся отправленій полукруглыхъ каналовъ. **Онъ-же.** *Les vésicules de la môle hydatigène ne représentent par des villosités choriales altérées, mais une néoproduction exclusivement épithéliale. La môle vésiculaire et le chorioépithélioma malin sont histologiquement identiques.* Микроскопическое изслѣдованіе пузырнаго заноса. 4. **G. Manca** et **D. Casella.** *Le cours de l'inanition absolue chez le «Gongylus occellatus» à la lumière diffuse et dans l'obscurité.* Экспериментальное изслѣдованіе. 5. **F. Kiesow.** *Contribution à l'étude de la vélocité de propagation du stimulus dans le nerf sensitif de l'homme.* Скорость распространенія возбужденія по нерву у человѣка. 6. **P. Giacosa.** *Sur le mode de se comporter de l'oxyde de carbone dans l'organisme.* Вліяніе окиси углерода на организмъ животныхъ. 7. **R. Pirone.** *Sur la fonction protectrice du grand épiploon.* Защитительная способность большого сальника.

**Archives de neurologie.** Февраль. Т. XVII. № 98.

1. **Alexandre.** *Epilepsie: Pathogénie et indications thérapeutiques.* Къ вопросу о физіологическомъ значеніи щитовидной железы. 2. **A. Cullerre.** *Un nouveau cas de paralysie générale conjugale.* Описаніе случая. 3. **Charpentier.** *Dernières conceptions de l'hypnotisme et de l'hystérie.* Критическій обзоръ.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

# LXVII. Войны и эпидеміи.

Ч. пр. Кіевскаго Университета **А. В. Корчакъ-Чепурковскаго.**

Вспыхнувшая на Дальнемъ Востокѣ война не только привлекаетъ вниманіе насъ, врачей, какъ гражданъ своего отечества, но ставитъ насъ въ особое положеніе въ томъ отношеніи, что нерѣдко наше врачебное участіе въ дѣлѣ войны не заканчивается періодомъ военныхъ дѣйствій, а продолжается и дальше, въ виду переноса внутрь страны съ театра военныхъ дѣйствій нѣкоторыхъ эпидемическихъ заболѣваній. Съ этой точки зрѣнія борьба съ эпидеміями на театрѣ военныхъ дѣйствій является дѣломъ огромной важности. Да и сами по себѣ эпидеміи среди войскъ настолько губительны для послѣднихъ, что при возбужденіи вопроса объ организаціи врачебной помощи на театрѣ военныхъ дѣйствій никоимъ образомъ не слѣдуетъ исходить единственно изъ мысли—оказывать помощь раненымъ и вообще пострадавшимъ отъ непріятельскаго огня. Между тѣмъ и въ обществѣ, и среди врачей, незнакомыхъ лично съ потребностями во врачебной помощи военнаго времени, естественно, господствуетъ мнѣніе, что на войнѣ нужна только хирургическая помощь. Конечно, военное вѣдомство и военно-врачебная организація не могутъ быть неосвѣдомлены съ тѣми потребностями въ борьбѣ съ болѣзнями, причиняемыми эпидеміями, которыя указываются исторіей войнъ. Но организація *частной* помощи, особенно производимая столь поспѣшно, какъ пришлось въ настоящее время, поскольку можно судить и по тому, какъ она велась въ прежнія войны, и по тому, что дѣлается теперь въ провинціяхъ, напр., хотя бы, въ Кіевѣ, указываетъ, по моему мнѣнію, по меньшей мѣрѣ на односторонность взгляда на задачи частной врачебной помощи на войнѣ. Организуются госпитали по возможности на большее (200 кроватей) число больныхъ, врачами приглашаются непремѣнно хирурги, запасы инструментовъ, перевязочныхъ средствъ и разныхъ приспособленій дѣлаются исключительно для потребностей оказанія помощи на перевязочныхъ пунктахъ и по меньшей мѣрѣ вблизи къ боевой линіи—раненымъ. О помощи больнымъ не-хирургическимъ и въ частности поражаемымъ войсковыми эпидемическими болѣзнями, по видимому, нѣтъ и рѣчи.

Вышеизложенныя обстоятельства побудили меня разсмотрѣть вопросъ о характерѣ болѣзненности и смертности во время войнъ. Конечно, съ практической точки зрѣнія, наибольшій интересъ представляютъ, во 1-хъ, войны ближайшаго времени и, во 2-хъ, войны, которыя вела Россія. Къ сожалѣнію, особенно относительно 2-го пункта слѣдуетъ сказать, что статистическій матеріалъ страдаетъ существенными недостатками: нерѣдко нельзя опредѣлить не только характера заболѣваемости и силы отдѣльныхъ заболѣваній, господствовавшихъ въ войскахъ, но даже отдѣлить раненыхъ отъ больныхъ и вывести относительныя цифры пораженій непріятельскимъ огнемъ и болѣзнями къ численности арміи. Однако и цифровой матеріалъ, и наблюденія врачей, принимавшихъ участіе въ войнахъ, даютъ отвѣты на многіе вопросы желающему уяснить себѣ, какого рода заболѣваемость и смертность наблюдается въ войскахъ во время военныхъ дѣйствій и какъ, въ соотвѣтствіи съ этимъ, должна быть организова-

Табл. А.

| Названіе войнъ и дѣйствующихъ армій. | Численность арміи | Число оставшихся на полѣ сраженія убитыхъ. | Число умершихъ отъ ранъ впослѣдствіи. | Итого потеря отъ непріятельскаго оружія. | Число умершихъ отъ болѣзней (не считая умершихъ отъ ранъ). | Общая потеря въ войну. | % потери отъ непріятельскаго оружія къ общему числу потерь. | % потерь отъ болѣзней къ общему числу потерь. | Отношеніе потерь отъ непріятельскаго оружія къ потерямъ отъ болѣзней. | Продолжительность войны. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Русско-Турецкая 1828—1829 (за независимость Греціи). Русская армія | 115000 | ? | ? | 20000 | 80000 | 100000 | 20% | 80% | 1 : 4 | 1 г. 4 м. |
| 2. Русско-Турецкая 1877—1878 г. (за освобожденіе Болгаръ). Русская армія (Дунайская и Кавказская) | 736526 | 30000 | 6455 | 36455 | 87621 | 124076 | 29,3 | 71,7 | 1 : 2,4 | 1 г. 4 м. |
| 3. Крымская [1854—1856 г. [1])]. Русская армія | Н ѣ | т ъ | с в ѣ | д ѣ н | і й. | | | | | Болѣе 2-хъ лѣтъ. |
| Севастопольскій отрядъ | 169538 | — | — | — | — | 86396 | — | — | — | — |
| Французская армія | 309263 | 10240 | 10000 | 20240 | 75375 | 95615 | 21,2 | 78,8 | 1 : 3,7 | — |
| Англійская | 97864 | 3843 | 1761 | 4604 | 17580 | 22184 | 20,8 | 79,2 | 1 : 3,8 | — |
| Австрійскій «наблюдательный корпусъ» | 283000 | Въ сражен | іяхъ не уч | аствовалъ. | 35000 | — | — | — | — | — |
| 4. Итальянская (1859 г.). Французская армія | 128225 [2]) | ? | ? | 5498 | 2040 | 7538 | 72,9 | 27,1 | 1 : 0,37 | Менѣе года. |
| 5. Австро-Прусская (1866 г.). Союзная армія (подъ главенствомъ Пруссіи) | 438000 | 2931 | 1519 | 4450 | 6427 | 10877 | 40,9 | 59,1 | 1 : 1,4 | — |
| 6. С.-Американская Гражданская (1861—1865) | 807000 [3]) | ? | ? | 93969 | 186742 | 280711 | 33,5 | 66,5 | 1 : 2 | 4 года. |
| 7. Франко-Прусская (1870—1871 г.). Нѣмецкая армія | 887000 [4]) | ? | ? | 28282 | 12599 | 40881 | 71,05 | 28,95 | 1 : 0,4 | 7 мѣс. |

[1]) О Русской арміи, къ сожалѣнію, свѣдѣнія сбивчивы какъ у русскихъ авторовъ, такъ и у иностранныхъ; такъ, *Karup* и *Hausner* исчисляютъ общую потерю у насъ въ 256000 чел., а *Chenu*—въ 630000, въ то время, какъ *Стефановскій* и *Соловьевъ* опредѣляютъ ихъ только въ 137000, считая число убитыхъ въ сраженіяхъ 24577, умершихъ впослѣдствіи отъ ранъ 15971 и умершихъ отъ болѣзней—88755 (и здѣсь неточность, такъ какъ при подсчетѣ этихъ слагаемыхъ получается сумма потерь только 129303). Проф. *Гюббенетъ* считаетъ въ одномъ Севастополѣ (при численности арміи въ 169538 чел.) убитыхъ и умершихъ отъ ранъ и болѣзней—86396. *Н. И. Пироговъ* не пытается приводить статистики убыли русскихъ войскъ, хотя приводитъ цифры для французской и англійской арміи.

[2]) Свѣдѣнія о потеряхъ въ Итальянскую войну разнорѣчивы у разныхъ авторовъ. Я взялъ цифры *Morache*'а.—*Н. И. Пироговъ* даетъ слѣдующія данныя: составъ арміи 200000 (но нужно думать, что онъ принимаетъ всю союзную армію, состоявшую изъ Французовъ, Сардинцевъ и Неаполитанцевъ), число потерь отъ непріятельскаго оружія 6174 и отъ болѣзней—2500. Другіе опредѣляютъ общія потери союзниковъ въ 10205 чел., изъ которыхъ остались на полѣ сраженія 2536, умерли впослѣдствіи отъ ранъ 2962 (слѣд., общая потеря отъ непріятельскаго оружія 5498, умершихъ отъ болѣзней—4707). При такомъ разсчетѣ отношеніе потерь отъ непріятельскаго оружія и погибшихъ отъ болѣзней будетъ 1 : 0,9.

[3]) Такую численность арміи, какъ средній составъ, опредѣляетъ *Н. И. Пироговъ*. *Schreibert* опредѣляетъ общую численность офицеровъ и нижнихъ чиновъ за все время войны въ 2500000, при чемъ въ началѣ войны армія состояла изъ 130000, а въ концѣ—изъ 1000000 войска. Не сходятся и цифры потерь во время войны. Я беру приведенныя у *Н. И. Пирогова*.

[4]) Принимая среднюю численность, по *Пирогову*, тогда какъ по *Morache*'у она 900000.

Digitized by Google

на *частная* помощь. И такъ, обратимся прежде всего къ историческимъ справкамъ: по *Kolb'у*, большія Европейскія войны съ 1793 г. по 1815 г., слѣд., почти исключительно «Наполеоновскія» войны, стóили человѣчеству 5500000, а войны съ 1815 г. по 1865 г.—2762000 человѣческихъ жизней. Но изъ этихъ слишкомъ 8000000 людей погибли отъ непріятельскаго оружія всего около 1500000, а остальные 6500000 сдѣлались жертвой болѣзней. Другими словами, отъ послѣднихъ погибло людей слишкомъ въ 4 раза больше, чѣмъ отъ непріятельскаго оружія (убитыхъ и впослѣдствіи умершихъ отъ ранъ!). Въ частности, имѣвшее наибольшій успѣхъ въ сраженіяхъ французское войско Наполеона I, для сформированія котораго онъ извлекъ изъ рядовъ французскаго народа до 4500000 солдатъ, оставило на поляхъ сраженій лишь 150000, тогда какъ въ госпиталяхъ погибли 2500000, т. е. отъ болѣзней и ранъ погибли въ 16 разъ болѣе, чѣмъ пали мертвыми отъ непріятельскаго оружія. Нельзя скрывать, что статистическія исчисленія такого рода, какъ состава армій, такъ и убыли ихъ, лишь приблизительны, но общее соотношеніе между погибшими отъ непріятельскаго оружія и отъ войсковыхъ болѣзней—все же установить не такъ трудно. Размѣры, характеръ потерь и отношеніе разныхъ видовъ потерь въ войскахъ къ общей численности боевыхъ силъ и между собою показаны въ вышеприведенной таблицѣ А.

Изъ этой таблицы видно, что, во-1-хъ, отношеніе между потерями отъ непріятельскаго оружія и отъ болѣзней неодинаково въ различныхъ войнахъ; во 2-хъ, въ войнахъ, которыя вела Россія, постоянно наблюдалось значительное преобладаніе потерь отъ болѣзней предъ потерями отъ непріятельскаго оружія. Не касаясь пока характера господствующихъ въ военное время болѣзней среди войскъ, замѣчу, что на отношеніе между количествомъ потерь отъ непріятельскаго оружія и отъ болѣзней вліяютъ многія условія и прежде всего, конечно, самыя особенности боевыхъ дѣйствій каждой войны: боевыя орудія, искусство военачальниковъ, духъ и рѣшимость войскъ, особенность позицій и т. п., все это—условія, отъ которыхъ зависитъ общее количество травматическихъ поврежденій и быстрота накопленія раненыхъ; и всѣ эти условія, съ другой стороны, почти не зависятъ отъ организаціи военно-санитарнаго дѣла и находятся въ рукахъ военныхъ спеціалистовъ.

Но другая сторона дѣла—количество больныхъ, не считая раненыхъ, а равно исходъ раненыхъ заболѣваній и вліяніе раненыхъ на здоровье остальныхъ частей войска уже зависятъ не отъ одного искусства военачальниковъ, хотя и здѣсь вліяніе послѣдняго, поскольку оно обусловливаетъ ту или другую продолжительность военныхъ дѣйствій, играетъ не маловажную роль, такъ какъ прочно установленъ тотъ фактъ, что чѣмъ продолжительнѣе войны, тѣмъ больше заболѣваемость въ войскахъ. Почему это происходитъ, къ этому я еще возвращусь нѣсколько позже. Теперь же указываю на это потому, что это рѣзко замѣтно и на приведенныхъ въ таблицѣ данныхъ: въ Итальянскую войну 1859 г., Франко-Прусскую 1870 г. и Австро-Прусскую 1866 г., которыя велись каждая менѣе года, число потерь отъ болѣзней было меньше или почти равно числу потерь отъ непріятельскаго оружія, въ то время, какъ всѣ остальныя войны давали число потерь отъ болѣзней въ 2—4 раза превосходящее число потерь отъ непріятельскаго огня. Правда, не одна продолжительность войны обусловливаетъ относительное количество потерь отъ болѣзней. Это яснѣе видно на войнахъ, которыя вела Россія: изъ 2-хъ Русско-Турецкихъ войнъ (1828—29 и 1877—78 гг.), при одинаковой длительности ихъ, въ одной, болѣе ранней, армія потеряла отъ болѣзней въ 4 раза болѣе, чѣмъ отъ непріятельскаго оружія, въ другой же—потери перваго рода превосходили потери второго лишь въ $2^1/_2$ раза. Крымская война, судя по потерямъ непріятельскихъ армій, занимаетъ средину между ними. Такимъ образомъ, санитарное состояніе арміи, внѣ особенностей боевыхъ дѣйствій, зависитъ почти всецѣло отъ продовольственной, военно-санитарной и лѣчебной организаціи и мѣстныхъ медико-географическихъ условій.

Это яснѣе будетъ видно, когда мы разсмотримъ родъ и форму проявленія тѣхъ заболѣваній, отъ которыхъ гибнутъ войска дѣйствующихъ армій больше, чѣмъ отъ непріятельскихъ пуль и штыковъ. Для этого, не вдаваясь въ анализъ заболѣваемости различныхъ армій во время войнъ, я остановлюсь на разсмотрѣніи заболѣваемости русской арміи.

Къ сожалѣнію, нужно сказать, что данныя этого рода слишкомъ не точны, и самое большее, что можно найти въ отчетахъ о санитарномъ состояніи нашихъ армій во время войнъ, это—цифры наиболѣе губительныхъ эпидемическихъ болѣзней, а чаще даже только упоминаніе о томъ, какія заболѣванія являлись наиболѣе губительными. Все, что удалось мнѣ добыть въ видѣ цифровыхъ свѣдѣній, помѣщено въ табл. Б.

Прежде чѣмъ перейти къ оцѣнкѣ данныхъ, заключающихся въ этой таблицѣ, считаю нужнымъ отмѣтить, что 1) распредѣленіе наблюдавшихся во время войны эпидемическихъ заболѣваній по отдѣльнымъ нозологическимъ видамъ представляетъ весьма большое затрудненіе; происходитъ это оттого, что рядомъ съ болѣзнями, имѣющими опредѣленные клиническіе признаки, наблюдаются неопредѣленныя формы заболѣваній, представляющихъ признаки различныхъ болѣзней, формы сложныхъ, смѣшанныхъ заболѣваній; 2) форму эпидемическаго развитія принимаютъ такія болѣзни, которыя при другихъ условіяхъ никогда почти не встрѣчаются въ видѣ эпидемій.

Что касается 1-го рода особенностей болѣзней военнаго времени, то причина этого нерѣдко заключается въ слишкомъ большой сложности условій зараженія, т. е., въ свойствѣ специфическихъ болѣзнетворныхъ микроорганизмовъ и въ состояніи сопротивленія организма, который приходитъ съ ними въ соприкосновеніе. Изъ медицинской географіи извѣстно, что есть болѣзни, составляющія, такъ сказать, особенности данной мѣстности—болѣзни эндемическія для нея. Если отъ нихъ страдаетъ мѣстное населеніе, то, съ другой стороны, оно и приспособляется къ нимъ или даже пріобрѣтаетъ къ нимъ невоспріимчивость, вообще-же съ теченіемъ времени меньше и лишь въ опредѣленные періоды подвергается ихъ дѣйствію; таковы—болотная лихорадка, холера, чума, оспа. Въ совершенно другихъ условіяхъ находится пришлое населеніе для данной мѣстности. Не обладая ни врожденной, ни пріобрѣтенной невоспріимчивостью къ данному эпидемическому заболѣванію, пришлое войско подвергается всей ожесточенной атакѣ этого невидимаго врага, и борьба съ нимъ можетъ вестись лишь силами сопротивленія организма — «конституціонными» силами, или при помощи спеціальныхъ мѣръ, указываемыхъ гигіеной и терапевтической профилактикой. Здѣсь-то и начинается великая роль гигіены, но здѣсь-же рѣзче всего проявляется и антагонизмъ между требованіями ея и надобностями военнаго времени: выборъ дѣлается не соотвѣтственно гигіенической оцѣнкѣ ея санитарныхъ свойствъ, а соотвѣтственно стратегическимъ соображеніямъ; распредѣленіе времени сна и бодрствованія, труда и отдыха, принятія пищи и голоданія—все это дѣлается безъ соображенія съ требованіями гигіены, а приспособляясь къ надобностямъ «войны». Но, помимо этихъ, почти неизбѣжныхъ во всякой войнѣ вліяній, ослабляющихъ организмъ, послѣдній еще въ большей мѣрѣ страдаетъ отъ недоброкачественнаго питанія, неприспособленныхъ помѣщеній, недоброкачественной воды и т. п. Все это, вмѣстѣ взятое, создаетъ такое множество условій, понижающихъ «конституціонную» силу организма, что послѣдній дѣлается доступнымъ не только заразамъ, но и механическимъ вліяніямъ разнаго рода (холоду, жару и пр.). Вся эта совокупность условій, подтачивающихъ защитительныя силы организма, создаетъ основаніе для признанія уже самой войны—эпидеміей, именно, «травматической эпидеміей». Это понятіе впервые введено *Н. И. Пироговымъ*, которому пришлось близко знакомиться съ войнами какъ русскими, такъ и заграничными то въ качествѣ участника (Севастопольская война и Русско-Турецкая за освобожденіе Болгаріи), то въ роли спеціально командированнаго для ознакомленія и оцѣнки организаціи врачебно-санитарнаго дѣла (таже Русско-Турецкая война и Франко-Германская).

Правда, въ настоящее время, когда вліяніе общаго состоянія организма на воспріимчивость къ зараженію дока-

Digitized by Google

Табл. Б.

| Названіе войнъ *). | Всѣ формы заболѣванія въ госпиталяхъ. | Общее число больныхъ остро-заразными эпидемическими болѣзнями. | Отдѣльныя формы заболѣваній. Тифы всѣхъ видовъ. | Въ томъ числѣ: брюшной. | сыпной. | возвратный. | смѣшанной и неопредѣленной формы. | Поносы и гастрическія лихорадки. | Кровавый поносъ. | Холера. | Болотная лихорадка. | Цынга. | Чума. | Оспа. | Отмороженія. | Озноблѣнія. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Русско-Турецкая 1828—29 г. ¹). | С | в | ѣ | д | ѣ | н | і | й | н | ѣ | т | ъ | ¹). | — | — | — |
| 2. Русско-Турецкая 1877—78 гг. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1877 г.: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| больныхъ | 726679 | — | 18235 | Н | ѣ | т | ъ | с в | ѣ | д | ѣ н | і | й. | — | 10763 | |
| умершихъ | 29484 | — | ? | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | ? | — |
| % смертности среди заболѣвшихъ | 4,1 | — | ? | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | ? | — |
| на 1000 чел. состава арміи: заболѣли | 1114 | — | 28 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 16 | — |
| на 1000 чел. состава арміи: умерли | 45,2 | - | ? | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| % заболѣвшихъ данною болѣзнью къ общему числу всѣхъ больныхъ | 100 | — | 2,5 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1,5 | |
| 1878 г.: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| заболѣли | 1059347 | 291965 | 129150 | 25521 | 36656 | 37737 | 29238 ²) | -- | 19550 | — | 138763 | 4502 | — | — | — | — |
| | | | | | 99912 | | | | | | | | | | | |
| умерли | 58137 | 36443 | 28563 | 6932 | 12071 | 7284 | 2276 | — | 5285 | — | 2434 | 161 | — | — | — | — |
| | | | | | 26286 | | | | | | | | | | | |
| Русская армія (Дунайская и Кавказская). % смертности среди заболѣвшихъ по каждому отдѣльному заболѣванію | 5,5 | 12,4 | 22,1 | 27,1 | 32,9 | 19,3 | 7,8 | — | 27 | — | 1,7 | 3,5 | - | — | — | — |
| на 1000 чел. состава арміи: заболѣли | 1438 | 396 | 175 | 35 | 50 | 50 | 40 | — | 26 | — | 189 | 6 | — | — | — | — |
| на 1000 чел. состава арміи: умерли | 78,9 | 49 | 38 | 9 | 16 | 10 | 3 | — | 7 | — | 3 | 0,2 | — | — | — | — |
| % заболѣвшихъ отдѣльными болѣзнями къ общему числу больныхъ (всѣми формами) | 100,0 | 27,6 | 12,1 | 2,4 | 3,4 | 3,5 | 2,7 | — | 1,8 | — | 13,1 | 0,4 | — | — | — | — |
| % заболѣвшихъ отдѣльными болѣзнями къ общему числу больныхъ (остроэпидемич. заболѣваніями) | — | 100,00 | 44,2 | 8,7 | 12,5 | 12,8 | 10,0 | — | 6,6 | — | 47,5 | 1,5 | — | — | — | — |
| % умершихъ отъ отдѣльныхъ формъ болѣзней къ общему числу умершихъ отъ всѣхъ болѣзней | 100,0 | 62,6 | 49,1 | 11,9 | 20,7 | 12,5 | 3,9 | — | 9,0 | — | 4,1 | 0,3 | — | - | — | — |
| % умершихъ отъ отдѣльныхъ формъ болѣзней къ общему числу умершихъ отъ острозаразныхъ эпидемическихъ заболѣваній | — | 100,0 | 78,3 | 19,0 | 33,1 | 19,9 | 6,2 | — | 14,5 | — | 6,6 | 0,4 | — | — | — | — |
| 3. Крымская (1854—1856 г.). | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Французская армія. заболѣли | 200000 | — | 19948 | — | — | — | — | — | — | 11000 | 27000 | 16021 | — | — | 1178 | |
| умерли | 75375 | — | 10368 | — | — | — | — | — | — | 6000 | 4000 | — | — | — | — | — |
| % смертности среди заболѣвшихъ | 37 | — | 52 | — | — | — | — | — | — | 54 | 15 | — | — | — | | |
| на 1000 чел. состава арміи: заболѣли | 647 | — | 64 ³) | — | — | — | — | — | — | 35 | 87 | 51 | — | — | 3,8 ⁵) | |
| на 1000 чел. состава арміи: умерли | 236 | — | 33 ⁴) | — | — | — | — | — | — | 19 | 13 | — | — | — | | |
| Англійская армія. заболѣли | 142617 | — | 828 | — | 503 | — | - | 44000 | 8000 | 750 | 2000 | 1935 | — | — | 19 | 14 |
| умерли | 17580 | — | — | — | 47 | — | — | 3600 | 2000 | 4500 | 140 | — | — | — | 457 | |
| % смертности среди заболѣвшихъ | 12 | — | — | — | 9,3 | — | — | 8 | 25 | 60 | 7 | — | — | — | 23 | |
| на 1000 чел. состава арміи: заболѣли | 1457 | — | 8 | — | 5 | — | — | 449 | 89 | 77 | 24 | 20 | — | — | 20 | |
| на 1000 чел. состава арміи: умерли | 179 | — | — | — | 0,5 | — | — | 37 | 24 | 46 | 1,4 | — | — | — | 5 | |
| 4. С.-Американская (гражданская) 1861—1865 г. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| заболѣли | 6000000 | — | 81600 | — | 2600 | — | — | 1450000 | 287522 | — | -- | 47000 | — | — | — | — |
| умерли | 186742 | — | 29958 | 29000 | 958 | — | — | — | 9431 | — | — | 771 | — | — | — | — |
| % смертности среди заболѣвшихъ | 3 | — | 37 | — | 36 | — | — | — | 3,3 | — | — | 1,6 | — | — | — | — |
| на 1000 чел. состава арміи: заболѣли | 7435 | — | 101 | — | 3 | — | — | 1797 | 356 | — | — | 58 | — | — | — | — |
| на 1000 чел. состава арміи: умерли | 231 | — | 36 | 36 | 1 | — | — | — | 12 | — | — | 0,9 | — | — | — | — |
| Франко-Прусская (Германская) 1870—1871 г. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| заболѣли | ? | ? | 73396 | — | — | — | — | — | 38652 | — | — | — | — | 4835 | — | — |
| умерли | 12599 | 10406 | 8789 | — | — | — | — | — | 2380 | — | — | — | — | 278 | — | — |
| % смертности среди заболѣвшихъ | ? | ? | 12 | — | — | — | — | — | 6,2 | — | — | — | — | 5,8 | — | — |
| на 1000 чел. состава арміи: заболѣли | ? | ? | 83 | — | — | — | — | — | 45 | — | — | — | — | 5 | — | — |
| на 1000 чел. состава арміи: умерли | 14 | 12 | 9,9 | — | — | — | — | — | 2,7 | — | — | — | — | 0,3 | — | — |

*) Придерживаюсь порядка, принятаго въ табл. А.

¹) По *Moltke*, каждый солдатъ въ среднемъ перебывалъ 2 раза въ лазаретѣ, при чемъ причиной усиленной заболѣваемости и смертности (изъ 115000 арміи погибли отъ ранъ и болѣзней 80000) считаютъ цынгу, кровавый поносъ и лихорадки. Отмѣчая особенно большое число смертности отъ особыхъ, злокачественныхъ лихорадокъ, нѣкоторые авторы признаютъ, что рѣчь идетъ о чумѣ.

²) Цифра—приблизительная, сообщаемая *Haeser*'омъ и несомнѣнно гораздо ниже дѣйствительной. У *Н. И. Пирогова* не приведено свѣдѣній о французской арміи, очевидно, онѣ и не были приведены въ извѣстность или опубликованы.

³) и ⁴) Показанное число заболѣваній, по даннымъ *Н. И. Пирогова*, относится къ одной зимѣ 1855—1856 гг., когда численность арміи за все время войны составляла (см. табл. А) 309263.

⁵) Если брать численность, по *Н. И. Пирогову*, то на 1000 чел. армій озноблѣній и отмороженій будетъ 11.

Digitized by Google

зана путемъ опытовъ, мнѣніе *Н. И. Пирогова* не покажется новымъ; но въ то время, когда онъ рѣшительно, убѣжденно и доказательно выразилъ его въ своемъ знаменитомъ отчетѣ «Военно-врачебное дѣло и частная помощь на театрѣ войны въ Болгаріи и въ тылу дѣйствующей арміи въ 1877—1878 гг. [1])», оно доказывало, насколько простое наблюденіе въ условіяхъ дѣйствительной жизни можетъ открыть геніальному уму основные принципы ученія (въ данномъ случаѣ въ области эпидеміологіи), надъ установленіемъ которыхъ экспериментальнымъ путемъ приходится работать чуть не цѣлому поколѣнію. Но за то въ настоящее-же время мы больше можемъ оцѣнить то значеніе, которое имѣетъ хорошая организація продовольствія солдата въ пути, до театра военныхъ дѣйствій, а равно на мѣстѣ войны, его одежда, приспособленная къ трудностямъ похода и несенія сторожевой службы, его жилище во время сосредоточенія войскъ и многое другое. Наконецъ, намъ должно быть понятно то важное значеніе, которое имѣетъ устройство госпиталей и вообще оказаніе врачебной помощи выбывшимъ изъ строя за болѣзненностью или вслѣдствіе раненія. Только принявъ во вниманіе всѣ эти особенности военнаго времени, мы поймемъ, во 1-хъ, что сила военныхъ эпидемій различна въ разныя войны и, во 2-хъ, что характеръ заболѣваемости также различенъ въ различное время.

Говоря объ эпидемическомъ развитіи такихъ болѣзней, которыя обыкновенно не встрѣчаются въ этой формѣ въ мирное время, можно отмѣтить, напр., отмороженія и ознобленія, наблюдавшіяся не только гдѣ-нибудь на Шипкинскихъ перевалахъ, во время послѣдней Русско-Турецкой войны при довольно суровыхъ зимахъ, но, напр., въ Севастополѣ, при вовсе не суровой зимѣ, и, наконецъ, «въ благодатномъ климатѣ Франціи», въ войну 1870—1871 гг. По свидѣтельству *Н. И. Пирогова*, въ ambulance de la gare de Peruche на 16000 принятыхъ здѣсь больныхъ было 2632 съ ознобленіями, что составляетъ 16% всѣхъ амбуляторныхъ больныхъ; тоже и въ другомъ амбулянсѣ (Лоарромъ)—изъ 3944 раненыхъ было 610 съ ознобленіями, т. е. тоже 16%. Ознобленіе членовъ, преимущественно рукъ и ногъ, по мнѣнію *Н. И. Пирогова*, «нельзя разсматривать, какъ чисто мѣстную болѣзнь. Ему почти всегда предшествуетъ такое состояніе всего организма отъ продолжительнаго холода, голода и предшествующихъ эпидемій (преимущественно поносовъ и дизентерій), которое дѣлаетъ оконечности тѣла весьма наклонными къ омертвѣнію, даже и отъ слабаго пониженія температуры воздуха» [2]).

Въ такомъ-же свѣтѣ должны представляться намъ и извѣстія объ эпидемическомъ заболѣваніи глазъ, какъ знаменитая «Египетская офтальмія» въ Наполеоновскую войну 1798 г., гдѣ въ $2^1/_2$ мѣсяца почти $^1/_{10}$ часть всѣхъ солдатъ переболѣли этой болѣзнью.

Перехожу къ самому разсмотрѣнію господствовавшихъ эпидемій во время войнъ. Всѣ главнѣйшія причины эпидемическихъ заболѣваній на войнѣ, мнѣ кажется, можно свести къ 2-мъ видамъ: 1) мѣстныя вліянія, зависящія отъ климата, почвы, воды и господствующихъ заразныхъ заболѣваній въ странѣ, гдѣ ведется война и 2) личныя вліянія, зависящія отъ особенности состава и гигіеническаго содержанія войскъ: свойства пищи, питья, одежды и организаціи какъ продовольствія арміи, такъ и лѣчебныхъ мѣръ по отношенію къ раненымъ и больнымъ и борьбѣ съ самой заразой. Причины 1-го рода зависятъ, слѣд., отъ того, гдѣ ведется война, отъ того, что встрѣчаетъ пришлое войско въ чужой странѣ. Причины 2-го рода войско несетъ съ собой. Такъ какъ причины 2-го рода важнѣе, чѣмъ 1-го, то я и начну съ нихъ.

Самымъ существеннымъ условіемъ правильнаго дѣйствія всѣхъ силъ организма является питаніе его; между тѣмъ во время военныхъ дѣйствій чаще всего и допускаются неправильности питанія; недоброкачественность пищевыхъ продуктовъ (свѣжихъ и разнаго рода консервовъ), или недостаточность ихъ, а равно дурная вода. Поэтому прежде всего эпидеміями, сопутствующими войнамъ, обязательно являются тѣ, зараза которыхъ вносится чрезъ кишечникъ, т. е. брюшной тифъ и кровавый поносъ, какъ самыя серьезныя изъ заразныхъ болѣзней, гнѣздящихся въ кишечникѣ, и, далѣе, разные виды гастрическихъ разстройствъ въ болѣе легкой формѣ (поносы, гастрическія лихорадки прежнихъ авторовъ и т. п.). Конечно, къ этому-же разряду принадлежитъ и холера, если въ мѣстности, гдѣ ведется война, есть эта зараза. Для уясненія сравнительной легкости возникновенія разнаго рода гастрическихъ разстройствъ не нужно забывать, какъ часто этого рода заболѣванія (именно въ формѣ поносовъ) появляются у людей совершенно здоровыхъ, разъ они переѣзжаютъ на новое мѣсто жительства, начинаютъ употреблять новую, хотя бы и доброкачественную въ общемъ, воду, и принуждены измѣнить свой обычный пищевой режимъ на новый, хотя бы питательный, но не привычный. Тѣмъ легче, тѣмъ сильнѣе и серьезнѣе должны быть заболѣванія, связанныя съ разстройствомъ дѣятельности кишечника, когда условія питанія плохи: пищевые продукты недоброкачественны, а усвоеніе ослабляется вслѣдствіе разстройства дѣятельности нервной системы (утомленіе, страхъ) и общаго упадка силъ.

Затѣмъ, по мѣрѣ скопленія раненыхъ и больныхъ или-же прямо большого количества войскъ (напр., въ осажденныхъ городахъ или въ концентраціонныхъ лагеряхъ) начинаютъ развиваться чисто контагіозныя формы заразныхъ болѣзней и между ними прежде всего сыпной, а иногда и возвратный тифы, а равно смѣшанныя формы тифовъ-же. Вотъ почему относительно тѣхъ войнъ, о которыхъ имѣются болѣе опредѣленныя свѣдѣнія по отдѣльнымъ видамъ заболѣваній, въ числѣ послѣднихъ непремѣнно встрѣчаются на первомъ планѣ тифы и дизентеріи съ поносами и гастрическими лихорадками. Въ этомъ отношеніи особенно поучительны, напр., данныя изъ Франко-Прусской войны 1870—1871 гг. Война эта сопровождалась для Германской арміи вообще сравнительно небольшой смертностью, а именно—14 на 1000 состава арміи, въ то время, какъ ближайшія къ ней войны дали во много разъ превосходящую цифру смертности, напр., Американская—231, наша послѣдняя съ Турками—124, Крымская—179 для англійскихъ и 236 для французскихъ войскъ на 1000 состава арміи. И изъ этихъ 14‰ общей смертности германской арміи отъ болѣзней 9,9‰, т. е. болѣе $^3/_4$ всей смертности, падаетъ на тифы и 2,7 т. е. около $^1/_5$ части, на кровавый поносъ. Въ Русско-Турецкую войну 38 изъ 78,9‰, т. е. около $^1/_2$ всѣхъ случаевъ смерти отъ войсковыхъ болѣзней, падаетъ на тифы и 7‰, т. е. на много болѣе $^1/_{10}$ части, на кровавый поносъ. Въ достопамятную Крымскую войну, не смотря даже на то, что къ обычнымъ эпидеміямъ присоединилась холера, въ войскахъ англичанъ поносы и дизентерія дали $^1/_3$ всѣхъ случаевъ смерти, а во французскихъ—тифы и лихорадки унесли $^1/_5$ всего того, что поглотили эпидеміи.

Рядомъ съ тифами, поносами и дизентеріями, но также въ связи съ неправильностями питанія въ смыслѣ состава пищевыхъ веществъ и недостаточности ихъ нужно отмѣтить еще цынгу, которая, впрочемъ, въ послѣднія войны стала встрѣчаться рѣже; но ей заплатила, напр., большую еще дань наша Крымская война.

Переходя къ болѣзнямъ, связаннымъ съ мѣстностью, на которой ведутся военныя операціи, и руководясь данными прошлыхъ эпидемій, приходится прежде всего отмѣтить болотную лихорадку, отъ которой страдали наши Кавказская и Дунайская арміи въ послѣднюю Русско-Турецкую войну, когда болотной лихорадкой заболѣли около $^1/_8$ части всей арміи, хотя умерли всего 3 на 1000 чел. состава арміи. Сильно страдали отъ болотной лихорадки и войска союзныхъ армій въ Крымскую войну, при чемъ % умершихъ отъ болотной лихорадки изъ числа заболѣвшихъ былъ очень высокъ: во французской арміи—15, а въ англійской—7. Нужно думать, на что даетъ право и *Н. И. Пироговъ*, что здѣсь подъ именемъ болотной лихорадки протекали и тифы.

Наконецъ, въ Крымскую кампанію (въ сентябрѣ 1854 г.) въ союзныхъ войскахъ и у насъ появилась холера, которую

[1]) Ч. II, стр. 7—12.
[2]) Ч. II, стр. 93.

Digitized by Google

занесли на своихъ корабляхъ изъ Марселя французы. Весьма интереснымъ представляется вопросъ о развитіи чумы въ войскахъ дѣйствующей арміи въ виду того, что а въ начавшуюся войну нашей арміи придется имѣть дѣло съ страною, весьма часто поражаемою чумой. Изъ имѣющихся свѣдѣній о Русско-Турецкой войнѣ 1828—1829 гг. можно съ положительностью заключить, что тогда была чума. Менѣе опредѣленнымъ представляется дѣло относительно чумы среди войскъ Кавказской арміи въ послѣднюю Русско-Турецкую войну 1877—1878 гг. Можно считать, однако, установленнымъ фактъ занесенія чумной заразы съ вещами въ сдѣлавшуюся извѣстной станицу Астраханской губ. Ветлянку, гдѣ въ октябрѣ 1878 г. чумныя заболѣванія появились среди возвратившихся съ театра военныхъ дѣйствій казаковъ станицы.

Я долженъ сказать еще нѣсколько словъ объ оспѣ. Изъ достовѣрныхъ отчетовъ о состояніи германской арміи видно, что изъ 1000 чел. состава ея болѣли оспой 5 и умерли 0,3, т. е. въ среднемъ 1 изъ 3333 чел. арміи. Но ужасающихъ цифръ достигаетъ заболѣваемость оспой въ войскахъ французовъ, гдѣ всего умерли отъ нея 23469 чел.; а изъ 481360 военноплѣнныхъ, находившихся въ нѣмецкихъ городахъ и крѣпостяхъ, заболѣли оспой 8084 и умерли 1552, т. е. на каждую 1000 чел. плѣнной французской арміи заболѣли 16,8, т. е. болѣе, чѣмъ въ 3 раза противъ нѣмецкой арміи, а умерли 3 на 1000, т. е. въ 10 разъ больше, чѣмъ въ нѣмецкой арміи. Такая громадная разница между нѣмецкой и французской арміями въ заболѣваемости и особенно смертности отъ оспы зависѣла не только отъ санитарнаго состоянія войскъ побѣдителей и побѣжденныхъ, но и отъ того, что во французской арміи не думали о вакцинаціи и ревакцинаціи своихъ новобранцевъ, тогда какъ въ германской это было принято за правило.

Теперь представлялось-бы весьма важнымъ опредѣлить, какъ измѣняется сила и характеръ заболѣваемости и смертности въ различные періоды войны главнымъ образомъ въ зависимости отъ ея продолжительности. Но, къ сожалѣнію, въ собранныхъ мною данныхъ имѣется для этого немного матеріала. Однако, извѣстно, напр., что во французской арміи въ Крымскую кампанію въ зиму 1854—1855 гг. заболѣли сыпнымъ тифомъ 645 и умерли 90, а въ слѣдующую зиму 1855—1856 гг. было уже 19303 больныхъ, изъ коихъ умерли 10278; точно также въ той-же арміи цынгой заболѣли въ 1-ую зиму 3149, а во 2-ую—12872 чел. Въ нашей арміи въ послѣднюю Русско-Турецкую войну 1877 г. было тифозныхъ больныхъ 18235, а въ 1878 г.—129150, т. е. въ 1-ый годъ приходилось 28 на 1000 состава арміи, а во 2-ой уже 175.

Интересно, наконецъ, отмѣтить, что уже одно сосредоточеніе войскъ, безъ участія въ битвахъ, создаетъ неблагопріятныя условія для санитарнаго ихъ состоянія. Такъ, австрійскій «наблюдательный корпусъ» въ періодъ Крымской войны потерялъ умершими отъ болѣзней 123 чел. на 1000 своего состава.

Я уже говорилъ о томъ, что для опредѣленія характера возможныхъ эпидемій въ войскахъ на театрѣ военныхъ дѣйствій важное значеніе имѣютъ существующія обыкновенно эндемически заболѣванія въ той мѣстности, гдѣ происходятъ военныя операціи, а равно господствующія въ періодъ военныхъ дѣйствій эпидемическія болѣзни среди туземнаго населенія и въ арміи противника. Обращаясь къ театру теперешней войны, я долженъ указать, что перспектива будущихъ эпидемій неутѣшительна. Въ Манчжуріи, да и въ Японіи, въ послѣдніе годы и даже до послѣдняго времени наблюдались: холера и чума. Заболѣванія эти, быть можетъ, столь-же распространены тамъ, какъ за Дунаемъ и на Кавказѣ болотная лихорадка, отъ которой такъ страдали наши войска въ послѣднюю нашу войну съ Турками. Далѣе, въ нашей Приморской и Пріамурской области (Владивостокъ, Никольско-Уссурійскъ, Благовѣщенскъ) такъ еще недавно (въ 1902 г.) были рѣзкія эпидеміи холеры, отдѣльные случаи которой достигали до Иркутска и даже Красноярска. Наконецъ, по самому пути большого движенія войскъ изъ Европейской Россіи по Сибири ежегодно встрѣчались заболѣванія сыпнымъ тифомъ среди арестантовъ и переселенцевъ. Для сужденія о развитіи чумы и холеры въ ближайшіе къ намъ мѣсяцы могутъ послужить слѣдующія данныя:

а) относительно чумы. Въ портѣ Инкоу (въ Ляодунскомъ заливѣ), съ сентября по 14/XI [1]) 1903 г. было 951 случаевъ заболѣваній съ 906 смертными исходами. На о. Formosa (принадлежащемъ Японіи) съ мая вновь появились случаи чумы, и, напр., съ 16/VI по 20/VII 1903 г. было 66 случаевъ заболѣванія и 58 смертей, а за послѣдній періодъ, за который обнародованы свѣдѣнія, именно съ 30/XI по 10/I—13 случаевъ заболѣванія и 10 смерти. На самыхъ Японскихъ островахъ въ Іокагамѣ отмѣчено слѣдующее: съ 4—27/V 4 случая заболѣванія и 1 смерти, по 4/X 24 случая заболѣванія и 11 смерти, наконецъ съ 4/X по 1/XI 16 случаевъ заболѣванія и 10 смерти. Въ Китаѣ въ Гонгъ-Конгѣ съ 11—25/V 295 случаевъ заболѣванія и 197 смерти, съ 16/VI по 2/VIII—175 случаевъ заболѣванія и 128 смерти [2]);

б) относительно холеры имѣются сообщенія о Нагасаки (Японія), что въ срединѣ октября тамъ появились случаи заболѣванія и съ того времени до 4/XI заболѣли 156 и умерли 86 чел.

Въ только-что появившейся статьѣ д-ра *Кириллова* [3]) «Холерная эпидемія на Дальнемъ Востокѣ (преимущественно въ Приморской области)» имѣется заявленіе, что холерныя эпидеміи нашего Дальняго Востока «почти всегда развивались отъ заноса изъ Китая чрезъ Корею и Манчжурію сухимъ путемъ». Интересно при этомъ отмѣтить, что по оффиціальнымъ свѣдѣніямъ оказывается, что въ теченіи 22 лѣтъ (съ 1881 г. по 1902 г.) въ Японіи ежегодно наблюдались холерныя заболѣванія, при чемъ сильныя эпидеміи повторяются почти чрезъ каждыя 5 лѣтъ [4]); слѣд., холера въ Японіи наблюдается, какъ эпидемическое заболѣваніе. Весьма возможно, что тоже имѣется въ Китаѣ и Кореѣ, но потому что нѣтъ правильныхъ статистическихъ свѣдѣній и они не обнародываются, намъ не извѣстно это обстоятельство. Характерно также то, что и у насъ на Дальнемъ Востокѣ эпидеміи встрѣчаются въ тѣ-же годы, что и въ Японіи; такъ, д-ръ *Кирилловъ* отмѣчаетъ какъ эпидемическіе, годы: 1886, 1890, 1895 и 1902. Характерно также, что ни 1895 г. (Китайско-Японская война), ни 1900 г. (Китайско-Европейская) не прошли даромъ для Китая, Японіи и нашего Дальняго Востока. За этими годами были жестокія эпидеміи холеры.

И такъ, вотъ въ какую страну направляются наши войска, и вотъ какихъ болѣзней, эпидемически господствующихъ въ Манчжуріи, Японіи и, вѣроятно, Кореѣ, мы должны опасаться и готовиться къ тому, чтобы встрѣтить ихъ.

Остается припомнить изъ исторіи войнъ, что нерѣдко началомъ для возникновенія заразныхъ заболѣваній служили арміи противника; такъ, въ послѣднюю Русско-Турецкую войну, сыпной тифъ сталъ появляться среди войскъ русской арміи со времени взятія въ плѣнъ Плевненской турецкой арміи. Съ этой точки зрѣнія небезразличнымъ является телеграфное сообщеніе о появленіи тифа среди Японской арміи, высадившейся въ Кореѣ.

[1]) Беру обнародованныя въ «Вѣстникѣ общественной гигіэны» отъ Высочайше учрежденной Коммиссіи о мѣрахъ предупрежденія и борьбы съ чумною заразою.

[2]) За дальнѣйшее время относительно этого пункта свѣдѣній не сооообщалось.

[3]) «Вѣстникъ общественной гигіэны» и пр. 1904 г., № 1.

[4]) Вотъ цифры:

| Годы: | Заболѣли: | Умерли: | Годы: | Заболѣли: | Умерли: | Годы: | Заболѣли: | Умерли: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1881 | 9328 | 6197 | 1889 | 751 | 431 | 1897 | 894 | 488 |
| 1882 | 51631 | 33784 | 1890 | 46019 | 35227 | 1898 | 655 | 374 |
| 1883 | 969 | 434 | 1891 | 11142 | 7760 | 1899 | 829 | 487 |
| 1884 | 900 | 415 | 1892 | 874 | 497 | 1900 | 378 | 231 |
| 1885 | 13772 | 9310 | 1893 | 633 | 364 | 1901 | 101 | 67 |
| 1886 | 155923 | 108405 | 1894 | 746 | 314 | 1902 *) | 13200 | 8320 |
| 1887 | 1228 | 654 | 1895 | 15144 | 40153 | | | |
| 1888 | 811 | 460 | 1896 | 1481 | 908 | | | |

*) Данныя до октября.

Digitized by Google

Въ заключеніе считаю нужнымъ упомянуть, что я не имѣлъ въ виду представить обстоятельное изслѣдованіе войсковой заболѣваемости въ военное время. Мои намѣренія были болѣе скромны: освѣтить посильно вопросы о томъ, какого рода работа предстоитъ врачу, никогда не бывшему на войнѣ и совершенно незнакомому и не интересовавшемуся вопросами о заболѣваемости въ войскахъ; съ другой стороны, я желалъ нѣсколько освѣтить и вопросъ о томъ, какое участіе можетъ принять частная помощь въ дѣлѣ содѣйствія войскамъ въ борьбѣ съ болѣзненностью ихъ и, наконецъ, я хотѣлъ обратить вниманіе на то, что̀ необходимо сдѣлать въ интересахъ огражденія мирнаго населенія въ ближайшихъ и отдаленныхъ отъ театра войны мѣстностяхъ, куда будутъ направляться больные и раненые съ театра военныхъ дѣйствій, а равно и возвращающіяся войска. Само собою разумѣется, что я не имѣлъ намѣренія и возможности начертить здѣсь программу дѣйствія частной помощи, но хотѣлъ-бы, чтобы мысль тѣхъ лицъ, кому будетъ ввѣрена организація помощи со стороны общества, была направлена, между прочимъ, и въ сторону созидательной работы, имѣющей цѣлью борьбу съ эпидеміями, т. е. съ заразой, и задачу поднять силы арміи и ослабѣвшихъ членовъ ея путемъ улучшенія условій питанія, помѣщенія и транспортировки ихъ. Думаю поэтому, что къ традиціонному стремленію организовать хирургическую помощь раненымъ нужно прибавить организацію противуэпидемическихъ мѣръ борьбы. Думаю также, что въ этомъ отношеніи голосъ и участіе общественныхъ врачебныхъ организацій земствъ и городовъ, больше другихъ имѣющихъ печальную необходимость считаться съ эпидеміями и въ мирное время, должны имѣть существенное значеніе.

---

## LXVIII. Значеніе изслѣдованія крови для распознаванія и лѣченія болѣзней.

Ч. пр. **К. И. Коровицкаго** (Кіевъ).

[Вступительная лекція къ курсу гэматологіи [1]].

Въ исторіи медицинскихъ наукъ можно неоднократно наблюдать, какъ какое-нибудь случайное открытіе, возбуждая общій интересъ, занимало умы многочисленныхъ изслѣдователей, вызывало появленіе цѣлаго ряда работъ по данному вопросу, и въ результатѣ возникала цѣлая новая отрасль знанія, а то и новая наука. Такъ было, напр., съ вопросомъ объ изслѣдованіи мочи, объ анализѣ желудочнаго содержимаго; такъ было съ бактеріологіей. Тоже самое видимъ мы теперь съ отдѣломъ внутренней патологіи, съ болѣзнями крови. Гэматологическія проблеммы возбуждаютъ теперь общее вниманіе; работъ, посвященныхъ этой отрасли знанія, появилось къ настоящему времени огромное число; въ рѣдкомъ № медицинскихъ журналовъ не приводится чего-либо изъ этой области [2]). А между тѣмъ, давно-ли то время, когда всѣ наши знанія по крови ограничивались несложными данными *Vierordt*'а (1852 г.) о кубическомъ содержаніи кровяныхъ шариковъ и классическими работами *Scherer*'а, *Prevost* и *Dumas*, *Andral*'я и *Gavarret*, *Becquerel*'а и *Rodier*, *Hoppe-Seyler*'а, *A. Schmidt*'а и др., положившихъ своими трудами основаніе современнымъ знаніямъ въ этой области.

Клиницисты и практическіе врачи всегда и съ напряженнымъ вниманіемъ прислушиваются къ открытіямъ въ области теоретическихъ наукъ, надѣясь здѣсь найти ключъ къ уразумѣнію тѣхъ, часто тяжелыхъ, проблеммъ, которыя такъ обычны въ дѣятельности практическаго врача. Кровь съ ея невѣдомымъ составомъ, съ ея таинственною жизнью, всегда живо интересовала и врачей, и изслѣдователей, и не одинъ разъ на нее возлагались слишкомъ несбыточныя надежды. И въ самомъ дѣлѣ, еще въ 1-ой половинѣ минувшаго 100-лѣтія, когда послѣ капитальныхъ изслѣдованій вышеупомянутыхъ авторовъ, химическое изслѣдованіе крови было повсемѣстно, такъ сказать, въ полномъ разгарѣ, среди врачей возникали самыя широкія надежды и ожиданія отъ результатовъ анализа крови для уясненія и изученія различныхъ болѣзненныхъ процессовъ, въ томъ предположеніи, будто каждой болѣзни присущъ особый, патогномоническій составъ крови. Однако трезвое изученіе фактовъ, провѣряемое строго критическимъ отношеніемъ къ дѣлу, привело къ тому, что надеждамъ этимъ не суждено было сбыться, и не потому, чтобы ничего положительнаго не было добыто, а потому, что самыя-то ожиданія были чрезмѣрно велики. Наконецъ гэматологія того времени должна была скоро уступить свое первенствующее мѣсто «торжественно и стремительно шествовавшей целлюлярной патологіи *Virchow*'а» (*Limbeck*).

Однако капитальными работами вышеупомянутыхъ авторовъ положено было прочное основаніе ученію о крови, и никакія теоретическія увлеченія не могли уже разрушить его. Отрицательная сторона этихъ первыхъ работъ—это трудность способовъ, необходимость богато обставленной лабораторіи, необходимость большого количества крови. Скоро и это преодолѣли настойчивыя усилія сначала французскихъ (*Malassez*, *Hayem* и др.), потомъ нѣмецкихъ авторовъ (*Fleischl*, *Schmaltz*, *Hammerschlag*, *Thoma* и др.). Все вниманіе и усиліе ихъ было направлено къ тому, чтобы упростить методику изслѣдованія, сдѣлать ее клиническою, при томъ дать возможность работать съ минимальными количествами крови. И цѣль была блестяще достигнута. Нужно было видѣть, сколько невѣроятныхъ усилій, какого труда стоило первымъ изслѣдователямъ счисленіе форменныхъ элементовъ крови (*Vierordt*, *Welcker*)—то самое счисленіе, что теперь съ такою легкостью дѣлается студентами 2-го, 3-го курса.

Такимъ образомъ, благодаря настойчивымъ усиліямъ, энергіи и многимъ годамъ упорнаго труда лучшихъ представителей медицины, постепенно были выработаны и разработаны тѣ клиническіе способы изслѣдованія крови, которыми по всей справедливости гордится современная гэматологія, а именно—счетъ форменныхъ элементовъ крови (красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, а также и кровяныхъ пластинокъ), опредѣленіе красящаго вещества крови (колориметрія и фотометрія), опредѣленіе уд. вѣса крови, ея сухого остатка, щелочности крови, объема тѣлецъ, ихъ сопротивляемости и др.; далѣе, благодаря главнымъ образомъ *Ehrlich*'у и его школѣ, техника микроскопическаго изслѣдованія крови (т. наз. Farbenanalyse) разработана до почти идеальнаго совершенства. Все это—способы, которые, при возможной простотѣ и удобоисполнительности, отличаются высокой степени точностью.

Едва-ли разрабатывавшіе гэматологическую методику ясно представляли себѣ всѣ послѣдствія и дальнѣйшіе результаты ихъ трудовъ. А между тѣмъ эти послѣдствія, дѣйствительно, громадны. Имъ, этимъ простымъ общедоступнымъ способамъ изслѣдованія, обязана гэматологія всѣмъ своимъ дальнѣйшимъ разцвѣтомъ. Благодаря имъ, центръ работы перенесенъ изъ дорого стоющихъ и богато обставленныхъ физіологическихъ лабораторій въ клиники, къ постели больного. Изслѣдователи стали лицомъ къ лицу не только съ кровью животныхъ, но и съ живою кровью живого человѣка во всѣхъ ея многоразличныхъ отправленіяхъ и проявленіяхъ жизни, съ ея различными уклоненіями отъ нормы. Началась разработка не физіологическихъ только проблеммъ, но и нозологическихъ. И при всемъ томъ дана была возможность работать съ самыми ничтожными количествами крови, часто съ нѣсколькими каплями ея, добываемыми безъ малѣйшаго вреда для больного. Въ результатѣ—множество новыхъ изслѣдованій, разработка невидимыхъ дотолѣ горизонтовъ. Нѣтъ почти клиники, гдѣ не дѣлались-бы гэматологическія изслѣдованія. Въ настоящее время каждый научно образованный врачъ долженъ быть знакомъ и со спеціальною гэматологическою методикою.

Благодаря многочисленнымъ клиническимъ изслѣдованіямъ крови у постели больного, благодаря непрекращающимся работамъ физіологовъ и химиковъ въ лабораторіяхъ, ученіе о крови разрослось до отдѣльной науки; изученъ количественный составъ крови при различныхъ бо-

[1]) Читана во 2-мъ семестрѣ 190³/₄ уч. г.

[2]) Въ послѣднее время появился даже спеціальный журналъ «Folia haematologica».

лѣзняхъ, качественныя и количественныя уклоненія ея отъ нормы; выяснено значеніе крѣпости (концентраціи) крови, ея сухого остатка, ея уд. вѣса, количества гэмоглобина, щелочности крови и пр.; морфологическая сторона ученія о крови разработана съ поражающею точностью; бактеріологія крови обогатилась множествомъ весьма цѣнныхъ фактовъ, а ученіе о свойствахъ кровяныхъ сыворотокъ выдвинуло на сцену до того поразительные факты, что они кажутся граничащими съ областью чудеснаго. «Ни одинъ отдѣлъ физіологіи и патологіи, говоритъ д-ръ *Тарасевичъ*, не представляется настолько законченнымъ и разработаннымъ, какъ ученіе о крови и ея болѣзняхъ, и ни одинъ въ тоже время не является столь богатымъ неожиданностями въ области фактическихъ пріобрѣтеній и вытекающихъ изъ нихъ теоретическихъ воззрѣній. Достаточно указать на главу о свойствахъ кровяныхъ сыворотокъ, обогатившихся за послѣдніе 3 года ученіемъ о клѣточныхъ ядахъ или цитотоксинахъ».

Могучая волна плодотворныхъ открытій въ области гэматологіи, естественно, не могла пройти незамѣченной практическими врачами и клиницистами. Она опять возбудила надежды—найти ключъ къ уразумѣнію и пониманію тѣхъ или другихъ соприкасающихся съ кровью болѣзненныхъ состояній. Попытки использовать тѣ или другія данныя гэматологіи для цѣлей распознаванія и лѣченія болѣзней лишь способствовали дальнѣйшему росту ея. Укажу, напр., на стройное развитіе ученія о микроорганизмахъ матеріи, о т. наз. базофильной зернистости эритроцитовъ и пр. Какъ бы то ни было, но клиника получила въ гэматологіи важное практическое подспорье для распознаванія и лѣченія и въ будущемъ получитъ, несомнѣнно, неизмѣримо большее. Если нельзя пройти молчаніемъ того, что ожиданія практическихъ врачей въ настоящее время, какъ и въ 1-й половинѣ прошлаго 100-лѣтія, были нѣсколько преувеличены, что ожидалось большаго, чѣмъ можетъ дать точная наука, если въ силу этого неизбѣжно было нѣкоторое разочарованіе и даже попытки развѣнчать распознавательное значеніе гэматологіи, то все-же имѣющіеся въ нашемъ распоряженіи факты представляются настолько важными и цѣнными, что не возбуждаютъ сомнѣнія даже въ самомъ строго-критическомъ, аналитическомъ умѣ.

Конечно, собрать всѣ относящіеся сюда факты, представить полную картину практическаго значенія современной гэматологіи это—трудъ, результаты котораго не могутъ быть исчерпаны въ то короткое время, которымъ я теперь располагаю. Я ставлю себѣ болѣе скромную задачу—отмѣтить только самое главное, что имѣетъ отношеніе къ разбираемому вопросу.

Прежде всего необходимо замѣтить, что развитіе гэматологіи въ высокой степени способствовало расширенію нашихъ теоретическихъ воззрѣній вообще уже въ силу того одного, что всѣ отдѣлы нашей науки тѣсно связаны между собою. Если даже оставить въ сторонѣ основныя данныя о составѣ крови, то нужно-ли говорить о громадной теоретической важности такихъ отдѣловъ гэматологіи, какъ ученіе о лейкоцитозѣ, о кроветворной дѣятельности органовъ, о возстановленіи крови, о фагоцитозѣ, открытіе въ крови бактерій, бактеріеубивающія и т. наз. глобулицидныя свойства крови, ученіе о гэмо- и цито-лизинахъ и т. п.? Всѣмъ извѣстно, какъ важно было по своимъ послѣдствіямъ открытіе въ крови спирохэтъ *Obermeyer*'а; извѣстно также, какъ открытіе въ крови плазмодій болотной лихорадки и дальнѣйшіе труды въ этомъ отношеніи *Laveran*'а, *Сахарова*, *Романовскаго*, *Mannaberg*'а, *Готье*, *Plehn*'а, *Celli*, *R. Koch*'а и др. поставили ученіе объ этой столь частой болѣзни на совершенно новую точку зрѣнія и дали намъ вполнѣ точныя указанія на этіологію, патологію и борьбу съ болѣзнью. Гэматологіи также обязано въ громадной мѣрѣ своимъ развитіемъ ученіе о невоспріимчивости; благодаря работамъ *И. И. Мечникова* и его школы, *Buchner*'а, *Daremberg*'а, *Bordet*, *Ehrlich*'а и его школы, *Morgenroth*'а, *Линдемана*, *Лондона* и многихъ другихъ создалось совершенно новое ученіе о защитительныхъ силахъ организма—ученіе о столь дивномъ сочетаніи неизмѣримо малаго по величинѣ съ грандіозно-громаднымъ проявленіемъ силы. Выходитъ такъ, что старое воззрѣніе на кровь, въ которой полагалось вмѣстилище души и которой приписывалось первенствующее значеніе для жизни, какъ-бы оправдывается воочію и въ крови оказались скрытыми такія силы, о которыхъ недавно еще и не предполагали.

Практическое значеніе гэматологіи, какъ вспомогательнаго распознавательнаго средства, едва-ли можетъ возбуждать въ комъ-либо сомнѣніе; можно говорить лишь о большей или меньшей степени этого значенія. Вообще говоря, по изслѣдованію одной только крови, не видѣвъ больного, можно ставить распознаваніе въ сравнительно немногихъ, исключительныхъ случаяхъ, а именно въ случаяхъ бѣлокровія, остраго наростающаго малокровія, блѣдной немочи и нѣкоторыхъ другихъ заболѣваній, т. е. именно въ тѣхъ болѣзняхъ, для которыхъ наука выработала т. наз. «гэматологическія формулы»; сюда-же нужно отнести гэматологическое распознаваніе возвратнаго тифа, болотной лихорадки, брюшного тифа (*Courmont*) по обнаруженію соотвѣтственныхъ чужеядныхъ образованій. Во всѣхъ-же остальныхъ случаяхъ, какъ и въ другихъ отдѣлахъ патологіи, значеніе можетъ имѣть только совокупность признаковъ, и при такихъ условіяхъ изслѣдованію крови принадлежитъ часто особо важная роль. При соблюденіи этихъ условій способъ изслѣдованія крови, какъ выражается *Reinert*, вступаетъ въ свои права, какъ полновластный членъ въ ряду нашихъ клиническихъ способовъ изслѣдованія. *Hayem* по поводу значенія изслѣдованій крови говоритъ, что «изученіе измѣненій крови, особенно-же развитія (de l'evolution) этихъ измѣненій, показываетъ, что главнѣйшія болѣзненныя состоянія носятъ, такъ сказать, свой спеціальный гэматологическій отпечатокъ, знаніе коего можетъ быть прилагаемо для цѣлей распознаванія и предсказанія извѣстнаго числа болѣзней». Въ своей недавно вышедшей въ свѣтъ книгѣ—Leçons sur les maladies du sang» (1900 г.). Онъ говоритъ: «Il nous faut chercher dans l'état anatomo-pathologique du sang, dans certains nuances sémiologiques, des éléments de diagnostic et des indications pour le traitement. Cette tâche, quoique limitée, est très étendue». Впрочемъ, всякій, кто только работалъ надъ кровью, всегда отмѣчаетъ важное значеніе ея изученія. Такъ, *Limbeck* «на основаніи знакомства съ литературою послѣднихъ лѣтъ и личнаго опыта» приходитъ къ заключенію, что «въ рукахъ опытныхъ наблюдателей клиническое изслѣдованіе крови представляетъ часто весьма важное практическое пособіе». По мнѣнію *Türk*'а, «гэматологія признана доставлять весьма часто слишкомъ цѣнную помощь клинической діагностикѣ». *Grawitz* изслѣдованіе крови считаетъ чрезвычайно важнымъ и въ его клиникѣ оно производится у каждаго больного. *Бернацкій*, хотя и отмѣчаетъ, что анализъ крови не пользуется особенно большою популярностью среди практическихъ врачей, тѣмъ не менѣе придаетъ ему громадную практическую важность, особенно т. наз. гигремометріи (опредѣленію количества воды и сухого остатка крови). Важное значеніе гэматологіи вообще яснѣе всего выразилъ *Hayem* въ своемъ извѣстномъ афоризмѣ: «L'avenir appartient à l'hematologie; c'est elle qui nous apportera la solution des grands problèmes nosologiques», «будущее принадлежитъ гематологіи; ей суждено разрѣшить важныя нозологическія проблеммы».

Если таково мнѣніе о важномъ практическомъ значеніи ученія о крови выдающихся гэматологовъ, то въ справедливости его легко можетъ убѣдиться каждый при ближайшемъ знакомствѣ хотя бы только съ самыми способами, которыми располагаетъ современная гэматологія. Приведу главнѣйшее, что требуется для полнаго анализа крови.

Количественное опредѣленіе химическихъ составныхъ частей крови—шариковъ и сыворотки, фибрина.

Опредѣленіе объемныхъ отношеній между кровяными тѣльцами и жидкостью крови; опредѣленіе величины отдѣльнаго кровяного шарика.

Количество красныхъ и бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и различныхъ видовъ послѣднихъ, а также кровяныхъ пластинокъ.

Морфологическія отношенія форменныхъ элементовъ крови на свѣжихъ и окрашенныхъ препаратахъ; «Farbenanalyse» *Ehrlich*'а.

Digitized by Google

Количество гэмоглобина (при томъ обоихъ его видовъ въ отдѣльности).

Сухой остатокъ крови (гигремометрія *Бернацкаго*).

Уд. вѣсъ крови (и сыворотки).

Щелочность крови.

Свертываемость крови. Степень сопротивляемости вреднымъ вліяніямъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, изотонія крови.

Бактеріологическія изслѣдованія крови; чужеядныя образованія въ ней.

Кріоскопія крови.

Новѣйшія изысканія надъ свойствами кровяныхъ сыворотокъ—какъ, напр., проба на склеиваніе, опредѣленіе фагоцитарной способности крови, количества въ ней т. наз. иммунизиновъ, алексиновъ, вообще ученіе о гэмолизинахъ.

Уже одно перечисленіе отдѣльныхъ требованій по изслѣдованію крови внушаетъ довѣріе къ послѣднему, ибо не можетъ же, въ самомъ дѣлѣ, оказаться безполезнымъ такое обширное знакомство съ объектомъ изслѣдованія. Слѣдуетъ однако замѣтить, что, какъ ни заманчиво само по себѣ такое обширное и всестороннее знакомство съ изслѣдуемымъ предметомъ, все-же такое подробное изслѣдованіе крови въ каждомъ данномъ случаѣ почти никогда не производится, главнымъ образомъ потому, что для этого нужно, дѣйствительно, чрезвычайно много времени (слѣд., отъ этого страдала-бы необходимая, какъ увидимъ ниже, частота изслѣдованія); во 2-хъ, количество крови, потребное для столь многихъ опредѣленій, можетъ оказаться уже далеко небезразличнымъ для больного. Поэтому, имѣя въ виду собственно клиническія цѣли, обычно производимое изслѣдованіе крови ограничивается чаще всего слѣдующимъ:

опредѣленіе количества форменныхъ элементовъ крови (красныхъ и бѣлыхъ шариковъ, отношеніе между ними; %-ное содержаніе главнѣйшихъ видовъ бѣлыхъ тѣлецъ); морфологическія отношенія и особенности форменныхъ элементовъ;

опредѣленіе количества красящаго вещества крови; опредѣленіе уд. вѣса (цѣльной) крови и количества ея сухого остатка;

иногда опредѣленіе щелочности крови;

установленіе чужеядныхъ образованій въ крови (напр. болотной лихорадки), если заподозрѣна возможность ихъ существованія въ изслѣдуемой крови.

Пробы на склеиваніе и другія изслѣдованія сыворотки предпринимаются обыкновенно при наличности нарочитыхъ показаній.

Но и это въ значительной степени упрощенное изслѣдованіе все-таки требуетъ очень не мало времени, труда, кропотливости, а, главное, крайней педантичности въ исполненіи всѣхъ выработанныхъ наукою и опытомъ подробностей изслѣдованія; само собою разумѣется, что навыкъ и извѣстная степень опытности составляютъ непремѣнное условіе правильности заключеній. О точности способовъ я распространяться не буду. Повторю только одно, что все это—способы очень простые, удобоисполнимые, требующіе всего лишь нѣсколькихъ капель крови, получаемой при томъ изъ укола въ палецъ, и что нерѣдко, для большей вѣрности выводовъ, иногда бываетъ необходимо повторное изслѣдованіе одного и того-же больного. Самое изслѣдованіе требуетъ лишь очень скромной лабораторной обстановки; многое легко можетъ быть выполнено на дому у каждаго врача.

Если теперь спросить, какая-же отъ всего этого существенная практическая польза, то естественно прежде всего предположить таковую по отношенію къ той большой группѣ болѣзненныхъ уклоненій отъ нормы, которая носитъ названіе «малокровія». Можно съ увѣренностью сказать, что въ настоящее время едва-ли существуетъ какое-либо сомнѣніе среди врачей въ томъ, что постановка распознаванія малокровія вообще, особливо-же различныхъ его видовъ, не можетъ быть произведена только на основаніи обычно отмѣчавшихся до сего времени признаковъ—блѣдности кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ и нѣкоторыхъ субъективныхъ припадковъ. Какъ ни старо понятіе о малокровіи, тѣмъ не менѣе самое представленіе о немъ, благодаря современнымъ научнымъ изысканіямъ, кореннымъ образомъ измѣнилось, и нельзя сказать, чтобы здѣсь намъ было ясно все и во всѣхъ подробностяхъ. Какъ извѣстно, старое представленіе о малокровіи, какъ объ уменьшеніи общей массы крови, нынѣ справедливо оставлено, хотя болѣе осторожные наблюдатели не отрицаютъ возможности существованія и таковаго въ отдѣльныхъ, рѣдкихъ случаяхъ. Было время, когда сущность и степень малокровія опредѣлялись по числу окрашенныхъ элементовъ крови. Еще сравнительно недавно *Samuel* говорилъ: «Кровяныя тѣльца образуютъ основаніе «конституціи» крови; уменьшеніе ихъ числа даетъ намъ мѣрило для оцѣнки и сужденія о болѣзненныхъ качествахъ крови». Но и это воззрѣніе оставлено, ибо оказалось, что нерѣдко въ очень рѣзкихъ случаяхъ блѣдной немочи число красныхъ кровяныхъ шариковъ уменьшается мало, а то и совсѣмъ остается нормальнымъ. Въ настоящее время преобладаетъ то мнѣніе, что сущность малокровія сводится къ пониженію крѣпости (концентраціи) крови, къ уменьшенію красящаго вещества ея, гэмоглобина *(Ehrlich)*, къ уменьшенію ея сухого остатка и повышенію количества воды *(Бернацкій)*. Особенно это мнѣніе отстаиваетъ послѣдній авторъ. Устанавливая тотъ фактъ, что величина сухого остатка крови есть такая-же постоянная величина, какъ, напр., температура тѣла, онъ прямо говоритъ, что всякій больной, у котораго сухой остатокъ крови ниже 20% (нормально 22,5%), долженъ быть признанъ гидрэмичнымъ, а слѣд. анэмичнымъ. Такимъ образомъ, по мнѣнію *Бернацкаго*, малокровіе вообще характеризуется прежде всего водянистостью крови, повышеніемъ количества воды и уменьшеніемъ содержанія плотныхъ составныхъ частей. *E. Grawitz* говоритъ, что малокровіе есть обѣднѣніе крови однимъ или нѣсколькими составными частями крови, важными для сохраненія и поддержанія организма, т. е. въ общемъ—ухудшеніе кровяной смѣси, и это ухудшеніе существеннымъ образомъ выражается или въ уменьшеніи общей массы крови, или въ нарушеніи количественныхъ отношеній между тѣльцами и жидкостью крови, или, наконецъ, въ химическихъ измѣненіяхъ обѣихъ этихъ составныхъ частей; поэтому различаютъ: olygocythemi'ю, olygochromaemi'ю, hydraemi'ю, сочетанія этихъ 3 состояній и, наконецъ, olygaemi'ю.

Нѣтъ особой надобности доказывать даже на основаніи только-что приведенныхъ указаній, что истинный характеръ измѣненій крови въ каждомъ случаѣ т. наз. малокровія можетъ быть опредѣленъ только путемъ непосредственнаго изученія крови, путемъ доступныхъ намъ способовъ ея изслѣдованія, ибо до сихъ поръ у насъ пока нѣтъ никакого другого способа узнать, въ чемъ состоятъ измѣненія крови въ каждомъ данномъ случаѣ. Если, далѣе, вспомнить, что клинически различныя формы малокровія раздѣляются на 2 большихъ группы первичныхъ и вторичныхъ, что всѣ онѣ имѣютъ много общихъ точекъ соприкосновенія, много одинаковыхъ, сходныхъ субъективныхъ припадковъ, что различнымъ формамъ первичнаго малокровія присущи т. наз. «гэматологическія формулы», по которымъ онѣ только и отличаются, что предсказаніе для различныхъ видовъ малокровія далеко не одинаково, то необходимость точнаго распознаванія, какъ и единственная возможность таковаго при помощи непосредственнаго изслѣдованія крови, станетъ еще очевиднѣй.

Наиболѣе необходимо непосредственное изслѣдованіе крови въ тѣхъ случаяхъ ея болѣзней, въ которыхъ распознаваніе и можетъ быть поставлено при соблюденіи этого условія; это, конечно, прежде всего, бѣлокровіе и нарастающее острое злокачественное малокровіе. Бѣлокровіе—болѣзнь, которая стала извѣстною *(Virchow)* только тогда, когда получилась возможность непосредственно изслѣдовать кровь—все время и особенно теперь приковываетъ къ себѣ вниманіе изслѣдователей. «Немногія болѣзненныя состоянія, говоритъ *Grawitz*, такъ сильно возбудили къ себѣ интересъ изслѣдователей, какъ лейкэмическія, и литература по этому вопросу разрослась до почти необозримыхъ размѣровъ. Не смотря на это, и до сихъ поръ ни происхожденіе болѣзни, ни ея сущность не могутъ быть установлены съ точностью». Бѣлокровіе является болѣзнью огромной практической важности какъ по крайне тяжелому ея теченію и неизлѣчимости, такъ и по тому, что въ сущности и до сихъ поръ все въ ней еще темно, и лѣченіе, и этіологія, и патогенезъ. Раннее распознаваніе ея очень важно и цѣнно не только для одного произнесенія рокового приговора, но и въ интересахъ будущаго—для дальнѣйшаго изученія болѣзни, уясненія ея сущности, а также для выработки способовъ лѣченія, до сихъ поръ упорно ускользающаго изъ рукъ врачей. Излишне останавливаться на томъ, что

Google

распознать эту болѣзнь можно исключительно лишь при помощи непосредственнаго изслѣдованія крови, опредѣленія %-го повышенія числа бѣлыхъ тѣлецъ, измѣненія %-го распредѣленія главнѣйшихъ ихъ видовъ и появленія въ крови особыхъ формъ ихъ. Только раннее распознаваніе можетъ выяснить до сихъ поръ темныя стороны болѣзни, и это особенно важно потому, что при бѣлокровіи и нѣкоторыхъ другихъ заболѣваніяхъ нерѣдко наблюдаются совершенно одинаковые припадки. Такъ, *Ehrlich*, отмѣчая этотъ фактъ, говоритъ, что «все это сходство и согласіе припадковъ приводитъ къ тому предположенію, что въ извѣстномъ рядѣ случаевъ, разсматриваемыхъ, какъ morbus maculosus, цынга и т. п., съ полнымъ основаніемъ можно предполагать и острое лимфатическое бѣлокровіе, тѣмъ болѣе, что, если даже мало обращать вниманія на составъ крови, то все-же въ нѣкоторыхъ случаяхъ этихъ неясныхъ гэморрагическихъ пораженій, дѣйствительно, наблюдается повышеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ въ крови (*Denys*, *Zimmermann*). Взглядъ этотъ находитъ себѣ подтвержденіе въ тѣхъ случаяхъ предполагавшагося тяжелаго малокровія, въ которыхъ за нѣсколько дней до смерти открывалось внезапно развившееся лейкэмическое состояніе крови (*Litten*, *Körmöcsi*, *Waldstein*). Нужно-ли разсматривать эти случаи, какъ случаи бѣлокровія съ самаго начала, или лейкэмическое состояніе крови представляло здѣсь только припадокъ какого-то заболѣванія неизвѣстной природы, пока рѣшить нельзя—изъ-за недостаточности нашихъ свѣдѣній о сущности всѣхъ этихъ процессовъ; но они лишній разъ подтверждаютъ полную основательность предложенія *Mosler*'а, высказаннаго имъ почти 40 лѣтъ назадъ, а именно, что въ каждомъ случаѣ заболѣваній, гдѣ можно заподозрить участіе крови, всегда слѣдуетъ предпринимать точное изслѣдованіе крови и повторять его черезъ короткіе промежутки времени» (стр. 36). Въ другомъ мѣстѣ *Ehrlich* выражается еще опредѣленнѣе, а именно онъ говоритъ: «нерѣдко случаи purpura, morbus maculosus, цынги и др., описываемые какъ таковые, въ дѣйствительности представляютъ случаи остраго бѣлокровія» (стр. 34). Такимъ образомъ своевременное раннее распознаваніе бѣлокровія тамъ, гдѣ по обычнымъ клиническимъ признакамъ предполагается, напр., цынга, purpura и т. п., получаетъ особую практическую важность въ виду слишкомъ очевидной разницы какъ въ предсказаніи, какъ и въ лѣченіи этихъ заболѣваній.

Непосредственное изслѣдованіе крови, необходимое для распознаванія бѣлокровія и различныхъ его формъ и для отличія его отъ другихъ сходныхъ страданій, также существенно необходимо для распознаванія различныхъ псейдолейкэмическихъ заболѣваній, какъ, напр., болѣзни *Hodgkins*'а, псейдолейкэмическаго малокровія дѣтей, болѣзни *Banti*, т. наз. селезеночной анэміи, лимфосаркоматоза и др., пока намъ еще неизвѣстныхъ формъ; сюда-же относится отличительное распознаваніе «не чисто лимфатическаго пораженія лимфатическаго прибора» (*Ehrlich*), бугорчатки лимфатическихъ железъ, злокачественныхъ опухолей и т. д. Значеніе изслѣдованія крови въ этихъ запутанныхъ и неясныхъ болѣзняхъ не исчерпывается только распознаваніемъ и лѣченіемъ; оно еще болѣе важно въ цѣляхъ дальнѣйшаго изученія болѣзней, сущность которыхъ такъ мало еще извѣстна.

Подобно бѣлокровію, и наростающее злокачественное малокровіе требуетъ для своего распознаванія спеціальнаго изслѣдованія крови, ибо только оно, и при томъ повторяемое систематически, можетъ дать необходимыя для распознаванія этой болѣзни указанія относительно состава крови (рѣзкое паденіе числа красныхъ шариковъ, каждый разъ усиливающееся, паденіе количества гэмоглобина, а слѣд. и уд. вѣса, дегенеративныя измѣненія со стороны красныхъ кровяныхъ шариковъ, появленіе въ крови т. наз. нормобластовъ и пр.). Особенно характерно для болѣзни отношеніе между числомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и количествомъ гэмоглобина или т. наз. «valeur globulaire» *Hayem*'а, т. е. содержаніе гэмоглобина въ 1 красномъ кровяномъ шарикѣ. Для злокачественнаго малокровія, какъ извѣстно, характерно то, что число красныхъ кровяныхъ шариковъ можетъ быть рѣзко уменьшено, тогда какъ ихъ «valeur» остается нормальнымъ или даже превосходитъ норму, что, слѣд., при этой болѣзни въ крови встрѣчаются тѣльца, превосходящія нормальныя величиной и богатствомъ гэмоглобина.

Такъ, напр., *Hayem* нашелъ въ 1 случаѣ злокачественнаго малокровія, 415000 красныхъ шариковъ въ 1 к. млм. крови, а содержаніе гэмоглобина въ каждомъ шарикѣ, его «valeur», было 1,34, и общее количество гэмоглобина во всѣхъ этихъ 415000 шарикахъ соотвѣтственно тому, которое содержится въ 559000 нормальныхъ. *Ehrlich* наблюдалъ величины для «valeur» въ 1,60—1,70, т. е. почти въ $1^3/_4$ раза больше нормы. Какъ извѣстно, при блѣдной немочи наблюдаются совершенно обратныя отношенія.

Считаю лишнимъ доказывать, насколько важно точное и раннее распознаваніе этой тяжелой болѣзни, сущность которой далеко еще не вполнѣ извѣстна, важно хотя бы въ видахъ предсказанія, а также необходимости самого серьезнаго лѣченія. Какъ ни многочисленны остальные клиническіе признаки болѣзни, однако значеніе всѣхъ ихъ въ совокупности несравненно менѣе того, что даетъ изслѣдованіе крови.

Если вышепоименованныя болѣзни являются такими, гдѣ безусловно необходимо произвести изслѣдованіе крови хотя бы 1 разъ, и если убѣжденіе въ необходимости его при этихъ болѣзняхъ крѣпко вкоренилось въ сознаніи врачей, то далеко не тоже самое можно сказать про другія малокровныя состоянія. Здѣсь, прежде всего, слѣдуетъ упомянуть о блѣдной немочи (*chlorosis*)—малокровіи sui generis. Къ сожалѣнію, въ многочисленныхъ случаяхъ т. наз. простого малокровія и блѣдной немочи кровь изслѣдуется практическими врачами сравнительно очень рѣдко. Распознаваніе малокровія, какъ извѣстно, ставится обыкновенно на основаніи всѣмъ извѣстной группы клиническихъ припадковъ, среди коихъ блѣдность покрововъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ стоитъ на первомъ планѣ; если окраска кожи носитъ извѣстный зеленовато-желтый оттѣнокъ и дѣло касается особливо молодыхъ дѣвушекъ въ періодѣ полового развитія, то также увѣренно ставится распознаваніе блѣдной немочи. Если этого во многихъ случаяхъ и бываетъ достаточно, то именно лишь для многихъ, но не для всѣхъ случаевъ.

Для блѣдной немочи существуетъ также особая гэматологическая формула, по которой она отличается отъ другихъ формъ первичнаго, а, главное, вторичнаго малокровія. Для блѣдной немочи именно особенно характерно рѣзкое обѣднѣніе гэмоглобиномъ (resp. паденіе у. вѣса), впервые отмѣченное *Duncan*'омъ и подтвержденное затѣмъ всѣми изслѣдователями и всѣми способами опредѣленія, прямыми и косвенными, какъ спектрофотометріей, титрованіемъ по *Preyer*'у, колориметріей, феррометріей (*Jolles*), опредѣленіемъ уд. вѣса, сухого остатка и пр.; что особенно характерно, число форменныхъ элементовъ уменьшается при этомъ въ гораздо болѣе слабой степени и можетъ оставаться даже нормальнымъ, а иногда и выше нормы. Естественно, что содержаніе гэмоглобина въ каждомъ красномъ кровяномъ шарикѣ «valeur *Hayem*'а» будетъ гораздо ниже нормальнаго (при злокачественномъ малокровіи наблюдаются какъ разъ обратныя отношенія). Такимъ образомъ состояніе крови при блѣдной немочи можетъ быть названо «oligochromaemi'ей» [1]). *Hayem* по этому поводу говоритъ, что, хотя это несоотвѣтствіе между числомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и «valeur globulaire» (т. е. относительнымъ содержаніемъ гэмоглобина въ каждомъ изъ нихъ) можетъ наблюдаться при всѣхъ хроническихъ малокровіяхъ, по крайней мѣрѣ въ извѣстные періоды, но при блѣдной немочи оно бываетъ выражено въ очень высокой степени и гораздо болѣе рѣзко, чѣмъ при какой-либо другой болѣзни: «Блѣдная немочь — единственная болѣзнь, при которой количество гэмоглобина, говоритъ *Hayem*, можетъ быть очень мало, на ряду съ числомъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, еще достаточно высокимъ, а иногда и превышающимъ норму. И при другихъ припадочныхъ и послѣгэморрагическихъ малокровіяхъ «valeur globulaire» падаетъ иногда ниже 0,50 (особенно при раковомъ малокровіи), но на ряду съ уменьшеніемъ числа красныхъ кровяныхъ шариковъ—въ 2000000

[1]) См. *Gilbert*, Бандалинъ, лит. 54 и 55.

Digitized by Google

или еще ниже». Такъ, онъ приводитъ случай блѣдной немочи, въ которомъ при 3815000 красныхъ кровяныхъ шариковъ «valeur» было 0,25. Подобныхъ наблюденій и у меня было не мало. Оставляя въ сторонѣ другія гэматологическія особенности блѣдной немочи, замѣчу лишь, что и сказаннаго выше, по видимому, достаточно для того, чтобы видѣть, что истинная діагностика блѣдной немочи возможна только путемъ непосредственнаго изученія крови больного, по крайней мѣрѣ путемъ опредѣленія количества гэмоглобина и числа красныхъ кровяныхъ шариковъ. При этомъ нерѣдко недостаточно лишь установить болѣзнь, а важно опредѣлить степень ея тяжести, опредѣлить ту или другую ея форму и пр. (напр. «transitorische und habituelle Formen» *Grawitz*'а). По поводу важности и значенія изслѣдованія крови при различныхъ формахъ простого и вторичнаго малокровія *Ehrlich* говоритъ, между прочимъ, слѣдующее: «Распознаваніе малокровія можетъ быть поставлено лишь тогда, когда доказана также наличность измѣненій крови... Распознать простое малокровіе часто весьма нетрудно уже на основаніи поверхностныхъ признаковъ (клиническихъ проявленій); но добросовѣстный врачъ даже въ случаяхъ, гдѣ уже при первомъ взглядѣ на больного можно съ достаточной вѣроятностью опредѣлить малокровіе, не преминетъ изслѣдовать кровь, особенно на содержаніе гэмоглобина» *).

Я вынужденъ, за недостаткомъ времени, воздержаться съ разборомъ имѣющихся въ литературѣ данныхъ распознавательнаго значенія гистологическаго изслѣдованія крови при различныхъ формахъ малокровія и не буду останавливаться на появленіи въ крови т. наз. ядерныхъ тѣлецъ *или* нормобластовъ, мегалобластовъ, микроцитовъ, пойкилоцитоза, базофильной зернистости красныхъ шариковъ и пр., на значеніи преобладанія того или иного вида бѣлыхъ шариковъ, особенно при повышеніи количества ихъ въ крови, появленія въ крови ненормальныхъ и рѣдкихъ ихъ видовъ и т. п., хотя и признаю большое значеніе этого рода данныхъ, особенно въ сочетаніи ихъ съ другими гэматологическими и клиническими данными.

И такъ, изслѣдованіе крови даетъ намъ ключъ къ точному и при томъ раннему распознаванію различныхъ формъ малокровія и вообще болѣзней крови, при чемъ гэматологическія формулы въ большинствѣ случаевъ не представляютъ никакихъ затрудненій для отличительнаго распознаванія. Изслѣдованіе крови нерѣдко спасаетъ насъ отъ грубыхъ иногда роковыхъ по своимъ послѣдствіямъ ошибокъ; нерѣдко оно даетъ отрадные результаты тамъ, гдѣ, по видимому, имѣются всѣ данныя допустить тяжелое страданіе. Оно опредѣляетъ большую или меньшую степень тяжести болѣзни и, помимо правильности предсказанія, нерѣдко даетъ намъ очень цѣнные опорные пункты для лѣченія. Въ самомъ дѣлѣ, какъ бы тщательно мы ни изучали клиническіе припадки малокровія, истинная оцѣнка степени тяжести болѣзни въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, его гэматологическія особенности могутъ быть распознаны лишь непосредственнымъ изученіемъ самой заболѣвшей крови. Это слишкомъ очевидно, чтобы требовать доказательствъ. Далѣе, правильная оцѣнка происходящихъ въ состояніи больного перемѣнъ, вызванныхъ и обусловленныхъ перемѣнами въ составѣ крови, слѣд. изученіе теченія различныхъ формъ малокровія, требуетъ также прямого изученія крови и ея измѣненій.

Но и лѣченіе различныхъ формъ малокровія также слѣдуетъ основывать и вести подъ непрерывною провѣркою непосредственнымъ изслѣдованіемъ крови. Извѣстно, что т. наз. простое малокровіе (resp. не злокачественное) въ общемъ довольно легко уступаетъ нашему лѣченію, если мы въ особенности устраняемъ причины его. Но, какъ увидимъ ниже, нерѣдко встрѣчаются блѣдные по виду больные, считающіе себя малокровными и признаваемые таковыми и лѣчащими ихъ врачами, тогда какъ составъ крови у нихъ остается нормальнымъ. Едва-ли какая-другая болѣзнь лѣчится такъ шаблонно, какъ «малокровіе», опредѣляемое только по наружному виду больныхъ. Ясно, что въ случаяхъ «малокровія съ нормальнымъ составомъ крови» не получится особенно успѣшныхъ результатовъ при лѣченіи желѣзомъ. Наоборотъ, извѣстно, что блѣдная немочь особенно легко поддается лѣченію этимъ препаратомъ. Слѣд., разъ непосредственнымъ изслѣдованіемъ крови установлена блѣдная немочь, лѣченіе желѣзомъ получаетъ прочное научное обоснованіе. Но, какъ ни старо желѣзо само по себѣ, фармакодинамику его и лѣченіе имъ далеко еще нельзя признать законченными. Какіе давать препараты желѣза, органическіе или неорганическіе, величина дозы и т. п.—все это требуетъ еще дальнѣйшихъ наблюденій. И въ этомъ отношеніи повторное изслѣдованіе крови можетъ принести большую пользу практическому врачу. Часто бываетъ, что улучшеніе состава крови не идетъ параллельно съ улучшеніемъ общаго состоянія. Встрѣчаются случаи, когда желѣзо, по видимому, не даетъ положительнаго улучшенія, судя по самочувствію больныхъ, но составъ крови показываетъ уже замѣтное улучшеніе, и, дѣйствительно, чрезъ нѣкоторое время наступаетъ видимое улучшеніе и всѣхъ субъективныхъ припадковъ. Наоборотъ, встрѣчаются случаи блѣдной немочи, какъ, напр., описанный *Grawitz*'омъ (въ его «Klinische Pathologie des Blutes», 2 изд., стр. 83), гдѣ, «не взирая на замѣтное прирощеніе вѣса тѣла, нѣтъ прирощенія твердыхъ элементовъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, особливо же гэмоглобина», что на ряду съ другими данными, лишній разъ подтверждаетъ, что «разстройства въ пищеварительной дѣятельности—не единственный и не существенный агентъ въ патогенезѣ блѣдной немочи». Изслѣдованіе крови въ теченіи блѣдной немочи показываетъ, какъ иногда бываетъ необходима для успѣха лѣченія замѣна одного препарата желѣза другимъ, иногда даже измѣненіе величины дозы. Относительно величины дозы и до сихъ поръ еще не всѣ авторы согласны между собою, и, хотя *Ehrlich* и указываетъ на среднюю суточную дозу желѣза въ 0,1, однако это примѣнимо, конечно, не ко всѣмъ случаямъ.

Поясненіемъ къ этому можетъ служить примѣръ изъ диссертаціи д-ра *Фридберга*. Въ 1 случаѣ блѣдной немочи гэмогаллолъ въ количествѣ 0,3 × 3 въ сутки вызвалъ временное улучшеніе состава крови, послѣ чего наступила новая заминка; тогда повышеніе дозы до 0,5 × 3 въ день обусловило прочное улучшеніе состава крови и выздоровленіе.

Точно также дозы мышьяка подвержены громаднымъ колебаніямъ въ зависимости отъ личныхъ особенностей больного, и также могутъ быть точно установлены лишь непосредственнымъ изслѣдованіемъ крови (и вѣса больного).

Необходимость продолжительнаго употребленія желѣза при блѣдной немочи—общепризнанный фактъ; къ сожалѣнію, необходимая продолжительность лѣченія выдерживается больными сравнительно рѣдко, ибо субъективное улучшеніе нѣсколько опережаетъ объективное въ составѣ крови (*Reinert* объясняетъ этимъ, что организмъ тотчасъ путемъ уравновѣшенія использываетъ самое небольшое улучшеніе состава крови). Только изслѣдованіе крови, при томъ повторное, можетъ дать правильныя указанія относительно времени прекращенія лѣченія, и въ этомъ отношеніи, по общепризнанному мнѣнію, стойкое повышеніе количества гэмоглобина крови является главнѣйшимъ опредѣляющимъ условіемъ, болѣе важнымъ, чѣмъ повышеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Кстати замѣчу, что изслѣдованія крови показали также, что никакіе другіе металлы не обладаютъ кроветворнымъ дѣйствіемъ, присущимъ только одному желѣзу. Работа д-ра *Ильяшева*, посвященная этому вопросу, устанавливаетъ также повышеніе количества эозинофиловъ подъ вліяніемъ употребленія желѣза; т. наз. эозинофилія является большею частью хорошимъ признакомъ для предсказанія, о чемъ я буду говорить ниже.

*(Окончаніе слѣдуетъ.)*

*) *Ehrlich*, какъ упомянуто, первымъ и самымъ характернымъ признакомъ малокровія считаетъ уменьшеніе количества гэмоглобина.

Digitized by Google

# LXIX. Къ казуистикѣ гриппозныхъ менингитовъ.

Ч. П. Чеховича (Дорогобужъ, Смоленской губ.).

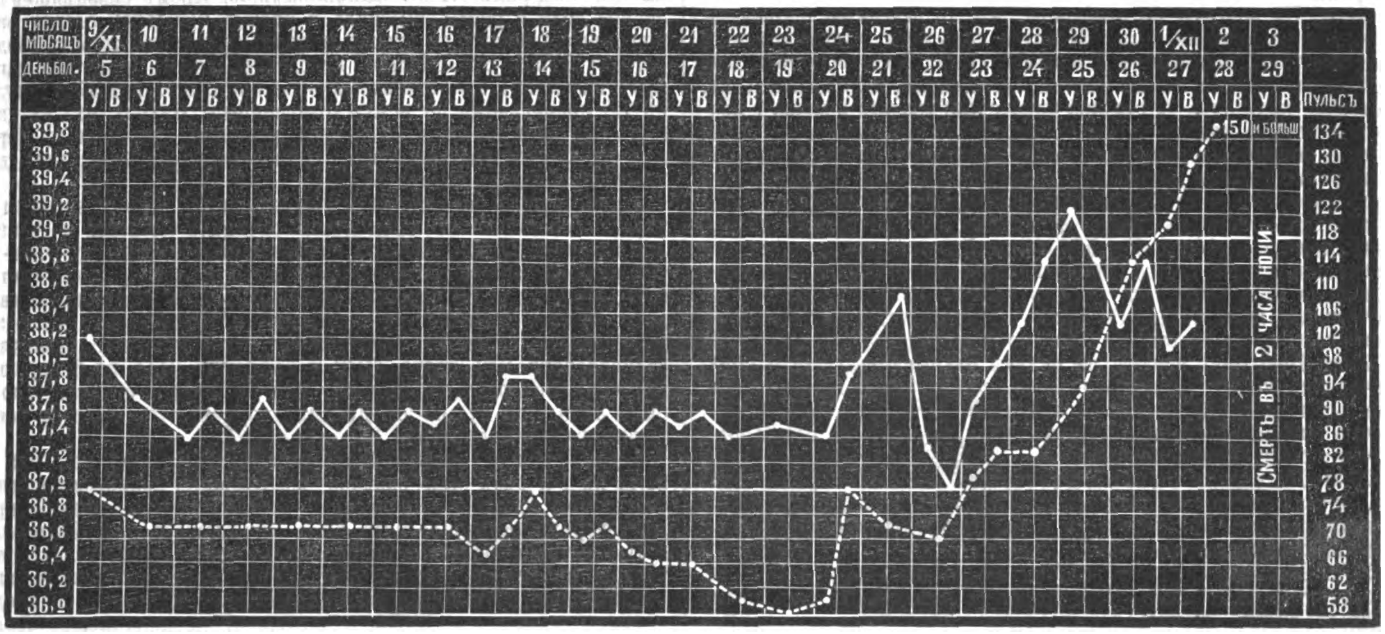
Посвящается незабвенной памяти покойнаго Вячеслава Авксентьевича Манассеина).

Въ своей клинической лекціи о гриппѣ проф. *N. Ortner* [1]) говоритъ: «Громадное большинство случаевъ инфлюэнцы относится къ той формѣ, которую принято коротко называть катарральной;.... желудочно-кишечная и нервная почти совершенно не встрѣчаются. Правда, не смотря на ихъ малочисленность, случаи, относящіеся къ послѣднимъ 2-мъ формамъ, тоже весьма важны». Затѣмъ проф. *Ortner* указываетъ случаи гнойнаго менингита, которые были описаны, какъ гриппозный менингитъ *Pfuhl*'емъ въ 1896 г., *Fränkel*'емъ въ 1898 г., *Гегерштедтомъ* въ 1895 г. и *Trailescu* въ 1901 г. «Приведенныя наблюденія», говорится далѣе въ той-же лекціи, «во всякомъ случаѣ показываютъ, что острый менингитъ, хотя и рѣдко, можетъ зависѣть отъ гриппозной инфекціи». *Bernhard Bendix* [2]) и *Kuhnemann* [3]) указываютъ на осложненіе гриппа менингитомъ, какъ на явленіе, встрѣчающееся сравнительно не часто. Такія-же указанія имѣются у проф. *K. Eichhorst*'а [4]), *W. R. Gowers*'а [5]) и у покойнаго *Н. Ф. Филатова* [6]), при чемъ послѣдній считаетъ менингитъ самымъ важнымъ и тяжелымъ осложненіемъ гриппа.

Въ силу вышесказаннаго, думаю, нижеприводимый случай этого заболѣванія представляетъ нѣкоторый интересъ, почему я и рѣшился описать его.

А. Х., 14 л., сынъ мясника, изъ дов. зажиточной мѣщанской семьи, ученикъ приходскаго училища, привезенъ матерью на 5-й день болѣзни 9/xi 1903 г. 5/xi и 6/xi чувствовалъ общее недомоганіе, но въ классъ все-таки ходилъ. 7/xi и 8/xi появился небольшой насморкъ, легкое познабливаніе, ломота во всемъ тѣлѣ, очень незначительный кашель, сильная головная боль въ области лба и висковъ; была рвота по 1 разу въ день, послѣ предварительной тошноты.—Жалуется на сильную головную боль ломящаго характера, общую слабость, плохой позывъ на ѣду, тошноту, небольшой жаръ во всемъ тѣлѣ, насморкъ, неловкое ощущеніе въ глазахъ, если смотрѣть на свѣтъ. 38°,2; п. 78, правильный, хорошаго наполненія и силы. Настроеніе вялое, апатичное. Слегка блѣденъ; кожа на ощупь суха; нигдѣ никакой сыпи. Зѣвъ умѣренно гиперэмированъ; налетовъ нигдѣ нѣтъ. Дыханіе черезъ носъ, при закрытомъ ртѣ, слегка затруднено. Въ легкихъ и сердцѣ ничего ненормальнаго. Животъ невздутъ, при ощупываніи безболѣзненъ; въ S-образной кишкѣ немного каловыхъ массъ. Селезенка не увеличена, не прощупывается. Со стороны прочихъ брюшныхъ органовъ ничего ненормальнаго. Все время болѣзни испражненія произвольныя, разъ въ сутки, въ обычномъ количествѣ и обычной плотности. Моча свѣтложелтая; уменьшенія ея количества за эти дни не было. При легкомъ надавливаніи на межреберные нервы жалуется на рѣзкую боль; таже жалоба при захватываніи въ складку кожи и легкомъ сдавливаніи ея. Костная и мышечная системы развиты правильно и уклоненій отъ нормы не представляютъ.—Изъ совершенно здоровой семьи, мнѣ хорошо извѣстной. Никакихъ указаній на бугорчатку, сифилисъ, алкоголизмъ и другіе болѣзни ни у родныхъ, ни у самого больного нѣтъ. По словамъ матери, въ дѣтствѣ ничѣмъ не хворалъ и росъ здоровымъ и крѣпкимъ ребенкомъ.—Распознанъ гриппъ.—Назначено: аспирина по 0,3 на пріемъ, 3 порошка въ день, запивая его $^1/_2$-рюмкою портвейна; вечеромъ обтираніе всего тѣла уксусомъ пополамъ съ водкою; на голову холодные компрессы. Дальнѣйшее лѣченіе велось на дому.

10/xi: Головная боль съ 4 час. дня до 11 час. веч., того-же характера, но гораздо сильнѣе. Съ 4 час. веч. начало тошнить; въ 6 час. веч. рвота слизью, послѣ чего тошнота прекратилась. За весь день выпилъ 1 стаканъ чая съ молокомъ. На низъ 1 разъ, правильно. Кривыя температуры и пульса за время болѣзни слѣдующія:




—— температура.
- - - - пульсъ.

11/xi: Боль головы таже; временами отъ боли стонетъ. Объективно безъ перемѣнъ; зрачки не расширены. Съ утра тошнитъ. Аспиринъ отмѣненъ; данъ растворъ разведенной соляной кислоты 4,0 на 200,0, черезъ 2 часа по столовой ложкѣ. Къ вечеру тошнота уменьшилась; рвоты не было; головная боль легче; настроеніе лучше: интересуется заданными уроками. На низъ 1 разъ, произвольно, правильно.

12/xi: Рвота 1 разъ, вечеромъ, послѣ предварительной тошноты. Головная боль очень сильная весь день. Спалъ, какъ и предъидущія ночи, хорошо. Въ продолженіи дня выпилъ 1 стаканъ чая безъ молока. На низъ не было.

13/xi: Рвота по 1 разу утромъ и вечеромъ. Головная боль таже. Растворъ соляной кислоты отмѣненъ. Назначенъ каломель по 0,06, 6 порошковъ, черезъ часъ по 1. Въ 10 час. веч. слегка прослабило. Въ остальномъ безъ перемѣнъ.

14/xi: Въ 6 час. утра обильно прослабило. Животъ слегка вздутъ, мягокъ, небольшое урчаніе. Головная боль таже. Зрачки слегка расширены, отвѣчаютъ на свѣтъ хорошо. Ригидности мышцъ нигдѣ не замѣтно. Вечеромъ разъ вырвало. Тошнитъ. Назначено: бромистаго натра 4,0, бромистаго аммонія 2,0, воды перегнанной 200,0, лавровишневой 4,0, 3 столовыхъ ложки въ день, запивая молокомъ; глотать кусочки льда; на голову холодъ.

15/xi: На низъ не было. Въ остальномъ безъ перемѣнъ.

16/xi: Головная боль сильнѣе; временами мечется и стонетъ. Утромъ рвота. Сознаніе полное. На низъ не было. Вечеромъ данъ настой Александрійскаго листа; рвоты не было.

17/xi: Головная боль очень сильная. Утромъ и въ полдень обильно прослабило. Въ 6 час. веч. рвота. Объективно ничего ненормальнаго. Бромъ отмѣненъ. Назначено: салициловокислаго натра 0,3, коффеина натро-салициловокислаго 0,1, по 1 порошку, 3 раза въ день, запивая $^1/_2$ рюмкой портвейна

18/xi: Безъ перемѣнъ. На низъ не было.

19/xi: Въ полузабытьѣ; слегка стонетъ; на вопросы отвѣчаетъ вяло, жалуясь на «ужасную» головную боль. Рвота 1 разъ слизью. На низъ не было.

20/xi: Въ 3 часа утра сталъ метаться, произнося какія то безсвязныя слова; около 5 час. утра успокоился и заснулъ. Въ остальномъ весь день безъ перемѣнъ. На низъ запоръ.

21/xi: Безучастно относится къ окружающему; почти не отвѣчаетъ на вопросы. Мышцы на задней поверхности шеи какъ бы слегка напряжены; при надавливаніи на нихъ стонетъ. Пригнуть голову къ груди удается съ трудомъ: «голова болитъ». Зрачки слегка расширены, отвѣчаютъ на свѣтъ хорошо; зрѣніе субъективно не ослаблено. Ничего не ѣстъ и не пьетъ. Утромъ 2 раза рвота слизью. На низъ запоръ. Въ остальномъ безъ перемѣнъ. Назначено: продолжать салициловокислый натръ и коффеинъ; втирать разъ въ день сѣрую мазь 1,0 съ ланолиномъ 2,0; полоскать и вытирать во рту 2%-мъ растворомъ *Berthollet*'овой соли; ледъ на голову; эѳирно-валеріановой настойки по 10 кап. черезъ 3 часа.

22/xi: До 3-хъ часовъ дня лежалъ въ забытьѣ и слабо стоналъ. Въ 3 часа—сильное возбужденіе: вскакивалъ, царапалъ стѣну, кричалъ, пытался бѣжать, кусалъ и царапалъ 3-хъ чело-

Digitized by Google

вѣкъ, старавшихся его удержать. Такое состояніе продолжалось до 2-хъ часовъ ночи, послѣ чего крѣпко заснулъ и спалъ до 9 час. утра слѣдующаго дня. Рвоты не было весь день. На низъ запоръ.

23/xi: Полубезсознательное состояніе; на вопросы не отвѣчаетъ; по требованію высовываетъ языкъ, умѣренно обложенный. Рвоты и на низъ не было. Около 3-хъ час. дня было легкое возбужденіе въ теченіи часа, послѣ чего просилъ помочиться; мочи немного, она свѣтлая, безъ осадка. Весь день ничего не пилъ и никакихъ лѣкарствъ не принималъ: стискивалъ зубы и отворачивалъ голову, когда его окликали и подносили ко рту ложку. Замѣтно похудѣлъ и ослабѣлъ. Зрачки умѣренно расширены.

24/xi: На вопросы не отвѣчаетъ; что то безсвязно бормочетъ. Рвоты и на низъ не было. Мочится подъ себя. Сдѣлано втираніе (ртутное); поставлены 2 клизмы: 1) изъ 3-хъ стакановъ теплой воды, которая вышла слегка окрашенной, и 2) питательная, которую удержалъ: $1/2$ стакана кипяченаго теплаго молока, 1 яичный желтокъ, чайная ложка портвейна и немного соли. Даны 4 раза эѳирно-валеріановыя капли. Къ вечеру пришелъ въ себя и выпилъ 3 ложки молока съ 2-мя небольшими размоченными кусочками бѣлаго хлѣба; затѣмъ опять впалъ въ забытье. Пищу и лѣкарство какъ въ этотъ день, такъ и въ слѣдующіе давали такъ: больного нѣсколько разъ окликали по имени и, когда онъ открывалъ глаза, слегка приподнимали ему голову и подносили ложку ко рту; почти всегда онъ охотно пилъ предлагаемое и вытягивалъ губы къ ложкѣ, такъ что насильственно вливать въ ротъ содержимое ложки не было надобности.

25/xi: Весь день спячка; на окликъ открываетъ глаза и поворачиваетъ голову; взглядъ довольно осмысленный. Въ продолженіе дня выпилъ 10 ложекъ молока. Мочится подъ себя; 1 разъ ночью жидко прослабило. Питательная клизма; въ остальномъ лѣченіе тоже. Рвоты не было.

26/xi: На окликъ утромъ откликнулся; остальное время спячка. Зрачки умѣренно расширены. За весь день выпилъ около стакана молока. Мочится подъ себя. Питательная клизма; лѣченіе тоже; порошки отмѣнены.

27/xi: На вопросъ, хотя слабо, но довольно ясно отвѣчаетъ: «болитъ только голова». Все время въ забытьѣ. За день съѣлъ яйцо въ смятку, выпилъ чашку бульона, чашку чая съ молокомъ и стаканъ молока. Рвоты не было. Разъ жидко прослабило подъ себя; мочится также непроизвольно.

28/xi: Весь день въ полузабытьѣ. На вопросы отвѣчаетъ ясно и осмысленно: «очень сильно болитъ только голова». Рвоты не было. Мочится подъ себя; 2 раза прослабило. Во внутреннихъ органахъ ничего ненормальнаго не обнаружено. За весь день выпилъ немного больше 1 стакана молока, чайную чашку бульона съ бѣлымъ хлѣбомъ ($1/8$ французской булки), и съѣлъ 1 яйцо въ смятку. Лѣченіе тоже. Съ 9 до $9^3/_4$ час. веч. сильный знобъ; ночью бредъ.

29/xi: Общее состояніе безъ перемѣнъ. Питаніе и лѣченіе тѣже. Мушка ниже затылка.

30/xi: Стонетъ; при разспросахъ жалуется на боль головы. Зрачки расширены ad maximum. Въ остальномъ безъ перемѣнъ. Питаніе и лѣченіе тѣже.

1/xii: Мечется и стонетъ; полубезсознательное состояніе; пищи и питья не принимаетъ. Рвоты не было; мочится и испражняется подъ себя. Назначено: настойки строфанта 3 капли+эѳирно-валеріановой настойки 10 капель, чередуя черезъ каждые 3 часа съ $1/2$ рюмкой портвейна. Мушка на затылокъ.

2/xii: Съ 9 час. утра началъ сильно метаться, стонать. Хриплое, тяжелое, учащенное дыханіе; пульсъ 150 и больше, очень слабый.

3/xii: Полное безсознательное состояніе. Пульсъ не сосчитывается. Зрачки расширены ad maximum. Въ 2 часа ночи на 4/xii смерть.

Распознаваніе гриппа, поставленное при 1-мъ осмотрѣ больного, было основано, во 1-хъ, на обнаруженныхъ у больного припадкахъ субъективныхъ и объективныхъ, а, во 2-хъ, на томъ обстоятельствѣ, что въ это время въ городѣ неоднократно наблюдались заболѣванія гриппомъ, при чемъ заболѣванія эти были и въ томъ училищѣ, гдѣ обучался А. Х., и въ другихъ городскихъ школахъ. По припадкамъ заболѣваніе въ данномъ случаѣ ближе всего подходило къ т. наз. нервной формѣ гриппа, такъ какъ здѣсь преобладали головная боль и рвота; такъ какъ послѣдняя появлялась независимо отъ пріема пищи и при томъ погрѣшности въ діэтѣ не было никакой, эти 2 припадка можно было считать мозговыми, какъ слѣдствіе отравленія центральной нервной системы гриппознымъ ядомъ, обращавшимся въ крови. Принимая во вниманіе, что 1) менингитъ рѣдко осложняетъ гриппъ и что 2) другихъ мозговыхъ припадковъ, какъ-то: бреда, судорогъ или параличей, замедленнаго пульса, ригидности мышцъ, не было, предположеніе о какомъ-либо мѣстномъ мозговомъ пораженіи было оставлено, а допускалась возможность общаго раздраженія мозга подъ вліяніемъ отравленія. Видя неоднократно очень хорошіе результаты отъ аспирина и находя на это указанія и въ литературѣ, я назначилъ больному этотъ салициловый препаратъ, разсчитывая на его потогонное дѣйствіе и отчасти на его какъ-бы специфическое дѣйствіе при гриппѣ.

Черезъ 2 дня, не видя никакого улучшенія, а замѣтивъ даже ухудшеніе въ состояніи больного—тошнота, обострявшаяся послѣ выпитаго молока и чая усилилась—я отмѣнилъ аспиринъ и назначилъ $2^0/_0$-ный растворъ разведенной соляной кислоты, черезъ 2 часа по столовой ложкѣ. Въ этотъ-же день тошнота значительно уменьшилась, рвота прекратилась, головная боль рѣзко ослабѣла, а больной повеселѣлъ, сталъ интересоваться классными занятіями и т. п. Желая убѣдиться, не была-ли въ данномъ случаѣ рвота отчасти и желудочно-кишечнаго происхожденія, я на другой день, не давая совершенно соляной кислоты, назначилъ каломель, по 0,06, 6 порошковъ, черезъ часъ до дѣйствія. Днемъ головная боль возобновилась съ прежней силою, и 2 раза больного вырвало; вечеромъ его прослабило. Больной такъ ослабѣлъ, что принужденъ былъ слечь въ постель и съ этого дня уже не поднимался, а до тѣхъ поръ онъ то лежалъ, то прохаживался по комнатѣ, разговаривалъ съ присутствовавшими, проявляя вообще интересъ къ окружающему.

На слѣдующій день, 14/xi, больной былъ осмотрѣнъ мною совмѣстно съ д-ромъ *П. М. Капутовскимъ*. Кромѣ сильнѣйшей головной боли и рвоты, бывшихъ и прежде, найдено: слегка расширенные равномѣрно зрачки и немного вздутый животъ (больного въ 6 час. утра обильно прослабило послѣ принятаго наканунѣ каломеля); въ остальномъ—все нормально при $37^0,4$ и пульсѣ 72, правильномъ во всѣхъ отношеніяхъ. Находя, что въ данномъ случаѣ имѣется дѣло съ затянувшимся гриппомъ въ нервной его формѣ, мы назначили бромистые препараты, ледъ для глотанія и холодъ на голову.

3 дня прошло безъ перемѣны къ лучшему, даже съ замѣтнымъ ухудшеніемъ: больной временами начиналъ метаться и стонать отъ головной боли. 17/xi при совмѣстномъ осмотрѣ съ тѣмъ-же товарищемъ ничего новаго обнаружено не было, кромѣ слегка замедленнаго, до 68 ударовъ, пульса. Не видя признаковъ, дающихъ прямое указаніе на менингитъ, и приписывая наблюдаемыя явленія сильному гриппозному зараженію, мы назначили салициловокислый натръ (0,3) и коффеинъ (0,1), по 3 порошка въ день). Вечеромъ въ тотъ-же день и на другой день утромъ было $37^0,9$, при пульсѣ 78. До сихъ поръ пульсъ былъ въ соотвѣтствіи съ температурой.

3 дня прошло затѣмъ безъ перемѣнъ. Въ ночь съ 20/xi на 21/xi въ 1-й разъ было сильное возбужденіе, сопровождавшееся безсвязною рѣчью и длившееся 2 часа. 21/xi на совѣщаніе, кромѣ товарища *Капутовскаго*, былъ приглашенъ д-ръ *Маршакъ*.

Изъ исторіи болѣзни видно, что въ этотъ день въ 1-й разъ удалось наблюдать какъ бы легкое напряженіе выйныхъ мышцъ, надавливаніе на которыя вызывало стонъ у больного. Съ предъидущаго же дня явно стало обнаруживаться нароставшее замедленіе пульса. Не было сомнѣнія, что передъ нами былъ случай менингита. Возникали вопросы, есть-ли это предвѣстниковый періодъ, какой формы воспаленіе мозговыхъ оболочекъ и гдѣ мѣстоположеніе процесса? Назначивъ лѣченіе, какое показуется въ такихъ случаяхъ, мы принуждены были съ точнымъ распознаваніемъ выжидать, слѣдя за ходомъ болѣзни.

Придерживаясь классификаціи, указанной проф. *W. R. Gowers*'омъ и *B. Bendix*'омъ, и принимая во вниманіе дальнѣйшее теченіе болѣзни, прежде всего необходимо было исключить повальное воспаленіе оболочекъ головного и спинного мозга: неповышенная температура, отсутствіе ускореннаго пульса и даже замедленіе его, отсутствіе сведенія затылка, ригидности мышцъ и другихъ характерныхъ припадковъ исключали это заболѣваніе. Внѣ всякаго сомнѣнія здѣсь было пораженіе головного мозга, преимущественно его оболочекъ. Могло возникнуть подозрѣніе на существованіе здѣсь энцефалита (церебрита), по поводу котораго *Gowers* говоритъ слѣдующее: «Мы обладаемъ лишь весьма скудными свѣдѣніями о симптомахъ простого церебрита, благодаря тому, что заболѣваніе это въ изолированномъ видѣ наблюдается рѣдко, но во всякомъ случаѣ головная боль принадлежитъ къ частымъ симптомамъ, а иногда наблюдается рвота»;—и дальше: «во многихъ случаяхъ симптомы бываютъ тождественны съ явленіями менингита въ соотвѣтственной области мозга».

Я не рѣшаюсь поэтому разсматривать описанный случай, какъ энцефалитъ, а склоненъ думать, что здѣсь былъ лептоменингитъ.

Какъ видно изъ данныхъ прошлаго, больной не представлялъ никакихъ признаковъ, которые давали-бы право заподозрить у него бугорчатковое пораженіе легкихъ или другихъ органовъ; въ силу этого вполнѣ возможно было исключить здѣсь бугорчатковый менингитъ основанія. Кромѣ того, «при менингитѣ основанія черепные нервы уже рано поражаются,.... и neuritis opticа обыкновенно развивается прежде, чѣмъ симптомы достигаютъ высокой степени интенсивности», говоритъ *Gowers*, что подтверждаютъ и другіе авторы и клиницисты.

Я долженъ отмѣтить, что изслѣдованія глазного дна у *А. Х.* сдѣлано не было; равнымъ образомъ не представлялось возможнымъ произвести поясничнаго прокола по *Quincke* [7]), который, если бы и не повліялъ на теченіе болѣзни, во всякомъ случаѣ далъ-бы цѣнныя указанія для распознаванія. Говорить поэтому о воспаленіи зрительныхъ нервовъ нѣтъ данныхъ. Что-же касается явленій со стороны лицевыхъ нервовъ, а также прочей периферической нервной системы, то за все время болѣзни ничего ненормальнаго отмѣтить здѣсь не удалось.

«При менингитѣ выпуклой поверхности мозга бредъ сильнѣе выраженъ, мѣстныя судороги и гемиплегическая слабость наблюдаются чаще; рвота же наблюдается рѣже», пишетъ *Gowers*. Съ 22/xi, т. е. съ 18-го дня заболѣванія рвота у А. Х. совершенно прекратилась. Судорогъ и гемиплегій не было у него ни разу. Бредъ былъ 22/xi и 23/xi, сопровождаясь сильнымъ возбужденіемъ, въ остальное-же время больной находился въ спячкѣ при полубезсознательномъ состояніи.

Переходя къ разбору отдѣльныхъ припадковъ у больного, я параллельно съ этимъ буду приводить выдержки изъ *Gowers*'а.

Головная боль по характеру была ломящая и давящая, сосредоточивалась въ области лба и висковъ.—«Изъ всѣхъ симпто-

Digitized by Google

мовъ раньше и чаще всего появляется головная боль. Симптомъ этотъ выступаетъ на первый планъ, пока больной не впадетъ въ безсознательное состояніе. Чаще всего боль во лбу».

О бредѣ было сказано выше.—«Другимъ важнымъ симптомомъ является бредъ. Бредъ бываетъ легкій и тихій, или же активный и буйный. Въ началѣ обыкновенно существуетъ только заговариваніе во время сна».

«Рвота составляетъ частый симптомъ, во многихъ случаяхъ обнаруживается уже весьма рано, гдѣ бы ни локализировалось воспаленіе. Языкъ вначалѣ чистъ, но затѣмъ становится сильно обложеннымъ, при чемъ появляется непріятный запахъ изо рта. Зачастую упорные запоры, и животъ представляется втянутымъ».—О рвотѣ у А. Х. было сказано выше. Что-же касается языка, то лишь спустя 2 недѣли отъ начала болѣзни на немъ сталъ появляться налетъ, постепенно увеличивавшійся, и появился запахъ изо рта. Наклонность къ запорамъ была безусловно. Недержаніе мочи и кала, отмѣченное *Gowers*'омъ, наблюдалось и у моего больного».

«Зрачки въ начальномъ стадіи обыкновенно съужены, особенно при существованіи свѣтобоязни; въ послѣдствіи они часто оказываются расширенными». Расширеніе зрачковъ можно было установить уже въ $^1/_2$ болѣзни; а въ послѣдніе дни оно достигало maximum'а и такъ имъ оставалось до конца.

«Лихорадка при менингитѣ въ отдѣльныхъ случаяхъ бываетъ различна», говоритъ *Gowers* и, указавъ на возможность и частоту высокой температуры въ 38°,5—39°,5 и выше, въ особенности при гнойныхъ менингитахъ, добавляетъ, «что въ весьма рѣдкихъ случаяхъ болѣзнь протекаетъ совершенно безъ лихорадки; и не подлежитъ сомнѣнію, что въ теченіи нѣсколькихъ дней температура можетъ не превышать нормы». «Пульсъ представляетъ такія-же колебанія, какъ и температура, но соотвѣтствіе между ними не всегда существуетъ. Пульсъ чаще замедленъ до 60—50 ударовъ или даже до 40; предсмертное учащеніе до 160—180 ударовъ, а иногда пульсъ на столько учащенъ, что его нельзя сосчитать».

Обратимся къ кривымъ пульса и температуры. До 15-го дня болѣзни обѣ кривыя идутъ въ полномъ соотвѣтствіи, и только съ этого дня пульсовая кривая начинаетъ падать, тогда какъ температурная остается съ прежними колебаніями. На 20-й день температура поднялась до 39°,5, а на другой день упала до 37°; еще черезъ 3 дня она поднялась до 39°,2 и до самой смерти держалась между 38° и 36°. Пульсовая-же кривая, давъ на 21-й день незначительное повышеніе, послѣ 2-дневнаго послабленія стала подниматься все выше и выше, такъ что за день до смерти сосчитать пульсъ уже было нельзя.

Подводя итогъ всему сказанному, можно придти къ заключенію, вѣроятному въ большой степени, что въ данномъ случаѣ имѣлось дѣло съ сывороточнымъ менингитомъ, который въ послѣдніе дни началъ переходить въ гнойный, чѣмъ и слѣдуетъ объяснить неправильныя колебанія температуры въ послѣднее время, каковыя обыкновенно наблюдаются при гнойныхъ лихорадочныхъ заболѣваніяхъ. Если-бы здѣсь съ первыхъ дней обнаруженія мозговыхъ явленій былъ гнойный менингитъ, то съ самаго начала имѣлись-бы высокая температура, выше 39°—40° и другія сопутствующія явленія.

Что касается мѣстоположенія процесса, то, думаю, не будетъ ошибочнымъ считать послѣдній занимавшимъ основаніе мозга. Для менингита выпуклыхъ частей мозга весьма характерны слѣдующія явленія: буйный бредъ, судороги, сведенія, параличи; кромѣ того, въ большинствѣ случаевъ эта форма бываетъ гнойная, сывороточный-же менингитъ чаще развивается на основаніи мозга. Въ вышеописанномъ случаѣ не было, однако, ясно выраженныхъ, характерныхъ для этой формы припадковъ: пораженія лицевыхъ нервовъ въ той или иной формѣ; было лишь сильное расширеніе зрачковъ. Такъ какъ изслѣдованія глазного дна сдѣлано не было, то съ положительностью нельзя утверждать, было-ли здѣсь воспаленіе зрительныхъ нервовъ или нѣтъ; но все-же, признавая наличность менингита основанія, съ большой долею вѣроятности можно допустить, что пораженіе сосочковъ имѣлось; о силѣ пораженія ничего сказать нельзя, но надо все-таки помнить, что при зрительномъ невритѣ, особенно въ первые періоды болѣзни, зрѣніе остается нормальнымъ или почти нормальнымъ [*Крюковъ* [8]]. Упадка зрѣнія у своего больного я не замѣчалъ. Полнаго безсознательнаго состоянія у больного до самой агоніи не было, а это тоже говоритъ противъ мѣстоположенія процесса на выпуклости мозга.

Разумѣется, точное распознаваніе можно-бы поставить на секціонномъ столѣ, но вскрытія нельзя было сдѣлать, что, конечно, составляетъ большой минусъ наблюденія. Другимъ минусомъ нужно считать недостаточность литературныхъ данныхъ, бывшихъ въ моемъ распоряженіи: описывая этотъ случай, я пользовался лишь доступными мнѣ въ провинціи пособіями—учебниками и нѣкоторыми журналами.

Въ заключеніе не могу не выразить глубокой благодарности д-ру *П. М. Капутовскому*, совѣтами и опытомъ котораго я пользовался, проводя лѣченіе этого больного.

**Источники**: 1. Проф. *N. Ortner*. Инфлюэнца со времени послѣдней эпидеміи. Перев. съ нѣмецк. *М. Б. Блюменау*. Изд. «Практической Медицины» 1903 г.—2. *Bernhard Bendix*. Руководство по дѣтскимъ болѣзнямъ. Перев. съ нѣмецк. *И. А. Шабада* и *В. М. Островскаго*. Изд. «Практической Медицины» 1904 г.—3. *Kühnemann*. Практическая діагностика внутреннихъ болѣзней. Перев. съ нѣмецк. *М. Б. Блюменау*. Изд. «Практической Медицины» 1903 г.—4. Проф. *K. Eichhorst*. Практическій учебникъ внутреннихъ болѣзней. Перев. съ нѣмецк. *С. З. Серебренникова* и *Я. Б. Эйгера*. Изд. 1900 г.—5. *Онъ-же*. Практическій учебникъ нервныхъ болѣзней. Перев. съ нѣмецк. *С. Б. Орѣчкина*. Изд. 1900 г.—6. Проф. *W. R. Gowers*. Руководство къ болѣзнямъ нервной системы. Перев. со 2-го англ. изд. *С. Б. Орѣчкина*. 1896 г.—7. Проф. *Н. Ф. Филатовъ*. Лекціи объ острыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ у дѣтей. Изд. 1899 г.—8. Проф. *H. Quincke*. О поясничномъ проколѣ. Перев. *М. Б. Блюменау*. Изд. «Практической Медицины» 1903 г.—9. Проф. *А. А. Крюковъ*. Курсъ глазныхъ болѣзней. Изд. 1898 г.—10. Проф. *R. M. Павлиновъ*. Частная патологія и терапія внутреннихъ болѣзней. Изд. 1900 г.

---

## LXX. О санитарныхъ условіяхъ массовой перевозки по желѣзнымъ дорогамъ переселенцевъ и рабочихъ.

**В. И. Земблинова** (Калуга).

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Переселенія издавна существовали на Руси: по мѣрѣ занятія пустынныхъ или малонаселенныхъ окраинъ, народная волна двигалась на нихъ, постепенно сливая ихъ въ одно съ государственнымъ организмомъ. Это государственное строительство народъ искони дѣлалъ за свой счетъ и страхъ, безъ помощи правительства, такъ какъ переселенія на окраины, дѣлаемыя за счетъ правительства, были каплею въ морѣ въ сравненіи со всѣмъ громаднымъ дѣломъ переселеній.

Ранѣе, естественно, переселенія совершались по грунтовымъ дорогамъ или рѣкамъ, а потому и не могли быть ни обширными, ни дальними; дѣло переселенія стало рости и въ ширину и въ глубину только съ проведеніемъ желѣзныхъ дорогъ къ окраинамъ. Наблюденія показываютъ, что переселенія происходятъ не только въ направленіи къ далекимъ окраинамъ, но и въ самой серединѣ Россіи; но всѣ эти разнообразныя струи переселенческаго движенія ничтожны въ сравненіи съ переселеніемъ въ Сибирь; почему въ настоящемъ докладѣ будетъ идти рѣчь исключительно о Сибирскомъ переселеніи.

Переселеніе въ Сибирь еще въ срединѣ 80-хъ годовъ было столь ничтожно, что изслѣдователи того времени ничего не говорятъ о немъ, но оно сдѣлалось сразу громаднымъ, какъ только съ выходомъ изъ средины Россіи желѣзныхъ дорогъ на Волгу и съ устройствомъ Пермь-Тюменской ж. дороги явился облегченный путь при помощи пара на бассейнѣ большихъ Сибирскихъ рѣкъ.

Въ 1884 г. число переселенцевъ въ Сибирь равнялось только 9000 съ небольшимъ, а съ открытіемъ Пермь-Тюменской линіи въ 1888—1891 гг. оно сразу зашло за 30000 и затѣмъ, постепенно увеличиваясь, достигло уже 84000 въ теченіи одного только года. Но, такъ какъ этотъ т. наз. Сѣверный путь въ Сибирь не былъ приготовленъ къ перевозкѣ громадныхъ массъ переселенцевъ, да и самый составъ переселенцевъ подбирался изъ семей, наиболѣе нуждавшихся уже у себя на родинѣ, то неудивительно, что путешествіе по этому новому пути совершалось при громадныхъ санитарныхъ неустройствахъ: переселенцевъ приходилось везти на пароходахъ и баржахъ, нисколько не приспособленныхъ для перевозки массъ людей, на безлюдныхъ берегахъ пустынныхъ рѣкъ не имѣлось никакихъ приспособленій для принятія переселенцевъ, почему здѣсь разыгрывались ужасныя картины страданій и смертности. Смертность въ переселенческихъ партіяхъ достигала мѣстами до 3—9 и даже 15%; въ 1892 г. вымирали

Digitized by Google

цѣлыя семьи, и сами переселенцы говорили, что между ними «идетъ моръ».

Такое бѣдственное положеніе переселенцевъ вызвало всеобщее вниманіе къ ихъ положенію, и на помощь имъ стали приходить отдѣльныя лица и частная благотворительность, складывавшаяся въ спеціальныя Общества, а Пермь-Тюменская ж. дорога въ облегченіе расходовъ переселенцамъ установила льготныя скидки съ существовавшаго тогда тарифа, давая имъ тѣмъ возможность сдѣлать въ общемъ итогѣ большія сбереженія.

Съ устройствомъ Сибирской ж. дороги въ 1895 г. переселенческая волна хлынула на этотъ путь и сразу возросла до 108000, такъ что Сѣверный путь сразу и почти совершенно запустѣлъ и, если ранѣе тутъ шло 85% переселенцевъ въ Сибирь, то нынѣ идетъ только 4,7%. Такое громадное количество переселенцевъ застало и желѣзную дорогу, и мѣстную Сибирскую администрацію врасплохъ, вслѣдствіе чего были испытываемы разнаго рода затрудненія и поступательное движеніе переселенцевъ часто останавливалось, такъ что нерѣдко образовывались ихъ скопленія во многія тысячи на одномъ мѣстѣ, внѣ возможности имѣть какой-нибудь пріютъ, достаточное продовольствіе и т. д.; годныхъ земель оказывалось недостаточно, а занятыя наскоро часто бросались за ихъ негодностью; явилась масса обратныхъ переселенцевъ (въ 1897 г. 18%) разорившихся, съ усиленной болѣзненностью и смертностью.

Въ виду такихъ затрудненій центральною администраціей дѣлались разнаго рода попытки такъ или иначе ограничивать переселенія, направлять его изданіемъ разнаго рода распоряженій, но, не взирая ни на что, переселеніе только росло и росло, такъ какъ не столько улучшеніе условій пути по желѣзнымъ дорогамъ или удешевленіе стоимости проѣзда было причиной увеличенія переселеній, сколько повтореніе сильныхъ неурожаевъ, почти голода, въ 1891, 1896 и 1898 гг., когда число переселенцевъ увеличивалось, каждый разъ удваиваясь, такъ что въ 1898 г. оно достигло 205000, а въ 1899 г. даже 220000. Дѣлаемыя въ разное время центральной администраціей попытки въ улучшеніи дѣла переселеній не имѣли надлежащаго успѣха, такъ какъ не было нужныхъ для того средствъ; такъ дѣло шло до 1896 г., когда все переселенческое дѣло попало въ руки организаціи по постройкѣ Сибирской ж. дороги; благодаря отпуску большихъ денежныхъ средствъ изъ фонда т. наз. вспомогательныхъ мѣропріятій по постройкѣ великаго Сибирскаго пути на разностороннее обслуживаніе переселенческаго дѣла, оно сразу стало на твердую почву, получивъ законченную организацію. Комитетомъ Сибирской ж. дороги не только были отпущены многомилліонныя средства на дѣло переселенія, но выработаны были главнѣйшія его основы, какими оно нынѣ и направляется; это именно изданіе для всѣхъ дорогъ удешевленнаго переселенческаго тарифа, узаконеніе т. наз. семейнаго ходачества и наконецъ устройство особаго переселенческаго Управленія при Министерствѣ внутреннихъ дѣлъ, вѣдующаго всѣ разнообразныя стороны переселенческаго дѣла какъ на мѣстахъ выхода, такъ и на мѣстахъ новоселья переселенцевъ.

Вкратцѣ суть постановки переселенческаго дѣла въ настоящее время заключается въ слѣдующемъ. Всякая, желающая выселиться, семья, получившая разрѣшеніе начальства, должна послать на основаніяхъ особаго переселенческаго тарифа своего «семейнаго ходока» для личнаго выбора земли на казенныхъ, отведенныхъ для того участкахъ, каковая и зачисляется на 2 года, впредь до окончательнаго занятія, за ходокомъ. Возвратившись домой и заявивъ объ окончательномъ выселеніи, «ходокъ» получаетъ «переселенческое свидѣтельство» и становится легальнымъ переселенцемъ, благодаря чему и самъ, и вся его семья получаетъ право пользованія проѣздомъ по желѣзнымъ дорогамъ по дешевому переселенческому тарифу, получаетъ право на пользованіе пособіемъ отъ казны въ случаѣ нужды, на содѣйствіе чиновниковъ переселенческаго Управленія какъ въ пути, такъ и на мѣстѣ новоселья. Неполучившіе разрѣшенія начальства называются самовольными переселенцами и ѣдутъ на общихъ основаніяхъ пассажировъ вполнѣ за свой счетъ и страхъ.

По условіямъ переселенческаго тарифа переселенцы должны перевозиться особыми товарными ускоренными, т. наз. переселенческими, поѣздами и въ вагонахъ IV класса, а при недостаткѣ таковыхъ—въ товарныхъ вагонахъ съ соблюденіемъ извѣстныхъ требованій; въ условіяхъ льготной перевозки переселенцевъ стоитъ также требованіе о подчиненіи врачебно-санитарному надзору во время пути на желѣзныхъ дорогахъ. Главными распорядителями въ движеніи переселенцевъ или въ остановкѣ ихъ являются чиновники переселенческаго Управленія. Усиленныя мѣры санитарнаго надзора за переселенцами циркулярами установлены на желѣзныхъ дорогахъ, начиная отъ ст. Ряжскъ Сызрано-Вяземской до ст. Красноярскъ Сибирской ж. дороги; здѣсь должны производиться санитарные осмотры на станціяхъ посадки, въ пути и въ пересадкахъ на узловыхъ пунктахъ, выдѣленіе заразныхъ и тяжелыхъ больныхъ, а также родильницъ въ больницы или въ санитарные вагоны; по пути слѣдованія на станціяхъ указано поставить особые кубы для заготовленія кипятка къ каждому переселенческому поѣзду и охлажденной кипяченой воды, а также и устройство особыхъ отхожихъ мѣстъ. Для отдыха переселенцевъ, для записей ихъ, лѣченія въ амбуляторіяхъ и въ больницахъ и т. д. устраиваются въ большихъ узловыхъ пунктахъ особые врачебно-продовольственные пункты, на которыхъ переселенцы имѣютъ длительныя, до 2-хъ сутокъ, остановки; здѣсь они могутъ мыться, имѣть горячій столъ за удешевленную плату или даже безплатно—для дѣтей, больныхъ или бѣдныхъ; здѣсь-же переселенцы получаютъ всѣ нужныя имъ свѣдѣнія, относящіяся къ переселенію и устройству на новыхъ мѣстахъ. Для желѣзныхъ дорогъ въ дѣлѣ санитарнаго надзора, въ устройствѣ кипяточныхъ кубовъ, санитарныхъ вагоновъ и въ уходѣ за ними, въ порядкѣ санитарныхъ осмотровъ изданы подробныя циркулярныя указанія, правила и инструкціи.

Главныя выгоды переселенческаго тарифа для переселенцевъ заключаются, конечно, въ его дешевизнѣ.

Вотъ—сравнительная стоимость проѣзда по общему пассажирскому тарифу III класса, по переселенческому тарифу и по тарифу т. наз. IV класса, особо установленному для недостаточныхъ рабочихъ, ѣдущихъ на заработки: проѣздъ, напр., отъ Чернигова до Красноярска—крайнихъ пунктовъ частаго назначенія переселенцевъ, лежащихъ на разстояніи 4519 в. другъ отъ друга, въ III классѣ стоитъ 1 взрослому 25 р. 60 к., въ IV классѣ—18 р. 5 к. и по переселенческому тарифу 6 р. 40 к. Дѣти до 10 лѣтъ перевозятся безплатно. Переселенцы имѣютъ право везти безплатно по 1 пуду багажа на каждаго взрослаго члена семьи и по $^1/_2$ пуда на каждаго ребенка, весь-же остальной багажъ везется по $^1/_{100}$ коп. съ пуда и версты. Въ видахъ ускоренія отправленія и разныхъ техническихъ выгодъ переселенцы ѣдутъ по накладнымъ, выдаваемымъ на цѣлую партію.

Благодаря установленію столь дешеваго тарифа получилась возможность не только предпринимать переселеніе и самымъ бѣднымъ крестьянамъ, но посылать для выбора земли и ознакомленія на мѣстѣ съ условіями жизни на новыхъ мѣстахъ своихъ ходоковъ, оставлять нѣкоторыя средства на улучшеніе питанія въ дорогѣ и пр., и все это не могло не отразиться на характерѣ всего переселенческаго дѣла и, между прочимъ, на санитарной сторонѣ его. Уже одно присутствіе въ каждой семьѣ лица, предварительно практически ознакомившагося съ условіями дальняго путешествія и условіями быта на новыхъ мѣстахъ, должно было освобождать массу переселенцевъ отъ многихъ вредныхъ случайностей и неожиданностей, не говоря о томъ, что каждая семья ѣдетъ, строго взвѣсивъ всѣ выгоды и невыгоды переселенія, можетъ ѣхать отдѣльно отъ общества, принимая скорѣе во вниманіе требованіе каждаго члена семьи—болѣзнь, беременность, суровость времени года и пр.

Видимо, эта возможность личнаго ознакомленія съ условіями переселенія въ Сибирь подѣйствовала отрезвляющимъ образомъ на народныя массы, ибо движеніе переселенцевъ, достигши наибольшей величины въ 1899 г., уже не ростетъ, а падаетъ: въ 1900 г. оно выражалось 219000, а въ 1901 г. только—120000. Несомнѣнно, здѣсь играетъ роль и истощеніе хорошихъ земель въ ближайшихъ пунктахъ выселенія и—конечно, болѣе всего—относительно благополучные урожаи послѣднихъ лѣтъ. Окончаніе Оренбургъ-Ташкентской линіи, имѣющей открыть новый районъ для выселенія, и—болѣе всего—первый неурожай въ ка-

Digitized by Google

комъ-либо большомъ районѣ, конечно, дадутъ новое увеличеніе переселеній при прочихъ одинаковыхъ условіяхъ. тѣмъ болѣе, что этотъ новый районъ далекъ отъ смутъ, удручающихъ районъ дальняго Сибирскаго выселенія.

Все сказанное относится къ легальнымъ переселенцамъ и къ нимъ собственно будетъ относиться все послѣдующее изложеніе, такъ какъ никто другой и не можетъ быть признаваемъ переселенцемъ, какъ только лица, ѣдущія по переселенческому тарифу. Но наблюденія работающихъ какъ на дорогахъ Европейской Россіи, такъ и въ Сибири показали, что далеко не всѣ, ѣдущіе на переселеніе, слѣдуютъ по переселенческому тарифу: затрудненія по полученію разрѣшенія отъ начальства для многихъ такъ велики, что они уѣзжаютъ безъ переселенческихъ свидѣтельствъ по однимъ паспортамъ, въ качествѣ простыхъ пассажировъ или рабочихъ, ѣдущихъ на заработки, т. е. по общему тарифу III или IV класса, расходуясь страшнымъ образомъ противъ оформившихъ свой отъѣздъ товарищей, за то избѣгая сильно стѣсняющаго переселенцевъ врачебно-санитарнаго осмотра въ пути и т. п. Число переселенцевъ, ѣдущихъ самовольно, не малое: въ 1897 и 1898 гг. оно равнялось 33 и 44%, а ранѣе, напр., въ 1894 г., составляло даже 78% всего переселенческаго движенія; при этомъ нужно имѣть въ виду и то обстоятельство, что очень многіе и дѣйствительные рабочіе, ѣхавшіе по IV классу, дѣлаются потомъ переселенцами, присмотрѣвшись на мѣстѣ къ условіямъ жизни и работы на окраинѣ, какъ то подтверждаетъ давнишній работникъ по Сибирскому переселенію переселенческій чиновникъ П. П. Архиповъ.

Такимъ образомъ силою вещей сливаются въ одномъ мѣстѣ 2 мои задачи—представить условія массовой перевозки переселенцевъ и рабочихъ, по мысли законодателя и сущности удобствъ пользованія тарифами столь глубоко разнящихся между собою.

Въ виду относительной новизны вопроса и отсутствія спеціальныхъ работъ, посвященныхъ темѣ моего доклада, матеріалъ для изученія дѣла массовой перевозки переселенцевъ и рабочихъ оказался очень небольшимъ (сырой матеріалъ, имѣющійся въ управленіяхъ дорогъ, громаденъ, но онъ требуетъ еще обработки), почему мнѣ, по необходимости, пришлось ограничиться очень скромными цифровыми данными, частью собранными лично, частью присланными товарищами съ нѣкоторыхъ дорогъ и, наконецъ, полученными изъ Инспекціи и Управленія желѣзныхъ дорогъ и переселенческагб Управленія [1]). Въ данномъ отношеніи Сызрано-Вяземская ж. дорога, на которой я служу, представляетъ особенности, благопріятствовавшія накопленію нѣкотораго опыта и матеріала по изученію въ частностяхъ переселенческаго дѣла, такъ какъ линія эта является первымъ сборнымъ пунктомъ, въ которомъ сливаются всѣ боковые ручьи переселенія съ внутренней, западной и южной части Европейской Россіи; черезъ нее-же текутъ и потоки обратнаго движенія переселенцевъ изъ Сибири. Пролеганіе дороги въ срединѣ Россіи съ запада на востокъ, въ направленіи къ единственному на востокѣ желѣзнодорожному мосту черезъ Волгу, ведущему въ Сибирь, вполнѣ объясняетъ такое значеніе Сызрано-Вяземской ж. дороги.

Самыми выдающимися особенностями въ движеніи переселенцевъ на желѣзныхъ дорогахъ являются слѣдующія условія: бытъ переселенцевъ на станціяхъ отправленія по ж. дорогѣ въ ожиданіи нужныхъ поѣздовъ съ достаточнымъ числомъ вагоновъ и во время передачи партій съ однѣхъ желѣзныхъ дорогъ на другія; условія проѣзда въ товарныхъ, приспособленныхъ къ перевозкѣ людей, вагонахъ; условія ихъ быта во время пути—расположеніе въ вагонахъ, питаніе и пр.; условія санитарнаго надзора въ пути, на врачебно-продовольственныхъ пунктахъ и средства, употребляемыя для этого,—врачебный переселенческій штатъ служащихъ, санитарные вагоны, обеззараживаніе и пр.

**Откуда**, когда и въ какомъ числѣ явятся на желѣзную дорогу переселенцы, обыкновенно станціямъ неизвѣстно, почему явившіеся въ большомъ числѣ обычно не находятъ себѣ мѣста въ маленькихъ и тѣсныхъ зданіяхъ вокзала и потому располагаются на платформахъ, дворахъ и вообще, гдѣ попало, въ большинствѣ случаевъ подъ открытымъ небомъ, не взирая ни на какую погоду и время дня или ночи, при чемъ женщины съ маленькими дѣтьми такъ или иначе находятъ себѣ, хотя-бы временный, пріютъ въ пассажирскихъ залахъ, будкахъ или въ частныхъ домахъ ближайшихъ поселковъ. Та же картина ожиданія, только въ большемъ масштабѣ, наблюдается и въ узлахъ передачи переселенцевъ съ одной линіи ж. дороги на другую, хотя здѣсь уже дороги обычно имѣютъ время заблаговременно приготовиться къ пріему извѣстнаго числа переселенцевъ, такъ какъ начальники станцій отправленія обязательно должны давать телеграммы впередъ по всей линіи слѣдованія о готовности къ принятію извѣстнаго числа переселенцевъ. Узловыхъ пунктовъ передачи на жж. дорогахъ очень много, но лишь отдѣльные изъ нихъ имѣютъ спеціально приспособленныя помѣщенія для принятія переселенцевъ въ видѣ особыхъ переселенческихъ бараковъ съ кухнями и очагами для кипяченія воды и т. д. Въ предѣлахъ Европейской Россіи ихъ имѣется только 8 пунктовъ разной величины у переселенческаго Управленія, частью временныхъ, 4 пункта собственно ж.-дорожныхъ и 23 пункта по дорогамъ Азіатской Россіи.

Небольшимъ партіямъ или отдѣльнымъ семьямъ пріютъ на станціяхъ имѣется всегда, да и ожидать долго отправленія имъ не приходится, такъ какъ ихъ всегда имѣется возможность устроить въ ближайшихъ пассажирскихъ или товаро-пассажирскихъ поѣздахъ, при чемъ они уже получаютъ окончательно мѣсто впослѣдствіи, въ подходящемъ переселенческомъ поѣздѣ.

Всѣ нужныя переселенцамъ удобства предоставляются на небольшомъ числѣ врачебно-продовольственныхъ пунктовъ, съ ихъ банями, пріемными покоями, больницами и т. п.; главнѣйшій изъ нихъ расположенъ на границѣ Сибири на ст. Челябинскъ, другой, меньшій, на ст. Сызрань на берегу Волги, еще меньшіе находятся на ст. Пенза, Балашовъ и Харьковъ (послѣдніе 2—временные). Въ Сибири наиболѣе помѣстительные пункты имѣются на ст. Омскъ, Обь, Томскъ, Ачинскъ, Иркутскъ, Срѣтенскъ, Владивостокъ и Хабаровскъ. При этихъ пунктахъ, какъ и при многихъ другихъ, имѣются чиновники переселенческаго Управленія съ большимъ штатомъ служебнаго и врачебнаго персонала—врачами, фельдшерами, фельдшерицами-акушерками, обеззараживателями и служителями. На большихъ пунктахъ имѣются свои барачныя больницы для разнаго рода больныхъ или арендованныя койки въ мѣстныхъ больницахъ.

О стоимости содержанія этихъ пунктовъ свѣдѣній не имѣется, но о ней можно судить по слѣдующимъ извѣстнымъ цифрамъ: содержаніе Пензенскаго пункта обходится въ суммѣ около 8000 р. въ годъ, а Сызранскаго около 10000, не считая въ томъ числѣ многихъ расходовъ, которые дѣлаются ж. дорогой.

На всемъ пространствѣ между врачебно-продовольственными пунктами на Сызрано-Вяземской, Самаро-Златоустовской и Сибирской жж. дорогахъ имѣется еще особый собственно желѣзнодорожный переселенческій штатъ для врачебно-санитарнаго надзора, а внѣ этихъ линій надзоръ ведется рядовымъ желѣзнодорожнымъ персоналомъ.

Хотя дополнительный переселенческій штатъ приглашается временно, въ виду неравномѣрнаго движенія переселенцевъ, но содержаніе его требуетъ довольно значительныхъ средствъ; на Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ 13 фельдшеровъ и 8 служителей въ 1902 г. стоили около 4500 р., на Самаро-Златоустовской 2 врача, 2 фельдшера и 31 служитель потребовали расхода болѣе 8500 р. и на Сибирской 3 врача, 8 фельдшеровъ, 17 акушерокъ-фельдшерицъ и 38 служителей уже вызвали расходъ почти въ 23000 р.

Такимъ образомъ на главномъ пути слѣдованія массъ переселенцевъ имѣются усиленныя средства санитарнаго надзора за перевозкой ихъ, на всемъ-же остальномъ пространствѣ онъ ведется обычнымъ порядкомъ врачебно-санитарной службы ж. дорогъ, такъ какъ и путь, дѣлаемый по отдѣльнымъ ж. дорогамъ переселенцами, не великъ, и число ихъ здѣсь сравнительно ничтожно.

Наибольшее число переселенцевъ за время съ 1894 по 1899 г. дали слѣдующія губерніи: Полтавская свыше

[1]) Не имѣя здѣсь возможности отмѣтить ту долю труда, какая пала на лицъ, содѣйствовавшихъ моей работѣ, я считаю своей обязанностью высказать имъ мою искреннюю благодарность хотя-бы въ общей формѣ.

Digitized by Google

100000, Черниговская и Курская отъ 50000 до 100000, Орловская, Харьковская, Воронежская, Тамбовская и Пензенская отъ 25000 до 50000, Витебская, Могилевская, Тульская, Рязанская и Саратовская отъ 10000 до 25000, Гродненская, Виленская, Минская и Смоленская отъ 5000 до 10000 и, наконецъ, всѣ остальныя, имѣющія непосредственное отношеніе къ Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ, давали менѣе 5000. Изъ Заволжскихъ губерній болѣе всего дали губерніи Самарская, Вятская и Пермская. Выходя изъ мѣстъ жительства, переселенцы, конечно, несли съ собою и всѣ болѣзни, какими они страдали у себя на родинѣ, и на линіяхъ жж. дорогъ проявляли ту или иную степень культурности, которая, въ свою очередь, или ослабляла, или усиливала санитарное ихъ благополучіе въ пути.

Переселенцы, собираясь группами семей въ отдаленныхъ отъ дороги частяхъ губерніи, постепенно увеличиваются въ числѣ и на станціяхъ посадки на ж. дорогу часто образуютъ уже большія партіи. Первыми пріемниками переселенческихъ струй, направляющихся съ запада, служатъ Риго-Орловская, Московско-Брестская, Данково-Смоленская и Московско-Кіево-Воронежская жж. дороги; съ юго-западной и юго-восточныхъ частей переселенцевъ принимаютъ Курско-Харьково-Севастопольская, Екатерининская, Московско-Курская, Юго-Восточная и Рязано-Уральская жж. дороги и, наконецъ, небольшое число переселенцевъ съ сѣверной стороны обслуживается Московско-Казанской и другими дальними жж. дорогами. Поэтому на Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ, имѣющей посредственную и непосредственную связь съ только-что перечисленными линіями, въ узлахъ примыканія сразу появляются уже большія группы переселенцевъ.

Слѣдующія цифры показываютъ, какъ, напр., въ 1898 г., постепенно измѣнялось число переселенцевъ при движеніи ихъ въ Сибирь: начавшись съ 24000 всего годового числа въ Вязьмѣ, оно возрастало довольно быстро,—отъ Тульскаго (Протопоповскаго) узла переселенцевъ уже слѣдовало 42000, отъ Ряжскаго 57000 и отъ Пензенскаго свыше 90000. Увеличеніе числа переселенцевъ прибавкой жителей мѣстнаго района не велико: въ 1898 г. оно равнялось только 10000. Вся эта густая масса, еще разъ увеличившись прибывшими съ Московско-Казанской ж. дороги, съ Волги и Заволжья, проходитъ магистраль Самаро-Златоустовской ж. дороги въ числѣ до 197000 и поступаетъ на Сибирскую ж. дорогу. Отсюда, немного увеличенная прибывшими съ Пермь-Тюменской ж. дороги, переселенческая волна начинаетъ быстро расходиться по району Сибирской линіи, и 204000-ная масса быстро таетъ: отъ ст. Татарской, за Иртышомъ, слѣдовало уже только 142000, отъ Кривощеково на Оби 114000 и Канска, за Енисеемъ, достигало 20000.

Такимъ образомъ наиболѣе густое движеніе переселенцевъ въ предѣлахъ выше 100000 въ 1898 г. шло между ст. Пенза и ст. Красноярскъ въ Сибири. Подобныя-же отношенія переселенцевъ по отдѣльнымъ жж. дорогамъ и узламъ ихъ наблюдались и въ послѣдующіе годы съ небольшою разницей колебанія, сообразно общему уменьшенію числа переселенцевъ, о чемъ я уже говорилъ ранѣе. Районъ, захватываемый большой волной переселенцевъ и вынуждающій жж. дороги принимать разнообразныя мѣры какъ техническаго, такъ и санитарнаго свойствъ, громаденъ: онъ достигаетъ 3500 в. и такимъ образомъ требуетъ отъ жж. дорогъ затраты и большихъ силъ, и средствъ.

Какъ я уже говорилъ, кромѣ поступательнаго движенія переселенцевъ, существуетъ еще и обратная волна ихъ, состоящая какъ изъ ходоковъ, такъ и изъ лицъ, которымъ не удалось устроиться на новомъ мѣстѣ; въ послѣдніе годы она колеблется между 27 и 32% числа ѣдущихъ въ Сибирь и по линіямъ распредѣляется сообразно съ количествомъ послѣднихъ.

Въ 1898 г. въ Челябинскѣ было занесено въ списки 53000 обратныхъ; къ Пензенскому узлу ихъ прибыло 48000, гдѣ и было сдано на югъ 24000, а далѣе по узламъ они убывали: въ Ряжскѣ ихъ было 6000, въ Тулѣ 3000 и, наконецъ, сдано въ Вязьмѣ 1000.

Равномѣрная перевозка 150000—200000 переселенцевъ въ теченіи года, конечно, не составляетъ для жж. дорогъ сколько-нибудь замѣтной работы; но дѣло въ томъ, что переселенцы двигаются періодически и въ относительно короткіе промежутки времени, такъ какъ наибольшая ихъ масса—отъ 73 до 83%—проходитъ въ теченіи 3—4 мѣс., въ мартѣ, апрѣлѣ, маѣ и частью въ іюнѣ, а въ остальные 8—9 мѣс. едва лишь 1—5%. Такимъ образомъ жж. дорогамъ приходится сразу ставить громадное количество вагоновъ для перевозки людей, какого въ обыкновенныхъ условіяхъ работы дороги никогда не требуется.

Какъ складывается въ частностяхъ работа ж. дороги въ данномъ отношеніи, видно изъ слѣдующихъ примѣровъ, взятыхъ изъ практики Сызрано-Вяземской ж. дороги въ 1902 и 1903 гг. Со ст. Пенза въ указанные годы, когда движеніе было относительно мало, въ 1 день приходилось отправлять до 2000 переселенцевъ; для ихъ отправленія приходилось подавать по 4—5 переселенческихъ поѣздовъ и ставить въ нихъ по 80—86 вагоновъ въ день. Если принять во вниманіе, что оборотъ вагоновъ на разстояніи болѣе чѣмъ 1000 в. магистрали такихъ дорогъ, какъ Сызрано-Вяземская, Самаро-Златоустовская, а тѣмъ болѣе на Сибирской ж. дорогѣ, не можетъ быть скорымъ, то станетъ понятнымъ то огромное затрудненіе, какое испытываютъ дороги въ разгаръ переселенческаго движенія, когда не хватаетъ не только вагоновъ IV класса, но и товарныхъ, какъ слѣдуетъ оборудованныхъ. Чтобы вагонъ, поданный переселенцамъ въ Вязьмѣ, по сдачѣ ихъ въ Сызрани, могъ снова быть поданъ подъ переселенцевъ въ Вязьмѣ-же, нужно времени никакъ не менѣе недѣли, а между тѣмъ переселенцы прибываютъ ежедневно, и подъ перевозку ихъ нужно подавать новые и новые составы поѣздовъ, такъ что въ концѣ концовъ нужно имѣть соотвѣтственно оборудованныхъ вагоновъ многія сотни и все это—на какихъ-нибудь 2 мѣс. наибольшаго разгара движенія.

Затрудненія Сызрано-Вяземской ж. дороги въ данномъ отношеніи не особенно велики, ибо наибольшая масса переселенцевъ (55—65%) дѣлаютъ пробѣгъ по линіи только въ 250 в., начиная отъ Пензы, всю-же 1000-верстную длину проходитъ только около 25%; но положеніе Самаро-Златоустовской и Сибирской жж. дорогъ, гдѣ проходитъ наибольшее число переселенцевъ и на громадныхъ разстояніяхъ, въ высокой степени затруднительно: вотъ причина, почему въ разгаръ переселенческаго движенія дороги вынуждены бываютъ ставить подъ переселенцевъ большое количество товарныхъ вагоновъ, приспособленныхъ, наипростѣйшимъ образомъ, по военному образцу. Такимъ образомъ на Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ въ 1902 г. было перевезено болѣе 72% переселенцевъ въ товарныхъ вагонахъ и лишь нѣсколько болѣе 1/4 въ вагонахъ III и IV классовъ. Это отношеніе на Самаро-Златоустовской и Сибирской жж. дорогахъ еще болѣе неудовлетворительно: на Сибирской ж. дорогѣ въ 1898 г. было перевезено 85% всѣхъ переселенцевъ въ товарныхъ вагонахъ.

Что иначе и быть не можетъ, показываютъ числа наличности вагоновъ IV класса и вагоновъ, постоянно приспособленныхъ для зимней перевозки людей на разсматриваемыхъ 3-хъ дорогахъ наиболѣе густого движенія переселенцевъ: на Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ въ 1903 г. имѣлось 66 вагоновъ IV класса и 309 зимнихъ, на Самаро-Златоустовской 100 вагоновъ IV класса спеціальныхъ и 315 постоянно приспособленныхъ изъ товарныхъ вагоновъ и на Сибирской 405 первыхъ и 170 вторыхъ. Нужно, впрочемъ, сказать, что вышеуказанныя %-ныя отношенія получились ранѣе, когда эти дороги были бѣднѣе въ данномъ отношеніи.

Если сдѣлать справку о стоимости постройки новыхъ вагоновъ IV класса и постройки постоянно приспособленнаго для зимняго времени товарнаго вагона, то будетъ понятно, почему дороги такъ бѣдно снабжены такими вагонами: 1 вновь устроенный вагонъ IV класса наидешевѣйшаго типа стоитъ 3500 р., а перестройка товарнаго обходится въ 1140 р. по практикѣ на Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ, такъ что, если-бы сдѣлать обязательной, во что бы то ни стало, перевозку переселенцевъ не иначе, какъ въ вагонахъ IV класса, то на соотвѣтственное оборудованіе всѣхъ дорогъ понадобились-бы сразу большіе милліоны. Постановка надлежаще оборудованныхъ по зимнему товарныхъ вагоновъ временного типа обходится дорогѣ около 125 р. на вагонъ; на сотни вагоновъ это должно уже составлять большія суммы, не считая того, что такой вагонъ до приведенія его вновь въ прежній видъ изъемлется изъ эксплоатаціи въ качествѣ товарнаго вагона.

Санитарное значеніе проѣзда большихъ разстояній въ товарномъ вагонѣ само собою понятно, но значеніе это еще болѣе повысилось-бы, если-бы былъ выясненъ составъ переселенцевъ по возрастамъ и поламъ или хотя-бы по семейному положенію. Къ сожалѣнію, я не имѣю достаточныхъ данныхъ въ этомъ отношеніи и долженъ довольствоваться лишь указаніемъ числа дѣтей, провезенныхъ по Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ, такъ какъ съ другихъ дорогъ подобныхъ свѣдѣній ни откуда доставлено не было: въ 1902 г. на Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ между переселенцами было 24,4% дѣтей до 10 лѣтъ.

Исходя изъ этихъ цифръ, нужно признать, что пребываніе въ товарныхъ вагонахъ должно еще болѣе глубоко отражаться на санитарной сторонѣ перевозокъ переселенцевъ. Ниже я представлю нѣсколько цифръ болѣзненности и смертности среди дѣтей, въ коихъ должно быть признано

Digitized by Google

небезъучастнымъ вліяніе поѣздки въ товарныхъ вагонахъ. Да и на взрослыхъ, конечно, должно сказаться вліяніе переѣзда въ 4000 в. въ обстановкѣ товарнаго вагона, тѣмъ болѣе, что на пробѣгъ этого разстоянія переселенческіе поѣзда затрачиваютъ большое время.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## О преобразованіи вспомогательной медицинской Кассы, учрежденной Я. А. Чистовичемъ, въ связи съ анализомъ ея приходорасходнаго бюджета со дня основанія Кассы (1866) до 1901 г. включительно—за 36 лѣтъ.

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Вскорѣ появится въ печати моя подробная работа по тому-же вопросу; въ настоящее время я предлагаю вниманію товарищей въ самой сжатой формѣ результаты анализа Кассы и тѣ выводы, къ какимъ онъ приводитъ.

Касса основана была *Я. А. Чистовичемъ* въ 1866 г. Ея открытію предшествовалъ опросъ врачей и 5-лѣтняя предварительная разработка собраннаго сырого матеріала. По общему тогда желанію въ основу Кассы положено: 1) чтобы она была учрежденіемъ частнымъ и не находилась въ связи ни съ какимъ административнымъ учрежденіемъ и 2) чтобы участіе въ ней врачей было совершенно добровольное. Этихъ 2-хъ принциповъ она держится и до сихъ поръ, вѣроятно, удержитъ ихъ и на будущее время.

Условія вступленія въ Кассу не обставлены никакими формальностями: всякій желающій можетъ сдѣлаться членомъ, если онъ или единовременно внесетъ въ Кассу 250 р. (пожизненные участники) или ежегодно по 10 р. съ условіемъ *непрерывности* взноса. Право на пособіе изъ Кассы пріобрѣтаютъ: 1) тотчасъ-же—льготные участники, т. е. молодые врачи, которые вступаютъ въ Кассу до истеченія перваго года со дня окончанія ими курса, 2) послѣ 3-хъ полныхъ лѣтъ участія въ Кассѣ—пожизненные члены и 3) черезъ 6 лѣтъ участія всѣ тѣ врачи, которые вносятъ ежегодно по 10 р., но вступили въ Кассу спустя годъ и болѣе по окончаніи курса.

Срокъ вступленія въ Кассу не ограниченъ ни возрастомъ, ни временемъ, но въ будущемъ, вѣроятно, придется ввести нѣкоторыя ограниченія, напр.,—не позднѣе 10—15 лѣтъ со дня окончанія курса.

Сейчасъ я-бы хотѣлъ обратить особое вниманіе главнымъ образомъ на финансовую структуру Кассы, такъ какъ эта сторона всего менѣе извѣстна товарищамъ и до настоящаго времени остается въ какомъ-то туманѣ даже для самихъ участниковъ Кассы. Неправильное пониманіе основной цѣли, которой служитъ Касса, было причиной многочисленныхъ нападокъ и подчасъ совершенно несправедливыхъ по ея адрессу упрековъ. Самая форма помощи, оказываемой Кассой—одновременныя пособія и постоянныя пенсіи—еще болѣе затрудняла пониманіе ея истинной структуры. Одни считаютъ Кассу благотворительной, другіе пенсіонной.

Скажу опредѣленно—Касса Чистовича ни то, ни другое. Это—*типичная* страховая Касса, *Касса добровольнаго страхованія минимальнаго дохода*, изъ какихъ-бы источниковъ онъ ни слагался. За ежегодный 10-рублевый членскій взносъ каждый участникъ гарантируетъ себѣ, въ случаѣ утраты имъ трудоспособности отъ тяжкой болѣзни, ссылки и т. п. несчастій, или членамъ своей осиротѣлой семьи извѣстный и строго опредѣленный доходъ. Страховая премія выдается не въ видѣ капитализированной суммы, а по полугодіямъ впередъ въ видѣ пенсіи. Теперь должно быть ясно практическое значеніе нѣкоторыхъ §§ устава Кассы.

1) Непремѣнно требуется непрерывность и своевременность взносовъ, какъ и въ каждомъ финансовомъ учрежденіи.

2) Пенсіи—не пожизненныя, а срочныя; онѣ могутъ прекращаться или уменьшаться сообразно съ измѣненіемъ матеріальнаго положенія участника или его семьи.

3) При назначеніи пенсій принимается во вниманіе не продолжительность участія въ Кассѣ, а лишь степень матеріальнаго обезпеченія просителя. Поэтому изъ той предѣльной максимальной пенсіи, какую могъ-бы получить членъ, всегда вычитаются всѣ побочные регулярные или постоянные доходы: казенныя или земскія пенсіи и эмеритуры, частные доходы съ недвижимой собственности, пособія изъ благотворительныхъ обществъ; не вычитается лишь личный заработокъ, если онъ очень малъ, непостоянный, нерегулярный; но жалованье по службѣ вычитается, какъ бы оно мало ни было. Понятно также, почему Касса требуетъ отъ каждаго, обращающагося къ ней за помощью, довольно подробныхъ свѣдѣній и даже офиціальныхъ удостовѣреній объ его имущественномъ положеніи.

Какъ финансовое и при томъ чисто страховое учрежденіе, иначе оно и не можетъ поступать, не рискуя обанкротиться. Напр., если Вы застраховали свое имущество и погорѣли; должно-же страховое общество удостовѣриться, что у Васъ былъ пожаръ и опредѣлить размѣръ причиненнаго имъ убытка. И только тогда Вы получите соотвѣтствующую премію въ полномъ размѣрѣ или за вычетомъ того, что у Васъ уцѣлѣло отъ пожара. Буквально такъ-же поступаетъ и *Чистовичевская* Касса. Она страхуетъ Вамъ минимальный доходъ—слѣд., обязана удостовѣриться въ размѣрахъ Вашего дохода и недостающую разницу уплатить. Этотъ элементарнѣйшій и неизбѣжный актъ всякаго страхового учрежденія уже не разъ вызывалъ страстную полемику и нареканія на Кассу. Лично я объясняю эти нападки тѣмъ, что ихъ авторы не уяснили себѣ финансовой страховой структуры *Чистовичевской* Кассы и допускаютъ грубое смѣшеніе ея или съ пенсіонной, или съ благотворительной.

Какъ-же великъ размѣръ того минимальнаго годового дохода, который гарантируетъ Касса? По первоначальному уставу—для самого врача 300 р., для его одинокой вдовы 150 р., для вдовы съ дѣтьми отъ 200 до 300 р., смотря по числу дѣтей, для круглыхъ сиротъ 150 р., для родителей врача 300 р., для братьевъ, сестеръ и воспитанниковъ 100 р. на всѣхъ.

Въ 1889 г. пенсіонеры были нѣсколько разсортированы, а нормы пенсій повышены на 22°/₀. Въ такомъ размѣрѣ онѣ дѣйствуютъ и сейчасъ: врачъ одинокій получаетъ 300 р., семейный отъ 400 до 475 р., вдова одинокая трудоспособная 150 р., немощная 200 р., вдова съ дѣтьми отъ 200 до 350 р. и ежегодно на воспитаніе по 25 р. на ребенка, но не свыше 75 р. на семью, круглыя сироты отъ 180 до 360 р., смотря по числу сиротъ и по 25 р. на воспитаніе каждаго, родители врача, если живъ одинъ, 200 р., если оба 300 р.

Послѣ всесторонняго анализа баланса Кассы и тѣхъ условій, въ которыхъ она находится и дѣйствуетъ, я считаю возможнымъ повысить существующія нормы еще на 34°/₀ безъ всякаго риска для устойчивости Кассы. Тогда размѣры пенсій будутъ слѣдующіе: врачу одинокому 400 р., съ женой 500 р., съ женой и дѣтьми 600 р., вдовѣ одинокой трудоспособной 200 р., немощной 300 р., вдовѣ съ дѣтьми отъ 275 до 600 р., родителямъ врача одному 300, двоимъ—400, круглымъ сиротамъ отъ 180 до 360 р. и по 25 р. на воспитаніе; братья, сестры, воспитанники—приравниваются къ круглымъ сиротамъ.

Всякій, кто хоть сколько-нибудь знакомъ съ разсчетами кассъ эмеритурныхъ, пенсіонныхъ и даже страховыхъ акціонерныхъ, согласится, что нормы какъ принятыя Кассой, такъ предлагаемыя и мною слишкомъ высоки для 10-рублеваго взноса, и можетъ не безъ основанія усумниться какъ въ правильности нашихъ разсчетовъ, такъ и въ финансовой благонадежности самого учрежденія. Иначе говоря, за слишкомъ ничтожный страховой взносъ Касса сулитъ слишкомъ много, слишкомъ уже выгодныя, почти невѣроятныя условія предлагаетъ она своимъ кліентамъ. Къ нашему благополучію, до сихъ поръ Касса не только не обанкротилась, но скопила свыше 650000 неприкосновен-

Digitized by Google

наго капитала; почти также и въ будущемъ, при предлагаемыхъ мною нормахъ, ничто не угрожаетъ устойчивости Кассы. Такое малопонятное съ перваго взгляда явленіе объясняется вполнѣ удовлетворительно особенностями устава и *страховымъ принципомъ*. Стоитъ намъ отказаться отъ страхового начала и замѣнить его пенсіоннымъ или эмеритурнымъ, тогда даже втрое меньшія нормы пособій оказались-бы для Кассы непосильными, и черезъ нѣсколько лѣтъ она потерпѣла-бы полный крахъ.

Громадныя выгоды, какія обѣщаетъ Касса, въ значительной степени обусловливаются: 1) малой пенсіонерностью среди ея участниковъ, 2) скромнымъ размѣромъ средняго расхода на каждаго пенсіонера.

За 35 лѣтъ существованія Кассы въ спискахъ ея членовъ значится 6473 лица, изъ нихъ 282 пожизненныхъ. Изъ этого числа на положеніе пенсіонеровъ перешли 230 чел., т. е. въ среднемъ за 35 лѣтъ 3,55%. Дѣйствительная, а не средняя пенсіонерность колеблется среди вступающихъ въ Кассу въ разные годы отъ 2,26% (minimum) до 13,43% (maximum), по 5-лѣтіямъ—отъ 4,91% до 7,78%, по 10-лѣтіямъ 5,55%—5,30%. Такимъ образомъ на каждыхъ 20 участниковъ фактически Кассой пользуется только 1, остальные 19 являются лишь простыми плательщиками.

Затѣмъ, благодаря принятой Кассой системѣ вычетовъ всѣхъ дополнительныхъ доходовъ, получаемыхъ пенсіонерами внѣ Кассы, средній размѣръ тратъ на каждаго пенсіонера при существующихъ нормахъ пенсій не превышаетъ 180—200 р. въ годъ и 1500—1800 р. за весь пенсіонный періодъ. Фактическій расходъ на пенсіонера колеблется отъ 32 р. (minimum) до 6425 р. (maximum). Средняя продолжительность теченія пенсій довольно прочно установилась за послѣднее 10-лѣтіе на 9 годахъ; minimum 1/2 года, maximum 31 годъ. Средняя продолжительность участія въ Кассѣ—9 лѣтъ для 10-рублевыхъ членовъ и 18—для пожизненныхъ. Фактическая продолжительность участія maximum отмѣчена до сихъ поръ въ 36 лѣтъ (360 р.), а minimum колеблется отъ 1 года. Многіе члены рано покидаютъ Кассу: въ первое 5-лѣтіе со дня вступленія въ нее 44%, во второе 16%, а всего въ теченіи перваго 10-лѣтія выбываютъ изъ Кассы 60% вступившихъ, изъ нихъ только 20% вслѣдствіе смерти, остальные 80%—добровольно.

Бюджетъ Кассы слагается изъ 1) 10-рублевыхъ ежегодныхъ членскихъ взносовъ, 2) пожизненныхъ, единовременныхъ взносовъ по 250 р., 3) пожертвованій, 4) %%-въ съ неприкосновеннаго капитала. Распредѣляются эти доходы такъ: 10-рублевые взносы и %% съ капитала составляютъ расходный бюджетъ, изъ котораго показываются всѣ расходы Кассы на пенсіи, ежегодныя пособія и на управленіе. Остатки отъ расхода вмѣстѣ со всѣми пожертвованіями и пожизненными взносами зачисляются ежегодно въ неприкосновенный капиталъ.

Конечный результатъ 36-лѣтняго существованія Кассы выражается въ слѣдующихъ цифрахъ:

*Общій валовой доходъ Кассы* 1002101 р.; въ томъ числѣ получено: 10-рублевыхъ ежегодныхъ взносовъ 433000 р. (43%), %% съ капитала 365000 р. (36,5%), пожертвованій 105000 р. (10,5%), пожизненныхъ членскихъ взносовъ 57000 р. (5,6%).

*Израсходовано за 32 года* [въ первые 4 года (1866—1870) никакихъ расходовъ не было] 382000 р. (38%), въ томъ числѣ на постоянныя пенсіи 326000 р. (85,5%), на единовременныя пособія 30000 р. (7,8%), на жалованіе секретарю и казначею (по 900 р.) и на канцелярскіе расходы—всего 26000 р. (6,7%).

*Чистый остатокъ* отъ приходо-расхода (неприкосновенный капиталъ) 620000 р. (62%).

Простое сопоставленіе голыхъ цифръ прихода и расхода приводитъ къ слѣдующему выводу:

1) На дѣло товарищеской взаимопомощи, на поддержаніе бѣдствующихъ врачей, ихъ семей и сиротъ израсходовано менѣе 1/2 (45%) того, что можно было израсходовать.

2) Однихъ 10-рублевыхъ членскихъ взносовъ (430000 р.), безъ какихъ-либо другихъ доходовъ, было болѣе, чѣмъ достаточно для покрытія всѣхъ расходовъ Кассы, даже очистился-бы остатокъ въ 51280 р. въ видѣ запасного капитала.

3) %% съ капитала, равно какъ и всѣ остальныя случайныя поступленія, до сихъ поръ не принимали никакого участія въ расходахъ Кассы, ни разу не были использованы на дѣло текущей взаимопомощи и всѣ 36 лѣтъ обращались только на самовозрастаніе неприкосновеннаго капитала.

4) Теперь станетъ понятнымъ каждому изъ насъ причина необыкновенно быстраго накопленія неприкосновеннаго капитала, совершенно не пропорціонально ни скромному числу участниковъ, ни малому членскому взносу, ни сравнительно короткому періоду существованія Кассы. Неприкосновенный капиталъ и полученные съ него %% оставались и остаются до сихъ поръ буквально *мертвымъ капиталомъ* для дѣла взаимопомощи.

При подобномъ положеніи можно сказать, что не столько Касса служила членамъ, сколько члены—Кассѣ. Эта тенденція копить капиталъ, а не расширять дѣло взаимопомощи—основной грѣхъ Кассы со дня ея основанія и до сихъ поръ.

Если взять, для примѣра только, послѣднія 5 лѣтъ (1897—1901), самыя обременительныя для Кассы, то остатокъ отъ тѣхъ суммъ, какія Касса могла-бы израсходовать, составляетъ отъ 113 до 63% расхода на пенсіи, отъ 93 до 54% всей суммы расхода Кассы и отъ 48 до 35% всего постояннаго дохода Кассы, т. е. расходнаго бюджета. Напр., за 1901 г. расходный бюджетъ Кассы 49163 р.; въ дѣйствительности-же израсходовано было только 31839 р., въ томъ числѣ на однѣ постоянныя пенсіи 27370 р. Слѣд., за этотъ годъ получился неизрасходованный остатокъ въ 17324 р., что составитъ 35% расходнаго бюджета, 54% всего расхода и 63% расхода на пенсіи.

Очень подробные вычисленіе и разсчеты убѣдили меня, что при существующихъ пенсіонныхъ нормахъ этотъ остатокъ не можетъ опуститься ниже 45—50% расхода на пенсіи. На счетъ такого громаднаго остатка, непроизводительно зачисляемаго каждый годъ въ неприкосновенный капиталъ, и возможно дальнѣйшее увеличеніе пенсій. До какихъ размѣровъ онѣ могутъ быть доведены, я уже говорилъ. Не смотря на крайнюю выгодность и значительность по сравненію съ ничтожностью членскаго взноса, въ отношеніи къ реальнымъ потребностямъ и дороговизнѣ современной жизни эти нормы все-же очень и очень скромны. Онѣ спасаютъ отъ крайней нищеты, но не предохраняютъ пенсіонера отъ горькой необходимости бѣдствовать, жить впроголодь. Назначеніе пенсій обусловливается наличностью крайней, вопіющей бѣдности, а таковая не можетъ, разумѣется, быть зауряднымъ явленіемъ среди врачей. Только благодаря этому обстоятельству, Кассой пользуются фактически не болѣе 4—5—6% всѣхъ участниковъ, а остальные 95% являются лишь плательщиками.

Вотъ эти-то 2 соображенія—малый кругъ пенсіонеровъ, а въ особенности—малый въ житейскомъ смыслѣ размѣръ пенсій, въ значительной степени обезцѣниваютъ кажущуюся выгодность участія.

Тѣмъ не менѣе, не причисляя себя къ горячимъ поклонникамъ Кассы *въ настоящемъ ея видѣ*, я долженъ сказать въ ея защиту, что выгоды участія въ ней громадны, сравнительно съ ничтожностью и полной необременительностью для врачей жалкаго 10-рублеваго взноса. Какъ ни скромна цифра 5% пенсіонеровъ, однако она не на столько мала, чтобъ забывать ея горькое реальное значеніе: это крайняя матеріальная нужда и тяжкое моральное состояніе 1 изъ 20 нашихъ товарищей! Упорство, съ какимъ цифра нищеты повторяется изъ года въ годъ въ отчетахъ, позволяетъ сдѣлать рѣшительный выводъ: нищета среди насъ—не случайное явленіе; это—постоянный спутникъ нашей профессіи, послѣдствіе того риска, которому мы подвергаемся ежеминутно на общественной работѣ; это—послѣдствіе непростительной беззаботности, съ которой общество и государство относится къ семьѣ погибшихъ товарищей. Изъ преждевременно погибшихъ врачей большинство погибли на эпидеміяхъ и на войнѣ, а голодныя семьи ихъ обратились въ нашу товарищескую Кассу, какъ къ единственно-

Digitized by Google

му источнику матеріальной поддержки. 35-лѣтній матеріалъ Кассы даетъ намъ нравственное право требовать отъ общественныхъ организацій (земство, города и пр.) и государства проявленія большей заботливости о работающихъ для нихъ врачахъ. Но вмѣстѣ съ тѣмъ явленіе это должно-бы заставить каждаго молодого врача серьезнѣе отнестись къ товарищеской организаціи взаимопомощи, принять въ ней активное участіе. Вѣдь, неизвѣстно, кому изъ насъ и нашихъ семей судьба готовитъ тяжелое испытаніе. Въ спискахъ пенсіонеровъ есть много лицъ, имѣющихъ право на государственную пенсію, даже получающихъ ее, но въ такомъ мизерномъ размѣрѣ, что дополнительная пенсія отъ нашей Кассы является для нихъ болѣе существенной помощью, чѣмъ правительственная. Еще большее число пенсіонеровъ приходится на категорію лицъ, хотя и числившихся на государственной службѣ, но за преждевременной смертью не успѣвшихъ выслужить правительственной пенсіи. Кромѣ того *Касса ежегодно отказываетъ многимъ*, обращающимся къ ней за пенсіей, лишь *потому, что просители не участвовали въ Кассѣ*. Такая безпечность русскихъ врачей въ виду льготъ и выгодъ, какія Касса предоставляетъ, прямо поразительна; во всякомъ случаѣ она не оправдывается недостатками организаціи Кассы. Лично я объясняю апатію товарищей къ Кассѣ *Чистовича* ихъ безправнымъ положеніемъ. Вся распорядительная власть, право измѣненія устава и пр., принадлежитъ исключительно общимъ Собраніямъ Петербургской Кассы, крайне малолюднымъ (20—30 чел.). Въ настоящее время законченъ пересмотръ устава особой Коммиссіей, и въ новой редакціи устранена эта вопіющая несправедливость. Всѣмъ участникамъ, въ томъ числѣ и провинціальнымъ, предположено дать право рѣшающаго голоса; предположена и другая не менѣе симпатичная мѣра—допущеніе женщинъ-врачей на равныхъ правахъ съ мужчинами-врачами. Въ виду такого коренного измѣненія устава Кассы и предстоящаго значительнаго увеличенія нормъ пенсій можно пожелать, чтобы русскіе врачи прониклись наконецъ сознаніемъ крайней полезности взаимнаго страхованія и своими средствами, а, главное, энергіей поддержали уже существующую организацію.

Теперь я хотѣлъ-бы высказать нѣсколько соображеній о желательныхъ и возможныхъ преобразованіяхъ въ чисто финансовой организаціи Кассы. Существующія нормы пенсій таковы, что вызываемый ими расходъ вполнѣ покрывается одними 10-рублевыми членскими взносами, не затрагивая %% съ капитала. Дальнѣйшее повышеніе пенсіонныхъ нормъ возможно или при увеличеніи членскаго взноса, или при позаимствованіи %%. За послѣднія 15 лѣтъ, въ среднемъ, ежегодно приходилось на каждаго участника около 7—8 р. %. Повышеніе нормъ пенсій, до границъ, предлагаемыхъ мною, требуетъ для своего покрытія 15-рублеваго дохода съ каждаго члена. Слѣд., при настоящихъ условіяхъ, даже не повышая членскаго взноса, мы смѣло можемъ ввести эти нормы, такъ какъ средній доходъ Кассы на каждаго наличнаго члена еще ни разу не понижался до 16 р. 50 к., а иногда доходилъ даже до 18—19 р., что, въ среднемъ, составляетъ вмѣстѣ съ членскимъ взносомъ 16—17 р. Принявъ мои нормы, Касса почти исчерпываетъ всѣ свои рессурсы, даже запасные, и всякое новое повышеніе безусловно потребовало-бы увеличенія членскаго взноса. Слѣд., предлагаемыя мною нормы есть то наибольшее, что можетъ обѣщать Касса своимъ кліентамъ при существующемъ членскомъ взносѣ; *дальнѣйшее улучшеніе* матеріальнаго положенія пенсіонеровъ *безусловно невозможно ни теперь, ни въ очень отдаленномъ будущемъ*. Перспектива—печальная, и едва-ли можно съ нею примириться, необходимъ выходъ. Съ финансовой стороны вопросъ разрѣшается довольно просто: увеличить членскій взносъ, положимъ, сначала до 15 р., потомъ до 20, 25, быть можетъ, даже до 30—40 р. Сообразно съ этимъ можно было-бы пропорціонально повышать нормы пенсій. Этой мысли сочувствуютъ многіе, но далеко не всѣ. Если 10 р. можетъ внести буквально каждый, то 20—30—40 р. затруднятъ нѣкоторыхъ, особенно молодыхъ врачей. А закрывать двери Кассы передъ кѣмъ бы то ни было только изъ-за взноса—недопустимо. Слѣд., мы должны разъ навсегда отказаться отъ обязательнаго для всѣхъ повышенія членскаго взноса и сдѣлать это актомъ добровольнымъ только для желающихъ. Это, въ свою очередь, логически приводитъ къ установленію разрядовъ, подобно Кассѣ литераторовъ и ученыхъ. Въ настоящее время 35-лѣтній опытъ Кассы *Чистовича* позволяетъ установить пока 2 разряда: 1-ый для 10-рублевыхъ взносовъ—удержать существующія нормы; 2-ой для 15-рублевыхъ—нормы, мною предложенныя (на 34% выше первыхъ). Такимъ рѣшеніемъ мы не насилуемъ волю сочленовъ, не устраняемъ изъ Кассы лицъ сочувствующихъ, но не нуждающихся въ ней (члены-благотворители) а, главное, не закрываемъ дверей предъ наименѣе обезпеченными товарищами. При введеніи 15-рублеваго взноса необходима льготная разсрочка на 3 срока и право перехода изъ одного разряда въ другой на опредѣленныхъ, конечно, условіяхъ. Привлеченіе къ участію въ Кассѣ болѣе состоятельныхъ товарищей и установленіе для нихъ 3-го болѣе высокаго разряда—дѣло ближайшаго будущаго, такъ какъ только непосредственный опытъ съ новыми пенсіями можетъ дать подходящій матеріалъ для выработки еще болѣе высокихъ нормъ и разрядовъ; теоретически высчитать теперь ихъ трудно, почти невозможно. Что-же касается наличныхъ участниковъ и вновь вступившихъ въ Кассу до дня утвержденія новаго устава, то они сохраняютъ право на новыя нормы при прежнемъ 10-рублевомъ членскомъ взносѣ.

Скажу еще нѣсколько словъ о благотворительной дѣятельности Кассы.

Помимо пенсіонныхъ капиталовъ и внѣ всякой связи съ членскими взносами и страховыми операціями Кассы, при ней имѣются особые благотворительные капиталы, завѣщанные жертвователями спеціально на дѣло благотворительности. Въ настоящее время такихъ капиталовъ 3: 1) имени основателя Кассы *Якова Алексѣевича Чистовича* 17000 р., 2) имени *Екатерины Николаевны Чистовичъ* 40000 р. и 3) имени *Вячеслава Авксентьевича Манассеина* 18000 р.; всего—около 75000 р.; съ нихъ получается ежегодно около 3000 р. процентовъ. Капиталы эти постепенно возрастаютъ на счетъ неизрасходованныхъ остатковъ и пожертвованій частныхъ лицъ. Назначеніе капиталовъ—исключительно благотворительное. По заявленію просителя, даже не-члена Кассы, ему выдается единовременно безвозвратное пособіе отъ 10 до 150 р.; изрѣдка заимообразное. Для правильной оцѣнки роли Кассы въ этомъ дѣлѣ слѣдуетъ помнить, что благотворительность и питающіе её капиталы, строго говоря, не имѣютъ никакого отношенія ни къ Кассѣ, ни къ ея уставу; а между тѣмъ именно этотъ родъ дѣятельности Кассы, наименѣе симпатичный, совершенно неорганизованный, принявшій характеръ какихъ-то подачекъ въ 10—15—25 р., наконецъ ничтожный по своимъ размѣрамъ (раздается около 2000 р. въ годъ), навлекъ на Кассу множество нареканій и упрековъ. Потребуется еще много усилій, чтобъ очистить въ глазахъ товарищей страховое ядро Кассы отъ случайно приставшей къ нему шелухи благотворительности [1]). Не нужно забывать, что не благотворительность, а взаимное страхованіе отъ неотвратимыхъ матеріальныхъ невзгодъ составляетъ основную и единственную цѣль Кассы. Собственно въ Кассѣ нѣтъ благотворительности, а есть взаимопомощь, которой каждый нуждающійся участникъ пользуется не изъ милости, а по праву и моральному, и юридическому. Идея, заложенная въ Кассу, въ высокой степени симпатична сама по себѣ и вполнѣ заслуживаетъ вниманія и горячаго сочувствія.

Выводы свои, основанные на подробномъ анализѣ устава Кассы и ея 35-лѣтней дѣятельности, я могу формулировать въ слѣдующихъ положеніяхъ:

[1]) Уважаемый авторъ письма, вѣроятно, упустилъ изъ вида, что назначеніе 3-го, напр., изъ перечисленныхъ имъ благотворительныхъ капиталовъ—выдача пособій врачамъ и ихъ семьямъ, преимущественно *въ случаяхъ, нетерпящихъ отлагательства*. Едва-ли кто будетъ оспаривать, что быстрое полученіе при такихъ условіяхъ, безъ всякихъ къ тому-же формальностей, даже сравнительно небольшой суммы денегъ совсѣмъ не имѣетъ характера подачки и, дѣйствительно, нерѣдко выручаетъ изъ очень большой бѣды. *Ред.*

Digitized by Google

1. Общераспространенный среди врачей взглядъ на Кассу *Чистовича*, какъ на пенсіонную или благотворительную—глубоко ошибоченъ. Касса *Чистовича* по своей финансовой структурѣ—типичная страховая, касса добровольнаго взаимнаго страхованія минимальнаго годового дохода. Благотворительностью Касса занимается лишь на столько, на сколько позволяютъ доходы съ спеціальныхъ пожертвованій и особыхъ завѣщанныхъ ей благотворительныхъ капиталовъ (около 2000—3000 р. ежегодно). Къ страховымъ капиталамъ и операціямъ благотворительность не имѣетъ никакого отношенія и уставомъ Кассы не предусмотрѣна даже.

2. Страховое, а не пенсіонное или эмеритальное начало слѣдуетъ удержать въ Кассѣ и на будущее время. Только оно одно позволяетъ при ничтожномъ членскомъ взносѣ выдавать такія громадныя страховыя преміи, какъ 500 р. въ годъ на семью и до 6500 р. за все время. При пенсіонной или эмеритурной структурѣ даже въ 3 раза меньше преміи были бы непосильны для Кассы безъ повышенія членскаго взноса.

3. Даже при настоящей во многомъ неудовлетворительной постановкѣ дѣла участіе въ Кассѣ, особенно для молодыхъ врачей, представляетъ съ чисто матеріальной точки зрѣнія громадныя выгоды.

4. Малая популярность Кассы *Чистовича* среди русскихъ врачей объясняется главнымъ образомъ нѣсколько апатичнымъ отношеніемъ ихъ къ самому принципу взаимопомощи и малымъ знакомствомъ съ финансовой стороной подобныхъ учрежденій; во 2-хъ—грубымъ смѣшеніемъ ея страхового начала съ благотворительнымъ и, въ 3-хъ—малымъ личнымъ знакомствомъ съ ея уставомъ и дѣятельностью.

5. Принятый кассою 10-рублевый членскій взносъ слишкомъ малъ и препятствуетъ болѣе широкой постановкѣ страхованія. Такъ какъ повышеніе членскаго взноса не для всѣхъ желательно и возможно, то необходимо перейти къ поразрядной системѣ страхованія. 30-лѣтній опытъ Кассы позволяетъ ввести сейчасъ 2 разряда: а) при 10-рублевыхъ членскихъ взносахъ нынѣ выдаваемыя преміи отъ 150 до 475 р., б) при 15-рублевомъ взносѣ—повышенныя преміи на 34%, мною предлагаемыя отъ 200 до 600 р.

6. При новомъ пересмотрѣ устава необходимо уничтожить по соображеніямъ и практическаго, и принципіальнаго значенія предоставленную Петербургскому Отдѣленію Кассы монополію въ рѣшеніи принципіальныхъ вопросовъ организаціи и управленія; необходимо предоставить это право всѣмъ участникамъ безъ исключенія, въ томъ числѣ и провинціальнымъ.

7. Пора допустить къ участію въ Кассѣ и женщинъ-врачей на равныхъ правахъ съ мужчинами-врачами.

8. Инвалидность среди участниковъ Кассы такъ велика (5%) и такъ стойко держится на этой цифрѣ въ теченіи нѣсколькихъ 10-лѣтій, что заслуживаетъ самаго серьезнаго къ себѣ вниманія. Инвалидность въ значительной степени обусловливается преждевременной гибелью врачей на эпидеміяхъ и на войнѣ. Это даетъ намъ нравственное право требовать отъ общественныхъ организацій и государства проявленія бо́льшей заботливости о работающихъ для нихъ врачахъ.

9. Существующія эмеритальныя и пенсіонныя кассы правительственныя и общественныя не исключаютъ настоятельной потребности въ Кассѣ *Чистовича*; участіе въ ней должно-бы стать для каждаго изъ насъ нравственнымъ долгомъ и предъ товарищами, и предъ своей семьей. Только участіе въ Кассѣ большинства русскихъ врачей открываетъ практическую возможность широкой постановки всѣхъ остальныхъ видовъ взаимопомощи: страхованія жизни, бюро труда, издательства, устройства санаторій, пріютовъ для круглыхъ сиротъ и вдовъ и т. п. операцій.

*А. Амстердамскій.*

---

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Фармакологія.** 319. Д-ръ *M. Urstein* (Heidelberg) сообщаетъ свои наблюденія надъ новымъ снотворнымъ средствомъ *изопраломъ* (трихлоризопропилалкоголемъ) (см. выше, № 13, стр. 482), который онъ примѣнялъ при преходящихъ психозахъ, dementia praecox, меланхоліи, наростающемъ параличѣ, старческихъ психозахъ, помѣшательствѣ на почвѣ вырожденія и алкоголизмѣ (число наблюденій не указано. *Реф.*), чаще всего въ количествахъ 0,5—0,75, рѣже—1,0 и въ исключительныхъ случаяхъ—1,5—2,0. По автору, лучше всего назначать его въ лепешкахъ, которыя хорошо сохраняются на холоду и въ стеклянныхъ трубкахъ и не теряютъ лѣчебныхъ свойствъ. Больные охотно принимали изопралъ. Сонъ обыкновенно наступалъ черезъ 1/4—1/2 часа и продолжался 6—10 1/2 часовъ, при чемъ онъ былъ спокойный, глубокій, пріятный и напоминалъ естественный. Больные никогда не жаловались на непріятныя субъективныя ощущенія. Не наблюдалось также непріятныхъ побочныхъ дѣйствій отъ изопрала ни передъ сномъ, ни послѣ него. Скопляющагося дѣйствія изопрала автору наблюдать не пришлось. Противопоказанъ изопралъ, по автору, при болѣзняхъ сердца и сосудовъ. Въ итогѣ авторъ приходитъ къ выводу, что изопралъ, не уступая по своему дѣйствію другимъ снотворнымъ, заслуживаетъ полнаго вниманія врачей (Medycyna, 26 марта). *С. Островскій.*

320. Д-ръ *Ritsert* открылъ въ видѣ деривата «анэстезина» *новое обезболивающее «субкутинъ»* (subcutin), представляющій бѣлый кристаллическій порошокъ, при температурѣ тѣла растворяющійся въ водѣ въ 2,5%, въ холодной—1%. Растворы стойки и могутъ быть стерилизованы кипяченіемъ. Субкутинъ, какъ и анэстезинъ, въ употребляемыхъ дозахъ совершенно не ядовитъ. Собаки переносятъ 5,0—6,0 per os. При впрыскиваніяхъ 1,6 на 1 клгр. у кроликовъ появляются скоро проходящія явленія отравленія. Вкапываніе 0,5—1% раствора субкутина въ глазъ кролика производитъ держащуюся 8—10 мин. нечувствительность роговой оболочки. Для впрыскиванія употребляется слѣдующій растворъ, не производящій никакого раздраженія: субкутина 0,8, хлористаго натра 0,7, перегнанной воды 100,0. Вслѣдствіе полнаго отсутствія раздраженія субкутинъ при обезболиваніи по *Schleich*'у предпочтительнѣе кокаина. До сихъ поръ съ примѣненіемъ субкутина сдѣлана 51 операція (*Becker*), между ними и такія, какъ гастротомія. Особенно хорошо употреблять субкутинъ вмѣсто кокаина при цистоскопіи (Therapeutische Monatshefte, 1903, № 10). *А. Д.*

**Внутреннія болѣзни.** 321. Д-ра *Gerest* и *Genairon*. *Лѣченіе тяжелой пнеймоніи впрыскиваніями скипидара.* 68-лѣтній больной поступилъ 12/XI 1903 г. въ больницу. Говоритъ съ трудомъ. Заболѣлъ внезапно 2 недѣли назадъ. Приглашенный врачъ назначилъ мушку на правый бокъ. При поступленіи сильная одышка: 40 дых. въ минуту; частый кашель; мокрота слизисто-гнойная; сильный бредъ. При изслѣдованіи всѣ признаки правосторонней пнеймоніи. 38°—39°,5; п. 100. Тоны сердца глуховаты. Поносъ. Въ мочѣ ни бѣлка, ни сахара. Назначена наперстянка и таннигенъ. 16/XI: впрыснуто подъ кожу праваго бедра 1,0 скипидара. 19/XI: наступило улучшеніе; температура съ 40°,2 (наканунѣ) спустилась на 38°,5; пульсъ 92, хорошій; хриповъ меньше; въ области впрыскиванія опухоль. 23/XI: Вскрытъ нарывъ, при чемъ вышло около стакана гноя и кусокъ омертвѣвшей клѣтчатки; веч. 39°,5, но температура скоро упала до нормы и оставалась нормальной. Съ этого времени больной сталъ поправляться и 28/XII выписался.

Авторы полагаютъ, что впрыскиванія скипидара вызываютъ гиперлейкоцитозъ и тѣмъ увеличиваютъ средства защиты организма. Впрыскиванія эти слѣдуетъ дѣлать, когда лихорадка не прекращается черезъ 10 дней отъ начала болѣзни и когда мокрота сохраняетъ свой характерный, ржавый цвѣтъ или когда она гнойная. Они противупоказаны у діабетиковъ. Впрыскиванія дѣлаются подъ кожу наружной части средины бедра со всѣми предосторожностями, посредствомъ шприца *Luer*'а. Черезъ сутки можно повторить впрыскиваніе въ другое бедро, если не наступили признаки воспаленія въ первомъ. Время вскрытія нарыва нужно сообразовать съ силою реакціи и раз-

Digitized by Google

мѣрами нарыва. Лѣченіе вскрытаго нарыва производится по общимъ правиламъ хирургіи, и вскрытые нарывы имѣютъ большую наклонность къ заживленію (La Loire médicale, № 1). *И. Вирскій.*

322. Д-ръ *Schwab* (изъ клиники проф. *Jacobi* во Freiburg'ѣ) описываетъ *2 интересныхъ случая распространеннаго язвеннаго процесса во рту и на половыхъ частяхъ, вызваннаго дифтерійными палочками.*

У дѣвушки, 16 л., 3 дня назадъ появились боли при ходьбѣ и мочеиспусканіи. 6/IV 1901 г. отмѣчено: на щекахъ и на лбу — синеватокрасныя пятна; на слизистой оболочкѣ щекъ и деcенъ—различной величины язвы, покрытыя сѣроватобѣлымъ налетомъ; язвы безболѣзненны. Малыя половыя губы и крайняя плоть похотника сильно отекли, синеватокрасныя; на внутренней поверхности ихъ — покрытыя желтовато-бѣлымъ налетомъ язвы. 11/IV изъ язвъ получена чистая разводка дифтерійной палочки. Вечеромъ сдѣлано впрыскиваніе *Behring*'овской сыворотки. Язвы во рту, на половыхъ частяхъ и эритема на рукахъ и лицѣ усилились. Постепенно, однако, процессъ сталъ улучшаться, и 10/VI больная была выписана. Лѣченіе состояло: для рта—въ полосканія *Berthollet*'овой солью, для половыхъ частей—въ примѣненіи борныхъ компрессовъ, компрессовъ изъ раствора ляписа 1:3000, сидячихъ ваннахъ изъ марганцевокислаго кали; 2 впрыскиванія *Behring*'овской сыворотки (№ 3) не дали ощутительнаго результата, но они, впрочемъ, были сдѣланы лишь на 8-й день болѣзни. Въ мартѣ слѣдующаго года больная вновь поступила съ язвами того-же характера на слизистой оболочкѣ рта и на половыхъ частяхъ и лишь 1/VIII 1903 г. выписалась вполнѣ здоровой.

2. Больная, 16 л., въ октябрѣ 1900 г. замѣтила язвы во рту, а въ началѣ января — на половыхъ частяхъ. 10/VII: Посрединѣ лѣвой большой губы—большая язва, въ 3 марки, съ приподнятыми, умѣренно пропитанными краями, углубленнымъ дномъ и сѣровато-желтымъ налетомъ. 17/VII отмѣчены язвочки на нижней губѣ рта. 20/VII получена разводка дифтерійной палочки, и сдѣлано впрыскиваніе сыворотки № 3. 22/VII появились язвы на языкѣ, и впрыснута сыворотка № 2. Затѣмъ язвы во рту постепенно зажили, но 14/IX обнаружены язвы на лѣвой миндалинѣ, а язвы половыхъ частей заняли уже нижнія части обѣихъ большихъ губъ; сдѣлано впрыскиваніе сыворотки № 3. Положеніе больной ухудшилось, температура поднялась, но затѣмъ положеніе ея улучшилось, лихорадка исчезла, появившаяся сыпь (отъ іодистаго калія) исчезла, язвы зарубцевались, и 24/XII больная выписалась. Лѣченіе: впрыскиваніе сыворотки не дало результата; втиранія сѣрой мази также не помогли; іодистый калій, изъ-за появленія общихъ разстройствъ, долго употреблять было нельзя; мѣстное лѣченіе также шло не особенно утѣшительно: кромѣ сидячихъ ваннъ съ марганцевокислымъ кали и уксуснокислымъ глиноземомъ, употреблялись присыпка іодоформомъ, смазыванія спирто-эѳирнымъ растворомъ іодоформа, іодной настойкой, 96° спиртомъ, спиртнымъ растворомъ толуола съ $1^1/_2$-хлористымъ желѣзомъ, затѣмъ прижиганія карболовой кислотой; лучше всего дѣйствовали прижиганія іодоформомъ и компрессы изъ раствора уксуснокислаго глинозема.

Такимъ образомъ во 2-мъ случаѣ на лицо имѣлись язвы во рту и на половыхъ частяхъ. Во рту наблюдались плоскія, покрытыя фибринознымъ желтоватобѣлымъ, кровоточивымъ при удаленіи налетомъ язвы, внезапно появлявшіяся, не вызывавшія замѣтныхъ общихъ разстройствъ, а также пропитыванія въ окружающихъ тканяхъ, слегка увеличивавшіяся, а затѣмъ исчезавшія безъ всякаго или при незначительномъ рубцеваніи; опредѣленнаго мѣстоположенія язвы эти не имѣли. На половыхъ частяхъ онѣ давали значительное пропитываніе по окружности и даже воспалительный отекъ, были глубже, покрыты толстымъ, фибринозногнойнымъ налетомъ, держались дольше, чѣмъ во рту, и заживали рубцами. Мѣстныя лимфатическія железы слегка увеличились лишь при высшемъ развитіи процесса. Общее состояніе было удовлетворительно (случайное двукратное нарушеніе его объясняется стрептококковой жабой, а въ другомъ случаѣ—іодистымъ лѣченіемъ). Въ 1-мъ случаѣ язвы во рту имѣли тотъ же характеръ, что и во 2-мъ, но на половыхъ частяхъ при 1-мъ приступѣ болѣзни, когда температура достигала 40°, а общее состояніе было слегка нарушено, онѣ были глубже и даже слегка омертвѣвали. Высказавшись противъ сифилиса, бугорчатки, гнилокровія, мягкаго шанкра, пузырной сыпи, д-ръ *Schwab* на основаніи микроскопическаго изслѣдованія, полученія чистыхъ разводокъ и опытовъ на животныхъ высказывается за дифтерію. Это—случаи подострой дифтеріи съ возвратами, стоящіе по срединѣ между острой и хронической ея формами. Хорошее общее состояніе объясняется недостаточной ядовитостью палочекъ. Недѣйствительность сыворотки была обусловлена позднимъ примѣненіемъ ея. Гдѣ произошло впервые зараженіе (во рту или на половыхъ частяхъ), сказать трудно, но во всякомъ случаѣ дальнѣйшее распространеніе заразы произошло не черезъ кровь, а, вѣроятно, наружнымъ путемъ (при помощи рукъ). По теченію случаи эти надо считать очень доброкачественными (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXVIII, тетр. 1 и 2). *М. Членовъ.*

323. Д-ръ *Lauenstein* (Hamburg) разбираетъ весьма важный вопросъ о томъ, *какимъ образомъ возникаютъ первыя болѣзненныя измѣненія въ червеобразномъ отросткѣ при аппендицитѣ.* Несомнѣнно пока установлено, что микроорганизмы играютъ большую роль при этой болѣзни и что воспалительный процессъ всегда распространяется изнутри кнаружи, т. е. отъ слизистой оболочки червеобразнаго отростка по направленію къ сывороточной и къ брюшинѣ. О томъ же, какія условія подготовляютъ благопріятную почву для проникновенія бактерій и для начала воспалительнаго процесса, мнѣнія расходятся. Предположеніе, что кишечные и каловые камни или черви (острицы, аскариды) служатъ первыми возбудителями воспалительнаго процесса, представляется, на взглядъ автора, недостаточно обоснованнымъ, такъ какъ всѣ эти образованія нерѣдко встрѣчаются и въ здоровыхъ, невоспаленныхъ червеобразныхъ отросткахъ. И мнѣніе *Riedel*'я, что небольшія кровоизліянія въ слизистую оболочку червеобразнаго отростка являются предрасполагающимъ условіемъ къ проникновенію микробовъ, нельзя признать вѣрнымъ: кровоизліянія скорѣе имѣютъ значеніе вторичнаго, а не первичнаго явленія. Точно также и *Gerlach*'овская заслонка, имѣющая, какъ предполагается, значеніе препятствія для проникновенія и обратнаго выхода кала изъ червеобразнаго отростка, по мнѣнію автора, едва-ли играетъ какую-либо роль при возникновеніи аппендицитовъ. *Lauenstein* думаетъ, что всѣ явленія при возникновеніи и теченіи аппендицитовъ можно объяснить простымъ *измѣненіемъ положенія* червеобразнаго отростка и происходящимъ вслѣдствіе этого *перегибомъ* его у основанія. Слѣдствіемъ такого перегиба является, съ одной стороны, полное отдѣленіе полости червеобразнаго отростка съ его содержимымъ отъ полости слѣпой кишки, а съ другой, какъ слѣдствіе перегиба сосудовъ,—измѣненія въ кровообращеніи, вызывающія, въ свою очередь, поврежденія въ слизистой оболочкѣ и создающія такимъ образомъ благопріятныя условія для проникновенія бактерій изъ содержимаго (калъ, черви) въ слизистую оболочку. Если ненормальное положеніе червеобразнаго отростка исправится само собою, то вызванныя имъ болѣзненныя явленія могутъ сами-же собою исчезнуть; такимъ образомъ, вѣроятнѣе всего, и происходятъ тѣ многочисленныя исцѣленія (95°/₀) при аппендицитахъ, которыя отмѣчаются обыкновенно въ терапевтическихъ отдѣленіяхъ больницъ. Такія измѣненія положенія могутъ повторяться много разъ у одного и того-же больного и всякій разъ обусловливать извѣстную группу припадковъ аппендицита. Если-же червеобразный отростокъ остается въ своемъ ненормальномъ положеніи долго, то могутъ образоваться воспалительныя срощенія, которыя и укрѣпятъ его уже навсегда въ такомъ положеніи. Что касается степени воспалительнаго процесса въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, т. е. ограничится-ли процессъ одной слизистой оболочкой, или вызоветъ лимфангоитъ, закупориваніе сосуда, флегмону или омертвѣніе, то это будетъ зависѣть отъ разнообразнѣйшихъ условій: отъ содержимаго, длины и положенія червеобразнаго отростка, отъ рода и степени ядовитости бактерій и т. п. Весь ходъ возникновенія, развитія и теченія аппендицита, по мнѣнію автора, является вполнѣ аналогичнымъ тому, что происходитъ при внѣдреніи кишекъ: при хирургическихъ операціяхъ приходится видѣть на червеобразномъ отросткѣ всѣ тѣ ступени измѣненій, начиная отъ набуханія слизистой оболочки и венная застоя и кончая омертвѣніемъ, которыя такъ хорошо изучены при внѣдреніи (Münchener medicinische Wochenschrift, № 14). *К—ій.*

324. Ч. пр. *H. Winternitz* изучалъ *газовый дыхательный обмѣнъ у больныхъ хронической легочной бугорчаткой.* Изслѣдованія имѣли цѣлью провѣрить работу *Robin*'а и *Binet*, нашедшихъ, что у чахоточныхъ во всѣхъ ступеняхъ болѣзни потребленіе кислорода и выдѣленіе углекислоты значительно повышены, что, слѣд., потеря въ вѣ-

Digitized by Google

сѣ и исхуданіе этихъ больныхъ зависитъ не отъ недостаточнаго питанія, а отъ усиленія окислительныхъ процессовъ въ организмѣ. Они считаютъ даже это усиленіе окисленія въ тканяхъ характернымъ для бугорчатки и полагаютъ, что можно на основаніи его даже дѣлать раннее распознаваніе болѣзни. Такъ какъ эти результаты работы французскихъ авторовъ противорѣчатъ современнымъ представленіямъ о сущности бугорчатковаго процесса, то *Winternitz* рѣшился провѣрить эти изслѣдованія, пользуясь точными способами, и пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ. Въ начальныхъ ступеняхъ бугорчатки, когда общее состояніе питанія еще хорошее, потребленіе кислорода и выдѣленіе углекислоты легкими не уклоняется отъ нормы; и въ позднѣйшихъ ступеняхъ болѣзни газовый обмѣнъ можетъ оставаться нормальнымъ, если только общее питаніе удовлетворительно. Если у нѣкоторой части больныхъ хронической легочной бугорчаткой и наблюдается увеличеніе потребленія кислорода на каждый килограммъ вѣса тѣла, то, во 1-хъ, это увеличеніе далеко не такъ значительно, какъ то нашли французскіе авторы, такъ какъ оно на самомъ дѣлѣ почти никогда не превышаетъ высшихъ предѣловъ нормы, а, во 2-хъ, усиленіе окислительныхъ процессовъ нельзя считать причиной бугорчатковаго зараженія, а лишь слѣдствіемъ его; оно зависитъ отъ значительнаго исхуданія больныхъ и усиленія дыхательной механики: худые и истощенные больные теряютъ относительно больше тепла, и, кромѣ того, каждый килограммъ ихъ тѣла содержитъ гораздо большее количество активныхъ клѣтокъ, чѣмъ килограммъ тѣла жирныхъ и упитанныхъ людей, и естественно поэтому, что онъ потребляетъ больше кислорода. На этомъ основаніи изслѣдованіе газоваго обмѣна никоимъ образомъ не можетъ имѣть значенія при распознаваніи бугорчатки (Therapie der Gegenwart, апрѣль). *А. Коварскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 325. Д-ръ *A. Rydygier* (сынъ) описываетъ *случай необычайнаго содержимаго въ грыжѣ срамной губы.*

Въ Львовскую хирургическую клинику проф. *L. Rydygier*'a обратилась больная, 44 л., замужняя, изъ-за грыжи правой срамной губы. Грыжа эта появилась 6 лѣтъ назадъ и съ теченіемъ времени стала увеличиваться. Кромѣ брюшного тифа, ничѣмъ не болѣла. Мѣсячныхъ никогда не носила, не выкидывала и не рожала.—Высокаго роста, хорошаго сложенія и питанія. Грудныя железы развиты правильно. Сердце и легкія безъ измѣненій. Въ области праваго паха, а равно и правой срамной большой губы—упругая, съ кулакъ, опухоль, легко смѣщавшаяся въ брюшную полость. Температура въ указанной области не повышена; при постукиваніи—заглушенный барабанный звукъ. Грыжевыя ворота проходимы для 2-хъ пальцевъ. Срамная щель окаймлена необильными волосами; большая губа на здоровой сторонѣ мала, едва обозначена кожной складкой. Входъ во влагалище узокъ; влагалище длиною въ палецъ; влагалищной части, равно какъ и матки прощупать не удается. Подъ хлороформомъ было произведено коренное грыжесѣченіе по *Kocher*'у, при чемъ оказалось, что грыжевой мѣшокъ содержалъ тѣло, напоминавшее по виду матку съ придатками. Рана зажила первымъ натяженіемъ, и больная чрезъ 2 недѣли выписалась изъ клиники. Усѣченное тѣло походило на недоразвитую матку, переходившую справа въ круглое образованіе, напоминавшее на разрѣзѣ яичко. На этой-же сторонѣ пробѣгалъ твердый шнурокъ. Слѣва матки была большая киста съ толстыми стѣнками. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило въ 1-мъ препаратѣ характерное строеніе яичка (въ канальцахъ нигдѣ не было сѣменныхъ нитей), во 2-мъ—пучки гладкихъ мышцъ, пробѣгающихъ такъ-же, какъ то наблюдается въ маткѣ и, наконецъ, въ 3-мъ—сѣменной канатикъ съ сильно развитыми гладкими мышцами.

Такъ какъ у больной оказались яичко и матка, то свой случай авторъ относитъ къ полному мужскому ложному гермафродитизму. До сихъ поръ такихъ случаевъ описано 5 (проф. *Н. А. Оболонскій*, *Schmorl*, *Blacker*, *Lawrence* и *Garré*) (Przegląd lekarski, 16 апрѣля). *С. Островскій.*

326. Проф. *Bier*, впервые предложившій т. наз. *спинномозговое обезболиваніе* путемъ введенія кокаина черезъ поясничный проколъ, сообщаетъ о результатахъ своихъ работъ надъ усовершенствованіемъ этого способа обезболиванія, такъ какъ въ своемъ первоначальномъ видѣ онъ обладалъ такими крупными недостатками, что его нельзя было ввести во всеобщее употребленіе. Недостатки эти заключались главнымъ образомъ въ непріятныхъ и даже опасныхъ послѣдствіяхъ дѣйствія кокаина, происходившихъ отъ того, что ядъ этотъ проникалъ до верхнихъ частей спинного и до головного мозга и вызывалъ такія разстройства дыханія и кровообращенія, которыя представляли опасность для жизни. Для устраненія этихъ крупныхъ недостатковъ надлежало, по возможности, ослабить ядовитое дѣйствіе кокаина, не уменьшая его обезболивающаго свойства, и помѣшать его проникновенію вверхъ, ограничивъ его дѣйствіе нижней 1/2 спинного мозга. Подходящимъ средствомъ для этого оказалось прибавленіе препаратовъ надпочечной железы—адреналина или супраренина. Опыты, произведенные подъ руководствомъ проф. *Bier*'а д-ромъ *Dönitz*'омъ надъ животными, показали, что адреналинъ значительно уменьшаетъ ядовитость кокаина и что введеніе его даже въ значительныхъ количествахъ въ спинно-мозговую полость не оказываетъ никакого вреднаго дѣйствія на организмъ. Такъ какъ препаратъ этотъ, кромѣ того, обладаетъ еще сильнымъ мѣстно-обезкровливающимъ свойствомъ, то можно было предположить, что при одновременномъ его введеніи съ кокаиномъ дѣйствіе послѣдняго ограничится только обезкровленной областью. Ожиданія эти до извѣстной степени оправдались на дѣлѣ. Проф. *Bier*'омъ произведено было въ общей сложности 109 операцій въ области нижнихъ конечностей, таза, живота и грудной клѣтки. Въ числѣ оперированныхъ было много тяжелыхъ больныхъ съ болѣзнями почекъ, сердца и сосудовъ и стариковъ. Во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ не наблюдалось никакихъ опасныхъ осложненій въ видѣ серьезныхъ разстройствъ кровеобращенія и дыханія. Въ 1/2 всѣхъ случаевъ дѣло обошлось безъ всякихъ непріятныхъ послѣдствій; за то у другой 1/2 наблюдались, хотя и въ ослабленной степени, нѣкоторыя изъ тѣхъ непріятныхъ явленій, которыя встрѣчаются часто при обезболиваніи однимъ кокаиномъ: во время обезболиванія—сильный потъ, рвота и мышечная дрожь, а послѣ—очень часто сильная головная боль, длившаяся въ нѣкоторыхъ случаяхъ до 8 дней; иногда наблюдались незначительныя повышенія температуры, но ни разу не было отмѣчено сильныхъ ознобовъ съ послѣдующими сильными повышеніями температуры, какъ то бывало при примѣненіи одного лишь кокаина. Въ 8 случаяхъ нельзя было достигнуть обезболиванія, и пришлось перейти къ общему усыпленію. Существенной разницы между дѣйствіемъ адреналина и супраренина отмѣтить не удалось; такъ какъ супрарепинъ не реагируетъ кисло (какъ адреналинъ) и стоитъ дешевле, то ему слѣдуетъ отдать предпочтеніе. Техника впрыскиваній слѣдующая: больной помѣщается на столѣ съ приподнятой верхней 1/2 туловища такъ, что его позвоночникъ образуетъ дугу, обращенную вогнутостью кверху; по линіи, соединяющей гребешки подвздошныхъ костей, отыскиваютъ остистый отростокъ 4-го поясничнаго позвонка, указательнымъ пальцемъ лѣвой руки ощупываютъ выше лежащій остистый отростокъ 3-го позвонка и затѣмъ переводятъ палецъ въ промежутокъ между отростками 2-го и 3-го позвонковъ; отступя на 1 стм. въ сторону, вкалываютъ иглу и направляютъ ее кверху и кнутри. Впрыскиваніе растворовъ производятъ не раньше, чѣмъ изъ отверстія иглы появятся нѣсколько капель спинномозговой жидкости; если послѣдняя вытекаетъ струей подъ значительнымъ давленіемъ, то лучше дать стечь нѣсколькимъ кк. стм. ея. Послѣ этого на иглу надѣвается шприцъ съ растворомъ надпочечнаго препарата. Послѣ впрыскиванія послѣдняго ждутъ 5 мин., при чемъ шприцъ остается на иглѣ; затѣмъ впрыскиваютъ растворъ кокаина изъ другого шприца, подходящаго къ той-же иглѣ, и черезъ 10 мин. послѣ этого впрыскиванія начинаютъ операцію. Авторъ пользовался обыкновенной иглой по *Quincke*. Растворы приготовлялись слѣдующимъ образомъ: 0,5 к. стм. продажнаго раствора супраренина (1:1000) фабрики Höchst смѣшивались съ равнымъ количествомъ физіологическаго раствора поваренной соли, смѣсь передъ употребленіемъ нагрѣвалась до кипѣнія, и затѣмъ все количество впрыскивалось; растворъ кокаина приготовлялся такъ, что отвѣшивалось точно 0,1 грм. средства, количество это растворялось въ 10 к. стм. воды и передъ употребленіемъ все кипятилось очень короткое время. Для операцій на нижнихъ конечностяхъ впрыскивалось 0,015—0,02 грм. кокаина, а для выше лежащихъ частей 0,02 грм. Только

Digitized by Google

для операцій на промежности и заднепроходномъ отверстіи, въ случаяхъ, когда не приходится проникать глубоко внутрь, достаточно впрыснуть 0,01 грм. кокаина. Держать растворы кокаина наготовѣ не совѣтуется, такъ какъ отъ свѣжести раствора въ значительной мѣрѣ зависитъ успѣхъ обезболиванія. Если обезболиваніе описаннымъ способомъ желательно примѣнить для выше лежащихъ областей и для болѣе крупныхъ операцій въ средней части тѣла (грыжи, почечныя операціи, изсѣченія реберъ), то для того, чтобы распространить дѣйствіе кокаина на выше отходящіе нервные стволы, слѣдуетъ послѣ впрыскиванія растворовъ помѣстить больного такъ, чтобы тазъ его оказался высоко поднятымъ. Понятно, что при такомъ распространеніи дѣйствія кокаина вверхъ увеличивается опасность наступленія серьезныхъ осложненій. Поэтому проф. *Bier* совѣтуетъ всѣмъ, желающимъ пользоваться его способомъ обезболиванія безъ всякаго риска, примѣнять его пока лишь для операцій на нижнихъ конечностяхъ и на спинѣ и оставлять больного какъ во время впрыскиванія кокаина, такъ и во все время операціи съ приподнятой верхней частью тѣла (Münchener medicinische Wochenschrift, № 14). *А. Коварскій.*

327. Д-ръ *Franz Ehrlich* (Stetin) полагаетъ, что большая часть *смертельныхъ случаевъ послѣ операцій на желудкѣ или кишкахъ происходитъ отъ истощенія* вслѣдствіе недостаточнаго питанія больныхъ. Обычная послѣоперaціонная діэта при этомъ бываетъ настолько строга, что ее съ трудомъ могъ-бы выдержать здоровый человѣкъ; для слабаго-же больного, выдержавшаго серьезную операцію, она прямо бываетъ губительной. Авторъ поэтому въ послѣднее время примѣнялъ усиленное питаніе больныхъ послѣ операцій и получилъ очень ободряющіе результаты. Питать больныхъ онъ начиналъ съ того момента, когда исчезаютъ послѣдствія усыпленія, т. е. нерѣдко въ самый-же день операціи. Они получали въ этотъ день: чай, красное вино, слизистый супъ. Въ 1-ый день послѣ операціи назначалось: утромъ и вечеромъ бульонъ съ мелко истертыми телячьими мозгами; на 2-ой день къ этому прибавлялось: вареное рубленное бѣлое мясо (курицы, голубя или теленка); на 3-ій—вареная растертая говядина, картофельное пюре; на 4-ый сырая растертая ветчина, моченые сухари, яйца въ смятку; на 5-ый—бѣлый хлѣбъ, шпинатъ, сладкое желе; начиная съ 7-го дня, больные получали уже нерубленную говядину и вообще обыкновенный легкій домашній столъ, за исключеніемъ грубыхъ овощей, картофеля въ кускахъ, грубаго хлѣба, твердаго сыра, фруктовъ и т. п. При этомъ режимѣ больные уже на 3-ій день имѣютъ такой хорошій внѣшній видъ, что трудно замѣтить, что они перенесли тяжелую операцію. Отправленія кишечника упорядочиваются при помощи масляныхъ клистировъ. При производствѣ операціи слѣдуетъ обращать главное вниманіе на тщательность при накладываніи швовъ. Авторъ пользовался при своихъ операціяхъ непрерывными швами. Результаты, полученные имъ, сводятся къ слѣдующему: на 3 случая полнаго изсѣченія желудка вслѣдствіе рака во всѣхъ наступило излѣченіе; на 2 операціи образованія желудочно-кишечнаго соустія (gastroenterostomia) вслѣдствіе рака 1 смертельный исходъ вслѣдствіе перитонита и 1 излѣченіе; 3 такія-же операціи вслѣдствіе рубцеваго съуженія выхода желудка и 1 при упорной язвѣ желудка дали вполнѣ благопріятный исходъ; изъ 2-хъ операцій изсѣченія кишки 1 кончилась излѣченіемъ, другая смертью, но смерть произошла отъ т. наз. *Ludwig*'овой жабы; вскрытіе обнаружило, что операціонная рана зажила хорошо. Хотя очень небольшое число случаевъ автора не позволяетъ еще окончательно высказаться о полной цѣлесообразности его способа послѣоперaціоннаго лѣченія, но, по его увѣренію, разница въ самочувствіи и внѣшнемъ видѣ больныхъ по сравненію со старымъ способомъ такъ велика, что онъ убѣжденъ, что при помощи усиленнаго послѣоперaціоннаго питанія удастся довести число смертныхъ исходовъ отъ истощенія послѣ операцій до minimum'а (Münchener medicinische Wochenschrift, № 14). *К.*

**Глазныя болѣзни.** 328. Д-ръ *Wing* сообщаетъ *случай отравнаго пониженія зрѣнія отъ кофе.*

У мальчика, здороваго на видъ и хорошо упитаннаго, острота зрѣнія понизилась до того, что ему пришлось оставить школу. Изслѣдованіе обнаружило кровепереполненіе зрительно-нервныхъ сосковъ, при нѣсколько расширенныхъ зрачкахъ, вяло отвѣчавшихъ на свѣтъ. Острота зрѣнія въ обоихъ глазахъ была понижена до $^{20}/_{200}$; поле зрѣнія было съужено. Изъ разспросовъ выяснилось, что мальчикъ выпивалъ въ день отъ 6 до 8 чашекъ крѣпкаго кофе. Предписано не пить кофе и назначенъ стрихнинъ. Въ 8 дней зрѣніе поднялось до $^{20}/_{30}$ и поле зрѣнія расширилось (Annals of Ophthalmology, XII, 2; Medicine, іюль). *Р. Кацъ.*

329. По наблюденіямъ *W. Robinson*'а (British Medical Journal, 1903), *катаракта у выдувальщиковъ стекла* начинается на заднемъ полюсѣ, откуда помутнѣніе распространяется на всю заднюю сумку. Въ такомъ видѣ катаракта остается долгое время, но въ концѣ концовъ мутнѣетъ весь хрусталикъ, получая перламутровый видъ. Въ виду медленнаго развитія катаракты, искусственное расширеніе зрачка доставляетъ сносное зрѣніе еще въ теченіи очень долгаго времени. Вслѣдствіе заболѣванія задней сумки является бóльшая опасность выпаденія стекловиднаго тѣла послѣ извлеченія подобной катаракты, чѣмъ при обыкновенной старческой катарактѣ. Въ общемъ-же, операція проходитъ безъ осложненій, такъ какъ какихъ-либо измѣненій на днѣ глаза не замѣчается. Авторъ считаетъ, что синими стеклами можно было-бы предохранить отъ заболѣванія; только рабочіе отказываются отъ ношенія такихъ очковъ (По передачѣ *D. Marshall*'я въ Archiv für Augenheilkunde, XLVIII, 3). *Р. Кацъ.*

330. Проф. *Hippel* сообщаетъ результаты своихъ изысканій о *частотѣ страданія суставовъ у наслѣдственныхъ сифилитиковъ, заболѣвающихъ межуточнымъ воспаленіемъ роговой оболочки.* Изъ 77 такихъ больныхъ заболѣванія суставовъ перенесли 43, что составляетъ 56%. Въ большинствѣ случаевъ имѣлось дѣло съ двустороннимъ выпотомъ въ колѣнѣ, который почти всегда предшествовалъ воспаленію роговицы. По наблюденіямъ автора, въ означенныхъ случаяхъ заболѣванія суставовъ встрѣчаются значительно чаще, чѣмъ *Hutchinson*'овскіе зубы и лабиринтная глухота (Münchener medicinische Wochenschrift, 1903, № 31; Centralblatt für praktische Augenheilkunde, декабрь). *Р. Кацъ.*

331. Д-ръ *Шиле* снова обращаетъ вниманіе на распространенность *трахомы въ Курскомъ уѣздѣ.* Среди амбулаторныхъ больныхъ авторъ отмѣтилъ 59% трахомныхъ, въ школахъ—57,7%, а въ селахъ—55%. Д-ръ *Шиле*—унитаристъ. Исключивъ же—«въ угоду дуализму»—всѣ тѣ случаи, гдѣ фолликулы находились на слизистой оболочкѣ хрящей и переходныхъ складокъ лишь нижнихъ вѣкъ, онъ всё-же получилъ 46% трахомы для амбулаторіи, 46,2% для школъ и 45% для селъ. Впрочемъ, въ другомъ мѣстѣ своей статьи авторъ дѣлаетъ нѣсколько иной выводъ, а именно, что «по крайней мѣрѣ, четвертая часть крестьянскаго населенія Курскаго уѣзда заражена трахомою въ ясно выраженной ея формѣ» (ср. результаты изслѣдованій по другимъ уѣздамъ Курской губ. въ статьѣ *В. Д. Ястремскаго*—Школьная трахома въ Курской губерніи. «Русскій Врачъ», 1902, стр. 881). (Отд. отт. изъ В.-Медицинскаго Журнала», январь, 1903). *Р. Кацъ.*

332. Д-ръ *Ahlström* совѣтуетъ въ качествѣ *опоры для искусственнаго глаза*—во избѣжаніе безобразящаго западенія верхняго вѣка—*стеклянный полый шаръ,* поперечникомъ въ 10—15 млм. По заявленію автора, отъ ношенія такого шара больные не испытываютъ никакого чувства давленія и между ощущеніемъ отъ искусственнаго глаза съ шаромъ и ощущеніемъ отъ одного лишь протеза не замѣчаютъ никакой разницы. Выниманіе шара вмѣстѣ съ протезомъ не представляетъ никакихъ трудностей (Centralblatt für Augenheilkunde, октябрь). *Р. Кацъ.*

333. Д-ръ *Collins* предпринялъ изысканіе о судьбѣ *потомства матерей, страдавшихъ межуточнымъ воспаленіемъ роговицы на сифилитической почвѣ.* Всего собраны имъ были свѣдѣнія о 60 дѣтяхъ отъ 12 матерей. Оказалось, что среди дѣтей, родители которыхъ имѣли пріобрѣтенный сифилисъ, смертность была нѣсколько выше, чѣмъ среди внуковъ, и что смертность послѣднихъ всё-же представлялась значительно повышенной въ сравненіи съ общей смертностью дѣтей (36,6%:16%). (По передачѣ въ «Centralblatt für Augenheilkunde», ноябрь, изъ «The Royal London Ophthalmic Hospital Reports», 1903, XV, 3).

Digitized by Google

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 334. Д-ръ *R. Gregoire* въ статьѣ *о полипахъ мочеиспускательнаго канала у женщинъ*, помимо полной клинической картины, даетъ еще собственное объясненіе наблюдающемуся почти во всѣхъ случаяхъ богатству снабженія опухолей сосудами. Клиническая картина слѣдующая. Боли большею частью бываютъ внѣ мочеиспусканія и при покойномъ положеніи ихъ нѣтъ; самостоятельно является только чувство жженія или зуда въ области наружныхъ половыхъ органовъ. Боль, вызванная прикосновеніемъ, ходьбой, половымъ сношеніемъ, подчасъ бываетъ невыносимой, но больныя больше всего жалуются на боль и жженіе при мочеиспусканіи и на учащенный позывъ на мочу. Особую чувствительность къ боли нѣкоторыхъ больныхъ *Gregoire* объясняетъ нейропатическимъ расположеніемъ. 2-ой наиболѣе часто встрѣчающійся припадокъ полиповъ мочеиспускательнаго канала—кровотеченіе, правда настолько незначительное, что такое названіе къ нему и не подходитъ. Дѣло ограничивается обыкновенно кровянистымъ выдѣленіемъ, очень рѣдко произвольнымъ, въ большинствѣ же случаевъ подъ вліяніемъ ходьбы или другихъ раздраженій. Боль и кровотеченіе могутъ представлять собою единственное проявленіе болѣзни, но очень часто присутствіе полиповъ вызываетъ разстройства въ сосѣднихъ органахъ и вліяетъ даже на душевное состояніе больныхъ. Такъ, наблюдается постоянное раздраженіе пузыря съ субъективными явленіями цистита; струя мочи утончается, уклоняется въ сторону и разсѣивается; иногда бываетъ временная задержка мочи. Нѣкоторыя больныя жалуются на боли внизу живота, относимыя ими къ маткѣ, другія вслѣдствіе боли не переносятъ половыхъ сношеній. Наконецъ, въ иныхъ случаяхъ явленія, вызываемыя присутствіемъ полиповъ, доводятъ больныхъ до мысли о самоубійствѣ. Изрѣдка наблюдается омертвѣніе полиповъ. Довольно часто обнаруживается упорная наклонность къ возвратамъ съ возможностью даже злокачественнаго перерожденія. Почти всегда полипы помѣщаются у наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала или на нѣсколько миллиметровъ кзади и бываютъ видны снаружи; очень рѣдко ихъ можно найти въ глубинѣ канала. Самое обычное мѣсто прикрѣпленія—нижняя стѣнка канала, иногда же они занимаютъ вѣнкомъ всю окружность отверстія. Ножка — большею частью широкая; размѣръ—не болѣе горошинки или фасоли; окраска—яркокрасная; поверхность—блестящая и влажная. Полипы, сидящіе въ глубинѣ канала, бываютъ всегда одиночные, у входа—то множественные, то одиночные. Что касается ихъ гистологическаго строенія, то глубоко сидящіе въ каналѣ опухоли представляютъ собою почти всегда аденомы. Вообще-же наблюдается различное строеніе: аденомы, папилломы, соединительно-тканныя опухоли, слизистые полипы. Стало быть, на слизистой оболочкѣ мочеиспускательнаго канала могутъ развиваться не только сосудистыя опухоли; тѣмъ не менѣе очень характерно обильное снабженіе всѣхъ ихъ сосудами. Авторы до сихъ поръ еще не сходятся относительно названія опухолей мочеиспускательнаго канала. *Gregoire* на основаніи собственныхъ гистологическихъ изслѣдованій причисляетъ ихъ къ папилломамъ, вслѣдствіе богатства сосудовъ — къ сосудистымъ папилломамъ. Наиболѣе вѣроятной причиной происхожденія полиповъ мочеиспускательнаго канала у женщинъ *Gregoire* признаетъ различныя воспалительныя состоянія канала, какъ это наблюдается у мужчинъ. Этимъ онъ и объясняетъ наиболѣе частое ихъ положеніе позади самой узкой части канала, а именно у наружнаго отверстія. Относительно обилія сосудовъ въ полипахъ мочеиспускательнаго канала *Gregoire* обращаетъ вниманіе на то, что и при нормальныхъ условіяхъ наружное отверстіе снабжено густой сѣтью сосудовъ. Объясненія этому слѣдуетъ искать въ эмбріологіи: наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала представляетъ собою эктодермическое образованіе, окруженное пещеристымъ тѣломъ, чаще всего атрофирующимся, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ сохраняющимъ свое сосудистое строеніе (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1 марта). *А. Г—ръ.*

335. Проф. *G. Winter* весьма обстоятельно разбираетъ вопросъ *о научныхъ основахъ сохраняющаго оперативнаго лѣченія маточныхъ міомъ*. Преимущества этого способа заключаются въ сохраненіи мѣсячныхъ. Кромѣ того, въ единичныхъ случаяхъ у женщинъ, не достигшихъ 40-лѣтняго возраста, сохраняющая матку операція допускаетъ наступленіе беременности; скорѣе всего этого можно ожидать послѣ удаленія подслизистыхъ и подсывороточныхъ міомъ; послѣ вылущенія подсывороточно-межуточныхъ опухолей, превосходящихъ объемомъ дѣтскую головку, беременность уже становится весьма невѣроятной. Если, кромѣ матки, остальные половые органы здоровы, то оперированная и забеременѣвшая матка обыкновенно вынашиваетъ плодъ, и роды проходятъ легко и нормально. Сохраняющій способъ предохраняетъ также отъ припадковъ «выпаденія отправленій яичниковъ», наблюдаемыхъ приблизительно въ 12% (*Werth*) случаевъ при коренной операціи. Съ другой стороны, сохраняющій способъ даже при полномъ удаленіи всѣхъ видимыхъ и прощупываемыхъ зачатковъ опухоли не даетъ гарантіи противъ возвратовъ, такъ что впослѣдствіи коренная операція все-же иногда оказывается неизбѣжной. Онъ также далеко не всегда освобождаетъ больныхъ отъ ихъ страданій. Первичные результаты при сохраняющей операціи какъ влагалищнымъ путемъ, такъ и при чревосѣченіи хуже, чѣмъ при коренномъ способѣ. Однако удаленіе міомъ по сохраняющему способу безусловно показано, во 1-хъ, при подсывороточныхъ міомахъ, имѣющихъ тонкую ножку, если при этомъ въ самой маткѣ не замѣчается зачатковъ другихъ міомъ; во 2-хъ— при подслизистыхъ міомахъ въ начальномъ періодѣ изгнанія, даже если онѣ настолько велики, что матка достигаетъ уровня пупка или стоитъ немного выше; въ такихъ случаяхъ операція производится въ нѣсколько пріемовъ. Коренная операція неизбѣжна при саркоматозномъ перерожденіи міомы или, по крайней мѣрѣ, при достаточно основательномъ подозрѣніи на это, а также при осложненіи міомы ракомъ. Выборъ между обоими способами остается для подсывороточныхъ міомъ, сидящихъ на широкомъ основаніи, для межуточныхъ опухолей, равномѣрно увеличивающихъ матку, для подслизистыхъ міомъ, тоже сидящихъ на широкомъ основаніи при вполнѣ закрытой шейкѣ, при множественныхъ міомахъ различнаго рода. Относительно всѣхъ этихъ опухолей проф. *Winter*, резюмируя вкратцѣ результаты своихъ изслѣдованій и данныя другихъ авторовъ, категорически высказывается за коренную операцію. Сохраняющій способъ можетъ быть примѣненъ только при настоятельномъ желаніи больной имѣть дѣтей или сохранить мѣсячныя. Что касается вопроса о міотоміи во время беременности, то, въ виду надежды на сохраненіе жизни плода, нормальное продолженіе беременности (выкидыши наблюдаются у 15%—19% оперированныхъ) и нормальные-же роды, отдается предпочтеніе сохраняющему способу. Для коренной операціи тутъ остаются либо нераспознанные случаи беременности, либо такіе, въ которыхъ на ряду съ главной опухолью на маткѣ замѣчается значительное число меньшихъ, либо, наконецъ, такіе, въ которыхъ сохраненіе матки сопряжено съ техническими затрудненіями (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. LI, тетр. 1). *А. Г—ръ.*

336. Принимая во вниманіе только несомнѣнные случаи т. наз. *межуточной беременности*, д-ръ *Weinbrenner* насчитываетъ ихъ въ литературѣ всего 35 и прибавляетъ къ нимъ еще 2 новыхъ.

1. Больная, 34 л., замужемъ 9 лѣтъ, перенесла 7 лѣтъ назадъ нормальную беременность и роды. 2 недѣли назадъ, послѣ 6-недѣльной задержки до того правильныхъ мѣсячныхъ, появились боли внизу живота и кровотеченіе. Послѣ выскабливанія, произведеннаго пользующимъ врачемъ, кровотеченія не остановились и появилась лихорадка. Затѣмъ больная перешла къ д-ру *Thorn*'у. Температура повышена. Умѣренное кровотеченіе. Слегка вздутый и чувствительный къ давленію животъ. Матка отклонена вправо; лѣвая *Fallopi*'ева труба, увеличенная, неясно прощупываемая и видимо сросшаяся съ кишечными петлями, лежала вплотную на маткѣ. Распознана лѣвосторонняя трубная беременность. При чревосѣченіи обнаружены раздраженіе брюшины и сращенія матки и трубы съ кишечными петлями. Лѣвый уголъ маточнаго дна оказался слегка повернутымъ впередъ и равномѣрно вздутымъ. Вздутіе это направлялось кверху, съуживаясь въ видѣ конуса, и переходило въ лѣвую трубу, видимо нормальной длины, какъ бы привѣшенную вмѣстѣ съ яичникомъ къ верхушкѣ конуса. Съ основанія конусъ незамѣтно переходилъ въ дно слегка увеличенной матки, направленное по-

Digitized by Google

чти отвѣсно внизъ, немного вправо и кзади. Сквозь вздутый конусъ просвѣчивало синевато-красное содержимое; передняя стѣнка въ мѣстѣ кишечнаго срощенія имѣла толщину не болѣе листа бумаги. Яйцо съ яйцевымъ ложемъ осторожно было вырѣзано, съ наименьшей потерей маточной мышечной ткани; полость матки при этомъ была вскрыта. Воронкообразное отверстіе зашито кэтгутомъ. Послѣ незначительнаго повышенія температуры въ первые дни наступило выздоровленіе. Препаратъ указывалъ на развитіе яйца въ маточномъ отдѣлѣ трубы; яйцо соотвѣтствовало 1—2 мѣсяцу беременности. Верхняя стѣнка трубы въ видѣ дивертикула примыкала къ маточной полости, отдѣленная отъ нея, послѣ выхода отпадающей оболочки, только тонкой перепонкой. Яйцо развивалось здѣсь не какъ обыкновенно между мышечной тканью матки, но по направленію къ среднему отдѣлу (перешейку) трубы.

Во 2-мъ случаѣ больная, 32 л., рожала 5 разъ, въ послѣдній разъ 4 года назадъ. Послѣ 3½-мѣсячной аменорреи—кровотеченіе и боли. Выскабливаніе. Въ виду продолжавшагося кровотеченія и появленія перитонита врачъ черезъ 3 недѣли направилъ больную къ д-ру *Thorn*'у. Худосочный видъ; частый пульсъ; 40°; значительное вздутіе живота, во влагалищѣ кусочки отпадающей оболочки. Матка отклонена вправо. Слѣва на маткѣ лежала плохо ограниченная, зыблившаяся, окруженная кишечными петлями опухоль, съ дѣтскую головку. Распознаны: нагноеніе во внѣматочномъ плодномъ мѣшкѣ и перитонитъ. Чревосѣченіе подтвердило наличность перитонита. При отдѣленіи кишечныхъ срощеній вскрыта полость, заключавшая зловонную жидкость и мацерированный 3-мѣсячный зародышъ. Зародышъ тонкой пуповиной соединенъ былъ съ послѣдомъ, прикрѣпленнымъ къ стѣнкѣ лѣваго маточнаго рога; задняя и верхняя стѣнка рога растянуты на большомъ протяженіи. Разрывъ былъ на наиболѣе высокомъ мѣстѣ увеличенной и типично отклоненной матки. Лѣвый вздутый рогъ переходилъ съ небольшимъ наклоненіемъ въ дно, направленное вправо, внизъ и назадъ. Придатки были нормальны. Лѣвая труба выходила изъ матки выше правой. Плодный мѣшокъ вырѣзанъ клинообразно съ сохраненіемъ придатковъ. При этомъ полость матки, выстланная отпадающей оболочкой, широко открыта. Рана зашита кэтгутовыми швами; полость брюшины промыта солянымъ растворомъ. На 3-й день больная умерла отъ гнилостнаго зараженія.—Въ этомъ случаѣ яйцевое ложе находилось въ соединеніи съ маточной полостью. Перегородка между ложемъ и полостью матки состояла только изъ отпадающей оболочки, прорванной мѣстами свободно висѣвшими ворсинками. Здѣсь яйцо развивалось между мышечной тканью маточной стѣнки.

По классификаціи *Klebs*'a, къ которой присоединяется и авторъ, его случаи относятся, 1-й—къ трубно-межуточной, 2-й—къ собственно межуточной беременности. Клиническое распознаваніе такихъ беременностей большею частью невозможно, исключая, быть можетъ, случаевъ широкаго сообщенія плоднаго мѣшка съ маткой. Трудности анатомическаго распознаванія заключаются въ отличіи отъ беременности въ зачаточныхъ придаточныхъ рогахъ; наиболѣе важнымъ признакомъ для отличія можно считать присутствіе маточнаго отверстія трубы. Кромѣ того, для межуточной беременности характерно одностороннее вздутіе маточнаго угла и положеніе дна; *Fallopi*'ева труба съ беременной стороны отходитъ отъ матки выше, чѣмъ съ другой. Предсказаніе болѣе серьезно, чѣмъ при обыкновенной трубной беременности, такъ какъ разрывъ въ полость брюшины большей частью происходитъ въ первые 3 мѣсяца и больныя подвергаются лѣченію уже послѣ совершившагося разрыва. Лѣченіе заключается въ чревосѣченіи съ сохраненіемъ матки въ случаяхъ, когда дѣло касается молодой женщины и если врачъ увѣренъ, что оставляетъ не зараженную и способную функціонировать матку (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. LI, тетр. I).

*А. Г—ръ.*

337. Д-ръ *Caseaux* съ цѣлью изученія *измѣненій*, происходящихъ *въ слизистой оболочкѣ матки при внѣматочной беременности*, произвелъ гистологическое изслѣдованіе ея въ 2-хъ случаяхъ такой беременности, окончившейся смертью. Всѣ ткани такимъ образомъ могли быть разсмотрѣны на мѣстѣ. На основаніи этихъ изслѣдованій и данныхъ другихъ авторовъ *Caseaux* приходитъ къ заключенію, что при всякой внѣматочной беременности развитіе живого плода обусловливаетъ глубокія измѣненія въ слизистой оболочкѣ матки. Реакція эта не всегда одинаково значительна. По видимому, она бываетъ тѣмъ рѣзче, чѣмъ ближе къ маткѣ развивается беременность. Значительный приливъ крови къ гипертрофированной слизистой оболочкѣ матки, а также межуточныя кровотеченія въ ней даютъ объясненіе кровянистымъ выдѣленіямъ, наблюдающимся при внѣматочной беременности. Въ 2-хъ другихъ случаяхъ *Caseaux* имѣлъ дѣло съ застарѣлыми haematosalpynx'ами, заключавшими остатки плода, остановившагося въ своемъ развитіи. Здѣсь, не рѣшаясь высказаться категорически въ такомъ малоизученномъ вопросѣ, *Caseaux* замѣчаетъ только, что слизистая оболочка матки представляла всѣ измѣненія, характеризующія хроническое железистое и межуточное воспаленіе съ преобладаніемъ измѣненій въ железахъ. Наконецъ, послѣднихъ 2 изслѣдованія касаются болѣе или менѣе толстой оболочки, выдѣляющейся очень часто въ теченіи внѣматочной беременности изъ матки, съ послѣдовательнымъ кровотеченіемъ. Принимая во вниманіе сообщенія другихъ авторовъ, *Caseaux* приходитъ къ заключенію, что выдѣленіе такого перепончатаго мѣшка, представляющаго собой слѣпокъ маточной полости, не есть постоянное явленіе и не указываетъ непремѣнно на остановку въ развитіи плода, хотя, съ другой стороны, не доказано, что оно не совпадаетъ съ болѣе или менѣе важнымъ разстройствомъ въ его развитіи. Мѣшокъ этотъ представляетъ собою поверхностный слой измѣненной слизистой оболочки матки. Линія, отдѣляющая оставшуюся часть, проходитъ посреди ампуллярнаго слоя (Annales de gynécologie et d'obstétrique, февраль).

*А. Г—ръ.*

**Нервныя и душевныя болѣзни.** 338. Въ теченіи послѣднихъ 2-хъ лѣтъ въ Германіи на страницахъ общей и медицинской печати усиленно рекламировался *новый способъ лѣченія болѣзней нервной системы при помощи электромагнитовъ*. Изобрѣтателемъ этого способа является швейцарскій инженеръ Eugen Conrad-Muller, который при своихъ работахъ съ крупными электромагнитами замѣтилъ, что работавшіе вблизи нихъ получали значительное облегченіе и даже исцѣлялись отъ своихъ болѣзней. Этого случайнаго наблюденія было достаточно предпріимчивому инженеру, чтобы создать цѣлую «систему» лѣченія нервныхъ болѣзней и основать спеціальные электромагнетическіе «институты», въ которыхъ подъ наблюденіемъ врачей лѣчатся разнородныя нервныя болѣзни. Суть дѣла заключается въ томъ, что при помощи быстро-перемѣннаго тока довольно значительнаго напряженія, протекающаго по спирали, наводятся помѣщающіяся внутри спирали желѣзныя пластинки, которыя такимъ образомъ становятся сильными магнитами. Благодаря частымъ перемѣнамъ тока, магниты эти такъ-же часто мѣняютъ свои полюсы (100 разъ въ секунду). Дѣйствіе магнитовъ получается такое сильное, что оно обнаруживается и черезъ стѣну, и черезъ человѣческое тѣло. Такъ какъ отъ дѣйствія тока происходитъ сильное нагрѣваніе металлическихъ частей прибора, то онъ охлаждается при помощи особаго приспособленія водой снаружи и снутри. Весь электромагнитъ заключенъ въ горизонтально расположенный и подвижно прикрѣпленный цилиндръ. Вслѣдъ за системой электромагнитовъ Eugen'a Conrad'a появилась новая система Trüb'a, отличающаяся отъ первой лишь тѣмъ, что, вмѣсто перемѣннаго, магниты наводятся постояннымъ токомъ, а перемѣна полюсовъ достигается вращеніемъ; дѣйствіе послѣдней системы приблизительно такое-же. Врачи (*Rodari*, *Lilienfeld*), работавшіе съ электромагнитами, сообщали на основаніи большого матеріала (384 и 1000 случаевъ) что новый способъ лѣченія давалъ имъ улучшеніе въ 46—57%, и полное исцѣленіе въ 24—43% всѣхъ случаевъ, и предлагали примѣнять его противъ нейральгій, судорожныхъ состояній нейральгическаго характера мышечнаго и суставнаго ревматизма, подагры, спинной сухотки, центральныхъ нейрозовъ, въ особенности же при половой нервной слабости, нейрозахъ сердца и желудка и цѣломъ рядѣ другихъ функціональныхъ припадковъ, среди которыхъ безсонница занимаетъ первое мѣсто. Д-ръ *Toby Cohn* (ассистентъ проф. *Mendel*'я) задался цѣлью провѣрить эти многообѣщающія сообщенія и о результатахъ своихъ наблюденій сообщилъ въ послѣднемъ (24-го марта) засѣданіи Berlin'скаго Медицинскаго Общества. Онъ прежде всего указалъ на то, что новый способъ лѣченія лишенъ всякой научной подкладки: физіологическими изслѣдованіями не удается установить, чтобы электромагниты Conrad'a или Trüb'a имѣли какое-либо опредѣленное дѣйствіе на мышечную или нервную систему. Единственное физіологическое ихъ дѣйствіе обнаруживается на зрительномъ органѣ: при приближеніи глаза къ полю дѣйствія магнита получается ощущеніе рѣсничатаго движенія, исчезающее при закрываніи глазъ. Что касается результатовъ лѣченія, испробованнаго *Cohn*'омъ на 37 больныхъ (нейральгіи, нейрозы, суставныя страданія, нервныя безсонницы и т. п.), то они сводятся къ слѣдующему: улучшеніе въ 6 случаяхъ оказалось скоропреходящимъ; въ другихъ 3 случаяхъ оно явилось лишь продолженіемъ начавшагося еще до лѣченія процесса выздоровленія; ни у кого изъ пользованныхъ больныхъ нельзя было установить исчезновенія,

Digitized by Google

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 334. Д-ръ *R. Gregoire* въ статьѣ *о полипахъ мочеиспускательнаго канала у женщинъ*, помимо полной клинической картины, даетъ еще собственное объясненіе наблюдающемуся почти во всѣхъ случаяхъ богатству снабженія опухолей сосудами. Клиническая картина слѣдующая. Боли большею частью бываютъ внѣ мочеиспусканія и при покойномъ положеніи ихъ нѣтъ; самостоятельно является только чувство жженія или зуда въ области наружныхъ половыхъ органовъ. Боль, вызванная прикосновеніемъ, ходьбой, половымъ сношеніемъ, подчасъ бываетъ невыносимой, но больныя больше всего жалуются на боль и жженіе при мочеиспусканіи и на учащенный позывъ на мочу. Особую чувствительность къ боли нѣкоторыхъ больныхъ *Gregoire* объясняетъ нейропатическимъ расположеніемъ. 2-ой наиболѣе часто встрѣчающійся припадокъ полиповъ мочеиспускательнаго канала—кровотеченіе, правда настолько незначительное, что такое названіе къ нему и не подходитъ. Дѣло ограничивается обыкновенно кровянистымъ выдѣленіемъ, очень рѣдко произвольнымъ, въ большинствѣ же случаевъ подъ вліяніемъ ходьбы или другихъ раздраженій. Боль и кровотеченіе могутъ представлять собою единственное проявленіе болѣзни, но очень часто присутствіе полиповъ вызываетъ разстройства въ сосѣднихъ органахъ и вліяетъ даже на душевное состояніе больныхъ. Такъ, наблюдается постоянное раздраженіе пузыря съ субъективными явленіями цистита; струя мочи утончается, уклоняется въ сторону и разсѣивается; иногда бываетъ временная задержка мочи. Нѣкоторыя больныя жалуются на боли внизу живота, относимыя ими къ маткѣ, другія вслѣдствіе боли не переносятъ половыхъ сношеній. Наконецъ, въ иныхъ случаяхъ явленія, вызываемыя присутствіемъ полиповъ, доводятъ больныхъ до мысли о самоубійствѣ. Изрѣдка наблюдается омертвѣніе полиповъ. Довольно часто обнаруживается упорная наклонность къ возвратамъ съ возможностью даже злокачественнаго перерожденія. Почти всегда полипы помѣщаются у наружнаго отверстія мочеиспускательнаго канала или на нѣсколько миллиметровъ кзади и бываютъ видны снаружи; очень рѣдко ихъ можно найти въ глубинѣ канала. Самое обычное мѣсто прикрѣпленія—нижняя стѣнка канала, иногда же они занимаютъ вѣнкомъ всю окружность отверстія. Ножка — большею частью широкая; размѣръ—не болѣе горошинки или фасоли; окраска—яркокрасная; поверхность—блестящая и влажная. Полипы, сидящіе въ глубинѣ канала, бываютъ всегда одиночные, у входа—то множественные, то одиночные. Что касается ихъ гистологическаго строенія, то глубоко сидящіе въ каналѣ опухоли представляютъ собою почти всегда аденомы. Вообще-же наблюдается различное строеніе: аденомы, папилломы, соединительно-тканныя опухоли, слизистые полипы. Стало быть, на слизистой оболочкѣ мочеиспускательнаго канала могутъ развиваться не только сосудистыя опухоли; тѣмъ не менѣе очень характерно обильное снабженіе всѣхъ ихъ сосудами. Авторы до сихъ поръ еще не сходятся относительно названія опухолей мочеиспускательнаго канала. *Gregoire* на основаніи собственныхъ гистологическихъ изслѣдованій причисляетъ ихъ къ папилломамъ, вслѣдствіе богатства сосудовъ — къ сосудистымъ папилломамъ. Наиболѣе вѣроятной причиной происхожденія полиповъ мочеиспускательнаго канала у женщинъ *Gregoire* признаетъ различныя воспалительныя состоянія канала, какъ это наблюдается у мужчинъ. Этимъ онъ и объясняетъ наиболѣе частое ихъ положеніе позади самой узкой части канала, а именно у наружнаго отверстія. Относительно обилія сосудовъ въ полипахъ мочеиспускательнаго канала *Gregoire* обращаетъ вниманіе на то, что и при нормальныхъ условіяхъ наружное отверстіе снабжено густой сѣтью сосудовъ. Объясненія этому слѣдуетъ искать въ эмбріологіи: наружное отверстіе мочеиспускательнаго канала представляетъ собою эктодермическое образованіе, окруженное пещеристымъ тѣломъ, чаще всего атрофирующимся. но въ нѣкоторыхъ случаяхъ сохраняющимъ свое сосудистое строеніе (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1 марта). *А. Г—ръ.*

335. Проф. *G. Winter* весьма обстоятельно разбираетъ вопросъ *о научныхъ основахъ сохраняющаго оперативнаго лѣченія маточныхъ міомъ*. Преимущества этого способа заключаются въ сохраненіи мѣсячныхъ. Кромѣ того, въ единичныхъ случаяхъ у женщинъ, не достигшихъ 40-лѣтняго возраста, сохраняющая матку операція допускаетъ наступленіе беременности; скорѣе всего этого можно ожидать послѣ удаленія подслизистыхъ и подсывороточныхъ міомъ; послѣ вылущенія подсывороточно-межуточныхъ опухолей, превосходящихъ объемомъ дѣтскую головку, беременность уже становится весьма невѣроятной. Если, кромѣ матки, остальные половые органы здоровы, то оперированная и забеременѣвшая матка обыкновенно вынашиваетъ плодъ, и роды проходятъ легко и нормально. Сохраняющій способъ предохраняетъ также отъ припадковъ «выпаденія отправленій яичниковъ», наблюдаемыхъ приблизительно въ 12% (*Werth*) случаевъ при коренной операціи. Съ другой стороны, сохраняющій способъ даже при полномъ удаленіи всѣхъ видимыхъ и прощупываемыхъ зачатковъ опухоли не даетъ гарантіи противъ возвратовъ, такъ что впослѣдствіи коренная операція все-же иногда оказывается неизбѣжной. Онъ также далеко не всегда освобождаетъ больныхъ отъ ихъ страданій. Первичные результаты при сохраняющей операціи какъ влагалищнымъ путемъ, такъ и при чревосѣченіи хуже, чѣмъ при коренномъ способѣ. Однако удаленіе міомъ по сохраняющему способу безусловно показано, во 1-хъ, при подсывороточныхъ міомахъ, имѣющихъ тонкую ножку, если при этомъ въ самой маткѣ не замѣчается зачатковъ другихъ міомъ; во 2-хъ—при подслизистыхъ міомахъ въ начальномъ періодѣ изгнанія, даже если онѣ настолько велики, что матка достигаетъ уровня пупка или стоитъ немного выше; въ такихъ случаяхъ операція производится въ нѣсколько пріемовъ. Коренная операція неизбѣжна при саркоматозномъ перерожденіи міомы или, по крайней мѣрѣ, при достаточно основательномъ подозрѣніи на это, а также при осложненіи міомы ракомъ. Выборъ между обоими способами остается для подсывороточныхъ міомъ, сидящихъ на широкомъ основаніи, для межуточныхъ опухолей, равномѣрно увеличивающихъ матку, для подслизистыхъ міомъ, тоже сидящихъ на широкомъ основаніи при вполнѣ закрытой шейкѣ, при множественныхъ міомахъ различнаго рода. Относительно всѣхъ этихъ опухолей проф. *Winter*, резюмируя вкратцѣ результаты своихъ изслѣдованій и данныя другихъ авторовъ, категорически высказывается за коренную операцію. Сохраняющій способъ можетъ быть примѣненъ только при настоятельномъ желаніи больной имѣть дѣтей или сохранить мѣсячныя. Что касается вопроса о міотоміи во время беременности, то, въ виду надежды на сохраненіе жизни плода, нормальное продолженіе беременности (выкидыши наблюдаются у 15%—19% оперированныхъ) и нормальные-же роды, отдается предпочтеніе сохраняющему способу. Для коренной операціи тутъ остаются либо нераспознанные случаи беременности, либо такіе, въ которыхъ на ряду съ главной опухолью на маткѣ замѣчается значительное число меньшихъ, либо, наконецъ, такіе, въ которыхъ сохраненіе матки сопряжено съ техническими затрудненіями (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. LI, тетр. 1). *А. Г—ръ.*

336. Принимая во вниманіе только несомнѣнные случаи т. наз. *межуточной беременности*, д-ръ *Weinbrenner* насчитываетъ ихъ въ литературѣ всего 35 и прибавляетъ къ нимъ еще 2 новыхъ.

1. Больная, 34 л., замужемъ 9 лѣтъ, перенесла 7 лѣтъ назадъ нормальную беременность и роды. 2 недѣли назадъ, послѣ 6-недѣльной задержки до того правильныхъ мѣсячныхъ, появились боли внизу живота и кровотеченіе. Послѣ выскабливанія, произведеннаго пользующимъ врачемъ, кровотеченія не остановились и появилась лихорадка. Затѣмъ больная перешла къ д-ру *Thorn*'у. Температура повышена. Умѣренное кровотеченіе. Слегка вздутый и чувствительный къ давленію животъ. Матка отклонена вправо; лѣвая *Fallopi*'ева труба, увеличенная, неясно прощупываемая и видимо сросшаяся съ кишечными петлями, лежала вплотную на маткѣ. Распознана лѣвосторонняя трубная беременность. При чревосѣченіи обнаружены раздраженіе брюшины и сращенія матки и трубы съ кишечными петлями. Лѣвый уголъ маточнаго дна оказался слегка повернутымъ впередъ и равномѣрно вздутымъ. Вздутіе это направлялось кверху, съуживаясь въ видѣ конуса, и переходило въ лѣвую трубу, видимо нормальной длины, какъ бы привѣшенную вмѣстѣ съ яичникомъ къ верхушкѣ конуса. Съ основанія конусъ незамѣтно переходилъ въ дно слегка увеличенной матки, направленное по-

Digitized by Google

что отвѣсно внизъ, немного вправо и кзади. Сквозь вздутый конусъ просвѣчивало синевато-красное содержимое; передняя стѣнка въ мѣстѣ кишечнаго срощенія имѣла толщину не болѣе листа бумаги. Яйцо съ яйцевымъ ложемъ осторожно было вырѣзано, съ наименьшей потерей маточной мышечной ткани; полость матки при этомъ была вскрыта. Воронкообразное отверстіе зашито кэтгутомъ. Послѣ незначительнаго повышенія температуры въ первые дни наступило выздоровленіе. Препаратъ указывалъ на развитіе яйца въ маточномъ отдѣлѣ трубы; яйцо соотвѣтствовало 1—2 мѣсяцу беременности. Верхняя стѣнка трубы въ видѣ дивертикула примыкала къ маточной полости, отдѣленная отъ нея, послѣ выхода отпадающей оболочки, только тонкой перепонкой. Яйцо развивалось здѣсь не какъ обыкновенно между мышечной тканью матки, но по направленію къ среднему отдѣлу (перешейку) трубы.

Во 2-мъ случаѣ больная, 32 л., рожала 5 разъ, въ послѣдній разъ 4 года назадъ. Послѣ $3^1/_2$-мѣсячной аменорреи—кровотеченіе и боли. Выскабливаніе. Въ виду продолжавшагося кровотеченія и появленія перитонита врачъ черезъ 3 недѣли направилъ больную къ д-ру *Thorn*'у. Худосочный видъ; частый пульсъ; 40°; значительное вздутіе живота, во влагалищѣ кусочки отпадающей оболочки. Матка отклонена вправо. Слѣва на маткѣ лежала плохо ограниченная, зыблющаяся, окруженная кишечными петлями опухоль, съ дѣтскую головку. Распознаны: нагноеніе во внѣматочномъ плодномъ мѣшкѣ и перитонитъ. Чревосѣченіе подтвердило наличность перитонита. При отдѣленіи кишечныхъ срощеній вскрыта полость, заключавшая зловонную жидкость и мацерированный 3-мѣсячный зародышъ. Зародышъ тонкой пуповиной соединенъ былъ съ послѣдомъ, прикрѣпленнымъ къ стѣнкѣ лѣваго маточнаго рога; задняя и верхняя стѣнка рога растянуты на большомъ протяженіи. Разрывъ былъ на наиболѣе высокомъ мѣстѣ увеличенной и типично отклоненной матки. Лѣвый вздутый рогъ переходилъ съ небольшимъ наклоненіемъ въ дно, направленное вправо, внизъ и назадъ. Придатки были нормальны. Лѣвая труба выходила изъ матки выше правой. Плодный мѣшокъ вырѣзанъ клинообразно съ сохраненіемъ придатковъ. При этомъ полость матки, выстланная отпадающей оболочкой, широко открыта. Рана зашита кэтгутовыми швами; полость брюшины промыта солянымъ растворомъ. На 3-й день больная умерла отъ гнилостнаго зараженія.—Въ этомъ случаѣ яйцевое ложе находилось въ соединеніи съ маточной полостью. Перегородка между ложемъ и полостью матки состояла только изъ отпадающей оболочки, прорванной мѣстами свободно висѣвшими ворсинками. Здѣсь яйцо развивалось между мышечной тканью маточной стѣнки.

По классификаціи *Klebs*'а, къ которой присоединяется и авторъ, его случаи относятся, 1-й—къ трубно-межуточной, 2-й—къ собственно межуточной беременности. Клиническое распознаваніе такихъ беременностей большею частью невозможно, исключая, быть можетъ, случаевъ широкаго сообщенія плоднаго мѣшка съ маткой. Трудности анатомическаго распознаванія заключаются въ отличіи отъ беременности въ зачаточныхъ придаточныхъ рогахъ; наиболѣе важнымъ признакомъ для отличія можно считать присутствіе маточнаго отверстія трубы. Кромѣ того, для межуточной беременности характерно одностороннее вздутіе маточнаго угла и положеніе дна; *Fallopi*'ева труба съ беременной стороны отходитъ отъ матки выше, чѣмъ съ другой. Предсказаніе болѣе серьезно, чѣмъ при обыкновенной трубной беременности, такъ какъ разрывъ въ полость брюшины большей частью происходитъ въ первые 3 мѣсяца и больныя подвергаются лѣченію уже послѣ совершившагося разрыва. Лѣченіе заключается въ чревосѣченіи съ сохраненіемъ матки въ случаяхъ, когда дѣло касается молодой женщины и если врачъ увѣренъ, что оставляетъ не зараженную и способную функціонировать матку (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. LI, тетр. I). *А. Г—ръ.*

337. Д-ръ *Caseaux* съ цѣлью изученія *измѣненій*, происходящихъ *въ слизистой оболочкѣ матки при внѣматочной беременности*, произвелъ гистологическое изслѣдованіе ея въ 2-хъ случаяхъ такой беременности, окончившейся смертью. Всѣ ткани такимъ образомъ могли быть разсмотрѣны на мѣстѣ. На основаніи этихъ изслѣдованій и данныхъ другихъ авторовъ *Caseaux* приходитъ къ заключенію, что при всякой внѣматочной беременности развитіе живого плода обусловливаетъ глубокія измѣненія въ слизистой оболочкѣ матки. Реакція эта не всегда одинаково значительна. По видимому, она бываетъ тѣмъ рѣзче, чѣмъ ближе къ маткѣ развивается беременность. Значительный приливъ крови къ гипертрофированной слизистой оболочкѣ матки, а также межуточныя кровотеченія въ ней даютъ объясненіе кровянистымъ выдѣленіямъ, наблюдающимся при внѣматочной беременности. Въ 2-хъ другихъ случаяхъ *Caseaux* имѣлъ дѣло съ застарѣлыми haematosalpynx'ами, заключавшими остатки плода, остановившагося въ своемъ развитіи. Здѣсь, не рѣшаясь высказаться категорически въ такомъ малоизученномъ вопросѣ, *Caseaux* замѣчаетъ только, что слизистая оболочка матки представляла всѣ измѣненія, характеризующія хроническое железистое и межуточное воспаленіе съ преобладаніемъ измѣненій въ железахъ. Наконецъ, послѣднихъ 2 изслѣдованія касаются болѣе или менѣе толстой оболочки, выдѣляющейся очень часто въ теченіи внѣматочной беременности изъ матки, съ послѣдовательнымъ кровотеченіемъ. Принимая во вниманіе сообщенія другихъ авторовъ, *Caseaux* приходитъ къ заключенію, что выдѣленіе такого перепончатаго мѣшка, представляющаго собой слѣпокъ маточной полости, не есть постоянное явленіе и не указываетъ непремѣнно на остановку въ развитіи плода, хотя, съ другой стороны, не доказано, что оно не совпадаетъ съ болѣе или менѣе важнымъ разстройствомъ въ его развитіи. Мѣшокъ этотъ представляетъ собою поверхностный слой измѣненной слизистой оболочки матки. Линія, отдѣляющая оставшуюся часть, проходитъ посреди ампуллярнаго слоя (Annales de gynécologie et d'obstétrique, февраль). *А. Г—ръ.*

**Нервныя и душевныя болѣзни.** 338. Въ теченіи послѣднихъ 2-хъ лѣтъ въ Германіи на страницахъ общей и медицинской печати усиленно рекламировался *новый способъ лѣченія болѣзней нервной системы при помощи электромагнитовъ*. Изобрѣтателемъ этого способа является швейцарскій инженеръ Eugen Conrad-Muller, который при своихъ работахъ съ крупными электромагнитами замѣтилъ, что работавшіе вблизи нихъ получали значительное облегченіе и даже исцѣлялись отъ своихъ болѣзней. Этого случайнаго наблюденія было достаточно предпріимчивому инженеру, чтобы создать цѣлую «систему» лѣченія нервныхъ болѣзней и основать спеціальные электромагнетическіе «институты», въ которыхъ подъ наблюденіемъ врачей лѣчатся разнородныя нервныя болѣзни. Суть дѣла заключается въ томъ, что при помощи быстро-перемѣннаго тока довольно значительнаго напряженія, протекающаго по спирали, наводятся помѣщающіяся внутри спирали желѣзныя пластинки, которыя такимъ образомъ становятся сильными магнитами. Благодаря частымъ перемѣнамъ тока, магниты эти такъ-же часто мѣняютъ свои полюсы (100 разъ въ секунду). Дѣйствіе магнитовъ получается такое сильное, что оно обнаруживается и черезъ стѣну, и черезъ человѣческое тѣло. Такъ какъ отъ дѣйствія тока происходитъ сильное нагрѣваніе металлическихъ частей прибора, то онъ охлаждается при помощи особаго приспособленія водой снаружи и снутри. Весь электромагнитъ заключенъ въ горизонтально расположенный и подвижно прикрѣпленный цилиндръ. Вслѣдъ за системой электромагнитовъ Eugen'а Conrad'а появилась новая система Trüb'а, отличающаяся отъ первой лишь тѣмъ, что, вмѣсто перемѣннаго, магниты наводятся постояннымъ токомъ, а перемѣна полюсовъ достигается вращеніемъ; дѣйствіе послѣдней системы приблизительно такое-же. Врачи (*Rodari*, *Lilienfeld*), работавшіе съ электромагнитами, сообщали на основаніи большого матеріала (384 и 1000 случаевъ) что новый способъ лѣченія давалъ имъ улучшеніе въ 46—57%, и полное исцѣленіе въ 24—43% всѣхъ случаевъ, и предлагали примѣнять его противъ нейральгій, судорожныхъ состояній нейральгическаго характера мышечнаго и суставнаго ревматизма, подагры, спинной сухотки, центральныхъ нейрозовъ, въ особенности же при половой нервной слабости, нейрозахъ сердца и желудка и цѣломъ рядѣ другихъ функціональныхъ припадковъ, среди которыхъ безсонница занимаетъ первое мѣсто. Д-ръ *Toby Cohn* (ассистентъ проф. *Mendel*'я) задался цѣлью провѣрить эти многообѣщающія сообщенія и о результатахъ своихъ наблюденій сообщилъ въ послѣднемъ (24-го марта) засѣданіи Berlin'скаго Медицинскаго Общества. Онъ прежде всего указалъ на то, что новый способъ лѣченія лишенъ всякой научной подкладки: физіологическими изслѣдованіями не удается установить, чтобы электромагниты Conrad'а или Trüb'а имѣли какое-либо опредѣленное дѣйствіе на мышечную или нервную систему. Единственное физіологическое ихъ дѣйствіе обнаруживается на зрительномъ органѣ: при приближеніи глаза къ полю дѣйствія магнита получается ощущеніе рѣснитчатаго движенія, исчезающее при закрываніи глазъ. Что касается результатовъ лѣченія, испробованнаго *Cohn*'омъ на 37 больныхъ (нейральгіи, нейрозы, суставныя страданія, нервныя безсонницы и т. п.), то они сводятся къ слѣдующему: улучшеніе въ 6 случаяхъ оказалось скоропреходящимъ; въ другихъ 3 случаяхъ оно явилось лишь продолженіемъ начавшагося еще до лѣченія процесса выздоровленія; ни у кого изъ пользованныхъ больныхъ нельзя было установить исчезновенія,



Digitized by Google

хотя бы одного, *объективнаю* признака болѣзни, ни разу нельзя было добиться полнаго излѣченія болѣзни; въ лучшемъ случаѣ дѣло сводилось къ устраненію лишь одного какого либо признака ея. Въ общемъ результаты лѣченія электромагнитами оказались очень схожими съ тѣмъ, что д-ръ *Cohn* наблюдалъ раньше при лѣченіи токами Tesla, на которые въ свое время также возлагались большія надежды и которые въ настоящее время большинствомъ врачей практиковъ сданы уже въ архивъ. Въ обоихъ случаяхъ нельзя было безпристрастно установить особаго дѣйствія способа лѣченія на болѣзни, и получаемыя улучшенія слѣдуетъ приписать дѣйствію внушенія. Такъ какъ современная медицина имѣетъ уже въ своемъ распоряженіи достаточно большой запасъ средствъ, дѣйствіе которыхъ основано на внушеніи, то незачѣмъ, по мнѣнію д-ра *Cohn*'а, вводить еще новое, къ тому же еще очень дорого стоющее средство (Berliner klinische Wochenschrift, № 15). *А. К.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ патологической анатоміи и гистологіи.** (Отчетъ *В. Я. Рубашкина*). (Окончаніе; см. выше, № 11, стр. 417). Засѣданіе 9-го января. Почетный предсѣдатель ч. пр. *Ѳ. Я. Чистовичъ*.

*В. М. Бокитько. Случай опухоли мозгового придатка* (Struma adenomatosum hypophyseos). На основаніи данныхъ клиническаго теченія, патологоанатомическаго изслѣдованія и отчасти литературныхъ, докладчикъ выставилъ слѣдующія положенія: опухоли мозгового придатка принадлежатъ къ рѣдкимъ заболѣваніямъ мозга и относятся большею частью къ аденомамъ; акромегалія не всегда сопутствуетъ опухолямъ мозгового придатка; установить гистологическій характеръ новообразованія можно лишь при подробномъ микроскопическомъ изслѣдованіи ряда срѣзовъ изъ разныхъ мѣстъ, такъ какъ ни видъ опухоли, ни изслѣдованіе расщипанныхъ препаратовъ не могутъ дать точнаго представленія о железистомъ строеніи новообразованія.

Замѣчанія сдѣлали проф. *А. И. Моисеевъ*, *С. Л. Эрлихъ* и *Ѳ. Я. Чистовичъ*.

*С. С. Абрамовъ. О нормальной и патологической гистологіи желчныхъ капилляровъ въ связи съ ученіемъ о патогенезѣ желтухи*. При нормальныхъ условіяхъ желчные капилляры образуютъ въ печени крупнопетлистую сѣть и вступаютъ въ соустія между собой въ мѣстахъ перекреста печеночныхъ балокъ; отъ этихъ капилляровъ отходятъ во всѣ стороны подъ прямымъ угломъ короткіе отростки—«межклѣточные капилляры», оканчивающіеся въ большинствѣ случаевъ слѣпо, не вѣтвясь и не образуя соустій другъ съ другомъ; отходящіе отъ нихъ внутриклѣточные капилляры не вѣтвятся и оканчиваются слѣпо на нѣкоторомъ разстояніи отъ ядра; сообщенія между системами желчныхъ и кровеносныхъ капилляровъ въ нормальной печени нѣтъ. Желчные капилляры обладаютъ собственной стѣнкой, въ значительной степени независимой отъ печеночныхъ клѣтокъ. При механически застойной желтухѣ процессъ начинается съ застоя желчи какъ въ болѣе крупныхъ стволахъ, такъ и въ мельчайшихъ развѣтвленіяхъ желчныхъ капилляровъ. Вслѣдствіе этого внѣ- и внутриклѣточные отростки удлинняются, слѣпыя окончанія ихъ лопаются, и желчь получаетъ свободный доступъ въ околососудистыя лимфатическія пространства. Желтуха при ракѣ печени и атрофическомъ циррозѣ есть одинъ изъ видовъ механически застойной желтухи. При гнойномъ ангіохолитѣ происходитъ, по видимому, расплавленіе стѣнокъ желчныхъ капилляровъ. Вслѣдствіе этого желчь получаетъ оттокъ между печеночными клѣтками непосредственно въ околососудистыя лимфатическія пространства. При хроническихъ застояхъ въ печени въ полости желчныхъ капилляровъ происходитъ отложеніе плотныхъ частицъ—«желчныхъ тромбовъ». По способу происхожденія застойная желтуха можетъ быть раздѣлена на слѣдующіе виды: а) желчные тромбы, представляя собой препятствіе къ оттоку желчи, обусловливаютъ происхожденіе всѣхъ явленій, наблюдаемыхъ при механически застойной желтухѣ; б) развившаяся на почвѣ хроническаго застоя крови вокругъ печеночныхъ воротъ соединительная ткань сдавливаетъ крупные желчные протоки и обусловливаетъ тѣ-же явленія; в) при обширной гибели балокъ въ центрѣ дольки погибаютъ также и заключенные въ нихъ желчные капилляры, вслѣдствіе чего желчь изъ сохранившихся капилляровъ получаетъ широкій оттокъ въ околососудистыя лимфатическія пространства; поступленіе желчи въ организмъ при всѣхъ видахъ желтухи происходитъ при посредствѣ лимфатической системы; внутридольковаго разростанія соединительной ткани при желтухѣ не происходитъ.

*В. Я. Рубашкинъ* замѣтилъ, что рѣшать вопросъ о внутри или внѣ-клѣточномъ положеніи наблюдаемаго канальца можно только тогда, когда принимается во вниманіе указанное *Zimmermann*'омъ мѣрило различія, по которому у внѣ-клѣточныхъ канальцевъ всегда имѣется не менѣе 2-хъ линій склеивающаго вещества, чего у канальцевъ внутриклѣточныхъ нѣтъ и не можетъ быть. Въ виду-же того, что всѣ канальцы, принимаемые докладчикомъ за внутриклѣточные, имѣютъ рѣзко обозначенныя очертанія (оболочку по докладчику), они должны считаться канальцами внѣклѣточными. Внутриклѣточныхъ-же канальцевъ на препаратахъ докладчика не видно.

Проф. *А. А. Максимовъ* подтвердилъ, что препараты докладчика для признанія внутриклѣточныхъ желчныхъ капилляровъ не доказательны, и добавилъ, что картины слѣпыхъ окончаній желчныхъ капиллярныхъ ходовъ, на которое указываетъ докладчикъ, надо объяснять извилистымъ ходомъ ихъ. Желательно было-бы въ данномъ случаѣ примѣнять способъ окраски желѣзнымъ гэматоксилиномъ, какъ это предлагаетъ дѣлать *Zimmermann*, признавать-же внутриклѣточное положеніе канальца, основываясь на близости его къ клѣточному ядру, ошибочно и невозможно.

На то же указалъ и проф. *К. Н. Виноградовъ* и замѣтилъ при этомъ, что вслѣдствіе заливанія препаратовъ въ парафинъ въ картинахъ докладчика есть, по видимому, и искусственные продукты, не смотря, впрочемъ, на большую отчетливость и демонстративность препаратовъ.

*Л. В. Соболевъ* не согласился съ докладчикомъ въ томъ, что при желтухѣ нѣтъ развитія соединительной ткани: во всѣхъ сколько нибудь длительныхъ случаяхъ желтухи онъ наблюдалъ развитіе соединительной ткани въ центрѣ долекъ, вокругъ центральной вены.

*І. Ф. Пожарискій* (Харьковъ). *О первичной бугорчаткѣ поджелудочной железы*. Докладчикъ сообщилъ случай бугорчатки поджелудочной железы, въ которой было нѣсколько большихъ пещеръ. Эти послѣднія—по крайней мѣрѣ, нѣкоторыя изъ нихъ—принадлежали лимфатическимъ железамъ, заложеннымъ въ стромѣ поджелудочной железы. Случай этотъ особенно поучителенъ по его сложности. Въ желудкѣ оказалась круглая язва съ рѣзко выраженнымъ раковымъ пораженіемъ краевъ. Бугорчатковое пораженіе поджелудочной железы, несомнѣнно, произошло путемъ зараженія черезъ кишечникъ, въ которомъ заразное начало не оставило анатомическихъ измѣненій и первично осѣло въ лимфатическихъ железахъ брызжейки. Всѣ эти измѣненія оказались въ трупѣ 30-лѣтней больной. Сравнивъ всѣ извѣстные случаи разлитого пораженія поджелудочной железы, докладчикъ не нашелъ среди нихъ ни одного первичнаго. Въ заключеніе онъ остановился на разногласіи между *Koch*'омъ и патологоанатомами о заразительности жемчужной болѣзни животныхъ для человѣка и привелъ, кромѣ вышеупомянутаго, еще 3 случая, въ которыхъ должно быть признано первичное зараженіе черезъ кишечникъ.

*С. Л. Эрлихъ* обратилъ вниманіе на то, что при одновременномъ существованіи въ одной территоріи лимфатической системы рака и бугорчатки, что и было въ случаѣ докладчика, бугорчатковыя гнѣзда представляются особенно большими.

*Ѳ. Я. Чистовичъ* указалъ на то, что, хотя оба пораженія (ракъ и бугорчатка) въ данномъ случаѣ настолько раздѣльны, что нельзя допускать возможности поступленія палочекъ бугорчатки черезъ язву желудка, тѣмъ не менѣе нельзя не признать въ язвѣ вспомогательнаго условія для зараженія бугорчаткой вслѣдствіе секреторныхъ и катарральныхъ разстройствъ, сопровождающихъ ее.

Засѣданіе 10-го января. Почетные предсѣдатели проф. *Н. П. Ивановскій* и *А. И. Моисеевъ*.

*І. Ф. Пожарискій. О гетеропластическомъ образованіи кости у человѣка*. Докладчикъ разобралъ обширный литературный матеріалъ (до 400 работъ) и провѣрилъ выводы авторовъ 1) на трупахъ (около 200 случаевъ омѣлотворенія, изъ нихъ 49% окостенѣнія) и 2) путемъ опытовъ на животныхъ (перевязка почечныхъ артерій и вены). Наиболѣе поучительными являются находки кости въ паренхимѣ легкихъ, печени, въ мозгу, въ мышцѣ сердца и заслонкахъ его, въ глазахъ, въ лимфатическихъ бронхіальныхъ и брызжеечныхъ железахъ. Въ почкахъ кроликовъ черезъ

Digitized by Google

3 мѣсяца послѣ перевязки сосудовъ тоже получена настоящая костная ткань съ костнымъ мозгомъ и остеобластами. Главные выводы слѣдующіе. Большинство изслѣдованныхъ объектовъ представляетъ узлы омѣлотворенія той или другой формы и величины. Въ этихъ узлахъ протекаютъ процессы, которые можно раздѣлить на регрессивные и прогрессивные. Къ первымъ относится омертвѣніе ткани, которому предшествуютъ различныя разстройства питанія воспалительнаго свойства; исходомъ этихъ процессовъ является образованіе ограниченныхъ гнѣздъ, въ которыхъ остатки ткани и продукты выпотѣванія высыхаютъ и омѣлотворяются; омѣлотворенныя массы по химическому составу приближаются къ амилоиду или тождественны съ нимъ, такъ какъ даютъ характерныя для него реакціи; по наружному виду эти массы—неправильной формы, блестящи и пронизаны трещинами, появляющимися въ силу химическаго состава. Къ процессамъ прогрессивнаго характера относится развитіе грануляціонной ткани; въ новообразованную ткань проростаетъ узелъ, при чемъ клѣтки ея развиваются въ 2-хъ направленіяхъ: 1) въ макрофаговъ и костномозговыя клѣтки и 2) въ остеобласты, которые, поглотивъ частицы омѣлотворенныхъ массъ, образуютъ костную ткань. Процессъ гетеропластическаго окостенѣнія докладчикъ сравниваетъ съ нормальнымъ, протекающимъ въ молодомъ возрастѣ, и находитъ между ними полную аналогію; роль т. наз. преформирующаго хряща при гетеропластическомъ окостенѣніи играетъ омѣлотворенная ткань, сходная съ омѣлотвореннымъ хрящемъ по реакціямъ на амилоидъ; поэтому по химической природѣ эти 2 образованія въ организмѣ представляются настолько близкими, что могутъ вызвать одинаковую реакцію. Такимъ образомъ гетеропластическое образованіе кости происходитъ по тѣмъ-же законамъ, какъ и нормальное (Въ передачѣ докладчика).

По поводу этого сообщенія сдѣлали нѣсколько замѣчаній профф. *В. К. Высоковичъ*, *К. Н. Виноградовъ*, *Н. М. Любимовъ* и *А. И. Моисеевъ* и д-ръ *Л. В. Соболевъ*.

*Онъ-же. О гипернефромахъ.* Опухоли эти встрѣчаются первично въ почкахъ и надпочечникахъ. Остановившись на соотвѣтствующей литературѣ, докладчикъ указалъ на 3 мнѣнія о происхожденіи этихъ опухолей въ почкѣ: 1) теорію *Grawitz*'а о заблудшихъ зачаткахъ корковаго слоя надпочечниковъ, 2) мнѣніе, что эти опухоли являются аденомами собственно почки и 3) что гипернефромы происходятъ изъ клѣтокъ наружно-оболочечныхъ слоевъ сосудовъ и эндотелія лимфатическихъ пространствъ. Докладчикъ изслѣдовалъ 14 подобныхъ опухолей, которыя онъ раздѣляетъ на 3 группы: къ 1-ой относятся опухоли надпочечниковъ (6 случ.); ко 2-ой—1 случай опухоли изъ заблудшихъ зачатковъ надпочечника въ клѣтчаткѣ около послѣдняго; къ 3-ей — 7 случаевъ опухолей почки изъ заблудшихъ зачатковъ. Общія черты этихъ опухолей слѣдующія. Доброкачественныя опухоли по своему строенію, характеру клѣточныхъ элементовъ аналогичны въ обоихъ органахъ; клѣтки ихъ большія, съ большими свѣтлыми ядрами; строеніе ткани въ общемъ похоже на «zona fasciculata» надпочечника. Злокачественныя опухоли частью сохраняютъ строеніе надпочечника, частью-же клѣтки въ нихъ теряютъ черты клѣтокъ надпочечника; вообще-же злокачественность этихъ опухолей возрастаетъ по мѣрѣ удаленія строенія ихъ отъ строенія «zona fasciculata» надпочечника. Злокачественныя опухоли этого типа нерѣдко даютъ отдаленные переносы, напр., въ костяхъ. Признавая не вполнѣ правильнымъ названіе «гипернефромы», докладчикъ предлагаетъ называть эти новообразованія опухолями типа надпочечниковъ, раздѣляя ихъ на злокачественныя и доброкачественныя.

Проф. *Н. М. Любимовъ* замѣтилъ, что связь новообразованій въ почкахъ со смѣщеніемъ частей надпочечника еще до изслѣдованій *Grawitz*'а указывалась *В. И. Земблиновымъ*, описавшимъ случай трубчатаго рака почекъ и производившимъ развитіе его изъ смѣщеннаго надпочечника. На происхожденіе новообразованій изъ смѣщенныхъ надпочечниковъ и въ другихъ областяхъ указываетъ также и *Chiari*, который наблюдалъ ракъ въ области слѣпой кишки, развившійся путемъ разрощенія ткани смѣщеннаго надпочечника.

*М. О. Губерманъ* (Харьковъ). *Къ вопросу объ острой атрофіи печени.* Острая атрофія печени одинаково часто поражаетъ мужчинъ и женщинъ. Съ точки зрѣнія общей патологіи страданіе это должно быть отнесено къ паренхиматознымъ гепатитамъ. Съ самаго начала процесса возстановленіе печеночной ткани идетъ рука объ руку съ разрушеніемъ и полной гибелью элементовъ печени. Возстановленіе можетъ взять верхъ надъ дегенеративными явленіями, и въ такихъ случаяхъ возможно выздоровленіе, при чемъ ткань печени возстановляется съ большею или меньшею степенью анатомическаго совершенства. Этіологія острой атрофіи печени до сихъ поръ совершенно неизвѣстна.

По поводу этого доклада сдѣлали замѣчанія: профф. *В. К. Высоковичъ*, *Н. П. Ивановскій* и д-ръ *С. П. Шуенировъ*.

*Л. В. Соболевъ. Струма островковъ Langerhans'а въ поджелудочной железѣ.* Докладчикъ показалъ препараты этого случая, являющагося первымъ въ литературѣ, между тѣмъ по аналогіи съ другими кровяными железами слѣдовало ожидать такихъ образованій и въ поджелудочной железѣ. Въ данномъ случаѣ клинически наблюдались припадки діабета невысокой степени и бугорчатки. Часть островковъ въ макроскопически неизмѣненной железѣ атрофировалась вслѣдствіе разростанія соединительной ткани по ходу капилляровъ; другіе-же островки (а такихъ докладчикъ видѣлъ 3) представляли картину гипертрофіи и гиперплязіи клѣтокъ до образованія узла, съ крупное конопляное зерно величиной. Нужно-ли разсматривать это явленіе, какъ уровновѣшивающую гипертрофію, или какъ опухоль,—остается нерѣшеннымъ.

**Отдѣлъ вопросовъ врачебнаго быта.** (Отчетъ *Г. И. Дембо*. Окончаніе; см. выше, № 11, стр. 415). Засѣданіе 10-го января. Почетный предсѣдатель *К. Н. Смирновъ*.

*М. Н. Нижегородцевъ* предложилъ почтить память *Я. А. Чистовича* и *А. В. Попова* вставаніемъ.

*А. А. Цѣновскій* (Одесса). *Врачи-гомеопаты.* Въ широкомъ распространеніи знахарства виноваты 2 условія: низкій уровень русской культурности и несовершенство научной медицины. Знахарство—это въ извѣстной степени налогъ на невѣжество; съ нимъ надо бороться не принудительными мѣрами, а подъемомъ интеллектуальнаго и культурнаго уровня населенія. Гомеопатія есть одинъ изъ самыхъ опасныхъ видовъ знахарства, потому что она поддерживается и распространяется авторитетомъ врачей, занимающихся ею. Пока гомеопатіей занимались не-врачи (главнымъ образомъ отставные генералы и сердобольныя дамы), эта была сравнительно невинная забава праздныхъ людей; но, когда за это дѣло взялись врачи, оно уже стало зломъ, съ которымъ нужно бороться и которому нужно противодѣйствовать. Докладчика интересуетъ основной фактъ, можетъ-ли лицо, получившее медицинское образованіе, серьезно относиться къ гомеопатическимъ принципамъ? Онъ вычислилъ, напр., что, если принимать 5-ое (десятичное) дѣленіе огромными, съ гомеопатической точки зрѣнія, пріемами—по 100 капель въ день, то, чтобы принять 1 каплю первоначально взятаго средства, требуется 3 года, при 10-мъ дѣленіи для той-же цѣли нужно 300000 лѣтъ, а при 30-мъ—цѣлый трилльонъ лѣтъ, а между тѣмъ 5—10 капель 30-го разведенія мышьяка, по указаніямъ гомеопатіи, очень дѣйствительны при «жестокой ночной зубной боли, происходящей вслѣдствіе легкаго каріоза зубовъ». Можетъ-ли врачъ вѣрить въ то, что ликоподій нужно давать людямъ, которые, «хотя и кротки, но очень раздражительны», «имѣютъ блѣдный цвѣтъ лица, глаза, окруженные синими каймами, и желтыя пятна на кожѣ и у которыхъ душевное состояніе подавлено, робко», что «фосфорная кислота—одно изъ лучшихъ лѣкарствъ, какія мы имѣемъ противъ дурныхъ послѣдствій печали и угнетающихъ эмоцій, особенно противъ хроническихъ послѣдствій разочарованій любви» и т. д.? А между тѣмъ все это пишется врачами? На основаніи своихъ наблюденій докладчикъ указываетъ, что нерѣдко врачи-гомеопаты прописываютъ больнымъ подъ видомъ гомеопатическихъ и общемедицинскія средства на условномъ языкѣ; эти средства имѣются въ гомеопатическихъ аптекахъ. Врачъ-гомеопатъ сознательно наноситъ вредъ общественному здоровью, въ особенности тамъ, гдѣ онъ лѣчитъ гомеопатическими средствами болѣзни, требующія активнаго врачебнаго

Digitized by Google

вмѣшательства. Докладчикъ считаетъ необходимымъ требовать, чтобы въ гомеопатическихъ аптекахъ не допускалась продажа другихъ лѣкарственныхъ средствъ, кромѣ гомеопатическихъ, и чтобы по рецептамъ тѣхъ врачей, которые оффицiально объявляютъ себя гомеопатами, лѣкарства отпускались только изъ гомеопатическихъ аптекъ. Самой существенной мѣрой въ борьбѣ съ этимъ зломъ онъ считаетъ широкую популяризацiю свѣдѣнiй по медицинѣ и естествознанiю въ формѣ докладовъ въ Отдѣленiяхъ Общества охраненiя народнаго здравiя, публичныхъ лекцiй, народныхъ чтенiй, изданiй брошюръ и т. д. Такая-же популяризацiя и вообще всякаго рода разъясненiя въ подходящихъ для этого случаяхъ необходимы и со стороны каждаго врача: пассивно-отрицательное отношенiе къ гомеопатiи и къ врачамъ-гомеопатамъ только укореняетъ существующiе по этому вопросу предразсудки.

Во время пренiй д-ръ *Тишковъ* указалъ на то, что врачи лишены права провѣрять гомеопатическiя средства при соотвѣтствующей обстановкѣ, между тѣмъ такая провѣрка могла-бы явиться лучшимъ орудiемъ въ борьбѣ съ гомеопатами; д-ръ *Кирилловъ*, исходя изъ того положенiя, что гомеопатiя есть покушенiе на народное здравiе, предложилъ учредить при Пироговскомъ Обществѣ особое бюро для отвѣтовъ на запросы публики медицинскаго характера; д-ръ *Калантаровъ* сообщилъ нѣсколько фактовъ изъ дѣятельности гомеопатовъ въ Петербургѣ; лучшимъ средствомъ борьбы онъ считаетъ широкую гласность; д-ръ *Шингаревъ* обратилъ вниманiе на общественное значенiе гомеопатiи, которая дѣлаетъ попытки проникнуть въ земскую организацiю (Нижнедѣвицкое земство); необходимо высказаться, что занятiе гомеопатiей, званiе «врача-гомеопата» является нарушенiемъ врачебнаго долга, врачебной этики. Въ пренiяхъ, кромѣ того, приняли участiе д-ра *Каррикъ* и *Рубель*.

Отдѣлъ принялъ слѣдующее постановленiе: признавая гомеопатiю однимъ изъ видовъ знахарства, Отдѣлъ считаетъ всякое участiе въ этомъ дѣлѣ врачей несовмѣстимымъ какъ съ научнымъ ихъ званiемъ, такъ и съ этическими принципами врача. Что касается борьбы съ этимъ общественнымъ зломъ, то самой существенной мѣрой этого рода надо считать широкую гласность и широкую популяризацiю свѣдѣнiй по медицинѣ и гигiенѣ.

*П. А. Ширяевъ* (Москва). *О новомъ Обществѣ взаимопомощи для устройства санаторiи и пансiона для врачей на южномъ берегу Крыма.* По особенностямъ профессiональной дѣятельности заболѣваемость и смертность среди врачей даютъ очень большой %. Между болѣзнями врачей легочныя страданiя съ бугорчаткою включительно и различные виды нейрастенiи отъ напряженнаго труда и переутомленiя занимаютъ самое видное мѣсто, при чемъ въ большинствѣ случаевъ при лѣченiи подобныхъ заболѣванiй настоятельно показуются отдыхъ отъ занятiй, перемѣна на время климата и условiй жизни. При неопредѣленности отношенiй между профессiональнымъ трудомъ и заработкомъ врача послѣднiй въ огромномъ большинствѣ случаевъ едва обезпечиваетъ себѣ и своей семьѣ, при условiи полнаго здоровья, сносное существованiе. Въ случаѣ заболѣванiя неминуемо наступаетъ критическое положенiе. Особенно наглядно это сказывается при заболѣванiяхъ длительныхъ, требующихъ при этомъ перемѣны климата и условiй жизни. По необходимости больному врачу приходится откладывать нужную поѣздку до послѣдней возможности—до крайняго истощенiя своихъ физическихъ и матерiальныхъ силъ, въ какомъ положенiи Крымъ является печальнымъ ultimum refugium. Крымскiе товарищи, большею частью бывшiе инвалиды сѣверной и средней полосы Россiи, сами на себѣ испытавшiе подобное критическое положенiе, рѣшили сдѣлать починъ въ учрежденiи особаго «Общества санаторiй для врачей въ Крыму». Цѣль Общества—устроить и поддерживать на южномъ берегу Крыма санаторiю для врачей, требующихъ для поправленiя здоровья длительнаго пребыванiя въ Южномъ приморскомъ климатѣ. Цѣль санаторiй—дать возможность малоимущимъ врачамъ, за сравнительно недорогую плату или безплатно воспользоваться климатическимъ лѣченiемъ и хорошею питательною пищей для поправленiя разстроеннаго здоровья. Дѣйствительными членами Общества состоятъ врачи, или сдѣлавшiе пожизненный взносъ въ 100 р. или ежегодно вносящiе по 10 р.; членами-благотворителями могутъ быть всѣ сочувствующiе (неврачи) цѣлямъ Общества и дѣлающiе подобные же взносы. Кружкомъ лицъ, учреждающихъ это Общество, уже собранъ небольшой капиталъ и выработанъ уставъ. Кружокъ этотъ и обращается къ Пироговскому Обществу съ просьбой принять подъ свое покровительство нарождающееся Общество и взять на себя трудъ ходатайствовать объ утвержденiи устава и объ уступкѣ или льготной арендѣ подходящаго участка земли. 29/XII 1903 г. Правленiе Пироговскаго Общества обсуждало этотъ вопросъ и указало на отсутствiе въ дѣйствующемъ Уставѣ Общества такого §, въ силу котораго оно имѣло-бы юридическое право открыть «Общество санаторiй для врачей».

Послѣ краткаго обсужденiя Отдѣлъ выразилъ полное сочувствiе мысли объ учрежденiи санаторiи для врачей и искреннее пожеланiе скорѣйшаго успѣха новому Обществу въ его благомъ и полезномъ начинанiи, при чемъ Отдѣлъ постановилъ просить Правленiе широко пропагандировать этотъ вопросъ путемъ сообщенiя о строющейся санаторiи въ общественныя учрежденiя и медицинскiя Общества.

*П. В. Путиловъ* (Варшава). *Врачебная этика въ отношенiи судебно-медицинской экспертизы.*

Прочитаны были только положенiя доклада, которыя, въ виду интереса вопроса, я приведу полностью. 1. Дѣло экспертизы можетъ стать на высшую ступень только тогда, когда и въ гражданскомъ, и въ военномъ вѣдомствахъ при Судахъ будутъ свои независимые специалисты по судебной медицинѣ, къ которымъ должны будутъ поступать на разсмотрѣнiе всѣ вопросы по разнорѣчiямъ въ предварительныхъ испытанiяхъ и изслѣдованiяхъ, сдѣланныхъ врачами въ лѣчебныхъ учрежденiяхъ и пр., и отъ этихъ судебно-медицинскихъ специалистовъ должно будетъ зависѣть, куда еще направить испытуемаго подъ наблюденiе. Заключенiе наблюдавшаго врача въ послѣднемъ случаѣ должно опять-таки поступать въ Судъ на окончательное разсмотрѣнiе упомянутаго специалиста. 2. Испытуемые должны быть ограждены ясно формулированнымъ закономъ отъ примѣненiя къ нимъ способовъ, противныхъ строгой этикѣ и имѣющихъ цѣлью вынудить у испытуемыхъ показанiе противъ самихъ себя и, главное, облегчить работу эксперта въ распознаванiи даннаго случая, хотя-бы и съ ущербомъ и рискомъ для здоровья и жизни испытуемаго. 3. Наличность насильственныхъ прiемовъ для лишенiя заподозрѣннаго способовъ самозащиты, особенно же прiемовъ экспертизы, вредныхъ для здоровья въ той или другой степени, должна считаться «пристрастнымъ допросомъ», находящимся подъ строгимъ запрещенiемъ закона, и дѣлать выведенное при такихъ ненормальныхъ условiяхъ, съ такими способами, заключенiе врача или цѣлаго лѣчебнаго учрежденiя вполнѣ незаслуживающимъ довѣрiя (кассацiя). 4. Испытанiе или наказанiе скудной дiэтой не должно быть терпимо въ лѣчебныхъ учрежденiяхъ, а оно кой-гдѣ примѣняется. 5. Вопросы врачебной этики одинаковы и одинаково обязательны для врачей всѣхъ вѣдомствъ, особенно въ дѣлѣ экспертизы. 6. Изслѣдованiя испытуемыхъ производятся въ лѣчебныхъ учрежденiяхъ различныхъ вѣдомствъ; поэтому, ради безпристрастiя, повторное изслѣдованiе испытуемыхъ въ тѣхъ-же лѣчебныхъ учрежденiяхъ должно производиться каждый разъ уже другимъ врачемъ, если почему-либо нельзя перевести этихъ испытуемыхъ въ другiя лѣчебныя учрежденiя. Это—по аналогiи съ пересмотромъ дѣлъ при другомъ составѣ Суда. 7. Истина и сострадание для врачей—выше профессiональныхъ и служебныхъ соображенiй; поэтому вопросы «коллегiальности» должны быть въ полномъ согласованiи съ этикой въ дѣлѣ экспертизы, отъ которой часто зависитъ судьба испытуемаго. 8. Для гражданскихъ врачей весьма желателенъ «Судебно-медицинскiй журналъ» и «Журналъ экспертизъ» на подобiе нѣкогда очень почтеннаго «Архива судебной медицины», богатаго научно-врачебной полемикой по общественно-медицинскимъ и судебно-медицинскимъ вопросамъ, гдѣ-бы врачи почерпали книжный опытъ по сложнымъ вопросамъ въ дѣлѣ изслѣдованiя испытуемыхъ. Въ «В.-Медицинскомъ Журналѣ» для военныхъ и др. врачей необходимо для той-же надобности печатать судебно-медицинскiя мнѣнiя и заключенiя Главнаго В.-медицинскаго ученаго Комитета по вопросамъ раз-

Digitized by Google

личныхъ испытаній и изслѣдованій по экспертизамъ, къ свѣдѣнію и руководству, подобно пересмотрамъ и избраннымъ рѣшеніямъ Главнаго военнаго Суда при «Военномъ Сборникѣ». Это составитъ очень поучительный матеріалъ, пропадающій нынѣ безслѣдно. 9. При судебно-химической или гигіэнической экспертизѣ врачи не сталкиваются съ такой сложностью, запутанными противорѣчіями и загадочностью, какія могутъ встрѣчаться въ испытаніяхъ судебно-медицинскаго свойства, особенно при испытаніяхъ т. наз. притворщиковъ, среди которыхъ могутъ быть и дѣйствительные притворщики, ловко уклоняющіеся и скрывающіе истинное положеніе дѣла, или искусные членовредители. Здѣсь неопытные врачи по новизнѣ положенія и невозможности разобраться въ немъ съ помощью соотвѣтственнаго коллегіальнаго или книжнаго справочнаго опыта могутъ впадать въ 2 крайности: или слишкомъ большой довѣрчивости, или крайняго, еще болѣе вреднаго, скептитизма. Въ 1-мъ случаѣ есть рискъ поставить себя въ незавидное, унизительное положеніе, дать себя въ обманъ на глазахъ общественнаго вниманія, иногда очень чуткаго, и лицъ, дѣйствительно освѣдомленныхъ о лживой изобрѣтательности испытуемаго; во 2-мъ—на лицо еще большій рискъ уронить достоинство врачебнаго дѣла заподозриваніемъ въ притворствѣ, быть можетъ, истинно больного и примѣненіемъ къ нему сыскныхъ пріемовъ для доказательства своего, безсознательно предвзятаго мнѣнія. Для того, чтобы и неопытные врачи въ такихъ случаяхъ имѣли подъ ногами достаточно твердую почву, не проявляя ни щепетильной довѣрчивости, ни излишней подозрительности, необходимо озаботиться, чтобы раньше общественной службы, еще на студенческой скамьѣ, преподаватели ознакомляли будущихъ врачей съ нерѣдкими на практикѣ вопросами по испытанію на больныхъ и испытуемыхъ въ клиникахъ и клиническихъ отдѣленіяхъ лѣчебныхъ учрежденій всѣхъ вѣдомствъ, а равно съ соотвѣтственной литературой, подробно разъясняли имъ средства распознаванія и показывали пріемы, допустимые въ экспертизахъ согласно закону, человѣколюбію и строгой врачебной этикѣ, открывая всю неприглядность недопустимыхъ пріемовъ, противузаконность ихъ и судебную отвѣтственность пользующихся ими экспертовъ.

Въ послѣдовавшихъ затѣмъ преніяхъ д-ръ *Нижегородцевъ* указалъ на сложность и важность затронутыхъ докладчикомъ вопросовъ: сюда входятъ вопросы и о предѣлахъ и объемѣ правъ эксперта, и о томъ, какими способами можетъ быть производима экспертиза; д-ръ *Кржечковъ* обратилъ вниманіе на неподготовленность врачей къ роли экспертовъ и одновременно предложилъ Отдѣлу высказаться противъ насильственнаго хлороформированія новобранцевъ для опредѣленія притворства; д-ръ *Ивановъ* указалъ на тяжелое положеніе военныхъ врачей въ этихъ случаяхъ; д-ръ *Ульяновъ* обратилъ вниманіе на то, что врачу приходится быть даже экспертомъ въ вопросѣ о томъ, можетъ-ли данное лицо вынести тѣлесное наказаніе, что стоитъ въ противорѣчіи съ основными принципами врачебной дѣятельности; д-ръ *Ставскій* указалъ на то, что никто изъ врачей не имѣетъ права отказаться отъ экспертизы; земскіе врачи нерѣдко отрываются для этого отъ своихъ прямыхъ обязанностей.

Отдѣлъ принялъ слѣдующія постановленія: Принимая во вниманіе, что вопросъ о необходимости освободить общественныхъ и частныхъ врачей отъ выполненія обязанностей врачей правительственныхъ входитъ въ компетенцію Пироговскихъ Съѣздовъ, Отдѣлъ предлагаетъ поставить эти вопросы программными для слѣдующаго Съѣзда. Признавая тѣлесное наказаніе мѣрой отжившей, Отдѣлъ считаетъ всякое участіе врача при его назначеніи и присутствіе при его производствѣ недопустимымъ. По докладу д-ра *Путилова* Отдѣлъ постановилъ передать вопросъ о предѣлахъ правъ и полномочій врачей какъ при экспертизѣ на Судѣ, такъ и при веденіи наблюденій надъ испытуемыми въ лѣчебныхъ заведеніяхъ, а также вопросъ объ этической оцѣнкѣ роли врача при исполненіи, упомянутыхъ обязанностей Правленію Пироговскаго Общества съ тѣмъ, чтобы Правленіе образовало особую Коммиссію для обслѣдованія этого вопроса и для внесенія его на разсмотрѣніе будущаго Съѣзда.

Засѣданіе Отдѣла было закрыто выраженіемъ благодарности бюро Отдѣла.

---

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *LVIII. Изъ микробіологическаго Общества въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 27-го февраля).

*В. С. Игнатовскій. Предъявленія по теоріи микроскопа.* Докладчикъ вкратцѣ разсказалъ основаніе диффракціонной теоріи микроскопа согласно проф. *Abbé*, разъяснилъ связь между апертурой и способностью микроскопа раздѣлять мелкія частности объекта и показалъ, что для полнаго использованія погружной системы съ помощью косого освѣщенія необходимо вводить масло не только между объективомъ и покровнымъ стеклышкомъ, но и между предметнымъ стекломъ и конденсаторомъ. Для примѣра была взята, какъ объектъ, диффракціонная рѣшетка проф. *Abbé*, съ помощью которой всего нагляднѣе можно показать и разъяснить диффракціонную теорію.—Всѣ опыты съ рѣшеткою были показаны на экранѣ, между прочимъ, удваиваніе числа линій рѣшетки при вращеніи діафрагмы, помѣщенной въ фокусной плоскости объектива. Въ заключеніе былъ объясненъ и показанъ апертометръ проф. *Abbé*.

*А. Ю. Укке. Нѣкоторыя наблюденія надъ флагеллятами въ испражненіяхъ человѣка.* Въ фиксированныхъ и окрашенныхъ препаратахъ, приготовленныхъ изъ испражненій при разстройствахъ желудочно-кишечнаго канала, докладчикомъ найдены пузырныя формы Trichomonas intestinalis, надъ которыми можно было прослѣдить процессъ образованія пузыря и дѣленія этихъ чужеядныхъ. Въ нѣсколькихъ случаяхъ наблюдались пузырныя формы Megastoma entericum, обладающія весьма характерными признаками.

*Я. М. Пальчиковскій. Заразныя заболѣванія въ Кашгаріи.* Кашгарія или Восточный Туркестанъ представляетъ довольно обособленную страну, ограниченную съ 3-хъ сторонъ горами и съ 4-ой—восточной пустыней Гоби. Высота 1209 метр. Населеніе составляютъ Сарты-мусульмане, немного Китайцевъ, Киргизовъ, Таджиковъ и очень ограниченное число Европейцевъ. Жители имѣютъ общеніе съ Индіей и Ферганской областью. Въ 1902 г. до 2000 паломниковъ прошли чрезъ предѣлы Ферганской области и до 3300 билетовъ выдано рабочимъ. Изъ 748 осмотрѣнныхъ больныхъ въ г. Кашгарѣ въ 1902—1903 докладчикъ нашелъ: сифилисъ въ 21,2%, болотную лихорадку въ 12,1%, паршу въ 4,1%, перелой въ 3,7%, чесотку въ 2%, брюшной тифъ въ 1,3%, рожу въ 0,6%, кровавый поносъ въ 0,4%. Явной бугорчатки легкихъ докладчику не пришлось видѣть, хотя припухшія железы на шеѣ наблюдались нерѣдко. При изслѣдованіи крови больныхъ болотной лихорадкой были найдены всѣ формы плазмодій. Anopheles также встрѣчался часто. Заболѣванія дифтеріей, скарлатиной и корью докладчикъ находилъ въ Яркендѣ, Янги-гиссарѣ и нѣкоторыхъ селахъ. Какъ особенность заболѣванія, докладчикъ отмѣчаетъ еще заболѣваніе зобомъ въ Яркендѣ и особенно въ с. Пускомѣ, верстахъ въ 30 отъ Яркенда, гдѣ приблизительно 25% жителей поражены зобомъ. Пораженные зобомъ ни на какія разстройства въ организмѣ не жалуются. 11/x 1902 г. докладчикъ получилъ увѣдомленіе, что въ селеніи Бурумсалѣ, приблизительно подъ 76°30' в. дом. отъ Гринв. и 37°8' сѣв. шир. въ 4-хъ дняхъ пути отъ Ташъ-кургана, появилось повальное заболѣваніе на людяхъ. Выѣхавъ въ Бурунсалъ, онъ 27/x нашелъ тамъ 3-хъ тяжело больныхъ: у 1-го при 3-дневномъ лихорадочномъ состояніи былъ бубонъ ниже лѣвой *Poupart*'овой связки; у 2-го бубонъ былъ подъ мышкой уже 16-й день, при лихорадочномъ также теченіи болѣзни вначалѣ; 3-ій больной былъ въ стадіи общей прострацін. Докладчикъ получилъ разводку изъ бубона подъ мышкой на 16-й день болѣзни, которая оказалась чумною; это распознаваніе было подтверждено и въ другой лабораторіи. Всѣхъ заболѣвшихъ въ Бурумсалѣ было 133; изъ нихъ 111 умерли и 22 поправились; болѣвшіе обыкновенно имѣли бубоны подъ мышками или въ паху, иногда у нихъ было кровохарканіе, у многихъ—рвота кровью. Число жителей въ деревнѣ приблизительно 350 чел. Откуда попала зараза въ Бурумсалъ, установить было нельзя. Падежа крысъ не наблюдалось. Эпидемія началась чрезъ 10 дней послѣ бывшаго тамъ землетрясенія 9/VIII. Дорога къ Бурумсалу крайне трудна. На 2-хъ дорогахъ, ведущихъ къ Бурумсалу, приходится переѣзжать мало проходимые перевалы въ 14,000 фут. на горныхъ быкахъ. Прекратилась эпидемія сама собой. Жители Бурумсала увѣряли, что 60 лѣтъ назадъ совершенно подобная же болѣзнь была и въ близь лежащемъ селеніи Чупѣ (Чопѣ).

*Д. Заболотный, В. Омелянскій.*

### *LIX. Изъ акушерско-гинекологическаго Общества въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 18-го марта).

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* сказалъ нѣсколько теплыхъ словъ по поводу смерти членовъ Общества—*А. И. Мисевича* и *И. И. Радецкаго*. Присутствовавшіе почтили память покойныхъ вставаніемъ.

Digitized by Google

*М. Н. Порошинъ* показалъ слѣдующіе препараты: а) *4 пораженныя ракомъ матки, удаленныя путемъ чревосѣченія* (по *Wertheim*'у). Въ 1-мъ случаѣ—45-лѣтняя женщина считала себя больной 3 мѣсяца. Вмѣстѣ съ маткой удалена бо́льшая часть околоматочной клѣтчатки и увеличенная железа, лежавшая по ходу внутренней подвздошной артеріи. Железа эта при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась раковоперерожденной. Въ задней стѣнкѣ матки найденъ фиброматозный узелъ, а въ полости ея — мягкій узелъ, оказавшійся подъ микроскопомъ раковымъ. Оперированная выписалась здоровой, но черезъ 3 недѣли явилась вновь съ жалобами на кровянистыя выдѣленія: при осмотрѣ обнаруженъ возвратъ рака въ рубцѣ влагалища.—2-ая матка принадлежитъ 60-лѣтней больной, которая не носитъ мѣсячнаго уже 20 лѣтъ. Ненормальныя выдѣленія замѣтила всего за 3 недѣли до поступленія. Раковый процессъ ограничивался шейкой и не доходилъ до внутренняго зѣва на 0,5 стм. Железъ при операціи найдено не было. Выписалась здоровой, но недѣли 4 назадъ вновь замѣтила выдѣленіе крови. По обѣимъ сторонамъ влагалища найдены плотные, узловатые, толщиною въ мизинецъ, тяжи, начинавшіеся нѣсколько ниже рубца и спускавшіеся до входа; слѣва пропитываніе переходило на малую губу и представляло распадавшуюся поверхность. Въ виду того, что узлы эти были расположены подъ слизистой оболочкой влагалища, не распространяясь въ глубину клѣтчатки, ихъ удалось легко вылущить тупымъ путемъ.—Въ 3-мъ случаѣ матка удалена была въ самомъ началѣ процесса; времени послѣ операціи прошло пока не много (2 мѣсяца) и оперированная чувствуетъ себя хорошо.—Въ 4-мъ случаѣ раковая матка удалена у 47-лѣтней женщины. Здѣсь было допущено отступленіе отъ обычнаго способа подготовленія больной. Обычно шейка, при возможности, зашивалась наглухо непосредственно передъ самой операціей; здѣсь-же, въ виду того, что процессъ главнымъ образомъ сосредоточивался въ шеечномъ каналѣ, послѣдній еще наканунѣ операціи былъ тщательно обеззараженъ, смазанъ іодомъ и, по выполненіи его и полости матки ксероформной марлей, зашитъ наглухо. Утромъ, передъ операціей температура поднялась до 37°,6 при пульсѣ до 100. Марля, вынутая изъ удаленной матки, издавала отвратительный запахъ. У больной появились явленія гнилостнаго перитонита, отъ котораго она и погибла на 10-й день.—Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ операція производилась такъ-же, какъ ее производитъ и *Н. Н. Феноменовъ* (см. выше, стр. 379) съ тою только разницею, что до наложенія лигатуръ накладывались зажимы.—Оцѣнивая вышеописанные случаи, докладчикъ замѣтилъ: «такимъ образомъ, не смотря на то, что операціи производились въ, по видимому, не запущенныхъ случаяхъ и удалялось по возможности все больное, результатъ нельзя назвать блестящимъ, такъ что приходится согласиться съ тѣмъ, что отъ ножа бо́льшаго уже нечего ждать, а надо искать другихъ способовъ»; б) *матку,* удаленную по поводу *рака* черезъ рукавъ, по обычному способу восходящаго наложенія лигатуръ. Лѣвая широкая связка оказалась нѣсколько пропитанной. По удаленіи тампона изъ брюшной полости у больной появилось обильное выдѣленіе сывороточной жидкости изъ влагалища, внушавшее подозрѣніе на пораненіе лѣваго мочеточника; но отсутствіе специфическаго запаха и измѣненій въ количествѣ мочи заставили признать эту жидкость за выпотъ брюшины. Постепенно количество жидкости уменьшалось. Черезъ нѣкоторое время послѣ операціи—возвратъ опухоли въ рубцѣ; в) *3 міоматозныя матки, срѣзанныя надъ влагалищемъ.* Въ 1-мъ случаѣ, помимо межуточныхъ и подсывороточныхъ узловъ, въ полости матки имѣлся подслизистый узелъ въ состояніи начинавшагося омертвѣнія; во 2-мъ случаѣ, кромѣ большой кистофибромы матки, былъ еще и лѣвосторонній haematosalpinx; наконецъ, 3-ій случай представляется наиболѣе интереснымъ по тому, что здѣсь на 9-й день послѣ операціи при кашлѣ появилась внезапная боль въ животѣ, при чемъ оказалось *полное расхожденіе брюшной раны съ выпаденіемъ сальника и кишекъ.* Первоначально рана была зашита такъ, что брюшина и апонейрозъ сшиты были кэтгутомъ, а на кожу наложены серфины, снятые на 7-й день. Послѣ же расхожденія — брюшная рана, подъ хлороформомъ, зашита 4-мя глубокими швами. Пока (5-й день) — гладкое теченіе; г) *большую однополостную кисту*, вмѣщавшую 10 литровъ шоколадной жидкости, *съ дважды перекрученной ножкой* и со сращеніями съ брюшной стѣнкой, съ кишками и съ сальникомъ. У больной, помимо этого, имѣлась еще *пупочная грыжа* съ приращеніемъ сальника. Интересно, что оперированная до явленій частичнаго перитонита, обусловленнаго перекручиваніемъ ножки, лѣчилась у знахарки ваннами и какими-то травами; д) *гнойно-воспаленные припадки* съ массой сращеній, при разъединеніи которыхъ гной попалъ въ брюшную полость. Дренажъ черезъ задній сводъ. Въ гноѣ найдены streptococcus brevis и гонококки. Больная тѣмъ не менѣе гладко поправилась; е) *трубно-яичниковую кисту*, удаленіе которой было весьма затруднительно, вслѣдствіе массы сращеній; ж) *кожевикъ*, удаленный путемъ чревосѣченія. При отдѣленіи его изъ окутывавшихъ его сращеній онъ надорвался, при чемъ въ брюшную полость излился гной съ каловымъ запахомъ. Дренажъ черезъ задній сводъ. Въ гноѣ оказались кишечныя палочки и палочки гриппа. Выздоровленіе осложнилось нагноеніемъ брюшной раны; з) *полипозную фибро-міому,* съ апельсинъ, развившуюся изъ передней стѣнки шеечнаго канала. По надрѣзѣ сумки опухоль была вылущена частью пальцами, частью ножницами. Ложе зашито непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ. Гладкое выздоровленіе.—Всѣ операціи, за исключеніемъ 2-хъ, сдѣланныхъ докладчикомъ, произведены ч. пр. *Д. Д. Поповымъ* въ ново устроенномъ акушерско-гинекологическомъ отдѣленіи Николаевскаго военнаго госпиталя. Всѣ оперированныя, за исключеніемъ 1 вышеупомянутой, поправились.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* отмѣтилъ неудобство примѣненія зажимовъ при операціи *Wertheim*'а: они стѣсняютъ поле операціи въ то время, когда приходится дорожить каждымъ стм. Не заслуживаетъ, далѣе, подражанія и перевязка маточной артеріи вблизи перекреста ея съ мочеточникомъ: во избѣжаніе могущаго быть кровотеченія, ее слѣдуетъ всегда перевязывать у подчревной артеріи. Смертельный исходъ въ 4-мъ случаѣ вылущенія матки докладчикъ вполнѣ основательно приписываетъ зашиванію наглухо шейки наканунѣ операціи: зашиваніе это всегда слѣдуетъ дѣлать непосредственно передъ вылущеніемъ матки. Полное расхожденіе раны въ 3-мъ случаѣ удаленія міоматозной матки, съ одной стороны, указываетъ на ненадежность кэтгута, съ другой-же, по наблюденіямъ *Н. Н.*, можетъ быть обусловлено зараженіемъ брюшной раны при операціи. Невыгодно также и примѣненіе серфиновъ для соединенія краевъ кожи: ихъ необходимо удалить на 6—7-ой день послѣ операціи, а для этого нужно въ это же время мѣнять и повязку, что, конечно, нельзя не признать не удобнымъ.

Ч. пр. *В. П. Жуковскій* показалъ *препаратъ изъ матки* новорожденной дѣвочки, умершей при явленіяхъ врожденнаго *сифилиса* (легкихъ, печени и мозга) и страдавшей *кровотеченіемъ изъ половыхъ органовъ и колитомъ*, доказаннымъ анатомическимъ и гистологическимъ изслѣдованіями. На препаратѣ видно: а) множество кровоизліяній въ слизистой оболочкѣ матки подъ покровнымъ эпителіемъ, который кое-гдѣ прерывается, и кровь выступаетъ въ полость матки; б) слизистая оболочка пропитана мелкими клѣтками; вены ея сильно расширены и туго набиты красными кровяными шариками; в) въ нѣкоторыхъ артеріяхъ—явленія хроническаго эндартеріита; мѣстами мелкія артеріи совершенно запустѣли; г) попадаются кровоизліянія вокругъ мелкихъ сосудовъ въ мышечномъ слоѣ матки. — Все это дѣлаетъ весьма вѣроятнымъ *сифилисъ матки новорожденной* (сосудовъ).

Ч. пр. *В. П. Жуковскій. Лѣченіе желятиной нѣкоторыхъ тяжелыхъ кровоизліяній у новорожденныхъ дѣтей—мелэны, кровоточивости и апоплексіи, распознаваемой при помощи поясничнаго прокола.* Указавъ на высокую смертность дѣтей, у которыхъ наблюдается тяжелая форма кровотеченій, докладчикъ остановился на лѣченіи мелэны и привелъ подробное описаніе своего случая этой болѣзни, въ которомъ примѣнено было лѣченіе только подкожнымъ впрыскиваніемъ желятины. Ребенокъ выздоровѣлъ. Изъ прежнихъ своихъ 20 больныхъ этой болѣзнью докладчикъ потерялъ 70%. Кровоточивость новорожденныхъ отличается еще большимъ % смертности. Лѣченіе ея почти всегда безуспѣшно, не смотря на различныя средства. Докладчикъ сообщилъ подробную исторію болѣзни новорожденнаго кровоточиваго, у котораго со 2-го дня жизни начались кровотеченія въ разныхъ мѣстахъ: сначала носовое, къ нему присоединилось кровотеченіе изо рта (съ огромнымъ кровоизліяніемъ въ подслизистую оболочку твердаго неба), затѣмъ неудержимое пупочное (кровь сочилась изъ пупка, какъ изъ губки); ко всему этому присоединились кровавая рвота и кровавыя испражненія. Болѣзнь этимъ не ограничилась, такъ какъ на различныхъ мѣстахъ появились большіе кровоподтеки подъ кожей, преимущественно около суставовъ и лопатокъ. Бумажная бѣлизна общихъ покрововъ ребенка указывала на грозный исходъ. Подъ кожу въ 3-хъ мѣстахъ (по бокамъ живота и въ бедро) было впрыснуто 15 к. стм. 2%-го раствора желятины въ физіологическомъ растворѣ соли, предварительно обезпложенномъ. Черезъ 8 час. кровотеченія стали стихать; впрыснуто еще 10 к. стм.; внутрь назначены тѣ-же пріемы. Къ концу сутокъ всѣ кровотеченія остановились. Кровоточивость была такая, что изъ всѣхъ мѣстъ уколовъ кожи (при впрыскиваніи) кровь долго сочилась даже послѣ того, какъ все впрыснутое количество желятины всосалось, исчезнувъ на глазъ и на ощупь; пришлось нѣсколько разъ заливать мѣста уколовъ коллодіемъ. Наконецъ, прекратились и эти паренхиматозныя кровотеченія. Ребенокъ выздоровѣлъ, прослѣженъ докладчикомъ до 3-хъ недѣль жизни и въ удовлетворительномъ состояніи здоровья былъ показанъ Обществу. Крайне тяжелый исходъ кровоизліяній въ мозгъ и его оболочки у новорожденныхъ, до сихъ поръ почти не имѣющихъ никакого спеціальнаго лѣченія, заставилъ докладчика предварительно заняться ихъ распознаваніемъ, такъ какъ клиническіе признаки этихъ кровоизліяній до сихъ поръ шатки. Докладчикъ воспользовался поясничнымъ проколомъ, какъ важнымъ распознавательнымъ пріемомъ. Получивъ кровянистую спинно-мозговую жидкость, въ 2-хъ случаяхъ онъ наблюдалъ одновременно и мозговые припадки. А, такъ какъ въ 1-мъ случаѣ имъ предшествовала траума головки отъ щипцовъ, въ 2-мъ глубокая асфиксія, то онъ впрыснулъ подъ кожу тотъ-же растворъ и то-же количество желятины. Въ обоихъ случаяхъ мозговые припадки постепенно стали исчезать и дѣти стали поправляться; къ 10-му дню жизни состояніе ихъ было вполнѣ удовлетворительно, не за дальнѣйшей судьбой ихъ прослѣдить не удалось.—Въ заключеніе докладчикъ указалъ на то, что опасенія заразить дѣтей столбнякомъ слишкомъ преувеличены, что новорожденныя хорошо переносятъ подкожныя впрыскиванія желятины и что, при строгой асептикѣ и полной стерильности взятаго раствора впрыскиванія эти совершенно безопасны. Слишкомъ преувеличены, по его мнѣнію, и столь хвалебные отзывы о желятинѣ, такъ какъ и раньше, при помощи другихъ средствъ, и онъ наблюдалъ выздоровленіе отъ тяжелыхъ формъ напр. мелэны. Но кровеостанавливающее дѣйствіе желятины, конечно, бу-

Digitized by Google

детъ очень цѣннымъ, если подтвердятся сообщенные мною факты о лѣченіи мозговыхъ кровоизліяній, столь частыхъ и столь гибельныхъ въ этомъ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, закончилъ докладчикъ.

Проф. *А. И. Замшинъ* замѣтилъ, что желятина, назначаемая внутрь, несомнѣнно также полезна при кровотеченіяхъ. Съ этою цѣлью взрослымъ хорошо совѣтовать въ подобныхъ случаяхъ желе, телячьи ножки и т. п.

*И. Л. Долинскій* указалъ на то, что мелэна—болѣзнь темная и что лѣчить ее поэтому приходится ощупью. Онъ самъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ получалъ очень хорошіе результаты отъ 1½ хлористаго желѣза. Жаль, что докладчикъ не могъ на основаніи своихъ собственныхъ наблюденій указать, кто чаще заболѣваетъ этою болѣзнью: мальчики или дѣвочки? Судя по литературнымъ даннымъ, гораздо чаще, по видимому, первые. Что касается кровоточивости, то извѣстно, что она можетъ быть обусловлена различными причинами—гнилокровіемъ, сифилисомъ и т. д. Какая была причина въ случаѣ докладчика? Поясничный проколъ съ распознавательною цѣлью д-ръ *Д.* считаетъ непозволительнымъ, тѣмъ болѣе, что, по его мнѣнію, кровоизліянія въ мозгъ у новорожденныхъ въ большинствѣ случаевъ протекаютъ благополучно.

*Л. Г. Личкусъ* замѣтилъ, что кровоизліянія въ головной мозгъ у новорожденныхъ, наоборотъ, даютъ очень дурное предсказаніе. Помимо количества излившейся крови, очень важно *мѣсто* кровоизліянія: безусловно опасны кровоизліянія на основаніи мозга. Весьма интересно установить далѣе, одинаково-ли хорошо вліяетъ желятина при кровотеченіяхъ, зависящихъ отъ различныхъ причинъ (сифилисъ, гнилокровіе и т. д.)? Чѣмъ докладчикъ вообще объясняетъ благопріятное дѣйствіе желятины при кровотеченіяхъ?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что въ его случаѣ кровоточивость была временная, что поясничный проколъ, при которомъ выпускается нѣсколько капель, никакого вреднаго дѣйствія на новорожденныхъ не производитъ и что кровоизліянія въ мозгъ, въ особенности на основаніи его, далеко не безопасны. Благопріятное дѣйствіе желятины при кровотеченіяхъ онъ объясняетъ повышенною свертываемостью крови.

Проф. *Н. Н. Феноменовъ* указалъ на то, что при лѣченіи кровотеченій желятиной причина болѣзни несомнѣнно должна имѣть немаловажное значеніе: извѣстно, что при аневризмахъ сифилитическаго происхожденія результатъ отъ лѣченія желятиной получается плохой, гораздо худшій, чѣмъ при аневризмахъ происхожденія не-сифилитическаго. Такое-же значеніе имѣетъ повышенное или пониженное давленіе крови. Какъ бы то ни было, сообщеніе докладчика является въ высшей степени интереснымъ. Тотъ, кому пришлось переживать смертельные случаи отъ кровотеченій, напр., изъ пупка, когда всѣ примѣнявшіеся способы оказались безполезными, не можетъ не оцѣнить новаго средства, дающаго хотя бы какую нибудь надежду на спасеніе. А если-бы желятина всегда давала такіе хорошіе результаты, какіе она дала докладчику въ его случаяхъ, то ее по истинѣ можно было-бы назвать цѣннымъ пріобрѣтеніемъ.

*Е. Д. Подгорецкій. Случай кисты первичной почки у взрослой.* Больная 55 л. Мѣсячнаго не носитъ уже 1½ года. Рожала 7 разъ въ срокъ. Послѣ родовъ не хворала. Лѣтъ 10 назадъ страдала воспаленіемъ лѣвыхъ придатковъ. 2 года назадъ и въ августѣ 1903 г. были сильныя боли съ лѣвой стороны. Въ лѣвой ½ живота—гладкая подвижная, упругая, дававшая при постукиваніи барабанный звукъ опухоль, съ голову взрослаго. Верхняя граница новообразованія не доходила до края реберъ на 6 стм., нижняя терялась въ области таза. Нѣсколько увеличенная, плотная матка оттянута была кверху; слѣва, черезъ сводъ, ощущался, совершенно отдѣльно отъ опухоли, отрѣзокъ ея, выпиравшій сводъ. При ударахъ пальцемъ сверху по брюшнымъ покровамъ зыбленіе ясно передавалось пальцу, введенному во влагалище. Лѣвые придатки не прощупывались, правые были неизмѣнены. Распознаваніе колебалось между яичниковой опухолью на длинной ножкѣ и какой-то забрюшинной опухолью.—26/xi—чревосѣченіе подъ гедоналъ-хлороформнымъ усыпленіемъ. По вскрытіи брюшной стѣнки въ разрѣзъ сразу вставилась опухоль, мѣстами покрытая свободными и сросшимися съ нею петлями кишекъ. Опухоль оказалась забрюшинной кистой. По отдѣленіи тупымъ путемъ сращеній (имѣвшееся болѣе стойкое сращеніе съ низходящей ободочной кишкой не тронуто), брюшинный покровъ вскрытъ, и приступлено къ тупому вылущенію опухоли, наполненной совершенно чистой, прозрачной жидкостью. Вылущеніе подвигалось довольно быстро до тѣхъ поръ, пока рука оператора (проф. *Н. Н. Феноменовъ*) въ глубинѣ, въ задне-верхнемъ отрѣзкѣ кисты, не достигла плотнаго соединенія ея съ передне-верхней ⅓ лѣвой почки. Соединеніе это было такое крѣпкое, что о тупомъ его отдѣленіи не могло быть и рѣчи, тѣмъ болѣе, что въ этомъ мѣстѣ, вѣроятно, проходили питавшіе опухоль сосуды. Наложивъ на эту часть новообразованія 2 зажима, опухоль срѣзали. Такое неполное удаленіе съ оставленіемъ фасетки сдѣлано было для того, чтобы не поранить при полномъ вылущеніи столь богатаго кровью органа, какимъ является почка. По удаленіи опухоли при осмотрѣ оказалось, что новообразованіе было очень плотно соединено съ почкой, сумка которой, макроскопически по крайней мѣрѣ, непосредственно переходила въ стѣнку кисты. Вся оставшаяся часть опухоли пришита 4-мя цѣпочечными швами изъ толстаго шелка. По удаленіи зажимовъ кровотеченія не было. Оставшаяся полость рыхло затампонирована ксероформной марлей, конецъ которой выведенъ наружу черезъ отверстіе, сдѣланное черезъ всю толщу мышцъ на спинѣ по задней лѣвой подмышковой линіи, на 4 дюйма выше гребешка подвздошной кости. Надъ тампономъ брюшинный покровъ зашитъ наглухо нѣсколькими узловатыми шелковыми швами. Оказавшіеся нормальными половые органы оставлены. Брюшная рана зашита обычнымъ образомъ.—Послѣоперaціонный періодъ протекъ нормально. Моча выдѣлялась все время хорошо; ненормальныхъ составныхъ частей въ ней не найдено. На 5-й день удалена часть забрюшиннаго тампона; на 7-й онъ былъ удаленъ весь и замѣненъ гораздо меньшимъ. На 11-й день тампонировался лишь кожно-мышечный разрѣзъ. Брюшная рана зажила первымъ натяженіемъ. На 26-ой день больная, по домашнимъ обстоятельствамъ, выписалась съ заживавшей дренажной раной. По полученнымъ свѣдѣніямъ рана вполнѣ закрылась приблизительно черезъ 7 недѣль послѣ операціи.—При изслѣдованіи препарата, жидкость, его наполнявшая, оказалось желто-соломеннаго цвѣта, щелочной реакціи, уд. вѣса 1,009, съ содержаніемъ бѣлка и связанной $CO_2$. Мочевины, мочевой и янтарной кислотъ нѣтъ. При микроскопированіи центрифугированнаго осадка (полученнаго въ крайне незначительномъ количествѣ) найдены отдѣльныя эпителіальныя плитки, нѣсколько похожія на почечный эпителій, и красные кровяные шарики. При микроскопическомъ изслѣдованіи стѣнокъ кисты найдены узкіе, железистые просвѣты, по своему строенію очень напоминающіе мочевые канальцы *Wolf*овыхъ тѣлъ. Просвѣты эти выстланы цилиндрическимъ однослойнымъ эпителіемъ, дов. высокимъ, съ ясно различимымъ, крупнымъ ядромъ. Мѣстами канальцы эти уплощены, эпителіальные края сближаются и просвѣтъ почти исчезаетъ. Нигдѣ въ препаратѣ не видно разростанія эпителіальной ткани, напоминающаго аденоматозныя или раковыя образованія. Строма состоитъ изъ хорошо развитой соединительной ткани. Словомъ, получается, въ особенности при разсматриваніи эпителіальныхъ образованій, впечатлѣніе, будто имѣешь препаратъ изъ первичной почки зародыша, длиною въ 10—12 стм.—Въ литературѣ докладчикъ случая, подобнаго доложенному, т. е. такого, въ которомъ на совершенно, по видимому, нормальной почкѣ имѣлась-бы кистовидная опухоль съ содержаніемъ элементовъ *Wolf*ова тѣла, не нашелъ. *Л. Личкусъ.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

## *Dr. Croner. Терапія Университетскихъ Берлинскихъ клиникъ. Переводъ подъ редакціей д-ра мед. Е. Б. Блюменау. Петербургъ, 1903 г., 499 стр. Ц. 3 р.*

Какъ видно изъ предисловія переводчика, уже спустя ½-года по выходѣ настоящей книги на нѣмецкомъ языкѣ потребовалось 2-ое нѣмецкое ея изданіе. Причины такого успѣха не особенно ясны, такъ какъ въ сущности книга мало чѣмъ отличается отъ многочисленныхъ сборниковъ рецептовъ и способовъ лѣченія, за исключеніемъ развѣ громкаго названія; впрочемъ, какъ извѣстно, рецептные сборники вообще—товаръ довольно ходкій. Книга распадается на главы, соотвѣтственно различнымъ родамъ болѣзней,—внутреннимъ, хирургическимъ, глазнымъ, венерическимъ и т. д.; въ каждой главѣ отдѣльныя заболѣванія расположены въ алфавитномъ порядкѣ. Встрѣчаются и кое-какія неточности и упущенія: такъ, при остромъ малокровіи, между прочимъ, предлагается едва-ли кѣмъ въ настоящее время примѣняемое «переливаніе неизмѣненной человѣческой крови изъ артеріи или изъ вены въ вену малокровнаго» (стр. 4); при лѣченіи цирроза печени ни слова не говорится о молочномъ лѣченіи; при лѣченіи остраго нефрита не упомянуто о ваннахъ; при лѣченіи *Menière*'овой болѣзни не сказано о хининѣ; при лѣченіи затяжного алкоголизма нѣтъ указаній на примѣненіе стрихнина и гипноза; наперстянка, по словамъ книги, «особенно хорошо дѣйствуетъ при порокахъ аорты» (стр. 52) и т. д.

Переведена книга нѣсколько небрежно. Такія выраженія, какъ «избѣгать всякія физическія напряженія» (стр. 159), «заботиться о благопріятныхъ условіяхъ жилья и пищи» (стр. 106), «одно изъ немногихъ специфическихъ средствъ, имѣющихся въ медицинѣ противъ малярія, представляетъ хининъ» (стр. 58),—достаточно объ этомъ свидѣтельствуютъ. Съ внѣшней стороны книга издана хорошо; обращаетъ лишь на себя вниманіе обиліе опечатокъ, какъ Str. вмѣсто Syr., нистазмъ, ларингофиссира, анестэзія, ргe вмѣсто pes, и т. д. Цѣна 3 р. за 499 стр. in 16⁰ слишкомъ высока. *С. Новосельскій.*

## *Dr. Maximilian Bondi. Anleitung zur Bestimmung der Refraktions- und Akkomodations-Anomalien des Auges. Съ 28 рис въ текстѣ. Wien, 1903.*

Небольшая книжка, не предъявляющая никакихъ претензій и все-же весьма и весьма полезная какъ для студентовъ, такъ и для врачей. Это не болѣе, какъ повторительный курсъ по неправильностямъ преломленія и приспособленія глаза—по предмету, излагаемому въ любомъ руководствѣ по глазнымъ болѣзнямъ. Но

Digitized by Google

способъ изложенія здѣсь настолько удаченъ, съ такой краткостью и ясностью говорится о вопросахъ сложныхъ и запутанныхъ, съ такой настойчивостью повторяются необходимыя свѣдѣнія, что усвоеніе этого предмета, не особенно легкаго, но въ то-же время чрезвычайно важнаго, должно становиться весьма не труднымъ. Упрекнуть можно автора лишь въ томъ, что, предназначая свою книжку и для практическихъ врачей, онъ ни слова не говоритъ о скіаскопіи, которая для нѣкоторыхъ врачей, не особенно сильныхъ въ офталмоскопированіи, представляетъ единственно доступный имъ способъ объективнаго опредѣленія преломленія глазъ. Этимъ же способомъ возможно и чрезвычайно быстро— въ нѣсколько мгновеній—разобраться въ характерѣ имѣющагося преломленія, гораздо быстрѣе и легче, чѣмъ предварительнымъ изслѣдованіемъ по пробнымъ шрифтамъ для близкихъ разстояній, на которомъ авторъ останавливается и которое могло-бы быть выпущено безъ особеннаго ущерба для дѣла. Возможно, впрочемъ, что это изслѣдованіе считается обязательнымъ при 1-ой Вѣнской университетской глазной клиникѣ, при которой авторъ читалъ свой курсъ, и что именно поэтому оно и приводится авторомъ, какъ и излишне сложное опредѣленіе зрѣнія вдаль по сокращенной таблицѣ, находящейся въ употребленіи при означенной клиникѣ. *Р. Кацъ.*

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

## *LIII. Постановленіе Суда чести по дѣлу д-ровъ В. Г. Дзѣвицкаго и З. Н. Зотоса.*

Судъ чести между бывшимъ интерномъ губернской земской больницы въ г. Кишиневѣ *В. Г. Дзѣвицкимъ* и и. д. старшаго врача той же больницы *З. Н. Зотосомъ*, разсмотрѣвъ обвиненія д-ра *Дзѣвицкаго* противъ д-ра *Зотоса* и контръ-обвиненія послѣдняго противъ перваго пришелъ къ слѣдующему заключенію:

1. Д-ръ *Дзѣвицкій*, какъ врачъ, постоянно вполнѣ честно относился къ своимъ обязанностямъ врача, но въ способахъ достиженія своихъ врачебныхъ идеаловъ и отстаиванія интересовъ низшаго персонала нерѣдко прибѣгалъ къ такимъ мѣрамъ, которыя шли въ разрѣзъ съ общепринятыми больничными административными пріемами; объясняется это недостаточной служебной опытностью д-ра *Дзѣвицкаго*, но со стороны администраціи больницы и старшаго врача, какъ ея представителя, эти его дѣйствія не могли не встрѣчать неудовольствія.

2. Вслѣдствіе такого-же рѣзкаго отношенія къ остальнымъ сослуживцамъ д-ръ *Дзѣвицкій* не только не сталъ съ кѣмъ-либо изъ нихъ въ дружескія отношенія, но породилъ даже недоброжелательное или, по меньшей мѣрѣ, вполнѣ равнодушное къ себѣ отношеніе со стороны своихъ товарищей по службѣ въ томъ числѣ и со стороны исправлявшаго должность старшаго врача больницы д-ра *Зотоса*. Послѣднее выразилось и въ безучастномъ отношеніи д-ра *Зотоса* къ судьбѣ вещей д-ра *Дзѣвицкаго* послѣ того, какъ д-ръ *Зотосъ* о распоряженіи Управы убрать эти вещи узналъ впервые изъ письма д-ра *Дзѣвицкаго* послѣ совершившагося факта, но на основаніи характера существовавшихъ вышеописанныхъ взаимныхъ отношеній д-ръ *Зотосъ* могъ не считать себя обязаннымъ оказывать д-ру *Дзѣвицкому* какое-нибудь товарищеское вниманіе, почему и ограничился отношеніемъ ко всему съ чисто формальной стороны. Съ другой стороны, и д-ръ *Дзѣвицкій* въ силу тѣхъ-же отношеній не могъ разсчитывать на товарищеское вниманіе д-ра *Зотоса*.

3. Что касается факта увольненія д-ра *Дзѣвицкаго* со службы, то д-ръ *Зотосъ* въ этомъ фактѣ не принималъ никакого активнаго участія, и тѣ-же вышеописанныя взаимныя отношенія побудили д-ра *Зотоса* отнестись къ нему съ чисто формальной стороны, но вмѣстѣ съ тѣмъ приходится признать неосторожнымъ со стороны д-ра *Зотоса* то, что онъ въ разговорѣ съ однимъ изъ членовъ Управы передалъ свой частный разговоръ съ д-ромъ *Дзѣвицкимъ*.

4. Что касается письма д-ра *Дзѣвицкаго* въ № 46 газеты «Бессарабецъ» за 1904 г., то слѣдуетъ признать, что д-ръ *Дзѣвицкій* подъ вліяніемъ неожиданно для него совершившихся неблагопріятныхъ обстоятельствъ неосновательно упрекаетъ д-ра *Зотоса* въ дѣйствіяхъ, не провѣривъ ихъ фактически, въ которыхъ, какъ выяснилось, д-ръ *Зотосъ* не принималъ никакого участія и которыя совершились безъ его вѣдома въ силу распоряженія губернской земской Управы.

Предсѣдатель Суда чести д-ръ *Э. Миллеръ.*

Кишиневъ. 6-го апрѣля 1904 г. Судьи { *Б. Орловскій.* *Чорба.*

## *Открытое письмо предсѣдателю Петербургской городской санитарной Коммиссіи д-ру А. Н. Оппенгейму.*

*(Окончаніе. См. выше, № 15, стр. 553).*

*П. 12. Стр. 409, абз. 2.* Авторъ «Отвѣта», говоря о должности совѣщательнаго члена врача, приписываетъ мнѣ желаніе «заставить подозрѣвать умышленное оставленіе дѣла по старому». Такое навязываніе чуждыхъ мнѣ мыслей и намѣреній, по меньшей мѣрѣ, необосновано и во всякомъ случаѣ странно: о возможности умышленнаго задержанія предсѣдателемъ Коммиссіи проэкта инструкціи совѣщательному члену врачу въ теченіи 3-хъ лѣтъ, не смотря на двукратныя постановленія Думы по этому поводу, я, когда писалъ свой «Очеркъ», не думалъ. Да и вообще меня этотъ вопросъ могъ интересовать только со стороны организаціонной, а никакъ не со стороны достоинствъ или недостатковъ нынѣ исправляющаго эту должность лица. Далѣе «Отвѣтъ» бросаетъ мнѣ упрекъ въ томъ, что «я не отдаю себѣ яснаго отчета, въ чемъ заключаются задачи совѣщательнаго члена-врача». Такой упрекъ противорѣчитъ всему изложенному по этому поводу въ «Очеркѣ». Я выяснилъ тамъ, что консультативныя функціи, по моему мнѣнію (да и по мнѣнію VIII-го Пироговскаго Съѣзда) должны лежать не на одномъ лицѣ, а на Совѣтѣ врачей; того-же мнѣнія держится и товарищъ городского головы («должность совѣщательнаго члена-врача, съ учрежденіемъ Совѣта врачей при санитарной Коммиссіи, оказывается излишнею». «Извѣстія Думы», 1899 г., № 34, стр. 694); это во-1-хъ; во-2-хъ, судя по проэкту инструкціи совѣщательному члену-врачу, сама санитарная Коммиссія сознаетъ, что послѣдній долженъ быть врачемъ-гигіэнистомъ, а вѣдь, врачъ, нынѣ исправляющій эту должность, ч. пр. В.-Медицинской Академіи *по клиникѣ внутреннихъ болѣзней*, безъ сомнѣнія, занимается частной практикой; между тѣмъ, въ обширномъ докладѣ о «реорганизаціи должности совѣщательнаго члена-врача», сама санитарная Коммиссія признаетъ «врачей-практиковъ не подходящими для консультативныхъ цѣлей» (см. «Извѣстія Думы», 1900, № 16, стр. 864). «Освобожденіе совѣщательнаго члена отъ канцелярскихъ обязанностей дало ему большую возможность заниматься своимъ консультативнымъ дѣломъ и расширило его самодѣятельность и самостоятельность», сказано въ «Отвѣтѣ». Но, вѣдь «канцелярскія обязанности» никогда не лежали на совѣщательномъ членѣ врачѣ; слѣд., и никакого освобожденія отъ канцелярскихъ обязанностей быть не могло; по «столъ совѣщательнаго члена-врача» былъ тѣмъ органомъ, который, по совершенно вѣрному замѣчанію санитарной Коммиссіи, въ ея докладѣ «О реорганизаціи должности совѣщательнаго члена-врача и его стола» («Извѣстія Думы», № 16, 1900 г., стр. 862), совершалъ ту «черновую работу, которой требуетъ научная сторона дѣла»; поэтому упраздненіе «стола» лишило его, очевидно, той силы, безъ которой невозможна научная работа. Поэтому приходится недоумѣвать, какимъ образомъ могла «самодѣятельность и самостоятельность» совѣщательнаго члена-врача «расшириться». Я говорю въ своемъ «Очеркѣ», что съ учрежденіемъ должности главнаго санитарнаго врача «роли совѣщательнаго члена и старшаго санитарнаго врача перепутались». «Отвѣтъ» не опровергаетъ этого, а старается дискредитировать мое мнѣніе, указывая, что яко-бы я смотрю «на дѣятельность ихъ по §§ инструкціи, а не по исполненію ими ихъ обязанностей въ жизни». Однако въ данномъ случаѣ и Дума стоитъ на той-же точкѣ зрѣнія, на которой и я. По крайней мѣрѣ, въ засѣданіи 28/п 1901 г. она признала необходимой выработку инструкціи, въ которой была-бы согласована дѣятельность того и другого («Извѣстія Думы», 1902 г., № 22, стр. 2203). Пытаясь дискредитировать меня, авторъ «Отвѣта» тѣмъ самымъ проявляетъ крайне неуважительное отношеніе и къ городской Думѣ, которая тоже смотритъ, на дѣятельность ихъ по §§ инструкціи, а не по исполненію ими ихъ обязанностей въ жизни» и еще 3 года назадъ назначила крайнимъ срокомъ представленія «Инструкціи» іюнь 1901 г. (тамъ-же).

*П. 12. Стр. 448, абз. 1.* Авторъ «Отвѣта» недоволенъ тѣмъ, что я «стараюсь говорить словами параграфовъ инструкцій». Но, вѣдь, моя тема—*организація* санитарнаго дѣла; въ чемъ-же, какъ не въ инструкціяхъ, выражается организація? Слѣд., разъ я говорю «параграфами инструкцій», то это показываетъ только, что я стараюсь быть точнымъ. Однако далѣе авторъ «Отвѣта» сознается, что «во многихъ органахъ санитарной Коммиссіи работа выходитъ изъ рамокъ правилъ и инструкцій». Это и требовалось доказать. Очевидно, организація неудовлетворительна, разъ жизнь заставляетъ выходить за предѣлы инструкціи. Несомнѣнно, однако, что за предѣлами послѣднихъ, начинается усмотрѣніе, при томъ, разъ § 6 инструкціи предоставляетъ предсѣдателю «общее наблюденіе за ходомъ санитарнаго дѣла въ столицѣ, руководство служебными дѣйствіями всѣхъ подвѣдомственныхъ Коммиссіи учрежденій и лицъ, непосредственно завѣдываніе канцеляріей Коммиссіи», то, понятно, послѣдній, признавая «хорошими» не тѣ инструкціи, которыя утверждены Думой, а которыя «выработаны опытомъ» (такъ говоритъ самъ авторъ «Отвѣта»), можетъ все дѣло оздоровленія Петербурга поставить въ зависимость отъ своего усмотрѣнія, что я и доказывалъ въ своемъ «Очеркѣ» и что теперь такъ неожиданно подтверждается авторомъ «Отвѣта». Чѣмъ однако гарантирована Дума и населеніе, что это «усмотрѣніе» предсѣдателя всегда цѣлесообразно? Я думаю, что при существующемъ порядкѣ—ничѣмъ, и не могу поэтому понять, почему авторъ находитъ нужнымъ радоваться, что «до сихъ поръ не являлось на мѣстѣ предсѣдателя такого лица, которое принялось бы за реформу основныхъ началъ организаціи» (такъ сказано у меня въ «Очеркѣ») и что предсѣдатели «всѣ свои силы направляли на полезное развитіе и расширеніе дѣла». Къ сожалѣнію, ничѣмъ не доказано, что это «расширеніе» дѣйствительно полезно. А что, если оно было безполезно? Тогда, вѣдь, можетъ оказаться, что городскія средства тратились попусту.

*П. 14. Таже стр., абз. 2.* Въ «Отвѣтѣ» говорится, что «Совѣтъ врачей... скоро долженъ былъ уступить (почему?) мѣсто

Digitized by Google

**новой организаціи** — Совѣщаніямъ отдѣльныхъ группъ врачей». Но, вѣдь, первый установленъ Думой? Кто-же далъ полномочія санитарной Коммиссіи фактически упразднять его и тѣмъ нарушать постановленіе Думы? Наконецъ, почему онъ *долженъ* былъ «уступить»? Вѣдь, это единоличное мнѣніе автора «Отвѣта». «Соотвѣтственные вопросы и дѣла стали передаваться санитарной Коммиссіей на эти Совѣщанія» врачей санитарныхъ, думскихъ и т. д. Это—фактически невѣрно. Въ Совѣщаніе поступали болѣе или менѣе серьезныя дѣла и вопросы только въ прежнее время; въ послѣдніе же 2—3 года ни въ Совѣтъ, ни въ Совѣщаніе санитарныхъ врачей никакихъ серьезныхъ дѣлъ не поступаетъ. Справка въ «Отчетахъ Совѣщаній санитарныхъ врачей» показываетъ, что въ 1900 г. (см. «Отчетъ Санитарной Коммиссіи» за 1900 г., стр. 372—378) при предсѣдателѣ Г. И. Лисенковѣ на обсужденіе Совѣщанія поступило изъ санитарной Коммиссіи 13 дѣлъ; въ 1901 г. (см. «Отчетъ» 1901 г., стр. 290—294)—6 вопросовъ, въ 1902 г.—только 2 вопроса (см. «Отчетъ» 1902 г., стр. 393—396), въ 1903 г.—тоже 2 вопроса. Интересно при томъ, какого рода вопросы стали передаваться Совѣщанію санитарной Коммиссіей за послѣдніе 2 года: «Заявленіе г. Лосева о необходимости болѣе частой перемѣны половиковъ въ баняхъ»; по поводу газетной замѣтки о Петербургскихъ баняхъ въ «Петербургской Газетѣ» за № 45 отъ 15/II 1902 г.; «Предложеніе предсѣдателя войти съ представленіемъ въ санитарную Коммиссію о необходимости раздачи особыхъ талоновъ для безплатнаго посѣщенія бань» (см. «Отчетъ санитарной Коммиссіи» за 1902 г., стр. 393 и 394 и 1901 г., стр. 290) и т. п. Вопросовъ же, имѣющихъ дѣйствительно какое-нибудь значеніе, за послѣднее время въ Совѣщаніе санитарныхъ врачей отъ санитарной Коммиссіи совершенно не поступаетъ. И такъ, очевидно, не только Совѣтъ, но и Совѣщанія врачей, какъ органы консультативные, сведены по существу къ нулю. Лучшимъ подтвержденіемъ послѣдняго служитъ уже выше приведенный мною (см. п. 8) циркуляръ отъ 24/I 1904 г., гдѣ прежняя редакція § 10 «Инструкціи санитарнымъ врачамъ» измѣнена въ направленіи, исключающемъ всякую самодѣятельность. Въ прежней редакціи было: «Совѣщаніе занимается разработкой санитарныхъ вопросовъ, передаваемыхъ санитарною Коммиссіей или *возбуждаемыхъ санитарными врачами»;* въ новой: «совѣщаніе занимается разработкою исключительно тѣхъ санитарныхъ вопросовъ, которые передаются этому Совѣщанію санитарной Коммиссіей или *возбуждаются въ самомъ Совѣщаніи».* При этомъ, какъ я уже упоминалъ, прежній выборный предсѣдатель замѣненъ старшимъ санитарнымъ врачемъ и такимъ образомъ санитарные врачи окончательно лишены права самостоятельно возбуждать санитарные вопросы. Предоставляю судить читателямъ, правильно-ли увѣреніе автора въ слѣдующемъ абзацѣ, что «помѣхи къ самостоятельной работѣ нѣтъ». «Въ послѣдніе годы всѣ болѣе или менѣе важные вопросы рѣшались въ санитарной Коммиссіи при самомъ широкомъ совѣщаніи съ врачами» (какими?) «и спеціалистами дѣла», говоритъ далѣе авторъ «Отвѣта» и въ доказательство приводитъ 28 вопросовъ, которые яко-бы были «такимъ образомъ разработаны и разрѣшены». При этомъ умалчивается, кто выбиралъ этихъ «спеціалистовъ дѣла», кто признавалъ ихъ именно спеціалистами по обсуждаемымъ вопросамъ. Суть, однако, не въ этомъ. Перечень вопросовъ своей полнотой производитъ очень импонирующее впечатлѣніе; но стоитъ только внимательнѣе вдуматься въ этотъ перечень, и его внѣшній блескъ окажется мишурнымъ. Во 1-хъ, громадное число перечисленныхъ здѣсь вопросовъ и не разработано, и не разрѣшено (сюда относятся перечисленные въ пп. 1, 2, 3, 4, 6, 8, 12, 17, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, всего—15 вопросовъ). Во 2-хъ, сюда входятъ такіе вопросы, которые чуть не десятки лѣтъ все обсуждаются въ санитарной Коммиссіи, но до сихъ поръ, по странной случайности, все еще остаются въ стадіи обсужденія; сюда относятся вопросы: 1) объ организаціи надзора за проституціей, и 2) за фабриками и мастерскими (Городская Дума въ засѣданіяхъ 28/X и 30/X 1898 г. поручила санитарной Коммиссіи представить докладъ по этимъ вопросамъ къ 1/IV 1899 г. Докладъ представленъ только въ концѣ 1902 г. и то лишь по вопросу о надзорѣ за проституціей; вопросъ-же о надзорѣ за фабриками до сихъ поръ не подвергался подробному обсужденію. См. «Извѣстія Городской Думы», 1902 г., № 38, стр. 1831); 3) вопросъ объ упорядоченіи птицеубойнаго дѣла (п. 11), возникшій еще въ 1898 г., до сихъ поръ не только «не рѣшенъ», но даже не разработанъ, въ чемъ каждый можетъ убѣдиться изъ «Отчета санитарной Коммиссіи» за 1902 г., стр. 223—226; 4) вопросъ о прачешныхъ (п. 21) лежитъ безъ движенія съ 1894 г.; 5) о хлѣбопекарняхъ (п. 19) тоже съ 1894 г.; тоже относится къ большинству другихъ перечисленныхъ авторомъ «Отвѣта» вопросовъ. Въ 3-хъ, въ этотъ перечень, по непонятной случайности, вошли просто текущія дѣла (какъ, напр., «о предпраздничныхъ осмотрахъ» п. 27, также пп. 10, 9) или столь маловажныя (п. 26), какъ поднятый однимъ гласнымъ вопросъ, допустимо-ли жилье на лодкахъ, и тотчасъ-же разрѣшенный краткой, мною составленной отвѣтной запиской, и многіе др. Приведенныя данныя съ очевидностью устанавливаютъ, что этотъ перечень производитъ обманчивое впечатлѣніе солидности. Но онъ интересенъ въ другомъ отношеніи: онъ фактически доказываетъ, что санитарные вопросы, обсуждавшіеся за эти годы санитарной Коммиссіей, являлись не продуктомъ сознательной планомѣрной работы, а результатомъ простой случайности. Такъ, вопросы 1, 2, 5, 7, 19 — обсуждались въ санитарной Коммиссіи по предложенію Городской Управы (см. «Отчеты санитарной Коммиссіи» за 1899 г., стр. 411; 1900 г., стр. 327, 333); 8, 9, 11, 12, 23, 28 — по предложенію Петербургскаго градоначальника («Отчеты» 1900 г., стр. 351, 357, 376, 375, 271, 258; 1901 г., стр. 111, 167); 3, 6, 18, 26 по заявленіямъ отдѣльныхъ гласныхъ («Отчеты» 1900 г., стр. 249, 331; 1901 г., стр. 251; 1902 г., стр. 349); 16—по предложенію санитарнаго врача Петербургскаго губернскаго Земства (1901 г., стр. 131); вопросъ 14—по заявленію управляющаго Петербургскимъ Каменскимъ торфянымъ производствомъ [1901 г., стр. 293 [1])]. Приведенныя справки во-очію убѣждаютъ, что и до сихъ поръ въ санитарной Коммиссіи также отсутствуетъ всякая планомѣрность, какъ это было въ 1895 г. и какъ на это указывала ревизіонная Коммиссія 1901 г. Къ сожалѣнію, въ «Отчетахъ санитарной Коммиссіи» за 1901 и 1902 гг. большею частью отсутствуютъ историческія справки по вопросу, такъ что получается впечатлѣніе, какъ будто разбираемый въ «Отчетѣ» вопросъ, дѣйствительно, возникъ впервые только въ отчетномъ году; да и въ газетахъ за послѣдніе годы стали такъ часто попадаться замѣтки о начинаніяхъ санитарной Коммиссіи, что невольно получается иллюзія «плодотворной дѣятельности». На самомъ дѣлѣ только-что приведенный разборъ этой дѣятельности показываетъ, что вопросы возникаютъ здѣсь большею частью случайно и никакихъ плодовъ нерѣдко не даютъ, такъ какъ иногда десятками лѣтъ не выходятъ изъ стадіи обсужденія.

*П. 15. Таже стр., абз. 3.* По поводу этого абзаца я далъ объясненіе въ той части предъидущаго пункта, гдѣ указалъ судьбу, постигшую Совѣщанія санитарныхъ врачей 24/I 1904 г.

*П. 16. Стр. 449, абз. 1.* Моимъ словамъ: «самые насущные вопросы здравоохраненія, въ родѣ вопросовъ о канализаціи, водоснабженіи, убоѣ скота и т. п., остаются внѣ вѣдѣнія санитарной Коммиссіи» авторъ «Отвѣта» придаетъ неправильное освѣщеніе и толкуетъ ихъ въ смыслѣ желанія возложить на санитарную Коммиссію хозяйственное завѣдываніе этими отраслями городского дѣла. Нѣтъ нужды доказывать, что я имѣлъ въ виду вмѣшательство санитарной Коммиссіи въ эти дѣла только въ санитарномъ отношеніи, только для постояннаго поддержанія этихъ дѣлъ на высотѣ научно-гигіеническихъ требованій. Поэтому я всецѣло присоединяюсь къ заявленному въ «Отвѣтѣ» мнѣнію, что «городская Дума поступаетъ вполнѣ правильно, учреждая для разработки этихъ вопросовъ спеціальные органы».

*П. 17. Таже стр., абз. 2.* Авторъ «Отвѣта» находитъ, что, вопреки моему мнѣнію вопросы о борьбѣ съ жилищной нуждой, бугорчаткой, дѣтской смертностью и т. п. находили живой откликъ въ санитарной Коммиссіи и «опровергаетъ фактами» мое заявленіе. Каковы-же эти факты? «Изученіе и описаніе санитарными врачами ночлежныхъ пріютовъ, постоялыхъ дворовъ, меблированныхъ и угловыхъ квартиръ»... Да, вѣдь, это только предварительная стадія. Санитарные врачи какъ могли изучили эти вопросы, дали описанія еще въ 1899—1900 гг. Слѣдовало-бы затѣмъ санитарной Коммиссіи приступить къ практическимъ мѣропріятіямъ и хотя-бы довести до свѣдѣнія Думы о результатахъ изученія, просить Думу о постройкѣ дешевыхъ жилищъ, ночлежныхъ домовъ и т. п.; однако до сихъ поръ этого не сдѣлано, и такимъ образомъ оказывается, что санитарная Коммиссія, дѣйствительно, ничего не сдѣлала по этимъ вопросамъ. Такую непродуманную и на взглядъ врачей, знакомыхъ съ мѣстными условіями, вредную мѣру, какъ «внесеніе въ санитарную карточку чахотки легкихъ», авторъ «Отвѣта» считаетъ «живымъ» откликомъ на вопросъ о борьбѣ съ бугорчаткой! Мало того, онъ находитъ, по видимому, что за предѣлами этой отрицательной мѣры лежитъ уже рѣшеніе вопроса «въ полномъ его объемѣ»... Все это было-бы смѣшно, если-бъ не было такъ грустно! Ссылка на «ограниченный бюджетъ» едва-ли можетъ служить оправданіемъ; при правильномъ веденіи дѣла съ меньшимъ бюджетомъ и, пожалуй, съ меньшей «энергіей» можно было-бы сдѣлать гораздо больше дѣйствительно цѣлесообразнаго и плодотворнаго.

*П. 18. Таже стр., абз. 3.* На мое указаніе, что «такіе вопросы, какъ, напр., вопросъ объ учрежденіи санитарно-эпидеміологическаго Бюро, объ инструкціи ему, о вывозѣ кухонныхъ отбросовъ, объ измѣненіи санитарной карточки, о борьбѣ съ сифилисомъ, обсуждались и рѣшались санитарной Коммиссіей самостоятельно и обширныя (почему-то въ «Отвѣтѣ» въ цитатѣ это слово пропущено) врачебныя силы ея оставались неиспользованными» дается отвѣтъ, который, мнѣ кажется, можетъ ввести въ заблужденіе невнимательнаго читателя: сообщается, что при выработкѣ этого проэкта въ медицинскомъ Департаментѣ участвовали врачи. Но, вѣдь, проэктъ медицинскаго Департамента—одно дѣло, а обсужденіе его въ санитарной Коммиссіи—другое. Развѣ санитарная Коммиссія обязана была принять проэктъ медицинскаго Департамента in toto? Можетъ-быть, подвергнувъ его обсужденію въ Совѣтѣ своихъ врачей, она бы значительно измѣнила его. Далѣе авторъ «Отвѣта» приводитъ списокъ врачей, принимавшихъ участіе въ выработкѣ «проэкта организаціи борьбы съ сифилисомъ и съ проституціей». Въ этомъ спискѣ нѣтъ ни одного врача санитарной Коммиссіи, чѣмъ блестяще подтверждается мое заявленіе, что «обширныя врачебныя силы *санитарной Коммиссіи,* оставались неиспользованными». Мое указаніе на непривлеченіе служащихъ въ Коммиссіи врачей къ участію въ обсужденіи вопроса о вывозѣ кухонныхъ отбросовъ остается безъ отвѣта; впрочемъ, здѣсь, дѣйствительно, ничего отвѣчать и не приходится, такъ какъ въ «Отчетѣ санитарной

[1]) Долженъ замѣтить, что, ссылаясь на отчеты 1900—1902 г., авторъ «Отвѣта» вводитъ въ свой перечень вопросы, относящіеся къ 1903 г., напр., 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26.

Digitized by Google

Коммиссіи» за 1902 г. (стр. 379) прямо указывается, что этотъ «въ высокой степени важный и сложный съ санитарной точки зрѣнія вопросъ» (возбужденный впервые въ 1890 г. гл. г. Клейберомъ и возобновленный въ 1897 г. гл. г. Никитинымъ) рѣшался предсѣдателемъ Коммиссіи д-ромъ *А. Н. Оппенгеймомъ* единолично совершенно безъ участія врачей (ср. также «Отчетъ» 1901 г. стр. 269). Затѣмъ авторъ «Отвѣта» говоритъ о крысоистребленіи—вопросѣ, котораго въ своемъ «Очеркѣ» я не касался. Приходится и мнѣ коснуться этого вопроса и указать, что опыты такъ и остались опытами; газеты пошумѣли о нихъ, санитарная Коммиссія напечатала результаты въ «Отчетѣ» за 1902 г. (стр. 206—220), и все дѣло тѣмъ и ограничилось. Далѣе идетъ ссылка на мой отчетъ за 1903 г., которая можетъ ввести читателей въ рядъ заблужденій. Приводится только *планъ* моего отчета. Конечно, планъ самъ по себѣ ничего не говоритъ, но онъ можетъ, пожалуй, создать иллюзію, что санитарные врачи пишутъ отчеты. Поэтому считаю себя вынужденнымъ дать по этому поводу нѣкоторыя разъясненія. Почти тотчасъ по прочтеніи мною на Пироговскомъ Съѣздѣ доклада о Петербургской санитарной организаціи предсѣдатель Коммиссіи вдругъ, послѣ $5^1/_2$ лѣтъ моей службы въ IV уч. Литейной части, нашелъ, что въ Литейной части, гдѣ на каждый участокъ имѣется какъ почти повсюду, по 1 врачу, число санитарныхъ врачей слѣдовало-бы уменьшить и перевести 1—2 изъ нихъ въ другіе болѣе густо населенные участки. Это дѣло онъ призналъ особенно экстреннымъ и поэтому потребовалъ, чтобы въ теченіи недѣли каждый изъ 4-хъ врачей Литейной части представилъ отчетъ о своей дѣятельности за 1903 г. Въ прежніе годы санитарные врачи никакихъ годовыхъ отчетовъ о своей дѣятельности не представляли и, конечно, поэтому не хранили съ надлежащей тщательностью тѣхъ матеріаловъ, которые необходимы для полноты отчета; поэтому такое неожиданное и при томъ экстренное требованіе предсѣдателя поставило врачей Литейной части въ затруднительное положеніе. Оффиціальнымъ мотивомъ неожиданнаго требованія служила необходимость имѣть матеріалъ для сравненія количества работы, выпадающей на долю врачей Литейной части, съ работой другихъ 35 врачей. Однако, къ этимъ послѣднимъ не было предъявлено требованія о представленіи отчетовъ. Такимъ образомъ оставалось непонятнымъ, какъ можно будетъ дѣлать сравненіе при отсутствіи объэкта, съ которымъ нужно сравнивать. Злые языки утверждали, что экстренное требованіе отчета имѣетъ конечной цѣлью создать формальное основаніе предсѣдателю санитарной Коммиссіи для перевода меня въ отдаленный районъ города, въ родѣ остававшагося тогда вакантнымъ III-го уч. Васильевской ч. (т. наз. Смоленское поле). Понятно, я не могъ оставить безъ вниманія эти слухи и при составленіи экстренно затребованнаго отчета проводилъ въ немъ ту—несомнѣнно, вполнѣ вѣрную мысль—что дѣятельность санитарнаго врача не можетъ измѣряться *только* количествомъ произведенныхъ имъ обеззараживаній, голой цифрой осмотровъ и т. п. и что при нынѣ существующихъ условіяхъ она вообще совершенно не поддается учету и въ каждомъ районѣ, въ частности и въ моемъ, имѣетъ свои своеобразныя черты, которыя и перечисляю. Подъ «участіемъ» въ *коллективныхъ трудахъ* санитарныхъ врачей я подразумѣвалъ (и, конечно, это указалъ въ отчетѣ) посѣщеніе Совѣщаній санитарныхъ врачей. Какимъ образомъ это доказываетъ, что «санитарная Коммиссія старалась пользоваться знаніемъ и опытомъ своихъ врачей» и при чемъ тутъ патетическій возгласъ «Гдѣ-же правда?» никакъ понять не могу. Наоборотъ, открыто заявляю, что за послѣдніе годы санитарная Коммиссія *никогда* не прислушивалась къ возбуждаемымъ санитарными врачами вопросамъ. Подтвержденіемъ этому служатъ Отчеты Совѣщаній санитарныхъ врачей за 1901—1903 гг., уже выше указанные (въ предисловіи къ «Объясненіямъ»). Непонимаю далѣе смысла и цѣли подстрочной ссылки (стр. 449), въ которой тотчасъ послѣ указанія, что я завѣдую «богатымъ райономъ», отттѣняется, что «дѣятельность моя въ значительной степени отличается отъ работы, выпадающей на долю другихъ товарищей». Если здѣсь намекъ на богатую частную практику, то долженъ замѣтить, что я бросилъ послѣднюю изъ принципіальныхъ основаній уже 5 лѣтъ назадъ. Не понимаю также, почему мой отчетъ названъ «къ сожалѣнію, весьма краткимъ». Вѣдь, онъ все-таки самый обстоятельный изъ 4-хъ экстренно затребованныхъ. Я остановился такъ долго на этихъ странныхъ недомолвкахъ и выраженіяхъ автора «Отвѣта», опасаясь, какъ-бы они не ввели въ заблужденіи и не мистифицировали читателя.

*П. 19. Таже стр., абз. 4.* Тутъ идетъ рѣчь о повторительныхъ курсахъ для врачей; но умалчивается, что идея ихъ принадлежитъ VII губернскому Съѣзду земскихъ врачей Петербургской губерніи. Въ интересахъ справедливости слѣдуетъ разъяснить, что городская санитарная Коммиссія только *примкнула* къ этому дѣлу, хотя газеты, въ свое время много говорившія объ этихъ курсахъ, приписывали неправильно починъ ихъ предсѣдателю санитарной Коммиссіи. Увѣреніе автора, что «все это дѣлается съ цѣлью большаго засим при случаѣ (!) использованія знанія и труда своихъ врачей» остается, къ сожалѣнію, безъ фактическаго подтвержденія и едва-ли можетъ кого-нибудь убѣдить.

*П. 20. Таже стр., абз. 5.* Мое замѣчаніе, «что существующій санитарный механизмъ совершаетъ работу призрачнаго оздоровленія Петербурга» авторъ «Отвѣта» пытается опровергнуть «призрачными» статистическими данными. Онъ ссылается на пониженіе коэффиціента смертности въ Петербургѣ, но при этомъ приводитъ цифры, которыя могутъ ввести читателя въ заблужденіе. Санитарная Коммиссія, какъ извѣстно, возникла въ 1886 г.; за это время (съ 1888 г.) коэффиціентъ смертности, по цифрамъ «Отвѣта», понизился съ 25,7 до 21,8 на 1000 (слѣд. на 3,9‰); а какъ шло пониженіе смертности до учрежденія санитарной Коммиссіи? По даннымъ «Статистическаго Ежегодника Петербурга» оказывается, что съ 1881 г. (когда учреждено было статистическое Отдѣленіе городской Управы) по 1888 г. уменьшеніе смертности выразилась гораздо большей цифрой: въ 1881 г. умерли 38,2 на 1000, въ 1887 г. всего 27,4; слѣд., до учрежденія санитарной Коммиссіи коэффиціентъ смертности понижался гораздо скорѣе, чѣмъ послѣ 1888 г., именно на 10,8 въ 7 лѣтъ. Такимъ образомъ, если руководиться избраннымъ авторомъ «Отвѣта» пріемомъ доказательства, то окажется, что «оздоровленіе города» шло гораздо лучше въ тѣ годы (1881—1887), когда санитарной Коммиссіи не было. Суть однако въ томъ, что такой пріемъ доказательства «оздоровленія» какъ ненаучный, недопустимъ. Столь-же ненаучна и не выдерживаетъ критики ссылка на естественный приростъ населенія, который, какъ и уменьшеніе коэффиціента смертности, зависитъ отъ иныхъ причинъ и главнымъ образомъ отъ прилива въ городъ молодого рабочаго населенія изъ деревень; благодаря чему Петербургъ въ цѣломъ, выражаясь обратно «помолодѣлъ»; въ этомъ нетрудно убѣдиться, сравнивая данныя 3-хъ послѣднихъ однодневныхъ переписей Петербурга.

*П. 21. Таже стр., абз. 6.* Мои слова, что «главнымъ вдохновителемъ и руководителемъ всего санитарнаго дѣла является предсѣдатель Коммиссіи» авторъ «Отвѣта» подтверждаетъ и находитъ, что это то и хорошо. Однако я все-же остаюсь при своемъ прежнемъ мнѣніи, что интересы здоровья всего населенія Петербурга нежелательно ставить въ зависимость отъ такого случайнаго условія, какъ личныя качества предсѣдателя санитарной Коммиссіи.

*П. 22. Таже стр., абз. 7.* Мое принципіальное указаніе на неудобства, создающіяся на практикѣ, если случайно на мѣстѣ предсѣдателя Коммиссіи оказывается врачъ, авторъ «Отвѣта» принимаетъ на намекъ ad hominem. Излишне доказывать, что при объективности тона моего доклада только предубѣжденный читатель можетъ видѣть здѣсь намекъ на личность, да и едва ли Пироговскому Съѣзду могла быть интересна сама по себѣ личность предсѣдателя. Долженъ, однако, сознаться, что высказанное въ этомъ мѣстѣ мое убѣжденіе основано было именно на опытѣ, вынесенномъ за время предсѣдательствованія д-ра *А. Н. Оппенгейма.* По отчетамъ санитарной Коммиссіи за 1901 и 1902 гг. всякій можетъ убѣдиться, что такое мое мнѣніе основано не только на личныхъ наблюденіяхъ, но и на внимательномъ изученіи отчетовъ.—Останавливаться на 2-й части абзаца, гдѣ въ «Отвѣтѣ» перечисляются многочисленныя заслуги нынѣшняго предсѣдателя Петербургской городской санитарной Коммиссіи считаю неудобнымъ въ виду черезчуръ большой щекотливости вопроса. Тоже долженъ сказать и про слѣдующій абзацъ (стр. 450, абз. 1), гдѣ говорится о «неутомимой энергіи» предсѣдателя.

*П. 23. Стр. 450, абз. 3.* Въ заключеніе—послѣднее замѣчаніе. Авторъ «Отвѣта» взводитъ на меня тяжелое обвиненіе въ неправдивомъ «изложеніи и освѣщеніи вопроса» и намекаетъ, что этимъ я, яко-бы, ввелъ Съѣздъ въ заблужденіе. Я полагаю, что все изложенное мною выше съ достаточной убѣдительностью доказываетъ, что ни одного слова въ моемъ «Очеркѣ» автору «Отвѣта» опровергнуть не удалось и такимъ образомъ все сказанное въ моемъ «Очеркѣ» остается по прежнему въ силѣ. Это—во 1-хъ. Во 2-хъ, Съѣздъ выслушалъ о санитарной организаціи Петербурга не одинъ мой докладъ; онъ выслушалъ также и доклады д-ровъ *Иванова* и *Зильберберга*, которые очень одобрительно отзывались о современной постановкѣ дѣла въ санитарной Коммиссіи, и тѣмъ не менѣе, послѣ оживленныхъ преній, остановился на моихъ отрицательныхъ положеніяхъ. Наконецъ, если мое описаніе, какъ увѣряетъ авторъ, неправильно, почему мнѣ не возражалъ никто изъ Петербургскихъ санитарныхъ и думскихъ врачей, присутствовавшихъ въ засѣданіи, не возражалъ и совѣщательный членъ-врачъ, бывшій тутъ-же?

*А. Рубель.*

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

717. Преобразованіе центральнаго врачебно-санитарнаго Управленія, о которомъ мы пока говорили, какъ о проэктѣ (см. «Русскій Врачъ», 1903, № 50, стр. 1808 и 1904 г., № 1, стр. 33, № 3, стр. 108, № 11, стр. 426), стало совершившимся фактомъ. Въ «Собраніи Узаконеній» (№ 57, 8 апрѣля) опубликовано «*Объ учрежденіи Совѣта и Главнаго Управленія по дѣламъ мѣстнаго хозяйства и Управленія Главнаго Врачебнаго Инспектора*». Одновременно съ образованіемъ указанныхъ установленій упраздняются въ составѣ Министерства внутреннихъ дѣлъ медицинскій Департаментъ съ состоящимъ при немъ эпидемическимъ Отдѣломъ и хозяйственный Департаментъ. Дѣла о народномъ здравіи нынѣ распредѣляются между Управленіемъ главнаго врачебнаго инспектора, имѣющимся въ составѣ главнаго Управленія по дѣламъ мѣстнаго хозяйства Отдѣломъ народнаго здравія и общественнаго призрѣнія и медицинскимъ Совѣтомъ, о которомъ также опубликовано новое положеніе. Подробныя

Digitized by Google

правила объ обязанностяхъ вновь учрежденныхъ Управленій опредѣляются особой инструкціей, издаваемою въ развитіе настоящаго положенія. Инструкція эта является болѣе, чѣмъ необходимой, ибо, какъ видно изъ нижеприводимаго, функціи обоихъ Управленій разграничены крайне неопредѣленно. *Главный врачебный инспекторъ* вѣдаетъ дѣла: «1) по управленію въ технически-научномъ отношеніи врачебною и санитарною частями въ Имперіи и по надзору за правильною ихъ постановкою, при чемъ представляетъ Министру Внутреннихъ Дѣлъ свои предположенія о мѣрахъ къ ихъ улучшенію; 2) по завѣдыванію мѣрами по охранѣ Имперіи отъ распространенія заразныхъ заболѣваній и 3) по управленію личнымъ составомъ гражданской медицинской части». Въ частности на него возлагаются: «1) дѣла, подлежащія по закону вѣдѣнію Министра Внутреннихъ Дѣлъ, по устройству врачебной помощи, подаваемой населенію земскими и городскими учрежденіями, управленіями земскаго хозяйства и общественнымъ управленіемъ города С.-Петербурга, и по принимаемымъ сими установленіями санитарнымъ мѣрамъ; 2) дѣла, по указаннымъ въ пунктѣ 1 предметамъ, отнесенныя, на основаніи устава о земскихъ повинностяхъ и изданныхъ по сельской врачебной или врачебной части въ уѣздахъ штатовъ, росписаній и особыхъ узаконеній, къ вѣдѣнію Министра Внутреннихъ Дѣлъ въ мѣстностяхъ, въ коихъ не введены въ дѣйствіе положенія о земскихъ учрежденіяхъ или объ управленіи земскимъ хозяйствомъ; 3) дѣла по устройству и завѣдыванію врачебною частью въ состоящихъ въ непосредственномъ вѣдѣніи Министерства Внутреннихъ Дѣлъ больницахъ и другихъ лѣчебныхъ заведеніяхъ и заведеніяхъ общественнаго призрѣнія на основаніяхъ, закономъ и уставами сихъ заведеній опредѣленныхъ, а равно по надзору за правильною постановкою врачебной части въ амбулаторіяхъ, курортахъ и санаторіяхъ и другихъ подобныхъ заведеніяхъ; 4) общее наблюденіе за примѣненіемъ дѣйствующихъ по санитарной части законоположеній и правилъ; 5) наблюденіе за дѣятельностью преслѣдующихъ научно-врачебныя и санитарныя цѣли учрежденій и обществъ на основаніяхъ, опредѣленныхъ ихъ уставами; 6) переписка по устройству и введенію новыхъ штатовъ общинъ сестеръ милосердія Россійскаго общества Краснаго Креста; 7) надзоръ за дѣятельностью аптекъ, аптечныхъ магазиновъ и складовъ и бактеріологическихъ и органотерапевтическихъ заведеній и лабораторій; 8) надзоръ за постановкою обученія въ школахъ, предназначенныхъ для образованія низшаго врачебнаго персонала, и 9) завѣдываніе производящимися управленіемъ статистическими работами по врачебной части и санитарному дѣлу и изданіемъ общаго годового по симъ предметамъ отчета». Съ другой стороны, *Отдѣлъ народнаго здравія* и общественнаго призрѣнія «вѣдаетъ, въ хозяйственномъ отношеніи, дѣла, касающіяся подачи врачебной помощи населенію, принятія санитарныхъ мѣръ и завѣдыванія подвѣдомственными Министерству Внутреннихъ Дѣлъ больницами и другими лѣчебными заведеніями и заведеніями общественнаго призрѣнія, а равно завѣдываетъ дѣлами по устройству общественнаго призрѣнія. Въ этихъ предѣлахъ на отдѣлъ возлагаются: 1) дѣла, подлежащія по закону вѣдѣнію Министра Внутреннихъ Дѣлъ, по устройству врачебной помощи, подаваемой населенію земскими и городскими учрежденіями, управленіями земскаго хозяйства и общественнымъ управленіемъ гор. С.-Петербурга, а также по принимаемымъ сими установленіями санитарнымъ мѣрамъ; 2) дѣла, по указаннымъ въ пунктѣ 1 предметамъ, отнесенныя, на основаніи устава о земскихъ повинностяхъ и изданныхъ по сельской врачебной или врачебной части въ уѣздахъ штатовъ, росписаній и особыхъ узаконеній, къ вѣдѣнію Министра Внутреннихъ Дѣлъ въ мѣстностяхъ, въ коихъ не введены въ дѣйствіе положенія о земскихъ учрежденіяхъ или объ управленіи земскимъ хозяйствомъ; 3) дѣла, касающіяся управленія состоящими въ непосредственномъ завѣдываніи Министерства Внутреннихъ Дѣлъ больницами и другими лѣчебными заведеніями и заведеніями общественнаго призрѣнія на основаніяхъ, закономъ и уставомъ сихъ заведеній опредѣленныхъ». Если сравнить обозначенныя въ первыхъ 3-хъ пунктахъ дѣла, подлежащія вѣдѣнію главнаго врачебнаго инспектора и Отдѣла народнаго здравія, то съ несомнѣнностью можно убѣдиться въ крайне неясномъ и неопредѣленномъ ихъ разграниченіи; по видимому, разграниченіе это должно состоять въ томъ, что Отдѣлъ завѣдуетъ дѣлами народнаго здравія въ *хозяйственномъ отношеніи*, а главный врачебный инспекторъ тѣми-же дѣлами въ отношеніи *технически-научномъ*. Не беремся предрѣшать, насколько удобовыполнимымъ окажется такое распредѣленіе на практикѣ. Насколько цѣлесообразно и необходимо искусственное дробленіе однороднаго по своему существу дѣла народнаго здравоохраненія, мы уже говорили. При главномъ Управленіи по дѣламъ мѣстнаго хозяйства учреждается особый *Совѣтъ по дѣламъ мѣстнаго хозяйства*, въ составъ котораго приглашаются, между прочимъ, и мѣстные дѣятели изъ числа предводителей дворянства, предсѣдателей и членовъ земскихъ Управъ, городскихъ головъ, членовъ городскихъ Управъ и земскихъ и городскихъ гласныхъ. Дѣятели эти, впрочемъ, приглашаются только въ *общее Присутствіе* Совѣта, которое собирается ежегодно въ сроки, назначаемые министромъ. Въ особыхъ-же Присутствіяхъ Совѣта, къ числу коихъ относится и *Присутствіе по народному здравію* и общественному призрѣнію, участвуютъ преимущественно представители администраціи. Такъ, Присутствіе по народному здравію составляется изъ управляющихъ Отдѣлами народнаго здравія и общественнаго призрѣнія и земскаго и городского хозяйства, главнаго врачебнаго инспектора, 2-хъ членовъ медицинскаго Совѣта, по избранію Совѣта, и 2-хъ членовъ отъ Министерства финансовъ. Присутствіе это вѣдаетъ: «а) тѣ изъ подвѣдомственныхъ главному управленію и управленію главнаго врачебнаго инспектора по врачебной и санитарной частямъ дѣла, для разрѣшенія коихъ требуется разсмотрѣніе ихъ какъ съ хозяйственной, такъ и съ научно-технической стороны; б) тѣ изъ требующихъ соображенія ихъ съ хозяйственной и съ научно-технической стороны дѣлъ по завѣдыванію врачебною и санитарною частью, разрѣшеніе коихъ предоставлено по закону или на основаніе уставовъ подлежащихъ учрежденій, обществъ и заведеній Министру Внутреннихъ Дѣлъ, по соглашенію съ главными начальниками другихъ вѣдомствъ». Личный составъ Управленія главнаго врачебнаго инспектора состоитъ изъ инспектора, 2-хъ его помощниковъ и 11 должностныхъ лицъ въ число которыхъ входитъ и редакторъ «Вѣстника общественной гигіэны». Достаточенъ-ли будетъ такой сравнительно малый численный составъ Управленія для выполненія множества предпорученныхъ Управленію дѣлъ, покажетъ будущее; пока небольшое число это невольно бросается въ глаза по сравненію съ численнымъ составомъ (78 чел.) Управленія по дѣламъ мѣстнаго хозяйства. Нельзя не отмѣтить особое указаніе новаго закона, что инспекторъ и помощники его назначаются изъ лицъ, имѣющихъ степень доктора медицины. Въ настоящее время едва-ли кто изъ врачей можетъ серьезно настаивать на необходимости ученой степени для замѣщенія чисто административныхъ должностей, и ученая степень, конечно, менѣе всего можетъ служить гарантіей административныхъ способностей и опытности даннаго лица; поэтому это требованіе новаго закона нельзя обозначить иначе, какъ нѣсколько устарѣлымъ. Въ новомъ положеніи *о Медицинскомъ Совѣтѣ* довольно существенной новостью является предоставленіе Совѣту права возбуждать вопросы объ общихъ мѣропріятіяхъ, касающихся охраненія народнаго здравія, и объ измѣненіяхъ и дополненіяхъ дѣйствующихъ по врачебно-санитарной части законовъ, благодаря чему Совѣтъ въ его новой роли не будетъ болѣе исключительно совѣщательнымъ органомъ, какимъ онъ былъ до сихъ поръ, чего, конечно, нельзя не привѣтствовать. Другимъ нововведеніемъ является: передача въ вѣдѣніе Совѣта судебно-медицинскихъ дѣлъ, въ виду чего въ составѣ Совѣта учреждены 2 должности экспертовъ по судебно-медицинской части. Далѣе нѣсколько измѣненъ составъ непремѣнныхъ членовъ медицинскаго Совѣта, въ число коихъ включены управляющій вновь учрежденнымъ Отдѣломъ народнаго здравія и директоръ Института экспериментальной медицины. Слѣдуетъ еще отмѣтить, что по новому положенію «всѣ мѣропріятія по ветеринарной части, имѣющія отношеніе къ вопросамъ охраненія народнаго здравія, по разсмотрѣніи ихъ въ ветеринарномъ управленіи или ветеринарномъ комитетѣ, подлежатъ, до дальнѣйшаго направленія, внесенію на заключеніе Медицинскаго Совѣта».

718. 11-го апрѣля въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ освящена *«Московская» акушерско-гинекологическая клиника* на 50 кроватей, построенная на пожертвованія, собранныя Московскимъ Отдѣломъ Общества для усиленія средствъ Института. Изъ 14 палатъ клиники 7 именныхъ: г-жи Бергъ, А. К. Медвѣдниковой, въ память А. Т. Назаровой, рожд. Морозовой, А. И. Родственной, въ память А. Т. Спримонъ, рожденной Морозовой, А. А. Шапошниковой по 5 кроватей и женщинъ врачей, особенно послужившихъ дѣлу устройства Женскаго Медицинскаго Института, на 7 кроватей. Открытіе клиники задерживается неполнотой инвентаря (отсутствіемъ бѣлья, необходимой мебели и пр.), на пополненіе котораго потребуется до 23000 р.—Добрые люди, откликнитесь!

719. 7-го апрѣля въ Московскомъ Университетѣ защищалъ диссертацію *М. М. Бременеръ* на тему—*«Къ фармакологіи дифтерійнаго токсина. Вліяніе послѣдняго на обмѣнъ веществъ у животныхъ»* («Русское Слово», 8 апрѣля).

720. По словамъ «Волыни» (6 апрѣля), *225 студентовъ* Варшавскаго Университета исключено *за невзносъ платы* за ученіе.

721. Возбужденное въ концѣ минувшаго марта ходатайство медицинскаго факультета Юрьевскаго Университета *о перенесеніи государственныхъ экзаменовъ для студентовъ-медиковъ съ осени на весну*, мотивированное потребностями военнаго времени и ощущаемымъ въ настоящее время внутри Имперіи недостаткомъ во врачахъ, вызваннымъ войною, Министерствомъ народнаго просвѣщенія, какъ передаютъ «Русскія Вѣдомости» (12 апрѣля), *отклонено*, въ виду того, что нужды во врачахъ пока не предвидится.

722. Отбыли на Дальній Востокъ: 12-го апрѣля изъ Петербурга *санитарный отрядъ* въ составѣ 12 врачей и студентовъ; 13-го апрѣля, изъ Петербурга-же, *сборный санитарный поѣздъ* для 6 полевыхъ госпиталей въ составѣ 18 врачей, 30 фельдшеровъ, 30 сестеръ милосердія и 189 санитаровъ («Новое Время», 13 и 14 апрѣля).

723. Астраханское Управленіе Краснаго Креста *снаряжаетъ 2 лазарета*, по 25 кроватей каждый, для отправки ихъ на войну. — Симферопольское уѣздное земское Собраніе *ассигновало 2500 р.* на Таврическій лазаретъ.—Общество Рязанско-Уральской ж. дороги предоставило 18 пассажирскихъ вагоновъ и открыло авансъ въ 150000 р. для устройства и снаряженія *санитарнаго поѣзда* на Дальній Востокъ.—Московское терапевтическое Общество снаряжаетъ *бактеріологическій и обеззараживающій отрядъ*.—Московское городское Управленіе изъявило желаніе принять участіе въ дѣлѣ эвакуаціи больныхъ и раненыхъ на войнѣ, для чего предполагаетъ снарядить и содержать особую *баржу*.—Тургайское Управленіе Краснаго Креста предполагаетъ призрѣвать 50 больныхъ нижнихъ чиновъ, тре-

Digitized by Google

бующихъ *лѣченія кумысомъ*.—Акмолинскій Комитетъ Краснаго Креста открываетъ въ Акмолинскѣ *лазаретъ* на 12 кроватей; тамъже городъ предоставляетъ больнымъ и раненымъ безплатно 3 кровати въ городскомъ пріемномъ покоѣ.—Кинешемскій Комитетъ снаряжаетъ *санитарный отрядъ* на 25 кроватей въ составѣ 2-хъ врачей, 2-хъ студентовъ, 5 сестеръ милосердія и 5 санитаровъ («Новое Время», 8, 10, 11 и 13 апрѣля).—Воронежское губернское Земство предполагаетъ снарядить на театръ военныхъ дѣйствій 2 *этапно-врачебныхъ отряда* въ составѣ 2-хъ врачей, 2-хъ фельдшеровъ, 4-хъ сестеръ милосердія и 7 санитаровъ каждый («Русскія Вѣдомости», 14 апрѣля).—Городъ Вильна посылаетъ на Дальній Востокъ лазаретъ на 100 кроватей и жертвуетъ 10000 р. Пожертвованій собрано 14000 р., содержаніе лазарета взялъ на себя Красный Крестъ («Новости», 5 апрѣля).

724. «Русскія Вѣдомости» (13 апрѣля), со словъ «Телеграфа», передаютъ, что военный Совѣтъ положилъ установить впредь до особыхъ распоряженій мѣстнаго начальства *посуточные оклады для довольствія и содержанія больныхъ* нижнихъ чиновъ въ полевыхъ госпиталяхъ Квантунской области: въ Портъ-Артурѣ — 51 коп. и въ Таліенванѣ 44 коп., для больныхъ же офицеровъ 75 коп.

725. «Астраханскій Листокъ» (4 апрѣля) передаетъ, что Общество Астраханскихъ врачей единогласно постановило оказывать черезъ своихъ членовъ *безплатную медицинскую помощь семьямъ, члены которыхъ ушли на войну*.

726. Ч. пр. *В. Н. Орловъ избранъ членомъ-корреспондентомъ* Чешскаго Общества врачей въ Прагѣ.

727. Мѣсто *помощника завѣдующаго медико-санитарнымъ бюро Петербургскаго губернскаго Земства* занялъ врачъ по Петербургскому уѣзду *А. В. Амстердамскій* («Петербургскій Земскій Вѣстникъ», апрѣль).

728. Симбирскій врачебно-санитарный Совѣтъ при губернской Управѣ *по поводу* извѣстнаго *циркуляра Министерства внутреннихъ дѣлъ о болѣе правильной постановкѣ врачебнаго и санитарнаго дѣла въ Имперіи* (см. «Русскій Врачъ», 1903, № 1, стр. 33, № 3, стр. 114, № 11, стр. 433, № 12, стр. 475, № 15, стр. 582, № 16, стр. 622, № 34, стр. 1199, № 35, стр. 1229, № 45, стр. 1610), между прочимъ, высказалъ слѣдующее: «Въ виду того, что земство не обязано, а лишь пользуется предоставленнымъ ему правительствомъ правомъ—заботиться о медицинскихъ нуждахъ населенія и создало настоящую совершенную медицинскую земскую организацію, такую, что она превосходитъ подобныя организаціи даже въ Западной Европѣ и служитъ образцомъ правительству при организаціи медицинской помощи въ неземскихъ губерніяхъ, будетъ лишь справедливо, если правительство попрежнему оставитъ медицинско-санитарное дѣло въ рукахъ земства, взявъ на себя лишь контроль надъ этими учрежденіями» («Петербургскій Земскій Вѣстникъ», апрѣль).

729. По вопросу *о предоставленіи правъ государственной службы земскому медицинскому персоналу* (см. выше, № 5, стр. 191, № 11, стр. 427, № 12, стр. 467) Екатеринославское губернское земское Собраніе высказалось, что фиксаціей опредѣленнаго числа должностей врачей и сопряженнымъ съ обязательнымъ опредѣленіемъ ихъ на государственную службу ограниченіемъ правъ земскихъ Управъ по отношенію къ своимъ служащимъ можетъ быть создано затруднительное положеніе, которое послужитъ препятствіемъ къ дальнѣйшему развитію земской медицины. Собраніе постановило возбудить ходатайство о сохраненіи за земскими Управами непосредственныхъ правъ по приглашенію, перемѣщенію и увольненію врачебнаго персонала, съ оставленіемъ въ силѣ и на будущее время существующаго нынѣ порядка («Вѣстникъ Екатеринославскаго Земства», № 13).

730. Въ «Извѣстіяхъ В.-Медицинской Академіи» (т. VIII, кн. 3) напечатано *заключеніе Коммиссіи* (профф. *П. М. Альбицкій*—предсѣдатель, *Н. П. Кравковъ* и *И. П. Павловъ*—члены), выдѣленной Конференціей Академіи для обсужденія извѣстнаго *доклада противъ вивисекцій* предсѣдательницы главнаго Правленія Россійскаго Общества покровительства животныхъ бар. Мейендорфъ (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 50, стр. 1810). Не имѣя, къ сожалѣнію, возможности, за недостаткомъ мѣста, перепечатать это в. обстоятельное заключеніе (краткой передачѣ оно не поддается), обращаемъ на него вниманіе интересующихся вопросомъ и позволяемъ себѣ воспроизвести полностью лишь *дополнительное мнѣніе* проф. *И. П. Павлова*, какъ характеризующее полными глубокой правды словами истинный смыслъ пропаганды противниковъ вивисекцій: «Когда я приступаю къ опыту, связанному въ концѣ съ гибелью животнаго, я испытываю тяжелое чувство сожалѣнія, что прерываю ликующую жизнь, что являюсь палачемъ живого существа. Когда я рѣжу, разрушаю живое животное, я слышу въ себѣ ѣдкій упрекъ, что грубою, невѣжественною рукой ломаю невыразимо художественный механизмъ. Но это переношу въ интересѣ истины, для пользы людямъ. А меня, мою вивисекціонную дѣятельность предлагаютъ поставить подъ чей-то постоянный контроль. Вмѣстѣ съ тѣмъ истребленіе и, конечно, мученіе животныхъ только ради удовольствія и удовлетворенія множества пустыхъ прихотей остаются безъ должнаго вниманія. Тогда въ негодованіи и съ глубокимъ убѣжденіемъ я говорю себѣ и позволяю сказать другимъ: нѣтъ это—не высокое и благородное чувство жалости къ страданіямъ всего живого и чувствующаго; это—одно изъ плохо замаскированныхъ проявленій вѣчной вражды и борьбы невѣжества противъ науки, тьмы противъ свѣта».

731. Въ «*Отчетѣ о поѣздкѣ для научныхъ занятій въ Еленинскій Институтъ*» («Вѣстникъ Екатеринославскаго Земства», № 13) д-ръ *В. Н. Брагинъ* даетъ такіе отзывы о нѣкоторыхъ курсахъ: «Проф. *Г. Ф. Тилингъ* оперируетъ 2 раза въ недѣлю со своими ассистентами. Слушатели только смотрятъ со своихъ мѣстъ на производство операцій. Изрѣдка профессоръ предоставлялъ право оперировать своимъ ассистентамъ». «Наркозъ—почти всегда эѳирный. Количество употребляемаго эѳира иногда бывало велико. Вообще я замѣтилъ, что хирурги Института (*Г. Ф. Тилингъ*, *Д. О. Оттъ* и ихъ ассистенты) мало смущаются количествомъ эѳира или хлороформа, даваемаго больнымъ во время операціи. Какихъ-либо опасныхъ осложненій или побочныхъ явленій отъ этого мнѣ, тѣмъ не менѣе, почти не пришлось видѣть. При зашиваніи ранъ очень часто примѣняется непрерывный шовъ. Жаль, что передъ операціями дѣлается мало объясненій о каждомъ предстоящемъ случаѣ. На всѣ вопросы слушателей профессоръ очень охотно даетъ отвѣты и всевозможныя разъясненія. Я полагаю, что въ общемъ этотъ курсъ заслуживаетъ вниманія. Изъ недостатковъ могу указать на однообразіе не особенно обильнаго при этомъ матеріала. На операціяхъ всегда присутствовало много слушателей, изъ-за чего иногда не удавалось видѣть всѣхъ отдѣльныхъ моментовъ операціи. О производствѣ операцій я не могу сказать чего либо особеннаго. Дѣлались онѣ по самымъ обыкновеннымъ и употребительнымъ способамъ, описаннымъ въ каждомъ учебникѣ хирургіи». Амбулаторный матеріалъ клиники проф. *Тилинга*, очень невеликъ и однообразенъ». «По оперативной хирургіи я работалъ на трупахъ подъ руководствомъ д-ра *Г. Х. Ауэ*. Смѣло могу рекомендовать этотъ курсъ, такъ какъ во время занятій удается продѣлать всѣ самыя ходкія и употребительныя операціи». «Вредитъ нѣсколько дѣлу недостатокъ труповъ. Впрочемъ, въ данномъ случаѣ всѣ недостатки сглаживались отношеніемъ д-ра *Ауэ* къ слушателямъ. Мнѣ кажется не часто можно встрѣтить такого трудолюбиваго работника». «Д-ръ *Ауэ* ведетъ свои занятія все время съ неослабѣвающей энергіей, стараясь дать слушателямъ какъ можно больше знаній». «Клиника женскихъ болѣзней проф. *Д. О. Отта* поставлена образцово». «Мѣста для слушателей находятся на почтительномъ разстояніи отъ мѣста операціи, почему не все удается хорошо видѣть». «Посѣщеніе пріемовъ проф. *Оттомъ* приходящихъ больныхъ крайне поучительно». «Съ такимъ руководителемъ, хотя и за короткое время, можно многому научиться». «Если-бы на этихъ пріемахъ было не такъ много слушателей, удавалось бы, конечно, вынести еще больше свѣдѣній и опыта въ изслѣдованіи гинекологическихъ больныхъ». «Курсъ оперативной гинекологіи на фантомѣ ведется д-ромъ *О. В. Прокофьевой*. Каждому слушателю предоставляется возможность сдѣлать главнѣйшія операціи. Не могу сказать, чтобы это былъ очень поучительный курсъ, потому что работа на консервированныхъ женскихъ половыхъ органахъ даетъ весьма слабое представленіе о томъ, съ чѣмъ приходится встрѣчаться при операціяхъ на живой женщинѣ. Желающій повторить акушерство можетъ прослушать этотъ предметъ у проф. *В. В. Строганова*. По моему мнѣнію, дѣло ведется очень хорошо. Всѣ упражненія продѣлываются на фантомѣ съ трупикомъ ребенка. Весьма поучительны и интересны задачи по акушерству, предлагаемыя профессоромъ для разрѣшенія слушателямъ». «Курсъ глазныхъ болѣзней ведется проф. *І. В. Костеничемъ* превосходно. Въ 2—2½ мѣс. всякій можетъ очень много увидѣть и узнать, многому научиться. Приходящихъ больныхъ бывало всегда очень много». «Вечеромъ 2 раза въ недѣлю въ Институтѣ производится пріемъ приходящихъ больныхъ по кожнымъ и венерическимъ болѣзнямъ проф. *О. В. Петерсеномъ*. Вѣроятно, въ виду того, что больныхъ всегда бываетъ очень много, профессоръ не имѣетъ возможности долго останавливаться на подробномъ разборѣ каждаго случая. Въ общемъ долженъ сказать относительно этого курса, что большая часть богатаго матеріала, который доставляютъ приходящіе больные, остается не использованной». Въ заключеніе авторъ говоритъ, что, «не смотря на нѣкоторые недочеты въ постановкѣ дѣла, курсы даютъ весьма много въ смыслѣ пополненія знаній. За это время имѣется полнѣйшая возможность повторить многое старое, а многое вновь узнать».

732. Въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (12 апрѣля) напечатана слѣдующая корреспонденція изъ Смоленска: «На дняхъ многіе земскіе дѣятели, городскіе гласные, преподаватели гимназій, реальнаго училища и другихъ учебныхъ заведеній, врачи, члены Общества учащихъ и учившихъ, Общества попеченія о дѣтяхъ, члены комитета заднѣпровской библіотеки, а также Общества книгопечатниковъ, учительницы воскресной школы, сотрудники «Днѣпровскаго Вѣстника» и другія лица *чествовали ужиномъ Д. Н.* и *А. А. Жбанковыхъ*, покинувшихъ нашъ городъ послѣ 11-тилѣтняго пребыванія въ немъ. Участниковъ ужина было такъ много, что залы ресторана едва вмѣщали собравшихся. За ужиномъ произносились рѣчи и прочитаны были адресса отъ Общества врачей, правленія Общества взаимопомощи учащихъ и учившихъ, отъ комитета заднѣпровской библіотеки, отъ попечительницъ Общества попеченія о дѣтяхъ и пр. Сочувственно встрѣченъ былъ покрытый множествомъ подписей адрессъ отъ членовъ Общества книгопечатниковъ, прочитанный предсѣдателемъ Общества книгопечатниковъ П. А. Губкинымъ; въ адрессѣ отмѣчена литературно-публицистическая дѣятельность *Д. Н. Жбанкова*. Адрессъ, между прочимъ, ставитъ въ заслугу *Д. Н.* его неустанную энергичную борьбу съ наслѣдіями и пережитками «добраго стараго времени». Подобно всѣмъ лучшимъ людямъ,—сказано въ адрессѣ,—*Дмитрій Николаевичъ* остался вѣренъ аннибаловой клятвѣ, данной нашимъ великимъ художникомъ полвѣка назадъ, и, всегда памятуя ее, энергично будилъ общественную мысль и совѣсть».

Digitized by Google

733. Намъ сообщаютъ, что 1-го февраля Ташкентскіе врачи *тепло чествовали И. П. Суворова*, бывшаго Туркестанскаго окружного в.-медицинскаго инспектора, по поводу *50-лѣтія его врачебной дѣятельности*. Туркестанское медицинское Общество избрало *И. П.* своимъ почетнымъ членомъ и поднесло ему составленный въ прочувствованныхъ выраженіяхъ адрессъ. Очень теплый адрессъ поднесли юбиляру и женщины-врачи, начавшія службу въ бытность его окружнымъ в.-медицинскимъ инспекторомъ въ открытыхъ по его почину амбулаторныхъ лѣчебницахъ для туземныхъ женщинъ и дѣтей.

734. 4-го апрѣля въ Московской Маріинской больницѣ *тепло чествовали* аптекаря *А. Я. Яковлева* по поводу 30-лѣтія его службы въ больницѣ («Русское Слово», 6 апрѣля).

735. По словамъ «Новостей» (5 апрѣля), Виленское медицинское Общество *высказалось противъ регламентаціи проституціи*, справедливо находя, что принудительное лѣченіе не достигаетъ цѣли и вселяетъ въ населеніе ложную увѣренность въ безопасности.

736. По словамъ «Приднѣпровскаго Края» (25 марта), Ярославской губернской земской Управой разосланы на обсужденіе всѣхъ уѣздныхъ земствъ *ходатайства уполномоченнаго «Общества борьбы съ заразными болѣзнями»*: 1) объ учрежденіи во всѣхъ врачебныхъ и фельдшерскихъ участкахъ на страдную пору яслей-пріютовъ, съ обязательствомъ возможно частаго осмотра дѣтей и выдѣленія больныхъ сифилисомъ для лѣченія ихъ; 2) объ учрежденіи врачебно-санитарныхъ бюро, гдѣ-бы сосредоточивались всѣ свѣдѣнія о заболѣваемости сифилисомъ; 3) при постройкѣ больницъ удѣлять 1 или 2 комнаты исключительно для сифилитиковъ, при чемъ «Общество борьбы съ заразными болѣзнями» можетъ взять на себя содержаніе кроватей; 4) какой видъ борьбы съ сифилисомъ Собраніе считало-бы наиболѣе цѣлесообразнымъ (устройство бараковъ при земскихъ больницахъ, устройство отдѣльныхъ больничекъ, организацію летучихъ отрядовъ и т. д.)? Губернское земское Собраніе постановило относительно поставленныхъ вопросовъ освѣдомиться о мнѣніи уѣздныхъ земствъ, полагая, однако, что наиболѣе цѣлесообразнымъ способомъ являлось-бы учрежденіе особыхъ сифилитическихъ отдѣленій при сельскихъ больницахъ, какъ это было признано желательнымъ на всероссійскомъ по вопросу о борьбѣ съ сифилисомъ Съѣздѣ.

737. Л. С. Аржановъ *пожертвовалъ 200000 р.* на постройку, снабженіе всѣмъ необходимымъ и обезпеченіе заразнаго отдѣленія больницы Ольгинской Общины въ Самарѣ («Самарская Газета», 7 апрѣля).

738. Въ Оргѣевѣ освящена *земская глазная лѣчебница*, построенная и снабженная всѣмъ необходимымъ на средства Х. Н. Топалова («Бессарабецъ», 8 апрѣля).

739. По словамъ «Новостей» (10 апрѣля), Люблинская интеллигенція рѣшила построить въ Люблинѣ *дѣтскую больницу*. Постройка обойдется въ 100000 р. Для сбора пожертвованій образованъ Комитетъ.

740. Предсѣдатель Комитета вспомогательнаго Общества «Санаторій» д-ръ *М. С. Зерновъ* проситъ насъ напечатать слѣдующее: «Комитетъ вспомогательнаго Общества «Санаторій» на Эссентукской группѣ Кавказскихъ минеральныхъ водъ доводитъ до общаго свѣдѣнія, что желающіе поступить въ санаторій должны прислать заявленіе предсѣдателю Комитета съ описаніемъ своего матеріальнаго положенія и со свидѣтельствомъ врача. При этомъ слѣдуетъ указать, въ какую очередь больной желаетъ поступить: 1-ая очередь начинается съ 15-го мая, а 2-ая съ 1-го іюля. При равныхъ условіяхъ предпочтительно принимается тотъ изъ малосостоятельныхъ, кто состоитъ членомъ Общества. Плата за помѣщеніе съ полнымъ содержаніемъ 40 р. въ мѣсяцъ съ человѣка. Разборъ заявленій начнется со 2-ой половины апрѣля. На отвѣтъ слѣдуетъ прилагать марку. Брошюра о санаторіи стоитъ 10 к. Заявленія до 5-го мая принимаются въ Москвѣ (Трубниковскій, *М. С. Зернову*), позднѣе—въ Эссентукахъ».

741. Въ урочищѣ «Новинка», близь Минска, Общество пособія бѣднымъ больнымъ открываетъ въ маѣ *лѣтнюю санаторію для больныхъ бугорчаткой* на 18 кроватей («Новое Время», 13 апрѣля).

742. 31 марта въ Звенигородкѣ, Кіевской губ. *открыта еврейская больница*, построенная на средства гг. Стародубскаго и Юшпы («Кіевское Слово», 4 апрѣля).

743. Въ «Санитарномъ обзорѣ Тамбовской губ.» (1903 г., № 2) д-ръ *П. П. Макаренко описываетъ санитарное состояніе винокуренныхъ заводовъ*. При изслѣдованіи санитарнаго положенія винокуренныхъ заводовъ авторъ обратилъ особое вниманіе на квасильныя отдѣленія, гдѣ происходитъ броженіе, т. е. превращеніе изъ крахмала глюкозы въ спиртъ съ выдѣленіемъ углекислоты при помощи жизнедѣятельности дрожжей. Владѣльцы заводовъ, при полной своей безпечности къ вопросамъ санитаріи, усиленно стараются избѣгать устройства провѣтриванія, въ силу чего воздухъ въ квасильныхъ крайне плохъ и насыщенъ углекислотой и пр. продуктами броженія. Какого рода долженъ быть воздухъ на этихъ заводахъ, можно видѣть изъ приводимаго авторомъ фактическаго матеріала по 4-мъ заводамъ. Квасильни имѣютъ различную емкость—отъ 43 до 213 к. саж., гдѣ помѣщается по 6 квасильныхъ чановъ съ общей емкостью отъ 4000 до 10000 вед. При процессѣ броженія выдѣляется громадное количество углекислоты, отъ 62 до 144 клгрм. въ теченіи 1 часа—такое количество, какое могутъ выдѣлить при дыханіи только нѣсколько тысячъ человѣкъ (1000—4000). Каковы санитарныя условія работы, можно видѣть изъ слѣдующаго: на одномъ заводѣ въ квасильнѣ имѣлась только 1 вытяжная труба, работавшая далеко недостаточно; на верхнемъ полу, поднятомъ надъ поломъ помѣщенія на 0,80 саж., гдѣ постоянно находились рабочіе, лампа, поставленная на полъ, горѣть не могла; по нижнему-же полу ходить было совсѣмъ нельзя: человѣкъ тамъ задыхался, что и было съ однимъ изъ сотрудниковъ автора. Въ помѣщеніяхъ для перегонныхъ приборовъ—довольно высокая температура и воздухъ насыщенъ парами спирта. Главную часть сточныхъ водъ на винокуренныхъ заводахъ составляетъ грязная вода отъ мойки картофеля, затѣмъ отъ замочки зерна, мойки половъ и т. д. Отстойниковъ и фильтровъ для грязныхъ водъ на винокуренныхъ заводахъ нѣтъ нигдѣ, и онѣ прямо спускаются въ прудъ или рѣку. Немалое значеніе съ санитарной точки зрѣнія имѣетъ барда и сивушное масло. Барда скармливается скоту и продается до $1^1/_2$—2 коп. за ведро, а иногда прямо спускается въ рѣку. Тоже нужно сказать и о сивушныхъ маслахъ; хотя по вопросу объ уничтоженіи сивушныхъ маслъ и имѣются спеціальныя акцизныя постановленія, но они преслѣдуютъ исключительно фискальную цѣль и не воспрещаютъ спуска этихъ маслъ въ пруды. Результаты очевидны—рыба въ зараженныхъ такимъ образомъ прудахъ и рѣкахъ дохнетъ; возможно-ли, чтобы и для скота, а особенно для людей такая вода была безвредна?

744. Изъ *Отчета о дѣятельности Pasteur'овской станціи въ Москвѣ при больницѣ имени Александра III за 1901 г.* (Отд. отт. 1903 г., Москва) видно, что въ отчетномъ году на Московской *Pasteur*'овской станціи были на излѣченіи 2337 чел.—1544 мужчинъ и 793 женщинъ. Предохранительнымъ прививкамъ изъ числа неукушенныхъ, но приходившихъ въ соприкосновеніе съ бѣшенными животными, подвергались 187 чел. Обращались за лѣченіемъ въ теченіи первыхъ 3-хъ дней послѣ укуса 221, до 7 дней 908, въ теченіи первыхъ 2-хъ недѣль 719, 3-хъ 130, 4-хъ 42, въ теченіи первыхъ 2-хъ мѣс. 51, 3-хъ 3 чел. Укусы были нанесены собаками 2020, волками 57, прочими животными 250 разъ. Бѣшенство кусавшихъ животныхъ было установлено экспериментально 335 разъ, на основаніи данныхъ вскрытія 1105 и только подозрѣвалось 897 разъ. Наибольшее число поступленій дала Тульская губ. (303 больныхъ), за нею Тамбовская (275), Московская (270) и Рязанская (210). Изъ самой Москвы поступили 92 чел. Наиболѣе частыми, по даннымъ станціи, были укусы въ руки 63,58%, укусы въ ноги были у 20,07%, а въ лицо и голову у 8,38%. % смертности былъ: въ 1899 г. при укусахъ въ голову и лицо 3,61, въ руки 0,84, въ ноги 0,42; въ 1900 г. соотвѣтствующія цифры были 2,74, 0,96 и 0, а въ 1901 г. 2,43, 1,28 и 0. При оцѣнкѣ укусовъ по роду кусавшихъ жувотныхъ смертность представляется такою: въ 1899 г. при укусѣ волками она была 2,39%, собаками 1,09% и кошками 0,94%, въ 1900 г. 4,54%, 0,99 и 0,21%, а въ 1901 г. 7,01%, 0,96 и 0,50%. Смертность вообще послѣ прививокъ за отчетный годъ была такая: во время производства лѣченія и до истеченія 2-хъ недѣль по окончаніи его умерли 15 чел., послѣ окончанія лѣченія 24. Зачаточный періодъ въ первомъ случаѣ былъ 15—22—38 дней, а во второмъ—28, 39, 55, 62, 85, 126—145—150—180—236—287 дней.

745. «Нижегородскій Листокъ» (5 апрѣля) сообщаетъ, будтобы *въ Могилевѣ* произошелъ слѣдующій *случай*. «Въ лѣчебницу Краснаго Креста пришелъ еврейскій мальчикъ съ просьбою вынуть изъ уха застрявшій въ немъ обломокъ спички. Врачъ больницы, г. *Б.*, осмотрѣвъ больного, спросилъ, какой онъ вѣры?—Еврейской,—отвѣтилъ мальчикъ.—Ну, въ такомъ случаѣ ступай къ своимъ еврейскимъ докторамъ,—сказалъ г. *Б.* и ни за что не хотѣлъ оказать помощи ребенку».—Неужели это правда? Фамилія г. *Б.*, къ сожалѣнію, не приведена полностью.

746. Въ «Приднѣпровскомъ Краѣ» (3 апрѣля) перепечатано изъ «Амурскаго Края» слѣдующее *письмо* ж.-вр. *Бочкаревой*: «27-го февраля сего года въ засѣданіи Благовѣщенской Думы я была избрана большинствомъ голосовъ на должность 2-го врача городской больницы. По окончаніи выборовъ д-ръ *Чердынцевъ* заявилъ, что женщина-врачъ при городской больницѣ—элементъ нежелательный. Странно какъ-то слышать отъ врача такое заявленіе. Женщины-врачи доказали неоднократно и повсюду всѣмъ слоямъ общества, что онѣ могутъ работать, не уступая мужчинамъ ни въ знаніяхъ, ни въ распорядительности, ни въ выполненіи возложенныхъ на нихъ обязанностей, превосходя часто въ аккуратности и тщательности исполненія своего дѣла. Очень печально, что приходится вступать въ новую должность при такихъ враждебныхъ отношеніяхъ товарища-сослуживца».—Что-то скажетъ на это г. *Чердынцевъ?*

747. «Донская Рѣчь» (7 апрѣля) передаетъ, будто нѣкій врачъ въ Хони обратился къ своимъ больнымъ съ слѣдующимъ—дов. безграмотнымъ, не говоря уже о непозволительности содержанія—*воззваніемъ*: «Довожу до свѣдѣнія почтеннѣйшей Хонской публики, что я на квартиру больныхъ не принимаю. Желающіе могутъ найти меня дома отъ 11 час. утра до 2 час. пополудни и отъ 5 час. до 9 час. вечера. При семъ же имѣю честь сообщить, что для ѣзды фаэтонъ долженъ быть обязательно на резиновыхъ шинахъ и съ мягкимъ сидѣніемъ.—Съ почтеніемъ докторъ *N.*»— Не утка-ли?

748. Д-ръ *Г. Вороновъ* (*Georges Voronoff*), главный секретарь «*Хедивскаго медицинскаго Общества*» («Societé Khédiviole de médecine») *въ Каирѣ*, любезно извѣстилъ насъ объ открытіи этого Общества декретомъ Хедива отъ 14-го апрѣля (н. ст.) текущаго года. Бюро Общества составляютъ: президентъ д-ръ *Comanos Pacha*, вице-президенты—д-ръ *С. Вороновъ* (*S. Voronoff*)

Digitized by Google

и *Ibrahim Pascha Hassan* и главный секретарь (Caire, Rue El Manakh).

749. *M. Revon*, бывшій въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ профессоромъ въ Университетѣ въ Токіо, сообщаетъ въ своихъ воспоминаніяхъ о поражавшихъ его *работоспособности и настойчивости японскихъ студентовъ* въ преслѣдованіи поставленныхъ ими себѣ учебныхъ цѣлей; нужно было не поощрять ихъ къ работѣ, а, напротивъ, удерживать отъ чрезмѣрнаго труда. Получить на экзаменѣ неудовлетворительную отмѣтку считается въ Японіи прямо позоромъ, и потому это случается тамъ крайне рѣдко («La Médecine moderne», № 15).

750. Д-ръ *E. Raht* сообщаетъ въ «Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte» (№ 7) о *благопріятномъ дѣйствіи краснаго свѣта на теченіе оспы*. Во время 2-хъ оспенныхъ эпидемій, которыя ему, въ качествѣ санитарнаго врача, пришлось наблюдать въ Швейцарскихъ городахъ Neunkirch'ѣ и Schaffhausen'ѣ въ 1901 и въ 1903 гг., онъ убѣдился, что, благодаря примѣненію въ оспенныхъ баракахъ сплошныхъ красныхъ занавѣсей на окнахъ, а вечеромъ—красныхъ абажуровъ на лампахъ, всѣ оспенные больные, даже съ очень тяжелой сливной формой, выздоровѣли, и на кожѣ у нихъ не осталось никакихъ рубцовъ; оставшіяся-же на мѣстѣ гнойничковъ небольшія пятна постепенно исчезли. Напротивъ, въ нѣсколькихъ частныхъ домахъ, гдѣ, вопреки совѣту врача, примѣнять красныхъ занавѣсей не желали, оспа оставила на кожѣ больныхъ глубокіе рубцы и впадины.

751. Какъ вообще велико *число больныхъ бугорчаткою въ больницахъ*, показываетъ слѣдующая цифровая справка за 1 день относительно больницъ Общественнаго призрѣнія въ Парижѣ: 17-го минувшаго марта изъ 4117 больныхъ, находившихся въ этотъ день во всѣхъ больницахъ города, одныхъ больныхъ бугорчаткою было 168,5, т. е. около 40%; въ одинъ изъ дней прошлогодней осени ихъ было еще больше, около 4,5% («La Médecine moderne», 30 марта).

752. *Число студентовъ-медиковъ въ Германскихъ университетахъ* все продолжаетъ уменьшаться; за послѣднія 10 лѣтъ уменьшеніе это выразилось 22%. Въ истекшемъ зимнемъ семестрѣ всѣхъ студентовъ-медиковъ на медицинскихъ факультетахъ въ Германіи было 7796, въ настоящемъ-же лѣтнемъ семестрѣ ихъ было только 6072. Особенно рѣзко уменьшается число студентовъ-медиковъ въ Würzburg'ѣ, Leipzig'ѣ, München'ѣ и Berlin'ѣ («Deutsche medicinische Wochenschrift», № 10).

753. Д-ръ *P. Pfaehler* удалилъ *огромную*—по видимому, самую большую среди описанныхъ до сихъ поръ—кисту яичника. Изъ кисты послѣ прокола ея вытекло 74 литра жидкости, вѣсъ которой былъ 97 клгрм., т. е. нѣсколько больше 5 пуд. Вѣсъ больной послѣ удаленія кисты былъ всего 47 клгрм., такъ что по размѣрамъ больная являлась какъ бы придаткомъ своей опухоли. Больной—42 года; операцію она перенесла благополучно («Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte», № 7).

754. «*Патентованныя лѣкарства изгнаны изъ Швеціи*». Подъ такимъ заглавіемъ печатаетъ «The Journal of the American Medical Association» (2 апрѣля) письмо одного своего корреспондента, которое мы считаемъ нелишнимъ привести въ дословномъ переводѣ. «Washington» 22 марта. Я прочелъ въ одной мѣстной газетѣ такого рода извѣстіе: «*Патентованныя средства изгнаны изъ Швеціи; пилюли Pink'а и все подобное ненужны болѣе; дрогистовъ въ странѣ только по 1 на 15000 жителей*». И такъ, промышляющіе названными лѣкарствами американцы могутъ не разсчитывать болѣе на сбытъ ихъ въ Швеціи. Это предостереженіе послалъ имъ посланникъ Thomas изъ Stockholm'а. Ни одной патентованной пилюли, стклянки или препарата нельзя теперь добыть въ королевствѣ, и 350 аптекарей, вѣдающихъ фармацевтическое дѣло въ странѣ, объявили, что они отказываются отъ этого вида торговли. Ввозъ патентованныхъ средствъ, сообщаетъ Thomas, угрожаетъ наказаніемъ провинившемуся и конфискаціей товара. Въ Швеціи 1 дрогистъ приходится только на 15000 жителей, и члены этой профессіи считаютъ себя, добавляетъ посланникъ, «состоящими на службѣ обществу и въ нѣкоторомъ родѣ стражами общественнаго здоровья».—Благословенная Швеція! Какимъ благодѣяніемъ было-бы подобное узаконеніе для просвѣщенной (?) (знакъ вопроса принадлежитъ автору письма. *Ред.*) Америки. Кто среди насъ не знаетъ, къ чему ведетъ легкомысленный, беззастѣнчивый, почти преступный и безъ сомнѣнія незаконный отпускъ лѣкарствъ и лѣченіе дрогистами? И, еще хуже, въ какой массѣ случаевъ мы наблюдаемъ печальные результаты такого лѣченія на нашихъ больныхъ? Печально уже самое предложеніе этихъ безчисленныхъ сотенъ патентованныхъ средствъ (часто ядовъ) несвѣдущей и легковѣрной публикѣ и то, что рекламы о нихъ нагло лѣзутъ Вамъ въ лицо на каждомъ шагу. Но что наши дрогисты, которые *должны* быть «стражами общественнаго здравія», навязываютъ больному эти снадобья, зная, что многія изъ нихъ или безполезны, или опасны, и часто даже отговариваютъ его отъ обращенія къ врачу,—это по истинѣ несчастье для нашей возлюбленной родины (to our beloved country). Неужели не найдется средствъ противъ этого?».—Имѣяй уши слышати—да слышитъ.

755. Д-ръ *Sheldon* сообщаетъ въ «New-York Herald'ѣ», по «Journal de médecine et de chirurgie pratiques» (10 апрѣля), *исторію болѣзни 3-хъ сестеръ*, которыя въ одинъ и тотъ-же день были оперированы по поводу аппендицита, а за нѣсколько мѣсяцевъ передъ тѣмъ такую-же операцію перенесъ ихъ отецъ.

756. Въ Salzburg'ѣ предположено воздвигнуть *памятникъ* великому врачу, естествоиспытателю и философу *Теофрасту Парацельсу*. Мысль объ этомъ подалъ архиваріусъ д-ръ *Strunz* въ Berlin'ѣ, біографъ *Парацельса* и издатель его сочиненій («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 17 апрѣля).

757. По извѣстіямъ New-York'ской газеты «The Sun», Berlin'скій проф. офталмологіи *Greeff* провѣрялъ, по желанію императора Wilhelm'а, степень достовѣрности исходящихъ изъ Петербурга сообщеній о томъ, будто слѣпые въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ видѣть предметы, освѣщаемые лучами радія. Выводы получились отрицательные. Проф. *G.* нашелъ, что тѣ изъ слѣпыхъ, у которыхъ зрательные нервы не совсѣмъ погибли, могутъ различать предметы передъ экраномъ, который свѣтится отъ радія, но тоже самое наблюдается и при освѣщеніи полупрозрачнаго экрана обыкновенной лампой, такъ-что собственно *отъ радія слѣпымъ ждать, по видимому, нечего* («Medical Record» 2 апрѣля).

758. «The British Medical Journal» (16 апрѣля) приводитъ выдержки изъ письма капитана *L. Bayly* (по видимому, врача) съ англійскаго крейсера Talbot *о боѣ при Чемульпо*. По дошедшимъ до *Bayly* свѣдѣніямъ съ «Варяга», сраженіе это выяснило, съ какими трудностями сопряжено дѣло подачи медицинской помощи въ современномъ морскомъ бою. Такъ, подноска раненыхъ на носилкахъ оказалась на «Варягѣ» совсѣмъ почти невозможною: нѣсколько подносчиковъ были убиты за работой, и внизъ къ врачу (помѣщавшемуся ниже ватеръ-линіи) были доставлены всего-на-всего 5 раненыхъ, при томъ 2 изъ нихъ—уже мертвыми. Изъ 150 человѣкъ, которые во время боя были заняты на верхней палубѣ «Варяга», 28% были убиты и 45% ранены. Раны у многихъ представлялись какъ-бы уколами ширины въ верхушку мизинца при $^3/_4$—1 дюймѣ глубины; изъ инородныхъ тѣлъ въ нихъ находимы были только куски платья. Передъ боемъ команда «Варяга» получила инструкціи о подачѣ первой помощи и матеріалъ для повязокъ, благодаря чему, по заявленію врача, спасено было нѣсколько жизней.

759. Февральская книжка «Sei-i-Kwai Medical Journal» содержитъ, по «The British Medical Journal» (16 апрѣля), *свѣдѣнія о теперешней дѣятельности Японскаго Краснаго Креста* въ Кореѣ и отчасти о 1-мъ сраженіи при Портъ-Артурѣ. Здѣсь сообщается, между прочимъ, что Японскій Красный Крестъ принялъ въ свое вѣдѣніе англійскую больницу въ Чемульпо и что мѣста въ ней, 24 числомъ, были заняты русскими. Всего въ названномъ сраженіи убыло съ японской стороны 33 чел.—5 убитыми (3 офицера) и 28 ранеными (7 офицеровъ). Было нѣсколько осложненныхъ переломовъ, но большинство ранъ не тяжелыя—причинены осколками снарядовъ и «частями палубъ и мачтъ». Одинъ раненый въ бедро офицеръ страдаетъ, какъ передаютъ, припадками свинцоваго отравленія.

760. Громадное развитіе, которое приняла въ Японіи за послѣднія 30 лѣтъ промышленность и торговля, объясняются главнымъ образомъ, по «Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges» (1 апрѣля), *прекраснымъ состояніемъ народнаго просвѣщенія* въ этой странѣ. Кромѣ 5 университетовъ, въ Японіи имѣется 27015 государственныхъ и 600 частныхъ народныхъ школъ, 170 гимназій (въ томъ числѣ 40 частныхъ) мужскихъ и 27 (7 частныхъ) женскихъ. Сюда надо добавить 47 учительскихъ семинарій, 72 техническихъ школы, 140 школъ искусствъ и промышленности (15 частныхъ) и 120 школъ сельскаго хозяйства, музыки, торговли, военнаго дѣла и т. д. Изъ университетовъ 2, въ Токіо и Кіото, государственные и 3 (въ томъ числѣ 1 женскій) частные. Сверхъ того, правительствомъ предположенъ университетъ на о-вѣ Кіусіу и одинъ въ Хакодате. Высшее спеціальное образованіе доставляютъ 2 политехническихъ и коммерческихъ школы, учительская семинарія, консерваторія, школы военная и морская. До посѣщенія высшихъ учебныхъ заведеній японскій гимназистъ долженъ прослушать 1—13 полугодій, смотря по избранной спеціальности, въ одной изъ 6 «приготовительныхъ академій». Посѣщеніе народной школы обязательно и безплатно, почему всѣ японцы знаютъ читать и писать. По окончаніи 4-хъ лѣтъ обученія въ ней каждому ученику предоставляется право поступать въ одну изъ среднихъ школъ (курсъ 4—5 лѣтъ), откуда черезъ «приготовительныя академіи» идетъ путь въ высшія учебныя заведенія (курсъ 6 лѣтъ). Полный циклъ обученія требуетъ такимъ образомъ 15—18 лѣтъ времени. Стоимость обученія равна 20—90 нѣмецкимъ маркамъ за $^1/_2$ года, но почти $^1/_3$ учащихся предоставлены казенныя стипендіи. Женскія учебныя заведенія поставлены такъ же, какъ и мужскія; женскій университетъ въ Токіо, напр., имѣетъ 4 факультета—литературно-историческій, медицинскій, естественно-историческій и соціально-экономическій.

761. *Умерли:* 1) Въ Калишѣ предсѣдатель мѣстнаго Общества врачей *Вильгельмъ Юльевичъ Рюдигеръ* («Przegląd lekarski», 16 апрѣля), родившійся въ 1855 г., а званіе врача получившій въ 1878 г.—2) 9-го апрѣля, въ Москвѣ, бывшій главный врачъ Преображенской больницы *Иванъ Васильевичъ Константиновскій* («Русскія Вѣдомости», 11 апрѣля), родившійся въ 1838 г., а званіе врача получившій въ 1860 г.—3) 11-го апрѣля, въ Петербургѣ, врачъ-ассистентъ Барачной въ память С. П. Боткина больницы *Сергѣй Николаевичъ Черепнинъ* («Новое Время», 13 апрѣля).—4) 11-го апрѣля, въ Москвѣ, *Петръ Поліевктовичъ Чистяковъ* («Русскія Вѣдомости», 12 апрѣля), родившійся въ 1863 г., а званіе врача получившій въ 1887 г.

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Русскіе.

**Вопросы нервно-психической медицины.** Январь—Мартъ. Т. IX.

1. **П. В. Петровскій.** *Къ физіологіи щитовидной железы.* Литературный очеркъ и собственное изслѣдованіе надъ лишенными щитовидной железы животными. 2. **И. А. Сикорскій.** *Біологическіе вопросы въ психологіи и психіатріи.* Значеніе вырожденія съ психологической точки зрѣнія. 3. **Л. Л. Гейденрейхъ.** *Заболѣваніе бѣшенствомъ отъ укуса собаки или отъ Pasteur'овскихъ прививокъ.* Случай автора даетъ возможность предположить заболѣваніе отъ *Pasteur*'овскихъ прививокъ.

**Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины.** Январь.

1. **П. И. Фроловъ.** *Къ характеристикѣ порубовъ черепного свода.* 2 случая. 2. **Н. Кирилловъ.** *Холерная эпидемія 1902 г. на Дальнемъ Востокѣ.* Описаніе эпидеміи. 3. **С. Н. Ярусовъ.** *Къ вопросу о вліяніи пола и возраста на заболѣваемость возвратной горячкой и смертность отъ нея.* Статистич. данныя.

**Казанскій Медицинскій Журналъ.** Ноябрь — Декабрь. Т. III.

1. **А. Д. Никольскій.** *Бактеріологическое изслѣдованіе воздушной пыли въ усадьбѣ Казанскаго военнаго госпиталя и въ его зданіяхъ.* Въ опытахъ автора оказались почти одни неболѣзнетворные микробы. 2. **П. Я. Овчинниковъ.** *Случай врожденнаго отсутствія почки (aplasia s. agenesia renis).* 3. **Ѳ. Н. Чарушинъ.** *Къ вопросу о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ автоматическихъ нервныхъ узлахъ сердца у человѣка.* (Окончаніе). 4. **Н. М. Любимовъ.** *Къ ученію объ острой лейкэміи.* (Продолженіе).

#### Англійскіе.

**The Journal of Hygiene.** Январь. Т. IV. № 1.

1. **William Bulloch** and **J. J. Macleod.** *The chemical constitution of the tubercle bacillus.* Химическій составъ палочекъ бугорчатки. 2. **Alexander Edington.** *Further remarks on the production of a malarial form of south Africanhorse-sickness.* Объ Южно-африканской формѣ болотной лихрадки. 3. **E. F. Bashford.** *Some fundamental experiments on immunity illustrated.* Нѣкоторые опыты по вопросу о невосприимчивости. 4. **A. E. Boycott** and **J. S. Haldane.** *«Ankylostomiasis» № 2.* Объ анкилостомныхъ заболѣваніяхъ. 5. **Herbert E. Durham.** *Notes on beriberi in the malay peninsula and on christmas Island (Indian ocean).* О бери-бери въ Малайскомъ архипелагѣ.

**The Journal of Physiology.** Февраль. Т. XXX. № 5 и 6.

1. **A. H. Mackie** and **Charles Murray.** *Intravascular injection of salts and of nucleo-proteid.* Внутривенныя впрыскиванія нуклеопротеидовъ. 2. **Otto May.** *The relationship of bloodsupply to secretion, with especial reference to the pancreas.* Зависимость секреціи железъ и въ особенности поджелудочной отъ кровоснабженія органа. 3. **W. M. Fletcher.** *The osmotic properties of muscle, and their modifications in fatigue and rigor.* Осмотическія свойства мышцъ и измѣненія ихъ при утомленіи и окоченѣніи. 4. **J. N. Langley** and **H. K. Anderson.** *On the union of the fifth cervical nerve with the superior cervical ganglion.* О соединеніи 5-го шейнаго нерва съ верхнимъ шейнымъ нервнымъ узломъ. 5. **Keith Lucas.** *On the influence of tension upon the contraction of skeletal muscle at high temperatures.* Вліяніе натяженія на сокращеніе мышцъ скелета и на ихъ температуру. 6. **E. G. Willcock.** *The action of the rays from radium upon some simple forms of animal life.* Вліяніе лучей радія на нѣкоторыхъ простѣйшихъ животныхъ. 7. **Cartain R. H. Elliot** and **E. Burnett.** *A modification of professor Schäfer's frog heart plethysmograph, with some observations on the method of usingit.* Видоизмѣненіе плетизмографа для сердца лягушки и нѣкоторыя мнѣнія о способѣ пользованія имъ. 8. **R. Row.** *On some effects of the constituents of Ringer's cironlating fluid on the plain muscle of rana tigrina.* Вліяніе составныхъ частей жидкости *Ringer*'а на гладкія мышцы лягушки. 9. **T. G. Brodie** and **W. E. Dixon.** *Contributions to the physiology of the lungs.* Part II. Къ вопросу о физіологіи легкихъ. 10. **W. B. Warrington.** *Note on the ultimate fate of ventral cornual cells after section of a number of posterior roots.* Судьба клѣтокъ передникъ роговъ спинного мозга послѣ перерѣзки вентральныхъ корешковъ.

#### Французскіе.

**Archives d'électricité médicale experimentales et cliniques.** Февраль. № 136. Г. 12.

1. **J. Bergonié.** *Le radium au point de vue médical ce qu'on en sait et ce qu'on en ignore.* Опыты съ радіемъ. Испусканіе тепловыхъ и свѣтовыхъ лучей. 2. **J. F. Halls-Dally.** *Sur l'emploi des rayons x dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.* Лѣченіе легочной бугорчатки х-лучами. 3. **T. Marie.** *Nouvel appareil photothérapique à arc électrique. Considération qui justifient son emploi.* Примѣненіе вольтовой дуги въ свѣтолѣченіи. (Продолженіе). 4. **J. A. S. Mackenzie Davidson.** *Le bromure de radium. Note sur quelques cas dans lesquels il a été essayé.* Нѣсколько случаевъ примѣненія бромистаго радія съ лѣчебными цѣлями. 5. **Gérald Sichel.** *Un cas de rodent ulcer (epithelioma) traité par le radium.* Описаніе случая.

Мартъ. № 137.

1. **Antony** et **Loison.** *Examen du coeur à la radioscopie au point de vue de l'aptitude au service militaire.* Примѣненіе радіоскопіи для распознаванія сердечныхъ заболѣваній въ военной службѣ. 2. **T. Marie.** *Nouvel appareil photothérapique à arc électrique, considérations qui justifient son emploi.* (Продолженіе). 3. **J. Bergonié.** *Le radium au point de vue médical ce qu'on en sait et ce qu'on en ignore.* (Продолженіе).

**Annales de l'Institut Pasteur.** Февраль. Т. XVIII. № 2.

1. **Edmond** et **Etienne Sergent.** *Essai de campagne antipaludique selon la methode de Koch.* Опытъ борьбы съ болотной лихорадкой по способу *Koch*'а. 2. **Они-же.** *Campagne antipaludique en Algérie.* Борьба съ болотной лихорадкой въ Алжирѣ въ 1903 г. 3. **Jules Bordet** et **Octave Gengou.** *Recherches sur la coagulation du sang.* Къ вопросу о свертываніи кровяной сыворотки. 4. **Gabriel Bertrand.** *Action de la laccase sur le gaïacol.* Химическій анализъ вліянія лакказы на гуаяколъ. 5. **E. Duclaux.** *Études d'hydrographie souterraine.* (Продолженіе).

**Annales de médecine vétérinaire.** Мартъ. № 3. Г. 53.

1. **Liénaux** et **Zwaenepoel.** *Contribution expérimentale à l'étude de la répartition des pressions sur la paroi du sabot du cheval.* 2. **E. Léinaux.** *Hypertrophie et dilatation générales du coeur chez un cheval. Pseudo-rétrécissement mitral.* 3. **Liénard.** *Cause rare de cornage chez un porc.*

**Annales d'hygiène publique et de médecine légale.** Мартъ. Т. I.

1. **Brouardel.** *Malformation des organes génitaux de la femme.* Значеніе уродства женскихъ половыхъ органовъ въ судебно-медицинской практикѣ. По поводу 2-хъ случаевъ. 2. **Messier.** *L'alcoolisme en province.* Вліяніе алкоголя на умственныя способности. 3. **Frédéric Dufour.** *Meurtre à l'aide de 49 coups de couteau.* Описаніе случая съ свѣтовыми снимками, снятыми съ трупа. 4. **Paul le Gendre.** *Rôle du médecin scolaire.* Значеніе врача въ школьной гигіэнѣ. 5. **J. Socquet.** *Mort par blessure accidentelle de l'oeil sans lesion des paupières. Expertise médico-légale.* Описаніе случая. 6. **Doumer.** *Institut de médecine coloniale de l'Université de Paris.* Краткое описаніе.

**Archives de neurologie.** Мартъ. Т. XVII. № 99.

1. **P. Keraval** et **A. Danjean.** *L'état du fond de l'oeil chez les paralytiques généraux.* Офталмоскопическія изслѣдованія у 41 больного. 2. **Alexandre Paris.** *Epilepsie: Pathogénie et indications thérapeutiques.* (Продолженіе).

**Bulletin de L'Institut Pasteur.** Февраль. Т. XI. № 4.

**H. Mouton.** *Les divers rayon et leur action physiologique et thérapeutique.* Критическій обзоръ о физіологическомъ и лѣчебномъ дѣйствіи различнаго рода лучей.

**Revue de chirurgie.** Февраль. Т. XXIX. № 2.

1. **F. Gross** et **G. Gross.** *Perforation de l'estomac par ulcère.* По поводу 2-хъ случаевъ, окончившихся смертью. (Не окончена). 2. **F. Terrier** et **P. Lecène.** *Un nouveau cas de kyste juxtra-intestinale.* Железистая мѣшковидная опухоль помѣщалась въ толщѣ брыжейки. 3. **P. Le Damany.** *Une nouvelle théorie pathogénique de la luxation congénitale de la hanche.* Новая теорія врожденныхъ вывиховъ бедра. (Не окончена). 4. **P. Malapert** et **R. Morichau-Beauchant.** *Des angiomes du sein.* Случай сосудистой опухоли правой груди у 12-лѣтней дѣвочки. 5. **Mally** et **L. Richon.** *Contribution à l'étude des impotences fonctionnelles consécutives aux traumatismes articulaires.* Критическій обзоръ. (Не окончена). 6. **P. Soubeyran.** *Le myxome pur des os.* Описаніе случая съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ. (Не окончена). 7. **L. Thévenot.** *Recherches expérimentales sur les fractures limitées du fond de la cavité cotyloïde.* Опыты надъ подвздошной костью. 8. **Paul Guibal.** *Ulcère perforé de l'estomac. Intervention-guérison. Considerations sur le drainage dans les péritonites.* Критическій очеркъ по поводу одного случая. 9. **Joseph Guyot.** *Ostéomyélite aiguë de l'éxtremité supérieure du fémur.* По поводу одного случая. (Не окончена).

Мартъ. № 3. Г. 24.

1. **H. Duret.** *Sur les manifestations des tumeurs de la région rolandique ou motrice.* Въ виду распространенности чувствительно-двигательной области въ мозговыхъ полушаріяхъ развивающіяся вблизи *Roland*'овой борозды опухоли вызываютъ самые разнообразные припадки; поэтому для правильнаго распознаванія необходимо принимать въ разсчетъ время появленія и порядокъ развитія припадковъ. 2. **F. Gross** et **G. Gross.** *Perforation de l'estomac par ulcère.* (Продолженіе). 3. **Léon Cahier.** *Sur les myostéomes traumatiques particulièrement sur leur pathogénie et leur traitement opératoire.* 1 собственное наблюденіе и краткій перечень случаевъ изъ литературы. 4. **P. Le Damany.** *Une nouvelle théorie pathogénique de la luxation congénitale de la hanche.* (Окончаніе). 5. **Maurice Patel.** *Tumeurs bénignes du corps thyroïde donnant des métastases.* Критическій очеркъ литературы доброкачественныхъ опухолей щитовидной железы, дающихъ переносы. 6. **Charles Viannay** et **Louis Pinatelle.**

Digitized by Google

*De l'envahissement de la trachée et de l'oesophage par le goitre cancéreux.* По поводу 1 своего случая перехода злокачественнаго зоба на пищеводъ и дыхательное горло авторъ приводитъ описаніе случаевъ изъ литературы. 7. C. Dambrin. *Etiologie et mécanisme des lésions de l'intestin dans les contusions abdominales.* Клиническая лекція. 8. G. Gayet. *Le traitement du cancer de l'estomac par la gastroentéro-anastomose au bouton de Jaboulay-Lumière.* (Окончаніе). 9. Henri Caubet et Salva Mercadé. *Hypertrophie congénitale des orteils (Hallomégalie).* О гипертрофіи большого пальца ноги. (Не окончена).

**Revue de médecine.** Февраль. № 2. Г. 24.

1. S. Costa. *La contagiosité de l'ictère.* Попытка установить новую точку зрѣнія на продолженіе желтухи. 2. A. Pic et S. Bonnamour. *Des troubles médullaires de l'artériosclérose, la parésie spasmodique des athéromateux.* (Продолженіе). 3. H. Verger. *Essai de classification de quelques névralgies faciales par les injections de cocaïne loco dolenti.* Классификація невральгіи ex juvantibus. (Окончаніе). 4. N. Vaschide et J. M. Lahg. *La technique sphygmographique.* Техника полученія пульсовыхъ кривыхъ.

Мартъ. № 3. Г. 24.

1. R. Lépine et Boulud. *Sur un cas de diabète lévulosurique.* Описаніе случая. 2. Ch. Féré. *Note sur le rôle pathogène de la simulation.* Случай. 3. Joseph Pawinski. *Sur l'angine de poitrine infectieuse.* О гнилостной грудной жабѣ. 4. David Olmer et Victor Audibert. *De la rétention des chlorures dans l'ascite d'origine hépatique.* Содержаніе хлоридовъ въ брюшноводяночной жидкости при заболѣваніяхъ печени. 5. L. E. Bertrand. *Le bacille de la dysenterie.* Критическій очеркъ. 6. N. Vaschide et J. M. Lahy. *La technique sphygmographique.* (Продолженіе).

**Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.** Февраль. № 4. Г. 71.

1. Chevalier. *Les liserons indigènes.* Фармакологическое изслѣдованіе. 2. L. Devaux. *Étude sur le mecanisme d'action des eaux de Salies-de-Bearn.* О дѣйствіи минеральныхъ водъ Salies de Bearne.

Мартъ. № 5. Г. 71.

1. Lannelongue. *Sur le traitement des osteo-arthrites tuberculeuses par la methode sclérogène des injections intra et extra-articulaires.* Клиническая лекція. 2. Paul Delbet. *Les varices du membre inferieur.* (Продолженіе).

**Revue d'hygiène et de police sanitaire.** Февраль Т. XXVI. № 2.

1. Adolphe Renard. *La conservation du lait par l'eau oxygénée.* Опыты автора привели его къ заключенію о полной пригодности способа сохраненія молока съ помощью перекиси водорода. 2. C. Nicolle et E. Duclaux. *Recherches expérimentales sur la conservation du lait.* Къ вопросу о способахъ сохраненія молока. 3. E. Imbeaux. *L'assainissement de Zurich.* Санитарное описаніе Zürich'a. 4. Théodore Thomson. *Du role des rats dans la peste à bord des navires.* Роль крысъ, какъ распространителей чумной заразы на суднахъ.

**Revue médicale de la Suisse Romande.** Февраль.

1. Nino Samaja. *Le siège des convulsions épileptiformes toniques et cloniques.* Экспериментальное изслѣдованіе по вопросу о мѣстоположеніи судорожныхъ центровъ. (Не окончена). 2. H. Cristiani et M. G. de Michelis. *Étude expérimentale de l'action bactério-fixatrice et bactéricide du goudron et du pétrole répandus sur les routes.* Опыты съ обеззараживаніемъ улицъ керосиномъ и дегтемъ. 3. Edmond Weber. *Fracture des métatarsiens survenant pendant la marche (pied forcé).* О переломахъ ступени при усиленной ходьбѣ. 4. Edmond Lardy. *Ostéomalacie traumatique.* Описаніе 2-хъ случаевъ.

### Итальянскіе.

**Annali d'igiene sperimentale.** Т. XIV.

1. Dante de Blasi. *Studio comparativo dialcuni stipiti di b. dysentericum.* Сравнительное изученіе нѣкоторыхъ видовъ бактерій кроваваго поноса. 2. C. Tonzig. *Sulla refezione scolastica con speciale riguardo a quella del comune di Padova.* 3. Giuseppe Cao. *Il metodo sierodiagnostico e il riconoscimento dell'amido del frumento, dell'orzo e della segale.* Серодіагностика въ примѣненіи къ распознаванію крахмала хлѣбныхъ злаковъ. 4. S. Condelli. *Batteriolisi da sostanze chimiche.* 5. F. Valagussa. *Sull'azione degli estratti di glandole tubercolari nella tubercolosi sperimentale e nella tubercolosi umana.* 6. Morello e Vaccari. *Contributo sperimentale allo studio delle associazioni batteriche nella tubercolosi pulmonare.* 7. G. Morello. *Sull'adattabilità dei batteri alle agglutinine.* О привыканіи микробовъ къ агглютининамъ.

### Нѣмецкіе

**Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere.** Февраль. Т. CI. Тетр. 7 и 8.

1. Julius Stoklasa. *Alkoholische Gährung im Thierorganismus und die Isolirung gährungserregender Enzyme aus Thiergeweben.* Авторъ изслѣдовалъ различные органы животныхъ на присутствіе въ нихъ продуктовъ алкогольнаго броженія и соотвѣтствующихъ микробовъ. 2. Jacques Loeb. *Ueber den Einfluss der Hydroxyl-und Wasserstoffionen auf die Regeneration und das Wachsthum der Tubularien.* Опыты надъ вліяніемъ іоновъ кислорода и водорода на ростъ тубулярій. 3. Robert Mayr. *Die scheinbare Vergrösserung von Sonne, Mond und Sternbildern am Horizont.* Объясненіе кажущагося увеличенія небесныхъ свѣтилъ во время ихъ приближенія къ горизонту.

Тетр. 9 и 10.

1. S. Tartakowsky. *Ueber die Resorption und Assimilation des Eisens.* Экспериментальное изслѣдованіе по вопросу о всасываніи и усвоеніи желѣза. 2. G. Martius. *Erwiederung.* Полемическая замѣтка.

Тетр. 11 и 12.

1. E. v. Cyon. *Einige Worte zu der Untersuchung von J. Masay über die physiologische Rolle der Hypophyse.* Критическая статья. 2. S. v. Basch. *Herzrhytmik und Herzarhytmie.* Литературно-критическій очеркъ о ритмѣ сердечной дѣятельности. 3. Rudolf Höber. *Resorption und Kataphorese.* Роль катафореза въ всасываніи.

**Archiv für Verdauungs-Krankheiten.** Февраль. Т. X. Тетр. 1.

1. Knud Faber und C. E. Bloch. *Ueber die pathologischen Veränderungen am Digestionstractus bei der perniciösen Anämie.* Патолого-анатомическія и микроскопическія измѣненія въ желудкѣ и кишечникѣ при злокачественномъ малокровіи. 2. Albert Mathieu. *Unwillkürliche Aërophagie bei Dyspeptikern.* О непроизвольномъ проглатываніи воздуха лицами, страдающими разстроеннымъ пищевареніемъ. 3. Hartmann. *Ueber Anwendung und diagnostische Verwertung der Weber'schen Blutprobe bei occulten Magen-und Darmblutungen.* Критическая оцѣнка способа *Weber*'а для опредѣленія присутствія крови при кишечныхъ кровотеченіяхъ. 4. Wilhelm Robin. *Zwei durch Balantidium coli hervorgerufene Colitisfälle (Balantidium colitis).* Описаніе 2 случаевъ. 5. Schüle. *Ueber die Pepsinwirkung im Magen.* Критическая замѣтка.

**Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie.** Мартъ. Т. V. Тетр. 5 и 6.

1. A. Heffter. *Ueber die Wirkung des Schwefels auf Eiweisskörper.* Измѣненія бѣлковыхъ тѣлъ подъ вліяніемъ сѣры. 2. A. Oswald. *Untersuchungen über das Harneiweiss.* Критическій очеркъ. 3. Eugen Petry. *Untersuchungen über das Verhalten der Leberzellen in physikalisch-chemischer Beziehung.* Вліяніе на печень различныхъ кислотъ. 4. K. Spiro. *Über Lösung und Quellung von Kolloiden.* Химическій анализъ коллоидныхъ тѣлъ. 5. Theodor Gümbel. *Über die Verteilung des Stickstoffs im Eiweissmolekül.* Распредѣленіе азота въ молекулѣ бѣлка. 6. Kotaro Yokota. *Über die Ausscheidung des Phlorhizins.* Краткое сообщеніе о результатахъ опытовъ на животныхъ.

**Centralblatt für allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.** Февраль. Т. XV. № 4.

1. T. Hondo. *Ueber kongenitale Bronchiektasie.* Микроскопическое изслѣдованіе въ 1 случаѣ. 2. Canon. *Weiterer Beitrag zur Methode der bakteriologischen Blutuntersuchung an der Leiche.* Критическая замѣтка.

## 2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Нѣмецкіе.

**Deutsche Aerzte-Zeitung.** Тетр. 4.

1. J. Fessler. *Die Röntgenstrahlen und ihre Bedeutung in der Chirurgie.* Значеніе лучей *Roentgen*'а для хирургіи. (Не окончена). 2. Karl Hedrich. *Das Levuretin (eine völlig reine Trockenhefe) und die Saccharomyco-Therapie (Hefekur).* (Окончаніе). 3. Ludwig Hirsch. *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* (Продолженіе).

Мартъ. Тетр. 5.

1. Mohr. *Die Bedeutung der Tannin-Präparate in der Therapie der Darmkrankheiten im Säuglingsalter.* Значеніе препаратовъ таннина въ лѣченіи кишечныхъ заболѣваній у дѣтей груднаго возраста. (Не окончена). 2. J. Fessler. *Die Röntgenstrahlen und ihre Bedeutung in der Chirurgie.* Значеніе лучей *Roentgen*'а въ хирургіи. (Окончаніе). 3. Ludwig Hirsch. *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* Врачъ настоящаго и будущаго. (Продолженіе). 4. Ernst Becker. *Des Bückeburger Arztes Dr. Hermann Konnerding Briefe über die Behandlung der Gicht (1611—1612).* Историческая замѣтка съ приведеніемъ документовъ.

**Hygienische Rundschau.** Февраль. № 3.

1. Bol. Heyman. *Eine neue Methode der quantitativen Bestimmung des Milchzuckers in der Milch.* Новый способъ опредѣленія количества молочнаго сахара въ молокѣ. 2. K. G. Tingvall. *Eine durch Milch verursachte Scharlachepidemie.* Случай эпидеміи скарлатины, распространенной посредствомъ молока.

**Hygienische Rundschau.** Февраль. № 4.

1. H. Berger. *Die Schulbankfrage. Eine den Anforderungen der Gesundheitspflege und der Pädagogik entsprechende Schulbank.* Описаніе школьной скамьи.

Мартъ. № 5.

1. A. Ott. *Aus den Lungenheilanstalten.* Статистическія данныя.

---

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

LXXI. Изъ лабораторіи на фортѣ «Императоръ Александръ I» Института экспериментальной медицины.

# Къ морфологіи и біологіи микроба бубонной чумы и палочки ложной бугорчатки грызуновъ (bac. pseudotuberculosis rodentium Pf.).

Ч. пр. С. И. Златогорова.

При всемъ обиліи работъ, посвященныхъ бактеріологіи бубонной чумы, до настоящаго времени еще не изучены всѣ особенности чумнаго микроба; мало того, до сихъ поръ еще не пришли къ соглашенію относительно нѣкоторыхъ его основныхъ біологическихъ свойствъ, почему нѣтъ возможности отнести его къ той или другой группѣ микробовъ. Нечего и говорить, что такое положеніе вещей далеко не безразлично при разрѣшеніи чисто практическихъ вопросовъ по распознаванію чумы. Для характеристики такого положенія достаточно указать, что сами авторы, впервые нашедшіе палочку чумы (*Yersin*, *Kitasato*) описываютъ ее совершенно различно даже въ существенныхъ свойствахъ. Въ то время, какъ по *Yersin*'у микробъ чумы не окрашивается по *Gram*'у, бульона не мутитъ и молока не свертываетъ, по *Kitasato* ему присущи совершенно противоположныя свойства: онъ окрашивается по *Gram*'у, мутитъ бульонъ и свертываетъ молоко. Не менѣе разногласій встрѣчается и относительно другихъ основныхъ свойствъ микроба—optimum'a температуры, подвижности, способовъ размноженія, выработки возстановляющихъ веществъ, кислотъ, щелочей и пр. У различныхъ авторовъ optimum температуры для роста микроба различенъ: отъ комнатной (по *Казанскому*) до 37° Ц. (*Kitasato*, *Yersin*, *Wilm*, *Габричевскій*). Въ то время, какъ большинство авторовъ считаютъ чумную палочку неподвижной и не дающей споръ, нѣкоторые описывали ее подвижной и со спорами [*Ibrahim Bey* [1]]. По *Abel*'ю и *Гладину* [2]) въ бульонныхъ разводкахъ образуются кислоты, Австрійская-же Коммиссія указываетъ на усиленіе щелочности.

Даже оставляя въ сторонѣ такую разнорѣчивую характеристику микроба и признавая за нимъ вмѣстѣ съ *Yersin*'омъ извѣстныя типичныя и постоянныя свойства, мы все же не будемъ окончательно избавлены отъ затрудненій при отличительномъ распознаваніи, такъ какъ имѣются микробы, очень близкіе по своимъ морфологическимъ и біологическимъ свойствамъ къ чумной палочкѣ, хотя они и не даютъ типичнаго заболѣванія чумой. Сюда принадлежитъ группа микробовъ т. наз. геморрагическаго гнилокровія и, кромѣ того, (въ особенности) палочка ложной бугорчатки грызуновъ; послѣдняя по своей морфологіи такъ близка къ чумному микробу, что за послѣднее время обращено особое вниманіе на сравнительное изученіе этого микроба рядомъ съ чумнымъ [*Galli-Valerio* [3])].

Моя работа была предпринята съ цѣлью установить типъ чумнаго микроба путемъ изученія различныхъ морфологическихъ и біологическихъ свойствъ этого микроба, взятаго изъ различныхъ источниковъ изъ разныхъ частей свѣта. Путемъ такого сравнительнаго изученія чумнаго микроба различнаго происхожденія имѣлось въ виду уловить особенности каждаго микроба, буде таковыя окажутся. Параллельно съ этимъ изучался микробъ ложной бугорчатки грызуновъ, какъ микробъ, наиболѣе близкій къ чумному, съ цѣлью опредѣлить существенныя и постоянныя отличительныя черты его отъ чумной палочки.

Всего мною были изучены 2 разводки палочки ложной бугорчатки грызуновъ (1 получена отъ *Д. К. Заболотнаго*, 2-ая выписана была отъ д-ра *Krahl*'я изъ Праги) и 22 разводки чумнаго микроба различнаго происхожденія: изъ нихъ 2 разводки были крысиной чумы изъ Одессы и Южной Африки отъ *Edinghton*'a и 20 разводокъ, выдѣленныхъ отъ людей *) слѣдующаго происхожденія: Бомбейская старая—первыхъ эпидемій (Bombay I); Бомбейская новая—позднѣйшихъ эпидемій (Bombay II); Парижская № 1; Парижская № 2 (послѣднія изъ Института *Pasteur*'a); изъ Oporto—эпидеміи 1899 г.; изъ Glasgow—эпидеміи 1900 г.; Колобовская—эпидеміи 1899 г.; Батумская—1901 г.; Текебайская—1900 г.; Владиміровская—1900 г.; Монгольская, выдѣленная *Д. К. Заболотнымъ* въ 1898 г.; изъ Rosario въ Южной Америкѣ; Аксайская К., Аксайская Ш., Аксайская М.—эпидемія 1902 г., отъ 3-хъ больныхъ; Аксайская М.—отъ больного съ чумнымъ менингитомъ; Одесская Т.—отъ больного съ очень тяжелымъ теченіемъ; Одесская Л.—отъ больного легкою формою чумы; Одесская А.—отъ амбуляторнаго больного чумой; Одесская С.—отъ больного съ гнилостной формой чумы; Одесскія разводки принадлежатъ эпидеміи 1902 г.; изъ Кудука эпидеміи 1902 г. въ Киргизской Ордѣ.

Всѣ полученныя мною чумныя разводки были различныхъ поколѣній отъ первоисточника и, сохраняясь болѣе или менѣе продолжительное время въ лабораторіи на искусственныхъ питательныхъ средахъ, естественно, должны были имѣть различную степень вирулентности. Разводки были пересѣяны въ бульонъ и агаръ, и 1-ое поколѣніе было привито мышамъ и морскимъ свинкамъ (а крысиныя разводки и сѣрымъ крысамъ). Отъ всѣхъ разводокъ животныя погибали въ различные сроки при типичной для чумы патологоанатомической картинѣ. Исключеніе въ этомъ отношеніи представляла лишь разводки Южно-Африканской крысиной чумы (отъ *Edinghton*'a), которая убивала только крысъ и мышей (морскія свинки оставались живы); даже для крысъ (сѣрыхъ) и мышей (бѣлыхъ) она оказалась очень слабой: мыши погибали только отъ 0,5—1,0 к. стм. бульонной суточной разводки, а крысы отъ 1,0–2,0 к. стм. Наиболѣе вирулентными изъ всѣхъ разводокъ оказались: Старая Бомбейская и Владиміровская: 0,1 к. стм. суточной бульонной разводки убивали морскую свинку вѣсомъ 300—400 грм. въ 4 дня. Остальныя разводки были значительно слабѣе. Интересно то, что вирулентность разводки для животныхъ нисколько не соотвѣтствовала тяжести случая, отъ котораго она была взята. Такъ, отъ Одесской эпидеміи 1902 г. въ моемъ распоряженіи были между прочими разводками 2: одна отъ амбуляторнаго больного, другая—отъ больного съ гнилостной, очень тяжелой формой чумы. Вирулентность этихъ разводокъ, испытанная на животныхъ, оказалась почти одинаковой. Для испытанія сравнительной вирулентности разводокъ приходится пользоваться далеко несовершеннымъ способомъ разведенія ихъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда разводки слабой вирулентности и когда, слѣд., приходится вводить животнымъ большія количества микробовъ, неточность дозировки вводимаго матеріала имѣетъ мало значенія. Не то при опытахъ съ разводкой высокой вирулентности, когда ее приходится разводить въ сотни и тысячи разъ. Если взять сильно вирулентную разводку чумной палочки, $^{1}/_{100000}$ к. стм. которой (бульонной суточной разводки) убиваетъ морскую свинку, приготовить со всѣми предосторожностями разведеніе въ физіологическомъ растворѣ и впрыснуть ее нѣсколькимъ морскимъ свинкамъ (одинаковаго вѣса, пола и масти), то животныя погибнутъ черезъ различные промежутки времени, начиная съ 4-хъ и кончая 6—7 днями. Чему приписать такое различное дѣйствіе одного и того-же количества разводки на серію одинаковыхъ животныхъ? Можно-ли всецѣло связать его съ тѣми особенностями, которыя присущи каждому животному, какъ отдѣльной особи, или тутъ виновато несовершенство дозировки? Опыты говорятъ именно за то, что, если придавать какое-нибудь значеніе первому условію, то только при наличности «совершенной» дозировки. Между тѣмъ дозировка наша не дастъ никакого реальнаго представленія о количествѣ вводимыхъ микробовъ. Въ зависимости отъ характера роста разводки, отъ самихъ микробныхъ тѣлъ, въ одномъ случаѣ мы получаемъ болѣе, въ другомъ менѣе густую эмульсію. При самомъ совершенномъ разбалтываніи эмульсіи изъ агарной или бульонной разводки въ 2-хъ равныхъ объемахъ никогда не будетъ одинаковаго количества микробовъ. Тѣмъ большая получается разница, если сравнивать объемы эмульсіи разводокъ изъ разныхъ пробирокъ. Стало быть, обозначая

*) Большинство разводокъ для работы были мнѣ любезно предоставлены изъ коллекціи лабораторіи, остальныя *Д. К. Заболотнымъ* и *В. И. Госомъ*, которымъ и приношу за это свою искреннюю благодарность.

Digitized by Google

объемъ вводимой разводки (напр., такая-то часть агарной пробирки или такое-то разведеніе бульонной разводки), мы не отдаемъ себѣ отчета въ количествѣ вводимыхъ микробовъ, что, вѣдь, самое главное. Чтобы получить реальное представленіе о точности дозировокъ, я сосчитывалъ количества микробовъ, находившихся въ данной дозѣ. Для примѣра приведу нѣсколько опытовъ.

*Оп. № 1.* Взяты 3 пробирки со слабощелочнымъ бульономъ (по 5 к. стм.) и засѣяны каждая 1 петлей крови чумной свинки. Черезъ сутки—хорошій ростъ во всѣхъ пробиркахъ. Вымѣренными пипетками взято по $^1/_{10}$ к. стм. хорошо разболтанной разводки изъ каждой пробирки и прибавлено къ 99,9 к. стм. физіологическаго раствора въ колбочкахъ. Такимъ образомъ 1 к. стм. смѣси содержалъ $^1/_{1000}$ к. стм. разводки. Смѣси тщательно разбалтывались въ теченіи нѣсколькихъ минутъ. Изъ каждой колбочки пипетками (одной и той же пипеткой для каждой колбочки) насасывалось по 1 к. стм. эмульсіи, смѣшивалось съ телячьимъ слабощелочнымъ агаромъ 42° Ц. и выливалось въ чашечки *Petri*. Чашечки ставились въ термостатъ при 30° Ц. Черезъ сутки и двое сосчитывались выросшія колоніи. Всего въ опытѣ было 9 чашечекъ по 3 на каждую испытуемую бульонную разводку. Пробирка I—въ чашечкахъ колоній 690, 914, 523; пробирка II—колоній 1340, 1920, 975; пробирка III—колоній 860, 1245, 1010.

*Оп. № 3.* Изъ пробирки съ бульонной суточной разводкой чумной палочки сдѣлано разведеніе въ 1000 разъ. Въ 3-хъ чашечкахъ съ агаромъ сдѣланы разливки разводки (1 к. стм.), разведенной въ 1000 разъ. Въ $^1/_{1000}$ к. стм. разводки колоній было: 560, 2745, 1230.

*Оп. № 4.* Посѣвъ сдѣланъ въ бульонъ непосредственно отъ чумнаго животнаго. Изъ выросшей суточной чумной разводки сдѣланы разведенія въ $^1/_{500}$ к. стм. и разлиты въ 2-хъ чашечкахъ. Результатъ—15555 и 12750 колоній. Изъ другой пробирки тоже разведеніе дало 27000 и 37200 колоній. Разведеніе $^1/_{15000}$ дало колоній—1782 и 1057.

*Оп. № 5.* Изъ обильно выросшой бульонной разводки чумной палочки сдѣланы разведенія въ физіологическомъ растворѣ и разливки въ чашечкахъ *Petri*. $^1/_{110}$ к. стм. разводки содержала 158000 и 135000, $^1/_{1100}$ к. стм.—6150 и 4900 колоній.

*Оп. № 6.* Посѣяно въ 2 пробирки съ телячьимъ бульономъ по 5 к. стм. Изъ суточныхъ разводокъ сдѣланы разведенія для счета колоній. 1-я пробирка: $^1/_{50000}$ к. стм. содержала 420 и 756 колоній, $^1/_{25000}$ к. стм.—1122 и 510. 2-я пробирка: $^1/_{50000}$ к. стм. содержала 274 и 596 колоній, $^1/_{25000}$ к. стм.—619 и 868. Изъ этого опыта видно, что увеличеніе дозы вдвое отнюдь не увеличиваетъ вдвое же количество микробовъ; онъ, кромѣ того, показываетъ, какъ неодинаковы могутъ быть количества микробовъ, взятыхъ въ одномъ и томъ же объемѣ жидкости.

*Оп. № 7.* 2 пробирки съ 5 к. стм. одинаковаго бульона засѣяны чумнымъ матеріаломъ (кровью). Изъ суточныхъ разводокъ сдѣланы разведенія и сосчитаны колоніи. 1-я пробирка: въ $^1/_{75000}$ к. стм.—330 и 245 колоній, въ $^1/_{100000}$ к. стм.—3 и 220 колоній. 2-я пробирка: въ $^1/_{75000}$ к. стм.—360 и 206 колоній, въ $^1/_{100000}$ к. стм.—12 и 91 колоній.

Изъ этихъ опытовъ видно, какъ осторожно нужно относиться къ опредѣленію сравнительной вирулентности разводокъ, если мы не знаемъ точнаго количества микробовъ. Работая съ какой-нибудь разводкой, мы можемъ составить себѣ ясное представленіе о ея вирулентности только по количеству микробовъ, способныхъ вызвать заболѣваніе животнаго или убить его. Я сосчитывалъ колоніи во всѣхъ случаяхъ, когда требовалось точно опредѣлить вирулентность разводокъ.

Опредѣливъ вирулентность имѣвшихся у меня разводокъ, я приступилъ къ ихъ изученію въ другихъ отношеніяхъ. Прежде всего я занялся морфологіей микробовъ какъ въ искусственныхъ питательныхъ средахъ, такъ и внутри животнаго организма. Микробы выращивались на различныхъ питательныхъ средахъ и выдерживались въ нихъ до 12—18 мѣс., при чемъ получались различныя біологическія свойства и постепенное измѣненіе микроба. Микробы сравнивались не только in vitro, но и въ физіологическихъ отношеніяхъ къ организму, его производнымъ (реакція склеиванія, преципитаціи, феноменъ *Pfeiffer*'а и др.). Подробности методики будутъ изложены въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ.

## Морфологія чумныхъ разводокъ.

Чумный микробъ, какъ извѣстно, отличается большимъ разнообразіемъ формы. Въ особенности на препаратахъ отъ животнаго можно встрѣтить разнообразнѣйшія причудливыя формы его отъ совершенно шарообразныхъ до длинныхъ нитевидныхъ. Интересно было прослѣдить, насколько полиморфизмъ присущъ различнымъ чумнымъ разводкамъ, не составляютъ-ли т. наз. инволюціонныя формы искусственнаго продукта и не отличаются-ли различныя разводки величиною отдѣльныхъ микробовъ? Относительно холернаго вибріона извѣстно, напр., что микробы различнаго происхожденія значительно разнятся другъ отъ друга величиной. Чтобы отвѣтить на вышеуказанные вопросы, я впрыскивалъ подъ кожу серіямъ одинаковыхъ животныхъ (напр., морскимъ свинкамъ) различныя разводки (всѣ однородныя—бульонныя или агарныя) и затѣмъ, когда животное погибало, дѣлалъ мазки изъ органовъ—еще живого, но уже умиравшаго животнаго, только-что умершаго и, наконецъ, животнаго, пролежавшаго много часовъ послѣ смерти.

Мазки нефиксированные и фиксированные окрашивались разными способами. Для фиксаціи примѣнялись: нагрѣваніе до 120°, безводный спиртъ съ эѳиромъ, одинъ безводный спиртъ, насыщенный водный растворъ сулемы, сулема съ уксусной кислотой (по *Nicolle*), пары осміевой кислоты, *Flemming*'ова жидкость, формалинъ. Окрашивались препараты по преимуществу эозиномъ и метиленовой синькой, какъ красками, дающими наиболѣе яркіе контрастные препараты. Метиленовая синька употреблялась спиртовидная, водная и щелочная по *Loeffler*'у. Быстрѣе всего и лучшую биполярную нѣжную окраску даетъ старая водная синька. Были испробованы и другія краски: фуксинъ, полихромная синька, генціанъ-віолетъ, dahlia (по *Roux*), nigrosin, везувинъ, тіонинъ и др. Изъ нихъ часто примѣнялись еще фіолетовыя краски, которыя послѣ метиленовой синьки давали наилучшіе результаты. Для обыкновенныхъ цѣлей, для обнаруженія присутствія микробовъ, можно, конечно, фиксировать препараты паромъ, но для изученія болѣе тонкихъ подробностей строенія и для болѣе рельефнаго распредѣленія «пестраго» окрашиванія лучше всего примѣнять полихромную синьку съ предварительной фиксаціей спиртомъ съ эѳиромъ (для крови) и парами осміевой кислоты или безводнымъ спиртомъ (для тканей).

Для окраски зеренъ *Ernst-Babes*'а примѣнялся способъ *Neisser*'а (уксуснокислая синька и везувинъ), *Piorkowsk*'аго (для дифтерійныхъ палочекъ синька по *Loeffler*'у, обезцвѣчиваніе 3%-мъ растворомъ соляной кислоты въ спиртѣ, промываніе водой и дополнительная окраска 1%-мъ воднымъ эозиномъ), способъ *Pitfield* [4]) -тройной окраски (палочка красная, концы черные, а оболочка сѣрокоричневая), *Ficker*'а для дифтерійныхъ палочекъ, окраска по *Crouch*, по *Берестневу*—для чужеядныхъ болотной лихорадки и, наконецъ, старая (годовая) водная насыщенная метиленовая синька. Изъ всѣхъ испробованныхъ мною способовъ наилучшими оказались: предварительная фиксація препарата безводнымъ спиртомъ, или парами осміевой кислоты, затѣмъ окраска старой водной синькой *) или краской *Берестнева*.

Прежде всего нужно знать, имѣетъ-ли вліяніе на морфологію чумнаго микроба давность трупа и всякимъ-ли трупомъ можно пользоваться для разрѣшенія намѣченныхъ выше вопросовъ? Съ этимъ тѣсно связанъ другой вопросъ о стойкости основныхъ формъ микроба.

Если взять животное, только-что умершее отъ чумы (зараженное, напр., подъ кожу), то чумные микробы можно найти во всѣхъ его внутреннихъ органахъ, въ лимфатическихъ железахъ и въ крови (въ послѣдней тѣмъ больше, чѣмъ дольше жило животное). При соотвѣтствующей фиксаціи и окраскѣ вездѣ можно видѣть микробы, имѣющіе форму овала болѣе или менѣе вытянутаго—длиною отъ 0,8 до 1,5 μ и шириною 0,5—0,8 μ. Окрашены они чрезвычайно неравномѣрно, хотя и попадаются экземпляры, сплошь окрашенные, но большинство сильнѣе окрашиваются по концамъ, средняя-же часть остается слабо или совершенно неокрашенной. Нерѣдко краска распредѣляется такъ, что окрашиваются участки внутри тѣла, отступя отъ полюса по длинной оси микроба или по боковой поверхности на концахъ діагональныхъ осей овала. Микробы часто соединяются по 2, и тогда окраска можетъ сосредоточиваться у поверхностей ихъ соприкосновенія, оставляя свободными концы. Наклонность къ такому сочетанію по 2 особенно замѣтна въ жидкихъ средахъ, въ крови, въ выпотахъ и т. п. Рядомъ съ такими формами основного типа встрѣчаются, но уже гораздо рѣже (все время рѣчь идетъ о свѣжемъ трупѣ) формы, больше приближающіяся къ шару, и формы съ вытянутыми концами. Какъ тѣ, такъ и другія окрашиваются неравномѣрно, особенно шаровидныя, которыя часто совершенно не окрашиваются (т. наз. «тѣни») или краска скопляется въ нихъ по экватору, по окружности и у полюсовъ. Шары встрѣчаются чаще всего въ лимфатическихъ

*) При этой окраскѣ получаются великолѣпные результаты, если примѣнять синьку по *Heim*'у, т. е., старую заплѣснѣвшую синьку, красить нѣсколько секундъ, быстро промывать водой и высушивать.

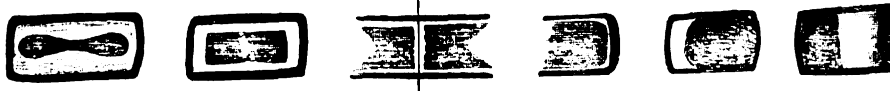
Digitized by Google

железахъ (въ бубонахъ). У формъ «съ вытянутыми концами» вытягиванію подвергается обыкновенно одинъ полюсъ микроба, другой-же остается овальнымъ или рѣзко обрубленнымъ, и микробъ принимаетъ форму рѣдьки. Краска также располагается въ вытянутыхъ концахъ то сплошь, то только въ самомъ концѣ, или весь конецъ (что бываетъ рѣже) совершенно не окрашивается. При внимательномъ изслѣдованіи окрашенныхъ препаратовъ можно иногда встрѣтить экземпляры, значительно превосходящіе по величинѣ описанные выше; это—«гиганты», имѣющіе въ длину 5 — 8 μ. Нѣкоторые изъ нихъ явственно сохраняютъ свою членистость, обнаруживая тѣмъ свое происхожденіе изъ слiянія отдѣльныхъ микробовъ; другіе-же представляютъ одинъ нераздѣльный экземпляръ, окрашенный только у полюсовъ, при чемъ толщина такихъ экземпляровъ гораздо больше нормальной основного типа. Возможно поэтому, что «гигантскія» формы происходятъ не только отъ слiянія нѣсколькихъ мелкихъ экземпляровъ, не успѣвшихъ отдѣлиться другъ отъ друга, но и отъ усиленнаго гипертрофическаго роста одной какой-либо особи.

Такова картина, встрѣчающаяся въ мазкахъ отъ свѣжаго чумнаго трупа.

Возьмемъ теперь чумный трупъ, пролежавшій въ холодномъ мѣстѣ послѣ смерти нѣсколько часовъ (до сутокъ). При изслѣдованіи мазковъ мы встрѣтимъ всѣ выше описанныя формы, но количественно распредѣленныя нѣсколько иначе. Прежде всего въ такомъ трупѣ шаровидныхъ формъ будетъ гораздо больше, чѣмъ въ совершенно свѣжемъ, что наблюдается преимущественно въ бубонахъ. Тоже нужно сказать о «хвостатыхъ» формахъ, къ которымъ часто присоединяются экземпляры съ обрѣзанными, изъѣденными концами. Въ паренхиматозныхъ органахъ преобладаютъ яйцевидныя формы, среди которыхъ многія плохо окрашиваются биполярно, а большинство—сплошь; чѣмъ дольше лежалъ трупъ, тѣмъ послѣднихъ формъ больше. Затѣмъ замѣчается разбуханіе микробныхъ тѣлъ, которыя уже начинаютъ плохо окрашиваться. Въ трупѣ, пролежавшемъ 2—3 сутокъ при низкихъ температурахъ (0° + 2°), иногда можно встрѣтить въ железахъ и селезенкѣ почти исключительно шарообразныя формы съ присущей имъ причудливой окраской. «Гиганты» попадаются въ лежалыхъ трупахъ нѣсколько чаще, чѣмъ въ свѣжихъ (очень рѣдко въ бубонахъ).

Какъ по величинѣ, такъ и по формѣ и окраскѣ въ мазкахъ микробы не отличались другъ отъ друга. Можетъ быть, въ мазкахъ отъ *Glasgow*'ской разводки болѣе мелкіе экземляры и попадаются чаще, чѣмъ отъ другихъ, какъ это иногда я видѣлъ, но величина чумнаго микроба въ мазкахъ чрезвычайно непостоянна, а потому и нельзя придавать ей какого-либо значенія. При окраскѣ мазковъ на зерна *Babes-Ernst*'a отъ всѣхъ разводокъ можно было получить препараты съ зернами. Чего-либо специфическаго въ этомъ отношеніи для какой-либо разводки не найдено. Окрашивая препараты отъ животныхъ, зараженныхъ различными разводками разной вирулентности, я не могъ замѣтить разницы ни въ количествѣ, ни въ характерѣ распредѣленія зеренъ по тѣлу микроба. Тоже нужно сказать и о препаратахъ, взятыхъ изъ труповъ разной давности. При фиксаціи осміевой кислотой и послѣдовательной окраской старой насыщенной водкой синькой часто получаются на блѣдно-синемъ фонѣ окрашеннаго тѣла микроба темно-синія зернышки, то расположенныя на полюсахъ (по одному), то въ серединѣ тѣла. Въ «гигантскихъ» экземплярахъ встрѣчается по нѣсколько зеренъ. Всѣ мои попытки уловить связь между этими зернышками и энергіей размноженія и вирулентностью микроба не увѣнчались успѣхомъ. Для изученія подробностей строенія чумнаго микроба въ тканяхъ особенно пригодна окраска полихромной синькой (съ предварительной фиксаціей спиртомъ + эфиромъ или осміевой кислотой). На такихъ препаратахъ нерѣдко удается видѣть различныя стадіи дѣленія микроба и распредѣленіе при этомъ хроматиннаго вещества. Многіе микробы при этомъ обнаруживаютъ такое строеніе: тѣло его слабо окрашено въ фіолетовый цвѣтъ, а въ серединѣ по длинной оси тянется сильнѣе окрашенная полоска, которая на полюсахъ микроба уже имѣетъ видъ утолщеній (рис. № 1а). Въ другихъ микробахъ ясно видно дѣленіе (рис. № 1б), микробъ какъ бы только-что разрѣзанъ на 2 части по прямой отвѣсно оси, и наиболѣе рѣзко окрашены участки его, прилегающіе другъ къ другу (№ 2). Затѣмъ видны какъ бы обрывки микробовъ, имѣющіе неправильную кубическую (въ разрѣзѣ квадратъ) форму, и почти сплошь окрашенные (№ 3) или короткія палочки, окрашенныя съ одного конца (№ 4) и, наконецъ, типичныя биполярныя формы (№ 5). Между всѣми этими формами существуетъ связь, которая схематически можетъ быть представлена въ слѣдующемъ видѣ:



№ 1а  №1б  №2  №3  №4  №5

Такимъ образомъ съ теченіемъ времени чумный микробъ все болѣе и болѣе отступаетъ отъ своего основного типа—коккобацилла, обнаруживая сильный полиморфизмъ, въ особенности въ паренхиматозныхъ органахъ, и замѣтно скопляя свои шаровидныя формы въ железахъ. Можно-ли считать всѣ прочія формы чумнаго микроба, кромѣ основной коккобациллярной несвойственными въ нормальныхъ условіяхъ, формами перерожденія? Изслѣдованія мазковъ, совершенно нефиксированныхъ, изъ еще живыхъ тканей показало, что въ такихъ органахъ встрѣчаются преимущественно коккобациллы и яйцевидныя формы, шаровидныя-же, хвостатыя и гигантскія, хотя также встрѣчаются несомнѣнно, но гораздо рѣже. Поэтому такія формы нельзя считать ни продуктомъ искусственнымъ отъ обработки препаратовъ, ни формами анормальными, и разнообразіе формъ чумнаго микроба внутри живого организма слѣдуетъ признать такимъ-же характернымъ для него явленіемъ, какъ и внѣ организма, на искусственныхъ питательныхъ средахъ, только здѣсь разнообразіе увеличивается съ прекращеніемъ жизни клѣтокъ организма.

Сравнивая 22 разводки въ мазкахъ отъ животныхъ, я во всѣхъ случаяхъ находилъ совершенно типичныя для чумы описанныя выше основныя формы.

Какъ по величинѣ, такъ и по формѣ и окраскѣ въ мазкахъ ...

Отъ всѣхъ культуръ дѣлались мазки изъ органовъ для окраски по *Gram*'у и результаты всегда получались отрицательные.

При обработкѣ мазковъ изъ органовъ для обнаруженія сумки (dahlia съ уксусной кислотой) послѣдняя во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ ясно выступали въ видѣ свѣтлаго вѣнца вокругъ фіолетоваго тѣла; при двойной окраскѣ (фуксинъ и синька) также нерѣдко можно было получить красивую контрастную окраску. Слѣд., чумный микробъ безусловно нужно считать микробомъ, снабженнымъ сумкою.

*Отношеніе чумныхъ микробовъ къ различнымъ питательнымъ средамъ.*

Прежде чѣмъ приступить къ систематическому изслѣдованію разводокъ при выращиваніи ихъ на различныхъ питательныхъ средахъ, я долженъ былъ предварительно изучить условія, наиболѣе благопріятствующія росту чумныхъ палочекъ. Изъ такихъ условій наиболѣе важными оказались: температура, реакція среды и присутствіе солей.

Приготовивъ бульонъ и агаръ различной щелочности и кислотности (по лакмусу) съ прибавленіемъ солей (въ разныхъ пропорціяхъ NaCl), я засѣвалъ ихъ различными чумными разводками. Засѣянныя колбы и пробирки ставились въ термостаты на разныя полки, гдѣ температуры были разныя (отъ 22° до 37° Ц.).

Такіе предварительные опыты показали, что optimum температуры для чумнаго микроба—около 30°, а наилучшая реакція для роста—слабощелочная (по лакмусу). Что-же касается прибавки NaCl, то обычное содержаніе его ($^1/_2\%$) въ нашихъ питательныхъ средахъ не оказываетъ вреднаго вліянія на ростъ микробовъ. Послѣдніе не нуждаются также въ обильномъ притокѣ кислорода воздуха.

Чумной разводкой были засѣяны большія плоскія колбы съ бульономъ, и черезъ одни ежедневно просасывался воздухъ, а другія оставлялись для провѣрки. Такое усиленное провѣтриваніе нисколько не вліяло на микробы, ни качественно, ни количественно.

Принимая во вниманіе всѣ эти условія, я выращивалъ чумные микробы на слѣдующихъ твердыхъ и жидкихъ питательныхъ средахъ: бульонѣ говяжьемъ, телячьемъ и рыбномъ, жидкой кровяной сывороткѣ лошадиной и телячьей, пептонной водѣ (1% съ $^1/_2\%$ NaCl), молокѣ коровьемъ и козьемъ, картофелѣ, агарѣ, говяжьемъ, телячьемъ и рыбномъ, на таковой-же желатинѣ и на твердой телячьей кровяной сывороткѣ. Кромѣ того, къ питательнымъ средамъ прибавлялась поваренная соль въ различныхъ пропорціяхъ (отъ $^1/_2\%$ до 4%), глицеринъ (отъ 1% до 8%), глюкоза (отъ $^1/_4\%$ до 8%). Питательныя среды заготовлялись съ такимъ разсчетомъ, чтобы *всѣ* разводки можно было засѣять въ одно время (въ теченіи 1—2 часовъ) на средѣ одного и того-же приготовленія. Жидкія разводки изучались въ колбахъ (бульонъ, молоко) и пробиркахъ; твердыя—въ пробиркахъ и въ пластинчатыхъ разливкахъ (агаръ, желатина). Многія разводки (жидкія въ бульонѣ и твердыя—агарныя, желатинныя) изслѣдовались отъ времени до времени (въ теченіи года и больше), другія-же — въ теченіи недѣль и нѣсколькихъ мѣсяцевъ (молоко, сыворотка, картофель). Изслѣдованіе разныхъ разводокъ (окраска, внѣшній видъ, жизнеспособность) производилось изъ каждой серіи одновременно для болѣе точнаго сравненія.

### *Бульонныя разводки.*

Бульонъ для посѣвовъ, какого-бы происхожденія онъ ни былъ (говяжій, телячій или рыбный), разливался по узкогорлымъ колбамъ одинаковой емкости (300 к. стм.) и пробиркамъ и засѣвался различными чумными разводками съ основныхъ агарныхъ. Засѣянный бульонъ ставился на нѣкоторое время (до 2—3 мѣс.) въ термостатъ, затѣмъ сохранялся при 15—18° Ц. Серія посѣвовъ въ бульонѣ производились: въ маѣ 1902 г.—9 чумныхъ разводокъ, въ іюлѣ 1902 г.—13 и въ октябрѣ 1902—22. 1-ая серія изслѣдовалась въ теченіи 13 мѣс. (до іюня 1903 г.), 2-ая — въ теченіи 11 и 3-ья—8 мѣс. Наиболѣе ранній срокъ изслѣдованія разводокъ былъ 8 час., когда уже микроскопически ясно можно обнаружить ростъ микроба.

При сравненіи разводокъ, посѣянныхъ на различныхъ бульонахъ вышеупомянутаго состава, съ несомнѣнностью выступало преимущество телячьяго бульона передъ говяжьимъ и рыбнымъ. Наиболѣе обильный ростъ получался въ телячьемъ бульонѣ, менѣе обильный—въ говяжьемъ и еще менѣе—въ рыбномъ. Какія-бы чумныя разводки ни засѣвались, на телячьемъ бульонѣ онѣ росли всего пышнѣе, поэтому въ дальнѣйшемъ я пользовался преимущественно телячьими бульонными разводками.

Посмотримъ теперь, какимъ измѣненіямъ подвергаются чумные микробы, внесенные въ жидкую (бульонную) среду и поставленные въ условія наилучшаго роста.

Если взять пробирку или колбу съ совершенно прозрачнымъ бульономъ и внести въ него каплю крови или тканевой жидкости изъ чумнаго трупа, то уже черезъ 8—10 час. роста замѣтимъ тончайшее облачко, пронизывающее всю жидкость; затѣмъ, въ жидкости или на стѣнкахъ сосуда появляются нѣсколько мельчайшихъ зеренъ сѣробѣлаго цвѣта. Зерна эти увеличиваются въ числѣ и размѣрахъ, и уже черезъ сутки весь бульонъ бываетъ пронизанъ комочками, то висящими свободно въ жидкости, то приставшими къ стѣнкѣ сосуда. Комочки, приставшіе къ стѣнкѣ, напоминаютъ ватные хлопки. Жидкость при разбалтываніи мутнѣетъ, а при дальнѣйшемъ стояніи опять просвѣтляется. Съ дальнѣйшимъ ростомъ число комочковъ увеличивается, и они частью осѣдаютъ на дно, частью пристаютъ къ стѣнкѣ сосуда на поверхности жидкости, образуя кольцо. Если разводка помѣщена была въ пробиркѣ, то черезъ нѣсколько недѣль получается совершенно прозрачная жидкость съ осадкомъ на днѣ и приставшимъ къ стѣнкѣ кольцомъ надъ уровнемъ нѣсколько высохшей жидкости. Если-же бульонная разводка помѣщалась въ колбѣ, стоявшей неподвижно въ теченіи нѣсколькихъ недѣль, то разбросанные вначалѣ по всей жидкости хлопья постепенно собираются въ вертикальные тяжи, идущіе съ поверхности жидкости до дна, покрытаго осадкомъ. Эти тяжи образуютъ, какъ извѣстно, характерные для чумныхъ разводокъ «сталактиты». Въ очень старыхъ разводкахъ (въ колбахъ)—нѣсколькихъ или многихъ мѣсяцевъ—сталактиты разрушаются, бульонъ просвѣтляется, на днѣ образуется обильный хлопчатый осадокъ, и поверхность жидкости часто покрывается легкой маслянистой пленкой.

Старыя разводки издаютъ своеобразный запахъ, трудно характеризуемый, напоминающій не то тухлое яйцо, не то гніющее мясо или рыбу.

При микроскопическомъ изслѣдованіи бульонныхъ разводокъ наблюдается особенность, чрезвычайно характерная и постоянная для чумнаго микроба. Это — быстрое образованіе цѣпочечныхъ формъ, вслѣдствіе чего микробъ долженъ быть названъ «streptobacillus». Уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ посѣва одиночной палочки, внесенныя въ бульонъ, начинаютъ образовывать цѣпи, состоящія изъ отдѣльныхъ палочекъ, расположенныхъ по прямой линіи по 2—3—4 экземпляра. Чѣмъ больше времени проходитъ отъ начала роста разводки, тѣмъ цѣпей становится больше и онѣ дѣлаются длиннѣе, и въ 24—48-часовой разводкѣ цѣпочечныхъ формъ уже очень много, въ то время какъ одиночныя встрѣчаются изрѣдка. Въ дальнѣйшемъ черезъ 3—4—5 сутокъ цѣпи еще увеличиваются и въ числѣ, и въ размѣрахъ, но рядомъ съ ними уже встрѣчается больше одиночныхъ экземпляровъ, число которыхъ увеличивается насчетъ распаденія цѣпей. При продолжительномъ ростѣ (въ теченіи мѣсяцевъ) цѣпей остается все меньше и меньше, и, наконецъ, жидкость вся заполняется одиночными экземплярами, плохо окрашивающимися и имѣющими видъ палочекъ съ неясными очертаніями; цѣпей встрѣчается тогда очень мало. Черезъ $1^1/_2$ года въ такой бульонной разводкѣ уже съ трудомъ можно найти при обычной окраскѣ анилиновыми красками палочки неправильной формы съ зернами, какъ-бы напоминающими прежнюю биполярную окраску. Обыкновенно эти зерна представляютъ единственно окрашивающуюся часть остатковъ микробныхъ тѣлъ.

Такова вкратцѣ характеристика чумнаго микроба, растущаго въ бульонной средѣ при наилучшихъ условіяхъ.

Посмотримъ теперь, какъ росли въ бульонѣ имѣвшіяся въ моемъ распоряженіи чумныя разводки и представляли-ли онѣ какія-либо существенныя отличительныя черты?

При посѣвѣ въ пробирки или колбы съ бульономъ уже черезъ 16 час. можно было видѣть ясный ростъ, сила котораго была различна въ зависимости отъ разводки. Какъ макро-, такъ и микроскопически всѣ 22 разводки въ первые дни роста качественной разницы не представляли. Только въ дальнѣйшемъ различіе для нѣкоторыхъ разводокъ выступало болѣе рѣзко: степень помутнѣнія бульона, образованіе осадка, пленки, быстрота образованія цѣпей и распаденіе послѣднихъ—все это особенно отчетливо обнаруживалось въ старыхъ разводкахъ, выращиваемыхъ въ колбахъ. Подробности приведены въ табл. 1. Несмотря на несходныя черты, встрѣчающіяся въ бульонныхъ разводкахъ чумнаго микроба различнаго происхожденія, всѣ 22 разводки по основнымъ свойствамъ оказались очень близкими: всѣ росли въ бульонѣ хлопьями (черезъ 24—48 час.) со слабой наклонностью распространяться по всему бульону (что походитъ на его помутнѣніе) и давали цѣпи изъ отдѣльныхъ микробовъ, хорошо окрашивающихся биполярно.

Чтобы наиболѣе отчетливо уловить разницу въ ростѣ различныхъ разводокъ, необходимо производить посѣвы въ колбахъ емкостью не менѣе 500 к. стм. При посѣвахъ-же въ пробиркахъ отличительныя черты можно замѣтить (макроскопически) только въ первые дни; по мѣрѣ стоянія разводки онѣ постепенно сглаживаются: во всѣхъ пробиркахъ бульонъ совершенно просвѣтляется, микробы осѣдаютъ на дно и частью образуютъ надъ поверхностью жидкости кольцо. Однако подъ микроскопомъ и въ пробиркахъ многія чумныя разводки сохраняютъ свои особенности, такъ рѣзко выступающія при изслѣдованіи старыхъ разводокъ въ колбахъ. Слѣдя шагъ за шагомъ за ростомъ разводокъ въ различныхъ колбахъ (т. е., за различными чумными разводками), мы видимъ, что ростъ микробовъ различенъ. Въ то время какъ въ однѣхъ колбахъ бульонъ пронизывается мельчайшими частицами, дѣлающими жидкость равномѣрно мутной, въ другихъ образуются крупные хлопья, висящіе въ жидкости и осѣдающіе на дно, въ третьихъ хлопья пристаютъ къ стѣнкѣ и затѣмъ уже распространяются по всей жидкости. Съ дальнѣйшимъ ростомъ въ однѣхъ колбахъ жидкость быстро просвѣтляется и образуется обильный осадокъ на днѣ, въ другихъ—образуется пленка на поверхности, и жидкость просвѣтляется медленно. Тяжи, идущіе съ поверхности жидкости до дна (т. наз. сталактиты), образуются далеко неодинаково въ различныхъ колбахъ [1]). При покойномъ стояніи сосудовъ съ разводками черезъ 1—$1^1/_2$ года жидкость во всѣхъ колбахъ просвѣтляется, на днѣ получается осадокъ и надъ поверхностью жидкости образуется кольцо изъ микробныхъ тѣлъ, приставшихъ къ стѣнкѣ сосуда. При систематическомъ микроскопическомъ изслѣдованіи такихъ разводокъ какъ молодыхъ, такъ и старыхъ можно легко замѣтить, что въ первые дни (и недѣли) микробы не отличаются другъ отъ друга: они даютъ тоже

[1]) Сталактиты быстро получаются при посѣвѣ чумнаго микроба въ бараньемъ бульонѣ. Ниже будетъ видно, что сталактиты не составляютъ исключительной принадлежности чумныхъ разводокъ.

Digitized by Google

Табл. 1 (посѣвъ въ колбахъ).

| Чума—Колобовская. | Чума—Батумская. | Чума—Текебай. | Glasgow. | Oporto. | Bombay I. | Bombay II. | Парижъ I. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Черезъ 18 час. Жидкость прозрачная. Хлопья небольшіе. Цѣпи по 7—8 члениковъ, хорошо окрашиваются. | Въ прозрачной жидкости хлопья плаваютъ и у стѣнки. Цѣпи по 4—12 члениковъ; отдѣльные экземпляры; хорошая биполярная окраска. | Весь бульонъ пронизанъ мельчайшими хлопками. Цѣпи по 4—8 члениковъ; хорошо окрашиваются биполярно. | Въ прозрачномъ бульонѣ мелкія хлопья въ небольшомъ количествѣ. Цѣпи по 5—8 члениковъ, хорошо окрашиваются биполярно. | Въ прозрачномъ бульонѣ крупныя висящія хлопья. Цѣпи по 6—8 члениковъ, хорошо окрашиваются биполярно. | Слабый ростъ въ прозрачномъ бульонѣ хлопками. Цѣпи по 7—8 члениковъ, хорошо окрашиваются. | Хорошій ростъ. Бульонъ пронизанъ хлопьями. Цѣпи по 4—7 члениковъ, хорошо окрашиваются. | Прозрачный бульонъ, слабое развитіе хлопьевъ. Цѣпи по 4—6 члениковъ, хорошо окрашиваются. |
| Черезъ 72 час. Обильный ростъ; бульонъ прозрачный; крупные хлопья. Цѣпи по 5—10 члениковъ. | Обильный ростъ; крупные хлопья; бульонъ прозрачный. Цѣпи по 5—10 члениковъ. | Обильный ростъ; бульонъ весь мутный; микробы хорошо окрашиваются биполярно. Много цѣпей по 5—8 члениковъ. | Бульонъ болѣе прозрачень; на днѣ осадокъ. Цѣпи по 5—7 члениковъ, хорошо окрашиваются. | Обильный ростъ; крупные хлопья; прозрачный бульонъ. Цѣпей много по 3—5—7 члениковъ. | Хорошій ростъ; бульонъ полупрозраченъ; крупныя взвѣшенныя частицы. Цѣпи по 5—8 члениковъ. | Хорошій ростъ; бульонъ почти весь мутный; мелкія взвѣшенныя частицы. Цѣпи по 3—5 члениковъ. | Бульонъ полупрозраченъ; мелкіе хлопья, на днѣ осадокъ. Много цѣпей по 5—7 члениковъ. |
| Черезъ 9 сут. Бульонъ полупрозрачный; на днѣ осадокъ. Цѣпи хорошо окрашиваются. | Бульонъ почти прозраченъ; на днѣ обильный осадокъ. Цѣпи по 6—8 члениковъ, окрашиваются хорошо. | Весь бульонъ мутный; сталактиты; на днѣ обильный осадокъ. Цѣпи по 5—6 члениковъ, хорошо окрашиваются. | Полупрозрачный бульонъ; рѣзко выраженные сталактиты; на днѣ осадокъ, хорошо окрашиваются. | Прозрачный бульонъ; на днѣ осадокъ, цѣпи по 5—7 члениковъ, хорошо окрашиваются. | Бульонъ весь мутный, мелкія взвѣшенныя частицы. Цѣпи короткія. Сталактиты. | Бульонъ равномѣрно мутный. Цѣпи короткія, хорошо окрашиваются. Сталактиты. | Сталактиты. Полупрозрачная жидкость; на днѣ обильный осадокъ. Цѣпи короткія, окрашиваются блѣдно. |
| Черезъ 16 сут. Тоже. | Прозрачный бульонъ, на днѣ осадокъ. Цѣпей нѣтъ. Отдѣльные экземпляры хорошо окрашиваются. | Полупрозрачный бульонъ; на днѣ осадокъ. Короткія цѣпи. | Полупрозрачный бульонъ. Очень длинныя цѣпи длинныя нити изъ слившихся члениковъ. | Прозрачный бульонъ; на днѣ осадокъ. Короткія цѣпи; биполярная окраска. | Обильный ростъ; мутный бульонъ; многіе микробы хорошо окрашиваются биполярно; гигантскіе экземпляры; нити изъ 3—4 слившихся экземпляровъ. | Обильный ростъ; сильно мутная жидкость; небольшая пленка на поверхности. Цѣпи очень короткія; окрашиваются биполярно. | Обильный ростъ; пленка на поверхности. Большинство диплобациллъ; много шаровидныхъ формъ. |
| Черезъ 30 сут. Пленочка на поверхности, хлопья и сталактиты. Цѣпи короткія, хорошо окрашиваются. | Прозрачный бульонъ; кое-гдѣ хлопья; на днѣ осадокъ. Цѣпей нѣтъ. | Равномѣрно мутный бульонъ съ комками, приставшими къ стѣнкѣ. Цѣпи короткія въ 4—5 члениковъ. | Прозрачный бульонъ; на днѣ осадокъ; хлопья. Цѣпи по 8—9 члениковъ. | Прозрачный бульонъ; на днѣ осадокъ. Короткія цѣпи. | Равномѣрно мутный бульонъ; на днѣ осадокъ. Цѣпи по 4—6 члениковъ и очень длинныя до 30 члениковъ. | Полупрозрачный бульонъ; хлопья; на днѣ осадокъ. Короткія цѣпи. Сталактиты. | Равномѣрно мутный бульонъ, хлопья; осадокъ на днѣ. Короткія цѣпи (диплобациллы). Длинныя нити. |
| Черезъ 54 сут. Полупрозрачный бульонъ; наслойка на поверхности; осадокъ на днѣ. Цѣпи. | Осадокъ на днѣ колбы и хлопья, приставшіе къ стѣнкѣ. Отдѣльныя палочки биполярныя. Цѣпей нѣтъ. | Пленка на поверхности. Цѣпи хорошо окрашиваются. | — | Обильный осадокъ на днѣ. Цѣпи изъ 7—9 члениковъ, плохо окрашиваются. | — | Прозрачный бульонъ и хлопья. Цѣпи по 4—6 члениковъ, хорошо окрашиваются. | Полупрозрачный бульонъ; на днѣ осадокъ. Короткія цѣпи. |
| Черезъ 4 мѣс. Маслянистая пленка. Цѣпей нѣтъ. | Сплошная грубая пленка; сталактиты. Цѣпи съ вытянутыми экземплярами. | Пленка на поверхности; бульонъ мутный. Цѣпи хорошо окрашиваются. | Прозрачный бульонъ, осадокъ. Цѣпи по 4—5 члениковъ. | — | Полупрозрачный бульонъ; на днѣ осадокъ. Единичные экземпляры и цѣпи по 10—12 члениковъ, хорошо окрашиваются. | — | Цѣпей мало; единичные экземпляры хорошо окрашиваются. |
| Черезъ 7 мѣс. Пленка частичная; обильный осадокъ. Отдѣльные экземпляры плохо окрашиваются. | — | Пленка только частичная; на днѣ осадокъ. Цѣпи по 4—6 члениковъ, хорошо окрашиваются. | Прозрачный бульонъ; на днѣ осадокъ. Цѣпей нѣтъ, только отдѣльные экземпляры тонкіе и раздутые, окрашиваются сплошь. | Кое-гдѣ цѣпи короткія по 4—5 члениковъ. | — | Прозрачная жидкость; осадокъ. Цѣпи по 2—3 членика, хорошо окрашиваются. | Прозрачный бульонъ; на днѣ осадокъ; на поверхности пленка. Цѣпей нѣтъ; отдѣльныя палочки худо окрашиваются. |
| Черезъ 10 мѣс. Отдѣльныхъ экземпляровъ мало. Неправильныя зерна, худо окрашиваются. | Прозрачный бульонъ; изъ осадка можно окрасить только зернистыя массы. | Полупрозрачный бульонъ; осадокъ на днѣ. Попадаются цѣпи, хорошо окрашиваемыя; отдѣльные экземпляры окрашиваются худо. | — | Прозрачная жидкость; обильный осадокъ на днѣ. Цѣпей нѣтъ. Отдѣльныя палочки худо окрашиваются. | — | Прозрачная жидкость; осадокъ. Цѣпей нѣтъ. Единичные экземпляры плохо окрашиваются. | Прозрачный бульонъ; на днѣ осадокъ; у стѣнокъ хлопья. Отдѣльныя палочки плохо окрашиваются. |
| Черезъ 14 мѣс. Прозрачная жидкость; осадокъ (черный) худо окрашивается. | Прозрачный бульонъ; на днѣ осадокъ. Цѣпей нѣтъ. Микробы неясныхъ очертаній, худо окрашиваются. | Полупрозрачный бульонъ; осадокъ на днѣ. Отдѣльные микробы неясно видны. Неправильные комочки; зерна. | Прозрачная жидкость, на днѣ осадокъ. Отдѣльныхъ палочекъ нѣтъ; только неправильной формы плохо окрашивающіеся элементы. | Прозрачный бульонъ; обильный осадокъ; палочекъ не видно; только неправильныя зерна. | Прозрачная жидкость; на днѣ осадокъ. Цѣпей нѣтъ. Окрашиваются отдѣльные экземпляры; неясныя очертанія. | | |

образованіе цѣпей, болѣе или менѣе длинныхъ, тоже биполярное окрашиваніе, но въ дальнѣйшемъ въ различныхъ разводкахъ микроскопическая картина мѣняется различно. Въ однѣхъ разводкахъ микробы образуютъ цѣпи (какъ и въ молодыхъ), въ другихъ—цѣпей совершенно нѣтъ, микробы лежатъ одиночно, лишь изрѣдка соединяясь въ пары. Такое стремленіе давать цѣпи или не давать ихъ—не случайное явленіе, такъ какъ оно присуще однѣмъ разводкамъ предпочтительно передъ другими.

Если изъ разныхъ колбъ съ разводками различнаго макро- и микроскопическаго вида (напр., 3-мѣсячной давности) сдѣлать пересѣвъ въ бульонъ, то особенности, характеризовавшія ту или другую разводку, выступаютъ вторично, и только черезъ нѣсколько пересѣвовъ они сглаживаются, и всѣ разводки представляются на бульонѣ совершенно одинаковыми.

Имѣютъ-ли вышеупомянутыя отличительныя черты различныхъ бульонныхъ чумныхъ разводокъ какое-либо отношеніе къ ихъ вирулентности? Опредѣленнаго отвѣта на этотъ вопросъ мои опыты не даютъ. По видимому, пленка чаще образуется въ старыхъ разводкахъ наименѣе вирулентныхъ микробовъ, и, чѣмъ вирулентнѣе микробъ, тѣмъ чаще можно встрѣтить болѣе короткія цѣпи. Всѣ мои 22 разводки въ бульонной средѣ оказались одинаково жизнеспособными и еще черезъ 20 мѣс. (видимый ростъ прекращался уже черезъ 5—6 недѣль) при пересѣвахъ отлично росли.

Какъ уже было сказано, наилучшій ростъ получался при посѣвѣ въ телячій бульонъ, затѣмъ въ говяжій и менѣе обильный на рыбномъ бульонѣ. Разница была только количественная, общій-же характеръ роста сохранялся.

Прибавка къ бульону различныхъ веществъ, благопріятствующихъ росту многихъ другихъ микробовъ (глюкозы, глицерина), или мало вліяла на силу роста (глюкоза), или даже вредила ему (глицеринъ). Глюкоза въ небольшихъ количествахъ (отъ $^1/_2$ до $1^0/_0$) даже нѣсколько [1]) улучшала ростъ, въ бо́льшихъ же, несомнѣнно, задерживала его. Относительно глицерина замѣчено, что обычно употребляется его крѣпость ($5—6^0/_0$) и даже меньшая (отъ $2^0/_0$) замедляетъ ростъ, а при большей чумныя палочки даже не ростутъ вовсе. При содержаніи глицерина ниже $2^0/_0$ вредное вліяніе его сказывается уже меньше.

(*Продолженіе слѣдуетъ.*)

## Значеніе изслѣдованія крови для распознаванія и лѣченія болѣзней.

Ч. пр. **К. И. Коровицкаго** (Кіевъ).

[Вступительная лекція къ курсу гэматологіи].

(*Окончаніе. См. № 16, стр. 566*).

Въ виду недостатка времени я вынужденъ воздержаться отъ дальнѣйшаго разбора данныхъ относительно лѣченія разныхъ формъ малокровія, какъ желѣзомъ и мышьякомъ, такъ и другими средствами, а также гигіэнодіэтическимъ способомъ. Но и приведеннаго, мнѣ кажется, достаточно, чтобы видѣть всю необходимость повторныхъ изслѣдованій крови при лѣченіи малокровія. И несомнѣнно, разъ это изслѣдованіе станетъ обычнымъ среди практической дѣятельности врачей, такою-же, напр., потребностью, какъ изслѣдованіе мочи, лѣченіе этихъ столь частыхъ заболѣваній, несомнѣнно, станетъ на ту должную высоту, какой она по праву заслуживаетъ. Малокровіе—столь частая и обычная болѣзнь, его тѣсная связь съ цѣлымъ рядомъ другихъ заболѣваній, развитіе его почти послѣ каждаго мало-мальски серьезнаго заболѣванія, его роль, какъ предрасполагающаго условія въ развитіи очень многихъ болѣзней, его значеніе, какъ показателя различныхъ уклоненій отъ нормы въ процессахъ образованія крови и возмѣщенія ея потерь и т. п.,—все это слишкомъ ясно говоритъ за то, что оно заслуживаетъ самаго серьезнаго вниманія, и нужно думать, что эти простые способы изслѣдованія въ недалекомъ будущемъ принесутъ наукѣ много цѣнныхъ открытій.

Мнѣ кажется, что сравнительно рѣдкое распространеніе среди практическихъ врачей гэматологическихъ изслѣдованій, а иногда и отсутствіе сознанія въ необходимости ихъ объясняется отчасти тѣмъ, что въ сознаніи большинства врачей крѣпко утвердилось то представленіе, что, разъ человѣкъ имѣетъ блѣдный цвѣтъ лица, то, значитъ, онъ малокровенъ, и что между степенью окраски покрововъ и степенью малокровія существуетъ прямое соотношеніе. Между тѣмъ въ этомъ воззрѣніи кроется существенное недоразумѣніе. Степень окраски кожи зависитъ отъ нѣсколькихъ причинъ; помимо количества и качества крови, въ этомъ отношеніи не лишено большого значенія и свойство самихъ покрововъ, толщина кожи и ея т. наз. прозрачность, количество заключеннаго въ ней пигмента и пр.; громадное значеніе имѣетъ, кромѣ того, прирожденная узость сосудовъ, большая или меньшая напряженность игры сосудодвигателей и т. д. Всѣ эти условія могутъ въ значительной степени видоизмѣнить и затруднить наши заключенія о степени малокровія по окраскѣ кожи. И дѣйствительно, внѣ всякаго сомнѣнія стоитъ тотъ фактъ, что у людей, по наружному виду малокровныхъ, составъ крови можетъ оставаться совершенно нормальнымъ. Фактъ этотъ, какъ ни страннымъ онъ казался вначалѣ, теперь общепризнанъ и отмѣченъ въ цѣломъ рядѣ заболѣваній (хотя далеко не въ каждомъ случаѣ онъ находитъ себѣ подходящее объясненіе). Эти псейдоанэмическія состоянія не одинъ разъ давали поводъ къ крупнымъ ошибкамъ, и малокровіе очень нерѣдко видѣли тамъ, гдѣ нельзя было установить измѣненій крови.

«Особенно часто, говоритъ *Ehrlich* давали поводъ къ ошибкамъ въ распознаваніи неправильности распредѣленія крови, такъ какъ онѣ съ неправильностями состава крови имѣютъ нѣкоторые общіе клиническіе признаки, какъ, напр., блѣдность кожи и слизистыхъ оболочекъ, малый и частый пульсъ, а изъ субъективныхъ—слабость и головокруженіе. Эти признаки наступаютъ, напр., въ острой формѣ подъ вліяніемъ психическихъ впечатлѣній—страха, испуга и т. п., или при острыхъ соматическихъ разстройствахъ, напр., при заболѣваніяхъ желудка, а также вслѣдствіе усталости, злоупотребленій спиртными напитками и половыхъ излишествъ. Точно также эту обманчивую картину припадковъ можно наблюдать и при хроническихъ состояніяхъ, особенно при нейрастеніи, при нѣкоторыхъ пораженіяхъ желудка, сердечныхъ болѣзняхъ. Ошибки въ наблюденіяхъ потому-то и встрѣчаются такъ часто, что упомянутыя состоянія стоятъ во взаимной связи съ настоящимъ малокровіемъ».

*Grawitz* по этому поводу также указываетъ, что встрѣчаются лица, которыя съ юности всегда имѣютъ блѣдный цвѣтъ кожи, между тѣмъ они вполнѣ здоровы и работоспособны, и кровь ихъ не представляетъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Причиною блѣдности, по его мнѣнію, могутъ быть или особыя свойства кожи, или упомянутая выше чрезмѣрная узость сосудовъ, большею частью врожденная, а иногда и пріобрѣтенная, если, напр., человѣкъ вынужденъ съ молодыхъ лѣтъ постоянно работать въ комнатѣ и бываетъ лишенъ благотворнаго въ этомъ смыслѣ, раздражающаго вліянія свѣжаго воздуха и движеній. Еще *Sahli* объяснялъ это кажущееся малокровіе паденіемъ кровяного давленія, вслѣдствіе чего периферическія сосудистыя области становятся бѣдны кровью. *Oppenheimer* думаетъ, что такой ложно-малокровный видъ можетъ обусловливаться возбужденіемъ депрессорнаго нерва, который, по изслѣдованіямъ *Dastre*'а и *Morat*'а, вызываетъ расширеніе сосудовъ брюшныхъ внутренностей и съуженіе кожныхъ. Можно было-бы, говоритъ по этому поводу *Grawitz*, допускать и сосудодвигательныя вліянія кожныхъ сосудовъ, что особенно рѣзко, хотя и кратковременно, бываетъ выражено при нѣкоторыхъ формахъ обморока, но могутъ-ли такія нервныя вліянія вызывать длительныя состоянія малокровія, это окончательно пока еще не рѣшено. *Hösslin* придаетъ значеніе уменьшенію выработки тепла у плохо упитанныхъ; кожа ихъ блѣдна, какъ и у хорошо упитанныхъ подъ вліяніемъ холода; постепенно кожные капилляры привыкаютъ къ такому состоянію и развивается извѣстная степень ихъ узости.

Какъ часто встрѣчается такое «*малокровіе безъ малокровія*» указываютъ слѣдующія цифры *Бернацкаго*. Онъ изслѣдовалъ кровь съ распознавательной цѣлью у 75 больныхъ, которыхъ лѣчившіе ихъ врачи считали малокровными; только «27 изъ нихъ, т. е., $31^0/_0$, были дѣйствительно больны малокровіемъ; у всѣхъ же остальныхъ содержаніе воды въ крови было нормально, а то даже было и легкое сгущеніе крови. *Бернацкій* добавляетъ, что

[1]) Это—для большинства разводокъ, для нѣкоторыхъ-же (напр., чумной палочки *Edinghton*'а) прибавка $1^0/_0$ глюкозы оказалась вредной.

Digitized by Google

его собственный матеріалъ касается многихъ сотенъ такихъ случаевъ. Съ своей стороны я тоже могу замѣтить, что, изслѣдуя кровь у больныхъ, я очень часто находилъ совершенно нормальный составъ ея (т. е., уд. вѣсъ, количество гэмоглобина и форменныхъ элементовъ и морфологическія отношенія) тамъ, гдѣ больные, а нерѣдко и врачи видѣли несомнѣнное малокровіе. Вначалѣ это обстоятельство ставило меня прямо втупикъ; предполагая ошибку, я дѣлалъ повторныя изслѣдованія, но получалъ все тѣже результаты. Располагая такимъ матеріаломъ въ количествѣ болѣе сотни случаевъ, я могу сказать, что нормальный составъ крови встрѣчается по меньшей мѣрѣ у $^{1}/_{3}$ малокровныхъ по наружному виду больныхъ.

Такимъ образомъ эти ложно-малокровныя состоянія, очевидно, часто могутъ давать поводъ къ ошибкамъ въ распознаваніи, разъ при нихъ не дѣлаютъ спеціальнаго изслѣдованія крови, между тѣмъ патогенезъ ихъ, какъ видно изъ предыдущаго, еще далеко не разработанъ окончательно.

*Бернацкій*, подвергая клиническому разбору свои случаи «малокровія безъ малокровія», отмѣчаетъ слѣдующія состоянія, протекавшія подъ видомъ ложнаго малокровія: 1) случаи легкой водянистости крови; 2) случаи малокровнаго ожирѣнія (замѣчу кстати, что, какъ показали и мои наблюденія, ожирѣніе нерѣдко сопровождается очень хорошимъ составомъ крови, даже гиперглобуліей, хотя по наружному виду такихъ больныхъ можно-бы было признать только малокровными); 3) очень часто въ такихъ случаяхъ, по словамъ *Бернацкаго*, бываетъ скрытая бугорчатка, начальныя ступени которой объэктивно выражаются одной только блѣдностью покрововъ. Еще *Reinert* отмѣтилъ, что всѣ авторы согласны въ томъ, что ни при какой другой болѣзни такъ рѣзко не выступаетъ несоотвѣтствіе между наружнымъ видомъ больныхъ и состояніемъ крови, какъ при легочной чахоткѣ. И дѣйствительно, многочисленными изслѣдованіями съ точностью доказано, что, по крайней мѣрѣ, въ 1-й ступени чахотки составъ крови остается нормальнымъ (*Laache*, *Sörensen*, *Oppenheimer*, *Neubert*); далѣе обстоятельными изслѣдованіями *Grawitz*'а и *Strauer*'а тоже установлено, послѣ небольшого обѣднѣнія крови красными шариками и сухимъ остаткомъ въ 1-й ступени, во 2-й, не смотря на рѣзкую блѣдность лица, совершенно нормальный составъ крови (даже иногда выше нормы). Новѣйшія изысканія *Appelbaum*'а лишній разъ подтвердили это несоотвѣтствіе между блѣдною окраскою покрововъ и вполнѣ нормальнымъ составомъ крови (по крайней мѣрѣ, въ начальныхъ ступеняхъ бугорчатки).

Очевидно, что, если изслѣдованіе крови показываетъ нормальный составъ ея, то, не взирая на блѣдность покрововъ, нельзя лѣчить такихъ больныхъ желѣзомъ. Ложно-малокровныя состоянія лишній разъ подтверждаютъ необходимость изслѣдованія крови въ такихъ случаяхъ въ цѣляхъ не только распознаванія, но и лѣченія.

Я нарочито позволилъ себѣ нѣсколько дольше остановиться на этихъ возможныхъ поводахъ къ ошибкамъ въ распознаваніи столь, по видимому, обычнаго болѣзненнаго состоянія, какъ малокровіе, чтобы яснѣе стала самая необходимость непосредственнаго изученія крови въ каждомъ случаѣ, гдѣ предполагается малокровіе.

Подводя итогъ сказанному, могу повторить, что изслѣдованіе крови уясняетъ намъ слѣдующіе пункты: а) точное распознаваніе болѣзни (малокровія), ея характера и вида, періода, степени тяжести и пр.; б) указанія для предсказанія; в) указанія для лѣченія, а именно—что давать больному, Fe, As, или что другое? г) повѣрочныя повторныя изслѣдованія крови опредѣляютъ цѣлесообразность даннаго плана лѣченія, его продолжительность, необходимость какихъ-либо измѣненій и пр. Съ этою цѣлью обыкновенно производится: 1) счетъ форменныхъ элементовъ, красныхъ и бѣлыхъ шариковъ (счетныя каляры *Thoma-Zeiss*'а, *Malassez*, *Eichholz*'а, *Türk*'а и др.); 2) опредѣленіе количества гэмоглобина (приборы *Glan*'а, *Hüfner*'а, *König*'а и др.) (спектрофотометрія, или, въ крайности, колориметрія или феррометрія); 3) опредѣленіе уд. вѣса крови (большею частью способъ *Hammerschlag*'а) или 4) опредѣленіе твердаго, сухого остатка крови (гигремометрія *Бернацкаго*); 5) микроскопическое изслѣдованіе свѣжихъ, а также высушенныхъ и окрашенныхъ препаратовъ крови [окраска большею частью синькою *Löffler*'а, 3-кислотною краскою *Ehrlich*'а, или двойная окраска эозиномъ и синькою, а также другіе способы окраски, особенно способъ *Ziemann*'а (новый), *Берестнева*, *Giemsa-Michaelis*'а и др. видоизмѣненія стараго способа *Романовскаго*].

Считаю не лишнимъ сказать еще нѣсколько словъ объ одномъ интересномъ явленіи, на которое приходится наталкиваться иногда при изслѣдованіи малокровныхъ съ виду больныхъ, а именно о гиперглобуліи—чрезмѣрно большомъ количествѣ красныхъ шариковъ въ 1 к. млм. крови (иногда до 7000000, даже у женщинъ). Это явленіе, на которое впервые обратилъ вниманіе *Luxenberg*, какъ показали дальнѣйшія наблюденія, составляетъ одинъ изъ постоянныхъ признаковъ у тѣхъ малокровныхъ съ виду больныхъ, которые въ сущности страдаютъ истеронейрастеніей, слѣд., общимъ нейрозомъ. Обстоятельство это, давшее толчекъ къ дальнѣйшимъ гэматологическимъ изысканіямъ въ области нервной патологіи, ясно указываетъ на первичное разстройство процессовъ окисленія (*Бернацкій*). Какъ часто опять-таки мы лѣчимъ такихъ больныхъ желѣзомъ (онѣ на видъ такъ малокровны) и, очевидно, безъ достаточныхъ основаній. Замѣчу, однако, что, хотя распознаваніе истеронейрастеніи складывается изъ вполнѣ опредѣленной картины припадковъ, однако бываютъ случаи, гдѣ припадки эти сбивчивы (напр., ознобы, ощущеніе жара и пр. заставляютъ предполагать даже заразную болѣзнь). Изслѣдованіе крови и обнаруженіе полицитэміи сразу разъясняетъ, какого характера это страданіе. Далѣе, вышеупомянутое явленіе не лишено и судебно-медицинскаго значенія, именно если заподазривается притворство въ истеріи; вызвать искусственно гиперглобулію (или полицитэмію) никому, конечно, не удастся.

До сихъ поръ я имѣлъ въ виду собственно болѣзни самой крови и при томъ главнымъ образомъ уклоненія отъ нормальнаго состава ея, что̀ болѣе всего и характерно для малокровія; различныя морфологическія измѣненія, какъ пойкилоцитозъ, микроцитэмія, шарики въ формѣ пессарія, базофильная зернистость красныхъ шариковъ («пунктированные красные шарики»), нормо-, мегалобласты и т. д., большею частью служатъ лишь показателемъ большей или меньшей тяжести малокровія. Однако въ виду тѣсной связи между кровью и органами различныя другія заболѣванія организма сопровождаются иногда такими характерными измѣненіями со стороны крови, которыя служатъ существеннымъ подспорьемъ для цѣлей распознаванія. Въ ряду другихъ такого рода измѣненій особо важное значеніе имѣетъ т. наз. лейкоцитозъ.

Лейкоцитозъ—повышенное скопленіе въ крови бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ—всегда привлекалъ къ себѣ вниманіе изслѣдователей въ виду его большой важности. Есть различные виды лейкоцитоза: пищеварительный, воспалительный, заразный, лѣкарственный; далѣе—эозинофилія, нейтрофилія, лимфоцитэмія и пр., смотря по преобладанію того или другого вида бѣлыхъ шариковъ. Въ виду крайней обширности вопроса, я не могу излагать его здѣсь во всей полнотѣ и приведу лишь самое существенное, что имѣетъ отношеніе къ разбираемому предмету.

Бѣлые кровяные шарики (лейкоциты)—это, между прочимъ, фагоциты (отчасти) (т. наз. макро- и микрофаги), т. е. элементы, поглощающіе все чуждое организму и переваривающіе, растворяющіе его, какъ, напр., болѣзнетворныхъ микробовъ. Изъ этого ясна ихъ защитительная роль въ организмѣ. Они—носители всѣхъ тѣхъ тѣлъ, кои лежатъ въ основѣ важныхъ явленій невоспріимчивости къ болѣзнямъ. Поэтому-то при каждомъ бактерійномъ заболѣваніи имѣется лейкоцитозъ, какъ выраженіе борьбы организма съ чуждыми ему началами.

*Jaksch* еще нѣсколько лѣтъ назадъ указалъ на важное значеніе лейкоцитоза при фибринозной пнеймоніи, при которой онъ, а именно нейтрофильный лейкоцитозъ, бываетъ выраженъ особенно рѣзко. Случаи, гдѣ онъ былъ выраженъ слабо или его совсѣмъ не замѣчалось, давали дурное предсказаніе и оканчивались смертью. *Jaksch* предлагалъ даже въ такихъ случаяхъ искусственно вызывать лейкоцитозъ (пилокарпиномъ). Съ тѣхъ поръ наблюденіе его было подтверждено многими изслѣдователями и болѣе уже не возбуждаетъ сомнѣній, какъ важный признакъ для предсказанія при пнеймоніи. Чтобы не быть голословнымъ, приведу хотя-бы новѣйшія наблюденія *Figenschau*'а (50 сл.); этотъ авторъ подтверждаетъ благопріятное значеніе лейкоцитоза, особенно эозинофиліи; отсутствіе лейкоцитоза вообще и эозинофиліи въ частности всегда предвѣщаетъ дурной исходъ пнеймоніи.

Въ общемъ тоже наблюдается и при другихъ болѣзняхъ. Такъ, при остромъ сочленовномъ ревматизмѣ, какъ показали наблюденія *Türk*'а и мои, появленіе эозинофиліи предвѣщаетъ скорое выздоровленіе. При скарлатинѣ *В. Н. Кочетковъ* находилъ лейкоцитозъ съ первыхъ дней болѣзни, эозинофилію—въ случаяхъ съ хорошимъ, отсутствіе

ея—всегда въ случаяхъ съ дурнымъ исходомъ. Тоже наблюдали *Н. Е. Питкяненъ* и *Г. Г. Кухаржевскій* по отношенію къ дифтеріи. Аналогичныя явленія установилъ *Я. А. Кудринъ* (какъ и я въ ненапечатанныхъ наблюденіяхъ) для возвратнаго тифа. Вообще эозинофильный лейкоцитозъ всегда предвѣщаетъ близость благопріятнаго конца болѣзни заразнаго свойства. Эозинофилія имѣетъ также извѣстное распознавательное значеніе при трихинозѣ и нѣкоторыхъ другихъ глистахъ *(Bettmann)*.

Только при брюшномъ тифѣ—единственной заразной болѣзни—наблюдается, наоборотъ, гиполейкоцитозъ именно въ силу быстраго растворенія въ крови бѣлыхъ шариковъ *) *(Е. С. Боткинъ)*. Это обстоятельство, равно какъ и раннее появленіе въ крови палочекъ *Eberth*'а служитъ, по наблюденіямъ *Rogers*'а, *Courmont*'а и др., хорошимъ распознавательнымъ подспорьемъ въ ранніе періоды тифа до появленія реакціи *Widal*'я. Развитіе въ концѣ болѣзни лейкоцитоза предвѣщаетъ скорое выздоровленіе.

Изслѣдованіе крови при холерѣ, по словамъ проф. *Rogers*'а, имѣетъ несомнѣнное значеніе для распознаванія и предсказанія. Хорошимъ признакомъ онъ считаетъ то, если лейкоцитозъ не выше 20000. При холероподобныхъ заболѣваніяхъ лейкоцитоза не бываетъ (исключая нѣкоторыхъ случаевъ остраго кроваваго поноса и отравленія птомаинами). Отличительный и характерный признакъ для холеры—это паденіе числа лимфоцитовъ и возрастаніе числа одноядерныхъ шариковъ (при чумѣ, какъ разъ, наоборотъ—повышеніе числа лимфоцитовъ); это характерное отличіе свойственно только холерѣ.

Проф. *Rogers* подробно разбираетъ распознавательное значеніе изслѣдованія крови для отличія брюшного тифа отъ послабляющихъ лихорадокъ.

Д-ръ *Weil* приписываетъ громадное значеніе изслѣдованію крови при оспѣ. По его словамъ, по изслѣдованію крови можно распознать оспу въ самомъ началѣ, до появленія сыпи, и д-ръ *Weil* много разъ отличалъ ее такимъ способомъ отъ кори, скарлатины и пр.; изслѣдованіе крови при оспѣ имѣетъ очень важное значеніе и для предсказанія **).

Я привелъ только нѣкоторыя относящіяся къ заразному лейкоцитозу данныя; но и ихъ, по видимому, достаточно, чтобы судить о возможности пользоваться этимъ явленіемъ для цѣлей предсказанія.

Значеніе воспалительнаго лейкоцитоза можно видѣть изъ недавно напечатанной работы *Wassermann*'а о бѣлыхъ тѣльцахъ крови при нѣкоторыхъ хирургическихъ болѣзняхъ, особенно при аппендицитѣ. Счисленіе ихъ, какъ оказывается, имѣетъ первостепенную важность для распознаванія перитифлитическихъ гнойниковъ, открывая послѣдніе иногда при крайне сомнительныхъ другихъ признакахъ: пульсъ, дыханіе, температура, общій видъ больного и мѣстныя явленія могутъ быть нормальны, а гнойникъ все-же имѣется, и узнать его можно только по лейкоцитозу. Отсутствіе послѣдняго не говоритъ противъ гнойника (2 случая у автора); оно указываетъ на особую тяжесть случая и связано съ полнымъ истощеніемъ защитительныхъ силъ организма или-же указываетъ на полное осумкованіе гнойника. При этомъ наблюдается всегда лейкоцитозъ нейтрофильный, т. е. обыкновенный воспалительный, но всегда въ большей степени, чѣмъ при другихъ воспаленіяхъ. Вообще лейкоцитозъ, какъ и пептонурія, во многихъ случаяхъ можетъ служить существенно важнымъ въ практическомъ отношеніи подспорьемъ для распознаванія нагноеній во внутреннихъ органахъ. Распознавательное значеніе лейкоцитоза при аппендицитахъ, особенное-же %-ное увеличеніе многоядерныхъ элементовъ, подтверждаетъ также и *Longridge*.

Лейкоцитозъ, какъ оказалось, является весьма полезнымъ вспомогательнымъ средствомъ для распознаванія и при заболѣваніяхъ женскихъ половыхъ органовъ. Очень тщательно поставленные опыты *Dützmann*'а показали, что этотъ цитологическій способъ изслѣдованія для распознаванія скрытыхъ нагноеній чувствительнѣе и вѣрнѣе всѣхъ другихъ, употребляемыхъ съ этою цѣлью. Во всѣхъ случаяхъ, гдѣ при операціи потомъ были найдены гнойники, число бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ рѣзко возростало (вдвое болѣе противъ нормы); послѣ удаленія гноя лейкоцитозъ быстро исчезалъ, вновь появляясь въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ послѣ опять происходило образованіе или задержка гноя. Лейкоцитозъ находили и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ вслѣдствіе отсутствія лихорадки и другихъ признаковъ нагноенія существованія гнойныхъ скопленій и не подозрѣвалось, и оно казалось даже невѣроятнымъ, а между тѣмъ и здѣсь при операціи обнаруживали гнойники или гнойныя воспаленія слизистыхъ оболочекъ. Были и такіе случаи, гдѣ все, за исключеніемъ лейкоцитоза, говорило за гнойникъ, а при операціи ихъ не оказывалось.

Замѣчу кстати, что въ послѣднее время большое значеніе приписываютъ изслѣдованію изліяній въ сывороточныя оболочки на присутствіе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ для правильнаго распознаванія характера изліянія (т. наз. «цитодіагностика»; см., напр., у *Черно-Шварца* и *Бронштейна*).

Говоря о нагноеніяхъ, нельзя не упомянуть объ указаніяхъ *Bertelsmann*'а на важное значеніе бактеріологическаго изслѣдованія крови при нагноеніяхъ для распознаванія и предсказанія (особенно въ отношеніи исходнаго пункта общаго зараженія).

Вопросъ о значеніи пищеварительнаго лейкоцитоза до сихъ поръ еще мало разработанъ. Однако, какъ видно изъ диссертаціи д-ра *Тихонова*, отсутствіе его служитъ скорѣе показателемъ общей тяжести клиническаго теченія болѣзни, чѣмъ спеціальнымъ показателемъ какого-либо патолого-анатомическаго измѣненія желудка.

Высокой степени интереснымъ является вопросъ о т. наз. лѣкарственномъ лейкоцитозѣ. Хотя данныхъ этого рода пока мало, но въ будущемъ этому лейкоцитозу, по видимому, суждено играть видную роль; даже и теоретически чрезвычайно важно прослѣдить, какія изъ нашихъ многочисленныхъ лѣкарственныхъ веществъ способны повышать (или ослаблять) защитительныя силы организма. Но это, повторяю, дѣло будущихъ изслѣдованій, хотя и теперь имѣются на этотъ счетъ нѣкоторыя указанія. Такъ, выше было упомянуто о предложеніи *Jaksch*'а при пнеймоніяхъ съ алейкоцитозомъ вызывать при помощи пилокарпина благодѣтельный для исхода болѣзни лейкоцитозъ. *Lewy* и *Richter*, не получивъ въ своихъ опытахъ надъ вліяніемъ искусственнаго гиперлейкоцитоза на бактерійное зараженіе благотворнаго результата отъ пилокарпина, въ силу его вліянія на сердце, обратились къ нуклеину и спермину; впрыскиванія этихъ веществъ дали весьма утѣшительные результаты; такимъ путемъ удавалось даже спасти животное отъ смертельныхъ количествъ бактерійной заразы.

Далѣе, какъ показали опыты *Gass*'а, наперстянка (впрыскиванія настоя ея, дигиталина и дигитоксина) вызываетъ лейкоцитозъ (на нѣсколько дней) у кроликовъ, а также, при ежедневномъ введеніи 0,001 дигиталина подъ кожу, и у человѣка; животныя, зараженныя пнеймо-или диплококками, по его опытамъ, были гораздо выносливѣе повѣрочныхъ. Такимъ образомъ изслѣдованіями этого автора подтверждается благопріятное дѣйствіе при пнеймоніи наперстянки и объясняется оно, по мнѣнію автора, не только вліяніемъ средства на сердце и сосуды, но и непосредственнымъ противодѣйствіемъ заразѣ путемъ выработки т. наз. алексиновъ. *Borini* также наблюдалъ лейкоцитозъ послѣ наперстянки, и больныя пнеймоніей животныя въ его опытахъ жили долѣе повѣрочныхъ.

Нужно думать, что изслѣдованія крови принесутъ не малую пользу для болѣе точнаго обоснованія нашихъ терапевтическихъ мѣропріятій. Уже и теперь имѣются нѣкоторые факты въ этомъ отношеніи. Такъ, д-ръ *Оссендовскій*, подтверждая улучшеніе сифилитическаго малокровія подъ вліяніемъ специфическаго лѣченія, отмѣчаетъ неодинаковое въ этомъ отношеніи вліяніе различныхъ способовъ послѣдняго: подкожное введеніе ртути дѣйствуетъ, напр.,

*) Къ концу болѣзни это раствореніе бѣлыхъ шариковъ, столь сильное въ теченіи ея, постепенно замедляется; по формамъ растворенія можно судить о приближеніи окончанія болѣзни *(Е. С. Боткинъ)*.

**) Очень подробный разборъ значенія лейкоцитоза при заразныхъ болѣзняхъ приводится у *Bezançon*'а и *Labbé* (повышеніе многоядерныхъ формъ свойственно острымъ заразнымъ болѣзнямъ, одноядерныхъ—хроническимъ и пр.).

Digitized by Google

лучше другихъ, а внутримышечныя впрыскиванія еще быстрѣе повышаютъ содержаніе гемоглобина въ крови. Д-ръ *Смирягинъ* наблюдалъ улучшеніе состава крови у прокаженныхъ при леченіи гинокардіевымъ масломъ (oleo Chaulmoograe). Полезное значеніе недавно предложеннаго при различныхъ состояніяхъ упадка питанія лецитина подтверждается изслѣдованіями *Marichan-Beauchant*'а (непосредственное улучшеніе состава крови). Весьма интересна была-бы непосредственная гематологическая провѣрка хотя-бы главнѣйшихъ нашихъ укрѣпляющихъ средствъ.

Конечно, перечислить все то, что указываетъ на полезное въ практическомъ отношеніи значеніе изслѣдованія крови, я здѣсь не могу: это заняло-бы слишкомъ много мѣста. Но какъ неожиданно можно иногда найти въ изслѣдованіи крови распознавательное подспорье, можетъ служить доказательствомъ сообщеніе проф. *Tuffier* и д-ра *Millian*'а въ Парижскомъ хирургическомъ Обществѣ, которые нашли, что при эхинококкѣ, какой бы органъ имъ ни былъ пораженъ, всегда имѣются гиперглобулія, увеличеніе многоядерныхъ тѣлецъ и эозинофиловъ, и до такой степени постоянно, что они прямо предлагаютъ въ сомнительныхъ случаяхъ пользоваться этимъ признакомъ.

Считаю не лишнимъ, хотя вкратцѣ, упомянуть здѣсь о крайне интересныхъ изслѣдованіяхъ *Donati*, цѣнныхъ для ранняго распознаванія злокачественныхъ опухолей, а также для предсказанія при нихъ. Доказавъ большую ядовитость крови раковыхъ больныхъ по сравненію съ здоровыми, *Donati* пытается даже установить гематологическую формулу для рака, подобно типамъ крови при блѣдной немочи, злокачественномъ малокровіи и др. Особенно интересно то, что всѣ данныя изслѣдованія крови при ракѣ характерны для мѣста опухоли [1]); послѣднее важнѣе характера, объема и размѣровъ новообразованія. Большое разнообразіе данныхъ изслѣдованія хорошо распредѣляется по извѣстнымъ рубрикамъ соотвѣтственно мѣсту опухоли; такъ, если при ракѣ кожи измѣненія крови наблюдаются очень рѣдко, то, наоборотъ, ракъ желудка вызываетъ глубокія измѣненія состава ея, особенно раннее и быстрое паденіе количества гемоглобина и сухого остатка, а также «valeur globulaire». Но что особенно характерно, это—т. наз. іодофилія, т. е. особая окраска нейтрофильныхъ многоядерныхъ бѣлыхъ шариковъ растворомъ іода. На основаніи своихъ изслѣдованій *Donati* склоненъ придавать извѣстное значеніе для предсказанія іодофильной реакціи, какъ показателю особой тяжести случая.

Надо замѣтить, что іодофилія присуща также нагноеніямъ, при которыхъ она пропорціональна силѣ процесса (*Dunham*), и уже описано нѣсколько случаевъ, гдѣ іодофилія помогла распознать внутреннія нагноенія въ запутанныхъ случаяхъ (аппендицитъ, гнойникъ въ печени, даже пнеймонію до появленія физическихъ признаковъ). Къ сожалѣнію, я затрудняюсь привести въ болѣе подробномъ изложеніи работу *Donati*, такъ какъ она слишкомъ богата фактами. Важно то, что изслѣдованіе крови помогаетъ распознаванію злокачественныхъ новообразованій. При доброкачественныхъ опухоляхъ составъ крови не измѣняется или измѣняется лишь очень мало (*Bierfreund*, а также мои наблюденія).

Трудность ранняго распознаванія раковаго новообразованія въ желудкѣ была причиною того, что старались найти при немъ какіе-нибудь побочные признаки. Такъ, *Strauer* отмѣчаетъ значеніе лейкоцитоза (при наличности тяжелаго малокровія), но непремѣнно съ рѣзкимъ повышеніемъ количества многоядерныхъ элементовъ. *Г. Ф. Лангъ* указываетъ на повышеніе сопротивляемости красныхъ кровяныхъ шариковъ при ракѣ желудка; признакъ этотъ, какъ показываютъ нѣкоторые изъ случаевъ автора, появляется довольно рано, и потому имъ, по его словамъ, не слѣдуетъ пренебрегать тамъ, гдѣ опухоль еще не прощупывается и другіе признаки выражены нерѣзко. Конечно, для правильнаго распознаванія непрощупываемыхъ раковыхъ опухолей желудка настоящую цѣнность имѣетъ лишь сочетаніе отдѣльныхъ признаковъ.

[1]) Обстоятельство это я могу подтвердить и своими изслѣдованіями, пока еще не сообщенными въ печати.

Полноты-ради, считаю необходимымъ хотя-бы только упомянуть о значеніи для распознаванія присутствія въ крови чужеядныхъ, напр., спириллъ возвратнаго тифа, плазмодій болотной лихорадки и др. При подозрѣніи на болотную лихорадку изслѣдованія крови стали теперь довольно обычнымъ явленіемъ и не мало помогли уясненію запутанныхъ случаевъ. Значеніе этого рода изслѣдованій такъ общеизвѣстно, что я считаю лишнимъ останавливаться на нихъ.

До сихъ поръ я говорилъ объ обычно примѣняемыхъ способахъ клиническаго изслѣдованія крови. Но и остальные способы, болѣе рѣдко примѣняемые, также дали намъ много цѣнныхъ данныхъ. Приводить здѣсь эти данныя, за ихъ многочисленностью, я не могу; упомяну лишь о недавнихъ изслѣдованіяхъ ч. пр. *В. Ф. Орловскаго* надъ щелочностью крови. Щелочность крови, какъ показали многочисленныя опредѣленія этого автора и др., равная въ среднемъ 240—267 млгрм. ѣдкаго натра на 100 к. стм. крови, суммируется изъ 2-хъ слагаемыхъ—щелочности плазмы крови и щелочности кровяныхъ шариковъ (послѣдняя составляетъ 45—53% всей щелочности, а слѣд. щелочность плазмы—около 50% или 120—134 млгрм. NHO); щелочность плазмы остается нормальной при различныхъ болѣзненныхъ состояніяхъ или, если измѣняется, то очень незначительно; наоборотъ, пониженіе ея наблюдается часто, если не всегда, при раковомъ худосочіи, тяжеломъ сахарномъ мочеизнуреніи [1]) и далеко зашедшемъ мочекровіи, такъ что «это явленіе можетъ служить отчасти отличительно распознавательнымъ признакомъ». Колебанія общей щелочности обусловливаются различною степенью стойкости крови и неодинаковымъ богатствомъ ея красными кровяными шариками въ отдѣльныхъ случаяхъ. Наблюденія ч. пр. *Орловскаго* представляютъ также большой практическій интересъ, такъ какъ показываютъ, что при появленіи признаковъ діабетической спячки введеніе щелочей, полезное вообще (повышеніе щелочности плазмы), цѣлесообразнѣе въ видѣ клизмъ, чѣмъ въ видѣ обычнаго внутренняго употребленія, если имѣть въ виду β-оксимаслянную кислоту, главную виновницу спячки и что введеніе щелочей слѣдуетъ продолжать и по прекращеніи первой опасности, такъ какъ иначе щелочность крови снова быстро понижается [2]).

Въ послѣднее время получены также нѣкоторыя новыя данныя о значеніи изслѣдованія крови для судебномедицинскихъ цѣлей; упомяну напр., о примѣненіи специфическихъ сывротокъ для опредѣленія человѣческой крови (*Corin* и др.), о распознавательномъ значеніи жидкаго состоянія крови при скоропостижной смерти отъ удушенія (*Leo Wachholz*), о чрезвычайно важномъ въ практическомъ отношеніи фактѣ пониженія уд. вѣса крови при удушеніи, чего, напр., не бываетъ при утопленіи (*Placzek*), о примѣненіи хинина къ открытію кровяныхъ тѣлецъ въ старыхъ кровяныхъ слѣдахъ (*Marx*). Упомяну лишь также объ опредѣленіи стойкости (резистентности) кровяныхъ шариковъ, о новомъ способѣ *v. Koranyi* кріоскопіи крови и др.

Необходимо сдѣлать еще одно замѣчаніе по поводу точности результатовъ, получаемыхъ путемъ гематологическихъ изслѣдованій (не касаясь точности и цѣлесообразности самихъ способовъ). Точность эта въ значительной степени повышается еще отъ того, что составъ крови, вообще говоря, остается постояннымъ, что кровь постоянно стремится поддерживать свой нормальный составъ. Я упоминалъ уже о постоянствѣ сухого остатка крови (*Бернацкій*), щелочности ея (*Орловскій*) и т. д. Не смотря на то, что цѣлый рядъ всевозможныхъ условій можетъ, дѣйствительно, вліять на кровь измѣняющимъ ея составъ образомъ, измѣненія эти, благодаря множеству уравновѣшивающихъ приспособленій, быстро выравниваются (*Grawitz* и др.); такъ,

[1]) Интересно отмѣтить указаніе *Le Goff*'а, который нашелъ, что при погруженіи препарата крови больныхъ сахарнымъ мочеизнуреніемъ, фиксированнаго нагрѣваніемъ, въ смѣсь эозина и синьки красные шарики окрашиваются только синькой, въ противоположность нормальному окрашиванію эозиномъ.

[2]) *Brandenburg* также отмѣчаетъ несомнѣнное біологическое значеніе щелочности крови, именно напряженія ея, въ дѣлѣ защиты организма противъ заразныхъ болѣзней: съ повышеніемъ напряженія ея увеличиваются бактеріеубивающія свойства крови.

Digitized by Google

напр., пріемъ большого количества воды понижаетъ уд. вѣсъ крови, но уже спустя самое большее $^3/_4$ часа не остается и слѣдовъ этого пониженія (*Schmaltz*). Въ этомъ отношеніи особенно важно повторное изслѣдованіе крови; оно лучше всего уясняетъ истинное положеніе дѣла. Этотъ фактъ постоянства, неизмѣняемости состава крови, стремленія организма до послѣдней крайности поддерживать нормальный составъ крови имѣетъ большое біологическое значеніе, и уясненіе истиннаго смысла его, несомнѣнно, должно быть очень плодотворнымъ по результатамъ.

Въ заключеніе позволю себѣ указать на то, что полное, всестороннее изложеніе значенія изслѣдованія крови должно составить предметъ обширной спеціальной монографіи—такъ много накопилось относящихся сюда фактовъ; я же хотѣлъ лишь отмѣтить нѣкоторые изъ нихъ, наиболѣе важные и доступные. Но я не сказалъ-бы всего самаго главнаго, если-бы не упомянулъ объ удивительныхъ фактахъ, являющихся достояніемъ послѣднихъ 5—7 лѣтъ и относящихся къ области невоспріимчивости, фагоцитоза, гэмолизиновъ. Я вынужденъ однако тоже лишь упомянуть о нихъ, ибо изложеніе ихъ, даже самое поверхностное, заняло-бы слишкомъ много мѣста. Благодаря этого рода гэматологическимъ изысканіямъ, мы дошли уже до самой сущности пониманія защитительныхъ силъ организма въ борьбѣ съ нашимъ «невидимымъ» врагомъ, микробами. Еще проф. *С. П. Боткинъ* сказалъ, что смерть отъ заразныхъ болѣзней есть смерть насильственная. Бактеріологія открыла намъ этого врага. Гэматологія въ лицѣ выдающихся современныхъ ея представителей, благодаря работамъ *Ehrlich*'а и его школы, *Buchner*'а, *Bordet*, проф. *И. И. Мечникова* и его учениковъ и многихъ другихъ, открыла силы организма въ борьбѣ съ этимъ врагомъ. Мы ознакомились съ фагоцитозомъ; теоретически вопросъ объ гэмолизинахъ, объ явленіяхъ невоспріимчивости разработанъ въ высокой степени обстоятельно; далѣе, мы можемъ точно измѣрять силу фагоцитоза (*Leishman*), количественныя и качественныя его отношенія, можемъ опредѣлять количество алексиновъ въ крови (*Гусевъ*) и т. п. Уже и теперь практическая медицина извлекла изъ этихъ теоретическихъ открытій нѣкоторую пользу для лѣченія; но значеніе ихъ въ этомъ отношеніи въ ближайшемъ будущемъ, несомнѣнно, должно быть огромное: не говоря о многомъ другомъ, укажу лишь, что полученіе различнаго рода цѣлебныхъ сывороткъ есть только вопросъ времени (попытки лѣчить малокровіе у дѣтей, напр., путемъ примѣненія гэмолизиновъ, *Lucatello*).

Мы были свидѣтелями огромнаго переворота въ хирургіи и ея колоссальнаго расцвѣта; быть можетъ, въ недалекомъ будущемъ тоже ждетъ терапію, и, кажется, эта роль выпала прежде всего на долю гэматологіи. L'avenir appartient à l'hématologie (*Hayem*).

**Литература.** 1. *Vierordt K.* Untersuchungen üb. d. Fehlerquellen bei d. Zählung d. Blutkörperchen. «Archiv f. physiolog. Heilkunde», 1852, т. XI, тетр. 5.—2. *Scherer* и др. См. соотвѣтственные отдѣлы учебниковъ по физіологіи и физіолог. химіи, *Landois*, *Шеффера*, *Hammarsten*'а и др. — 3. *Limbeck R. v.* Grundriss einer klin. Pathologie d. Blutes, вып. II, 1896.—4. *Malassez M. L.* «Archive de physiologie», 1880, стр. 227.—5. *Hayem* et *Nachet.* Sur un nouveau procédé pour compter les globules du sang. «Comptes rendus», LXXX, № 16, 1875.—6. *Hayem G.* De la numération des globules du sang. «Gazette hebdomadaire de médecine», 1875, № 19.—7. *Fleischl E. v.* Das Haemometer. «Wien. med. Jahrb.», 1882, тетр. 4, стр. 635.—8. *Lyon* u. *Thoma.* Ueber die Methode d. Blutkörperchenzählung «*Virchow*'s Archiv», 1881, т. 84, стр. 131.—9. *Hammerschlag.* «Wiener kl. Wochenschrift», 1890, стр. 1018.—10. *Schmaltz R.* «Archiv f. klin. Medicin», т. 47, стр. 145.—11. *Schmaltz R.* Die Pathologie d. Blutes u. d. Blutkrankheiten, 1896. — 12. *Vierordt K.* Neue Methode d. quantitativen microskopischen Analyse d. Blutes. «Archiv f. physiol. Heilkunde», 1852, т. 21, тетр. 1. — 13. *Welcker H.* Ueber Blutkörperchenzählung. «Archiv d. Vereins f. gemeinschaftl. Arbeiten», 1853, т. 1, стр. 161 (Jahresber., 1853, I, 29). — 14. *Ehrlich P.* Farbenanalytische Untersuchungen zur Histologie u. Klinik d. Blutes. 1891. — 15. *Тарасевичъ Л. А.* Къ ученію о гэмолизинахъ. Диссертація, 1902, предисловіе. Въ книгѣ собрана очень подробная литература о гэмолизинахъ. — 16. *Obermeyer.* «Berliner kl. Wochenschrift», 1873, стр. 391. «Centralbl. f. med. Wissenschaften», 1873, № 10.—17. *Laveran.* Note sur un nouveau parasite trouvé dans le sang de plusieurs malades atteints de fièvre palustre. N. com. à l'acad. des med. sc., du 22/XI 180 и слѣд. его многочисленныя статьи и сообщенія. См. дисс. *А. В. Готье*, а также статью «О паллюдизмѣ» *Андржеевскаго*, «Больничная Газета Боткина», 1902 г. — 18. *Сахаровъ.* Наблюденія надъ паразитами, производящими болотную лихорадку. «Протоколы засѣданій Кавказскаго медицинскаго Общества», 1888 г., № 6, и др. его статьи,—см. у *Готье.* — 19. *Романовскій К.* Къ вопросу о паразитологіи и терапіи болотной лихорадки. Дисс. 1891.—20. *Mannaberg.* Beiträge zur Morphologie u. Biologie des Plasmodiums Malariae. «Centralblatt f. kl. Medicin», 1891, № 27.—21. *Готье Э. В.* О паразитѣ *Laveran*'а, по наблюденіямъ надъ Кавказской маляріей. Дисс., 1895. Собрана обширная литература до этого года. — 22. *Koch R.* Berichte über Malaria «Deutsche med. Wochenschrift», 1899, №№ 5 и 37, и 1900, №№ 5, 17 и 18.—23. *Celli.* По реф. въ «Deutsche med. Wochenschrift», 1899, № 27.—24. *Plehn A.* Ueber Tropenanaemie u. ihre Beziehungen zur latenten u. manifesten Malaria-Infektion. «Deutsche med. Wochenschrift», 1899, №№ 28—30. См. также у *Grawitz*'а—Kl. Pathologie d. Blutes.—25. *Мечниковъ И. И.* Объ иммунитетѣ (докладъ XIII Международному Съѣзду). «Русскій Архивъ патологіи», 1900, т. X.—26. *Онъ-же.* L'immunité dans les maladies infectieuses. 1901.—27. *Ehrlich P.* u. *Morgenroth I.* Zur Theorie d. Lysinwirkung. «Berliner kl. Wochenschrift», 1899, № 1.—28. *Ehrlich* u. *Morgenroth.* Ueber Haemolysine. Тамъ-же, 1899, № 22, а также о томъ же 3-ье сообщеніе, тамъ-же, 1900, 4-ое № 31, 5-ое 1901, № 10, 6-ое 1901, №№ 21 и 22.—29. *Ehrlich P.* Die Schutzstoffe d. Blutes. «Wiener med. Presse», 1900, № 40 и «Deutsche med. Wochenschrift», 1901, №№ 50, 51 и 52. — 30. *Bouchner.* Immunität. «Münchener med. Wochenschrift», 1900, № 35.—31. *Daremberg.* De l'action destructial du serum du sang sur les globules rouges. «Archive de médecine expérimentale», 1891, т. III.—32. *Bordet I.* Sérums hémolytiques, leurs antitoxines et les théories des sérums cytolytiques. «Annales d'Institut *Pasteur*», 1900, т. XIV, № 5.—33. *Линдеманъ.* Цитолизины, какъ причина токсическихъ нефритовъ. 1901. — 34. *Лондонъ.* Къ ученію о гемолизинахъ. Дисс., 1900. — 35. *Courmont I.* Sur la presence du bacille *d'Eberth* dans le sang des typhiques. Application au diagnostic précox de la fièvre typhoïde. «Journal de physiologie et de pathologie générale», 1902, № 1.—36. *Reinert E.* Die Zählung d. Blutkörperchen u. deren Bedeutung f. Diagnose u. Therapie, 1891.—37. *Hayem G.* Leçons sur les maladies du sang, 1900.—38. *Онъ-же.* Leçons sur les modifications du sang, 1882.—39. *Türk W.* Klinische Untersuchungen ueb. d. Verhalten d. Blutes bei acuten Infectionskrankheiten, 1898. — 40. *Grawitz E.* Klin. Pathologie d. Blutes, nebst einer Methodik d. Bluntersuch. u. specieller Pathol. u. Therapie d. Blutkrankheiten. 2 изд., 1902.—41. *Бернацкій Е.* Haematologische Diagnostic in d. practisch. Medicin. Volum. Sammlung kl. Vorträge, 1901, № 306.—42. *Samuel.* Общая патологія. Русск. пер., 1880 г.—43. *Hayem G.* Sur l'application de l'examen anatomique du sang au diagnostic des maladies. «Comptes rendus», 1881, XC.—44. *Ehrlich P.* u. *Lazarus A.* Die Anaemie, чч. I и II, 1898 и 1900. — 45. *Ehrlich P.*, *Lazarus A.* u. *Pincus F.* Leucaemie, Pseudoleucaemie, Haemoglobinaemie, 1901.—46. *Ehrlich* u. *Lazarus.* Патологія и терапія различныхъ формъ малокровія. «Современная Клиника», 1902, т. I, № 10.—47. *Virchow R.* Weisses Blut, Frorieps N. Notizen, 1845, ноябрь, № 780 (по *Grawitz*'у).—48. *Virchow R.* Zur pathol. Physiologie d. Blutes. «*Virchow*'s Archiv», 1853, т. 5.—49. *Hodgkin.* On some morbid appearance of the absorbent glands and spleen. «Medico-chirurg. transactions», 1832, т. 17 (по *Grawitz*'у).—50. *Banti.* Splenomegalie mit Lebercirrhose. «*Ziegler*'s Beiträge», т. 24, тетр. 1.—51. *Цынкинъ С.* Къ вопросу о селезеночной анэміи (anaemia splenica). «Медицинское Обозрѣніе», 1903, № 5.—52. *Duncan J.* Beiträge zur Pathologie u. Therapie d. Chlorose. «Sitzungsberichte d. kais. Academie d. Wissenschaft», 1867, т. 55, ч. 2 (по *Reinert*).—53. *Preyer W.* Die Blutkrystalle, 1871.—54. *Jolles A.* Beiträge zur quant. Bestimm. d. Eisens im Blute. «*Pflüger*'s Archiv», 1897, т. 65. — 55. *Gilbert A.* Sur les causes essentielles de la chlorose, 1897 (Докладъ на Международномъ Съѣздѣ въ Москвѣ).—56. *Бандалинъ Я.* Желѣзо и хлорозъ. «Врачебная Газета», 1902 г., №№ 43, 45, 47 и 48. — 57. *Фридбергъ Э.* Сравнительныя наблюденія надъ дѣйствіемъ Ferri hydrogen. red., Fe sulfuric. и Haemogalloli на количество гэмоглобина и кр. кров. шариковъ въ крови малокровныхъ. Дисс. 1894.—58. *Ильяшевъ М. А.* О вліяніи различныхъ тяжелыхъ металловъ на морфологическій составъ крови и на образованіе гэмоглобина. Дисс. и «Русскій Врачъ», 1902, № 42.—59. *Sahli.* Zur Diagnose und Therapie d. Anaemie und Chlorose. «Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte», 1886, № 20. — 60. *Oppenheimer.* Ueber d. prakt. Bedeutung d. Bluntersuchung mittels Blutkörph.-Zähler u. Haemoglobinometer. «Deutsche med. Wochenschrift», 1889, №№ 42—44.—61. *Dastre* u. *Morat*, по *Grawitz*'у и *Oppenheimer*'у.—62. *Hösslin H.* Ueber d. Einfluss ungenügender Ernährung auf d. Beschaffenheit d. Blutes. «Münchener med. Wochenschrift», 1890, №№ 38 и 39.—63. *Laache S.* Die Anaemie, 1883.—64. *Sörensen S.* По *Reinert*'у.—65. *Нейбертъ.* Untersuchungen d. Blutes bei der, die Phthysis pulm. u. d. Carcinom begleitenden, Anaemie. Юрьевская диссертація, 1889. — 66. *Grawitz E.* u. *Strauer.* Ueber d. Anaemien bei Lungentuberculose u. Carcinose. «Deutsche med. Wochenschrift», 1893, № 51. — 67. *Appelbaum.* Bluntersuchungen an Phtisikern. «Berliner kl. Wochenschrift», 1902, № 1.—68. *Luxenberg.* Beiträge zur Haematologie der functionellen Neurosen. «Centralblatt f. inn. Medicin», 1899, № 21.—69. *Jaksch R.* Ueber d. prognost. Bedeutung d. bei. croupös. Pneumonie auftretenden Leycocytose. Тамъ-же, 1892, № 5. — 70. *Figenschau K.* Norsk Magaz. for Laegevidenskaben, № 3, реф. въ «Centralblatt f. Bacteriologie», т. 32, № 11.—71. *Коровицкій К.* Къ вопросу объ измѣненіяхъ состава крови при сочленов-

Digitized by Google

номъ ревматизмѣ. «Русскій Архивъ патологіи», 1902 г., т. 14, вып. 6.—72. *Кочетковъ В. Н.* Морфологическія измѣненія крови при скарлатинѣ. 1891.—73. *Питкяненъ Н. Е.* Матеріалы къ морфологіи крови при дифтеріи и нѣкоторыхъ др. заразныхъ заболѣваніяхъ. Дисс., 1900.—74. *Кухаржевскій Г. Г.* О вліяніи дифтерійнаго и тетаническаго токсиновъ на морфологическій составъ, гэмоглобинъ и уд. вѣсъ крови. «Русскій Врачъ», 1902, № 29.—75. *Кудринъ Я. А.* Объ измѣненіи морфологическаго состава крови въ теченіе возвратнаго тифа. Дисс. 1898.—76. *Bettmann S.* Die practische Bedeutung d. eosinophilen Zellen. «*Volkmann*'s Sammlung kl. Vorträge», № 266.—77. *Боткинъ Е. С.* О клиническомъ примѣненіи формъ растворенія бѣлыхъ шариковъ крови.—78. *Rogers L.* «The British Medical Journal», 5/IV 1902, реф. въ «Русскомъ Врачѣ», 1902, № 16, стр. 628.—79. *Rogers L.* «The Lancet», 1902, 9/IX, реф. въ «Русскомъ Врачѣ», 1902, № 40, стр. 1458.—80. *Weil E.* Парижская диссертація, 1902; также реф. въ «Русскомъ Врачѣ», 1902, № 42, стр. 1297.—81. *Besançon* et *Labbé.* «La Presse médicale», 1902, 8/XI. — 82. *Wassermann.* Ueber d. Verhalten d. weissen Blutkörperchen bei einigen chirurgischen Krankheiten, insbesondere bei appendicitis. «Münchener med. Wochenschrift», 1902, 25/IV.—83. *Longridge.* «The Lancet», 1902, 12/VII; реф. въ «Больничной Газетѣ Боткина», 1902, № 37, стр. 1699.—84. *Dützmann M.* «Centralblatt f. Gynaekologie», 1902, 5/V.—85. *Черно-Шварцъ* и *Бронштейнъ.* Ueber Cytodiagnostik. «Berliner kl. Wochenschrift». 1903, №№ 34—35. — 86. *Bertelsmann.* Ueber bacteriol. Bluntuntersuchungen bei chron. Eiterungen, mit besonderer Berücksichtigung d. Beginns d. Allgemeininfection. «Archiv f. klin. Chirurgie», 1902, т. 67. — 87. *Tuffier.* L'hémodiagnostic de l'appendicite. «La Semaine médicale», 1901, № 27.—88. *Laignel-Lavastine.* L'éosinophilie, signe d'appendicite.—89. *Percival Mackie.* «The Lancet», 1901, 24, VIII, реф. въ «Русскомъ Врачѣ», 1901, № 34, стр. 1175. — 90. *Тихоновъ.* Къ вопросу о пищеварительномъ лейкоцитозѣ. Дисс., 1902.—91. *Garza.* «Revista de Médicina y Cirugia prácticas, 1902, 21, VII; реф. во «Врачебной Газетѣ», 1902, № 42, стр. 975.—92. *Borini A.* D. Leycocytose nach Digitalisgebrauch bei Pneumonieinfection. «Centralbl. f. Bacteriologie», 1902, № 3.—92. *Оссендовскій В. И.* Къ вопросу объ измѣненіи крови у сифилитиковъ подъ вліяніемъ лѣченія. «Врачебная Газета», 1902, № 19.—94. *Смирягинъ М. I.* Къ вопросу объ измѣненіи крови у прокаженныхъ. «Русскій Журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней», 1902, т. 3, № 1.—95. *Marichan-Beauchant.* Парижская диссертація; реф. въ «Русскомъ Врачѣ», 1902, № 45, стр. 1655. — 96. *Tuffier* et *Milian*, докл. въ Парижскомъ хир. Обществѣ, 26/II 1902, по реф. въ «Русскомъ Врачѣ», 1902, № 43, стр. 1586. — 97. *Donati.* Il sangue negli individui affetti da tumori maligni. «Giornale della R. Accademia di Med. di Torino», VI, 1902; «La Semaine médicale», 1901, № 27; реф. во «Врачебной Газетѣ», 1902, № 42, стр. 278. — 98. *Dunham.* «Boston med. Journal», 1901, 13, VI; реф. во «Врачебной Газетѣ», 1902, № 12, стр. 278. — 99. *Bierfreund.* «Archiv f. kl. Chirurgie», 1891, стр. 1.—100. *Strauss H.* u. *Rohnstein.* D. Blutzusammensetzung bei d. verschied. Anaemien, 1901.—101. *Лангъ Г. Ф.* Къ вопросу о причинахъ повышенія стойкости красныхъ кр. шариковъ при нѣкоторыхъ патологическихъ состояніяхъ. «Больничная Газета Боткина», 1902, № 22.—102. *Орловскій В. Ф.* Щелочность крови при физіологическихъ и патологическихъ условіяхъ. «Врачъ», 1901, №№ 39 и 40. — 103. *Le Goff.* «Académie des Sciences», 1902, 12/V; реф. во «Врачебной Газетѣ», 1902, № 43, стр. 1002.—104. *Corin.* «Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medicin», 1902, т. 23, тетр. 1.—105. *Wachholz L.* Тамъже; реф. во «Врачебной Газетѣ», 1902, № 49, стр. 1140. — 106. *Placzek.* Тамъ-же, 1903, тетр. 1; реф. въ «Berliner kl. Wochenschrift», 1903, № 23.—107. *Korányi A.* Physiologische u. klinische Untersuchungen ueb. d. osmotischen Druck thierischer Flüssigkeiten. «Zeitschrift f. kl. Medicin», 1897—1898, т. 33—34.—108. *Grawitz E.* Klin.-experim. Blutuntersuchungen. Тамъже, 1893. т. 21 und «Centralbl. f. inn. Medicin», 1900, № 3.—109. *Leishmann W.* «British Medical Journal», 1902, 11, I и «Philadelphia Medical Journal», 1902, 1, II. Реф. въ «Больничной Газетѣ Боткина», 1902, № 38, стр. 1752.—110. *Гусевъ Г. А.* Матеріалы къ вопросу о количественномъ опредѣленіи алексиновъ въ сывороткѣ людей. «Русскій Врачъ», 1902, № 32. — 111. *Hayem G.* Du sang et de ses altérations anatomiques, 1889.—112. *Brandenburg.* «Deutsche med. Wochenschrift», 1902, № 5, стр. 78—80.—113. *Marx H.* Ueber d. Nachweis von Blutkörperchen mittelst Chinin. «Vierteljahrsschr. f. ger. Medicin», III F., т. 26, тетр. 1, стр. 38.

---

LXXII. Изъ пропедевтической клиники проф. К. Э. Вагнера въ Кіевѣ.

# Измѣненія въ красныхъ кровяныхъ тѣльцахъ, какъ ранній признакъ свинцоваго отравленія *).

**А. И. Лурье.**

Клиническая картина свинцоваго отравленія, особенно въ начальныхъ ступеняхъ его, бываетъ часто крайне неясна. Нѣтъ ничего удивительнаго поэтому, что въ однихъ случаяхъ мы не распознаемъ этого заболѣванія тамъ, гдѣ оно имѣется на самомъ дѣлѣ, а въ другихъ—наше распознаваніе хроническаго свинцоваго отравленія остается подъ сомнѣніемъ. Измѣненія въ красныхъ кровяныхъ тѣльцахъ, недавно описанныя почти одновременно *Behrend*'омъ и *Hamel*'емъ при свинцовомъ отравленіи, являются, по видимому, весьма цѣннымъ признакомъ для правильнаго и ранняго распознаванія. Въ этомъ можно было убѣдиться по одному случаю, наблюдавшемуся въ Кіевской пропедевтической клиникѣ. Описывая этотъ случай по предложенію моего глубокоуважаемаго учителя проф. *К. Э. Вагнера*, я постарался въ краткихъ чертахъ представить также и современное состояніе вопроса о разбираемыхъ измѣненіяхъ въ красныхъ тѣльцахъ крови, такъ какъ въ русской литературѣ вопросъ этотъ, по видимому, обсуждался до сихъ поръ весьма мало,—по крайней мѣрѣ, мнѣ извѣстна лишь одна относящаяся сюда работа *О. Э. Морица*, которая будетъ разобрана ниже. Случай нашъ слѣдующій.

М. Г., 19 л., казакъ, поступилъ въ пропедевтическую клинику 4/XI 1903 г. Заболѣлъ 9 дней назадъ. Появились напряженныя, рѣжущія боли сначала подъ ложечкой, затѣмъ во всемъ животѣ, и головная боль. Первые 3 дня заболѣванія былъ запоръ, потомъ стало слабить, по 6—8 разъ въ день. Испражненія, по словамъ больного, были водянистыя, желтаго цвѣта. Позывъ на ѣду былъ плохой. Тошноты, отрыжекъ не было. Въ день поступленія 1 разъ была рвота, 2 раза жидко прослабило. Дома принималъ въ началѣ заболѣванія слабительное. Указать на причину заболѣванія не можетъ. 8 мѣсяцевъ работаетъ со свинцомъ на химической фабрикѣ. Во время работы приходится вдыхать какъ свинцовую пыль, такъ и свинцовые пары. Со времени поступленія на фабрику сталъ страдать запорами по 2—3 дня. За запорами часто слѣдовали поносы. Въ началѣ сентября появилась желтуха по всему тѣлу. 3 недѣли назадъ заболѣлъ перелоемъ. Очень нервенъ, плаксивъ. Раньше, до поступленія на фабрику, всегда былъ здоровъ. Много куритъ (до 20 папиросъ въ день). Спиртными напитками не злоупотреблялъ. Сифилисъ отрицаетъ.

Вѣсъ 120 ф. Сознаніе ясное. Костная и мышечная системы развиты правильно. Суставы измѣненій не представляютъ. Склеры, слизистая оболочка мягкаго нёба, кожа лица и груди съ желтушнымъ окрашиваніемъ. На зубахъ черные налеты, зависящіе отъ виннаго камня. Свинцовой каймы на деснахъ нѣтъ. Жировой слой развитъ удовлетворительно. Отековъ нѣтъ. Паховыя лимфатическія железы прощупываются въ видѣ отдѣльныхъ железъ, величиной съ горошину. Прощупываются также подмышковыя и локтевыя железы. Зрачки отвѣчаютъ на свѣтъ правильно. Сухожильные колѣнные рефлексы рѣзко повышены. При постукиваніи и выслушиваніи легкихъ отклоненій отъ нормы не наблюдается. Границы сердца: верхняя—4-ое межреберье, правая—лѣвая грудинная линія, лѣвая — 5-ое межреберье на 1 палецъ кнутри отъ соска. Тоны чистые. Пульсъ 64 въ минуту, довольно мягкій. Животъ при ощупываніи болѣзненъ; стѣнки его напряжены, и потому въ немъ ничего прощупать не удается. На слѣдующій день по поступленіи удалось прощупать довольно мягкую печень, на $1^1/_2$ пальца ниже ребернаго края, и селезенку, тоже мягкую, на 1 палецъ ниже ребернаго края. Мочи за сутки 1500 к. стм., уд. в. 1015, кислой реакціи; цвѣтъ *Vogel* III; мутноватая; бѣлка, сахара, желчныхъ пигментовъ не содержитъ; осадокъ небольшой; при микроскопическомъ изслѣдованіи найдено: громадное количество бѣлыхъ, много красныхъ тѣлецъ, клѣтки эпителія пузыря и мочеиспускательнаго канала; эпителій окрашенъ желчнымъ пигментомъ; гонококковъ въ первой утренней порціи мочи не найдено. Температура нормальная.

На основаніи описанной картины болѣзни былъ распознанъ острый gastro-entero-duodenit'ъ. Однако указаніе больного въ анамнезѣ на то, что онъ работаетъ со свинцомъ, заставило заподозрѣть, не имѣется-ли здѣсь дѣло со свинцовымъ отравленіемъ, первыми проявленіями котораго нерѣдко бываютъ тѣ или другія разстройства со стороны пищеварительнаго канала. За отсутствіемъ у больного другихъ какихъ-либо обычныхъ признаковъ свинцоваго отравленія предположеніе это такъ и осталось-бы предположеніемъ, не имѣющимъ достаточныхъ фактическихъ основаній, ибо, конечно, gastro-duodenit'ъ могъ развиться и на другой почвѣ; но рѣшающее вліяніе на распознаваніе оказало изслѣдованіе крови, вполнѣ подтвердившее предположеніе о свинцовомъ отравленіи.

Изслѣдованіе это дало слѣдующее: кровь при выхожденіи ея изъ мякоти пальца представляется нормально окрашенной; время свертываемости—около 7 мин.; уд. в. 1054; гэмоглобина по *Gowers*'у 80%; красныхъ тѣлецъ 4400000, бѣлыхъ 7666; отношеніе красныхъ къ бѣлымъ = 1:571. Микроскопическое изслѣдованіе свѣжей капли: нормальное складываніе въ монетные столбики, нормальная окраска и форма красныхъ тѣлецъ. При окраскѣ сухихъ препаратовъ тріацидомъ *Erlich*'а кровь представляется совершенно нормальной; при окраскѣ ихъ метиленовой синькой, эозиномъ и метиленовой синькой, по *Gims*'у, въ глаза бросается большое число красныхъ тѣлецъ, въ протоплазмѣ которыхъ находится очень много базофильныхъ зернышекъ, окрашенныхъ синькой, азуромъ. Эти послѣднія и составляютъ ранній признакъ

*) Сообщено въ засѣданіи Общества Кіевскихъ врачей съ предъявленіемъ препаратовъ 16/III 1904 г.

Digitized by Google

свинцоваго отравленія. Плазмодій болотной лихорадки въ крови не найдено.

Впервые въ 1885 г. базофильныя зернышки въ красныхъ тѣльцахъ наблюдалъ *Erlich*, затѣмъ *Lazarus*, *Ascanasy*, *Schauman* при *Biermer*'овскомъ малокровіи. Благодаря базофиліи этихъ зернышекъ, т. е. сродству къ ядернымъ краскамъ, ихъ приняли за остатки распавшагося ядра и никакого особаго значенія имъ не придали. Затѣмъ *Plehn*, изслѣдуя Европейцевъ вскорѣ послѣ ихъ прибытія въ Камерунъ, гдѣ свирѣпствуетъ тропическая лихорадка, въ своей работѣ въ 1899 г. обратилъ вниманіе на слѣдующее: къ нему часто обращались больные съ ясной картиной малокровія; между тѣмъ изслѣдованіе крови показывало одно только измѣненіе—присутствіе базофильныхъ зернышекъ въ красныхъ кровяныхъ тѣльцахъ. *Plehn* принималъ эти зернышки за чужеядныя болотной лихорадки въ раннихъ ступеняхъ развитія (Vorstufen, Grundformen, Keimen Malariaparasiten); по его мнѣнію, они размножаются путемъ дѣленія въ красныхъ кровяныхъ тѣльцахъ, разрушаютъ ихъ и заражаютъ новыя.

*Grawitz*, подтвердивъ существованіе базофильныхъ зернышекъ, описанныхъ *Plehn*'омъ у больныхъ болотной лихорадкой, нашелъ такія-же зернышки при очень многихъ болѣзняхъ: при ракѣ, главнымъ образомъ пищеварительнаго канала, при злокачественномъ малокровіи, при гнилокровіи, тяжеломъ бѣлокровіи, хроническихъ поносахъ, при свинцовомъ отравленіи. Отрицательные результаты получились: у здоровыхъ, у чахоточныхъ, если не присоединялось другое зараженіе, у сифилитиковъ, также во время ртутнаго лѣченія, при блѣдной немочи, сахарномъ мочеизнуреніи, у ребенка съ корью, у ребенка съ т. наз. ложнобѣлокровнымъ малокровіемъ (anaemia pseudoleucaemica), при хроническихъ паренхиматозныхъ и межуточныхъ нефритахъ. Базофильныя зернышки, по *Grawitz*'у, могутъ встрѣчатся въ обыкновенныхъ красныхъ тѣльцахъ, въ микроцитахъ, макроцитахъ, пойкилоцитахъ и во всѣхъ формахъ ядросодержащихъ красныхъ тѣлецъ. Наблюденія *Grawitz*'а были подтверждены цѣлымъ рядомъ изслѣдованій *Strauss*'а, *Litten*'а, *Behrend*'а, *Bloch*'а, *Bettmann*'а, *О. Э. Морица*, *Ulman*'а и др.

На появленіе базофильныхъ зернышекъ при свинцовомъ отравленіи еще до *Grawitz*'а указалъ *Behrend*, обратившій вниманіе на то, что этихъ зернышекъ особенно много встрѣчается тогда, когда при свинцовомъ отравленіи на первый планъ выступаютъ явленія со стороны кишечника (какого рода явленія, *Behrend* не указываетъ). Съ улучшеніемъ явленій со стороны кишечника уменьшается, по *Behrend*'у, и число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, содержащихъ базофильныя зернышки.

Одновременно съ *Behrend*'омъ на существованіе базофильныхъ зернышекъ при отравленіи свинцомъ указалъ и *Hamel*. Онъ изслѣдовалъ 24 рабочихъ, постоянно имѣвшихъ дѣло со свинцомъ, и только у 4-хъ не нашелъ базофильныхъ зернышекъ. Эти 4 нѣсколько мѣсяцевъ до изслѣдованія уже не работали со свинцомъ. У остальныхъ 20 базофильныя зернышки, какъ уже сказано, были найдены, при чемъ число пораженныхъ красныхъ тѣлецъ было прямо пропорціонально тяжести заболѣванія. Нѣкоторые больные обратились къ д-ру *Hamel*'ю, не вслѣдствіе отравленія свинцомъ, а съ другими болѣзнями; у нихъ измѣненіе крови было установлено раньше всѣхъ другихъ признаковъ свинцоваго отравленія (не было даже свинцовой каймы). Одновременно съ улучшеніемъ общаго состоянія уменьшалось и число красныхъ кровяныхъ тѣлецъ съ базофильными зернышками, что служило лучшимъ показателемъ успѣха лѣченія.

Что свинецъ можетъ вызвать появленіе базофильныхъ зернышекъ въ красныхъ тѣльцахъ, доказано опытами *Sabrazès* на морскихъ свинкахъ, *Strauss*'а и *Морица* на кроликахъ. Базофильныя зернышки сохраняются мѣсяцами послѣ прекращенія доставки свинца въ организмъ. Животныя, разъ перенесшія отравленіе свинцомъ, становятся уже менѣе устойчивы по отношенію къ нему. При впрыскиваніи кроликамъ ежедневно по 0,005 уксуснокислаго свинца *Морицъ* находилъ базофильныя зернышки лишь черезъ мѣсяцъ отъ начала впрыскиванія; при 0,05—черезъ 10 дней; при 0,25—черезъ 1—2 дня.

*О. Э. Морицъ* изслѣдовалъ также 32 рабочихъ, имѣвшихъ дѣло со свинцомъ на 2-хъ Петербургскихъ фабрикахъ (красокъ и листобойня); изъ нихъ только у 1 были несомнѣнныя явленія отравленія; 5 жаловались на преходящія невральгіи, боли въ мышцахъ, головѣ, животѣ, каковыя жалобы не всегда можно было приписать свинцу; остальные были здоровы. У многихъ (8) не было даже свинцовой каймы. У нѣкоторыхъ рабочихъ черезъ 8 дней по поступленіи на фабрику можно было уже установить базофильныя зернышки въ красныхъ тѣльцахъ. Только у 3 (работавшихъ $1^1/_2$ г., 1 г., $1^1/_2$ мѣс.) не было базофильныхъ зернышекъ, что, по мнѣнію *Морица*, вѣроятно, объясняется особенной исправностью и чистотой этихъ рабочихъ, особенно при умываніи рукъ передъ ѣдой. Такія-же наблюденія надъ работающими со свинцомъ сдѣлали *Strauss*, *Litten* и др. Такимъ образомъ всѣ изслѣдователи согласны между собой въ томъ, что базофильныя зернышки въ красныхъ тѣльцахъ часто являются самымъ первымъ признакомъ свинцоваго отравленія.

Что касается вопроса о значеніи этихъ зернышекъ при другихъ болѣзняхъ, равно какъ и о происхожденіи ихъ, то здѣсь между авторами существуетъ большое разногласіе. *Grawitz* придаетъ имъ весьма важное клиническое значеніе. По его мнѣнію, постоянная наличность базофильныхъ зернышекъ при нѣкоторыхъ болѣзняхъ говоритъ за то, что эти болѣзни зависятъ отъ кровяныхъ ядовъ, вызывающихъ перерожденіе красныхъ тѣлецъ, разрушеніе ихъ (ракъ, злокачественное малокровіе, гнилокровіе, свинцовое отравленіе и пр.). Постоянное отсутствіе базофильныхъ зернышекъ при какихъ-либо болѣзняхъ говоритъ противъ существованія кровяныхъ ядовъ при этихъ болѣзняхъ.

По *Grawitz*'у кровяные яды бываютъ 2-хъ родовъ: 1) одни не вызываютъ распаденія красныхъ тѣлецъ, обращающихся въ крови, но вызываютъ лишь распаденіе ихъ въ печени, селезенкѣ, костномъ мозгу; при нихъ не наступаетъ «lysis'а»—растворенія съ поступленіемъ гэмоглобина въ кровяную плазму; дѣйствіе этихъ ядовъ *Grawitz* называетъ плазмотропическимъ—«Plasmotrope Wirkung»; 2) другіе яды вызываютъ раствореніе красныхъ тѣлецъ, гэмоглобинэмію—«Plasmolysis» по *Grawitz*'у.

Обыкновенно яды въ малыхъ количествахъ относятся къ 1-ой группѣ, въ большихъ—ко 2-ой. Свинецъ—типъ чисто плазмотропическаго яда. Въ малыхъ (медицинскихъ) количествахъ онъ вызываетъ зернистое перерожденіе протоплазмы красныхъ тѣлецъ. Даже въ тяжелыхъ случаяхъ отравленія онъ не вызываетъ «Plasmolysis'а» въ обращающейся крови, а исключительно усиленное распаденіе измѣненныхъ красныхъ тѣлецъ въ вышеназванныхъ органахъ. Малокровіе у чахоточныхъ, сифилитиковъ, у которыхъ, какъ упоминалось, не находятъ базофильныхъ зернышекъ, *Grawitz* разсматриваетъ, какъ частное явленіе общей атрофіи тканей и обѣднѣнія ихъ бѣлкомъ (oligaemia vera). Блѣдность при свинцовомъ отравленіи *Grawitz* раньше объяснялъ судорогой периферическихъ сосудовъ, теперь-же—малокровіемъ. Отсутствіемъ базофильныхъ зернышекъ *Grawitz* пользуется также для выясненія этіологіи блѣдной немочи. Какъ извѣстно, *Nothnagel* приписываетъ появленіе блѣдной немочи отравленію со стороны кишечника, *v. Noorden*—со стороны яичниковъ. По *Grawitz*'у-же блѣдная немочь есть заболѣваніе нервное. Отсутствіе при этой болѣзни базофильныхъ зернышекъ въ красныхъ тѣльцахъ, по его мнѣнію, говоритъ противъ отравленія.

Что касается вопроса о происхожденіи базофильныхъ зернышекъ, то *Grawitz* полагаетъ, что зернышки эти являются результатомъ не возрождающаго процесса, какъ полагалъ *Erlich* и др., т. е., базофильныя зернышки не составляютъ остатковъ распавшагося ядра, а результатомъ перерождающаго процесса въ гэмоглобинѣ, вызываемаго обусловливающими разстройство красныхъ тѣлецъ ядами рака, гнилокровія и пр. Явленіе это *Grawitz* называетъ зернистымъ перерожденіемъ—«Körnige Degeneration» и полагаетъ, что оно служитъ несомнѣннымъ и очень раннимъ показателемъ начинающагося малокровія, вызываемаго кровяными ядами. Противъ каріолитическаго происхожденія этихъ зернышекъ онъ приводитъ слѣдующія соображенія: 1) зернышки, являющіяся результатомъ распаденія ядра, грубѣе и крупнѣе описываемыхъ зернышекъ;

Digitized by Google

рядомъ съ ними обыкновенно встрѣчаются и остатки ядра; 2) описываемыя зернышки никогда не встрѣчаются въ клѣткахъ костнаго мозга у тѣхъ больныхъ, у которыхъ они находятся въ обращающейся крови; 3) базофильныя зернышки иногда встрѣчаются въ красныхъ тѣльцахъ рядомъ съ совершенно нетронутымъ, круглымъ ядромъ; 4) этихъ зернышекъ въ 1 красномъ тѣльцѣ иногда бываетъ такъ много, что едва-ли столько ихъ образовалось-бы при распаденіи даже 2-хъ ядеръ; 5) особенно доказательны, по мнѣнію *Grawitz*'а, его наблюденія надъ больными, у которыхъ онъ находилъ многочисленныя зернистоперерожденныя тѣльца, между тѣмъ какъ въ крови не наблюдалъ ни единаго эритробласта; 6) красныя тѣльца съ базофильными зернышками легко распадаются: *Plehn* указалъ, что у его больныхъ въ Камерунѣ послѣ появленія гэмоглобинуріи базофильныя ядрышки исчезали, т. е. зернистоперерожденныя красныя тѣльца являются первой жертвой, какъ наименѣе стойкія; 7) *Bloch* обратилъ вниманіе на то, что базофильныя зернышки не окрашиваются метиленовою зеленью—прекрасной ядерной краской, что также говоритъ противъ происхожденія ихъ изъ ядра; 8) *Litten* отмѣтилъ, что при улучшеніи болѣзни число базофильныхъ зернышекъ уменьшается, и наоборотъ. Теперь главнымъ образомъ *Engel* отстаиваетъ еще происхожденіе базофильныхъ зернышекъ изъ ядра. По *Engel*'ю, зернистость указываетъ на воспрепятствованное кровообразованіе, когда при малокровіи, напр., свинцоваго происхожденія, красныя тѣльца поступаютъ въ общій токъ крови незрѣлыми, съ остатками ядра. Въ зародышевой крови зернистость находятъ въ то время, когда ядросодержащія клѣтки начинаютъ терять ядра.

*Litten*, *Strauss*, на основаніи своихъ изслѣдованій, допускаютъ возможность происхожденія базофильныхъ зернышекъ какъ путемъ перерожденія протоплазмы красныхъ тѣлецъ, такъ и изъ распавшагося ядра. Оба они согласны съ *Grawitz*'емъ въ томъ, что присутствіе въ красныхъ тѣльцахъ базофильныхъ зернышекъ указываетъ на малокровіе; однако они, какъ и большинство другихъ изслѣдователей (*Bloch*, *Behrend*), полагаютъ, что базофильныя зернышки имѣютъ не большее распознавательное значеніе, чѣмъ и всѣ другія измѣненія, наблюдаемыя при малокровіи.

*Strauss* и *Ulman* находили базофильныя зернышки въ видѣ рѣдкихъ исключеній и у здоровыхъ.

Что касается базофильныхъ зернышекъ, указанныхъ *Plehn*'омъ, то большинство авторовъ того мнѣнія, что они являются, по всей вѣроятности, выразителями малокровія, какъ и при другихъ болѣзняхъ.

Въ февралѣ текущаго года появилась работа проф. *Naegeli*, въ которой онъ выступилъ защитникомъ возрождающаго характера измѣненій, наблюдаемыхъ въ красныхъ тѣльцахъ при свинцовомъ отравленіи. *Naegeli* указалъ вначалѣ на работу *Sabrazès*'а, показавшаго, что красныя тѣльца съ базофильными зернышками никогда не наблюдаются при остромъ и подостромъ свинцовомъ отравленіи, а исключительно при хроническомъ. Если хроническое отравленіе зашло за извѣстный предѣлъ, равно какъ и передъ смертью больного,—красныя тѣльца съ базофильной зернистостью, по *Sabrazès*'у, исчезаютъ. Это, по его мнѣнію, говоритъ за то, что красныя тѣльца съ базофильной зернистостью суть элементы возрожденія, что ихъ исчезаніе есть доказательство недостаточности кроветворной дѣятельности органовъ. Этимъ и объясняется наблюденіе *Bloch*'а, что при тяжелой формѣ злокачественнаго малокровія красныхъ тѣлецъ съ базофильными зернышками не бываетъ.

Ассистентъ проф. *Naegeli* д-ръ *Lutoslavsky* опытами подтвердилъ указанія *Sabrazes*'а. Результаты его изслѣдованій таковы: только при постепенномъ осторожномъ отравленіи животныхъ свинцомъ, въ крови у нихъ появляются красныя тѣльца съ базофильными зернышками, которыя при усиленіи отравленія исчезаютъ; передъ смертью отравленнаго животнаго базофильныя зернышки въ красныхъ тѣльцахъ исчезаютъ всегда. Если животному въ періодѣ уменьшенія базофильныхъ зернышекъ назначали іодистый калій, какъ противоядіе, то оно оправлялось, и число красныхъ тѣлецъ съ базофильными зернышками снова увеличивалось. Послѣднее обстоятельство, по *Naegeli*, можно объяснить только возрожденіемъ, т. е. костный мозгъ оправляющагося животнаго начинаетъ энергичнѣе работать.

О томъ, образуются-ли базофильныя зернышки изъ ядра или протоплазмы, *Naegeli* пока еще не высказывается.

Возвращусь къ больному. Какъ уже сказано, до изслѣдованія крови казалось, что здѣсь имѣлось дѣло съ обыкновеннымъ желудочно-кишечнымъ заболѣваніемъ, не смотря на то, что больной рѣшительно утверждалъ, что заболѣваніе наступило безъ всякой видимой причины, что погрѣшностей со стороны діэты и т. п. не было. Измѣненія, найденныя въ красныхъ тѣльцахъ, дали опредѣленное освѣщеніе этому случаю. Разобравъ всѣ вышеупомянутыя болѣзни, при которыхъ бываетъ зернистое перерожденіе протоплазмы въ красныхъ тѣльцахъ, можно было въ данномъ случаѣ остановиться только на томъ, что здѣсь дѣло шло о свинцовомъ отравленіи. Что, дѣйствительно, таковое имѣлось, показало изслѣдованіе мочи на свинецъ, любезно сдѣланное ассистентомъ по каѳедрѣ медицинской химіи д-ромъ *А. І. Ракочи*: въ мочѣ оказались слѣды свинца.

Больной пробылъ въ клиникѣ 2 недѣли. Поносы, боли въ животѣ совершенно прекратились; желтуха значительно уменьшилась. Почти ежедневно изслѣдовалась у больного кровь: базофильныя зернышки попадались во всѣхъ препаратахъ; однако, въ то время, какъ въ препаратахъ, полученныхъ при поступленіи больного въ клинику, можно было почти въ каждомъ полѣ зрѣнія видѣть 1—2 красныхъ тѣльца съ базофильной зернистостью, въ препаратахъ послѣднихъ дней встрѣтилось 1 пораженное тѣльце на 2—3 поля зрѣнія.

Въ заключеніе, мнѣ кажется, я могу съ полнымъ правомъ сказать, что какъ вышеописанный случай, такъ и данныя изъ литературы съ несомнѣнностью доказываютъ весьма важное распознавательное значеніе изслѣдованія крови при свинцовомъ отравленіи. Такое изслѣдованіе можетъ быть рѣшающимъ во многихъ случаяхъ (сюда относится, между прочимъ, и судебно-медицинская экспертиза); поэтому оно заслуживаетъ особаго вниманія.

**Литература.** 1. *Grawitz*. Ueber körnige Degeneration der rothen Blutzellen. «Deutsche med. Wochenschrift», 1899, № 36.— 2. *Онъ-же*. Klinische Pathologie des Blutes. 2-ое изд., 1902.— 3. *Онъ-же*. Die klinische Bedeutung und experimentelle Erzeugung körniger Degenerationen in den rothen Blutkörperchen. «Berliner klin. Wochenschrift», 1900, № 9.—4. *Litten*. Ueber basophile Körnungen in rothen Blutkörpern. «Deutsche med. Wochenschrift», 1899, № 44.— 5. *Behrend*. Тамъ-же, 1899, V. B. № 42. 6. *Bloch*. Тамъ-же, 1899, V. B. № 46. — 7. *Strauss*. Тамъ-же, 1899, V. B. № 41.—8. *Онъ-же*. Тамъ-же, 1900, V. B. № 6.— 9. *Plehn A*. Ueber Tropenanämie und ihre Beziehungen zur latenten und manifesten Malariainfection. Тамъ-же, 1899, №№ 28, 29, 30. V. B. № 24.—10. *Онъ-же*. Zur Färbetechnik für die Darstellung der «karyochromatophilen Körner» im Blut der Bewohner von Malariagegenden. Тамъ-же, 1899, № 44.—11. *Pappenheim*. «Münchener med. Wochenschrift», 1901, № 24.—12. *О. Морицъ*. Die gekörnten Erytrocyten bei Bleivergiftung. «St.-Petersburger med. Wochenschrift», 1901, № 26.—13. *Engel*. Leitfaden zur klinischen Untersuchung des Blutes. 2-ое изд., 1902. — 14. *Онъ-же*. Ueber die Entstehung der basophilgekörnten rothen Blutkörperchen. «Münchener med. Wochenschrift», 1904, № 5.

---

## LXXIII. Необходимъ-ли кислородъ для дѣйствія гидролитическихъ бродилъ?

**Н. А. Сахарова** (Тифлисъ).

На послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ, въ отдѣлѣ физіологической химіи, я сдѣлалъ опытъ, показывающій, что при раствореніи крахмала діастазомъ, рядомъ съ процессомъ гидролитическаго расщепленія, происходитъ окислительный процессъ, обнаруживаемый при помощи подкисленнаго раствора двойной сѣрнокислой соли закиси желѣза и аммонія.

Изъ преній, въ которыхъ принимали участіе профф. *Данилевскій*, *Кравковъ*, *Ушинскій*, *Залѣсскій*, *Медвѣдевъ* и *Ильинъ*, выяснилось, что всѣ эти ученые, по видимому, убѣдились въ существованіи въ показанномъ мною опытѣ окислительнаго процесса, но они не признали доказаннымъ защищаемое мной положеніе, что окислительный процессъ тѣсно связанъ съ гидролизомъ и даже является причиной послѣдняго.

Въ виду этого сообщаю о слѣдующемъ новомъ опытѣ, который, по видимому, устраняетъ всякія сомнѣнія въ необходимости кислорода для дѣйствія гидролитическихъ бродилъ.

Наливаютъ въ 2 пробирки емкостью около 30 к. стм. по 15 к. стм. разведеннаго свѣжеприготовленнаго отвара рисоваго крахмала. 1-ую пробирку кипятятъ въ теченіи

Digitized by Google

2—3 мин. и, удаливъ отъ огня, тотчасъ вливаютъ въ нее варенаго масла, дабы оно образовало надъ крахмаломъ слой толщиной около $1^1/_2$ дюйма. Охладивъ затѣмъ пробирку до комнатной температуры, впускаютъ въ нее при помощи тонкой пипетки, пропущенной сквозь масло, небольшое количество (нѣсколько капель) раствора діастаза, *лишеннаго кислорода* по способу, описанному ниже. Такое-же количество того-же діастаза вливается въ другую пробирку съ крахмаломъ, тоже комнатной температуры. При нагрѣваніи этихъ пробирокъ при 50° замѣчается, что въ пробиркѣ, незащищенной масломъ, крахмалъ становится прозрачнымъ, тогда какъ въ защищенной онъ еще сохраняетъ свою опалесценцію. Охладивъ въ это время пробирки до 10°, можно сохранить это различіе на продолжительное время. Изслѣдованіе показываетъ въ 1-ой пробиркѣ довольно большое количество сахара и почти полное отсутствіе его во 2-ой.

Для этого опыта я употребляю насыщенный растворъ діастаза, къ которому затѣмъ прибавлялъ небольшое количество соды и пирогаллола. Эта смѣсь должна стоять подъ слоемъ варенаго масла нѣсколько дней. При впусканіи ея въ растворъ крахмала не должно попасть въ послѣдній ни малѣйшаго пузырька воздуха. Пипетка должна поэтому на концѣ быть вытянута въ трубочку толщиной съ иглу шприца *Pravaz*'а. Масло пригодно только вареное, употребляемое малярами. Замѣчу, что пирогаллолъ можетъ самъ по себѣ вызывать въ присутствіи кислорода раствореніе крахмала, но для этого необходимы большія количества его и соды, вызывающія сильное побуреніе крахмала, котораго въ опытѣ не должно быть. Опытъ этотъ будетъ мной показанъ въ одномъ изъ засѣданій Кавказскаго Медицинскаго Общества.

---

## LXXIV. Санитарныя требованія для кладбищенскихъ церквей.

Ч. пр. **А. А. Липскаго.**

(Изъ сообщенія 3-му Отдѣленію Русскаго Общества охраненія народнаго здравія).

Санитарное дѣло и въ Россіи, несомнѣнно, съ каждымъ годомъ расширяется. Кругъ дѣятельности санитарныхъ врачей постепенно увеличивается; въ ихъ вѣдѣніе поступаютъ все новыя и новыя области. Только религіозные и церковные обряды остаются еще почти внѣ всякаго санитарнаго надзора—по крайней мѣрѣ, на практикѣ,—и лишь въ самые послѣдніе годы наблюдаются со стороны санитаровъ нѣкоторыя попытки проникнуть и въ эти установленія общественной жизни.

Въ борьбѣ съ бывшими въ Россіи эпидеміями давно уже предложены законной властью и вошли даже въ жизнь нѣсколько санитарныхъ правилъ при исполненіи церковныхъ обрядовъ; такъ, напр., умершихъ отъ заразительныхъ и прилипчивыхъ болѣзней разрѣшено, и даже настоятельно предлагается, хоронить чрезъ сутки послѣ смерти, крышка съ гроба ихъ не снимается во все время совершенія погребенія; при особо опасныхъ болѣзняхъ требуется завертываніе трупа въ простыни, смоченныя въ обеззараживающіе растворы; во время лѣтнихъ жаровъ предлагается хоронить покойниковъ на другой-же день послѣ смерти; запрещается приводить для прощанія съ умершими отъ заразныхъ болѣзней дѣтей и т. д. Въ Петербургѣ городской Думой издано обязательное постановленіе по санитарной части, запрещающее перевозить покойниковъ на извощичьихъ экипажахъ; для перевозки дѣтскихъ труповъ Петербургская городская санитарная Коммиссія устроила спеціальныя кареты, которыя служатъ образцомъ для частныхъ предпринимателей.

Большинство изъ этихъ мѣръ, имѣющихъ лишь паллiативное значеніе, указываютъ, однако, что санитарныя заботы начинаютъ касаться нѣкоторыхъ церковныхъ обрядовъ, особенно опасныхъ въ санитарномъ отношеніи. Надо думать, что санитарный надзоръ не ограничится однимъ упорядоченіемъ акта погребенія, а по этому пути пойдетъ дальше и предложитъ мѣры и противъ санитарныхъ недостатковъ другихъ церковныхъ обрядовъ, условій и обстановки ихъ совершенія.

При постройкѣ церквей требованія гигіэны обыкновенно совершенно игнорируются. Для всякаго рода другихъ зданій, имѣющихъ общественное значеніе, а тѣмъ болѣе назначенныхъ для многолюдныхъ собраній, установлены законодательствомъ и особыми постановленіями различныя санитарныя требованія, обезпечивающія, хотя нѣкоторую, безопасность или безвредность ихъ. Ничего подобнаго нѣтъ относительно церквей. Къ постройкѣ церквей русскіе законы по строительной и технической части не предъявляютъ никакихъ санитарныхъ требованій. И, дѣйствительно, кому неизвѣстны церкви, наичаще монастырскія или помѣщающіяся въ частныхъ и общественныхъ зданіяхъ, недопустимыя въ санитарномъ отношеніи: тѣсныя, низкія, темныя, совершенно безъ провѣтриванія, неправильно отапливаемыя, содержащія массу пыли и т. д?

Особенно опасны въ санитарномъ отношеніи кладбищенскія церкви, предназначенныя для отпѣванія покойниковъ. Во многихъ городахъ такія церкви, старыя, тѣсныя и иногда деревянныя, прямо невозможны въ санитарномъ отношеніи.

Чтобъ не быть голословнымъ, укажу для примѣра на 2 кладбищенскія церкви, принадлежащія Петербургскому городскому Управленію, на Преображенскомъ и Успенскомъ кладбищахъ. Церкви эти—деревянныя, ветхія, очень тѣсныя. На кладбищахъ этихъ хоронится множество покойниковъ: на Преображенскомъ до 8905 въ 1902 г. (въ 1901 г.—8507) и на Успенскомъ до 2059—въ 1902 г. (въ 1901 г.—1857). Въ церкви Преображенскаго кладбища, въ среднемъ, при 24 покойникахъ въ день, бываютъ дни, когда число доставленныхъ гробовъ достигаетъ 70 для одновременнаго захороненія. Гробы тогда заполняютъ церковь такъ, что для провожающихъ покойника, какъ видно изъ рапорта мѣстнаго санитарнаго попечителя, не остается никакого мѣста и они остаются во время богослуженія внѣ храма. При такой тѣснотѣ можно-ли думать о соблюденіи хотя какой-либо чистоты и опрятности? Изъ гробовъ, особенно дешевыхъ, возможны истеченія, зловонныя и загрязняющія полъ; о качествѣ воздуха въ церкви при большомъ скопленіи гробовъ можно судить потому, что и привычные къ нему люди, какъ церковный причтъ, сторожа, могильщики, или потерявшіе обоняніе иногда его не выносятъ. Мѣстной администраціи кладбищъ, особенно въ лицѣ энергичнаго санитарнаго попечителя, приходится тратить очень много силъ и средствъ на поддержаніе при такой тѣснотѣ и обстановкѣ порядка и возможной опрятности. Въ прежніе года въ лѣтніе мѣсяцы внутри и снаружи церкви носились тучи мухъ, садившихся на гроба, а съ нихъ на провожавшихъ; всѣ стѣны церкви бывали усѣяны мухами; теперь, по предложенію завѣдующаго городской обеззараживающей камерой ч. пр. *В. А. Левашева*, въ церквахъ Преображенскаго и Успенскаго кладбищъ распыляется растворъ формалина, стѣны обмываются такимъ-же растворомъ,—и мухи почти исчезли Подъ гробы, изъ которыхъ замѣчается истеченіе, ставятся особые цинковые или жестяные ящики съ торфомъ, который затѣмъ зарывается въ землю.

Можно было-бы указать и еще на рядъ еще болѣе хлопотливыхъ санитарныхъ мѣръ, которыя выработала практика жизни и которыя охотно выполняются всѣми, такъ какъ польза ихъ очевидна; но онѣ, конечно, только палліативы, обязанныя своимъ происхожденіемъ тому, что при постройкѣ церквей и кладбищъ игнорируются самыя основныя требованія гигіэны. Требованія эти давно пора уже установить закономъ и при постройкѣ церковныхъ зданій, особенно кладбищенскихъ, строго требовать ихъ исполненія.

Петербургское городское Управленіе уже пошло по этому пути. Предполагая выстроить новую каменную церковь на Преображенскомъ кладбищѣ, городская Управа намѣрена объявить конкурсъ на составленіе наиболѣе цѣлесообразнаго и отвѣчающаго потребностямъ дѣла плана. Санитарныя требованія въ этомъ конкурсѣ не будутъ забыты. Примѣръ Петербургскаго городскаго Управленія, вѣроятно, побудитъ и другія вѣдомства, городскія и земскія учрежденія, владѣющія церквами, особенно кладбищенскими, обратить вниманіе на необходимость сообразоваться съ санитарными требованіями при постройки церквей.

Позволю себѣ указать здѣсь на нѣкоторыя санитарныя требованія, которыя должны быть предъявлены къ строющейся кладбищенской церкви. Не буду говорить о мѣстности и почвѣ, такъ какъ церковь обыкновенно строится на существующемъ уже кладбищѣ, а условія со стороны мѣстоположенія и почвы, допустимыя для кладбищъ, предусмотрены закономъ. Прежде всего зданіе церкви, размѣры его должны быть строго согласованы съ наибольшимъ числомъ гробовъ, на какое можно разсчитывать для одновременнаго

Digitized by Google

захороненія въ обыкновенное, не эпидемическое время. Для каждаго гроба желательно не меньше 4 кв. саж. площади пола; при такомъ разсчетѣ площади можно допустить и присутствіе въ церкви нѣсколькихъ провожатыхъ при гробѣ. Церковь должна имѣть отдѣльные придѣлы: одинъ изъ нихъ—для заразныхъ больныхъ, съ совершенно отдѣльнымъ входомъ и съ особыми спеціальными приспособленіями; другой—для дѣтей и т. д. Вокругъ церкви желателенъ навѣсъ или галлерея, совершенно свѣтлый, при условіи, чтобы этотъ навѣсъ совершенно не затемнялъ внутренняго помѣщенія церкви. Галлерея не должна быть сплошная; при устройствѣ ея полезно имѣть въ церкви 2 ряда оконъ, одни подъ крышей галлереи, а другіе надъ ней. Чтобы не затемнять церкви, не уменьшать доступа къ ней воздуха и естественнаго провѣтриванія, къ зданію церкви нельзя дѣлать никакихъ сплошныхъ пристроекъ, напр., колокольни, часовенъ; послѣднія должны помѣщаться на нѣкоторомъ разстояніи отъ самой церкви. Въ подвалахъ подъ церковью недопустимо никакое жилье; въ нихъ могутъ помѣщаться только склады церковныхъ и похоронныхъ принадлежностей, приспособленія для искусственнаго провѣтриванія и отопленія и т. п. На высокій подвалъ подъ церковью разсчитывать не приходится, такъ какъ церковь не можетъ быть очень поднята надъ поверхностью земли для избѣжанія лѣстницъ, неудобныхъ для внесенія и вынесенія изъ церкви гробовъ съ покойниками. Никакіе склепы для покойниковъ подъ церковью не должны быть допускаемы. Внутреннія стѣны церкви должны быть гладки, по возможности безъ рѣзьбы, съ закругленными выступами и углубленіями, удобными для обмыванія. Отдѣлка внутренней стороны стѣнъ мозаичными работами недопустима. Снаружи слѣдуетъ избѣгать штукатурки. Полъ церкви непремѣнно долженъ быть непроницаемый, изъ какихъ-либо плитъ (напр., метлахскія), изъ стекла и т. п. непропускающаго влаги и воздуха вещества; онъ долженъ быть удобенъ для мытья. Отопленіе церковнаго зданія желательно центральное. Провѣтриваніе въ церкви непремѣнно должно быть и искусственное, разсчитанное на правильный обмѣнъ воздуха соразмѣрно кубическому объему зданія и возможности сильнаго его загрязненія зловонными газами разлагающихся труповъ. Различные предметы, необходимые для похоронъ и находящіеся въ употребленіи, носилки и т. д. должны храниться въ особыхъ свѣтлыхъ помѣщеніяхъ, гдѣ они легко могли-бы обеззараживаться и очищаться. Сточныя воды изъ зданія церкви должны удаляться, предварительно пройдя черезъ обеззараживающіе фильтры или вообще обезвреженныя какимъ-либо другимъ путемъ. Для труповъ заразныхъ, опасныхъ въ смыслѣ распространенія заразы, а также и для очень зловонныхъ могутъ быть устроены въ церкви въ особыхъ придѣлахъ стеклянныя витрины съ притокомъ и удаленіемъ изъ нихъ воздуха по особымъ трубкамъ [1]). Для труповъ, заподозрѣнныхъ во время совершенія акта погребенія мнимоумершими, необходимо имѣть при кладбищенской церкви особую часовню съ соотвѣтственными приспособленіями.

При кладбищенскихъ церквахъ и при нѣкоторыхъ приходскихъ, желательно имѣть еще отдѣльныя часовни для помѣщенія въ нихъ покойниковъ на 1—3 дня до погребенія. Врачамъ, практикующимъ среди бѣднѣйшаго класса населенія, нерѣдко приходится видѣть, что умершіе въ тѣсныхъ каморочныхъ или угловыхъ квартирахъ или комнатахъ, являются тяжелымъ бременемъ для остальныхъ жильцовъ. По религіознымъ побужденіямъ покойникъ оставляется обыкновенно 2—3 дня въ помѣщеніи даже съ крайне скученнымъ населеніемъ. Трупъ можетъ оказаться и зловоннымъ, и заразнымъ. Было-бы крайне полезно, чтобы лица, желающія вынести покойника изъ своего жилища, имѣли возможность помѣстить его въ благоустроенную часовню, гдѣ-бы и совершались панихиды. Разумѣется, такія часовни должны удовлетворять санитарнымъ требованіямъ и быть безопасными въ смыслѣ распространенія заразы.

---

[1]) Проэктъ устройства такой витрины имѣется и принадлежитъ акад. архитектуры А. М. Кочетову; онъ представленъ въ Петербургскую городскую Управу.

## О санитарныхъ условіяхъ массовой перевозки по желѣзнымъ дорогамъ переселенцевъ и рабочихъ.

**В. И. Земблинова** (Калуга).

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

*(Окончаніе. См. выше, № 16, стр. 573).*

Хотя переселенческіе поѣзда и ходятъ нѣсколько ускоренно, но въ общемъ скорость ихъ не высока: она колеблется отъ $10^1/_2$ до 16 в. въ часъ, т. е. въ сутки такой поѣздъ проходитъ отъ 260 до 380 в. Въ лучшихъ условіяхъ слѣдованія переселенцевъ, перевозимыхъ за счетъ правительства, фактически пространство въ 5450 в. между Конотопомъ и Иркутскомъ было сдѣлано въ 23 сутокъ, тогда какъ это-же разстояніе почтовый поѣздъ проходитъ въ 10 сутокъ.

Время года, въ которое слѣдуетъ наибольшая масса переселенцевъ, конечно, также должно сказываться на ихъ санитарномъ состояніи; по счастью, это время приходится въ предѣлахъ наибольшаго района выселенія на достаточно благопріятный періодъ ранней весны, такъ какъ въ мартѣ, а особенно въ апрѣлѣ и тѣмъ болѣе въ маѣ не бываетъ крайностей въ колебаніи температуры, хотя и въ предѣлахъ Европейской Россіи нерѣдко ночью нужно тщательно топить вагоны, чтобы не подвергнуться чрезмѣрному остыванію. Но того-же нельзя сказать про Уфимскій край, а тѣмъ болѣе про Сибирь; постановка вагоновъ съ печами здѣсь уже безусловно необходима и не только весной, но и лѣтомъ, такъ какъ колебанія температуры ночью бываютъ здѣсь столь велики, что нерѣдкость даже въ іюнѣ наблюдать температуру въ 3°, когда безъ топки коченѣютъ въ вагонахъ не только дѣти, но и взрослые, а между тѣмъ ограниченное число по зимнему приспособленныхъ вагоновъ показываетъ, какъ часто должны подаваться подъ переселенцевъ вагоны, приспособленные по воинскому образцу, т. е. безъ двойныхъ стѣнокъ и безъ печей.

Условія путешествія въ вагонахъ III класса всѣмъ извѣстны. Путешествіе въ вагонахъ, спеціально построенныхъ, какъ IV классъ, ничѣмъ не разнится отъ первыхъ, въ нихъ также устроены клозеты, большія окна и хорошее провѣтриваніе, и въ новѣйшихъ вагонахъ скамьи устроены такъ, что раскладываніемъ ихъ дается мѣсто для спанья каждому ѣдущему. Не то—въ товарныхъ вагонахъ.

Здѣсь существуетъ 2 основныхъ типа приспособленія—лѣтнее временное и зимнее постоянное. Для 1-го берутъ первый попавшійся товарный вагонъ и въ немъ укладываютъ извѣстнымъ порядкомъ заранѣе приготовленныя доски изъ складовъ для военнаго времени, чѣмъ образуются нары и полки; дверь закладывается особыми досками, и приспособленіе закончено. Для зимняго времени сюда прибавляется чугунная печка съ трубой, выводимой въ оконный люкъ, и въ этотъ послѣдній вставляется оконный переплетъ; это и составляетъ нерѣдко все зимнее временное приспособленіе.

Собственно для зимняго времени циркулярными распоряженіями указано дѣлать постоянныя приспособленія, которыя состоятъ въ устройствѣ двойныхъ стѣнокъ съ прокладкой между ними войлока или толя; въ дверяхъ должны устанавливаться особые бруски, устраняющіе щели; въ одномъ концѣ вагона за перегородкой, недоходящей до потолка, должно продѣлываться въ полу сортирное очко съ установкой особой чугунной тумбы, а въ срединѣ вагона—чугунная печь, какъ уже сказано; 2 фонаря и лѣстница должны довершать приспособленіе вагона. Первые 2 типа легко собираются и разбираются, а послѣдній уже остается приспособленнымъ на долгое время.

Въ приспособленный вагонъ должно сажать не болѣе 30 чел., считая въ томъ числѣ и дѣтей; эта норма указана Министерствомъ и всѣми дорогами строго исполняется; но практика показываетъ, что во время наибольшаго движенія переселенцевъ нерѣдко число пассажировъ доходитъ здѣсь до 40.

Ѣдутъ обыкновенно семьями, и всѣ спятъ въ повалку на нарахъ, мужчины, женщины и дѣти; для маленькихъ часто переселенками вѣшаются люльки; на нарахъ могутъ размѣститься спать не болѣе 20 чел., но, такъ какъ въ семьяхъ переселенцевъ имѣется всегда не мало дѣтей, не требующихъ много мѣста, то ложиться спать на полу приходится рѣдко.

При томъ большомъ количествѣ багажа, который берутъ съ собою въ вагонъ переселенцы, въ видѣ разнаго рода

Digitized by Google

хозяйственныхъ вещей, сбруи животныхъ и т. п.—что весьма естественно при желаніи пользоваться льготой по тарифу,—въ вагонахъ часто бываетъ очень тѣсно, что ведетъ къ усиленной порчѣ воздуха. Еще въ большей мѣрѣ воздухъ портится отъ чугунныхъ печей съ ихъ длинными трубами, часто дымящими въ мѣстахъ стыковъ вслѣдствіе растрескиванія глиняной смазки, не говоря о сильномъ накаливаніи и пригораніи пыли. Для поддержанія нужной температуры въ такихъ вагонахъ требуется постоянная топка, ибо иначе они быстро остываютъ. По многимъ измѣреніямъ врачебнаго персонала температура въ такихъ вагонахъ колеблется довольно сильно: въ зимнее время, при наружной, напр., температурѣ въ —18° R., наверху найдено было +24°, въ срединѣ +12° и внизу отъ +12° до 0° и даже —2°; такія-же колебанія были найдены у дверей, стѣнъ вагона и такъ далѣе; но во всякомъ случаѣ на высотѣ наръ температура въ громадномъ большинствѣ была около 20° и нерѣдко въ 24° и даже въ 25°, что вполнѣ зависѣло отъ усердія въ топкѣ печей самими переселенцами, вообще имѣющими стремленіе къ болѣе высокимъ температурамъ.

Такъ какъ переселенцы часто ѣдутъ съ больными и дряхлыми стариками, то весьма естественно желаніе имѣть въ вагонахъ-же и клозетныя приспособленія, что и указано дѣлать по данному типу приспособленій, хотя часто здѣсь и нѣтъ иныхъ приспособленій, какъ только отверстіе въ полу, закрываемое крышкой. Если-бы это мѣсто содержалось чисто, то присутствіе его въ вагонѣ не представляло-бы особыхъ неудобствъ для привычныхъ къ естественнымъ отправленіямъ переселенцевъ; но вслѣдствіе нечистоплотности, оставленіе открытымъ отверстія очка клозетное помѣщеніе весьма часто является источникомъ зловонія въ вагонѣ, особенно лѣтомъ, и, кромѣ того, холода зимой. Проникнуть сюда прислугѣ во время стоянки на станціяхъ, чтобы очистить это мѣсто, очень затруднительно: имъ приходится идти по нарамъ, на которыхъ располагаются переселенцы, почему эти очистители и встрѣчаются весьма недружелюбно.

Такъ какъ для пользованія клозетомъ приходится проходить по нарамъ, что весьма неудобно, а также тамъ, гдѣ этихъ клозетовъ совершенно нѣтъ, у переселенцевъ часто наблюдаются попытки дѣлать естественныя отправленія изъ отворенной двери вагона, нерѣдко кончающіяся тяжелыми послѣдствіями вслѣдствіе паденія изъ вагона; врачи почти всѣхъ дорогъ отмѣчаютъ такіе случаи, гдѣ дѣло кончалось тяжелыми увѣчьями. Особенность въ пользованіи переселенцевъ отхожими мѣстами и несоразмѣрная малость этихъ мѣстъ, даже и въ вагонахъ III класса, ведетъ постоянно къ необычайному загрязненію клозета и весьма частому стремленію переселенцевъ дѣлать естественныя отправленія на станціяхъ, тутъ-же у вагоновъ, на путяхъ, въ ближайшихъ кюветахъ, при чемъ они опять-таки часто подвергаются ушибамъ въ голову, когда ходятъ подъ вагонами, не смотря на то, что на многихъ станціяхъ устроены для нихъ особыя отхожія мѣста.

Для очищенія тѣла въ пути переселенцамъ доступно только умываніе, которое они и дѣлаютъ у водоразборныхъ крановъ или изъ чайниковъ и кувшиновъ въ вагонахъ, и только на большихъ врачебно-продовольственныхъ пунктахъ переселенцы могутъ мыться въ имѣющихся тамъ баняхъ и прачешныхъ. Маленькихъ дѣтей матери нерѣдко моютъ въ своихъ корытахъ, пользуясь для этой цѣли кипяткомъ изъ кубовъ для чая. При указанныхъ условіяхъ скученности и нечистоты неудивительнымъ должно показаться появленіе большого количества чужеядныхъ въ переселенческихъ вагонахъ, о чемъ свидѣтельствуютъ всѣ имѣвшіе случай ѣхать въ вагонѣ съ переселенцами сколько-нибудь продолжительное время.

Почти всѣ переселенцы во время пути пьютъ чай, при чемъ чай, дѣйствительно, пьетъ большинство ѣдущихъ съ запада, ѣдущіе-же съ юга нерѣдко пьютъ горячій настой на ржаныхъ сухаряхъ. Вообще пользованіе кипяткомъ, заготовляемымъ на большинствѣ станцій въ большомъ количествѣ, весьма сильно распространено не только между переселенцами, но и между рабочими, новобранцами и т. п. На Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ имѣлось въ 1902 г. всего 47 кипяточныхъ кубовъ, и уходъ за ними стоилъ дорогѣ болѣе 6700 р. Заготовленной особо, кипяченой остуженной водой переселенцы пользуются мало, предпочитая сырую воду изъ водоразборныхъ зданій, не смотря на то, что она не всегда годна для питья.

Питаются переселенцы большею частью въ сухомятку захваченными изъ дома запасами: сухарями, печеными яйцами, соленой рыбой, саломъ малороссійскимъ и т. п. или покупными въ ближайшихъ лавочкахъ продуктами. Конечно, этихъ продуктовъ въ предѣлахъ Европейской Россіи всегда много, и цѣны на нихъ общеизвѣстны; не то—въ Сибири: тамъ въ дальнихъ частяхъ, напр., въ Забайкальи, для переселенцевъ часто не находили нужнаго количества даже чернаго хлѣба, не говоря уже о бѣломъ хлѣбѣ или молокѣ, и, чѣмъ больше переселенческая партія, тѣмъ больше затрудненій въ удовлетвореніи потребности. Конечно, никакихъ буфетныхъ запасовъ не можетъ хватать для тысячной толпы, да и цѣны буфетныя непосильны для переселенцевъ.

Въ вышеупомянутыхъ врачебно-продовольственныхъ пунктахъ переселенцы имѣютъ возможность получать горячую пищу и чай за плату и безплатно. Оказывается, имущественная состоятельность переселенцевъ такъ мала, что и очень дешевыя порціи въ 2—3 коп. покупаются въ очень ограниченномъ числѣ, такъ что въ Сибири громаднѣйшая часть порцій выдается безплатно; въ теченіи, напр., 8 лѣтъ было выдано около 350000 горячихъ порцій за плату и болѣе 3000000 безплатно; даже чернаго хлѣба отпущено 28000 пуд. за плату и 77000 безплатно. Нужно, впрочемъ, замѣтить, что питаніе въ сухомятку многими переселенками устраняется тѣмъ, что онѣ готовятъ похлебки для своихъ на тѣхъ-же чугункахъ, какими отапливаются вагоны.

Такая скудость питанія во время длительнаго пути, конечно, не можетъ не отзываться на здоровьи переселенцевъ и объясняется бѣдностью ихъ.

Имущественная обезпеченность большинства крестьянъ всѣмъ извѣстна, а состоятельность собственно переселенцевъ видна изъ слѣдующихъ данныхъ: по ликвидаціи дѣлъ на староселья переселенцы везутъ съ собою на устройство всего своего дѣла, какъ то оказалось по опросамъ въ 1895 и 1896 гг., до 50 р. отъ 12% до 9%, отъ 50 до 100 р. 26—23%, отъ 100 до 200 р. 30—38% и остальные выше 300 р. При этомъ цѣлая $^1/_3$ ихъ дома не имѣли никакого рогатаго скота.

Имѣя такое маленькое обезпеченіе, въ которомъ каждая копѣйка нужна на важнѣйшее дѣло домообзаведенія на новосельи, удивительно-ли, что переселенцы экономятъ на томъ, на чемъ могутъ, т. е. на недоѣданіи, къ коему они привыкли издавна?

Рядъ условій, только-что разсмотрѣнныхъ, мнѣ кажется, достаточно ясно характеризуютъ то состояніе благополучія, въ коемъ должны совершать свое путешествіе переселенцы не только семьями, но и цѣлыми обществами; въ большинствѣ дѣло выселенія на новыя мѣста есть дѣло общее, почему интересы отдѣльныхъ лицъ, ихъ временныя нужды мало принимаются въ соображеніе; вотъ почему между переселенцами уже въ моментъ выхода находится много разнаго рода лицъ, нуждающихся въ медицинскомъ уходѣ,—старые, больные хроники, беременныя и т. п.

Выше было уже сказано, что основнымъ требованіемъ перевозки переселенцевъ является требованіе о санитарномъ осмотрѣ ихъ какъ во время посадки на желѣзную дорогу, такъ и во время пути. Практическое осуществленіе этого требованія далеко не такъ просто; какъ я уже говорилъ, о предстоящемъ прибытіи на желѣзную дорогу переселенцевъ ей никогда неизвѣстно, почему и осмотра партій дѣлать нѣкому, если въ данномъ пунктѣ нѣтъ ж.-дорожнаго врачебнаго персонала; поэтому въ большинствѣ случаевъ партіи сажаются безъ осмотровъ, да и самый осмотръ безъ нужныхъ для того удобствъ производить трудно, а—самое важное—осмотры эти встрѣчаются переселенцами такъ враждебно, что при всемъ желаніи сдѣлать что-нибудь ничего не удается; боясь задержки въ своемъ общественномъ дѣлѣ переселенцы дружными усиліями скрываютъ всѣхъ сколько-нибудь подозрительныхъ больныхъ, а, если и показываютъ что, то такіе явные пустяки, которые не могутъ угрожать задержкой. Поэтому

Digitized by Google

ко всѣмъ больнымъ переселенцамъ, когда-бы они ни были открыты, обыкновенно примѣняется право заболѣвшаго въ пути, т. е. право ѣхать далѣе съ партіей, пока хватаетъ силъ или даже до мѣста назначенія; лишь въ случаяхъ, явно угрожающихъ жизни и требующихъ экстреннаго больничнаго пособія, больного высаживаютъ изъ поѣзда, во всѣхъ-же остальныхъ везутъ до переселенческаго чиновника, который и распоряжается дальнѣйшимъ движеніемъ больного.

Для перевозки больныхъ переселенцевъ дорогамъ указано имѣть достаточное число санитарныхъ вагоновъ въ большинствѣ приспособленныхъ изъ тѣхъ-же товарныхъ вагоновъ постановкой кроватей-носилокъ и нужнаго для ухода за больными инвентаря. Сколько ихъ имѣется на дорогахъ, мнѣ неизвѣстно, но на главномъ пути въ 1902 г. ихъ числилось на Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ 11, на Самаро-Златоустовской 29 и на Сибирской 28. Въ случаѣ недостатка вагоновъ больные везутся въ тѣхъ же вагонахъ, въ коихъ обнаружены, при чемъ, если больной—заразный, окружающіе переводятся въ другой вагонъ. Больныхъ обыкновенно сопровождаютъ фельдшера или акушерки-фельдшерицы со служителемъ изъ числа добавочнаго персонала, о коемъ была рѣчь ранѣе. Предложеніе больнымъ или родящимъ остаться въ больницѣ или на станціи принимаются очень рѣдко, изъ боязни отстать отъ своихъ и дѣйствительной трудности отыскиванія своихъ въ Сибирскихъ дебряхъ.

Какой дорогой цѣной дается переселенцамъ это слѣдованіе больныхъ со здоровыми, показываютъ слѣдующія цифры умершихъ въ поѣздахъ на одной только Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ въ 1901 и 1902 гг.: было принято уже умершихъ съ другихъ дорогъ 3, умерли въ пути въ общихъ вагонахъ 27, тоже въ санитарныхъ вагонахъ 3, на станціяхъ при пересадкахъ 21; умершіе были не одни только дѣти, но и взрослые (8). Нужно отмѣтить, что между умершими показаны и трупы, найденные персоналомъ, о коихъ неизвѣстно было никому, такъ какъ переселенцы тщательно скрывали ихъ отъ досмотровъ, закладывая разнымъ домашнимъ хламомъ, и между ними были умершіе отъ тяжелыхъ заразныхъ болѣзней, какъ оспа и т. п. Нѣчто подобное отмѣчается въ разныхъ размѣрахъ на разныхъ дорогахъ, преимущественно на Самаро-Златоустовской и Сибирской.

Такимъ образомъ санитарный досмотръ, производимый переселенческимъ персоналомъ какъ въ пути, такъ и на станціяхъ, все-таки служитъ къ нѣкоторому оздоровленію переселенческой массы, но наилучшій результатъ въ этомъ отношеніи получается на врачебно-продовольственныхъ пунктахъ, гдѣ переселенцы имѣютъ длительную остановку и гдѣ для врачебныхъ осмотровъ имѣются всѣ нужныя для того средства, время, помѣщенія и, наконецъ, устроенныя амбуляторіи и больницы.

Одной изъ характерныхъ особенностей переселенческаго движенія является довольно большое число родовъ въ поѣздахъ; такъ, на Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ за 1899—1902 гг. было наблюдаемо 29 родовъ и выкидышей, а въ партіи изъ 3000 переселенцевъ въ 1900 г. во время пути родились 25 дѣтей на пространствѣ между Курскомъ и Хабаровскомъ. Обыкновенно роды принимаются акушерками или въ пути, или на станціяхъ, а родильницы ѣдутъ немедленно догонять своихъ въ санитарномъ вагонѣ почтовыми или другими поѣздами.

Санитарные вагоны послѣ каждаго провоза въ нихъ заразныхъ больныхъ подвергаются соотвѣтственному обеззараживанію, какъ и общіе вагоны, въ коихъ были обнаружены заразные больные. Весь составъ переселенческихъ вагоновъ послѣ каждаго рейса на конечныхъ или узловыхъ пунктахъ подвергается очисткѣ съ предварительнымъ ошпариваніемъ кипяткомъ съ паромъ изъ паровозовъ.

Изъ всего сказаннаго видно, что переселенческія массы такъ бѣдны, что не могутъ даже питаться въ пути, какъ слѣдуетъ, такъ неразвиты, что не могутъ устранить отъ себя множество вредныхъ вліяній въ пути; обстоятельства переселенцевъ такъ складываются, что личные интересы больныхъ и слабыхъ не могутъ быть принимаемы въ разсчетъ, чтобы получить нужную остановку для отдыха, лѣченія и т. п.; переселенцамъ приходится совершать весьма далекій и длительный путь и при томъ въ условіяхъ, дѣлающихъ путешествіе еще болѣе утомительнымъ, такъ какъ товарные вагоны необычайно тряски, температура въ нихъ непомѣрно или высока, или, наоборотъ, низка; скученность, запахъ отъ клозета, домашняго хлама, часто куренія, угаръ отъ раскаленныхъ печей и трубъ, нечистота тѣла и обстановка — все это вмѣстѣ дѣлаетъ особо воспріимчивыми къ болѣзненнымъ вліяніямъ даже и непривыкшихъ къ житейскимъ удобствамъ и воспитанныхъ въ суровой школѣ нужды людей. Впечатлѣніе получается еще болѣе печальное, если разсматривать движеніе обратной волны переселенцевъ, въ средѣ коей не мало семейныхъ лицъ, разорившихся вслѣдствіе неудачъ, когда къ разоренію присоединяется упадокъ духа и уже полная нищета, заставляющая нерѣдко Христовымъ именемъ собирать себѣ средства на обратный путь и пропитаніе.

Въ виду текучести матеріала и, несомнѣнно, весьма частыхъ повтореній отмѣтки больныхъ одной и той же формой болѣзни полную картину болѣзненности переселенцевъ на протяженіи всего пути ихъ составить нельзя, почему остается разсмотрѣть болѣзненность, отмѣченную въ 1—2 пунктахъ, удаленныхъ другъ отъ друга, чтобы получились сколько-нибудь правдиво говорящія цифры.

Я взялъ цифровыя данныя изъ наблюденій за переселенцами на ст. Пенза, производившихся ж.-дорожнымъ персоналомъ въ 1900 и 1901 гг. Изъ числа ѣхавшихъ въ Сибирь обращались за совѣтомъ въ каждый изъ этихъ годовъ 887 и 1238 больныхъ, а изъ числа ѣхавшихъ — 485 и 552, при чемъ наибольшее число больныхъ вполнѣ соотвѣтствуетъ числу ѣхавшихъ переселенцевъ —туда 76959 (1,1% больныхъ) и 97533 (1,2%) и обратно—12570 (3,8%) и 56791 (0,9%). Далѣе, цифры тѣхъ-же годовъ вполнѣ согласно показываютъ, какія и когда преобладаютъ болѣзни у переселенцевъ: больше всего больныхъ было желудочно-кишечными болѣзнями въ маѣ и іюнѣ, затѣмъ болотной лихорадкой въ тѣ же 2 мѣсяца, далѣе катарромъ дыхательныхъ путей въ маѣ и іюнѣ и за симъ болѣзнями подкожной клѣтчатки и глазъ въ мартѣ и апрѣлѣ; во все время усиленнаго движенія было замѣтное число ранъ, ушибовъ и ожоговъ, послѣдніе — не только въ холодное, но и въ теплое время года.

Обиліе желудочно-кишечныхъ болѣзней при множествѣ дѣтей и неправильномъ питаніи въ пути—вполнѣ естественно, точно также, какъ и большое число пораженій дыхательныхъ органовъ; но въ качествѣ особенности нужно указать на частоту болѣзней глазъ и подкожной клѣтчатки, несомнѣнно находящихся въ связи съ пылью, скученностью и нечистотой въ вагонахъ, а также немалымъ числомъ ушибовъ, раненій и т. п., и, кромѣ того, на обиліе ожоговъ, получаемыхъ какъ отъ раскаленныхъ трубъ и печей, такъ и отъ кипятка и чая, что вполнѣ понятно при тѣснотѣ помѣщенія и наличности частыхъ неожиданныхъ толчковъ во время движенія поѣзда и т. п. Ушибы пальцевъ рукъ, ушибы ногъ и головы получаются отъ спеціальныхъ условій ѣзды въ товарныхъ вагонахъ съ ихъ неудобными дверьми и лѣстницами, при хожденіи переселенцевъ подъ вагонами и, наконецъ, отъ бѣготни ихъ при всякомъ свисткѣ и движеніи поѣзда изъ-за боязни не попасть въ поѣздъ и отстать отъ своихъ и, наконецъ, нерѣдкихъ паденій съ поѣзда вслѣдствіе примитивныхъ приспособленій вагоновъ. Въ находящемся у меня матеріалѣ нѣтъ никакихъ свѣдѣній о крушеніяхъ переселенческихъ поѣздовъ; къ счастію, они рѣдки, и на Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ ихъ не было за все послѣднее 10-лѣтіе ни разу.

Наибольшее значеніе въ оцѣнкѣ санитарнаго быта имѣютъ заразныя болѣзни, хотя вліяніе собственно обстановки въ пути играетъ здѣсь второстепенную роль, такъ какъ развитіе этихъ болѣзней находится въ связи съ тѣмъ, сколько лицъ болѣли ранѣе данною заразною формой. Болѣютъ этими болѣзнями, конечно, болѣе всего дѣти, при чемъ корь почти постоянна, другія-же заразныя заболѣванія болѣе случайны; довольно часто наблюдаются тифы и оспа, а скарлатина и дифтерія—относительно рѣже; такого рода больныхъ было найдено и обособлено на ст. Пенза въ 1900 г. 51 и въ 1901 г. 40.

Кстати приведу и цифры умершихъ по роду болѣзни въ эти-же 2 года. Отъ кори умерли 2; отъ оспы, скарлатины, крупа и неопредѣленнаго тифа по 1; отъ чахотки и новорожденныхъ по 2; отъ воспаленія легкихъ и старческаго маразма по 3; отъ кроваваго поноса 4, отъ желудочно-кишечнаго катарра 10, отъ истощенія 9; у 14 причина смерти осталась неизвѣстной. Изъ всего числа больныхъ переселенцевъ этихъ 2 лѣтъ въ Пензѣ было сдано въ земскую больницу 12.

Умершіе обыкновенно сдаются жандармской полиціи, которая, по составленіи соотвѣтственныхъ актовъ, и предаетъ ихъ погребенію, при чемъ это часто дѣлается или за счетъ дороги, или за счетъ общественной благотвори-

Digitized by Google

тельности. Случается, что при погребеніи дѣтей не присутствуютъ ихъ родители; такъ велико опасеніе переселенцевъ отстать отъ партіи.

Нѣсколько болѣе точно характеризуетъ болѣзненность и смертность переселенцевъ работа Челябинской переселенческой больницы. Здѣсь въ 1898 г. болѣе всего обращалось за пособіемъ по поводу болѣзней желудочно-кишечнаго канала (3976), далѣе съ болѣзнями органовъ дыханія (1654), кожи (1350), съ болотной лихорадкой (1227), болѣзнями глазъ (1082), а 1/7 болѣзненности дали заразные больные—дизентеріей (407) и корью (260), которые и наполняли койки больницы, такъ какъ изъ 813 лежавшихъ на койкахъ больныхъ заразными болѣзнями было 541. Изъ данныхъ больницы видно, что и заболѣвали, и умирали оба пола почти одинаково, тогда какъ по возрасту цифра половъ весьма сильно разнилась: до 20 лѣтъ больше хворалъ мужской полъ, а выше — женскій; но всего болѣе страдало и умирало дѣтей въ возрастѣ отъ 0 до 5 лѣтъ; всего-же—умершіе до 10 лѣтъ дали 79% всей смертности переселенцевъ.

Конечно, было-бы весьма интересно сравнить эту болѣзненность и смертность съ обычными въ прежнемъ быту переселенцевъ, дабы еще отчетливѣе выдѣлить вліяніе путешествія, но я, къ сожалѣнію, не имѣю къ тому средствъ.

Все только-что изложенное относится къ нормальному, такъ сказать, ритму движенія переселенцевъ; съ нарушеніемъ правильности возрастаетъ и количество неудобствъ и бѣдъ для переселенцевъ, чему, между прочимъ, были примѣры во время замѣшательствъ на Востокѣ въ 1900 г., хотя они не могутъ идти ни въ какое сравненіе съ тѣми замѣшательствами, какія бывали въ первые годы работы Сибирской ж. дороги, такъ какъ теперь все-же имѣются средства дать пріютъ при остановкахъ на рядѣ продовольственныхъ пунктовъ. Въ 1900 г. на продовольственномъ пунктѣ на ст. Сызрань скоплялись на нѣсколько дней 2000—5000 переселенцевъ, и, конечно, громадной части ихъ приходилось оставаться и на ночь подъ открытымъ небомъ, ибо такихъ огромныхъ построекъ, которыя-бы могли вмѣщать цѣлыя тысячи, нѣтъ нигдѣ; вагоны-же были всѣ заняты перевозкою войскъ. Случайныя остановки вслѣдствіе перерыва движенія наблюдаются часто, но они не даютъ громадныхъ скопленій; такъ, въ 1903 г. въ Сызрани была заминка на 6 дней, дававшая остатки на сутки отъ 400 до 1150 чел., безъ особыхъ послѣдствій для стройности движенія далѣе.

Недостатки условій перевозки переселенцевъ такъ всѣмъ очевидны, что центральными властями дѣлались опыты улучшенія перевозокъ, а именно въ 1900 г., въ партіяхъ, отправляемыхъ на переселеніе за счетъ казны въ Уссурійскій край. Опытъ этотъ стоилъ громадныхъ усилій желѣзнымъ дорогамъ и подтвердилъ только, что наши желѣзныя дороги еще долго не будутъ въ состояніи дать желаемыхъ улучшеній. Эти партіи слѣдовали въ вагонахъ IV класса по особому маршруту ускоренныхъ поѣздовъ, безъ пересадки въ узлахъ, и имѣли только 3 пересадки отъ Курска до Срѣтенска—въ Сызрани, Челябинскѣ и Иркутскѣ. Предъ отправленіемъ партіи на родинѣ были подвергнуты медицинскому осмотру, всѣмъ было сдѣлано предохранительное оспопрививаніе, по пути онѣ осматривались ж. дорожнымъ медицинскимъ персоналомъ, а отъ Сызрани съ партіями неразлучно слѣдовали 6 врачей и 6 фельдшерицъ-акушерокъ и санитарные вагоны. Заразныхъ больныхъ сдавали въ попутныя больницы. Предположенія кормить въ пути переселенцевъ 2 раза въ день горячей пищей такъ и не были выполнены, не смотря на то, что за Байкаломъ въ поѣзда ставились особые вагоны-кухни, и всѣ продовольственные пункты въ Сибири были къ ихъ услугамъ. Опытъ этотъ былъ выполненъ желѣзными дорогами блестяще, но былъ испорченъ случившимися въ то время Китайскими волненіями. Во время путешествія по Шилкѣ и Амуру здѣсь въ полной мѣрѣ повторились тѣже ужасныя картины бѣдствій, какія когда-то испытывались переселенцами на Сѣверномъ пути, о чемъ я говорилъ выше, такъ что точнѣйшій матеріалъ о болѣзненности и смертности переселенцевъ въ пути по желѣзнымъ дорогамъ въ данномъ опытѣ можетъ быть использованъ только малою частью.

Выше было сказано, какъ дешевъ переселенческій тарифъ, какую массу расходовъ должны нести нѣкоторыя дороги по улучшенію перевозки переселенцевъ, хотя приведенныя цыфры далеко не исчерпываютъ всѣхъ расходовъ по ихъ перевозкѣ; отсюда вполнѣ понятно, что перевозка переселенцевъ въ коммерческомъ смыслѣ даетъ желѣзнымъ дорогамъ одни убытки; для одной Сибирской ж. дороги недовыручка по этой статьѣ перевозокъ колеблется отъ 300000 до 400000 р. ежегодно, а потому ожидать скорыхъ и рѣшительныхъ мѣръ по улучшенію перевозокъ переселенцевъ нельзя, не смотря на всю желательность таковыхъ. Въ смыслѣ общегосударственномъ, конечно, переселенія сугубо полезны, а для ж. дорожнаго хозяйства служатъ даже источникомъ многихъ доходовъ, и въ отдаленномъ будущемъ сторицею окупятъ дѣлаемыя на нихъ затраты; но все-же и скудость казны не даетъ основаній къ тому, чтобы задаваться въ этомъ отношеніи слишкомъ большими планами и радужными надеждами.

Переходя къ вопросу о перевозкѣ массъ рабочихъ, я долженъ сказать, что, какъ ни ограниченъ былъ въ моемъ распоряженіи матеріалъ въ отношеніи перевозокъ переселенцевъ, но таковой все-же былъ достаточенъ, чтобы нарисовать хоть какую-нибудь картину положенія дѣла; не то — въ отношеніи рабочихъ; здѣсь матеріала почти не имѣется никакого. Оно и понятно, такъ какъ въ отношеніи перевозокъ рабочихъ никакихъ особыхъ требованій усиленнаго санитарнаго надзора и т. п. нѣтъ, и потому рабочіе проходятъ совершенно незамѣтно между остальными пассажирами.

Таже нужда, какая гонитъ переселенцевъ искать земли для пропитанія въ дальнихъ окраинахъ, заставляетъ массы рабочихъ ѣхать на чужбину въ поискахъ за пропитаніемъ отхожими промыслами; это уже одно показываетъ ихъ имущественную необезпеченность, невозможность имѣть хорошее питаніе въ пути и т. д. Идутъ изъ черноземныхъ губерній въ промышленныя губерніи центра или черноземный районъ южныхъ губерній, большинство-же на югъ и юговостокъ на земледѣльческія работы въ степныхъ губерніяхъ. По всѣмъ дорогамъ Европейской Россіи пассажировъ IV класса т. е. рабочихъ, въ 1901 г. было провезено болѣе 5.500000, и на рядѣ лѣтъ видно, что число ихъ постепенно и сильно растетъ на всѣхъ дорогахъ, достигая на нѣкоторыхъ изъ нихъ 1.000000 и болѣе въ годъ (Юго-Восточныя, Пермская) или многихъ сотенъ тысячъ (Самаро-Златоустовская, Юго-Западныя, Рязано-Уральская, Екатерининская, Харьково-Николаевская и др.). На Сызрано-Вяземской ж. дорогѣ число рабочихъ сравнительно ничтожно (за послѣдніе годы около 20000), и потому личныхъ наблюденій въ этомъ отношеніи я не имѣю, доставленный-же матеріалъ не содержитъ въ себѣ данныхъ, на основаніи коихъ можно было-бы изложить частности дѣла.

Главнѣйшая особенность въ движеніи рабочихъ заключается въ особомъ, удешевленномъ тарифѣ IV класса, сравнительную стоимость котораго я приводилъ выше, причемъ льготы этого тарифа примѣняются только къ партіямъ не менѣе 40 чел. (при довольно многочисленныхъ, впрочемъ, исключеніяхъ). За дѣтей до 10 л. взимается плата въ размѣрѣ 1/4, и лишь до 5 лѣтъ дѣти перевозятся безплатно. Рабочіе перевозятся большими партіями въ тѣхъ-же вагонахъ, въ которыхъ перевозятся и переселенцы и въ тѣхъ-же поѣздахъ; на громаднѣйшемъ числѣ станцій происходятъ тѣже ожиданія подъ открытымъ небомъ, такъ какъ особыхъ помѣщеній, не смотря на постоянное прохожденіе рабочихъ, не вмѣщающихся въ вокзальныхъ зданіяхъ, не имѣется: такими помѣщеніями снабжена одна только Курско-Харьково-Севастопольская ж. дорога, имѣющая спеціальные бараки въ 9 пунктахъ дороги площадью отъ 10 до 58 кв. саж.; кромѣ того, имѣются особыя помѣщенія на ст. Кременчугъ Харьково-Николаевской, 2 на Владикавказской, по 1 на Самаро-Златоустовской, Рязано-Уральской, Юго-Восточныхъ жж. дорогъ и нѣкоторыхъ другихъ. Особенность состава партій рабочихъ та, что они ѣдутъ въ громадномъ большинствѣ одиночками, почти всегда безъ женщинъ и дѣтей, въ возрастѣ, наиболѣе работоспособномъ, и съ достаточнымъ здоровьемъ; движеніе ихъ также періодическое, на многихъ дорогахъ со своимъ спеціальнымъ темпомъ, смотря потому, какія работы обслуживаются рабочимъ движеніемъ—навигаціонныя, земледѣльческія, фабричныя, строительныя, горнозаводскія и

Digitized by Google

т. п.; во многихъ мѣстахъ постоянны 2 темпа движенія—поступательнаго и обратнаго, и въ большинствѣ дорогъ оно совпадаетъ съ переселенческимъ движеніемъ, увеличивая тѣмъ затрудненія работы дороги въ подачѣ вагоновъ, почему среди рабочихъ чаще встрѣчаются сѣтованія на желѣзныя дороги въ задержкахъ подъ открытымъ небомъ въ теченіи многихъ дней (въ Царицинѣ, напр., въ первыхъ числахъ ноября 1903 г., не смотря на ночныя заморозки, корреспондентомъ одной изъ общихъ газетъ отмѣчены громадныя «залежи» рабочихъ, возвращавшихся домой по окончаніи навигаціи на Волгѣ).

Питаются рабочіе исключительно покупными продуктами въ сухомятку, съ прибавленіемъ значительнаго количества спиртныхъ напитковъ; чай пьютъ, пользуясь кипяткомъ изъ тѣхъ-же кубовъ; пользоваться услугами врачебно-продовольственныхъ пунктовъ они не имѣютъ права, а въ случаяхъ заболѣванія получаютъ пособіе отъ дорожнаго персонала на общихъ основаніяхъ. Всякаго рода больные, требующіе больничнаго лѣченія, сдаются въ ближайшія земскія и иныя больницы за счетъ самихъ рабочихъ; отвозятся въ сопровожденіи фельдшеровъ и при помощи жандармской полиціи. Врачебно-санитарные досмотры дѣлаются только при большихъ и продолжительныхъ скопленіяхъ. Въ этомъ послѣднемъ досмотрѣ для большинства случаевъ надобности и не имѣется, такъ какъ дѣтей, болѣющихъ главнымъ образомъ, почти нѣтъ, да и путешествіе громадной части рабочихъ не бываетъ очень продолжительнымъ; такъ напр., на Пермской ж. дорогѣ средній пробѣгъ рабочихъ, при милліонномъ ихъ числѣ, равняется 63—84 в., на Риго-Орловской и Курско-Харьково-Севастопольской 235—300 в., наивысшій пробѣгъ даетъ Николаевская ж. дорога—около 400 в.; даже на Сибирской ж. дорогѣ средній пробѣгъ не превосходитъ 200 в. Конечно, въ милліонной массѣ рабочихъ не малое число ихъ дѣлаетъ столь-же большіе пробѣги, какъ и переселенцы, но точно это неизвѣстно; однако полагать нужно, что число это не менѣе таковаго же переселенцевъ, а скорѣе даже болѣе, въ виду вышеприведенныхъ указаній, что не мало переселенцевъ слѣдуютъ по тарифу IV класса подъ видомъ рабочихъ.

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Медицина въ Японіи.

*(Продолженіе. См. № 15, стр. 541).*

Японскіе госпитали и больницы представляютъ значительно менѣе грандіозныя учрежденія, чѣмъ у насъ въ Россіи и за-границей; не смотря на нѣкоторые довольно крупные недочеты въ организаціи, въ общемъ они устроены сравнительно раціонально. Изъ недочетовъ прежде всего отмѣчается отсутствіе безплатнаго содержанія въ больницахъ (плата по-разрядная, сообразно чему и размѣщаются больные по палатамъ). Особенно большіе недочеты относятся къ отдѣленіямъ заразнымъ, гдѣ предохранительныя мѣры проводятся крайне недостаточно, самыя отдѣленія плохо обставлены, обеззараживаніе не достигаетъ цѣли, отхожія мѣста плохо устроены.

Японскія лѣчебныя заведенія обыкновенно состоятъ изъ отдѣльныхъ павильоновъ на 10—15—20 больныхъ въ каждомъ. Не смотря на бѣдность обстановки, они поражаютъ своей чистотой и опрятностью. Отношеніе къ больнымъ со стороны врачей и администраціи очень внимательное.

Заведенія эти—или общественныя, или военныя, или частныя; послѣднихъ въ Японіи очень много; кромѣ того, имѣются и учрежденія Краснаго Креста и больницы благотворительныхъ Обществъ.

Позволю себѣ привести описаніе нѣкоторыхъ больницъ для образца.

Dzyuzen-Hospital — городская больница въ Іокагамѣ (портъ г. Токіо), расположенная на горѣ, устроена на 100 мѣстъ и имѣетъ амбуляторный пріемъ (около 200 больныхъ ежедневно). Больница состоитъ изъ отдѣльныхъ павильоновъ, расположенныхъ среди сада; всѣ зданія деревянныя и чрезвычайно легкой постройки. Зданія стоятъ на деревянныхъ козлахъ различной высоты въ зависимости отъ рельефа горы, на которой они построены. Наружныя стѣны деревянныя, внутреннія-же почти исключительно бумажныя, т. е. состоятъ изъ раздвижныхъ (въ обѣ стороны), легкихъ, деревянныхъ рамъ съ натянутой на нихъ плотной бумагой.

Эти легкія деревянныя зданія представляютъ большую опасность въ пожарномъ отношеніи, особенно въ виду того, что больница находится въ мѣстности отдаленной. На случай, еслибы вблизи лѣстницъ, такъ-же легко воспламеняющихся возникъ пожаръ, который отрѣзалъ-бы единственный путь къ спасенію, въ обоихъ главныхъ корридорахъ имѣется остроумное приспособленіе: часть стѣны корридора, шириною въ 2—2½ сажени, а высотою во всю высоту корридора, отъ пола до крыши, устроена на петляхъ (или на шарнирахъ) у самого пола. Верхняя (свободная) часть этого отдѣла стѣны корридора держится у крыши на крючкахъ. Въ случаѣ надобности крючки отодвигаются въ стороны, и вся эта часть стѣны падаетъ сама собою наружу, образуя широкій пролетъ въ стѣнѣ и родъ моста для перехода больныхъ въ садъ. По миновеніи надобности стѣна вновь поднимается на петляхъ, какъ подъемный мостъ, и снова укрѣпляется крючками.

Палаты—обычнаго типа, съ раздѣленіемъ на классы сообразно взимаемой платѣ за содержаніе [1]). Обстановка большинства палатъ—японская, т. е. нѣтъ коекъ, мебели и т. п. Въ меньшинствѣ имѣются желѣзныя кровати съ хорошими постельными принадлежностями.

Въ нѣкоторыхъ госпиталяхъ къ изголовью кровати придѣлывается доска съ невысокимъ бортомъ, гдѣ лежитъ разная мелочь, вещи больного, табакъ, стоятъ лѣкарства; эта дощечка замѣняетъ тѣ столики, которые стоятъ у кроватей въ нашихъ больницахъ. Свободно пользоваться дощечками можно потому, что, вмѣсто нашихъ широкихъ большихъ подушекъ, въ изголовьѣ лежатъ небольшіе узкіе валики, набитые мякиной и отрубями отъ риса; валикъ этотъ нисколько не мѣшаетъ больному потянуться и взять съ дощечки все нужное. Надъ кроватью виситъ исторія болѣзни и температурный листокъ, а у опасно больныхъ или у такихъ, которые не могутъ подняться безъ сторонней помощи, еще жестяная доска съ краснымъ кругомъ. Такая-же доска виситъ у наружныхъ дверей всякой палаты, гдѣ есть такіе больные; сдѣлано это для того, чтобы въ случаѣ пожара прислуга знала, гдѣ лежатъ больные, которые не могутъ спастись сами и которыхъ надо выносить на носилкахъ. Для спасенія больныхъ имѣется опредѣленное количество носилокъ; назначенные для того служителя, по первому сигналу о пожарѣ бѣгутъ къ баракамъ и по числу отмѣченныхъ при входѣ въ каждый баракъ больныхъ приносятъ соотвѣтственное число носилокъ и выносятъ тѣхъ больныхъ, у кроватей которыхъ находится дощечка съ нарисованнымъ кружкомъ.

Окна въ большинствѣ госпиталей устроены такъ, что верхняя ихъ ½ легко опускается, а нижняя поднимается по пазамъ; для этого въ обшивкѣ окна по обѣимъ сторонамъ его оставлено пространство, въ которомъ двигаются съ каждой стороны 2 гири, привязанныя каждая къ крѣпкому шнуру, который проходитъ подъ окномъ черезъ блокъ, а другимъ концомъ прикрѣпленъ къ верхнему углу рамы. Для провѣтриванія устраиваются отверстія у самаго пола и такія-же отверстія у потолка, легко закрываемыя особыми заслонками. Отопленіе палатъ въ холодные мѣсяцы (декабрь и январь) производится небольшими желѣзными печами. Отхожія мѣста устраиваются при каждомъ баракѣ и представляютъ обычный видъ: писсуаръ изъ камня въ видѣ плоскаго 4-угольнаго ящика съ отверстіемъ внизу для стока и небольшія деревянныя будочки съ деревяннымъ-же сидѣніемъ, внизу очка котораго стоитъ особый выносной ящикъ.

Въ Іокагамской больницѣ, какъ и во всѣхъ лѣчебныхъ заведеніяхъ, образцовая чистота и опрятность половъ, стѣнъ и пр. Аптека и пріемные кабинеты прекрасно обставлены всѣми необходимыми принадлежностями для всесторонняго изслѣдованія амбуляторныхъ больныхъ. Операціонная комната, по словамъ д-ра *Гильченко*, устроена превосходно. Въ ней много свѣта; въ нее проведена холодная и горячая вода; нѣсколько чугунныхъ эмальированныхъ раковинъ съ кранами позволяютъ нѣсколькимъ лицамъ сразу сдѣлать необходимый хирургическій туалетъ своихъ рукъ. Въ операціонной стоятъ: шкафъ съ наиболѣе употребительными инструментами, 2 операціонныхъ стола, 2 стерилизатора для перевязочнаго матеріала и для инструментовъ, нѣсколько металлическихъ подставокъ съ оросителями.

По словамъ Японскихъ врачей, они почти совсѣмъ не употребляютъ противогнилостныхъ жидкостей.

Въ сосѣдней комнатѣ, раздѣленной перегородкой, стоятъ 2 шкафа съ богатымъ хирургическимъ инструментаріемъ и небольшой бѣльевой шкафъ; за перегородкой—ванна для врачей-хирурговъ. Больнымъ передъ операціей ванна дѣлается въ ванной комнатѣ при хирургическомъ отдѣленіи.

Помимо этой операціонной, имѣется еще другая исключительно для полостныхъ операцій; въ послѣдней, кромѣ всего необходимаго, находятся еще тепловыя баттареи въ нѣсколько рядовъ вдоль стѣнъ для поднятія комнатной температуры въ холодное время до 30°.

Особое небольшое зданіе предназначено для обеззараживанія

---

[1]) Въ частной лѣчебницѣ проф. *Takaki* въ Токіо плата слѣдующая: 1-ый классъ (отдѣльная комната)—3 іены (рубля) въ день, 2-ой классъ (2 больныхъ въ 1-ой комнатѣ)—2 іены, 3-ій и 4-ый (по нѣсколько больныхъ) 1 іена и 50 сенъ (коп.).

Digitized by Google

платья, бѣлья и пр.; въ немъ находится обеззараживающая камера и шкафъ для обеззараживанія формалиномъ. Здѣсь-же можно отмѣтить одинъ характерный фактъ, доказывающій, какъ подчасъ поверхностно перенимаютъ Японцы медицинскія указанія: въ указанномъ помѣщеніи обеззараживались бинты, уже бывшіе въ употребленіи; обеззараживаніе производилось очень совершенно, что указывало на хорошее знакомство съ техникой дѣла, но обеззараженные бинты въ корзинахъ лежали затѣмъ въ той-же комнатѣ, куда поступало и все зараженное имущество изъ больницы; такимъ образомъ бинты могли опять легко сдѣлаться разсадниками заразныхъ началъ для всей больницы.

Такой-же характеръ носятъ и военные госпитали. Въ военномъ госпиталѣ въ Токіо почти во всѣхъ отдѣленіяхъ имѣются отдѣльныя *столовыя*. Прислуга—исключительно мужская, большая часть—военно-служащіе, т. е. отбывающіе общую воинскую повинность, но имѣющіе какой-либо физическій недостатокъ, препятствующій несенію службы въ строю; меньшинство изъ прислуги, употребляемое для грязныхъ работъ, вольнонаемные. Дисциплина удивительная. По словамъ главнаго врача госпиталя, ему никогда почти не приходится наказывать или отдавать повторныя приказанія, подтверждающія уже ранѣе объявленныя распоряженія: всѣ они пунктуально и свято выполняются прекрасно дисциплинированнымъ Японскимъ солдатомъ. Это-же отмѣчается и по отношенію къ тому, что приносится больнымъ и подлежитъ врачебному контролю: случаевъ обмана или недозволеннаго доставленія чего-бы то ни было прислугой госпиталя или приходящими къ больнымъ товарищами совершенно не бываетъ [1]).

Больныхъ на каждаго врача приходится немного, что позволяетъ ему производить неторопливый осмотръ и обстоятельное врачебное наблюденіе и вести подробную исторію болѣзни; записываемыя 3—4 раза въ день кривыя температуры, числа пульсовыхъ волнъ и дыхательныхъ движеній наносятся каждая особымъ цвѣтомъ.

Постоянные военные госпитали отличаются отъ временныхъ (въ періодъ войны) большей прочностью постройки. Способъ постройки временныхъ бараковъ очень простой. Стѣны состоятъ изъ двойной досчатой обшивки, прибиваемой къ рѣшеткѣ, укрѣпленной между отвѣсными столбами. Съ одной стороны на другую перекинуты балки, на которыхъ утверждены стропила крыши, а для лучшаго укрѣпленія послѣдней на балкахъ отвѣсно поставлены подпорки, упирающіяся снутри барака въ стропила. Покрываются бараки соломой, удерживаемой снизу довольно густо расположеннымъ переплетомъ изъ тонкихъ бамбуковъ; благодаря этому, солома крыши не осыпается внутрь барака. Потолковъ нѣтъ; полъ досчатый; вмѣсто оконъ, въ стѣнахъ устроены раздвижныя рамы, оклеенныя сѣрою японскою бумагой. Въ баракахъ по обѣ стороны отъ стѣны поперекъ поставлены кровати, такъ что изголовье больныхъ обращено къ серединѣ барака, а ноги къ стѣнѣ. Отапливаются бараки древеснымъ углемъ при помощи большихъ жаровенъ, которыя ставятъ по срединѣ. Кровати деревянныя. На кровать кладутся 2—3 толстыхъ ватныхъ матраца, а, вмѣсто одѣяла, ватная перина, ширина которой нѣсколько больше ширины кровати. При каждомъ военно-временномъ госпиталѣ, кромѣ бараковъ въ 1 общую палату, имѣется одинъ баракъ, раздѣленный въ длину одной, а въ ширину цѣлымъ рядомъ поперечныхъ перегородокъ, вслѣдствіе чего получаются отдѣльныя палаты для 1 или 2 тяжелыхъ больныхъ; въ нихъ помѣщаютъ также оперированныхъ на нѣсколько дней послѣ операціи. Проходъ въ этихъ палатахъ—у противоположной стѣны. По словамъ д-ра *Медвѣдева*, въ палатахъ этихъ довольно тѣсно, мало свѣта и воздуха; и вообще въ баракахъ, во время холода или дурной погоды, когда рамы закрыты, свѣта недостаточно и бываетъ довольно холодно: легкая постройка бараковъ не защищаетъ отъ холода, а отопленіе при помощи жаровень, внося въ помѣщеніе ощутительный запахъ отъ горячихъ углей, не даетъ достаточно тепла. Отдѣльные бараки госпиталя обычно соединяются между собой крытыми переходами съ каменнымъ поломъ (послѣднее въ постоянныхъ госпиталяхъ), на которомъ лежатъ чистые бамбуковые маты. Послѣдніе состоятъ изъ связанныхъ между собой половинокъ тонкаго бамбука; они очень практичны для вытиранія ногъ и могутъ быть вымыты въ одну минуту.

Часть временныхъ военныхъ госпиталей, принадлежащихъ военному вѣдомству, передается во время войны Красному Кресту.

Японскій Красный Крестъ во время войны играетъ лишь вспомогательную и подчиненную роль. Никогда госпитали Краснаго Креста не бываютъ въ передовыхъ (боевыхъ) линіяхъ, никогда во главѣ госпиталей и дѣйствующихъ органовъ Краснаго Креста не ставятся лица, не имѣющія никакого отношенія къ военному вѣдомству. Во главѣ госпиталей Краснаго Креста стоятъ военные врачи, не прерывающіе своихъ служебныхъ отношеній къ военнымъ властямъ и къ военно-медицинскому Управленію. Вслѣдствіе этого госпитали Японскаго Краснаго Креста отнюдь не занимаютъ какого-либо привиллегированнаго положенія среди другихъ лѣчебныхъ заведеній ни въ выборѣ мѣста своей дѣятельности, ни въ выборѣ, по своему усмотрѣнію, больныхъ и раненыхъ для пользованія въ своихъ лѣчебныхъ заведеніяхъ. Вся дѣятельность лазаретовъ Японскаго Краснаго Креста во время военныхъ дѣйствій, какъ и дѣятельность военныхъ госпиталей, опредѣляется и руководится однимъ и тѣмъ-же военнымъ вѣдомствомъ.

Главный госпиталь Краснаго Креста (Nippon Sekjuij Bynin), гдѣ подготовляются къ своей дѣятельности и сестры милосердія, расположенъ въ Токіо довольно далеко за городомъ. Госпиталь этотъ представляетъ солидное каменное зданіе въ 2 этажа Европейскаго стиля; на фронтонѣ его рельефно выдѣляется большой Красный Крестъ.

Устройство госпиталя очень хорошее [1]). Стѣны корридоровъ и палатъ окрашены глянцовитой масляной краской, похожей на эмалевую. Полы въ палатахъ покрыты сплошь во всю комнату чрезвычайно плотными, тонкаго плетенія, Японскими циновками нѣжнаго соломеннаго цвѣта. Вездѣ желѣзныя кровати, очень широкія, съ превосходнымъ бѣльемъ и постельными принадлежностями. Больные укрыты толстыми байковыми одѣялами въ полотняныхъ чехлахъ бѣлоснѣжнаго цвѣта. Палаты госпиталя Японскаго Краснаго Креста раздѣляются на 4 класса: въ палатахъ 1-го класса, обыкновенно имѣющихъ небольшую переднюю, помѣщается 1 и очень рѣдко 2 больныхъ, 2-го класса—2—3, 3-го—6—8 и 4-го—20—24 больныхъ въ большой общей палатѣ. Плата за содержаніе больного въ томъ или другомъ классѣ, конечно, различная.

Палаты различныхъ классовъ не представляютъ какой-либо особой разницы, кромѣ числа больныхъ, помѣщающихся въ нихъ. Повсюду удивительная чистота и опрятность пола, стѣнъ, потолковъ, мебели, постельнаго бѣлья и т. д. Нигдѣ ни малѣйшаго слѣда больничнаго запаха, благодаря широкому естественному провѣтриванію.

Освѣщеніе палатъ и корридоровъ электрическое; отопленіе печами.

Уходъ за больными возложенъ на сестеръ милосердія (надзирательницъ) и вольнонаемныхъ прислужницъ; фельдшеровъ нѣтъ; кромѣ швейцара, нигдѣ никакой мужской прислуги.

Курсъ обученія для полученія званія сестры милосердія (Kambeo-fu—надзирательница) продолжается 2½ года. Во время посѣщенія госпиталя д-ромъ *Гильченко* тамъ обучались 350 японокъ. Многія изъ нихъ живутъ тутъ-же въ госпиталѣ, въ особыхъ павильонахъ, соединяющихся съ остальными помѣщеніями (главнымъ зданіемъ, палатами для больныхъ и пр.) крытыми, свѣтлыми корридорами.

Аудиторіи, гдѣ слушаютъ лекціи будущія надзирательницы (числомъ 2), довольно большія, со скамьями, устроенными амфитеатромъ. На стѣнахъ одной аудиторіи развѣшаны географическія карты, изображенія животныхъ и растеній; на стѣнахъ другой—картины съ изображеніями частей тѣла, внутреннихъ органовъ и пр. Кромѣ того, здѣсь-же помѣщается грубо, но рельефно сдѣланный манекенъ, изображающій фигуру человѣка: нѣсколько плоскихъ, удлиненной формы, мягкихъ мѣшковъ изображаютъ конечности, круглый и плоскій мѣшокъ голову, плоскій, въ формѣ громаднаго 8-образнаго бисквита мѣшокъ—туловище; всѣ эти мѣшки сшиты, и на нихъ нарисованы глаза, носъ, ротъ и т. д.; на шеѣ и конечностяхъ красныя и синія линіи указываютъ положеніе артерій и венъ; на мѣшкѣ, изображающемъ туловище, нарисованы сердце, легкія, грудобрюшная преграда, печень, селезенка, желудокъ, кишечникъ и мочевой пузырь. На этомъ манекенѣ ученицы наглядно изучаютъ не только теоретически, но и практически пріемы наилучшаго и болѣе удобнаго положенія тѣла человѣка, той или иной конечности при разнообразныхъ случаяхъ раненій или внезапныхъ заболѣваній. Тутъ же на манекенѣ будущіе «Камбеофю» пріучаются быстро находить положеніе артерій, наиболѣе удобное для прижатія, изучаютъ пріемы искусственнаго дыханія и т. д. Онѣ изучаютъ также способы приготовленія разнаго рода несложныхъ лѣкарствъ; кромѣ того, въ саду и огородахъ Краснаго Креста, гдѣ выращиваются и лѣкарственныя растенія, пріучаются къ уходу за ними, изучаютъ условія ихъ жизни, знакомятся со сборомъ ихъ и сохраненіемъ, а также съ приготовленіемъ изъ нихъ лѣкарствъ [2]).

При госпиталѣ имѣется особая «фабрика для изготовленія перевязочнаго матеріала» не только для потребностей госпиталя, но и для другихъ учрежденій. «Фабрика» эта—крайне примитивнаго устройства. Она представляла собою деревянный сарайчикъ, раздѣленный на 3 отдѣленія: въ 1-мъ была мастерская, гдѣ нарѣзывался и сушился перевязочный матеріалъ; во 2-мъ онъ пропитывался противогнилостными жидкостями; 3-ье отдѣленіе представляло нѣчто въ родѣ кладовой, гдѣ матеріалъ сохранялся. Во главѣ фабрики стоялъ совершенно простой и неинтеллигентный человѣкъ, котораго врачи-хирурги обучили этому дѣлу и кото-

[1]) Во время Японско-Китайской войны въ госпитали поступило много пожертвованій для больныхъ и раненыхъ солдатъ и нуждъ госпиталей. Въ первое время пожертвованія эти дѣлались безъ всякой системы, и приносилось много совершенно ненужныхъ вещей. Потомъ госпитали стали объяснять, въ чемъ собственно имѣется нужда и о всѣхъ поступившихъ пожертвованіяхъ и именахъ жертвователей вывѣшивалось при входѣ объявленіе.

[1]) Описаніе взято у д-ра *Гильченко. Г. Д.*

[2]) Есть и болѣе краткіе (3-мѣсячные) курсы для сестеръ милосердія при нѣкоторыхъ госпиталяхъ (напр., при госпиталѣ въ Hakata подъ руководствомъ одного изъ лучшихъ хирурговъ Японіи д-ра *Omori*).

Digitized by Google

рый затѣмъ уже остался руководителемъ работъ по изготовленію всякаго рода перевязочнаго матеріала. Смачивается матеріалъ въ глазурованныхъ глиняныхъ чашкахъ емкостью не болѣе ведра; отжимается—небольшой ручной машиной съ гуттаперчевыми вальцами. Вата и марля послѣ смачиванія въ томъ или другомъ противогнилостномъ растворѣ высушиваются въ особомъ шкафу. Шкафъ этотъ въ 2 этажа съ 2-мя рядами камышевыхъ полокъ-сѣтокъ; на эти сѣтки-полки и кладутъ для высушиванія тотъ или иной матеріалъ. Въ верхней доскѣ шкафа—выводная жестяная труба, выходящая наружу; въ нижнемъ отдѣленіи, обособленномъ отъ верхнихъ при помощи металлическаго листа, размѣщены 4 спиртовыхъ лампы; онѣ накаливаютъ металлическій листъ, при чемъ воздухъ внутри шкафа согрѣвается и появляется извнутри шкафа наружу тяга черезъ трубу въ верхней доскѣ его. Затѣмъ марля и вата обертываются въ восчаную бумагу; вата (по $^1/_4$ фунта) заклеивается и заключается въ 4-угольную коробку, обандероленную этикеткой съ надписью на Японскомъ языкѣ: «Трогать можетъ только докторъ». На фабрикѣ готовится: іодоформный матеріалъ 2-хъ сортовъ (съ 10%-мъ и 20%-мъ содержаніемъ іодоформа), сулемовый, окрашенный краснымъ фуксиномъ (съ 0,05%-мъ содержаніемъ сулемы) и эозиномъ (съ 0,1% сулемы), піоктаниновый темно-фіолетоваго цвѣта, борный, салициловый, лизоловый и др.

Японскій Красный Крестъ былъ основанъ въ 1877 г. по поводу бывшей тогда междуусобной войны въ южной Японіи. Колоссальный ростъ его за послѣдніе годы не имѣетъ ничего себѣ подобнаго; въ 1878 г. въ немъ было всего 11000 членовъ, въ 1884 г. ихъ было уже болѣе 60000, въ 1895 г. послѣ Японско-Китайской войны—160000, а въ 1900 г.—650000, т. е. почти $^1/_{70}$ часть всего населенія страны.

Японскій Красный Крестъ находится подъ покровительствомъ пр. Комацу. Ежегодно весной въ Токіо бываютъ Съѣзды представителей провинціальныхъ его отдѣленій.

*Г. Дембо.*

*(Окончаніе слѣдуетъ.)*

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 339. Одной изъ замѣчательнѣйшихъ особенностей дѣйствія лучей радія на организмъ высшихъ животныхъ является отсутствіе прямой реакціи на него со стороны органовъ чувствъ. Такъ, кожа можетъ быть разрушена лучами радія безъ соотвѣтствующаго ощущенія боли, и даже сѣтчатка, по видимому, вполнѣ нечувствительна къ нимъ. Это обстоятельство побудило *E. Willcock*'а изучить *реакціи на лучи радія со стороны простѣйшихъ формъ животныхъ организмовъ*. Пользуясь бромистыми препаратами радія въ количествѣ 50, 10 и 5 млгрм., авторъ пришелъ къ заключенію, что убивающая сила лучей радія неодинакова по отношенію къ различнымъ видамъ животныхъ. Нѣкоторые виды простѣйшихъ организмовъ, а именно содержащіе хлорофиллъ, обнаруживаютъ реакцію, сказывающуюся не въ одномъ только поврежденіи и смерти. Подъ вліяніемъ лучей радія Euglena viridis перешла изъ пузырнаго состоянія въ активное; Stentor viridis и Hydra viridis обнаружили рядъ сочетанныхъ движеній съ цѣлью избѣжать лучей, что у послѣдней является опредѣленной нормальной реакціей со стороны нервно-мышечнаго прибора. Реакція ослабѣваетъ на свѣту и объясняется, по мнѣнію автора, нарушеніемъ подъ вліяніемъ лучей радія нормальныхъ отношеній между хозяиномъ и чужеяднымъ—водорослью, обусловливающей зеленый цвѣтъ животнаго (The Journal of physiology, т. XXX). *А. Богомолецъ.*

340. *F. Heymann* изслѣдовалъ *вліяніе холощенія на содержаніе фосфора въ организмѣ женскихъ особей*. На основаніи опытовъ, которые авторъ производилъ на крысахъ, онъ убѣдился въ томъ, что задержки фосфора, признаваемой нѣкоторыми изслѣдователями за послѣдствіе холощенія здоровыхъ самокъ, послѣ этой операціи не наступаетъ на сколько-нибудь продолжительное время; во многихъ случаяхъ, наоборотъ, наблюдается послѣ удаленія яичниковъ уменьшеніе въ организмѣ $P_2O_5$ (*Hoppe-Seyler*'s Zeitschrift für physiologische Chemie, т. XLI, тетр. 3). *И. Н.*

341. Изучая *физіологическія свойства адреналина*, *T. G. Brodie* и *W. E. Dixon* нашли, что онъ обладаетъ специфической способностью возбуждать сочувственную нервную систему. Такъ, по ихъ наблюденіямъ адреналинъ ускоряетъ дѣятельность сердца, вызываетъ сокращеніе селезенки, усиленное слюноотдѣленіе, сокращеніе мочеиспускательнаго канала, матки, влагалища, причиняетъ расширеніе зрачка и выпячиваніе глазного яблока, т. е. оказываетъ тоже дѣйствіе, что и раздраженіе шейнаго сочувственнаго нерва. Особенно сильно дѣйствіе адреналина сказывается на сосудистой системѣ и выражается въ съуженіи сосудовъ, черезъ которые протекаетъ кровь, содержащая это вещество. Съуженіе это тѣмъ сильнѣе, чѣмъ богаче стѣнки сосудовъ нервными окончаніями. Если эти нервныя окончанія предварительно парализовать апокодеиномъ или кураре, то адреналинъ, подобно пилокарпину и мускарину, уже не вызываетъ съуженія и въ этомъ отношеніи можетъ быть противопоставленъ хлористому барію, дѣйствующему возбуждающимъ образомъ на самое мышечное волокно. Воспользовавшись свойствомъ адреналина возбуждать сосудодвигателей для разрѣшенія вопроса объ иннерваціи легочныхъ сосудовъ, авторы сравнивали скорость истеченія крови, проходящей черезъ легкія при постоянномъ давленіи, нормальной и содержащей адреналинъ. При этомъ оказалось, что подъ вліяніемъ адреналина просвѣты легочныхъ сосудовъ не только не съуживаются, но иногда, напротивъ, расширяются, что указываетъ на отсутствіе въ нихъ сосудодвигателей. Этотъ выводъ авторовъ подтверждается также гистологическимъ изслѣдованіемъ сосудовъ, съ помощью котораго имъ не удалось обнаружить въ сосудистыхъ стѣнкахъ нервныхъ окончаній (The Journal of physiology, т. XXX). *Б—цъ.*

**Физіологическая химія.** 342. Изслѣдуя *мочу больныхъ сахарною болѣзнью* съ помощью реакціи *Селиванова на присутствіе левулезы* (красное окрашиваніе при кипяченіи мочи съ резорциномъ и разведенной HCl) *R.* и *O. Adler* убѣдились въ томъ, что указанная реакція получается иногда и съ такой мочей, которая левулезы совсѣмъ не содержитъ. Очевидно, слѣд., что положительный результатъ реакціи можетъ обусловливаться, кромѣ левулезы, еще какимъ-то другимъ веществомъ. Дальнѣйшее изслѣдованіе показало, что въ свѣжевыпущенной мочѣ здоровыхъ людей реакціи *Селиванова* никогда не получается, между тѣмъ какъ та-же моча, но постоявшая нѣкоторое время на воздухѣ, даетъ ее вслѣдствіе образованія въ ней нѣкоторыхъ продуктовъ разложенія, а именно азотистой кислоты. При продолжающемся гніеніи мочи кислота эта исчезаетъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ перестаетъ получаться и характерное окрашиваніе мочи при кипяченіи ея съ резорциномъ и HCl (*Hoppe-Seyler*'s Zeitschrift für physiologische Chemie, т. XLI, тетр. 3). *И. Н.*

**Фармакологія.** 343. Профф. *Emil Fischer* и *J. v. Mering*, описавшіе въ прошломъ году новый классъ *снотворныхъ средствъ изъ группы производныхъ мочевины*, сообщаютъ свои наблюденія и изслѣдованія надъ оказавшимся наболѣе цѣлесообразнымъ представителемъ этого класса *вероналомъ* (Veronal). Они нашли, что средство это почти не измѣняется въ организмѣ, такъ какъ большая часть его выдѣляется въ неизмѣненномъ видѣ съ мочей.

Чтобы опредѣлить количественно вероналъ въ мочѣ, они выработали слѣдующій способъ: 300—500 к. стм. мочи выпаривается подъ уменьшеннымъ давленіемъ до $^1/_{15}$ своего прежняго объема; остатокъ извлекается повторно эѳиромъ, который затѣмъ отгоняется; остается сильно окрашенная масса, которую растворяютъ затѣмъ въ горячей водѣ и обезцвѣчиваютъ кипяченіемъ и животнымъ углемъ въ теченіи $^1/_2$ часа; при охлажденіи этой жидкости до 0° вероналъ выдѣляется цѣликомъ въ видѣ безцвѣтной кристаллической массы; остается его собрать, высушить и взвѣсить. Этимъ способомъ удается получить обратно 89% предварительно прибавленнаго къ мочѣ веронала.

Изслѣдуя выдѣленіе веронала у больныхъ, принимавшихъ это средство, авторы находили 70% принятаго внутрь количества въ мочѣ. Въ дальнѣйшемъ авторы даютъ слѣдующія наставленія относительно правильнаго назначенія средства: лучше всего давать вероналъ въ растворенномъ видѣ, такъ какъ онъ тогда быстро всасывается и поэтому скоро дѣйствуетъ; наилучшимъ растворителемъ является чай: при раствореніи въ чаѣ мало чувствуется горькій вкусъ лѣкарства; обычный пріемъ 0,5 грм. растворяютъ при помѣшиваніи въ маленькой чашкѣ чая, пока еще чай горячій; если почему-либо давать чай нежелательно, то его съ успѣхомъ можно замѣнить горячей водой; водные растворы, содержащіе не болѣе 1 грм. веронала на 140 к. стм. воды, хорошо сохраняются неопредѣленно долгое время; не слѣдуетъ назначать вероналъ съ молокомъ, такъ какъ со щелочами молока препаратъ этотъ

Digitized by Google

образуетъ соли, имѣющія гораздо сильнѣе выраженный горькій вкусъ; точно также не слѣдуетъ назначать вероналъ въ облаткахъ, такъ какъ раствореніе его при этомъ задерживается и дѣйствіе поэтому наступаетъ слишкомъ поздно (Therapie der Gegenwart, апрѣль). *А. Коварскій.*

344. Д-ръ *K. Fuchs* (Вѣна), примѣняя въ 34 случаяхъ различныхъ ревматическихъ, лихорадочныхъ и нервныхъ заболѣваній *цитрофенъ* (*citrophen*) пришелъ къ заключенію, что онъ обладаетъ специфическимъ противоревматическимъ дѣйствіемъ, не оказывая вреднаго вліянія на больное сердце, не вызываетъ никакихъ непріятныхъ побочныхъ явленій и поэтому можетъ быть употребляемъ въ теченіи долгаго времени. При лихорадочныхъ болѣзняхъ въ количествѣ 0,5—1,0 цитрофенъ понижаетъ температуру на 1°—1,5°, и пониженіе это держится нѣсколько часовъ, не сопровождаясь явленіями коллапса. Вслѣдствіе своего болеутоляющаго дѣйствія цитрофенъ можетъ быть съ успѣхомъ примѣняемъ при невральгіяхъ различнаго рода. Это—порошокъ бѣлаго цвѣта, безъ запаха, легко растворимый въ водѣ. Всасываніе его быстро: уже черезъ 20 мин. онъ обнаруживается въ мочѣ. Доза для взрослыхъ 0,5—1,0 3 раза въ день (Therapeutische Monatshefte, 1903, № 11).

**Бактеріологія.** 345. Д-ръ *Dembiński* (Levergies, Франція) изучалъ *вопросъ о возможности сдѣлать кроликовъ невоспріимчивыми къ мертвымъ бугорчатковымъ палочкамъ.* Выводы. Мертвыя палочки, впрыскиваемыя даже въ громадныхъ количествахъ подъ кожу, въ полость брюшины или въ вены, не скоро убиваютъ кролика: животное погибаетъ по истеченіи нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ въ состояніи большаго или меньшаго истощенія. Впрыскиваніе въ мозгъ даетъ результаты въ зависимости отъ величины впрыскиваемыхъ количествъ. Въ общемъ, здоровые кролики такъ-же чувствительны къ впрыскиваніямъ мертвыхъ бугорчатковыхъ палочекъ въ мозгъ, какъ и морскія свинки. Изъ бугорчатковыхъ кроликовъ нѣкоторые очень чувствительны къ только-что упомянутымъ впрыскиваніямъ, другіе-же имъ противостоятъ. Кролики реагируютъ при впрыскиваніи мертвыхъ палочекъ въ мозгъ въ 2 раза скорѣе и въ 10 разъ сильнѣе, чѣмъ при введеніи этихъ палочекъ въ вены. Дѣйствіе мертвыхъ бугорчатковыхъ палочекъ на кроликовъ, пораженныхъ бугорчаткою, очень скорое и почти одинаковое какъ при введеніи въ вены, такъ и при впрыскиваніи въ мозгъ. При внутривенномъ впрыскиваніи все большихъ количествъ является возможнымъ привыканіе кроликовъ къ смертельнымъ количествамъ мертвыхъ бугорчатковыхъ палочекъ (Gazeta lekarska, 16 апрѣля). *С. Островскій.*

**Внутреннія болѣзни.** 346. Д-ръ *J. Pawinski* сообщаетъ свои наблюденія надъ *заразною гнилостной грудной жабой*, особенности которой въ существенныхъ чертахъ сводятся къ слѣдующему: мѣстомъ болей, появляющихся при описываемой формѣ жабы, служитъ обыкновенно передняя часть грудной клѣтки, именно область грудины, при чемъ боли являются приступами у лицъ, обыкновенно никогда не испытывавшихъ до того времени никакихъ ненормальныхъ ощущеній въ области сердца. Боли появляются при покойномъ положеніи больного (въ постели). По времени своего появленія жаба эта приходится на самое начало гнилостнаго заболѣванія, нерѣдко даже на его зачаточный періодъ; по мѣрѣ-же того, какъ зараза сосредоточивается въ какомъ-нибудь отдѣльномъ органѣ, стенокардическія боли уменьшаются, либо даже исчезаютъ совсѣмъ. Температура при этихъ боляхъ обыкновенно бываетъ повышена мало, а иногда остается даже нормальной; съ развитіемъ лихорадки сила болей уменьшается. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ гнилостная грудная жаба сопровождается разстройствами сердечной дѣятельности (одышкой, слабостью пульса, синюхой, аритміей и т. д.), но недостаточность сердца лишь рѣдко достигаетъ значительной степени. Болѣзнь встрѣчается довольно рѣдко (на 840 сл. 32 раза). Предрасполагающими къ ней условіями служатъ: нервность, злоупотребленія спиртными напитками, половыми сношеніями и табакомъ и утомленіе. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мѣсто проникновенія заразы извѣстно, таковымъ чаще всего оказываются миндалины; бактеріологическое изслѣдованіе выпота, покрывающаго послѣднія, обнаруживало обыкновенно стрепто-и стафилококка, рѣже пневмококка. Предсказаніе въ большинствѣ случаевъ благопріятно, но иногда бываютъ осложненія, особенно у лицъ пожилыхъ, у которыхъ можно предполагать измѣненія въ сосудистомъ приборѣ. Поэтому въ отношеніи предсказанія нужно различать формы доброкачественную и злокачественную; къ послѣдней категоріи относятся также и смѣшанныя формы, при которыхъ гнилостная жаба присоединяется къ пораженію вѣнечныхъ сосудовъ. Происхожденіе заболѣванія, по мнѣнію автора, объясняется, съ одной стороны, нарушеніями въ иннерваціи сердца, а съ другой—измѣненіями въ сосудахъ; и тѣ, и другія являются слѣдствіемъ дѣйствія токсиновъ. Авт. полагаетъ, что въ большинствѣ его случаевъ дѣло заключалось именно во вредномъ вліяніи токсиновъ на чувствительные нервы сердца; появленіе, на ряду съ болями, признаковъ ишэміи сердечной мышцы (аритмія, слабость пульса, наклонность къ обморокамъ и т. д.), указываетъ уже на пораженіе сердечныхъ артерій и сердечной мышцы. Что касается лѣченія, то оно сводится главнымъ образомъ къ примѣненію горячихъ компрессовъ, приставленію банокъ или піявокъ и къ впрыскиванію морфія. Нитроглицеринъ, азотистый натръ и амилнитритъ оказываются недѣйствительными (Revue de médecine, № 3). *И. Назаровъ.*

347. *J. D. Whittles* сообщаетъ свои наблюденія надъ нѣсколькими случаями *своеобразной болѣзни, извѣстной подъ названіемъ «craw-craw»*. По мнѣнію автора, болѣзнь эта завезена въ Англію солдатами, возвращавшимися на родину изъ южной Африки, гдѣ нѣкоторые изъ нихъ получили ее вслѣдствіе употребленія зараженной воды. «Craw-craw» представляетъ собою заболѣваніе, вызываемое присутствіемъ въ крови больного особаго червя, относящагося къ числу нематодъ. Самымъ выдающимся припадкомъ «craw-craw» является чрезвычайно сильный кожный зудъ; степень послѣдняго въ различныхъ частяхъ тѣла неодинаковая. Сильнѣе всего поражаются плечи, затѣмъ сгибательныя поверхности рукъ и бедеръ; дальше слѣдуютъ—грудь, лицо, носъ и глаза. Большинство случаевъ, видѣнныхъ авторомъ, относились къ числу узелковыхъ формъ болѣзни, характеризующихся тѣмъ, что между кожею и подкожной клѣтчаткой появляются небольшіе узелки величиною съ мелкія дробинки; вслѣдствіе разсасыванія узелки эти увеличиваются въ размѣрѣ, а соотвѣтственно этому усиливаются и воспалительныя явленія. Если кожа подвергается дѣйствію холода или жара, то немедленно появляется тяжелая форма почесухи. Для обнаруженія чужеядныхъ пользуются свѣжимъ препаратомъ крови, взятой изъ пальца. Иногда чужеядныя, встрѣчающіяся въ крови, достигаютъ длины 56 μ, и у нихъ можно бываетъ прослѣдить пищеварительный каналъ по всему протяженію ихъ тѣла. Кромѣ узелковой, встрѣчается еще, хотя и рѣже, пузырьковая форма «craw-craw, при чемъ послѣдняя является, по видимому, позднѣйшей стадіей первой. Больные страдаютъ при этомъ зудомъ, рвотой, головной болью, а на кожѣ у нихъ появляются пузыри сѣропепельнаго цвѣта, въ жидкости которыхъ автору также удалось открыть присутствіе чужеяднаго, вызывающаго заболѣваніе. Что касается способа зараженія, то его, по мнѣнію *Whittles*'а, нужно представлять себѣ такъ: чужеядныя вмѣстѣ съ каломъ попадаютъ въ нечистоты, а затѣмъ заражаютъ растенія, служащія пищей скоту, который заражается ими въ свою очередь; передача человѣку совершается при посредствѣ молока (Centralblatt fur allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, т. XV, № 5).

**Хирургическія болѣзни.** 348. Д-ръ *Ferlito* описываетъ интересный *случай грыжи мозговыхъ оболочекъ въ шейной части позвоночника.*

Дѣвочка, 7 л., родилась съ небольшою опухолью на задней поверхности шеи. Опухоль сначала была съ орѣхъ, а затѣмъ мало по малу увеличилась. При изслѣдованіи въ области 5-го и 6-го шейныхъ позвонковъ найдена опухоль, съ апельсинъ, сидѣвшая на короткой ножкѣ. Кожа, покрывавшая опухоль, была нормальна; только у основанія опухоли она одѣта была густымъ пушкомъ волосъ. Въ верхушкѣ опухоль на небольшомъ участкѣ была истончена и просвѣчивалась. На ощупь она была мягка, подвижна на ножкѣ, ясно зыблилась; мѣстами въ ней прощупывались незначительныя уплотненія. При надавливаніи

Digitized by Google

она не вправлялась, но больная при этомъ испытывала головокруженіе и не могла держаться на ногахъ. Остальные органы были совершенно здоровы. Подъ смѣшаннымъ усыпленіемъ обнажена и перевязана ножка опухоли, затѣмъ изсѣченъ весь мѣшокъ. Костная недостача очень небольшая. Швы на кожу (безъ костной пластинки). Полное выздоровленіе. Подъ микроскопомъ типичное meningocele (La Clinica Chirurgica, 1903 г. ноябрь). *Б. К. Финкельштейнъ.*

349. Д-ръ Sick наблюдалъ рѣдкій *случай первичнаго остраго воспаленія собственно слѣпой кишки.*

Женщина, 58 л., заболѣла внезапно: высокая температура, боли въ правой подвздошной области, рвота, сильно обложенный языкъ. Черезъ нѣсколько дней наступило улучшеніе, но затѣмъ боли усилились, температура поднялась, въ правой подвздошной области позвонковъ рѣзкое выпячиваніе, при осторожномъ надавливаніи прощупывалось уплотнѣніе, съ кулакъ. Зыбленія не было и подъ хлороформомъ. Общее состояніе было хорошее. Операція на 6-ой день отъ начала болѣзни. Въ брюшной полости никакихъ измѣненій; червеобразный отростокъ совершенно нормаленъ; только на передне-нижней поверхности слѣпой кишки замѣченъ былъ подозрительный, рѣзко выпячивавшійся участокъ, покрытый сывороточной оболочкой, близкой къ прободенію. Въ этомъ мѣстѣ кишка была рыхло срощена съ переднею стѣнкой. Въ слѣпой кишкѣ прощупывались плотныя каловыя массы. Выпячиваніе вдвинуто въ полость кишки, и надъ нимъ сшитъ сывороточный покровъ. Тампонъ. Шовъ на остальномъ протяженіи. Повышеніе температуры продержалось еще 2 дня; затѣмъ послѣ обильныхъ испражненій температура установилась на нормѣ, и наступило полное выздоровленіе.

Авторъ полагаетъ, что въ данномъ случаѣ отъ давленія каловыхъ массъ образовался пролежень на стѣнкѣ кишки съ послѣдовательнымъ небольшимъ воспаленіемъ въ окружности (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXX).

350. Д-ръ Kayser указываетъ *на возможность закрытія костныхъ недостачъ черепа помощью стекловидной пластинки, вдвигаемой по краямъ недостачи между наружной и оставшейся цѣлой стекловидною пластинками.* Авторъ описываетъ слѣдующій случай.

Солдатъ, 21 г., получилъ ударъ копытомъ лошади по головѣ. Найденъ осложненный переломъ лѣвой теменной кости со значительнымъ вдавленіемъ. Костная рана была длиною въ 7, шириною въ 5 стм. Осколки были удалены. Оказалось, что была поранена твердая оболочка и вещество мозга. Изъ удаленныхъ осколковъ взяты 2 небольшихъ осколка стекловидной пластинки, которыми и удалось закрыть рану почти на всемъ протяженіи, вставивъ эти осколки въ губчатое вещество между наружной и стекловидной пластинками. Осколки прекрасно прижили за исключеніемъ небольшого отдѣлившагося кусочка и недостача совершенно закрылась. На мѣстѣ недостачи спустя 3 недѣли можно было прощупать небольшое корытообразное, плоское вдавленіе. Всѣ мозговыя явленія, бывшія вначалѣ (замедленный пульсъ, подергиванія въ области праваго лицевого нерва, параличъ лѣвой руки), исчезли, и оперированный былъ выписанъ въ хорошемъ состояніи.

Выводы: въ большинствѣ случаевъ для закрытія травматическихъ недостачъ черепа можно пользоваться костными осколками (способъ *Mac Ewen*'а), но въ особенности—осколками внутренней пластинки, ибо осколки послѣдняго рода бываютъ обыкновенно большого размѣра и, благодаря своей гладкой внутренней поверхности, не сростаются съ подлежащими тканями. Укрѣпленіе этихъ осколковъ въ толщѣ губчатаго вещества кости создаетъ благопріятныя условія для заживленія тѣмъ, что препятствуетъ давленію осколковъ на мозгъ и предупреждаетъ выпаденіе послѣдняго. Способъ этотъ имѣетъ передъ другими способами, по мнѣнію автора, еще и то преимущество, что онъ примѣнимъ и при значительномъ пораненіи мозговыхъ оболочекъ и даже при раненіяхъ самого мозга (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXX). *Б. К. Ф.*

351. На основаніи 45 наблюденій изъ клиники проф. *Braun*'а д-ръ *Thoenes* говоритъ *объ оперативномъ лѣченіи бугорчатковаго воспаленія брюшины* въ связи съ вопросомъ о т. наз. *бугорчаткѣ грыжевого мѣшка* (tuberculosis herniosa). Авторъ различаетъ только 2 формы воспаленія: воспаленіе съ преобладаніемъ выпота и слипчивое воспаленіе съ образованіемъ ложныхъ опухолей. Къ 1-му разряду относятся 32, ко 2-му—10 случаевъ. Въ остальныхъ 3-хъ случаяхъ дѣло шло о бугорчаткѣ грыжевого мѣшка. Изъ 32 больныхъ 1-й группы оперированы 31. Изъ нихъ 2 умерли отъ операціи (воспаленіе брюшины, упадокъ сердечной дѣятельности), 8 спустя нѣсколько мѣсяцевъ до $1^1/_2$ года (отъ остраго прободного воспаленія, отъ каловаго свища, отъ истощенія). Изъ остальныхъ свыше 2 хъ лѣтъ прослѣжены 19: 12 выздоровѣли, 7 умерли. Изъ 10 больныхъ 2-го разряда оперированы 9, при чемъ только у 3-хъ получилось прочное выздоровленіе. Изъ 40 оперированныхъ 25 было женщинъ и 15 мужчинъ. Большинство (28) были въ возрастѣ до 20 лѣтъ. Преобладаніе лицъ женскаго пола объясняется легкостью зараженія со стороны половыхъ органовъ. Что касается 3-хъ случаевъ бугорчатки грыжевого мѣшка, то въ 2-хъ изъ нихъ она была частичнымъ проявленіемъ бугорчатки брюшины, хотя заболѣваніе со стороны брюшины отступало на задній планъ и оба больныхъ поступили изъ-за грыжи. Распознана была бугорчатка только во время операціи. Въ 3-мъ случаѣ имѣлась бугорчатка обоихъ придатковъ съ послѣдовательнымъ переходомъ (по незаросшему влагалищному отростку) на грыжевой мѣшокъ. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ послѣ операціи (въ 3-мъ случаѣ сдѣлано частичное изсѣченіе придатковъ) наступило полное выздоровленіе. Для сравненія результатовъ оперативнаго и сохраняющаго лѣченія авторъ приводитъ слѣдующія цифровыя данныя изъ литературы. Оперированы 247 больныхъ; изъ нихъ 133 (53,9%) выздоровѣли, 114 (46,1%) умерли resp. остались безъ измѣненій. Изъ 76 лѣченныхъ сохраняющимъ способомъ выздоровѣли 31 (40,8%), умерли resp. остались безъ измѣненій 45 (59,2%). Выводы: Бугорчатка брюшины есть болѣзнь по преимуществу юношескаго и дѣтскаго возрастовъ. Картина болѣзни крайне измѣнчивая. Существуютъ переходы отъ наиболѣе легкихъ формъ, излѣчивающихся произвольно, къ очень тяжкимъ, не поддающимся никакому лѣченію. Весьма вѣроятно, что существенное вліяніе на картину болѣзни имѣетъ первичный очагъ болѣзни. Тамъ, гдѣ внутреннее лѣченіе не приноситъ пользы, показано чревосѣченіе (не говоря уже о такихъ спеціальныхъ показаніяхъ, какъ кишечная непроходимость или прободеніе). Очень часто отъ чревосѣченія наступаетъ полное выздоровленіе resp. значительное улучшеніе, а иногда является возможность удалить первичный очагъ болѣзни (трубы у женщинъ). Предсказаніе при выпотныхъ формахъ благопріятнѣе, чѣмъ при сухихъ и зависитъ главнымъ образомъ отъ общаго состоянія. Нужно избѣгать разъединенія плотныхъ сращеній въ виду опасности каловыхъ свищей (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXX). *Б. Финкельштейнъ.*

**Глазныя болѣзни.** 352. Д-ръ *Apetz* (Würzburg) сообщаетъ поучительный *случай перелойно-переноснаго воспаленія глазъ у* взрослаго.

Послѣ скрытаго періода въ 6 лѣтъ наступилъ возвратъ перелоя съ заболѣваніями суставовъ, воспаленіемъ сухожильнаго влагалища на ступнѣ и двустороннимъ катарромъ соединительной оболочки. При позднѣйшихъ возвратахъ къ этому присоединились воспаленіе радужной оболочки, пропитыванія роговицы и мутности стекловиднаго тѣла (Münchener medicinische Wochenschrift, 1903, № 31; Centralblatt für praktische Augenheilkunde, декабрь). *Р. Кацъ.*

353. Д-ръ *Gerock* сообщаетъ нѣкоторыя статистическія свѣдѣнія по вопросу о *причинахъ неосложненныхъ катарактъ*, пользуясь записями Tübingen'ской университетской глазной клиники за 1876—1900 гг. о 3966 катарактахъ означеннаго рода. Какой-либо склонности къ болѣе раннему заболѣванію катарактой на томъ или другомъ глазу не замѣчалось; не наблюдалось и болѣе или менѣе рѣзкаго вліянія пола на частоту этого заболѣванія. Наслѣдственное предрасположеніе отмѣчено было при старческой катарактѣ въ 4,9%, при юношескихъ и врожденныхъ формахъ въ 14,2%, а при однихъ лишь врожденныхъ катарактахъ въ 16,4% всѣхъ случаевъ катаракты. Изъ профессій извѣстное вліяніе на развитіе катаракты обнаруживали лишь тѣ, которыя сопряжены съ работой при рѣзкомъ свѣтѣ. Лихорадочныя заболѣванія изнурительнаго свойства, равно какъ и болѣзни сердца и сосудовъ, по видимому, способствовали развитію катаракты или ускоряли начавшееся уже помутнѣніе хрусталика (Beiträge zur Augenheilkunde, LVI; Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1903, ноябрь).

354. Клиническія и статистическія изысканія проф. *Hertel*'я (Jena) о *близорукости* привели его, прежде всего, къ тому заключенію, что наростаніе преломленія глазъ, наступающее вообще съ повышеніемъ возраста, въ значительно большей степени происходитъ у работающихъ на

образуютъ соли, имѣющія гораздо сильнѣе выраженный горькій вкусъ; точно также не слѣдуетъ назначать веронадъ въ облаткахъ, такъ какъ раствореніе его при этомъ задерживается и дѣйствіе поэтому наступаетъ слишкомъ поздно (Therapie der Gegenwart, апрѣль). *А. Коварскій.*

344. Д-ръ *K. Fuchs* (Вѣна), примѣняя въ 34 случаяхъ различныхъ ревматическихъ, лихорадочныхъ и нервныхъ заболѣваній *цитрофенъ* (*citrophen*) пришелъ къ заключенію, что онъ обладаетъ специфическимъ противоревматическимъ дѣйствіемъ, не оказывая вреднаго вліянія на больное сердце, не вызываетъ никакихъ непріятныхъ побочныхъ явленій и поэтому можетъ быть употребляемъ въ теченіи долгаго времени. При лихорадочныхъ болѣзняхъ въ количествѣ 0,5—1,0 цитрофенъ понижаетъ температуру на 1°—1,5°, и пониженіе это держится нѣсколько часовъ, не сопровождаясь явленіями коллапса. Вслѣдствіе своего болеутоляющаго дѣйствія цитрофенъ можетъ быть съ успѣхомъ примѣняемъ при невральгіяхъ различнаго рода. Это—порошокъ бѣлаго цвѣта, безъ запаха, легко растворимый въ водѣ. Всасываніе его быстро: уже черезъ 20 мин. онъ обнаруживается въ мочѣ. Доза для взрослыхъ 0,5—1,0 3 раза въ день (Therapeutische Monatshefte, 1903, № 11).

**Бактеріологія.** 345. Д-ръ *Dembiński* (Levergies, Франція) изучалъ *вопросъ о возможности сдѣлать кроликовъ невоспріимчивыми къ мертвымъ бугорчатковымъ палочкамъ.* Выводы. Мертвыя палочки, впрыскиваемыя даже въ громадныхъ количествахъ подъ кожу, въ полость брюшины или въ вены, не скоро убиваютъ кролика: животное погибаетъ по истеченіи нѣсколькихъ недѣль или мѣсяцевъ въ состояніи большаго или меньшаго истощенія. Впрыскиваніе въ мозгъ даетъ результаты въ зависимости отъ величины впрыскиваемыхъ количествъ. Въ общемъ, здоровые кролики такъ-же чувствительны къ впрыскиваніямъ мертвыхъ бугорчатковыхъ палочекъ въ мозгъ, какъ и морскія свинки. Изъ бугорчатковыхъ кроликовъ нѣкоторые очень чувствительны къ только-что упомянутымъ впрыскиваніямъ, другіе-же имъ противостоятъ. Кролики реагируютъ при впрыскиваніи мертвыхъ палочекъ въ мозгъ въ 2 раза скорѣе и въ 10 разъ сильнѣе, чѣмъ при введеніи этихъ палочекъ въ вены. Дѣйствіе мертвыхъ бугорчатковыхъ палочекъ на кроликовъ, пораженныхъ бугорчаткою, очень скорое и почти одинаковое какъ при введеніи въ вены, такъ и при впрыскиваніи въ мозгъ. При внутривенномъ впрыскиваніи все большихъ количествъ является возможнымъ привыканіе кроликовъ къ смертельнымъ количествамъ мертвыхъ бугорчатковыхъ палочекъ (Gazeta lekarska, 16 апрѣля). *С. Островскій.*

**Внутреннія болѣзни.** 346. Д-ръ *J. Pawinski* сообщаетъ свои наблюденія надъ *заразною гнилостной грудной жабой*, особенности которой въ существенныхъ чертахъ сводятся къ слѣдующему: мѣстомъ болей, появляющихся при описываемой формѣ жабы, служитъ обыкновенно передняя часть грудной клѣтки, именно область грудины, при чемъ боли являются приступами у лицъ, обыкновенно никогда не испытывавшихъ до того времени никакихъ ненормальныхъ ощущеній въ области сердца. Боли появляются при покойномъ положеніи больного (въ постели). По времени своего появленія жаба эта приходится на самое начало гнилостнаго заболѣванія, нерѣдко даже на его зачаточный періодъ; по мѣрѣ-же того, какъ зараза сосредоточивается въ какомъ-нибудь отдѣльномъ органѣ, стенокардитическія боли уменьшаются, либо даже исчезаютъ совсѣмъ. Температура при этихъ боляхъ обыкновенно бываетъ повышена мало, а иногда остается даже нормальной; съ развитіемъ лихорадки сила болей уменьшается. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ гнилостная грудная жаба сопровождается разстройствами сердечной дѣятельности (одышкой, слабостью пульса, синюхой, аритміей и т. д.), но недостаточность сердца лишь рѣдко достигаетъ значительной степени. Болѣзнь встрѣчается довольно рѣдко (на 840 сл. 32 раза). Предрасполагающими къ ней условіями служатъ: нервность, злоупотребленія спиртными напитками, половыми сношеніями и табакомъ и утомленіе. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мѣсто проникновенія заразы извѣстно, таковымъ чаще всего оказываются миндалины; бактеріологическое изслѣдованіе выпота, покрывающаго послѣднія, обнаруживало обыкновенно стрепто-и стафилококка, рѣже пневмококка. Предсказаніе въ большинствѣ случаевъ благопріятно, но иногда бываютъ осложненія, особенно у лицъ пожилыхъ, у которыхъ можно предполагать измѣненія въ сосудистомъ приборѣ. Поэтому въ отношеніи предсказанія нужно различать формы доброкачественную и злокачественную; къ послѣдней категоріи относятся также и смѣшанныя формы, при которыхъ гнилостная жаба присоединяется къ пораженію вѣнечныхъ сосудовъ. Происхожденіе заболѣванія, по мнѣнію автора, объясняется, съ одной стороны, нарушеніями въ иннерваціи сердца, а съ другой—измѣненіями въ сосудахъ; и тѣ, и другія являются слѣдствіемъ дѣйствія токсиновъ. Авт. полагаетъ, что въ большинствѣ его случаевъ дѣло заключалось именно во вредномъ вліяніи токсиновъ на чувствительные нервы сердца; появленіе, на ряду съ болями, признаковъ ишеміи сердечной мышцы (аритмія, слабость пульса, наклонность къ обморокамъ и т. д.), указываетъ уже на пораженіе сердечныхъ артерій и сердечной мышцы. Что касается лѣченія, то оно сводится главнымъ образомъ къ примѣненію горячихъ компрессовъ, приставленію банокъ или піявокъ и къ впрыскиванію морфія. Нитроглицеринъ, азотистый натръ и амилнитритъ оказываются недѣйствительными (Revue de médecine, № 3). *И. Назаровъ.*

347. *J. D. Whittles* сообщаетъ свои наблюденія надъ нѣсколькими случаями *своеобразной болѣзни, извѣстной подъ названіемъ «craw-craw»*. По мнѣнію автора, болѣзнь эта завезена въ Англію солдатами, возвращавшимися на родину изъ южной Африки, гдѣ нѣкоторые изъ нихъ получили ее вслѣдствіе употребленія зараженной воды. «Craw-craw» представляетъ собою заболѣваніе, вызываемое присутствіемъ въ крови больного особаго червя, относящагося къ числу нематодъ. Самымъ выдающимся припадкомъ «craw-craw» является чрезвычайно сильный кожный зудъ; степень послѣдняго въ различныхъ частяхъ тѣла неодинаковая. Сильнѣе всего поражаются плечи, затѣмъ сгибательныя поверхности рукъ и бедеръ; дальше слѣдуютъ—грудь, лицо, носъ и глаза. Большинство случаевъ, видѣнныхъ авторомъ, относились къ числу узелковыхъ формъ болѣзни, характеризующихся тѣмъ, что между кожею и подкожной клѣтчаткой появляются небольшіе узелки величиною съ мелкія дробинки; вслѣдствіе разсасыванія узелки эти увеличиваются въ размѣрѣ, а соотвѣтственно этому усиливаются и воспалительныя явленія. Если кожа подвергается дѣйствію холода или жара, то немедленно появляется тяжелая форма почесухи. Для обнаруженія чужеядныхъ пользуются свѣжимъ препаратомъ крови, взятой изъ пальца. Иногда чужеядныя, встрѣчающіяся въ крови, достигаютъ длины 56 μ, и у нихъ можно бываетъ прослѣдить пищеварительный каналъ по всему протяженію ихъ тѣла. Кромѣ узелковой, встрѣчается еще, хотя и рѣже, пузырьковая форма «craw-craw, при чемъ послѣдняя является, по видимому, позднѣйшей стадіей первой. Больные страдаютъ при этомъ зудомъ, рвотой, головной болью, а на кожѣ у нихъ появляются пузыри сѣропепельнаго цвѣта, въ жидкости которыхъ автору также удалось открыть присутствіе чужеяднаго, вызывающаго заболѣваніе. Что касается способа зараженія, то его, по мнѣнію *Whittles*'а, нужно представлять себѣ такъ: чужеядныя вмѣстѣ съ каломъ попадаютъ въ нечистоты, а затѣмъ заражаютъ растенія, служащія пищей скоту, который заражается ими въ свою очередь; передача человѣку совершается при посредствѣ молока (Centralblatt fur allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, т. XV, № 5).

**Хирургическія болѣзни.** 348. Д-ръ *Ferlito* описываетъ интересный *случай грыжи мозговыхъ оболочекъ въ шейной части позвоночника.*

Дѣвочка, 7 л., родилась съ небольшою опухолью на задней поверхности шеи. Опухоль сначала была съ орѣхъ, а затѣмъ мало по малу увеличилась. При изслѣдованіи въ области 5-го и 6-го шейныхъ позвонковъ найдена опухоль, съ апельсинъ, сидѣвшая на короткой ножкѣ. Кожа, покрывавшая опухоль, была нормальна; только у основанія опухоли она одѣта была густымъ пушкомъ волосъ. Въ верхушкѣ опухоль на небольшомъ участкѣ была истончена и просвѣчивалась. На ощупь она была мягка, подвижна на ножкѣ, ясно зыблилась; мѣстами въ ней прощупывались незначительныя уплотнѣнія. При надавливаніи

Digitized by Google

она не вправлялась, но больная при этомъ испытывала головокруженіе и не могла держаться на ногахъ. Остальные органы были совершенно здоровы. Подъ смѣшаннымъ усыпленіемъ обнажена и перевязана ножка опухоли, затѣмъ изсѣченъ весь мѣшокъ. Костная недостача очень небольшая. Швы на кожу (безъ костной пластинки). Полное выздоровленіе. Подъ микроскопомъ типичное meningocele (La Clinica Chirurgica, 1903 г. ноябрь). *Б. К. Финкельштейнъ.*

349. Д-ръ *Sick* наблюдалъ рѣдкій *случай первичнаго остраго воспаленія собственно слѣпой кишки.*

Женщина, 58 л., заболѣла внезапно: высокая температура, боли въ правой подвздошной области, рвота, сильно обложенный языкъ. Черезъ нѣсколько дней наступило улучшеніе, но затѣмъ боли усилились, температура поднялась, въ правой подвздошной области позвонковъ рѣзкое выпячиваніе, при осторожномъ надавливаніи прощупывалось уплотнѣніе, съ кулакъ. Зибленія не было и подъ хлороформомъ. Общее состояніе было хорошее. Операція на 6-ой день отъ начала болѣзни. Въ брюшной полости никакихъ измѣненій; червеобразный отростокъ совершенно нормаленъ; только на передне-нижней поверхности слѣпой кишки замѣченъ былъ подозрительный, рѣзко выпячивавшійся участокъ, покрытый сывороточной оболочкой, близкой къ прободенію. Въ этомъ мѣстѣ кишка была рыхло сращена съ переднею стѣнкой. Въ слѣпой кишкѣ прощупывались плотныя каловыя массы. Выпячиваніе вдвинуто въ полость кишки, и надъ нимъ сшитъ сывороточный покровъ. Тампонъ. Швовъ на остальномъ протяженіи. Повышеніе температуры продержалось еще 2 дня; затѣмъ послѣ обильныхъ испражненій температура установилась на нормѣ, и наступило полное выздоровленіе.

Авторъ полагаетъ, что въ данномъ случаѣ отъ давленія каловыхъ массъ образовался пролежень на стѣнкѣ кишки съ послѣдовательнымъ небольшимъ воспаленіемъ въ окружности (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXX).

350. Д-ръ *Kayser* указываетъ *на возможность закрытія костныхъ недостачъ черепа помощью стекловидной пластинки, вдвигаемой по краямъ недостачи между наружной и оставшейся цѣлой стекловидною пластинками.* Авторъ описываетъ слѣдующій случай.

Солдатъ, 21 г., получилъ ударъ копытомъ лошади по головѣ. Найденъ осложненный переломъ лѣвой теменной кости со значительнымъ вдавленіемъ. Костная рана была длиною въ 7, шириною въ 5 стм. Осколки были удалены. Оказалось, что была поранена твердая оболочка и вещество мозга. Изъ удаленныхъ осколковъ взяты 2 небольшихъ осколка стекловидной пластинки, которыми и удалось закрыть рану почти на всемъ протяженіи, вставивъ эти осколки въ губчатое вещество между наружной и стекловидной пластинками. Осколки прекрасно прижили за исключеніемъ небольшого отдѣлившагося кусочка и недостача совершенно закрылась. На мѣстѣ недостачи спустя 3 недѣли можно было прощупать небольшое корытообразное, плоское вдавленіе. Всѣ мозговыя явленія, бывшія вначалѣ (замедленный пульсъ, подергиванія въ области праваго лицевого нерва, параличъ лѣвой руки), исчезли, и оперированный былъ выписанъ въ хорошемъ состояніи.

Выводы: въ большинствѣ случаевъ для закрытія травматическихъ недостачъ черепа можно пользоваться костными осколками (способъ *Mac Ewen*'а), но въ особенности—осколками внутренней пластинки, ибо осколки послѣдняго рода бываютъ обыкновенно большого размѣра и, благодаря своей гладкой внутренней поверхности, не сростаются съ подлежащими тканями. Укрѣпленіе этихъ осколковъ въ толщѣ губчатаго вещества кости создаетъ благопріятныя условія для заживленія тѣмъ, что препятствуетъ давленію осколковъ на мозгъ и предупреждаетъ выпаденіе послѣдняго. Способъ этотъ имѣетъ передъ другими способами, по мнѣнію автора, еще и то преимущество, что онъ примѣнимъ и при значительномъ пораненіи мозговыхъ оболочекъ и даже при раненіяхъ самого мозга (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXX). *Б. К. Ф.*

351. На основаніи 45 наблюденій изъ клиники проф. *Braun*'а д-ръ *Thoenes* говоритъ *объ оперативномъ лѣченіи бугорчатковаго воспаленія брюшины* въ связи съ вопросомъ о т. наз. *бугорчаткѣ грыжевого мѣшка* (tuberculosis herniosa). Авторъ различаетъ только 2 формы воспаленія: воспаленіе съ преобладаніемъ выпота и слипчивое воспаленіе съ образованіемъ ложныхъ опухолей. Къ 1-му разряду относятся 32, ко 2-му—10 случаевъ. Въ остальныхъ 3-хъ случаяхъ дѣло шло о бугорчаткѣ грыжевого мѣшка. Изъ 32 больныхъ 1-й группы оперированы 31. Изъ нихъ 2 умерли отъ операціи (воспаленіе брюшины, упадокъ сердечной дѣятельности), 8 спустя нѣсколько мѣсяцевъ до $1^1/_2$ года (отъ остраго прободного воспаленія, отъ каловаго свища, отъ истощенія). Изъ остальныхъ свыше 2-хъ лѣтъ прослѣжены 19: 12 выздоровѣли, 7 умерли. Изъ 10 больныхъ 2-го разряда оперированы 9, при чемъ только у 3-хъ получилось прочное выздоровленіе. Изъ 40 оперированныхъ 25 было женщинъ и 15 мужчинъ. Большинство (28) были въ возрастѣ до 20 лѣтъ. Преобладаніе лицъ женскаго пола объясняется легкостью зараженія со стороны половыхъ органовъ. Что касается 3-хъ случаевъ бугорчатки грыжевого мѣшка, то въ 2-хъ изъ нихъ она была частичнымъ проявленіемъ бугорчатки брюшины, хотя заболѣваніе со стороны брюшины отступало на задній планъ и оба больныхъ поступили изъ-за грыжи. Распознана была бугорчатка только во время операціи. Въ 3-мъ случаѣ имѣлась бугорчатка обоихъ придатковъ съ послѣдовательнымъ переходомъ (по незаросшему влагалищному отростку) на грыжевой мѣшокъ. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ послѣ операціи (въ 3-мъ случаѣ сдѣлано частичное изсѣченіе придатковъ) наступило полное выздоровленіе. Для сравненія результатовъ оперативнаго и сохраняющаго лѣченія авторъ приводитъ слѣдующія цифровыя данныя изъ литературы. Оперированы 247 больныхъ; изъ нихъ 133 (53,9%) выздоровѣли, 114 (46,1%) умерли resp. остались безъ измѣненій. Изъ 76 лѣченныхъ сохраняющимъ способомъ выздоровѣли 31 (40,8%), умерли resp. остались безъ измѣненій 45 (59,2%). Выводы: Бугорчатка брюшины есть болѣзнь по преимуществу юношескаго и дѣтскаго возрастовъ. Картина болѣзни крайне измѣнчивая. Существуютъ переходы отъ наиболѣе легкихъ формъ, излѣчивающихся произвольно, къ очень тяжкимъ, не поддающимся никакому лѣченію. Весьма вѣроятно, что существенное вліяніе на картину болѣзни имѣетъ первичный очагъ болѣзни. Тамъ, гдѣ внутреннее лѣченіе не приноситъ пользы, показано чревосѣченіе (не говоря уже о такихъ спеціальныхъ показаніяхъ, какъ кишечная непроходимость или прободеніе). Очень часто отъ чревосѣченія наступаетъ полное выздоровленіе resp. значительное улучшеніе, а иногда является возможность удалить первичный очагъ болѣзни (трубы у женщинъ). Предсказаніе при выпотныхъ формахъ благопріятнѣе, чѣмъ при сухихъ и зависитъ главнымъ образомъ отъ общаго состоянія. Нужно избѣгать разъединенія плотныхъ сращеній въ виду опасности каловыхъ свищей (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, т. LXX). *Б. Финкельштейнъ.*

**Глазныя болѣзни.** 352. Д-ръ *Apetz* (Würzburg) сообщаетъ поучительный *случай перелойно-переноснаго воспаленія глазъ у* взрослаго.

Послѣ скрытаго періода въ 6 лѣтъ наступилъ возвратъ перелоя съ заболѣваніями суставовъ, воспаленіемъ сухожильнаго влагалища на ступнѣ и двустороннимъ катарромъ соединительной оболочки. При позднѣйшихъ возвратахъ къ этому присоединились воспаленіе радужной оболочки, пропитыванія роговицы и мутности стекловиднаго тѣла (Münchener medicinische Wochenschrift, 1903, № 31; Centralblatt für praktische Augenheilkunde, декабрь). *Р. Кацъ.*

353. Д-ръ *Gerock* сообщаетъ нѣкоторыя статистическія свѣдѣнія по вопросу о *причинахъ неосложненныхъ катарактъ*, пользуясь записями Tübingen'ской университетской глазной клиники за 1876—1900 гг. о 3966 катарактахъ означеннаго рода. Какой-либо склонности къ болѣе раннему заболѣванію катарактой на томъ или другомъ глазу не замѣчалось; не наблюдалось и болѣе или менѣе рѣзкаго вліянія пола на частоту этого заболѣванія. Наслѣдственное предрасположеніе отмѣчено было при старческой катарактѣ въ 4,9%, при юношескихъ и врожденныхъ формахъ въ 14,2%, а при одних лишь врожденныхъ катарактахъ въ 16,4% всѣхъ случаевъ катаракты. Изъ профессій извѣстное вліяніе на развитіе катаракты обнаруживали лишь тѣ, которыя сопряжены съ работой при рѣзкомъ свѣтѣ. Лихорадочныя заболѣванія изнурительнаго свойства, равно какъ и болѣзни сердца и сосудовъ, по видимому, способствовали развитію катаракты или ускоряли начавшееся уже помутнѣніе хрусталика (Beiträge zur Augenheilkunde, LVI; Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1903, ноябрь).

354. Клиническія и статистическія изысканія проф. *Hertel*'я (Jena) о *близорукости* привели его, прежде всего, къ тому заключенію, что наростаніе преломленія глазъ, наступающее вообще съ повышеніемъ возраста, въ значительно большей степени происходитъ у работающихъ на

Digitized by Google

близкомъ разстояніи, но что такое вліяніе тонкихъ работъ сказывается лишь при невысокихъ степеняхъ близорукости, приблизительно до 6 D. Далѣе, авторъ убѣдился, что женщины больше предрасположены къ близорукости, чѣмъ мужчины. Совершенно ясно это явленіе выступало среди дѣтей моложе 14 лѣтъ. Въ возрастѣ 14—30 лѣтъ преобладала близорукость у мужчинъ; но, когда изъ общаго числа исключались профессіональные работники на близкомъ разстояніи и сравнивались лишь тѣ мужчины и женщины, которые жили въ почти одинаковыхъ условіяхъ, то и въ этомъ возрастѣ сказывалась та-же склонность женщинъ къ близорукости, какъ и въ младшемъ. Съ наростаніемъ близорукости, въ общемъ, замѣчалось пониженіе остроты зрѣнія; при степеняхъ близорукости выше 11 D полной остроты зрѣнія уже не встрѣчалось. Конусовиднаго измѣненія у соска не было среди больныхъ двусторонней близорукостью у 13%, а односторонней—у 28%; какого либо вліянія близкой работы на частоту конуса не замѣчалось. Измѣненія сосудистой оболочки и мутности стекловиднаго тѣла наблюдались у женщинъ чаще, чѣмъ у мужчинъ, и у тѣхъ и другихъ тѣмъ чаще, чѣмъ сильнѣе была близорукость, при чемъ для измѣненій въ сосудистой оболочкѣ зависимость послѣдняго рода выступала рѣзче, чѣмъ для помутнѣній стекловиднаго тѣла. Отслойка сѣтчатки чаще встрѣчалась у женщинъ, въ болѣе пожиломъ возрастѣ и при болѣе высокихъ степеняхъ близорукости. Особенная склонность къ отслойкѣ сѣтчатки, безъ отношенія къ преломленію глазъ, замѣчена у крестьянъ. Отъ операціи противъ близорукости, по даннымъ автора, увеличивается возможность отслойки сѣтчатки и при правильномъ ходѣ этого лѣченія. Особенно слѣдуетъ избѣгать пораненія стекловиднаго тѣла, въ виду чего лучше всего оперировать лишь разсѣченіемъ и выведеніемъ хрусталиковыхъ массъ. Наростающая близорукость чаще всего встрѣчалась у работающихъ на близкомъ разстояніи, при чемъ полное исправленіе близорукости очками давало лучшіе результаты, чѣмъ неисправленіе либо неполное исправленіе; между тѣмъ, на основаніи цѣлаго ряда случаевъ односторонней близорукости, въ коихъ сведеніе глазъ не могло играть никакой роли въ происхожденіи этой неправильности преломленія, можно было сильно усомниться въ состоятельности теоріи сведенія. (По передачѣ д-ра *Scheer*'а въ «Centralblatt für praktische Augenheilkunde», декабрь, изъ «*Graefe*'s Archiv für Ophthalmologie», LVI, 2). *P. K.*

355. Д-ръ *Bondi* сообщаетъ *2 случая самопроизвольнаго вывиха хрусталиковъ въ переднюю камеру.* Въ обоихъ случаяхъ имѣлось дѣло съ высокой степенью близорукости, существовавшей съ дѣтскихъ лѣтъ.

Въ 1-мъ случаѣ, у 52-лѣтняго больного, уже 20 лѣтъ ничего не видѣвшаго, 10 лѣтъ назадъ вывихнулись оба хрусталика въ стекловидное тѣло, 4 года назадъ хрусталикъ лѣваго глаза вывихнулся въ переднюю камеру и былъ оттуда извлеченъ, а въ день осмотра, къ утру, вывихнулся въ переднюю камеру хрусталикъ и праваго глаза. На обоихъ глазахъ имѣлась полная слѣпота, безъ всякаго свѣтоощущенія. Подъ вліяніемъ атропина съ кокаиномъ и запрокидываній головы, попеременно съ массажемъ глазного яблока, хрусталикъ, послѣ 2-часового лежанія больного на спинѣ, снова переместился въ стекловидное тѣло, гдѣ онъ оказался и 14 дней спустя.

Во 2-мъ случаѣ, у 39-лѣтней женщины, вывихъ хрусталика на одномъ глазу (правомъ), наступившій 3 года назадъ, лѣченъ былъ лѣкарственнымъ способомъ, и глазъ этотъ ослѣпъ; на другомъ-же глазу хрусталикъ, вывихнувшійся въ переднюю камеру нѣсколько дней назадъ, былъ извлеченъ изъ глаза (*Jäger*'овской ложечкой), и въ этомъ глазу, сохранившемъ ко времени операціи количественное свѣтоощущеніе, получилось порядочное зрѣніе и въ тоже время исцѣленіе близорукости—около $^3/_{10}$, безъ стекла (черезъ 2 недѣли послѣ операціи) (Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges, 3 декабря 1903 г.). *Р. Кацъ.*

356. Проф. *Hirschberg* сообщаетъ *случай двусторонней гліомы сѣтчатки* у 10-мѣсячной дѣвочки (больная была показана Berlin'скому офтальмологическому Обществу).

Это былъ единственный ребенокъ у здоровыхъ селянъ, въ семьѣ которыхъ до сихъ поръ ничего подобнаго не случалось. Когда ребенку минуло 4 мѣсяца, мать замѣтила свѣтлый отблескъ въ правомъ глазу, а 3 мѣсяца спустя—и въ лѣвомъ. Къ тому времени, когда дѣвочка была доставлена въ лѣчебницу, правый глазъ представлялся уже нѣсколько увеличеннымъ; давленіе его было замѣтно повышено, и роговица потеряла свой нормальный блескъ. При боковомъ освѣщеніи можно было ясно видѣть за хрусталикомъ 3 свѣтлыхъ бугра, которые тѣсно соприкасались другъ съ другомъ, образуя 3-лучистую щель. Такая-же картина виднѣлась и въ лѣвомъ глазу, давленіе котораго уже тоже было повышено.

Случаи двусторонней гліомы сѣтчатки, не представляющіе, конечно, никакой надежды на сохраненіе какого-либо зрѣнія, составляютъ, по литературнымъ изысканіямъ автора, около 18% по отношенію къ общему числу сообщенныхъ случаевъ гліомъ сѣтчатки. Стоитъ-ли оперировать въ подобныхъ случаяхъ? Въ 1869 г. проф. *Hirschberg* высказался противъ операціи. Д-ръ-же *Wintersteiner*, 28 лѣтъ спустя, совѣтовалъ оперировать, ссылаясь на нѣсколько случаевъ, гдѣ вылущеніемъ обоихъ глазъ удалось сохранить либо продолжить жизнь. Такой исходъ получился, однако-же, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ отблескъ наблюдался лишь 6 или самое большее 10 недѣль, такъ что въ данномъ случаѣ проф. *Hirschberg*'а операція и на сохраненіе жизни давала мало надежды, въ виду чего она и не была произведена (Centralblatt für praktische Augenheilkunde, декабрь 1903 г.). *Р. Кацъ.*

**Дѣтскія болѣзни.** 357. Д-ръ *А. В. Поповъ* наблюдалъ въ Московской Софійской дѣтской больницѣ *2 случая несахарнаго мочеизнуренія.*

1. Больная, 8 л., поступила въ больницу 19/I 1901 г. Около $1^1/_2$ года появились жажда и частое мочеиспусканіе. 3 года назадъ упала съ лѣстницы и ушибла голову, послѣ чего нѣкоторое время была безъ сознанія, но вскорѣ поправилась. Отецъ неврастеникъ, мать также нервна.—Средняго сложенія, плохого питанія, очень блѣдна. Сердце и легкія безъ уклоненій. Мочи около 3000 к. стм., уд. в. 1003—1005; бѣлка и сахара въ ней нѣтъ. Назначены настой валеріаны (4,0 : 100,0) и *Fowler*'овъ растворъ (4,0) съ сложной хинной настойкой (20,0); по 20 капель 2 раза въ день; въ дальнѣйшемъ прибавленъ рыбій жиръ. Больная пробыла въ больницѣ $1^1/_2$ мѣсяца и выписалась со значительнымъ улучшеніемъ, прибавившись въ вѣсѣ на 1350 грм. Количество мочи и жажда стали меньше. Чрезъ $^1/_2$ года больная опять показалась: ухудшенія не было.

2. Больной, 3 л., поступилъ въ больницу 18/V 1901 г. по поводу гэморрагической сыпи на тѣлѣ и страданія средняго уха. Ребенокъ былъ постоянно болѣзненъ, ходить сталъ поздно; ясныя рахитическія измѣненія скелета. Мочи 2000 к. стм., уд. в. 1007; ребенка часто слабитъ. Во время пребыванія въ больницѣ жажда стала усиливаться. Послѣ 3-хъ недѣль лѣченія общее состояніе улучшилось, но поліурія осталась такой-же, и больной взятъ родными (Медицинское Обозрѣніе, 1903, № 13). *С. Островскій.*

358. Д-ръ *Б. Н. Черно-Шварцъ* разбираетъ вопросъ *о лѣченіи Виттовой пляски* на основаніи матеріала Московскихъ дѣтскихъ больницъ: св. Владиміра за 1896—1901 г. (57 случаевъ) и св. Ольги за 1887—1901 г. (123 сл.). Хореики дѣтской больницы св. Ольги, какой-бы способъ лѣченія ни примѣнялся, всѣ безъ исключенія получали теплую ванну черезъ день, рыбій жиръ въ восходящихъ количествахъ и усиленное питаніе; въ больницѣ-же св. Владиміра рыбій жиръ и усиленное питаніе не примѣнялись въ качествѣ постояннаго режима, а ванны назначались лишь въ видѣ исключенія. Всѣхъ больныхъ авт. подраздѣляетъ на 3 группы: одни въ теченіи всей болѣзни получали безразличныя средства, другіе лѣчились только однимъ какимъ-либо лѣкарствомъ, у третьихъ было перепробовано одно за другимъ нѣсколько средствъ. Больные 1-ой группы получали хинную настойку, либо желѣзо, либо рыбій жиръ. Сюда относится 29 случаевъ (8 легкихъ, 7 умѣренныхъ и 14 тяжелыхъ). Въ 24,1% всѣхъ случаевъ вскорѣ наступило уменьшеніе силы хореическихъ подергиваній. Хининъ былъ испробованъ въ 31 случаѣ (6 легкихъ, 10 умѣренныхъ и 15 тяжелыхъ). Дѣти получали около грамма въ сутки (по 0,3 3 раза въ день). Только въ 6,4% всѣхъ случаевъ можно было отмѣтить замѣтное уменьшеніе силы хореическихъ движеній. Бромъ получали 47 дѣтей въ 3—4%-номъ растворѣ отъ 3 до 6 столовыхъ ложекъ въ день, смотря по возрасту. Явленія отравленія отмѣчены 9 разъ (5—пищеварительныя разстройства, 3—эритема и 1—крапивница). Въ 8,5% всѣхъ случаевъ отмѣченъ благопріятный результатъ Br.—*Fowler*'овъ растворъ (39 наблюденій) начинали обыкновенно съ 1 капли въ сутки, затѣмъ, прибавляя по 1 каплѣ черезъ 2—3 дня, доходили, смотря по возрасту, до 8—12 капель въ сутки и затѣмъ, также постепенно, спускались снова до 1 капли. При лѣченіи по способу *Comby* (47 случаевъ) часть дѣтей (около $^1/_4$ всѣхъ лѣченныхъ по этому способу) получала растворъ *Boudin*'а (0,1% растворъ мышьяковистой кислоты), но не въ столь быстро возраставшихъ количествахъ, какъ то со-

Digitized by Google

вѣтовалъ *Comby*: начинали не съ 5,0, а съ 2,0 въ сутки, ежедневно прибавляя по 2,0, доходили до 20,0—24,0 и съ той-же постепенностью спускались снова до 2,0, послѣ чего лѣченіе обрывалось. Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Желательно раннее помѣщеніе заболѣвшихъ хореей въ больницу, такъ какъ таковое ускоряетъ наступленіе выздоровленія и увеличиваетъ возможность успѣха отъ всякаго лѣченія. Примѣненіе теплыхъ ваннъ и усиленнаго питанія, по видимому, на теченіе хореи никакого вліянія не оказываетъ. Хининъ и бромъ даютъ плохіе результаты, хуже даже чѣмъ простое безразличное лѣченіе. Близко къ послѣднему по результатамъ стоитъ *Fowler*'овъ растворъ, примѣняемый въ малыхъ и умѣренныхъ количествахъ въ теченіи продолжительнаго времени. Наилучшіе результаты даетъ, все-же, способъ *Comby*, но пользоваться имъ, въ виду частоты (въ 50%) явленій отравленія, надо съ большой осторожностью. Терапевтическая цѣнность антипирина, въ виду недостаточности дозъ автора, пока должна быть оставлена подъ вопросомъ (Дѣтская Медицина, 1903, № 6). *С. Островскій.*

359. Д-ръ *А. В. Поповъ* наблюдалъ въ Московской Софійской дѣтской больницѣ *случай злокачественнаго малокровія.*

Дѣвочка, $1^1/_2$ г., была принята въ больницу 22/v 1902 г. изъ-за постепеннаго увеличенія живота, одышки и рѣзкой слабости. Вѣсъ 7050 грм. Крайне дурного питанія, поражаетъ своею блѣдностью. Слизистыя оболочки также блѣдны. Ясные признаки рахита. Животъ при ощупываніи сильно напряженъ; всю лѣвую его $^1/_2$ занимаетъ твердая и легко прощупываемая селезенка, нижній край которой спускается почти въ область таза. Печень выходитъ на 3 пальца изъ-подъ края реберъ; она значительно менѣе плотна, чѣмъ селезенка. Рѣдкій кашель. Небольшое количество влажныхъ хриповъ. П. 116, плохого наполненія. Въ крови красныхъ кровяныхъ шариковъ 800000, бѣлыхъ—9700; отношеніе ихъ 1:83. Гэмоглобина 20%. Сильный пойкилоцитозъ. Плазмодій въ крови не оказалось, равно какъ и яичекъ глистъ въ испражненіяхъ. Назначены подкожныя впрыскиванія мышьяка и хининъ внутрь. 29/v въ крови оказалось: красныхъ кровяныхъ шариковъ 1200000, бѣлыхъ—9870; отношеніе ихъ 1:123; гэмоглобина 28%. Въ дальнѣйшемъ развилось воспаленіе лѣваго легкаго. 3-ье изслѣдованіе крови показало: красныхъ кровяныхъ шариковъ 820000, бѣлыхъ—7700; отношеніе ихъ 1:101; гэмоглобина 23%. Вѣсъ 6400 грм. 3/vii больная умерла. На вскрытіи селезенка оказалась очень увеличенной, красной, плотной. Подъ микроскопомъ—рѣзкое разрощеніе въ ней соединительной ткани; въ почкахъ жировое перерожденіе и слущиваніе эпителія, въ печени частичное жировое перерожденіе клѣтокъ (Отдѣльный оттискъ; откуда, не указано). *С. Островскій.*

**Нервныя и душевныя болѣзни.** 360. Въ виду того, что анамнестическія данныя, на основаніи которыхъ обыкновенно рѣшается вопросъ объ *отношеніи спинной сухотки къ сифилису*, не могутъ считаться безусловно вѣрнымъ матеріаломъ, такъ какъ при отбираніи ихъ всегда возможны, и дѣйствительно бываютъ, ошибки, вольныя и невольныя, клиническіе же признаки «бывшаго сифилиса», особенно въ позднѣйшихъ періодахъ его, также не отличаются опредѣленностью и постоянствомъ, д-ръ *Lesser* рѣшилъ подойти къ разрѣшенію названнаго вопроса патолого-анатомическимъ путемъ. Для этого онъ собралъ въ 2-хъ большихъ Berlin'скихъ больницахъ—Moabit и Urban—всѣ данныя вскрытій спинно-сухоточныхъ и сифилитиковъ за 35 лѣтъ, при чемъ оказалось, что изъ 96 сухоточныхъ можно было съ положительностью отмѣтить сифилисъ у 27 или въ 28%, а, такъ какъ изъ всѣхъ, дошедшихъ до вскрытія за этотъ періодъ времени, случаевъ сифилисъ былъ найденъ только въ 9,5%, то причинная зависимость между нимъ и спинной сухоткой, по крайней мѣрѣ, для извѣстнаго числа случаевъ, должна существовать непремѣнно. Но представляетъ-ли въ этихъ случаяхъ спинная сухотка непосредственно сифилитическое заболѣваніе, и съ какими проявленіями сифилиса она можетъ быть сравниваема? Для отвѣтовъ на эти вопросы *Lesser* приводитъ слѣдующія соображенія. Кромѣ обычно различаемыхъ папулезнаго—вторичнаго и гуммознаго—третичнаго періодовъ сифилиса, онъ принимаетъ еще *межуточно-воспалительный—четверичный* періодъ, характеризующійся наклонностью къ пролиферирующимъ процессамъ (межуточнымъ разрощеніямъ съ вторичнымъ паренхиматознымъ перерожденіемъ), преимущественнымъ пораженіемъ внутреннихъ органовъ, хроническимъ (часто приступами) развитіемъ въ болѣе поздніе годы послѣ первичнаго зараженія, невозстановляемостью пораженій и неподатливостью ихъ ртути и іоду. Эти клиническія и патолого-анатомическія особенности даютъ право выдѣлить названный періодъ сифилиса въ особую самостоятельную форму его, встрѣчающуюся гораздо чаще, чѣмъ это обыкновенно принимаютъ. Общераспространенное мнѣніе, что наступающій вслѣдъ за вторичной ступенью сифилиса періодъ затишья въ большинствѣ случаевъ означаетъ переходъ въ излѣченіе и что позднѣе этого періода сифилитическія проявленія развиваются лишь очень рѣдко, авт. считаетъ заблужденіемъ: у большинства сифилитиковъ первоначальное зараженіе ведетъ, минуя третичный гуммозный періодъ, къ развитію четверично-сифилитическихъ явленій. Но, такъ какъ характерные для послѣднихъ межуточно-воспалительные процессы протекаютъ совершенно безболѣзненно и не вызываютъ въ органахъ, въ которыхъ они развиваются, никакихъ функціональныхъ разстройствъ, то они обыкновенно не даютъ никакихъ клиническихъ признаковъ и большею частью остаются при жизни неразпознанными. Къ проявленіямъ этого именно четверичнаго періода сифилиса авт. и относитъ спинную сухотку. Такъ какъ гистологическія измѣненія при ней заключаются, какъ извѣстно, съ одной стороны, въ паренхиматозномъ перерожденіи нервныхъ элементовъ заднихъ столбовъ спинного мозга, а съ другой—въ разрощеніи соединительно-тканной основы ихъ—нейрогліи, то подтвердить или опровергнуть это мнѣніе могло-бы только опредѣленіе времени и послѣдовательности обоихъ процессовъ: начинаются-ли спинносухоточныя анатомическія измѣненія *первичнымъ* пораженіемъ нервныхъ элементовъ, мѣсто которыхъ лишь постепенно занимаетъ разростающаяся соединительная ткань, или, наоборотъ, разростаніе этой послѣдней вызываетъ уже *вторичное* перерожденіе нервной ткани? Непосредственнымъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ доходящихъ до вскрытія случаевъ спинной сухотки этого вопроса разрѣшить нельзя, такъ какъ эти случаи становятся предметомъ посмертнаго изслѣдованія почти всегда при вполнѣ уже законченномъ процессѣ, не дающемъ возможности различать по времени отдѣльныя ступени его развитія. Но, по подобію съ другими болѣзненными формами, анатомическая подкладка которыхъ также заключается въ параллельныхъ измѣненіяхъ основной паренхиматозной и соединительной тканей и въ которыхъ первичность пораженія послѣдней установлена вполнѣ твердо, напр. съ циррозомъ печени, межуточной формой сморщенной почки, въ частности съ описанной впервые *Virchow*'омъ атрофіей языка при позднемъ сифилисѣ, авт. считаетъ возможнымъ принять, что и при спинной сухоткѣ процессъ начинается съ первичнаго разрощенія соединительной ткани спинного мозга, нейрогліи, а перерожденіе нервныхъ элементовъ его наступаетъ уже вторичнымъ путемъ. Принятіемъ этого предположенія спинная сухотка вводится въ разрядъ межуточно-воспалительныхъ процессовъ, характеризующихъ устанавливаемый *Lesser*'омъ четверичный періодъ сифилиса. Клиническимъ доказательствомъ принадлежности спинной сухотки къ этимъ процессамъ могутъ служить ея общіе съ ними отличительные признаки: хроническое развитіе долгое время послѣ зараженія, неподатливость дѣйствію ртути и іода, невозстановляемость пораженій.—Возраженія, выставляемыя обыкновенно противъ сифилитической природы спинной сухотки, всѣ очень легко опровергаются, если смотрѣть на нее, какъ на первичный межуточный процессъ со вторичнымъ восходящимъ перерожденіемъ нервныхъ элементовъ, какъ на проявленіе четверичнаго сифилиса. 1-е возраженіе: Ртуть и іодъ не оказываютъ при спинной сухоткѣ никакого лѣчебнаго дѣйствія, между тѣмъ какъ при другихъ сифилитическихъ процессахъ они являются одинаково специфическими реагентами. Но, разъ спинная сухотка не есть ни вторичное, ни третичное сифилитическое заболѣваніе, а межуточно-воспалительный процессъ четверичнаго сифилиса, то ея отношеніе къ ртути и іоду становится вполнѣ понятнымъ и отнюдь не про-

Digitized by Google

тиворѣчивымъ. Но, такъ какъ между процессами 3-го и 4-го періодовъ сифилиса, т. е. между гуммозными и межуточными заболѣваніями, бываютъ переходныя или смѣшанныя формы, изъ которыхъ не исключается и спинная сухотка, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ ея специфическое лѣченіе оказывается иногда дѣйствительнымъ вслѣдствіе вліянія его на гуммозные элементы процесса, подвергающіеся разсасыванію. Однако, клинически совершенно невозможно бываетъ опредѣлить, имѣются-ли въ данномъ случаѣ спинной сухотки только межуточные припадки, или также и гуммозные. Тѣмъ не менѣе, если гуммозные элементы участвуютъ даже и въ самомъ незначительномъ числѣ случаевъ спинной сухотки, практическое правило—въ каждомъ данномъ случаѣ ея испытать специфическое лѣченіе, которое при наличности гуммознаго процесса должно очень скоро вызвать улучшеніе; если-же послѣднее не наступаетъ, то отъ дальнѣйшаго примѣненія лѣченія нужно воздержаться, такъ какъ оно не только не принесетъ пользы, но можетъ оказать даже вредъ.—2-е *возраженіе*: Въ большинствѣ случаевъ спинной сухотки не бываетъ и слѣда какихъ-либо одновременныхъ сифилитическихъ заболѣваній кожи и внутреннихъ органовъ и, наоборотъ—въ необыкновенно тяжелыхъ случаяхъ сифилиса нельзя бываетъ открыть никакого сухоточнаго пораженія спинного мозга. Обстоятельство это авт. объясняетъ такъ. Извѣстно, что заразное начало сифилиса—сифилитическій ядъ съ теченіемъ времени обнаруживаетъ наклонность къ постепенному ослабленію его вирулентности; реакція на него организма во вторичномъ періодѣ болѣзни гораздо сильнѣе, чѣмъ въ третичномъ и тѣмъ болѣе четверичномъ; какъ клиническія явленія, такъ и патолого-анатомическія измѣненія съ каждой ступенью сифилиса постепенно слабѣютъ; чѣмъ дольше продолжается дѣйствіе сифилитическаго яда въ первыхъ періодахъ болѣзни, чѣмъ сильнѣе и рѣзче оно обнаруживается на организмѣ, тѣмъ слабѣе будутъ его проявленія въ позднѣйшихъ періодахъ, и наоборотъ. Поэтому спинная сухотка и наблюдается преимущественно въ тѣхъ формахъ сифилиса, въ которыхъ явленія со стороны кожи и внутренностей были въ свое время выражены лишь сравнительно слабо. Въ патолого-анатомическомъ отношеніи сочетаніе спинной сухотки съ третичными явленіями сифилиса принадлежитъ къ величайшимъ рѣдкостямъ. Этими соображеніями вполнѣ объясняется также и тотъ отмѣченный уже многими наблюдателями фактъ, что въ странахъ, гдѣ сифилисъ протекаетъ очень тяжело, съ рѣзко выраженными кожными явленіями, спинная сухотка никогда не встрѣчается (Герцеговина и Боснія, Японія, Абиссинія и др.).—3-е возраженіе—сравнительно съ необыкновенно большимъ распространеніемъ сифилиса относительно рѣдкое развитіе спинной сухотки говоритъ противъ зависимости между ними—неосновательно, такъ какъ разрѣшеніе вопроса заключается не въ томъ, сколько изъ 100 сифилитиковъ заболѣли спинной сухоткой, а въ томъ, у скольких изъ 100 спинно-сухоточныхъ былъ раньше сифилисъ. Не щадя, какъ извѣстно, ни одного органа, сифилисъ, однако, не поражаетъ всѣхъ органовъ равномѣрно, но наоборотъ, съ какимъ-то выборомъ; въ одномъ случаѣ развивается фиброзный орхитъ, въ другомъ—гуммы печени, въ 3-мъ—атрофія языка, въ 4-мъ спинная сухотка и т. д. Рѣдкость того или другого сифилитическаго проявленія отнюдь не говоритъ противъ специфическаго характера его происхожденія (см. объ этомъ въ рефератѣ статьи *Erb*'а, № 11, стр. 413, № 243; *реф.*).—4-е возраженіе: Спинно-сухоточные могутъ заражаться сифилисомъ, у нихъ, слѣд., нѣтъ невоспріимчивости къ нему; поэтому спинная сухотка и не есть сифилитическое заболѣваніе. Но, во 1-хъ, не каждый случай спинной сухотки непремѣнно сифилитическаго происхожденія, и, во 2-хъ, невоспріимчивость къ новому зараженію сифилисомъ въ позднѣйшихъ ступеняхъ его обыкновенно значительно уже ослаблена, такъ что въ третичномъ, напр., періодѣ зараженіе вполнѣ возможно, а тѣмъ болѣе въ четверичномъ.—5-е возраженіе: Спинная сухотка—гнѣздное, системное заболѣваніе, что говоритъ противъ сифилитическаго происхожденія ея. Но межуточно-воспалительные сифилитическіе процессы и характеризуются, между прочимъ, тѣмъ, что они въ отдѣльныхъ органахъ избираютъ для своего мѣстоположенія опредѣленныя мѣста: въ печени—преимущественно по сосѣдству съ поддерживающей связкой (lig. suspensorium) и на переднемъ остромъ краѣ ея, въ яичкахъ—на свободномъ пространствѣ, близъ hilus'а, въ спинномъ мозгу—грудную часть его и пр. И, если четверично-сифилитическое межуточное воспаленіе языка изъ 100 случаевъ въ 99 располагается у корня его, но и здѣсь вызывая перерожденіе лишь въ системѣ язычныхъ мѣшечковъ, то развѣ это не системное заболѣваніе? Извѣстны и нерѣдкіе случаи спинномозговыхъ заболѣваній, въ которыхъ прижизненныя явленія вполнѣ соотвѣтствовали клинической картинѣ спинной сухотки, а вскрытіе обнаруживало гуммозное или межуточное пораженіе спинного мозга.—Но всегда-ли и во всѣхъ-ли случаяхъ спинная сухотка служитъ проявленіемъ четверичнаго сифилиса? Не встрѣчаются-ли случаи ея и безъ предшествовавшаго сифилиса? Съ другой стороны, бываютъ-ли случаи спинной сухотки, въ основѣ которыхъ лежитъ какой-нибудь другой процессъ, а не первичное межуточное воспаленіе со вторичнымъ восходящимъ перерожденіемъ нервныхъ элементовъ спинного мозга? На всѣ эти вопросы категорическихъ отвѣтовъ дать нельзя. Мы не располагаемъ до сихъ поръ ни однимъ опредѣленнымъ и постояннымъ мѣриломъ, ни клиническимъ, ни анатомическимъ, ни гистологическимъ, ни бактеріологическимъ, чтобы имѣть въ каждомъ данномъ случаѣ возможность сказать, есть-ли указанія на сифилисъ, или нѣтъ. Нельзя забывать, что и другія причины, кромѣ сифилиса, также могутъ вызывать межуточно-воспалительные процессы въ органахъ, и, если нельзя съ полною увѣренностью каждый случай фибрознаго орхита или межуточнаго воспаленія печени относить непремѣнно на счетъ сифилиса, то нѣтъ достаточныхъ основаній иначе толковать и каждый данный случай спинной сухотки. Несомнѣнно только, что, помимо сифилиса, всѣ другія этіологическія условія спинной сухотки занимаютъ лишь второстепенныя мѣста.—Съ практической точки зрѣнія интересно, что почти совершенно такія-же статистическія данныя по отношенію къ сифилису, какъ спинная сухотка, даетъ и *анейризма*, именно 26%, что вполнѣ понятно, если вспомнить, что анейризмы, по новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Heller*'а и его учениковъ, развиваются на почвѣ межуточнаго, рѣже гуммознаго, воспаленія средней сосудистой стѣнки, съ вторичнымъ перерожденіемъ упругихъ и мышечныхъ волоконъ. Въ Босніи, и Герцеговинѣ, гдѣ сифилисъ, какъ упомянуто выше, протекаетъ очень тяжело и поэтому спинная сухотка и другія проявленія четверичнаго сифилиса почти совсѣмъ не наблюдаются, и анейризмы встрѣчаются на вскрытіяхъ лишь въ единичныхъ случаяхъ. Наконецъ, и сочетаніе спинной сухотки съ анейризмой отмѣчалось уже неоднократно: на 96 вскрытій спинносухоточныхъ, собранныхъ *Lesser*'омъ, анейризма найдена была у 18, т. е. каждый 5-й сухоточный больной имѣетъ анейризму, что авт. считаетъ заключительнымъ звеномъ въ цѣпи приведенныхъ имъ доказательствъ, что *на спинную сухотку*, какъ и на анейризму, *нужно смотрѣть, какъ на проявленіе четверичнаго межуточно-воспалительнаго періода сифилиса*.—Въ Berlin'скомъ медицинскомъ Обществѣ, въ засѣданіи котораго *Lesser* прочелъ этотъ докладъ, онъ встрѣтилъ весьма рѣзкія возраженія какъ со стороны патолого-анатомовъ, такъ и клиницистовъ. *Hansemann*: То, что *L.* считаетъ межуточно-воспалительными образованіями и принимаетъ за проявленія четверичной ступени сифилиса, на самомъ дѣлѣ есть лишь остатки бывшихъ сифилитическихъ образованій—рубцы, которые, весьма естественно, не возстановляются и не уступаютъ ни ртути, ни іоду; сифилисъ—несомнѣнно, весьма важная предрасполагающая причина для развитія спинной сухотки, которую, однако, нельзя считать сифилитическимъ заболѣваніемъ, такъ какъ наблюдаются заболѣванія ею и безъ предшествовавшаго сифилиса.—*Mendel*: Спинную сухотку никоимъ образомъ нельзя считать межуточно-воспалительнымъ процессомъ, это—процессъ экзогенный, начинающійся съ пере-

Digitized by Google

рожденія *Lissauer*'овскихъ волоконъ и заднихъ корешковъ спинного мозга; какъ ни велика роль сифилиса въ этіологіи спинной сухотки (до 75%), все-таки нельзя отрицать возможности развитія ея у лицъ, не имѣвшихъ сифилиса.—*Benda*: Спинную сухотку нельзя относить къ разряду сифилитическихъ заболѣваній, отъ которыхъ она отличается во всѣхъ отношеніяхъ, и меньше всего ее можно разсматривать какъ межуточно-воспалительный процессъ; въ основѣ развитія анейризмъ всегда лежитъ гуммозный процессъ, наличность котораго можно прослѣдить даже на остаткахъ его.—*Rothmann*: Ссылки на мало-культурныя и экзотическія страны не доказательны, какъ по незначительности числа заболѣваній спинной сухоткой, которыя онѣ доставляютъ сравнительно съ Европейскими странами, такъ и по несомнѣнной отсталости въ нихъ самаго распознаванія, въ особенности начальныхъ, слабо еще выраженныхъ, ступеней болѣзни. (Такимъ образомъ вопросъ и на этотъ разъ мало подвинулся впередъ. *Реф.*). [Berliner klinische Wochenschrift, 25 января]. *Б. Г.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Подъ-отдѣлъ городской медицины.** (Отчетъ *М. Е. Зайцева. Продолженіе. См. выше, № 9, стр. 336*). Почетнымъ предсѣдателемъ избранъ *П. П. Розановъ* (Ялта), товарищемъ его *А. А. Чертовъ* (Москва).

*А. Н. Рубель. Врачебно-санитарная организація С.-Петербурга.* (См. выше, №№ 6, 7 и 8).

*Н. А. Ивановъ. Объ изоляціонныхъ убѣжищахъ для здоровыхъ людей, приходившихъ въ соприкосновеніе съ острозаразными больными.* Положенія: 1. Борьба съ острозаразными болѣзнями облегчалась-бы въ значительной степени, если-бы въ цѣляхъ прекращенія и предупрежденія острозаразныхъ заболѣваній устраивались также изоляціонныя убѣжища для здоровыхъ людей, приходившихъ въ соприкосновеніе съ острозаразными больными. 2. Изоляціонныя убѣжища могутъ быть 2-хъ родовъ: а) убѣжища для изоляціи на весь зачаточный періодъ данной болѣзни; б) убѣжища на время, необходимое для обеззараживанія и ремонта зараженныхъ квартиръ. 3. Убѣжища 1-го рода надо считать наилучшими; но невозможность отрывать рабочихъ (они-то въ убѣжища въ большинствѣ случаевъ и поступаютъ) на большой срокъ, не возмѣщая имъ заработной платы, служитъ большимъ тормазомъ для устройства таковыхъ. 4. Убѣжища для здоровыхъ на время обеззараживанія ихъ квартиръ, давая полную возможность хорошо обеззаразить зараженную квартиру, а равно выпустить изъ убѣжища обитателей ея лишенными заразы, тоже оказываютъ большое подспорье въ дѣлѣ пресѣченія и предупрежденія острозаразныхъ болѣзней. 5. Каждое убѣжище должно состоять изъ помѣщенія для призрѣнія выселенныхъ изъ зараженныхъ квартиръ, обеззараживающей камеры, прачешной и санитарнаго обоза. 6. Наилучшимъ типомъ изоляціонныхъ помѣщеній слѣдуетъ считать постройки корридорнаго характера съ многими небольшими палатами, при томъ непремѣнномъ условіи, чтобы обыватель, поступающій изъ зараженной квартиры, попадалъ въ убѣжище черезъ особый входъ, бралъ ванну съ душемъ и получалъ чистое бѣлье и одежду; для выхода изъ убѣжища долженъ быть тоже особый ходъ. 7. Обеззараживающія камеры, помимо того, что должны быть разсчитаны на обеззараживаніе всего бѣлья и платья призрѣваемыхъ, могутъ въ небольшихъ городахъ служить дѣлу обеззараживанія всѣхъ предметовъ, приходившихъ въ соприкосновеніе съ заразой. 8. Въ небольшихъ городахъ убѣжища могутъ служить центральными станціями для всѣхъ нуждъ по обеззараживанію въ городѣ. 9. Прачешныя должны быть устроены съ тѣмъ разсчетомъ, чтобы тщательно выстирывать все платье и бѣлье призрѣваемыхъ, а прачешныя при убѣжищахъ 2-го рода должны выстирывать бѣлье и платье въ однѣ сутки. 10. Санитарный обозъ долженъ имѣть достаточное количество лошадей, каретъ, фургоновъ и платформъ. 11. Персоналъ для обеззараживающихъ камеръ и для санитарнаго обоза долженъ получать спеціальную подготовку. 12. Петербургъ имѣетъ въ данномъ отношеніи нѣкоторый опытъ и статистическія данныя.

*І. Г. Зильберберъ. Объ организаціи думскаго врачебнаго дѣла въ столицѣ* [1]).

Докладъ *В. И. Вержейскаго—Организація городскихъ санитарныхъ бюро* не состоялся, но, такъ какъ члены Отдѣла интересовались постановкой дѣла въ Петербургѣ и въ этомъ направленіи, то *Н. А. Ивановъ* въ краткой рѣчи ознакомилъ присутствовавшихъ съ дѣятельностью Петербургскаго санитарнаго Бюро, а затѣмъ *А. Н. Рубель* прочелъ часть своего доклада, относящуюся къ этой дѣятельности.

*Д. Я. Дорфъ* предложилъ просить организаціонный Комитетъ, чтобы, въ виду интереса доклада *А. Н. Рубеля*, положенія доклада были напечатаны въ «Дневникѣ Съѣзда». Предложеніе это было принято.

Въ послѣдовавшихъ за симъ преніяхъ было высказано (по поводу доклада *А. Н. Рубеля*), что врачебно-санитарная думская организація Петербурга,—весьма сложная и въ смыслѣ полноты, какъ будто, образцовая, такъ какъ имѣются почти всѣ виды ея, и по видимому стройная,—совершенно лишена общественныхъ руководящихъ принциповъ; самодѣятельности городского населенія не отведено въ ней ни малѣйшаго мѣста; между общественными дѣятелями и врачами нѣтъ единенія; коллегіальное начало не проводится ни въ отношеніи завѣдыванія врачебно-санитарнымъ дѣломъ, ни въ отношеніи практическаго осуществленія его; необходимое участіе врачей, какъ единственно компетентныхъ лицъ при выясненіи санитарныхъ потребностей и соотвѣтствующаго направленія санитарной дѣятельности, не имѣетъ мѣста; въ практической дѣятельности отсутствуетъ надлежащая организація общественныхъ силъ, хотя-бы въ лицѣ санитарныхъ попечителей; проявленіе дѣятельности санитарныхъ врачей носитъ формальный характеръ; думскіе врачи не принимаютъ участія въ наблюденіи за заразными больными на дому въ цѣляхъ предупрежденія распространенія заразы; санитарныя квартиры не стоятъ въ связи съ общей городской организаціей по обеззараживанію; санитарное Бюро сводитъ столь сложное и живое дѣло, какъ борьба съ эпидеміями, къ канцеляризму; всѣ санитарныя улучшенія Петербурга, даже такія важныя общественно-санитарныя мѣропріятія, какъ водоснабженіе, удаленіе нечистотъ и т. п., предпринимаются безъ должнаго участія санитарной организаціи. Словомъ, всѣ стороны Петербургскаго врачебно-санитарнаго строя совершенно не соотвѣтствуютъ основнымъ началамъ санитарной организаціи въ городахъ, выработаннымъ на VIII Пироговскомъ Съѣздѣ и носятъ характеръ исключительно бюрократически-административный, что ведетъ къ тому, что главнѣйшая задача городской санитаріи — оздоровленіе города — не достигается, а значительная часть затрачиваемыхъ на санитарное дѣло средствъ тратится не производительно. Основная причина санитарнаго неустройства, какъ въ Петербургѣ, такъ и въ остальныхъ городахъ, лежитъ въ общихъ условіяхъ современнаго порядка, а именно: въ лишеніи наибольшей части городского населенія правъ представительства въ городскихъ Думахъ, въ предоставленіи этого права исключительно богатому классу торгово-промышленниковъ и домовладѣльцевъ, въ большинствѣ случаевъ ревниво охраняющихъ свои личные и классовые интересы, и въ полномъ подчиненіи городского самоуправленія администраціи. Послѣднее обстоятельство ведетъ къ тому, что и въ тѣхъ немногихъ городахъ, гдѣ медицинская организація поставлена болѣе или менѣе правильно, можетъ наступить моментъ, по видимому, ничѣмъ не вызываемый, когда все врачебно-санитарное дѣло берется изъ рукъ городского самоуправленія, городская-же организація de facto упраздняется, единоличное административное усмотрѣніе ставится на мѣсто коллегіальнаго обсужденія мѣропріятій; данныя, добытыя долгимъ и систематически поставленнымъ опытомъ, пропадаютъ, и тѣмъ самымъ вся предшествующая дѣятельность по санитаріи приводится къ нулю, а правильное поступательное развитіе санитарнаго дѣла останавливается (послѣдняя эпидемія чумы въ Одессѣ). Къ причинамъ, тормозящимъ развитіе санитаріи въ городахъ, слѣдуетъ отнести и недостаточность средствъ у нѣкоторыхъ городовъ. Послѣднее часто зависитъ отъ неправильнаго распредѣленія городскихъ налоговъ между населеніемъ, а также и отъ обремененія городского бюджета довольно значительными обязательными расходами. Поставить медицинскую часть въ городахъ на ту же высоту, на какой она стоитъ въ земствахъ, можетъ только само городское населеніе и при томъ въ томъ только случаѣ, когда дѣлами города будутъ завѣдывать представители всѣхъ классовъ и группъ городского населенія. Далѣе было указано, что и при самой идеальной организаціи городской санитаріи, при самыхъ цѣлесообразныхъ мѣропріятіяхъ, вырабатываемыхъ ею, успѣхъ проведенія послѣднихъ въ жизнь можетъ оказаться далеко не полнымъ, если въ самомъ населеніи существуютъ условія, препятствующія правильному взгляду на эти мѣропріятія; а такія условія на лицо: въ Петербургѣ % безграмотныхъ достигаетъ громадной цифры 50; въ другихъ городахъ % этотъ еще выше. Введеніе всеобщаго образованія въ городахъ является поэтому настоятельно необходимымъ и въ цѣляхъ достиженія наилучшихъ результатовъ отъ санитарныхъ мѣръ.

По докладу *Н. А. Иванова* было отмѣчено, что за-границей нѣтъ изоляціонныхъ квартиръ не потому, что тамъ отстали отъ насъ, а просто потому, что за-границей нѣтъ надобности въ нихъ; тамъ населеніе несравненно культурнѣе и гораздо болѣе обез-

[1]) Ни доклада, ни положеній достать не удалось. *М. З.*

Digitized by Google

печено матеріально; хорошо обставленныя больницы пользуются полнымъ довѣріемъ населенія; вся прислуга, каждый рабочій *должны* участвовать въ «Krankenkasse», и, слѣд., городское рабочее населеніе за-границей болѣе обезпечено больничнымъ лѣченіемъ, чѣмъ у насъ; кромѣ того, населеніе привыкло обращаться къ врачу своевременно, благодаря чему врачъ имѣетъ возможность не допустить распространенія заразнаго заболѣванія, выселяя первыхъ больныхъ въ больницы. При нашей массовой некультурности нѣтъ возможности убѣдить, если не всѣхъ, то хотя-бы наибольшую часть заразныхъ больныхъ поступить въ больницу, и открытіе при этихъ условіяхъ изоляціонныхъ убѣжищъ для здоровыхъ будетъ непроизводительной тратой общественныхъ денегъ. Главными мѣрами борьбы съ заразными болѣзнями слѣдуетъ признать распространеніе культуры въ массахъ, общедоступная (даровая) врачебная помощь, больничная, амбулаторная и на дому и хорошо обставленныя больницы.

По докладу *I. Г. Зильберберга* было высказано сожалѣніе, что авторомъ отмѣчены только положительныя стороны дѣятельности думскаго врача; недочеты и слабыя стороны, а также причины этого не выяснены; сказано о томъ, что думскіе врачи оказываютъ врачебную помощь; но ничего не говорится объ условіяхъ и обстановкѣ, при которыхъ работаютъ врачи и вслѣдствіе которыхъ производительность ихъ работы доведена до minimum'а; тоже слѣдуетъ сказать и относительно санитарной дѣятельности врачей; точно также просвѣтительная дѣятельность думскихъ врачей—пока только красивая фраза.

По предложенію предсѣдателя Отдѣла приняты слѣдующія постановленія:

1. Существующая врачебно-санитарная организація Петербурга не достигаетъ цѣли оздоровленія города, не соотвѣтствуетъ основнымъ началамъ, установленнымъ VIII Пироговскимъ Съѣздомъ, и нуждается въ коренномъ пересмотрѣ съ точки зрѣнія этихъ началъ.

2. Необходимо признать, что правильное и широкое развитіе городской медицины возможно прежде всего при условіи измѣненія существующаго Городового Положенія въ смыслѣ расширенія избирательныхъ правъ городского населенія, именно при введеніи въ городскія Думы представителей всѣхъ слоевъ и группъ населенія.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

**Отдѣлъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней.** (Отчетъ *А. П. Гарина*). [Продолженіе. См. № 15, стр. 546]. Засѣданіе 8-го января. Въ 1-ой половинѣ его—почетный предсѣдатель проф. *В. М. Тарновскій*, во 2-ой проф. *А. Г. Полотебновъ*.

*А. И. Лянцъ. Современное состояніе ученія о pityriasis rosea Gibert'а* (см. выше № 8, стр. 277).

Проф. *Т. П. Павловъ* замѣтилъ, что его личныя наблюденія надъ указанною болѣзненною формой не вполнѣ согласуются съ объясненіями докладчика, который этіологическимъ условіемъ ея считаетъ исключительно отравленіе. Проф. *П.* видѣлъ развитіе pityriasis rosea въ періодѣ предвѣстниковъ сифилиса и въ болѣе позднемъ періодѣ его, совпадавшее съ развитіемъ сифилитическаго спинномозгового страданія и, по видимому, явившееся слѣдствіемъ пораженія извѣстнаго отдѣла центральной нервной системы.

*Л. А. Соболевъ* (Павлоградъ), на основаніи 6 случаевъ pityriasis rosea, бывшихъ въ клиникѣ проф. *Т. П. Павлова* за осенній учебный промежутокъ, описалъ наблюдавшіяся при ней патологоанатомическія измѣненія и указалъ, что высыпные элементы трихофитіи бываютъ правильной круглой формы, при pityriasis-же rosea они большею частью овальны, при чемъ длинный діаметръ овала располагается по направленію большаго напряженія кожи. Если-бы pityriasis rosée была грибковаго происхожденія, нужно было-бы ожидать, что высыпаніе начнется отъ того мѣста, гдѣ имѣется первичная бляшка; на самомъ-же дѣлѣ, гдѣ бы первичная бляшка ни помѣщалась, высыпаніе всегда начинается съ верхней части грудной клѣтки.

Въ дальнѣйшихъ преніяхъ принимали участіе профф. *А. Г. Полотебновъ* и *П. В. Никольскій*, ч. пр. *П. П. Абрамычевъ* и д-ръ *Борманъ*.

*О. В. Петерсенъ. О лѣченіи кожныхъ болѣзней замораживаніемъ.*

Въ обсужденіи сообщенія участвовали профф. *А. Г. Полотебновъ* и *П. В. Никольскій*, ч. пр. *А. И. Лянцъ* и *М. А. Членовъ* и д-ръ *П. Н. Прохоровъ*.

*К. С. Агаджанянцъ* (Петербургъ). *Роль психотерапіи въ дерматологіи* (см. выше, № 11, стр. 404).

Въ преніяхъ участвовали: профф. *Полотебновъ* и *Никольскій*, чч. пр. *Кульневъ*, *Членовъ* и *Боровскій* и д-ра *Фроловъ*, *Соболевъ* и *Прохоровъ*.

*П. П. Абрамычевъ. О дистрофіяхъ при prurigo.* Докладчикъ высказалъ взглядъ на почесуху, какъ на болѣзнь вырожденія на почвѣ сифилиса, алкоголизма и бугорчатки, и въ доказательство этого привелъ наблюдаемые у такихъ больныхъ признаки вырожденія въ видѣ дистрофій зубовъ, неправильности въ развитіи черепа и особенностей развитія половыхъ органовъ у мальчиковъ. Въ самомъ раннемъ дѣтствѣ у такихъ больныхъ развивается неустойчивость нервной системы для противодѣйствія какъ физическимъ, такъ и психическимъ вреднымъ вліяніямъ, отсюда и возникаютъ сравнительно быстрое исчезновеніе болѣзни въ больницахъ, безъ примѣненія мазей, а только благодаря улучшенію гигіеническихъ условій, и столь же быстрый возвратъ болѣзни, когда больной снова возвращается въ свою домашнюю обстановку.—Сообщеніе сопровождалось предъявленіемъ рисунковъ (съ натуры) зубовъ и свѣтописныхъ снимковъ съ больныхъ.

*П. П. Фроловъ. О prurigo, какъ дистрофіи кожи.*

Въ преніяхъ по поводу 2-хъ послѣднихъ сообщеній участвовали: профф. *Полотебновъ* и *Никольскій*, ч. пр. *Кульневъ*, д-ра *Стржельбицкій*, *Орловъ*, *Волуйскій*, *Вышемирскій* и *Шафиръ*.

*(Окончаніе слѣдуетъ.)*

**Отдѣлъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.** (Отчетъ ч. пр. *Б. С. Грейденберга*). (Продолженіе. См. выше, № 12, стр. 455). Засѣданіе 7-го января—вечернее. Почетный предсѣдатель—ч. пр. *Г. И. Россолимо* (Москва).

Проф. *И. Г. Оршанскій* (Харьковъ). *Состояніе периферическихъ сосудовъ и кровяного давленія у нейрастениковъ.* У 22 нейрастениковъ, у которыхъ главные припадки клинической картины заключались въ половой слабости и спинномозговомъ раздраженіи, докладчикъ нашелъ повышеніе колѣнныхъ рефлексовъ, большею частью неравномѣрное съ обѣихъ сторонъ (у 4 больше оправа, у 8—слѣва), и извилистость съ уплотнѣніемъ лучевой артеріи, прощупывавшейся въ формѣ дуги. Но уплотнѣніе это легко отличалось отъ настоящаго артеріосклероза тѣмъ, что артерію можно было совершенно сжать подъ пальцами, и, кромѣ того, самая степень уплотнѣнія представлялась непостоянной: иной разъ она была больше, иной разъ—меньше. Докладчикъ поэтому называетъ найденный имъ признакъ ложнымъ артеріосклерозомъ. Измѣреніе кровяного давленія въ пальцахъ рукъ приборомъ *Gärtner*'а показало уменьшеніе его, при чемъ оно всегда оказывалось значительно ниже на пальцѣ той руки, на которой уплотнѣніе лучевой артеріи было выражено рѣзче. Вообще-же артеріальное давленіе у всѣхъ изслѣдованныхъ нейрастениковъ было ниже нормальнаго на обѣихъ рукахъ. Въ особой группѣ случаевъ, гдѣ нейрастеническія явленія были не такъ сильно развиты, а преобладали припадки раздраженія нервной системы, сосуды оказались неизмѣненными, а кровяное давленіе—нормальнымъ, иногда даже повышеннымъ. Докладчикъ подчеркиваетъ почти постоянное совпаденіе ассимметріи въ сосудахъ и въ давленіи съ ассимметріей колѣннаго рефлекса, при чемъ обыкновенно на одной и той-же сторонѣ тѣла отмѣчалось и наибольшее уплотнѣніе лучевой артеріи и наиболѣе низкое кровяное давленіе и наиболѣе значительное повышеніе колѣннаго рефлекса. Объяснить происхожденіе найденныхъ имъ явленій и взаимное ихъ отношеніе между собою докладчикъ затрудняется, но высказываетъ предположеніе, что они, можетъ быть, «найдутъ себѣ впослѣдствіи общее объясненіе въ разстройствѣ функцій нѣкоторыхъ нервныхъ центровъ, что уже потому правдоподобно, что, какъ извѣстно, общіе центры вазомоторовъ и рефлексовъ довольно близко лежатъ въ продолговатомъ мозгу». Положенія: 1. Въ тяжелыхъ случаяхъ нейрастеніи, имѣющихъ не случайное происхожденіе въ переутомленіи, а обусловленныхъ извѣстной слабостью сложенія, у больныхъ можно отмѣтить слѣдующіе 3 признака—повышеніе сухожильныхъ, особенно колѣнныхъ рефлексовъ, пониженіе артеріальнаго давленія въ пальцахъ рукъ и ложный артеріосклерозъ въ лучевыхъ артеріяхъ. 2. Всѣ эти явленія большею частью ассимметричны, т. е. больше выражены на одной сторонѣ тѣла и 3. всѣ эти явленія почти всегда совпадаютъ, т. е. преобладаютъ на одной и той-же сторонѣ тѣла.

Проф. *Л. В. Блуменау* (Петербургъ): Если лучевая артерія прощупывалась и внѣ пульсовой волны, то это указываетъ на существованіе настоящаго артеріосклероза; преждевременный склерозъ артерій у лицъ съ патологической наслѣдственностью—фактъ не новый. При объясненіи наблюдавшихся имъ явленій докладчикъ говоритъ, что «центры сосудодвигательные и рефлексовъ» (рѣчь идетъ о колѣнныхъ рефлексахъ) «довольно близко лежатъ въ продолговатомъ мозгу». Гдѣ именно онъ предполагаетъ это мѣстоположеніе?

Digitized by Google

Ч. пр. *В. П. Осиповъ* (Петербургъ): Существованіе центра рефлексовъ, мѣстоположеніе котораго докладчикъ предполагаетъ въ продолговатомъ мозгу, никѣмъ не доказано. Поэтому нельзя вводить такую необоснованную гипотезу въ объясненіе явленій. Въ работѣ д-ра *Чигаева*, напечатанной, кажется, во «Врачѣ» въ 1895 или 1896 г., какъ разъ говорится о развитіи подъ вліяніемъ физическаго переутомленія артеріосклеротическихъ явленій, изслѣдованныхъ на лучевой артеріи. Въ изложеніи докладчика нѣтъ указаній на частоту, степень и продолжительность явленій неравномѣрности рефлексовъ у нейрастениковъ.

*Ф. Ф. Гольцингеръ* (Петербургъ): Дѣленіе нейрастеніи на случайную и хроническую едва-ли удачно, и, если подъ послѣдней понимать вторичныя формы, развившіяся на почвѣ какого-либо остраго или конституціональнаго заболѣванія, то, можетъ быть, правильнѣе эти формы вообще не причислять къ нейрастеніи. Во всякомъ случаѣ желательно было-бы имѣть при каждой работѣ точное опредѣленіе понятія нейрастеніи, такъ какъ иначе легко могутъ возникнуть діагностическія недоразумѣнія, въ особенности если физическія явленія выражены болѣе или менѣе рѣзко и неравномѣрно. Измѣненія артерій и кровяного давленія, найденныя докладчикомъ, сводятся имъ къ измѣненіямъ кровообращенія въ зависимости отъ сердечныхъ разстройствъ. Это не совсѣмъ понятно въ виду того, что измѣненія эти лишь односторонни и, согласно описанію докладчика, конечно, напоминаютъ собою артеріосклеротическія. По ученію *Thoma*, получающему все больше правъ гражданства, артеріосклерозъ именно начинается съ потери упругости стѣнки сосудовъ, являющейся слѣдствіемъ разныхъ разслабляющихъ вліяній, между прочимъ, острозаразныхъ болѣзней, и поэтому именно въ молодомъ возрастѣ мы встрѣчаемся съ этой ступенью склероза, дающаго лишь значительно позднѣе уплотнѣнія стѣнки сосуда. Указанное явленіе нерѣдко встрѣчается безъ всякой нейрастеніи, и установить здѣсь связь между ними весьма трудно. Кромѣ того, необходимо указать, что измѣреніе кровяного давленія тонометромъ *Gärtner*'а далеко не точно, такъ какъ онъ не даетъ величинъ безотносительнаго давленія.

*И. И. Ивановъ* (Варшава), соглашаясь съ тѣмъ, что у нѣкоторыхъ нейрастениковъ, быть можетъ, и имѣются явленія неравномѣрности артеріальнаго давленія въ симметрическихъ отдѣлахъ лучевыхъ артерій, не можетъ примкнуть къ объясненіямъ докладчика, сводящаго эту разницу на какую-то гипотетическую недостаточность мышечныхъ стѣнокъ сосудовъ, тогда какъ существуютъ аналогичные факты, допускающіе совсѣмъ другое толкованіе. Такъ, при изслѣдованіяхъ состоянія лицевыхъ мышцъ во время мимическихъ и эмотивныхъ движеній часто замѣчается, что уголъ рта или носогубная складка принимаютъ несимметричныя положенія. Это явленіе объясняется не тѣмъ, что мышцы на одной сторонѣ лица не такъ развиты, какъ на противоположной, т. е. не мышечными аномаліями, а состояніемъ т. наз. неравномѣрной иннерваціи, являющейся какъ-бы объективнымъ признакомъ вырождающагося сложенія даннаго лица, признакомъ порочнаго, неправильнаго дѣйствія его нервной системы. Такъ-же объясняются и измѣненія со стороны рефлексовъ, такъ часто наблюдаемыя у вырождающихся. Подобною-же неравномѣрностью сосудистой иннерваціи можно объяснить и ту разницу въ артеріальномъ давленіи, которую нашелъ докладчикъ, предложивъ, однако, этому явленію ошибочное толкованіе.

Проф. *В. Ф. Чижъ* (Юрьевъ) также наблюдалъ у нейрастениковъ артеріосклерозъ на одной сторонѣ, чаще на лѣвой. Когда удавалось собрать точныя анамнестическія данныя, всегда оказывалось, что нейрастеникъ, страдающій артеріосклерозомъ, перенесъ тяжелую заразную болѣзнь, напр., скарлатину или тифъ, что отецъ его страдалъ сифилисомъ и т. п. Артеріосклерозъ наблюдается при самой легкой нейрастеніи, и, наоборотъ, при самой тяжелой его часто не бываетъ. Кромѣ того, несомнѣнно, что у многихъ нейрастениковъ совсѣмъ не наблюдается артеріосклероза и также несомнѣнно, что артеріосклерозъ часто не сочетанъ съ нейрастеническими явленіями. Поэтому едва-ли нейрастенія стоитъ въ связи съ артеріосклерозомъ. Нельзя также согласиться съ мнѣніемъ докладчика относительно благотворнаго вліянія постельнаго содержанія при нейрастеніи, сочетанной съ артеріосклерозомъ.

*Докладчикъ*, отвѣчая возражавшимъ, между прочимъ, объяснилъ, что, говоря о мѣстоположеніи рефлекторнаго центра въ продолговатомъ мозгу, онъ имѣлъ въ виду не центръ сухожильныхъ рефлексовъ въ частности, а рефлекторную дѣятельность вообще, отношеніе которой именно къ продолговатому мозгу установлено еще *Rosenthal*'емъ; далѣе, что отмѣченное имъ колебаніе у нейрастениковъ просвѣта артеріальныхъ сосудовъ, въ частности лучевой артеріи, именно въ силу непостоянства этого явленія отнюдь нельзя считать истиннымъ артеріосклерозомъ; поэтому онъ и назвалъ его ложнымъ, «псейдо-артеріосклерозомъ». Краткое предварительное сообщеніе неизбѣжно оставляетъ нѣкоторые пробѣлы и недомолвки въ положеніи, которые, конечно, всѣ будутъ пополнены въ подробномъ описаніи наблюденій.

3-й программный вопросъ—*О показаніяхъ и противопоказаніяхъ къ оперативному вмѣшательству при мозговыхъ и прочихъ нервныхъ заболѣваніяхъ.*

*Л. М. Пуссепъ* (Петербургъ) въ докладѣ подъ тѣмъ-же заглавіемъ остановился лишь на *показаніяхъ и противопоказаніяхъ къ трепанаціи при падучей и идіотизмѣ.* При первой изъ этихъ болѣзней различными хирургами предложены разные способы операцій: *Horsley*'емъ—остеопластическій съ изсѣченіемъ центра, *Kocher*'омъ—образованіе вентиля и *Bergmann*'омъ—сочетанный съ изсѣченіемъ центра и образованіемъ вентиля, но всѣ они даютъ мало утѣшительные результаты, что зависитъ, по мнѣнію докладчика, отъ нераціональности самаго оперативнаго вмѣшательства, предпринимаемаго часто безъ достаточныхъ показаній, хотя, съ другой стороны, эти показанія недостаточно выработаны и установлены и въ литературѣ. Лишь по немногимъ удачнымъ случаямъ можно опредѣлить условія, дающія возможность установить болѣе строгія показанія, при наличности которыхъ еще можно обѣщать безспорное и вѣрное излѣченіе. Къ такимъ условіямъ относятся: 1) свѣжая траума со всѣми сопутствующими ей явленіями—вдавленіемъ черепа, ограниченными припадками пораженія головного мозга и т. п.; 2) болѣе старая траума, но гдѣ всѣ послѣдствія ея на лицо, въ связи съ припадками раздраженія двигательной области коры головного мозга; 3) при отсутствіи указаній на трауму, наличность строго ограниченныхъ опредѣленными мышечными группами и во всѣхъ припадкахъ постоянныхъ судорогъ, съ выступающими въ свободные между припадками промежутки парезами, разстройствами чувствительности и другими признаками стойкаго пораженія коры головного мозга. Менѣе благопріятныя условія представляютъ 4) случаи, въ которыхъ, хотя судороги и строго ограничены, но нѣтъ указаній на трауму и нѣтъ никакихъ признаковъ стойкаго пораженія мозговой коры; это—случаи чистой *Jackson*'овской нетравматической падучей, гдѣ наилучшіе результаты даетъ изсѣченіе центровъ. Наименѣе утѣшительные результаты получаются въ 5) случаяхъ, гдѣ судорожные приступы сначала строго ограничены, а затѣмъ переходятъ въ общую падучую; въ этихъ случаяхъ только при существованіи указаній на постоянное наростаніе явленій раздраженія еще можно разсчитывать—и то далеко не всегда,—на нѣкоторый успѣхъ. Наконецъ, совершенно противопоказана трепанація при общей т. наз. эссенціальной падучей.—Разсмотрѣвъ затѣмъ оперативное лѣченіе микроцефалической идіотіи, на основаніи литературныхъ данныхъ и собственныхъ наблюденій изъ клиники проф. *В. М. Бехтерева*, докладчикъ пришелъ къ заключенію, что излѣченіе идіотіи не наблюдалось ни въ одномъ случаѣ. Улучшеніе-же было настолько незначительно, что результаты операціи можно считать равными нулю. Поэтому докладчикъ категорически высказался противъ всякаго оперативнаго вмѣшательства при микроцефалическомъ идіотизмѣ.

*Е. С. Бориšпольскій* (Петербургъ): Судя по заглавію доклада, можно было ожидать услышать сообщеніе по затронутому вопросу въ болѣе широкихъ размѣрахъ, чѣмъ оказалось на самомъ дѣлѣ. Докладчикъ ограничился только 2-мя болѣзнями—падучей и идіотизмомъ, при которыхъ примѣняется хирургическое лѣченіе, при чемъ остановился на оцѣнкѣ одного такого способа лѣченія падучей, а именно на трепанаціи, и совершенно не упомянулъ о другомъ способѣ—изсѣченіи или вылущеніи верхняго шейнаго сочувственнаго узла. Я думаю, что послѣ категорическаго заявленія проф. *Bergmann*'а на XII Международномъ Съѣздѣ врачей въ Москвѣ, что не слѣдуетъ примѣнять трепанаціи при эссенціальной падучей, вопроса этого не нужно больше и поднимать. Напротивъ, о 2-мъ способѣ лѣченія падучей—операціи *Jaboulay*, слѣдовало-бы упомянуть, такъ какъ операція эта даетъ при падучей лучшіе результаты, чѣмъ трепанація, по крайней мѣрѣ, насколько объ этомъ можно судить по литературѣ. Что касается зависимости кровонаполненія глазного дна отъ состоянія кровообращенія въ головномъ мозгу, то уже давно доказано изслѣдованіями *Deutschmann*'а, проф. *Л. В. Блуменау* и др., что такой зависимости не существуетъ и что очень часто при малокровіи мозга наблюдается полнокровіе глазного дна, и наоборотъ.

Проф. *Я. А. Анфимовъ* (Харьковъ): *Jaboulay* первый предложилъ вылущеніе верхняго узла сочувственнаго нерва; понятно, что онъ-же получилъ и хорошіе результаты; но теперь операція эта уже брошена, ибо въ литературѣ встрѣчаются только отрицательные результаты. Мнѣ еще понятна операція на черепѣ при травматической падучей, ибо тамъ есть надежда измѣнить въ благопріятную сторону черепное давленіе; такъ какъ мозгъ живетъ при извѣстныхъ условіяхъ гидро- и гэмодинамики въ черепной полости, то этой операціей мы еще кое-чего можемъ достигнуть. Но операція на симпатической нервной системѣ—это, по моему мнѣнію, чисто «симпатическое» средство.

*Докладчикъ*: Изсѣченіе сочувственнаго узла настолько еще не обосновано ни клиническими, ни физіологическими данными, что судить о значеніи этой операціи еще преждевременно; поэтому я о ней и не упомянулъ. Благопріятные результаты, полученные

Digitized by Google

*Jaboulay* и *Jonnesco* при этой операціи настолько сомнительны, что, я думаю, я имѣлъ право умолчать о ней. Вопросъ этотъ — программный, и я, мнѣ кажется, имѣлъ право ограничиться только небольшой его частью. *Bergmann* говорилъ объ эссенціальной падучей; въ своемъ докладѣ я только поддерживаю его мнѣніе и вполнѣ согласенъ съ нимъ.

*В. В. Зарембо* (Опочка): По заглавію доклада я ожидалъ болѣе широкаго обсужденія вопроса о показаніяхъ къ хирургическому вмѣшательству при мозговыхъ и нервныхъ заболѣваніяхъ; но, къ сожалѣнію, докладчикъ коснулся только вопроса о показаніяхъ къ таковому вмѣшательству при падучей и идіотіи. Такъ какъ съ вопросомъ о хирургическомъ вмѣшательствѣ при мозговыхъ и нервныхъ заболѣваніяхъ, особенно при травматическихъ, очень часто приходится встрѣчаться всѣмъ врачамъ, даже живущимъ въ глуши, то выясненіе этого вопроса должно непремѣнно входить въ программу Пироговскаго Съѣзда, и потому я вполнѣ присоединяюсь къ предложенію докладчика, чтобы на Пироговскихъ Съѣздахъ всегда было назначаемо соединенное засѣданіе нейропатологовъ и хирурговъ.

Проф. *В. М. Бехтеревъ:* Операція въ случаѣ съ хореической падучей, о которой докладчикъ упомянулъ, не можетъ относиться къ такимъ, которыя извѣстны подъ названіемъ операціи по *Bergmann*'у. Въ этомъ случаѣ дѣло шло не о частичной или *Jackson*'овской падучей, а объ описанной мною формѣ подъ названіемъ «хореической падучей», при которой имѣются хореическія судороги, чрезвычайно распространенныя, а потому и объ операціи по *Bergmann*'у въ данномъ случаѣ и рѣчи не было. Сдѣланная-же операція состояла во вскрытіи черепа въ двигательной области мозговой коры и въ частичномъ удаленіи отдѣльныхъ мѣстъ двигательной области.

*Докладчикъ:* Я упомянулъ объ операціи изсѣченія коры головного мозга при хореической падучей по способу *В. М. Бехтерева* только для того, чтобы подтвердить мнѣніе, что изсѣченіе корковыхъ центровъ ведетъ къ исчезанію судорогъ. Этотъ случай описанъ, и поэтому я не считалъ удобнымъ приводить его цѣликомъ, чтобы не утомлять вниманія Собранія.

Въ заключеніе преній Отдѣлъ постановилъ включить въ программу X Пироговскаго Съѣзда *вопросъ о хирургическомъ вмѣшательствѣ при лѣченіи падучей* и обсуждать его въ соединенномъ засѣданіи хирурговъ и нейропатологовъ.

Ч. пр. *П. А. Преображенскій* (Москва). *Къ ученію о патологической анатоміи и патогенезѣ гэморрагическаго энцефалита.* Положенія: 1. Гэморрагическіе энцефалиты, развивающіеся на почвѣ различныхъ менингитовъ, не представляютъ патолого-анатомически какихъ-либо особенностей по сравненію съ энцефалитами другого происхожденія. 2. Гэморрагическіе энцефалиты обязаны своимъ происхожденіемъ только зараженію и отравленію; значеніе травмы, солнечнаго удара и т. п. для (негнойнаго) энцефалита еще нельзя установить съ точностью; существованіе первичнаго энцефалита нельзя еще считать вполнѣ доказаннымъ. 3. Специфическаго возбудителя гэморрагическаго энцефалита нѣтъ; послѣдній можетъ развиться на почвѣ самыхъ разнообразныхъ зараженій и токсэмій. 4. Между цѣлымъ рядомъ заразныхъ заболѣваній и гэморрагическимъ энцефалитомъ разница только количественная, такъ какъ имѣются многочисленныя переходныя формы; по видимому, при всякой заразной болѣзни могутъ существовать въ нервной системѣ тѣ самыя измѣненія, высшую степень которыхъ представляетъ гэморрагическій энцефалитъ. 5. При гэморрагическомъ энцефалитѣ всегда исходной точкой заболѣванія являются сосуды, которые и поражаются или органически, или функціонально. 6. Клиническую картину гэморрагическаго энцефалита нельзя считать вполнѣ установленной, такъ какъ не всегда очаги могутъ вызывать стойкіе гнѣздные припадки; нерѣдко на первый планъ могутъ выступать психическія явленія (спутанность, бредъ, слабоуміе и т. п.), которыя и могутъ держаться съ послабленіями и ожесточеніями болѣе или менѣе долго. Эти припадки должны обусловливаться различными измѣненіями въ мозгу.

*Онъ-же. О сифилитическихъ параплегіяхъ съ диссоціированными разстройствами чувствительности.* Положенія: 1. Болѣзнь развивается преимущественно у мужчинъ молодого и средняго возраста съ сифилисомъ въ анамнезѣ, иногда безъ него. 2. Развитіе ея — апоплектиформное или чаще медленное безъ повышенія температуры, нерѣдко безо всякихъ предвѣстниковыхъ явленій, иногда незамѣтно ночью. 3. Картина болѣзни характеризуется одновременнымъ развитіемъ разстройствъ чувствительности, движенія, отправленій мочевого пузыря и прямой кишки. 4. [illegible]гда наблюдается или полное отсутствіе разстройствъ чувствительности къ прикосновенію, или только слабыя разстройства ея, тогда какъ болевая и термическая чувствительность или совершенно исчезаютъ, или притупляются въ сильной степени, при чемъ нерѣдко особенно сильно выражена психроанэстезія. 5. Въ острыхъ случаяхъ сначала наблюдается параплегія съ разслабленіемъ мышцъ и съ отсутствіемъ resp. пониженіемъ колѣнныхъ рефлексовъ; въ хроническихъ такой ступени наблюдать не приходилось, и тамъ, по видимому, дѣло начинается прямо съ медленнаго повышенія рефлексовъ и судорожныхъ явленій. Часто наблюдается картина *Brown-Séquard*'овскаго паралича съ диссоціацiей чувствительности. 6. Всѣ острые случаи съ теченіемъ времени переходятъ въ хроническіе и оканчиваются также судорожными явленіями, повышеніемъ рефлексовъ и явленіями двигательнаго раздраженія въ ногахъ. 7. Всегда въ этихъ случаяхъ наблюдаются разстройства со стороны мочевого пузыря и прямой кишки, каковыя разстройства могутъ иногда предшествовать параличу. 8. Только въ рѣдкихъ случаяхъ это заболѣваніе оканчивается полнымъ выздоровленіемъ; въ большинствѣ-же случаевъ остаются разныя недостачи (судорожный параличъ, разстройства отправленій пузыря и прямой кишки); въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступаетъ смерть вслѣдствіе разныхъ осложненій. 9. Патолого-анатомически это заболѣваніе въ апоплектиформныхъ случаяхъ представляетъ закупорку передней спинномозговой артеріи или ея развѣтвленій, въ подострыхъ-же и хроническихъ можетъ развиваться или тотъ-же самый процессъ, а иногда—различные воспалительные процессы въ области той-же самой артеріи и поэтому, вѣроятно, зависящіе отъ какого-либо патологическаго измѣненія въ самой артеріи; при длительномъ теченіи болѣзни могутъ къ этимъ основнымъ процессамъ присоединяться и другіе. 10. Не отрицая возможности развитія иногда закупорки передней спинномозговой артеріи на почвѣ атероматоза и изрѣдка другихъ заболѣваній, слѣдуетъ признать, что въ огромномъ большинствѣ случаевъ вышеуказанная картина болѣзни представляется почти патогномонической для сифилиса спинного мозга, если исключена возможность травмы и кровоизліяній. 11. Точно также патогномонична для сифилиса спинного мозга (по исключеніи вышеуказанныхъ болѣзней) картина *Brown-Séquard*'овскаго паралича съ пораженіемъ на другой сторонѣ только термической и болевой чувствительности при соотвѣтствующемъ теченіи болѣзни. 12. При разбираемомъ заболѣваніи процессъ развивается преимущественно въ нижне-грудной и поясничной части спинного мозга; въ шейной части онъ развивается рѣже, но иногда картина болѣзни сохраняетъ тотъ-же самый характеръ. 13. Нѣтъ ничего невѣроятнаго, что сифилитическое пораженіе передней центральной артеріи можетъ вызвать картину ложнаго поліоміэлита, какъ остраго, такъ и хроническаго. 14. Изученіе васкуляризаціи спинного мозга имѣетъ большое значеніе для происходящихъ въ немъ острыхъ и хроническихъ процессовъ.

*И. И. Ивановъ* (Варшава) спросилъ, какими данными руководился докладчикъ, причисляя всѣ описанные имъ случаи къ пораженіямъ сифилитическаго характера? Если только тѣмъ, что въ анамнезѣ больныхъ былъ сифилисъ, то онъ легко могъ придти къ ошибочнымъ предположеніямъ. Наши свѣдѣнія объ этіологическихъ данныхъ каждаго случая вообще далеко нельзя считать полными и всеобъемлющими; многія важныя условія положительно ускользаютъ отъ нашего вниманія, являются неуловимыми. Въ виду этого нужно быть всегда, по возможности, осторожнымъ и не подставлять подъ «неизвѣстное» что-либо извѣстное, но «невѣрное». Что-же касается своеобразнаго мѣстоположенія процесса въ сообщенныхъ случаяхъ, то имъ только лишній разъ подтверждается важное значеніе передней спинномозговой артеріи—этого могучаго кровяного русла, обладающаго тысячами вѣточекъ-рукавовъ, омывающихъ сѣрое вещество спинного мозга. Предположительные или дѣйствительные для даннаго случая токсины, обращающіеся въ тѣлѣ, легко могутъ проникать въ эту артерію и въ случаѣ какихъ-либо личныхъ особенностей съ большею силой сосредоточиваются въ участкахъ мозга, омываемыхъ этой артеріей, и вызываютъ соотвѣтствующія измѣненія въ сосудахъ и тканевыхъ элементахъ то въ совокупности, то раздѣльно, поражая, сообразно опять-таки личнымъ особенностямъ, по преимуществу то одни только сосуды, то тканевые элементы.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

Digitized by Google

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### LX. Протоколъ Совѣщанія врачей Маріинской больницы въ Петербургѣ по научному отдѣлу 29-го ноября 1903 г.

Предсѣдательствовалъ *Н. И. Кусковъ*. Присутствовали медицинскій инспекторъ по Учрежденіямъ Императрицы Маріи, проф. *Е. В. Павловъ*, врачи больницы и нѣсколько гостей. Читанъ и утвержденъ протоколъ Совѣщанія 4-го октября 1903 г.

*Предсѣдатель* предъ засѣданіемъ, охарактеризовавъ въ краткихъ прочувствованныхъ словахъ умершаго 15-го ноября завѣдывавшаго гинекологическимъ Отдѣленіемъ больницы *Д. М. Кирпѣева*, какъ врача, больничнаго товарища и человѣка, предложилъ почтить память покойнаго вставаніемъ.

*В. И. Давыдовъ* прочелъ некрологъ *Д. М. Кирпѣева*, который будетъ напечатанъ въ VIII выпускѣ «Трудовъ» врачей Маріинской Больницы.

*П. П. Лампсаковъ показалъ больного* Т. Ш., 55 л., поступившаго въ больницу 25/VII 1903 г. *съ правосторонней ущемленной паховой грыжей* спустя 2-ое сутокъ послѣ ущемленія. Немедленно произведенное грыжесѣченіе обнаружило на ущемленной петлѣ и ея брыжейкѣ кровоподтеки, почему кишка, выведенная послѣ расширенія грыжевого кольца, была укрѣплена снаружи. На 5-ый день образовалось искусственное каловое отверстіе, съ которымъ больной существовалъ $1^1/_2$ мѣсяца. 15/IX было сдѣлано изсѣченіе тонкой кишки, при чемъ отрѣзки были соединены видоизмѣненной по *Windler*'у пуговкой *Murphy*; укрѣпляющіе швы наложены по способу *Amat* и *Rhem*'а; со 2-го дня послѣ этой операціи стали чрезъ задній проходъ отходить газы, на 11-ый день было 1-ое испражненіе; на 23-й выдѣлилась пуговка *Murphy*. Операціонная рана зарубцевалась приблизительно чрезъ $2^1/_2$ мѣсяца послѣ 2-ой операціи.

*М. Ю. Мошинскій показалъ больною* И. С., поступившаго въ больницу *съ явленіями воспаленія оболочекъ черепного и спинного мозга*—болями въ спинѣ и затылкѣ, ригидностью затылочныхъ мышцъ, opistotonus'омъ и рѣзкимъ признакомъ *В. М. Кернига*, развившимися спустя нѣсколько дней послѣ того, какъ больной былъ на улицѣ избитъ неизвѣстными людьми. Объективное изслѣдованіе обнаружило разрывъ барабанной перепонки лѣваго уха. Проколомъ по *Quincke* выпущено 80 к. стм. гнойной жидкости, въ которой бактеріологически обнаружены окрашивавшіеся по *Gram*'у диплококки и подъ микроскопомъ осумкованные диплококки и гнойные элементы (многоядерныя клѣтки). Послѣ прокола наступившее сразу субъективное улучшеніе скоро вновь смѣнилось ухудшеніемъ, такъ что было произведено еще 4 прокола, послѣ которыхъ и наступило полное выздоровленіе. 3 недѣли температура стоитъ уже на нормѣ. Считая въ этіологіи своего случая трауму, докладчикъ считаетъ благопріятный исходъ прямымъ слѣдствіемъ своевременно примѣненнаго прокола по *Quincke*.

Ч. пр. *Ѳ. К. Гейслеръ*, высказавъ сожалѣніе, что докладчикъ не представилъ препаратовъ и разводокъ найденныхъ имъ микроорганизмовъ, спросилъ, выращивалъ-ли онъ ихъ при нормальной температурѣ или въ термостатѣ и что сдѣлалось съ бульономъ.

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что только въ термостатѣ и что бульонъ далъ равномѣрную муть.

*Ѳ. К. Гейслеръ*, замѣтивъ, что микроорганизмъ былъ, вѣроятно, диплококкъ *Fränkel*'я и что зараза шла изъ уха, спросилъ, была-ли ясно выражена у микроорганизма сумка?

*Докладчикъ* отвѣтилъ утвердительно. Гной впрыскивался свинкѣ безъ вреда для нея. Среды, засѣянныя кровью больного, остались стерильными.

*Ѳ. К. Гейслеръ* замѣтилъ, что нужно было впрыснуть и бѣлой мыши, тогда, вѣроятно, получилась-бы диплококковая септицэмія; жаль, что не опредѣлялось давленіе спинномозговой жидкости, которое въ такихъ случаяхъ даетъ цѣнныя указанія.

*Докладчикъ* возразилъ, что силу давленія можно было приблизительно опредѣлить по силѣ вытекавшей струи, которая въ данномъ случаѣ была не особенно сильная.

*Ѳ. К. Гейслеръ* спросилъ, увѣренъ-ли докладчикъ на основаніи клиническаго теченія болѣзни, что проколъ здѣсь имѣлъ вліяніе на исходъ и что больной не поправился бы безъ него?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что дѣйствіе проколовъ было поразительное; это чувствовалъ и самъ больной и просилъ выпустить ему жидкость.

*Ѳ. К. Гейслеръ*, замѣтивъ, что % выздоровленія при эпидемическомъ (заразномъ) воспаленіи оболочекъ черепного и спинного мозга довольно значителенъ, спросилъ, сколько разъ дѣлался посѣвъ и чѣмъ объясняетъ докладчикъ благопріятное дѣйствіе проколовъ?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что онъ сдѣлалъ посѣвъ 1 разъ. Благопріятное дѣйствіе проколовъ онъ объясняетъ бактеріубивающими свойствами мозговой жидкости.

*В. А. Кноxъ* замѣтилъ, что вопреки мнѣнію докладчика, давленіе жидкости въ этомъ случаѣ было значительное, больной послѣ 5-го выпусканія ея впалъ въ возбужденіе и выкрикивалъ нечленораздѣльные звуки. Причины улучшенія общаго состоянія объясняются тѣмъ, что послѣдующія порціи мозговой жидкости содержали менѣе гноя и диплококковъ. Что-же касается значительнаго % выздоровленія при эпидемическомъ воспаленіи оболочекъ черепного и спинного мозга, то это мнѣніе относится ко времени, когда проколовъ не дѣлалось, а потому и возможно, что во многихъ случаяхъ гноя въ жидкости совершенно не было. Извѣстно, что при фибринозныхъ пнеймоніяхъ менингиты иногда протекаютъ вовсе незамѣтно, и, наоборотъ, бурные клинически менингиты наблюдаются безъ всякой патолого-анатомической подкладки.

*Ѳ. К. Гейслеръ* замѣтилъ, что онъ говорилъ объ эпидемическомъ воспаленіи оболочекъ черепного и спинного мозга, которое всегда бываетъ гнойнымъ.

*А. И. Васильевъ* спросилъ, сколько втирали мази *Credé*, было-ли дѣйствіе отъ нея и не вліяла ли она на температуру?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что втирали мазь по 4 грм., но совершенно безуспѣшно.

*С. П. Шуенинов*ъ замѣтилъ, что было-бы интересно знать болѣе подробный морфологическій и химическій составъ жидкости, а также измѣненія таковаго при послѣдующихъ проколахъ. Надо думать, что въ случаяхъ, подобныхъ случаю докладчика, болѣзнь течетъ безъ особыхъ патолого-анатомическихъ измѣненій со стороны оболочекъ; такіе случаи относятся къ формамъ, описаннымъ въ свое время *Seitz*'омъ—подъ названіемъ «toxinaemia cerebrospinalis». Докладчикъ на основаніи способности найденнаго имъ диплококка окрашиваться по *Gram*'у склоненъ отнести его къ диплококкамъ *Fränkel*'я; между тѣмъ есть авторы какъ *Schmorl, Jäger, Birnbaum*, которые считаютъ, что и meningococcus intracellularis также, вопреки мнѣнію другихъ авторовъ, окрашивается по *Gram*'у, если вести обезцвѣчиваніе спиртомъ осторожно. *Birnbaum*, описавшій въ 1903 г. случай, протекавшій съ припадками воспаленія оболочекъ черепного и спинного мозга, при чемъ на вскрытіи не было найдено со стороны оболочекъ никакихъ измѣненій, нашелъ въ разводкахъ и мазкахъ диплококкъ окрашивавшійся по *Gram*'у, названный имъ однако meningococcus intracellularis.

*Ѳ. К. Гейслеръ* замѣтилъ, что путаница относительно окраски по *Gram*'у внесена *Jäger*'омъ, который, по мнѣнію *Weichselbaum*'а, въ случаяхъ съ положительной *Gram*'овской окраскою, имѣлъ дѣло не съ менингококкомъ, а съ диплококкомъ *Fränkel*'я. Этимъ и объясняется его утвержденіе, что менингококкъ окрашивается по *Gram*'у.

*П. П. Лампсаковъ* сдѣлалъ сообщеніе «*О сочетанномъ бромъ-этилъ хлороформномъ наркозѣ*», представлявшее статистически клиническій набросокъ сравнительнаго изученія опасностей сочетаннаго и простого хлороформнаго наркозовъ на основаніи литературы и изслѣдованія 494 случаевъ простого и 750—сочетаннаго наркозовъ, примѣнявшихся въ Маріинской больницѣ, при чемъ докладчикъ приходитъ къ слѣдующимъ, не въ пользу сочетаннаго наркоза, выводамъ. 1. Разница между простымъ и сочетаннымъ наркозомъ въ отношеніи осложненій, количества хлороформа, потребнаго на единицу времени наркоза, скорости наступленія его—незначительная. 2. Примѣненіе средствъ, аналогичныхъ хлороформу и быстро усыпляющихъ, едва-ли желательно, такъ какъ, чѣмъ быстрѣе проходятъ стадіи наркоза, тѣмъ труднѣе подмѣтить наступленіе угрожающихъ явленій. 3. Противъ сочетаннаго наркоза говоритъ отсутствіе правильной дозировки средствъ при наркозѣ и въ тоже время возможность даже отъ малыхъ дозъ бромъ-этила наступленія смерти и, слѣд., при совмѣстномъ его употребленіи съ хлороформомъ возможность наличности 2-хъ идіосинкразій. 4. Появленіе въ бромъ-этилѣ при неосторожномъ его храненіи вредныхъ продуктовъ разложенія. 5. Смертность отъ сочетаннаго наркоза болѣе, чѣмъ отъ простого. Въ первомъ случаѣ, по имѣющимся многочисленнымъ даннымъ, она измѣряется отношеніемъ 1:567, во второмъ—1:2075. 6. Примѣненіе сочетаннаго наркоза вообще возможно лишь въ благоустроенныхъ клиникахъ и больницахъ; широкое его распространеніе, предлагаемое защитниками его, въ земской практикѣ нежелательно. Кромѣ того, докладчикъ привелъ 2 случая смерти отъ сочетаннаго наркоза (въ Маріинской больницѣ), изъ которыхъ одинъ относился къ 40-лѣтнему крѣпкому мужчинѣ, поступившему съ ущемленной грыжей въ день ущемленія и умершему чрезъ 4 минуты отъ начала наркоза при явленіяхъ паралича сердца послѣ того, какъ было дано 8 грм. бромъ-этила и 7 грм. хлороформа, другой—къ 37-лѣтнему, плохого питанія, больному, поступившему съ вывихомъ или переломомъ шейки бедренной кости и умершему чрезъ 6 минутъ отъ начала наркоза послѣ 5 грм. бромъ-этила и 4 грм. хлороформа. Мѣриломъ пригодности того или иного анэстезирующаго вещества докладчикъ считаетъ % смертности.

Проф. *Е. В. Павловъ* замѣтилъ, что, являясь, по словамъ докладчика, дѣятельнымъ защитникомъ сочетаннаго наркоза, онъ останется таковымъ, пока не найдетъ чего-либо лучшаго. Имѣя въ прошломъ 35 лѣтъ практики и послѣднія 13 лѣтъ примѣняя преимущественно сочетанный бромъ-этилъ-хлороформный наркозъ, *Е. В.* знаетъ лишь 1 случай смерти, но и тотъ произошелъ, вѣроятнѣе всего, по винѣ наркотизатора. Въ вопросѣ о наркозѣ имѣетъ большое значеніе, какъ и кѣмъ ведется наркозъ. Въ то время, какъ вести наркозъ слѣдовало-бы давать врачу, прошедшему строгую школу, весьма часто у насъ и заграницей это дѣло поручается далеко не опытному въ дѣлѣ наркотизаціи врачу. Такъ, проф. *Павловъ* видѣлъ въ Парижѣ, какъ операторъ поручилъ вести наркозъ врачу-иностранцу, опытность котораго ему была неизвѣстна. Далѣе, вмѣсто того, чтобы наркозъ употреблять лишь въ цѣляхъ обезболиванія, весьма многіе начи-

ваютъ безъ особой надобности наркотизировать задолго до операціи, когда больного еще моютъ и приготовляютъ къ операціи. Между тѣмъ не все равно, будетъ ли больной подъ наркозомъ 10—30 мин. или 1½ часа. Бромъ-этилъ-хлороформъ значительно укорачиваетъ время наркоза, что и имѣлъ въ виду проф. *Павловъ*, переходя къ сочетанному наркозу. Что-же касается далѣе статистическихъ данныхъ, то они слишкомъ различны у различныхъ авторовъ, чтобы ихъ можно было сопоставлять между собою. Это обстоятельство зависитъ, съ одной стороны, отъ способа, употребляемаго для наркоза, а съ другой—иногда отъ неправильнаго освѣщенія несчастныхъ случаевъ. Такъ, напр., въ случаѣ смерти у д-ра *А. А. Эбермана*—удалено 14 корешковъ—было много потеряно крови, и шокъ могъ наступить отъ выдергиванія зуба и раздраженія тройничнаго нерва. Далѣе извѣстны случаи смерти и безъ наркоза, когда дѣлался лишь надрѣзъ. Изъ преимуществъ сочетаннаго наркоза въ той формѣ, которой пользуется проф. *Е. В. Павловъ*, надо отмѣтить, что послѣ него больной легко просыпается и можетъ въ тотъ же день быть на ногахъ. На основаніи всего этого *Е. В.* считаетъ выводы докладчика противъ сочетаннаго наркоза недостаточно обоснованными; ихъ слѣдовало бы подкрѣпить физіологическими данными. Докладчикъ пользовался цифрами д-ра *Эбермана*, между тѣмъ, если прибавить къ этимъ цифрамъ всѣ случаи, въ которыхъ операціи были произведены при сочетанномъ наркозѣ послѣ случая д-ра *Эбермана*, то получатся иные результаты.

*Докладчикъ*, соглашаясь съ мнѣніемъ проф. *Е. В. Павлова* о необходимости болѣе серьезнаго отношенія къ наркотизаціи и съ тѣмъ, что цифровыя данныя различныхъ учрежденій имѣютъ относительное значеніе, считаетъ однако, что это есть общій недостатокъ какъ при простомъ, такъ и при сочетанномъ наркозѣ, между тѣмъ % смертности при послѣднемъ больше. Не налагая своего veto на сочетанный наркозъ, докладчикъ утверждаетъ, что для проведенія его требуется болѣе умѣлое отношеніе и оно возможно лишь въ образцовыхъ учрежденіяхъ, а не въ земской практикѣ. Конечно, въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ иногда трудно бываетъ сказать, отчего произошла смерть, но и это обстоятельство приложимо какъ къ случаямъ простого, такъ и къ случаямъ сочетаннаго наркоза. Скорость засыпанія была у д-ра *Эбермана* въ среднемъ 3 мин., у проф. *П. И. Дьяконова* 5 мин. Потребность въ спеціально анэстезирующихъ врачахъ нашла себѣ реализацію въ Америкѣ, гдѣ существуютъ особые врачи-анэстетисты.

*В. М. Ермонскій* замѣтилъ, что лично имъ проведено болѣе 1000 случаевъ сочетаннаго наркоза и что онъ по своимъ выводамъ приближается къ выводамъ проф. *I. Ф. Земацкаго* по отношенію, напр., ко времени засыпанія, которое наступаетъ иногда чрезъ нѣсколько секундъ. Важно, конечно, какой фабрики препаратъ. Въ лѣчебницѣ Александровской Общины онъ употребляется отъ Anschütz'a. Далѣе, для сочетаннаго наркоза требуются большой навыкъ и вниманіе, главнымъ образомъ потому, что дается мало анэстезирующаго вещества и больной каждую минуту можетъ проснуться. Производить такой наркозъ слѣдуетъ «каплями», а не лить. Главное преимущество—это небольшое количество анэстезирующаго вещества, потребное для наркотизаціи.

*Докладчикъ* возразилъ, что меньшее количество анэстезирующаго вещества покупается дорогою цѣною: прибавляется новый ядъ, опасный для организма. Желательно, чтобы д-ръ *Ермонскій*, печатая свои данныя, обратилъ вниманіе на трудность проведенія сочетаннаго наркоза, чтобы защитники его не предлагали его для общаго употребленія.

*Г. А. Свяженинов*ъ замѣтилъ, что докладчикъ не достаточно остановился на характеристикѣ простыхъ и сочетанныхъ наркозовъ и на отличіи ихъ другъ отъ друга. На основаніи своихъ наблюденій д-ръ *Свяженинов*ъ считаетъ нужнымъ указать, что періодъ возбужденія при сочетанномъ наркозѣ бываетъ очень сильнымъ, хотя можетъ быть и не всегда продолжительнымъ, и это замѣчается не только у пьяницъ, какъ при чисто хлороформномъ наркозѣ. Далѣе, если-бы сочетанный бромъ-этилъ-хлороформный наркозъ имѣлъ значительныя преимущества, то онъ, навѣрное, получилъ-бы большее распространеніе въ Европѣ.

*Докладчикъ* возразилъ, что по отношенію къ силѣ возбужденія цифровыхъ данныхъ нѣтъ. Что касается литературныхъ указаній, то большинство считаетъ возбужденіе при сочетанномъ наркозѣ менѣе сильнымъ. По наблюденіямъ докладчика, при сочетанномъ наркозѣ у пьяницъ сильное возбужденіе бываетъ обычнымъ явленіемъ. Тоже самое слѣдуетъ сказать и относительно рвоты послѣ наркоза. Небольшія цифры противорѣчивы: у ч. пр. *Н. И. Напалкова*, напр., 50%, у *А. А. Эбермана* 10%.

*В. М. Ермонскій* утверждаетъ, что у пьяницъ, напротивъ, періодъ возбужденія значительно сокращается; такъ, онъ лично наблюдалъ случай операціи по поводу гэморроя; больной, пьяница, наркотизированный хлороформомъ, по его словамъ, вскочилъ съ операціоннаго стола; подъ сочетаннымъ-же наркозомъ онъ быстро заснулъ.

*Е. В. Павловъ* сослался на субъективныя ощущенія самихъ больныхъ, повторно оперированныхъ: больные эти утверждаютъ, что послѣ сочетаннаго наркоза они чувствуютъ себя гораздо лучше, чѣмъ послѣ простого хлороформнаго. Очень часто не бываетъ рвоты, нѣтъ головной боли; больные быстро оправляются.

*Докладчикъ* возразилъ, что у одного и того-же больного одинъ и тотъ-же наркозъ можетъ протекать различно въ разное время. Кромѣ того, едва-ли больные въ моментъ перехода отъ наркоза къ нормальному состоянію способны къ особой наблюдательности.

*Н. Н. Зейфартъ* по отношенію шока при наркозѣ привелъ случай съ больнымъ З., у котораго предполагалось удалить опухоль верхней челюсти послѣ временного изсѣченія послѣдней. Больной, ложась на столъ, говорилъ, что онъ умретъ. Во время операціи былъ сдѣланъ перерывъ на нѣсколько минутъ съ цѣлью остановки паренхиматознаго кровотеченія тампонадой, во время котораго наркозъ былъ ослабленъ во избѣжаніе лишняго введенія хлороформа. Продолжать операцію стали при неполномъ наркозѣ, послѣ чего почти сейчасъ же наступили остановка дыханія, недержаніе мочи и кала, блѣдность покрововъ и упалъ пульсъ. Это даетъ поводъ думать, что больной умеръ не отъ хлороформа, который онъ переносилъ до этого момента хорошо, равнымъ образомъ и не отъ задушенія, ибо кровь въ дыхательномъ горлѣ на вскрытіи была признана посмертнымъ явленіемъ, и не отъ потерь крови, каковыя были незначительны, а скорѣе отъ шока. Вообще смерть при наркозѣ бываетъ обычно въ началѣ, когда хлороформа дано еще сравнительно мало; слѣд., и въ такихъ случаяхъ надо говорить болѣе о вліяніи шока, чѣмъ наркоза.

*А. Д. Левицкій*, употребляющій для наркоза только хлороформъ, напомнилъ, что *К. К. Рейеръ*, у котораго онъ былъ ассистентомъ, не стѣснялся временемъ наркоза: больного наркотизировали задолго до операціи, мыли подъ хлороформомъ, клали повязку подъ хлороформомъ, и, не смотря на множество операцій—по крайней мѣрѣ 15000—20000—у *Рейера* не было ни одного случая смерти. *Рейеръ* давалъ хлороформъ и эѳиръ; послѣдній преимущественно старикамъ и слабымъ. Поручалъ хлороформировать лишь опытнымъ врачамъ. Нельзя отрицать и различнаго отношенія отдѣльныхъ лицъ къ хлороформу, не говоря уже о томъ, что не только различныя фабрики, но и одна и таже фабрика даютъ различные по ихъ дѣйствію сорта хлороформа.

*Предсѣдатель*, поблагодаривъ докладчика за его докладъ, замѣтилъ, что онъ считаетъ наиболѣе важнымъ тотъ изъ него выводъ, что для примѣненія сочетаннаго наркоза требуются большіе опытность и навыкъ, чѣмъ для примѣненія простого хлороформнаго, и замѣчаніе докладчика относительно примѣненія его въ земской практикѣ.

*И. І. Козловскій* сообщилъ *случай balantidii coli*, найденнаго у больной, 29 л., крестьянки Рязанской губ., поступившей въ больницу 8/v 1903 г. съ жалобами на поносы, продолжавшіеся 8 мѣс., и умершей 14/vii. Больную слабило 6—10 разъ и болѣе въ сутки жидкими, иногда съ кровью и слизью, крайне вонючими, свѣтло-желтаго цвѣта испражненіями, при микроскопическомъ изслѣдованіи которыхъ каждый разъ находили большое количество живыхъ балантидій, при стояніи испражненій исчезавшихъ или являвшихся въ формѣ круглыхъ, похожихъ на яйца глистъ образованій; иногда выходили кусочки слизистой оболочки толстыхъ кишекъ съ набитыми въ нихъ чужеядными. На вскрытіи найдено: общая просовидная бугорчатка, бородавчатый эндокардитъ, хроническій нефритъ, инфаркты въ селезенкѣ. На слизистой оболочкѣ нисходящей толстой кишки найдены были язвы, то круглыя, то яйцевидной формы, проникавшія до сывороточной оболочки съ чистымъ дномъ и подрытыми краями въ діаметрѣ до 1 стм. Болѣе многочисленныя, того же характера, язвы найдены были въ прямой кишкѣ, при чемъ дно ихъ здѣсь было грязно-сѣраго цвѣта, сама-же слизистая оболочка кишки гиперэмирована. Микроскопическое изслѣдованіе язвъ кишечника обнаружило въ толщѣ стѣнки балантидіи, при чемъ въ относительно здоровыхъ краяхъ язвъ чужеядныхъ всегда было больше, чѣмъ на днѣ ихъ. Въ кровеносныхъ сосудахъ балантидій найдено не было, также какъ и бугорковъ въ краяхъ язвъ. Приведя литературу вопроса, докладчикъ показалъ макро- и микроскопическіе препараты.

*Предсѣдатель* спросилъ докладчика, изслѣдовалъ-ли онъ кишечникъ только на мѣстахъ язвъ, или-же и мѣста безъ язвъ, а также и отрѣзокъ кишечника, который былъ налитъ имъ формалиномъ, и какія онъ находилъ при этомъ измѣненія?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что изслѣдовалъ кишечникъ лишь въ мѣстахъ язвъ, при чемъ обычно находилъ около нихъ мелкоклѣточную инфильтрацію и расширеніе мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ, мѣстами съ разрывомъ ихъ.

*С. П. Шуениновъ* спросилъ докладчика, наблюдавшаго размноженіе почкованіемъ у балантидій, сколько для этого процесса требовалось времени?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что ¾ часа.

Еще нѣсколько замѣчаній по поводу доклада сдѣлали д-ра *А. И. Соловьевъ* и *Г. А. Свяженинов*ъ.

Предсѣдатель *Н. Кусковъ*.
Секретарь *С. Шуениновъ*.

## *LXI и LXII. Изъ Общества взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія.*

(Экстренное общее Собраніе 2-го февраля).

На засѣданіе приглашали собраться, по возможности, всѣхъ слушателей и преподавателей Института. Въ спискѣ присутствовавшихъ записались 120 чел., изъ коихъ на врачей слушателей приходится 73. Предметы занятій: 1) *Къ вопросу о тѣснѣйшемъ сліяніи Общества съ Институтомъ*. 2) Текущія дѣла.

Предсѣдатель проф. *Д. О. Оттъ* открылъ засѣданіе рѣчью, въ которой привѣтствовалъ собравшихся для обсужденія столь симпатичнаго вопроса. Болѣе тѣсная связь Общества съ Институтомъ вѣ-

ми признается весьма желательной; это стремленіе красной нитью проходитъ чрезъ всю дѣятельность Общества. Можетъ быть, на настоящемъ засѣданіи, говорилъ проф. *О.*, намъ удастся болѣе совершенно подойти къ осуществленію этой нашей всегдашней мечты. Такъ какъ одно чтеніе лекцій признавалось для полнаго объединенія слушателей съ преподавателями недостаточнымъ, то Обществомъ съ этою цѣлью устраивались въ прекратившихъ, къ сожалѣнію, свое существованіе общежитіи и столовой періодическія собесѣдованія первыхъ съ послѣдними. Проф. *Д. О. Оттъ* не сомнѣвается, что въ жизни Общества наступятъ лучшія времена и возродятся учрежденія, которыя существовали при немъ раньше. Во имя интересовъ общаго дѣла предсѣдатель призывалъ къ тѣснѣйшему сплоченію, ибо только въ немъ лежитъ залогъ успѣха.

Рѣчь предсѣдателя встрѣтила общее сочувствіе.

Д-ра *Рубисовъ* и *Линтваревъ* прочитали докладъ *«О необходимости большаго сближенія преподавателей и слушателей, съ одной стороны, и слушателей между собой, съ другой»*, который сводится къ слѣдующему. Признавались нужными: 1) обсужденіе постановки отдѣльныхъ курсовъ при Институтѣ; 2) организація бесѣдъ преподавателей и слушателей раза 2 въ мѣсяцъ; 3) открытіе вновь столовой, библіотеки, а также квартиры для временнаго помѣщенія пріѣзжающихъ врачей; 4) мѣрой для осуществленія указанной программы предлагалось «полное обновленіе Общества» *при обязательномъ* участіи, съ небольшимъ взносомъ, всѣхъ преподавателей и всѣхъ слушателей. 5) Къ участію въ корпораціи преподавателей, а слѣд., и членовъ Общества, должны быть привлечены также преподаватели, открывающіе курсы для слушателей Института въ другихъ больницахъ и учрежденіяхъ Петербурга.

Послѣ оживленнаго обмѣна мыслей, въ которыхъ принимали участіе проф. *Оттъ*, *Линтваревъ*, проф. *Тилингъ*, *Рубисовъ*, *Толмачевъ*, *Марковскій*, *Вербовъ*, *Лѣсовой*, *Якобсонъ*, *Драницынъ*, *Кацъ*, проф. *Строгановъ*, *Какушкинъ*, *Дмитріевъ*, *Каннегиссеръ*, *Димантъ*, *Терновскій*, проф. *Афанасьевъ*, *Монтвилло* и др. выяснилось желаніе возможно тѣснаго сближенія слушателей и преподавателей. Такъ какъ затѣмъ проф. *Г. Ф. Тилингъ* заявилъ, что его интересуетъ только мнѣніе врачей-слушателей, то предсѣдатель, находя вопросъ, поскольку онъ касался Общества, исчерпаннымъ, закрылъ засѣданіе Общества. Дальнѣйшій обмѣнъ мнѣній происходилъ подъ предсѣдательствомъ проф. *Г. Ф. Тилинга* въ томъ-же составѣ.

Проф. *Тилингъ* поставилъ на баллотировку слѣдующіе вопросы: 1. Желательно-ли существованіе *при* клиническомъ Институтѣ Общества, которое состояло-бы изъ всѣхъ преподавателей Института, ихъ ассистентовъ и всѣхъ слушателей-врачей? Изъ присутствовавшихъ 90 чел. высказались за это предложеніе, 1—противъ.—2. Желательно-ли, чтобы существующее Общество взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія присоединилось къ этому клиническому Обществу и послужило ядромъ для проэктируемаго Общества? За это предложеніе высказались 65 чел., 1—противъ, и 26 чел. отказались отъ голосованія въ виду неясной формулировки вопроса, не понимая, какъ можно присоединять существующее Общество къ несуществующему.—Въ заключеніе проф. *Тилингъ* пригласилъ присутствовавшихъ собраться для дальнѣйшей бесѣды 14 февраля.

(Экстренное общее Собраніе 21-го февраля, на основаніи § 15 Устава, по заявленію 11 членовъ).

Присутствовали: предсѣдатель проф. *Д. О. Оттъ*, товарищъ его *А. А. Драницынъ*, секретарь *А. И. Марковскій*, казначей *В. Л. Якобсонъ*, 38 дѣйствительныхъ членовъ и 5 гостей.

Д-ръ *Рубисовъ* и *Линтваревъ* [1]) внесли предложеніе: Желаетъ-ли Общество путемъ измѣненія соотвѣтствующихъ §§ Устава и 4 своего названія послужить органомъ для болѣе тѣснаго единенія преподавателей Института и врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія?

Д-ръ *Драницынъ* замѣтилъ, что предварительно обсужденія въ отдѣльности каждаго изъ пунктовъ предложенія д-ровъ *Рубисова* и *Линтварева* необходимо установить принципіальную точку зрѣнія на задачи какъ существующаго уже «Общества взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія», такъ и вновь проэктируемаго Общества для Клиническомъ Институтѣ. Послѣднее берется для сравненія потому, что вносимыя въ Уставъ измѣненія представляютъ собой ничто иное, какъ нѣкоторые изъ намѣченныхъ §§ будущаго Общества. Если мы, говорилъ д-ръ *Д.*, согласимся на эти измѣненія, то подвергнемъ наше Общество коренной реформѣ и тѣмъ самымъ въ положительномъ смыслѣ рѣшимъ вопросъ о присоединеніи существующаго уже нѣсколько лѣтъ Общества къ вновь образуемому, программа дѣятельности котораго пока еще неизвѣстна. Въ настоящее время имѣются данныя только для теоретическихъ разсужденій, т. е. только для принципіальной оцѣнки дѣлаемыхъ нашему Обществу предложеній. Изъ заявленій д-ровъ *Линтварева* и *Рубисова*, сдѣланныхъ въ засѣданіяхъ Правленія, видно, что они считаютъ болѣе тѣсное общеніе между преподавателями Института и слушателями необходимымъ условіемъ для улучшенія преподаванія и для наиболѣе производительной работы слушателей по своему научному усовершенствованію. Такое общеніе должно осуществиться въ болѣе или менѣе частыхъ собесѣдованіяхъ, устраиваемыхъ профессорами и слушателями. Существующее Общество, по мнѣнію д-ровъ *Линтварева* и *Рубисова*, такого общенія не достигаетъ, отчего оно теряетъ симпатіи профессоровъ и слушателей. Изъ преній въ соединенномъ Собраніи Институтскаго медицинскаго и административнаго персонала и слушателей выяснилось, что администрація желаетъ образованія такого Общества, которое облегчило-бы лежащую на ней обязанность быть посредникомъ между слушателями, съ одной стороны, и органами управленія Институтомъ, съ другой (Совѣтъ преподавателей, попечительный Комитетъ, попечитель и т. д.). По отзыву администраціи существующее Общество не достигаетъ этой цѣли, такъ какъ, во 1-хъ, членами его состоятъ не всѣ слушатели, во 2-хъ, въ числѣ членовъ его есть такія лица, которыя никакого отношенія къ Институту не имѣютъ. Сообразно съ этимъ Обществу предлагается измѣнить свой уставъ въ слѣдующемъ смыслѣ: а) Общество должно существовать спеціально при Клиническомъ Институтѣ; б) оно должно состоять только изъ преподавателей и слушателей Института, при чемъ для тѣхъ и другихъ обязательно вступленіе въ число членовъ; в) слушатели могутъ вступить въ члены съ денежнымъ взносомъ, отъ котораго, впрочемъ, могутъ освобождаться; г) Правленіе должно состоять исключительно изъ преподавателей Института. Прежде всего самъ собою возникаетъ вопросъ, имѣется-ли необходимость въ образованіи новаго Общества для достиженія общенія между профессорами и слушателями? Если принять во вниманіе принудительный характеръ будущаго Общества, то нельзя не согласиться, что простое приглашеніе директоромъ на собесѣдованіе преподавателей и слушателей и свободный откликъ на него дадутъ гораздо лучшіе результаты; устраивать-же для этого спеціальное Общество, къ тому-же съ принудительнымъ характеромъ, при существованіи другого Общества, предоставляющаго своимъ членамъ право свободнаго вступленія и располагающаго по Уставу возможностью широко осуществлять желанія слушателей, это значитъ ломиться въ открытую дверь. Неужели непонятно, что этимъ едва-ли будетъ достигнуто сближеніе между отдѣльными лицами, такъ какъ сближеніе есть дѣло не простой записи въ члены Общества или даже въ члены Правленія, а дѣло высшаго нравственнаго порядка? Сомнительно, чтобы большинство слушателей земскихъ врачей были сторонниками принудительныхъ мѣръ, стѣсняющихъ свободу личности. Трудно повѣрить, чтобы земскіе врачи уполномочили своихъ представителей съузить права товарищей, какъ избирателей, такъ и избираемыхъ. Болѣе реальнаго взгляда на дѣло держится администрація Института, желающая видѣть въ Обществѣ главнымъ образомъ органъ фискальнаго характера. Но, если даже обязательное участіе слушателя и будетъ узаконено, то это отнюдь еще не даетъ право предполагать, что рѣшенія Собраній будущаго Общества будутъ отражать мнѣніе большинства слушателей, такъ какъ учрежденіе новаго Общества было принято только 65 голосами (изъ нихъ на врачей-слушателей приходится 42) при общемъ числѣ слушателей Института въ настоящемъ семестрѣ болѣе чѣмъ 200 чел. Далѣе, дѣятельность существующаго Общества рѣзко отличается отъ предполагаемаго: оно оказываетъ посильную помощь каждому, стремящемуся къ научному усовершенствованію, независимо отъ мѣста его занятій. Ограниченіе дѣятельности Общества исключительно кругомъ слушателей Института нельзя принять уже по одному тому, что по заявленію самой-же администраціи Института (см. Отчетъ Института за 1902 г.) послѣдній не можетъ удовлетворять всѣмъ запросамъ пріѣзжающихъ врачей. По смыслу Устава существующаго Общества каждый членъ его имѣетъ одинаковыя права и обязанности; этому противорѣчитъ предложеніе составителей проэкта новаго Общества избирать въ члены Правленія только преподавателей. Сомнительно, чтобы 4 преподавателя въ роли членовъ Правленія могли привлечь всю корпорацію преподавателей къ тѣсному сближенію со слушателями. Отказаться отъ всѣхъ преимуществъ существующаго Общества значитъ признать полную его несостоятельность и безпомощность, съ чѣмъ однако никакъ нельзя согласиться. Истекшая жизнь Общества за 5 лѣтъ, несомнѣнно, имѣла большое вліяніе на распространеніе идеи общенія и единенія между товарищами; Общество достигло значительнаго успѣха въ организаціи курсовъ въ больницахъ, бывшихъ прежде мало доступными или вовсе не доступными для слушателей; оно оказало поддержку своимъ членамъ больше, чѣмъ на 8000 р. Не вполнѣ удачные опыты съ общежитіемъ, клубомъ и столовой также говорятъ о настойчивомъ стремленіи Правленія осуществлять и удовлетворять всестороннія нужды пріѣзжихъ врачей. Указанныя учрежденія, задуманныя въ широкихъ размѣрахъ, не могли существовать безъ поддержки въ смыслѣ прилива новыхъ членовъ. Можно-ли учредителямъ Общества, клуба и столовой бросить упрекъ въ томъ, что они посмотрѣли на дѣло, чрезъ слишкомъ розовыя очки, что они преувеличили чувство общественности у товарищей врачей? Пріѣзжіе врачи не поддержали Общества въ то время, когда это было особенно необходимо. Причиной этого нужно считать то, что слушатели въ то время были заняты исключительно вопросомъ объ улучшеніи постановки преподаванія въ Институтѣ, считая всѣ другія стороны жизни второстепенными. Слѣдуетъ при этомъ замѣтить, что ни одно Общество не можетъ разсчитывать на доходность отъ каждаго изъ своихъ предпріятій, въ отдѣльности, и для оцѣнки жизненности учрежденія необходимо принимать во вниманіе всю совокупность его начинаній. Въ этомъ отношеніи Общество, съ своей стороны, дѣлало

[1]) 14-го февраля на засѣданіи слушателей и нѣкоторыхъ профессоровъ Института, подъ предсѣдательствомъ проф. *Г. Ф. Тилинга*, докладъ д-ровъ *Рубисова* и *Линтварева* переданъ былъ въ Коммиссію, въ составъ которой, кромѣ докладчиковъ, вошли: д-ра *Кацъ* и *Сатрапинскій* и проф. *Петерсенъ*.

все возможное для удовлетворенія стремленія слушателей къ наиболѣе плодотворной работѣ. Достаточно вспомнить о ходатайствахъ предъ Совѣтомъ преподавателей и попечительнымъ Комитетомъ Института. Можно-ли обвинять Общество въ томъ, что эти просьбы не увѣнчались успѣхомъ, а лишь породили ложный слухъ, что Общество встало стѣной между слушателями и преподавателями? Оно не только не возбуждало розни и недовольства, но, наоборотъ, приглашая въ свои засѣданія всѣхъ слушателей и преподавателей, старалось предоставлять тѣмъ и другимъ возможность въ товарищеской бесѣдѣ откровенно высказывать свои нужды и сгладить возможныя недоразумѣнія. Исторія съ появленіемъ критическихъ оцѣнокъ преподаванія можетъ вполнѣ доказать справедливость только-что сказаннаго. Нельзя винить Общество за то, что мало оцѣнено его стремленіе къ дружескому и, внѣ всякаго сомнѣнія, доброжелательному къ обѣимъ сторонамъ посредничеству. Подводя итоги, можно съ чистой совѣстью сказать, что Общество принесло свою долю пользы товарищамъ, что оно больше дало, чѣмъ получило отъ каждаго члена порознь и вмѣстѣ взятыхъ и это только подтверждаетъ вѣчную истину, что сила въ единеніи и что мы будемъ, правы, если не согласимся съузить кругъ нашей дѣятельности и измѣнить характеръ существующаго Общества. Этимъ отнюдь нельзя сказать, что Общество наше не нуждается въ прогрессивномъ развитіи и улучшеніи, но во всякомъ случаѣ—не путемъ тѣхъ измѣненій §§ устава, которые предлагаются.

Д-ръ *Линтваревъ* сомнѣвается въ томъ, чтобы Институту, самому по себѣ, не удалось устроить такихъ-же параллельныхъ курсовъ при разныхъ больницахъ.

Д-ръ *Марковскій* замѣтилъ, что многіе изъ постоянныхъ членовъ Правленія, которымъ поручена была въ свое время организація подобныхъ курсовъ, могутъ подтвердить, что на предложеніе Института нѣкоторымъ больничнымъ врачамъ принять участіе въ веденіи курсовъ былъ полученъ отказъ, между тѣмъ какъ ходатайство Общества было удовлетворено.

Д-ръ *Выгодскій* во всемъ присоединился къ мнѣнію д-ра *Драницына* и обратилъ вниманіе на то, что при открытіи новаго Общества многіе члены, какъ не принадлежащіе къ Институту, должны выйти изъ состава стараго Общества, и что, если больничные врачи пошли на встрѣчу пріѣзжающимъ товарищамъ, то только потому, что объ этомъ просило ихъ именно «Общество взаимопомощи».

Д-ръ *Монтвилло:* Вмѣсто того, чтобы закончить существующее, мы создаемъ нѣчто новое для невѣдомыхъ цѣлей.

Д-ръ *Кацъ*, какъ представитель группы слушателей, заявилъ, что земскій врачъ никогда не пойдетъ въ такое Общество, которое служитъ фискальнымъ цѣлямъ и куда не всякій пріѣзжій можетъ вступить въ число членовъ. Проф. *Тилингъ*, по словамъ д-ра *Каца*, предложилъ Обществу составить ядро, вокругъ котораго сгруппировались-бы слушатели и преподаватели, и не предлагалъ, чтобы членами Общества были только слушатели Института. Самое важное для пріѣзжающихъ врачей это—собранія слушателей и преподавателей для совмѣстнаго обсужденія вопросовъ касающихся занятій, лекцій и другихъ темъ медицинскаго характера, возникающихъ у врачей.

Д-ръ *Толмачевъ*, высказавшись принципіально противъ измѣненія Устава въ предлагаемомъ смыслѣ, выразилъ удивленіе, что Правленіе Института не желало прислушиваться хотя и къ незначительной группѣ пріѣзжихъ врачей, но все же имѣющихъ извѣстную организацію. Онъ предложилъ съ будущаго семестра непремѣнно открыть столовую, надѣясь, что это практическое начинаніе поведетъ какъ къ увеличенію числа членовъ, такъ и, благодаря существованію при столовой клуба, къ болѣе тѣсному сплоченію между собой товарищей.

Д-ръ *Выгодскій* сомнѣвается, чтобы прибавка къ названію «Общество взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія» словъ «при Клиническомъ Институтѣ» повлекла за собой единеніе между врачами и преподавателями, такъ какъ таковое и при настоящемъ положеніи вещей могло-бы осуществиться. Причина отсутствія желательной для обѣихъ сторонъ сплоченности кроется совсѣмъ въ другомъ. Кромѣ того, Институтъ еще долго будетъ не въ состояніи удовлетворять вполнѣ законнымъ запросамъ врачей, а потому пренебрегать тѣмъ, что, благодаря усиліямъ Общества, двери нѣкоторыхъ больницъ открылись для пріѣзжихъ слушателей, не слѣдуетъ.

Д-ръ *Димантъ* высказался противъ присоединенія Общества къ Институту и отмѣтилъ широкія общественныя задачи Общества, съуживать которыя, по его мнѣнію, нѣтъ ни малѣйшей надобности. Если данный Уставъ Общества не удовлетворяетъ идеалу, если pia desideria не въ полномъ объемѣ могутъ быть осуществлены, то можно соотвѣтственно измѣнить Уставъ, но идти на завѣдомую потерю самостоятельности къ кому-бы то ни было подъ началъ—non sens a priori.

Д-ръ *Лѣсовой* привелъ выдержку изъ Отчета Клиническаго Института за 1902 г., которой оффиціально подтверждается, что Институтъ не могъ удовлетворить справедливымъ требованіямъ врачей-слушателей. Онъ высказалъ затѣмъ свое убѣжденіе, что, пока дѣло обстоитъ такъ, то и въ интересахъ врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ учиться, нѣтъ никакой нужды измѣнять Уставъ существующаго Общества. Всѣмъ присутствующимъ хорошо извѣстно, что по цѣлому ряду основныхъ предметовъ (глазныя болѣзни, акушерство, гинекологія, хирургія, т. е., того самого, изъ-за чего земскій врачъ собственно и пріѣзжаетъ въ Петербургъ), пріѣзжіе врачи пополняютъ свои свѣдѣнія помимо Института. Несомнѣнно, конечно, что врачъ-слушатель въ свое время, въ поискахъ за знаніями, недостаточно хорошо оцѣнилъ необходимость столовой, подавъ голосъ за закрытіе ея. Д-ръ *Л.* настойчиво предлагалъ ходатайствовать, если ужъ необходимо измѣненіе Устава, только о пополненіи его новымъ §, по которому-бы учрежденія, уже открытыя Обществомъ, не подвергались риску быть легко закрытыми въ каждомъ слѣдующемъ семестрѣ при нѣсколько иномъ настроеніи общаго Собранія новыхъ слушателей.

Въ виду того, что нѣкоторые изъ присутствовавшихъ желали знать, въ чемъ должно было состоять измѣненіе §§ Устава, проф. *Оттъ* просилъ д-ровъ *Рубисова* и *Линтварева* до баллотировки ознакомить Собраніе съ редакціей этихъ измѣненій. Однако, товарищи, несмотря на неоднократное предложеніе предсѣдателя, отказались удовлетворить этому желанію Собранія, мотивируя свой отказъ тѣмъ, что дѣло не въ измѣненіи Устава, а въ томъ, желаетъ-ли Общество взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія присоединиться къ вновь учреждаемому при Институтѣ Обществу. По ихъ мнѣнію, послѣдній вопросъ необходимо баллотировать раньше, съ чѣмъ Собраніе значительнымъ большинствомъ голосовъ не согласилось.

Д-ръ *Рубисовъ* и *Линтваревъ*, въ виду того, что предложеніе ихъ не было принято, выразили желаніе выйти изъ числа членовъ Правленія безъ всякой мотивировки.

*Предсѣдатель* заявилъ, что, такъ какъ Собраніе не получило отвѣта на предложеніе прочитать въ точной редакціи предполагаемыя измѣненія Устава, необходимо баллотировать вопросъ въ цѣломъ въ такой формулировкѣ: Угодно-ли измѣнить Уставъ съ тѣмъ, чтобы присоединиться къ вновь учреждаемому при Институтѣ Обществу, или оставить его безъ измѣненій? За измѣненіе Устава высказалось 6 чел. противъ 36.

Закрывая засѣданіе, проф. *Д. О. Оттъ* замѣтилъ, что онъ во время преній съ умысломъ не высказывалъ своего личнаго мнѣнія ни по существу, ни въ частностяхъ съ той цѣлью, чтобы присутствующіе пришли къ возможно объективному рѣшенію вопроса. Высказавъ полную солидарность съ стоявшими принципіально противъ измѣненій Устава, Предсѣдатель энергично протестовалъ затѣмъ противъ ни на чемъ не основанныхъ слуховъ о, будто-бы, враждебномъ отношеніи Общества къ преподавателямъ и вообще къ Институту. По его заявленію, такое тяжкое обвиненіе ничѣмъ не подтверждается и ни на чемъ не основано [1]).

*В. Лѣсовой.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

## *J. Grancher et J. Comby. Traité des maladies de l'enfance. 2-ое изд. Paris. 1904. Вып. I. Mosson et Cie. 1046 стр. Ц. 22 фр.*

Можно лишь привѣтствовать страну, спросъ въ которой на обширныя спеціальныя руководства такъ великъ, что «Traité des maladies de l'enfance», въ размѣрѣ 5 томовъ съ 4500 стр. разошлось все въ теченіи 6 лѣтъ, и появился уже 1-ый выпускъ 2-го изданія. Изданіе 1-ое выходило подъ редакціей *Grancher*, *Marfan* и *Comby*, 2-ое же выходитъ подъ редакціей только 2-хъ Парижскихъ педіатровъ, такъ какъ *А. Marfan* вмѣстѣ съ проф. *Czerny* и д-ромъ *Keller*'омъ (Бреславль) сталъ издавать прекрасный, исчерпывающій текущую литературу журналъ «Monatsschrift der Kinderheilkunde». Изъ 115 сотрудниковъ 2-го изданія 77 принадлежатъ Франціи, а остальные 38 распредѣляются между спеціалистами Германіи, Австріи, Англіи, Италіи, Испаніи, Америки, Бельгіи, Скандинавіи, Швейцаріи, Бразиліи и Даніи. Выходитъ, что $^2/_3$ сотрудниковъ—французы и только $^1/_3$ ихъ принадлежитъ другимъ національностямъ. Нѣсколько странно поэтому звучитъ фраза въ предисловіи проф. *Grancher*, гдѣ онъ говоритъ, что «les frontières s'abaissent devant la science», такъ какъ болѣзнь есть «l'ennemi commun». Отдавая должную дань энергіи редакторовъ, сотрудниковъ и одного изъ популярнѣй-

[1]) Несомнѣнно, давно уже назрѣла нужда имѣть въ Петербургѣ такое учрежденіе, которое могло-бы помочь провинціальнымъ товарищамъ за короткій срокъ и при удовлетворительной обстановкѣ пріобрѣсти здѣсь побольше знаній. Таковымъ и наиболѣе подходящимъ въ данное время и является «Общество взаимопомощи врачей, пріѣзжающихъ въ Петербургъ для научнаго усовершенствованія», которое съ теченіемъ времени, несомнѣнно, добьется того, что товарищи будутъ оставлять Петербургъ съ чувствомъ полнаго удовлетворенія, но только.... при условіи болѣе активнаго отношенія къ Обществу самихъ товарищей. Въ своемъ докладѣ на послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ «О повторительныхъ курсахъ для врачей» мною было подчеркнуто, что это Общество можетъ содѣйствовать организаціи въ болѣе широкихъ размѣрахъ всевозможныхъ курсовъ, помимо клиническаго Института, но также только при условіи, если врачи, пріѣзжающіе въ Петербургъ учиться, сбросятъ съ себя инертность и возможно используютъ широкій уставъ Общества. Для меня совершенно непонятно стремленіе создавать новое учрежденіе, въ основу котораго легли, напр., такіе §§ (см. правила проэктированнаго собранія преподавателей, ассистентовъ и врачей-слушателей клиническаго Института). § 2. «Членами собранія состоятъ всѣ

шихъ издателей, нельзя пройти молчаніемъ рѣзко бросающуюся въ глаза неравномѣрность объема различныхъ отдѣловъ педіатріи. Непропорціональность эта естественно, обусловлена участіемъ въ такомъ капитальномъ трудѣ многихъ лицъ; но все же было-бы крайне желательно на будущее время избѣгать указаннаго неудобства, вносящаго большой диссонансъ при пользованіи литературнымъ указателемъ книги. Напр., глава 1-ая (*J. Comby*) объ анатомофизіологическихъ особенностяхъ и гигіэнѣ изложена гораздо болѣе сжато и даже неполно, тогда какъ 2-ая глава о дифтеріи (*M. Levestre* и *L. Martin*) совершенно исчерпываетъ вопросъ. Ученіе о скарлатинѣ (*Moizard*) по относительнымъ размѣрамъ уступаетъ трактату о кори (*J. Comby*). Рядъ главъ, составленныхъ одною и при томъ опытною рукою (*J. Comby*), касающихся натуральной и вѣтряной оспы, коклюша, эпидемическаго перипаротита, железистой и эфемерной лихорадки производятъ впечатлѣніе полной равномѣрности. Затѣмъ слѣдуетъ рѣжущее глазъ несоотвѣтствіе между краткой статьей о гриппѣ (*H. Gillet*) и обстоятельнымъ, съ полнымъ библіографическимъ указателемъ, описаніемъ брюшного тифа (*H. Mery*). Приходится очень пожалѣть, что столь большой авторитетъ, какъ проф. *A. Baginsky* участвуетъ самымъ скромнымъ образомъ, описывая на 4 страницахъ болѣзнь *Weil*'я и приводя не большое, но весьма поучительное описаніе наблюдавшейся имъ формы «infectio putrida», происходящей вслѣдствіе попаданія изъ грязной воды при купаніи въ носъ и ротъ, даже желудокъ кишечной палочки и proteus vulgaris. Затѣмъ слѣдуютъ: эпидемическая потница (*J. Hantung*), болотная лихорадка (*L. Concetti*), желтая лихорадка (*Moncorvo* fils), азіатская холера (*P. Duflocq*), чума и dengue (*de Brun*), сапъ (*A. Delcourt*), сибирская язва и лучисто-грибковая болѣзнь (*J. Comby*), бѣшенство (*H. Gillet*), столбнякъ (*J. Renault*), острый сочленовный ревматизмъ (*H. Barbier*), рожа (*L. Renon*), сифилисъ (*P. Gaston*), бугорчатка (*E. Aviragnet*). Какъ главный основатель современнаго взгляда на дѣтскую подагру, *J. Comby* со свойственнымъ ему мастерствомъ излагаетъ ученіе объ артритизмѣ, тучности, худобѣ, мигрени и астмѣ. Сахарнымъ мочеизнуреніемъ (*H. Leroux*) заканчивается отдѣлъ объ общихъ разстройствахъ питанія. Болѣзни крови изложены *H. Audeaud*; хорошо написанная статья снабжена литературнымъ указателемъ. Описаніе кровоточивости принадлежитъ перу *J. Comby*, purpur'ы *H. Barbier*, а дѣтской цынги *Th. Barlow*'у. Болѣзни костной системы (rachitismus, achondroplasia, dysostosis cleido-cranialis congenita, osteopsathyrosis), т. наз. maladies de croissance, отравленіе алкоголемъ, фекальными массами, ядомъ змѣй и укусами насѣкомыхъ описаны *J. Comby*. Статья *Delcourt*'а говоритъ объ остеомаляціи, *Apert*'а—объ инфантилизмѣ, *M. Variot*—объ отравленіи свинцомъ. Наконецъ, проф. Вѣнскаго Университета *Alois Monti* помѣстилъ обстоятельную статью объ отравленіяхъ животнаго, растительнаго происхожденія и наиболѣе употребительными лѣкарствами. Въ корректурномъ отношеніи книга не заслуживаетъ упрека, внѣшняя-же сторона изданія достойна лишь похвалы. Объ одномъ, повторяю, можно пожалѣть: вторично выходящее въ свѣтъ большое руководство страдаетъ какъ разъ излишкомъ націонализма, котораго боялся авторъ предисловія. Проф. *И. Троцкій.*

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

### *LIV. Къ товарищамъ врачамъ выпуска 1879-го года Московскаго Университета.*

30-го мая 1904 г. исполняется 25 лѣтъ со времени окончанія нами курса. Въ этотъ знаменательный для всѣхъ насъ день, конечно, всякій изъ насъ перенесется мыслью къ далекому теперь прошлому, вспомнитъ дорогой намъ всѣмъ Университетъ и всѣхъ тѣхъ товарищей, съ кѣмъ довелось судьбою учиться вмѣстѣ и съ кѣмъ многихъ изъ насъ связываетъ самая искренняя и теплая изъ всѣхъ связей—молодость.

Въ продолженіи послѣднихъ лѣтъ Московскіе товарищи собирались 30-го мая на совмѣстномъ обѣдѣ, и здѣсь не разъ высказывалась мысль, что необходимо чѣмъ либо хорошимъ ознаменовать день окончанія нами курса: Московскіе товарищи просили нѣсколькихъ однокурсниковъ, постоянно живущихъ въ Москвѣ, (*Ѳ. А. Александрова, Д. Д. Дувакина, П. М. Нечаева, П. Ф. Огнева, И. В. Попова* и *А. П. Соколова*), подумать о томъ, какъ и чѣмъ слѣдуетъ запечатлѣть день 25-ти-лѣтія окончанія курса. Эти лица, въ результатѣ переговоровъ съ нѣкоторыми Московскими и провинціальными товарищами, признали желательнымъ нижеслѣдующее:

1) Напечатать въ газетѣ «Русскій Врачъ» это обращеніе, а тѣмъ изъ нихъ, чей адрессъ извѣстенъ, разослать его въ видѣ письма и просить ихъ при томъ дать о себѣ свѣдѣнія,—о своемъ положеніи, службѣ и пр., если пожелаютъ, просить ихъ также прислать свои портреты, для составленія альбома. (Просятъ письма присылать на имя *Ивана Васильевича Попова*, Тріумфальная-Садовая, д. губернской земской Управы).

2) Собрать, по мѣрѣ возможности, сумму, необходимую для учрежденія при медицинскомъ факультетѣ Московскаго Университета или Обществѣ вспоможенія студентамъ небольшой стипендіи или пособія имени врачей выпуска 1879-го года. Желательно было бы, чтобы такая сумма давала $^0/_0$-въ не менѣе 50 р. въ годъ, съ тѣмъ, чтобы было возможно вносить плату за слушаніе лекцій въ продолженіи одного $^1/_2$ годія. (Сборъ предположено производить у *И. Ф. Огнева*. Москва, Университетъ).

3) Собраться всѣмъ желающимъ въ Москвѣ 30-го мая на товарищескомъ обѣдѣ (завѣдуетъ подпиской *Ѳ. А. Александровъ*, Мералявовскій пер., собств. домъ).

Поставляя о сказанномъ въ извѣстность, перечисленныя выше лица надѣются, что предложенія ихъ найдутъ откликъ среди товарищей однокурсниковъ 1879-го года.

### *LV. По поводу открытаго письма г. А. Рубеля ко мнѣ, напечатаннаго въ №№ 14, 15 и 16 „Русскаго Врача“.*

Считаю долгомъ замѣтить, что, не смотря на желаніе г. *А. Рубеля*, во что бы то ни стало, низвести коллегіальное учрежденіе до единоличнаго усмотрѣнія предсѣдателя [1]) и лично полемизировать со мною, послѣ того, какъ санитарная Коммиссія въ своемъ «Отвѣтѣ» отказалась входить съ нимъ въ дальнѣйшее объясненіе, я лично, съ своей стороны, заявляю, что я, ни какъ д-ръ *А. Н. Оппенгеймъ*, ни какъ предсѣдатель санитарной Коммиссіи, ни въ какую полемику съ врачемъ *А. Рубелемъ* никогда не входилъ и вообще не нахожу нужнымъ входить съ нимъ въ таковую. *А. Оппенгеймъ.*

Петербургъ. 20 апрѣля 1904 г.

**LVI.** М. Г! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ. Мы, нижеподписавшіеся, занимавшіеся практическимъ изученіемъ главныхъ болѣзней въ Московской глазной больницѣ въ весеннемъ $^1/_2$-годіи текущаго года, считаемъ своимъ долгомъ выразить нашу глубокую благодарность главному врачу больницы *С. Н. Лажечникову* за любезное разрѣшеніе посѣщать больницу и за объясненія во время пріема больныхъ, и ординаторамъ больницы *Н. Г. Правосуду*, *В. П. Страхову* и *Н. Н. Дислеру* за руководство нами при занятіяхъ и за тѣ въ высшей степени любезныя разъясненія, въ которыхъ мы, благодаря простымъ, чисто товарищескимъ къ намъ отношеніямъ, никогда не чувствовали недостатка. Занимавшіеся-же подъ руководствомъ *Н. Н. Дислера* изученіемъ глазныхъ операцій приносятъ ему особую благодарность и искреннюю признательность за веденіе практическихъ занятій по операціямъ на глазахъ—занятій, которымъ *Н. Н.* всегда съ охотой отдавалъ довольно значительную часть своего времени.

Земскій врачъ Московскаго губернскаго Земства *В. Обуховъ*. Земскій врачъ Мелитопольскаго Земства *Вл. Аристовъ*. Земскій врачъ Новоузенскаго у., Самарской губ. *Н. А. Коганъ*. Земскій врачъ Богородскаго уѣзда, Московской губ. *Н. Фогелевичъ*. Земскій врачъ Владимірскаго губернскаго Земства *Ѳ. Еремичъ*. Земскій врачъ *В. Величкина*. Вольнопрактикующій врачъ *О. Мюнтеръ*. Земскій врачъ Сосницкаго Земства *А. Кураевъ*. Земскій врачъ Ахтырскаго Земства *К. Шимановъ*. Земскій врачъ Макарьевск. у., Костромской губ. *Ал. Груздевъ*. Врачъ *Д. Познатовскій*. Врачъ *Протасовъ*.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

762. Комитетъ Главной Вспомогательной Медицинской Кассы имѣетъ честь просить гг. членовъ пожаловать на *общее Собра-*

---

преподаватели Института, ихъ ассистенты и всѣ врачи-слушатели Института, а также, если пожелаютъ, преподаватели, ведущіе курсы при другихъ больницахъ и научныхъ учрежденіяхъ Петербурга для слушателей Института; въ качествѣ гостей могутъ посѣщать собраніе всѣ врачи по рекомендаціи членовъ, а также бывшіе членами собранія». Почему *всѣ* преподаватели, ихъ ассистенты и *всѣ* врачи-слушатели? зачѣмъ вводить принципъ насилія?—§ 8. «Предсѣдатель комитета, товарищъ его и 2 члена выбираются общимъ собраніемъ, въ октябрѣ каждаго года закрытой баллотировкой на 1 годъ: первые 2 изъ состава профессоровъ Института, вторые 2—изъ состава профессоровъ или ихъ ассистентовъ»…. Почему изъ состава профессоровъ и затѣмъ профессоровъ и ихъ ассистентовъ только Института. Этимъ самымъ исключаются изъ выбора очень уважаемыя лица, которыя не имѣютъ отношенія къ Институту, но много даютъ товарищамъ, у нихъ работающимъ.—§ 9. Предсѣдателемъ Собранія состоитъ лицо, избираемое общимъ собраніемъ закрытой баллотировкой изъ числа профессоровъ Института на 1 годъ»…. Почему изъ профессоровъ Института? И въ особенности § 12. «Всѣ избранныя лица утверждаются въ своихъ должностяхъ г. Попечителемъ Института по представленію г. директора его» и § 20. «Правила для внутренняго распорядка, справочнаго бюро, читальни, столовой и общежитія устанавливаются Общимъ Собраніемъ по докладу комитета и утверждаются попечительнымъ комитетомъ по представленію директора». Послѣдніе 2 параграфа не требуютъ комментарій.—*В. Л.*

[1]) «Отвѣтъ санитарной Коммиссіи» былъ составленъ и редактированъ въ особой под-Коммиссіи изъ 10 членовъ, одобренъ всею санитарною Коммиссіею и посланъ въ редакцію при препроводительной оффиціальной бумагѣ за моею подписью, какъ предсѣдателя, и скрѣпленъ дѣлопроизводителемъ санитарной Коммиссіи д-ромъ *Добровольскимъ*, но это не значитъ, что я и д-ръ *Добровольскій*—авторы этого «Отвѣта» (См. разъясненіе г. редактора «Русскаго Врача» въ № 15). *А. О.*

Digitized by Google

*ніе*, имѣющее быть въ понедѣльникъ 26-го сего апрѣля, въ 8 ч. веч., въ помѣщеніи Петербургскаго Собранія врачей (Владимірскій пр., д. № 16).

763. «Новости» (17 апрѣля) передаютъ, что въ Конференціи В.-Медицинской Академіи обсуждался вопросъ объ *улучшеніи постановки преподаванія зубныхъ болѣзней*. Назначенная для предварительнаго разсмотрѣнія этого вопроса Коммиссія изъ профф. *С. Н. Делицина*, *Г. И. Турнера* и *С. П. Ѳедорова* пришла къ заключенію, что введеніе зубоврачеванія въ кругъ предметовъ, преподаваемыхъ въ Академіи, и постановка этого дѣла соотвѣтственно современному состоянію науки являются назрѣвшей необходимостью, могущей пополнить пробѣлъ въ практической подготовкѣ военныхъ врачей. Для надлежащей постановки преподаванія необходимо, по мнѣнію Коммиссіи, подыскать соотвѣтствующее помѣщеніе (или выстроить новое зданіе), установить опредѣленное вознагражденіе преподавателю зубныхъ болѣзней (преподаваніе теперь ведется однимъ изъ чч. преподавателей Академіи безъ опредѣленнаго вознагражденія) и поставить все дѣло преподаванія подъ ближайшее наблюденіе и руководство одного изъ профессоровъ, ближе стоящихъ къ этому дѣлу. Конференція постановила: вопросъ о расширеніи помѣщенія отложить впредь до освобожденія акушерскаго и хирургическаго отдѣленія Михайловской клинической больницы бар. Вилліе и тогда-же обсудить вопросъ о ближайшемъ наблюденіи за преподаваніемъ дентіатріи; за неимѣніемъ пока другихъ источниковъ для вознагражденія за преподаваніе зубныхъ болѣзней, имѣть въ виду преподавателя этого предмета при распредѣленіи суммы, образующейся отъ некомплекта штатныхъ преподавателей, или же суммы, положенной на вознагражденіе чч. преподавателей спеціальныхъ курсовъ.

764. Въ день освященія акушерско-гинекологической клиники въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ въ Московское Отдѣленіе Общества для усиленія средствъ Института поступило на обзаведеніе этой клиники отъ неизвѣстнаго *пожертвованіе въ 5000 р.* («Новое Время», 13 апрѣля).

765. 18-го апрѣля въ Москвѣ защищалъ диссертацію *М. Н. Благовѣщенскій* на тему—«*Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи содружественнаго косоглазія* (*способъ Рапаʼа*)» («Русскія Вѣдомости», 19 апрѣля).

766. *Полевымъ военно-медицинскимъ инспекторомъ Манчжурской арміи* назначенъ окружной в.-медицинскій инспекторъ Кіевскаго военнаго округа *Э. Ѳ. Горбачевичъ* («Новое Время», 22 апрѣля).

767. Проф. *А. Д. Павловскій*, какъ сообщаетъ «Кіевская Газета» (11 апрѣля), *прикомандированъ къ главному штабу дѣйствующей на Дальнемъ Востокѣ арміи* въ распоряженіе командующаго Маньчжурской арміей.

768. Изъ числа прикомандированныхъ къ В.-Медицинской Академіи для научнаго усовершенствованія военныхъ врачей на дняхъ отправляются на Дальній Востокъ для занятія должностей старшихъ и младшихъ врачей поѣздовъ 17 врачей, въ томъ числѣ врачей-хирурговъ 5 и врачей-терапевтовъ 12. Всего отправлены Академіей на Дальній Востокъ *63 врача* и среди нихъ 15 врачей-терапевтовъ, спеціально ознакомленныхъ съ бактеріологіей и современными способами обеззараживанія («Новости», 12 апрѣля).

769. Отбыли на Дальній Востокъ 14 апрѣля изъ Елизаветграда—отрядъ *плавучаго лазарета* Краснаго Креста на 200 кроватей въ составѣ 1 врача, 10 сестеръ милосердія и 15 санитаровъ; 15 апрѣля изъ Петербурга—*врачебно-санитарный отрядъ* въ составѣ 4 врачей и 10 сестеръ милосердія; 16-го апрѣля изъ Харькова—*отрядъ Краснаго Креста* съ лазаретомъ на 200 кроватей въ составѣ 5 врачей, 15 сестеръ милосердія и 30 санитаровъ и изъ Петербурга 1-ый отрядъ *плавучаго лазарета* Общины имени М. Г. Кауфмана въ составѣ 1 врача, 5 сестеръ милосердія, 5 сидѣлокъ и 19 санитаровъ; 17-го апрѣля изъ Тулы—*отрядъ губернскаго Земства* въ составѣ 4 врачей, 4 фельдшеровъ, 9 сестеръ милосердія и 16 санитаровъ и изъ Риги—*Лифляндскій санитарный отрядъ* на 200 кроватей въ составѣ 5 врачей, 16 сестеръ милосердія и 25 санитаровъ; 18-го апрѣля изъ Петербурга Уссурійскій *санитарный отрядъ* Краснаго Креста въ составѣ 1 врача и 20 санитаровъ; 19-го апрѣля изъ Москвы—бо́льшая часть *дворянскаго санитарнаго отряда* («Новое Время», 15, 17, 18 и 20 апрѣля; «Русскія Вѣдомости», 18-го и 20 апрѣля).

770. Управленіе Либаво-Роменской ж. дороги снаряжаетъ на Дальній Востокъ на пожертвованія служащихъ *лазаретъ на 30 кроватей*.—Администрація Столыпинскихъ минеральныхъ водъ предложила Красному Кресту *безплатное лѣченіе и полное содержаніе* въ теченіи сезона 1904 г. 2 офицерамъ и 8 нижнимъ чинамъ, возвращающимся съ театра военныхъ дѣйствій.—Комитетъ гор. Славянска предложилъ принять на себя *содержаніе 1 или 2 кроватей* въ лазаретахъ Краснаго Креста во все время военныхъ дѣйствій.—Ставропольское городское Управленіе приняло на себя *содержаніе и пользованіе кумысомъ* на мѣстныхъ дачахъ 8 больныхъ, кромѣ 2 больныхъ, содержимыхъ за счетъ города въ лазаретахъ Краснаго Креста («Новое Время», 15 и 18 апрѣля).

771. «Самарская Газета» (16 апрѣля) передаетъ, что при Бузулукской земской больницѣ временно учреждены, на время войны, *курсы для приготовленія сестеръ милосердія* и что врачи Бузулукскаго Земства рѣшили *отчислить* въ пользу семействъ воиновъ, оставшихся безъ поддержки, *2% изъ своего жалованья* на все время войны.

772. Рязанское Общество врачей въ засѣданіи 12-го марта, согласно предложенію предсѣдателя *Ѳ. Ѳ. Милѣева*, постановило: *открыть въ г. Рязани временные курсы для подготовки сестеръ милосердія*; на эти курсы принимать лицъ, имѣющихъ образованіе не ниже 4-хъ классовъ женской гимназіи, института или епархіальнаго училища, а также получившихъ достаточное домашнее образованіе; занятія на курсахъ, какъ практическія, такъ и теоретическія, вести по нормальной программѣ для сестеръ милосердія Общества Краснаго Креста въ теченіи не менѣе 2-хъ мѣсяцевъ. Для завѣдыванія всѣми дѣлами курсовъ учредить особый Комитетъ, въ составъ котораго избраны: *Ѳ. Ѳ. Милѣевъ*, *И. Ѳ. Любимовъ*, *Т. И. Федоровъ*, *Н. Л. Прозоровскій и В. Д. Шефферъ* («Рязанскій Листокъ», 28 марта).

773. Физико-медицинское Общество въ Москвѣ осенью нынѣшняго года празднуетъ *100-лѣтній юбилей* своего существованія («Биржевыя Вѣдомости», 17 апрѣля).

774. 7 іюля исполняется *50-лѣтіе* врачебной дѣятельности главнаго медицинскаго инспектора флота и предсѣдателя Общества охраненія народнаго здравія *В. С. Кудрина* («Биржевыя Вѣдомости», 19 апрѣля).

775. Въ «Журналѣ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*» (№ 1—2) д-ръ *И. Орловъ* дѣлаетъ *сводку отзывовъ*, полученныхъ по возбужденному Правленіемъ Общества вопросу *о взаимныхъ отношеніяхъ между университетскими клиниками и земскими больницами*. Всѣхъ отзывовъ до времени послѣдняго IX Пироговскаго Съѣзда было получено 50 отъ уѣздныхъ земскихъ врачебныхъ организацій 15-и губерній и 3—отъ медицинскихъ факультетовъ Юрьевскаго, Кіевскаго и Одесскаго Университетовъ. Отзывы медицинскихъ факультетовъ мы уже приводили (см. «Русскій Врачъ», 1903, № 25, стр. 946 и № 41, стр. 1450), земскіе-же отзывы распредѣляются на слѣдующія 5 категорій: 1) 22 уѣзда 11-и губерній признали вполнѣ цѣлесообразными, полезными и желательными всѣ постановленія и ходатайства, приведенныя въ докладѣ Коммиссіи, при чомъ нѣкоторыми изъ нихъ выражено желаніе скорѣйшаго осуществленія проэкта; 2) 9 уѣздовъ, кромѣ того, что согласились съ положеніями Коммиссіи, обратили особое вниманіе на облегченіе доступа бѣднымъ больнымъ къ клиническому пользованію; 3) къ слѣдующей группѣ относятся уѣзды, принявшіе докладъ Пироговской Коммиссіи съ тѣми или другими ограниченіями, клонящимися также главнымъ образомъ къ облегченію доступа въ клиники бѣднымъ больнымъ; 4) въ этой категоріи отзывовъ особое вниманіе земскихъ врачебныхъ коллегій обращено было на п. 8 доклада Пироговской Коммиссіи. 1-ая половина этого пункта, принятая уже VIII-мъ Съѣздомъ, трактующая о повторительныхъ курсахъ для врачей, какъ средствѣ распространенія спеціальной, особенно хирургической, помощи въ земскихъ врачебныхъ пунктахъ, признается существенно важною, вполнѣ назрѣвшею потребностью даже тѣми, въ общемъ малочисленными, врачебными группами, которыя относятся къ работѣ Коммиссіи болѣе или менѣе критически. Напротивъ, заключительная часть п. 8, предлагающая для развитія въ земскихъ лѣчебницахъ хирургической дѣятельности поуѣздные или порайонные Съѣзды земскихъ врачей для совмѣстнаго производства операцій въ той или другой земской лѣчебницѣ, при участіи и подъ руководствомъ приглашаемаго ими клиническаго спеціалиста-хирурга, въ значительномъ числѣ земскихъ врачебныхъ коллегій встрѣтила отрицательное отношеніе. Кромѣ сказаннаго, въ этой категоріи имѣются и такіе отзывы: *Екатеринбургскій* Съѣздъ врачей не нашелъ возможнымъ высказаться по п.п. 1—7, такъ какъ, въ виду отдаленности университетскихъ городовъ, взаимныхъ отношеній между клиниками и земскими лѣчебницами не существуетъ, и поэтому опыта у врачей для рѣшенія даннаго вопроса нѣтъ; п.-же 8 Съѣздъ охотно принимаетъ и присоединяется въ этомъ отношеніи къ докладу Коммиссіи. *Прилукская* Коммиссія врачей признала предложенія Пироговскаго Общества во многихъ отношеніяхъ весьма желательными, но, къ сожалѣнію, при современномъ состояніи земской медицины, обусловленномъ, въ числѣ прочихъ причинъ, и 3%-ми предѣльной нормы земскаго обложенія, неудобоисполнимыми. *Шадринскій* врачебный Съѣздъ постановилъ докладъ Коммиссіи просто «принять къ свѣдѣнію». 5) Въ эту главу выдѣлены отзывы уѣздныхъ коллегій, развивающіе современное положеніе о хирургической и вообще спеціальной врачебной дѣятельности земскихъ лѣчебницъ по поводу главнымъ образомъ заключительной части п. 8 доклада Пироговской Коммиссіи. *Сердобская* санитарная Коммиссія считаетъ устройство порайонныхъ Съѣздовъ съ приглашеніемъ на нихъ для руководительства клиническихъ врачей неудобнымъ за трудностью ихъ организаціи. Хирургическая помощь въ земскихъ лѣчебницахъ безусловно должна существовать. Для этого необходимы практическіе повторительные курсы на счетъ земства при университетскихъ клиникахъ или столичныхъ и губернскихъ больницахъ. *Псковскій* санитарный Совѣтъ высказался за желательность установить взаимныя отношенія на указанныхъ въ докладѣ основаніяхъ между клиниками и губернской больницею, такъ какъ больные, интересующіе клиники, мѣстными земскими врачами направляются въ нее, какъ обладающую большимъ числомъ врачебнаго персонала и потому имѣющую возможность оказывать помощь больнымъ, требующимъ сложныхъ операцій и лѣченія. *Константиноградскій* земско-медицинскій Совѣтъ принялъ мнѣніе санитарнаго врача *А. А. Говсѣева*, по которому съ 1-ой половиной п. 8 можно вполнѣ согласиться, но повторительные курсы безусловно должно организовать не при клиникахъ, а при спеціальныхъ институтахъ, на подобіе Еленинскаго, въ виду переполненія послѣдняго. Вмѣстѣ

Digitized by Google

шихъ издателей, нельзя пройти молчаніемъ рѣзко бросающуюся въ глаза неравномѣрность объема различныхъ отдѣловъ педіатріи. Непропорціональность эта естественно, обусловлена участіемъ въ такомъ капитальномъ трудѣ многихъ лицъ; но все же было-бы крайне желательно на будущее время избѣгать указаннаго неудобства, вносящаго большой диссонансъ при пользованіи литературнымъ указателемъ книги. Напр., глава 1-ая (*J. Comby*) объ анатомофизіологическихъ особенностяхъ и гигіенѣ изложена гораздо болѣе сжато и даже неполно, тогда какъ 2-ая глава о дифтеріи (*M. Levestre* и *L. Martin*) совершенно исчерпываетъ вопросъ. Ученіе о скарлатинѣ (*Moizard*) по относительнымъ размѣрамъ уступаетъ трактату о кори (*J. Comby*). Рядъ главъ, составленныхъ одною и при томъ опытною рукою (*J. Comby*), касающихся натуральной и вѣтряной оспы, коклюша, эпидемическаго перипаротита, железистой и эфемерной лихорадки производятъ впечатлѣніе полной равномѣрности. Затѣмъ слѣдуетъ рѣжущее глазъ несоотвѣтствіе между краткой статьей о гриппѣ (*H. Gillet*) и обстоятельнымъ, съ полнымъ библіографическимъ указателемъ, описаніемъ брюшного тифа (*H. Mery*). Приходится очень пожалѣть, что столь большой авторитетъ, какъ проф. *A. Baginsky* участвуетъ самымъ скромнымъ образомъ, описывая на 4 страницахъ болѣзнь *Weil*'я и приводя не большое, но весьма поучительное описаніе наблюдавшейся имъ формы «infectio putrida», происходящей вслѣдствіе попаданія изъ грязной воды при купаніи въ носъ и ротъ, даже желудокъ кишечной палочки и proteus vulgaris. Затѣмъ слѣдуютъ: эпидемическая потница (*J. Hantung*), болотная лихорадка (*L. Concetti*), желтая лихорадка (*Moncorvo* fils), азіатская холера (*P. Duflocq*), чума и dengue (*de Brun*), сапъ (*A. Delcourt*), сибирская язва и лучисто-грибковая болѣзнь (*J. Comby*), бѣшенство (*H. Gillet*), столбнякъ (*J. Renault*), острый сочленовный ревматизмъ (*H. Barbier*), рожа (*L. Renon*), сифилисъ (*P. Gaston*), бугорчатка (*E. Aviragnet*). Какъ главный основатель современнаго взгляда на дѣтскую подагру, *J. Comby* со свойственнымъ ему мастерствомъ излагаетъ ученіе объ артритизмѣ, тучности, худобѣ, мигрени и астмѣ. Сахарнымъ мочеизнуреніемъ (*H. Leroux*) заканчивается отдѣлъ объ общихъ разстройствахъ питанія. Болѣзни крови изложены *H. Audeaud*; хорошо написанная статья снабжена литературнымъ указателемъ. Описаніе кровоточивости принадлежитъ перу *J. Comby*, purpur'ы *H. Barbier*, а дѣтской цынги *Th. Barlow*'у. Болѣзни костной системы (rachitismus, achondroplasia, dysostosis cleido-cranialis congenita, osteopsathyrosis), т. наз. maladies de croissance, отравленіе алкоголемъ, фекальными массами, ядомъ змѣй и укусами насѣкомыхъ описаны *J. Comby*. Статья *Delcourt*'а говоритъ объ остеомаляціи, *Apert*'а—объ инфантилизмѣ, *M. Variot*—объ отравленіи свинцомъ. Наконецъ, проф. Вѣнскаго Университета *Alois Monti* помѣстилъ обстоятельную статью объ отравленіяхъ животнаго, растительнаго происхожденія и наиболѣе употребительными лѣкарствами. Въ корректурномъ отношеніи книга не заслуживаетъ упрека, внѣшняя-же сторона изданія достойна лишь похвалы. Объ одномъ, повторяю, можно пожалѣть: вторично выходящее въ свѣтъ большое руководство страдаетъ какъ разъ излишкомъ національзма, котораго боялся авторъ предисловія. Проф. *И. Троицкій*.

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

## *LIV. Къ товарищамъ врачамъ выпуска 1879-го года Московскаго Университета.*

30-го мая 1904 г. исполняется 25 лѣтъ со времени окончанія нами курса. Въ этотъ знаменательный для всѣхъ насъ день, конечно, всякій изъ насъ перенесется мыслью къ далекому теперь прошлому, вспомнитъ дорогой намъ всѣмъ Университетъ и всѣхъ тѣхъ товарищей, съ кѣмъ довелось судьбою учиться вмѣстѣ и съ кѣмъ многихъ изъ насъ связываетъ самая искренняя и теплая изъ всѣхъ связей—молодость.

Въ продолженіи послѣднихъ лѣтъ Московскіе товарищи собирались 30-го мая на совмѣстномъ обѣдѣ, и здѣсь не разъ высказывалась мысль, что необходимо чѣмъ либо хорошимъ ознаменовать день окончанія нами курса: Московскіе товарищи просили нѣсколькихъ однокурсниковъ, постоянно живущихъ въ Москвѣ, (*Ѳ. А. Александрова, Д. Д. Дувакина, П. М. Нечаева, П. Ѳ. Огнева, И. В. Попова* и *А. П. Соколова*), подумать о томъ, какъ и чѣмъ слѣдуетъ запечатлѣть день 25-ти-лѣтія окончанія курса. Эти лица, въ результатѣ переговоровъ съ нѣкоторыми Московскими и провинціальными товарищами, признали желательнымъ нижеслѣдующее:

1) Напечатать въ газетѣ «Русскій Врачъ» это обращеніе, а тѣмъ изъ нихъ, чей адрессъ извѣстенъ, разослать его въ видѣ письма и просить ихъ при томъ дать о себѣ свѣдѣнія,—о своемъ положеніи, службѣ и пр., если пожелаютъ, просить ихъ также прислать свои портреты, для составленія альбома. (Просятъ письма присылать на имя *Ивана Васильевича Попова*, Тріумфальная-Садовая, д. губернской земской Управы).

2) Собрать, по мѣрѣ возможности, сумму, необходимую для учрежденія при медицинскомъ факультетѣ Московскаго Университета или Обществѣ вспоможенія студентамъ небольшой стипендіи или пособія имени врачей выпуска 1879-го года. Желательно было бы, чтобы такая сумма давала %-въ не менѣе 50 р. въ годъ, съ тѣмъ, чтобы было возможно вносить плату за слушаніе лекцій въ продолженіи одного $1/2$ годія. (Сборъ предположено производить у *И. Ѳ. Огнева*. Москва, Университетъ).

3) Собраться всѣмъ желающимъ въ Москвѣ 30-го мая на товарищескомъ обѣдѣ (завѣдуетъ подпиской *Ѳ. А. Александровъ*, Мераляковскій пер., собств. домъ).

Поставляя о сказанномъ въ извѣстность, перечисленныя выше лица надѣются, что предложенія ихъ найдутъ откликъ среди товарищей однокурсниковъ 1879-го года.

## *LV. По поводу открытаго письма г. А. Рубеля ко мнѣ, напечатаннаго въ №№ 14, 15 и 16 „Русскаго Врача“.*

Считаю долгомъ замѣтить, что, не смотря на желаніе г. *А. Рубеля*, во что бы то ни стало, низвести коллегіальное учрежденіе до единоличнаго усмотрѣнія предсѣдателя [1]) и лично полемизировать со мною, послѣ того, какъ санитарная Коммиссія въ своемъ «Отвѣтѣ» отказалась входить съ нимъ въ дальнѣйшее объясненіе, я лично, съ своей стороны, заявляю, что я, ни какъ д-ръ *А. Н. Оппенгеймъ*, ни какъ предсѣдатель санитарной Коммиссіи, ни въ какую полемику съ врачемъ *А. Рубелемъ* никогда не входилъ и вообще не нахожу нужнымъ входить съ нимъ въ таковую. *А. Оппенгеймъ*.

Петербургъ. 20 апрѣля 1904 г.

**LVI.** М. Г! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ. Мы, нижеподписавшіеся, занимавшіеся практическимъ изученіемъ главныхъ болѣзней въ Московской глазной больницѣ въ весеннемъ $1/2$-годіи текущаго года, считаемъ своимъ долгомъ выразить нашу глубокую благодарность главному врачу больницы *С. Н. Лажечникову* за любезное разрѣшеніе посѣщать больницу и за объясненія во время пріема больныхъ, и ординаторамъ больницы *Н. Г. Правосуду*, *В. П. Страхову* и *Н. Н. Дислеру* за руководство нами при занятіяхъ и за тѣ въ высшей степени любезныя разъясненія, въ которыхъ мы, благодаря простымъ, чисто товарищескимъ къ намъ отношеніямъ, никогда не чувствовали недостатка. Занимавшіеся-же подъ руководствомъ *Н. Н. Дислера* изученіемъ глазныхъ операцій приносятъ ему особую благодарность и искреннюю признательность за веденіе практическихъ занятій по операціямъ на глазахъ—занятій, которымъ *Н. Н.* всегда съ охотой отдавалъ довольно значительную часть своего времени.

Земскій врачъ Московскаго губернскаго Земства *В. Обуховъ*. Земскій врачъ Мелитопольскаго Земства *Вл. Аристовъ*. Земскій врачъ Новоузенскаго у., Самарской губ. *Н. А. Коганъ*. Земскій врачъ Богородскаго уѣзда, Московской губ. *Н. Фогелевичъ*. Земскій врачъ Владимірскаго губернскаго Земства *Ѳ. Еремичъ*. Земскій врачъ *В. Величкина*. Вольнопрактикующій врачъ *О. Мюнтеръ*. Земскій врачъ Сосницкаго Земства *А. Кураевъ*. Земскій врачъ Ахтырскаго Земства *К. Шимановъ*. Земскій врачъ Макарьевск. у., Костромской губ. *Ал. Груздевъ*. Врачъ *Д. Рознатовскій*. Врачъ *Протасовъ*.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

762. Комитетъ Главной Вспомогательной Медицинской Кассы имѣетъ честь просить гг. членовъ пожаловать на *общее Собра-*

преподаватели Института, ихъ ассистенты и всѣ врачи-слушатели Института, а также, если пожелаютъ, преподаватели, ведущіе курсы при другихъ больницахъ и научныхъ учрежденіяхъ Петербурга для слушателей Института; въ качествѣ гостей могутъ посѣщать собраніе всѣ врачи по рекомендаціи членовъ, а также бывшіе членами собранія». Почему *всѣ* преподаватели, ихъ ассистенты и *всѣ* врачи-слушатели? зачѣмъ вводить принципъ насилія?—§ 8. «Предсѣдатель комитета, товарищъ его и 2 члена выбираются общимъ собраніемъ, въ октябрѣ каждаго года закрытой баллотировкой на 1 годъ: первые 2 изъ состава профессоровъ Института, вторые 2—изъ состава профессоровъ или ихъ ассистентовъ».... Почему изъ состава профессоровъ и затѣмъ профессоровъ и ихъ ассистентовъ только Института. Этимъ самымъ исключаются изъ выбора очень уважаемыя лица, которыя не имѣютъ отношенія къ Институту, но много даютъ товарищамъ, у нихъ работающимъ.—§ 9. Предсѣдателемъ Собранія состоитъ лицо, избираемое общимъ собраніемъ закрытой баллотировкой изъ числа профессоровъ Института на 1 годъ».... Почему изъ профессоровъ Института? И въ особенности § 12. «Всѣ избранныя лица утверждаются въ своихъ должностяхъ г. Попечителемъ Института по представленію г. директора его» и § 20. «Правила для внутренняго распорядка, справочнаго бюро, читальни, столовой и общежитія устанавливаются Общимъ Собраніемъ по докладу комитета и утверждаются попечительнымъ комитетомъ по представленію директора». Послѣдніе 2 параграфа не требуютъ комментарій.—*В. Л.*

[1]) «Отвѣтъ санитарной Коммиссіи» былъ составленъ и редактированъ въ особой под-Коммиссіи изъ 10 членовъ, одобренъ всею санитарною Коммиссіею и посланъ въ редакцію при препроводительной оффиціальной бумагѣ за моею подписью, какъ предсѣдателя, и скрѣпленъ дѣлопроизводителемъ санитарной Коммиссіи д-ромъ *Добровольскимъ*, но это не значитъ, что я и д-ръ *Добровольскій*—авторы этого «Отвѣта» (См. разъясненіе г. редактора «Русскаго Врача» въ № 15). *А. О.*

Digitized by Google

(№ 3) д-ръ *П. Н. Рудневъ* сообщаетъ, что въ с. Н. Кулаткѣ, Хвалынскаго уѣзда, появились *массовыя заболѣванія цынгой*, которыя слѣдуетъ объяснить *недоѣданіемъ*.

789. Самарская *Pasteur*'овская станція почему-то сильно запаздываетъ выпускомъ отчетовъ о своей дѣятельности. Изъ напечатаннаго въ «Архивѣ біологическихъ наукъ» (1903 г., т. X, № 3) *отчета по Pasteur'овской станціи Самарскаго губернскаго Земства за 1899 г. П. П. Крылова*, видно, что въ отчетномъ году лѣчились на этой станціи 815 чел., изъ нихъ 382 мужчинъ, 223 женщинъ и 210 дѣтей. Лѣченію подвергались: 763 укушенныхъ бѣшеными собаками, 43 приходившихъ въ соприкосновеніе съ больными животными и 9 укушенныхъ здоровыми собаками, какъ выяснилось впослѣдствіи повѣрочными опытами. Въ 38 случаяхъ (4%) бѣшенство кусавшихъ животныхъ было удостовѣрено экспериментально, въ 20 (2%) оно было также несомнѣнно вслѣдствіе одновременнаго заболѣванія укушеннаго тѣмъ-же животнымъ другого человѣка или животныхъ, въ 405 сл. (51%) удостовѣрено вскрытіями, а въ остальныхъ 300 сл. только подозрѣвалось. Укусы были нанесены 669 разъ собаками, 42 раза кошками, 24 раза лошадьми, 19 разъ волками и 9 разъ другими кусающимися животными. Раны были прижжены только въ 146 случаяхъ. Наибольшее число больныхъ поступили въ возрастѣ отъ 10 до 20 л. (195 чел.) и отъ 20 до 30 л. (143). Въ 1-ую недѣлю послѣ укуса поступили 289 (36%), во 2-ую—276 (36%), въ 3-ью—118 (15%), въ 4-ую 36 (4%); остальные 44 укушенныхъ обратились на станцію въ разное время послѣ укуса—отъ 5 недѣль до 7 мѣс. 10 дней. Больше всего обращались за лѣченіемъ изъ Пензенской губ.—109 чел. (13,7%), изъ Оренбургской—112 (13%), изъ Самарской—96 (11,7%), изъ Тобольской—89 (11%), изъ Уфимской—77 (9,5%), изъ Томской и Казанской—по 62 (7,6%), изъ г. Самары—42 (5,1%); остальное число больныхъ дали губерніи и области Сибирскія. Лѣчились по 12 дней 467 чел., по 17—325; прервали лѣченіе 4 вслѣдствіе заболѣванія водобоязнью, 3—вслѣдствіе укушенія здоровыми животными и 16—по собственному желанію. Смертность послѣ и во время прививокъ въ теченіи 1897 и 1898 гг., судя по отчету, была такая: въ 1897 г. умерли всего 11 чел. (0,96%), изъ нихъ 6 (0,53%) послѣ 15 дней по окончаніи прививокъ; въ 1898 г.—13 (1,21%), изъ нихъ 5 (0,47%) послѣ 15 дней по окончаніи прививокъ. Зачаточный періодъ для лицъ, подвергавшихся прививкамъ, былъ различенъ; напр., въ 1897 г. во время прививокъ онъ былъ въ 19, 20, 25 и 38 дней, по истеченіи 15 дней—въ 30, 45, 46 и 180 дней; въ 1898 г. ранѣе 15 дней по окончаніи прививокъ—въ 29, 38 и 47 дней, послѣ—въ 40, 50, 63 и 130 дней.

790. «Сибирскій Вѣстникъ» (4 апрѣля) передаетъ, что въ Симферополѣ недавно произведенъ былъ санитарный осмотръ табачныхъ фабрикъ, при чемъ было установлено *почти повсемѣстное неудовлетворительное ихъ состояніе*.

791. «Нижегородскій Листокъ» (9 апрѣля) сообщаетъ, что на Пасхѣ въ колоніи Машевской, близь Плоцка, *послѣ употребленія колбасъ и ветчины отравилась цѣлая семья*. 3 изъ заболѣвшихъ умерли черезъ нѣсколько часовъ, 4-ый—на другой день. Какъ оказалось при изслѣдованіи, всѣ окорока и колбасы переполнены были трихинами.

792. *2-ой Международный Съѣздъ по школьной гигіенѣ назначенъ* въ Лондонѣ въ 1907 г., а 3-ій—въ Парижѣ.

793. Проф. *И. И. Мечниковъ* прочелъ въ «Institut général psychologique» въ Парижѣ лекцію *«О психическихъ зачаткахъ человѣка»*. Въ этой лекціи онъ, между прочимъ, коснулся вопроса о сомнамбулизмѣ и истеріи и высказалъ тотъ взглядъ, что въ этихъ своеобразныхъ психическихъ состояніяхъ сказывается до нѣкоторой степени атавизмъ въ смыслѣ обнаруженія человѣкомъ такихъ способностей (чрезвычайная ловкость, чуткость), которые присущи его отдаленнымъ зоологическимъ предкамъ. По мнѣнію *И. И. Мечникова*, изученіе сравнительной психофизіологіи и вообще зачатковъ психическихъ отправленій у предковъ человѣка можетъ пролить не мало свѣта на многіе неясные вопросы психологіи.

794. Съ января текущаго года началъ выходить въ Германіи *новый 2-недѣльный медицинскій журналъ «Zeitschrift für aerztliche Fortbildung»*. Редакторомъ состоитъ проф. *Kutner* (Berlin). Задача новаго медицинскаго органа — содѣйствовать дальнѣйшему усовершенствованію врачей посредствомъ печатанія критическихъ обзоровъ, клиническихъ лекцій и руководящихъ статей выдающихся клиницистовъ и ученыхъ. Подписная цѣна 8 мар. въ годъ.

795. Въ Heidelberg'ѣ, на частныя пожертвованія строится *Институтъ для изслѣдованія раковыхъ заболѣваній* («Medicinische Blätter», 21 апрѣля).

796. Германское Министерство народнаго просвѣщенія отклонило *ходатайство проф. Neisser'a* (Breslau) о выдачѣ ему пособія на пріобрѣтеніе человѣкоподобныхъ обезьянъ для производства надъ ними *опытовъ по прививкѣ сифилиса*. 20 такихъ обезьянъ, стоимостью отъ 900 до 1500 мар. каждая, пріобрѣтены уже проф. *Neisser*'омъ на собственный счетъ («Medicinische Blätter», 21 апрѣля).

797. *Число изучающихъ медицину во Франціи* достигло въ нынѣшнемъ году 6686 чел., изъ которыхъ 6115—французы. Изъ общей цифры 3496 чел. учатся въ Парижѣ, 958 въ Lyon'ѣ, 654 въ Bordeaux, 552 въ Montpellier. Изъ 571 иностранцевъ 197 явились изъ Персіи, 89 изъ Турціи, 63 изъ Болгаріи и 57 изъ Румыніи. Въ общее число не вошли 202 студентки-француженки и 64 иностранки. Фармацію изучаютъ 3014 чел., въ томъ числѣ 23 иностранца и 76 женщинъ («Le Concours médical», 23 апрѣля).

798. Въ «Le Concours médical» (23 апрѣля) напечатано весьма характерное для нашего «прогрессивнаго вѣка» *письмо* одного *врача*, полученное дамой, его кліенткой, и переданное ею корреспонденту газеты. Въ отчаяніи отъ того, что больная не можетъ переносить его лѣкарствъ, врачъ этотъ указывалъ ей, что въ такомъ случаѣ можетъ помочь только магнетизмъ или — молитвы. Далѣе приводится адрессъ лѣчащаго молитвами аббата Julio въ Vincennes'ѣ и указывается, что авторъ знаетъ лицъ, которыя видѣли у этого аббата больныхъ, вылѣченныхъ имъ отъ рака. Для полученія совѣта требуется послать цѣлителю прядь волосъ, кусокъ бѣлья, которымъ покрывалась больная грудь не менѣе сутокъ, и... 10 фр.

799. По свѣдѣніямъ «The Lancet» (23 апрѣля), *Японскія войска въ Кореѣ страдаютъ отъ болѣзни, напоминающей бери-бери*. Эпидемія этой болѣзни среди Японскихъ рабочихъ на островахъ Фиджи въ 1894 г. дала, напоминаетъ газета, 65 случаевъ смерти на 268 заболѣвшихъ изъ 300 (общее число) рабочихъ.

800. *Руководимая Schweninger'омъ окружная больница Gross-Lichterfelde не помѣщена въ списокъ тѣхъ учрежденій, которыя уполномочены принимать молодыхъ медиковъ для работы въ теченіи «практическаго года»*. Обстоятельство это, разумѣется, очень не по вкусу друзьямъ и покровителямъ *Sch.*, одинъ изъ которыхъ, ландратъ Stubenrauch, недавно въ публичной рѣчи выразилъ свою готовность хлопотать объ устраненіи этой «несправедливости». Но «Deutsche medicinische Wochenschrift» (21 апрѣля), передавая объ этомъ, надѣется, что г-ну *Sch.* всё-таки не будетъ разрѣшено изъ года въ годъ обучать молодыхъ практикантовъ презрѣнію къ ненавистной ему «школьной медицинѣ».

801. Прежніе и нынѣшніе ученики профф. *Erwin'a Bälz'a* и *Julius'a Scriba* въ Токіо, много лѣтъ посвятившихъ обученію медицинѣ Японскаго юношества, открыли подписку на постановку передъ новымъ зданіемъ медицинскаго факультета въ Токіо *бюстовъ этихъ 2-хъ врачей*; изготовлены бюсты Японскими художниками («Medicinische Blätter», 21 апрѣля).

802. О *міровомъ потребленіи хинина* могутъ дать нѣкоторое понятіе слѣдующія цифры, приводимыя въ «Gazzetta degli ospedali e delle cliniche» (21 апрѣля) и относящіяся всѣ къ 1902 г. Madras'ская правительственная фабрика приготовила за этотъ годъ 15711 ф. хинина, Bengal'ская 11927, островъ Ява далъ 43750 ф.; кромѣ того, за тотъ же годъ Ява вывезла 1472600 ф. хинной коры, Индія 2020000, Цейлонъ 407000, Южная Америка 775000 и Африка 179892 — всего 18.000000 ф. коры или *около 861812 фунтовъ хинина*. Такимъ образомъ общее производство послѣдняго достигло 1.000000 ф. приблизительно. Выдѣлкою алкалоида занимаются 20 фабрикъ: 5 во Франціи, 3 въ Англіи, 2 въ Германіи, 2 въ Италіи, 4 въ Америкѣ и по 1 въ Голландіи, на Явѣ, въ Bengal'ѣ и въ Madras'ѣ.

803. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal» и «The Lancet», 23 апрѣля). Въ Индіи за недѣлю по 19 марта умерли отъ чумы 40527 чел. (противъ 29236 въ прошломъ году), въ томъ числѣ 849 умершихъ далъ городъ Bombay (противъ 925 за недѣлю по 12 марта), 7687 (8504) Bombay'скій округъ, 295 (230) Calcutta, 4797 (4386) Bengal, 9427 (8504) Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 10174 (6431) Punjab, 2804 (2290) Центральныя провинціи, 1640 (955) Центральная Индія, 1033 (631) Rajputana, 526 (405) Kashmir. Въ Bombay'скомъ округѣ въ теченіи марта заболѣли 42410 чел. и умерли 31288; 7 случаевъ заболѣваній и 1 смерти падаютъ на европейцевъ. Южная Африка: въ Port-Elizabeth'ѣ за недѣлю по 19 и 26 марта отмѣчено 1 и 0 заболѣваній, столько-же случаевъ смерти, и 6 больныхъ чумой оставались на лѣченіи; въ Johannesburg'ѣ, по телеграммѣ отъ 9 апрѣля, по это число отмѣчено 154 случая заболѣваній (18 среди европейцевъ) и 72 смерти (7), а къ 13 апрѣля 157 (19) и 74 (8). Въ Hong-Kong'ѣ за недѣли по 2 и 9 апрѣля заболѣли 3 и 3 и столько-же умерли. На островѣ св. Маврикія за недѣли по 10, 17, 24, 31 марта и 7 и 14 апрѣля случаевъ заболѣванія было 3, 2, 0, 0, 2, 3, а смерти 0, 0, 0, 0, 3 и 2. Перу: 1 апрѣля 40 больныхъ чумой имѣлись въ Lima, да 2 свѣжихъ случая обнаружено тамъ-же 7 апрѣля. Чили: по извѣстіямъ оттуда, чума держится въ Santiago.

804. «The British Medical Journal» (23 апрѣля) передаетъ, что *въ Швеціи и Португаліи открыты ураніевыя руды*, содержащія радій.

805. *Умерли:* 1) Въ Люблинѣ *Богумилъ Мартыновичъ Паціорковскій* («Przegląd lekarski», 23 апрѣля), родившійся въ 1849 г., а званіе врача получившій въ 1875 г.—2) Въ Одессѣ старшій врачъ Одесскаго пѣхотнаго юнкерскаго училища *Иванъ Александровичъ Гороховъ* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 18 апрѣля).—3) 10-го апрѣля въ Севастополѣ, отъ остеосаркомы лѣвой подвздошной кости, старшій врачъ 32-го экипажа Черноморскаго флота *Гавріилъ Николаевичъ Гривцовъ*, родившійся въ 1860 г., а званіе врача получившій въ 1883 г. Послѣ покойнаго осталась вдова и 3 дѣтей. *Г. Н.* былъ очень свѣдущимъ врачемъ и пользовался въ Черноморскомъ флотѣ извѣстностью хорошаго спеціалиста по венерическимъ и накожнымъ болѣзнямъ (Сообщено д-ромъ *А. Г. Золотаревымъ*).

Digitized by Google

съ тѣмъ д-ръ *Говсѣевъ* рѣшительно высказался противъ заключительной части п. 8. Хирургія весьма высоко поставлена въ значительномъ числѣ земствъ, а потому нѣтъ положительно никакой необходимости въ приглашеніи клиническаго спеціалиста-хирурга. Гораздо болѣе цѣлесообразной мѣрой было-бы предоставленіе со стороны земства возможности ежегодно нѣсколькимъ участковымъ врачамъ проводить по мѣсяцу въ какой-либо наилучше обставленной (изъ числа ближайшихъ) земской больницѣ для практики въ хирургіи, независимо отъ полагающагося врачамъ отпуска и 3-мѣсячной командировки для научнаго усовершенствованія. Отрицая возможность использованія клиникъ для научнаго усовершенствованія врачей, д-ръ *А. А. Говсѣевъ* также отрицательно относится и къ пользованію клиническимъ лѣченіемъ бѣдныхъ земскихъ больныхъ, для которыхъ должны быть устраиваемы не клиники, а больницы. Клиника не должна преслѣдовать двоякой цѣли—филантропической и педагогической, иначе не будетъ достигнута ни одна изъ нихъ. Совѣщаніе врачей *Елисаветградскаго* уѣзда признало установленіе связи между земскими лѣчебницами и клиниками для отправки въ послѣднія больныхъ въ принципѣ вполнѣ желательнымъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ оно сочло необходимымъ отмѣтить, что возбужденіе этого вопроса нѣсколько запоздало. Потребность у земской медицины въ особой спеціальной помощи извнѣ уменьшается. Благодаря научнымъ командировкамъ, земскіе врачи сверхъ знанія общей медицины, въ силу убѣжденія въ необходимости, усваиваютъ 1 или 2 спеціальности. Земство все болѣе и болѣе улучшаетъ постановку медицинскаго дѣла, и въ «недалекомъ будущемъ земская медицина предоставитъ населенію доступную всеобщую медицинскую помощь на мѣстѣ».—Д-ръ *Орловъ* на основаніи обзора всѣхъ отзывовъ пришелъ къ ряду выводовъ, которые были представлены на обсужденіе IX Пироговскаго Съѣзда, но, за неимѣніемъ времени, не были имъ разсмотрѣны. Общеніе университетскихъ клиникъ и земскихъ лѣчебницъ признается желательнымъ какъ въ научномъ отношеніи—для болѣе обстоятельнаго клиническаго изученія болѣзней, такъ и въ практическомъ—для всесторонней помощи больнымъ, находящимся на попеченіи земскихъ врачей. Въ виду всѣхъ изложенныхъ выводовъ земство, по мнѣнію автора, должно ходатайствовать передъ правительствомъ: а) объ установленіи безплатнаго проѣзда по желѣзнымъ дорогамъ для бѣдныхъ больныхъ, направляемыхъ въ клиники земскими врачами, хотя-бы съ добавленіемъ къ вышеозначенному новаго условія—отправки по совѣщанію не менѣе 2-хъ врачей, или-же, по крайней мѣрѣ, объ удешевленіи тарифа на проѣздъ такихъ больныхъ по примѣру укушенныхъ; б) объ увеличеніи средствъ, ассигнуемыхъ на клиники, для улучшенія преподаванія студентамъ, въ цѣляхъ котораго весьма важно, чтобы клиники работали круглый годъ; в) объ учрежденіи въ университетскихъ городахъ нѣсколькихъ Институтовъ для научнаго усовершенствованія врачей, по образцу Еленинскаго въ Петербургѣ.

776. Общая *сумма расходовъ гор. Москвы на врачебно-санитарную часть по смѣтѣ 1904 г.* составляетъ 3744877 р. 82 коп. или около 18,5% всего городского бюджета (20153134 р. 52 коп.). На содержаніе больницъ изъ этой суммы приходится 2447362 р. Въ приведенную общую сумму расходовъ не вошли еще нѣкоторые, имѣющіе характеръ общихъ санитарныхъ мѣръ; сюда относятся: ветеринарный надзоръ и амбуляторіи для животныхъ—22255 р., истребленіе бродячихъ собакъ—7400 р., свалки нечистотъ—88240 р., ассенизаціонный обозъ—234840 р., общественные ретирады и писсуары—24360 р. и, наконецъ, канализація—891559 р. 65 коп. («Извѣстія Московской городской Думы», № 2).

777. Съ начала текущаго года въ Варшавѣ сталъ выходить новый ежемѣсячный польскій врачебный журналъ—«*Ginekologia*» подъ редакціей д-ра *Ч. Станкевича*.

778. Д-ръ *Г. И. Штернъ* въ «*Отчетѣ о научной командировкѣ*» («Врачебно-санитарная хроника Воронежской губ.», № 2) подробно описываетъ имѣющіеся въ Berlin'ѣ курсы для усовершенствованія врачей и въ заключеніе высказываетъ слѣдующія пожеланія: «Вмѣсто ходатайства объ открытіи повторительныхъ курсовъ для врачей при университетахъ, намъ надлежитъ взять примѣръ съ Германіи, гдѣ устройство курсовъ является дѣломъ Общества чч. преподавателей и профессоровъ; для этого необходимо: 1) желаніе чч. преподавателей и профессоровъ придти на помощь врачамъ, нуждающимся въ освѣженіи и пополненіи своихъ знаній, и 2) чтобы клиники, госпитали, анатомическіе театры и пр. были открыты и во время каникулъ (какъ это и водится за границей) и предоставлялись-бы въ распоряженіе преподавателей предполагаемыхъ курсовъ для врачей на время каникулъ (Ferienkurse). Мнѣ кажется своевременнымъ и вполнѣ цѣлесообразнымъ устройство подобныхъ Ferienkurse, и поэтому я выражаю пожеланіе о томъ, чтобы гг. профессора и чч. преподаватели возможно скорѣе проявили иниціативу въ дѣлѣ открытія подобныхъ курсовъ».

779. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (15 апрѣля), Академія наукъ возбудила передъ морскимъ министерствомъ ходатайство о назначеніи семьѣ погибшаго на эскадренномъ броненосцѣ «Петропавловскъ» старшаго врача *А. Н. Волковичи усиленной пенсіи* не только какъ семьѣ морского врача, погибшаго при исполненіи служебныхъ обязанностей, но и какъ семьѣ ученаго, много потрудившагося для науки, принимавшаго, между прочимъ, дѣятельное участіе въ Шпицбергенской экспедиціи.

780. XXXVII очередное Саратовское губернское земское Собраніе возбуждало ходатайство по вопросу *объ обеззараживаніи послѣ заразныхъ заболѣваній*. Въ ходатайствѣ этомъ указывалось, что въ силу требованій врачебнаго Отдѣленія и полицейскихъ властей, опирающихся на ст. 67 и ст. 740—758 Уст. Врачеб., земскимъ врачамъ нерѣдко приходится производить обеззараживаніе послѣ заразныхъ заболѣваній. Между тѣмъ подобныя требованія являются, по многимъ причинамъ, почти всегда очень трудно осуществимыми и недостигающими цѣли. «Такое высоко компетентное учрежденіе въ вопросахъ общественной гигіены», говорится въ текстѣ ходатайства, «какъ VII Пироговскій Съѣздъ врачей въ Казани, въ 1899 г. по докладу извѣстнаго гигіениста проф. *Капустина* призналъ, что дезинфекція деревенскихъ жилищъ почти никогда не приводитъ къ желательнымъ результатамъ, а потому представляется нераціональнымъ вмѣнять въ обязанность врачамъ тѣ мѣропріятія, которыя признаны ими безполезными при извѣстныхъ бытовыхъ условіяхъ деревни и которыя въ тоже время требуютъ значительныхъ затратъ, отрываютъ врачей отъ гораздо болѣе полезнаго и производительнаго труда и въ результатѣ подрываютъ довѣріе и расположеніе населенія къ медицинѣ». Въ силу изложенныхъ соображеній Собраніе и ходатайствовало о производствѣ земскими врачами обеззараживанія только въ тѣхъ случаяхъ, когда врачъ по мѣстнымъ условіямъ признаетъ это цѣлесообразнымъ. Въ мартѣ текущаго года губернская Управа получила отъ Саратовскаго губернатора увѣдомленіе, что министръ внутреннихъ дѣлъ призналъ возможнымъ *предоставить усмотрѣнію земскихъ врачей рѣшеніе вопроса о необходимости обеззараживанія*, за исключеніемъ лишь тѣхъ случаевъ, когда это послѣднее будетъ признано необходимымъ губернскимъ начальствомъ («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.», № 3).

781. Министромъ внутреннихъ дѣлъ утверждена *инструкція сельскимъ врачамъ Восточной Сибири*. До утвержденія она была предметомъ обсужденія особыхъ Совѣщаній въ Иркутскѣ и Красноярскѣ, организованныхъ по предложенію Иркутскаго генералъ-губернатора изъ лицъ губернской администраціи разныхъ вѣдомствъ. Въ настоящее время инструкція эта должна лечь въ основу сельско-врачебнаго строя Восточной Сибири. «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (1 апрѣля) такъ характеризуютъ эту инструкцію. «То, чего мы особенно опасались ранѣе, совершилось: дѣятельность сельскаго врача отнынѣ опутана цѣлымъ рядомъ всякой отчетности: недѣльной, мѣсячной, полугодовой и годовой, представленіемъ срочныхъ и несрочныхъ вѣдомостей, свѣдѣній и пр., такъ что трудно понять, какъ сельскій врачъ, не игнорируя своими прямыми обязанностями, сможетъ выполнить всю эту обязательную для него по инструкціи канцелярскую работу. Въ живое дѣло сельскаго врача вносится отнынѣ затхлая атмосфера канцеляріи, которая много лишней горечи принесетъ тѣмъ изъ сельскихъ врачей, которые любятъ свое дѣло, любятъ дѣло дѣлать и не любятъ тратить дорогое для нихъ время на малополезное, а иногда и безцѣльное, выведеніе разныхъ формъ, вѣдомостей, шнуровыхъ книгъ и пр.» «Вся инструкція такъ проникнута интересами бумажнаго дѣла, что не оставила въ покоѣ даже фельдшеровъ и акушерокъ и ихъ простыя отношенія къ своему врачу регламентировала въ канцелярскую форму». Изъ приводимаго перечня различныхъ формъ, по которымъ врачъ обязанъ вести отчетность, видно, что на рукахъ Сибирскаго сельскаго врача окажется не менѣе 20—25 формъ—цѣлая библіотека.

782. Въ первыхъ числахъ мая Кіевское Общество для борьбы съ бугорчаткой открываетъ въ Пущѣ Водицѣ *лѣтнюю санаторію для чахоточныхъ* въ начальныхъ ступеняхъ болѣзни. Изъ 4-хъ бараковъ санаторіи 3 съ 72 кроватями предназначаются для бѣдныхъ безплатно, а для болѣе состоятельныхъ отведенъ отдѣльный баракъ съ 16 комнатами, въ которыхъ можетъ помѣститься по 1—2 больныхъ въ каждой («Кіевское Слово», 10 апрѣля).

783. Русское Общество охраненія народнаго здравія, по примѣру прошлыхъ лѣтъ, открываетъ въ текущемъ году *дѣтскія лѣчебныя колоніи* въ Аренсбургѣ, Старой Руссѣ, Друскеникахъ, Гапсалѣ и Ревелѣ для дѣтей, больныхъ ревматизмомъ, золотухой, бугорчаткой костей, малокровіемъ, общимъ упадкомъ питанія, переутомленіемъ и неврастеніею. Всего предположено отправить на собранныя пожертвованія около 400 дѣтей, *прошеній-же подано болѣе 800* («Новости», 18 апрѣля).—Петербургское городское общественное Управленіе, не имѣющее еще въ своемъ распоряженіи, сколько намъ извѣстно, ни одной лѣчебной дѣтской колоніи, нравственно обязано, на нашъ взглядъ, придти на помощь почтенному Обществу матеріальной поддержкой въ удовлетвореніе этой насущной потребности дѣтскаго городского населенія.

784. М. Полякъ пожертвовалъ Минскому Обществу пособія бѣднымъ больнымъ евреямъ участокъ земли съ домомъ подъ *санаторію для чахоточныхъ больныхъ* на 18 кроватей («Новости», 13 апрѣля).

785. «Самарская Газета» (13 апрѣля) передаетъ, что Отдѣлъ Общества охраненія народнаго здравія въ Самарѣ рѣшилъ открыть *ясли* и заняться изученіемъ причинъ *дѣтской смертности*.

786. Иркутскимъ Отдѣленіемъ Общества борьбы съ заразными болѣзнями возбуждено, какъ передаетъ «Сибирскій Вѣстникъ» (4 апрѣля), предъ городскою Думою ходатайство о выдачѣ ему ежегодной субсидіи до 2000 р. на расходы по организаціи и содержанію *амбуляторіи для пользованія сифилитиковъ*. По заявленію Общества, проэктируемой амбуляторной лѣчебницею могли-бы пользоваться всѣ жители г. Иркутска и получать тамъ необходимыя лѣкарства, оперативное пособіе, перевязки и пр.

787. «Новости» (16 апрѣля), со словъ «Енисея», передаютъ, что въ Ачинскѣ среди переселенцевъ началась *эпидемія сыпного тифа*.

788. Во «Врачебно-санитарной хроникѣ Саратовской губ.»

Digitized by Google

(№ 3) д-ръ *П. Н. Рудневъ* сообщаетъ, что въ с. Н. Кулаткѣ, Хвалынскаго уѣзда, появились *массовыя заболѣванія цынгой*, которыя слѣдуетъ объяснить *недоѣданіемъ*.

789. Самарская *Pasteur*'овская станція почему-то сильно запаздываетъ выпускомъ отчетовъ о своей дѣятельности. Изъ напечатаннаго въ «Архивѣ біологическихъ наукъ» (1903 г., т. X, № 3) *отчета по Pasteur'овской станціи Самарскаго губернскаго Земства за 1899 г. П. П. Крылова*, видно, что въ отчетномъ году лѣчились на этой станціи 815 чел., изъ нихъ 382 мужчинъ, 223 женщинъ и 210 дѣтей. Лѣченію подвергались: 763 укушенныхъ бѣшеными собаками, 43 приходившихъ въ соприкосновеніе съ больными животными и 9 укушенныхъ здоровыми собаками, какъ выяснилось впослѣдствіи повѣрочными опытами. Въ 38 случаяхъ (4%) бѣшенство кусавшихъ животныхъ было удостовѣрено экспериментально, въ 20 (2%) оно было также несомнѣнно вслѣдствіе одновременнаго заболѣванія укушеннаго тѣмъ-же животнымъ другого человѣка или животныхъ, въ 405 сл. (51%) удостовѣрено вскрытіями, а въ остальныхъ 300 сл. только подозрѣвалось. Укусы были нанесены 669 разъ собаками, 42 раза кошками, 24 раза лошадьми, 19 разъ волками и 9 разъ другими кусающимися животными. Раны были прижжены только въ 146 случаяхъ. Наибольшее число больныхъ поступили въ возрастѣ отъ 10 до 20 л. (195 чел.) и отъ 20 до 30 л. (143). Въ 1-ую недѣлю послѣ укуса поступили 289 (36%), во 2-ую—276 (36%), въ 3-ью—118 (15%), въ 4-ую 36 (4%); остальные 44 укушенныхъ обратились на станцію въ разное время послѣ укуса—отъ 5 недѣль до 7 мѣс. 10 дней. Больше всего обращались за лѣченіемъ изъ Пензенской губ.—109 чел. (13,7%), изъ Оренбургской—112 (13%), изъ Самарской—96 (11,7%), изъ Тобольской—89 (11%), изъ Уфимской—77 (9,5%), изъ Томской и Казанской—по 62 (7,6%), изъ г. Самары—42 (5,1%); остальное число больныхъ дали губерніи и области Сибирскія. Лѣчились по 12 дней 467 чел., по 17—325; прервали лѣченіе 4 вслѣдствіе заболѣванія водобоязнью, 3—вслѣдствіе укушенія здоровыми животными и 16—по собственному желанію. Смертность послѣ и во время прививокъ въ теченіи 1897 и 1898 гг., судя по отчету, была такая: въ 1897 г. умерли всего 11 чел. (0,96%), изъ нихъ 6 (0,53%) послѣ 15 дней по окончаніи прививокъ; въ 1898 г.—13 (1,21%), изъ нихъ 5 (0,47%) послѣ 15 дней по окончаніи прививокъ. Зачаточный періодъ для лицъ, подвергавшихся прививкамъ, былъ различенъ; напр., въ 1897 г. во время прививокъ онъ былъ въ 19, 20, 25 и 38 дней, по истеченіи 15 дней—въ 30, 45, 46 и 180 дней; въ 1898 г. ранѣе 15 дней по окончаніи прививокъ—въ 29, 38 и 47 дней, послѣ—въ 40, 50, 63 и 130 дней.

790. «Сибирскій Вѣстникъ» (4 апрѣля) передаетъ, что въ Симферополѣ недавно произведенъ былъ санитарный осмотръ табачныхъ фабрикъ, при чемъ было установлено *почти повсемѣстное неудовлетворительное ихъ состояніе*.

791. «Нижегородскій Листокъ» (9 апрѣля) сообщаетъ, что на Пасхѣ въ колоніи Машевской, близь Плоцка, *послѣ употребленія колбасъ и ветчины отравилась цѣлая семья*. 3 изъ заболѣвшихъ умерли черезъ нѣсколько часовъ, 4-ый—на другой день. Какъ оказалось при изслѣдованіи, всѣ окорока и колбасы переполнены были трихинами.

792. *2-ой Международный Съѣздъ по школьной гигіэнѣ назначенъ* въ Лондонѣ въ 1907 г., а 3-ій—въ Парижѣ.

793. Проф. *И. И. Мечниковъ* прочелъ въ «Institut général psychologique» въ Парижѣ лекцію «*О психическихъ зачаткахъ человѣка*». Въ этой лекціи онъ, между прочимъ, коснулся вопроса о сомнамбулизмѣ и истеріи и высказалъ тотъ взглядъ, что въ этихъ своеобразныхъ психическихъ состояніяхъ сказывается до нѣкоторой степени атавизмъ въ смыслѣ обнаруженія человѣкомъ такихъ способностей (чрезвычайная ловкость, чуткость), которыя присущи его отдаленнымъ зоологическимъ предкамъ. По мнѣнію *И. И. Мечникова*, изученіе сравнительной психофизіологіи и вообще зачатковъ психическихъ отправленій у предковъ человѣка можетъ пролить не мало свѣта на многіе неясные вопросы психологіи.

794. Съ января текущаго года началъ выходить въ Германіи *новый 2-недѣльный медицинскій журналъ «Zeitschrift für aerztliche Fortbildung»*. Редакторомъ состоитъ проф. *Kutner* (Berlin). Задача новаго медицинскаго органа — содѣйствовать дальнѣйшему усовершенствованію врачей посредствомъ печатанія критическихъ обзоровъ, клиническихъ лекцій и руководящихъ статей выдающихся клиницистовъ и ученыхъ. Подписная цѣна 8 мар. въ годъ.

795. Въ Heidelberg'ѣ, на частныя пожертвованія строится *Институтъ для изслѣдованія раковыхъ заболѣваній* («Medicinische Blätter», 21 апрѣля).

796. Германское Министерство народнаго просвѣщенія отклонило *ходатайство проф. Neisser'a* (Breslau) о выдачѣ ему пособія на пріобрѣтеніе человѣкоподобныхъ обезьянъ для производства надъ ними *опытовъ по прививкѣ сифилиса*. 20 такихъ обезьянъ, стоимостью отъ 900 до 1500 мар. каждая, пріобрѣтены уже проф. *Neisser*'омъ на собственный счетъ («Medicinische Blätter», 21 апрѣля).

797. *Число изучающихъ медицину во Франціи* достигло въ нынѣшнемъ году 6686 чел., изъ которыхъ 6115—французы. Изъ общей цифры 3496 чел. учатся въ Парижѣ, 958 въ Lyon'ѣ, 654 въ Bordeaux, 552 въ Montpellier. Изъ 571 иностранцевъ 197 явились изъ Персіи, 89 изъ Турціи, 63 изъ Болгаріи и 57 изъ Румыніи. Въ общее число не вошли 202 студентки-француженки и 64 иностранки. Фармацію изучаютъ 3014 чел., въ томъ числѣ 23 иностранца и 76 женщинъ («Le Concours médical», 23 апрѣля).

798. Въ «Le Concours médical» (23 апрѣля) напечатано весьма характерное для нашего «прогрессивнаго вѣка» *письмо одного врача*, полученное дамой, его кліенткой, и переданное ею корреспонденту газеты. Въ отчаяніи отъ того, что больная не можетъ переносить его лѣкарствъ, врачъ этотъ указывалъ ей, что въ такомъ случаѣ можетъ помочь только магнетизмъ или — молитвы. Далѣе приводится адрессъ лѣчащаго молитвами аббата Julio въ Vincennes'ѣ и указывается, что авторъ знаетъ лицъ, которыя видѣли у этого аббата больныхъ, вылѣченныхъ имъ отъ рака. Для полученія совѣта требуется послать цѣлителю прядь волосъ, кусокъ бѣлья, которымъ покрывалась больная грудь не менѣе сутокъ, и... 10 фр.

799. По свѣдѣніямъ «The Lancet» (23 апрѣля), *Японскія войска въ Кореѣ страдаютъ отъ болѣзни, напоминающей бери-бери*. Эпидемія этой болѣзни среди Японскихъ рабочихъ на островахъ Фиджи въ 1894 г. дала, напоминаетъ газета, 65 случаевъ смерти на 268 заболѣвшихъ изъ 300 (общее число) рабочихъ.

800. *Руководимая Schweninger'омъ окружная больница Gross-Lichterfelde не помѣщена въ списокъ тѣхъ учрежденій, которыя уполномочены принимать молодыхъ медиковъ для работы въ теченіи «практическаго года»*. Обстоятельство это, разумѣется, очень не по вкусу друзьямъ и покровителямъ *Sch.*, одинъ изъ которыхъ, ландратъ Stubenrauch, недавно въ публичной рѣчи выразилъ свою готовность хлопотать объ устраненіи этой «несправедливости». Но «Deutsche medicinische Wochenschrift» (21 апрѣля), передавая объ этомъ, надѣется, что г-ну *Sch.* всё-таки не будетъ разрѣшено изъ года въ годъ обучать молодыхъ практикантовъ презрѣнію къ ненавистной ему «школьной медицинѣ».

801. Прежніе и нынѣшніе ученики профф. *Erwin'a Bälz'a* и *Julius'a Scriba* въ Токіо, много лѣтъ посвятившихъ обученію медицинѣ Японскаго юношества, открыли подписку на постановку передъ новымъ зданіемъ медицинскаго факультета въ Токіо *бюстовъ этихъ 2-хъ врачей*; изготовлены бюсты Японскими художниками («Medicinische Blätter», 21 апрѣля).

802. О *міровомъ потребленіи хинина* могутъ дать нѣкоторое понятіе слѣдующія цифры, приводимыя въ «Gazzetta degli ospedali e delle cliniche» (21 апрѣля) и относящіяся всѣ къ 1902 г. Madras'ская правительственная фабрика приготовила за этотъ годъ 15711 ф. хинина, Bengal'ская 11927, островъ Ява далъ 43750 ф.; кромѣ того, за тотъ же годъ Ява вывезла 1472600 ф. хинной коры, Индія 2020000, Цейлонъ 407000, Южная Америка 775000 и Африка 179892 — всего 18.000000 ф. коры или *около 861812 фунтовъ хинина*. Такимъ образомъ общее производство послѣдняго достигло 1.000000 ф. приблизительно. Выдѣлкою алкалоида занимаются 20 фабрикъ: 5 во Франціи, 3 въ Англіи, 2 въ Германіи, 2 въ Италіи, 4 въ Америкѣ и по 1 въ Голландіи, на Явѣ, въ Bengal'ѣ и въ Madras'ѣ.

803. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal» и «The Lancet», 23 апрѣля). Въ Индіи за недѣлю по 19 марта умерли отъ чумы 40527 чел. (противъ 29236 въ прошломъ году), въ томъ числѣ 849 умершихъ далъ городъ Bombay (противъ 925 за недѣлю по 12 марта), 7687 (8504) Bombay'скій округъ, 295 (230) Calcutta, 4797 (4386) Bengal, 9427 (8504) Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 10174 (6431) Punjab, 2804 (2290) Центральныя провинціи, 1640 (955) Центральная Индія, 1033 (631) Rajputana, 526 (405) Kashmir. Въ Bombay'скомъ округѣ въ теченіи марта заболѣли 42410 чел. и умерли 31288; 7 случаевъ заболѣваній и 1 смерти падаютъ на европейцевъ. Южная Африка: въ Port-Elizabeth'ѣ за недѣлю по 19 и 26 марта отмѣчено 1 и 0 заболѣваній, столько-же случаевъ смерти, и 6 больныхъ чумой оставались на лѣченіи; въ Johannesburg'ѣ, по телеграммѣ отъ 9 апрѣля, по это число отмѣчено 154 случая заболѣваній (18 среди европейцевъ) и 72 смерти (7), а къ 13 апрѣля 157 (19) и 74 (8). Въ Hong-Kong'ѣ за недѣли по 2 и 9 апрѣля заболѣли 3 и 3 и столько-же умерли. На островѣ св. Маврикія за недѣли по 10, 17, 24, 31 марта и 7 и 14 апрѣля случаевъ заболѣванія было 3, 2, 0, 0, 2, 3, а смерти 0, 0, 0, 0, 3 и 2. Перу: 1 апрѣля 40 больныхъ чумой имѣлись въ Lima, да 2 свѣжихъ случая обнаружено тамъ-же 7 апрѣля. Чили: по извѣстіямъ оттуда, чума держится въ Santiago.

804. «The British Medical Journal» (23 апрѣля) передаетъ, что *въ Швеціи и Португаліи открыты ураніевыя руды*, содержащія радій.

805. *Умерли:* 1) Въ Люблинѣ *Богумилъ Мартыновичъ Паціорковскій* («Przegląd lekarski», 23 апрѣля), родившійся въ 1849 г., а званіе врача получившій въ 1875 г.—2) Въ Одессѣ старшій врачъ Одесскаго пѣхотнаго юнкерскаго училища *Иванъ Александровичъ Гороховъ* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 18 апрѣля).—3) 10-го апрѣля въ Севастополѣ, отъ остеосаркомы лѣвой подвздошной кости, старшій врачъ 32-го экипажа Черноморскаго флота *Гавріилъ Николаевичъ Гривцовъ*, родившійся въ 1860 г., а званіе врача получившій въ 1883 г. Послѣ покойнаго осталась вдова и 3 дѣтей. *Г. Н.* былъ оч. свѣдущимъ врачемъ и пользовался въ Черноморскомъ флотѣ извѣстностью хорошаго спеціалиста по венерическимъ и накожнымъ болѣзнямъ (Сообщено д-ромъ *А. Г. Золотаревымъ*).

Digitized by Google

# LXXV. Попытка искусственнаго полученія микроцефаліи у собакъ.

Проф. В. Я. Данилевскаго (Харьковъ).

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

(Предварительное сообщеніе).

Вопросъ о соотношеніи между ростомъ черепа и мозга представляетъ огромный интересъ во многихъ отношеніяхъ; не только морфологія и физіологія, но и медицина ставятъ рядъ задачъ, которыя требуютъ выясненія указаннаго вопроса органо-пластики.

Въ литературѣ мы встрѣчаемъ по этому предмету не мало воззрѣній, значительно различествующихъ между собою въ существенномъ: въ то время, какъ одни приписывали главную формирующую роль мозгу, который являлся опредѣлителемъ для роста черепа (*L. Fick*), другіе признавали, что конфигурація мозга зависитъ отъ формы и вообще отъ роста черепа (напр. *J. Engel*). Наконецъ, встрѣчается мнѣніе и о взаимномъ вліяніи ростущихъ черепа и мозга другъ на друга (*Lucae*, *Welcker*, *Gudden*).

Экспериментальныя изслѣдованія показали, что конфигурація ростущаго черепа опредѣляется также и механическими причинами, напр., выполненіемъ или запустѣніемъ глазной впадины, тягою мышцъ и т. п. (*L. Fick*, *Gudden*, *Дронзикъ*). Если произвести деформацію ростущаго черепа какимъ-либо внѣшнимъ механическимъ воздѣйствіемъ, то это не можетъ не отразиться на конфигураціи даже на строеніи ростущаго мозга.

Уродованія дѣтскаго черепа у нѣкоторыхъ дикарей, а также въ извѣстныхъ мѣстностяхъ Франціи и др. странахъ, описанныя, напр. *Goss*'омъ, *J. Lenhossek*'омъ, очевидно, влекутъ за собою соотвѣтственное искаженіе головного мозга. Вмѣстѣ съ тѣмъ эта деформація весьма вредно отзывается и на душевныхъ свойствахъ, на развитіи умственныхъ способностей и нравственности; она можетъ способствовать развитію психопатіи (*Esquirol*, *Foville*, *Gosse*). Производя механическое сдавливаніе черепа молодыхъ кроликовъ помощью повязокъ, *Дронзикъ*, между прочимъ, наблюдалъ замедленіе роста и пониженіе степени развитія всего организма.

Еще болѣе глубокія измѣненія физіологическихъ свойствъ головного мозга должны наступать въ томъ случаѣ, если деформація черепа влечетъ за собою уменьшеніе мозговой массы по отношенію къ вѣсу тѣла. Если представить себѣ, что ростущій черепъ по какой-либо причинѣ замедляетъ ходъ своего развитія и въ концѣ концевъ не достигаетъ нормальной величины и ёмкости, то, очевидно, онъ послужитъ тормазомъ для роста мозга, который также останется недоразвитымъ по величинѣ и конфигураціи. Какой-бы теоріи не придерживаться относительно этіологіи микроцефаліи, т. е.—признавать-ли ея зависимость отъ слишкомъ ранняго сростанія швовъ, или отъ проявленія атавизма, или отъ иной причины, во всякомъ случаѣ механическое органопластическое соотношеніе ростущихъ мозга и черепа будетъ представлять собою одинъ изъ существенныхъ вопросовъ.

Если, съ одной стороны, фактъ ранняго сростанія швовъ достаточенъ самъ по себѣ для объясненія остановки, resp. замедленія роста мозга, то, съ другой, нельзя не сопоставить часто замѣчаемаго утолщенія костей черепа у микроцефаловъ съ извѣстнымъ наблюденіемъ *Gudden*'а: онъ видѣлъ утолщеніе отдѣла черепа надъ тѣмъ участкомъ большого мозга, который подвергался атрофическому недоразвитію вслѣдствіе уничтоженія соотвѣтственнаго периферическаго органа чувствъ или только его функціональной работы.

Уже съ давнихъ поръ, время отъ времени, мнѣ приходилось производить опыты по вопросу о соотношеніи между развитіемъ мозга и черепа при разныхъ искусственныхъ условіяхъ. При этомъ удавалось получать ассиметрію въ развитіи бороздъ и извилинъ обоихъ большихъ полушарій, напр., вслѣдствіе очень ранняго изсѣченія ствола блуждающе-сочувственнаго нерва у собакъ, причемъ однако на черепѣ почти не замѣчалось соотвѣтственныхъ измѣненій. Въ другихъ опытахъ (см. «Comptes rendus de la Société de biologie», 1898 г.) я поступалъ иначе: у очень молодыхъ щенятъ я вырѣзывалъ съ одной стороны значительный кусокъ передней части черепа, и черезъ нѣсколько мѣсяцевъ получалось недоразвитіе соотвѣтственной психомоторной части корки большого мозга вслѣдствіе механической причины, именно—надавливанія плоской рубцовой перепонки; эта недостача, въ свою очередь, вызывала недоразвитіе соотвѣтственной конечности [1]). Такимъ путемъ имѣлось въ виду прослѣдить развитіе мозга, его формы, массы, извилины и т. д. при условіи освобожденія его на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи отъ формогеннаго вліянія черепа, т. е. имѣлась въ виду возможность болѣе свободнаго развитія одного полушарія большого мозга, а именно безъ всякаго формирующаго участія черепной крышки на этой сторонѣ (l. c.).

Но понятно, такія частичныя или одностороннія нарушенія механическаго взаимоотношенія мозга и черепа не недостаточны для болѣе полнаго выясненія вопроса. Вотъ почему мнѣ казалось интереснымъ подойти еще и другимъ, обратнымъ путемъ, а именно: если бы какимъ-либо образомъ удалось вызвать равномѣрную задержку внѣутробнаго роста всего мозгового черепа у животнаго, то это должно было-бы опредѣленнымъ угнетающимъ образомъ отразиться на развитіи головного мозга въ морфологическомъ и функціональномъ отношеніяхъ; являлась-бы возможность изучать форму и строеніе ростущаго мозга при условіи стѣсненія со стороны костнаго покрова и предвидѣлась-бы возможность получить искусственную микроцефалію [2]). Само собою понятно, что здѣсь рѣчь идетъ объ «artefactum» на почвѣ нормальнаго утробнаго развитія; въ этомъ состоитъ одно изъ существенныхъ отличій отъ генеза человѣческой микроцефаліи, который коренится въ условіяхъ эмбріональной жизни. Здѣсь кстати вспомнить, что, по мнѣнію нѣкоторыхъ, въ этіологіи микроцефаліи существенное значеніе должно быть приписано искаженію въ органопластикѣ мозга, а не черепа (*Giacomini*). При указанномъ условіи опыта надо имѣть въ виду уравновѣшивающее усиленіе роста мозга къ его основанію и въ ширину, на что уже давно было указано, по отношенію къ «сколіопедіи» черепа человѣка, *К. Э. фонъ-Бэромъ*, *Virchow*'омъ, *A. Ecker*'омъ и др.

Болѣе 20 лѣтъ тому назадъ я приступилъ къ экспериментальному выполненію задуманнаго плана работы. Болѣе 20 животныхъ были разновременно подвергнуты опыту. Но трудности были такъ велики, а, главное, крайнія неудобства и тѣснота моей лабораторіи и теперь настолько дѣйствуютъ угнетающимъ образомъ на всякія такія начинанія, что, если я позволяю себѣ сдѣлать настоящее сообщеніе, то не ради немногихъ, полученныхъ мною результатовъ, а для оглашенія планомѣрной попытки, обѣщающей дать положительное рѣшеніе задачи. Опыты *Бабкина* (1901 г.) относятся также къ искусственной задержкѣ роста черепа у щенятъ, но инымъ путемъ, а именно помощью наложенія искусственныхъ швовъ. Ему удалось, между прочимъ, наблюдать соотвѣтственное измѣненіе конфигураціи большого мозга. Оставляя за собой право продолжать

[1]) *J. Demoor* (1901 г.), подтвердивъ мои результаты относительно появленія падучей у щенковъ послѣ такой операціи, показалъ, что она влечетъ за собою опредѣленныя разстройства въ микроскопическомъ строеніи корки большого мозга на большомъ протяженіи; но онъ не могъ подтвердить найденнаго мною недоразвитія конечностей. Изъ частнаго сообщенія *J. Demoor*'а мнѣ это разногласіе становится вполнѣ понятнымъ въ виду того, что онъ дѣлалъ изсѣченіе черепа на меньшемъ протяженіи, чѣмъ я. Очевидно, упомянутая механическая причина была у его щенковъ слишкомъ слаба, чтобы вызвать атрофическое недоразвитіе органовъ и болѣе рѣзкое нарушеніе строенія въ коркѣ, именно на мѣстѣ операціи.

[2]) Что касается наблюденій надъ ростомъ черепа при условіи очень ранняго удаленія одного изъ полушарій большого мозга, resp. его корковаго вещества, то пока у меня имѣется слишкомъ мало опытовъ въ этомъ направленіи. Въ нихъ имѣлось въ виду прослѣдить ростъ черепа, особенно образованіе неровностей на его внутренней поверхности, безъ взаимноформирующаго участія извилинъ большого мозга.

Digitized by Google

работу въ указанномъ направленіи, я считаю необходимымъ изложить здѣсь не только результаты, но и самую постановку наблюденій. Изъ всѣхъ произведенныхъ опытовъ только въ 6 былъ достигнутъ успѣхъ; въ остальныхъ-же наблюденія были прерваны или слишкомъ сильными изъязвленіями кожи (см. ниже), или очень раннимъ появленіемъ падучей со смертельнымъ исходомъ; нѣсколько щенковъ пали отъ чумнаго заболѣванія.

Очень молодымъ щенкамъ, по возможности отъ крупной матери, надѣвается плотно на голову прилаженный металлическій шлемъ, охватывающій черепъ со всѣхъ сторонъ, кромѣ нижней. Помощью 2-хъ таковыхъ-же дужекъ, проходящихъ черезъ скуловыя дуги, онъ соединяется съ нижнею металлическою-же частью, помѣщаемою подъ нижнею челюстью; наконецъ, помощью особыхъ скрѣпленій и повязокъ вокругъ передней части морды и сзади, за ушами, шлемъ укрѣпляется такъ прочно, что не сдвигается ни въ какую сторону.

Такъ какъ форма мозгового черепа значительно разнится даже у молодыхъ щенятъ въ зависимости отъ возраста, индивидуальности и породы, то въ запасѣ всегда имѣлся цѣлый рядъ шлемовъ. Тѣмъ не менѣе далеко не каждый разъ можно было быть увѣреннымъ, что животное проноситъ шлемъ непрерывно въ теченіи достаточно долгаго времени (3—4 мѣсяцевъ), чтобы можно было видѣть явственныя послѣдствія такого шлемоношенія. Весьма часто приходилось на время снимать его вслѣдствіе пораженій ростущей кожи у краевъ шлема; понятно, такой перерывъ наносилъ существенный ущербъ всему опыту. Вѣсъ шлема колебался въ предѣлахъ отъ 100 до 130 грм. Такъ какъ движенія нижней челюсти были затруднены упомянутыми скрѣпленіями, то приходилось кормить животныхъ мягкою и жидкою пищею.

Для сравненія, на ряду съ подвергавшимся опыту щенкомъ, оставлялись, по возможности caeteris paribus, 1 или 2 щенка того-же помета.

Первое время щенокъ-шлемоносецъ всегда старается освободиться отъ головного убора; онъ становится скучнымъ, угрюмымъ, прячется, избѣгаетъ людей и другихъ собакъ. Затѣмъ постепенно привыкаетъ, но все же по нѣкоторому угнетенному настроенію рѣзко отличается отъ повѣрочныхъ. Это угнетеніе становится еще рѣзче въ тѣхъ случаяхъ, когда начинаются страданія кожи отъ скопленія разлагающагося отдѣленія или изъязвленій. Съ теченіемъ времени шлемоносецъ отвыкаетъ лаять, становится вялымъ, мало подвижнымъ, относится, болѣе или менѣе безучастно къ окружающему; *по понятливости, впечатлительности и отзывчивости онъ замѣтно отстаетъ отъ повѣрочныхъ*. У одного изъ первыхъ моихъ шлемоносцевъ совершенно ясно развился ворчливый, злобный характеръ; онъ признавалъ только одного сторожа, кормившаго его и всегда его ласкавшаго; звуки лая были глухіе, сиплые, отрывистые. Обыкновенно позывъ на ѣду устанавливался уже скоро совершенно нормальный, или даже щенокъ становился жаднымъ. Такъ какъ мышцы въ общемъ развиваются замѣтно недостаточно, то походка становится вялой, лѣнивою; шлемоносцы рѣдко бѣгаютъ; спина у нихъ обыкновенно бываетъ нѣсколько выгнута кверху. Глаза съ теченіемъ времени рѣзко измѣняются, становятся большими, округлыми, сильно выпяченными; бѣлки глазъ виднѣются на большомъ протяженіи, что придаетъ своеобразное выраженіе животному. Надбровныя дуги выступаютъ чрезмѣрно. Впрочемъ, эти измѣненія наблюдались въ такой степени не у всѣхъ подвергавшихся опытамъ животныхъ.

По сравненію съ повѣрочными животными, голова у шлемоносцевъ становится удлиненною, долихоцефалическою [1]), а именно относительно сильно вытягивается лицевая часть. Что касается мозгового черепа, то ростъ его оказывается несомнѣнно задержаннымъ, черепъ становится уменьшеннымъ и рѣзко уплощеннымъ, низкимъ. Послѣднее ясно видно какъ въ профиль, такъ въ особенности en face. Животныя уже на первый взглядъ кажутся «низкоголовыми» и вообще «малоголовыми» по сравненію съ повѣрочными. Вслѣдствіе свободнаго, не задерживаемаго роста лицевого черепа впередъ, эта часть головы кажется даже несоразмѣрно большою (это было замѣтно у 2-хъ щенковъ).

Ростъ всего тѣла представляется также задержаннымъ: по величинѣ шлемоносцы замѣтно отставали отъ повѣрочныхъ щенятъ. Мышцы, особенно конечностей, недостаточно развиты. Мнѣ ни разу не приходилось видѣть, чтобы шлемоносцы бросались на другихъ животныхъ. Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда приходилось снимать шлемъ на время или совсѣмъ, напр., изъ-за пораженій кожи, подвергавшіеся опыту щенки продолжали отличаться угрюмостью, слабостью и трусостью [1]).

Обыкновенно по истеченіи 2—3 мѣсяцевъ шлемоношенія, а иногда и раньше, появлялись судорожные припадки. У нѣкоторыхъ наблюдались клоническія судороги, появлявшіяся преимущественно во время сна; у другихъ-же, что бывало чаще, развивались настоящіе падучные припадки: треморъ, тризмъ, судороги конечностей, пѣна у рта, потеря сознанія, нечувствительность къ свѣту сильно расширенныхъ зрачковъ и т. д. Послѣ такого припадка животное нерѣдко, пошатываясь, двигалось еще нѣкоторое время по кругу (манежное движеніе). Въ одномъ опытѣ своевременнымъ освобожденіемъ головы отъ шлема удалось пріостановить клоническія судороги и спасти животное. Но обыкновенно падучая бывала роковою: повторявшіеся припадки приводили къ смертельному исходу.

До сихъ поръ мнѣ ни разу не удавалось выдержать шлемоносцевъ въ живыхъ болѣе $3^1/_2$—4 мѣсяцевъ послѣ наложенія шлема, хотя я и не сомнѣваюсь, что при болѣе благопріятныхъ условіяхъ присмотра и помѣщенія можно было-бы избѣгнуть этого существеннаго ущерба и значительно увеличить продолжительность шлемоношенія. Разумѣется, каждый лишній мѣсяцъ такого наблюденія долженъ дать цѣнные результаты.

Отношеніе вѣса головного мозга къ вѣсу тѣла шлемоносцевъ не представляло отклоненій отъ нормальныхъ колебаній, которыя, какъ извѣстно, у собакъ лежатъ въ очень широкихъ границахъ, даже въ молодомъ возрастѣ. Весьма вѣроятно, что причиною служила слишкомъ малая продолжительность шлемоношенія.

Что касается поверхности большого мозга, то въ болѣе удачныхъ случаяхъ (2) можно было признать нѣкоторую степень уплощенности извилинъ. Быть можетъ, это можно поставить въ связь съ замѣчаемою тупостью шлемоносцевъ, изъ которыхъ 1 особенно отличался глупостью, непонятливостью и трусостью; по отзыву всѣхъ очевидцевъ и по сравненію съ повѣрочнымъ щенкомъ, его движенія бросались въ глаза своею «безсмысленностью» и недостаточною координаціей при бѣганіи. Изъ-за изъязвленія кожи у него пришлось снять шлемъ. Черезъ 7 мѣсяцевъ эта собака ощенилась. Что касается конфигураціи поверхности большихъ полушарій, то какой-либо неправильности, атипичности замѣчено не было. Очевидно, для такихъ измѣненій требуются иныя условія опыта. Тоже относится и къ распредѣленію и количеству сѣраго и бѣлаго веществъ.

У всѣхъ шлемоносцевъ жевательныя мышцы, особенно височная, а также зубы, были недоразвиты; желудокъ былъ несоразмѣрно малъ. Интересно, что и сердце, по видимому, отставало въ развитіи. Уклоненія отъ нормальнаго типа наблюдались и въ другихъ частяхъ организма.

Таковы нѣкоторые изъ результатовъ моихъ опытовъ. Хотя работа эта далеко не закончена, но все-же она указываетъ на плодотворность намѣченнаго плана. Привести фактическія доказательства успѣшности этой попытки и возможности систематической разработки задачи въ указанномъ направленіи и составляло цѣль моего сообщенія.

[1]) Для долихоцефаліи собакъ показатель = 1 : 0,6.

[1]) Повѣрки ради на нѣкоторыхъ щенковъ надѣвали большіе, тяжелые шлемы, но безъ малѣйшаго стѣсненія черепа; хотя у нихъ настроеніе также портилось, но по общему своему поведенію они рѣзко отличались отъ шлемоносцевъ въ періодъ стѣсненія ростущаго черепа.

## LXXVI. Роль носа, глотки и горла въ кровохарканіяхъ. Pharyngitis haemorrhagica.

Ч. пр. С. С. Преображенскаго (Москва).

На кого не наводитъ страха, а часто и ужаса кровохарканіе? Кто хладнокровно отнесется къ участи человѣка, а тѣмъ болѣе близкаго, у котораго кровь «пошла горломъ»? Кровоизліяніе въ дыхательныхъ путяхъ, какъ и кровоиз-

Digitized by Google

ліяніе мозговое, едва-ли не громче другихъ патологическихъ явленій говоритъ: memento mori! И не само по себѣ страшно кровохарканіе, а именно тѣмъ, что оно связывается обыкновенно съ легочной бугорчаткой, съ т. наз. чахоткой—этимъ страшнымъ бичемъ человѣчества.

Въ виду того, что имѣть дѣло съ кровохарканіями приходится чаще всего врачамъ-терапевтамъ, вопросъ о поставленныхъ мною въ заглавіи кровохарканіяхъ не менѣе важенъ для врача-терапевта, чѣмъ для врача-ляринголога.

Кровохарканія могутъ имѣть свой источникъ съ любого мѣста дыхательныхъ путей, начиная съ носа; съ носа я и начну.

Слизистая оболочка носа обладаетъ многочисленными, прикрытыми лишь очень тонкимъ слоемъ ткани, кровеносными сосудами, легко кровоточащими подъ вліяніемъ различнѣйшихъ причинъ, какъ общихъ, такъ и мѣстныхъ, не считая травматическихъ поврежденій и оперативныхъ вмѣшательствъ. Кровотеченія изъ нея, какъ и изъ другихъ слизистыхъ оболочекъ, происходятъ или отъ разрыва сосудовъ (per rhexin), или отъ просачиванія крови сквозь сосудистыя стѣнки (per diapedesin). Носовое кровотеченіе, какъ явленіе очень частое и потому привычное, заслужило и отношеніе къ себѣ обыкновенно равнодушное, въ чемъ и приходится иногда очень раскаяваться.

Кровь можетъ истекать изъ переднихъ частей носа и изъ заднихъ. Въ первомъ случаѣ, особенно если изліяніе ея необильно, она вытекаетъ обыкновенно черезъ носъ наружу; если же оно сколько-нибудь значительно или если источникъ кровотеченія находится въ заднихъ частяхъ носа, кровь можетъ вытекать назадъ черезъ хоаны въ глотку и отхаркиваться, или доходить до гортани и откашливаться или, наконецъ, проглатываться; въ послѣднемъ случаѣ она можетъ извергаться рвотой. Съ другой стороны, кровоизліяніе не носовое, а изъ глубже лежащихъ частей, не исключая легкихъ и даже пищеварительнаго пути, можетъ также истекать черезъ носъ и походить на носовое кровотеченіе, а также на горловое.

Кровь, имѣющая своимъ источникомъ задніе отдѣлы носа, можетъ совсѣмъ не выходить черезъ него впередъ, а только отхаркиваться или откашливаться, особенно если положеніе кровоточащаго способствуетъ стоку крови черезъ хоаны; кровотеченіе въ такомъ случаѣ, хотя собственно и носовое, явится не въ формѣ таковаго, а въ формѣ кровохарканія.

И такъ, первое, что можно отмѣтить, идя спереди назадъ и сверху внизъ, это — то, что кровохарканіе можетъ быть исключительно носового происхожденія.

За носомъ идетъ носоглоточная полость; въ ней также заложены многочисленные сосуды съ сѣтью венъ на сводѣ (plexus venosus pharyngis). Въ этой полости часто бываетъ гиперплязирована железистая ткань, въ которой *B. Fränkel* описалъ самостоятельное обильное количество сосудовъ съ иногда рѣзко развитымъ веннымъ сплетеніемъ; изъ этой гипертрофированной ткани онъ-же видалъ и кровотеченія. Равнымъ образомъ и *Ricci* [1]) описалъ случай ежедневнаго кровохарканія у юноши, 17 л., прекратившееся тотчасъ по удаленіи железистыхъ разрощеній.

При изслѣдованіи пальцемъ носоглоточной полости, даже самомъ нѣжномъ и быстромъ, нерѣдко легко получается кровь. Если смазать носоглоточную полость обыкновенной ватной кистью, то часто, когда и нѣтъ железистыхъ разрощеній, отхаркивается кровь, особенно если слизистая оболочка воспалена. Въ смыслѣ кровотеченія носоглоточная полость при дотрогиваніи до нея менѣе устойчива, чѣмъ остальныя части глотки и гортань, и самостоятельныя кровотеченія въ ней также возможны, какъ и въ остальныхъ отдѣлахъ дыхательныхъ путей. Кровь изъ носоглоточной полости можетъ выходить черезъ носъ и черезъ ротъ и иногда даже исключительно черезъ ротъ въ формѣ кровоотхаркиванія или кровооткашливанія, особенно если она достигаетъ гортани.

Кромѣ носоглоточной полости, кровохарканіе происходитъ и изъ другихъ отдѣловъ глотки, какъ изъ оральной части, такъ и изъ гортанной, съ задней-ли стѣнки чашки, или съ миндалинъ, или изъ язычной железы, гдѣ также имѣется дов. много венъ, нерѣдко сильно расширенныхъ, въ видѣ четокъ. Подобныя расширенія, ангіомы и пещеристыя опухоли встрѣчаются и въ другихъ отдѣлахъ глотки и на миндалинахъ.

Изъ причинъ, способствующихъ глоточнымъ кровохарканіямъ, не считая язвенныхъ процессовъ и травматическихъ поврежденій, слѣдуетъ указать на сильный кашель, сильное отхаркиваніе, чрезмѣрное тѣлесное напряженіе и т. п., особенно у страдающихъ болѣзнями крови и сосудовъ (кровоточивостью, цынгой, бѣлокровіемъ и пр.), болѣзнями сердца, легкихъ (особенно эмфиземой), печени (гипертрофическимъ циррозомъ) и пр.

Глоточныя кровотеченія, исключая зависящихъ отъ операцій, по общему мнѣнію, не обильны. Впрочемъ, *G. Landa* [2]) сообщаетъ, что кровотеченіе изъ глотки бываетъ иногда столь обильно, что заставляетъ думать о легочномъ кровотеченіи.

*Natier* [3]) въ засѣданіи французскаго Общества ларингологовъ въ 1893 г. сообщилъ о молодомъ человѣкѣ, 20 л., у котораго послѣ небольшого напряженія голоса ротъ 4—5 разъ наполнялся кровью, которую онъ и выкашливалъ. По изслѣдованіи оказалось, что кровь шла изъ задней и боковой стѣнокъ глотки.

Изъ другихъ случаевъ глоточныхъ кровохарканій упомяну о слѣдующихъ.

*Fister* [4]) сообщилъ о 25-лѣтней учительницѣ, заболѣвшей кашлемъ, кровохарканіемъ, потерей позыва на ѣду и пр. Была картина скоротечной чахотки, но при отрицательныхъ физическихъ данныхъ со стороны грудныхъ органовъ. Ларингоскопъ указалъ на припухшую язычную железу съ узловатымъ расширеніемъ сосудовъ. Мѣстное леченіе скоро устранило кровохарканіе.

*Moure* имѣлъ 2-хъ подобныхъ-же больныхъ, страдавшихъ ежедневными кровохарканіями въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, пока не была уничтожена мѣстная причина.

*Soal* [5]) въ томъ-же Обществѣ, что и *Natier*, и въ томъ-же году, сообщилъ, что онъ наблюдалъ 3-хъ больныхъ, которые представляли всѣ признаки бугорчатки (у 1 больного найдено было даже ослабленное дыханіе верхушки легкаго) и у которыхъ кровохарканіе происходило изъ небольшихъ язвочекъ и разрывовъ сосудовъ въ области гипертрофированной язычной железы. Всѣ больные выздоровѣли по устраненіи мѣстныхъ измѣненій въ глоткѣ.

*Carl Rosenthal* [6]) приводитъ случай глоточнаго кровотеченія у крѣпкаго мужчины, 27 л., у котораго оно началось послѣ тѣлеснаго напряженія и продолжалось 14 часовъ. Кровь шла изъ средины лѣвой миндалины и изъ передней поверхности задней небной дуги. Никакихъ конституціональныхъ болѣзней у больного не было; глотка была совершенно нормальная; поэтому причину кровотеченія авторъ объясняетъ разрывомъ здороваго сосуда отъ прилива крови къ головѣ вслѣдствіе тѣлеснаго напряженія.

*Bar* [39]) описываетъ воспаленіе язычной железы, однимъ изъ припадковъ котораго приводитъ кровохарканіе.

*Hérard*, *Cornil* и *Hanot* видѣли жабы съ кровохарканіемъ, худобой, потерей позыва на ѣду, вообще съ признаками начальныхъ ступеней чахотки.

И такъ, второе, что можно отмѣтить, это—то, что кровохарканіе можетъ быть исключительно глоточное съ любого мѣста глотки.

Спускаясь ниже, встрѣчаемся съ гортанью. Первый, наблюдавшій гортанное кровотеченіе при помощи ларингоскопа еще въ 1863 г., былъ *Semeleder* [7]).

У здороваго до того мужчины появилась рвота, послѣ которой онъ охрипъ и сталъ отхаркивать кровь. На связкахъ авторъ замѣтилъ пятнистую красноту, а на правой ложной — кровяной, плотно сидѣвшій сгустокъ.

Послѣ *Semeleder*'а стали появляться сообщенія другихъ авторовъ—*Jves*'а, *Morgan*'а, *Schrötter*'а и др., касавшіяся гортанныхъ кровотеченій прежде всего у пѣвцовъ и пѣвицъ. У пѣвцовъ, ораторовъ, чтецовъ, равно какъ у тѣхъ вообще лицъ, гортань которыхъ подвергается усиленной дѣятельности, слизистая оболочка ея, особенно голосовыхъ связокъ, гиперэмируется. Такое-же состояніе гортани наблюдается, какъ обычное явленіе, у акоголиковъ и курильщиковъ. Дѣвушки и женщины въ извѣстный періодъ подвержены тоже переполненію кровью горловыхъ сосудовъ. Кромѣ сказаннаго, гиперэмія слизистой оболочки гортани наблюдается при болѣзненныхъ состояніяхъ, ведущихъ къ застою крови,—при болѣзняхъ сердца, почекъ, печени, при беременности, измѣненіяхъ сосудовъ и состава крови, въ періодѣ полового созрѣванія, при зобѣ и другихъ опухоляхъ,—далѣе при заразныхъ болѣзняхъ и пр. Помимо гиперэміи, какъ на связкахъ, такъ и въ другихъ частяхъ гортани нерѣдко имѣются расширенные сосуды и узлы на нихъ. При легочной эмфиземѣ *Gerhardt* наблюдалъ настоящую синюху слизистыхъ оболочекъ. При налично-

Digitized by Google

работу въ указанномъ направленіи, я считаю необходимымъ изложить здѣсь не только результаты, но и самую постановку наблюденій. Изъ всѣхъ произведенныхъ опытовъ только въ 6 былъ достигнутъ успѣхъ; въ остальныхъ-же наблюденія были прерваны или слишкомъ сильными изъязвленіями кожи (см. ниже), или очень раннимъ появленіемъ падучей со смертельнымъ исходомъ; нѣсколько щенковъ пали отъ чумнаго заболѣванія.

Очень молодымъ щенкамъ, по возможности отъ крупной матери, надѣвается плотно на голову прилаженный металлическій шлемъ, охватывающій черепъ со всѣхъ сторонъ, кромѣ нижней. Помощью 2-хъ таковыхъ-же дужекъ, проходящихъ черезъ скуловыя дуги, онъ соединяется съ нижнею металлическою-же частью, помѣщаемою подъ нижнею челюстью; наконецъ, помощью особыхъ скрѣпленій и повязокъ вокругъ передней части морды и сзади, за ушами, шлемъ укрѣпляется такъ прочно, что не сдвигается ни въ какую сторону.

Такъ какъ форма мозгового черепа значительно разнится даже у молодыхъ щенятъ въ зависимости отъ возраста, индивидуальности и породы, то въ запасѣ всегда имѣлся цѣлый рядъ шлемовъ. Тѣмъ не менѣе далеко не каждый разъ можно было быть увѣреннымъ, что животное проноситъ шлемъ непрерывно въ теченіи достаточно долгаго времени (3—4 мѣсяцевъ), чтобы можно было видѣть явственныя послѣдствія такого шлемоношенія. Весьма часто приходилось на время снимать его вслѣдствіе пораженій ростущей кожи у краевъ шлема; понятно, такой перерывъ наносилъ существенный ущербъ всему опыту. Вѣсъ шлема колебался въ предѣлахъ отъ 100 до 130 грм. Такъ какъ движенія нижней челюсти были затруднены упомянутыми скрѣпленіями, то приходилось кормить животныхъ мягкою и жидкою пищею.

Для сравненія, на ряду съ подвергавшимся опыту щенкомъ, оставлялись, по возможности caeteris paribus, 1 или 2 щенка того-же помета.

Первое время щенокъ-шлемоносецъ всегда старается освободиться отъ головного убора; онъ становится скучнымъ, угрюмымъ, прячется, избѣгаетъ людей и другихъ собакъ. Затѣмъ постепенно привыкаетъ, но все же по нѣкоторому угнетенному настроенію рѣзко отличается отъ повѣрочныхъ. Это угнетеніе становится еще рѣзче въ тѣхъ случаяхъ, когда начинаются страданія кожи отъ скопленія разлагающагося отдѣленія или изъязвленій. Съ теченіемъ времени шлемоносецъ отвыкаетъ лаять, становится вялымъ, мало подвижнымъ, относится, болѣе или менѣе безучастно къ окружающему; *по понятливости, впечатлительности и отзывчивости онъ замѣтно отстаетъ отъ повѣрочныхъ.* У одного изъ первыхъ моихъ шлемоносцевъ совершенно ясно развился ворчливый, злобный характеръ; онъ признавалъ только одного сторожа, кормившаго его и всегда его ласкавшаго; звуки лая были глухіе, сиплые, отрывистые. Обыкновенно позывъ на ѣду устанавливался уже скоро совершенно нормальный, или даже щенокъ становился жаднымъ. Такъ какъ мышцы въ общемъ развиваются замѣтно недостаточно, то походка становится вялой, лѣнивою; шлемоносцы рѣдко бѣгаютъ; спина у нихъ обыкновенно бываетъ нѣсколько выгнута кверху. Глаза съ теченіемъ времени рѣзко измѣняются, становятся большими, округлыми, сильно выпяченными; бѣлки глазъ виднѣются на большомъ протяженіи, что придаетъ своеобразное выраженіе животному. Надбровныя дуги выступаютъ чрезмѣрно. Впрочемъ, эти измѣненія наблюдались въ такой степени не у всѣхъ подвергавшихся опытамъ животныхъ.

По сравненію съ повѣрочными животными, голова у шлемоносцевъ становится удлиненною, долихоцефалическою [1]), а именно относительно сильно вытягивается лицевая часть. Что касается мозгового черепа, то ростъ его оказывается несомнѣнно задержаннымъ, черепъ становится уменьшеннымъ и рѣзко уплощеннымъ, низкимъ. Послѣднее ясно видно какъ въ профиль, такъ въ особенности en face. Животныя уже на первый взглядъ кажутся «низкоголовыми» и вообще «малоголовыми» по сравненію съ повѣрочными. Вслѣдствіе свободнаго, не задерживаемаго роста лицевого черепа впередъ, эта часть головы кажется даже несоразмѣрно большою (это было замѣтно у 2-хъ щенковъ).

Ростъ всего тѣла представляется также задержаннымъ: по величинѣ шлемоносцы замѣтно отставали отъ повѣрочныхъ щенятъ. Мышцы, особенно конечностей, недостаточно

[1]) Для долихоцефаліи собакъ показатель = 1 : 0,6.

развиты. Мнѣ ни разу не приходилось видѣть, чтобы шлемоносцы бросались на другихъ животныхъ. Даже въ тѣхъ случаяхъ, когда приходилось снимать шлемъ на время или совсѣмъ, напр., изъ-за пораженій кожи, подвергавшіеся опыту щенки продолжали отличаться угрюмостью, слабостью и трусостью [1]).

Обыкновенно по истеченіи 2—3 мѣсяцевъ шлемоношенія, а иногда и раньше, появлялись судорожные припадки. У нѣкоторыхъ наблюдались клоническія судороги, появлявшіяся преимущественно во время сна; у другихъ-же, что бывало чаще, развивались настоящіе падучные припадки: треморъ, тризмъ, судороги конечностей, пѣна у рта, потеря сознанія, нечувствительность къ свѣту сильно расширенныхъ зрачковъ и т. д. Послѣ такого припадка животное нерѣдко, пошатываясь, двигалось еще нѣкоторое время по кругу (манежное движеніе). Въ одномъ опытѣ своевременнымъ освобожденіемъ головы отъ шлема удалось пріостановить клоническія судороги и спасти животное. Но обыкновенно падучая бывала роковою: повторявшіеся припадки приводили къ смертельному исходу.

До сихъ поръ мнѣ ни разу не удавалось выдержать шлемоносцевъ въ живыхъ болѣе $3^1/_2$—4 мѣсяцевъ послѣ наложенія шлема, хотя я и не сомнѣваюсь, что при болѣе благопріятныхъ условіяхъ присмотра и помѣщенія можно было-бы избѣгнуть этого существеннаго ущерба и значительно увеличить продолжительность шлемоношенія. Разумѣется, каждый лишній мѣсяцъ такого наблюденія долженъ дать цѣнные результаты.

Отношеніе вѣса головного мозга къ вѣсу тѣла шлемоносцевъ не представляло отклоненій отъ нормальныхъ колебаній, которыя, какъ извѣстно, у собакъ лежатъ въ очень широкихъ границахъ, даже въ молодомъ возрастѣ. Весьма вѣроятно, что причиною служила слишкомъ малая продолжительность шлемоношенія.

Что касается поверхности большого мозга, то въ болѣе удачныхъ случаяхъ (2) можно было признать нѣкоторую степень уплощенности извилинъ. Быть можетъ, это можно поставить въ связь съ замѣчаемою тупостью шлемоносцевъ, изъ которыхъ 1 особенно отличался глупостью, непонятливостью и трусостью; по отзыву всѣхъ очевидцевъ и по сравненію съ повѣрочнымъ щенкомъ, его движенія бросались въ глаза своею «безсмысленностью» и недостаточною координаціей при бѣганіи. Изъ-за изъязвленія кожи у него пришлось снять шлемъ. Черезъ 7 мѣсяцевъ эта собака ощенилась. Что касается конфигураціи поверхности большихъ полушарій, то какой-либо неправильности, атипичности замѣчено не было. Очевидно, для такихъ измѣненій требуются иныя условія опыта. Тоже относится и къ распредѣленію и количеству сѣраго и бѣлаго веществъ.

У всѣхъ шлемоносцевъ жевательныя мышцы, особенно височная, а также зубы, были недоразвиты; желудокъ былъ несоразмѣрно малъ. Интересно, что и сердце, по видимому, отставало въ развитіи. Уклоненія отъ нормальнаго типа наблюдались и въ другихъ частяхъ организма.

Таковы нѣкоторые изъ результатовъ моихъ опытовъ. Хотя работа эта далеко не закончена, но все-же она указываетъ на плодотворность намѣченнаго плана. Привести фактическія доказательства успѣшности этой попытки и возможности систематической разработки задачи въ указанномъ направленіи и составляло цѣль моего сообщенія.

## LXXVI. Роль носа, глотки и горла въ кровохарканіяхъ. Pharyngitis haemorrhagica.

Ч. пр. С. С. Преображенскаго (Москва).

На кого не наводитъ страха, а часто и ужаса кровохарканіе? Кто хладнокровно отнесется къ участи человѣка, а тѣмъ болѣе близкаго, у котораго кровь «пошла горломъ»? Кровоизліяніе въ дыхательныхъ путяхъ, какъ и кровоиз-

[1]) Повѣрки ради на нѣкоторыхъ щенковъ надѣвали большіе. тяжелые шлемы, но безъ малѣйшаго стѣсненія черепа; хотя у нихъ настроеніе также портилось, но по общему своему поведенію они рѣзко отличались отъ шлемоносцевъ въ періодъ стѣсненія ростущаго черепа.

Digitized by Google

ліяніе мозговое, едва-ли не громче другихъ патологическихъ явленій говоритъ: memento mori! И не само по себѣ страшно кровохарканіе, а именно тѣмъ, что оно связывается обыкновенно съ легочной бугорчаткой, съ т. наз. чахоткой—этимъ страшнымъ бичемъ человѣчества.

Въ виду того, что имѣть дѣло съ кровохарканіями приходится чаще всего врачамъ-терапевтамъ, вопросъ о поставленныхъ мною въ заглавіи кровохарканіяхъ не менѣе важенъ для врача-терапевта, чѣмъ для врача-ларинголога.

Кровохарканія могутъ имѣть свой источникъ съ любого мѣста дыхательныхъ путей, начиная съ носа; съ носа я и начну.

Слизистая оболочка носа обладаетъ многочисленными, прикрытыми лишь очень тонкимъ слоемъ ткани, кровеносными сосудами, легко кровоточащими подъ вліяніемъ различнѣйшихъ причинъ, какъ общихъ, такъ и мѣстныхъ, не считая травматическихъ поврежденій и оперативныхъ вмѣшательствъ. Кровотеченія изъ нея, какъ и изъ другихъ слизистыхъ оболочекъ, происходятъ или отъ разрыва сосудовъ (per rhexin), или отъ просачиванія крови сквозь сосудистыя стѣнки (per diapedesin). Носовое кровотеченіе, какъ явленіе очень частое и потому привычное, заслужило и отношеніе къ себѣ обыкновенно равнодушное, въ чемъ и приходится иногда очень раскаяваться.

Кровь можетъ истекать изъ переднихъ частей носа и изъ заднихъ. Въ первомъ случаѣ, особенно если изліяніе ея необильно, она вытекаетъ обыкновенно черезъ носъ наружу; если же оно сколько-нибудь значительно или если источникъ кровотеченія находится въ заднихъ частяхъ носа, кровь можетъ вытекать назадъ черезъ хоаны въ глотку и отхаркиваться, или доходить до гортани и откашливаться или, наконецъ, проглатываться; въ послѣднемъ случаѣ она можетъ извергаться рвотой. Съ другой стороны, кровоизліяніе не носовое, а изъ глубже лежащихъ частей, не исключая легкихъ и даже пищеварительнаго пути, можетъ также истекать черезъ носъ и походить на носовое кровотеченіе, а также на горловое.

Кровь, имѣющая своимъ источникомъ задніе отдѣлы носа, можетъ совсѣмъ не выходить черезъ него впередъ, а только отхаркиваться или откашливаться, особенно если положеніе кровоточащаго способствуетъ стоку крови черезъ хоаны; кровотеченіе въ такомъ случаѣ, хотя собственно и носовое, явится не въ формѣ таковаго, а въ формѣ кровохарканія.

И такъ, первое, что̀ можно отмѣтить, идя спереди назадъ и сверху внизъ, это—то, что кровохарканіе можетъ быть исключительно носового происхожденія.

За носомъ идетъ носоглоточная полость; въ ней также заложены многочисленные сосуды съ сѣтью венъ на сводѣ (plexus venosus pharyngis). Въ этой полости часто бываетъ гиперплязирована железистая ткань, въ которой *B. Fränkel* описалъ самостоятельное обильное количество сосудовъ съ иногда рѣзко развитымъ венньмъ сплетеніемъ; изъ этой гипертрофированной ткани онъ-же видалъ и кровотеченія. Равнымъ образомъ и *Ricci* [1]) описалъ случай ежедневнаго кровохарканія у юноши, 17 л., прекратившееся тотчасъ по удаленіи железистыхъ разрощеній.

При изслѣдованіи пальцемъ носоглоточной полости, даже самомъ нѣжномъ и быстромъ, нерѣдко легко получается кровь. Если смазать носоглоточную полость обыкновенной ватной кистью, то часто, когда и нѣтъ железистыхъ разрощеній, отхаркивается кровь, особенно если слизистая оболочка воспалена. Въ смыслѣ кровотеченія носоглоточная полость при дотрогиваніи до нея менѣе устойчива, чѣмъ остальныя части глотки и гортань, и самостоятельныя кровотеченія въ ней также возможны, какъ и въ остальныхъ отдѣлахъ дыхательныхъ путей. Кровь изъ носоглоточной полости можетъ выходить черезъ носъ и черезъ ротъ и иногда даже исключительно черезъ ротъ въ формѣ кровоотхаркиванія или кровооткашливанія, особенно если она достигаетъ гортани.

Кромѣ носоглоточной полости, кровохарканіе происходитъ и изъ другихъ отдѣловъ глотки, какъ изъ оральной части, такъ и изъ гортанной, съ задней-ли стѣнки чашки, или съ миндалинъ, или изъ язычной железы, гдѣ также имѣется дов. много венъ, нерѣдко сильно расширенныхъ, въ видѣ четокъ. Подобныя расширенія, ангіомы и пещеристыя опухоли встрѣчаются и въ другихъ отдѣлахъ глотки и на миндалинахъ.

Изъ причинъ, способствующихъ глоточнымъ кровохарканіямъ, не считая язвенныхъ процессовъ и травматическихъ поврежденій, слѣдуетъ указать на сильный кашель, сильное отхаркиваніе, чрезмѣрное тѣлесное напряженіе и т. п., особенно у страдающихъ болѣзнями крови и сосудовъ (кровоточивостью, цынгой, бѣлокровіемъ и пр.), болѣзнями сердца, легкихъ (особенно эмфиземой), печени (гипертрофическимъ циррозомъ) и пр.

Глоточныя кровотеченія, исключая зависящихъ отъ операцій, по общему мнѣнію, не обильны. Впрочемъ, *G. Landa* [2]) сообщаетъ, что кровотеченіе изъ глотки бываетъ иногда столь обильно, что заставляетъ думать о легочномъ кровотеченіи.

*Natier* [3]) въ засѣданіи французскаго Общества ларингологовъ въ 1893 г. сообщилъ о молодомъ человѣкѣ, 20 л., у котораго послѣ небольшого напряженія голоса ротъ 4—5 разъ наполнялся кровью, которую онъ и выкашливалъ. По изслѣдованіи оказалось, что кровь шла изъ задней и боковой стѣнокъ глотки.

Изъ другихъ случаевъ глоточныхъ кровохарканій упомяну о слѣдующихъ.

*Fister* [4]) сообщилъ о 25-лѣтней учительницѣ, заболѣвшей кашлемъ, кровохарканіемъ, потерей позыва на ѣду и пр. Была картина скоротечной чахотки, но при отрицательныхъ физическихъ данныхъ со стороны грудныхъ органовъ. Ларингоскопъ указалъ на припухшую язычную железу съ узловатымъ расширеніемъ сосудовъ. Мѣстное лѣченіе скоро устранило кровохарканіе.

*Moure* имѣлъ 2-хъ подобныхъ-же больныхъ, страдавшихъ ежедневными кровохарканіями въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, пока не была уничтожена мѣстная причина.

*Soal* [5]) въ томъ-же Обществѣ, что и *Natier*, и въ томъ-же году, сообщилъ, что онъ наблюдалъ 3-хъ больныхъ, которые представляли всѣ признаки бугорчатки (у 1 больного найдено было даже ослабленное дыханіе верхушки легкаго) и у которыхъ кровохарканіе происходило изъ небольшихъ язвочекъ и разрывовъ сосудовъ въ области гипертрофированной язычной железы. Всѣ больные выздоровѣли по устраненіи мѣстныхъ измѣненій въ глоткѣ.

*Carl Rosenthal* [6]) приводитъ случай глоточнаго кровотеченія у крѣпкаго мужчины, 27 л., у котораго оно началось послѣ тѣлеснаго напряженія и продолжалось 14 часовъ. Кровь шла изъ средины лѣвой миндалины и изъ передней поверхности задней небной дуги. Никакихъ конституціональныхъ болѣзней у больного не было; глотка была совершенно нормальная; поэтому причину кровотеченія авторъ объясняетъ разрывомъ здороваго сосуда отъ прилива крови къ головѣ вслѣдствіе тѣлеснаго напряженія.

*Bar* [39]) описываетъ воспаленіе язычной железы, однимъ изъ припадковъ котораго приводитъ кровохарканіе.

*Hérard*, *Cornil* и *Hanot* видѣли жабы съ кровохарканіемъ, худобой, потерей позыва на ѣду, вообще съ признаками начальныхъ ступеней чахотки.

И такъ, второе, что̀ можно отмѣтить, это—то, что кровохарканіе можетъ быть исключительно глоточное съ любого мѣста глотки.

Спускаясь ниже, встрѣчаемся съ гортанью. Первый, наблюдавшій гортанное кровотеченіе при помощи ларингоскопа еще въ 1863 г., былъ *Semeleder* [7]).

У здороваго до того мужчины появилась рвота, послѣ которой онъ охрипъ и сталъ отхаркивать кровь. На связкахъ авторъ замѣтилъ пятнистую красноту, а на правой ложной — кровяной, плотно сидѣвшій сгустокъ.

Послѣ *Semeleder*'а стали появляться сообщенія другихъ авторовъ—*Jves*'а, *Morgan*'а, *Schrötter*'а и др., касавшіяся гортанныхъ кровотеченій прежде всего у пѣвцовъ и пѣвицъ. У пѣвцовъ, ораторовъ, чтецовъ, равно какъ у тѣхъ вообще лицъ, гортань которыхъ подвергается усиленной дѣятельности, слизистая оболочка ея, особенно голосовыхъ связокъ, гиперэмируется. Такое-же состояніе гортани наблюдается, какъ обычное явленіе, у акоголиковъ и курильщиковъ. Дѣвушки и женщины въ извѣстный періодъ подвержены тоже переполненію кровью горловыхъ сосудовъ. Кромѣ сказаннаго, гиперэмія слизистой оболочки гортани наблюдается при болѣзненныхъ состояніяхъ, ведущихъ къ застою крови,—при болѣзняхъ сердца, почекъ, печени, при беременности, измѣненіяхъ сосудовъ и состава крови, въ періодѣ полового созрѣванія, при зобѣ и другихъ опухоляхъ,—далѣе при заразныхъ болѣзняхъ и пр. Помимо гиперэміи, какъ на связкахъ, такъ и въ другихъ частяхъ гортани нерѣдко имѣются расширенные сосуды и узлы на нихъ. При легочной эмфиземѣ *Gerhardt* наблюдалъ настоящую синюху слизистыхъ оболочекъ. При налично-

Digitized by Google

сти какой-либо изъ перечисленныхъ предрасполагающихъ причинъ легче могутъ происходить и кровоизліянія въ гортани. Любая случайная причина, какъ кашель, крикъ, пѣніе, рвота и т. п. вызоветъ у такого лица кровохарканіе скорѣе, чѣмъ у того, у кого слизистая оболочка гортани нормальна. Траумы отъ инородныхъ тѣлъ и изъязвленія предрасполагающихъ условій, конечно, не требуютъ. Наконецъ, извѣстны случаи гортанныхъ кровотеченій передъ или вмѣсто мѣсячныхъ.

Гортанныя кровотеченія, какъ это описалъ первый ихъ наблюдатель *Semeleder*, бываютъ обыкновенно изъ голосовыхъ связокъ, именно истинныхъ, и чаще съ одной стороны. Кровь изливается подъ слизистую оболочку (иногда въ формѣ даже крупныхъ гэматомъ), или чаще на поверхность ея. Количество крови бываетъ или незначительное—нѣсколько капель или маленькихъ кровяныхъ полосокъ, или-же очень обильное; изливающаяся кровь отчасти выкашливается наружу, отчасти засыхаетъ въ большія или малыя корки на мѣстахъ и около своего выхода.

Въ 1869 г. *Navratil* [8]) впервые далъ гортанному кровотеченію названіе «chorditis haemorrhagica», обозначивъ имъ острый ляригитъ, сопровождавшійся кровотеченіемъ со связокъ и кровяными сгустками. Хотя пріоритетъ *Navratil*'я скоро былъ забытъ, но литература гортанныхъ кровотеченій, уже подъ именемъ «laryngitis haemorrhagica», быстро, особенно въ 80-хъ и 90-хъ годахъ, возрасла; въ тоже время, однако, возникъ вопросъ, существуетъ-ли на самомъ дѣлѣ такая болѣзнь, какъ самостоятельная форма? Мнѣнія по этому вопросу можно свести къ 2-мъ группамъ. Въ 1-ой онъ рѣшается въ положительномъ смыслѣ; 2-ая относитъ гортанное кровотеченіе къ разряду обычныхъ кровоизліяній со всякаго другого мѣста подъ вліяніемъ различныхъ причинъ, между прочимъ, и при т. наз. сухомъ ляригитѣ (laringitis sicca). По ученію первыхъ, гэморрагическій ляригитъ есть идіопатическій катарръ гортани съ кровотеченіемъ безъ какой-либо внѣшней причины, въ родѣ, напр., язвеннаго процесса, траумы, коклюша и пр. Болѣзнь состоитъ въ томъ, что при явленіяхъ остраго ляригита или обостренія хроническаго больной начинаетъ выкашливать кровяные сгустки въ маломъ или большомъ количествѣ, при чемъ дыханіе его дѣлается обыкновенно очень затрудненнымъ, доходя по временамъ, особенно ночью, до настоящаго удушья, а голосъ пропадаетъ иногда до полнаго безгласія. Источниками кровотеченія бываютъ истинныя и ложныя связки и задняя стѣнка гортани, но чаще свободные края истинныхъ связокъ. Слизистая оболочка или катаррально измѣнена, или представляется обыкновенно налитой кровью и инфильтрированной. Помимо изліянія крови наружу, наблюдаются также кровоизліянія подъ слизистую оболочку на связкахъ.

*Fränkel* [9]), при этой болѣзни видѣлъ непосредственное паренхиматозное кровоизліяніе и образованіе и засыханіе въ корки вытекающей крови и ставитъ эту болѣзнь внѣ зависимости отъ т. наз. сухого ляригита.

*А. И. Лянцъ* [10]) наблюдалъ выхожденіе и сліяніе точкообразныхъ гэморрагій на разныхъ мѣстахъ голосовыхъ связокъ. Болѣзнь онъ также счелъ за самостоятельную разновидность ляригита.

*Strübing* [11]) до 1886 г. собралъ 6 случаевъ гэморрагическаго ляригита и остановился на слѣдующихъ выводахъ: гэморрагическій ляригитъ есть острый катарръ или обострившійся хронически, къ которому присоединилось кровотеченіе при неповрежденной слизистой оболочкѣ; эта неповрежденность слизистой оболочки есть самое характерное въ болѣзни. Случайныя кровотеченія отъ перенапряженія связокъ у пѣвцовъ, отъ коклюша, отъ сухого ляригита, отъ кровоточивости и пр. къ гэморрагическому ляригиту не относятся. Съуженіе происходитъ главнымъ образомъ насчетъ кровоизліянія подъ слизистую оболочку. Причина гэморрагіи лежитъ въ измѣненіи сосудистыхъ стѣнокъ, напр., подъ вліяніемъ беременности, такъ какъ кровотеченіе не зависитъ ни отъ силы катарра, ни отъ дыхательныхъ движеній.

*Ramon de la Sota y Lastra* [12]) описалъ случай гэморрагическаго ляригита также у беременной.

*Treitel* [13]), хотя въ его случаѣ гортанное кровотеченіе и совпало съ мѣсячными, относительно причины его не согласенъ съ *Strübing*'омъ, находя, что едва-ли въ короткій срокъ мѣсячныхъ можетъ произойти измѣненіе сосудистыхъ стѣнокъ. Онъ склоненъ думать, что сосуды измѣняются скорѣе отъ катарральнаго воспаленія гортани и что они дѣлаются способными пропускать сквозь свои стѣнки составныя части крови, чему беременность можетъ благопріятствовать въ томъ отношеніи, что кровь дѣлается тогда богаче фибриномъ и бѣлыми кровяными тѣльцами. Если-бы, разсуждаетъ онъ, играли роль измѣненія сосудистыхъ стѣнокъ отъ беременности, то гортанныя кровотеченія при ней должны-бы происходить чаще и безъ катарра.

*Gottstein* [14]), кажется, первый возсталъ противъ самостоятельности гэморрагическаго ляригита, относя его къ ляригиту сухому, при которомъ кровотеченіе получается отъ разрыва сосудовъ въ пересохшей слизистой оболочкѣ, особенно при насильственномъ отрываніи, напр., чрезмѣрнымъ кашлемъ, крѣпко приставшихъ корокъ. *Rougier* [15]) описалъ гортанное кровотеченіе у одной больной, страдавшей именно сухимъ ляригитомъ.

*Morelli* [16]), на основаніи видѣннаго имъ случая, также склоняется на сторону *Gottstein*'а, говоря, что «chorditis haemorrhagica» начинается, какъ сухой ляригитъ.

*Schnitzler* [17]), *Retti* [18]) и многіе другіе наблюдали случаи гортанныхъ кровотеченій отъ перенапряженія голоса.

Интересенъ случай проф. *А. П. Фавицкаго* [19]) (тогда ординатора клиники проф. *Н. П. Симановскаго*) какъ потому, что въ случаѣ этомъ было сдѣлано вскрытіе, такъ и по заключеніямъ автора.

Дѣло касается больного, 48 л., страдавшаго 2 года кашлемъ и безголосицей, а послѣднія 2 недѣли кровохарканіемъ. Гортань была суха, темнокрасна, припухшая, со сгустками крови; дыхательное горло также было гиперэмировано, равно какъ и носъ. Легкія здоровы; печень и селезенка увеличены; бѣлка не было. Лѣченіе гортани скоро улучшило мѣстныя явленія, но на 10-ый день пребыванія въ клиникѣ катарръ обострился, снова явилось кровохарканіе и при высокой температурѣ наступила смерть отъ паралича сердца при гриппѣ. На вскрытіи: слизистая оболочка гортани и дыхательнаго горла и подслизистая разрыхлены и гиперэмированы; на надгортанникѣ, дыхательномъ горлѣ и на одномъ изъ *Santorini*'евыхъ хрящей — точкообразные кровяные экстравазаты; циррозъ печени; легкія здоровы; сердце жироперерожденное; въ другихъ органахъ никакихъ кровоизліяній. Гистологія гортани: сильная гиперэмія сосудовъ гортани и дыхательнаго горла, выступаніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ изъ сосудовъ на слизистую оболочку надгортанника, связокъ и дыхательнаго горла (per diapedesin); разрыва сосудовъ не найдено, по автору, можетъ быть, и оттого, что такое мѣсто случайно не попало въ разрѣзъ; поэтому возможности per rhexin онъ не отвергаетъ.

На вопросъ, въ какомъ отношеніи гэморрагическій ляригитъ стоитъ къ другимъ катаррамъ гортани, авторъ отвѣчаетъ, что кровотеченіе — этотъ главный признакъ описываемой болѣзни — бываетъ нерѣдко при воспаленіяхъ различныхъ слизистыхъ оболочекъ нашего тѣла, напр., носа, бронховъ, мочевого пузыря, и никто ради этого единственнаго признака не выставляетъ его въ самостоятельную клиническую форму «гэморрагическаго воспаленія» такой-то слизистой оболочки; стало быть, также нужно смотрѣть и на кровотеченіе изъ слизистой оболочки гортани, и потому гэморрагическое ея воспаленіе нужно разсматривать лишь какъ особую форму остраго или подостраго ляригита.

Съ еще большей рѣшительностью высказался по томуже вопросу *Krieg* [20]). Онъ говоритъ, что кровотеченія при воспаленіи гортани дали поводъ для новаго термина — «гэморрагическій ляригитъ» безъ всякой надобности, такъ какъ кровотеченія эти отъ обыкновенныхъ эрозій и экхимозовъ отличаются анатомически и клинически лишь градаціей; что прекрасную аналогію въ этомъ отношеніи представляютъ кровотеченія изъ слизистой оболочки носовой перегородки; что на воспаленной слизистой оболочкѣ обыкновенно наступаютъ кровотеченія, такъ какъ они зависятъ отъ разрыва сосудовъ, сдѣлавшихся отъ воспаленія ломкими; что кровотеченія могутъ встрѣчаться и съ корками и безъ нихъ. Нарушеніе кровообращенія при беременности, легочныхъ страданіяхъ и пр. играетъ роль

Digitized by Google

дыхательнаго горла часто съ увѣренностью нельзя, ибо, во 1-хъ, и сверху кровь, втянутая дыханіемъ, вызоветъ при выслушиваніи извѣстныя явленія; во 2-хъ, кровь, исходящая изъ легкихъ, нерѣдко ничѣмъ не даетъ о себѣ знать при физическомъ изслѣдованіи» (стр. 648). *Rosenberg* [37]) полагаетъ, что кровь на задней стѣнкѣ гортани происходитъ обыкновенно изъ болѣе глубокихъ частей дыхательнаго пути. *M. Schmidt* говоритъ, что, если больной указываетъ, что онъ уже мѣсяцы каждое утро выкашливаетъ кровь, то съ большою вѣроятностью можно предположить, что она происходитъ изъ зубовъ, ибо чахоточный не выплевываетъ крови цѣлыми мѣсяцами. Насколько мнѣ доводилось до сихъ поръ имѣть дѣло съ кровохаркающими, я въ такихъ-то именно случаяхъ и находилъ кровотеченія изъ глотки, и успѣхъ лѣченія подтверждалъ предположеніе. Для глоточныхъ кровохарканій болѣе характерно должно-бы быть выдѣленіе крови безъ кашля; но это остается въ силѣ лишь при небольшихъ количествахъ крови; если-же количество ея сколько-нибудь значительно, то, стекая внизъ въ гортань, она вызоветъ кашель, и глоточное кровотеченіе будетъ походить тогда на кровотеченіе изъ нижележащихъ частей. Впрочемъ, и помимо этого, кашель такъ частъ при фарингитахъ, что присутствіе его при кровохарканіи нисколько не говоритъ ни за, ни противъ того или другого источника кровотеченія.

Предсказаніе при кровохарканіи тамъ, гдѣ найденъ ихъ источникъ, благопріятно, если только основная причина не опасна.

Единственный случай съ неблагопріятнымъ исходомъ, извѣстный мнѣ изъ литературы, это—случай *Porter*'а [38]), который сообщилъ, что у одного страдавшаго гортанными кровохарканіями впослѣдствіи развилась легочная бугорчатка, и не верхушечная, а соотвѣтственно 3-му переднему правому межреберью. Причину чахотки *Porter* видѣлъ здѣсь въ общемъ ослабленія организма гортанными кровотеченіями.

Мнѣ осталось сказать еще нѣсколько словъ о терминологіи. Я совершенно согласенъ съ *А. П. Фавицкимъ*, *Krieg*'омъ и тѣми вообще авторами, которые въ гэморрогическомъ ларингитѣ не видятъ особой болѣзни. Дѣйствительно, каждая слизистая оболочка можетъ кровоточить, тѣмъ болѣе подъ вліяніемъ воспаленія, отъ болѣе обильнаго прилива крови и отъ измѣненія или разрыва сосудистыхъ стѣнокъ, особенно если имѣется благопріятствующее условіе въ родѣ болѣзни сердца, печени, перенапряженія голоса и пр. Но не признавая за гэморрагическимъ ларингитомъ, какъ и за такимъ-же трахеитомъ особыхъ болѣзней, я тѣмъ не менѣе стою за цѣлесообразность этихъ обозначеній на слѣдующемъ основаніи; во вступленіи я позволилъ себѣ указать, что кровохарканія заставляютъ вспоминать о смерти. Если про кого говорятъ, что онъ началъ харкать или кашлять кровью, то это сплошь и рядомъ равносильно распознаванію бугорчатки. Даже при отрицательныхъ данныхъ изслѣдованія легкихъ нѣкоторые врачи трудно отрѣшаются при этомъ отъ предвзятой мысли о бугорчаткѣ. И это происходитъ, я полагаю, главнымъ образомъ оттого, что кровохарканія популярны преимущественно легочныя, изъ другихъ-же дыхательныхъ путей они, если и извѣстны, то какъ-то туманно и малоопредѣленно. Если-бы существованіе гэморрагическихъ въ этихъ путяхъ процессовъ проникло въ сознаніе врачей возможно широко и если-бы процессы эти подъ собственнымъ флагомъ получили надлежащія права гражданства, кровохарканія въ очень многихъ случаяхъ перестали-бы вселять страхъ и врачу, и больному, такъ какъ и тотъ и другой лучше помнили-бы, что они бываютъ отнюдь не при одной только чахоткѣ, а сплошь и рядомъ при простыхъ невинныхъ катаррахъ и носа, и глотки, и горла или даже просто при расширеніи въ этихъ органахъ кровеносныхъ сосудовъ; что, хотя гэморрагическіе фарингиты, ларингиты и пр. и даютъ туже картину кровохарканія, что и легочное страданіе, но имѣютъ совсѣмъ другое предсказаніе и лѣчатся совсѣмъ иначе. Терминъ въ этомъ случаѣ принесетъ, мнѣ кажется, свою долю пользы, потому что сразу будетъ опредѣлять причину и источникъ кровохарканія. Поэтому на ряду съ гэморрагическимъ ларингитомъ и трахеитомъ (laryngitis и tracheitis haemorrhagica) слѣдуетъ поставить и гэморрагическій фарингитъ (pharyngitis haemorrhagica), все равно, будетъ-ли сопровождаться кровотеченіемъ катарръ простой, сухой или гипертрофическій, будетъ-ли кровотеченіе per rhexin или per diapedesin, будетъ-ли оно вызываться кашлемъ или произойдетъ при самомъ покойномъ состояніи. Гэморрагическій фарингитъ имѣетъ на свое названіе—по крайней мѣрѣ, съ практической стороны—даже большее право, чѣмъ такіе-же ларингиты и трахеиты, ибо съ нимъ чаще приходится имѣть дѣло, чѣмъ съ одноименными ларингитомъ и трахеитомъ.

Выводы: 1. Кровохарканія изъ верхнихъ дыхательныхъ путей встрѣчаются несравненно чаще, чѣмъ это полагаютъ.

2. Чаще всего они бываютъ изъ воспаленныхъ мѣстъ или только изъ расширенныхъ сосудовъ.

3. Правильно распознанныя, они обыкновенно легко излѣчиваются.

4. Количество крови не говоритъ за тотъ или другой органъ, и обильное кровохарканіе не исключаетъ возможности фарингеальнаго его происхожденія.

5. Названіе (pharyngitis haemorrhagica) должно имѣть право гражданства на ряду съ гэморрагическимъ ларингитомъ и фарингитомъ (laryngitis и tracheitis haemorrhagica) въ виду особой важности кровохарканія, какъ припадка.

**Литература**: 1. *Ricci*. Internation. Centralblatt für Laryngologie и пр. 1901, № 2.—2. *G. Landa*. Тамъ-же, 1902. № 4.—3. *Natier*. Тамъ-же. 1894, № 1.—4. *Fister*. Fall von Blutung der Zungenmandel. Monatsschrift für Ohrenheilkunde», 1897, № 11.—*Joal*. Hémorrhagies de l'amygdale linguale et hémoptysies. «Revue de laryngologie», 1893, № 11.—6. *Carl Rosenthal*, Ueber Pharinxblutungen. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1892, № 21.—7. *Semeleder*. Laryngoskopie, 1863, стр. 33.—8. *Navratil*. Chorditis haemorrhagica. «Internation. Centralblatt für Laryngologie», 1899, № 5.—9. *Fränkel*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1872, № 2.—10. *Лянцъ*. «Медицинское Обозрѣніе», 1885, № 14.—11. *Strübing*. Die Laringitis haemorrhagica. Wiesbaden. Изд. v. Bergmann'а, 1886.—12. *Ramon de la Sota y Lastra*. «Annales des maladies du larynx», 1888, № 4.—13. *Treitel*. Laryngitis haemorrhagica. «Monatsschrift für Ohrenheilkunde», 1891. № 6.—14. *Gottstein*. Учебникъ.—15. *Rougier*. «Bulletin médical», 1890, мартъ.—16. *Morelli*. «Internat. Centralblatt f. Laryngologie», 1899, № 5.—17.—*Schnitzler*. «Wiener medic. Wochenschrift», 1880.—18. *Rethi*. «Wiener med. Presse», 1884, № 36—37.—19. *А. П. Фавицкій*. «Врачъ», 1888, №№ 48, 49, 50.—20. *Krieg*. Kehlkopf und Luftröhre, herausgegeben von *Heymann*. 1898, стр. 388.—21. *Garel*. «Annales des maladies de l'oreille et du larynx», 1887, № 5.—22. *Lubet-Barbon*. «Archive intern. de laryngologie». 1897, т. X. № 4.—23. *Dreyfuss*. «Annales des malad. de l'oreille et du larynx», 1898, № 11.—24. *Gellé*. Laryngites hémorrhagiques. «Archive internat. de laryngologie», 1899, т. XII.—25. *Compaired*. Deux cas d'hémorrh. laryng. catameniales. «Annal. des malad. de l'oreille», 1892, № 12.—26. *Thomas*. Scharlach. Handbuch v. *Ziemssen*, 1874, т. II.—27. *Löri*. Handbuch der Laryngologie u. Rhinologie, herausgeg. von *Heymann*, стр. 1040.—28. *Marano*. Die haemorrhagische Laryngitis und die Influenza. «Intern. Centralblatt f. Laryngologie», 1891, № 9.—29. *Compaired*. «Annales des malad. de l'oreille, 1896, № 5.—30. *Schech*. Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.—31. *Преображенскій*. Инородныя тѣла дыхательныхъ путей. Московская диссертація, 1892 г.—32. *Schmidt M.* Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin, 1894, стр. 645.—33. *Massei*. «Archivo italiano di laryngologia», 1898, октябрь. «Internat. Centralblatt f. Laryngologie», 1900, № 4.—34. *Tommasi*. «Intern. Centralblatt f. Laryngologie», 1902, № 11.—35. *Donelan*. Tracheale Blutungen nach Influenza. Тамъ-же, 1902, № 6.—36. *Schech*. Handbuch der Laryngologie Rhinologie von *Heymann*. Kehlkopf, 1898, стр. 337.—37. *Rosenberg*. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes, 1893. Berlin.—38. *Porter*. «Monatsschrift für Ohrenheilkunde», 1889, № 12.—39. *Bar*. Revue intern. de rhinologie, otologie et laryngologie, 1898, IV.—40. *Duclos*. Des hémoptysies répetées, signes précurseurs de la néphrite interstitielle. «Revue génér. de clinique et de thérapie, 1890, №№ 21, 22.—41. *Josserand*. «Lyon médical» «Centralblatt f. Nervenheilkunde», 1893, май.

Digitized by Google

и прекращавшіяся, особенно по лѣтамъ. Врачъ по внутреннимъ болѣзнямъ въ легкихъ ничего не нашелъ, а по горловымъ—на задней стѣнкѣ глотки нашелъ зернышки, которыя и уничтожилъ прижиганіями. Кровохарканія, а по временамъ и кашель, тянулись обычнымъ порядкомъ, нисколько, впрочемъ, не нарушая общаго здоровья. Мнѣ пришлось видѣть товарища, когда ему было уже, какъ сказано, 37 лѣтъ. Носъ и дыхательное горло его были въ порядкѣ. Глотка представляла картину хроническаго фарингита съ неособенно сильно выраженной гипертрофіей слизистой оболочки, съ нѣсколько припухшими миндалинами и кое-гдѣ расширенными сосудами. Послѣ 2-мѣсячнаго лѣченія фарингита кровохарканія прекратились и не появляются уже около 5 лѣтъ.

8. X., 30 л., чиновникъ, жаловался на затрудненіе носового дыханія и на кровохарканія. При осмотрѣ найдено: гипертрофія носовыхъ нижнихъ раковинъ, гиперэмія и гиперэстезія глотки, гипертрофія слизистой ея оболочки, особенно на боковыхъ стѣнкахъ; легкія и сердце, по свидѣтельству врача-терапевта, здоровы. Кровохарканія исчезли отъ мѣстнаго лѣченія.

9. Г., 33 л., пѣвецъ, жаловался на несвободное носовое дыханіе и съ мѣсяцъ начавшіяся кровохарканія. Распознаны: гипертрофія раковинъ и гипертрофическій фарингитъ. Скорое выздоровленіе отъ мѣстнаго лѣченія.

10. Л. Б., 45 л., жаловалась на непріятныя ощущенія въ горлѣ, сухость и по временамъ кровохарканія. Распознанъ сухой фарингитъ. При лѣченіи фарингита жалобы уменьшились, а кровохарканія не повторялись въ теченіи 3-хъ лѣтъ, послѣ которыхъ повтореніе того-же лѣченія снова прекратило появившіяся было вновь кровохарканія.

11. В., 41 г., жена купца, жаловалась на боли при глотаніи, сухость и кровохарканія въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ. Распознанъ сухой фарингитъ. Слизистая оболочка была очень истончена и суха. Результаты назначеннаго лѣченія неизвѣстны.

12. П., 44 л., пѣвецъ-любитель, прекраснаго здоровья, при начинавшемся ларингитѣ сталъ пѣть и закашлялся съ кровью. Голосовыя связки красныя; на срединѣ правой истинной, по отдѣленіи подсохшей крови, найдено сосудистое кровоточившее возвышеніе. Не скорое выздоровленіе. Повтореній нѣтъ.

13. Л., 22 л., пѣвица. Однажды было кровохарканье при пѣніи. Лѣвая связка красна припухла, съ кровоподтеками; правая едва розовая. Выздоровленіе.

14. К., 39 л., артистъ, прекраснаго сложенія. 1—2 раза въ годъ значительныя горловыя кровотеченія. Легкія здоровы. При осмотрѣ найденъ хроническій ларингитъ въ сильной степени; по краямъ истинныхъ связокъ 2 расширенныхъ сосуда. Исключительное лѣченіе голосовыхъ связокъ.

15. К., 38 л., конторщикъ, слабый, высокій, худой, узкогрудый. Временами обильнѣйшія кровохарканія или—вѣрнѣе—кровотеченія, иногда сильно ослаблявшія больного. При осмотрѣ найдены: гиперэмія и набухлость слизистой оболочки глотки; красныя голосовыя связки; налитые кровью сосуды дыхательнаго горла. Распознаны: фаринго-ларинго-трахеитъ. Изслѣдованія внутреннихъ органовъ спеціалистами всегда давали отрицательные результаты. Мѣстное лѣченіе устранило кровохарканія; ихъ нѣтъ уже 3-ій годъ.

16. Ф., 46 л., зубной врачъ, хилый, часто кашляющій, эмфизематикъ, нѣсколько лѣтъ страдаетъ отраженнымъ удушьемъ; временами—обильныя кровохарканія. Изслѣдованія легкихъ и мокроты на бугорчатку дали отрицательный результатъ; въ грудныхъ органахъ, кромѣ эмфиземы, ничего не найдено. Больной явился ко мнѣ послѣ одного изъ обильныхъ кровохарканій. Найдены: атрофическій ринитъ, хроническій фарингитъ съ расширенными на задней стѣнкѣ глотки сосудами, катарральный ларингитъ. Дыхательное горло осмотрѣть достаточно не удалось изъ-за полной неподвижности отклоненнаго назадъ надгортанника. Предполагая возможность измѣненія слизистой оболочки и дыхательнаго горла, я назначилъ лѣченіе и ея. Кровохарканій не было $1^1/_2$ года; затѣмъ они снова повторились въ очень слабой степени, но удушья не было. Вновь тоже лѣченіе; теперь опять съ годъ кровохарканій нѣтъ.

Я вполнѣ сознаю неудовлетворительность приведенныхъ исторій болѣзней, но, во-1-хъ, онѣ взяты мною изъ амбуляторныхъ записей, во-2-хъ, для той цѣли, которую я намѣтилъ, возбудивъ вопросъ о кровохарканіяхъ, я считаю и ихъ пока достаточными.

Изъ приведенныхъ мною 16 случаевъ въ первыхъ 11 причиной кровохарканій я считаю воспалительное состояніе глотки, именно: въ первыхъ 2 случаяхъ катарръ верхняго ея отдѣла (въ 1 сл. хроническій и въ 1—острый), въ 9 слѣдующихъ—ротового по преимуществу отдѣла; вообще причиной въ этихъ случаяхъ было то, что носитъ названіе «хроническій фарингитъ»—простой (сл. 3, 4, 5, 6) или гипертрофическій (сл. 7, 8 и 9), или, наконецъ, сухой (сл. 10 и 11). Мои предположенія, что кровохарканія въ этихъ случаяхъ были изъ глотки, подтверждались результатами лѣченія. Въ сл. 12, 13 и 14 кровохарканія были изъ гортани отъ усиленнаго напряженія голосового прибора, причемъ почва была также воспалительная, по крайней мѣрѣ, въ сл. 12 и 14, а, можетъ быть, и въ сл. 13. Въ сл. 15 и 16 кровохарканія были, думается мнѣ, не изъ глотки или гортани, а—вѣрнѣе—изъ дыхательнаго горла, потому что, не смотря на обиліе кровотеченія, мнѣ никакъ не удалось найти кровоточившихъ мѣстъ, хотя больные и явились одинъ на 2-ой день послѣ кровотеченія, а другой на 3-ій. Я не могъ рѣшить этого вопроса въ одномъ случаѣ еще и потому, что изъ-за неподвижности надгортанника нельзя было достаточно осмотрѣть дыхательное горло. Какъ-бы то ни было, лѣченіе глотки и дыхательнаго горла прекратило и въ этомъ случаѣ кровотеченія.

Я не включилъ сюда своихъ случаевъ глоточныхъ кровохарканій, исходившихъ изъ расширенныхъ сосудовъ безъ всякой воспалительной подкладки, приведя примѣры ихъ изъ литературы. Въ выводахъ-же я имѣлъ въ виду и ихъ.

Встрѣча съ кровохарканіями давала мнѣ поводъ думать, что нѣкоторые врачи относятся къ нимъ нѣсколько односторонне, обращая исключительное вниманіе на легочное заболѣваніе и отыскивая причину кровохарканій только въ легкихъ. Нѣкоторые изъ моихъ случаевъ и приведенные изъ литературы показываютъ, что появленіе кровохарканія наводило иногда врача на ложную мысль о легочной бугорчаткѣ, и дѣло разъяснялось только ларингоскопіей. На этомъ основаніи первое, на чемъ я особенно настаиваю, это—то, что, если при кровохарканіяхъ ларингологъ не долженъ обходиться безъ врача-терапевта, то тѣмъ болѣе послѣдній—безъ ларинголога, по крайней мѣрѣ при отрицательныхъ или сомнительныхъ данныхъ со стороны легкихъ.

Какъ можно иногда открыть источникъ кровохарканій, это, какъ мнѣ неоднократно приходилось убѣждаться, неизвѣстно даже инымъ и спеціалистамъ. Дѣло въ томъ, что слизистая оболочка часто бываетъ прикрыта тонкимъ, иногда почти совсѣмъ незамѣтнымъ для глаза, слоемъ слизи и при осмотрѣ представляется блѣдноватой и замаскированной настолько, что легко проглядывается не только гиперэмія ея, но и расширенный и даже недавно кровоточившій сосудъ. Если слегка дотронуться до нея клочкомъ ваты, то немедленно обнаружится измѣненная слизистая оболочка или расширенный сосудъ (не отраженное расширеніе, по крайней мѣрѣ, въ 1-ый моментъ), или немедленно начнетъ просачиваться, какъ сквозь сито, кровь, которая тутъ-же собирается на глазахъ наблюдающаго въ каплю и переходитъ въ кровотеченіе. Если-же кровотеченіе происходитъ per rhexin, то кровь, конечно, струей выходитъ изъ видимаго глазамъ сосудистаго отверстія. Если не воспользоваться этимъ простымъ пріемомъ, то источникъ кровотеченія можетъ остаться скрытымъ, и я думаю, что такіе-то случаи и принимаются иногда за случаи съ неизвѣстнымъ источникомъ кровотеченій и кровохарканій, или, что еще хуже, ненахожденіе ларингологомъ кровоточащаго мѣста будетъ способствовать ошибочному сужденію врача-терапевта относительно бугорчатки.

Лѣченіе фарингита иногда не устраняетъ кровохарканій до тѣхъ поръ, пока не уничтожатся расширенные сосуды; зато устраненіе однихъ расширеній безъ лѣченія воспаленія способно устранить кровотеченія на годы, пока въ другихъ мѣстахъ не явятся новыя расширенія.

Кровоточащее мѣсто иногда легче опредѣлить, чѣмъ кровоточащій органъ. Анамнестическія данныя, сопутствующія кровохарканію, не исключая количества крови, мало надежны, и разобраться по нимъ въ положеніи дѣла трудно. *Schech* [30]) говоритъ, что гортанное кровотеченіе доходитъ до чайной ложки и въ рѣдкихъ случаяхъ заходитъ за этотъ предѣлъ. Въ другомъ мѣстѣ [36]) онъ добавляетъ, что, если количество крови превышаетъ чайную ложку безъ предшествовавшей операціи, то кровь эта вышла не изъ гортани или дыхательнаго горла, а изъ легкихъ. Но въ нѣкоторыхъ случаяхъ изъ литературы и моихъ (сл. 1, 2, 14, 15 и 16) кровотеченія были гораздо болѣе обильныя, чѣмъ чайная ложка; однако кровь происходила въ нихъ не изъ легкихъ. По моимъ наблюденіямъ скудость кровохарканія нисколько не говоритъ за глоточное его происхожденіе, равно какъ и обиліе его не отвергаетъ возможности происхожденія его именно изъ глотки или гортани. У *Massei* [33]) при кровотеченіяхъ изъ дыхательнаго горла количество крови показано до 100 к. стм. въ день. *M. Schmidt* [32]) говоритъ: «поставить распознаваніе при кровотеченіяхъ изъ

Digitized by Google

дыхательнаго горла часто съ увѣренностью нельзя, ибо, во 1-хъ, и сверху кровь, втянутая дыханіемъ, вызоветъ при выслушиваніи извѣстныя явленія; во 2-хъ, кровь, исходящая изъ легкихъ, нерѣдко ничѣмъ не даетъ о себѣ знать при физическомъ изслѣдованіи» (стр. 648). *Rosenberg* [37]) полагаетъ, что кровь на задней стѣнкѣ гортани происходитъ обыкновенно изъ болѣе глубокихъ частей дыхательнаго пути. *M. Schmidt* говоритъ, что, если больной указываетъ, что онъ уже мѣсяцы каждое утро выкашливаетъ кровь, то съ большою вѣроятностью можно предположить, что она происходитъ изъ зубовъ, ибо чахоточный не выплевываетъ крови цѣлыми мѣсяцами. Насколько мнѣ доводилось до сихъ поръ имѣть дѣло съ кровохаркающими, я въ такихъ-то именно случаяхъ и находилъ кровотеченія изъ глотки, и успѣхъ лѣченія подтверждалъ предположеніе. Для глоточныхъ кровохарканій болѣе характерно должно-бы быть выдѣленіе крови безъ кашля; но это остается въ силѣ лишь при небольшихъ количествахъ крови; если-же количество ея сколько-нибудь значительно, то, стекая внизъ въ гортань, она вызоветъ кашель, и глоточное кровотеченіе будетъ походить тогда на кровотеченіе изъ нижележащихъ частей. Впрочемъ, и помимо этого, кашель такъ частъ при фарингитахъ, что присутствіе его при кровохарканіи нисколько не говоритъ ни за, ни противъ того или другого источника кровотеченія.

Предсказаніе при кровохарканіи тамъ, гдѣ найденъ ихъ источникъ, благопріятно, если только основная причина не опасна.

Единственный случай съ неблагопріятнымъ исходомъ, извѣстный мнѣ изъ литературы, это—случай *Porter*'а [38]), который сообщилъ, что у одного страдавшаго гортанными кровохарканіями впослѣдствіи развилась легочная бугорчатка, и не верхушечная, а соотвѣтственно 3-му переднему правому межреберью. Причину чахотки *Porter* видѣлъ здѣсь въ общемъ ослабленія организма гортанными кровотеченіями.

Мнѣ осталось сказать еще нѣсколько словъ о терминологіи. Я совершенно согласенъ съ *А. П. Фавицкимъ*, *Krieg*'омъ и тѣми вообще авторами, которые въ гэморрогическомъ ляринситѣ не видятъ особой болѣзни. Дѣйствительно, каждая слизистая оболочка можетъ кровоточить, тѣмъ болѣе подъ вліяніемъ воспаленія, отъ болѣе обильнаго прилива крови и отъ измѣненія или разрыва сосудистыхъ стѣнокъ, особенно если имѣется благопріятствующее условіе въ родѣ болѣзни сердца, печени, перенапряженія голоса и пр. Но не признавая за гэморрагическимъ ляринситомъ, какъ и за такимъ-же трахеитомъ особыхъ болѣзней, я тѣмъ не менѣе стою за цѣлесообразность этихъ обозначеній на слѣдующемъ основаніи; во вступленіи я позволилъ себѣ указать, что кровохарканія заставляютъ вспоминать о смерти. Если про кого говорятъ, что онъ началъ харкать или кашлять кровью, то это сплошь и рядомъ равносильно распознаванію бугорчатки. Даже при отрицательныхъ данныхъ изслѣдованія легкихъ нѣкоторые врачи трудно отрѣшаются при этомъ отъ предвзятой мысли о бугорчаткѣ. И это происходитъ, я полагаю, главнымъ образомъ оттого, что кровохарканія популярны преимущественно легочныя, изъ другихъ-же дыхательныхъ путей они, если и извѣстны, то какъ-то туманно и малоопредѣленно. Если-бы существованіе гэморрагическихъ въ этихъ путяхъ процессовъ проникло въ сознаніе врачей возможно широко и если-бы процессы эти подъ собственнымъ флагомъ получили надлежащія права гражданства, кровохарканія въ очень многихъ случаяхъ перестали-бы вселять страхъ и врачу, и больному, такъ какъ и тотъ и другой лучше помнили-бы, что они бываютъ отнюдь не при одной только чахоткѣ, а сплошь и рядомъ при простыхъ невинныхъ катаррахъ и носа, и глотки, и горла или даже просто при расширеніи въ этихъ органахъ кровеносныхъ сосудовъ; что, хотя гэморрагическіе фарингиты, ляринситы и пр. и даютъ туже картину кровохарканія, что и легочное страданіе, но имѣютъ совсѣмъ другое предсказаніе и лѣчатся совсѣмъ иначе. Терминъ въ этомъ случаѣ принесетъ, мнѣ кажется, свою долю пользы, потому что сразу будетъ опредѣлять причину и источникъ кровохарканія. Поэтому на ряду съ гэморрагическимъ ляринситомъ и трахеитомъ (laryngitis и tracheitis haemorrhagica) слѣдуетъ поставить и гэморрагическій фарингитъ (pharyngitis haemorrhagica), все равно, будетъ-ли сопровождаться кровотеченіемъ катарръ простой, сухой или гипертрофическій, будетъ-ли кровотеченіе per rhexin или per diapedesin, будетъ-ли оно вызываться кашлемъ или произойдетъ при самомъ покойномъ состояніи. Гэморрагическій фарингитъ имѣетъ на свое названіе—по крайней мѣрѣ, съ практической стороны—даже большее право, чѣмъ такіе-же ляринситы и трахеиты, ибо съ нимъ чаще приходится имѣть дѣло, чѣмъ съ одноименными ляринситомъ и трахеитомъ.

Выводы: 1. Кровохарканія изъ верхнихъ дыхательныхъ путей встрѣчаются несравненно чаще, чѣмъ это полагаютъ.

2. Чаще всего они бываютъ изъ воспаленныхъ мѣстъ или только изъ расширенныхъ сосудовъ.

3. Правильно распознанныя, они обыкновенно легко излѣчиваются.

4. Количество крови не говоритъ за тотъ или другой органъ, и обильное кровохарканіе не исключаетъ возможности фарингеальнаго его происхожденія.

5. Названіе (pharyngitis haemorrhagica) должно имѣть право гражданства на ряду съ гэморрагическимъ ляринситомъ и фарингитомъ (laryngitis и tracheitis haemorrhagica) въ виду особой важности кровохарканія, какъ припадка.

**Литература**: 1. *Ricci*. Internation. Centralblatt für Laryngologie и пр. 1901, № 2.—2. *G. Landa*. Тамъ-же, 1902. № 4.—3. *Natier*. Тамъ-же. 1894, № 1.—4. *Fister*. Fall von Blutung der Zungenmandel. Monatsschrift für Ohrenheilkunde», 1897, № 11.—*Joal*. Hémorrhagies de l'amygdale linguale et hémoptysies. «Revue de laryngologie», 1893, № 11.—6. *Carl Rosenthal*, Ueber Pharinxblutungen. «Deutsche medic. Wochenschrift», 1892, № 21.—7. *Semeleder*. Laryngoskopie. 1863, стр. 33.—8. *Navratil*. Chorditis haemorrhagica. «Internation. Centralblatt für Laryngologie», 1899, № 5.—9. *Fränkel*. «Berliner klin. Wochenschrift», 1872, № 2.—10. *Лянцъ*. «Медицинское Обозрѣніе», 1885, № 14.—11. *Strübing*. Die Laringitis haemorrhagica. Wiesbaden. Изд. v. Bergmann'a, 1886.—12. *Ramon de la Sota y Lastra*. «Annales des maladies du larynx», 1888, № 4.—13. *Treitel*. Laryngitis haemorrhagica. «Monatsschrift für Ohrenheilkunde», 1891. № 6.—14. *Gottstein*. Учебникъ.—15. *Rougier*. «Bulletin médical», 1890, мартъ.—16. *Morelli*. «Internat. Centralblatt f. Laryngologie», 1899, № 5.—17.—*Schnitzler*. «Wiener medic. Wochenschrift», 1880.—18. *Rethi*. «Wiener med. Presse», 1884, № 36—37.—19. *А. П. Фавицкій*. «Врачъ», 1888, №№ 48, 49, 50.—20. *Krieg*. Kehlkopf und Luftröhre, herausgegeben von *Heymann*. 1898, стр. 388.—21. *Garel*. «Annales des maladies de l'oreille et du larynx», 1887, № 5.—22. *Lubet-Barbon*. «Archive intern. de laryngologie». 1897, т. X. № 4.—23. *Dreyfuss*. «Annales des malad. de l'oreille et du larynx», 1898, № 11.—24. *Gellé*. Laryngites hémorrhagiques. «Archivo internat. de laryngologie», 1899, т. XII.—25. *Compaired*. Deux cas d'hémorrh. laryng. catameniales. «Annal. des malad. de l'oreille», 1892, № 12.—26. *Thomas*. Scharlach. Handbuch v. *Ziemssen*, 1874, т. II.—27. *Löri*. Handbuch der Laryngologie u. Rhinologie, herausgeg. von *Heymann*, стр. 1040.—28. *Marano*. Die haemorrhagische Laryngitis und die Influenza. «Intern. Centralblatt f. Laryngologie», 1891, № 9.—29. *Compaired*. «Annales des malad. de l'oreille, 1896, № 5.—30. *Schech*. Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.—31. *Преображенскій*. Инородныя тѣла дыхательныхъ путей. Московская диссертація, 1892 г.—32. *Schmidt M*. Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin, 1894, стр. 645.—33. *Massei*. «Archivo italiano di laryngologia», 1898, октябрь. «Internat. Centralblatt f. Laryngologie», 1900, № 4.—34. *Tommasi*. «Intern. Centralblatt f. Laryngologie», 1902, № 11.—35. *Donelan*. Tracheale Blutungen nach Influenza. Тамъ-же, 1902, № 6.—36. *Schech*. Handbuch der Laryngologie Rhinologie von *Heymann*. Kehlkopf, 1898, стр. 337.—37. *Rosenberg*. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes, 1893. Berlin.—38. *Porter*. «Monatsschrift für Ohrenheilkunde», 1889, № 12.—39. *Bar*. Revue intern. de rhinologie, otologie et laryngologie, 1898, IV.—40. *Duclos*. Des hémoptysies répetées, signes précurseurs de la néphrite interstitielle. «Revue génér. de clinique et de thérapie, 1890, №№ 21, 22.—41. *Josserand*. «Lyon médical» «Centralblatt f. Nervenheilkunde», 1893, май.

Digitized by Google

Изъ лабораторіи на фортѣ «Императоръ Александръ I» Института экспериментальной медицины.

# Къ морфологіи и біологіи микроба бубонной чумы и палочки ложной бугорчатки грызуновъ (bac. pseudotuberculosis rodentium Pf.).

Ч. пр. С. И. Златогорова.

*(Продолженіе. См. № 17, стр. 601).*

### Ростъ чумныхъ разводокъ на твердыхъ питательныхъ средахъ.

Изъ твердыхъ питательныхъ средъ, пригодныхъ для роста и характеристики чумнаго микроба наибольшее значеніе имѣютъ агаръ и желятина, почему на нихъ я и остановлюсь подробнѣе, другихъ же средъ (картофеля, сыворотки) коснусь только вскользь.

При выборѣ мясного настоя для приготовленія агара или желятины наиболѣе благопріятной средой для роста чумныхъ микробовъ является телячій или говяжій агаръ (послѣдній нѣсколько хуже), менѣе благопріятной—рыбный. Если параллельно засѣять на косой поверхности агара 3-хъ сортовъ одинъ и тотъ-же матеріалъ, то на рыбномъ агарѣ ростъ получается въ видѣ мельчайшихъ колоній, очень напоминающихъ стрептококковыя (особенно черезъ сутки), полупрозрачныхъ, не сливающихся другъ съ другомъ [1]). На телячьемъ или говяжьемъ агарѣ колоніи крупнѣе и ростъ обильнѣе.

Какой видъ имѣетъ типичная чумная разводка на агарѣ? Уже черезъ 18—24 часа роста на поверхности косого агара можно замѣтить невооруженнымъ глазомъ сѣробѣлый налетъ, отдающій голубоватымъ оттѣнкомъ при проходящемъ свѣтѣ, а въ отраженномъ играющій цвѣтами радуги, особенно по краямъ. Налетъ состоитъ изъ ясно различимыхъ отдѣльныхъ колоній, съ булавочную головку, возвышающихся надъ уровнемъ агара. При разсматриваніи налета въ лупу можно уже черезъ сутки (а дальше еще лучше) замѣтить, что края его фестончаты.

Бактеріальная масса вязка и тянется въ нити. При дальнѣйшемъ ростѣ иногда появляются большія колоніи, покрывающія основныя мелкія; разводка принимаетъ болѣе желтобѣлый оттѣнокъ и становится болѣе грубой. Конденсаціонная вода наполняется хлопьями, которые не мутятъ жидкости. При микроскопическомъ изслѣдованіи глубокія колоніи въ чашкахъ съ разводками оказываются неправильной яйцевидной или круглой формы, бураго цвѣта, и крупно зернистыми; поверхностныя колоніи блестящи и напоминаютъ «толченое» стекло. Края колоніи ясно фестончаты съ радужнымъ оттѣнкомъ. При посѣвѣ уколомъ въ агаръ ростъ происходитъ по всему уколу, кверху нѣсколько лучше, и на поверхности кончается небольшой шляпкой.

Какъ видно изъ этого описанія, ростъ чумнаго микроба на агарѣ не представляетъ чего-либо рѣзко отличнаго отъ другихъ микробовъ, и, какъ сказано будетъ ниже, далеко не всегда сохраняетъ только-что приведенныя черты. За то изслѣдованіе бактерій изъ агарныхъ разводокъ даетъ значительно больше особенностей, присущихъ чумному микробу въ отличіе отъ другихъ. Разнообразіе формъ чумнаго микроба, такъ рѣзко выраженное въ животномъ организмѣ, выступаетъ въ агарныхъ разводкахъ тѣмъ больше, чѣмъ онѣ старше. Уже черезъ 24—48 час. роста чумный микробъ имѣетъ видъ кокко-палочки и даже кокка, часто окрашивающагося неравномѣрно; рядомъ съ этимъ встрѣчаются палочки, ясно вытянутыя, совершенно не похожія на кокко-палочковыя формы. Уже черезъ нѣсколько дней, кромѣ этихъ формъ, появляются различные элементы большой величины, причудливой, неправильной формы—шаровидной, грушевидной, или дрожжевидной. Такія гигантскія формы окрашиваются или сплошь, или только частично. Появленіе такихъ формъ можно значительно ускорить, выращивая чумнаго микроба на средѣ, предложенной *Hankin*'омъ (съ 3%-мъ содержаніемъ поваренной соли). Такое разнообразіе формъ чумнаго микроба на агарѣ иногда можетъ служить подспорьемъ для отличительнаго распознаванія. Къ сожалѣнію, ростъ чумнаго микроба на агарѣ не представляетъ чего-либо строго постояннаго ни съ макро- ни съ микроскопической стороны. Изслѣдованныя мною 22 разводокъ служатъ тому доказательствомъ. Въ то время, какъ однѣ разводки быстро даютъ на агарѣ различныя полиморфныя особи, въ другихъ это наступаетъ очень поздно или даже не наступаетъ совсѣмъ. Тоже слѣдуетъ сказать и относительно внѣшняго вида разводокъ: однѣ ростутъ типично, у другихъ ростъ получается очень обильный уже черезъ сутки, сплошнымъ слоемъ, съ едва различимыми границами отдѣльныхъ колоній, у третьихъ онъ начинается только черезъ 2—3 сутокъ, въ видѣ микроскопическихъ капелекъ, напоминающихъ стрептококка. Для примѣра приведу описаніе нѣкоторыхъ разводокъ, сдѣланное мною при изученіи сравнительнаго роста чумныхъ микробовъ на агарѣ.

[1]) Подъ микроскопомъ микробы съ рыбнаго агара въ первые дни совершенно не отличаются отъ обычныхъ разводокъ на мясномъ агарѣ, только въ дальнѣйшемъ скорѣе образуются инволюціонныя формы.

Само собою разумѣется, что для такого сравнительнаго изученія микробовъ нужно было по возможности соблюдать всѣ мѣры предосторожности во избѣжаніе ошибокъ: брались одинаковыя питательныя среды, засѣваніе дѣлалось однороднымъ матеріаломъ и равнымъ (приблизительно) количествомъ. Энергія роста несомнѣнно зависитъ отъ первоисточника матеріала: посѣвъ изъ животнаго на агарѣ или съ разводки на искусственной питательной средѣ даетъ различные результаты. Изъ животнаго ростъ получается менѣе пышный и запаздываетъ по сравненію съ разводками, полученными отъ пересѣва изъ искусственныхъ.

22/V 1902 г.: Изслѣдованы 8—20 часовыхъ агарныхъ разводокъ.—Колобовская, Bombay'ская I и II, Текебайская, Парижская I и II, Батумская и Glasgow'ская. Типичныя кокковыя формы получились только у Glasgow'ской и Текебайской; въ остальныхъ были найдены тоненькія палочки, сплошь окрашивавшіяся. Изслѣдованныя черезъ 3 сутокъ, разводки уже не дали подъ микроскопомъ существенной разницы.

Макроскопическій видъ агарныхъ разводокъ черезъ 3 сутокъ: Glasgow'ская—сплошной ростъ мелкихъ колоній съ болѣе крупными колоніями (перламутровыми), покрывающими мелкія; Текебайская—тоже; Ново-Бомбейская—тоже сплошной ростъ безъ гигантскихъ покрывающихъ колоній; Старо-Бомбейская—ростъ нѣсколько грубѣе; отдѣльныя колоніи выдѣляются и болѣе выпуклы; Батумская—обильный сплошной ростъ; Парижская—ростъ слабѣе; ясно выступающія отдѣльныя колоніи; изъ Oporto—обильный сплошной ростъ мельчайшими колоніями.

Агарныя разводки черезъ 26 сутокъ роста: Одесская крысъ—сплошной опалесцирующій налетъ; кромѣ кокковыхъ элементовъ попадаются крупные экземпляры; цѣпочки изъ 2—3 элементовъ; хорошая биполярная окраска; Одесская отъ амбуляторнаго больного—въ налетѣ хорошо выражены отдѣльныя мелкія колоніи; много экземпляровъ съ окрашенной средней частью; цѣпочки по 2—3 членика; хорошая биполярность; Одесская-тяжелая—сплошной ростъ; вытянутые экземпляры, биполярность; Одесская гнилостная сплошной ростъ опалесцирующими малыми колоніями; хорошая биполярная окраска; много двойныхъ экземпляровъ; краска нерѣдко скопляется въ серединѣ клѣтки; много вытянутыхъ экземпляровъ; Одесская-легкая—ростъ крупными опалесцирующими колоніями; много одиночныхъ вытянутыхъ экземпляровъ, длинныя нити, окрашенныя по серединѣ и по концамъ; Аксайская—хорошій ростъ; крупныя колоніи; много одиночныхъ экземпляровъ, хорошо окрашивающихся: Аксайская отъ больного съ воспаленіемъ мозговыхъ оболочекъ—сплошной ростъ малыми опалесцирующими колоніями; много одиночныхъ экземпляровъ, биполярно вытянутыхъ или въ центрѣ окрашенныхъ; крупные экземпляры, слившіеся изъ 3—4 члениковъ; Аксайская Ш.—сплошной ростъ малыми колоніями; много одиночныхъ и двойныхъ экземпляровъ, сильно вытянутыхъ; шаровидныя формы; гигантскія формы изъ 3—4—5 члениковъ; Утъ-Кудукская—ростъ мелкими колоніями; хорошая биполярная окраска; много одиночныхъ и двойныхъ экземпляровъ вытянутыхъ.

Съ дальнѣйшимъ ростомъ агарныхъ разводокъ въ теченіи 5—6 мѣс. (въ условіяхъ отсутствія высыханія) шаровидныя формы уже преобладаютъ надъ другими, а въ нѣкоторыхъ разводкахъ хорошо сохраняется биполярная окраска и много гигантскихъ нитевидныхъ образованій, окрашивающихся неравномѣрно.

При систематическомъ изслѣдованіи агарныхъ разводокъ, отъ нѣсколько-дневныхъ до многомѣсячныхъ, бросается въ глаза слѣдующая особенность: на ряду съ кокковыми, палочковидныя формы, часто членистыя, не только не уменьшаются въ числѣ, а, наоборотъ, ихъ дѣлается тѣмъ больше, чѣмъ старше разводка, т. е. *имѣется несомнѣнная наклонность къ образованію цѣпочечныхъ и нитевидныхъ образованій*, чего нѣтъ въ бульонныхъ разводкахъ, въ которыхъ съ теченіемъ времени цѣпочки даже распадаются.

Сравнивая 22 разводки, выращенныя на агарѣ, можно сказать, что микроскопически черезъ извѣстный промежутокъ времени отъ начала посѣва, приблизительно черезъ 3—4 дня, онѣ бываютъ очень похожи другъ на друга какъ по величинѣ, такъ и по формамъ. Отличалась лишь единственная разводка—Одесская крысъ, которая послѣ 1-го засѣва давала на агарѣ очень крупныя палочки, соединявшіяся по 2; уже при слѣдующихъ перевивкахъ она походила на всѣ другія.

Прибавленіе къ агару глицерина, въ количествѣ не болѣе 2%, не ухудшало роста, прибавленіе-же винограднаго или молочнаго сахара ухудшало его уже при 2%.

*На желятинѣ* ростъ чумныхъ микробовъ я изучилъ какъ въ пробиркахъ (по поверхности и уколомъ), такъ и въ чашкахъ. Желятина бралась 10%-ная, и разводки сохранялись при 22° Ц. Ростъ на желятинѣ появлялся въ разводкахъ только черезъ 2 сутокъ, а maximum его наступалъ черезъ 5—6 сутокъ. *Желятина ни разу не разжижалась*. Въ общемъ ростъ на желятинѣ во всѣхъ разводкахъ былъ почти одинаковый, отличаясь только количественно. По уколу ростъ получался въ видѣ отдѣльныхъ колоній, мѣстами сливавшихся и кверху переходившихъ въ шляпку съ фестончатыми краями [1]). На поверхности желятины по штриху образуется сухая пленочка бѣловато-желтая состоящая изъ тѣсно прилегающихъ другъ къ другу колоній

[1]) Ростъ по уколу на желятинѣ многими авторами (*Казанскій, Кривошеинъ* и *Фурманъ*) считается характернымъ, а именно указывается на образованіе елочки, какъ у сибиреязвенныхъ палочекъ. Изъ 22 имѣвшихся въ моемъ распоряженіи чумныхъ разводокъ только Bombay'ская I дала елочку; въ остальныхъ ростъ былъ нетипичный.

Digitized by Google

имѣющихъ по окружности неровные края. Колоніи сильно опалесцируютъ и кажутся какъ бы истыканными. На чашкахъ 3—4-дневныя колоніи макроскопически напоминаютъ колоніи кишечной палочки. Подъ микроскопомъ глубокія колоніи рѣзко ограничены и круглы, поверхностныя блестящія, въ центрѣ мелкозернисты, съ неровными фестончатыми краями, отдающими цвѣтами радуги. Колоніи не сливаются. Какъ видно изъ этого описанія, и ростъ на желатинѣ не представляетъ выдающихся чертъ, по которымъ чумный микробъ отличался-бы отъ другихъ микробовъ.

*На картофелѣ* чумные микробы ростутъ плохо, образуя черезъ нѣсколько дней едва замѣтный налетъ (и то только при температурѣ не ниже 26°—24° Ц.). Всѣ бывшія у меня чумныя разводки одинаково росли на картофелѣ, при чемъ нѣкоторыя изъ нихъ, какъ Парижская-2 и *Edinghton*'а росли гораздо хуже другихъ.

На *свернутой телячьей сывороткѣ* ростъ микробовъ получался уже черезъ сутки въ видѣ мелкихъ колоній, съ булавочную головку, слегка желтоватаго цвѣта. Черезъ 2 сутокъ колоніи тѣсно прилегали другъ къ другу, образуя по краямъ фестоны. Сыворотка никогда не разжижалась. Ростъ имѣвшихся въ моемъ распоряженіи чумныхъ разводокъ на такой свернутой сывороткѣ былъ поразительно схожъ въ различныхъ разводкахъ, гораздо ближе подходилъ одинъ къ другому, чѣмъ въ агарныхъ или желятинныхъ разводкахъ.

Въ то время, какъ на свернутой сывороткѣ чумные микробы ростутъ дов. хорошо, *въ жидкой сывороткѣ* (телячьей, лошадиной, человѣчьей) они размножаются гораздо хуже. Если внести въ сыворотку небольшое количество микробовъ, они плохо размножаются, образуя на днѣ сосуда колючки, и въ теченіи долгаго времени (недѣль) ростъ ихъ замѣтно бываетъ задержанъ. Только при большихъ количествахъ микробы замѣтно размножаются, все-же на днѣ сосуда какъ-бы склеенные. Подъ микроскопомъ микробы изъ жидкой сыворотки представляютъ тѣже цѣпочечныя формы, что и въ бульонныхъ разводкахъ.

При изученіи роста чумныхъ микробовъ на твердыхъ питательныхъ средахъ я обращалъ особое вниманіе на среды съ примѣсью поваренной соли (по *Hankin*'у до 3%). Солевыя среды, какъ извѣстно, многими считаются до нѣкоторой степени особо благопріятными для чумныхъ микробовъ, дающихъ на нихъ разнообразныя инволюціонныя формы, позволяющія отличать ихъ отъ близкихъ (морфологически) микробовъ. Что прибавленіе поваренной соли къ агару даетъ возможность получать различныя инволюціонныя формы чумнаго микроба, это несомнѣнно; однако явленіе это далеко не всегда характеризуетъ *всякую* чумную разводку и присуще не только чумной палочкѣ, но и другимъ микробамъ (какъ, напр., палочкѣ ложной бугорчатки грызуновъ), въ чемъ я могъ убѣдиться на основаніи изслѣдованія 22 чумныхъ разводокъ и различныхъ нечумныхъ [1]).

*Ростъ на сахарныхъ средахъ*. Выше я упоминалъ, что прибавленіе въ извѣстной пропорціи сахара къ питательнымъ средамъ неблагопріятно для роста чумной палочки. При небольшомъ содержаніи сахара (до 1%) микробы пышно развиваются безъ разложенія его. Всѣ мои чумныя разводки засѣвались въ бродильныхъ колбочкахъ съ сахарнымъ бульономъ (виноградный или молочный сахаръ отъ 0,5 до 2%), и *ни разу*, не смотря на повтореніе опытовъ, я не наблюдалъ алкогольнаго броженія сахара. Такъ какъ отрицательное отношеніе чумнаго микроба къ сахарнымъ средамъ составляетъ важный распознавательный признакъ, то я сдѣлалъ попытку пріучить этотъ микробъ къ сахарной средѣ и совмѣстнымъ ростомъ съ микробомъ, сильно разлагающимъ сахаръ, надѣялся заставить его тоже разлагать послѣдній. Разводки чумной палочки выращивались вмѣстѣ съ кишечной палочкой на сахарныхъ средахъ различной крѣпости и выращивались вмѣстѣ съ кишечной палочкой внутри животнаго организма. Не смотря на всѣ мои попытки, *чумный микробъ всеже сохранялъ свое безразличное отношеніе къ сахару*, и эти опыты лишній разъ показываютъ, какъ стойки основныя біологическія черты микробовъ.

*Ростъ въ молокѣ*. Молоко бралось для посѣвовъ коровье и козье. Въ молокѣ того и другого сорта чумныя палочки размножались медленно, *не свертывая его*. Повѣрочные засѣвы кишечной палочкой всегда вызывали свертываніе уже на 2-ыя сутки, между тѣмъ какъ чумныя разводки стояли недѣлями, и молоко оставалось безъ видимыхъ физическихъ измѣненій (безъ свертыванія, безъ запаха).

Въ связи съ измѣненіемъ молока стоитъ вопросъ объ *измѣненіи реакціи среды*, на которой ростутъ чумные микробы. Не смотря на простоту разрѣшенія этого вопроса, до сихъ поръ на него еще нѣтъ строго опредѣленнаго отвѣта: въ то время какъ одни (*Abel*, *Гладинъ*) наблюдали переходъ щелочной реакціи въ кислую, другіе (*Габричевскій*, *Владиміровъ* и *Креслингъ*, *Госъ*) замѣчали только усиленіе щелочности. Располагая 22-мя чумными разводками, выращиваемыми на различной щелочности питательныхъ средахъ въ теченіи продолжительнаго времени, я имѣлъ возможность слѣдить шагъ за шагомъ за измѣненіемъ реакціи питательной среды. Щелочность опредѣлялась въ бульонныхъ разводкахъ фенолфталеиномъ и лакмусовыми бумажками. Во всѣхъ старыхъ разводкахъ (старше 2—3 мѣс.) реакція была сильно щелочная по лакмусу, безразлично, на бульонѣ какой реакціи сдѣланъ былъ посѣвъ. Несомнѣнно только то, что, чѣмъ менѣе кислой реакціи былъ бульонъ до посѣва, тѣмъ щелочнѣе становился онъ впослѣдствіи (при прочихъ равныхъ условіяхъ). Тоже касается реакціи среды въ молодыхъ разводкахъ, то мои наблюденія говорятъ за неравномѣрное выдѣленіе щелочи одной и той же разводкой даже при возможно равныхъ условіяхъ. Нечего и говорить, какъ различно это проявляется въ разныхъ чумныхъ разводкахъ. Для поясненія приведу нѣсколько примѣровъ.

*Опытъ № 1* отъ 12/VII. Посѣяно въ слабо щелочной бульонъ Батумской чумной разводки. 13/VII реакція слабо щелочная, 14/VII слабо щелочная, 15/VII щелочная, 25/VII рѣзко щелочная.

*Опытъ № 2* отъ 12/VII. Посѣяно въ слабо кислый телячій бульонъ Батумской чумной разводки. 13/VII реакція слабо кислая, 18/VII тоже, 25/VII слабо щелочная, 28/IX рѣзко щелочная реакція.

*Опытъ № 3*. Въ слабо щелочной говяжій бульонъ посѣяны разводки чумы *Edinghton'а*, Монгольской, *Владиміровa* и *Rosario*. На слѣдующій день реакція слабо щелочная, черезъ 3 дня слабо кислая, черезъ 8 дней амфотерная и черезъ 15 дней ясно щелочная.

*Опытъ № 4*. Въ слабо щелочной бульонъ посѣяна Bombay'ская разводка. Черезъ нѣсколько дней реакція была слабо кислая; черезъ 3 недѣли она сдѣлалась сильно кислой и затѣмъ постепенно сдѣлалась щелочной. Тоже самое было съ разводкой Парижъ I.

Такимъ образомъ въ нѣкоторыхъ разводкахъ выработка кислоты была ясно замѣтна въ первое время роста, между тѣмъ какъ въ большинствѣ другихъ на первый планъ выступало образованіе щелочи. Поэтому никакъ нельзя считать правиломъ то или другое опредѣленное измѣненіе реакціи среды въ молодыхъ чумныхъ разводкахъ, которыя, подобно другимъ микробамъ (напр., группѣ кишечной палочки), въ выработкѣ различныхъ продуктовъ жизнедѣятельности сильно зависятъ отъ условій среды, часто едва уловимыхъ. Этимъ, вѣроятно, и нужно объяснять разногласіе въ мнѣніяхъ разныхъ авторовъ по этому вопросу. Во всякомъ случаѣ, для чумныхъ разводокъ нужно отмѣтить, какъ возможный типъ измѣненія реакціи среды, хотя и болѣе рѣдкій, наступленіе за первоначальной щелочной реакціей реакціи кислой съ переходомъ ея въ дальнѣйшемъ въ рѣзко выраженную щелочную реакцію.

*Реакція на индолъ* во всѣхъ разводкахъ получилась отрицательная. Для реакціи брались разводки исключительно на пептоновой водѣ различной давности. Повѣрочныя разводки холернаго вибріона и кишечной палочки дали хорошо выраженную индоловую реакцію.

Такіе-же согласные результаты дали имѣвшіяся въ моемъ распоряженіи чумныя разводки при изслѣдованіи ихъ на подвижность и размноженіе. Всѣ разводки были *неподвижны* и размножались исключительно *дѣленіемъ*. Образованія споръ не было замѣчено ни разу. Съ этимъ вполнѣ согласно отношеніе разводокъ къ высокимъ температурамъ: при 60° Ц. въ жидкой средѣ мои чумныя разводки погибали въ теченіи 5—10 мин. Для этого жидкость съ микробами насасывалась въ капиллярныя трубочки, которыя затѣмъ запаивались. Капилляры, погруженные въ воду 60°, мгновенно прогрѣвались и черезъ извѣстные промежутки времени вынимались изъ жидкости и разламывались, а разводка смѣшивалась съ бульономъ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ разводки погибали уже черезъ 2 мин. Такіе различные результаты, конечно, зависѣли отъ невозможности получать каждый разъ совершенно одинаковую микробную эмульсію безъ комковъ.

И такъ, сравненіе 22 чумныхъ разводокъ дало въ морфологическомъ и біологическомъ отношеніяхъ очень близкихъ, если не вполнѣ тождественныхъ особей. Въ нашемъ распоряженіи имѣется еще нѣсколько біологическихъ реактивовъ для установленія тождества или отличія микробовъ. Нѣкоторыя указанія на близость изслѣдуемыхъ микробовъ можетъ дать изученіе продуктовъ ихъ жизнедѣятельности. Въ частности для холерныхъ вибріоновъ извѣстно, что продукты жизнедѣятельности одного вида ихъ представляютъ неблагопріятную среду для другого вида; въ тоже время другіе микробы хорошо ростутъ на продуктахъ жизнедѣятельности вибріона холернаго. Примѣняя такой способъ для чумныхъ разводокъ, я прежде всего долженъ былъ опредѣлить, когда прекращается ростъ чумнаго микроба на питательной средѣ. Для бульонныхъ разводокъ нужно считать такой срокъ около 4—6—7 недѣль, а для агаровыхъ около 7 дней. Чѣмъ обусловливается остановка въ ростѣ микробовъ? Тутъ мы наталкиваемся на явленіе чрезвычайно сложное, состоящее, по крайней мѣрѣ, изъ 3-хъ слагаемыхъ—истощенія питательной среды, измѣненія ея реакціи и накопленія вредныхъ продуктовъ жизнедѣятельности микробовъ. Всѣ эти условія играютъ роль при ростѣ свѣжихъ чумныхъ разводокъ на питательныхъ средахъ (бульонѣ или агарѣ), уже служившихъ для роста другихъ чумныхъ разводокъ. Если старую агаровую разводку чумнаго микроба убить хлороформомъ, и смыть всю ее, то на поверхности такого агара не ростетъ чумный микробъ ни того же, ни другого происхожденія. Но стоитъ такой агаръ растопить и вновь застудить, какъ на новой поверхности

[1]) Что и другіе микробы даютъ инволюціонныя формы на агарѣ съ солью, на это было указано на бывшемъ въ Berlin'ѣ 20/X 1899 г. засѣданіи, посвященномъ вопросу о чумѣ («Centralblatt fur Bacteriologie», 1899, стр. 719).

Digitized by Google

ми). Если взять настой микробныхъ тѣлъ въ физіологическомъ растворѣ или бульонную (нѣсколькихъ мѣсяцевъ) разводку чумнаго микроба и профильтровать, то прозрачный фильтратъ, смѣшанный съ противочумной сывороткой, даетъ осадокъ въ большемъ или меньшемъ количествѣ въ зависимости отъ массы входящихъ въ реакцію веществъ. Реакція ускоряется при температурѣ около 40° Ц. Въ моемъ распоряженіи имѣлись фильтраты различныхъ чумныхъ разводокъ одного возраста (4, 5 мѣс.), и всѣ фильтраты давали осадки съ противочумной сывороткой. Фильтраты нечумныхъ разводокъ этой реакціи не давали.

**Табл. 6.**

| Испытанныя разводки для агглютинаціи. | Разведенія противочумной сыворотки *в*. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1:10 | 1:50 | 1 : 150 | 1 : 300 | 1 : 500 |
| Чумная—Bombay'ская I. | + | + | + | + | + слабая |
| » Bombay'ская II | + | + | + | + слабая | — |
| » Glasgow'ская . | + | + | + | + | + слабая |
| » Oporto . . | + | + | + | + | + слабая |
| » *Rosario* . . . | + | + | + | + слабая | — |
| » *Edinghton*'a . . | + | + | + слабая | — | — |
| » Монгольская. . | + | + | + | + слабая | — |
| » Аксайская III. . | + | + | + | + | + |
| » Аксайская К. . | + | + | + | + | + слабая |
| » Одесская крысъ | + | + | + | + | + слабая |
| » Одесская гнил. | + | + | + | + | + слабая |
| » Одесская амб. . | + | + | + | + | + слабая |
| » Колобовская. . | + | + | + | + слабая | — |
| » Батумская. . | + | + | + | + слабая | — |
| » Текебайская . . | + | + | + | + | + слабая |
| » Одесская легкая | + | + | + | + | + |
| » Парижская I | + | + | + | + слабая | — |
| пал. ложной бугорчатки I. | + | + | + | + слабая | — |
| » кишечная I . . . | — | — | — | — | — |
| » брюшного тифа. . | — | — | — | — | — |
| » ложной бугорчатки К. | + | + | + | + | ?+ |

**Табл. 7.**

| Разводки, подвергавшіяся агглютинаціи. | Разведенія противочумной сыворотки *а*. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1:10 | 1:50 | 1 : 100 | 1 : 200 | 1 : 300 |
| Чумная—*Edighton*'a . . | + | + | + | — | — |
| » Колобовская. . | + | + | + | ? | — |
| » Аксайская III. . | + | + | + | + | + слабая |
| » Одесская гнил. | + | + | + | + слабая | — |
| » Bombay'ская I | + | + | + | + | + |
| » Bombay'ская II | + | + | + | + слабая | — |
| » Батумская слаб. | + | + | + | + слабая | — |
| » » сильн. | + | + | + | + слабая | — |
| » Монгольская. . | + | + | — | — | — |
| пал. ложной бугорч. грыз. | + | + | + | + | + слабая |
| » кишечная . . . . . | — | — | — | — | — |

| | Разведенія противочумной сыворотки *б*. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1:10 | 1:50 | 1 : 100 | 1 : 160 | 1 : 200 |
| Чумная—Батумская. . . | + | + | + | + слабая | — |
| » Аксайская III. | + | + | + слабая | — | — |
| » Ушъ-Куд. . . . | + | + | + | + слабая | — |
| » Колобовская. . | + | + | + | + | + слабая |
| » Текебайская. . | + | + | + слабая | — | — |
| » Монгольская . | + | + | + слабая | -- | — |
| » Одесская амб. . | + | + | + | + слабая | — |
| » Oporto . . . . | + | + | + | + слабая | — |
| » Glasgow'ская | + | + | + | — | — |
| пал. ложн. бугорч. грыз. | + | + | + | + слабая | + слабая |
| » кишечная . . . . | — | — | — | — | — |

Послѣ подробнаго изученія 22 чумныхъ разводокъ я пришелъ къ заключенію, что всѣ эти разводки — истинныя чумныя и что онѣ въ существенныхъ морфологическихъ и біологическихъ чертахъ совершенно тождественны *). Если принять во вниманіе, что имѣвшіяся въ моемъ распоряженіи разводки были получены изъ разныхъ частей свѣта во время несомнѣнныхъ чумныхъ эпидемій, то я могу утверждать, что *чумный микробъ вездѣ одного типа* *), котораго важнѣйшія черты слѣдующія: микробъ этотъ неподвижный, внутри организма отлично окрашивается биполярно, крайне разнообразенъ въ формѣ, въ бульонѣ ростетъ, не мутя его, и даетъ уже черезъ 14—16 час. ясно выраженныя цѣпочки, по *Gram*'у не окрашивается; не разжижаетъ желятины, на агарѣ ростетъ вязкимъ налетомъ, индоловой реакціи не даетъ, молока и сахара не измѣняетъ, размножается дѣленіемъ, споръ не образуетъ. Изъ питательныхъ средъ наиболѣе важной для распознаванія служитъ бульонъ, въ которомъ ростъ и видъ чумнаго микроба чрезвычайно постояненъ. Изъ лабораторныхъ животныхъ наилучшимъ объектомъ для распознаванія чумы должна быть признана морская свинка.

Выводы, которые можно сдѣлать изъ первой части моихъ изслѣдованій, сводятся къ слѣдующему:

1. Основными формами чумнаго микроба внутри организма слѣдуетъ считать овальныя и коккобациллярныя, шаровидныя, хвостатыя и гигантскія формы — такія-же нормальныя формы, хотя и встрѣчаются рѣже. Полиморфизмъ чумнаго микроба увеличивается съ прекращеніемъ жизни организма.

2. Всѣ 22 чумныя разводки давали одинаковыя основныя формы, одинаковую биполярную окраску. Величина микроба во всѣхъ разводкахъ, кромѣ Glasgow'ской, одинаковая. Въ мазкахъ отъ животныхъ, погибшихъ послѣ Glasgow'ской чумы, микробы часто были нѣсколько мельче.

3. Въ мазкахъ изъ органовъ животныхъ, погибшихъ отъ чумы, микробы обнаруживаютъ зернистость [зерна *Ernst-Babes*'а **)], безразлично отъ того, какой разводкой были заражены животныя. Не удалось подмѣтить какой-либо связи между этими зернами и вирулентностью микроба.

4. Ни одна разводка по *Gram*'у не окрашивалась.

5. Сумки можно видѣть (при соотвѣтствующей окраскѣ) во всѣхъ разводкахъ (мазкахъ изъ органовъ).

6. Optimum температуры для роста чумнаго микроба лежитъ около 30° Ц.; наилучшая реакція—слабощелочная по лакмусу.

7. При сравненіи роста чумныхъ разводокъ въ бульонѣ телячьемъ, говяжьемъ и рыбномъ, на телячьемъ получался болѣе пышный ростъ.

8. Всѣ 22 разводки давали въ бульонѣ черезъ 24—48 час. хлопья (большей или меньшей величины) со слабой и рѣдкой наклонностью распространяться по всему бульону, вызывая тѣмъ сходство съ общимъ помутнѣніемъ бульона, уже исчезавшимъ на 2-ыя сутки. Цѣпи (streptobacillus) получались быстро (черезъ 16—20 час.); отдѣльные микробы окрашивались биполярно. Ростъ чумнаго микроба въ бульонѣ долженъ считаться наиболѣе характернымъ его признакомъ.

9. Въ старыхъ бульонныхъ разводкахъ различнаго происхожденія микроскопическая картина различна какъ по количеству оставшихся цѣпочекъ, такъ и по степени окраски. Чѣмъ старше разводки, тѣмъ цѣпочекъ въ ней меньше.

10. Пленка въ бульонныхъ разводкахъ образуется въ разводкахъ наименѣе вирулентныхъ. Болѣе короткія цѣпи нерѣдко присущи наиболѣе вирулентнымъ разводкамъ.

11. Ростъ чумнаго микроба на агарѣ бываетъ различный: отъ нѣжнаго прозрачнаго до грубаго маслянистаго и не можетъ считаться характернымъ. Микроскопическая картина—полиморфизмъ микроба—болѣе характерна.

12. На агарѣ съ 3% NaCl всѣ чумныя разводки давали инволюціонныя формы съ большей или меньшей быстротой. Ростъ чумнаго микроба на такой средѣ часто очень слабый.

---

*) *Sata* [5]) Изслѣдовалъ 4 чумныхъ разводки, *Kolle* [6]) 19; оба пришли къ такимъ-же результатамъ.

*) По своимъ основнымъ чертамъ чумный микробъ ближе всего подходитъ къ группѣ микробовъ т. наз. геморрагическаго гнилокровія, отъ которыхъ его можно отличить по росту на питательныхъ средахъ и по опытамъ на животныхъ (см. ниже табл. 9).

**) Зерна получаются при фиксаціи препаратовъ въ парахъ осміевой кислоты и окраскѣ старой водной насыщенной метиленовой синькой.

Digitized by Google

13. Въ старыхъ агарныхъ разводкахъ замѣчается наклонность къ образованію цѣпочечныхъ и нитевидныхъ формъ; въ различныхъ разводкахъ она проявляется въ различной степени.

14. Желятина никогда не разжижалась; ростъ на желятинѣ нельзя считать характернымъ для чумы.

15. Молоко и питательныя среды съ сахаромъ (глюкозой, лактозой) не измѣнялись подъ вліяніемъ чумныхъ разводокъ.

16. Индоловая реакція ни разу не получалась.

17. Всѣ разводки были неподвижны; споръ не давали.

18. Реакція среды при ростѣ чумнаго микроба дѣлается щелочной. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ она дѣлается сначала кислой, а затѣмъ щелочной.

19. На старыхъ, отработанныхъ послѣ чумнаго микроба, питательныхъ средахъ (фильтратахъ разводокъ или агарѣ, освобожденномъ отъ микробовъ) чумный микробъ ростетъ плохо, что зависитъ, съ одной стороны, отъ усиленія щелочности и вѣроятнаго истощенія среды, съ другой — отъ накопившихся вредныхъ продуктовъ обмѣна (особенно въ жидкихъ средахъ). Другія нечумныя разводки ростутъ на такихъ использованныхъ средахъ (конечно, кромѣ тѣхъ, которыя требуютъ точной щелочности и т. п. условій, напр. пнеймококкъ).

20. Перекрестная активная иммунизація и пассивная сывороткой показали, что всѣ разводки были чумными.

21. Противочумная сыворотка агглютинируетъ *) и преципитируетъ всѣ чумныя разводки, что можетъ служить подспорьемъ для распознаванія.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

LXXVII. Изъ академической терапевтической клиники проф. С. С. Боткина въ В.-Медицинской Академіи.

## О вліяніи радія на специфическую гэмолитическую сыворотку.

П. П. Ягна.

[Предварительное сообщеніе [1]].

Продолжая изучать вліяніе радія на специфическія сыворотки, я подвергъ воздѣйствію послѣдняго сыворотку крови морской свинки, иммунизированную къ краснымъ кровянымъ шарикамъ кролика. Сыворотки были первоначально инактивированы нагрѣваніемъ при 56° въ теченіи 1 часа и затѣмъ подвергались радіаціи. Всего было произведено болѣе 30 опытовъ съ 2-мя сыворотками, изъ которыхъ одна отличалась весьма сильными гэмолитическими свойствами, при чемъ оказалось, что радированіе въ теченіе времени отъ часа до сутокъ никакого вліянія на фиксаторы сыворотки не оказываетъ; при воздѣйствіи радія въ теченіи сутокъ и немного болѣе замѣчается задержка въ дѣйствіи фиксаторовъ, resp. гэмолитическаго процесса, а—въ теченіи 2-хъ сутокъ—гэмолизъ совершенно отсутствуетъ.

Кромѣ того, радіаціи была подвергаема нормальная кроличья сыворотка, при чемъ оказалось, что и въ этомъ случаѣ сыворотка дѣлается инактивированной, т. е. прибавленіе къ ней специфической сыворотки не вызываетъ гэмолиза. Такіе результаты радіаціи позволяютъ заключить: 1) что «fixateur» «Immunkörper», («Zwischenkörper» *Erlich*'а и *Morgenroth*'а, «десмонъ» *Лондона*, «substance sensibilisatrice» *Bordet*) при воздѣйствіи радія въ теченіи не менѣе 2-хъ сутокъ разрушаются и 2) что алексины («addiment», «complement») при тѣхъ-же условіяхъ тоже разрушаются.

*) *Muschold* въ своемъ сочиненіи: «Чума и борьба съ нею» (стр. 199) придаетъ слишкомъ большое значеніе агглютинаціи чумныхъ микробовъ для ихъ отличія отъ нечумныхъ и приводитъ слѣдующее постановленіе Германскаго Общества охраненія народнаго здравія о чумѣ: «Нужно поручить Институтамъ полученіе вакцины противъ чумы, равно какъ и сыворотки, для испытанія чумныхъ разводокъ при помощи реакціи на агглютинацію». Во 2-ой части своей работы я привожу данныя, говорящія противъ такого безусловнаго значенія реакціи агглютинаціи.

[1]) Добавленіе къ сообщенію, помѣщенному въ № 49 «Русскаго Врача» за 1903 г.

LXXVIII. Изъ ушного отдѣл. В. Н. Окунева въ Клиническомъ Институтѣ В. Кн. Елены Павловны.

## Къ вопросу о вліяніи холоднаго электрическаго свѣта (лампочекъ накаливанія) на различныя заболѣванія средняго уха.

О. С. Мееровича.

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Цѣлительное свойство свѣта было извѣстно и имъ пользовались еще въ глубокой древности. Много работали надъ изученіемъ свѣта во 2-ой половинѣ XIX столѣтія, и каждый годъ столѣтія текущаго приноситъ намъ все новыя данныя о цѣлительномъ дѣйствіи этого могучаго дѣятеля жизненной энергіи. Пользованіе свѣтомъ въ различныхъ его видахъ значительно облегчилось въ послѣднее время, когда взамѣнъ солнечнаго свѣта стали пользоваться искусственнымъ электрическимъ, лучи котораго немногимъ отличаются отъ естественныхъ солнечныхъ, а въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ по своему дѣйствію на организмъ даже превосходятъ ихъ. Такъ, въ спектрѣ Вольтовой дуги больше фіолетовыхъ и ультрафіолетовыхъ лучей, чѣмъ въ солнечномъ, а они-то главнымъ образомъ и оказываютъ энергическое дѣйствіе на различные процессы въ растительномъ и животномъ организмѣ.

Дѣйствіе свѣтовыхъ лучей (электрическихъ) довольно подробно изучено въ послѣдніе годы по отношенію къ болѣзнямъ кожи, суставовъ, различнымъ воспалительнымъ процессамъ выпотного характера въ легкихъ, женскихъ половыхъ органахъ и пр. Въ тоже время въ литературѣ почти еще нѣтъ указаній на примѣненіе свѣтолѣченія при различныхъ заболѣваніяхъ уха. Въ виду аналогіи болѣзненнаго процесса въ ушной области съ заболѣваніями другихъ органовъ, есть полное основаніе предполагать, что и тутъ свѣтъ, столь могучее лѣчебное средство, не преминетъ оказать свое цѣлительное дѣйствіе. И, если здѣсь и не достигнуто еще безусловно благопріятныхъ результатовъ, то во всякомъ случаѣ опыты въ этомъ направленіи, несомнѣнно, должны принести пользу: они облегчатъ послѣдующимъ изслѣдователямъ ихъ задачу, укажутъ, быть можетъ, на недостаточность нашихъ способовъ и на необходимость примѣнять свѣтъ большей или меньшей энергіи, въ той или другой формѣ, т. е. въ видѣ Вольтовой дуги или лампъ накаливанія, въ видѣ теплаго или холоднаго, т. е. лишеннаго тепла, свѣта и пр. Словомъ, съ введеніемъ въ отологію свѣтолѣченія передъ нами открывается обширнѣйшее поле для наблюденій, вести которыя, конечно, не подъ силу одному лицу и которыя должны изучаться при совмѣстной работѣ нѣсколькихъ наблюдателей.

Въ апрѣлѣ 1903 г., по предложенію многоуважаемаго проф. *В. Н. Окунева*, я приступилъ къ изученію вопроса о дѣйствіи свѣта на различныя заболѣванія уха. Наступившія каникулы, а съ ними и закрытіе Института, прервали начатую мной работу, и только въ сентябрѣ текущаго года я могъ продолжать ее. Главная трудность состояла въ томъ, что необходимо было найти такое приспособленіе, при помощи котораго лучи свѣта направлялись-бы непосредственно въ слуховой проходъ на барабанную перепонку, а черезъ нее въ барабанную полость. Вначалѣ я поставилъ себѣ задачей изучить дѣйствіе т. наз. химическихъ-фіолетовыхъ и ультрафіолетовыхъ—лучей, какъ оказывающихъ наиболѣе сильное дѣйствіе на окончанія нервовъ, воспалительные процессы и пр. Для этого нужно было пользоваться прежде всего Вольтовой дугой, затѣмъ собирательными чечевицами изъ горнаго хрусталя, пропускающими исключительно фіолетовые и ультрафіолетовые лучи и задерживающими всѣ остальные, и водой для поглощенія огромнаго количества тепла отъ большого дугового фонаря. Благодаря любезности д-ра *А. А. Глѣбовскаго*, я ознакомился

Digitized by Google

ми). Если взять настой микробныхъ тѣлъ въ физіологическомъ растворѣ или бульонную (нѣсколькихъ мѣсяцевъ) разводку чумнаго микроба и профильтровать, то прозрачный фильтратъ, смѣшанный съ противочумной сывороткой, даетъ осадокъ въ большемъ или меньшемъ количествѣ въ зависимости отъ массы входящихъ въ реакцію веществъ. Реакція ускоряется при температурѣ около 40° Ц. Въ моемъ распоряженіи имѣлись фильтраты различныхъ чумныхъ разводокъ одного возраста (4, 5 мѣс.), и всѣ фильтраты давали осадки съ противочумной сывороткой. Фильтраты нечумныхъ разводокъ этой реакціи не давали.

**Табл. 6.**

| Испытанныя разводки для агглютинаціи. | Разведенія противочумной сыворотки *в*. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1:10 | 1:50 | 1 : 150 | 1 : 300 | 1 : 500 |
| Чумная—Bombay'ская I. | + | + | + | + | +слабая |
| » Bombay'ская II | + | + | + | +слабая | — |
| » Glasgow'ская . | + | + | + | + | +слабая |
| » Oporto . . | + | + | + | + | +слабая |
| » *Rosario* . . . | + | + | + | +слабая | — |
| » *Edinghton*'a . . | + | + | +слабая | — | — |
| » Монгольская. . | + | + | + | +слабая | — |
| » Аксайская III. . | + | + | + | + | + |
| » Аксайская К. . | + | + | + | + | +слабая |
| » Одесская крысъ | + | + | + | + | +слабая |
| » Одесская гнил. | + | + | + | + | +слабая |
| » Одесская амб. . | + | + | + | + | +слабая |
| » Колобовская. . | + | + | + | +слабая | — |
| » Батумская. . | + | + | + | +слабая | — |
| » Текебайская. . | + | + | + | + | +слабая |
| » Одесская легкая | + | + | + | + | + |
| » Парижская I | + | + | + | +слабая | — |
| пал. ложной бугорчатки I. | + | + | + | +слабая | — |
| » кишечная I . . . | — | — | — | — | — |
| » брюшного тифа. . | — | — | — | — | — |
| » ложной бугорчатки К. | + | + | + | + | ?+ |

**Табл. 7.**

| Разводки, подвергавшіяся агглютинаціи. | Разведенія противочумной сыворотки *а*. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1:10 | 1:50 | 1 : 100 | 1 : 200 | 1 : 300 |
| Чумная—*Edighton*'a . . | + | + | + | — | — |
| » Колобовская. . | + | + | + | ? | — |
| » Аксайская III. . | + | + | + | + | +слабая |
| » Одесская гнил. | + | + | + | +слабая | — |
| » Bombay'ская I | + | + | + | + | + |
| » Bombay'ская II | + | + | + | +слабая | — |
| » Батумская слаб. | + | + | + | +слабая | — |
| » » сильн. | + | + | + | +слабая | — |
| » Монгольская. . | + | + | — | — | — |
| пал. ложной бугорч. грыз. | + | + | + | + | +слабая |
| » кишечная . . . . . | — | — | — | — | — |

| | Разведенія противочумной сыворотки *б*. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1:10 | 1:50 | 1 : 100 | 1 : 160 | 1 : 200 |
| Чумная—Батумская. . | + | + | + | +слабая | — |
| » Аксайская III. | + | + | +слабая | — | — |
| » Ушъ-Куд. . . . | + | + | + | +слабая | — |
| » Колобовская. . | + | + | + | + | +слабая |
| » Текебайская. . | + | + | +слабая | — | — |
| » Монгольская . | + | + | +слабая | -- | — |
| » Одесская амб. . | + | + | + | +слабая | — |
| » Oporto . . . . | + | + | + | +слабая | — |
| » Glasgow'ская | + | + | + | — | — |
| пал. ложн. бугорч. грыз. | + | + | + | +слабая | +слабая |
| » кишечная . . . . | — | — | — | — | — |

Послѣ подробнаго изученія 22 чумныхъ разводокъ я пришелъ къ заключенію, что всѣ эти разводки — истинныя чумныя и что онѣ въ существенныхъ морфологическихъ и біологическихъ чертахъ совершенно тождественны *). Если принять во вниманіе, что имѣвшіяся въ моемъ распоряженіи разводки были получены изъ разныхъ частей свѣта во время несомнѣнныхъ чумныхъ эпидемій, то я могу утверждать, что *чумный микробъ вездѣ одного типа* *), котораго важнѣйшія черты слѣдующія: микробъ этотъ неподвижный, внутри организма отлично окрашивается биполярно, крайне разнообразенъ въ формѣ, въ бульонѣ ростетъ, не мутя его, и даетъ уже черезъ 14—16 час. ясно выраженныя цѣпочки, по *Gram*'у не окрашивается; не разжижаетъ желятины, на агарѣ ростетъ вязкимъ налетомъ, индоловой реакціи не даетъ, молока и сахара не измѣняетъ, размножается дѣленіемъ, споръ не образуетъ. Изъ питательныхъ средъ наиболѣе важной для распознаванія служитъ бульонъ, въ которомъ ростъ и видъ чумнаго микроба чрезвычайно постояненъ. Изъ лабораторныхъ животныхъ наилучшимъ объектомъ для распознаванія чумы должна быть признана морская свинка.

*) *Sata* [5]) Изслѣдовалъ 4 чумныхъ разводки, *Kolle* [6]) 19; оба пришли къ такимъ-же результатамъ.

Выводы, которые можно сдѣлать изъ первой части моихъ изслѣдованій, сводятся къ слѣдующему:

1. Основными формами чумнаго микроба внутри организма слѣдуетъ считать овальныя и коккобациллярныя, шаровидныя, хвостатыя и гигантскія формы — такія-же нормальныя формы, хотя и встрѣчаются рѣже. Полиморфизмъ чумнаго микроба увеличивается съ прекращеніемъ жизни организма.

2. Всѣ 22 чумныя разводки давали одинаковыя основныя формы, одинаковую биполярную окраску. Величина микроба во всѣхъ разводкахъ, кромѣ Glasgow'ской, одинаковая. Въ мазкахъ отъ животныхъ, погибшихъ послѣ Glasgow'ской чумы, микробы часто были нѣсколько мельче.

3. Въ мазкахъ изъ органовъ животныхъ, погибшихъ отъ чумы, микробы обнаруживаютъ зернистость [зерна *Ernst-Babes*'a **)], безразлично отъ того, какой разводкой были заражены животныя. Не удалось подмѣтить какой-либо связи между этими зернами и вирулентностью микроба.

4. Ни одна разводка по *Gram*'у не окрашивалась.

5. Сумки можно видѣть (при соотвѣтствующей окраскѣ) во всѣхъ разводкахъ (мазкахъ изъ органовъ).

6. Optimum температуры для роста чумнаго микроба лежитъ около 30° Ц.; наилучшая реакція—слабощелочная по лакмусу.

7. При сравненіи роста чумныхъ разводокъ въ бульонѣ телячьемъ, говяжьемъ и рыбномъ, на телячьемъ получался болѣе пышный ростъ.

8. Всѣ 22 разводки давали въ бульонѣ черезъ 24—48 час. хлопья (большей или меньшей величины) со слабой и рѣдкой наклонностью распространяться по всему бульону, вызывая тѣмъ сходство съ общимъ помутнѣніемъ бульона, уже исчезавшимъ на 2-ыя сутки. Цѣпи (streptobacillus) получались быстро (черезъ 16—20 час.); отдѣльные микробы окрашивались биполярно. Ростъ чумнаго микроба въ бульонѣ долженъ считаться наиболѣе характернымъ его признакомъ.

9. Въ старыхъ бульонныхъ разводкахъ различнаго происхожденія микроскопическая картина различна какъ по количеству оставшихся цѣпочекъ, такъ и по степени окраски. Чѣмъ старше разводки, тѣмъ цѣпочекъ въ ней меньше.

10. Пленка въ бульонныхъ разводкахъ образуется въ разводкахъ наименѣе вирулентныхъ. Болѣе короткія цѣпи нерѣдко присущи наиболѣе вирулентнымъ разводкамъ.

11. Ростъ чумнаго микроба на агарѣ бываетъ различный: отъ нѣжнаго прозрачнаго до грубаго маслянистаго и не можетъ считаться характернымъ. Микроскопическая картина—полиморфизмъ микроба—болѣе характерна.

12. На агарѣ съ 3% NaCl всѣ чумныя разводки давали инволюціонныя формы съ большей или меньшей быстротой. Ростъ чумнаго микроба на такой средѣ часто очень слабый.

*) По своимъ основнымъ чертамъ чумный микробъ ближе всего подходитъ къ группѣ микробовъ т. наз. геморрагическаго гнилокровія, отъ которыхъ его можно отличить по росту на питательныхъ средахъ и по опытамъ на животныхъ (см. ниже табл. 9).

**) Зерна получаются при фиксаціи препаратовъ въ парахъ осміевой кислоты и окраскѣ старой водной насыщенной метиленовой синькой.

Digitized by Google

14-го сеанса шумъ совершенно исчезъ и въ теченіи 2-хъ недѣль не возобновлялся.

2. Е. Ч., 45 л., портниха, явилась въ клинику съ жалобой на шумъ и глухоту, которые продолжаются уже 16 лѣтъ, но шумъ сталъ особенно сильнымъ и совершенно не прекращается послѣдніе 3 года. Все время лѣчилась, но не чувствовала облегченія. Распознанъ сухой катарръ средняго уха съ обѣихъ сторонъ. Назначенъ вибраціонной массажъ. Послѣ 2-го сеанса почувствовала себя хуже; массажъ былъ отмѣненъ. Послѣ этого я приступилъ къ свѣтолѣченію. 17/х 1-ый сеансъ—5 мин. 2-ой сеансъ—10 мин. Послѣ 2-го сеанса шумъ слѣва почти исчезъ. По выраженію больной, «въ ухѣ стало какъ-то свободнѣе». Послѣ 6-го сеанса (послѣдніе сеансы были по 15 мин.) шумъ въ лѣвомъ ухѣ прекратился, въ правомъ еще держится, но гораздо тише. Благодаря этому, больная лучше слышитъ: она воспринимаетъ стукъ копытъ на улицѣ, чего не замѣчала уже много лѣтъ. Въ общемъ чувствуетъ себя очень хорошо и теперь является въ клинику только разъ въ недѣлю, такъ какъ въ концѣ недѣли у нея всегда снова появляется легкій шумъ; такого хорошаго самочувствія, по словамъ больной, у нея не было уже 16 лѣтъ.

Затѣмъ, въ нѣсколькихъ случаяхъ достигалось, если не полное выздоровленіе, то во всякомъ случаѣ значительное улучшеніе, въ томъ смыслѣ, что шумы становились гораздо тише, изъ высокихъ, звенящаго или пискливаго характера, переходили въ низкіе, монотонные, гораздо менѣе непріятные для больныхъ; а всякому извѣстно, какъ важна для больного иногда одна лишь перемѣна характера шума, чтобы онъ чувствовалъ себя гораздо бодрѣе. Не вдаваясь въ объясненіе причинъ такого дѣйствія свѣта на шумы при сухихъ катаррахъ, я лишь позволяю себѣ сообщить о практическихъ результатахъ лѣченія имъ, полученныхъ въ клиникѣ, и о томъ, что въ этомъ направленіи производятся дальнѣйшіе опыты, которые, быть можетъ, объяснятъ причину этого интереснаго явленія.

Перехожу къ послѣднему отдѣлу—выпотнымъ катаррамъ. Въ виду того, что въ ушной клиникѣ Института эти заболѣванія являются преобладающими (въ предыдущемъ году былъ 201 случай выпотныхъ заболѣваній и 92 случая сухихъ катарровъ), я рѣшилъ подробнѣе остановиться на нихъ, чтобы, по возможности, выяснить дѣйствіе свѣта на такіе процессы. Исходной точкой опытовъ служило мнѣ то обстоятельство, что свѣтъ, преимущественно т. наз. химическіе лучи его, оказываетъ, по многочисленнымъ наблюденіямъ какъ русскихъ, такъ и иностранныхъ авторовъ, благотворное дѣйствіе при выпотѣваніи жидкости изъ различныхъ органовъ человѣческаго тѣла, какъ легкія, суставы (при рейматическихъ заболѣваніяхъ), женскіе половые органы и пр.; на кожу, какъ извѣстно, свѣтъ оказываетъ такое дѣйствіе, что вызываетъ процессъ, подобный выпотному воспалительному; по изслѣдованію проф. *Möller'а*, измѣненія въ ткани кожи послѣ дѣйствія свѣтовыхъ лучей состоятъ изъ пареза сосудовъ и сывороточно-фибринознаго выпотѣванія. Приступая къ опытамъ, я имѣлъ поэтому основаніе предполагать, что свѣтъ, способствуя выпотѣванію въ барабанной полости и всасыванію выпота, способенъ устранить и патологическія явленія, связанныя съ процессомъ выпотѣванія. И дѣйствительно, предположенія мои оправдались. Позволю себѣ привести наиболѣе характерные случаи.

1. М. К., 22 л., обратилась въ Клиническій Институтъ 11/х 1903 г. съ жалобой на глухоту, шумъ и заложенность въ ушахъ, появившіяся 12 дней назадъ. Не лѣчилась. Распознано подострое воспаленіе съ выпотомъ средняго уха съ обѣихъ сторонъ. Назначено свѣтолѣченіе. Послѣ 1-го сеанса шумъ сталъ легче; послѣ 2-го слухъ нѣсколько прояснился; послѣ 4-го слухъ на правое ухо сдѣлался совершенно нормальнымъ, на лѣвое былъ едва пониженъ. Непріятныхъ субъективныхъ ощущеній нѣтъ никакихъ. Больная, женщина очень занятая, чувствуя себя вполнѣ хорошо, для дальнѣйшаго лѣченія не являлась.

2. А. К., 24 л., явилась въ Клиническій Институтъ 13/х 1903 г. съ жалобами на шумъ и звонъ въ ушахъ и нѣкоторую неясность слуха, которые стала замѣчать нѣсколько послѣднихъ мѣсяцевъ. Шумъ особенно сильный въ лѣвомъ ухѣ. При изслѣдованіи найдено хроническое катарральное воспаленіе съ выпотомъ средняго уха съ лѣвой стороны. Назначено: продуваніе, массажъ, іодистый натрій съ бромистымъ аммоніемъ. Послѣ 6-недѣльнаго лѣченія слухъ сталъ лучше, но шумъ не измѣнился. Тогда приступили къ свѣтолѣченію лѣваго уха. Послѣ 2-хъ сеансовъ шумъ и звонъ исчезли на всю ночь (прежде они ночью особенно сильно безпокоили больную). Послѣ 4-го сеанса шумъ исчезъ на $1^1/_2$ дня, когда опять возвратился, но въ очень слабой степени. Послѣ 8-го сеанса шумъ былъ уже такой незначительный, что нужно было къ нему прислушиваться, чтобы услышать его, и то только по временамъ.

3. Г. В., 30 л., учительница, явилась въ Институтъ въ ноябрѣ, жалуясь, что лѣвое ухо у нея уже недѣлю, какъ заложено, и что въ немъ она ощущаетъ шумъ и щелканіе. Примѣнявшіяся дома средства не помогали. При изслѣдованіи найдено: острое воспаленіе съ выпотомъ средняго уха съ лѣвой стороны. Выпотъ ясно виденъ въ нижней части перепонки и въ такомъ большомъ количествѣ, что больной былъ предложенъ проколъ. Она не согласилась на него, и я приступилъ къ свѣтолѣченію. Послѣ 3-хъ сеансовъ больная чувствовала себя очень хорошо: въ ухѣ стало свободнѣе, шумъ уменьшился; спустя нѣкоторое время послѣ 3-го сеанса она дома внезапно почувствовала, что въ ухѣ стало мокро, и послѣ того въ немъ стало гораздо свободнѣе. Послѣ 5-го сеанса чувство заложенности исчезло, и слухъ прояснился. Послѣ 6-го сеанса опять чувство мокроты въ ухѣ и исчезновеніе субъективныхъ ощущеній. Послѣ 8 сеансовъ Г. В. чувствовала себя совершенно здоровой. Выпотъ виденъ былъ только въ видѣ небольшого влажнаго рефлекса.

4. Ф. Ш., 40 л., мастеръ на заводѣ, явился въ Клиническій Институтъ въ началѣ сентября съ жалобой на шумъ въ лѣвомъ ухѣ, продолжавшійся непрерывно цѣлый послѣдній годъ. Иногда бывали головокруженія. При изслѣдованіи найдено: хроническое воспаленіе съ выпотомъ средняго уха съ лѣвой стороны. Назначены: продуваніе, массажъ, бромистый хининъ, смазываніе носа и носоглотки *Lugol*'евскимъ растворомъ. Послѣ 2-хъ мѣсяцевъ лѣченія облегченіе было очень незначительное. 8/xi начато свѣтолѣченіе. Послѣ 5 сеансовъ шумъ почти исчезъ, головокруженія прекратились. Послѣ 8-го сеанса шумъ появлялся лишь изрѣдка на нѣсколько секундъ, и Ф. Ш. считалъ себя совершенно здоровымъ.

Изъ описанныхъ 4-хъ случаевъ видно, что свѣтъ можетъ оказывать несомнѣнно благотворное дѣйствіе на выпотные катарры какъ самые свѣжіе (1 недѣля), такъ и застарѣлые (свыше года), способствуя всасыванію выпота и тѣмъ самымъ исчезновенію связанныхъ съ нимъ болѣзненныхъ ощущеній, какъ шумъ, глухота, головокруженіе и пр.

Не желая отнимать времени изложеніемъ подробныхъ исторій болѣзни, могу лишь сообщить, что во многихъ случаяхъ получилось улучшеніе то болѣе, то менѣе значительное; многіе больные еще продолжаютъ лѣчиться свѣтомъ, такъ какъ улучшеніе идетъ у нихъ медленно. Въ 1 сл. я сталъ замѣчать улучшеніе только послѣ 24-го сеанса. Я долженъ тутъ-же замѣтить, что всѣмъ больнымъ во время пользованія свѣтолѣченіемъ не назначалось, кромѣ этого, ничего другого; въ ухо имъ вкладывался кусочекъ ваты.

Такимъ образомъ въ свѣтѣ мы имѣемъ могучее лѣчебное средство при заболѣваніяхъ уха—средство, которое, насколько я могъ подмѣтить по своимъ наблюденіямъ, безусловно не имѣетъ никакихъ дурныхъ сторонъ, прекрасно переносится больными и нерѣдко оказывается дѣйствительнымъ тамъ, гдѣ другія имѣющіяся въ нашемъ распоряженіи пособія остаются безсильны.

---

## LXXIX. Къ гигіэнѣ городскихъ улицъ.

М. Н. Рубеля (Гатчина, Петербургской губ.).

Въ предшествовавшей статьѣ (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 9, стр. 335) я уже указывалъ, что правильно поставленный и отвѣчающій требованіямъ гигіэны уходъ за городскими улицами лучше всего осуществляется въ томъ случаѣ, если этимъ дѣломъ вѣдаетъ одно центральное въ городѣ учрежденіе, сосредоточивающее въ своихъ рукахъ не только устройство и починку мостовыхъ, но также и чистку улицъ, поливку ихъ, удаленіе скопляющагося здѣсь мусора и снѣга, а также уходъ за всѣми тѣми приспособленіями, которыми дополняется благоустройство и чистота улицъ (т. е. общественными ретирадами, сточными колодцами городской канализаціи и т. п.). Учрежденіе это должно быть постоянно доступно критикѣ и контролю общественнаго мнѣнія и согласовать свои дѣйствія сообразно съ запросами населенія и требованіями городской гигіэны; должно обладать достаточной компетенціей въ глазахъ общества и необходимыми полномочіями и средствами для осуществленія преслѣдуемыхъ имъ цѣлей; должно быть, наконецъ, облегчено достаточной исполнительной и распорядительной властью, чтобы имѣть возможность сдѣлать всѣ принимаемыя имъ мѣры обязательными для всего населенія. Такимъ условіямъ наиболѣе удовлетворяетъ городское самоуправленіе, которому и за.

Digitized by Google

кономъ поручается попеченіе о санитарныхъ нуждахъ города и которое, по моему мнѣнію, должно-бы взять уходъ за улицами въ свои руки. Какимъ путемъ можетъ быть это осуществлено, зависитъ, конечно, отъ мѣстныхъ условій, смотря по тому, что оказалось-бы болѣе удобнымъ: замѣна-ли существующей натуральной повинности по поддержанію и чисткѣ улицъ со стороны домовладѣльцевъ денежною, на средства общей городской кассы, или-же спеціальное обложеніе владѣльцевъ особымъ сборомъ, сообразно съ величиной общаго городского налога или по размѣрамъ подлежащаго очисткѣ и починкѣ участка и т. п. Во всякомъ случаѣ здѣсь важна роль этого центральнаго органа, какъ объединителя и организатора всего дѣла ухода за улицами, важенъ принципъ изъятія этого ухода изъ рукъ многочисленныхъ владѣльцевъ, дѣйствующихъ каждый по своему вкусу и усмотрѣнію, безъ опредѣленнаго, строго установленнаго плана и обыкновенно примитивными, мало соотвѣтствующими требованіямъ гигіэны пріемами. Эта роль городского управленія, проявляющаяся у насъ лишь въ видѣ рѣдкихъ исключеній, давно уже сознана на Западѣ и большинствомъ болѣе или менѣе крупныхъ городовъ Европы осуществлена.

Наиболѣе рѣзкимъ примѣромъ тому служатъ города Англіи, гдѣ муниципализація чистки въ нѣкоторыхъ мѣстахъ дошла до того, что даже дворы частныхъ лицъ за опредѣленный подоходный сборъ очищаются городомъ, какъ напр. въ Glasgow.

Но и въ цѣломъ рядѣ другихъ западноевропейскихъ городовъ наблюдается тоже. Такъ, въ Швейцаріи, по собраннымъ д-ромъ *Шмидтомъ* даннымъ, изъ 43 городовъ съ населеніемъ отъ 5000 до 150000 чел. натуральная повинность по очисткѣ улицъ сохранилась лишь въ 6, въ 12 она ведется городомъ лишь частью, а въ остальныхъ всецѣло принята имъ на себя [2]). Въ Бельгіи также уходъ за улицами частью осуществляется всецѣло городскими Управленіями (Bruxelles, Awers), частью же невполнѣ (Lüttich). Тоже и во многихъ городахъ Австріи, Венгріи, Франціи, Голландіи и другихъ странъ, не говоря уже о Сѣверо-Американскихъ Штатахъ.

Многочисленныя свѣдѣнія объ организаціи дѣла ухода за улицами приводятся въ трудахъ Международнаго Комитета по гигіэнѣ улицъ, образованнаго по постановленію VIII Международнаго Съѣзда по гигіэнѣ въ Buda-Pest'ѣ въ 1898 г., при чемъ больше всего данныхъ имѣется о германскихъ городахъ.

Изъ этихъ данныхъ можно видѣть, что въ Германіи уходъ за улицами большею частью находится въ рукахъ городскихъ магистратовъ; ближайшее вѣдѣніе этимъ дѣломъ поручается обычно или особо назначаемымъ для того спеціальнымъ Коммиссіямъ (какъ, напр., въ Berlin'ѣ, Braunschweig'ѣ и др.), или же техническому отдѣлу городской Управы, завѣдующему городской канализаціей, устройствомъ улицъ и т. п. (какъ, напр., въ Hamburg'ѣ, Dresden'ѣ, München'ѣ и др.), иногда-же оно возлагается на отдѣльныхъ уполномоченныхъ городомъ лицъ, завѣдующихъ или городскими обозами или пожарными дружинами (напр., въ Nührnberg'ѣ, Bochum'ѣ и др.).

Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, гдѣ даже сохранилась натуральная повинность по очисткѣ улицъ на домовладѣльцахъ, послѣдніе передаютъ все это дѣло за плату въ руки особыхъ акціонерныхъ обществъ, чѣмъ также въ значительной степени достигается объединеніе пріемовъ, улучшеніе характера чистки и большая правильность въ этомъ дѣлѣ (таковы земледѣльческое общество въ Montreux, компаніи въ Stockholm'ѣ и т. п.). Удовлетворительные результаты такой организаціи видны изъ того, что улицы, напр., Stockholm'a, по отзыву *Schlossky* [3]), могутъ служить образцомъ чистоты и опрятности.

Принимая на вышеизложенныхъ основаніяхъ дѣло чистки улицъ на себя, городскія Управленія осуществляютъ его или при посредствѣ собственныхъ, состоящихъ на службѣ города рабочихъ командъ, или же передаютъ ту или иную отрасль этого ухода подрядчикамъ, заключая съ ними соотвѣтственные договоры и обусловливая не только время, но и пріемы чистки. Для правильнаго веденія этого дѣла необходимо позаботиться о качествѣ самой поверхности мостовыхъ. По этому городскія Управленія не только чинятъ и поддерживаютъ, но и совершенствуютъ мостовку улицъ. Современной техникой для быстрой и удовлетворительной чистки улицъ, цѣлесообразной ихъ поливки, безвреднаго удаленія скопляющихся на нихъ мусора, снѣга и т. п. предложены различныя механическія и иныя приспособленія, направленныя къ возможному сокращенію нездороваго ручнаго труда, къ ускоренію и удешевленію самого процесса чистки, и городскія Управленія спѣшатъ воспользоваться этими изобрѣтеніями, не боясь единовременныхъ затратъ. Сознавая, что для успѣха дѣла необходимъ надежный, спеціально подготовленный персоналъ, городскія Управленія организуютъ особыя рабочія бригады и кадры соотвѣтственныхъ надзирателей, состоящіе на службѣ города, хорошо имъ обезпечиваемые не только жалованьемъ, но и пенсіями и страхованіемъ на случай болѣзни или потери трудоспособности (Германія). Города раздѣляются на извѣстное число «участковъ чистки»; работы въ каждомъ изъ нихъ точно опредѣлены, регламентированы спеціальными инструкціями, согласованы съ мѣстными условіями, временами года, періодами дня, состояніемъ погоды, степенью движенія по улицамъ, обычаями горожанъ и т. п., ведутся точно и опредѣленно по разъ установленному плану, и такимъ образомъ обезпечивается вполнѣ удовлетворительное содержаніе улицъ.

Однако, не всегда городскія Управленія принимаютъ на себя всецѣло дѣло чистки городскихъ улицъ; нерѣдко часть относящихся сюда заботъ остается на обязанности домовладѣльцевъ.

Такъ, въ Германіи въ нѣкоторыхъ мѣстахъ чистка улицъ, т. е. сметаніе въ кучи скопляющагося на поверхности ихъ сора, лежитъ на домовладѣльцахъ, а городской обозъ занимается лишь уборкой сметенныхъ кучъ; чистка троттуаровъ, особенно въ зимнее время, сколка съ нихъ снѣга и льда и посыпка пескомъ часто также оставляются на обязанности домовладѣльцевъ и это обусловлено, по словамъ отчета Берлинскаго Комитета чистки улицъ [4]), тѣмъ соображеніемъ, что городу было-бы не подъ силу взять на себя отвѣтственность передъ населеніемъ за быстрое удаленіе иногда внезапно скопившагося снѣга или наросшаго на троттуарахъ льда и за устраненіе наступающаго въ такихъ случаяхъ затрудненія при пѣшеходныхъ сообщеніяхъ. Для этого понадобилось-бы одновременно по всему городу выставить столько рабочихъ, что ихъ трудно было-бы даже сразу и подыскать, не говоря уже о затруднительности надзора за ихъ работой, а потому такой уходъ легче осуществить каждому домовладѣльцу въ отдѣльности въ раіонѣ своего участка при условіи строгой его отвѣтственности за своевременное выполненіе существующихъ полицейскихъ правилъ. Съ другой стороны, поливка въ большихъ городахъ Германіи большею частью принимается городскими Управленіями на себя, производится городскими обозами или особыми городскими подрядчиками и лишь въ München'ѣ, Augsburg'ѣ и Ehrfuhrt'ѣ она возложена на домовладѣльцевъ. Мѣстными обязательными постановленіями предписывается почти повсюду поливку производить до подметанія улицъ, во избѣжаніе развитія при послѣднемъ пыли. Д-ръ *Weyl* [2]) приводитъ перечень 24 германскихъ городовъ съ населеніемъ свыше 100000, гдѣ поливка производится на городской счетъ. Тоже можно отмѣтить и въ другимъ государствахъ.

Расходы различныхъ городовъ на чистку, поливку, уборку снѣга и льда, а также мусора колеблются въ различныхъ предѣлахъ, смотря по мѣстнымъ условіямъ, и въ 1894—95 г. въ 18 германскихъ городахъ давали колебанія отъ 0,61 до 1,92 мар. на единицу населенія и отъ 0,15 до 0,74 мар. на кв. метръ очищаемой поверхности [величина колебаній объясняется различіемъ въ размѣрахъ принятыхъ на себя городами обязанностей, т. е. вѣдается-ли ими одна чистка или же въ связи съ поливкой, уборкой сора, удаленіемъ снѣга и т. п. [2])].

Интересно познакомиться ближе съ нѣкоторыми подробностями организаціи этого дѣла въ городахъ Германіи, гдѣ оно нерѣдко оказывается настолько точно и всесторонне регламентированнымъ, поставленнымъ настолько удовлетворительно, что можетъ служить образцомъ такихъ организацій для другихъ городовъ. Приведу нѣсколько болѣе подробныя свѣдѣнія о постановкѣ этого дѣла въ столицѣ Германіи, пользуясь отчетами Berlin'скаго магистрата за послѣдніе годы [4]).

Чистка городскихъ улицъ перешла здѣсь въ вѣдѣніе города уже въ 1851 г., но до 1875 г. она была соединена съ городской пожарной командой и лишь съ этого времени была возложена на спеціальный коллегіальный органъ,—Коммиссію или Депутацію городскаго магистрата (Deputation für das Städtische Strassenreinigungswesen), состоящую изъ 4-хъ членовъ магистрата (Stadtsrath), 8 городскихъ гласныхъ (Stadtsverordnete), 1 представителя отъ Управленія (магистратъ-ассесоръ) и правительственнаго инженера; въ вѣдѣніи этой Коммиссіи въ 1900 г. состоялъ цѣлый штатъ служащихъ съ директоромъ чистки во главѣ, а именно: 1 инспекторъ, 7 старшихъ и 28 младшихъ смотрителей, 112 старшихъ рабочихъ и 1134 младшихъ рабочихъ, раздѣленныхъ на 4 разряда, сообразно съ характеромъ исполняемыхъ работъ. Смотрители и инспекторъ считаются городскими чиновниками, пользуются правами на пенсію и получаютъ содержаніе: инспекторъ 3000, старшій смотритель 2400, младшій—1500 мар. въ годъ; за каждые 3 года службы установлена прибавка къ содержанію и, сверхъ того, выдается дополнительное вознагражденіе за надзоръ по починкѣ мостовыхъ. Суточная плата рабочимъ, смотря по занимаемому ими разряду или классу,

Digitized by Google

колеблется отъ 4,25 до 1,75 мар. Кромѣ того, всѣмъ служащимъ, не исключая и смотрителей, дается готовое обмундированіе; за выслугу 10 лѣтъ безпрерывно полагается пенсія въ 400 мар. въ годъ. Въ случаѣ болѣзни выдача жалованья прекращается, но за то рабочій попадаетъ на попеченіе особыхъ вспомогательной и больничной кассъ, откуда ему выдаются ежедневныя пособія въ размѣрѣ его суточнаго заработка, при чемъ право на полученіе такихъ пособій не теряется даже въ теченіи 39 недѣль болѣзни. Введено также страхованіе служащихъ на случай потери трудоспособности и имѣется похоронная касса; кромѣ того, установлены и единовременныя награды за продолжительную службу. Рабочій день равенъ 12 час., изъ которыхъ, однако, 3 часа полагаются на завтракъ, обѣдъ и ужинъ; въ праздничные дни работа продолжается всего 3 часа. Въ 1900 г. подлежало чисткѣ 9685610 кв. м. площади; изъ нихъ 5852892 кв. м. приходилось на проѣздныя части улицъ, остальное на пѣшеходныя. Весь городъ былъ раздѣленъ на 28 смотрительскихъ участковъ чистки съ отдѣльнымъ для каждаго участка спеціальнымъ депо для храненія машинъ и орудій чистки. При этомъ депо находится контора смотрителя; здѣсь-же—сборный пунктъ для рабочихъ, гдѣ производится провѣрка ихъ, распредѣленіе работъ, наемъ поденщиковъ на экстренные случаи (напр., снѣжные заносы, ливни и т. п.); такъ какъ упряжка и доставка лошадей и кучеровъ возлагается на особыхъ подрядчиковъ, то сюда-же приводятся и необходимыя лошади для впряганія ихъ въ подметательныя машины. Эти депо помѣщаются большею частью въ своихъ спеціальныхъ, принадлежащихъ городу зданіяхъ, рѣдко въ наемныхъ. Имѣются также центральный складъ матеріаловъ при центральномъ бюро вѣдомства чистки, ремонтныя мастерскія и т. п. Работы раздѣляются на дневныя (съ 8 час. утра до 8 веч.) и ночныя (съ 12 час. ночи до 8 утра); при этомъ соблюдается опредѣленная очередь при назначеніи рабочихъ для тѣхъ и другихъ работъ, чтобы не вызывать переутомленія, не говоря уже о постоянномъ стремленіи, судя по отчету, распредѣлять работы сообразно съ личными особенностями рабочихъ (слабость, пожилой возрастъ и т. п.). Въ распоряженіи вѣдомства чистки имѣлось въ 1900 г. 75 подметательныхъ машинъ, которыя были распредѣлены по участкамъ (по 2—3 на участокъ и 12 въ запасѣ); для обслуживанія этихъ машинъ (упряжка, лошади, кучеръ) городъ содержалъ особаго подрядчика, которому уплачивалъ около 6,9 мар. въ сутки съ 1-ой машины. Сверхъ того, для уборки мусора (при средней погодѣ около 300 возовъ въ сутки, а въ дурную погоду, напр. осенью, и до 1000 возовъ въ ночь) имѣется также особый подрядчикъ, получающій отъ города 787000 мар. въ годъ. За вывозку снѣга подрядчикъ получаетъ дополнительную плату (по 2,7 мар. съ воза). Поливка улицъ производится также отдѣльнымъ подрядчикомъ, обычно съ 1 апрѣля до конца октября, и обходится городу въ годъ, считая только упряжку, прислугу и уходъ за поливнымъ приборомъ, въ 328000 мар. Въ 1900 г. въ распоряженіи вѣдомства имѣлось 216 поливныхъ конныхъ бочекъ, емкостью въ 1,5 к. м., и израсходовано на поливку 1,286198 к. м. воды изъ городского водопровода. Такимъ образомъ, городъ содержитъ не только многочисленный штатъ рабочихъ, но и уплачиваетъ значительныя суммы подрядчикамъ, пріобрѣтая при этомъ на свой счетъ весь необходимый инвентарь и матеріалы и ремонтируя послѣдній. Центральныя и болѣе оживленныя улицы чистятся ежедневно, менѣе оживленныя 2—3 раза въ недѣлю. Чистка производится ночью и связана съ мытьемъ улицъ, особенно асфальтовыхъ мостовыхъ (мостовая предварительно увлажняется изъ поливного прибора, а затѣмъ чистится или подметается машиной,—ручнымъ путемъ очищаются только троттуары). Сметенный соръ убирается спеціальными мусорными телѣгами, приставшая грязь удаляется скребками (резиновыми и металлическими). Но, помимо такой основательной чистки улицъ, которая обязательно должна быть закончена къ утру, въ теченіи всего дня производится уборка случайнаго мусора, навоза и т. п. особыми дежурными рабочими, при чемъ для храненія этого сметеннаго мусора имѣются особаго рода надземные, переносные, въ видѣ закрытыхъ шкапиковъ, металлическіе пріемники, установленные въ разныхъ мѣстахъ и своимъ внѣшнимъ видомъ не оскорбляющія эстетическаго чувства обывателей. Въ другихъ городахъ такіе пріемники дѣлаются подземными, стаціонарными, связанными съ канализаціей, и очищаются періодически ночью.

Мусорныя телѣги, емкостью въ 2 и въ 4 к. м.,—непроницаемыя, металлическія, герметически закрытыя, опредѣленнаго установленнаго городскимъ Управленіемъ типа. Подрядчики по вывозу мусора должны сами озаботиться подысканіемъ мѣстъ для свалокъ, а, такъ какъ это, благодаря строгимъ санитарно-полицейскимъ правиламъ очень затруднительно и вблизи города невозможно, то подрядчики взимаютъ съ города сравнительно высокую цѣну за вывозъ. Городское Управленіе хотя и содержитъ нѣсколько свалокъ, но выступаетъ здѣсь въ качествѣ частнаго предпринимателя и старается доходами со свалокъ покрыть расходъ по ихъ содержанію, взимая за выгрузку мусора по 3 мар. съ тонны. Вотъ почему значительная часть уличнаго мусора увозится на судахъ (спеціально приспособленныхъ) въ окрестныя сельско-хозяйственныя экономіи для цѣлей удобренія.

Примѣняемыя въ Berlin'ѣ подметательныя машины состоятъ изъ 4-колеснаго деревяннаго хода, 1- или 2-коннаго, съ сидѣньемъ для кучера и съ укрѣпленной сзади и ниже задней оси въ косопоперечномъ направленіи, вращающейся на отдѣльной оси, валикообразной щеткой (изъ растительныхъ прутьевъ Piassara), длиной въ 2 м.; при движеніи колесъ повозки приводится во вращательное движеніе и этотъ щеточный валъ и, имѣя приспособленіе въ видѣ особаго рычага у кучерскаго сидѣнья, съ помощью котораго можетъ то подниматься, то опускаться вплоть до тѣснаго соприкосновенія съ поверхностью мостовой, сметаетъ и соскребываетъ все, что находится на мостовой въ данную минуту, благодаря же своему косому положенію, откидываетъ сметенный соръ въ одну сторону непрерывной полосой вдоль пройденнаго имъ пути. Одна такая машина способна очистить въ часъ 6400 кв. м., т. е., въ 6 разъ больше того, что, по вычисленію Berlin'скаго магистрата, можно сдѣлать при томъ-же расходѣ путемъ ручного труда, а на усовершенствованной мостовой производительность машины доходитъ даже до 8500 кв. м. въ часъ. Валики изнашиваются въ среднемъ, при ежедневной работѣ, въ 21—22 дня и замѣняются новыми. Помимо щеточныхъ валиковъ, для мытья и соскребыванія крѣпко приставшей грязи на ровныхъ мостовыхъ примѣняются также валики со спиралью обвивающими ихъ и поставленными ребромъ полосами толстой сѣрой резины, замѣняющіе собой ручные резиновые скребки. Машины подобнаго типа примѣняются давно во многихъ городахъ Германіи (въ Hamburg'ѣ, Dresden'ѣ и др.), но современной техникой предложенъ еще цѣлый рядъ подметательныхъ снарядовъ другого образца, при чемъ въ нѣкоторыхъ изъ этихъ послѣднихъ одновременно съ подметаніемъ производится и механическая нагрузка и уборка сметеннаго сора [машина фирмы Brooks въ New-York'ѣ [5])], въ другихъ одновременно съ подметаніемъ производится и увлажненіе поверхности улицъ изъ приспособленнаго къ нимъ поливного прибора [машина «Hercules», предложенная въ Германіи инж. Häntzschel'емъ [6])], въ третьихъ, наконецъ, преслѣдуется цѣль одновременнаго соединенія 3-хъ работъ —поливки, подметанія и уборки сметеннаго сора механическимъ путемъ, что еще болѣе сокращаетъ ручной трудъ [такова примѣняемая въ Америкѣ и предложенная въ 1900 г. для Европы машина «Salus», употребляемая въ настоящее время въ Köln'ѣ, Elberfeld'ѣ и др. городахъ [7])]. Не останавливаясь на описаніи этихъ машинъ и отсылая интересующихся къ поименованнымъ въ концѣ статьи источникамъ, я укажу лишь на то, что Berlin'ское вѣдомство чистки улицъ испытывало примѣненіе упомянутыхъ выше машинъ инж. Häntzschel'я, но нашло ихъ менѣе производительными, чѣмъ обычныя въ Berlin'ѣ сухія подметательныя машины и отказалось отъ примѣненія ихъ, предпочитая предварительное смачиваніе улицъ до подметанія машиннымъ путемъ, производимое изъ обыкновенныхъ поливныхъ бочекъ.

Нельзя не согласиться съ тѣмъ, что изобрѣтеніе этихъ новыхъ усовершенствованныхъ приборовъ чистки можно только привѣтствовать, такъ какъ при условіи примѣненія ихъ не только низводятся до minimum'а антигигіеническія условія ручного труда по очисткѣ улицъ, но и достигается необходимая въ этомъ дѣлѣ быстрота, независимость работы отъ степени усердія и исполнительности рабочаго и значительная экономія въ расходахъ, доходящая, по свидѣтельству Weyl'я [7]), при машинахъ системы «Salus» до 40—50% сбереженій.

*(Окончаніе слѣдуетъ.)*

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

### Изъ Berlin'а

**Со Съѣзда нѣмецкихъ хирурговъ въ Berlin'ѣ. Борьба врачей съ кассами въ Leipzig'ѣ и заявленіе Leipzig'скихъ профессоровъ. Положеніе дѣла борьбы врачей съ кассами въ Berlin'ѣ.**

Обычный ежегодный Съѣздъ нѣмецкихъ хирурговъ въ Berlin'ѣ происходилъ въ нынѣшнемъ году съ 6-го по 9-ое апрѣля. Хотя онъ и не ознаменовался ничѣмъ особенно выдающимся, однако нѣкоторые изъ сдѣланныхъ на немъ докладовъ имѣютъ настолько обще-врачебный интересъ, что я позволю себѣ сказать о нихъ нѣсколько словъ.

Цѣлый почти день Съѣзду пришлось обсуждать очень интересный вопросъ о пригодности изобрѣтеннаго д-ромъ *Sauerbruch*'омъ прибора, дающаго возможность дѣлать операціи въ грудной полости безъ того, чтобы опасаться наступленія пнеймоторакса. Въ то время, какъ, благодаря успѣхамъ современной хирургіи, полость живота во всѣхъ своихъ частяхъ стала доступна ножу хирурга, грудная клѣтка, за исключеніемъ нѣсколькихъ мелкихъ операцій, которыя производились и раньше, осталась для современной хирургіи, что называется, книгой подъ 7-ью печатями. Между тѣмъ много болѣзней органовъ, помѣщающихся въ полости груди, можно-бы было излѣчить хирургическимъ вмѣшательствомъ. Главнымъ препятствіемъ, удерживающимъ хирурга отъ операцій въ полости грудной клѣтки, служитъ опасность наступленія пнеймоторакса. Въ полости груди преобладаетъ, какъ извѣстно, отрица-

Digitized by Google

тельное давленіе (по *Donders*'у въ 7 млм. ртутнаго столба); это отрицательное давленіе еще увеличивается при вдыханіи и остается неизмѣненнымъ при спокойномъ выдыханіи. Только при кашлѣ временно развивается положительное давленіе. Какъ только полость груди вскрывается, наружный воздухъ съ силой атмосфернаго давленія давитъ на легкія, и соотвѣтствующее легкое спадается; получается односторонній пнеймотораксъ. По *Garré*, при одностороннемъ пнеймотораксѣ сдавливается и другое легкое, а при двустороннемъ, какъ извѣстно, быстро наступаетъ смерть. Д-ръ *Sauerbruch*, работавшій въ Breslau'ской клиникѣ подъ руководствомъ и по указаніямъ проф. *Mikulicz*'а, путемъ опытомъ на животныхъ прежде всего установилъ, что для продолженія правильнаго дыханія при вскрытіи грудной клѣтки необходимо, чтобы физіологически существующая разница между внутрилегочнымъ и внутриплейральнымъ давленіемъ не была нарушена; если это условіе соблюдено, то дыханіе остается правильнымъ и совершается ритмически само собою, а спаденія легкаго не происходитъ. Удержать-же эту нормальную разницу въ давленіяхъ можно двоякимъ путемъ: 1) сохраняя нормальное давленіе внутри легкихъ, уменьшить давленіе окружающей атмосферы такъ, чтобы при вскрытіи полости грудной плевы разницы между внутриплейральнымъ давленіемъ и внѣшней атмосферой не оказалось, и, 2) оставляя давленіе внѣшней атмосферы нормальнымъ, увеличить внутрибронхіальное давленіе настолько, чтобы, по вскрытіи полости грудной клѣтки, между давленіемъ наружной атмосферы и внутрилегочнымъ давленіемъ была такая-же разница, какая существуетъ при физіологическихъ условіяхъ между внутриплейральнымъ и внутрилегочнымъ давленіями. *Sauerbruch* сначала устроилъ приборъ по первому способу. Онъ состоитъ изъ большой камеры, въ одной изъ стѣнокъ которой находится круглое отверстіе. Черезъ это отверстіе проходитъ голова оперируемаго такъ, что шея его плотно охватывается стѣнкой прибора; голова больного помѣщается такимъ образомъ внѣ камеры, а все туловище внутри ея. Въ камерѣ помѣщаются хирургъ, его помощники и всѣ необходимыя во время операціи вещи; хлороформирующій находится внѣ камеры. При помощи особаго прибора воздухъ внутри камеры разрѣжается до 12 млм. отрицательнаго давленія; опытъ показалъ, что такое слабое уменьшеніе давленія переносится очень легко, и проф. *Mikulicz* заявилъ, что онъ очень много разъ проводилъ вмѣстѣ съ *Sauerbruch*'омъ по 2 часа въ пнеймагической камерѣ безъ малѣйшаго вреда для своего здоровья. Само собой разумѣется, что въ камерѣ при помощи особыхъ приспособленій для провѣтриванія происходитъ постоянный притокъ свѣжаго и удаленіе испорченнаго воздуха. Той-же камерой авторъ пользовался для производства операцій по второму изъ вышеприведенныхъ способовъ; при этомъ больной помѣщался такъ, что голова его находилась внутри камеры, а туловище снаружи; въ камерѣ давленіе воздуха при помощи нагнетательнаго насоса повышалось настолько, чтобы оно превышало на 10—12 млм. ртутнаго столба давленіе наружной атмосферы; хлороформирующій врачъ при этомъ способѣ помѣщался внутри камеры, между тѣмъ какъ хирургъ и его помощники оставались снаружи. При опытахъ на животныхъ оказалось, что въ такомъ видѣ способъ этотъ оказывается неудобнымъ, такъ какъ пнейматическая камера быстро до того насыщалась парами хлороформа, что усыпляющій врачъ очень скоро и самъ подвергался его дѣйствію. Для устраненія этого неудобства Heidelberg'скій хирургъ *Brauer* видоизмѣнилъ приборъ *Sauerbruch*'а такимъ образомъ, что, вмѣсто большой камеры (вмѣстимостью въ 14 к. м.) онъ употребляетъ небольшой ящикъ, емкостью въ $^1/_4$ — $^1/_2$ к. м. куда помѣщается только голова больного и руки усыпляющаго врача; послѣднія проходятъ въ ящикъ черезъ особо устроенные резиновые рукава. Хлороформированіе производится при помощи прибора *Roth-Dräger*'а. Кромѣ *Brauer*'а, подобные-же упрощенные приборы для операціи при повышенномъ внутрибронхіальномъ давленіи показывали профф. *Mikulicz* и *Petersen* (Heidelberg). Послѣдній сообщилъ о своихъ очень интересныхъ опытахъ на животныхъ при помощи этого способа. Ему удавалось путемъ усиленія внутрилегочнаго давленія вернуть къ жизни животныхъ, у которыхъ онъ предварительно вызывалъ спаденіе легкихъ и остановку сердца, при чемъ у него осталось даже впечатлѣніе, что повтореніе опыта, какъ будто, имѣло возбуждающее дѣйствіе на сердце. Если-бы это оказалось вѣрнымъ и для человѣка, то это, разумѣется, имѣло-бы огромное значеніе для хирургіи сердца. И проф. *Mikulicz* въ своемъ докладѣ объ опытахъ съ камерой *Sauerbruch*'а возлагалъ большія надежды на значеніе этого новаго способа производства операцій въ полости грудной клѣтки, благодаря которому станетъ возможнымъ спокойнѣе и увѣреннѣе предпринимать операціи на пищеводѣ, легкихъ и сердцѣ. Изъ 2-хъ вышеупомянутыхъ видоизмѣненій пнейматической камеры онъ отдаетъ предпочтеніе первому, хотя по опытамъ на животныхъ (собакахъ) оба они оказались одинаково пригодными, но *Sauerbruch* на основаніи нѣкоторыхъ данныхъ думаетъ, что человѣческое сердце гораздо хуже, чѣмъ сердце животныхъ, переноситъ увеличенное давленіе въ легкихъ.

Всѣ данныя относительно примѣненія *Sauerbruch*'овской камеры и ея видоизмѣненій основаны пока главнымъ образомъ на результатахъ экспериментальныхъ изслѣдованій надъ животными. Операція надъ человѣкомъ по новому способу до сихъ поръ всего была сдѣлана 2 раза, и къ сожалѣнію, въ обоихъ случаяхъ съ смертельнымъ исходомъ. Одна изъ нихъ была произведена проф. *Mikulicz*'емъ въ камерѣ съ разрѣженнымъ воздухомъ, при чемъ больная умерла отъ коллапса сердца во время операціи (ракъ пищевода). Имѣло-ли при этомъ уменьшеніе давленія какое-либо вліяніе, выяснить не удалось. Въ другомъ случаѣ проф. *Petersen* при повышенномъ внутрилегочномъ давленіи благополучно удалилъ опухоль позвоночнаго столба, при чемъ вырѣзалъ даже полоску легкаго; операція прошла благополучно, но пнеймотораксъ и смерть наступили во время перевязки, сдѣланной безъ повышенія внутрилегочнаго давленія. Эти случаи, конечно, не имѣютъ рѣшающаго значенія для оцѣнки пригодности способа, и во время преній по этому вопросу было предложено продолжать работу въ этомъ направленіи, собирать наблюденія и на Съѣздѣ въ будущемъ году обмѣняться результатами опыта и наблюденія.

Изъ многочисленныхъ другихъ докладовъ скажу еще нѣсколько словъ о тѣхъ, которые касались практической оцѣнки нѣкоторыхъ новѣйшихъ способовъ лѣченія. О хирургическомъ способѣ лѣченія остраго и хроническаго воспаленія почекъ черезъ т. наз. «декапсуляцію», предложенномъ американскимъ хирургомъ *Edebohls*'омъ, было высказано слѣдующее: Д-ръ *Zondek* при своихъ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ нашель, что послѣ удаленія почечной фиброзной оболочки образуется новая рубцовая ткань, менѣе упругая и податливая, чѣмъ нормальная tunica fibrosa, и поэтому послѣ операціи получаются условія питанія и кровообращенія гораздо менѣе благопріятныя, чѣмъ до нея. Д-ръ *Bakes* (Trebitsch) находитъ, что слабая сторона операціи *Edebohls*'а заключается въ томъ, что почка, лишенная сумки, помѣщается въ бѣдную сосудами жировую оболочку, мѣшающую скорому развитію окольнаго кровообращенія. Онъ предлагаетъ поэтому привести лишенную сумки почку въ близкое соприкосновеніе съ богатыми сосудами образованіями брюшной полости. Съ этой цѣлью онъ предлагаетъ 2 способа операціи: 1) вшиваніе почки, лишенной сумки, въ сальникъ и 2) внутрибрюшинное перемѣщеніе такой почки. Операцію по 1-му способу авторъ сдѣлалъ 1 разъ, но больной, къ сожалѣнію, погибъ отъ воспаленія легкихъ. Въ общемъ отзывы нѣмецкихъ хирурговъ о результатахъ, полученныхъ при лѣченіи нефритовъ по *Edebohls*'у, неблагопріятны для этого способа. *Israël*, *Kümmel*, *Riedel*, *Stern*, *Franke*, *P. Rosenstein* не видѣли успѣшныхъ результатовъ отъ декапсуляціи почки.

О лѣченіи рака *Roentgen*'овскими лучами говорили *Perthes* (Leipzig) и *Lassar* (Berlin). Первый на 29 случаевъ рака, лѣченнаго х-лучами, въ 12 получилъ полное выздоровленіе, при чемъ въ большинствѣ случаевъ излѣченія имѣлся канкроидъ кожи. *Perthes* думаетъ, что дѣйствіе *Roentgen*'овскихъ лучей на раковую ткань не распростра-

Digitized by Google

няется далеко вглубь и что узлы, лежащіе глубже 2—3 стм. подъ поверхностью кожи, недоступны для нихъ, а потому и неизлѣчимы по этому способу. Изъ экспериментальныхъ изслѣдованій онъ выяснилъ, что x-лучи дѣйствуютъ задерживающимъ образомъ на развитіе клѣтокъ; опыты надъ куриными яйцами и растительными клѣтками показали, что подъ вліяніемъ этихъ лучей значительно задерживается размноженіе клѣтокъ дѣленіемъ. Очень возможно, что это задерживающее дѣйствіе играетъ большую роль при лѣченіи рака. *Lassar*, помимо показанныхъ больныхъ съ излѣченными канкроидами кожи, представилъ еще цѣлый рядъ случаевъ излѣченія при помощи рентгенизаціи лучисто-грибковой болѣзни кожи, дерматитовъ; онъ показалъ также нѣсколькихъ больныхъ, у которыхъ, по видимому, получилось выздоровленіе при неподлежавшихъ уже операціи ракахъ грудной железы; въ нѣсколькихъ другихъ такихъ-же случаяхъ получилось значительное улучшеніе.

---

Врачи Berlin'а и всей Германіи съ напряженнымъ вниманіемъ слѣдили весь послѣдній мѣсяцъ за ходомъ борьбы врачей съ кассами въ Leipzig'ѣ. Здѣсь борьба эта приняла особенно большіе размѣры и велась упорно съ обѣихъ сторонъ, потому что здѣсь другъ противъ друга стали 2 крупныя организаціи. Съ одной стороны, мѣстная касса, самая крупная въ Германіи по числу своихъ членовъ (350000!), пустила въ ходъ всѣ свои средства, чтобы подчинить себѣ врачей, а съ другой—Leipzig'скій Союзъ для защиты экономическихъ интересовъ врачебнаго сословія напрягалъ всѣ свои силы и все вліяніе, чтобы парализовать дѣйствія противника и заставить его принять систему свободнаго выбора врача. Касса, взамѣнъ послѣдней, придумала собственную систему, съ помощью которой она разсчитывала и устроиться гораздо дешевле, и держать врачебный персоналъ въ постоянномъ подчиненіи. Она рѣшила раздѣлить весь городъ на участки и на каждый участокъ назначить окружного врача, давъ ему въ помощники 1 или 2 молодыхъ врачей изъ только-что кончившихъ курсъ. Для теперешнихъ условій эта система была придумана очень остроумно: съ одной стороны, она давала возможность назначить участковымъ врачамъ сравнительно большое жалованье, отчего скорѣе можно было разсчитывать найти среди врачей измѣнниковъ общему дѣлу, а съ другой—эти траты можно было надѣяться покрыть за счетъ помощниковъ. Разсчетъ кассы въ началѣ, по видимому, оправдывался, такъ какъ мѣстныя власти были склонны почему-то поддерживать кассу, а не врачей. Когда къ 1-му апрѣля кассовые врачи прекратили свою работу, то касса успѣла привлечь къ себѣ на службу со стороны всего 80 врачей. Не смотря на очевидную недостаточность такого числа врачей на 350000 членовъ, мѣстныя власти въ теченіи первыхъ 2-хъ недѣль не вмѣшивались въ дѣло. Дѣло врачей казалось уже потеряннымъ, такъ какъ, если-бы кассѣ удалось безъ особыхъ происшествій продержаться при такомъ минимальномъ врачебномъ персоналѣ, то никакихъ законныхъ мѣръ противъ нея предпринять было-бы нельзя. Къ счастью, недостаточность врачебнаго персонала очень скоро дала себя знать и со всѣхъ сторонъ стали раздаваться громкія жалобы на то, что населеніе оставлено безъ врачебной помощи и что такое состояніе продолжаться дольше ни въ какомъ случаѣ не можетъ. Сильную поддержку врачамъ тутъ оказалъ Университетъ. Дѣло въ томъ, что всѣ чч. преподаватели и профессора медицинскаго факультета обнародовали оффиціально слѣдующее заявленіе:

«Мы, нижеподписавшіеся, всегда съ радостью содѣйствовали своей работой тому, чтобы населеніе въ полной мѣрѣ воспользовалось благодѣяніями нашего соціальнаго законодательства. При нашей дѣятельности мы всегда жили въ мирѣ и согласіи съ членами мѣстной кассы и теперь желали-бы сохранить этотъ миръ. Но *сотрудничество врачебнаго сословія при осуществленіи общественныхъ задачъ можетъ быть лишь тогда плодотворнымъ, если врачебное сословіе свободно.* Этой свободѣ теперь грозитъ опасность, не только въ одномъ Leipzig'ѣ, но косвеннымъ путемъ и во всей Германіи; если система окружныхъ врачей одержитъ побѣду въ Leipzig'ѣ, то это побудитъ къ подражанію всѣ кассы Германіи. Что значитъ эта система для врачебнаго сословія? Она означаетъ, что молодой врачъ съумѣетъ заработать свой хлѣбъ только въ томъ случаѣ, если ему удастся получить мѣсто у кассы, а, если онъ настолько счастливъ, что добился его, то становится безусловно подчиненнымъ служащимъ кассы. Эта система подчиняетъ подростающее поколѣніе сословія, призванное болѣе, чѣмъ всякое другое, дѣйствовать гуманно и примиряюще, мощнымъ организаціямъ, часто преслѣдующимъ совершенно односторонныя политическія цѣли. Какъ врачи и учители академической молодежи, мы поэтому въ борьбѣ между системой свободнаго выбора врача и системой окружныхъ врачей безусловно стоимъ на сторонѣ нашихъ товарищей по сословію за систему свободнаго выбора врача. Мы вынуждены поэтому *отклонитъ разъ на всегда участіе работой* въ проэктируемой мѣстной кассой системѣ окружныхъ врачей».

Это заявленіе имѣло большое нравственное вліяніе и, въ связи съ многочисленными жалобами членовъ кассъ, заставило мѣстныя власти признать положеніе вещей ненормальнымъ, а мѣстное окружное начальство обязало кассу къ 25-му апрѣля увеличить врачебный персоналъ до 98 чел., среди которыхъ обязательно должно быть 12 спеціалистовъ. Выполнить это требованіе для кассы невозможно, такъ какъ агенты ея уже давно рыщутъ по всей Германіи и все, что можно было найти изъ подонковъ врачебнаго сословія, они уже собрали. Среди сформированнаго такимъ путемъ врачебнаго персонала оказалось много душевно-больныхъ, немало потерпѣвшихъ крушеніе въ жизни людей, а тѣ изъ врачей, которые могли-бы хорошо работать, не въ состояніи были справиться съ непосильной работой, и часть изъ нихъ уже отказалась отъ службы; при такихъ условіяхъ кассѣ, конечно, нельзя будетъ найти къ назначенному сроку нужное число врачей, и она, по всей вѣроятности, вынуждена будетъ по неволѣ отказаться отъ своей системы. Съѣздъ нѣмецкихъ терапевтовъ, собравшійся въ нынѣшнемъ году въ Leipzig'ѣ (18—22 апрѣля) также выразилъ свое сочувствіе Leipzig'скимъ врачамъ.

Въ борьбѣ врачей съ кассами въ Berlin'ѣ теперь наступилъ періодъ затишья; прекратились шумныя собранія, агитація съ обѣихъ сторонъ значительно ослабѣла, и трудно высказаться болѣе или менѣе опредѣленно объ исходѣ этой борьбы. Пессимисты говорятъ о полномъ пораженіи врачей, между тѣмъ какъ умѣренные и горячіе сторонники системы свободнаго выбора врачей еще надѣются выйти изъ борьбы побѣдителями. Затруднительность положенія обусловлена, какъ я уже упоминалъ, разнородностью интересовъ различныхъ группъ здѣшнихъ врачей, многочисленностью и разнообразіемъ организаціи здѣшнихъ кассъ и трудностью добиться полнаго единенія среди врачей.

*А. Коварскій.*

Berlin. 2/v 1904 г.

---

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

---

**Физіологія и общая патологія.** 361. Область *практическаго примѣненія «біологическихъ реакцій»* (растворенія, склеиванія и осажденія при помощи специфическихъ сыворотокъ) въ послѣднее время все болѣе и болѣе расширяется. Послѣ того какъ д-ра *Коварскій, Schütze* и *Wassermann* получили преципитины для растительныхъ бѣлковъ, *Bertarelli* примѣнилъ такія сыворотки съ цѣлью распознаванія чистоты различныхъ сортовъ муки. Ему удалось вызвать невоспріимчивость у кроликовъ настоями муки различныхъ сортовъ бобовыхъ растеній и при посредствѣ полученныхъ этимъ путемъ сыворотокъ опредѣлять присутствіе или отсутствіе примѣсей въ различныхъ образцахъ муки. *В.* указываетъ на то, что подобныя реакціи могутъ оказать услуги при борьбѣ съ поддѣлкой пищевыхъ продуктовъ. Д-ръ *Cao* сдѣлалъ попытку получить *специфическія сыворотки для различныхъ сортовъ крахмала* (добытыхъ изъ пшеницы, ржи и ячменя). Способъ авторомъ примѣненъ обычный—впрыскиваніе настоекъ крахмала, при чемъ ему пришлось встрѣтить затрудненіе, въ виду трудности получить стерильные настои, и прибавлять къ настойкамъ 2% карболовой кислоты. Полученныя послѣ 4-недѣльной иммунизаціи сыворотки оказались литическими по отношенію къ соотвѣтственнымъ сортамъ крахмала; при смѣшеніи зерна крахмала претерпѣваютъ рядъ измѣненій, превращаются въ прозрачныя тѣни «ombre di ami-

Digitized by Google

тельное давленіе (по *Donders*'у въ 7 млм. ртутнаго столба); это отрицательное давленіе еще увеличивается при вдыханіи и остается неизмѣненнымъ при спокойномъ выдыханіи. Только при кашлѣ временно развивается положительное давленіе. Какъ только полость груди вскрывается, наружный воздухъ съ силой атмосфернаго давленія давитъ на легкія, и соотвѣтствующее легкое спадается; получается односторонній пнеймотораксъ. По *Garré*, при одностороннемъ пнеймотораксѣ сдавливается и другое легкое, а при двустороннемъ, какъ извѣстно, быстро наступаетъ смерть. Д-ръ *Sauerbruch*, работавшій въ Breslau'ской клиникѣ подъ руководствомъ и по указаніямъ проф. *Mikulicz*'а, путемъ опытомъ на животныхъ прежде всего установилъ, что для продолженія правильнаго дыханія при вскрытіи грудной клѣтки необходимо, чтобы физіологически существующая разница между внутрилегочнымъ и внутриплейральнымъ давленіемъ не была нарушена; если это условіе соблюдено, то дыханіе остается правильнымъ и совершается ритмически само собою, а спаденія легкаго не происходитъ. Удержать-же эту нормальную разницу въ давленіяхъ можно двоякимъ путемъ: 1) сохраняя нормальное давленіе внутри легкихъ, уменьшить давленіе окружающей атмосферы такъ, чтобы при вскрытіи полости грудной плевы разницы между внутриплейральнымъ давленіемъ и внѣшней атмосферой не оказалось, и, 2) оставляя давленіе внѣшней атмосферы нормальнымъ, увеличить внутрибронхіальное давленіе настолько, чтобы, по вскрытіи полости грудной клѣтки, между давленіемъ наружной атмосферы и внутрилегочнымъ давленіемъ была такая-же разница, какая существуетъ при физіологическихъ условіяхъ между внутриплейральнымъ и внутрилегочнымъ давленіями. *Sauerbruch* сначала устроилъ приборъ по первому способу. Онъ состоитъ изъ большой камеры, въ одной изъ стѣнокъ которой находится круглое отверстіе. Черезъ это отверстіе проходитъ голова оперируемаго такъ, что шея его плотно охватывается стѣнкой прибора; голова больного помѣщается такимъ образомъ внѣ камеры, а все туловище внутри ея. Въ камерѣ помѣщаются хирургъ, его помощники и всѣ необходимыя во время операціи вещи; хлороформирующій находится внѣ камеры. При помощи особаго прибора воздухъ внутри камеры разрѣжается до 12 млм. отрицательнаго давленія; опытъ показалъ, что такое слабое уменьшеніе давленія переносится очень легко, и проф. *Mikulicz* заявилъ, что онъ очень много разъ проводилъ вмѣстѣ съ *Sauerbruch*'омъ по 2 часа въ пнеиматической камерѣ безъ малѣйшаго вреда для своего здоровья. Само собой разумѣется, что въ камерѣ при помощи особыхъ приспособленій для провѣтриванія происходитъ постоянный притокъ свѣжаго и удаленіе испорченнаго воздуха. Той-же камерой авторъ пользовался для производства операцій по второму изъ вышеприведенныхъ способовъ; при этомъ больной помѣщался такъ, что голова его находилась внутри камеры, а туловище снаружи; въ камерѣ давленіе воздуха при помощи нагнетательнаго насоса повышалось настолько, чтобы оно превышало на 10—12 млм. ртутнаго столба давленіе наружной атмосферы; хлороформирующій врачъ при этомъ способѣ помѣщался внутри камеры, между тѣмъ какъ хирургъ и его помощники оставались снаружи. При опытахъ на животныхъ оказалось, что въ такомъ видѣ способъ этотъ оказывается неудобнымъ, такъ какъ пнеиматическая камера быстро до того насыщалась парами хлороформа, что усыпляющій врачъ очень скоро и самъ подвергался его дѣйствію. Для устраненія этого неудобства Heidelberg'скій хирургъ *Brauer* видоизмѣнилъ приборъ *Sauerbruch*'а такимъ образомъ, что, вмѣсто большой камеры (вмѣстимостью въ 14 к. м.) онъ употребляетъ небольшой ящикъ, емкостью въ $^1/_4$ — $^1/_2$ к. м. куда помѣщается только голова больного и руки усыпляющаго врача; послѣднія проходятъ въ ящикъ черезъ особо устроенные резиновые рукава. Хлороформированіе производится при помощи прибора *Roth-Dräger*'а. Кромѣ *Brauer*'а, подобные-же упрощенные приборы для операціи при повышенномъ внутрибронхіальномъ давленіи показывали профф. *Mikulicz* и *Petersen* (Heidelberg). Послѣдній сообщилъ о своихъ очень интересныхъ опытахъ на животныхъ при помощи этого способа. Ему удавалось путемъ усиленія внутрилегочнаго давленія вернуть къ жизни животныхъ, у которыхъ онъ предварительно вызывалъ спаденіе легкихъ и остановку сердца, при чемъ у него осталось даже впечатлѣніе, что повтореніе опыта, какъ будто, имѣло возбуждающее дѣйствіе на сердце. Если-бы это оказалось вѣрнымъ и для человѣка, то это, разумѣется, имѣло-бы огромное значеніе для хирургіи сердца. И проф. *Mikulicz* въ своемъ докладѣ объ опытахъ съ камерой *Sauerbruch*'а возлагалъ большія надежды на значеніе этого новаго способа производства операцій въ полости грудной клѣтки, благодаря которому станетъ возможнымъ спокойнѣе и увѣреннѣе предпринимать операціи на пищеводѣ, легкихъ и сердцѣ. Изъ 2-хъ вышеупомянутыхъ видоизмѣненій пнеиматической камеры онъ отдаетъ предпочтеніе первому, хотя по опытамъ на животныхъ (собакахъ) оба они оказались одинаково пригодными, но *Sauerbruch* на основаніи нѣкоторыхъ данныхъ думаетъ, что человѣческое сердце гораздо хуже, чѣмъ сердце животныхъ, переноситъ увеличенное давленіе въ легкихъ.

Всѣ данныя относительно примѣненія *Sauerbruch*'овской камеры и ея видоизмѣненій основаны пока главнымъ образомъ на результатахъ экспериментальныхъ изслѣдованій надъ животными. Операція надъ человѣкомъ по новому способу до сихъ поръ всего была сдѣлана 2 раза, и къ сожалѣнію, въ обоихъ случаяхъ съ смертельнымъ исходомъ. Одна изъ нихъ была произведена проф. *Mikulicz*'емъ въ камерѣ съ разрѣженнымъ воздухомъ, при чемъ больная умерла отъ коллапса сердца во время операціи (ракъ пищевода). Имѣло-ли при этомъ уменьшеніе давленія какое-либо вліяніе, выяснить не удалось. Въ другомъ случаѣ проф. *Petersen* при повышенномъ внутрилегочномъ давленіи благополучно удалилъ опухоль позвоночнаго столба, при чемъ вырѣзалъ даже полоску легкаго; операція прошла благополучно, но пнеймотораксъ и смерть наступили во время перевязки, сдѣланной безъ повышенія внутрилегочнаго давленія. Эти случаи, конечно, не имѣютъ рѣшающаго значенія для оцѣнки пригодности способа, и во время преній по этому вопросу было предложено продолжать работу въ этомъ направленіи, собирать наблюденія и на Съѣздѣ въ будущемъ году обмѣняться результатами опыта и наблюденія.

Изъ многочисленныхъ другихъ докладовъ скажу еще нѣсколько словъ о тѣхъ, которые касались практической оцѣнки нѣкоторыхъ новѣйшихъ способовъ лѣченія. О хирургическомъ способѣ лѣченія остраго и хроническаго воспаленія почекъ черезъ т. наз. «декапсуляцію», предложенномъ американскимъ хирургомъ *Edebohls*'омъ, было высказано слѣдующее: Д-ръ *Zondek* при своихъ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ нашелъ, что послѣ удаленія почечной фиброзной оболочки образуется новая рубцовая ткань, менѣе упругая и податливая, чѣмъ нормальная tunica fibrosa, и поэтому послѣ операціи получаются условія питанія и кровообращенія гораздо менѣе благопріятныя, чѣмъ до нея. Д-ръ *Bakes* (Trebitsch) находитъ, что слабая сторона операціи *Edebohls*'а заключается въ томъ, что почка, лишенная сумки, помѣщается въ бѣдную сосудами жировую оболочку, мѣшающую скорому развитію окольнаго кровообращенія. Онъ предлагаетъ поэтому привести лишенную сумки почку въ близкое соприкосновеніе съ богатыми сосудами образованіями брюшной полости. Съ этой цѣлью онъ предлагаетъ 2 способа операціи: 1) вшиваніе почки, лишенной сумки, въ сальникъ и 2) внутрибрюшинное перемѣщеніе такой почки. Операцію по 1-му способу авторъ сдѣлалъ 1 разъ, но больной, къ сожалѣнію, погибъ отъ воспаленія легкихъ. Въ общемъ отзывы нѣмецкихъ хирурговъ о результатахъ, полученныхъ при лѣченіи нефритовъ по *Edebohls*'у, неблагопріятны для этого способа. *Israël*, *Kümmel*, *Riedel*, *Stern*, *Franke*, *P. Rosenstein* не видѣли успѣшныхъ результатовъ отъ декапсуляціи почки.

О лѣченіи рака *Roentgen*'овскими лучами говорили *Perthes* (Leipzig) и *Lassar* (Berlin). Первый на 29 случаевъ рака, лѣченнаго х-лучами, въ 12 получилъ полное выздоровленіе, при чемъ въ большинствѣ случаевъ излѣченія имѣлся канкроидъ кожи. *Perthes* думаетъ, что дѣйствіе *Roentgen*'овскихъ лучей на раковую ткань не распростра-

Digitized by Google

няется далеко вглубь и что узлы, лежащіе глубже 2—3 стм. подъ поверхностью кожи, недоступны для нихъ, а потому и неизлѣчимы по этому способу. Изъ экспериментальныхъ изслѣдованій онъ выяснилъ, что x-лучи дѣйствуютъ задерживающимъ образомъ на развитіе клѣтокъ; опыты надъ куриными яйцами и растительными клѣтками показали, что подъ вліяніемъ этихъ лучей значительно задерживается размноженіе клѣтокъ дѣленіемъ. Очень возможно, что это задерживающее дѣйствіе играетъ большую роль при лѣченіи рака. *Lassar*, помимо показанныхъ больныхъ съ излѣченными канкроидами кожи, представилъ еще цѣлый рядъ случаевъ излѣченія при помощи рентгенизаціи лучистогрибковой болѣзни кожи, дерматитовъ; онъ показалъ также нѣсколькихъ больныхъ, у которыхъ, по видимому, получилось выздоровленіе при неподлежавшихъ уже операціи ракахъ грудной железы; въ нѣсколькихъ другихъ такихъ-же случаяхъ получилось значительное улучшеніе.

---

Врачи Berlin'а и всей Германіи съ напряженнымъ вниманіемъ слѣдили весь послѣдній мѣсяцъ за ходомъ борьбы врачей съ кассами въ Leipzig'ѣ. Здѣсь борьба эта приняла особенно большіе размѣры и велась упорно съ обѣихъ сторонъ, потому что здѣсь другъ противъ друга стали 2 крупныя организаціи. Съ одной стороны, мѣстная касса, самая крупная въ Германіи по числу своихъ членовъ (350000!), пустила въ ходъ всѣ свои средства, чтобы подчинить себѣ врачей, а съ другой—Leipzig'скій Союзъ для защиты экономическихъ интересовъ врачебнаго сословія напрягалъ всѣ свои силы и все вліяніе, чтобы парализовать дѣйствія противника и заставить его принять систему свободнаго выбора врача. Касса, взамѣнъ послѣдней, придумала собственную систему, съ помощью которой она разсчитывала и устроиться гораздо дешевле, и держать врачебный персоналъ въ постоянномъ подчиненіи. Она рѣшила раздѣлить весь городъ на участки и на каждый участокъ назначить окружного врача, давъ ему въ помощники 1 или 2 молодыхъ врачей изъ только-что кончившихъ курсъ. Для теперешнихъ условій эта система была придумана очень остроумно: съ одной стороны, она давала возможность назначить участковымъ врачамъ сравнительно большое жалованье, отчего скорѣе можно было разсчитывать найти среди врачей измѣнниковъ общему дѣлу, а съ другой—эти траты можно было надѣяться покрыть за счетъ помощниковъ. Разсчетъ кассы въ началѣ, по видимому, оправдывался, такъ какъ мѣстныя власти были склонны почему-то поддерживать кассу, а не врачей. Когда къ 1-му апрѣля кассовые врачи прекратили свою работу, то касса успѣла привлечь къ себѣ на службу со стороны всего 80 врачей. Не смотря на очевидную недостаточность такого числа врачей на 350000 членовъ, мѣстныя власти въ теченіи первыхъ 2-хъ недѣль не вмѣшивались въ дѣло. Дѣло врачей казалось уже потеряннымъ, такъ какъ, если-бы кассѣ удалось безъ особыхъ происшествій продержаться при такомъ минимальномъ врачебномъ персоналѣ, то никакихъ законныхъ мѣръ противъ нея предпринять было-бы нельзя. Къ счастью, недостаточность врачебнаго персонала очень скоро дала себя знать и со всѣхъ сторонъ стали раздаваться громкія жалобы на то, что населеніе оставлено безъ врачебной помощи и что такое состояніе продолжаться дольше ни въ какомъ случаѣ не можетъ. Сильную поддержку врачамъ тутъ оказалъ Университетъ. Дѣло въ томъ, что всѣ чч. преподаватели и профессора медицинскаго факультета обнародовали оффиціально слѣдующее заявленіе:

«Мы, нижеподписавшіеся, всегда съ радостью содѣйствовали своей работой тому, чтобы населеніе въ полной мѣрѣ воспользовалось благодѣяніями нашего соціальнаго законодательства. При нашей дѣятельности мы всегда жили въ мирѣ и согласіи съ членами мѣстной кассы и теперь желали-бы сохранить этотъ миръ. Но ***сотрудничество врачебнаго сословія при осуществленіи общественныхъ задачъ можетъ быть лишь тогда плодотворнымъ, если врачебное сословіе свободно.*** Этой свободѣ теперь грозитъ опасность, не только въ одномъ Leipzig'ѣ, но косвеннымъ путемъ и во всей Германіи; если система окружныхъ врачей одержитъ побѣду въ Leipzig'ѣ, то это побудитъ къ подражанію всѣ кассы Германіи. Что значитъ эта система для врачебнаго сословія? Она означаетъ, что молодой врачъ съумѣетъ заработать свой хлѣбъ только въ томъ случаѣ, если ему удастся получить мѣсто у кассы, а, если онъ настолько счастливъ, что добился его, то становится безусловно подчиненнымъ служащимъ кассы. Эта система подчиняетъ подростающее поколѣніе сословія, призванное болѣе, чѣмъ всякое другое, дѣйствовать гуманно и примиряюще, мощнымъ организаціямъ, часто преслѣдующимъ совершенно одностороннія политическія цѣли. Какъ врачи и учители академической молодежи, мы поэтому въ борьбѣ между системой свободнаго выбора врача и системой окружныхъ врачей безусловно стоимъ на сторонѣ нашихъ товарищей по сословію за систему свободнаго выбора врача. Мы вынуждены поэтому ***отклонитъ разъ на всегда участіе работой*** въ проэктируемой мѣстной кассой системѣ окружныхъ врачей».

Это заявленіе имѣло большое нравственное вліяніе и, въ связи съ многочисленными жалобами членовъ кассъ, заставило мѣстныя власти признать положеніе вещей ненормальнымъ, а мѣстное окружное начальство обязало кассу къ 25-му апрѣля увеличить врачебный персоналъ до 98 чел., среди которыхъ обязательно должно быть 12 спеціалистовъ. Выполнить это требованіе для кассы невозможно, такъ какъ агенты ея уже давно рыщутъ по всей Германіи и все, что можно было найти изъ подонковъ врачебнаго сословія, они уже собрали. Среди сформированнаго такимъ путемъ врачебнаго персонала оказалось много душевно-больныхъ, немало потерпѣвшихъ крушеніе въ жизни людей, а тѣ изъ врачей, которые могли-бы хорошо работать, не въ состояніи были справиться съ непосильной работой, и часть изъ нихъ уже отказалась отъ службы; при такихъ условіяхъ кассѣ, конечно, нельзя будетъ найти къ назначенному сроку нужное число врачей, и она, по всей вѣроятности, вынуждена будетъ по неволѣ отказаться отъ своей системы. Съѣздъ нѣмецкихъ терапевтовъ, собравшійся въ нынѣшнемъ году въ Leipzig'ѣ (18—22 апрѣля) также выразилъ свое сочувствіе Leipzig'скимъ врачамъ.

Въ борьбѣ врачей съ кассами въ Berlin'ѣ теперь наступилъ періодъ затишья; прекратились шумныя собранія, агитація съ обѣихъ сторонъ значительно ослабѣла, и трудно высказаться болѣе или менѣе опредѣленно объ исходѣ этой борьбы. Пессимисты говорятъ о полномъ пораженіи врачей, между тѣмъ какъ умѣренные и горячіе сторонники системы свободнаго выбора врачей еще надѣются выйти изъ борьбы побѣдителями. Затруднительность положенія обусловлена, какъ я уже упоминалъ, разнородностью интересовъ различныхъ группъ здѣшнихъ врачей, многочисленностью и разнообразіемъ организаціи здѣшнихъ кассъ и трудностью добиться полнаго единенія среди врачей.

*А. Коварскій.*

Berlin. 2/v 1904 г.

---

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 361. Область *практическаго примѣненія «біологическихъ реакцій»* (растворенія, склеиванія и осажденія при помощи специфическихъ сыворотокъ) въ послѣднее время все болѣе и болѣе расширяется. Послѣ того какъ д-ра *Коварскій, Schütze* и *Wassermann* получили преципитины для растительныхъ бѣлковъ, *Bertarelli* примѣнилъ такія сыворотки съ цѣлью распознаванія чистоты различныхъ сортовъ муки. Ему удалось вызвать невоспріимчивость у кроликовъ настоями муки различныхъ сортовъ бобовыхъ растеній и при посредствѣ полученныхъ этимъ путемъ сыворотокъ опредѣлять присутствіе или отсутствіе примѣсей въ различныхъ образцахъ муки. *B.* указываетъ на то, что подобныя реакціи могутъ оказать услуги при борьбѣ съ поддѣлкой пищевыхъ продуктовъ. Д-ръ *Cao* сдѣлалъ попытку получить *специфическія сыворотки для различныхъ сортовъ крахмала* (добытыхъ изъ пшеницы, ржи и ячменя). Способъ авторомъ примѣненъ обычный—впрыскиваніе настоекъ крахмала, при чемъ ему пришлось встрѣтить затрудненіе, въ виду трудности получить стерильные настои, и прибавлять къ настойкамъ 2% карболовой кислоты. Полученныя послѣ 4-недѣльной иммунизаціи сыворотки оказались литическими по отношенію къ соотвѣтственнымъ сортамъ крахмала; при смѣшеніи зерна крахмала претерпѣваютъ рядъ измѣненій, превращаются въ прозрачныя тѣни «ombre di ami-

Digitized by Google

do», а черезъ 3 часа растворяются вполнѣ; параллельно съ этимъ идетъ и процессъ склеиванія. На ряду съ микроскопическимъ наблюденіемъ, авторъ опредѣлялъ количество превращеннаго крахмала съ помощью реактива *Fehling*'а; результаты оказались согласными. Заслуживаетъ вниманія то обстоятельство, что при впрыскиваніи крахмальныхъ эмульсій совсѣмъ не получилось преципитиновъ, а сыворотки, обладающія свойствами давать склеиваніе и раствореніе, т. е. однородныя съ цитотоксическими. Относительно примѣненія описаннаго способа для практическихъ цѣлей авторъ дѣлаетъ рядъ оговорокъ: для этого необходимо дальнѣйшее изученіе и усовершенствованіе (Annali dell'Istituto d'igiene sperimentale, 1904, I). *Л. Т.*

362. Д-ръ *М. М. Дитерихсъ* (Одесса) изучалъ *дѣйствіе обширныхъ ожоговъ на животныхъ*. Выводы: при воздѣйствіи высокой температуры прежде всего происходитъ полное или частичное разрушеніе клѣточныхъ элементовъ крови; это разрушеніе ведетъ къ образованію и скопленію въ организмѣ клѣточныхъ ядовъ (гэмотоксиновъ), ядовитыхъ не только для клѣточекъ организма, въ которомъ они образовались, но и для клѣточекъ другихъ животныхъ того-же и даже иного вида. Образованіе клѣточныхъ кровяныхъ ядовъ энергичнѣе всего происходитъ въ теченіи первыхъ 5—10 час. послѣ ожоги, а затѣмъ оно уменьшается. Путемъ нагрѣванія до 57° въ теченіи 35 минутъ сыворотку обожженныхъ животныхъ можно обезвредить, почему слѣдуетъ думать, что образующіеся при ожогахъ гэмотоксины состоятъ изъ легко разрушаемой не-специфической цитазы (копмлементъ) и специфическаго фиксатора (амбоцепторъ *Ehrlich*'а). Кромѣ гэмолизиновъ, въ крови нѣсколько позже появляются и склеивающія вещества (агглютинины); ихъ присутствіемъ слѣдуетъ объяснить эмболіи и тромбы, находимые при вскрытіи обожженныхъ животныхъ. Измѣненія крови при ожогахъ вполнѣ объясняются образованіемъ гэмолизиновъ и склеивающихъ кровь веществъ (гэмоагглютининовъ). Можно предполагать наличность и другихъ клѣточныхъ ядовъ въ организмѣ при ожогахъ; дѣйствіе этихъ ядовъ на опредѣленные элементы, вѣроятно, подобно дѣйствію гэмолизиновъ и гэмоагглютининовъ на элементы крови (Wiener medicinische Wochenschrift, 1903, № 47). *С. Новосельскій.*

363. Явленія бактеріолиза подъ вліяніемъ веществъ, заключающихся въ различнаго рода сывороткахъ, какъ нормальныхъ, такъ и специфическихъ, служили и служатъ предметомъ цѣлаго ряда работъ, между тѣмъ какъ вопросомъ о бактеріолитическомъ дѣйствіи опредѣленныхъ химическихъ соединеній, какъ неорганическихъ, такъ и органическихъ, занимались весьма мало, что и заставило д-ра *Condelli* (изъ гигіэническаго Института въ Римѣ) пополнить этотъ пробѣлъ. Авторъ изучалъ *дѣйствіе цѣлаго ряда веществъ на палочки сибирской язвы, дифтеріи, холеры, брюшного тифа, кровавого поноса и на кишечную палочку* и пришелъ къ слѣдующимъ результатамъ: 1) Галоидныя соли металлоидовъ обладаютъ тѣмъ большимъ бактеріологическимъ дѣйствіемъ, чѣмъ меньше атомный вѣсъ входящаго въ ихъ составъ галоида. 2) Въ соляхъ металлоидовъ, содержащихъ кислородъ, дѣйствіе усиливается для каждой группы металлоидовъ вмѣстѣ съ повышеніемъ атомнаго вѣса металлоида; напр., соли фосфора (атомный вѣсъ 31) дѣйствуютъ сильнѣе солей азота (14,04). Для одного и того-же металлоида сила дѣйствія обратна содержанію кислорода; напр., мышьяковистыя соли дѣйствуютъ сильнѣе мышьяковыхъ. 3) Среди органическихъ соединеній жирныя дѣйствуютъ сильнѣе ароматическихъ. Такъ какъ бактеріолизъ происходитъ одинаково при условіяхъ употребленія живыхъ и мертвыхъ (убитыхъ нагрѣваніемъ) разводокъ, то *Condelli* считаетъ его явленіемъ не-ферментативнымъ и высказывается рѣшительно противъ взглядовъ *Н. Ф. Гамалѣи*, тѣмъ болѣе, что самое существованіе т. наз. хроматиновыхъ производныхъ не доказано фактически (Annali dell'Istituto d'igiene sperimentale, 1904, I). *Т.*

**Фармакологія.** 364. Число салициловыхъ препаратовъ увеличилось однимъ. *Салитъ* (*Salit*), выпущенный химической фабрикой von Heyden'а, представляетъ изъ себя салициловый эѳиръ борнеола и предназначается для накожнаго примѣненія. Онъ представляетъ изъ себя маслянистую жидкость, нерастворимую въ водѣ и хорошо растворимую въ спиртѣ, эѳирѣ и маслахъ. Назначается онъ въ растворѣ равной части оливковаго масла. Наносится на кожу 2 раза въ день, при помощи кисточки, въ количествѣ $^1/_2$—1 чайной ложки вышеназваннаго раствора. Растворъ этотъ можно получить уже готовымъ подъ названіемъ «Salitum solutum». Изъ приведенныхъ д-ромъ *Müller*'омъ исторій болѣзни, въ которыхъ примѣненъ былъ салитъ, видно, что этотъ препаратъ почти ничѣмъ не отличается по своему дѣйствію отъ мезотана; къ чему, слѣд., понадобилось «обогатить сокровищницу терапевтическихъ средствъ» (какъ всегда высокопарно выражаются изобрѣтатели новыхъ препаратовъ) этимъ препаратомъ, пока остается тайной фабриканта (Münchener medicinische Wochenschrift, № 15). *А. К.*

**Бактеріологія.** 365. Д-ръ *F. Friedmann* сообщаетъ о произведенныхъ имъ въ анатомо-біологическомъ Институтѣ проф. *O. Hertwig*'а (Berlin) *опытахъ вызыванія невоспріимчивости къ бугорчаткѣ у морскихъ свинокъ*. Авторъ пользовался разводкой бугорчатковой палочки, полученной отъ погибшей отъ бугорчатки черепахи, и ему удалось путемъ впрыскиванія этой разводки вызвать полную невоспріимчивость къ зараженію палочкой человѣческой бугорчатки у ряда морскихъ свинокъ—животныхъ, наиболѣе воспріимчивыхъ къ человѣческой бугорчаткѣ. Впрыскиванія разводокъ палочекъ черепашьей бугорчатки не вызываютъ у свинокъ никакихъ болѣзненныхъ разстройствъ; послѣдовательныя впрыскиванія привитымъ животнымъ разводокъ человѣческой бугорчатковой палочки вызываютъ на мѣстѣ впрыскиванія незначительное, быстро проходящее уплотнѣніе и легкую проходящую припухлость ближайшихъ лимфатическихъ железъ; всѣ животныя выживаютъ и не обнаруживаютъ никакихъ болѣзненныхъ явленій; температура все время остается нормальной, вѣсъ тѣла возрастаетъ. На вскрытіи у животныхъ не находятъ никакихъ измѣненій, или немногочисленные отдѣльные сѣрые узелки въ органахъ; узелки эти никогда не содержатъ бугорчатковыхъ палочекъ и представляютъ простыя круглоклѣточковыя скопленія; въ весьма рѣдкихъ случаяхъ въ нихъ находятъ 1—2 клѣточки-великана. Подобные узелки вызываются вообще всѣми кислотоупорными бактеріями, и неболѣзнетворными, а также убитыми бугорчатковыми палочками. Автору удалось также вызвать невоспріимчивость къ бугорчаткѣ у черепахъ путемъ предварительныхъ впрыскиваній разводокъ палочекъ бугорчатки теплокровныхъ животныхъ. Настоящее сообщеніе—предварительное; авторъ возлагаетъ большія надежды на описанный способъ вызыванія невоспріимчивости и полагаетъ, что и рогатый скотъ можетъ быть этимъ путемъ сдѣланъ невоспріимчивымъ къ бугорчаткѣ (ср. опыты проф. *Moeller*'а съ прививками палочекъ бугорчатки мѣдянокъ; см. выше, № 10, стр. 369) (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903 г., № 50). *С. Новосельскій.*

**Внутреннія болѣзни.** 366. Д-ра *Brindley* и *Bonis* совѣтуютъ *лѣчить оспу наружнымъ примѣненіемъ чистой карболовой кислоты*. Кислоту наносятъ въ жидкомъ видѣ на оспенные гнойнички особою щеточкою изъ верблюжьей шерсти; въ 1-ый день намазываютъ лицо и шею, во 2-ой—руки, затѣмъ ноги и, наконецъ, туловище. Иногда на тѣхъ или другихъ частяхъ тѣла приходится повторять смазываніе 2 или даже 3 раза. Дѣйствительность этого лѣченія обнаруживается быстрымъ подсыханіемъ гнойничковъ и образованіемъ струпьевъ; необходимо при этомъ способствовать быстрому отпаданію струпьевъ путемъ смазыванія какой-либо мазью. Лѣченіе не вызываетъ ни малѣйшихъ болевыхъ ощущеній и, наоборотъ, рѣзко уменьшаетъ имѣющееся при оспѣ болѣзненное раздраженіе и напряженіе кожи. Сущность дѣйствія карболовой кислоты при оспѣ, по мнѣнію авторовъ, заключается въ чисто мѣстномъ обеззараживающемъ вліяніи на содержимое пузырьковъ и гнойничковъ, благодаря чему устраняется всасываніе въ организмъ гнилостныхъ продуктовъ. Кромѣ мѣстнаго дѣйствія, лѣченіе сказывается также сокращеніемъ теченія болѣзни и рѣзкимъ улучшеніемъ самочувствія. Оспенные

Digitized by Google

ли рядъ опытовъ, доказывающихъ *пользу вливаній нормальнаго раствора поваренной соли въ полость брюшины послѣ операцій въ ней.* Ядовитая 2-суточная бульонная разводка золотистаго гроздекокка, убивающая всѣхъ повѣрочныхъ кроликовъ въ 13 часовъ, при введеніи ея въ полость брюшины въ количествѣ 0,5 к. стм., причинила смерть только 14 изъ 25 подвергнутыхъ опыту животныхъ, которымъ тотчасъ по введеніи въ брюшную полость разводки гроздекокка вводилось еще 100 к. стм. горячаго раствора поваренной соли; при этомъ средняя продолжительность жизни погибшихъ животныхъ была 83 часа. Въ ряду приводимыхъ авторами 254 чревосѣченій по разнымъ поводамъ, съ производившимся всякій разъ вливаніемъ въ брюшную полость раствора соли насчитывается 7 окончившихся смертью, но ни въ одномъ изъ этихъ случаевъ нѣтъ указанія на возможность, какъ это предполагается нѣкоторыми, распространенія ядовитаго начала съ тазовой полости на отдаленные участки брюшины или на другіе органы тѣла. Авторы полагаютъ поэтому, что подобныя вливанія отнюдь не увеличиваютъ, но, неоспоримо, уменьшаютъ опасность гнойнаго зараженія; кромѣ того, уменьшеніемъ жажды при этомъ способѣ, увеличеніемъ количества выдѣляемой мочи и уменьшеніемъ раздраженія мочевого пузыря достигается лучшее самочувствіе больныхъ (The Journal of the American Medical Association, 30 января). *Л. Старокадомскій.*

377. Д-ръ *Gant* (New-York) болѣе, чѣмъ въ 150 случаяхъ операцій въ области прямой кишки (трещины, свищи, почечуйные узлы, выпаденіе) примѣнялъ въ качествѣ *мѣстнаго обезболивающаго средства обезпложенную воду* и горячо совѣтуетъ этотъ способъ, какъ вполнѣ надежный и никогда не вызывающій какихъ-либо опасныхъ явленій. По автору, температура воды безразлична, но теплая причиняетъ меньше безпокойства при впрыскиваніи. Техника впрыскиванія чрезвычайно проста: сдавивъ предварительно 2-мя пальцами кожу на мѣстѣ предполагаемаго начала разрѣза, что уменьшаетъ боль перваго укола, вкалываютъ иглу насосца въ толщу кожи и медленно впрыскиваютъ нѣсколько капель воды; какъ только появляется валикообразное возвышеніе на кожѣ,—обезболиваніе въ этомъ мѣстѣ обезпечено, и игла проводится дальше и дальше. Пройдя вдоль линіи 1-го разрѣза, вкалываютъ иглу въ подкожную ткань и быстро производятъ подкожныя впрыскиванія до полученія плотной бѣловатой припухлости. Вмѣстѣ съ обезболиваніемъ получается и обезкровливаніе тканей, такъ что, по мнѣнію автора, при этомъ способѣ и кровотеченіе во время операціи и послѣ нея бываетъ меньше, чѣмъ при употребленіи химическихъ мѣстно-обезболивающихъ веществъ (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 23 января). *Л. Старокадомскій.*

378. Разбирая показанія къ употребленію *х-лучей при лѣченіи злокачественныхъ новообразованій*, проф. *Bevan* (Chicago) приходитъ къ заключенію, что этотъ способъ заслуживаетъ примѣненія только при поверхностныхъ раковыхъ новообразованіяхъ съ слабой жизненной энергіей клѣтокъ опухоли и какъ добавочное лѣченіе послѣ удаленія опухоли оперативнымъ путемъ. Въ послѣднемъ случаѣ, по мнѣнію автора, х-лучи уничтожаютъ жизнеспособность остающихся мельчайшихъ скопленій клѣтокъ новообразованія. Х-лучами можно пользоваться и въ случаяхъ, гдѣ операціи уже дѣлать нельзя, съ цѣлью замедленія роста опухоли. Съ своей стороны, проф. *Bevan* предлагаетъ при лѣченіи х-лучами злокачественныхъ новообразованій назначать больнымъ іодистый калій, такъ какъ, по его наблюденіямъ, х-лучи энергично разлагаютъ послѣдній, освобождая іодъ, дѣйствіе котораго прибавляется къ дѣйствію х-лучей. Подобное лѣченіе примѣнялось авторомъ съ хорошимъ успѣхомъ при лучисто-грибковой болѣзни, ракѣ и саркоматозныхъ опухоляхъ (The Journal of the American Medical Association, 2 января). *Л. С.*

379. Д-ръ *Senni* на основаніи собственнаго наблюденія и литературныхъ данныхъ говоритъ *объ оперативномъ лѣченіи ранъ сердца.*

Въ случаѣ автора дѣло шло о 19-лѣтнемъ рабочемъ, который черезъ 20 мин. послѣ полученія раны доставленъ былъ въ состояніи сильнѣйшаго малокровія съ колоторѣзаною раною въ области лѣваго 6-го межреберья по сосковой линіи. Пульсъ 140; сильнѣйшая одышка; въ рану съ шумомъ присасывался воздухъ. Подъ хлороформомъ операція. Разрѣзъ отъ 3-го праваго грудино-хрящевого сочлененія черезъ грудину на 4 стм. влѣво отъ нея, затѣмъ книзу до 6-го межреберья, а оттуда параллельно 1-му разрѣзу къ правому краю грудины до уровня 6-го грудино-хрящевого сочлененія. Соотвѣтственно наружному разрѣзу пересѣчена въ 2-хъ мѣстахъ грудина и 4—6 лѣвыя ребра. Образованный такимъ путемъ 4-угольный кожно-мышечно-костный лоскутъ отвернутъ кверху и вправо (основаніе лоскута—правыя хрящево-грудинныя сочлененія), при чемъ была перевязана лѣвая титечная артерія. Въ полости лѣвой плейры оказалось огромное количество крови. Рана околосердечной сорочки и рана сердца (лѣваго желудочка) равна 3 стм. При каждомъ сокращеніи изъ желудочка струею лилась кровь. На рану сердца наложено 6 швовъ; шовъ на околосердечную сорочку; въ полость плейры—тампонъ; лоскутъ приложенъ и пришитъ. Подъ кожу—соль; обертыванія конечностей; возбуждающія. Сперва улучшеніе, но на 4-ый день смерть отъ (какъ показало вскрытіе) гнойнаго воспаленія околосердечной сорочки и лѣвой плейры.

Выводы: Въ громадномъ большинствѣ случаевъ ранъ сердца одновременно ранится и плейра. При кровоизліяніяхъ въ полость сердечной сорочки сердце оттѣсняется не кзади, а кпереди, а потому попытки освободить отъ крови околосердечную сорочку путемъ прокола нецѣлесообразны. Лучшимъ оперативнымъ способомъ слѣдуетъ считать образованіе лоскута изъ грудины и реберъ съ основаніемъ, обращеннымъ вправо (La Clinica Chirurgica, 1903 г., декабрь). *Б. Финкельштейнъ.*

380. Д-ръ *Sichel* успѣшно *лѣчилъ радіемъ ulcus rodens.*

65-лѣтній больной имѣлъ разъѣдающую язву въ нижней части правой щеки уже 6 мѣс. 4 года назадъ была на той-же щекѣ язва, удаленная оперативно годъ назадъ. 5 млгр. бромистаго радія, заключеннаго въ запаянной стеклянной трубкѣ, прикладывались на 15 мин. каждый разъ. Всѣхъ сеансовъ было 42 за время съ 14/х по 31/хп 1903 г. Послѣ 1-го сеанса больной замѣтилъ, что боль уменьшилась. Послѣ 5-го не было больше чувствительности и кровоточивости язвы, и вскорѣ грануляціи, которыя очень легко кровоточили, стали блѣднѣе и глаже. Въ концѣ лѣченія получился плотный рубецъ.—Авторъ отмѣчаетъ, что въ его случаѣ дѣйствіе радія задерживалось стекломъ трубки, которая изъ безцвѣтной сдѣлалась фіолетовой (British Medical Journal, 23 января). *Л. Старокадомскій.*

381. Д-ръ *Mériel* описываетъ *случай млечной мѣшетчатой опухоли въ брызжейкѣ восходящей ободочной кишки.*

Больная, 45 л., около года страдала запорами, отсутствіемъ позыва на ѣду и болями въ нижнемъ отдѣлѣ живота. Опухоль, съ голову взрослаго, занимала правую $^1/_2$ живота, была подвижна въ поперечномъ и мало подвижна въ продольномъ направленіяхъ; слѣдовала за движеніями грудобрюшной преграды, и ясно зыблилась; звукъ надъ нею былъ барабанный; съ половыми органами она не была связана. Чревосѣченіе. Надъ опухолью лежала слѣпая кишка. Чтобы подойти къ опухоли, пришлось надрѣзать брызжейку восходящей ободочной кишки, оттѣснивъ послѣднюю къ средней линіи. Троакаромъ выпущено около 2 литровъ густой, сливкообразной, розоватой жидкости. Удалена часть передней стѣнки опухоли; остальная часть вшита въ рану брюшной стѣнки, и полость затампонирована. Несмотря на нагноеніе въ самой опухоли, послѣдовало полное выздоровленіе. Гистологическое строеніе стѣнки подтвердило распознаваніе мѣшетчатой опухоли брызжейки (Revue de chirurgie, 1903 г., декабрь).

382. Д-ра *Forgue* и *Jeanbrau* на основаніи собственнаго наблюденія и тщательнаго разбора литературы говорятъ *объ огнестрѣльныхъ ранахъ желудка.*

Въ случаѣ авторовъ дѣло шло о молодомъ человѣкѣ, получившемъ огнестрѣльную рану изъ револьвера въ подложечную область. Черезъ $1^1/_4$ часа сдѣлана операція. Отверстіе на передней стѣнкѣ желудка зашито. Изслѣдованіе задней стѣнки (черезъ lig. gastro-colicum) не обнаружило въ послѣдней никакихъ измѣненій. Брюшная рана зашита наглухо. Первые 2 дня оперированный чувствовалъ себя хорошо. На 3-ій день—сильнѣйшая кровавая рвота и смерть при явленіяхъ внутренняго кровотеченія. Вскрытіе: брюшина не воспалена; въ желудкѣ и кишкахъ огромное количество крови; пуля найдена въ желудкѣ; на мѣстѣ раненія пулей слизистой оболочки задней стѣнки образовалась—вѣроятно, отъ дѣйствія желудочнаго сока—язва, послужившая источникомъ смертельнаго кровотеченія.

Авторы собрали изъ литературы 152 случая огнестрѣльныхъ раненій желудка. Въ 126 мѣстоположеніе раны провѣрено операціей resp. вскрытіемъ. На эти 126 случаевъ только въ 32 раненъ былъ одинъ лишь желудокъ; во всѣхъ остальныхъ, кромѣ желудка, было раненіе и другихъ органовъ. Смертность при выжидательномъ лѣченіи тамъ, гдѣ, по видимому, пораненъ одинъ лишь желудокъ, равна 46%, при оперативномъ 42%. Смертность въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ, кромѣ желудка, поранены еще и другіе органы, равна 93% при выжидательномъ и 68% при оперативномъ лѣченіи. Авторы являются сторонниками оперативнаго лѣ-

Digitized by Google

разбитость; временами бывали дрожь и знобъ по всему тѣлу; отъ жирной пищи появлялись коликообразныя боли и сильные поносы, между тѣмъ какъ при бѣдной жирами пищѣ больной чувствовалъ себя еще сносно. Позывъ на ѣду былъ хорошій; жажды не было. Испражненія всегда были жидкія, очень свѣтлаго цвѣта. При изслѣдованіи найдено: легкое увеличеніе печени и селезенки; опухоли въ полости живота не прощупывалось; въ мочѣ, крови и желудочномъ сокѣ послѣ пробнаго завтрака никакихъ отклоненій отъ нормы не обнаруживается; въ испражненіяхъ очень много жира, немного уробилина, желчи и крови не найдено; подъ микроскопомъ—очень много непереваренныхъ мышечныхъ волоконъ и крахмальныя зерна; послѣ назначенія крахмала въ видѣ бѣлаго хлѣба сахара въ мочѣ не оказалось; послѣ 100 грм. декстрозы или такого-же количества левулезы въ мочѣ появлялась ¼ принятаго внутрь сахара; выдѣленіе салола и іодипина съ мочей оказалось задержаннымъ; желтухи не было; въ другихъ органахъ измѣненій, которыя можно было-бы поставить въ связь съ вышеописанными болѣзненными явленіями, не оказалось. При отличительномъ распознаваніи поэтому могла быть рѣчь о 3-хъ заболѣваніяхъ: 1) о страданіи желчныхъ протоковъ, при которыхъ *Fr. Müller* наблюдалъ сильно выраженныя разстройства въ перевариваніи жировъ; 2) о заболѣваніи всасывающаго прибора тонкой кишки (кишечная атрофія, Amyloidesis?) и 3) о болѣзни поджелудочной железы. Противъ болѣзни желчныхъ протоковъ говорили слѣдующія данныя: отсутствіе желтухи и желчи въ мочѣ; присутствіе уробилина въ испражненіяхъ, что свидѣтельствовало о томъ, что желчь въ кишечникъ выдѣлялась; кромѣ того, при болѣзни желчныхъ протоковъ не бываетъ такъ сильно нарушено перевариваніе бѣлковъ, что въ данномъ случаѣ выражалось присутствіемъ въ калѣ большого количества мышечныхъ волоконъ. Наличность кишечной атрофіи въ данномъ случаѣ казалась невѣроятной, потому что это страданіе, по *Ewald*'у, является всегда слѣдствіемъ хроническаго катарра, котораго у больного не было. За болѣзнь поджелудочной железы говорила наличность всѣхъ характерныхъ для этой болѣзни признаковъ: коликообразныхъ болей, пищевой гликозуріи, жировыхъ испражненій и нарушенія бѣлковаго пищеваренія. Что касается характера заболѣванія поджелудочной железы, то здѣсь могла быть рѣчь о хроническомъ панкреатитѣ, атрофіи железы или закрытіи выводящихъ протоковъ камнемъ; опухоли или кисты не было, такъ какъ ощупываніе органа давало отрицательный результатъ. Чтобы найти правильный способъ лѣченія, авторы испробовали нѣсколько препаратовъ изъ поджелудочной и щитовидной железъ, при чемъ для точнаго сравненія ихъ дѣйствія постоянно изслѣдовали жировой и бѣлковый обмѣны. Въ результатѣ они пришли къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Тиреоидинъ—препаратъ щитовидной железы—оказываетъ неблагопріятное дѣйствіе на болѣзненныя явленія при страданіи поджелудочной железы. 2. Панкреонъ (Rhenania) оказываетъ очень незначительное благопріятное дѣйствіе на усвоеніе азота, но не оказываетъ никакого вліянія на всасываніе жира. 3. Очень ясно выражено было вліяніе панкреатина на всасываніе бѣлковъ и жировъ: всасываніе бѣлковъ увеличилось съ 52,2% до 56,7%, жировъ съ 40,9% до 68,5%. 4. Гораздо рѣзче, однако, было дѣйствіе панкреона и панкреатина, если ихъ давали одновременно съ значительными количествами углекислой щелочи; при панкреатинѣ + 2-углекислый натръ всасываніе бѣлковъ съ 53,1% поднималось до 62,0%, всасываніе жировъ съ 37,9% до 69,8%. 5. Пріемъ одной щелочи обусловливалъ только весьма незначительное улучшеніе всасыванія жировъ и бѣлковъ.

Такимъ образомъ при страданіяхъ поджелудочной железы лучшимъ способомъ лѣченія оказывается пріемъ внутрь панкреатина и углекислой щелочи. Панкреатинъ назначается по 0,25 грм., 5 разъ въ день, 2-углекислая сода—въ количествѣ 30 грм. въ день. Авторамъ въ послѣднее время пришлось наблюдать больныхъ, у которыхъ при наличности жировыхъ испражненій и пищевой гликозуріи, вышеописанный способъ лѣченія не достигалъ цѣли. Вскрытіе обнаруживало, что въ этихъ случаяхъ имѣлась атрофія одной только тонкой кишки. Поэтому они и думаютъ, что успѣхъ или неуспѣхъ органотерапевтическаго лѣченія можетъ имѣть значеніе для распознаванія болѣзни поджелудочной железы (Berliner klinische Wochenschrift, № 17). *К.*

373. Крайне *высокую температуру тѣла* наблюдалъ д-ръ *Glenny* у 19-лѣтней дѣвушки, упавшей на затылокъ за 18 мѣсяцевъ до поступленія подъ его наблюденіе.

Послѣ ушиба приступами появлялись сильныя головныя боли, головокруженія; бывали облегчавшія больную кровотеченія изъ ушей и носа. Авторъ въ теченіи мѣсяца замѣчалъ постепенное усиленіе головныхъ болей, рвоту, слѣпоту, кратковременный параличъ правой стороны лица, правой ½ языка, лѣвой ноги, ригидность лѣвой руки, приступы грудной жабы. Температура тѣла оставалась нормальной, но затѣмъ внезапно въ 8 час. утра она поднялась до 39°,7 Ц. (103°,6 F.), въ 10 час. утра была нормальна, въ 3 час. дня 42° Ц. (107°,6 F.), въ 11 час. веч. 37°,5 Ц. (99°,6 F.), въ 12 час. ночи 44°,4 Ц. (112° F.), въ 1 час. ночи 45° Ц. (113° F.), въ 3 час. ночи 39°,2 Ц. (102°,7 F.), въ 4 час. ночи *45°,3* Ц. (113°,6 F.); къ 10 час. утра она постепенно опустилась до 37°,6 Ц. (99°,8 F.), въ полдень снова была 44°,4 Ц. (112° F.), затѣмъ быстро упала до нормы; на слѣдующій день не была выше 38°,7 Ц. (101°,8 F.), а на 3-й опускалась до 35°,5 Ц. (96° F.) и затѣмъ въ теченія 2-хъ мѣсяцевъ оставалась въ предѣлахъ нормы. За эти 2 мѣсяца снова повторились прежніе припадки; въ концѣ этого времени больная заболѣла воспаленіемъ легкихъ, отъ котораго и погибла. Во время самой высокой температуры тѣла больная жаловалась лишь на ознобъ и сильную усталость; сознаніе было сохранено. Авторъ высказываетъ сожалѣніе, что разрѣшеніе вскрыть трупъ не было получено (British Medical Journal, 16 января). *Л. Старокадомскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 374. Д-ръ *Davidson* сообщаетъ нѣсколько случаевъ успѣшнаго примѣненія *радія для лѣченія злокачественныхъ новообразованій.* Въ 3 случаяхъ дѣло шло о т. наз. разъѣдающей язвѣ (ulcus rodens), въ 1—о бородавчатой формѣ кожной бугорчатки и въ 1—о принявшемъ злокачественный характеръ родимомъ пятнѣ на щекѣ. Всѣ больные выздоровѣли, при чемъ 1 изъ страдавшихъ ulcus rodens безуспѣшно лѣчился по *Finsen*'у и *x*-лучами. При лѣченіи прикладывались трубочки, заключавшія 5 млгрм. бромистаго радія, на 15—30 мин. съ промежутками въ 2—5 дней. Нѣсколько разъ авторъ пытался лѣчить радіемъ раковыя опухоли, но всегда безъ успѣха (British Medical Journal, 23 января), *Л.С.*

375. Проф. *Reclus* и д-ръ *Chevassu* на основаніи 1 собственнаго наблюденія и подробнаго разбора литературы говорятъ *объ опухоляхъ сонной железы (glandulae caroticae).*

Въ случаѣ авторовъ дѣло шло о 49-лѣтней больной, поступившей съ ясно бившеюся опухолью на лѣвой поверхности шеи. Опухоль кверху простиралась до околоушной области, книзу—до верхняго края щитовиднаго хряща, спереди слегка заходила за среднюю линію шеи, а сзади терялась подъ жевательною мышцею. Давность опухоли—5 лѣтъ, вначалѣ она была съ горошину, а въ послѣднее время увеличилась до размѣровъ куринаго яйца; на ощупь она была мягка, при надавливаніи замѣтно уменьшалась; при выслушиваніи шумовъ въ ней слышно не было. Продольнымъ разрѣзомъ по переднему краю жевательной мышцы опухоль была обнажена. Оказалось, что она лежала между наружной и внутренней сонными артеріями и что нижняя сторона ея приходилась надъ мѣстомъ дѣленія общей сонной артеріи. Сравнительно легко удалось отдѣлить опухоль отъ наружной сонной артеріи и съ трудомъ—отъ внутренней, при чемъ часть ткани опухоли осталась на сосудѣ. Обѣ артеріи были обнажены на протяженіи 4 стм. Швы на кожу. Тампонъ въ нижній уголъ раны. Гладкое выздоровленіе. Микроскопически опухоль оказалась состоящей изъ сосудовъ и эндотеліальныхъ клѣтокъ.

Въ литературѣ описано всего такихъ 10 случаевъ (2 изъ нихъ принадлежатъ русскимъ авторамъ—проф. *Синюшину* и *Малиновскому*). Возрастъ больныхъ—17—50 л.; мужчинъ было 7, женщинъ 4. Съ патолого-анатомической стороны для этихъ опухолей характерно ихъ мѣстоположеніе. Размѣры опухоли — отъ голубинаго до куринаго яйца; плотность равна плотности щитовидной железы. Гистологическія изслѣдованія показали, что сонная железа образуется путемъ разростанія наружнаго слоя (adventitia) внутренней сонной артеріи. Ростутъ эти опухоли обыкновенно медленно. Въ 8 случаяхъ операція сдѣлана на 4—10-й годъ существованія опухоли, и только въ 3—въ первые мѣсяцы съ появленія. Въ общемъ опухоли сонной железы бываютъ доброкачественными, но иногда (въ 3 случаяхъ изъ 11) онѣ злокачественно перерождаются. При отличительномъ распознаваніи нужно имѣть въ виду: артеріальныя расширенія, лимфосаркомы сосудистыхъ влагалищъ и бугорчатку железъ. Оперативное удаленіе этихъ опухолей представляетъ большія трудности. Только въ 2 случаяхъ ихъ удалось вылущить безъ изсѣченія сосудовъ, а въ 1 случаѣ изсѣчена была только наружная сонная артерія (всѣ больные выздоровѣли); въ 8-же случаяхъ пришлось изсѣчь всю «сонную вилку», т. е. общую, наружную и внутреннюю сонную артеріи, при чемъ въ 4 случаяхъ изсѣчена была и внутренняя яремная вена, въ 3—блуждающій, въ 2—сочувственный, въ 1 — подъязычный нервы. Изъ 8 больныхъ послѣдняго рода 2 погибли (1 отъ кровотеченія и 1 отъ воспаленія легкихъ); изъ 6 перенесшихъ операцію у 1 остался параличъ ½ тѣла и потеря способности рѣчи, у 1—чувство стѣсненія въ горлѣ, у 2—параличъ голосовыхъ связокъ; въ 2 остальныхъ случаяхъ наступило полное выздоровленіе. Авторы считаютъ изсѣченіе сосудовъ resp. нервовъ операціей допустимой лишь въ томъ случаѣ, если опухоль сонной железы имѣетъ злокачественный характеръ (Revue de chirurgie, 1903 г., августъ), *Б. Финкельштейнъ.*

376. Проф. *Clark* и д-ръ *Norris* (Pensylvania) произве-

Digitized by Google

**Нервныя и душевныя болѣзни.** 387. Д-ръ *Л. Брегманъ* (Варшава) сообщаетъ *случай спинной сухотки съ разстройствами воспріятія цвѣтовыхъ ощущеній.*

Больной, 36 л., заразился сифилисомъ 15 лѣтъ назадъ. Послѣ нѣсколькихъ впрыскиваній Hg болѣзненныя явленія прошли, и больной прекратилъ лѣченіе. 8 лѣтъ женатъ, имѣетъ 3-хъ здоровыхъ дѣтей. Въ послѣдніе 3—4 года развилась спинная сухотка. Зрачки не равномѣрны, не отвѣчаютъ на свѣтъ; атаксія ногъ; отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ; разстройства чувствительности въ ногахъ; парэстезіи въ области локтевыхъ нервовъ. Больного безпокоитъ главнымъ образомъ то, что всюду, куда онъ ни посмотритъ, онъ видитъ зеленый или фіолетовый оттѣнокъ. Зеленый выступаетъ рѣзче въ видѣ узоровъ, квадратовъ и т. п.; фіолетовый оттѣнокъ темнѣе, съ примѣсью краснаго, безъ ясныхъ очертаній, скорѣе въ видѣ облачковъ. Оба цвѣта больной видитъ на поверхности предметовъ, которые онъ различаетъ. При взглядѣ на какой-нибудь предметъ онъ сначала видитъ его въ зеленомъ, потомъ въ фіолетовомъ цвѣтѣ, или наоборотъ. Эти цвѣтовыя явленія не прекращаются даже при закрываніи глазъ. Поле зрѣнія оказалось рѣзко ограниченнымъ. Наркотическія (кодеинъ, морфій), равно какъ и гальванизація глазъ не принесли пользы. Больной уѣхалъ въ деревню, и тамъ, будто-бы, это болѣзненное явленіе вскорѣ прошло.

Авт. допускаетъ у больного раздраженіе периферическихъ волоконъ зрительныхъ нервовъ, обусловленное, быть можетъ, примѣненнымъ до того чрезмѣрнымъ водолѣченіемъ (больной усердно лѣчился по Kneipp'у) (Medycyna, 19 марта). *С. Островскій.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 388. Д-ръ *Löwy* (изъ клиники *Pick*'а въ Прагѣ) сообщаетъ *2 случая антипириновой сыпи.*

1. Больной, 46 л., очень нервный человѣкъ, страдавшій головными болями, 5/II 1903 г., принялъ вслѣдствіе сильной головной боли кофейную ложку антипирина. Черезъ часъ послѣ этого появились сильное жженіе и зудъ по всему тѣлу, а на 2-ой день больной поступилъ въ клинику въ очень тяжеломъ состояніи (слабость, сердцебіеніе, затемнѣніе сознанія, желтуха). Губы припухли; слизистая оболочка твердаго неба покрыта корками и пузырями, кожа мошонки и полового члена на значительномъ протяженіи осаднена. Лобъ, туловище (больше сзади) и конечности (кромѣ кистей и стопъ) были покрыты сыпью, состоявшей изъ ограниченныхъ, сѣрокрасныхъ пятенъ и имѣвшей болѣе сплошной характеръ подъ мышками и на половыхъ частяхъ. При изслѣдованіи мочи получена реакція на антипиринъ. Лѣченіе: присыпка. 19/II выписался почти здоровымъ.

2. 26-лѣтній рабочій принялъ 26/III изъ-за головной боли 1,0 антипирина. Черезъ короткое время на лицѣ и туловищѣ появилась коревидная высыпь, сливавшаяся въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ большіе очаги; лицо отекло, глаза были закрыты, губы припухли, носъ заложенъ, языкъ припухъ во рту и на конечностяхъ образовались волдыри. На 2-й уже день положеніе быстро улучшилось.

Такимъ образомъ въ 1-мъ случаѣ было острое отравленіе съ пораженіемъ общаго состоянія, психики, прибора кровообращенія и общаго обмѣна. Удивительно было то, что больной раньше неоднократно—правда въ меньшихъ количествахъ—принималъ антипиринъ безъ всякаго вреда. Интересно далѣе въ этомъ случаѣ появленіе желтухи, которое надо объяснить лишь частичнымъ поступленіемъ желчи въ кишечникъ, а также превращеніе буро-красноватаго цвѣта высыпаній въ грязновато-синій и затѣмъ въ бурую пигментацію, какъ это наблюдается при мѣстныхъ антипириновыхъ формахъ. Наконецъ слѣдуетъ отмѣтить темный тонъ центральныхъ частей высыпаній и продолжительность и повторяемость болѣзни. Во 2-мъ случаѣ послѣ небольшого пріема антипирина быстро развилось тяжелое общее пораженіе организма, которое также быстро и исчезло; такимъ образомъ тяжесть припадковъ не предсказываетъ еще ихъ продолжительности (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXVIII, тетр. 1 и 2). *М. Ч.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.** (Отчетъ ч. пр. *Б. С. Грейденберга*). (Продолженіе; см. выше, № 17, стр. 628). Засѣданіе 8-го января—утреннее, соединенное съ отдѣломъ общественной медицины. Почетными предсѣдателями предложены проф. *В. Ф. Чижъ* (Юрьевъ) и д-ръ *Б. Н. Синани* (Петербургъ).

Доклады по 4-му программному вопросу—*Допустимо-ли и желательно-ли принудительное помѣщеніе алкоголиковъ въ лѣчебницы?*

*З. А. Блюмъ* (Орелъ). *Государственныя и общественныя мѣры борьбы съ алкоголизмомъ.* Положенія [1]): 1. Принудительное помѣщеніе алкоголиковъ-рецидивистовъ въ специальныя больницы должно быть санкціонировано законодательнымъ актомъ. 2. Не только правительственнымъ, но и административнымъ и общественнымъ органамъ должно быть предоставляемо право ограниченія гражданской свободы хроническихъ алкоголиковъ—заключать ихъ въ специальныя лѣчебныя заведенія на срокъ отъ 2-хъ мѣсяцевъ до 2-хъ лѣтъ. 3. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ постановленіе о помѣщеніи алкоголиковъ въ такія заведенія должно быть сдѣлано Судомъ. 4. Надъ алкоголиками, какъ этически и интеллектуально неспособными къ самостоятельной жизни, долженъ быть учрежденъ негласный надзоръ. 5. Желательна организація въ большихъ городахъ постояннаго попечительства по наблюденію за дѣятельностью алкоголиковъ въ частной и общественной жизни. 6. Въ борьбѣ съ алкоголизмомъ устройство специальныхъ лѣчебныхъ заведеній составляютъ одну изъ важнѣйшихъ государственныхъ функцій. 7. Проповѣдь воздержанія и распространеніе свѣдѣній о губительномъ вліяніи спиртныхъ напитковъ на организмъ производятъ отрезвляющее и благотворное воздѣйствіе на аудиторію лицъ всѣхъ возрастовъ. 8. Какъ мѣра борьбы съ алкоголизмомъ среди женщинъ, можетъ имѣть серьезное значеніе расширеніе поля дѣятельности женщинъ на поприщѣ общественной жизни. 9. Пьянство есть болѣзнь, порожденіе разстроенной нервной системы, а потому страдающіе алкоголизмомъ не должны подвергаться уголовной карѣ—заключенію въ тюрьмы, но подлежать водворенію для лѣченія въ специальныя лѣчебныя заведенія. 10. Въ дѣлѣ призрѣнія алкоголиковъ имѣетъ серьезное значеніе взаимодѣйствіе государства, органовъ самоуправленія и частной благотворительности. 11. Вниманіе общества должно быть посвящено собственному худосочію, порождающему умственныя, нравственныя и тѣлесныя уродства. 12. Вниманіе попечительствъ о народной трезвости должно быть посвящено охранѣ ими интересовъ алкоголиковъ и ихъ семействъ противъ раззоренія и правонарушеній алкоголиковъ.

*С. О. Ярошевскій* (Самара). *Допустимо-ли и желательно-ли принудительное помѣщеніе алкоголиковъ въ лѣчебницы?* Положенія: 1. Принудительное помѣщеніе алкоголиковъ въ лѣчебницы не только не желательно, но не оправдывается никакими соображеніями ни этическаго, ни юридическаго, ни тѣмъ болѣе научнаго свойства. 2. Алкоголики (за исключеніемъ типа вырождающихся)—жертвы нашего общественнаго и экономическаго режима. Это больные sui generis, которые, однако, не утратили способности критически относиться къ окружающему и, слѣд., имѣютъ право отстаивать свою свободу. 3. Въ смыслѣ юридическомъ существуетъ 2 типа алкоголиковъ: а) обыкновенный алкоголикъ и б) алкоголикъ-преступникъ. Алкоголики 1-го типа ни въ какомъ случаѣ не могутъ подлежать принудительному помѣщенію въ лѣчебницы. Алкоголики 2-го типа ограничиваются въ своихъ правахъ судомъ и въ лѣчебницы попадаютъ по опредѣленію суда. 4. Лѣчебницы для алкоголиковъ составляютъ настоятельную потребность современнаго общественно-экономическаго быта. До тѣхъ поръ, пока будетъ существовать алкоголь, какъ предметъ торговли для увеличенія государственнаго бюджета, будутъ и алкоголики. А разъ среди насъ будутъ алкоголики, наша обязанность ихъ призрѣвать и лѣчить. 5. Алкоголиковъ нужно разсматривать не какъ вредный, но какъ больной элементъ общества и государства. Алкоголизмъ есть болѣзнь, причины которой лежатъ не въ насъ, а въ несовершенствѣ нашего соціально-экономическаго строя. 6. Лѣчебницы для алкоголиковъ должны быть устроены такъ, чтобы больные сами безъ принужденія желали тамъ оставаться и лѣчиться. Опытъ Швейцаріи показываетъ, что это вполнѣ достижимо.

Ч. пр. *Ѳ. Е. Рыбаковъ* (Москва). *О принудительномъ помѣщеніи алкоголиковъ въ лѣчебницы.* (См. выше, № 11, стр. 397).

[1]) Привожу по подлинному докладу, напечатанному въ «Медицинскомъ Обозрѣніи», № 5. *Б. Г.*

Digitized by Google

ченія, подробно описываютъ технику операціи и въ заключеніе приводятъ въ формѣ таблицъ всѣ 152 случая (Revue de chirurgie, 1903 г., сентябрь—декабрь). *Б. Ф.*

383. Д-ръ *Dennis* сообщаетъ рѣдкій *случай одиночной или «сливной» почки*, которая была удалена оперативнымъ путемъ, что̀ вызвало смерть больной отъ мочекровія.

26-лѣтняя женщина 2—3 года страдала припадками подвижной почки, прощупывавшейся справа. Въ маѣ 1902 г. почка была пришита по способу *Senn*'а; во̀ время операціи почка казалась раза въ $1^1/_2$ тяжелѣе нормальной и имѣла въ длину 6—7 дюймовъ. Болѣзненные припадки, исчезнувшіе было послѣ операціи, возобновились постепенно послѣ закрытія раны. Почка временами измѣнялась въ величинѣ, что̀ замѣчала и сама больная. Цистоскопическое изслѣдованіе показало, что моча хорошо вытекаетъ изъ отверстій обоихъ мочеточниковъ. Отверстіе праваго мочеточника казалось воспаленнымъ; въ виду того, что больная одновременно страдала легочной бугорчаткой въ начальной степени развитія, было сдѣлано предположеніе о бугорчаткѣ почки, и рѣшено было почку удалить. Операція была произведена въ ноябрѣ 1902 г., при чемъ по удаленіи почки изъ обширныхъ сращеній—слѣдовъ 1-ой операціи—оказалось, что въ нижней части почки помѣщалась 2-ая лоханка, откуда выходилъ 2-ой мочеточникъ. Нижняя часть правой почки являлась такимъ образомъ лѣвой почкою, слившеюся съ правой. На вскрытіи было найдено, что оставшаяся часть лѣваго мочеточника переходила на лѣвую $^1/_2$ таза, пересѣкая срединную линію тотчасъ подъ мысомъ крестцовой кости, находясь позади прямой кишки и впереди крупныхъ сосудовъ; въ пузырь лѣвый мочеточникъ открывался на обычномъ мѣстѣ. Почка имѣла $6^1/_2$ д. въ длину и 3 въ ширину и вѣсила $6^1/_2$ унцій; выпуклая поверхность ея была гладкая; только подъ оболочкой замѣчалась перетяжка въ нижней части; воротъ было двое; почечные сосуды помѣщались выше и позади мочеточника (New-York medical Journal and Philadelphia medical Journal, 30 января). *Л. С.*

**Дѣтскія болѣзни.** 384. Д-ръ *И. М. Рахманиновъ* разбираетъ на основаніи матеріала Московской Софійской дѣтской больницы *вопросъ о шелушеніи кожи послѣ брюшного тифа у дѣтей*. Всѣхъ больныхъ въ 1903 г. было 18. По возрасту они распредѣлялись такъ: въ возрастѣ 3—4 л.—4, отъ 5—6 л.—3, 7 л.—3, отъ 8—9 л.—2, 10 л.—5 и $11^1/_2$ л.—1. По продолжительности лихорадочнаго періода авт. подраздѣляетъ своихъ больныхъ на 3 разряда: 5 больныхъ съ продолжительностью лихорадки въ 12—18 дней, 9—въ 20—28 дней и 2—въ 30—36 дней. Изъ 18 больныхъ болѣе или менѣе замѣтное шелушеніе кожи отмѣчено у 6 (33,3%), при чемъ оно появлялось на 20—28-й дни болѣзни и имѣло характеръ мелкаго. Какой-либо связи даннаго измѣненія кожи съ тяжестью заболѣванія автору подмѣтить не удалось: съ одной стороны, оно наблюдалось въ легкихъ случаяхъ, съ другой—его не было въ самыхъ тяжелыхъ. Авторъ придерживается мнѣнія *Weil*'я, покойнаго проф. *Н. Ф. Филатова* и др., что шелушеніе кожи послѣ брюшного тифа—явленіе трофическое, аналогичное выпаденію волосъ и измѣненію ногтей (Дѣтская Медицина, № 1). *С. Островскій.*

385. Д-ръ *Quest*. *Изслѣдованія газовъ въ кишкахъ у грудныхъ дѣтей съ тимпанитомъ.* Часто встрѣчаемое у дѣтей вздутіе живота до сихъ поръ обыкновенно принимали за признакъ рахита, но, по мнѣнію автора, между рахитомъ и тимпанитомъ есть только то общее, что оба эти болѣзненныя состоянія вызываются одной общей причиной—перекармливаніемъ. По *Marfan*'у, чрезмѣрная длина кишекъ благопріятствуетъ появленію вздутія живота, *Kassowitz*-же и др. принимаютъ вздутый животъ за признакъ слизистаго отека. Газы появляются въ пищевыхъ путяхъ ребенка вскорѣ по его рожденіи, при проглатываніи воздуха, а потому тамъ находятся прежде всего составныя части воздуха: кислородъ, азотъ и угольная кислота. Количество O уменьшается постепенно вслѣдствіе процессовъ окисленія, количество $CO^2$ увеличивается; количество N въ сравненіи съ содержаніемъ его въ воздухѣ немного только уменьшается въ пищевыхъ путяхъ вслѣдствіе незначительнаго всасыванія этого газа. Водородъ, который слѣдуетъ считать производнымъ броженія, также мало всасывается слизистой оболочкой кишекъ. Метанъ и сѣроводородъ, какъ продукты гніенія, рѣдко встрѣчаются въ пищевыхъ путяхъ у дѣтей, такъ какъ у нихъ чаще наблюдается броженіе, чѣмъ гніеніе. Одновременно въ небольшихъ количествахъ появляются и аммiакъ и метилъмеркаптанъ. Проф. *Kader* путемъ опытовъ изучалъ причины образованія чрезмѣрнаго количества газовъ въ кишкахъ, перевязывая лигатурами петлю кишекъ у животныхъ; если при этомъ онъ не перевязывалъ приводящихъ и отводящихъ кровь сосудовъ, то не находилъ мѣстнаго вздутія кишки, въ противномъ же случаѣ скоро развивался метеоризмъ. Какъ слѣдствіе разстройства кровообращенія, метеоризмъ появляется при брюшной водянкѣ, когда большіе сосуды брюшной полости сдавливаются жидкостью. Явленіе это объясняется тѣмъ, что при разстройствахъ кровообращенія кровь поглощаетъ менѣе газовъ, послѣднія-же раздуваютъ кишку и сдавливаютъ сосуды, уменьшая тѣмъ еще болѣе ихъ просвѣтъ; такимъ путемъ получается circulus vitiosus. Уже проф. *Kader* подмѣтилъ, что присутствіе большого количества кала въ кишкахъ способствуетъ образованію газовъ. Авторъ пытается рѣшить вопросъ, въ какой степени количество пищи вліяетъ на количество и качество газовъ въ пищевыхъ путяхъ и на появленіе вздутія живота. *Henschel*, *Pfaundler* и др. ставятъ появленіе вздутія живота въ связь съ искусственнымъ вскармливаніемъ. *Leo* объясняетъ это явленіе тѣмъ, что при кормленіи изъ рожка дѣти проглатываютъ больше воздуха, чѣмъ при сосаніи груди. Авторъ изслѣдовалъ газы желудка и кишекъ у дѣтей здоровыхъ и съ тимпанитомъ. Описавъ методику изслѣдованій, произведенныхъ при помощи прибора *Hoppe-Seyler*'а, онъ приводитъ слѣдующіе результаты. Въ желудкѣ у здоровыхъ и больныхъ дѣтей количество O и N отвѣчаетъ количеству таковыхъ въ воздухѣ, количество-же $CO^2$—больше: у здоровыхъ количество $CO^2$—3,35—4,59%, у дѣтей-же съ тимпанитомъ—6,69%. H въ количествѣ 0,3—3,24 авт. нашелъ въ 6 случаяхъ, а метанъ (0,5%) только въ 1 сл., и то у больныхъ дѣтей, и онъ разсматриваетъ эти газы, какъ продуктъ разложенія, обусловленнаго бактеріями. Въ кишкахъ авторъ находилъ при уменьшеніи количества N соотвѣтственное увеличеніе количества H, при чемъ образованіе послѣдняго зависитъ отъ рода пищи: при углеводистой пищѣ находятъ больше H, при кормленіи груднымъ молокомъ—менѣе всего; смѣшанная діэта занимаетъ среднее мѣсто. $CO^2$ въ кишкахъ у дѣтей меньше, чѣмъ у взрослыхъ, при чемъ количество ея не зависитъ отъ рода пищи. O въ кишкахъ авт. нашелъ лишь въ нѣсколькихъ случаяхъ и то въ небольшомъ количествѣ. Конечный выводъ автора тотъ, что количество и качество газовъ въ кишкахъ зависитъ отъ рода пищи. Тимпанитъ обусловливается разстройствами кровообращенія въ брюшной полости, такъ какъ всѣ газы, даже въ большомъ количествѣ, у здоровыхъ дѣтей всасываются въ кровь, либо удаляются чрезъ прямую кишку (Jahrbuch für Kinderheilkunde, мартъ). *С. Островскій.*

386. Д-ръ *M. Ameisen* сообщаетъ *необычный случай подкожной эмфиземы.*

18/I текущаго года авторъ былъ позванъ въ деревню къ дѣвочкѣ, 12 л., больной корью, у которой наканунѣ вдругъ появилось значительное опуханіе лица, шеи и грудной клѣтки въ связи съ удушьемъ, безпокойствомъ и безсонницей. Авторъ нашелъ у больной, помимо рѣзкой коревой сыпи и бронхита, значительный отекъ лица, шеи, передней стѣнки грудной клѣтки и обѣихъ рукъ, а затѣмъ признаки рѣзкаго удушья и синюху губъ. При ощупываніи отечной кожи всюду воспринимался трескъ, напоминавшій хрустѣніе снѣга. На слизистой оболочкѣ правой щеки возлѣ зубного отростка верхней челюсти авторъ нашелъ щелевидную рану, длиною въ 1,5 стм., съ отечными болѣзненными при дотрогиваніи краями. Изъ разспросовъ выяснилось, что вскорѣ послѣ изслѣдованія врачемъ зѣва жестяной ложечкой съ острыми краями появилось опуханіе правой щеки, затѣмъ шеи, лѣвой щеки, грудной клѣтки и т. д. Одновременно съ распространеніемъ опуханія увеличивались удушье и безпокойство, и больная всю ночь не спала, сидя въ кровати. Назначены были массажъ отечныхъ областей и примочки изъ уксуснокислаго глинозема. Черезъ недѣлю дѣвочка совершенно поправилась.

Появленіе въ данномъ случаѣ подкожной эмфиземы авт. объясняетъ тѣмъ, что при изслѣдованіи зѣва жестяной съ острыми краями ложечкой была поранена слизистая оболочка щеки, а во время сильнаго выдыханія и одновременнаго судорожнаго сокращенія губъ воздухъ изо рта проникъ чрезъ рану въ слизистой оболочкѣ подъ послѣднюю, затѣмъ въ подкожную ткань шеи и т. д. Выводъ отсюда тотъ, что при изслѣдованіи зѣва слѣдуетъ обращать вниманіе на ложечку, нѣтъ-ли на ней острыхъ краевъ (Przegląd lekarski, 30 апрѣля). *С. Островскій.*

Digitized by Google

**Нервныя и душевныя болѣзни.** 387. Д-ръ *Л. Брегманъ* (Варшава) сообщаетъ *случай спинной сухотки съ разстройствами воспріятія цвѣтовыхъ ощущеній.*

Больной, 36 л., заразился сифилисомъ 15 лѣтъ назадъ. Послѣ нѣсколькихъ впрыскиваній Hg болѣзненныя явленія прошли, и больной прекратилъ лѣченіе. 8 лѣтъ женатъ, имѣетъ 3-хъ здоровыхъ дѣтей. Въ послѣдніе 3—4 года развилась спинная сухотка. Зрачки не равномѣрны, не отвѣчаютъ на свѣтъ; атаксія ногъ; отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ; разстройства чувствительности въ ногахъ; парэстезіи въ области локтевыхъ нервовъ. Больного безпокоитъ главнымъ образомъ то, что всюду, куда онъ ни посмотритъ, онъ видитъ зеленый или фіолетовый оттѣнокъ. Зеленый выступаетъ рѣзче въ видѣ узоровъ, квадратовъ и т. п.; фіолетовый оттѣнокъ темнѣе, съ примѣсью краснаго, безъ ясныхъ очертаній, скорѣе въ видѣ облачковъ. Оба цвѣта больной видитъ на поверхности предметовъ, которые онъ различаетъ. При взглядѣ на какой-нибудь предметъ онъ сначала видитъ его въ зеленомъ, потомъ въ фіолетовомъ цвѣтѣ, или наоборотъ. Эти цвѣтовыя явленія не прекращаются даже при закрываніи глазъ. Поле зрѣнія оказалось рѣзко ограниченнымъ. Наркотическія (кодеинъ, морфій), равно какъ и гальванизація глазъ не принесли пользы. Больной уѣхалъ въ деревню, и тамъ, будто-бы, это болѣзненное явленіе вскорѣ прошло.

Авт. допускаетъ у больного раздраженіе периферическихъ волоконъ зрительныхъ нервовъ, обусловленное, быть можетъ, примѣненнымъ до того чрезмѣрнымъ водолѣченіемъ (больной усердно лѣчился по Kneipp'у) (Medycyna, 19 марта). *С. Островскій.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 388. Д-ръ *Löwy* (изъ клиники *Pick*'а въ Прагѣ) сообщаетъ *2 случая антипириновой сыпи.*

1. Больной, 46 л., очень нервный человѣкъ, страдавшій головными болями, 5/II 1903 г., принялъ вслѣдствіе сильной головной боли кофейную ложку антипирина. Черезъ часъ послѣ этого появились сильное жженіе и зудъ по всему тѣлу, а на 2-ой день больной поступилъ въ клинику въ очень тяжеломъ состояніи (слабость, сердцебіеніе, затемнѣніе сознанія, желтуха). Губы припухли; слизистая оболочка твердаго неба покрыта корками и пузырями, кожа мошонки и полового члена на значительномъ протяженіи осаднена. Лобъ, туловище (больше сзади) и конечности (кромѣ кистей и стопъ) были покрыты сыпью, состоявшей изъ ограниченныхъ, сѣрокрасныхъ пятенъ и имѣвшей болѣе сплошной характеръ подъ мышками и на половыхъ частяхъ. При изслѣдованіи мочи получена реакція на антипиринъ. Лѣченіе: присыпка. 19/II выписался почти здоровымъ.

2. 26-лѣтній рабочій принялъ 26/III изъ-за головной боли 1,0 антипирина. Черезъ короткое время на лицѣ и туловищѣ появилась коревидная высыпь, сливавшаяся въ нѣкоторыхъ мѣстахъ въ бо́льшіе очаги; лицо отекло, глаза были закрыты, губы припухли, носъ заложенъ, языкъ припухъ во рту и на конечностяхъ образовались волдыри. На 2-й уже день положеніе быстро улучшилось.

Такимъ образомъ въ 1-мъ случаѣ было острое отравленіе съ пораженіемъ общаго состоянія, психики, прибора кровообращенія и общаго обмѣна. Удивительно было то, что больной раньше неоднократно—правда въ меньшихъ количествахъ—принималъ антипиринъ безъ всякаго вреда. Интересно далѣе въ этомъ случаѣ появленіе желтухи, которое надо объяснить лишь частичнымъ поступленіемъ желчи въ кишечникъ, а также превращеніе буро-красноватаго цвѣта высыпаній въ грязновато-синій и затѣмъ въ бурую пигментацію, какъ это наблюдается при мѣстныхъ антипириновыхъ формахъ. Наконецъ слѣдуетъ отмѣтить темный тонъ центральныхъ частей высыпаній и продолжительность и повторяемость болѣзни. Во 2-мъ случаѣ послѣ небольшого пріема антипирина быстро развилось тяжелое общее пораженіе организма, которое также быстро и исчезло; такимъ образомъ тяжесть припадковъ не предсказываетъ еще ихъ продолжительности (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXVIII, тетр. 1 и 2). *М. Ч.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.** (Отчетъ ч. пр. *Б. С. Грейденберга*). (Продолженіе; см. выше, № 17, стр. 628). Засѣданіе 8-го января—утреннее, соединенное съ отдѣломъ общественной медицины. Почетными предсѣдателями предложены проф. *В. Ф. Чижъ* (Юрьевъ) и д-ръ *Б. Н. Синани* (Петербургъ).

Доклады по 4-му программному вопросу—*Допустимо-ли и желательно-ли принудительное помѣщеніе алкоголиковъ въ лѣчебницы?*

*З. А. Блюмъ* (Орелъ). *Государственныя и общественныя мѣры борьбы съ алкоголизмомъ.* Положенія [1]): 1. Принудительное помѣщеніе алкоголиковъ-рецидивистовъ въ спеціальныя больницы должно быть санкціонировано законодательнымъ актомъ. 2. Не только правительственнымъ, но и административнымъ и общественнымъ органамъ должно быть предоставляемо право ограниченія гражданской свободы хроническихъ алкоголиковъ—заключать ихъ въ спеціальныя лѣчебныя заведенія на срокъ отъ 2-хъ мѣсяцевъ до 2-хъ лѣтъ. 3. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ постановленіе о помѣщеніи алкоголиковъ въ такія заведенія должно быть сдѣлано Судомъ. 4. Надъ алкоголиками, какъ этически и интеллектуально неспособными къ самостоятельной жизни, долженъ быть учрежденъ негласный надзоръ. 5. Желательна организація въ большихъ городахъ постояннаго попечительства по наблюденію за дѣятельностью алкоголиковъ въ частной и общественной жизни. 6. Въ борьбѣ съ алкоголизмомъ устройство спеціальныхъ лѣчебныхъ заведеній составляютъ одну изъ важнѣйшихъ государственныхъ функцій. 7. Проповѣдь воздержанія и распространеніе свѣдѣній о губительномъ вліяніи спиртныхъ напитковъ на организмъ производятъ отрезвляющее и благотворное воздѣйствіе на аудиторію лицъ всѣхъ возрастовъ. 8. Какъ мѣра борьбы съ алкоголизмомъ среди женщинъ, можетъ имѣть серьезное значеніе расширеніе поля дѣятельности женщинъ на поприщѣ общественной жизни. 9. Пьянство есть болѣзнь, порожденіе разстроенной нервной системы, а потому страдающіе алкоголизмомъ не должны подвергаться уголовной карѣ—заключенію въ тюрьмы, но подлежатъ водворенію для лѣченія въ спеціальныя лѣчебныя заведенія. 10. Въ дѣлѣ призрѣнія алкоголиковъ имѣетъ серьезное значеніе взаимодѣйствіе государства, органовъ самоуправленія и частной благотворительности. 11. Вниманіе общества должно быть посвящено собственному худосочію, порождающему умственныя, нравственныя и тѣлесныя уродства. 12. Вниманіе попечительствъ о народной трезвости должно быть посвящено охранѣ ими интересовъ алкоголиковъ и ихъ семействъ противъ раззоренія и правонарушеній алкоголиковъ.

*С. О. Ярошевскій* (Самара). *Допустимо-ли и желательно-ли принудительное помѣщеніе алкоголиковъ въ лѣчебницы?* Положенія: 1. Принудительное помѣщеніе алкоголиковъ въ лѣчебницы не только не желательно, но не оправдывается никакими соображеніями ни этическаго, ни юридическаго, ни тѣмъ болѣе научнаго свойства. 2. Алкоголики (за исключеніемъ типа вырождающихся)—жертвы нашего общественнаго и экономическаго режима. Это больные sui generis, которые, однако, не утратили способности критически относиться къ окружающему и, слѣд., имѣютъ право отстаивать свою свободу. 3. Въ смыслѣ юридическомъ существуетъ 2 типа алкоголиковъ: а) обыкновенный алкоголикъ и б) алкоголикъ-преступникъ. Алкоголики 1-го типа ни въ какомъ случаѣ не могутъ подлежать принудительному помѣщенію въ лѣчебницы. Алкоголики 2-го типа ограничиваются въ своихъ правахъ судомъ и въ лѣчебницы попадаютъ по опредѣленію суда. 4. Лѣчебницы для алкоголиковъ составляютъ настоятельную потребность современнаго общественно-экономическаго быта. До тѣхъ поръ, пока будетъ существовать алкоголь, какъ предметъ торговли для увеличенія государственнаго бюджета, будутъ и алкоголики. А разъ среди насъ будутъ алкоголики, наша обязанность ихъ призрѣвать и лѣчить. 5. Алкоголиковъ нужно разсматривать не какъ вредный, но какъ больной элементъ общества и государства. Алкоголизмъ есть болѣзнь, причины которой лежатъ не въ насъ, а въ несовершенствѣ нашего соціально-экономическаго строя. 6. Лѣчебницы для алкоголиковъ должны быть устроены такъ, чтобы больные сами безъ принужденія желали тамъ оставаться и лѣчиться. Опытъ Швейцаріи показываетъ, что это вполнѣ достижимо.

Ч. пр. *Ѳ. Е. Рыбаковъ* (Москва). *О принудительномъ помѣщеніи алкоголиковъ въ лѣчебницы.* (См. выше, № 11, стр. 397).

---

[1]) Привожу по подлинному докладу, напечатанному въ «Медицинскомъ Обозрѣніи», № 5. *Б. Г.*

Digitized by Google

*Б. И. Воротынскій* (Одесса). *Допустимо-ли и желательно-ли принудительное помѣщеніе алкоголиковъ въ лѣчебницы?* Положенія: 1. Сама жизнь выдвинула впередъ и поставила на очередь вопросъ объ алкоголизмѣ, настоятельно требуя примѣненія къ нѣкоторымъ хроническимъ алкоголикамъ опредѣленныхъ законодательныхъ мѣръ. 2. Полное отсутствіе въ русскомъ законодательствѣ необходимыхъ законоположеній объ алкоголикахъ является въ настоящее время весьма чувствительнымъ недостаткомъ; это обстоятельство, между прочимъ, въ значительной степени ослабляетъ, а подчасъ даже парализуетъ попытки правительства и общества организовать правильную борьбу съ алкоголизмомъ, какъ крайне серьезнымъ соціальнымъ недугомъ и опаснымъ бичемъ человѣчества. 3. Общественное здоровье должно находиться подъ охраной закона; въ силу этого отдѣльные члены общества, опасные для общественнаго здоровья, каковыми являются нѣкоторые хроническіе алкоголики, должны подлежать принудительному лѣченію, какъ лишенные способности сами заботиться о своемъ здоровьѣ, и вредные члены семьи и общества въ матеріальномъ и нравственномъ отношеніяхъ. 4. Тѣ хроническіе алкоголики, которые привычнымъ и неумѣреннымъ злоупотребленіемъ опьяняющими напитками довели себя до такого болѣзненнаго состоянія, что лишились способности владѣть собой и управлять своими дѣлами, сдѣлались вредными членами семьи и опасными для себя и окружающихъ,—должны подлежать принудительному помѣщенію съ цѣлью лѣченія въ назначенныя для сего лѣчебныя учрежденія съ ограниченіемъ, въ случаѣ надобности, правоспособности и съ учрежденіемъ надъ ними опеки на время ихъ пребыванія въ лѣчебницѣ. 5. Помѣщеніе такихъ алкоголиковъ въ лѣчебницы обусловливается признаніемъ ихъ людьми больными, нуждающимися въ лѣченіи, а не порочными, къ которымъ могли-бы быть примѣнимы карательныя мѣры. Принудительность-же помѣщенія вызывается требованіями общественной безопасности и народнаго здравія и необходимостью освободить семью отъ вреднаго члена, губящаго себя и раззоряющаго семью. 6. Вопросъ о необходимости принудительнаго помѣщенія хроническаго алкоголика въ лѣчебницу въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ рѣшается судебнымъ присутствіемъ, съ участіемъ врачей-экспертовъ. 7. Возбужденіе вопроса о принудительномъ помѣщеніи алкоголика въ лѣчебницу принадлежитъ родственникамъ или опекунамъ послѣдняго или-же судебной власти. 8) Принудительное пребываніе алкоголика въ лѣчебницѣ ограничивается срокомъ отъ 6 мѣс. до 2 лѣтъ.

Ч. пр. *В. П. Осиповъ* (Петербургъ): Всѣ докладчики, хотя и приходятъ къ различнымъ заключеніямъ, признаютъ, однако, что далеко не всѣ алкоголики подлежатъ принудительному лѣченію, а только привычные пьяницы, опредѣленіе которыхъ заимствовано изъ формулы «Коммиссіи по вопросу о борьбѣ съ алкоголизмомъ». Формула эта говоритъ о лицахъ, дошедшихъ до такого болѣзненнаго состоянія, въ которомъ поступки ихъ стали ненормальными, т. е., о лицахъ, психически ненормальныхъ; о такихъ лицахъ особаго законодательства не требуется, такъ какъ они могутъ быть помѣщаемы въ лѣчебницы не только до 6 мѣс. или 2 лѣтъ, а до выздоровленія, какъ душевно-больные. Важное значеніе этой формулы заключается въ томъ, что она заявляетъ, что привычные пьяницы—больные люди и при томъ больные умственно, а, слѣд., ихъ вредные и опасные поступки должны разсматриваться съ этой точки зрѣнія.

*Н. Н. Рубель* (Шлиссельбургъ): Алкоголизмъ — зло общее, а не частное; нужно бороться не съ алкоголикомъ, а съ тѣми условіями, которыя способствуютъ алкоголизму. Пироговское Общество высказалось, что пока «монополія» будетъ источникомъ дохода для правительства, всѣ мѣры борьбы съ пьянствомъ останутся безуспѣшны; пока, не смотря на просьбы сельскихъ обществъ, въ деревняхъ и селахъ будутъ насильно строить «казенки», до тѣхъ поръ крестьянину будетъ открыта «дорога торная, дорога въ казенку». Чтобы ослабить эпидемію алкоголизма, нужно удалить казенки изъ мѣстъ зараженія ею. Общества трезвости не стоятъ на высотѣ своей задачи; нужно во главѣ ихъ, взамѣнъ администраціи и чиновниковъ, поставить общественные органы въ связи съ врачами, учителями и пр. Слѣдуетъ признать въ общемъ крайне необходимымъ вывести изъ селъ и деревень казенки; признать, что винная монополія способствуетъ усиленію алкоголизма, что бюрократическая организація обществъ трезвости должна быть замѣщена общественными органами.

*А. И. Шингаревъ* (Воронежъ): Изъ всѣхъ выслушанныхъ докладовъ все-же осталось неяснымъ, кто тотъ алкоголикъ, котораго надо помѣщать принудительно: просто-ли хроническій алкоголикъ и кто этотъ хроническій алкоголикъ—есть-ли это душевно-больной, о которомъ еще спорятъ, есть-ли это преступникъ? Полная неясность въ этомъ вопросѣ дѣлаетъ совершенно невозможнымъ разговоръ о принудительномъ лѣченіи, и съ предложеніями о такомъ лѣченіи никоимъ образомъ согласиться нельзя. Больницы — не тюрьмы, и напрасно *Б. И. Воротынскій* рисовалъ грозную картину зла отъ алкоголизма. Его предложеніе — помѣщать отдѣльныхъ лицъ принудительно совсѣмъ не соотвѣтствуетъ громадной цѣли. Кромѣ того, онъ сказалъ, что не стоитъ стѣсняться ложно понятой гуманностью. Я надѣюсь, что такой призывъ—ложно понятыя задачи врача. Лѣченіе и принужденіе — понятія несовмѣстимыя.

*Я. Ю. Кацъ* (Симбирская губ.) также считаетъ ненужнымъ насильственное лѣченіе алкоголиковъ: если алкоголикъ совершаетъ опасные или вредные для окружающихъ поступки, то онъ все равно подлежитъ помѣщенію въ заведеніе, другихъ-же мѣръ не нужно; принудительное лѣченіе алкоголиковъ приноситъ вредъ развитію земской медицины, которая выросла на почвѣ взаимнаго довѣрія между врачами и больными, а введеніе между ними элемента насилія поведетъ къ обратному развитію общественной медицины.

*А. П. Воскресенскій* (Симбирская губ.): Мнѣ кажется, что Пироговскій Съѣздъ не можетъ пройти мимо 8-го положенія доклада *З. А. Блюма* — положенія, весьма симпатичнаго. Поле дѣятельности женщинъ на поприщѣ общественной жизни, дѣйствительно, слишкомъ съужено. Мы часто слышимъ, что въ одномъ мѣстѣ уменьшаютъ пріемъ женщинъ на службу, въ другомъ ихъ совсѣмъ не принимаютъ. Каждый вступающій въ должность изъ завѣдующихъ разными учрежденіями произвольно или допускаетъ на службу женщинъ, или не принимаетъ ихъ. Пироговскій Съѣздъ окажется на высотѣ своего положенія, если постановитъ, что, какъ мѣра борьбы съ алкоголизмомъ среди женщинъ, можетъ имѣть серьезное значеніе расширеніе поля дѣятельности женщинъ на поприщѣ общественной жизни.

*Д. Я. Дорфъ* (Московская губ.): Странно бороться съ одной частицей зла, а не со всѣмъ зломъ. Надо стремиться устранять причины зла; въ данномъ случаѣ невѣжество и отвратительное экономическое положеніе—зло государственное. Что-же дѣлаетъ государство для этой борьбы? Если мы взглянемъ на расходы государства на народное образованіе и другія нужды, то станетъ очевидно, что государство дѣлаетъ для удовлетворенія ихъ очень мало; не больше оно дѣлаетъ и для устраненія другихъ причинъ, создающихъ условія, благопріятныя для развитія алкоголизма. Душевно-больные алкоголики должны находить себѣ мѣсто въ больницѣ, преступники-же и сейчасъ обрѣтаются въ тюрьмахъ, а, такъ какъ среди нихъ — большинство алкоголиковъ, то надо тюрьмы превратить въ такія учрежденія, гдѣ лѣчили-бы больныхъ и выпускали ихъ выздоравливающими.

*А. В. Тимофѣевъ* (Петербургъ): Прежде, чѣмъ говорить о «принудительномъ лѣченіи» алкоголиковъ, надо уговориться, что такое алкоголикъ, твердо установить его врачебную физіономію. Объ этомъ только вскользь упомянулъ *Ѳ. Е. Рыбаковъ*, положенія-же Петербургской алкогольной Коммиссіи носятъ главнымъ образомъ юридическій, а не врачебный характеръ. Подлежатъ несомнѣнному помѣщенію въ больницу 2 рода алкоголиковъ: 1) острые или хроническіе алкоголики, представляющіе явленія душевнаго разстройства; это — тѣже душевно-больные, и никакого новаго закона для помѣщенія ихъ не требуется; 2) хроническіе алкоголики, представляющіе всѣ явленія алкогольнаго вырожденія. Форма эта, выражающаяся въ измѣненіяхъ физической и психической областей, не представляетъ затрудненія для распознаванія специалистовъ, являясь въ сущности тою-же душевной болѣзнью, но можетъ казаться сомнительною не только для общества, но даже и для врача-неспеціалиста. Въ этихъ и другихъ сомнительныхъ случаяхъ необходимо предварительное освидѣтельствованіе больныхъ собраніемъ врачей, представителей суда и администраціи, послѣ чего лишь возможно помѣщеніе ихъ въ больницу. Никакихъ особыхъ законовъ и для этого рода больныхъ не требуется.

*А. М. Коровинъ* (Москва): Въ настоящее время уже примѣняется принудительное лѣченіе алкоголиковъ, но при условіяхъ нежелательныхъ, а именно, больного напаиваютъ, приводятъ въ безсознательное состояніе и отвозятъ въ психіатрическую больницу. Примѣненіе обмана къ алкоголикамъ не соотвѣтствуетъ призванію врача, особенно врача, пользующаго алкоголика. Развѣ это лучше, чѣмъ если-бы сначала 3—4 раза предостерегали самого больного черезъ оффиціальное лицо, и лишь послѣ тщетности этого предостереженія судъ, на основаніи мнѣнія врача, дѣлалъ-бы постановленіе о принудительномъ помѣщеніи? При этихъ условіяхъ права личности будутъ оберегаться болѣе, чѣмъ у душевно-больныхъ, такъ какъ больному сначала дѣлается неоднократное предостереженіе, затѣмъ предоставляется выставить на судѣ свои оправдательные доводы. Уваженіе правъ алкоголика требуетъ открытаго обращенія съ нимъ, т. е. онъ долженъ знать напередъ, что его ожидаетъ, а не обманнымъ путемъ насильно помѣщать его въ психіатрическую больницу. Избѣжать-же вовсе принудительности невозможно, ибо несомнѣнно существуютъ алкоголики, требующіе, по состоянію ихъ здоровья, такого лѣченія.

*А. М. Колосовъ* (Казань) указалъ на наростающее увеличеніе крѣпости водки—съ 40° до 58° и даже до 80° и на вредъ этого для здоровья населенія—и предложилъ «признать нежелательнымъ такое увеличеніе крѣпости алкоголя въ видахъ охраненія народнаго здравія».

*Г. М. Тэріянъ* (Москва): Намъ некуда помѣщать алкоголиковъ;

Digitized by Google

горчаткой, между тѣмъ какъ, согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ, они, можетъ быть, играютъ даже большую и, во всякомъ случаѣ, очень важную роль въ разсѣиваніи бугорчатковой палочки. Относительно результатовъ такого порядка вещей не приходится блуждать въ области предположеній, такъ какъ въ статистическихъ изслѣдованіяхъ, посвященныхъ разбираемому вопросу, мы находимъ категорическія указанія на то, что большинство умирающихъ отъ бугорчатки въ психіатрическихъ заведеніяхъ заражаются ею за время пребыванія въ послѣднихъ; нѣкоторые изъ русскихъ товарищей приводятъ въ своихъ отчетахъ личныя наблюденія, гдѣ душевнобольные заражались бугорчаткой, находясь въ стѣнахъ психіатрическихъ лѣчебницъ. Въ тѣхъ-же отчетахъ можно найти, правда, единичныя указанія и на случаи зараженія бугорчаткой прислуги и служащихъ въ психіатрическихъ больницахъ. Нельзя, кромѣ того, игнорировать такія неблагопріятныя въ смыслѣ вліянія на общественное здоровье, явленія, какъ выписка изъ лѣчебницъ поправившихся или непоправившихся больныхъ, многіе изъ которыхъ приносятъ домой полученную въ психіатрическомъ заведеніи бугорчатку. Бугорчатка представляетъ слишкомъ большое зло въ дѣлѣ психіатрическаго призрѣнія и лѣченія, и по отношенію къ нему необходима активная борьба. Общія гигіеническія и діэтетическія мѣры будутъ недостаточны въ этой борьбѣ. Необходимы мѣропріятія, имѣющія въ виду специфическую природу бугорчатковой заразы и специфическія условія ея распространенія. Кореннымъ способомъ въ этомъ смыслѣ будетъ полное уединеніе такихъ больныхъ. Посредствомъ этого уединенія будетъ достигаться двоякая цѣль: ослабленіе до возможнаго minimum'а опасности зараженія для лицъ, не имѣющихъ бугорчатки, и болѣе цѣлесообразная постановка лѣченія лицъ, уже заболѣвшихъ бугорчаткой. Послѣдняя задача не представляется даже съ психіатрической точки зрѣнія настолько неблагодарной, какъ можно думать съ перваго раза, и психіатрическая практика уже знаетъ случаи, гдѣ, направляя лѣченіе на борьбу съ бугорчаткой у больныхъ, страдающихъ на ряду съ нею острымъ душевнымъ разстройствомъ, удавалось достигнуть излѣченія той и другой болѣзни. Несомнѣнно, проведеніе въ жизнь уединенія заболѣвшихъ бугорчаткою душевнобольныхъ въ томъ видѣ, какъ это считается необходимымъ по отношенію къ душевно-здоровымъ, составитъ довольно крупную реформу въ дѣлѣ психіатрическаго лѣченія. Осуществленіе этой реформы, если-бы принципіально была признана ея необходимость, потребуетъ значительныхъ матеріальныхъ затратъ. Во всякомъ случаѣ, это—дѣло сравнительно далекаго будущаго. Задача ближайшаго будущаго выяснить количественную сторону вопроса. Когда путемъ строгой и точной записи будетъ установлено дѣйствительное число больныхъ бугорчаткой въ различныхъ психіатрическихъ больницахъ, тогда можно будетъ въ болѣе и менѣе конкретной формѣ представить себѣ и трудности, съ которыми будетъ сопряжено проведеніе въ жизнь принципа уединенія такихъ больныхъ, и матеріальныя затраты, которыя для этого потребуются. Задача настоящаго времени—настойчивое проведеніе въ жизнь психіатрическихъ заведеній всѣхъ возможныхъ паллiативныхъ мѣръ по предохраненію отъ бугорчатки, которыя признаются необходимыми современной медициной.

Преній не послѣдовало.

*К. О. Ноишевскій* (Двинскъ). *Псейдогаллюцинаціи зрѣнія.* Положенія: 1. Зрительныя псейдогаллюцинаціи необходимо отличать не только отъ истинныхъ зрительныхъ галлюцинацій, но и отъ навязчивыхъ произведеній памяти и воображенія. 2. Главное, основное и при томъ имѣющее громадное клиническое значеніе отличіе псейдогаллюцинацій зрѣнія состоитъ въ отношеніи ихъ къ двигательнымъ актамъ, а именно, въ то время, какъ истинныя зрительныя галлюцинаціи ведутъ себя подобно дѣйствительнымъ предметамъ, псейдогаллюцинаціи ведутъ себя подобно послѣдовательнымъ образамъ сѣтчатки. 3. Представленіе о зрительной величинѣ предмета при истинной зрительной галлюцинаціи и при зрительной псейдогаллюцинаціи не только различно, но и противоположно. 4. Сравненіе зрительнаго псейдогаллюцинаторнаго образа съ истиннымъ галлюцинаторнымъ показываетъ, что истинный галлюцинаторный образъ находится въ прочной связи съ опредѣленнымъ двигательнымъ актомъ, тогда какъ псейдогаллюцинаторный находится въ непрочной связи съ двигательнымъ актомъ, и связь эта легко можетъ быть замѣщена новой.

*Н. В. Краинскій* (Вильна), соглашаясь съ докладчикомъ и отдавая полную справедливость значенію двигательныхъ ощущеній, полагаетъ однако, что псейдо-галлюцинаціи суть только большія по силѣ и напряженію субъективныя ощущенія. Дѣйствительная галлюцинація характеризуется проэцированіемъ во внѣшній міръ, при чемъ она стоитъ внѣ временной и пространственной связи съ реальными воспріятіями. Нельзя согласиться съ мнѣніемъ, будто-бы псейдо-галлюцинація есть чуждый нашему «я» элементъ; поскольку она субъективно ощущается, она равно принадлежитъ тому, кто ее переживаетъ, также какъ и всѣ ощущенія, образы воспоминаній, фантазіи и настоящія галлюцинаціи. Одна проэкція во внѣшній міръ не исчерпываетъ различія между истинной галлюцинаціей и псейдо-галлюцинаціей, такъ какъ проэцироваться могутъ и образы воспоминанія и фантазіи. Двигательный-же элементъ свойственъ также и простымъ представленіямъ, сколько, напр., и слуховымъ и обонятельнымъ галлюцинаціямъ.

Проф. *В. Ф. Чижъ* (Юрьевъ) полагаетъ, что докладчикъ дополнилъ уже указанное различіе между галлюцинаціями и псейдогаллюцинаціями и далъ объективный признакъ для ихъ разграниченія. Дѣйствительно, при галлюцинаціи происходятъ тѣ-же двигательные акты, что и при настоящемъ воспріятіи, почему больной и не можетъ отличать галлюцинаціи отъ воспріятія дѣйствительности. Докладчикъ указалъ, что больной можетъ отвернуться отъ галлюцинаціи, и намъ понятно, почему. При псейдогаллюцинаціи двигательные акты совсѣмъ не тѣ, что при дѣйствительномъ воспріятіи, почему больные отличаютъ псейдо-галлюцинаціи отъ воспріятій дѣйствительности и, какъ указалъ докладчикъ, не могутъ отвернуться отъ псейдо-галлюцинаціи. Такимъ образомъ докладчикъ далъ весьма цѣнный отличительный признакъ, которымъ можно пользоваться, вполнѣ понимая патогенезъ явленія.

Проф. *Я. А. Анфимовъ* (Харьковъ): Псейдо-галлюцинаціи—это, по *Кандинскому*, галлюциноиды, т. е. недоразвившіяся галлюцинаціи. Разница между ними слѣдующая: 1) съ галлюцинаціями больной ощущаетъ иннерваціонныя движенія въ извѣстномъ органѣ чувствъ, а при псейдо-галлюцинаціяхъ нѣтъ этихъ ощущеній и нѣтъ вообще чувства внутренней работы (или послѣдняя чрезмѣрно мала); 2) галлюцинаціи всегда проэцированы въ пространство, а псейдо-галлюцинаціи—за предѣлы тѣла не выходятъ; 3) общее между тѣми и другими остается свойство чуждости для «я» этихъ обоего рода обмановъ чувствъ.

*К. О. Ноишевскій* (Двинскъ). *Вибраціонная чувствительность.* Положенія: 1. То, что *Treitel* назвалъ вибраціонной чувствительностью, оказалась на самомъ дѣлѣ волосковой чувствительностью. 2. Настоящую вибраціонную чувствительность изслѣдовалъ *Egger*, но далъ ей неправильное, какъ показали изслѣдованія докладчика въ 1900 г., объясненіе и названіе, обозначивъ ее костной чувствительностью. 3. *Rydel* и *Seiffer* изслѣдовали чувствительность, названную *Egger*'омъ костной, и тоже нашли, что ей дано неправильное объясненіе и названіе, а поэтому предложили чувствительность эту наименовать паллэстезіей (pallaesthesia). 4. Докладчикъ предлагаетъ изслѣдовать вибраціонную чувствительность не временемъ ощущенія на различныхъ мѣстахъ тѣла вибраціи одного какого-нибудь камертона, но обозначать степень чувствительности тѣми числами вибрацій, которыя изслѣдуемыми еще ощущаются, при чемъ, по докладчику, чѣмъ слабѣе чувствительность къ вибраціямъ, тѣмъ рѣже должны быть вибраціи для того, чтобы ихъ можно было ощущать. 5. Докладчикъ считаетъ необходимымъ согласиться на одно какое-нибудь названіе чувствительности, которую одни называютъ костной, другіе—паллэстезіей, третьи—вибраціонной чувствительностью.

Ч. пр. *В. П. Осиповъ* (Петербургъ) поддержалъ предложеніе докладчика о желательности установленія опредѣленной номенклатуры для однородныхъ понятій, какъ вибраціонная чувствительность и паллэстезія.

Ч. пр. *Г. И. Россолимо* (Москва): Изслѣдованія ч. пр. *Л. С. Минора* привели его къ заключенію, что роль костей въ вопросѣ о вибраціонномъ чувствѣ должна быть сведена къ простому процессу механическаго сотрясенія кости, передаваемаго другимъ тканямъ—надкостницѣ, связкамъ, соединительной ткани и кожѣ. Но, по моему мнѣнію, и роль кожи здѣсь едва-ли особенно велика, и при воспріятіи ею вибрацій камертона скорѣе можно думать о натяженіи подкожной клѣтчатки; это подтверждается, между прочимъ, и тѣмъ, что при полной анэстезіи какой-либо области поставленный на нее камертонъ вызываетъ ощущеніе, благодаря передачѣ посредствомъ натяженія на сосѣднія, чувствительныя области.

Digitized by Google

*П. М. Автократовъ* (Варшава): Въ лазаретѣ и отдѣленіяхъ для слабыхъ больныхъ мужчинъ въ больницахъ и учрежденіяхъ, хорошо устроенныхъ, женскій уходъ можетъ принести существенную пользу, въ неспокойныхъ же отдѣленіяхъ женскій уходъ, какъ показали наблюденія въ Уяздовскомъ госпиталѣ, скверно устроенномъ, положительно непримѣнимъ.

*Н. Н. Топорковъ* (Казань): Тотъ мрачный взглядъ, который нерѣдко высказывается по поводу женскаго ухода за душевно-больными мужчинами и который высказывался и въ настоящемъ засѣданіи, не имѣетъ въ своей основѣ достаточно широкаго опыта. У насъ имѣются въ данномъ направленіи лишь наблюденія единичныхъ психіатровъ. При болѣе широкомъ опытѣ тѣ страхи, которые теперь рисуются нашему воображенію въ вопросѣ о женскомъ уходѣ за душевно-больными мужчинами, могутъ оказаться несостоятельными. Страхи эти имѣютъ въ основѣ своей вообще недостаточную привычку нашу видѣть женщину на самостоятельной, бокъ-о-бокъ съ мужчиной, работѣ. Мы знаемъ факты, гдѣ, напр., предложенія допустить женщинъ въ качествѣ гласныхъ на земскія Собранія придавали засѣданію игривый, фривольный характеръ. Опасенія, что появленіе женщины среди душевно-больныхъ мужчинъ обязательно будетъ возбуждать послѣднихъ, а вызываемыя этимъ обстоятельствомъ циническія выходки мужчинъ сдѣлаютъ черезчуръ тяжелымъ положеніе служащихъ женщинъ,—эти опасенія имѣютъ значеніе лишь временное. Теперь, когда женщина лишь очень рѣдко появляется на мужской половинѣ, неудивительно, что это въ нѣкоторыхъ случаяхъ вызываетъ цѣлый рядъ половыхъ поползновеній среди больныхъ мужчинъ. Когда-же это сдѣлается обычнымъ, будничнымъ явленіемъ, и половая реакція, весьма вѣроятно, будетъ совершенно другой—гораздо болѣе слабой. Переходя къ вопросу о благотворной нравственной атмосферѣ уваженія къ личности, какъ условіи, которое можетъ улучшить качества больничной прислуги, я-бы въ частности сказалъ, что почти всѣ психіатры грѣшатъ въ этомъ отношеніи, сохраняя до сихъ поръ систему штрафовъ, почти всегда обидную и не приносящую ожидаемыхъ отъ нея результатовъ въ смыслѣ улучшенія качества прислуги. Въ Казанской окружной Лѣчебницѣ количество штрафовъ за послѣднее время постепенно уменьшается, а прислуга отъ этого не дѣлается хуже. Нужны другія средства для устраненія различныхъ недостатковъ прислуги. И въ борьбѣ хотя-бы съ излишней сонливостью прислуги на ночныхъ дежурствахъ предоставленіе ей дневныхъ отдыховъ даетъ гораздо лучшіе результаты, чѣмъ систематическое штрафованіе ея.

*А. И. Ющенко* (Петербургъ): Отвѣтомъ на слова д-ра *Н. Н. Топоркова* могутъ служить результаты 10-лѣтняго опыта введенія женскаго ухода въ мужскомъ лазаретѣ больницы Императора Александра III и 7-мѣсячнаго на безпокойномъ ея отдѣленіи. Я былъ противникомъ введенія женскаго ухода на мужскомъ безпокойномъ отдѣленіи; но опытъ показалъ, что я ошибся, и теперь я—горячій поклонникъ такого ухода въ нашей больницѣ. Правда, наши больные принадлежатъ къ интеллигентнымъ классамъ; какъ будетъ идти дѣло въ больницѣ для малоинтеллигентныхъ больныхъ, я личнаго опыта не имѣю. Бояться, что женщинѣ тяжело видѣть грубость и цинизмъ душевно-больныхъ, нѣтъ основаній. Вѣдь, женщины-врачи, идущія въ деревню, не боятся невѣжества и, можетъ быть, наружнаго цинизма, которые встрѣтятся имъ въ жизни. Не слѣдуетъ намъ, практическимъ психіатрамъ, забывать еще, что за тѣ скромныя средства, которыми обладаютъ психіатрическія больницы, можно найти болѣе культурныхъ и добросовѣстныхъ служащихъ, что собственно и требуется.

*А. К. Микульскій* (Екатеринославъ). Въ Екатеринославской больницѣ уже давно введенъ женскій надзирательскій персоналъ въ мужскомъ безпокойномъ отдѣленіи, и результаты получились очень хорошіе. Совѣтъ психіатровъ рѣшилъ даже ввести въ мужскія отдѣленія женскую прислугу, и первые шаги въ этомъ направленіи уже сдѣланы.

*В. І. Антушевичъ* (Петербургъ): Личный 3-лѣтній опытъ въ психіатрической лѣчебницѣ и 17-лѣтній въ земствѣ убѣдилъ меня въ томъ, что не только присутствіе женщинъ, но и общеніе ихъ съ больными не влечетъ за собою никакихъ непріятныхъ послѣдствій и не вызываетъ эротическаго возбужденія и проявленія его со стороны душевно-больныхъ; наоборотъ, у больныхъ даже буйнаго отдѣленія замѣчалось болѣе сдержанное отношеніе къ женскому медицинскому персоналу.

*А. С. Грибоѣдовъ* (Петербургъ): Мой опытъ, хотя и небольшой, идетъ въ противоположномъ направленіи, чѣмъ у говорившихъ до меня товарищей. Въ пріютѣ и колоніи для падучныхъ и идіотовъ сначала былъ введенъ исключительно женскій трудъ, какъ низшаго, такъ и средняго ухаживающаго персонала; но на мужской половинѣ мы должны были въ безпокойномъ отдѣленіи отказаться отъ женскаго ухода, какъ несомнѣнно возбуждающаго въ половомъ отношеніи нѣкоторыхъ больныхъ. Затѣмъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ приходится пользоваться мужской физической силою, напр., для переноса тяжелыхъ больныхъ.

*А. В. Тимофѣевъ* (Петербургъ): Вопросъ—чисто принципіальный: кому поручать уходъ за душевно-больными? Интеллигентному человѣку или прислугѣ—человѣку отъ сохи? 2-хъ мнѣній, кажется, тутъ быть не можетъ. Въ Домѣ призрѣнія сдѣлана попытка, и очень, по моему мнѣнію, удачная, передачи ухода за душевно-больными въ руки интеллигентнаго человѣка и главнымъ образомъ интеллигентной женщины. Полагаю, что развитіе даннаго дѣла можетъ идти только по этому пути.

*А. Д. Коцовскій* (Кишиневъ): Вопросъ о введеніи женскаго персонала вопросъ огромной важности, но возможно-ли ввести его во всѣ отдѣленія больницы? Мой практическій опытъ привелъ меня къ выводу, что женскій персоналъ является идеальнымъ въ слабыхъ отдѣленіяхъ и въ лазаретѣ; въ безпокойныхъ же мужскихъ отдѣленіяхъ онъ, къ сожалѣнію, не далъ столь положительныхъ результатовъ, чтобы стоять за введеніе его и здѣсь. Впрочемъ, мнѣнія, высказанныя другими врачами, заставляютъ меня все-таки продолжать опыты въ этомъ направленіи. Думаю, однако, что, если вопросъ о женскомъ персоналѣ стоитъ такъ категорически, то это потому, что до послѣдняго времени намъ не удавалось привлечь въ больницы достаточное количество интеллигентнаго мужского персонала, въ противоположность женскому. Нѣтъ сомнѣнія, что съ теченіемъ времени, когда общій культурный уровень повысится, а, главное, намъ удастся улучшеніемъ матеріальныхъ условій привлечь интеллигентный мужской персоналъ въ достаточномъ количествѣ, мы не будемъ относиться къ нему столь отрицательно, какъ теперь. Что касается вопроса о повышеніи уровня нашего служебнаго персонала, то было-бы страннымъ отрицать важность поднятія въ немъ культурности. Но какъ этого достигнуть? Лишь улучшеніемъ матеріальныхъ условій, сокращеніемъ рабочаго дня, численнымъ увеличеніемъ служительскаго персонала и введеніемъ большаго персонала помощниковъ надзирателей достигается возможность имѣть прекрасный персоналъ, для котораго такія занятія, какъ лекціи, чтенія съ туманными картинами и т. п. являются важнымъ элементомъ въ смыслѣ спеціальной подготовки.

Въ заключеніе преній Отдѣлъ постановилъ—внести въ программу будущаго X Пироговскаго Съѣзда вопросъ «объ ухаживающемъ персоналѣ въ заведеніяхъ для душевно-больныхъ».

*Н. Н. Топорковъ* (Казань). *О необходимости борьбы съ бугорчаткой въ лѣчебницахъ для душевно-больныхъ.* Многочисленными статистическими изслѣдованіями установлено, что смертность отъ бугорчатки въ психіатрическихъ заведеніяхъ въ нѣсколько разъ превосходитъ смертность отъ нея въ общемъ населеніи. По русскимъ отчетамъ, въ виду крайней разнородности заключающихся въ нихъ данныхъ, трудно составить себѣ точное представленіе о распространеніи бугорчатки въ психіатрическихъ заведеніяхъ. Во всякомъ случаѣ, нужно думать, что дѣйствительный % смертности отъ бугорчатки въ русскихъ заведеніяхъ выше того средняго % (20%), который вычисляется на основаніи суммарнаго разбора данныхъ, доставляемыхъ психіатрическими отчетами. Если выдѣлить изъ таблицъ смертности въ этихъ отчетахъ лишь тѣ цифры, которыя основываются на патолого-анатомическихъ вскрытіяхъ, то % смертности отъ бугорчатки равняется уже 25. Наличный % больныхъ бугорчаткой достигаетъ въ нѣкоторыхъ русскихъ больницахъ вмѣстѣ со случаями подозрительными почтенной цифры—35. Такое распространеніе бугорчатки въ психіатрическихъ заведеніяхъ необходимо считать результатомъ взаимодѣйствія нѣсколькихъ причинъ: 1) Особаго предрасположенія душевно-больныхъ къ бугорчаткѣ вслѣдствіе ослабленія сопротивляемости ихъ организма вообще, обусловливаемаго во многихъ случаяхъ рѣзкимъ растройствомъ дыханія и кровообращенія, упадкомъ питанія, крайнимъ нарушеніемъ двигательныхъ проявленій больного и т. д.; 2) неудовлетворительными гигіэническими условіями, царящими въ большинствѣ переполненныхъ психіатрическихъ больницъ; 3) отсутствіемъ въ практической психіатріи сколько-нибудь раціонально поставленной борьбы съ распространеніемъ бугорчатки. Коренная мѣра—полное обособленіе больныхъ бугорчаткой—не примѣняется почти нигдѣ на Западѣ и ни въ одной изъ психіатрическихъ лѣчебницъ въ Россіи; другія предохранительныя мѣры—обеззараживаніе мокроты, испражненій и пр., оставляютъ желать многаго въ смыслѣ строгаго, систематическаго проведенія ихъ. Во всѣхъ почти русскихъ лѣчебницахъ (немного лучше дѣло обстоитъ и на Западѣ) больные бугорчаткой разсѣяны среди другихъ больныхъ. Они безпрепятственно расплевываютъ и разбрасываютъ свою заразительную мокроту, пачкаютъ бѣлье, платье, постельныя принадлежности, заражаютъ посуду. Сколько-нибудь систематическаго собиранія и обеззараживанія мокроты больныхъ почти не примѣняется. Да трудно и разсчитывать, чтобы душевно-больные прониклись мыслью, что нужно, напр., плевать въ опредѣленномъ мѣстѣ, въ плевательницы, если даже душевно-здоровые лишь съ большимъ трудомъ дисциплинируются въ этомъ направленіи. Еще меньше обращается вниманія на испражненія больныхъ бу-

Digitized by Google

горчаткой, между тѣмъ какъ, согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ, они, можетъ быть, играютъ даже большую и, во всякомъ случаѣ, очень важную роль въ разсѣиваніи бугорчатковой палочки. Относительно результатовъ такого порядка вещей не приходится блуждать въ области предположеній, такъ какъ въ статистическихъ изслѣдованіяхъ, посвященныхъ разбираемому вопросу, мы находимъ категорическія указанія на то, что большинство умирающихъ отъ бугорчатки въ психіатрическихъ заведеніяхъ заражаются ею за время пребыванія въ послѣднихъ; нѣкоторые изъ русскихъ товарищей приводятъ въ своихъ отчетахъ личныя наблюденія, гдѣ душевнобольные заражались бугорчаткой, находясь въ стѣнахъ психіатрическихъ лѣчебницъ. Въ тѣхъ-же отчетахъ можно найти, правда, единичныя указанія и на случаи зараженія бугорчаткой прислуги и служащихъ въ психіатрическихъ больницахъ. Нельзя, кромѣ того, игнорировать такія неблагопріятныя въ смыслѣ вліянія на общественное здоровье, явленія, какъ выписка изъ лѣчебницъ поправившихся или непоправившихся больныхъ, многіе изъ которыхъ приносятъ домой полученную въ психіатрическомъ заведеніи бугорчатку. Бугорчатка представляетъ слишкомъ большое зло въ дѣлѣ психіатрическаго призрѣнія и лѣченія, и по отношенію къ нему необходима активная борьба. Общія гигіэническія и діэтетическія мѣры будутъ недостаточны въ этой борьбѣ. Необходимы мѣропріятія, имѣющія въ виду специфическую природу бугорчатковой заразы и специфическія условія ея распространенія. Кореннымъ способомъ въ этомъ смыслѣ будетъ полное уединеніе такихъ больныхъ. Посредствомъ этого уединенія будетъ достигаться двоякая цѣль: ослабленіе до возможнаго minimum'a опасности зараженія для лицъ, не имѣющихъ бугорчатки, и болѣе цѣлесообразная постановка лѣченія лицъ, уже заболѣвшихъ бугорчаткой. Послѣдняя задача не представляется даже съ психіатрической точки зрѣнія настолько неблагодарной, какъ можно думать съ перваго раза, и психіатрическая практика уже знаетъ случаи, гдѣ, направляя лѣченіе на борьбу съ бугорчаткой у больныхъ, страдающихъ на ряду съ нею острымъ душевнымъ разстройствомъ, удавалось достигнуть излѣченія той и другой болѣзни. Несомнѣнно, проведеніе въ жизнь уединенія заболѣвшихъ бугорчаткою душевнобольныхъ въ томъ видѣ, какъ это считается необходимымъ по отношенію къ душевно-здоровымъ, составитъ довольно крупную реформу въ дѣлѣ психіатрическаго лѣченія. Осуществленіе этой реформы, если-бы принципіально была признана ея необходимость, потребуетъ значительныхъ матеріальныхъ затратъ. Во всякомъ случаѣ, это—дѣло сравнительно далекаго будущаго. Задача ближайшаго будущаго выяснить количественную сторону вопроса. Когда путемъ строгой и точной записи будетъ установлено дѣйствительное число больныхъ бугорчаткой въ различныхъ психіатрическихъ больницахъ, тогда можно будетъ въ болѣе и менѣе конкретной формѣ представить себѣ и трудности, съ которыми будетъ сопряжено проведеніе въ жизнь принципа уединенія такихъ больныхъ, и матеріальныя затраты, которыя для этого потребуются. Задача настоящаго времени—настойчивое проведеніе въ жизнь психіатрическихъ заведеній всѣхъ возможныхъ паллiативныхъ мѣръ по предохраненію отъ бугорчатки, которыя признаются необходимыми современной медициной.

Преній не послѣдовало.

*К. О. Ноишевскій* (Двинскъ). *Псейдогаллюцинаціи зрѣнія.* Положенія: 1. Зрительныя псейдогаллюцинаціи необходимо отличать не только отъ истинныхъ зрительныхъ галлюцинацій, но и отъ навязчивыхъ произведеній памяти и воображенія. 2. Главное, основное и при томъ имѣющее громадное клиническое значеніе отличіе псейдогаллюцинацій зрѣнія состоитъ въ отношеніи ихъ къ двигательнымъ актамъ, а именно, въ то время, какъ истинныя зрительныя галлюцинаціи ведутъ себя подобно дѣйствительнымъ предметамъ, псейдогаллюцинаціи ведутъ себя подобно послѣдовательнымъ образамъ сѣтчатки. 3. Представленіе о зрительной величинѣ предмета при истинной зрительной галлюцинаціи и при зрительной псейдогаллюцинаціи не только различно, но и противоположно. 4. Сравненіе зрительнаго псейдогаллюцинаторнаго образа съ истиннымъ галлюцинаторнымъ показываетъ, что истинный галлюцинаторный образъ находится въ прочной связи съ опредѣленнымъ двигательнымъ актомъ, тогда какъ псейдогаллюцинаторный находится въ непрочной связи съ двигательнымъ актомъ, и связь эта легко можетъ быть замѣщена новой.

*Н. В. Краинскій* (Вильна), соглашаясь съ докладчикомъ и отдавая полную справедливость значенію двигательныхъ ощущеній, полагаетъ однако, что псейдо-галлюцинаціи суть только большія по силѣ и напряженію субъективныя ощущенія. Дѣйствительная галлюцинація характеризуется проэцированіемъ во внѣшній міръ, при чемъ она стоитъ внѣ временной и пространственной связи съ реальными воспріятіями. Нельзя согласиться съ мнѣніемъ, будто-бы псейдо-галлюцинація есть чуждый нашему «я» элементъ; поскольку она субъективно ощущается, она равно принадлежитъ тому, кто ее переживаетъ, также какъ и всѣ ощущенія, образы воспоминаній, фантазіи и настоящія галлюцинаціи. Одна проэкція во внѣшній міръ не исчерпываетъ различія между истинной галлюцинаціей и псейдо-галлюцинаціей, такъ какъ проэцироваться могутъ и образы воспоминанія и фантазіи. Двигательный-же элементъ свойственъ также и простымъ представленіямъ, сколько, напр., и слуховымъ и обонятельнымъ галлюцинаціямъ.

Проф. *В. Ф. Чижъ* (Юрьевъ) полагаетъ, что докладчикъ дополнилъ уже указанное различіе между галлюцинаціями и псейдогаллюцинаціями и далъ объективный признакъ для ихъ разграниченія. Дѣйствительно, при галлюцинаціи происходятъ тѣ-же двигательные акты, что и при настоящемъ воспріятіи, почему больной и не можетъ отличать галлюцинаціи отъ воспріятія дѣйствительности. Докладчикъ указалъ, что больной можетъ отвернуться отъ галлюцинаціи, и намъ понятно, почему. При псейдогаллюцинаціи двигательные акты совсѣмъ не тѣ, что при дѣйствительномъ воспріятіи, почему больные отличаютъ псейдо-галлюцинаціи отъ воспріятій дѣйствительности и, какъ указалъ докладчикъ, не могутъ отвернуться отъ псейдо-галлюцинація. Такимъ образомъ докладчикъ далъ весьма цѣнный отличительный признакъ, которымъ можно пользоваться, вполнѣ понимая патогенезъ явленія.

Проф. *Я. А. Анфимовъ* (Харьковъ): Псейдо-галлюцинаціи—это, по *Кандинскому*, галлюциноиды, т. е. недоразвившіяся галлюцинаціи. Разница между ними слѣдующая: 1) съ галлюцинаціями больной ощущаетъ иннервационныя движенія въ извѣстномъ органѣ чувствъ, а при псейдо-галлюцинаціяхъ нѣтъ этихъ ощущеній и нѣтъ вообще чувства внутренней работы (или послѣдняя чрезмѣрно мала); 2) галлюцинаціи всегда проэцированы въ пространство, а псейдо-галлюцинаціи—за предѣлы тѣла не выходятъ; 3) общее между тѣми и другими остается свойство чуждости для «я» этихъ обоего рода обмановъ чувствъ.

*К. О. Ноишевскій* (Двинскъ). *Вибраціонная чувствительность.* Положенія: 1. То, что *Treitel* назвалъ вибраціонной чувствительностью, оказалась на самомъ дѣлѣ волосковой чувствительностью. 2. Настоящую вибраціонную чувствительность изслѣдовалъ *Egger*, но далъ ей неправильное, какъ показали изслѣдованія докладчика въ 1900 г., объясненіе и названіе, обозначивъ ее костной чувствительностью. 3. *Rydel* и *Seiffer* изслѣдовали чувствительность, названную *Egger*'омъ костной, и тоже нашли, что ей дано неправильное объясненіе и названіе, а поэтому предложили чувствительность эту наименовать паллэстезіей (pallaesthesia). 4. Докладчикъ предлагаетъ изслѣдовать вибраціонную чувствительность не временемъ ощущенія на различныхъ мѣстахъ тѣла вибраціи одного какого-нибудь камертона, но обозначать степень чувствительности тѣми числами вибрацій, которыя изслѣдуемыми еще ощущаются, при чемъ, по докладчику, чѣмъ слабѣе чувствительность къ вибраціямъ, тѣмъ рѣже должны быть вибраціи для того, чтобы ихъ можно было ощущать. 5. Докладчикъ считаетъ необходимымъ согласиться на одно какое-нибудь названіе чувствительности, которую одни называютъ костной, другіе—паллэстезіей, третьи—вибраціонной чувствительностью.

Ч. пр. *В. П. Осиповъ* (Петербургъ) поддержалъ предложеніе докладчика о желательности установленія опредѣленной номенклатуры для однородныхъ понятій, какъ вибраціонная чувствительность и паллэстезія.

Ч. пр. *Г. И. Россолимо* (Москва): Изслѣдованія ч. пр. *Л. С. Минора* привели его къ заключенію, что роль костей въ вопросѣ о вибраціонномъ чувствѣ должна быть сведена къ простому процессу механическаго сотрясенія кости, передаваемаго другимъ тканямъ—надкостницѣ, связкамъ, соединительной ткани и кожѣ. Но, по моему мнѣнію, и роль кожи здѣсь едва-ли особенно велика, и при воспріятіи ею вибрацій камертона скорѣе можно думать о натяженіи подкожной клѣтчатки; это подтверждается, между прочимъ, и тѣмъ, что при полной анэстезіи какой-либо области поставленный на нее камертонъ вызываетъ ощущеніе, благодаря передачѣ посредствомъ натяженія на сосѣднія, чувствительныя области.

Digitized by Google

*М. И. Капланъ* (Варшава): Докладчикъ приписываетъ способность воспринимать дрожаніе камертона на костяхъ (костная чувствительность) большему или меньшему отсутствію подкожной клѣтчатки и въ зависимости отъ этого говоритъ, что кости черепа слабѣе воспринимаютъ колебанія камертона. Но проф. *А. Е. Щербакъ* и д-ръ *А. Г. Науманъ* показали, что ослабленіе костной чувствительности на черепѣ зависитъ отъ слуховыхъ впечатлѣній, воспринимаемыхъ находящимся здѣсь вблизи органомъ слуха. Вообще слуховыя впечатлѣнія дѣйствуютъ подавляющимъ образомъ на костную вибраціонную чувствительность. Въ этомъ можно убѣдиться на простомъ примѣрѣ: если поставить ножки звучащаго камертона на выдающуюся часть пальца (головку пястной кости), то, приближая конечность все больше и больше къ уху, мы замѣчаемъ значительное ослабленіе вибраціоннаго чувства.

*И. И. Ивановъ* (Варшава) выразилъ удивленіе, что докладчикъ совершенно игнорировалъ русскую литературу, имѣющую, между тѣмъ, весьма важныя работы, посвященныя данному вопросу и дающія гораздо лучшее его освѣщеніе, чѣмъ предлагаемое докладчикомъ; напр., извѣстныя наблюденія проф. *А. Е. Щербака*, спеціально занимавшагося этимъ предметомъ въ теченіи 2-хъ послѣднихъ лѣтъ и напечатавшаго уже цѣлый рядъ изслѣдованій, какъ-будто, остаются до сихъ поръ совершенно неизвѣстными докладчику или почему-то игнорируются имъ.

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что онъ привелъ въ своемъ докладѣ работы и проф. *А. Е. Щербака*, хотя онѣ непосредственно и не касаются предмета его изслѣдованія, такъ какъ его занимаетъ вопросъ о вибраціонной чувствительности, а не о вліяніи вибраціи на сухожильные рефлексы и мышечный тонусъ. Что-же касается работы ч. пр. *Л. С. Минора*, то она появилась очень недавно, и онъ еще не успѣлъ съ ней въ достаточной мѣрѣ познакомиться.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

---

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

---

### *LXIII. Съѣздъ анатомовъ въ Jen'ѣ 18—22 апрѣля 1904 г. (Die Versammlung der anatomischen Gesellschaft).*

Съѣзды анатомическаго Общества, правильно повторяющіеся каждый годъ, собираютъ анатомовъ со всего міра. На послѣднемъ Съѣздѣ присутствовали: *Kölliker*, *Waldeyer*, *Merkel*, *Barfourth*, *Keibel*, *Roux* изъ Германіи, *Kollmann*, *Leboucq*, *van der Stricht* изъ Швейцаріи, *Retzius* изъ Швеціи и много другихъ изъ Франціи, Австріи и даже Америки; изъ Россіи былъ проф. *В. Н. Тонковъ*.

Съѣздъ продолжается всего 3 дня; на немъ заслушивается около 25 докладовъ, и, что имѣетъ особый интересъ, они всѣ сопровождаются обильными демонстраціями. Почти все, о чемъ сообщается въ литературѣ по этой спеціальности за послѣдній годъ, показывается на Съѣздѣ, что, конечно, даетъ возможность во-очію убѣдиться въ правильности заключенія автора и оцѣнить тотъ матеріалъ, на основаніи котораго онъ дѣлаетъ свои выводы.

Я не имѣю въ виду подробно излагать всѣ доклады, сообщенные на Съѣздѣ, и лишь вкратцѣ остановлюсь на нѣкоторыхъ, представляющихъ интересъ не для однихъ спеціалистовъ-анатомовъ.

1-ый вопросъ, который обсуждался на Съѣздѣ и вызвалъ много разногласій, это—доклады *O. Schultze* (Würzburg) и *Kölliker*'а (Würzburg) о *развитіи периферической нервной системы*, при чемъ оба докладчика пришли къ совершенно противоположнымъ результатамъ. *O. Schultze* изслѣдовалъ развитіе периферическихъ нервныхъ сплетеній у различныхъ, преимущественно низшихъ, позвоночныхъ животныхъ и пришелъ къ заключенію, что периферическіе нервы развиваются совершенно независимо отъ центральной нервной системы. По ходу развивающихся нервовъ, какъ показываютъ его наблюденіе, имѣются особыя клѣтки, аналогичныя клѣткамъ *Schwann*'овской оболочки, которые являются источникомъ новыхъ нервныхъ волоконецъ. Такимъ образомъ периферическіе нервы не являются производными центральной нервной системы, не представляютъ отщепившіяся части ея, а составляютъ совершенно самостоятельныя, независимыя образованія, что рѣзко противорѣчитъ современной теоріи нейроновъ.

*Kölliker*, одинъ изъ создателей этой теоріи, остался вѣренъ ей, признавая, что всѣ нервныя окончанія и периферическіе нервы суть продолженія отростковъ клѣтокъ центральной нервной.

Въ преніяхъ по поводу этихъ сообщеній большинство высказывалось въ пользу теоріи нейроновъ, но *Barfourth* (Rostok) привелъ одно интересное наблюденіе, говорящее въ пользу ученія *O. Schultze*. При опытахъ съ возрожденіемъ нервовъ *Barfourth* могъ замѣтить, что не только центральный, но и периферическій участокъ перерѣзаннаго нерва способенъ въ большей или меньшей степени къ возрожденію, чего нельзя было-бы понять безъ признанія существованія въ немъ элементовъ, способныхъ создавать новыя нервныя волокна.

*Gustav Retzius* (Stockholm) сообщилъ свои наблюденія «*о т. наз. осязательныхъ буграхъ на рукѣ и ногѣ человѣка*». Эти осязательные бугры (на ладони и на подошвѣ) находятся въ развитомъ состояніи у обезьянъ и у хищныхъ. Какъ показало открытіе *G. Retzius*'а, они имѣются также и у человѣка, но только во время зародышевой жизни, именно до 3-го мѣсяца ея; затѣмъ они постепенно уменьшаются и ко времени рожденія исчезаютъ совсѣмъ.

Не малый интересъ возбудило сообщеніе *Martin*'а *Ramström*'а (Lund, Швеція), изслѣдовавшаго *происхожденіе и ходъ нервовъ пристѣночной брюшины* (*передней брюшной стѣнки*). Онъ нашелъ въ ней многочисленные нервные стволы, отдающіе множество тонкихъ вѣтвей въ брюшную стѣнку, гдѣ онѣ образуютъ густыя сплетенія.

*F. Hochstetter* и *A. Schaper* въ своихъ докладахъ отрицали, вопреки *His*'у, существованіе нѣкоторыхъ *бороздъ въ мозгу зародышей*, объясняя ихъ появленіе недостаточно удачнымъ сохраненіемъ мозга.

*Fr. Meves* (Kiel) описалъ и чрезвычайно ясно представилъ на препаратахъ весьма интересную и своеобразную *особенность красныхъ кровяныхъ тѣлецъ саламандры*, именно существованіе рода спиральныхъ волоконъ въ периферическомъ поясѣ тѣлецъ. Значеніе и происхожденіе этихъ спиралей неясно.

*Braus* (Heidelberg) *пересаживалъ зачатки конечностей* головастиковъ жабъ на другія мѣста тѣла и получилъ рядъ положительныхъ данныхъ. Эти зачатки прекрасно прирастали и давали вполнѣ развитыя конечности. Между прочимъ, представляетъ не малый интересъ, въ pendant къ докладу *O. Schultze*, тотъ фактъ, что въ этихъ зачаткахъ развивались нервы и нервныя сплетенія, хотя, конечно, зачатки эти были совершенно разобщены отъ центральной нервной системы.

*Bertha de Vriese* (Genf) изслѣдовала *артеріи основанія мозга* у зародышей, дѣтей и взрослыхъ и получила тотъ интересный фактъ, что снабженіе кровью мозга человѣческихъ зародышей носитъ примитивный характеръ, уподобляясь мозгу животныхъ, а именно первоначально снабжается мозгъ только черезъ 1 сосудъ—черезъ сонную артерію и только позднѣе присоединяется къ ней позвоночная артерія; обычно же предполагалось, что снабженіе кровью мозга идетъ съ самаго начала по обоимъ путямъ.

*E. Ballowitz* (Greifswald) на основаніи своихъ наблюденій и изученія сообщенныхъ въ литературѣ случаевъ *ненормально большого числа пальцевъ* пришелъ къ заключенію, что здѣсь имѣется дѣло не съ явленіемъ атавизма, а съ неправильностью развитія.

*J. Hofbauer* (Wien) рядомъ препаратовъ показалъ, что въ *ворсинки хоріона могутъ проникать* путемъ всасыванія *твердыя тѣла* (Berlin'ская лазурь) и жиры.

*Kollmann* (Basel) показалъ рѣдкій случай существованія *черепно-глоточнаго канала* (canalis craniopharyngeus) у человѣка.

Интересныя наблюденія о способности *яйца амфибій* возрождаться послѣ глубокихъ разрушеній его сообщилъ *A. Gurwitsch* (Bern). Онъ подвергалъ яйца быстрому центрифугированію въ теченіи 10—15 м., такъ что въ нихъ совершенно раздѣлялись другъ отъ друга жидкія и плотныя части протоплазмы. Не смотря на столь глубокое нарушеніе, протоплазма вскорѣ вновь принимала свое прежнее строеніе, и яйцо оказывалось способнымъ къ дальнѣйшему развитію.

*Keibel* (Freiburg) показалъ рѣдкій матеріалъ по *развитію обезьянъ*.

Сообщеніе *O. Vogt*'а имѣло собственно значеніе предъявленія того способа, котораго держатся при преподаваніи и изученіи строенія мозга въ Berlin'ской нейробіологической лабораторіи. Лабораторія эта представляетъ 1-ый опытъ устройства т. наз. учебнаго музея для изученія мозга. Какъ извѣстно, такихъ учебныхъ анатомическихъ музеевъ вообще немного; они имѣются въ Basel'ѣ (*Kollmann*), въ Würzburg'ѣ (*Stöhr*), въ Бреславлѣ и у насъ въ Петербургѣ въ Женскомъ Медицинскомъ Институтѣ (*В. Н. Тонковъ*). Значеніе этихъ музеевъ, съ одной стороны облегчающихъ учащимся изученіе анатоміи, а съ другой—реализирующихъ мертвый и иначе почти безполезный матеріалъ, ясно для каждаго. Berlin'ская нейробіологическая лабораторія располагаетъ выставленными въ извѣстной системѣ 100000 срѣзами мозга, свѣтописные снимки съ которыхъ собраны въ атласы, предоставляемые въ распоряженіе учащихся. Рядъ этихъ снимковъ былъ показанъ *Vogt*'омъ на Съѣздѣ. Къ той же категоріи относится также предъявленіе *Scheffer*'а (Berlin). Этимъ путемъ достигается чрезвычайная отчетливость и ясность рисунковъ, которыя въ иныхъ случаяхъ могутъ почти замѣнить анатомичестій препаратъ. Значеніе этого способа, впрочемъ, уже признано многими, и въ большей или меньшей степени имъ пользуются въ различныхъ Институтахъ для различныхъ демонстрацій. Изъ предъявленій, къ докладамъ не относящихся, слѣдуетъ упомянуть *о препаратахъ нервныхъ клѣтокъ*, показанныхъ *Retzius*'омъ. Онъ обрабатывалъ мозгъ по новому способу *Ramon y Cajal*'я (возстановленіе серебра) и получилъ чрезвычайно отчетливыя картины нейрофибриллъ въ нервныхъ клѣткахъ. Хотя эти факты уже добыты самимъ *Ramon y Cajal*'емъ, а ранѣе тоже самое получалъ и *Bethe*, но въ виду рѣдкости такихъ препаратовъ—предъявленіе *Retzius*'а возбудило большой интересъ.

Изъ русскихъ проф. *В. Н. Тонковъ* показалъ *препараты развитія селезенки* и *В. Я. Рубашкинъ*—*препараты нейрогліи*.

*В. Рубашкинъ*.

Digitized by Google

## LXIV. *Изъ акушерско-гинекологическаго Общества при Московскомъ Университетѣ.*

(Засѣданіе 25-го февраля).

*В. Э. Шлейеръ. Къ вопросу объ аппендицитѣ при беременности.* Въ литературѣ описано не мало случаевъ воспаленія червеобразнаго отростка у беременныхъ. Всѣ авторы отмѣчаютъ тяжелое теченіе ихъ у беременныхъ и громадную смертность (по *Pinard*'у 27%); беременность-же въ большинствѣ случаевъ оканчивается до срока, особенно тамъ, гдѣ воспаленіе червеобразнаго отростка сразу принимаетъ тяжелое теченіе и имѣются явленія воспаленія брюшины. Прекращеніе беременности въ такихъ случаяхъ—обычное явленіе, а сохраненіе ея до срока нужно считать исключеніемъ. Брюшина беременныхъ по *Hlawacek*'у, вслѣдствіе своего полнокровія, является предрасположенной къ заболѣванію воспаленіемъ; ея способность быстро образовывать склейки и спайки вокругъ заразныхъ очаговъ значительно ослабляется; ослабляется и способность быстраго всасыванія. Поэтому-то разлитое воспаленіе брюшины у беременныхъ при заболѣваніи червеобразнаго отростка встрѣчается чаще, чѣмъ въ обыкновенныхъ случаяхъ этой болѣзни. Движенія беременной матки, вызывая по временамъ нарушеніе равновѣсія брюшныхъ органовъ и непосредственно травматизируя первичный очагъ заболѣванія, обусловливаютъ развитіе воспаленія брюшины; родовая-же дѣятельность, нарушая срощенія, образовавшіяся вокругъ гнойныхъ скопленій, способствуетъ разлитію гноя и тѣмъ заражаетъ дальше брюшину. Кромѣ того, беременная матка часто приходитъ въ непосредственное соприкосновеніе съ гнойнымъ очагомъ своей стѣнкой, чаще-же своими высоко поднятыми придатками. Такъ, въ одномъ изъ нижеприводимыхъ случаевъ при опорожненіи гнойника въ правой подвздошной ямкѣ правые придатки плавали въ гною. Отсюда понятно, насколько вредоносенъ родовой актъ при заболѣваніяхъ воспаленіемъ червеобразнаго отростка и насколько нежелательно его наступленіе. Помимо непосредственнаго соприкосновенія съ заразнымъ очагомъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступленіе выкидыша или преждевременныхъ родовъ можно объяснить вліяніемъ ядовитыхъ продуктовъ, обращающихся въ крови заболѣвшихъ воспаленіемъ червеобразнаго отростка; доношенные-же плоды вслѣдствіе тѣхъ-же причинъ въ большинствѣ случаевъ рождаются мертвыми или умираютъ вскорѣ послѣ рожденія. Воспаленіе червеобразнаго отростка, по мнѣнію *Sonnenburg*'а, служитъ причиной происхожденія во многихъ случаяхъ воспаленій около маточной клѣтчатки.—Докладчикъ сообщилъ о 4-хъ такихъ случаяхъ, наблюдавшихся имъ въ Бахрушинской больницѣ. 1. М. Е., 31 г., поступила 24/XI 1903 г. Беременна на 4-мъ мѣсяцѣ; беременность 11-ая. 4 дня назадъ появились сильныя боли въ правой $^1/_2$ живота; черезъ 2 дня—знобъ и жаръ, схваткообразныя боли распространились на весь животъ. При поступленіи 39°,7; п. 120, правильный; животъ вздутъ, напряженъ; газы не отходятъ. Распознано воспаленіе червеобразнаго отростка. При операціи 25/XI найденъ воспалительно-инфильтрированный сальникъ и подъ нимъ рѣзко гиперемированныя и покрытыя фибринознымъ налетомъ кишки. Глубже былъ найденъ конецъ правой трубы, представлявшій такія-же воспалительныя измѣненія. Отклонивъ кишки въ сторону, вскрыли гнойникъ съ рѣзкимъ каловымъ запахомъ; такіе-же гнойники попадались и между другими петлями кишекъ. Найденный червеобразный отростокъ, помимо воспалительной набухлости, на концѣ омертвѣлъ и содержалъ каловый камень; отростокъ отрѣзанъ у основанія. Брюшная рана дренирована. При перевязкѣ, на 5-й день послѣ операціи,—много отдѣляемаго изъ раны; 38°,1. На 7-й день замѣчена отечность праваго влагалищнаго свода и зыбленіе. На слѣдующій день—знобъ, потъ и схваткообразныя боли въ животѣ, затѣмъ произошелъ выкидышъ (плодъ мацерированный). Черезъ часъ, въ виду сильнаго кровотеченія, послѣдъ удаленъ рукой и не сокращавшаяся матка затампонирована марлей, смоченной въ растворѣ $1^1/_2$-хлористаго желѣза. Больная была почти безъ пульса; подъ кожу впрыснутъ соляной растворъ; камфора, коффеинъ. На 6-й день послѣ выкидыша изъ матки появилось много гноя такого-же характера, какъ и въ ранѣ; полость матки промыта растворомъ іода; вставленъ дренажъ. Выписалась на 19-й день при общемъ хорошемъ состояніи. Брюшная рана почти закрылась совсѣмъ; матка прощупывается не ясно; въ правомъ сводѣ—рубцевое оплотнѣніе.—2. В. Г., 33 л., поступила 6/V 1903 г. Беременна на 5-мъ мѣсяцѣ; 8-ая беременность. 7 дней назадъ появились: рвота, знобъ, жаръ и сильныя боли въ правой $^1/_2$ живота. 5 лѣтъ назадъ былъ подобный-же приступъ болей; лѣчилась внутренними средствами въ больницѣ. Съ тѣхъ поръ боли въ правой $^1/_2$ живота появлялись очень часто и особенно усиливались и сопровождались лихорадочнымъ состояніемъ во время 2-хъ беременностей, бывшихъ въ этотъ промежутокъ времени. При изслѣдованіи найдены: животъ вздутъ, очень болѣзненъ; прощупывается беременная матка, справа въ области слѣпой кишки набухлость, съ куриное яйцо; 37°,4; п. 100. На 8-й день болѣзни—операція. По вскрытіи брюшной полости найденъ прилежащій воспаленный сальникъ; при отстраненіи его кверху и разрушеніи сроценій появился вонючій гной и выпала правая труба, рѣзко воспаленная и помѣщавшаяся въ полости самаго гнойника. Червеобразный отростокъ, рѣзко воспаленный и утолщенный, найденъ подъ кишкой; онъ былъ отрѣзанъ. Брюшная рана дренирована. Послѣ операціи температура была не выше 37°,9, п. 80—90. Черезъ 2 недѣли по поступленіи совершился выкидышъ, и затѣмъ больная стала быстро поправляться.—3. Д. М., 27 л., поступила 2/VIII 1903 г. 3 дня назадъ начались сильныя боли въ правомъ боку; появились лихорадка, тошнота, рвота; 38°,2; п. 120, правильный. Животъ вздутъ и очень болѣзненъ, особенно въ правой $^1/_2$. Беременна на 8-мъ мѣс. Черезъ 2 дня послѣ поступленія (на 5-й день болѣзни)—операція. По вскрытіи инфильтрированной брюшины выдѣлилось около $^1/_2$ стакана вонючаго гноя; среди петель кишекъ найдены отдѣльные гнойники. Червеобразный отростокъ, омертвѣвшій на концѣ, найденъ припаяннымъ подъ кишкой; онъ съ трудомъ былъ отдѣленъ и отрѣзанъ. Въ полость брюшины вставленъ дренажъ. На другой день общее состояніе нѣсколько улучшилось. Къ часу дня появились схватки, и вскорѣ родился живой младенецъ, вскорѣ умершій. Приращенный послѣдъ отдѣленъ рукой. Къ ночи стало хуже, и больная умерла при явленіяхъ воспаленія брюшины.—4. Г. З., 29 л., поступила 29/III 1903 г. Беременна на 6-мъ мѣс. 5 мѣсяцевъ назадъ появились боли въ правомъ боку. Чрезъ 2 мѣсяца боли возобновились и сопровождались рвотой и лихорадочнымъ состояніемъ; лѣчилась опіемъ; черезъ 2 дня боли стихли. Съ недѣлю назадъ боли возобновились, температура поднялась до 38°,1, и такъ дѣло продолжалось до 19/III, когда къ этому присоединились схватки. Поступила въ Родильный пріютъ съ зѣвомъ, открытымъ на 4 пальца. Поперечное положеніе. Сдѣланъ поворотъ на ножку, и извлеченъ мертвый младенецъ; послѣдъ вслѣдствіе кровотеченія удаленъ рукой. Послѣ опорожненія матки ясно стала замѣтна большая болѣзненная набухлость въ правой подвздошной ямкѣ. Въ дальнѣйшемъ послѣдовало быстрое улучшеніе; температура все время оставалась нормальной. На 12-й день больная выписалась, но еще съ порядочной набухлостью.—Изъ 4-хъ выше описанныхъ больныхъ 3 были оперированы; умерла 1. У всѣхъ беременность произвольно прекратилась до срока, причемъ въ 1 случаѣ послѣ преждевременныхъ родовъ наступило рѣзкое ухудшеніе и быстрая смерть. Въ другомъ случаѣ, наоборотъ, послѣ того какъ плодъ былъ извлеченъ, замѣчено было рѣзкое улучшеніе общаго состоянія. Всѣхъ больныхъ оперировалъ *С. Ф. Чижъ* по принципу возможно ранней операціи, но тѣмъ не менѣе уже нѣсколько поздно, такъ какъ поступали онѣ въ больницу черезъ нѣсколько дней послѣ начала заболѣванія.

По мнѣнію *Д. Е. Горохова*, въ 1-ый день болѣзни оперировать не слѣдуетъ, такъ какъ трудно опредѣлить, съ какой формой воспаленія червеобразнаго отростка имѣется дѣло. Теченіе ихъ вообще очень разнообразное; бываютъ легкія катарральныя формы, не требующія операціи.

*Докладчикъ*: Въ 1-ый день болѣзни, дѣйствительно, трудно оперировать, еще и потому, что рѣдко можно получить больную въ этотъ день. Желательно главнымъ образомъ оперировать въ 1-ый день поступленія больной въ больницу и опредѣленія болѣзни. Раздѣленіе воспаленій червеобразнаго отростка на легкія—катарральныя, тяжелыя—гнойныя, омертвѣлыя и т. п. принадлежитъ *Sonnenburg*'у; но впослѣдствіи онъ самъ отказался отъ этого дѣленія, признавая невозможнымъ опредѣлять эти виды воспаленія прижизненно: объективное проявленіе болѣзни часто не соотвѣтствуетъ его анатомической формѣ.

*А. М. Эберлинъ* привелъ одинъ изъ своихъ случаевъ, гдѣ у перво-беременной на 4-мъ мѣсяцѣ, страдавшей упорными запорами, вдругъ появились ознобъ и рвота, температура поднялась до 40°; опредѣлено было воспаленіе червеобразнаго отростка. Операціи д-ръ *Э.* дѣлать не рѣшился. Затѣмъ эти явленія постепенно стихли, но на 7-ой день вновь обострились; появились схватки, и произошелъ выкидышъ; послѣ него послѣдовало улучшеніе, и больная поправилась; только черезъ $1^1/_2$ года ей пришлось сдѣлать чревосѣченіе по поводу перитифлита. На основаніи этого случая д-ръ *Э.* не думаетъ, чтобы слѣдовало тотчасъ-же послѣ заболѣванія воспаленіемъ червеобразнаго отростка приступать къ чревосѣченію.

*Докладчикъ:* Несомнѣнно существуютъ такіе случаи, гдѣ воспаленіе червеобразнаго отростка можетъ разрѣшиться само собой, но у насъ нѣтъ доказательствъ, чтобы отличить такіе случаи отъ другихъ, влекущихъ за собой дурныя послѣдствія; поэтому единственной твердой почвой является операція. Операціей мы не принесемъ вреда, если даже ошибемся и найдемъ, вмѣсто гнойнаго, катарральный процессъ. Вопросъ объ операціи при воспаленіи червеобразнаго отростка подобенъ вопросу объ операціяхъ при ущемленныхъ грыжахъ; несомнѣнно существуютъ случаи ущемленныхъ грыжъ, когда ихъ можно вправить и обойтись безъ операціи, однако теперь едва-ли кто изъ хирурговъ прибѣгнетъ къ такому пріему; всякій будетъ оперировать.

По мнѣнію *Л. Н. Варнека*, не слѣдуетъ выдѣлять аппендициты при беременности въ отдѣльную группу. Не всегда при этомъ страданіи развивается воспаленіе брюшины. (Во 2-мъ изъ сообщенныхъ случаевъ воспаленія брюшины не было). Необязательно также, чтобы при каждомъ случаѣ аппендицита происходилъ выкидышъ; д-ру *В.* извѣстны случаи, гдѣ выкидыша не происходило. Только, когда начинается воспаленіе брюшины, слѣдуетъ приступать къ операціи, не смотря на то, есть беременность или нѣтъ ея; но и тутъ все дѣло заключается въ томъ, насколько выражены явленія воспаленія брюшины. Беременныя также хорошо переносятъ операцію, какъ и не беременныя.

*В. В. Кочевицкій. О метрейризѣ (на основаніи 205 случаевъ).* Предпославъ литературный очеркъ вопроса, докладчикъ разобралъ 205 случаевъ метрейриза, примѣнявшагося въ Московской акушерской клиникѣ съ 1899 г. и по 1902 г. Въ клиникѣ пользуются нѣсколько видоизмѣненнымъ кольпейринтеромъ *Braun*'а: онъ дѣлается изъ болѣе тонкой резины, совершенно грушевидной формы; размѣръ его въ поперечникѣ 6,5—7, въ длинникѣ 8—9 стм. Кольпейринтеръ и всѣ необходимые для его введенія инструменты кипятятся въ теченіи $^1/_2$ часа въ раство-

Digitized by Google

для лѣченія раненыхъ въ нынѣшнюю *Русско-Японскую* войну, для каковой цѣли Министерствомъ народнаго просвѣщенія рѣшено было передать съ 15-го апрѣля факультетскія клиники, а съ конца мая оба мѣстныя студенческія общежитія въ вѣдѣніе военнаго Министерства. *Въ видахъ-же пополненія медицинскаго персонала для ухода за больными и ранеными* ректоръ Университета проф. *М. Г. Курловъ* чрезъ особыя объявленія *обратился къ тѣмъ изъ студентовъ 3-го и 4-го курсовъ* медицинскаго факультета, которые предполагаютъ провести предстоящее лѣтнее вакаціонное время въ Томскѣ, не пожелаетъ-ли кто изъ нихъ поработать нынѣшнимъ лѣтомъ по уходу за эвакуируемыми въ Томскъ съ театра военныхъ дѣйствій ранеными воинами. Размѣръ вознагражденія студентамъ-медикамъ за труды по уходу за больными во вновь учреждаемой военной клиникѣ будетъ опредѣленъ лишь по открытіи дѣйствій послѣдней («Русь», 21 апрѣля).

821. Кружокъ Московскихъ благотворителей на собранные путемъ подписки около 50000 р. предполагаетъ устроить въ Крыму или на Черноморскомъ побережьѣ *санаторію для выздоравливающихъ раненыхъ* на Дальнемъ Востокѣ («Новое Обозрѣніе», 20 апрѣля).—Тургайское мѣстное Управленіе Краснаго Креста предлагаетъ *призрѣвать 50 больныхъ нижнихъ чиновъ, слабогрудыхъ, требующихъ лѣченія кумысомъ* («Бессарабецъ», 23 апрѣля).—Чрезвычайное Казанское губернское земское Собраніе постановило ассигновать въ распоряженіе губернской Управы *100000 р. на помощь больнымъ и раненымъ* на Дальнемъ Востокѣ. Вслѣдствіе этого губернская Управа сдѣлала распоряженіе открыть для пріема эвакуированныхъ съ театра войны больныхъ и раненыхъ воиновъ 100 больничныхъ кроватей, изъ нихъ 50 при губернской земской больницѣ и 50—въ домѣ, уступаемомъ для этой цѣли Казанскимъ дворянствомъ.—Служащіе Либаво-Роменской ж. дороги, среди которыхъ уже состоялось соглашеніе объ отчисленіи на военныя нужды 2% съ жалованья, постановили, сверхъ того, устроить въ г. Минскѣ *лазаретъ на 25 кроватей* для прибывающихъ съ Дальняго Востока больныхъ и раненыхъ и содержать его на свои средства во все время войны.—Управленіе Закавказскихъ желѣзныхъ дорогъ приступило къ устройству на добровольныя отчисленія служащими изъ ихъ жалованья *санитарнаго поѣзда* для отправки на театръ войны, принявъ на себя содержаніе медицинскаго персонала и всѣ расходы по снаряженію 6 вагоновъ для 10 офицеровъ и 40 нижнихъ чиновъ. Дамскій комитетъ желѣзнодорожныхъ служащихъ рѣшилъ снабдить поѣздъ бѣльемъ и необходимыми принадлежностями для подачи помощи больнымъ и раненымъ («Новое Время», 22 и 24 апрѣля).

822. «Сибирская Жизнь» (13 апрѣля) передаетъ, что разрѣшено *расширить Иркутскій военный госпиталь* и *временно открыть* лазаретъ на Иннокентьевской станціи.

823. Намъ сообщаютъ, что 26-го апрѣля закончились испытанія по *курсу первой помощи и объ уходѣ за ранеными* слушательницъ лекцій, организованныхъ при Русскомъ женскомъ взаимноблаготворительномъ Обществѣ въ Петербургѣ. Всѣхъ слушательницъ было 179. Читали лекціи врачи: *В. А. Волькенштейнъ, И. Д. Познанская* и *А. Н. Шабанова*.

824. Въ Калугѣ при Общинѣ Краснаго Креста открыты *6-недѣльные курсы* для подготовки сестеръ милосердія («Биржевыя Вѣдомости», 25 апрѣля).

825. Въ «Журналѣ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова» (№ 1—2) помѣщенъ докладъ д-ра *Д. Н. Жбанкова* IX Пироговскому Съѣзду *«О вліяніи частной практики на развитіе всего врачебнаго дѣла»*. Приводимъ выводы этого весьма интереснаго доклада: 1) Врачебная частная практика въ основѣ противорѣчитъ дѣлу помощи больнымъ: страданіе, какъ и всякое несчастье, не должно быть усугубляемо платой за него. 2) Платная практика должна вредно отражаться на врачахъ: больной является для врача средствомъ для жизни, а въ худшихъ случаяхъ и для наживы; отсюда — неизбѣжное желаніе имѣть больныхъ, больше больныхъ. 3) Неизбѣжное слѣдствіе такого желанія—реклама, погоня за новыми средствами, промышленныя экскурсіи и пр. 4) Платная практика унижаетъ врача въ глазахъ населенія и мѣшаетъ установленію между больнымъ и врачемъ того довѣрія, безъ котораго дѣятельность врача не можетъ быть вполнѣ плодотворна. 5) При существованіи платы отношенія между врачами и больными никогда не могутъ быть правильными: они подчиняются законамъ спроса и предложенія, купли и продажи со всѣми нежелательными послѣдствіями этого. 6) Частная практика профессоровъ-медиковъ мѣшаетъ правильному выполненію ими своихъ прямыхъ обязанностей, какъ учителей. 7) Платная практика препятствуетъ правильному развитію науки, такъ какъ главное вниманіе обращается на узко-лѣчебныя цѣли —изобрѣтеніе множества новыхъ средствъ и способовъ лѣченія, лопающихся, какъ мыльные пузыри. 8) Платная практика мѣшаетъ проведенію въ жизнь правилъ гигіены и предупредительныхъ мѣръ. 9) Врачебная помощь должна быть вездѣ общественная, и всякія непосредственныя денежныя отношенія между больными и врачами должны быть прекращены.—Авторъ предложилъ Съѣзду принять слѣдующія положенія: 1) Съѣздъ высказываетъ пожеланія, чтобы въ интересахъ науки, преподаванія и больныхъ профессора-медики получали соотвѣтственное содержаніе, но чтобы отнюдь не занимали побочныхъ мѣстъ, не открывали своихъ частныхъ лѣчебницъ и вовсе не занимались платной практикой. 2) Съѣздъ высказываетъ пожеланіе, чтобы въ интересахъ больныхъ, санитаріи и вообще исполняемаго служащими врачами дѣла всѣ служащіе врачи—земскіе, городскіе, фабричные и др.—получали соотвѣтственное содержаніе, но за то они не должны имѣть побочныхъ мѣстъ, открывать своихъ частныхъ лѣчебницъ и заниматься частной платной практикой. 3) Наконецъ, болѣзни, какъ и всякія несчастія, не должны быть облагаемы особой платой; страданія людей и трудъ врачей не должны быть выносимы на рынокъ; лѣченіе, какъ и обученіе, должно быть общедоступнымъ и безплатнымъ. Поэтому Съѣздъ признаетъ весьма желательнымъ дальнѣйшую разработку вопроса объ уничтоженіи частной практики вообще и замѣнѣ ея различными формами общественнаго устройства безплатной помощи всѣмъ больнымъ.—Изъ примѣч. къ «Докладу» видно, что Отдѣлъ общественной медицины Пироговскаго Съѣзда, на которомъ былъ прочитанъ этотъ докладъ, принялъ безъ возраженій всѣ эти пожеланія и, кромѣ того, постановилъ опросить профессоровъ-медиковъ объ отношеніи ихъ къ данному вопросу. Распорядительное Собраніе Съѣзда также приняло, большинствомъ всѣхъ противъ 1, всѣ 3 пожеланія и предложеніе собрать мнѣнія профессоровъ. На этомъ засѣданіи противъ прекращенія практики профессоровъ возражали только 4 профессора, при чемъ они настаивали главнымъ образомъ на томъ, что отъ этого пострадаютъ больные. Послѣ принятія этихъ пожеланій распорядительнымъ Собраніемъ предсѣдатель Съѣзда проф. *В. И. Разумовскій* закончилъ пренія по этому вопросу слѣдующими словами: «А все-таки хорошо, что мы приняли эти пожеланія: это окажетъ хорошее нравственное воздѣйствіе на насъ, профессоровъ».

826. Глубокоуважаемый *М. Г. Бовинъ*, секретарь Главной вспомогательной медицинской Кассы, учрежденной *Я. А. Чистовичемъ*, любезно извѣстилъ насъ, что общее Собраніе участниковъ Кассы 26-го апрѣля: 1) *назначило вновь пенсіи*: Холодковой М. А. въ 150 р., Коврейнъ О. В. (съ 2 дѣтьми) въ 250 р., Злоказовой Е. И. (вдовѣ врача) въ 200 р., Перцевой Е. И. (вдовѣ врача съ 3 дѣтьми) въ 300 р. и Войткевичъ А. П. (вдовѣ ветеринарнаго врача) 350 р.; 2) *увеличило пенсіи*: Мочульской В. И. (пенсіонеркѣ Минской Кассы) до 90 р. (вмѣсто 65 р.), Семеновой С. Л. (пенсіонеркѣ Главной Кассы) до 350 р. (вмѣсто 300 р.), Кузовковой Л. П. (пенсіонеркѣ Казанской Кассы) до 325 р. (вмѣсто 300 р.) и Квятковской А. В. (пенсіонеркѣ Главной Кассы) до 100 р. (вмѣсто 50 р.); 3) *утвердило назначеніе пособій*: Климовой А. А. (вдовѣ земскаго врача) 50 р. (изъ капитала *Е. Н. Чистовичъ*), Елагиной I. А. (матери врача) 100 р. (изъ капитала *Я. А. Чистовича*), Гловацкой Ф. Ф. (дочери врача) 25 р. (изъ капитала *Е. Н. Чистовичъ*), Жаботинской Е. Г. (вдовѣ врача) 25 р. (изъ того-же капитала), Ермаковой Н. Ф. (вдовѣ врача) 50 р. (изъ капитала *Я. А. Чистовича*), Кузовковой Л. П. (вдовѣ врача) 50 р. (изъ суммъ Главной Кассы), Головачевой П. М. (вдовѣ врача) 40 р. (оттуда-же), Завтаеву П. (сыну врача) 25 р. (изъ капитала *В. А. Манассеина*), Ле-Дантю З. С. (вдовѣ врача) 75 р. (изъ капитала *Я. А. Чистовича*), Глубоковской Е. В. (вдовѣ врача) 100 р. (изъ суммъ Главной Кассы), Деперидовичъ В. Н. (на похороны пенсіонерки Тополевой) 75 р. (оттуда-же), Шитопаловой А. И. (вдовѣ врача) 25 р. (изъ капитала *Я. А. Чистовича*), Пантелеймоновой Е. А. (вдовѣ врача) 25 р. (тоже), Поповой А. В. (вдовѣ врача) 10 р. (изъ капитала *Е. Н. Чистовичъ*), Сазановичъ-Толстяковичъ (матери врача) 10 р. (тоже), Діомидовой Н. Я. (вдовѣ врача) 10 р. (тоже), Усь Л. М. (вдовѣ врача) 50 р. (изъ капитала *Я. А. Чистовича*), Смирновой Е. М. (вдовѣ врача) 30 р. (тоже), Сотиной А. К. (вдовѣ врача) 50 р. (изъ суммъ Главной Кассы), Широкихъ Е. А. (вдовѣ врача) 100 р. (тоже), Павленко А. С. (вдовѣ врача) 25 р. (изъ капитала *Я. А. Чистовича*) и Широковой О. В. (вдовѣ врача) 25 р. (оттуда-же).

827. Московскій городской врачебный Совѣтъ, какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (22 апрѣля), обсуждалъ докладъ Коммиссіи больничныхъ врачей по вопросу *о мѣрахъ противъ нарушенія больными больничныхъ правилъ*. Исходя изъ того доказаннаго фактами соображенія, что большинство безпорядковъ происходитъ отъ некультурности и невѣжества больныхъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и отъ однообразія и стѣснительности больничной жизни, Совѣтъ, согласно предложенію Коммиссіи, въ числѣ мѣръ противъ нарушенія больничныхъ правилъ призналъ необходимымъ ввести и такія, которыя способствовали-бы поднятію уровня культурности среди больныхъ, а также вносили-бы оживленіе и достаточную свободу въ ихъ, иногда очень продолжительное, пребываніе въ больницѣ. Съ этой цѣлью Совѣтъ намѣтилъ слѣдующія мѣры для введенія ихъ въ жизнь городскихъ больницъ: 1) разумныя развлеченія для больныхъ въ видѣ устройства библіотекъ, спектаклей, музыкальныхъ исполненій, игры въ шашки, шахматы, лото; 2) соблюденіе гигіеническихъ требованій въ видѣ устройства помѣщеній для дневного пребыванія больныхъ съ подходящей мебелью, курительныхъ комнатъ, недопущенія переполненія палатъ и тѣсноты въ нихъ, пользованія прогулками на воздухѣ даже въ зимнее время; 3) возможная свобода и уваженіе къ личности больныхъ, выражающіяся въ разрѣшеніи временныхъ отлучекъ изъ больницы въ экстренныхъ случаяхъ и въ вѣжливомъ обращеніи со стороны всѣхъ больничныхъ служащихъ, при чемъ желательно, чтобы обращеніе на «Вы» сдѣлалось общеупотребительнымъ; 4) организація образовательныхъ учрежденій въ видѣ чтеній съ туманными картинами, между прочимъ, на гигіеническія темы и по возможности классовъ грамотности; 5) организація подходящаго труда: рукодѣлья, мастерскихъ сообразно составу и подбору больныхъ, при чемъ желательно имѣть при больницахъ отдѣльныя комнаты для работъ. Мѣры для прекращенія уже возникшихъ безпорядковъ и нарушенія больничныхъ правилъ должны, по мнѣнію Совѣта, состоять: 1) въ разъясненіи и увѣщаніи съ цѣлью привести къ сознанію нарушителямъ правилъ ихъ вины; 2) въ замѣчаніи, если нарушеніе произведено не въ

Digitized by Google

работавъ химизмъ и флору молока, онъ описалъ различные виды его броженія и перешелъ къ вопросу о созрѣваніи сыровъ, причемъ, помимо изученія различныхъ видовъ грибковъ, обусловливающихъ этотъ процессъ, открылъ и описалъ т. наз. казеазы, т. е. бродила, расщепляющія бѣлокъ. Эти казеазы являются первыми извѣстными намъ протеолитическими бродилами микробнаго происхожденія. Далѣе ему принадлежитъ цѣлый рядъ экспериментальныхъ и критическихъ изслѣдованій надъ свертываніемъ бѣлковыхъ веществъ и по другимъ вопросамъ біологической химіи; изслѣдованія *Duclaux* затрогиваютъ самые трудные и самые животрепещущіе отдѣлы этой еще молодой, но уже пріобрѣвшей первостепенное значеніе науки.

Трудами этими далеко не исчерпывается дѣятельность *Duclaux*. Мало того, можно безъ преувеличенія сказать, что не въ нихъ, не смотря на всю ихъ важность и интересъ, его главная заслуга. Обладая обширнымъ, энциклопедическимъ образованіемъ и знаніями (одинъ перечень послѣдовательно занимаемыхъ имъ каѳедръ достаточно указываетъ на это), столь рѣдкимъ въ наше время все ростущей спеціализаціи, одаренный блестящими способностями оратора и писателя, *Duclaux* значительную часть своего времени и энергіи посвятилъ занятіямъ общими вопросами, затрогивающими одновременно области химіи, физики и біологіи. Читанные имъ курсы и написанныя въ этомъ направленіи работы содержатъ въ себѣ ясное изложеніе и сопоставленіе данныхъ, добытыхъ въ различныхъ отдѣлахъ знанія, глубокую критическую оцѣнку, различавшую жизненное и существенное отъ массы малоцѣннаго матеріала, столь обильно накопляемаго въ наукѣ. Разобраться въ хаосѣ огромнаго количества работъ часто бываетъ не подъ силу научному работнику, особенно начинающему, и произведенія *Duclaux* многимъ послужили и еще послужатъ какъ для выработки цѣльныхъ общихъ воззрѣній, такъ и въ качествѣ руководящей нити при самостоятельныхъ изслѣдованіяхъ. Среди этихъ произведеній на первое мѣсто надо поставить 4 тома «Traité de Microbiologie». Это обширное руководство, оставшееся, къ крайнему сожалѣнію, незаконченнымъ за смертью автора, представляетъ собою и по обширности содержанія, и по ясности изложенія единственный въ своемъ родѣ памятникъ въ этой области знанія. Центръ тяжести его лежитъ во 2-мъ томѣ, посвященномъ описанію общихъ законовъ броженія и дѣйствія діастазовъ и бродилъ in vitro, а затѣмъ и дѣйствія бродилъ и бродилоподобныхъ веществъ (токсиновъ, лизиновъ) in vivo. Отличительная черта этого руководства, равно какъ и всѣхъ другихъ оригинальныхъ изслѣдованій *Duclaux*, заключается въ томъ, что, не будучи чуждымъ морфологіи и микроскопіи (1-ый томъ), *Duclaux* всюду старается провести физико-химическую точку зрѣнія и примѣнить физико-химическіе способы, а это направленіе нельзя не признать наиболѣе цѣннымъ и плодотворнымъ какъ для теоретическаго пониманія тѣхъ или иныхъ вопросовъ, такъ и для практическаго ихъ разрѣшенія. Вмѣстѣ съ тѣмъ, будучи самъ вполнѣ знакомъ съ важнѣйшими данными и способами точныхъ наукъ, онъ отдавалъ себѣ отчетъ въ томъ, что эти способы могутъ дать въ настоящее время, гдѣ и насколько они примѣнимы, и тамъ, гдѣ нужно, умѣлъ оставаться и на чисто біологической точкѣ зрѣнія.

Сотрудничество съ *Pasteur*'омъ и близость процессовъ броженія съ цѣлымъ рядомъ физіологическихъ и патологическихъ явленій въ жизни организмовъ заставили *Duclaux* заняться вопросами медицины. Его работы «Ferments et maladies» (1880) и «Le microbe et la maladie» даютъ блестящую характеристику тогдашняго направленія медицины и съ удивительной прозорливостью предсказываютъ ея будущій ходъ. Нельзя не вспомнить его «*Pasteur*, Histoire d'un esprit» (1896), гдѣ съ такой полнотой, ясностью и любовью изображены научная жизнь *Pasteur*'а, размѣры и значеніе совершеннаго имъ въ наукѣ переворота (переведено на русскій языкъ).

На ряду съ самостоятельными изслѣдованіями, лекціями всякаго рода, спеціальными работами, *Duclaux* находилъ еще время для общаго веденія *Pasteur*'овскаго Института: безграничная любовь и уваженіе, которыми онъ пользовался и со стороны товарищей, и со стороны молодыхъ работниковъ, лучше всего показываютъ, насколько хорошо велъ онъ это дѣло, сколько добра и свѣта вносилъ онъ въ него. Среди большого числа учениковъ и работниковъ онъ умѣлъ отличать и выдвигать наиболѣе способныхъ. Въ бытность свою въ Clermont'ѣ онъ замѣтилъ *Roux* и привлекъ его въ число сотрудниковъ *Pasteur*'а. Въ Институтѣ онъ устроилъ превосходно обставленное отдѣленіе біологической химіи, гдѣ ближайшими его сотрудниками были *Bertrand*, *Fernbach* и *Mazé*. Онъ-же явился основателемъ и постояннымъ редакторомъ «Annales de l'Institut *Pasteur*», гдѣ помѣстилъ цѣлый рядъ оригинальныхъ статей и обзоровъ. Журналъ этотъ слишкомъ хорошо извѣстенъ въ медицинскомъ мірѣ, чтобы надо было останавливаться на его характеристикѣ.

Дѣятельность ученаго, профессора, директора Института и редактора не истощила огромнаго запаса энергіи *Duclaux*. Когда дѣло Дрейфуса взволновало общественную совѣсть Франціи, въ немъ заговорилъ голосъ гражданина, и онъ, не взирая на всѣ препятствія и нападки, ринулся въ борьбу съ жаромъ и пыломъ юноши и положилъ на защиту попираемыхъ, по его мнѣнію, идей правды, права и справедливости и свой заслуженный авторитетъ высокаго ума и безукоризненной честности, и свои блестящія ораторскія способности, и свою неисчерпаемую энергію. Многіе ставили ему въ вину это вмѣшательство «не въ свое дѣло», но *Duclaux* понималъ и чувствовалъ, что дѣло истины и справедливости есть дѣло каждаго человѣка и является тѣмъ болѣе обязательнымъ, чѣмъ болѣе велики его силы. Среди лицъ, достигшихъ той славы и того положенія, которыхъ достигъ *Duclaux*, по большей части преобладаютъ, къ сожалѣнію, идеи оппортунизма и квіетизма (въ смыслѣ общественномъ), и потому данный имъ примѣръ является особенно цѣннымъ и представляетъ собой одну изъ наиболѣе славныхъ страницъ его прекрасной жизненной книги. Здѣсь онъ обнаружилъ, помимо всѣхъ своихъ прежнихъ качествъ, еще и огромный запасъ любви къ человѣчеству и выдающееся гражданское мужество. Ставъ на почву общественной дѣятельности, *Duclaux* естественно долженъ былъ направить свое вниманіе на тѣ стороны общественной жизни, гдѣ его знанія и опытъ, какъ ученаго и профессора, могли быть особенно полезны. Онъ явился однимъ изъ самыхъ дѣятельныхъ основателей Высшей школы соціальныхъ наукъ и «Народныхъ университетовъ», которые за нѣсколько лѣтъ успѣли уже широко развиться. Въ послѣдніе свои годы онъ постоянно говорилъ и настаивалъ на необходимости возможно широкаго народнаго образованія, какъ лучшаго средства борьбы съ отрицательными сторонами общественной жизни. Онъ посвятилъ цѣлый рядъ лекцій вопросамъ общественной гигіены (переведены на русскій языкъ). Основная мысль ихъ та, что личная борьба съ болѣзнями недостаточна, необходима борьба общественная, основанная на знаніи причинъ болѣзней, на пониманіи и признаніи взаимныхъ правъ и интересовъ отдѣльныхъ лицъ и обществъ. Перенесенныя во время общественной борьбы волненія въ связи съ переутомленіемъ (иногда *Duclaux* приходилось читать лекціи утромъ и днемъ, а въ тотъ-же день вечеромъ участвовать еще въ бурныхъ общественныхъ собраніяхъ) не могли не отозваться на его здоровьѣ, и 2 года назадъ въ одномъ изъ засѣданій «Лиги правъ человѣка», которой онъ былъ вице-президентомъ, его постигъ ударъ. Друзья и сотрудники боялись за его жизнь, но крѣпкая организація взяла верхъ—*Duclaux* поправился, хотя и неполнѣ. Къ счастью для него и для всѣхъ его окружающихъ, онъ до самой смерти сохранилъ свѣжесть ума и работоспособность. Нѣсколько мѣсяцевъ назадъ онъ выпустилъ въ свѣтъ очеркъ объ алкоголѣ, какъ питательномъ веществѣ, гдѣ боролся съ тѣми воззрѣніями противниковъ алкоголя, которыя считалъ преувеличеніемъ съ ихъ стороны, а въ 3-хъ послѣднихъ №№ «Annales» были закончены его «Etudes d'hydrographie souterraine». Въ этой работѣ онъ возстаетъ противъ исключительнаго увлеченія бактеріологіей при рѣшеніи вопросовъ гигіены, связанныхъ съ водоснабженіемъ, и отстаиваетъ права и роль химіи и геологіи. Въ самый день своей смерти онъ еще занимался редактированіемъ «Annales»'овъ.

Таковы были въ общихъ и, конечно, далеко не полныхъ чертахъ жизнь и дѣятельность этого человѣка, въ которомъ достоинство ума и сердца соединились въ равной мѣрѣ, который, сдѣлавъ такъ много для науки и для общественнаго прогресса, сохранилъ до конца простоту, доступность и обходительность, который всѣми силами души любилъ истину и служилъ ей, не покладая рукъ. Добрый и снисходительный къ человѣку, онъ ненавидѣлъ ложь и заблужденія и боролся съ ними всегда и повсюду. Смерть его оставляетъ крупную пустоту въ рядахъ бойцовъ за лучшее будущее. Это невольно чувствовалъ каждый, кому пришлось провожать гробъ *Duclaux*. Скромны, какъ былъ онъ самъ, были и его похороны: никакихъ церемоній ни церковныхъ, ни гражданскихъ, ни делегацій, ни вѣнковъ, ни рѣчей. Въ молчаливомъ шествіи его друзей, учениковъ и почитателей чувствовались глубокая печаль и сознаніе общей тяжелой утраты и вмѣстѣ съ тѣмъ увѣренности, что по смерти *Duclaux* остались жить его дѣла и что его свѣтлый примѣръ воодушевитъ не одного труженика искать и находить счастье и смыслъ жизни въ борьбѣ за идеалы истины и справедливости.

*Л. Тарасевичъ.*

## РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

### *Сборникъ статистическихъ свѣдѣній по Московской губерніи. Отдѣлъ санитарный. Т. VI. Матеріалы по опредѣленію санитарнаго состоянія Московской губерніи. Вып. VIII. Звенигородскій уѣздъ. Очеркъ движенія населенія за десятилѣтіе съ 1885 г. по 1894 г. Санитарнаго врача С. Н. Игумнова. Москва. 1903 г.*

О дѣятельности Московскаго Земства съ санитарной стороны я уже говорилъ при обзорѣ работъ въ вышеуказанномъ направленіи. Чтобы не повторять, отмѣчу лишь, что и вновь вышедшая работа санитарнаго врача *С. Н. Игумнова* должна занять въ демографіи Россіи видное мѣсто. Въ силу нѣкоторыхъ неблагопріятныхъ условій при составленіи названнаго труда пришлось сократить программу изслѣдованія Звенигородскаго уѣзда, и потому изложеніе представлено въ болѣе сжатой формѣ. Тѣмъ не менѣе все-же приводимыя свѣдѣнія крайне интересны. Въ 1-ой главѣ говорится о рождаемости въ уѣздѣ и о питомцахъ; во 2-ой—о бракахъ; въ 3-ей—о смертности по районамъ и волостямъ; въ 4-ой—о естественномъ приростѣ населенія. Въ послѣднихъ 2-хъ главахъ авторъ сопоставляетъ движеніе населенія съ экономическимъ его состояніемъ, съ метеорологическими условіями.

Digitized by Google

Кромѣ того, приложены 24 діаграммы и 12 картограммъ. Рождаемость за разсматриваемое 10-лѣтіе равнялась 46,8⁰/₀₀, колеблясь отъ 45,1⁰/₀₀ до 47,1⁰/₀₀ и въ общемъ приближаясь къ общегубернской (47,6⁰/₀₀); на 100 женскихъ рожденій приходится 104,7 мужскихъ. Ввозъ питомцевъ составилъ 6⁰/₀₀ къ населенію и 12,8% родившихся. Какое вліяніе оказываютъ питомцы на мѣстное населеніе, вопросъ этотъ остается открытымъ и требуетъ изученія. Что касается брачности, то средній ея коэффиціентъ равняется 8,6⁰/₀₀. Наиболѣе обстоятельно разсматривается матеріалъ о смертности, которая въ среднемъ равняется 43,1⁰/₀₀, немного превышая среднюю погубернскую (41,2%) и очень много общероссійскую (33,4⁰/₀₀). Довольно подробно разсматривается дѣтская смертность—по возрастамъ, годамъ, мѣсяцамъ и т. д. Естественный приростъ населенія равнялся —9,87⁰/₀₀. Между прочимъ, авторъ устанавливаетъ тѣсную связь между движеніемъ смертности и относительной влажностью и количествомъ осадковъ въ лѣтніе мѣсяцы,—фактъ интересный, и желательно было-бы имѣть такія-же данныя и изъ другихъ мѣстностей. *Д. Никольскій.*

### A. Ecker's und R. Wiedersheim's Anatomie des Frosches auf Grund eigener Untersuchungen durchaus neu bearbeitet von Prof. Dr. E. Gaupp. III Abth. 2 Hälfte. Braunschweig. 1904. Verlag von Fr. Vieweg u. Sohn. Ц. 18 мар.

Настоящимъ выпускомъ заканчивается «Анатомія лягушки» *Ecker*'а, наново обработанная проф. *Gaupp*'омъ. Мнѣ приходилось уже раньше говорить («Врачъ», 1901 г., № 48, стр. 1497) о выдающихся достоинствахъ этого труда; поэтому я могу ограничиться лишь нѣсколькими замѣчаніями по поводу послѣдняго выпуска. Онъ заключаетъ въ себѣ ученіе о кожномъ покровѣ и органахъ чувствъ (болѣе 500 стр. съ 145 рис. въ текстѣ), перечень соотвѣтственной литературы и предметный указатель (общій ко всему изданію). Какъ и въ предыдущихъ отдѣлахъ, авторъ не только даетъ точное описаніе анатомическихъ и гистологическихъ фактовъ, но обращаетъ также большое вниманіе на данныя эмбріологіи и физіологіи. Разумѣется, не всѣ вопросы можно было разработать одинаково подробно (см., напр., главу о глазѣ), но не подлежитъ сомнѣнію, что дальнѣйшія изслѣдованія, благодаря труду проф. *Gaupp*'а, теперь значительно облегчены.

Во всякомъ случаѣ мы имѣемъ отнынѣ единственную въ своемъ родѣ біологическую монографію, одинаково цѣнную для физіолога и морфолога. Проф. *В. Тонковъ.*

## ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

LVII. М. Г.! Не откажите помѣстить въ «Русскомъ Врачѣ» слѣдующую замѣтку.

Въ 1903 г. Министерство финансовъ, въ видѣ опыта на 3 года, выпустило въ продажу безакцизный спиртъ для промышленныхъ, техническихъ, хозяйственныхъ и медицинскихъ цѣлей. Не касаясь здѣсь значенія спирта для цѣлей техническихъ и промышленныхъ (отопленіе, освѣщеніе), я хочу обратить вниманіе многоуважаемыхъ товарищей на этотъ цѣнный химическій препаратъ для медицинскихъ цѣлей, такъ какъ онъ является однимъ изъ наиболѣе важныхъ агентовъ, примѣнимыхъ въ хирургіи для обеззараживанія (операціоннаго поля, рукъ оператора, при лѣченіи ранъ и пр.), а также для освѣщенія операціонныхъ комнатъ, гдѣ въ силу мѣстныхъ условій электрическое освѣщеніе недоступно.

Выпущенный Министерствомъ финансовъ т. наз. «денатурированный» спиртъ заслуживаетъ самаго широкаго распространенія по цѣлесообразности своего состава и доступности по цѣнѣ даже для очень небогатыхъ больницъ и бѣдной массы населенія.

Различается общая и частная денатурація спирта. Спиртъ 1-й категоріи, отпускаемый казеннымъ учрежденіямъ, имѣетъ слѣдующій составъ: 100 объемовъ безводнаго абсолютнаго алкоголя, 2,5 объема древеснаго спирта, 0,5 объема пиридиновыхъ основаній и 0,25 объема раствора кристалловой фіолетовой краски; для частныхъ учрежденій и лицъ этотъ-же спиртъ денатурируется въ слѣдующемъ составѣ: 100 объемовъ безводнаго алкоголя, 5 объемовъ древеснаго спирта, 1 объемъ пиридиновыхъ основаній и 0,25 объема кристалловой фіолетовой краски.

Спиртъ 2-й категоріи приготовляется для какихъ-нибудь спеціальныхъ цѣлей и имѣетъ соотвѣтственный составъ; такъ, для врачебно-техническихъ надобностей, для мытья рукъ, обеззараживанія операціоннаго поля приготовляется безакцизный спиртъ слѣдующаго состава: 100 объемовъ безводнаго алкоголя, 0,5 объема карболовой кислоты или 0,25 объема формалина съ прибавленіемъ метиленовой синьки или кармина до явственной окраски.

Для лабораторныхъ цѣлей—приготовленія анатомическихъ и другихъ препаратовъ—на 100 объемовъ безводнаго алкоголя прибавляется 1 объемъ древеснаго спирта или 1 объемъ нефтяного бензина.

Кромѣ того, Министерство финансовъ, идя на встрѣчу запросамъ жизни, готово принять, кромѣ принятыхъ, другіе способы денатураціи, если они будутъ признаны возможными и цѣлесообразными; такъ, мнѣ извѣстно, что въ настоящее время, по предложенію одного изъ товарищей, отпускается тимоловый спиртъ.

Стоимость денатурированнаго спирта опредѣляется въ 1½ коп. за градусъ, т. е. при 90⁰ крѣпости въ 1 р. 35 к. за ведро; очищенный-же (ректификованный) спиртъ стоитъ въ денатураціи по 2 р. 65 к. за ведро.

Продажа этого спирта производится въ винныхъ складахъ, по спеціальному разрѣшенію, испрашиваемому у министра финансовъ. Въ прошеніи должно быть указано количество ведеръ спирта, потребное въ годъ, и способъ денатураціи—общей или частной; къ прошенію прикладываются 2 гербовыя марки по 60 коп. каждая.

Эта формальность оправдывается тѣмъ, что въ настоящее время еще не выработанъ способъ денатураціи, наиболѣе совершенный, а потому возможны злоупотребленія; за лучшій способъ, который будетъ предложенъ для денатураціи, Министерство финансовъ объявило премію въ 50000 р.; срокъ конкурса истекаетъ 1 іюня сего года.

Считая спиртъ въ высшей степени важнымъ препаратомъ, нельзя не привѣтствовать въ настоящее время возможности получать его по очень доступнымъ цѣнамъ и желать наибольшаго распространенія его для цѣлей медицинскихъ.

*А. Редлихъ.*

Петербургъ. 25 апрѣля 1904 г.

P. S. Форма прошенія слѣдующая:

Его Высокопревосходительству

Господину Министру финансовъ.

Прошеніе.

Имѣю честь почтительнѣйше просить Ваше Высокопревосходительство сдѣлать распоряженіе о выдачѣ мнѣ разрѣшенія на предметъ полученія безакцизнаго денатурированнаго спирта по способу въ количествѣ ведеръ въ годъ.

Подпись

Мѣстожительство

Спб. 1904 г.

LVIII. М. Г.! Не откажите помѣстить моихъ нѣсколько словъ по поводу замѣтки г. *А. Оппенгейма* о моемъ открытомъ письмѣ къ нему.

Въ подстрочномъ примѣчаніи онъ говоритъ: «Отвѣтъ санитарной Коммиссіи составленъ и редактированъ въ особой под-Коммиссіи изъ 10 членовъ». Невольно напрашивается вопросъ: какъ избирались члены этой под-Коммиссіи? Ни одна изъ группъ врачей санитарной Коммиссіи (санитарныхъ, думскихъ и др.) представителей своихъ въ под-Коммиссію не выбирала, а между тѣмъ тамъ было 7 врачей. Кто-же избралъ этихъ врачей? Не трудно догадаться, что дѣло не обошлось безъ тщательнаго подбора со стороны г. *А. Оппенгейма*. Интересно было-бы опубликованіе фамилій всѣхъ членовъ под-Коммиссіи: nomina—omina.

Въ остальномъ замѣтка г. *А. Оппенгейма* едва-ли заслуживаетъ вниманія: Олимпійскій, гнѣвный тонъ ея говоритъ самъ за себя... «Юпитеръ! ты сердишься; значитъ, ты неправъ».

*А. Рубель.*

Петербургъ, 27 апрѣля 1904 г.

LIX. М. Г.! 18-го февраля текущаго года скончался въ Nancy на 81-мъ году жизни д-ръ *Liébeault*. Всякому, мало-мальски знакомому съ принципами современной психотерапіи, хорошо извѣстно имя этого скромнаго труженика, всю жизнь посвятившаго изученію любимаго предмета. Имя *Liébeault* хорошо извѣстно всему міру; оно тѣсно связано съ исторіей развитія психотерапіи, получившей теперь столь широкое право гражданства въ медицинѣ. Въ лицѣ *Liébeault* его ученики, разсѣянные теперь по всему свѣту, потеряли не только великаго ученаго, творца цѣлой школы («психологической»), влившаго новую струю въ изученіе способовъ борьбы съ человѣческими недугами, но и замѣчательнаго человѣка, въ высшей степени гуманнаго врача. Заслуги *Liébeault* въ области психотерапіи неоцѣнимы. Во вниманіе къ этимъ заслугамъ въ Парижѣ и во Франціи идетъ очень дѣятельная *подписка на сооруженіе памятника* этому врачу и человѣку. Тѣ изъ русскихъ врачей, которымъ знакомо имя *Liébeault* и которымъ дорого развитіе современной психотерапіи, конечно, не могутъ остаться совершенно безучастными къ мысли объ увѣковѣченіи памяти этого ученаго. Желающіе матеріально содѣйствовать скорѣйшему осуществленію этой мысли, могутъ адрессовать пожертвованія: Paris, rue Castellane, 4, Dr. *Bérillon*, или-же ч. пр. *Ѳ. Е. Рыбакову* (Москва, Психіатрическая клиника). Пожертвованія принимаются отъ 50 сантимовъ (20 коп.). Имена всѣхъ жертвователей будутъ своевременно напечатаны въ «Revue de l'hypnotisme». Важна, конечно, не столько жертвуемая сумма, сколько вниманіе русскихъ врачей къ памяти главы психотерапевтической школы.

Ч. пр. *Ѳ. Рыбаковъ.*

Москва. 22-го апрѣля 1904 г.

LX. М. Г.! Не откажите дать мѣсто въ «Русскомъ Врачѣ» слѣдующимъ строкамъ.

«Слѣдуетъ сказать», замѣчаетъ *В. И. Гребенщиковъ*, «что пра-

Digitized by Google

мое вычисленіе коэффиціентовъ смертности для возрастовъ выше 85 лѣтъ по русскимъ даннымъ встрѣчаетъ затрудненія», вслѣдствіе неточности чиселъ умершихъ и живущихъ.

«Только будущимъ изслѣдователямъ удастся, можетъ быть, устранить эти неправильности путемъ повѣрки» живущихъ и умершихъ «въ этихъ возрастахъ» [1]).

Мнѣ кажется, *выше 85 л.* можно найти коэффиціенты смертности по слѣдующему способу:

$$x = h + nh' + \frac{n(n-1)}{1.2} h'' + \frac{n(n-1)(n-2)h'''}{1.2.3}$$

| | ‰ | | |
|---|---|---|---|
| $h$ | = 94,2 | $n = 1/2$ | 85—90 л. |
| $h'$ | = 150,4 | $n = 3/2$ | 105—110 » |
| $h''$ | = 133,0 | $n = 5/2$ | 125—130 » |
| $h'''$ | = 32,8. | | |

Отсюда будемъ имѣть:

| | $x$ |
|---|---|
| 85—90 | 0,1548 |
| 105—110 | 0,3034 |
| 125—130 | 0,7237. |

Полагая

| | | | |
|---|---|---|---|
| $h$ | = 154,8 | $n = 1/2$ | 95—100 л. |
| $h'$ | = 89,8 | $n = 3/2$ | 105—110 » |
| $h''$ | = 36,3 | $n = 5/2$ | 115—120 » |
| $h'''$ | = −4,9, | | |

получимъ:

| | $x$ |
|---|---|
| 95—100 | 0,2446 |
| 115—120 | 0,5280. |

Такимъ-же образомъ найдемъ:

| | $x$ |
|---|---|
| 90—95 | 0,1992 |
| 100—105 | 0,3034 |
| 110—115 | 0,4477 |
| . . . . . | . . . |
| 135—140 | 0,9772. |

По *В. И. Гребенщикову*, 85—90 л. $x = 0{,}1550$, 89 л. $x = 0{,}1729$; по моимъ вычисленіямъ: 0,1548 и 0,1718 [2]).

И такъ:

| | $x$ |
|---|---|
| 75—80 л. | 0,0942 |
| 85—90 » | 0,1548 |
| 90—95 » | 0,1992 |
| 95—100 » | 0,2446 |
| 100—105 » | 0,3034 |
| 105—110 » | 0,3707 |
| 110—115 » | 0,4477 |
| 115—120 » | 0,5280 |
| . . . . . | . . . |
| 115—130 » | 0,7237 |
| 135—140 » | 0,9772. |

Коэффиціентъ 0,0942 мною взятъ изъ вычисленій *В. И. Гребенщикова*. Есть-ли основаніе дѣйствительно считать вычисленное болѣе или менѣе вѣроятнымъ, сказать не могу.

*В. Мишнсвскій.*

Кѣльцы. 23/IV 1904 г.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

806. Томскій Университетъ объявилъ *конкурсъ на замѣщеніе каѳедры офталмологіи*. Послѣдній срокъ для заявленія — *15-ю іюля 1904 г.*

807. Уральское медицинское Общество въ Екатеринбургѣ избрало проф. *Н. П. Гундобина* своимъ *почетнымъ членомъ* («Биржевыя Вѣдомости», 26 апрѣля).

808. Экстраординарный профессоръ Одесскаго Университета по каѳедрѣ оперативной хирургіи *Н. К. Лысенковъ перемѣщенъ* экстраординарнымъ профессоромъ того-же Университета *по каѳедрѣ хирургической госпитальной клиники* («Правительственный Вѣстникъ», 21 апрѣля).

809. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (26 апрѣля), чч.-преподаватели В.-Медицинской Академіи *для объединенія всѣхъ касающихся ихъ дѣлъ* выбрали изъ своей среды бюро, въ составъ котораго вошли: *П. Т. Садовскій*, *Ѳ. Я. Чистовичъ* и *П. Ѳ. Ѳедоровъ*.

810. Медицинскій факультетъ Одесскаго Университета *избралъ Ф. В. Букоемскаго ч. преподавателемъ* по каѳедрѣ акушерства и женскихъ болѣзней.

811. 20-го марта въ Харьковскомъ Университетѣ *В. К. Дидрихсонъ* защитилъ диссертацію на тему: «*Матеріалы къ фармакологіи нирванина*».

812. 22-го апрѣля въ В.-Медицинской Академіи защитили диссертаціи: *П. А. Арбековъ*, *Б. Л. Бертенсонъ*, *Н. Н. Веселовзоровъ*, *Л. З. Кацнельсонъ*, *Л. И. Луковскій*, *Г. Ф. Писемскій* и на степень магистра фармаціи—*З. Я. Пункинъ* («Новости», 22 апрѣля).

[1]) *В. И. Гребенщиковъ*. «Вѣстникъ общественной гигіены, судебной и практической медицины», 1902, іюль, стр. 1127.

[2]) l. c., сентябрь, стр. 1433.

813. 26-го апрѣля въ Кіевѣ защитили диссертаціи: *П. В. Петровскій* на тему «*О вліяніи тиреоидэктоміи на обмѣнъ веществъ*» и *С. К. Гогитидзе* на тему «*О переходѣ жировъ пищи въ молоко*».

814. По вопросу *о перенесеніи на медицинскомъ факультетѣ Юрьевскаго Университета государственныхъ экзаменовъ на весну* (см. выше, № 16, стр. 595) ректоромъ Университета 14-го апрѣля полученъ по телеграфу 2-ой отвѣтъ отъ управляющаго Министерствомъ народнаго просвѣщенія слѣдующаго содержанія: «Въ виду признанной военнымъ министромъ желательности сдѣлать въ текущемъ году выпускъ врачей Юрьевскаго Университета къ 1-му іюля, управляющій Министерствомъ предлагаетъ сдѣлать немедленно соотвѣтствующее распоряженіе медицинскому факультету» («Русь», 21 апрѣля).

815. Профессоръ патологической анатоміи Кіевскаго Университета *В. К. Высоковичъ отправляется въ Лаоянъ* по приглашенію завѣдующаго санитарной частью Манчжурской арміи («Новое Время», 25 апрѣля).

816. Въ должности *товарища предсѣдателя главнаго Управленія Общества Краснаго Креста утвержденъ В. К. Анрепъ* («Новое Время», 23 апрѣля).

817. Изъ доклада исполнительной Коммиссіи главнаго Управленія Краснаго Креста общему Собранію членовъ Общества 4-го апрѣля видно, что *пожертвованій въ кассу главнаго Управленія* всего поступило по 2-ое апрѣля 1.238397 р., а въ мѣстныя учрежденія Общества по поступившимъ къ 15-му марта даннымъ—2.518196 р. Общій итогъ пожертвованій опредѣлился въ 3.756593 р. Израсходовано по 2-ое апрѣля по главному Управленію 1.162983 р., а по мѣстнымъ учрежденіямъ Общества къ 15-му марта 491680 р. Всего израсходовано 1.654663 р. Въ распоряженіи Общества Краснаго Креста остается пожертвованій 2.101930 р., а съ запаснымъ капиталомъ всего свыше 8.000000 р. Но эти благопріятныя на первый взглядъ данныя, говорится въ «Докладѣ», не должны приводить къ оптимистическимъ выводамъ. Война собственно еще только начинается, госпитали Краснаго Креста еще только развертываются, требованія къ складамъ Краснаго Креста только начинаютъ предъявляться, а уже израсходованы 1.650000 р., при чемъ еще далеко не все заготовленное оплачено. Въ настоящее время число кроватей, отправляемое на театръ военныхъ дѣйствій, дошло до 13000; общій итогъ расходовъ на содержаніе этихъ кроватей исчисляется приблизительно въ 9.000000 р. на 6 мѣс. Постоянно-же возникающія новыя требованія—устройство прачешныхъ, постройка бараковъ, закупка лошадей, повозокъ для обоза и т. д.—все это должно значительно повысить вышеприведенную сумму расходовъ. Опытъ войны 1877—1878 гг., когда было израсходовано Краснымъ Крестомъ 16.500000 р., говоритъ за предстоящіе Красному Кресту громадные расходы. Изъ этого, говоритъ «Докладъ», вытекаетъ необходимость озабочиваться широкимъ привлеченіемъ пожертвованій, дабы дать Красному Кресту возможность справиться съ лежащимъ на немъ дѣломъ помощи жертвамъ войны. Изъ «Доклада» видно, что уже спустя 2 мѣсяца послѣ начала войны на театрѣ военныхъ дѣйствій имѣлось 10 госпиталей Краснаго Креста, 6 летучихъ отрядовъ, 6 этапныхъ лазаретовъ, 2 санитарныхъ поѣзда и 1 госпитальное судно. Санитарнаго персонала отправлено до апрѣля 1409 чел., и въ 1-ой половинѣ апрѣля еще 383, а всего во 2-ой половинѣ апрѣля, по даннымъ «Доклада», санитарнаго персонала будетъ 1792 чел., въ томъ числѣ главноуполномоченныхъ, уполномоченныхъ и агентовъ 39, врачей 151, фармацевтовъ 10, студентовъ-медиковъ 111, сестеръ милосердія 641 и санитаровъ 840.

818. Отбыли на Дальній Востокъ: 20-го апрѣля изъ Петербурга 4-ый *санитарный отрядъ* Общины имени М. П. ф. Кауфмана въ составѣ 2 врачей, 4 сестеръ милосердія, 6 сидѣлокъ и 18 санитаровъ; 21-го апрѣля *санитарные отряды* Краснаго Креста изъ Симбирска на 100 кроватей въ составѣ 4 врачей, 1 аптекаря, 10 сестеръ милосердія и 12 санитаровъ и изъ Ревеля на 100-же кроватей въ составѣ 4 врачей, 12 сестеръ милосердія и 12 санитаровъ; 23-го апрѣля изъ Москвы *летучіе санитарные отряды* №№ 2 и 3, сооруженные на средства Московскаго кредитнаго Общества, въ составѣ 2 врачей и 7 санитаровъ каждый; 27-го апрѣля изъ Вологды *санитарный отрядъ* Краснаго Креста для плавучаго лазарета на 100 кроватей въ составѣ 1 врача, 3 студентовъ-медиковъ, 10 сестеръ и 12 санитаровъ; 28-го апрѣля изъ Екатеринодара *санитарный отрядъ* для плавучаго лазарета Кубанской области на 100 кроватей въ составѣ 2 врачей, 2 студентовъ-медиковъ, 7 сестеръ милосердія и 16 санитаровъ и изъ Кіева *санитарный отрядъ*, снаряженный на средства служащихъ на Юго-Западныхъ желѣзныхъ дорогахъ («Новое Время», 22 и 29 апрѣля, «Русскія Вѣдомости», 22 и 24 апрѣля).

819. «Петербургскій Земскій Вѣстникъ» (апрѣль) сообщаетъ о *пожертвованіяхъ губернскихъ земскихъ Собраній, вызванныхъ войной съ Японіей*, по свѣдѣніямъ «Правительственнаго Вѣстника» до 11-го марта. Приводимъ только цифры пожертвованій *на помощь больнымъ и раненымъ* и на обезпеченіе семействъ призванныхъ, а равно убитыхъ и раненыхъ. Наиболѣе крупное пожертвованіе принадлежитъ Харьковскому Земству—550000 р.; далѣе идетъ Воронежское—350000 р., Московское и Костромское по 250000 р., Екатеринославское, Казанское и Курское по 200000 р., Петербургское и Ярославское по 100000 р., Тульское и Калужское по 75000 р., Тамбовское 60000 р., Полтавское 50000 р. и Уфимское 20000 р.

820. Томскъ, какъ извѣстно, назначенъ однимъ изъ пунктовъ

Digitized by Google

который училъ-бы насъ обращаться къ врачебной помощи, когда это нужно. Также мало мы нуждаемся въ журналѣ, который только и дѣлалъ бы, что просвѣщалъ бы насъ, какъ обходиться съ больными до прихода врача. Для этого вполнѣ достаточно тѣхъ медицинскихъ книжекъ и брошюръ, которыя время отъ времени выпускаютъ въ свѣтъ разныя издательскія фирмы и г. Марксъ въ частности. Это не значитъ, конечно, что популярно-медицинскіе журналы совсѣмъ не нужны. Напротивъ, такія(е) журналы—изданія полезныя и даже необходимыя, но задача ихъ должна заключаться не въ томъ, чтобы напоминать читателямъ о необходимости лѣчиться у врачей и просвѣщать насчетъ того, какъ задержать кровотеченіе, привести въ чувство обморочнаго и пр.,—задача такихъ журналовъ должна сводиться къ разработкѣ *вопросовъ* (курсивъ г. С. Д—ина) общественной (городской, земской, фабричной и т. п.) медицины. И только при такомъ содержаніи ихъ существованіе будетъ имѣть raisan(on) d'etre (d'être). Только такого рода общественныя задачи могутъ оживить популярно-медицинскія(е) журналы и привлечь вниманіе читающей публики. Если редакція «Русскаго Врача» хоть сколько нибудь раздѣляетъ высказанный здѣсь взглядъ, то остается только удивляться его (ея) полемической замѣткѣ».—Увы, совсѣмъ *не* раздѣляетъ: разработка вопросовъ общественной медицины—дѣло журналовъ, спеціализировавшихся по этой медицинѣ, и общихъ, но *медицинскихъ*-же, *а не популярно*-медицинскихъ. Что-же до якобы опечатки «душа» вмѣсто «дитя», то можемъ лишь подивиться странности опечатки не въ буквѣ, а почти въ цѣломъ словѣ; замѣтимъ также, что и выраженіе «дитя всего общества» звучитъ какъ-то странно, необычно, а о томъ, «дитя»-ли вообще земская медицина и чье именно дитя—спорить съ г. Д—мъ не будемъ, считая этотъ вопросъ только...—sit venia verbo—«акушерско-обывательскимъ».

838. «Zdrowie» (май) сообщаетъ, что одинъ англійскій инженеръ предлагаетъ *для удаленія дыма изъ городовъ* соединить всѣ дымовыя трубы Лондонскихъ домовъ помощью сѣти трубъ съ центральной станціей, гдѣ большія машины будутъ собирать дымъ изъ всего города и затѣмъ перерабатывать его. Продуктами, полученными такимъ путемъ, можно пользоваться для практическихъ цѣлей: ихъ можно, напр., употреблять для приведенія въ движеніе машинъ.

839. Какъ *предохранительное средство противъ отравленія оловомъ*, на нѣкоторыхъ нѣмецкихъ фабрикахъ оловянныхъ бѣлилъ примѣняютъ *сѣрнистокислый натръ* (Natriumsulfid), который прибавляютъ къ водѣ для мытья. Подъ вліяніемъ послѣдняго оловяныя бѣлила, находящіяся на неприкрытыхъ частяхъ тѣла, переходятъ въ черное сѣрнистое олово, которое легко замѣтить и легко устранить. Кромѣ того, сѣрнистое олово не всасывается въ пищевыхъ путяхъ. Рабочіе охотно прибавляютъ сѣрнистокислый натръ къ водѣ, послѣ предварительной придачи ей чего-либо для устраненія непріятнаго запаха этого соединенія («Zdrowie», май).

840. 12—17 сентября (н. ст.) текущаго года въ Saint-Louis въ Америкѣ соберется *Международный Съѣздъ по электричеству.*

841. Американскій журналъ «Illustrated Review of physiologic therapeutics» объявилъ *конкурсъ* на премію въ 1500 долларовъ за наиболѣе выдающееся и важное въ практическомъ отношеніи *примѣненіе x-лучей въ медицинѣ и хирургіи*. О подробностяхъ конкурса можно узнать въ редакціи журнала (New-York City, 19 East Sixteenth street).

842. Въ Chicago учреждена *Высшая школа для изученія x-лучей и вообще электротерапіи.*—«The Chicago College of x-ray and electrotherapeutics». Заниматься въ этой школѣ могутъ лишь лица, имѣющія уже званіе врача, а окончившимъ въ ней курсъ будутъ выдаваться дипломы на званіе доктора электротерапіи («Archives d'électricité médicale», 25 апрѣля).

843. *Въ London'ѣ* только-что вышелъ *переводъ Вересаевскихъ «Записокъ врача»*—«The Confessions of a Physician, by *V. Veresaeff* (*V. Smidovich*). Translated from the Russian (with the author's permission) by S. Linden. London, Grant Richards, 1904». «The British Medical Journal» (30 апрѣля) даетъ объ этой книгѣ рецензію, къ которой мы, быть можетъ, еще будемъ имѣть случай вернуться; пока-же отмѣтимъ только общіе выводы г. рецензента, звучащіе нѣсколько рѣзко: на его взглядъ, русская медицина, судя по «Запискамъ», остается въ состояніи полу-варварства (remains in a state of semi-barbarism), а самой книгѣ мѣсто—въ мусорномъ ящикѣ (dustbin).

844. *Парижскіе отголоски Русско-Японской войны* (по «Gazette médicale de Paris», 30 апрѣля). Спектакль, данный въ пользу фонда для снаряженія санитарнаго поѣзда и отправки его на помощь русскимъ, имѣлъ блестящій успѣхъ, давъ сбора 75000 фр.—Заговоривъ объ отправленіи въ штабъ А. Н. Куропаткина нѣсколькихъ французскихъ офицеровъ, газета напоминаетъ, что слѣдовало-бы послать туда и врачей для изученія на мѣстѣ санитарной организаціи. «Печальные факты относительно санитарнаго состоянія нашей арміи въ мирное время», пишетъ газета, «обнаружившіеся во время недавнихъ преній въ Сенатѣ, внушаютъ безпокойство при думахъ о томъ, что можетъ получиться въ случаѣ мобилизаціи? Надо-ли напоминать, что *на Мадагаскарѣ на 14 солдатъ, убитыхъ врагомъ, 6000 ихъ погибли жертвами дурной гигіены* (курсивъ нашъ. *Ред.*), за что отвѣтственность падаетъ всецѣло на нерадѣніе начальниковъ?» Среди нашихъ войскъ въ Харбинѣ имѣется, по свѣдѣніямъ газеты, очень много больныхъ кровавымъ поносомъ.—Будемъ надѣяться, что въ словахъ «очень много» заключается преувеличеніе: при громадной походной опытности главнокомандующаго, нѣтъ никакого сомнѣнія, что имъ дѣлается все возможное для охраненія здоровья арміи; «китайскіе поносы»—врагъ, дѣйствительно, страшный, но все же не непобѣдимый.

845. «Deutsche medizinische Wochenschrift» (28 апрѣля) передаетъ слухъ изъ Strassburg'а, что проф. *Naunyn* съ концомъ лѣтняго $^1/_2$-годія *выходитъ въ отставку.*

846. По изслѣдованіямъ проф. *Ch. Baskerville*'я (University of North Carolina), *торій*, считавшійся досел ѣ однимъ изъ первичныхъ элементовъ, *разложимъ* самъ *на 2 элемента* («Medical Record», 16 апрѣля).

847. *Въ столицѣ республики Перу Lima появилась*, по телеграммѣ американскаго посланника Dudley'я отъ 31/III, *чума*: за недѣлю по 26/III было 32 случая заболѣванія ею, и 30/III умерли отъ нея 2 чел. («Medical Record», 16 апрѣля).

848. *Въ Вѣнѣ* 6-го февраля открыло свои дѣйствія *Англо-Американское медицинское Общество*, теперь насчитывающее уже 80 членовъ; цѣль его—содѣйствовать сближенію учащихся въ Вѣнѣ медицинѣ англичанъ и американцевъ («The Journal of the American Medical Association», 16 апрѣля).

849. На 44-мъ годовомъ Съѣздѣ «American Medical Association» д-ръ *William J. Robinson* изъ New-York'а сдѣлалъ весьма интересный докладъ *о составѣ нѣкоторыхъ изъ наиболѣе рекламируемыхъ лѣчебныхъ снадобій* разряда собственныхъ, полу-секретныхъ и секретныхъ. Докладъ этотъ, напечатанный въ «The Journal of the American Medical Association» (16 апрѣля), вызвалъ оживленную бесѣду, при чемъ присутствовавшіе высказались въ томъ смыслѣ, что за торжество лживой и безстыдной коммерческой полифармаціи отвѣтственны мы сами, врачи, и зачастую лица, стоящія во главѣ врачебной профессіи, прописывая средства этого разряда своимъ больнымъ. Предложеніе докладчика бороться съ этою надувательскою промышленностью, употребляя лишь средства вполнѣ извѣстнаго состава и строго провѣренныя, встрѣчено было всеобщимъ одобреніемъ.

850. Одна женщина-врачъ въ Zürich'ѣ предлагаетъ, чтобы *всѣ незамужнія женщины состоятельныхъ классовъ* обязывались государствомъ посвятить каждая 1 годъ безплатной *работѣ въ больницахъ;* отъ этого выиграютъ, на ея взглядъ, и больницы, и женская молодежь, запасшись свѣдѣніями, которыя очень пригодятся ей послѣ замужества («The British Medical Journal», 30 апрѣля).

851. Парижскій корреспондентъ «The British Medical Journal» (30 апрѣля) передаетъ, что во исполненіе постановленія, сдѣланнаго послѣднимъ Съѣздомъ по профессіональной медицинѣ и деонтологіи, Коммиссія изъ д-ровъ *Dignat*, *Glower*'а, *Le Gendre*'а, *Lepage*'а и *Lereboullet* составила *проэктъ кодекса врачебной этики*, каковой и напечатанъ въ «Bulletin de l'Association, générale de prévoyance et de secours mutuels de médecine de France».

852. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The Lancet», 30 апрѣля). Въ Cape Colony за недѣлю по 2/IV ни свѣжихъ заболѣваній чумою, ни случаевъ смерти отъ нея не обнаружено. Въ Transvaal'ѣ насчитано по 23/IV 160 подозрительныхъ случаевъ (въ томъ числѣ 18 среди бѣлыхъ), изъ которыхъ 80 кончились смертью (8 среди бѣлыхъ). На островѣ св. Маврикія за недѣлю по 21/IV заболѣваній не было.

853. Изъ New-York'а сообщаютъ въ «Medical News» (16 апрѣля), что тамъ, при вскрытіи завѣщанія г-жи Julie F. H. Nevins, оказалось, что покойная оставила 1.000000 долларовъ на *учрежденіе старческаго убѣжища* подъ названіемъ «Henry Coffin Nevins Home».

854. *Въ New-York'ѣ чествуютъ проф. P. Ehrlich'а*, пріѣхавшаго въ Америку прочесть рядъ лекцій о невоспріимчивости къ болѣзнямъ («Medical News», 16 апрѣля).

855. Не такъ давно д-ръ *Wolf Becher*, практическій врачъ въ Berlin'ѣ, возбудилъ *судебное преслѣдованіе* противъ редактора газеты «Berliner klinische Wochenschrift» проф. *Ewald*'а по поводу статьи, напечатанной въ названной газетѣ д-ромъ *Ritter*'омъ. Судъ, приговоромъ 8-го апрѣля, отвергъ жалобу и возложилъ на г-на *B.* судебныя издержки. Характерно, что жалобщикъ, какъ передаетъ «Berliner klinische Wochenschrift» (25 апрѣля), началъ это столь прискорбно для него окончившееся дѣло безъ всякой нужды, вмѣсто того, чтобы просто прислать въ газету возраженіе на статью *Ritter*'а.

856. *Въ Царьградѣ*, по оффиціальному заявленію въ «Berliner klinische Wochenschrift» (25 апрѣля), открывается 11 августа 1904 г. *конкурсъ на занятіе 5 должностей санитарныхъ врачей.* За справками слѣдуетъ обращаться въ Administration sanitaire de l'Empire Ottoman, Constantinople.

857. По опытамъ проф. *Paterno* въ Италіи, *питьевая вода прекрасно очищается отъ микроорганизмовъ прибавленіемъ ничтожныхъ количествъ хлористаго серебра* (silver chloride): 2—2,5 млгрм. этой соли, будто-бы, достаточно, чтобы вполнѣ обезплодить литръ воды; обезпложиваніе совершается въ очень короткое время—самое большее въ 10 мин. и не требуетъ никакого прибора, кромѣ небольшой стклянки съ растворомъ серебра.—Сообщеніе это, заимствуемое «The Medical Age» (10 апрѣля) изъ газеты «Tribuna», не совсѣмъ понятно: хлористое серебро, какъ извѣстно, нерастворимо въ водѣ; можетъ-быть, рѣчь идетъ объ argentum chlorato-ammoniatum, но эта соль—сильный ядъ.

858. *Умеръ* 20-го апрѣля, въ Парижѣ, директоръ *Pasteur*'овскаго Института проф. *Duclaux*, родившійся въ 1840 г.

Digitized by Google

силу ошибки, незнанія или забывчивости, а вслѣдствіе игнорированія правилъ, и 3) въ выпискѣ изъ больницы, если больной продолжаетъ сознательно нарушать порядки учрежденія и если состояніе его здоровья позволяетъ прибѣгнуть къ такой мѣрѣ. Завѣдующій санитарно-врачебной частью *А. Г. Петровскій* остался по поводу послѣдняго постановленія при особомъ мнѣніи и высказалъ, что мѣры противъ нарушенія больничныхъ порядковъ должны сводиться только къ нравственному воздѣйствію на больныхъ путемъ убѣжденія и къ всестороннему улучшенію всего строя больничной жизни какъ по отношенію къ больнымъ, такъ и по отношенію къ служащимъ и прислугѣ; мѣры же, подобныя выпискѣ больныхъ за ихъ проступки, т. е. мѣры, носящія характеръ наказанія, не могутъ быть допущены по отношенію къ больнымъ. Къ этому мнѣнію присоединился и *С. Я. Поповъ*, главный врачъ Медвѣдниковской больницы.—Что до насъ, то мы тоже безусловно раздѣляемъ взглядъ *А. Г. Петровскаго*.

828. 18-го апрѣля при новой Одесской городской больницѣ въ сл. Романовкѣ *открытъ Патолого-анатомическій кабинетъ*, отдѣльное большое зданіе для котораго построено, по указаніямъ прозектора больницы *Ч. И. Хенцинскаго*, согласно всѣмъ новѣйшимъ требованіямъ гигіены и строительнаго искусства. Въ общемъ новое зданіе Патолого-анатомическаго кабинета при Одесской больницѣ будетъ принадлежать къ числу лучшихъ не только въ Россіи, но и въ Европѣ. Болѣе всего кабинетъ напоминаетъ себѣ патолого-анатомическое отдѣленіе Zürich'скаго Университета.

829. Когда въ общихъ газетахъ появились извѣстія о *возмутительнѣйшемъ насиліи, учиненномъ надъ однимъ изъ товарищей въ Асхабадѣ*, мы были почти увѣрены, что первый источникъ ихъ—плодъ разыгравшейся фантазіи досужаго корреспондента, и, признаться, подивились той легкости, съ какою разныя нелѣпыя выдумки попадаютъ въ печать и распространяются ею: такъ невѣроятной казалось намъ это дикая выходка въ нашъ просвѣщенный вѣкъ. Къ сожалѣнію, время оправдало сообщенный газетами слухъ, и мы получили изъ безусловно достовѣрнаго источника подтвержденіе проникшихъ въ печать извѣстій о совершившемся позорномъ дѣлѣ. Глубокоуважаемое Общество врачей Закаспійской Области прислало намъ Протоколъ своего очередного Собранія 21-го минувшаго марта, гласящій слѣдующее: «Въ Собраніи предсѣдательствовалъ *В. И. Крыловъ*; присутствовали» (слѣдуетъ перечень бывшихъ на Собраніи 30 членовъ). «До свѣдѣнія Общества дошелъ нижеслѣдующій положительно установленный фактъ: 14-го марта около 8 час. веч. старшій врачъ Средне-Азіатской ж. дороги *Н. П. Забусовъ* былъ настойчиво вызванъ изъ своей квартиры, по телефону, къ якобы тяжко заболѣвшему начальнику Закаспійской казачьей бригады ген.-майору Ковалеву. Прибывъ на квартиру послѣдняго, д-ръ *Забусовъ* засталъ его съ другимъ, неизвѣстнымъ ему лицомъ въ штатской одеждѣ, сидящими за столомъ за бутылкою вина. При входѣ ген. Ковалевъ поздоровался съ д-ромъ *Забусовымъ* за руку и на вопросъ, чѣмъ онъ боленъ, отвѣтилъ, что объ этомъ еще успѣютъ поговорить, и предложилъ ему сигару и вина. Хотя д-ръ *Забусовъ* и отказывался, но ему былъ поданъ стаканъ вина; ген. Ковалевъ чекнулся и сказалъ: пью за Ваше здоровье; у насъ принято пить до дна». Не успѣлъ д-ръ *Забусовъ* поставить стаканъ на столъ, какъ онъ сзади внезапно былъ схваченъ за руки тихо вошедшими въ комнату нѣсколькими казаками, поваленъ на полъ, раздѣтъ и жестоко избитъ плетьми или нагайками по нижней части спины, а затѣмъ, по приказанію ген. Ковалева, былъ перевернутъ и битъ по животу,—безъ всякаго объясненія причинъ, вызвавшихъ это насиліе. По заявленію д-ра *Забусова* до этого инцидента между нимъ и ген. Ковалевымъ не было никакого недоразумѣнія, и они даже мало были знакомы. Какое-либо сопротивленіе было невозможно, такъ какъ нападеніе и нанесеніе побоевъ было произведено внезапно, сзади, 8-ью казаками. Члены Общества врачей Закаспійской Области, собравшись въ настоящее Засѣданіе, постановили занести въ Протоколъ засѣданія свое глубокое негодованіе по поводу возмутительнаго истязанія и надругательства надъ д-ромъ *Забусовымъ*, явившимся въ силу своего профессіальнаго долга для оказанія врачебной помощи. Предательское насиліе, произведенное при описанныхъ обстоятельствахъ, является недостойнымъ глумленіемъ надъ лучшими гуманными стремленіями и чувствами врача, попраніемъ его правъ, какъ человѣка, входящаго беззащитнымъ въ чужой домъ для отправленія своего врачебнаго долга. Въ тоже время Общество врачей, желая оказать нравственную поддержку пострадавшему товарищу, выражаетъ д-ру *Забусову* свое искреннее сочувствіе по поводу постигшаго его несчастія. Дѣло это находится въ рукахъ судебной власти, и Общество врачей съ крайнимъ нетерпѣніемъ и напряженіемъ ждетъ его исхода» (Слѣдуютъ подписи предсѣдателя и секретаря Общества). Съ такимъ-же нетерпѣніемъ будемъ ждать его и мы, въ твердой увѣренности, что судъ этотъ будетъ нелицепріятный и что дикій поступокъ обвиняемаго найдетъ себѣ надлежащую оцѣнку и въ судѣ, и во всемъ интеллигентномъ русскомъ обществѣ.

830. Переселенческое Управленіе оффиціально сообщило «Русскимъ Вѣдомостямъ» (23 апрѣля), что ни въ г. Ачинскѣ, ни въ Ачинскомъ переселенческомъ пунктѣ *случаевъ заболѣванія сыпнымъ тифомъ до сихъ поръ не наблюдалось* (см. выше, № 17, стр. 637).

831. *Программа занятій Совѣщанія Рязанской губернской Управы съ представителями Земства и врачами весной 1904 г.:* 1) Состояніе земской медицины въ губерніи по докладамъ врачей-делегатовъ, въ каждомъ уѣздѣ отдѣльно и въ губерніи вообще. 2) Организація городской медицины въ Рязанской губ. и отношеніе ея къ земской. 3) Значеніе въ общей губернской земской организаціи Рязанской губ. земской больницы. 4) Постановка дѣла помощи и призрѣнія психическихъ больныхъ въ губерніи и желательныя улучшенія. 5) О дѣятельности медико-санитарнаго бюро за 1-й годъ его существованія. 6) Нормальная сѣть медицинскихъ участковъ въ губерніи. 7) Меж-уѣздные участки. 8) Надзоръ за эпидеміями. 9) Движеніе населенія. Смертность дѣтская и общая. 10) Вопросы регистраціи и отчетности. 11) Санитарный надзоръ за школами. 12) Оспопрививаніе въ губерніи и желательныя улучшенія. 13) Больничное дѣло въ губерніи. Выработка нормальнаго плана лѣчебницъ. 14) Акушерская помощь въ губерніи. 15) Оперативная помощь въ губерніи. 16) О научныхъ командировкахъ врачей. 17) Вопросъ о фельдшерскомъ персоналѣ, объ обезпеченіи имъ участковъ, о матеріальномъ положеніи и т. д. 18) Аптечное дѣло въ губерніи. 19) Состояніе медицинской помощи на фабрикахъ, заводахъ, экономіяхъ и пр.—Вопросъ о травматическихъ поврежденіяхъ отъ машинъ и орудій; выработка обязательныхъ постановленій. 20) Вопросъ объ изслѣдованіи санитарнаго состоянія селеній вообще и водоснабженія въ частности. 21) Распространеніе въ губерніи отдѣльныхъ болѣзненныхъ формъ и организація борьбы съ ними: сифилисъ, перемежная лихорадка и др. заразныя формы. 22) Вопросъ о вліяніи платнаго и безплатнаго лѣченія на обращаемость населенія за медицинской помощью. 23) Выработка общегубернскихъ обязательныхъ санитарныхъ постановленій. 24) Вопросъ о значеніи современной постановки и о надлежащей организаціи амбулаторной помощи вообще («Свѣдѣнія о врачебно-санитарной организаціи въ Рязанской губ.», 1903, № 4).

832. На *содержаніе врачебно-продовольственныхъ пунктовъ въ Екатеринославской губ.* въ 1904 г. ассигновано, какъ сообщаетъ «Приднѣпровскій Край» (18 апрѣля), изъ суммъ губернскаго земскаго сбора 13000 р. и на ремонтъ ихъ 2480 р.; изъ этихъ денегъ на Екатеринославскій уѣздъ причитается 2437 р., которые распредѣляются такъ: на содержаніе завѣдующихъ пунктами и ихъ помощниковъ—по 430 р. на каждый пунктъ (на жалованье имъ за 3 мѣсяца—360 р., на прогоны—45 р. и за составленіе отчетности—25 р.), а на 3 пункта—1290 р., на наемъ сторожей—300 р., на страхованіе зданій пунктовъ—22 р., на освѣщеніе—15 р., на отпечатаніе регистраціонныхъ и отчетныхъ формъ—60 р., на ремонтъ зданій и инвентаря—450 р. и на функціонированіе столовыхъ и чайныхъ при пунктахъ—300 р. На *устройство и содержаніе* тамъ-же *пріютовъ-яслей* ассигновано изъ суммъ губернскаго земскаго сбора 5700 р. (по 600 р. на каждый уѣздъ за исключеніемъ Бахмутскаго и Новомосковскаго, которымъ назначено по 800 р. и Верхнеднѣпровскаго—1100 р.) и 700 р.—на изданіе общедоступныхъ брошюръ и листковъ объ ясляхъ-пріютахъ для распространенія ихъ среди сельскаго населенія.

833. По словамъ «Сѣвернаго Кавказа» (17 апрѣля), на берегу Азовскаго моря, въ 20 в. отъ Бердянска, устраивается *лѣтняя колонія для легочныхъ больныхъ*. Починъ въ этомъ дѣлѣ принадлежитъ д-ру *Педькову*, а средства даны Бердянскимъ Земствомъ, въ вѣдѣніи котораго и будетъ находиться колонія. Предназначена она исключительно для земскихъ плательщиковъ Бердянскаго уѣзда.

834. *Къ казуистикѣ недѣйствительности прививокъ противъ бѣшенства* (см. выше № 6, стр. 228, № 12, стр. 465). Д-ръ *П. А. Глинка* въ № 1 «Свѣдѣній о заразныхъ болѣзняхъ въ Смоленской губ.» сообщаетъ, что 3-го ноября минувшаго года былъ отправленъ для прививокъ въ Москву укушенный бѣшенной собакой крестьянинъ Бородинской вол., 24 л. Прививки были сдѣланы. 22-го января текущаго года этотъ крестьянинъ поступилъ въ земскую больницу съ ясно выраженными признаками бѣшенства. Въ тотъ же день онъ былъ отправленъ въ психіатрическое отдѣленіе Смоленской больницы, гдѣ и умеръ.

835. По наблюденіямъ д-ра *Galewsk*'аго, *профессіональная болѣзнь булочниковъ—угри* (*acne*), которой особенно подвержены люди въ возрастѣ 16—22 л. Развитію этой болѣзни способствуютъ не только мучная пыль и молодой возрастъ, но и высокая температура, недостаточное питаніе и неправильный образъ жизни («Zdrowie», май).

836. 15-го апрѣля Московское уѣздное Земство справляло *35-лѣтіе службы фельдшера* Никольской земской больницы *И. В. Егорова* («Бессарабецъ», 20 апрѣля).

837. Отвѣтъ нашъ сотруднику «Днѣпровскаго Вѣстника» г. Земскому (см. выше, № 13, стр. 497) вызвалъ *реплику* въ № этой газеты отъ 4 апрѣля, подписанную уже «С. Д—инъ». Г. Земскій, не смотря на нашу просьбу, упорно держится въ таинственной мглѣ своего incognito, а г. С. Д—инъ жалуется теперь, что мы обнаружили «любопытство чисто обывательскаго характера, совершенно недостойное людей науки». Оставляя на его совѣсти эту оцѣнку нашего прямого вопроса, обращаемся къ его репликѣ, и именно только къ сути послѣдней, ибо мѣстами передача въ «Замѣткѣ по адресу Русскаго Врача» сказаннаго нами грѣшитъ противъ правды. На сдѣланное нами мимоходомъ замѣчаніе, что едва-ли умѣстно было именовать земскую медицину «дитятею всего общества», авторъ отвѣчаетъ... заявленіемъ, что «дитя» была опечатка, должно было стоять «душа» всего общества, а противъ нашего мнѣнія, что популярно-медицинскіе журналы должны учить публику обходиться не безъ врача, а до прибытія послѣдняго, энергично возстаетъ, утверждая вотъ что: «Смѣю увѣрить редакцію «Русскаго Врача», что она очень ошибается. Мы, профаны, вовсе не нуждаемся въ такомъ журналѣ

Digitized by Google

*maco.* 4. **A. Pieri.** *Dell'ablazione dell'apparato tiroideo in rapporto colle alterazioni istologiche del simpatico.* 5. **E. San Pietro.** *Sull'azione del succo dei tumori maligni sovra l'emoglobina del sangue.* 6. **R. Marchesini.** *Sul valore dell'isotonia del sangue.*

Ноябрь.

1. **A. Ghelfi.** *L'indebolimento degli arti inferiori e l'andatùra dei vecchi.* О причинахъ ослабленія ногъ у стариковъ. 2. **A. Calvo e G. Y. Giglioli.** *Alcune considerazioni ed alcune ricerche sulla acidità urinaria.* 3. **C. Cafiero.** *Studio pneumografico nella tubercolosi polmonare.*

Декабрь.

1. **C. Bozzolo.** *Sulle febbri di origine nascosta (criptogenetiche).* О лихорадкахъ скрытаго происхожденія. 2. **T. Prodi.** *La malattia delle nevralgie e sua forma familiare.* 3. **E. Maragliano.** *La lotta e la immunizzazione dell'organismo contro la tubercolosi.* Сообщеніе на Madrid'скомъ Съѣздѣ. 4. **A. Cipollina.** *Ricerche sulla identità della tubercolosi aviaria ed umana.*

**La Clinica chirurgica.** Іюль—Декабрь.

1. **De Meis e Parascandolo.** *Ricerche sperimentali sulla diagnosi funzionale dei reni in rapporto alla chirurgia.* Небольшое экспериментальное изслѣдованіе по вопросу о кріоскопіи въ хирургіи. 2. **Lasio.** *Nuovi studii sull'ipertrophia della prostata.* Литературно-клиническій обстоятельный очеркъ о способахъ лѣченія увеличенной предстательной железы. 3. **Rossi.** *Ancora la cura de ambulatoria delle fratture dell'arto inferiore.* Отчетъ о 100 случаяхъ амбуляторнаго лѣченія переломовъ костей нижней конечности. 4. **Gangitano.** *Contributo allo studio delle infezioni blastomiceliche della cute.* Описаніе случая саркоматознаго пораженія кожи, вызваннаго грибкомъ, который, будучи привитъ животнымъ, вызывалъ у нихъ такія-же измѣненія въ кожѣ. 5. **Fabris.** *Sulla cura chirurgica della nefrite acuta.* Небольшое экспериментальное изслѣдованіе надъ вліяніемъ декапсуляціи resp. сѣченія почекъ на острое воспаленіе ихъ. 6. **Bindi e Orlandini.** *Sulle variazioni del tessuto elastico nelle vene varicose.* Объ измѣненіяхъ упругой ткани въ стѣнкѣ расширенныхъ венъ. 7. **Mariani.** *Adenoma cistico del pancreas.* Случай мѣшетчатой опухоли поджелудочной железы. 8. **Ferrarini.** *Sopra l'importanza della capsula fibrosa del rene negli stat inflammatori dell'organo.* Считаетъ хирургическое вмѣшательство при остромъ и затяжномъ воспаленіи почекъ нецѣлесообразнымъ. 9. **Margarini.** *Un caso di Adenocarcinoma osteoplastico metastatico del femore.* Описаніе случая. 10. **Serafini.** *Metastasi tiroidea nel mascellare superiore.* Случай переноса опухоли щитовидной железы въ верхнюю челюсть. 11. **Spodaro.** *Un caso non comune di astiovarica.* Случай мѣшетчатой опухоли яичника съ обширными сращеніями. Операція. Выздоровленіе. 12. **Bardellini.** *La lussazione dell'Alluce.* О вывихахъ большого пальца стопы книзу. Описаніе случая. Вправленіе удалось только по изсѣченіи головки плюсневой кости. 13. **Porcile.** *Ernia inguinale congenita con anomalia di sviluppo nella ghiandola sessuale.* Случай врожденной паховой грыжи съ уменьшеніемъ яичка. 14. **Micheli.** *Divaricatore laparotomico.* Описаніе прибора для расширенія ранъ при операціяхъ въ брюшной полости. 15. **Pelagati.** *Sulla patogenesi della elefantiasi.* Подробное гистологическое изслѣдованіе усѣченной верхней конечности по поводу слоновости. 16. **Giani.** *Contributo allo studio dei teratomi sacrali.* 4 случая тератоидныхъ опухолей крестца. 17. **Vaccari.** *La lacerazione del ligamento astragalo calcaneale.* Случай растяженія стопы съ разрывомъ пяточнотаранныхъ связокъ. 18. **Онъ-же.** *Su di uno speciale fibroma dell'intestino.* Случай фибромы 12-перстной кишки.

## 2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Англійскіе.

**The Medical Age.** 25 августа.

1. **S. Loving.** *The treatment of pulmonary tuberculosis.* 2. **E. N. Hall.** *Notes on typhoid fever.* 3. **E. A. Cherry.** *Diseases of the mind.* Первоначальныя мѣры при меланхоліи. 4. **R. C. Mc Chord.** *Porro-caesarian section necessitated by malignant disease of the uterus.* Случай.

10 сентября.

1. **J. A. Thomson.** *Acute suppurative ethmoiditis.* 2. **W. F. Cheney.** *Report of a case of pancreatic cyst.* 3. **J. M. Fort.** *Origin and development of human sensation and thought from an embryological standpoint.*

25 сентября.

1. **W. Cheatham.** *Cataract in the young.* Катаракта въ молодомъ возрастѣ. 2. **A. M. Vance.** *Some interesting surgical cases.* 3. **D. C. Bowen.** *Exostosis of the orbit.* Случай.

10 октября.

1. **W. S. Philips.** *Management of pregnancy.* 2. **W. R. Moss.** *Second summer complaint of infants.* 3. **J. B. Taulbee.** *A method of dealing with fractures.*

25 октября.

1. **W. P. Manton.** *The mischievous in midwifery.* Наиболѣе частыя упущенія въ акушерской практикѣ. 2. **R. W. Gillman.** *The physician as a financier.*

10 ноября.

1. **W. F. Waugh.** *The modern treatment of epilepsy.* 2. **E. H. Porter.** *The significance of eye symptoms to the general practitioner.* Значеніе изслѣдованія глазъ для врача—общаго практика (рядъ примѣровъ).

25 ноября.

1. **W. A. Waddington.** *Progress in laryngology.* 2. **E. Hornibrook.** *Desinfection and asepticism in the office of the general practitioner.* 3. **Q. W. Hunter.** *Notes on the care of the epileptic.*

10 декабря.

1. **E. G. Wood.** *Tuberculosis of the brain* (мозга) *and its meninges.* Обзоръ. 2. **Q. W. Hunter.** *A brief anthropological study in color.* 3. **A. L. Benedikt.** *The card and envelope system of records.*

25 декабря.

1. **M. B. Smith.** *Personal experiences in angina pectoris.* 2. **N. E. Aronstam.** *Preliminary report of a case of morbus Addisonii.* 3. **F. A. Ely.** *Traumatic neuroses.*

### Нѣмецкіе.

**Aerztliche Sachverständigen-Zeitung.** № 15, 1 августа.

1. **Paffrath.** *Ein sogenannter Mädchenstecher (Piqueur) und die Begutachtung seines Geisteszustandes vor Gericht.* 2. **F. Köhler.** *Residivierende nichttuberkulöse Lungenblutung bei Lungentuberkulose nach Unfall.—Lungentuberkulose, in Kombination mit Magenblutung und Magenneurose nach Trauma.* 3 врачебныхъ экспертизы. 3. **Focke.** *Ueber Digitalis-Vergiftung.*

№ 16, 15 августа.

1. **Moser.** *Trauma und Karzinom.* 15 случаевъ. 2. **Prölss.** *Die Alkoholfrage in ihrer Beziehung zum Eisenbahnpersonal.* 3. **Haug.** *Entwickelung von Impfpusteln an beiden Ohren bei einem Kinde infolge Badens in infiziertem Badewasser.* Оспенные гнойнички на ушахъ, развившіеся у ребенка послѣ купанья въ зараженной ваннѣ.

№ 17, 1 сентября.

1. **W. Stempel.** *Epilepsie und Hysterie vom Standpunkt der Invalidenversicherung.* 2. **F. Leppmann.** *Ein berufsgenossenschaftlicher Entwurf zur einheitlichen Abfassung von Unfallgutachten.*

№ 18, 15 сентября.

1. **R. Kobert.** *Ein Fall von Arsenikmord.* Случай убійства при помощи мышьяка. 2. **F. Kauffmann.** *Ueber die Bedeutung der Aphakie nach Altersstar für die Erwerbsfähigkeit.* Значеніе афакіи послѣ старческой катаракты для работоспособности. 3. **Raecke.** *Epilepsie und Hysterie vom Standpunkt der Invalidenversicherung.*

№ 19, 1 октября.

1. **Schwechten.** *Gutachten über die Frage, ob ein Diabetes durch Unfall entstanden ist.* Судебно-медицинскій разборъ случая травматическаго діабета. 2. **Weber.** *Trauma und Hernien.* 3. **R. J. Beck.** *Ueber Massnahmen gegen den Missbrauch geistiger Getränke bei den Eisenbahnen.* О мѣрахъ противъ злоупотребленія спиртными напитками на желѣзныхъ дорогахъ.

№ 20, 15 октября.

1. **M. Kirchner.** *Ein transportabler Apparat zur physikalischen und bakteriologischen Wasseruntersuchung.* 2. **Haug.** *Verbrennung des Gehörganges und Trommelfells durch starke Karbolsäure.* Ожогъ слухового прохода и барабанной перепонки крѣпкою карболовою кислотою. 3. **E. Schäffer.** *Ueber akute Kupfervergiftung.* Объ остромъ отравленіи мѣдью. 4. **Ascher.** *Sozialhygienische Betrachtungen zum Jahresbericht der Hanseatischen Landesversicherungsanstalt.*

№ 21, 1 ноября.

1. **G. Aschaffenburg.** *Strafvollzug an Geisteskranken.* Наказаніе по суду душевно-больныхъ противорѣчитъ правовымъ воззрѣніямъ. 2. **W. Stempel.** *Fingerverletzungen und ihre gerichtsärztliche Beurteilung.* Поврежденія пальцевъ съ судебно-медицинской точки зрѣнія. 3. **C. Schmalfuss.** *Ein interessanter Betrugsfall durch Röntgenographie aufgedeckt.*

№ 22, 15 ноября.

1. **G. Puppe.** *Majestätsbeleidigung und Geistesstörung.* Оскорбленіе величества (622 случая въ Германіи на 427657 обвинительныхъ приговоровъ вообще въ 1894 г. и 206 изъ числа 104111 случаевъ оправданія) и душевныя разстройства, 11 случаевъ. 2. **Schwiening.** *Ueber Leistenbrüche in der Armee.* О паховыхъ грыжахъ въ арміи. (Не окончена). 3. **Klix.** *Ein Fall von Scharlach nach Trauma.*

№ 23, 1 декабря.

1. **H. Kionka.** *Ein neues Konservierungsmittel für Hackfleisch und Milch.* Гексаметилентетраминъ, какъ средство для сохраненія мяса и молока. 2. **A. Manes.** *Die Bedeutung des Gesetzentwurfs über den Versicherungs-Vertrag für die Aerzte.* 3. **G. Müller.** *Ueber Versteifungen des Schultergelenks.* 4. **Schwiening.** (Окончаніе).

№ 24, 15 декабря.

1. **W. Stempel.** *Tod durch Arsenvergiftung Betriebsunfall?* Разборъ случая отравленія мышьякомъ. 2. **Haug.** *Quetschung der Ohrmuschel, Zerreissung des Gehörganges—völlige narbige Verwachsung desselben.* 3. **H. Kühn.** *Historische Notizen über die ätiologische Bedeutung des Traumas als Krankheitsursache.*

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій.
Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

# LXXX. Переутомленіе при занятіяхъ письмомъ и музыкой [1]).

Проф. И. В. Заблудовскаго (Berlin).

Переутомленіе при занятіяхъ письмомъ и музыкой, выражающееся въ усталости и чувствѣ боли въ рукахъ послѣ длительной письменной работы или игры, связанное съ болѣе или менѣе непріятнымъ чувствомъ, знакомо многимъ изъ личнаго опыта. Если еще можно сказать, что не всѣмъ приходится играть, то совсѣмъ иначе обстоитъ дѣло съ письменными занятіями. А между тѣмъ часто достаточно бываетъ лишь небольшого объясненія, чтобы предупредить такъ часто встрѣчающееся зло, равно какъ и предохранить отъ перехода легкой формы заболѣванія въ тяжелую, опредѣленно выраженную, параличную или судорожную. Весьма естественно, казалось-бы, предположить, что переутомленіе наступаетъ отъ чрезмѣрныхъ занятій письмомъ или игрою. Во многихъ случаяхъ это и вѣрно безусловно. Но все-таки остается не мало случаевъ, въ которыхъ о чрезмѣрныхъ занятіяхъ письмомъ или музыкой, въ обычномъ смыслѣ этого слова, не можетъ быть и рѣчи. Я имѣю въ виду указать на тѣ условія, при которыхъ переутомленіе наступаетъ значительно быстрѣе, когда, по видимому, границы нормальныхъ жизненныхъ отправленій человѣческаго тѣла оказываются перейденными, и буду разсматривать занятія письмомъ и музыкой въ отдѣльности по той причинѣ, что первое, составляетъ, такъ сказать, принадлежность повседневной жизни, тогда какъ второе, если только не имѣть въ виду музыканта по профессіи, все-же въ извѣстномъ смыслѣ является предметомъ роскоши. Не писать нельзя, но можно не играть. Въ худшемъ случаѣ, если нельзя продолжать заниматься музыкой, можно выбрать другую профессію. Я могу уже сейчасъ сказать, что у многихъ людей, собирающихся сдѣлаться музыкантами, разстройства обыкновенно проявляются при ихъ занятіяхъ еще въ юношескомъ возрастѣ, тогда какъ разстройства, происходящія отъ занятія письмомъ, наступаютъ по большей части уже въ возрастѣ зрѣломъ. Кромѣ того, слѣдуетъ принять во вниманіе то обстоятельство, что даже плохое письмо представляетъ для насъ все-же довольно значительную цѣнность, тогда какъ плохая игра имѣетъ только отрицательное бытовое значеніе.

Обратимся сначала къ людямъ, страдающимъ отъ переутомленія при писаніи. Ихъ можно раздѣлить на нѣсколько группъ.

Вотъ, къ примѣру, дама изъ богатаго класса, высокаго роста, хорошаго сложенія. Она плотно затянута въ корсетъ, носитъ не «реформированное», а обыкновенное платье; на рукахъ у нея браслеты; на пальцахъ по нѣсколько колецъ. Она садится писать у стоящаго подлѣ окна письменнаго столика. Ея грудь можетъ найти себѣ опору только въ небольшомъ выступѣ стола, и это не позволяетъ ей придвинуться ближе къ нему. Свободное пространство на столикѣ еще значительно съуживается поставленнымъ на немъ ларцемъ для письменныхъ принадлежностей и цѣлымъ рядомъ ненужныхъ бездѣлушекъ. Почти нельзя сдѣлать движенія по столу, чтобы не опрокинуть чего-нибудь. По срединѣ столика стоитъ нѣсколько покатая подставка для письма. Какъ разъ сзади, у верхняго ея края, помѣщена электрическая лампа съ краснымъ колпакомъ. За недостаткомъ мѣста лампу нельзя отодвинуть въ ту или другую сторону. Чтобы яркій свѣтъ не падалъ прямо въ глаза, пишущая вынуждена держать свою грудь возможно далѣе отъ стола, вслѣдствіе чего ея локти свѣшиваются далеко отъ подставки и не находятъ себѣ никакой поддержки. У боковой стороны подставки находится чернильница. Въ соотвѣтствіи съ имѣющимся въ распоряженіи маленькимъ пространствомъ, чернильница также очень мала, и, чтобы по возможности избѣгнуть чернильныхъ пятенъ, она только на $^1/_3$ наполнена чернилами; вслѣдствіе незначительнаго количества чернилъ, они порядочно сгустились. Ручка и перо соотвѣтственно малаго размѣра и ничуть не подходятъ къ величинѣ руки пишущей. Чѣмъ меньше перья, тѣмъ менѣе они гибки, и поэтому сообщаютъ направляющей ихъ рукѣ, хотя и незначительные, но все-же болѣе рѣзкіе толчки, чѣмъ перья мягкія. Если даже эти раздражающіе толчки и малы, то, скопляясь, они, все же могутъ произвести значительное дѣйствіе. Вслѣдствіе близости чернильницы рука, омакивая перо, дѣлаетъ такое незначительное движеніе, что оно не можетъ способствовать хотя бы минутному выпрямленію пальцевъ, направляющихъ перо. Бумага, въ соотвѣтствіи съ другими письменными принадлежностями, также малаго формата. Дама привыкла до сихъ поръ не давать залеживаться корреспонденціи, связанной съ ея дѣятельностью оффиціальной благотворительницы, и исправно отвѣчала на всѣ письма. Но съ нѣкотораго времени она чувствуетъ себя не въ состояніи выполнять свои обычныя письменныя работы: ей приходится дѣлать надъ собой большія усилія, чтобы написать хоть одно письмо. Уже за 2-мъ письмомъ рука отказывается служить. Дама чувствуетъ, что пальцы ея какъ-бы оцѣпенѣли. Почти безсознательно она старается облегчить себя тѣмъ, что сгибаетъ и разгибаетъ нѣсколько разъ подъ рядъ послѣдніе 2 свободныхъ пальца. Вслѣдъ за этимъ онѣмѣніе нѣсколько ослабѣваетъ. Дама пишетъ еще нѣсколько строкъ. Затѣмъ это средство болѣе уже не помогаетъ, и она уже сгибаетъ и разгибаетъ первые 3 пальца, направляющіе перо. Это даетъ ей возможность написать еще нѣсколько строкъ. Затѣмъ настаетъ вынужденный перерывъ, и, напрягая всѣ свои силы, дама пишетъ еще немного. Но то, что ей приходится призывать на помощь весь свой запасъ силы воли, чтобы выполнить работу, которую до тѣхъ поръ она обыкновенно выполняла почти автоматично, скоро начинаетъ мѣшать и ея умственной дѣятельности. Дамѣ приходится думать больше о своихъ пальцахъ, чѣмъ о содержаніи письма. Легкій приливъ крови къ головѣ усиливается отъ появляющагося чувства душевной подавленности. Лицо краснѣетъ; лобъ покрывается потомъ. Скоро, при полномъ упадкѣ тѣлесныхъ и духовныхъ силъ, она откладываетъ перо въ сторону. Она дѣлаетъ попытки писать болѣе толстыми, различныхъ формъ ручками: утолщенными посрединѣ, 3-гранными и т. п. На короткое время это нѣсколько помогаетъ, затѣмъ и это перестаетъ дѣйствовать. Между тѣмъ наступилъ дачный сезонъ и внесъ перемѣну въ ея образъ жизни. Въ прекрасные лѣтніе дни, въ загородномъ мѣстѣ корреспонденція сразу пошла много лучше. Но дѣло опять измѣняется при возвращеніи на зимнюю квартиру: прежнія затрудненія начинаются снова. При нѣкоторой наблюдательности, дама могла-бы вывести очень полезное для себя заключеніе изъ того обстоятельства, что рука у нея на новомъ мѣстѣ была совсѣмъ въ иномъ положеніи.

Странныя вещи случаются въ жизни: люди зрѣлаго возраста, у которыхъ въ гостинныхъ, т. е. въ тѣхъ комнатахъ, которыми они менѣе всего пользуются, находится роскошная мебель, имѣютъ тѣмъ не менѣе такія кровати, которыя для нихъ никуда не годны, а между тѣмъ на кроватяхъ имъ приходится проводить $^1/_3$ своей жизни. И тогда, какъ они уже нѣсколько разъ успѣли обновить мебель въ «парадныхъ комнатахъ», они оставляютъ нетронутыми кровати, купленныя еще при первомъ устройствѣ. Они какъ будто забыли, что они уже не стройны и нетонки, а пріобрѣли съ годами округлыя формы и стали тяжеловѣсны. На своихъ кроватяхъ они постоянно натыкаются на края и стѣнки; получить на такихъ кроватяхъ полное разслабленіе мышцъ, такъ необходимое для основательнаго отдыха, нельзя. Приходится лежать большей частью скорчившись и съ поджатыми ногами. Не рѣдко бываетъ, что люди, страдавшіе безсонницей, начинали хорошо спать съ того дня, какъ выбрасывали свою старую, сдѣлавшуюся слишкомъ короткой и узкой кровать. Также у нѣкоторыхъ больныхъ, страдавшихъ болями сѣдалищнаго нерва или поясничными, средства, которыми ихъ пользовали, оказывались дѣйствительными лишь тогда, когда они пріобрѣтали себѣ болѣе длинную и широкую кровать. Для филантропа вовсе не было-бы неблагодарной задачей производить осмотръ кроватей въ общественныхъ больницахъ. Онъ найдетъ тамъ не мало случаевъ для устраненія очень существенныхъ недостатковъ. Пострадавшій отъ несчастнаго случая или оперированный часто мѣсяцами лежитъ на слишкомъ узкой или короткой для него кровати.

Въ такомъ-же положеніи находится дама, недомоганіе которой я изобразилъ выше, какъ типичное для переутомленія при писаніи. Маленькій столикъ услаждаетъ, пожалуй, взоръ, но не годится для того, чтобы писать на немъ. Мы поможемъ больной уже тѣмъ, что дадимъ ей большій столъ, на которомъ она будетъ въ состояніи свободно двигать руками. Передній край стола долженъ быть прямымъ, чтобы пишущая могла опираться на него, не стискивая грудь; удалимъ также и покатую подставку, содѣйствующую еще большему тренію руки, уберемъ со стола все то, что не безусловно необходимо для писанія; поставимъ столъ не передъ окномъ, а въ сторонѣ отъ него, чтобы солнечный свѣтъ падалъ не прямо въ глаза, а сбоку, и замѣнимъ разсѣянный свѣтъ отраженнымъ; предметы выступятъ тогда яснѣе въ полѣ зрѣнія, и глазъ не будетъ раздражаться разсѣяннымъ свѣтомъ; при искусственномъ освѣщеніи будемъ избѣгать яркаго свѣта, сосредоточеннаго на небольшомъ пространствѣ, какъ это большей частью бываетъ при электрическомъ освѣщеніи. (Я предпочитаю обыкновенную керосиновую лампу со стеклявнымъ колпакомъ молочнаго цвѣта); оставимъ для лампы столько свободнаго мѣста, чтобы ее можно было поставить въ желательномъ для глазъ отдаленіи; тогда руки не будутъ находиться въ неподходящемъ для писанія отдаленіи отъ

[1]) Сообщено въ нѣмецкомъ Обществѣ народнаго здравія въ Stettin'ѣ.

Digitized by Google

стола; пособимъ дальнозоркимъ или близорукимъ глазамъ подходящими очками, при чемъ, конечно, примемъ во вниманіе то, что очки, годные для чтенія, далеко не во всѣхъ случаяхъ годятся и для письма, особенно для лицъ въ такомъ возрастѣ, когда способность глазъ приспособляться къ разнымъ разстояніямъ становится меньшей. Книгу можно держать въ какомъ угодно разстояніи отъ глазъ, но нельзя этого сдѣлать съ бумагой, на которой мы пишемъ, если желаемъ дать пишущей рукѣ возможность свободно передвигаться. Чѣмъ большее поле зрѣнія даютъ намъ подходящія очки, тѣмъ менѣе необходимо мѣнять положеніе головы при передвиженіи пишущей руки и тѣмъ менѣе стѣсняется соотношеніе равновѣсія рукъ при удаленіи отъ средняго положенія. При болѣе или менѣе продолжительномъ письмѣ не слѣдуетъ употреблять pince-nez, такъ какъ тогда положеніе головы не будетъ зависѣть отъ сжимающей пружины, легко ослабѣвающей и перемѣщающейся. Если удалить со стола всякую высокую подставку, пишущему не придется сильнѣе сокращать ручныя мышцы, чтобы не дать соскользнуть рукѣ при приближеніи къ боковому краю подставки. Подставками на столѣ, какъ бы онѣ ни лежали—наклонно или прямо, искусственно создается положеніе, подобное тому, въ какомъ находятся писаря, напр., судебныхъ палатъ, ведущіе записи въ толстыхъ поземельныхъ книгахъ. Мнѣ часто приходилось наблюдать, что судороги въ рукахъ начинались отъ долгаго писанія въ толстыхъ книгахъ. Вмѣсто подставки, вполнѣ можно удовлетвориться 1—2 листами пропускной бумаги; это сообщитъ достаточную мягкость бумагѣ, на которой приходится писать, и вмѣстѣ съ тѣмъ плоскость стола не подвергнется существеннымъ измѣненіямъ. Далѣе, если пишущій сидитъ на легко подвижномъ сидѣньи—не на скамьѣ напр., а на стулѣ—и легко можетъ подвинуться къ столу, а ненормальность въ зрѣніи исправлена у него подходящими очками, то ему нѣтъ никакой надобности сгибать позвоночникъ. Въ вышеприведенномъ типическомъ случаѣ улучшеніе, наступавшее на дачѣ, можно безъ колебанія приписать тому обстоятельству, что пишущая имѣла въ своемъ распоряженіи болѣе подходящій письменный столъ съ прямыми краями и вела свою корреспонденцію въ болѣе удобное время дня, когда могла одѣвать менѣе стѣсняющее ее платье. Подходящая высота стола не менѣе важна, чѣмъ высота стула. Какъ слишкомъ высокое, такъ и слишкомъ низкое положеніе рукъ легко вызываетъ онѣмѣніе въ кисти. Если колѣни долго остаются согнутыми подъ острымъ угломъ, кровообращеніе въ ногахъ затрудняется, что не мало способствуетъ появленію общаго непріятнаго ощущенія при писаніи. Если чернильница достаточно наполнена чернилами, не надо будетъ сильно нажимать перо и напрасно тратить силу пальцевъ. Если брать на перо много чернилъ, это будетъ служить важнымъ предохранительнымъ средствомъ противъ сильнаго нажиманія перомъ, ибо въ такомъ случаѣ легко могутъ получаться чернильныя пятна. Вмѣстѣ съ тѣмъ придется взять и перо большого размѣра, которое обыкновенно бываетъ и мягче; при этомъ мы избѣжимъ толчковъ твердаго пера объ особо богато снабженную чувствительными нервами ладонную сторону первыхъ 3-хъ пальцевъ правой руки. Такія, безчисленное множество разъ повторяющіяся, небольшія раздраженія при пониженной способности къ сопротивленію легко распространяются на другія области и путемъ излученій, не задѣвая менѣе чувствительныхъ частей, нерѣдко доходятъ до центральной нервной системы—спинного и головного мозга. Въ такомъ случаѣ мы встрѣчаемся уже съ явленіями общей нервности, которая, съ своей стороны, можетъ разрѣшиться судорогами въ органахъ съ наиболѣе пониженной способностью къ сопротивленію, въ нашемъ случаѣ—въ пальцахъ. Равнымъ образомъ и толчки, передаваемые слишкомъ острымъ перомъ пальцамъ, сильнѣе, чѣмъ при употребленіи менѣе острыхъ перьевъ. Не слѣдуетъ употреблять слишкомъ *маленькихъ* ручекъ, если рука велика. Чтобы направлять маленькую ручку, пальцы должны сгибаться особенно сильно, такъ что кровообращеніе значительно затрудняется. Работоспособность руки замѣтно повышается, если ручка представляетъ для нея много точекъ опоры. По той-же причинѣ я не совѣтовалъ-бы также употреблять маленькіе листы бумаги. При большемъ объемѣ листа возможны болѣе широкія движенія по его поверхности, способствующія передвиженію крови и лимфы, какъ-бы отсасывая эти жидкости. Не слѣдуетъ также употреблять ни слишкомъ гладкой, ни слишкомъ шероховатой бумаги. Въ первомъ случаѣ придется дѣлать усиліе, чтобы препятствовать скольженію, въ послѣднемъ—преодолѣвать слишкомъ большое треніе. Это послѣднее обстоятельство получаетъ большое значеніе, если писать на покатомъ пультѣ: косо лежащей рукѣ приходится преодолѣвать больше тренія, чѣмъ лежащей прямо. Приведу другой типическій случай.

Дѣло идетъ о худощавомъ канцелярскомъ чиновникѣ. Онъ ежедневно долженъ писать нѣсколько часовъ и писать старательно, обращая большое вниманіе на выведеніе толстыхъ и тонкихъ линій. Непрерывность его работы не нарушается размышленіемъ о содержаніи того, что онъ пишетъ. Это—чисто механическая работа, прерываемая лишь немногими промежутками отдыха. Чтобы особенно четко вывести толстыя линіи опредѣленными частями пальцевъ и руки, дѣлается болѣе сильный нажимъ на ручку и на столъ. Съ теченіемъ времени такой нажимъ обращается уже въ привычку, и пишущій не ограничивается нажиманіемъ при выведеніи толстыхъ линій и буквъ, а нажимаетъ также и при выведеніи тонкихъ. Вскорѣ онъ начинаетъ ощущать въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ боли отъ нажимовъ. Боли эти быстрѣе появляются у худощавыхъ, чѣмъ у тучныхъ, у которыхъ подкожная жировая ткань составляетъ прекрасную подушку, защищающую нервы отъ давленія. Вредная причина на первыхъ порахъ обыкновенно не устраняется, и боли въ дальнѣйшемъ усиливаются, перемѣщаясь дальше по нервамъ, и могутъ дойти вплоть до центровъ головного мозга, управляющихъ движеніями руки. При этомъ можетъ оказаться, что уже одно представленіе объ актѣ писанія вызываетъ въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ болевыя ощущенія. Чиновникъ вскорѣ чувствуетъ себя вынужденнымъ помочь себѣ тѣмъ, что старается избѣжать нажима на болевыя точки; а, такъ какъ точки эти могутъ быть разнообразны, то и положеніе рукъ и пальцевъ при писаніи измѣняется самымъ различнымъ образомъ: то руки кладутся почти на ребро, то одинъ или другой палецъ особенно крѣпко прижимается къ ручкѣ, такъ что она направляется только однимъ пальцемъ, или палецъ совсѣмъ разгибается и исключается изъ работы. Примѣняемые при этомъ способы избѣжать нажима на болевыя мѣста далеко не всегда цѣлесообразны. Каждый такой пріемъ обусловливаетъ, съ своей стороны, цѣлый рядъ измѣненій въ условіяхъ равновѣсія въ сосѣднихъ мышцахъ и сочлененіяхъ, которымъ приходится выполнять дополнительную или замѣщающую работу.

Въ этомъ случаѣ задачей врача будетъ указать болѣе цѣлесообразные способы избѣжать нажима на болевыя мѣста. Мы достигнемъ цѣли, если намъ удастся сочетать условія письма такъ, чтобы мышцы, работа которыхъ при нормальныхъ условіяхъ не требуется для писанія, и не участвовали въ этомъ актѣ. Послѣднее тѣмъ необходимѣе, что вспомогательныя мышцы, не привыкшія къ соотвѣтствующей работѣ, легко утомляются и скорѣе подвергаются чувству боли. Задача наша будетъ тѣмъ труднѣе, чѣмъ продолжительнѣе была привычка къ нецѣлесообразному положенію руки. Мы должны считаться и съ такими случаями, когда пишущій не можетъ оставаться долго въ одномъ и томъ-же положеніи и мѣняетъ положеніе пальцевъ, держащихъ ручку, каждыя 5—10 мин. Часто перемѣна состоитъ въ томъ, что конецъ 3-го пальца, находившагося при началѣ письма на одномъ уровнѣ съ нижнимъ концомъ ручки, все болѣе и болѣе отодвигается и остается въ разстояніи 9—10 стм. отъ начальнаго положенія. Ручка охватывается уже кончиками пальцевъ не у нижняго своего конца, а у средины и даже выше.

Извѣстно, что вообще легче отучить человѣка отъ дурныхъ привычекъ, если создать ему новую обстановку; точно также легче отучить и отдѣльныя части тѣла отъ вредныхъ привычекъ, если поставить *всю* соотвѣтствующую часть тѣла, въ данномъ случаѣ руку, въ возможно болѣе измѣненныя условія. Мы скорѣе отучимъ человѣка отъ того, чтобы онъ слишкомъ высоко или слишкомъ низко держалъ перо, если усадимъ его совершенно не такъ, какъ онъ привыкъ сидѣть. Напр., поставимъ стулъ косо къ столу такъ, чтобы лѣвый уголъ стула приходился подъ край стола, а правый былъ настолько-же отдаленъ отъ него, насколько лѣвый пододвинутъ; при этомъ правая часть тѣла будетъ больше удалена отъ стола, чѣмъ лѣвая; лѣвое предплечье будетъ лежать на столѣ параллельно нижнему его краю; лѣвой рукѣ придется держать прямо лежащую бумагу на

Digitized by Google

# LXXX. Переутомленіе при занятіяхъ письмомъ и музыкой [1]).

Проф. И. В. Заблудовскаго (Berlin).

Переутомленіе при занятіяхъ письмомъ и музыкой, выражающееся въ усталости и чувствѣ боли въ рукахъ послѣ длительной письменной работы или игры, связанное съ болѣе или менѣе непріятнымъ чувствомъ, знакомо многимъ изъ личнаго опыта. Если еще можно сказать, что не всѣмъ приходится играть, то совсѣмъ иначе обстоитъ дѣло съ письменными занятіями. А между тѣмъ часто достаточно бываетъ лишь небольшого объясненія, чтобы предупредить такъ часто встрѣчающееся зло, равно какъ и предохранить отъ перехода легкой формы заболѣванія въ тяжелую, опредѣленно выраженную, параличную или судорожную. Весьма естественно, казалось-бы, предположить, что переутомленіе наступаетъ отъ чрезмѣрныхъ занятій письмомъ или игрою. Во многихъ случаяхъ это и вѣрно безусловно. Но все-таки остается не мало случаевъ, въ которыхъ о чрезмѣрныхъ занятіяхъ письмомъ или музыкой, въ обычномъ смыслѣ этого слова, не можетъ быть и рѣчи. Я имѣю въ виду указать на тѣ условія, при которыхъ переутомленіе наступаетъ значительно быстрѣе, когда, по видимому, границы нормальныхъ жизненныхъ отправленій человѣческаго тѣла оказываются перейденными, и буду разсматривать занятія письмомъ и музыкой въ отдѣльности по той причинѣ, что первое, составляетъ, такъ сказать, принадлежность повседневной жизни, тогда какъ второе, если только не имѣть въ виду музыканта по профессіи, все-же въ извѣстномъ смыслѣ является предметомъ роскоши. Не писать нельзя, но можно не играть. Въ худшемъ случаѣ, если нельзя продолжать заниматься музыкой, можно выбрать другую профессію. Я могу уже сейчасъ сказать, что у многихъ людей, собирающихся сдѣлаться музыкантами, разстройства обыкновенно проявляются при ихъ занятіяхъ еще въ юношескомъ возрастѣ, тогда какъ разстройства, происходящія отъ занятія письмомъ, наступаютъ по большей части уже въ возрастѣ зрѣломъ. Кромѣ того, слѣдуетъ принять во вниманіе то обстоятельство, что даже плохое письмо представляетъ для насъ все-же довольно значительную цѣнность, тогда какъ плохая игра имѣетъ только отрицательное бытовое значеніе.

Обратимся сначала къ людямъ, страдающимъ отъ переутомленія при писаніи. Ихъ можно раздѣлить на нѣсколько группъ.

Вотъ, къ примѣру, дама изъ богатаго класса, высокаго роста, хорошаго сложенія. Она плотно затянута въ корсетъ, носитъ не «реформированное», а обыкновенное платье; на рукахъ у нея браслеты; на пальцахъ по нѣсколько колецъ. Она садится писать у стоящаго подлѣ окна письменнаго столика. Ея грудь можетъ найти себѣ опору только въ небольшомъ выступѣ стола, и это не позволяетъ ей придвинуться ближе къ нему. Свободное пространство на столикѣ еще значительно съуживается поставленнымъ на немъ ларцемъ для письменныхъ принадлежностей и цѣлымъ рядомъ ненужныхъ бездѣлушекъ. Почти нельзя сдѣлать движенія по столу, чтобы не опрокинуть чего-нибудь. По срединѣ столика стоитъ нѣсколько покатая подставка для письма. Какъ разъ сзади, у верхняго ея края, помѣщена электрическая лампа съ краснымъ колпакомъ. За недостаткомъ мѣста лампу нельзя отодвинуть въ ту или другую сторону. Чтобы яркій свѣтъ не падалъ прямо въ глаза, пишущая вынуждена держать свою грудь возможно далѣе отъ стола, вслѣдствіе чего ея локти свѣшиваются далеко отъ подставки и не находятъ себѣ никакой поддержки. У боковой стороны подставки находится чернильница. Въ соотвѣтствіи съ имѣющимся въ распоряженіи маленькимъ пространствомъ, чернильница также очень мала, и, чтобы по возможности избѣгнуть чернильныхъ пятенъ, она только на $^1/_3$ наполнена чернилами; вслѣдствіе незначительнаго количества чернилъ, они порядочно сгустились. Ручка и перо соотвѣтственно малаго размѣра и ничуть не подходятъ къ величинѣ руки пишущей. Чѣмъ меньше перья, тѣмъ менѣе они гибки, и поэтому сообщаютъ направляющей ихъ рукѣ, хотя и незначительные, но все-же болѣе рѣзкіе толчки, чѣмъ перья мягкія. Если даже эти раздражающіе толчки и малы, то, скопляясь, они, все же могутъ произвести значительное дѣйствіе. Вслѣдствіе близости чернильницы рука, омакивая перо, дѣлаетъ такое незначительное движеніе, что оно не можетъ способствовать хотя бы минутному выпрямленію пальцевъ, направляющихъ перо. Бумага, въ соотвѣтствіи съ другими письменными принадлежностями, также малаго формата. Дама привыкла до сихъ поръ не давать залеживаться корреспонденціи, связанной съ ея дѣятельностью оффиціальной благотворительницы, и исправно отвѣчала на всѣ письма. Но съ нѣкотораго времени она чувствуетъ себя не въ состояніи выполнять свои обычныя письменныя работы: ей приходится дѣлать надъ собой большія усилія, чтобы написать хоть одно письмо. Уже за 2-мъ письмомъ рука отказывается служить. Дама чувствуетъ, что пальцы ея какъ-бы оцѣпенѣли. Почти безсознательно она старается облегчить себя тѣмъ, что сгибаетъ и разгибаетъ нѣсколько разъ подъ рядъ послѣдніе 2 свободныхъ пальца. Вслѣдъ за этимъ онѣмѣніе нѣсколько ослабѣваетъ. Дама пишетъ еще нѣсколько строкъ. Затѣмъ это средство болѣе уже не помогаетъ, и она уже сгибаетъ и разгибаетъ первые 3 пальца, направляющіе перо. Это даетъ ей возможность написать еще нѣсколько строкъ. Затѣмъ настаетъ вынужденный перерывъ, и, напрягая всѣ свои силы, дама пишетъ еще немного. Но то, что ей приходится призывать на помощь весь свой запасъ силы воли, чтобы выполнить работу, которую до тѣхъ поръ она обыкновенно выполняла почти аутоматично, скоро начинаетъ мѣшать и ея умственной дѣятельности. Дамѣ приходится думать больше о своихъ пальцахъ, чѣмъ о содержаніи письма. Легкій приливъ крови къ головѣ усиливается отъ появляющагося чувства душевной подавленности. Лицо краснѣетъ; лобъ покрывается потомъ. Скоро, при полномъ упадкѣ тѣлесныхъ и духовныхъ силъ, она откладываетъ перо въ сторону. Она дѣлаетъ попытки писать болѣе толстыми, различныхъ формъ ручками: утолщенными посрединѣ, 3-гранными и т. п. На короткое время это нѣсколько помогаетъ, затѣмъ и это перестаетъ дѣйствовать. Между тѣмъ наступилъ дачный сезонъ и внесъ перемѣну въ ея образъ жизни. Въ прекрасные лѣтніе дни, въ загородномъ мѣстѣ корреспонденція сразу пошла много лучше. Но дѣло опять измѣняется при возвращеніи на зимнюю квартиру: прежнія затрудненія начинаются снова. При нѣкоторой наблюдательности, дама могла-бы вывести очень полезное для себя заключеніе изъ того обстоятельства, что рука у нея на новомъ мѣстѣ была совсѣмъ въ иномъ положеніи.

Странныя вещи случаются въ жизни: люди зрѣлаго возраста, у которыхъ въ гостинныхъ, т. е. въ тѣхъ комнатахъ, которыми они менѣе всего пользуются, находится роскошная мебель, имѣютъ тѣмъ не менѣе такія кровати, которыя для нихъ никуда не годны, а между тѣмъ на кроватяхъ имъ приходится проводить $^1/_3$ своей жизни. И тогда, какъ они уже нѣсколько разъ успѣли обновить мебель въ «парадныхъ комнатахъ», они оставляютъ нетронутыми кровати, купленныя еще при первомъ устройствѣ. Они какъ будто забыли, что они уже не стройны и не тонки, а пріобрѣли съ годами округлыя формы и стали тяжеловѣсны. На своихъ кроватяхъ они постоянно натыкаются на края и стѣнки; получить на такихъ кроватяхъ полное разслабленіе мышцъ, такъ необходимое для основательнаго отдыха, нельзя. Приходится лежать большей частью скорчившись и съ поджатыми ногами. Не рѣдко бываетъ, что люди, страдавшіе безсонницей, начинали хорошо спать съ того дня, какъ выбрасывали свою старую, сдѣлавшуюся слишкомъ короткой и узкой кровать. Также у нѣкоторыхъ больныхъ, страдавшихъ болями сѣдалищнаго нерва или поясничными, средства, которыми ихъ пользовали, оказывались дѣйствительными лишь тогда, когда они пріобрѣтали себѣ болѣе длинную и широкую кровать. Для филантропа вовсе не было-бы неблагодарной задачей производить осмотръ кроватей въ общественныхъ больницахъ. Онъ найдетъ тамъ не мало случаевъ для устраненія очень существенныхъ недостатковъ. Пострадавшій отъ несчастнаго случая или оперированный часто мѣсяцами лежитъ на слишкомъ узкой или короткой для него кровати.

Въ такомъ-же положеніи находится дама, недомоганіе которой я изобразилъ выше, какъ типичное для переутомленія при писаніи. Маленькій столикъ услаждаетъ, пожалуй, взоръ, но не годится для того, чтобы писать на немъ. Мы поможемъ больной уже тѣмъ, что дадимъ ей большій столъ, на которомъ она будетъ въ состояніи свободно двигать руками. Передній край стола долженъ быть прямымъ, чтобы пишущая могла опираться на него, не стискивая грудь; удалимъ также и покатую подставку, содѣйствующую еще большему тренію руки, уберемъ со стола все то, что не безусловно необходимо для писанія; поставимъ столъ не передъ окномъ, а въ сторонѣ отъ него, чтобы солнечный свѣтъ падалъ не прямо въ глаза, а сбоку, и замѣнимъ разсѣянный свѣтъ отраженнымъ; предметы выступятъ тогда яснѣе въ полѣ зрѣнія, и глазъ не будетъ раздражаться разсѣяннымъ свѣтомъ; при искусственномъ освѣщеніи будемъ избѣгать яркаго свѣта, сосредоточеннаго на небольшомъ пространствѣ, какъ это большей частью бываетъ при электрическомъ освѣщеніи. (Я предпочитаю обыкновенную керосиновую лампу со стекляннымъ колпакомъ молочнаго цвѣта); оставимъ для лампы столько свободнаго мѣста, чтобы ее можно было поставить въ желательномъ для глазъ отдаленіи; тогда руки не будутъ находиться въ неподходящемъ для писанія отдаленіи отъ

[1]) Сообщено въ нѣмецкомъ Обществѣ народнаго здравія въ Stettin'ѣ.

Digitized by Google

стола; пособимъ дальнозоркимъ или близорукимъ глазамъ подходящими очками, при чемъ, конечно, примемъ во вниманіе то, что очки, годные для чтенія, далеко не во всѣхъ случаяхъ годятся и для письма, особенно для лицъ въ такомъ возрастѣ, когда способность глазъ приспособляться къ разнымъ разстояніямъ становится меньшей. Книгу можно держать въ какомъ угодно разстояніи отъ глазъ, но нельзя этого сдѣлать съ бумагой, на которой мы пишемъ, если желаемъ дать пишущей рукѣ возможность свободно передвигаться. Чѣмъ большее поле зрѣнія даютъ намъ подходящія очки, тѣмъ менѣе необходимо мѣнять положеніе головы при передвиженіи пишущей руки и тѣмъ менѣе стѣсняется соотношеніе равновѣсія рукъ при удаленіи отъ средняго положенія. При болѣе или менѣе продолжительномъ письмѣ не слѣдуетъ употреблять pince-nez, такъ какъ тогда положеніе головы не будетъ зависѣть отъ сжимающей пружины, легко ослабѣвающей и перемѣщающейся. Если удалить со стола всякую высокую подставку, пишущему не придется сильнѣе сокращать ручныя мышцы, чтобы не дать соскользнуть рукѣ при приближеніи къ боковому краю подставки. Подставками на столѣ, какъ бы онѣ ни лежали—наклонно или прямо, искусственно создается положеніе, подобное тому, въ какомъ находятся писаря, напр., судебныхъ палатъ, ведущіе записи въ толстыхъ поземельныхъ книгахъ. Мнѣ часто приходилось наблюдать, что судороги въ рукахъ начинались отъ долгаго писанія въ толстыхъ книгахъ. Вмѣсто подставки, вполнѣ можно удовлетвориться 1—2 листами пропускной бумаги; это сообщитъ достаточную мягкость бумагѣ, на которой приходится писать, и вмѣстѣ съ тѣмъ плоскость стола не подвергнется существеннымъ измѣненіямъ. Далѣе, если пишущій сидитъ на легко подвижномъ сидѣньи—не на скамьѣ напр., а на стулѣ—и легко можетъ подвинуться къ столу, а ненормальность въ зрѣніи исправлена у него подходящими очками, то ему нѣтъ никакой надобности сгибать позвоночникъ. Въ вышеприведенномъ типическомъ случаѣ улучшеніе, наступавшее на дачѣ, можно безъ колебанія приписать тому обстоятельству, что пишущая имѣла въ своемъ распоряженіи болѣе подходящій письменный столъ съ прямыми краями и вела свою корреспонденцію въ болѣе удобное время дня, когда могла одѣвать менѣе стѣсняющее ее платье. Подходящая высота стола не менѣе важна, чѣмъ высота стула. Какъ слишкомъ высокое, такъ и слишкомъ низкое положеніе рукъ легко вызываетъ онѣмѣніе въ кисти. Если колѣни долго остаются согнутыми подъ острымъ угломъ, кровообращеніе въ ногахъ затрудняется, что не мало способствуетъ появленію общаго непріятнаго ощущенія при писаніи. Если чернильница достаточно наполнена чернилами, не надо будетъ сильно нажимать перо и напрасно тратить силу пальцевъ. Если брать на перо много чернилъ, это будетъ служить важнымъ предохранительнымъ средствомъ противъ сильнаго нажиманія перомъ, ибо въ такомъ случаѣ легко могутъ получаться чернильныя пятна. Вмѣстѣ съ тѣмъ придется взять и перо большого размѣра, которое обыкновенно бываетъ и мягче; при этомъ мы избѣжимъ толчковъ твердаго пера объ особо богато снабженную чувствительными нервами ладонную сторону первыхъ 3-хъ пальцевъ правой руки. Такія, безчисленное множество разъ повторяющіяся, небольшія раздраженія при пониженной способности къ сопротивленію легко распространяются на другія области и путемъ излученій, не задѣвая менѣе чувствительныхъ частей, нерѣдко доходятъ до центральной нервной системы—спинного и головного мозга. Въ такомъ случаѣ мы встрѣчаемся уже съ явленіями общей нервности, которая, съ своей стороны, можетъ разрѣшиться судорогами въ органахъ съ наиболѣе пониженной способностью къ сопротивленію, въ нашемъ случаѣ—въ пальцахъ. Равнымъ образомъ и толчки, передаваемые слишкомъ острымъ перомъ пальцамъ, сильнѣе, чѣмъ при употребленіи менѣе острыхъ перьевъ. Не слѣдуетъ употреблять слишкомъ *маленкихъ* ручекъ, если рука велика. Чтобы направлять маленькую ручку, пальцы должны сгибаться особенно сильно, такъ что кровообращеніе значительно затрудняется. Работоспособность руки замѣтно повышается, если ручка представляетъ для нея много точекъ опоры. По той-же причинѣ я не совѣтовалъ-бы также употреблять маленькіе листы бумаги. При большемъ объемѣ листа возможны болѣе широкія движенія по его поверхности, способствующія передвиженію крови и лимфы, какъ-бы отсасывая эти жидкости. Не слѣдуетъ также употреблять ни слишкомъ гладкой, ни слишкомъ шероховатой бумаги. Въ первомъ случаѣ придется дѣлать усиліе, чтобы препятствовать скольженію, въ послѣднемъ—преодолѣвать слишкомъ большое треніе. Это послѣднее обстоятельство получаетъ большое значеніе, если писать на покатомъ пультѣ: косо лежащей рукѣ приходится преодолѣвать больше тренія, чѣмъ лежащей прямо. Приведу другой типическій случай.

Дѣло идетъ о худощавомъ канцелярскомъ чиновникѣ. Онъ ежедневно долженъ писать нѣсколько часовъ и писать старательно, обращая большое вниманіе на выведеніе толстыхъ и тонкихъ линій. Непрерывность его работы не нарушается размышленіемъ о содержаніи того, что онъ пишетъ. Это—чисто механическая работа, прерываемая лишь немногими промежутками отдыха. Чтобы особенно четко вывести толстыя линіи опредѣленными частями пальцевъ и руки, дѣлается болѣе сильный нажимъ на ручку и на столъ. Съ теченіемъ времени такой нажимъ обращается уже въ привычку, и пишущій не ограничивается нажиманіемъ при выведеніи толстыхъ линій и буквъ, а нажимаетъ также и при выведеніи тонкихъ. Вскорѣ онъ начинаетъ ощущать въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ боли отъ нажимовъ. Боли эти быстрѣе появляются у худощавыхъ, чѣмъ у тучныхъ, у которыхъ подкожная жировая ткань составляетъ прекрасную подушку, защищающую нервы отъ давленія. Вредная причина на первыхъ порахъ обыкновенно не устраняется, и боли въ дальнѣйшемъ усиливаются, перемѣщаясь дальше по нервамъ, и могутъ дойти вплоть до центровъ головного мозга, управляющихъ движеніями руки. При этомъ можетъ оказаться, что уже одно представленіе объ актѣ писанія вызываетъ въ соотвѣтствующихъ мѣстахъ болевыя ощущенія. Чиновникъ вскорѣ чувствуетъ себя вынужденнымъ помочь себѣ тѣмъ, что старается избѣжать нажима на болевыя точки; а, такъ какъ точки эти могутъ быть разнообразны, то и положеніе рукъ и пальцевъ при писаніи измѣняется самымъ различнымъ образомъ: то руки кладутся почти на ребро, то одинъ или другой палецъ особенно крѣпко прижимается къ ручкѣ, такъ что она направляется только однимъ пальцемъ, или палецъ совсѣмъ разгибается и исключается изъ работы. Примѣняемые при этомъ способы избѣжать нажима на болевыя мѣста далеко не всегда цѣлесообразны. Каждый такой пріемъ обусловливаетъ, съ своей стороны, цѣлый рядъ измѣненій въ условіяхъ равновѣсія въ сосѣднихъ мышцахъ и сочлененіяхъ, которымъ приходится выполнять дополнительную или замѣщающую работу.

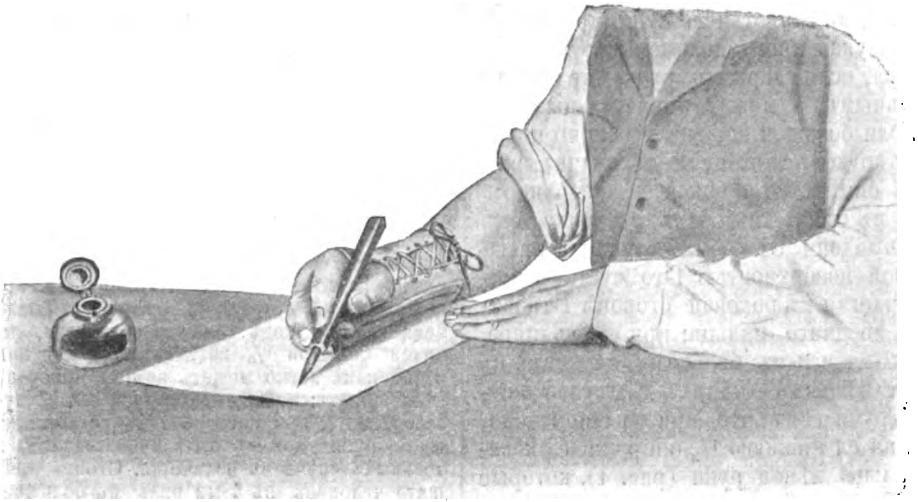
Въ этомъ случаѣ задачей врача будетъ указать болѣе цѣлесообразные способы избѣжать нажима на болевыя мѣста. Мы достигнемъ цѣли, если намъ удастся сочетать условія письма такъ, чтобы мышцы, работа которыхъ при нормальныхъ условіяхъ не требуется для писанія, и не участвовали въ этомъ актѣ. Послѣднее тѣмъ необходимѣе, что вспомогательныя мышцы, не привыкшія къ соотвѣтствующей работѣ, легко утомляются и скорѣе подвергаются чувству боли. Задача наша будетъ тѣмъ труднѣе, чѣмъ продолжительнѣе была привычка къ нецѣлесообразному положенію руки. Мы должны считаться и съ такими случаями, когда пишущій не можетъ оставаться долго въ одномъ и томъ-же положеніи и мѣняетъ положеніе пальцевъ, держащихъ ручку, каждыя 5—10 мин. Часто перемѣна состоитъ въ томъ, что конецъ 3-го пальца, находившагося при началѣ письма на одномъ уровнѣ съ нижнимъ концомъ ручки, все болѣе и болѣе отодвигается и остается въ разстояніи 9—10 стм. отъ начальнаго положенія. Ручка охватывается уже кончиками пальцевъ не у нижняго своего конца, а у средины и даже выше.

Извѣстно, что вообще легче отучить человѣка отъ дурныхъ привычекъ, если создать ему новую обстановку; точно также легче отучить и отдѣльныя части тѣла отъ вредныхъ привычекъ, если поставить *всю* соотвѣтствующую часть тѣла, въ данномъ случаѣ руку, въ возможно болѣе измѣненныя условія. Мы скорѣе отучимъ человѣка отъ того, чтобы онъ слишкомъ высоко или слишкомъ низко держалъ перо, если усадимъ его совершенно не такъ, какъ онъ привыкъ сидѣть. Напр., поставимъ стулъ косо къ столу такъ, чтобы лѣвый уголъ стула приходился подъ край стола, а правый былъ настолько-же отдаленъ отъ него, насколько лѣвый пододвинутъ; при этомъ правая часть тѣла будетъ больше удалена отъ стола, чѣмъ лѣвая; лѣвое предплечье будетъ лежать на столѣ параллельно нижнему его краю; лѣвой рукѣ придется держать прямо лежащую бумагу на

Digitized by Google

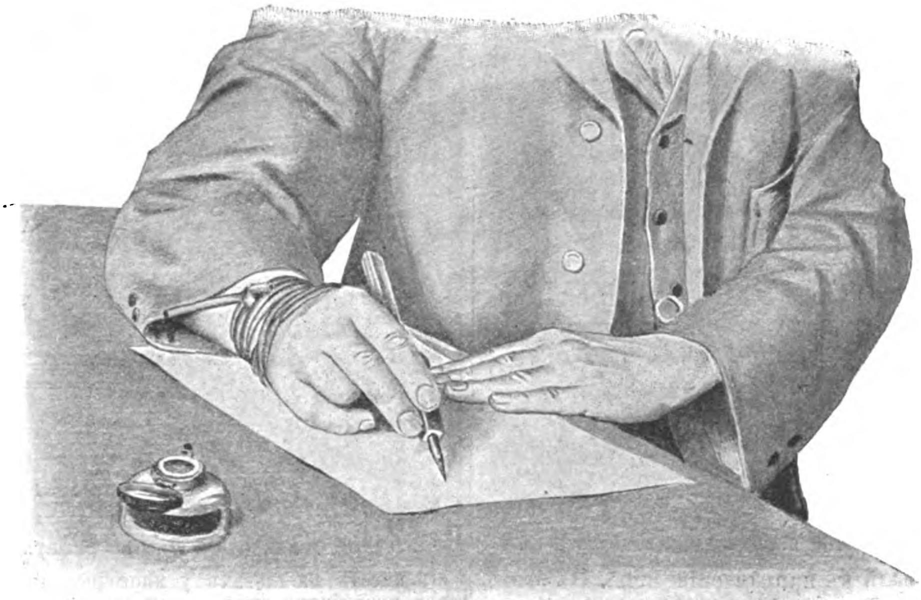
разстояніи 2—3 строчекъ ниже той линіи, на которой пишутъ, и все выше и выше передвигать бумагу; правое предплечье нижней своей половиной будетъ лежать поверхъ стола, перпендикулярно лѣвой рукѣ, образуя съ нею прямой уголъ; локоть останется безъ опоры, стало быть—совершенно свободнымъ (рис. 1). Если при этомъ положеніи опять появятся болевыя мѣста отъ нажима, то нужно снова измѣнить положеніе предплечій. Пишущаго слѣдуетъ посадить совсѣмъ бокомъ къ столу, бумагу положить въ ширину, а не въ длину; тогда ея короткій край придется подъ прямымъ угломъ къ нижнему ребру стола; все правое предплечье нужно положить на столъ, параллельно его нижнему ребру; лѣвое предплечье будетъ висѣть свободно въ воздухѣ и лишь кисть лѣвой руки будетъ лежать прямо на

Рис. 1.



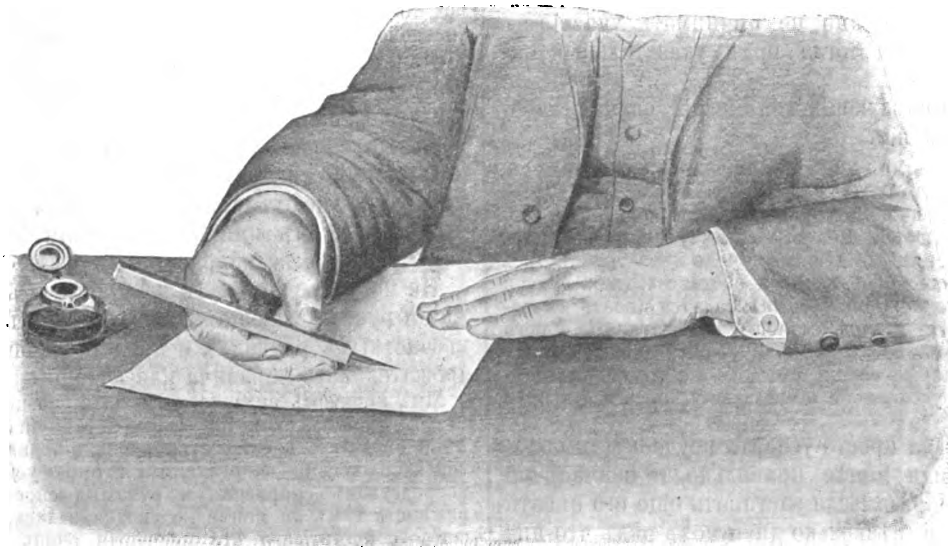
Измѣненное положеніе пишущаго. Его голова направлена къ лѣвой сторонѣ бумаги. Ручка 4-угольная. Ручной суставъ зашнурованъ въ кожанный наручникъ.

Рис. 2.



Пишущій сидитъ совершенно бокомъ, оборотившись правой стороной къ столу. Ручной суставъ зашнурованъ резиновой трубкой, концы которой зажаты деревяннымъ зажимомъ.

Рис. 3.



Ладонная поверхность руки обращена во время письма кверху. Ручка 4-угольная.

вызывая никакихъ разстройствъ. Другое дѣло, если рядомъ съ расширеннымъ каналомъ позади него имѣются и эти зародышевые элементы; въ такомъ случаѣ эпендимарныя и субэпителіальныя клѣтки начинаютъ разростаться, становятся похожими на клѣтки гліи и образуютъ промежуточное волокнинное вещество (эту новообразованную ткань *Schultze* и назвалъ «гліозной»), вслѣдъ за чѣмъ начинается образованіе новыхъ сосудовъ; упомянутыя разрощенія могутъ отшнуровывать часть центральнаго канала, вслѣдствіе чего получается картина вторичной полости. Процессъ пролифераціи все идетъ впередъ, захватывая все болѣе и болѣе обширныя области нормальной ткани; центръ-же новообразованія претерпѣваетъ обратное перерожденіе, результатомъ котораго являются новыя полости. Если послѣднія сообщаются съ центральнымъ каналомъ, то онѣ бываютъ выстланы эпителіемъ, въ противномъ-же случаѣ его нѣтъ. Иногда процессъ размноженія гліозной ткани начинается не позади самого центральнаго канала, но въ области ненормально заложенныхъ позади него вторичныхъ полостей или заложенныхъ тамъ-же зародышевыхъ клѣтокъ; въ первомъ случаѣ получается только вторичный каналъ, обыкновенно заканчивающійся сверху и снизу слѣпыми концами; во второмъ—полости получатся путемъ распаденія новообразованной ткани. Иногда процессъ размноженія идетъ по всей длинѣ спинного мозга, занимая центральный каналъ; тогда получается плотный стержень, картина т. наз. «периэпендимарнаго склероза»; здѣсь иногда еще не имѣется размягченія, иногда-же имѣется полость, заключающая или не заключающая въ себѣ эпителій, въ зависимости отъ отношеній къ центральному каналу. Иногда гліозная ткань даетъ бухтообразныя выпячиванія, которыя могутъ подвергаться распаденію или оставаться плотными; въ первомъ случаѣ получается цѣлая система вторичныхъ полостей, связанныхъ или не связанныхъ съ центральнымъ каналомъ. Описанный процессъ новообразованія гліи *Hoffmann* предлагаетъ называть «первичнымъ» гліозомъ въ отличіе отъ гліоза, развивающагося вторично при другихъ патологическихъ процессахъ въ спинномъ мозгу. Въ общемъ ученіе *Hoffmann*'а примиряетъ 2 вышеприведенныхъ воззрѣнія—*Virchow-Leyden*'а и *Westphal-Simon-Schultze*, признавая, съ одной стороны, роль врожденныхъ недостачъ, съ другой—процессъ новообразованія гліи.

*Л. С. Миноръ* [17]) нѣсколько иначе представляетъ себѣ процессъ образованія полостей въ спинномъ мозгу. Изучая спинной мозгъ 12-лѣтней дѣвочки, умершей отъ злокачественнаго новообразованія шейныхъ позвонковъ, и 2-недѣльнаго ребенка, погибшаго отъ нагноившейся грыжи мозговыхъ оболочекъ, онъ прослѣдилъ, что вторичныя полости образуются изъ центральнаго канала посредствомъ раздѣленія его перегородками изъ разростающейся гліи; другой способъ образованія полостей—это образованіе дивертикулъ. Тѣмъ не менѣе въ обоихъ случаяхъ имѣлись указанія на врожденные пороки развитія (во 2-мъ случаѣ имѣлись гидроміэлія, удвоеніе центральнаго канала, гидроцефалія); рядомъ съ ними наблюдалось разрощеніе нейрогліи.

Въ 1-мъ случаѣ было ясно видно, что раздѣленіе канала на нѣсколько частей зависѣло отъ разрощенія нейрогліи внутри центральнаго канала, при чемъ противоположныя стѣнки встрѣчались и давали картину удвоенія канала. Далѣе *Л. С. Миноръ* (8—20) въ цѣломъ рядѣ работъ развиваетъ мысль, что и гэматоміэлія можетъ давать картину сирингоміэліи и даже служить исходной точкой настоящаго наростающаго гліоза.

*Bruttan* [21]) думаетъ, что въ большинствѣ случаевъ сирингоміэлія составляетъ продуктъ распаденія гліозной ткани, а въ меньшинствѣ—имѣются неправильности развитія.

*Müller* и *Meder* [22]) не согласны съ эмбріогенетической теоріей и считаютъ сирингоміэлію продуктомъ ишэмическаго распаденія гліозной ткани въ зависимости отъ измѣненій въ сосудахъ.

*Hauser* [23]) безусловно отрицаетъ значеніе врожденныхъ неправильностей; главную роль, по его мнѣнію, играетъ какое-то раздражающее начало, ведущее къ извѣстной гистологической картинѣ.

*Schlesinger* [24]) въ своей большой монографіи высказываетъ приблизительно такую-же точку зрѣнія, какъ и *Hoffmann*. Въ пользу безусловнаго значенія неправильностей центральнаго канала до сихъ поръ не имѣется, говоритъ онъ, достаточно вѣскихъ доказательствъ (напр., частоты сирингоміэліи въ дѣтскомъ возрастѣ); но нерѣдкое совпаденіе врожденныхъ неправильностей центральнаго канала съ сирингоміэліей даетъ право предположить извѣстную между ними связь. Для развитія-же гліоза необходимо врожденное или пріобрѣтенное въ раннемъ періодѣ жизни предрасположеніе. Послѣднее выражается въ неправильностяхъ закладки спинно-мозгового жолоба съ сохраненіемъ изъ зародышеваго періода извѣстныхъ свойствъ группы эпендимарно-гліозныхъ клѣтокъ. Свойства-же эти заключаются въ ихъ способности производить волокна и нестойкую, легко разрушающуюся ткань, далѣе въ способности ихъ превращаться одна въ другую. Обыкновенно эти свойства пребываютъ въ покоющемся состояніи до перваго воздѣйствія какого-нибудь вреднаго начала, и тогда происходитъ слѣдующее: вредоносное начало пробуждаетъ дремлющія ненормальныя свойства эпендимарныхъ и гліозныхъ клѣтокъ; клѣтки въ силу этого производятъ много гліозныхъ волоконецъ; въ тоже время начинается развитіе соединительной ткани, сопровождающей сосуды, при чемъ разрощеніе гліи часто слѣдуетъ по направленію послѣднихъ. Впослѣдствіи въ гліозной ткани образуются полости по направленію сосудовъ; участіе послѣднихъ въ процессѣ распаденія (съуженіе) удается доказать далеко не всегда. Что касается процесса разрушенія гліозной ткани, то, въ виду отсутствія какого-бы то ни было сходства съ другими дегенеративными процессами, *Schlesinger* предложилъ называть его «гомогенизаціей». Такимъ образомъ ученіе *Schlesinger*'а, подобно многимъ другимъ, зиждется на зародышевыхъ недочетахъ составныхъ частей спинного мозга, хотя и не въ узкомъ смыслѣ ученія *Virchow-Leyden*'а.

Изъ русскихъ авторовъ проф. *В. К. Ротъ* [25]) еще въ 1887 г. высказалъ мнѣніе, что основа сирингоміэліи кроется въ измѣненныхъ условіяхъ зародышеваго развитія сѣраго вещества и что причины, ослабляющія питаніе послѣдняго, уменьшаютъ противодѣйствіе стремящейся къ разрощенію гліи.

*П. А. Преображенскій* [26]), оставаясь въ предѣлахъ эмбріогенетической теоріи, даетъ другое объясненіе образованію полостей. Необходимымъ условіемъ для развитія сирингоміэліи онъ признаетъ неправильности центральнаго канала, образованіе-же второстепенныхъ полостей (въ сл. IV [27]) число ихъ доходило до 7) приписываетъ не разрушенію новообразованной гліозной ткани, а раздѣленію разростающейся нейрогліей канала на то или другое число частей; доказательство этого онъ видитъ въ одномъ изъ своихъ случаевъ, гдѣ передняя стѣнка каждой полости была покрыта эпителіемъ, а сумма ихъ представляла переднюю стѣнку расширеннаго центральнаго канала, раздѣленнаго на части перемычками отъ нейрогліи. Неправильности центральнаго канала, по *Преображенскому*, представляютъ продуктъ внутриутробнаго эпендимита или пріобрѣтеннаго въ раннемъ періодѣ жизни. *П. А. Преображенскій*, убѣжденный тѣмъ многознаменательнымъ фактомъ, что на 300 вскрытій гліоза только въ 1 случаѣ была найдена полость, согласно съ *Weigert*'омъ, не признаетъ распаденія гліозной массы; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ не допускаетъ, чтобы на разрушающейся ткани возможно было развитіе эпителія. Размноженіе гліи, по его мнѣнію, есть собственно процессъ, противодѣйствующій дальнѣйшему расширенію центральнаго канала.

Не могу не упомянуть о теоріи воспалительной, начало которой положилъ *Hallopeau* [28]), объясняющій образованіе полостей межуточнымъ міэлитомъ («sclérose perièpendymaire»).

*Critzmann* [29]) полагаетъ, что дѣло идетъ о хроническомъ воспаленіи периэпендимарной нейрогліи, вслѣдъ за пораженіемъ эпендимарныхъ или узловыхъ клѣтокъ переднихъ роговъ; упомянутые элементы, по его мнѣнію,

приходится бороться съ писчей судорогой въ собственномъ смыслѣ этого слова. Это—та форма, при которой письмо имѣетъ такой видъ, какъ будто его писалъ человѣкъ, ѣхавшій въ телѣгѣ по мостовой. Лишь только такой больной беретъ перо въ руки, какъ тотъ или другой изъ направляющихъ перо пальцевъ сводится или, наоборотъ, внезапно разслабляется. Въ первомъ случаѣ перо вкалывается въ бумагу, а во второмъ—неожиданно передвигается въ ту или другую сторону. При этой тяжелой формѣ почеркъ получается прерывистый, разорванный, независимо отъ того, находятся-ли при писаніи посторонніе или нѣтъ. По большей части судороги начинаются немедленно послѣ того, какъ взято перо, рѣже—послѣ нѣкотораго утомленія, вызваннаго написаніемъ только нѣсколькихъ словъ. Въ первомъ случаѣ больной почти не можетъ подписать своего имени; если-же это наконецъ ему и удается, то съ напряженіемъ всѣхъ духовныхъ и тѣлесныхъ силъ; онъ часто обливается пòтомъ при этой работѣ и, совершенно разбитый, оставляетъ перо. Эту форму можно наблюдать у людей, которымъ пришлось въ своей жизни много и быстро писать. Еще задолго до появленія судорогъ почеркъ дѣлается неразборчивымъ, чтò, однако, не препятствуетъ продолженію занятій.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

LXXXI. Изъ женской Обуховской больницы въ Петербургѣ.

## Къ казуистикѣ сирингоміэліи *).

**М. Д. Ханутиной.**

Уже давно патологическая анатомія и происхожденіе полостей въ спинномъ мозгу сдѣлались предметомъ изслѣдованія,—гораздо раньше, чѣмъ установлена была связь между посмертной и клинической картинами этого страданія. Еще *Morgagnus* [1]), вскрывая вмѣстѣ съ *Santorinus*'омъ тѣло Венеціанскаго рыбака, нашелъ на границѣ спинного и продолговатаго мозга полость, въ которую почти удавалось ввести кончикъ мизинца. Полость эта имѣла, по словамъ *Morgagnus*'а, 5 поперечныхъ пальцевъ въ длину, и, можетъ быть, распространялась и далѣе книзу, если-бы онъ имѣлъ время убѣдиться въ этомъ, удаливъ весь спинной мозгъ изъ позвоночника. Поверхность полости и окружающія ее части представляли сѣрое вещество. О ненормальности своей находки *Morgagnus* заключилъ по величинѣ полости.

Обходя молчаніемъ цѣлый рядъ другихъ старыхъ авторовъ, укажу только, что *Ollivier* [2]) изъ Angers'а первый наименовалъ эту анатомическую картину «сирингоміэліей» и настолько удачно, что названіе его сохранилось до настоящаго времени. Необходимо замѣтить, что *Ollivier*, въ противоположность другимъ авторамъ своего времени, отрицалъ существованіе нормальнаго центральнаго канала и всякую полость въ спинномъ мозгу считалъ явленіемъ болѣзненнымъ, представляющимъ къ тому-же продуктъ неправильности развитія. По *Virchow*'у [3]) причиной увеличивающагося расширенія центральнаго канала и измѣненій въ спинномъ мозгу является врожденное предрасположеніе. *Grimm* [4]), насколько мнѣ извѣстно, первый описалъ случай, въ которомъ измѣненія въ центральномъ каналѣ совпали съ новообразованіемъ въ спинномъ мозгу.

Измѣненія центральнаго канала сводились къ расширенію его и къ образованію дивертикуловъ, новообразованіе-же (гліома) занимало пространство между центральнымъ каналомъ и задними бѣлыми столбами и состояло изъ волоконъ и клѣтокъ; самый каналъ былъ окруженъ толстымъ кольцомъ изъ сѣраго вещества, которое совершенно уничтожало передніе и задніе рога; центральный каналъ эпителія не заключалъ. При жизни наблюдалась картина нароставшей мышечной атрофіи.

Вскорѣ *Westphal* [5]) и одновременно съ нимъ *Simon* [6]) своими микроскопическими изслѣдованіями доказали возможность существованія нѣсколькихъ полостей въ спинномъ мозгу и независимость ихъ отъ центральнаго канала. Этимъ авторамъ удалось прослѣдить переходъ полостей въ новообразованную ткань и такимъ образомъ доказать, что полости образуются вслѣдствіе разрушенія этой опухолевидной массы. *Simon* получилъ даже препараты, на которыхъ можно было убѣдиться, что новообразованныя полости выстланы были эпителіемъ; послѣдній, по его мнѣнію, появляется здѣсь путемъ вторичнаго разрощенія эпителія центральнаго канала. На основаніи своихъ изслѣдованій *Simon* считалъ необходимымъ строго отличать гидроміэлію отъ сирингоміэліи, такъ какъ первая есть врожденное расширеніе центральнаго канала, вторая-же—продуктъ распаденія опухоли. Упомянутыми работами *Grimm*'а, *Simon*'а и *Westphal*'я положено было начало ученію о происхожденіи сирингоміэліи вслѣдствіе распаденія новообразованной ткани.

По *Leyden*'у [7]), который изслѣдовалъ спинной мозгъ 2-хъ дѣтей съ грыжею мозговыхъ оболочекъ, новообразованія нейрогліи при сирингоміэліи въ собственномъ смыслѣ этого слова нѐ имѣется; скорѣе имѣется гипертрофія ея. Сирингоміэлія, по его мнѣнію, имѣетъ такое-же происхожденіе, какъ и гидроміэлія, представляя въ общемъ остатки утробной гидроміэліи. Дѣло происходитъ, какъ онъ предполагаетъ, слѣдующимъ образомъ: гидроміэлія соотвѣтствуетъ тому періоду утробной жизни, когда каналъ достигаетъ задней периферіи спинного мозга и когда задніе столбы еще не успѣли развиться. Такое состояніе при гидроміэліи, если она должна остаться на всю жизнь, продолжается долго; когда-же наконецъ начинается развитіе заднихъ столбовъ, то они встрѣчаютъ такое сильное сопротивленіе со стороны канала, что закрыть его уже не могутъ; вторичныя-же полости могутъ, по мнѣнію *Leyden*'а, отшнуровываться отъ главной. *Leyden*, впрочемъ, допускаетъ возможность образованія сирингоміэліи и инымъ путемъ (распаденіе опухоли, кровоизліяніе и т. п.). Совершенно въ такомъ-же смыслѣ высказались въ своихъ знаменитыхъ работахъ *Kahler* и *Pick* [8]).

*Schultze* [9]) при первыхъ своихъ изслѣдованіяхъ также убѣдился, что сирингоміэлія есть продуктъ распаденія новообразованной «гліозной» ткани, зачастую и настоящаго гліоматоза. Врожденныя неправильности центральнаго канала, по его мнѣнію, вовсе не необходимы для развитія гліоза, но, вѣроятно, пороки развитія канала скорѣе ведутъ къ гліозу. На Международномъ Съѣздѣ врачей въ Москвѣ *Schultze* [10]) высказался уже за болѣе широкое происхожденіе разбираемой формы, а именно—за гидроміэлію, гліозъ, гліоматозъ, разрушеніе сѣраго вещества вслѣдствіе воспаленія боковыхъ и заднихъ столбовъ и наконецъ въ небольшомъ числѣ случаевъ за сирингоміэлію вслѣдствіе пахи- и менингита. Вмѣстѣ съ тѣмъ онъ замѣтилъ, что наростаніе клинической картины, несомнѣнно, говоритъ за все идущій впередъ разрушительный процессъ въ спинномъ мозгу; что-же касается эпителія, находимаго на стѣнкахъ новообразованныхъ полостей, то, согласно наблюденіямъ *Weigert*'а, онъ сохраняетъ способность размножаться въ новообразованныхъ полостяхъ даже въ болѣе позднемъ возрастѣ. Кромѣ того, *Schultze* допускаетъ, что кровоизліянія въ спинномъ мозгу во время дистокіи и происходящія, по его изслѣдованіямъ, именно въ классическомъ мѣстѣ сирингоміэліи, могутъ послужить первымъ поводомъ для развитія послѣдней въ болѣе позднемъ возрастѣ; особенно доказателенъ въ этомъ отношеніи, говоритъ онъ, случай *Thomas*, который видѣлъ картину сирингоміэліи у 5-лѣтняго мальчика, родившагося въ асфиксіи.

Такъ создались 2 совершенно различныхъ ученія о происхожденіи сирингоміэліи: съ одной стороны эмбріогенетическая теорія *Virchow-Leyden*'а, съ другой—*Simon-Westphal-Schultze*. Къ послѣдней примкнуло большинство авторовъ [*Roth* [11]), *Anna Bäumler* [12]), *Bruttan* [13]), *Fürstner* [14]), *Zacher* и др.)].

*Hoffmann* [15]), признавая нѣкоторую долю истины за каждымъ изъ приведенныхъ ученій, думаетъ, однако, что они, не вполнѣ соотвѣтствуютъ дѣйствительности. По его мнѣнію [16]), врожденные пороки развитія, дѣйствительно, являются причиной сирингоміэліи, но главную роль играетъ не гидроміэлія, а остатки зародышевой ткани по линіи смыканія центральнаго канала. Безъ послѣдняго условія гидроміэлія можетъ существовать всю жизнь, не

*) Сообщено съ предъявленіемъ больныхъ 13/x 1903 г. въ общемъ Совѣщаніи врачей городской Обуховской больницы.

Digitized by Google

вызывая никакихъ разстройствъ. Другое дѣло, если рядомъ съ расширеннымъ каналомъ позади него имѣются и эти зародышевые элементы; въ такомъ случаѣ эпендимарныя и субъэпителіальныя клѣтки начинаютъ разростаться, становятся похожими на клѣтки гліи и образуютъ промежуточное волокнинное вещество (эту новообразованную ткань *Schultze* и назвалъ «гліозной»), вслѣдъ за чѣмъ начинается образованіе новыхъ сосудовъ; упомянутыя разрощенія могутъ отшнуровывать часть центральнаго канала, вслѣдствіе чего получается картина вторичной полости. Процессъ пролифераціи все идетъ впередъ, захватывая все болѣе и болѣе обширныя области нормальной ткани; центръ-же новообразованія претерпѣваетъ обратное перерожденіе, результатомъ котораго являются новыя полости. Если послѣднія сообщаются съ центральнымъ каналомъ, то онѣ бываютъ выстланы эпителіемъ, въ противномъ-же случаѣ его нѣтъ. Иногда процессъ размноженія гліозной ткани начинается не позади самого центральнаго канала, но въ области ненормально заложенныхъ позади него вторичныхъ полостей или заложенныхъ тамъ-же зародышевыхъ клѣтокъ; въ первомъ случаѣ получается только вторичный каналъ, обыкновенно заканчивающійся сверху и снизу слѣпыми концами; во второмъ—полости получатся путемъ распаденія новообразованной ткани. Иногда процессъ размноженія идетъ по всей длинѣ спинного мозга, занимая центральный каналъ; тогда получается плотный стержень, картина т. наз. «периэпендимарнаго склероза»; здѣсь иногда еще не имѣется размягченія, иногда-же имѣется полость, заключающая или не заключающая въ себѣ эпителій, въ зависимости отъ отношеній къ центральному каналу. Иногда гліозная ткань даетъ бухтообразныя выпячиванія, которыя могутъ подвергаться распаденію или оставаться плотными; въ первомъ случаѣ получается цѣлая система вторичныхъ полостей, связанныхъ или не связанныхъ съ центральнымъ каналомъ. Описанный процессъ новообразованія гліи *Hoffmann* предлагаетъ называть «первичнымъ» гліозомъ въ отличіе отъ гліоза, развивающагося вторично при другихъ патологическихъ процессахъ въ спинномъ мозгу. Въ общемъ ученіе *Hoffmann*'а примиряетъ 2 вышеприведенныхъ воззрѣнія—*Virchow-Leyden*'а и *Westphal-Simon-Schultze*, признавая, съ одной стороны, роль врожденныхъ недостачъ, съ другой—процессъ новообразованія гліи.

*Л. С. Миноръ* [17]) нѣсколько иначе представляетъ себѣ процессъ образованія полостей въ спинномъ мозгу. Изучая спинной мозгъ 12-лѣтней дѣвочки, умершей отъ злокачественнаго новообразованія шейныхъ позвонковъ, и 2-недѣльнаго ребенка, погибшаго отъ нагноившейся грыжи мозговыхъ оболочекъ, онъ прослѣдилъ, что вторичныя полости образуются изъ центральнаго канала посредствомъ раздѣленія его перегородками изъ разростающейся гліи; другой способъ образованія полостей—это образованіе дивертикулъ. Тѣмъ не менѣе въ обоихъ случаяхъ имѣлись указанія на врожденные пороки развитія (во 2-мъ случаѣ имѣлись гидроміэлія, удвоеніе центральнаго канала, гидроцефалія); рядомъ съ ними наблюдалось разрощеніе нейрогліи.

Въ 1-мъ случаѣ было ясно видно, что раздѣленіе канала на нѣсколько частей зависѣло отъ разрощенія нейрогліи внутри центральнаго канала, при чемъ противоположныя стѣнки встрѣчались и давали картину удвоенія канала. Далѣе *Л. С. Миноръ* (8—20) въ цѣломъ рядѣ работъ развиваетъ мысль, что и гэматоміэлія можетъ давать картину сирингоміэліи и даже служить исходной точкой настоящаго наростающаго гліоза.

*Bruttan* [21]) думаетъ, что въ большинствѣ случаевъ сирингоміэлія составляетъ продуктъ распаденія гліозной ткани, а въ меньшинствѣ—имѣются неправильности развитія.

*Müller* и *Meder* [22]) не согласны съ эмбріогенетической теоріей и считаютъ сирингоміэлію продуктомъ ишэмическаго распаденія гліозной ткани въ зависимости отъ измѣненій въ сосудахъ.

*Hauser* [23]) безусловно отрицаетъ значеніе врожденныхъ неправильностей; главную роль, по его мнѣнію, играетъ какое-то раздражающее начало, ведущее къ извѣстной гистологической картинѣ.

*Schlesinger* [24]) въ своей большой монографіи высказываетъ приблизительно такую-же точку зрѣнія, какъ и *Hoffmann*. Въ пользу безусловнаго значенія неправильностей центральнаго канала до сихъ поръ не имѣется, говоритъ онъ, достаточно вѣскихъ доказательствъ (напр., частоты сирингоміэліи въ дѣтскомъ возрастѣ); но нерѣдкое совпаденіе врожденныхъ неправильностей центральнаго канала съ сирингоміэліей даетъ право предположить извѣстную между ними связь. Для развитія-же гліоза необходимо врожденное или пріобрѣтенное въ раннемъ періодѣ жизни предрасположеніе. Послѣднее выражается въ неправильностяхъ закладки спинно-мозгового жолоба съ сохраненіемъ изъ зародышеваго періода извѣстныхъ свойствъ группы эпендимарно-гліозныхъ клѣтокъ. Свойства-же эти заключаются въ ихъ способности производить волокна и нестойкую, легко разрушающуюся ткань, далѣе въ способности ихъ превращаться одна въ другую. Обыкновенно эти свойства пребываютъ въ покоющемся состояніи до перваго воздѣйствія какого-нибудь вреднаго начала, и тогда происходитъ слѣдующее: вредоносное начало пробуждаетъ дремлющія ненормальныя свойства эпендимарныхъ и гліозныхъ клѣтокъ; клѣтки въ силу этого производятъ много гліозныхъ волоконецъ; въ тоже время начинается развитіе соединительной ткани, сопровождающей сосуды, при чемъ разрощеніе гліи часто слѣдуетъ по направленію послѣднихъ. Впослѣдствіи въ гліозной ткани образуются полости по направленію сосудовъ; участіе послѣднихъ въ процессѣ распаденія (съуженіе) удается доказать далеко не всегда. Что касается процесса разрушенія гліозной ткани, то, въ виду отсутствія какого-бы то ни было сходства съ другими дегенеративными процессами, *Schlesinger* предложилъ называть его «гомогенизаціей». Такимъ образомъ ученіе *Schlesinger*'а, подобно многимъ другимъ, зиждется на зародышевыхъ недочетахъ составныхъ частей спинного мозга, хотя и не въ узкомъ смыслѣ ученія *Virchow-Leyden*'а.

Изъ русскихъ авторовъ проф. *В. К. Ротъ* [25]) еще въ 1887 г. высказалъ мнѣніе, что основа сирингоміэліи кроется въ измѣненныхъ условіяхъ зародышеваго развитія сѣраго вещества и что причины, ослабляющія питаніе послѣдняго, уменьшаютъ противодѣйствіе стремящейся къ разрощенію гліи.

*П. А. Преображенскій* [26]), оставаясь въ предѣлахъ эмбріогенетической теоріи, даетъ другое объясненіе образованію полостей. Необходимымъ условіемъ для развитія сирингоміэліи онъ признаетъ неправильности центральнаго канала, образованіе-же второстепенныхъ полостей (въ сл. IV [27]) число ихъ доходило до 7) приписываетъ не разрушенію новообразованной гліозной ткани, а раздѣленію разростающейся нейрогліей канала на то или другое число частей; доказательство этого онъ видитъ въ одномъ изъ своихъ случаевъ, гдѣ передняя стѣнка каждой полости была покрыта эпителіемъ, а сумма ихъ представляла переднюю стѣнку расширеннаго центральнаго канала, раздѣленнаго на части перемычками отъ нейрогліи. Неправильности центральнаго канала, по *Преображенскому*, представляютъ продуктъ внутриутробнаго эпендимита или пріобрѣтеннаго въ раннемъ періодѣ жизни. *П. А. Преображенскій*, убѣжденный тѣмъ многознаменательнымъ фактомъ, что на 300 вскрытій гліоза только въ 1 случаѣ была найдена полость, согласно съ *Weigert*'омъ, не признаетъ распаденія гліозной массы; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ не допускаетъ, чтобы на разрушающейся ткани возможно было развитіе эпителія. Размноженіе гліи, по его мнѣнію, есть собственно процессъ, противодѣйствующій дальнѣйшему расширенію центральнаго канала.

Не могу не упомянуть о теоріи воспалительной, начало которой положилъ *Hallopeau* [28]), объясняющій образованіе полостей межуточнымъ міэлитомъ («sclérose periependymaire»).

*Critzmann* [29]) полагаетъ, что дѣло идетъ о хроническомъ воспаленіи периэпендимарной нейрогліи, вслѣдъ за пораженіемъ эпендимарныхъ или узловыхъ клѣтокъ переднихъ роговъ; упомянутые элементы, по его мнѣнію,

Digitized by Google

столбамъ, тогда какъ болевое и термическое идетъ по сѣрому веществу. Не упоминая объ опытахъ, доказавшихъ, что это далеко не соотвѣтствуетъ дѣйствительности, укажу на *Friedreich*'ову болѣзнь, при которой, не смотря на пораженіе заднихъ столбовъ, разстройствъ чувствительности къ прикосновенію почти не наблюдается. Съ другой стороны, при сирингоміэліи, представляющей патологическую форму, при которой сѣрое вещество спинного мозга разрушается съ такимъ совершенствомъ, какого едва-ли когда-либо достигали въ опытахъ, полной диссоціаціи чувствительности не наблюдается; наоборотъ, изслѣдованія проф. *В. К. Рота* и др. показали, что почти всегда въ концѣ концовъ къ анальгэзіи и термоанэстезіи присоединяются разстройства чувства прикосновенія. Правда, можно было-бы предположить, что послѣдовательныя разстройства послѣдняго зависятъ отъ перехода болѣзненнаго процесса на задніе столбы или отъ прижатія ихъ; но тогда едва-ли можно объяснить однимъ случайнымъ совпаденіемъ то обстоятельство, что разстройства чувствительности къ прикосновенію занимаютъ тѣже мѣста, что и термоанэстезія и анальгезія. Такимъ образомъ приходится заключить, что сѣрое вещество является проводникомъ для всѣхъ родовъ чувствительности.

Проф. *В. К. Ротъ* [70]) объясняетъ расчлененіе чувствительности не существованіемъ отдѣльныхъ волоконъ въ общихъ для всѣхъ элементовъ чувствительности проводникахъ, но различной сопротивляемостью того или другого свойства чувствительныхъ проводниковъ данному вредоносному началу.

*Hauser* [71]), всесторонне изучавшій вопросъ о диссоціаціи чувствительности, находитъ возможнымъ сдѣлать слѣдующія заключенія: отдѣльныхъ волоконъ для каждаго рода чувствительности не имѣется; различныя кожныя раздраженія не обладаютъ одинаковой силой распространенія, и, собственно говоря, извѣстной ранимостью страдаетъ не самое волокно, но его работоспособность; диссоціація чувствительности при сирингоміэліи выступаетъ такъ рѣзко потому, что это страданіе наиболѣе совершенно осуществляетъ медленныя измѣненія, способныя отмѣнить основную разницу, раздѣляющую ощущенія.

Законъ распредѣленія сирингоміэлитическихъ разстройствъ чувствительности представляетъ также пока далеко еще не разрѣшенный вопросъ. Бо̀льшая часть авторовъ признаетъ «сегментарное» (корешковое) распредѣленіе «анэстезіи» (употребляю это выраженіе для краткости), которое на туловищѣ характеризуется поясами, расположенными параллельно; на конечностяхъ оно выражается лентовидными, параллельными оси конечностей полосами, на головѣ и лицѣ полосами, напоминающими по своему расположенію луковую шелуху. Наиболѣе горячимъ поборникомъ этой теоріи является *Laehr* [72]), ставшій во главѣ многихъ другихъ, преимущественно нѣмецкихъ, авторовъ. По его мнѣнію, разстройства чувствительности «отрѣзками», наблюдавшіяся другими авторами, объясняются тѣмъ, что периферическіе отдѣлы конечностей вообще менѣе чувствительны; кромѣ того, чувствительность этихъ частей еще болѣе понижается наличностью сосудодвигательныхъ разстройствъ (мозоли и т. п.) въ этихъ областяхъ. Такимъ образомъ изслѣдованіе показываетъ уже рѣзкую картину пораженія чувствительности на периферическихъ частяхъ конечностей въ то время, какъ на верхнихъ (нейтральныхъ) частяхъ послѣднихъ еще не удается установить ничего патологическаго; въ силу такой неравномѣрности и получаются «анэстезіи» въ видѣ перчатокъ, носковъ, чулокъ и т. п.

*Brissaud* [73]) находитъ, что ученіе *Laehr*'а объясняетъ не всѣ случаи разстройства чувствительности при сирингоміэліи. Не отрицая возможности корешковой топографіи, онъ предлагаетъ для другихъ случаевъ, гдѣ имѣется разстройство чувствительности «отрѣзками», слѣдующее объясненіе. Онъ представляетъ себѣ спинной мозгъ раздѣленнымъ на «метамеры»; для верхнихъ же и нижнихъ конечностей имѣются еще и вторичныя метамеры, находящіяся въ шейномъ и поясничномъ утолщеніяхъ. Послѣднія представляютъ какъ-бы продолженіе сѣраго вещества, предназначенное для конечностей, при чемъ для каждаго отрѣзка ногъ и рукъ имѣется отдѣльная метамера. Разрушеніе и вообще заболѣваніе той или другой изъ этихъ вторичныхъ метамеръ даютъ себѣ знать клинически характерными «анэстезіями» въ видѣ перчатокъ, чулокъ и т. п.

*Hauser* [74]) полагаетъ, что противъ ученія *Brissaud* говоритъ медленное и постепенное распространеніе разстройствъ чувствительности, тогда какъ съ понятіемъ о пораженіи метамерическомъ само собой связывается представленіе о быстромъ наступленіи анэстезіи. *Hauser* вмѣстѣ съ *Leyden*'омъ, *Goldscheider*'омъ [75]), *Oppenheim*'омъ [76]) и др. является сторонникомъ ученія *Laehr*'а.

По *Schlesinger*'у, иногда трудно прослѣдить корешковое распространеніе «анэстезіи», не смотря на самое тщательное изслѣдованіе; наоборотъ, по его наблюденіямъ и по наблюденіямъ другихъ авторовъ, случаи распредѣленія разстройствъ чувствительности въ смыслѣ теоріи *Brissaud*—фактъ, вполнѣ установленный. Въ противоположность другимъ нѣмецкимъ авторамъ *Schlesinger* считаетъ несомнѣнно доказаннымъ существованіе обоихъ типовъ распредѣленія «анэстезіи»: «сегментарное» *Laehr*'а и «центральное» (болѣе рѣдкое) *Brissaud*. Если все сѣрое вещество или, по крайней мѣрѣ, сѣрое вещество заднихъ роговъ разрушается въ видѣ граничащихъ другъ съ другомъ отрѣзковъ, то въ виду полнаго разрушенія связи чувствительныхъ волоконъ съ центральной нервной системой получается «сегментарное» распредѣленіе разстройствъ чувствительности. Часто, однако, распространеніе болѣзненнаго очага значительно мѣняется внутри отдѣльныхъ сегментовъ въ вертикальномъ и горизонтальномъ направленіяхъ. Тогда разрушается только часть сѣраго вещества, при томъ еще въ неправильной формѣ, и въ результатѣ можетъ получиться нѣкоторое видоизмѣненіе: напр., одна часть корешковыхъ волоконъ остается связанной съ сохранившейся, другая же—съ разрушенной частью сѣраго вещества. Вѣроятно, говоритъ *Schlesinger* далѣе, въ каждомъ сегментѣ спинного мозга имѣется извѣстное подраздѣленіе, такъ что различныя точки сегментарной территоріи кожи связаны съ различными частями даннаго отрѣзка спинного мозга; вѣроятно также, что сосѣднимъ отрѣзкамъ кожи соотвѣтствуютъ спинномозговые сосѣдніе представители. Если болѣзненный процессъ будетъ распространяться въ спинномъ мозгу въ продольномъ направленіи, то могутъ получиться припадки, соотвѣтствующіе центральному типу «анэстезіи».

По *Ferranini* [77]), распредѣленіе разстройствъ чувствительности «отрѣзками» при сирингоміэліи можетъ зависѣть отъ сочетанія ея съ истеріей; тѣмъ не менѣе онъ признаетъ оба типа разстройствъ чувствительности при этомъ страданіи. Центральный типъ, по его мнѣнію, зависитъ отъ образованія полостей въ самомъ спинномъ мозгу, корешковый отъ образованія ихъ въ мѣстѣ выхода корешковъ изъ спинного мозга.

*(Окончаніе слѣдуетъ.)*

Изъ лабораторіи на фортѣ «Императоръ Александръ I» Института экспериментальной медицины.

## Къ морфологіи и біологіи микроба бубонной чумы и палочки ложной бугорчатки грызуновъ (bac. pseudotuberculosis rodentium Pf.).

Ч. пр. С. И. Златогорова.

(*Окончаніе. См. № 18, стр. 648*).

### Палочка ложной бугорчатки грызуновъ.

Съ тѣхъ поръ, какъ *Malassez* и *Vignal* [1]) въ 1883 г. нашли въ подкожномъ бугоркѣ у ребенка, погибшаго отъ бугорчатковаго менингита, особыя зооглеи короткихъ палочекъ, ничего не имѣвшихъ общаго съ палочками *Koch*'а, все чаще и чаще стали находить у животныхъ измѣненія, анатомически очень похожія на бугорчатковыя, но безъ палочекъ *Koch*'а, а съ другими микробами. *Malassez* и *Vignal* прививкой бугорчатковаго узла морскимъ свинкамъ получали у послѣднихъ узелки во всѣхъ органахъ съ тѣми-же зооглеями. Въ 1885 г. *Nocard* [8]) нашелъ въ легкихъ у куръ множество мелкихъ, твердыхъ, хорошо ограни-

ныхъ мышцъ. Описанное измѣненіе грудной клѣтки, о которомъ легче составить себѣ представленіе по снимку съ моей больной (см. ниже), гдѣ это измѣненіе изображено въ профиль, встрѣчается по *Astié* только у сирингоміэлитиковъ съ измѣненіемъ костей. *Astié* видѣлъ это измѣненіе грудной клѣтки въ 4 изъ 9 случаевъ, а *Schlesinger* принимаетъ частоту этого признака въ 20%. *Astié* утверждаетъ, кромѣ того, что при «thorax en bateau» отправленія внутригрудныхъ органовъ не измѣняются: во всѣхъ его случаяхъ толчекъ верхушки находился кнутри отъ лѣвой сосковой линіи, пульсъ въ одномъ случаѣ былъ 64, въ другомъ 70.

3. «Псейдоакромегалическіе» признаки, не разъ служившіе причиной недоразумѣній въ распознаваніи [*Холщевниковъ* [48]) и др.] и отличающіеся отъ тѣхъ, что бываютъ при настоящей акромегаліи, отсутствіемъ «гармоніи» въ гипертрофіи различныхъ частей [*de Cambiaire* [49])]; напр., наблюдается увеличеніе объема какой-нибудь одной части лица, одной фаланги, одной конечности и т. п., часто рядомъ съ гипертрофированной частью наблюдается атрофированная; *Schlesinger* называетъ эти явленія «макрозоміями» и «микрозоміями». *De Cambiaire* собралъ 9 такихъ случаевъ; въ 2-хъ изъ нихъ имѣлись частичныя макрозоміи лица [*Холщевниковъ* [50]) и *Petersen* [51])].

4. Артропатіи и остеопатіи. Послѣднія ведутъ довольно часто къ произвольнымъ переломамъ костей. Вышеупомянутые 4 признака относятся къ категоріи трофическихъ разстройствъ; сюда-же относится цѣлый рядъ дерматитовъ какъ острыхъ, такъ и хроническихъ.

5. «Main succulente» [признакъ *Marie-Marinesco* [52])]—кисть руки представляется какъ-бы отечной; по *Marinesco*, это—отчасти продуктъ пластическаго процесса, разыгрывающагося въ подкожной клѣтчаткѣ, отчасти сосудодвигательный процессъ, выражающійся въ перемѣнномъ расширеніи и съуженіи мельчайшихъ артерій, венъ и капилляровъ. Это—очень важный признакъ, ибо имъ можетъ затемняться одинъ изъ классическихъ признаковъ сирингоміэліи—атрофія мелкихъ мышцъ кистей, и зачастую почти вполнѣ утратившая мышечную силу рука не имѣетъ вида исхудалой. *Lutzenberger* [53]) наблюдалъ также «pied succulent». Изъ другихъ сосудодвигательныхъ разстройствъ наблюдаются дермографія и потливость, иногда односторонняя.

Строго говоря, для распознаванія сирингоміэліи достаточно наличности т. наз., тріады признаковъ: расчлененія чувствительности, наростающей мышечной атрофіи *Duchenne-Aran*'овскаго типа и трофическихъ разстройствъ. Я позволила себѣ остановиться на нѣкоторыхъ изъ второстепенныхъ припадковъ потому, что не всегда приходится сталкиваться съ типическими случаями; иногда даже эти нехарактерные признаки развиваются задолго до того, когда можно доказать наличность разстройствъ чувствительности. Въ случаѣ *Charcot* и *Brissaud* [54]) диссоціація чувствительности была опредѣлена лишь черезъ 15 лѣтъ, какъ начали развиваться макрозоміи. Къ этой-же категоріи признаковъ, наводящихъ мысль на необходимость изслѣдовать чувствительность, относятся и привычные вывихи плеча, произвольные переломы, множественная и мало болѣзненная ногтоѣда и т. п.

Указанное разнообразіе и обиліе признаковъ дало основаніе *Schlesinger*'у различать слѣдующіе клиническіе типы сирингоміэліи:

А. Сирингоміэлія съ классическими признаками:

a) сирингоміэлія шейная, наиболѣе частая; поражаются руки, имѣются на лицо основные припадки со стороны двигательной, чувствительной и трофической сферы; b) сирингоміэлія спинно-поясничная; припадки обнаруживаются раньше всего въ ногахъ, имѣются разстройства мочеиспусканія и испражненій; наблюдается рѣдко; c) сирингоміэлія пояснично-крестцовая; d) сирингоміэлія спинно-мозговыхъ утолщеній; самый рѣдкій типъ; *Schlesinger* видѣлъ только 2 случая, которые можно считать сирингобульбіей; большей частью не удается установить бульбарнаго начала съ распространеніемъ процесса на спинной мозгъ.

В. Сирингоміэлія съ преобладаніемъ двигательныхъ разстройствъ:

a) въ видѣ аміотрофическаго бокового склероза; b) лопаточно-плечевая форма; c) сирингоміэлія въ формѣ судорожной спинной сухотки.

С. Сирингоміэлія съ преобладаніемъ разстройствъ чувствительности:

a) въ видѣ половиннаго разстройства чувствительности; b) въ видѣ общей анэстезіи [случай *Schüppel*'я и *Späth*'а [55])].

D. Сирингоміэлія съ преобладаніемъ трофическихъ разстройствъ: a) типъ *Morvan*'а—характеризуется не атрофіями, но гипертрофіями какъ кожи, такъ и подкожной клѣтчатки и наклонностью къ образованію множественной, безболѣзненной (не всегда) ногтоѣды, ведущей къ обезображиванію пальцевъ, напоминая картину т. наз. мутилирующей проказы; b) остеоартропатическая форма, при которой болѣзненный процессъ разыгрывается по преимуществу въ костяхъ и суставахъ. Форма эта встрѣчается не особенно часто, но *Schlesinger*'у уже удалось собрать 138 случаевъ ея. Артропатіи чаще всего поражаютъ руки, а именно—въ 80%, ноги поражаются только въ 20% (при спинной сухоткѣ наблюдается обратное отношеніе). Чаще заболѣваетъ плечевой суставъ (35%). Безотносительная частота артропатіи по *Н. А. Соколову* [56])=10,2. Начало артропатій, по *Graf*'у [57]), чаще всего приходится на возрастъ около 40 лѣтъ, но иногда пораженіе суставовъ является самымъ раннимъ припадкомъ, какъ это было, напр., въ случаѣ *Karg*'а [58]), гдѣ страданіе сустава наблюдалось у больного 6 л. Въ то время, какъ *Charcot* [59]) и его школа относятъ артропатіи къ трофическимъ разстройствамъ, *Volkmann* [60]) и *Rotter* [61]) считаютъ нейропатическія артропатіи результатомъ травмы. Они представляютъ себѣ дѣло такъ: вслѣдствіе анальгезіи больной продолжаетъ пользоваться больнымъ (ушибленнымъ) суставомъ; послѣдній въ силу этого расшатывается, и тогда получается характерная артропатія. *Virchow* [62]) полагаетъ, что это—обыкновенный обезображивающій артритъ, принявшій въ силу вліянія трофическихъ разстройствъ своеобразное теченіе. *Klemm* [63]) приходитъ къ заключенію, что нейротическія заболѣванія суставовъ отличаются отъ обезображивающаго артрита 1) безболѣзненностью, 2) выпотѣваніемъ въ полость сустава, 3) появленіемъ въ раннемъ возрастѣ и 4) быстрымъ развитіемъ. *Schlesinger* не считаетъ возможнымъ отрицать вліяніе трофическихъ разстройствъ, особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ не было измѣненій чувствительности и чрезмѣрныхъ движеній. Такое-же мнѣніе высказалъ *Nissen* [64]), основываясь на отсутствіи въ нѣкоторыхъ случаяхъ артропатіи разстройствъ чувствительности. По *Hitoff*'у [65]), главнымъ доказательствомъ спинномозгового происхожденія артропатій является расположеніе ихъ на верхнихъ конечностяхъ, соотвѣтственно мѣсту пораженія спинного мозга.

Почти всѣ авторы признаютъ удобнымъ дѣлить артропатіи на гипертрофическія и атрофическія, но обыкновенно, наблюдаются, какъ мнѣ казалось при изученіи казуистики, явленія обѣихъ категорій. По *Graf*'у плечевой суставъ большею частью представляетъ атрофическую форму, тогда какъ въ локтевомъ преобладаютъ гипертрофическія явленія. Разрушенія внутрисуставныхъ частей, встрѣчающіяся при первомъ типѣ артропатій, ведутъ къ вывихамъ, имѣющимъ наклонность повторяться [*Schrader* [66]), *Gnesda* [67]), *Н. А. Соколовъ* [68])]. *Hödlmoser* [69]) думаетъ, на основаніи одного своего случая, что сирингоміэлитическія артропатіи начинаются именно съ разрушенія внутрисуставныхъ связокъ.

Остеопатіи иногда сопутствуютъ артропатіямъ, иногда же встрѣчаются, какъ самостоятельный припадокъ. Болѣзненный процессъ въ костяхъ, патологическая анатомія котораго еще далеко не изучена, выражается, съ одной стороны, усиленнымъ производствомъ костной ткани (экзостозы, псейдоакромегалическія явленія и т. п.), съ другой—наклонностью къ произвольнымъ, ничѣмъ не вызываемымъ переломамъ.

Одну изъ важныхъ главъ патологіи сирингоміэліи представляютъ наблюдаемыя при ней разстройства чувствительности. Со временъ опытовъ *Schiff*'а принято было думать, что чувство прикосновенія проводится по заднимъ

Digitized by Google

столбамъ, тогда какъ болевое и термическое идетъ по сѣрому веществу. Не упоминая объ опытахъ, доказавшихъ, что это далеко не соотвѣтствуетъ дѣйствительности, укажу на *Friedreich*'ову болѣзнь, при которой, не смотря на пораженіе заднихъ столбовъ, разстройствъ чувствительности къ прикосновенію почти не наблюдается. Съ другой стороны, при сирингоміэліи, представляющей патологическую форму, при которой сѣрое вещество спинного мозга разрушается съ такимъ совершенствомъ, какого едва-ли когда-либо достигали въ опытахъ, полной диссоціаціи чувствительности не наблюдается; наоборотъ, изслѣдованія проф. *В. К. Рота* и др. показали, что почти всегда въ концѣ концовъ къ анальгэзіи и термоанэстезіи присоединяются разстройства чувства прикосновенія. Правда, можно было-бы предположить, что послѣдовательныя разстройства послѣдняго зависятъ отъ перехода болѣзненнаго процесса на задніе столбы или отъ прижатія ихъ; но тогда едва-ли можно объяснить однимъ случайнымъ совпаденіемъ то обстоятельство, что разстройства чувствительности къ прикосновенію занимаютъ тѣже мѣста, что и термоанэстезія и анальгезія. Такимъ образомъ приходится заключить, что сѣрое вещество является проводникомъ для всѣхъ родовъ чувствительности.

Проф. *В. К. Ротъ* [70]) объясняетъ расчлененіе чувствительности не существованіемъ отдѣльныхъ волоконъ въ общихъ для всѣхъ элементовъ чувствительности проводникахъ, но различной сопротивляемостью того или другого свойства чувствительныхъ проводниковъ данному вредоносному началу.

*Hauser* [71]), всесторонне изучавшій вопросъ о диссоціаціи чувствительности, находитъ возможнымъ сдѣлать слѣдующія заключенія: отдѣльныхъ волоконъ для каждаго рода чувствительности не имѣется; различныя кожныя раздраженія не обладаютъ одинаковой силой распространенія, и, собственно говоря, извѣстной ранимостью страдаетъ не самое волокно, но его работоспособность; диссоціація чувствительности при сирингоміэліи выступаетъ такъ рѣзко потому, что это страданіе наиболѣе совершенно осуществляетъ медленныя измѣненія, способныя отмѣнить основную разницу, раздѣляющую ощущенія.

Законъ распредѣленія сирингоміэлитическихъ разстройствъ чувствительности представляетъ также пока далеко еще не разрѣшенный вопросъ. Бо́льшая часть авторовъ признаетъ «сегментарное» (корешковое) распредѣленіе «анэстезіи» (употребляю это выраженіе для краткости), которое на туловищѣ характеризуется поясами, расположенными параллельно; на конечностяхъ оно выражается лентовидными, параллельными оси конечностей полосами, на головѣ и лицѣ полосами, напоминающими по своему расположенію луковую шелуху. Наиболѣе горячимъ поборникомъ этой теоріи является *Laehr* [72]), ставшій во главѣ многихъ другихъ, преимущественно нѣмецкихъ, авторовъ. По его мнѣнію, разстройства чувствительности «отрѣзками», наблюдавшіяся другими авторами, объясняются тѣмъ, что периферическіе отдѣлы конечностей вообще менѣе чувствительны; кромѣ того, чувствительность этихъ частей еще болѣе понижается наличностью сосудодвигательныхъ разстройствъ (мозоли и т. п.) въ этихъ областяхъ. Такимъ образомъ изслѣдованіе показываетъ уже рѣзкую картину пораженія чувствительности на периферическихъ частяхъ конечностей въ то время, какъ на верхнихъ (нейтральныхъ) частяхъ послѣднихъ еще не удается установить ничего патологическаго; въ силу такой неравномѣрности и получаются «анэстезіи» въ видѣ перчатокъ, носковъ, чулокъ и т. п.

*Brissaud* [73]) находитъ, что ученіе *Laehr*'а объясняетъ не всѣ случаи разстройства чувствительности при сирингоміэліи. Не отрицая возможности корешковой топографіи, онъ предлагаетъ для другихъ случаевъ, гдѣ имѣется разстройство чувствительности «отрѣзками», слѣдующее объясненіе. Онъ представляетъ себѣ спинной мозгъ раздѣленнымъ на «метамеры»; для верхнихъ же и нижнихъ конечностей имѣются еще и вторичныя метамеры, находящіяся въ шейномъ и поясничномъ утолщеніяхъ. Послѣднія представляютъ какъ-бы продолженіе сѣраго вещества, предназначенное для конечностей, при чемъ для каждаго отрѣзка ногъ и рукъ имѣется отдѣльная метамера. Разрушеніе и вообще заболѣваніе той или другой изъ этихъ вторичныхъ метамеръ даютъ себѣ знать клинически характерными «анэстезіями» въ видѣ перчатокъ, чулокъ и т. п.

*Hauser* [74]) полагаетъ, что противъ ученія *Brissaud* говоритъ медленное и постепенное распространеніе разстройствъ чувствительности, тогда какъ съ понятіемъ о пораженіи метамерическомъ само собой связывается представленіе о быстромъ наступленіи анэстезіи. *Hauser* вмѣстѣ съ *Leyden*'омъ, *Goldscheider*'омъ [75]), *Oppenheim*'омъ [76]) и др. является сторонникомъ ученія *Laehr*'а.

По *Schlesinger*'у, иногда трудно прослѣдить корешковое распространеніе «анэстезіи», не смотря на самое тщательное изслѣдованіе; наоборотъ, по его наблюденіямъ и по наблюденіямъ другихъ авторовъ, случаи распредѣленія разстройствъ чувствительности въ смыслѣ теоріи *Brissaud*—фактъ, вполнѣ установленный. Въ противоположность другимъ нѣмецкимъ авторамъ *Schlesinger* считаетъ несомнѣнно доказаннымъ существованіе обоихъ типовъ распредѣленія «анэстезіи»: «сегментарное» *Laehr*'а и «центральное» (болѣе рѣдкое) *Brissaud*. Если все сѣрое вещество или, по крайней мѣрѣ, сѣрое вещество заднихъ роговъ разрушается въ видѣ граничащихъ другъ съ другомъ отрѣзковъ, то въ виду полнаго разрушенія связи чувствительныхъ волоконъ съ центральной нервной системой получается «сегментарное» распредѣленіе разстройствъ чувствительности. Часто, однако, распространеніе болѣзненнаго очага значительно мѣняется внутри отдѣльныхъ сегментовъ въ вертикальномъ и горизонтальномъ направленіяхъ. Тогда разрушается только часть сѣраго вещества, при томъ еще въ неправильной формѣ, и въ результатѣ можетъ получиться нѣкоторое видоизмѣненіе: напр., одна часть корешковыхъ волоконъ остается связанной съ сохранившейся, другая же—съ разрушенной частью сѣраго вещества. Вѣроятно, говоритъ *Schlesinger* далѣе, въ каждомъ сегментѣ спинного мозга имѣется извѣстное подраздѣленіе, такъ что различныя точки сегментарной территоріи кожи связаны съ различными частями даннаго отрѣзка спинного мозга; вѣроятно также, что сосѣднимъ отрѣзкамъ кожи соотвѣтствуютъ спинномозговые сосѣдніе представители. Если болѣзненный процессъ будетъ распространяться въ спинномъ мозгу въ продольномъ направленіи, то могутъ получиться припадки, соотвѣтствующіе центральному типу «анэстезіи».

По *Ferranini* [77]), распредѣленіе разстройствъ чувствительности «отрѣзками» при сирингоміэліи можетъ зависѣть отъ сочетанія ея съ истеріей; тѣмъ не менѣе онъ признаетъ оба типа разстройствъ чувствительности при этомъ страданіи. Центральный типъ, по его мнѣнію, зависитъ отъ образованія полостей въ самомъ спинномъ мозгу, корешковый отъ образованія ихъ въ мѣстѣ выхода корешковъ изъ спинного мозга.

*(Окончаніе слѣдуетъ.)*

Изъ лабораторіи на фортѣ «Императоръ Александръ I» Института экспериментальной медицины.

## Къ морфологіи и біологіи микроба бубонной чумы и палочки ложной бугорчатки грызуновъ (bac. pseudotuberculosis rodentium Pf.).

Ч. пр. О. И. Златогорова.

*(Окончаніе. См. № 18, стр. 648).*

### Палочка ложной бугорчатки грызуновъ.

Съ тѣхъ поръ, какъ *Malassez* и *Vignal* [1]) въ 1883 г. нашли въ подкожномъ бугоркѣ у ребенка, погибшаго отъ бугорчатковаго менингита, особыя зооглеи короткихъ палочекъ, ничего не имѣвшихъ общаго съ палочками *Koch*'а, все чаще и чаще стали находить у животныхъ измѣненія, анатомически очень похожія на бугорчатковыя, но безъ палочекъ *Koch*'а, а съ другими микробами. *Malassez* и *Vignal* прививкой бугорчатковаго узла морскимъ свинкамъ получали у послѣднихъ узелки во всѣхъ органахъ съ тѣми-же зооглеями. Въ 1885 г. *Nocard* [2]) нашелъ въ легкихъ у куръ множество мелкихъ, твердыхъ, хорошо ограни-

Digitized by Google

Табл. 9.

| Морфологическія и біологическія особенности. | Микробъ бубонной чумы *Yersin*'а. | Палочка ложной бугорчатки грызуновъ *Pfeiffer*'а. | Микробъ куриной холеры. | Палочка кроличьяго гнилокровія (bac. septicaemiae *Koch-Gaffky*). | Микробъ плейро пнеймоніи свиней (bac. suisepticus). |
|---|---|---|---|---|---|
| Ростъ въ бульонѣ. | Не мутитъ; нѣжными хлопьями. | Не мутитъ; грубыми хлопьями. | Мутятъ бульонъ равномѣрно. | | |
| | Типичный streptobacillus черезъ сутки. | | Цѣпочки изъ 2 и болѣе члениковъ. | Форма кокковъ: диплококки и стрептококки. | Оч. короткія палочки, по 2 или больше. |
| Величина въ органахъ. | 0,7—1,5 μ. | 0,8—1,7 μ. | 0,8—1,6 μ. | 1,0—1,4 μ. | 0,9—1,0 μ. |
| Ростъ на желатинѣ. | Не разжижжаютъ желатины. | | | | |
| | Ростъ черезъ 2—3 дня; колоніи съ зернистымъ центромъ и однородной периферіей, отдающей цвѣтами радуги. | Черезъ 1—2 дня колоніи съ неровными краями, темный центръ, свѣтлая периферія. | Черезъ 24—48 час. Колоніи коричневыя, съ неправильными краями. | Черезъ 3 сутокъ. По уколу ростъ стержневидный; на пластинкѣ колоніи съ темнымъ центромъ и желтой периферіей. | Черезъ 2—3 дня. По уколу стержень изъ несливающихся точечныхъ колоній. |
| » на агарѣ. | Вязкій, блестящій налетъ; края колоній неровны. | Маслянистый, полупрозрачный налетъ. | Тонкій, сѣрый налетъ. | Рѣзко очерченныя колоніи съ желтой периферіей. | Бѣловатыя, шелковистыя колоніи, прозрачныя. |
| » на картофелѣ. | Невидный ростъ. | Свѣтложелтый налетъ. | Не ростетъ. | Ростъ при температурѣ не ниже 28—30° Ц., сѣрыя, блестящія колоніи. | Не ростетъ. |
| » на молокѣ. | Не свертываетъ. | | Не измѣняетъ. | | Не свертываетъ; реакція становится слабо-кислой. |
| Движеніе. | Неподвижны. | | | | |
| Споры. | Не образуютъ. | | | | |
| Окраска въ органахъ. | Биполярность. | | | | |
| По *Gram*'у. | Не окрашиваются. | | | | |
| Индоловая реакція. | Не дается. | | | | |
| Естественное зараженіе. | Человѣкъ, обезьяна, крыса, тарабаганъ. | Человѣкъ (?), куры, кролики, морскія свинки, зайцы. | Птицы, кролики. | Кролики. | Свинья. |
| Искусственное » | Мыши, крысы, морскія свинки, кролики. | Домашнія мыши, кролики, морскія свинки, хомяки. | Птицы, кролики, морскія свинки. | Кролики, морскія свинки, птицы. Кролики погибаютъ черезъ сутки. | Мыши, кролики, теленокъ, морскія свинки, куры, голуби—менѣе воспріимчивы. |
| Патолого-анатомическая картина. | Бубоны съ инфильтраціей; узлы въ органахъ; кровоизліянія на сывороточныхъ оболочкахъ. | Бубоны безъ инфильтраціи; узлы въ органахъ. | Гнилостныя явленія; кровоизліянія на сывороточныхъ оболочкахъ; черная, жидкая кровь; увеличенная темная селезенка. | | Фибринозное воспаленіе сывороточныхъ оболочекъ. |
| Перекрестная активная и пассивная иммунизація. | Не удается. | | | | |

изъ табл. 6 и 7, противочумная сыворотка склеивала палочку *Pfeiffer*'а такъ-же, какъ и настоящія чумныя палочки. Обстоятельство это заслуживаетъ вниманія, такъ какъ оно подрываетъ довѣріе къ специфичности реакціи склеиванія съ противочумной сывороткой. Болѣе утѣшительные результаты были получены съ осадками *Kraus*'а (см. выше). Специфичность этихъ осадковъ для противочумной сыворотки чрезвычайно рѣзкая: противочумная сыворотка даетъ осадокъ (преципитатъ) только съ фильтратомъ чумныхъ разводокъ, съ другими-же не-чумными микробами осадка не получается, не получается его и съ фильтратомъ палочки *Pfeiffer*'а. Опытъ этотъ былъ продѣланъ мною много разъ *) съ одинаковымъ результатомъ и въ распознавательномъ отношеніи представляетъ большую цѣнность. Сыворотка, полученная мною при вызываніи у кролика невоспріимчивости къ ложной бугорчаткѣ, оказалась такой-же специфической для послѣдней, давая осадокъ только съ палочкой *Pfeiffer*'а, а не съ чумнымъ микробомъ.

Я воспользовался затѣмъ для отличія чумнаго микроба отъ палочки *Pfeiffer*'а специфически лѣчебными свойствами противочумной сыворотки. Противочумная сыворотка спасаетъ животныхъ отъ чумы и такимъ образомъ является безусловно специфичной противъ чумнаго микроба, не спасая отъ другихъ заразныхъ болѣзней. Впрыснувъ сыворотку животныхъ въ такомъ количествѣ, которое спасало ихъ отъ послѣдующаго зараженія чумой, я заражалъ черезъ 18 часовъ морскихъ свинокъ разводкой ложной бугорчатки (въ наименьшемъ смертельномъ количествѣ), и всѣ животныя погибли отъ ложной бугорчатки, между тѣмъ какъ повѣрочныя съ чумой выжили. Конечно, такую пробу можно дѣлать только въ томъ случаѣ, если микробъ обладаетъ достаточной вирулентностью; при слабой-же его вирулентности нѣтъ мѣрила для дѣйствія сыворотки на организмъ.

Фагоцитарной реакціей внутри брюшной полости можно также воспользоваться для отличительныхъ цѣлей; однако при этомъ, во 1-хъ, должна быть сильная сыворотка, которой требуется небольшое количество для лѣчебнаго дѣйствія, а, во 2-хъ, разводка должна быть сильно вирулентной. Несомнѣнно, что при возбужденіи фагоцитоза специфической сывороткой соотвѣтствующіе микробы будутъ фагоцитироваться сильнѣе, чѣмъ другіе. Однако значеніе этой реакціи, какъ отличительной, только относительное, и съ этой стороны оно далеко уступаетъ способу т. наз. перекрестной иммунизаціи. При иммунизаціи животныхъ палочкой ложной бугорчатки чумный микробъ такъ-же убивалъ ихъ, какъ и повѣрочныхъ, а, наоборотъ, иммунизированныя противъ чумы оставались воспріимчивыми къ ложной бугорчаткѣ.

Такимъ образомъ ни морфологія микроба *Pfeiffer*'а, ни особенности разводокъ, ни реакція склеиванія съ противочумной сывороткой не дали возможности отличить палочку ложной бугорчатки грызуновъ отъ чумнаго микроба; только опыты съ перекрестной иммунизаціей, съ иммунизаціей противочумной сывороткой и реакція *Kraus*'а (преципитація) дали твердыя основанія для отличія палочки *Pfeiffer*'а отъ чумной. На первомъ мѣстѣ по простотѣ и доступности должна быть поставлена реакція преципитаціи, тѣмъ болѣе, что она не связана съ вирулентностью микроба. При возможности-же испытать разводку на животныхъ необходимо помнить, что чумный микробъ убиваетъ крысъ, бѣлыхъ мышей и др. животныхъ, кромѣ сви-

*) Фильтраты были $3^1/_2$-и $4^1/_2$-мѣсячной давности.

Digitized by Google

моемъ распоряженіи разводки были довольно чувствительны. Въ жидкой средѣ при 60° Ц. удавалось убивать ихъ въ теченіи 8, при 57°—въ теченіи 15 мин. Въ высушенномъ видѣ онѣ болѣе стойки: при 60° Ц. ихъ можно убить только черезъ 1—1½ час.

Посмотримъ теперь, каково отношеніе этихъ микробовъ къ животному организму. Для однихъ животныхъ (крысы, ежи, кошки, собаки, лошади, козы, полевыя мыши) палочки ложной бугорчатки грызуновъ считаются мало вредоносными, для другихъ (морскія свинки, кролики, хомяки, домашнія мыши)—в. болѣзнетворными. Разводки, которыми я располагалъ, какъ было сказано, отличались въ этомъ отношеніи другъ отъ друга по степени вредоносности. Въ то время какъ разводка I не убивала ни кроликовъ, ни крысъ, ни бѣлыхъ мышей, а морскихъ свинокъ убивала только при введеніи большихъ количествъ, да еще повторныхъ, разводка II *Kr.* была болѣзнетворна для кроликовъ и морскихъ свинокъ уже въ малыхъ количествахъ, для бѣлыхъ мышей только въ большихъ (внутрибрюшное зараженіе), а крысъ и голубей не убивала вовсе. Наилучшимъ объектомъ для зараженія служатъ морскія свинки (подъ кожу или въ брюшную полость) или кролики (въ кровь). Если заразить морскую свинку агаровой 1- или 2-суточной разводкой, то въ зависимости отъ количества и вирулентности микроба свинка погибаетъ черезъ 5—8 *) сутокъ при явленіяхъ возрастающаго исхуданія. На вскрытіи можно найти соотвѣтственно сторонѣ впрыскиванія, увеличенную лимфатическую железу, набухшую, сочную, не спаянную съ наружными покровами; внутренніе органы гиперэмированы; селезенка увеличена, краснаго цвѣта, иногда съ бѣлыми узелками; при болѣе продолжительной болѣзни узелки встрѣчаются чаще и не только въ селезенкѣ, но и въ печени и въ легкихъ; сердце растянуто, правое наполнено кровью; въ полости брюшины и плейрѣ вязкій выпотъ. Въ мазкахъ изъ органовъ и изъ бубона видны палочки яйцевидныя, иногда почти совсѣмъ шаровидныя, хорошо окрашивающіяся всѣми анилиновыми красками; въ нѣкоторыхъ палочкахъ видна двуполюсная окраска, *нерѣзко выраженная у большинства микробовъ*. Такого разнообразія формъ, какъ у чумнаго микроба, видѣть ни разу не удалось. Посѣвы изъ органовъ всегда даютъ чистую разводку; изъ крови также можно большей частью получить разводку, если животное прожило 4—6 дней. Выросшія изъ органовъ разводки представляются въ существенныхъ чертахъ такими-же, какъ основныя, только ростъ ихъ болѣе нѣжный.

2-ая моя разводка была слѣдующей вирулентности: 0,2 к. стм. суточной бульонной разводки убивали морскую свинку при подкожномъ зараженіи въ теченіи 8—12 сутокъ, агарная-же въ количествѣ ⅓—¼ пробирки (суточной разводки) при зараженіи подъ кожу убивала свинку въ 3—5 дней, а въ брюшную полость въ 3—4—5 дней. При зараженіи въ брюшину морскія свинки погибали при явленіяхъ перитонита. На вскрытіи оказывалось: вязкій молочный выпотъ въ брюшной полости, увеличенная гиперэмированная селезенка и печень, огромное количество микробовъ въ выпотѣ, въ органахъ и крови—мало.

И такъ имѣвшіяся въ моемъ распоряженіи разводки ложной бугорчатки грызуновъ можно охарактеризовать такъ: микробъ представляетъ палочку, окрашивающуюся биполярно, образующую въ жидкой средѣ цѣпи (streptobacillus), на твердой питательной средѣ принимающую форму яйца или шара; внутри животнаго организма онъ даетъ яйцевидныя палочки, окрашивающіяся биполярно, иногда рѣзко, и большей частью слабо; микробъ неподвиженъ, споръ не образуетъ, по *Gram*'у не окрашивается, бульона не мутитъ, образуя хлопья, желятины не разжижаетъ, молоко не свертываетъ и сахара не разлагаетъ; кромѣ того, онъ не даетъ индоловой реакціи; изъ животныхъ онъ оказался совсѣмъ неболѣзнетворнымъ для крысъ и голубей, слабо болѣзнетворнымъ для бѣлыхъ мышей и сильно—для морскихъ свинокъ и кроликовъ; у животныхъ (морскихъ свинокъ) даетъ бубоны (небольшіе), увеличеніе внутреннихъ органовъ, узелки въ нихъ и выпотные процессы въ полостяхъ (въ брюшной, плейральной).

Какъ видно изъ этого описанія, сходство микроба ложной бугорчатки грызуновъ съ чумнымъ поразительное **). Опыты на животныхъ иногда могутъ дать тоже совершенно неясную картину. Мнѣ предстояла задача доказать, что микробъ ложной бугорчатки грызуновъ не есть микробъ чумный и доказать это, конечно, не чисто морфологическими чертами или особенностями разводокъ, а различными побочными біологическими способами. Сначала мнѣ блеснула надежда при помощи цвѣтныхъ средъ отличать чумный микробъ отъ палочки *Pfeiffer*'а. Среды окрашенныя (лакмусомъ или по *Омелянскому*) не всегда давали строго опредѣленные результаты: измѣненія цвѣта среды наступали въ различное время и въ разной степени.

Табл. 8 (Сравненіе чумной палочки съ палочкой ложной бугорчатки).

| Морфологическія и біологическія особенности. | Палочка бубонной чумы (Bac. pestis *Yersin*'a). | Палочка ложной бугорчатки грызуновъ (Bac. pseudotuberc. rod. *Pfeiffer*'a). |
|---|---|---|
| Ростъ въ бульонѣ. | Не мутитъ бульона; нѣжными хлопьями; streptobacillus. Сталактиты. | Не мутитъ бульона; грубыми хлопьями; streptobacillus. Сталактиты. |
| » на желятинѣ. | Не разжижаетъ желятины. Глубокія колоніи рѣзко ограничены и круглы, поверхностныя блестящи, мелкозернисты въ центрѣ, съ неровными, отдающими цвѣтами радуги фестончатыми краями. Замѣтный ростъ черезъ 2—3 дня. | Не разжижаетъ. Глубокія колоніи болѣе темны, поверхностныя блестящи, зернисты въ центрѣ, по краямъ болѣе однородны, фестончаты. Замѣтный ростъ черезъ 1—2 дня. |
| » на агарѣ. | Вязкій, блестящій сѣробѣлый налетъ; края колоній играютъ цвѣтами радуги, нѣсколько неровны. На пластинкѣ глубокія колоніи неправильной яйцевидной или круглой формы, бураго цвѣта и крупнозернисты. Поверхностныя колоніи блестящи. | Маслянистый, полупрозрачный налетъ; края колоній неровны. На пластинкѣ круглыя колоніи съ болѣе темнымъ центральнымъ ядромъ и болѣе свѣтлымъ неровнымъ периферическимъ кольцомъ. |
| » на агарѣ съ 3% NaCl. | Много инволюціонныхъ формъ черезъ 2—3 дня. | Много инволюціонныхъ формъ черезъ нѣсколько дней. |
| » на картофелѣ. | Незамѣтный ростъ. | Блѣдножелтый налетъ или незамѣтный ростъ. |
| » на молокѣ. | Не свертываетъ. | Не свертываетъ. |
| » на средахъ съ сахаромъ. | Не разлагаетъ сахара. | Не разлагаетъ. |
| Индоловая реакція. | Не даетъ. | Не даетъ. |
| Величина въ микронахъ. | 0,7—1,5 μ въ длину. | 0,8—1,7 μ. въ длину. |
| Движеніе. | Неподвиженъ. | Неподвиженъ. |
| Споры. | Не даетъ. | Не даетъ. |
| Окрашиваніе | въ бульонной разводкѣ окрашивается биполярно. | Окрашивается биполярно. |
| | въ живомъ организмѣ биполярность; сильно полиморфны. | Биполярность только частью, мало полиморфенъ. |
| По *Gram*'у. | Не окрашивается. | Не окрашивается. |
| Естественное зараженіе. | Человѣкъ, обезьяна, крыса, тарабаганы. | Человѣкъ (?), куры, кролики, морскія свинки, зайцы. |
| Искусственное зараженіе. | Мыши, крысы, морскія свинки, кролики. | Домашнія мыши, морскія свинки, кролики, хомяки. |
| Патологоанатомическая картина. | Бубоны съ окружающей инфильтраціей; узелки въ селезенкѣ (часто), печени и легкихъ (рѣдко). | Бубоны небольшіе безъ инфильтраціи, узелки въ селезенкѣ и легкихъ, въ печени только при длительномъ заболѣваніи. Часто слизистый выпотъ въ брюшной и грудной полости. |
| Отношеніе къ противочумной сывороткѣ. | Склеиваются. | Склеиваются. |
| | Прозрачный настой микробовъ даетъ реакцію преципитаціи. | Не даетъ преципитаціи. |
| Перекрестная иммунизація. | Не удается. | Не удается. |
| Противочумная сыворотка. | Спасаетъ отъ чумнаго заболѣванія. | Не спасаетъ отъ ложной бугорчатки. |

Обратившись къ сывороточной реакціи, я испыталъ вліяніе склеивающихъ свойствъ противочумной сыворотки на разводки палочки ложной бугорчатки. Какъ видно

*) Въ 1 случаѣ свинка прожила 16 сутокъ послѣ зараженія; вездѣ были узлы.

**) Палочку ложной бугорчатки грызуновъ можно было-бы назвать съ тѣмъ-же правомъ, съ какимъ она носитъ теперешнее названіе, ложно-чумной.

Digitized by Google

Средняго роста, правильнаго сложенія, крайне малокровна. Лицо и ноги нѣсколько отечны. Всякое движеніе очень болѣзненно. Лежитъ на спинѣ, откинувъ лѣвую руку; грудь держитъ обнаженной (см. рис. 1 и 2). Сильный кашель; мокрота слизисто-гнойная, иногда съ жилками крови. Голосъ чистый и громкій. Слѣва отъ грудины громадная опухоль, покрытая напряженной, мало подвижной, сине-багроваго цвѣта кожей. Въ общемъ опухоль производитъ впечатлѣніе назрѣвшаго нарыва, въ голову $1\frac{1}{2}$—2-лѣтняго ребенка. Окружность опухоли 47,5, длинникъ 22, поперечникъ 20 стм. Границы ея: верхняя—на 1 палецъ ниже ключицы, правая—лѣвый край грудины, лѣвая—средняя подмышковая линія, нижняя—верхній край 6-го ребра (4-ое и 5-ое ребро не прощупывались, такъ какъ вдавались въ опухоль). Межреберій на лѣвой $\frac{1}{2}$ грудной клѣтки почти нѣтъ. На поверхности опухоли реберъ не прощупывается. Постукиваніе вслѣдствіе выпота въ лѣвомъ плевральномъ мѣшкѣ даетъ неясные результаты, а именно: притупленіе начинается сверху отъ ключицы, справа со средины грудины, слѣва со средней подмышковой линіи, внизу тупость переходитъ въ селезеночную; сзади отъ средины лопатки и внизъ безусловно тупой звукъ. Опухоль рѣзко бьется. Форма ея, какъ это видно по рисункамъ, неправильно яйцевидная. Отъ соска вверхъ тянется чрезъ опухоль напряженный пучокъ волоконъ большой грудной мышцы. Помимо біенія опухоли, ощущается и толчокъ верхушки сердца въ 6-мъ межреберьи по наружной подмышковой линіи. Выслушиваніе даетъ очень мало: въ области опухоли—глухой систолическій шумъ; въ области сердца—глухіе тоны съ неяснымъ систолическимъ, по всей вѣроятности проведеннымъ, шумомъ. Въ сонныхъ артеріяхъ умѣренное біеніе; шумовъ нѣтъ. Пульсъ 80, плохого наполненія, на лѣвой рукѣ, какъ будто, слегка запаздываетъ. Пульсаторныхъ движеній дыхательнаго горла не замѣчается. Лѣвая плечевая область нѣсколько отечна. Въ легкихъ справа вверху сухіе хрипы, ниже лопатки — мѣстами влажные; слѣва надъ ключицей крупно-пузырчатые, сзади выдохъ, съ средины лопатки отсутствіе дыхательныхъ шумовъ. Печень не увеличена. Границы селезенки не опредѣляются; нижній край ея прощупывается. Отправленія кишекъ нормальны. Глотаніе незатруднено, но въ общемъ больная уже недѣли $1\frac{1}{2}$ ничего, кромѣ молока, не ѣстъ. Въ мочѣ около 1‰ бѣлка и много мочекислыхъ солей.

Вечеромъ 22/V у больной появилось небольшое кровохарканье, постепенно усилившееся, и 23/V въ 5 час. утра она скончалась. Общее количество излившейся крови равнялось приблизительно $1\frac{1}{2}$—2 литрамъ. Послѣ смерти опухоль рѣзко уменьшилась въ объемѣ.

Полное вскрытіе разрѣшено не было, и, такъ какъ было поставлено условіемъ—не портить вида трупа большимъ разрѣзомъ, то я, къ сожалѣнію, могу привести лишь данныя вскрытія грудной полости. Кожа, покрывающая опухоль, тонка, не содержитъ жира, дов. плотно спаяна съ аневризматическимъ мѣшкомъ. Чрезъ аневризму перекидывается соединительно-тканный тяжъ—остатокъ 3-го ребра. 2-ое и 4-ое ребра плотно охватываютъ мѣшокъ; 4-ое, 5-ое и 6-ое лежатъ совсѣмъ рядомъ безъ промежутковъ; 4-ое и 5-ое ребра истончены и легко ломаются пальцами. Въ полости лѣвой плевры около 2-хъ литровъ прозрачной, сывороточной жидкости. Сзади листки плевры срощены плотными фиброзными перемычками. На плеврѣ многочисленные просовидные желтоватые узелки. Въ верхней долѣ лѣваго легкаго пещера съ грецкій орѣхъ, выполненная сгустками крови. Въ правой плевральной полости небольшое количество сывороточной жидкости. Въ легкомъ на разрѣзѣ мѣстами бугорки. Бронхи и дыхательное горло выполнены кровью. Въ полости сердечной сорочки около 2-хъ столовыхъ ложекъ прозрачной сывороточной жидкости. Само сердце нѣсколько гипертрофировано, съ рѣзкимъ отложеніемъ жира на поверхности, особенно въ области праваго желудочка. Мышца его слегка желтоватая, малокровная. Толщина стѣнки праваго желудочка 2, лѣваго 1 стм. Заслонки праваго сердца особыхъ уклоненій отъ нормы не представляютъ, если не считать слабо выраженнаго склероза; на 2-створчатой заслонкѣ процессъ выраженъ болѣе рѣзко, въ заслонкахъ-же аорты имѣются уже значительныя утолщенія. Начальная часть аорты весьма расширена, такъ что окружность ея надъ заслонками 13, а діаметръ около 3,5 стм.; стѣнки ея плотны; поверхность внутренней оболочки покрыта многочисленными возвышеніями и втягиваніями звѣздообразной формы; въ нѣсколькихъ мѣстахъ—свѣжія, достигающія діаметра небольшой горошины, язвы съ подрытыми краями; повсюду разбросаны небольшія бѣлыя бляшки съ отложившейся известью. На передней стѣнкѣ аорты, на 4,5 стм. выше заслонокъ, находится отверстіе, ведущее въ аневризматическій мѣшокъ; отверстіе это съ весьма плотными рубцевыми краями, свободно пропускаетъ 1-ый суставъ большого пальца. Сама аневризма представляетъ изъ себя дов. правильный шаръ съ окружностью въ 40 стм.; охватывающія ее 2 ребра дѣлятъ мѣшокъ на 2 неравныя части — меньшую, находящуюся въ средостѣніи, и большую, выступающую надъ плоскостью груди.

Почти вся полость аневризмы выполнена слоистыми тромбами, плотными по окружности и болѣе мягкими въ центральныхъ частяхъ; цвѣтъ тромбовъ—отъ желтоватаго до краснаго. Отъ прижизненныхъ тромбовъ свободна лишь небольшая часть мѣшка, съ яблоко величиною; полость эта находится около отверстія въ аорту. Стѣнка мѣшка тонка; составныхъ частей аорты распознать въ ней нельзя. На передней поверхности видны плотно срощенные съ мѣшкомъ мышечные пучки межреберныхъ и малой грудной мышцъ. Сзади и слѣва мѣшокъ одѣтъ сравнительно легко отдирающейся плеврой. Стѣнки мѣшка съ грудными органами нигдѣ не срощены и повсюду цѣлы, такъ что прижизненное кровотеченіе нельзя объяснить прободеніемъ мѣшка въ воздухоносные пути. Смерть произошла отъ легочнаго кровотеченія изъ вскрывшагося въ пещеру сосуда.

Разбирая этотъ случай, мы видимъ, что единственной и вполнѣ достаточной причиной развитія аневризмы является атероматозный процессъ въ аортѣ. Весьма возможно, что не остались безъ вліянія и травмы, о которыхъ упоминается въ исторіи болѣзни. Но, что особенно поучительно, это—сравнительная ничтожность припадковъ прижатія, не смотря на колоссальную величину аневризматическаго мѣшка. Нерѣдко приходится видѣть, что небольшія аневризмы вызываютъ сложныя и многочисленныя явленія прижатія различныхъ органовъ: полыхъ венъ, легочной артеріи, блуждающаго нерва, пищевода, плечевого сплетенія и др. Казалось-бы, что такая огромная аневризма должна была произвести въ грудныхъ органахъ большой безпорядокъ и обусловить не только многочисленныя явленія прижатія, но и смѣщенія, не говоря уже о спайкахъ съ окружающими органами. Между тѣмъ, кромѣ нейральгіи плечевого сплетенія и межреберныхъ нервовъ, я не могу отмѣтить почти никакихъ явленій, которыя-бы относились исключительно къ аневризмѣ и не зависѣли, напр., отъ сопутствовавшей ей бугорчатки. Возможно однако, что бугорчатка обязана была своимъ происхожденіемъ постоянному давленію и раздраженію блуждающаго нерва. Извѣстно, что подобное сочетаніе аневризмы съ бугорчаткой—явленіе, относительно частое. Причиной его *Huchard* считаетъ давленіе на блуждающій нервъ, чѣмъ подготовляется почва для различныхъ заболѣваній легкаго, а часто встрѣчающееся при этомъ прижатіе легочной артеріи еще болѣе способствуетъ развитію въ немъ разрушительныхъ процессовъ.

---

## Къ гигіенѣ городскихъ улицъ.

М. Н. Рубеля (Гатчина, Петербургской губ.).

*(Окончаніе. См. № 18, стр. 655).*

Что касается примѣняемыхъ въ Berlin'ѣ поливныхъ приборовъ, то, какъ уже упомянуто, для этой цѣли тамъ употребляются поливныя бочки въ 1,5 к. м. емкости, на желѣзномъ ходу. Каждая бочка требуетъ 5 мин. для своего наполненія изъ уличнаго водонапорнаго крана, столько-же минутъ для опорожненія и столько-же для возвращенія къ мѣсту забора воды, благодаря чему въ 10 рабочихъ часовъ бочка наполняется 40 разъ, смачивая при каждомъ опорожненіи поверхность въ 3000 кв. м. Ширина орошающей струи—4,5 м. Примѣняемыя также для поливки бочки съ устроенными при нихъ турбинными приборами даютъ болѣе широкую струю (до 8 м.). Для поливки троттуаровъ примѣняются и 2-колесныя ручныя бочки. Что-же касается поливныхъ рукавовъ, то таковые въ заграничныхъ городахъ примѣняются рѣже въ виду связаннаго съ употребленіемъ ихъ неудобства для движущейся по улицамъ публики. Поливка производится въ среднемъ 2 раза въ день, но иногда при сухой погодѣ ее повторяютъ 3 и даже 4 раза. По словамъ Отчета, поливка составляетъ одну изъ наиболѣе затруднительныхъ отраслей ухода за улицами, такъ какъ особенно часто подвергается разнообразной критикѣ со стороны публики. Тѣмъ не менѣе важное значеніе ея сознано въ Berlin'ѣ, какъ и въ большинствѣ Германскихъ и вообще Западно-Европейскихъ городовъ, и потому таковая почти повсюду предписывается полицейскими правилами.

Не подлежитъ сомнѣнію важное значеніе поливки улицъ въ борьбѣ съ уличной пылью, особенно тамъ, гдѣ улицы вымощены легко изнашивающимся матеріаломъ и гдѣ поливка не только предупреждаетъ развитіе пыли, но и способствуетъ болѣе продолжительному сохраненію мостовой въ цѣлости. Хотя нѣкоторые изслѣдователи и утверждали, что поливка улицъ и увлажненіе имѣющейся на нихъ пыли создаютъ благопріятныя условія для размноженія въ послѣдней микроорганизмовъ, переходящихъ затѣмъ, при высыханіи, въ воздухъ и ухудшающихъ качества его [*Wittlin* [8]), *Mazuschita* [9])], но можно указать и на противоположные выводы другихъ авторовъ [*Simoncini* и *Viola* [10])], находившихъ уменьшеніе зародышей подъ вліяніемъ свѣта въ политой пыли сравнительно съ неполитой и на нѣкоторыя погрѣшности въ выводахъ первыхъ (*Wittlin*, напр., сравнивалъ равные объемы политой и неполитой пыли, забывая большую компактность слоевъ

первой, а *Maruschita* бралъ для сравненія пыль 2-хъ разныхъ улицъ); но и помимо всего этого, не въ бактеріальной лишь флорѣ нужно искать опасность пыли, а въ ея механическомъ составѣ и раздражающемъ дѣйствіи; поэтому значеніе поливки, какъ связывающей эту пыль, безспорно, громадно. Вполнѣ признавая большое санитарное значеніе поливки, нельзя однако не согласиться, что производство ея связано съ очень крупными расходами для городовъ и иногда тормозится недостаткомъ воды; при томъ обильная поливка обыкновенно бываетъ сопряжена съ образованіемъ на улицахъ сырости, а при плохой мостовой и грязи, что также имѣетъ свои дурныя стороны. Естественно поэтому стремленіе замѣнить поливку обыкновенной водой иными, болѣе дѣйствительными и менѣе дорогими, способами. Примѣняемая въ нѣкоторыхъ приморскихъ городахъ съ этой цѣлью соленая морская вода, по словамъ нѣкоторыхъ авторовъ, способна, благодаря содержащейся въ ней соли, лучше связывать пыль и дѣйствовать болѣе продолжительно и оказываетъ хорошее дѣйствіе даже при однократной поливкѣ. Такая поливка, доступная лишь приморскимъ городамъ, не всегда, однако, оправдываетъ возлагаемыя на нее надежды и, кромѣ того, сообщаетъ уличной пыли еще постороннюю примѣсь солевыхъ частицъ. Хорошіе результаты, судя по отзывамъ, даетъ примѣняемый въ Калифорніи способъ поливки улицъ нефтью, нагрѣтой до 80° Ц.

Поливка производится обыкновенными поливными бочками, снабженными приспособленіями для нагрѣванія нефти. Но, конечно, примѣнимость ея ограничивается лишь такими районами, гдѣ нефть такъ дешева, какъ въ Калифорніи: тамъ поливка 1 клм. полосой въ 5 м. ширины обходится въ 300 фр. [12]). 2- или 3-кратной поливки въ годъ достаточно, чтобы избѣжать пыли. Опасенія дурного запаха отъ нефти и вреднаго ея дѣйствія на резиновыя шины не оправдались: нефть, быстро испаряясь, скоро утрачиваетъ свой запахъ, хорошо смѣшивается съ пылью и пескомъ и образуетъ поверхностную, какъ бы асфальтовую, оболочку, достаточно плотную, хорошо сохраняющуюся и не образующую грязи въ дождливое время, такъ какъ вода скатывается съ нея въ стороны (примѣнялась для этой цѣли неочищенная, содержащая до 25% асфальта нефть). Калифорнійскіе города получили при примѣненіи этого способа до 45% сбереженія въ расходахъ сравнительно съ поливкой водой.

Въ Monaco [12]) были произведены опыты съ примѣненіемъ для такой-же цѣли жидкой смолы на макадамизированной мостовой. Результаты получились слѣдующіе: поверхность мостовой становилась плотной, несмачиваемой дождемъ, не давала никакой грязи, принимала сѣрый цвѣтъ. На 33,75 кв. м. потребовалось 45 клгрм. смолы и 10 клгрм. кокса. Смазываніе дѣлалось метлами въ теченіи 3-хъ часовъ, и стоимость такой обработки вмѣстѣ съ матеріаломъ обошлась по 10 сант. съ кв. метра, а стоимость километра при ширинѣ полосы въ 4 метра составляла всего 300 фр. Чтобы избѣжать скользкости, мостовую послѣ смазыванія посыпали пескомъ. Опыты *Guglielminetti* [12]) показали, что смола не уступаетъ нефти, а поливка такой осмоленной мостовой, не дающей пыли, связана съ ничтожнымъ расходомъ воды; опасенія маркости и липкости на опытѣ не подтвердились.

Во Франціи, по почину Touring Club, производятся дальнѣйшіе опыты въ этомъ направленіи, и, между прочимъ, испытывается и русская нефть [13]). Нельзя не пожелать испытанія подобныхъ способовъ поливки и на русской почвѣ, особенно на неусовершенствованныхъ и дающихъ массу мелкой, трудно промачиваемой безъ образованія грязи, порошкообразной пыли. Если и имѣются указанія на крайне неблагопріятныя послѣдствія усиленнаго промачиванія почвы нефтью въ мѣстахъ ея добыванія (напр., въ Баку), то здѣсь промачиваніе это ведется неправильно, безъ опредѣленныхъ цѣли, программы и разсчета, а потому и не даетъ основаній для сужденія о пригодности такой поливки.

Существенное значеніе въ вопросѣ объ уходѣ за улицами имѣетъ удаленіе снѣга въ зимнее время. Тамъ, гдѣ дѣломъ чистки улицъ завѣдуютъ городскія Управленія, удаленіе снѣга входитъ также въ число обязанностей послѣднихъ, какъ напр., въ Berlin'ѣ, и лишь сметаніе и соскребываніе снѣга съ пѣшеходныхъ дорогъ возлагается на частныхъ владѣльцевъ.

Прочистка проѣздныхъ частей улицъ производится или ручными способами, или-же посредствомъ подметательныхъ машинъ или особыхъ снѣжныхъ плуговъ, передвигаемыхъ лошадиной силой, а сгребаемый въ стороны въ кучи снѣгъ удаляется или вывозомъ, на особыхъ телѣгахъ, о чемъ я уже упоминалъ, или-же путемъ сбрасыванія снѣга въ городскіе каналы.

Примѣненіе снѣготаялокъ обходится дорого и часто бываетъ связано съ цѣлымъ рядомъ затрудненій. Вывозъ, особенно въ большихъ городахъ, также убыточенъ для городского кошелька въ виду возрастанія разстояній для провоза и трудности подысканія свалокъ. Существенная разница—удаляется-ли снѣгъ тотчасъ послѣ его выпаденія еще рыхлый и чистый, или-же слежавшійся и загрязненный. Послѣдній, конечно, съ санитарной точки зрѣнія уподобляется уличному мусору и долженъ, наравнѣ съ послѣднимъ, увозиться; первый-же можно складывать въ кучи въ предѣлахъ города, садахъ, огородахъ, пустопорожнихъ мѣстахъ и даже оставлять, сметенный въ кучи, нѣкоторое время на улицахъ, подъ тѣмъ лишь условіемъ, чтобы не затруднять движенія по нимъ. Въ городахъ, снабженныхъ хорошей канализаціей, съ удовлетворительнымъ сѣченіемъ каналовъ, такой снѣгъ съ удобствомъ можно подвозить къ отверстіямъ особыхъ всыпныхъ шахтъ или колодцевъ надъ каналами и сбрасывать въ нихъ. Такъ какъ температура сточныхъ водъ даже въ сильные морозы не спускается въ каналахъ ниже 4°—8° Ц., то понятно стремленіе использовать это тепло для таянія снѣга. Чтобы расплавить снѣгъ, требуется столько-же тепла, сколько и для нагрѣванія равнаго объема воды отъ 0° до 80° Ц.; если температура воды въ каналахъ 8° Ц., а 10 литровъ снѣга вѣсятъ 1 клгрм., то для плавленія этого количества потребуется 10 литровъ воды; но, конечно, если всю массу протекающей по каналамъ воды привести въ соприкосновеніе съ равнымъ количествомъ снѣга, то она, охладившись до 0°, можетъ замерзнуть, а потому пользуются для этой цѣли лишь $^1/_5$ всего протекающаго черезъ данное сѣченіе канала въ единицу времени количества воды, а снѣгъ сбрасываютъ постепенно, соединяя иногда сбрасываніе съ промывкой каналовъ водой изъ водопровода.

Шахты для сбрасыванія снѣга, въ видѣ подземныхъ камеръ со сводами, лежащихъ своимъ поломъ на днѣ и по уклону канала или его вѣтви, устроены уже въ цѣломъ рядѣ городовъ (München, Breslau, Braunschweig, Stuttgardt, Nührnberg и др. [11]). Такія шахты въ Halle были устроены изъ передѣланныхъ повѣрочныхъ колодцевъ городской канализаціи, обошлись по 250—350 мар. каждый и способны въ 10 часовъ расплавить 120 к. м. свѣжаго снѣга [14]). *Richter* [15]) указываетъ на производившіеся въ этомъ направленіи опыты въ Hamburg'ѣ, гдѣ плавленіе снѣга въ каналахъ обошлось въ 6 разъ дешевле вывоза. Если принять во вниманіе, что въ Berlin'ѣ за 2-конную телѣгу уплачивается подрядчику по 2,5 мар. и что въ нѣкоторые годы, особенно въ снѣжную зиму 1894—1895 гг., число возовъ доходило до 340000, то возможное здѣсь сбереженіе станетъ весьма ощутительнымъ [4]). Вотъ почему вопросъ о сбрасываніи снѣга въ каналы интересуетъ городскія Управленія, и попытки къ осуществленію его дѣлались въ London'ѣ, Bruxelles'ѣ, и Paris'жѣ. По отчету *A. Meyer*'а [16]) въ Hamburg'ѣ способъ этотъ примѣнялся болѣе или менѣе правильно въ 1899 г.; кромѣ того, здѣсь служили для свалки чистаго снѣга текучія воды. Въ Stockholm'ѣ, Christiani'и и др. также нерѣдко примѣняется сбрасываніе снѣга (свѣже выпавшаго) въ текучія воды и въ море [11]).

Примѣнять соль для оттаиванія снѣга, что дѣлается въ нѣкоторыхъ мѣстахъ особенно конножелѣзными дорогами, совѣтовать нельзя, такъ какъ это ведетъ къ пропитыванію обуви пѣшеходовъ солью и, слѣд., къ отсырѣнію ея и вреднымъ оттого послѣдствіямъ.

Остается указать еще на нѣкоторыя другія обязанности, лежащія на тѣхъ-же учрежденіяхъ, которыя вѣдаютъ и чистку улицъ.

Такъ, Berlin'ское вѣдомство чистки приняло на себя заботы по очисткѣ полотна конножелѣзныхъ путей, взимая за это опредѣленную плату съ подлежащихъ обществъ городскихъ трамваевъ. Кромѣ того, оно вѣдаетъ и спасательными приборами для утопающихъ въ пересѣкающихъ городъ водныхъ путяхъ. Изъ штата рабочихъ по очисткѣ улицъ ежегодно, по особому соглашенію съ городскими обеззараживающими учрежденіями, посылаются городскимъ магистромъ періодически по 25—30 чел. на курсы по обеззараживанію, благодаря чему на случай эпидеміи у города имѣется постоянный запасный кадръ обеззараживателей [4]). Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ на городскіе органы по чисткѣ улицъ возлагается и уходъ за осадочными и сточными колодцами городской канализаціонной сѣти [Bruxelles, Aiwer [3])], но чаще всего наблюдается обособленіе органовъ по уходу за канавами отъ органовъ по чисткѣ улицъ. Чистка частныхъ проѣздовъ за извѣстную плату принимается иногда и Berlin'скимъ вѣдомствомъ, но вообще такія обязанности въ Германіи рѣдко исполняются городскими учрежденіями въ противоположность Англіи (напр., Glasgow), гдѣ иногда и цѣлый рядъ дворовъ очищается городскимъ вѣдомствомъ чистки [1]). Постоянно съ уходомъ за улицами сопрягается и уходъ за общественными уличными отхожими мѣстами.

Digitized by Google

Непремѣннымъ условіемъ для огражденія улицъ отъ загрязненія (выбрасываніе сора изъ домовъ, загрязненіе улицъ изверженіями людей и т. п.) должно быть изданіе соотвѣтственныхъ обязательныхъ постановленій; это мы и видимъ повсюду въ Западной Европѣ, при чемъ регламентація иногда настолько развита, что даже разносчикамъ различныхъ рекламъ вмѣняется въ обязанность убирать бросаемые на улицу публикой листки [Christiania [17]]. Чтобы дать возможность жителямъ выполнять постоянно такія правила, необходимо озаботиться установкой въ достаточномъ числѣ ретирадовъ на улицахъ, съ раздѣленіемъ ихъ на мужскія и женскія, на писсуары и клозеты и т. п.; особенно это важно тамъ, гдѣ собирается много народа, напр., въ паркахъ, у мѣстъ стоянокъ трамваевъ, извощиковъ, на рынкахъ и т. п. Необходимо дать имъ такое устройство, которое исключало-бы возможность загрязненія и замерзанія зимой. Нельзя не пожалѣть, что красивыя улицы Парижа обезображиваются полуоткрытыми частыми писсуарами съ громкими надписями «urinoir» и безчисленными объявленіями внутри ихъ разныхъ спеціалистовъ. Скромные, опрятные домики Berlin'а съ лаконической вывѣской «Hier», безспорно выше въ этомъ отношеніи не только съ санитарной и эстетической, но и съ нравственной стороны, а еще лучше существующіе теперь въ цѣломъ рядѣ городовъ Западной Европы (London, Stockholm, Вѣна, München, Dresden, Nührnberg и др.) подземные общественные ретирады, освѣщаемые электричествомъ и соединенные съ городскими каналами. За такими клозетами необходимъ постоянный уходъ, и нельзя одобрить примѣняемую въ нѣкоторыхъ мѣстахъ систему отдачи ихъ въ аренду частнымъ лицамъ и взиманіе платы съ посѣтителей. Отхожія мѣста должны состоять въ вѣдѣніи города; пользованіе ими должно быть безплатно (исключеніе допустимо лишь для особыхъ отдѣленій, предназначенныхъ для публики, претендующей на особый комфортъ); здѣсь необходимы тщательная чистка, отопленіе, хорошее провѣтриваніе и обязательное соединеніе съ канализаціей.

Въ 1900 г. въ вѣдѣніи Berlin'скаго городского Управленія находилось 183 общественныхъ ретирада, среди которыхъ преобладали (121) 7-мѣстные, но были и 2-мѣстные и даже 11-мѣстные. Всѣ они соединены съ городской канализаціей и водопроводомъ, при чемъ расходовали въ сутки на мѣсто 3 к. м. воды (на 995 мѣстъ расходовалось въ годъ свыше 1000000 к. м. воды). Чтобы сократить такой большой расходъ воды, 128 учрежденій были снабжены особымъ масляннымъ сифономъ (системы Beetz въ Вѣнѣ), и эту систему предполагается распространить на всѣ имѣющіеся ретирады. Система заключается въ томъ, что, взамѣнъ воды, особо приспособленный сифонъ закрывается слоемъ масла особаго состава съ обезвонивающими свойствами; черезъ этотъ слой моча проходитъ быстро, не увлекая его въ отводную трубу. Благодаря значительному сбереженію въ расходѣ воды, эта система распространилась теперь во многихъ мѣстахъ (Вѣна, Stockholm, München, Wiesbaden и др.).

Постоянный уходъ, своевременная чистка и періодическая починка общественныхъ отхожихъ мѣстъ лежатъ всецѣло на вѣдомствѣ чистки улицъ, которое озабочивается также установкой новыхъ ретирадовъ, гдѣ они требуются.

Не останавливаясь на другихъ подробностяхъ организаціи ухода за улицами въ Berlin'ѣ и другихъ городахъ Западной Европы, укажу лишь еще на то, что качество мостовой имѣетъ существенное значеніе для выбора и установки того или иного способа чистки, и потому учрежденія, вѣдающія чистку улицъ, постоянно прямо или косвенно заботятся о расширеніи въ городѣ площади усовершенствованныхъ мостовыхъ. Кромѣ того, учрежденія эти спеціально изучаютъ значеніе и пользу тѣхъ или иныхъ способовъ или матеріаловъ по уходу за улицами и, обладая обширной компетенціей, постепенно совершенствуютъ ввѣренное имъ дѣло.

Таковы въ общихъ чертахъ главныя основанія организаціи ухода за улицами въ Западной Европѣ. Если сопоставить все изложенное съ тѣмъ, что наблюдается въ городахъ нашего отечества, то нельзя не замѣтить, какъ мы еще далеки отъ подобнаго ухода. Если относящіеся сюда вопросы интересуютъ многихъ и часто обсуждаются въ текущей западно-европейской печати, то у насъ по этому поводу хранятъ почти полное безмолвіе, а между тѣмъ было-бы важно подробно изучить вопросъ въ приложеніи его къ русской дѣйствительности, къ отечественнымъ условіямъ и выяснить пригодность тѣхъ или иныхъ одобренныхъ уже и испытанныхъ нашими сосѣдями способовъ мощенія, чистки, уборки и т. д., сообразуясь съ климатическими, бытовыми условіями и различными мѣстными особенностями. Слѣдовало-бы въ спеціальныхъ Обществахъ, Собраніяхъ техниковъ и гигіенистовъ обсудить разныя частности этого дѣла и намѣтить руководящія начала какъ съ санитарно-технической, такъ и экономической стороны, а это могло-бы способствовать пробужденію интереса къ такимъ вопросамъ въ широкихъ слояхъ общества и въ городскихъ Управленіяхъ, давъ послѣднимъ и необходимый для будущихъ работъ матеріалъ. Съ своей-же стороны я думалъ-бы, что въ основу организаціи дѣла оздоровленія нашихъ улицъ должны быть положены слѣдующіе принципы:

1. Уходъ за улицами (мощеніе ихъ, чистка, поливка и т. п.) долженъ лежать на органахъ городского самоуправленія съ замѣной существующей натуральной въ этомъ отношеніи со стороны домовладѣльцевъ повинности денежною.

2. Для ближайшаго завѣдыванія этимъ дѣломъ необходимо образованіе при городскихъ Управленіяхъ особыхъ Коммиссій съ включеніемъ въ составъ ихъ представителей техники и гигіены, хорошо знакомыхъ съ относящимися сюда вопросами.

3. Желательна организація спеціальныхъ обученныхъ этому дѣлу рабочихъ бригадъ и обозовъ, содержимыхъ городскими Управленіями.

4. Желательна возможная замѣна ручного труда машиннымъ.

5. Метеніе улицъ и уборка уличнаго сора не должны никогда производиться безъ предварительнаго достаточнаго увлажненія поверхности улицъ.

6. Желательно обезпеченіе улицъ всѣми тѣми санитарными сооруженіями и изданіемъ такихъ постановленій, которыми предупреждается совершенное загрязненіе уличнаго воздуха.

**Литература.** 1. Прив. по «Сборнику статей по вопросамъ относящимся къ жизни русскихъ и иностранныхъ городовъ», издаваемому въ видѣ приложенія къ «Извѣстіямъ Московской городской Думы. Вып. III (ноябрь 1895--мартъ 1896), стр. 66.— 2. Гигіена улицъ въ городахъ Европы. Докладъ IX Международному Съѣзду по гигіенѣ и демографіи въ Madrid'ѣ въ 1898 г. Редакц. *Weyl*'я. Пер. *Домбровскаго*. Варшава, 1899 г. — 3. *Schlosky*. Reisebericht an den Magistrat von Berlin über die Verhältnisse der Strassenreinigung in einigen grösseren Städten Nordeuropas. 1893. — 4. Verwaltungsbericht des Magistrats zu Berlin für die Zeit vom 1/IV 1898 bis 31/IV 1899, № 34, das städtische Strassenreinigungswesen. Тоже. «Gesundheits-Ingenieur», 1902, № 7, стр. 114.—5. Ueber Strassenwaschmaschinen. «Gesundheits-Ingenieur», 1899, № 10, стр. 163.—6. Тамъ-же, 1899 г., № 16, стр. 253 и № 24, стр. 403. — 7. «Fortschritte der Strassenhygiene», тетр. I, 1901. Jena. Herausgegeben von Dr. *Weyl*. — 8. «Wiener klinische Wochenschrift», 1896, № 52. Прив. по «Вѣстнику общественной гигіены» и пр., 1901, XII, стр. 1849. — 9. *T. Makuschita*. Bacteriengehalt im Staube. Archiv für Hygiene, XXXV, стр. 252.—10. Annali d'Igiene sperimentale, 1901. III, стр. 373. Прив. по «Вѣстнику общественной гигіены», 1901, XII, стр. 1849.—12. *Guglielminetti*. La poussière. «Revue d'hygiène», 1902, VI, стр. 526.—13. Annales d'hygiène publique. 1902, сентябрь, стр. 257.—11. *Weyl*. Untersuchungen zur Strassenhygiene. Bericht dem International. Kongress für Hygiene in Paris 1900 vorgelegt. Berlin, 1900.—14. «Technisches Gemeindeblatt», 1899, стр. 281.—15. *Richter*. Strassenhygiene, X Lieferung des «Handbuch der Hygiene» von *Weyl*. — 16. *Meyer*, *A*. Kurze Beschreibung der Strassenreinigung in Hamburg.—17. «Gesundheits-Ingenieur», 1899, № 1.

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Медицина въ Японіи.

*(Окончаніе. См. выше, № 17, стр. 619).*

Хирургія, а вмѣстѣ съ тѣмъ и оперативная гинекологія достигли въ Японіи значительной степени развитія, и хирургическія отдѣленія въ больницахъ и военныхъ госпиталяхъ стоятъ тамъ на высотѣ современныхъ требованій. Японцамъ вообще присуща чистоплотность, и въ хирургическихъ отдѣленіяхъ они довели чистоту до идеала. Обставлены хирургическія отдѣленія не богато, но снабжены всѣмъ необходимымъ.

Насколько развита въ Японіи оперативная техника, видно,

Digitized by Google

первой, а *Maruschita* бралъ для сравненія пыль 2-хъ разныхъ улицъ); но и помимо всего этого, не въ бактеріальной лишь флорѣ нужно искать опасность пыли, а въ ея механическомъ составѣ и раздражающемъ дѣйствіи; поэтому значеніе поливки, какъ связывающей эту пыль, безспорно, громадно. Вполнѣ признавая большое санитарное значеніе поливки, нельзя однако не согласиться, что производство ея связано съ очень крупными расходами для городовъ и иногда тормозится недостаткомъ воды; при томъ обильная поливка обыкновенно бываетъ сопряжена съ образованіемъ на улицахъ сырости, а при плохой мостовой и грязи, что также имѣетъ свои дурныя стороны. Естественно поэтому стремленіе замѣнить поливку обыкновенной водой иными, болѣе дѣйствительными и менѣе дорогими, способами. Примѣняемая въ нѣкоторыхъ приморскихъ городахъ съ этой цѣлью соленая морская вода, по словамъ нѣкоторыхъ авторовъ, способна, благодаря содержащейся въ ней соли, лучше связывать пыль и дѣйствовать болѣе продолжительно и оказываетъ хорошее дѣйствіе даже при однократной поливкѣ. Такая поливка, доступная лишь приморскимъ городамъ, не всегда, однако, оправдываетъ возлагаемыя на нее надежды и, кромѣ того, сообщаетъ уличной пыли еще постороннюю примѣсь солевыхъ частицъ. Хорошіе результаты, судя по отзывамъ, даетъ примѣняемый въ Калифорніи способъ поливки улицъ нефтью, нагрѣтой до 80° Ц.

Поливка производится обыкновенными поливными бочками, снабженными приспособленіями для нагрѣванія нефти. Но, конечно, примѣнимость ея ограничивается лишь такими районами, гдѣ нефть такъ дешева, какъ въ Калифорніи: тамъ поливка 1 клм. полосой въ 5 м. ширины обходится въ 300 фр. [12]). 2- или 3-кратной поливки въ годъ достаточно, чтобы избѣжать пыли. Опасенія дурного запаха отъ нефти и вреднаго ея дѣйствія на резиновыя шины не оправдались: нефть, быстро испаряясь, скоро утрачиваетъ свой запахъ, хорошо смѣшивается съ пылью и пескомъ и образуетъ поверхностную, какъ бы асфальтовую, оболочку, достаточно плотную, хорошо сохраняющуюся и не образующую грязи въ дождливое время, такъ какъ вода скатывается съ нея въ стороны (примѣнялась для этой цѣли неочищенная, содержащая до 25% асфальта нефть). Калифорнійскіе города получили при примѣненіи этого способа до 45% сбереженія въ расходахъ сравнительно съ поливкой водой.

Въ Monaco [12]) были произведены опыты съ примѣненіемъ для такой-же цѣли жидкой смолы на макадамизированной мостовой. Результаты получились слѣдующіе: поверхность мостовой становилась плотной, несмачиваемой дождемъ, не давала никакой грязи, принимала сѣрый цвѣтъ. На 33,75 кв. м. потребовалось 45 клгрм. смолы и 10 клгрм. кокса. Смазываніе дѣлалось метлами въ теченіи 3-хъ часовъ, и стоимость такой обработки вмѣстѣ съ матеріаломъ обошлась по 10 сант. съ кв. метра, а стоимость километра при ширинѣ полосы въ 4 метра составляла всего 300 фр. Чтобы избѣжать скользкости, мостовую послѣ смазыванія посыпали пескомъ. Опыты *Guglielminetti* [13]) показали, что смола не уступаетъ нефти, а поливка такой осмоленной мостовой, не дающей пыли, связана съ ничтожнымъ расходомъ воды; опасенія маркости и липкости на опытѣ не подтвердились.

Во Франціи, по почину Touring Club, производятся дальнѣйшіе опыты въ этомъ направленіи, и, между прочимъ, испытывается и русская нефть [13]). Нельзя не пожелать испытанія подобныхъ способовъ поливки и на русской почвѣ, особенно на неусовершенствованныхъ и дающихъ массу мелкой, трудно промачиваемой безъ образованія грязи, порошкообразной пыли. Если и имѣются указанія на крайне неблагопріятныя послѣдствія усиленнаго промачиванія почвы нефтью въ мѣстахъ ея добыванія (напр., въ Баку), то здѣсь промачиваніе это ведется неправильно, безъ опредѣленныхъ цѣли, программы и разсчета, а потому и не даетъ основаній для сужденія о пригодности такой поливки.

Существенное значеніе въ вопросѣ объ уходѣ за улицами имѣетъ удаленіе снѣга въ зимнее время. Тамъ, гдѣ дѣломъ чистки улицъ завѣдуютъ городскія Управленія, удаленіе снѣга входитъ также въ число обязанностей послѣднихъ, какъ напр., въ Berlin'ѣ, и лишь сметаніе и соскребываніе снѣга съ пѣшеходныхъ дорогъ возлагается на частныхъ владѣльцевъ.

Прочистка проѣздныхъ частей улицъ производится или ручными способами, или-же посредствомъ подметательныхъ машинъ или особыхъ снѣжныхъ плуговъ, передвигаемыхъ лошадиной силой, а сгребаемый въ стороны въ кучи снѣгъ удаляется или вывозомъ, на особыхъ телѣгахъ, о чемъ я уже упоминалъ, или-же путемъ сбрасыванія снѣга въ городскіе каналы.

Примѣненіе снѣготаялокъ обходится дорого и часто бываетъ связано съ цѣлымъ рядомъ затрудненій. Вывозъ, особенно въ большихъ городахъ, также убыточенъ для городского кошелька въ виду возрастанія разстояній для провоза и трудности подысканія свалокъ. Существенная разница—удаляется-ли снѣгъ тотчасъ послѣ его выпаденія еще рыхлый и чистый, или-же слежавшійся и загрязненный. Послѣдній, конечно, съ санитарной точки зрѣнія уподобляется уличному мусору и долженъ, наравнѣ съ послѣднимъ, увозиться; первый-же можно складывать въ кучи въ предѣлахъ города, садахъ, огородахъ, пустопорожнихъ мѣстахъ и даже оставлять, сметенный въ кучи, нѣкоторое время на улицахъ, подъ тѣмъ лишь условіемъ, чтобы не затруднять движенія по нимъ. Въ городахъ, снабженныхъ хорошей канализаціей, съ удовлетворительнымъ сѣченіемъ каналовъ, такой снѣгъ съ удобствомъ можно подвозить къ отверстіямъ особыхъ всыпныхъ шахтъ или колодцевъ надъ каналами и сбрасывать въ нихъ. Такъ какъ температура сточныхъ водъ даже въ сильные морозы не спускается въ каналахъ ниже 4°—8° Ц., то понятно стремленіе использовать это тепло для таянія снѣга. Чтобы расплавить снѣгъ, требуется столько-же тепла, сколько и для нагрѣванія равнаго объема воды отъ 0° до 80° Ц.; если температура воды въ каналахъ 8° Ц., а 10 литровъ снѣга вѣсятъ 1 клгрм., то для плавленія этого количества потребуется 10 литровъ воды; но, конечно, если всю массу протекающей по каналамъ воды привести въ соприкосновеніе съ равнымъ количествомъ снѣга, то она, охладившись до 0°, можетъ замерзнуть, а потому пользуются для этой цѣли лишь $^1/_5$ всего протекающаго черезъ данное сѣченіе канала въ единицу времени количества воды, а снѣгъ сбрасываютъ постепенно, соединяя иногда сбрасываніе съ промывкой каналовъ водой изъ водопровода.

Шахты для сбрасыванія снѣга, въ видѣ подземныхъ камеръ со сводами, лежащихъ своимъ поломъ на днѣ и по уклону канала или его вѣтви, устроены уже въ цѣломъ рядѣ городовъ (München, Breslau, Braunschweig, Stuttgardt, Nührnberg и др. [11]). Такія шахты въ Halle были устроены изъ передѣланныхъ повѣрочныхъ колодцевъ городской канализаціи, обошлись по 250—350 мар. каждый и способны въ 10 часовъ расплавить 120 к. м. свѣжаго снѣга [14]). *Richter* [15]) указываетъ на производившіеся въ этомъ направленіи опыты въ Hamburg'ѣ, гдѣ плавленіе снѣга въ каналахъ обошлось въ 6 разъ дешевле вывоза. Если принять во вниманіе, что въ Berlin'ѣ за 2-конную телѣгу уплачивается подрядчику по 2,5 мар. и что въ нѣкоторые годы, особенно въ снѣжную зиму 1894—1895 гг., число возовъ доходило до 340000, то возможное здѣсь сбереженіе станетъ весьма ощутительнымъ [4]). Вотъ почему вопросъ о сбрасываніи снѣга въ каналы интересуетъ городскія Управленія, и попытки къ осуществленію его дѣлались въ London'ѣ, Bruxelles'ѣ, и Paris'жѣ. По отчету *A. Meyer*'а [16]) въ Hamburg'ѣ способъ этотъ примѣнялся болѣе или менѣе правильно въ 1899 г.; кромѣ того, здѣсь служили для свалки чистаго снѣга текучія воды. Въ Stockholm'ѣ, Christiani'и и др. также нерѣдко примѣняется сбрасываніе снѣга (свѣже выпавшаго) въ текучія воды и въ море [11]).

Примѣнять соль для оттаиванія снѣга, что дѣлается въ нѣкоторыхъ мѣстахъ особенно конножелѣзными дорогами, совѣтовать нельзя, такъ какъ это ведетъ къ пропитыванію обуви пѣшеходовъ солью и, слѣд., къ отсырѣнію ея и вреднымъ оттого послѣдствіямъ.

Остается указать еще на нѣкоторыя другія обязанности, лежащія на тѣхъ-же учрежденіяхъ, которыя вѣдаютъ и чистку улицъ.

Такъ, Berlin'ское вѣдомство чистки приняло на себя заботы по очисткѣ полотна конножелѣзныхъ путей, взимая за это опредѣленную плату съ подлежащихъ обществъ городскихъ трамваевъ. Кромѣ того, оно вѣдаетъ и спасательными приборами для утопающихъ въ пересѣкающихъ городъ водныхъ путяхъ. Изъ штата рабочихъ по очисткѣ улицъ ежегодно, по особому соглашенію съ городскими обеззараживающими учрежденіями, посылаются городскимъ магистромъ періодически по 25—30 чел. на курсы по обеззараживанію, благодаря чему на случай эпидеміи у города имѣется постоянный запасный кадръ обеззараживателей [4]). Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ на городскіе органы по чисткѣ улицъ возлагается и уходъ за осадочными и сточными колодцами городской канализаціонной сѣти (Bruxelles, Aiwer [2])), но чаще всего наблюдается обособленіе органовъ по уходу за канавами отъ органовъ по чисткѣ улицъ. Чистка частныхъ проѣздовъ за извѣстную плату принимается иногда и Berlin'скимъ вѣдомствомъ, но вообще такія обязанности въ Германіи рѣдко исполняются городскими учрежденіями въ противоположность Англіи (напр., Glasgow), гдѣ иногда и цѣлый рядъ дворовъ очищается городскимъ вѣдомствомъ чистки [1]). Постоянно съ уходомъ за улицами сопрягается и уходъ за общественными уличными отхожими мѣстами.

Digitized by Google

пришлось наблюдать какой-либо задержки въ срощеніи отломковъ; иссѣченія суставовъ дѣлаются сравнительно рѣдко; теченіе черепныхъ огнестрѣльныхъ ранъ съ недостачами костей было вполнѣ благопріятное; усѣченія протекали хорошо и только въ 1 случаѣ пришлось сдѣлать повторное усѣченіе при конической культѣ; *Пироговская* операція у японцевъ пользуется полнымъ правомъ гражданства и даетъ хорошіе результаты; ожоги, даже очень большія и глубокія, протекали сравнительно хорошо, оставляя возвышенные подвижные рубцы.

Тяжелое впечатлѣніе вынесъ авторъ изъ осмотра барака съ тифозными больными въ военно-временномъ госпиталѣ. «Признаюсь, пишетъ онъ, здѣсь я впервые испыталъ весь ужасъ войны. Что можетъ быть тяжелѣе, какъ не громадный баракъ тифозныхъ, гдѣ буквально стоитъ несмолкаемый стонъ нѣсколькихъ десятковъ бредящихъ больныхъ! Къ счастью, не понимаешь языка, а, вѣроятно, въ этихъ словахъ бреда не мало узналъ-бы о тяжелыхъ минутахъ, пережитыхъ во время приготовленія къ бою и во время сраженій; кромѣ того, не мало могъ-бы узнать, какъ этотъ скрытый Японецъ относится къ своей женѣ, дѣтямъ и домашнему очагу! Что въ сравненіи съ этими несчастными раненые, которые, во 1-хъ, имѣютъ лучшій исходъ, меньшій % смертности и, кромѣ того, если раненый даже потерялъ руку или ногу, у него все-таки есть сознаніе, что онъ получитъ пенсію и что онъ до гробовой доски герой, котораго будутъ прославлять всѣ соотечественники, а Японцы особенно умѣютъ почитать своихъ героевъ». Въ тифозномъ баракѣ больные съ бредомъ помѣщаются на полу на 2-хъ матрацахъ, а болѣе спокойные—на кроватяхъ. Лѣченіе тифозныхъ мало чѣмъ отличается отъ нашего. Ледъ на голову не примѣняется, и только, какъ исключеніе, употребляются холодные компрессы.

Какъ видно изъ вышеприведенной статистики, кровавый поносъ— тяжелый бичъ Японской арміи, но и въ обычное время онъ уноситъ въ Японіи много тысячъ жертвъ.

Такъ, въ 1898 г. эпидемія кроваваго поноса свирѣпствовала почти во всей странѣ, и изъ 89400 заболѣвшихъ 22300 (24%) умерли. При лѣченіи кроваваго поноса примѣняются опій, висмутъ и другія вяжущія вещества; клизмы съ вяжущими препаратами примѣняются сравнительно рѣдко. Въ послѣднее время въ лабораторіи проф. *Kitasato* производились многочисленные опыты (главнымъ образомъ д-ромъ *Shig*'а) по полученію противокровопоносной сыворотки.

Другой тяжелый бичъ арміи—какке («бери-бери») значительно распространенъ и среди населенія.

Формы, въ которыхъ наблюдается эта болѣзнь, относятся къ обрыенымъ и средней степени развитія по *Wernick*'у. Болѣзнь выражается главнымъ образомъ въ разстройствѣ сердечной дѣятельности, малокровіи, сильной слабости въ ногахъ и въ разстройствѣ пищеваренія; сильные отеки бываютъ рѣдко. Лѣченіе припадочное; примѣняются настой наперстянки и бромистый калій. Такіе больные обособляются. По мнѣнію Японскихъ врачей, какке—болѣзнь крови, похожая на цынгу. Что недостаточное питаніе есть важное этіологическое условіе въ заболѣваніи какке, доказывается тѣмъ, что, по отзывамъ морскихъ врачей, случаевъ заболѣванія этой болѣзнью между матросами не было, что находится въ зависимости отъ лучшаго питанія матросовъ сравнительно съ нижними чинами сухопутной арміи; въ то-же время переводъ нижнихъ чиновъ на усиленное довольствіе ограничилъ % заболѣваній этой болѣзнью. Въ Японской пищѣ главную роль играетъ рисъ, а какъ только стали прибавлять къ порціи 2 раза въ недѣлю мясо, заболѣванія уменьшились.

Большое число больныхъ въ Японіи приходится на чахотку, страданія желудка и кишекъ и сифилисъ. Сравнительно часты—фибринозная пнеймонія и плейритъ.

Выпотной сывороточный плейритъ лѣчится раннимъ высасываніемъ жидкости съ послѣдовательнымъ уменьшеніемъ получаемой больнымъ жидкости до minimum'а.

Интересно послѣдовательное лѣченіе, примѣняемое по отношенію къ плейритикамъ и выздоравливающимъ отъ фибринозной пнеймоніи. Больныхъ заставляютъ ежедневно стрѣлять въ цѣль изъ большихъ Японскихъ луковъ, при чемъ начинаютъ съ легкихъ нетугихъ луковъ и постепенно переходятъ къ болѣе тугимъ. Это замѣняетъ приборъ *Waldenburg*'а и, дѣйствуетъ, какъ говорятъ, даже лучше его, такъ какъ при натягиваніи лука, съ одной стороны, развиваются и крѣпнутъ грудныя мышцы, а съ другой—больному невольно приходится дѣлать глубокія вдыханія и расправлять легкія. Если плейритъ былъ лѣвосторонній, то больного заставляютъ натягивать тетиву и лѣвой рукой. Дѣляется это на воздухѣ въ саду, гдѣ сдѣланы всѣ необходимыя приспособленія для стрѣльбы. Больнымъ стрѣльба очень нравится: для нихъ это—большое развлеченіе среди однообразія госпитальной жизни. Изъ чужеядныхъ сравнительно часты печеночная и 12-перстнокишечная двуустки, аскариды, двуустка легочная.

Д-ръ *Kurimoto* вмѣстѣ съ д-ромъ *Yiima* (профессоромъ зоологіи при Токійскомъ Университетѣ) описали въ 1894 г. новый видъ ленточной глисты «Botriocephalus sp.» [1]), который гораздо длиннѣе нашихъ ленточныхъ глистъ и имѣетъ по 2 половыхъ канала съ 2-мя половыми отверстіями въ каждомъ членикѣ. Такія глисты находили уже раньше у нерпъ, сивучей и у нѣкоторыхъ рыбъ. Глиста изгоняется пріемами папоротника. Длина ея безъ головы—10 м., ширина въ самомъ широкомъ мѣстѣ—25 млм. Передняя часть глисты очень узка, почти какъ нитка—3 млм. въ ширину. Одинъ изъ отличительныхъ ея признаковъ—необычайная короткость члениковъ въ передне-заднемъ измѣреніи при сравнительно очень большой ширинѣ; такъ, въ среднихъ отдѣлахъ глисты длина члениковъ равнялась приблизительно 0,45 млм. при ширинѣ въ 14—16 млм.

Печеночная двуустка даетъ въ Японіи иногда цѣлыя эпидеміи, оставаясь долго нераспознанной.

Встрѣчаются въ Японіи и заболѣванія проказой.

По народному повѣрью, прокаженные одержимы лисицей, такъ какъ, по мнѣнію простого народа, лисица, какъ и барсукъ, могутъ принимать то тотъ, то другой человѣческій образъ, могутъ околдовать людей и накликать на нихъ разныя болѣзни. Встрѣчается и нервная, и узловатая формы проказы. *Японскіе врачи считаютъ проказу заразительной*. Прокаженные живутъ обычно вмѣстѣ, но и это не обязательно. Браки прокаженныхъ, по закону, заключаются только между прокаженными-же. Для лѣченія проказы въ Японіи примѣнялась сушеная кровь рыбы изъ семейства Tetraodon и, какъ говорятъ, довольно успѣшно, но затѣмъ это лѣченіе было запрещено, такъ какъ кровь эта, какъ оказалось, обладаетъ ядовитыми свойствами и бывали случаи отравленія. Особымъ почетомъ у прокаженныхъ пользуется храмъ Hommyoji (въ Kumamoto) въ честь народнаго героя XVI вѣка Kato, причисленнаго буддійской сектой Ничиренъ къ сонму святыхъ подъ названіемъ Sei Shoko. Молитва и пребываніе въ этомъ храмѣ, по мнѣнію народа, исцѣляютъ отъ болѣзни; поэтому наплывъ въ него прокаженныхъ очень большой: и въ обычное время ихъ здѣсь бываетъ не менѣе 100 чел., а въ дни matsuri—храмовыхъ праздниковъ, которые празднуются 24-го числа каждаго мѣсяца, сюда собирается до 500 и даже до 700 прокаженныхъ. По близости храма находится что-то въ родѣ лепрозорія, гдѣ живетъ очень много прокаженныхъ. Служба въ храмѣ не прекращается ни днемъ, ни ночью, и здѣсь всегда стоитъ колѣнопреклоненная толпа больныхъ.

Чума постоянно угрожаетъ Японіи вслѣдствіе близости чумныхъ очаговъ и оживленныхъ морскихъ сношеній. По отношенію къ ней, какъ и по отношенію къ холерѣ и желтой лихорадкѣ примѣняются строгія карантинныя мѣры, быстро ограничивающія заразу.

Такъ, съ 1895 по 1899 г. чума ежегодно была заносима въ Японію, но строгія карантинныя мѣры не допускали распространенія ея внутрь страны. Въ 1899 г. Японіи пришлось пережить эпидемію чумы въ Кобе и Осака. Въ появившемся Отчетѣ спеціально командированной Коммиссіи изъ опытныхъ врачей-бактеріологовъ (*Kitazato*, *Takakie*, *Shigauna*, *Mariya*) подробно излагается весь ходъ эпидеміи, исторіи болѣзней, мѣры и пр. [2]).

За недостаткомъ мѣста я не могу останавливаться на подробностяхъ этого отчета, а укажу лишь на организацію врачебнаго наблюденія для подавленія чумной эпидеміи.

Какъ только санитарный Комитетъ получалъ извѣстіе отъ практикующаго врача или изъ полиціи о подозрительномъ случаѣ заболѣванія, обнаруженномъ при осмотрѣ жилищъ, судовъ и т. п. или о случаѣ быстрой и неожиданной смерти, тотчасъ-же командировался опытный врачъ (инспекторъ) для опредѣленія истиннаго характера болѣзни или причины смерти. Если клиническаго наблюденія и микроскопическаго изслѣдованія выдѣленій больного было недостаточно для постановки точнаго распознаванія, то у подозрительныхъ больныхъ брали изъ бубоновъ частицу ткани (при помощи шприца *Pravaz*'а) для бактеріологическаго изслѣдованія; изъ труповъ брали еще ткань селезенки и кровь изъ сердца. Если бактеріологическое изслѣдованіе указывало, что у больного—чума, или если являлось хотя-бы только серьезное на нее подозрѣніе, такихъ больныхъ немедленно помѣщали въ особыя отдѣленія для больныхъ заразныхъ, а здоровыхъ членовъ семьи перевозили въ особое изоляціонное отдѣленіе больницы, гдѣ они оставались подъ надзоромъ врачей въ теченіи 10 дней. Затѣмъ приступали къ обеззараживанію, которое производилось не только въ томъ домѣ, гдѣ были найдены чумные больные, но и въ сосѣднихъ домахъ. Бѣлье, платье, постельныя принадлежности и т. п. громоздкіе предметы обеззараживались въ подвижной паровой камерѣ; предметы домашняго обихода, полы, стѣны, столбы и потолки тщательно обмывались 5%-мъ растворомъ карболовой кислоты; для обеззараживанія подпольнаго пространства, выгребныхъ ямъ, отхожихъ мѣстъ и т. п. предпочтеніе отдавалось жженой извести или известковому молоку; предметы, зараженіе которыхъ было очень значительно (старое платье больныхъ, матрацы, обувь и т. п.), сжигались. Естественнымъ образомъ, бѣдное и малоразвитое населеніе относилось недоброжелательно къ этимъ санитарнымъ мѣропріятіямъ и стремилось скрывать больныхъ. Но Японцы приняли простыя, но очень дѣй-

[1]) On a new human tope-worm (Botriocephalus sp.). «Journal of the College of science». Tokyo. Japan. T. VI, ч. IV, 1894 (по *Рончевскому*).

[2]) Bericht über die Pestepidemie in Kobe und Osaka von November 1899 bis Januar 1900 erstattet von Prof. *Kitasato*, Dr. *Takakie*, Dr. *Shigauna*, Dr. *Mariya*. Tokyo. 1900.

Digitized by Google

ствительныя мѣры: они мобилизировали цѣлую армію врачей. Въ г. Кобе въ борьбѣ съ чумой работали 229 врачей, а въ г. Осака—374. Оба города были раздѣлены на участки, и врачъ, сопровождаемый полицейскимъ, у котораго былъ списокъ *всѣхъ* обитателей даннаго участка, ежедневно обходилъ свой участокъ, поголовно осматривая больныхъ и здоровыхъ. Только благодаря этому, удалось потушить чумную эпидемію.

Въ Японіи распространено трупосожиганіе. Богато обставленная крематорія имѣется въ Кіото и принадлежитъ собственно буддійскому монастырю, но при заразныхъ болѣзняхъ ею пользуются, за установленную плату, всѣ мѣстныя больницы и городское Управленіе, безъ различія вѣроисповѣданія умершихъ. Трупъ сгораетъ въ теченіи 1 или $1^1/_2$ час. Сгораніе происходитъ полное: лишь кости черепныя и конечностей сохраняютъ свою видимую форму, но при прикосновеніи разсыпаются въ прахъ. По окончаніи горѣнія родственники, если желаютъ, могутъ взять часть пепла, соотвѣтственно положенію сердца, въ небольшую урну. Крематорія работаетъ ежедневно; бывали дни, когда сжигалось по 14 труповъ въ день; общее годовое число абонентовъ—свыше 1200 [1]). Кромѣ того, въ другихъ городахъ имѣются городскія трупосожигательныя печи. Устройство ихъ—болѣе простое.

Такъ, напр., печь въ Хирошимо состоитъ изъ большого зданія, въ которомъ находится большая кирпичная кладка; по сторонамъ ея 12 нишъ, а въ каждой нишѣ на кирпичномъ полу 2 небольшихъ углубленія, въ которыхъ помѣщаются кадки съ трупами. Отъ всѣхъ нишъ-печей проходятъ отдѣльныя трубы, соединяющіяся въ одну общую, которая идетъ сначала горизонтально, а по выходѣ изъ зданія спускается внизъ и идетъ по подземному корридору на протяженіи 30 саж. и оканчивается высокою трубою на подобіе заводскихъ. Процессъ сжиганія трупа производится такъ: трупъ укладывается въ кадку, длиною въ $1^1/_2$ арш., въ сидячемъ положеніи; кадка, закрытая съ обоихъ концовъ, укладывается въ углубленіе на полу печи; вокругъ кадки кладутъ хворостъ, стружки и дрова и поджигаютъ. Печь закрывается желѣзною дверью, у которой внизу находится поддувало. Цѣна сжиганія трупа разная въ каждомъ изъ 4 классовъ: въ 1-мъ классѣ—4, во 2-мъ—3, въ 3-мъ—2 и въ 4-мъ—1 долларъ. Разница состоитъ въ томъ, что въ первыхъ 2-хъ классахъ сжиганіе трупа производится въ одиночной печи, а въ остальныхъ 2-хъ по 2 трупа сжигаются вмѣстѣ; кромѣ того, есть разница и въ церковныхъ церемоніяхъ при сжиганіи. Въ теченіи 1894 г., по словамъ д-ра *Медвѣдева*, было сожжено 1284 трупа.

Въ заключеніе считаю небезинтереснымъ изложить свѣдѣнія, имѣющіяся у д-ра *Гильченко* по вопросу объ организаціи военно-медицинской службы въ Японіи.

Къ военному врачу въ Японіи относятся съ глубокимъ уваженіемъ не потому, что законъ даетъ ему какія-либо особыя права, и не потому, чтобы за 15—20 лѣтъ, какъ введена тамъ военно-врачебная служба, онъ завоевалъ себѣ почетное положеніе какими-либо подвигами или заслугами. Въ Японіи быстро поняли роль и значеніе врача на войнѣ и всю нравственную тяжесть, которая соединена съ положеніемъ военнаго врача на театрѣ военныхъ дѣйствій. Это сознаніе и заставляетъ японцевъ чтить своихъ военныхъ врачей. Военное общество, въ общемъ весьма культурное, относится съ еще большимъ почтеніемъ къ своимъ товарищамъ—военнымъ врачамъ.

Военно-медицинское Управленіе сосредоточивается въ Японіи въ «Военно-медицинскомъ Департаментѣ», существующемъ тамъ всего 20 лѣтъ. Во главѣ управленія стоитъ в.-медицинскій инспекторъ; окружныхъ в.-медицинскихъ инспекторовъ и корпусныхъ врачей въ Японіи нѣтъ: попеченіе о санитарномъ состояніи дивизіи ввѣрено врачамъ дивизіоннымъ.

Въ каждомъ пѣхотномъ полку полагается 1 старшій врачъ и 3 младшихъ, а во время войны—2 старшихъ и 4 младшихъ врача. Кромѣ врачей, въ каждомъ пѣхотномъ полку 3-батальоннаго состава полагается еще 3 старшихъ и 12 младшихъ фельдшеровъ. Въ военное время, кромѣ того, полагается имѣть въ пѣхотномъ полку 48 носильщиковъ и 12 носилокъ. Носильщики—строевые нижніе чины—заранѣе въ мирное время обучаются своему дѣлу. При частяхъ войскъ, расположенныхъ почти всегда въ полномъ составѣ, оставляются обыкновенно лишь старшій и 1 изъ младшихъ врачей. Остальные поочередно откомандировываются въ военнымъ госпиталямъ для несенія ординаторской службы. Такимъ образомъ Японскіе военные врачи попеременно изучаютъ и госпитальную, и полковую службу. Въ военномъ госпиталѣ въ Японіи по штату полагается: главный врачъ и начальники отдѣленій хирургическаго, терапевтическаго и гинекологическаго.

Съ открытіемъ военныхъ дѣйствій, вѣрнѣе съ момента объявленія мобилизаціи и выступленія войскъ въ походъ, Японскій военно-медицинскій инспекторъ становится, по закону, военно-полевымъ инспекторомъ, одновременно сохраняя за собой и должность военно-медицинскаго инспектора. Такое совмѣстительство оказывается весьма полезнымъ, такъ какъ в.-полевой инспекторъ, хорошо ознакомившись въ мирное время съ личнымъ персоналомъ и со средствами ввѣреннаго ему департамента, можетъ лучше всякаго другого воспользоваться и тѣми, и другими.

Кромѣ в.-полевого медицинскаго инспектора—общаго высшаго медицинскаго начальника, при каждой отдѣльно оперирующей арміи имѣется особый «начальникъ медицинскаго штаба такой-то арміи». Кромѣ того, существуетъ особый медицинскій штабъ, завѣдующій эвакуаціей больныхъ какъ съ поля сраженія, такъ и далѣе въ госпитали и на родину. Въ распоряженіи эвакуаціоннаго штаба находится особый отрядъ носильщиковъ для уборки раненыхъ съ поля битвы; въ составъ этого отряда входятъ и врачи-хирурги.

Дѣло въ общемъ обставлено такъ. Съ началомъ боя, какъ только появляются раненые, ихъ немедленно выносятъ съ поля битвы свои-же товарищи по ротѣ. Въ Японской арміи, какъ и повсюду, въ каждой пѣхотной ротѣ имѣется по 4 нижнихъ чина, прошедшихъ курсъ, положенный для подготовки санитаровъ-носильщиковъ. Эти нижніе чины имѣютъ на рукавѣ особый знакъ (не похожій на знакъ Краснаго Креста) и все время остаются въ составѣ роты, принимая вмѣстѣ съ нею непосредственное участіе въ бою. Но какъ только падаетъ раненымъ тотъ или другой товарищъ по ротѣ, они тотчасъ-же поднимаютъ его и выносятъ съ поля битвы, продолжая свою работу до тѣхъ поръ, пока не прибудетъ колонна настоящихъ носильщиковъ со своими врачами и фельдшерами, послѣ чего они вновь присоединяются къ своимъ частямъ.

Колонна носильщиковъ переноситъ раненыхъ на перевязочные пункты, устраиваемые врачами, стоящими во главѣ отряда носильщиковъ. Перевязочные пункты бываютъ 3-хъ родовъ и для отличія одинъ отъ другого обозначаются флагами различныхъ цвѣтовъ. Ближе всего къ мѣсту сраженія (въ сферѣ огня) располагаются перевязочные пункты, имѣющіе синій флагъ; сюда несутъ раненыхъ со всѣхъ сторонъ. Врачи, находящіеся здѣсь—обыкновенно опытные хирурги,—быстро осматриваютъ раненыхъ, сортируя ихъ, и только въ случаяхъ безусловной необходимости накладываютъ повязку или лигатуру на кровоточащій сосудъ. Главная ихъ задача—сортировка раненыхъ, которая производится такимъ образомъ, что привязываютъ къ рукѣ, ногѣ, на шею раненаго небольшой картонный ярлыкъ бѣлаго цвѣта, если нужна неотложная хирургическая помощь, или краснаго—во всѣхъ другихъ случаяхъ.

На перевязочныхъ пунктахъ съ бѣлымъ флагомъ устраиваются походныя операціонныя «комнаты», какъ придется, въ палаткѣ или просто подъ открытымъ небомъ. Тутъ тоже долго не задерживаютъ раненыхъ, производятся лишь самыя неотложныя операціи, быстро накладываются повязки и отправляютъ раненыхъ къ перевязочному пункту съ краснымъ флагомъ.

Послѣдній снабженъ значительнымъ числомъ врачей-хирурговъ и фельдшеровъ, а равно и большимъ количествомъ разнообразнаго хирургическаго и врачебнаго инвентаря; здѣсь производится основательный и неторопливый осмотръ раненыхъ, всѣмъ перемѣняются повязки и накладываются новыя на продолжительное время. Отсюда раненые перевозятся уже въ лѣчебныя заведенія, расположенныя въ тылу арміи.

По словамъ врачей, бывшихъ на Печилійскомъ театрѣ военныхъ дѣйствій, Японцы извлекаютъ громадную пользу изъ своего эвакуаціоннаго отряда, заботящагося исключительно о своевременномъ удаленіи раненыхъ съ театра военныхъ дѣйствій (съ поля битвы, съ мѣстъ расположенія войскъ, изъ госпиталей и пр.). Учрежденный исключительно для этой цѣли эвакуаціонный штабъ выполнялъ свою задачу превосходно.

По послѣднимъ свѣдѣніямъ, въ Японіи 31000 врачей на 40500000 населенія.

Въ Японіи имѣется дов. много медицинскихъ изданій. Главнѣйшіе изъ нихъ: 1) «Sei-i-Kwai Medical Journal»—издается ежемѣсячными выпусками, 1-я часть—на англійскомъ языкѣ, 2-я—на японскомъ; издаетъ его Общество для развитія и движенія медицины въ Японіи; за годъ, съ пересылкой, въ Японіи онъ стоитъ $1^1/_2$ доллара; 2) «Tokyo igakkai-Zasshi»—журналъ Токійскаго медицинскаго Общества, издается на японскомъ языкѣ, 2 раза въ мѣсяцъ, считается лучшимъ медицинскимъ журналомъ въ Японіи; 3) «Daigakku-Kio»—Университетскія извѣстія—журналъ Токійскаго Университета по всѣмъ отраслямъ знанія, печатаются и медицинскія статьи на нѣмецкомъ, англійскомъ и французскомъ языкахъ; за годъ выходятъ 2—3 книги; 4) «Kenyo-Kwai-Zasshi»—медицинскій журналъ

[1]) Подробное описаніе этой крематоріи приведено въ работѣ д-ра *Кириллова*—Японскія санитарныя учрежденія («Вѣстникъ общественной гигіены» и пр., 1903 г., ноябрь).

Google

на японскомъ языкѣ, издается профессорами и врачами при медицинской школѣ и содержитъ отчеты медицинскаго Общества при ней; выходитъ неправильными выпусками. *Г. Дембо.*

---

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физiологiя и общая патологiя.** 389. На вопросъ, *существуетъ-ли физiологическая альбуминурiя*, ч. пр. *A. Oswald* (Zürich) отвѣчаетъ отрицательно на основанiи слѣдующихъ соображенiй: выдѣленiе бѣлка почками при отсутствiи какихъ-либо болѣзненныхъ явленiй сторонники существованiя физiологической альбуминурiи объясняютъ тѣмъ, что допускаютъ, что «почечный фильтръ» у различныхъ людей неодинаково плотенъ по отношенiю къ бѣлку: въ то время какъ у однихъ онъ относительно непроходимъ для бѣлка, у другихъ онъ всегда пропускаетъ большiя или меньшiя его количества. Необходимымъ логическимъ выводомъ изъ такого объясненiя является предположенiе, что бѣлки проходятъ черезъ почечный фильтръ сообразно степени ихъ способности проходить черезъ животныя перепонки, т. е. что легко фильтрующiеся виды бѣлковъ проходятъ раньше и въ большомъ количествѣ, чѣмъ фильтрующiеся трудно. Изслѣдованiя *Gottwalt*'а и *Cloëtt*'ы показали, что сывороточный альбуминъ проходитъ черезъ животныя перепонки гораздо легче, чѣмъ сывороточный глобулинъ; такъ какъ позднѣйшiя изслѣдованiя показали еще, что нуклеоальбуминъ и сывороточный глобулинъ содержатъ одну и ту-же главную составную часть (эйглобулинъ), то нужно допустить, что и нуклеоальбуминъ фильтруется черезъ животныя перепонки гораздо труднѣе, чѣмъ сывороточный альбуминъ. Изъ этого слѣдуетъ, что при физiологической альбуминурiи мы во всѣхъ случаяхъ прежде всего должны находить сывороточный альбуминъ; глобулинъ-же и нуклеоальбуминъ должны быть въ меньшихъ количествахъ; никогда мы не находили-бы глобулинъ или нуклеоальбуминъ въ отсутствiи альбумина. Чему-же учитъ насъ клиническiй опытъ? Онъ показываетъ, что какъ при т. наз. физiологической, такъ и при ортотической, циклической альбуминурiи и альбуминурiи въ перiодѣ половой зрѣлости, очень часто находятъ глобулинъ и нуклеоальбуминъ безъ альбумина. Такъ *Leube* при изслѣдованiи мочи у солдатъ послѣ марша нашелъ бѣлокъ у 59% всѣхъ изслѣдованныхъ; въ числѣ ихъ было 32% (больше половины), такихъ, у которыхъ найденъ былъ одинъ только нуклеоальбуминъ. Это, по мнѣнiю автора, ясно говоритъ о томъ, что выдѣленiе бѣлка изъ, по видимому, здоровыхъ почекъ нельзя считать явленiемъ, зависящимъ отъ большей или меньшей порозности почечнаго фильтра, такъ какъ вышеприведенные факты показываютъ, что фильтрацiя бѣлка происходитъ при этомъ вопреки физическимъ законамъ. Авторъ пытается дать этому явленiю другое объясненiе: въ послѣднее время накопился цѣлый рядъ экспериментальныхъ данныхъ, заставляющихъ думать, что выдѣленiе эйглобулина черезъ почки находится въ связи съ раздраженiемъ или заболѣванiемъ почечной паренхимы. Въ пользу этого, между прочимъ, говоритъ то обстоятельство, что бѣлокъ этотъ находятъ въ большихъ количествахъ въ началѣ паренхиматозныхъ нефритовъ и никогда при межуточныхъ. Далѣе опыты на животныхъ показали, что при затрудненiи (главнымъ образомъ замедленiи) почечнаго кровеобращенiя путемъ сдавленiя артерiи или вены съ мочей выдѣляется эйглобулинъ. Это указываетъ на то, что небольшого нарушенiя питанiя почечныхъ клѣтокъ достаточно для того, чтобы сдѣлать ихъ проходимыми для этого бѣлка. Такъ какъ при всѣхъ видахъ физiологической и циклической альбуминурiи, по всей вѣроятности, имѣется нарушенiе кровеобращенiя въ почкахъ и такъ какъ, кромѣ того, въ большинствѣ случаевъ выдѣляемый съ мочей бѣлокъ содержитъ эйглобулинъ, то авторъ принимаетъ, что во всѣхъ случаяхъ т. наз. физiологической альбуминурiи мы имѣемъ дѣло съ особымъ *состоянiемъ раздраженiя* почечныхъ клѣтокъ, вызваннымъ главнымъ образомъ нарушенiями кровеобращенiя. Такое объясненiе сущности неправильно называемый «физiологической» альбуминурiи имѣетъ и весьма важное практическое значенiе, такъ какъ оно ставитъ это состоянiе въ очень тѣсную связь съ нефритомъ и заставляетъ поэтому совершенно иначе относиться и къ лѣченiю подобныхъ состоянiй (Münchener med. Wochenschrift, № 15). *А. Коварскiй.*

**Фармакологiя.** 390. По наблюденiямъ д-ровъ *J. Bullow*'а и *D. Kaplan*'а *подкожныя впрыскиванiя адреналина* составляютъ вѣрное средство для быстраго *обрыванiя приступовъ бронхiальнаго удушья*. Авторы стали примѣнять адреналинъ, исходя изъ ангiонейротической теорiи бронхiальнаго удушья, по которой приступы удушья обязаны своимъ происхожденiемъ расширенiю волосниковъ легкихъ съ послѣдовательной набухлостью слизистой оболочки дыхательныхъ вѣтвей. Для быстраго обрыванiя приступовъ, т. е. для быстраго съуженiя сосудовъ необходимо примѣнять адреналинъ подкожно и въ достаточныхъ количествахъ; внутреннiе прiемы не дѣйствительны; авторы впрыскивали по 0,2—0,4 грм. раствора 1:1000. Впрыскиванiя адреналина нерѣдко вызывали сердцебiенiе и головокруженiе, а также значительную блѣдность кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ и дрожанiе конечностей. Явленiя эти наблюдались при впрыскиванiи слишкомъ большихъ количествъ, пока авторы не установили приведенную выше дозировку; они быстро проходили, не оставляя никакихъ непрiятныхъ послѣдствiй, и чаще встрѣчались у лицъ съ болѣе или менѣе выраженнымъ артерiосклерозомъ. Приступы удушья прекращаются въ промежутокъ времени отъ 2 до 20 мин. послѣ впрыскиванiя (Medical News, 1903 г. 24 октября). *С. Новосельскiй.*

**Бактерiологiя.** 391. Д-ръ *Forsyth* сообщаетъ свои *наблюденiя надъ предохранительнымъ дѣйствiемъ лимфы Хавкина*. Наблюденiя произведены въ Punjab'ѣ (Индiя). Число произведенныхъ авторомъ прививокъ составляетъ 30609. Изъ этого числа привитыхъ заболѣли 329 и умерли 50; % смертности составляетъ 15,1. Такой низкiй % смертности отъ чумы, при которой обычный % составляетъ 60—90, заслуживаетъ, по мнѣнiю автора, полнаго вниманiя. Въ числѣ заболѣвшихъ послѣ прививокъ находились 76, бывшихъ въ моментъ прививокъ уже въ зачаточной ступени чумы; эти послѣднiе заболѣли чрезъ 1—30 дней послѣ прививки; изъ нихъ умерли 16 (21%). % этотъ, хотя и выше общаго % смертности среди заболѣвшихъ привитыхъ, но все-таки очень низокъ—обстоятельство указывающее, что лимфа *Хавкина*, примѣненная уже послѣ наступившаго зараженiя, не только не вредитъ, но оказываетъ несомнѣнную пользу, вопреки мнѣнiю Индiйской противочумной Коммиссiи (1898—1900 гг.). При своихъ наблюденiяхъ авторъ не могъ болѣе или менѣе точно установить промежутокъ времени, въ теченiи котораго прививки предохраняютъ отъ зараженiя; согласно съ другими изслѣдователями, онъ принимаетъ, что промежутокъ этотъ составляетъ наименьшее—3 мѣсяца. Для лучшаго уясненiя значенiя противочумныхъ прививокъ авторъ производилъ сравнительныя наблюденiя надъ заболѣваемостью среди привитыхъ и непривитыхъ жителей 50 расположенныхъ въ непосредственной близости селенiй. Всѣ эти селенiя были объявлены неблагополучными по чумѣ. Общее число жителей этихъ селенiй составляло 44760; предохранительныя прививки были сдѣланы 12886, непривитыхъ осталось 31874; среди послѣднихъ заболѣли 1457 (4,5%), умерли 659 (45,2% заболѣвшихъ); изъ 12886 привитыхъ заболѣли 171 (1,3%) и умерли 29 (16,9%). Цифры эти наглядно указываютъ на большое значенiе противочумныхъ прививокъ. Прививки не вызываютъ серьезныхъ разстройствъ, кромѣ повышенiя температуры и чувства недомоганiя. Въ нѣсколькихъ случаяхъ наблюдались нарывы на мѣстахъ впрыскиванiя, которыя, какъ впослѣдствiи выяснилось, зависѣли отъ случайнаго загрязненiя лимфы. Лимфа должна примѣняться въ достаточномъ количествѣ; мѣриломъ послѣдняго служитъ, какъ извѣстно, повышенiе температуры (The Lancet, 1903, 12 декабря).

392. Д-ръ *L. Pilsbury* изучалъ *склеивающiя качества кровяной сыворотки лицъ, не страдающихъ кровавымъ поносомъ, по отношенiю къ палочкѣ кровавого поноса*. Опы-

Digitized by Google

ты производились съ палочками *Shiga* и *Flexner'a*. Авторъ нашелъ, что сыворотка здоровыхъ людей въ возрастѣ выше 1 года обладаетъ способностью склеивать палочки въ разведеніи 1 на 20 и лишь весьма рѣдко въ разведеніи выше 1:50. Сыворотка дѣтей до 1 года почти не обладаетъ этой способностью даже при разведеніи 1:10. Палочка *Shiga* даетъ реакцію склеиванія скорѣе, чѣмъ палочка *Flexner'a*. Быстрая и ясная реакція склеиванія палочекъ кровавого поноса при разведеніи 1:20 и выше у дѣтей моложе года и при разведеніи 1:50 и выше у взрослыхъ и дѣтей старше года съ большей степенью вѣроятности указываетъ на эпидемическій кровавый поносъ (Medical News, 1903, 5 декабря). *С. Новосельскій.*

**Гигіэна.** 393. Д-ръ *Georgii* предлагаетъ ввести для заразныхъ отдѣленій больницъ, особенно для отдѣленій съ тифозными больными, *перчатки для персонала, имѣющаго близкое соприкосновеніе съ больными.* Такъ какъ больные этого рода не могутъ сами слѣдить за чистотой и ухаживающему персоналу тоже далеко не всегда возможно держать тяжелыхъ больныхъ все время опрятно, то весьма желательно, чтобы сидѣлки и санитары не прикасались непосредственно къ больнымъ, отъ которыхъ они черезъ посредство рукъ могутъ перенести заразу здоровымъ или другимъ больнымъ. У себя въ больницѣ авторъ завелъ перчатки изъ тонкой мягкой резины (парагумми), которыя доходятъ до локтей и тамъ укрѣпляются резиновой-же лентой. Эти перчатки сравнительно недороги (3 мар. 60 пф. пара—приготовляются у Emilie Bürk, Stuttgart) и переносятъ хорошо кипяченіе и обеззараживаніе, такъ что могутъ служить дов. долго (Münchener medicinische Wochenschrift, № 16). *А. Коварскій.*

394. Д-ра *Frédérik Seiler* и *W. de Stouts* (Lausanne) въ статьѣ «*Передается-ли дифтерія посредствомъ воды*», описываютъ интересные результаты своихъ изслѣдованій по этому вопросу. Имѣя чистую, довольно сильную разводку палочекъ *Löffler'a* на нормальномъ бульонѣ, авторы вводили 1 каплю этой разводки въ стерилизованный баллонъ, наполненный литромъ перегнанной воды; 2 капли этого-же бульона они въ то-же время ввели въ баллонъ, содержавшій 3 литра обыкновенной воды. Взболтавъ и оставивъ оба сосуда на 24 часа при 18°, они брали по 1 каплѣ изъ каждаго сосуда и засѣвали на сывороткѣ, которую затѣмъ оставляли стоять 24 часа, послѣ чего каждая проба представляла ясныя 2—3 колоніи палочекъ *Löffler'a*, дававшихъ при микроскопическомъ изслѣдованіи всѣ характерныя особенности. Производя ежедневно посѣвы на сыворотку 1 каплей зараженной воды изъ каждаго сосуда, они получали на 2-ой день палочки *Löffler'a*. Ясныя разводки этихъ палочекъ можно было обнаружить еще на 9-ый день отъ посѣвовъ изъ баллона съ обыкновенной зараженной водой. Затѣмъ, во 2-мъ рядѣ опытовъ, авторы вводили частичку разводки палочекъ *Löffler'a* въ баллонъ, содержавшій литръ перегнанной воды, и ежедневно, въ продолженіи 9 дней, засѣвали 1 каплю этой воды на сыворотку. Въ каждой пробиркѣ съ такой сывороткой они обнаруживали присутствіе палочекъ *Löffler'a*. Замѣчательно, что число колоній съ каждымъ днемъ увеличивалось—фактъ, доказывающій, что палочки *Löffler'a* могутъ хорошо развиваться въ перегнанной водѣ при обыкновенной температурѣ. Производя также опыты съ бо̀льшими количествами воды—10—15 литровъ, авторы всегда получали на бульонѣ и на сывороткѣ характерныя палочки *Löffler'a*. Изъ этихъ опытовъ слѣдуетъ, что палочки *Löffler'a* не умираютъ при обычныхъ условіяхъ въ водѣ, а, напротивъ, по видимому, хорошо въ ней развиваются. Можно поэтому допустить, что *дифтерія можетъ передаваться питьевой водой* (Revue médicale de la Suisse Romande, № 3). *И. В.*

**Внутреннія болѣзни.** 395. Д-ръ *Bulling* (Reichenhall) съ большимъ успѣхомъ лѣчилъ *бугорчатку гортани и легкихъ вдыханіями фенилъ-пропіоловокислаго натра.* Это соединеніе по химическому строенію очень родственно коричнокислому натру и отличается отъ послѣдняго лишь тѣмъ, что содержитъ въ частицѣ, на 2 водорода меньше, но за то имѣетъ на 1 двойную связь больше. Поэтому проф. *Löw* приписываетъ этому соединенію болѣе рѣзко выраженныя свойства задерживать ростъ бактерій. Вдыханія авторъ назначалъ 2 раза въ день по ½-часа. Больной при этомъ помѣщаетъ мундштукъ распыляющаго прибора на языкъ и дышетъ равномѣрно, спокойно, безъ всякаго напряженія; начальная температура жидкости устанавливается въ 25°—30° Ц; черезъ нѣсколько минутъ она повышается до 42°—43. Если наклонности къ кровохарканію нѣтъ, то температура въ дальнѣйшемъ можетъ быть повышена до 45°. Благодаря вдыханію горячихъ паровъ, наступаетъ пассивная гиперэмія слизистыхъ оболочекъ дыхательныхъ органовъ (застой по *Bier'y*), оказывающая бактеріеубивающее вліяніе и усиливающая такимъ образомъ дѣйствіе фенилъ-пропіоловокислаго натра. Передъ окончаніемъ вдыханія температуру вдыхаемаго раствора опять понижаютъ до 35° Ц. Послѣ вдыханія больной долженъ соблюдать строжайшій покой и въ теченіи часа даже не говорить. Дозировку лѣкарство авторъ производилъ такъ: начинаютъ съ ½%-го раствора и затѣмъ каждую недѣлю повышаютъ крѣпость его на ½% до тѣхъ поръ, пока не дойдутъ до 3%; на этой крѣпости раствора и останавливаются. При повышеніи количества средства иногда наблюдались легкія повышенія температуры, усиленіе отдѣленія и распространеніе катаррального воспаленія на сосѣднія области, но эти явленія сами собой скоро исчезали, и лѣченіе могло продолжаться безъ перерыва. Хотя авторъ и не пробовалъ растворовъ крѣпче 3%-го, но онъ думаетъ, что для усиленія и ускоренія дѣйствія можно пользоваться и растворами болѣе крѣпкими. Во всякомъ случаѣ для успѣха лѣченія требуется, чтобы оно продолжалось дов. долго, на что нужно много терпѣнія со стороны врача и выносливости со стороны больного; при не свѣжихъ процессахъ лѣченіе должно продолжаться нѣсколько мѣсяцевъ. При этомъ, конечно, не должны быть упущены изъ вида и всѣ гигіэно-діэтетическіе способы лѣченія, совмѣстное примѣненіе которыхъ можетъ лишь ускорить процессъ выздоровленія (Münchener medicinische Wochenschrift, № 17). *А. Коварскій.*

396. Д-ръ *Reingold* (Krefeld) описываетъ *2 случая хроническаго отравленія окисью углерода*, въ которыхъ изслѣдованіе крови обнаружило необыкновенно *рѣзкое увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ*, у одного изъ больныхъ оно дошло до 11.200000 въ 1 к. мим. Въ обоихъ случаяхъ отравленіе произошло вслѣдствіе продолжительнаго пребыванія больныхъ (рабочихъ газоваго завода) въ атмосферѣ, содержащей много окиси углерода. Явленія отравленія состояли вначалѣ изъ рѣзко выраженнаго разстройства отправленій желудочно-кишечнаго канала, которое затѣмъ перешло въ малокровіе съ потерей позыва на ѣду. Количество гэмоглобина, однако, въ 1 случаѣ совсѣмъ не было уменьшено (100%), а въ другомъ уменьшено незначительно (70—80%). Не смотря на удвоенное число красныхъ кровяныхъ шариковъ, больные были очень блѣдны; объясняется это тѣмъ, что, если количество гэмоглобина даже нормально, то при распредѣленіи его на двойное число красныхъ шариковъ, каждый шарикъ получаетъ красящаго вещества вдвое меньше, и поэтому оказывается значительно блѣднѣе нормальнаго. Увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ (гиперглобулія) выражаетъ, по мнѣнію автора, усиліе организма увеличить поверхность окисленія гэмоглобина, количество котораго бываетъ въ началѣ болѣзни значительно понижено. Отсутствіе позыва на ѣду служитъ также выраженіемъ недостаточности окислительныхъ процессовъ, и автору не удалось найти въ литературѣ подобныхъ случаевъ рѣзкой гиперглобуліи. Описанные до сихъ поръ случаи относились большею частью къ больнымъ съ врожденными пороками сердечныхъ заслонокъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 17). *А. Коварскій.*

397. Д-ръ *W. Rucker* говоритъ *о раннемъ распознаваніи брюшного тифа.* Подъ раннимъ распознаваніемъ авторъ разумѣетъ распознаваніе въ зачаточной ступени и въ первые 7 дней лихорадки. По мнѣнію автора, нѣтъ ни одного клиническаго признака, на основаніи котораго можно было-бы безошибочно опредѣлить тифъ въ этой ступени. Самый достовѣрный и ранній признакъ составляетъ обнаруженіе брюшнотифозныхъ палочекъ въ крови; для

на японскомъ языкѣ, издается профессорами и врачами при медицинской школѣ и содержитъ отчеты медицинскаго Общества при ней; выходитъ неправильными выпусками. *Г. Дембо.*

---

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 389. На вопросъ, *существуетъ-ли физіологическая альбуминурія*, ч. пр. *A. Oswald* (Zürich) отвѣчаетъ отрицательно на основаніи слѣдующихъ соображеній: выдѣленіе бѣлка почками при отсутствіи какихъ-либо болѣзненныхъ явленій сторонники существованія физіологической альбуминуріи объясняютъ тѣмъ, что допускаютъ, что «почечный фильтръ» у различныхъ людей неодинаково плотенъ по отношенію къ бѣлку: въ то время какъ у однихъ онъ относительно непроходимъ для бѣлка, у другихъ онъ всегда пропускаетъ большія или меньшія его количества. Необходимымъ логическимъ выводомъ изъ такого объясненія является предположеніе, что бѣлки проходятъ черезъ почечный фильтръ сообразно степени ихъ способности проходить черезъ животныя перепонки, т. е. что легко фильтрующіеся виды бѣлковъ проходятъ раньше и въ большомъ количествѣ, чѣмъ фильтрующіеся трудно. Изслѣдованія *Gottwalt*'а и *Cloëtt*'ы показали, что сывороточный альбуминъ проходитъ черезъ животныя перепонки гораздо легче, чѣмъ сывороточный глобулинъ; такъ какъ позднѣйшія изслѣдованія показали еще, что нуклеоальбуминъ и сывороточный глобулинъ содержатъ одну и ту-же главную составную часть (эйглобулинъ), то нужно допустить, что и нуклеоальбуминъ фильтруется черезъ животныя перепонки гораздо труднѣе, чѣмъ сывороточный альбуминъ. Изъ этого слѣдуетъ, что при физіологической альбуминуріи мы во всѣхъ случаяхъ прежде всего должны находить сывороточный альбуминъ; глобулинъ-же и нуклеоальбуминъ должны быть въ меньшихъ количествахъ; никогда мы не находили-бы глобулинъ или нуклеоальбуминъ въ отсутствіи альбумина. Чему-же учитъ насъ клиническій опытъ? Онъ показываетъ, что какъ при т. наз. физіологической, такъ и при ортотической, циклической альбуминуріи и альбуминуріи въ періодѣ половой зрѣлости, очень часто находятъ глобулинъ и нуклеоальбуминъ безъ альбумина. Такъ *Leube* при изслѣдованіи мочи у солдатъ послѣ марша нашелъ бѣлокъ у 59% всѣхъ изслѣдованныхъ; въ числѣ ихъ было 32% (больше половины), такихъ, у которыхъ найденъ былъ одинъ только нуклеоальбуминъ. Это, по мнѣнію автора, ясно говоритъ о томъ, что выдѣленіе бѣлка изъ, по видимому, здоровыхъ почекъ нельзя считать явленіемъ, зависящимъ отъ большей или меньшей порозности почечнаго фильтра, такъ какъ вышеприведенные факты показываютъ, что фильтрація бѣлка происходитъ при этомъ вопреки физическимъ законамъ. Авторъ пытается дать этому явленію другое объясненіе: въ послѣднее время накопился цѣлый рядъ экспериментальныхъ данныхъ, заставляющихъ думать, что выдѣленіе эйглобулина черезъ почки находится въ связи съ раздраженіемъ или заболѣваніемъ почечной поренхимы. Въ пользу этого, между прочимъ, говоритъ то обстоятельство, что бѣлокъ этотъ находятъ въ большихъ количествахъ въ началѣ паренхиматозныхъ нефритовъ и никогда при межуточныхъ. Далѣе опыты на животныхъ показали, что при затрудненіи (главнымъ образомъ замедленіи) почечнаго кровеобращенія путемъ сдавленія артеріи или вены съ мочей выдѣляется эйглобулинъ. Это указываетъ на то, что небольшого нарушенія питанія почечныхъ клѣтокъ достаточно для того, чтобы сдѣлать ихъ проходимыми для этого бѣлка. Такъ какъ при всѣхъ видахъ физіологической и циклической альбуминуріи, по всей вѣроятности, имѣется нарушеніе кровеобращенія въ почкахъ и такъ какъ, кромѣ того, въ большинствѣ случаевъ выдѣляемый съ мочей бѣлокъ содержитъ эйглобулинъ, то авторъ принимаетъ, что во всѣхъ случаяхъ т. наз. физіологической альбуминуріи мы имѣемъ дѣло съ особымъ *состояніемъ раздраженія* почечныхъ клѣтокъ, вызваннымъ главнымъ образомъ нарушеніями кровеобращенія. Такое объясненіе сущности неправильно называемый «физіологической» альбуминуріи имѣетъ и весьма важное практическое значеніе, такъ какъ оно ставитъ это состояніе въ очень тѣсную связь съ нефритомъ и заставляетъ поэтому совершенно иначе относиться и къ лѣченію подобныхъ состояній (Münchener med. Wochenschrift, № 15). *А. Коварскій.*

**Фармакологія.** 390. По наблюденіямъ д-ровъ *J. Bullow*'а и *D. Kaplan*'а *подкожныя впрыскиванія адреналина* составляютъ вѣрное средство для быстраго *обрыванія приступовъ бронхіальнаго удушья.* Авторы стали примѣнять адреналинъ, исходя изъ ангіонейротической теоріи бронхіальнаго удушья, по которой приступы удушья обязаны своимъ происхожденіемъ расширенію волосниковъ легкихъ съ послѣдовательной набухлостью слизистой оболочки дыхательныхъ вѣтвей. Для быстраго обрыванія приступовъ, т. е. для быстраго съуженія сосудовъ необходимо примѣнять адреналинъ подкожно и въ достаточныхъ количествахъ; внутренніе пріемы не дѣйствительны; авторы впрыскивали по 0,2—0,4 грм. раствора 1:1000. Впрыскиванія адреналина нерѣдко вызывали сердцебіеніе и головокруженіе, а также значительную блѣдность кожи и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ и дрожаніе конечностей. Явленія эти наблюдались при впрыскиваніи слишкомъ большихъ количествъ, пока авторы не установили приведенную выше дозировку; они быстро проходили, не оставляя никакихъ непріятныхъ послѣдствій, и чаще встрѣчались у лицъ съ болѣе или менѣе выраженнымъ артеріосклерозомъ. Приступы удушья прекращаются въ промежутокъ времени отъ 2 до 20 мин. послѣ впрыскиванія (Medical News, 1903 г. 24 октября). *С. Новосельскій.*

**Бактеріологія.** 391. Д-ръ *Forsyth* сообщаетъ свои *наблюденія надъ предохранительнымъ дѣйствіемъ лимфы Хавкина.* Наблюденія произведены въ Punjab'ѣ (Индія). Число произведенныхъ авторомъ прививокъ составляетъ 30609. Изъ этого числа привитыхъ заболѣли 329 и умерли 50; % смертности составляетъ 15,1. Такой низкій % смертности отъ чумы, при которой обычный % составляетъ 60—90, заслуживаетъ, по мнѣнію автора, полнаго вниманія. Въ числѣ заболѣвшихъ послѣ прививокъ находились 76, бывшихъ въ моментъ прививокъ уже въ зачаточной ступени чумы; эти послѣдніе заболѣли чрезъ 1—30 дней послѣ прививки; изъ нихъ умерли 16 (21%). % этотъ, хотя и выше общаго % смертности среди заболѣвшихъ привитыхъ, но все-таки очень низокъ—обстоятельство указывающее, что лимфа *Хавкина*, примѣненная уже послѣ наступившаго зараженія, не только не вредитъ, но оказываетъ несомнѣнную пользу, вопреки мнѣнію Индійской противочумной Коммиссіи (1898—1900 гг.). При своихъ наблюденіяхъ авторъ не могъ болѣе или менѣе точно установить промежутокъ времени, въ теченіи котораго прививки предохраняютъ отъ зараженія; согласно съ другими изслѣдователями, онъ принимаетъ, что промежутокъ этотъ составляетъ наименьшее—3 мѣсяца. Для лучшаго уясненія значенія противочумныхъ прививокъ авторъ производилъ сравнительныя наблюденія надъ заболѣваемостью среди привитыхъ и непривитыхъ жителей 50 расположенныхъ въ непосредственной близости селеній. Всѣ эти селенія были объявлены неблагополучными по чумѣ. Общее число жителей этихъ селеній составляло 44760; предохранительныя прививки были сдѣланы 12886, непривитыхъ осталось 31874; среди послѣднихъ заболѣли 1457 (4,5%), умерли 659 (45,2% заболѣвшихъ); изъ 12886 привитыхъ заболѣли 171 (1,3%) и умерли 29 (16,9%). Цифры эти наглядно указываютъ на большое значеніе противочумныхъ прививокъ. Прививки не вызываютъ серьезныхъ разстройствъ, кромѣ повышенія температуры и чувства недомоганія. Въ нѣсколькихъ случаяхъ наблюдались нарывы на мѣстахъ впрыскиванія, которыя, какъ впослѣдствіи выяснилось, зависѣли отъ случайнаго загрязненія лимфы. Лимфа должна примѣняться въ достаточномъ количествѣ; мѣриломъ послѣдняго служитъ, какъ извѣстно, повышеніе температуры (The Lancet, 1903, 12 декабря).

392. Д-ръ *L. Pilsbury* изучалъ *склеивающія качества кровяной сыворотки лицъ, не страдающихъ кровавымъ поносомъ, по отношенію къ палочкѣ кровавого поноса.* Опы-

Digitized by Google

ты производились съ палочками *Shiga* и *Flexner*'а. Авторъ нашелъ, что сыворотка здоровыхъ людей въ возрастѣ выше 1 года обладаетъ способностью склеивать палочки въ разведеніи 1 на 20 и лишь весьма рѣдко въ разведеніи выше 1:50. Сыворотка дѣтей до 1 года почти не обладаетъ этой способностью даже при разведеніи 1:10. Палочка *Shiga* даетъ реакцію склеиванія скорѣе, чѣмъ палочка *Flexner*'а. Быстрая и ясная реакція склеиванія палочекъ кроваваго поноса при разведеніи 1:20 и выше у дѣтей моложе года и при разведеніи 1:50 и выше у взрослыхъ и дѣтей старше года съ большей степенью вѣроятности указываетъ на эпидемическій кровавый поносъ (Medical News, 1903, 5 декабря). *С. Новосельскій.*

**Гигіэна.** 393. Д-ръ *Georgii* предлагаетъ ввести для заразныхъ отдѣленій больницъ, особенно для отдѣленій съ тифозными больными, *перчатки для персонала, имѣющаго близкое соприкосновеніе съ больными.* Такъ какъ больные этого рода не могутъ сами слѣдить за чистотой и ухаживающему персоналу тоже далеко не всегда возможно держать тяжелыхъ больныхъ все время опрятно, то весьма желательно, чтобы сидѣлки и санитары не прикасались непосредственно къ больнымъ, отъ которыхъ они черезъ посредство рукъ могутъ перенести заразу здоровымъ или другимъ больнымъ. У себя въ больницѣ авторъ завелъ перчатки изъ тонкой мягкой резины (парагумми), которыя доходятъ до локтей и тамъ укрѣпляются резиновой-же лентой. Эти перчатки сравнительно недороги (3 мар. 60 пф. пара—приготовляются у Emilie Bürk, Stuttgart) и переносятъ хорошо кипяченіе и обеззараживаніе, такъ что могутъ служить дов. долго (Münchener medicinische Wochenschrift, № 16). *А. Коварскій.*

394. Д-ра *Frédérik Seiler* и *W. de Stouts* (Lausanne) въ статьѣ *«Передается-ли дифтерія посредствомъ воды»*, описываютъ интересные результаты своихъ изслѣдованій по этому вопросу. Имѣя чистую, довольно сильную разводку палочекъ *Löffler*'а на нормальномъ бульонѣ, авторы вводили 1 каплю этой разводки въ стерилизованный баллонъ, наполненный литромъ перегнанной воды; 2 капли этого-же бульона они въ то-же время ввели въ баллонъ, содержавшій 3 литра обыкновенной воды. Взболтавъ и оставивъ оба сосуда на 24 часа при 18°, они брали по 1 каплѣ изъ каждаго сосуда и засѣвали на сывороткѣ, которую затѣмъ оставляли стоять 24 часа, послѣ чего каждая проба представляла ясныя 2—3 колоніи палочекъ *Löffler*'а, дававшихъ при микроскопическомъ изслѣдованіи всѣ характерныя особенности. Производя ежедневно посѣвы на сыворотку 1 каплей зараженной воды изъ каждаго сосуда, они получали на 2-ой день палочки *Löffler*'а. Ясныя разводки этихъ палочекъ можно было обнаружить еще на 9-ый день отъ посѣвовъ изъ баллона съ обыкновенной зараженной водой. Затѣмъ, во 2-мъ рядѣ опытовъ, авторы вводили частичку разводки палочекъ *Löffler*'а въ баллонъ, содержавшій литръ перегнанной воды, и ежедневно, въ продолженіи 9 дней, засѣвали 1 каплю этой воды на сыворотку. Въ каждой пробиркѣ съ такой сывороткой они обнаруживали присутствіе палочекъ *Löffler*'а. Замѣчательно, что число колоній съ каждымъ днемъ увеличивалось—фактъ, доказывающій, что палочки *Löffler*'а могутъ хорошо развиваться въ перегнанной водѣ при обыкновенной температурѣ. Производя также опыты съ бо̀льшими количествами воды—10—15 литровъ, авторы всегда получали на бульонѣ и на сывороткѣ характерныя палочки *Löffler*'а. Изъ этихъ опытовъ слѣдуетъ, что палочки *Löffler*'а не умираютъ при обычныхъ условіяхъ въ водѣ, а, напротивъ, по видимому, хорошо въ ней развиваются. Можно поэтому допустить, что *дифтерія можетъ передаваться питьевой водой* (Revue médicale de la Suisse Romande, № 3). *И. В.*

**Внутреннія болѣзни.** 395. Д-ръ *Bulling* (Reichenhall) съ большимъ успѣхомъ лѣчилъ *бугорчатку гортани и легкихъ вдыханіями фенилъ-пропіоловокислаго натра.* Это соединеніе по химическому строенію очень родственно коричнокислому натру и отличается отъ послѣдняго лишь тѣмъ, что содержитъ въ частицѣ, на 2 водорода меньше, но за то имѣетъ на 1 двойную связь больше. Поэтому проф. *Löw* приписываетъ этому соединенію болѣе рѣзко выраженныя свойства задерживать ростъ бактерій. Вдыханія авторъ назначалъ 2 раза въ день по 1/2-часа. Больной при этомъ помѣщаетъ мундштукъ распыляющаго прибора на языкъ и дышетъ равномѣрно, спокойно, безъ всякаго напряженія; начальная температура жидкости устанавливается въ 25°—30° Ц; черезъ нѣсколько минутъ она повышается до 42°—43. Если наклонности къ кровохарканію нѣтъ, то температура въ дальнѣйшемъ можетъ быть повышена до 45°. Благодаря вдыханію горячихъ паровъ, наступаетъ пассивная гиперэмія слизистыхъ оболочекъ дыхательныхъ органовъ (застой по *Bier*'у), оказывающая бактеріеубивающее вліяніе и усиливающая такимъ образомъ дѣйствіе фенилъ-пропіоловокислаго натра. Передъ окончаніемъ вдыханія температуру вдыхаемаго раствора опять понижаютъ до 35° Ц. Послѣ вдыханія больной долженъ соблюдать строжайшій покой и въ теченіи часа даже не говорить. Дозировку лѣкарство авторъ производилъ такъ: начинаютъ съ 1/2%-го раствора и затѣмъ каждую недѣлю повышаютъ крѣпость его на 1/2% до тѣхъ поръ, пока не дойдутъ до 3%; на этой крѣпости раствора и останавливаются. При повышеніи количества средства иногда наблюдались легкія повышенія температуры, усиленіе отдѣленія и распространеніе катаррального воспаленія на сосѣднія области, но эти явленія сами собой скоро исчезали, и лѣченіе могло продолжаться безъ перерыва. Хотя авторъ и не пробовалъ растворовъ крѣпче 3%-го, но онъ думаетъ, что для усиленія и ускоренія дѣйствія можно пользоваться и растворами болѣе крѣпкими. Во всякомъ случаѣ для успѣха лѣченія требуется, чтобы оно продолжалось дов. долго, на что нужно много терпѣнія со стороны врача и выносливости со стороны больного; при не свѣжихъ процессахъ лѣченіе должно продолжаться нѣсколько мѣсяцевъ. При этомъ, конечно, не должны быть упущены изъ вида и всѣ гигіэно-діэтетическіе способы лѣченія, совмѣстное примѣненіе которыхъ можетъ лишь ускорить процессъ выздоровленія (Münchener medicinische Wochenschrift, № 17). *А. Коварскій.*

396. Д-ръ *Reingold* (Krefeld) описываетъ *2 случая хроническаго отравленія окисью углерода*, въ которыхъ изслѣдованіе крови обнаружило необыкновенно *рѣзкое увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ*, у одного изъ больныхъ оно дошло до 11.200000 въ 1 к. млм. Въ обоихъ случаяхъ отравленіе произошло вслѣдствіе продолжительнаго пребыванія больныхъ (рабочихъ газоваго завода) въ атмосферѣ, содержащей много окиси углерода. Явленія отравленія состояли вначалѣ изъ рѣзко выраженнаго разстройства отправленій желудочно-кишечнаго канала, которое затѣмъ перешло въ малокровіе съ потерей позыва на ѣду. Количество гэмоглобина, однако, въ 1 случаѣ совсѣмъ не было уменьшено (100%), а въ другомъ уменьшено незначительно (70—80%). Не смотря на удвоенное число красныхъ кровяныхъ шариковъ, больные были очень блѣдны; объясняется это тѣмъ, что, если количество гэмоглобина даже нормально, то при распредѣленіи его на двойное число красныхъ шариковъ, каждый шарикъ получаетъ красящаго вещества вдвое меньше, и поэтому оказывается значительно блѣднѣе нормальнаго. Увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ (гиперглобулія) выражаетъ, по мнѣнію автора, усиліе организма увеличить поверхность окисленія гэмоглобина, количество котораго бываетъ въ началѣ болѣзни значительно понижено. Отсутствіе позыва на ѣду служитъ также выраженіемъ недостаточности окислительныхъ процессовъ, и автору не удалось найти въ литературѣ подобныхъ случаевъ рѣзкой гиперглобуліи. Описанные до сихъ поръ случаи относились большею частью къ больнымъ съ врожденными пороками сердечныхъ заслонокъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 17). *А. Коварскій.*

397. Д-ръ *W. Rucker* говоритъ *о раннемъ распознаваніи брюшного тифа.* Подъ раннимъ распознаваніемъ авторъ разумѣетъ распознаваніе въ зачаточной ступени и въ первые 7 дней лихорадки. По мнѣнію автора, нѣтъ ни одного клиническаго признака, на основаніи котораго можно было-бы безошибочно опредѣлить тифъ въ этой ступени. Самый достовѣрный и ранній признакъ составляетъ обнаруженіе брюшнотифозныхъ палочекъ въ крови; для

изслѣдованія совершенно нѣтъ надобности брать кровь изъ розеолъ, даже тамъ, гдѣ онѣ имѣются; палочки находятъ въ крови, взятой изъ любого мѣста. Въ испражненіяхъ палочки обнаруживаются позже, чѣмъ въ крови; само по себѣ нахожденіе палочекъ въ испражненіяхъ не указываетъ обязательно на брюшной тифъ, но имѣетъ, конечно, рѣшающее значеніе въ связи съ другими явленіями. Сывороточная реакція *Vidal*'я лишь рѣдко получается въ очень ранней ступени тифа; она имѣетъ значеніе только, когда получается въ высокихъ степеняхъ разведенія (The American Journal of the Medical Sciences, январь). *С. Новосельскій.*

398. Д-ръ *Bonanome* наблюдалъ въ 1898 г. въ Rocca di Papa недалеко отъ Рима *эпидемію воспаленія почекъ*, развившуюся въ августѣ и продолжавшуюся до ноября. Заболѣли тогда 20 лицъ въ разныхъ частяхъ города, при чемъ каждый больной заражалъ своихъ окружающихъ; болѣли въ возрастѣ 15—20 л., и только 1 больному было 28 л. У всѣхъ наблюдались одинаковыя явленія: отекъ лица, брюшная водянка (не всегда), уменьшенное мочеотдѣленіе съ содержаніемъ бѣлка въ мочѣ, головныя боли, рвота, небольшая лихорадка и т. д. Обрывная скарлатина должна быть безусловно исключена, такъ какъ въ то время въ городѣ не наблюдалось ни одного случая скарлатины. Изслѣдованія *Baginsk*'аго доказали существованіе заразныхъ воспаленій почекъ у дѣтей, а потому, по автору, возможно допустить, что заразныя воспаленія почекъ могутъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ давать начало эпидеміи (Il Policlinico, 9 января; по передачѣ въ Kronice lekarskiej, 1 мая). *О.*

399. Д-ръ *M. Behrend* обращаетъ вниманіе на *опасность искусственнаго раздуванія желудка $CO_2$ для распознавательныхъ цѣлей* и описываетъ 3 случая смерти вслѣдствіе этого способа.

Въ 1-мъ случаѣ 68-лѣтняя больная жаловалась на отсутствіе позыва на ѣду, отрыжку и рвоту послѣ пріема пищи, боли въ области желудка и общую слабость. Въ цѣляхъ раздуванія желудка больной дана ложка винокаменной кислоты и 2-углекислаго натра. Черезъ $1^1/_2$ часа послѣ пріема появилась кровавая рвота, не прекращавшаяся до смерти больной,—черезъ 20 час. послѣ пріема. Вскрытіе показало разрывъ кровяного сосуда у основанія имѣвшейся желудочной язвы. Язва желудка вообще признается противопоказаніемъ для раздуванія желудка; въ настоящемъ-же случаѣ трудно было предположить язву въ виду возраста больной и не характерныхъ явленій.

Во 2-мъ случаѣ 73-лѣтній больной жаловался главнымъ образомъ на рвоту послѣ пріемовъ пищи. Сдѣлано раздуваніе желудка. Немедленная рвота смѣшанной съ кровью слизью; растяженіе желудка почти не замѣтно; безсознательное состояніе и смерть на слѣдующій день. На вскрытіи найденъ ракъ пищевода и входной части желудка.

Въ 3-мъ случаѣ раздуваніе желудка произведено у 53-лѣтняго больного, явившагося съ жалобами на сильныя боли подъ ложечкой, отсутствіе позыва на ѣду, общее исхуданіе. Послѣ раздуванія—безсознательное состояніе, упадокъ сердечной дѣятельности, смерть на слѣдующій день. Вскрытіе показало значительное расширеніе пищевода по всей его длинѣ.

Наблюденія эти показываютъ, что раздуваніе желудка—пріемъ, весьма серьезный и рискованный; особенно, по видимому, опасно раздуваніе при пораженіяхъ пищевода и входной части желудка вслѣдствіе получающагося усиленнаго въ болѣе узкихъ границахъ давленія. Необходимо соблюдать при примѣненіи раздуванія величайшую осторожность и тщательно выбирать случаи. Во всѣхъ приведенныхъ случаяхъ раздуваніе желудка, внѣ сомнѣнія, сократило жизнь больныхъ (Medical News, 1903, 19 декабря).

**Хирургическія болѣзни.** 400. На основаніи собственныхъ 11 наблюденій проф. *Schultze* (Bonn) разбираетъ *вопросъ о распознаваніи и оперативномъ лѣченіи опухолей мозговыхъ оболочекъ спинного мозга.* Распознаваніе представляетъ большія трудности. Мѣстоположеніе опухоли можетъ быть иногда опредѣлено по существующей при давленіи болѣзненности позвоночника, хотя подобный-же признакъ наблюдается при ограниченномъ воспаленіи твердой resp. мягкой мозговыхъ оболочекъ, при заболѣваніи позвонковъ и наружныхъ ихъ покрововъ. Для опредѣленія верхней границы опухоли можно руководиться участкомъ повышенія чувствительности надъ областью съ пониженною чувствительностью. Относительно распространенія опухоли нѣкоторыя указанія даетъ степень распространенія параличей мышцъ съ перерожденіемъ и уменьшеніемъ ихъ въ объемѣ. Сохраненіе resp. усиленіе отраженныхъ сухожильныхъ движеній нижнихъ конечностей указываетъ на то, что опухоль не распространяется на поясничный отдѣлъ оболочекъ. Боли и ложныя ощущенія въ ногахъ и нижнихъ отдѣлахъ живота, а также чувство опоясыванія могутъ наблюдаться также и при очень высоко сидящихъ опухоляхъ (напр., въ шейномъ отрѣзкѣ). Поэтому въ большинствѣ случаевъ приходится довольствоваться опредѣленіемъ лишь верхней границы опухоли, при чемъ можно принять, что медленно ростущія опухоли занимаютъ протяженіе не болѣе 1—2 позвонковъ. Очень трудно сказать, лежитъ-ли опухоль внѣ или внутри твердой мозговой оболочки, по передней или по задней окружности спинно-мозгового канала. Говоря вообще, слѣдуетъ допустить, что опухоль внѣ твердой оболочки вызываетъ явленія сдавленія мозга въ меньшей степени и менѣе быстро, чѣмъ опухоль подъ твердой оболочкою. Въ большинствѣ случаевъ опухоли помѣщались сзади (8 случаевъ), рѣже сбоку (2 случая); 1 разъ опухоль расположена была сзади и справа; 1 разъ (опухоль caudae equinae) мѣстоположеніе ея въ этомъ отношеніи не было выяснено. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ опухоли бываютъ соединительнотканнаго типа (фибромы, фибро-саркомы) и ростутъ медленно (цѣлые годы). Изъ признаковъ (при опухоляхъ внѣ твердой оболочки) наблюдаются постоянно рѣзко выраженныя судорожныя подергиванія и отраженныя длительныя сокращенія мышцъ ногъ, а если опухоль сидитъ высоко, то и руки. Даже послѣ удаленія опухоли судороги эти исчезаютъ спустя очень долгое время; при этомъ болей, даже если опухоль сидитъ сзади и представляетъ собою чистую нейрому, можетъ совершенно не быть. Относительно часто боли, бывающія вначалѣ, затихаютъ и смѣняются быстро наростающимъ параличемъ; иногда-же параличъ развивается такъ быстро, что уже спустя 4 мѣсяца послѣ начала заболѣванія наступаетъ смерть. Лѣченіе—непремѣнно оперативное; иначе больные обречены на вѣрную смерть. Операція сдѣлана въ 7 случаяхъ; въ 3 наступило полное и прочное выздоровленіе, въ 1 улучшеніе; остальные 3 больныхъ погибли (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, т. XII).

401. Имѣя въ виду *возможность пораненія нижней полой вены при изсѣченіи почки,* проф. *A. Gosset* и д-ръ *Lecène* путемъ опытовъ на собакахъ старались рѣшить вопросъ, *какъ долженъ поступить хирургъ въ подобномъ случаѣ*, долженъ-ли онъ наложить лигатуру выше и ниже раненія, наложить-ли пристѣночную лигатуру или, если это невозможно, наложить на вену швы. На основаніи 7 опытовъ авторы приходятъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: 1. У собакъ, система нижней полой вены которыхъ вполнѣ соотвѣтствуетъ системѣ этой вены у человѣка, перевязка ствола нижней полой вены ниже соединенія почечныхъ венъ не сопровождается никакими патологическими явленіями; на нижнихъ конечностяхъ не наблюдается даже слѣдовъ отека. 2. Перевязка ствола нижней полой вены выше соединенія почечныхъ венъ вызываетъ тяжелыя пораженія почекъ, не смотря на существованіе соустій между почечными венами и системами полой вены и v. azygos; послѣ такой перевязки всегда слѣдуетъ смерть. 3. Двойная перевязка ствола нижней полой вены выше и ниже соединенія почечныхъ венъ также вызываетъ тяжелыя пораженія почекъ, которыя ведутъ къ быстрой смерти. Наконецъ, если къ этой двойной перевязкѣ прибавить изсѣченіе правой почки, каковыя условія могутъ наблюдаться у людей, то результатъ получается тотъ-же, и смерть наступаетъ также быстро. Такимъ образомъ, если при изсѣченіи правой почки произойдетъ случайное раненіе нижней полой вены ниже соединенія почечныхъ венъ, то слѣдуетъ сдѣлать двойную перевязку этого сосуда выше и ниже мѣста раненія. Если-же, напротивъ, раненіе произойдетъ въ области соединенія почечныхъ венъ съ нижней полой веной или выше, то слѣдуетъ всячески избѣгать перевязки всего ствола, а наложить пристѣночную лигатуру или зашить вену (*Schede, Küster*) (La Tribune médicale, № 14). *И. Вирскій.*

402. Д-ръ *Federmann* на основаніи наблюденій изъ клиники проф. *Sonnenburg*'а говоритъ *о значеніи увеличенія*

*числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ при воспаленіяхъ червеобразнаго отростка.* Ставъ на ту точку зрѣнія, что наблюдающееся въ началѣ заболѣванія очень замѣтное увеличеніе бѣлыхъ шариковъ есть отвѣтъ организма на сумму мѣстнаго и общаго отравленій, но не есть непремѣнное доказательство наступившаго нагноенія, авторъ подробно разсматриваетъ отношеніе бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ къ краснымъ при воспаленіи отростка со свободнымъ нарастающимъ (неограниченнымъ) воспаленіемъ брюшины. Обстоятельное изслѣдованіе въ этомъ направленіи произведено въ 21 случаѣ. 20 больныхъ оперированы, 1 не оперированъ. Въ общемъ умерли 7. Число бѣлыхъ шариковъ мѣнялось въ зависимости отъ времени, протекшаго съ начала заболѣванія. Такъ, изслѣдованіе крови въ первые 6 часовъ послѣ начала заболѣванія давало 12000 бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. млм., черезъ 24 часа число ихъ достигало 24000, на 2-ые сутки было 25000, на 3-ьи достигало наибольшей высоты—35000, а съ этого дня постепенно падало и спускалось на 5-ый день болѣзни до 13000. Только въ случаяхъ очень тяжелаго общаго зараженія число бѣлыхъ шариковъ, достигнувъ maximum'а въ 25000 на 2-ые сутки заболѣванія, падало на 3-ьи сутки до 14000, а на 4-ые до 10000. Такимъ образомъ увеличеніе бѣлыхъ шариковъ наростаетъ или остается на извѣстной высотѣ, пока образующіеся отъ вторженія бактерій ядовитые продукты не вызовутъ столь сильнаго отравленія, что бѣлые шарики, выступающіе въ качествѣ арміи противъ вторгшагося врага, теряютъ уже способность отвѣчать новымъ увеличеніемъ на непрерывно поступающій ядъ. Поэтому паденіе лейкоцитоза есть признакъ начинающагося общаго отравленія. Даже оперативное удаленіе первоначальнаго очага болѣзни не даетъ при низкомъ лейкоцитозѣ хорошихъ результатовъ, ибо организмъ утратилъ уже способность борьбы съ поступившимъ въ него ядомъ. Отсюда слѣдуетъ, что высокій лейкоцитозъ при разлитомъ воспаленіи брюшины есть признакъ очень благопріятный въ смыслѣ предсказанія. При рѣшеніи вопроса о степени зараженія нужно непремѣнно принимать во вниманіе общую клиническую картину. Въ этомъ отношеніи замѣчателенъ параллелизмъ между температурою и числомъ бѣлыхъ шариковъ. Увеличеніе бѣлыхъ шариковъ можетъ служить хорошимъ отличительнымъ признакомъ разлитого воспаленія брюшины отъ механической непроходимости; съ другой стороны, увеличеніе ихъ (въ первые сутки болѣзни) до 40000—50000 при воспаленіяхъ брюшины, исходящихъ изъ женскихъ половыхъ органовъ, служитъ отличительнымъ признакомъ отъ болѣе злокачественныхъ воспаленій, имѣющихъ своею исходной точкою червеобразный отростокъ. При отличительномъ распознаваніи осумкованныхъ гнойниковъ отъ прогрессирующаго гнойнаго воспаленія брюшины, исходящаго и въ томъ, и въ другомъ случаѣ изъ червеобразнаго отростка, нужно принимать во вниманіе слѣдующее. Въ 1-мъ случаѣ наступившее въ первые 2 дня болѣзни рѣзкое увеличеніе бѣлыхъ шариковъ начинаетъ съ 3-го дня падать, доходя вскорѣ, вмѣстѣ съ паденіемъ температуры и съ исчезновеніемъ остальныхъ грозныхъ припадковъ, до нормы. Во 2-мъ случаѣ паденіе начинается только на 4-ый день болѣзни, но на ряду съ нимъ ухудшается общее состояніе, учащается пульсъ, наступаетъ желтуха и т. п. Увеличеніе числа бѣлыхъ шариковъ въ первые 2 дня болѣзни не служитъ еще показаніемъ къ операціи; съ 3-го дня подобное увеличеніе есть непремѣнное показаніе къ операціи, ибо оно служитъ признакомъ наростающаго неограниченнаго воспаленія брюшины. Изъ 21 больного съ значительнымъ увеличеніемъ бѣлыхъ шариковъ выздоровѣли всѣ, даже оперированные на 4-ый день; 6 больныхъ, оперированные при низкомъ лейкоцитозѣ, resp. при отсутствіи его (10000—12000 бѣлыхъ шариковъ), всѣ погибли. Въ случаяхъ, гдѣ послѣоперaціонное теченіе бываетъ гладкое, число бѣлыхъ шариковъ или сразу, или постепенно (черезъ нѣсколько дней) падаетъ до нормы. Остающійся послѣ операціи лейкоцитозъ служитъ, по мнѣнію автора, признакомъ существующей еще въ организмѣ борьбы съ поступившими въ него заразными началами (Mitteilungen aus den Grenzgebien der Medicin und Chirurgie, т. XII). *Б. Финкельштейнъ.*

403. Д-ръ *Nehrkorn* сообщаетъ интересныя данныя по вопросу *о хирургическомъ лѣченіи затяжныхъ язвенныхъ воспаленій толстыхъ кишекъ.* Авторъ приводитъ 30 случаевъ изъ литературы и 4 собственныхъ наблюденія (изъ клиники проф. *Czerny*).

1. Больной, 19 л., около 3-хъ мѣсяцевъ страдалъ кровавымъ поносомъ. Послѣднія 4 недѣли—жесточайшія боли, неукротимый слизисто-кровянистый поносъ, лихорадка, упадокъ силъ, истощеніе, малокровіе. Наложенъ слѣва (въ нисходящей ободочной кишкѣ) каловой свищъ, при чемъ въ кишкѣ найдены язвы. Тотчасъ-же исчезла лихорадка, боли и кровотеченія. Наступила прибыль въ вѣсѣ. Спустя 3½ мѣсяца свищъ былъ закрытъ. Полное выздоровленіе.

2. Больная, 29 л., около 4 лѣтъ страдала кровавымъ поносомъ. Кровь въ испражненіяхъ иногда исчезала. Боли главнымъ образомъ слѣва; зимою онѣ усиливались. Послѣднія 6 недѣль—непрерывный кроваво-слизистый поносъ и жестокія боли. Зеркаломъ обнаружены въ прямой кишкѣ язвы. Внутреннее лѣченіе безъ результатовъ. Въ виду нароставшаго истощенія и усиленія болей наложенъ каловой свищъ въ верхнемъ отдѣлѣ S-образной кривизны. Ежедневныя промыванія нижняго отдѣла кишекъ слабымъ спиртнымъ растворомъ салициловой кислоты. Боли и кровотеченія тотчасъ-же прекратились. Спустя 3 мѣсяца свищъ закрытъ, и оперированная выписана въ прекрасномъ состояніи. Дѣятельность кишекъ совершенно нормальна.

3. Больной, 24 л., около года страдалъ кроваво-гнойнымъ поносомъ. Не смотря на продолжительное внутреннее лѣченіе, рѣзкое истощеніе и упадокъ силъ. Изслѣдованіе зеркаломъ обнаружило язвы въ верхнемъ отдѣлѣ прямой кишки. Въ испражненіяхъ, кромѣ крови, слизи и гноя, большіе куски слизистой оболочки. Таже операція, что и въ сл. 2. Медленное улучшеніе. Спустя 5 мѣс. расширенъ произвольно съузившійся каловой свищъ, такъ какъ вмѣстѣ съ съуженіемъ свища возобновились боли, но спустя еще 1½ мѣсяца свищъ можно было закрыть. Выздоровленіе затянулась вслѣдствіе образовавшагося въ наружныхъ покровахъ нарыва.

4. Больной, 48 л., страдалъ слизисто-кровавымъ поносомъ около 2½ лѣтъ. Продолжительное внутреннее лѣченіе осталось безъ результата. Послѣднія недѣли—по 40—50 испражненій въ сутки, сильнѣйшія боли, упадокъ силъ, не смотря на обильные пріемы пищи. Послѣ операціи—медленное выздоровленіе.

Показаніемъ къ операціи служатъ сильныя субъективныя разстройства, а также объективныя измѣненія (малокровіе, истощеніе). Въ меньшинствѣ случаевъ (въ 3 изъ 34) приходилось дѣлать операцію на 6—8-ой недѣлѣ болѣзни вслѣдствіе быстраго наростанія угрожающихъ припадковъ; въ 13 случаяхъ болѣзнь развивалась медленно и существовала долго (отъ ¼ года до 2 лѣтъ), въ остальныхъ она принимала очень затяжной характеръ (3—8 лѣтъ). Изъ 34 оперированныхъ умерли 5: 1 погибъ отъ истощенія, 1 отъ прободенія язвы, 1—отъ кровотеченія изъ язвы въ прямой кишкѣ, 1—отъ воспаленія легкихъ и 1—отъ кишечной непроходимости, развившейся послѣ операціи. Изъ остальныхъ 29 больныхъ у 20 наступило выздоровленіе, у 6 улучшеніе; въ 3 случаяхъ операція оказалась безрезультатной. Что касается способовъ операціи, то въ 2 случаяхъ наложено соустіе между подвздошной и S-образной кишками, въ 1 наложено кишечное соустіе съ полнымъ выключеніемъ всѣхъ толстыхъ кишекъ; въ 3 наложенъ свищъ въ подвздошной кишкѣ, въ 13—въ слѣпой resp. восходящей ободочной, въ 10—справа въ нисходящей ободочной resp. въ S-образной кишкѣ, въ 4 въ стѣнкѣ слѣпой кишки (на подобіе желудочнаго свища по *Kader*'у), въ 1—въ червеобразномъ отросткѣ. Лучшимъ способомъ авторъ считаетъ простое наложеніе свища въ S-образной кишкѣ, дающее вполнѣ удовлетворительные результаты. Такъ какъ язвы въ громадномъ большинствѣ случаевъ находятся въ нижнемъ отдѣлѣ толстыхъ кишекъ, то наложеніе свища въ S-образной кишкѣ освобождаетъ ниже лежащій пораженный отрѣзокъ отъ попаданія кала и даетъ возможность воздѣйствовать на воспалительный процессъ промываніями (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, т. XII). *Б. Финкельштейнъ.*

**Глазныя болѣзни.** 404. Д-ръ *Стржеминскій* сообщаетъ *2 случая зачаточныхъ явленій наслѣдственнаго сифилиса въ глазахъ*—у брата и сестры. Какъ показали наблюденія *Galezowsk*'аго, *Antonelli*, *Senn*'а и др., наслѣдственный сифилисъ можетъ выражаться на глазахъ цѣлымъ рядомъ уклоненій въ развитіи, изъ коихъ наиболѣе общимъ является недостача сѣтчаточнаго пигмента въ рѣзко ограниченныхъ мѣстахъ, позволяющая ясно различать кровеносные сосуды сосудистой оболочки. Такія пятна чаще всего случаются по окружности глазного дна, рѣ-

же—по окружности и около соска зрительнаго нерва, при чемъ экваторіальная часть глазного дна можетъ представляться сильно покраснѣвшей или темнобурой, а еще рѣже пятна эти располагаются въ формѣ секторовъ, направляясь отъ соска въ ту или другую сторону, большей частью кверху и внизъ. Наблюдались такія пятна и въ окружности желтаго пятна (*Wicherkiewicz*). По окружности пятенъ сосудистая оболочка имѣетъ грязносѣрый цвѣтъ, переходящій иногда въ сѣросиневатый; въ нѣкоторыхъ случаяхъ удается тутъ обнаружить рѣзко ограниченныя круглыя точки чернаго, либо желтаго цвѣта. Окраска соска можетъ быть бѣловатой или желтоватой, почти доходя до атрофическаго обезцвѣчиванія, характернаго для пигментнаго перерожденія сѣтчатки. Кромѣ означенныхъ измѣненій, зачаточными признаками наслѣдственнаго сифилиса на глазахъ могутъ, по видимому, явиться и астигматизмъ, какъ и односторонняя дальнозоркость и косоглазіе. 2 подобные случая д-ръ *Стржеминскій* уже обнародовалъ въ 1898 и 1901 гг.: рядомъ съ врожденными пороками развитія и явными наслѣдственно-сифилитическими измѣненіями, имѣлись недостачи пигмента въ сѣтчаткахъ и дальнозоркій астигматизмъ. Таковы-же въ общихъ чертахъ и случаи, сообщаемые авторомъ въ настоящее время.

У 10-лѣтняго мальчика, писавшаго и читавшаго съ трудомъ, на обоихъ глазахъ оказалась острота зрѣнія всего лишь въ 0,2 противъ нормы; по исправленіи-же обнаруженнаго у него сложнаго дальнозоркаго астигматизма соотвѣтственными стеклами, зрѣніе поднялось до 0,6 на правомъ глазу и до 0,4 на лѣвомъ, косившемъ къ носу, и мальчикъ сталъ заниматься безъ напряженія глазъ. Изслѣдованіе глазнымъ зеркаломъ показало, однакоже, цѣлый рядъ подозрительныхъ измѣненій на днѣ глазъ (недостачи сѣтчаточнаго пигмента, черныя точки на височной части соска), а общій осмотръ обнаружилъ типъ наслѣдственнаго сифилитика: тщедушный, малокровный, малаго роста, со слишкомъ большой головой, съ выступающими лобными шишками, сѣдлообразнымъ носомъ, толстыми губами, сѣроватымъ лицомъ, рѣдкими, тонкими и сухими волосами, мало разросшимися рѣсницами, испорченными зубами, слабо развитыми мышцами, утолщенной надкостницей на ногахъ, припухшими железами на затылкѣ и подъ челюстями и съ притупленнымъ слухомъ, мальчикъ этотъ имѣлъ слабую память и вообще его умственныя способности были недостаточно развиты для его лѣтъ. Ходить онъ, по словамъ отца, началъ на 3-мъ году, а говорить—на 4-мъ. У отца былъ сифилисъ до того, какъ онъ женился, лѣтъ 16 назадъ. Мать была здорова; 1-ая ея беременность кончилась выкидышемъ, а 2-мъ родился этотъ мальчикъ. Черезъ годъ у мальчика развилось на обоихъ глазахъ межуточное воспаленіе роговицы. Назначены были втиранія сѣрой ртутной мази, по 1 грм. въ день, съ ванной и 3-дневнымъ перерывомъ послѣ 5 дней втиранія. За 5½ мѣсяцевъ сдѣлано было такихъ втираній 80, при чемъ въ серединѣ этого лѣченія сдѣланъ былъ перерывъ въ 1 мѣсяцъ, въ теченіи котораго принимался внутрь іодистый калій; эту же соль больной принималъ, съ перерывами, впродолженіи 2 мѣсяцевъ послѣ втираній. Въ глаза впускался атропинъ, въ виду сужения зрачковъ, а впослѣдствіи—желто-осадочная ртутная мазь. Теченіе паренхиматознаго кератита было обычное: сначала состояніе роговицъ все ухудшалось, затѣмъ оно начало постепенно (и очень медленно) улучшаться. Но, когда вслѣдъ за проясненіемъ роговицъ изслѣдовано было зрѣніе, то оказалось, что оно на обоихъ глазахъ поднялось до 0,8. Это значитъ, что та острота зрѣнія, которой удовлетворились было по исправленіи астигматизма очками, была ослабленной отъ измѣненій на днѣ глазъ, и что эти измѣненія съ еще большей вѣроятностью могли быть признаны сифилитическими.

Сестра больного, 8-лѣтняя дѣвочка, чрезвычайно напоминала брата своимъ внѣшнимъ видомъ и развитіемъ. И у нея тоже имѣлся сложный дальнозоркій астигматизмъ при пигментныхъ измѣненіяхъ на днѣ глазъ, а острота зрѣнія, по исправленіи астигматизма стеклами, поднялась съ 0,4 на правомъ глазу и 0,5 на лѣвомъ до 0,7 на обоихъ глазахъ. И здѣсь также авторъ не рѣшался назначить противусифилитическое лѣченіе, пока—10 мѣсяцевъ спустя—не воспалилась роговая оболочка (праваго глаза). Воспаленіе это имѣло вначалѣ характеръ золотушнаго; но желтая ртутная мазь съ атропиномъ не помогала и къ не исчезавшему пятнышку прибавились 2 новыхъ, а въ глубинѣ роговицы стали замѣчаться новообразованные сосуды, направлявшіеся къ пятнышкамъ, и потому авторъ, по примѣру проф. *Wicherkiewicz*'а (1900), призналъ въ этомъ прыщиковомъ воспаленіи роговицы наслѣдственно-сифилитическій характеръ. Назначено было то же лѣченіе, что и у брата (втираній сдѣлано было 70, по 0,75 грм. въ день), и пятнышки стали едва замѣтными, острота же зрѣнія, при соотвѣтственныхъ очкахъ, оказалась нормальной (Postęp okulistyczny, ноябрь). *Р. Кацъ.*

405. Д-ра *Kurzezunge* и *Pollak* сообщаютъ изъ поликлиники проф. *Silex*'а единственный въ своемъ родѣ *случай новообразованія на соскѣ зрительнаго нерва.*

У 21-лѣтняго мужчины, случайно замѣтившаго слабость зрѣнія на правомъ глазу, изслѣдованіе обнаружило на этомъ глазу остроту зрѣнія въ 0,1 противъ нормы, при концентрическомъ суженіи поля зрѣнія и центральной скотомѣ въ 10°—20°, а глазное зеркало показало яркокрасную, блестящую опухоль, имѣвшую поперечникъ 2 сосковъ и форму цвѣтной капусты и покрывавшую сосокъ зрительнаго нерва на столько, что виднѣлся лишь очень узкій и мутный серпъ его на носовой сторонѣ. По направленію къ желтому пятну отходили лучи отъ сѣровато-голубой пигментной каймы опухоли, а въ самомъ желтомъ пятнѣ замѣчались бѣлыя пятнышки, встрѣчавшіяся и въ другихъ мѣстахъ глазного дна, вдоль нѣкоторыхъ сосудовъ; сѣровато-бѣлымъ пропитываніемъ занята была и вся оставшаяся область между соскомъ и желтымъ пятномъ. Опухоль казалась почти прозрачной, была покрыта тончайшими капиллярами и возвышалась надъ дномъ глаза болѣе, чѣмъ на 30 D. При всемъ томъ среды глаза были совершенно ясны; и внѣшній видъ глаза былъ вполнѣ нормаленъ. Ртуть и іодъ не дали улучшенія.

Авторы полагаютъ, что въ данномъ случаѣ имѣлось дѣло съ доброкачественнымъ новообразованіемъ, возникшимъ еще въ дѣтскіе годы и не переходившимъ за рѣшетчатую пластинку соска, изъ которой оно, быть можетъ, и развилось и именно—съ первичной нейрофибромой или-же съ миксосаркомой (?). За отсутствіемъ подобнаго случая въ литературѣ, предсказаніе сдѣлано было сомнительное, и вылущеніе глазного яблока не было предпринято (Zeitschrift für Augenheilkunde, X, 4; Wochenschrift für Therapie u. Hygiene des Auges, 8 января). *Р. Кацъ.*

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 406. Д-ръ *Г. А. Дѣдовъ* сообщаетъ—изъ Бурашевской психіатрической Лѣчебницы Тверского губернскаго Земства—слѣдующія данныя о *беременности при прогрессивномъ параличѣ.* Изъ 1904 женщинъ, поступившихъ въ Лѣчебницу за 20-лѣтній періодъ, паралитичекъ было 176, изъ которыхъ беременность наблюдалась только у 10 или 5,7%. Изъ приводимыхъ авт. исторій этихъ больныхъ оказывается, что: 1) беременность наблюдалась у нихъ преимущественно въ 3-мъ періодѣ паралича, при вполнѣ выраженной болѣзни (только въ 1 случаѣ параличъ обнаружился уже при существовавшей беременности, которая такимъ образомъ могла послужить толчкомъ къ развитію его); 2) беременность во всѣхъ случаяхъ протекала правильно, безъ какихъ-либо патологическихъ уклоненій; 3) роды въ ½ случаевъ наступали довольно внезапно, оканчивались очень быстро и были безболѣзненны; 4) послѣродовой періодъ протекалъ вполнѣ правильно; 5) дѣти рождались вполнѣ развитыми, доношенными, безъ какихъ-либо пороковъ (только въ 1 случаѣ ребенокъ былъ малоупитанный и хилый). На основаніи сопоставленія своихъ наблюденій съ нѣкоторыми данными изъ литературы авт. приходитъ къ заключенію, что прогрессивный параличъ вреднымъ образомъ вліяетъ на производительную способность женщины, почему беременность среди паралитичекъ наблюдается очень рѣдко; если-же паралитичка забеременѣваетъ, то беременность, роды и послѣродовой періодъ протекаютъ у нея вполнѣ нормально; на теченіе паралича эти условія или вовсе не оказываютъ никакого вліянія, или ухудшаютъ его, или-же—рѣже—влекутъ за собою болѣе или менѣе продолжительное послабленіе болѣзни (Обозрѣніе психіатріи, нейрологіи и экспериментальной психологіи, февраль). *Б. Грейденбергъ.*

407. Д-ръ *Agnes Bluhm* сообщаетъ *случай кастраціи,* оказавшейся необходимой *вслѣдствіе появленія molimina menstrualia послѣ удаленія матки.*

Больная, дѣвица, 40 л., учительница, носила мѣсячныя всегда правильно и безъ болей. Когда она обратилась къ врачу, у нея была найдена исходившая изъ верхней части влагалища злокачественная опухоль. Сильныя боли внизу живота ко времени появленія мѣсячныхъ и во время этихъ послѣднихъ вызывались, вѣроятно, гиперэмическимъ набуханіемъ опухоли. Съ удаленіемъ опухоли вмѣстѣ съ маткой черезъ влагалище болѣзненныя явленія прекратились, но черезъ 1¾ года съ наступленіемъ возврата опухоли всѣ страданія больной возобновились въ прежнемъ видѣ. Опухоль въ виду ея распространенія до тазовой стѣнки была оставлена на мѣстѣ; произведена была только кастрація путемъ чревосѣченія, послѣ которой всякія боли исчезли и болѣе уже не повторялись. Ростъ возврата опухоли, довольно быстрый за послѣдніе 2 мѣсяца до операціи, когда больная находилась подъ наблюденіемъ *B.*, пріостановился послѣ операціи на нѣсколько мѣсяцевъ. Яичники при изслѣдованіи оказались нормально работавшими, безъ всякихъ слѣдовъ атрофіи. У больной появились признаки, наблюдающіеся при выпаденіи отправленій яичниковъ, но они исчезли подъ вліяніемъ лѣченія лютеиномъ *Fraenkel*'я (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, т. XIX, тетр. 2). *А. Г—ръ.*

Digitized by Google

408. Проф. *Condamin* приводитъ интересный *случай двусторонней дермоидной кисты яичника.*

Больная, 36 л., замужняя. Мѣсячныя до послѣдняго времени носила правильно. Уже нѣсколько мѣсяцевъ, какъ они стали болѣзненными и продолжительными. Рожала 5 разъ, въ послѣдній разъ недавно; роды эти осложнились перитонитомъ. Въ послѣднее время появились боли внизу живота справа и въ поясницѣ; за послѣдніе 10 дней боли усилились и сопровождаются рвотой. При изслѣдованіи у верхушки сердца ясный систолическій шумъ. Матка нѣсколько отклонена влѣво. Справа прощупывается закругленная, упругая, малоподвижная, болѣзненная опухоль, больше кулака, независимая отъ матки, прилегающая къ *Fallopi*'евой трубѣ и соотвѣтствующей связкѣ. Распознана внутрисвязочная или подвергшаяся перекручиванію ножки киста со сращеніями. Больная рѣшилась на операцію только черезъ 3 мѣсяца послѣ послѣдняго изслѣдованія вслѣдствіе продолжавшихъ безпокоить ее болей. При изслѣдованіи передъ операціей опухоль казалась гораздо болѣе подвижной. Кромѣ того, слѣва также прощупывалась небольшая опухоль. Чревосѣченіе обнаружило, что правосторонняя опухоль представляла собою кисту лѣваго яичника, снабженную очень длинной ножкой, нѣсколько разъ перекрученной. Незначительныя срощенія ея освобождены безъ труда. Лѣвосторонняя, меньшая опухоль принадлежала, наоборотъ, правому яичнику и, какъ и первая, перемѣстилась вслѣдствіе длинной ножки, также перекрученной. Послѣоперaціонное время протекло вполнѣ благополучно, и черезъ 2 недѣли наступило выздоровленіе. При изслѣдованіи обѣ кисты оказались однополостными дермоидными кистами, безъ всякихъ слѣдовъ яичниковой ткани на поверхности.

Изученіе литературы вопроса (97 случаевъ) показало, что при удаленіи дермоидныхъ кистъ до 40 лѣтъ очень важно заботиться о сохраненіи хотя части яичника съ прилегающей трубой, такъ какъ описаны случаи наступленія вслѣдъ за этимъ беременности, не говоря уже о значеніи сохраненія мѣсячныхъ (Annales de gynécologie et d'obstetrique, мартъ). *А. Г—ръ.*

**Дѣтскія болѣзни.** 409. Д-ръ *Mallory*, изслѣдуя *въ 4 случаяхъ скарлатины* кусочки кожи, закрѣпленные въ жидкости *Zenker*'а и окрашенные эозиномъ и метиленовой синькой, нашелъ въ нихъ *тѣльца, близкія къ protozoa.* Тѣльца эти были двоякаго рода: круглыя и продолговатыя, величиною отъ 2—7 μ; поперечникъ ихъ не превышалъ 10—12 μ. Авторъ находилъ эти тѣльца въ глубокихъ слояхъ накожицы, при чемъ они углублялись и въ собственно кожу. Ко 2-ой группѣ тѣлецъ авторъ относитъ тѣ, въ которыхъ протоплазма расположена лучеобразно; онѣ попадаются какъ въ глубинѣ эпидермоидальныхъ клѣтокъ, такъ и въ скученномъ видѣ (по 2 — 4) въ щеляхъ и лимфатическихъ сосудахъ подъ накожицей. Въ послѣднемъ случаѣ онѣ имѣютъ видъ звѣзды, при чемъ по срединѣ находятся круглыя тѣльца, отъ коихъ идутъ лучи въ видѣ молоточковъ въ количествѣ 8—10. Какъ тѣ, такъ и другія тѣльца рѣдко попадаются въ волосяныхъ мѣшечкахъ, и ихъ никогда не бываетъ ни въ сальныхъ, ни въ потовыхъ железахъ. Авторъ не находилъ этихъ тѣлецъ ни на языкѣ, ни въ лимфатическихъ железахъ, а всегда только въ кожѣ; не нашелъ онъ ихъ также и въ кровяномъ сгусткѣ, собранномъ изъ сердца послѣ смерти. Такъ какъ тѣльца эти походятъ на protozoa, наблюдаемыя при болотной лихорадкѣ, то авт. допускаетъ, что они соотвѣтствуютъ фазамъ развитія подобнаго protozon, чужеяднаго скарлатины (Journal of Medical Research, январь; по передачѣ въ Kronice lekarskiej, 1 мая). *С. Островскій.*

410. Д-ръ *A. Hengge* описываетъ небольшую *эндемію pemphigus neonatorum s. contagiosus* въ Greifswald'ѣ, въ которой удалось прослѣдить какъ этіологію, такъ и все теченіе и распространеніе ея. Источникомъ зараженія, по мнѣнію *H.*, послужили родовыя выдѣленія одной изъ родильницъ, заболѣвшей pemphigus'омъ и заразившей своего ребенка. Вслѣдствіе соприкосновенія (во время кормленія) заразилась еще 1 родильница и еще 2 дѣтей, такъ какъ онѣ совмѣстно кормили дѣтей. Всѣ заболѣвшія были немедленно уединены, благодаря чему дальнѣйшее распространеніе болѣзни прекратилось. Больныя, почти уже выздоровѣвшія, были показаны студентамъ одновременно съ другимъ ребенкомъ, котораго показали изъ-за неправильной формы черепа. Послѣ этого онъ заболѣлъ pemphigus'омъ, при чемъ сыпь осталась расположенной только на головкѣ. И вообще во всѣхъ случаяхъ этой эндеміи расположеніе сыпи строго соотвѣтствовало способу зараженія. Типичную сыпь въ 5 первыхъ случаяхъ сопровождали многочисленные разной величины чирья. Возбудителемъ заразы *H.* признаетъ желтаго стафилококка. Лѣченіе заключалось во вскрытіи и удаленіи пузырьковъ и вычищеніи дна раны 50%-мъ спиртомъ, а впослѣдствіи 1‰-ной сулемой. Чирья также были вскрываемы. Предсказаніе въ послѣднее время при pemphigus neonatorum считается благопріятнымъ, потому что авторы, наблюдавшіе большія эпидеміи, указываютъ всего на 1% смертности. Частота заболѣванія у новорожденныхъ по статистикѣ *H.* (1300 новорожденныхъ) составляетъ 0,38%, тогда какъ раньше эпидеміи были гораздо обширнѣе; напр., въ срединѣ прошлаго 100-лѣтія въ Шлезвигѣ заболѣвали 40—60% всѣхъ новорожденныхъ (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, т. XIX, тетр. 1). *А. Г—ръ.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 411. *Roger* и *Emile Weil* сообщаютъ данныя своихъ изслѣдованій относительно *чужеяднаго «чернаго языка»* (melanoglossia). Эта чужеядная теорія, установленная впервые *Reynaud*, еще и теперь не всѣми принята. При изслѣдованіи нитей авторамъ удалось найти особыя круглыя тѣльца въ 4—6 μ, обладающія толстой оболочкой съ 2-мя контурами; кромѣ того, они находили также и овоидныя, болѣе удлиненныя формы. *Lucet* удалось выростить этотъ грибокъ, который онъ назвалъ «sacharomyces linguae pilosae». Авторы получили также разводку его, посѣявъ частички волосковъ на агарѣ съ виноградными сахаромъ и мальтозой, при чемъ на 2-й уже день выросли и на поверхности, и въ глубинѣ агара бѣлыя, блестящія колоніи грибка. При прививкѣ разводки кролику (впрыскиваніе въ вены), кроликъ палъ черезъ 3 недѣли, при чемъ было обнаружено характерное узловатое пораженіе почекъ, откуда также былъ полученъ въ чистомъ видѣ грибокъ. Грибокъ этотъ легко окрашивается, по *Gram*'у-же не окрашивается. Онъ ростетъ хорошо на всѣхъ средахъ, но особенно хорошо на сахарныхъ (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1903, № 11). *М. Членовъ.*

412. Д-ръ *Leo Caro* (Berlin) съ похвалой отзывается объ обрывномъ *способѣ лѣченія твердаго шанкра прижиганіями горячимъ воздухомъ по Holländer*'у. Автору удалось въ нѣсколькихъ случаяхъ несомнѣннаго сифилитическаго зараженія, благодаря этому способу, предупредить появленіе вторичныхъ явленій и освободить такимъ образомъ больныхъ отъ общаго зараженія. Одинъ изъ его больныхъ, заразившійся отъ извѣстной автору сифилитички и имѣвшій ясно выраженный склерозъ, черезъ годъ послѣ излѣченія послѣдняго прижиганіемъ по *Holländer*'у сдѣлался отцомъ здороваго ребенка, при чемъ жена его также осталась совершенно здоровой. Операцію прижиганія авторъ дѣлаетъ такъ: членъ у корня зажимается мягкимъ катетромъ; затѣмъ на язву и ея окружность (насколько послѣдняя поражена твердымъ пропитываніемъ) направляютъ струю хлоръ-этила до тѣхъ поръ, пока опыляемое мѣсто не покроется тонкимъ слоемъ льда. Послѣ этого берутъ у помощника разогрѣтый имъ приборъ для прижиганія горячимъ воздухомъ и выжигаютъ всю язву. Подъ дѣйствіемъ струи горячаго воздуха вся пораженная ткань стягивается и образуется твердая пергаментообразная кожица; вся поверхность язвы становится сухой, какъ кость. Операція этимъ заканчивается. При послѣдующемъ лѣченіи членъ обертываютъ въ іодоформную марлю. Когда струпъ спадетъ, марлю посыпаютъ биролиномъ (Byrolin) или покрываютъ незначительнымъ количествомъ борной мази. Благодаря появленію хорошихъ грануляцій, язва заживаетъ хорошо, и черезъ 4—8 недѣль на ея мѣстѣ остается лишь мягкій, подвижный рубецъ на кожѣ. При пользованіи хлоръ-этиломъ для обезболиванія надо быть осторожнымъ и не слишкомъ приближать къ послѣднему раскаленную часть прижигателя, такъ какъ хлоръэтилъ при этомъ воспламеняется. У очень чувствительныхъ и боязливыхъ больныхъ авторъ совѣтуетъ примѣнять для обезболиванія полное хлороформное или эфирное усыпленіе; неполный наркозъ не достигаетъ цѣли. Успѣхъ операціи лучше всего обнаруживается тѣмъ, что опухоли паховыхъ железъ начинаютъ уменьшаться и наконецъ совершенно исчезаютъ; тамъ, гдѣ железы остаются увеличенными, всегда слѣдуетъ опасаться появленія признаковъ


Digitized by Google

вторичнаго сифилиса. Само собой разумѣется, что, чѣмъ раньше дѣлается прижиганіе, тѣмъ больше надежды на успѣхъ. Способъ *Holländer*'а, по мнѣнію автора, имѣетъ неоспоримыя преимущества передъ вырѣзываніемъ и прижиганіемъ шанкра химическими веществами: этимъ способомъ вполнѣ удается уничтожить всѣ заразныя вещества и превратить шанкръ въ доброкачественную язву. Такъ какъ этотъ способъ лѣченія къ тому-же безвреденъ, то авторъ совѣтуетъ пользоваться имъ во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ, гдѣ есть основаніе подозрѣвать наличность сифилитическаго зараженія. Другое преимущество этого способа заключается въ томъ, что его можно примѣнять при всѣхъ возможныхъ мѣстоположеніяхъ шанкерной язвы (Therapie der Gegenwart, апрѣль). *А. К.*

413. Д-ръ *Wallset* (изъ клиники проф. *Pick*'а въ Прагѣ) сообщаетъ *результаты своихъ микроскопическихъ изслѣдованій сифилиса.* Изслѣдованія эти касались крови сифилитиковъ, а также—провѣрки ради—несифилитиковъ и кожныхъ больныхъ, спинномозговой жидкости сифилитиковъ (а также несифилитиковъ и кожныхъ больныхъ), отдѣляемаго склерозовъ, самихъ склерозовъ и паховыхъ железъ. Въ результатѣ изслѣдованій крови оказалось слѣдующее. Изъ 35 случаевъ вторичнаго сифилиса въ 12 удалось получить въ чистомъ видѣ v. *Niessen*'овскую палочку, въ 5—особую, небольшую палочку, въ 4—и ту, и другую вмѣстѣ, въ 3—желтаго диплококка; въ 11 случаяхъ кровь осталась стерильной. Въ 1 случаѣ просовидныхъ гуммъ получилась разводка небольшой палочки; при гуммозномъ сифилисѣ результаты были отрицательные. На 27 изслѣдованій здоровыхъ людей въ 1 случаѣ получилась палочка, отличавшаяся отъ палочки v. *Niessen*'а и явившаяся, вѣроятно, результатомъ загрязненія кожи, въ 2 случаяхъ получилась палочка, сходная съ вышеупомянутой небольшой палочкой, относящаяся къ группѣ ложно-дифтерійныхъ. Такимъ образомъ изъ 35 больныхъ свѣжимъ сифилисомъ лишь у 16, т. е. въ 45,7%, найдена была v. *Niessen*'овская палочка, между тѣмъ какъ самъ v. *Niessen* нашелъ ее у всѣхъ изслѣдованныхъ имъ 160 больныхъ. v. *Niessen* описываетъ свой микроорганизмъ, какъ чрезвычайно плеоморфный (то длинная или короткая палочка, то диплококкъ, стафилококкъ или стрептококкъ, то какъ переходныя формы къ hyphomycet'амъ), *Wallset*-же всегда получалъ только палочку и думаетъ, что v. *Niessen* имѣлъ дѣло не съ однимъ чужеяднымъ, а съ различными. Опираясь на наблюденія *Schenk*'а и *Lichtenstern*'а, а также на собственныя, онъ задается вопросомъ, не получена-ли и самая v. *Niessen*'овская палочка не изъ крови, а съ поверхности кожи. За это говорятъ также и опыты *Joseph*'а и *Piorkowsk*'аго, получившихъ особую палочку при посѣвѣ сѣмени сифилитиковъ на стерильный послѣдъ; такая-же палочка недавно была получена *Pfeiffer*'омъ съ нормальной слизистой оболочки мужского мочеиспускательнаго канала. Эти ложнодифтерійныя палочки были, какъ извѣстно, найдены при многихъ процессахъ, затѣмъ—авторомъ въ отдѣляемомъ крайней плоти, *Kral*'емъ и *Winternits*'емъ—въ грязи между пальцами ногъ, наконецъ, авторомъ-же на половыхъ частяхъ и подъ мышками. Надо отмѣтить, что этими-же авторами въ разное время, независимо другъ отъ друга, добытъ былъ изъ крови, железъ и различныхъ болѣзненныхъ образованій сифилитиковъ, относящихся къ группѣ ложно-дифтерійныхъ палочекъ микроорганизмъ, который нельзя связать исключительно съ загрязненіемъ. Тѣмъ не менѣе *Wallset* полагаетъ, что палочка эта получена съ кожи, хотя и допускаетъ возможность получить ее и изъ крови: изъ отдѣляемаго крайней плоти она попадаетъ на поверхность шанкра, а затѣмъ въ железы и въ кровь, что согласуется съ извѣстными изслѣдованіями относительно проказы *Bordoni-Uffreduzzi*, *Babes*'а, *Spronk*'а и др. Что касается опытовъ на животныхъ, то авторъ получилъ положительные результататы лишь у поросятъ, но и у нихъ высыпанія ветеринарами были отнесены къ крапивницѣ. Такимъ образомъ, надо принять, что полученная сначала v. *Niessen*'омъ, а затѣмъ *Joseph*'омъ, *Piorkowsk*'имъ и авторомъ (менѣе чѣмъ въ $^1/_2$ случаевъ вторичнаго сифилиса) палочка не находится въ прямой этіологической связи съ сифилисомъ, и *Pick* совершенно вѣрно замѣтилъ на Съѣздѣ естествоиспытателей и врачей въ Karlsbad'ѣ въ 1903 г., что это—не палочки сифилиса, а палочки при сифилисѣ (Archiv für Dermatologie und Syphilis, т. LXVIII, тетр. 1 и 2). *М. Членовъ.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ.** **Отдѣлъ бактеріологіи.** Соединенное засѣданіе съ микробіологическимъ Обществомъ въ Петербургѣ 9-го января. (Отчетъ *В. Л. Омелянскаго*).

Открывая засѣданіе, *С. Н. Виноградскій* сообщилъ о тяжелой утратѣ, понесенной Институтомъ экспериментальной медицины и микробіологическимъ Обществомъ въ лицѣ скончавшагося 7-го января 1904 г. отъ легочной формы чумы члена-учредителя Петербургскаго микробіологическаго Общества *В. И. Турчиновича-Выжникевича*, завѣдывавшаго особой лабораторіей Института по заготовленію противо-чумныхъ препаратовъ. Приведя краткія біографическія данныя о покойномъ, *С. Н. Виноградскій* вкратцѣ изложилъ обстоятельства, сопровождавшія заболѣваніе, а также ходъ болѣзни и примѣнявшееся энергичное лѣченіе, согласно телеграммамъ *Д. К. Заболотнаго*, которыя всѣ были тутъ-же оглашены. Въ лицѣ почившаго наука потеряла даровитаго и неутомимаго работника, Институтъ экспериментальной медицины—отличнаго администратора, съумѣвшаго блестяще организовать рядъ научно-практическихъ экспедицій Института, а окружавшіе его—добраго и отзывчиваго товарища. Память почившаго была почтена вставаніемъ.

*Г. Н. Габричевскій* сдѣлалъ 2 предложенія: 1) вступить въ болѣе близкое общеніе между собой русскимъ бактеріологическимъ институтамъ, лабораторіямъ и станціямъ съ цѣлью обмѣна свѣдѣніями объ ихъ организаціи, средствахъ и дѣятельности, а также соглашенія по обмѣну печатными изданіями, разводками микроорганизмовъ и препаратами, по установленію цѣнъ на разводку, лабораторныхъ животныхъ, лѣчебныя сыворотки и т. д. и по доставленію необходимыхъ матеріаловъ для изслѣдованій и работъ. 2) Такъ какъ бактеріологическими изслѣдованіями затрогиваются не только практическіе, но и не менѣе важные теоретическіе вопросы, одинаково интересующіе естествоиспытателей и врачей, то было-бы въ высшей степени желательно учредить самостоятельный Отдѣлъ бактеріологіи и на Съѣздахъ естествоиспытателей и врачей.

*С. Н. Виноградскій* высказалъ, что учрежденіе самостоятельнаго отдѣла бактеріологіи на Съѣздахъ естествоиспытателей и врачей заслуживаетъ сочувствія, и Петербургское микробіологическое Общество, вѣроятно, не откажется принять участіе въ ходатайствѣ по этому поводу. Что касается общенія между русскими бактеріологическими Обществами, то участіе въ немъ Петербургскаго микробіологическаго Общества можетъ выразиться только въ обмѣнѣ протоколами и изданіями.

Оба предложенія встрѣчены Отдѣломъ сочувственно, при чемъ постановлено войти въ сношеніе съ русскими бактеріологическими Обществами по обмѣну протоколами и изданіями и выразить организаціонному Комитету предстоящаго въ сентябрѣ 1905 г. въ Одессѣ XII Съѣзда естествоиспытателей и врачей мотивированное пожеланіе объ учрежденіи при этихъ Съѣздахъ самостоятельнаго Отдѣла бактеріологіи.

Проф. *В. К. Высоковичъ* предложилъ послать телеграмму *Д. К. Заболотному* съ выраженіемъ благодарности за хлопоты по устройству бактеріологической выставки и сожалѣнія объ его вынужденномъ отсутствіи въ средѣ товарищей-бактеріологовъ.

*В. Л. Омелянскій. О выдѣленіи метана въ природѣ при біологическихъ процессахъ.* Указавъ на случаи выдѣленія метана въ природѣ при естественныхъ условіяхъ, докладчикъ далъ сводку имѣющихся въ литературѣ данныхъ относительно броженія различныхъ веществъ съ образованіемъ метана. Изслѣдованія, произведенныя докладчикомъ, касаются метановаго распада, въ извѣстныхъ строго опредѣленныхъ условіяхъ, слѣдующихъ соединеній: клѣтчатки, аравійской камеди, уксусной кислоты и ряда азотъ-содержащихъ тѣлъ—яичнаго бѣлка, желатины, столярнаго клея

Digitized by Google

и шерсти. Авт. въ настоящемъ докладѣ ограничился лишь установленіемъ факта выдѣленія метана при броженіи перечисленныхъ веществъ и совершенно оставилъ въ сторонѣ вопросъ объ агентахъ этого распада. Дальнѣйшая разработка затронутыхъ вопросовъ — въ ходу, и докладчикъ надѣется возвратиться къ нимъ въ будущемъ.

*В. Л. Якимовъ. Къ біологіи трипанозомъ.* (См. выше, № 9, стр. 318 и № 10, стр. 362).

*Е. И. Марциновскій* и *С. Л. Богровъ* (Москва) показали препаратъ—мазокъ, приготовленный изъ грануляцій дна *Пендинской язвы* мальчика Перса, присланнаго имъ для изслѣдованія въ маѣ 1903 г. проф. *А. И. Поспѣловымъ*. Вмѣсто золотистаго стафилококка (Micrococcus *Biscra*), который до послѣдняго времени принимался за возбудителя болѣзни, авторы нашли въ отдѣляемомъ язвы чужеядныхъ, принадлежащихъ къ Protozoa, яйцевидной, иногда грушевидной формы, около 5 — 6 ст. длиной, заключенныхъ преимущественно въ одноядерныхъ бѣлыхъ тѣльцахъ и эпителіоидныхъ клѣткахъ, 1 разъ въ многоядерномъ тѣльцѣ. Въ висячей каплѣ при комнатной температурѣ свободныя чужеядныя проявляли слабое движеніе, заключенныя-же въ тѣльцахъ были неподвижны. Въ препаратахъ, фиксированныхъ алкоголемъ и окрашенныхъ по *Giems*'у протоплазма чужеяднаго окрашивается въ синій цвѣтъ, и въ немъ различаются 2 скопленія хроматина: 1) въ видѣ рѣзко окрашенной въ красноватый цвѣтъ палочки или узкой пластинки, расположенной обыкновенно поперекъ, и 2) округлаго очертанія рыхлаго комочка, окрашивающагося въ розовый цвѣтъ; въ этомъ отношеніи найденное чужеядное имѣетъ сходство съ трипанозомой. Посѣвы на обыкновенныхъ питательныхъ средахъ дали отрицательный результатъ. Зараженіе кроликовъ и морскихъ свинокъ въ кожу втираніемъ отдѣляемаго язвы, а также зараженіе ихъ грануляціями подкожно осталось безъ результатовъ. Болѣе подробно изслѣдовать чужеяднаго не удалось, такъ какъ больной внезапно уѣхалъ. Найденный микробъ не представляетъ случайной находки при Пендинской язвѣ, что видно изъ работы *Wright*'а («Journal of Medical Research», т. X, № 3), въ которой авторъ описываетъ и даетъ свѣтописные снимки такихъ-же чужеядныхъ, найденныхъ имъ при Пендинской язвѣ. Возможно, что это чужеядное и есть возбудитель болѣзни.

*Н. М. Берестневъ* показалъ на экранѣ рядъ діапозитивовъ по бубонной чумѣ.

**Отдѣлъ глазныхъ болѣзней** (отчетъ *С. В. Лобанова*). (Продолженіе. См. № 10, стр. 376). Засѣданіе 8-го января. Почетный предсѣдатель ч. пр. *Е. П. Браунштейнъ*.

1. *Ф. М. Кубли* показалъ больного съ предполагаемой *опухолью слезной железы.*

2. *Л. Е. Выгодскій. О результатахъ оперативнаго лѣченія первичной глаукомы* (См. отчетъ о засѣданіи Петербургскаго офталмологическаго Общества въ «Русскомъ Врачѣ», 1902 г., № 49, стр. 1825).

Проф. *Беллярминовъ*, вопреки заявленію докладчика, наблюдалъ, что больные употребляютъ съуживающія зрачки средства очень исправно, въ особенности если убѣдятся въ благотворномъ дѣйствіи ихъ. Что-же касается результатовъ операцій при glaucoma chr. и въ особенности gl. simplex и пограничныхъ съ ней формахъ, то статистика клиники проф. *Беллярминова* даетъ результаты, менѣе благопріятные, чѣмъ полученные докладчикомъ и не поощряетъ къ операціямъ. Больные, не смотря на предварительное предупрежденіе, обыкновенно винятъ въ этихъ неблагопріятныхъ результатахъ лишь оператора.

Д-ръ *Блессигъ* объясняетъ результаты иридектоміи при gl. simplex тѣмъ, что больные обращаются въ позднихъ періодахъ болѣзни, когда уже наступили измѣненія въ зрительномъ нервѣ, при glaucoma chr. они являются, когда зрительный нервъ еще не пострадалъ; при gl. simplex слѣдуетъ оперировать лишь при повышенной T; безъ этого повышенія лучше не оперировать.

Д-ръ *Браунштейнъ* видѣлъ случаи глаукомы, гдѣ примѣненіе съуживающихъ зрачекъ средствъ поддерживало годами хорошій V; лучше примѣнять въ этихъ случаяхъ пилокарпинъ въ болѣе крѣпкихъ растворахъ (2%). Лѣкарственное лѣченіе показуется и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ иридектомія на одномъ глазу не удалась, и ни больной не соглашается, ни врачъ не настаиваетъ на операціи на другомъ глазу. Вообще операцію можно предлагать, объясняя ее ненадежность, но не настаивая на ней. Теперь предлагается вырѣзываніе сочувственнаго узла на шеѣ, и нѣкоторые видѣли недурные результаты, въ особенности если предварительно была сдѣлана иридектомія.

Проф. *Евецкій* указалъ, что при употребленіи съуживающихъ зрачекъ средствъ наблюдаются случаи 2-хъ родовъ: иногда V долго держится, иногда быстро падаетъ. Относительно иридектоміи онъ—большой скептикъ и полагаетъ, что, если-бы наблюдать оперированныхъ болѣе 5 лѣтъ, то результаты операцій оказались-бы еще болѣе худшими; да и трудно ожидать большой пользы отъ вырѣзыванія маленькаго кусочка радужной оболочки въ глазу съ такими крупными измѣненіями во всемъ сосудистомъ пути и зрительномъ нервѣ. Иридектоміей понижается T и останавливается припадокъ болѣзни, сама-же болѣзнь тянется цѣлыми годами. Вырѣзываніе сочувственнаго узла въ 2-хъ случаяхъ не дало проф. *Е.* никакого результата, и его лучше не дѣлать. Заслуживаетъ вниманія т. наз. задняя склеротомія, особенно при предвѣстниковой глаукомѣ, когда послѣ иридектоміи часть V падаетъ, даже до $^1/_3$, или когда иридектомія трудна; непосредственные результаты ея хорошіе и иногда остаются не менѣе продолжительны, какъ и отъ иридектоміи. Важно дѣлать эту операцію правильно въ техническомъ отношеніи, чтобы возстановить сообщеніе между субхороидальнымъ пространствомъ и *Tenon*'овой сумкой.

Ж.-вр. *Соколова* спросила, примѣнялъ-ли докладчикъ, кромѣ мѣстнаго лѣченія, и общее и каковы патолого-анатомическія показанія для операцій при глаукомѣ?

Д-ръ *Гурвичъ*: Избавляетъ-ли иридектомія отъ необходимости дальнѣйшаго примѣненія съуживающихъ зрачекъ средствъ?

*Докладчикъ* въ пространномъ отвѣтѣ возражавшимъ указалъ, между прочимъ, на слѣдующее: исправное ежедневное впусканіе въ глазъ капель далеко недостижимо у всѣхъ не только т. наз. простыхъ, но и интеллигентныхъ больныхъ; къ тому-же послѣдніе всегда находятся подъ страхомъ приступа или ухудшенія болѣзни отъ какихъ-либо погрѣшностей въ образѣ жизни и т. п. Чтобы при gl. chr. отъ одного лѣкарственнаго лѣченія V оставался неизмѣненнымъ по десятку лѣтъ, такихъ случаевъ докладчикъ не знаетъ; если это и бываетъ, то при gl. prodromale. Онъ не сторонникъ операціи при gl. simplex, но, въ виду слабаго дѣйствія при ней съуживающихъ зрачекъ средствъ, полагаетъ, что ею не слѣдуетъ пренебрегать и здѣсь; при gl. chr. inflammatorium нужно оперировать. Пониженіе V послѣ иридектоміи, особенно на $^1/_3$,—рѣдкое исключеніе. Средняя продолжительность наблюденія въ его случаяхъ—5 лѣтъ, самое малое—2 года. Съ указаніями д-ра *Блессига* докладчикъ совершенно согласенъ. Вырѣзыванія сочувственнаго узла и задней склеротоміи онъ не дѣлалъ, но думаетъ, что первую предлагать еще преждевременно, дѣйствіе-же второй кратковременно (такъ-же какъ и передней склеротоміи) и лучше дѣлать, особенно при gl. prodromale, а также и acutum, иридектомію.

3. Докладъ Петербургскаго офталмологическаго Общества—*О раздѣленіи первичной глаукомы на условныя формы* (См. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 22, стр. 840).

Предлагаемое Обществомъ раздѣленіе первичной глаукомы было принято Отдѣломъ.

Завѣдующій отдѣломъ проф. *Л. Г. Беллярминовъ* предложилъ въ члены Коммиссіи для выработки редакціи предложенія д-ра *Марголина* объ образованіи при Пироговскомъ Обществѣ *постоянной Коммиссіи съ цѣлью изученія сущности трахомы и способовъ ея лѣченія* д-ровъ *Браунштейна*, *Иванова*, *Марголина*, *Максимовича* и *Лаврентьева* съ тѣмъ, чтобы эти лица вошли въ составъ будущей постоянной Коммиссіи. Предложеніе было принято.

Д-ръ *Кацъ* наблюдалъ одного господина, у котораго при нормальномъ положеніи глазъ и полномъ V не было двуглазнаго зрѣнія и никакъ не удавалось вызвать двоеніе (у 2-хъ сестеръ его были пороки развитія органа зрѣнія: у одной — сложный HmAs на одномъ глазу при амбліопіи другого глаза, у другой amblyopia ex hyperopia); очевидно, это зависѣло отъ врожденнаго недостатка двуглазнаго зрѣнія. Нельзя-ли этимъ-же объяснить и тѣ загадочные случаи, гдѣ послѣ операціи косоглазія не появляется двуглазнаго зрѣнія, не смотря на хорошій V въ обоихъ глазахъ? Этотъ недостатокъ есть не слѣдствіе косоглазія, а причина или сопутствующее ему явленіе.

Отдѣлъ постановилъ: поручить завѣдующему Отдѣломъ войти въ Правленіе Пироговскаго Общества съ представленіемъ о принятіи во всеобщее распространеніе карточки для записи (регистраціи) трахомы, выработанной Московскимъ офталмологическимъ Обществомъ и одобренной Отдѣломъ глазныхъ болѣзней на VIII Пироговскомъ съѣздѣ.

*К. I. Ноишевскій. Зрѣніе при strabismus alternans.* Двуглазнаго двоенія не бываетъ при strabismus alternans; отсутствіе его, когда косящій глазъ плохо видитъ или гдѣ косоглазіе значительное, понятно; но, гдѣ отклоненіе глаза незначительно и гдѣ на обоихъ глазахъ одинаково хорошее зрѣніе, тамъ оно непонятно и объясняется или психическимъ актомъ подавленія изображенія въ косящемъ глазу, или врожденной ассиметріей положенія одинаковыхъ мѣстъ на сѣтчаткѣ, т. е. тѣмъ, что та часть сѣтчатки, которая находится противъ разсматриваемаго предмета въ отклоненномъ глазу, соотвѣтствуетъ желтому пятну другого глаза, разсматривающаго предметъ осевою частью сѣтчатки. Какъ доказательство послѣдняго мнѣнія, приво-

Digitized by Google

дятся тѣ случаи, гдѣ послѣ операціи косоглacія появлялось стойкое двоеніе; такія лица имѣютъ врожденное отвращеніе къ двуглазному зрѣнію. Построеніе зрительныхъ представленій о разстояніи видимыхъ предметовъ возможно лишь при существованіи анатомическихъ условій для двуглазнаго зрѣнія; тамъ, гдѣ ихъ нѣтъ, не можетъ быть построенія зрительныхъ представленій о разстояніи и вмѣстѣ съ тѣмъ невозможно и двоеніе. Большинство животныхъ не обладаетъ двуглазнымъ актомъ зрѣнія и двоеніемъ не страдаетъ. Есть лица, которыя всегда смотрятъ то правымъ, то лѣвымъ глазомъ; для нихъ двоеніе невозможно, ибо для этого нужно обладать способностью двуглазнаго зрѣнія. Въ каждый данный моментъ въ нашемъ сознаніи можетъ быть лишь одно представленіе, все равно, входитъ-ли въ него одно или нѣсколько впечатлѣній, лишь-бы былъ двигательный актъ, объединяющій ихъ; такимъ актомъ въ двуглазномъ зрѣніи служитъ сведеніе зрительныхъ осей обоихъ глазъ. Отсутствіе двоенія при strabismus alternans нужно разсматривать, какъ признакъ вырожденія, какъ возвращеніе къ прежнему болѣе простому типу зрительныхъ представленій. Въ заключеніе докладчикъ привелъ 2 наблюдавшихся имъ случая въ доказательство того, что у нѣкоторыхъ лицъ отъ природы не имѣется способности двуглазнаго зрѣнія и гдѣ нельзя было никакими способами вызвать двоеніе.

*Онъ-же. Явленіе (феноменъ) Purkinyé и адаптація сѣтчатки.* Сообщеніе представляетъ очень спеціальный характеръ и трудно поддается краткой передачѣ; поэтому укажу лишь на главнѣйшее. Явленіе *Purkinyé* заключается въ томъ, что въ сумерки красный цвѣтъ кажется гораздо темнѣе, чѣмъ синій. Докладчикъ старался рѣшить вопросъ, зависитъ-ли темнота красной части спектра въ сумерки отъ недостаточности освѣщенія или отъ отсутствія красныхъ лучей въ сумерочномъ освѣщеніи. Рядъ опытовъ убѣдилъ его, что это не зависитъ отъ адаптаціи сѣтчатки (адаптація сѣтчатки возможна для красныхъ лучей, какъ и для синихъ). Производя опыты съ явленіемъ *Purkinyé* при искусственномъ сумерочномъ освѣщеніи, докладчикъ нашелъ, что оно выступаетъ не такъ рѣзко днемъ въ темной комнатѣ, какъ во время астрономическихъ сумерекъ; при сумеркахъ керосиноваго пламени и стеариновой свѣчи оно наблюдается еще слабѣе, а при сумеркахъ раскаленнаго уголька даже становится обратнымъ: красный цвѣтъ дѣлается свѣтлымъ, а синій—почти чернымъ. Отсюда слѣдуетъ, что явленіе *Purkinyé* зависитъ не отъ количества освѣщенія, а отъ его качественнаго состава. Въ виду этого, яркость освѣщенія нужно-бы опредѣлять не общимъ количествомъ метросвѣчей, а точнымъ вычисленіемъ, сколько данный источникъ свѣта содержитъ въ своемъ составѣ единицъ красныхъ, желтыхъ, синихъ, фіолетовыхъ. Далѣе докладчикъ предлагаетъ единицу цвѣтовой яркости, ея опредѣленіе и вычисленіе (единица есть яркость, при которой красная шерсть хромоскопа кажется черной; она равна $^1/_{400}$ 1-ой метросвѣчи). Изъ его опытовъ оказывается, что при дневномъ освѣщеніи въ полдень на каждую физіологическую единицу красной яркости приходится $16^2=256$ физіологическихъ единицъ синей яркости, при наступленіи-же сумерекъ ихъ приходится $1600^2=2560000$.

Д-ръ *Вайнштейнъ* показалъ микроскопическіе препараты *кисты сѣтчатой оболочки* и сдѣлалъ по этому вопросу краткое сообщеніе.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

**Отдѣлъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней.** (Отчетъ *А. П. Гарина*). (Продолженіе. См. № 17, стр. 628). Засѣданіе 9-го января. Почетный предсѣдатель проф. *П. В. Никольскій*.

*П. М. Сникеръ* (Петербургъ). *Іодипинъ въ лѣченіи сифилиса.* Іодипинъ представляетъ изъ себя соединеніе іода съ сезамовымъ масломъ и находится въ продажѣ въ 2-хъ видахъ съ содержаніемъ 10% и 25% іода. Не смотря на недавнее введеніе его въ практику (*Winternitz*, 1897 г.), довольно обширная литература свидѣтельствуетъ объ его успѣшномъ примѣненіи при сифилисѣ и другихъ болѣзняхъ. Для внутренняго употребленія обыкновенно употребляютъ 10%-ный іодипинъ, для подкожныхъ же впрыскиваній—25%-ный; при послѣднихъ іодъ выдѣляется изъ организма постепенно и очень долгое время—въ теченіи года и долѣе (402 дня). Можно думать, что столь длительное пребываніе іода въ организмѣ имѣетъ не только лѣчебное, но и большое предохраняющее значеніе, въ смыслѣ обезвреживанія имъ тѣмъ или другимъ путемъ дѣйствія сифилитическаго яда или токсиновъ, и послѣдовательнаго предотвращенія дальнѣйшаго развитія какъ сифилитическихъ, такъ и парасифилитическихъ явленій. Если продолжительное іодистое лѣченіе имѣетъ значеніе, то гораздо удобнѣе и цѣлесообразнѣе производить въ теченіи нѣсколькихъ недѣль ежедневныя впрыскиванія іодипина, чѣмъ каждый день въ теченіи года давать больному малыя количества іодистаго калія и тѣмъ вызывать многія непріятныя побочныя явленія. При подкожныхъ впрыскиваніяхъ іодипина докладчикъ наблюдалъ скорѣе увеличеніе вѣса больныхъ, что, быть можетъ, находится въ зависимости отъ одновременнаго введенія въ кровь жира и съ этой стороны имѣетъ большое значеніе для истощенныхъ больныхъ. Впрыскиванія іодипина представляютъ единственный способъ подкожнаго введенія іода въ организмъ и даютъ возможность курсомъ впрыскиваній, сдѣланныхъ въ нѣсколько дней, подвергать продолжительному дѣйствію іода больныхъ, которые почему либо не могутъ или не желаютъ принимать іода внутрь. При внутреннемъ употребленіи іодипина, хотя и наступаютъ иногда, отсутствующія при впрыскиваніяхъ его, явленія іодизма, но они бываютъ менѣе значительны, чѣмъ послѣ употребленія іодистыхъ щелочныхъ солей. Если требуется быстрое и энергичное дѣйствіе іода, то докладчикъ даетъ внутрь или іодистый калій, или 25%-ный іодипинъ въ желатинныхъ капсулахъ по 1,5 грм., 5—6 разъ въ сутки, или дессертными и чайными ложками. Подкожныя впрыскиванія іодипина переносятся больными очень хорошо, въ общемъ неболѣзненны и допускаютъ точную дозировку. Техника ихъ проста и не требуетъ дорого стоющихъ инструментовъ (стеклянный шприцъ въ 20 к. стм. и 2 длинныя и довольно толстыя иглы, спеціально заказанныя для этой цѣли, стоятъ 4 р. 50 к.). Докладчикъ дѣлалъ обыкновенно впрыскиванія ежедневно или черезъ день, числомъ отъ 20 до 50, въ подкожную клѣтчатку ягодицъ, вводя каждый разъ 20 к. стм. подогрѣтаго до температуры тѣла 25%-го іодипина.

Д-ръ *Вьѣгоровскій* (Москва) привелъ подробное описаніе случая, который, по его мнѣнію, свидѣтельствуетъ о блестящемъ лѣчебномъ и отчасти распознавательномъ значеніи іодипина и можетъ служить нѣкоторымъ показателемъ къ его примѣненію. У больного наблюдались явленія обильнаго кровотеченія въ желудокъ [сифилитическія язвы его (?)], съ рѣзкимъ общимъ малокровіемъ, постепенно вполнѣ устранившіяся отъ впрыскиваній 20%-го іодипина.

Въ дальнѣйшемъ обсужденіи сообщенія принимали участіе проф. *Никольскій* и чч. пр. *Лянцъ* и *Боровскій*.

*С. С. Яковлевъ. Объ особой формѣ мягкой язвы* (ulcus molle), *похожей на твердый шанкръ* (съ предъявленіемъ микроскопическихъ препаратовъ). Выводы: 1. Существуетъ особая форма мягкой язвы, сопровождаемая затвердѣніемъ, крайне похожимъ на первичный сифилитическій склерозъ. 2. Распознаваніе такого шанкра основывается, кромѣ вида язвы, на очень типичномъ затвердѣніи, идущимъ отъ дна язвы воронкообразно въ глубь ткани. 3. Такіе шанкры встрѣчаются дов. рѣдко (2,3%; за промежутокъ 5 лѣтъ, 1898 г.—1902 г., у автора подъ наблюденіемъ было 6 больныхъ съ такимъ шанкромъ). 4. Происхожденіе такого затвердѣнія можно объяснить (по даннымъ микроскопическаго изслѣдованія въ 1 крайне типичномъ случаѣ) обостреніемъ хроническаго періартеріита, существующаго у нѣкоторыхъ лицъ и вызваннаго сильнымъ раздражителемъ въ мѣстѣ прохожденія болѣе крупныхъ артеріальныхъ сосудовъ кожи и образованіемъ вокругъ нихъ соединительной ткани.

Въ обсужденіи этого сообщенія принимали участіе: чч. пр. *Членовъ* и *Лянцъ*, д-ра *Гундоровъ* и *Фроловъ* и проф. *Петерсенъ*.

*В. В. Фавръ. Къ статистикѣ половыхъ болѣзней среди студенчества и о мѣрахъ борьбы съ ними.* Изслѣдованіе половой заболѣваемости студенчества произведено авторомъ въ 1902 г. въ 3-хъ высшихъ учебныхъ заведеніяхъ г. Харькова посредствомъ особыхъ вопросныхъ листковъ (см. «Русскій Журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней», 1902 г., № 3). Изъ разработанныхъ данныхъ 1299 отвѣтовъ слѣдуетъ: 1) что половая заболѣваемость

Digitized by Google

учащагося юношества высока и обнаруживается въ большомъ % уже во время пребыванія въ среднемъ учебномъ заведеніи; 2) что онанизмъ есть чрезвычайно распространенное явленіе, особенно среди учащихся въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ; 3) что въ связи съ періодомъ половой зрѣлости прежде всего юношество начинаетъ онанировать, затѣмъ слѣдуетъ переходъ къ половымъ сношеніямъ, за которыми идетъ зараженіе сначала перелоемъ, потомъ мягкимъ шанкромъ и, наконецъ, сифилисомъ; 4) что высокая половая заболѣваемость учащагося юношества имѣетъ важное общественное значеніе и поэтому заслуживаетъ серьезнаго вниманія и заботъ по ея предупрежденію. Переходя къ мѣрамъ борьбы, нужно отмѣтить, что оздоровленіе средней школы должно быть поставлено въ параллель и даже на первомъ планѣ сравнительно съ мѣрами, относящимися къ высшимъ учебнымъ заведеніямъ. Не касаясь вопроса о проституціи, въ числѣ мѣръ можетъ быть предложено слѣдующее: 1) содѣйствовать поднятію идейныхъ интересовъ юношества посредствомъ болѣе широкаго и разумнаго преподаванія въ средней школѣ и посредствомъ организаціи кружковъ—литературныхъ, научныхъ, музыкальныхъ и др., какъ въ гимназіяхъ, такъ и въ университетахъ; 2) расширить практически физическое воспитаніе молодежи въ среднихъ учебныхъ заведеніяхъ и развить занятіе гимнастикою и полезными видами спорта—въ высшихъ; 3) ознакамливать гимназистовъ и студентовъ съ основными явленіями половой жизни и венерическими болѣзнями, въ связи съ проповѣдью о воздержаніи, посредствомъ особыхъ лекцій, ежегодно читаемыхъ опытнымъ лицомъ; 4) такъ какъ дѣло лѣченія половыхъ заболѣваній учащагося юношества не упорядочено и врачи учебныхъ заведеній большею частью не спеціалисты по венерическимъ болѣзнямъ, то было-бы полезно, чтобы каждое высшее и среднее учебное заведеніе вошло въ соглашеніе съ врачемъ-спеціалистомъ, у котораго-бы воспитанники могли находить доступную и безплатную помощь.

Ч. пр. *М. А. Членовъ* замѣтилъ, что, по примѣру докладчика, онъ предпринялъ такую-же перепись и въ Московскомъ Университетѣ, только въ нѣсколько болѣе широкихъ размѣрахъ и предложилъ производство ея взять на себя студенческому медицинскому Обществу, находящемуся при Университетѣ, которое для болѣе подробной разработки программы переписи выбрало особую Коммиссію, куда, помимо ч. пр. *Членова*, вошли еще ч. пр. *Россолимо* и 9 студентовъ-медиковъ.

Въ преніяхъ по этому сообщенію принимали участіе: ч. пр. *Абрамычевъ*, проф. *Никольскій*, д-ра *Туровскій*, *Сникеръ*, *Кечекъ*, *Будуговъ* и *Лебедевъ*.

Въ заключеніе Отдѣлъ, по предложенію докладчика, принялъ слѣдующее постановленіе: «Необходимо учредить при Обществѣ въ память *Н. И. Пирогова* Коммиссію для изученія вопроса о половой заболѣваемости учащагося юношества и выработки мѣръ борьбы съ нею». Въ Коммиссію отъ Отдѣла предложены: *В. В. Фавръ*, *М. А. Членовъ*, *П. А. Ширяевъ*, *А. И. Лянцъ* и профф. *П. В. Никольскій*, *А. Г. Іе*, *И. Ф. Зеленевъ*, *Е. С. Образцовъ*, *А. И. Поспѣловъ*, *Т. П. Павловъ*, *С. П. Томашевскій*.

*М. П. Гундоровъ. Къ вопросу объ іодизмѣ (Thyreoiditis jodica acuta).* Распредѣливъ, на основаніи литературныхъ данныхъ, побочныя явленія, вызываемыя внутреннимъ употребленіемъ іода и его препаратовъ, на таковыя въ видѣ отравленія іодомъ, іодизма въ строгомъ смыслѣ этого слова и въ видѣ конституціональнаго іодизма, различныя другъ отъ друга лишь въ количественномъ отношеніи, и дополнивъ ихъ изложеніемъ теорій, предложенныхъ для объясненія іодизма вообще, докладчикъ привелъ имѣющіеся въ литературѣ описанія различныхъ формъ конституціональнаго іодизма, которыя могутъ напоминать, съ одной стороны, cachexia strumipriva и болѣзнь *Basedow*'а, съ другой. Пораженіе щитовидной железы, какъ слѣдствіе іодизма, встрѣчается очень рѣдко; кромѣ случая *Marotte*'а, въ литературѣ имѣется еще случай *Sellei*, весьма похожій на описываемый докладчиками.

Больной фабричный рабочій, имѣвшій типичную твердую язву съ послѣдовательными явленіями, въ теченія $1^1/_2$ мѣс. продѣлалъ ртутное лѣченіе втираніями. Приблизительно чрезъ 2 мѣсяца явившійся возвратъ—язвенное пораженіе на миндалинѣ—былъ пользованъ впрыскиваніями салициловой ртути съ послѣдующимъ назначеніемъ іодистаго калія (растворъ 4,0 на 180,0, 2 столовыхъ ложки въ день). Чрезъ 3 уже дня послѣ употребленія іодистаго калія больной заявилъ, что у него «пухнетъ шея», въ послѣдующіе же 2 дня размѣры щитовидной железы увеличились на столько, что производили впечатлѣніе зоба въ начальной его ступени. Въ общемъ состояніи больного ничего особеннаго установлено не было. По отмѣнѣ іодистаго калія щитовидная железа приняла черезъ недѣлю обычный видъ. Чрезъ 4 мѣсяца, при новомъ назначеніи іодистаго калія, железа припухла снова, и это повторялось при послѣдующихъ его пріемахъ, почему больной и прекратилъ ихъ совсѣмъ. Позволительно думать, что сифилисъ вызвалъ въ щитовидной железѣ какія-либо не обнаруживаемыя объективными данными измѣненія. Послѣдующее введеніе іодистаго калія вызвало, въ свою очередь, въ измѣненной железѣ, какъ мѣстѣ наименьшаго сопротивленія, картину тиреоидита, явившагося такимъ образомъ единственнымъ припадкомъ іодизма.

По поводу этого доклада говорилъ д-ръ *Краузманъ*.

*М. П. Гундоровъ. Лѣченіе бубоновъ при мягкомъ шанкрѣ проколомъ.* Предпославъ краткій литературный очеркъ вопросу, докладчикъ изложилъ способъ лѣченія бубоновъ проколомъ въ томъ видѣ, какъ онъ давно примѣняется въ клиникѣ проф. *Т. П. Павлова*. Проколъ производится остроконечнымъ ножемъ въ срединѣ опухоли; содержимое полости тщательно выдавливается, иногда вымывается растворомъ борной кислоты; затѣмъ въ нее впрыскивается іодоформная эмульсія, въ количествѣ 1—2 шприцевъ, емкостью въ 10 к. стм.; въ полость вводится пропитанная іодоформомъ, тонкая, марлевая турунда, прикрываемая сверху согрѣвающимъ компрессомъ изъ раствора борной кислоты; впрыскиваніе эмульсіи производится ежедневно до прекращенія гнойнаго отдѣленія изъ полости. Всего подъ наблюденіемъ докладчика было болѣе 50 больныхъ. Объективныхъ признаковъ т. наз. шанкернаго бубона не наблюдалось. Посѣвы на различныя среды не дали роста. Самые ранніе бубоны развивались чрезъ 3 дня, самые поздніе—чрезъ 44 дня послѣ появленія шанкра. Вскрытіе бубона производилось самое раннее чрезъ 5 дней, самое позднее—чрезъ 34 дня отъ начала развитія, въ большинствѣ случаевъ въ теченіи первыхъ 2-хъ недѣль существованія бубона. Выдѣленіе гноя изъ отверстія раны прекращалось самое раннее черезъ 2 дня, самое позднее—чрезъ 37 дней послѣ прокола, въ среднемъ—чрезъ 15,5 дней. Отверстіе зажило всего ранѣе чрезъ 3 дня, всего позднѣе—чрезъ 45 дней, въ среднемъ—чрезъ 17,5. Сравнительно малая болѣзненность самой операціи, ея простота, возможное производство при всякой обстановкѣ и даже на ходу и относительно скорое заживленіе, безъ большого компрометирующаго рубца, составляютъ, по мнѣнію докладчика, главныя преимущества разбираемаго способа лѣченія бубоновъ; сверхъ того, неуспѣхъ подобнаго лѣченія допускаетъ полную возможность смѣнить его любымъ изъ другихъ лѣчебныхъ способовъ.

Д-ръ *Суховъ* заявилъ, что лѣченіе бубоновъ проколомъ съ послѣдующимъ впрыскиваніемъ іодоформа было предложено имъ впервые въ 1887 г.; но затѣмъ онъ его оставилъ въ виду наблюдавшихся въ нѣкоторыхъ случаяхъ омертвѣній вблизи или непосредственно вокругъ укола. Въ настоящее время д-ръ *С.* употребляетъ для той-же цѣли растворъ іодоформа въ глицеринѣ, къ которому для разжиженія прибавляетъ немного воды; по впрыскиваніи такой эмульсіи въ полость бубона обыкновенной перелойной спринцовкой и по нѣкоторой задержки эмульсіи въ полости іодоформъ осѣдаетъ въ послѣдней почти весь, и изъ прокола вытекаетъ обратно чистый глицеринъ. Результаты подобнаго лѣченія вполнѣ удовлетворительны.

Ч. пр. *Е. Ф. Фридманъ* замѣтилъ, что, въ виду безгнилостности содержимаго такихъ бубоновъ, ихъ можно было-бы пользовать безъ употребленія обеззараживающихъ средствъ, примѣняя для промыванія хотя-бы физіологическій растворъ поваренной соли.

Въ дальнѣйшемъ обсужденіи сообщенія принимали участіе д-ра *Соболевъ* (Павлоградъ), *Туровскій* и *Фроловъ*.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *LXVI и LXVII. Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ.*

(Годовое засѣданіе 18-го февраля).

*Н. В. Закъ. Случай тяжелаго смѣшаннаго пораженія горла у ребенка.* Мальчикъ, 8 л., впервые былъ осмотрѣнъ докладчи-

комъ 23/п 1903 г., при чемъ было найдено слѣдующее: лѣвая миндалина припухла и покрыта глубокой язвой съ сѣрымъ налетомъ; такое-же изъязвленіе замѣчалось и на краяхъ обѣихъ лѣвыхъ дужекъ; на язычкѣ слѣва замѣтны 2 кругловатыхъ узелка, съ булавочную головку; задняя стѣнка глотки въ верхней своей части покрыта язвой съ сѣроватымъ налетомъ, распространяющейся нѣсколько кверху въ полость носоглотки; изъ носа и изъ полости глотки обильное гнойное отдѣляемое; железы у угла нижней челюсти слѣва сильно увеличены и болѣзненны; 37°,8—38°,5; боль при глотаніи умѣренная; запаха особеннаго не замѣчается; рѣчь очень гнусава. Бактеріологическое изслѣдованіе гноя и пленки посѣвомъ показало отсутствіе палочекъ *Löffler*'а, а найдены были цѣпе- и двоекокки. Мальчикъ былъ очень блѣденъ и истощенъ. Внутренніе органы безъ измѣненій. Родился мальчикъ не особенно крѣпкимъ; на 1-мъ году жизни заразился сифилисомъ отъ своей кормилицы, отъ котораго долго лѣчился и всегда находился подъ врачебнымъ надзоромъ. Настоящее заболѣваніе началось въ январѣ: на лѣвой миндалинѣ показался небольшой налетъ въ видѣ сѣрой полоски, шейныя железы припухли, температура поднялась до 38°,4. Вскорѣ замѣтили изъязвленіе лѣвой миндалины, которое быстро распространилось на сосѣднія дужки и, кромѣ того, на боковую лѣвую и заднюю поверхности глотки. Былъ удаленъ кусочекъ миндалины и переданъ для микроскопическаго изслѣдованія д-ру *А. Г. Мамуровскому*, который нашелъ дов. много омертвѣлыхъ островковъ съ диплококками и характерно заостренными палочками *Vincent*'а; бугорковъ и палочекъ *Koch*'а найдено не было. 15/ш: Язва все увеличивается, уже разъѣла всю миндалину, боковую и заднюю стѣнки глотки и язычекъ, 38°,9—38°,5. Въ виду безуспѣшности очень настойчиваго и разнообразнаго лѣченія и *возвышенности краевъ язвы*, докладчикъ предложилъ примѣнить ртутное лѣченіе, имѣя въ виду анамнезъ. Послѣ этого, хотя высокая температура держалась дов. долго, но язвы начали подживать и черезъ $2^1/_2$ мѣсяца отъ начала болѣзни исчезли совсѣмъ. Далѣе докладчикъ коснулся нѣсколькихъ очень темныхъ случаевъ заболѣванія горла, стараясь нѣкоторыя изъ нихъ объяснить одновременнымъ вліяніемъ 2-хъ болѣзнетворныхъ началъ. Въ литературѣ есть не мало указаній, что жаба *Vincent*'а часто тянется очень долго и крайне упорно противостоитъ всякому лѣченію. Докладчикъ думаетъ, что въ подобныхъ случаяхъ слѣдуетъ искать вліянія другой, одновременно дѣйствующей причины [1]).

*А. А. Борхманъ. Заболѣванія слухового органа у дѣтей, частота ихъ и значеніе.*

(Засѣданіе 10-го марта).

*А. А. Кисель показалъ дѣвочку, 4 л., страдающую слизистымъ отекомъ, послѣ лѣченія щитовидной железой.* Дѣвочка эта въ самомъ началѣ лѣченія уже была показана въ Обществѣ (см. выше, № 5, стр. 187), при чемъ за первые 12 дней получилось нѣкоторое улучшеніе: кожа приняла болѣе нормальный видъ, ребенокъ сталъ болѣе покойнымъ, выраженіе лица стало болѣе осмысленнымъ, болѣе живымъ. Все это время, за исключеніемъ промежутка съ 4/п по 29/п, дѣвочка продолжала пользоваться тѣмъ-же лѣченіемъ и приняла всего 108 лепешекъ изъ сухой щитовидной железы теленка (по 0,12 въ каждой, приготовленія Феррейна въ Москвѣ). За это время наступило дальнѣйшее улучшеніе въ состояніи больной; настроеніе ея духа стало гораздо лучше; она до нѣкоторой степени начала интересоваться окружающимъ, по видимому, любитъ, когда ее ласкаютъ, съ удовольствіемъ играетъ куклой, часто выраженіе лица ея бываетъ веселое, отечность подкожной клѣтчатки меньше, размѣры языка также немного уменьшились. Но ребенокъ по прежнему ничего не говоритъ, часто приходитъ въ возбужденное состояніе, мочится и испражняется подъ себя. До 4/п 1904 г. дѣвочка принимала ежедневно по 1 лепешкѣ въ день, и вѣсъ ея за все это время, т. е. за 89 дней, увеличился только на 40 грм. Въ виду того, что дальнѣйшаго улучшенія не получалось, рѣшено было на время оставить это лѣченіе. 25 дней больная не принимала лепешекъ и прибавилась въ вѣсѣ за это время на 1140 грм. Съ 29/п снова назначены лепешки изъ щитовидной железы, и вѣсъ больной упалъ на 340 грм. Докладчикъ думаетъ, что въ настоящее время, по видимому, получено уже почти все, что можетъ дать лѣченіе препаратами щитовидной железы въ случаяхъ врожденнаго слизистаго отека.

*Г. Е. Владиміровъ:* И по моимъ наблюденіямъ въ случаяхъ врожденнаго слизистаго отека нельзя разсчитывать на возстановленіе нормальной психической дѣятельности. Въ началѣ, дѣйствительно, наблюдается нѣкоторое улучшеніе въ психикѣ, а затѣмъ мы имѣемъ дѣло въ большей или меньшей степени съ идіотизмомъ. Что касается дозировки тиреоидина, то я согласенъ съ докладчикомъ, что и малые его пріемы оказываютъ достаточное дѣйствіе. Для каждаго больного желательно найти то наименьшее количество средства, при которомъ онъ не полнѣетъ и не тупѣетъ. Съ возрастомъ это количество приходится увеличивать.

*Докладчикъ:* Терапевтическое дѣйствіе тиреоидина еще далеко не изучено. Нельзя сказать, что онъ не вліяетъ на психику больныхъ. Въ своихъ случаяхъ я обыкновенно наблюдалъ въ первыя недѣли лѣченія значительное улучшеніе психики, но черезъ 2—3 мѣсяца приходилъ къ убѣжденію, что далѣе щитовидная железа уже не дѣйствуетъ. Тогда явился вопросъ, что дѣлать? Сдѣлать-ли перерывъ, или давать меньшія количества? Все это еще не выяснено. Сообщенный мною случай отличается тѣмъ, что здѣсь отсутствіе щитовидной железы очевидно; какъ я раньше обращалъ вниманіе Общества, у дѣтей рѣшить вопросъ о присутствіи или отсутствіи железы нерѣдко очень трудно.

*Г. Е. Владиміровъ:* Мнѣ приходилось наблюдать больныхъ съ врожденнымъ слизистымъ отекомъ, которые затѣмъ попадали на вскрытіе; кромѣ полнаго отсутствія щитовидной железы, было отмѣчено, что нервные элементы головного мозга у нихъ претерпѣли стойкія измѣненія, а потому едва-ли можно разсчитывать на успѣхъ лѣченія, примѣняемаго спустя $^1/_2$—1 годъ послѣ рожденія ребенка. Считаютъ уже существеннымъ улучшеніемъ психики, если вмѣсто ослинаго крика, крикъ ребенка дѣлается похожимъ на дѣтскій, если больной смотритъ привѣтливѣе и пр.

*Докладчикъ:* Слизистый отекъ во всѣхъ 10 случаяхъ, которые я видѣлъ въ больницѣ св. Ольги, былъ врожденный; значительнаго улучшенія психики я не видѣлъ, но небольшое улучшеніе отмѣчалось постоянно.

*А. А. Кисель. О распознаваніи водяного рака щеки у дѣтей.* Докладчикъ обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что распознаваніе водяного рака щеки въ первые дни болѣзни, когда еще можно думать объ успѣшномъ терапевтическомъ лѣченіи, представляетъ нерѣдко очень большія затрудненія; въ этомъ онъ убѣдился на собственномъ матеріалѣ, обнимающемъ 46 случаевъ, наблюдавшихся въ больницѣ св. Ольги въ теченіи послѣднихъ 11 лѣтъ. Большая часть больныхъ поступали въ больницу въ концѣ 1-ой недѣли болѣзни, когда разрушительный процессъ зашелъ впередъ такъ далеко, что лѣчебныя мѣры оставались безсильными. 2 раза водяной ракъ развился у коечныхъ больныхъ, какъ осложненіе брюшного тифа, у дѣвочекъ 7 и 11 л., при чемъ у одной изъ нихъ болѣзнь была распознана лишь спустя нѣсколько дней отъ начала, когда кости челюстей омертвѣли на значительномъ протяженіи. Кромѣ того, докладчикъ упомянулъ объ одномъ случаѣ водяного рака у ребенка, 11 л., при брюшномъ тифѣ, встрѣтившемся ему внѣ больницы, гдѣ также болѣзнь была замѣчена только тогда, когда слизистая оболочка десны и твердаго неба омертвѣла на большомъ протяженіи. Между тѣмъ въ литературѣ лишь очень рѣдко (*Riault*) указывается, что распознаваніе водяного рака въ первые дни болѣзни представляетъ затрудненія. Перейдя къ отличительному распознаванію водяного рака, докладчикъ лишь кратко упомянулъ о такихъ болѣзняхъ, которыя встрѣчаются очень рѣдко и потому практическаго значенія почти не имѣютъ, напр., о сибирской язвѣ, гангренозной пурпурѣ, цынгѣ, гангренозной формѣ молочницы, ртутномъ стоматитѣ, злокачественной скарлатинѣ и др. Гораздо важнѣе возможность смѣшать водяной ракъ съ язвеннымъ стоматитомъ, хотя очень многіе авторы (*Henoch*, *Vogel*, *Bouchut*, *Н. Н. Филатовъ* и др.) считаютъ, что отличить эти болѣзни одну отъ другой легко. Докладчикъ съ послѣднимъ мнѣніемъ не согласенъ и привелъ наблюдавшійся имъ случай, относительно котораго и по окончаніи болѣзни трудно было сказать, былъ-ли это водяной ракъ, или тяжелая форма язвеннаго стоматита. Въ этомъ случаѣ кожа осталась не пораженной, и это очень затрудняло распознаваніе; изъ остальныхъ 45 случаевъ тоже лишь въ 1 омертвѣніе не распространилось на кожу. У нѣсколькихъ больныхъ при поступленіи въ больницу кожа лица не была поражена омертвѣніемъ и нѣкоторые изъ нихъ въ началѣ представляли большое затрудненіе для распознаванія. Далѣе докладчикъ подробно разобралъ наиболѣе характерные признаки водяного рака, приведя при этомъ результаты своихъ собственныхъ наблюденій. Однимъ изъ наиболѣе цѣнныхъ онъ считаетъ *быстрое образованіе затвердѣнія въ толщѣ щеки*, что уже раньше отмѣтилъ *Bouchut*. Что касается характернаго для водяного рака запаха, то докладчикъ не присоединяется къ этому взгляду, говоря, что въ нѣсколькихъ его случаяхъ гнилостный запахъ появлялся дов. поздно, а между тѣмъ все старанiе должно быть приложено къ тому, чтобы распознать болѣзнь въ самомъ началѣ. Докладчикъ отмѣтилъ затѣмъ незначительную болѣзненность и очень малую кровоточивость слизистой оболочки въ мѣстѣ пораженія. Въ отличіе отъ язвеннаго стоматита языкъ при водяномъ ракѣ поражается рѣдко. Выводы: 1. Иногда водяной ракъ въ теченіи нѣсколькихъ дней ничѣмъ не проявляется снаружи и потому можетъ остаться не распознаннымъ. 2. Наиболѣе важными признаками слѣдуетъ считать очень быстро идущее впередъ омертвѣніе тканей, рано наступающее отечное припуханіе щеки съ образованіемъ въ центрѣ очень плотнаго, плотности хряща, инфильтрата. 3. Гнилостнаго запаха при водяномъ ракѣ дов. долго можетъ не быть. 4. Въ рѣдкихъ случаяхъ разрушительный процессъ направляется главнымъ образомъ на кости лица, а прободеніе щеки появляется лишь передъ смертью. 5. Ни въ одномъ изъ случаевъ докладчика не наблюдалось перехода язвеннаго стоматита въ водяной ракъ. 6. Въ изслѣдованныхъ докладчикомъ случаяхъ язвеннаго стоматита подъ микроскопомъ постоянно получалась очень характерная картина—обиліе палочекъ *Vincent*'а и спириллъ. 7. Только

---

[1]) Къ крайнему сожалѣнію, случай этотъ остался невыясненнымъ, такъ какъ отложенныя до слѣдующаго засѣданія пренія не состоялись за отсутствіемъ докладчика, а между тѣмъ основной вопросъ, т. е. существованіе въ этомъ случаѣ одновременно 2-хъ болѣзненныхъ процессовъ, является очень спорнымъ. Безуспѣшность лѣченія, упорно идущее впередъ изъязвленіе слизистой оболочки, возвышенные края язвы—всего этого крайне недостаточно для признанія сифилитической язвы, въ особенности если принять во вниманіе, что столь трудное распознаваніе никѣмъ не было подтверждено. *А. К.*

Digitized by Google

тщательнымъ ежедневнымъ осмотромъ всей полости рта у ослабленныхъ дѣтей можно избѣжать тѣхъ нерѣдкихъ случаевъ, когда водяной ракъ въ первые дни болѣзни остается нераспознаннымъ. 8. Водяной ракъ безъ пораженія кожи наблюдается, по видимому, очень рѣдко.

*Г. Е. Владиміровъ:* Я согласенъ, что переходъ омертвѣнія на кожу щеки при водяномъ ракѣ можетъ служить отличительнымъ признакомъ. Наблюдая больныхъ съ очень запущенными язвенными стоматитами, я ни разу не встрѣчалъ у нихъ при этомъ пораженія кожи. Что касается предохраненія, то у слабыхъ, истощенныхъ дѣтей я считаю обязательнымъ частый осмотръ и и полосканія рта; кромѣ того, при рыхлости слизистой оболочки — смазыванія іодной настойкой, которыя я считаю специфическими при язвенномъ воспаленіи слизистой оболочки рта.

*Г. Г. Шолле. Случай 8-дневной ануріи въ теченіи скарлатины.* Ф. Г., 4 л., поступилъ въ терапевтическое отдѣленіе дѣтской больницы св. Владиміра 22/XI 1902 г. по поводу стригущаго лишая. 25/XII онъ заболѣлъ очень умѣренной по началу скарлатиной. Посѣвъ изъ зѣва на сыворотку далъ на 2 ой день смѣшанную разводку изъ цѣпе-и гроздекокка. 31/XII: Небольшіе участки омертвѣнія и грязноватыя отложенія на лѣвой миндалинѣ. Вторичный посѣвъ—далъ чистую разводку гроздекокка. Въ слѣдующіе 12 дней мальчикъ чувствовалъ себя совершенно здоровымъ; мочи ежедневно отдѣлялось около 700 к. стм.; бѣлка въ ней не было. Съ 13/I сразу прекратилось отдѣленіе мочи; 2 раза была рвота, но самочувствіе оставалось вполнѣ хорошимъ. Въ слѣдующіе дни рвота участилась, температура повысилась до 38°,8; испражненія только послѣ промывательныхъ, позывъ на ѣду ухудшился, пульсъ сталъ неправильнымъ, развилась безучастность, на миндалинахъ появились (17/I) грязныя, сальныя отложенія. Сдѣлана прививка 2000 противудифтерійной сыворотки. Общая вялость. Рѣзкое паденіе вѣса тѣла. Отековъ нѣтъ. Гнойная течь изъ носа. Въ посѣвѣ изъ зѣва найдены гроздекоккъ и единичныя палочки *Löffler*'a. Вскорѣ безучастность усилилась, появилась сонливость; отъ больного сталъ исходить особый аммiачный запахъ; рвота стала рѣже, но тоже съ запахомъ мочи. Повторныя носовыя кровотеченія. При самомъ тщательномъ наблюденіи не удавалось замѣтить, чтобы отдѣлялась моча, хотя бы въ незначительномъ количествѣ. Послѣ горячихъ ваннъ лишь иногда немного потѣлъ. 20/I: Сопорозное состояніе; холодныя конечности. Притупленія надъ лобкомъ нѣтъ. Въ мочевой пузырь былъ введенъ катетеръ, но мочи не показалось. Мочевой запахъ отъ больного выраженъ сильнѣе. Вечеромъ мальчикъ умеръ. На вскрытіи: общее полнокровіе внутреннихъ органовъ; мышца сердца на разрѣзѣ блѣдно-желтаго цвѣта; почки увеличены въ объемѣ, дряблы, мягки; на гладкой, сѣрокрасной поверхности ясно выступаютъ звѣздообразныя вены и точечныя кровоизліянія; на мутномъ фонѣ утолщеннаго корковаго слоя видны *Malpighi*'евы тѣльца въ видѣ темно-красныхъ точекъ; мочевой пузырь въ состояніи сильнаго сокращенія, мочевыхъ сростковъ нигдѣ не найдено. Микроскопическое изслѣдованіе нѣсколькихъ кусочковъ почекъ обнаружило картину рѣзко выраженнаго остраго паренхиматознаго воспаленія почекъ съ преобладаніемъ пораженія *Malpighi*'евыхъ клубочковъ. Нѣкоторыя изъ *Malpighi*'евыхъ тѣлецъ до того заполнены свернувшеюся кровью, что судить о состояніи и строеніи клубочковъ по нимъ невозможно. Напомнивъ имѣющіяся въ литературѣ описанія случаевъ ануріи, докладчикъ высказалъ предположеніе, что на рвоту при длительной ануріи можно смотрѣть, какъ на способность организма найти себѣ добавочный путь для выведенія изъ него подлежащихъ выдѣленію веществъ обмѣна; съ одной стороны, рвота была здѣсь несомнѣннымъ признакомъ мочекровія, а съ другой—своимъ появленіемъ и упорной длительностью предохранялся организмъ не только отъ развитія отековъ, но и отъ чрезмѣрно быстраго накопленія въ немъ мочевыхъ продуктовъ, а слѣд. и отъ бурнаго судорожнаго мочекровія.

*Т. П. Краснобаевъ. Противузаразный способъ въ борьбѣ со вторичными больничными заболѣваніями. Заразная больница Pasteur'a въ Парижѣ.* При этомъ способѣ все вниманіе обращается на то, чтобы, устранивъ непосредственное соприкосновеніе больныхъ, сдѣлать невозможной передачу заразнаго начала при помощи 3-го лица или неодушевленныхъ предметовъ. Съ этой цѣлью каждый больной отдѣляется или металлической сѣткой (въ отдѣленіи проф. *Grancher*), или неполными стеклянными перегородками (коревое отдѣленіе въ Hôpital des enfants malades), или, наконецъ, онъ помѣщается въ совершенно обособленную стеклянную палату, какъ въ больницѣ *Pasteur*'a въ Парижѣ. Обособляются такимъ образомъ отдѣльные больные, а не цѣлый рядъ больныхъ, какъ то было прежде. При этомъ всякій входящій въ такую клѣтку (боксъ) долженъ надѣть на себя находящійся тамъ халатъ, а, уходя, снять его и вымыть руки мыломъ и какимъ-нибудь обеззараживающимъ растворомъ. Всѣ предметы, входящіе и выходящіе изъ бокса, подвергаются тщательному обеззараживанію. (Устройство всѣхъ системъ боксовъ съ приспособленіями, а также планы и устройство больницы *Pasteur*'a въ Парижѣ были показаны на экранѣ при помощи волшебнаго фонаря). Благодаря боксамъ и вообще мѣрамъ противузаразнаго способа въ смыслѣ *Grancher*, получились слѣдующіе результаты: смертность въ отдѣленіи *Grancher* отъ вторичныхъ зараженій, равнявшаяся прежде $^1/_4$—$^1/_3$ общей смертности, въ послѣднія 10 лѣтъ уменьшилась очень рѣзко, при чемъ вторичныя заболѣванія коклюшемъ, бронхопнеймоніей и свинкой исчезли почти совсѣмъ. Въ сомнительномъ отдѣленіи больницы Hôpital des enfants malades результаты получились еще болѣе блестящіе. На 5132 больныхъ, прошедшихъ за 4 года черезъ отдѣленіе, было только 7 вторичныхъ больничныхъ заболѣваній. Между прочимъ, явилась такая увѣренность въ возможность избѣжать вторичнаго зараженія, что въ это отдѣленіе, рядомъ съ больными съ ясными заразными формами, помѣщали больныхъ и незаразныхъ. Тотъже способъ былъ примѣненъ въ открытой въ 1900 г. больницѣ для заразныхъ больныхъ при Институтѣ *Pasteur*'a и далъ блестящіе результаты. На 1480 больныхъ, прошедшихъ черезъ больницу за 2 года, было только 6 случаевъ вторичныхъ заболѣваній, изъ нихъ въ 2 случаяхъ была рожа и въ 4 оспа. За послѣдніе-же $^1/_2$ года въ больницѣ не было ни одного случая вторичнаго заболѣванія, при чемъ напр., на 91 случай кори не было ни одного случая смерти и ни одного осложненія, а изъ 54 больныхъ скарлатиной умеръ только 1. Средняя стоимость содержанія больного въ этой больницѣ составляетъ 5 фр. въ день, стоимость же 1 кровати въ стройкѣ 10000 фр. Такъ какъ русскія больницы, особенно дѣтскія, также сильно страдаютъ отъ вторичныхъ зараженій, то имъ слѣдуетъ воспользоваться результатами борьбы съ этими заболѣваніями, полученными въ послѣднее время въ больницахъ Парижа, и для этого необходимо: 1) заняться изученіемъ вторичныхъ больничныхъ зараженій въ нашихъ больницахъ; 2) сдѣлать опытъ примѣненія мѣръ противузаразнаго способа какъ въ смыслѣ предупрежденія вторичныхъ больничныхъ зараженій въ общихъ отдѣленіяхъ, такъ и въ смыслѣ устройства особыхъ отдѣленій для заразныхъ больныхъ; 3) поставить на первую очередь вопросъ объ особой подготовкѣ ухаживающаго за больными персонала, такъ какъ безъ этого немыслима никакая борьба со вторичными зараженіями [1]).

*Н. Н. Алексѣевъ:* Я не сомнѣваюсь, что дѣтскимъ больницамъ очень трудно будетъ избавиться отъ этого зла, о которомъ говоритъ докладчикъ. Способъ устройства отдѣльныхъ зданій для различныхъ болѣзней не вполнѣ достигаетъ цѣли; при немъ количество больничныхъ зараженій еще очень велико. Мысль проф. *Grancher*, осуществленная съ блистательнымъ результатомъ въ Институтѣ *Pasteur*'a, вноситъ новый взглядъ, по которому нѣтъ надобности удалять больныхъ въ различныя зданія, а достаточно уединять въ одномъ и томъ же помѣщеніи каждаго больного и его вещи; при этомъ постройка больницъ и ихъ содержаніе значительно удешевляются, потому что не придется строить большого числа больничныхъ зданій. Понятно, что осуществить эту мысль можно лишь при извѣстной культурности больничнаго персонала, а потому прежде всего слѣдуетъ позаботиться о подготовкѣ послѣдняго.

*А. Н. Устиновъ:* Докладчикъ подробно познакомилъ насъ съ постепеннымъ превращеніемъ боксовъ въ отдѣльныя комнаты. Но, если согласиться съ *Grancher*, что зараза не передается черезъ воздухъ, а лишь черезъ больничный персоналъ, то почему, спрашивается, недостаточно простой первоначальной сѣтки для предохраненія больного отъ заразы? Я сомнѣваюсь, чтобы стоило повторять опытъ помѣщенія въ одномъ зданіи всѣхъ заразныхъ больныхъ. Вѣдь, и во Франціи бываютъ передачи, а на что можно разсчитывать у насъ, съ нашимъ мало культурнымъ персоналомъ? Прежде всего намъ слѣдуетъ подготовить персоналъ, а при постройкѣ новыхъ больницъ не слѣдуетъ брать типомъ *Pasteur*'овскую больницу, а нужно выработать свой собственный типъ.

*Г. Я. Владиміровъ:* Постепенное превращеніе бокса въ отдѣльную комнату какъ бы противорѣчитъ основной мысли *Grancher*, что зараза не передается черезъ воздухъ. Вѣдь, боксъ нуженъ главнымъ образомъ для персонала больницы, но почему тогда не ограничиться 4-мя колонками съ веревочкой вокругъ больного? Докладчикъ оставилъ невыясненнымъ, считаются-ли боксы имѣющими значеніе только для больничнаго персонала (почему-же тогда постепенно усложняется ихъ первоначальное устройство?) или-же они сами имѣютъ изоляціонное, предохранительное противъ заразъ значеніе, но послѣднее не вполнѣ согласуется съ основной мыслью *Grancher*.

*А. А. Кисель:* Заслуга проф. *Grancher*, безъ сомнѣнія, очень велика. Однако, мнѣ кажется, нельзя согласиться съ тѣмъ, что полученное имъ уменьшеніе вторичныхъ зараженій зависѣло всецѣло отъ введенныхъ имъ противозаразныхъ пріемовъ при уходѣ за больными. Изъ представленныхъ докладчикомъ цифръ видно, что въ послѣднія 10 лѣтъ очень рѣзко уменьшилось число вторичныхъ зараженій и въ тѣхъ палатахъ, гдѣ не примѣнялись мѣры, предложенныя *Grancher*, а, съ другой стороны, въ отдѣленіе *Grancher* въ послѣдніе 10 лѣтъ былъ введенъ рядъ улучшеній, которыя также способствовали уменьшенію вторичныхъ зараженій. Я не сомнѣваюсь, что борьба съ вторичными зараженіями, въ нашихъ больницахъ можетъ осуществиться съ успѣхомъ самыми разнообразными способами и главнымъ образомъ примѣненіемъ различныхъ гигіэническихъ мѣръ. Повторяю, что я ничуть не хочу умалить заслугъ проф. *Grancher*; но хотѣлъ-бы только выяснить, чѣмъ главнымъ образомъ было вызвано также рѣзкое уменьшеніе вторичныхъ зараженій въ его отдѣленіи. Что касается желательности примѣнить способъ ухода за больными, предложенный проф. *Grancher*, въ видѣ опыта въ одной изъ Московскихъ дѣтскихъ больницъ, то я, разумѣется, вполнѣ этому сочувствую.

*С. Л. Гиллерсонъ:* Изъ представленныхъ докладчикомъ таб-

---

[1]) Сообщеніе сопровождалось показываніемъ таблицъ, діаграммъ и множества свѣтовыхъ картинъ посредствомъ волшебнаго фонаря.

Digitized by Google

лицъ, видно, что заболѣваемость заразными болѣзнями не одинакова въ различныхъ палатахъ, что здѣсь играетъ роль, быть можетъ, особенность палатъ. Не умаляя способа *Grancher*, я все-же думаю, что въ его отдѣленіи наблюденіе надъ больными было особенно внимательное, а это должно было повліять на уменьшеніе числа вторичныхъ зараженій. Значеніе внимательнаго наблюденія за больными съ очевидностью выразилось и въ значительно меньшей смертности отъ оспы въ *Pasteur*'овской больницѣ. Я хотѣлъ-бы еще знать, какъ вліяетъ на душевное состояніе больныхъ помѣщеніе ихъ въ боксы?

*Е. Я. Столкиндъ:* Въ Berlin'скихъ клиникахъ у проф. *Heubner*'а я видѣлъ боксы, а у проф. *Baginsk*'аго ихъ нѣтъ. *Heubner* кладетъ въ нихъ дѣтей съ поносами и находитъ, что у нихъ вторичное воспаленіе легкихъ встрѣчается рѣже.

*Н. Н. Вильямъ:* Для нѣкоторыхъ заразныхъ болѣзней доказано, что передаются онѣ отъ больного здоровому не черезъ воздухъ, а посредствомъ брызгъ; стеклянныя перегородки и защищаютъ отъ этого способа передачи заразы.

*Н. В. Яблоковъ:* Совершенно вѣрно, что у врачей нерѣдко опускаются руки при развитіи заразъ въ дѣтскихъ больницахъ, и нельзя не привѣтствовать докладчика, который подвергъ этотъ важный вопросъ обсужденію съ точки зрѣнія новыхъ взглядовъ, выдвинутыхъ *Grancher* и уже осуществленныхъ въ нѣсколькихъ больницахъ. Возраженіе, что для проведенія въ жизнь мысли *Grancher* нельзя найти средствъ, нельзя найти путнаго персонала, не имѣетъ силы. Конечно, для этого нужно время, обширная разработка вопроса; и хирургическая асептика къ намъ пришла не сразу. Во всякомъ случаѣ я признаю убѣдительность приведенныхъ въ докладѣ цифръ.

*Докладчикъ:* Мнѣ возражаютъ, что во всемъ Hôpital des enfants malades, благодаря сдѣланнымъ улучшеніямъ, произошло значительное уменьшеніе вторичныхъ зараженій. Но дѣло въ томъ, что по числу вторичныхъ заболѣваній разница между палатами съ боксами и безъ нихъ очень велика; особенно убѣдительны цифры изъ сомнительнаго отдѣленія Hôpital des enfants malades и больницы *Pasteur*'а, устроенныхъ по мысли *Grancher* и почти изгнавшихъ вторичныя зараженія. Что касается сдѣланнаго мнѣ вопроса относительно причинъ прекращенія первоначальнаго бокса въ стеклянную палату, то произошло это не въ силу сомнѣнія въ правильности основной мысли *Grancher*, а потому, что, проводя этотъ способъ даже въ Парижѣ, приходится довѣрять людямъ, сравнительно недостаточно культурнымъ и не всегда достаточно подготовленнымъ и потому, что въ стеклянной палатѣ нарушеніе основъ противузаразнаго способа становится менѣе возможнымъ. Въ боксахъ открытыхъ, со стѣнами, не заходящими до пола и потолка возможно, напр., такое грубое нарушеніе способа, какъ перебрасываніе самими дѣтьми игрушекъ и вообще различныхъ предметовъ черезъ перегородки или попаданіе послѣднихъ изъ бокса къ другимъ дѣтямъ черезъ открытые промежутки между поломъ и перегородками боксовъ. Относительно замѣчанія *А. Н. Устинова*, что намъ, можетъ быть, не слѣдуетъ устраивать больницъ по чистому типу *Pasteur*'а, а, сохранивъ нашу систему устройства отдѣльныхъ зданій для каждаго рода тяжелыхъ заразныхъ болѣзней, ввести въ нихъ систему боксовъ—хотя я и не касался этого вопроса въ своемъ докладѣ—я долженъ замѣтить, что подобное измѣненіе типа *Pasteur*'а лишило-бы его многихъ важныхъ и крупныхъ преимуществъ, какъ напр., невозможность такого положенія, что больному скарлатиной отказываютъ въ пріемѣ по недостатку мѣстъ въ скарлатинномъ отдѣленіи въ то время, какъ въ дифтерійномъ имѣется ихъ много свободныхъ, какъ ненужность имѣть въ мелкихъ зданіяхъ цѣлый рядъ отдѣльныхъ однородныхъ помѣщеній для служащихъ, ваннъ, обезпложиванія, клозетовъ, что дѣлаетъ постройку больницъ по типу *Pasteur*'а не только не болѣе дорогой, а, можетъ быть, даже и болѣе дешевой, такъ какъ при этомъ типѣ для больницъ требуется гораздо меньше земли, меньше лицъ, работающихъ на дворѣ и около зданія и т. п. На сдѣланное возраженіе, что уменьшеніе % смертности отъ оспы въ больницѣ *Pasteur*'а не можетъ быть объяснено отсутствіемъ вторичныхъ зараженій, могу отвѣтить, что всѣми, по видимому, раздѣляется мнѣніе, что немалый % смертности при оспѣ зависитъ отъ осложненій ея вторичными гнойными заболѣваніями. На вопросъ о настроеніи больныхъ въ боксахъ могу сказать, что, насколько можно судить по очень кратковременному опыту съ открытыми боксами въ хирургическомъ отдѣленіи Морозовской дѣтской больницы, дѣти въ этихъ боксахъ чувствуютъ себя недурно и во всякомъ случаѣ лучше, чѣмъ въ отдѣльныхъ палатахъ. Если проф. *Heubner* признаетъ за боксами, устроенными въ его клиникѣ, только заслугу уменьшенія вторичныхъ пнеймоній при поносахъ, то и это уже немалое преимущество, особенно если принять во вниманіе, что способъ *Grancher* у *Heubner*'а проводится далеко не совершенно.

Въ виду поздняго времени дальнѣйшее обсужденіе отложено до слѣдующаго засѣданія. *А. Кисель.*

## LXVIII. Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 17-го марта).

Проф. *Н. П. Гундобинъ* сообщилъ о случаѣ *thoracopagus*. Въ клинику проф. *С. П. Ѳедорова* поступила больная, у которой дѣти оказались сросшимися. Всѣ органы опредѣлялись отдѣльно, кромѣ печени, которая оказалась общей, что подтвердилось и *Roentgen*'оскопіей. Оба ребенка заболѣли невареніемъ: 1 получалъ каломель, другой — висмутъ; у перваго испражненія были зеленоваты, у 2-го — черноваты. Мать выбыла изъ клиники съ коммерческими видами на своихъ уродовъ.

*В. А. Дудинъ. О пищеварительныхъ бродилахъ у плодовъ и недоношенныхъ дѣтей.* Докладчикъ изслѣдовалъ всего 10 плодовъ въ возрастѣ 3—8 мѣсяцевъ утробной жизни. Для болѣе точнаго опредѣленія возраста плода принимались въ разсчетъ его вѣсъ и размѣры, размѣры желудка, а также свѣдѣнія, буде таковыя имѣлись, о послѣднихъ мѣсячныхъ матери и о первомъ движеніи плода. Для изслѣдованія брался только желудокъ плода, обыкновенно въ день появленія его на свѣтъ или на 2-ой день. Изъ изслѣдованій этихъ выяснилось, что свободной HCl въ желудкѣ человѣческихъ плодовъ отъ 3-го до 9-го мѣсяца утробной жизни открыть не удается. У человѣческихъ плодовъ отъ 3-го до 6-го мѣсяца утробной жизни реакція слизистой оболочки желудка нейтральная, съ 6-го мѣсяца она становится слабо кислой (на лакмусъ). У этого-же возраста человѣческихъ плодовъ не удается обнаружить даже и слѣдовъ пепсина и сычужнаго бродила, которые появляются лишь на 6-мъ мѣсяцѣ утробной жизни, а съ 7-го мѣсяца они уже ясно выражены. Развитіе желудочныхъ железъ у человѣческихъ плодовъ заканчивается къ тому времени, когда онѣ становятся способными вырабатывать пепсинъ и сычужное бродило, т. е., на 6-мъ мѣсяцѣ утробной жизни. Практическій выводъ тотъ, что до 6-го мѣсяца недоноски не въ состояніи справиться и съ женскимъ молокомъ. Въ дальнѣйшемъ докладчикъ изслѣдовалъ 15 здоровыхъ недоношенныхъ дѣтей (изъ Петербургскаго городского Пріюта для недоносковъ), изъ коихъ у 9 изслѣдованія производились при постепенномъ переведеніи ихъ съ грудного молока на полное вскармливаніе коровьимъ молокомъ, которое разводилось на $^1/_2$ сначала водой (сахарной, 10%-ный растворъ), а потомъ ячменнымъ отваромъ, у 3-хъ — при переведеніи ихъ съ грудного молока на коровье, разведенное водой (тоже сахарной), и у остальныхъ 3-хъ изслѣдованія производились при вскармливаніи ихъ только груднымъ молокомъ. Возрастъ дѣтей колебался отъ 2-хъ дней до 2 мѣсяцевъ и 19 дней; вѣсъ—отъ 1870 до 3170 грм. Для изслѣдованія содержимое желудка добывалось мягкимъ *Nélaton*'овскимъ катетеромъ—послѣ кормленія женскимъ молокомъ въ большинствѣ случаевъ черезъ 1 часъ (отъ конца кормленія), послѣ кормленія коровьимъ молокомъ—обыкновенно черезъ 50 мин. Всѣхъ изслѣдованій—качественныхъ и количественныхъ—докладчикъ произвелъ 128 и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. Свободная ClH въ желудкѣ преждевременно родившихся на 7-мъ мѣсяцѣ дѣтей до 4-го мѣсяца внѣутробной жизни (при вскармливаніи ихъ груднымъ и коровьимъ молокомъ) находится въ такомъ незначительномъ количествѣ, что качественными реакціями ея открыть не удается; она находится тамъ лишь въ связанномъ состояніи. При вскармливаніи женскимъ молокомъ преждевременно родившихся дѣтей молочной кислоты въ желудкѣ у нихъ нѣтъ до 4-го мѣсяца внѣутробной жизни; при кормленіи-же коровьимъ молокомъ она постоянно опредѣляется. Сычужное бродило въ желудкѣ преждевременно родившихся дѣтей черезъ 50—60 мин. послѣ кормленія всегда имѣется. Изъ продуктовъ переваривания бѣлка пептонъ въ желудкѣ преждевременно родившихся дѣтей черезъ 50—60 мин. послѣ кормленія встрѣчается постоянно. При переведеніи недоносковъ съ грудного молока на коровье наблюдается незначительное повышеніе общей кислотности, постоянныхъ-же отношеній между связанными хлоридами при этомъ не замѣчается. Разница въ выдѣленіи пищеварительныхъ бродилъ у недоносковъ сравнительно съ грудными дѣтьми выражается въ пониженномъ отдѣленіи HCl. Прикармливаніе недоносковъ возможно начинать съ 6-й недѣли жизни при вѣсѣ въ 2350—3400 грм. Коровье молоко, разведенное на $^1/_2$ водой или ячменнымъ отваромъ, является подходящимъ суррогатомъ. Прикармливаніе это (при 9-разовомъ кормленіи дѣтей въ сутки), при условіи кормленія черезъ правильные промежутки времени (черезъ 2 часа днемъ и 3—ночью), соотвѣтствующимъ сообразно возрасту и вѣсу ребенка количествомъ молока, переносится недоносками на столько хорошо, что не вызываетъ у нихъ никакихъ разстройствъ пищевыхъ путей.

Проф. *Н. П. Гундобинъ:* Изслѣдованія докладчика показали, что пищеварительныя бродила появляются на 7-мъ мѣсяцѣ. Макроскопическія изслѣдованія, произведенныя въ моей клиникѣ д-ромъ *Васильевымъ*, показали, что обкладочныя клѣтки появляются также на 7-мъ мѣсяцѣ. Фактъ важный—бродила и обкладочныя клѣтки появляются тогда, когда нужно питаться. Докладчикомъ установленъ и тотъ немаловажный фактъ, что недоноскамъ вѣсомъ въ 2500 грм. можно уже прикармливать.

*М. М. Щукинъ. О морфологіи крови плодовъ у животныхъ.* Докладчикъ производилъ изслѣдованія надъ зародышами собакъ и кроликовъ. Всего въ его распоряженіи было 37 беременныхъ кроличихъ и собакъ. У плодовъ, вынутыхъ посредствомъ чревосѣченія, кровь бралась изъ шеи въ смѣси *Potain*'а и на покровныя стекла для обработки по *Ehrlich*'у. Данныя, полученныя при этомъ, хорошо разбиваются на 5 группъ, отчасти по внѣшнимъ признакамъ плодовъ, отчасти по свойствамъ крови. О качественныхъ измѣненіяхъ докладчикъ сообщаетъ слѣдующее: Въ 4-хъ опытахъ, гдѣ конечности еще не были сформированы и имѣлись жаберные мѣшки, безгемоглобинныхъ клѣтокъ не было видно, въ тоже время среди гэмоглобинныхъ клѣтокъ встрѣчались исключительно ядерныя. Въ слѣдующихъ 2-хъ опытахъ на границѣ къ безжаберному состоянію видно уже преобладаніе безъядерныхъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ надъ ядерными и появленіе крупныхъ лимфоцитовъ и лопастноядерныхъ бѣлыхъ тѣлецъ. 3-ій періодъ, имѣвшій своихъ представителей въ 3-хъ кроличьихъ зародышахъ и 1-мъ собачьемъ, имѣвшихъ средній

вѣсъ около 2 грм. и длину не болѣе 4 стм., характеризуется: 1) %-омъ гэмоглобина около 40, 2) количествомъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ отъ 1.000000 до 2.000000 въ 1 к. млм., 3) появленіемъ въ большемъ числѣ большихъ лимфоцитовъ и лопастныхъ формъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ. При общемъ обзорѣ 4-ой группы плодовъ 4-хъ кроличьихъ и 4-хъ собачьихъ можно отмѣтить появленіе нейтрофильныхъ многоядерныхъ тѣлецъ съ массою переходныхъ формъ отъ совершенно базофильныхъ лимфоцитовъ къ нейтрофильно-зернистымъ. При этомъ здѣсь существуетъ полный параллелизмъ между осложненіемъ очертаній ядра и превращеніемъ вещества протоплазмы. Въ общемъ число красныхъ тѣлецъ достигаетъ 1.500000—2.000000: бѣлыхъ доходитъ у собакъ до 1500 -2000. Въ этомъ періодѣ появившійся незадолго передъ этимъ костный мозгъ развивался все болѣе и болѣе, какъ кроветворный органъ, изъ котораго форменные элементы поступаютъ въ кровь все въ болѣе зрѣломъ и совершенномъ видѣ. Въ тоже время появляются и малые лимфоциты. Разбирая послѣднюю стадію зародышевой жизни съ того времени, когда плоды уже двигаютъ конечностями (у собакъ получаются сочные волоски), удается отмѣтить наростающее увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ и среди нихъ многоядерныхъ нейтрофиловъ. Самые зрѣлые щенки въ опытахъ докладчика имѣли 5.500000—6.500000 красныхъ кровяныхъ тѣлецъ и около 3000—5000 бѣлыхъ; при этомъ у самаго зрѣлаго %-ное отношеніе отдѣльныхъ видовъ бѣлыхъ тѣлецъ было такое: 62% нейтрофиловъ, 25% лимфоцитовъ, 12% переходныхъ и 2% эозинофиловъ. Такимъ образомъ наблюденія докладчика, съ одной стороны, доказываютъ переходъ одной болѣе простой формы бѣлыхъ тѣлецъ, большого лимфоцита, въ болѣе сложную; съ другой, указываютъ, что мелкіе лимфоциты появляются гораздо позднѣе, чѣмъ первичная лимфатическая система а именно въ то время, когда появляются костный мозгъ и нейтрофильныя бѣлыя тѣльца. Что-же касается сравненія состава крови плодовъ последнихъ стадій внутриутробной жизни съ составомъ крови новорожденныхъ, докладчикъ напомнилъ что, согласно работамъ проф. *Н. П. Гундобина*, д-ровъ *Войно-Оранскаго*, *Карстаньяна* въ первые часы и дни у новорожденныхъ отмѣчается лейкоцитозъ, т. е. увеличенное число бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, а также и красныхъ. Въ частности, число многоядерныхъ нейтрофиловъ у всѣхъ авторовъ въ 2—3 раза превосходитъ число лимфоцитовъ. При этомъ, согласно наблюденіямъ д-ра *Войно-Оранскаго*, число многоядерныхъ меньше въ случаѣ глубокой асфиксіи, чѣмъ въ случаѣ легкой. На основаніи всего этого должно думать, что кровь при рожденіи подъ вліяніемъ измѣненія внѣшней среды, акта дыханія и пр. претерпѣваетъ рядъ такихъ-же рѣзкихъ измѣненій, какъ и другія ткани организма; при этомъ можно прибавить, что проявленія зародышами жизни (усиленное дыханіе, движеніе лапками, пискъ) вліяетъ на составъ крови подобнымъ-же образомъ. Докладчикъ сдѣлалъ также нѣсколько изслѣдованій (11) %-го содержанія гэмоглобина. Оказалось, что дов. уже рано получаются крупныя цифры: у собакъ 100% гэмоглобина было еще до появленія волосковъ на кожѣ. Этимъ, можетъ быть, объясняется высокій % гэмоглобина у новорожденныхъ.

Проф. *Н. П. Гундобинъ*: Докладчикомъ добыты интересные факты, которые говорятъ скорѣе въ пользу ученія покойнаго *Н. В. Ускова*, чѣмъ *Ehrlich*'а. *С. Островскій.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

***Бактеріи, ихъ морфологія, систематика и циклъ развитія. Изъ „Die natürlichen Pflanzenfamilien" v. Engler und Prantl. Перевелъ П. И. Колтоновскій, завѣдующій лабораторіей Могилевскаго акцизнаго Управленія. Могилевъ, 1903, 81 стр., 16°. Ц. 1 р.***

Въ книжкѣ весьма кратко излагаются морфологія и развитіе бактерій, и описываются отдѣльные виды наиболѣе извѣстныхъ бактерій. Въ концѣ приложенъ алфавитный списокъ и нѣсколько схематическихъ рисунковъ. Предисловія переводчика не имѣется, почему трудно понять, чѣмъ руководился г. Колтоновскій, переводя и издавая настоящій отрывокъ о бактеріяхъ изъ обширнаго сочиненія *Engler*'а и *Prantl*'я. Руководство по бактеріологіи какъ переводныхъ, такъ и оригинальныхъ, и при томъ весьма хорошихъ, у насъ имѣется не мало, и думается, что, если желательно обогатить русскую переводную литературу еще однимъ руководствомъ по бактеріологіи, то слѣдовало-бы взять для перевода нѣчто болѣе полное и цѣльное, чѣмъ настоящій отрывокъ.

Переводъ книги весьма и весьма хромаетъ. Для примѣра достаточно привести хотя-бы такую фразу: для m. tetragenus характерно «образованіе большихъ капсулевидныхъ остуденѣній въ организмѣ животныхъ». «Въ позднѣйшее время онъ наблюдался какъ возбудитель нагноенія у людей. Его патогенныя свойства относительно опытныхъ животныхъ были давно извѣстны» (стр. 32). «Meningitis» переводчикъ передаетъ какъ «параличъ мозга» (стр. 43), нѣмецкое «Rauschbrand»—какъ «шумящій карбункулъ» (стр. 50); о незнакомствѣ переводчика съ медицинскими выраженіями свидѣтельствуютъ и такія слова, какъ «гонорроидныя выдѣленія», «гноевая клѣтка» и т. п.

Книжка едва-ли можетъ разсчитывать на успѣхъ и распространеніе. Кромѣ всѣхъ недостатковъ, и цѣна ея непомѣрно велика. *С. Новосельскій.*

***Н. П. Кравковъ. Основы фармакологіи. Часть I. Изд. 1. Петербургъ. 1904 г. Стр. 396. Ц. 2 р. 50 к.***

Наша отечественная медицинская литература представляется до сихъ поръ сравнительно бѣдной хорошими монографіями и руководствами. Этотъ пробѣлъ особенно давалъ себя чувствовать въ той ея отрасли, задачей которой является изученіе дѣйствія на организмъ различныхъ лѣкарственныхъ веществъ. Правда, мы имѣемъ превосходныя переводныя руководства по фармакологіи, напр. *Binz*'а, *Schmiedeberg*'а и др. Тѣмъ не менѣе, въ виду усиленной разработки вопросовъ, входящихъ въ кругъ вѣдѣнія фармакологіи, въ виду переполненія лѣкарственнаго арсенала все новыми и новыми средствами, ежедневно появляющимися на страницахъ медицинской печати, нерѣдко съ ссылками на авторитеты, и часто не имѣющими никакихъ достоинствъ, въ виду, наконецъ, нерѣдкаго игнорированія въ иностранныхъ работахъ и руководствахъ изслѣдованій русскихъ авторовъ, появленіе руководства, дающаго возможность «систематически ознакомиться съ *современнымъ* [1]) положеніемъ и направленіемъ фармакологіи», нельзя не привѣтствовать. Эту задачу принялъ на себя проф. фармакологіи въ В.-Медицинской Академіи *Н. П. Кравковъ*, стоящій во главѣ лабораторіи, которая въ лицѣ руководителя и его учениковъ успѣла въ сравнительно короткое время значительно пополнить фармакологическія свѣдѣнія новыми данными. Выпуская «Основы фармакологіи», авторъ поставилъ себѣ задачей не только ознакомить читателей съ дѣйствіемъ различныхъ лѣкарственныхъ веществъ на организмъ, но и дать «научные критеріи для сравнительной оцѣнки различныхъ фармацевтическихъ препаратовъ», согласно съ данными современной фармакологіи, указывающими на тѣсную зависимость дѣйствія на организмъ веществъ отъ ихъ физико-химическихъ свойствъ.

Опредѣливъ предметъ фармакологіи, какъ «ученіе о дѣйствіи на организмъ вообще всѣхъ веществъ, способныхъ растворяться въ немъ и всасываться» (стр. 7), авторъ горячо стоитъ за объективное экспериментальное направленіе этой отрасли знанія, какъ части біологіи, и совершенно справедливо высказывается противъ мнѣнія тѣхъ, которые видятъ въ этомъ ея слабую сторону и готовы признать ее за «знаніе, не имѣющее особаго значенія для клиники и часто идущее даже въ разрѣзъ съ ея показаніями и наблюденіями». Нельзя не согласиться также со взглядомъ автора на желательность и даже необходимость систематическаго изученія серо- и опотерапевтическихъ препаратовъ при помощи тѣхъ же пріемовъ и способовъ, какіе примѣняются по отношенію и ко всякимъ другимъ лѣкарственнымъ веществамъ, для выясненія, чѣмъ и какъ дѣйствуютъ эти препараты на организмъ, не смотря на то, что терапевтическая цѣнность нѣкоторыхъ изъ нихъ, установленная прямыми клиническими наблюденіями на большомъ матеріалѣ значительнымъ числомъ клиницистовъ и практическихъ врачей, не подлежитъ сомнѣнію даже при, по меньшей мѣрѣ, сдержанномъ къ нимъ отношеніи, котораго совѣтуетъ придерживаться авторъ. Предпославъ затѣмъ изложеніе современнаго состоянія вопроса о характерѣ, условіяхъ и способахъ воздѣйствія ядовъ на организмъ и объ ихъ измѣненіяхъ въ организмѣ, авторъ переходитъ къ классификаціи лѣкарственныхъ веществъ. Признавъ неудовлетворительными какъ классификацію, основанную исключительно на химическихъ свойствахъ веществъ, такъ и основанную на дѣйствіи ихъ на тотъ или другой органъ, и найдя неудобными фармакологическія группы *Buchheim*'а по сходству свойствъ и дѣйствія лѣкарственныхъ веществъ, авторъ въ цѣляхъ удобства преподаванія и болѣе раціональнаго отношенія къ новѣйшимъ препаратамъ органической химіи распредѣляетъ вещества на группы по сходству и аналогіи ихъ химическихъ и фармакологическихъ свойствъ. Въ настоящемъ 1-мъ выпускѣ онъ касается наркотическихъ веществъ жирнаго ряда и огромной группы алкалоидовъ и подробно останавливается на фармакологическомъ, терапевтическомъ и токсическомъ ихъ дѣйствіи, постоянно указывая на зависимость дѣйствія лѣкарственнаго средства отъ химическаго его строенія и физико-химическихъ свойствъ. Соотвѣтствующія главы, какъ и вообще весь 1-ый выпускъ, отражаютъ, дѣйствительно, въ ясномъ, простомъ и сжатомъ изложеніи современное состояніе затрагиваемыхъ вопросовъ. Въ этомъ заключается существенное достоинство «Основъ фармакологіи».

Переходя къ недостаткамъ руководства, я не буду касаться мелкихъ недочетовъ, а позволю себѣ лишь указать на отрицательное отношеніе автора къ современному направленію въ изученіи невоспріимчивости; по его мнѣнію, «не только механизмъ, значеніе иммунитета, но даже иногда и критеріи его до сихъ поръ весьма неопредѣленны и запутаны; объясненіе явленій иммунитета образованіемъ въ организмѣ различнѣйшихъ антивеществъ, лизиновъ, агглютиновъ и т. п. поневолѣ убѣждаютъ насъ въ современной растерянности мысли по этому вопросу» (стр. 55). Къ сожалѣнію, подобный незаслуженный упрекъ по адресу соотвѣтствующихъ гэматологическихъ изслѣдованій, во главѣ которыхъ стоятъ крупные умы и которые обогатили насъ существенными данными, авторомъ недостаточно обоснованъ и, мнѣ кажется, едва-ли желателенъ въ книгѣ, имѣю

[1]) Курсивъ мой. *В. О.*

Digitized by Google

щей служить руководствомъ для студентовъ.—Во всякомъ случаѣ «Основы фармакологіи» представляютъ существенный вкладъ въ отечественную литературу. Остается только желать, чтобы обѣщанный авторомъ 2-ой выпускъ не замедлилъ появиться въ печати съ тѣми же достоинствами, которыми отличается 1-ый. Издана книга хорошо. Цѣна—2 р. 50 к. умѣренная.

Ч. пр. *В. Орловскій.*

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

LXI. Охотно исполняемъ желаніе глубокоуважаемаго предсѣдателя Главной вспомогательной медицинской Кассы *Чистовича В. С. Кудрина* и печатаемъ полученное имъ отъ д-ра *П. В. Цезаревскаго* письмо по животрепещущему вопросу о преобразованіи Чистовичевской Кассы.

Милостивый Государь
Многоуважаемый г. Предсѣдатель!

Очень сожалѣю, что мое желаніе вовстановить въ благодарной памяти исторію возникновенія Кассы и первыхъ ея дѣятелей во главѣ съ незабвеннымъ въ этомъ отношеніи *Яковомъ Алексѣевичемъ Чистовичемъ* встрѣчаетъ для меня личное существенное препятствіе по недоступности даже чисто отчетныхъ данныхъ въ Смоленскѣ, и это тѣмъ болѣе жаль, что дѣятели эти все сходятъ и сходятъ съ жизненнаго пути, а обширная врачебная семья вольно и невольно забываетъ ихъ.

Изъ 20000 русскихъ врачей въ настоящее время едва-ли какихъ нибудь 2000—3000 еще что-то помнятъ, еще смотрятъ на Кассу подъ тѣмъ угломъ зрѣнія, подъ которымъ она возникала, крѣпла и достигла $^1/_2$-милліоннаго запаснаго капитала изъ крупицъ и лептъ добровольцевъ, принципіальныхъ товарищей и послѣдовательныхъ гуманистовъ.

Общественная экономическая эволюція все болѣе и болѣе захватываетъ въ себя и благородное сословіе врачей. Ростъ членовъ Кассы въ послѣдніе 10—15 лѣтъ, не по мнѣнію только, а и по личному наблюденію моему, свидѣтельствуетъ лишь о томъ, что къ 600000-му капиталу уже можно примыкать, какъ экономически-прочному предпріятію, и я боюсь, что пройдетъ еще немного лѣтъ, и на Уставъ нашей Вспомогательной Кассы обрушится рядъ самыхъ заманчивыхъ проэктовъ его преобразованія въ Кассу эмеритальную съ ея банковскими операціями, съ отчисленіями дивидентовъ по личнымъ счетамъ каждаго участника и... съ *справедливымъ* (арифметически и бухгалтерски) распредѣленіемъ равномѣрно по грошу на человѣка—будетъ-ли то обладатель многоэтажныхъ домовъ и тугихъ кармановъ, которому этотъ грошъ ничего не прибавитъ, но отъ котораго онъ во имя справедливости (?) никогда не откажется, или-же дряхлый бѣднякъ, отдавшій свои силы Обществу, и его семья, не имѣющая буквально угла, гдѣ бы приклонить голову, которымъ этотъ равномѣрный грошъ также ничего не облегчитъ.

Мнѣ думается, что разработка исторіи Кассы *Чистовича* могла-бы имѣть въ настоящее время большое практическое значеніе. Это, вѣдь, пока единственное учрежденіе, которое *фактически* дѣйствуетъ и при томъ хорошо и справедливо дѣйствуетъ во всей Россіи.

Эмеритальная касса военно-сухопутнаго вѣдомства совсѣмъ не можетъ быть принимаема въ разсчетъ въ этомъ отношеніи: она очень сильно и властно субсидирована, она имѣетъ въ числѣ своихъ членовъ такой огромный контингентъ *молодыхъ* офицеровъ, которые своею подвижностью (выбытіемъ въ запасъ, переходомъ въ другія вѣдомства и пр.) съ неизбѣжнымъ оставленіемъ своихъ взносовъ въ кассу—удесетеряютъ ея естественную доходность... Но и та, сколько мнѣ извѣстно, не такъ устойчива, какъ наша маленькая копилка съ ея лептами. Эмеритальная почтовая касса на нашихъ глазахъ и возникла и зачахла. Опыты нѣсколькихъ желѣзнодорожныхъ кассъ — Московско-Брестская, Орловско-Витебская—окончили свое существованіе болѣе чѣмъ печально. Эмеритальныя кассы нашихъ земствъ еще всѣ находятся въ періодѣ собиранія, но не выдачи... а будетъ ли еще выдача?!.. Въ послѣднее время духовное вѣдомство многихъ губерній идетъ по дорогѣ земствъ для обезпеченія своихъ членовъ со взносами отъ 6 до 12 р. со священника, 4 р. съ дьякона и 2 р. съ псаломщика, обѣщая равномѣрно всѣмъ выдавать послѣ 35 лѣтъ службы по 150, 100 и 50 р. на пенсіонера... да, вѣдь, черезъ 35 лѣтъ каждый изъ нихъ и самого-то себя не узнаетъ, а мы хорошо знаемъ и помнимъ, какъ измѣнилась въ теченіи послѣднихъ 35 лѣтъ вся русская жизнь отъ экономической до умственной и нравственной включительно.

Вопросъ объ исторіи нашей кассы это—вопросъ, далеко не частный, а имѣетъ большое и общественное значеніе. Если мы, врачи, знаемъ о Кассѣ *Чистовича* въ общемъ лишь въ 40% (а участвуемъ въ ней всего лишь въ размѣрѣ около 25%), то другіе-то о ней ужъ ровно ничего не знаютъ, а, вѣдь, она unicum въ своемъ родѣ; и мнѣ думается, что Комитетъ нашей Главной Кассы и могъ-бы, и долженъ-бы широко оповѣстить русское Общество о ея принципахъ (благородныхъ), ростѣ (относительно говоря—порядочномъ), дѣятельности (безукоризненной) и приносимой пользѣ (несомнѣнной).

37-лѣтнее существованіе Кассы и практической дѣятельности ея, хотя-бы лишь настолько, на сколько это отразилось въ ея оффиціальныхъ и краткихъ отчетахъ, имѣющихся при Комитетѣ Кассы, уже есть цѣлая страница исторіи врачебной жизни въ Россіи, и я удивляюсь, что до сихъ поръ въ числѣ членовъ Коммиссіи не находится лица, которое пожелало-бы посвятить небольшую часть своего времени этой страницѣ. Лучше-бы всего, если-бы за эту работу взялся кто-либо изъ пожилыхъ участниковъ Кассы: личныя воспоминанія, знакомыя отношенія, моральный обликъ былыхъ дѣятелей Кассы... все это—черезъ 10—20 лѣтъ уйдетъ безвозвратно, и тѣ цифры, которыя останутся въ наслѣдство нашимъ преемникамъ, будутъ для нихъ лишь сухими цифрами... и только... Мнѣ, напр., при этомъ писаніи такъ и представляется фигура покойника — безсмѣннаго казначея Кассы—*Старка* или такого секретаря и затѣмъ и вицепредсѣдателя, какимъ былъ *Ефимъ Алексѣевичъ Сорокинъ*... Эти созидатели Кассы, эти—своего рода Иваны Калиты вмѣстѣ съ *Яковомъ Алексѣевичемъ Чистовичемъ* и др. вѣроятно, и въ гробу станутъ протестовать противъ измѣненія принципа Кассы—быть Вспомогательной для больныхъ, убогихъ и сирыхъ врачей и ихъ семействъ, а не предпріятіемъ коммерческимъ—будетъ-ли оно называться эмеритальнымъ, страховымъ и пр. «Для коммерческаго предпріятія требуется и огромный капиталъ, или несокрушимо святая по честности группа лицъ». Въ 1883 г. я имѣлъ по этому поводу живую переписку съ *Е. А. Сорокинымъ*, и считалъ-бы себя неправымъ предъ товарищами, если бы этотъ завѣтъ его умолчалъ теперь; тогда весь капиталъ Кассы достигалъ едва 150000 р., и на него уже зарились разные экономическіе прожектеры; теперь, съ помощію Божіею и при неизмѣнности общаго принципа Кассы, этотъ капиталъ возросъ уже до 600000 р., и аппетиты экономистовъ находятся еще въ бóльшемъ соблазнѣ.

Простите, что я злоупотребилъ такъ навязчиво и Вашимъ временемъ и Вашими глазами. Позволяю себѣ сдѣлать это лишь по долгу истинно преданнаго интересамъ Кассы ея члена въ надеждѣ, что Предсѣдатель ея и еще болѣе ей преданъ.

Какое употребленіе вы сдѣлаете изъ этого моего письма, предоставляю рѣшить Вамъ самимъ.....

*П. Цезаревскій.*

Смоленскъ. 23-го февраля 1904 г.

LXII. М. Г.! Позвольте мнѣ чрезъ посредство «Русскаго Врача» довести до общаго свѣдѣнія, что, за многочисленностью занятій, я принужденъ былъ 1-го текущаго мая сложить съ себя обязанности по управленію Французской больницей, директоромъ которой я состоялъ около 3-хъ лѣтъ.

*Левъ Бертенсонъ.*

Петербургъ. 5-го мая 1904 г.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

859. *Главнымъ врачебнымъ инспекторомъ* Министерства внутреннихъ дѣлъ назначенъ *В. К. ф. Анрепъ*, а товарищемъ его—*Л. Н. Малиновскій* («Правительственный Вѣстникъ», 4 и 5 мая).

860. На каѳедру офталмологіи въ Кіевскомъ Университетѣ *избранъ* медицинскимъ факультетомъ ч. пр. того-же Университета *А. Ф. Шимановскій* («Приднѣпровскій Край», 25 апрѣля).

861. Ч. пр. Московскаго Университета *С. С. Орловъ назначается экстраординарнымъ профессоромъ* Томскаго Университета по каѳедрѣ общей химіи («Сибирскій Вѣстникъ», 21 апрѣля).

862. Въ Московскомъ Университетѣ защитили диссертаціи: 28-го апрѣля *А. В. Ишунинъ* подъ заглавіемъ—*Матеріалы по вопросу о надлобковомъ чревосѣченіи при удаленіи фибромiомъ матки* и 2-го мая *И. И. Вокачъ* подъ заглавіемъ—*Объ остромъ эндокардитѣ при бугорчаткѣ. Патолого-анатомическое изслѣдованіе* («Русскія Вѣдомости», 29 апрѣля и 3 мая).

863. Въ В.-Медицинской Академіи защищали диссертаціи: 29 апрѣля *В. В. Закусовъ, В. С. Кравченко, А. П. Розенъ* и *П. А. Спальвингъ* («Новости», 29 апрѣля), 1 мая: *П. С. Костинъ* на тему—*Къ вопросу о дѣйствіи эймидрина на глазъ* и *Н. П. Юрьевъ* на тему—*Къ вопросу о матеріальномъ положеніи врачей, служащихъ по вѣдомству Министерства внутреннихъ дѣлъ въ губерніяхъ и областяхъ Россіи* («Биржевыя Вѣдомости», 1 мая) и 4-го мая *І. О. Матусевичъ* на тему—*Дѣтская смертность въ зависимости отъ густоты и скученности населенія по участкамъ Петербурга* («Новое Время», 5 мая).

864. «Новое Время» (2 мая) сообщаетъ, что въ В.-Медицинской Академіи 1-го мая закончились экзамены въ испытательной Коммиссіи: всѣ экзамены успѣшно выдержали *142 студента* выпускнаго курса и *4 вольно-слушателя* Академіи.

865. Ч. пр. В.-Медицинской Академіи и консультантъ Петербургскаго Николаевскаго госпиталя *Д. И. Вѣрюжскій назначенъ главнымъ врачемъ* Петербургскаго *Семеновскаго госпиталя* («Биржевыя Вѣдомости», 29 апрѣля).

866. На *Международный Съѣздъ* въ Копенгагенѣ *по борьбѣ съ бугорчаткой*, открывающійся 13 (26) мая, командированъ въ качествѣ представителя медицинскаго Совѣта *Л. Б. Бертенсонъ* («Новое Время», 30 апрѣля).

867. Во всѣхъ газетахъ напечатано въ опроверженіе слуховъ, что Краснымъ Крестомъ принимаются на службу въ отряды врачи лишь православнаго вѣроисповѣданія, слѣдующее заявленіе исполнительной Коммиссіи главнаго Управленія Общества Краснаго Креста:

«Управленіе долгомъ считаетъ заявить во всеобщее свѣдѣніе, что такого распоряженія его никогда не было и не могло быть, по духу устава Общества Краснаго Креста, сдѣлано. Наоборотъ, не только въ рядахъ высшаго и низшаго персонала отрядовъ Краснаго Креста есть много лицъ различныхъ христіанскихъ и нехристіанскихъ вѣроисповѣданій, но и существуютъ цѣлые отряды и лазареты неправославные». Тѣмъ не менѣе канцелярія Иркутскаго генералъ-губернатора, какъ сообщаетъ «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (15 апрѣля), извѣстила мѣстное Отдѣленіе Краснаго Креста, что по сообщенію министра внутреннихъ дѣлъ по уставу *въ Общину Краснаго Креста не могутъ быть приняты лица нехристіанскаго вѣроисповѣданія.*

868. 12 студентовъ 2-го курса В.-Медицинской Академіи изъявили желаніе, какъ сообщаетъ «Новое Время» (1 мая), отправиться по окончаніи переводныхъ экзаменовъ на театръ военныхъ дѣйствій для несенія службы во вновь сформированныхъ *летучихъ санитарныхъ отрядахъ*, которые выступаютъ на Дальній Востокъ въ концѣ мая. Отрядами завѣдуютъ проф. *Н. Я. Чистовичъ* и д-ра *Петровъ*, *Помяловскій* и *Миштовтъ*.

869. Управленіе Краснаго Креста въ Петрозаводскѣ снаряжаетъ *госпитальный отрядъ* на 50 кроватей въ составѣ 3 врачей, 8 сестеръ милосердія и 7 санитаровъ.—Служащіе на строящейся Полоцкъ-Сѣдлецкой ж. дорогѣ снаряжаютъ *военно-санитарный поѣздъ* изъ 13 вагоновъ съ кухней, аптекой и перевязочной («Новое Время», 2 и 6 мая).

870. Отбыли на Дальній Востокъ: 1-го мая изъ Петербурга *персоналъ лазарета*, снаряженнаго К. К. Тихомировой, въ составѣ 2 врачей, 5 сестеръ милосердія и 6 санитаровъ; 1-го мая изъ Москвы 4-ый и 5-ый *летучіе санитарные отряды* Московскаго кредитнаго Общества въ составѣ 2 врачей и 7 санитаровъ каждый; 3-го мая изъ Петербурга *резервный отрядъ* Краснаго Креста въ составѣ 1 врача и 11 студентовъ; 4-го мая изъ Москвы 6-ой и 7-ой *летучіе санитарные отряды* Московскаго земельнаго банка въ составѣ 2 врачей и 7 санитаровъ каждый; 5-го мая изъ Москвы 8-ой *летучій санитарный отрядъ* Краснаго Креста въ составѣ 2 врачей, 4 фельдшеровъ и 12 санитаровъ («Русскія Вѣдомости», 1, 4 и 5 мая и «Новое Время», 2 и 4 мая).

871. Одесское Отдѣленіе Общества охраненія народнаго здравія открыло *сборъ пожертвованій въ пользу семействъ врачей*, убитыхъ и раненыхъ на войнѣ, и въ пользу семействъ недостаточныхъ врачей, командируемыхъ на театръ военныхъ дѣйствій («Новое Время», 4 мая).

872. «Новое Время» (1 мая) сообщаетъ, что по свѣдѣніямъ, имѣющимся въ Главномъ В.-медицинскомъ Управленіи, въ настоящее время совершенно закончена организація мѣропріятій по предупрежденію *возможнаго возникновенія среди войскъ на Дальнемъ Востокѣ заразныхъ заболѣваній*. На театръ военныхъ дѣйствій уже доставлены: обеззараживающія камеры, на 20000 р. различныхъ сыворотокъ и на 90000 р. оспенныхъ прививокъ. Всѣмъ войскамъ до вступленія въ Забайкалье дѣлаются предохранительныя оспенныя прививки. Со времени начала военныхъ дѣйствій до 18-го апрѣля изъ заразныхъ болѣзней наблюдалась только оспа: 3 случая въ Читѣ, 14 въ Верхнеудинскѣ и 15 въ Айланѣ.

873. По словамъ «Южнаго Обозрѣнія» (27 апрѣля), въ бою у Тюренчена Японцами *взятъ въ плѣнъ* ординаторъ Харьковской Александровской больницы *А. А. Финкельштейнъ*.

874. Главное Управленіе Россійскаго Общества Краснаго Креста отправило въ Харбинъ *нѣсколько сотъ лѣчебныхъ дозъ противостолбнячной сыворотки* на случай осложненія ранъ столбнякомъ.

875. Въ засѣданіи Нижегородскаго уѣзднаго врачебнаго Совѣта постановлено, какъ передаетъ «Нижегородскій Листокъ» (30 апрѣля), образовать въ каждомъ земскомъ врачебномъ участкѣ уѣзда особую Коммиссію *для собиранія на мѣстахъ свѣдѣній о семьяхъ лицъ*, взятыхъ въ дѣйствующую армію, и распредѣленія между ними пособія какъ изъ средствъ земства, такъ и частныхъ пожертвованій.

876. *Для дѣтей семействъ санитаровъ*, отбывшихъ на Дальній Востокъ, устраивается на берегу Финскаго залива, близъ ст. Куоккала, на средства мѣстнаго населенія, большая *дача-санаторія*. На полное иждивеніе будетъ взято 10 мальчиковъ и 15 дѣвочекъ на весь лѣтній сезонъ, приблизительно до 15 августа, т. е. до начала занятій въ школахъ. Будутъ приниматься дѣти отъ 7 и не старше 12 лѣтъ. Право помѣщенія въ пріютъ предоставлено и братьямъ милосердія. Въ пріютъ же будутъ приниматься и *маленькіе родственники сестеръ милосердія*, трудящихся въ районѣ военныхъ дѣйствій («Новое Время», 30 апрѣля).

877. «Новое Время» (5 мая) сообщаетъ, что *льготный тарифъ предоставленъ* не только военнымъ, ѣдущимъ на воды для поправленія здоровья, потеряннаго на войнѣ, но *и врачамъ, санитарамъ и братьямъ милосердія*, разстроившимъ свое здоровье во время своей дѣятельности на Дальнемъ Востокѣ и нуждающимся въ лѣченіи минеральными водами или вообще въ русскихъ санаторіяхъ. Эти лица будутъ пользоваться правомъ безплатнаго проѣзда до мѣста лѣченія и обратно на мѣсто постояннаго жительства въ вагонахъ II или III класса, за исключеніемъ тѣхъ поѣздовъ, въ которыхъ введены различныя приплаты.

878. «Южное Обозрѣніе» (27 апрѣля) передаетъ, что распорядительнымъ Комитетомъ по устройству XII Съѣзда естествоиспытателей и врачей *возбуждено ходатайство о перенесеніи его въ Одессу на августъ 1905 г.;* Представителями отъ медицинскаго факультета Новороссійскаго Университета избраны профф. *Н. А. Батуевъ*, *Б. Ф. Веригo*, *В. В. Подвысоцкій* и *Г. В. Хлопинъ*.

879. Съ 4-го по 9-ое іюля 1905 г. въ Петербургѣ имѣетъ быть *IV Всероссійскій Одонтологическій Съѣздъ* («Зубоврачебный Вѣстникъ», № 2).

880. На годовомъ Собраніи *Русскаго хирургическаго Общества Пирогова* 5-го мая въ *составъ бюро* на предстоящій годъ избраны: предсѣдателемъ проф. *М. С. Субботинъ*, товарищемъ его проф. *А. А. Кадьянъ*, секретарями *К. А. Вальтеръ* и *П. И. Бухманъ*, казначеемъ *В. Н. Зененко* и библіотекарями *А. Р. Войничъ-Сяноженцкій* и *В. М. Рокицкій*.

881. Предсѣдателемъ 3-го отдѣленія *Общества охраненія народнаго здравія* избранъ ч. пр. *А. А. Липскій*, товарищемъ его—*В. Е. Тимоновъ*, секретаремъ—*П. В. Кашкадамовъ*, секретаремъ по редакціоннымъ дѣламъ—ч. пр. *В. А. Левашевъ*, членомъ ревизіонной Коммиссіи—*Э. Г. Перримондъ* («Новости», 30 апрѣля).

882. На годовомъ Собраніи *Общества военныхъ врачей въ Москвѣ* въ *составъ бюро* на предстоящій годъ избраны: предсѣдателемъ *Е. П. Якубовъ*, секретаремъ *П. В. Любомудровъ*, казначеемъ *В. П. Карповъ* и библіотекаремъ *А. П. Крымовъ* («Русскія Вѣдомости», 30 апрѣля).

883. Намъ сообщаютъ, что бактеріологическій Институтъ Московскаго Университета въ 1905 г. приступаетъ къ изданію «*Бактеріологическихъ Извѣстій*»—спеціальнаго органа, посвященнаго разработкѣ теоретической и практической бактеріологіи и имѣющаго одной изъ своихъ задачъ способствовать объединенію русскихъ бактеріологическихъ институтовъ и лабораторій. «Бактеріологическія Извѣстія» будутъ издаваться подъ редакціей завѣдующаго бактеріологическимъ Институтомъ *Г. Н. Габричевскаго* при ближайшемъ содѣйствіи научнаго персонала Института и при сотрудничествѣ представителей другихъ бактеріологическихъ институтовъ и лабораторій, по слѣдующей программѣ: 1. Оригинальныя статьи. 2. Обзоры, критическія статьи и рефераты. 3. Отчеты русскихъ бактеріологическихъ лабораторій и Обществъ. 4. Русская библіографія по всѣмъ отдѣламъ бактеріологіи. 5. Объявленія. «Бактеріологическія Извѣстія» будутъ выходить, по мѣрѣ накопленія матеріала, выпусками по 5—7 листовъ. Каждые 4 выпуска образуютъ 1 томъ, подписная цѣна котораго—3 р. По желанію авторовъ и съ согласія редакціи къ журналу будутъ безплатно прилагаться диссертаціи, монографіи, отчеты и т. д. Всѣ статьи, обзоры и протоколы не оплачиваются авторскимъ гонораромъ. Подробности относительно состава сотрудниковъ, условій подписки, печатанія объявленій и т. д. будутъ сообщены осенью 1904 г.

884. «Русское Слово» (26 апрѣля) передаетъ, что Харьковское медицинское Общество ходатайствуетъ о разрѣшеніи издавать *ежемѣсячный медицинскій журналъ*.

885. *Программа занятій XI Съѣзда членовъ и представителей земскихъ учрежденій по врачебно-санитарной части во Владимірской губ.* текущей весной: 1) Делегатскіе доклады о состояніи врачебно-санитарнаго дѣла въ уѣздахъ съ указаніемъ всѣхъ измѣненій въ организаціи его, происшедшихъ со времени X Съѣзда, желательныхъ улучшеній въ медицинской части и имѣющихся на этотъ счетъ предположеній земства. 2) Доклады фабричныхъ врачей о состояніи санитарно-врачебнаго дѣла на фабрикахъ и заводахъ губерніи. 3) Доклады о дѣятельности земско-медицинскихъ учрежденій губернскаго земства: а) губернской больницы, б) межуѣздныхъ амбуляторій съ больничками и в) оспопрививательнаго института. 4) Организація медицинской помощи населенію вообще и въ частности хирургической. 5) Организація борьбы съ заразными болѣзнями. О заразныхъ баракахъ при земскихъ больницахъ. 6) Школьно-санитарное дѣло въ губерніи. Выработка правилъ для устройства школьныхъ зданій и для осмотровъ школъ земскими врачами. 7) Положеніе санитарнаго дѣла въ губерніи. Исполненіе населеніемъ обязательныхъ санитарныхъ постановленій; наблюденіе за этимъ. Дѣятельность санитарныхъ врачей въ уѣздахъ. 8) Источники водоснабженія въ селеніяхъ и мѣры къ ихъ улучшенію. 9) О призрѣніи хроническихъ больныхъ во Владимірской губ. 10) Устройство яслей-пріютовъ; значеніе ихъ для населенія вообще и какъ мѣры борьбы съ болѣзнями. 11) Медицинскій персоналъ; вопросы врачебнаго быта въ земствѣ; установленіе нормъ врачебной дѣятельности. 12) Сообщенія изъ области медицины; обобщающіе обзоры и рефераты. 13) Вопросы, которые могутъ быть переданы на разсмотрѣніе Съѣзда земскими учрежденіями Владимірской губ., а также медицинскими Обществами и учрежденіями. 14) Выработка программы будущаго Съѣзда («Вѣстникъ Владимірскаго губернскаго Земства», № 5).

886. Въ «Новомъ Обозрѣніи» (24 апрѣля) помѣщено слѣдующее *заявленіе*: «Русское бальнеологическое Общество въ Пятигорскѣ, высоко цѣня врачебную и филантропическую дѣятельность недавно скончавшагося своего члена врача-окулиста *Александра Ивановича Пѣунова*, постановило въ засѣданіи 12-го апрѣля открыть подписку между членами Общества и друзьями и почитателями покойнаго для образованія фонда имени *А. И. Пѣунова*. Фондъ предназначается для постройки въ Пятигорскѣ глазной больницы на 8 коекъ съ операціонной и амбуляторіей. Въ случаѣ согласія Пятигорской городской Думы принять на себя содержаніе глазной больницы вся собранная сумма будетъ передана въ распоряженіе Пятигорскаго городского общественнаго Управленія для постройки при городской больницѣ отдѣльнаго

Digitized by Google

павильона для глазныхъ больныхъ имени *А. И. Пѣунова*. Пожертвованія принимаютъ: казначей Общества д-ръ *А. С. Ильинъ* (Нижегородская ул., д. Пашутиной), Пятигорскій городской голова Н. И. Архиповъ (Елисаветинская, свой домъ) и Пятигорскій городовой врачъ *П. А. Ржаксинскій* (Дворянская, свой домъ)».

887. Сумской врачебный Совѣтъ высказался за желательность учрежденія Общества и благотворительнаго капитала для помощи выписывающимся изъ Сумской земской больницы нуждающимся больнымъ. По предложенію д-ра *П. А. Сергіевскаго, Общество* это *постановлено наименовать «Шеболдаевскимъ»*, дабы этимъ путемъ выразить свое уваженіе и благодарность д-ру *Л. В. Шеболдаеву* за его 30 лѣтнюю дѣятельность, а также въ виду того, что въ настоящее время помощь вышеупомянутымъ больнымъ оказывается собираемыми *Л. В. Шеболдаевымъ* пожертвованіями, слѣд., починъ въ этомъ дѣлѣ принадлежитъ ему («Врачебная хроника Харьковской губ.», № 1—2).

888. И. М. де-Шодуаръ *пожертвовалъ на нужды Житомірской Общины сестеръ милосердія* 40000 р. («Новое Время», 1 мая).

889. Общеизвѣстно, что лишенные таланта, но одержимые писательскимъ зудомъ публицисты, чтобы хоть чѣмъ нибудь обратить на себя вниманіе читающей публики, пытаются возмѣстить недостающій имъ талантъ парадоксами и оригинальничаньемъ. Но и парадоксы, и оригинальничанье могутъ быть умными и неумными, а, такъ какъ значительной части безталанныхъ публицистовъ, кромѣ публицистическаго таланта, недостаетъ и ума, то и парадоксы зачастую получаются весьма и весьма неумные, чтобы не сказать больше. Пожалуй, высшій рекордъ на поприщѣ парадоксальныхъ нелѣпостей побилъ постоянный сотрудникъ «Новаго Времени» нѣкій г. А—тъ въ статьѣ «*Война и санитарія*» («Новое Время», 27 апрѣля). Въ статьѣ этой г. А—тъ ни болѣе ни менѣе какъ пытается доказать, что санитарія на войнѣ—вещь совершенно излишняя, такъ какъ-де «въ основѣ войны лежатъ самопожертвованіе, самоотверженіе и самозабвеніе», а «въ основѣ санитаріи—самосохраненіе, самонаблюденіе и самозащита», и что поэтому «война и санитарія взаимно исключаютъ другъ друга». Нѣтъ, конечно, никакой надобности серьезно возражать г-ну А—ту, такъ какъ для всякаго ясно, что весь заключающійся въ его статьѣ наборъ фразъ написанъ именно только для фразъ и въ тщетномъ желаніи замѣстить недостающія автору мысли неумными парадоксами. Какое представленіе г. А—тъ имѣетъ о санитаріи, можно видѣть изъ такого ряда вопросовъ, имъ задаваемыхъ: «Что можетъ здѣсь сдѣлать санитаръ? Посыпать войска персидскимъ порошкомъ? Осмотромъ воиновъ передъ боемъ удалить ослабѣвшихъ и борцовъ съ пульсомъ лихорадочнымъ. Запретить чрезмѣрныя движенія при напряженіи мускульной силы. Запретить пить гнилую воду, а когда другой нѣтъ, то пить не иначе какъ съ лимонной кислотой?» Далѣе г. А—тъ пытается острить въ томъ родѣ, что солдату недурно-бы имѣть съ собою въ походѣ «ведро съ кипяткомъ, пластыри для перевязки, хининъ на случай лихорадки, скипидаръ отъ укуса москитовъ и походную аптечку на случай дезинтеріи (правописаніе подлинника) или холеры» и т. д.; «хорошій запасъ орѣшковъ и подсолнуховъ, какъ радикальное средство отъ цынги, также отлично послужитъ санитарнымъ цѣлямъ въ обстановкѣ боевого времени». Напечатавъ статью своего постояннаго сотрудника, «Новое Время» однако спохватилось, что все, имъ сказанное, пожалуй, ужъ черезчуръ дико, и въ № отъ 29 апрѣля помѣстило статью другого своего сотрудника г. Меньшикова, защищающаго не нуждающіяся, конечно, въ его защитѣ санитарныя мѣропріятія. Въ общемъ вся эта возникшая на страницахъ «Новаго Времени» полемика весьма напоминаетъ благородное занятіе, именуемое «переливаніемъ воды изъ пустого въ порожнее». Г. Меньшиковъ такъ резюмируетъ свою статью: «война есть состязаніе не только мужества, но и знанія. Пренебрегать такимъ союзникомъ, какъ научный опытъ, значитъ подписывать себѣ смертный приговоръ». Конечно, эта азбучная истина не убѣдитъ г. А—тъ, такъ какъ вообще трудно убѣждать и разубѣждать въ чемъ-либо человѣка, для котораго, вѣроятно, и самое слово «убѣжденіе»—понятіе чуждое.

890. 25-го апрѣля въ Гатчинѣ освящена *лѣтняя здравница* трудового убѣжища для безпризорныхъ дѣвочекъ («Биржевыя Вѣдомости», 28 апрѣля).

891. Изъ составленнаго д-ромъ *В. А. Краюшкинымъ* годового *отчета о прививкахъ противъ собачьяго бѣшенства, произведенныхъ въ Институтѣ экспериментальной медицины* въ 1902 г., видно, что изъ 1165 человѣкъ, укушенныхъ различными животными и явившихся за помощью, подвергались лѣченію 1002; остальнымъ 163 по разнымъ причинамъ прививокъ не дѣлали. Наибольшее число укушеній пришлось, какъ и въ прежніе годы, на лѣтніе мѣсяцы. Изъ пользованныхъ отъ водобоязни умерли 8 («Архивъ біологическихъ наукъ», т. X, № 4).

892. «Новое Обозрѣніе» (24 апрѣля) сообщаетъ, что по вновь утвержденному штату сельско-врачебной части *въ Закавказьѣ участковыхъ сельскихъ врачей положено:* въ Тифлисской губ. и Дагестанской обл. по 18, Елисаветпольской губ.—16, Кутаисской и Эриванской—по 14, Бакинской—12, Карсской обл.—8, Батумской обл.—4, Черноморской губ. и Закатальскомъ округѣ—по 3 и Сухумскомъ округѣ—2; старшихъ медицинскихъ фельдшеровъ: по Тифлисской губ. и Дагестанской обл.—по 36, въ Елисаветпольской губ.—32, Кутаисской и Эриванской—по 28, Бакинской—24, Карсской обл.—16, Черноморской губ.—10, Батумской обл.—8, Закатальскомъ округѣ—6 и Сухумскомъ округѣ—4; младшихъ медицинскихъ фельдшеровъ и повивальныхъ бабокъ положено въ каждой мѣстности столько-же, сколько и участковыхъ сельскихъ врачей.

893. Въ засѣданіи Великоустюгскаго уѣзднаго санитарнаго Совѣта недавно обсуждался слѣдующій, вѣроятно, далеко не единичный въ практикѣ земскихъ товарищей случай: д-ръ *А. В. Барышевъ* заявилъ, что *земскій начальникъ* 4-го участка Устюгскаго уѣзда *предписалъ фельдшеру* немедленно *посѣтить одного больного* крестьянина; на Совѣтѣ выяснилось, что больной этотъ до распоряженія земскаго начальника былъ неоднократно посѣщаемъ какъ врачемъ, такъ и фельдшеромъ. Совѣтъ постановилъ просить Управу сообщить земскому начальнику, что фельдшера въ отношеніи командировокъ находятся въ непосредственномъ распоряженіи участковаго врача («Врачебно-санитарный обзоръ Вологодской губ.», вып. 2).—Повидимому, г. земскій начальникъ не даетъ себѣ яснаго отчета въ своихъ правахъ и обязанностяхъ, желая лишь «начальствовать» во что-бы то ни стало.

894. Какъ сообщаютъ «Сибирскія Врачебныя Вѣдомости» (15 апрѣля), по свѣдѣніямъ, доставленнымъ врачемъ врачебному Отдѣленію, видно, что *эпидемія сыпного тифа въ с. Тимонинѣ, Ачинскаго уѣзда,* въ 5-мъ врачебномъ участкѣ, занесенная, какъ теперь дознано, работавшими на желѣзной дорогѣ, повидимому, началась еще въ началѣ великаго поста, но сначала форма заболѣванія была легкая, безъ сыпи и безъ тяжелаго тифознаго состоянія. Затѣмъ, вслѣдствіе постной пищи,—а при нищетѣ населенія постъ являлся добровольнымъ голоданіемъ,—эпидемія усилилась и приняла болѣе тяжелый характеръ. Всего до 27-го марта заболѣли около 50 чел. въ 18 домахъ, и изъ нихъ 5 умерли. Врачъ пишетъ, что борьба съ эпидеміею дается крайне трудно: даже тяжелыхъ больныхъ едва удается склонить ѣсть скоромное, т. е. пить молоко. Можно удивляться, говоритъ онъ, что эпидемія сравнительно не отличается большою смертностью, если принять во вниманіе тѣ отвратительно-дурныя условія, въ которыхъ живутъ новоселы этой деревни. Мелкій скотъ, а иногда и крупный, они держатъ вмѣстѣ съ собой въ избахъ, а доятъ коровъ всегда въ избахъ. Грязь—ужасающая; бѣдность—бросающаяся въ глаза. Отдѣльные случаи тифа появились въ сосѣднемъ с. Козловкѣ и въ с. Покровскомъ (см. выше, № 17, стр. 637 и № 18, стр. 677).

895. *Антисанитарное содержаніе арестантовъ въ фортѣ Александровскомъ* достигло такой степени, что послужило недавно предметомъ прокурорскаго разслѣдованія. Обнаружено, что арестанты содержатся очень неопрятно; является крайне необходимымъ имѣть бѣлье, которымъ они могли-бы пользоваться во время ареста. Арестанты не пользуются горячею пищею, такъ что среди нихъ бывали случаи смерти отъ ненормальныхъ условій питанія и содержанія. Арестанты не могутъ пользоваться баней, потому что единственная тамъ баня—казенная, для мѣстнаго гарнизона—предоставляется въ пользованіе арестантамъ только при условіи отпуска денегъ на дрова для топки ея для нуждъ арестантовъ («Право». «Врачебная Хроника Харьковской губ.», № 1—2).

896. Въ в. интересной статьѣ—«*Московскія городскія кладбища*» («Извѣстія Московской городской Думы», 1903 г., № 21), представляющей продолженіе 2-хъ предшествующихъ статей о положеніи кладбищъ заграницей, *А. Г. Петровскій* описываетъ Московскія кладбища съ санитарной точки зрѣнія. Въ г. Москвѣ 8 городскихъ православныхъ кладбищъ, занимающихъ пространство, равное 149 десятинамъ 349 саж. На нихъ въ теченіи 25 лѣтъ погребено 531295 умершихъ, при чемъ на каждую кв. сажень земли приходится въ среднемъ 1,5 трупа; если же исключить землю, находящуюся подъ церквами и постройками, а также дорожками, то отношеніе это возрастетъ еще болѣе. Авторъ думаетъ, что Московскія городскія кладбища сплошь захороняются въ теченіи 10 лѣтъ. Съ цѣлью выяснить вопросъ о степени загрязненія почвы Московскихъ кладбищъ продуктами разложенія, авторъ, подъ руководствомъ проф. *Ф. Ф. Эрисмана*, химически изслѣдовалъ почву 2-хъ Московскихъ кладбищъ — Даниловскаго и Дорогомиловскаго. Изслѣдованія эти показали, что загрязненіе почвы возможно только, какъ исключеніе, и что для этого необходимы особыя условія — малая проницаемость и большая сырость почвы; при этихъ условіяхъ продукты разложенія трупа медленно и плохо перерабатываются почвой, недостаточно обезвреживаются окисленіемъ и потому загрязняютъ почву, хотя и на небольшомъ пространствѣ. Сравнивая цифры содержанія азота въ полученныхъ образцахъ, авторъ отмѣчаетъ, что по содержанію органическаго азота Московская почва значительно превосходитъ почву Даниловскаго и Дорогомиловскаго кладбищъ, нѣкоторыя-же изъ Московскихъ городскихъ кладбищъ по загрязненію азотомъ приближаются къ рѣчному илу р. Нила, содержащаго 12,25% азота. Авторъ опредѣлилъ въ своихъ образцахъ:

| | На Даниловскомъ кладбищѣ. | На Дорогомиловскомъ кладбищѣ. | въ г. Петербургѣ по *Колодезникову* | въ г. Петербургѣ по *Клементьеву* |
|---|---|---|---|---|
| амміака . . | 0,4615% | 0,3060% | 1,64% | |
| общее количество азота | 0,8551% | 0,7311% | 5,68% | 1,419% |

Изъ изслѣдованій *С. Ѳ. Бубнова* и *Л. М. Лямина* почвы близъ выгребныхъ ямъ и уличной пыли видно, что онѣ сильнѣе загрязнены по сравненію съ почвой кладбищъ. Количество азота въ этихъ образцахъ колебалось въ предѣлахъ отъ 1 до 18%; въ общемъ загрязненіе Московской почвы оказалось весьма боль-

Digitized by Google

шимъ: въ среднемъ оно вдвое превосходитъ загрязненіе наиболѣе плохо содержимыхъ участковъ Буда-Пешта. Параллельное изслѣдованіе воды изъ колодцевъ на тѣхъ-же кладбищахъ показало, что вода въ нихъ значительно лучше по сравненію съ водой колодцевъ центральныхъ частей Москвы.

897. Намъ уже приходилось отмѣтить (см. выше, № 7, стр. 267), что новоявленный журналъ «*Вегетаріанскій Вѣстникъ*», кромѣ непосредственной своей задачи—способствовать распространенію растительнаго режима, задался еще благодарной цѣлью способствовать и содѣйствовать развитію и процвѣтанію знахарства и шарлатанства. Почтенный журналъ неуклонной стезею идетъ къ этой цѣли. Въ № 3, напр., нѣкій г. Козицкій-Фидлеръ пропагандируетъ «чудеса гигіенической системы пастуха Шрота». Задача пресловутаго Шротовскаго лѣченія, по словамъ автора, «сводится къ удаленію механическимъ путемъ, посредствомъ пота, дурныхъ, болѣзненныхъ соковъ вашего тѣла, а растительная пища призвана освобождать организмъ отъ прилива такихъ элементовъ мясной пищи, какъ микроорганизмы, кишащіе въ убитыхъ для пищи животныхъ, отъ излишнихъ солей, жировъ и газовъ». Отъ лѣченія этого «проходятъ всѣ признаки серьезныхъ пораженій организма, всѣ эти издающіе зловоніе рты, сочащіяся уши, киснущіе глаза, костоѣды, ревматизмы и другія житейскія прелести, съ которыми обыкновенно врачи не знаютъ, что дѣлать. Здѣсь излѣчиваются самые ужасные грѣхи молодости».—«Ближайшему участнику журнала акад. *И. Р. Тарханову*» не мѣшало-бы указать редакціи на такія безграмотныя изліянія своихъ нынѣшнихъ соратниковъ, если онъ уже не считаетъ нужнымъ умѣрять ихъ восторженность передъ различными видами знахарства.

898. За послѣднее время врачамъ въ числѣ прочихъ рекламъ разсылается *Бальнеологическій этюдъ надворнаго совѣтника д-ра мед. Стефана фонъ Болемана*», рекламирующій минеральную воду «Сальваторъ». Къ свѣдѣнію разсылающаго рекламы считаемъ не лишнимъ указать, что брошюра эта можетъ послужить только развѣ въ качествѣ юмористическаго матеріала, а ужъ никакъ не для распространенія воды «Сальваторъ». По истинѣ нужно обладать большимъ недомысліемъ, а также неуваженіемъ къ русскимъ врачамъ, чтобы разсчитывать побудить ихъ къ примѣненію названной воды такими перлами русской стилистики: «Превосходно черпанная вода совершенно прозрачна и не даетъ никакого осадка при долгомъ стояніи даже, обладаетъ пріятнымъ кисловатымъ вкусомъ и можно пить ее въ большихъ количествахъ безъ всякаго разстройства желудка». «Возбуждающее дѣятельность почекъ вліяніе Сальватора оказалось весьма полезнымъ въ цѣломъ рядѣ заболѣваній, при которыхъ отдѣленіе мочи уменьшается въ угрожающій способъ». Къ брошюркѣ приложены «свидѣтельства медицинскихъ авторитетовъ въ Россіи». Изъ числа этихъ авторитетовъ проф. *Карлъ Рейгеръ* (покойный *К. К. Рейеръ? Ред.*) выражается такъ: Я употребляю ее уже съ 3 хъ лѣтъ. Увлекаетъ меня главнымъ образомъ то, что въ ея составъ литій входитъ. Больные ее охотно пьютъ для ея пріятнаго вкуса». «Московскій проф. *Т. фонъ Гутенбергеръ*» «съ отличнымъ успѣхомъ примѣнялъ воду съ одного года въ хроническихъ воспаленіяхъ почекъ, въ альбинуріи, передъ и послѣ эклямптическихъ припадковъ».

899. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (30 апрѣля), Петербургская городская санитарная Коммиссія представила въ Думу 2 новыхъ обязательныхъ постановленія, *касающихся изготовленія и торговли мороженымъ и квасомъ*. Кромѣ общихъ правилъ возможной чистоты при приготовленіи кваса и мороженаго, эти постановленія запрещаютъ употреблять старыя пробки и сухари-объѣдки при квасовареніи. На улицахъ мороженое должно продаваться не на листочкахъ, а въ бумажныхъ коробочкахъ.

900. Русское правительство рѣшило принять оффиціальное участіе въ устраиваемой осенью текущаго года въ Парижѣ *Международной выставкѣ по гигіэнѣ, спасанію на сушѣ и на водѣ, спорту, медицинѣ и помощи раненымъ*.

901. Мы слышали, что *директоромъ Института Pasteur'а въ Парижѣ* и замѣстителемъ *Duclaux* будетъ д-ръ *Roux*, а помощникомъ директора *И. И. Мечниковъ* или *Calmette*.

902. По примѣру прежнихъ лѣтъ, и нынѣшней осенью (съ 3 до 15 сентября) д-ръ *Carrion de la Carrière* устраиваетъ *врачебную поѣздку для ознакомленія съ французскими минеральными водами*. Руководителемъ поѣздки будетъ проф. *Landouzy*; посѣщены будутъ курорты и бальнеологическія станціи центра Франціи (Vichy, Bourboule, Royat Gougner и др.). Участниками поѣздки могутъ быть и иностранные врачи. О подробностяхъ слѣдуетъ справляться у учредителя поѣздки (Paris, rue Lincoln, 2).

903. Въ текущемъ учебномъ году въ Швейцаріи 5 женщинъ-врачей *занимали оффиціальныя мѣста ассистентовъ и лаборантовъ* въ клиникахъ и лабораторіяхъ медицинскаго факультета («Medicinische Blätter», № 18).

904. Въ Германіи основанъ *новый медицинскій* ежемѣсячный *журналъ*, спеціально посвященный физическому направленію въ медицинѣ и радіологіи подъ названіемъ «*Physikalisch-medicinische Monatshefte*». Редакторами состоятъ ч. пр. *H. Kraft* (Strassburg) и д-ръ *B. Wiesener* (Aschafenburg). Подписная цѣна—24 марки за годъ.

905. *Лезвіе ножа въ мозгу въ теченіи 20 лѣтъ*. «American Medicine» (16 апрѣля) передаетъ, что въ New-Hawen'ѣ, штатъ Connecticut, однимъ врачемъ извлеченъ у 57-лѣтняго негра кусокъ ножа, 20 лѣтъ просидѣвшій въ черепной крышкѣ, на 1 дюймъ выдаваясь въ мозгъ. Поврежденіе получено было въ дракѣ, и пластинка ножа только по истеченіи 20 лѣтъ начала вызывать судороги.

906. *Медицинскій персоналъ Тибетской экспедиціи* состоитъ изъ 16 врачей и 31 фельдшера (assistant-surgeons and hospital assistants), съ большимъ числомъ санитаровъ. Снабженіе—обычное для полевыхъ госпиталей. Особое вниманіе обращено на транспортировочныя средства, которыми отрядъ снабженъ очень обильно, отъ обыкновенныхъ носилокъ до верховыхъ («The British Medical Journal», 7 мая).

907. Въ Decatur'ѣ, штатъ Illinois, скрылся отъ преслѣдованія судебной власти д-ръ *Benjamin F. Slusher, обвиняемый въ производствѣ преступнаго выкидыша*, имѣвшемъ слѣдствіемъ смерть женщины. За поимку его назначена губернаторомъ награда въ 200 долларовъ («The Journal of the American Medical Association», 23 апрѣля).

908. Любопытную таблицу *смертности отъ бугорчатки легкихъ и отъ фибринозной пнеймоніи* за послѣдній «пнеймоній-ный сезонъ» (съ 1 ноября 1903 г. по 16 апрѣля 1904 г.) въ New-York'ѣ и Chicago приводитъ «The Journal of the American Medical Association» (23 апрѣля):

| | New-York | Chicago |
|---|---|---|
| всего умерли отъ всѣхъ причинъ . . . | 36831 | 13586 |
| умерли отъ чахотки . . . . . . . . . . | 4128 | 1423 |
| » » пнеймоніи . . . . . . . . . | 7769 | 2968. |

Такимъ образомъ на чахотку падаетъ 11,2% смертности въ New-York'ѣ и 10,4% въ Chicago, а на пнеймонію 21,1% и 21,8%.

909. Въ Америкѣ, по статистикѣ *Thondike*'а, давно уже все болѣе и болѣе падаетъ *число дѣтей въ семьяхъ мужчинъ съ высшимъ образованіемъ*. Авторъ этотъ приводитъ слѣдующія цифры для отдѣльныхъ десятилѣтій:

| | |
|---|---|
| 1800—1810 гг. | 5,6 дѣтей |
| 1810—1820 » | 4,8 » |
| 1820—1830 » | 4,1 » |
| 1830—1840 » | 3,9 » |
| 1840—1850 » | 3,4 » |
| 1850—1860 » | 2,9 » |
| 1860—1870 » | 2,8 » |
| 1870—1880 » | 2 » |

(«Journal médical de Bruxelles», 5 мая).

910. Въ Парижѣ *на дняхъ погребенъ* бар. *D'Ornellas*, д-ръ медицины факультетовъ Парижскаго и Опортскаго, бывшій полномочный министръ Португаліи, родившійся на Мадейрѣ, а врачебную степень получившій въ Парижѣ въ 1854 г.

911. «Арміей спасенія» устроена въ New-York'ѣ *больница для алкоголиковъ*, предназначенная для бѣднѣйшихъ классовъ («The Journal of the American Medical Association», 23 апрѣля).

912. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 7 мая). Въ Индіи за недѣли по 26 марта и 2 апрѣля умерли отъ чумы 39975 и 46320 чел. Послѣдняя цифра—наибольшая изъ всѣхъ отмѣчавшихся; съ 1896 г. недѣльное число смертей ни разу не превышало 30000, до 3-ей недѣли минувшаго марта, когда оно достигло 40527. За 2 вышеуказанныя недѣли наибольшія цифры смертности дали: городъ Bombay 931 и 1065, Bombay'скій округъ 7176 и 5470, Calcutta 471 и 544, Bengal'скій округъ 4109 и 4810, Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh 8776 и 5470, Punjab 12594 и 19332, Kashmir 540 и 540, Центральныя провинціи 2230 и 1798, Центральная Индія 1605 и 1469. Въ Transvaal'ѣ общая цифра чумныхъ заболѣваній съ начала эпидеміи (20 марта) достигла 158 къ 16-му апрѣля, 160 къ 20-му и 23-му, а смертей 75, 77 и 80; европейцевъ заболѣли 18 и умерли 8. Въ Hong-Kong'ѣ за недѣли по 16, 23 и 30 апрѣля случаевъ заболѣванія было 3, 5 и 25, смерти столько-же. На островѣ св. Маврикія за недѣлю по 21 апрѣля свѣжихъ заболѣваній не было. Появленіе чумы въ Chili оффиціально отвергается.

913. *Верхній Египетъ* объявленъ *неблагополучнымъ по чумѣ*.

914. *Умерли*: 1) 28-го апрѣля, въ Петербургѣ, полицейскій врачъ Нарвской части *Константинъ Николаевичъ Шрамченко* («Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства», 29 апрѣля), родившійся въ 1846 г., а званіе врача получившій въ 1872 г.—2) 28-го апрѣля, въ Москвѣ, главный врачъ Басманной больницы *Петръ Никитичъ Ѳедоровъ* («Русскія Вѣдомости», 29 апрѣля), родившійся въ 1838 г., а званіе врача получившій въ 1860 г.—3) 28-го апрѣля, въ Саратовѣ, *Петръ Петровичъ Залѣскій* («Саратовскій Листокъ», 29 апрѣля), родившійся въ 1859 г., а званіе врача получившій въ 1881 г.—4) 28-го апрѣля, въ Москвѣ, послѣ операціи изсѣченія желудка, *Марья Ѳедоровна Балтага*, по мужу *Савицкая*, родившаяся въ 1854 г., а званіе врача получившая на Петербургскихъ Женскихъ Медицинскихъ Курсахъ въ 1879 г. Почти вся врачебно-педагогическая дѣятельность покойной протекла въ г. Кишиневѣ, гдѣ она состояла при 2-хъ женскихъ гимназіяхъ врачемъ и преподавательницей гигіэны; кромѣ того, около 18 лѣтъ она работала безплатно въ качествѣ ординатора дѣтской больницы, содержимой на средства благотворителей. *М. Ѳ.* пользовалась общими симпатіями; это была преданная своему дѣлу работница, хорошій товарищъ, отзывчивый и добрый человѣкъ (Сообщено *В. К. Вольскимъ*).

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### 2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Нѣмецкіе.

**Aerztliches Vereinsblatt.** №№ 503—513 (августъ—декабрь).

Бытовыя замѣтки, преимущественно мѣстнаго интереса.

### ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Русскіе.

**Практическій Врачъ**, 1 ноября.

1. **Koblanck.** *Прочность результатовъ оперативнаго лѣченія выпаденій матки.* 2. **В. Финкельштейнъ.** *Случай правосторонняго поддіафрагмальнаго внутрибрюшиннаго нарыва травматическаго происхожденія.* 3. **Б. Георгіевскій.** (Продолженіе).

8 ноября.

1. **В. Лисянскій.** *Рѣдкіе случаи грыжъ: а) грыжа слѣпой кишки, б) грыжа съ двойнымъ грыжевымъ мѣшкомъ, в) бугорчатка грыжевого мѣшка.* 2. **В. Георгіевскій.** (Окончаніе статьи о пролежняхъ гортани при интубаціи). 3. **Н. Полянскій.** *Къ казуистикѣ несахарнаго мочеизнуренія въ дѣтскомъ возрастѣ.*

15 ноября.

1. **Е. Сегаловъ.** *Къ вопросу о связи между поліуріей, сахарнымъ мочеизнуреніемъ и Аддисоновой болѣзнью.* (Не окончена). 2. **С. Кофманъ.** *Значеніе современной ортопедіи въ невропатологіи.* (Не окончена). 3. **Н. Смирновъ.** *Случай огромной раны живота у беременной на 6 мѣсяцѣ съ выпаденіемъ внутренностей, окончившійся полнымъ выздоровленіемъ безъ перерыва беременности.* 4. **Т. Гликманъ.** *Случай частичнаго срощенія малыхъ половыхъ губъ.*

22 ноября.

1. **А. Грегори.** *2 случая съуженія влагалища.* (Не окончена). 2. **Е. Сегаловъ.** (Продолженіе). 3. **С. Кофманъ.** (Окончаніе). 4. **М. Кейлинъ.** *Къ казуистикѣ носовыхъ камней.*

29 ноября.

1. **С. Ewald.** *О кишечныхъ опухоляхъ въ лѣвой подвздошной области.* (Не окончена). 2. **Е. Сегаловъ.** (Окончаніе). 3. **А. Грегори.** (Тоже).

6 декабря.

1. **В. Гиляровскій.** *О терапевтическомъ значеніи подкожныхъ вливаній соляного раствора у душевно-больныхъ.* (Не окончена). 2. **С. Ewald.** (Продолженіе). 3. **Л. Гинзбургъ.** *Временная резекція твердаго неба вмѣстѣ съ альвеолярнымъ краемъ верхнихъ челюстей (операція Partsch'а) для удаленія опухоли носоглоточнаго пространства.* По поводу 1 случая.

13 декабря.

1. **И. Вирюковъ.** *Лѣченіе проказы масломъ гинокардіи и антилепрозной сывороткой.* (Не окончена). 2. **С. Ewald.** (Окончаніе). 3. **В. Гиляровскій.** (Продолженіе).

20 декабря.

1. **В. Байковъ.** *2 случая разрыва матки во время родовъ.* 2. **В. Гиляровскій.** (Продолженіе). 3. **И. Вирюковъ.** (Окончаніе).

28 декабря.

1. **С. Топаловъ.** *Къ вопросу о серотерапіи рожи, 4 случая лѣченія сывороткой Marmorek'а.* Выводъ—не за предпочтеніе сыворотки обычнымъ способомъ мѣстнаго лѣченія рожи. 2. **В. Гиляровскій.** (Окончаніе). Въ солевыхъ вливаніяхъ психіатрія, по автору, обладаетъ способомъ, который можетъ оказывать при цѣлесообразномъ выборѣ случаевъ очень хорошія услуги.

#### Нѣмецкіе.

**Centralblatt für Gynäkologie.** 3, 10, 17, 24 и 31 января.

1. **B. S. Schultze.** *Zum Problem der geschlechtsbestimmenden Ursachen.* Къ вопросу объ опредѣленія пола. 2. **O. Küstner.** *Indiziert eine Uterusruptur den Kaiserschnitt bei wieder eintretender Schwangerschaft?* 2 случая кесарскаго сѣченія у перенесшихъ разрывы матки. 3. **J. Pfannenstiel.** *Ueber die Vorzüge der Aethernarkose.* Преимущества общаго обезболиванія эфиромъ. 4. **Kroemer.** *Zur Technik der Aethernarkose an der Frauenklinik zu Giessen.* Техника обезболиванія эфиромъ въ Giessen'ской клиникѣ. 5. **A. Sittner.** *Weitere Fälle von vorgeschrittener Extra-uterin-Gravidität bei lebendem Kinde, behandelt mit Köliotomie.* Еще 16 случаевъ целіотоміи при далеко зашедшей внѣматочной беременности съ живымъ плодомъ. 6. **Krönig.** Полемическая замѣтка по поводу замѣчаній *Kleinwächter*'а въ № 49 журнала за 1902 г. 7. **M. Lange.** *Ein Fall von Endothelioma ovarii.* Случай. 8. **Osterloh.** *Beitrag zur Anwendung des Bossi'schen Dilatatorium.* 2 удачныхъ случая примѣненія расширителя *Bossi*. 9. **W. B. Semmelink.** *Complikation der Schwangerschaft und Geburt mit Mastdarmkrebs.* Осложненіе беременности и родовъ ракомъ прямой кишки. Случай. 10. **W. Zangemeister.** *Ueber instrumentelle Dilatation der Cervix resp. des Muttermundes an der hochschwangeren oder kreissenden Gebärmutter.* Указываетъ на опасность расширителей шейки. 11. **E. Pestalozza.** *Zwei Fälle von Lateralschnitt des Beckens nach Gigli.* 2 случая бокового сѣченія таза по *Gigli*. 12. **E. Wertheim.** *Zur Kenntniss der regionären Lymphdrüsen beim Uteruskarzinom.* О значеніи увеличеній лимфатическихъ железъ при ракахъ матки. 13. **R. Gradenwitz.** *Nachteile der Ventrofixation.* Невыгоды вентрофиксаціи (5 случаевъ). 14. **G. van der Briele.** *Sectio caesarea und Ovariotomie wegen eingekeilten Ovarialtumors.* Двойная операція вызвана была заклинившеюся опухолью яичника. 15. **K. Witthauer.** *Primäre Bauchhöhlengravidität auf einem Netzzipfel.* Первичная брюшная беременность на сальникѣ. 16. **E. Sintenis** (Эстляндія). *Zur Eklampsiebehandlung.* Удачно примѣнилъ въ 1 случаѣ эклампсіи пальцевое расширеніе зѣва въ соединеніи съ кровопусканіемъ и послѣдующимъ вливаніемъ физіологическаго раствора.

7 февраля.

1. **A. Sippel.** *Die Drainage nach Laparotomie.* 2. **Piering.** *Geschichtliche Bemerkung.* Описанный въ 1898 г. д-ромъ *Perlsee* способъ производства преждевременныхъ родовъ и выкидыша—не новъ: идею его далъ еще въ 1866 г. *Giordano*. 3. **O. Weiss.** *Ruptura cervicis centralis anterior sul abortu.* 4. **E. Funke.** *Ein Fall von Prolapsus uteri inversi.* 5. **G. Burckhard.** *Eine Modifikation des Hegar'schen Nadelhalters.*

14 февраля.

1. **O. Piering.** *Ein einfacher Hysterophor und eine Bandage gegen Hängebauch und Prolaps.* 2. **A. Kurrer.** *Zur Technik der Füllung des Kolpeurynter.* 3. **L. Fraenkel.** *Trokar-Kornzange.* 4. **P. Bong.** *Ueber ein modificiertes französisches Dekapitationsinstrument.*

21 февраля.

1. **M. Hofmeier.** *Für die Drainage.* Стоитъ за дренажъ при чревосѣченіяхъ. 2. **H. W. Freund.** *Indiziert eine Uterusruptur den Kaiserschnitt bei wieder eintretender Schwangerschaft?* Показуетъ-ли разрывъ матки кесарское сѣченіе при опять наступившей беременности? 3. **П. І. Милендеръ** (Пенза). *Zur Kasuistik der Verkalkung des Ovariums.* Случай объизвествленія яичника.

28 февраля.

1. **H. Füth.** *Beitrag zur Kasuistik und Aetiologie der Uterusruptur.* 2. **F. Hitschmann** und **O. Lindenthal.** *Ueber die Haftung des Eies an atypischem Orte.* 3. **E. Ferroni.** *Beitrag zum Studium der tubaren Zwillingsschwangerschaften in derselben Tube.* Трубная беременность двойнями.

7 марта.

1. **O. T. Lindenthal.** *Die doppelseitige Unterbindung der A. hypogastrica und ovarica bei inoperablem Uteruskarzinom.* 2. **C. W. Bischoff.** *Zur Frage des Argentumkatarrhs der Neugeborenen.* О «серебряномъ катаррѣ» (отъ *Credé*'вскихъ вкапываній) у новорожденныхъ. 3. **Weisswange.** *Ruptura aortae spontanea. Sectio caesarea in mortua. Lebendes Kind.* Между смертью матери и извлеченіемъ ребенка прошло по меньшей мѣрѣ 19 мин. 4. **G. Wennerström.** *Kolpohysterotomie bei Retroversio uteri gravidi cum incarceratione.* Случай.

14 марта.

1. **L. Knapp.** *Nochmals zur Dilatator-Frage.* 2. **A. Ostrcil.** *Erfahrungen mit dem Dilatatorium von Bossi und Frommer nebst Bemerkungen über einen seltenen Verlauf eines Eklampsiefalles.* 3. **L. Meyer.** *Zur Dilatation nach Bossi.* 4. **G. Beck.** *Zur Anwendung des Dilatators von Bossi.* 5. **A. Calmann.** *Zur Frage der schnellen geburtshilflichen Erweiterung.* 6. **E. Preiss.** *Zur Uterusdilatation.*

21 марта.

1. **C. J. Bucura.** *Ueber den physiologischen Verschluss der Nabelarterien und über das Vorkommen von Längsmuskulatur in den Arterien des weiblichen Genitales.* 2. **K. Reifferscheid.** *Gleichzeitige extra-uterine und intra uterine Schwangerschaft.* 3. **N. Ostermayer.** *Ein Fall von traumatischem, nicht durch Coitus entstandenem Vestibularriss der Vagina.* Разрывъ отъ паденія промежностью на ручку кресла. 4. **J. Kadyi.** *Ein höchst einfacher Perforator.*

28 марта.

1. **Menge.** *Zur Radikaloperation der Nabelbrüche und der epigastrischen und subumbilikalen Hernien der Linea alba.* Къ коренному лѣченію грыжъ пупочныхъ и бѣлой линіи. 2. **L. Meyer.** *Ein Fall von Lateralschnitt durch das Os pubis nach Gigli.* Случай «pubiotomiae». 3. **A. Rieck.** *Eine neue Methode der Prolapsoperation.*

4 апрѣля.

1. **L. Góth.** *Fruchtretention nach Zerreissung der schwangeren Gebärmutter.* Задержка плода послѣ разрыва беременной матки. Случай. 2. **G. Burckhard.** *Zur Narkosenfrage.* 3. **E. Toff.** *Ueber Imprägnierung.*

11 апрѣля.

1. **A. Ostrcil.** *Ein Fall von Fistula cervico-vaginalis, bei welchem der Entstehungsmodus direkt beobachtet wurde.* 2. **Menge.** *Ein neues Pessarium zur Behandlung grosser inoperabler Genitalprolapse.* 3. **L. Góth.** *Tetanie nach einer Perineoplastik.*

18 апрѣля.

1. **F. Ahlfeld.** *Ein Fall von dorso-anteriorer Vorderhauptslage.* 2. **E. Ehrendorfer.** *Zum konservativen vaginalen Kaiserschnitt, ausgeführt wegen unstillbaren Erbrechens in der Schwangerschaft.* 3. **A. Dührssen.** *Ein weiterer Fall von vaginalem*

Digitized by Google

*Kaiserschnitt bei Eclampsia graviditatis*. 4. **W. Zangemeister**. *Ein Dammschutzphantom*.

25 апрѣля.

1. **Jentzer**. *Ein neues Zeichen von mehrfacher Schwangerschaft*. Новый признакъ множественной беременности. 2. **K. Kamann**. *Scheinbare Abdominalgravidität beim Kaninchen nach primärer Uterusruptur*. 3. **H. Grube**. *Ein weiterer Beitrag zur Bekämpfung des Ileus mittels subkutaner Strychnininjektionen*. Въ 3 пріема было впрыснуто за 4 часа 0,01 грм. азотнокислаго стрихнина; исходъ—благопріятный. 4. **A. Foges**. *Zur Technik der Füllung des Kolpeurynters*.

2 мая.

1. **S. Spiegel**. *Ein neues selbsthaltendes Spekulum*. 2. **Ahrens**. *Komplikationen bei Eierstockdermoiden*. Осложненія при дермоидахъ яичника. 3. **M. Strauch**. *Antwort dem Herrn Dr. J. Miländer*. Полемическая замѣтка.

9 мая.

1. **P. Baumm**. *Behandlung der Schädelimpression bei Neugeborenen*. Лѣченіе вдавленій черепа у новорожденныхъ. 2. **Jentzer**. *Zur Anwendung des Bossi'schen Dilatators*. 3. **Schnell**. *Der Nadelhalter von Schultz*.

16 мая.

1. **A. Schücking**. *Zur Physiologie der Befruchtung, Parthenogenese und Entwicklung*. Зоологическія наблюденія въ Неаполѣ. 2. **W. Rosenfeld**. *Ein neues Pessarium*.. Возраженіе на статью *Menge* въ № 15.

23 мая.

1. **H. Füth**. *Beitrag zur Kasuistik der Adenomyome des Uterus*. 2. **J. Bondi**. *Ueber Fermente im Fruchtwasser*. Бродила околоплодной жидкости.

30 мая.

1. **K. Kober**. *Ein Beitrag zur Frage der wahren und vorgetäuschten Extra-uterin-Gravidität*. 2. **K. Reifferscheid**. *Zwei Fälle von wiederholter Tubargravidität*.

6 іюня.

1. **N. Muus**. *Klavikularfrakturen Neugeborener bei Geburt in Schädellage*. Переломы ключицы у новорожденныхъ при родахъ съ черепнымъ предлежаніемъ. 2. **A. Schücking**. *Versenkte circuläre Vaginalligaturen bei Retroflexio Uteri*. 3. **Geyl**. *Exstirpation der schwangeren Gebärmutter einer nahezu 56-jährigen Frau*.

13 іюня.

1. **Р. А. Будбергъ-Веннингаузенъ** (Юрьевъ). *Ueber einige wesentliche Grundsätze bei Dammschutz und Expression*. О защитѣ промежности при родахъ. 2. **W. Foerster**. *Ueber Anesthol—ein neues Narkotikum*.

20 іюня.

1. **Б. И. Фейнбергъ** (Петербургъ). *Die Abhängigkeit der Hyperemesis gravidarum von Hysterie*. 2. **С. А. Александровъ** (Смоленскъ). *Retroflexio-Operation*.

27 іюня.

1. **L. Brauer**. *Ueber Graviditätsikterus*. Случай желтухи у беременной. 2. **A. Glockner**. *Ueber ein fast ausschliesslich aus Schilddrüsengewebe bestehendes Ovarialteratom*. Тератома яичника, состоящая почти исключительно изъ ткани щитовидной железы. 3. **E. Tridondani**. *Ein neuer Kindsperforator*. 4. **Beaucamp**. *Welche Maske ist für die Aethernarkose am empfehlenswertesten?* Предпочитаетъ массу *Wagner-Longard*'а.

4 іюля.

1. **G. W. Maly**. *Beitrag zur Aetiologie des Carcinoma vaginae*. 2. **F. Neugebauer**. *Retroversio uteri und Appendicitis*. 3. **J. Goldenstein**. *Beitrag zur Kasuistik der Cervico-Vaginalfisteln*.

11 іюля.

1. **A. Dienst**. *Eine nach der Küstner'schen Methode operierte geheilte Inversio uteri puerperalis*. 2. **A. Labhardt**. *Zur Henkel'schen Abklemmung der Uterinae bei Postpartum-Blutungen; zugleich ein Beitrag zur Bossi'schen Dilatation*. 3. **G. Zepler**. *Kurze Mitteilung zur mikroskopischen Technik der Schnitte*.

18 іюля.

1. **A. Dienst**. *Ueber Tetania strumipriva einer Schwangeren*. 2. **S. Flatau**. *Ein Fall von wiederholtem Fundalschnitt bei Sectio caesarea*.

25 іюля.

1. **Geyl**. *Gleichzeitige extra-uterine und intra-uterine Gravidität*.

1 августа.

1. **O. O. Fellner**. *Zur normalen Struktur des Syncytiums*. 2. **Schatz**. *Mein Trichterpessar in grossen Nummern gegen Genitalprolaps*. 3. **S. Goldner**. *Hat die Verletzung des Lig. rotund. bei Herniotomien Retrodeviationen des Uterus zur Folge?*

8 августа.

1. **K. Franz**. *Nachteile der Beckenhochlagerung*. Невыгоды приподнятія таза при операціяхъ. 2. **E. G. Orthmann**. *Beitrag zur Kenntniss der Tubenschwangerschaft*. 3. **Н. С. Ивановъ**. *Ein Apparat zur Gewinnung und Ausnutzung sterilen Wassers*.

15 августа.

1. **Schatz**. *Ueber die Abreissungen der Scheide und des muskulösen Beckenbodens als Ursachen von Genitalprolaps*. Отрывы влагалища и мышечнаго дна таза, какъ причина выпаденій 2. **Th. Wenczel**. *Zwei hohe Zangenoperationen*. 3. **K. Jaffé**. *Ein Beitrag zur Behandlung des Ileus mit subkutanen Strychnininjektionen*. Явленія непроходимости кишекъ вслѣдствіе мѣстнаго перитонита послѣ операціи у женщины, 37 л. Спустя 2 сутокъ 2 пріема стрихнина подкожно (по 0,003 грм.) черезъ 2 часа одинъ за другимъ. Выздоровленіе.

22 августа.

1. **L. Pick**. *Zur Frage der Eierstocksveränderungen bei Blasenmole*. Къ вопросу объ измѣненіяхъ яичника при пузырномъ заносѣ. Случай. 2. **W. Rühl**. *Ueber einen Fall von vorderem Uterus-Scheidenschnitt (Hysterotomia vaginalis anterior) infolge hochgradiger Rigidität der Cervix, kompliziert mit einem Riss durch unteres Uterinsegment und Parametrium*.

29 августа.

1. **F. Mainzer**. *Zur Technik vaginaler Operationsmethoden*. 2. **E. Puppel**. *Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den penetrierenden Zerreissungen der weichen Geburtswege intra partum*. 2 случая проникающихъ разрывовъ мягкихъ родовыхъ путей при родахъ.

5 сентября.

1. **C. Schambacher**. *Weiterer Beitrag zur Frage der vorgetäuschten Extrauterin-Gravidität*. О мнимыхъ внѣматочныхъ беременностяхъ. 2. **M. Wegscheider**. *Der Operationstisch nach Dr. Rumpf*.

12 сентября.

1. **R. Freund**. *Eine modifizierte Tarnier'sche Achsenzugzange*. 2. **G. Schickele**. *Der sogenannte weisse Infarkt der Placenta*. 3. **L. Pick**. *Zur Histiogenese des Chorioepithelioms*.

19 сентября.

1. **B. S. Schultze**. *Soll man gleich nach geborenem Kopfe danach tasten, ob die Nabelschnur umschlungen ist?* 2. **F. Hammer**. *Chloroformtod oder akute Urämie?* 3. **W. Zaugemeister**. *Eine Bemerkung über die künstliche Ernährung von Säuglingen*.

26 сентября.

1. **K. G. Lennander**. *Kaiserschnitt und Totalexstirpation des Uterus wegen Myom, ausgeführt im Januar 1894. Heilung*. 2. **F. Michel**. *Ein Ligamentum suspensorium fundale medium nach Ventrifixur*. 3. **W. Zaugemeister**. *Ueber die Behandlung des Scheintodes Neugeborener*.

3 октября.

1. **R. Koenig**. *Eklampsie, enorme Placenta*. Случай (вѣсъ послѣда 1620, при 25—26 стм. въ поперечникѣ и 5,5 толщины). 2. **Windisch-Ödön**. *Vier Fälle von Eklampsie*. 3. **W. P. Richter**. *Ein Beitrag zur Frage des («einfachen») Trichterbeckens*. О воронковидномъ тазѣ.

10 октября.

1. **J. Lovrich**. *Zwei Fälle von Uterusruptur*. 2. **A. Valenta**. *Beitrag zum Kaiserschnitt, sechs Fälle mit günstigem Ausgang*. 3. **G. Burckhard**. *Nochmals über meine Modifikation des Hegar'schen Nadelhalters*.

17 октября.

1. **R. Fellenberg**. *Strumektomie als Notoperation in der Schwangerschaft*. 2. **Gallatia**. *Ein seltener Fall einer Spontanheilung einer Blasen-Cervixfistel, sowie ein Jahr darauf erfolgter Uterusruptur bei neuerlich eingetretener Schwangerschaft. Heilung*. 3. **R. de Seigneux**. *Neue geburtshilfliche Tasche*.

24 октября.

1. **Gottschalk**. *Zur künstlichen Drehung der Frucht bezw. des Rückens bei Schädelgeburten*. 2. **И. И. Өедоровъ** (Варшава). *Ein neues Instrument zur Uterustamponade (Tamponator uteri)*.

31 октября.

1. **J. Krebs**. *Chorioepitheliom und Ovarialtumor*. Случай. 2. **Westphal**. *Ein Fall von radikalem Kaiserschnitt bei Schwangerschaft mit Cervixmyom*. 3. **H. Piwniczka**. *Ein Instrument zur Entfernung inkarzerierter Pessarien*.

7 ноября.

1. **V. Frommer**. *Beitrag zur vaginalen Operation ohne Narkose*. Случай. 2. **J. Jurinka**. *Ueberdehnung der Wand eines graviden Uterus bilocularis*. Тоже.

14 ноября.

1. **E. Meyer**. *Zwei Fälle von gleichzeitiger Extra-und Intrauterin-Gravidität*. 2. **Westphal**. *Ein Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eclampsia gravidarum*.

21 ноября.

1. **A. Sippel**. *Ueber Vagitus uterinus*. 2. **J. Voigt**. *Ueber die Entstehung der intervillösen Räume bei Tubargravidität*. О возникновеніи межворсинчатыхъ пространствъ при трубной беременности.

28 ноября.

1. **M. Plien**. *Zur Behandlung der weiblichen Gonorrhöe mit Hefe*. Къ лѣченію перелоя у женщинъ дрожжами. 2. **Г. И. Томсонъ** (Одесса). *Tampondrainage bei Laparotomien*.

5 декабря.

1. **G. Arndt**. *Ein Fall von Hebotomie*. 2. **R. Uhle**. *Ein Fall von Kaiserschnitt nach Porro*. 3. **M. Nassauer**. *Abortzange*.

12 декабря.

1. **P. Rissmann**. *Eine modifizierte Methode zur Herbeiführung der weiblichen Sterilität, angewandt wegen seltener Erkrankung*. 2. **A. Falkner**. *Zur Frage der epithelialen Hohleräume in Lymphdrüsen*. 3. **Г. И. Томсонъ** (Одесса). *Der plastische Verschluss von Blasen-Scheidenfisteln vermittels der Cervix uteri*.

19 декабря.

1. E. Radtke. *Ueber gynäkologische Folgezustände der Placenta praevia.* 2. M. Stolz. *Ein Spiegel zur Scheiden-Dammnaht.*

26 декабря.

1. F. Ahlfeld. *Eklampsie und vaginaler Kaiserschnitt* (кесарское сѣченіе). 2. N. Flaischlen. *Zur Dauerheilung des Uteruskarzinoms.* 3. C. J. Gauss. *Zur Desinfektion geburtshilflicher Instrumente.* 4. V. Frommer. *Beleuchtung der Scheide und des Beckens bei Köliotomie und Laparotomie.*

**Centralblatt für innere Medizin. 3, 10, 17, 24 и 31 января.**

1. W. Moraczewski. *Ueber das Zusammentreffen von Oxalurie und Indikanurie.* О совпаденіи оксалуріи и индикануріи. На основаніи 493 случаевъ считаетъ это совпаденіе весьма частымъ. 2. A. Kühn. *Nachtrag zu der vorläufigen Mitteilung über «Das Vorkommen von grünen entwicklungsfähigen Pflanzenkeimen im Magen und deren diagnostische Bedeutung».* Дополненіе къ статьѣ, напечатанной въ «Centralblatt» за прошлый годъ, № 28. 3. H. Schlesinger. *Zur Diagnose multipler Darmstenosen.* Къ распознаванію множественныхъ съуженій кишекъ. 4. S. J. Meltzer und G. Langmann. *Zur Frage der Entgiftung von Strychnin.* Къ вопросу объ обезвреживаніи стрихнина (опыты). 5. K. Pichler. *Bemerkungen über «Stauungsblutungen», insbesondere infolge eines epileptischen Anfalles.* О застойныхъ кровотеченіяхъ, особенно при падучей. Случай. 6. A. Jolles. *Klinisches Phosphometer.* Приборъ для клиническаго опредѣленія фосфора въ крови.

7 февраля.

1. L. Ferrannini. *Ueber hereditäre congenitale Herzleiden.* Наслѣдственныя врожденныя страданія сердца.

14 февраля.

1. G. Rosenfeld. *Zur Diagnostik des Sanduhrmagens.* Опредѣлилъ желудокъ въ видѣ песочныхъ часовъ по своему способу (описанъ въ «Centralblatt», 1899 г., № 1 и «Zeitschrift für klinische Medicin», т. 37),—раздуваніе воздухомъ черезъ особый дырчатый зондъ. 2. Th. Christen. *Zur Lehre vom milchigen Ascites.* Замѣтка.

21 февраля.

1. A. Seelig. *Ueber Aetherglykosurie und ihre Beeinflussung durch intravenöse Sauerstoffinfusionen.* Опыты на собакахъ.

28 февраля.

1. C. Binz. *Ueber die Seekrankheit.* Сущность морской болѣзни—вызываемое качкою съуженіе артерій головы и острое малокровіе мозга (отъ него и рвота); поэтому все, что увеличиваетъ поступленіе крови въ названные сосуды, должно оказывать благотворное дѣйствіе (горизонтальное положеніе, хлоралъ, амилнитритъ, бромистый калій, антипиринъ).

7 марта.

1. E. Brissaud und A. Bauer. *Ueber die spinale Metamerie in Bezug auf die Lokalisationen der Amyotrophien.*

14 марта.

1. L. Ferrannini. *Die Kryoscopie des Urins und Ascites bei Erkrankungen der Leber.* Считаетъ, на основаніи своихъ 16 случаевъ, кріоскопію мочи важнымъ пособіемъ при изученіи болѣзней печени.

21 марта.

1. K. Stejskal. *Einige Bemerkungen zu den experimentellen Untersuchungen über die Natur der Kreislaufstörungen im Kollaps bei akuten Infektionskrankheiten von Doz. Dr. Pässler und Dr. Rolly* («Münchener medicinische Wochenschrift», 1902, № 42).

28 марта.

1. A. Meinel. *Ueber das Vorkommen und die Bildung von Urobilin im menschlichen Magen.* Обнаруживаніе и образованіе уробилина въ человѣческомъ желудкѣ. Встрѣчается рѣдко и только при патологическихъ условіяхъ.

4 апрѣля.

1. З. И. Выховскій (Варшава). *Zur Kasuistik der Stauungsblutungen während eines epileptischen Anfalls.* Къ казуистикѣ застойныхъ кровотеченій при падучей.

11 апрѣля.

1. L. Ferrannini. *Ueber ein für das Herz giftiges Serum.* О ядовитой для сердца сывороткѣ.

18 апрѣля.

1. H. Ulrici. *Ueber den Harnstoffgehalt von Transsudaten und Exsudaten.* Содержаніе мочевины въ пропотахъ и выпотахъ. 15 анализовъ.

25 апрѣля.

1. J. Pal. *Zur Pathogenese der akuten transitorischen Amaurose bei Bleikolik, Urämie und Eklampsie.* Считаетъ слѣпоту находящеюся въ связи съ повышеннымъ напряженіемъ сосудовъ.

2 мая.

1. A. Meinel. *Zur Genese der Urobilinurie.*

9 мая.

1. F. Rosenberger. *Beobachtungen bei Behandlung von Phthisikern mit Tuberkulin.*

16 мая.

1. R. Pollatschek. *Ueber Cylindrurie und Albuminurie beim Erysipel.* На 50 случаевъ рожи въ 38% нашелъ признаки пораженія почекъ.

23 и 30 мая.

1. L. ne Ruyter und H. Zeehuisen. *Ueber Schulterмessung bei normalen Personen und über den diagnostischen Werth derselben bei Lähmungen resp. Neurosen der Schulter.* Измѣреніе плечъ у нормальныхъ лицъ и распознавательное значеніе его.

6 іюня.

1. G. Romijn und J. A. Voorthuis. *Quantitative Bestimmung von Formaldehyd in der Luft.* О количественномъ опредѣленіи формальдегида въ воздухѣ.

13 іюня.

1. A. Kühn. *Zur Kenntniss der Pyocyaneussepsis.* Больной, 31 г. Теченіе тифоидное съ гнилостнымъ характеромъ. Изъ крови была получена синегнойная палочка.

20 іюня.

1. J. Pal. *Paroxysmale Hämatoporphyrinurie.* Случай.

27 іюня.

1. M. Heitler. *Experimentelle Studien über Volumveränderungen des Herzens.* Опыты по вопросу объ измѣненіяхъ объема сердца.

4 іюля.

1. E. Wolze. *Zur Hemmung der Hämolyse bei urämischen Zuständen.*

11 іюля.

1. J. Pal. *Venengeräusch an der rechten Lungenspitze, entstanden in der Vena azygos. Paroxysmale Tachykardie.*

18 іюля.

1. О. Э. Гагенъ-Торнъ. *Ueber die Seekrankheit.* О морской болѣзни.

25 іюля.

1. W. Salant. *Weiteres über den Nachweiss von Strychnin im Dickdarminhalte.* Обнаруженіе стрихнина въ содержимомъ толстой кишки.

1 августа.

1. K. Pichler. *Ein Fall von Diabetes insipidus bei Ependymitis diffusa am Boden der Rautengrube.*

8 августа.

1. L. Ferrannini. *Ueber die Eigentümlichkeiten und die Umwandlungen der Gallenfarbstoffe bei den verschiedenen Formen von Ikterus.*

15 августа.

1. Е. Я. Столкиндъ (Москва). *Beitrag zur Kasuistik der gleichzeitigen Erkrankung an Influenza und Abdominaltyphus.* Случай.

22 августа.

1. С. Я. Клейнъ (Варшава). *Lymphocythämie und Lyphomatose.* (Не окончена). 2. M. Thierfelder. *Ueber die Entstehung gewisser Neurosen bei Radfahrern und deren Verhütung durch eine neue hygienische Verbesserung des Fahrrades.* Настаивая на вредѣ толчковъ и сотрясеній передняго колеса для самокатчиковъ, предлагаетъ особыя пружинящія ручки.

29 августа.

1. С. Я. Клейнъ. (Окончаніе).

5 сентября.

1. F. Zeigan. *Eine einfache Methode zur quantitativen Bestimmung der Salizylsäure im Harn.* Простой способъ количественнаго опредѣленія салициловой кислоты въ мочѣ.

12 сентября.

1. P. G. Brondgeest. *Dialysatum digitalis grandiflorae (Golaz). Digitalinum purum germanicum (Merck). Infusum herb. digitalis purpureae nach Versuchen am isolirten Froschherz.* Опыты.

19 сентября.

1. K. Stejskal und E. Axisa. *Ueber Veränderungen der Magensekretion bei einseitiger Nierenexstirpation.* Предварительное сообщеніе (опыты на собакахъ).

26 сентября, 3, 10, 17, 24 и 31 октября, 7 ноября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

14 ноября.

1. R. W. Raudnitz. *Klinische Methode, die Wasserstoffsuperoxydzersetzung durch Blut zu messen.* Клиническій способъ измѣрять разложеніе перекиси водорода кровью.

21 и 28 ноября, 5, 12, 19 и 26 декабря.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

---

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

# Переутомленіе при занятіяхъ письмомъ и музыкой.

Проф. И. В. Заблудовскаго (Berlin).

(Окончаніе. См. № 19, стр. 681).

Что касается подростающаго поколѣнія, то я пришелъ къ оптимистическимъ заключеніямъ относительно возможности у его представителей судорогъ въ тѣсномъ смыслѣ этого слова.

Диктовать начинаютъ уже съ первыхъ классовъ гимназіи. Учителя, заботящіеся о томъ, чтобы приспособиться къ скорости письма учениковъ, къ сожалѣнію, составляютъ исключеніе. Почеркъ учениковъ портится отъ торопливаго письма и становится неразборчивымъ. Учитель надѣется противодѣйствовать этому тѣмъ, что ставитъ дурныя отмѣтки. Хотѣлось-бы думать, что, по мѣрѣ увеличенія диктовокъ при переходѣ изъ класса въ классъ, въ сравнительно недалекомъ будущемъ будутъ вводить и постепенное обученіе стенографіи. Умѣнье стенографировать и фотографировать дастъ возможность закрѣпить въ памяти большой запасъ видѣннаго и слышаннаго съ наименьшей затратой физическихъ и духовныхъ силъ. Такъ какъ при стенографированіи слышанное можно записывать безъ большихъ усилій, то сила руки сберегается для обыкновеннаго письма, къ которому тогда будутъ прибѣгать сравнительно не такъ часто. Для обыкновенныхъ нуждъ вовсе не требуется знать стенографію въ совершенствѣ. Усвоивъ основы ея, можно уже вести запись, хотя и не слово въ слово, и вмѣстѣ съ тѣмъ слѣдить за тѣмъ, что показываютъ. Это должно дать владѣющему стенографіей большое преимущество въ наше время, когда предъявленія сдѣлались необходимой принадлежностью преподаванія не только всѣхъ естественныхъ и техническихъ наукъ, но и всякой другой отрасли человѣческаго знанія.

Не малое значеніе имѣетъ также и пишущая машина. Въ ней мы пріобрѣли могучее средство для предупрежденія переутомленія при писаніи. Она предохраняетъ также отъ перехода легкихъ формъ заболѣванія при занятіи письмомъ въ тяжелыя и представляетъ удобное вспомогательное средство при лѣченіи, когда обычная письменная работа недопустима. При писаніи на машинѣ получается совсѣмъ иная группировка работающихъ мышцъ, чѣмъ при писаніи перомъ; процессъ писанія совершается при участіи бо́льшаго числа дѣйствующихъ силъ. Движенія пальцевъ и вообще рукъ при работѣ на пишущей машинѣ являются, какъ бы, насосными движеніями для кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ, такъ какъ при этомъ ритмически слѣдуютъ другъ за другомъ сокращенія и разслабленія многочисленныхъ мышечныхъ группъ. Эти движенія способствуютъ быстрѣйшему выдѣленію накопляющихся въ тканяхъ продуктовъ мышечной работы и, стало быть, облегчаютъ притокъ свѣжихъ соковъ. Движенія эти похожи на движенія при игрѣ на роялѣ, а при ней настоящихъ судорогъ почти не встрѣчается. Работа на пишущей машинѣ становится нѣкоторымъ образомъ лѣчебной гимнастикой для тѣхъ, кто не занимается этимъ дѣломъ исключительно, какъ профессіей.

У кого боли при письмѣ начались вслѣдствіе нажима рукою, писаніе на машинѣ можетъ служить какъ-бы средствомъ лѣченія, которое можно примѣнять, не вполнѣ ограничивая обычныхъ занятій. Переутомленныя небольшія мышцы пальцевъ могутъ при этомъ долго отдыхать и безпрепятственно подвергаться соотвѣтствующему лѣченію (массажемъ или электричествомъ). Что касается выбора пишущихъ машинъ, то нужно сказать, что въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣло идетъ о чисто механическомъ переписываніи, довольно безразлично, будутъ-ли печатаемыя строки видимы снаружи, или нѣтъ. Машины послѣдней конструкціи имѣютъ иногда преимущество въ большей быстротѣ письма, но онѣ устроены нѣсколько сложнѣе. При писаніи на машинѣ работа правой руки, точнѣе, первыхъ 3-хъ пальцевъ ея, при обыкновенномъ письмѣ направляющихъ перо, больше всего облегчается тѣмъ, что распредѣляется на обѣ руки.

Если-же имѣется дѣло съ тяжелой формой болѣзни, выражающейся въ судорогахъ, въ собственномъ смыслѣ этого слова, то все-таки часто удается (если только болѣзнь не слишкомъ застарѣла) помочь тѣмъ, что при писаніи предплечье будетъ оставаться въ одномъ положеніи очень недолго, не больше 5 секундъ. Руку больного нужно помѣстить не по срединѣ линіи письма и заставлять его писать не такъ, какъ обыкновенно, оставляя предплечье совершенно неподвижнымъ. Лучше при началѣ письма руку и предплечье положить близь праваго края листа и заставлять передвигать ихъ скачками, слѣва направо, параллельно самимъ себѣ: 2—3 слова — движеніе предплечья вправо, еще 2—3 слова—поднятіе руки, чтобы обмокнуть перо въ чернильницу. Эти чередующіяся въ правильномъ порядкѣ активныя движенія большихъ мышцъ руки задерживаютъ появленіе судорожныхъ, непроизвольныхъ движеній. При тяжелыхъ формахъ болѣзни придется прибѣгнуть къ средствамъ и пріемамъ, укрѣпляющимъ мышцы или придающимъ имъ большую опору. Къ этимъ средствамъ принадлежатъ: массажъ всей руки и плеча, а затѣмъ введенная мною въ послѣднее время для такихъ случаевъ шнуровка части пясти и запястья посредствомъ резиновой трубки (см. рис. 2). Этотъ пріемъ не только служитъ для того, чтобы дать сочлененіямъ пальцевъ и руки бо́льшую опору при писаніи, но и значительно измѣняетъ давленіе и быстроту обращенія крови въ опредѣленныхъ мѣстахъ, а равно и поверхностное напряженіе тканей и, стало быть, обусловливаетъ повышенный обмѣнъ веществъ и соотвѣтственно этому повышенное питаніе и новое нервное возбужденіе [1]).

Для шнуровки служитъ резиновая трубка длиною въ 200 стм. и 8 млм. въ діаметрѣ. Концы резиновой трубки закрѣпляются въ деревянномъ зажимѣ.

У тѣхъ, кто можетъ писать еще сравнительно много, я примѣняю, ради бо́льшаго удобства, вмѣсто резиновой трубки, кожанный, приспособленный для шнуровки, плотный наручникъ, охватывающій запястье, пясть и часть предплечья (см. рис. 1). Въ случаяхъ, когда судорога выражается тѣмъ, что послѣ написанія немногихъ строкъ или даже нѣсколькихъ словъ, указательный палецъ сгибается и удаляется такимъ образомъ на нѣсколько стм. отъ своего начальнаго положенія на переднемъ концѣ ручки, я примѣняю зашнуровываніе указательнаго пальца вмѣстѣ съ ручкой. Это дѣлается въ очень удобной для больного формѣ, при чемъ указательный палецъ вмѣстѣ съ ручкою (4-угольной формы во всѣхъ случаяхъ) охватывается двойнымъ резиновымъ кольцомъ въ серединѣ средняго членика пальца. Съ этой цѣлью я пользуюсь краснымъ резиновымъ ленточнымъ кольцомъ окружностью въ 126 млм. со стѣнками въ 7 млм. ширины и въ 1,5 млм. толщины. Смотря по толщинѣ пальца, резиновое кольцо (которое можно имѣть любой величины во всѣхъ магазинахъ резиновыхъ издѣлій) можно взять большее и болѣе толстое, или же меньшее и болѣе тонкое. Ручка вдвигается во вдвое сложенное кольцо, а затѣмъ указательный палецъ просовывается въ кольцо же поверхъ ручки. Это стягиваніе, ограничивающееся однимъ пальцемъ, очень цѣлесообразно при писаніи даже нѣсколькихъ страницъ. Указательный палецъ не можетъ уже отойти назадъ или уклониться въ сторону и остается въ правильномъ положеніи. Во всякомъ случаѣ я стремлюсь на извѣстное время совершенно освободить заболѣвшую руку отъ писанія перомъ, т. е. устранить болѣзнетворную причину; сама собой потому является мысль привлечь къ писанію лѣвую руку. Эта помощь, однако, оказывается дѣйствительной въ теченіи очень короткаго времени. Разъ заболѣла правая рука, то явленіе переутомленія переходитъ путемъ излученія или рефлекса и на лѣвую руку.

Далѣе возникалъ вопросъ—нельзя-ли помочь дѣлу помощью разнообразно устроенныхъ ручекъ? Устройство всѣхъ такихъ ручекъ основывается на томъ, что ручка должна дать рукѣ возможно бо́льшую точку опоры и превратить писаніе въ болѣе грубую работу, позволяющую не примѣнять маленькихъ мышцъ руки и пальцевъ, resp. дающую возможность писать *непривычнымъ до того способомъ*. Этой цѣли я достигъ при помощи 2-хъ устроенныхъ мною ручекъ. Онѣ представляютъ собою нѣкотораго рода протезы. Я обращалъ особое вниманіе на то, чтобы ручки эти были устроены возможно проще безъ винтовъ, безъ скобокъ. Опытъ указываетъ, что всѣ сложно устроенныя ручки скоро портятся въ рукахъ, страдающихъ судорогою. Назначеніе моихъ ручекъ главнымъ образомъ то, что онѣ вовлекаютъ въ работу замѣняющія мышцы, которыя при обыкновенномъ писаніи остаются въ покоѣ. Эти ручки оказываются полезными при скромныхъ требованіяхъ тѣхъ больныхъ, для которыхъ писать инымъ способомъ стало невозможно. Лица, которыя въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ не были уже въ состояніи писать и маленькихъ замѣтокъ,

[1]) Ср. *И. В. Заблудовскій*—Къ лѣченію заболѣваній яичекъ и прилегающихъ къ нимъ частей. «Врачъ», 1902 г., № 43 и *Онъже*.—О значеніи физико-механическихъ пріемовъ лѣченія при заболѣваніяхъ яичекъ и прилегающихъ къ нимъ частей. «В.-Медицинскій Журналъ», 1903 г., № 8.

Digitized by Google

часто получали возможность сразу написать нѣсколько очень четкихъ строкъ, безъ всякихъ дальнѣйшихъ наставленій.

Одна ручка снабжена на границѣ нижней и средней $^1/_3$ якореобразной приставкой (см. рис. 5). Якорь обыкновенно располагается между 2-мъ и 3-мъ пальцами. Но онъ можетъ быть съ такимъ-же успѣхомъ помѣщенъ и между 3-мъ и 4-мъ или 4-мъ и 5-мъ пальцами. Ручку направляютъ сжатой въ кулакъ рукой. Она состоитъ изъ 2-хъ шаровъ, соединенныхъ перекладиной. Въ каждомъ шарѣ имѣется отверстіе, въ которое вставляется короткій, въ 3—4 стм. длиною, карандашъ (см. рис. 6). Шаръ, въ который вставляется карандашъ, охватывается направляющей его рукой такъ, что карандашъ проходитъ между указательнымъ и среднимъ или между среднимъ и безъимяннымъ пальцами. 2-ой шаръ охватывается другой рукой; она должна направлять приборъ слѣва направо, въ направленіи письма (см. рис. 7). 4-угольныя ручки имѣются въ продажѣ у упомянутой фирмы

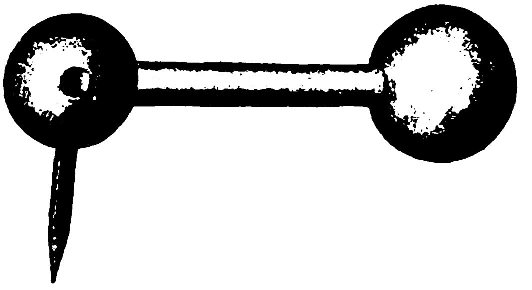
Рис. 5.

Ручка съ якореобразной приставкой направляется сложенной въ кулакъ рукой. Приставка расположена между 2-мъ и 3-мъ пальцами.

При употребленіи этой ручки не только дѣлается возможнымъ освободить отъ писанія первые 3 пальца, но можно даже писать при полной потерѣ первыхъ 3-хъ пальцевъ. Въ такихъ случаяхъ можно направлять ручку послѣдними 2-мя пальцами. Этимъ приборомъ можно пользоваться и для лѣвой руки. Какъ для 4-гранныхъ ручекъ, такъ и для ручекъ съ якореобразными приставками я пользуюсь перьями фирмы S. Röder въ Berlin'ѣ (Марка Maass, Reform-Feder, F). Они отличаются своимъ размѣромъ, упругостью и сравнительной мягкостью.

Въ нѣкоторыхъ тяжелыхъ случаяхъ я имѣлъ дѣло съ когтеобразно-пригнутыми къ ладони пальцами. Въ такихъ случаяхъ нельзя было писать перомъ уже потому, что нельзя было выполнить даже сравнительно грубаго движенія рукой, чтобы обмокнуть, напр., перо въ чернильницу. Для такихъ больныхъ я устроилъ ручку, которой можно было бы направлять карандашъ.

Рис. 6.



Ручка для карандаша, состоящая изъ 2-хъ шаровъ, соединенныхъ поперечнымъ брускомъ ($^1/_2$ естественной величины).

S. Röder, Berlin (продажа въ розницу на Neue Friedrichstrasse, 60). Ручки съ якореобразной приставкой изготовляются инструментальнымъ фабрикантомъ H. Windler—Berlin, а ручки съ шарами—токарнымъ мастеромъ Binder'омъ (Berlin, Johanisstrasse, 13).

Изъ другихъ ручекъ болѣе всего извѣстенъ т. наз. браслетъ *Nussbaum*'а.

Эту ручку приходится держать растопыренными пальцами. Отъ нея больные, однако, скоро отказываются, ибо держать пальцы сильно растопыренными и вытянутыми очень утомительно.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ полезна ручка, устроенная Парижскимъ фабрикантомъ Collin'омъ.

Ручка охватываетъ короткій цилиндръ этого прибора, который легко скользитъ по бумагѣ, благодаря своей гладкой нижней поверхности. Обыкновенная ручка ввинчена въ стальную гильзу вышиной въ нѣсколько стм., прикрѣпленную къ цилиндру такъ, что ее можно легко передвигать.

И такъ, мѣры, посредствомъ которыхъ можно предотвращать и предупреждать переутомленіе при письмѣ, заключаются въ подходящемъ положеніи сидящаго за письмомъ, въ правильной установкѣ его тѣла и руки, въ подходящемъ выборѣ письменныхъ принадлежностей, далѣе въ примѣненіи стенографіи и письма на пишущей машинѣ и наконецъ въ обращеніи особаго вниманія со стороны учителей и наставниковъ на почеркъ учениковъ въ отношеніи его четкости и красоты.

---

Переутомленіе при игрѣ затрогиваетъ сравнительно небольшой кругъ лицъ. На первомъ планѣ здѣсь нужно имѣть въ виду піанистовъ, которыхъ, по видимому, больше всего среди играющихъ.

Рис. 7.

Направленіе ручки для карандаша обѣими руками. Правая рука когтеобразно сведена послѣ апоплексическаго удара.

Digitized by Google

Посмотримъ на руки человѣка, занимающагося музыкой по профессіи. У всѣхъ знаменитыхъ виртуозовъ-скрипачей можно замѣтить, что указательный и средній пальцы лѣвой руки на 1—2 стм. длиннѣе соотвѣтствующихъ пальцевъ правой. У піанистовъ ногтевыя фаланги имѣютъ 4-угольную форму и имѣютъ видъ молоточковъ. Иногда ногтевая фаланга большого пальца плоско приплюснута, коротка и широка—«копытообразна». Можно убѣдиться также, что, чѣмъ моложе былъ человѣкъ въ началѣ своего музыкальнаго образованія, тѣмъ сильнѣе выступаютъ у него измѣненія пальцевъ; кромѣ того, при этомъ вообще сильнѣе развиваются руки.

Нѣтъ ни одного піаниста, которому не пришлось-бы разъ другой испытать страданіе мышцъ, нервовъ и сочлененій. Достаточно, однако, нѣсколькихъ дней цѣлесообразнаго лѣченія, и болѣзненное состояніе исчезаетъ безслѣдно. Это достигается посредствомъ массажа, наложенія изъ отвердѣвающаго или мягкаго бинта давящей повязки и покоя, являющагося слѣдствіемъ послѣдней. Тутъ имѣется дѣло съ острымъ хирургическимъ заболѣваніемъ, которое и лѣчится обыкновенными хирургическими способами. Скрипачи не могутъ избѣжать своеобразнаго колотья, появляющагося въ концахъ пальцевъ лѣвой руки, за исключеніемъ большого, при продолжительной игрѣ октавами или glissando. Это раздраженіе чувствительныхъ нервовъ обыкновенно быстро проходитъ, какъ только устраняется причина заболѣванія—долгія упражненія, или когда во время нихъ надѣвается предохранительный палецъ—палецъ отъ перчатки.

То-же самое можно сказать и о выступѣ, появляющемся на лучевой сторонѣ возвышенія лѣваго мизинца при продолжительныхъ упражненіяхъ его, 4-го пальца при игрѣ этюдовъ для укрѣпленія его и при упражненіяхъ въ большомъ растяженіи, при игрѣ децимами. Упомяну здѣсь только объ упражненіяхъ № 3 и № 14 изъ «Gymnastique du violon» G. Léonard'а. Въ этомъ случаѣ приходится имѣть дѣло съ тетанической судорогой соотвѣтствующей мышечной группы. На правомъ плечѣ появляется выступъ, выражающій тетаническую судорогу части дельдовидной мышцы при продолжительномъ повтореніи смычковыхъ штриховъ detaché, обозначаемыхъ L. S. Meerts'омъ въ его «Technik der Violine», какъ основной смычковый штрихъ. Появленію судороги предшествуетъ ощущеніе сильной усталости, тѣмъ скорѣе, чѣмъ дольше лѣвая рука держитъ скрипку въ горизонтальномъ положеніи, что дѣлается для достиженія тона опредѣленной глубины при соотвѣтствующихъ упражненіяхъ. Если прекратить упражненія, какъ только появится мышечное сокращеніе, судорожный выступъ исчезаетъ въ нѣсколько минутъ. Чѣмъ дольше вообще играетъ скрипачъ, тѣмъ легче появляется у него это мышечное сокращеніе и тѣмъ дольше остается въ рукахъ ненормальное ощущеніе.

Другое дѣло, когда встрѣчаются разстройства, причиной которыхъ служитъ то обстоятельство, что играющій ставитъ себѣ въ теченіи очень долгаго времени задачи, превышающія его силы. Болѣзнь начинается тогда незамѣтно и усиливается медленно и непрерывно; положеніе больного то улучшается, то ухудшается, пока, наконецъ, какое-нибудь незначительное обстоятельство не переполнитъ мѣру и не заставитъ его сразу-же прекратить игру. Въ этихъ случаяхъ хроническаго теченія болѣзни явленія раздраженія, какъ и при писаніи, рѣдко ограничиваются частями тѣла, принимающими непосредственное участіе въ игрѣ, а распространяются на все большее и большее пространство, и не всегда сплошь, что зависитъ отъ большей или меньшей способности къ сопротивленію сосѣднихъ частей тѣла; такъ, напр., онѣмѣніе и боли могутъ ощущаться въ кистяхъ рукъ и плечахъ и оставить незатронутыми локти; расходящіяся боли могутъ достигнуть спины и лопатки.

Какъ только пораженіе получило хроническій характеръ, оно непремѣнно окажетъ свое вліяніе и на общее состояніе. Наступаетъ общая раздражительность, цвѣтъ лица дѣлается блѣднымъ или сѣропепельнымъ, вѣсъ тѣла падаетъ. Больше всего худѣютъ члены, непосредственно принимающіе участіе въ игрѣ. Развиваются страданія, выражающія собой совокупность припадковъ общей нервной слабости, связанной съ заболѣваніемъ нервовъ, завѣдующихъ питаніемъ (обмѣномъ веществъ) и ростомъ частей тѣла, принимающихъ участіе въ игрѣ. Болѣзнь эта постигаетъ музыкантовъ большей частью въ юношескомъ ихъ возрастѣ, въ противуположность пишущимъ. Причину этого можно искать въ чрезмѣрно повышенныхъ требованіяхъ, предъявляемыхъ играющимъ. Нерѣдко приходится видѣть, какъ малорослые или физически еще неразвитые люди бьются цѣлыми днями надъ упражненіями на рояли, надъ этюдами, съ которыми положительно не могутъ справиться. Нервная система ихъ не можетъ также осилить множества чувственныхъ впечатлѣній, вліяющихъ на нихъ механически, при посредствѣ, напр., звуковыхъ волнъ, многочисленныхъ ударовъ, рѣзкихъ толчковъ, направленныхъ на богато снабженныя нервами ладонныя поверхности ногтевыхъ фалангъ пальцевъ. Наконецъ, такія лица подпадаются не малому психическому вліянію со стороны музыкальнаго содержанія пьесъ.

Лѣченіе такихъ больныхъ сводится къ борьбѣ съ частными и общими причинами ихъ болѣзни. Что касается первыхъ, то здѣсь главнѣйшую роль играетъ «методъ», въ особенности сидѣніе, способъ держаться, ударъ; въ отношеніи вторыхъ приходится главнымъ образомъ обращать вниманіе на особенности музыкальныхъ упражненій и пьесъ. Въ то время, какъ въ усовершенствованіи «метода» теперь уже достигнуто многое, и причиненіе вреда, обусловливаемое нецѣлесообразной методикой, встрѣчается все рѣже и рѣже, постоянно растетъ вредъ со стороны музыкальныхъ сочиненій, предъявляющихъ къ играющему до крайностей доведенныя требованія въ исполненіи, значительно превышающія силы человѣка, одареннаго обыкновенными органами и неспособнаго обнаруживать изъ ряда вонъ выходящую музыкальную дѣятельность.

Можно сказать, что современная техника игры на рояли уже превзошла физіологическую работоспособность рукъ.

Въ настоящее время, однако, къ счастью для занимающихся музыкой, появилось сомнѣніе въ непогрѣшимости современнаго устройства роялей, и съ разныхъ сторонъ дѣлаются попытки устроить фортепьяно, болѣе соотвѣтствующее музыкальнымъ способностямъ нормальнаго человѣка. Разрѣшеніе этой задачи встрѣчаетъ затрудненія въ томъ, что устройство новыхъ роялей, сперва, конечно, въ видѣ опыта, требуетъ дов. большихъ денежныхъ затратъ.

Преимущества, представляемыя скрипкой въ томъ отношеніи, что она изготовляется трояких размѣровъ и такимъ образомъ можетъ подойти для любого возраста, я уже пробовалъ примѣнить и къ фортепьяно. Нѣсколько лѣтъ назадъ я предложилъ построить фортепьяно съ меньшей клавіатурой: ширина каждаго клавиша была меньше. Фортепьяно это, названное мной «фортепьяно для юношества», требовало при игрѣ меньшаго раздвиженія пальцевъ [1]).

Венгерецъ Paul Jankó сдѣлалъ еще раньше болѣе смѣлую попытку. Лѣтъ 15 назадъ онъ изобрѣлъ новую клавіатуру и пробовалъ упростить технику игры совершенно своеобразнымъ устройствомъ фортепьяно. Онъ исходилъ изъ того взгляда, что при игрѣ на рояли пальцы располагаются не въ одной, а въ 3-хъ плоскостяхъ и что вслѣдствіе этого движенія всей руки при пассажахъ и аккордахъ могутъ совершаться легче въ вертикальномъ, чѣмъ въ горизонтальномъ направленіи. Онъ построилъ 6 клавіатуръ, расположенныхъ другъ надъ другомъ лѣстницей. Каждыя 2 клавіатуры были соединены другъ съ другомъ такъ, что на каждую клавишу приходилось 2 мѣста для удара, каковыя играющій и могъ использовать въ зависимости отъ того, какое ему было удобнѣе. Хроматическіе пассажи и игра октавами могутъ быть въ такомъ случаѣ легко выполнены въ поразительно быстромъ темпѣ. Клавіатура Jankó по сіе время нашла себѣ лишь ограниченное распространеніе. Трудность распространенія этой клавіатуры въ значительной степени обусловливается тѣмъ, что она требуетъ отъ преподавателя изученія новаго рода техники. Точно также не совсѣмъ еще удалось построить вполнѣ хорошо работающій по этой системѣ концертный механизмъ: ударные рычаги приходятся лишь посрединѣ клавіатуры, какъ разъ противъ струнъ. 3 ударныхъ пластинки, прикрѣпленныхъ одна за другой къ одному рычагу, придаютъ игрѣ нѣкоторую неровность. Точно также въ введенномъ въ новѣйшее время Menzel'евскомъ рычагѣ не достигается въ полной мѣрѣ равномѣрная игра на заднихъ клавишахъ по сравненію съ передними.

Практическое значеніе имѣетъ для развитія техники фортепьяно Virgil'я. Это-беззвучный, но не нѣмой инструментъ, имѣющій цѣлью упражненіе для пальцевъ. Вмѣсто музыкальнаго тона, какъ при ударѣ, такъ и при опусканіи клавишей получается шумъ, похожій на стукъ телеграфнаго снаряда. Сопротивленіе клавишей можетъ быть измѣняемо по желанію. При пользованіи этимъ инструментомъ музыкальная сторона игры отдѣляется отъ технической. Можно при этомъ довольно хорошо набить руку и не испытывать постояннаго раздраженія отъ звуковъ.

Въ послѣднее время нѣкоторое усовершенствованіе въ фортепьяно ввелъ г. Moser, пользующійся въ большей мѣрѣ, чѣмъ это дѣлаютъ обыкновенно, колебательной энергіей гармониче-

[1]) Такого типа фортепьяно были уже выставлены въ теченіи послѣднихъ лѣтъ на различныхъ выставкахъ: въ Breslau—на гигіенической выставкѣ, въ Düsseldorf'ѣ—на промышленной, а также въ другихъ мѣстахъ. (Ср. *И. В. Заблудовскій.* Матеріалы для лѣченія массажемъ. «Врачъ», 1886 г., № 36 и сл.; *Онъ-же.* Болѣзнь піанистовъ и мѣры къ ея предупрежденію. «Врачъ», 1900 г., № 13; *Онъ-же.* Болѣзнь піанистовъ въ хирургической практикѣ. «В.-Медицинскій Журналъ», 1900 г., іюль; *Онъ-же.* О писчей судорогѣ. «Врачъ», 1901 г., № 2 и слѣд. *Онъ-же.* Техника массажа. Петербургъ, 1902 г., изд. Главнаго В.-Медицинскаго Управленія; *Онъ-же.* Zur Therapie des Schreibkrampfes. Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, 75 Versammlung zu Kassel, 1903, Abteilung für Neurologie und Psychiatrie, Leipzig bei F. L. Vogel).

Digitized by Google

ской доски. Онъ усиливаетъ дѣйствіе этого резонатора въ 45 разъ сравнительно съ прежнимъ, придавая всей доскѣ бóльшую однородность тѣмъ, что устраиваетъ ее безъ соединительныхъ реберъ. При большой массѣ и высокой степени упругости доски каждый отдѣльный тонъ звучитъ очень долго, такъ что дѣлается возможной игра legato даже при болѣе кратковременномъ упражненіи и безъ употребленія педали.

Такимъ образомъ средства и пути для борьбы съ частными случаями переутомленія слѣдующіе: ограниченіе выставленія на первый планъ техники игры въ концертномъ залѣ, болѣе гуманное отношеніе композиторовъ, которые должны-бы меньше имѣть въ виду музыкальнаго сверхъчеловѣка и въ отношеніи выполненія отдѣльныхъ мѣстъ музыкальной пьесы, и въ отношеніи длины ея; наконецъ, тщательное приспособленіе учителей музыки къ даннымъ средствамъ играющаго: къ дарованію его, возрасту, общему физическому развитію и анатомическому соотношенію частей рукъ, т. е. длины и ширины пальцевъ и пясти.

Говоря о переутомленіи, нельзя оставить безъ разсмотрѣнія и вопросъ о переутомленіи невольныхъ слушателей музыкальныхъ упражненій. Что фанатики музыкальныхъ упражненій могутъ переутомить слуховые нервы своихъ невольныхъ слушателей вплоть до головного мозга и что такія продолжительныя воздѣйствія могутъ хоть кого сдѣлать нервнымъ,—все это не требуетъ особыхъ разъясненій. Въ этихъ случаяхъ можно только, въ видѣ исключенія, совѣтовать употреблять приборъ, носящій названіе «антифона» и состоящаго изъ шариковъ, вкладываемыхъ въ тотъ и другой наружный слуховой проходъ и защищающихъ уши отъ звуковъ. Антифонъ не даетъ, впрочемъ, совершенной защиты, кромѣ того, у нѣкоторыхъ закрываніе ушей вызываетъ чувство безпокойства. Для услаждающейся музыкой публики будетъ поэтому в. полезно сокращеніе концертной и театральной программы, исполняемой въ одинъ вечеръ. Какъ-бы ни было высоко удовольствіе, доставляемое произведеніями Wagner'а слушателямъ-знатокамъ, все-же нужно считаться и съ тѣмъ, что только немногіе изъ слушателей приходятъ въ театральный или концертный залъ вполнѣ отдохнувшими, а потому только немногіе могутъ вполнѣ свободно осилить напряженіе, необходимое для воспріятія всей массы нервныхъ, слуховыхъ и психическихъ возбужденій.

## LXXXIII. О примѣненіи препаратовъ надпочечниковъ при болѣзняхъ пищевода.

Ч. пр. **Ѳ. Г. Яновскаго** (Кіевъ).

Однимъ изъ наиболѣе выдающихся свойствъ препаратовъ надпочечныхъ железъ является способность ихъ съуживать сосуды. Свойство это съ большимъ постоянствомъ наблюдается какъ при общемъ, такъ и при мѣстномъ ихъ примѣненіи. Объ этомъ впервые сообщилъ *Bates* [1]) около 8 лѣтъ назадъ, а затѣмъ *Velich*, *Darier*, *Dor*, *Königstein*, *Horeck*, *Swain* [2]), *Wilson* [3]), *Moure* и *Brindel* [4]), *Rosenberg*, *П. А. Радцихъ* [5]), *А. Ивановъ* [6]) и многіе др. «При впусканіи вытяжки надпочечниковъ въ глазъ при острой гиперэміи», говоритъ *Swain*, «въ 1 минуту является поблѣднѣніе, ведущее къ полному побѣлѣнію, часто настолько сильному, что оно напоминаетъ блѣдность слизистыхъ оболочекъ покойника». Это могучее мѣстное дѣйствіе, далеко превосходящее, по мнѣнію *Moure*'а и *Brindel*'я, сосудосъуживающее дѣйствіе кокаина, было вскорѣ использовано въ разныхъ направленіяхъ. Сначала *Lermitte*, а потомъ *Bates* [7]) стали примѣнять препараты надпочечниковъ съ большимъ успѣхомъ при кровотеченіяхъ изъ слизистыхъ оболочекъ, доступныхъ непосредственному приложенію средства, и ихъ наблюденія открыли собой цѣлый рядъ сообщеній объ успѣшной остановкѣ кровотеченій какъ изъ наружныхъ частей, такъ и во внутреннихъ органахъ. 2-мъ слѣдствіемъ сосудосъуживающаго дѣйствія адреналина является ограниченіе т. наз. конгестивнаго и воспалительнаго состоянія ткани, съ которой адреналинъ приходитъ въ соприкосновеніе. «При воспалительныхъ заболѣваніяхъ слизистыхъ оболочекъ, говорятъ *Moure* и *Brindel*, смазываніемъ растворами адреналина различной крѣпости—1 на 1000, 1 на 3000 и даже на 5000—немедленно устраняется конгестивное состояніе». *Swain* тоже утверждаетъ, что «въ острыхъ воспалительныхъ процессахъ, а равно и въ нѣкоторыхъ хроническихъ, средство это находитъ самое широкое примѣненіе и оказываетъ в. благотворное дѣйствіе».... «При продолжительномъ примѣненіи его дѣйствіе даже повышается» (ор. с., стр. 918). 3-мъ слѣдствіемъ съуженія сосудовъ, уже болѣе косвеннымъ, представляется болеутоляющее дѣйствіе, какъ результатъ уменьшенія давленія воспалительнаго выпота и гиперэміи на нервы, заложенные въ ткани. Благодаря всему этому, значительная доля той славы, которую успѣли за короткое время пріобрѣсти препараты надпочечниковъ, должна быть отнесена на его сосудосъуживающее дѣйствіе.

Въ виду такихъ успѣшныхъ результатовъ, полученныхъ въ самыхъ разнообразныхъ частяхъ человѣческаго тѣла, мнѣ казалось умѣстнымъ испытать дѣйствіе надпочечниковыхъ препаратовъ при заболѣваніяхъ пищевода, при которыхъ примѣненіе другихъ терапевтическихъ средствъ до сихъ поръ давало такъ мало успѣха. На первомъ планѣ здѣсь стоитъ острый эзофагитъ, который чаще всего приходится встрѣчать при отравленіяхъ ѣдкими веществами. Заболѣваніе это пріобрѣтаетъ для насъ, Кіевлянъ, особый интересъ въ виду большого распространенія этого рода отравленій въ Кіевѣ. Сравнительно большое число больныхъ съ отравленіями вообще, случающимися въ Кіевѣ, поступаютъ въ завѣдуемое мною отдѣленіе Александровской больницы; бóльшая доля отравленій приходится на ѣдкія вещества, какъ то: крѣпкую карболовую кислоту, сѣрную кислоту, нашатырный спиртъ, ѣдкій кали и крѣпкіе растворы сулемы. Всѣ эти вещества съ наибольшей силой поражаютъ пищеводъ и быстро ведутъ къ развитію болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ явленій остраго эзофагита. Не входя въ подробную семіотику процесса, скажу лишь, что на первый планъ выступаютъ здѣсь сильныя боли по ходу пищевода — и самостоятельныя, и особенно при пріемѣ пищи, вслѣдствіе чего больные, не смотря на мучительное чувство жажды, предпочитаютъ лучше отказываться отъ питья, чѣмъ обострять имъ и безъ того жестокія боли. До какой степени доходятъ страданія этихъ несчастныхъ, причиняемыя имъ сочетаніемъ болей, жажды и голода, хорошо извѣстно каждому врачу. Къ сожалѣнію, лѣченіе этихъ эзофагитовъ, даже припадочное, направленное къ облегченію субъективныхъ явленій, оставляетъ до сихъ поръ желать лучшаго. Примѣненіе разнаго рода вяжущихъ остается при этомъ почти безъ успѣха: въ разведеніи, на которое можно было-бы сколько нибудь разсчитывать, средства эти лишь усиливаютъ боли, и больные отказываются принимать ихъ. Изъ мѣстныхъ обезболивающихъ, казалось-бы, можно разсчитывать на кокаинъ, тѣмъ болѣе, что онъ обладаетъ, кромѣ болеутоляющаго, и сосудосъуживающимъ свойствомъ; правда, по *Moure*'у и *Brindel*'ю, «адреналинъ несравненно энергичнѣе съуживаетъ сосуды» и «ретракція припухшей слизистой оболочки отъ адреналина болѣе глубока и продолжительна». Но, примѣняя растворъ кокаина даже въ маломъ количествѣ, нельзя все же пользоваться сколько-нибудь значительной его крѣпостью изъ-за опасеній токсическаго дѣйствія средства, а допустимый въ этомъ смыслѣ растворъ оказывается уже слишкомъ слабо дѣйствующимъ. Препараты красавки даютъ еще менѣе успѣха. Что касается морфія, то на него можно разсчитывать лишь какъ на болеутоляющее, а не на противовоспалительное средство, да и то только при назначеніи его по нѣсколько разъ въ день и въ значительныхъ количествахъ, вѣрнѣе—въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній; послѣднее обстоятельство имѣетъ ту невыгодную сторону, что по самой сущности болѣзни примѣненіе морфія должно затянуться на долгій срокъ, и является опасность привыкнуть къ средству.

Такая малоуспѣшность средствъ, примѣнявшихся до сихъ поръ при острыхъ эзофагитахъ, побудила меня испытать при нихъ препараты надпочечныхъ железъ, столь очевидно обнаружившихъ сосудосъуживающее, противовоспалительное и, въ силу этого, болеутоляющее вліяніе на ткани, непосредственно подвергшіяся ихъ мѣстному дѣйствію. Что касается препаратовъ, то вначалѣ я предпочелъ не ограничиваться однимъ какимъ-либо дѣйствующимъ началомъ надпочечныхъ железъ, такъ какъ, по *Rosenberg*'у, и адреналинъ, и эпинефринъ, и супраренинъ обладаютъ мѣстнымъ сосудосъуживающимъ свойствомъ; поэтому я назначалъ вещество самихъ надпочечныхъ же-

Digitized by Google

Посмотримъ на руки человѣка, занимающагося музыкой по профессіи. У всѣхъ знаменитыхъ виртуозовъ-скрипачей можно замѣтить, что указательный и средній пальцы лѣвой руки на 1—2 стм. длиннѣе соотвѣтствующихъ пальцевъ правой. У піанистовъ ногтевыя фаланги имѣютъ 4-угольную форму и имѣютъ видъ молоточковъ. Иногда ногтевая фаланга большого пальца плоско приплюснута, коротка и широка—«копытообразна». Можно убѣдиться также, что, чѣмъ моложе былъ человѣкъ въ началѣ своего музыкальнаго образованія, тѣмъ сильнѣе выступаютъ у него измѣненія пальцевъ; кромѣ того, при этомъ вообще сильнѣе развиваются руки.

Нѣтъ ни одного піаниста, которому не пришлось-бы разъ другой испытать страданіе мышцъ, нервовъ и сочлененій. Достаточно, однако, нѣсколькихъ дней цѣлесообразнаго лѣченія, и болѣзненное состояніе исчезаетъ безслѣдно. Это достигается посредствомъ массажа, наложенія изъ отвердѣвающаго или мягкаго бинта давящей повязки и покоя, являющагося слѣдствіемъ послѣдней. Тутъ имѣется дѣло съ острымъ хирургическимъ заболѣваніемъ, которое и лѣчится обыкновенными хирургическими способами. Скрипачи не могутъ избѣжать своеобразнаго колотья, появляющагося въ концахъ пальцевъ лѣвой руки, за исключеніемъ большого, при продолжительной игрѣ октавами или glissando. Это раздраженіе чувствительныхъ нервовъ обыкновенно быстро проходитъ, какъ только устраняется причина заболѣванія—долгія упражненія, или когда во время нихъ надѣвается предохранительный палецъ—палецъ отъ перчатки.

То-же самое можно сказать и о выступѣ, появляющемся на лучевой сторонѣ возвышенія лѣваго мизинца при продолжительныхъ упражненіяхъ его, 4-го пальца при игрѣ этюдовъ для укрѣпленія его и при упражненіяхъ въ большомъ растяженіи, при игрѣ дециманъ. Упомяну здѣсь только объ упражненіяхъ № 3 и № 14 изъ «Gymnastique du violon» G. Léonard'а. Въ этомъ случаѣ приходится имѣть дѣло съ тетанической судорогой соотвѣтствующей мышечной группы. На правомъ плечѣ появляется выступъ, выражающій тетаническую судорогу части дельдовидной мышцы при продолжительномъ повтореніи смычковыхъ штриховъ detaché, обозначаемыхъ L. S. Meerts'омъ въ его «Technik der Violine», какъ основной смычковый штрихъ. Появленію судороги предшествуетъ ощущеніе сильной усталости, тѣмъ скорѣе, чѣмъ дольше лѣвая рука держитъ скрипку въ горизонтальномъ положеніи, что дѣлается для достиженія тона опредѣленной глубины при соотвѣтствующихъ упражненіяхъ. Если прекратить упражненія, какъ только появится мышечное сокращеніе, судорожный выступъ исчезаетъ въ нѣсколько минутъ. Чѣмъ дольше вообще играетъ скрипачъ, тѣмъ легче появляется у него это мышечное сокращеніе и тѣмъ дольше остается въ рукахъ ненормальное ощущеніе.

Другое дѣло, когда встрѣчаются разстройства, причиной которыхъ служитъ то обстоятельство, что играющій ставитъ себѣ въ теченіи очень долгаго времени задачи, превышающія его силы. Болѣзнь начинается тогда незамѣтно и усиливается медленно и непрерывно; положеніе больного то улучшается, то ухудшается, пока, наконецъ, какое-нибудь незначительное обстоятельство не переполнитъ мѣру и не заставитъ его сразу-же прекратить игру. Въ этихъ случаяхъ хроническаго теченія болѣзни явленія раздраженія, какъ и при писаніи, рѣдко ограничиваются частями тѣла, принимающими непосредственное участіе въ игрѣ, а распространяются на все большее и большее пространство, и не всегда сплошь, что зависитъ отъ большей или меньшей способности къ сопротивленію сосѣднихъ частей тѣла; такъ, напр., онѣмѣніе и боли могутъ ощущаться въ кистяхъ рукъ и плечахъ и оставить незатронутыми локти; расходящіяся боли могутъ достигнуть спины и лопатки.

Какъ только пораженіе получило хроническій характеръ, оно непремѣнно окажетъ свое вліяніе и на общее состояніе. Наступаетъ общая раздражительность, цвѣтъ лица дѣлается блѣднымъ или сѣропепельнымъ, вѣсъ тѣла падаетъ. Больше всего худѣютъ члены, непосредственно принимающіе участіе въ игрѣ. Развиваются страданія, выражающія собой совокупность припадковъ общей нервной слабости, связанной съ заболѣваніемъ нервовъ, завѣдующихъ питаніемъ (обмѣномъ веществъ) и ростомъ частей тѣла, принимающихъ участіе въ игрѣ. Болѣзнь эта постигаетъ музыкантовъ большей частью въ юношескомъ ихъ возрастѣ, въ противуположность пишущимъ. Причину этого можно искать въ чрезмѣрно повышенныхъ требованіяхъ, предъявляемыхъ играющимъ. Нерѣдко приходится видѣть, какъ малорослые или физически еще неразвитые люди бьются цѣлыми днями надъ упражненіями на рояли, надъ этюдами, съ которыми положительно не могутъ справиться. Нервная система ихъ не можетъ также осилить множества чувственныхъ впечатлѣній, вліяющихъ на нихъ механически, при посредствѣ, напр., звуковыхъ волнъ, многочисленныхъ ударовъ, рѣзкихъ толчковъ, направленныхъ на богато снабженныя нервами ладонныя поверхности ногтевыхъ фалангъ пальцевъ. Наконецъ, такія лица поддаются не малому психическому вліянію со стороны музыкальнаго содержанія пьесъ.

Лѣченіе такихъ больныхъ сводится къ борьбѣ съ частными и общими причинами ихъ болѣзни. Что касается первыхъ, то здѣсь главнѣйшую роль играетъ «методъ», въ особенности сидѣніе, способъ держаться, ударъ; въ отношеніи вторыхъ приходится главнымъ образомъ обращать вниманіе на особенности музыкальныхъ упражненій и пьесъ. Въ то время, какъ въ усовершенствованіи «метода» теперь уже достигнуто многое, и причиненіе вреда, обусловливаемое нецѣлесообразной методикой, встрѣчается все рѣже и рѣже, постоянно растетъ вредъ со стороны музыкальныхъ сочиненій, предъявляющихъ къ играющему до крайностей доведенныя требованія въ исполненіи, значительно превышающія силы человѣка, одареннаго обыкновенными органами и неспособнаго обнаруживать изъ ряда вонъ выходящую музыкальную дѣятельность.

Можно сказать, что современная техника игры на рояли уже превзошла физіологическую работоспособность рукъ.

Въ настоящее время, однако, къ счастью для занимающихся музыкой, появилось сомнѣніе въ непогрѣшимости современнаго устройства роялей, и съ разныхъ сторонъ дѣлаются попытки устроить фортепьяно, болѣе соотвѣтствующее музыкальнымъ способностямъ нормальнаго человѣка. Разрѣшеніе этой задачи встрѣчаетъ затрудненія въ томъ, что устройство новыхъ роялей, сперва, конечно, въ видѣ опыта, требуетъ дов. большихъ денежныхъ затратъ.

Преимущества, представляемыя скрипкой въ томъ отношеніи, что она изготовляется трояких размѣровъ и такимъ образомъ можетъ подойти для любого возраста, я уже пробовалъ примѣнить и къ фортепьяно. Нѣсколько лѣтъ назадъ я предложилъ построить фортепьяно съ меньшей клавіатурой: ширина каждаго клавиша была меньше. Фортепьяно это, названное мной «фортепьяно для юношества», требовало при игрѣ меньшаго раздвиженія пальцевъ [1]).

Венгерецъ Paul Jankó сдѣлалъ еще раньше болѣе смѣлую попытку. Лѣтъ 15 назадъ онъ изобрѣлъ новую клавіатуру и пробовалъ упростить технику игры совершенно своеобразнымъ устройствомъ фортепьяно. Онъ исходилъ изъ того взгляда, что при игрѣ на рояли пальцы располагаются не въ одной, а въ 3-хъ плоскостяхъ и что вслѣдствіе этого движенія всей руки при пассажахъ и аккордахъ могутъ совершаться легче въ вертикальномъ, чѣмъ въ горизонтальномъ направленіи. Онъ построилъ 6 клавіатуръ, расположенныхъ другъ надъ другомъ лѣстницей. Каждыя 2 клавіатуры были соединены другъ съ другомъ такъ, что на каждую клавишу приходилось 2 мѣста для удара, каковыя играющій и могъ использовать въ зависимости отъ того, какое ему было удобнѣе. Хроматическіе пассажи и игра октавами могутъ быть въ такомъ случаѣ легко выполнены въ поразительно быстромъ темпѣ. Клавіатура Jankó по сіе время нашла себѣ лишь ограниченное распространеніе. Трудность распространенія этой клавіатуры въ значительной степени обусловливается тѣмъ, что она требуетъ отъ преподавателя изученія новаго рода техники. Точно также не совсѣмъ еще удалось построить вполнѣ хорошо работающій по этой системѣ концертный механизмъ: ударные рычаги приходятся лишь посрединѣ клавіатуры, какъ разъ противъ струнъ. 3 ударныхъ пластинки, прикрѣпленныхъ одна за другой къ одному рычагу, придаютъ игрѣ нѣкоторую неровность. Точно также въ введенномъ въ новѣйшее время Menzel'евскомъ рычагѣ не достигается въ полной мѣрѣ равномѣрная игра на заднихъ клавишахъ по сравненію съ передними.

Практическое значеніе имѣетъ для развитія техники фортепьяно Virgil'я. Это-беззвучный, но не нѣмой инструментъ, имѣющій цѣлью упражненіе для пальцевъ. Вмѣсто музыкальнаго тона, какъ при ударѣ, такъ и при опусканіи клавишей получается шумъ, похожій на стукъ телеграфнаго снаряда. Сопротивленіе клавишей можетъ быть измѣняемо по желанію. При пользованіи этимъ инструментомъ музыкальная сторона игры отдѣляется отъ технической. Можно при этомъ довольно хорошо набить руку и не испытывать постояннаго раздраженія отъ звуковъ.

Въ послѣднее время нѣкоторое усовершенствованіе въ фортепьяно ввелъ г. Moser, пользующійся въ большей мѣрѣ, чѣмъ это дѣлаютъ обыкновенно, колебательной энергіей гармониче-

[1]) Такого типа фортепьяно были уже выставлены въ теченіи послѣднихъ лѣтъ на различныхъ выставкахъ: въ Breslau—на гигіэнической выставкѣ, въ Düsseldorf'ѣ—на промышленной, а также въ другихъ мѣстахъ. (Ср. *И. В. Заблудовскій.* Матеріалы для лѣченія массажемъ. «Врачъ», 1886 г., № 36 и сл.; *Онъ-же.* Болѣзнь піанистовъ и мѣры къ ея предупрежденію. «Врачъ», 1900 г., № 13; *Онъ-же.* Болѣзнь піанистовъ въ хирургической практикѣ. «В.-Медицинскій Журналъ», 1900 г., іюль; *Онъ-же.* О писчей судорогѣ. «Врачъ», 1901 г., № 2 и слѣд. *Онъ-же.* Техника массажа. Петербургъ, 1902 г., изд. Главнаго В.-Медицинскаго Управленія; *Онъ-же.* Zur Therapie des Schreibkrampfes, Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, 75 Versammlung zu Kassel, 1903, Abteilung für Neurologie und Psychiatrie, Leipzig bei F. L. Vogel).

Digitized by Google

ской доски. Онъ усиливаетъ дѣйствіе этого резонатора въ 45 разъ сравнительно съ прежнимъ, придавая всей доскѣ большую однородность тѣмъ, что устраиваетъ ее безъ соединительныхъ реберъ. При большой массѣ и высокой степени упругости доски каждый отдѣльный тонъ звучитъ очень долго, такъ что дѣлается возможной игра legato даже при болѣе кратковременномъ упражненіи и безъ употребленія педали.

Такимъ образомъ средства и пути для борьбы съ частными случаями переутомленія слѣдующіе: ограниченіе выставленія на первый планъ техники игры въ концертномъ залѣ, болѣе гуманное отношеніе композиторовъ, которые должны-бы меньше имѣть въ виду музыкальнаго сверхъчеловѣка и въ отношеніи выполненія отдѣльныхъ мѣстъ музыкальной пьесы, и въ отношеніи длины ея; наконецъ, тщательное приспособленіе учителей музыки къ даннымъ средствамъ играющаго: къ дарованію его, возрасту, общему физическому развитію и анатомическому соотношенію частей рукъ, т. е. длины и ширины пальцевъ и пясти.

Говоря о переутомленіи, нельзя оставить безъ разсмотрѣнія и вопросъ о переутомленіи невольныхъ слушателей музыкальныхъ упражненій. Что фанатики музыкальныхъ упражненій могутъ переутомить слуховые нервы своихъ невольныхъ слушателей вплоть до головного мозга и что такія продолжительныя воздѣйствія могутъ хоть кого сдѣлать нервнымъ,—все это не требуетъ особыхъ разъясненій. Въ этихъ случаяхъ можно только, въ видѣ исключенія, совѣтовать употреблять приборъ, носящій названіе «антифона» и состоящаго изъ шариковъ, вкладываемыхъ въ тотъ и другой наружный слуховой проходъ и защищающихъ уши отъ звуковъ. Антифонъ не даетъ, впрочемъ, совершенной защиты, кромѣ того, у нѣкоторыхъ закрываніе ушей вызываетъ чувство безпокойства. Для услаждающейся музыкой публики будетъ поэтому в. полезно сокращеніе концертной и театральной программы, исполняемой въ одинъ вечеръ. Какъ-бы ни было высоко удовольствіе, доставляемое произведеніями Wagner'а слушателямъ-знатокамъ, все-же нужно считаться и съ тѣмъ, что только немногіе изъ слушателей приходятъ въ театральный или концертный залъ вполнѣ отдохнувшими, а потому только немногіе могутъ вполнѣ свободно осилить напряженіе, необходимое для воспріятія всей массы нервныхъ, слуховыхъ и психическихъ возбужденій.

---

## LXXXIII. О примѣненіи препаратовъ надпочечниковъ при болѣзняхъ пищевода.

Ч. пр. **Ѳ. Г. Яновскаго** (Кіевъ).

Однимъ изъ наиболѣе выдающихся свойствъ препаратовъ надпочечныхъ железъ является способность ихъ съуживать сосуды. Свойство это съ большимъ постоянствомъ наблюдается какъ при общемъ, такъ и при мѣстномъ ихъ примѣненіи. Объ этомъ впервые сообщилъ *Bates* [1]) около 8 лѣтъ назадъ, а затѣмъ *Velich*, *Darier*, *Dor*, *Königstein*, *Horeck*, *Swain* [2]), *Wilson* [3]), *Moure* и *Brindel* [4]), *Rosenberg*, *П. А. Радцихъ* [5]), *А. Ивановъ* [6]) и многіе др. «При впусканіи вытяжки надпочечниковъ въ глазъ при острой гиперэміи», говоритъ *Swain*, «въ 1 минуту является поблѣднѣніе, ведущее къ полному побѣлѣнію, часто настолько сильному, что оно напоминаетъ блѣдность слизистыхъ оболочекъ покойника». Это могучее мѣстное дѣйствіе, далеко превосходящее, по мнѣнію *Moure*'а и *Brindel*'я, сосудосъуживающее дѣйствіе кокаина, было вскорѣ использовано въ разныхъ направленіяхъ. Сначала *Lermitte*, а потомъ *Bates* [7]) стали примѣнять препараты надпочечниковъ съ большимъ успѣхомъ при кровотеченіяхъ изъ слизистыхъ оболочекъ, доступныхъ непосредственному приложенію средства, и ихъ наблюденія открыли собой цѣлый рядъ сообщеній объ успѣшной остановкѣ кровотеченій какъ изъ наружныхъ частей, такъ и во внутреннихъ органахъ. 2-мъ слѣдствіемъ сосудосъуживающаго дѣйствія адреналина является ограниченіе т. наз. конгестивнаго и воспалительнаго состоянія ткани, съ которой адреналинъ приходитъ въ соприкосновеніе. «При воспалительныхъ заболѣваніяхъ слизистыхъ оболочекъ, говорятъ *Moure* и *Brindel*, смазываніемъ растворами адреналина различной крѣпости—1 на 1000, 1 на 3000 и даже на 5000—немедленно устраняется конгестивное состояніе». *Swain* тоже утверждаетъ, что «въ острыхъ воспалительныхъ процессахъ, а равно и въ нѣкоторыхъ хроническихъ, средство это находитъ самое широкое примѣненіе и оказываетъ в. благотворное дѣйствіе».... «При продолжительномъ примѣненіи его дѣйствіе даже повышается» (ор. с., стр. 918). 3-мъ слѣдствіемъ съуженія сосудовъ, уже болѣе косвеннымъ, представляется болеутоляющее дѣйствіе, какъ результатъ уменьшенія давленія воспалительнаго выпота и гиперэміи на нервы, заложенные въ ткани. Благодаря всему этому, значительная доля той славы, которую успѣли за короткое время пріобрѣсти препараты надпочечниковъ, должна быть отнесена на его сосудосъуживающее дѣйствіе.

Въ виду такихъ успѣшныхъ результатовъ, полученныхъ въ самыхъ разнообразныхъ частяхъ человѣческаго тѣла, мнѣ казалось умѣстнымъ испытать дѣйствіе надпочечниковыхъ препаратовъ при заболѣваніяхъ пищевода, при которыхъ примѣненіе другихъ терапевтическихъ средствъ до сихъ поръ давало такъ мало успѣха. На первомъ планѣ здѣсь стоитъ острый эзофагитъ, который чаще всего приходится встрѣчать при отравленіяхъ ѣдкими веществами. Заболѣваніе это пріобрѣтаетъ для насъ, Кіевлянъ, особый интересъ въ виду большого распространенія этого рода отравленій въ Кіевѣ. Сравнительно большое число больныхъ съ отравленіями вообще, случающимися въ Кіевѣ, поступаютъ въ завѣдуемое мною отдѣленіе Александровской больницы; бо̀льшая доля отравленій приходится на ѣдкія вещества, какъ то: крѣпкую карболовую кислоту, сѣрную кислоту, нашатырный спиртъ, ѣдкій кали и крѣпкіе растворы сулемы. Всѣ эти вещества съ наибольшей силой поражаютъ пищеводъ и быстро ведутъ къ развитію болѣе или менѣе рѣзко выраженныхъ явленій остраго эзофагита. Не входя въ подробную семіотику процесса, скажу лишь, что на первый планъ выступаютъ здѣсь сильныя боли по ходу пищевода—и самостоятельныя, и особенно при пріемѣ пищи, вслѣдствіе чего больные, не смотря на мучительное чувство жажды, предпочитаютъ лучше отказываться отъ питья, чѣмъ обострять имъ и безъ того жестокія боли. До какой степени доходятъ страданія этихъ несчастныхъ, причиняемыя имъ сочетаніемъ болей, жажды и голода, хорошо извѣстно каждому врачу. Къ сожалѣнію, лѣченіе этихъ эзофагитовъ, даже припадочное, направленное къ облегченію субъективныхъ явленій, оставляетъ до сихъ поръ желать лучшаго. Примѣненіе разнаго рода вяжущихъ остается при этомъ почти безъ успѣха: въ разведеніи, на которое можно было-бы сколько нибудь разсчитывать, средства эти лишь усиливаютъ боли, и больные отказываются принимать ихъ. Изъ мѣстныхъ обезболивающихъ, казалось-бы, можно разсчитывать на кокаинъ, тѣмъ болѣе, что онъ обладаетъ, кромѣ болеутоляющаго, и сосудосъуживающимъ свойствомъ; правда, по *Moure*'у и *Brindel*'ю, «адреналинъ несравненно энергичнѣе съуживаетъ сосуды» и «ретракція припухшей слизистой оболочки отъ адреналина болѣе глубока и продолжительна». Но, примѣняя растворъ кокаина даже въ маломъ количествѣ, нельзя все же пользоваться сколько-нибудь значительной его крѣпостью изъ-за опасеній токсическаго дѣйствія средства, а допустимый въ этомъ смыслѣ растворъ оказывается уже слишкомъ слабо дѣйствующимъ. Препараты красавки даютъ еще менѣе успѣха. Что касается морфія, то на него можно разсчитывать лишь какъ на болеутоляющее, а не на противовоспалительное средство, да и то только при назначеніи его по нѣсколько разъ въ день и въ значительныхъ количествахъ, вѣрнѣе—въ видѣ подкожныхъ впрыскиваній; послѣднее обстоятельство имѣетъ ту невыгодную сторону, что по самой сущности болѣзни примѣненіе морфія должно затянуться на долгій срокъ, и является опасность привыкнуть къ средству.

Такая малоуспѣшность средствъ, примѣнявшихся до сихъ поръ при острыхъ эзофагитахъ, побудила меня испытать при нихъ препараты надпочечныхъ железъ, столь очевидно обнаружившихъ сосудосъуживающее, противовоспалительное и, въ силу этого, болеутоляющее вліяніе на ткани, непосредственно подвергшіяся ихъ мѣстному дѣйствію. Что касается препаратовъ, то вначалѣ я предпочелъ не ограничиваться однимъ какимъ-либо дѣйствующимъ началомъ надпочечныхъ железъ, такъ какъ, по *Rosenberg*'у, и адреналинъ, и эпинефринъ, и супраренинъ обладаютъ мѣстнымъ сосудосъуживающимъ свойствомъ; поэтому я назначалъ вещество самихъ надпочечныхъ же-

Digitized by Google

лезъ, высушенныхъ, превращенныхъ въ порошокъ и отжатыхъ въ формѣ таблетокъ, вѣсомъ въ 0,3,—т. наз. «supraгenaden» (я имѣлъ дѣло съ препаратомъ отъ Merk'а). При этомъ я совѣтывалъ больнымъ употреблять ихъ за 5—10 мин. до ѣды и высасывать таблетку до конца, а не искрашивать ее; при такомъ способѣ принять средство внутрь—легче всего, даже при высокихъ степеняхъ дисфагіи, а, кромѣ того, больше используется его мѣстное дѣйствіе на пищеводъ, чѣмъ при пріемѣ сразу, однимъ глоткомъ. Въ послѣднее время я сталъ примѣнять также и адреналинъ Takamine (отъ Parke Davis'а), по 5—10 капель раствора 1:1000, въ чайной ложкѣ воды, тоже за 5—10 мин. предъ каждымъ пріемомъ пищи, и получалъ такіе-же результаты.

Коснувшись принятой мною дозировки того и другого препарата надпочечныхъ железъ, считаю умѣстнымъ привести основанія для нея, извлеченныя изъ наличныхъ литературныхъ данныхъ.

Упомяну прежде всего, что *Batelli* [8]) на основаніи своихъ экспериментальныхъ данныхъ утверждаетъ, что «токсическое дѣйствіе вытяжки надпочечныхъ железъ исключительно или главнымъ образомъ обязано содержанію въ нихъ адреналина». Опыты же съ этимъ послѣднимъ дали *Batelli* и *Taramosio* [9]) у кролика смертельную дозу 0,010 на кило вѣса; доза 0,002 ни разу не оказалась губительной, а 0,004—лишь изрѣдка. По опытамъ *Bouchard*'а и *Claude*'а [10]) «смертельной дозой для кролика при внутривенныхъ вливаніяхъ является средняя между 0,1 млгрм. и 0,2 млгрм. на кило»; что-же касается подкожныхъ впрыскиваній, то «даже при дозѣ 0,5 млгрм. не замѣчается разстройства ни со стороны дыханія, ни со стороны нервной системы». Наконецъ, новѣйшія изслѣдованія *С. Т. Савельева* [11]) показываютъ, что при подкожномъ введеніи животнымъ адреналина смертельная доза равняется 6 млгрм. на кило, дозы-же въ 2—4 млгрм. оказываютъ токсическое, хотя и скоропроходящее, дѣйствіе; но для насъ именно эти дозы и имѣютъ значеніе предѣла, до котораго не слѣдуетъ доходить.

Вычисляя меньшую изъ нихъ примѣнительно къ вѣсу человѣка, напр. къ 60 кило, получимъ для подкожныхъ впрыскиваній адреналина начало токсическихъ явленій при дозѣ въ 0,12, свободна-же отъ нихъ, по видимому, доза въ 0,03; для внутривенныхъ впрыскиваній, которыя, по *Bouchard*'у и *Claud*'у, дѣйствуютъ гораздо сильнѣе подкожныхъ, дозу слѣдуетъ принять много меньшую. Нужно оговориться, что дозы, выведенныя по вѣсу, непозволительно прямо переносить въ дозологію для лѣчебныхъ цѣлей. Кромѣ того, проф. *А. Ѳ. Маньковскій* [12]) еще въ 1898 г. указалъ на непостоянство дѣйствія препаратовъ надпочечниковъ и совѣтовалъ осторожность въ дозировкѣ. Для внутренняго употребленія нужны, понятно, бо́льшія дозы, между прочимъ и потому, что часть дѣйствующихъ началъ по пути изъ кишечника въ общій токъ кровообращеній подвергается въ печени разрушенію [*Langlois*, *Carhot* и *Josserans* [13])]. Какія именно дозы можно принять для терапевтическаго употребленія per os, лучшимъ руководствомъ для сужденія объ этомъ служитъ накопившійся уже практическій опытъ.

Просмотрѣвъ съ этой цѣлью литературу вопроса, я нашелъ здѣсь двоякія данныя, а именно—во 1-хъ, относительно примѣненія самаго вещества надпочечниковъ, а во 2-хъ,—относительно главнаго дѣйствующаго его начала—адреналина. Съ препаратами самихъ железъ никто, судя по литературѣ, не получалъ токсическихъ явленій, по крайней мѣрѣ общаго характера. Порошокъ высушенныхъ надпочечниковъ per se или въ таблеткахъ былъ назначаемъ въ слѣдующихъ дозахъ. *Gray* [14]) давалъ по 0,1—0,2, черезъ 3 часа, а *Floersheim* [15]) по 0,2 3 раза въ день; при носовыхъ кровотеченіяхъ кровоточивыхъ *Thellvall Thomas* [16]) назначалъ по 0,3, черезъ 4 часа, а *D. Mackenzie* [17]) далъ сразу 15 гранъ въ 1 унціи воды. *Soltan Fenwick* [18]) при кровотеченіи изъ язвы желудка давалъ выпить тотчасъ сначала 10 унцій отвара изъ 20 гранъ высушенныхъ надпочечниковъ, а черезъ 2 часа—снову туже дозу. *Peters* [19]) давалъ на ночь чайную ложку 10%-ой вытяжки надпочечниковъ, т. е. около 6 гранъ железы. *Deeks* [20]) при *Addison*'овой болѣзни давалъ 3 раза въ день по 3 грана.

Что касается адреналина, то, какъ и можно было ожидать, съ нимъ получались токсическія явленія при употребленіи даже сравнительно небольшихъ количествъ: такъ, легкія явленія отравленія со стороны нервной системы, а также разстройство сердечной дѣятельности (остановка) и рвота наблюдались какъ при впрыскиваніи, такъ и при употребленіи внутрь дозъ свыше 1 млгрм., а фармакологическое дѣйствіе въ видѣ повышенія артеріальнаго давленія при дозѣ въ 0,5—0,75 млгрм. [21]). *Mossé* отмѣчалъ уже замедленіе пульса при приложеніи къ слизистой оболочкѣ заднепроходнаго отверстія тампона всего съ 6 каплями раствора адреналина 1:1000. Тѣмъ не менѣе *Mac Millan* *Blair* [22]) примѣнилъ съ успѣхомъ тотъ-же растворъ въ количествѣ ½-драхмы (2,0) для клизмы на ночь, а другую такую-же клизму онъ сдѣлалъ на слѣдующій день. *Deckers*'у и *Meessen*'у [23]) удалось въ 2 недѣли излѣчить больную съ *Werlhof*'овой болѣзнью, впрыскивая ей ежедневно по 1 к. стм. того-же раствора.

Такимъ образомъ примѣняющіяся мною дозы—супраренадена по 0,3, а адреналина по 5—10 капель раствора 1:1000, 3—4 раза въ день—являются дозами, отъ которыхъ на основаніи опыта другихъ наблюдателей нельзя было ожидать вредныхъ послѣдствій.

Результатъ лѣченія острыхъ эзофагитовъ препаратами надпочечниковъ получался въ большинствѣ случаевъ несомнѣнно благопріятный; въ различныхъ случаяхъ онъ выраженъ былъ въ различной мѣрѣ въ зависимости, вѣроятно, отъ степени, глубины и свойства измѣненій, произведенныхъ ѣдкимъ веществомъ въ пищеводѣ. Прежде всего благотворное вліяніе этого лѣченія сказывалось на дисфагіи: даже и въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ до того глотать больные вовсе не могли, черезъ 5—10 мин. послѣ пріема лѣкарства они могли уже проглатывать жидкости, правда, первое время съ трудомъ и съ болями; въ тѣхъ-же случаяхъ, гдѣ глотаніе было возможно, но сопровождалось сильными болями, наблюдались уменьшеніе болей и улучшеніе глотанія, такъ что, когда лѣкарство на время отмѣнялось, ради провѣрки его дѣйствія, больные сами требовали его. Какъ долго продолжается дѣйствіе каждой дозы, сказать затрудняюсь, но, по видимому, оно проходитъ не слишкомъ скоро, такъ какъ больные, употребляя это средство всего 3—4 раза въ день, заявляютъ не о кратковременномъ лишь облегченіи, а и о болѣе стойкомъ, длительномъ улучшеніи своего состоянія. Повторное при каждой отдѣльной дозѣ воздѣйствіе на ткани пищевода въ смыслѣ ограниченія воспалительнаго ихъ состоянія не можетъ, очевидно, оставаться безъ болѣе длительнаго и глубокаго вліянія на ходъ воспалительнаго процесса и ведетъ къ стойкому измѣненію его въ благопріятную сторону. Это видно и изъ того, что лѣченіе препаратами надпочечниковъ не только улучшаетъ самочувствіе больныхъ, но и сокращаетъ весь ходъ болѣзненнаго процесса; я могу говорить такъ потому, что сравнивалъ теченіе болѣзни у подвергшихся этому лѣченію съ теченіемъ ея у тѣхъ, у которыхъ я примѣнялъ прежде другіе способы лѣченія.

Относительно частоты пріемовъ препаратовъ надпочечниковъ замѣчу, что при той дозировкѣ, какая приведена выше, возможно и, пожалуй, иногда даже желательно, въ цѣляхъ болѣе длительнаго воздѣйствія на пораженныя ткани пищевода, давать ихъ чаще, чѣмъ я ихъ давалъ при первыхъ своихъ наблюденіяхъ.

Кромѣ пищевода, благопріятное вліяніе надпочечниковыхъ препаратовъ отмѣчалось и на обычномъ спутникѣ токсическаго эзофагита — токсическомъ гастритѣ. Что средство это и въ терапіи желудка должно играть роль, видно изъ блестящихъ успѣховъ, полученныхъ *Soltan*'омъ *Fenwick*'омъ въ нѣсколькихъ случаяхъ при лѣченіи кровотеченій изъ язвы желудка пріемами отвара 20 гр. высушенныхъ надпочечниковъ въ 10 унціяхъ воды съ повтореніемъ такой-же его порціи черезъ 2 часа. *Fenwick*, на основаніи поразительнаго успѣха въ 5 своихъ случаяхъ, рѣшилъ бросить съ той поры всѣ прежніе, какъ онъ выражается, ортодоксальные способы лѣченія кровотеченій изъ язвы желудка. Хотя и въ моихъ случаяхъ вліяніе препаратовъ надпочечниковъ на гастритъ въ общемъ представлялось благопріятнымъ, но оно было выражено гораздо слабѣе вліянія ихъ на пораженіе пищевода; скажу болѣе, въ тѣхъ изъ моихъ случаевъ, гдѣ вліяніе даннаго лѣченія на поправленіе больныхъ выражено было не такъ хорошо, это зависѣло отъ упорства болѣзненныхъ припадковъ именно со стороны желудка, а не пищевода.

Для поясненія сказаннаго о вліяніи препаратовъ надпочечниковъ на припадки и теченіе острыхъ токсическихъ эзофагитовъ, приведу нѣсколько выдержекъ изъ имѣющихся у меня исторій болѣзней, написанныхъ товарищами по отдѣленію, и любезно предоставленныхъ ими въ мое распоряженіе.

1. Ю. Р., 23 л., доставлена въ безсознательномъ состояніи въ 1 часъ ночи съ 15/XI на 16/XI 1903 г. Больная намѣревалась-было выпить ½-стакана жидкой карболовой кислоты, но всего не выпила, такъ какъ окружающіе успѣли отнять стаканъ. Сколь-

Digitized by Google

ко она ея выпила, сказать не можетъ, ибо вскорѣ впала въ безсознательное состояніе. Первая помощь была оказана на дому: было сдѣлано промываніе желудка. Въ больницѣ пришла въ сознаніе. Жалуется на сильную боль по всему пищеводу, усиливающуюся при попыткѣ проглотить воду или молоко. Отплевываетъ много слизистой жидкости. Вокругъ губъ и на подбородкѣ ожоги. Назначенъ растворъ сахарной извести (calcariae saccharatae) и полосканье отваромъ шалфея. 17/xi: Не проглотила ни ложки жидкости изъ-за болей. Не спала. Назначено сосать лепешечки изъ супраренадена, по 4 въ день. 18/xi: Послѣ первыхъ таблетокъ почувствовала такое улучшеніе, что могла пить молоко почти безъ боли. Отъ 19/xi до 21/xi улучшеніе продолжалось, такъ что 21/xi захотѣла выписаться. Черезъ недѣлю явилась вновь, указывая лишь на неудобство при глотаніи.

2. А. М. доставлена 25/viii 1903 г., спустя 2 часа послѣ принятія, по ея словамъ, около ½-стакана крѣпкаго раствора карболовой кислоты. Минутъ черезъ 5 была необильная рвота, а затѣмъ больная потеряла сознаніе; слабые проблески его явились лишь тогда, когда по истеченіи ½-часа ей было сдѣлано промываніе желудка. При поступленіи полное сознаніе; жалуется на головокруженіе, головную боль и тошноту. На губахъ ожоги буроватаго цвѣта, неглубокіе. Вся слизистая оболочка языка и губъ бѣлая; въ зѣвѣ обширные бѣлые-же налеты. Сдѣлано новое промываніе желудка; клизма; внутрь назначенъ растворъ сахарной извести. Говоритъ шепотомъ изъ-за болей во всей глоткѣ. Боль по ходу пищевода и подъ ложечкой; глотать можетъ лишь съ большимъ трудомъ и захлебываясь; отплевываетъ много водянисто-сывороточной жидкости съ примѣсью комковъ бѣлыхъ отторгнутыхъ частичекъ слизистой оболочки. Назначено сосать лепешечки изъ супраренадена, 4 раза въ день. Окончивъ сосать лепешечку до пищи, больная минутъ черезъ 5 замѣтила легкое чувство холода во рту и могла уже глотать жидкость съ гораздо меньшимъ усиліемъ и меньшими болями въ глоткѣ и вдоль пищевода. 27/viii: Налеты въ зѣвѣ меньше: мокроты тоже отплевываетъ меньше. Продолжаетъ принимать супраренаденъ и сама отмѣчаетъ облегченіе глотанія послѣ лепешечки. Говоритъ громко не можетъ. Боль есть, но гораздо меньше вчерашней. 29/viii: Слизистая оболочка рта очистилась. При надавливаніи сбоку и кзади пищевода, а также подложечной области ощущается еще болѣзненность. Послѣ каждаго пріема супраренадена чувствуетъ меньшую боль при глотаніи. Голосъ чище и яснѣе. 1/ix: Можетъ уже говорить громко. Глотаетъ жидкую пищу безъ особыхъ затрудненій. Слизистая оболочка рта еще гиперэмирована; налетовъ не осталось. Болѣзненности при надавливаніи дыхательнаго горла нѣтъ. 2/ix: Выписалась; чувствуетъ себя здоровой.

3. А. Р., 22/xii 1903 г. вечеромъ приняла карболовую кислоту, сколько—осталось неизвѣстнымъ. Приглашенный врачъ «скорой помощи» промывалъ желудокъ, впрыснулъ нѣсколько шприцовъ камфорнаго раствора и поддерживалъ по дорогѣ искуственное дыханіе посредствомъ фарадизаціи. При поступленіи: полное безсознательное состояніе, малый и частый пульсъ, dyspnoë, расширенные зрачки, отсутствіе реакціи на свѣтъ; въ мочѣ реакція на фенолъ. 23/xii: Къ утру больная пришла въ себя и жаловалась на боль въ глоткѣ и въ пищеводѣ, особенно при глотаніи. Назначены супраренаденовыя лепешечки, которыя каждый разъ послѣ высасыванія уменьшали боль и облегчали глотаніе. 24/xii: Боли все еще держатся, но послѣ лепешечекъ больная все-же можетъ глотать. 26/xii: Вмѣсто супраренадена назначенъ адреналинъ въ вышеуказанной дозѣ; дѣйствіе получилось поразительное: больная вскорѣ послѣ пріема перестала жаловаться на боли въ глоткѣ и пищеводѣ и могла свободно ѣсть. Лѣченіе адреналиномъ продолжено. 2/i 1904: Выписалась, чувствуя себя вполнѣ здоровой.

Еще раньше наблюденій надъ эзофагитами я сталъ испытывать дѣйствіе препаратовъ надпочечниковъ, въ видѣ сосанія лепешечекъ изъ супраренадена, при раковомъ съуженіи пищевода. Я исходилъ при этомъ изъ той мысли, что непроходимость при ракѣ пищевода зависитъ не только отъ самой опухоли и сопутствующей ей судороги пищевода, но и отъ воспалительнаго набуханія слизистой оболочки и тканей, покрывающихъ опухоль. Кромѣ прямого вліянія на эти воспалительно-набухшія ткани, отъ препаратовъ надпочечниковъ можно ожидать сосудосъуживающаго дѣйствія и на самую ткань опухоли въ періодѣ ея изъязвленія и распада и въ виду этого надѣяться на временное, по крайней мѣрѣ, уменьшеніе непроходимости пищевода. Результаты испытанія оправдали до нѣкоторой степени это предположеніе: въ 3-хъ случаяхъ съуженія пищевода, въ которыхъ распознаваніе раковаго его происхожденія представлялось, по видимому, внѣ сомнѣнія, получилось улучшеніе глотанія, гораздо больше, чѣмъ отъ примѣненныхъ раньше у тѣхъ-же больныхъ другихъ средствъ; къ сожалѣнію, мои наблюденія относительно этихъ 3-хъ больныхъ ограничиваются временемъ лишь въ 3—4 недѣли, такъ какъ больные эти были пріѣзжіе и дольше задержать ихъ въ Кіевѣ я не могъ, просьбы-же мои о сообщеніи свѣдѣній остались безъ результата, и я не знаю, живы-ли эти больные или умерли и какъ долго держалось у нихъ безспорно достигнутое улучшеніе глотанія и уменьшеніе болей. Я долженъ, впрочемъ, замѣтить, что успѣшность дѣйствія препаратовъ надпочечниковъ при ракѣ пищевода не только не составляетъ правила, какъ это я позволяю себѣ говорить относительно эзофагитовъ, но наблюдается лишь въ меньшинствѣ случаевъ; тѣмъ не менѣе и при такомъ ограниченіи лѣченіе это сохраняетъ несомнѣнное значеніе при этой, столь неблагодарной для терапіи, болѣзни.

Уже послѣ своихъ наблюденій и предъявленія больныхъ товарищамъ, наведя справки въ литературѣ, я нашелъ всего 3 сообщенія по этому вопросу, хотя и они спеціально къ нему прямого отношенія не имѣютъ, а именно—наблюденія *Mahu*[24]) относятся къ раку языка, въ 3 случаяхъ котораго онъ получилъ благопріятный, хотя только паллiативный, результатъ отъ введенія раствора адреналина; такіе-же результаты получилъ и *Robin* въ 7 случаяхъ рака лица и грудной железы; наконецъ, среди описанныхъ *Peters*'омъ[25]) случаевъ имѣется одинъ тоже палліативно-благопріятный случай лѣченія надпочечниками съуженія пищевода, раковый характеръ котораго оставилъ и самъ авторъ подъ сомнѣніемъ, снабдивъ свое распознаваніе вопросительнымъ знакомъ.

Уже при первомъ посѣщеніи больная *Peters*'а сообщила о значительныхъ боляхъ и нарушеніяхъ глотанія, появившихся въ теченіи 3-хъ послѣднихъ мѣсяцевъ. При 2-мъ посѣщеніи, съ котораго и начато лѣченіе надпочечниками, по истеченіи цѣлаго года отъ начала заболѣванія, авторъ не отмѣтилъ никакихъ болѣе рѣзкихъ измѣненій, кромѣ записи, что «больная имѣетъ видъ слабой, но всѣ органы, по видимому, здоровы», между тѣмъ какъ при ракѣ за 15 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни выступили-бы болѣе рѣзкія явленія, а большинство больныхъ къ этому сроку даже и вовсе не доживаютъ.

Подобный случай пришлось встрѣтить и мнѣ.

М., около 60 л., явилась съ жалобами на невозможность глотать твердую пищу; жидкая проходила лишь съ трудомъ. Зондъ провести не удалось. Рѣзкое исхуданіе, малокровіе. Въ виду вѣроятности рака въ пищеводѣ назначено сосать лепешечки изъ надпочечниковъ. Результаты получились весьма благопріятные: больная стала ѣсть даже котлеты и уѣхала изъ Кіева, чувствуя себя поправившейся. Однако, спустя около ½-года пользовавшій ее на мѣстѣ ея жительства товарищъ сообщилъ мнѣ, что у нея вновь наблюдаются припадки полной непроходимости пищевода, чередующіеся съ періодами, когда она можетъ глотать даже и твердую пищу; кромѣ того, у нея появился рядъ нервныхъ припадковъ, заставляющихъ думать, что и начальное съуженіе было не раковаго, а нервнаго происхожденія, какъ и въ случаѣ *Peters*'а.

Такимъ образомъ единственное сообщеніе *Peters*'а относится, по всей вѣроятности, къ съуженію нервнаго происхожденія, а относительно лѣченія надпочечниками собственно рака пищевода, также какъ и эзофагитовъ, мнѣ не удалось до сихъ поръ найти данныхъ въ литературѣ, и я съ интересомъ буду ждать провѣрки другими товарищами полученныхъ мною результатовъ.

**Источники.** 1. *Bates*. «New York Medical Journal», 1896 г., 16 мая.—2. *Swain*, The local use of the aqueous extract of the suprarenal glands of the steep in the nase and throat. Тамъ-же. 1898 г., 24 декабря, стр. 916.—3. *Wilson*. Some observations on the new haemostatic Adrenalin. «Medical Record», 1901, 27 іюля.—4. *Moure et Brindel*. De l'emploi de l'adrenaline en oto-rino-laryngologie. «Revue hebdomodaire de laryngologie», 1901, стр. 52; привожу по «Медицинскому Обозрѣнію», 1902, № 4.—5. *П. А. Радцихъ*. Экстрактъ надпочечниковъ въ рино-ларингологіи. «Медицинское Обозрѣніе», 1902, № 4.—6. *А. Ивановъ*. О вытяжкѣ изъ надпочечныхъ железъ въ терапіи вообще и въ ото-ринологіи въ частности. Тамъ-же, 1902, XII. — 7. *Bates*. The use of the aqueous extract of the suprarenal capsule, as a haemostatic. «Medical Record», 1901, 2 февраля, стр. 197. — 8. *Batelli*. Comparaisons entre les propriétés colorantes, toxiques et modifications de la pression arterielle. «Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie», 1902.—9. *Batelli et Taramosio*. Toxicité de la solution de la substance active des capsules surrénales. Тамъ-же. — 10. *Ch. Bouchard et H. Claude*. Recherches expérimentales sur l'adrenaline. «Comptes rendus hebdomadaire des séances de l'Academie des sciences», 1902. — 11. *С. Т. Савельевъ*. О вліяніи подкожныхъ впрыскиваній на кровь и объ иммунитетѣ къ нему. IX Пироговскій Съѣздъ, 1904, январь, вып. 2.—12. *А. Ѳ. Маньковскій*. Объ оживляющемъ дѣйствіи вытяжки изъ надпочечниковъ при обмираніи во время хлороформнаго наркоза. «Русскій Архивъ бактеріологіи» и пр., 1898 г., стр. 261.—13. См. у *Oppenheim*'а и *Loeper*. La médication surrénale, 1904, стр. 19. — 14. См. тамъ-же, стр. 34. — 15. *Floersheim*. The use of the suprarenal capsule in diseases of

Digitized by Google

the heart. «New-York Medical Journal», 1901, 4 мая.—16. *Thelwall Thomas*. Suprarenal extract as a haemostatic. «British Medical Journal», 1901, 3 ноября, стр. 1527.—17. *Dan Mackenzie*. Suprarenal gland extract in the epistaxis of haemophilia. Тамъ-же, 1901, 27 апрѣля, стр. 1009.—18. *Sollan Fenwick*. Suprarenal extract in gastro-intestinal haemorrhage. Тамъ-же, 1901, 30 ноября, стр. 1590.—19. *Peters*. Four cases in which pain was relived by suprarenal extract. «The Lancet», 1901, 2 марта, стр. 619.—20. *Deecks*. *Addison*'s Disease cured by suprarenal extract. «Medical Record», 1902, 13 сентября, стр. 440. — 21. *Oppenheim* et *Loeper*, op. c., стр. 32.—22. *Mac Millan Blair*. Profuse haemorrhage treated by adrenalin. «British Medical Journal», 1902, 27 сентября, стр. 975.—23. *Oppenheim* et *Loeper*, стр. 51.—24. См. у *Oppenheim*'а и *Loeper*'а, op. c., стр. 49. — 25. *Peters*. «The Lancet», 1901, 2 марта, стр. 619.

---

LXXXIV. Изъ терапевтическаго отдѣленія проф. В. П. Образцова въ городской Александровской больницѣ въ Кіевѣ.

## Случай хроническаго внѣдренія кишекъ.

**Н. И. Клопотовскаго.**

Прежде чѣмъ описывать свой случай хроническаго внѣдренія кишекъ, наблюдавшагося мною въ отдѣленіи глубокоуважаемаго моего учителя проф. *В. П. Образцова*, считаю не лишнимъ, хотя-бы вкоротқѣ, предпослать нѣсколько литературныхъ данныхъ, касающихся этого вопроса.

Подъ названіемъ внѣдренія (invaginatio или intussusceptio) разумѣютъ такое состояніе кишекъ, при которомъ одна часть кишки входитъ въ другую, ближайшую къ ней. Заболѣваніе это вообще чаще встрѣчается у дѣтей. Такъ, по статистикѣ *Leichtenschtern*'а [1]) на 475 случаевъ внѣдренія $^1/_2$ падала на дѣтей въ возрастѣ 1—10 л., а $^1/_4$ въ возрастѣ 3-мѣс.—1 года.

Изъ разнообразныхъ видовъ внѣдренія внѣдреніе подвздошной кишки въ слѣпую и въ ободочную (invaginatio ileo-coecalis и ileo-colica) встрѣчается всего чаще. По статистикѣ *Leichtenschtern*'а, основанной на 479 случаевъ бо́льшая $^1/_2$ (52%) приходилась именно на этотъ видъ внѣдренія, 30% на внѣдреніе подвздошной кишки въ подвздошную-же (invag. iliaca), и только 18% на внѣдреніе ободочной въ ободочную (invag. colica). Проф. *Eiselsberg* [2]) изъ 13 случаевъ внѣдренія, въ которыхъ онъ примѣнялъ оперативное пособіе, въ 10 нашелъ внѣдреніе подвздошной кишки въ слѣпую, въ 2—тонкой кишки въ тонкую же (invag. enterica) и въ 1—слѣпой кишки въ прямую (invag. colico-rectalis), т. е. на долю внѣдреній подвздошной кишки въ слѣпую приходилось 77%. *Max Baur* [3]) изъ Тюбингенской клиники нашелъ изъ 9 случаевъ внѣдреній въ 7, т. е. почти тоже въ 77%, внѣдреніе подвздошной кишки въ слѣпую. По статистикѣ *Rafinesque*'а [4]), основанной на 250 случаевъ, послѣдній видъ внѣдренія встрѣчается въ 60%, внѣдреніе подвздошной кишки въ ободочную въ 10%, тонкихъ кишекъ одна въ другую въ 15% и ободочной въ прямую въ 15%. Такимъ образомъ изъ этихъ немногихъ статистическихъ данныхъ выходитъ, что на долю внѣдреній подвздошной кишки въ слѣпую и подвздошной въ ободочную приходится бо́льшая $^1/_2$ всѣхъ случаевъ внѣдренія. Причины такой частоты внѣдренія въ области слѣпой кишки и именно внѣдренія подвздошной кишки въ ободочную (т. е. когда одна тонкая кишка безъ слѣпой внѣдряется черезъ слѣпое отверстіе въ толстую) нѣкоторые авторы видятъ въ чисто анатомическихъ особенностяхъ этого отдѣла кишечника. Они указываютъ на значительную ширину слѣпой кишки, на болѣе укрѣпленное ея положеніе и меньшую подвижность сравнительно съ подвздошной. Всѣ эти условія имѣютъ своимъ слѣдствіемъ то, что подвздошная кишка, какъ кишка болѣе тонкая и болѣе подвижная, легко можетъ проскользнуть чрезъ подвздошно-слѣпое отверстіе и образовать такимъ образомъ внѣдреніе.

Если-же, наоборотъ, слѣпая и восходящая часть ободочной кишки снабжены длинными брыжейками, то скорѣе развивается внѣдреніе подвздошной кишки въ слѣпую. Вслѣдствіе той-же самой причины, т. е. слабаго укрѣпленія слѣпой и восходящей ободочной кишекъ, какъ это часто бываетъ у дѣтей, у нихъ внѣдреніе подвздошной кишки въ слѣпую встрѣчается чаще, чѣмъ подвздошной въ ободочную.

Не отрицая всѣхъ этихъ причинъ для внѣдренія, *Leichtenschtern* болѣе склоненъ искать объясненіе факту въ слѣдующихъ условіяхъ. Проводя аналогію между жомомъ заднепроходнаго отверстія и мышцей подвздошнаго слѣпого отверстія, онъ говоритъ, что какъ жиленіе задняго прохода, вызванное обильными поносами, бленорреей прямой кишки, трещинами задняго прохода можетъ вызвать выпаденіе прямой кишки, такъ и жиленіе подвздошно-слѣпой кишки, производимое катарромъ, раздражающими веществами, можетъ имѣть существенное значеніе для развитія въ этомъ мѣстѣ нѣкоторыхъ формъ внѣдренія. Въ доказательство своего мнѣнія онъ указываетъ на дѣтей, которыя, отличаясь особой раздражительностью кишечнаго канала, даютъ частые случаи какъ выпаденія прямой кишки, такъ и внѣдренія подвздошной кишки въ слѣпую.

Обращаясь къ этіологіи этого страданія, можно видѣть, что вопросъ этотъ до сихъ поръ нельзя считать окончательно рѣшеннымъ, не смотря на многочисленныя клиническія наблюденія, а также на нѣкоторыя экспериментальныя изслѣдованія. Какъ на предрасполагающія причины, указывали, напр., на разстройства со стороны кишечника, продолжительные поносы, дизентерію или, наоборотъ, упорные запоры. Приводятъ также, какъ этіологическое условіе для образованія внѣдренія, травму живота, ношеніе тяжестей, паденіе съ высоты, прыжки и т. д. Нѣкоторые наблюдали, хотя и рѣдко, образованіе внѣдренія послѣ общихъ заболѣваній—тифа, холеры. Наконецъ, ставили появленіе внѣдренія въ связь съ кишечными полипами, кишечными язвами, главнымъ образомъ бугорчатковаго происхожденія, аппендицитомъ.

Что касается непосредственной причины образованія внѣдренія, то для объясненія ея имѣются 2 теоріи, согласно которымъ внѣдреніе бываетъ паралитическимъ (invag. paralytica) или судорожнымъ (invag. spasmodica). Паралитическое внѣдреніе объясняется тѣмъ, что въ парализованную вслѣдствіе той или другой причины кишку внѣдряется другая, вышележащая и не потерявшая способности къ сокращенію. Такимъ образомъ какъ наружный, такъ и средній цилиндры образуются при этомъ на счетъ парализованной кишки, а внутренній цилиндръ изъ кишки дѣятельной. *Leichtenschtern* не согласенъ, однако, съ такимъ объясненіемъ и говоритъ что, наоборотъ, парализованная часть кишки заворачивается и внѣдряется въ дѣятельную, и эта послѣдняя образуетъ наружный цилиндръ или влагалище. Другая теорія, которой придерживается проф. *Nothnagel* [5]), допускаетъ, что, если гдѣ-нибудь въ извѣстномъ ограниченномъ участкѣ происходитъ энергичное сокращеніе кишки, то этотъ участокъ и даетъ фиксированное мѣсто, откуда образуется внѣдреніе. Ниже лежащій отрѣзокъ кишки вслѣдствіе сокращенія продольныхъ мышцъ надвигается на верхній и образуетъ такимъ образомъ наружный цилиндръ или влагалище. Ростъ внѣдренія происходитъ на счетъ наружнаго цилиндра.

Съ цѣлью доказать судорожное внѣдреніе экспериментально, *Leubuscher* [6]), по предложенію проф. *Nothnagel*'я, произвелъ рядъ опытовъ надъ животными. При раскрытой брюшной полости раздраженіемъ извѣстнаго участка кишки фарадическимъ токомъ *Leubuscher*'у удавалось получать скоро-проходящія внѣдренія. Этотъ изслѣдователь думаетъ, что при закрытой брюшной полости можно было-бы получить стойкое внѣдреніе.

Клиническая картина описываемаго заболѣванія слагается изъ субъективныхъ и объективныхъ признаковъ. Чаще всего при полномъ здоровьѣ, рѣже—послѣ предшествовавшихъ поносовъ, коликъ или травмъ живота у больного внезапно появляется жестокій приступъ болей въ животѣ. Вскорѣ, особенно у дѣтей, и при внѣдреніи въ верхнихъ отдѣлахъ кишечника, присоединяется рвота. Схваткообразныя боли могутъ продолжаться отъ нѣсколькихъ часовъ до нѣсколькихъ дней; на нѣкоторое время боли могутъ стихать, чтобы опять возобновиться съ новой силой; затѣмъ онѣ болѣе или менѣе теряютъ острый характеръ и дѣлаются постоянными. Боли зависятъ отъ тетаническаго сокращенія или въ самомъ внѣдреніи, или въ кишкѣ, лежащей выше его; послѣдовательныя постоянныя боли мо-

Digitized by Google

гутъ обусловливаться какъ прижатіемъ брызжейки, такъ и развивающимся разлитымъ перитонитомъ. Появленіе рвоты нужно считать рефлексомъ со стороны раздраженной брюшины. Возбужденная началомъ внѣдренія перистальтика имѣетъ своимъ результатомъ частое выдѣленіе кишечнаго содержимаго—поносы, частота которыхъ доходитъ до 20—30 разъ въ сутки. Вслѣдствіе прижатія брызжеечныхъ венъ внѣдрившаяся часть кишекъ набухаетъ, что, въ свою очередь, вызываетъ кровянистыя испражненія. Во время послѣднихъ больной испытываетъ особыя натужныя боли, которыя бываютъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ болѣе внѣдренная часть приближается къ прямой кишкѣ.

При объективномъ изслѣдованіи обыкновенно отмѣчаются слѣдующіе признаки. Животъ въ первое время представляется втянутымъ вслѣдствіе рефлекса на брюшныя мышцы. При внѣдреніи подвздошной кишки въ слѣпую правая подвздошная область оказывается уплощенной вслѣдствіе смѣщенія слѣпой кишки (признакъ *Dauce*'а). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдали зіяніе задняго прохода, вызванное параличемъ заднепроходнаго жома. Наиболѣе важнымъ признакомъ является присутствіе опухоли въ животѣ, которую находятъ приблизительно въ $^1/_2$ случаевъ внѣдренія. По *Rafinesque*'у изъ 54 случаевъ опухоль прощупывалась въ 23. Изъ 433 случаевъ, собранныхъ *Leichtenschtern*'омъ, опухоль отмѣчена въ 222. Опухоль эта обыкновенно цилиндрической, колбасовидной формы; длина ея колеблется отъ нѣсколькихъ стм. до 1 почти фута; плотность измѣнчива въ зависимости отъ сокращенія кишки, но никогда опухоль не бываетъ такой твердой, какъ при ракѣ; изъ особенностей опухоли можно указать на то, что ее можно бываетъ смѣщать, если только она не припаяна перитонеальными срощеніями; затѣмъ опухоль временами можетъ или исчезать совсѣмъ, или-же оставаться доступной изслѣдованію только нѣкоторой своей частью. Опухоль чаще встрѣчается при внѣдреніяхъ съ хроническимъ теченіемъ, чѣмъ съ острымъ. При внѣдреніи подвздошной кишки въ слѣпую опухоль рѣдко помѣщается въ правой подвздошной области; чаще ее можно прощупать въ области поперечной ободочной или восходящей ободочной кишки.

Перехожу къ своему случаю. П., 26 л., чернорабочій, поступилъ въ отдѣленіе проф. *В. П. Образцова* въ Александровской городской больницѣ 24/XI 1903 г. Считаетъ себя больнымъ 2 года. Болѣзнь началась остро, сильными, схваткообразными болями въ животѣ, преимущественно въ области лѣваго подреберья; боли ощущались и въ правой и нижней частяхъ живота. Въ это-же время была и рвота, продолжавшаяся недѣлю. Испражненія были частыя, до 20—30 разъ въ сутки, жидкія, съ кровью. Было-ли лихорадочное состояніе, не знаетъ. Такое состояніе продолжалось около 3-хъ недѣль; затѣмъ больной сталъ чувствовать себя немного лучше. Опять стало ему плохо въ мартѣ 1902 г., и онъ поступилъ въ больницу въ г. Немировѣ. Изъ Немирова онъ былъ доставленъ въ Кіевъ для операціи, которой однако не дѣлали. Въ сентябрѣ 1902 г. больной снова лежалъ нѣкоторое время въ Немировской больницѣ, а затѣмъ больше года былъ дома, чувствуя себя день лучше, день хуже. Теперь жалуется на то, что вздувается кишка, идущая поперечно, при чемъ испытываетъ чувство подпиранія и вздутія, сопровождающихся урчаніемъ. Позывъ на ѣду есть. Сердцебіеній и кашля нѣтъ. На низъ жидко, то не ходитъ по нѣскольку дней, то дов. часто слабитъ. Сложеніе среднее, тощъ, блѣденъ. Сердце съ 4-го ребра; правая граница его—правая грудинная линія, лѣвая—на 3 стм. кнутри отъ сосковой линіи. Толчка не прощупывается. Тоны чисты. Печень съ 6-го ребра. Въ легкихъ везикулярное дыханіе. Со стороны органовъ живота въ лежачемъ положеніи больного найдено слѣдующее: печеночная тупость начинается съ нижняго края 6-го ребра, на 7-омъ ребрѣ примѣшивается уже барабанный оттѣнокъ, а на 8-мъ барабанный звукъ дѣлается болѣе высокимъ. Край печени не прощупывается. Ниже пупка на 7 стм. лежитъ петля кишки, толщиною въ 6 стм., обращенная выпуклостью книзу, дающая незначительное урчаніе,—при ощупываніи безболѣзненная; правый конецъ ея теряется въ области правой прямой мышцы живота, не доходя до пупка на 1 стм.; лѣвый конецъ можно ясно прослѣдить до лѣваго подреберья, гдѣ онъ и скрывается; черезъ 5 мин. послѣ изслѣдованія можно было ясно прослѣдить и правый конецъ кишки до правой реберной дуги. Слѣпой кишки въ правой подвздошной области не прощупывается; при изслѣдованіи здѣсь—рѣзкое урчаніе. Въ области тонкихъ кишекъ—сухое урчаніе. По всему животу—низкій барабанный звукъ. Нижняя граница желудка на 8 стм. выше пупка. Селезенка не прощупывается. S-образная кишка толщиною въ $1^1/_2$ пальца, плотная, даетъ урчаніе. Моча кислой реакціи, уд. в. 1014, ничего ненормальнаго не содержитъ. Испражненія жидковаты, съ умѣреннымъ количествомъ слизи, безъ крови; подъ микроскопомъ въ нихъ не найдено ничего особаго.

Больной пролежалъ въ отдѣленіи съ мѣсяцъ, и за это время изслѣдованіе живота давало почти одни и тѣже результаты. Наблюдалась только нѣкоторая измѣнчивость въ положеніи поперечно идущей кишки: одинъ разъ болѣе ясно прощупывалась правая ея $^1/_2$, другой—лѣвая; толщина кишки оставалась приблизительно одинаковая; нѣкоторыя колебанія были замѣчены также въ степени плотности кишки; она казалась то болѣе, то менѣе плотной. Слѣпой кишки не удалось прощупать ни разу; въ тонкихъ постоянно было урчаніе или шумъ плеска.

Останавливаясь нѣсколько подробнѣй на разборѣ случая и на отдѣльныхъ субъективныхъ и объективныхъ припадкахъ, прежде всего приходится отмѣтить, что заболѣваніе началось у больного сразу, остро. Безо всякой причины, о которой больной могъ-бы самъ заявить, у него появились сильныя схваткообразныя боли въ животѣ; вскорѣ къ этому присоединился поносъ со слизью и кровью, до 20—30 разъ въ сутки. Одновременно съ этимъ у больного была цѣлую недѣлю рвота. Послѣ такого остраго періода болѣзни, продолжавшагося недѣли 3, больной почувствовалъ себя нѣсколько лучше, но время отъ времени у него все же появлялись поносы съ болями въ животѣ. Вотъ собственно тѣ немногія жалобы, о которыхъ больной заявлялъ.

Болѣе существенныя данныя для распознаванія были получены при объективномъ изслѣдованіи больного и именно при физическомъ изслѣдованіи брюшной полости. При ощупываніи живота прежде всего можно было убѣдиться въ присутствіи лежащей поперечно, на 7 стм. ниже пупка, дугообразно-искривленной, выпуклостью обращенной внизъ опухоли, цилиндрической формы, толщиной стм. въ 6. При ощупываніи въ опухоли появлялось урчаніе, а при постукиваніи надъ нею получался тупо-барабанный звукъ; слѣд., не оставалось сомнѣнія, что это была кишка и именно поперечно-ободочная. S-образная кишка была толщиною въ $1^1/_2$ пальца, т. е. приблизительно толщины нормальной, но въ $1^1/_2$ тоньше поперечной ободочной кишки. Такое несоотвѣтствіе въ толщинѣ между этими 2-мя отдѣлами кишекъ было подозрительно и заставляло искать ему объясненія. Можно было-бы, пожалуй, подумать о какомъ-либо болѣзненномъ процессѣ, развивающемся въ самой стѣнкѣ поперечной ободочной кишки, напр., о ракѣ или бугорчаткѣ, но противъ этого говорило острое начало и продолжительное теченіе болѣзни. Кромѣ того, при новообразованіи прощупывалась-бы и самая опухоль неровная, бугристая, а между тѣмъ здѣсь мы имѣли подъ руками кишку, правда, вдвое толще обыкновенной, но съ гладкими стѣнками и правильно цилиндрической формы. Мысль о съуженіи ободочной кишки гдѣ-нибудь въ области лѣваго ея изгиба нужно было также оставить въ виду того, что при этомъ былъ-бы расширенъ весь отдѣлъ ободочной кишки, лежащій впереди съуженнаго мѣста, а между тѣмъ здѣсь расширеніе ограничивалось только одной поперечной ободочной кишкой и имѣло рѣзкія, какъ бы обрубленныя границы какъ съ одной, такъ и съ другой стороны. Оставалось предположить, не было-ли здѣсь процесса въ полости самой кишки, т. е. хроническаго внѣдренія. За такое предположеніе говорило и то, что въ правой подвздошной области ни разу не удавалось прощупать слѣпой кишки, а между тѣмъ при несомнѣнномъ съуженіи въ поперечной ободочной кишкѣ, что и наблюдалось у больного, слѣпая кишка должна-бы прощупываться съ гипертрофированными стѣнками. Что касается тонкихъ кишекъ, то въ нихъ каждый разъ получалось при ощупываніи, соединенномъ съ выстукиваніемъ, урчаніе или шумъ плеска. Явленіе это, которое мнѣ приходилось наблюдать и раньше при тѣхъ или иныхъ формахъ хронической кишечной непроходимости, указываетъ въ такихъ случаяхъ на явленія энтерита. Проф. *В. П. Образцовъ* [7]) въ своей работѣ «Къ общей симптоматологіи энтеритовъ и колитовъ» приводитъ этотъ признакъ, какъ наиболѣе важный при энтеритахъ, и объясняетъ его тѣмъ, что вслѣдствіе усиленія бродильныхъ процессовъ съ образованіемъ газовъ происходитъ также усиленная дѣятельность кишечныхъ железъ и обильное выдѣленіе жидкости въ полость тонкихъ кишекъ. Принимая во вниманіе всѣ эти данныя, полученныя главнымъ образомъ путемъ физическаго изслѣдованія кишечника, можно было не только сказать, что здѣсь имѣлось дѣло съ внѣдреніемъ, но даже опредѣлить

Digitized by Google

мѣсто его, т. е. распознать внѣдреніе подвздошной кишки въ слѣпую.

28/xii 1903 г. больной былъ переведенъ въ хирургическое отдѣленіе, а 31/xii ему было сдѣлано *Е. Г. Черняховскимъ* чревосѣченіе. При операціи сдѣланное распознаваніе вполнѣ подтвердилось. Расправить кишку изъ-за образовавшихся дов. плотныхъ срощеній между сывороточными покровами толстой кишки и приводящимъ концомъ подвздошной не удалось. Поэтому сдѣлано было изсѣченіе толстой кишки съ частью тонкой, а приводящій конецъ подвздошной кишки былъ вшитъ въ нисходящую часть ободочной.

Вырѣзанная часть кишки представляла собой дов. плотный цилиндръ, около 40 стм. длиной и около 25 стм. въ окружности. Весь этотъ цилиндръ состоялъ изъ 3-хъ кишечныхъ трубокъ, вложенныхъ одна въ другую. Наружная кишка, покрытая брюшиной, на сторонѣ приводящаго конца заворачивалась по всей своей окружности внутрь и образовывала такимъ образомъ средній цилиндръ. Соприкасавшіяся другъ съ другомъ стѣнки обоихъ цилиндровъ, наружнаго и средняго, одѣты были слизистой оболочкой и на всемъ своемъ протяженіи не были срощены между собой. На сторонѣ отводящаго конца средній цилиндръ оканчивался слѣпой кишкой. На верхушкѣ послѣдней были 2 отверстія, одно—меньшее, которое вело въ полость червеобразнаго отростка, другое—гораздо большее, которое вело въ полость 3-го, внутренняго цилиндра, образованнаго подвздошной кишкой. Средній и внутренній цилиндры были обращены другъ къ другу сывороточными поверхностями и срощены между собою на всемъ протяженіи. Въ полости средняго цилиндра находилась также брызжейка толстой и тонкой кишекъ. Внутренняя кишка у мѣста своего вхожденія въ общій цилиндръ была плотно срощана съ наружнымъ цилиндромъ. Въ этомъ-же мѣстѣ тонкая кишка представлялась расширенной, а мышечная стѣнка ея гипертрофированной; часть тонкой кишки, находившаяся внутри общаго цилиндра, имѣла просвѣтъ, съ трудомъ пропускавшій мизинецъ. 3/i 1904 г. больной умеръ.

На вскрытіи, произведенномъ 5/i *В. Ф. Недѣльскимъ*, найдено: Въ полости таза небольшое количество крови съ примѣсью гноя. Брызжейка S-образной кишки нѣсколько длиннѣе нормальной. Сама S-образная кишка широкая. Нисходящая ободочная кишка въ верхнемъ своемъ концѣ переходитъ въ тонкія кишки, а на мѣстѣ этого перехода находится много швовъ, крѣпко соединяющихъ поименованныя кишки; при давленіи на это мѣсто содержимое кишекъ не выходитъ. Мѣстоположеніе восходящей кишки покрыто брюшиной, что указываетъ на то, что она на всемъ протяженіи имѣла брызжейку. Нижняя часть подвздошной кишки представляетъ рѣзкое утолщеніе всѣхъ своихъ слоевъ съ сильнымъ отекомъ слизистой оболочки; отекъ болѣе рѣзко выраженъ на мѣстѣ соединенія подвздошной кишки съ нисходящей ободочной; въ этомъ мѣстѣ замѣчается расширеніе сосудовъ съ кровоизліяніями въ слизистую оболочку и пропитываніемъ ея кровью. Слизистая оболочка остальной части нисходящей ободочной и S-образной кишки тонка, а просвѣтъ этихъ частей до самаго выхода широкъ. Всѣ органы представляютъ явленія дов. рѣзкаго малокровія и слабаго перерожденія.

Чтобы точнѣе опредѣлить толщину мышечнаго слоя подвздошной кишки, я изслѣдовалъ ее подъ микроскопомъ. Для этой цѣли были взяты кусочки изъ стѣнки кишки на различныхъ разстояніяхъ: тотчасъ у мѣста шва, затѣмъ на разстояніи отъ этого мѣста на 10—20—40—60—80 стм. При измѣреніи получились слѣдующія цифры: у мѣста шва—1,71, на разстояніи 10 стм.—1,43, 20—1,31, 40—1,27, 60—1,06, 80—0.8 млм. Если считать толщину мышечнаго слоя нормальной кишки отъ 0,25 до 0,5 млм. то въ вышеописанномъ случаѣ на мѣстѣ наибольшей гипертрофіи она была почти въ 4 раза болѣе нормальной. Отъ мѣста наибольшей гипертрофіи, находившагося тотчасъ у начала внѣдренія, толщина мышечнаго слоя постепенно уменьшалась, а на разстояніи 80 стм. слой этотъ былъ толщиной уже въ 0,8 млм., т. е. близокъ къ нормальному.

Въ заключеніе приношу искреннюю свою благодарность глубокоуважаемому проф. *В. П. Образцову* за его любезное разрѣшеніе описать этотъ случай.

**Источники.** 1.—*Leichtenschtern*. Сборникъ *Ziemssen*'а.—2. *Eiselsberg*. «Archiv f. klin. Chirurgie», т. LXIX.—3. *M. Baur*. Beobachtungen über Darminvagination. «Berliner klin. Wochenschrift», 1892, № 33, 34.—4. *Rafinesque*. Etude sur les invaginations intestinales. Парижская диссертація, 1878 г.—5. *Nothnagel*. Specielle Pathologie u. Therapie. т. XVII.—6. *Leubuscher*. «*Virchow*'s Archiv», 1881 г., т. 85.—7. *В. П. Образцовъ*. «Русскій Архивъ бактеріологіи, клинической медицины» и пр. Т. I, вып. I.

Изъ женской Обуховской больницы въ Петербургѣ.

## Къ казуистикѣ сирингоміэліи.

**М. Д. Ханутиной.**

(*Окончаніе. См. № 19, стр. 685*).

Перехожу къ собственнымъ наблюденіямъ.

1. М. И., 20 л., дѣвица, крестьянка Тверской губ., поступила въ больницу 21/iii 1902 г. По словамъ больной, съ годъ назадъ она замѣтила слабость въ правой рукѣ безъ особыхъ болей. Когда ей было 10 лѣтъ, у нея долго болѣлъ большой палецъ правой руки, послѣ чего остался рубецъ. Всю свою жизнь больная провела въ деревнѣ, гдѣ занималась и сильно утомлялась крестьянскимъ трудомъ. Мѣсячныя съ 13 лѣтъ, правильно. Отецъ не пьетъ. Ни прямой, ни косвенной нейропатической наслѣдственности не имѣется.

Цвѣтущая, прекраснаго сложенія и питанія дѣвушка; на щекахъ постоянно играетъ яркій румянецъ. Пульсъ 72. Внутренніе органы въ прекрасномъ состояніи; отправленія мочевого пузыря и прямой кишки нормальны. Въ верхней спинной части позвоночника — ясный кифосколіозъ. Правая рука на видъ совсѣмъ не измѣнена; кисть ея полная, съ ямочками; возвышенія большого пальца и мизинца плотны; ни предплечье, ни плечо особыхъ измѣненій не представляютъ; сила-же правой руки всего 5, тогда какъ лѣвой 25 клгрм. Кожа правой кисти и пальцевъ покрыта многочисленными поверхностными рубцами, оставшимися послѣ прежнихъ ожоговъ; кромѣ того, имѣются дов. глубокая язвочка на указательномъ пальцѣ послѣ недавняго ожога (несла оловянную кружку съ горячимъ чаемъ) и плотный рубецъ на тыльной сторонѣ 2-й фаланги указательнаго пальца, срощенный съ глубокими частями, оставшійся послѣ упомянутаго выше заболѣванія пальца въ дѣтствѣ. Сухожильные рефлексы на правой рукѣ понижены; пальцы и отчасти вся рука находятся почти постоянно въ нѣкоторомъ непрерывномъ, хотя и не сильномъ, движеніи: въ рукѣ замѣчается какъ-бы постоянное безпокойство, имѣющее отдаленное сходство съ атетотическимъ. Мышечное и стереогностическое чувства въ этой рукѣ совершенно утрачены. Тѣмъ не менѣе рука эта не парализована, и больная можетъ производить ею всѣ заданныя движенія, хотя и очень слабо. Мышечныхъ атрофій также установить нельзя въ виду описанной выше набухлости подкожной клѣтчатки («Main succulente» *Marie-Astié*). Только сильный фарадическій токъ вызываетъ сокращенія мышцъ правой руки, нѣсколько вялыя; при изслѣдованіи постояннымъ токомъ—качественная и количественная реакція перерожденія. Чувствительность къ прикосновенію какъ на конечностяхъ, такъ и на туловищѣ совершенно нормальна; чувствительность болевая, равно какъ чувство тепла и холода совершенно угасли во всей правой рукѣ, за исключеніемъ незначительнаго отрѣзка (см. рис. 1 и 2), и захватываютъ плечевой поясъ сзади и спереди; только концами пальцевъ больная еще можетъ кое-какъ различать холодъ при прикосновеніи пробирки со льдомъ; на туловищѣ сзади и спереди при нѣкоторомъ пониженіи болевой чувствительности имѣется пониженіе чувствительности къ теплу, съ сохраненіемъ ея къ холоду; слѣва въ над- и под-остныхъ областяхъ и отчасти на задней поверхности шеи имѣется, при полной сохранности болевой и тепловой чувствительности, нѣсколько повышенная (?) чувствительность къ холоду; нѣкоторая анальгезія и термогипэстезія имѣется на ограниченномъ мѣстѣ на правой щекѣ (см. рис. 1), при полной сохранности чувствительности къ прикосновенію. Сухожильные рефлексы на ногахъ, особенно колѣнные, повышены; клонуса стопы нѣтъ; признакъ *Babinsk*'аго; рѣзкая ригидность мышцъ ногъ; чувствительность всѣхъ родовъ не затронута. Ходитъ хорошо.

Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ приходится отмѣтить отсутствіе атрофіи *Duchenne-Aran*'овскаго типа, замаскированной т. наз. «main succulente»—отечно-гиперпластическимъ процессомъ въ подкожной клѣтчаткѣ. Изъ другихъ особенностей случая слѣдуетъ указать на сохранность чувствительности къ холоду тамъ, гдѣ уже имѣется и гипальгэзія, и термогипэстезія, и даже тамъ (на кончикахъ пальцевъ), гдѣ больная уже совершенно не различаетъ ни боли, ни тепла. Это обстоятельство даетъ право думать, что чувствительность къ холоду есть наиболѣе стойкое свойство чувствительности проводниковъ. Что касается распредѣленія разстройствъ чувствительности, то оно, очевидно, имѣетъ т. наз. сегментарный характеръ.

2. Л. М., 52 л., вдова, крестьянка, поступила въ больницу 10/ix 1902 г. Больна 20 лѣтъ. Стала плохо ходить лѣтъ 8. Часто обжигалась; между прочимъ, отдыхая на печкѣ, получила ожоги въ области вертеловъ и обоихъ плечъ. Въ это-же время болѣлъ правый глазъ, на которомъ осталось бѣльмо. Часто бывали пузырчатыя сыпи на кожѣ. Жила въ страшной бѣдности; работать приходилось много. Рожала 7 разъ. Спиртныхъ напитковъ не употребляла. Сифилисъ и какую-либо болѣзненную наслѣдственность отрицаетъ.

Выше средняго роста, средняго питанія, дов. хорошаго сложенія; небольшое искривленіе верхней спинной части позвоночника вправо. На щекахъ румянецъ. П. 72; дых. 20, съ характеромъ вдыхательной одышки, хотя и не особенно рѣзкой. Правое глазное яблоко покрыто сплошнымъ, хотя и дов. тонкимъ рубцомъ, развившимся какъ слѣдствіе нейропаралитическаго кератита (изслѣдованіе глазъ любезно произведено *I. С. Фельзеромъ*); на лѣвомъ глазу—конъюнктивитъ. Губы, особенно верхняя, нѣсколько истончены; носогубная складка справа нѣсколько сглажена; постоянное слюнотеченіе, хотя и не сильное; истеченіе изъ носа также постоянное. Языкъ не атрофированъ, но въ немъ замѣтны мелкія волоконцевыя подергиванія. Глоточный рефлексъ угасъ. Правая небная дужка при фонаціи мало подвижна. Рефлексъ съ жевательныхъ мышцъ повышенъ (признакъ *Marie*); глотаніе затруднено, проглатываніе пищи почти всегда вызываетъ

Digitized by Google

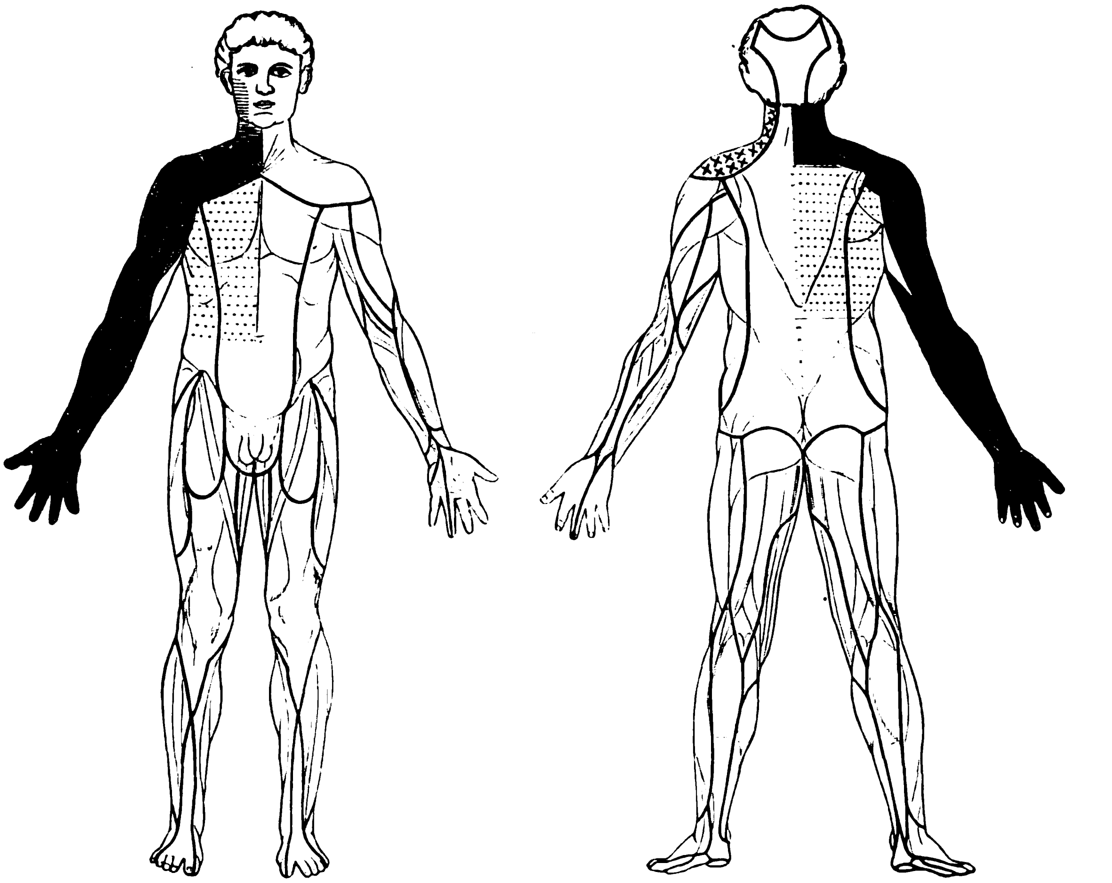


Рис. 1 и 2. Полная тѣнь—термоанэстезія, психроанэстезія и анальгезія. Пунктиръ—термоанэстезія и анальгезія безъ психроанэстезіи. Крестики—психрогиперэстезія. Неполная тѣнь—пониженіе тепловой и болевой чувствительности.

приступъ кашля. Сухожильные рефлексы на рукахъ понижены. Мышцы плечевого пояса, плеча, предплечій и кистей атрофированы, но не особенно сильно; больше всего пострадали кисти; 4-ый и 5-ый пальцы на нихъ пригнуты къ ладони, но больная все-же выпрямляютъ ихъ, хотя и съ трудомъ. Мышечная сила обѣихъ рукъ=0. Движенія кисти, пальцевъ, отчасти и всей руки отличаются удивительной неуклюжестью; при всемъ томъ параличей рукъ въ собственномъ смыслѣ этого слова не имѣется; нѣкоторая степень «main succulente» скрываетъ атрофію мышцъ. На послѣднихъ фалангахъ пальцевъ имѣются колбообразныя утолщенія, не особенно рѣзкія, т. наз. частичныя «макрозоліи» (*Schlesinger*); ногти необыкновенно короткіе, атрофированные, на нѣкоторыхъ имѣются бѣлыя пятнышки (nebulae). Ноги тугоподвижны. Колѣнные рефлексы повышены; клонусъ стопы; признакъ *Babinsk*'аго. Мышцы нѣсколько атрофированы, больше всего на лѣвой голени; больная ходитъ, но дов. плохо. Дермографія. На кожѣ много рубцовъ, отчасти послѣ сыпи (на туловищѣ), отчасти послѣ ожоговъ; въ области вертеловъ, ягодицъ и плечевыхъ суставовъ обширные, но поверхностные рубцы послѣ ожоговъ (болей при ожогахъ больная не чувствовала и узнавала о томъ, что обожглась, только при помощи зрѣнія); на кистяхъ множество мелкихъ рубчиковъ послѣ ожоговъ и мелкихъ пораненій. Реакція на фарадическій токъ вялая; при изслѣдованіи гальваническимъ токомъ—неполная качественная и количественная реакція

Рис. 3 и 4. Полная тѣнь—полная потеря болевой и тепловой чувствительности. Поперечныя черточки—пониженіе болевой и термической чувствительности. Крестики—психрогиперэстезія.

Digitized by Google

перерожденія. Чувствительность къ прикосновенію сохранена повсюду и даже поражаетъ своей тонкостью. Полная анальгезія и термоанэстезія на лѣвой ногѣ, расположенная въ видѣ носка; выше имѣется только пониженіе болевого и термическаго чувства; на правой ногѣ полная потеря болевой и тепловой чувствительности по всей передней поверхности, сзади-же мѣстоположеніе этихъ разстройствъ сохраняетъ форму носка (см. рис. 3 и 4); анальгезія и термоанэстезія на поясницѣ и на животѣ; на задней поверхности голеней и бедеръ при пониженіи болевой и тепловой чувствительности повышенная чувствительность къ холоду (холодъ ощущается, почти какъ боль). На рукахъ термоанэстезія и анальгезія расположена въ видѣ перчатокъ; выше на рукахъ и на туловищѣ только пониженіе болевой и тепловой чувствительности. Лицо и голова вообще совсѣмъ не чувствительны ни къ боли, ни къ термическимъ раздраженіямъ, за исключеніемъ темени, гдѣ чувствительность къ холоду повышена, а къ теплу и болевая понижены. Слизистая оболочка полости рта также мало чувствительна къ боли и къ термическимъ раздраженіямъ. Колебанія температуры окружающей атмосферы больная чувствуетъ хорошо. При изслѣдованіи гортани, любезно произведенномъ *Е. Б. Блюменау*, оказалось, что правая голосовая связка совершенно неподвижна; при фонаціи двигается только лѣвая, которая при этомъ заднимъ своимъ концомъ заходитъ на правую. Отправленія мочевого пузыря нормальны. Запоры. Сердце и паренхиматозные органы нормальны; края легкихъ стоятъ нѣсколько низко; при выслушиваніи кое-гдѣ попадаются грубые хрипы. Въ мочѣ, уд. вѣса 1016 и кислой реакціи, никакихъ ненормальныхъ примѣсей не найдено.

Такимъ образомъ и въ этомъ случаѣ приходится отмѣтить мѣстами сохраненіе чувствительности къ холоду при утраченной уже чувствительности къ теплу, даже въ видѣ психрогиперэстезіи. Этотъ фактъ доказываетъ, что т. наз. термическое чувство способно расчленяться, что благодаря большей своей стойкости по сравненію съ чувствомъ тепла, оно можетъ долѣе сопротивляться вреднымъ вліяніямъ въ смыслѣ теоріи проф. *Рота*, или, можетъ быть, свойство самого холода таково, что оно можетъ распространяться по общимъ чувствительнымъ путямъ даже тогда, когда послѣдніе уже настолько измѣнены, что ни тепла, ни боли проводить не могутъ; повышенная-же чувствительность къ холоду есть, вѣроятно, 1-ая ступень пораженія чувства холода. Проще было-бы предположить, что для проведенія холода и тепла имѣются отдѣльные пути; но опыты *Герцена* и *Goldscheider*'а [78]) еще далеко не рѣшаютъ этого важнаго вопроса. Между прочимъ, укажу, что повышенная чувствительность къ холоду, отмѣченная мною у этой больной въ сентябрѣ 1902 г., въ мартѣ 1903 г. смѣнилась уже анэстезіей къ нему. Признать въ данномъ случаѣ истерію или особую загрубѣлость кожи, которыя помогали-бы создать «центральное» распредѣленіе анэстезіи, положительно нельзя. Между тѣмъ, изъ рис. 3 и рис. 4 видно, что распространеніе разстройствъ чувствительности у этой больной подходитъ къ «отрѣзковому», «центральному»; на рукахъ оно расположено въ видѣ перчатокъ, на ногахъ—въ видѣ носковъ, при чемъ на правой ногѣ полная термоанэстезія и анальгезія занимаютъ всю переднюю поверхность, переходя поясомъ на животъ и поясницу. Что касается бульбарныхъ явленій, отмѣченныхъ у этой больной, то, не смотря на всѣ старанія, мнѣ не удалось установить условія возникновенія послѣднихъ. Тѣмъ не менѣе, мнѣ кажется, что въ данномъ случаѣ имѣется сирингобульбія, хотя и не первичная, дающая тонъ всей картинѣ болѣзни, но послѣдовательная, какъ результатъ распространенія щелей на продолговатый мозгъ. За то, что это—не простой прогрессивный бульбарный параличъ, говоритъ указанная выше односторонность припадковъ. Вполнѣ достовѣрныхъ случаевъ первичной сирингобульбіи, насколько мнѣ извѣстно, имѣется не много [*Westphal*, *Simon*, *Müller* [79]), *Schultze*].

3. П. Ф., 33 л., крестьянка, замужняя, поступила въ больницу 22/XI 1902 г. съ жалобами на слабость въ рукахъ. Считаетъ себя больной 2 года, съ тѣхъ поръ, какъ установились замѣтное исхуданіе кистей и пониженная работоспособность рукъ, но частымъ ожогамъ подвержена уже давно. Сифилисъ, вообще болѣзненную наслѣдственность, алкоголизмъ и травмы отрицаетъ.

Правильнаго сложенія, средняго питанія. Кожа и видимыя слизистыя оболочки окрашены удовлетворительно. Глазныя яблоки плоски; зрачки правильно отвѣчаютъ на свѣтъ. П. 72. Обѣ руки рѣзко исхудалыя; на кожѣ ихъ много мелкихъ рубцовъ послѣ ожоговъ; на правомъ плечѣ 2 большихъ поверхностныхъ рубца, образовавшихся, по словамъ больной, послѣ ожоговъ горчичниками: больная продержала ихъ цѣлую ночь, не чувствуя боли. Сухожильные рефлексы понижены. Предплечья въ сильной степени уплощены вслѣдствіе атрофіи мышцъ, но сильнѣе всего пострадали мышцы возвышеній большого пальца и мизинца, межкостныя и червевидныя; пальцы большей частью прижаты къ ладони, отчасти напоминая «main en griffe». Ногти ростутъ неправильно; на нихъ частичныя утолщенія.

Мышцы плечевого пояса сохранились удовлетворительно. Параличей нѣтъ; всѣ заданныя движенія больная производитъ, хотя и слабо; ложку удерживаетъ только лѣвой рукой. Кружки съ жидкостью поднять не можетъ. Сила по динамометру правой руки 0, лѣвой 1 клгрм. Жалуется на зябкость рукъ, особенно правой. Въ верхней спинной части позвоночника небольшое искривленіе вправо. Брюшной рефлексъ нѣсколько ослабленъ; колѣнные повышены; намекъ на клонусъ стопы; признакъ *Babinsk*'аго; тугоподвижность ногъ. Ходитъ хорошо. Отправленія мочевого пузыря и прямой кишки правильны. Чувство прикосновенія сохранено повсюду; болевая чувствительность рѣзко понижена, но угасла не вполнѣ; на рукахъ и на туловищѣ зато тепловая понижена настолько, что больная не различаетъ даже рѣзкой разницы температуры прикладываемыхъ предметовъ; у поясницы имѣется небольшой поясъ гиперэстезіи какъ къ холоду, такъ и къ теплу. На лицѣ и на слизистыхъ оболочкахъ разстройствъ чувствительности доказать не удается. Реакція на фарадическій токъ почти нормальная; при изслѣдованіи гальваническимъ токомъ—количественная реакція перерожденія. Очень чувствительна къ пониженію температуры окружающаго воздуха. Иногда жалуется на боли въ рукахъ. Внутренніе органы совершенно нормальны. Моча безъ измѣненій.

Черезъ 2 мѣсяца больная выписалась и, какъ мнѣ случайно удалось узнать, занялась мелкой торговлей яблоками.

Случай этотъ представляетъ типичную сирингоміэлію шейной части. Интересно, что, не смотря на рѣзкую атрофію, мышцы дов. хорошо отвѣчали на фарадическій токъ. Что касается распредѣленія разстройствъ чувствительности, то я затрудняюсь отнести ее къ какому-либо опредѣленному типу, тѣмъ болѣе, что безусловной потери чувствъ тепла и боли не имѣлось; возможно, что впослѣдствіи, когда наступитъ болѣе рѣзкая диссоціація, типъ распредѣленія анэстезіи выяснится точнѣе.

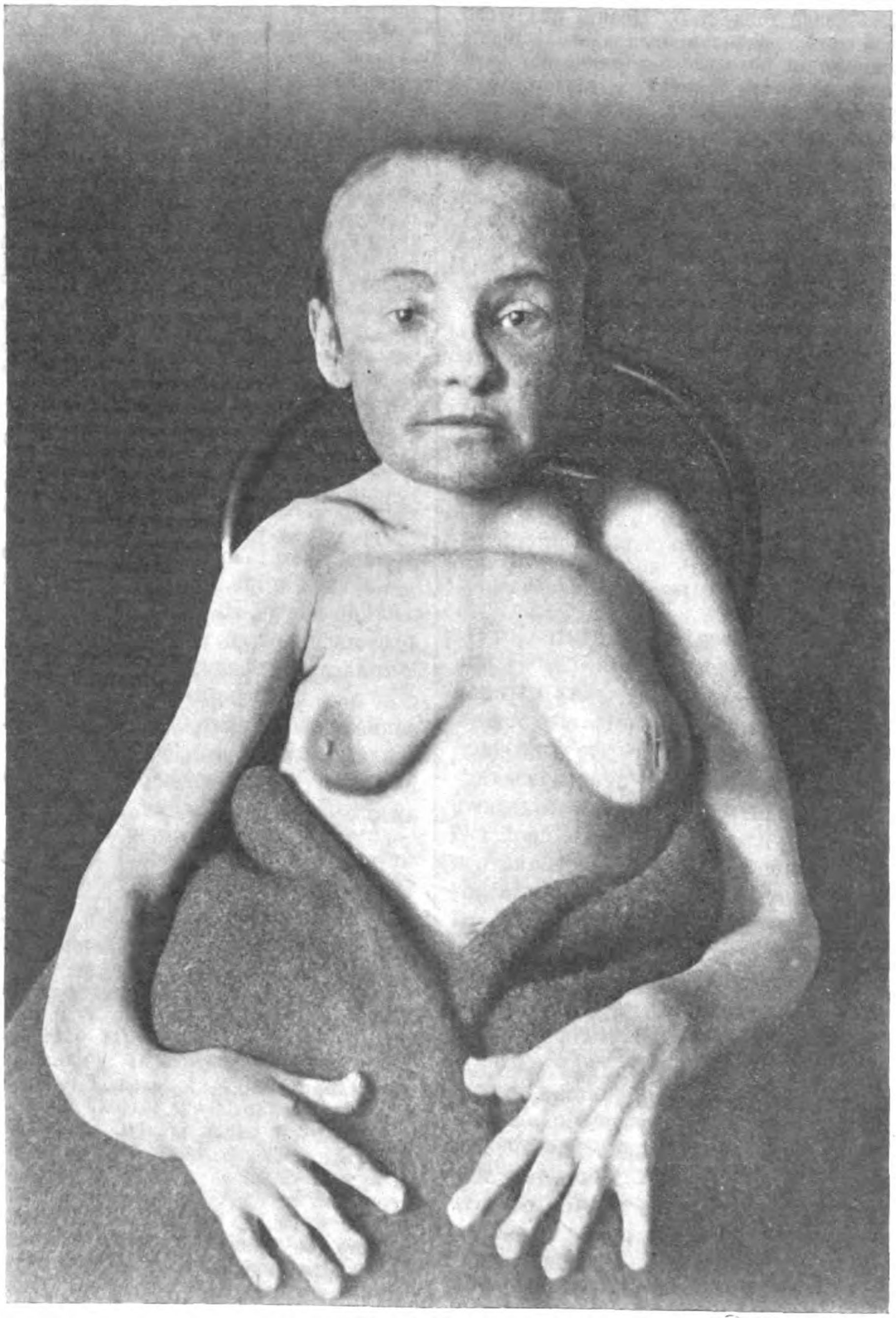
4. М. К., 29 л., замужняя, мѣщанка, поступила въ больницу 30/VI 1902 г. Больна около 4 лѣтъ. 2 года назадъ, вернувшись изъ церкви, легла отдохнуть на постель, но вдругъ почувствовала боль въ ногахъ и правой рукѣ («вступило» въ руку и въ ноги, по выраженію больной, которая, очевидно, сильной боли при происшедшихъ при этомъ переломахъ, установленныхъ изслѣдованіемъ, не ощутила). Вслѣдствіе этого пролежала въ постели 4 мѣсяца, но заниматься рукодѣліемъ рука ей не мѣшала. Сифилисъ, алкоголизмъ, вообще болѣзненную наслѣдственность и травмы отрицаетъ. Мѣсячныхъ нѣтъ уже 2 годъ. Рожала 1 разъ.

Больная, когда сидитъ въ постели, производитъ впечатлѣніе маленькой дѣвочки съ большой головой, что зависитъ отъ значительнаго искривленія позвоночника. Кожа и видимыя слизистыя оболочки очень блѣдны. Глаза кажутся нѣсколько впавшими вслѣдствіе частичныхъ утолщеній нѣкоторыхъ костей лица: на правой скуловой дугѣ утолщеніе съ грецкій орѣхъ, начинающееся изъ носовой кости; слѣва утолщеніе на соотвѣтственномъ-же мѣстѣ; болѣе значительная опухоль исходитъ изъ нижней челюсти съ правой стороны; лобъ непропорціонально высокъ и широкъ; твердое небо не представляетъ обычной картины нѣсколько углубленнаго свода, но производитъ впечатлѣніе плоской и очень толстой пластинки. Все лицо напоминаетъ лицо акромегаликовъ.

На 10-мъ правомъ ребрѣ надломъ съ образованіемъ небольшой мозоли, безболѣзненный, о которомъ больная ничего не знала;

Сним. 1. М. К. «Thorax en bateau».

Digitized by Google



Сним. 2. М. К. На лѣвой ключицѣ костная мозоль; утолщеніе кости на нижней челюсти справа и у носа справа-же; укороченіе и утолщеніе послѣднихъ фалангъ; искривленіе праваго предплечья.

небольшія мозоли имѣются и на другихъ ребрахъ. На мѣстѣ соединенія реберъ съ хрящами—утолщенія, напоминающія рахитическія четки (вѣроятно, костныя мозоли или, можетъ быть, экзостозы); на лѣвой ключицѣ, на мѣстѣ незамѣченнаго больной перелома, костная мозоль, почти съ куриное яйцо (см. сним. 2). Грудная клѣтка въ области рукоятки, отчасти тѣла грудины и 3-хъ верхнихъ реберъ представляетъ ладьеобразное углубленіе—«thorax en bateau» (см. сним. 1). Позвоночникъ сильно искривленъ; преобладаетъ кифозъ грудной его части.

Сухожильные рефлексы на рукахъ сохранены. Незначительныя атрофіи возвышеній большого пальца и мизинца, а также мышцъ предплечья, съ обѣихъ сторонъ. 3-ьи фаланги пальцевъ укорочены и въ тоже время колбообразно, утолщены; на лѣвомъ большомъ пальцѣ—утолщеніе обѣихъ фалангъ; справа это выражено меньше (см. сним. 2). Ногти безобразно коротки, большей частью не болѣе $^1/_2$ стм. въ длину. Правое предплечье представляетъ изгибъ внутрь. При изслѣдованіи оказалось, что этотъ изгибъ заключаетъ въ себѣ переломленную и неправильно сросшуюся лучевую и *изогнутую* локтевую кости; правая кисть кажется какъ-бы вывихнутой въ сторону луча. При *Roentgen*'оскопіи, которой я обязана любезности *Л. Г. Стуккея*, обнаружено, что лучъ, дѣйствительно, переломленъ и что локтевая кость въ указанномъ мѣстѣ изогнута и истончена, что вывиха кисти не имѣется, а имѣется утолщеніе головки локтевой кости, вслѣдствіе котораго кость кажется какъ-бы сдвинутой къ лучу; оказалось также, что отчетливость очертаній костей запястья нѣсколько понижена (см. сним. 3).

Оба локтевые сустава нѣсколько тугоподвижны. Правая лопатка обезображена такимъ образомъ, что нижній уголъ ея обращенъ кнаружи и даже выходитъ за предѣлы грудной клѣтки. Двигательная сила обѣихъ рукъ=5 клгрм., но больная вполнѣ удовлетворительно пользуется ими. На ногахъ сухожильные рефлексы повышены; признакъ *Babinsk*'аго. На правомъ бедрѣ, на

Сним. 3.

Digitized by Google

границѣ верхней $1/3$ съ средней—объемистая костная мозоль, длиною приблизительно 5—7 стм.; концы переломленной бедренной кости сохранили нѣкоторую подвижность и даютъ крепитацію. Лѣвая бедренная кость искривлена, выпуклостью обращена кпереди. На гребняхъ обѣихъ большеберцовыхъ костей экзостозы, съ сливу. Замѣтныхъ атрофій на мышцахъ ногъ не наблюдается. Ходитъ плохо изъ-за переломовъ и отчасти изъ-за нѣкоторой тугоподвижности въ тазобедренныхъ суставахъ.

Чувствительность къ прикосновенію сохранена повсюду, болевая и тепловая—дов. сильно понижены. Гипальгэзія и термогипэстезія занимаютъ сзади и спереди правую руку (оставляя свободной одну небольшую область на внутренней поверхности плеча) и правый плечевой поясъ; сзади термогипэстезія и гипальгэзія доходятъ до поясничной области, гдѣ имѣется узкая полоса психрогиперэстезіи съ термогипэстезіей и гипальгезіей; оба бедра на передней и на задней поверхностяхъ отчасти утратили чувствительность къ теплу и къ холоду; на лѣвой рукѣ и на соотвѣтственной $1/2$ туловища тепловая и болевая чувствительно-

ныхъ» переломовъ анальгэзіей, вслѣдствіе которой появляются разстройство координаціи движеній и чрезмѣрныя сокращенія мышцъ. По *Bernhardt*'у [80]) переломы происходятъ вслѣдствіе разстройствъ питанія въ костной ткани, по *Charcot*—вслѣдствіе трофонейротическаго остеопороза. *Charcot* основывается въ своемъ мнѣніи на изслѣдованіяхъ *Regnard*'а, доказавшаго уменьшеніе количества фосфорнокислой извести въ костяхъ спинносухоточныхъ. По *Gnesda* [81]) произвольные переломы обязаны своимъ происхожденіемъ тому, что анальгэзія можетъ вести къ неравномѣрному обремененію отдѣльныхъ костей, которое у здоровыхъ уравновѣшивается отправленіями мышцъ, существенно увеличивающими силу костей.

Въ послѣднемъ изъ моихъ случаевъ болевая чувстви-

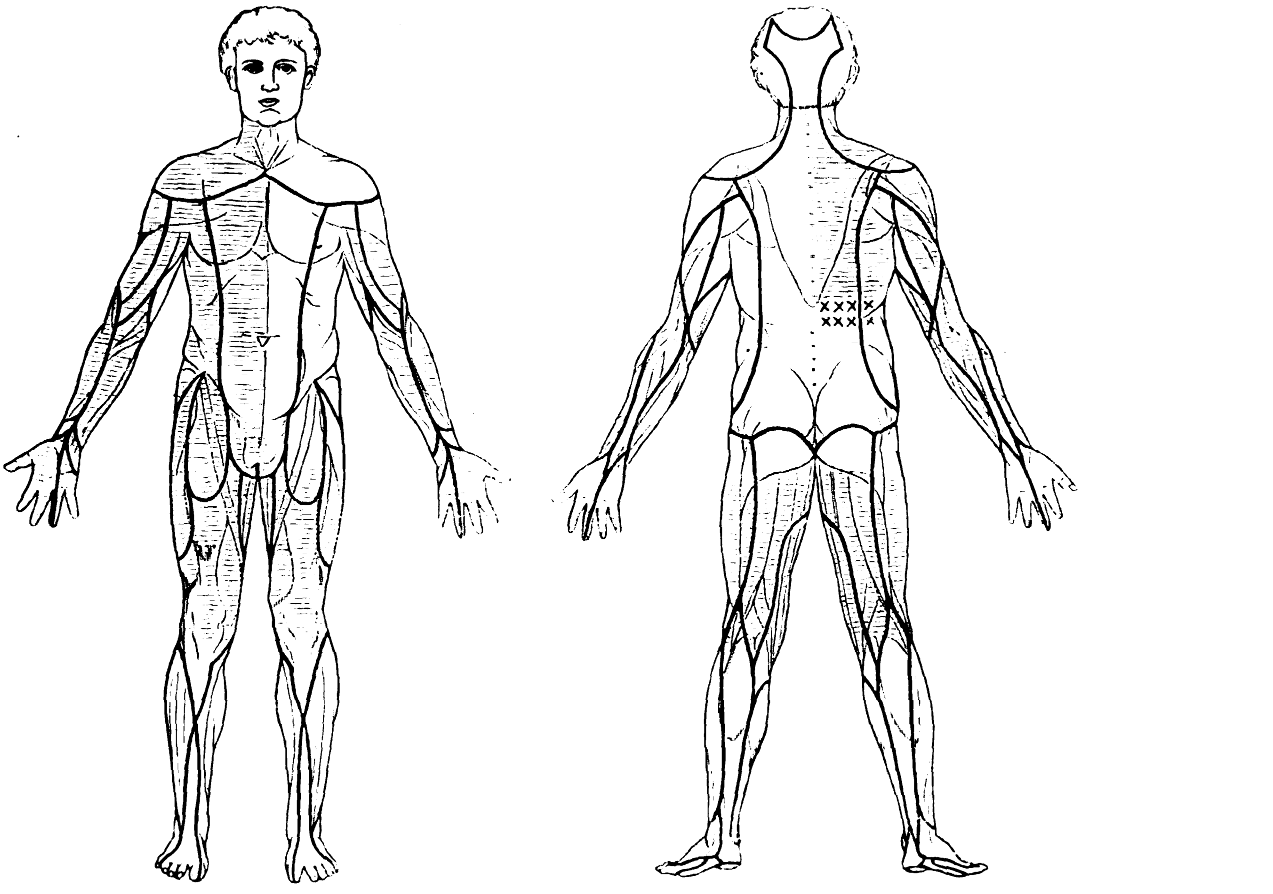


Рис. 5 и 6. Поперечныя черточки—гипальгезія, термогипэстезія и психрогипэстезія. Крестики—психрогиперэстезія.

сти почти безъ измѣненій; на лицѣ и на слизистыхъ оболочкахъ ясныхъ разстройствъ чувствительности доказать не удается (рис. 5 и 6). Зрѣніе и глазное дно нормальны. Потливость правой $1/2$ тѣла, здѣсь-же дермографія. Волосы на головѣ, бровяхъ и рѣсницахъ очень рѣдкіе.

Реакція на фарадическій токъ дов. вялая; качественная, отчасти и количественная реакція перерожденія. Мышечное и стереогностическое чувства вполнѣ сохранены. Моча, уд. в. 1013—1016, при кислой реакціи, ни бѣлка, ни сахара не содержитъ; при микроскопическомъ изслѣдованіи въ осадкѣ ничего патологическаго нѣтъ. Печень и селезенка нормальны. Толчекъ верхушки сердца въ 5-мъ межреберьи, почти доходитъ до новой передней подмышковой линіи; верхнюю границы сердца съ точностью опредѣлить не удается изъ-за «thorax en bateau»; правая—у лѣваго края грудины; звуки сердца чисты. Въ легкихъ ничего особаго.

И такъ, въ этомъ случаѣ при относительно нерѣзкихъ разстройствахъ чувствительности и незначительной атрофіи мышцъ имѣется по преимуществу пораженіе костной системы, которое, съ одной стороны, выразилось наклонностью къ переломамъ, съ другой—къ образованію избыточныхъ костныхъ мозолей, соединивъ такимъ образомъ въ себѣ разрушительный и созидательный процессы. Пострадали главнымъ образомъ діафизы, въ то время какъ эпифизы остались почти нетронутыми, если судить по отсутствію настоящихъ сирингоміэлитическихъ артропатій. Насколько мнѣ извѣстно, подобные случаи чистыхъ и множественныхъ остеопатій наблюдаются далеко не часто, хотя переломы отмѣчены *Schultze* еще въ 1885 г. Не найдя на вскрытіи никакихъ измѣненій въ переломленныхъ костяхъ, *Schultze* объяснилъ происхожденіе такихъ «произвольтельность была утрачена не вполнѣ, мышечное чувство было вполнѣ нормально, не было и отдаленнаго намека на чрезмѣрныя мышечныя движенія или на обремененіе костей (по крайней мѣрѣ, для самыхъ крупныхъ переломовъ)—больная получила переломы правой бедренной и правой лучевой костей, отдыхая въ постели. Можно было-бы предположить, что она вернулась изъ церкви уже съ переломленными бедрами; но оказывается, что нарушеніе цѣлости костей, если произошло и не съ очень рѣзкой болью, то во всякомъ случаѣ сопровождалось настолько непріятными ощущеніями, что больная вынуждена была оставаться въ постели 6 мѣсяцевъ; ясно, что при такихъ условіяхъ она едва-ли могла-бы двигаться по улицѣ изъ-за боли. Что анальгэзія играла въ этомъ случаѣ извѣстную роль, видно изъ того, что и на другихъ костяхъ имѣются переломы, о времени происхожденія которыхъ больная ничего не знаетъ. Съ другой стороны, имѣются указанія на наличность измѣненія плотности костей, приведшую къ обезображиванію нѣкоторыхъ изъ нихъ: напр., рядомъ съ переломленнымъ лучемъ на томъ-же мѣстѣ имѣется истонченіе и искривленіе локтевой кости; обезображена правая лопатка, правое бедро и т. п. Замѣчу еще, что одной изъ особенностей этого случая являются псейдоакромегалическія, частичныя гипертрофіи костей лица, встрѣчающіяся также далеко не часто; мало того, утолщеніе кости, вполнѣ равномѣрное, имѣется и въ твердомъ небѣ. Измѣненія пальцевъ рукъ представляютъ сочетанія макро- и микрозоміи. Что касается распредѣленія разстройствъ чувствительности у по-

слѣдней больной, то на верхней части тѣла оно подходитъ къ «сегментарному» типу *Laehr*'а, на ногахъ-же—къ «центральному» типу *Brissaud* («en culotte»).

Выводы:

1. Вопросъ о происхожденіи сирингоміэліи еще далеко не рѣшенъ; но въ общемъ врожденные пороки развитія спинного мозга играютъ при ней извѣстную предраспологающую роль.

2. Чувствительность къ холоду сохраняется дольше, чѣмъ чувствительность къ теплу; угасанію ея, вѣроятно, предшествуетъ періодъ психрогиперэстезіи.

3. Произвольные переломы отчасти зависятъ отъ разстройствъ чувствительности, но болѣе важную роль играютъ трофонейротическія (?) измѣненія самой костной ткани.

4. Наклонность къ повторнымъ переломамъ и къ повторнымъ вывихамъ (особенно плеча) должны наводить на мысль о наличности сирингоміэліи, а посему

5. Тщательное изслѣдованіе чувствительности должно играть не послѣднюю роль при взвѣшиваніи вопроса о потерѣ или пониженіи работоспособности вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ какъ при различныхъ производствахъ, такъ и отъ какихъ-нибудь случайныхъ причинъ.

Въ заключеніе считаю пріятнымъ долгомъ высказать благодарность любезнымъ товарищамъ *П. Н. Зворыкину* и *С. М. Цераніеру* за изготовленіе свѣтописныхъ снимковъ.

**Литература:** 1. ***Morgagni.*** Advers. anat. VI, Animadr. 14, стр. 203, изд. 1762 г. — 2. ***Ollivier.*** Traité de la moelle épinière et de ses maladies, 1827, стр. 178.—3. ***Virchow.*** «*Virchow*'s Archiv», т. XXVII, стр. 575. — 4. ***Grimm.*** Ein Fall von progressiver Muskelatrophie. Тамъ-же, т. XLVIII, стр. 445.—5. ***Westphal.*** «Archiv für Psychiatrie», т. V, стр. 90.—6. ***Simon.*** Тамъ-же, стр. 108. — 7. ***Leyden.*** Hydromyelus und Syringomyelie. Тамъ-же, т. LXVIII, стр. 1. — 8. ***Kahler*** und ***Pick.*** «Prager Vierteljahrsschrift für practische Aerzte», 1879, т. CXLII, стр. 20. «Prager medicinische Wochenschrift», 1882, №№ 42, 44 и 46, 1888, стр. 22.—9. ***Fr. Schultze.*** Ueber Spalt-Höhlen-und Gliombildung im Rückenmark. «*Virchow*'s Archiv», т. LXXXVII, стр. 110. *Онъ-же.* Weiterer Beitrag zur Lehre von der centralen Gliose des Rückenmarks und die Syringomyelie. Тамъ-же, т. CII, стр. 435. — 10. *Онъ-же.* «Comptes rendus du XII Congrès international de médecine», т. IV, 1-я часть, стр. 229. — 11. Проф. *В. К. Ротъ.* Труды II Съѣзда врачей въ память *Н. И. Пирогова.* Нервный отдѣлъ, стр. 20. — 12. ***Anna Bäumler.*** Ueber Höhlenbildung im Rückenmark. «Deutsches Archiv für klinische Medicin», т. XL, стр. 443. — 13. ***Bruttan.*** Ein Beitrag zur Casuistik der centralen Gliose des Rückenmarks. Юрьевская диссертація, 1892.—14. ***Fürstner*** und ***Zacher.*** Zur Pathologie und Diagnostik der spinalen Höhlenbildung. «Archiv für Psychiatrie», т. XIV.— 15. ***Hoffmann.*** «*Volkmann*'s Vorträge», 2-я серія, Innere Medicin, № 20, стр. 178. — 16. ***Hoffmann.*** Zur Lehre von der Syringomyelie «Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde», т. III, стр. 1. — 17. ***Л. С. Миноръ.*** Zur Lehre von der Syringomyelie. «Zeitschrift für klinische Medicin», т. XXXIV, тетр. 5 и 6. — 18. *Онъ-же.* «Comptes rendus du XII Congrès international», т. IV, ч. 1-я, стр. 292. — 19. *Онъ-же.* «Archiv für Psychiatrie», т. XXIV, тетр. 3.—20. *Онъ-же.* Тамъ-же, т. XXVIII.—21. l. c.— 22. ***Müller*** und ***Meder.*** Ein Beitrag zur Kenntniss der Syringomyelie. «Zeitschrift für klinische Medicin», т. XXVIII, тетр. 1 и 2, стр. 117.—23. ***Hauser.*** Etudes sur la syringomyelie. Парижская диссертація, 1901.—24. ***Schlesinger.*** Die Syringomyelie, изд. 1902 г.—25. l. c.—26. ***П. А. Преображенскій.*** Къ вопросу объ образованіи полостей въ спинномъ мозгу. 1900. — 27. *Онъ-же.* «Русскій Архивъ» проф. *Подвысоцкаго*, 1902, іюнь.—28. ***Hallopeau.*** «Gazette médicale de Paris», 1892.—29. ***Critzmann.*** Essai sur la syringomyelie. Парижская диссертація, 1892. — 30. ***Daxenberger.*** Ueber Gliombildung und syringomyelie. Erlangen'ская диссертація, 1890.—31. ***Langhans.*** Ueber Hohlenbildung im Rückenmark in Folge Blutstauung. «*Virchow*'s Archiv», т. LXXXV, тетр. 1. — 32. ***Kronthal.*** «Neurologisches Centralblatt», 1889. — 33. ***Zappert.*** «Wiener klinische Wochenschrift», 1901, стр. 949.— 34. ***С. С. Налбандовъ.*** «Медицинское Обозрѣніе», 1900, стр. 229.—35. ***П. А. Преображенскій.*** Тамъ-же, 239.—36. ***Hödlmoser.*** «Wiener klinische Wochenschrift», 1901, стр. 630.—37. ***Erb.*** «*Ziemssen*'s Handbuch»... т. XI, Русск. переводъ, стр. 721. — 38. l. c. — 39. ***Fr. Schultze.*** Klinisches und Anatomisches über Syringomyelie. «Zeitschrift für klinische Medicin», т. XIII. — 40. ***Bernhardt.*** По *Schlesinger*'у.—41. ***Brühl.*** По *Hallion*'у «Des déviations vertébrales neuropathiques». Парижская диссертація, 1892. — 42. ***Astié.*** Тамъ-же. — 43. l. c. — 44. ***С. С. Налбандовъ.*** «Врачъ», 1900, № 24, стр. 744. — 45. Проф. *В. К. Ротъ.* Сборникъ статей по нейропатологіи и психіатріи, посвященный проф. *Кожевникову.*—46. ***Kroenig.*** «Zeitschrift für klinische Medicin», т. XIV, стр. 51. тетр. 1 и 2.—47. ***Astie.*** Sur le thorax en bateau dans la syringomyelie. Парижская диссертація.—48. ***Холцевниковъ.*** Ein Fall von Syringomyelie mit eigenthümlicher Degeneration der peripherischen Nerven, verbunden mit Acromegalie. «*Virchow*'s Archiv», т. CXIX.—49. ***De Cambiaire.*** Hypertrophies pseudoacromégaliques au cours de la syringomyelie. Парижская диссертація, 1899.—50. ***Холщевниковъ.*** l. c.—51. ***Peterson.*** «The Lancet», 1893, стр. 1206 (реф.).—52. ***Marinesco.*** Main succulente dans la syringomyelie. Парижская диссертація, 1897. — 53. ***Lutzenberger.*** «Riforma medica», 1893, стр. 597. — 54. По de *Cambiaire*'у.—55. По *Kahler*'у. «Prager medicinische Wochenschrift», 1888, стр. 45. — 56. ***Н. А. Соколовъ.*** «Врачъ», 1891, №№ 23, 25. «Deutsche Zeitschrift für klinische Chirurgie», т. XXXIV и LI; «Медицинское Обозрѣніе», 1896. — 57. ***Graf.*** «Beiträge zur klinischen Chirurgie», т. X, стр. 517. — 58. ***Karg.*** «Archiv für klinische Chirurgie», т. XLI, стр. 101.—59. ***Charcot.*** По *Schlesinger*'у. — 60. ***Volkmann.*** «Deutsches Archiv für klinische Medicin», т. XLII. — 61. ***Rotter.*** Тамъ-же, т. XXXVI. — 62. ***Virchow.*** По *Schlesinger*'у. — 63. ***Klemm.*** «Deutsche Zeitschrift für klinische Chirurgie», т. XXXIX, стр. 281. — 64. ***Nissen.*** «Deutsches Archiv für klinische Chirurgie», т. XLV.—65. ***Hitoff.*** Desosteoarthropatie d'origine syringomyelique. Lyon'ская диссертація.—66. ***Schrader.*** «Beiträge zur klinischen Chirurgie», т. XXIII, стр. 199. — 67. ***Gnesda.*** Mittheilungen aus der Medicin und Chirurgie», т. IV, тетр. 5.—68. ***Н. А. Соколовъ.*** «Врачъ», 1899, № 23. — 69. ***Hödlmoser.*** l. c. — 70. Проф. *Ротъ.* l. c. — 71. ***Hauser.*** l. c.—72. ***Laehr.*** «Archiv für Psychiatrie», т. XXVIII, стр. 773.—73. ***Brissaud.*** Leçons sur les maladies nerveuses, т. II, стр. 104.—74. ***Hauser.*** l. c.—75. ***Goldscheider.*** «Die Erkrankungen des Rückenmarks» (*Nothnagel*'s Handbuch).—76. ***Oppenheim.*** Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1902. — 77. ***Ferranini.*** «Centralblatt für innere Medicin», 1903, № 2. — 78. Проф. *Поповъ.* Лекціи по нервнымъ болѣзнямъ. Чтеніе 2-е, стр. 28.—79. ***Müller.*** «Deutsches Archiv für klinische Medicin», т. LII, стр. 289.— 80. ***Bernhardt.*** «Berliner klinische Wochenschrift», 1884, № 4.— 81. ***Gnesda.*** «Mittheilungen aus dem Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie», т. II, стр. 275, тетр. 3 и 4.

---

## LXXXV. О техникѣ перегонки аммiака при опредѣленiи азота по Kjeldahl'ю.

**А. Ф. Гегерштедта** (Петербургъ).

Количественное опредѣленіе азота по *Kjeldahl*'ю имѣетъ для всѣхъ физіолого-химическихъ работъ такое основное значеніе, что безустанно старались упростить и улучшить технику этого способа. Что касается процесса сжиганія, то онъ въ настоящее время сокращенъ до того, что на него въ большинствѣ случаевъ требуется не болѣе $^1/_2$-часа. Къ улучшеніямъ относятся, съ другой стороны, всѣ измѣненія, устраняющія по возможности тѣ техническіе недостатки, которые при перегонкѣ аммiака являются источникомъ потерь. Что въ настоящее время и эта часть работъ въ техническомъ отношеніи обставлена, однако, не безукоризненно, легко убѣдиться въ любой клинической лабораторіи, приглядываясь къ погрѣшностямъ учащихся. Болѣе или менѣе крупныя потери аммiака происходятъ, во 1-хъ, во время приливанія щелока къ находящейся въ колбѣ, заготовленной для перегонки жидкости, такъ какъ по установленному обычаю щелокъ переливается въ открытую колбу, которая соединяется съ холодильникомъ лишь послѣ предварительнаго взбалтыванія содержимаго. Во время этихъ пріемовъ, какой-бы ловкостью изслѣдователь ни обладалъ, нѣкоторое количество аммiака улетучивается. Потери могутъ происходить, во 2-хъ, въ самомъ пріемникѣ, когда первоначально бурное развитіе аммiака обнаруживается въ немъ крупными пузырями, шумно прорывающимися сквозь кислоту и пробѣгающими въ ней такъ скоро, что нейтрализація слишкомъ быстро развивающагося газа не успѣваетъ совершиться вполнѣ. Нѣтъ никакого сомнѣнія, что зависящія отъ этихъ недостатковъ ошибки въ рукахъ опытныхъ изслѣдователей будутъ сказываться сравнительно мало; однако-же путемъ исчисленій легко доказать, что потеря аммiака, даже при наилучшихъ условіяхъ, составляетъ не меньше $2^0/_0$. До какихъ-же размѣровъ должны доходить эти потери у неопытныхъ, которымъ, какъ разъ, особенно часто и поручается эта работа! Позволяю себѣ поэтому предложить товарищамъ примѣнять нижеописываемыя приспособленія, которыми я пользуюсь уже нѣсколько лѣтъ и съ помощью которыхъ должны получаться безусловно точные результаты каждымъ.

Колба, содержащая назначенную для перегонки жидкость, соединена съ холодильникомъ посредствомъ колѣнообразно изогнутой трубки общеизвѣстной конструкціи, служащей для предохраненія отъ брызгъ кипящаго щелока. Въ горлышко колбы плотно вставлена резиновая пробка, сквозь которую проведена 2-ая трубка, тонкая, изъ

тугоплавкаго стекла, доходящая до дна сосуда; наружный конецъ этой трубки соединенъ съ воронкой, емкостью въ 40 к. стм., посредствомъ резиновой трубки съ зажимомъ. Убѣдившись въ благонадежности всѣхъ запоровъ, наполняютъ воронку 25%-мъ растворомъ ѣдкаго натра и впускаютъ въ колбу — сначала по каплямъ, а затѣмъ постепенно усиливая струю — все содержимое, тотчасъ-же приступая къ перегонкѣ.

Что происходитъ въ это время въ колбѣ, начиная съ момента впусканія въ нее щелока, объ этомъ можно судить, если слѣдить за тѣмъ, что дѣлается въ пріемникѣ. Тамъ ключемъ бьетъ амміакъ, образующійся съ поступленіемъ первыхъ капель щелока въ колбу. Трудно нагляднѣе убѣдиться въ потеряхъ, присущихъ каждому способу, въ программу котораго не входитъ забота о предварительномъ закрытіи колбы до приливанія въ нее щелока. Давленіе перегнаннаго амміачнаго газа, по мѣрѣ нагрѣванія жидкости, возростаетъ до тѣхъ поръ, пока не станутъ выходить пары. Перегонка принимаетъ подъ конецъ такой бурный характеръ, что и въ пріемникѣ должны происходить потери, если нѣтъ предохранительныхъ приспособленій. Примѣняемое мною устройство пріемника исключаетъ такую возможность.

Сосудъ состоитъ изъ колбы толстаго стекла, съ широкой ножкой, емкостью въ 400 к. стм., нижній съуженный конецъ которой наполненъ фарфоровою дробью. Сквозь резиновую пробку проведены 2 трубки, одна изъ которыхъ доходитъ до самаго дна и соединяется съ холодильникомъ, другая своимъ внутреннимъ концомъ входитъ лишь въ шейку пріемника. Наружная ея часть, предназначенная для дополнительной нейтрализаціи выступающихъ пузырьковъ амміачнаго газа, изогнута S-образно; въ восходящемъ, значительно расширенномъ колѣнѣ, находится также дробь. Черезъ эту трубку вливаютъ въ пріемникъ требуемое количество кислоты и затѣмъ плотно прижимаютъ пробку. Вступающіе въ сосудъ пузыри амміачнаго газа раздробляются въ нижней его части въ мельчайшіе пузырьки. Достигнутое такимъ путемъ увеличеніе поверхности способствуетъ возможно большему химическому соединенію, а остатки прорывающагося кнаружи, все еще не связаннаго, амміака подвергаются такому-же превращенію въ изогнутомъ концѣ отводящей трубки.

По окончаніи перегонки слѣдуетъ сначала разъединить колбу и холодильникъ, и только тогда потушить огонь. Затѣмъ прополаскиваютъ трубку холодильника и приводящую трубку пріемника внутри и снаружи и выливаютъ, наконецъ, кислоту вмѣстѣ съ дробью изъ выходного колѣна отводящей трубки, которую также слѣдуетъ тщательно промыть.

Въ пользу изложеннаго способа говорятъ слѣдующія цифры.

Къ 5 к. стм. 2,0023%-го раствора $COH_4N_2$ прибавлялось столько-же химической чистой $SO_4H_2$, 0,5 $CuSO_4$ и 3,0 $K_2SO_4$. Измѣренія производились помощью очень точныхъ бюретокъ. Сжиганіе продолжалось до появленія конечной реакціи, обусловленной примѣсью сѣрнокислой мѣди. Застывшая по охлажденіи масса растворялась при слабомъ нагрѣваніи въ небольшомъ количествѣ воды и переводилась въ колбу, назначенную для перегонки, при чемъ воды расходовалось на прополаскиваніе всего до 200 к. стм. По провѣркѣ всѣхъ запоровъ черезъ воронку приливалось въ колбу по 40 к. стм. 25%-го раствора ѣдкаго натра, и затѣмъ смѣсь подвергалась въ продолженіи ½ часа перегонкѣ.

Въ 5 к. стм. 2,0023%-го раствора мочевины содержится 0,100115 $COH_4N_2$ или 0,0467203 N. При титрованіяхъ [1]) получились слѣдующія данныя:

1. 24/I 1904 г. Въ пріемникѣ 48,64 к. стм. $^1/_{10}$ нормальной $SO_4H_2$; на нейтрализацію $NH_3$ пошло 33,26 послѣдней; слѣд., найдено 0,93128% или 0,046564 N въ 5 к. стм. т. е. 99,7% дѣйствительнаго содержанія N.

2. 27/I 1904 г. Въ пріемникѣ 47,28 к. стм. $^1/_{10}$ нормальной $SO_4H_2$; на нейтрализацію $NH_3$ пошло 33,34 послѣдней; слѣд., найдено 0,93352% или 0,046676 N въ 5 к. стм. т. е. 99,9% дѣйствительнаго содержанія N. Въ среднемъ выводѣ обоихъ опытовъ получилось *99,8%*.

2 дальнѣйшихъ опыта, произведенныхъ безъ всякихъ предохранительныхъ приспособленій, дали, наоборотъ, слѣдующія цифры.

3. 28/I 1904 г. Въ пріемникѣ 48,012 к. стм. $^1/_{10}$ нормальной $SO_4H_2$; на нейтрализацію $NH_3$ пошло 32,6275 к. стм. послѣдней; слѣд., найдено 0,91357% или 0,0456789 N въ 5 к. стм. т. е. 97,8% дѣйствительнаго содержанія N.

4. 28/I 1904 г. Въ пріемникѣ 44,126 к. стм. $^1/_{10}$ нормальной $SO_4H_2$; на нейтрализацію пошло 32,549 к. стм. послѣдней; слѣд., найдено 0,911372% или 0,0455686 N въ 5 к. стм., т. е. 97,64% дѣйствительнаго содержанія N.

Въ среднемъ выводѣ получилось *97,72%*.

Переустройство колбы, препятствующее съ самаго начала улетучиванію амміака, съ одной стороны, и видоизмѣненіе пріемника, обусловливающее полнѣйшую нейтрализацію съ другой,—оба эти условія приблизительно одинаково способствуютъ покрытію этихъ 2% недоимки азота, ибо цѣлымъ рядомъ дальнѣйшихъ опытовъ удалось доказать, что примѣненіе только одного изъ этихъ 2-хъ предохранительныхъ приспособленій какъ въ одномъ такъ и въ другомъ случаѣ повышаетъ % найденнаго азота въ среднемъ съ 97,7 до 98,5.

[1]) Титры находящихся въ моей лабораторіи $^1/_{10}$ нормальнаго KHO и $SO_4H_2$ относятся къ свѣжей $^1/_{10}$ нормальной $C_2H_2O_4$, приготовленной посредствомъ взвѣшиванія на аналитическихъ вѣсахъ, какъ, 1,04 или 1,03 : 1.

## ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

### Ялта, какъ курортъ, и д-ръ В. Н. Дмитріевъ.

(Письмо 1-е).

Въ ночь на 23-е февраля 1904 г. скончался въ Ялтѣ д-ръ *Владиміръ Николаевичъ Дмитріевъ*. Смерть его была неожиданна. Еще днемъ 22-го февраля *В. Н.* предсѣдательствовалъ на годовомъ Общемъ Собраніи Ялтинскаго Отдѣла Крымскаго горнаго клуба, по обычаю былъ оживленъ, принималъ дѣятельное участіе въ выясненіи ближайшихъ задачъ, намѣченныхъ къ выполненію въ предстоящемъ лѣтнемъ сезонѣ, а вечеромъ, возвращаясь домой пѣшкомъ по крутому и узкому переулку для пѣшеходовъ, по видимому, споткнулся, упалъ и умеръ отъ паралича сердца, ослабленіе дѣятельности котораго наблюдалось уже давно.

Смерть *В. Н.* представляется большимъ событіемъ въ Ялтѣ; она всколыхнула все Ялтинское общество, такъ какъ покойный былъ однимъ изъ самыхъ замѣтныхъ общественныхъ дѣятелей, работа котораго, продолжавшаяся въ Ялтѣ около 37 лѣтъ, запечатлѣлась ясными слѣдами во всѣхъ проявленіяхъ мѣстной общественной жизни. *В. Н.* присутствовалъ при самомъ началѣ возникновенія Ялты, какъ курорта; онъ отдалъ ей свои знанія, свой умъ, свои силы, и, если теперь Ялта считается наиболѣе благоустроенной и наиболѣе изученной климатической станціей въ Россіи, то въ этой ея популярности и въ ея благоустройствѣ на долю *В. Н.* падаетъ самая бо́льшая часть. Жизнь *В. Н.* была всецѣло посвящена Ялтѣ, а потому біографическій очеркъ его неизбѣжно оказывается страницей исторіи Ялты; такъ какъ это—1-я страница возникновенія и постепеннаго развитія извѣстнаго русскаго курорта, то она должна, мнѣ кажется, имѣть и общій интересъ.

*В. Н.* родился въ Калужской губ. 20/I 1839 г. Гимназическій курсъ онъ проходилъ въ Калужской гимназіи; по окончаніи ея въ 1855 г. поступилъ на медицинскій факультетъ Московскаго Университета, гдѣ кончилъ курсъ въ 1860 г. съ званіемъ врача и уѣзднаго лѣкаря. Практическую врачебную дѣятельность *В. Н.* началъ службою въ морскомъ вѣдомствѣ, куда поступилъ въ 1860 г. младшимъ врачемъ въ 21-й флотскій экипажъ. Въ 1861—1863 гг. совершилъ дальнее плаваніе на парусномъ транспортѣ «Гилякъ»; въ 1864—1865 гг. снова былъ въ заграничномъ плаваніи на фрегатѣ «Дмитрій Донской». За это время онъ посѣтилъ и ознакомился со многими мѣстностями и городами Африки, Америки и Азіи; въ дневникѣ велъ записи своихъ наблюденій, пополняя ихъ литературнымъ знакомствомъ. Отчеты о плаваніи на «Гилякѣ» напечатаны въ тогдашнихъ «Прибавленіяхъ къ Морскому Сборнику», и долго спустя, уже въ 1900-хъ годахъ, онъ напечаталъ въ «Ялтинскомъ Листкѣ» свои воспоминанія о дальнемъ плаваніи «изъ временъ, давно прошедшихъ, и мѣстъ, довольно отдаленныхъ». Воспоминанія, полныя интереса сами по себѣ, свидѣтельствуютъ о широкомъ кругозорѣ ихъ автора, который не пропускалъ благопріятныхъ случаевъ, чтобы познакомиться съ природой и съ людьми, съ ихъ бытомъ и обстановкой жизни. Изъ своихъ путешествій *В. Н.* вынесъ богатый запасъ впечатлѣній и наблюденій о разнообразныхъ климатахъ и красотахъ природы; эти наблюденія, несомнѣнно, послужили ему прочнымъ основаніемъ для оцѣнки и сужденія въ позднѣйшихъ его научныхъ занятіяхъ по климатологіи и климатотерапіи Южнаго берега Крыма.

Возвратившись изъ 2-го дальняго плаванія, *В. Н.* въ августѣ

Digitized by Google

1866 г. прикомандировался къ Московскому Университету для научныхъ занятій и работалъ по преимуществу въ клиникѣ проф. *Г. А. Захарьина*. Но недолго пришлось *В. Н.* работать при Университетѣ; черезъ годъ у него обнаружились признаки бугорчатки легкихъ, заставившіе его бросить научныя занятія, а затѣмъ и службу въ морскомъ вѣдомствѣ, и поселиться въ Ялтѣ, куда онъ прибылъ въ 1867 г.

Южный берегъ Крыма въ качествѣ климатолѣчебной станціи былъ тогда почти совсѣмъ неизвѣстенъ. До 60-хъ годовъ прошлаго столѣтія имъ интересовались лишь немногіе и интересовались или изъ-за связанныхъ съ нимъ преданій старины глубокой, воспѣтыхъ поэтами древней Греціи, или увлекаясь красотами южной природы, равныхъ которымъ не было нигдѣ въ другомъ мѣстѣ нашего отечества, или, наконецъ, въ виду возможности насадить здѣсь спеціальные отдѣлы земледѣлія и сельскаго хозяйства, какъ виноградарство и винодѣліе, разведеніе маслинъ, миндаля, сладкихъ каштановъ, аптекарскихъ и красильныхъ травъ и пр. Но и эти интересы исчерпывались всецѣло мечтами и благими пожеланіями, въ дѣйствительности-же все протяженіе Южнаго берега Крыма представляло собой образецъ дикой и необработанной природы. Небольшіе клочки воздѣланной земли встрѣчались лишь какъ оазисы въ пустынѣ. «Предпріимчивости, самодѣятельности, рукъ и денегъ, а главное—знанія и науки,—вотъ чего не достаетъ Южному берегу Крыма», писалъ въ 1861 г. г. Карауловъ (нѣсколько статей о Крымѣ, изд. 1861 г.). Климатологическое значеніе Южнаго берега установилъ проф. *С. П. Боткинъ*, указавшій покойной Императрицѣ Маріи Александровнѣ на Ливадію, какъ на лучшій въ Россіи пунктъ, климатическія условія котораго могли-бы замѣнить заграничные курорты. По указанію проф. *С. П. Боткина*, покойная Императрица съ 1866 стала проводить осенніе мѣсяцы въ Ливадіи. Съ этого года Ялта начала жить новою жизнью. «Ялта родилась», говорилъ *В. Н.*

Въ своемъ рѣшеніи поѣхать въ Ялту для климатическаго лѣченія *В. Н.*, очевидно, руководился мнѣніемъ *С. П. Боткина; Г. А. Захарьинъ*, какъ извѣстно, тоже относился всегда положительно къ климатическимъ условіямъ Южнаго берега; однако и при наличности столь авторитетныхъ поддержки и указаній нужно признать у *В. Н.* большую прозорливость, чтобы объяснить его послѣдующее рѣшеніе—поселиться въ тогдашней Ялтѣ навсегда. По обстановкѣ и бытовымъ условіямъ Ялта того времени не имѣла ничего общаго съ Ялтой современной, и теперь трудно даже себѣ представить, какъ можно было культурному человѣку мириться съ условіями жизни столь дикаго захолустья, какимъ были тогда Южный берегъ Крыма вообще и Ялта въ частности. Желѣзнодорожнаго пути до Севастополя тогда еще не было; добраться до Ялты изъ Москвы стоило большихъ трудовъ и издержекъ. Въ своихъ воспоминаніяхъ *В. Н.*, между прочимъ, сообщаетъ, что онъ употребилъ на переѣздъ изъ Москвы до Ялты 2 недѣли, и сдѣлалъ этотъ переѣздъ вдвоемъ съ однимъ больнымъ на почтовыхъ въ своемъ тарантасѣ, «который добросовѣстно натолкалъ имъ бока за время путешествія». Не быстрѣе и не удобнѣе было сообщеніе и моремъ. Пароходы изъ Одессы ходили тогда лишь разъ въ недѣлю, да и то болѣе или менѣе правильно только лѣтомъ; зимою-же недѣли по 2, по 4 подрядъ пароходъ не заглядывалъ въ Ялту; иногда и зайдетъ и броситъ якорь за версту отъ берега, но не всякій рѣшался рисковать жизнью при переправѣ на берегъ въ бурю на утлой лодочкѣ. «Случалось, говоритъ *В. Н.* въ своихъ воспоминаніяхъ, что счастливый Ялтинецъ, возвращаясь послѣ долгаго отсутствія къ роднымъ пенатамъ, подходитъ къ Ялтѣ, видитъ на берегу встрѣчающую его семью... но увы! приходится раскланяться съ ними издали и, покачиваясь болѣе или менѣе жестоко, отправляться въ Ѳеодосію и ожидать тамъ цѣлую недѣлю; можетъ быть, слѣдующій рейсъ будетъ удачнѣе и можно будетъ съѣхать въ Ялтѣ на берегъ. А при очень большомъ счастьѣ можно еще разъ проѣхать мимо родной Ялты и очутиться въ Севастополѣ». Эта скучная и досадная исторія невозвратно отошла въ прошлое съ устройствомъ въ Ялтѣ мола; но она, какъ извѣстно, составляетъ современное настоящее для Кавказскаго побережья: тамъ и теперь нерѣдки переѣзды пассажировъ изъ Новороссійска въ Батумъ и обратно въ ожиданіи счастливаго случая, когда можно будетъ перебраться съ парохода на берегъ въ Сухумъ, или Сочи, или Гагры, кому что нужно.

Сообщеніе сушей изъ Ялты съ сосѣдними городами—Севастополемъ и Симферополемъ—было тоже очень затруднительно, несмотря на существовавшую шоссейную дорогу: тогда не было ни мальпостовъ, ни почтовыхъ экипажей; къ услугамъ путешественниковъ могла быть только перекладная. На почтовыхъ лошадей на каждой станціи полагалось лишь по 2 пары, которыя употреблялись въ разгонъ по преимуществу по казенной надобности, частный-же путешественникъ долженъ былъ разсчитывать на счастливую случайность и во всякомъ случаѣ запастись терпѣніемъ, потому что приходилось нерѣдко проводить на станціяхъ долгое время въ ожиданіи лошадей. Такимъ образомъ путь изъ Ялты до Севастополя или Симферополя, который теперь совершается въ 8—10 час. безъ затрудненій и со всѣми удобствами, возможными для экипажнаго движенія, тогда требовалъ 3—4-хъ дней. Однако сравнительныя удобства и прелести экипажнаго передвиженія уже не удовлетворяютъ современныхъ посѣтителей Южнаго берега и Ялты; теперь мечтаютъ о желѣзнодорожномъ сообщеніи съ Севастополемъ и Симферополемъ. Мечта была очень близка къ осуществленію, уже сдѣланы были всѣ предварительныя изысканія, составлены проэкты сооруженій, ожидали на дняхъ ассигнованія необходимыхъ денежныхъ средствъ, чтобы приступить къ работамъ по устройству пути, но наступившая Японская война разрушила надежды и мечты,—желѣзная дорога по Южному берегу отмѣнена на неопредѣленное время.

Далекая, трудно и мало доступная прежняя Ялта не представляла ничего привлекательнаго и въ бытовомъ отношеніи. Когда-то это была греческая деревушка съ рыбнымъ заводомъ. Въ 1837 г. Императоръ Николай I при своемъ посѣщеніи южнаго берега Крыма повелѣлъ возвести селеніе Ялту въ достоинство города, «восхищенный прелестнымъ мѣстоположеніемъ этого ничтожнаго въ то время поселенія грековъ». Въ то время Ялта была дѣйствительно ничтожна: въ ней числилось, по записямъ Ялтинской церкви, всего 30 дворовъ съ 224 душами населенія, и была тогда единственная улица—Елизаветинская. Прошло со времени объявленія Ялты городомъ 30 лѣтъ,—и Ялта почти не измѣнилась. Въ 1864 г. по списку населенныхъ мѣстностей Таврической губ., въ Ялтѣ значились 53 дома и 1112 душъ населенія, и были 3 улицы — Почтовая, Бульварная и Елизаветинская. Никакихъ слѣдовъ т. наз. городского благоустройства не было: улицы и дороги, кромѣ казеннаго шоссе, были, конечно, не замощены, и зимой покрывались невылазной грязью; прекращалось иногда даже сообщеніе между сосѣдними деревнями Ауткой и Дерекоемъ. Улицы не освѣщались. Постройки состояли изъ фахверковыхъ, на глинѣ, одноэтажныхъ домиковъ, съ низкими потолками, съ земляными полами, безъ печей, съ дверями прямо на улицу. Такія постройки можно видѣть теперь въ греческихъ и татарскихъ деревняхъ. Для пріѣзжающихъ въ Ялтѣ не имѣлось лучшихъ помѣщеній. Въ своихъ воспоминаніяхъ *В. Н.* такъ описываетъ свой пріѣздъ въ Ялту и первоначальное помѣщеніе въ ней. «Дѣло было во второй половинѣ ноября. Чудная, тихая, теплая ночь. Луна серебрила и море, и весь амфитеатръ горъ, и скромныя рѣдкія постройки, и стройные кипарисы. Усталые, измученные дорожными неудобствами, мы привѣтствовали обѣтованную Ялту, которая казалась намъ сказочной красавицей, но и вполнѣ мертвой деревушкой. Ни огонька, ни звука. Съ трудомъ достучались въ единственной тогда Ялтинской гостинницѣ, что теперь передѣланный до неузнаваемости мизерный домикъ на заднемъ дворѣ Центральной гостинницы. Утромъ отворяемъ дверь, она-же и единственное окно въ номеръ, и въ комнату хлынулъ потокъ солнечнаго свѣта и теплаго морского воздуха, совсѣмъ весенняго,—и это послѣ того, какъ мы, начиная отъ Москвы и вплоть до Симферополя, цѣлыя 2 недѣли прятали свои носы въ шубы и закрывали тарантасъ отъ холодной снѣжной пыли..... Передъ гостинницей толпа любопытныхъ, удивленныхъ, зачѣмъ могли пожаловать въ такую мертвую пору съ сѣвера. Наперерывъ каждый предлагалъ свои услуги помочь устроиться на зиму. И это не накладная услужливость нынѣшняго коммиссіонера, а прямодушная любезность провинціала отъ скуки, а частью и изъ любопытства. Проще всего, конечно, было-бы оставаться въ гостинницѣ; но непригладные номера безъ печей, съ дверями, отворяющимися прямо на галлерею, шумъ по праздникамъ, когда въ городъ изъ окрестностей съѣзжаются на базаръ, заставили поискать что-нибудь поудобнѣе. Выборъ невеликъ, и мы устроились въ домѣ, занимавшемся потомъ прогимназіей, хотя и тамъ при ординарныхъ рамахъ,—двойныя рамы въ тѣ времена въ Ялтѣ были неизвѣстной роскошью, — при плохо отворявшихся дверяхъ прямо на балконъ подчасъ бывало холодно».

Сезонный пріѣздъ въ Ялту начался и былъ связанъ съ посѣщеніемъ Царской фамиліи; поэтому въ первые годы этого пріѣзда для сезонныхъ посѣтителей жилыя помѣщенія и обстановка могли быть лишь самыя примитивныя, *В. Н.* описываетъ ихъ такъ: «Ко времени пріѣзда хозяева кое-какъ улаживаютъ отдающіяся въ наемъ комнаты и каморки съ мебелью, и съ какою мебелью! Сосновый столъ съ дырявой клеенкою или салфеткою, вѣнскій стулъ, кровать самаго первобытнаго вида, деревянная, кое-какъ сколоченная, съ досками, покрытыми тоненькимъ, какъ блинъ, мочальнымъ тюфячкомъ, а то такъ просто козлы, обтянутые парусиною, гнѣздилищемъ враговъ человѣческаго сна и спокойствія. Теперь трудно и представить себѣ ту простоту обстановки и ту неряшливость стола, которымъ угощали тогда пріѣзжихъ».

По части продовольствія въ тѣ далекія времена не всегда обстояло благополучно: нерѣдко приходилось считаться съ случайностями и неожиданностями. «Забурлитъ море въ единственный въ недѣлю пароходный день, пароходъ пройдетъ мимо, и на полмѣсяца, а то и больше городъ остается безъ кусочка сахара, безъ стеариновой свѣчки. Мясная торговля зимою шла урывками; иной разъ нельзя было ничего имѣть, кромѣ баранины».

Санитарныя условія Ялты, понимаемыя въ обывательскомъ смыслѣ, очевидно, были безупречны въ тѣ блаженныя времена, какъ о томъ свидѣтельствовалъ *В. Н.* За безупречность ручалась малонаселенность города и его относительный просторъ. Дома стояли на почтительномъ разстояніи другъ отъ друга, окруженные садиками и пустырями. Всѣ отбросы, конечно, вываливались тутъ-же, но много-ли ихъ было на такую большую площадь. Городская почва была еще дѣвственна и легко справлялась съ начинавшимся загрязненіемъ, конечно, до поры до времени.

Въ такомъ видѣ представлялась внѣшняя обстановка жизни въ тогдашней Ялтѣ. Южный берегъ обладалъ естественными богатствами природы, и съ точки зрѣнія врача могъ считаться единственной благодатной страной въ обширномъ нашемъ отечествѣ, пригодной для климатолѣчебныхъ цѣлей; но для того, чтобы воспользоваться этимъ рѣдкимъ природнымъ богатствомъ, нужно было обработать его: необходимо было приложать знанія и трудъ,

Digitized by Google

чтобы естественныя климатическія условія Южнаго берега не только считались пригодными, но и сдѣлались примѣнимыми для цѣлей лѣченія. Эта задача была новая и не только для Ялты, но и вообще для Россіи, такъ какъ до того мѣстомъ климатическаго лѣченія русскіе знали только заграницу. Эту задачу и поставилъ цѣлью своей жизни въ Ялтѣ *В. Н.*

На первой очереди стояло изученіе климата, о которомъ ничего не было извѣстно, кромѣ отрывочныхъ и разрозненныхъ впечатлѣній, записанныхъ нѣкоторыми путешественниками и касавшихся по преимуществу лѣтняго времени. Между тѣмъ дѣло шло о возникновеніи и устройствѣ климатической станціи; необходимо было имѣть объективныя данныя для характеристики погоды и климатическихъ условій, чтобы на основаніи ихъ установить показанія и противопоказанія при лѣчебномъ пользованіи климатомъ, а также выяснить требованія, которымъ должна удовлетворять предназначаемая для больныхъ обстановка жилищъ, одежда и питаніе въ разныя времена года. Не откладывая дѣло въ дальній ящикъ, *В. Н.* непосредственно по пріѣздѣ въ Ялту принялся за кропотливую, мелкую и черную работу по собиранію метеорологическихъ наблюденій. Собственными силами и средствами, по личному почину и по самостоятельной программѣ, онъ принялся дѣлать наблюденія и вести записи ихъ въ дневникѣ. Это дѣло *В. Н.* обставилъ настолько умѣло и правильно и велъ наблюденія и записи съ такимъ постоянствомъ и неослабѣвающимъ вниманіемъ, что его работа была замѣчена Главной физической Обсерваторіей. Помощникъ директора Обсерваторіи М. А. Рыкачевъ писалъ ему въ 1871 г. слѣдующее: «Присланный Вами метеорологическій журналъ за 4 мѣсяца 1870 г. веденъ въ такомъ видѣ, что можетъ служить намъ матеріаломъ для метеорологіи, если только вы сообщите нѣкоторыя данныя относительно инструментовъ, ихъ погрѣшности, и какъ они были установлены». Въ заключеніи своего письма г. Рыкачевъ проситъ прислать въ Обсерваторію наблюденія за все время наблюденій *В. Н.*, утверждаетъ, что они представляютъ настолько цѣнный матеріалъ, что должны храниться въ обсерваторіи вмѣстѣ съ прочими подобными матеріалами, гдѣ они принесутъ наибольшую пользу. Въ 1872 г. акад. В. Е. Кеппенъ отъ имени Главной физической Обсерваторіи просилъ *В. Н.* прислать выписку изъ его наблюденій, «а еще лучше самый дневникъ наблюденій съ тѣмъ, чтобы болѣе или менѣе подробное извлеченіе изъ него было напечатано въ «Лѣтописяхъ Обсерваторіи». Замѣчу, писалъ В. Е. Кеппенъ *В. Н.*, что Ваши наблюденія за прежніе годы имѣютъ особенную важность потому, что никакого другого связнаго ряда изъ послѣднихъ годовъ съ Южнаго берега не существуетъ. Единственный хорошій рядъ оттуда,—это наблюденія въ Карабахъ 1862—67 гг.» В. Е. Кеппенъ предложилъ въ этомъ письмѣ *В. Н.* принять на себя обязанность наблюдателя Главной физической Обсерваторіи. Тогда изъ Крыма Обсерваторія получала наблюденія только изъ Севастополя, «и при томъ плохія», писалъ В. Е. Кеппенъ. Впрочемъ, и въ цѣлой Россіи имѣлось лишь 20 наблюдателей. Съ 1872 г. метеорологическая станція *В. Н. Дмитріева* зачислена была въ число правильно дѣйствующихъ, доставляющихъ въ Обсерваторію ежемѣсячныя наблюденія, производящіяся согласно инструкціи; а *В. Н.* сталъ титуловаться Обсерваторіей завѣдующимъ метеорологическими наблюденіями въ Ялтѣ.

Сѣмя, какъ оказалось, было брошено *В. Н.* на хорошую почву. Дѣло метеорологическихъ наблюденій впослѣдствіе развилось на Южномъ берегу Крыма очень широко. Теперь имѣется здѣсь дов. богатая сѣть станцій, охватившая не только прибрежную полосу, но и нагорную часть Ялтинскаго уѣзда. Станція, основанная *В. Н.*, перешла къ Ялтинскому городскому Управленію, которое отвело для нея помѣщеніе въ зданіи Крымскаго горнаго клуба. Этой станціи присвоено имя *В. Н. Дмитріева*. Въ Ялтинскомъ уѣздѣ Земствомъ устроено 6 метеорологическихъ станцій при лѣчебныхъ заведеніяхъ, и, кромѣ того, на Южномъ берегу имѣется нѣсколько метеорологическихъ станцій въ казенныхъ имѣніяхъ и при Ай-Тодорскомъ маякѣ. Очень богатый матеріалъ метеорологическихъ наблюденій, получающійся изъ современной сѣти станцій, несомнѣнно, сослужитъ службу при подробной разработкѣ особенностей мѣстнаго климата; но главныя основы въ общей характеристикѣ Южнобережнаго климата Крыма были собраны и разработаны *В. Н.*, который былъ большимъ знатокомъ мѣстной природы. Изучая климатическія условія Крыма, онъ никогда не упускалъ изъ вида главную цѣль своихъ изысканій — оцѣнку климатическихъ явленій съ точки зрѣнія врача. Въ этомъ отношеніи его литературный трудъ—«Очеркъ климатическихъ условій Южнаго берега Крыма», составленный на основаніи 20-лѣтнихъ метеорологическихъ наблюденій, по справедливости долженъ считаться настольной книгой врача, практикующаго на Южномъ берегу Крыма.

*П. Розановъ.*

## Хирургія въ Парижѣ

(по впечатлѣніямъ за 1903 годъ).

Задача настоящаго очерка—изобразить въ краткихъ словахъ постановку преподаванія и веденія хирургическаго дѣла въ Парижѣ, сосредоточивающемъ въ себѣ большинство выдающихся медицинскихъ силъ Франціи. Итогъ впечатлѣній, вынесенныхъ за годъ изученія Парижской хирургіи, представитъ, быть можетъ, нѣкоторый интересъ для отечественныхъ хирурговъ.

Преподаваніе клинической хирургіи въ Парижѣ не составляетъ монополіи университетскихъ клиникъ; оно ведется въ хирургическихъ отдѣленіяхъ всѣхъ городскихъ больницъ (hôpitaux de l'Assistance publique). Сами университетскія клиники не имѣютъ собственныхъ зданій, помѣщаются въ тѣхъ-же больницахъ и во многихъ отношеніяхъ подчинены той-же администраціи общественнаго призрѣнія. Во всѣхъ больницахъ завѣдующій какимъ-либо отдѣленіемъ (хирургическимъ, внутреннимъ и др.) является въ этомъ отдѣленіи, часто вмѣщающемъ свыше 100 кроватей, единственнымъ врачемъ; въ помощь ему имѣются т. наз. экстерны и интерны, о которыхъ рѣчь будетъ ниже. Въ клиникахъ-же университетскихъ имѣются еще штатныя должности т. наз. «chef de clinique», а иногда еще и «chef de laboratoire», занимаемыя врачами—обыкновенно изъ бывшихъ интерновъ. Факультетскихъ хирургическихъ клиникъ въ Парижѣ 4 [въ 1903 г. клиники эти были: въ Hôpital de la Pitié—проф. *Terrier*, въ Hôpital de la Charité—проф. *Tillaux*, въ Hôpital Necker — проф. *Le-Dentu*, въ Hôtel-Dieu — проф. *Duplay* [1])]; кромѣ того, есть хирургическая дѣтская клиника (съ 1904 г. переведена въ Hôpital des enfents malades—проф. *Kirmisson*) и клиника болѣзней мочевыхъ путей [Hôpital Necker—проф. *Guyon* [2])]. Въ аудиторіяхъ этихъ клиникъ (*Le Dentu* и *Guyon* имѣютъ общую аудиторію) читаются по 2 часовыхъ лекціи въ недѣлю и производятся операціи. На лекціяхъ поражаетъ почти полное отсутствіе студентовъ—за исключеніемъ мѣстныхъ экстерновъ и интерновъ; большинство слушателей—иностранные врачи и просто сѣдовласые старцы трудно-опредѣлимой профессіи. Масса студенчества, по видимому, неохотно посѣщаетъ эти лекціи и такимъ образомъ ограничиваетъ свое клинически-хирургическое образованіе обязательнымъ срокомъ т. наз. stage hospitalier, приблизительно соотвѣтствующаго нашему кураторству. Дѣятельность stagiaire'овъ, распредѣляемыхъ по всѣмъ больницамъ, сводится однако—по крайней мѣрѣ, въ хирургическихъ отдѣленіяхъ [3])—къ очень немногому: находясь въ отдѣленіяхъ, они остаются въ своемъ платьѣ, халатовъ не одѣваютъ, сопровождаютъ профессора во время его обхода и присутствуютъ на операціяхъ, ограничиваясь созерцаніемъ происходящаго, а то и просто—чтеніемъ газетъ. Въ отдѣленіяхъ, гдѣ завѣдующій не дѣлаетъ переклички, они часто вовсе не появляются.

Студенты, желающіе основательно изучить клиническіе предметы, конкурируютъ на званія «экстерна» и «интерна больницъ». Къ конкурсу на экстерна допускаются студенты, имѣющіе не менѣе 4 «инскрипцій», т. е. еже-3-мѣсячныхъ записей имени, сопровождающихся взносами платы за ученіе; такимъ образомъ на экстерна могутъ конкуррировать лица, прослушавшія 1 годъ собственно-медицинскія науки (первый университетскій годъ для студентовъ-медиковъ посвященъ исключительно естественнымъ наукамъ и въ счетъ медицинскаго факультета не входитъ). Получившіе по конкурсу званіе экстерна распредѣляются по больницамъ, избираютъ любую спеціальность и могутъ мѣнять ее въ теченіи тѣхъ 3-хъ лѣтъ экстерната, на который они имѣютъ право. По своей роли въ больницахъ экстерны могутъ быть сравнены съ нашими постоянными кураторами-студентами, систематически работающими въ какой-либо одной клиникѣ. Пробывъ годъ экстерномъ, можно конкуррировать на интерна, но конкурсъ этотъ настолько труденъ, что попасть въ интерны почти никому съ перваго раза не удается, а бываютъ эти конкурсы лишь 1 разъ въ году. Попавшіе въ интерны являются аристократами медицинскаго студенчества; они исполняютъ обязанности нашихъ ординаторовъ и за 4 года своего интерната, дѣйствительно, получаютъ солидную практическую подготовку. Ежегодно совершается перераспредѣленіе интерновъ по больницамъ, такъ что за 4 года они работаютъ подъ руководствомъ 4-хъ различныхъ учителей, что не мало способствуетъ разносторонности ихъ клиническаго образованія. Оба званія—экстерна и интерна—выдаются администраціей Assistance publique по конкурсному экзамену передъ Коммиссіей больничныхъ врачей и къ факультету прямого отношенія не имѣютъ. Факультетъ требуетъ своихъ 16 инскрипцій и своихъ экзаменовъ и, по представленіи диссертаціи, выдаетъ обязательную для полученія права практики степень д-ра медицины. Кто попадаетъ въ интерны, не можетъ получить эту степень ранѣе, чѣмъ черезъ 7 лѣтъ по поступленіи въ университетъ, а обычно интерны пребываютъ студентами 8—10 лѣтъ. Какъ только они становятся «dr en médecine», больницы для нихъ закрываются; туда поступаютъ новые интерны.

Для хирурга, желающаго идти впередъ, получить самостоятельное мѣсто въ больницѣ, не достаточно побывать интерномъ и сдѣлаться затѣмъ докторомъ медицины. Хирургическими отдѣленіями завѣдуютъ т. наз. chirurgiens des hôpitaux, а это званіе пріобрѣтается также по конкурсу. Формально отъ конкуррентовъ требуется только степень доктора медицины и 5 лѣтъ врачебной дѣятельности (отъ бывшихъ интерновъ 1 годъ); но въ виду условій конкурснаго экзамена, требующихъ основательныхъ знаній по анатоміи и оперативной хирургіи, почти невозможно выдер-

[1]) Въ настоящее время вышелъ въ отставку.

[2]) Каѳедра хирургической патологіи (бывшая проф. *Lannelongue*'а) не имѣетъ клиники.

[3]) Въ акушерскихъ отдѣленіяхъ они, по видимому, работаютъ активно.

Digitized by Google

жать его тому, кто не проработалъ нѣсколько лѣтъ въ препаровочномъ залѣ. Поэтому желающіе совершенствоваться интерны-хирурги [1]) конкуррируютъ послѣдовательно на званія «aide d'anatomie» и «prosecteur de la faculté» (resp. de Clamart). Въ этомъ послѣднемъ званіи уже можно получить степень доктора медицины. Такимъ образомъ избранники 4-хъ конкурсовъ (на экстерна, на интерна и 2-хъ анатомическихъ) составляютъ главный контингентъ конкуррентовъ на званіе госпитальнаго хирурга. Успѣхъ на 2-мъ или 3-мъ такомъ конкурсѣ считается большой удачей. Получившіе наконецъ желаемое званіе (т. наз. chirurgien des hôpitaux du bureau central) еще не получаютъ отдѣленія въ больницѣ. Въ теченіи цѣлаго ряда лѣтъ (около 10, смотря по большей или меньшей смертности среди старыхъ хирурговъ) они несутъ дежурства по больницамъ, замѣняютъ отсутствующихъ хирурговъ и для полученія собственнаго «service'а» стоятъ на очереди по старшинству полученія ими званія chirurgien des hôpitaux. Всѣ дальнѣйшія права ихъ на полученіе отдѣленія въ той или другой больницѣ опредѣляются исключительно этимъ старшинствомъ и взаимнымъ соглашеніемъ. Поэтому лучшія отдѣленія всегда заняты старыми хирургами. Вообще быть завѣдующимъ хирургическимъ отдѣленіемъ въ Парижѣ почти невозможно ранѣе 40—42 лѣтъ.

Лица, желающія посвятить себя преподаванію и получить званіе профессора подвергаются еще одному конкурсу на «professeur agrégé» (соотвѣтствуетъ нашей приватъ-доцентурѣ). Это — конкурсъ факультетскій; условія допущенія—приблизительно тѣ же, что и для chirurgien des hôpitaux, но и тутъ не бывшій интерномъ и прозекторомъ имѣетъ мало шансовъ на успѣхъ. Конкурсъ на prof. agrégé не стоитъ ни въ какихъ отношеніяхъ къ конкурсу на госпитальнаго хирурга; каждое изъ этихъ званій можетъ быть пріобрѣтено, безразлично, раньше или позже другого. Оба эти конкурса, особенно конкурсъ на prof. agrégé, требуютъ отъ кандидата, кромѣ знаній, еще и ораторскихъ способностей, ибо оцѣнка отвѣтовъ кандидатовъ въ значительной степени опредѣляется проявленнымъ ими краснорѣчіемъ. Вотъ почему косноязычнаго профессора нельзя встрѣтить на клинической каѳедрѣ Парижскаго Университета.

Изъ всего сказаннаго о постановкѣ преподаванія клинической хирургіи въ Парижѣ можно видѣть, что масса студенчества получаетъ въ этомъ отношеніи маловато свѣдѣній, но болѣе усердные студенты, попадающіе въ число экстерновъ, а тѣмъ болѣе интерновъ, выносятъ хорошее, хотя, быть можетъ, слишкомъ рано спеціализированное, клиническое образованіе. Все научное и практическое совершенствованіе основано на широкой системѣ конкурсовъ. Общій голосъ свидѣтельствуетъ, что и эта система не избавляетъ отъ лицепріятія и поддерживаетъ непріятный духъ карьеризма.

Богатый матеріалъ Парижскихъ больницъ не пропадаетъ и для цѣлей болѣе спеціальнаго преподаванія по разнымъ отдѣламъ хирургіи. Способы изслѣдованія и хирургическаго лѣченія болѣзней различныхъ органовъ составляютъ предметъ многочисленныхъ платныхъ курсовъ (обычная плата 50—100 фр.), которые ведутся главнымъ образомъ въ весенніе и осенніе мѣсяцы. Кромѣ того, организованы весьма хорошо обставленные курсы по оперативной хирургіи въ École pratique de la faculté de médecine (въ лѣтніе мѣсяцы). Правда, этими курсами руководятъ молодые прозекторы, не имѣющіе большой клинической опытности; но слушатели имѣютъ возможность видѣть прекрасныя пособія (рисунки), слышать добросовѣстное изложеніе классическихъ и новѣйшихъ операцій, относящихся къ той или другой системѣ органовъ и, наконецъ, продѣлывать сами всѣ эти операціи на трупахъ. [Отдѣльные курсы обнимаютъ, напр., операціи на костяхъ и суставахъ, на кишечникѣ, на мочевыхъ органахъ, на нервной системѣ и т. п.]. Среди постоянно читаемыхъ свободныхъ, т. е., безплатныхъ курсовъ (cours libres), нерѣдко попадаются такіе, которые могутъ представить интересъ для хирурга. О времени, мѣстѣ и цѣнѣ курсовъ всегда вывѣшиваются на зданіи медицинскаго факультета, École pratique и въ воротахъ любой городской больницы, объявленія.

Перейду къ постановкѣ самого хирургически-лѣчебнаго дѣла и начну съ общихъ замѣчаній. Большинство больницъ—старыя, иныя даже очень старыя, однако, почти вездѣ сдѣланы новыя пристройки для операціонныхъ. Послѣднія въ факультетскихъ клиникахъ и въ нѣкоторыхъ не факультетскихъ снабжены амфитеатромъ скамей и служатъ также аудиторіями [въ клиникахъ *Terrier* и *Le-Dentu* есть, кромѣ того, спеціальныя операціонныя для полостныхъ операцій]. Почти повсюду посѣтители допускаются въ операціонныя безъ халатовъ. Особыхъ перевязочныхъ нигдѣ нѣтъ, больныхъ перевязываютъ на ихъ постеляхъ. Въ исключительныхъ случаяхъ перевязки дѣлаются въ имѣющихся почти вездѣ рядомъ съ палатами «комнатахъ для изслѣдованія», служащихъ обыкновенно для осмотра вновь прибывшихъ и нѣкоторыхъ амбуляторныхъ больныхъ и въ особенности для гинекологическихъ изслѣдованій.

Во всѣхъ больницахъ устроены громадныя палаты на 30—50 кроватей. Даже въ новѣйшей больницѣ (Hôpital Boucicaut), состоящей изъ совершенно отдѣльныхъ небольшихъ павильоновъ, общія палаты вмѣщаютъ 15—20 кроватей; маленькія палаты на 1—2 кровати предназначены лишь для недавно оперированныхъ или обособляемыхъ больныхъ. Вслѣдствіе этого, а также потому, что перевязки дѣлаются на постеляхъ, воздухъ въ палатахъ часто оставляетъ желать лучшаго.

Низшій персоналъ состоитъ изъ подготовляемыхъ особыми курсами гражданскихъ надзирательницъ, сидѣлокъ и служителей. Прежнія надзирательницы изъ сестеръ-монахинь, которыя, будто-бы, нерѣдко удѣляли больнымъ свое милосердіе лишь въ зависимости отъ соблюденія послѣдними обрядовъ католическаго благочестія, остались лишь въ больницахъ Hôtel-Dieu, St.-Louis и Boucicaut.

Посмотримъ теперь, какъ разрѣшаются въ Парижѣ вопросы хирургической асептики и антисептики. Эту сторону дѣла цѣлесообразно разсматривать отдѣльно по отношенію къ операціоннымъ помѣщеніямъ къ рукамъ хирурга и операціонному полю, наконецъ—къ хирургическимъ инструментамъ и матеріаламъ.

Въ отношеніи чистоты операціонныхъ ни на чемъ, заслуживающемъ особаго упоминанія, остановиться не могу. Систематической очистки воздуха передъ операціями водянымъ дождемъ или паромъ, по видимому, нигдѣ не примѣняется.

Очистка рукъ производится, разумѣется, разными хирургами различно. Очень распространенный способъ состоитъ въ погруженіи вымытыхъ (часто не въ проточной водѣ, а въ тазу) мыломъ и щеткой рукъ въ растворѣ марганцево-кислаго калія, затѣмъ въ 2-сѣрнистый натръ (для обезцвѣчиванія) и, наконецъ, въ сулему (*Reclus*, *Le-Dentu*, *Berger* и др.). Карболовую кислоту для очистки рукъ примѣняетъ *Lucas-Championnière*. Въ основѣ способовъ, примѣняемыхъ остальными хирургами, лежитъ основательная механическая очистка щеткой, затѣмъ слѣдуетъ ополаскиваніе въ сулемѣ и иногда еще обтираніе спиртомъ и или эѳиромъ. Принципіально чисто-асептическое мытье рукъ, имѣющее великое преимущество не портить [1]) ихъ, примѣняется въ клиникѣ *Terrier*. Онъ и его помощники моютъ руки жидкимъ мыломъ со щетками стерилизованной водой; эта операція никогда не продолжается менѣе 8—10 мин., послѣ чего руки вытираются стерильными салфетками. Для ополаскиванія рукъ во время операціи служитъ часто смѣняемый стерильный физіологическій растворъ, наливаемый въ прокипяченныя большія стеклянныя чашки.

Относительно употребленія перчатокъ большинство выдающихся хирурговъ въ Парижѣ придерживаются въ высшей степени простого и раціональнаго принципа—по возможности никогда не касаться руками гноя. Поэтому для всѣхъ операцій въ т. наз. нечистыхъ случаяхъ одѣваются резиновыя перчатки [онѣ прекрасно выдерживаютъ стерилизацію паромъ подъ давленіемъ, подъ условіемъ чтобы 2 резиновыя поверхности не соприкасались (марлевыя прослойки)]. Нитяныхъ перчатокъ почти не видно; примѣненіе резиновыхъ при всѣхъ операціяхъ представляетъ рѣдкое исключеніе (*Chaput*).

Кожа больного въ операціонномъ полѣ обеззараживается почти всегда третьимъ лицомъ, въ операціи не участвующимъ (обычно—экстерномъ, а кое-гдѣ—сидѣлкой или служителемъ). При этомъ нигдѣ мытье тѣла мыломъ не сопровождается обливаніемъ водой; за треніемъ намыленной щеткой или мочалкой непосредственно слѣдуетъ удаленіе мыльной пѣны стерильными салфетками или свернутыми, иногда смоченными въ сулемѣ, кусками марли; затѣмъ обливаютъ спиртомъ (*Terrier*) или сулемой, эѳиромъ и спиртомъ и снова вытираютъ стерильной марлей. Нѣкоторые (*Le Dentu*) продѣлываютъ надъ операціоннымъ полемъ то-же обеззараживаніе марганцево-кислымъ каліемъ, что и надъ своими руками, а у *Lucas-Championnière*'а ограничиваются обмываніемъ карболовымъ растворомъ. Многими примѣняется обмываніе операціоннаго поля наканунѣ дня операціи и наложеніе влажной сухой или асептической повязки [но не сулемовой, нерѣдко дающей эритемы и гнойнички)].

Безусловная асептика при операціяхъ и при лѣченіи чистыхъ и гнойныхъ ранъ примѣняется только у *Terrier*; всѣ остальные хирурги охотно прибѣгаютъ къ іодоформу и сулемѣ; довольно распространено также обливаніе ранъ перекисью водорода («eau oxygénée») и ручныя resp. ножныя ванны съ этой жидкостью при флегмонахъ конечностей. *Reclus* въ этихъ случаяхъ сталъ прибѣгать (по предложенію *Thiriar*'а изъ Брюсселя) къ наложенію жгута у корня конечности и паренхиматозному впрыскиванію въ нее сильно сжатаго (120 атмосферъ) кислорода, который пропитываетъ ткани и выходитъ наружу черезъ оперативные разрѣзы. У *Lucas-Championnière*'а широкой струей льется карболовая кислота въ видѣ 2%-го и 5%-го растворовъ; въ первомъ смачиваются губки для вытиранія крови съ ранъ во время операцій, вторымъ, тоже съ помощью губки, обтираются ткани передъ концомъ операцій.

Переходя къ особенностямъ въ способахъ стерилизаціи матеріаловъ и инструментовъ упомяну о примѣненіи автоматическихъ индикаторовъ, доказывающихъ, что температура внутри коробки съ перевязочнымъ матеріаломъ, стерилизовавшейся въ автоклавѣ, достигала желательной цифры. Такими индикаторами въ клиникѣ *Terrier* служатъ стеклянныя запаянныя трубочки, содержащія бензойную resp. фталеиновую кислоту—вещества, мѣняющія свой цвѣтъ и сплавляющіяся при 120° resp. 130°. Перевязочный матеріалъ вездѣ въ Парижѣ стерилизуется и сохраняется въ цилиндрическихъ металлическихъ коробкахъ съ крышками и боковыми отверстіями, закрываемыми поворотомъ крышки при извлеченіи изъ аутоклава. Инструменты многими сохраняются въ широкихъ и низкихъ металлическихъ коробкахъ съ крышками, въ которыхъ и стерилизуются (въ томъ числѣ и рѣжущіе) сухимъ

[1]) Французское гражданство не требуется для экс- и интерната, но необходимо для дальнѣйшихъ конкурсовъ.

[1]) Извѣстно, до какой степени трудную задачу представляетъ удовлетворительная въ бактеріологическомъ смыслѣ очистка испорченныхъ, загрубѣлыхъ, истрескавшихся рукъ.

Digitized by Google

жаромъ при 160° 10—15 мин. Разумѣется, и стерилизація кипяченіемъ, особенно во время самыхъ операцій, производится рѣшительно вездѣ.

Большимъ распространеніемъ пользуется чрезвычайно практичный обычай имѣть запасъ стерилизованныхъ иголъ, металлическихъ швовъ, катетеровъ, дренажныхъ трубокъ, скальпелей и др. инструментовъ, сохраняемыхъ въ заткнутыхъ ватой пробиркахъ. Благодаря этому, при неожиданной надобности въ одномъ изъ этихъ инструментовъ во время операціи не приходится ни терять времени на его ожиданіе, ни пускать его въ ходъ въ коекакъ, наскоро простерилизованномъ видѣ.

Матеріалъ для швовъ—шелкъ и флорентинскія нити (послѣднія, наряду съ аграфами *Michel*'я пользуются исключительнымъ примѣненіемъ для кожнаго шва) стерилизуются кипяченіемъ или въ аутоклавѣ, а кэтгутъ покупается вездѣ уже простерилизованный и доставляется въ баночкахъ съ нафтоломъ В. Способъ стерилизаціи, по видимому, сохраняется въ секретѣ спеціалистами-аптекарями; мнѣ, по крайней мѣрѣ, узнать его отъ нихъ не удалось. Кэтгутъ, стерилизованный въ особыхъ стеклянныхъ ампулкахъ парами спирта подъ давленіемъ, мало распространенъ. У *Lucas-Championnière*'а идетъ собственной стерилизаціи карболовый кэтгутъ.

Теперь нѣсколько словъ о способахъ обезболиванія въ Парижѣ. Среди способовъ общаго обезболиванія почти всеобщимъ распространеніемъ пользуется усыпленіе хлороформомъ, часто по удушающему способу съ платка безъ всякой маски. Примѣненіе дозированныхъ смѣсей хлороформа съ кислородомъ недавно начато въ дѣтской клиникѣ проф. *Kirmisson*'а и даетъ пока хорошіе результаты (примѣняется приборъ *Roth*'а). Усыпленіе эѳиромъ, хлористымъ и бромистымъ этиломъ можно встрѣтить въ Парижѣ лишь въ очень немногихъ мѣстахъ.

Спинномозговое обезболиваніе кокаиномъ (rachycocaïnisation), усиленно пропагандируемое *Tuffier*, не встрѣтило большого сочувствія у ближайшихъ сосѣдей этого хирурга. Интересъ къ этому способу, видимо, ослабѣлъ: на Съѣздѣ французскихъ хирурговъ въ Парижѣ въ 1902 г. ему былъ посвященъ рядъ докладовъ и преній, а на Съѣздѣ въ 1903 г. о немъ не было сказано ни слова. Систематическое, почти ежедневное примѣненіе этого способа продолжается однако въ отдѣленіи *Tuffier* (Hôpital Beaujon), гдѣ насчитываютъ уже свыше 1500 случаевъ спинномозгового обезболиванія. Способъ этотъ примѣняется теперь у *Tuffier* въ слѣдующемъ видѣ: изъ свѣже-разбитой стерильной стеклянной ампулки набираютъ въ 2-граммовый шприцъ 7—8 капель жидкости, содержащей 0,02 солянокислаго кокаина и 0,0005 адреналина; затѣмъ сидящему съ согнутой спиной больному производятъ длинной иглой поясничный проколъ и даютъ стечь 7—8 каплямъ спинно-мозговой жидкости; тогда къ иглѣ приставляютъ шприцъ и медленно насасываютъ спинно-мозговую жидкость, которая такимъ образомъ разбавляетъ кокаино-адреналиновую смѣсь въ шприцѣ; когда шприцъ наполнится, надавливаютъ на поршень и медленно вгоняютъ жидкость обратно въ позвоночный каналъ.

Мѣстное обезболиваніе кокаиномъ, какъ это ни странно, не очень распространено на родинѣ *Reclus*. Самъ онъ, разумѣется, продолжаетъ широко имъ пользоваться, прибѣгая къ $^1/_2$%-му раствору. Изъ большихъ операцій онъ съ успѣхомъ проводитъ этотъ способъ при нѣкоторыхъ чревосѣченіяхъ, не очень объемистыхъ грыжахъ и при операціи почечуя (растяженіе задняго прохода зеркаломъ и изсѣченіе шишекъ), напротивъ, для оперированія аппендицита à froid и бугорчатковыхъ лимфаденитовъ *Reclus* не совѣтуетъ примѣнять мѣстное обезболиваніе, ибо заранѣе нельзя сказать, будетъ-ли операція легкой, или затруднится обширными сращеніями. Примѣненія *Schleich*'овскихъ смѣсей или кокаин-адреналиноваго мѣстнаго обезболиванія мнѣ въ Парижѣ видѣть не удалось.

Переходя къ особенностямъ инструментарія Парижскихъ хирурговъ, начну съ операціонныхъ столовъ. Ихъ можно, конечно, встрѣтить разныхъ видовъ—отъ простыхъ деревянныхъ безъ всякихъ приспособленій до сложнаго металлическаго стола *Doyen*'а, допускающаго спеціальные изгибы и повороты для операцій на каждой части тѣла. Но чаще всего можно видѣть 2 простыхъ и, по видимому, удовлетворяющихъ требованіямъ хирургіи типа столовъ: это—или простые металлическіе столы, допускающіе наклоны доски для полученія *Trendelenburg*'овскаго положенія, или простые деревянные столы, на которые, въ случаѣ надобности, накладывается складная металлическая рама для той-же цѣли.

Для наложенія швовъ почти исключительно употребляютъ иглы *Reverdin*'а, значительно облегчающія вдѣваніе нити, ускоряющія весь процессъ шва и очень мало подверженныя излому во время прокалыванія тканей, что такъ часто случается съ обыкновенными кривыми иглами.

Изъ инструментовъ *Doyen*'а среди его согражданъ распространены его трепанаціонные фрезы, широкіе раздвигатели разрѣзовъ при чревосѣченіяхъ—ручные и самостоятельно держащіеся на мѣстѣ, благодаря особой распоркѣ, помѣщаемой между ногами, кое-гдѣ маленькіе экразеры для раздавливанія сальника передъ его усѣченіемъ; вотъ почти и всѣ *Doyen*'овскія изобрѣтенія, удостоенныя признанія его ближайшими сосѣдями.

Характеръ техники Парижскихъ хирурговъ опредѣляется отчасти ихъ солидной анатомической подготовкой, отчасти тѣмъ обстоятельствомъ, что всѣ они—въ то-же время гинекологи. Отъ этого зависитъ и подборъ большихъ операцій въ Парижскихъ больницахъ: рѣшительно преобладаетъ брюшная гинекологическая хирургія; чтобы увидѣть операціи костныя и ортопедическія, приходится идти въ спеціальныя отдѣленія для дѣтской хирургіи; операціи на мочевыхъ органахъ рѣдко удается видѣть внѣ спеціальныхъ мочеполовыхъ отдѣленій. Быть можетъ, гинекологическая хирургія, часто требующая операцій въ *Trendelenburg*'овскомъ положеніи, сдѣлала нѣкоторыхъ видныхъ хирурговъ Парижа сторонниками этого положенія и для не-гинекологическихъ операцій въ области средней и нижней части живота. Такъ, напр., въ клиникѣ *Terrier* это положеніе примѣняется при операціи аппендицита à froid; такъ какъ подвижныя тонкія кишки отходятъ при этомъ къ грудобрюшной преградѣ, а слѣпая кишка остается на мѣстѣ, то отыскиваніе отростка значительно облегчается. Не разъ стоя въ мѣстахъ для зрителей, я отлично могъ видѣть отростокъ тотчасъ по вскрытіи брюшной полости и расширеніи краевъ раны раздвигателемъ (разрѣзъ по краю правой прямой мышцы живота).

Къ числу особенностей техники Парижскихъ хирурговъ можно отнести и широко распространенный обычай работать съ однимъ помощникомъ и не пользоваться услугами третьяго лица, подающаго инструменты или матеріалъ. Позади оператора и помощника стоятъ столики со всѣмъ необходимымъ для операціи, и они сами берутъ съ нихъ инструменты, лигатуры и марлевые шарики. Какъ показываетъ опытъ, такая постановка дѣла не препятствуетъ значительной быстротѣ работы и, конечно, повышаетъ степень асептики, уменьшая число участвующихъ въ операціи рукъ.

Значительная быстрота и изящество въ оперированіи выработаны многими Парижскими хирургами. Въ этомъ отношеніи, кромѣ постоянно щеголяющаго своими пріемами и восхваляющаго свое искусство *Doyen*'а, выдается цѣлый рядъ сравнительно молодыхъ даровитыхъ хирурговъ, каковы: *Ricard* (Hôpital St.-Louis), *Hartmann* (Hôpital Lariboisière), *Legueu* (оперируетъ въ клиникѣ *Guyon*'а), *J. L. Faure* (оперируетъ въ Hôpital Cochin и въ Hôtel-Dieu, гдѣ замѣнялъ проф. *Duplay*), *Gosset* (оперируетъ въ клиникѣ *Terrier*).

Не стану останавливаться на тѣхъ хирургахъ, репутація которыхъ уже давно и прочно составлена. Замѣчу мимоходомъ, что *Guyon*, кромѣ камнедробленій, почти никакихъ другихъ операцій самъ уже не дѣлаетъ, предоставляя ихъ своимъ помощникамъ. Наилучшая, по моимъ впечатлѣніямъ, постановка всего дѣла въ смыслѣ строгаго соблюденія всѣмъ персоналомъ правилъ хирургической чистоты, въ смыслѣ спокойнаго, безмолвнаго и красиваго оперированія, въ смыслѣ наконецъ, прекраснаго послѣоперапіоннаго теченія ранъ—должна быть признана за клиникой проф. *Terrier* въ Hôpital de la Pitié. Въ этой клиникѣ проводится чистая асептика; при этомъ самъ *Terrier* никогда почти не оперируетъ въ зараженныхъ тканяхъ, но ближайшіе его помощники не избавлены отъ этого и только защищаютъ въ такихъ случаяхъ свои руки резиновыми перчатками,—и при такихъ условіяхъ заживленіе операціонныхъ ранъ протекаетъ гладко. Постановка дѣла въ клиникѣ *Terrier* создаетъ изъ нея хорошую хирургическую школу.

Интересную особенность представляетъ отдѣленіе *Reclus* (Hôpital Laënnec). Здѣсь каждый рабочій день начинается, по приходѣ *Reclus*, въ Собраніи всего персонала экстерновъ и интерновъ. *Reclus* заставляетъ кого-либо изъ нихъ подробно описать наблюдаемый интересный случай или недавно произведенную операцію, или произнести заранѣе подготовленный рефератъ по какому-либо отдѣлу хирургіи. Такимъ образомъ молодые хирурги научаются сжато и красиво излагать передъ аудиторіей свои мысли, что очень полезно для ихъ будущихъ конкурсовъ и для систематизаціи ихъ познаній.

Заканчивая свой очеркъ, я могу на основаніи довольно обширнаго опыта удостовѣрить, что посѣщеніе хирургическихъ отдѣленій Парижскихъ больницъ и факультетскихъ клиникъ не обставлено ни малѣйшими затрудненіями [1]). Совершенно достаточно явиться около 9 час. утра и заявить завѣдующему отдѣленіемъ о своемъ желаніи посѣщать его операціи, обходы или лекціи, а часто можно (особенно для лекцій) обойтись и безъ всякаго представленія. О славянскомъ гостепріимствѣ, правда, нѣтъ и помину, большого вниманія посѣтителямъ не удѣляютъ, но и знакомиться съ дѣломъ не препятствуютъ. Такимъ образомъ ознакомленіе съ Парижской хирургіей не сопряжено ни съ какими формальными препятствіями, а обиліе матеріала, наличность многихъ хорошихъ силъ и существенныя отличія французской хирургической школы отъ нашей, приближающейся больше къ нѣмецкимъ образцамъ,—все это, вмѣстѣ взятое, дѣлаетъ это ознакомленіе интереснымъ и поучительнымъ.

*Н. Петровъ.*

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ

**Физіологія и общая патологія.** 414. *M. Loeper* и *A. Louste изслѣдовали клѣтки новообразованій въ крови (Neocytemie).* Несомнѣнно, что многія злокачественныя опухоли распространяются черезъ кровеносную систему и что раковыя клѣтки, оторванныя отъ опухоли, будучи за-

[1]) Только посѣщеніе частной клиники *Doyen*'а требуетъ предварительнаго письма къ нему, на которое даже не всегда получается отвѣтъ...

Digitized by Google

хвачены лимфатическими путями, увлекаются кровянымъ токомъ и засѣваются въ различныхъ тканяхъ, гдѣ и задерживаются и размножаются. Къ сожалѣнію, въ обыкновенныхъ препаратахъ крови почти нельзя найти этихъ клѣточекъ, такъ какъ число ихъ очень незначительно по отношенію къ краснымъ шарикамъ. Изслѣдованіе можетъ быть произведено съ нѣкоторой возможностью успѣха лишь послѣ предварительнаго растворенія красныхъ кровяныхъ шариковъ и послѣ центрифугированія другихъ клѣтокъ крови, не измѣненныхъ употребленной жидкостью. Авторы пользовались слѣдующимъ способомъ: 20 капель крови, получаемыхъ посредствомъ укола изъ мякоти большого пальца изслѣдуемаго лица, собираютъ въ пробирку, содержащую 15 к. стм. раствора уксусной кислоты 1 : 100; смѣсь эта, сначала розовая и прозрачная, быстро чернѣетъ, но не даетъ осадка; она тотчасъ-же центрифугируется въ продолженіи 10 минутъ; въ осадкѣ получаются клѣтки, которыя фиксируются и окрашиваются обычными способами и изслѣдуются подъ микроскопомъ. У 1 больного съ лимфаденомой и легкимъ лейкоцитозомъ среди другихъ ядерныхъ элементовъ нормальной крови, авторы различили лимфатическія клѣтки съ ядромъ въ стадіи почкованія и 1 лимфоидный элементъ въ состояніи каріокинеза. Отрицательные результаты авторы получили у больныхъ съ мѣстной и мало распространенной эпителіомой, а положительные у саркоматозныхъ. Чтобы быть увѣреннымъ, что имѣется дѣло, дѣйствительно, съ клѣтками новообразованія, авторы тщательно изучали форму, объемъ, видъ, количество хроматина ядра и красящія реакціи этихъ клѣтокъ и сравнивали послѣднія съ клѣтками, полученными изъ соскоба съ опухоли, при чемъ онѣ оказывались одинаковыми. Авторы полагаютъ, что при развитіи саркомъ существуетъ постоянный или временный переходъ клѣтокъ опухоли въ кровь, и клѣтки эти могутъ быть обнаружены посредствомъ центрифугированія послѣ предварительнаго гэматолиза подкисленной водой. Будущія изслѣдованія покажутъ, какъ часта саркоматозная цитэмія и какое ея значеніе для распознаванія и предсказанія,—для распознаванія, если клѣтки опухоли будутъ встрѣчаться въ большинствѣ случаевъ; для предсказанія, — если онѣ будутъ встрѣчаться только при очень распространенныхъ новообразованіяхъ (Revue Française de médecine et de chirurgie, № 13). *И. Вирскій.*

415. Д-ръ *Giovanni Golli* (изъ клиники проф. *Bacelli* въ Римѣ) имѣлъ возможность наблюдать въ теченіи продолжительнаго времени больную съ желудочнымъ свищемъ при совершенно здоровомъ желудкѣ. Онъ воспользовался этимъ, чтобы изучить *колебанія температуры при различныхъ состояніяхъ дѣятельности и покоя желудка.* Оказывается, что, вопреки ожиданіямъ, состояніе покоя и дѣятельности не отличаются сколько-нибудь значительными разницами въ температурѣ желудка: хотя пустой желудокъ большей частью на нѣсколько десятыхъ градуса и холоднѣе работающаго, но это наблюдается не всегда, и можетъ случиться, что температура желудка натощакъ одинакова съ температурой желудка послѣ ѣды. Самыя низкія температуры наблюдались между 3 и 6 часами утра (36, 7° Ц.); самая высокая (37,° 8) черезъ 5 — 6 часовъ послѣ обѣда. Послѣ введенія въ пустой желудокъ жидкости, охлажденной до 3° Ц., температура желудка опустилась до 28° Ц., и потребовалось около часа времени для того, чтобы находящійся въ полной дѣятельности желудокъ вернулся опять къ начальной температурѣ. Больная при этомъ въ теченіи 1-го $^1/_2$-часа послѣ введенія охлаждающей жидкости жаловалась на холодъ, и ее пришлось потеплѣе накрыть. Въ другой разъ при тѣхъ-же условіяхъ въ желудокъ введена была жидкость (молоко), нагрѣтая до 54° Ц. Температура желудка поднялась при этомъ только 3 Ц., и для того, чтобы температура опустилась до 40°, до начальной высоты, потребовалось столько-же времени, сколько и въ предъидущемъ опытѣ; это показываетъ, что гораздо легче понизить температуру желудка, чѣмъ повысить ее. На двигательную способность желудка охлажденіе и нагрѣваніе не оказали замѣтнаго дѣйствія, такъ какъ въ обоихъ опытахъ желудокъ черезъ часъ оказывался пустымъ. Пользуясь благопріятнымъ случаемъ, авторъ кромѣ того, старался выяснить вопросъ, *происходитъ-ли выдѣленіе желудочнаго сока при отсутствіи какихъ-либо раздраженій* (психическихъ, отраженныхъ и пищевыхъ)? 3 раза ему удалось найти въ желудкѣ при условіяхъ, исключающихъ наличность раздраженій, дѣятельный сокъ ($HCl=0,18°/_0$). За то нѣсколько разъ при совершенно такихъ-же условіяхъ желудокъ оказывался совершенно пустымъ. Такая-жа неравномѣрность результатовъ получалась и при изслѣдованіи общей кислотности и содержаніи свободной соляной кислоты въ желудочномъ содержимомъ: очень часто, напр., оказывалось во время пищеваренія отсутствіе свободной соляной кислоты. Авторъ склоненъ объяснить такую неравномѣрность результатовъ неравномѣрной работой желудка, который не работаетъ такъ-же регулярно, какъ часовой механизмъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 16). *А. Коварскій.*

**Фармакологія.** 416. Д-ръ *K. Frank* изслѣдовалъ *дѣйствіе пургатина на 30 родильницахъ*, находившихся подъ тщательнымъ клиническимъ наблюденіемъ, и пришелъ къ заключеніямъ, въ нѣкоторыхъ пунктахъ существенно отличающимся отъ заявленій, сдѣланныхъ относительно пургатина другими авторами. Согласно имѣвшимся литературнымъ указаніямъ, *Frank* назначалъ сначала пургатинъ безъ соблюденія точной дозировки, именно—по $^1/_2$ кофейной ложки на пріемъ, 1 разъ въ день, впослѣдствіи-же сталъ давать его по 2,0. Въ нѣсколькихъ случаяхъ испражненія появлялись черезъ 8 часовъ послѣ пріема лѣкарства; у большинства-же родильницъ дѣйствіе послѣдняго обнаруживалось только черезъ 16—24 часа. Испражненія были частью твердыя, частью кашицеобразныя и были окрашены въ краснобурый цвѣтъ. Въ нѣсколькихъ случаяхъ пургатинъ при однократномъ пріемѣ въ количествѣ 2,0 совсѣмъ не вызвалъ испражненій. Дозы въ 1,0—1,5, указывавшіяся нѣкоторыми наблюдателями, какъ достаточныя, по наблюденіямъ *Frank*'а не оказываютъ вліянія на запоръ. Вопреки утвержденіямъ противоположнаго свойства, *Frank*'у приходилось наблюдать отъ пургатина коликообразныя боли въ животѣ, а также тошноту, головную боль, чувство холода и т. д. Въ нѣсколькихъ случаяхъ неблагопріятное дѣйствіе средства сказывалось и на грудныхъ дѣтяхъ, у которыхъ также появлялись колики и вонючія испражненія. Невѣрно также, будто пургатинъ не оказываетъ никакого вреднаго дѣйствія на почки, такъ какъ авторъ наблюдалъ подъ вліяніемъ его появленіе и усиленіе выдѣленія бѣлка въ мочѣ. Въ виду сказаннаго авторъ не совѣтуетъ употреблять пургатинъ при лѣченіи родильницъ и почечныхъ больныхъ (Centralblatt für die gesammte Therapie, апрѣль). *И. Назаровъ.*

**Бактеріологія.** 417. Проф. *Racsyński* во время 2-хъ эпидемій кроваваго поноса въ Галиціи въ 1903 г. изучалъ *этіологію этой болѣзни.*

Въ Краковскую дѣтскую больницу св. Людовика были приняты двое дѣтей (6 и 8 лѣтъ) съ явленіями кроваваго поноса на 2-ой недѣлѣ болѣзни. Отъ этихъ дѣтей черезъ нѣсколько дней заразилась сидѣлка, отъ которой на 5-ый день болѣзни былъ взятъ для изслѣдованія калъ, представлявшій изъ себя желеподобную кровянистую массу. Комокъ слизи съ кровью былъ засѣянъ на агаръ, а затѣмъ дѣлались пересѣвы на картофель, желатину, бульонъ, пептоновую воду, молоко и агаръ съ виноград-нымъ сахаромъ. На этихъ средахъ выросла *палочка, вполнѣ схожая съ палочкой Shiga-Kruse.*

Въ дальнѣйшемъ авторъ изучалъ реакцію склеиванія и получилъ слѣдующіе результаты. Сыворотка крови больной сидѣлки, въ разведеніи 1 : 200, склеивала какъ выдѣленную авторомъ палочку кроваваго поноса, такъ и палочку *Shiga* и *Kruse*. Сыворотка крови 1-го ребенка (поправлявшагося послѣ кроваваго поноса) склеивала взвѣсь всѣхъ 3-хъ палочекъ, т. е., автора, *Shiga* и *Kruse*, въ разведеніи 1 : 200—отчетливо, 1 : 400—только частью. Сыворотка крови 2-го ребенка (явленія кроваваго поноса значительно болѣе слабыя) склеивала всѣ 3 палочки въ разведеніи 1 : 100 хорошо, 1 : 200—на $^1/_2$. Авторъ сдѣлалъ также опыты на нѣсколькихъ кроликахъ, собакахъ и кошкѣ, вводя имъ подъ кожу или въ брюшную полость 24—48-часовую бульонную разводку палочки кроваваго поноса, либо взвѣсь агаровой разводки въ обезпложенномъ солевомъ растворѣ. Послѣ впрыскиваній у животныхъ наблюдалось

Digitized by Google

повышеніе температуры, затѣмъ развивались поносы, общая слабость, параличъ заднихъ конечностей. На вскрытіи у кроликовъ проф. *Kaczyński* находилъ въ толстой кишкѣ сильное набуханіе слизистой оболочки, кровоизліянія, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и язвы на верхушкѣ складокъ слизистой оболочки. Подъ микроскопомъ онъ находилъ поверхностныя омертвѣнія слизистой оболочки, а среди омертвѣвшей ткани—кучки палочекъ, напоминавшихъ палочку *Shiga*. Въ заключеніе авторъ говоритъ, что палочка *Shiga-Kruse* является безусловнымъ возбудителемъ кроваваго поноса (Przegląd lekarski, 23 и 30 апрѣля). *Островскій.*

**Внутреннія болѣзни.** 418. Въ защиту *нехирургическаго лѣченія воспаленій червеобразнаго отростка* выступаетъ *W. Clemm*, опирающійся въ своихъ доказательствахъ, съ одной стороны, на нѣкоторыя соображенія относительно вѣроятной роли этого органа въ экономіи организма, а съ другой—на успѣшные результаты, полученные при нехирургическомъ лѣченіи аппендицитовъ *Robin*'омъ и др., а также самимъ авторомъ. По его мнѣнію, на червеобразный отростокъ вовсе нельзя смотрѣть, какъ на вредный зачаточный органъ, такъ какъ онъ играетъ немаловажную роль въ ряду защитительныхъ приспособленій организма. Послѣдняя заключается въ томъ, что червеобразный отростокъ является мѣстомъ, удобнымъ для размноженія кишечной палочки и для сохраненія ея отъ вліянія нѣкоторыхъ неблагопріятныхъ условій. Кишечная же палочка охраняетъ кишечникъ отъ вторженія въ него и развитія въ немъ различныхъ вредныхъ микроорганизмовъ. Въ тѣхъ случаяхъ, когда палочка эта удаляется изъ кишечника въ большихъ количествахъ, какъ это обыкновенно бываетъ при поносахъ, въ немъ начинаютъ успѣшно размножаться различные болѣзнетворные микробы. Размноженію этому обыкновенно предшествуетъ предварительное нарушеніе пищеварительной дѣятельности: оно вызываетъ поносы, удаляющіе изъ кишекъ кишечную палочку, а затѣмъ уже тамъ поселяются другіе представители микробной флоры. Благодаря защищенному положенію червеообразнаго отростка, кишечныя палочки легко задерживаются въ немъ при поносахъ, а затѣмъ, размножаясь, начинаютъ оказывать свое обычное полезное вліяніе на кишечный каналъ. Въ виду этого *Clemm* и полагаетъ, что удалять червеобразный отростокъ можно только въ случаяхъ крайней необходимости. Переходя къ оцѣнкѣ результатовъ нехирургическаго лѣченія воспаленій червеобразнаго отростка, *Clemm* ссылается главнымъ образомъ на данныя, сообщенныя *Robin*'омъ. Изъ 250 случаевъ, приводимыхъ послѣднимъ, хирургическое лѣченіе было примѣнено только въ 6; 2 изъ оперированныхъ умерли, 4 выздоровѣли. Всѣ остальные случаи—операціи въ нихъ не дѣлалось—окончились выздоровленіемъ. Факты эти, по мнѣнію автора, заставляютъ измѣнить мнѣніе объ аппендицитѣ, какъ о «болѣзни хирургической». Конецъ статьи посвященъ описанію лѣченія воспаленій червеобразнаго отростка въ томъ видѣ, какъ оно примѣняется *Robin*'омъ и авторомъ. Въ существенныхъ чертахъ оно сводится къ назначенію слабительнаго (30,0 клещевиннаго масла, иногда +0,4 каломеля), покойному положенію больного, промыванію кишекъ клизмой изъ 1,5 литра воды съ прибавкой шалфейной вытяжки, примѣненію тепла въ видѣ теплыхъ припарокъ, а въ промежуткахъ между припарками—*массажа* больной кишки; массажъ примѣняется въ формѣ нѣжныхъ втираній спирта и зеленаго мыла. Въ первые дни внутрь больному дается только горячая вода. По миновании острыхъ явленій массажъ продолжается еще въ теченіи нѣсколькихъ недѣль съ цѣлью возстановленія нормальной подвижности кишекъ и червеобразнаго отростка. Опій, по мнѣнію *Clemm*'а, можно примѣнять только тогда, когда больной не можетъ пользоваться надлежащимъ уходомъ (Centralblatt für die gesammte Therapie, апрѣль). *И. Назаровъ.*

419. Д-ръ *v. Boroky* подвергаетъ разбору *клиническія особенности легочныхъ кровотеченій у больныхъ, страдающихъ бугорчаткой*. Кровотеченія эти обусловливаются, съ одной стороны, легкой разрываемостью легочныхъ сосудовъ, а съ другой—зависятъ отъ высоты кровяного давленія. Насколько существенное значеніе имѣетъ послѣднее обстоятельство, можно видѣть изъ того, что въ позднихъ періодахъ легочной бугорчатки, не смотря на значительныя измѣненія въ легочныхъ сосудахъ, легочныя кровотеченія встрѣчаются рѣдко. Въ этихъ случаяхъ частый и малый пульсъ указываетъ на пониженное кровяное давленіе, позволяющее легочнымъ сосудамъ сохранять свою цѣлость, не смотря на происшедшія уже въ нихъ измѣненія. Иначе обстоитъ дѣло у больныхъ съ неизмѣненнымъ кровянымъ давленіемъ, какъ это бываетъ въ началѣ болѣзни. У нихъ даже при незначительныхъ нарушеніяхъ цѣлости одного изъ легочныхъ сосудовъ легочное кровотеченіе можетъ достигать весьма значительныхъ размѣровъ. Въ виду этого, по количеству вышедшей крови нельзя судить о размѣрѣ того сосуда, изъ котораго произошло кровотеченіе; здѣсь все зависитъ отъ высоты кровяного давленія. На вопросъ о томъ, предшествуютъ-ли легочному кровотеченію извѣстные предвѣстники, авторъ даетъ отрицательный отвѣтъ; субъективнымъ ощущеніямъ больныхъ въ этомъ случаѣ нельзя придавать особаго значенія, такъ какъ они часто бываютъ обманчивы. Съ другой стороны, нельзя считать такими признаками ни повышенія температуры, ни появленія болей въ плейрѣ. Одновременное откашливаніе свѣжей крови и болѣе старыхъ кровяныхъ свертковъ совсѣмъ не составляетъ, какъ полагаютъ нѣкоторые, признаки кровотеченія изъ пещеры, такъ какъ свертки могутъ происходить и изъ здоровыхъ частей легкаго, гдѣ они образовались изъ крови, попавшей туда путемъ присасыванія. При лѣченіи легочныхъ кровотеченій *Boroky* совѣтуетъ предлагать больнымъ производить равномѣрныя и глубокія дыхательныя движенія, такъ какъ этимъ устраняются, съ одной стороны, застойныя явленія въ маломъ кругу, а съ другой—кровь лучше приводится въ соприкосновеніе съ воздухомъ, что способствуетъ ея свертыванію. Морфій необходимъ для устраненія кашля и повышенной отраженной возбудимости; что-же касается спорыньи, то, по мнѣнію автора, примѣненіе ея не приноситъ пользы, и кровотеченія останавливаются не столько благодаря, сколько вопреки этому средству (Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, т. 5, тетр. 3). *И. Н.*

420. Д-ръ *Lenné* описываетъ нѣсколько случаевъ *діабетической комы* и сообщаетъ результаты, полученные имъ *при лѣченіи* этого болѣзненнаго состоянія *введеніемъ въ организмъ щелочей*. Автору удалось въ 1 случаѣ добиться съ помощью большихъ количествъ щелочи существеннаго улучшенія, позволившаго больному прожить еще нѣсколько мѣсяцевъ и при томъ съ сохраненіемъ обычнаго образа жизни.

Явленія діабетической комы у этого больного улучшились замѣтнымъ образомъ послѣ того, какъ онъ въ теченіи одной ночи принялъ 100,0 двууглекислой соды. Нѣсколько слѣдующихъ дней онъ продолжалъ ежедневно принимать большія количества соды, такъ что за 3 недѣли принялъ ея около 1700 грм. Подъ вліяніемъ этого лѣченія количество оксимасляной и ацетоуксусной кислотъ, а также бѣлка и цилиндровъ въ мочѣ постепенно уменьшилось, а затѣмъ бѣлокъ и оксимасляная кислота исчезли совсѣмъ. Больной уѣхалъ домой, гдѣ послѣ сильнаго утомленія у него 2 раза начинались приступы комы; во время 3-го приступа онъ погибъ, не смотря на то, что въ теченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ продолжалъ принимать то большія, то меньшія количества щелочи.

Въ остальныхъ случаяхъ *Lenné* не удалось провести такого энергичнаго лѣченія щелочью, и больные погибали во время приступовъ комы. Въ заключеніе авторъ обращаетъ вниманіе на то, что присутствіе въ мочѣ ацетоуксусной и оксимасляной кислотъ только тогда указываетъ на непосредственную опасность приближенія діабетической комы, когда при этомъ имѣется на лицо, кромѣ того, и повышенный распадъ бѣлковъ. Этимъ, по мнѣнію *Lenné*, и объясняется частое наступленіе комы послѣ утомительныхъ поѣздокъ, путешествій, прогулокъ и т. д., отмѣчаемое въ приводимыхъ имъ исторіяхъ болѣзней. *Lenné* совѣтуетъ діабетиковъ съ тяжелою формой болѣзни и съ повышеннымъ бѣлковымъ обмѣномъ укладывать въ постель. Эта мѣра, на ряду съ теплыми ваннами и общимъ массажемъ, можетъ, по его мнѣнію, лучше всего предупредить наступленіе комы (Deutsche Aerzte-Zeitung, тетр. 8). *Н.*

421. Нѣсколько интересныхъ соображеній *объ отношеніи сердечныхъ пороковъ къ бугорчаткѣ легкихъ* высказы-

Digitized by Google

ваетъ д-ръ *Fischer*. Авторъ, вслѣдъ за *Meisenburg*'омъ, обращаетъ вниманіе на то, что возрастъ оказываетъ весьма существенное вліяніе на относительную частоту совмѣстнаго существованія бугорчатки легкихъ и тѣхъ или иныхъ пороковъ сердца. Такъ, напр., при недостаточности 2-створчатой заслонки, развивающейся обыкновенно у молодыхъ людей и остающейся въ теченіи многихъ лѣтъ хорошо уравновѣшенной, больной живетъ достаточно долго для того, чтобы заболѣть бугорчаткою легкихъ. Наоборотъ, заболѣванія аортальными пороками приходятся преимущественно на болѣе поздній возрастъ, когда больные страдаютъ уже обыкновенно старческими измѣненіями во внутреннихъ органахъ или другими болѣзнями, уносящими ихъ въ могилу прежде, чѣмъ у нихъ успѣетъ развиться бугорчатка легкихъ. Тотъ фактъ, что митральное съуженіе почти никогда не является заболѣваніемъ, предшествующимъ чахоткѣ, объясняется, по мнѣнію автора, тѣмъ, что порокъ этотъ даетъ въ большинствѣ случаевъ неблагопріятное предсказаніе: лица, страдающія имъ, гибнутъ обыкновенно сравнительно скоро, такъ что бугорчатка имѣетъ мало шансовъ развиться у нихъ. Вліяетъ-ли порокъ сердца на ходъ бугорчатковаго процесса и, если вліяетъ, то какъ именно,—на основаніи клиническихъ данныхъ рѣшить трудно. Можно думать однако, что одновременное существованіе 2-хъ такихъ тяжелыхъ страданій, какъ бугорчатка и сердечный порокъ, должно считаться обстоятельствомъ, ухудшающимъ предсказаніе. Наконецъ, что касается часто встрѣчающагося совмѣстнаго существованія съуженія легочной артеріи и бугорчатки легкихъ, то *Fischer* объясняетъ его тѣмъ, что обѣ болѣзни обусловливаются общей причиной—недоразвитіемъ; послѣднее проявляется, съ одной стороны, существованіемъ врожденнаго сердечнаго порока, а съ другой—малой сопротивляемостью легочной ткани (Zeitschrift für Tuberculose und Heilstättenwesen, т. 5, тетр. 3). *И. Назаровъ.*

**Хирургическія болѣзни.** 422. Д-ръ *C. Lucas* описываетъ *2 случая «корсетнаго рака»*.

1. Больная, 47 л., поступила въ больницу 30/IV 1901 г. Была всегда здорова; работала на фабрикѣ мѣховъ, гдѣ ей приходилось усиленно работать руками, при чемъ грудью, которую жалъ своимъ верхнимъ краемъ корсетъ, она упиралась въ столъ. Въ мартѣ 1900 г. впервые замѣтила съ правой стороны груди твердую, безболѣзненную опухоль, съ орѣхъ и постепенно увеличивавшуюся. Спустя нѣкоторое время стала подозрѣвать, что причина опухоли—корсетъ, и перестала носить его. За мѣсяцъ до поступленія опухоль изъязвилась. Надъ правой грудью, кнаружи, у передней складки подмышковой ямки—круглая язва въ $1^1/_2$ д. въ діаметрѣ съ рѣзко ограниченными краями и грязной поверхностью. Ниже прощупывается вдвое большее, твердое, легкоподвижное тѣло. Позывъ на ѣду, испражненія и температура нормальны. Распознанъ ракъ. 9/XI потеряла позывъ на ѣду и стала чувствовать боли въ правой рукѣ и въ правомъ бедрѣ. 19/XI боли въ рукѣ исчезли. Произведены изсѣченіе опухоли съ подлежащею фасціей и вылущеніе подмышковыхъ железъ съ жировой клѣтчаткой. Опухоль подъ микроскопомъ оказалась ракомъ. 27/X 1902 г. снова поступила съ 3-мя новыми узлами, которые были изсѣчены. 9/X 1903 г. найденъ новый узелъ; новая операція.

2. Больная, 59 л., поступила 4/XI 1903 г. Опухоль и боль у верхняго наружнаго края правой грудной железы. 36 лѣтъ была гладильщицей. Съ наружной стороны верхняго квадранта правой груди—небольшая, твердая опухоль, именно въ томъ мѣстѣ, которое подвергается тренію верхнимъ краемъ корсета. Подмышковыя железы увеличены. 10/XI произведено изсѣченіе опухоли, которая оказалась ракомъ.

Мѣстное раздраженіе и пониженіе жизнедѣятельности тканей опредѣляютъ мѣстоположеніе опухоли. Излюбленное ея мѣсто—граница перехода слизистой оболочки на кожу, а именно губа (особенно нижняя), крайняя плоть, нижнее вѣко, головка полового члена, край заднепроходнаго отверстія. Способствующія явленія—у курильщиковъ—трубки, *Paget*'ова болѣзнь, сифилисъ. Обыкновенно твердый шанкръ, хроническій глосситъ, сифилитическое пораженіе щеки, миндалинъ, неба, гортани впослѣдствіи часто переходятъ въ ракъ. Авторъ убѣжденъ, что ракъ заразителенъ, но передается лишь особями одного и того же рода. Такъ, *Duplouy of Rochefort* («The Lancet», 1887, 8 октября), *Laslett* (тамъ-же, 1887, 19 октября), *Hooper May* (тамъ-же, 1887, 5 ноября) и авторъ наблюдали случаи возникновенія рака на головкѣ полового члена у мужа, жена котораго имѣла ракъ матки. Привить ракъ можетъ быть тоже только отъ одной къ другой особи того-же рода. Извѣстны аналогичные опыты надъ крысами *Hanau* («Fortschritte der Medizin», 1889), *Moran* («Archives de médecine expérimentale», 1894), *Jensen* («Centralblatt für Bacteriologie», 1894), *Bashford* и *Murray* («The Lancet», 1904). *Borrel* («Annales de l'Institut *Pasteur*», 1903) наблюдалъ переходъ рака отъ крысы къ крысѣ даже безъ прививки. У человѣка замѣчалась прививка рака съ больной поверхности на здоровую вслѣдствіе тренія послѣдней о первую. Ядра раковыхъ клѣтокъ претерпѣваютъ тѣже митотическія измѣненія, что и клѣтки регенеративныя (The Lancet, 2 апрѣля). *І. Фишманъ.*

423. На основаніи 400 наблюденій изъ литературы и опытовъ на животныхъ д-ръ *Sauerbruch* пытается выяснить *условія и причины происхожденія разрывовъ желудочнокишечнаго канала*. Авторъ придерживается установившагося въ литературѣ подраздѣленія разрывовъ на разрывы отъ раздавливанія внутренностей, отъ повышенія внутрикишечнаго давленія (лопаніе), отъ растяженія (отрывъ кишки отъ мѣста ея прикрѣпленія). Условія, способствующія разрывамъ 1-го рода, слѣдующія: ударъ по направленію къ позвоночнику или тазовымъ костямъ, не слишкомъ сильное наполненіе кишекъ, ограниченная область приложенія силы удара. Поэтому разрывы отъ раздавливанія крайне рѣдко происходятъ въ стѣнкѣ желудка вслѣдствіе защищеннаго положенія его. Что касается разрывовъ вслѣдствіе повышенія внутрикишечнаго давленія, то необходимыя условія ихъ происхожденія суть: сильное наполненіе кишекъ, закрытіе просвѣта кишечнаго отрѣзка съ 2-хъ сторонъ, при чемъ это закрытіе можетъ произойти или отъ перегиба (Kniekung) кишечной петли съ 2-хъ сторонъ, или отъ перегиба съ одной стороны и сдавливанія просвѣта ударомъ съ другой, или отъ приложенія силы удара въ 2-хъ концахъ (приводящемъ и отводящемъ) кишечнаго отрѣзка. 3-ье условіе—ушибъ живота въ области вздутыхъ петель. Такъ какъ эти условія наблюдаются сравнительно рѣдко, то и разрывы кишекъ отъ «лопанія» также рѣдки. Наконецъ, отрывъ кишекъ происходитъ при слѣдующихъ условіяхъ: дряблыхъ и тонкихъ брюшныхъ стѣнкахъ, косомъ направленіи удара снизу кверху подъ угломъ къ позвоночнику при наличности нормальной resp. патологической неподвижности петли, подвергшейся удару. Въ отдѣльныхъ случаяхъ наблюдается сочетаніе всѣхъ 3-хъ механизмовъ (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, т. XII). *Б. Финкельштейнъ.*

424. *Alfred S. Taylor* разбираетъ вопросъ о *хирургическомъ лѣченіи паралича лицевого нерва—техникѣ соединенія лицевого нерва съ подъязычнымъ (n. hypoglossus)*. Лѣченіе паралича лицевого нерва основано на томъ фактѣ, что парализованный нервъ, пришитый къ сосѣднему двигательному нерву, снова возстановляется въ своихъ отправленіяхъ. Первая попытка соединить парализованный лицевой нервъ съ сосѣднимъ добавочнымъ (n. accessorius) производилась въ 4-хъ разновидностяхъ: 1) соединеніемъ концовъ обоихъ нервовъ, 2) имплантаціей лицевого нерва въ боковую стѣнку расщепленнаго въ длину добавочнаго, 3) имплантаціей лицевого нерва въ добавочный, перерѣзанный поперечно и 4) имплантаціей части или всего добавочнаго нерва въ лицевой. Но такъ какъ при этомъ видѣ соединенія при движеніяхъ лица получалось невольное подергиваніе плеча, то онъ уступилъ мѣсто соединенія съ другимъ ближайшимъ двигательнымъ нервомъ, иннервирующимъ къ тому же болѣе родственную группу мышцъ, подъязычнымъ. Операція показана какъ при параличѣ ядра лицевого нерва, такъ и его периферіи. Въ стволѣ лицевого нерва проходятъ волокна и 3-й и 12-й паръ черепныхъ нервовъ. Авторъ приводитъ слѣдующіе 3 случая.

1. У ребенка, $6^1/_2$ л., лѣтомъ 1903 г. была скарлатина. Осложненіе: средній отитъ и мастоидитъ. По поводу послѣдняго въ іюлѣ была произведена операція. 3 дня спустя—парезъ, а затѣмъ и полный параличъ лицевого нерва. Въ октябрѣ того-же года—$3^1/_2$ мѣс. спустя—полная реакція перерожденія. Подъ хлороформомъ лицевой нервъ соединенъ съ подъязычнымъ. Послѣ операціи тотчасъ-же—парезъ мышцъ, иннервируемыхъ подъязычнымъ нервомъ. Спустя 10 недѣль—затрудненіе рѣчи, глотанія, жеванія, отклоненіе высунутаго языка въ сторону. Лицо менѣе ассиметрично, глазъ можетъ закрываться, но больной еще не

владѣетъ своимъ лицомъ, реакція перерожденія еще существуетъ. Предсказаніе относительно полнаго выздоровленія сомнительно, но авторъ надѣется, что чрезъ ½ г.—1 г. получится значительное возстановленіе отправленій парализованнаго нерва.

2. Больная, 45 л., въ августѣ 1903 г. имѣла сильныя боли въ ухѣ. Чрезъ 2 дня внезапно развился полный параличъ правой ½ лица. Лѣченіе электризаціей, массажемъ и ваннами въ продолженіи 3 мѣс. не дало никакихъ результатовъ. Началась реакція перерожденія. Въ ноябрѣ 1903 г. соединены нервы. Отъ захватыванія подъязычнаго нерва произошелъ временной параличъ его: затрудненное глотаніе, жеваніе. 6 недѣль спустя все это исчезло. Электрическая реакція указывала на возстановленіе отправленій лицевого нерва.

3. Больная, 26 л., 1½ года назадъ послѣ операціи мастоидита развился параличъ лицевого нерва. Въ декабрѣ нервъ этотъ соединенъ съ подъязычнымъ. Параличъ послѣдняго. Въ январѣ 1904 г. значительное улучшеніе.

Операція соединенія состоитъ изъ слѣдующихъ дѣйствій: 1) разрѣзъ наружныхъ покрововъ; 2) отдѣленіе и разрѣзъ лицевого нерва; 3) обнаженіе подъязычнаго нерва; 4) имплантація; 5) закрытіе раны и 6) послѣдовательное лѣченіе. Нѣкоторыя подробности въ каждомъ: 1) Этеризированіе. Между головой и шеей помѣщается твердая подушка. Голова слегка отклоняется въ сторону, противоположную мѣсту операціи. Операціонное поле тщательно очищается. Разрѣзъ кожи и подкожной клѣтчатки вдоль передняго края сосцевиднаго отростка и грудино-ключично-сосцевидной мышцы, длиной въ 5 стм., начиная отъ наружнаго слухового прохода. 2) Глубокая фасція разсѣкается въ томъ-же направленіи; слѣдуетъ тщательно придерживаться передняго края сосцевиднаго отростка, чтобы не повредить околоушной железы. Тупымъ крючкомъ железа отодвигается кпереди, такъ что открывается заднее брюшко 2-брюшной мышцы. Если эта мышца слишкомъ широка, то верхнюю часть ея можно разсѣчь поперечно къ продольной оси. Указательнымъ пальцемъ прощупывается шиловидный отростокъ; у основанія его лицевой нервъ входитъ въ околоушную железу. Нервъ освобождается отъ окружающей его соединительной ткани и перерѣзается по возможности выше. Чрезъ оболочку нерва проводится 2 шва съ длинными концами; конецъ нерва острымъ ножемъ клинообразно заостряется. 3) Отдѣленіе подъязычнаго нерва—самая трудная и опасная часть операціи. Палецъ въ ранѣ легко находитъ выдающійся поперечный отростокъ атланта. Довольно часто по передней поверхности этого отростка проходитъ затылочная артерія, которая должна быть отодвинута въ сторону или, еще лучше, перерѣзана между 2-хъ лигатуръ. Слѣдуетъ помнить, что вблизи проходятъ добавочный нервъ и внутренняя яремная вена, прикрытые шейной фасціей. Фасція продольно разсѣкается и вена освобождается тупымъ путемъ и отводится въ сторону. Въ глубинѣ рядомъ съ внутренней сонной артеріей лежатъ подъязычный и блуждающій нервъ. Механически или электрически опредѣляютъ, съ какимъ нервомъ имѣютъ дѣло. Подъязычный нервъ отдѣляется такъ высоко, чтобы его легко, безъ натяженія, можно было соединить съ лицевымъ нервомъ. 4) Подъязычный нервъ удерживается на тупомъ крючкѣ. На немъ дѣлается расщелина длиной въ 6,5 стм. Нити, оставленные на лицевомъ нервѣ, вдѣваются въ тонкую иглу и проводятся въ невриллему съ обѣихъ сторонъ нерва. Затѣмъ зондомъ вводится въ расщелину подъязычнаго нерва клинообразный конецъ лицевого нерва. Швы не слѣдуетъ затягивать туго, чтобы не повредить волоконъ подъязычнаго нерва, нечаянно попавшихъ въ шовъ. 5) Если 2-брюшная мышца разсѣчена, ее слѣдуетъ сшить кэтгутомъ; кожа зашивается шелкомъ. Дренажъ и укрѣпленіе головы и шеи излишни. 6) Очень важно послѣдовательное лѣченіе: массажъ, электризація и, наконецъ, продолжительное «воспитаніе» мышечной системы. Доказано, что послѣ трансплантаціи нерва для возстановленія его отправленій требуется «перевоспитаніе» нервныхъ центровъ какъ въ спинномъ мозгу, такъ и въ корѣ. «Воспитаніе» спинно-мозговыхъ центровъ подвигается быстро, тогда какъ воспитаніе корковыхъ центровъ требуетъ иногда нѣсколько лѣтъ. Результатъ операціи зависитъ отъ многихъ причинъ: 1. Лучшіе результаты бываютъ, если причина паралича—травма; хуже,—если нейритъ, особенно гнойный. 2. Чѣмъ больше времени прошло отъ возникновенія паралича до операціи, тѣмъ медленнѣе и несовершеннѣе выздоровленіе. При травматическомъ параличѣ операцію слѣдуетъ дѣлать немедленно, тогда какъ при межуточномъ нейритѣ нужно нѣсколько мѣсяцевъ ожидать произвольнаго излѣченія и только въ концѣ 3—6 мѣсяца приступать къ операціи. При гнойныхъ формахъ операцію слѣдуетъ предпринять, лишь только исчезнетъ опасность зараженія. 3. Важно знать состояніе парализованныхъ мышцъ и на электропроводимость. Чѣмъ больше атрофія, тѣмъ менѣе надежды на выздоровленіе; поэтому необходимо, по возможности, раньше начинать лѣченіе массажемъ и электризаціей. 4. Техника должна быть очень тщательная. Нервъ не долженъ ущемляться. Шовъ долженъ захватывать только оболочку. Конечно, асептика должна быть строжайшая. 5. Очень важенъ послѣоперационный уходъ. 1-ая ступень выздоровленія проявляется въ симметріи лица во время покоя безъ волевого контроля надъ мышцами; 2-я—возвращеніемъ волевого контроля, но безъ вліянія душевныхъ волненій на парализованную сторону и 3-ья—возвращеніемъ вліянія душевныхъ движеній. Въ вопросѣ, лучше-ли производить имплантацію лицевого нерва въ боковую стѣнку подъязычнаго нерва или сшивать ихъ концами, *Frazier* предпочитаетъ послѣднее, такъ какъ: 1) это легче; 2) «воспитаніе» корковыхъ центровъ быстрѣе, ибо имъ приходится имѣть дѣло только съ одной группой мышцъ; 3) возрожденіе болѣе вѣрное. Авторъ, однако, съ этимъ не соглашается. Если даже и возможно полное возрожденіе. то тѣмъ не менѣе не слѣдуетъ рисковать полной перерѣзкой подъязычнаго нерва, чтобы не причинить постояннаго паралича мышцъ, иннервируемыхъ имъ. Разстройство жеванія, глотанія и фонаціи—слишкомъ тяжелыя явленія, чтобы съ ними не считаться даже и короткое время (The Medical Record, 27 февраля). *І. Фишманъ.*

**Глазныя болѣзни.** 425. Д-ръ *Gelpke* (Karlsruhe) ставитъ *показанія и противопоказанія для удаленія хрусталика противъ близорукости*, основываясь на 120 такихъ операціяхъ, произведенныхъ имъ за 10 лѣтъ и прослѣженныхъ имъ не менѣе 2 лѣтъ, а въ большинствѣ случаевъ и больше 4 лѣтъ (до 9). Результаты, полученные имъ въ этихъ случаяхъ, онъ считаетъ *окончательными*, такъ какъ убѣдился, что позднѣйшія осложненія наступаютъ преимущественно въ 1-мъ году послѣ операціи (12,5%), отчасти и на 2-мъ году (6,7%), на 3-мъ же очень рѣдко (1,7%) [въ большинствѣ случаевъ осложненіе заключалось въ развитіи послѣдовательной катаракты — 17 разъ, отслойка сѣтчатки развилась въ 4 случаяхъ, центральный хоріоретинитъ въ 2 и атрофія зрительнаго нерва тоже въ 2]. Безусловно показанной авторъ считаетъ означенную операцію въ 2 случаяхъ: 1) когда отъ исправленія стеклами получается лишь незначительное зрѣніе, недостаточное для профессіи даннаго лица, и 2) когда близорукость имѣетъ явно наростающій характеръ, угрожающій зрѣнію. Относительное-же показаніе къ операціи даютъ тѣ случаи, гдѣ близорукость поддается исправленію очками въ достаточной степени, но ношеніе очковъ представляетъ извѣстныя затрудненія—въ томъ-ли отношеніи, что стекла очень сильны и потому переносятся плохо, въ томъ-ли, что атмосферическія вліянія (дымъ, пыль, пары) мѣшаютъ пользоваться очками, или же потому, что это неудобно по роду занятій (кельнеръ, кучеръ, горничная). Относительное показаніе къ извлеченію хрусталика является, по автору, и при старыхъ или сравнительно свѣжихъ измѣненіяхъ въ желтомъ пятнѣ, не поддающихся обычному лѣкарственному лѣченію. При безусловномъ показаніи не приходится считаться ни со степенью близорукости, ни съ возрастомъ оперируемаго, ни съ осложненіями со стороны желтаго пятна. При относительныхъ показаніяхъ авторъ считается лишь со степенью близорукости, признавая наиболѣе подходящей для операціи близорукость въ 18—20 D. Возрасту онъ не придаетъ тутъ никакого значенія, такъ какъ успѣхи получались имъ совершенно одинаковые у малолѣтнихъ дѣтей, какъ и у взрослыхъ; дѣтей оперировать даже выгоднѣе, такъ какъ у нихъ удается большей частью достичь цѣли единственнымъ лишь разсѣченіемъ хрусталика. Что-же касается измѣненій желтаго пятна, то

Digitized by Google

авторъ видитъ въ нихъ не противопоказаніе къ операціи, а показаніе: лишь въ 2-хъ изъ его случаевъ замѣчено было въ дальнѣйшемъ теченіи ухудшеніе, да и то преходящее, въ измѣненіяхъ желтаго пятна, въ остальныхъ-же наступило значительное улучшеніе. Въ виду столь благотворнаго вліянія операціи на питаніе глазного дна, авторъ считаетъ и теоретически невѣроятнымъ, чтобы операція, произведенная надлежащимъ образомъ и при правильномъ выборѣ случаевъ, могла способствовать отслойкѣ сѣтчатки. Авторъ убѣжденъ, что тамъ, гдѣ подобная неудача наступаетъ, вина лежитъ не на самой операціи, а на операторѣ: либо производство операціи было не совсѣмъ безупречно—намѣренно или невполнѣ повреждалось стекловидное тѣло или передняя камера быстро опорожнялась при послѣдовательныхъ разсѣченіяхъ,—либо операторъ не считался съ противопоказаніями къ этой операціи. Противопоказана же она, по *Gelpke*, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются воспалительныя измѣненія сосудистой оболочки и сѣтчатки въ области экватора глаза, съ значительнымъ съуженіемъ поля зрѣнія, разжиженіемъ стекловиднаго тѣла (многочисленными плавающими въ немъ мутностями) и пониженіемъ внутриглазного давленія. Именно при такихъ условіяхъ была неудача и въ случаяхъ автора, не считая тѣхъ, гдѣ она обусловливалась зараженіемъ и пораненіями стекловиднаго тѣла (всего неудачныхъ случаевъ послѣ операціи было 11—въ 3 наступило зараженіе, въ 3 потеря глаза произошла отъ затяжного иридоциклита, а въ 5 отслоилась сѣтчатка). Кромѣ означеннаго противопоказанія, авторъ признаетъ лишь еще то, которое разумѣется само собою и которое тѣмъ не менѣе не всегда соблюдается, а именно—не прибѣгать къ операціи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ близорукость можетъ въ достаточной степени быть исправлена очками, дающими нормальное или почти нормальное зрѣніе, и гдѣ ношеніе этихъ очковъ не представляетъ никакихъ затрудненій (Archiv für Augenheilkunde, XLIX, 2). *Р. Кацъ.*

426. Д-ръ ***Kampherstein*** сопоставляетъ *пораженія глазъ* въ 150 случаяхъ *множественнаго склероза*, собранныхъ *Uhthoff*'омъ (1889), *Lübbers*'омъ (1897) и имъ самимъ (изъ матеріала Breslau'ской университетской глазной клиники) и обработанныхъ по одному и тому-же плану. Изъ измѣненій въ *глазномъ днѣ* отмѣчены: атрофія зрительныхъ нервовъ, полная, неполная или височная—73 раза, а воспаленіе ихъ—9 (въ 7 случаяхъ имѣлись разстройства зрѣнія безъ измѣненій на днѣ глазъ). Изъ нарушеній въ *полѣ зрѣнія* наблюдались: центральная скотома, полная или относительная, при свободной окружности поля зрѣнія или при одновременномъ ограниченіи послѣдняго—35 разъ, а одно лишь съуженіе границъ поля зрѣнія—13. *Параличи глазныхъ мышцъ* наблюдались въ 23 случаяхъ, при чемъ въ 14 имѣлся параличъ отводящаго нерва, а въ 9—частичный параличъ глазодвигательнаго; въ 2 случаяхъ отмѣченъ параличъ всѣхъ внѣглазныхъ мышцъ, въ 4—параличъ сведенія, въ 11—параличъ взора (сочетанныхъ движеній глазъ въ сторону—10 разъ и вверхъ—1). *Дрожаніе глазъ* (nystagmus) замѣчено было 22 раза, дрожательныя же подергиванія—81. Разстройства въ *зрачкахъ* наблюдались лишь 13 разъ, при чемъ въ 1 случаѣ зрачки не отвѣчали на свѣтъ и были съужены, въ 1 они тоже не отвѣчали на свѣтъ, но были расширены, въ 3 имѣлось лишь сильное пониженіе реакціи на свѣтъ, въ 6 зрачки были неодинаковой величины и въ 2 имѣлась очень слабая реакція зрачковъ на сведеніе при сравнительно хорошей реакціи на свѣтъ (Archiv für Augenheilkunde, XLIX, 1). *Р. Кацъ.*

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 427. Д-ръ *Hellendall* описываетъ слѣдующія *сосочковыя, въ видѣ цвѣтной капусты, опухоли женскихъ наружныхъ половыхъ органовъ*, значительно отличающіяся между собою анатомически и клинически и представляющія часто большія затрудненія при распознаваніи, устранимыя только при помощи микроскопическаго изслѣдованія: 1) опухоли, величиною съ кулакъ и больше, ведущія свое начало изъ острыхъ кондиломъ на перелойной почвѣ; 2) слоновыя новообразованія, сопровождающія третичныя явленія сифилиса съ обширными плоскими изъязвленіями; 3) собственно слоновость половыхъ частей; 4) гипертрофическая волчанка и, наконецъ, 5) ракъ. Слоновость распространена по всему земному шару, но въ Европѣ извѣстны только спорадическіе случаи. Въ 95% всѣхъ случаевъ заболѣваютъ ноги, гораздо рѣже половые органы, особенно у женщинъ. Чаще всего у нихъ изъ наружныхъ половыхъ частей поражаются большія губы и похотникъ. Наблюдается она преимущественно между 20 и 30 годами жизни. Опухоль достигаетъ большихъ размѣровъ, развивается то въ видѣ гладкаго, то въ видѣ сосочковаго новообразованія и имѣетъ нѣкоторую склонность къ язвенному распаденію. Возможно, но не доказано злокачественное перерожденіе. Лѣченіе состоитъ въ удаленіи новообразованія. Изучая раковыя опухоли наружныхъ половыхъ частей, *H.* собралъ во всей литературѣ 140 случаевъ, къ которымъ онъ присоединяетъ еще своихъ 10. Онъ различаетъ 2 формы сосочковаго рака наружныхъ половыхъ частей: 1) первичную сосочковую карциному съ начальнымъ поверхностнымъ развитіемъ и отсутствіемъ роговыхъ жемчужинъ и позднѣйшимъ ростомъ опухоли въ глубину съ одновременнымъ образованіемъ центральнаго распаденія и жемчужинъ и 2) вторичную сосочковую карциному, появляющуюся вслѣдъ за язвенно распадающимися канкроидомъ. Для отличительнаго распознаванія сосочковыхъ опухолей наружныхъ половыхъ частей нужно помнить, что слоновость отличается значительной гипертрофіей кожной и подкожной соединительной ткани. Отсутствія атипическаго вростанія гипертрофированнаго эпителія вглубь тканей достаточно для исключенія раковыхъ новообразованій. Въ случаяхъ конгломерата опухолей, происходящихъ отъ острыхъ кондиломъ, для распознаванія важно незначительное участіе соединительной ткани съ преобладающей гипертрофіей сосочковаго слоя. Раки распознаются по атипическому росту и развитію въ глубже лежащія ткани, а также по присутствію жемчужинъ. Относительно существованія гипертрофической волчанки наружныхъ половыхъ частей авторы еще не пришли къ соглашенію, и только въ тѣхъ случаѣ ее можно признать за бугорчатку, если доказано присутствіе бугорковъ или бугорчатковыхъ палочекъ (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaekologie, т. 8, тетр. 2).

428. Д-ръ *Wallich* на основаніи своихъ 2-хъ наблюденій, а также литературы вопроса приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ относительно *вліянія піэлонефрита на теченіе послѣродового періода*. Послѣродовой періодъ при этой болѣзни можетъ протекать совершенно нормально и безлихорадочно. Это наблюдается особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ роды произошли послѣ значительнаго безлихорадочнаго промежутка. Повышенія температуры въ послѣродовомъ періодѣ скорѣе всего слѣдуетъ ожидать, когда піэло-нефритъ еще не задолго до родовъ вызвалъ лихорадочное состояніе. Лихорадка вслѣдствіе піэло-нефрита отличается отъ повышенія температуры при послѣродовомъ зараженіи большими колебаніями, достигающими и превышающими иногда 2°, утренними паденіями, до 37° и ниже, быть можетъ, также состояніемъ пульса, частота котораго не соотвѣтствуетъ повышенію температуры, удовлетворительнымъ самочувствіемъ въ безлихорадочные промежутки. Найти въ случаяхъ піэло-нефрита настоящую причину лихорадки особенно важно потому, что всякія внутриматочныя дѣйствія, которыя могли-бы понадобиться при послѣродовомъ зараженіи, здѣсь не только излишни, но и опасны, принимая во вниманіе состояніе мочи (Annales de gynécologie et d'obstetrique, мартъ). *Г.*

**Дѣтскія болѣзни.** 429. Д-ръ *А. Косинскій* сообщаетъ свои наблюденія *надъ лѣченіемъ скарлатины противустрептококковой сывороткой Marmorek'а и противускарлатинной проф. Bujwid'а.* Сывороткой *Marmorek*'а авторъ лѣчилъ 48 больныхъ въ возрастѣ отъ 9 мѣсяцевъ (всѣ были дѣти, за исключеніемъ 1 женщины, 23 л.). Наименьшее количество впрыскиваемой сыворотки было 20 к. стм. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ авторъ впрыскивалъ это количество трижды. Вліяніе сыворотки сказывалось уже черезъ 10—24 часа пониженіемъ температуры безъ ослабленія дѣятельности сердца и обильнаго потѣнія. При [illegible] лѣченіи авторъ наблюдалъ гораздо [illegible]

Digitized by Google

стороны средняго уха и лимфатическихъ железъ; осложненій легочныхъ, кишечныхъ и мозговыхъ авт. не видѣлъ вовсе. Изъ 48 лѣченныхъ этой сывороткой заболѣли воспаленіемъ почекъ 9, изъ коихъ 4 умерли. Сыворотка проф. *Bujwid*'а была примѣнена у 7 больныхъ (впрыскивалось заразъ тоже 20 к. стм.), изъ коихъ 1 умеръ отъ дифтеріи носа и зѣва. Какой-либо разницы въ лѣчебномъ дѣйствіи обѣихъ этихъ сывротокъ авторъ не подмѣтилъ. Въ итогѣ онъ приходитъ къ выводу, что сывороточное лѣченіе скарлатины имѣетъ за собою будущность (Czasopismo lekarskie, февраль). *С. Островскій.*

430. Д-ръ *Л. И. Рабекъ* (Варшава) примѣнилъ въ 6 случаяхъ скарлатины съ успѣхомъ *противускарлатинную сыворотку д-ра Пальмирскаго* (1 случай молніеносной скарлатины закончился смертью). Сыворотка замѣтно вліяла на пониженіе температуры. Въ 2 случаяхъ наблюдалась послѣсывороточная сыпь, при чемъ въ 1 изъ нихъ она представлялась полиморфной: на конечностяхъ она была пятнами, а на туловищѣ—разсѣянная. Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Легкіе случаи скарлатины не требуютъ примѣненія сыворотки. Въ тяжелыхъ ее слѣдуетъ примѣнять возможно раньше, при чемъ, буде не наблюдается улучшенія, впрыскиваніе слѣдуетъ повторить. У маленькихъ дѣтей обычную дозу сыворотки (50 к. стм.) слѣдуетъ вводить не сразу, а въ 2 пріема, напр., по истеченіи сутокъ (Gazeta lekarska, 23 и 30 апрѣля).

431. Д-ръ *Ю. О. Волынскій* (Варшава) сообщаетъ свои наблюденія *надъ лѣченіемъ скарлатины противускарлатинной сывороткой д-ра Пальмирскаго*. Всѣхъ больныхъ было 8, въ возрастѣ отъ 10 мѣсяцевъ до 23 лѣтъ. Сыворотки заразъ вводилось 20 к. стм. Дѣйствіе сыворотки сказывалось прежде всего улучшеніемъ общаго состоянія уже на 2-й день послѣ впрыскиванія и исчезновеніемъ нервныхъ явленій: ребенокъ, находившійся въ безсознательномъ состояніи, уже черезъ сутки приходилъ въ себя, ясно отвѣчалъ на вопросы и садился въ кровати безъ посторонней помощи. Сыпь изъ синей дѣлалась красноватой, пульсъ становился полнѣе; слѣд., улучшалось кровообращеніе. Температура понижалась не критически, а постепенно. Ни въ одномъ изъ своихъ случаевъ авторъ не наблюдалъ ни воспаленія почекъ либо уха, ни послѣсывороточныхъ сыпей, ни нагноенія железъ, быть можетъ, потому, что сыворотка примѣнялась рано (на 1—3 дни болѣзни). Выводъ автора тотъ, что въ противускарлатинной сывороткѣ пріобрѣтается цѣнное средство противъ скарлатины (Medycyna, 6 февраля). *С. Островскій.*

432. Д-ръ *T. Żeleński* описываетъ изъ дѣтской клиники проф. *Jakubowsk*'аго въ Краковѣ *7 случаевъ увеличенія селезенки*.

1. Мальчикъ, 10 мѣс., кормился грудью неправильно. Ничѣмъ не болѣлъ.—Хорошаго сложенія, но со слѣдами англійской болѣзни. Большой родничекъ открытъ. Кожа рѣзко блѣдна. Селезенка сильно увеличена. Въ крови: гэмоглобина (по *Gowers*'у) 45%, красныхъ кровяныхъ шариковъ 3100000, бѣлыхъ 17000; среди послѣднихъ: лимфоцитовъ 52,3%, нейтрофиловъ 31,4%, эозинофиловъ 1,5%, переходныхъ 8,1%, міэлоцитовъ 3,9%, большихъ одноядерныхъ 2,8%; красныхъ шариковъ съ ядрами—нормобластовъ 2,6%, мегалобластовъ 3,1%. Въ дальнѣйшемъ блѣдность и слабость наростали, а на окрашенныхъ препаратахъ крови бросалось въ глаза значительное количество міэлоцитовъ (6—7%). Дальнѣйшее наблюденіе было прекращено, такъ какъ больного больше въ амбуляторію клиники не приносили.

2. Мальчикъ, 1 г. 9 мѣс., неоднократно болѣлъ катаррами пищевыхъ путей. Вѣсъ—4900 грм. Истощенъ. Слѣды рахита. Паховыя железы увеличены. Ребенокъ до того слабъ, что не можетъ прямо держать головку. Селезенка прощупывается, тверда; прощупывается также и край печени. Въ легкихъ явленія катарра. Въ крови найдено: гэмоглобина (по *Gowers*'у): 47%, красныхъ тѣлецъ 3700000, бѣлыхъ 10000; изъ послѣднихъ: лимфоцитовъ 56,9%, нейтрофиловъ 31,4%, эозинофиловъ 2,5%, переходныхъ 3,6%, одноядерныхъ эозинофиловъ 0,6%, міэлоцитовъ 2,7%, большихъ одноядерныхъ 2,3%. Ребенокъ умеръ вслѣдствіи отъ дифтеріи. На вскрытіи—никакихъ макроскопическихъ измѣненій ни въ печени, ни въ селезенкѣ. Послѣдняя вѣсила всего 45 грм.

3. Дѣвочка, 10 мѣс., помѣщена въ клинику изъ-за блѣдности и слабости. Кожа восковидная. Слѣды рахита. Внутренніе органы безъ измѣненій. Селезенка не прощупывается, печень выступаетъ изъ-подъ края реберъ. Кровь: гэмоглобина (по *Gowers*'у) 22%, красныхъ кровяныхъ шариковъ 3000000, бѣлыхъ 8400; изъ послѣднихъ: лимфоцитовъ 55,2%, нейтрофиловъ 34,4%, эозинофиловъ 1%, переходныхъ 4,5%, міэлоцитовъ 1,2%, большихъ одноядерныхъ 3,7%; красныхъ шариковъ съ ядрами (нормобластовъ) 1,3%. Ребенокъ умеръ отъ истощенія, къ которому въ послѣдніе дни присоединился упорный поносъ. На вскрытіи оказались лишь измѣненія въ пищевыхъ путяхъ.

4. Дѣвочка, 1 г. 1 мѣс., плохого питанія. Шейныя, подмышковыя и паховыя железы прощупываются. Грудная клѣтка съ признаками рахита. Селезенка рѣзко увеличена, тверда. Печень на 1½ пальца ниже пупка. Отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ—1:250. Изъ бѣлыхъ шариковъ: лимфоцитовъ 52,5%, нейтрофиловъ 33,8%, эозинофиловъ 7,2%, переходныхъ 1,2%, міэлоцитовъ 2,2%, большихъ одноядерныхъ 2,3%. Красныхъ шариковъ съ ядрами 12,4%. Дальнѣйшее теченіе болѣзни автору не извѣстно.

5. Дѣвочка, 9 мѣс., была принесена въ амбуляторію изъ-за кашля и жара. Помимо рахита, найденъ бронхитъ. Въ виду блѣдности покрововъ и умѣреннаго увеличенія селезенки было произведено изслѣдованіе крови, которое показало: отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ къ краснымъ 1:280; бѣлыхъ шариковъ: лимфоцитовъ малыхъ 6,1%, большихъ 48,1%, нейтрофиловъ 29,7%, эозинофиловъ 2,1%, міэлоцитовъ 0,9%, переходныхъ 8,2%, одноядерныхъ нейтрофиловъ, окрашенныхъ одинаково съ переходными, 4,9%; красныхъ тѣлецъ съ ядрами 1,6%.

6. 6-недѣльный ребенокъ съ рѣзкими проявленіями врожденнаго сифилиса. Покровы блѣдны; селезенка не увеличена. Отношеніе бѣлыхъ шариковъ къ краснымъ 1:320. Среди бѣлыхъ: лимфоцитовъ 68,4%, нейтрофиловъ 14,6%, эозинофиловъ 0,8%, переходныхъ 6,3%, большихъ одноядерныхъ 8,2%, міэлоцитовъ 1,7%; красныхъ тѣлецъ съ ядрами 1,7%.

7. Ребенокъ нѣсколькихъ недѣль съ явленіями врожденнаго сифилиса. Значительный лимфоцитозъ. Отношеніе бѣлыхъ тѣлецъ слѣдующее: нейтрофиловъ 67,9%, лимфоцитовъ 18,1%, эозинофиловъ 1,5%, міэлоцитовъ 1,5%, переходныхъ 1,6%, большихъ одноядерныхъ 9,4%.

Случай 1-й отвѣчаетъ картинѣ болѣзни, описанной *Jaksch*'емъ подъ названіемъ дѣтскаго ложнобѣлокровнаго малокровія; къ этой-же категоріи относится отчасти и 4-й случай. Во 2-мъ случаѣ измѣненія въ крови явились на почвѣ катарра пищевыхъ путей. 3-й случай приближается къ злокачественному малокровію. Въ 5-мъ случаѣ измѣненія крови не были рѣзко выражены, а въ 6-мъ и 7-мъ они были обусловлены врожденнымъ сифилисомъ. Наблюденія автора показываютъ, что реакція костнаго мозга (міэлоциты) въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ не имѣетъ ничего специфическаго въ вопросѣ о дѣтскомъ малокровіи (Medycyna, 20 и 27 февраля). *С. Островскій.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ медицины желѣзнодорожной и водныхъ путей сообщенія.** (Отчетъ *Л. Т. Марюминой*). (Продолженіе. См. № 11, стр. 418). Засѣданіе 7-го января. Почетный предсѣдатель *А. А. Десятовъ*.

*П. Я. Мезавцевъ. О необходимости выдѣлить изъ врачебно-санитарной службы санитарный надзоръ, объ его организаціи и задачахъ.* Постановку санитарнаго дѣла на желѣзныхъ дорогахъ нельзя считать правильной, и, дѣйствительно, вопросъ объ ея реорганизаціи поднимался уже неоднократно. Къ сожалѣнію, положеніе желѣзнодорожныхъ врачей, которыхъ общество винитъ за разныя неустройства, таково, что они въ этомъ отношеніи ничего сдѣлать не могутъ. Большей частью они завалены работой, и, кромѣ того, ихъ права въ дѣлѣ санитаріи ограничиваются представленіемъ никого и ни къ чему не обязывающихъ мнѣній. На желѣзныхъ дорогахъ въ настоящее время нѣтъ особыхъ санитарныхъ врачей; наблюденіе за санитарнымъ состояніемъ дороги возложено на участковаго врача, который, кромѣ того, имѣетъ еще цѣлый рядъ обязанностей: ведетъ амбуляторный пріемъ, посѣщаетъ больныхъ на дому, дѣлаетъ выѣзды на линію, свидѣтельствуетъ вновь поступающихъ служащихъ и черезъ извѣстные промежутки времени старослужащихъ и выполняетъ, наконецъ, огромную канцелярскую работу, сопряженную съ упомянутыми освидѣтельствованіями. Старшій врачъ точно также заваленъ работой. Такимъ образомъ ни участковый, ни старшій врачъ не имѣютъ достаточно свободнаго времени для санитарной дѣятельности. Но даже, помимо недостатка въ свободномъ времени, участковый врачъ уже въ силу одного своего зависимаго положенія ничего не можетъ сдѣлать. Обязанности и права его въ санитарномъ дѣлѣ ограничиваются тѣмъ, что въ случаѣ замѣченныхъ имъ упущеній по санитарной части онъ доводитъ о нихъ до свѣдѣнія подлежащаго начальства или старшаго врача; послѣдній-

Digitized by Google

авторъ видитъ въ нихъ не противопоказаніе къ операціи, а показаніе: лишь въ 2-хъ изъ его случаевъ замѣчено было въ дальнѣйшемъ теченіи ухудшеніе, да и то преходящее, въ измѣненіяхъ желтаго пятна, въ остальныхъ-же наступило значительное улучшеніе. Въ виду столь благотворнаго вліянія операціи на питаніе глазного дна, авторъ считаетъ и теоретически невѣроятнымъ, чтобы операція, произведенная надлежащимъ образомъ и при правильномъ выборѣ случаевъ, могла способствовать отслойкѣ сѣтчатки. Авторъ убѣжденъ, что тамъ, гдѣ подобная неудача наступаетъ, вина лежитъ не на самой операціи, а на операторѣ: либо производство операціи было не совсѣмъ безупречно—намѣренно или невполнѣ повреждалось стекловидное тѣло или передняя камера быстро опорожнялась при послѣдовательныхъ разсѣченіяхъ,—либо операторъ не считался съ противопоказаніями къ этой операціи. Противопоказана же она, по *Gelpke*, во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣются воспалительныя измѣненія сосудистой оболочки и сѣтчатки въ области экватора глаза, съ значительнымъ съуженіемъ поля зрѣнія, разжиженіемъ стекловиднаго тѣла (многочисленными плавающими въ немъ мутностями) и пониженіемъ внутриглазного давленія. Именно при такихъ условіяхъ была неудача и въ случаяхъ автора, не считая тѣхъ, гдѣ она обусловливалась зараженіемъ и пораненіями стекловиднаго тѣла (всего неудачныхъ случаевъ послѣ операціи было 11—въ 3 наступило зараженіе, въ 3 потеря глаза произошла отъ затяжного иридоциклита, а въ 5 отслоилась сѣтчатка). Кромѣ означеннаго противопоказанія, авторъ признаетъ лишь еще то, которое разумѣется само собою и которое тѣмъ не менѣе не всегда соблюдается, а именно—не прибѣгать къ операціи въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ близорукость можетъ въ достаточной степени быть исправлена очками, дающими нормальное или почти нормальное зрѣніе, и гдѣ ношеніе этихъ очковъ не представляетъ никакихъ затрудненій (Archiv für Augenheilkunde, XLIX, 2). *Р. Кацъ.*

426. Д-ръ *Kampherstein* сопоставляетъ *пораженія глазъ* въ 150 случаяхъ *множественнаго склероза*, собранныхъ *Uhthoff*'омъ (1889), *Lübbers*'омъ (1897) и имъ самимъ (изъ матеріала Breslau'ской университетской глазной клиники) и обработанныхъ по одному и тому-же плану. Изъ измѣненій въ *глазномъ днѣ* отмѣчены: атрофія зрительныхъ нервовъ, полная, неполная или височная—73 раза, а воспаленіе ихъ—9 (въ 7 случаяхъ имѣлись разстройства зрѣнія безъ измѣненій на днѣ глазъ). Изъ нарушеній въ *полѣ зрѣнія* наблюдались: центральная скотома, полная или относительная, при свободной окружности поля зрѣнія или при одновременномъ ограниченіи послѣдняго—35 разъ, а одно лишь съуженіе границъ поля зрѣнія—13. *Параличи глазныхъ мышцъ* наблюдались въ 23 случаяхъ, при чемъ въ 14 имѣлся параличъ отводящаго нерва, а въ 9—частичный параличъ глазодвигательнаго; въ 2 случаяхъ отмѣченъ параличъ всѣхъ внѣглазныхъ мышцъ, въ 4—параличъ сведенія, въ 11—параличъ взора (сочетанныхъ движеній глазъ въ сторону—10 разъ и вверхъ—1). *Дрожаніе глазъ* (nystagmus) замѣчено было 22 раза, дрожательныя же подергиванія—81. Разстройства въ *зрачкахъ* наблюдались лишь 13 разъ, при чемъ въ 1 случаѣ зрачки не отвѣчали на свѣтъ и были съужены, въ 1 они тоже не отвѣчали на свѣтъ, но были расширены, въ 3 имѣлось лишь сильное пониженіе реакціи на свѣтъ, въ 6 зрачки были неодинаковой величины и въ 2 имѣлась очень слабая реакція зрачковъ на сведеніе при сравнительно хорошей реакціи на свѣтъ (Archiv für Augenheilkunde, XLIX, 1). *Р. Кацъ.*

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 427. Д-ръ *Hellendall* описываетъ слѣдующія *сосочковыя, въ видѣ цвѣтной капусты, опухоли женскихъ наружныхъ половыхъ органовъ*, значительно отличающіяся между собою анатомически и клинически и представляющія часто большія затрудненія при распознаваніи, устранимыя только при помощи микроскопическаго изслѣдованія: 1) опухоли, величиною съ кулакъ и больше, ведущія свое начало изъ острыхъ кондиломъ на перелойной почвѣ; 2) слоновыя новообразованія, сопровождающія третичныя явленія сифилиса съ обширными плоскими изъязвленіями; 3) собственно слоновость половыхъ частей; 4) гипертрофическая волчанка и, наконецъ, 5) ракъ. Слоновость распространена по всему земному шару, но въ Европѣ извѣстны только спорадическіе случаи. Въ 95% всѣхъ случаевъ заболѣваютъ ноги, гораздо рѣже половые органы, особенно у женщинъ. Чаще всего у нихъ изъ наружныхъ половыхъ частей поражаются большія губы и похотникъ. Наблюдается она преимущественно между 20 и 30 годами жизни. Опухоль достигаетъ большихъ размѣровъ, развивается то въ видѣ гладкаго, то въ видѣ сосочковаго новообразованія и имѣетъ нѣкоторую склонность къ язвенному распаденію. Возможно, но не доказано злокачественное перерожденіе. Лѣченіе состоитъ въ удаленіи новообразованія. Изучая раковыя опухоли наружныхъ половыхъ частей, *H.* собралъ во всей литературѣ 140 случаевъ, къ которымъ онъ присоединяетъ еще своихъ 10. Онъ различаетъ 2 формы сосочковаго рака наружныхъ половыхъ частей: 1) первичную сосочковую карциному съ начальнымъ поверхностнымъ развитіемъ и отсутствіемъ роговыхъ жемчужинъ и позднѣйшимъ ростомъ опухоли въ глубину съ одновременнымъ образованіемъ центральнаго распаденія и жемчужинъ и 2) вторичную сосочковую карциному, появляющуюся вслѣдъ за язвенно распадающимся канкроидомъ. Для отличительнаго распознаванія сосочковыхъ опухолей наружныхъ половыхъ частей нужно помнить, что слоновость отличается значительной гипертрофіей кожной и подкожной соединительной ткани. Отсутствія атипическаго вростанія гипертрофированнаго эпителія вглубь тканей достаточно для исключенія раковыхъ новообразованій. Въ случаяхъ конгломерата опухолей, происходящихъ отъ острыхъ кондиломъ, для распознаванія важно незначительное участіе соединительной ткани съ преобладающей гипертрофіей сосочковаго слоя. Раки распознаются по атипическому росту и развитію въ глубже лежащія ткани, а также по присутствію жемчужинъ. Относительно существованія гипертрофической волчанки наружныхъ половыхъ частей авторы еще не пришли къ соглашенію, и только въ тѣхъ случаѣ ее можно признать за бугорчатку, если доказано присутствіе бугорковъ или бугорчатковыхъ палочекъ (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaekologie, т. 8, тетр. 2).

428. Д-ръ *Wallich* на основаніи своихъ 2-хъ наблюденій, а также литературы вопроса приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ относительно *вліянія піэлонефрита на теченіе послѣродового періода*. Послѣродовой періодъ при этой болѣзни можетъ протекать совершенно нормально и безлихорадочно. Это наблюдается особенно въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ роды произошли послѣ значительнаго безлихорадочнаго промежутка. Повышенія температуры въ послѣродовомъ періодѣ скорѣе всего слѣдуетъ ожидать, когда піэло-нефритъ еще не задолго до родовъ вызвалъ лихорадочное состояніе. Лихорадка вслѣдствіе піэло-нефрита отличается отъ повышенія температуры при послѣродовомъ зараженіи большими колебаніями, достигающими и превышающими иногда 2°, утренними паденіями, до 37° и ниже, быть можетъ, также состояніемъ пульса, частота котораго не соотвѣтствуетъ повышенію температуры, удовлетворительнымъ самочувствіемъ въ безлихорадочные промежутки. Найти въ случаяхъ піэло-нефрита настоящую причину лихорадки особенно важно потому, что всякія внутриматочныя дѣйствія, которыя могли-бы понадобиться при послѣродовомъ зараженіи, здѣсь не только излишни, но и опасны, принимая во вниманіе состояніе мочи (Annales de gynécologie et d'obstetrique, мартъ). *Г.*

**Дѣтскія болѣзни.** 429. Д-ръ *А. Косинскій* сообщаетъ свои наблюденія *надъ лѣченіемъ скарлатины противустрептококковой сывороткой Marmorek'а и противускарлатинной проф. Bujwid'а.* Сывороткой *Marmorek*'а авторъ лѣчилъ 48 больныхъ въ возрастѣ отъ 9 мѣсяцевъ (всѣ были дѣти, за исключеніемъ 1 женщины, 23 л.). Наименьшее количество впрыскиваемой сыворотки было 20 к. стм. Въ очень рѣдкихъ случаяхъ авторъ впрыскивалъ это количество трижды. Вліяніе сыворотки сказывалось уже черезъ 10—24 часа пониженіемъ температуры безъ ослабленія дѣятельности сердца и обильнаго потѣнія. При этомъ лѣченіи авторъ наблюдалъ гораздо меньше осложненій со

Digitized by Google

веществъ въ почвѣ жилищъ. Поэтому въ интересахъ меньшей заболѣваемости населенія необходимо устраивать всюду плотные, дурно-проводящіе тепло и удобные для мытья полы—асфальтовые, цементные, лучше всего хорошо сколоченные и окрашенные деревянные. Касаясь вопроса о кубическомъ содержаніи воздуха въ жилищахъ Казанджика, докладчикъ установилъ тотъ фактъ, что почти нигдѣ въ нихъ нельзя найти даже minimum'a воздушнаго куба; есть жилыя помѣщенія, гдѣ кубическое содержаніе не достигаетъ 5 к. метр. или 0,5 к. саж. Болѣе удовлетворительно оно въ помѣщеніяхъ, не занимаемыхъ чернорабочими. Въ нововыстроенныхъ казармахъ на Кушкѣ кубическое содержаніе воздуха на отдѣльнаго обитателя-рабочаго уже подходитъ къ нормѣ, и вообще эти казармы несравненно болѣе удовлетворяютъ требованіямъ гигіены, чѣмъ жилища Казанджика, идущія прямо въ разрѣзъ съ этими требованіями. Въ заключеніе докладчикъ говорилъ о необходимости правильно организовать удаленіе нечистотъ—жидкихъ и твердыхъ—за черту осѣдлаго населенія станціи. Съ этой цѣлью онъ предложилъ примѣнять герметически закупоривающіяся бочки. Въ отхожихъ мѣстахъ слѣдуетъ ввести подвижные пріемники въ видѣ бочекъ, отверстія которыхъ плотно примыкали-бы къ фановой трубѣ. Отъ времени до времени ихъ нужно вынимать и замѣнять новыми. Примѣняемая система выгребныхъ ямъ неудовлетворительна во многихъ отношеніяхъ; возможно, между прочимъ, что въ тѣхъ-же мѣстахъ впослѣдствіи станутъ рыть колодцы.

Чтобы показать, насколько велика заболѣваемость въ Казанджикѣ, докладчикъ привелъ нѣкоторыя литературныя указанія на степень заболѣваемости въ немъ перемежной лихорадкой. По сообщенію д-ра *Кубышкина,* число посѣщеній лихорадочныхъ больныхъ (включая сюда и повторныя) съ 1890 г. выразилось въ слѣдующихъ цифрахъ:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1890 г.— | 863 | посѣщенія— | 30% | общаго | числа | посѣщеній | больныхъ |
| 1891 г. | 551 | » | 22% | » | » | » | » |
| 1892 г. | 1282 | » | 32% | » | » | » | » |
| 1897 г. | 3014 | » | 39% | » | » | » | » |
| 1898 г. | 4760 | » | 54% | » | » | » | » |
| 1899 г. | 3606 | » | 48% | » | » | » | » |

Населеніе Казанджика за это время оставалось почти одинаковымъ, колеблясь между 648 и 708 чел. Такъ какъ всѣ эти данныя касаются лишь числа посѣщеній больныхъ, то сдѣлать достовѣрные выводы о заболѣваемости перемежающейся лихорадкой нельзя: иногда число повторныхъ посѣщеній можетъ быть чрезвычайно близкимъ къ числу больныхъ, посѣтившихъ больницу въ 1-ый разъ и даже превышать его; такимъ образомъ можно ошибиться на цѣлые 50%. Все-же интересно отмѣтить, что въ городской амбуляторіи г. Мерва изъ общаго числа посѣщеній на лихорадочныхъ больныхъ приходится 29,5%, тогда какъ въ желѣзнодорожныхъ амбуляторіяхъ Мерва, Казанджика и Кушки посѣщенія лихорадочныхъ больныхъ составляютъ свыше 50% общаго числа посѣщеній.

Основываясь на сообщенныхъ данныхъ, докладчикъ предложилъ слѣдующія мѣры: 1. Въ интересахъ меньшей заболѣваемости рабочаго населенія вышеописанные типы построекъ должны быть закрыты, а, взамѣнъ ихъ, построены бараки, удовлетворяющіе хотя-бы минимальнымъ требованіямъ гигіены. 2. Крайне необходимо, чтобы для желѣзнодорожныхъ рабочихъ были построены столовыя, бани, управляемыя и содержимыя администраціей желѣзной дороги, а не частными предпринимателями. 3. При постройкѣ бараковъ для рабочихъ безусловно необходимо, чтобы съ солнечной стороны и у стѣнъ, наиболѣе нагрѣваемыхъ солнечными лучами, были древесныя насажденія или навѣсы, устраняющіе перегрѣваніе стѣнъ.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

**Отдѣлъ фабричной и горнозаводской медицины** (Отчетъ *Л. Т. Маргулиной*). (Продолженіе. См. № 11, стр. 419). Засѣданіе *8-го января*. Почетнымъ предсѣдателемъ былъ выбранъ *С. И. Покровскій* (Москва), товарищемъ его окружной инженеръ Харьковскаго округа *К. Л. Абраамъ*.

*М. И. Покровская* (Петербургъ). *О санитарномъ положеніи Петербургской работницы.* Своему сообщенію докладчица предпослала очеркъ дѣятельности Общества попеченія о молодыхъ дѣвицахъ въ Петербургѣ, отъ имени котораго она и представила свой докладъ.

Общество основано въ 1897 г. съ цѣлью предохранять молодыхъ дѣвицъ трудящагося класса отъ дѣйствія окружающихъ ихъ вредныхъ условій жизни. Дѣятельность Общества выразилась въ устройствѣ общежитій (въ настоящее время 3 общежитія, въ нихъ 215 кроватей), воскресныхъ собраній, дешевыхъ столовыхъ, библіотекъ, кассъ взаимопомощи и т. п. Въ 1902 г. изъ 1930 дѣвушекъ, посѣщавшихъ воскресныя собранія, было 550, работавшихъ на разныхъ фабрикахъ. Приходя въ постоянное и близкое общеніе съ работницами, члены Общества могли близко ознакомиться съ условіями ихъ жизни. Чтобы получить опредѣленныя и полныя свѣдѣнія о бытѣ Петербургскихъ работницъ, члены Общества опросили ихъ, при чемъ болѣе или менѣе подробные отвѣты получены отъ 134 дѣвушекъ, работающихъ на различныхъ фабрикахъ; бумагопрядильныхъ, ткацкихъ, табачныхъ, конфектныхъ, коробочныхъ и др.

Всѣ отвѣты опрошенныхъ дѣвушекъ рисуютъ крайне непривлекательную картину условій ихъ работы на фабрикахъ. Въ мастерскихъ обыкновенно бываетъ пыльно, душно; проходы между машинами такіе тѣсные, что проходить нужно всегда съ большой осторожностью. Столовыхъ или хотя бы отдѣльнаго помѣщенія для обѣдающихъ нѣтъ почти ни при одной фабрикѣ, такъ что ѣсть приходится гдѣ попало, очень часто на дворѣ. 11—12-часовый трудъ въ спертомъ воздухѣ мастерскихъ до того утомляетъ, что, придя домой, работница не въ состояніи бываетъ даже ѣсть. Но тяжелѣй всего ложится на работницъ произволъ ближайшаго ихъ начальства—мастеровъ и прикащиковъ: они чрезвычайно злоупотребляютъ своимъ правомъ штрафовать и увольнять работницъ, пользуясь имъ для того, чтобы вымогать у дѣвушекъ угощеніе или—что тоже, къ ужасу, бываетъ—чтобы добиться отъ нихъ поступковъ, нарушающихъ ихъ цѣломудріе. Высшіе служащіе и содержатели фабрикъ тоже нерѣдко пользуются своей властью и безнаказанно развращаютъ дѣвушекъ. Возрастъ поступающихъ на фабрику обыкновенно очень ранній: 12—15 л. (62% изъ всѣхъ опрошенныхъ), иногда даже 5—12 л. Законъ, воспрещающій принимать на фабрику до 15 л., обходится тѣмъ путемъ, что, по просьбѣ родителей, въ паспортѣ выставляется невѣрный возрастъ. Изъ 112 работницъ 32 поступили на фабрику до 12 л. Не удивительно послѣ этого, что здоровье фабричной женщины оказывается совершенно подорваннымъ въ очень раннемъ возрастѣ. Средній заработокъ работницы составляетъ 15 р. 20 к. въ мѣсяцъ; выше всего онъ бываетъ на бумагопрядильныхъ и ткацкихъ фабрикахъ—17 и 16 р., ниже всего на картонажныхъ и конфектныхъ—около 13 р. Лишь въ 6 случаяхъ изъ всѣхъ 134 мѣсячный заработокъ достигалъ 20 р. При этомъ не слѣдуетъ забывать, что вслѣдствіе произвольныхъ штрафовъ жалованье иногда вовсе не выдается, или же выдается лишь незначительный остатокъ его. Свой мѣсячный заработокъ работница распредѣляетъ такъ: 6—7 р. уходитъ на столъ, около 3 р. на уплату за кровать въ общежитіи; на всѣ остальныя нужды остается около 5 р. Въ заключеніе докладчица отъ имени Общества попеченія о молодыхъ дѣвицахъ въ Петербургѣ предложила Съѣзду высказаться за слѣдующія мѣры для улучшенія положенія фабричной работницы: 1. Улучшеніе санитарнаго положенія фабричныхъ мастерскихъ, особенно улучшеніе въ нихъ провѣтриванія. 2. Устройство при фабрикахъ столовыхъ съ горячей пищей за дешевую плату или, по крайней мѣрѣ, отдѣльныхъ помѣщеній для обѣдающихъ. 3. Уменьшеніе числа рабочихъ часовъ, удлинненіе перерывовъ тамъ, гдѣ они продолжаются всего 1½ часа, и введеніе перерывовъ тамъ, гдѣ работаютъ въ 2 смѣны. 5. Повышеніе заработной платы. 6. Назначеніе женщинъ въ качествѣ фабричныхъ инспектриссъ, мастерицъ и прикащицъ на тѣхъ фабрикахъ гдѣ примѣняется женскій трудъ.

*А. П. Штейнфельдъ* предложилъ 1-ое положеніе докладчицы замѣнить слѣдующимъ: Желательно подробное санитарное изслѣдованіе быта работницъ.

*В. В. Рахмановъ* спросилъ, слѣлало-ли Общество что-нибудь для борьбы съ тѣмъ возмутительнымъ явленіемъ, что мастера и прикащики заставляютъ дѣвушекъ штрафами уступать требованіямъ, нарушающимъ ихъ цѣломудріе. Общество могло-бы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ возбуждать судебное преслѣдованіе противъ виновнаго.

*М. Г. Рафесъ:* Такого рода борьба невозможна, такъ какъ по дѣлу о лишеніи дѣвичьей чести можетъ возбуждать преслѣдованіе только потерпѣвшая. Вообще указанныя въ докладѣ злоупотребленія и нарушенія законовъ исчезнутъ только тогда, когда во всѣ слои общества проникнетъ сознаніе законности.

*А. И. Никольская:* Для поднятія культурнаго уровня фабричныхъ рабочихъ необходимо, чтобы устройство библіотекъ и вечернихъ классовъ на фабрикахъ было обязательнымъ.

*С. И. Покровскій:* Положеніе 6-ое нужно расчленить, такъ какъ назначеніе фабричныхъ инспектриссъ зависитъ отъ правительства, назначеніе-же мастерицъ и приказчицъ отъ владѣль

Digitized by Google

же докладываетъ начальнику дороги. Если это представленіе остается безрезультатнымъ, участковый врачъ можетъ напомнить о сдѣланномъ имъ донесеніи; но это требуетъ съ его стороны уже извѣстнаго мужества, такъ какъ подчасъ онъ за подобныя напоминанія можетъ поплатиться мѣстомъ или, по крайней мѣрѣ, заслужить дурную репутацію у начальства. Очевидно, что при такомъ положеніи врачи не могутъ добиться устраненія существующихъ недочетовъ. Что касается старшихъ врачей, то они не имѣютъ права сноситься непосредственно съ центральнымъ органомъ при Министерствѣ путей сообщенія. Возложеніе обязанностей по санитарной части на участковыхъ врачей неудобно еще и потому, что завѣдываніе санитарнымъ дѣломъ требуетъ спеціальной научной подготовки, которой участковый врачъ обладать не можетъ. Изъ всего этого ясно, что при настоящемъ положеніи вещей санитарная часть на желѣзныхъ дорогахъ не можетъ быть поставлена на надлежащей высотѣ. Для достиженія этого, по мнѣнію докладчика, необходимо, чтобы на желѣзныхъ дорогахъ былъ учрежденъ особый институтъ санитарныхъ врачей, изъятыхъ изъ подчиненія мѣстной желѣзнодорожной администраціи и подчиненныхъ непосредственно центральному органу при Министерствѣ путей сообщенія. Докладчикъ сдѣлалъ уже по этому вопросу сообщеніе на 3-мъ Совѣщательномъ Съѣздѣ желѣзнодорожныхъ врачей, при чемъ Съѣздъ съ его предложеніемъ согласился. Касаясь далѣе обязанностей санитарныхъ врачей, сущность которыхъ состоитъ во всестороннемъ изученіи линіи въ санитарномъ отношеніи и разработкѣ вопросовъ по ж.-дорожной гигіэнѣ, докладчикъ подробнѣе остановился лишь на одной изъ нихъ, а именно на надзорѣ за исполненіемъ правилъ о нормировкѣ рабочаго времени и отдыха служащихъ. Въ настоящее время сплошь и рядомъ встрѣчаются случаи переутомленія служащихъ, которое, отражаясь на движеніи поѣздовъ, приводитъ дѣло къ роковымъ послѣдствіямъ не только для служащихъ, но и для пассажировъ. Не смотря на существованіе цѣлаго ряда министерскихъ циркуляровъ, упорядочивающихъ время работы и отдыха служащихъ, случаи ж.-дорожныхъ несчастій, зависящихъ отъ переутомленія служащихъ, не уменьшаются; причина этого—недостаточность надзора за исполненіемъ циркуляровъ. Надзоръ этотъ долженъ быть переданъ санитарнымъ врачамъ, и для того, чтобы онъ могъ быть фактическимъ, послѣдніе должны имѣть свободный доступъ къ просмотру путевыхъ журналовъ, участковъ тяги и т. п. матеріаловъ. Что касается вопроса о протяженіи, какое должны имѣть участки санитарныхъ врачей, то, принимая во вниманіе величину и населенность таковыхъ въ земствѣ и на водяныхъ путяхъ и сравнивая условія работы, докладчикъ полагаетъ, что на ж.-дорожную линію, не превышающую 1000 в., достаточно будетъ 1 санитарнаго врача. Въ заключеніе докладчикъ разсмотрѣлъ отношеніе санитарныхъ врачей къ участковымъ и къ мѣстной и центральной ж.-дорожной администраціи. Какое-бы то ни было подчиненіе участковыхъ врачей санитарнымъ отнюдь нежелательно. Санитарные врачи должны имѣть право участія въ Общихъ присутствіяхъ Управленія дороги съ правомъ рѣшающаго голоса по санитарнымъ вопросамъ, по которымъ они и должны быть докладчиками передъ Управленіемъ дороги. Старшій врачъ можетъ давать свои заключенія по представленіямъ и докладамъ санитарнаго врача. Въ случаѣ несогласія послѣдняго съ начальникомъ дороги, санитарный врачъ долженъ имѣть право передать спорный вопросъ на разрѣшеніе Министерства. При Министерствѣ должно быть особое центральное врачебно-санитарное учрежденіе, которое разрабатывало-бы данныя, доставляемыя санитарными врачами, и представляло-бы ихъ со своими заключеніями Министерству. Цѣль этого учрежденія—объединять и направлять дѣятельность санитарныхъ врачей. Такимъ образомъ санитарные врачи по своему служебному положенію будутъ только мѣстными органами этого врачебно-санитарнаго учрежденія при Министерствѣ путей сообщенія. Въ своихъ положеніяхъ докладчикъ подробно изложилъ обязанности санитарныхъ врачей.

По выслушаніи доклада Отдѣлъ постановилъ: просить Правленіе Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* войти съ ходатайствомъ въ Министерство путей сообщенія о приведеніи въ исполненіе слѣдующихъ положеній: 1. Необходимо имѣть на всѣхъ русскихъ желѣзныхъ дорогахъ особыхъ, обладающихъ спеціальною научно-практической подготовкой, санитарныхъ врачей. 2. Санитарные врачи не должны находиться въ прямомъ подчиненіи у мѣстной желѣзнодорожной администраціи. 3. Санитарные врачи должны быть назначаемы Министерствомъ путей сообщенія и подчиняться центральнымъ учрежденіямъ, съ которыми имъ въ нужныхъ случаяхъ дозволяется сноситься непосредственно. 4. Для объединенія и направленія дѣятельности санитарныхъ врачей, а также для разработки статистическихъ данныхъ о движеніи желѣзнодорожнаго населенія, о заболѣваемости и смертности на желѣзныхъ дорогахъ, необходимо учредить при Министерствѣ путей сообщенія врачебно-санитарное бюро. 5. Санитарнымъ врачамъ должно быть предоставлено право участія въ Совѣтахъ Управленій дорогъ съ правомъ рѣшающаго голоса по вопросамъ своей спеціальности.

*В. А. Арнольдовъ. О жилищахъ рабочихъ на нѣкоторыхъ станціяхъ Средне-Азіатской желѣзной дороги.* Докладчикъ описалъ крайне неудовлетворительное въ санитарномъ отношеніи состояніе жилыхъ построекъ на ст. Казанджикъ. Всѣ дома, исключая помѣщеній для высшихъ служащихъ, лишены какой-либо защиты отъ палящихъ солнечныхъ лучей; даже вокругъ зданія больницы нѣтъ никакихъ древесныхъ насажденій. По своему строительному матеріалу жилища Казанджика дѣлятся на слѣдующіе типы: 23 барака изъ старыхъ шпалъ, 11 полуземлянокъ (домъ, состоящій изъ земляной ямы и каменной надстройки, на которую помѣщается крыша съ дымовой трубой), 6 бараковъ изъ сырцовыхъ кирпичей, 8 каменныхъ домовъ и 4 бревенчатыхъ. Случается, что въ 1 полуземлянкѣ живетъ до 28 чел.; въ общемъ $^1/_5$ всего населенія Казанджика живутъ въ землѣ и $^1/_2$ въ шпальныхъ баракахъ. Въ полуземлянкахъ обыкновенно полъ и стѣны—земляныя; въ шпальныхъ баракахъ они построены изъ старыхъ шпалъ, поставленныхъ вертикально и обмазанныхъ глиной; но глина скоро обваливается, и тогда между шпалами образуются широкія щели. Въ баракахъ изъ сырцоваго кирпича стѣны чрезвычайно сырыя, такъ какъ кирпичъ содержитъ въ себѣ много гигроскопическихъ солей и органическихъ остатковъ. Сырость особенно велика зимой, когда помѣщеніе почти не провѣтривается. Полъ въ большинствѣ жилищъ либо просто земляной, либо кировый, но послѣдній обыкновенно очень быстро разрушается и, кромѣ того, вообще не можетъ служить изоляторомъ отъ поверхности почвы. Настоящіе полы съ подпольнымъ пространствомъ имѣются лишь въ домахъ высшихъ желѣзнодорожныхъ служащихъ и въ больницѣ. Земляной полъ безусловно неудовлетворителенъ въ санитарномъ отношеніи: земля чрезвычайно легко поглощаетъ всякія жидкости и газообразные продукты; въ ней долго могутъ жить бактеріи сибирской язвы, злокачественнаго отека и др.; поэтому сколько-нибудь плодотворная борьба съ заразными болѣзнями въ жилищахъ съ землянымъ поломъ крайне трудна. Чтобы доказать, въ какой мѣрѣ земляной полъ при постоянномъ его загрязненіи живущими отличается отъ почвы незагрязненной—степной, докладчикъ изслѣдовалъ почвенный воздухъ на содержаніе въ немъ $CO_2$ на глубинѣ 75 стм. Кромѣ того, изъ тѣмъ-же полуземлянокъ взяты были образцы земельныхъ половъ, и изъ нихъ сдѣланы были водныя вытяжки, которыя изслѣдовались, какъ вода. Оказалось, что количество $CO_2$ въ почвенномъ воздухѣ казарменныхъ половъ почти вдвое превышаютъ среднюю норму (въ среднемъ оно $= 19\%$). Результаты изслѣдованія водной вытяжки прежде всего показали, что въ казарменной почвѣ гораздо больше растворимыхъ въ водѣ веществъ, чѣмъ въ почвѣ степной. Количество органическихъ веществъ при прокаливаніи плотнаго остатка водной вытяжки составляетъ $^1/_3$ всего плотнаго остатка и даже болѣе. Количество хлористыхъ и сѣрнокислыхъ солей K и Na въ нѣсколько разъ превышаетъ таковое въ водной вытяжкѣ степной почвы. Но болѣе всего обращаетъ на себя вниманіе большое количество солей $NH_3$ и присутствіе солей $HNO_2$, прямо указывающее на рѣзкое разложеніе органическихъ

веществъ въ почвѣ жилищъ. Поэтому въ интересахъ меньшей заболѣваемости населенія необходимо устраивать всюду плотные, дурно-проводящіе тепло и удобные для мытья полы—асфальтовые, цементные, лучше всего хорошо сколоченные и окрашенные деревянные. Касаясь вопроса о кубическомъ содержаніи воздуха въ жилищахъ Казанджика, докладчикъ установилъ тотъ фактъ, что почти нигдѣ въ нихъ нельзя найти даже minimum'а воздушнаго куба; есть жилыя помѣщенія, гдѣ кубическое содержаніе не достигаетъ 5 к. метр. или 0,5 к. саж. Болѣе удовлетворительно оно въ помѣщеніяхъ, не занимаемыхъ чернорабочими. Въ нововыстроенныхъ казармахъ на Кушкѣ кубическое содержаніе воздуха на отдѣльнаго обитателя-рабочаго уже подходитъ къ нормѣ, и вообще эти казармы несравненно болѣе удовлетворяютъ требованіямъ гигіэны, чѣмъ жилища Казанджика, идущія прямо въ разрѣзъ съ этими требованіями. Въ заключеніе докладчикъ говорилъ о необходимости правильно организовать удаленіе нечистотъ—жидкихъ и твердыхъ—за черту осѣдлаго населенія станціи. Съ этой цѣлью онъ предложилъ примѣнять герметически закупоривающіяся бочки. Въ отхожихъ мѣстахъ слѣдуетъ ввести подвижные пріемники въ видѣ бочекъ, отверстія которыхъ плотно примыкали-бы къ фановой трубѣ. Отъ времени до времени ихъ нужно вынимать и замѣнять новыми. Примѣняемая система выгребныхъ ямъ неудовлетворительна во многихъ отношеніяхъ; возможно, между прочимъ, что въ тѣхъ-же мѣстахъ впослѣдствіи станутъ рыть колодцы.

Чтобы показать, насколько велика заболѣваемость въ Казанджикѣ, докладчикъ привелъ нѣкоторыя литературныя указанія на степень заболѣваемости въ немъ перемежной лихорадкой. По сообщенію д-ра *Кубышкина*, число посѣщеній лихорадочныхъ больныхъ (включая сюда и повторныя) съ 1890 г. выразилось въ слѣдующихъ цифрахъ:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1890 г.— | 863 | посѣщенія— | 30% | общаго | числа | посѣщеній | больныхъ |
| 1891 г. | 551 | » | 22% | » | » | » | » |
| 1892 г. | 1282 | » | 32% | » | » | » | » |
| 1897 г. | 3014 | » | 39% | » | » | » | » |
| 1898 г. | 4760 | » | 54% | » | » | » | » |
| 1899 г. | 3606 | » | 48% | » | » | » | » |

Населеніе Казанджика за это время оставалось почти одинаковымъ, колеблясь между 648 и 708 чел. Такъ какъ всѣ эти данныя касаются лишь числа посѣщеній больныхъ, то сдѣлать достовѣрные выводы о заболѣваемости перемежающейся лихорадкой нельзя: иногда число повторныхъ посѣщеній можетъ быть чрезвычайно близкимъ къ числу больныхъ, посѣтившихъ больницу въ 1-ый разъ и даже превышать его; такимъ образомъ можно ошибиться на цѣлые 50%. Все-же интересно отмѣтить, что въ городской амбуляторіи г. Мерва изъ общаго числа посѣщеній на лихорадочныхъ больныхъ приходится 29,5%, тогда какъ въ желѣзнодорожныхъ амбуляторіяхъ Мерва, Казанджика и Кушки посѣщенія лихорадочныхъ больныхъ составляютъ свыше 50% общаго числа посѣщеній.

Основываясь на сообщенныхъ данныхъ, докладчикъ предложилъ слѣдующія мѣры: 1. Въ интересахъ меньшей заболѣваемости рабочаго населенія вышеописанные типы построекъ должны быть закрыты, а, взамѣнъ ихъ, построены бараки, удовлетворяющіе хотя-бы минимальнымъ требованіямъ гигіэны. 2. Крайне необходимо, чтобы для желѣзнодорожныхъ рабочихъ были построены столовыя, бани, управляемыя и содержимыя администраціей желѣзной дороги, а не частными предпринимателями. 3. При постройкѣ бараковъ для рабочихъ безусловно необходимо, чтобы съ солнечной стороны и у стѣнъ, наиболѣе нагрѣваемыхъ солнечными лучами, были древесныя насажденія или навѣсы, устраняющіе перегрѣваніе стѣнъ.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

**Отдѣлъ фабричной и горнозаводской медицины** (Отчетъ *Л. Т. Маргулиной*). (Продолженіе. См. № 11, стр. 419). Засѣданіе *8-го января*. Почетнымъ предсѣдателемъ былъ выбранъ *С. И. Покровскій* (Москва), товарищемъ его окружной инженеръ Харьковскаго округа *К. Л. Абраамъ*.

*М. И. Покровская* (Петербургъ). *О санитарномъ положеніи Петербургской работницы*. Своему сообщенію докладчица предпослала очеркъ дѣятельности Общества попеченія о молодыхъ дѣвицахъ въ Петербургѣ, отъ имени котораго она и представила свой докладъ.

Общество основано въ 1897 г. съ цѣлью предохранять молодыхъ дѣвицъ трудящагося класса отъ дѣйствія окружающихъ ихъ вредныхъ условій жизни. Дѣятельность Общества выразилась въ устройствѣ общежитій (въ настоящее время 3 общежитія, въ нихъ 215 кроватей), воскресныхъ собраній, дешевыхъ столовыхъ, библіотекъ, кассъ взаимопомощи и т. п. Въ 1902 г. изъ 1930 дѣвушекъ, посѣщавшихъ воскресныя собранія, было 550, работавшихъ на разныхъ фабрикахъ. Приходя въ постоянное и близкое общеніе съ работницами, члены Общества могли близко ознакомиться съ условіями ихъ жизни. Чтобы получить опредѣленныя и полныя свѣдѣнія о бытѣ Петербургскихъ работницъ, члены Общества опросили ихъ, при чемъ болѣе или менѣе подробные отвѣты получены отъ 134 дѣвушекъ, работающихъ на различныхъ фабрикахъ; бумагопрядильныхъ, ткацкихъ, табачныхъ, конфектныхъ, коробочныхъ и др.

Всѣ отвѣты опрошенныхъ дѣвушекъ рисуютъ крайне непривлекательную картину условій ихъ работы на фабрикахъ. Въ мастерскихъ обыкновенно бываетъ пыльно, душно; проходы между машинами такіе тѣсные, что проходить нужно всегда съ большой осторожностью. Столовыхъ или хотя бы отдѣльнаго помѣщенія для обѣдающихъ нѣтъ почти ни при одной фабрикѣ, такъ что ѣсть приходится гдѣ попало, очень часто на дворѣ. 11—12-часовый трудъ въ спертомъ воздухѣ мастерскихъ до того утомляетъ, что, придя домой, работница не въ состояніи бываетъ даже ѣсть. Но тяжелѣй всего ложится на работницъ произволъ ближайшаго ихъ начальства—мастеровъ и прикащиковъ: они чрезвычайно злоупотребляютъ своимъ правомъ штрафовать и увольнять работницъ, пользуясь имъ для того, чтобы вымогать у дѣвушекъ угощеніе или—что тоже, къ ужасу, бываетъ—чтобы добиться отъ нихъ поступковъ, нарушающихъ ихъ цѣломудріе. Высшіе служащіе и содержатели фабрикъ тоже нерѣдко пользуются своей властью и безнаказанно развращаютъ дѣвушекъ. Возрастъ поступающихъ на фабрику обыкновенно очень ранній: 12—15 л. (62% изъ всѣхъ опрошенныхъ), иногда даже 5—12 л. Законъ, воспрещающій принимать на фабрику до 15 л., обходится тѣмъ путемъ, что, по просьбѣ родителей, въ паспортѣ выставляется невѣрный возрастъ. Изъ 112 работницъ 32 поступили на фабрику до 12 л. Не удивительно послѣ этого, что здоровье фабричной женщины оказывается совершенно подорваннымъ въ очень раннемъ возрастѣ. Средній заработокъ работницы составляетъ 15 р. 20 к. въ мѣсяцъ; выше всего онъ бываетъ на бумагопрядильныхъ и ткацкихъ фабрикахъ—17 и 16 р., ниже всего на картонажныхъ и конфектныхъ—около 13 р. Лишь въ 6 случаяхъ изъ всѣхъ 134 мѣсячный заработокъ достигалъ 20 р. При этомъ не слѣдуетъ забывать, что вслѣдствіе произвольныхъ штрафовъ жалованье иногда вовсе не выдается, или же выдается лишь незначительный остатокъ его. Свой мѣсячный заработокъ работница распредѣляетъ такъ: 6—7 р. уходитъ на столъ, около 3 р. на уплату за кровать въ общежитіи; на всѣ остальныя нужды остается около 5 р. Въ заключеніе докладчица отъ имени Общества попеченія о молодыхъ дѣвицахъ въ Петербургѣ предложила Съѣзду высказаться за слѣдующія мѣры для улучшенія положенія фабричной работницы: 1. Улучшеніе санитарнаго положенія фабричныхъ мастерскихъ, особенно улучшеніе въ нихъ провѣтриванія. 2. Устройство при фабрикахъ столовыхъ съ горячей пищей за дешевую плату или, по крайней мѣрѣ, отдѣльныхъ помѣщеній для обѣдающихъ. 3. Уменьшеніе числа рабочихъ часовъ, удлинненіе перерывовъ тамъ, гдѣ они продолжаются всего $1^1/_2$ часа, и введеніе перерывовъ тамъ, гдѣ работаютъ въ 2 смѣны. 5. Повышеніе заработной платы. 6. Назначеніе женщинъ въ качествѣ фабричныхъ инспектриссъ, мастерицъ и прикащицъ на тѣхъ фабрикахъ гдѣ примѣняется женскій трудъ.

*А. П. Штейнфельдъ* предложилъ 1-ое положеніе докладчицы замѣнить слѣдующимъ: Желательно подробное санитарное изслѣдованіе быта работницъ.

*В. В. Рахмановъ* спросилъ, сдѣлало-ли Общество что-нибудь для борьбы съ тѣмъ возмутительнымъ явленіемъ, что мастера и прикащики заставляютъ дѣвушекъ штрафами уступать требованіямъ, нарушающимъ ихъ цѣломудріе. Общество могло-бы въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ возбуждать судебное преслѣдованіе противъ виновнаго.

*М. Г. Рафесъ*: Такого рода борьба невозможна, такъ какъ по дѣлу о лишеніи дѣвичьей чести можетъ возбуждать преслѣдованіе только потерпѣвшая. Вообще указанныя въ докладѣ злоупотребленія и нарушенія законовъ исчезнутъ только тогда, когда во всѣ слои общества проникнетъ сознаніе законности.

*А. И. Никольская*: Для поднятія культурнаго уровня фабричныхъ рабочихъ необходимо, чтобы устройство библіотекъ и вечернихъ классовъ на фабрикахъ было обязательнымъ.

*С. И. Покровскій*: Положеніе 6-ое нужно расчленить, такъ какъ назначеніе фабричныхъ инспектриссъ зависитъ отъ правительства, назначеніе-же мастерицъ и прикащицъ отъ владѣль

цевъ фабрикъ. Въ частности вопросъ о фабричныхъ инспектриссахъ обсуждался уже не разъ; въ Западной Европѣ мѣра эта уже осуществлена, и оттуда собственно проектъ и проникъ въ Россію. Къ сожалѣнію, у насъ женскій трудъ на отвѣтственныхъ государственныхъ постахъ мало прививается. Кромѣ того, вопросъ слишкомъ мало разработанъ для того, чтобы Отдѣлъ могъ опредѣленно высказаться за необходимость этой мѣры.

*В. И. Лебедевъ:* Изъ доклада выяснилась недостаточность фактическаго надзора за условіями труда и жизни рабочихъ. Я предлагаю поэтому признать необходимымъ предоставленіе права и привлеченіе къ дѣлу фактическаго надзора за положеніемъ и условіями труда рабочихъ на промышленныхъ предпріятіяхъ органовъ общественнаго самоуправленія.

*С. И. Покровскій:* Отдѣлъ могъ-бы предложить органамъ общественнаго самоуправленія произвести подробное санитарное изслѣдованіе сотстоянія мастерскихъ и быта рабочихъ.

*Е. Б. Димантъ:* Для борьбы со всѣми вопіющими фактами, о которыхъ сообщается въ докладѣ, есть только одинъ способъ— контроль Общества и широкая гласность.

*И. Н. Кавалеровъ. О положеніи больныхъ женщинъ-членовъ семействъ горнорабочихъ на рудникахъ, заводахъ и другихъ промышленныхъ предпріятіяхъ, расположенныхъ въ районѣ Бахмутскаго уѣзда Екатеринославской губ.* Одной изъ крупныхъ отрицательныхъ сторонъ промышленной медицины въ Бахмутскомъ уѣздѣ является неравномѣрность организаціи амбуляторной и особенно стаціонарной медицинской помощи горнорабочимъ, съ одной стороны, и ихъ женамъ, дѣтямъ и другимъ членамъ семействъ, съ другой. Между тѣмъ, какъ лѣченіе рабочихъ для владѣльцевъ промышленныхъ предпріятій обязательно по закону, лѣченіе женъ и дѣтей рабочихъ какъ бы предоставлено на усмотрѣніе владѣльцевъ этихъ предпріятій. Въ законѣ упоминается лишь о женщинахъ, работающихъ въ предпріятіи, но такихъ немного, такъ какъ женскій трудъ на рудникахъ почти не примѣняется. Послѣдствія такой неполноты закона на практикѣ оказываются весьма печальными. Лишь на единичныхъ крупныхъ предпріятіяхъ помощь женамъ и дѣтямъ рабочихъ подается на тѣхъ-же началахъ, какъ и рабочимъ; на нѣкоторыхъ изъ этихъ предпріятій имѣются гинекологическія отдѣленія и родильные пріюты. На среднихъ-же предпріятіяхъ съ числомъ рабочихъ отъ 1500 до 3000 чел. члены ихъ семействъ пользуются лишь амбуляторной помощью, къ тому-же плохо поставленной, такъ какъ врачи завалены здѣсь работой и главное вниманіе обращаютъ на заболѣвшихъ рабочихъ. Часто поэтому амбуляторный пріемъ ведетъ акушерка; на нѣкоторыхъ предпріятіяхъ онъ бываетъ всего 2—3 раза въ недѣлю. На нѣкоторыхъ заводахъ амбуляторіей завѣдуетъ фельдшеръ, принимающій и женщинъ и даже оказывающій имъ акушерскую помощь. Наконецъ, тамъ, гдѣ медицинская помощь вообще плохо поставлена, женщины ею не пользуются вовсе. Коечное лѣченіе поставлено еще хуже. На многихъ предпріятіяхъ нѣтъ не только гинекологическихъ отдѣленій, но и вообще отдѣльныхъ женскихъ палатъ. Тамъ-же, гдѣ таковыя имѣются, онѣ по большей части пустуютъ. Чѣмъ объяснить это послѣднее обстоятельство, столь странное съ перваго взгляда? На бывшемъ въ 1903 г. въ Екатеринославѣ Съѣздѣ врачей промышленныхъ предпріятій, гдѣ разсматривался этотъ вопросъ, намѣчены были слѣдующія 3 причины: 1) некультурность женскаго населенія по сравненію съ мужскимъ, 2) незначительность женскаго населенія на заводскихъ и рудничныхъ поселкахъ и 3) незначительная заболѣваемость среди женскаго населенія. Изъ этихъ 3-хъ причинъ только 1-я заключаетъ въ себѣ долю истины (хотя и она очень мало объясняетъ дѣло, такъ какъ сельское населеніе, несомнѣнно, ниже по своему развитію, чѣмъ рабочее); 2-я-же и 3-я прямо основаны на недоразумѣніи. Цифры, полученныя санитарными врачами Бахмутскаго уѣзда изъ заводскихъ и рудничныхъ полицейскихъ участковъ въ 1903 г., показываютъ, что женское населеніе составляетъ бо́льшую $^1/_2$. Что касается частоты заболѣваній среди женщинъ, то она характеризуется слѣдующими цифрами: среди сельскаго населенія Бахмутскаго уѣзда послѣродовыя заболѣванія даютъ 0,8%, гинекологическія 0,8%; для того рудника, врачемъ котораго состоитъ докладчикъ, соотвѣтствующія цифры—2,03% и 12%. Слѣд., среди женщинъ рудничнаго поселка послѣродовыя заболѣванія встрѣчаются въ $2^1/_2$ раза чаще, а гинекологическія въ 18 разъ чаще, чѣмъ среди женщинъ сельскаго населенія того-же уѣзда. Если сравнить заболѣваемость среди женщинъ съ таковой среди мужчинъ, то окажется, что первая выше и занимаетъ послѣ дѣтской 1-е мѣсто. Слѣд., приведенныя причины не объясняютъ наличности свободныхъ коекъ въ гинекологическихъ и отдѣльныхъ женскихъ палатахъ. По мнѣнію докладчика, главная причина—та, что женщины не пріучены къ коечному лѣченію неудовлетворительной его постановкой. Причину высокаго % послѣродовыхъ заболѣваній слѣдуетъ искать въ томъ ужасномъ положеніи, въ которомъ находятся роженицы, и въ частотѣ выкидышей. Тѣснота, въ которой живетъ рабочее населеніе, поистинѣ ужасающая. Въ т. наз. «каюткѣ», состоящей изъ 1 комнатки въ 6—7 кв. арш. и разсчитанной на одну семью—2 взрослыхъ и 2—3 дѣтей, обыкновенно вслѣдствіе недостатка жилищъ, помѣщается *до 18 чел. и больше* (!). Такимъ образомъ женщины должны рожать въ присутствіи большого числа людей или-же уходить для этого въ сарайчикъ для скотины, угля и т. п. Невыгодныя стороны такого рода обстановки ясны сами собой. На рудничныхъ поселкахъ приходится сталкиваться еще съ однимъ явленіемъ, не встрѣчающимся въ деревнѣ, а именно съ недостаткомъ не только акушерокъ, но и простыхъ бабокъ, что опять-таки создаетъ благопріятныя условія для распространенія заразныхъ послѣродовыхъ заболѣваній, такъ какъ часто одна бабка одновременно ухаживаетъ за нѣсколькими родильницами. Таково-же положеніе женщинъ и послѣ выкидышей. Въ еще худшихъ условіяхъ находятся женщины, заболѣвшія какой-нибудь острой заразной болѣзнью. Заразныя отдѣленія для женщинъ имѣются лишь въ исключительныхъ случаяхъ, и, слѣд., если мужу больной не удалось отправить ее въ земскую больницу или въ деревню, то она остается въ каюткѣ въ описанной уже обстановкѣ и безъ всякаго ухода. Естественно, что такія больныя 1) даютъ большой % смертности и 2) являются источникомъ зараженія для живущихъ въ той-же каюткѣ. Докладчику приходилось наблюдать такіе примѣры. Возможно, что этимъ отчасти и объясняется то обстоятельство, что брюшной тифъ на поселкѣ является эндемическимъ. На основаніи изложеннаго докладчикъ представилъ слѣдующія положенія: 1. Желательно, чтобы амбуляторное и коечное лѣченіе было предоставлено рабочимъ и ихъ женамъ въ одинаковой степени. 2. На всѣхъ предпріятіяхъ, на которыхъ записано болѣе 200 женщинъ, необходимо устроить женскія палаты и имѣть фельдшерицъ-акушерокъ. 3. На большихъ предпріятіяхъ, гдѣ имѣется больше 600 женщинъ, кромѣ женскихъ палатъ, долженъ быть устроенъ родильный пріютъ и введенъ соотвѣтственный штатъ акушерокъ. 4. Всѣ рабочіе, а также ихъ жены при заболѣваніи острыми заразными болѣзнями должны пользоваться коечнымъ лѣченіемъ за счетъ предпріятій, и ст. 105, дающая предпринимателю право въ такихъ случаяхъ нарушить контрактъ съ рабочимъ, должна быть отмѣнена.

*Ф. С. Грабовскій:* Въ виду того, что въ законѣ нѣтъ точнаго указанія относительно права семействъ рабочихъ на безплатное лѣченіе, Отдѣлъ долженъ-бы высказаться за необходимость исполненія закона въ этомъ смыслѣ.

*П. В. Борисовъ:* Необходимо, чтобы на заводы съ большимъ числомъ женщинъ были приглашаемы акушерки-фельдшерицы, такъ какъ женщины во время родоразрѣшенія неохотно прибѣгаютъ къ помощи врачей-мужчинъ, тѣмъ болѣе фельдшеровъ.

*А. О. Дацковъ:* Въ законѣ о постройкѣ больницъ, которымъ руководятся предприниматели, принимается въ разсчетъ только число рабочихъ; въ этомъ главная причина недостаточности коечной помощи членамъ семействъ рабочихъ. Желательно, конечно, чтобы законъ имѣлъ въ виду не только рабочихъ, но и ихъ семейства.

*А. М. Спасскій:* По поводу затронутаго въ докладѣ вопроса необходимо указать, что постановка горнозаводской медицины вообще неудовлетворительна. Такъ, по крайней мѣрѣ, дѣло обстоитъ на Уралѣ. Въ Екатеринбургской губ. есть не мало заводовъ, на которыхъ нѣтъ врача и правильно организованной помощи рабочимъ. Что-же касается женщинъ, то на Уралѣ распространено мнѣніе, будто-бы опирающееся на законъ, что заводы не обязаны подавать медицинской помощи семьямъ рабочихъ.

*С. И. Покровскій:* Въ докладѣ поднятъ вопросъ о распространеніи медицинской помощи на все то населеніе, которое по необходимости живетъ въ районѣ производства. Въ такомъ-же положеніи находится и населеніе, живущее возлѣ каждой фабрики. Одинъ изъ упрековъ, дѣлаемыхъ фабричной медицинѣ, тотъ, что она игнорируетъ семьи рабочихъ, и, дѣйствительно, необхо-

Digitized by Google

димо, чтобы помощь оказывалась всему населенію, въ силу условій прикрѣпленному къ данному мѣсту.

*А. П. Штейнфельдъ:* Наилучшимъ разрѣшеніемъ вопроса было-бы переложеніе натуральной повинности владѣльцевъ предпріятій на денежную и передача организаціи медицинской помощи въ руки земства.

*Б. М. Богопольскій. Къ вопросу объ организаціи раціональнаго надзора за всѣми ремесленными заведеніями съ цѣлью улучшенія въ санитарномъ отношеніи быта рабочихъ.* Изслѣдованіе разнаго рода ремесленныхъ заведеній г. Полтавы, производившіяся докладчикомъ въ теченіи 11 лѣтъ, показали, что санитарное состояніе громаднаго большинства этихъ заведеній весьма неудовлетворительно. Тоже обнаружили изслѣдованія, предпринятыя въ другихъ городахъ. Однако до настоящаго времени противъ этого не предпринято никакихъ коренныхъ мѣръ. Въ 1899 г. распространился слухъ, что при Министерствѣ финансовъ созвана Коммиссія для выработки основъ по организаціи надзора за положеніемъ малолѣтнихъ въ ремесленныхъ мастерскихъ; черезъ нѣкоторое время стали говорить о будто-бы, существующемъ проэктѣ распространенія дѣйствій фабричной инспекціи на ремесленныя заведенія; но фактически пока ни одна изъ указанныхъ организацій надзора не осуществлена. Ссылаясь на свой докладъ VIII Пироговскому Съѣзду, докладчикъ считаетъ необходимымъ снова подчеркнуть крайне ненормальное положеніе учениковъ въ ремесленныхъ мастерскихъ. Онъ называетъ ихъ настоящими маленькими «бѣлыми неграми». Въ продолженіе 16 — 18 час. въ сутки имъ приходится исполнять всякаго рода обременительныя обязанности, часто вовсе не относящіяся къ изучаемому ими мастерству (мыть полы, няньчить дѣтей, бѣгать за водкой для подмастерьевъ и т. п.). Въ награду за непосильный трудъ они получаютъ грязный уголъ, рваное платье, побои и ругательства. Ужасно то, что малолѣтніе ученики ремесленныхъ мастерскихъ совершенно лишены возможности жаловаться кому-либо на свое положеніе, такъ какъ въ ремесленныхъ мастерскихъ нѣтъ никакой организаціи, отвѣчающей той задачѣ, которой служитъ Институтъ фабричныхъ инспекторовъ. Докладчикъ полагаетъ, что для улучшенія санитарно-гигіэническаго состоянія ремесленныхъ заведеній, а также положенія и быта рабочихъ (особенно малолѣтнихъ) необходимо организовать надзоръ за ремесленными мастерскими въ видѣ одной изъ нижеуказанныхъ формъ: а) подчиненія нынѣ дѣйствующей фабричной инспекціи; б) организаціи особой спеціальной ремесленной инспекціи; в) представленія права надзора общественнымъ учрежденіямъ—городскимъ и земскимъ.

Заключенія Отдѣла: 1. По докладу *М. И. Покровской.* Въ виду неудовлетворительныхъ условій труда Петербургскихъ городскихъ работницъ и частаго нарушенія установленныхъ закономъ требованій по охранѣ труда, Отдѣлъ, считая надзоръ фабричной инспекціи недостаточнымъ, признаетъ необходимымъ установленіе постояннаго фактическаго надзора за обстановкой и условіями труда рабочихъ въ промышленныхъ заведеніяхъ со стороны органовъ общественнаго самоуправленія.

2. По докладу *И. Н. Кавалерова.* На владѣльцахъ промышленныхъ предпріятій должна лежать обязанность оказывать медицинскую помощь не только рабочимъ, но и членамъ ихъ семействъ. При этомъ, въ цѣляхъ наилучшей постановки врачебной помощи рабочимъ и ихъ семействамъ, желательно скорѣйшее разрѣшеніе въ положительномъ смыслѣ вопроса о переложеніи натуральной повинности владѣльцевъ промышленныхъ предпріятій по оказанію врачебной помощи рабочимъ въ денежную и передачѣ всего дѣла организаціи этой помощи въ руки земства.

3. По докладу *Б. Л. Богопольскаго.* Въ виду неудовлетворительности санитарныхъ условій въ громадномъ большинствѣ ремесленныхъ заведеній въ городахъ — условій, вредно отражающихся на здоровьѣ рабочихъ, особенно малолѣтнихъ,—крайне необходимо прежде всего организовать спеціальный за этими заведеніями надзоръ, возложивъ его на обязанности городскихъ и земскихъ общественныхъ учрежденій.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### LXIX. *Изъ Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.*

(Засѣданіе 20-го февраля).

Проф. *В. К. Ротъ* произнесъ прочувствованное слово, посвященное памяти покойнаго члена учредителя Общества, *В. Р. Буцке*, и предложилъ почтить его память вставаніемъ.

*М. О. Шайкевичъ. Нейропатическая неподвижность позвоночника* (съ предъявленіемъ больного). Больной 47 л. Въ анамнезѣ вѣроятный сифилисъ и, послѣ простуды 27 лѣтъ назадъ, заболѣваніе съ невозможностью двигаться изъ-за болей въ спинѣ и конечностяхъ. Съ 30-лѣтняго возраста сталъ замѣчать постепенно развивающуюся горбатость. Въ настоящее время рѣзко выраженный грудной кифозъ съ многостороннимъ сколіозомъ; голова наклонена впередъ, ноги согнуты въ колѣнныхъ суставахъ. Боли въ спинѣ и конечностяхъ, неопредѣленныя по мѣстоположенію; чувство опоясыванія; чувствительность нормальна; непостоянство колѣнныхъ рефлексовъ. Иногда задержка мочеиспусканія. Ощущенія хруста въ плечевыхъ суставахъ. Видъ больного очень напоминаетъ тотъ болѣзненный типъ, который описанъ проф. *В. М. Бехтеревымъ* подъ именемъ одеревенѣлости позвоночника. Подлежитъ объясненію только хрустъ въ суставахъ, который еще не говоритъ за самостоятельное пораженіе ихъ, такъ какъ измѣненій въ суставахъ при изслѣдованіи не найдено и болей въ нихъ нѣтъ. Скорѣе заболѣваніе ихъ, если оно только остается, судя по хрусту, можно поставить въ связь съ основнымъ страданіемъ, подѣйствовавшимъ и на позвоночникъ. Во всякомъ случаѣ, одинъ хрустъ въ суставахъ не даетъ право предполагать въ данномъ случаѣ типъ болѣзни *Marie-Strümpell'я* (spondylose rizomélique); весь-же характеръ заболѣванія приближается здѣсь къ типу *Бехтерева.* Непостоянство колѣнныхъ рефлексовъ и задержка мочеиспусканія—явленія ложно-спинно-сухоточныя. Такъ, напр., въ 1 случаѣ болѣзни *В. М. Бехтерева*, гдѣ было сдѣлано вскрытіе, оказались пораженными, на ряду съ корешками и оболочками, пучки *Burdach'а* и *Goll'я.* Принимая въ соображеніе свой случай и 28 описанныхъ въ литературѣ, докладчикъ ставитъ вопросъ, можно-ли въ настоящее время разсматривать и объяснять эту клиническую разновидность такъ, какъ ее объясняютъ? При механическомъ объясненіи выходитъ, что искривленіе позвоночника происходитъ вслѣдствіе паретическаго состоянія мышцъ и нервовъ, зависящаго отъ ограниченнаго затяжного спинномозгового лептоменингита; на этотъ-же послѣдній, однако, слѣдуетъ смотрѣть скорѣе всего, какъ на патолого-анатомическую форму; кромѣ того, извѣстны спинномозговые менингиты, системныя и развитыя пораженія вещества спинного мозга, гдѣ вовсе не наблюдается подобнаго измѣненія позвоночника; слѣд., одного механическаго вліянія недостаточно. Трофическое вліяніе въ такихъ случаяхъ также допустить трудно, потому что нѣтъ такого соотвѣтствія между пораженіемъ спинного мозга и позвоночника, какое наблюдается при сирингоміэліи. Однако, вліяніе той или другой причины, т. е. механической или трофической, можно себѣ представить, если допустить, что на позвоночникъ и на спинной мозгъ одновременно дѣйствовали какія-либо общія предрасполагающія условія, какъ-то наслѣдственная горбатость, травма, сифилисъ, заразно-простудныя болѣзни. Вотъ это-то предрасполагающее участіе самого позвоночника недостаточно оттѣняется авторами, хотя и проф. *В. М. Бехтеревъ*, и всѣ писавшіе говорятъ объ упомянутыхъ общихъ этіологическихъ условіяхъ.

*В. А. Муратовъ* обратилъ вниманіе на неточность заключительныхъ положеній доклада; докладчикъ называетъ форму, описанную проф. *В. М. Бехтеревымъ*, то клинической формой, то нозологическимъ типомъ; между тѣмъ эти понятія по существу совершенно различны. Едва-ли это—самостоятельная нозологическая единица съ опредѣленной клинической, анатомической и этіологической основой. Самое большее, о чемъ можно здѣсь говорить, это—объ извѣстномъ сочетаніи признаковъ, можетъ быть, и невсегда постоянномъ. По видимому, существуютъ переходы по формѣ *Marie* и къ обезображивающему воспаленію суставовъ. Неправильно также докладчикъ употребляетъ терминъ «предрасположеніе», которое должно предполагать сумму анатомическихъ и физіологическихъ условій, облегчающихъ развитіе той или другой болѣзни; относительно неподвижности позвоночника ихъ совсѣмъ указать нельзя. Нельзя думать, чтобы здѣсь дѣло сводилось только къ спору о словахъ; напротивъ, здѣсь имѣются опредѣленныя обще-патологическія понятія. Въ томъ смыслѣ, какъ это говоритъ докладчикъ, самое большее можно допустить не предрасположеніе, а только предрасполагающую причину, которую докладчикъ склоненъ приписывать сифилису; но послѣднее, конечно, пока ничѣмъ не доказано. Поскольку можно заключить изъ существующихъ клиническихъ наблюденій, по видимому, сущность болѣзни сводится къ пораженію суставовъ, которое можетъ быть ограничено однимъ позвоночникомъ, или можетъ захватывать и другія сочлененія. Въ случаѣ докладчика пораженъ и плечевой суставъ; на это указываютъ трескъ и ограниченіе пассивныхъ движеній. Если это такъ, то, конечно, нельзя говорить о нозологической самостоятельности неподвижности

Digitized by Google

позвоночника. Повидимому, это—только разновидность артрита съ своеобразнымъ мѣстоположеніемъ процесса.

*Докладчикъ* замѣтилъ, что онъ употреблялъ названіе «клиническій», а не «нозологическій типъ». Что касается упрека, что разсужденіе о предрасположеніи въ данномъ случаѣ носитъ характеръ слишкомъ общаго предположенія и что при такихъ условіяхъ трудно указать, гдѣ кончается предрасположеніе и гдѣ начинается самая болѣзнь, можно сказать слѣдующее: выводы дѣлаются на основаніи не одного только наблюденія, но и всѣхъ имѣющихся въ литературѣ. Подъ предрасположеніемъ нужно понимать совокупность отдаленныхъ предрасполагающихъ причинъ, относительно которыхъ вовсе не требуется, чтобы онѣ были непремѣнно унаслѣдованными или врожденными; онѣ могутъ быть и пріобрѣтенными, что такъ подчеркиваетъ *Magnan* въ своей монографіи о вырождающихся.

*В. В. Воробьевъ* заявилъ, что вскорѣ послѣ того, какъ проф. *В. М. Бехтеревъ* сообщилъ о своихъ наблюденіяхъ, ему пришлось видѣть больного (изъ клиники проф. *И. А. Сикорскаго* въ Кіевѣ) съ неподвижнымъ искривленіемъ позвоночника; совершенно случайныя условія не позволили ему тогда сообщить объ этомъ случаѣ въ печати, хотя наблюденіе было произведено тщательно и подъ руководствомъ проф. *И. А. Сикорскаго*. Въ этомъ случаѣ при изслѣдованіи электро-возбудимости глубокихъ длинныхъ мышцъ спины обнаружена была типическая реакція перерожденія; въ то-же время нервно-мышечные приводы плечевого пояса отвѣчали на раздраженіе нормально. Изслѣдованіе реакціи глубокихъ мышцъ спины настолько кропотливо и тягостно для больного, что въ тѣхъ многихъ случаяхъ этой болѣзни, какіе д-ру *В.* пришлось видѣть потомъ, онъ не могъ уже произвести этого изслѣдованія. Быть можетъ, измѣненіе реакціи глубокихъ мышцъ спины и не представляетъ случайнаго явленія, но стоитъ въ связи съ условіями, вызывающими заболѣваніе. Въ то время казалось даже, не составляетъ-ли страданіе нервно-мышечнаго прибора первичнаго, измѣненія-же въ позвоночникѣ вторичнаго явленія, обусловленнаго первымъ. Теперь такого предположенія можно-бы, пожалуй, и не дѣлать; но всетаки на эти данныя, хотя и полученныя въ 1 только случаѣ, хотѣлось-бы обратить вниманіе. Далѣе, говоря объ этіологіи неподвижнаго искривленія позвоночника, докладчикъ, по видимому, не придаетъ никакого значенія мочекислому худосочію; по крайней мѣрѣ, о томъ, что у показаннаго больного были печеночныя колики, стало извѣстно лишь послѣ предложеннаго на эту тему вопроса, самъ-же докладчикъ не считалъ нужнымъ упомянуть о томъ. Въ тѣхъ немногихъ случаяхъ, которые приходилось наблюдать д-ру *В.*, тѣ или другія проявленія мочекислаго худосочія всегда были. Принимая во вниманіе очень опредѣленную и тѣсную связь между мочекислымъ худосочіемъ и страданіемъ суставовъ съ различными измѣненіями самихъ суставныхъ поверхностей, можно задаться вопросомъ, не играетъ-ли это худосочіе замѣтной роли въ возникновеніи и развитіи неподвижнаго искривленія позвоночника?

*Докладчикъ* замѣтилъ, что реакціи перерожденія въ мышцахъ у его больного нѣтъ; мочу его онъ подробно не изслѣдовалъ.

*А. А. Корниловъ* полагаетъ, что въ случаѣ докладчика пораженъ не одинъ только позвоночникъ, но и другіе суставы, напр., плечевой. Докладчикъ не нашелъ въ своемъ случаѣ пораженія периферическихъ нервовъ; въ случаяхъ, наблюдавшихся въ Москвѣ, никогда не было никакихъ нервныхъ припадковъ, указывающихъ на пораженіе корешковъ, т. е., разстройствъ чувствительности, мышечныхъ исхуданій по ходу нервныхъ стволовъ. Можно вполнѣ присоединиться къ мнѣнію докладчика, когда онъ придаетъ сравнительно важное значеніе участію въ процессѣ костей позвоночника. Конечно, нельзя ставить въ связь анкилозированный позвоночникъ съ пораженіемъ оболочекъ спинного мозга. Во 1-хъ, эти пораженія—очень банальны; во 2-хъ, извѣстны серьезныя заболѣванія въ видѣ острыхъ менингитовъ съ переходомъ нѣкоторыхъ изъ нихъ въ затяжныя формы, которыя, однако, не сопровождаются анкилозированіемъ позвоночника.

Проф. *В. К. Ротъ* высказалъ, что сдѣланное докладчикомъ сообщеніе затрагиваетъ вопросъ, обсужденіе котораго въ Обществѣ весьма своевременно и цѣлесообразно. Интересно было-бы сопоставить большее число наблюденій товарищей, не нашедшихъ возможнымъ сообщить о нихъ въ печати, и, имѣя большій матеріалъ, подойти ближе къ рѣшенію вопроса о классификаціи и патогенезѣ различныхъ формъ болѣзни. На неподвижность позвоночника въ связи съ спондило-артритомъ давно и очень настойчиво обращалъ вниманіе покойный д-ръ *А. А. Каспари*, особенно подчеркивавшій и сопутствующія суставному процессу нервныя явленія, зависящія отъ пораженія нервовъ, проходящихъ чрезъ межпозвоночныя отверстія. У 1 изъ такихъ больныхъ д-ра *Каспари*, позднѣе поступившаго подъ наблюденіе проф. *Р.*, спондило-артритъ осложнялся межуточнымъ нейритомъ соотвѣтствующихъ корешковъ и образованнаго ими плечевого сплетенія. Но ни въ одномъ изъ видѣнныхъ проф. *Р.* случаевъ анкилозирующаго спондилита не было пораженія оболочекъ спинного мозга; такого пораженія не было и въ случаяхъ д-ровъ *Н. Ф. Шаталова* и *С. Я. Попова*, и въ другихъ, наблюдавшихся Московскими товарищами. На одномъ изъ 2-хъ вскрытій (здѣсь оставляются въ сторонѣ случаи кифо-сколіозовъ при сирингоміэліи и *Friedreich*'овой болѣзни), произведенныхъ въ Московской клиникѣ нервныхъ болѣзней, одновременно найдена и спинная сухотка, но не было основаній ставить въ зависимость отъ нея процессъ въ позвоночникѣ. Если въ цѣломъ рядѣ случаевъ одеревенѣлости позвоночника не было указаній на хроническій менингитъ въ обособленномъ видѣ, являющійся крайне рѣдкимъ страданіемъ, то, съ другой стороны, у больныхъ съ хроническимъ пораженіемъ оболочекъ спинного мозга различнаго происхожденія (при затяжныхъ менинго-міэлитахъ, сифилитическихъ, развивающихся какъ слѣдствіе остраго черепно-спинномозгового менингита и пр.) проф. *Р.*, какъ и другіе авторы, не наблюдалъ, въ числѣ признаковъ, одеревенѣлости позвоночника. Въ виду этого форма проф. *В. М. Бехтерева* является для проф. *В. К. Рота* загадкой. Что касается природы анатомическихъ измѣненій въ позвоночникѣ, обусловливающихъ его ненадежность, то дѣло едва-ли сводится здѣсь къ одному процессу. Въ иныхъ случаяхъ роль играетъ, по видимому, перелойное заразное начало, вызывающее спондило-артритъ; въ другихъ это—особая форма анкилозирующаго артрита, протекающая безъ пораженія связокъ и задѣвающая и другіе суставы. Проф. *Р.* раза 2—3 встрѣчалась эта форма, давшая въ 1 случаѣ почти общую окаменѣлость скелета, т. е., неподвижность почти всѣхъ суставовъ. Затѣмъ, кромѣ описанныхъ уже измѣненій, возможно, конечно, предположить существованіе и другихъ патологическихъ процессовъ въ суставахъ, межпозвоночныхъ хрящахъ и пр., которые могутъ обусловить одеревенѣлость позвоночника. Изученіе ихъ принадлежитъ будущимъ анатомическимъ изслѣдованіямъ.

*Докладчикъ* полагаетъ, что, если въ настоящее время нѣтъ еще достаточныхъ патолого-анатомическихъ данныхъ, чтобы съ положительностью говорить о самостоятельности этого страданія, какъ особой нозологической единицы, то имѣющіяся клиническія наблюденія не даютъ права отрицать обособленность этого клиническаго типа.

*И. Н. Введенскій*. *Къ казуистикѣ рѣдкихъ формъ скоропроходящихъ бредовыхъ состояній* (съ предъявленіемъ больного). Больной, 17 л., мальчикъ при магазинѣ. Изъ не вполнѣ здоровой въ нервно-психическомъ отношеніи семьи. Росъ ребенкомъ нервнымъ, капризнымъ, раздражительнымъ. До 10 лѣтъ было ночное недержаніе мочи; съ 12 лѣтъ усиленная мастурбація; въ 1-ый разъ имѣлъ половое сношеніе на 16 году; съ того-же возраста временами сталъ употреблять (изрѣдка) пиво по 6—7 бутылокъ. Учился хорошо и окончилъ городское училище. По характеру добрый, общительный, безпечный, мечтательный; часто мечталъ о томъ, какъ-бы ему сразу разбогатѣть. 14/XII 1903 г., выпивъ нѣсколько бутылокъ пива, почувствовалъ опьянѣніе. На 2-ой день, не смотря на сильную головную боль, занимался до вечера обычнымъ дѣломъ; вечеромъ-же, придя домой, сталъ «заговариваться» началъ разсказывать, что онъ нашелъ 105000 р., строилъ планы касательно своей дальнѣйшей жизни. 16/XII утромъ, послѣ спокойно проведенной ночи, отказывался идти на занятія, требовалъ себѣ повышенія по службѣ, разсказывалъ цѣлую исторію о томъ, какъ онъ получилъ 135000 р. отъ одной богатой барыни, съ которой на дняхъ вступилъ, будто-бы, въ близкія отношенія; не покидалъ своей квартиры, боясь, чтобы не украли его денегъ; то собирался положить ихъ въ банкъ, то говорилъ, что они уже туда положены на его имя; приглашалъ товарищей прогулять съ нимъ на радостяхъ 1000 р. Въ то-же время жаловался на головную боль и на легкое головокруженіе. Желая убѣдить больного въ ошибочности его представленій о найденныхъ деньгахъ, братъ его отправился съ нимъ въ банкъ; узнавъ, что тамъ денегъ на его имя не имѣется, больной очень заволновался. По дорогѣ въ клинику, куда онъ, впрочемъ, за позднимъ временемъ не былъ принятъ, указывалъ на одинъ домъ, гдѣ онъ, будто-бы, проводилъ время съ барыней и получалъ деньги. Какого-либо намека на галлюцинаторныя явленія, какъ въ этотъ день, такъ и раньше, не замѣчалось. Доставленный на слѣдующій день въ клинику, больной охотно и съ большими подробностями разсказывалъ о своемъ знакомствѣ съ барыней, о полученіи имъ денегъ, помѣщенныхъ въ банкѣ и т. п., добавляя на этотъ разъ новый разсказъ о знакомствѣ съ дочерью барыни «барышней», съ которою онъ также, будто-бы, былъ въ близкихъ отношеніяхъ, получивъ и отъ нея 100000 р. Сознаніе у больного было ясное; настроеніе нѣсколько повышенное, по видимому въ связи съ сосодержаніемъ бредовыхъ представленій, при правильномъ, однако, поведеніи и сохранности формальнаго логическаго мышленія. Изъ физическихъ данныхъ отмѣчалось: дрожаніе въ языкѣ и пальцахъ рукъ, повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ, дермографизмъ, приращеніе ушныхъ мочекъ. Психическое состояніе больного оставалось такимъ-же и на слѣдующій день: онъ повторялъ свои разсказы и строилъ планы; отрицалъ галлюцинаціи; ѣлъ хорошо; днемъ часто засыпалъ. 20/XII психическое состояніе его рѣзко измѣнилось: онъ сталъ вполнѣ критически относиться къ своему бреду, считая его проявленіемъ болѣзни. Въ послѣдующіе дни до выхода изъ клиники (24/I 1904 г.) чувствовалъ себя хорошо и не обнаруживалъ сколько-нибудь замѣтныхъ уклоненій въ психической жизни; такое состояніе продолжалось и по выходѣ изъ клиники. Разсматривая этотъ случай, какъ острый паранойяльный синдромъ, развившійся безъ участія галлюцинацій, докладчикъ считаетъ точное распознаваніе здѣсь затруднительнымъ, спорнымъ и справедливымъ лишь условно. Не находя возможнымъ съ положительностью отрицать здѣсь истерію, эпилепсію, періодическій психозъ и раннее слабоуміе, докладчикъ, однако, останавливается на распознаваніи бредовой дегенеративной вспышки (délire d'emblée), считая ее наиболѣе соотвѣтствующей особенностямъ даннаго случая (извѣстная степень дегенеративности больного, острое начало болѣзни безо всякаго внѣшняго повода (?), очень короткая продолжительность ея и, наконецъ, критическое окончаніе).

Digitized by Google

*В. А. Муратовъ* находитъ, что здѣсь, приблизительно трудно поставить опредѣленное распознаваніе; но имѣются данныя склоняться къ заключенію объ обрывной формѣ періодическаго психоза; за это говоритъ преобладающее повышенное самочувствіе (маніакальный элементъ) въ бредѣ больного. Что касается эпизодическаго бреда Magnan'а, то нужно сказать, что въ томъ видѣ, какъ описываетъ эту форму *Magnan*, она не существуетъ; тѣмъ не менѣе, ученіе объ эпизодическомъ бредѣ вырожденныхъ слѣдуетъ сохранить. Слѣдовало-бы понимать подъ нимъ тѣ переходящія бредовыя состоянія, которыя свойственны всѣмъ тяжелымъ формамъ вырожденнаго нейроза. Какъ извѣстно, эпизодическія бредовыя вспышки входятъ составною частію въ клиническую картину истеріи, эпилепсіи и душевной слабости, при чемъ основной типъ нейроза не остается безъ вліянія на картину бредовой вспышки; въ то время какъ истерическія и эпилептическія бредовыя состоянія довольно точно изучены съ клинической стороны, психо-астеническія бредовыя вспышки освѣщены очень мало; между прочимъ, несомнѣнно, что психо-астенія, сама по себѣ, нерѣдко даетъ поводъ и къ проходящимъ омраченіямъ, и къ эпизодическому обрывному бреду.

*В. В. Воробьевъ* также находитъ, что распознаваніе въ данномъ случаѣ весьма трудно, и не согласенъ, что здѣсь можно говорить о паранойѣ.

*Докладчикъ* замѣтилъ, что онъ употреблялъ названіе не «паранойя», а «паранойяльный синдромъ».

*А. Н. Бернштейнъ* и *Ф. Ф. Чарнецкій*. *О примѣненіи элементарныхъ пріемовъ объективнаго психическаго изслѣдованія къ распознаванію эпилептическихъ разстройствъ сознанія.* Докладчики указывали на обнаруженныя ими при эпилептическихъ разстройствахъ сознанія асимболическія и афатическія явленія, которыя, не бросаясь въ глаза при обычномъ наблюденіи, рельефно выступаютъ при изслѣдованіи больныхъ и выражаются въ томъ, что больные на высотѣ (?) сумеречнаго состоянія не узнаютъ показываемыхъ имъ предметовъ и изображеній и не могутъ обозначать ихъ надлежащимъ названіемъ. Въ большей или меньшей степени это явленіе наблюдалось во всѣхъ (15) изслѣдованныхъ случаяхъ эпилептическихъ разстройствъ сознанія. Отмѣтивъ присущность асимболическихъ разстройствъ самымъ разнообразнымъ состояніямъ затуманеннаго сознанія различнаго происхожденія, докладчики указали на то, что афазическій или, по ихъ терминологіи, олигофазическій синдромъ свойственъ именно эпилептическимъ эквивалентамъ; это обстоятельство дѣлаетъ установленіе такого рода явленій особенно важнымъ въ отношеніи распознаванія, какъ отличительный признакъ при распознаваніи эпилептическихъ разстройствъ сознанія.

*Г. И. Россолимо* спросилъ, изслѣдовалось-ли въ указанныхъ случаяхъ поле зрѣнія, на что *А. Н. Бернштейнъ* отвѣтилъ, что съуженія поля зрѣнія не было.

*Н. П. Постовскій* замѣтилъ, что, описываемый признакъ слѣдуетъ называть амнестической афазіей, такъ какъ сущность разстройства въ приведенныхъ случаяхъ заключается въ утратѣ способности воспроизведенія, въ спеціальномъ разстройствѣ памяти, и докладчики напрасно въ своемъ сообщеніи не настаиваютъ на этомъ названіи. Затѣмъ, распознавательное значеніе амнестической афазіи при послѣ-эпилептическомъ разстройствѣ сознанія въ судебно-медицинскомъ отношеніи очень ограничено вслѣдствіе кратковременности, летучести этого признака. Чтобы подмѣтить его, необходимо изслѣдовать больного тотчасъ-же послѣ припадка, и потому только случайно или при исключительныхъ условіяхъ признакъ этотъ у совершившаго преступленіе можетъ быть установленъ врачемъ. Наконецъ, безусловнаго распознавательнаго значенія для установленія послѣ-эпилептическаго разстройства сознанія этотъ признакъ имѣть не можетъ, такъ какъ онъ встрѣчается и при разстройствѣ сознанія иного происхожденія; такъ, напр., д-ру *П.* въ Алексѣевской психіатрической больницѣ пришлось наблюдать больного съ амнестической афазіей при травматическомъ психозѣ.

*А. Н. Бернштейнъ* выразилъ желаніе, чтобы случай этотъ былъ описанъ; тогда имѣлась-бы возможность критически оцѣнить его и такъ или иначе принять въ соображеніе наблюдавшіяся при немъ разстройства, на которыя здѣсь ссылаются. Предположеніе, что для установленія афазическихъ разстройствъ въ судебныхъ случаяхъ, вѣроятно, встрѣтятся затрудненія, несовсѣмъ ясно: изслѣдованіе настолько просто и такъ легко удавалось даже при возбужденномъ состояніи больного, что нѣтъ основаній для подобныхъ опасеній. Подмѣтить олигофазическія разстройства при обычныхъ условіяхъ бесѣды съ больными, дѣйствительно, невсегда удается; но обнаружить ихъ путемъ экспериментальнаго изслѣдованія не представляетъ большого труда. Описанный въ докладѣ случай былъ именно судебнымъ, и важно изслѣдованіе такихъ больныхъ, вскорѣ послѣ совершенія преступленія, полицейскими или тюремными врачами.

*А. А. Корниловъ* спросилъ, послѣ всякаго-ли припадка наблюдается такое разстройство рѣчи, важное въ распознавательномъ отношеніи? Можетъ быть, именно вслѣдствіе того, что не приходилось обращать вниманіе на этотъ признакъ, и кажется, что это явленіе наблюдается у эпилептиковъ не всегда; впрочемъ, это требуетъ дальнѣйшаго изученія.

*А. Н. Бернштейнъ* отвѣтилъ, что олигофазическія разстройства обнаруживаются не только въ связи съ судорожными припадками, но и во время эквивалентныхъ приступовъ безъ судорогъ; въ 1 случаѣ, гдѣ у больной — эпилептички (?) одинъ изъ судорожныхъ припадковъ протекалъ безъ потери сознанія и даже безъ какого-либо измѣненія сознанія (?), не удалось обнаружить никакихъ олигофазическихъ явленій.

*Ф. Ф. Чарнецкій* добавилъ, что въ нѣсколькихъ случаяхъ распознаваніе эпилептическаго психоза было поставлено исключительно на основаніи афазическаго синдрома, и впослѣдствіи анамнестическія данныя или появившіеся у больныхъ припадки подтверждали распознаваніе.

На вопросъ *В. В. Воробьева*, какъ великъ былъ наблюдаемый докладчиками наибольшій промежутокъ времени между припадкомъ и исчезновеніемъ афазіи, *А. Н. Бернштейнъ* отвѣтилъ, что срокъ этотъ невсегда одинаковъ и можно сказать, что афазія переживаетъ эпилептическое психическое разстройство.

*В. А. Муратовъ* замѣтилъ, что для него несовсѣмъ убѣдительна принадлежность разсматриваемаго разстройства къ афазіи, т. е., къ мѣстнымъ мозговымъ припадкамъ. Можетъ быть, правильнѣе считать это частичнымъ разстройствомъ памяти и неполнаго проясненія сознанія. Что касается значенія этого признака для предсказанія, то, конечно, поднятый вопросъ подлежитъ дальнѣйшей провѣркѣ. Надо думать, что при крайнемъ разнообразіи эпилептическихъ разстройствъ было-бы ошибочно признавать рѣшающее значеніе за какимъ-нибудь однимъ признакомъ.

*А. Н. Бернштейнъ* утверждаетъ, что указанныя разстройства не являются отсутствіемъ недостатка вниманія; съ одной стороны, больные всячески стараются удовлетворить изслѣдователя и прилагаютъ всевозможныя усилія къ тому, чтобы справиться съ поставленною имъ несложною задачей; съ другой стороны, изслѣдованіе состоянія вниманія путемъ другихъ экспериментальныхъ пріемовъ не дало указаній на такого рода разстройство вниманія, которое могло-бы объяснить олигофазическія явленія. Указанныя явленія нельзя считать случайной находкой въ разнообразной картинѣ эпилептическихъ разстройствъ потому, что признакъ, о которомъ идетъ здѣсь рѣчь, былъ обнаруженъ во всѣхъ изслѣдованныхъ (15) случаяхъ. Это обстоятельство и даетъ поводъ говорить о распознавательномъ значеніи олигофазіи, при чемъ, однако, нужно оговориться, что для окончательнаго установленія наблюдаемаго факта слѣдуетъ ожидать подтвержденія упомянутой находки со стороны другихъ изслѣдователей и при дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ. Представленное сообщеніе, какъ и изслѣдованія, положенныя въ основу его, имѣло въ виду пока лишь отмѣтить самый фактъ, и потому оставлены въ сторонѣ различныя подробности, выясненіе которыхъ представляетъ задачу дальнѣйшаго изученія вопроса.

*В. П. Сербскій* спросилъ, остановились-ли докладчики на какомъ-либо объясненіи даннаго признака, на что *А. Н. Бернштейнъ* отвѣтилъ, что при чтеніи доклада онъ опустилъ ту часть его, которая посвящена психологическому анализу олигофазическаго разстройства. Надо думать, что механизмъ этого явленія ближе всего подходитъ къ тому, что наблюдается при амнестической афазіи и атаксіи. Что касается происхожденія этихъ явленій при эпилепсіи, то для сужденія объ этомъ не имѣется (у докладчиковъ) фактическихъ данныхъ. *С. Сухановъ.*

## LXX. *Изъ микробіологическаго Общества въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 19-го марта).

*В. И. Палладинъ. Работа бродилъ въ живыхъ и убитыхъ дрожжахъ.* Докладчикъ сообщилъ результаты изслѣдованій, произведенныхъ подъ его руководствомъ въ ботаническихъ лабораторіяхъ Петербургскаго Университета и Петербургскихъ высшихъ женскихъ курсовъ гг. *Тѣлесининымъ* и *Варшавскимъ* и г-жами *Дещъ*, *Григорьевой* и *Громовой*. Главнѣйшіе результаты слѣдующіе. 1) S. cerevisiae, S. Pombe и S. Membranaefaciens являются представителями 3-хъ біологическихъ типовъ дрожжей. 2) Газовый обмѣнъ продажнаго зимина находится въ зависимости отъ питательной среды. Отношеніе $\frac{CO_2}{O_2}$ на глюкозѣ, фруктозѣ, мальтозѣ и сахарозѣ колеблется между 60—78. На водѣ, глицеринѣ, маннитѣ и лактозѣ коэффиціенты значительно ниже, но болѣе 1 вслѣдствіе самоброженія. 3) Въ ацетоновыхъ препаратахъ S. cerevisiae и S. Pombe, воспитанныхъ на жидкости, способной къ броженію, отношеніе $\frac{CO_2}{O_2}$ очень высоко, что указываетъ на присутствіе зимазы. Напротивъ, отношеніе $\frac{CO_2}{O_2}$ въ ацетоновыхъ препаратахъ изъ тѣхъ же дрожжей, но воспитанныхъ на жидкостяхъ, къ броженію неспособныхъ, даже на глюкозѣ менѣе 1, что указываетъ на отсутствіе зимазы. 4) Зиминъ на воздухѣ и въ водородѣ выдѣляетъ одинаковыя количества углекислоты. Крѣпость растворовъ не оказываетъ вліянія. 5) Въ зиминѣ на водѣ идетъ сильный распадъ бѣлковъ. Сахароза задерживаетъ распадъ бѣлковъ тѣмъ сильнѣе, чѣмъ крѣпче растворъ ея. 6) Хининъ и хлористый кальцій дѣйствуютъ на зиминъ въ діаметрально-противоположномъ направленіи: хининъ задерживаетъ распадъ бѣлковъ, и поэтому въ присутствіи хинина зиминъ выдѣляетъ углекислоту болѣе продолжительное время; хлористый кальцій ускоряетъ распадъ бѣлковъ (слѣд. и зимазы), и поэтому въ данномъ случаѣ зиминъ скорѣе прекращаетъ выдѣленіе углекислоты, чѣмъ безъ $CaCl_2$.

*В. А. Таранухинъ, Объ отношеніи иммунъ-тѣлъ къ бѣлкамъ противочумныхъ сыворотокъ.* Докладчикъ производилъ, по примѣру *Hofmeister*'а, *Jacoby* и *Pick*'а, осажденіе бѣлковъ противочумной сыворотки сѣрнокислымъ аммоніемъ и пришелъ

относительно этой сыворотки къ результатамъ, отличающимся отъ результатовъ *Pick*'а. По *Pick*'у, антитоксическія, агглютинирующія, коагулирующія и литическія вещества тифозной и холерной сывороток связаны съ эуглобулиновой и псейдоглобулиновой фракціей: фибриноглобулины и альбумины не содержатъ означенныхъ веществъ. По автору, въ противочумной сывороткѣ оказываются дѣятельными только фибриноглобулины: они обладаютъ превентивными (антитоксическими) и осаждающими (преципитирующими) фильтраты чумныхъ разводокъ свойствами въ такой же степени, какъ и противочумная сыворотка. Эуглобулины, псейдоглобулины и альбумины совершенно не обладаютъ указанными свойствами. Въ заключеніе, приведя экспериментальные и клиническіе примѣры вреднаго вліянія большихъ количествъ сыворотки на организмъ, докладчикъ высказалъ увѣренность, что путь, указанный *Pick*'омъ, можетъ привести къ выдѣленію активныхъ веществъ противочумной сыворотки, чѣмъ можно будетъ воспользоваться для практическихъ цѣлей.

*Н. Н. Вестенрикъ. Объ одномъ случаѣ брюшного тифа безъ измѣненій въ кишечникѣ.* Изученіе случая началось на секціонномъ столѣ. Данныя скорбнаго листа указываютъ, что болѣзнь (больной—крестьянинъ 20 л.) длилась 7 дней; изъ нихъ послѣдніе 3 дня больной провелъ въ Морскомъ Госпиталѣ въ Кронштадтѣ. Высокая температура, вздутіе кишекъ, болѣзненность живота и жидкія испражненія были единственными явленіями. Смерть наступила въ состояніи крайняго упадка силъ. Прижизненное распознаваніе—прободной перитонитъ. На вскрытіи—небольшое набуханіе лимфатическаго прибора кишекъ, рѣзкое набуханіе брыжеечныхъ железъ, особенно у корня брыжейки, острое набуханіе селезенки, паренхиматозное перерожденіе печени и почекъ. Сокъ изъ большой железы корня брыжейки былъ посѣянъ и далъ чистую разводку слабо подвижной палочки. Палочка эта имѣла видъ тифозной, не окрашивалась по *Gram*'у, молока не свертывала, сахара не разлагала, индола не образовала. На картофелѣ давала едва замѣтный ростъ, на агарѣ и желатинѣ росла, какъ тифозная. Не измѣняла цвѣта глицериноваго агара съ Neutralroth, ни лакмусоваго агара по *Würz*'у, ни агара съ фенолфталеиномъ по *Омелянскому*. Склеиваніе съ сывороткой крови брюшнотифозныхъ больныхъ палочка давала въ разведеніи 1 : 100, съ экспериментально добытой противотифозной сывороткой—въ разведеніи 1 : 600. На основаніи этихъ изслѣдованій палочка признана тифозной, а случай—случаемъ тифа, безъ измѣненій кишечника. Изслѣдованія крови и прочихъ органовъ, къ сожалѣнію, не сдѣлано. Такіе случаи, доказанные бактеріологически, въ литературѣ пока единичны.

Секретари: *Д. Заболотный.*
*В. Омелянскій.*

## LXXI. Изъ Петербургскаго Медицинскаго Общества.

(Засѣданіе 20-го апрѣля).

*О. А. Чечоттъ* предложилъ Обществу выразить глубокое сочувствіе своему почетному члену *Н. П. Черепнину* по поводу постигшаго его несчастья—потери сына *С. Н. Черепнина*, сдѣлавшагося жертвой врачебнаго долга.

Предсѣдатель проф. *В. А. Штанге*, напомнивъ, что покойный *С. Н. Черепнинъ* въ предъидущемъ засѣданіи (9-го марта) сдѣлалъ докладъ—*О кровяномъ давленіи при скарлатинѣ*, а въ настоящемъ засѣданіи долженъ былъ баллотироваться въ дѣйствительные члены Общества, предложилъ присутствовавшимъ почтить его память вставаніемъ.

*П. Ф. Далецкій. О вліяніи солей желѣза и марганца на процессы разложенія жировъ.* Докладчикъ въ фармацевтической лабораторіи В.-Медицинской Академіи проф. *С. А. Пржибытка* занялся изслѣдованіемъ вліянія марганца и желѣза на процессы прогорканія жировъ, работая надъ маслами коровьимъ, миндальнымъ и какао. Очищеніемъ отъ бѣлковыхъ тѣлъ и другихъ примѣсей устранялось вліяніе микроорганизмовъ и, кромѣ изучаемыхъ металловъ, могли дѣйствовать лишь воздухъ, свѣтъ и температура. Работалъ докладчикъ съ полученными имъ стеариновокислыми солями желѣза и марганца, которыя представляли тонкій и рыхлый порошокъ, жирный на ощупь и почти лишенный запаха; стеариновожелѣзистая соль—кирпичнокраснаго цвѣта, соль марганца—бѣлаго. Онѣ не растворимы въ водѣ, спиртѣ и эѳирѣ, хорошо растворимы въ хлороформѣ при легкомъ нагрѣваніи. Во взятыхъ для изслѣдованія маслахъ соли эти оказались почти нерастворимыми какъ при обыкновенной температурѣ (миндальное), такъ и при температурѣ плавленія маслъ (коровье и какаовое). Для изслѣдованій соли замѣшивались съ маслами, предварительно расплавленными на водяной банѣ. Выводы: 1. На чистые жиры стеариновокислые соли желѣза и марганца дѣйствуютъ, усиливая процессы окисленія жировъ. 2. При одинаковыхъ условіяхъ храненія марганецъ оказываетъ болѣе сильное окисляющее дѣйствіе на жиры, чѣмъ желѣзо. 3. Соли марганца и желѣза, растворенныя въ жирахъ, оказываютъ болѣе сильное окисляющее дѣйствіе, чѣмъ не растворенныя, при чемъ марганцовыя соли дѣйствуютъ сильнѣе, чѣмъ желѣзныя. 4. Дѣйствіе солей марганца и желѣза чисто каталитическое: онѣ являются переносчиками атмосфернаго кислорода. 5. Окислительный процессъ въ жирахъ въ присутствіи желѣза идетъ, по видимому, въ нѣсколько другомъ направленіи, чѣмъ въ присутствіи марганца. 6. Окислительный процессъ въ жирахъ выражается паденіемъ іодныхъ чиселъ и увеличеніемъ числа летучихъ жирныхъ кислотъ. 7. Процессъ окисленія жировъ въ началѣ идетъ медленно, а впослѣдствіи ускоряется, какъ въ чистыхъ жирахъ, такъ и въ присутствіи желѣза и марганца. 8. При обыкновенныхъ условіяхъ храненія, доступѣ свѣта, воздуха и при комнатной температурѣ жиры способны прогоркать. 9. При прогорканіи происходитъ повышеніе кислотности и омыляемости, паденіе іодныхъ чиселъ и увеличеніе числа *Reichert*'а; послѣднее для коровьяго масла остается приблизительно постояннымъ. 10. Нагрѣваніе жировъ способствуетъ усиленію въ нихъ окислительныхъ процессовъ.

*М. Н. Смоличъ*: Какое практическое примѣненіе могутъ имѣть Ваши изслѣдованія?

*Докладчикъ*: Изслѣдованія эти могутъ выяснять дальнѣйшую судьбу отбросовъ и труповъ животныхъ.

*М. Н. Смоличъ*: Желѣзо и марганецъ въ количественномъ отношеніи составляютъ относительно маловажную часть нашей почвы. Крайне интересно было-бы изученіе въ этомъ направленіи вліянія болѣе существенныхъ составныхъ частей почвы.

Проф. *В. А. Штанге*, поблагодаривъ докладчика, замѣтилъ, что въ настоящее время трудно сразу опредѣлить практическое значеніе каждаго новаго научнаго изслѣдованія.

*З. Ф. Орловскій. Къ діагностикѣ рака желудка.* (Будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

*М. Я. Брейтманъ. О клиническомъ распознаваніи мѣстоположенія болѣзненнаго процесса въ мышцѣ сердца.* (Будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

Проф. *В. А. Штанге*: Изъ Вашего доклада не видно, какія преимущества для больного можетъ дать болѣе точное опредѣленіе мѣстоположенія пораженій сердечной мышцы. Я думаю, что оно не окупитъ затраченнаго труда, такъ какъ для лѣченія въ сущности все равно, въ какомъ мѣстѣ сидитъ, напр., гумма. Въ противоположность этому большой интересъ въ этой области имѣетъ разработка вопроса, почему въ одномъ случаѣ сердечныя средства дѣйствуютъ, а въ другомъ оказываются совершенно безсильны.

*Д. Сандбергъ-Дебеле.*

## LXXII. Изъ Акушерско-гинекологическаго Общества въ Петербургѣ.

(Засѣданіе 22-го апрѣля).

*М. Н. Порошинъ* показалъ *фиброму передней брюшной стѣнки.* Хотя опухоль эта и не исходитъ изъ женской половой сферы, но, встрѣчаясь почти исключительно у женщинъ, является достояніемъ гинекологовъ. Встрѣчается она далеко не часто. По литературнымъ даннымъ, хирурги, обладающіе большимъ клиническимъ матеріаломъ (*Billroth*, *Labbé*, *Olshausen*), за продолжительный періодъ своей дѣятельности, наблюдали ее не болѣе 15—20 разъ. Докладчику пришлось встрѣтить фиброму передней брюшной стѣнки, въ теченіи года съ небольшимъ, во 2-й разъ. 1-ый случай, — больная оперирована докладчикомъ въ Гаваньскомъ Родильномъ Пріютѣ—описанъ въ «Русскомъ Врачѣ» (№ 40, 1903 г.). Опухоль въ этомъ случаѣ была принята за яичниковую. Ошибка, обнаруженная при операціи, произошла, во 1-хъ, вслѣдствіе особеннаго расположенія новообразованій, вполнѣ симулировавшаго его внутрибрюшинное происхожденіе, а, во 2-хъ, потому, что при рѣдкости возникновенія опухолей изъ брюшной стѣнки, мысль о нихъ не приходитъ въ голову. А между тѣмъ онѣ имѣютъ свои типическія особенности, руководясь которыми можно поставить вѣрное распознаваніе, какъ это и было во 2-мъ случаѣ. Характернымъ для данной опухоли являлось ея расположеніе въ правой подвздошной области, длинникомъ въ поперечномъ направленіи, ея плотность, неподвижность при сокращеніи брюшныхъ стѣнокъ, отсутствіе связи съ половыми органами и малая смѣщаемость въ поперечномъ направленіи, при чемъ у подвздошной кости она удерживалась какъ бы толстой, короткой ножкой, отходившей отъ передней верхней подвздошной ости. При глубокомъ ощупываніи часть опухоли представлялась вдававшеюся въ брюшную полость въ видѣ запонки. Характернымъ было и отношеніе этой опухоли къ беременности; а именно, какъ это бываетъ при фибромахъ передней брюшной стѣнки, усиленный ростъ опухоли проявился во время беременности, а послѣ родовъ, бывшихъ у больной въ августѣ, опухоль перестала рости, и размѣры ея даже нѣсколько уменьшились.—Больная для операціи поступила въ женское отдѣленіе Николаевскаго военнаго госпиталя, гдѣ ей 14/IV *Д. Д. Поповымъ* произведено было чревосѣченіе. Разрѣзъ кожи былъ проведенъ параллельно длиннику опухоли и параллельно и выше *Poupart*'овой связки на 2 пальца. Апонейрозъ наружной косой мышцы живота, представлявшій какъ бы переднюю сумку опухоли, былъ вскрытъ, и опухоль частью тупымъ путемъ, частью ножницами отдѣлена отъ внутренней косой и поперечной мышцъ, изъ фасцій которыхъ она, по видимому, и исходила. Отъ ножки, удерживавшей опухоль у передней верхней подвздошной ости, она была отдѣлена послѣ перевязки ножки, перевязанной въ 2 пучка. У внутренняго края опухоль была такъ тѣсно соединена съ апонейрозомъ, что пришлось часть его иссѣчь. Соединеніе съ брюшиной по задней поверхности опухоли, вдававшейся въ брюшную полость, оказалось также такимъ тѣснымъ, что новообразованіе было удалено вмѣстѣ съ брюшиной. Не смотря на получившуюся недостачу въ $1^1/_2$ ладони величиною, брюшину безъ труда удалось соединить непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ. Не такъ дѣло обстояло съ апонейрозомъ и мышцами. Верхніе и нижніе отдѣлы ихъ удалось соединить узловатыми шелковыми швами, но въ серединѣ, не смотря на сильное натяженіе, края не сходились, почему въ образовавшуюся полость заведена была полоса ксероформной марли, и брюшная рана надъ нею зашита такъ, что шелковые швы были проведены черезъ кожу и апонейрозъ на-

ружной косой мышцы и завязаны, послѣ того какъ апонейрозъ былъ соединенъ непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ. Конецъ марли выведенъ въ наружный уголъ раны. Послѣопераціонное теченіе гладкое. Полость теперь значительно уменьшилась. Удаленная опухоль имѣетъ форму запонки; большая часть ея соотвѣтствуетъ задней $^1/_3$, которая росла по направленію къ брюшной полости. Передняя-же $^1/_3$, вѣроятно, вслѣдствіе противодѣйствія апонейроза наружной косой мышцы, представляется болѣе плоской. Вѣсъ опухоли 900 грм., длинникъ ея 16 стм., поперечникъ 11; она имѣетъ фиброзное строеніе и рѣжется съ хрустомъ. Подробное микроскопическое изслѣдованіе еще не закончено.

*Р. В. Кипарскій* за послѣдніе 2 мѣсяца 2 раза наблюдалъ фиброму передней брюшной стѣнки. Въ обоихъ случаяхъ распознаваніе было поставлено до операціи. Характерными для данной опухоли признаками слѣдуетъ признать неподвижность ея при напряженіи брюшного пресса и развитіе венной сѣти не по всей поверхности живота, а только въ области новообразованія. Для выясненія отношенія опухоли къ половымъ органамъ очень пригоденъ способъ, предложенный *Д. О. Оттомъ*: въ кишку вводятъ около 2-хъ стакановъ борной воды, при чемъ отчетливо обособляются и матка, и ея придатки.

*Н. С. Каннегисеръ*, спросивъ докладчика, была-ли въ его случаѣ исключена связь опухоли съ маткой и получивъ положительный отвѣтъ, замѣтилъ, что ему пришлось наблюдать случай, гдѣ подобная-же опухоль исходила изъ круглой маточной связки.

Проф. *Д. О. Оттъ* оперировалъ фибромы передней брюшной стѣнки нѣсколько разъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ онъ никогда не встрѣчалъ какихъ-либо затрудненій въ распознаваніи. Что касается сшиванія апонейроза, то онъ признаетъ для этой цѣли кэтгутъ рѣшительно непригоднымъ: вѣдь, здѣсь требуется основательное соединеніе разъединенныхъ тканей, для чего нѣкоторые шьютъ не только шелкомъ, но даже металломъ. Кэтгутъ-же, давая непосредственный результатъ, быть можетъ, и хорошій, впослѣдствіи разсасывается и поэтому является матеріаломъ ненадежнымъ.

Проф. *Д. О. Оттъ*, очертивъ вкратцѣ успѣхи, которые сдѣланы въ оперативномъ лѣченіи *фиброміомъ матки*, показалъ *3* относящіеся сюда *препарата*, интересные по тѣмъ техническимъ трудностямъ, которыя пришлось преодолѣть при ихъ удаленіи. а) 46-лѣтняя женщина, носила опухоль уже нѣсколько лѣтъ. Опухоль эта достигла такихъ большихъ размѣровъ, что одинъ изъ извѣстныхъ Петербургскихъ спеціалистовъ, по техническимъ соображеніямъ, считалъ ее неудобооперируемой, а опухоль, между тѣмъ, все росла и росла. Быстрый ростъ ея обусловливался студневидно-слизистымъ перерожденіемъ, при чемъ новообразованіе достигло такихъ размѣровъ (вѣсъ удаленной опухоли 32 фунта), что о дальнѣйшемъ выжиданіи не могло быть и рѣчи: наступили жизненныя показанія къ операціи. Объемъ опухоли и топографія ея исключали возможность удаленія ея черезъ рукавъ. Пришлось прибѣгнуть къ чревосѣченію, при чемъ, въ виду техническихъ особенностей случая, сначала срѣзана была надъ влагалищемъ фиброматозная матка, а затѣмъ только изсѣчена была и шейка. Верхняя граница тонкостѣннаго мочевого пузыря, распластаннаго на опухоли и внѣдрявшагося во всѣ ея углы и борозды, находилась на уровнѣ пупка. При его отдѣленіи цѣлость его была нарушена на протяженіи кулака. Пришлось вскрыть также и забрюшинную клѣтчатку, въ виду того, что нижняя $^1/_3$ опухоли лежала внѣбрюшинно. На пузырь наложены швы мѣстами въ 2, а мѣстами въ 3 этажа. Участки обнаженной клѣтчатки отчасти сшиты, а отчасти выполнены марлей, конецъ которой выведенъ во влагалище. Послѣоперационное теченіе удовлетворительное; лишь 2—3 раза наблюдалась подлихорадочная температура. Въ мѣстѣ, соотвѣтствующемъ обнаженной клѣтчаткѣ, образовался выпотъ, величиною въ $1^1/_2$ кулака. Выпотъ этотъ теперь (операція сдѣлана мѣсяцъ назадъ) пошелъ на убыль. Нужно думать, что въ какомъ-то мѣстѣ имѣется и отверстіе въ мочевой пузырь: больная мокрая. Эта недостача однако, вѣроятно, закроется сама собой.—Интересъ случая въ пузырѣ: онъ былъ зашитъ и опущенъ. Другой возможный способъ—вшиваніе его въ брюшную стѣнку—непригоденъ изъ-за возможности образованія грыжи по бѣлой линіи живота. б) 55-лѣтняя женщина, лѣчившаяся еще у покойнаго проф. *К. Ѳ. Славянскаго*, крайне истощена вслѣдствіе болей и кровопотерь. Животъ—какъ на 8-мъ мѣсяцѣ беременности. Дно матки значительно выше пупка. Полость ея 20 стм. Рукавъ—старческій. Зѣвъ открытъ на 3—4 стм.; въ немъ прощупывался отрѣзокъ опухоли, занимавшей лѣво-заднюю $^1/_3$ матки. Рѣшено сдѣлать попытку удалить новообразованіе черезъ рукавъ, такъ какъ чревосѣченія истощенная больная, навѣрное, не перенесла-бы. При самомъ началѣ кускованія опухоли черезъ рукавъ наткнулись на очагъ, какъ бы наполненный гноевидною жидкостью; дальнѣйшія части оказались ослизлыми, такъ что щипцы ихъ рвали. Однако, въ концѣ концевъ, отчасти кускованіемъ, отчасти вылущеніемъ опухоль была удалена, при чемъ матка не была тронута. Путемъ освѣщенія удалось доказать, что опухоль развилась межуточно. Образовавшаяся по удаленіи ея полость въ толщѣ мышцъ матки затампонирована марлей. Послѣоперационное теченіе—безукоризненное. Теперь матка совсѣмъ нормальная. в) Больная жаловалась на боли и явленія ущемленія. Большая межуточная фиброміома въ переходномъ состояніи къ подсывороточной. Вскрытъ задній сводъ и черезъ него, при помощи штопора, начато кускованіе опухоли. Послѣ этого на вывернутой въ задній сводъ маткѣ обколоты кровоточившія мѣста, и она вправлена обратно. Дренажъ задняго свода. Въ послѣоперационномъ теченіи матка оказалась неподвижно наклоненной кзади. Массажъ. Теперь матка совершенно нормальная.

*В. А. Вастенъ:* Докладчикъ, показывая 1-ую опухоль, упомянулъ, что одинъ изъ многоработающихъ Петербургскихъ гинекологовъ, въ виду большой величины опухоли, считалъ операцію столь жизненопасной, что не совѣтовалъ ее дѣлать; отъ себя докладчикъ къ этому ничего не прибавилъ, и потому можно думать, что онъ какъ-бы раздѣлялъ это мнѣніе. Величина-же опухоли не имѣетъ большого значенія для предсказанія, а только, вмѣстѣ съ топографіей, нѣсколько затрудняетъ и удлиняетъ операцію. Оцѣнка этихъ условій чисто субъективная, въ зависимости отъ опытности и выработанной техники оператора. Въ этихъ случаяхъ рѣшающее значеніе въ опредѣленіи шансовъ на благопріятный исходъ операціи имѣетъ, кромѣ возраста больной, общее состояніе ея здоровья и прежде всего состояніе ея сердца и сосудистой системы, легкихъ и почекъ. При нормальномъ или близкомъ къ нормѣ состояніи этихъ органовъ и не старомъ возрастѣ больной жизненопасность операціи ровна или едва превышаетъ обычную.

*П. Т. Садовскій* замѣтилъ, что 10 лѣтъ назадъ онъ видѣлъ 2-ую больную докладчика. Тогда мѣстоположеніе опухоли было таково, что не было никакого сомнѣнія въ возможности оперировать ее черезъ рукавъ.

*М. Н. Порошинъ* напомнилъ о томъ, что въ 1898 г. въ клиникѣ покойнаго проф. *К. Ѳ. Славянскаго* была также удалена опухоль, съ которою былъ срощенъ мочевой пузырь. И въ этомъ случаѣ часть поврежденнаго пузыря была усѣчена, пузырь зашитъ и опущенъ въ брюшную полость.

*І. Л. Герзони* спросилъ докладчика, что сдѣлалъ-бы онъ во 2-мъ случаѣ, если-бы онъ случайно сдѣлалъ прободеніе въ стѣнкѣ матки?

*Докладчикъ* замѣтилъ, что въ 1-мъ случаѣ не было болѣзни ни сердца, ни легкихъ, ни почекъ, но даже, если-бы и было подобное заболѣваніе, онъ все-таки бы оперировалъ, такъ какъ операція вызывалась жизненными показаніями. Къ тому-же крайне быстрый ростъ опухоли вселялъ подозрѣніе о ея злокачественномъ перерожденіи, а уже одно это обстоятельство, само по себѣ, побуждало къ оперативному пособію. Интересъ случая заключается въ томъ, что онъ представлялъ большія техническія затрудненія, обусловленныя главнымъ образомъ, помимо необыкновенной величины опухоли, отношеніемъ къ ней мочевого пузыря. Нужно думать, что эти именно техническія трудности побудили упомянутаго гинеколога отказаться отъ операціи. Что касается 2-го случая, то за 10 лѣтъ топографія успѣвшей значительно вырости опухоли, конечно, настолько измѣнилась, что съ положительностью утверждать, что она можетъ быть вылущена черезъ рукавъ представлялось невозможнымъ. Лучшимъ доказательствомъ служитъ то обстоятельство, что присутствовавшіе при операціи съ недовѣрчивостью относились къ тому, что дѣлалось операторомъ въ рукавѣ, будучи убѣждены, что ее придется закончить чревосѣченіемъ. Если-бы въ этомъ случаѣ матка была прободена, то докладчикъ поступилъ-бы, смотря по обстоятельствамъ: либо ограничился-бы однимъ дренажемъ, либо зашилъ-бы отверстіе, либо вылущилъ-бы матку.

*Н. С. Каннегисеръ* сказалъ *нѣсколько словъ объ оперативномъ лѣченіи почечуя*. Вырѣзываніе шишекъ съ послѣдовательнымъ наложеніемъ швовъ вызываетъ сильное кровотеченіе у уже и безъ того обезкровленныхъ больныхъ, и наложенные швы легко прорѣзываются, такъ что рана заживаетъ вторымъ натяженіемъ. Перевязка шишекъ—способъ, завѣдомо непригодный. Остается такимъ образомъ 3-й способъ—отжиганіе шишекъ. Эта операція производится очень легко и безъ потери крови при примѣненіи *инструмента, придуманнаго К. П. Домбровскимъ*. Инструментъ состоитъ изъ 2-хъ смыкающихся вѣтвей, верхніе концы которыхъ закруглены. При наложеніи его захватываются основанія шишекъ по всей окружности заднепроходнаго отверстія, послѣ чего шишки отжигаются. Не снимая щипцевъ, вводятъ въ кишку дренажную трубку. По отпаденіи струпа получается линейный рубецъ.

*В. А. Вастенъ* указалъ на возможность послѣдовательныхъ кровотеченій.

*Докладчикъ* возразилъ, что такого кровотеченія не бываетъ, а, если-бы оно и случилось, то остановить его очень легко, такъ какъ вся рановая поверхность лежитъ снаружи.

*В. Г. Лъсовой* спросилъ, какъ поступать въ тѣхъ случаяхъ, когда шишки имѣются не по всей окружности заднепроходнаго отверстія, а только въ 1—2, напр., мѣстахъ.

*Докладчикъ* возразилъ, что тогда инструментомъ ущемляются только основанія этихъ шишекъ.

Проф. *Д. О. Оттъ* замѣтилъ, что и при лѣченіи почечуя приходится сообразоваться съ особенностями каждаго отдѣльнаго случая. Иногда умѣстно вырѣзываніе, иногда отжиганіе шишекъ. Для послѣдней цѣли инструментъ *К. П. Домбровскаго* нельзя не признать пригоднымъ. Впрочемъ, имъ можно пользоваться и съ другой цѣлью, а именно, наложивъ его, обшить подъ нимъ основаніе цѣпочечнымъ швомъ и затѣмъ срѣзать шишки. Онъ не видитъ причины, почему-бы въ такихъ случаяхъ швы непремѣнно должны были-бы прорѣзаться [1]).

[1]) *К. П. Домбровскій* говорилъ мнѣ лично, что онъ видитъ преимущество своего инструмента *главнымъ образомъ* въ томъ, что имъ захватываются *всѣ* больныя ткани въ окружности заднепроходнаго отверстія. Вѣдь, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется только 1 шишка, остальная слизистая оболочка тоже больна и тоже подлежитъ удаленію: во *всѣхъ*, слѣд., случаяхъ инструментъ накладывается на *всю* окружность задняго прохода, независимо отъ того, имѣются-ли шишки по всей его окружности, или нхъ

*К. П. Улезко-Строганова. Struma ovarii colloides* (въ передачѣ докладчицы). Случай, послужившій предметомъ сообщенія, представляетъ большую рѣдкость. По крайней мѣрѣ, въ иностранной литературѣ имѣется до сихъ поръ 5 точныхъ описаній подобной опухоли; въ русской-же литературѣ такихъ сообщеній не имѣется вовсе. Опухоль развилась у 54-лѣтней женщины, при явленіяхъ общаго упадка питанія и брюшной водянки, въ обоихъ яичникахъ, при чемъ въ правомъ размѣры ея достигали величины головки новорожденнаго. Лѣвый-же яичникъ былъ увеличенъ лишь немного. Микроскопическая картина новообразованія въ различныхъ отдѣлахъ его нѣсколько измѣняется въ зависимости отъ наступившихъ уже мѣстами обратныхъ измѣненій. Тамъ, гдѣ новообразованіе находится на высотѣ развитія, оно представляетъ типичную картину щитовидной железы съ коллоиднымъ содержимымъ въ альвеолахъ. Тѣ-же отдѣлы, гдѣ начались уже дегенеративные процессы, сводящіеся главнымъ образомъ къ развитію межуточной соединительной ткани съ послѣдовательнымъ перерожденіемъ ея (отекомъ и стекловиднымъ перерожденіемъ), также представляютъ полную аналогію съ щитовидной-же железой въ состояніи перерожденія (напр. склероза). На основаніи поразительнаго сходства новообразованія съ щитовидной железой докладчица, согласно авторамъ, недавно описавшимъ аналогичныя опухоли, назвала ее «struma ovarii colloides», ничего не предрѣшая этимъ, такъ какъ данное новообразованіе подлежитъ дальнѣйшему изученію. Принимая во вниманіе возрастъ больной, брюшную водянку и общее исхуданіе, а также переносъ опухоли въ лѣвый яичникъ, она допускаетъ, какъ наиболѣе вѣроятное предположеніе, злокачественную природу опухоли. Гистогенезъ опухоли не вполнѣ ясенъ; можетъ быть, какъ это предполагаютъ авторы, развитіе новообразованія происходитъ изъ бывшей въ яичникѣ эмбріомы. Нельзя также не принять во вниманіе и мнѣнія *Kretschmarr*'а о появленіи опухоли въ яичникѣ путемъ переноса изъ щитовидной железы. Вообще для правильной оцѣнки природы опухоли и ея происхожденія желательно было-бы болѣе близкое знакомство съ щитовидной железой, съ исторіей развитія и съ физіологическимъ значеніемъ ея для организма.—Докладъ сопровождался предъявленіемъ макроскопическихъ (обоихъ перерожденныхъ яичниковъ) и микроскопическихъ препаратовъ.

*Л. Л. Окинчицъ* не находитъ достаточныхъ основаній называть показанный докладчицей препаратъ «struma ovarii», такъ какъ онъ ничѣмъ не отличается отъ нѣкоторыхъ формъ «Cystadenoma pseudomucinosum evertens». Именно, нѣкоторыя формы Cystaden'омъ представляютъ собою компактныя опухоли, пронизанныя железистой тканью въ видѣ мелкихъ полостей и трубокъ, мѣстами извитыхъ, мѣстами расширенныхъ, и присутствіе большихъ полостей и ясно выраженныхъ кистъ въ нихъ совершенно не обязательно. Показанный препаратъ макроскопически имѣетъ такое-же строеніе и плотность и, по словамъ докладчицы, построенъ по типу желѣзистой ткани. Эпителій, выстилающій полости препарата, или высокоцилиндрическій съ расположенными у основанія клѣтокъ ядрами, при чемъ встрѣчаются и бокаловидныя клѣтки, или кубовидный съ ядромъ по серединѣ, или плоскій; то-же имѣется и въ Cystaden'омахъ, при чемъ бокаловидныя клѣтки вырабатываютъ содержимое; по мѣрѣ увеличенія полостей эпителій уплощается, переходя въ плоскій. Какъ въ данномъ препаратѣ, такъ и въ Cystaden'омахъ встрѣчаются небольшія эпителіальныя разращенія. Перегородки между отдѣльными полостями и въ данномъ препаратѣ и въ Cystaden'омахъ состоятъ изъ соединительной ткани. Содержимое препарата имѣло студенистый характеръ и, по словамъ докладчицы, рѣзалось ножемъ; она считаетъ его коллоидомъ, хотя и не изслѣдовала его подробнѣе. Содержимое «Cystadonoma pseudomucinosum evertens» тоже имѣетъ консистенцію отъ плотнаго студня до жидкой, но всегда тягучей массы, и состоитъ изъ псейдомуцина; чѣмъ полости меньше, тѣмъ гуще содержимое, что имѣется и въ данномъ случаѣ. На основаніи этихъ данныхъ, подтвержденіе которымъ можно найти въ «Патологической анатоміи женскихъ половыхъ органовъ» *Gebhardt*'а (1899 г., стр. 320—330), О. и не видитъ никакого различія между показаннымъ препаратомъ и Cystadenoma pseudomucinosum evertens, по крайней мѣрѣ, нѣкоторыми ея формами.

*В. Г. Бекманъ* не считаетъ доказаннымъ происхожденіе опухоли изъ эмбріомы, такъ какъ въ препаратѣ нѣтъ какихъ-либо другихъ тканей (кости, хрящъ), которыя подтверждали-бы подобное предположеніе.

*Л. А. Кривскій* спросилъ не было-ли у больной, отъ которой получены препараты, зоба?

*Р. В. Кипарскій* не понимаетъ, почему докладчица думаетъ, что опухоль въ лѣвомъ яичникѣ явилась путемъ переноса, а не развилась тамъ самостоятельно?

*Докладчица* отвѣтила д-ру *Окинчицу*: Какъ видно изъ моего сообщенія, я эту опухоль назвала «Struma ovarii colloides» потому, что, стоя особнякомъ по своей микроскопической картинѣ, она въ то же время, какъ на высотѣ своего развитія, такъ и періодѣ обратныхъ измѣненій, представляетъ поразительное сходство съ щитовидной железой въ соотвѣтственныхъ состояніяхъ; при томъ же подъ этимъ наименованіемъ появились уже описанія и въ нѣмецкой литературѣ. Д-ру *Бекману*: Что не было найдено кости или какихъ-либо другихъ частей, которыя указывали бы на эмбріому въ яичникѣ, не исключаетъ еще предположенія о происхожденіи опухоли изъ эмбріомы, такъ какъ при быстромъ развитіи ткани щитовидной железы остальные признаки эмбріомы могли исчезнуть. Съ другой стороны, описаны случаи нахожденія кости и хряща въ зубахъ и въ обыкновенной щитовидной железѣ (старческое состояніе). Д-ру *Кривскому*: У моей больной зоба не было. Нѣкоторые же авторы (*Kretschmarr*) отмѣчаютъ у своихъ больныхъ припуханіе щитовидной железы. Д-ру *Кипарскому*: Появленіе опухоли въ лѣвомъ яичникѣ переноснымъ путемъ считаю болѣе вѣроятнымъ, чѣмъ самостоятельное развитіе ея здѣсь, на основаніи главнымъ образомъ микроскопической картины. Новообразованіе въ лѣвомъ яичникѣ, повторяя въ общемъ картину опухоли праваго, представляетъ нѣкоторыя особенности, приближающія его къ картинѣ злокачественныхъ эпителіальныхъ формъ; между прочимъ здѣсь въ сохранившейся еще кое-гдѣ паренхимѣ яичника мѣстами встрѣчается пропитываніе опухолевыми клѣтками и группами ихъ.

Проф. *Д. О. Оттъ*, указавъ на то, что показанные препараты представляютъ, несомнѣнно, поразительное сходство съ щитовидной железой, считаетъ пока еще преждевременнымъ рѣшеніе вопроса, произошла-ли данная опухоль изъ эмбріомы или путемъ переноса изъ щитовидной железы. Важенъ фактъ существованія подобныхъ новообразованій, и мы должны быть благодарны докладчицѣ, прибавившей къ немногимъ случаямъ, описаннымъ въ иностранной литературѣ, свой обработанный ею съ присущей ей добросовѣстностью и знаніемъ дѣла. *Л. Личкусъ.*

---

только 1 или 2. Онъ также пробовалъ накладывать цѣпочечный шовъ подъ зажимомъ съ послѣдовательнымъ отрѣзываніемъ шишекъ, но шовъ этотъ всегда прорѣзывался. Послѣ операціи получается заднепроходное отверстіе, похожее на таковое у новорожденныхъ. *Л. Л.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

## *П. Б. Ганнушкинъ. Острая параноя (paranoia acuta). Клиническая сторона вопроса. 1904, Москва, 248 стр. (Диссертація изъ Московской психіатрической клиники).*

Монографія *П. Б. Ганнушкина* посвящена одному изъ интересныхъ и важныхъ вопросовъ клинической психіатріи. Вся работа распадается на 10 главъ. Въ 1-й авторъ выясняетъ вкратцѣ свою основную точку зрѣнія по данному предмету и полагаетъ, что «въ своей чистой формѣ этотъ послѣдній подвидъ острыхъ психозовъ (т. е., острая паранойя) долженъ представлять тѣ же клиническіе признаки, что и хроническая паранойя, за исключеніемъ лишь хроничности и неизлѣчимости», что «на острую паранойю точно такъ-же, какъ на манію, меланхолію, острую спутанность, можно смотрѣть только, какъ на симптомокомплексъ»; коснувшись вопроса объ отношеніи острой паранойи къ періодической, авторъ указываетъ на то, что эти 2 понятія, т. е., періодическая паранойя и паранойя острая, «можно считать совпадающими другъ съ другомъ». Затѣмъ, онъ отличаетъ «идіопатическую», «эссенціальную» острую паранойю отъ «симптоматической». Глава 2-я касается именно этой послѣдней; здѣсь разсматриваются тѣ условія, при которыхъ можетъ обнаружиться припадочная острая паранойя (острыя лихорадочныя, заразныя заболѣванія, хроническія соматическія страданія, заболѣваніе органа слуха, истерія, падучая, *Basedow*'а болѣзнь, хроническій алкоголизмъ, морфинизмъ и кокаинизмъ и пр.); авторъ отмѣчаетъ и тотъ фактъ, что многія душевныя болѣзни (хроническая паранойя, раннее слабоуміе, старческое слабоуміе, острый бредъ и др.) могутъ начинаться остро развивающеюся картиною припадковъ паранойи, и добавляетъ, что едва-ли въ подобныхъ случаяхъ можно говорить о припадочной острой паранойѣ. Говоря въ отдѣльности о томъ или другомъ условіи, въ связи съ которымъ развивается припадочная острая паранойя, авторъ приводитъ исторіи болѣзни, заимствованныя изъ литературы и, гдѣ можно, и свои случаи. Глава 3-я является очеркомъ литературы вопроса объ идіопатической острой паранойѣ, а 4-я—очеркомъ литературы вопроса о періодической паранойѣ. Въ 5-й главѣ собраны случаи паранойи, имѣющіеся въ литературѣ, въ числѣ 16, а въ 6-й—случаи острой паранойи, собранные авторомъ (9 случаевъ). Въ слѣдующихъ главахъ авторъ набрасываетъ картину болѣзни при острой паранойѣ, разсматриваетъ теченіе ея, предсказаніе и исходы, этіологію, отличительное распознаваніе. Въ концѣ своей монографіи авторъ вкратцѣ говоритъ о выздоровленіи отъ хронической и отъ вторичной паранойи. Въ заключеніе приводится библіографическій указатель (195 источниковъ, которыми пользовался авторъ при составленіи своей работы).

Трудъ *П. Б. Ганнушкина*—кажется, самая обширная работа объ острой паранойѣ не только въ русской, но и въ иностранной литературѣ и представляетъ большой интересъ для психіатровъ. Вопросъ о существованіи острой паранойи рѣшается авторомъ положительно. Литературный отдѣлъ составленъ полно и обстоятельно, съ большимъ знаніемъ дѣла, обнаруживающимъ въ авторѣ умѣнье обращаться съ такимъ огромнымъ и сложнымъ матеріаломъ. Желая доказать существованіе «идіопатической», эссенціальной» острой паранойи и стремясь надежнѣе и рѣзче отдѣлить ее отъ «симптоматической», авторъ не рѣшался вносить въ группу «эссенціальной» острой паранойи такіе случаи, которые безъ ущерба для этой послѣдней могли-бы фигурировать ра-

домъ съ нею (напр., можетъ быть, случаи острой паранойи при истеріи). Написана монографія *П. Б. Ганнушкина* хорошимъ языкомъ, читается съ интересомъ и знакомитъ читателя съ даннымъ вопросомъ во всей его полнотѣ. *С. Сухановъ.*

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

## LXIII. *Къ 25-лѣтію врачебной дѣятельности проф. Д. О Отта.*

Въ декабрѣ текущаго года истекаетъ 25 лѣтъ научной и практической дѣятельности проф. *Д. О. Отта.* Его заслуги въ дѣлѣ развитія отечественной гинекологіи хорошо извѣстны всему русскому врачебному сословію. Друзья, товарищи и ученики его въ ознаменованіе столь продолжительной и плодотворной дѣятельности рѣшили издать «Сборникъ» ученыхъ работъ, посвященныхъ его имени. Коммиссія, составленная изъ акад. *Н. П. Ивановскаго*, профф. *А. И. Замшина* и *В. В. Строганова* и д-ровъ *С. Т. Виридарскаго, Г. П. Сережникова, Н. С. Каннегисера, А. А. Драницына* и *В. Л. Якобсона* обращается съ покорнѣйшей просьбой къ его товарищамъ и ученикамъ, желающимъ принять участіе въ составленіи «Сборника», оповѣстить объ этомъ Коммиссію. Предположено, что ученыя работы должны быть по акушерству, гинекологіи и по вопросамъ, имѣющимъ связь съ этими спеціальностями. Послѣднимъ срокомъ присылки статей назначено 15-ое сентября этого года. Адрессъ: Петербургъ, Васильевскій Островъ, Университетская линія, 3. Проф. *В. В. Строганову.* Крайне желательно уже въ настоящее время точно знать число участниковъ, а равно и взятыя ими для разработки темы.

Предсѣдатель Коммиссіи *В. Строгановъ.*

Петербургъ. 11 мая 1904 г.

P. S. Пользуюсь случаемъ обратиться съ просьбой къ тѣмъ товарищамъ, которые произвели ученыя работы подъ руководствомъ проф. *Д. О. Отта* прислать по тому-же адрессу *ауторефераты этихъ работъ* по возможности въ непродолжительномъ времени.

**LXIV.** М. Г.! Въ № 19 «Русскаго Врача» въ отдѣлѣ хроники за № 868 помѣщено ошибочное сообщеніе (заимствованное изъ «Новаго Времени») о томъ, что мнѣ поручено завѣдываніе формируемыми изъ студентовъ-медиковъ летучими санитарными отрядами: отрядами этими я не завѣдую. *Н. Чистовичъ.*

Петербургъ. 10 мая 1904 г.

**LXV.** М. Г.! Въ № 18 «Русскаго Врача» за текущій годъ помѣщена статья *О. С. Мееровича* подъ заглавіемъ: «Къ вопросу о вліяніи холоднаго электрическаго свѣта (лампочекъ накаливанія) на различныя заболѣванія средняго уха», о чемъ авторомъ было сдѣлано сообщеніе на IX Пироговскомъ Съѣздѣ. Къ сожалѣнію, будучи во время Съѣзда по дѣламъ службы внѣ Петербурга, я не могъ слышать этого доклада на Съѣздѣ и познакомился съ нимъ лишь по выходѣ его въ печати.

Въ виду того, что статья г. *Мееровича* касается вопроса, надъ которымъ я работалъ въ теченіи 1½ лѣтъ (результатомъ этой работы была моя диссертація подъ заглавіемъ: «Къ вопросу о лѣчебномъ вліяніи холоднаго электрическаго свѣта (лампочекъ накаливанія) на различныя воспалительныя заболѣванія матки и ея придатковъ», Петербургъ, 1903 г.), и мѣстами представляетъ почти дословное повтореніе моихъ выраженій, а самый приборъ, который, по словамъ автора, «составленъ имъ», отличается отъ тѣхъ, съ которыми работалъ я, лишь самыми незначительными мелочами, я и позволяю себѣ обратить вниманіе Ваше, а также и читателей «Русскаго Врача» на такой едва-ли допустимый способъ пользованія работой другого безъ указанія и оговорки, что приводятся почти подлинныя слова и выраженія этого другого автора и что предлагается приборъ для свѣтолѣченія, ничѣмъ существенно не отличающійся отъ таковыхъ же, описанныхъ другими авторами (*И. И. Макавѣевымъ* въ «Русскомъ Врачѣ», 1903 г., № 18 и мной въ моей диссертаціи).

Чтобъ не быть голословнымъ, сошлюсь для примѣра на стр. 1 и 2 введенія къ моей диссертаціи и стр. 653 № 18 «Русскаго Врача» (статья г. *Мееровича*).

| У *О. С. Мееровича* сказано: | *У меня.* |
| --- | --- |
| Словомъ, съ введеніемъ въ отологію свѣтолѣченія передъ нами открывается обширнѣйшее поле для наблюденій, вести, которыя, конечно, не подъ силу одному лицу и т. д. | Словомъ, съ введеніемъ въ гинекологическую терапію свѣта открывается обширное поле для наблюденій и т. д...... разобраться во всѣхъ вопросахъ.... не подъ силу одному наблюдателю и можетъ быть исполнено лишь при совмѣстной работѣ многихъ лицъ. |

Нѣсколько раньше почти цѣликомъ пересказаны чуть не ⅔ страницы 2-й изъ моей диссертаціи. Затѣмъ описаніе прибора, размѣщеніе приводящей и отводящей воду трубокъ и т. д. все мало, чѣмъ не похоже на описанный мною приборъ (для сравненія укажу на 3-ю часть моей диссертаціи стр. 61, 62, 71 и др.).

Говоря о болеутоляющемъ дѣйствіи свѣта (авторъ не различаетъ отдѣльно холоднаго, теплаго, свѣта цвѣтныхъ лампъ и т. д.), *О. С. Мееровичъ* упоминаетъ въ числѣ другихъ и мою фамилію, но это, мнѣ кажется, не даетъ еще права пользоваться даже моими выраженіями («могучее дѣйствіе свѣта», «обширное поле для наблюденій» и т. д.), не говоря уже о томъ, что необходимо было-бы для простоты, сказать коротко, что наблюденія надъ вліяніемъ свѣта на различныя заболѣванія средняго уха были сдѣланы съ описанными уже приборами, съ тѣмъ лишь видоизмѣненіемъ, что для лѣченія заболѣванія уха была взята ушная воронка, въ которую и направленъ свѣтъ всѣмъ извѣстный 10-свѣчной 100-вольтовой шарообразной лампочки [1]). *А. Орловъ.*

Петербургъ. 6 мая 1904 г.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

915. Акад. *С. В. Шидловскій* избранъ ***почетнымъ членомъ*** Русскаго Общества охраненія народнаго здравія.

916. 5-го мая въ Московскомъ Университетѣ *Л. С. Розенталь* защитилъ диссертацію на тему— «*Этіологія и серотерапія дизентеріи*» («Русскія Вѣдомости», 7 мая).

917. Изъ только-что выпущенныхъ изъ В.-Медицинской Академіи врачей *оставлены* при ней: *Н. Ѳ. Парфеновъ, П. И. Философовъ, Ѳ. В. Вербицкій, В. Н. Деревенко, К. К. Клейненбергъ, С. С. Гиргелавъ, Р. Р. Эрдманъ, Ѳ. Л. Кобылинскій, С. М. Попенполь* и *М. И. Аствацатуровъ,* первые 7 на казенный счетъ, а послѣдніе 3 на свой. — Конференція В.-Медицинской Академіи постановила окончившихъ курсъ первыми по успѣхамъ: врача *В. Н. Деревенко* наградить преміею имени заслуженнаго профессора акад. *Буша,* врача *И. П. Склярова*—преміею имени г. Иванова и врача *Ѳ. Л. Кобылинскаго*—преміею имени г. Пальцева. Имена и фамиліи первыхъ 2-хъ врачей Конференція постановила внести на мраморную доску («Биржевыя Вѣдомости», 8 и 9 мая).

918. По словамъ «Новаго Времени» (8 мая), Министерство внутреннихъ дѣлъ въ настоящее время озабочено скорѣйшей выработкою мѣръ для предупрежденія развитія *заразныхъ болѣзней въ Сибирскихъ губерніяхъ,* возможнаго въ виду военныхъ дѣйствій на Дальнемъ Востокѣ. Для надлежащаго выясненія на мѣстѣ общаго плана предупредительныхъ мѣропріятій Министерствомъ *командированъ* главный врачебный инспекторъ *В. К. ф.-Анрепъ,* который и выѣхалъ изъ Петербурга 8-го мая съ помощниками по этому дѣлу *В. Л. Мартиновскимъ* и *Н. Г. Фрейбергомъ.*

919. Какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (6 мая), Московское терапевтическое Общество занялось разработкою вопроса *о борьбѣ съ заразными болѣзнями въ дѣйствующей арміи* и мѣстахъ расположенія войскъ. Послѣ ряда засѣданій и обсужденій Общество пришло къ убѣжденію, что борьба эта лучше всего можетъ быть выполнена при помощи *противозаразныхъ отрядовъ.* Такъ какъ войска или перемѣщаются, или остаются сосредоточенными въ одномъ мѣстѣ, то и отряды должны носить двойной характеръ: центральный отрядъ (3 врача, 2 студента, 8 служителей-обеззараживателей) и при немъ 3 летучихъ (1 врачъ, 1 студентъ и 4 служителя). Оборудованіе отряда заключаетъ въ себѣ приборы для обеззараживанія паромъ, формалиномъ и другими обеззараживающими веществами, кромѣ того инструменты для бактеріологическихъ изслѣдованій, предохранительныя сыворотки и вакцины, а также и лѣчебныя. Центральный отрядъ остается въ мѣстахъ средоточія войскъ и мѣстнаго народонаселенія, производитъ болѣе тонкія изслѣдованія, а также обслуживаетъ свою область по общему плану съ летучими отрядами, составляющими его отдѣленія. Планъ-же ихъ дѣйствій заключается въ слѣдующемъ: прибывъ по требованію военнаго начальника на мѣсто появленія заразы, отрядъ опредѣляетъ ея видъ и, входя въ сношенія съ подлежащимъ начальствомъ, указываетъ необходимыя мѣры къ обеззараживанію и обособленію вещей и помѣщеній и къ особому наблюденію за людьми, соприкасавшимися съ больными, или даже къ переводу ихъ въ карантинъ. Въ задачу отрядовъ входитъ также изслѣдованіе назначенныхъ для войскъ мѣстъ стоянокъ, въ смыслѣ ихъ благополучія по заразнымъ болѣзнямъ, изслѣдованіе воды, пищевыхъ продуктовъ, наконецъ, указаніе мѣръ для ихъ обезвреживанія. Отрядъ же занимается впрыскиваніемъ предохранительныхъ сывоpотокъ и вакцинъ, равно и лѣчебныхъ. О работахъ терапевтическаго Общества было доведено до свѣдѣнія Особаго Комитета В. Кн. Елисаветы Ѳеодоровны. Комитетъ, признавая важность задачи, намѣченной терапевтическимъ Обществомъ, встрѣтилъ весьма сочувственно мысль объ образованіи противозаразныхъ отрядовъ, отдѣливъ по распоряженію В. Княгини для практическаго осуществленія предложенія терапевтическаго Общества сумму въ 60000 р., что и дало возможность приступить

[1]) Приносимъ предъ нашими читателями и уважаемымъ авторомъ письма повинную и въ своей невольной винѣ. Отмѣчаемое *А. И. Орловымъ* обстоятельство тѣмъ болѣе прискорбно, что д-ръ *Мееровичъ* снабдилъ свою работу указаніемъ на принадлежность ея къ числу работъ одной изъ солидныхъ спеціальныхъ клиникъ и предложилъ ее вниманію такого почтеннаго учрежденія, какъ Пироговскій Съѣздъ, т. е. тѣмъ самымъ обязался быть сугубо отвѣтственнымъ въ каждомъ своемъ словѣ. *Ред.*

Digitized by Google

тотчасъ же къ организаціи первыхъ отрядовъ. Но, чтобы цѣль борьбы была вполнѣ достигнута, суммы этой недостаточно, ибо отрядовъ надо сформировать много. Поэтому Особый Комитетъ открываетъ сборъ пожертвованій на дѣло сформированія противозаразныхъ отрядовъ и даетъ право собирать ихъ также членамъ Коммиссіи терапевтическаго Общества по нарочно для этой цѣли отпечатаннымъ книжкамъ, а именно: *В. Д. Шервинскому* (Троицкій пер., собств. домъ), *В. А. Воробьеву* (Неглинная, д. Шапырина), *Г. Н. Габричевскому* (Б. Чернышевскій пер., д. Станкевичъ), *Л. Е. Голубинину* (Страстной бульваръ, д. кн. Горчакова), *А. П. Ланговому* (Мясницкая, собств. д.), *П. В. Цанфилову* (Пильниковъ пер., д. Поржесинскаго), *Л. П. Боголѣпову* (зд. Маріинской больн.), *Н. Д. Титову* (Сухаревская площадь, д. Канановой), *С. П. Чернышеву* (Семеновская, д. Молодцова), *С. І. Чирвинскому* (Нижняя Лѣсная, домъ Станкевичъ), *В. В. Шишкину* (Лаврушинскій пер., д. Харитонова) и *А. Б. Фохтъ* (В. Власьевскій пер., д. Львовой).

920. Какъ сообщаютъ «Русскія Вѣдомости» (3 мая), 2-го мая состоялось *закрытіе временныхъ медицинскихъ курсовъ, организованныхъ медицинскимъ факультетомъ Московскаго Университета* спеціально для женщинъ. Организованные по почину профф. *Л. Л. Левшина* и *И. Ф. Огнева*, курсы эти распались на 2 отдѣла—теоретическій и практическій. Какъ-бы введеніемъ къ нимъ явились курсы проф. *Л. Л. Левшина* по оказанію первой помощи. На нихъ съ самаго начала записалось до 300 лицъ. Вскорѣ лекціи были переведены изъ гимназіи Мазинга въ Университетъ, гостепріимно открывшій слушательницамъ свои двери. Съ 5-ой недѣли поста начался краткій систематическій курсъ по главнымъ теоретическимъ предметамъ—анатоміи, физіологіи, гистологіи, гигіенѣ; на эти предметы записалось сразу свыше 600 лицъ: болѣе этого не могли вмѣстить аудиторіи гистологическаго кабинета и анатомическаго театра. Съ Ѳоминой недѣли начался 2-ой отдѣлъ: лекціи въ клиникахъ съ практическими занятіями, въ которыхъ приняла участіе цѣлая группа профессоровъ и лекторовъ (34 лица). Точное число слушательницъ опредѣлить нельзя; но приблизительная ихъ цифра—около 1000. Такова внѣшняя схема публичныхъ медицинскихъ курсовъ, организованныхъ факультетомъ. Возникли они чрезвычайно быстро, безъ обычныхъ проволочекъ и подготовительныхъ процедуръ: всѣ, какъ преподаватели, такъ и слушательницы, какъ-бы сразу сознали необходимость: первые—учить, вторыя—учиться...—По поводу этихъ курсовъ г. Мировичъ высказываетъ въ «Русскихъ Вѣдомостяхъ» (30 апрѣля) слѣдующія мысли, къ которымъ мы всецѣло присоединяемся: «Внѣшнимъ толчкомъ для медицинскихъ занятій послужила война и нераздѣльно съ ней народное бѣдствіе. Заставшая врасплохъ гроза пробудила и встряхнула общество, осязательно показавъ, какъ необходимо привлечь всѣ лучшія русскія силы, правильно поставить дѣло ухода за больными и ранеными, организовать въ будущемъ постоянные медицинскіе курсы для сестеръ милосердія, принявъ за образецъ соотвѣтствующія учрежденія въ Западной Европѣ. Таковы требованія, выдвинутыя событіями дня. Въ то-же время самый фактъ, что именно въ такую минуту русская женщина ощутила потребность учиться, чтобы помочь въ общественной бѣдѣ, и ради этой цѣли обратилась къ Университету,—фактъ этотъ самъ по себѣ знаменателенъ. Въ немъ сказывается, думается намъ, пробудившееся самосознаніе женщины, чувство гражданскаго ея долга и гражданскихъ правъ. Честь и слава Московскому медицинскому факультету, что онъ первый изъ всѣхъ русскихъ университетовъ откликнулся на запросы женщины и, хотя временно, уничтожилъ ту демаркаціонную линію, которая отдѣляетъ у порога высшаго учебнаго заведенія мужчину отъ женщины. Мы позволяемъ себѣ надѣяться, что прецедентъ этотъ не пройдетъ безслѣдно; что временные публичные медицинскіе курсы при Московскомъ Университетѣ представятъ лишь первый шагъ къ расширенію понятія Университета». Свою статью авторъ заканчиваетъ пожеланіемъ, «чтобы русскій университетъ расширилъ свою дѣятельность, открылъ свои двери женщинамъ и вступилъ на тотъ широкій путь, по которому уже нѣсколько десятковъ лѣтъ слѣдуютъ университеты просвѣщенныхъ странъ Западной Европы».

921. Отбыли на Дальній Востокъ: 6-го мая изъ Петербурга 10-й *резервный медицинскій отрядъ* въ составѣ 10 врачей, (изъ нихъ 3 женщины) и 6 студентовъ; 7-го мая изъ Петербурга же *отрядъ Краснаго Креста* въ составѣ 1 врача и 20 санитаровъ; 8-го мая изъ Орла *санитарный отрядъ* губернскаго Земства; 9-го мая изъ Петербурга *соединенный отрядъ полевыхъ лазаретовъ* Евангелическаго Краснаго Креста, Финляндскаго Общества попеченія о раненыхъ и больныхъ воинахъ и Царскосельскаго Общества («Новое Время», 7—11 мая); 10-го мая изъ Москвы 9 и 10-ый *летучіе отряды* Московскаго купеческаго Собранія въ составѣ 2 врачей, 4 фельдшеровъ и 12 санитаровъ каждый («Русскія Вѣдомости», 10 мая).

922. Петербургскій врачебный инспекторъ обратился, какъ сообщаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (10 мая), къ Петербургскимъ врачамъ, не состоящимъ въ военно-медицинскомъ запасѣ, съ запросомъ, не *желаютъ-ли они нести военно-медицинскія обязанности* на мѣстѣ своей постоянной практики, т. е. въ Петербургѣ, или на Дальнемъ Востокѣ?

923. «Биржевыя Вѣдомости» (10 мая), сообщаютъ, что послѣдовалъ *дополнительный призывъ врачей запаса* Кіевскаго и Одесскаго военнаго округа.—Изъ Таврической губ. вновь призывается въ дѣйствующую армію *30 запасныхъ врачей* («Южный Курьеръ», 4 мая).

924. Правленіе Общества Московско-Кіево-Воронежской жел. дороги снарядило *санитарный поѣздъ*, который и передаетъ въ распоряженіе Московскаго городского Управленія. Кромѣ того то же Общество предоставляетъ городскому Управленію 15 товарныхъ вагоновъ и 1 вагонъ III класса.—Служащіе и контрагенты по постройкѣ Полоцкъ-Сѣдлецкой жел. дороги на собранныя между собою пожертвованія устраиваютъ *санитарный поѣздъ*, который будетъ состоять изъ 13 вагоновъ съ перевязочною, аптекою и кухнею на 150 тяжело и легко раненыхъ и больныхъ («Новое Время», 10 мая).—Смоленскій Комитетъ Краснаго Креста снаряжаетъ *лазаретъ* на 100 кроватей для отправленія его на Дальній Востокъ («Русскія Вѣдомости», 11 мая).

925. Кіевская городская Дума ассигновала 50000 р. *на снаряженіе санитарнаго отряда* на 200 кроватей, при чемъ поручила особой Коммиссіи изъ гласныхъ принять дѣятельное участіе въ его устройствѣ.

926. За лицами, откомандированными по различнымъ вѣдомствамъ на время дѣятельности Русскаго Общества Краснаго Креста по оказанію помощи санитарному дѣлу въ дѣйствующей арміи, Высочайше повелѣно *сохранить всѣ права* и преимущества, коими они пользуются по ихъ государственной службѣ, съ сохраненіемъ за ними занимаемыхъ должностей и получаемаго содержанія («Собраніе распоряженій Правительства», № 34, 285).

927. «Русскія Вѣдомости» (7 мая) сообщаютъ, что Рязанское Общество врачей открыло *временные курсы для подготовки сестеръ милосердія*; поступило 50 слушательницъ.

928. Жители 1-го врачебнаго участка Екатеринославскаго уѣзда устроили *теплые проводы* д-ру *В. Ф. Тальковскому*, уѣзжавшему на Дальній Востокъ («Приднѣпровскій Край», 4 мая).

929. Въ только-что вышедшемъ 2-мъ выпускѣ «*Трудовъ Коммиссіи по изученію маляріи въ Россіи*» напечатаны слѣдующія работы: *Н. А. Сахарова* — «Отчетъ Кавказской маляріиной экспедиціи», *В. В. Фавра*, *П. И. Пичугина* и *Т. Г. Харазова*—«Отчетъ о работахъ экспедиціи», *Н. И. Новомарьевскаго*— «О маляріи на Дербентской вѣтви Владикавказской желѣзной дороги», *Н. Г. Ушинскаго* — «Объ условіяхъ лихорадочности Черноморскаго побережья Кавказа въ районѣ Сочинскаго округа», *А. Л. Гордона*—«Къ характеристикѣ маляріи на Черноморскомъ побережьѣ Кавказа», *К. Г. Микаберидзе*—«О маляріи въ Поти», *Г. Н. Габричевскаго* — рефераты рукописныхъ сообщеній по болотной лихорадкѣ на Кавказѣ, представленные въ Коммиссію.

930. Недавно умершая въ Петербургѣ Е. Г. Степанова, построившая на свой счетъ нѣсколько бараковъ при барачной больницѣ, *завѣщала* городу *10000 р.*, съ тѣмъ, чтобы изъ % съ этого капитала выдавалось *пособіе бѣльемъ, одеждой и обувью выздоровѣвшимъ и выписавшимся изъ больницы дѣтямъ* («Приднѣпровскій Край», 29 апрѣля).

931. 29-го апрѣля въ Аккерманскомъ уѣздѣ возлѣ Будакъ освящена сооруженная на средства, пожертвованныя Г. Е. Еремѣевымъ, *санаторія отдѣленія Московской безплатной дѣтской лѣчебницы*. Стоимость санаторіи 30000 р.

932. Еникальское Общество поднесло бывшему Еникальскому участковому врачу д-ру *Суришу*, получившему теперь другое назначеніе, *адрессъ*, покрытый многочисленными подписями («Южный Курьеръ», 4 мая).

933. Спѣшимъ исправить любезно указанную намъ членомъ Правленія Русскаго хирургическаго Общества *Пирогова* глубокоуважаемымъ *В. Н. Зененко* допущенную у насъ *неточность* въ перечисленіи личнаго состава Правленія Общества на будущій годъ (см. № 19, стр. 715): секретарями Общества избраны *К. А. Вальтеръ* и *В. М. Рокицкій*, а библіотекаремъ—ч. пр. *А. Р. Войничъ-Сяноженцкій*, на время-же отсутствія послѣдняго (на Дальнемъ Востокѣ)—ч. пр. *В. Н. Гейнацъ*.

934. Согласно постановленію государственнаго Совѣта, съ 1-го января 1904 г. учреждены слѣдующіе оклады содержанія служащимъ въ *бактеріологической лабораторіи въ Астрахани*: завѣдующему 3000 р., помощнику 1800 р., фельдшеру 600 р., а всего съ расходами на служителей и содержаніе лабораторіи 7740 р. въ годъ. Единовременно на приспособленіе и устройство лабораторіи отпущено 17079 р.

935. На содержаніе *Забайкальской бактеріологической и ветеринарной лабораторіи* государственный Совѣтъ опредѣлилъ отпускать, начиная съ 1-го января 1904 г., по 17776 р. ежегодно («Вѣстникъ общественной гигіены», апрѣль).

936. Во «Врачебной Хроникѣ Херсонской губ.» (№ 1—2) помѣщенъ весьма интересный «*докладъ аптечной Коммиссіи Совѣщанію врачей при Елисаветградской земской Управѣ*». Коммиссія эта была созвана для выясненія выгодности и целесообразности имѣющагося въ Елисаветградскомъ Земствѣ собственнаго аптечнаго склада. Съ этой цѣлью былъ прежде всего запрошенъ рядъ фирмъ относительно цѣнъ и условій скидки съ оптоваго прейсъ-куранта при годовомъ заказѣ въ 30—35000 р. Опрошенныя фирмы (Феррейнъ въ Москвѣ, Лемме въ Одессѣ, Русское Общество торговли аптекарскими товарами въ Харьковѣ, Юротатъ въ Кіевѣ, Тверской складъ) не замедлили отвѣтить. Данныя, сообщенныя фирмами, относились къ 1902 г., почему Коммиссія задалась мыслью опредѣлить, во что обошлись-бы Земству всѣ аптечные товары, пріобрѣтенные складомъ въ 1902 г., если-бы Земство получило въ этомъ году все непосредственно отъ фирмъ, согласно условіямъ, обозначеннымъ въ ихъ отвѣтахъ. Оказалось, что при выпискѣ аптечныхъ товаровъ на сумму 30601 р., Елисаветградское Земство приплатило-бы въ 1902 г. дрогистамъ: Лемме на 19% больше стоимости ихъ склада, Русское Общество торговли на 20%, Юротату на 22%, Тверскому складу на 23% и Феррейну на 40%. Въ 1902 г. Елисаветградскій складъ покупалъ всѣ товары изъ первыхъ рукъ,

Digitized by Google

сносясь съ 44-мя различными заграничными и рускими фирмами. Высчитавъ всѣ расходы по складу, Коммиссія пришла къ убѣжденію, что складъ, оплативъ даже помѣщенія, занимаемыя имъ, далъ въ 1902 г. Земству чистаго сбереженія 1233 р. 42 коп. Поэтому складъ, безспорно, выгоденъ для Земства и завоевалъ себѣ право на дальнѣйшее существованіе. Коммиссія указываетъ, кромѣ того, слѣдующія удобства и выгоды, проистекающія отъ существованія собственнаго склада: 1) частота выписки медикаментовъ изъ склада: въ среднемъ каждый земскій участокъ выписываетъ лѣкарства 12 разъ въ годъ, благодаря чему устраняется образованіе залежей и предупреждается лѣкарственное голоданіе въ участкахъ; 2) быстрота сношеній съ складомъ, недостижимая съ фирмами за дальностью разстояній; 3) возможность предварительнаго ознакомленія съ качествомъ потребляемыхъ медикаментовъ и въ силу этого большая гарантія въ ихъ доброкачественности; 4) заготовленіе галеновыхъ препаратовъ хозяйственнымъ способомъ есть единственная гарантія ихъ доброкачественности и дешевизны.

937. 1-го апрѣля во Владивостокѣ учреждена *санитарно-исполнительная Коммиссія* («Восточный Вѣстникъ», 4 апрѣля).—Въ Коммиссіи этой, какъ передаетъ «Восточный Вѣстникъ» (16 апрѣля), былъ затронутъ вопросъ о необходимости *устройства въ городѣ національной Китайской больницы съ врачами-китайцами*, въ виду того, что въ Европейскихъ больницахъ китайцы лѣчиться не желаютъ и никогда послѣдними не пользуются. Большинствомъ голосовъ рѣшено устроить такую больницу съ врачами-китайцами, о приглашеніи которыхъ должно будетъ озаботиться само китайское населеніе, но лишь съ условіемъ, что въ случаѣ эпидемій больница должна находиться подъ надзоромъ русскихъ врачей.

938. При Виленскихъ Управленіяхъ желѣзныхъ дорогъ въ непродолжительномъ времени открываются *курсы гигіены* для ознакомленія персонала служащихъ со способами поданія помощи въ несчастныхъ случаяхъ («Сѣверо-Западное Слово», 8 мая).

939. Разсмотрѣвъ вопросъ о томъ, какой родъ или видъ болѣзни надо понимать подъ употребленнымъ въ законѣ выраженіемъ *«моровая язва»*, медицинскій Совѣтъ 3-го февраля 1904 г. постановилъ: 1) выраженіе «моровая язва», какъ устарѣлое, совершенно исключено изъ XIII тома св. зак.; 2) подъ этимъ выраженіемъ слѣдуетъ понимать исключительно болѣзнь на людяхъ—чуму; 3) случаи зараженія людей сибирскою язвой отъ животныхъ никоимъ образомъ не могутъ быть названы «моровой язвой» («Вѣстникъ общественной гигіены», апрѣль).

940. Д-ръ *Н. Н. Письменный* изучалъ *«вліяніе фабричныхъ условій работы и жизни матерей на смертность у дѣтей»* («Журналъ общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*», № 1—2). Матеріалъ собирался путемъ опроса замужнихъ женщинъ въ амбуляторіи при бумаго-прядильно-ткацкой фабрикѣ и записывался на особыхъ карточкахъ. Всего авторъ собралъ 1785 картъ очищеннаго отъ случайныхъ вліяній и, по возможности, провѣреннаго матеріала. Въ итогѣ своей работы *Н. Н. Письменный* приходитъ къ заключенію, что 1) вліяніе работы матери на жизнеспособность дѣтей выражается лишними смертями до 1 мѣс. жизни въ 1,6% всѣхъ родившихся; 2) вліяніе жизни въ фабричныхъ помѣщеніяхъ выражается повышеніемъ смертности до 3-хъ лѣтъ на 3,4%; 3) вліяніе оставленія дѣтей безъ материнскаго надзора и ухода даетъ усиленіе дѣтской смертности до 3 лѣтъ на 10,5%. Суммируя (1,6+3,4+10,5=15,5), получается, что изъ 100 всѣхъ родившихся должно умереть на фабрикѣ на 15—16 дѣтей больше, чѣмъ, напр., въ сосѣдней земледѣльческой деревнѣ. При повѣркѣ этой величины прямымъ сопоставленіемъ % умершихъ до 3 лѣтъ въ крестьянскомъ населеніи и фабричномъ цифра эта оказывается вполнѣ вѣрной: у крестьянокъ умираетъ 38,3%, у фабричныхъ 53,9%. Разность въ 15,6 и показываетъ искомое усиленіе дѣтской смертности главнымъ образомъ отъ 3-хъ указанныхъ выше условій. Переводя на обыкновенную рѣчь эти 15,5—15,6%, приходится признать доказаннымъ гибель отъ фабричныхъ условій каждаго 6-го ребенка до 3 лѣтъ. «Если подумать, говоритъ авторъ, во что обходятся фабричному населенію и владѣльцамъ фабрикъ вмѣстѣ съ затратами на медицинскую помощь—рожденія, болѣзни и смерти почти каждаго 6-го ребенка, то получатся, безъ сомнѣнія, такія колоссальныя цифры, одной десятой, сотой, а, можетъ быть, и тысячной доли которыхъ было-бы достаточно для уменьшенія этого зла больше, чѣмъ на половину, такой простой мѣрой, какъ устройство дѣтскихъ яслей. Дѣйствительно, мы видимъ, что изъ 15,5% всѣхъ лишнихъ смертей, зависящихъ исключительно отъ фабричныхъ условій, 10,5% приходится на долю вполнѣ устранимой яслями причины—отсутствія материнскаго ухода. А сколько, кромѣ того, жизней и здоровья сохранили-бы ясли распространеніемъ здравыхъ понятій о гигіенѣ ребенка и матери, о вскармливаніи и т. д. И только отсутствіемъ наглядныхъ цифровыхъ указаній можно объяснить то обстоятельство, что законодательство обходитъ вопросъ объ ясляхъ молчаніемъ, а крупные фабриканты, тратящіе сотни тысячъ на медицинскую часть своихъ фабрикъ, такъ мало, сравнительно, заботятся объ ихъ устройствѣ. Но, если ясли могутъ сохранить жизнь лишнимъ 10 дѣтямъ на 100 родившихся, то охраненіе внутриутробнаго плода у матери—фабричной работницы, которая, какъ мы видѣли въ 2 раза чаще крестьянки разрѣшается мертворожденіемъ или выкидышемъ, должно быть достигнуто предоставленіемъ беременнымъ возможности жить безъ работы, по крайней мѣрѣ, 4—6 недѣль до и послѣ родовъ».

941. Въ 1903—1904 уч. году въ находящейся при факультетскихъ клиникахъ въ Одессѣ *центральной амбуляторіи* принято было 8800 чел., сдѣлавшихъ 15256 посѣщеній. Изъ числа обращавшихся въ амбуляторію за помощью больныхъ приняты на койки 180 чел., а именно въ терапевтическую клинику 50, въ хирургическую 50, въ акушерско-гинекологическую 43 и въ діагностическую 37.

942. Изъ «Своднаго бюллетеня по городу Москвѣ за 1903 годъ», обнародованнаго статистическимъ Отдѣломъ Московской городской Управы, видно, что *въ 1903 г. умерли въ Москвѣ* 30940 чел.,—смертность, превышающая таковую въ 1902 г. (28938) и среднюю смертность за послѣднія 5 лѣтъ (29381). Изъ общаго числа умершихъ на возрастъ до 1 года падаетъ 12934 чел., отъ 1 до 5—4320, отъ 5 до 10—601, отъ 10 до 15—251, отъ 15 до 20—503, отъ 20 до 30—1732, отъ 30 до 40—2096, отъ 40 до 50—2335, отъ 50 до 60—2128, отъ 60 до 70—1987, отъ 70 до 80—1516. Преобладающими причинами смерти были заразныя болѣзни, отъ которыхъ умерли 4328 чел., желудочно-кишечныя разстройства, давшія 6715 смертей, болѣзни органовъ дыханія—3971 и бугорчатка легкихъ—3067.

943. Мы получили слѣдующую *«Выписку изъ Протокола очередного засѣданія Общества врачей въ г. Баку* 30 апрѣля 1904 г.», которой и даемъ охотно мѣсто. «Предсѣдательствовалъ *Л. Р. Кобылянскій*, при секретарѣ *И. М. Барштакъ*. Присутствовали 20 членовъ Общества. Секретарь прочелъ помѣщенный въ № 15 сего года «Врачебной Газеты» Протоколъ очередного Собранія Общества врачей Закаспійской Области отъ 21 марта, гдѣ сообщается «положительно установленный фактъ» возмутительнаго истязанія старшаго врача Средне-Азіатской желѣзной дороги *Николая Петровича Забусова* 8-ю казаками, по приказанію и въ присутствіи начальника Закаспійской казачьей бригады ген.-маіора Ковалева. Выслушавъ это сообщеніе, Собраніе единогласно постановило занести въ Протоколъ засѣданія свое глубокое негодованіе по поводу сообщеннаго выше случая возмутительнаго и предательскаго насилія со стороны человѣка, облеченнаго властью начальника бригады, надъ беззащитнымъ врачемъ, обманнымъ образомъ вызваннымъ для исполненія своей священной обязанности—оказанія помощи больному. Выписку изъ настоящаго Протокола сообщить «Обществу врачей Закаспійской Области», съ просьбой заслушать ее въ ближайшемъ засѣданіи Общества»... «Въ то же время просить предсѣдателя Общества врачей Закаспійской Области выразить д-ру *Н. П. Забусову* отъ имени Общества врачей въ г. Баку глубокое сочувствіе по поводу постигшаго его несчастія. Предсѣдатель Общества *Л. Кобылянскій*. Секретарь *Барштакъ*». — Ни минуты не сомнѣваемся, что благому примѣру Бакинскихъ товарищей послѣдуютъ и другія врачебныя Общества: потерпѣвшій въ этихъ общихъ выраженіяхъ сочувствія, безъ сомнѣнія, найдетъ себѣ нѣкоторое удовлетвореніе, а совершившій возмутительный поступокъ подъ громъ общаго негодованія врачей, къ которымъ присоединится и все интеллигентное русское общество, не спрячется за свое относительно высокое служебное положеніе, чтобы не понести заслуженной кары.

944. На весьма тяжелыя размышленія *о положеніи и значеніи психіатрической экспертизы на судѣ* наводитъ разбиравшееся на дняхъ въ Петербургскомъ окружномъ Судѣ и переданное почти во всѣхъ столичныхъ газетахъ (см., напр., «Новое Время», 11 мая) дѣло по обвиненію Прусскаго подданнаго Конрада Резенера въ убійствѣ. Вызванные на судъ въ качествѣ экспертовъ проф. *В. М. Бехтеревъ* и д-ра *М. Н. Нижегородцевъ*, *Г. С. Сарачевъ* и *А. И. Карпинскій* единогласно высказались, что подсудимый страдаетъ тяжелой формой психическаго вырожденія, при чемъ проф. *В. М. Бехтеревъ* и д-ръ *А. И. Карпинскій* вполнѣ опредѣленно указали, что такая тяжелая форма вырожденія можетъ быть вполнѣ приравнена къ душевной болѣзни, и въ результатѣ присяжные.... отвергли болѣзненное состояніе подсудимаго, и Судъ приговорилъ душевно-больного человѣка къ 10-лѣтнимъ каторжнымъ работамъ. По закону, мнѣніе экспертовъ необязательно ни для Суда, ни для присяжныхъ, но такое полное пренебреженіе мнѣніемъ людей науки явно свидѣтельствуетъ о томъ, что наше общество, въ многочисленной части его представителей, еще не доросло до уваженія къ наукѣ, а безъ уваженія къ наукѣ не можетъ быть рѣчи и объ истинномъ прогрессѣ. Печальное дѣло это невольно вызываетъ вопросъ, для чего-же въ такомъ случаѣ психіатрическая экспертиза?

945. Въ интересной статьѣ «Кризисъ книжнаго рынка», помѣщенной въ «Кіевской Газетѣ» (№ 115), корреспондентомъ изъ Парижа сообщаются поучительныя данныя объ *отношеніи числа* появляющихся въ странѣ *книгъ къ общему числу населенія*. 1-ое мѣсто въ этомъ отношеніи занимаетъ Франція; здѣсь 1 новая книга приходится въ годъ на 1600 жителей; затѣмъ въ убывающемъ порядкѣ слѣдуютъ: Англія, Голландія, Данія, Норвегія, Швеція, Германія, Австрія, Италія и Россія; у насъ 1 новая книга приходится на 10000 чел.

946. «Кіевское Слово» (1 мая) передаетъ, будто содержатель недавно открытой въ Одессѣ зубо-технической школы дантистъ Банкъ-Банквигеръ, въ которой насчитывалось до 50 учениковъ, получивъ, помимо денегъ за право ученія, еще по 25 р. на полученіе для учениковъ изъ Управы свидѣтельствъ, *скрылся*. На имущество г. Банка наложенъ арестъ.

947. Мы получили № 1 оффиціальнаго бюллетеня *XV Международнаго медицинскаго Съѣзда*, имѣющаго быть 19—26 апрѣля 1906 г. въ Лиссабонѣ. № этотъ содержитъ уставъ Съѣзда, личный составъ Отдѣловъ и національныхъ Комитетовъ, уже учрежденныхъ въ нѣкоторыхъ странахъ. Въ Уставѣ обращаетъ на себя особое вниманіе § 2, по которому, въ полную противополож-

ность Мадридскому Съѣзду, въ настоящемъ Съѣздѣ могутъ принимать участіе только врачи, а также ученые, особо представленные центральнымъ Португальскимъ Комитетомъ или мѣстнымъ національнымъ Бюро. Въ Мадридскомъ Съѣздѣ, какъ извѣстно, могъ участвовать каждый желающій при условіи лишь внесенія членскаго взноса. Членскій взносъ для участія въ настоящемъ Съѣздѣ опредѣленъ въ 25 фр. Занятія Съѣзда распредѣлены по 17 отдѣламъ: 1) анатомія, гистологія, эмбріологія и антропологія; 2) физіологія; 3) общая патологія, патологическая анатомія и бактеріологія; 4) фармакологія и терапевтика; 5) внутреннія болѣзни; 6) дѣтскія болѣзни; 7) психіатрія, нейропатологія и криминальная антропологія; 8) кожныя и венерическія болѣзни; 9) хирургія; 10) хирургія мочеполовыхъ органовъ; 11) глазныя болѣзни; 12) ушныя, носовыя и гортанныя болѣзни; 13) женскія болѣзни и родоразрѣшеніе; 14) гигіена и эпидеміологія; 15) военная медицина; 16) судебная медицина; 17) морская медицина. Исполнительный Комитетъ намѣренъ отпечатать всѣ оффиціальные протоколы и матеріалы мѣстныхъ Бюро до открытія Съѣзда, почему ихъ слѣдуетъ доставить главному секретарю не позже 30 сентября 1905 г. Доклады и сообщенія нужно доставить секретарю *до 1-го января 1906 г.*, если желательно, чтобы положенія и заключенія доклада были напечатаны до открытія Съѣзда. *Оффиціальный языкъ Съѣзда—французскій.* Въ общихъ Собраніяхъ и въ Отдѣлахъ допускаются языки—нѣмецкій, англійскій и французскій. Остальные языки разрѣшаются только въ Отдѣлахъ и лишь при условіи немедленнаго перевода однимъ изъ присутствующихъ членовъ Съѣзда на одинъ изъ вышеупомянутыхъ языковъ. Какъ видно изъ изложеннаго, Организаціонный Комитетъ Съѣзда, желая, елико возможно, уменьшить число различныхъ языковъ на Съѣздѣ, исключилъ даже португальскій языкъ—языкъ страны, гдѣ будетъ происходить Съѣздъ. Нельзя не привѣтствовать такого благороднаго самопожертвованія, совершеннаго для пользы дѣла. Предсѣдателемъ Организаціоннаго Комитета состоитъ д-ръ *da Costa Hemao*, главнымъ секретаремъ проф. *Miguel Bombarda*. Съ членскими взносами, а также за справками, слѣдуетъ обращаться къ послѣднему по адрессу: Lisbonne, Hôpital de Rilhafolles.

948. *Международный Съѣздъ по физіологіи* откроется въ Брюсселѣ въ текущемъ году 30-го августа (н. ст.) и продолжится до 3-го сентября. Заявленія о сообщеніяхъ должны быть присланы до 1-го іюля д-ру *Slosse* по адрессу: Bruxelles, Parc Leopold, Institut Solvay.

949. *X Международный Съѣздъ по офталмологіи* соберется въ текущемъ году въ Lüzern'ѣ (Швейцарія) подъ предсѣдательствомъ проф. *Dufour*'а, между 13-мъ и 17-мъ сентября. Заявленія о сообщеніяхъ должны были быть присланы *до 1-го мая* секретарю Съѣзда проф. *Mellinger*'у въ Basel. Лица, которыя пожелали-бы имѣть на время Съѣзда готовое помѣщеніе съ полнымъ содержаніемъ, благоволятъ обращаться къ д-ру *Stocker*'у (Lüzern): за сумму въ 5 фр. въ день въ одной изъ первоклассныхъ гостинницъ будетъ предоставлено и то, и другое.

950. Д-ра *Charrin* и *Mousse* 30-го апрѣля показали въ Société de Biologie *кроликовъ съ экспериментально вызванной остеомаляціей:* кости животныхъ были мягки и легко сгибались. Вызвано было это заболѣваніе впрыскиваніемъ подъ кожу эмульсіи изъ костнаго мозга свиньи, пораженной болѣзнью, извѣстной подъ названіемъ «костная кахэксія» и встрѣчающейся обыкновенно у овецъ, козъ и свиней. В. интересное сообщеніе авторовъ даетъ основаніе усматривать въ нѣкоторыхъ видахъ остеомаляціи заразную болѣзнь.

951. Городъ *Багдадъ* въ Мессопотаміи объявленъ *неблагополучнымъ по холерѣ:* съ 23/II по 7/III тамъ было 32 случая холеры, изъ коихъ 26 кончились смертью («Вѣстникъ общественной гигіэны», апрѣль).

952. 2-го мая въ Вѣнѣ торжественно открытъ *новый физіологическій Институтъ*, размѣщенный въ прекрасномъ 3-этажномъ зданіи. По полнотѣ устройства и разнообразію приспособленій для изученія всѣхъ отдѣловъ физіологіи новый физіологическій Институтъ долженъ быть причисленъ къ лучшимъ въ Европѣ. Директоромъ его состоитъ проф. *Exner*, подъ наблюденіемъ коего и строилось все зданіе. Стоимость его обошлась всего въ 528000 кронъ (около 212000 р.).

953. Извѣстный Женевскій хирургъ *Reverdin* сообщаетъ въ «Bulletin de Société d'obstetrique et gynécologique» (1904 г., вып. 1) случай неудержимой *потребности роженицы съѣсть свой* еще теплый, только-что выдѣленный *послѣдъ* («placentophagi'и»). Роженица умолила *Reverdin*'а поднести ей къ кровати и показать послѣдъ; не успѣлъ онъ исполнить ея желанія, какъ она съ жадностью откусила кусокъ послѣда и съѣла его. Placentophagi'я, по видимому—одно изъ проявленій истеріи.

954. Отвѣчая въ прусской палатѣ депутатовъ на многократныя заявленія о желательности учрежденія *медицинскаго факультета въ Münster'ѣ*, министръ исповѣданій и просвѣщенія объявилъ недавно, что правительство отклоняетъ этотъ проэктъ не только изъ соображеній финансовыхъ, но и вообще по отсутствію потребности въ новомъ факультетѣ («Deutsche medicinische Wochenschrift», 12 мая).

955. По свѣдѣніямъ «American Medicine» (30 апрѣля), *Японскія войска въ Кореѣ сильно страдаютъ отъ 2-хъ мѣстныхъ болѣзней.* Одна изъ нихъ, по-корейски «imbion», представляетъ нѣчто въ родѣ перемежнаго тифа (intermittent typhus), другая-же, извѣстная подъ именемъ «souda» и еще не изучавшаяся Европейскими врачами, вызываетъ преждевременную старость,—больные теряютъ зубы, постепенно слабѣютъ и умираютъ.

956. Въ «The British Medical Journal» (14 мая) сообщаютъ изъ Керманшаха въ Персіи, что въ этой провинціи появилась *холера*, занесенная туда паломниками изъ Кербелы; изъ заболѣвшихъ 35 чел. уже 26 умерли.

957. Въ Philadelphi'и *лишь недавно* начали примѣнять *Pasteur'овскій способъ* лѣченія бѣшенства,—такъ, по крайней мѣрѣ, увѣряетъ «The British Medical Journal» (14 мая).

958. «Medical Record» (30 апрѣля) передаетъ, что одна американская фармацевтическая фирма перестала, наконецъ, выставлять *въ своихъ рекламахъ имя д-ра Willy Meyer'а*, «по настоятельному требованію этого кажущагося соучастника въ обманѣ» (at the urgent suggestion of the apparent abbettor in the fraud).—«Соучастничество въ обманѣ» (буквально даже «въ мошенничествѣ»—fraud) — на такую квалификацію не мѣшало-бы обратить вниманіе и у насъ кому слѣдуетъ.

959. *Ежедневная медицинская газета «Daily Medical»*, о появленіи которой въ Америкѣ мы еще такъ недавно сообщали, *уже прекратила*, по «The Journal of the American Medical Association» (30 апрѣля), *свое существованіе*. «Это 3-ье изданіе такого рода въ Штатахъ», замѣчаетъ газета, «которое, только-что народившись, гибнетъ; очевидно, большой потребности въ нихъ не имѣется».

960. Въ Milanô открыта подписка на *Институтъ имени Bassini* для оперативной помощи страдающимъ грыжею бѣднымъ («The Journal of the American Medical Association», 30 апрѣля).

961. Д-ръ *Julian Marcuse* въ своемъ фельетонѣ «Zur Verstaatlichung der Aerzte» («Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift», 15 мая) разсказываетъ о первой — и едва-ли не единственной—попыткѣ *привлечь всѣхъ врачей на службу государству* съ уничтоженіемъ т. наз. частной практики. Въ фельетонѣ рѣчь идетъ о бывшемъ герцогствѣ Nassau, гдѣ эта реформа была введена эдиктомъ 14-го марта 1818 г., а отмѣнена, лишь съ поглощеніемъ герцогства Пруссіей, королевскимъ указомъ 10-го сентября 1867 г. Съ 1-го апрѣля 1818 г. всѣ до той поры существовавшія формы медицинскаго управленія въ герцогствѣ были уничтожены, и всѣ врачи зачислены на государственную службу. Для каждаго медицинскаго округа были установлены должности: медицинскаго совѣтника (Medizinalrat), ассистента (Medizinalassistent) и аптекаря. Сверхъ того, курорты герцогства получили своихъ врачей. Опредѣлены были нормы служебнаго дохода врачей: для медицинскихъ совѣтниковъ 1200—1500 флориновъ въ годъ, а для ассистентовъ 600—1000, при чемъ $^2/_3$ этой суммы должно было давать государство и общины, а $^1/_3$—непосредственно населеніе, оплачивая отдѣльныя услуги врачей по особой таксѣ и будучи раздѣлено для этой цѣли на 2 класса — людей состоятельныхъ и мало-состоятельныхъ (люди совсѣмъ бѣдные заносились въ особые списки и получали помощь безплатно). Весьма любопытна только-что упомянутая такса: за 1-ый совѣтъ на дому у врача назначено было 8 и 4 крейцера, за каждый изъ слѣдующихъ по 4 и 2; посѣщенія врача во всѣхъ мѣстахъ округа безъ различія отдѣленія и траты времени оплачивались—1-ое 14 и 7 крейцерами, каждое слѣдующее 8 и 4; за ночное дежурство положено было 1 флоринъ 30 кр., за письменное свидѣтельство 30 кр., за помощь при родахъ или хирургическую операцію 20 крейцеровъ. Тотчасъ по окончаніи курса врачъ зачислялся на службу, но первое время въ безплатной должности «Medizinalazzessist'а», чтобы лишь постепенно повышаться въ медицинскіе ассистенты и совѣтники. Съ окончаніемъ-же службы каждый имѣлъ право на пенсію. Такимъ образомъ реформа была проведена до извѣстной степени цѣлостно (отдѣльные §§ устава *Marcuse* приводитъ полностью), но... вскорѣ же вызвала всеобщее недовольство. О поводахъ къ послѣднему обстоятельно говорятъ 2 современника, д-ра *Vogler* и *Reuter*, оставившіе печатные отзывы о реформѣ. Во 1-хъ, при толкованіи новаго устава сейчасъ-же обнаружился полный произволъ, какъ и въ проведеніи его на практикѣ. Одновременно выяснились новыя субординаціонныя отношенія, часто невыносимыя. Наконецъ, и жалкія цифры таксы повели ко всеобщему недовольству врачей, поставленныхъ, при злоупотребленіяхъ со стороны публики, въ положеніе «недостойное». Такимъ образомъ попытку эту приходится признать совершенно неудавшеюся, и новый уставъ перестал фактически примѣняться задолго до его оффиціальной отмѣны.

962. *Умерли:* 1) 30-го апрѣля, отъ хроническаго воспаленія почекъ, ординаторъ земской больницы и городовой врачъ г. Моршанска, Тамбовской губ., *Игнатій Егоровичъ Бобкевичъ*, родившійся въ 1862 г., а званіе врача получившій въ 1887 г. Покойный тотчасъ по окончаніи курса въ Московскомъ Университетѣ поступилъ въ Моршанское Земство, гдѣ и прослужилъ безсмѣнно 17 лѣтъ, завоевавъ среди товарищей и больныхъ общія симпатіи. *И. Е.* былъ рѣдкій человѣкъ по добротѣ и отзывчивости, и смерть его опечалила все населеніе (Сообщено *В. П. Филоновичемъ*).—2) Новоузенскій уѣздный врачъ, Самарской губ., *Каэтанъ Григорьевичъ Сикорскій* («Саратовскій Листокъ», 5 мая), родившійся въ 1838 г., а званіе врача получившій въ 1863 г.

**Опечатка.** Въ № 18, стр. 667, лѣв. столбецъ, стр. 22 св. напечатано: «желательную», слѣдуетъ «нежелательную».

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Нѣмецкіе

**Centralblatt für Chirurgie.** 3, 10, 17, 24 и 31 января.

1. **R. Gersuny.** *Harte und weiche Paraffinprotesen.* Твердые и мягкіе параффиновые протезы. 2. **Hacker.** *Zur Orig.-Mitteilung des Herrn cand. med. Fritz Rehm: Vorschlag zur Vereinfachung der Naht bei Anwendung des Murphyknopfes* («Centralblatt f. Chirurgie», 1902, № 48). Замѣтка по поводу статьи *Rehm*'а (о кисетномъ швѣ для пуговки *Murphy*). 3. **J. Wieting.** *Ein eigenartiger Bruchsackinhalt.* Казуист. замѣтка о случаѣ грыжи (перепонки въ грыжевомъ мѣшкѣ). 4. **Th. Kocher.** *Mobilisierung des Duodenum und Gastroduodenostomie.* О гастодуоденотоміи (5 случаевъ; всѣ съ успѣшнымъ результатомъ). 5. **E. Müller.** *Sehnentransplantation und Verhalten der Sehnen beim Plattfusse.* О пересадкѣ сухожилій. 6. **O. Bender.** *Wanderniere und Skoliose.* Блуждающая почка и сколіозъ. Случай. 7. **Г. И. Томсонъ** (Одесса). *Bemerkungen zur Anlegung der künstlichen Gallenblasen-Darmfistel.* Объ искусственномъ свищѣ между желчнымъ пузыремъ и кишечникомъ. 8. **Tavel.** *Eine lange biegsame Tracheal-Doppelkanüle.* Длинная гибкая двойная канюля для дыхательнаго горла. 9. **J. Hahn.** *Die Verhütung des Bauchbruchs nach Laparotomie.* О предупрежденіи грыжъ живота послѣ чревосѣченій (примѣняемый авторомъ способъ). 10. **Borchard.** *Zur Behandlung der Frakturen.* Къ лѣченію переломовъ. 11. **M. Sträter.** *Zur operativen Behandlung der veralteten Patellarfraktur.* Лѣченіе застарѣлыхъ переломовъ надколѣнника. (Случай).

7 февраля.

1. **C. Lauenstein.** *Zur Frage der Sauerstoff-Chloroform-Narkose.* Объ усыпленіи кислородъ-хлороформомъ. 2. **Hacker.** *Zur Technik der «Sondierung ohne Ende» bei Speiseröhrenverengerungen.* «Безконечное» зондированіе при съуженіяхъ пищевода.

14 февраля.

1. **L. Feilchenfeld.** *Zur Prophylaxis bei der Chloroformnarkose.* 2. **K. Dahlgren.** *Instrument zur Kompression der Aorta bei gewissen Bauch und Beckenoperationen.* 3. **F. Kuhn.** *Ein Inhalatorium.*

21 февраля.

1. **C. Longard.** *Zur Operation der Retentio testis inguinalis.* 2. **F. Payr.** *Zur Technik der Behandlung kavernöser Tumoren.*

28 февраля.

1. **Sprengel.** *Zur Vereinfachung der Naht bei Anwendung des Murphyknopfes.* Полемич. замѣтка. 2. **G. Gaertner.** *Ueber einen Apparat zur optischen Kontrolle des Pulses während der Narkose.*

7 марта.

1. **С. В. Кофманъ** (Одесса). *Einiges über die subkutanen Prothesen nach Gersuny.* Попытка примѣнить способъ *Gersuny* при выпаденіи влагалища. Смерть черезъ сутки отъ легочной эмболіи. 2. **J. Schnitzler.** *Zur Gastroduodenostomia lateralis.* 5 случаевъ.

14 марта.

**C. Hofmann.** *Ueber die einzelnen Phasen der Betäubung zu Beginn der Narkose.* Объ отдѣльныхъ фазахъ оглушенія въ началѣ наркоза.

21 марта.

**Roth.** *Zur Chemie der Sauerstoff-Chloroformnarkose.*

28 марта.

**H. Schloffer.** *Gesichtsplastik mit Verschiebung der Gesichtshaut unter temporärer Aufklappung der weichen Nase.* Къ пластикѣ лица.

4 апрѣля.

**H. Braun.** *Zur Aether-Chloroform-Mischnarkose.*

11 апрѣля.

**Oetele.** *Rechtliche Stellung des Chirurgen zu Abraham's Zeit (2250 v. Chr.).* Правовое положеніе хирурга во времена Авраама.

18 апрѣля.

1. **Mosetig-Moorhof.** *Die Jodoformknochenplombe.* 2. **C. Deutschländer.** *Zur operativen Behandlung der Peroneuslähmung.*

25 апрѣля.

1. **G. Ruggi.** *Rationelle Methode zur Fixierung der Wanderniere in einer relativ normalen Position.* 2. **Z. Isnardi.** *Verschliessung von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Metallplatten.*

2 мая.

1. **А. Д. Павловскій** (Кіевъ). *Ueber die Rhinosklerompolypen und über eine Experimentalmethode der Diagnostik des Rhinoskleroms.* 2. **S. Spiegel.** *Zur Technik der Infiltrationsanästhesie, eine selbstwirkende Injektionsspritze.*

9 мая.

1. **C. Bayer.** *Zur Behandlung der Knochenhöhlen in der Tibia und im Calcaneus.* 2. **A. Brackel.** *Fraktur des rechten Humerus durch Muskelzug.*

16 мая.

1. **G. Lotheissen.** *Zur Statistik der Aethylchloridnarkose.* 2. **V. E. Mertens.** *Eine neue Säge.*

23 мая.

1. **H. Lorenz.** *Mobilisierung des Duodenum und Eingriffe am Gallensystem.* 2. **A. A. Berg.** *Einseitige Ausschaltung des Duodenum bei perforierender Geschwürbildung an der hinteren Wand des absteigenden Duodenalastes.* 3. **H. Schramm.** *Ein Fall von cystischer Degeneration des Netzes.*

30 мая.

1. **D. G. Zesas.** *Ueber Massage des freigelegten Herzens beim Chloroformkollaps.* 2. **E. Hopmann.** *Ueber Penisamputation.*

6 іюня.

**A. Hammesfahr.** *Die Gastroenterostomie mit Gastrostomie nach Rutkowsky.*

13 іюня.

**Albers-Schönberg.** *Schutzvorkehrungen für Patienten, Aerzte und Fabrikanten gegen Schädigungen durch Röntgenstrahlen.* Приспособленія для защиты отъ вреднаго дѣйствія x-лучей.

20 іюня.

1. **M. Cackovic** (Загребъ). Замѣтка по поводу статьи *Berg*'а въ № 21 журнала. 2. **F. Honigmann.** *Adrenalin und Lokalanästhesie.*

27 іюня.

**О. Ф. Іогансенъ** (Либава). *Ueber präperitoneale Flüssigkeitssammlungen bei Rupturen der Harnwege.* О предбрюшинныхъ скопленіяхъ жидкости при разрывахъ мочевыхъ путей.

4 іюля.

1. **A. A. Berg.** *Retroduodenale Choledochotomie zur Entfernung von eingekeilten Gallensteinen aus dem retroduodenalen und papillären Teile des Ductus communis.* 2. **J. P. zum Busch.** *Ein Fall von Invaginatio ileo-coecalis, verursacht durch ein invaginiertes Meckel'sches Divertikel.*

11 іюля.

**F. Franke.** *Zur Technik der Paraffinprothesen.*

18 іюля.

**J. Borelius.** *Eine neue Modifikation der Maydl'schen Operationsmethode bei angeborener Blasenektopie.*

25 іюля.

1. **E. Beer.** *Ueber eine Schnittführung für Resektion der Appendix im anfallsfreiem Stadium.* Видоизмѣненіе способа *Gerster*'а. 2. **Bokor.** *Ein Fall von Luxation der Peroneussehne.*

1 августа.

**E. Hopmann.** *Ueber die Operation der puerperalen Mastitis.*

8 августа.

**J. Gilli.** *Zur Radikaloperation des Schenkelbruches nach Lotheissen.* О коренной операціи бедренной грыжи по *Lotheissen*'у.

15 августа.

1. **L. Wullstein.** *Eine neue Operationsmethode des Caput obstipum.* 2. **P. A. Müller.** *Abänderung der Borelius'schen Modifikation der Maydl'schen Operationsmethode bei kongenitaler Blasenektopie.*

22 августа.

**J. Elgart.** *Eine neue Repositionsmethode für hintere Hüftgelenksverrenkungen.* Новый способъ вправленія вывиховъ бедра кзади.

29 августа.

1. **G. Marwedel.** *Die Aufklappung des Rippenbogens zur Erleichterung operativer Eingriffe im Hypochondrium und im Zwerchfellkuppelraum.* Отворачиваніе реберной дуги для операцій въ подреберьяхъ и подъ куполомъ грудобрюшной преграды. 2. **D. Maragliano.** *Cholecystenterostomie verbunden mit Enteroanastomose.* Случай (ракъ поджелудочной железы); операція смерть.

5 сентября.

**P. Sick.** *Zur operativen Herzmassage.* О массажѣ сердца при коллапсахъ отъ хлороформа.

12 сентября.

1. **J. Borelius.** *Zur Modifikation der Maydl'schen Operation bei angeborener Blasenektopie.* 2. **П. Герценъ** (Москва). *Ueber die Technik der Radikaloperation des Schenkelbruchs.*

19 сентября.

1. **H. Braun.** *Zur Anwendung des Adrenalins bei anästhesierenden Gewebsinjektionen.* 2. **P. Bade.** *Rippenresektion bei schwerer Skoliose.*

26 сентября.

**C. Lauenstein.** *Zu Ogston's Operation des rebellischen Klumpfusses.*

3 октября.

1. **F. de Quervain.** *Zur Frage der retroduodenalen Choledochotomie.* 2. **A. E. Stein.** *Ein neuer Operations-und Extensionstisch.*

10 октября.

**C. Hofmann.** *Zur Radikaloperation der Leistenhernie mit besonderer Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse.* Къ коренной операціи паховыхъ грыжъ.

Digitized by Google

17 октября.
**Goepel.** *Ueber die Verbindung von Gummi-und Zwirnhandschuhen.* Резиново-нитяныя перчатки.

24 октября.
**Dunbar.** *Noch Einiges über das salzsaure Anästhesin als örtliches Betäubungsmittel.*

31 октября.
1. **R. Grässner.** *Die Behandlung der Fractura supracondylica humeri mittels der Bardenheuer'schen Extension.* 2. **R. Burmeister.** *Ueber einen merkwürdigen Fall von Perforation des Präputium.*

7 ноября.
1. **A. Zeller.** *Zur Exstirpation des Wurmfortsatzes.* Совѣтуетъ, вмѣсто изсѣченія червеобразнаго придатка, вылущать его изъ слѣпой кишки. 2. **В П. Зеренинъ** (Москва). *Einiges zur Jodoformknochenplombe nach Mosetig-Moorhof.*

14 ноября.
1. **Asthoewer.** *Die Aufklappung des Rippenbogens zur Erleichterung operativer Eingriffe im Hypochondrium und Zwerchfellkuppelraum.* О способѣ *Marwedel'я.* 2. **P. Herz.** *Ein Vorschlag zur Verhütung von Lufteintritt bei intravenösen Infusionen u. s. w.* Предлагаетъ вставную стеклянную трубку съ шаровиднымъ раздутіемъ на боку, чтобы предупредить поступленіе воздуха при внутривенныхъ вливаніяхъ и т. д. 3. **M. Borchard.** *Eine einfache Beckenstütze.* Простая опора для таза.

21 ноября.
**J. Landström.** *Eine neue Operationsmethode der Hämorrhoiden.* Операція при помощи особаго прибора (отжиматель шишекъ).

28 ноября.
**E. Becker.** «*Diatomea*», *ein Heizmittel für den Paquelin'schen Thermokauter.*

5 декабря.
**M. Herrera Vegas.** *Ein Fall von Talusbruch.* Случай перелома пяточной кости.

12 декабря.
**H. Wagner.** *Die Behandlung von granulierenden Hautwunden.* О лѣченіи гранулирующихъ кожныхъ ранъ.

19 декабря.
1. **Riedel.** *Die Versorgung des Appendixstumpfes.* Объ уходѣ за культею червеобразнаго придатка. 2. **F. Neugebauer.** *Eine Gefahr des Adrenalins.* Опасность кроется въ омертвѣніи кожи на мѣстѣ впрыскиванія, что *N.* наблюдалъ въ 3 случаяхъ.

26 декабря.
**S. Spiegel.** *Zur Technik der künstlichen Blutleere.* Предлагаетъ особый бинтъ для искусственнаго обезкровливанія.

**St.-Petersburger medicinische Wochenschrift.** 4 (16) января. 1903 г.
**P. Hampeln.** *Ueber ein modificirtes Verfahren der Blutdruckbestimmung.* Видоизмѣненный способъ опредѣленія кровяного давленія.

11 (24) января.
**N. Hirschberg.** *Ueber die Beziehungen psychischer Zustände zum Kreislauf und zur Athmung.* Вліяніе психики на кровообращеніе и дыханіе.

18 (31) января.
**Садиковъ.** *Zur bevorstehenden staatlichen Controlle über die Leprakranken.* Проэктъ инструкціи для предполагаемыхъ губернскихъ Коммиссій о проказѣ.

25 января (13 февраля).
**W. Meitner.** *Das Acetopyrin unter den Salicylaten.* Ацетопиринъ среди другихъ салициловыхъ препаратовъ.

1 (14) и 8 (21) февраля.
1. **H. Idelsohn.** *Ueber intermittirendes Hinken.* О перемежной хромотѣ. 2. **A. Kupffer.** *Ueber die Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Estland.* Распространеніе проказы въ Эстляндіи и борьба съ нею.

15 (28) февраля.
**A. Treu.** *Ueber die Fürsorge für unbemittelte Lungenkranke.* Систематическая забота о несостоятельныхъ чахоточныхъ можетъ разрѣшить весь спеціальный вопросъ о чахоткѣ.

22 февраля (7 марта).
**E. Hoerschelmann.** *Extractionen bei Beckenendlagen und Perforation des nachfolgenden Kopfes.* Извлеченіе при предлежаніяхъ тазовымъ концомъ и прободеніе послѣдующей головки.

1 (14) марта.
**A. Poehl.** *Ueber die Bedeutung der Katalysatore für das Leben und die Gesundheit des Organismus im Allgemeinen und über Spermin, Cerebrin und Adrenalin im Speciellen.*

8 (21) марта.
1. **L. Aldor.** *Ueber periodisches Erbrechen (Leyden's).* Случай. 2. **F. Frobeen.** *Ein Fall von Lungenechinococcus.* Случай легочнаго эхинококка.

15 (28) марта.
**K. Dehio.** *Ein Fall von Zwerchfellshernie.* Случай грыжи грудобрюшной преграды.

22 марта (4 апрѣля).
**H. Knochenstiern.** *Zur Aetiologie des Kieferhöhlenempyems.* Къ этіологіи нагноеній верхнечелюстной полости. Случай.

29 марта (11 апрѣля) и 5 (18) апрѣля.
**A. Kosteljanetz.** *Ueber die Beziehungen der Erkrankungen des Ohres zu denen der Nase und des Nasenrachenraumes.* Объ отношеніяхъ болѣзней уха къ носовымъ и носоглоточнымъ.

12 (25) апрѣля.
**W. Hollmann.** *Ein Fall von chronischer Darminvagination mit günstigem Ausgang in Heilung nach Spontanabstossung des nekrotischen Intussusceptum.*

19 апрѣля (2 мая).
**K. Dehio.** *Neue Gesetzesbestimmungen über die Behandlung und eventuelle Isolirung der Leprakranken in Russland.*

26 апрѣля (9 мая).
**M. Hirschberg.** *Einiges zur Differentialdiagnose der Hautlepra.* Къ отличительному распознаванію кожной проказы.

3 (16) мая.
1. **O. Koppe.** *Das Kirchspiels-Doctorat.* 2. **A. Kramer.** *Ueber eine seltene Intoxication.* Случай отравленія ребенка прачечной синькой.

10 (23) мая.
**E. Masing.** *Lassen sich die an der Rückenfläche des Thorax hörbaren Herztöne und Herzgeräusche für die Diagnose verwerthen?* У большинства здоровыхъ людей сердечные тоны слышны и на спинѣ, особенно слѣва и 1-ый, а исчезновеніе ихъ на лѣвой $^1/_2$ спины—признакъ сердечной слабости (особенно хорошо наблюдать исчезновеніе ихъ съ теченіемъ брюшного тифа); изъ шумовъ обыкновенно не проводятся на спину діастолическіе и «случайные» систолическіе, а также при анѣвризмахъ.

17 (30) мая.
**T. Dobbert.** *Ist die Ventrifixur der Gebärmutter eine berechtigte Operation?* (Не окончена).

24 мая (6 іюня).
**T. Dobbert.** Окончаніе статьи о вентрофиксаціи матки. Вступается за эту операцію.

31 мая (13 іюня).
1. **A. Lorand.** *Ueber 2 Fälle von schwerem Diabetes, durch Schreck verursacht, mit tödtlichem Ausgange.* 2 случая смертельно окончившейся сахарной болѣзни отъ испуга. 2. **M. Buch.** *Ueber mouches volantes oder fliegende Mücken.*

7 (20) іюня.
1. **Hellat.** *Ein Fall von Obliteration beider Gehörgänge durch Osteome. Operative Entfernung.* Случай облитераціи обоихъ слуховыхъ проходовъ остеомами; операція. 2. **J. Loewenberg.** *Ein Fall von Blasenmolenschwangerschaft.* Случай беременности пузырнымъ заносомъ.

14 (27) іюня.
**A. Bickel.** *Zur Lehre von der Uraemie.*

21 іюня (4 іюля).
**X. Erdberg.** *Zur Dilatation der Cervix nach Bossi.* Случай.

28 іюня (11 іюля).
**H. Starck.** *Die Oesophagoskopie und ihr diagnostischer Werth.*

5 (18) и 12 (25) іюля.
**В. Н. Никитинъ.** *Ueber den Einfluss der Vergrösserung einzelner Theile des pharyngealen lymphatischen Ringes überhaupt und der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums im Speciellen, auf den Allgemeinzustand des Organismus.* Вліяніе аденоидныхъ разрощеній въ носоглоткѣ на общее состояніе организма.

19 іюля (1 августа).
**J. Biel.** *Ueber künstliche Säuglingsnahrung.* Объ искусственномъ вскармливаніи грудныхъ дѣтей.

26 іюля (8 августа).
**B. Kallmeyer.** *Was sollen wir von dem sogenannten hysterischen Fieber halten?*

2 (15) августа.
**A. Ucke.** *Der «Genius epidemicus» einst und heute.*

9 (22) и 16 (29) августа.
**A. Behr.** *Selbstschilderungen von Hallucinanten und über das Auftreten der Hallucinationen während des Erwachens.*

23 августа (5 сентября).
**H. Lau.** *Ueber die Verwendung des Waldenburg'schen Apparates in der Praxis.*

30 августа (12 сентября).
**E. Schwarz.** *Zur Differenzial-Diagnose der intra-und extrapontinen Erkrankungen.* Односторонняя отраженная неподвижность зрачка въ картинѣ, указывающей на заболѣваніе Варолієва моста, даетъ возможность различить, исходитъ-ли процессъ изъ основанія, или изъ моста, и говоритъ за послѣднее, если наступаетъ въ началѣ страданія.

6 (19) сентября.
**H. Koppel.** *Ueber die Beschäftigung der Leprösen in den Leprosorien.*

13 (26) сентября.
**H. Stillmark.** *Ueber Blutdruckmessungen in der Badepraxis.*

---

Редакторы { Проф. **В. В. Подвысоцкій.** / Д-ръ **С. В. Владиславлевъ.**

Digitized by Google

LXXXVI. Изъ фармакологической лабораторіи В.-Медицинской Академіи.

# О ядовитомъ секретѣ кожныхъ железъ у жабъ.

Проф. Н. П. Кравкова.

Бородавчатыя возвышенія на кожѣ жабъ, въ особенности на спинной поверхности, содержатъ ядовитыя железы. Скопленіе этихъ железъ образуетъ въ височныхъ областяхъ 2 большихъ удлиненныхъ бугра, которые называются околоушными железами (parotis). Слизистыя железы жабъ яда не содержатъ.

Секретъ ядовитыхъ железъ жабъ представляетъ желтоватую, густую жидкость, быстро высыхающую на воздухѣ и превращающуюся при этомъ въ плотную стекловидную массу. Реакція этой жидкости — слабо кислая. Подъ вліяніемъ различныхъ физіологическихъ и химическихъ раздраженій ядовитыя кожныя железы въ изобиліи выдѣляютъ эту жидкость, при чемъ поверхность тѣла покрывается какъ-бы молокомъ. При легкомъ сдавливаніи указанныхъ бородавчатыхъ возвышеній (напр., пинцетомъ), въ особенности т. наз. околоушныхъ железъ, секретъ выпрыскивается съ большой силою. Въ народѣ существуетъ мнѣніе, что жабы могутъ прыскать ядъ и произвольно, напр., въ цѣляхъ самозащиты. Но это едва-ли такъ. Правда, при схватываніи жабы, когда она надувается и дѣлаетъ усиленныя движенія, ядъ можетъ, благодаря этому, механически выдавливаться изъ железъ и выпрыскиваться. Это приходилось наблюдать и мнѣ при указанныхъ условіяхъ.

Изъ наиболѣе распространенныхъ въ Европѣ видовъ жабъ (Bufonidae) слѣдуетъ указать на Bufo cinereus— обыкновенную жабу, часто встрѣчающуюся въ садахъ, поляхъ, погребахъ, навозѣ и т. д., а также и на Bufo viridis s. variabilis. Подобно настоящимъ жабамъ, ядъ содержатъ и железы пелобатидъ (Pelobatidae), напр., Pelobates fuscus, Bombinator igneus (укола). Относительно анатомическаго строенія ядовитыхъ кожныхъ железъ у жабъ имѣются подробныя данныя въ работѣ *Osc. Seeck*'а [1]).

Въ народѣ издавна коренится повѣрье, что жабы ядовиты и при дотрогиваніи до нихъ обжигаютъ и даже производятъ явленія общаго отравленія. Недаромъ слово «жаба» въ народѣ служитъ олицетвореніемъ понятія чего то гадкаго и страшнаго. Въ старинныхъ научныхъ сочиненіяхъ описаны случаи отравленія ядомъ жабъ даже со смертельнымъ исходомъ. Такъ, *A. Paré* [2]) въ своемъ сочиненіи (1575 г.) приводитъ слѣдующій случай отравленія.

Недалеко отъ Toulouse'ы 2 купца, во время прогулки по саду, нарвали листьевъ шалфея и положили ихъ въ вино. Выпивъ вино, они вскорѣ почувствовали головокруженіе и впали въ обморочное состояніе; появились рвота и холодный потъ; пульсъ пропалъ, и быстро наступила смерть. Судебное слѣдствіе установило, что въ томъ мѣстѣ сада, гдѣ произрасталъ шалфей, водилось множество жабъ; отсюда было сдѣлано заключеніе, что отравленіе послѣдовало отъ яда жабъ, попавшаго на указанное растеніе.

*Paré* упоминаетъ также о наблюденіи *Rondelet*'а, будто одна женщина умерла отъ того, что съѣла растенія, которыя жаба опрыскала своимъ ядомъ. Имѣются и еще подобнаго рода указанія на отравленіе жабнымъ ядомъ, но они, вѣроятно, значительно преувеличены и уже не встрѣчаются у позднѣйшихъ изслѣдователей. Наиболѣе доказательнымъ является мѣстное сильно раздражающее дѣйствіе яда, въ особенности на слизистыя оболочки. *Staderini* [3]) сообщаетъ слѣдующій случай.

Одна женщина, желая удалить заползшую въ комнату жабу (Bufo viridis), схватила ее щипцами, при чемъ жаба прыснула свой ядъ ей въ глазъ. Тотчасъ-же въ глазу появилась сильная боль и затѣмъ развился конъюнктивитъ и кератитъ, которые черезъ нѣсколько дней лѣченія совершенно исчезли.

*Kobert* [4]) указываетъ, что ему во время опытовъ слѣды жабнаго яда попали въ ротъ и вызвали на нѣсколько часовъ жженіе, гиперэмію и набуханіе слизистой оболочки. При пріемѣ внутрь этотъ ядъ также вызываетъ, какъ увидимъ ниже, явленія мѣстнаго раздраженія. Мнѣ лично пришлось на себѣ наблюдать раздражающее дѣйствіе секрета кожныхъ железъ жабъ и на неповрежденную кожу. Ядъ, попадая въ насыщенномъ видѣ на кожу, черезъ нѣсколько минутъ вызываетъ такое-же жженіе, какое производятъ кислоты. Явленія раздраженія получаются еще сильнѣе на поврежденной кожѣ, а при подкожномъ введеніи яда можетъ наблюдаться даже и омертвѣніе.

Изученіе общаго дѣйствія жабнаго яда на животный организмъ началось съ 50-хъ годовъ прошлаго столѣтія. Впервые *Cloës* и *Gratiolet* [5]) наблюдали ядовитое дѣйствіе секрета жабъ на птицъ, при чемъ послѣднія погибали отъ него въ теченіи 5—6 мин. безъ судорожныхъ явленій. Млекопитающія животныя, напр. собаки, послѣ подкожнаго введенія жабнаго яда даже въ весьма незначительныхъ количествахъ погибали въ теченіи около 1 часа. *Gemminger* [6]) приводитъ слѣдующее интересное наблюденіе.

Въ клѣтку, гдѣ находился ястребъ (Astur nisus), была брошена живая жаба. Ястребъ бросился на нее и началъ ее клевать; но вдругъ, какъ бы испуганный и оглушенный отскочилъ прочь и черезъ нѣсколько секундъ погибъ.

На основаніи приведеннаго наблюденія *Gemminger* приходитъ къ заключенію, что жабы при извѣстныхъ условіяхъ выдѣляютъ весьма быстро дѣйствующій, страшный ядъ («furchtbares» Gift). По мнѣнію автора, ястребъ погибъ отъ паралича спинного мозга.

Наиболѣе обстоятельное изслѣдованіе надъ дѣйствіемъ яда жабъ на животныхъ произвелъ *Vulpian* [7]). Онъ вводилъ ядъ собакамъ, морскимъ свинкамъ и лягушкамъ подъ кожу и въ желудокъ. При подкожномъ введеніи яда собаки и морскія свинки погибали приблизительно черезъ $^1/_2$—1 часъ. Явленія, наблюдаемыя у этихъ животныхъ при отравленіи ихъ ядомъ жабъ, можно раздѣлить на 4 періода: 1) вначалѣ появляется возбужденіе, затѣмъ, 2) слабость, 3) тошнота и рвота и наконецъ 4) судороги (у морскихъ свинокъ, но не у собакъ) и смерть. *Vulpian* тотчасъ-же послѣ смерти животнаго наблюдалъ остановку сердца, при чемъ предсердія и полыя вены были сильно переполнены кровью; на механическое раздраженіе предсердія и желудочки отвѣчали весьма слабо. У лягушекъ въ общемъ наблюдались тѣже явленія возбужденія и затѣмъ паралича, какъ и у теплокровныхъ животныхъ. При этомъ *Vulpian* наблюдалъ у лягушекъ, какъ постоянное явленіе, судороги и волоконцевыя сокращенія всѣхъ мышцъ. Сердце лягушекъ подъ вліяніемъ жабнаго яда останавливалось въ систолѣ. Возбудимость мышцъ и нервовъ у отравленныхъ животныхъ оставалось въ полной еще силѣ. Дѣйствіе жабнаго яда на слизистую оболочку пищеварительнаго канала *Vulpian* изучалъ такимъ образомъ, что заставлялъ собакъ хватать жабъ зубами. Собаки, схвативъ жабу, тотчасъ-же съ отвращеніемъ выбрасывали ее, при чемъ черезъ нѣкоторое время появлялось обильное слюнотеченіе и рвота. Эти явленія раздраженія наблюдались у собакъ и при введеніи имъ въ ротъ ядовитаго секрета. Въ томъ случаѣ, когда ядъ проглатывался вмѣстѣ съ пищею, напр., въ кускахъ мяса, рвоты не наблюдалось, за исключеніемъ одного случая, когда ядъ былъ введенъ въ сравнительно большомъ количествѣ. При введеніи яда въ желудокъ у собакъ не наступало никакихъ явленій общаго отравленія. У лягушекъ, наоборотъ, и при такомъ введеніи наступало отравленіе и смерть.

Интересно, между прочимъ, что, по наблюденіямъ *Vulpian*'а, жабный ядъ, дѣйствуя токсически на различныхъ животныхъ, на самихъ жабъ не оказываетъ замѣтнаго дѣйствія даже въ большихъ количествахъ. Въ послѣдующей своей работѣ *Vulpian* [8]) опять указываетъ на невоспріимчивость жабъ къ своему собственному яду. Ядъ, по мнѣнію автора, дѣйствуетъ весьма сильно на центральную нервную систему.

Въ дальнѣйшихъ работахъ по вопросу о жабномъ ядѣ, помимо изученія дѣйствія его на организмъ, имѣются попытки выдѣлить его въ чистомъ видѣ и опредѣлить его химическую натуру. *D. Fornara* [9]), изслѣдуя въ зоологической лабораторіи проф. *Trinchese* физіологическое дѣйствіе «Upas Antiar», замѣтилъ, между прочимъ, что этотъ растительный ядъ, взятый въ дозахъ, убивающихъ собаку, совершенно не дѣйствуетъ на жабъ. Этотъ фактъ навелъ *Fornara* на предположеніе, не зависитъ-ли эта невоспріимчивость жабъ отъ

Digitized by Google

того, что онѣ сами вырабатываютъ аналогичный антиарину ядъ, почему и переносятъ его въ большихъ количествахъ. Нужно замѣтить, что подобную же выносливость жабъ *Vulpian* [10]) наблюдалъ и по отношенію къ дигиталину. По изслѣдованіямъ *Fornara*, ядъ жабъ оказался по своему дѣйствію на животныхъ весьма похожимъ на вещества группы дигиталина.

*Casali* [11]) впервые пытался выдѣлить дѣйствующее вещество ядовитаго секрета жабъ въ чистомъ видѣ. Это вещество — буфидинъ (bufidine) по *Casali*, представляетъ собою основаніе (un vrai alcaloide azoté), дающее большинство алкалоидныхъ реакцій какъ цвѣтовыхъ, такъ и по осажденію. Буфидинъ мало растворимъ въ водѣ, хорошо растворимъ въ хлороформѣ, эѳирѣ и алкоголѣ и даетъ, подобно дигиталину, съ крѣпкой соляной кислотою зеленую окраску. Элементарнаго анализа буфидина авторомъ не произведено. Буфидинъ дѣйствуетъ на организмъ такъже, какъ и самъ ядовитый секретъ кожныхъ железъ жабъ, но только гораздо сильнѣе (à un degré presque foudroyant). *Fornara* для своихъ опытовъ на животныхъ извлекалъ ядъ алкоголемъ изъ высушенной кожи жабъ или-же изъ секрета железъ. Вещество, извлеченное такимъ образомъ алкоголемъ, будучи высушено, представляетъ желтоватую массу, немного гигроскопичную, остраго запаха; по своему дѣйствію оно не представляетъ разницы отъ самого секрета железъ. Это вещество (или правильнѣе, смѣсь веществъ) *Fornara* назвалъ «фрининъ» (frynine, Phrynin).

*Fornara* наблюдалъ явленія общаго отравленія не только при введеніи фринина въ кровь или подъ кожу, но также и при введеніи въ желудокъ. Въ послѣднемъ случаѣ быстрота и сила отравленія зависѣла какъ отъ количества вводимаго яда, такъ и отъ вида животнаго. Такъ, кроликъ погибъ черезъ 5 час. послѣ введенія въ желудокъ 90 стгрм. фринина. Небольшія дозы фринина оказываютъ на животныхъ возбуждающее дѣйствіе, бо́льшія вызываютъ слюнотеченіе, рвоту; дыханія становятся чаще. Смертельныя дозы фринина, дѣйствуя непосредственно на центральную нервную систему, вызываютъ у кроликовъ, и иногда у лягушекъ, судороги. На органы кровообращенія фрининъ дѣйствуетъ аналогично дигиталину. При подкожномъ введеніи фринина происходятъ, въ зависимости отъ его дозы и крѣпости, воспаленіе, гнойники, а также и омертвѣніе тканей. На основаніи изученія физіологическихъ свойствъ фринина *Fornara* указываетъ, между прочимъ, и на возможность его терапевтическаго примѣненія.

*Calmels* [12]), изучая ядовитый секретъ жабъ съ химической стороны, нашелъ, что онъ содержитъ метилкарбиламинъ и изоціануксусную кислоту—вещества, быстро парализующія нервную систему. Чесночный запахъ, издаваемый нѣкоторыми жабами, обязанъ своимъ происхожденіемъ отчасти этимъ веществамъ.

Въ 1888 г. появилась весьма обстоятельная работа *Staderini* [13]) относительно дѣйствія жабнаго яда на организмъ, главнымъ образомъ относительно его мѣстно анэстезирующаго свойства. Не смотря на глубокій интересъ и обстоятельность этой работы, на нее почему-то почти нигдѣ не ссылаются. Только *Lewin* [14]) вскользь упоминаетъ о ней, говоря, что жабный ядъ, попавъ въ глаза, вызываетъ конъюнктивитъ, кератитъ и *мѣстную нечувствительность*. Обративъ вниманіе на приведенный выше случай съ женщиной, которой ядъ жабы попалъ въ глазъ, *Staderini* особенно подробно изслѣдовалъ его мѣстное дѣйствіе на глазъ. Въ крѣпкихъ растворахъ, какъ указано выше, ядъ производитъ явленія сильнаго раздраженія и затѣмъ анэстезію; если-же взять 1%-ный водный растворъ высушеннаго секрета жабъ, то вслѣдъ за легкимъ раздраженіемъ наступаетъ довольно длительная анэстезія роговицы и конъюнктивы. Анэстезія получается настолько полной, что *Staderini* удавалось при этомъ дѣлать на животныхъ безболѣзненно операціи иридектоміи, тенотоміи и пр. Онъ наблюдалъ анэстезирующее дѣйствіе 1%-го воднаго раствора яда и на человѣческихъ глазахъ. На основаніи своихъ наблюденій *Staderini* приходитъ къ заключенію, что ядъ жабъ какъ по своему мѣстному, такъ и по общему дѣйствію на организмъ весьма сходенъ съ ядомъ «hayae» и эритрофлеиномъ, а также и съ извѣстными веществами группы дигиталина.

*Kobert* [15]), изучая ядъ жабъ, нашелъ, что выдѣленіе железами ядовитаго секрета происходитъ весьма энергично подъ вліяніемъ подкожнаго введенія хлористаго барія (0,05 грм.). Атропинъ не вліяетъ на секрецію ядовитыхъ железъ, тогда какъ кураре прекращаетъ ее; при этомъ ни электрическое раздраженіе кожи, ни хлористый барій вызвать отдѣленіе железъ бываютъ уже не въ состояніи.

*Phisalix* и *Bertrand* [16]) нашли въ крови Bufo vulgaris такой-же ядъ, какъ и въ кожныхъ железахъ, но только въ незначительномъ количествѣ. Присутствіе яда въ крови жабы авторы объясняютъ «внутренней» секреціей кожныхъ железъ. Этимъ-же они объясняютъ привычку и невоспріимчивость жабъ къ своему собственному яду. Лягушки, по опытамъ этихъ авторовъ, весьма чувствительны даже къ малѣйшимъ количествамъ жабнаго яда, при чемъ явленія отравленія выражаются общимъ параличемъ, замедленіемъ и остановкою сердца въ систолѣ.

*Pugliese* [17]) наблюдалъ, что жабный ядъ, прибавленный къ крови въ большихъ количествахъ, вызываетъ образованіе метгэмоглобина. При изслѣдованіи-же крови у отравленныхъ ядомъ животныхъ *Pugliese* не нашелъ никакого измѣненія гэмоглобина.

Въ послѣднее время *Faust* [18]) выдѣлилъ изъ ядовитаго секрета жабъ 2 дѣйствующихъ вещества: *буфонинъ* и *буфоталинъ*. Эти вещества—безазотистыя и по химическому составу и свойствамъ родственны съ холестериномъ. Буфонинъ, по *Faust*'у, имѣетъ формулу $C_{34}H_{54}O_2$, а буфоталинъ—$C_{34}H_{46}O_{10}$. Буфоталинъ дѣйствуетъ на подобіе дигиталина: замедляетъ сердцебіенія, повышаетъ кровяное давленіе и, наконецъ, вызываетъ систолическую остановку сердца. Всѣ явленія отравленія буфоталиномъ зависятъ косвенно отъ указаннаго измѣненія и нарушенія кровообращенія, при чемъ непосредственнаго дѣйствія на нервную систему буфоталинъ не оказываетъ. Картина отравленія животныхъ буфоталиномъ въ общемъ сходна съ тою, которая описана *Vulpian*'омъ, *Fornara* и др. относительно дѣйствія секрета железъ жабъ, resp. фринина. Буфоталинъ на мѣстѣ примѣненіи вызываетъ явленія сильнаго раздраженія. Собаки, вѣсомъ приблизительно въ 4 кило, при подкожномъ введеніи 2,6 млгрм. буфоталина, погибаютъ въ теченіи 4—5 часовъ. Буфонинъ по своему дѣйствію на организмъ сходенъ съ буфоталиномъ, но только слабѣе послѣдняго, что, вѣроятно, объясняется малою растворимостью буфонина.

*Phisalix* и *Bertrand* [19]) нашли, что жабный ядъ содержитъ 2 дѣйствующихъ вещества: *буфоталинъ*, дѣйствующій на сердце подобно дигиталину, и *буфотенинъ* (bufoténine), парализующій нервную систему (son action paralysante rapproche jusqu'à un certain point du curare). Авторы даютъ буфоталину формулу $C_{119}H_{171}O_{25}$, а буфонинъ *Faust*'а не признаютъ за дѣйствующее вещество жабнаго яда, считая его обыкновеннымъ холестериномъ. Въ дальнѣйшей своей работѣ *Faust* [20]) выступилъ въ защиту своихъ прежнихъ положеній и доказываетъ, что буфотенинъ *Phisalix*'а и *Bertrand*'а—не химически чистое вещество. Кромѣ того, *Faust* отрицаетъ на основаніи своихъ опытовъ указанія этихъ авторовъ, что жабный ядъ содержитъ вещество, парализующее нервную систему. Параличъ нервной системы является уже косвеннымъ послѣдствіемъ измѣненія и нарушенія кровообращенія подъ вліяніемъ жабнаго яда.

Сопоставляя результаты изслѣдованій вышеприведенныхъ авторовъ, слѣдуетъ придти къ заключенію, что химическая натура жабнаго яда еще и до сихъ поръ съ точностью не установлена. Кромѣ того, и вопросъ о дѣйствіи этого яда на организмъ изученъ сравнительно мало и во многихъ отношеніяхъ полонъ противорѣчій. Въ виду этого, а также и въ виду особаго интереса, который въ настоящее время сосредоточиваютъ на себѣ яды животнаго происхожденія, я и взялся за изученіе дѣйствія яда жабъ на животный организмъ.

### *Собственныя наблюденія.*

Свои изслѣдованія я произвелъ надъ ядомъ нашихъ обыкновенныхъ жабъ—Bufo vulgaris (cinereus) и жабъ итальянскихъ—Bufo viridis (variabilis). Ядъ добывался

Digitized by Google

изъ кожныхъ железъ спины и изъ т. наз. околоушныхъ железъ. Для этого кожа раздражалась механически, напр. кисточкой, или электрически; отдѣляемое железъ собиралось кисточкой и затѣмъ взбалтывалось въ водѣ. Этимъ способомъ добываніе яда идетъ въ незначительныхъ количествахъ. Удобнѣе добывать его по способу *Kobert*'а, впрыскивая подъ кожу жабы около 0,05 грм. воднаго раствора хлористаго барія. Черезъ нѣсколько минутъ послѣ впрыскиванія начинаетъ выступать изъ ядовитыхъ железъ молочная жидкость, въ изобиліи разливающаяся по поверхности тѣла. Эту жидкость можно смыть водою въ стаканчикъ или-же перенести въ воду кисточкой. Нѣкоторое неудобство примѣненія для указанной цѣли хлористаго барія состоитъ въ томъ, что эта соль сама по себѣ вызываетъ, какъ увидимъ ниже, явленія отравленія, во многомъ сходныя съ жабнымъ ядомъ. Поэтому впрыснутый подъ кожу хлористый барій, выдѣляясь хотя отчасти обратно кожными железами, можетъ маскировать дѣйствіе яда жабъ. Наиболѣе удобнымъ является способъ выдавливанія яда изъ железъ. Я слегка надавливалъ пинцетомъ съ двухъ сторонъ на околоушныя железы, при чемъ ядъ съ силою впрыскивался изъ многочисленныхъ отверстій этихъ железъ. Для собиранія этого секрета я помѣщалъ надъ околоушными железами стеклянную чашечку, куда ядъ и попадалъ. Произвольнаго выпрыскиванія яда изъ железъ я у жабъ не наблюдалъ. Выпрыскиваніе яда я иногда наблюдалъ у нихъ въ то время, когда онѣ усиленно надувались и вырывались изъ рукъ; слѣд., его можно было объяснить механическими условіями.

Выдѣляемый ядъ жабъ желтоватаго цвѣта, густой консистенціи, на воздухѣ весьма быстро высыхаетъ, образуя стекловидную массу. Реакція яда—кислая; большая часть его растворяется въ водѣ, давая опалесцирующую и пѣнящуюся жидкость. Значительная часть яда растворяется въ спирту; послѣ выпариванія спиртоваго раствора остается густая пахучая масса, обладающая такими же физіологическими свойствами, какъ и само отдѣляемое железъ. Помимо указаннаго, для своихъ опытовъ я пользовался и спиртовыми вытяжками изъ свѣжей или предварительно высушенной кожи жабъ. При высушиваніи ядъ въ своемъ дѣйствіи, по видимому, не ослабѣваетъ. Кожа жабъ высушивается на воздухѣ, въ особенности при повышенной температурѣ, напр. при 30—40° Ц. въ термостатѣ, весьма легко и превращается при этомъ въ твердую массу, легко растирающуюся въ порошокъ. Понятно, что благодаря этому, можно заблаговременно заготовлять большой запасъ жабнаго яда, который, какъ увидимъ ниже, долженъ будетъ, вѣроятно, играть извѣстную роль и въ терапіи. Спиртовую вытяжку жабнаго яда я буду въ дальнѣйшемъ изложеніи называть, согласно указаніямъ *Fornara* (op. c.), фринином.

Ядъ у жабъ находится преимущественно въ кожныхъ железахъ, въ крови же, если онъ и находится, то въ незначительномъ количествѣ. Въ кровь ядъ попадаетъ, по мнѣнію *Phisalix* и *Bertrand*'а, благодаря «внутренней секреціи» кожныхъ железъ. По моимъ наблюденіямъ, моча жабъ яда не содержитъ и переносится лягушками при подкожномъ ея введеніи въ значительныхъ количествахъ безъ видимыхъ послѣдствій; между тѣмъ какъ лягушки, какъ увидимъ ниже, весьма чувствительны къ яду жабъ. Здѣсь же слѣдуетъ указать, что кожныя железы лягушекъ (Rana temporaria и R. esculenta) яда, подобнаго жабному, не содержатъ. По моимъ наблюденіямъ ни водныя, ни спиртовыя вытяжки изъ кожи указанныхъ лягушекъ совсѣмъ не обладаютъ такими токсическими свойствами, какъ вытяжки изъ кожи жабъ. Эти наблюденія противорѣчатъ указаніямъ *Paul*'я *Bert*'а (1882), будто и кожныя железы лягушекъ вырабатываютъ ядъ, дѣйствующій на сердце подобно дигиталину. Подобныя же указанія сдѣланы были и *Dutartre* [21]).

*Дѣйствіе жабнаго яда на лягушекъ.* Растворъ высушеннаго при обыкновенной температурѣ секрета кожныхъ железъ жабъ 0,037 на 50 к. стм. воды (слѣд. приблизительно 0,08%) вызывалъ слѣдующія явленія отравленія. При подкожномъ введеніи 0,5 к. стм. этого раствора у лягушекъ появляется сильное безпокойство, обильное выдѣленіе кожной слизи, учащенное дыханіе. Скоро эти явленія стихаютъ и появляется слабость: лапки лягушки безпомощно разъѣзжаются, она лежитъ неподвижно на брюхѣ, изрѣдка производя произвольныя движенія; при дотрагиваніи или какомъ-либо другомъ раздраженіи лягушка еще отвѣчаетъ энергичными движеніями и затѣмъ вновь лежитъ неподвижно, все рѣже и рѣже производя произвольныя движенія. Дыханія становятся рѣдкими и затрудненными, при чемъ лягушки зачастую широко раскрываютъ свой ротъ. Минутъ черезъ 10—15 произвольрыя движенія пропадаютъ совсѣмъ и остаются еще нѣкоторое время только движенія отраженныя. Наконецъ исчезаютъ и эти послѣднія. Дыхательныя движенія періодически останавливаются и наконецъ совершенно прекращаются. Сердце останавливается въ систолѣ, при чемъ желудочекъ оказывается сильно сокращеннымъ, а предсердія сильно переполненными кровью. Вслѣдствіе этого сердце отравленной жабнымъ ядомъ лягушки имѣетъ совершенно такой-же видъ, какъ и при дигиталинѣ. Послѣ остановки сердца и полной потери рефлексовъ электрическая возбудимость нервовъ и мышцъ остается еще безъ видимыхъ измѣненій. Въ это время можно убѣдиться, что потеря рефлексовъ зависитъ отъ наступившаго паралича центральной нервной системы, такъ какъ раздраженіе обнаженнаго спинного мозга электричествомъ или уколами не вызываетъ сокращенія конечностей. Послѣ смерти лягушки въ мышцахъ ея туловища появляются волоконцевыя подергиванія. Нужно замѣтить, что при отравленіи жабнымъ ядомъ появляются у лягушекъ въ рѣдкихъ случаяхъ и легкія судорожныя движенія. Описанныя явленія отравленія у лягушекъ наступаютъ, хотя и медленнѣе, послѣ подкожнаго введенія $^1/_{10}$ к. стм. указаннаго воднаго раствора яда. Кромѣ того, общее отравленіе наступаетъ у лягушекъ и послѣ смазыванія ихъ кожи даже незначительными количествами раствора яда. Лягушки, посаженныя вмѣстѣ съ жабами, находясь съ ними въ соприкосновеніи, также обнаруживаютъ въ извѣстной степени явленія отравленія.

Мѣстно жабный ядъ дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ, чѣмъ и должно быть объяснено вышеуказанное состояніе сильнаго безпокойства, сильнаго отдѣленія слизи и пр. у лягушекъ при подкожномъ введеніи яда или же при попаданіи его на кожу. Сила и продолжительность этого періода раздраженія находится въ зависимости отъ количества и насыщенности вводимаго яда. Вслѣдъ за этимъ наступаетъ мѣстная анэстезія тканей, при чемъ, при слабыхъ растворахъ яда, ей предшествуетъ только незначительный періодъ раздраженія. Наступающая анэстезія бываетъ настолько полной, что, при намазываніи ядомъ, напр., лапки, можно ее безболѣзненно усѣчь; находящаяся на свободѣ лягушка при этомъ остается къ этой операціи совершенно безучастной. Для того, чтобы доказать, что анэстезія обусловливается мѣстнымъ дѣйствіемъ яда (на окончанія чувствительныхъ нервовъ), а не его дѣйствіемъ послѣ всасыванія на центральную нервную систему, я сдѣлалъ слѣдующіе опыты. Заднія лапки выше колѣнъ перетягивались каучуковыми колечками; смазывая перетянутую часть одной лапки ядомъ, а другую оставляя не тронутой для провѣрки, я наблюдалъ слѣдующее. Смазанныя лапка черезъ нѣкоторое время теряла чувствительность, а повѣрочная при ея разрѣзахъ вызывала у животнаго боль, о чемъ можно было судить по сильному его безпокойству. Такъ какъ всасываніе яда въ общій кругъ кровообращенія изъ перетянутой лапки было воспрепятствовано, то, конечно, анэстезія зависитъ отъ мѣстнаго дѣйствія яда на окончанія чувствительныхъ нервовъ.

И такъ наиболѣе выдающимися припадками отравленія жабнымъ ядомъ у лягушекъ является, вслѣдъ за быстро преходящимъ возбужденіемъ, параличъ центральной нервной системы и остановка сердца. Начало слабости и паралича наступаетъ одновременно съ ослабленіемъ дѣятельности сердца, а полный параличъ—гораздо позже остановки сердца, такъ что лягушка продолжаетъ еще двигаться и прыгать въ то время, когда сердце ея уже остановилось. Поэтому нужно думать, что параличъ обусловливается не

Digitized by Google

непосредственнымъ дѣйствіемъ яда на центральную нервную систему, а косвенно зависитъ отъ ослабленія и остановки кровообращенія. Въ этомъ отношеніи жабный ядъ сходенъ съ веществами группы дигиталина. Явленія отравленія дигиталиномъ, строфантиномъ, конвалламариномъ чрезвычайно сходны съ явленіями отравленія жабнымъ ядомъ. Если у лягушки остановить кровообращеніе перевязкой сердца у основанія, то наблюдаются также явленія, весьма напоминающія тѣ, которыя получаются при отравленіи ихъ жабнымъ ядомъ.

Наблюдая надъ дѣятельностью обнаженнаго сердца отравленной жабнымъ ядомъ лягушки, мы замѣчаемъ совершенно такія-же измѣненія, какъ и при дигиталинѣ и др. подобныхъ сердечныхъ ядахъ: сокращенія сердца становятся вначалѣ болѣе энергичными и нѣсколько замедленными, затѣмъ неправильными, появляется т. наз. перистальтизмъ желудочка; черезъ нѣкоторое время желудочекъ останавливается въ систолѣ, при чемъ сокращенія предсердій еще продолжаются; наконецъ останавливаются и предсердія, при чемъ они, вслѣдствіе сильнаго переполненія кровью, какъ-бы шапкой покрываютъ сильно сокращенный желудочекъ. Дѣйствіе на лягушекъ секрета кожныхъ железъ жабъ и его спиртовыхъ вытяжекъ, resp. фринина,—совершенно одинаково.

*Дѣйствіе жабнаго яда на теплокровныхъ животныхъ.* Голуби погибаютъ въ теченіи нѣсколькихъ минутъ отъ 1 к. стм. воднаго раствора яда указанной крѣпости, впрыснутаго въ толщу грудной мышцы или подъ кожу. Появляется слабость, какое-то состояніе оглушенія, затрудненность дыханія и затѣмъ непродолжительныя судороги и смерть.

Чтобы охарактеризовать дѣйствіе жабнаго яда на собакъ, приведу слѣдующій опытъ:

Собака вѣсомъ 4250 грм. Выпарено 10 к. стм. спиртоваго настоя кожи жабъ на водяной банѣ; эвапоратъ растворенъ въ водѣ и впрыснутъ подъ кожу. Вскорѣ собака начала лизать мѣсто впрыскиванія и безпокоиться. Минутъ черезъ 15 она стала скучной и какой-то оглушенной; появилось слюнотеченіе и затѣмъ рвота, которая повторялась нѣсколько разъ. Слаба, на зовъ не обращаетъ вниманія. Черезъ 25 мин. безпомощно упала и лежитъ на боку. Сердцебіенія рѣзко замедлены и энергичны, затѣмъ появилась аритмія: рѣдкія сильныя сокращенія сердца чередовались съ учащенными. Черезъ 35 мин. собакѣ введено подъ кожу еще столько-же яда. Появились мочеиспусканіе и поносъ. Сердце остановилось. Ротъ широко раскрытъ, диспноэтическія дыханія, глаза выпячены, зрачки сильно расширены, непродолжительныя судороги, пронзительный крикъ, и черезъ нѣсколько секундъ наступила смерть животнаго. На вскрытіи сердце найдено въ систолической остановкѣ.

Фрининъ оказываетъ свое дѣйствіе на организмъ и черезъ желудочнокишечный каналъ, но только медленнѣе, чѣмъ при подкожномъ введеніи.

Собакѣ, вѣсомъ въ 5000 грм., посредствомъ зонда введено въ желудокъ 20 к. стм. спиртоваго настоя кожи жабы, разбавленнаго раза въ 3 водою. Вскорѣ появилось обильное слюнотеченіе, рвота и поносъ. Сильное замедленіе и усиленіе сокращеній сердца. Затѣмъ наступила аритмія и ослабленіе дѣятельности сердца. Смерть животнаго наступила часовъ черезъ 5 послѣ введенія яда.

Изъ этихъ наблюденій видно, что жабный ядъ на теплокровныхъ животныхъ оказываетъ въ существенныхъ чертахъ такое-же дѣйствіе, какъ и на лягушекъ. И здѣсь уже съ самаго начала замѣчается измѣненіе дѣятельности сердца и наконецъ его остановка. Всѣ описанныя явленія отравленія теплокровныхъ животныхъ, нужно думать, обусловливаются главнымъ образомъ именно нарушеніемъ и прекращеніемъ сердечной дѣятельности и наблюдаются буквально въ томъ-же видѣ и при отравленіи животныхъ сердечными ядами группы дигиталина. Какъ и при дигиталинѣ, различіе въ дѣйствіи жабнаго яда на холоднокровныхъ и теплокровныхъ животныхъ состоитъ въ томъ, что у послѣднихъ вслѣдствіе быстрой остановки сердца наступаетъ бурный періодъ задушенія, выражающійся диспноэ, выпячиваніемъ глазъ, расширеніемъ зрачковъ, усиленной перистальтикой кишечника, судорогами и пр. У лягушекъ же, какъ извѣстно, задушеніе отъ остановки сердца судорогами не выражается; поэтому у нихъ и при дѣйствіи фринина судорогъ не наблюдается. Слюнотеченіе и рвоту, наблюдаемыя при введеніи жабнаго яда въ желудокъ, нужно объяснять раздражающимъ его дѣйствіемъ на слизистую оболочку полости рта и желудка. При подкожномъже введеніи эти явленія нужно приписать обратному выдѣленію этого яда желудочно-кишечнымъ каналомъ.

*Дѣйствіе жабнаго яда на сердце и кровяное давленіе у теплокровныхъ животныхъ.* Для выясненія этого приведу здѣсь нѣсколько опытовъ на собакахъ.

*Опытъ № 1.* Собака—вѣсомъ въ 6830 грм. Трахеотомія. Правая бедренная артерія канюлей соединена съ манометромъ кимографа. Въ лѣвую бедренную вену введено 5 к. стм. 1%-наго раствора кураре. Искусственное дыханіе. Правый блуждающій нервъ перерѣзанъ и периферическій его конецъ взятъ на лигатуру. Обездвиженіе полное. Раздраженіе блуждающаго нерва электричествомъ вызываетъ остановку сердца. 0,037 грм. жабнаго яда растворено въ 50 к. стм. воды. Ядъ вводился въ кровь черезъ большую подкожную вену бедра (v. saphena).

| Время. | Кровяное давленіе въ мм. ртути. | Число сердцебіеній въ мин. | Прим. |
|---|---|---|---|
| | 80—90 | 208 | |
| | — | — | Введено 1 к. стм. раствора яда. |
| Черезъ 1 мин. | 140 | 180 | |
| » 1½ » | 150 | 168 | |
| » 4 » | 200 | 148 | Введено еще 1 к. стм. раствора яда. |
| » 5 » | 180 | — | |
| » 8 » | 170 | — | Введенъ еще 1 к. стм. |
| » 9 » | 210 | 98 | Сокращенія сердца весьма энергичны. |
| » 11 » | 220 | 64 | |
| » 13 » | 230 | 60 | Вздрагиванія. |
| » 15 » | 290 | — | Введено 3 к. стм. раствора яда. |
| » 16 » | 320 | около 130 | Пульсъ сильно аритмичный. Блуждающій нервъ на электрическое раздраженіе не отвѣчаетъ. |
| » 20 » | 280 | 216 | Введено еще 3 к. стм. яда. Блуждающій нервъ на электричество не отвѣчаетъ. |
| » 25 » | — | — | Быстрое паденіе кровяного давленія и остановка сердца. |

*Опытъ № 2.* Собака—вѣсомъ въ 5020 грм. Трахеотомія. Бедренная артерія соединена съ манометромъ. Въ бедренную вену введено 0,05 кураре. Искусственное дыханіе. Этотъ опытъ поставленъ для того, чтобы выяснить дѣйствіе сравнительно большихъ дозъ яда, введенныхъ въ кровь.

| Время. | Кровяное давленіе въ мм. ртути. | Число сердцебіеній въ мин. | Прим. |
|---|---|---|---|
| | 100 | 164 | |
| | — | — | Введено 2½ к. стм. яда. |
| Черезъ 1 мин. | 300 | 126 | |
| » 2 » | 310 | — | Сильная аритмія. |
| » 5 » | 240 | 206 | Пульсъ правильный; раздраженіе блуждающаго нерва не даетъ эффекта. |
| » 6 » | 230 | — | Аритмія. |
| » 9 » | 240 | около 168 | Аритмія. |
| » 10 » | — | — | Быстрое паденіе кровяного давленія и остановка сердца. |

Изъ этихъ 2-хъ опытовъ видно, что подъ вліяніемъ фринина кровяное давленіе сильно повышается (напр., съ 90 до 320 мм.) и число сердцебіеній значительно уменьшается (напр., съ 208 до 60); сила сердечныхъ сокращеній значительно повышается. Затѣмъ наступаетъ учащеніе сердцебіеній и аритмія, при чемъ кровяное давленіе остается еще по прежнему высокимъ или даже выше, чѣмъ въ предыдущемъ періодѣ. Въ это время раздраженіе периферическаго конца блуждающаго нерва остановки или замедленія сердцебіеній не вызываетъ; это указываетъ на то, что ускореніе сердцебіеній зависитъ въ значительной степени отъ паралича задерживающихъ элементовъ блуждающаго нерва. Переходъ періода замедленія сердцебіеній въ періодъ ихъ ускоренія совершается тѣмъ быстрѣе, чѣмъ больше взята доза яда. Въ періодъ сильной аритміи быстро наступаетъ остановка сердца.

Для рѣшенія вопроса о томъ, зависитъ-ли увеличеніе кровяного давленія подъ вліяніемъ фринина отъ болѣе энергичнаго сокращенія сердца или отъ съуженія мелкихъ

сосудовъ тѣла, или отъ того и другого вмѣстѣ, поставлены слѣдующіе опыты.

*Опытъ № 3.* Собака—вѣсомъ въ 6650 грм. Трахеотомія. Перерѣзанъ спинной мозгъ подъ продолговатымъ. Искусственное дыханіе. Бедренная артерія соединена съ манометромъ. Кровяное давленіе—80 мм. ртути, число сердцебіеній — 228 въ мин. Послѣ введенія въ большую подкожную вену бедра 1 к. стм. указаннаго раствора яда кровяное давленіе быстро поднялось до 150 мм.; сердцебіеній — 200. Введено еще 20 к. стм. яда; давленіе дошло до 164 мм., затѣмъ оно начало нѣсколько падать, почти до 100, появилась аритмія. Введено еще $2^1/_2$ к. стм. яда; давленіе поднялось до 124 мм., и затѣмъ сердце быстро остановилось.

Изъ этого опыта (а также и изъ другихъ, здѣсь не приведенныхъ) приходится заключить, что въ повышеніи кровяного давленія подъ вліяніемъ фринина дѣятельность сосудодвигательнаго центра не играетъ существенной роли, такъ какъ перерѣзка спинного мозга подъ продолговатымъ выводитъ его изъ сферы вліянія; не смотря на это, кровяное давленіе, какъ видимъ, сильно повышается. Оставалось послѣ этого выяснить вопросъ, не съужаются-ли мелкіе сосуды тѣла отъ непосредственнаго на нихъ дѣйствія жабнаго яда? Дѣйствительно, опыты д-ра *Закусова*, произведенные въ моей лабораторіи надъ изолированными почками, черезъ сосуды которыхъ пропускалась изотоническая жидкость *Locke*'a, показали, что фрининъ въ растворѣ 1:15000 производитъ рѣзкое съуженіе сосудовъ. Изъ этихъ опытовъ мы вправѣ заключать, что въ повышеніи кровяного давленія при фрининѣ, въ особенности при большихъ количествахъ его, играетъ извѣстную роль и съуженіе сосудовъ отъ непосредственнаго на нихъ дѣйствія яда.

Но главную роль въ повышеніи кровяного давленія играетъ значительное увеличеніе силы сердечныхъ сокращеній подъ вліяніемъ фринина, что несомнѣнно доказывается опытами на изолированномъ сердцѣ. Пропуская черезъ изолированное кроличье сердце отравленную фрининомъ жидкость *Locke*'a, можно видѣть нѣкоторое замедленіе сердцебіеній и значительное усиленіе систолическихъ сокращеній. Затѣмъ наступаетъ учащеніе сердцебіеній и ихъ аритмія, и, наконецъ, ослабленіе ихъ и остановка. Такъ, при пропусканіи черезъ изолированное кроличье сердце жидкости *Locke*'a (въ приборѣ, усовершенствованномъ д-ромъ *Бочаровымъ*), содержащей жабный ядъ въ разведеніи 1:150000, число сердцебіеній съ 93 въ мин. упало до 70, а высота сердечныхъ сокращеній постепенно увеличилась съ 18 до 25 мм. При дальнѣйшемъ пропусканіи яда періодъ замедленія уступилъ мѣсто періоду ускоренія: число сердцебіеній дошло до 102 въ мин. Затѣмъ сердцебіенія стали рѣже (до 78 въ мин.), а высота сокращеній значительно упала. Въ другомъ опытѣ при пропусканіи черезъ изолированное сердце яда въ болѣе сильномъ насыщеніи (1:25000) картина въ общемъ получилась таже, за исключеніемъ первоначальнаго замедленія сердцебіеній. Число сердцебіеній съ 81 вначалѣ дошло до 87 въ мин., высота сердечныхъ сокращеній съ 26 повысилась до 32 мин.; затѣмъ наступилъ періодъ сильной аритміи и учащенія серцебіеній и наконецъ систолическая остановка сердца.

Сопоставляя эти данныя, полученныя на изолированномъ сердцѣ и на изолированныхъ почкахъ, съ данными кровяного давленія на животномъ, мы должны придти къ слѣдующимъ заключеніямъ. Кровяное давленіе подъ вліяніемъ фринина сильно повышается, благодаря усиленію сердечныхъ сокращеній и отчасти вслѣдствіе съуженія мелкихъ сосудовъ тѣла. Замедленіе сердечнаго ритма зависитъ главнымъ образомъ отъ возбужденія центра блуждающаго нерва (вслѣдствіе повышенія кровяного давленія), а также отчасти и отъ возбужденія его периферическихъ задерживающихъ элементовъ, ибо и на изолированномъ сердцѣ замѣчается при дѣйствіи фринина нѣкоторое замедленіе его сокращеній. Въ дальнѣйшей стадіи дѣйствія яда учащеніе сердцебіеній зависитъ отъ паралича задерживающихъ элементовъ блуждающаго нерва, такъ какъ раздраженіе его периферическаго конца электричествомъ не останавливаетъ и даже не замедляетъ сердцебіеній. Ускореніе ритма на изолированномъ сердцѣ также слѣдуетъ объяснять параличемъ периферическихъ задерживающихъ элементовъ блуждающаго нерва. Какъ то было видно на изолированномъ сердцѣ при большихъ количествахъ яда, этотъ періодъ паралича блуждающаго нерва наступаетъ весьма быстро (періода замедленія сердцебіеній въ этомъ случаѣ даже почти и не замѣчается). Аритмія, ослабленіе сердечныхъ сокращеній и, наконецъ, остановка сердца, вѣроятно, являются слѣдствіемъ сочетаннаго вліянія яда на двигательные его узлы и на самую мышечную ткань.

На основаніи вышеприведенныхъ данныхъ нельзя не признать полнаго сходства въ дѣйствіи на органы кровообращенія фринина съ гликозидами группы дигиталина. Это сходство еще болѣе подтверждается и одинаковой біологической реакціей жабъ на свой собственный ядъ и на яды группы дигиталина. Дѣло въ томъ, что уже *Vulpian* (op. c.) замѣтилъ, что жабы, будучи невоспріимчивы къ своему яду, въ тоже время крайне выносливы и по отношенію къ дигиталину. Я также вполнѣ убѣдился, что жабы переносятъ безъ видимой реакціи относительно огромныя количества фринина, а также и дигиталина. Такъ, напр., жабѣ (Bufo viridis), вѣсомъ въ 185 грм. я вводилъ подъ кожу 5—10 к. стм. раствора дигиталина 1:2000 и не наблюдалъ никакихъ измѣненій ни въ дѣятельности сердца, ни въ общемъ состояніи животнаго. Впрочемъ, иногда какъ будто появлялся намекъ на перистальтизмъ желудочка. У обыкновенной же лягушки (Rana temporaria), вѣсомъ въ 42 грм. при подкожномъ впрыскиваніи 1 к. стм. указаннаго раствора дигиталина быстро наступали характерныя измѣненія дѣятельности сердца, а черезъ 30 мин. систолическая его остановка. Въ недавней работѣ *Heuser*'a [22]) указывается, что на Bufo cinereus не дѣйствуетъ строфантинъ въ дозахъ въ 120 разъ бо̀льшихъ той, которая у Rana temporaria вызываетъ остановку сердца. По указаніямъ этого автора жабы также относительно невоспріимчивы и къ геллебореину и сциллипикрину. Въ виду того, что нельзя доказать разрушенія этихъ ядовъ въ крови жабъ (отсутствіе антивещества въ ней), а также въ виду того, что яды эти изъ организма быстро не выдѣляются, приходится признать, что сердце жабъ само по себѣ невоспріимчиво къ сердечнымъ ядамъ («Organimmunität oder histogene Immunität», по *Behring*'у).

По установленіи сходства въ дѣйствіи на организмъ фринина съ веществами группы дигиталина, мнѣ казалось небезынтереснымъ выяснить вопросъ о мочегонномъ его дѣйствіи на подобіе напр. сциллаина *). Для этого я поступалъ такъ. Кролики наркотизировались хлоралъ-гидратомъ для того, чтобы парализовать сосудодвигательный центръ и тѣмъ устранить неблагопріятное вліяніе на мочеотдѣленіе съуженія сосудовъ. Затѣмъ дѣлался искусственный свищъ въ мочевомъ пузырѣ, куда вставлялась трубочка, приходящаяся какъ разъ къ отверстіямъ мочеточниковъ, и свищъ завязывался. По количеству вытекающей изъ трубочки мочи можно было судить объ увеличеніи или уменьшенія мочеотдѣленія. Эти опыты показали, что фрининъ (при подкожномъ введеніи) замѣтнаго вліянія на мочеотдѣленіе не оказывалъ. Слѣд., и въ этомъ отношеніи фрининъ оказался также похожимъ на большинство веществъ группы дигиталина, которыя у здоровыхъ животныхъ, какъ извѣстно, не только не вызываютъ мочегоннаго дѣйствія, но даже иногда даютъ анурію (отъ съуженія почечныхъ сосудовъ).

*Мѣстное дѣйствіе жабнаго яда.* О раздражающемъ дѣйствіи яда на слизистыя оболочки, а также и при подкожномъ его введеніи рѣчь была выше. Несомнѣнно, въ зависимости отъ насыщенности яда происходитъ гиперэмія, воспаленіе и даже омертвѣніе тканей. Мнѣ приходилось также наблюдать нѣкоторыя явленія раздраженія (жженіе, какъ отъ кислоты) и въ томъ случаѣ, когда ядъ, выпрыскиваясь изъ железъ, попадалъ мнѣ на руку, слѣд., когда дѣй-

*) Говорю о сциллаинѣ, такъ какъ другіе гликозиды, какъ дигиталинъ, строфантинъ и пр., не принадлежатъ къ веществамъ мочегоннымъ въ настоящемъ смыслѣ этого слова, т. е. не дѣйствуютъ возбуждающимъ образомъ на отдѣлительный эпителій почекъ, подобно, напр., веществамъ группы кофеина. Мочегонное ихъ дѣйствіе при отекахъ на почвѣ разстройства уравновѣшенія сердечной дѣятельности косвенно зависитъ отъ упорядоченія и усиленія послѣдней.

Digitized by Google

ствовалъ на неповрежденную кожу. Но наиболѣе интересно послѣдующее за этимъ анэстезирующее дѣйствіе яда. На эту сторону дѣйствія фринина авторы, работавшіе съ нимъ, почему-то не обратили вниманія, а между тѣмъ этотъ ядъ обладаетъ рѣзкимъ анэстезирующимъ свойствомъ. Только *Staderini* (ор. с.) обратилъ на это должное вниманіе. Съ тѣхъ поръ на это свойство фринина, насколько мнѣ извѣстно, не указывается. Впервые я обратилъ вниманіе на мѣстную анэстезію при смазываніи кожи лягушекъ. Какъ я уже говорилъ выше, смазывая лапку лягушки растворомъ жабнаго яда, я получалъ настолько сильную анэстезію, что могъ безболѣзненно усѣкать ее. При этомъ я замѣтилъ, что ткани становятся малокровными. Вызывающее малокровіе дѣйствіе фринина отмѣчено было и нѣкоторыми указанными выше авторами.

Анэстезирующее дѣйствіе фринина на теплокровныхъ животныхъ я наблюдалъ и при подкожномъ введеніи на мѣстѣ впрыскиванія яда; но эти наблюденія неособенно удобны, такъ какъ мѣстная анэстезія маскируется наступающимъ общимъ отравленіемъ животнаго вслѣдствіе быстраго всасыванія яда изъ подкожной клѣтчатки. Наиболѣе удобны для этихъ наблюденій слизистыя оболочки и конъюнктивы глаза. Выше было указано, что фрининъ дѣйствуетъ на ткань раздражающимъ образомъ. Въ зависимости отъ ослабленія насыщенности яда и явленія мѣстнаго раздраженія становятся все слабѣе. Поэтому слабые водные растворы жабнаго яда, напр., 0,3°/₀, вызываютъ анэстезію почти безъ предварительныхъ явленій раздраженія (или раздраженіе проходитъ крайне быстро). Накапывая въ глазъ кролика 3—4 капли 0,3°/₀-го воднаго раствора яда, я получалъ мин. черезъ 2—3 анэстезію роговицы и конъюнктивы. При большихъ дозахъ анэстезія длилась иногда 10—12 час. При этихъ дозахъ зрачекъ бываетъ сильно съуженъ. Неблагопріятныхъ послѣдствій отъ введенія слабыхъ растворовъ фринина въ глазъ обыкновенно не наблюдается. Благодаря анэстезирующему дѣйствію фринина *Staderini* могъ безболѣзненно производить на животныхъ операціи тенотоміи, иридектоміи и пр. (см. выше). Анэстезирующее дѣйствіе фринина на глазъ было испробовано *Staderini* въ нѣкоторыхъ случаяхъ и на людяхъ. Принимая во вниманіе обезболивающее и обезкровливающее дѣйствіе жабнаго яда, приходится признать, что онъ имѣетъ также сходство и съ кокаиномъ или адреналиномъ. Можно было-бы думать, что, благодаря этому свойству, вышеуказанное сходство фринина съ веществами группы дигиталина значительно уменьшается. Но при ближайшемъ разсмотрѣніи этого вопроса оказалось, что и вещества группы дигиталина не лишены мѣстно анэстезирующаго свойства. Такъ, по указаніямъ *Venturini* и *Gasparrini* [23]), препараты геллебореина и строфантина какъ при подкожномъ введеніи, такъ при введеніи въ глазъ производятъ мѣстное анэстезирующее дѣйствіе. Мною были произведены наблюденія надъ мѣстнымъ дѣйствіемъ на глаза кроликовъ растворовъ дигиталина (Merk'а) въ разведеніи 1 : 1000, строфантина 2 : 100 и конваллямарина 2 : 100. Дигиталинъ въ указанномъ разведеніи (вслѣдствіе малой растворимости его въ водѣ, болѣе крѣпкихъ его растворовъ приготовить нельзя), пущенный въ глазъ въ количествѣ около 10 капель, произвелъ только нѣкоторое ослабленіе чувствительности роговицы, тогда какъ строфантинъ и конваламиринъ, вслѣдъ за нѣкоторымъ раздраженіемъ, вызвали быстро рѣзкую анэстезію роговицы и конъюнктивы. Зрачекъ при строфантинѣ сильно расширялся, а при конвалламаринѣ сильно съуживался. Анэстезія длилась 5—6 час. и даже дольше.

Такимъ образомъ анэстезирующее свойство фринина не только не отдаляетъ его отъ веществъ группы дигиталина, но, наоборотъ, даже сближаетъ его съ ними еще тѣснѣе.

Чтобы дать представленіе о степени ядовитости жабнаго яда, укажу, что у собакъ замѣтное дѣйствіе на сердце онъ оказываетъ при введеніи въ кровь въ количествѣ около 0,00003 на кило, а останавливаетъ его работу въ количествѣ 0,0007 на кило. Если принять во вниманіе, что дѣйствующее начало составляетъ только малую долю ядовитаго секрета жабъ, то придется признать за нимъ весьма сильную токсичность.

Такъ какъ фрининъ дѣйствуетъ на сердце вполнѣ сходно съ дигиталиномъ и мѣстно производитъ анэстезію и анэмію тканей, подобно кокаину и адреналину, то можно думать и о многостороннемъ терапевтическомъ примѣненіи этого препарата и это—тѣмъ болѣе, что препаратъ этотъ вполнѣ доступенъ и долго сохраняется въ высушенномъ видѣ (напр., въ видѣ высушенной кожи жабъ). На возможность клиническаго примѣненія фринина въ различныхъ случаяхъ указывалъ уже *Fornara*, а также и *Staderini* (см. выше). Интересно, что издавна въ народѣ жабный ядъ пользовался репутаціей мочегоннаго и отчасти болеутоляющаго средства, напр. при желудочныхъ боляхъ, при ракѣ желудка и т. д. *). Насколько въ старинной медицинѣ жабный ядъ пользовался многостороннимъ примѣненіемъ, тому доказательствомъ служитъ приведенная *Fornara* [24]) цитата *M. Etmuller*'а: «Bufones vivi furore perciti venenati sunt.... Mense julio transfossi, exsiccati et, abscissis capitibus et intestinis, pulverisati ad gr. XII alternis diebus hydropicis propinati egregie sanant. Alii contra febres ardentes propinant ante paroxysmum.... Pulvis bufonum appensus contra incontinentiam urinae valet et virtute anodyna pollere dicitur. Sal ejus volat, penetrans est diureticum. Paratur quoque oleum anodynum beneficio salis marini et amygdal. dulc.... Ulcera fagedenica cancerosa tractanda sunt.... insperso pulvere bufonum calcinat». (*V. Michaelis* Etmulleri Opera omnia in compend. redacta; Amsterdam, 1702). На основаніи анализа дѣйствія жабнаго яда на организмъ мы теперь едва-ли можемъ сомнѣваться въ справедливости основныхъ положеній только-что приведенныхъ эмпирическихъ наблюденій.

**Литература.** 1. *Seeck.* Юрьевская диссертація, 1891; прив. по *Kobert*'у—Lehrbuch d. Intoxication, 1893, стр. 321.—2. *A. Paré.* Прив. по *Faust*'у. *Faust.* Ueber Bufonin u. Bufotalin, die wirksamen Bestandtheile d. Krötenhautdrüsensecretes. «Archiv f. experim. Pathologie u. Pharmakologie, 1902, т. 47, стр. 278.—3. *Staderini.* Effetti locali del veleno del rospo nell'occhio umano. Annali di Ottalmologia». 1888, 17, стр. 258.—4. *Kobert.* Lehrbuch d. Intoxication. 1893, стр. 322.—5. *Cloëz* et *Gratiolet.* Notes sur les propriétés vénéneuses de l'humeur lactescente, que sécrètent les parotides cutanéés de la salamandra terrestre et le crapaud commun. «Comptes rendus de l'Académie des sciences», 1851, т. 32.—6. *Gemminger.* Прив. по *Faust*'у, ор. с.—7. *Vulpian.* Sur le venin du crapaud commun. «Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie, 1854. ноябрь, стр. 133.—8. *Vulpian.* Etude physiologique des venins d. crapaud, du triton etc. Тамъ-же, 1856, 2 рядъ, стр. 125.—9. *Fornara.* Sur les effets physiol. d. venin d. crapaud. «Journal d. thérapeutique», 1877, т. 4, стр. 883.—10. Прив. по *Faust*'у, ор. с., стр. 9.—11. Прив. по *Fornara*, ор. с., стр. 884.—12. *Calmels.* Sur le venin des Batraciens. «Comptes rendus d. Séances de l'Académie d. sciences, 1884, т. 98, стр. 536.—13. *S. Staderini.* Sugli effetti anestesici d. veleno del rospo nell'occhio «Annali di Ottalmologia», 1888, стр. 424.—14. *Lewin.* Lehrbuch d. Toxicologie, 1897, стр. 443.—15. *Kobert*, Op. c., стр. 322.—16. *Phisalix et Bertrand.* Recherches sur la toxicité du sang du crapaud commun. «Archives d. Phisiologie», 1893, т. 5, стр. 511.—17. *Pugliese.* Прив. по *Faust*'у, ор. с.—18. *Faust.* Op. c.—19. *Phisalix* et *Bertrand.* Sur les principes actifs d. venin de crapaud commun. «Comptes rendus d. Séances de l'Académie d. sciences», 1902, т. CXXXV, № 1, стр. 46. *Bertrand.* Sur la nature de la Bufonine. Тамъ-же, стр. 49.—20. *Faust.* Weitere Beiträge z. Kenntniss d. wirksam. Bestandtheil. d. Krötenhautdrüsensecretes. «Archiv f. experim. Pathologie u. Pharmakologie», 1902, т. 49, тетр. 1, стр. 1.—21. Прив. по *Kobert*'у. Lehrbuch d. Intoxication, 1893, стр. 323.—22. *Heuser.* Ueber d. Giftfestigkeit d. Kröten. Прив. по «Centralblatt f. Physiologie», 1903, № 5, стр. 120.—23. *Venturini* et *Gasparrini.* Sugli effetti anestesici della elleborina. Прив. по *Staderini*, ор. с., стр. 436.—24. *Fornara*, Sur les effets physiolog. du venin de crapaud. «Journal de thérapeutique», 1877, 4, стр. 937.

*) Говорю это на основаніи ссылокъ иностранныхъ авторовъ; что касается роли яда въ нашей народной медицинѣ, то объ этомъ я свѣдѣній не имѣю.

Digitized by Google

LXXXVII. Изъ госпитальной терапевтической клиники В.-Медицинской Академіи.

# Къ казуистикѣ кистъ и псейдокистъ поджелудочной железы. Случай травматическаго кровоизліянія въ полость малаго сальника.

А. Ю. Двужильнаго.

«On connait peu les maladies du pancréas; on ne les recherche pas»—утверждалъ *Arnozan* въ 1884 г. Прошло почти 20 лѣтъ, а справедливость этого положенія сохраняетъ свою силу отчасти и по настоящее время, ибо и до сихъ поръ патологія поджелудочной железы темна, разстройства ея дѣятельности мало опредѣленны, признаки ихъ нерѣдко мало убѣдительны. Только группа кистъ поджелудочной железы представляетъ въ этомъ отношеніи нѣкоторое исключеніе. Симптоматологія этой группы болѣе стройна; однако, и здѣсь говорится о цѣлой группѣ заболѣваній—en masse, именно, объ истинныхъ и ложныхъ кистахъ вмѣстѣ, между тѣмъ какъ эти образованія анатомически весьма различны. Подобное обобщеніе обусловливается тѣмъ, что клиническія явленія этихъ патологическихъ формъ такъ схожи, что затруднительно, а иногда и прямо невозможно, достигнуть въ прижизненномъ распознаваніи точности патолого-анатомической. Впрочемъ, и анатомическая разработка вопроса далеко не закончена. Слѣдуетъ замѣтить, что случаевъ, строго, подробно обслѣдованныхъ, очень немного. Изъ случаевъ кистъ и псейдокистъ поджелудочной железы, сообщенныхъ до сихъ поръ (а ихъ всего около 150), лишь немногіе отличаются полнотой, опредѣленностью и, такъ сказать, законченностью въ описаніи прижизненной картины и анатомическихъ данныхъ, ибо схема распознавательныхъ признаковъ не безупречна. Нельзя поэтому считать лишнимъ сообщеніе всякаго новаго случая, особенно если онъ въ клиническомъ отношеніи прослѣженъ подробно.

*Körte* считаетъ справедливымъ называть кистами поджелудочной железы какъ истинныя кисты (кисто аденомы, ретенціонныя кисты), такъ и травматическія или воспалительныя изліянія подъ листокъ брюшины, покрывающій поджелудочную железу, или даже въ полость малаго сальника (ложныя кисты). Это не совсѣмъ, однако, справедливо, ибо, если сейчасъ и нѣтъ безусловно точныхъ и постоянныхъ прижизненныхъ признаковъ для отличія истинныхъ кистъ поджелудочной железы отъ ложныхъ, то, все-же, въ нѣкоторыхъ случаяхъ имѣются такіе припадки, которые позволяютъ иногда съ извѣстною долею вѣроятности отличить истинныя кисты отъ ложныхъ.

Въ исторіи распознаванія кистъ поджелудочной железы нужно отмѣтить 1882-ый годъ, когда *Gussenbauer* въ 1-ый разъ сдѣлалъ прижизненное распознаваніе кисты — до операціи—съ такой вѣроятностью, какая была возможна для того времени. Онъ-же установилъ и опредѣленные признаки, на которые можно было опираться при распознаваніи. Затѣмъ, о томъ-же сдѣлали сообщенія *Senn* въ 1884 г. и *Küster* въ 1886 г. Въ новѣйшее время ученіе о распознаваніи этого заболѣванія сравнительно подвинулось впередъ, такъ что число распознанныхъ случаевъ значительно увеличилось, и операціи «производились теперь не по поводу неизвѣстнаго «Tumor abdominis» съ эксплоративною цѣлью, но при заранѣе установленномъ распознаваніи, какъ цѣлесообразное лѣчебное мѣропріятіе» (*Körte*). Впрочемъ, ошибки и здѣсь бывали нерѣдко; смѣшивали иногда это заболѣваніе (у женщинъ) съ кистой яичника («очень большой кистой»), съ эхинококкомъ печени, кистами селезенки, почекъ, брызжейки и т. д. И дѣйствительно, отличительное распознаваніе этихъ заболѣваній не всегда просто и легко. Распознаваніе кисты поджелудочной железы устанавливается на цѣломъ рядѣ фактовъ, каждый изъ которыхъ въ отдѣльности недостаточенъ.

Нарушеніе отправленій поджелудочной железы не имѣетъ опредѣленнаго рѣшающаго значенія. Съ припадками прекращенія ея дѣятельности приходится встрѣчаться крайне рѣдко, во 1-хъ, потому, что при этой формѣ заболѣванія обыкновенно остается нормально работающая ткань, а затѣмъ потому, что изъ отправленій железы нѣтъ такого специфическаго, свойственнаго только ей одной, нарушеніе котораго указывало бы ясно на ея заболѣваніе. Явленія сахарнаго мочеизнуренія — очень рѣдкій припадокъ, ибо часть железы, очевидно, остается здоровой. Во всякомъ случаѣ, присутствіе сахара въ мочѣ можетъ помочь распознаванію, а для предсказанія имѣетъ большое значеніе. Еще меньшее, пожалуй, значеніе имѣетъ т. наз. стеаторрея. Этотъ признакъ при заболѣваніяхъ поджелудочной железы вообще встрѣчается чрезвычайно рѣдко, какъ это видно изъ исторій болѣзней, сообщенныхъ авторами, обращавшими вниманіе на эту сторону дѣла. При кистахъ поджелудочной железы признакъ этотъ также рѣдокъ; его не было даже въ случаѣ *Charton*'а (прив. по *Körte*), гдѣ послѣ смерти больного железа оказалась совершенно перерожденной, но, если онъ имѣется, то его распознавательное значеніе дов. большое.

Не малое значеніе для распознаванія имѣютъ анамнестическія данныя. Нерѣдко кисты поджелудочной железы развиваются вслѣдъ за травмой въ разные промежутки времени, скоро и медленно, т. е. въ первые дни вслѣдъ за поврежденіемъ или по истеченіи мѣсяцевъ, лѣтъ. Далѣе, во многихъ случаяхъ кисты поджелудочной железы развивались при острыхъ воспалительныхъ явленіяхъ—гастрическихъ припадкахъ: кардіальгіи, тошнотѣ и рвотѣ. Эти припадки встрѣчаются какъ при истинныхъ, такъ и при ложныхъ кистахъ железы и до извѣстной степени характерны для тѣхъ и другихъ.

Часто наблюдаются общее истощеніе и сильная слабость.

Всѣ эти данныя въ связи съ появленіемъ въ верхней части живота опухоли съ круглымъ очертаніемъ, увеличивающейся какъ-бы толчкообразно, заставляютъ предположить, не имѣется-ли дѣло съ кистой или псейдокистой поджелудочной железы. Самое-же важное, рѣшающее значеніе для распознаванія имѣетъ положеніе опухоли и ея отношеніе къ сосѣднимъ органамъ. Типическія кисты поджелудочной железы (т. е. встрѣчающіяся наичаще, описаніе которыхъ я и привожу) занимаютъ область отъ мечевиднаго отростка до пупка. Онѣ лежатъ или по средней линіи, или влѣво отъ нея, рѣдко вправо, и образуютъ полукруглую, обыкновенно зыблющуюся припухлость въ этой области. Поверхность опухоли гладка. Сама опухоль неподвижна, или подвижна очень мало. Она часто слѣдуетъ за дыхательными движеніями и нерѣдко передаетъ біеніе аорты. При постукиваніи надъ опухолью получается тупой звукъ; въ окружности-же ея звукъ барабанный. Обыкновенно отъ печени и отъ селезенки опухоль отдѣляется поясомъ барабаннаго звука. Чрезвычайно важно, далѣе, отношеніе опухоли къ желудку и поперечной ободочной кишкѣ. Еще *Gussenbauer* совѣтовалъ для этой цѣли раздувать желудокъ и кишки. Съ помощью этого способа можно установить, что находящаяся въ верхней части живота зыблющаяся опухоль вверху и отчасти спереди покрыта желудкомъ, а поперечная ободочная кишка лежитъ у нижняго края или-же впереди опухоли, т. е. можно сказать, что дѣло имѣется съ образованіемъ, расположеннымъ въ т. наз. bursa omentalis (т. е. въ самой полости малаго сальника или на мѣстѣ ея). Этотъ признакъ съуживаетъ кругъ возможностей и облегчаетъ распознаваніе. Скопленіе жидкости можетъ исходить или изъ органа, лежащаго у задней стѣнки bursae omentalis (путемъ опыта установлено, что большія кистовидныя образованія встрѣчаются изъ органовъ, лежащихъ въ этомъ мѣстѣ, почти только у поджелудочной железы, именно представляютъ кисты послѣдней, если забыть о центрально размягченныхъ новообразованіяхъ—саркомахъ и карциномахъ), или жидкость можетъ скопиться въ самой bursa omentalis, такъ какъ эта послѣдняя, вслѣдствіе склейки *Winslow*'ова отверстія, можетъ превратиться въ замкнутое пространство, въ которомъ и будетъ находиться скопленіе кровянистой или сывороточно-воспалительной жидкости («hydrops bursae omentalis»). Обѣ эти возможности въ настоящее время едва-ли можно разграничить, такъ какъ имъ присущи одинаковыя явленія, одинаковое развитіе. Разрѣшить сомнѣніе можетъ лишь проб-

Digitized by Google

ный проколъ, въ случаѣ, если въ добытой жидкости обнаруживаются специфическія бродила поджелудочной железы. Наоборотъ, отрицательный результатъ безусловно не рѣшаетъ дѣла, такъ какъ извѣстны случаи, гдѣ бродилъ въ жидкости не было, а тѣмъ не менѣе киста исходила изъ поджелудочной железы.

Значительныя затрудненія въ распознаваніи встрѣчаются при атипическомъ, такъ сказать, анормальномъ положеніи кисты. Если она лежитъ между печенью и желудкомъ, т. е. если она развилась по направленію желудочно-печеночной связки (lig. gastro-hepaticum), раздуваніе желудка опять рѣшаетъ дѣло. Въ этомъ случаѣ большая часть передней поверхности опухоли окажется покрытою желудкомъ (въ растянутомъ состояніи), а вверху у печени, у самаго края ея, останется часть кисты, которая можетъ давать тупо-заглушенный звукъ, такъ какъ этотъ участокъ желудкомъ не прикрытъ. Другими словами, при такомъ положеніи опухоли нѣтъ обычнаго пояса барабаннаго звука, раздѣляющаго печень и опухоль.

Если киста ростетъ внизъ, по направленію къ тазу, такъ что характерное отношеніе ея къ желудку теряется, то распознаваніе очень затрудняется. Тогда нужно раздуть поперечную ободочную кишку и опредѣлить отношеніе къ ней опухоли. Иногда опухоль сдвигаетъ нисходящую ободочную кишку къ средней линіи живота. Въ этомъ случаѣ распознаваніе можетъ сильно склоняться въ пользу забрюшинныхъ и брызжеечныхъ железъ. Рѣшаетъ дѣло опять таки пробный проколъ и характеръ добытой жидкости.

Смѣшать кисту поджелудочной железы можно съ кистой яичника, гидронефрозомъ, анеиризмой брюшной аорты и эхинококкомъ, развивающимся позади желудка. При отличіи отъ эхинококка надо обращать вниманіе на большую длительность развитія эхинококка, отсутствіе рѣзкаго исхуданія и худосочія и наличность шума дрожанія гидатидъ. Анеиризма брюшной аорты отличается характернымъ біеніемъ, наличностью шума надъ ней, запаздываніемъ пульса въ бедренной артеріи и т. д. Киста яичника имѣетъ свои характерные признаки, а, кромѣ того, занимаетъ въ брюшной полости мѣсто болѣе низкое, чѣмъ киста поджелудочной железы. Что касается гидронефротическаго мѣшка, то онъ выполняетъ главнымъ образомъ ту или другую область почки, чего при кистѣ поджелудочной железы въ большинствѣ случаевъ не бываетъ. Раздуваніе толстой кишки воздухомъ точно также въ этомъ случаѣ выясняетъ дѣло: кишка оказывается при этомъ какъ разъ впереди опухоли. Не слѣдуетъ забывать изслѣдованія мочи. Если путь отъ почки къ пузырю прегражденъ большимъ гидронефротическимъ мѣшкомъ, можетъ помочь цистоскопія. Содержимое гидронефротическаго мѣшка можетъ быть сильно измѣнено и очень путать примѣсью крови. Важныя также данныя получаются, если удается собрать точный анамнезъ, твердо установить направленіе, въ которомъ опухоль развилась. Кисты поджелудочной железы обыкновенно исходятъ изъ надчревья, что особенно бываетъ ясно, если киста небольшая; при очень-же большихъ опухоляхъ отличительное распознаваніе можетъ представить большія затрудненія. Для поясненія только-что сказаннаго приведу въ примѣръ случаи *Rupprecht*'а и *v. Kleef*'а (прив. по *Körte*).

Въ случаѣ *Rupprecht*'а впереди кистовидной опухоли находилось правое колѣно ободочной кишки: желудокъ лежалъ влѣво вверху и впереди опухоли; опухоль стала развиваться изъ надчревья. На основаніи этихъ данныхъ была распознана киста поджелудочной железы. При пробномъ проколѣ найдены были, однако, слѣды мочевины, что говорило за кисту почекъ. При операціи оказалось, что киста развилась изъ поджелудочной железы.

*V. Kleef* дѣлалъ операцію въ случаѣ, также представлявшемъ большія затрудненія для распознаванія. Вся лѣвая сторона живота, не доходя до *Poupart*'овой связки на ладонь, была выполнена кистовидною опухолью, кзади простиравшеюся до позвоночника, — а спереди переходившею среднюю линію; нисходящая ободочная кишка лежала впереди опухоли; положеніе желудка не указано. При проколѣ получена мутная, коричневая жидкость, содержавшая бѣлокъ, кровяныя тѣльца, слѣды мочевины. На основаніи этихъ данныхъ *v. Kleef* опредѣлилъ гидронефрозъ. Въ дальнѣйшемъ, однако, оказалось, что отдѣляемое кисты (черезъ свищъ) содержало сахарообразовательное и эмульгирующее бродило. При вылущеніи кисты было твердо установлено, что она исходила изъ хвоста поджелудочной железы.

Эти 2 случая указываютъ на трудности, которыя могутъ встрѣтиться въ нѣкоторыхъ случаяхъ при отличительномъ распознаваніи кистъ поджелудочной железы и почекъ, равно какъ и на малое иногда значеніе въ этомъ отношеніи даже прокола.

Брызжеечныя кисты лежатъ обыкновенно ниже пупка и этимъ отличаются отъ кистъ поджелудочной железы, занимающихъ обыкновенно область надчревья. При развитіи кисты поджелудочной железы между листками брызжейки ободочной кишки (mesocolonis) признаки брызжеечныхъ кистъ и кистъ поджелудочной железы такъ схожи, что только путемъ пробнаго прокола можно выяснить болѣзнь, если удается найти специфическія бродила; отрицательный-же результатъ прокола нисколько не говоритъ противъ кистъ поджелудочной железы.

Тоже самое можно сказать о ретенціонныхъ кистахъ, развившихся въ области малаго сальника, но соединенныхъ съ поджелудочной железой, о т. наз. псейдокистахъ этой послѣдней. Картина болѣзни здѣсь совершенно тождественна съ таковою при истинныхъ кистахъ. Отличительными признаками, говорящими за истинныя кисты, могутъ служить присутствіе въ извлеченной при проколѣ жидкости трипсина, присутствіе сахара въ мочѣ, отсутствіе индикана въ ней, а также большое исхуданіе больного. Къ сожалѣнію, всѣ эти признаки встрѣчаются далеко не такъ часто, какъ это было бы желательно (*Oser*). Такую же точно картину болѣзни даютъ и кисты, развившіяся изъ стѣнокъ желудка, какъ на это указываютъ *Ziegler*, *Kosiński* и др. (по *Körte*). Онѣ занимаютъ заднюю стѣнку желудка и, вдаваясь въ bursa omentalis, не могутъ, конечно, быть отличены отъ кистъ поджелудочной железы, развивающихся въ этомъ-же пространствѣ. Съ кистами поджелудочной железы можно легко еще смѣшать забрюшинныя лимфо-кисты, разъ онѣ развиваются въ верхней части забрюшиннаго пространства.

Что касается опухолей поджелудочной железы—карциномъ и саркомъ, то онѣ отъ кистъ отличаются плотностью, бугристостью, меньшей величиной, отсутствіемъ зыбленія и упругости, свойственной кистамъ.

Гнойники, исходящіе изъ поджелудочной железы, рѣдко достигаютъ такого объема, какъ это свойственно кистамъ, и не имѣютъ круглой формы кисты; кромѣ того, они обусловливаютъ болѣзненность при давленіи и протекаютъ быстро, сопровождаясь лихорадкой.

Теченіе кистъ поджелудочной железы различно, смотря по роду и происхожденію. Проходятъ иногда многіе годы, пока кисты достигаютъ большихъ размѣровъ; иногда-же развитіе кистъ идетъ очень быстро, въ особенности, если въ основѣ ихъ лежитъ траума, или если онѣ развились при воспалительныхъ явленіяхъ. Кисты, предоставленныя самимъ себѣ, могутъ достигать огромной величины и иногда содержать до 15—20 литровъ жидкости. Нерѣдко при нихъ наблюдается кровоизліяніе въ полость мѣшка, а иногда стѣнка ихъ разрывается, и содержимое изливается въ полость брюшины или кишекъ. Такое кровоизліяніе можетъ обусловить внезапную смерть.

Перехожу къ описанію своего случая.

25/I 1903 г. въ госпитальную терапевтическую клинику, находившуюся во временномъ завѣдываніи ч. пр. *А. П. Фавицкаю*, былъ доставленъ С. К., 38 л., запасный рядовой, жаловавшійся на боль въ подложечной области, рвоту послѣ каждаго пріема пищи, плохой позывъ на ѣду, слабость, исхуданіе и опухоль въ животѣ. Родился въ Кіевской губ., гдѣ въ деревнѣ провелъ дѣтство и юность. 21-го года поступилъ на военную службу; 27 лѣтъ вышелъ въ запасъ и вскорѣ женился. Дѣтей не имѣетъ; у жены 1 разъ былъ выкидышъ и 1 разъ родился доношенный ребенокъ, который, однако, умеръ 3-хъ недѣль отъ рожденія, неизвѣстно отъ какой причины. Послѣ военной службы служилъ слесаремъ въ экипажномъ заведеніи; въ послѣднее время работалъ на Николаевской жел. дорогѣ. До сихъ поръ всегда пользовался хорошимъ здоровьемъ; жизнь велъ трезвую, скромную. 3/X 1902 г. его сдавило буферами вагоновъ (сзади напередъ—въ области живота). Онъ потерялъ тогда сознаніе и былъ доставленъ въ одну изъ городскихъ больницъ, гдѣ и пробылъ до 17/XII. Вкратцѣ за этотъ періодъ исторія его болѣзни такая [1].

Средняго роста и сложенія; немного блѣденъ. Пульсъ 80, средняго наполненія. На тѣлѣ наружныхъ признаковъ ушиба нѣтъ.

---

[1]) Нижеприводимыя данныя я получилъ отъ куратора больного студ. 5-го курса *В. Нюрнберга*, которому и приношу здѣсь благодарность.

Digitized by Google

Животъ слегка вздутъ и напряженъ по средней линіи, при ощупываніи болѣзненъ, особенно въ подложечной области. На 5-й день пребыванія въ больницѣ въ подложечной области была опредѣлена плотная опухоль, нижняя граница которой доходила до пупка. Надъ опухолью былъ барабанный звукъ, доходившій до края реберъ и смѣнявшійся здѣсь печеночной тупостью. Общее состояніе удовлетворительно; на низъ правильно. 37°,5—38°. На слѣдующій день нѣсколько разъ была рвота; въ послѣдующія $1^1/_2$ недѣли рвота не прекращалась, но подъ конецъ этого срока стала появляться лишь послѣ пріемовъ пищи. Опухоль оставалась это время безъ измѣненій. Приблизительно на 15-ый день было замѣчено уменьшеніе опухоли; къ концу 3-ей недѣли отъ начала заболѣванія опухоль почти исчезла; ее можно было прощупать лишь въ подложечной области, при чемъ ощупываніе вызывало лишь незначительную боль. Въ такомъ состояніи больной пробылъ въ больницѣ еще съ мѣсяцъ. Опухоль оставалась въ неизмѣненномъ видѣ, прощупывалась въ подложечной области, давала при ощупываніи небольшую болѣзненность; при поступкиваніи надъ нею получался барабанный звукъ. За время пребыванія въ больницѣ еще разъ выступили явленія раздраженія со стороны желудка—тошнота и несильная рвота, между тѣмъ со стороны опухоли никакихъ измѣненій открыть не удалось. Кромѣ этихъ явленій, въ больницѣ у больного наблюдалось еще небольшое осложненіе со стороны мочевого пузыря (частое мочеиспусканіе, боль при давленіи на пузырь), но эти явленія скоро прошли. Температура только первые дни болѣзни была немного повышена, съ 6—7-го же дня она все время оставалась нормальной. 18/XII больной выписался при удовлетворительномъ самочувствіи. Опухоль въ области желудка при выпискѣ была безъ измѣненій, почти безболѣзненна.

Вскорѣ послѣ оставленія больницы у больного появился отекъ ногъ, который, однако, быстро прошелъ. Съ новаго года состояніе его здоровья безъ особыхъ причинъ снова измѣнилось къ худшему: животъ сталъ быстро увеличиваться, въ немъ появились сильныя, постоянныя уже, боли, снова стало рвать, особенно послѣ пріемовъ пищи; рвота состояла изъ принятой пищи или была водянистая со слизью и желчью; больной съ каждымъ днемъ сталъ все болѣе худѣть и слабѣть. Въ испражненіяхъ не было ничего особаго, но замѣчалась наклонность къ запорамъ. 25/I поступилъ въ клинику.

Роста немного выше средняго; очень истощенъ; безпомощно лежитъ на постели. Кожа и видимыя слизистыя оболочки блѣдны. На туловищѣ, а также на рукахъ и на ногахъ кожа легко собирается въ складки; подкожный жировый слой и мышцы въ состояніи атрофіи. Зрачки средней ширины, на свѣтъ отвѣчаютъ слабо. Со стороны нервной системы ничего особаго; колѣнные рефлексы ослаблены. Строеніе и форма грудной клѣтки нормальны. Звукъ надъ легкими ясный, немного заглушенъ справа подъ лопаткой. Въ нижнихъ доляхъ легкихъ сзади сухіе хрипы, а иногда и влажные крупнаго и средняго калибра; въ остальныхъ частяхъ дыханіе нормальное. Дых. 28. Нижнія доли легкихъ достаточно подвижны. Правая граница сердца на палецъ заходитъ за лѣвый край грудины, остальныя—нормальны; надъ легочной артеріей легкое удареніе; звуки чисты. П. 80, правильный, средняго наполненія. Животъ увеличенъ, но не совсѣмъ равномѣрно; въ области надчревья, особенно въ лѣвой ½ рѣзкая припухлость округлой формы, ясно бьющаяся, не перемѣщающаяся при дыхательныхъ движеніяхъ. Ощупываніе живота болѣзненно, особенно на мѣстѣ видимаго выпячиванія; здѣсь ощущается гладкая, упругая опухоль, съ неясными зыбленіемъ; соотвѣтственно верхней части опухоли при дыханіи ясно воспринимается шумъ тренія. Верхняя и лѣвая границы опухоли неясны: вслѣдствіе напряженія живота ощупать ихъ точно не удается; правая, по видимому, распространяется, за среднюю линію къ правому подреберью и доходитъ до него; здѣсь опухоль гораздо плотнѣе, зыбленія не обнаруживаетъ, при ощупываніи болѣзненна, за дыхательными движеніями слѣдуетъ мало; эта часть опухоли по правой грудинной линіи какъ-бы сливается съ нижнимъ краемъ печени; нижняя граница опухоли не доходитъ до пупка пальца на 3; нижній край ея представляется въ видѣ бугристаго очень болѣзненнаго, толстаго тяжа, рѣзко окаймляющаго очертанія опухоли снизу. Звукъ надъ опухолью тупо-барабанный, между-же печеночной тупостью и притупленнымъ звукомъ надъ опухолью имѣется поясъ яснаго барабаннаго звука. При отрывистыхъ короткихъ ударахъ надъ опухолью получается шумъ плеска, а при растираніи этой области ясно замѣчаются перистальтическія движенія, идущія слѣва направо и исчезающія у праваго подреберья по правой грудинной линіи. Печеночная тупость съ 5-го ребра по сосковой и съ 7-го по подмышковой линіямъ. Нижній край правой доли печени перкуторно не выходитъ изъ подъ края реберъ и не прощупывается. Селезенка не прощупывается, перкуторно она опредѣляется между 8-мъ и 9-мъ ребромъ. Область почекъ при поступкиваніи сзади не болѣзненна. При раздуваніи желудка оказалось, что барабанный и тупо-барабанный звукъ вверху и надъ опухолью принадлежитъ желудку, растянутому и смѣщенному опухолью впереди. При выслушиваніи дыхательныхъ движеній надъ опухолью легко улавливался дов. рѣзкій шумъ тренія; проба-же на шумъ дрожанія гидатидъ была отрицательная. Изслѣдованіе крови и рвотныхъ массъ, произведенное въ ближайшіе дни, дало слѣдующіе результаты. Кровь: красныя кровяныя тѣльца хорошо складываются въ монетные столбики, явленій пойкилоцитоза не наблюдается; гэмоглобина въ крови (*Gowers*) 84%; красныхъ кровяныхъ тѣлецъ 4.500000, бѣлыхъ 9111, отношеніе 1/494. Рвотныя массы: кисловатый запахъ, много свернувшагося молока, немного слизи; подъ микроскопомъ много жировыхъ капель, крахмальныхъ зеренъ, слизи, глыбки пигмента; 1 — 2 въ полѣ зрѣнія красныхъ тѣлецъ, немного безцвѣтныхъ. Общая кислотность 0,11% (HCl); реакція *Uffelmann*'а на молочную кислоту отрицательная, свободной соляной кислоты нѣтъ. Мочи за сутки 400 к. стм., уд. в. 1020, реакція щелочная (моча суточная); мутноватость; уробилинъ, индиканъ не превышаютъ нормы. При микроскопическомъ изслѣдованіи осадка, полученнаго центрифугированіемъ мочи, найдено: слизь, эпителій, красныя кровяныя тѣльца въ значительномъ, бѣлыя въ небольшомъ числѣ; стекловидные и мелко-зернистые цилиндры въ маломъ количествѣ и кристаллы фосфорнокислой аммiачно-магнезіальной соли. Количественный анализъ (разсчетъ на 1000): мочевины 25,39, мочевой кислоты 0,49, хлорнстаго натрія 2,20, фосфорной кислоты 1,42, сѣрной кислоты 1,60, общее количество азота 13,70, бѣлка 10,64; сахара (декстроза) не найдено; реакція *Tollens*'а на пентозы отрицательная. Осмотическій коэффиціентъ *v. Koranyi* въ данномъ случаѣ $\frac{\Delta}{NaCl} = 5,55$, слѣд., скорость теченія мочи въ мочевыхъ канальцахъ значительно ниже нормы.

6/II больной былъ переведенъ въ хирургическое отдѣленіе проф. *М. С. Субботина*, гдѣ 9/II ему была сдѣлана операція. Общая картина болѣзни до операціи была такая. Самочувствіе, дов. плохое въ началѣ (боли, рвота, слабость), не улучшилось и въ дальнѣйшемъ теченіи. Боли хотя и уменьшились, но рвота продолжалась почти въ такой-же степени; слабость и исхуданіе усилились. Со стороны грудныхъ органовъ никакихъ измѣненій не произошло. Что-же касается опухоли въ животѣ, то отношеніе ея къ сосѣднимъ органамъ и положеніе обозначались отчетливѣй. Въ концѣ концовъ опухоль можно было опредѣлить такъ: Въ лѣвомъ подреберьи прощупывалась упругая, ясно зыблившаяся опухоль, при поступкиваніи дававшая тупой звукъ по лѣвой сосковой линіи съ 6-го ребра; по направленію внизъ тупой звукъ не доходилъ до пупка пальца на 3; вправо онъ переходилъ въ барабанный, замѣняясь тупымъ печеночнымъ (надъ ребрами); влѣво сливался съ селезеночной тупостью; барабанный звукъ желудка занималъ подложечную область, прикрывая сверху и справа опухоль; при раздуваніи желудокъ опредѣлялся на большомъ протяженіи впереди опухоли, оставляя свободнымъ лишь нижній и лѣвый край ея; нижняя граница опухоли не доходила до пупка на 3 пальца, справа переходила за среднюю линію и прощупывалась въ видѣ плотнаго края, измѣнявшаго по временамъ свое напряженіе; лѣвая граница не опредѣлялась; на 2 пальца ниже пупка обнаруживалось присутствіе жидкости. Все время имѣлась наклонность къ запорамъ—почти постоянно требовались клизмы; въ испражненіяхъ ничего особаго. Количество мочи колебалось въ предѣлахъ 1000,0—1500,0, уд. вѣсъ ея былъ 1015—1020; при изслѣдованіи ея новаго ничего не обнаружено; къ концу 2-ой недѣли бѣлка было 4‰; стекловидные и зернистые цилиндры обнаруживались въ маломъ числѣ и не всегда; сахара (декстроза, пентоза) ни разу найдено не было; индиканъ опредѣлялся все время въ небольшомъ количествѣ. Температура тѣла все время была нормальной; п. 78—82; дых. 24—28.

9/II была произведена операція ч. пр. *Н. А. Щеголевымъ*. Разрѣзъ кожныхъ покрововъ сдѣланъ по бѣлой линіи отъ мечевиднаго отростка внизъ на 2 пальца ниже пупка. По вскрытіи брюшины обнаружилась кистовидная опухоль, развившаяся, по видимому, изъ поджелудочной железы. Желудокъ, печень, почки и надпочечныя железы оказались неизмѣненными, желчный пузырь растянутымъ. Большой сальникъ, отчасти съежившійся, помѣщался на передней поверхности опухоли. Опухоль вскрыта у корня брызжейки тонкихъ кишекъ; изъ нея выдѣлилась въ большомъ количествѣ красно-бурая, кровянистая жидкость. Рука, введенная въ полость кисты, ощупывала позвоночникъ и брюшную аорту. Поджелудочная железа не прощупывалась. Кверху полость простиралась до грудобрюшной преграды, кзади—до поясничной области. Съ цѣлью лучшаго дренажированія полости она была вскрыта со стороны поясничной области, для чего сдѣланъ вертикальный разрѣзъ въ лѣвой поясничной области отъ 12-го ребра внизъ. Въ этотъ разрѣзъ вставлена толстая резиновая трубка; со стороны живота полость кисты затампонирована; вставлены также марлевые тампоны въ брюшную полость. Операція произведена подъ хлороформнымъ наркозомъ и продолжалась $1^1/_2$ часа; подъ конецъ ея потребовалось вливаніе солевого раствора въ виду чрезмѣрной слабости пульса; было впрыснуто также 2 к. стм. эѳира. Вечеромъ произведено вторичное вливаніе подъ кожу солевого раствора въ количествѣ 400,0. Послѣдующее теченіе такое. 10/II: 37°—36°,9. П. 96, очень слабый. Вливаніе солевого раствора 400,0. 11/II: 36°,5—36°,8. П. 100, очень слабый. Повязка сильно промокла сзади; сдѣлана перевязка. Подъ кожу введено 400,0 солевого раствора. Кромѣ того, нѣсколько разъ приходилось прибѣгать къ впрыскиванію камфарнаго масла. 12/II: 36°,7. Пульсъ очень слабый, свыше 120. Въ 2 часа 20 мин. больной скончался при возраставшей слабости сердца.

Изслѣдованіе жидкости, добытой изъ кисты при операціи, показало слѣдующее. Жидкость кровянистая, красно-бурая, содержитъ очень много бѣлка (количественно не опредѣлялось; но послѣ кипяченія свернувшаяся жидкость почти не выливалась изъ пробирки); подъ микроскопомъ—много красныхъ кровяныхъ тѣлецъ (нормальныхъ и сильно измѣненныхъ); есть круглыя, безцвѣтныя тѣльца и глыбки пигмента; эпителіальныхъ клѣтокъ не найдено. Изслѣдованіе на трипсинъ дало результатъ *отрицательный*.

На вскрытіи (проз. *И. П. Коровинъ*): Трупъ средняго сложенія, пониженнаго питанія; ростъ 173; вѣсъ 51200. Черепъ мезоцефалическаго типа; кости свода умѣренной толщины. Мозгъ и

его оболочки, кромѣ легкаго отека, измѣненій не представляютъ. Въ полости околосердечной сумки около 2 столовыхъ ложекъ желтоватой, прозрачной жидкости. Сердце уменьшено въ объемѣ; жиръ по бороздамъ атрофированъ; заслонки и отверстія безъ измѣненій; мышца сердца умѣренной плотности, буроватаго цвѣта; стѣнки желудочковъ нѣсколько истончены. Внутренняя оболочка аорты слегка склерозирована. Легкія мѣстами срощены съ грудной стѣнкой; ткань ихъ слегка отечна; всюду проходима для воздуха. Селезенка умѣренной величины; ткань ея темно-красная, умѣренной плотности; мякоть соскабливается въ умѣренномъ количествѣ; перекладины замѣтны. Почки нѣсколько увеличены; сумки ихъ отдѣляются легко; ткань нѣсколько дряблѣе нормальнаго; корковый слой сѣровато-желтоватый. Мочевые пути безъ измѣненій. Печень умѣренной величины; ткань буроватая, умѣренной плотности. Желчные пути безъ измѣненій. Слизистая оболочка желудка и кишекъ почти сплошь окрашена въ сѣро-аспидный цвѣтъ. На сывороточномъ покровѣ кишекъ мѣстами видны фибринозные налеты. На передней стѣнкѣ живота по бѣлой линіи—линейный разрѣзъ, длиною около 18 стм.; верхній и нижній концы разрѣза соединены швами; въ среднюю часть вставлены 2 марлевыхъ тампона; одинъ изъ тампоновъ проходитъ въ брюшную полость, другой — въ полость малаго сальника въ отверстіе между желудкомъ и поджелудочной железой. Стѣнки малаго сальника обложены кровянистыми, буроватыми сгустками, утолщены. Поджелудочная железа мѣстами атрофирована и почти сплошь цирротически измѣнена. Выше лѣвой почки подъ 12-мъ ребромъ изъ малаго сальника сдѣлано отверстіе, ведущее на заднюю поверхность туловища; въ отверстіе вставленъ дренажъ, толщиною въ палецъ. Въ средней части селезеночной артеріи аневризматическое расширеніе, въ лѣсной орѣхъ, закупоренное буроватымъ, кровянистымъ тромбомъ. Вѣсъ мозга 1320, сердца 240, праваго легкаго 1020, лѣваго 970, селезенки 170, правой почки 220, лѣвой 230. Эпикризъ: хроническій межуточный панкреатитъ съ атрофіей; кровоизліянія въ полость малаго сальника; желтая атрофія сердца; хроническій частичный слипчивый плейритъ; начинающійся отекъ легкихъ; паренхиматозное и жировое перерожденіе печени; частичный острый фибринозный перитонитъ; травматическая аневризма селезеночной артеріи.

Киста, не совсѣмъ правильной круглой формы, съ головку ребенка, занимала полость малаго сальника. *Winslov*'ово отверстіе было закрыто. Нижняя граница кисты соотвѣтствовала приблизительно большой кривизнѣ желудка; задняя стѣнка желудка представляла переднюю стѣнку кисты. Поджелудочная железа, цирротически измѣненная и атрофированная, лежала ниже кисты и съ ней, видимо, не сообщалась, а была отдѣлена слоемъ клѣтчатки. Стѣнки малаго сальника, т. е. стѣнки кисты, были обложены кровянистыми, буроватыми сгустками, утолщены, особенно внизу въ лѣвомъ углу, доходя здѣсь до $^3/_4$ стм.; на остальномъ протяженіи толщина стѣнки составляла 3—5 мм.

Для микроскопическаго изслѣдованія ткани, составлявшей стѣнку кисты, были взяты кусочки, изъ различныхъ частей—изъ передней стѣнки (черезъ желудокъ), изъ задней, изъ нижней надъ поджелудочной железой, съ частью железы и изъ другихъ мѣстъ. Кусочки были уплотнены въ спиртѣ, заключены въ параффинъ; срѣзы получены съ помощью микротома, окрашены. Окраска производилась гэматоксилиномъ, эозиномъ, также по v. *Gieson*'у. Стѣнки—всюду одинаковаго строенія и состоятъ, идя съ внутренней поверхности наружу, изъ распада, красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, нормальныхъ и измѣненныхъ безцвѣтныхъ тѣлецъ; далѣе слѣдуетъ болѣе организованная ткань—круглые элементы и веретенообразныя клѣтки, волокна; еще дальше преимущественно волокна и веретенообразныя клѣтки съ изрѣдка встрѣчающимися круглыми элементами. Этотъ слой встрѣчается на всемъ протяженіи стѣнки кисты и состоитъ изъ 4—5 рядовъ клѣтокъ, въ профиль веретенообразныхъ. Затѣмъ картина мѣняется соотвѣтственно тому органу, къ которому прилегалъ изслѣдуемый кусочекъ—то желудокъ (передняя стѣнка), то клѣтчатка (задняя нижняя стѣнка); между кистой и поджелудочной железой былъ ясный, дов. значительный слой соединительной ткани. Поджелудочная железа (паренхима ея) не составляла непосредственной стѣнки кисты. Сама железа представляла сильное развитіе соединительной ткани между дольками. Кровеносные сосуды въ стѣнкѣ кисты встрѣчались въ значительномъ числѣ и были, пожалуй, расширены. И такъ, данныя вскрытія показали, что дѣло имѣлось съ кровоизліяніемъ въ полость малаго сальника.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

LXXXVIII. Изъ академической глазной клиники проф. Л. Г. Беллярминова.

# О лѣченіи болѣзней слёзныхъ путей электролизомъ.

**А. В. Лотина.**

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

Примѣненіе электролиза къ лѣченію разнаго рода суженій естественныхъ протоковъ человѣческаго тѣла не ново и въ настоящее время такъ уже распространено, что я далекъ отъ мысли подробно останавливаться на очень обширной литературѣ этого вопроса. Скажу лишь, что электролизъ, какъ лѣчебный способъ, впервые былъ разработанъ въ Россіи въ 40-хъ годахъ истекшаго столѣтія д-ромъ *Густавомъ Крузеллемъ* [1]). Въ своей монографіи «Ueber den Galvanismus, als chemisches Heilmittel gegen örtliche Krankheiten» (Петербургъ, 1841 г.) онъ изложилъ основы дѣйствія анода и катода гальваническаго тока, описалъ сдѣланные имъ опыты и привелъ цѣлый рядъ наблюденій надъ лѣченными электролизомъ больными съ заболѣваніями глаза, уха, мочеиспускательнаго протока и съ опухолями. Между прочимъ, д-ромъ *Крузеллемъ* примѣненъ былъ электролизъ къ лѣченію съуженій Евстахіевой трубы и мочеиспускательнаго канала. Работы д-ра *Крузелля* объ электролизѣ, представленныя имъ Академіи Наукъ въ Петербургѣ, обратили на себя вниманіе *Н. И. Пирогова*, по ходатайству котораго онъ былъ переведенъ въ Петербургъ, гдѣ и основалъ лѣчебницу для электролитическаго и гальвонакаустическаго лѣченія хирургическихъ болѣзней [2]). Я счелъ необходимымъ остановиться на работѣ д-ра *Крузелля* потому, что лишь немногіе авторы, писавшіе объ элекролизѣ, напр., *Lombardi* [3]) и *Nollet* [4]), справедливо называютъ *Крузелля* основателемъ лѣченія съуженій электролизомъ, большинство-же совершенно не упоминаютъ о немъ и приписываютъ открытіе этого лѣчебнаго способа другимъ авторамъ.

Что касается въ частности съуженій различныхъ естественныхъ протоковъ человѣческаго тѣла, то электролизъ съ большимъ успѣхомъ примѣнялся при съуженіяхъ мочеиспускательнаго канала [*Крузелль* [1]), *Mallet* и *Tripier* *), *Fort* **), *Newmann* **), *Bordier* [5]), *Вагановъ* и *Слетовъ* [6]), *Хольцовъ* [7]), *Рубецъ* [8]) и др.], пищевода [*Fort* [9]), *Слетовъ* [10]) и [11]) и *Постниковъ* [11]), *Зельдовичъ* [12]) и др.], прямой кишки [*Newmann* [13])], Евстахіевой трубы [*Крузелль* [1]) *Duel* [14]) и др.], дыхательнаго горла [*Спенглеръ* [15])] и, наконецъ, слёзно-носового канала. Приведу отзывы нѣкоторыхъ авторовъ объ этомъ способѣ лѣченія съуженій.

Д-ръ *Хольцовъ* [7]) на основаніи 53-хъ случаевъ говоритъ, что «изъ всѣхъ способовъ лѣченія съуженій мочеиспускательнаго канала наилучшіе результаты даетъ электролизъ», а д-ра *Вагановъ* и *Слетовъ* [6]) приходятъ къ заключенію, что «помимо меньшихъ опасностей въ сравненіи съ уретроміей, электролизъ представляетъ, по видимому, и меньше шансовъ на рецидивъ». «*Newmann* примѣнилъ лѣченіе электролизомъ въ 1000 случаевъ, не видѣвъ ни одного возврата» [*Bordier* [5])].

Д-ръ *Зельдовичъ* [12]) находитъ, что при помощи электролиза достигается такое расширеніе рубцовыхъ съуженій пищевода, «какого почти никогда не получается при механическихъ пріемахъ» и «въ отношеніи длительности выздоровленія электролизъ можетъ съ успѣхомъ состязаться съ другими расширяющими способами».

Д-ръ *Duel* [13]) на основаніи 50 случаевъ приходитъ къ выводу, что «при стойкихъ съуженіяхъ глоточнаго отдѣла Евстахіевой трубы соединительной тканью при помощи электролиза всегда удается расширить его просвѣтъ». «Въ случаяхъ, гдѣ измѣненія гнѣздятся въ Евстахіевой трубѣ, и продуванія уха даютъ только временное улучшеніе слуха, электролизъ даетъ блестящіе результаты въ смыслѣ полнаго возстановленія слуха».

Д-ръ *Спенглеръ* [15]) получилъ отъ электролиза стойкое, державшееся $^1/_2$ года расширеніе рубцоваго (сифилитическаго происхожденія) съуженія дыхательнаго горла (ранѣе дѣлался разрѣзъ кругового рубца, но затѣмъ опять послѣдовало съуженіе).

Ограничившись этими краткими литературными данными, касающимися лѣченія электролизомъ съуженій каналовъ вообще, и имѣя въ виду привести ниже нѣсколько подробнѣе литературу по вопросу о лѣченіи электролизомъ съуженій слезноносового канала въ частности, перейду къ собственнымъ наблюденіямъ.

Появившіяся въ «Annales d'oculistique» за 1900 г. статьи *du Gourlay*'я [16]) и *Lagrange*'а [17]) и докладъ *Fage*'а [18]) на XIII Международномъ Съѣздѣ врачей въ Парижѣ о лѣченіи электролизомъ заболѣваній слёзныхъ путей, а также сообщеніе *Б. Н. Хольцова* на прошломъ Пироговскомъ Съѣздѣ въ Москвѣ объ успѣшномъ примѣненіи имъ электролиза въ 53 случаяхъ съуженій мочеиспускательнаго канала побудили меня испытать этотъ способъ лѣченія при съуженіяхъ слёзноносового канала, а также при катарральныхъ и бленнорейныхъ дакріоциститахъ, тѣмъ болѣе, что существующіе т. наз. сохраняю-

*) Прив. по *Nollet* [4]).
**) Прив. по *Хольцову* [7]).

Digitized by Google

щіе способы, какъ то: зондированіе и промываніе слёзныхъ путей различнаго рода вяжущими и обеззараживающими растворами, выдавливаніе содержимаго и массажъ слёзнаго мѣшка, какъ извѣстно, далеко не всегда увѣнчиваются успѣхомъ.

Впервые электролизъ слёзныхъ путей былъ мною примѣненъ лѣтомъ 1902 г. въ глазномъ отрядѣ въ г. Свенцянахъ, о чемъ я вкратцѣ упомянулъ въ Отчетѣ о дѣятельности этого отряда [19]), читанномъ мною въ одномъ изъ засѣданій Петербургскаго офтальмологическаго Общества. Въ виду того, что ближайшіе результаты во всѣхъ 9 случаяхъ съуженій и дакріоциститовъ, лѣченныхъ въ отрядѣ электролизомъ, были хороши, я примѣнилъ лѣченіе электролизомъ на цѣломъ рядѣ больныхъ, преимущественно въ амбуляторіи Академической глазной клиники проф. *Л. Г. Беллярминова*, частью же въ амбуляторіи Петербургской глазной лѣчебницы *). Прежде чѣмъ говорить о полученныхъ мною результатахъ лѣченія, остановлюсь на техникѣ электролиза, примѣнявшагося мною приблизительно соотвѣтственно указаніямъ, даннымъ *Lagrange*'емъ [17]) и *du Gourlay*'емъ [16]).

Для электролиза необходимо имѣть въ распоряженіи: 1) источникъ постояннаго тока, въ видѣ любой гальванической батареи (Leclanché, Stöhrer'a, Spamer'a или др.); въ моемъ распоряженіи въ клиникѣ была батарея Spamer'a, а въ Глазной лѣчебницѣ аккумуляторъ системы Tüdor'a со стѣннымъ реостатомъ; 2) реостатъ для постепеннаго усиленія тока отъ 0 до 4—5 (maximum—8 M. A.) и постепеннаго-же ослабленія силы тока. *Lagrange* совѣтуетъ примѣнять водяной реостатъ *Bergonié*; я пользовался водянымъ реостатомъ системы *Eulenburg*'a, изображеннымъ здѣсь схематически (рис. 1); 3) милліамперометръ, т. е. гальванометръ, точно опредѣляющій силу примѣняемаго тока въ милліамперахъ; 4) зонды, изолированные на наибольшемъ своемъ протяженіи, за исключеніемъ рукоятки и конца, который на протяженіи стм. 1,5 остается неизолированнымъ.

По большей части до сихъ поръ я пользовался обыкновенными серебряными *Bowmann*'овскими зондами, которые, согласно указаніямъ *Du Gourlay*'я, изолировались шеллакомъ, для чего сиропообразной густоты растворъ шеллака въ безводномъ алкоголѣ или въ 95°-мъ спиртѣ наносился при помощи стеклянной палочки тонкимъ ровнымъ слоемъ на зондъ, который затѣмъ оставляли сохнуть, для чего зондъ укладывали среднею частью, не прокрытой шеллакомъ, на какую-нибудь подставку. Слой шеллака на зондѣ обыкновенно засыхаетъ уже черезъ нѣсколько часовъ, и зондъ бываетъ уже годенъ къ употребленію на слѣдующій-же день.

Такъ какъ употребленіе подобныхъ изолированныхъ шеллакомъ зондовъ заключаетъ въ себѣ то неудобство, что послѣ каждаго сеанса электролиза зондъ приходится снова прокрывать слоемъ шеллака (предварительно смывъ спиртомъ и стеревъ прежній слой), то, по моему предложенію, инструментальнымъ мастеромъ Шаплыгинымъ были изготовлены зонды, изолированные по *Lagrange*'у тѣмъ составомъ, которымъ пропитываются эластическіе бужи. Для того, чтобы поверхность ихъ была совершенно ровною, зонды эти предварительно нѣсколько стачиваются на томъ протяженіи, гдѣ они должны быть прокрыты изолирующею массою. Для большей прочности они сдѣланы не изъ серебра, а изъ нейзильбера. Отличіе моихъ зондовъ отъ зондовъ, примѣняемыхъ для электролиза *Lagrange*'емъ, заключается въ томъ, что мои зонды, подобно *Bowmann*'овскимъ, парные (см. рис. 3), тогда какъ зонды *Lagrange*'a (см. рис. 2) внѣшнимъ видомъ скорѣе напоминаютъ полые зонды *Wecker*'a, такъ какъ они одиночны и имѣютъ снабженную винтомъ полую рукоятку для вставленія конца проводника. Нижній конецъ зондовъ *Lagrange*'a не изолированъ на разстояніи 2 стм.; такимъ образомъ, когда зондъ введенъ до конца, изолированная часть занимаетъ слёзный каналецъ и мѣшокъ, а неизолированная часть соотвѣтствуетъ слёзноносовому каналу на всемъ его протяженіи. Для соединенія зондовъ съ проводникомъ мастеромъ Шаплыгинымъ, по моему указанію, былъ изготовленъ винтовой

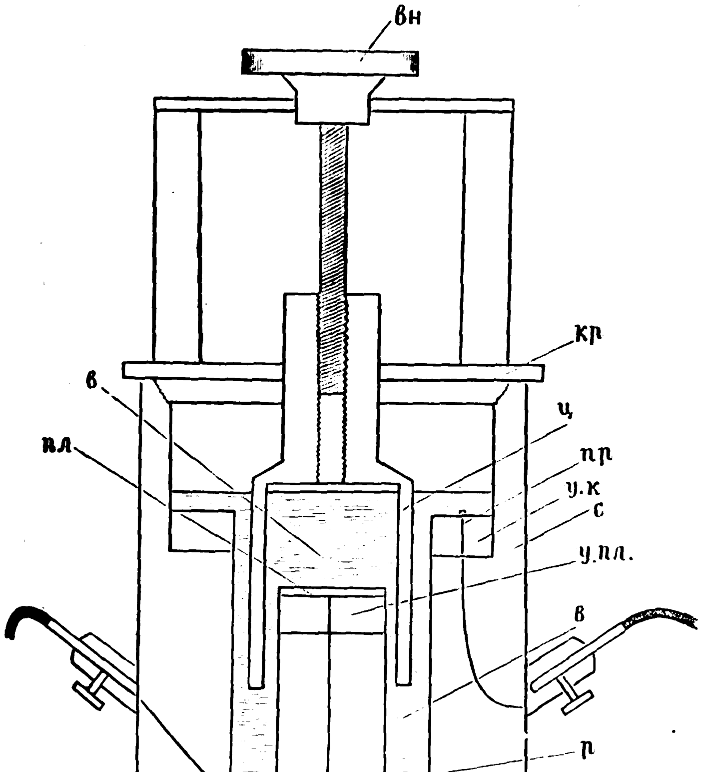



Рис. 1.

*Схематическое изображеніе* (въ разрѣзѣ) *реостата проф. Eulenburg'a.* По мѣрѣ опусканія (при помощи винта—*вн*) цилиндра—*ц*, сопротивленіе, даваемое реостатомъ увеличивается, въ силу удлинненія пути, проходимаго токомъ черезъ воду, и при соприкосновеніи цилиндра съ резиновымъ кольцомъ—*р*, токъ совершенно прерывается. Реостатъ представляетъ изъ себя цилиндрическій сосудъ—*с* изъ эбонита съ эбонитовою-же навинчивающеюся крышкою—*кр*. *ц*—эбонитовый цилиндръ; *у. к.*—угольное кольцо; *у. пл.* — угольная пластинка; *пл* — платиновая пластинка, соединенная съ однимъ электродомъ; *пр* — платиновая проволока, соединенная съ другимъ электродомъ; *в* — вода; *р* — резиновое кольцо.

*) Считаю долгомъ съ чувствомъ глубокой благодарности вспомнить о почившемъ директорѣ Глазной лѣчебницы *Ф. Ю. Шредеръ*, любезно предоставившемъ мнѣ все необходимое для примѣненія электролиза на больныхъ Глазной лѣчебницы.

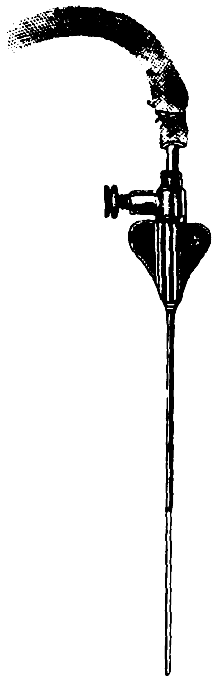


Рис. 2.

Рис. 3.

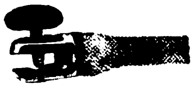


Рис. 4.

Digitized by Google

зажимъ, находящійся въ связи съ проводникомъ и плотно охватывающій рукоятку зонда (см. рис. 4) [1]).

Электролизъ производится такъ: послѣ расщепленія или простого расширенія, какъ это всегда дѣлаетъ *Lagrange*, слёзнаго канальца (нижняго или верхняго) въ слезные пути проводится обыкновенный *Bowmann*'овскій зондъ, и такимъ образомъ опредѣляются степень и мѣсто съуженія. Затѣмъ берется тотъ-же или слѣдующій по размѣру №, но уже изолированнаго зонда и вводится въ съуженную часть слёзноносоваго канала. Зондъ при помощи зажима соединяется съ отрицательнымъ полюсомъ батареи, тогда какъ положительный полюсъ, въ видѣ обыкновеннаго, обтянутаго замшею, металлическаго, пластинчатаго наконечника, удерживается больнымъ въ рукѣ или прикладывается на шею сзади, или на щеку, или-же, наконецъ,—что лучше всего—обмотанный гигроскопическою ватою и смоченный въ соленой водѣ конецъ положительнаго проводника вводится въ соотвѣтственную сторону полости носа, возможно глубже. Въ первое время я прикладывалъ положительный полюсъ къ соотвѣтствующей щекѣ, но теперь всегда ввожу его, какъ сказано, въ носъ, въ виду того, что при этомъ положительный электродъ находится въ соприкосновеніи со слизистою оболочкою, представляющей гораздо меньшее сопротивленіе, по сравненію съ кожей, а потому для полученія одинаковой силы тока при прочихъ равныхъ условіяхъ требуется меньшая электровозбудительная сила; кромѣ того, введеніе положительнаго электрода въ носъ избавляетъ отъ необходимости держать его рукою. Когда цѣпь такимъ образомъ замкнута и приведено въ дѣйствіе необходимое число элементовъ батареи, а при помощи реостата введено наибольшее сопротивленіе, такъ что стрѣлка милліамперометра стоитъ на 0, постепенно поворачиваютъ винтъ реостата и, уменьшая такимъ образомъ сопротивленіе, усиливаютъ токъ въ теченіи приблизительно $^1/_2$ мин. до 4—5 МА. Затѣмъ постепенно продвигаютъ зондъ по съуженному мѣсту слезноносоваго канала *); удерживаютъ его въ такомъ положеніи, чтобы дѣйствію тока подверглось преимущественно съуженное мѣсто и, наконецъ, проводятъ зондъ до самаго конца канала. При этомъ слѣдуетъ подвести подъ зажимъ тонкій слой ваты или кусочекъ бумаги, чтобы предохранить лобъ отъ дѣйствія тока. Электролизъ продолжается обыкновенно 5 мин., при чемъ послѣднія $^1/_2$ минуты идутъ на постепенное ослабленіе силы тока отъ 4—5 МА до 0 при помощи обратныхъ движеній винта реостата, послѣ чего зондъ, а также и электродъ изъ носа, удаляются. Во время электролиза иногда замѣтно выдѣленіе по зонду мельчайшихъ пузырьковъ газа.

Для полученія силы тока въ 4—5 МА обыкновенно достаточно было 5—6 элементовъ Spamer'овской батареи, если жидкость въ батареѣ была свѣжая; при рѣдкой смѣнѣ жидкости въ батареѣ приходилось вводить до 10 и даже до 20 элементовъ. Слѣдуетъ по возможности чаще смѣнять жидкость въ батареѣ и время отъ времени очищать цинки и угли, такъ какъ при соблюденіи этихъ условій токъ бываетъ ровнѣе **).

Считаю необходимымъ замѣтить, что при производствѣ электролиза слѣдуетъ съ самаго начала ввести потребное число элементовъ, такъ какъ введеніе въ цѣпь новаго элемента всегда связано съ довольно рѣзкимъ колебаніемъ силы тока, которое во всѣхъ отношеніяхъ нежелательно. Послѣ сеанса электролиза обыкновенно тотчасъ-же удается ввести слѣдующіе №№ зондовъ, иногда даже самые толстые №№ 5 и 6.

Въ первыхъ случаяхъ, гдѣ мною примѣненъ былъ электролизъ въ глазномъ отрядѣ, я тотчасъ-же послѣ него вводилъ толстые №№ зондовъ, которыми и производилъ затѣмъ зондированіе и только въ случаѣ дальнѣйшихъ затрудненій при зондированіи приступалъ снова къ электролизу. Въ остальныхъ случаяхъ я поступалъ иначе, а именно, проводилъ послѣдовательно простые зонды до того №, который входилъ уже съ значительнымъ затрудненіемъ черезъ съуженное мѣсто и затѣмъ этимъ или слѣдующимъ № изолированнаго зонда производилъ электролизъ, послѣ чего зондъ непосредственно уже не вводился. Спустя недѣлю покоя послѣ электролиза всегда довольно свободно удавалось ввести тотъ-же № зонда, которымъ производился электролизъ, и даже слѣдующій, и въ случаѣ надобности производился снова электролизъ слѣдующимъ № или-же большею частью черезъ № по сравненію съ зондомъ, которымъ производился электролизъ въ 1-ый разъ. Такимъ образомъ въ 1, 2, 3 или—рѣже 4 сеанса электролиза (зондами №№ 1, 3 и 5 или 2, 4 и 6) съ недѣльными промежутками легко удается достигнуть расширенія (до № 6 зонда) слёзноносоваго канала даже при самыхъ высокихъ степеняхъ его съуженія. Обыкновенно спустя нѣкоторое время послѣ послѣдняго сеанса электролиза производилось 1—2 зондированія черезъ 1—2 недѣли и черезъ мѣсяцъ, чтобы убѣдиться въ свободной проходимости слёзноносоваго канала и только въ небольшомъ числѣ случаевъ еще въ теченіи нѣкотораго времени вводились толстые №№ зондовъ 1—2 раза въ недѣлю. Такъ дѣлалось въ случаяхъ съуженій слезноносоваго канала, въ случаяхъ-же катарральныхъ и бленнорройныхъ дакріоциститовъ электролизъ производился и по достиженіи полнаго расширенія слёзноносоваго канала, а именно, пока не прекращалось отдѣленіе гноя и слизи изъ слёзнаго мѣшка, при чемъ во время электролиза зондъ удерживался преимущественно въ такомъ положеніи, чтобы неизолированный конецъ его на наибольшемъ своемъ протяженіи находился въ полости слёзнаго мѣшка (въ канальцѣ и во входѣ въ слёзный мѣшокъ находилась изолированная часть зонда). Въ нѣкоторыхъ упорныхъ случаяхъ въ промежуткахъ между сеансами электролиза дѣлалось зондированіе зондомъ № 5 или 6 и промываніе черезъ зондъ растворомъ сулемы (1:5000); послѣднее производилось иногда непосредственно передъ и послѣ сеанса электролиза. Больнымъ предписывалось въ промежуткахъ между сеансами электролиза выдавливать содержимое слёзнаго мѣшка 2—3 раза въ день, и назначались примочки изъ раствора сулемы (1:5000), а при одновременномъ конъюнктивитѣ дѣлались смазыванія конъюнктивы вѣкъ растворами азотнокислаго серебра (1—2%) и назначались цинковыя капли. Кромѣ того, конечно, исправлялись неправильности преломленія и пресбіопія.

Для большаго удобства въ обзорѣ всѣхъ случаевъ заболѣваній слезныхъ путей, въ которыхъ я примѣнилъ леченіе электролизомъ, случаи эти раздѣлены мною на 4 группы: къ 1-й относятся съуженія слёзноносоваго канала, обнаруживавшіяся однимъ только слезотеченіемъ: 2-ую и 3-ю группу составляютъ дакріоциститы, при чемъ для болѣе точнаго опредѣленія свойства отдѣленія изъ слёзнаго мѣшка они раздѣлены на катарральные, когда изъ слёзнаго мѣшка выдавливалась слеза съ примѣсью слизи (въ одну группу отнесены также отдѣльные случаи, гдѣ при изслѣдованіи изъ слёзнаго мѣшка не выдавливалось ничего, такъ какъ содержимое его уже было выдавлено ранѣе, но, по заявленію больныхъ, бывало отдѣленіе слизи изъ слёзнаго мѣшка) и бленнорройные, когда изъ мѣшка выдавливался гной или слёзы съ примѣсью слизи и гноя. Катарральные дакріоциститы составляютъ 2-ую, а бленнорройные—3-ью группу. Наконецъ 4-ую группу составляютъ свищи слёзнаго мѣшка. Въ общемъ леченіе электролизомъ примѣнено мною (не считая случаевъ въ глазномъ отрядѣ, а также и тѣхъ единичныхъ случаевъ, въ которыхъ больные послѣ 1-го же сеанса электролиза были потеряны изъ вида) въ 61 случаѣ болѣзней слёзныхъ путей у 56 больныхъ, въ возрастѣ отъ 8 до 70 л.,

[1]) Рис. 2, 3 и 4 представляютъ свѣтописные снимки въ нѣсколько уменьшенномъ размѣрѣ.

*) Въ этомъ отношеніи я поступалъ согласно тому, какъ это дѣлается при электролизѣ съуженій мочеиспускательнаго протока и пищевода, вопреки указаніямъ *Lagrange*'a, который находитъ, что во время пропусканія тока электроды должны оставаться на одномъ и томъ же разстояніи другъ отъ друга, и долженъ сказать, что мнѣ не приходилось наблюдать при передвиженіи зонда болѣе или менѣе значительнаго колебанія силы тока (иногда колебаній тока совсѣмъ не было, въ другихъ случаяхъ было ничтожное колебаніе, около 1МА).

**) Д-ра *Ваганов*ъ и *Слетов*ъ [6]) находятъ, что батарея Spamer'a безусловно не годится вслѣдствіе неудовлетворительности ея сочетателя; къ этому мнѣнію присоединяется и д-ръ *Рубецъ* [8]); между тѣмъ я долженъ сказать, что при исправномъ состояніи батареи Spamer'a, которою я пользовался въ клиникѣ и введеніи въ цѣпь упомянутаго реостата *Eulenburg*'a получался очень ровный, необходимой силы токъ.

въ числѣ которыхъ было 40 женщинъ, 13 мужчинъ и 3 дѣтей. У 29 больныхъ электролизъ слёзныхъ путей произведенъ съ лѣвой стороны, у 22 — съ правой, а у 5 — съ обѣихъ сторонъ.

У большинства пользованныхъ электролизомъ больныхъ заболѣваніе слёзныхъ путей было давняго происхожденія, а именно, только въ 7 случаяхъ слезотеченіе продолжалось отъ 1 до 10 мѣс., въ 3—1 годъ, въ остальныхъ оно длилось по 2, 3 года и болѣе, въ нѣкоторыхъ же болѣе 10 лѣтъ. Что касается катарральнаго и бленноррейнаго дакріоцистита, то только въ 5 случаяхъ явленія катарра слёзныхъ путей (отдѣленіе слизи и гноя изъ мѣшка) длились менѣе года; въ большинствѣ-же случаевъ они тянулись 1, 2, 3 года и болѣе, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ— болѣе 10 лѣтъ.

Относительно степени съуженія слёзноносового канала нужно сказать, что въ 3 случаяхъ зонды совершенно не проходили и удалось ввести зондъ только при примѣненіи электролиза; въ остальныхъ случаяхъ съ болѣе или менѣе значительнымъ затрудненіемъ прошли при 1-мъ зондированіи слѣдующіе №№ зондовъ: въ 4 случаяхъ № 1, въ 13 № 2, въ 14 до № 3, въ 9 до № 4, въ 5 до № 5 и въ 13 до № 6 включительно.

Что касается мѣста съуженія въ слёзноносовомъ каналѣ, то въ 4 случаяхъ оно находилось въ верхней части канала, въ 6—въ верхней и средней части, въ 5—въ верхней и нижней части, въ 6—по всему ходу канала, въ 6 — въ средней части канала, въ 16 — въ средней и нижней части и, наконецъ, въ 15—въ нижней части канала (въ 3 случаяхъ мѣстоположеніе съуженія не отмѣчено). На основаніи сказаннаго можно заключить, что въ большомъ числѣ случаевъ слёзноносовой каналъ былъ съуженъ на значительномъ протяженіи.

У пользованныхъ электролизомъ больныхъ, помимо заболѣванія слёзныхъ путей, отмѣчены у 21—хроническій конъюнктивитъ, у 4—рубцовая трахома, у 5—пятна роговицы, у 1—старческая катаракта, у 3—близорукость, у 13—дальнозоркость, у 2—астигматизмъ, у 3—анизометропія, у 5 — съуженіе слёзнаго канала другой стороны (сюда не входятъ тѣ случаи, гдѣ электролизъ примѣнялся на оба слёзноносовые канала), наконецъ, у 2 больныхъ съ катарральнымъ и у 2 съ бленноррейнымъ дакріоциститомъ спеціалистами по носовымъ болѣзнямъ найдены заболѣванія полости носа, а именно: въ 1 случаѣ—явленія катарра и набуханіе пещеристой ткани у переднихъ концовъ нижнихъ раковинъ, въ 1 — атрофическій катарръ носа (ozaena), въ 1—искривленіе носовой перегородки и опухоль нижнихъ носовыхъ раковинъ и въ 1—хроническій ринитъ и железистыя разрощенія (и, кромѣ того, тонзиллитъ).

Приведу нѣкоторыя данныя о лѣченіи электролизомъ каждой группы въ отдѣльности.

Какъ сказано выше, лѣченіе это примѣнено мною въ 20 случаяхъ съуженія слёзноносового канала (у 18 больныхъ), при чемъ въ среднемъ произведено по 2 сеанса электролиза, а именно: въ 4 случаяхъ электролизъ произведенъ 1 разъ, въ 9—2, въ 4—3, и въ 3—4 раза; послѣ электролиза обыкновенно производилось нѣсколько зондированій — отъ 1 до 5 (въ среднемъ 2), при чемъ въ это число включены и тѣ отдѣльныя зондированія, которыя производились спустя нѣкоторое время по окончаніи лѣченія съ цѣлью убѣдиться въ стойкости достигнутаго расширенія слёзноносового канала, и только въ 5 случаяхъ (изъ 20) на ряду съ электролизомъ произведено значительное число зондированій (отъ 6 до 20); въ этихъ 5 случаяхъ уже при первомъ зондированіи послѣдовательно удавалось ввести зонды до №№ 4—6. Изъ числа случаевъ, въ которыхъ лѣченіе электролизомъ соединялось съ послѣдующимъ небольшимъ числомъ зондированій, только въ 2 при первомъ-же зондированіи удалось ввести зонды до № 4, въ одномъ и до № 6 включительно въ другомъ случаѣ; въ остальныхъ удалось съ болѣе или менѣе значительнымъ трудомъ ввести лишь зондъ № 3 (въ 7 случаяхъ), № 2 (въ 3) и № 1 (въ 2); наконецъ, въ 1 случаѣ зонды совершенно не проходили. Въ общемъ, въ 13 случаяхъ путемъ электролиза достигнуто расширеніе слёзноносового канала до зонда № 6, въ 3—до № 5, въ 3—до № 4 (въ послѣднихъ 6 лѣченіе не было закончено) и въ 1—до № 3 (въ этомъ случаѣ, подробнѣе описанномъ ниже, дальнѣйшее лѣченіе было оставлено въ виду того, что слезотеченіе совершенно прекратилось). Если исключить тѣ 5 случаевъ, гдѣ на ряду съ электролизомъ произведено значительное число зондированій, продолжительность лѣченія колебалась отъ 4 дней до 6 недѣль, въ среднемъ она равнялась $2^1/_2$—3 недѣлямъ. Изъ этихъ 15 случаевъ въ 7 получилось выздоровленіе *), въ 1—выздоровленіе съ послѣдовавшимъ спустя нѣкоторое время возвратомъ, въ 5— значительное улучшеніе, въ 1 — значительное улучшеніе съ послѣдовавшимъ затѣмъ возвратомъ и въ 1—улучшеніе въ меньшей степени. Въ послѣднемъ случаѣ, а также въ 2 изъ тѣхъ, гдѣ получилось значительное улучшеніе, лѣченіе было оставлено больными—въ 2 случаяхъ послѣ 2-го, а въ 1—послѣ 3-го сеанса электролиза; въ этомъ случаѣ послѣ 2-хъ сеансовъ электролиза (съ недѣльнымъ промежуткомъ) зондами № 3 и № 4 слезотеченіе значительно уменьшилось, особенно въ комнатахъ, тогда какъ отъ производившихся ранѣе ежедневно зондированій (въ числѣ 26), доведенныхъ до зонда № 4, слезотеченія не прекращалось. Въ другихъ 3 случаяхъ, гдѣ получилось значительное улучшеніе, помимо съуженія слёзноносового канала, былъ рѣзко выраженный хроническій конъюнктивитъ. Въ 2 изъ этихъ случаевъ значительное улучшеніе прослѣжено въ теченіи 3 слишнимъ мѣс. Изъ 7 случаевъ, въ которыхъ отмѣчено выздоровленіе, 1 прослѣженъ въ теченіи 2 недѣль по окончаніи лѣченія, 1—болѣе 2 мѣс., 1—$3^1/_2$ мѣс., 1—болѣе 4 мѣс., 1—болѣе 1 года и 2 мѣс. (2 случая непрослѣжены).

Какъ сказано выше, въ 5 случаяхъ съуженій слёзноносового канала (у 4 больныхъ), на ряду съ электролизомъ, произведено было значительное число зондированій. Въ 1 изъ этихъ случаевъ, гдѣ лѣченіе велось въ 2 пріема, съ перерывомъ въ $^1/_2$-года, послѣ 1-го лѣченія получилось значительное улучшеніе, а послѣ 2-го—выздоровленіе; въ 2 случаяхъ получилось значительное улучшеніе (въ дальнѣйшемъ теченіи присоединился катарральный дакріоциститъ) и въ 2 случаяхъ у 1 больного, страдавшаго, кромѣ того, сильнымъ хроническимъ конъюнктивитомъ,—улучшеніе въ меньшей степени. Въ этихъ случаяхъ заслуживаетъ особаго вниманія то, что подъ вліяніемъ электролиза получалось улучшеніе (уменьшеніе слезотеченія) въ большей степени, чѣмъ отъ однихъ зондированій, на что обращали вниманіе и сами больные.

Для примѣра приведу 4 случая съуженій слёзноносового канала, лѣченныхъ электролизомъ.

1. М. Ш., 51 г. Съуженіе лѣваго слёзноносового канала около 3 лѣтъ. Сильное слезотеченіе какъ на вѣтру, такъ и въ комнатахъ, такъ что слеза постоянно течетъ на щеку. Кромѣ того, хроническій конъюнктивитъ; дальнозоркость и пресбіопія. Въ мартѣ 1902 г. дѣлалось зондированіе 5—6 разъ (зонды проходили съ трудомъ); послѣ зондированія слезотеченіе уменьшилось, но съ сентября опять значительно усилилось. Въ теченіи нѣкотораго времени совсѣмъ не удавалось ввести зондъ. 19/xii 1902 г. съ трудомъ введенъ зондъ № 1. Съуженіе—почти по всему протяженію канала. 21/xii электролизъ зондомъ № 1 въ теченіи 5 мин. токомъ въ 5 МА., послѣ чего довольно легко прошелъ зондъ № 3. 22/xii—зондъ № 3. Произведено еще 3 зондированія № 3 черезъ 1—2 дня. Было предложено произвести еще разъ электролизъ для введенія болѣе толстаго № зонда, но больная отказалась, такъ какъ слезотеченіе у нея совершенно прекратилось. 15/xii 1903 г., т. е. спустя годъ послѣ электролиза, съ нѣкоторымъ трудомъ прошелъ зондъ № 3 (тотъ-же №, которымъ произведенъ былъ электролизъ). Въ послѣдній разъ я видѣлъ Ш. 14/iii 1904 г., т. е. спустя болѣе 1 г. и 2 мѣс. послѣ электролиза: слезотеченіе не возобновлялось.

2. Л. Б., 15 л. Съуженіе праваго слёзноносового канала (рубцовое). Кромѣ того, дальнозоркость, хроническій конъюнктивитъ и пятно на правой роговицѣ. Слезотеченіе 3 года. Годъ назадъ, судя по сообщенію больного, нѣсколько разъ сдѣлано расщепленіе слёзноносового канала по *Stilling*'у. 13/ii 1903 г. расщепле-

*) «Выздоровленіе» отмѣчено въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ слезотеченіе совершенно прекратилось, какъ въ комнатахъ, такъ и на вѣтру, или-же осталось лишь нѣкоторая влажность глаза на вѣтру. «Значительное улучшеніе» отмѣчено въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ осталось слезотеченіе только на вѣтру, или, хотя и въ комнатахъ, но въ значительно меньшей степени, чѣмъ оно было до лѣченія. Наконецъ, «улучшеніе» отмѣчено тамъ, гдѣ слезотеченіе уменьшилось не въ той значительной мѣрѣ, какъ это было въ случаяхъ предшествовавшей рубрики.

Digitized by Google

ніе слёзнаго канальца. Послѣ нѣсколькихъ неудачныхъ попытокъ ввести зондъ до конца (13/II, 17/II, 20/II) 22/II произведенъ электролизъ, при чемъ зондъ № 2 съ значительнымъ насиліемъ проведенъ до конца: суженіе—въ нижней части слёзоносового канала (электролизъ производился въ теченіи 4 мин. до проведенія зонда черезъ съуженіе и 4 мин. послѣ, токомъ въ 4—5 МА). Послѣ 4 сеансовъ электролиза зондами №№ 2, 3 и 5 (съ недѣльными промежутками) слезотеченіе совершенно прекратилось. Слезотеченіе прекратилось вскорѣ послѣ 3-го сеанса электролиза, т. е. менѣе, чѣмъ черезъ 3 недѣли отъ начала лѣченія, но не смотря на это, сдѣланъ еще сеансъ электролиза и 1 зондированіе (№ 6). 27/II 1903 г. отъ Б. получено извѣстіе, что въ первое время послѣ электролиза глазъ не слезился, въ послѣднее-же время сталъ слезиться опять.

3. М. Г., 30 л. Съуженіе лѣваго слёзноносового канала. Кромѣ того, рубцовая трахома, хроническій конъюнктивитъ и дальнозоркость. Слезотеченіе изъ лѣваго глаза какъ на вѣтру, такъ и въ комнатахъ, въ слабой степени—около 2 лѣтъ, а въ сильной—около 3 мѣс. Изъ слёзнаго мѣшка ничего не выдавливается. 16/X 1903 г. послѣ расщепленія лѣваго нижняго слёзнаго канальца съ значительнымъ трудомъ введенъ зондъ № 2: съуженіе—въ средней и нижней части канала. Послѣ 2 (съ недѣльнымъ промежуткомъ) сеансовъ электролиза (по 5 мин. токомъ въ 5 МА) зондами № 2 и № 5 осталось лишь ничтожное слезотеченіе на вѣтру. Затѣмъ сдѣлано еще 4 зондированія № 5 и № 6—черезъ недѣлю, черезъ 2 недѣли и черезъ мѣсяцъ; послѣднее—для опредѣленія стойкости излѣченія. Слезотеченіе прекратилось; осталась лишь влажность глаза на сильномъ вѣтру. Излѣченіе прослѣжено болѣе 4 мѣс.

4. В. Л., 68 л. Съуженіе праваго слёзноносового канала. Кромѣ того, хроническій конъюнктивитъ и пресбіопія. Слезотеченіе изъ праваго глаза болѣе 2 мѣс. 21/X 1903 г.: Изъ слёзнаго мѣшка выдавливается только слеза. Послѣ расщепленія нижняго слёзнаго канальца введены зонды №№ 2 и 3: съуженіе въ верхней и нижней части слёзноносового канала. Послѣ 3 (съ недѣльными промежутками) сеансовъ электролиза (по 5 мин. токомъ въ 4—5 МА) зондами №№ 3, 5 и 6 слезотеченіе совершенно прекратилось какъ на вѣтру, такъ и въ комнатахъ. Вслѣдъ за послѣднимъ электролизомъ (10/XI) сдѣлано еще 3 зондированія № 6, черезъ 1—2 недѣли. Излѣченіе прослѣжено $3^1/_2$ мѣс.

Далѣе, электролизъ былъ примѣненъ въ 17 случаяхъ катарральнаго дакріоцистита у 15 больныхъ. Относительно степени съуженія у нихъ слёзноносового канала надо сказать, что въ 5 случаяхъ при первомъ-же зондированіи удалось ввести постепенно зонды до № 6 включительно, а въ 2—до № 4, въ остальныхъ 10 случаяхъ съ болѣе или менѣе значительнымъ затрудненіемъ удалось ввести только зондъ № 2 (въ 6 случаяхъ) или даже № 1 (въ 3), а въ 1 случаѣ зонды совершенно не проходили. Электролизомъ достигнуто расширеніе слёзноносового канала въ 15 случаяхъ до зонда № 6 включительно, а въ 2—до № 5 (въ 1 изъ этихъ случаевъ лѣченіе не закончено). Что касается числа сеансовъ электролиза, то въ среднемъ оно равнялось 2—3, а именно: въ 3 случаяхъ электролизъ произведенъ по 1 разу, въ 7 по 2, въ 4 по 3, въ 2 по 4 и въ 1—5 разъ. Послѣ электролиза въ большинствѣ случаевъ произведено отъ 1 до 5 (въ среднемъ 1—2) зондированій и только въ 3 случаяхъ (у 2 больныхъ), кромѣ электролиза, произведено ихъ значительное число (9, 15 и 21). Относительно этихъ случаевъ нужно сказать, что въ 2 случаяхъ у 1 больной послѣ перваго же сеанса электролиза (въ теченіи 5 мин. токомъ въ 5 МА) зондомъ № 2 съ одной стороны и зондомъ № 1 съ другой были непосредственно введены зонды: № 6 съ одной стороны и № 5 съ другой, послѣ чего и производилось зондированіе справа—въ теченіи 5 недѣль, а слѣва (гдѣ лѣченіе начато ранѣе)—въ теченіи 2 мѣс. Послѣдовало значительное улучшеніе, а именно—отдѣленіе слизи изъ мѣшка прекратилось; осталось лишь небольшое слезотеченіе, которое можно поставить въ связь съ хроническимъ конъюнктивитомъ. Въ 3-мъ случаѣ, на ряду съ 21 зондированіемъ и 2 промываніями черезъ зондъ (въ теченіи $3^1/_2$ мѣс.), произведено 4 сеанса электролиза. Въ результатѣ получилось выздоровленіе: отдѣленіе слизи изъ мѣшка прекратилось, осталась только влажность глаза на вѣтру (больной по профессіи—посыльный, въ виду чего постоянно находится на улицѣ и страдаетъ въ сильной степени хроническимъ конъюнктивитомъ). Что касается остальныхъ 14 случаевъ, гдѣ послѣ электролиза произведено лишь нѣсколько зондированій, то средняя продолжительность лѣченія въ нихъ была нѣсколько болѣе 3 недѣль (въ 2 случаяхъ она равнялась 1 недѣлѣ, въ 5—2, въ 5—1 мѣс., въ 2—6 недѣлямъ). Изъ этихъ 14 случаевъ катарральнаго дакріоцистита въ 5 получилось выздоровленіе (какъ отдѣленіе слизи изъ слёзнаго мѣшка, такъ и слезотеченіе совершенно прекратились); въ 2 (у 1 больной)—выздоровленіе съ послѣдующимъ возвратомъ какъ слезотеченія, такъ и дакріоцистита (больная въ виду общаго разстроеннаго состоянія ея здоровья не пожелала вторично подвергнуться лѣченію); въ 3—значительное улучшеніе и въ 4—улучшеніе въ меньшей степени. Во всѣхъ 3 случаяхъ, гдѣ отмѣчено значительное улучшеніе, слезотеченіе въ комнатахъ прекратилось; осталась лишь нѣсколько большая влажность глаза въ комнатахъ и легкое слезотеченіе на вѣтру, а въ 1 случаѣ осталось небольшое отдѣленіе слизи изъ слёзнаго мѣшка (больная страдаетъ атрофическимъ катарромъ носа); въ этихъ 3 случаяхъ лѣченіе не закончено. Изъ 4 случаевъ, гдѣ отмѣчено улучшеніе, въ 3—лѣченіе также не закончено. Въ 1 изъ нихъ улучшеніе было временное, а именно—послѣ 1-го сеанса электролиза слезотеченіе въ комнатахъ и отдѣленіе слизи прекратились; послѣ 2-го сеанса больная (она была пріѣзжая) уѣхала и сообщила, что слезотеченіе и отдѣленіе слизи возобновились (у нея были найдены слабыя катарральныя явленія въ носу и набуханіе пещеристой ткани у переднихъ концовъ нижнихъ раковинъ, обусловливающее непроходимость носа). Въ 2 другихъ случаяхъ, гдѣ слезотеченіе уменьшилось, но осталось отдѣленіе слизи, больные послѣ 2-го сеанса электролиза болѣе не являлись. Наконецъ, въ 4-мъ случаѣ отдѣленіе слизи прекратилось, но слезотеченіе, не смотря на свободную проходимость слезноносового канала (зондомъ № 6) продолжалось, что, можетъ быть, обусловливалось пріемами KJ (больная страдаетъ анейризмой восходящей аорты).

Изъ 5 случаевъ, въ которыхъ наступило выздоровленіе, послѣднее прослѣжено: въ 1 случаѣ—11 мѣс., въ 1—9 и въ 1—3 и 2 выздоровѣвшія больныя потеряны изъ вида.

Привожу краткія исторіи болѣзней.

1. М. Т., 35 л. Лѣвосторонній катарральный дакріоциститъ. Кромѣ того, дальнозоркость и хроническій конъюнктивитъ. Слезотеченіе изъ лѣваго глаза около 3 лѣтъ, а дакріоциститъ—2 мѣс. Въ виду зарощенія нижней слезной точки, расщепленъ верхній слёзный каналецъ. 8/III 1903 г. введенъ зондъ № 2: съуженіе на значительномъ протяженіи въ средней и нижней части слёзноносового канала. Послѣ 3 (съ недѣльными промежутками) сеансовъ электролиза (въ теченіи 5 мин. токомъ въ 5—6 МА), зондами №№ 2, 4 и 6 отдѣленіе слизи изъ мѣшка и слезотеченіе какъ въ комнатахъ, такъ и на вѣтру совершенно прекратились. Излѣченіе прослѣжено 11 мѣс.

2. М. Ч., 49 л. Лѣвосторонній катарральный дакріоциститъ. Кромѣ того, дальнозоркость и хроническій конъюнктивитъ. Слезотеченіе изъ лѣваго глаза и отдѣленіе слизи изъ мѣшка около 3 лѣтъ; особенно усилилось слезотеченіе послѣдніе 3 мѣс. Ежегодно, судя по словамъ больной, присоединялось флегмонозное воспаленіе слёзнаго мѣшка. 28/III 1903 г. расщепленъ лѣвый нижній слёзный каналецъ и введенъ зондъ № 1. 29/III съ большимъ трудомъ введенъ зондъ № 2: съуженіе на большомъ протяженіи въ средней и нижней части слёзноносового канала. Послѣ 4 (съ недѣльными промежутками) сеансовъ электролиза зондами №№ 1, 3, 5 и 6 и 2 зондированій черезъ 7 недѣль отъ начала лѣченія отдѣленіе слизи и слезотеченіе прекратились. Излѣченіе прослѣжено 9 мѣс.

3. А. К., 36 л. Правосторонній катарральный дакріоциститъ. Слезотеченіе изъ праваго глаза 10 мѣс., а дакріоциститъ—8 мѣс. Въ февралѣ 1903 г. дѣлалось зондированіе въ теченіи 4 недѣль, раза 3 въ недѣлю. Временами, по видимому, развивалось флегмонозное воспаленіе мѣшка; послѣдній разъ оно было въ началѣ октября 1903 г. Глазъ слезится и на вѣтру, и въ комнатахъ, а по ночамъ и по утрамъ бываетъ отдѣленіе слизи изъ слёзнаго мѣшка. 15/X: Изъ слёзнаго мѣшка выдавливается только слеза. Введенъ довольно свободно зондъ № 2, а затѣмъ съ нѣкоторымъ трудомъ № 4: съуженіе въ средней части канала. Электролизъ зондомъ № 4 въ теченіи 5 мин. токомъ въ 4—5 МА. Послѣ 1-го же сеанса электролиза слезотеченіе какъ въ комнатахъ, такъ и на вѣтру, а также отдѣленіе слизи прекратились, но черезъ недѣлю (22/X) все-таки сдѣланъ 2-й сеансъ электролиза зондомъ № 5 (въ теченіи 6 мин. токомъ въ 5 МА). 29/X, т. е., черезъ недѣлю послѣ 2-го сеанса, К. заявила, что слезотеченія ни въ комнатахъ, ни на вѣтру нѣтъ; изъ слёзнаго мѣшка ничего не выдавливается; свободно прошелъ зондъ № 5.

*(Окончаніе слѣдуетъ.)*

Digitized by Google

LXXXIX. Изъ фармакологической лабораторіи проф. Н. П. Кравкова въ В.-Медицинской Академіи.

# Къ вопросу объ образованіи сахара въ изолированной печени при пропусканіи жидкости Ringer-Locke'a черезъ ея сосуды.

(Предварительное сообщеніе).

К. С. Иванова.

Не смотря на обширную литературу по вопросамъ объ образованіи сахара въ печени, о ея задерживающей роли по отношенію къ ядамъ и о синтетическихъ процессахъ, происходящихъ въ печени, нѣкоторыя стороны этихъ вопросовъ остаются все-же не окончательно выясненными, на что указываютъ ежегодно появляющіяся новыя изслѣдованія и полемика по поводу 2-хъ воззрѣній объ источникахъ образованія сахара въ печени.

Въ виду этого, по предложенію глубокоуважаемаго проф. *Н. П. Кравкова*, я занялся изученіемъ процессовъ, происходящихъ въ изолированной печени кролика при пропусканіи черезъ ея сосуды изотонической съ кровью жидкости *Ringer-Locke*'а, съ успѣхомъ примѣненной *Locke*'омъ, проф. *А. А. Кулябко*, *Н. И. Бочаровымъ*, проф. *В. Я. Данилевскимъ*, *Н. Е. Hering*'омъ, *И. А. Чуевскимъ* и др. къ изученію дѣятельности сердца, *Е. М. Курдиновскимъ*—матки, *П. П. Бѣлавенцемъ* и *В. В. Закусовымъ*—сосудистой системы, *Н. Breyer*'омъ — мерцательнаго эпителія. Методика пропусканія жидкости черезъ сосуды печени вначалѣ въ общемъ соотвѣтствовала обстановкѣ опытовъ д-ровъ *Бочарова* и *Курдиновскаго* съ несущественными отклоненіями, впослѣдствіи-же претерпѣла нѣкоторыя измѣненія, сообразно результатамъ д-ра *Закусова*, съ примѣненіемъ предложеннаго мною выкачиванія воздуха изъ жидкости *Ringer-Locke*'а водовоздушнымъ насосомъ взамѣнъ небезупречной съ химической стороны стерилизаціи ея $^1/_2$—1 часъ при 100° Ц. Выкачиваніе воздуха имѣло цѣлью уменьшить газовую закупорку сосудовъ печени. Не входя пока въ подробности изоляціи органа, отмѣчу лишь, что жидкость вводилась черезъ канюлю въ воротной венѣ, печеночная артерія и желчные протоки перевязывались, желчный пузырь вскрывался съ удаленіемъ желчи, и почти вся оттекающая жидкость шла черезъ полую вену, откуда и собиралась для изслѣдованія. Температура жидкости была около 38°—39°.

Цѣлью опытовъ было изученіе хода сахарообразованія въ печени, источниковъ сахара, вліянія нѣкоторыхъ ядовъ на этотъ процессъ, равно какъ и задерживанія ядовъ при пропусканіи черезъ печень жидкости, не содержащей бѣлковъ, изотонической съ кровью и снабженной кислородомъ путемъ протеканія чрезъ нее тока этого газа.

Въ первыхъ опытахъ сахаръ опредѣлялся титрованіемъ по *Cl. Bernard*'у и *Pavy*, впослѣдствіи исключительно по *Wein*'у и поляриметрически полутѣневымъ приборомъ *Landolt-Lippich*'а съ отсчетомъ до 0,01°. Послѣ броженія съ дрожжами въ прошедшей черезъ печень жидкости возстановляющихъ растворъ *Felling*'а веществъ не находилось. Гликогенъ опредѣлялся по *Brücke-Külz*'у, ангидридные бѣлки—вѣсовымъ путемъ. Аналитическія подробности будутъ сообщены мною впослѣдствіи.

Сдѣланныя пока наблюденія позволяютъ опредѣленно заключить, что въ теченіи 1-го часа по изоляціи печени въ жидкости, прошедшей черезъ сосуды ея, получается значительное увеличеніе содержанія сахара, перечисленнаго и принятаго за глюкозу, согласно *Панормову*, *Cavazzani*, *Chittenden-Lambert*'у, *J. Seeden*'у и др. Въ первые $^1/_2$ часа содержаніе глюкозы доходитъ до 0,17—0,19% (въ жидкости *Locke*'а около 0,09% глюкозы), быстро убывая въ послѣдующихъ порціяхъ. Такое рѣзкое увеличеніе количества глюкозы наблюдается лишь въ печеняхъ, богатыхъ гликогеномъ (отъ хорошо накормленныхъ и получавшихъ глюкозу животныхъ); въ печеняхъ-же отъ животныхъ голодавшихъ найдено лишь очень незначительное, лежащее почти въ предѣлахъ ошибки анализовъ увеличеніе глюкозы въ начальные $^1/_2$ часа; въ дальнѣйшемъ-же теченіи опыта содержаніе сахара въ жидкости *Ringer-Locke*'а оставалось неизмѣннымъ.

Сравненіе безотносительныхъ количествъ глюкозы, выдѣленной въ жидкость, съ количествомъ гликогена, опредѣленнаго по долѣ печени, взятой передъ началомъ пропусканія, указываетъ на большой, по видимому, избытокъ сахара сравнительно съ гликогеномъ (несоотвѣтствіе достигаетъ иногда 30—50%). Однако, за малочисленностью опытовъ, я воздерживаюсь пока отъ окончательнаго сужденія относительно примѣнимости къ данному случаю теоріи *Seegen*'а — образованія сахара изъ бѣлковыхъ веществъ въ посмертной печени, тѣмъ болѣе, что здѣсь приходится считаться съ тѣмъ, что различныя доли печени могутъ содержать неодинаковыя количества гликогена (*Delprat*), что способъ *Brücke-Külz*'а подвергнутъ *Pflüger*'омъ ряду существенныхъ измѣненій и что многіе авторы (*Cavazzani*, *Neumeister*, *Панормовъ* и др.) приводятъ рядъ фактовъ и соображеній, не согласующихся съ теоріей *Seegen*'а. Опыты въ этомъ направленіи продолжаются.

Изъ примѣненныхъ ядовъ хлороформъ, по видимому, не оказалъ вліянія на скорость образованія сахара, хининъ нѣсколько замедлилъ ее, а стрихнинъ ускорилъ; хотя эти наблюденія и находятся въ согласіи съ нѣкоторыми указаніями въ литературѣ (*Cavazzani*), но число моихъ опытовъ еще недостаточно для окончательныхъ заключеній. Задерживаніе алкалоидовъ происходило; извлеченіе производилось по способу *Stas-Otto*.

Описаннаго *K. Grube* въ прошломъ году посмертнаго образованія гликогена при пропусканіи дефибринированной крови съ глюкозой черезъ сосуды печени мнѣ наблюдать не удалось.

Помимо вышеописанныхъ вкратцѣ химическихъ наблюденій, производится изслѣдованіе гистологическихъ измѣненій, происходящихъ при пропусканіи жидкости *Ringer-Locke*'а черезъ печень.

**Литература.** 1. *F. Locke.* «Journal of Physiology», т. XVIII; «Centralblatt f. Physiologie», 1901; «Journal of Physiology», т. XXXI, 1904.—2. *А. А. Кулябко.* «Журналъ медицинской химіи и органотерапіи», 1901.—3. *Н. И. Бочаровъ.* Докладъ въ засѣданіи Общества Русскихъ врачей 21/III 1902 г. — 4. *H. Hering.* «Archiv f. die gesammte Physiologie», т. XCIX, тетр. 3—4.— 5. *В. Я. Данилевскій.* «Врачебная Газета», 1904, № 18. — 6. *И. А. Чуевскій.* «Русскій Врачъ», 1904, № 12.—7. *Е. М. Курдиновскій.* Петербургская диссертація, 1903.—8. *П. П. Бѣлавенецъ.* Петербургская диссертація, 1903.—9. *В. В. Закусовъ.* Петербургская диссертація, 1904. — 10. *H. Breyer.* «*Pflüger*'s Archiv», XCIX.—11. *Külz.* Beiträge zur Kenntniss des Glycogens, 1890.—12. *Liborius.* Beiträge zur quantitativen Eiweissbestimmung, Диссертація, 1871.—13. *Панормовъ*, по *Maly*'s Jahresbericht, т. 17.—14. *Cavazzani* und *N. Zuntz.* «Archiv f. Anatomie und Physiologie» (отдѣлъ физіологіи), 1898. — 15. *Chittenden-Lambert*, по *Maly*'s Jahresbericht, т. 15. — 16. *J. Seegen.* «Archiv f. Anatomie und Physiologie» (отдѣлъ физіологіи), 1903.—17. *Delprat.* Zuckerbildung in der Leber. Диссертація, 1881.—18. *Cavazzani.* «Archives italiennes de Biologie», XXXII. — 19. *K. Grube.* «Journal of Physiology», XXIX, стр. 276—281.—20. *H. Landolt.* «Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft», 1895. — 21. *E. Schmidt.* Lehrbuch der pharmaceut. Chemie, 1901, т. II.— 22. *Pflüger.* «Archiv f. die gesammte Physiologie», т. LXXI.

---

XC. Изъ женской Обуховской больницы въ Петербургѣ.

# Случай саркомы ключицы.

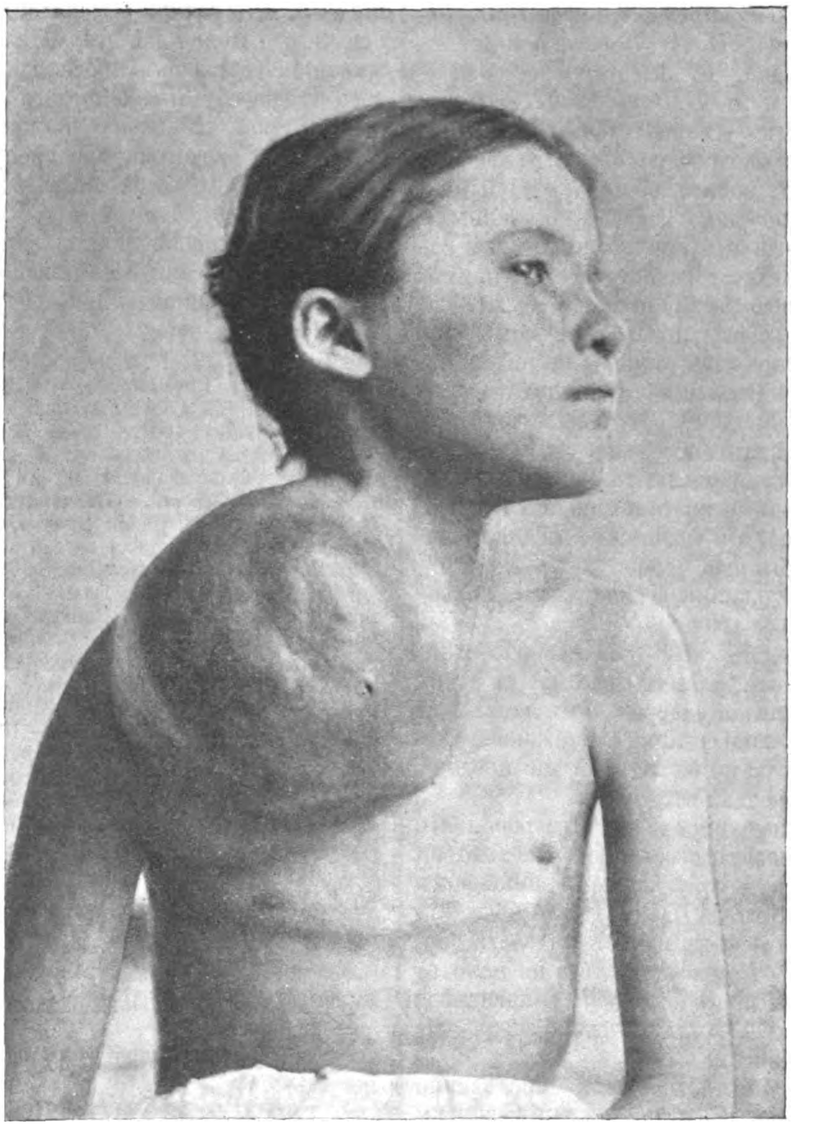
М. М. Крюкова.

Казуистика новообразованій ключицы еще не такъ богата, чтобы сообщеніе отдѣльныхъ наблюденій уже не могло представлять интереса. Кромѣ того, нижеприводимый случай можетъ служить лишнимъ подтвержденіемъ того мнѣнія, что удаленіе всей ключицы не влечетъ за собою рѣзкаго нарушенія отправленій верхней конечности. Больная была предоставлена мнѣ для операціи завѣдующимъ хирургическимъ отдѣленіемъ многоуважаемымъ *Г. Ф. Цейдлеромъ*, которому и приношу за это свою искреннюю благодарность. Случай мой—слѣдующій.

15/III 1902 г. въ хирургическое отдѣленіе женской Обуховской больницы поступила В. Б., крестьянская дѣвочка 12 л. Въ $^1/_2$ мая 1901 г. она впервые замѣтила на правой ключицѣ опухоль

въ лѣсной орѣхъ. Въ сентябрѣ опухоль достигла величины куринаго яйца, а затѣмъ стала рости еще быстрѣе. Достаточно развитая для своихъ лѣтъ дѣвочка, дов. крѣпкаго сложенія и удовлетворительнаго питанія. Въ области правой ключицы, надключичной и подключичной ямокъ—шарообразная, большая, безболѣзненная, дов. плотная, упругая опухоль. Кожа надъ опухолью очень сильно растянута, спаяна съ нею на большомъ протяженіи, окрашена въ синевато-красный цвѣтъ и пронизана густой сѣтью мелкихъ кровеносныхъ сосудовъ. На самой выпуклой части опухоли—поверхностное изъязвленіе кожи, покрытое корочкой. Границы опухоли: кнутри она не доходитъ на 1 поперечный палецъ до лѣваго грудино-ключичнаго сочлененія; вверхъ на шеѣ поднимается до уровня верхняго края щитовиднаго хряща, при чемъ подходитъ подъ распластанную надъ нею грудино-ключично сосцевидную мышцу; кзади спускается по краю капюшонной мышцы и нѣсколько заходитъ въ надлопаточную ямку; кнаружи доходитъ до плечевой верхушки (acromion) и плечевого утолщенія мышцъ, оставляя ихъ свободными; внизъ спереди спускается до 3-го ребра и затѣмъ переходитъ кнутри на грудину, не доходя на 1 поперечный палецъ до лѣваго края послѣдней. Опухоль крѣпко спаяна съ подлежащими тканями и неподвижна. Гортань и дыхательное горло не смѣщены. Біеніе сонной артеріи ясно прощупывается между верхнимъ отдѣломъ опухоли и гортанью. Дыханіе и глотаніе совершенно свободны. Размѣры опухоли: слѣва направо (отъ края опухоли у лѣваго грудино-ключичнаго сочлененія до границы ея у плечевого утолщенія ключицы)—28, сверху внизъ (отъ края опухоли въ надлопаточной области до границы ея на 3-мъ ребрѣ)—32, окружность основанія опухоли 55 стм.

снутри опухоли обнаружена грудино-ключично-сосцевидная мышца, оказавшаяся тоже крѣпко приращенною къ опухоли; она была перерѣзана вверху и внизу, при чемъ средняя 1/3 ея осталась на опухоли. Внутренняя яремная вена тоже была плотно сращена съ опухолью, и отдѣлить ее было нельзя, а потому она была перерѣзана между 2-хъ лигатуръ вблизи верхняго отдѣла опухоли; такимъ образомъ центральный конецъ вены остался соединеннымъ съ пока еще не удаленной опухолью. Далѣе, новообразованіе обведено было разрѣзомъ снаружи, снизу и снутри отдѣлено вмѣстѣ со сросшейся съ нимъ большой грудной мышцей. Затѣмъ былъ вскрытъ правый грудино-ключичный суставъ и освобожденъ внутренній конецъ ключицы. Послѣ того нужно было отдѣлить опухоль отъ подключичныхъ сосудовъ. Хотя подключичная вена и была плотно спаяна съ опухолью, но все-же удалось отдѣлить ее, при чемъ въ венѣ получился продольный разрывъ, длиной около 1 стм. Разрывъ сосуда на время былъ прижатъ марлевымъ компрессомъ. Опухоль оставалась въ соединеніи лишь съ мягкими тканями въ области т. наз. луковицы внутренней яремной вены. Луковица эта была перевязана и перерѣзана, ибо отдѣлить вену выше уже не было возможности. Послѣ того опухоль была легко удалена вмѣстѣ съ средней частью внутренней яремной вены. Разрывъ подключичной вены зашитъ одноэтажнымъ обвивнымъ шелковымъ швомъ. Громадную раневую поверхность нечего было и думать стягивать швомъ, а потому она была оставлена открытой. Асептическая повязка. При операціи вслѣдствіе обилія сосудовъ пришлось пустить въ дѣло множество торзіонныхъ пинцетовъ. На операціонномъ столѣ было влито подъ кожу больной 1000,0 физіологическаго раствора и дѣлались подкожныя



Движенія въ правомъ плечевомъ суставѣ свободны; отека правой руки и болей въ ней нѣтъ; точно также нѣтъ никакихъ болей ни въ шеѣ, ни въ головѣ, ни въ спинѣ. Со стороны сердца и легкихъ ничего ненормальнаго. 36°,8. Распознано саркома ключицы.

17/III: 37°,6—38°,5. Ночью было умѣренное кровотеченіе изъ изъязвившагося участка опухоли.

18/III: 39°,7—39°,8. Опухоль нѣсколько болѣзненна; кожа на ней слегка отечна.

19/III: 37°,8. Операція подъ хлороформнымъ наркозомъ. Разрѣзъ по заднему краю опухоли. Край капюшонной мышцы оказался приросшимъ къ опухоли и былъ удаленъ вмѣстѣ съ нею. Сзади опухоль отслоена тупо; она кругомъ охватывала ключицу; послѣдняя была пересѣчена у самаго конца плечевого утолщенія, при чемъ плечевой суставъ вскрытъ не былъ. Разрѣзомъ впрыскиванія камфарнаго масла. Веч. 36°,2.

Удаленная опухоль вмѣстѣ съ ключицей вѣсила 1600 грм. и при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась, по опредѣленію многоуважаемаго товарища *Л. Р. Кревера*, кругло-клѣточковой саркомой.

20/III: 36°,2—36°,4. Больная совершенно оправилась отъ операціи.

24/III: 36°,6—36°,1. Перевязка. Рана совершенно чиста. Подъ хлороформомъ сдѣлана пересадка кожи съ бедра по *Tirsch'y*. Сухая повязка.

26/III: 37°—38°,2. Вѣроятно, отъ давленія туго наложенной повязки немного отекла правая рука и лицо. Перевязка. Перемѣнены верхніе слои повязки.

Дальнѣйшее теченіе въ общемъ было совершенно гладкое, хотя температура нѣсколько разъ вечерами поднималась до 38°, и

даже разъ до 38°,6 и падала послѣ смѣны повязки. Повышеніе температуры объяснялось легкимъ нагноеніемъ на нѣсколькихъ участкахъ, гдѣ пересаженные лоскуты кожи неполнѣ прижили, а частью омертвѣли. Отекъ руки и лица исчез совершенно черезъ нѣсколько дней.

19/iv: 36°,7. Перевязка. Рана зажила. На бедрѣ также все зажило. Возврата нѣтъ. Правую руку поднимаетъ до горизонтальной линіи. Выписалась выздоровѣвшей.

Хотя 1-я операція удаленія ключицы относится къ 1765 г., но сообщенное число такихъ операцій до настоящаго времени все еще не велико. *Norcus* въ 1894 г. собралъ 73 случая изсѣченія ключицы; изъ нихъ 31 разъ операція была произведена по поводу омертвѣнія или костоѣднаго процесса въ ключицѣ, 32 раза—изъ-за злокачественной опухоли и 3 раза—по поводу огнестрѣльныхъ поврежденій. Изъ 32 случаевъ 2-го рода въ 24 была саркома, въ 5—карцинома, въ 2 экзостозы и въ 1—энхондрома. *Schreiber* приводитъ дальнѣйшую литературу вопроса. Не задаваясь цѣлью представить здѣсь послѣднюю въ подробности, позволю себѣ лишь указать еще на нѣсколько случаевъ, попавшихся мнѣ при бѣгломъ ознакомленіи съ литературой вопроса.

*Beatson* удалилъ лѣвую ключицу по поводу кругло-клѣточковой саркомы у молодой дѣвушки и получилъ выздоровленіе. *П. И. Тиховъ* произвелъ съ успѣхомъ изсѣченіе почти всей ключицы у 10-лѣтняго мальчика вслѣдствіе остео-саркомы. *Flament* описалъ случай саркомы правой ключицы—операцію дѣлалъ *Delassus*—у 10-лѣтняго мальчика; удалено $^2/_3$ ключицы. Выздоровленіе. *Arnold Gaddy* по изсѣченіи $^2/_3$ правой ключицы изъ-за саркомы достигъ выздоровленія. *Besson* удалилъ всю правую ключицу по поводу саркомы съ полнымъ успѣхомъ. *Delatour* въ 5 случаяхъ изсѣкъ ключицу; 1 изъ оперированныхъ умеръ. Въ 2 изъ этихъ случаевъ поводомъ къ операціи служила костная саркома, въ 1—злокачественная опухоль [1]), въ 1—изсѣченіе было сдѣлано ради перевязки подключичныхъ сосудовъ при анейризмѣ (смерть отъ остраго малокровія) и въ 1—для удаленія избыточно разросшейся костной мозоли, вызывавшей сильныя боли. На основаніи приведенныхъ литературныхъ данныхъ можно полагать, что число случаевъ полнаго и частичнаго изсѣченія ключицы превышаетъ 80.

Касаясь патолого-анатомической стороны новообразованій, слѣдуетъ отмѣтить, что опухоли эти чаще всего были саркомы. Иногда образованія сифилитическаго характера могутъ дать поводъ заподозрить злокачественную опухоль.

Такъ, *Ingebrans* описалъ случай сифилитической опухоли («periostose gommeuse hypertrophique») внутренняго конца правой ключицы. Опухоль была съ гусиное яйцо и вызывала припадки сдавленія крупныхъ сосудовъ и нервовъ. Лѣченіе ртутными и іодистыми препаратами увѣнчалось полнымъ успѣхомъ.

Въ клинической картинѣ новообразованій ключицы, даже очень злокачественныхъ, бросается въ глаза тотъ фактъ, что они не захватываютъ плечевого сустава и вообще не даютъ никакихъ рѣзкихъ нарушеній въ отправленіяхъ верхней конечности; лишь иногда движенія рукой, особенно порывистыя, становятся для больного затруднительными (*Flament*). Точно также не наблюдается, даже при большихъ опухоляхъ, явленій сдавленія подключичнаго сосудисто-нервнаго пучка (случаи *Flament*, *Beatson*'а, мой и др.).

Изсѣченіе ключицы, даже полное, не нарушаетъ рѣзко отправленій верхней конечности, которыя скоро возстановляются или вполнѣ, или, по крайней мѣрѣ, въ значительной степени (случаи *Norcus*, *Flament*, *Delatour*, *П. И. Тиховъ*, *Beatson*, *Besson*'а, мой и др.).

Обращаясь къ своему случаю, который я склоненъ отнести къ случаямъ удаленія всей ключицы, замѣчу, что перевязка внутренней яремной вены не совровождалась никакими—по крайней мѣрѣ, ясными—послѣдовательными явленіями, какъ это иногда наблюдается (*И. И. Грековъ*). Отекъ лица и руки въ моемъ случаѣ появился вслѣдствіе туго наложенной повязки послѣ 2-й операціи и быстро исчезъ послѣ перевязки. Пораненіе подключичной вены не принесло существеннаго вреда больной. Кровотеченіе изъ сосуда было тотчасъ-же замѣчено и остановлено на время давленіемъ компрессомъ, а наложенный затѣмъ шовъ повелъ къ прочному срощенію разрыва вены и нисколько не помѣшалъ закрытію громадной операціонной раны посредствомъ пересадки кожи черезъ 6 дней послѣ 1-й операціи.

[1]) Строеніе ея въ рефератѣ не указано.

Я не могъ получить свѣдѣній о дальнѣйшей судьбѣ оперированной мною больной и поэтому не могу судить, насколько прочно ея выздоровленіе. Не могу въ то же время не замѣтить, что если было, быть можетъ, рискованно удалять громадную опухоль, то и оставлять больную безъ помощи, когда опухоль изъязвилась, лопнула и воспалилась, мнѣ казалось недопустимымъ.

**Литература.** 1. *Arnold Gaddy*. «Medical Record», 19 ноября 1892 г.; реф. во «Врачѣ», 1892 г., № 51. — 2. *Beatson*. «British Medical Journal», 18 января 1902 г. — 3. *Besson*. «Journal des sciences médicales de Lille», 1898, № 19; реф. въ «L'année chirurgie», 1898, стр. 1890.—4. *И. И. Грековъ*. «Больничная Газета Боткина», 1897 г.—5. *Delatour*. «Annales of Surgery», 1903, январь; реф. въ «Русскомъ Врачѣ», 1903 г., № 33—6. *Flament*. «Journal des sciences médicales de Lille», 1898, № 36.—7. *Ingebrans*. «Bulletins de la société centr. de médecine du depart du Nord», 1901, № 4; реф. во «Врачѣ», 1901 г., № 23.—8. *Norcus*. «Beiträge zur klinischen Chirurgie», т. I, 1894.—9. *Schreiber*. Руководство практической хирургіи *Bergmann*'а, *Bruns*'а и *Mikulicz*'а. Русскій пер., 1903 г., т. IV, ч. I.—10. *П. И. Тиховъ*. «Врачъ», 1901 г., № 48.

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Опытъ спеціальной уѣздной земской больницы.

**[Къ вопросу объ организаціи постоянной окулистической помощи населенію и къ спору о летучихъ глазныхъ отрядахъ Попечительства о слѣпыхъ [1])].**

Летучіе глазные отряды Попечительства о слѣпыхъ вызвали къ жизни нѣсколько постоянныхъ глазныхъ пунктовъ и лѣчебницъ. Къ числу послѣднихъ относится и Стерлитамакская глазная лѣчебница въ г. Стерлитамакѣ Уфимской губ., учрежденная уѣзднымъ Земствомъ.

Лѣтомъ 1899 г. Попечительство командировало въ Стерлитамакскій уѣздъ летучій глазной отрядъ подъ руководствомъ д-ра *С. В. Лобанова*. Отрядъ этотъ пробылъ въ уѣздѣ немного менѣе 2-хъ мѣсяцевъ и, неутомимо работая, принялъ 3272 чел., сдѣлавшихъ 8447 посѣщеній. Имѣя въ виду дѣятельность этого отряда, мѣстное уѣздное Земство пришло къ мысли создать свою глазную лѣчебницу. Мысль эта была осуществлена очереднымъ земскимъ Собраніемъ 1899 г., и лѣчебница была открыта съ января 1900 г. Она существуетъ и по настоящее время и организована такъ.

Лѣчебница помѣщается въ 2-хъ совершенно отдѣльныхъ зданіяхъ. 1-ое разсчитано на 10 коекъ и заключаетъ въ себѣ 3 палаты, 2 операціонныя, ожидальню для амбулаторныхъ больныхъ, комнату для ихъ пріема, кабинетъ врача, комнату для служителя, ванную и клозеты. 2-ое, недавно отстроенное, зданіе состоитъ изъ 2-хъ большихъ и высокихъ палатъ, кухни и комнаты для служителя. Въ этомъ зданіи можно помѣстить до 25 чел. Въ Стерлитамакскомъ уѣздѣ лѣченіе безплатное. Недостатокъ средствъ не позволяетъ Земству предоставить больнымъ во 2-мъ зданіи всѣ удобства 1-го. Такъ, они, къ сожалѣнію, лишены больничной одежды и больничной пищи. За то каждому больному изъ 2-го зданія Земствомъ выдается ежедневно незначительное денежное пособіе на прокормленіе. Въ ближайшее время, впрочемъ, предположено такой порядокъ замѣнить артельнымъ довольствіемъ горячей пищей на подобіе продовольствія въ артельныхъ рабочихъ столовыхъ. Въ виду огромнаго распространенія трахомы въ Стерлитамакскомъ уѣздѣ послѣднее зданіе представляетъ какъ-бы заразный баракъ Стерлитамакской глазной лѣчебницы, такъ какъ въ немъ по преимуществу помѣщаются больные этой болѣзнью, какъ терапевтическіе, такъ и хирургическіе.

1-ое зданіе исключительно служитъ для чистыхъ больныхъ. Персоналъ лѣчебницы состоитъ изъ 1 врача, 1 фельдшерицы и

[1]) Мы далеко не раздѣляемъ безусловно всѣхъ взглядовъ уважаемаго автора, проводимыхъ имъ въ его письмѣ; тѣмъ не менѣе охотно даемъ письму этому мѣсто, какъ затрогивающему одинъ изъ наиболѣе острыхъ вопросовъ по практическому осуществленію массовой подачи цѣлесообразной врачебной помощи населенію противъ едва-ли не самыхъ тягостныхъ съ психической стороны формъ человѣческихъ страданій,—въ надеждѣ, что по существу этого вопроса не откажутся высказаться и другіе компетентные товарищи. *Ред.*

Digitized by Google

2 служителей. Полный и разнообразный инструментарій, даже бактеріологическій микроскопъ, составляютъ внутреннюю обстановку учрежденія. Такимъ образомъ со специальной стороны лѣчебница обставлена вполнѣ удовлетворительно. Въ описанномъ видѣ она представляется въ настоящее время, въ 5-ый годъ своего существованія. Въ началѣ-же, когда дѣло только еще устраивалось, оно было не лишено нѣкоторыхъ в. существенныхъ недостатковъ. Можетъ быть, недостатки эти и были частной причиной того, что завѣдующіе лѣчебницей глазные врачи мѣнялись нѣсколько разъ. 1-мъ врачемъ ея былъ д-ръ *Епинатьевъ*, 2-мъ—д-ръ *Чебышевъ*, 3-мъ—нижеподписавшійся. Въ виду этихъ перемѣнъ лѣчебница періодами бездѣйствовала, почему изъ $3^1/_2$ лѣтъ ея дѣятельности (1/I 1900 г.—1/VII 1903 г.), за каковое время существуетъ сводный отчетъ по лѣчебницѣ, дѣйствительнымъ рабочимъ временемъ были только 2 г. $8^1/_2$ мѣс., да и изъ нихъ 5 мѣс. лѣчебницей завѣдывалъ врачъ общей больницы, дѣлившій свой трудъ между той и другой, конечно, не къ вящей пользѣ лѣчебницы. Извлеченныя изъ упомянутаго сводного отчета нѣсколько цифръ характеризуютъ специальную дѣятельность лѣчебницы въ слѣдующихъ размѣрахъ. За 2 г. $8^1/_2$ мѣс. (2 г. $3^1/_2$ мѣс. завѣдыванія спеціалистами) лѣчебницей принято 8680 больныхъ, сдѣлавшихъ 39152 посѣщеній (по $4^1/_2$ въ среднемъ на больного). Коечныхъ больныхъ было 861; дней ими проведено 14658.

Нѣкоторыя общія свѣдѣнія о мѣстности, которую обслуживаетъ лѣчебница, предпосланныя статистикѣ заболѣваній, могутъ уяснить нужду населенія въ спеціальной помощи.

Стерлитамакъ расположенъ на большомъ почтовомъ трактѣ Уфа—Оренбургъ, въ 125 в. отъ первой и 242 отъ второго. Ближайшая желѣзно-дорожная станція отъ города въ 90 в. Край этотъ недавно только пробудился къ жизни и въ настоящее время колонизуется переселенцами изъ разныхъ русскихъ губерній, гдѣ крестьянина одолѣваетъ малоземелье; а, такъ какъ къ таковымъ относятся почти всѣ, то и понятно, что колонизація внесла въ и безъ того многоплеменный уѣздъ еще и наносную «смѣсь племенъ, нарѣчій, состояній». Кромѣ коренныхъ башкиръ, татаръ, мещеряковъ, тептярей, чувашъ, мордвы и русскихъ, здѣсь встрѣчаются нѣмцы, латыши, малороссы, великороссы изъ разныхъ «тѣсныхъ» русскихъ губерній. По пространству уѣздъ великъ и равенъ иной губерніи. Его площадь равна 18694,3 кв. в. (около 2.000000 десятинъ). Уѣздный городъ считаетъ 16000 жителей русскихъ и татаръ, почти по равной части. Численность населенія уѣзда 287543 душъ. Врачебныхъ участковъ 7. Радіусы ихъ въ среднемъ 40—45 в., на каждаго земскаго врача по 40000—45000 населенія. Больницъ въ уѣздѣ земскихъ, считая и городскую, всего 4 и 2 заводскія горно-промышленныхъ заводовъ. Желѣзныхъ дорогъ въ уѣздѣ нѣтъ. Больные въ глазную лѣчебницу прибываютъ съ разстояній въ 100, 150 и далѣе верстъ. Успѣшно и въ большомъ числѣ лѣчебница притягиваетъ больныхъ на разстояніи въ 80 в. Это—ея радіусъ протяженія. Запись больныхъ и отчетность лѣчебницы ведутся по формамъ, схожимъ съ формами Попечительства о слѣпыхъ.

Статистика заболѣваній, отмѣченныхъ въ сводномъ отчетѣ лѣчебницы, представляется въ слѣдующемъ видѣ:

| | |
|---|---|
| Заболѣваній вѣкъ | 8728 |
| » роговицы | 3399 |
| » радужной оболочки | 291 |
| » сосудистой » | 236 |
| » хрусталика | 557 |
| » зрительно-нервнаго прибора | 157 |
| » бѣлковой оболочки | 8 |
| » мышечнаго прибора | 143 |
| » слезнаго » | 134 |
| » неправильностей преломленія и приспособленія | 176 |
| » прочихъ болѣзней глаза | 285 |
| итого | 14118 |

Изъ 8680 больныхъ трахоматозныхъ было 3448, т. е. 40%. Операцій сдѣлано 1237, изъ нихъ извлеченій катаракты 137 и операцій заворота, выворота, срощенія наружныхъ угловъ вѣкъ 813. Оперативныхъ пособій оказано 2595, съ операціями было всего 3862.

Въ уѣздѣ царятъ глаукома, сифилисъ и особенно трахома. Широкое распространеніе послѣдней доказано поголовными осмотрами населенія нѣкоторыхъ деревень, произведенными мною при товарищескомъ содѣйствіи участковыхъ врачей д-ровъ *Мишенина, Данилова* и *Малецкаго*. % пораженныхъ трахомой изъ наличнаго населенія чувашскихъ деревень доходитъ до 77, а мордовскихъ до 57. Страдаютъ трахомой также башкиры, татары (7%) и русскіе (19%). Населеніе первыхъ 2-хъ народностей въ уѣздѣ живетъ крайне неопрятно и грязно. Бѣдность, грязь и крайняя неразвитость характеризуютъ матеріальный и умственный укладъ деревень, населенныхъ чувашами и мордвой.

Слѣпымъ лѣчебница ведетъ особую запись. За указанное время ихъ записано 627 чел., изъ коихъ 262 излѣчимыхъ и 365 неизлѣчимыхъ. Излишне говорить, что въ ряду причинъ той и другой слѣпоты трахомѣ надо отвести 1-ое мѣсто: на ея долю приходится 58% излѣчимо-слѣпыхъ и 50% неизлѣчимыхъ; остальное приходится на обычныя многочисленныя причины слѣпоты, какъ бѣльма, катаракты, глаукома, оспа, сифилисъ и т. д.

Въ такихъ цифрахъ представляются размѣры дѣятельности спеціальной уѣздной земской больницы—Стерлитамакской глазной лѣчебницы—за 2 г. $8^1/_2$ мѣс., изъ которыхъ работѣ спеціалистовъ принадлежитъ, какъ было сказано, 2 г. $3^1/_2$ мѣс. Дѣятельность эта имѣетъ непосредственное отношеніе къ вопросу объ организаціи постоянной окулистической помощи деревенскому населенію и къ спору о летучихъ глазныхъ отрядахъ. О послѣднихъ говорилось не мало. Лѣтомъ 1903 г. исполнилось, кажется, 10 лѣтъ со времени ихъ возникновенія по мысли проф. *Л. Г. Беллярминова*. Срокъ—вполнѣ юбилейный, дающій поводъ обозрѣть ихъ дѣятельность, также направленную къ подачѣ глазной помощи населенію, такъ сильно нуждающемуся въ ней.

Не мало копій было сломано около вопроса о значеніи летучихъ глазныхъ отрядовъ. Нашлись у нихъ сторонники, но оказались и ярые противники. Большинство послѣднихъ образовали земскіе врачи. Какъ это часто бываетъ въ горячей полемикѣ, сторонники, главное ядро которыхъ составили глазные врачи, работавшіе въ отрядахъ, и противники ихъ приводили въ своемъ спорѣ объ отрядахъ односторонняя доказательства: сторонники указывали одни положительныя качества отрядовъ, противники—одни отрицательныя. Соглашенія при такихъ условіяхъ получиться не могло и его нѣтъ, кажется, и по сейчасъ, не смотря на то, что VII Съѣздъ русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* высказался въ пользу противниковъ этого института, признавъ отряды нецѣлесообразными. Борьба по вопросу о летучихъ глазныхъ отрядахъ велась въ засѣданіяхъ медицинскихъ Обществъ, на страницахъ журналовъ и газетъ, на мѣстныхъ Съѣздахъ врачей и въ частныхъ разговорахъ. Несогласія и несходство взглядовъ по этому вопросу проявлялось даже между земскими Собраніями и врачами одного и того-же уѣзда.

Сторонники выставляли слѣдующій аргументъ: въ деревенской Россіи глазныхъ больныхъ—множество, удовлетвореніе-же ихъ спеціальной помощью ничтожно, почему отряды и привлекаютъ всегда огромное число больныхъ и производятъ много операцій. Противники на это возражали, что лѣчить глазныя болѣзни надо не тогда, когда онѣ ничего другого, кромѣ операцій, не требуютъ, а тогда, когда онѣ только-что возникаютъ. Этого отрядъ сдѣлать не можетъ, потому что онъ прилетаетъ на 2 мѣсяца, а затѣмъ «улетаетъ», оставляя мѣстность въ тѣхъ-же условіяхъ. Кромѣ того, отряды подрываютъ довѣріе населенія къ мѣстнымъ врачамъ. Приверженцамъ отрядовъ послѣдній доводъ казался особенно неубѣдительнымъ и звучалъ для нихъ задѣтымъ самолюбіемъ мѣстныхъ врачей, покинутыхъ больными, толпами устремлявшимися въ отряды не только съ недугами глазными, но подчасъ и съ заболѣваніями другого рода. И въ самомъ дѣлѣ, на подобный доводъ иного отвѣта, казалось бы и дать нельзя какъ amicus Plato, sed magis amica veritas. Страдающихъ личныхъ чувствъ мѣстныхъ врачей, конечно, жаль, но интересы населенія цѣлаго округа, безъ сомнѣнія, выше. Это—безспорно такъ; но мнѣ кажется (я и самъ завѣдывалъ отрядами Попечительства), что въ происхожденіи такого упрека со стороны мѣстныхъ врачей отрядамъ не безъ вліянія оказалась личность нѣкоторыхъ завѣдующихъ отрядами, принимавшихъ ни къ чему ненужный и только вредный для дѣла образъ олимпійцевъ. Организація Попечительства о слѣпыхъ, какъ учрежденія, обслуживающаго дѣло подачи помощи глазнымъ больнымъ и призрѣнія слѣпыхъ, мало кому хорошо извѣстна не только въ провинціи, но и въ столицахъ. При такихъ условіяхъ командировки отрядовъ на мѣстахъ ихъ дѣятельности принимались чуть-ли не за правительственныя. Можетъ быть, это обстоятельство способствовало нѣкоторому внѣшнему успѣху отрядовъ въ условіяхъ ихъ кратковременной работы, но за то порождало и нѣкоторыя нежелательныя явленія. Такъ, напр., мнѣ пришлось слышать разсказъ о томъ, какъ уѣздная администрація одного уголка Кавказа, получивъ увѣдомленіе о прибытіи глазного отряда, приступила къ предварительной поголовной переписи глазныхъ больныхъ, что не на шутку перепугало населеніе. И въ нѣкоторыхъ земскихъ губерніяхъ завѣдующіе глазными отрядами имѣли болѣе или менѣе близкія отношенія къ высшей губернской администраціи, что порождало особое къ нимъ отношеніе со стороны уѣздной. Если къ этому прибавить вполнѣ заслуженныя отрядами благодарности и обаяніе признательности и

Digitized by Google

и уваженія, которымъ повсемѣстно и больные, и «общество» сопровождали работу отрядовъ, то станетъ понятнымъ, почему лицу нѣкоторыхъ завѣдующихъ отрядами сообщался видъ побѣдителей въ той или иной мѣстности глазныхъ болѣзней. На этихъ лицахъ такъ и читалось: здѣсь были залежи глазныхъ болѣзней, но veni, vidi, vici... Это портило отношенія съ мѣстными врачами, которые понимали, что это не такъ. Они допускали, что отрядъ одержалъ, пожалуй, еще частичную побѣду надъ слѣпотой мѣстнаго населенія, но рѣшительно никакой побѣды не могъ одержать надъ глазной заболѣваемостью.

Изъ такой различной и противоположной оцѣнки дѣятельности отрядовъ и возникла особая ожесточенность спора. Земскіе врачи смотрѣли на дѣло такъ, что приходили къ заключенію, по которому традиціонное недовѣріе въ провинціи ко всякимъ командировкамъ изъ Петербурга оправдывалось и на этотъ разъ. Опасаясь, что отряды могутъ стать признаннымъ способомъ борьбы съ глазными болѣзнями и слѣпотой населенія и задержать такимъ образомъ развитіе мѣстной (земской) медицины, мѣстные врачи, главнымъ образомъ земскіе, сочли нужнымъ поднять свои голоса противъ нихъ, такъ какъ на основаніи своихъ наблюденій знали, что отряды совершенно не устраняютъ и не вліяютъ на причины глазной заболѣваемости и слѣпоты населенія. Имѣя въ виду разоблачить эфемерную эффектность дѣятельности глазныхъ отрядовъ, земскіе врачи на мѣстныхъ Съѣздахъ рѣшительно и безповоротно осудили ихъ и въ жару полемики объявляли ихъ даже вредными. Полемика такого рода, по видимому, не боится открытыхъ дверей, и потому вполнѣ умѣстно спросить, какъ можно отрицать полезность дѣятельности и спорить противъ очевидности 387905 больныхъ и 120457 операцій, представляющихъ размѣры дѣятельности 237 отрядовъ по всей Россіи по 1901 г. включительно? Если даже и согласиться, что безъ спора вѣренъ земскій взглядъ, что постоянная глазная помощь несравненно лучше летучей, то неужели эти огромныя цифры не свидѣтельствуютъ о колоссальныхъ залежахъ глазныхъ больныхъ, не использованныхъ на мѣстахъ? Неужели пока постоянной глазной помощи нѣтъ и устроить ее не на что и некому, летучая вредна потому только, что она хуже постоянной, которой нѣтъ?

Мнѣ лично, впрочемъ, кажется, что главный недостатокъ отрядовъ—не въ подрывѣ довѣрія населенія къ мѣстнымъ врачамъ, а въ кое-чемъ другомъ. Лихорадочность и спѣшность, съ которой работаютъ отряды въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ, когда крестьянинъ, пользуясь теплымъ временемъ, улучаетъ свободную минуту для лѣченія, несоотвѣтствіе между численностью работниковъ въ отрядѣ и наплывомъ больныхъ не составляютъ нормальныхъ условій врачебной дѣятельности. При такихъ условіяхъ больные преждевременно выписываются послѣ произведенныхъ серьезныхъ операцій, чтобы дать мѣсто другимъ, отчего нерѣдко у нихъ наступаютъ осложненія, опять губящія ихъ зрѣніе или дающія возвраты болѣзни. На дѣлѣ далеко недостаточно успѣшно сдѣлать операцію, напр., извлеченія катаракты и выписать больного на 8—10-й день, чтобы быть увѣреннымъ, что зрѣніе его уже обезпечено. Точно также операція заворота вѣкъ не излѣчиваетъ сама по себѣ осложненныхъ заболѣваній роговой оболочки. Въ виду этого можно думать, что не мало вторичныхъ катарактъ остается послѣ отрядовъ и не мало трахоматозныхъ все-таки теряютъ зрѣніе, не смотря на операціи заворотовъ и выворотовъ вѣкъ. Мои собственныя наблюденія на мѣстахъ работы отрядовъ убѣдили меня въ справедливости только-что сказаннаго. Такимъ образомъ огромные для короткаго срока размѣры дѣятельности отрядовъ сами по себѣ были въ обратномъ отношеніи къ качеству работы.

Ожесточенности спора о глазныхъ отрядахъ отчасти способствовалъ и тотъ «священный трепетъ», который охватываетъ нѣкоторыхъ врачей при произнесеніи словъ «земская медицина». Основы ея считаются неприкосновенными, а нѣкоторымъ показалось, что летучіе глазные отряды посягнули на святость ея принциповъ. Въ дѣйствительности-же отряды ни въ одинъ моментъ своего 10-лѣтняго существованія не становились на пути организаціи постоянной окулистической помощи населенію. Современное земство, какъ и современная земская медицина, меньше всего могутъ внушить даже апологету принциповъ широкаго мѣстнаго самоуправленія «священный трепетъ». Извѣстно, что они уже не тѣ, что были. Прокрустово ложе, на которое много лѣтъ уже уложено земство, и по сію пору все еще кажется нѣкоторымъ меньше большого земскаго тѣла, почему требуются все новыя и новыя усѣченія его членовъ. Это однако не мѣшаетъ извѣстной группѣ «самобытниковъ», не замѣчающихъ вливанія бюрократической струи въ земскія учрежденія утверждать, что Западная Европа не создала ничего подобнаго земской медицинѣ. Какъ отдѣльная отрасль вѣдѣнія земскихъ учрежденій, земская медицина почтенна, какъ и всѣ они. Можетъ быть, Западная Европа и дѣйствительно не создала ничего похожаго на земскую медицину, но что послѣдняя не обезпечиваетъ медицинской помощью населенія такъ, какъ оно обезпечено ею въ Западной Европѣ, это доказательствъ не требуетъ. А это—самое главное въ данномъ вопросѣ. Мало реальному понятію «земская медицина» оказывается тотъ почетъ, который по всей справедливости заслужилъ типъ участковаго земскаго врача. Живой дѣятель этой медицины, часто единственный интеллигентный человѣкъ въ деревнѣ, онъ на себѣ переживаетъ всѣ ея матеріальныя, моральныя и духовныя невзгоды. Кто видѣлъ этого работника, тотъ согласится, что онъ заслуживаетъ самаго глубокаго почитанія и что его личности слѣдовало-бы создать тѣ литературные памятники, которые созданы земской медицинѣ въ видѣ «Земско-медицинскаго сборника» и «Русской медицины» изданія Общества русскихъ врачей. И такъ, земская медицина не представляетъ еще настолько совершенной и безупречной организаціи, всѣ частности которой были-бы безошибочны, а основы непогрѣшимы и неприкосновенны. Она безсильно бьется въ борьбѣ съ эпидеміями, не можетъ побороть сифилиса, дѣтской смертности и др., такъ какъ это—внѣ ея силъ и обусловливается причинами, на которыя она вліять не можетъ. Далеко не послѣднюю роль въ ней играетъ еще самостоятельный фельдшеризмъ, а разъѣзды земскихъ врачей по тяжелымъ больнымъ на большихъ разстояніяхъ похожи на совершенно безплодную работу. Земская акушерская помощь оставляетъ желать еще многаго. При всѣхъ указанныхъ условіяхъ летучіе глазные отряды, заслуживая много упрековъ, не должны представлять, даже съ земской точки зрѣнія, болѣе вреднаго палліатива, чѣмъ, напр., разъѣзды участковыхъ врачей по тяжелымъ больнымъ или разъѣзды эпидемическихъ врачей по эпидеміямъ. Но, если первое и второе понятно и вызывается жизненнымъ запросомъ, при неимѣніи иныхъ болѣе совершенныхъ формъ, то съ такой же терпимостью можно отнестись и къ отрядамъ, если признать, что они отвѣчаютъ жизненному запросу. А, такъ какъ они своей работой коснулись, дѣйствительно, мало разработанной области земской медицины, то и пользу ихъ признать можно со всей справедливостью. Что должны были сказать противники летучихъ глазныхъ отрядовъ, узнавъ изъ газетъ, что послѣ постановленія VII Съѣзда врачей въ память *Н. И. Пирогова* въ настоящемъ году въ Александровскій уѣздъ Екатеринославской губ. былъ командированъ ушной летучій отрядъ проф. *Н. П. Симановскаго* и что какое-то женское Общество въ Петербургѣ предполагаетъ организовать летучіе гинекологическіе отряды? По видимому, на основаніи приведеннаго нельзя отрицать за данными явленіями извѣстной жизненности.

Неоспоримая заслуга принадлежитъ глазнымъ отрядамъ въ другомъ отношеніи. Весьма возможно, что въ мѣстныхъ земско-медицинскихъ изданіяхъ заключались достаточные матеріалы для сужденія о распространеніи глазныхъ болѣзней въ Россіи. Но эти работы рѣдко проникаютъ дальше предѣловъ своей губерніи и даже уѣзда. Медицинская печать въ большинствѣ случаевъ ихъ не разбираетъ и даже не приводитъ въ спискѣ появившихся новыхъ трудовъ. Глазные отряды, подобно земскимъ статистикамъ, въ теченіи 10 лѣтъ объѣздили почти всю Россію и собрали большой статистическій матеріалъ, ждущій обработки. Своими цифрами они выяснили какъ сильную заболѣваемость населенія глазными болѣзнями, такъ и дѣйствительную не-

Digitized by Google

обезпеченность его соотвѣтственной помощью. Такая заслуга достойна признанія и уваженія. Статистика—разъяснительница размѣровъ и соотношеній общественныхъ явленій, и ей нужно дать дорогу тамъ, гдѣ предполагаются тѣ или иныя, разсчитанныя на знаніе и цѣлесообразность, общественныя мѣропріятія. Въ этомъ отношеніи заслуга глазныхъ отрядовъ не можетъ быть оспариваема никѣмъ, кто признаетъ за статистикой такое значеніе и отводитъ ей въ общественной жизни подобающее мѣсто.

Стерлитамакская земская глазная лѣчебница явилась на смѣну отряду. Какъ разрѣшила она вышеуказанный споръ? Кажется, удовлетворительно и въ пользу мысли о постоянной окулистической помощи населенію. Пріобрѣтя себѣ довѣріе больныхъ, что видно изъ значительнаго средняго числа посѣщеній, она обезпечиваетъ мѣстному населенію постоянную своевременную глазную помощь, которая можетъ предупредить слѣпоту во многихъ случаяхъ. При всемъ томъ, принимая множество больныхъ и производя значительное число операцій, она не исчерпываетъ запаса не только возникающихъ, но и существующихъ уже глазныхъ болѣзней мѣстнаго населенія. Широкое распространеніе знанія глазныхъ болѣзней между участковыми врачами составляетъ желанное явленіе для приближенія этой помощи къ населенію. Лѣченіе глазныхъ болѣзней требуетъ особыхъ способовъ; глазная амбулаторія должна приближаться къ коечному лѣченію, чтобъ обезпечить себѣ успѣхъ и довѣріе больныхъ. Это, само собой понятно, требуетъ и созданія особыхъ условій при участковыхъ больницахъ, въ родѣ устройства, напр., убѣжищъ для большого числа больныхъ, нуждающихся въ продолжительномъ наблюденіи со стороны врача и лѣченіи.

Насколько одностороненъ взглядъ земскихъ врачей по вопросу объ обезпеченіи постоянной глазной помощью населенія, видно изъ постановленія V Уфимскаго губернскаго Съѣзда земскихъ врачей. По докладу д-ра *Чебышева* о Стерлитамакской глазной лѣчебницѣ Съѣздъ постановилъ признать устройство подобныхъ лѣчебницъ преждевременнымъ, находя болѣе желательнымъ расширеніе организаціи участковой медицины и научныхъ командировокъ врачей для пополненія знаній по глазнымъ болѣзнямъ. Но многимъ нужно ихъ не пополнять, а почти получать вновь. Гдѣ же у насъ это можно сдѣлать? Очевидно, члены Съѣзда были убѣждены въ возможности полученія солидныхъ познаній въ этой области во время обычныхъ 3-мѣсячныхъ командировокъ въ Еленинскій Институтъ и др. учрежденія. Но за 3 мѣсяца можно, пожалуй, получить, при занятіяхъ сразу въ нѣсколькихъ областяхъ, только представленія о казуистическихъ видахъ той или иной отрасли, а не научное знаніе спеціальности.

Стерлитамакская глазная лѣчебница, если судить по 1-му изданію «Указателя глазныхъ врачей и лѣчебныхъ учрежденій» г. Урлауба, является 1-й глазной земской больницей, устроенной въ уѣздѣ. Имѣя въ виду значеніе этого 1-го опыта учрежденія спеціальныхъ больницъ уѣздными земствами, можно признать, что она оправдываетъ его и показываетъ, что онъ можетъ увѣнчаться успѣхомъ. Въ мѣстахъ глазныхъ эндемій, которыхъ въ Россіи много, такія спеціальныя больницы могутъ имѣть круглый годъ достаточный притокъ больныхъ. Вмѣстѣ съ тѣмъ лѣчебница своей дѣятельностью показываетъ, что она представляетъ собой одинъ изъ видовъ возможной организаціи постоянной окулистической помощи населенію, не опровергая возможности и цѣлесообразности и другихъ способовъ въ этомъ направленіи. Какъ 1-й опытъ, она, можетъ быть, родитъ подражанія и внесетъ свою долю въ разрѣшеніе большого вопроса о снабженіи надлежащей качественной помощью множества глазныхъ больныхъ въ Россіи.

*М. Фишъ.*

**Литература.** 1. Отчетъ о дѣятельности глазного отряда, д-ра *Лобанова*, Петербургъ, 1899 г.—2. Очеркъ дѣятельности летучихъ отрядовъ въ 1894 г., д-ра *Андогскаго*, проф. *Беллярминова* и д-ра *Долганова*. Петербургъ, 1895.—3. Отчетъ о дѣятельности летучаго глазного отряда, д-ра *Андогскаго*, Петербургъ, 1900.—4. Сообщенія Петербургской глазной лѣчебницы, кн. VI.—5. Отчетъ о глазномъ отрядѣ въ г. Кальваріи д-ра *Вайнштейна*. «Вѣстникъ Офтальмологіи», 1903 г.—6. Отчетъ о глазномъ отрядѣ въ Сувалкской губ. Его-же, тамъ-же, 1902 г.—7. Отчеты особаго отдѣла Попечительства о слѣпыхъ по 1901 г.—8. Отчеты о Съѣздахъ врачей имени *Н. И. Пирогова*, VII и VIII.—9. Къ вопросу о борьбѣ съ эпидемическими заболѣваніями въ земствахъ, д-ра *Комаровскаго*. «Врачебная Газета», 1903, № 45.

## ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Внутреннія болѣзни.** 433. Д-ръ *Tabora* (ассистентъ клиники проф. *Riegel*'я въ Giessen'ѣ) думаетъ, что *поносы при желудочной ахиліи* происходятъ не оттого, что недостаточно переваренная пища производитъ механическое раздраженіе слизистой оболочки кишекъ, а главнымъ образомъ вслѣдствіе измѣненія химическаго состава содержимаго желудка и кишекъ и нарушенія нормальнаго хода процессовъ броженія углеводовъ и гніенія бѣлковъ въ кишечномъ каналѣ. При нормальныхъ условіяхъ кислотность желудочнаго содержимаго настолько значительна, что задерживаетъ амилолизъ и процессы броженія; при поступленіи-же желудочнаго содержимаго въ 12-перстную кишку, часть кислотности осредняется щелочностью отдѣляемаго поджелудочной железы, и поэтому здѣсь даны благопріятныя условія для броженія, которое главнымъ образомъ поддерживается 2-мя видами бактерій: кишечной палочкой и палочкой молочнокислаго броженія (b. lactis aërogenes). Такъ какъ при этомъ, въ свою очередь, образуются кислоты, то реакція содержимаго тонкихъ кишекъ остается кислой, что до извѣстной степени задерживаетъ гніеніе бѣлковъ, начинающееся въ толстыхъ кишкахъ, гдѣ уже господствуетъ щелочная реакція и гдѣ имѣются благопріятныя условія жизни для анаэробныхъ бактерій гніенія бѣлковъ. При физіологическихъ условіяхъ эти процессы броженія углеводовъ въ тонкихъ кишкахъ и гніенія бѣлковъ въ толстыхъ такъ упорядочены, что они лишь поддерживаютъ нормальную перистальтику, такъ какъ продукты жизнедѣятельности бактерій раздражающимъ образомъ дѣйствуютъ на слизистую оболочку кишекъ. Но такое «сожительство», какъ выражается *Strasburger*, между кишечникомъ и населяющими его бактеріями можетъ разстраиваться, если вслѣдствіе измѣненія качества питательнаго матерьяла процессы гніенія или броженія достигаютъ слишкомъ значительныхъ степеней, или если въ кишечникъ проникаютъ другіе способные развиваться въ немъ микроорганизмы. При желудочной ахиліи условія для жизнедѣятельности бактерій настолько измѣняются, что въ тонкихъ кишкахъ преобладаютъ процессы не броженія, а гніенія. Обусловливается это тѣмъ, что вслѣдствіе недостаточной кислотности желудочнаго содержимаго весь процессъ амилолиза происходитъ въ желудкѣ и образовавшійся сахаръ въ немъ же и всасывается, такъ что въ тонкія кишки поступаетъ уже болѣе бѣдная углеводами пища. Бѣлки же, наоборотъ, вслѣдствіе недостаточности или полнаго отсутствія переваривающаго бѣлка бродила поступаютъ въ кишки въ значительномъ количествѣ. Такъ какъ къ тому-же слабая кислотность желудочнаго содержимаго осредняется щелочностью отдѣляемаго поджелудочной железы, то и оказывается, что содержимое тонкихъ кишекъ представляетъ весьма благопріятныя условія для развитія бактерій гніенія и очень неблагопріятныя для броженія углеводовъ. Щелочная реакція содержимаго тонкихъ кишекъ и слабая кислотность желудочнаго содержимаго способствуютъ еще тому, что проникшіе извнѣ возбудители гніенія находятъ себѣ здѣсь благопріятныя условія для разиноженія. Если не во всѣхъ случаяхъ желудочной ахиліи наблюдаются поносы, вызванные усиленіемъ гніенія бѣлковъ, то объясняется это тѣмъ, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ это гніеніе еще не достигло большихъ размѣровъ, кишечникъ самъ въ состояніи упорядочить этотъ избытокъ раздраженія. Автору удалось доказать вѣрность своихъ взглядовъ слѣдующимъ опытомъ. Онъ опредѣлилъ количественно продукты бѣлковаго гніенія въ кишкахъ — индолъ въ калѣ, индиканъ и феноловыя соединенія въ мочѣ у здоровыхъ людей и у больныхъ съ желудочной ахиліей. Затѣмъ значительно увеличилъ у тѣхъ и другихъ количество бѣлковъ пищи.

Digitized by Google

Если мои взгляды вѣрны, разсуждалъ онъ, то количество продуктовъ бѣлковаго гніенія у больныхъ съ желудочной ахиліей должны увеличиться несоотвѣтственно больше, чѣмъ у здоровыхъ. Результаты изслѣдованій вполнѣ подтвердили это; мало того, на основаніи количественныхъ опредѣленій азота и индикана въ отдѣльныхъ порціяхъ мочи у здоровыхъ и больныхъ съ желудочной ахиліей авторъ могъ убѣдиться, что у послѣднихъ процессы гніенія бѣлковъ происходятъ главнымъ образомъ въ тонкихъ, между тѣмъ какъ у первыхъ въ толстыхъ кишкахъ. Что касается *лѣченія*, то, на основаніи сказаннаго, оно должно-бы заключаться въ возможномъ ограниченіи бѣлковой пищи при одновременномъ увеличеніи количества углеводовъ. Такимъ путемъ была-бы отнята почва для размноженія у возбудителей гніенія и были-бы даны благопріятныя условія для жизнедѣятельности возбудителей броженія. Больше всего соотвѣтствуетъ этимъ требованіямъ діэта изъ слизистыхъ суповъ исключительно. Но такую діэту больные могутъ выдержать не болѣе 3—4-хъ дней, и поэтому она не можетъ привести къ цѣли. Гораздо цѣлесообразнѣе оказалась исключительно молочная діэта, при помощи которой автору удалось добиться очень хорошихъ результатовъ. Онъ объясняетъ это, главнымъ образомъ, особенностью молока противостоять гніенію. Все вышеизложенное относится къ типическимъ поносамъ у больныхъ съ желудочной ахиліей. Само собой разумѣется, что у этихъ больныхъ могутъ быть поносы и другого происхожденія (напр., вслѣдствіе погрѣшностей въ діэтѣ и т. п.) (Münchener medicinische Wochenschrift, № 20). *А. Коварскій.*

434. По словамъ д-ра *Cavazzani*, онъ въ теченіи уже нѣсколькихъ лѣтъ съ успѣхомъ примѣняетъ чеснокъ при лѣченіи легочной чахотки. Желая экспериментальнымъ путемъ установить *предохранительное и лѣчебное дѣйствіе чеснока при бугорчаткѣ*, авторъ производилъ слѣдующіе опыты: 6 морскихъ свинокъ въ теченіи 2-хъ недѣль ежедневно получали по 0,06 грм. чесночнаго сока, а затѣмъ имъ вдували въ гортань опредѣленное небольшое количество высушенной и обращенной въ порошокъ бугорчатковой мокроты и оставляли животныхъ въ теченіи 2-хъ сутокъ въ помѣщеніи, въ которомъ распыляли туже мокроту. Для провѣрки такой-же процедурѣ подвергались 2 свинки, не принимавшія предварительно чеснока. 3-мъ изъ 6 свинокъ послѣ зараженія чеснокъ давался еще въ теченіи 2-хъ недѣль, а 3-мъ въ теченіи 3-хъ мѣсяцевъ. При вскрытіи повѣрочныхъ животныхъ брюшные органы и лимфатическая система найдены переполненными бугорками въ различныхъ ступеняхъ развитія; въ обслѣдованныхъ микроскопически бугоркахъ обнаружены бугорчатковыя палочки. У свинокъ, принимавшихъ чеснокъ 2 + 2 недѣли, въ печени и селезенкѣ оказалось нѣсколько небольшихъ бугорковъ, въ которыхъ бугорчатковыхъ палочекъ не найдено, но обнаружены многочисленныя волокна молодой соединительной ткани. У остальныхъ 3-хъ свинокъ, получавшихъ чеснокъ все время опыта, всѣ органы оказались здоровыми, и бугорковъ не найдено при самомъ тщательномъ изслѣдованіи. Въ виду небольшого числа опытовъ авторъ не рѣшается дѣлать вполнѣ опредѣленные выводы и считаетъ необходимымъ дальнѣйшія изслѣдованія (The Lancet, 9 января). *С. Новосельскій.*

435. Д-ра *Büdingen* и *Geissler* (Konstanz) изучали на клиническомъ матеріалѣ *дѣйствіе электрическихъ ваннъ съ перемѣннымъ (синусоидальнымъ) токомъ при лѣченіи болѣзней сердца.* Синусоидальный токъ отличается отъ обыкновеннаго перемѣннаго фарадическаго тока тѣмъ, что въ послѣднемъ токи разныхъ направленій отличаются между собой какъ по силѣ, такъ и по скорости; токъ при отмыканіи, напр., гораздо скорѣе и сильнѣе, чѣмъ при замыканіи; въ синусоидальномъ-же токѣ различныя направленія его обладаютъ одинаковой силой и скоростью. Другое отличіе фарадическаго отъ синусоидальнаго тока заключается въ томъ, что отдѣльныя фазы послѣдняго не представляютъ такихъ рѣзкихъ подъемовъ и крутыхъ паденій какъ у перваго, а онъ поднимается и опускается въ видѣ закругленной волны. На двигательные нервы и мышцы перемѣнный синусоидальный токъ дѣйствуетъ такъ, что вызываетъ тетаническія сокращенія, но при этомъ приходится примѣнять токъ большей силы, чѣмъ при примѣненіи для той-же цѣли фарадическаго тока. Дѣйствіе ваннъ на сердечныхъ больныхъ выражается въ слѣдующемъ: прежде всего у нихъ исчезаютъ чувство давленія въ области сердца, сердечная тоска и сердцебіеніе; далѣе къ нимъ возвращается хорошій сонъ и значительно улучшается позывъ на ѣду. Изъ объективныхъ явленій улучшенія состоянія больныхъ на первый планъ слѣдуетъ поставить уменьшеніе притупленія въ области сердца, при чемъ сначала дов. быстро уменьшается объемъ праваго сердца; уменьшеніе-же лѣваго идетъ гораздо медленнѣе, и въ то время, какъ правое сердце въ нѣкоторыхъ случаяхъ уменьшается до нормальныхъ размѣровъ, въ лѣвомъ ни разу такого полнаго возврата къ нормѣ не замѣчалось. Для правильной оцѣнки этихъ результатовъ лѣченія слѣдуетъ замѣтить, что опредѣленіе размѣровъ сердца авторы производили не по способу *Smith*'а при помощи фонэндоскопа, такъ какъ ошибочность этого способа можно теперь считать уже доказанной [1]), а при помощи стараго способа черезъ выстукиваніе. Дальнѣйшимъ объективнымъ признакомъ улучшенія является уменьшеніе неправильностей сердечной дѣятельности, выражающееся главнымъ образомъ въ рѣзкомъ уменьшеніи или даже исчезновеніи перебоевъ пульса; кромѣ того, число ударовъ пульса уменьшалось, и онъ становился полнѣе. Что касается объясненія такого благопріятнаго дѣйствія электрическихъ ваннъ съ перемѣннымъ токомъ, то авторы придерживаются того взгляда, что ванны, какъ и пассивныя упражненія съ *Zander*'овскими приборами или гимнастика сопротивленія по *Schott*'у, также представляютъ своего рода снарядъ для пассивной гимнастики сердца. Однако, передъ *Zander*'овскими приборами ванны эти представляютъ то преимущество, что онѣ распространяютъ свое дѣйствіе на гораздо большее число мышцъ; отъ *Schott*'овской-же гимнастики онѣ выгодно отличаются тѣмъ, что при нихъ не бываетъ нервныхъ напряженій. На кожу ванны не производятъ видимаго дѣйствія, и все ихъ вліяніе обнаруживается главнымъ образомъ на мышечной системѣ. Онѣ не составляютъ поэтому совершенно безразличнаго средства для сердца, такъ какъ требуютъ отъ него извѣстнаго напряженія, и служатъ для него, по выраженію авторовъ, урокомъ гимнастики. Ясно, что не всякое сердце можетъ выдержать эту гимнастику, а потому электрическія ванны нельзя назначать безъ разбора всѣмъ сердечнымъ больнымъ. Онѣ принесутъ пользу только тѣмъ изъ нихъ, сердце которыхъ обладаетъ небольшой запасной силой для того, чтобы безъ вреда переносить требуемое отъ него напряженіе. Слишкомъ слабымъ сердцамъ (съ склерозомъ вѣнечныхъ артерій, напр.) электрическія съ синусоидальнымъ токомъ ванны, какъ и углекислыя, могутъ скорѣе принести вредъ, чѣмъ пользу. И среди больныхъ, пользованныхъ авторами, были 2, у которыхъ лѣченіе электрическими ваннами и синусоидальнымъ токомъ оказалось безполезнымъ, потому что сердце ихъ уже было черезчуръ слабо (Münchener medicinische Wochenschrift, № 18).

436. По вопросу *о возникновеніи бугорчатки* д-ръ *Volland* (Davos) согласенъ съ *Behring*'омъ въ томъ: 1) что начало бугорчатки въ большинствѣ случаевъ кроется въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ, 2) что зараженіе въ болѣе позднемъ возрастѣ относится къ весьма рѣдкимъ явленіямъ и 3) что бугорчатковый ядъ проникаетъ сначала не въ легкія, а въ лимфатическіе или кровеносные пути. Онъ лишь несогласенъ съ *Behring*'омъ въ способѣ зараженія дѣтскаго организма: по его мнѣнію, зараженіе бугорчаткой происходитъ не черезъ кишечникъ вслѣдствіе кормленія дѣтей молокомъ, содержащимъ бугорчатковыя палочки, а путемъ «золотухи». Наблюденія многихъ выдающихся педіатровъ показали, что золотуха развивается у дѣтей, начиная со 2-го года жизни; у грудныхъ дѣтей до года золотуха наблюдается очень рѣдко. Какая причина того, что такая распространенная болѣзнь щадитъ дѣтей, пока они кормятся грудью матери, и вспыхиваетъ съ большой силой, начиная со 2-го года жизни? Отвѣтъ на этотъ вопросъ

[1]) Уничтожающей критикѣ этотъ способъ былъ подвергнутъ на послѣднемъ Съѣздѣ нѣмецкихъ терапевтовъ въ Leipzig'ѣ (*Kraus*, *de la Camp* и др.). *Реф.*

Digitized by Google

авторъ видитъ въ томъ обстоятельствѣ, что, начиная со 2-го года жизни, ребенокъ приходитъ въ близкое прикосновеніе съ поломъ и землей и это, по мнѣнію автора, имѣетъ такое-же важное значеніе въ жизни ребенка, какъ переходъ отъ внутри- къ внѣ-утробной жизни. Всякій, кто наблюдалъ дѣтей въ дѣтской и на улицѣ, знаетъ, сколько грязи и нечистотъ попадаетъ на дѣтскія ручки, а съ нихъ на лицо и въ ротъ; такъ какъ слизистыя оболочки рта и носа въ этотъ періодъ, вслѣдствіе прорѣзыванія зубовъ, очень разрыхлены и, кромѣ того, раздражены, то дѣти очень часто растираютъ грязными ручками лицо, носъ и губы, и такимъ образомъ возникаютъ ранки на углахъ губъ, на лицѣ и подъ носомъ и опухоли шейныхъ железъ. Золотуха, по *Volland*'у, есть болѣзнь, возникающая отъ грязи, а, такъ какъ въ грязи дѣтскихъ рукъ, среди другихъ, находятся и бугорчатковыя палочки, то золотуха ведетъ нерѣдко къ бугорчаткѣ. Поэтому для защиты человѣчества отъ бугорчатки слѣдуетъ начать борьбу съ ней въ раннемъ дѣтскомъ возрастѣ и прежде всего позаботиться о возможно широкомъ распространеніи свѣдѣній о вредѣ грязи на дѣтскихъ рукахъ для здоровья подростающаго поколѣнія. *Volland* совѣтуетъ санитарному вѣдомству издать особые листки, въ которыхъ заключались-бы слѣдующія положенія: «Дѣти не должны ползать по полу. Обучая дѣтей ходьбѣ, ихъ слѣдуетъ водить за ручки или на лентѣ. Если дитя упало, слѣдуетъ немедленно очистить его ручки даже отъ сухой пыли. Всѣ игрушки должны содержаться въ чистотѣ. Слюну и носовую слизь слѣдуетъ неустанно удалять. Обученіе нянекъ не должно быть ограничено уходомъ за грудными дѣтьми; имъ слѣдуетъ разъяснять, насколько важно во 2-мъ и слѣдующихъ годахъ жизни ребенка соблюденіе строжайшей чистоты. Дѣтей съ самаго начала слѣдуетъ воспитывать такъ, чтобы они сами брезгливо относились къ грязи на ихъ ручкахъ». Конечно, при ограниченныхъ средствахъ нельзя соблюдать всѣхъ этихъ правилъ, особенно если въ семьѣ много дѣтей и она занимаетъ тѣсное помѣщеніе. Но, если-бы сознаніе, что золотуха возникаетъ отъ нечистоплотности, проникло во всѣ слои населенія, то это одно уже, несомнѣнно, оказало-бы благотворное вліяніе на здоровье подростающаго поколѣнія. [Взгляды автора на способъ зараженія дѣтскаго организма бугорчаткой близко подходятъ къ взглядамъ *Westenhoffer*'а (ср. «Русскій Врачъ» № 10, стр. 368. *Реф.*)] (Münchener medicinische Wochenschrift, № 20). *А. К.*

437. Разсматривая вопросъ *о вліяніи климата высокихъ горъ на больныхъ съ настоящими нефритами и циклической альбуминуріей*, д-ръ *Paul Edel* приходитъ къ заключенію, что климатъ альпійскихъ горъ непригоденъ для лѣченія нефритиковъ, въ то время какъ на больныхъ съ циклической альбуминуріей онъ оказываетъ благотворное дѣйствіе. Такая разница объясняется по *Edel*'ю слѣдующимъ образомъ. Дѣйствіе климата высокихъ горъ выражается главнымъ образомъ въ повышеніи кровяного давленія и связанномъ съ нимъ усиленіи сердечной работы. Повышеніе кровяного давленія, въ свою очередь, является слѣдствіемъ сокращенія сосудовъ, которое, по мнѣнію автора, обусловливается болѣе продолжительнымъ дѣйствіемъ солнечныхъ лучей, а, можетъ быть, и еще другой какой-нибудь намъ еще неизвѣстной причиной. При циклической альбуминуріи, какъ показалъ авторъ въ одной изъ своихъ прежнихъ работъ, кровяное давленіе бываетъ понижено, работа сердца ослаблена, дыханіе часто недостаточно объемисто, и нерѣдко наблюдается быстрая утомляемость; такъ какъ всѣ эти признаки болѣзни легко устраняются дѣйствіемъ климата высокихъ горъ, въ особенности если при этомъ еще упражняться въ восхожденіи на горы, то ясно, что эти больные должны быстро поправляться въ такихъ курортахъ, какъ, напр., Engelberg въ Швейцаріи. Тутъ не только наблюдается повышеніе кровяного давленія у всѣхъ больныхъ, но отмѣчается еще и другое интересное явленіе: при восхожденіи на горы кровяное давленіе повышается гораздо значительнѣе, чѣмъ при подъемѣ на такую-же высоту въ обыкновенномъ, не альпійскомъ, климатѣ; при спускѣ-же наклонность къ пониженію давленія очень незначительна. Этимъ обстоятельствомъ авторъ склоненъ объяснить тотъ фактъ, что въ горахъ не чувствуется той усталости послѣ физическихъ напряженій, какая ощущается при тѣхъ-же условіяхъ въ низменности; онъ, слѣд., допускаетъ, что чувство усталости находится въ связи съ пониженіемъ кровяного давленія. Для больныхъ съ настоящими нефритами дѣло обстоитъ иначе: у нихъ уже имѣется повышенное кровяное давленіе и повышать его еще больше нежелательно. При пребываніи въ горахъ хотя и увеличивается работоспособность сердца, но, такъ какъ одновременно съ этимъ увеличиваются и препятствія въ видѣ сокращенія сосудовъ, то въ результатѣ получается только вредное перенапряженіе. Авторъ поэтому совѣтуетъ посылать въ высоко расположенные курорты (1000 метровъ и выше) только такихъ больныхъ, у которыхъ наблюдается слабость сердца, слабый тонусъ артерій или расширеніе ихъ—словомъ, состояніе сердца и сосудовъ которыхъ діаметрально противоположное тому, какое имѣется при хроническихъ нефритахъ; сюда подходитъ, напр., *Basedow*'а болѣзнь (Münchener medicinische Wochenschrift, № 19). *А. Коварскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 438. Проф. *Гейрициусъ* (Гельсингфорсъ) описываетъ *2 случая т. наз. возвращающагося забрюшиннаго жировика.*

1. Больная, 39 л., за нѣсколько мѣсяцевъ до поступленія въ клинику замѣтила сильное увеличеніе живота. По срединѣ живота прощупывалась неравномѣрно напряженная опухоль, кверху доходившая до средины разстоянія между мечемъ и пупкомъ, книзу — до средины разстоянія между лобкомъ и пупкомъ; направо и налѣво опухоль заходила за среднюю линію на ширину 2-хъ ладоней; половые органы безъ измѣненій. Чревосѣченіе. Опухоль лежала забрюшинно и поперечной бороздой раздѣлялась на 2 части: нижнюю меньшую и верхнюю большую (съ 2 головы взрослаго), доходившую кверху до реберъ и желудка. По вскрытіи надъ опухолью брюшины опухоль сравнительно легко (по оттѣсненіи кишекъ кверху) была вылущена тупымъ путемъ. Послѣ вылущенія осталась громадная забрюшинная полость. Листки брюшины были вшиты въ переднюю брюшную рану, и полость затампонирована. Микроскопически опухоль оказалась состоявшей исключительно изъ жировой ткани, одѣтой въ соединительнотканную оболочку. Вѣсъ ея съ оболочкой 6000 грм. Черезъ $1\frac{1}{2}$ мѣсяца — выздоровленіе. Черезъ 2 года больная поступила вновь съ мягкою опухолью, съ голову взрослаго, въ нижне-правомъ отдѣлѣ живота. При чревосѣченіи найдено, что опухоль лежала забрюшинно (слѣпая и восходящая ободочная кишки оттѣснены были влѣво). Опухоль вылущена. Выздоровленіе. Спустя 2 года послѣ 2-ой операціи больная поступила въ 3-ій разъ съ большою, совершенно неподвижной опухолью въ правой $\frac{1}{2}$ живота, тянувшейся отъ края реберъ до лонной кости и имѣвшей дольчатое строеніе, а внизу — поперечное углубленіе. Въ виду плохого общаго состоянія больной сдѣлано частичное удаленіе (удаленные куски вѣсили около 4000 грм.). Черезъ 6 дней — смерть отъ воспаленія брюшины. Оставленная опухоль вѣсила столько же, сколько и удаленная и исходила изъ забрюшинной клѣтчатки позади слѣпой кишки.

2. Больная, 63 л., нѣсколько мѣсяцевъ назадъ замѣтила въ правомъ нижнемъ отдѣлѣ живота, слегка болѣзненную, смѣщавшуюся кверху опухоль, съ дѣтскую головку, кверху доходившую до уровня пупка, кнутри на 1 стм. заходившую за среднюю линію, книзу на 4 пальца не доходившую до лонныхъ костей. Звукъ надъ опухолью былъ тупой; съ половыми органами она не была связана. Разрѣзъ ниже пупка. Опухоль оказалась прикрытою брюшиной, непосредственно переходившей на брюшину слѣпой кишки. У праваго края опухоли брюшина была надрѣзана, и опухоль вылущена. Края разрѣзаннаго задняго листка брюшины сшиты съ краями передней раны; въ полость введенъ тампонъ; остальная часть наружной раны зашита. Черезъ нѣсколько недѣль рана зажила. Спустя $1\frac{1}{2}$ года больная поступила вновь съ дольчатой, мало подвижной опухолью въ правой поясничной области, съ дѣтскую головку. Опухоль легко была вылущена. Въ глубинѣ полости ясно прощупывалась почка. Полное и гладкое выздоровленіе. Дальнѣйшая судьба оперированной неизвѣстна.

Эти опухоли, называемыя французами «lipomes du mésentère», исходятъ изъ околопочечной жировой ткани, изъ жировой клѣтчатки подвздошной ямки, или изъ клѣтчатки широкихъ связокъ. Въ большинствѣ случаевъ онѣ развиваются позади слѣпой и восходящей ободочной кишекъ, оттѣсняя толстыя кишки кпереди и влѣво. Авторъ упоминаетъ о томъ, что въ литературѣ описано 42 подобныхъ случая, и приводитъ 7 случаевъ изъ новѣйшей литературы (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXII). *Б. Ф.*

439. Д-ръ *W. Coley* предостерегаетъ отъ оптимистическаго взгляда на *значеніе х-лучей въ лѣченіи злокачественныхъ новообразованій*. На основаніи имѣющейся литературы и собственныхъ наблюденій болѣе, чѣмъ въ 100 случаяхъ, онъ признаетъ, что лѣченіе х-лучами должно быть безусловно ограничено т. наз. случаями неоперируе-

Digitized by Google

мыми и возвратомъ послѣ операцій, за исключеніемъ развѣ поверхностныхъ эпителіомъ лица; но и тутъ, по мнѣнію автора, вырѣзываніе даетъ болѣе прочные результаты, и х-лучи можно примѣнять лишь въ виду косметическихъ соображеній. Безусловно ошибочно описывать, какъ случаи излѣченія, случаи, гдѣ новообразованія уменьшаются и даже исчезаютъ при лѣченіи х-лучами, не выждавъ продолжительнаго времени; быстрый возвратъ въ такихъ случаяхъ составляетъ, по наблюденіямъ автора, скорѣе правило, чѣмъ исключеніе. Авторъ не наблюдалъ ни одного случая, а также не нашелъ ни одного убѣдительнаго примѣра въ литературѣ, гдѣ-бы наблюдалось дѣйствительное прочное излѣченіе злокачественныхъ новообразованій х-лучами, за исключеніемъ развѣ немногихъ случаевъ ползучей язвы (ulcus rodens) (Medical News, 6 февраля). *С. Н.*

440. На основаніи 1 собственнаго наблюденія и данныхъ литературы проф. *Alessandri* (Римъ) говоритъ *о соединительно-тканныхъ опухоляхъ желудка*. Въ случаѣ автора была сидѣвшая на ножкѣ саркома.

Больная, 56 л., за мѣсяцъ до поступленія замѣтила опухоль въ животѣ. Со стороны желудка никакихъ разстройствъ не было. Подъ лѣвымъ подреберьемъ прощупывалась плотная, гладкая опухоль, съ дѣтскую головку, книзу доходившая до подвздошной ости и легко смѣщавшаяся во всѣ стороны. На нижнемъ закругленномъ краѣ опухоли прощупывалось углубленіе. Верхняя граница желудка была на 3 поп. пальца выше пупка, нижняя (при раздуваніи)—на 4 пальца ниже его, при чемъ отношеніе опухоли къ желудку не мѣнялось. При раздуваніи толстыхъ кишекъ поперечная ободочная оказывалась лежавшей у нижняго края опухоли. Границы селезенки постукиваніемъ не опредѣлялись. Заподозрѣна опухоль селезенки. Разрѣзъ по краю лѣвой прямой мышцы живота. Прикрытая сальникомъ опухоль оказалась тѣсно связанной съ большою кривизною желудка и лежала между листками желудочно-ободочной связки. Опухоль была высвобождена изъ связки и отдѣлена отъ желудка путемъ изсѣченія небольшого участка его стѣнки. Рана зажила безъ осложненій. Тѣмъ не менѣе на 13-ый день больная погибла при явленіяхъ комы. Вскрытіе не выяснило причины смерти. Во внутреннихъ органахъ никакихъ измѣненій не найдено. Опухоль оказалась веретенообразно-клѣточковой саркомой.

Соединительно-тканныя опухоли желудка, какъ злокачественныя, такъ и доброкачественныя, протекаютъ при приблизительно одинаковыхъ клиническихъ явленіяхъ. Изъ доброкачественныхъ опухолей наиболѣе часто встрѣчаются міомы и фиброміомы, очень рѣдко лимфосаркомы, чаще—кругло-и веретенообразно-клѣточковыя саркомы. Въ большинствѣ случаевъ опухоли послѣдняго рода сидятъ на ножкѣ. Первичныя саркомы желудка наблюдаются или въ видѣ разлитой (преимущественно лимфосаркомы и большая часть кругло-клѣточковыхъ), или въ видѣ ограниченной опухоли (веретенообразно-клѣточковыя саркомы). Мышечныя и мышечносоединительно-тканныя опухоли обыкновенно бываютъ ограниченныя. Наблюдаются, конечно, переходныя и смѣшанныя формы. Всѣ соединительно-тканныя опухоли желудка часто подвергаются мѣшетчатому перерожденію; кромѣ того, въ нихъ нерѣдко происходятъ кровоизліянія. Распознаваніе этихъ опухолей трудно. Ихъ легко смѣшать съ мѣшетчатыми опухолями сальника и другихъ органовъ. Лѣченіе должно быть непремѣнно оперативное. Въ общемъ на 10 операцій (считая и случай автора) было 6 выздоровленій и 4 смерти (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, т. XII).

441. На основаніи собственнаго наблюденія и литературы вопроса д-ръ *Гейнрициусъ* (Гельсингфорсъ) говоритъ *объ оперативномъ лѣченіи мѣшетчатыхъ опухолей селезенки*.

Въ случаѣ автора дѣло шло о 14-лѣтней дѣвочкѣ, замѣтившей за мѣсяцъ до поступленія плотную опухоль въ животѣ. Въ нижнемъ отдѣлѣ живота почти надъ лобковою костью находилась плотная, очень подвижная опухоль, заходившая кверху на 3 пальца выше пупка, а въ стороны—до наружныхъ краевъ прямыхъ мышцъ. При чревосѣченіи оказалось, что опухоль, съ голову ребенка, исходила изъ наружной части сильно смѣщенной книзу и повороченной внутреннею поверхностью кверху селезенки, которая и была удалена цѣликомъ. Удаленная селезенка была мѣшетчато перерождена. Въ мѣшкѣ было 800 грм. желтоватой жидкости и кристаллы холестеарина; стѣнка мѣшка имѣла въ толщину 3—7 мм. Подъ микроскопомъ въ стѣнкѣ опухоли видна была еще сохранившаяся селезеночная ткань. Изслѣдованіе крови послѣ операціи не обнаружило отклоненій отъ нормы. Оперированная выздоровѣла.

Мѣшетчатыя опухоли селезенки бываютъ троякаго рода: 1) одно-или многополостныя опухоли не чужеяднаго происхожденія (кровяныя, лимфатическія), 2) опухоли пузырчатой глисты и 3) кожистыя мѣшетчатыя опухоли. Признаки заболѣванія при опухоляхъ всѣхъ 3-хъ родовъ одинаковы. Небольшія опухоли обыкновенно не вызываютъ никакихъ разстройствъ; большія-же, ростущія въ большинствѣ случаевъ кпереди и книзу, рѣже кверху, причиняютъ боли, одышку, разстройства пищеваренія, сердечные припадки, малокровіе, водянку живота, общіе отеки. Предсказаніе—очень печальное, особенно въ случаяхъ легко возможнаго разрыва resp. воспаленія опухоли. Точное распознаваніе очень трудно. Возможно смѣшать эти опухоли съ лѣвостороннимъ выпотомъ въ плейрѣ, съ обыкновеннымъ увеличеніемъ селезенки, съ лѣвостороннею мѣшетчатою опухолью почки, съ опухолью сальника, брызжейки, женскихъ половыхъ органовъ. Распознаванію можетъ помочь пробный проколъ. Лѣченіе — непремѣнно хирургическое. Наилучшій способъ—полное удаленіе органа. Къ своему случаю авторъ присоединяетъ 32 изъ литературы. Въ 6 случаяхъ опухоль была найдена на вскрытіи случайно, въ 2 сдѣланъ проколъ съ послѣдующимъ вспрыскиваніемъ іода (1 выздоровленіе, 1 смерть), въ 1 (смерть отъ воспаленія брюшины) опухоль была вскрыта посредствомъ разъѣдающихъ наружные покровы средствъ, въ 3 опорожнена проколомъ (въ 2 выздоровленіе, въ 1 состояніе больного осталось безъ перемѣны), въ 4 пришита къ наружнымъ покровамъ и дренирована (выздоровленіе), въ 3 сдѣлано изсѣченіе одной опухоли (выздоровленіе), въ остальныхъ—изсѣченіе всей селезенки съ благопріятнымъ исходомъ (Archiv für klinische Chirurgie, т. LXXII). *Б. Ф.*

442. Д-ръ *Н. Н. Веселовзоровъ* въ обстоятельной работѣ говоритъ *объ осложненіяхъ при гнойномъ воспаленіи средняго уха*. Въ основу работы положены 389 случаевъ, наблюдавшихся за $16^1/_2$ лѣтъ въ мужской Обуховской больницѣ въ Петербургѣ. Въ 213 случаяхъ имѣлись неосложненныя заболѣванія сосцевиднаго отростка (159 острыхъ, 54 затяжныхъ), въ 176—внутричерепныя осложненія, а именно: воспаленія мозговыхъ оболочекъ (въ 29 сл.), нарывъ надъ твердою оболочкою (въ 31), заболѣванія пазухъ (въ 63), нарывъ мозга (въ 31), множественныя сочетанныя осложненія (въ 22). Оперировано 314 больныхъ. На нихъ сдѣлано 319 операцій: 231 разъ—обычная трепанація отростка безъ или со вскрытіемъ барабанной полости, 36 разъ—обычная трепанація плюсъ вскрытіе нарыва надъ твердою оболочкою, 31 разъ—обычная трепанація плюсъ операціи на поперечной пазухѣ или яремной венѣ, 10 разъ—обычная трепанація отростка плюсъ пробная трепанація черепа по *Bergmann*'у, 5 разъ—обычная трепанація отростка плюсъ вскрытіе мозгового нарыва, 2 раза—обычная трепанація плюсъ обнаженіе пазухи, 3 коренныхъ операціи, 1 трепанація черепа безъ трепанаціи отростка. Изъ 314 оперированныхъ 247 (78,7%) выздоровѣли, 67 (21,3%) умерли: 4 погибли отъ случайныхъ причинъ, 63—отъ внутричерепныхъ осложненій, а именно: 32—отъ гнойнаго воспаленія мягкихъ мозговыхъ оболочекъ, 27—отъ гное-гнилокровія и 4—отъ неосложненнаго нарыва мозга. Выводы: Maximum заболѣваній сосцевиднаго отростка и внутричерепного содержимаго падаетъ на 2-ое 10-лѣтіе жизни; исключеніе составляетъ воспаленіе мозговыхъ оболочекъ и мозговые нарывы, maximum которыхъ падаетъ на 3-ье 10-лѣтіе. Внутричерепныя осложненія встрѣчаются въ общемъ чаще на лѣвой сторонѣ, чѣмъ на правой; въ частности лѣвостороннія пораженія преобладаютъ при нарывахъ надъ твердой оболочкой и при мозговыхъ нарывахъ, а правостороннія—при воспаленіяхъ мозговыхъ оболочекъ, заболѣваніяхъ пазухъ и множественныхъ осложненіяхъ. Тифозныя пораженія сосцевиднаго отростка въ 63,5% случаевъ возникаютъ на 4-ой и 5-ой недѣляхъ тифа. На основаніи клиническихъ признаковъ нельзя до операціи опредѣлить анатомо-патологическіе размѣры пораженія. Между колебаніями температуры и величиною пораженія отростка нѣтъ какого-либо опредѣленнаго соотношенія. Въ каждомъ 5-мъ случаѣ заболѣваній сосцевиднаго отростка приходится встрѣчаться съ пораженіемъ, перешедшимъ за предѣлы отростка. Maximum числа умершихъ отъ внутричерепныхъ осложненій падаетъ на 2-ое 10-лѣтіе жизни. На 103 смерти въ больницѣ во-

обще встрѣчается 1 смерть въ зависимости отъ заболѣваній уха. Въ качествѣ окончательной причины смерти при внутричерепныхъ осложненіяхъ на 1-мъ мѣстѣ стоитъ гнойное воспаленіе мозговыхъ оболочекъ, а на 2-мъ—гноегнилокровіе. Нарывы надъ твердой оболочкой встрѣчаются чаще въ задней, чѣмъ въ средней ямкѣ. Вскрытіе околопазушнаго нарыва недостаточно при закупоркѣ пазухи. Въ такихъ случаяхъ необходимо вскрыть пазуху, resp. перевязать вену. Вскрытіе нарыва надъ твердою оболочкою даетъ въ неосложненныхъ случаяхъ прекрасные результаты. Показанія къ перевязкѣ вены должны быть расширены. Оцѣнка результатовъ перевязки, основанная на существующихъ въ литературѣ цифровыхъ данныхъ, ненадежна. Присутствіе уплотнѣнія на шеѣ есть положительный признакъ закупорки вены; отсутствіе этого признака не отрицаетъ возможности заболѣванія вены. Нарывы височной доли мозга чаще заканчиваются опорожненіемъ гноя на поверхность, чѣмъ нарывы мозжечка. До сихъ поръ клиника не выработала характерныхъ признаковъ для каждаго изъ внутричерепныхъ осложненій гнойнаго воспаленія средняго уха (Петербургская диссертація, 1904 г.).

**Глазныя болѣзни.** 443. Д-ръ *Poulard* различаетъ троякую форму *бугорчатки слезныхъ путей*: быструю бугорчатку съ сильнымъ припуханіемъ железъ, медленную бугорчатку съ умѣреннымъ пораженіемъ железъ и медленную бугорчатку безъ замѣтнаго пораженія железъ. При 1-ой формѣ, 3 примѣра которой авторъ приводитъ изъ глазной клиники Hôtel-Dieu, картина болѣзни весьма похожа на обычное нагноеніе околомѣшковой клѣтчатки, вызываемое цѣпекоккомъ; только рана, по вскрытіи нарыва, плохо зарубцовывается и образуется упорный свищъ, а при обнаженіи слезнаго мѣшка находятъ, вмѣсто него, грибовидныя разрощенія. Отличить бугорковый нарывъ слезнаго мѣшка отъ цѣпекокковаго можно, впрочемъ, въ самомъ-же началѣ—по рѣзкому припуханію подчелюстныхъ и предушной железъ соотвѣтственной стороны, наступающему иногда еще задолго до появленія нарыва въ области слезнаго мѣшка. По этому-же припуханію, принимающему иногда такіе размѣры, что болѣзнь смѣшиваютъ съ заушницей, можно заподозрить бугорчатковое пораженіе слезнаго мѣшка еще въ той ступени, когда существуетъ лишь слезотеченіе и въ области мѣшка нѣтъ никакихъ замѣтныхъ признаковъ воспаленія. Только-что сказанное касательно распознаванія относится и къ 2-ой формѣ бугорчатки слезнаго мѣшка; эта форма еще рѣзче отличается отъ простого нарыва слезнаго мѣшка—какъ по медленности теченія и малой болѣзненности, такъ и по отсутствію наклонности къ нагноенію либо къ произвольному вскрытію. При 3-ьей формѣ, наиболѣе частой (авторъ поясняетъ ее случаемъ изъ названной клиники, какъ и 2-ую форму), имѣется дѣло съ обыкновенной волчанкой. Помимо указанныхъ признаковъ, распознаваніе облегчаютъ бугорчатковыя пораженія лица и носа, сопровождая страданіе слезныхъ путей; весьма важно поэтому въ сомнительныхъ случаяхъ изслѣдовать полости носа и верхней челюсти. Затѣмъ, большую услугу можетъ оказать изслѣдованіе гноя подъ микроскопомъ: при небугорчатковомъ страданіи могутъ оказаться либо цѣпекоккъ—при остромъ нагноеніи, либо пнеймококкъ—при затяжномъ, при отсутствіи-же микробовъ должно явиться подозрѣніе на сифилисъ или бугорчатку. Впрочемъ, весьма нерѣдко бугорчатка слезнаго мѣшка осложняется послѣдовательнымъ зараженіемъ, такъ что наличность въ гноѣ цѣпекокка либо пнеймококка еще не говоритъ окончательно противъ бугорчатки. Гораздо убѣдительнѣе являются результаты прививокъ гноя изъ слезнаго мѣшка, либо изъ нарывовъ по сосѣдству съ нимъ, либо изъ нагноившихся железъ подъ кожу морскихъ свинокъ: часто уже черезъ 15 дней припухаютъ паховыя или подмышковыя железы, и изслѣдованіе обнаруживаетъ въ нихъ *Koch*'овскую палочку. Предсказаніе при бугорчаткѣ слезныхъ путей, по автору, менѣе благопріятно, чѣмъ при своевременномъ и надлежащемъ лѣченіи бугорчатки соединительной оболочки: въ однихъ случаяхъ тяжелы мѣстныя явленія, въ другихъ теченіе болѣзни осложняется бугорчаткой носа и обширнымъ бугорчатковымъ пораженіемъ кожи, лѣченіе-же представляетъ большія трудности во всѣхъ случаяхъ. Къ этому слѣдуетъ еще прибавить окончательное закрытіе слезныхъ путей въ наиболѣе счастливыхъ случаяхъ и неизгладимые рубцы отъ нагноенія лимфатическихъ железъ. Что-же касается происхожденія бугорчатки слезныхъ путей, то, хотя въ большинствѣ случаевъ она наблюдается у больныхъ, страдающихъ обширной волчанкой лица, но авторъ увѣренъ, что чаще всего она вызывается зараженіемъ со стороны полости носа: въ 3-хъ изъ сообщаемыхъ авторомъ случаевъ произведено было изслѣдованіе въ этомъ направленіи (въ 2-хъ была сдѣлана прививка слизистой оболочки носа или зернистыхъ ея возвышеній морскимъ свинкамъ), и во всѣхъ этихъ случаяхъ обнаружена была бугорчатка соотвѣтственной носовой полости (Archives d'ophtalmologie, декабрь).

444. Д-ръ *Le Roux* наблюдалъ *полную истерическую слѣпоту на оба глаза* у нервной 9-лѣтней дѣвочки, мать которой, когда ей было 18 лѣтъ, страдала впродолженіи 6 мѣс. судорожнымъ съуженіемъ пищевода.

Занимаясь какъ-то вязаньемъ, дѣвочка внезапно перестала видѣть свою работу. На другой день ея зрѣніе стало еще хуже, на 4-ый она умѣла лишь различать свѣтъ отъ темноты, а на 5-ый исчезло и свѣтоощущеніе. При этомъ не было ни головныхъ болей, ни рвоты, и общее состояніе было отличное, а изслѣдованіе зеркаломъ не обнаружило никакихъ измѣненій на днѣ глазъ, за исключеніемъ лишь обширной физіологической экскаваціи. Зрачки были очень расширены, при чемъ на свѣтъ лѣвый зрачекъ отвѣчалъ хорошо, правый-же слабо. Глоточнаго рефлекса совершенно не было. Распознана была истерическая слѣпота, въ виду чего назначенъ былъ бромистый калій, и было внушено дѣвочкѣ, что она выздоровѣетъ. Черезъ 3 дня развился полный параличъ правыхъ конечностей, общее-же состояніе продолжало оставаться хорошимъ. Къ брому прибавили іодъ, слабительныя и мушку на затылокъ. Лишь черезъ 3 недѣли больная начала видѣть, а 2 мѣсяца спустя острота зрѣнія стала совершенно нормальной на обоихъ глазахъ. Подвижность въ конечностяхъ возстановилась нѣсколько позже.

Случай д-ра *Le Roux* представляетъ 35-ый изъ описанныхъ въ литературѣ случаевъ двусторонней истерической слѣпоты, встрѣчающейся, стало быть, довольно рѣдко. Въ $^2/_3$ случаевъ эта болѣзнь наблюдалась у женщинъ, въ возрастѣ 12—26 лѣтъ; у мужчинъ, у коихъ истерическія явленія вообще наступаютъ позже, чѣмъ у женщинъ, возрастъ колебался между 22 и 37 годами. Столь ранній возрастъ, какъ въ случаѣ *Le Roux*, еще не отмѣчался. Наступленію слѣпоты чаще всего предшествовали другія истерическія явленія; въ 6-же случаяхъ, какъ это было и въ случаѣ автора, слѣпота появилась безъ предшествовавшихъ припадковъ. Появлялась слѣпота внезапно, вслѣдъ за судорожнымъ приступомъ, и сразу на оба глаза, а иногда слѣпота на другой глазъ наступала черезъ нѣсколько часовъ или даже мѣсяцевъ; въ нѣкоторыхъ-же случаяхъ слѣпота развивалась постепенно впродолженіи нѣсколькихъ часовъ или дней. Продолжительность слѣпоты обыкновенно оказывалась не очень большой—отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ дней; но наблюдались случаи и очень длительные—въ нѣсколько недѣль и мѣсяцевъ до $1^1/_2$ лѣтъ. Исчезновеніе слѣпоты совершалось столь-же различнымъ образомъ, какъ и появленіе ея. Впрочемъ, д-ру *Kernéis*'у, собравшему въ докторской диссертаціи (Bordeaux, 1901) 33 случая этой слѣпоты изъ литературы, удалось подмѣтить нѣкоторую закономѣрность въ этомъ отношеніи, хотя и за нерѣдкими исключеніями, а именно, исчезновеніе слѣпоты носитъ тотъ-же характеръ—внезапный или постепенный—и наступаетъ при тѣхъ-же обстоятельствахъ—при приступѣ или безъ приступа,—какъ и появленіе; кромѣ того, при медленномъ развитіи слѣпоты на полное исчезновеніе послѣдней требуется больше времени, чѣмъ на наступленіе ея. Возвраты слѣпоты наблюдались неоднократно; такъ, въ случаѣ *Oppenheim*'а слѣпота повторилась нѣсколько разъ въ теченіи 10 лѣтъ, а у *Cruchet* 12-лѣтняя дѣвочка имѣла 9 приступовъ слѣпоты. Въ большинствѣ-же случаевъ слѣпота не повторялась. Предсказаніе вполнѣ благопріятно; нужно лишь быть осторожнымъ при опредѣленіи продолжительности слѣпоты. Лѣченіе сводится къ пользованію самой истеріи; какъ вспомогательное средство, могутъ быть примѣнены впрыскиванія стрихнина или постоянный токъ (Archives d'ophtalmologie, декабрь). *Кацъ.*

445. Д-ръ *Senn* подмѣтилъ причинную связь между *астигматизмомъ роговицы и центральнымъ воспаленіемъ*

Digitized by Google

*сосудистой оболочки при близорукости.* Сопоставивъ изъ своей практики 125 случаевъ (205 глазъ) центральнаго пораженія сосудистой оболочки при близорукости съ 99 случаями (196 глазами) близорукости не ниже 7 D безъ замѣтныхъ измѣненій въ центрѣ глазного дна, авторъ нашелъ, что, во-1-хъ, среди больныхъ 1-го ряда было 24% мужчинъ и 76% женщинъ—приблизительно то-же отношеніе, какое установлено нѣкоторыми авторами для астигматизма, въ то время какъ среди больныхъ 2-го ряда мужчинъ было лишь немногимъ меньше, чѣмъ женщинъ (46,9% и 53,1%), а, во-2-хъ, съ обратнымъ астигматизмомъ или съ прямымъ не ниже 1,25 D имѣлось въ 1-мъ рядѣ случаевъ 78,1%, во 2-мъ же—лишь 27,6%. Въ существованіи означенной связи авторъ еще болѣе убѣдился изъ 22 случаевъ близорукости съ центральнымъ хоріоидитомъ и астигматизмомъ, исправленныхъ вогнутыми стеклами въ сочетаніи съ цилиндрическими и находившихся подъ наблюденіемъ, въ среднемъ, 2,85 года: преломленіе въ среднемъ увеличилось лишь на 0,19 D, а острота зрѣнія не только не уменьшилась, но даже увеличилась, въ среднемъ выводѣ, на 0,05. Въ виду сказаннаго, авторъ совѣтуетъ своевременное исправленіе астигматизма при близорукости, какъ предохранительное средство противъ наростанія близорукости и пораженія желтаго пятна. При наличности-же измѣненій въ желтомъ пятнѣ онъ прежде всего приступаетъ къ лѣченію этихъ измѣненій, а затѣмъ уже исправляетъ имѣющійся астигматизмъ. Лѣченіе, имъ примѣняемое, заключается въ многократномъ впрыскиваніи синеродистой ртути (1:5000) подъ соединительную оболочку. Отъ такихъ именно впрыскиваній—отъ поваренной соли 2—4% результаты получались ничтожные—авторъ въ 78 глазахъ съ центральнымъ хоріоидитомъ получилъ, въ среднемъ, повышеніе остроты зрѣнія на 0,39—съ 0,3 до лѣченія она послѣ продолжительнаго систематическаго лѣченія поднялась до 0,69 (см. «Врачъ», 1901 г., № 48. стр. 1480) (Die ophthalmologische Klinik, 5 января).

**Дѣтскія болѣзни.** 446. Д-ръ *Mackie* сообщаетъ свои *наблюденія надъ примѣненіемъ противоцѣпекокковой сыворотки при скарлатинѣ и дифтеріи.* Наблюденія эти показываютъ, что сыворотка оказываетъ несомнѣнное благопріятное дѣйствіе въ рядѣ случаевъ скарлатины, особенно въ тѣхъ, гдѣ имѣется тяжелое пораженіе зѣва и признаки отравленія крови. Бактеріологическое изслѣдованіе не даетъ точныхъ указаній, въ какихъ случаяхъ сыворотка можетъ оказаться полезной; поэтому авторъ совѣтуетъ примѣнять сыворотку во всѣхъ случаяхъ и при томъ въ началѣ болѣзни, тѣмъ болѣе, что вреда сыворотка никогда не причиняетъ; сравнительно часто послѣ впрыскиваній наблюдаются эритематозная сыпь и крапивница, быстро проходящія. Вообще, чѣмъ раньше начато примѣненіе сыворотки, тѣмъ больше шансовъ на успѣхъ; въ этомъ отношеніи она вполнѣ уподобляется противодифтерійной сывороткѣ при дифтеріи. Если 1-ое или 1-ое и 2-ое впрыскиванія не оказываютъ никакого вліянія на температуру, то и дальнѣйшее примѣненіе сыворотки по большей части остается безуспѣшнымъ. Авторъ примѣнялъ противоцѣпекокковую сыворотку и при дифтеріи, на ряду, конечно, съ противодифтерійной сывороткой. По его наблюденіямъ, противоцѣпекокковую сыворотку слѣдуетъ испытать во всѣхъ случаяхъ дифтеріи, гдѣ имѣются признаки сепсиса,—сильная припухлость лимфатическихъ железъ, очень высокая лихорадка и т. п. Тяжесть отдѣльныхъ случаевъ дифтеріи, по мнѣнію автора, зависитъ отъ вторичнаго цѣпекокковаго зараженія; случаи смерти въ теченіи первыхъ 10 дней дифтеріи стоятъ въ связи не столько съ ядомъ дифтеріи, сколько съ цѣпекокковымъ зараженіемъ. Во всѣхъ такихъ случаяхъ впрыскиваніе противоцѣпекокковой сыворотки безусловно показано и даетъ хорошіе результаты (The Lancet, 20 февраля). *С. Н.*

447. Д-ръ *I. М. Почобутъ* (Луцкъ, Волынской губ.) во время эпидеміи скарлатины примѣнялъ *противускарлатинную сыворотку д-ра Пальмирскаго.* Изъ 7 больныхъ, пользованныхъ этой сывороткой, умерли 2 (28,5%). Всѣ эти случаи были очень тяжелые. Сыворотка вводимая подъ кожу, вызывала ясное пониженіе температуры отъ нѣсколькихъ десятыхъ до 2,3° по истеченіи 15—24 час., при чемъ пониженіе это наблюдалось и въ случаяхъ скарлатины, осложненной дифтеріей. Какъ небольшія количества сыворотки (20 к. стм.), такъ и наибольшія (50 к. стм.), примѣненныя 1 разъ, вліяли одинаково на пониженіе температуры. Подъ вліяніемъ сыворотки общее состояніе улучшалось, устранялись нервныя явленія, обусловленныя отравленіемъ нервныхъ центровъ, какъ то: сонливость, спячка и судороги; кромѣ того, улучшалась дѣятельность сердца. Какого-либо вліянія на теченіе и видъ сыпи сыворотка не оказывала. Осложненія дифтеріей зѣва и носа протекали лучше, чѣмъ въ случаяхъ, гдѣ лѣченія сывороткой не примѣнялось, въ особенности, если одновременно примѣнялась и противудифтерійная сыворотка. Въ 2-хъ случаяхъ послѣ впрыскиванія противускарлатинной сыворотки авторъ наблюдалъ послѣсывороточную сыпь, сопровождавшуюся значительнымъ повышеніемъ температуры. Сыворотка оказывала незначительное вліяніе на теченіе воспаленія подчелюстныхъ и шейныхъ железъ и воспаленія средняго уха; зато она рѣзко предотвращала появленіе воспаленія почекъ. Ее слѣдуетъ впрыскивать въ тяжелыхъ случаяхъ, какъ можно раньше. Примѣняя обѣ сыворотки (противускарлатинную и противудифтерійную), можно смѣло оставить всякія смазыванія, прижиганія, вдуванія и даже промыванія зѣва у дѣтей (Gazeta lekarska, 12, 19 и 26 марта). *С. Островскій.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 448. Проф. *A. Neisser* и д-ръ *F. Veiel* производили *опыты съ прививками сифилиса животнымъ при условіяхъ ослабленія бактеріиубивающей силы кровяной сыворотки* послѣднихъ. Какъ извѣстно, согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ, бактеріиубивающія свойства нормальной сыворотки, въ связи со способностью животныхъ противостоять зараженію, обусловливаются присутствіемъ въ сывороткѣ 2-хъ тѣлъ,—специфическаго фиксатора (substance sensibilisatrice) и комплемента (алексина). При разрушеніи одного изъ этихъ тѣлъ сыворотка утрачиваетъ свои бактеріиубивающія свойства; разрушеніе одного изъ тѣлъ, напр., комплемента, достигается впрыскиваніемъ животнымъ анти-комплементовъ, получаемыхъ при впрыскиваніи животнымъ нормальной кровяной сыворотки животныхъ другого вида. Авторы дѣлали прививки 2 свиньямъ и 1 обезьянѣ. Для полученія анти-комплемента въ 1-мъ случаѣ собакѣ и барану, а во 2-мъ кролику, въ теченіи года производились 2 раза въ недѣлю впрыскиванія свиной сыворотки и сыворотки обезьяны. Обезьяны были не человѣкоподобныя. Когда въ крови собакъ, барана и кролика можно было съ несомнѣнностью установить присутствіе анти-комплементовъ, сыворотку ихъ впрыскивали свиньямъ и обезьянѣ и тотчасъ-же вводили подъ кожу размельченное первичное затвердѣніе, отдѣленіе папулъ и венную кровь не лѣченныхъ сифилитиковъ. Во всѣхъ случаяхъ *получился вполнѣ отрицательный результатъ.* Животныя остались здоровыми и и не обнаруживали никакихъ явленій сифилиса (Deutsche medicinische Wochenschrift, № 1). *С. Новосельскій.*

449. Д-ръ *R. Kaufmann*, указавъ на выясняющееся при большемъ знакомствѣ вредное побочное дѣйствіе *борной кислоты*, какъ лѣкарственнаго и сохраняющаго средства, описалъ случай *отравляющаго ея дѣйствія при мѣстномъ примѣненіи*, дополнивъ его соотвѣтственными литературными данными.

22-лѣтній больной обратился къ автору съ явленіями остраго balanit'а, развившагося вслѣдствіе смазыванія головки полового члена 10%-мъ борнымъ вазелиномъ съ предохранительною отъ зараженія цѣлью. Устранивъ имѣвшіяся воспалительныя явленія аиролемъ, авторъ назначилъ больному, съ цѣлью ускорить отдѣленіе засохшихъ струпьевъ, смазываніе ихъ 10%-ой борно-вазелиновою мазью. На другой-же день у больного развилась воспалительная краснота головки съ водянистыми, отчасти изъязвившимися пузырьками; при вторичномъ назначеніи такой-же мази, но взятой изъ другой аптеки, явленія раздраженія достигли картины пузырнаго дерматита. Примѣненіе желтаго вазелина, безъ прибавки борной кислоты, въ послѣдовательномъ лѣченіи не вызывало никакихъ явленій раздраженія. При назначеніи, но уже опыта ради, 5%-го борнаго вазелина у того-же больного чрезъ 6 час. развились явленія начальнаго balanit'а съ зудомъ, чувствительностью и краснотою, быстро устраненные ксерофоромъ. Указавъ на отсутствіе описаній подобнаго раздражающаго дѣйствія на головку члена относительно слабой борновазелиновой мази, авторъ добавилъ, что его наблюденія надъ впрыскиваніями 0,5—30%-хъ растворовъ борной кислоты, въ различ-

ныхъ ступеняхъ перелоя, указывали всегда на ухудшеніе мѣстнаго процесса. Слизистая оболочка мочеиспускательнаго канала въ противоположность таковой мочевого пузыря, переноситъ ихъ, по видимому, дурно. Не зависятъ-ли и наблюдающіяся въ иныхъ случаяхъ явленія раздраженія мочеиспускательнаго канала отъ примѣненія для смазыванія бужей и расширителей канала различныхъ смѣсей съ борной кислотой (глицеринъ, мази)? (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, № 42). *А. Гаринъ.*

450. *Gaucher* и *Rostaine* сообщаютъ *2 случая твердаго шанкра наружныхъ половыхъ частей у дѣвочекъ, 6 и 7 л.*

Въ 1-мъ случаѣ у 7-лѣтней дѣвочки твердый шанкръ помѣщался въ верхней части лѣвой большой губы; на наружныхъ половыхъ частяхъ и въ окружности ихъ были сифилитическія папулы. Внутреннее отверстіе половыхъ частей изъязвлено, но дѣвственная плева была цѣла; здѣсь была вѣроятна попытка къ растлѣнію. На туловищѣ были розеолы, а на волосистой части швовъ—папулезно-чешуйчатый сифилидъ.

Во 2-мъ случаѣ у 6-лѣтней дѣвочки твердый шанкръ расположенъ былъ въ нижней части лѣвой большой губы. Половыя части были раздражены, но плева была цѣла. Roseola. Послѣ специфическаго лѣченія (жидкость *Van Swieten*'а) обѣ дѣвочки выздоровѣли (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1903, № 11). *М. Членовъ.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.** (Отчетъ ч. пр. *Б. С. Грейденберга*). (Продолженіе; см. выше, № 18, стр. 665). Засѣданіе 9-го января—утреннее. Почетнымъ предсѣдателемъ предложенъ ч. пр. *А. Н. Бернштейнъ* (Москва).

Доклады по 5-му программному вопросу—*Кататонія, какъ самостоятельная форма душевнаго разстройства.*

Проф. *В. Ф. Чижъ* (Юрьевъ). *Кататонія.* Докладчикъ имѣлъ подъ своимъ наблюденіемъ 39 больныхъ кататоніей (31 мужчинъ и 8 женщинъ). Всѣ они отличались крѣпкимъ сложеніемъ, хорошо развитыми костной и мышечной системами; всѣ до заболѣванія пользовались хорошимъ здоровьемъ; изъ мужчинъ не было ни одного, начавшаго половыя отправленія. Болѣзнь во всѣхъ случаяхъ развилась въ періодѣ половой зрѣлости, въ возрастѣ 18 — 25 лѣтъ. Кататонія развивается безъ замѣтнаго внѣшняго повода; предвѣстниковыя явленія ея не характерны. Двигательныя разстройства составляютъ самое важное, самое характерное проявленіе болѣзни: полная неподвижность, каталепсія, сохраненіе неудобныхъ позъ, машинообразныя движенія, двигательное безпокойство; безъ этихъ припадковъ ставить распознаваніе кататоніи нельзя. Чаще всего наблюдается полная неподвижность, обыкновенно съ мутацизмомъ, двигательное возбужденіе вообще рѣже, менѣе продолжительно и не связано съ возбужденіемъ психическимъ, движенія однообразны, машинообразны, не имѣютъ характера сложныхъ, обдуманныхъ. Разстройства рѣчи: мутацизмъ, медленная односложная рѣчь, вербигерація, однообразный монотонный крикъ, стереотипія въ фразахъ; чаще всего—мутацизмъ. Самымъ характернымъ припадкомъ кататоніи слѣдуетъ считать пониманіе больными своего ненормальнаго состоянія; ни обмановъ чувствъ, ни бреда у нихъ не бываетъ; ясно выражены ослабленіе или притупленіе воспріимчивости и замедленіе ассоціацій; едва-ли бываетъ настоящее помраченіе сознанія, вѣроятно—только затемнѣніе; ослабленія памяти также доказать нельзя. Но вообще составить точное сужденіе о разстройствахъ умственной жизни кататониковъ едва-ли возможно вслѣдствіе крайне упорнаго и длительнаго ихъ молчанія; приходится судить по выраженію лица, что допускаетъ много субъективности.—Разстройства чувствованій характеризуются ихъ притупленіемъ и даже ослабленіемъ; чаще всего наблюдается повышеніе полового чувствованія, позыва на ѣду и жажды; безстыдныя выходки и рукоблудіе нерѣдки. Настроеніе—безразличное; безучастіе ко всему и ко всѣмъ весьма характерно для кататоніи; даже физическія страданія не вызываютъ реакціи.—Тѣлесныя разстройства при кататоніи весьма разнообразны; у многихъ больныхъ наблюдаются громадныя колебанія въ вѣсѣ; у нѣкоторыхъ временами бываетъ потливость, при чемъ потъ обладаетъ своеобразнымъ запахомъ; потливость обычно совпадаетъ съ половымъ возбужденіемъ. Встрѣчаются, впрочемъ, случаи кататоніи съ крайней сухостью кожи и щелушеніемъ ея. Ни при какой другой болѣзни не бываетъ такого слюнотеченія, какъ при кататоніи, точно также какъ и такого зловонія больныхъ.—Сонъ больныхъ нарушенъ; спятъ они мало.—Даже при крайнемъ исхуданіи у кататониковъ не наступаетъ худосочія, чѣмъ они рѣзко отличаются отъ паралитиковъ.—Продолжительность болѣзни въ тяжелыхъ случаяхъ—отъ 2 до 4 лѣтъ; исходъ—слабоуміе; выздоровленіе при вполнѣ выраженной формѣ болѣзни едва-ли возможно; 2 больныхъ докладчика умерли. Уходъ за кататониками весьма труденъ; лѣченіе возможно только припадочное.—При распознаваніи кататоніи возможно смѣшеніе съ острымъ излѣчимымъ слабоуміемъ; отличительными признаками первой могутъ служить сохраненіе умственной дѣятельности при неподвижности. Отличіе отъ другихъ душевныхъ формъ большею частью не представляетъ затрудненій.

Ч. пр. *В. П. Осиповъ* (Петербургъ). *Кататонія, какъ самостоятельное заболѣваніе.* Положенія: 1. Существуетъ форма душевнаго разстройства, протекающаго по схемѣ, данной *Kahlbaum*'омъ, которую мы называемъ кататоніей *Kahlbaum*'а. 2. Эта клиническая форма по своему теченію и припадкамъ настолько характерна, что ее слѣдуетъ признать самостоятельнымъ заболѣваніемъ. 3. При распознаваніи кататоніи необходимо принимать во вниманіе не только ея припадки, но и теченіе болѣзни. 4. Кататоническіе припадки встрѣчаются и при другихъ психозахъ, но это никоимъ образомъ не говоритъ противъ самостоятельности кататоніи. 5. Отнесеніе кататоніи къ группѣ «Dementia praecox» неосновательно, такъ какъ 1) кататонія есть не только болѣзнь юношескаго возраста, но нерѣдко встрѣчается и далеко по окончаніи періода полового развитія; 2) исходъ въ слабоуміе при кататоніи необязателенъ; наблюдаются и выздоровленія безъ послабленій, продолжающіяся десятками лѣтъ; при этомъ выздоровленіе можетъ быть настолько полнымъ, что бывшіе кататоники исполняютъ весьма сложныя и отвѣтственныя обязанности, напр., врачебныя. 6. Въ числѣ припадковъ кататоніи заслуживаетъ вниманія нерѣдко наблюдающійся въ періодѣ ступора typus inversus температуры. 7. Генезъ кататоніи нельзя считать установленнымъ; по видимому, на 1-мъ планѣ стоятъ неблагопріятныя наслѣдственныя вліянія, другія-же условія являются лишь способствующими развитію болѣзни, вызывающими обстоятельствами. 8. Попытки объяснить возникновеніе кататоніи самоотравленіемъ продуктами задержанныхъ половыхъ отправленій неосновательны, такъ какъ у кататониковъ наблюдается рукоблудіе, задолго предшествующее развитію болѣзни, а, съ другой стороны, среди нихъ встрѣчаются лица, половыя отправленія которыхъ протекаютъ правильно; при такомъ разнообразіи анамнеза больныхъ нельзя придавать половымъ отправленіямъ значеніе первой важности въ развитіи кататоніи. 9. Произведенныя докладчикомъ патолого-анатомическія изслѣдованія головного мозга при кататоніи дали положительный результатъ, но измѣненія, открываемыя при помощи микроскопа, хотя и существенны, однако не носятъ специфическаго характера, вслѣдствіе чего они и не могутъ пока служить лишнимъ доказательствомъ самостоятельности кататоніи.

Ч. пр. *А. В. Герверъ* (Петербургъ). *Кататонія, какъ самостоятельная форма душевныхъ заболѣваній.* Положенія: 1. Кататонію слѣдуетъ признать самостоятельнымъ психическимъ заболѣваніемъ. 2. Она имѣетъ опредѣленное теченіе, и ея клиническая картина даетъ возможность въ большинствѣ случаевъ отличить ее отъ другихъ сходныхъ съ нею формъ. 3. По своему характеру кататонія скорѣе всего должна быть отнесена къ группѣ острыхъ психозовъ, какъ amentia, dementia acuta и др. 4. Двигательные припадки, наблюдающіеся при кататоніи и являющіеся почти постоянными ея спутниками, объясняются какъ физическими, такъ и психическими причинами (галлюцинаціями, бредовыми мыслями, измѣненіями чувства и пр.). 5. Кататонія можетъ оканчиваться выздоровленіемъ; иногда она переходитъ въ неизлѣчимое слабоуміе. 6. Кататонія рѣзко отличается отъ т. наз. преждевременнаго слабоумія (dementia praecox) и не должна быть отожествляема съ нимъ. 7. Кататонія не представляетъ собою заболѣванія одного отдѣла душевной области (воли, интел-

Digitized by Google

лекта, сознанія или чувства). Это есть, если можно такъ выразиться, разлитое заболѣваніе всего психическаго органа. Характерными чертами ея являются смѣна состояній, свойственныхъ то меланхоліи, то маніи, то спутанности и даже первичному помѣшательству. При ней иногда развивается множество галлюцинацій и бредовыхъ мыслей. На ряду съ этимъ въ двигательной области появляется обыкновенно рядъ патологическихъ явленій въ видѣ напряженности, каталепсіи, эхоляліи, эхокинезіи, негативизма и т. д. 8. Въ числѣ причинныхъ условій кататоніи слѣдуетъ указать на вырожденіе, наслѣдственность, а также физическія и нравственныя потрясенія. 9. Кататонія развивается большею частью у молодыхъ лицъ до 30—35 л.

*В. П. Тишковъ* (Ташкентъ): Для увѣренности въ клинической самостоятельности кататоніи нѣтъ достаточныхъ основаній; до сихъ поръ нѣтъ ни одной формы психоза, которая обладала-бы неоспоримой опредѣленностью и самостоятельностью. Безуспѣшность многолѣтней работы созданія формъ психозовъ заставитъ психіатровъ направить свои усилія на распредѣленіе больныхъ по психопатологическимъ типамъ, которые соотвѣтствовали-бы типамъ физіологическимъ. Такое направленіе дастъ, навѣрное, болѣе благотворные результаты. Что касается формъ болѣзней, то значеніе этихъ «метафизическихъ сущностей» въ настоящее время сильно поколеблено даже въ области соматическихъ болѣзней. Проф. *В. Ф. Чижъ* своей характеристикой кататоніи занялъ неприступную позицію, которая, при желаніи, позволитъ ему сказать несогласнымъ: «Значитъ, Ваши больные не были кататониками». Характеристики другихъ докладчиковъ не такъ уже опредѣленны, а заявленіе *А. В. Гервера* о «разлитомъ пораженіи всего душевнаго склада» дѣлаетъ его случаи кататоніи неразличимыми отъ нѣкоторыхъ случаевъ аменціи.

Проф. *П. И. Ковалевскій* (Казань) до послѣднихъ 10—12 лѣтъ не рѣшался признавать кататонію самостоятельной формой болѣзни, но въ настоящее время пришелъ къ заключенію, что кататонія въ той формѣ, какъ ее представилъ *Kahlbaum*, дѣйствительно, существуетъ, при чемъ, рядомъ съ нею, существуетъ и кататоническое состояніе.

*Е. П. Радинъ* (Петербургъ) вполнѣ присоединился къ взглядамъ докладчиковъ о выдѣленіи кататоніи въ самостоятельную форму болѣзни. Теченіе ея, однако, по его мнѣнію, не всегда острое, съ исходомъ въ выздоровленіе; наблюдается и періодическое, при чемъ, при точныхъ записяхъ кататоническихъ приступовъ, можно убѣдиться, что наступленіе ихъ зависитъ отъ погоды.

*Н. В. Краинскій* (Вильна): На ряду съ настоящей кататоніей встрѣчаются и кататоническіе припадки при самыхъ различныхъ душевныхъ формахъ, между прочимъ, и при наростающемъ параличѣ. Наблюдаются и случаи кататоніи съ измѣненіемъ половыхъ отправленій, но широкое обобщеніе значенія этого обстоятельства проф. *В. Ф. Чижемъ*, преждевременно. Основываясь на показаніяхъ больныхъ во время свѣтлыхъ промежутковъ, можно заключить, что они бываютъ рѣдко и, скорѣе, какъ элементы случайные и преходящіе. Въ психологическомъ отношеніи нельзя отрицать преимущественнаго пораженія при кататоніи области воли; главнымъ-же образомъ болѣзнь характеризуется бѣдностью эмоцій, безразличіемъ и отсутствіемъ душевныхъ страданій.

Проф. *Я. А. Анфимовъ* (Харьковъ): Въ описаніи основныхъ клиническихъ припадковъ кататоніи, представленномъ докладчиками, можно указать противорѣчіе; такъ, проф. *В. Ф. Чижъ* не наблюдалъ у своихъ больныхъ ни обмановъ чувствъ, ни бредовыхъ мыслей, между тѣмъ чч. пр. *В. П. Осиповъ* и *А. В. Герверъ* указываютъ на множество первыхъ и обиліе вторыхъ. Причина этого разнорѣчія кроется въ природѣ той клинической картины припадковъ, которую авторы считаютъ пригодной для утвержденія за ней значенія самостоятельной клинической единицы. Въ этой картинѣ нѣтъ оригинальныхъ главенствующихъ явленій, которыя составили-бы для нея содержаніе самостоятельнаго понятія, необходимаго для такой единицы; въ ней припадки — случайные, свойственные весьма многимъ сроднымъ острымъ психозамъ, искусственно связаннымъ кататоническимъ состояніемъ, правда, выраженнымъ очень рельефно, но входящимъ въ клиническую картину очень многихъ формъ душевныхъ болѣзней. Поэтому къ вопросу о самостоятельности кататоніи необходимо примѣнить самыя точныя требованія научной классификаціи; иначе послѣдняя сдѣлается простымъ перечисленіемъ клиническихъ симптомокомплексовъ. Если взять тѣ острыя формы душевныхъ болѣзней, основной психопатологическій фонъ которыхъ можно считать построеннымъ по типу лихорадочнаго бреда—бредъ при коллапсѣ, острое безсмысліе, острое излѣчимое слабоуміе, преждевременное слабоуміе и кататонію—и сличить основные клиническіе ихъ припадки, а равно данныя теченія, этіологіи и исходовъ, то получится слѣдующая, общая всѣмъ имъ, картина состоянія душевной области и общаго здоровья: 1) *Сознаніе:* омрачено, глубоко омрачено, иногда отсутствуетъ вовсе, но бываютъ моменты просвѣтленія, при которыхъ больные сознаютъ свое болѣзненное состояніе; иногда наблюдаются свѣтлые промежутки значительной продолжительности. 2) *Познавательная область:* Нарушеніе воспріятія, безсвязныя ассоціаціи, безчисленные обманы чувствъ; измѣнчивыя, какъ грезы, и случайныя по содержанію нелѣпыя мысли; безсмысліе; психическая пустота—въ видѣ кажущейся остановки душевной жизни. Но по временамъ нерѣдки правильныя построенія мысли и правильное сужденіе объ окружающей дѣйствительности, наряду съ ложнымъ толкованіемъ послѣдней (бредъ). 3) *Чувствительная область:* Измѣнчивое въ самыхъ широкихъ границахъ душевное настроеніе—страхъ, угнетеніе, гнѣвливое, мрачное и болѣзненно-горестное настроеніе, въ другое время — веселое, радостное, доходящее до безграничнаго блаженства; равнодушіе, доходящее до полнаго безразличія; наконецъ—тупость чувства. 4) *Волевая область* (по наружнымъ проявленіямъ душевной жизни въ формѣ мимики, жестовъ, движеній и поступковъ): смѣсь сильнаго двигательнаго возбужденія и безсмысленныхъ импульсовъ, съ вялостью, оцепенѣніемъ, ступоромъ, доходящимъ до каталептическаго и кататоническаго состояній; гримасничанье, вербигерація, мутацизмъ, негативизмъ и отказъ отъ пищи съ нерѣдкимъ проявленіемъ прожорливости; наконецъ, буйство и разрушительныя дѣйствія. 5) *Тѣлесные припадки:* всякія колебанія въ области кровообращенія, дыханія и обмѣна веществъ; паденіе пульса, синюха, субнормальная температура, обратный типъ ея (typus inversus), исхуданіе, блѣдность и сухость кожи; болѣзненный, съ дурнымъ запахомъ потъ; безсонница, сонливость, доходящая до спячки; дрожаніе; обмороки; эпилептоидное состояніе; общее изнуреніе resp. ожирѣніе. 6) *Этіологія:* Возрастъ—по преимуществу молодой; оба пола одинаково; тяжелое нарушеніе питанія тѣла resp. мозга; роды; кормленіе; операціи; отравленія и самоотравленія; тѣлесныя и нравственныя потрясенія; общія причины—наслѣдственность, предрасположеніе, вырожденіе, половыя уклоненія и т. п. 7) *Теченіе:* Продолжительность—отъ нѣсколькихъ дней и недѣль до 1—1½ года; частыя колебанія какъ угнетеній и возбужденій, такъ и свѣтлыхъ промежутковъ съ ухудшеніями; заключительный періодъ—литическій, въ видѣ раздражительной нервной слабости, иногда—критическій (большею частью съ переходомъ въ періодическія формы). 8) *Исходы:* а) выздоровленіе—% приблизительно одинаковый; б) слабоуміе, обыкновенно тяжелое и наростающее; % также приблизительно одинаковый для всѣхъ формъ; в) смерть, возможная при всѣхъ формахъ, какъ явленіе случайное, зависящее отъ истощенія и преходящихъ болѣзней.—Стоитъ-ли при этихъ данныхъ вводить въ классификацію кататонію, какъ самостоятельную клиническую единицу? Если вспомнить, что и безъ нея классификація нѣкоторыхъ авторовъ насчитываетъ до 80—90 отдѣльныхъ названій и видовъ, то съ этой стороны къ вопросу о кататоніи слѣдуетъ отнестись съ возможной осмотрительностью. Кромѣ того, слѣдовало-бы пересмотрѣть въ этомъ направленіи всю группу взятыхъ для приведенной схемы психозовъ и даже сдѣлать этотъ вопросъ программнымъ для будущаго Съѣзда.

*Л. Л. Дарашкевичъ* (Винница): Кататонія есть «симптомокомплексъ», наравнѣ съ аменціей, меланхоліей, маніей, параноией.

*Н. И. Щербининъ* (Вильна): Кататонія — своеобразная болѣзнь, которую можно отличить отъ другихъ формъ душевныхъ болѣзней; въ ней можно отмѣтить начальную кратковременную параноидную ступень, вспышки маніакальнаго буйства и затѣмъ длительный періодъ ступорозный, такъ что вообще это форма смѣшанная. Проф. *В. Ф. Чижъ* главную причину кататоніи видитъ въ половомъ воздержаніи, но нерѣдко приходится наблюдать кататониковъ съ нормальными половыми отправленіями и занимающихся рукоблудіемъ. Далѣе, нельзя согласиться, что главный припадокъ кататоніи — двигательныя разстройства: на первомъ планѣ при этой болѣзни стоитъ связанность душевной жизни, связанность воли. Точно также нельзя признать у кататониковъ ослабленіе воспріятія: во время послабленій болѣзни, по разсказамъ больныхъ, можно убѣдиться, что въ ступени ступора они вполнѣ ясно и отчетливо воспринимали все происходившее вокругъ нихъ.—Обратный типъ температуры приходилось наблюдать только у кататониковъ съ начальными формами бугорчатки легкихъ.—Никогда не наблюдалось ни галлюцинацій, ни бреда, наличность которыхъ говорила за распознаваніе не кататоніи, а аменціи.—Нельзя согласиться съ *А. В. Герверомъ*, что кататонія есть общее разстройство душевной области; скорѣе она—частичное разстройство, выражающееся подавленіемъ воли, интеллектъ-же и чувства остаются нетронутыми, такъ что больные во время послабленій часто обнаруживаютъ богатую умственную жизнь и не передаютъ о своихъ страданіяхъ.

*Н. А. Вырубовъ* (Воронежъ): Докладчики не оттѣнили значенія для теченія и исходовъ кататоніи возраста больныхъ, накладывающаго, однако, свою печать на характеръ болѣзни: при заболѣваніи въ зрѣломъ возрастѣ выступаетъ цѣлая масса галлюцинацій и бредовыхъ мыслей, въ юношескомъ возрастѣ на первый планъ выдвигаются явленія гебефреніи, гримасничанія, дѣтскія выходки и т. п. Наблюденіе случаевъ, охватывающихъ различныя возрастныя группы, указываетъ на возможность смѣны различныхъ состояній, свойственныхъ то dementia praecox, то чистой dementia catatonica, такъ что заболѣваніе, начавшееся въ формѣ юношескаго преждевременнаго слабоумія, можетъ перейти въ длительное и тяжелое кататоническое состояніе.

Проф. *В. М. Бехтеревъ* (Петербургъ) безусловно высказался за самостоятельность кататоніи, которая по цѣлому ряду своихъ припадковъ должна быть обособлена отъ другихъ психозовъ, въ особенности отъ dementia praecox. Но кататонія до сихъ поръ еще недостаточно изучена, что и сказалось въ нѣкоторомъ разнорѣчіи между докладчиками, напр., относительно галлюцинацій и бредовыхъ мыслей, которыя, несомнѣнно, наблюдаются во многихъ случаяхъ чистой кататоніи, хотя, конечно, въ отдѣльныхъ

Digitized by Google

случаяхъ ихъ можетъ и не быть. То же относится и къ колебаніямъ температуры, въ частности къ обратному ея типу. Особенно трудно поддается обособленію отъ другихъ душевныхъ формъ кататонія въ началѣ заболѣванія, на что и должно быть обращено вниманіе наблюдателей при дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ этой болѣзни.

*П. М. Автократовъ* (Варшава): Выдающееся значеніе въ клинической картинѣ кататоніи занимаютъ не уклоненія въ области эмоцій и чувства, а разстройства въ двигательной и волевой областяхъ. Этіологія болѣзни крайне разнообразна и приписывать развитіе ея одной какой-либо причинѣ, напр., половымъ ненормальностямъ, трудно и невозможно.

*В. І. Антушевичъ* (Петербургъ): Въ физіологіи мозга сравнительно поздно появилось ученіе о значеніи задержекъ и задерживающихъ вліяній въ душевно-двигательной области, и въ психопатологіи позднѣе другихъ появилось ученіе о кататоніи, которая является выраженіемъ «колоссальной суммарной задержки во всей душевно-двигательной области». Съ взглядомъ проф. *В. Ф. Чижа* на причину кататоніи согласиться нельзя, такъ какъ д-ру *А.* извѣстенъ случай развитія кататоніи вслѣдствіе раннихъ половыхъ сношеній и злоупотребленія ими у молодой новобрачной. По поводу замѣчанія проф. *Я. А. Анфимова*, что кататоническіе припадки наблюдаются при совершенно различныхъ психозахъ, д-ръ *А.* замѣтилъ, что нужно обращать вниманіе не на отдѣльные припадки, а на ихъ группировки. Вѣдь, и алфавитъ состоитъ всего изъ небольшого числа буквъ, а между тѣмъ служитъ для выраженія всего человѣческаго богатства рѣчи, и изъ того, что 2 различныхъ слова составлены изъ однѣхъ и тѣхъ же буквъ, еще не вытекаетъ, что и смыслъ, и значеніе этихъ словъ и выраженныхъ ими понятій одинаковы. Эмотивная область при кататоніи бываетъ часто глубоко задѣта: и въ обычной жизни нерѣдко встрѣчаются люди, у которыхъ вслѣдъ за сильной, неожиданной эмоціей развивается мимолетное оцепенѣніе, кататоническое состояніе.

*М. М. Маевскій* (Винница): Вопросъ о самостоятельности кататоніи по существу является пока преждевременнымъ. Въ настоящее время всякая классификація психозовъ является неустойчивой и постепенно видоизмѣняется, въ зависимости отъ развитія ученія о сущности болѣзней; строго обоснованныхъ данныхъ для классификаціи до сихъ поръ не дали ни клиника, ни микроскопъ. Клиническая картина припадковъ кататоніи въ настоящее время такъ разнообразна, кататонія понимается и описывается такъ многообразно, что совершенно невозможно считать ее установленной формой. Подобно множеству другихъ формъ душевныхъ болѣзней, кататонія сдѣлается понятной только послѣ выясненія коренныхъ, вызывающихъ ее, причинъ, которыя слѣдовало-бы искать не въ разборѣ отдѣльныхъ припадковъ и не въ микроскопическомъ изслѣдованіи, а въ общей патологіи, въ отдѣлѣ ея, разсматривающемъ патологію крови и клѣточные яды. Кататонія есть заболѣваніе области воли и движенія; она—при главнымъ образомъ преобладающей связанности и задержкѣ—характеризуется бѣдностью, подчасъ крайнею, въ области чувства. У кататоника совершенно не наблюдается болѣе или менѣе рѣзкихъ колебаній эмоцій; всѣ чувства его тусклы, блѣдны, въ поведеніи его—поразительная скудость и однообразіе. Выставляемая проф. *В. Ф. Чижемъ* исключительная причина кататоніи—половыя ненормальности—является слишкомъ проблемматичной и не имѣющей положительныхъ доказательствъ. Кататонія въ различныхъ мѣстностяхъ развивается количественно различно: число ихъ возрастаетъ съ востока на западъ.

Отвѣты возражавшимъ:

Проф. *В. Ф. Чижъ:* Зловоніе кататониковъ не зависитъ отъ ихъ нечистоплотности: больныхъ мыли весьма усердно. Разногласіе во взглядахъ на нѣкоторые клиническіе припадки кататоніи обусловливается различіемъ въ понятіяхъ самой болѣзни, смѣшеніемъ собственно кататоніи съ кататоническимъ помѣшательствомъ и кататоническимъ симптомокомплексомъ. Но главное разногласіе—въ этіологіи: только этіологическій моментъ дѣлаетъ болѣзнь самостоятельной, и поэтому такъ важно установить причину кататоніи. Дѣйствительно, у этихъ больныхъ часто наблюдается рукоблудіе, что указываетъ на ненормальность половой жизни; но эта ненормальность очень трудно поддается изслѣдованію, такъ какъ больные скрываютъ ее; можетъ быть, этимъ и объясняется наше несогласіе.

Ч. пр. *В. П. Осиповъ:* Большинство возражавшихъ согласно, что кататонія—самостоятельное душевное заболѣваніе; это—главное; несогласія второстепенной важности несущественны. Проф. *Я. А. Анфимовъ* неправильно отмѣтилъ, что я выставилъ бредовыя мысли и галлюцинаціи въ клинической картинѣ кататоніи на первый планъ, это—невѣрно. Не могу согласиться, что обратный типъ температуры бываетъ у бугорчатковыхъ больныхъ—у моихъ больныхъ бугорчатки не было.

Ч. пр. *А. В. Герверъ:* Указаніе проф. *Я. А. Анфимова* на общую всѣмъ, перечисленнымъ имъ, формамъ душевнаго разстройства клиническую картину психопатологическихъ припадковъ представляется справедливымъ только на первый взглядъ, при болѣе же тщательномъ разборѣ отдѣльныхъ припадковъ обнаруживается полное ихъ различіе въ различныхъ формахъ, дающее въ большинствѣ случаевъ достаточно основаній для отличительнаго распознаванія.

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

**Отдѣлъ глазныхъ болѣзней.** (Отчетъ *С. И. Лобанова*). (Продолженіе. См. № 19, стр. 707). Засѣданіе 9-го января. Почетный предсѣдатель — земскій врачъ д-ръ *Ивановъ*.

*Л. Е. Выодскій. Къ вопросу о вылущеніи слезнаго мѣшка.* Докладчикъ подробно разобралъ показанія, способы производства и значеніе этой операціи. Различные авторы устанавливаютъ слѣдующія показанія: 1) свищъ слезнаго мѣшка при долго продолжающемся гнойномъ воспаленіи; 2) хроническія болѣзни слезнаго мѣшка, съ выпячиваніемъ передней стѣнки; 3) хроническая дакріоцистобленоррея; 4) хроническіе катарральные дакріоциститы со значительнымъ съуженіемъ въ слезномъ каналѣ; 5) упорная хроническая дакріоцистобленоррея и безъ особыхъ съуженій или при каріозномъ процессѣ въ кости; 6) даже при относительно свѣжихъ заболѣваніяхъ мѣшка, если на глазу развивается ползучая язва или предстоитъ операція катаракты или иридектомія при глаукомѣ, также при свѣжемъ пораненіи. Съ этими показаніями докладчикъ согласенъ, особенно онъ подчеркиваетъ 6-ое, а 3-ье ограничиваетъ тѣми случаями, гдѣ предварительное обычное лѣченіе осталось безуспѣшнымъ или не примѣнимо по положенію больного и условіямъ его жизни. Изъ способовъ операціи онъ отдаетъ преимущество способу *Kuhnt*'а: разрѣзъ по передней слезной ости (crista lacrym. ant.) прямо до кости нѣсколько косо снутри кнаружи, начиная на 4 млм. выше связки внутренняго угла глаза (lig. canthi int.), длиною 2,5 стм.; затѣмъ прорѣзается сумка мѣшка вдоль ости, послѣ чего становится видной передняя поверхность мѣшка, который вылущается, постепенно отдѣляясь снутри, сверху, снаружи и снизу; накладывается 2—3 шва, вставляется небольшая турунда; швы снимаются на 4—5-ый день; на 7—8 полное заживленіе. Преимущество этого способа: мѣшокъ отыскивается вѣрно и быстро, безъ риска его надрѣзать или попасть въ глазничную клѣтчатку; вылущеніе легче, чѣмъ при другихъ способахъ; кровотеченіе обыкновенно незначительное (поэтому нѣтъ надобности въ различныхъ зеркалахъ, предложенныхъ для остановки его); 4) заживленіе идетъ скоро и не оставляетъ слѣдовъ бывшей операціи. Операція производится при мѣстномъ обезболиваніи кокаиномъ. Докладчикъ высказался за широкое распространеніе этой операціи, въ особенности среди бѣднаго класса населенія и въ земской практикѣ. Лично имъ произведено 75 такихъ операцій съ хорошими результатами. Недостаточное производство этой операціи въ Россіи онъ объясняетъ малымъ знакомствомъ съ ея техникой и преувеличеннымъ представленіемъ о ея трудности.

Д-ръ *Браунштейнъ* признаетъ эту операцію показанной среди бѣдныхъ больныхъ, хотя съ введеніемъ протаргола успѣхъ лѣкарственнаго лѣченія болѣзней слезнаго мѣшка сильно повысился. Разрѣзъ по *Kuhnt*'у для удаленія слезнаго мѣшка—наилучшій, такъ какъ даетъ возможность удалить его цѣликомъ. Зеркало *Müller*'а полезно при операціи, потому-что тогда можно оперировать безъ помощника. Для уменьшенія кровотеченія хорошо примѣнять подкожное впрыскиваніе 1%-го раствора кокаина съ нѣсколькими каплями адреналина 1:1000.

Д-ръ *Зеленковскій* указалъ на предварительное впрыскиваніе въ мѣшокъ при этой операціи смѣси легкоплавкаго парафина съ вазелиномъ; масса быстро застываетъ; разрѣзъ по *Kuhnt*'у; связку внутренняго угла глаза не нужно перерѣзать, такъ какъ плотный мѣшокъ легко вылущить и при цѣлости связки.

Д-ръ *Калашниковъ* совѣтуетъ не увлекаться кажущейся легкостью операціи: впечатлѣніе, вынесенное имъ изъ 4-хъ первыхъ операцій докладчика, было какъ разъ обратное: операція продолжалась долго, было большое кровотеченіе и болѣзненность, заживленіе шло вторымъ натяженіемъ. Въ клиникѣ покойнаго проф. *Донберга* катаракты, осложненныя заболѣваніемъ слезныхъ путей, протекали благополучно, если эти заболѣванія были лѣчимы обычнымъ путемъ; нагноеніе-же получалось лишь тамъ, гдѣ эти заболѣванія были ранѣе незамѣчены.

Д-ръ *Гинзбургъ* находитъ операцію нетрудной въ типическихъ случаяхъ; неудобство ея — кровотеченіе. Когда имѣется свищъ слезнаго мѣшка, найти мѣшокъ очень трудно вслѣдствіе предшествовавшаго воспаленія и спаекъ. Д-ръ *Г.* послѣ разрѣза долго тампонируетъ рану, чтобы остановить кровотеченіе; тогда легче отыскивается мѣшокъ.

Д-ръ *Гурвичъ* не видитъ необходимости дѣлать непремѣнно разрѣзъ по *Kuhnt*'у, такъ какъ при послойномъ разрѣзѣ нетрудно вылущить мѣшокъ цѣликомъ. Такъ дѣлается операція въ Московской глазной клиникѣ. Д-ромъ *Г.* произведено лѣтомъ въ глазномъ отрядѣ 29 такихъ операцій съ удовлетворительными результатами. Связку внутренняго угла глаза лучше перерѣзать у самаго прикрѣпленія къ кости. Края раны раздвигаются зубчатыми крючками, придавливая которые къ кожѣ, удается остановить крово-

Digitized by Google

теченіе. При этомъ способѣ операція продолжается 30—40 мин. Въ кровоостанавливающемъ дѣйствіи адреналина д-ръ *Г.* не могъ убѣдиться въ 3-хъ случаяхъ, гдѣ онъ примѣнялъ его.

Д-ръ *Блессигъ* не можетъ признать операціи удаленія слезнаго мѣшка по *Kuhnt*'у легкой: она требуетъ большого навыка и хорошаго помощника, но за то она раціональна, анатомически вѣрна, даетъ небольшой, гладкій, мало замѣтный рубецъ, какъ это было видно на больныхъ, показанныхъ докладчикомъ въ Петербургскомъ офталмологическомъ Обществѣ. Въ Петербургской глазной лѣчебницѣ для предупрежденія зараженія раны послѣ операціи катаракты, осложненной бленорреей слезнаго мѣшка, съ успѣхомъ примѣняется шовъ на слезные канальцы (не расщепленные) съ прижиганіемъ гальванокаутеромъ слезныхъ точекъ.

Ж.-вр. *Диканская* впрыскиваетъ передъ операціей въ слезный мѣшокъ растворъ піоктанина, который окрашиваетъ слизистую оболочку его въ синій цвѣтъ и облегчаетъ его отыскиваніе, въ особенности при большомъ кровотеченіи.

*Докладчикъ* подробно отвѣчалъ каждому изъ возражавшихъ ему и указалъ, что эта операція трудна лишь вначалѣ и что его собственныя неудачи относятся лишь къ первымъ случаямъ, когда не было достаточнаго навыка. Впрыскиваніе парафина совершенно лишне; къ тому-же оно возможно лишь при проходимости канальцевъ. Остановить кровотеченіе послѣ разрѣза необходимо; для этого нужно 2—3 мин. Способъ *Kuhnt*'а — наилучшій; послойный-же разрѣзъ затрудняетъ и удлиняетъ операцію. Показанія къ этой операціи должны быть возможно широкія.

*А. В. Лотинъ. Къ вопросу о лѣченіи электролизомъ болѣзней слезныхъ путей* (См. выше, № 21, стр. 770).

Д-ръ *Выгодскій*, въ виду непродолжительности наблюденій докладчика, высказалъ опасеніе, не увеличится-ли число возвратовъ болѣзни, если наблюденія будутъ болѣе продолжительными.

Д-ръ *Браунштейнъ*, присоединившись къ предложенію докладчика испытать этотъ мало изслѣдованный способъ лѣченія болѣзней слезныхъ путей, выразилъ предположеніе, какъ-бы при рубцевыхъ, кольцевидныхъ съуженіяхъ черезъ 1—2 года не получилась новая рубцевая ткань и еще большее съуженіе.

Д-ръ *Гинзбургъ*: Гдѣ производить электролизъ при свищахъ слезнаго мѣшка: черезъ свищъ или слезный каналецъ?

Д-ръ *Оксъ*: Какъ поступать при непроходимости слезно-носового канала?

Д-ръ *Рейнгардъ* находитъ, что не всѣ случаи докладчика говорятъ въ пользу электролиза; нужно имѣть также въ виду, что иногда катарральное съуженіе слезнаго канала вылѣчивается 1—2 зондированіями, а дакріоцистобленоррея проходитъ произвольно или отъ простого зондированія.

Проф. *Беллярминовъ*, будучи знакомъ со многими случаями докладчика, видитъ въ электролизѣ хорошее средство; онъ наблюдалъ немало случаевъ, гдѣ обычное лѣченіе въ теченіи продолжительнаго времени оставалось безрезультатнымъ и гдѣ 1—2 пріема электролиза приносили улучшеніе.

Д-ръ *Лобановъ* имѣлъ случай въ клиникѣ проф. *Lagrange*'а познакомиться съ прекрасными результатами лѣченія электролизомъ болѣзней слезныхъ путей.

*Докладчикъ* указалъ на то, что, судя по аналогіи съ вліяніемъ электролиза при съуженіяхъ пищевода, мочеиспускательнаго канала и т. п., нужно предположить, что при съуженіи въ слезномъ каналѣ результаты должны быть стойкіе. Въ случаяхъ непроходимости канала, зондъ вводится, сколь возможно, пускается токъ, зондъ остается на мѣстѣ 1—2 мин., послѣ чего его удается провести дальше. При свищахъ зондъ вводится черезъ каналецъ. Большинство случаевъ, въ которыхъ докладчикъ примѣнялъ электролизъ, относится къ тяжелымъ, такъ что не можетъ быть и рѣчи о возможности излѣченія 1—2 простыми зондированіями. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ *Lagrange*'а стойкіе результаты прослѣжены до 8 лѣтъ.

*Э. Ф. Блессигъ. О скопленіяхъ грибковъ въ слезныхъ канальцахъ.* Изслѣдованіе докладчика касается 2-хъ случаевъ: въ одномъ наблюденіе велъ онъ, въ другомъ—д-ръ *Выгодскій*. Въ обоихъ случаяхъ клиническая картина была типическая. Скопленіе грибковъ имѣлось въ 1-мъ случаѣ у пожилой дамы въ верхнемъ слезномъ канальцѣ праваго глаза, около 4 лѣтъ; во 2-мъ—у такой-же дамы въ обоихъ канальцахъ. Образованныя грибками опухоли были величиной въ горошину, но масса грибковъ, содержавшаяся во 2-мъ случаѣ, была очень велика. Расщепленіе канальцевъ и удаленіе грибковыхъ массъ въ обоихъ случаяхъ очень быстро дало полное выздоровленіе. Эти массы были желтовато-сѣроватаго цвѣта и зернистой, въ родѣ густой смазки, плотности. Бактеріологическое изслѣдованіе (произведено д-ромъ *Коровинымъ*) показало въ 1-мъ случаѣ типичный лучистый грибокъ, во 2-мъ (изслѣдованіе д-ра *Укке*)—на основаніи изслѣдованій въ мазкахъ, на различныхъ питательныхъ средахъ, микроскопической картинѣ и прививокъ животнымъ — найденные грибки принадлежали къ виду streptothrix или actinomyces. Въ виду того, что при подобнаго рода заболѣваніяхъ слезныхъ канальцевъ, кромѣ лучистаго грибка, встрѣчаются и другія формы грибковъ, докладчикъ считаетъ правильнымъ присоединиться къ предложенію *Axenfeld*'а и *Zur-Nedden*'а и др. замѣнить названіе «актиномикозъ» слезныхъ канальцевъ, пока болѣзнетворность грибковъ въ каждомъ данномъ случаѣ не доказана прививкой животнымъ, болѣе общимъ названіемъ «стрептотрихія». А, такъ какъ въ послѣднее время описаны случаи, гдѣ найдены грибки, принадлежащіе къ группѣ Leptothrix'а, то, по мнѣнію докладчика, было-бы еще вѣрнѣе для клинической картины скопленія грибковъ въ слезныхъ канальцахъ примѣнить еще болѣе общее названіе: «mycosis canaliculi lacrymalis». Докладчикомъ была приведена главнѣйшая литература вопроса, описана клиническая картина болѣзни и показаны разводки найденныхъ имъ грибковъ и микроскопическіе препараты ихъ.

Была доложена и принята Отдѣломъ слѣдующая редакція предложенія д-ра *Марголина*, выработанная избранною для этого 8 января Коммиссіей: «Отдѣлъ глазныхъ болѣзней IX Пироговскаго Съѣзда, признавая трахому постепенно увеличивающимся соціальнымъ бѣдствіемъ, борьба съ которымъ представляется неотложной, постановилъ: просить Правленіе Пироговскаго Общества учредить при Обществѣ постоянную Коммиссію, которая занималась-бы изученіемъ эпидеміологіи и изысканіемъ мѣръ борьбы съ трахомой въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова. Избравъ для лучшей формулировки этого постановленія Коммиссію, состоящую изъ д-ровъ *Браунштейна*, *Иванова*, *Лаврентьева, Марголина* и *Максимовича,* Отдѣлъ проситъ, чтобы эти лица вошли въ составъ будущей Коммиссіи, которая будетъ учреждена при Пироговскомъ Обществѣ».

*С. В. Лобановъ. О полной коррекціи М.* Докладчикъ изложилъ въ общихъ чертахъ появившуюся за послѣдніе годы литературу о назначеніи очковъ при М, преимущественно о т. наз. полной коррекціи, вкратцѣ указалъ на результаты обсужденія этого вопроса въ Петербургскомъ офталмологическомъ Обществѣ, показалъ карточку, выработанную этимъ Обществомъ, для регистраціи М и ея коррекціи *) и предложилъ высказаться по этому вопросу. Самимъ докладчикомъ полная коррекція для постояннаго ношенія была назначена въ 32 случаяхъ, гдѣ наблюденіе производилось отъ $1^3/_4$ года до 5 мѣс., при М отъ 1,0 до 7,0 Д, у лицъ въ возрастѣ отъ 9 до 25 лѣтъ, преимущественно учащихся въ среднихъ и высшихъ учебныхъ заведеніяхъ. Одни близорукіе сразу хорошо переносили полную коррекцію, и у нихъ она не оказывала какого-либо вреднаго вліянія на глаза; другіе ее совершенно не переносили и имъ приходилось давать очки по старымъ правиламъ; къ этимъ очкамъ они сразу привыкали и чувствовали себя въ нихъ хорошо. Число такихъ случаевъ 7, что составляетъ слишкомъ $20^0/_0$ общаго числа лицъ, которымъ была дана полная коррекція.

Д-ръ *Лаврентьевъ* изъ многочисленныхъ наблюденій въ дѣтскомъ и юношескомъ возрастѣ вынесъ впечатлѣніе, что полная коррекція М для близи въ этомъ возрастѣ ведетъ къ увеличенію М и вредна. Это побудило д-ра *Л.* при М до 4,0 D назначать половинные очки (т. наз. пантоскопическіе) съ верхней $^1/_2$ для дали; при нихъ у большинства близорукихъ М не увеличивалась.

Д-ръ *Выгодскій* считаетъ статистическія данныя *Pfalz*'а слишкомъ малыми, чтобы быть убѣдительными въ пользу полной коррекціи. Предложеніе *Pfalz*'а идетъ въ разрѣзъ съ нашими понятіями о приспособленіи глаза; онъ несомнѣнно увлекается въ этомъ вопросѣ, что видно изъ того, что теперь совершенно отрицаетъ судорогу приспособленія, какъ таковую. Для сужденія о полной коррекціи требуется большое число наблюденій.

Д-ръ *Браунштейнъ* на основаніи наблюденій надъ развитіемъ М у воспитанниковъ нѣкоторыхъ учебныхъ заведеній г. Харькова приходитъ къ выводу, что тамъ, гдѣ классы удовлетворяютъ требованіямъ гигіэны, увеличеніе М при неполной коррекціи замѣчается лишь у немногихъ. Съ другой стороны, встрѣчаются лица, которыя носятъ сильныя стекла въ 7,0—8,0 D, и ихъ М не увеличивается въ теченіи десятилѣтій. Д-ръ *Б.* полагаетъ, что дѣтямъ слѣдуетъ назначать неполную, а взрослымъ, если переносятъ, полную коррекцію.

Д-ръ *Ноишевскій* думаетъ, что вопросъ о назначеніи очковъ близорукимъ не можетъ быть рѣшенъ одной статистикой и что здѣсь недостаточно принимать во вниманіе только приспособленіе глаза и сведеніе зрительныхъ осей, а слѣдуетъ считаться также съ ассоціаціей другихъ двигательныхъ актовъ какъ со стороны головы, такъ и туловища: иногда близорукіе съ полной коррекціей не могутъ не только читать, но и ходить; это замѣ-

*) См. Отчеты о засѣданіяхъ Петербургскаго офталмологическаго Общества и «карточка для регистраціи М» въ «Русскомъ Врачѣ», 1903 г.

Digitized by Google

чается у лицъ старшаго возраста съ прочно сложившимися ассоціаціями двигательныхъ актовъ со зрительными образами сѣтчатки.

Д-ръ *Бобину* въ 2-хъ случаяхъ М, гдѣ полная коррекція сразу не переносилась, удалось пріучить къ ней постепеннымъ усиленіемъ стеколъ; вѣроятно, при этомъ играло роль постепенное упражненіе и развитіе рѣсничной мышцы.

Д-ръ *Гинзбургъ* считаетъ вопросъ о полной коррекціи имѣющимъ значеніе лишь для дѣтскаго возраста: есть-ли она цѣлебное средство? Фактическихъ данныхъ въ пользу этого нѣтъ, да и теоретически едва-ли это можно допустить, такъ какъ глазъ близорукій въ слабой и средней степени поставленъ въ болѣе выгодныя условія приспособленія и сведенія зрительныхъ осей, чѣмъ глазъ нормальный; взрослымъ слѣдуетъ давать очки, какъ для нихъ удобнѣе.

Проф. *Белляриминовъ* находитъ матеріалъ *Pfalz*'a, *Heine* и др. очень недостаточнымъ для рѣшительныхъ выводовъ. Полная коррекція допустима и переносится лишь въ исключительныхъ случаяхъ и только въ молодомъ возрастѣ; возводить ее въ общее правило—нельзя.

Проф. *Евецкій* признаетъ, что затронутый вопросъ можетъ быть разрѣшенъ продолжительными и многочисленными наблюденіями, а теоретическія соображенія безсильны его выяснить.

Д-ръ *Ивановъ* видѣлъ одного эмметропа, который постоянно носилъ очки —3,0 D и былъ доволенъ.

Д-ръ *Грабовскій*. *Къ вопросу о лѣченіи остраго неспецифическаго воспаленія радужной оболочки.* Докладчикъ совѣтуетъ при этой болѣзни употреблять постоянный токъ силою $^1/_2$—1 миллиампера; анодъ на глазъ, катодъ на затылочную часть шеи; продолжительность дѣйствія 1—$1^1/_2$ мин., первые 3—4 дня 2 раза въ день, затѣмъ 4—5 дней по 1 разу. Въ 27 случаяхъ докладчика результаты были очень хорошіе: болѣзнь не затягивалась дольше 7 дней, а, главное, прекращались боли, иногда очень жестокія и не уступавшія никакимъ средствамъ. Подъ вліяніемъ постояннаго тока, вѣроятно, улучшаются условія лимфо- и крово-обращенія и вслѣдствіе этого удаляется выпотъ, пропитывающій ткань и сдавливающій нервныя окончанія; можетъ быть, вмѣстѣ съ этимъ вымываются и продукты жизнедѣятельности микробовъ. Докладчикъ обращалъ вниманіе на этотъ способъ и предлагалъ его испытать.

Д-ръ *Браунштейнъ* указалъ, что гальванизація при тяжелыхъ воспаленіяхъ радужной оболочки давно примѣняется въ Харьковской глазной клиникѣ, а также и проф. *v. Reuss*'омъ.

Д-ръ *Ноишевскій* пользуется электризаціей при различныхъ глазныхъ болѣзняхъ съ 1889 г., употребляя для этого водяной электродъ, описанный имъ въ «Centralblatt für praktische Augenheilkunde» 1890 г.

Ж.-вр. *Соколова* думаетъ, что въ недалекомъ будущемъ лѣченіе свѣтомъ и электричествомъ вытѣснитъ широко распространенное теперь лѣкарственное лѣченіе глазныхъ болѣзней.

(*Окончаніе слѣдуетъ.*)

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *LXXIII. Изъ Русскаго сифилидологическаго и дерматологическаго Общества въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 13-го марта).

За внезапною болѣзнью проф. *Т. П. Павлова* предсѣдательствовалъ ч. пр. *П. П. Абрамычевъ*, который *показалъ молодого человѣка* съ своеобразно распространенными почти по всему тѣлу темножелтоватыми пятнами *naevus vasculosus*, напоминающими издали сильно развитую корь. Пятна существуютъ съ рожденія; произошли они, якобы, отъ купанья въ очень холодной водѣ при крещеніи и обнаружены были при служебномъ тѣлесномъ осмотрѣ, откуда показанный и былъ присланъ для опредѣленія ихъ характера.

*Н. Н. Дьячковъ показалъ* больного чернорабочаго, 25 л., изъ Алафузовской больницы, *съ гнѣзднымъ послѣдніемъ волосистой части головы*, происшедшимъ, по его словамъ, послѣ сильнаго испуга, и сообщилъ имѣющіяся по этому вопросу физіологическія и патологическія данныя (Сообщеніе будетъ напечатано въ «Русскомъ Врачѣ»).

Ч. пр. *Я. В. Рыбалкинъ* замѣтилъ, что бывшая, по словамъ докладчика, у больного наличность волосъ съ окрашенными концами и сѣдымъ основаніемъ можетъ быть объяснена лишь тѣмъ, что измѣненіе окраски волоса исходило отъ корня.

Ч. пр. *П. П. Абрамычевъ*, въ соотвѣтствіе къ этому сообщенію, разсказалъ о переданномъ ему покойнымъ проф. *М. И. Стуковенковымъ* случаѣ внезапнаго выпаденія всѣхъ волосъ у истеричной женщины отъ ничтожнаго насилія (проф. *Стуковенкову* въ этомъ случаѣ пришлось быть экспертомъ).

*Онъ-же*, упомянувъ о крайнемъ разнообразіи въ характерѣ проявленій Пендинской язвы, *показалъ* нынѣ уже отставного писаря Закаспійской бригады пограничной стражи *съ явленіями названной язвы* въ области лѣваго уха, правильное распознаваніе которой было установлено лишь путемъ исключенія. Особымъ свойствомъ Пендинской язвы можно признать всетаки повторный распадъ рубцующихся мѣстъ и быстрое вторичное ихъ заживленіе. Д-ръ *Гейденрейхъ* перечислилъ цѣлый рядъ болѣзней, съ которыми можно смѣшать Пендинскую язву; мѣстоположеніе ея на ушахъ на 16000 случаевъ у *Гейденрейха* отмѣчено въ 174. Въ виду безуспѣшнаго примѣненія различныхъ лѣкарственныхъ веществъ при названной язвѣ, ч. пр. *Абрамычевъ* ограничиваетъ нынѣ лѣченіе ея одними сулемовыми компрессами (1:1000).

*М. П. Гундоровъ показалъ*: 1) *больного*, лежавшаго осенью въ Алафузовской больницѣ, *съ весьма распространеннымъ lupus erythematodes*, продолжающимся уже 18 лѣтъ и послѣдовательно перешедшимъ на волосистую часть головы. При выскабливаніи отдѣльныхъ мѣстъ пораженія острая ложечка наталкивается на плотную, неподдающуюся ей ткань (тажъ), что напоминаетъ о тѣхъ случаяхъ волчанки, которые проф. *А. Г. Полотебновъ* назвалъ на послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ многоэтажными и при которыхъ предсказывалъ полную неудачу свѣтолѣченія (по *Finsen*'у). Лѣтъ 10 назадъ у больного былъ сифилисъ; 2) *больного*, 12 л., на костыляхъ, *страдающаго волчанкою съ 2-хъ лѣтняго возраста* и не разъ уже лежавшаго въ клиникѣ. Начальный болѣзненный процессъ сосредоточивался у него на лѣвой ногѣ, которая, въ виду распространенія процесса на кость, была отнята. Пораженіе перешло потомъ на руку. Больной представляетъ интересное сочетаніе, съ внѣшней стороны, бугорчатковаго процесса съ волчаночнымъ, которое можетъ служить благодарнымъ матеріаломъ для разсужденій о тождественности названныхъ страданій. Въ легкихъ у больного ничего особеннаго не обнаружено, хотя отдѣльнаго изслѣдованія на палочки *Koch*'a произведено не было; 3) *больного*, показаннаго 3 года назадъ д-ромъ *Рудзкимъ* въ Обществѣ, гдѣ у него былъ распознанъ *impetig'инозный сифилидъ*, почти совершенно устраненный послѣдовательнымъ лѣченіемъ втираніями и отваромъ *Zittmann*'a. Больной женатъ, имѣетъ здоровыхъ дѣтей. Нынѣ (послѣднее время больной жилъ въ очень дурныхъ условіяхъ) у него имѣется *типичный распространенный возвратъ* той же формы; сверхъ того, у больного есть слѣдъ иголки, въ видѣ кисты, отъ впрыснутаго прежде салицилата ртути.

*В. Ю. Явейнъ* сообщилъ, что лѣтъ 7 назадъ въ амбулаторіи больницы св. Маріи Магдалины къ нему обратилась женщина съ язвеннымъ impetig'инознымъ сифилидомъ почти по всей спинѣ. Больная была замужемъ, имѣла здоровыхъ дѣтей. Соотвѣтственное лѣченіе устранило указанныя явленія въ 2 мѣсяца, но тотъ-же процессъ давалъ новыя вспышки при каждой беременности, какъ отъ условія, измѣнявшаго общее состояніе здоровья больной.

*Д. С. Чапинъ* припомнилъ 2-хъ бывшихъ у него въ Калинкинской больницѣ больныхъ, весьма схожихъ между собою по мѣстоположенію разбираемой формы сифилида на ягодицахъ, причемъ имѣвшіеся у нихъ рубцы по первому впечатлѣнію весьма походили на волчаночные. Въ больницѣ этой лежитъ больная, которой лѣтъ 6 назадъ дѣлались ртутныя впрыскиванія въ ягодицы, представляющія нынѣ какъ бы мѣшки съ камнями вслѣдствіе образовавшихся залежей ртути.

*Н. Н. Дьячковъ* прочелъ описаніе *случая тяжелаго гуммознаго пораженія лица и гуммознаго дактилита* у 15-лѣтняго мальчика и показалъ свѣтописные снимки. Больной поступилъ въ Алафузовскую больницу 11/х, въ очень тяжкомъ состояніи, съ явленіями чисто механическаго затрудненія глотанія и 25/хп погибъ отъ полнаго истощенія.

*П. П. Гелматъ* замѣтилъ, что хирургическое вмѣшательство, не смотря на вызванныя на послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ возраженія, хотя бы устраненіемъ въ данномъ случаѣ омертвѣлыхъ и гніющихъ массъ изъ пораженныхъ участковъ, было-бы, по его мнѣнію, вполнѣ умѣстнымъ и, вѣроятно, поддержало-бы жизнь больного.

Ч. пр. *П. П. Абрамычевъ* припомнилъ, для нагляднаго представленія о цѣлесообразности хирургическаго вмѣшательства въ извѣстныхъ ступеняхъ сифилитическихъ страданій, наблюдавшійся имъ случай бугорковаго сифилида въ межлопаточной области, гдѣ своевременное выскабливаніе ложкою *Volkman*'a дало вполнѣ удовлетворительные результаты, вызывая рѣзкое реактивное воспаленіе.

*Д. С. Чапинъ* указалъ на мѣстное примѣненіе тепла, какъ на могучій дѣятель при многихъ пораженіяхъ сифилитическаго характера. Кольцевидныя язвы голени, служившія прежде даже показаніемъ къ отнятію конечности, успѣшно излѣчиваются мѣстнымъ примѣненіемъ тепла; температура примѣняемаго тепла можетъ быть доведена до 50 R.

*П. М. Сникеръ* полагалъ-бы, что такому истощенному и тяжелому больному, каковъ былъ больной докладчика, вполнѣ умѣстно было бы назначить іодипинъ, что, помимо лѣкарственнаго, вводило бы въ организмъ его и питательное вещество—жиръ.

*П. М. Сникеръ. О лѣченіи язвенныхъ пораженій полости рта и зѣва насыщенными растворами хромовой кислоты.* Представивъ историческій обзоръ примѣненія хромовой кислоты, какъ мѣстнаго лѣчебнаго средства, докладчикъ изложилъ результаты своихъ наблюденій въ этомъ направленіи за 2 года въ клиникѣ проф. *Т. П. Павлова*, оттѣнивъ основныя свойства указаннаго средства, какъ энергичнаго окислителя и разрушителя

Digitized by Google

различныхъ болѣзненныхъ явленій. Примѣняя прижиганія насыщеннымъ растворомъ хромовой кислоты, 2—3 раза въ недѣлю, папулезныхъ, язвенныхъ и гуммозныхъ пораженій полости рта и зѣва, онъ установилъ особенный успѣхъ ихъ при ртутныхъ стоматитахъ.

Ч. пр. *П. П. Абрамычевъ* замѣтилъ, что сообщеніе докладчика не вполнѣ отвѣчаетъ своему заглавію, такъ какъ ограничивается разборомъ дѣйствія хромовой кислоты лишь при сифилитическихъ страданіяхъ.

*А. И. Будуповъ* припомнилъ, что въ клиникѣ проф. *В. М. Тарновскаго* лѣченіе стоматитовъ одно время производилось весьма успѣшно 2—5%-ми растворами хромовой кислоты.

*М. П. Гундоровъ* возразилъ, что хромовая кислота, какъ и другія кислоты, напр., соляная, должна, по его мнѣнію, портить зубы. Небезвредность хромовой кислоты подтверждается своеобразнымъ заболѣваніемъ носовой перегородки, наблюдающимся у работающихъ на фабрикахъ по приготовленію хромокислаго кали. Въ виду сильнаго окисляющаго, обеззараживающаго и глубоко проникающаго дѣйствія хромовой кислоты, по мнѣнію д-ра *Г.*, слѣдовало-бы испытать примѣненіе ея при перелоѣ.

*П. П. Геллатъ* замѣтилъ, что при перечнѣ литературы докладчикъ не упомянулъ объ изслѣдованіи (экспериментальномъ и клиническомъ) д-ра *Генкена* надъ хромовой кислотой, результаты котораго онъ сообщилъ на послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ въ Москвѣ.

Ч. пр. *Е. Ф. Фридманъ* отозвался о блестящемъ дѣйствіи 10%-хъ растворовъ хромовой кислоты, какъ прижигающемъ средствѣ.

*А. Гаринъ.*

## LXXIV. Изъ акушерско-гинекологическаго Общества при Московскомъ Университетѣ.

(Засѣданіе 17-го марта).

Въ началѣ засѣданія предсѣдательствовавшій *Л. Н. Варнекъ* сказалъ нѣсколько прочувствованныхъ словъ по поводу кончины члена ревизіонной Коммиссіи Общества, ч. пр. *Максима Августовича Штрауха*. Память покойнаго присутствовавшіе почтили вставаніемъ.

*И. К. Юрасовскій. Случай кесарскаго сѣченія по поводу неподлежавшаго уже операціи рака матки* (съ предъявленіемъ препарата). Беременность, осложненная ракомъ шейки матки, по цифровымъ даннымъ встрѣчается не часто—въ среднемъ, 1 разъ на 2500—3000 родовъ. Въ Бахрушинскомъ родильномъ пріютѣ за 2 послѣдніе года на 4500 родовъ осложненіе это встрѣтилось 2 раза. Рѣдкость случаевъ осложненія беременности ракомъ шейки зависитъ, во 1-хъ, отъ пожилого сравнительно возраста женщинъ, въ которомъ это новообразованіе обыкновенно появляется, когда беременность сама по себѣ бываетъ уже не часто; во 2-хъ, отъ механическаго препятствія, которое представляетъ разростающееся новообразованіе для проникновенія сѣмени въ матку. Разобравъ литературныя данныя по этому вопросу, а также тѣ мѣропріятія, которыя примѣняются при родахъ въ этихъ случаяхъ, докладчикъ сообщилъ о случаѣ рака шейки матки у беременной, наблюдавшемся имъ въ Бахрушинскомъ родильномъ пріютѣ, куда 9/XII была доставлена А. М., 40 л., беременная въ 7-ой разъ, съ кровотеченіемъ. 5 родовъ были срочные, правильные; дѣти живыя. 6-ая беременность 3 года назадъ, безъ видимой причины, окончилась выкидышемъ на 3-мъ мѣсяцѣ. Съ этого времени мѣсячныя стали приходить по малу, неправильно, а съ сентября прошлаго года началось постоянное выдѣленіе сукровичнаго отдѣляемаго. Перваго движенія плода не помнитъ. Средняго сложенія, очень худа. Рѣзкая вялость и блѣдность покрововъ. Со стороны внутреннихъ органовъ, кромѣ матки, никакихъ болѣзненныхъ явленій; бѣлка въ мочѣ нѣтъ. Дно матки—пальца на 2 выше пупка. Замѣтны движенія плода. Слизистая оболочка входа во влагалище блѣдна, съ фіолетовымъ оттѣнкомъ. Наружное отверстіе шейки матки щелевидное, стоитъ высоко въ переднемъ сводѣ. На задней губѣ шейки мягкое, кровоточившее, 7—9 стм. въ діаметрѣ новообразованіе, грибовидной формы на широкомъ основаніи, перешедшее и на заднюю стѣнку влагалища. Новообразованіемъ занята приблизительно ½ окружности наружнаго зѣва. Каналъ шейки, длиною около 5 стм., оттѣсненъ кпереди. Широкія связки инфильтрированы, особенно справа; подвижность шейки съ новообразованіемъ незначительная. Черезъ прямую кишку новообразованіе прощупывалось въ видѣ выступавшаго кзади узла; кишка новообразованіемъ не была поражена. Больная жаловалась на усилившееся за послѣдніе 2 дня кровотеченіе, схваткообразныя боли внизу живота, безсонницу, тошноту и отсутствіе позыва на ѣду. Опредѣлена беременность около 6 мѣс., осложненная неоперируемымъ ракомъ шейки матки. Хотя нѣсколько времени назадъ нѣкоторые изъ видѣвшихъ больную товарищей и высказались за возможность полнаго удаленія матки съ пораженной клѣтчаткой путемъ чревосѣченія, но больная отказалась отъ предложенной операціи и выписалась изъ пріюта, когда боли стихли и кровотеченіе прекратилось, замѣнившись сукровичнымъ выдѣленіемъ. Затѣмъ она показывалась время отъ времени въ пріютѣ, и ей было предложено, доносивъ ребенка до срока, подвергнуться кесарскому сѣченію, на что она и согласилась, поступивъ въ пріютъ за недѣлю до операціи. 7/III, въ 3 часа дня, операція. Новообразованіе прежде всего было выскоблено, насколько возможно, острой ложкой, послѣ чего поверхность раны прижжена была приборомъ *Paquelin*'а. Брюшная полость вскрыта по бѣлой линіи; матка выведена наружу; ниже предлежавшей части на матку наложенъ былъ, но не затянутъ, эластическій жгутъ въ 2 раза. Матка вскрыта продольнымъ разрѣзомъ стм. на 15; послѣдъ встрѣтился въ разрѣзѣ у дна; плодъ извлеченъ за близъ лежавшее бедро. Онъ родился въ асфиксіи и только черезъ 15 мин. былъ оживленъ. По удаленіи младенца жгутъ былъ затянутъ и завязанъ; матка вмѣстѣ съ придатками пальца на 3 выше жгута срѣзана. Задній сводъ при обслѣдованіи весь оказался инфильтрированнымъ новообразованіемъ, твердымъ и нѣсколько бугристымъ на значительномъ пространствѣ. Вокругъ культи пристѣночная брюшина нѣсколькими швами сшита была съ сывороточнымъ покровомъ матки ниже жгута, чтобы оградить кишки отъ возможнаго соприкосновенія со жгутомъ. На брюшныя стѣнки до культи наложены основные и поверхностные швы. На животъ наложена асептическая повязка. Извлеченная дѣвочка, не смотря на истощеніе матери, родилась, хотя и небольшой, но довольно упитанной, вполнѣ доношенной, въ 2800 грм. вѣсомъ. Послѣоперціонное время прошло безъ осложненій; температура была не выше 37°,8, пульсъ 88 въ мин. На 8-й день основные, а на 10-й и поверхностные швы были сняты; заживленіе первымъ натяженіемъ.

*Г. Л. Грауэрманъ:* Хотя при операціи *Porro* и не получается сильнаго кровотеченія, но для ослабленной и худосочной женщины сбереженіе даже небольшого количества крови имѣетъ значеніе. Д-ръ *Г.* сразу-бы затянулъ жгутъ и затѣмъ уже вскрылъ матку и извлекъ плодъ; для плода, разъ операція сдѣлана быстро въ 1—1½ минуты, опасности не представляется; больной-же это сбережетъ нѣкоторое количество крови. Д-ръ *Г.* сдѣлалъ-бы сначала кесарское сѣченіе, а затѣмъ уже выскабливалъ-бы новообразованіе въ шейкѣ. При такой послѣдовательности, во 1-хъ, хлороформированіе было-бы менѣе продолжительно, а хлороформъ могъ оказать вредъ ребенку; во 2-хъ, выскабливаніе новообразованія сопровождалось-бы меньшимъ кровотеченіемъ, такъ какъ сосуды были-бы перевязаны.

По мнѣнію *докладчика* порядокъ операціи имъ выбранъ правильно. Выскабливая новообразованіе, поразившее шейку на значительномъ пространствѣ и уничтожившее задній сводъ, докладчикъ могъ проникнуть ложкой и глубже, чѣмъ слѣдовало—именно въ заднее *Douglas*'ово пространство, что при послѣдующемъ чревосѣченіи легко поправимо; если-же это произошло-бы послѣ кесарскаго сѣченія, то поправить дѣло было-бы труднѣе. Затѣмъ выскоблить пораженную шейку до операціи было гораздо легче, чѣмъ послѣ среза матки, когда культя приподнята и укрѣплена въ брюшной ранѣ. Докладчикъ не думаетъ, чтобы кровотеченіе при выскабливаніи послѣ кесарскаго сѣченія было менѣе, чѣмъ до него. Затягивать жгутъ до вскрытія матки ради сохраненія нѣкотораго количества крови больной—значило-бы рисковать жизнью плода, ради котораго главнымъ образомъ и предпринята была операція; сдѣлать это докладчикъ не считалъ себя въ правѣ; опасность затягиванія жгута для ребенка громадная: по даннымъ проф. *Н. Н. Феноменова* черезъ 1—1½ мин. послѣ затягиванія для ребенка наступаетъ опасность асфиксіи.

*Г. Л. Грауэрманъ:* Затягиваніе жгута на 1—2 мин. для ребенка не опасно; мы болѣе тратимъ времени, освобождая послѣдующую головку, или на извлеченіе плода при выпаденіи пуповины, однако получаемъ живыхъ дѣтей. Сдвинуть выскабливаніемъ укрѣпленную культю—нельзя.

*А. Р. Венеръ—Г. Л. Грауэрману:* Выскабливать при укрѣпленной уже культѣ гораздо труднѣе, такъ какъ шейка съ новообразованіемъ бываетъ значительно приподнята; кромѣ того, можно порвать швы и тѣмъ вызвать кровотеченія. Окончательный планъ операціи обыкновенно устанавливается послѣ вскрытія брюшной полости; можетъ быть, оказалось-бы возможнымъ удалить всю матку или вообще измѣнить ходъ операціи; вотъ почему выскабливаніе должно предшествовать кесарскому сѣченію.

*Н. З. Ивановъ:* Шейка имѣетъ свои артеріальныя вѣтви, отдѣльно идущія отъ маточной артеріи; ихъ можно и не захватить въ лигатуры; поэтому, если выскабливаніе произведено послѣ кесарскаго сѣченія, возможно получить кровотеченіе.

*Д. Л. Черняховскій* въ 1 случаѣ оперировалъ по способу *Dührssen*'а—черезъ влагалище—при беременности на 9-мъ мѣсяцѣ, осложненной ракомъ съ пораженіемъ задняго свода и широкихъ связокъ. Д-ръ *Ч.* отдѣлилъ пузырь и разсѣкъ шейку спереди, а затѣмъ на головку наложилъ щипцы. Операція удалась хорошо; кровотеченіе было небольшое: ребенокъ родился живымъ; случай прошелъ безъ осложненій. Влагалищный способъ операцій значительно легче переносится больными, чѣмъ брюшной.

*Докладчикъ:* Способъ влагалищнаго кесарскаго сѣченія въ случаяхъ, подобныхъ моему, менѣе подходящъ, чѣмъ брюшной: новообразованіе занимаетъ значительное пространство малаго таза и съуживаетъ путь для прохожденія ребенка; извлеченіе при этихъ условіяхъ щипцами ребенка, головка котораго надъ входомъ, для него крайне опасно, а съ другой стороны—можно вызвать размноженіе новообразованія и въ связи съ этимъ—кровотеченіе.

*С. Бояркинъ.*

## LXXV и LXXVI. Изъ Петербургскаго офталмологическаго Общества.

(Засѣданіе 22-го апрѣля).

Проф. *Л. Г. Беллярминовъ* сообщилъ о смерти почетнаго члена Общества бывшаго проф. *В. И. Добровольскаго*, прочиталъ его некрологъ и предложилъ почтить его память вставаніемъ.

Digitized by Google

*Э. Ф. Блессигъ показалъ 2-хъ больныхъ:* одного—*съ опухолью глазницы* (по видимому, саркома или остео-саркома) и другого—съ *ангіомой глазного яблока.* Докладчика интересовалъ вопросъ, слѣдуетъ-ли у 1-го больного удалить все содержимое глазницы (произвести т. наз. exenteratio orbitae) или-же удалить лишь опухоль и сохранить глазное яблоко? а относительно 2-го больного—подлежитъ-ли онъ оперированію и не умѣстно-ли примѣнить здѣсь электролизъ?

*I. С. Фельзеръ* наблюдалъ 1 больного съ лимфо-ангіомой глаза, гдѣ впрыскиваніе въ опухоль $1^1/_2$-хлористаго желѣза вызвало закупорку мозговыхъ пазухъ и смерть.

Проф. *Л. Г. Беллярминовъ* находитъ, что 2-го больного докладчика лучше не оперировать.

*А. С. Чемолосовъ* въ 1-мъ случаѣ докладчика не видитъ противопоказаній къ оставленію глазного яблока, сохраненіе котораго имѣетъ большое косметическое значеніе для больного.

*А. П. Неволина. Случай инороднаго тѣла глазницы.* Докладчица сообщила исторію болѣзни и показала больного, у котораго было удалено изъ глазницы большое инородное тѣло, оказавшееся сучкомъ дерева въ 4 стм. длиной, 28 мм. въ окружности и 8 мм. въ діаметрѣ; глазъ имѣетъ зрѣніе=$^8/_{10}$.

*Э. Ф. Блессигъ* наблюдалъ случай, гдѣ въ глазницу попалъ челнокъ ткацкаго станка, вышедшій черезъ нѣкоторое время произвольно.

Проф. *Л. Г. Беллярминовъ* напомнилъ о случаѣ инороднаго тѣла глазницы, о которомъ онъ сообщилъ въ Обществѣ въ прошломъ году, и обратилъ вниманіе на трудность отыскиванія этихъ тѣлъ въ глазницѣ и извлеченія ихъ оттуда.

*Э. Ф. Блессигъ. О пораненіяхъ глаза газетными пружинами.* Сообщеніе касается поврежденія глазъ, причиняемаго пружинами обычно употребляемыхъ въ ресторанахъ, клубахъ и т. п. учрежденіяхъ ручекъ для зажиманія газетъ слѣд. устройства: вдоль деревянной ручки въ желобкѣ проходитъ проволочная пружина, свободный конецъ которой удерживается на концѣ ручки подвижнымъ кольцомъ; въ кольцѣ есть вырѣзка, черезъ которую при вращеніи кольца освобождается пружина и отскакиваетъ отъ ручки; при неосторожномъ освобожденіи пружины она отходитъ съ большой силой и можетъ ударить въ глазъ лица, желающаго вынуть газету изъ ручки. Докладчикомъ собрано 10 случаевъ такихъ поврежденій, наблюдавшихся въ Петербургской глазной лѣчебницѣ за послѣдніе 2 года. Пострадавшими были посѣтители и служащіе ресторановъ. Картина поврежденій: разорванныя, проникающія раны роговой оболочки и склеры; разрывъ большею частью идетъ въ горизонтальномъ направленіи; со стороны радужной оболочки—выпаденіе въ рану, ущемленіе, разрывъ и полный отрывъ (aniridia); раневое помутнѣніе хрусталика; кровоизліянія внутриглазныя—въ переднюю камеру и въ стекловидное тѣло. Что касается зрѣнія на такихъ глазахъ, то въ 8 случаяхъ было лишь свѣтоощущеніе, и только въ 2 сохранился visus около 0,5.—Въ заключеніе докладчикъ обратился къ Обществу съ предложеніемъ, не найдетъ-ли оно возможнымъ какимъ-либо образомъ обратить вниманіе на опасность для глазъ употребленія этого рода приспособленій для газетъ?

Общество сдѣлало слѣдующее постановленіе: Петербургское офталмологическое Общество, признавая опасными пользованіе ручками для газетъ съ отскакивающими пружинами, употребляемыми въ ресторанахъ, клубахъ и т. п. учрежденіяхъ, какъ могущими легко причинить поврежденіе глазу, признало желательнымъ *изъять ихъ изъ употребленія.* О настоящемъ постановленіи сообщить Обществу охраненія народнаго здравія, и врачебному инспектору.

(Засѣданіе 6-го мая).

*I. С. Фельзеръ показалъ 2-хъ больныхъ:* одного—*съ опухолью глазницы* и другого—*съ опухолью,* вѣроятно, *зрительнаго нерва.*

*А. С. Чемолосовъ* показалъ модель *защитительныхъ очковъ для стрѣльбы.* По мнѣнію докладчика, утомленіе глазъ при наводкѣ и стрѣльбѣ изъ орудій на судахъ обусловливается причинами двоякаго рода: однѣми, лежащими и зависящими отъ самого глаза, напр., различныя астенопіи: приспособленія, сѣтчатковая, конъюнктивальная, и другими, находящимися внѣ его, напр., вѣтеръ, пыль, дымъ, солнечный боковой свѣтъ и отраженный отблескъ отъ воды. Первыя причины легко могутъ быть устранены обычными способами, лучше-же всего предварительнымъ подробнымъ осмотромъ глазъ кандидатовъ въ наводчики. Для уменьшенія-же вреднаго вліянія 2-го рода причинъ докладчикъ предлагаетъ особые защитительные очки: они представляютъ изъ себя обычные консервы, но, вмѣсто стеколъ, имѣютъ зачерненныя, выпуклыя каучуковыя пластинки, въ одной изъ которыхъ въ центрѣ есть отверстіе, 7 мм. въ діаметрѣ, съ подвигающимся сбоку сѣрымъ стекломъ № 3. Переносье очковъ х-образное, такъ что ихъ можно перевертывать. Въ этихъ очкахъ оба глаза все время держатся открытыми и защищены отъ бокового свѣта, пыли, дыма и пр.; если въ цѣлящій глазъ падаетъ отблескъ отъ воды, то надвигается на отверстіе сѣрое стекло. Перевертывая оправу, можно цѣлиться и лѣвымъ глазомъ, т. е. раздѣлять работу на оба глаза, гдѣ это возможно. Къ глазамъ очки прилегаютъ неплотно, и поэтому возможно видѣть необходимыя части орудія внизу, не снимая очковъ; отверстіе пластинки даетъ достаточное поле зрѣнія. Очки сдѣланы оптикомъ Урлаубомъ, предназначаются для дневной стрѣльбы съ простыми прицѣлами и стоятъ 3 р.

Проф. *Л. Г. Беллярминовъ* находитъ, что защитительными очками при стрѣльбѣ могутъ служить вообще темные очки, защищающіе отъ свѣта; очки-же съ отверстіемъ, подобно предлагаемымъ, должны оказаться неудобными, такъ какъ они, хотя, можетъ быть, и не ограничиваютъ рѣзко поле зрѣнія, но значительно уменьшаютъ поле взгляда, что будетъ представлять немалыя затрудненія при стрѣльбѣ, въ особенности во время движеній и поворотовъ судовъ. Главной причиной утомленія глазъ при стрѣльбѣ является не напряженіе приспособленія, которое при этомъ должно быть невелико, а ослѣпленіе отъ воды, особенно при мелкой зыби, создающей условія для прерывистаго раздраженія сѣтчатки.

*Докладчикъ* возразилъ, что на практикѣ оказалось, что поле взора въ его очкахъ совершенно достаточно и наводчикъ видитъ въ нихъ все, что нужно видѣть; слѣдить-же за движущимися предметами, по его мнѣнію, не полемъ взора, а полемъ зрѣнія, которое при употребленіи этихъ очковъ суживается ничтожно.

*С. В. Очаповскій. Флегмоны глазницы въ экспериментальномъ отношеніи.* Докладчикъ подробно изложилъ литературу вопроса о гнойномъ воспаленіи клѣтчатки глазницы и сообщилъ результаты своихъ экспериментальныхъ изслѣдованій по этому вопросу. Болѣзнь вызывалась у собакъ введеніемъ въ полость глазницы разводокъ гноеродныхъ желтаго гроздекокка и цѣпекокка достаточной силы. Развивалась типическая картина гнойнаго воспаленія клѣтчатки глазницы, протекавшая очень остро и сопровождавшаяся общими явленіями со стороны организма. Изъ 25 опытовъ въ 4 послѣдовала смерть животнаго. При патолого-анатомическомъ изслѣдованіи найдены большія измѣненія въ содержимомъ глазницы: клѣтчаткѣ, кровеносныхъ сосудахъ, нервахъ, рѣсничномъ узлѣ, мышцахъ и глазномъ яблокѣ, преимущественно заднемъ его отдѣлѣ. Изъ своей работы докладчикъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: 1. Гнойное воспаленіе клѣтчатки глазницы можетъ распространиться на кровеносные сосуды ея и этимъ путемъ вызвать осложненія въ сосѣднихъ областяхъ головы. 2. Переходъ нагноенія въ полость черепа можетъ произойти путемъ закупорки глазничныхъ венъ съ послѣдовательнымъ пораженіемъ пещеристой пазухи; распространеніе воспаленія черезъ верхнюю глазничную щель, хотя и недоказанное у человѣка, становится вѣроятнымъ на основаніи экспериментальнаго изслѣдованія. 3. Наружныя мышцы глазного яблока всегда поражаются въ большей или меньшей степени при этой болѣзни, и стойкія разстройства движенія его, какъ послѣдствіе этого страданія, можно объяснить разрушеніемъ мышечнаго вещества. 4. Воспаленіе глазничной клѣтчатки можетъ перейти на зрительный нервъ и вызвать картину неврита зрительнаго нерва со всѣми ея клиническими особенностями и послѣдствіями; быстрое и стойкое уничтоженіе зрѣнія, наблюдаемое при тяжелыхъ формахъ флегмоны глазницы, преимущественно рожистаго происхожденія, объясняется острымъ воспалительнымъ отекомъ самого нерва и его оболочекъ. 5. При тяжелыхъ формахъ нагноенія глазничной клѣтчатки гнойное воспаленіе можетъ распространиться на склеру, и глазъ погибаетъ отъ панофталмита. 6. Смертельный исходъ при флегмонѣ глазницы можетъ обусловиться не только распространеніемъ процесса въ полость черепа, но и проникновеніемъ микробовъ въ общій токъ крови непосредственно черезъ сосуды глазницы. Разницы между флегмоной глазницы гроздекокковаго и цѣпекокковаго происхожденія въ клинической и патолого-анатомической картинѣ подмѣтить не удалось. Докладчикомъ были показаны микроскопическіе препараты, относящіеся къ его изслѣдованію.

*С. Лобановъ.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

### *Д. Ф. Рѣшетилло. Проказа. Изложеніе исторіи, географическаго распространенія, статистики, этіологіи, бактеріологіи, распознаванія, лѣченія, законодательства и общественной профилактики проказы. Съ 37 рисунками въ текстѣ, 2 географическими картами и 1 хромолитографической таблицей. Продается въ пользу прокаженныхъ. Петербургъ, 1904 г. Стр. 515+XX. Ц. 4 р.*

Необходимость въ спеціальной монографіи о проказѣ въ русской литературѣ чувствуется уже давно: за послѣдніе годы все болѣе устанавливается тотъ оптимистическій взглядъ, что послѣдовательнымъ примѣненіемъ мѣръ строгой изоляціи прокаженныхъ удастся освободить міръ отъ этой страшной болѣзни, подобно тому какъ... распространеніемъ закона объ обязательномъ убиваніи гуртовъ зачумленнаго рогатаго скота на всю Европу удалось уничтожить въ ней губительныя эпизоотіи.

Издана вновь появившаяся книга весьма тщательно. Авторъ приводитъ обширную литературу, которою онъ пользовался, ссылаясь даже на беллетриста Л. Андреева (стр. 510). Книга снабжена спеціальной рекомендаціей проф. *А. И. Поспѣлова,* аттестующаго ее, какъ «обстоятельное руководство» для врача. Въ небольшомъ предисловіи отъ автора изъяснено, что отъ продажи 1-го изданія этого сочиненія доходъ поступаетъ въ пользу прокаженныхъ, такъ какъ сочиненіе печаталось и издано на субсидію Министерства внутреннихъ дѣлъ.

Судя по такимъ особенностямъ, мы вправѣ ожидать въ разби-

раемой книгѣ отвѣтовъ на всѣ жгучіе вопросы, связанные съ проказою. Развѣ не интересно врачу, непосредственно диктующему безапелляціонный приговоръ о прокаженности, узнать, какія имѣются юридическія основанія къ тому, чтобы пораженнаго этой неизлѣчимой болѣзнью немедленно лишать права свободно распоряжаться своею личностью, крайне ограничить его въ правахъ семейныхъ, непосредственнаго распоряженія своимъ имуществомъ?... Но чтеніе «обстоятельнаго» руководства о проказѣ д-ра *Рѣшетилло*, къ великому разочарованію читателя, не даетъ успокоительнаго рѣшенія волнующихъ всѣхъ сомнѣній. Нельзя-же считать удачнымъ предложеніе рѣшать вопросъ объ опасности для окружающихъ прокаженнаго, при посредствѣ «Коммиссіи» врачей, когда граница между заразительными и незаразительными формами болѣзни опредѣленно не установлена (стр. 492 и 493).

Страницы, гдѣ идетъ рѣчь о борьбѣ съ проказой, мало содержательны. Если автору удалось съ колоритностью охарактеризовать средневѣковыя предохранительныя мѣропріятія (стр. 9 и 21 вн.), достаточно объясняющія страшный пережитокъ—жестокость отношенія къ прокаженнымъ у нѣкоторыхъ современныхъ народовъ, то онъ вполнѣ игнорируетъ дѣятельность американцевъ и англичанъ по борьбѣ съ проказою въ послѣдніе годы. Классическое, краткое, но содержательное изслѣдованіе д-ра *Cantlie* («Leprosy in Hongkong», 1890 г.) даже не упомянуто въ источникахъ. Добросовѣстныя работы англійскихъ врачей, служившихъ въ Китайскихъ таможняхъ, какъ *Dudgeon*'а, *Shearer*'а, *Patrick Manson*'а, *Rob. Meadow*'а, по видимому, тоже остались неизвѣстными автору, хотя и касаются важныхъ сторонъ этой ужасной болѣзни.

Д-ръ *Рѣшетилло*, не подчеркивая въ этіологіи того характернаго обстоятельства, что проказа, по указанію многихъ авторитетовъ, эндемична, что она появляется исключительно въ низменныхъ, сырыхъ мѣстностяхъ по побережьямъ моря, озеръ, въ низовьяхъ большихъ рѣкъ, и среди мѣръ борьбы съ этой болѣзнью не упоминаетъ, что на Ямайкѣ 15-лѣтній опытъ показалъ ослабленіе проказы въ тѣхъ районахъ, гдѣ произведено было искусственное осушеніе почвы путемъ дренажировки. Если-же сопоставить подобный результатъ улучшенія общесанитарныхъ условій жизни съ тѣмъ успѣхомъ, какой достигнутъ былъ въ борьбѣ съ проказой путемъ систематическаго расширенія дѣятельности спеціальныхъ лепрозерій въ Норвегіи, то нельзя не придти къ заключенію, что не лепрозеріямъ обязана Норвегія исчезновеніемъ проказы, а прежде всего, если не исключительно распространенію грамотности, повышенію матеріальнаго благосостоянія низшихъ слоевъ населенія, дѣйствительному проведенію въ жизнь принциповъ чистоплотности, обеззараживанія въ обыденной обстановкѣ, а не только въ экстренныхъ случаяхъ опасности (при существовавшей уже эпидеміи заразной болѣзни).

Сводя профилактику проказы къ уловленію всѣхъ прокаженныхъ и возможной изоляціи ихъ въ спеціальныхъ заведеніяхъ, авторъ не даетъ подробнаго, жизненнаго описанія ни типичной (идеальной) лепрозеріи, ни въ дѣйствительности имѣющихся у насъ. Между тѣмъ онъ долженъ-бы былъ, по существу своей задачи, привести подлинные бюджеты этихъ учрежденій и сообщить мельчайшія подробности ихъ внутренней жизни. Осталась не исчерпанною даже работа д-ра *Моркотуна*, помѣщенная въ «Вѣстникѣ общественной гигіены, судебной и практической медицины» въ 1897 г., объективно излагающая ходъ развитія лепрозерій въ Норвегіи и содержащая въ себѣ вполнѣ удовлетворительныя данныя о проказѣ для практическаго врача.

Вообще пробѣловъ литературныхъ въ книгѣ д-ра *Рѣшетилло* не мало. Не буду говорить о литературѣ иностранной, особенно англійской, гдѣ обыкновенно предлагаются мѣропріятія мягкія, не вносящія смуту въ міросозерцаніе менѣе культурныхъ народовъ, а поднимающія у нихъ значеніе личности, уваженіе къ ея самостоятельности, а укажу лишь на нѣкоторые пропуски въ литературѣ отечественной.

Не сочту за ошибку то, что авторомъ не использованы работы д-ра *Виршилло* («Вѣстникъ общественной гигіены» и пр., мартъ, 1903 г.), доклады д-ра *Асташевскаго* и др. («Труды Иркутскаго Общества врачей Восточной Сибири»); но я имѣю право поставить ему въ вину не упоминаніе даже о «Трудахъ 2-го Хабаровскаго Съѣзда врачей» въ 1901 г., въ которыхъ былъ изложенъ отчетъ о дѣятельности Николаевской на Амурѣ лепрозеріи и о принудительныхъ способахъ борьбы съ проказой въ Приморской Области. Равнымъ образомъ обойдены молчаніемъ даже указанія на статьи общей печати (въ «Восточномъ Обозрѣніи», «Пріамурскихъ Вѣдомостяхъ», «Восточномъ Вѣстникѣ») «о заживо погребенныхъ», дающія яркія картины того, какъ проводятся въ жизнь и воспринимаются населеніемъ антилепрозныя мѣропріятія; эти статьи, очевидно, писаны врачами или такими компетентными наблюдателями, какъ В. Сѣрошевскій... Стоитъ лишь вспомнить объ отчетахъ Вилюйской лепрозеріи, на которые неоднократно ссылались органы общей и спеціальной печати. Полнымъ приведеніемъ русскихъ работъ о проказѣ книга д-ра *Рѣшетилло* могла-бы заслужить вниманіе и иностранной литературы. Русскіе-же врачи отъ субсидированнаго сочиненія могутъ требовать обработки всего того сырого матеріала, который скопился въ медицинскомъ Департаментѣ, получающемъ съ 1891 г. подробныя свѣдѣнія о каждомъ прокаженномъ по карточной системѣ.

Что авторъ желалъ использовать все, доступное ему, видно изъ упоминанія его о знакомствѣ съ ненапечатанными документами, касающимися миссъ Марсденъ и хранящимися у проф. *А. И. Поспѣлова* (стр. 80). Нельзя не выразить сожалѣнія, что авторъ не исчерпалъ содержанія этихъ документовъ и заставляетъ вѣрить имъ; это обстоятельство тѣмъ болѣе прискорбно, что авторъ, видимо, не ознакомился съ противоположными данными, имѣющимися, напр., у д-ра *П. С. Алексѣева*, сопровождавшаго миссъ Марсденъ въ части ея пути., Въ результатѣ малаго изученія литературы проказы въ Сибири, у автора получилась фантастическая карта распространенія этой болѣзни въ Забайкальѣ и въ Уссурійскомъ краѣ. По д-ру *Рѣшетилло*, мѣста проказы—въ центрѣ Забайкальской области; между тѣмъ на дѣлѣ—гнѣздомъ проказы около Иркутска является о. Ольхонъ, лежащій среди озера Байкала; затѣмъ больные проказою найдены по берегамъ Байкала (Усть-Баргузинъ, Турка, Кудара и др.). Въ центрѣ Забайкалья имѣются лишь заносные случаи, какъ во Владивостокѣ, Хабаровскѣ, Тобольскѣ, Томскѣ... Въ Уссурійскомъ краѣ проказа извѣстна среди гольдовъ по многимъ притокамъ р. Уссури, среди корейцовъ и манзъ по южной границѣ, чего д-ръ *Рѣшетилло* не отмѣчаетъ.

Проказа въ Китаѣ, Японіи изучена гораздо лучше, чѣмъ это извѣстно автору: никакъ нельзя было обойти молчаніемъ широко примѣняющихся тамъ способовъ лѣченія ваннами на минеральныхъ источникахъ, что отчасти дѣлается и у насъ въ Камчаткѣ и даже въ Охотскомъ краѣ.

Подробно изучивъ способы лѣченія прокаженныхъ у инородцевъ, легко придти къ выводу о непримѣнимости для нихъ содержанія больныхъ въ центральныхъ лепрозеріяхъ (въ родѣ Николаевской на Амурѣ), легко понять всѣ ухищренія больныхъ избѣжать такого «тюремнаго заключенія» или предпочесть «раціональной изоляціи» самоубійство... Впрочемъ, къ чести автора слѣдуетъ сказать, что онъ не поборникъ «принудительности въ изоляціи лепрозныхъ» (стр. 495) и упоминаетъ о «самоубійствѣ прокаженнаго»...; но д-ръ *Рѣшетилло* отстаиваетъ принципы «обязательности изоляціи» (стр. 497), не объясняя подробнѣй, въ чемъ разница въ этихъ терминахъ. Отсюда возникаетъ опасность, что въ рукахъ нѣкоторыхъ послѣдовательныхъ, односторонныхъ администраторовъ, смѣло утверждающихъ, что Россія «принудительности изоляціи» прокаженныхъ не примѣняла, «обязательность» фактически можетъ перейти предѣлы человѣчности, оправдываясь заботой объ «общемъ благѣ», ради коего, какъ извѣстно, жгли людей на кострахъ...

Еще разъ повторяю, что авторъ не сводитъ вопроса о «заразительности» проказы къ необходимости ожесточенной борьбы съ человѣкомъ, одержимымъ этой болѣзнью. Онъ оставляетъ, однако же, открытыми вопросы, слѣдуетъ-ли съ одинаковою неумолимостью относиться и къ больнымъ, несомнѣнно заразнымъ и весьма часто безнадежнымъ, каковы, напр., пораженные сифилисомъ, бугорчаткой, ракомъ, лучистогрибковою болѣзнью. Онъ умалчиваетъ также о предположеніи нѣкоторыхъ врачей, что проказа вызывается не палочками, а чужеяднымъ въ родѣ кровяной нитчатки *Mansoni* (обусловливающимъ слоновость грековъ), имѣющимъ 2 фазы жизни у 2 разныхъ хозяевъ.

Не могу не закончить пожеланіемъ автору пополнить въ слѣдующемъ изданіи свою книгу такъ, чтобы она блистала не только изложеніемъ клиническихъ данныхъ о проказѣ и служила не только справочникомъ по исторіи болѣзни, но давала и цѣнные факты по дѣйствительному веденію хозяйства въ благоустроенныхъ лепрозеріяхъ съ подробнымъ указаніемъ отношенія завѣдывающихъ къ опекаемымъ, не скрывая шероховатостей.—1-е изданіе, распространяемое съ благотворительной цѣлью, можетъ быть теперь-же скуплено какимъ-нибудь филантропическимъ учрежденіемъ, напр., Обществомъ борьбы съ заразными болѣзнями, конечно, не съ цѣлью раздачи прокаженнымъ для чтенія безутѣшнаго. Вырученныя такимъ образомъ деньги съ наибольшей «пользой для прокаженныхъ» могли-бы быть употреблены на 2-е изданіе книги съ тѣми дополненіями, которыя составятъ ея «душу живу», обрисуютъ дѣйствительную заботу о несчастныхъ прокаженныхъ, а не только черствое попеченіе о декоративной заслугѣ медицинской практики, способной «карантинами-лепрозеріями» оберегать культурные центры отъ заноса безобразной заразы.

Общественная санитарія—часть административныхъ мѣропріятій; она можетъ примѣнять и жестокія мѣры, но обоснованныя на строго раціональныхъ юридическихъ принципахъ; а юристы отказались уже отъ преслѣдованія прокаженныхъ. Врачъ—прежде всего защитникъ, покровитель страдающихъ. Прилично-ли ему, при слабости знаній о сущности болѣзни и путяхъ передачи ея, выступать съ драконовскими законами и оказываться въ роли палача, вынося приговоръ прокаженности, и въ роли тюремщика, завѣдуя насильственно удерживаемыми больными, хотя-бы и по приговору пресловутыхъ Коммиссій?

*Н. Кириловъ.*

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

LXVI. Общество дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ послѣ нѣкотораго перерыва *возобновило изданіе своихъ «Трудовъ»* выпускомъ въ свѣтъ Протоколовъ засѣданій и докладовъ членовъ за истекшее 2-хъ лѣтіе.

Медицинскія Общества, учрежденія и изданія, обмѣнивавшіяся и вновь желающія въ обмѣнъ получать «Труды», благоволятъ сообщить объ этомъ возможно скорѣе секретарю—редактору «Тру-

Digitized by Google

довъ» Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ, д-ру *Г. Б. Конухесу* (Литейный, 31) для высылки имъ изданныхъ «Трудовъ».

*Г. Конухесъ.*

Петербургъ. 14/v 1904 г.

LXVII. М. Г.! На послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ въ Отдѣлѣ кожныхъ и венерическихъ болѣзней на засѣданіи 5-го января, д-ра *Е. И. Марциновскій* и *С. Л. Богровъ* сообщили о найденныхъ ими въ 1 случаѣ Пендинской язвы образованіяхъ, напоминающихъ protozoa. Изъ отчета объ этомъ докладѣ, помѣщеннаго въ № 14 «Русскаго Врача», видно, что докладчики не знали о томъ, что образованія эти описаны сперва д-ромъ *Боровскимъ* для Сартовской язвы («В.-Медицинскій Журналъ 1898 г., кн. 11), потомъ мною для Пендинской («Русскій Врачъ», 1902 г., №№ 33 и 34), какъ болѣзнетворный возбудитель, вызывающій заболѣваніе восточной язвой. Изъ членовъ Съѣзда тоже объ этомъ, по видимому, никто не вспомнилъ. Не откажите поэтому напечатать эти строки для возстановленія истины.

*К. Шульгинъ.*

Колызманъ, Карской области. 11 мая 1904 г.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

963. Экстраординарный профессоръ Варшавскаго Университета по каѳедрѣ гигіэны *Н. Н. Брусянинъ* **назначенъ ординарнымъ** («Биржевыя Вѣдомости», 15 мая).

964. Конференціей В.-Медицинской Академіи, 15-го мая, *П. А. Останковъ* избранъ **ч.-преподавателемъ** по каѳедрѣ душевныхъ и нервныхъ болѣзней («Новое Время», 19 мая).

965. 11-го мая въ В.-Медицинской Академіи защищали диссертаціи: *К. С. Агаджанянцъ, В. А. Битный-Шляхто, Т. А. Бурдзиловскій, К. З. Вилланенъ, А. Ф. Држевецкій, В. А. Дудинъ, А. П. Зельгеймъ, П. Ю. Кауфманъ, В. Ф. Миропольскій, І. Ф. Пожарискій, Э. И. Пржиходзкій, А. А. Рыбаковскій, А. Я. Садовскій, А. Ф. Сафроновъ, А. П. Соколовъ, Ф. Н. Тавилдаровъ* и *А. Н. Червенцовъ;* 13-го мая: *А. О. Валь, С. В. Гольдбергъ, П. Ф. Колчинъ, Д. К. Кустря, Н. Ф. Лежневъ, А. Ф. Сулима-Самуйло, Г. О. Сяноженскій, В. А. Таранухинъ* и *М. И. Янчевскій* («Новости», 11 и 13 мая).

966. Отбыли на Дальній Востокъ: 12-го мая изъ Петербурга *военно-санитарный отрядъ* Государыни Императрицы Александры Ѳеодоровны, состоящій изъ 14 вагоновъ; въ медицинскій составъ поѣзда входятъ: 6 врачей, 1 студентъ медикъ, 9 сестеръ милосердія, 4 фельдшера и 25 санитаровъ; 12-го же мая изъ Харькова — *бактеріолого-гигіэническій отрядъ* Харьковскаго медицинскаго Общества въ составѣ 2 врачей и 10 санитаровъ; 15-го мая изъ Одессы — *Болгарскій санитарный отрядъ* на 20 кроватей въ составѣ 2 врачей, 2 сестеръ милосердія и 2 фельдшеровъ; 15-го-же мая изъ Москвы — 1-ый эшелонъ 2-го городского *санитарнаго отряда,* предназначеннаго для устраиваемаго Московскимъ городскимъ общественнымъ Управленіемъ плавучаго лазарета на 400 кроватей, въ составѣ 2 врачей, провизора, фельдшера, 2 сестеръ и 14 санитаровъ; 17-го мая изъ Петербурга—*русско-голандскій санитарный отрядъ* въ составѣ 4 врачей, 1 студента-медика, 8 сестеръ милосердія и 5 санитаровъ; 18-го мая изъ Кинешмы—*санитарный отрядъ* мѣстнаго Отдѣленія Краснаго Креста на 25 коекъ («Новое Время», 13, 18 и 19 мая; «Русскія Вѣдомости», 13, 15 и 16 мая).

967. По словамъ «Новостей» (10 мая), Харьковское медицинское Общество прислало въ исполнительную Коммиссію Краснаго Креста слѣдующее заявленіе: «Желая принять посильное участіе на театрѣ военныхъ дѣйствій какъ научными силами, такъ и матеріальными средствами, по почину ч. пр. *Лащенкова*, Харьковское медицинское Общество рѣшило организовать *бактеріолого-гигіэническій отрядъ* для борьбы съ заразными заболѣваніями. Въ распоряженіи Общества находится сумма въ 41742 р. Содержаніе отряда будетъ обезпечено въ теченіи 10 мѣсяцевъ. Отрядомъ будутъ приняты какъ профилактическія, такъ и непосредственныя мѣры къ борьбѣ съ заразными болѣзнями. Изготовляются: противодизентерійныя сыворотки и противохолерныя и противотифозныя вакцины, для чего Обществомъ пріобрѣтено 12 лошадей». Медицинское Общество проситъ назначить мѣстопребываніемъ отряда какой-нибудь крупный центръ скопленія войскъ въ тылу арміи.

968. «Сибирская Жизнь» (2 мая) передаетъ, что студенты медики 4-го курса Томскаго Университета, перешедшіе на 5-й курсъ, **приглашены въ Портъ-Артуръ въ военные госпитали.**

969. По словамъ «Сибирской Жизни» (4 мая), около г. Читы по р. Песчаной приступлено къ устройству *громаднаго госпиталя на 5000 больныхъ*, который будетъ состоять изъ 25 бараковъ на 200 кроватей каждый.

970. Высшій *надзоръ за военными лазаретами* въ Токіо, Хорошимѣ и Матсумайѣ, въ которыхъ лѣчатся какъ японскіе, такъ и русскіе раненые, *порученъ* д-рамъ *Хашимото* (врачъ императора), *Сато, Кикуши* и 3-мъ извѣстнѣйшимъ хирургамъ Японіи («Русскія Вѣдомости», 14 мая).

971. Вологодское Управленіе взаимнаго отъ огня страхованія *пожертвовало 10000 р. на содержаніе Вологодскаго плавучаго лазарета* («Новое Время», 16 мая).

972. «Самарская Газета» (9 мая) передаетъ, что Бузулукское Земство и городъ рѣшили открыть въ Бузулукѣ *лазареты для раненыхъ*, первое на 20, а послѣдній на 10 кроватей. Мѣстный обыватель Ф. Е. Евграфовъ изъявилъ согласіе отдать для городского лазарета безплатно свою квартиру.

973. «Новое Обозрѣніе» (6 мая) передаетъ, что, по предложенію д-ра *С. І. Ананова*, Кавказское медицинское Общество ассигновало изъ суммъ Общества *500 р. въ пользу семействъ врачей*, убитыхъ, раненыхъ и умершихъ на войнѣ, а также въ пользу недостаточныхъ врачей, командированныхъ на театръ военныхъ дѣйствій.

974. По свѣдѣніямъ, сообщаемымъ корреспондентомъ «Русскаго Слова» г. Немировичемъ-Данченко, въ японской арміи между Ялу и Фынхуанченомъ, будто-бы, ежедневно *умираютъ отъ холеры около 100 чел.*

975. Въ Ковнѣ мѣстное населеніе устроило *теплые проводы* д-рамъ *Волковыскому, Рабиновичу* и *Шварцу*, уѣзжавшимъ на Дальній Востокъ («Сѣверо-Западное Слово», 11 мая).

976. Въ Минскѣ мѣстные врачи *тепло провожали* д-ровъ *Сагаловича, Таубкина* и *Фишерова*, отправлявшихся на Дальній Востокъ («Сѣверо-Западное Слово», 9 мая).

977. Харьковское Общество ночныхъ дежурствъ врачей *тепло провожало* отъѣзжавшихъ на Дальній Востокъ своихъ членовъ: *Шляпошникова, Жевержеева, Волпянскаю, Лукьянченко* и *Стеклицкаю* («Приднѣпровскій Край», 9 мая).

978. Мы сообщали, со словъ «Южнаго Обозрѣнія», что въ сраженіи у Тюренчена взятъ японцами въ плѣнъ д-ръ *А. А. Финкельштейнъ* (см. выше, № 19, стр. 715). «Кіевское Слово» (7 мая) сообщаетъ, что по оффиціальной справкѣ главнаго штаба д-ръ *Ф.* «**живъ и не въ плѣну**».

979. «Сибирскій Вѣстникъ» (4 мая) сообщаетъ, что нынѣшнимъ лѣтомъ на озерѣ Шира *врачебной помощи не будетъ* вслѣдствіе недостатка въ губерніи врачей, призванныхъ на войну.

980. Отвѣтственнымъ *редакторомъ* «Журнала Общества охраненія народнаго здравія» *избранъ* редакторъ «Русскаго Медицинскаго Вѣстника» ч. пр. В.-Медицинской Академіи *М. П. Манасеинъ* («Новости», 10 мая).

981. Во 2-мъ выпускѣ 7-го тома «Извѣстій Петербургской біологической лабораторіи», издаваемыхъ подъ редакціей проф. *П. Ф. Лесгафта*, напечатано, между прочимъ, обширное изслѣдованіе, снабженное прекрасными рисунками, г-жи Красуской *о расположеніи и взаимномъ отношеніи сосудовъ почекъ человѣка и млекопитающихъ*. Интересующіеся этимъ вопросомъ найдутъ здѣсь много в. цѣнныхъ указаній. Въ этомъ-же выпускѣ помѣщена статья *Б. И. Словцова* «Окисляющіе ферменты и ихъ біологическое значеніе», въ которой собрано все извѣстное объ этихъ бродилахъ.

982. Въ годовомъ засѣданіи Кавказскаго медицинскаго Общества избраны: предсѣдателемъ—*А. Р. Фишеръ*, товарищемъ его *М. З. Автандиловъ* и секретаремъ *А. А. Мухаринскій* («Новое Обозрѣніе», 6 мая).

983. Въ годовомъ засѣданіи Общества Одесскихъ врачей *избраны:* предсѣдателемъ *Я. Ю. Бардахъ*, товарищами его *П. Г. Мандельштамъ* и *Я. В. Зильбербергъ;* казначеемъ *С. Г. Штейнфинкель*, секретарями *Л. Б. Бухштабъ* и *І. А. Дю-Бюше*, библіотекаремъ *Л. М. Розенфельдъ* и членами ревизіонной Коммиссіи *Б. М. Шапошниковъ* и *П. Я. Винокуровъ* («Южное Обозрѣніе», 9 мая).

984. 12-го мая въ Москвѣ врачи Родовспомогательнаго Заведенія вмѣстѣ съ врачами Мясницкой больницы *тепло чествовали К. В. Окунькова* по поводу 35-лѣтія его врачебной дѣятельности («Русскія Вѣдомости», 14 мая).

985. Съ чрезвычайнымъ удовольствіемъ отмѣчаемъ, что *Общество русскихъ врачей въ Петербургѣ*, какъ любезно сообщилъ намъ секретарь его, глубокоуважаемый *Ф. Я. Чистовичъ*, въ засѣданіи своемъ 13-го текущаго мая *постановило выразить свое сочувствіе* товарищу *Н. П. Забусову*, подвергшемуся возмутительнѣйшему насилію со стороны ген. Ковалева (см. выше, № 18, стр. 677 и № 20, стр. 757), и послало ему слѣдующее оффиціальное письмо: «Многоуважаемый товарищъ Николай Петровичъ! Общество русскихъ врачей въ Петербургѣ, ознакомившись въ засѣданіи своемъ 13-го мая изъ замѣтки, помѣщенной въ газетѣ «Русскій Врачъ», съ исторіей возмутительнаго оскорбленія и предательскаго насилія, которому Вы подверглись со стороны генерала Ковалева при исполненіи Вами врачебнаго долга, преисполненное чувствомъ глубокаго негодованія, постановило выразить Вамъ, почтенный товарищъ, свое искреннее и горячее сочувствіе. Да послужитъ Вамъ всеобщее выраженіе чувствъ глубокаго душевнаго возмущенія передъ дикой расправой, жертвою которой Вы стали, хотя нѣкоторымъ утѣшеніемъ въ постигшемъ Васъ тяжкомъ испытаніи. Предсѣдатель академикъ *Л. Поповъ*. Товарищъ предсѣдателя проф. *И. Павловъ*. Секретарь прив.-доц. *Ф. Чистовичъ*. Петербургъ, 14-го мая 1904 г.».—Съ нетерпѣніемъ будемъ ждать извѣстій объ аналогичныхъ постановленіяхъ и другихъ врачебныхъ Обществъ: оскорбленіе въ лицѣ товарища *Н. П. Забусова* нанесено, вѣдь, *всѣмъ* отечественнымъ врачамъ...

986. За послѣднее время въ земско-врачебныхъ органахъ отмѣчается рядъ фактовъ весьма нежелательнаго *вмѣшательства земскихъ начальниковъ въ земско-медицинское дѣло.* Одинъ такой примѣръ мы недавно приводили (см. выше, № 19, стр. 716). Въ засѣданіи Макарьевскаго врачебнаго Совѣта («Свѣдѣнія медико-санитарнаго бюро Нижегородскаго губернскаго Земства», № 4) недавно обсуждался приговоръ Марьинскаго волостного Схода, которымъ постановлено: въ виду рѣдкаго посѣщенія д-ромъ *М. Н. Нардовымъ* Марьинскаго фельдшерскаго пункта ходатай-

Digitized by Google

ствовать черезъ земскаго начальника, чтобы Покровскій земскій врачъ г. *Нардовъ* посѣщалъ Марьинскій пунктъ обязательно не менѣе одного раза въ недѣлю; «фельдшеру-же этого пункта г. Семенову за постоянно оказываемую помощь больнымъ и замѣну врача просить о выдачѣ единовременной награды». Приговоръ этотъ препровожденъ при отношеніи земскаго начальника V участка г. Стобеуса. Въ отношеніи этомъ земскій начальникъ высказываетъ, что находитъ ходатайство крестьянъ вполнѣ справедливымъ и, «въ виду наложенной на него силою закона общей опеки» надъ интересами ввѣреннаго ему участка, считаетъ нужнымъ сообщить Управѣ, что д-ръ *М. Н. Нардовъ* былъ на Марьинскомъ пунктѣ съ 1 января по 6 декабря 1903 г. 20 разъ, вмѣсто 49. Относительно-же фельдшера земскій начальникъ присоединяется къ просьбѣ Схода о поощреніи его въ виду того, что онъ (фельдшеръ) «ведетъ дѣло за доктора», и что населеніе имъ довольно, чего онъ не слышалъ и не можетъ сказать про д-ра *М. Н. Нардова*. Въ засѣданіи Совѣта д-ръ *М. Н. Нардовъ* подробно объяснилъ причины непосѣщенія имъ пункта, какъ оказалось вполнѣ отъ него независящія. Врачебный Совѣтъ нашелъ объясненія эти вполнѣ уважительными и высказалъ д-ру *М. Н. Нардову* сочувствіе и полное довѣріе къ его полезной врачебной дѣятельности. Ходатайство крестьянъ о вознагражденіи фельдшера Семенова Совѣтомъ единогласно оставлено безъ послѣдствій; оказалось, что фельдшеръ Семеновъ извѣстенъ многимъ врачамъ уѣзда, какъ грубый и дерзкій въ обращеніи съ больными, о чемъ поступало и поступаетъ не мало жалобъ. За грубость и дерзость, а также за доносы, онъ переводился изъ участка въ участокъ, изъ пункта на пунктъ, и никто изъ врачей никогда не имѣлъ случая слышать о немъ сколько-нибудь лестный отзывъ со стороны населенія. Въ своемъ отношеніи земскій начальникъ обращаетъ также вниманіе Управы «на грязное содержаніе больныхъ въ Покровской больницѣ». Въ засѣданіи выяснилось, что земскій начальникъ г. Стобеусъ въ больницѣ не былъ ни одного раза, а также, что г. Стобеусомъ отдано распоряженіе подчиненному волостному старшинѣ посѣщать Покровскую больницу, слѣдить за порядкомъ въ ней и о неисправностяхъ доносить ему, Стобеусу. По поводу всего этого врачебный Совѣтъ высказался, что такое вторженіе земскаго начальника въ кругъ дѣятельности земскаго врача, какъ контроль его амбуляторныхъ книгъ, назначеніе своихъ волостныхъ старшинъ наблюдателями за врачемъ и его больницею, есть *вопіющее беззаконіе*, тѣмъ болѣе вопіющее, что оно исходитъ отъ лица, долженствующаго стоять на стражѣ законности, что подобныя неумѣстныя вмѣшательства въ дѣло народнаго врачеванія могутъ имѣть лишь одно послѣдствіе—подрывъ довѣрія населенія къ врачу и его дѣятельности. При обсужденіи этого вопроса, между прочимъ, д-ръ *Е. Н. Архангельская* высказалась, что она находитъ въ высшей степени страннымъ, что врачебному Совѣту вообще приходится входить въ разсмотрѣніе подобныхъ инцидентовъ; вѣдь, «общая опека», по закону возложенная на земскихъ начальниковъ, не распространяется на земскія учрежденія и больницы, находящіяся въ ихъ вѣдѣніи, не говоря уже о томъ, что подобный сыскъ унизителенъ для земскихъ врачей и земскихъ больницъ; въ подобномъ случаѣ даже страннымъ кажется сдѣлать какое-либо постановленіе, кромѣ какъ просить земскую Управу или Собраніе оградить врачей отъ подобныхъ вмѣшательствъ.— Въ засѣданіи Аткарскаго врачебнаго Совѣта («Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ.», № 4) былъ прочитанъ представленный земскимъ начальникомъ г. Слѣпцовымъ приговоръ Сластухинскаго Схода, въ которомъ приводятся жалобы нѣкоторыхъ лицъ на неправильныя дѣйствія д-ра *Н. Д. Качкина*. По поводу этого приговора д-ръ *Н. Д. Качкинъ* высказалъ: «Я служу въ Сластухѣ 4 года, и ни разу на меня не было жалобъ. Исторія послѣднихъ ясна: пока я ладилъ съ г. Слѣпцовымъ, я былъ хорошъ и какъ врачъ, и какъ человѣкъ; но стоило поссориться, и все измѣнилось. Г. Слѣпцовъ публично заявилъ, что устроитъ такъ, что я не буду въ Сластухѣ, и вотъ начинаются жалобы, поступаютъ приговоры; въ послѣднемъ факты приводятся безъ датъ, почему я сейчасъ не могу опровергнуть ихъ, но я такъ убѣжденъ въ неосновательности обвиненій, что готовъ подвергнуться формальному слѣдствію и прошу о передачѣ дѣла прокурору». Врачебный Совѣтъ постановилъ просить земскую Управу провѣрить все дѣло на мѣстѣ. При обсужденіи вопроса было основательно указано, что нельзя придавать особаго значенія приговорамъ сельскихъ Сходовъ; живущимъ въ деревнѣ хорошо извѣстно, какъ создаются подобные приговоры, особенно при содѣйствіи земскихъ начальниковъ.

987. Въ Эссентукахъ учреждается, какъ передаетъ «Донская Рѣчь» (8 мая), должность *постоянная врача при грязевыхъ ваннахъ*, какъ для наблюденія за температурой и растираніемъ грязи, такъ и для подачи первоначальной помощи при внезапныхъ заболѣваніяхъ въ ваннахъ.

988. Въ іюнѣ текущаго года предположено созвать *VI губернскій Съѣздъ врачей Вологодской губ.* Программа занятій: 1) делегатскіе доклады о положеніи врачебно-санитарнаго дѣла въ уѣздахъ; 2) о дальнѣйшемъ развитіи сѣти врачебныхъ участковъ, какъ основы для всѣхъ врачебно-санитарныхъ мѣропріятій въ губерніи; 3) обсужденіе программы дальнѣйшей дѣятельности санитарнаго Отдѣленія; 4) основанія участія губернскаго Земства въ борьбѣ съ эпидеміями; 5) вопросы о бугорчаткѣ,—а) распространеніе чахотки въ Вологодской губ.; б) объ общихъ мѣрахъ борьбы съ бугорчаткой въ губерніи; в) объ учрежденіи здравницы; г) о призрѣніи неизлѣчимыхъ чахоточныхъ и затяжныхъ больныхъ, и д) о выработкѣ наиболѣе отвѣчающаго климатическимъ и бытовымъ условіямъ Вологодской губ. типа сельской здравницы; 6) о вліяніи развитія промышленнаго маслодѣлія на здоровье населенія и о выработкѣ мѣръ къ урегулированію маслодѣлія въ санитарномъ отношеніи, а также объ изученіи санитарнаго состоянія и вліянія на здоровье населенія другихъ наиболѣе распространенныхъ промысловъ; 7) объ измѣненіи формъ записей (регистраціи) и отчетности по лѣчебницамъ и участкамъ; 8) о задачахъ врачебно-санитарной организаціи въ борьбѣ съ дѣтскою лѣтнею заболѣваемостью и смертностью и о значеніи и лучшихъ способахъ организаціи лѣтнихъ яслей въ деревняхъ; 9) о путяхъ и способахъ распространенія въ населеніи здравыхъ понятій по медицинѣ и гигіенѣ; 10) о санитарномъ состояніи школъ и организаціи санитарнаго надзора въ нихъ; 11) о борьбѣ съ заразными болѣзнями и сифилисомъ въ городахъ губерніи въ связи съ вопросомъ о постановкѣ въ нихъ дѣла подачи врачебной помощи; 12) о положеніи въ губерніи аптечнаго дѣла и объ организаціи совмѣстной выписки медикаментовъ уѣздами черезъ посредство губернскаго Земства; 13) о хирургической помощи населенію въ связи съ общимъ вопросомъ объ обезпеченіи населенія спеціальными видами врачебной помощи; 14) о призрѣніи душевно-больныхъ въ губерніи и о способахъ лучшаго обезпеченія психіатрическою помощью населенія восточныхъ уѣздовъ; 15) о губернской больницѣ; 16) о лучшемъ обезпеченіи земствъ Вологодской губ. вспомогательнымъ медицинскимъ персоналомъ—фельдшерскимъ и акушерскимъ и объ улучшеніи подготовки и положеніи этого персонала; 17) о необходимости пересмотра существующихъ обязательныхъ постановленій по санитарной части и распространенія ихъ на города («Врачебно-санитарный обзоръ Вологодской губ.,» вып. 2).

989. Въ виду сильнаго распространенія глазныхъ болѣзней въ Витебской губ. губернскій по земскимъ дѣламъ Комитетъ рѣшилъ въ настоящемъ году открыть *глазной пунктъ* въ г. Себежѣ («Сѣверо-Западное Слово», 14 мая).

990. «Новое Время» (19 мая) сообщаетъ, что перевозка гробовъ съ дѣтскими трупами въ обыкновенныхъ экипажахъ въ въ Петербургѣ въ настоящее время *окончательно воспрещена* и будетъ преслѣдоваться строжайшимъ образомъ. Для такой перевозки вводятся особые экипажи, имѣющіе видъ каретъ съ небольшими впереди кузова платформами для установки на нихъ гробиковъ. Для перевозки труповъ дѣтей, умершихъ отъ заразныхъ болѣзней, при городской санитарной Коммиссіи имѣются 2 спеціальныхъ кареты.—Для милліоннаго населенія города съ несомнѣнно оч. большою смертностью дѣтей именно отъ заразныхъ заболѣваній всего 2 спеціальныхъ кареты—болѣе, чѣмъ недостаточно.

991. 8-го мая въ Одессѣ отпразднована *1-ая годовщина дѣятельности станціи «скорой помощи»*, построенной на средства, пожертвованныя гр. М. М. Толстымъ. Празднованіе это совпало съ торжественнымъ годовымъ засѣданіемъ Общества Одесскихъ врачей, на которомъ предсѣдатель Общества *Я. Ю. Бардахъ* произнесъ рѣчь о заболѣваніи бугорчаткой и развитіи ея по новѣйшимъ воззрѣніямъ, а д-ръ *М. Цукерманъ* прочиталъ годовой отчетъ о дѣятельности станціи. Со дня основанія станціи по 8-ое мая врачами станціи сдѣлано 2985 выѣздовъ для оказанія помощи въ городѣ и его предмѣстьяхъ. Въ теченіи года работали 2 кареты; въ настоящее время на средства гр. Толстаго пріобрѣтена 3-ья карета. До настоящаго времени на станціи работали 7 постоянныхъ врачей и 2 запасные; съ пріобрѣтеніемъ 3-ей кареты персоналъ станціи будетъ увеличенъ.

992. Въ засѣданіи Ялтинской санитарной Коммиссіи, по предложенію Таврическаго губернатора, подвергалось обсужденію утвержденное министромъ внутреннихъ дѣлъ 8 октября 1903 г. «*Положеніе объ организаціи надзора за городской проституціей*» (см. «Русскій Врачъ», 1903 г. № 50, стр. 1810),—для указанія, какой изъ указанныхъ въ Положеніи порядковъ надзора городская Управа найдетъ наиболѣе подходящимъ по мѣстнымъ условіямъ для Ялты. «Положеніемъ», какъ мы сообщали, предусматриваются 2 формы организаціи: или учрежденіе врачебно-полицейскаго Комитета, находящагося въ вѣдѣніи мѣстной полиціи, или же санитарныя и полицейскія дѣйствія по надзору распредѣляются между 2-мя учрежденіями, изъ коихъ одно находится въ вѣдѣніи полиціи, а другое въ вѣдѣніи общественнаго установленія. При ближайшемъ обсужденіи Положенія Коммиссія пришла къ заключенію, что разница между предложенными формами организаціи заключается лишь въ томъ, что при 2-ой городскія или земскія Управленія принимаютъ на себя обязанность доставлять денежныя средства на содержаніе врачебно-полицейскаго Комитета, принципіальныя-же основанія дѣятельности Комитета остаются тождественными въ томъ и другомъ случаѣ. Оцѣнивая степень нужды въ установленіи надзора за проституціей въ Ялтѣ, санитарная Коммиссія отмѣтила, что проституція въ Ялтѣ имѣетъ незамѣтные размѣры: домовъ терпимости въ Ялтѣ нѣтъ, женщинъ-же, занимающихся развратомъ, полиціи извѣстно 3. Отсутствіе въ Ялтѣ регламентированной проституціи не сказывается никакими неудобствами и не влечетъ за собою опасностей въ отношеніи общественнаго здоровья и нравственности. Распространеніе сифилиса и венерическихъ болѣзней въ средѣ рабочаго населенія Ялты очень незначительное; % сифилитиковъ между обращающимися въ Ялтинскія амбулаторіи гораздо ниже, чѣмъ въ амбулаторіяхъ другихъ городовъ, и съ годами не увеличивается. Санитарная Коммиссія единогласно признала нежелательнымъ учрежденіе въ Ялтѣ врачебно-полицейскаго Комитета для надзора за проституціей; равнымъ образомъ Коммиссія полагаетъ, что не могутъ считаться соотвѣтствующими насущнымъ нуждамъ населенія какіе-бы то ни было

расходы изъ городскихъ или земскихъ средствъ на содержаніе, кромѣ существующихъ амбуляторій и общаго санитарнаго надзора за заведеніями разнаго рода, спеціальныхъ учрежденій по санитарному надзору за регламентированной проституціей, насажденіе которой не вызывается наличными потребностями населенія («Свѣдѣнія о санитарно-медицинской организаціи г. Ялты», №1—2).

993. Д-ръ *А. П. Воскресенскій* въ статьѣ—*«Вредъ отъ учрежденія должности смотрителей въ участковыхъ земскихъ больницахъ въ дѣлѣ развитія земской медицины въ уѣздахъ»*—(«Врачебно-санитарная хроника Ярославской губ.», № 5)—дѣлаетъ обзоръ дѣятельности смотрителей въ уѣздномъ Земствѣ одной изъ Приволжскихъ губерній. На основаніи подробнаго изученія и разсмотрѣнія приходо-расходныхъ книгъ смотрителей нѣсколькихъ больницъ авторъ приходитъ къ такимъ заключеніямъ: 1) дѣятельность смотрителей нельзя не признать вредною, такъ какъ они заботились не о сокращеніи расходовъ, а, наоборотъ, старались дѣлать расходовъ возможно болѣе, платили за каждую мелочь въ 2—10 разъ дороже, расходовали припасы въ излишнемъ количествѣ, создавали ненужные расходы и т. д.; 2) часть крупныхъ расходовъ по больницамъ и въ настоящее время производится самою земскою Управою (напр. закупка дровъ, заготовка бѣлья, постройка зданій и пр.). Желательно, чтобы земская Управа, по соглашенію съ врачами, сама заключала условія съ подрядчиками на доставку припасовъ и матеріаловъ для всѣхъ больницъ по всѣмъ крупнымъ статьямъ расхода; 3) хозяйство больничное должно быть вырвано изъ рукъ смотрителей; должности смотрителей должны быть упразднены; во главѣ завѣдыванія больничнымъ хозяйствомъ долженъ стоять врачъ, выдающій изъ суммъ, получаемыхъ авансомъ изъ земской Управы, жалованье служащимъ по медицинской части въ завѣдуемой имъ больницѣ и участкѣ, а также ведущій расходы по больницѣ при помощи 2-го фельдшера и фельдшерицы или сестры милосердія, между которыми врачъ распредѣляетъ обязанности. Такой порядокъ веденія хозяйства заведенъ въ уѣздныхъ Земствахъ Херсонской губ., Смоленской, Московской и др.; въ Смоленскомъ Земствѣ и Московскомъ въ уѣздныхъ больницахъ нѣтъ ни одного смотрителя; 4) всѣ хозяйственные вопросы должны обсуждаться на врачебномъ Совѣтѣ, который для этой цѣли долженъ созываться чаще обыкновеннаго, особенно въ первое время и до тѣхъ поръ, пока новый порядокъ завѣдыванія больничнымъ хозяйствомъ не войдетъ въ свою колею; 5) для упорядоченія хозяйства необходимы пересмотръ, сравненіе порцій, каталоговъ, инвентаря и смѣтъ по всѣмъ врачебнымъ участкамъ и нормировка порціи, инвентаря и смѣтъ; 6) должно упростить отчетность по хозяйственной части, отбросивъ все лишнее; 7) смѣты по больницамъ можно уменьшить согласно съ дѣйствительными потребностями, съ тѣмъ, чтобы полученныя изъ сокращеній суммы обратить на открытіе новыхъ врачебныхъ участковъ.—Самостоятельный смотритель—несомнѣнно, одинъ изъ пережитковъ того времени, когда у врачей почему-то отрицались т. наз. администраторскія способности.

994. «Бессарабецъ» (8 мая) отмѣчаетъ *курьезность устава* Бендерской общественной больницы, по которому, будто-бы, ни одинъ больной, даже въ самой тяжелой формѣ, не можетъ быть принятъ въ больницу, если на то не послѣдуетъ согласія попечителя.

995. По поводу извѣстнаго уже нашимъ читателямъ ухода врачей-ординаторовъ изъ Смоленской психіатрической больницы (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 41, стр. 1448 и № 47, стр. 1688) въ «Днѣпровскомъ Вѣстникѣ» (4 марта) напечатано слѣдующее *постановленіе Общества Смоленскихъ врачей:* «Общество Смоленскихъ врачей выражаетъ свое сожалѣніе по поводу вынужденнаго ухода всѣхъ 4-хъ врачей-ординаторовъ Смоленской психіатрической больницы и высказываетъ свое твердое убѣжденіе, что имъ, какъ и ранѣе ушедшимъ ординаторамъ, ничего больше не оставалось сдѣлать, какъ уйти, такъ какъ быть полезными работниками въ Смоленской психіатрической больницѣ, при сохраняющемся режимѣ, образѣ дѣйствій старшаго врача, и при полномъ отсутствіи коллегіальности, имъ не представлялось возможности. Предсѣдатель *Д. Станиславскій*, секретарь *М. Квасковъ*».

996. Владимірское губернское земское Собраніе послѣдней сессіи, по докладу губернской Управы, признало потребность *въ устройствѣ горячихъ завтраковъ* для учениковъ земскихъ школъ вполнѣ назрѣвшей и настоятельной. Въ виду могущаго быть недостатка мѣстныхъ средствъ губернское земское Собраніе признало, что въ дѣлѣ организаціи горячихъ школьныхъ завтраковъ необходимо участіе губернскаго Земства, при чемъ $^1/_2$ расхода должна падать на губернскій счетъ, другая-же $^1/_2$ на мѣстныя средства (помощь родителей учениковъ и мѣстныхъ благотворителей) или на счетъ уѣзднаго Земства. Такъ какъ въ 1904 г. уѣзднымъ Земствамъ трудно принять участіе въ расходахъ на школьные приварки за неимѣніемъ необходимыхъ для этого ассигнованій, то губернское земское Собраніе ассигновало на это дѣло 3400 р. и рѣшило произвести въ 1904 г. опыты съ организаціей горячихъ завтраковъ исключительно за счетъ губернскаго Земства, гдѣ не найдется мѣстныхъ средствъ. На основаніи сообщеній учащихъ, количество дней, въ которые особенно нужны приварки, исчисленъ въ 40—50; средній расходъ на 1 ученика исчисленъ по 1 коп. въ день («Вѣстникъ Владимірскаго губернскаго Земства», № 6).

997. Въ послѣднемъ № «Русскаго Медицинскаго Вѣстника» (15 мая) мы прочитали слѣдующее: ««Въ № 4, 1904 г., *В.-Мед. Журнала* напечатано, что «классный фельдшеръ лейбъ-гвардіи Литовскаго полка, Губерн. Секр. Гр. назначенъ въ 186-й пѣхотный резервный Луковскій полкъ младшимъ врачемъ». Такъ какъ это—оффиціальный приказъ, напечатанный въ оффиціальной части оффиціальнаго журнала, то желательно было-бы имѣть какое-либо разъясненіе небывалаго досель назначенія классваго ф-ра младшимъ врачемъ»». — Мы, съ своей стороны, присоединяемъ и свой голосъ къ этому справедливому и безусловно законному желанію «Русскаго Медицинскаго Вѣстника» и полагаемъ, что военно-медицинское высшее начальство нравственно обязано удовлетворить его: *того требуетъ честь врачебнаго сословія*. До сихъ поръ у насъ на Руси удостоеніе ученаго званія исключительно принадлежало авторитету ученыхъ коллегій соотвѣтствующихъ высшихъ учебныхъ заведеній, и никто изъ сильныхъ міра сего не дерзалъ дѣлать изъ угодныхъ ему лицъ однимъ почеркомъ пера, по своему усмотрѣнію, врачей, юристовъ, техниковъ и т. д.

998. *Литературное воровство*, бывшее до сихъ поръ печальной привиллегіей изящной литературы, начинаетъ понемногу вторгаться и въ область литературы научной. Въ «Свѣдѣніяхъ о ветеринарно-санитарномъ состояніи Московской губ.» (декабрь, 1903) напечатаны: рецензія К. Г. Кезевича и заключеніе Коммиссіи земскихъ ветеринарныхъ врачей о книгахъ «магистра ветеринарныхъ наукъ, преподавателя Московскаго Сельско-Хозяйственнаго Института» Г. И. Гурина,—«Общедоступный лѣчебникъ домашнихъ животныхъ», «Больная лошадь» и «Больная корова». Приводимъ цѣликомъ заключеніе Коммиссіи: «На основаніи заслушанной рецензіи и непосредственнаго ознакомленія съ нѣкоторыми отдѣлами «Общедоступнаго лѣчебника» Г. И. Гурина, Коммиссія пришла къ заключенію, что данная книга представляетъ изъ себя не самостоятельный трудъ, а плагіатъ изъ устарѣлаго руководства Я. М. Шмулевича, сдѣланный крайне неумѣлой, можно сказать, невѣжественной рукой. Изложеніе, можетъ быть, благодаря желанію г. Гурина замаскировать плагіатъ, подверглось значительному искаженію, иногда до полной утраты смысла; существенные-же недостатки, встрѣчающіеся нерѣдко въ лѣчебникѣ г. Шмулевича, остались неисправленными. Всѣ эти данныя заставляютъ признать появленіе въ ветеринарно-популярной литературѣ разсмотрѣнныхъ книжекъ г. Гурина—«магистра ветеринарныхъ наукъ, преподавателя Московскаго Сельско-Хозяйственнаго Института»—крайне печальнымъ явленіемъ».

999. Въ pendant къ этому приводимъ изъ «Домашняго Врача» (№ 8) слѣдующую любопытную замѣтку: *«Литературные нравы въ редакціи «Московскихъ Вѣдомостей»*. Въ № 100 «Московскихъ Вѣдомостей», въ отдѣлѣ «Изъ научнаго міра» помѣщена замѣтка «Чай кирпичный», представляющая собой дословную перепечатку изъ статьи проф. *В. А. Тихомирова*, напечатанной въ № 6 «Домашняго Врача». «Московскія Вѣдомости», не сочли нужнымъ указать на своихъ столбцахъ ни имени автора статьи, ни источника позаимствованія. Получивъ отъ многоуважаемаго проф. *В. А. Тихомирова* письмо, въ которомъ онъ протестуетъ противъ такого легкомысленнаго отношенія редакціи «Московскихъ Вѣдомостей» къ чужой литературной собственности, мы, въ свою очередь, обратились въ редакцію этой газеты съ письмомъ, въ которомъ просили исправить въ одномъ изъ ближайшихъ №№ упущеніе, происшедшее, быть можетъ, по «недосмотру». Однако до сихъ поръ «недосмотръ» исправленъ не былъ. «Московскія Вѣдомости» обнаруживаютъ и въ такой мелочи «стойкій консерватизмъ», продолжая предъ своими читателями выдавать чужое за свое. Это вынуждаетъ насъ напомнить редакціи «Московскихъ Вѣдомостей», поддерживающей общеніе съ «научнымъ міромъ» не черезъ посредство ученыхъ сотрудниковъ, а только при помощи ножницъ, объ элементарныхъ литературныхъ приличіяхъ, которыя ею, не смотря на продолжительное существованіе, по видимому, еще не усвоены».—Въ заимствованіяхъ безъ указанія источниковъ грѣшатъ, впрочемъ, и не однѣ только «Московскія Вѣдомости», давно уже занявшія въ отечественномъ журнальномъ мірѣ совершенно особое положеніе.

1000. 16-го мая (н. ст.) торжественно открыто *новое зданіе хирургической клиники въ Charité* въ Berlin'ѣ. Новая клиника не только удовлетворяетъ всѣмъ самымъ строгимъ требованіямъ современной гигіэны, но и внѣшней своей красотой представляетъ нѣчто изъ ряда вонъ выдающееся. Министръ Studt въ своей рѣчи сказалъ, что эта клиника можетъ служить лучшимъ доказательствомъ того, что правительство идетъ на встрѣчу всѣмъ справедливымъ требованіямъ современной медицины. Въ знакъ признательности за благотворную научную и административную дѣятельность проф. *Koenig*'a, подъ руководствомъ котораго клиника строилась, передъ входомъ въ зданіе поставленъ его *бронзовый бюстъ*, съ другой стороны помѣщенъ *бюстъ проф. Bardeleben*'a. *Koenig*, съ своей стороны, подарилъ библіотекѣ клиники 1-ый экземпляръ выходящаго на этихъ дняхъ въ свѣтъ его 8-го изданія «Руководства по хирургіи».

1001. По случаю 50-лѣтія дня рожденія проф. *Ehrlich*'a его ученики и почитатели поднесли ему, по возвращеніи его изъ Америки, *его портретъ-плакетъ* работы скульптора Kowarzik'a.

1002. Такъ какъ Leipzig'ской кассѣ не удалось привлечь на свою сторону нужное число врачей, то *борьба ея съ врачами окончилась побѣдой послѣднихъ*. Мѣстные органы правительственной власти вступили въ переговоры съ врачами, и, само собой разумѣется, главнымъ требованіямъ врачей пришлось удовлетворить; но и врачамъ, съ своей стороны, пришлось сдѣлать нѣкоторыя уступки, такъ что побѣда ихъ оказалась не совсѣмъ полной. Хотя система окружныхъ врачей, введенная-было мѣстной кассой и осуждена на гибель, но назначенные уже кассой врачи должны остаться на своихъ мѣстахъ, такъ какъ съ ними заключены долгосрочные контракты. Такимъ образомъ Leipzig'скимъ врачамъ придется работать вмѣстѣ съ товарищами, измѣнившими чести врачебнаго сословія. Мало того, они

Digitized by Google

должны еще оплачивать имъ содержаніе изъ общей суммы получаемаго съ кассы гонорара. Введеніе системы свободнаго выбора врача, какъ извѣстно, составляло главную цѣль борьбы врачей; но и здѣсь они добились неполнаго успѣха. Хотя система свободнаго выбора и вводится въ Leipzig'ѣ, но число врачей, которые могутъ быть врачами кассы ограничено 375. Кромѣ того, каждый вступающій въ кассу врачъ заключаетъ договоръ не съ Обществомъ врачей, которое его допускаетъ, а съ Управленіемъ кассы. Хотя врачи и добились повышенія гонорара, но лишь небольшого, и, такъ какъ значительная часть его уйдетъ на вознагражденіе окружныхъ врачей, то нормальныя условія вознагражденія наступятъ лишь приблизительно черезъ 5 лѣтъ, когда кончится срокъ договоровъ съ этими врачами. Этотъ неполный успѣхъ нисколько, однако, не умаляетъ заслугъ Leipzig'скихъ врачей, обнаружившихъ во время этой борьбы рѣдкое единодушіе и готовность жертвовать своими личными интересами ради общаго дѣла (Münchener medicinische Wochenschrift, № 20).

1003. За недѣлю отъ 27 апрѣля по 3 мая *въ Александріи были 4 случая чумы*, окончившіеся смертью, а въ Верхнемъ Египтѣ 42, изъ коихъ окончились смертью 7 («Вѣдомости Одесскаго Градоначальства», 6 мая).

1004. Область Квангъ-зеу-ьангъ въ Китаѣ объявлена *неблагополучной по чумѣ и холерѣ* («Русскія Вѣдомости», 18 мая).

1005. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 21 мая). Въ Индіи за недѣли по 9 и 16 апрѣля умерли отъ чумы 47759 и 46812 чел., изъ каковыхъ чиселъ 975 и 706 далъ городъ Bombay, 6216 и 5128 Bombay'скій округъ, 539 и 500 Calcutta, 3516 и 1942 Bengal, 7641 и 6197 Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 23775 и 26961 Punjab, 892 и 1005 Rajputana, 1095 и 1288 Центральная Индія, 1386 и 704 Центральныя провинціи, 297 и 264 Kurachi, 1165 (общее число за 2 недѣли) Kashmir. Южная Африка: въ Port-Elizabeth'ѣ за недѣли по 16 и 23 апрѣля заболѣли 2 и 1 чел., умеръ 1, на лѣченіи оставались къ 23 мая 4; въ Johannesburg'ѣ за недѣли по 30 апрѣля и 7 мая случаевъ заболѣванія отмѣчено 14 (3 среди бѣлыхъ) и 11 (6 среди бѣлыхъ), а смерти 5 (0 бѣлыхъ) и 4 (1 бѣлый), такъ что общее число заболѣваній отъ начала эпидеміи (20 марта) равно 185 и смертей 89. Въ Hong-Kong'ѣ съ 1 по 7 мая заболѣли 29 чел. и умерли 26. На островѣ св. Маврикія за недѣли по 28 апрѣля, 5 и 12 мая наблюдался всего 1 (смертельный) случай чумы. Австралія: 10 марта обнаруженъ случай чумы въ Sydney, 1-й за 8 мѣсяцевъ; по слухамъ, болѣзнь появилась и въ Queensland'ѣ, но точныхъ цифръ отсюда не имѣется.

1006. Д-ръ мед. *Ida Szendeff назначена младшимъ врачемъ въ Klausenburg'скую дѣтскую больницу*,—1-й въ Венгріи случай назначенія женщины-врача на казенное мѣсто («The British Medical Journal», 21 мая).

1007. Проф. *Angelo Scarenzio* въ Pavia недавно, по случаю 40-лѣтія со времени введенія имъ впрыскиваній каломеля въ терапію сифилиса, *поднесена* была университетскими врачами *золотая медаль* съ его изображеніемъ и со слѣдующею надписью на оборотной сторонѣ (чертою отдѣлены красныя строки): *Angelo Scarenzio*—Athenaei Ticinensis—Magistro Syphilopathiae perinsigni—Qui in lue gallica curanda—Protochloretum Hydrargirum—Subter cutem primus injecit—VII. Id. April, MDCCCLXIV.—Collegae et sodales—Ingenium Viri et Sollertiam admirantes—Die ejus inventi anniversario — A. MDCCCCIV («The Lancet», 7 мая).

1008. *Правительствомъ Австраліи запрещена продажа всѣхъ патентованныхъ, собственныхъ и тайныхъ средствъ*, составъ которыхъ не указанъ точно на коробкѣ или на стклянкѣ, вмѣстѣ съ именемъ продавца («The Lancet», 14 мая).—Нелишне отмѣтить, что и въ Австраліи средства «собственныя» ставятся въ одинъ разрядъ съ патентованными и тайными; выводъ о степени дозволительности ихъ изобрѣтенія, приготовленія, продажи и пропаганды для уважающаго себя и свою науку врача—ясенъ самъ собою.

1009. Высшій Совѣтъ итальянскаго Министерства народнаго просвѣщенія обсуждалъ недавно *дѣло проф. Morisani*, занимающаго въ Неаполѣ каѳедру хирургической патологіи. Преподаватель этотъ весь 1903 г. не читалъ лекцій, а, когда его запросили о причинѣ, то сослался на отсутствіе клиническаго матеріала. Изъ-за этого возникъ конфликтъ между нимъ и профессоромъ хирургической клиники *D'Antona*. Разобравъ дѣло, Совѣтъ постановилъ отвести проф. *Morisani* необходимый клиническій матеріалъ и предложить ему немедленно возобновить чтеніе лекцій («Gazzetta degli ospedali e delle cliniche», 19 мая).

1010. Д-ръ *Granjux* сообщаетъ въ «Le Caducée» (21 мая) не лишенныя интереса данныя о *частотѣ дифтеріи во французской арміи* за послѣдніе годы. Въ 1888 г. общее число заболѣвшихъ этой формой было 422, въ 1889 г. 441, въ 1890 г. 434, въ 1891 г. 677, въ 1892 г. 463, въ 1893 г. 663, въ 1894 г. 449, въ 1895 г. 430, въ 1896 г. 332, въ 1897 г. 281, въ 1898 г. 377, въ 1899 г. 392, въ 1900 г. 455 и въ 1901 г. 900. Необычное увеличеніе заболѣваемости въ 1901 г. вызвано повышеніемъ ея въ XI армейскомъ корпусѣ, который одинъ далъ 329 случаевъ. По городамъ главными очагами заразы оказались въ 1901 г., какъ и въ 1900, Tours и Poitiers.

1011. Исправительный трибуналъ въ Roanne недавно приговорилъ, какъ передаетъ «Gazette médicale de Paris» (21 мая), д-ра *Waitz*'а къ штрафу въ 500 фр. за *убійство по неосторожности:* лѣча въ октябрѣ одного почтоваго служащаго отъ водянки яичка, онъ впрыснулъ ему слишкомъ большой пріемъ кокаина, слѣдствіемъ чего была смерть больного.

1012. Въ New-York'ѣ неожиданно развилась цѣлая *эпидемія воспаленія мозговыхъ оболочекъ:* съ 24 по 30 апрѣля отъ этой болѣзни умерли 70 чел., да насчитываютъ 30 вновь заболѣвшихъ («New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal consolidated», 7 мая).

1013. «New-York Medical Journal and Philadelphia Medica Journal consolidated» (7 мая) передаютъ, будто въ London'ѣ] одинъ «предпріимчивый» *врачъ ссужаетъ на-прокатъ* коллегамъ бромистый радій, взимая за пользованіе 1 граномъ его $2^1/_2$ шиллинга въ часъ. «Не новая-ли эта фаза радіоактивности?», спрашиваетъ по этому поводу американскій журналъ.

1014. Газета «Oregonian» сообщаетъ, что д-ръ *G. W. Maston* въ Klamath Falls, получивъ случайно, 20 апрѣля, сильный осложненный переломъ голени, до прибытія помощи *самъ себѣ отнялъ ногу* перочиннымъ ножомъ («The Journal of the American Medical Association», 7 мая).

1015. *Умерли:* 1) 1-го марта, въ Курскѣ, послѣ продолжительной болѣзни (разстройство уравновѣшиванія сердца при порокѣ 2-створчатой заслонки) ординаторъ губернской земской больницы *Василій Ивановичъ Протопоповъ*, родившійся въ Орловской губ. въ 1858 г., окончившій Орловскую гимназію въ 1878 г. и званіе врача получившій въ Кіевскомъ Университетѣ въ 1883 г. По воспоминаніямъ товарищей *В. И.* еще въ гимназіи выдѣлялся среди товарищей и считался «развитымъ», какъ тогда говорили. Въ Университетѣ онъ также оказывалъ замѣтное умственное вліяніе на товарищей, при чемъ отличительными его качествами были: серьезность, полная объективность и терпимость къ мнѣніямъ другихъ. Если къ этому прибавить даръ слова и обширную память, то казалось, что *В. И.* предстояла блестящая карьера въ обычномъ значеніи этого слова. Но онъ не дѣлалъ даже попытокъ остаться при Университетѣ для пополненія образованія, а спѣшилъ занять мѣсто участковаго земскаго врача въ Бахмутскомъ уѣздѣ Екатеринославской губ. Нетрудно догадаться, что было причиной такого рѣшенія. Уже черезъ $^1/_2$ года, познакомившись на мѣстѣ съ прекрасной постановкой земской медицины въ Курской губ. и въ особенности съ дружной, товарищеской работой земскихъ врачей, *В. И.* занялъ мѣсто врача запаса при губернской земской больницѣ. Съ 1886 г. онъ послѣдовательно служилъ участковымъ врачемъ въ Бѣлгородскомъ и Грайворонскомъ уѣздахъ, больничнымъ врачемъ въ г. Путивлѣ, а съ 1901 г. занялъ мѣсто ординатора губернской земской больницы въ Курскѣ. Кромѣ того, лишь очень короткое время онъ служилъ въ Донецкомъ бассейнѣ и Бобровской земской больницѣ Воронежской губ., такъ что почти вся его дѣятельность была посвящена Курской губ. Интересуясь преимущественно хирургіей, онъ сдѣлалъ не мало сообщеній въ Совѣтѣ врачей губернской больницы, а затѣмъ въ Обществѣ Курскихъ врачей (Случай новообразованія на нижней губѣ и щекѣ.—Случай травматическаго поврежденія позвоночника.—Caries sicca articulationis scapulo-humeralis dextr. — Колотая рана живота съ выпаденіемъ сальника.—Случай травматическаго разрыва кистовидной опухоли яичника.—Къ вопросу о способахъ хирургическаго лѣченія поперечныхъ ранъ шеи съ поврежденіемъ дыхательныхъ путей.—Къ казуистикѣ ящура у людей.—Случай оваріотоміи.—Случай эхинококка печени.—Нѣсколько случаевъ изъ хирургіи брюшной полости.—Случай язвы гортани.—Изъ хирургической дѣятельности Путивльской больницы.—Куриная слѣпота въ Курской губ. на основаніи карточныхъ данныхъ земскихъ врачей губерніи съ 1893 по 1898 г.). «Еще не совсѣмъ оправившись отъ перенесенной болѣзни», сказалъ *В. И. Долженковъ* въ засѣданіи Общества Курскихъ врачей 16-го марта, «съ свищемъ въ груди послѣ гнойнаго плеврита, покойный по первому приглашенію посѣщалъ больныхъ на дому въ своемъ Головинскомъ участкѣ во всякое время дня и ночи и во всякую погоду, не смотря на то, что ему нерѣдко приходилось навѣщать болѣе легкихъ больныхъ, чѣмъ онъ самъ». Понятно послѣ всего этого, почему этотъ человѣкъ не стремился въ большіе центры: онъ вѣрилъ въ себя, зная, что не затеряется въ глуши и будетъ приносить пользу наиболѣе обездоленному сельскому населенію. Нельзя не согласиться, что это былъ наилучшій и заслуживающій подражанія выборъ (Сообщено *А. А. Киселемъ*).—2) 9 мая въ Кіевѣ скоропостижно *Іосифъ Михайловичъ Длугоборскій* («Кіевское Слово», 10 мая), родившійся въ 1848 г., а званіе врача получившій въ 1873 г.—3) 11-го мая на станціи Поповка, Николаевской желѣзной дороги (близь Петербурга) скоропостижно *Михаилъ Владиміровичъ Фамилеръ* («Биржевыя Вѣдомости», 13 мая), родившійся въ 1849 г., а званіе врача получившій въ 1883 г.—4) Въ Петербургѣ *Германъ Федоровичъ Вучиховскій* («Биржевыя Вѣдомости», 16 мая), родившійся въ 1817 г., а званіе врача получившій въ 1842 г.

Насъ просятъ сообщить, что въ Никольской лѣчебницѣ Московскаго уѣзднаго Земства свободно мѣсто 2-го врача.

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

## МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Русскіе.

**Русскій Хирургическій Архивъ**, 1903 г.

1. **О. М. Гольбекъ.** *Изъ наблюденій по полевой хирургіи.* Описаніе 16 случаевъ. 2. **М. М. Крюковъ.** *Къ ученію о бедренныхъ пузырныхъ грыжахъ.* Описаніе собственнаго случая и 46 изъ литературы. 3. **В. Ф. Байковъ.** *О нѣкоторыхъ затрудненіяхъ при лѣченіи застарѣлыхъ грыжъ.* Случай ущемленной пахово-мошоночной грыжи. Для вправленія внутренностей (тонкой, слѣпой и восходящей ободочной кишекъ) пришлось провести разрѣзъ отъ подвздошной ости до средней линіи. 4. **Онъ-же.** *Neoplasma hepatis. Laparotomia.* Опухоль, съ куриное яйцо, исходила изъ квадратной доли печени. Удалена тупо. Выздоровленіе. Характеръ опухоли не выясненъ. 5. **В. И. Разумовскій.** *О хирургическомъ лѣченіи стриктуръ тонкой кишки.* Описаніе 2-хъ случаевъ съуженія тонкихъ кишекъ (въ одномъ сифилитическое, въ другомъ — бугорчатое). Кишечно-кишечное соустіе. Выздоровленіе. 6. **М. А. Васильевъ.** *О вліяніи резекціи сѣмявыносящаго протока на тонусъ сфинктера мочевого пузыря.* Выводъ изъ опытовъ надъ животными: изсѣченіе протока понижаетъ тонусъ пузырнаго жома. 7. **К. Н. Смирновъ.** *Случай эмболіи легочной артеріи при переломѣ обѣихъ нижнихъ конечностей.* Къ своему случаю присоединяетъ 52 изъ литературы. 8. **С. Г. Фирштенбергъ.** *О показаніяхъ къ внутренней уретротоміи при съуженіяхъ мочеиспускательнаго канала.* 9. **В. Н. Тонковъ.** *2 случая аномалій почекъ.* 10. **И. К. Спижарный.** *Къ вопросу о трепанаціи при травматической падучей.* Описаніе 2-хъ случаевъ. 11. **К. П. Серапинъ.** *Къ вопросу о смѣшанныхъ опухоляхъ неба.* Описаніе случая съ подробнымъ изложеніемъ результатовъ микроскопическаго изслѣдованія и литературы вопроса. 12. **С. П. Федоровъ.** *Къ казуистикѣ желудочной хирургіи.* Описаніе 4-хъ случаевъ: полнаго изсѣченія желудка (смерть), 2-хъ случаевъ желудочно-кишечнаго соустія при желудочномъ кровотеченіи (въ одномъ случаѣ выздоровленіе, въ другомъ смерть) и случай той же операціи при расширеніи пищевода (выздоровленіе). 13. **Н. М. Терешенковъ и С. П. Федоровъ.** *Къ казуистикѣ рѣдкихъ грыжъ.* Случай поясничной грыжи и 2 случая паховой (грыжа слѣпой кишки и паховая грыжа съ мѣшкомъ въ формѣ песочныхъ часовъ). 14. **Ф. К. Веберъ.** *О тератоидныхъ опухоляхъ яичка.* Описаніе случая съ подробнымъ изложеніемъ литературы. 15. **Г. А. Гончаровъ.** *Статистика камнесѣченій Воронежской губернской земской больницы.* Отчетъ о 142 случаяхъ камнесѣченій. 16. **К. З. Яцута.** *2 случая отсутствія epitrochleae humeri съ сессамовидными косточками въ вспомогательныхъ связкахъ сустава въ одномъ случаѣ.* 17. **Н. М. Терешенковъ.** *Къ вопросу о роли организма больного въ происхожденіи операціонныхъ и послѣопераціонныхъ осложненій.* Разбираетъ вопросъ о причинѣ и условіяхъ происхожденія послѣоперацiонной желтухи. 18. **А. И. Грековъ.** *Случай дырчатаго перелома глазницы съ поврежденіемъ мозга.* Случай кончился благополучно. 19. **Г. А. Колосовъ.** *Случай сочетанія 2-полостнаго мочевого пузыря съ удвоеніемъ одного мочеточника.* Отмѣчаетъ практическое значеніе описанной неправильности. 20. **В. Е. Гершуни.** *Къ вопросу объ оперативномъ лѣченіи слоновости.* Случай слоновости мошонки и лѣваго бедра. Изсѣченіе лоскута изъ кожи мошонки дало значительное улучшеніе. 21. **В. В. Зендеръ.** *Нѣкоторыя практическія указанія по вопросу о лѣченіи переломовъ нижней конечности.* 22. **Н. А. Вельяминовъ.** *Сифилисъ въ хирургіи.* Литературно-клиническій очеркъ. 23. **А. Р. Войничъ-Сяноженцкій.** *Хирургія задняго средостѣнія.* (Предварительное сообщеніе). 24. **В. Д. Добромысловъ.** *Къ вопросу о резекціи пищевода въ грудномъ его отдѣлѣ по чрезплейральному способу.* Изслѣдованіе на трупахъ и на животныхъ. Выводъ: на живомъ изсѣченіе пищевода въ грудномъ отдѣлѣ по чрезплейральному способу вполнѣ возможно. 25. **Л. Е. Мандельбергъ.** *Изсѣченіе участка пищевода съ предварительнымъ наложеніемъ свища* (въ шейномъ отдѣлѣ) и пластикою пищевода съ помощью кожныхъ шейныхъ лоскутовъ. Результатъ хорошій. Изсѣченіе сдѣлано по поводу рака. 26. **Л. Г. Стуккей.** *Пуговка Murphy и ея видоизмѣненія.* Обстоятельный литературно-клиническій очеркъ. 27. **С. В. Гольдбергъ.** *Попытка примѣненія Беккерелевскихъ лучей къ лѣченію ulcus rodens.* 2 случая. 28. **М. М. Дитерихсъ.** *Мысли о причинахъ явленій, вызываемыхъ въ животномъ организмѣ обширными ожогами.* Экспериментальное изслѣдованіе о вліяніи ожоговъ на кровь. 29. **В. Ѳ. Воскресенскій.** *О способахъ вскрытія Гайморовой полости.* Предлагаетъ вскрывать Highmor'ову полость, удаливъ всю костную ткань между стѣнками ячеистаго отростка на протяженіи, занимаемомъ 2-мя малыми и 3-мя большими коренными зубами. Если ячеистый отростокъ недостаточно широкъ, то нужно удалить всю наружную стѣнку его и нижнюю часть лицевой и височной поверхности верхней челюсти. 30. **В. А. Оппель.** *Бугорчатая опухоль слѣпой кишки.* 5 случаевъ операціи при бугорчатковой опухоли слѣпой и 1 случай при бугорчатковой опухоли восходящей ободочной кишекъ. Приводитъ подробно литературу. 31. **С. Петрулисъ.** *Нѣкоторыя видоизмѣненія въ радикальной операціи паховой грыжи.* Описываетъ предложенные проф. *В. И. Разумовскимъ* операцію грыжи безъ погружныхъ швовъ (52 сл.) и туже операцію съ оставленіемъ мѣшка in situ (21 случай). 32. **С. О. Самокоцкій.** *Этажные выводные швы при радикальныхъ операціяхъ грыжи.* Замѣтка о выводныхъ швахъ при различныхъ способахъ операціи грыжи. 33. **С. П. Федоровъ.** *Объ оперативныхъ вмѣшательствахъ при опухоляхъ мочевого пузыря.* Въ основу работы положено 36 собственныхъ случаевъ. 34. **Г. А. Колосовъ.** *Къ ученію о новообразованіяхъ (преимущественно ракъ) мочевого пузыря.* Патолого-анатомическое изслѣдованіе 8 случаевъ. 35. **В. А. Кадыгробовъ.** *Эндотеліомы яичниковъ въ патолого-анатомическомъ и клиническомъ отношеніяхъ.* 1 собственное наблюденіе и 51 случай изъ литературы. 36. **В. К. Бартъ.** *Случай восходящаго нейрита послѣ ушибленной раны.* Послѣ вытяженія сѣдалищнаго нерва быстро зажила долго существовавшая язва голени. 37. **Н. Сахановскій.** *Къ казуистикѣ піэмій ушного происхожденія.* Литературно-клиническій очеркъ съ описаніемъ 11 случаевъ. 38. **В. С. Козловскій.** *2 случая эмбріональныхъ опухолей пупка.* Въ одномъ случаѣ нагноившаяся киста остатковъ urachi, въ другомъ—аденома, развившаяся изъ остатковъ ductus omphalomesenterici. 39. **А. В. Араповъ.** *О тифозномъ спондилитѣ.* 2 случая. 40. **Э. А. Гейкингъ.** *О первичномъ остромъ остеоміэлитѣ крестцовой кости.* Къ своему наблюденію присоединяетъ 5 случаевъ изъ литературы. 41. **К. П. Серапинъ.** *Къ вопросу объ amputatio interscapulo-thoracica при злокачественныхъ новообразованіяхъ лопатки.* Описаніе случая успѣшной операціи съ изложеніемъ литературы вопроса. 42. **К. Недзѣльскій.** *О т. наз. межлопаточно-грудной ампутаціи, показаніяхъ, способахъ ея производства и результатахъ.* Описываетъ 1 случай изъ клиники проф. *М. М. Кузнецова* и приводитъ 128 случаевъ изъ литературы.

## ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Нѣмецкіе.

**St.-Petersburger medicinische Wochenschrift.** 20 сентября (3 октября).

**A. Christiani.** *Zur Therapie des Abortes.*

27 сентября (10 октября).

**G. Hermann.** *Hydrotherapeutische Rückblicke.*

4 (17) и 11 (24) октября.

**Л. В. Поповъ.** *Ueber temporäre functionelle Stenose des linken venösen Ostiums mit Insufficienz der Mitralklappe bei chronischer Myocarditis und ermüdetem Herzen.* Сообщеніе въ Обществѣ русскихъ врачей въ Петербургѣ, 12 декабря 1902 г.

18 (31) октября.

**P. Hampeln.** *Zur Pathologie des Oesophaguscarcinoms.* О заносахъ при ракѣ пищевода, о кровотеченіяхъ при немъ и о мѣстоположеніи его.

25 октября (7 ноября).

**A. Hirsch.** *Zur Behandlung der Streptokokcieen mit Antistreptokokkenserum.* (Не окончена).

1 (14) ноября.

**A. Hirsch.** (Окончаніе статьи о лѣченіи цѣпококковыхъ заряженій сывороткой *Marmorek*'а).

8 (21) ноября.

**F. von Zur-Mühlen.** *Ueber einen Fall von Metritis dissecans.*

15 (28) ноября.

**S. Talwik.** *Ueber die Wirkung des Oleum Gynocardiae bei der Lepra.* 2 случая. (Не окончена).

22 ноября (5 декабря).

**S. Talwik.** (Окончаніе).

29 ноября (12 декабря).

**E. Koch.** *Magensaftverhältnisse bei chronischer Obstipation.* О желудочномъ сокѣ при хроническихъ запорахъ.

6 (19) декабря.

**S. Prissmann.** *Zur Pemphigusfrage.*

13 (26) декабря.

**O. Moritz.** *Einige Ergebnisse von Blutuntersuchungen.* Итоги больничныхъ изслѣдованій крови за 3 года.

20 декабря (2 января).

**A. Pezold.** *Vierter Bericht über die Thätigkeit des Evangelischen Sanatoriums für Lungenkranke zu Pitkäjärvi.* Отчетъ за 1902 годъ.

27 декабря (9 января).

**M. Kreps.** *Zur Therapie der Anuria calculosa. Zur Pathologie der Reflexanurie.*

**Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges.** 5, 12, 19 и 26 февраля, 5, 12, 19 и 26 марта.

1. **E. Bock.** *Trachom und Cuprocitrol (v. Arlt).* 58 случаевъ; дѣйствіе хорошее. 2. **Ohlemann.** *Die Krankheiten des Uvealtraktus.* Лѣченіе ихъ (обзоръ). 3. **E. Berger.** *Ueber die Häufigkeit der spontanen Netzhautablösungen bei hochgradiger Kurzsichtigkeit.* О частотѣ произвольныхъ отслоекъ сѣтчатки при сильной близорукости. 4. **R. Hilbert.** *Ueber die Einwirkung der Kanthariden auf das Auge.* О дѣйствіи шпанскихъ мушекъ на глазъ,—дѣйствіе очень раздражающее. 5. **R. Bylsma.** *Drei Fälle von Katarakt durch Kontusion.* 3 случая ушибныхъ катарактъ.

Digitized by Google

2, 9, 16, 23 и 30 апрѣля.

1. **R. Bylsma.** *Die vollkommene Korrektion der Myopie.* 2. **F. Heilborn.** *Ueber einen Fall von Pemphigus conjunctivae...* 3. **H. Salomonsohn.** *Ueber Verwendung 3 proz. Skopolaminlösung zur Pupillenerweiterung und des Yochimbins als Augenanästheticum.* 4. **F. R. Arlt.** *Trachombehandlung mit Cuprocitrol.*

7, 14, 21 и 28 мая.

1. **L. Mengelberg.** *Adrenalin und Atropin.* 2. **H. Cohn.** *Warum müssen besondere Schul-Augenärzte angestellt werden?* 3. **L. Wolffberg.** *Neues zur Dioninwirkung am Auge.* 4. **A. Schiele.** *Ueber therapeutische Wirkung subkutaner Injektionen des jodsauren Natrons.*

4, 11, 18 и 25 іюня.

1. **A. Schiele.** (Окончаніе). 2. **H. Cohn.** (Тоже). 3. **Stasinski.** *Eine neue elektrische Heissluftdouche für augenärztliche Zwecke.* 4. **G. Sommer.** *Zur Praxis der Anwendung von Nebennierenpräparaten.* 5. **K. Haberkamp.** *Filix mas und Opticus.*

2, 9, 16, 23 и 30 іюля.

1. **R. Mengelberg.** *Zur Diagnose intraokularer Fremdkörper.* Къ распознаванію инородныхъ тѣлъ въ глазу. 2. **Ohlemann.** *Zur Untersuchung der Augen von Schulkindern.* Къ изслѣдованію глазъ въ школахъ. 3. **H. Urbahn.** *Zur Prophylaxe der Blennorrhoe neonatorum.*

6, 13 и 20 августа. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

27 августа.

1. **Stern.** *Ueber einen Fall von eigenartiger Augen-Entzündung im Anschluss an Gelenkrheumatismus.* Случай своеобразнаго пораженія глаза вслѣдъ за суставнымъ ревматизмомъ. 2. **G. Ahlström.** *Beiträge zur operativen Augenheilkunde.*

3, 10, 17 и 24 сентября.

1. **Lesshaft.** *Leseproben-Album.* Альбомъ пробныхъ шрифтовъ, предлагаемый авторомъ. 2. **F. Kauffmann.** *Zwölf Grundregeln für Augenkranke.* 3. **A. Darier.** *Röntgenstrahlen und Becquerelstrahlen in der Augentherapie.* (Предварительное сообщеніе).

1 октября.

**Wolffberg.** *Zur Behandlung der Lidrandleiden.* Къ лѣченію заболѣваній края вѣкъ.

8 октября.

**Calderaro.** *Ueber die Behandlung der Hypopyon-Keratitis mit der Sera von prof. Tizzoni-Ponichi und Dr. Romer.*

15 октября.

**A. I. Кротовъ.** *Ueber die Wirkung von Cu. citr. bei einigen Augenkrankheiten.* Переводъ статьи изъ «Русскаго Врача» № 17.

22 октября.

**Haas.** *Glasstäbchen zum Einstreichen von Augensalbe.* Стеклянная палочка для введенія глазныхъ мазей.

29 октября, 5 и 12 ноября. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

19 ноября.

**Wolffberg.** *Elektroophthalmie und Hysterie.* Случай.

8 января.

**Wolffberg.** *Eserinöl, Atrabilin und Dionin gegen Glaucom.*

2, 15, 22 и 29 января. Оригинальныхъ статей нѣтъ.

## ЖУРНАЛЫ ВЫХОДЯЩІЕ 2 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

### Французскіе.

**La Presse médicale.** 1903 г., 17 и 20 іюня.

1. **G. Dieulafoy.** *Étude sur l'association de l'appendicite et de la cholécystite avec ou sans péritonite.* 2. **F. Bernard.** *Goitre exophtalmique et entéro-colite muco-mebraneuse.* 3. **Schachmann.** *Seringue double médicale.* Двойной шприцъ для впрыскиваній въ спинно-мозговой мѣшокъ. 4. **E. de Lavarenne.** *Vichy, la station en 1903.* Краткая исторія водолѣчебницы и настоящее устройство ея.

24 и 27 іюня.

1. **A. Chauffard, G. Froin** et **L. Boidin.** *Formes curables des hémorragies méningées sous-arachnoïdiennes.* По поводу 2 случаевъ. 2. Отчетъ о Madrid'скомъ Съѣздѣ. 3. **F. Widal** et **A. Jayal.** *La cure de déchloruration.* О благопріятномъ дѣйствіи бѣдной хлоромъ діэты на теченіе паренхиматовныхъ нефритовъ.

1 и 4 іюля.

1. **Vautrin** et **L. Hoche.** *Considérations sur la linite plastique.* 2. **E. Barié.** *Les causes d'insuccès de la digitale.*

8 и 11 іюля.

1. **Gaucher.** *La leucoplasie linguale.* 2. **L. Brocq.** *Éruptions intermédiaires au pityriasis rosé de Gibert...* 3. **A. Mauté.** *Le régime alimentaire dans les nephrites chroniques.*

15 и 18 іюля.

1. **H. Meige.** *La médecine au musée du Prado.* 2. **A. Renault.** *Nouveaux cas de guérison de cancers par la cancroïne du professeur Adamkiewicz (de Vienne).* 6 случаевъ, говорящихъ какъ будто въ пользу способа. 3. **M. Labbé.** *Les essais de leucothérapie dans les infections.* 4. **A. Habel.** *La fermentation des selles et sa valeur clinique dans quelques maladies.* О способѣ *Schmidt*'a.

22 и 25 іюля.

1. **E. Brissaud** et **M. Brécy.** *Remarques à propos de la formation des dépots uratiques (spécialement dans le rein goutteux).* 2. **L. Meunier.** *Diagnostic chimique de l'hyperchlorhydrie par la recherche des matières amylacées solubles.* 3. **J. Mitulesco.** *Les variations du coefficient nutritif cellulaire.* 4. **J. Roger.** *La splénectomie dans la maladie de Banti.* 2 случая, въ которыхъ авторомъ съ успѣхомъ примѣнено было оперативное лѣченіе.

29 іюля и 1 августа.

1. **A. Gilbert** et **M. Herscher.** *Les ictères acholuriques.* 2. **F. Dumarest.** *Exposé critique des résultats obtenus au Sanatorium lyonnais d'Hauteville.* 3. **J. Darier.** *Leucoplasie et cancer.* По поводу лекціи проф. *Gaucher.* 4. **Cantas.** *Appendic et lombric.* Струнецъ въ червеобразномъ придаткѣ, безъ всякихъ воспалительныхъ явленій при жизни. 5. **L. Weiller.** *Occlusion intestinale et lithiase biliaire.* 2 случая.

5 и 8 августа.

1. **E. Gaucher.** *Leucoplasie et cancer.* Письмо. 2. **Ch. Aubertin.** *L'ictère grave dans la première enfance.* Случай со вскрытіемъ. 3. **K. S. de Graag.** *La moelle osseuse et ses éléments dans l'infection staphylococcique chronique.*

12 и 15 августа.

1. **G. Hayem.** *De l'usage et de l'abus des médicaments dans le traitement des maladies chroniques et en particulier de la phtisie pulmonaire.* 2. **Ch. Morel** et **Dalous.** *L'emploi du formol dans les colorations histologiques.* 3. **A. Sicard.** *Actinomycose cutanée du doigt.* 4. **V. Bentz.** *Quelques observations de rhumatisme tuberculeux chez des enfants.*

19 и 22 августа.

1. **Jarvis** et **R. Proust.** *La méthode de Freyer—prostatéctomie totale transvésicale par voie sus-pubienne.* 2. **J. Tissot.** *Mydriatiques et myotiques.* 3. **H. Gros.** *Le paludisme en Algérie.* 4. **E. Fiquet.** *L'arthritisme, ses rapports avec le diabetic.*

26 и 29 августа.

1. **G. Marinesco.** *Sur la présence de corps étrangers (substances cristallines et microbes) dans la cellule nerveuse en rapport avec la théorie de l'amiboïsme nerveux.* 2. **Fabre.** *De la centrifugation employée comme moyen rapide pour apprécier la valeur nutritive du lait.* 3. **P. Sikora.** *La torsion du pédicule des kystes du ligament large.*

2 и 5 сентября.

1. **P. Bonnier.** *Schémas bulbo-protubérantiels.* 2. **A. Mignon.** *Fracture de la base du crâne.* Клиническая лекція. 3. **G. Lyon.** *Les albuminuries curables.* 4. **M. Loeper.** *La formation de la lymphe.* 5. **A. Ruault.** *L'exploration comparative de l'expansion des sommets dans la tuberculose pulmonaire.*

12 сентября.

1. **E. Régis.** *Les délirants des hôpitaux.* Лекція.

16 и 19 сентября.

1. **Fontoynont** et **Jourdran.** *Glossite et stomatite à streptocoques observées à Madagascar.* 2. **L. Dor.** *Actinomycose.* О чужеядномъ лучисто-грибковой болѣзни. 3. **F. Jayle.** *La mort et les accidents provoqués par la position déclive en chirurgie abdominale.* 4. **L. Thevenot.** *Panaris actinomycosique de l'annulaire droit.* Случай. 5. **E. Hirtz.** *De l'hérédité mitrale.* Лекція. 6. **Guibaud.** *La dysénterie. Maladie septicémique.* 7. **A. Lorand.** *Sur les rapports du diabète avec l'acromégalie et la maladie de Basedow.*

23 и 26 сентября.

1. **Raymond.** *Hématome traumatique de la dure-mère.* Лекція. 2. **P. Nobécourt.** *Les streptococcies intestinales.* 3. **С. А. Сухановъ** (Москва). *Obsessions et impulsions.* Клинико-психологическій этюдъ.

30 сентября и 3 октября.

1. **M. Loeper.** *Hypersécrétion lymphatique, rétentions et oedèmes.* 2. **A. Mouchet.** *Hypertrophie congénitale du membre inférieur gauche et de la moitié gauche du scrotum.* Случай. 3. **P. Nobécourt.** *Les streptococcies intestinales.* Очеркъ II. 4. **A. Habel** et **G. Humbert.** *De la valeur de la méthode de Sahli pour l'examen clinique des fonctions de l'estomac.* На основаніи 23 опытовъ, признаетъ «масляную» пробу *Sahli* заслуживающею преимущества передъ другими способами опредѣленія двигательной дѣятельности желудка.

7 и 10 октября.

1. **F. Widal** et **A. Javal.** *La chlorurémie et la cure de déchloruration dans le mal de Bright.* 2. **Laignel-Lavastine.** *Les syndromes solaires expérimentaux.* 3. **F. Simonescu.** *Étude clinique sur l'ictère syphilitique.* 4 случая. 4. **H. Hamant** et **A. Goris.** *La diasoréaction d'Ehrlich dans la tuberculose pulmonaire chronique.* 156 пробъ. Подтверждаютъ печальное значеніе реакціи.

14 и 17 октября.

1. **Morin.** *Les sanatoriums de Leysin.* 2. **P. Guibal** et **E. Roland.** *Appendicocèle extra-péritonéale et appendicite herniaire extra-péritonéale.* 3. **M. Labbé.** *Rôle des leucocytes dans l'assimilation et la répartition des médicaments dans l'organisme.* 4. **L. G. Simon.** *Le rôle de l'épiploon au cours des infections générales.*

21 и 24 октября.

1. **E. Forgue.** *La découverte pré-prostatique du bout postérieur de l'urètre dans l'urétrotomie externe sans conducteur.* 2. Отчетъ о XVI Съѣздѣ французскихъ хирурговъ. (Не окончена).

28 и 31 октября.

1. **E. Marandon de Montyel.** *De la polyurie simple aux*

Digitized by Google

*deux premières périodes de la paralysie générale.* 2. **Schwab** et **Lévy-Bing.** *Traitement de la syphilis chez les nouveau-nés par les injections mercurielles solubles.* 3. Продолженіе Отчета о хирургическомъ Съѣздѣ.

4 и 7 ноября.

1. **A. Triboulet.** *Au Congrès national contre l'alcoolisme (26—29 octobre 1903). Le rôle du médecin.* 2. **J. A. Sicard.** *Anévrisme de l'aorte thoracique ascendante.* Случай. 3. **P. E. Lévy.** *La cure définitive de l'hystérie. Rééducation.* 4. Продолженіе Отчета о хирургическомъ Съѣздѣ.

11 и 14 ноября.

1. **F. Cathelin.** *La circulation du liquide céphalo-rachidien.* 2. **L. Ramonède.** *Exérèse du trijumeau.* 3. **П. П. Вакалейникъ** (Кіевъ). *Traitement des rétrécissements de l'urètre, de l'oesophage, de l'anus; dilatation du col utérin.* Предлагаетъ для лѣченія разныхъ съуженій особый «водорасширитель»—шприцъ особаго устройства.

18 и 21 ноября.

1. **F. de Lapersonne.** *L'enseignement technique à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.* 2. **O. Josué.** *Atherome aortique expérimental par injections répétées d'adrénaline dans les veines.* 3. **A. Martinet.** *La médication phosphorique dans la psychasténie.* 4. **Chaput.** *Traitement des fractures de la rotule et de l'olécrâne par la méthode non sanglante.*

25 и 28 ноября.

2. **E. Sergent.** *Forme pseudo-méningitique du syndrome d'insuffisance surrénale aiguë.* 2. **Chavasse** et **Mahu.** *La ponction lombaire dans les complications endocraniennes des otites.* 3. **M. Labbé** et **Lortat-Jacob.** *L'action de l'iode. L'iode et le tissu lymphoïde.* 4. **J. P. Langlois.** *L'ankylostomasie en France.*

2 и 5 декабря.

1. **A. Trousseau.** *La suppression du cristallin transparent dans le traitement de la myopie.* 2. **Ch. Garnier.** *Etat réticulé des valvules sygmoïdes du coeur chez l'homme.* Анатомическое наблюденіе. 3. **H. Roger** et **M. Garnier.** *Ostéo-arthropathies métatraumatiques.* 4. **L. Nattan-Larrier.** *Procédé nouveau pour la recherche des bacilles tuberculeux dans les liquides pathologiques.* Прививки въ молочную железу кормящимъ свинкамъ и изслѣдованіе на палочки молока.

9 и 12 декабря.

1. **A. Béclère.** *Le radio-diagnostic de l'acromégalie.* 2. **H. Neukirch.** *A propos d'actynomycose.* Замѣтка по поводу статьи *L. Dor*'а въ № 74 газеты (т. II, стр. 654). 3. **Debove.** *Du diabète «aglycémique».* Клиническая лекція. 4. **J. A. Sicard** et **Ch. Infroit.** *L'épreuve de la traversée digestive.* 5. **L. Jacquet.** *Cent tentatives d'inoculation peladique.*

16 и 19 декабря.

1. **P. Bonnier.** *Un syndrôme bulbaire, autopsie.* 2. **S. Costa.** *Sur la contagion de l'angine de Vincent.* 3 наблюденія. 3. **C. Jarvis.** *La maladie du sommeil d'après les récentes recherches.*

23 и 26 декабря.

1. **M. Lermoyez** et **J. Guisez.** *Historie d'un clou et d'un noyau de pruneau enclavés dans les bronches.* 2. **H. Vincent.** *Un cas de dysenterie amibienne.* 3. **A. Béclère.** *Le radiodiagnostic des corps étrangers des bronches.* 4. **J. Guisez.** *De l'oesophagoscopie et de la trachéobronchoscopie directes.*

30 декабря.

1. **P. Bazy.** *Du diagnostic de la pyélite et de la pyélonéphrite simples et tuberculeuses.* 2. **F. Trémolières.** *L'énergie de croissance.*

**Le Bulletin médical.** 1903 г., 17 и 20 іюня.

1. **Mauclaire.** *Les arthrites tuberculeuses d'allure rhumatismale ou rhumatoïdes.* Клиническая лекція. 2. **Zilgien.** *Analyses bactériologiques des eaux et épidémie de fièvre typhoïde à Nancy.* Эпидемія изъ 546 случаевъ съ 82 смертями. Бактеріологически питьевая вода все время оказывалась неподозрительною. 3. **Broca.** *Abcès péri-pharyngiens.* Клиническая лекція.

24 и 27 іюня.

1. **M. de Montyel.** *Contribution à l'étude de la pleurnicherie dans la paralysie générale.* О плаксивости прогрессивныхъ паралитиковъ. 2. **A. Trousseau.** *L'oeil hystérique.* 3. **E. Ozenne.** *Un cas de fracture du cartilage semilunaire interne compliquant une entorse du genou. Guérison sans intervention sanglante.*

1 и 4 іюля.

1. **H. Huchard.** *La médication hypotensive.* 2. **Kirmisson.** *Le bec-de-lièvre et son traitement.* Клиническая лекція о заячьей губѣ.

8 и 12 іюля.

1. **P. Garnier.** *Les hystériques accusatrices.* Клиническая лекція.

18 іюля.

1. **A. Cade.** *Anémie pernicieuse avec moelle jaune dans les épiphyses et la diaphyse des os longs.*

22 и 25 іюля.

1. **V. Cornil** et **P. Coudray.** *De la formation du col.* 2. **E. Rouyer.** *Zona du cou avec glycosurie passagère à la suite d'une angine.* 3. **Kalt.** *Valeur des grands lavages au permanganate de potasse contre les complications cornéennes de l'ophtalmie granuleuse.*

29 іюля и 1 августа.

1. **A. Chauffard.** *Des différentes recherches et explorations à effectuer dans un cas de cirrhose hépatique.* Клиническая лекція. 2. **H. Truc.** *Transformation des Écoles de médecine en Facultés annexes et pérennité de l'agregation.*

5, 8, 12, 19 и 22 августа.

1. Отчетъ о XIII Съѣздѣ французскихъ психіатровъ и невропатологовъ въ Bruxelles'ѣ, съ 1 по 8 августа. 2. **L. Thévenot.** *Rhumatisme articulaire tuberculeux...* Клиническая лекція. 3. **Chevallereau.** (Продолженіе статьи). 4. **Ѳ. Андреевъ.** *Anévrysme de l'aorte descendante avec paraplégie brusque et complète des membres inférieurs.* Случай изъ больницы Albi. 5. **Billon.** *Médecins «modern style» et médecins «vieux jeu». Étude des moeurs médicales contemporaines.* Очень остроумная и ѣдкая характеристика врача modern style.

26 августа.

1. **G. Fieux.** *Contribution à l'étude du suc placentaire dans ses rapports avec la sécrétion lactée.* Итоги отрицательные. 2. **G. Martin.** *Sur un cas d'épithélioma calcifié.*

2 и 5 сентября.

1. **M. Loeper** et **O. Crouzon.** *Un cas de purpura hémorragique, traité par l'adrénaline; guérison.* 2. Отчетъ объ XI Международномъ Съѣздѣ по гигіенѣ и демографіи (Bruxelles, 2–8 сентября). (Не оконченъ).

9 и 12 сентября.

Продолженіе отчета о Bruxelles'скомъ Съѣздѣ.

16, 19, 23 и 26 сентября.

Тоже.

30 сентября.

1. **L. Bouchacourt.** *Sur l'opothérapie placentaire.* 2. **A. Prevot.** *A propos d'un cas de gangrène herniaire traité par la résection.* 3. **X. Delore** et **Savy.** *A propos du diagnostic de la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire.* 3 случая. 4. Продолженіе отчета о Bruxelles'скомъ Съѣздѣ.

7 и 10 октября.

1. **Kirmisson.** *Le traitement opératoire du pied bot varus équin congénital.* Клиническая лекція. 2 **L. Bellin.** *A propos des sanatoriums.* 3. **A. Loir.** *Un nouvel antiseptique: le lusoforme.* 4. **Renault.** *Le rhumatisme blennorragique...* Лекція.

14 и 17 октября.

1. **F. Brunet.** *La mort des fumeurs d'opium.*

21 и 24 октября.

1. **A. Malherbe.** *Traitement nasal de la dysménorrhée...* 6 случаевъ. 2. Отчетъ о Съѣздѣ французскихъ хирурговъ въ Парижѣ съ 11 по 24 октября 1903 г. (Не оконченъ).

28 и 31 октября.

1. **R. Mercier.** *Tuberculose et orphelinats agricoles.* 2. **C. Savoire.** *Tuberculose et jardins ouvriers.* 3. Продолженіе отчета (см. выше).

4 и 7 ноября.

1. **Chauvel.** *De l'appendicite dans l'armée pendant les dernières années.* 2. **Labadie-Lagrave.** *Du diabète arthritique et de son traitement.* 3. **P. Le Gendre.** *Typhlo-colite, appendicite et dysménorrhée.* 4. Продолженіе отчета.

11 и 14 ноября.

1. **Kirmisson.** *Sur l'insuffisance actuelle de la préparation des élèves aux études cliniques.* 2. **Lepage.** *Un cas de dystocie par rigidité cicatricielle du col; operation de Porro.* Случай. 3. Окончаніе отчета о Съѣздѣ французскихъ хирурговъ.

18 и 21 ноября.

1. **Siredey.** *Étude clinique sur quelques formes frustes de l'appendicite chronique.*

25 и 28 ноября.

1. **G. H. Lemoine.** *Contagion familiale et prophylaxie de la tuberculose pulmonaire.* 2. **L. Pautrier.** *La conception actuelle de la tuberculose Les tuberculoses cutanées atypiques.* 3. **J. Abadie** et **E. Jeanbrau.** *Les luxations radio-carpiennes traumatiques.* 4. **F. Tissot.** *La suggestion dans l'hystérie.*

2 и 5 декабря.

1. **Ruotte** et **Niclot.** *A propos de deux cas de perforation intestinale typhoïde avec intervention chirurgicale.* 2. **Dieulafé.** *Déformation du foie consécutive à une affection cholécystique.* 3. **P. Gallois.** *Les régimes du sevrage.*

9 и 12 декабря.

1. **Marfan.** *Diagnostic et traitement du croup.* Клиническая лекція. (Не окончена). 2. **Küss.** *Capacité respiratoire et ventilation mécanique.* 3. **H. Folet.** *Sutures tendino-musculaires (ténomyo-raphies).* 4. **Marandon de Montyel.** *Étude comparée des hypersécrétions dans la paralysie générale.* 5. **L. Cadet.** *Un cas hydrocèle en bissac énorme, extirpation de la poche, guérison.*

16 и 19 декабря.

1. **Marfan.** Продолженіе лекціи о крупѣ. 2. **Gilbert.** *Goudron et créosote.* Изъ лекцій. 3. **Tétau.** *Sur les variations de l'intensité des combustions organiques dans la tuberculose.*

---

Редакторы: Проф. В. В. Подвысоцкій. Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

## XCI. Нѣсколько словъ о ректоскопіи.

Проф. С. П. Ѳедорова (Петербургъ).

Полное почти отсутствіе въ нашей русской литературѣ наблюденій и мнѣній о recto-S-romanoscopi'и побуждаетъ меня еще разъ [1]) взяться за перо, чтобы обратить вниманіе товарищей-врачей на этотъ заслуживающій, по моему мнѣнію, широкаго распространенія способъ изслѣдованія. Важность его видна хотя-бы уже изъ того, что за послѣднее время все чаще и чаще появляются въ заграничной печати сообщенія и даже монографіи, посвященныя обзору достоинствъ ректоскопіи и различныхъ техническихъ усовершенствованій въ этой области.

Какъ извѣстно, черезъ нѣсколько лѣтъ послѣ анатомической работы *Otis* [2]) и почти одновременно съ *Kelly* [3]), была разработана мною [4]) методика ректоскопіи, какъ на трупахъ, такъ и въ клиникѣ, давшая такіе хорошіе результаты, что я совершенно отказался съ тѣхъ поръ отъ пользованія какими-бы то ни было зеркалами для осмотра толстой кишки.

Всѣ предложенные до сего времени ректоскопы состоятъ изъ металлическихъ трубокъ съ обтураторомъ длиною въ 15—35 и діаметромъ въ 1,5—3 стм. Нѣкоторые изъ ректоскоповъ снабжены ручками (ректоскопы *Kelly*, *Herrstein*'а, *Strauss*'а). Инструменты эти удобнѣе всего вводить въ прямую кишку въ колѣнно-локтевомъ положеніи больного, особенно, если хотятъ осмотрѣть нижній изгибъ S-образной кишки. Путемъ клиническихъ наблюденій и главнымъ образомъ благодаря соотвѣтствующимъ распиламъ замороженныхъ труповъ я убѣдился, что прямыми круглыми трубками, каковыми являются ректоскопы, *невозможно* пройти за S-образную кишку и осмотрѣть нисходящую ободочную. Глубина, на которую вводятъ ректоскопъ въ кишку (хотя-бы на 40—45 стм.) сама по себѣ еще ничего не значитъ, такъ какъ инструментъ уходитъ вглубь настолько, насколько позволяютъ это длина и упругость брызжейки S-образной кишки, нижній изгибъ которой натягивается на ректоскопъ на подобіе пальца лайковой перчатки. Конецъ ректоскопа можетъ, не пройдя за изгибъ S-образной кишки, прощупываться черезъ брюшную стѣнку, при короткой брызжейкѣ S-образной кишки, въ лѣвой подвздошной области и ниже пупка, а при длинной—въ лѣвомъ и даже правомъ подреберьи.

При осмотрѣ прямой и S-образной кишки я пользуюсь металлическими ректоскопами *безъ ручекъ* съ дѣленіями въ сантиметрахъ, нанесенными снаружи на инструментахъ. Источникомъ свѣта служитъ панэлектроскопъ *Casper*'а, *не* соединенный съ ректоскопомъ; только въ исключительныхъ случаяхъ, когда приходится при осмотрѣ прямой кишки или операціяхъ въ полости ея производить одновременно и орошеніе,—между электроскопомъ *Casper*'а и ректоскопомъ вставляется еще соединительный цилиндръ съ прорѣзомъ въ нижней стѣнкѣ его, черезъ который стекаетъ промывная жидкость *). За часъ или $1^1/_2$ до ректоскопіи больному ставится клизма, и потомъ приступаютъ къ изслѣдованію въ колѣнно-локтевомъ положеніи больного. Ректоскопъ я ввожу, смазавъ его предварительно вазелиномъ, на глубину около 10 стм., пока онъ не встрѣтитъ препятствія на уровнѣ крестцоваго мыса (promontorium), которое большей частью удается обойти, приподнявъ наружный конецъ ректоскопа нѣсколько вверхъ и влѣво и стараясь легкими вращательными движеніями продвинуть инструментъ дальше. Если такимъ способомъ все-таки не удается войти въ начало S-образной кишки, то надо вынуть обтураторъ, и тогда стѣнки кишки быстро расправляются, благодаря вошедшему въ полость ея воздуху. Затѣмъ бросаютъ черезъ ректоскопъ свѣтъ и, на глазъ уже минуя мѣшающія складки слизистой оболочки, продвигаютъ инструментъ дальше, насколько позволяетъ это длина брызжейки S-образной кишки (20—30, иногда 40 стм.). Осматриваютъ кишку, выдвигая ректоскопъ обратно и снимая время отъ времени слизь, гной, кровь или экскременты ватодержалками.

Все это изслѣдованіе прямой кишки и кишки S-образной совершенно безболѣзненно и легко переносится больными. Ни впрыскиваній, ни смазываній кишки кокаиномъ и тѣмъ болѣе общаго наркоза я не примѣнялъ ни разу. Больные, испытавшіе изслѣдованіе зеркалами и ректоскопами, не соглашались уже вторично на изслѣдованіе зеркалами въ виду причиняемыхъ послѣдними сильныхъ болей и охотно позволяли повторно вводить ректоскопъ.

Въ вышедшей недавно монографіи *Schreiber*'а [5]) очень подробно описывается способъ ректоскопіи и его анатомофизіологическія основанія. Въ этой книжкѣ авторъ, не давая чего-либо существенно новаго, описываетъ употребляемые имъ для ректоскопіи инструменты и пріемы, которые, по видимому, совершенно тождественны съ описанными мною («Хирургія») въ 1897 г. *Schreiber* очень подробно говоритъ о важномъ значеніи ректоскопіи и примѣненіи ея въ клиникѣ, и съ этой точки зрѣнія книга его безспорно заслуживаетъ большого вниманія и можетъ быть названа, пожалуй, даже учебникомъ ректоскопіи.

Изъ новыхъ инструментовъ, предложенныхъ для осмотра прямой кишки, я указалъ-бы только на ложечныя зеркала проф. *Д. О. Отта* и ректоскопъ *Strauss*'а [6]). Этими инструментами мнѣ приходилось пользоваться и самому, а потому я имѣю право высказать объ нихъ свое сужденіе.

Зеркала проф. *Д. О. Отта* состоятъ изъ различной длины (до 40 стм.) желобообразныхъ металлическихъ пластинъ съ ручками и съ электрической лампочкой на концѣ одной изъ этихъ пластинъ, благодаря чему источникъ свѣта вводится въ полость самой кишки *). Зеркалами этими пользуются такъ, что, введя ихъ за наружный жомъ кишки, зажигаютъ свѣтъ и проникаютъ дальше въ кишку подъ контролемъ зрѣнія, продвигая поочереди то одну, то другую ложку зеркала, устраняя и огибая на пути мѣшающія складки слизистой оболочки кишки. Больная лежитъ при этомъ въ очень наклонномъ положеніи (вѣрнѣе стоитъ почти-что головою внизъ). При такихъ манипуляціяхъ, пишетъ проф. *Д. О. Оттъ*, можно провести зеркала и осмотрѣть толстую кишку вплоть до поперечно-ободочной части ея. Для того, чтобы пользоваться зеркалами проф. *Д. О. Отта*, приходится сильно растягивать наружный жомъ кишки, при чемъ это растягиваніе совершается толчками при каждомъ дальнѣйшемъ продвиганіи зеркала кверху, а потому боли, испытываемыя при этомъ больными, чрезвычайно сильны. Такимъ образомъ, чтобы хорошо осмотрѣть кишку зеркалами проф. *Д. О. Отта*, надо подвергать больныхъ общему наркозу; это уже само по себѣ весьма умаляетъ значеніе способа, а, кромѣ того, мнѣ зеркалами проф. *Д. О. Отта* не «только не удавалось дойти до поперечно-ободочной кишки», но даже ни разу ввести ихъ въ кишку S образную (я вводилъ эти зеркала безъ наркоза). Этотъ послѣдній фактъ говоритъ во всякомъ случаѣ противъ общедоступности и легкости способа. То, что видно черезъ зеркала проф. *Д. О. Отта*, видно не лучше, чѣмъ черезъ ректоскопъ.

Съ точки зрѣнія общедоступности наиболѣе совершеннымъ инструментомъ является, по мнѣнію *Kelen*'а [7]), ректоскопъ *Strauss*'а. *Kelen*, къ слову сказать, совершенно ошибочно полагаетъ, что до *Strauss*'а введеніе ректоскоповъ въ S-образную кишку бывало дѣломъ случая и что только, благодаря видоизмѣненіямъ, внесеннымъ *Strauss*'омъ, ректоскопія стала теперь доступной всѣмъ и каждому.

Ректоскопы *Strauss*'а состоятъ изъ такихъ-же, но болѣе легкихъ по вѣсу, металлическихъ трубокъ съ обтураторами, какъ и предложенные *Kelly* или мной. Разница заключается только въ томъ, что источникъ свѣта въ видѣ маленькой электрической лампочки помѣщается внутри ректоскопа и, кромѣ того, сбоку ректоскопа помѣщается трубочка съ краномъ, черезъ которую можно вдувать воздухъ въ прямую кишку; для того чтобы воздухъ не выходилъ обратно, на наружный конецъ ректоскопа герметически надѣвается колпачекъ со стекломъ, черезъ которое и осматриваютъ прямую кишку. На основаніи своихъ наблюденій

*) Мои ректоскопы съ освѣтителемъ, съ ватодержателями и щипцами для операцій черезъ ректоскопъ изготовляются фирмой Ѳ. Швабе въ Москвѣ. См. каталогъ хирургіи, 1903 г., стр. 230—231, №№ 6560, 6561, 6564.

*) Инструменты проф. *Д. О. Отта* имѣются у фирмы г. Шаплыгина въ Петербургѣ.

Digitized by Google

при помощи ректоскопа *Strauss*'а скажу, во 1-хъ, что перенесеніе источника свѣта внутрь трубки не даетъ никакихъ преимуществъ, т. е. ясность видимыхъ картинъ не лучше, чѣмъ съ освѣтителемъ *Casper*'а. Что-же касается раздуванія кишки при помощи баллона, то оно, дѣйствительно, нѣсколько облегчаетъ болѣе глубокое введеніе инструмента, такъ какъ воздухъ, растягивая кишку, хорошо расправляетъ складки слизистой оболочки и устраняетъ ихъ такимъ образомъ съ пути ректоскопа. Такое вдуваніе воздуха вызываетъ, однако, у больныхъ довольно сильную боль и должно, особенно при раковыхъ новообразованіяхъ, производиться осторожно, такъ какъ при сильномъ растяженіи можетъ лопнуть, иногда очень истонченная, стѣнка кишки. Совершенно такого-же расширенія кишки, и безъ всякой боли, можно достигнуть при правильномъ введеніи ректоскопа (подъ контролемъ глаза и безъ обтуратора; см. выше) въ колѣнно-локтевомъ положеніи больного. Поэтому я лично не вижу особыхъ преимуществъ въ ректоскопахъ *Strauss*'а *) и считаю ихъ даже болѣе сложными, чѣмъ предложенные мною.

Для опредѣленія верхней границы новообразованій прямой кишки (что бываетъ иногда очень важно), я пользуюсь ректоскопомъ въ 10 мм. діаметромъ и длиною въ 22 стм. Этотъ инструментъ удается провести большею частью за верхнюю границу новообразованія и увидать тогда вполнѣ здоровую слизистую оболочку кишки. Дѣленія на ректоскопѣ позволяютъ довольно точно опредѣлить разстояніе этого участка здоровой слизистой оболочки отъ заднепроходнаго отверстія.

При помощи ректоскоповъ болѣе широкаго калибра (2—3 стм.) очень удобно выскабливать и прижигать язвы, отжигать полипы, брать кусочки тканей для микроскопическаго изслѣдованія и т. п.

Въ этой маленькой замѣткѣ я нарочно привелъ возможно подробно новѣйшіе литературные источники и фирмы, изготовляющія ректоскопы, чтобы всякій желающій могъ составить себѣ путемъ опыта личное мнѣніе, такъ какъ польза ректоскопіи въ клиникѣ огромна, и я думаю, что многіе, испытавшіе этотъ способъ изслѣдованія прямой кишки, оставятъ навсегда всякія прямокишечныя зеркала, какъ сдѣлалъ это я уже 6 лѣтъ тому назадъ.

**Литература.** 1. *С. П. Ѳедоровъ.* «Хирургія», 1897 г., № 6.— 2. *Walter J. Otis.* Anatomische Untersuchungen am menschlichen rectum etc. Leipzig. Изд. Veit u. Comp. 1887.—3. *Kelly.* «Annals of Surgery», 1895, апрѣль.—4. *Ѳедоровъ.* L. c. *Онъ-же.* Ueber Rectoscopie u. einige kleinere operative Eingriffe im Rectum. «Archiv für klin. Chirurgie», т. 57, тетр. 3. *Онъ-же.* «Encyclopaedie der gesammten Chirurgie». *Kocher* u. *Quervain.* Leipzig. 1903, т. II, стр. 346.—5. *Schreiber.* Die Recto-Romanoskopie auf anatomisch-physiologischer Grundlage. Berlin. 1903. Изд. Hirschwald'a.—6. *Strauss.* Zur Methodik der Rectoscopie. «Berliner klin. Wochenschrift», 1903 г.—7. *Kelen.* Die Anwendung der Recto-Romanoscopie in der Praxis. «Die medicinische Woche», 1904, № 7.

---

XCII. Изъ лабораторіи общей патологіи проф. В. В. Подвысоцкаго въ Одесскомъ Университетѣ.

## О значеніи клѣточныхъ ядовъ въ патологіи глаза и въ частности въ патогенезѣ сочувственнаго (симпатическаго) воспаленія.

Проф. С. С. Головина.

(Предварительное сообщеніе).

### 1.

Происхожденіе сочувственнаго воспаленія глаза при настоящемъ состояніи нашихъ знаній далеко не представляется разгаданнымъ. Существующія теоріи не даютъ удовлетворительнаго отвѣта по самымъ основнымъ вопросамъ: *какъ* передается и *что* именно передается изъ первично-пораженнаго глаза въ другой, дотолѣ здоровый.

Если остановиться только на главнѣйшихъ фактахъ, то можно отмѣтить слѣдующія общія направленія, возникавшія при попыткахъ объясненія этого тяжелаго заболѣванія.

Относительно 1-го вопроса—о путяхъ переноса—въ настоящее время выяснились 2 возможности: одинъ путь—прямой, по зрительнымъ нервамъ, другой—обходный, по кровяному току.

Иныхъ путей, кромѣ этихъ, представить себѣ трудно. Давно уже возникшая попытка объяснить сочувственное воспаленіе передачей по рѣсничнымъ (циліарнымъ) нервамъ въ начальной своей формулировкѣ (*Arlt, H. Müller, v. Graefe, Donders*) въ сущности не разъясняла вопроса о путяхъ. Окончательное развитіе эта т. наз. «циліарная теорія» получила въ новѣйшихъ варіаціяхъ (*Schmidt-Rimpler, Panas*), по которымъ раздраженіе рѣсничныхъ нервовъ только подготовляетъ глазъ, дѣлая его locum minoris resistentiae, вслѣдствіе чего въ немъ и осѣдаютъ вредныя начала, поступающія къ нему по другимъ путямъ.

Относительно 2-го вопроса—именно о вредномъ началѣ, переходящемъ изъ одного глаза въ другой,—высказано въ общемъ только 3 основныхъ взгляда.

Послѣ первоначальныхъ, неопредѣленныхъ заявленій (*Mackenzie* и др.), что по зрительнымъ нервамъ передается «воспаленіе», появилась т. наз. «миграціонная теорія» (*Knies, Leber, Deutschmann*), объяснявшая сочувственное воспаленіе переходомъ микроорганизмовъ изъ одного глаза въ другой по лимфатическимъ пространствамъ зрительныхъ нервовъ черезъ ихъ перекрестъ. Теорія эта, благодаря наглядному, механическому представленію разсматриваемаго явленія, пріобрѣла большое распространеніе, хотя присутствіе микроорганизмовъ подъ оболочками мозга, безъ вреда для послѣднихъ, должно было-бы показаться съ перваго-же раза мало понятнымъ. Съ теченіемъ времени значеніе миграціонной теоріи умалилось, главнымъ образомъ, потому, что переходъ микроорганизмовъ не былъ подтвержденъ ни патолого-анатомическими, ни экспериментальными изслѣдованіями.

Тогда возникло другое предположеніе, а именно, что по лимфатическимъ пространствамъ зрительныхъ нервовъ передаются не бактеріи, а продукты ихъ жизнедѣятельности—токсины (отчасти *Deutschmann*, затѣмъ *Rosenmeyer, Gorecki, Bocchi, Praun, Graeffe, Schirmer, Л. Г. Беллярминовъ, Я. В. Зеленковскій*). Однако, и эта—назовемъ ее—«бактеріо-токсинная теорія» не объясняетъ все-таки многихъ сторонъ сочувственнаго воспаленія. Къ тому-же новѣйшія изслѣдованія (*Stock*, 1902) не подтвердили опытовъ д-ра *Зеленковскаго*, доказывавшихъ такой переходъ токсиновъ. Вліяніемъ этихъ послѣднихъ еще можно-бы объяснить (согласно съ *Schirmer*'омъ) нейритъ, являющійся особой формой сочувственнаго воспаленія. Обычное-же сочувственное воспаленіе въ видѣ пораженія сосудистаго тракта представляетъ болѣзнь съ слишкомъ выраженнымъ кровероднымъ происхожденіемъ.

Отсюда понятно, что въ новѣйшее время опять начинаетъ привлекать вниманіе «метастатическая теорія» *Berlin*'а (1880), которая и нашла себѣ сразу-же нѣсколькихъ горячихъ защитниковъ (*Schirmer, Stock, P. Römer*). Но, чтобы допустить возможность перехода бактерій изъ одного глаза въ другой по кровяному току, надо прежде всего обойти 2 препятствія: 1) чрезвычайно продолжительное пребываніе бактерій въ организмѣ, ибо извѣстно, что сочувственное воспаленіе развивается иногда много времени спустя послѣ первичнаго пораженія, и 2) удивительную безвредность бактерій для организма, ибо извѣстно, что общаго заболѣванія при сочувственномъ воспаленіи не наблюдается.

1-е препятствіе *Römer* легко обходитъ указаніемъ на то, что бактеріи могутъ жить въ организмѣ «многія недѣли». Однако, здѣсь дѣло часто идетъ не о недѣляхъ, не о мѣсяцахъ, а о годахъ и даже 10-лѣтіяхъ (имѣются случаи развитія сочувственнаго воспаленія черезъ 15, 25, 42 года послѣ повреждения).

2-е препятствіе, естественно, должно было породить идею о еще ненайденномъ, гипотетическомъ микробѣ, специфичномъ только для глаза (*Schirmer, Römer*).

Совсѣмъ на дняхъ (мартъ, 1904 г.) *Raehlmann* съ помощью ультра-микроскопическаго изслѣдованія, нашелъ

*) Ректоскопы *Strauss*'а превосходно изготовляются фирмой L. и H. Loewenstein въ Berlin'ѣ, Ziegelstrasse, № 28.

Digitized by Google

какихъ-то особенныхъ бактерій въ стекловидномъ тѣлѣ глаза, которыхъ онъ сразу-же призналъ возбудителями сочувственнаго воспаленія. Съ этимъ едва-ли можно согласиться: изслѣдованъ всего 1 глазъ въ свѣжемъ состояніи (послѣ 3-часового пребыванія въ соляномъ растворѣ), прививокъ не произведено, экспериментальной провѣрки не сдѣлано.

Таково послѣднее слово, сказанное наукой по этому вопросу. Вполнѣ склоняясь, по личнымъ наблюденіямъ, въ пользу участія крови въ происхожденіи сочувственнаго воспаленія, я не могъ все-таки удовлетвориться гипотетическимъ допущеніемъ специфическихъ бактерій и года $1^1/_2$ назадъ напалъ на новую точку зрѣнія въ этой области, которую и высказывалъ тогда же нѣкоторымъ товарищамъ. Экспериментальнымъ-же подтвержденіемъ своего взгляда я занялся текущимъ годомъ въ Лабораторіи общей патологіи въ Одесскомъ Университетѣ.

Пользуюсь случаемъ выразить мою глубокую благодарность завѣдующему лабораторіей за широкое гостепріимство, оказанное мнѣ имъ, а также ч. пр. *Л. А. Тарасевичу*—за цѣнныя указанія по методикѣ изслѣдованія, д-ру *С. М. Щастному*—за помощь при микроскопическихъ работахъ.

2.

Теорія сочувственнаго воспаленія представлялась мнѣ въ такомъ видѣ: послѣ поврежденія глаза, преимущественно въ области рѣсничнаго тѣла, при извѣстныхъ условіяхъ (иногда—при участіи бактерій, иногда—независимо отъ нихъ) получается разрушеніе клѣтокъ рѣсничнаго тѣла съ образованіемъ особыхъ продуктовъ распада, цито-токсиновъ. Такіе токсины поступаютъ въ кровь, гдѣ въ большинствѣ случаевъ они и нейтрализуются, благодаря присутствію анти-токсиновъ. При ослабленіи-же анти-токсическихъ функцій, цито-токсины вмѣстѣ съ кровью переносятся въ другой глазъ, гдѣ и оказываютъ специфическое вредное дѣйствіе на его рѣсничное тѣло. Въ этомъ начавшемся процессѣ заболѣванія другого глаза бактеріи, случайно находящіяся въ крови, могутъ также принять извѣстное участіе, но роль ихъ и здѣсь опять-таки будетъ второстепенная. Что-же касается специфичности предположеннаго мною яда, то она не казалась мнѣ чѣмъ-нибудь невѣроятнымъ: молодое, возникшее всего 5—6 лѣтъ назадъ ученіе о цито-токсинахъ (*Bordet*, 1898) дало уже нѣсколько примѣровъ специфически дѣйствующихъ клѣточныхъ ядовъ.

Чтобы подтвердить свою теорію, которую можно назвать «цито-токсинной», мнѣ надо было доказать возможность возникновенія въ организмѣ клѣточныхъ ядовъ, дѣйствующихъ на рѣсничное тѣло. Для начала болѣе легкую задачу представляло полученіе этихъ ядовъ въ формѣ гетеро-токсиновъ, т. е. ядовъ, выработанныхъ животнымъ одного вида, но дѣйствующихъ на животное другого вида.

Такъ, напр., я впрыскивалъ кроликамъ въ брюшину эмульсію, приготовленную изъ рѣсничныхъ тѣлъ и радужныхъ оболочекъ собакъ. Эти кролики и служили какъ-бы живой лабораторіей, приготовлявшей искомый ядъ. Послѣ нѣсколькихъ впрыскиваній, черезъ извѣстный промежутокъ времени, я бралъ кровяную сыворотку кролика [1]) и вводилъ ее собакамъ какъ мѣстно въ глазъ (въ переднюю камеру и въ стекловидное тѣло), такъ и въ общее кровообращеніе. Конечно, одновременно производились повѣрочные опыты, провѣрка стерильности и пр.

Полученные результаты подтвердили шагъ за шагомъ сдѣланныя предположенія. Въ совершенно гладкомъ, закономѣрномъ теченіи опытовъ я не могъ не видѣть доказательства правильности теоретическихъ посылокъ.

При введеніи токсической сыворотки въ глазъ всегда получалась одна и таже типическая картина: при очень слабыхъ припадкахъ раздраженія (отличіе отъ гнойныхъ воспаленій), легкая перикорнеальная инъекція, обильное отложеніе точечныхъ осадковъ на задней поверхности роговицы [какъ при сывороточномъ иритѣ (iritis serosa)], фибринозный выпотъ въ камерѣ, воспалительныя явленія въ радужной оболочкѣ. Теченіе такого заболѣванія (при однократныхъ прививкахъ)—доброкачественное и относительно непродолжительное.

При микроскопическомъ изслѣдованіи глазъ, вылущенныхъ черезъ 3—5 дней послѣ впрыскиванія, получалось: сывороточно-фибринозный выпотъ въ камерѣ съ присутствіемъ фагоцитовъ, переполненныхъ пигментными зернышками; воспалительныя измѣненія въ радужной оболочкѣ, инфильтрація гребенчатой связки (lig. pectinati), фибринозный выпотъ въ рѣсничныхъ отросткахъ, пигментные фагоциты въ этомъ выпотѣ; рѣзкія измѣненія въ эпителіи рѣсничныхъ отростковъ: разбуханіе клѣтокъ, сморщиваніе ядеръ, по мѣстамъ пикнотическія измѣненія ихъ, перинуклеарная вакуолизація.

При впрыскиваніи токсической сыворотки въ кровь измѣненій въ глазахъ собакъ, по видимому, не отмѣчалось. При микроскопическомъ-же изслѣдованіи получались измѣненія исключительно въ рѣсничныхъ отросткахъ: классическій подэпителіальный фибринозный выпотъ, набуханіе и вакуолизація эпителіальныхъ клѣтокъ, рѣзко выраженныя измѣненія ихъ ядеръ; наконецъ, сильное обезцвѣчиваніе пигментнаго слоя: пигментный эпителій рѣсничнаго тѣла иногда былъ совсѣмъ лишенъ пигмента, зернышки котораго переходили въ безгнилостный эпителій (pars ciliaris retinae), располагаясь въ его клѣткахъ по окружности, подъ оболочкой.

Этимъ пока закончилась 1-ая часть моихъ работъ въ данной области. Само собою разумѣется, что отсюда еще далеко до полнаго разъясненія сочувственнаго воспаленія. Необходимо болѣе тщательное изученіе свойствъ найденнаго токсина и условій образованія его въ организмѣ въ формѣ ауто-токсина. Для этого потребуется много времени и труда, но за то позволительно будетъ надѣяться на открытіе анти-токсиновъ и, слѣд., на возможность предохранительныхъ прививокъ противъ сочувственнаго воспаленія.

И такъ, на основаніи сдѣланныхъ опытовъ, я могу теперь-же считать установленной возможность образованія въ организмѣ яда, специфически дѣйствующаго на безпигментный эпителій рѣсничнаго тѣла. Этотъ ядъ я позволю себѣ назвать цикло-токсиномъ [1]). Кромѣ того, въ моихъ препаратахъ имѣются измѣненія пигментнаго слоя съ характеромъ растворенія пигмента, что должно быть приписано другому яду, пигменто-лизину. Образованіе его понятно изъ того обстоятельства, что во впрыскиваемой мною эмульсіи заключалось большое количество распада пигментныхъ клѣтокъ.

3.

Значеніе этихъ находокъ распространяется уже за предѣлы области сочувственнаго воспаленія. Цито-токсинами можно будетъ объяснить многія небактерійныя заболѣванія глаза (сывороточный иритъ, нѣкоторыя формы хоріоидита, измѣненія пигментнаго слоя). Пигменто-литическая сыворотка должна представить интересъ также и для общаго патолога, какъ удобный матеріалъ для изученія вопроса объ образованіи и исчезновеніи пигмента, вопроса объ альбинизмѣ и пр. Съ другой стороны, возможное открытіе анти-пигментолизина будетъ имѣть значеніе въ терапіи пигментнаго ретинита (retinitidis pigmentosae).

Далѣе, полученіе 2-хъ клѣточныхъ ядовъ даетъ увѣренность въ нахожденіи и другихъ специфическихъ для глаза токсиновъ. Здѣсь, быть можетъ, откроется объясненіе и для нѣкоторыхъ заболѣваній сѣтчатки, роговицы, хрусталика (происхожденіе катаракты). Въ этомъ отношеніи мною и моими помощниками уже начаты первые опыты.

Наконецъ, на почвѣ цито-токсиновъ станутъ болѣе понятными заболѣванія парныхъ частей обоихъ глазъ, въ чемъ нельзя будетъ не усмотрѣть расширенія нашихъ понятій о «сочувственномъ» воспаленіи. Разъяснятся, быть

[1]) Позднѣе я убѣдился, что, кромѣ сыворотки, токсинъ можетъ переходить и въ водянистую влагу глаза. Необходимо только брать не 1-ую порцію влаги, а 2-ую, черезъ 15—20 мин. послѣ 1-го прокола камеры. Такое извлеченіе влаги могу предлагать, какъ общій пріемъ для предварительнаго опредѣленія, содержатся-ли въ сывороткѣ животнаго данные токсины.

[1]) Отъ Kyklon (или cyklon). «Циліо-токсинъ» было-бы неправильно вслѣдствіе соединенія латинскаго слова съ греческимъ.

Digitized by Google

можетъ, и наши неопредѣленныя понятія о дискразіяхъ, играющихъ видную роль въ патологіи глаза. При этомъ, какъ мнѣ кажется, не-бактерійныя заболѣванія должны зависѣть не отъ какого-либо неожиданнаго появленія соотвѣтствующихъ ядовъ: цито-токсины, представляющіе собою своего рода отработанные отбросы клѣточной жизни, всегда могутъ находиться на лицо въ крови организма, и только ослабленіе анти-токсическихъ функцій способно вызвать наступленіе болѣзни.

Я увѣренъ, что примѣненіе цито-токсическихъ изслѣдованій въ офталмологіи принесетъ много плодовъ не менѣе цѣнныхъ, чѣмъ тѣ, которые родились въ эпоху исключительнаго господства бактеріологіи.

---

## XCIII. Къ вопросу о тяжелой формѣ железистой лихорадки (Drüsenfieber Pfeiffer'a).

Ч. пр. Московскаго Университета **А. А. Киселя.**

Большею частью приходится имѣть дѣло съ довольно легко протекающими случаями железистой лихорадки, а потому почти всѣ считаютъ это страданіе легкимъ, скоро проходящимъ. Гораздо рѣже встрѣчаются (по моимъ наблюденіямъ очень рѣдко) случаи съ болѣе тяжелымъ теченіемъ, распознаваніе которыхъ можетъ представить значительное затрудненіе, а потому я считаю умѣстнымъ особо выдѣлить эту форму железистой лихорадки. Мнѣ пришлось встрѣтиться съ 2-мя подобными случаями, къ описанію которыхъ я и перехожу.

1-го такого больного я наблюдалъ еще въ 1888 г. Описаніе этого случая помѣщено въ «Трудахъ Общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ» (1890 г., вып. I, стр. 23), а потому здѣсь я упомяну о немъ кратко. Ф. К., мальчикъ 11 л., заболѣлъ корью, при чемъ сыпь очень скоро, а именно черезъ 2 дня, исчезла. Затѣмъ мальчикъ 4 дня чувствовалъ себя совершенно здоровымъ, не лихорадилъ. Послѣ этого температура вдругъ поднялась до 39°, состояніе ребенка сразу измѣнилось къ худшему, но къ вечеру температура снова упала, а вмѣстѣ съ этимъ улучшилось и общее состояніе. Подобныя повышенія температуры наблюдались затѣмъ ежедневно. Нѣсколько разъ температура превышала 40°, между тѣмъ какъ самое тщательное изслѣдованіе внутреннихъ органовъ давало отрицательные результаты. Особенно внимательно изслѣдовались зѣвъ и глотка, но тамъ наблюдалась только едва замѣтная разлитая краснота; между тѣмъ общій видъ ребенка, сильныя головныя боли, общая разбитость, состояніе, напоминавшее т. наз. status typhosus (во время приступовъ очень высокой температуры), поставили меня въ очень большое затрудненіе и заставляли опасаться, что здѣсь имѣется дѣло съ какимъ-то тяжелымъ общимъ заболѣваніемъ. Только 7/IV, осматривая ребенка, я случайно наткнулся на крайне болѣзненныя при дотрогиваніи лимфатическія железы въ области грудино-ключично-сосцевидныхъ мышцъ съ обѣихъ сторонъ, что поставило меня въ еще большее затрудненіе. Железы были увеличены, но не настолько, чтобы это было видно безъ ощупыванія; больше же всего бросалась въ глаза ихъ болѣзненность, продержавшаяся до 12/IV, когда температура послѣдній разъ днемъ была повышена; къ вечеру она упала до 36°,5, при чемъ наблюдалось чрезвычайно ослабленное короткое дыханіе, появилась легкая синюха конечностей и крайняя блѣдность кожи лица и туловища. На другой день ребенокъ уже чувствовалъ себя совершенно здоровымъ. Слѣдя за ребенкомъ изо-дня въ день и стараясь найти исходную точку для этого темнаго заболѣванія, я особенно тщательное вниманіе обратилъ на селезенку и печень; но увеличенія ихъ не наблюдалось; не было также и кашля, боли при глотаніи и разстройствъ въ отправленіи кишечника.

Въ то время работы *Pfeiffer*'а о железистой лихорадкѣ еще не было, и я очень затруднялся въ распознаваніи этого случая, отмѣтивъ его въ своихъ записяхъ, какъ случай жабы и лимфаденита. Въ началѣ я допускалъ, что у этого больного было просто воспаленіе железъ, развившееся послѣ кори; но картина болѣзни была такая тяжелая и бурная, такъ сильно отражалась на общемъ состояніи ребенка, что объяснить всѣ наблюдавшіяся явленія зависимостью отъ мѣстнаго процесса въ шейныхъ железахъ не представлялось никакой возможности. Съ другой-же стороны, послѣ появленія работъ *Pfeiffer*'а и *Heubner*'а мнѣ казалось, что мой случай, какъ развившійся послѣ кори, не вполнѣ подходитъ подъ описаніе т. наз. «железистой лихорадки». Но теперь, спустя 18 лѣтъ, на основаніи какъ своего собственнаго опыта, такъ и накопившихся въ литературѣ наблюденій, я могу положительно утверждать, что это былъ несомнѣнный случай железистой лихорадки, протекавшій при томъ очень характерно.

Въ этомъ отношеніи слѣдуетъ отмѣтить, что одинъ изъ первыхъ описанныхъ въ литературѣ случаевъ железистой лихорадки тоже развился послѣ кори.

Случай этотъ принадлежитъ *Heubner*'у [1], который наблюдалъ это страданіе у своего 2-лѣтняго ребенка на 19-ый день послѣ начала кори, при чемъ больной уже не лихорадилъ и находился на пути къ выздоровленію.

Гораздо больше сдѣлано было указаній на связь между железистой лихорадкой и гриппомъ [проф. *Н. Ф. Филатовъ* [2]), проф. *Н. С. Корсаковъ* [3]), *С. I. Шварцъ* [4]), д-ръ *Чайковскій* [5])] или различнаго рода жабами [*Э. Л. Гершельманъ* [6]), *П. И. Бочковскій* [7]), ч. пр. *Н. Ф. Чигаевъ* [8])].

Такимъ образомъ уже много разъ наблюдалось, что железистая лихорадка появлялась вслѣдъ за разнообразными заболѣваніями, такъ что мой случай въ этомъ отношеніи ничѣмъ не отличается отъ многихъ другихъ.

2. Въ апрѣлѣ текущаго года я былъ приглашенъ д-ромъ *Л.* къ его ребенку, мальчику 3 л., страдавшему уже 11 дней какой-то неопредѣленной и очень тяжелой формой болѣзни.—Ю. Л., родился совершенно здоровымъ, кормился грудью матери. До настоящей болѣзни отличался цвѣтущимъ здоровьемъ, былъ хорошо упитанъ, изъ заразныхъ болѣзней хворалъ только легкимъ гриппомъ. У матери родилось 4 дѣтей; всѣ они живы и здоровы. Семья здоровая.—Настоящее заболѣваніе началось сразу 7/IV. Еще наканунѣ мальчикъ былъ совершенно здоровъ. Температура сразу поднялась на 41°,5; одновременно съ этимъ замѣтили, что на лѣвой сторонѣ шеи, позади грудино-ключично-сосковой мышцы, появилось нѣсколько чрезвычайно болѣзненныхъ лимфатическихъ железокъ; боли появлялись при малѣйшемъ дотрогиваніи къ нимъ, а также при всякомъ, даже незначительномъ, движеніи головой или перемѣнѣ положенія туловища. Кожа и подкожная клѣтчатка въ области припухшихъ железокъ не представляли никакихъ измѣненій. Отмѣчалась только слабость и потеря позыва на ѣду. Въ дальнѣйшемъ теченіи температура давала значительныя и очень неправильныя колебанія, при чемъ нѣсколько разъ утренняя температура была гораздо выше вечерней. При повышеніи температуры общее состояніе ребенка очень рѣзко ухудшалось, при чемъ 2—3 раза были приступы адинаміи: частый, слабый пульсъ съ перебоями, дыханіе съ перерывами; а при паденіи температуры, наоборотъ, самочувствіе быстро улучшалось, мальчикъ садился, игралъ и раза 2 даже бѣгалъ. Съ 12/IV появилось припуханіе и такая же сильная болѣзненность железъ на правой сторонѣ шеи, тоже позади грудино-ключично-сосковой мышцы, а, кромѣ того, появилась болѣзненность живота по бѣлой линіи (при ощупываніи). Отправленія кишечника почти все время были нормальныя, только 13/IV и 14/IV слабило жидко, по 2 раза. Глотаніе также сопровождалось болью. Все время пота не было. Въ особенности бросалось въ глаза сильное исхуданіе и быстрое развитіе блѣдности. Повторное изслѣдованіе внутреннихъ органовъ и мочи давало отрицательные результаты.

При осмотрѣ я нашелъ слѣдующее: мальчикъ имѣетъ видъ очень тяжелаго больного, съ трудомъ переноситъ изслѣдованіе. Позади грудино-ключично-сосковыхъ мышцъ прощупываются по 2 железки, каждая въ крупную горошину, немного болѣзненныя при дотрогиваніи; напротивъ того, даже слабое надавливаніе на обѣ надключичныя ямки вызываетъ очень сильную боль: ребенокъ начинаетъ кричать; припухшихъ железокъ здѣсь обнаружить не удается. Органы грудной полости измѣненій не представляютъ; пульсъ 160, правильный, средней силы. Печень и селезенка не прощупываются, не увеличены. Надавливаніе на животъ болей не вызываетъ. Языкъ немного обложенъ. Сознаніе полное. Сведенія затылка нѣтъ.

Въ слѣдующіе 2 дня, т. е. 19/IV и 20/IV температура высоко поднималась только въ утренніе часы (до 40°,1 и 39°,6), а съ вечера 20/IV мальчикъ уже чувствовалъ себя совершенно здоровымъ и въ ближайшіе дни началъ очень быстро поправляться, такъ что уже 29/IV не оставалось никакого слѣда отъ недавно перенесеннаго тяжелаго страданія. Ежедневныя измѣренія температуры дали слѣдующія данныя: 7/IV 41°,5; 8/IV 36°,5—40°,1; 9/IV 39°,8—40°,1; 10/IV 38°,3—36°,6; 11/IV 40°,4—37°; 12/IV 38°,3—38°,4; 13/IV 38°,6—36°,8; 14/IV 36°,8—40°; 15/IV 40°,3—40°,3; 16/IV 36°,6—40°,3; 17/IV 39°,8—37°; 18/IV 39°,2—39°,1; 19/IV 40°,1—37°,1; 20/IV 39°,6—36°,5; 21/IV 36°,3.

Распознаваніе въ этомъ случаѣ представляло большія затрудненія уже потому, что очень рѣдко приходится встрѣчаться съ такими тяжелыми формами железистой лихорадки; казалось мало вѣроятнымъ, чтобы незначительное припуханіе шейныхъ железъ могло сопровождаться такимъ тяжелымъ пораженіемъ всего организма.

Послѣ осмотра больного я остановился на предположеніи о железистой лихорадкѣ, но, долженъ сознаться, сомнѣніе въ правильности распознаванія исчезло лишь тогда, когда я узналъ, что черезъ 2 дня послѣ моего осмотра температура сразу упала до нормы, и ребенокъ съ тѣхъ поръ пользуется полнымъ здоровьемъ.

Digitized by Google

Выше я сказалъ, что тяжелые случаи железистой лихорадки встрѣчаются очень рѣдко; въ подтвержденіе этого могу сослаться на свой собственный опытъ: ежегодно мнѣ приходится видѣть нѣсколькихъ больныхъ съ железистой лихорадкой, такъ что съ 1888 г. я насчитываю ихъ нѣсколько десятковъ, но между ними было только 2 тяжелыхъ.

Мнѣ кажется, что эту форму железистой лихорадки слѣдуетъ выдѣлить, въ виду того, что распознаваніе ея можетъ представить значительныя затрудненія. Въ работахъ *Pfeiffer*'a, *Heubner*'a, *К. А. Раухфуса*, *Starck*'a, *Н. А. Протасова* [9]), д-ра *Памбрака*, *Н. Ф. Чигаева*, *Э. Л. Гершельмана*, *Comby* [10]), д-ра *Чайковскаго* и др. нерѣдко встрѣчаются указанія на довольно тяжелые отдѣльные припадки, напр., очень высокую температуру, осложненіе острымъ воспаленіемъ почекъ и т. д., но не приводится случаевъ съ общимъ тяжелымъ состояніемъ, какъ это было въ вышеупомянутыхъ моихъ 2-хъ случаяхъ.

**Литература:** 1. *O. Heubner*. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, т. XXIX, 1889 г., стр. 257.—2. *Н. Ф. Филатовъ*. Лекціи объ острыхъ инфекціонныхъ болѣзняхъ у дѣтей, 5-е изд. 1903, стр. 500.—3. *Н. С. Корсаковъ*. Къ ученію о железистой лихорадкѣ. «Клиническій Журналъ», 1901, №№ 8 и 9.—4. *С. І. Шварцъ*. «Библіотека Врача», 1899 г. № 1.—5. *Чайковскій*. Gazeta lekarska, 1894, №№ 30 и 31.—6. *Э. Л. Гершельманъ*. Jahrbuch f. Kinderheilkunde, т. XXXIII.—7. *П. И. Бочковскій*. «В.-Медицинскій Журналъ», 1900, августъ.—8. *Н. Ф. Чигаевъ*. «Русскій Медицинскій Вѣстникъ,» 1900, № 14.—9. *Н. А. Протасовъ*. «Труды общества дѣтскихъ врачей въ Петербургѣ, г. V, вып. II, 1890.—10. *Y. Comby*. Traité des maladies de l'enfance, 2-ое изд. (*Grancher* et *Comby*) 1904, стр. 459.

---

## XCIV. Къ вопросу объ экспериментальныхъ заразныхъ межуточныхъ воспаленіяхъ печени вслѣдствіе общаго зараженія организма.

Ч. пр. **Н. Н. Кирикова** (Петербургъ).

Нѣсколько лѣтъ назадъ мною былъ показанъ въ Обществѣ русскихъ врачей въ Петербургѣ и затѣмъ описанъ въ печати («Больничная Газета Боткина», 1900 г.) диплококкъ, полученный отъ 4-хъ больныхъ т. наз. гипертрофическимъ циррозомъ печени съ хроническою желтухой (болѣзнью *Hanot*). Разводки этого кокка получались путемъ посѣва въ бульонъ нѣсколькихъ капель крови изъ укола пальца больныхъ. Выращенный микроорганизмъ оказался, по видимому, подобнымъ энтерококку *Thiercelin*'a и болѣзнетворнымъ для бѣлыхъ мышей при прививкѣ бульонныхъ разводокъ подъ кожу. Изъ органовъ и крови праваго сердца погибшихъ животныхъ получены были тѣ-же диплококки. На мѣстѣ впрыскиваній наблюдалась небольшая выпотная пленка; образованіе небольшого гнойника послѣдовало только однажды. Всего зараженію было подвергнуто 7 мышей, изъ которыхъ 3 погибли въ теченіи 15—18 часовъ, послѣ однократнаго впрыскиванія, 3—въ теченіи 16—17 сутокъ, послѣ 5—6 повторныхъ впрыскиваній, и 1 выжила 65 дней, получивъ 14 впрыскиваній. При вскрытіи послѣдней оказалось: въ мѣстѣ впрыскиваній родъ организованной пленки; печень, по видимому, увеличена, краснобураго цвѣта, мѣстами съ сѣтчатымъ бѣловатымъ рисункомъ, плотнѣе нормальной, при лежаніи не опадаетъ, сохраняя свою форму — въ противоположность острымъ случаямъ зараженія; края ея остры; поверхность разрѣза слегка зерниста; селезенка сильно увеличена, около 2 стм. длины, 6 мм. ширины, трехгранной формы, насыщенно-краснаго, мѣстами темнаго, цвѣта со своеобразнымъ блескомъ, плотна; почки, по видимому, увеличены, мѣстами темнокрасны, багровы.

Въ настоящемъ краткомъ сообщеніи я опишу пока полученныя гистологическія измѣненія органовъ въ существеннѣйшихъ чертахъ. Препараты были предъявлены акад. *К. Н. Виноградову* и *Л. В. Попову*, которымъ за любезное вниманіе и цѣнныя указанія приношу сердечную благодарность.

Въ печени мышей, остро погибшихъ, бросается въ глаза рѣзкая реакція со стороны печеночныхъ клѣтокъ: послѣднія или въ состояніи раздраженія, съ увеличеннымъ, густо окрашивающимся ядромъ, или мѣстами въ состояніи омертвѣнія, съ ядромъ исчезающимъ, не окрашивающимся. Рядомъ съ этимъ межуточныя измѣненія: налитіе сосудовъ и капилляровъ и начинающаяся разлитая воспалительная инфильтрація, нѣсколько болѣе густая близь сосудовъ.

Въ случаяхъ 17-ти дневныхъ межуточныя измѣненія печени выражены рѣзче; стѣнки междольковыхъ воротныхъ венъ часто утолщены, мѣстами стекловидно перерождены; такія-же пораженія представляютъ и артеріи. Печеночныя клѣтки часто имѣютъ двойныя и увеличенныя ядра, рѣзко окрашивающіяся.

Наиболѣе интересныя измѣненія оказались въ органахъ мыши, выжившей 65 дней. Здѣсь особенно рѣзко выражено налитіе сосудовъ печени, мѣстами съ кровоизліяніями, и наиболѣе развита разлитая инфильтрація печеночныхъ долекъ по типу т. наз. гипертрофическаго цирроза *Hanot:* разрѣзы долекъ усыпаны лимфоидными тѣльцами; вдоль сосудовъ инфильтрація сгущается въ тяжи, мѣстами даетъ скопленія, цѣлыя воспалительныя лимфомы, какъ то наблюдается и въ печеняхъ больныхъ циррозомъ *Hanot*. Печеночныя клѣтки довольно крупны, а ядра ихъ, нерѣдко двойныя, часто огромны. Стѣнки сосудовъ, особенно артерій, въ очень многихъ мѣстахъ представляютъ стекловидное, а иногда, по видимому, и частичное амилоидное перерожденіе.

Въ другой долѣ лопастной печени мѣстами замѣчается увеличенное количество волокнистой соединительной ткани вокругъ сосудовъ, на мѣстѣ наружной оболочки (т. наз. периваскулярный процессъ), при чемъ эта соединительная ткань большею частью представляется въ состояніи стекловиднаго (гіалиноваго) измѣненія — теряетъ свое волокнистое строеніе, получаетъ однородный, стекловидный, видъ и рѣзко окрашивается по *v. Gieson*'у въ красный цвѣтъ. Отъ околососудистой соединительной ткани отходятъ тонкіе волокнистые пучки въ глубь долекъ. Внутри долекъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ клѣточныя перекладины представляются прерванными, въ видѣ островковъ неправильной формы, отдѣленныхъ другъ отъ друга волокнистою тканью съ кровеносными капиллярами, окрашивающеюся слабѣе, чѣмъ стекловидные участки. Такимъ образомъ въ болѣе позднихъ стадіяхъ мѣстами встрѣчается волокнистая соединительная ткань, вмѣсто лимфоидной инфильтраціи: часть воспалительныхъ продуктовъ разсасывается, часть же ихъ претерпѣваетъ дальнѣйшее измѣненіе въ соединительную ткань, какъ при циррозахъ.

Значительно увеличенная селезенка въ этомъ случаѣ оказалась съ ясно выраженнымъ амилоиднымъ перерожденіемъ съ окружности *Malpighi*'евыхъ тѣлецъ.

Такимъ образомъ: 1) Вслѣдствіе токси-инфекціонныхъ вліяній со стороны общаго кровообращенія, развиваются разлитыя воспаленія печени типа *Hanot* съ исходомъ межуточныхъ пораженій въ циррозъ—фактъ, вѣроятность котораго я недавно имѣлъ новый случай защищать на страницахъ «Русскаго Врача» противъ школы *Gilbert*'a, считающей исходнымъ пораженіемъ для такихъ заболѣваній мѣстное, восходящее зараженіе желчныхъ путей, первичный заразный ангіохолитъ.

Только-что появившаяся статья проф. *Debove*'a («Semaine médicale», 1904, № 19), сторонника тѣхъ-же воззрѣній, касается, очевидно, лишь случаевъ «билліарнаго» цирроза, какъ исхода желчно-каменной болѣзни. Болѣзнь же *Hanot*, какъ извѣстно, чаще всего поражаетъ безъ видимой причины людей, до того совершенно здоровыхъ; къ желчнымъ камнямъ болѣзнь эта никакого прямого отношенія не имѣетъ: нельзя по общности нѣкоторыхъ отдѣльныхъ клиническихъ проявленій выводить заключеніе и объ общности патогенеза. Болѣе ранніе случаи *Gilbert*'a и другихъ относятся къ группѣ «билліарныхъ» циррозовъ съ увеличеніемъ селезенки, отмѣченныхъ въ свое время *Senator*'омъ; въ такихъ случаяхъ мѣстное зараженіе желчныхъ путей, очевидно, проявляетъ вторично свое вліяніе и на селезенку. Случаи эти представляются пока не многочисленными, мало изучены, и нѣтъ достаточныхъ основаній отожествлять ихъ съ «желтушнымъ гипертрофическимъ циррозомъ печени», съ генуинною «болѣзнью *Hanot*».

Digitized by Google

2) На острыя общія токси-инфекціонныя вліянія немедленно отвѣчаютъ въ печени печеночныя клѣтки: онѣ или сразу погибаютъ или, при достаточномъ своемъ противодѣйствіи, приходятъ въ состояніе явнаго раздраженія, когда явленія межуточнаго воспаленія, лимфоидной инфильтраціи изъ сосудовъ еще мало выражены,—мнѣніе, также уже защищавшееся мною по отношенію къ т. наз. гипертрофическимъ циррозамъ печени («Протоколы Московскаго Медицинскаго Общества», 1893 и «Медицинское Обозрѣніе» 1897, сентябрь).

3) Что касается амилоида увеличенной селезенки и стекловиднаго измѣненія и частичнаго амилоиднаго перерожденія сосудовъ печени, то у человѣка сочетаніе гипертрофическаго желтушнаго цирроза печени съ амилоидомъ уже отмѣчено (*Малковъ*, Петербургская диссертація, 1897). Въ одномъ моемъ наблюденіи отмѣчено также стекловидное перерожденіе артерій селезенки («Zeitschrift für klinische Medicin», т. 36, 1899). Можно думать, что при обращеніи вниманія на эту сторону дѣла такія находки станутъ болѣе часты.

Изъ прижизненныхъ явленій, наблюдавшихся у больныхъ мышей, въ заключеніе отмѣчу мимоходомъ поносы окрашенными, оливковаго цвѣта, массами (въ трупахъ переполненіе кишечника такими-же массами) и явленія со стороны центральной нервной системы (общія судороги) къ концу заболѣванія.

---

Изъ госпитальной терапевтической клиники В.-Медицинской Академіи.

## Къ казуистикѣ кистъ и псевдокистъ поджелудочной железы. Случай травматическаго кровоизліянія въ полость малаго сальника.

**А. Ю. Двужильнаго.**

(*Окончаніе. См. № 21, стр. 767*).

Перехожу къ прижизненному распознаванію.

На 6-ой день послѣ сильной травмы въ верхней части живота была опредѣлена опухоль, нижняя граница которой находилась на уровнѣ пупка; опухоль на ощупь была плотна; при постукиваніи надъ ней получался барабанный звукъ. Появленію и опредѣленію на 6-ой день опухоли предшествовали вздутіе живота, напряженіе его по средней линіи и значительная болѣзненность при ощупываніи, особенно въ подложечной области. За $1^1/_2$ почти недѣли опухоль оставалась in statu quo. Въ это время часто бывала рвота. Недѣли черезъ 2 опухоль стала уменьшаться, такъ что можно было говорить о «разсасываніи» ея. Еще черезъ недѣлю опухоль уменьшилась такъ, что уже едва опредѣлялась: она почти исчезла. Температура въ это время держалась, кромѣ первыхъ дней (было небольшое повышеніе) въ нормальныхъ предѣлахъ.

Изъ этихъ данныхъ можно вывести, что 1) у больного послѣ травмы быстро (на 6-ой день, а можетъ быть и раньше—см. напряженіе, болѣзненность особенно въ подложечной области) развилась припухлость; 2) припухлость эта не исходила изъ печени; 3) она лежала за желудкомъ; 4) лихорадочныхъ движеній въ это время не было.

До дня выписки изъ больницы, т. е. до 17/xII, въ состояніи больного произошли слѣдующія перемѣны: опухоль почти исчезла, но не совсѣмъ ее можно было опредѣлять и въ послѣдній день. Одно время у больного былъ циститъ, продолжавшійся, впрочемъ, не долго. Рвоты въ послѣднее время не было. Выписался больной въ удовлетворительномъ состояніи.

До новаго года онъ чувствовалъ себя довольно хорошо, только слабость не оставляла его. Одно время былъ отекъ ногъ, скоро прошедшій. Съ начала-же января состояніе здоровья безъ особыхъ причинъ сразу ухудшилось: появились сильныя боли въ животѣ, который сталъ быстро увеличиваться; опять наступила рвота; съ каждымъ днемъ больной сталъ худѣть и слабѣть, вслѣдствіе чего и поступилъ въ клинику, гдѣ у него была найдена значительная упругая опухоль въ надчревьи со своеобразнымъ отношеніемъ къ желудку, къ печени и т. д., словомъ, явленія, подробно отмѣченныя выше.

Всѣхъ этихъ данныхъ—траума, въ анамнезѣ, быстрое развитіе опухоли, періодическое исчезаніе и появленіе ея вновь, припадки со стороны желудка (кардіальгія, тошнота, рвота); сильное истощеніе, потеря силъ, особенно-же положеніе опухоли и отношеніе ея къ послѣднимъ органамъ (положеніе ея въ области надчревья, преимущественно влѣво отъ средней линіи, круглая форма, упругая, гладкая поверхность, за исключеніемъ нижняго края, зыбленіе хоть и не ясное, неподвижность при двигательныхъ движеніяхъ, біеніе вслѣдствіе положенія опухоли надъ брюшной аортой и т. д.)—всѣхъ этихъ данныхъ, говорю, было достаточно, чтобы придти къ заключенію, что на почвѣ несомнѣнной траумы дов. быстро возникала опухоль, лежавшая позади желудка, въ области малаго сальника, resp. поджелудочной железы.

Какого-же свойства была эта опухоль? Извѣстно, что траума играетъ в. видную роль въ возникновеніи цѣлаго ряда заболѣваній внутреннихъ органовъ (*Stern*, *Гейнацъ* и др.). Большинство авторовъ согласны въ томъ, что траума во многихъ случаяхъ способствуетъ проявленію того или другого заболѣванія, а въ нѣкоторыхъ—и вызываетъ его *).

Принявъ въ этомъ случаѣ возникновеніе опухоли на почвѣ траумы, нужно было рѣшить, какого характера была она. Рѣчь могла идти объ эхинококкѣ, аневризмѣ аорты, цистокарциномѣ resp. саркомѣ и кистѣ поджелудочной железы—истинной или ложной, т. е. о кровоизліяніи съ воспалительными явленіями въ области малаго сальника. Тщательное изслѣдованіе больного и наблюденіе въ клиникѣ показало, что для того, чтобы принять одно изъ первыхъ 3-хъ заболѣваній, имѣлось слишкомъ мало данныхъ, въ особенности это относилось къ эхинококку и что, вѣроятно, здѣсь была истинная или ложная киста поджелудочной железы, сдвинувшая желудокъ кпереди и кверху и сдавившая его въ выходной части, отчего и произошли смѣщеніе и расширеніе его со всѣми послѣдствіями. Труднѣе было рѣшить, какъ относилось къ печени продолженіе главной массы опухоли вправо, къ правому подреберью. Здѣсь болѣзненность брюшныхъ покрововъ была такъ сильна, что разграничить ощупываніемъ эту опухоль отъ печени оказалось невозможнымъ, а потому не была исключена вѣроятность измѣненій и въ самой печени на почвѣ траумы. Опредѣлить характеръ этихъ измѣненій, если они существовали, было невозможно. Необходимо было разобраться, кромѣ того, съ какой кистой имѣлось дѣло—съ истинной или ложной? Отсутствіе сахара и наличность индикана въ мочѣ говорили за то, что, вѣроятно, поджелудочная железа сама не была задѣта, хотя, конечно, эти признаки не безусловно надежны (*Oser*, *Körte* и др.); отсутствіе трипсина въ жидкости, добытой изъ кисты послѣ операціи, исключало уже съ большей убѣдительностью наличность кисты въ самой поджелудочной железѣ, хотя не надо забывать, что бродилъ при истинныхъ кистахъ поджелудочной железы часто не находили. Эти данныя все-таки говорили болѣе за ложную кисту поджелудочной железы, что и подтвердилось на вскрытіи.

Чтобы, однако, подробнѣе выяснить вышеописанный случай и указать его мѣсто въ ряду другихъ подобныхъ, считаю необходимымъ коснуться сущности разбираемой болѣзни—анатоміи, этіологіи и генеза ея. Точное патолого-анатомическое изслѣдованіе было произведено только у очень малаго числа оперированныхъ больныхъ. У большинства изъ нихъ киста вскрывалась, вшивалась въ рану, дренировалась, кусочки для изслѣдованія брались лишь въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Гораздо болѣе сдѣлано изслѣдованій въ случаяхъ послѣ вылущенія кисты или въ случаяхъ, закончившихся смертью. Не буду останавливаться на рѣдкихъ случаяхъ т. наз. пролифераціонныхъ кистъ—кисто-аденомахъ, такъ какъ изслѣдованій въ этомъ направленіи сдѣлано очень мало. Эти случаи представляютъ почти исключительно анатомическій интересъ и прямо къ моему случаю не относятся. Гораздо чаще встрѣчались случаи кистъ другого характера. *Virchow* въ ученіи объ опухоляхъ упоминаетъ о расширенія выводного протока поджелудочной железы.

Эти расширенія—кисты—бываютъ небольшой величины и рѣдко даютъ поводъ къ хирургическому вмѣшательству. Онѣ разви-

*) Литература по этому вопросу въ настоящее время громадна и очень обстоятельно собрана проф. *Stern*'омъ въ его книгѣ—Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten, Breslau, 1900.

Digitized by Google

ваются отъ сдавленія протоковъ опухолями или рубцами, а также отъ застреванія въ протокахъ камушковъ. При большихъ-же кистахъ въ области поджелудочной железы рѣдко можно установить связь ихъ съ послѣдней. *Virchow* обращаетъ особое вниманіе на то, что при большихъ опухоляхъ въ области поджелудочной железы не всегда можно рѣшить, откуда онѣ исходятъ. Онъ подчеркиваетъ, что кисты въ этой области могутъ быть, помимо поджелудочной железы, въ мѣшкѣ большого сальника, лимфатическихъ железахъ и др.

Ко взгляду *Virchow*'а присоединились *Klebs*, *Birch-Hirschfeld*, *Orth* и *Ziegler*. *Friedrich* въ своей монографіи о заболѣваніяхъ поджелудочной железы относитъ кисты ея исключительно къ ретенціоннымъ; рѣдко онѣ образуются вслѣдствіе кровоизліяній (гэморрагическія кисты). *Körte*, на 18 случаевъ вскрытій при оперированныхъ и не оперированныхъ кистахъ лишь въ 4 могъ установить связь кисты съ выводнымъ протокомъ. Въ 15 изъ этихъ случаевъ все-же железа не оставалась нетронутой: въ ней можно было найти измѣненія съ характеромъ хроническаго межуточнаго воспаленія. *Baudach* на микроскопическихъ срѣзахъ нашелъ сильное увеличеніе и разростаніе сосудовъ, расширеніе соединительно-тканныхъ прослоекъ и инфильтрацію ихъ круглыми клѣтками.

Въ новѣйшее время этимъ вопросомъ занимались *Tilger* и *Dieckoff*. Очень обстоятельное описаніе даетъ *Tilger*. Онъ нашелъ сильное межуточное воспаленіе—значительное развитіе соединительной ткани, замѣтной особенно кругомъ долекъ, ограничивавшей и сдавливавшей ихъ. О сильномъ жировомъ перерожденіи всего органа рядомъ съ кистой упоминаютъ *Cl. Bernard*, *v. Recklinghausen* и *Clarke*. *Goodman* говоритъ объ атрофіи железы. *Stieda* нашелъ железистую ткань отъ головки до хвоста, гдѣ была расположена киста, совершенно неизмѣненной.

Стѣнки кисты въ очень многихъ случаяхъ состояли изъ плотной, бѣдной клѣтками соединительной ткани. Толщина ея представляла всевозможныя колебанія. Часто въ стѣнкахъ находили расширенные сосуды. На стѣнкѣ обыкновенно встрѣчались отложенія пигмента, какъ остатокъ раньше бывшаго кровоизліянія въ ней. Эпителіальной обкладки внутренней стѣнки чрезвычайно часто совсѣмъ не было, лишь въ случаяхъ *Martin*'а, *Zweifel*'я, *Bozeman*'а (прив. по *Körte*) стѣнка кисты была выстлана цилиндрическимъ эпителіемъ. Въ случаѣ-же, напр., *Heinricius*'а эпителія не было въ главной кистѣ, но побочныя кисты были выстланы имъ. *M. Richardson* говоритъ, что въ его случаѣ внутренняя поверхность кисты представляла изъ себя слизистую оболочку (?), но не упоминаетъ, какого характера была эта «слизистая» оболочка и было-ли сдѣлано въ его случаѣ микроскопическое изслѣдованіе? Такую рѣдкую находку эпителія на внутренней поверхности кисты *Körte* считаетъ возможнымъ поставить въ связь съ переваривающими свойствами содержимаго кисты. Этимъ-же можно объяснить и то обстоятельство, что большія полости кистъ поджелудочной железы запустѣвали послѣ простого вшиванія и дренажа, между тѣмъ какъ такое запустѣваніе происходитъ очень медленно или вовсе не наблюдается въ случаѣ кистъ, выложенныхъ эпителіемъ, въ кистахъ яичника, напр. Лишенная эпителія соединительно-тканная стѣнка кисты поджелудочной железы способна быстро гранулировать, что ведетъ къ уничтоженію полости.

Послѣ этихъ вкратцѣ приведенныхъ мною анатомическихъ данныхъ, въ общемъ довольно сбивчивыхъ, иногда даже противорѣчивыхъ, чтобы установить ясную картину патолого-анатомическихъ измѣненій при кистахъ поджелудочной железы, на очереди вопросъ о происхожденіи и характерѣ этой болѣзни.

Я уже говорилъ, что подъ кистами поджелудочной железы разумѣются различныя заболѣванія, анатомически и этіологически ничего общаго между собой не имѣющія. Поэтому нѣтъ ничего удивительнаго, что нѣтъ согласія и въ отношеніи происхожденія и характера «кистъ поджелудочной железы».

Прежде всего спрашивается, можно-ли кисты поджелудочной железы считать кистами истинными, ретенціонными кистами въ строгомъ смыслѣ этого слова?

Въ случаяхъ, гдѣ примѣнено было хирургическое вмѣшательство и сдѣлано анатомическое изслѣдованіе, принять безусловно этотъ способъ происхожденія нельзя. Изслѣдованія *Virchow*'а, *Recklinghausen*'а, *Klebs*'а и др. учатъ, что такія ретенціонныя кисты, кистовидныя расширенія протоковъ существуютъ, но къ хирургамъ онѣ не попадаютъ, такъ какъ не достигаютъ значительной величины. Опыты *И. П. Павлова*, *Arnozon-Waillard*'а, *Ribbert*'а, *Körte* на собакахъ, кроликахъ и кошкахъ показали, что при перевязкѣ одного или обоихъ протоковъ поджелудочной железы не наступало расширенія периферическаго отдѣла. Обыкновенно въ отдѣленной части происходило перерожденіе паренхимы и развитіе соединительной ткани. Конечно, изъ этихъ опытовъ нельзя сразу-же выводить заключенія, что у людей при закупоркѣ выводныхъ протоковъ не можетъ наступать измѣненій въ железистой ткани, особенно если закупорка эта продолжается долго,—измѣненій, которыя приводятъ къ расширенію железистыхъ пузырьковъ и ихъ выводныхъ протоковъ. Далѣе, въ очень многихъ случаяхъ въ содержимомъ кистъ находили примѣсь крови отъ небольшого ея количества до почти полнаго преобладанія. Это свойство—кровянистое содержимое кистъ—заставило установить отдѣльный видъ кистъ гэморрагическихъ (*Friedreich*).

Въ какомъ отношеніи кисты эти находятся къ кистамъ ретенціоннымъ, представляютъ-ли онѣ самостоятельный видъ, или только видоизмѣненіе послѣднихъ? О происхожденіи кистъ этого рода имѣется 2 взгляда. Одни принимаютъ, что можетъ произойти кровоизліяніе въ паренхиму железы, послѣдствіемъ котораго и является киста. Такъ смотрятъ *Gussenbauer* и *Friedreich*. *Hagenbach*-же различаетъ апоплектическія кисты, происходящія въ паренхимѣ, измѣненной новообразованіемъ, въ размягченной, вообще перерожденной ткани, и кровоизліянія въ полость уже существующей кисты. Такого-же взгляда держатся *Kühnast*, *Baudach* (прив. по *Körte*), *Schröder*. *Küster* и *Lindner* не признаютъ кровоизліяніе за причину образованія кистъ. Иначе смотрятъ на дѣло *Tilger* и *Dieckoff*. *Tilger* полагаетъ, что нѣтъ никакого основанія принимать кровоизліяніе первичнымъ явленіемъ и важнымъ условіемъ для происхожденія гэморрагическихъ кистъ. Онъ рѣшительнѣе и опредѣленнѣе, чѣмъ объ этомъ говорили до него, высказывается, что хроническое межуточное воспаленіе, т. е. разростаніе соединительной ткани вокругъ долекъ играетъ первичную, важнѣйшую роль въ происхожденіи кистъ. Такимъ путемъ отшнуровываются небольшіе пузырьки железистой ткани и ихъ протоковъ, а отсюда вслѣдствіе перерожденія эпителія происходятъ микроскопическія кисты. Межклубочковыя прослойки исчезаютъ, и маленькія кисты сливаются въ большія. Не нужно забывать о вліяніи бродила на болѣзненно измѣненную ткань. Быть можетъ, и кровоизліянія, такъ часто наблюдаемыя и при большихъ, и при малыхъ кистахъ, происходятъ вслѣдствіе переваривающаго дѣйствія содержимаго на пробѣгающіе въ стѣнкахъ, часто расширенные сосуды. На это указываетъ и *Klebs*. Гибель эпителіальной обкладки въ большихъ кистовидныхъ образованіяхъ въ то время, какъ въ малыхъ кистахъ эпителій сохраняется, можетъ быть объяснена также переваривающими свойствами жидкости. Хроническій-же межуточный панкреатитъ можетъ вызываться раздраженіемъ изъ кишечника черезъ выводной протокъ. Въ данномъ случаѣ играютъ роль хроническія страданія желудка и кишекъ, обычное потребленіе алкоголя и др. условія. Періодическія склейки и съуженія выводного протока вслѣдствіе катарральныхъ измѣненій и рубцовъ вокругъ него или-же камней въ немъ могутъ также раздражать железистую ткань и вести къ хроническому межуточному воспаленію. Такимъ образомъ, если препятствіе къ выдѣленію не служитъ прямой причиной образованія кистъ, то косвенно оно обусловливаетъ образованіе ихъ, вызывая межуточное воспаленіе. *Körte* полагаетъ, что такой возможности отвергать нельзя, по крайней мѣрѣ, въ отношеніи нѣкоторыхъ случаевъ.

Перехожу къ травматическимъ кистамъ поджелудочной железы, имѣющимъ наиболѣе близкое отношеніе къ моему случаю.

Клиническія наблюденія показываютъ, что ушибы въ верхнюю часть живота у людей, до того времени совершенно здоровыхъ, влекутъ за собой развитіе кистовидныхъ образованій, исходящихъ изъ области поджелудочной железы. Время, протекающее отъ повреждения до установленія опухоли, различно—отъ нѣсколькихъ дней, недѣль до мѣсяцевъ, даже лѣтъ. Очень часто эти кистовидныя образованія содержатъ кровянистую жидкость; но не такъ рѣдки случаи, когда въ кистахъ находили свѣтлое, сывороточное,

Digitized by Google

слизистое содержимое. Въ содержимомъ кисты во многихъ случаяхъ открывали одно или нѣсколько бродилъ поджелудочной железы, или-же ихъ получали изъ жидкости, отдѣлявшейся черезъ свищъ. Этимъ устанавливалась связь кисты съ поджелудочной железой.

Анатомическихъ изслѣдованій въ случаяхъ кистъ поджелудочной железы травматическаго происхожденія произведено немного, такъ какъ въ большинствѣ ихъ получалось излѣченіе путемъ вшиванія и дренажа. Лишь въ случаѣ *Eve* (прив. по *Körte*) было произведено вылущеніе съ благопріятнымъ результатомъ. Такой исходъ говоритъ за то, что у кисты имѣется собственная стѣнка; къ сожалѣнію, въ случаѣ *Eve* изслѣдованія кисты сдѣлано не было.

Вскрытіе было произведено лишь въ 2-хъ случаяхъ— *Le Dentu* и *Richardson*'а. Развитіе кисты, какъ въ случаѣ *Le Dentu*, такъ, вѣроятно, и въ случаѣ *Richardson*'а, можно вполнѣ поставить въ связь съ предшествовавшей траумой.

Въ случаѣ *Le Dentu* (прижизненное распознаваніе было «kyste séreux du foie») оказалась киста полости малаго сальника, такъ тѣсно однако связанная съ поджелудочной железой, что отдѣлить ее отъ послѣдней не было ни малѣйшей возможности. *Wirsungi*'евъ протокъ былъ проходимъ.

Случай *Richardson*'а (прижизненное распознаваніе было «cysta pancreatica») представлялъ изъ себя, вѣроятно,—такъ принимаетъ это *Whitney*, производившій вскрытіе,—расширеніе выводного протока железы: между желудкомъ и ободочной кишкой находилась киста, прикрытая сальникомъ и выстланная слизистоподобной оболочкой; выводной протокъ железы сообщался съ кистой; стѣнки послѣдней были такъ тѣсно соединены съ окружавшими частями, что отдѣлить кисту было невозможно. (О микроскопическомъ изслѣдованіи не сообщается).

Результаты патолого-анатомическихъ изысканій въ этой области, такимъ образомъ, очень незначительны.

Что касается происхожденія травматическихъ кистъ, то взгляды на него тоже различны. Въ то время, какъ одни считаютъ такія кисты кистами истинными, *Lloyd* на основаніи 2-хъ собственныхъ наблюденій приходитъ къ заключенію, что кисты, принимаемыя за травматическія кисты поджелудочной железы, представляютъ собой не всегда собственно кисты, а лишь кровоизліянія въ полость малаго сальника (lesser peritoneal cavity).

Выводы *Lloyd*'а слѣдующіе: Ушибы въ верхнюю часть живота могутъ вести къ развитію опухоли въ области надчревья, пупка и лѣваго подреберья. Опухоли эти состоятъ изъ скопленія жидкости въ полости малаго сальника (lesser peritoneal cavity). Если въ содержимомъ такихъ опухолей находятъ сахарообразующее бродило, то можно думать, что повреждена поджелудочная железа. Распознаваніе изліяній въ полость малаго сальника можетъ быть сдѣлано передъ операціей на основаніи характеристической формы скопленія. Рано произведенный срединный разрѣзъ и дренажъ есть вѣрнѣйшее и лучшее пособіе.

Изученіемъ отношеній кистъ поджелудочной железы къ кистовиднымъ образованіямъ въ брюшинѣ занимался и *Theodor Fisher*.

Онъ собралъ изъ литературы 20 такихъ случаевъ и присоединилъ къ нимъ свой собственный. Случаи эти по происхожденію и способу своего развитія имѣютъ огромное сходство съ приводимыми въ литературѣ, какъ случаи кистъ поджелудочной железы.

Послѣ траумы въ подложечной области появляются сильныя боли при припадкахъ раздраженія брюшины. Затѣмъ, часто наступаетъ періодъ покоя, и припадки раздраженія стихаютъ. Но черезъ нѣсколько недѣль или мѣсяцевъ въ надчревьѣ или близь него развивается опухоль. При проколѣ получается кровянистая, коричнево-красная жидкость. Иногда послѣ повторныхъ проколовъ наблюдалось излѣченіе. Въ другихъ случаяхъ траумы не было, а опухоль развивалась при повторявшихся коликообразныхъ боляхъ, или-же постепенно, незамѣтно, безъ большихъ болей.

Нарисованная картина, дѣйствительно, очень похожа на ту, что наблюдается при т. наз. кистахъ поджелудочной железы. Хотя жидкость ни въ одномъ случаѣ (*Fisher*) не была изслѣдована на содержаніе въ ней бродилъ поджелудочной железы, но произведенное въ нѣкоторыхъ случаяхъ вскрытіе показало, что кисты не имѣли въ нихъ отношенія къ поджелудочной железѣ. На основаніи этого *Fisher* и принимаетъ, что многочисленныя кисты поджелудочной железы, разсматриваемыя, какъ таковыя, не имѣютъ никакой связи или только косвенную вторичную съ этимъ органомъ. Если въ содержимомъ кисты и находятъ бродила поджелудочной железы, то это обстоятельство не говоритъ еще за кисту этой послѣдней, ибо вслѣдствіе давленія кисты на железу секретъ ея могъ поступить въ кисту. *Fisher* удивляется, почему кровоизліяніе должно происходить скорѣе въ плотную паренхиму органа, а не въ свободную полость—въ полость-ли малаго сальника или подъ листокъ брюшины? По мнѣнію-же *Körte* отъ давленія кисты на железу секретъ послѣдней едва-ли можетъ поступить въ полость кисты; скорѣй киста отодвинетъ железу или вызоветъ въ ней атрофію.

Изъ приведенныхъ изслѣдованій *Fisher*'а и *Lloyd*'а слѣдуетъ, что внутрибрюшинное травматическое кровоизліяніе имѣетъ большое сходство съ кистовидными образованіями въ поджелудочной железѣ, происходящими послѣ поврежденій. Рѣшить вопросъ при жизни больного, съ чѣмъ имѣется дѣло, можно лишь путемъ открытія въ содержимомъ кисты характерныхъ бродилъ, указывающихъ на связь кисты съ поджелудочной железой.

*Körte*, вопреки *Fisher*'у и *Lloyd*'у, не находитъ возможнымъ разсматривать всѣ или бо́льшую часть травматическихъ кистъ поджелудочной железы, какъ осумкованныя кровоизліянія въ брюшину. «Этому, говоритъ онъ, противорѣчитъ обстоятельство, что въ немаломъ числѣ такихъ случаевъ при разрѣзѣ или проколѣ находили свѣтлую, прозрачную, какъ вода, или слегка желтоватую жидкость, равно какъ и бродила поджелудочной железы въ содержимомъ кисты или въ отдѣляемомъ изъ свища».

Вопросъ, какъ часто упомянутыя образованія нужно разсматривать за кисты поджелудочной железы и какъ часто за ложныя кисты, расположенныя близь послѣдней, нельзя рѣшить съ точностью въ виду недостатка анатомическихъ изслѣдованій. Самъ *Körte* раздѣляетъ травматическія кисты поджелудочной железы на 2 категоріи. Однѣ, по его мнѣнію, развиваются медленно, иногда сопровождаясь воспалительными явленіями. Въ этихъ случаяхъ опухоль появляется черезъ нѣсколько недѣль, мѣсяцевъ. По *Tilger*'у, траума здѣсь вызываетъ межуточное воспаленіе железы, что и влечетъ за собой образованіе кисты. 2-ю категорію составляютъ случаи, въ которыхъ опухоль развивается быстро за траумой—отъ нѣсколькихъ дней до недѣль, иногда мѣсяцевъ. Эту категорію, говоритъ *Körte*, нельзя, пожалуй, разсматривать, какъ случаи истинныхъ кистовидныхъ образованій въ поджелудочной железѣ. Скорѣе ихъ нужно считать случаями ложныхъ кистъ, т. е., разсматривать ихъ, какъ изліянія крови или воспалительныхъ продуктовъ въ полость малаго сальника либо подъ листокъ брюшины, покрывающій железу.

Подробнѣе развитіе кисты можно по *Körte* представить себѣ такъ: вслѣдствіе удара въ верхнюю часть живота происходитъ поврежденіе железы и листка брюшины, покрывающаго ее; листокъ брюшины, отдѣляющій железу отъ полости малаго сальника, разрывается, и въ полость малаго сальника изливается кровь или секретъ железы; вслѣдствіе воспалительной склейки *Winslov*'іева отверстія получается полость, не сообщающаяся съ полостью брюшною, т. е. получается кистовидная опухоль-киста между желудкомъ и поперечной кишкой; въ другихъ случаяхъ изліяніе происходитъ подъ листокъ брюшины, покрывающей железу; если это, наполненное жидкостью пространство, выпячивая передъ собой листокъ брюшины, займетъ область малаго сальника, опять получится какъ-бы киста малаго сальника.

Въ концѣ концовъ *Körte* различаетъ слѣдующія 5 группъ кистъ поджелудочной железы: 1) кисты ретенціонныя выводного протока (*Virchow*)—рѣдко попадаютъ хирургамъ; 2) кисты пролифераціонныя ткани поджелудочной железы—кисто-аденомы; кистовидныя эпителіомы; 3) кисты ретенціонныя пузырьковъ и малыхъ выводныхъ протоковъ, которымъ предшествуетъ межуточный панкреатитъ. Какъ на причину, въ данномъ случаѣ можно указать на раздраженія хроническаго характера (алкоголизмъ, воспаленія, распространяющіяся изъ кишечника на выводной протокъ и на трауму, влекущія за собой межуточный панкреатитъ (*Tilger*); 4) псейдо-кисты—кистовидныя образованія, происходящія вслѣдъ за воспалительными или травматическими заболѣваніями поджелудочной железы. «Кисты» въ данномъ случаѣ, занимая то или другое положеніе, исходятъ изъ поджелудочной железы и, слѣд., связаны съ ней; 5) кромѣ того, можно выдѣлить еще группу— кисты области малаго сальника, съ поджелудочной железой совершенно не связанныя. Съ клинической точки зрѣнія можно разсматривать вмѣстѣ, принимая за одно заболѣваніе, кисты поджелудочной железы, изліянія, стоящія

Digitized by Google

въ связи съ ней, и перипанкреатическія ложныя кисты, хотя анатомически эти заболѣванія и различны (*Körte*).

Возвращаясь снова къ своему случаю, считаю необходимымъ подчеркнуть, что онъ представляетъ собой, по видимому—насколько удалось мнѣ собрать литературу вопроса—3-й случай травматической кисты поджелудочной железы, въ которомъ было произведено вскрытіе, и 2-й случай кровоизліянія именно въ полость малаго сальника. Анатомическое-же изслѣдованіе—макро- и микроскопическое—представлено мною, пожалуй, подробнѣй другихъ. Вышеприведенные результаты гистологическаго изученія моего случая скорѣе противорѣчатъ теоріи *Tilger*'а о происхожденіи кистъ поджелудочной железы, такъ какъ оно обнаружило межуточное воспаленіе послѣдней и въ тоже время кисту не поджелудочной железы, а малаго сальника. Микроскопическое изслѣдованіе показало далѣе, что развитіе соединительной ткани по прослойкамъ, вокругъ пузырьковъ, повело не къ образованію кистъ вслѣдъ за «отшнуровываніемъ пузырьковъ и исчезаніемъ промежуточныхъ прослоекъ между маленькими кистами», а къ запустѣванію этихъ отшнуровавшихся пузырьковъ и малыхъ выводныхъ протоковъ и къ атрофіи железистой ткани, гдѣ развитіе ткани соединительной было особенно сильное.

Опровергая такимъ образомъ взглядъ *Tilger*'а, мой случай говоритъ въ тоже время въ пользу воззрѣнія *Körte*, собственно высказаннаго еще раньше *Fisher*'омъ и лишь немного видоизмѣненнаго *Körte*. Дѣйствительно, въ моемъ случаѣ опухоль развилась быстро вслѣдъ за траумой, а на вскрытіи, согласно съ взглядомъ *Körte*, оказалось скопленіе жидкости близь поджелудочной железы, а не истинная киста этой послѣдней.

**Литература:** *Körte*. Die chirurgischen Krankheiten und die Verletzungen des Pancreas. Stuttgart. 1898, Deutsche Chirurgie, 450.- *Oser*. Die Erkrankungen des Pancreas. Wien. 1898. Spec. Pathologie und Therapie v. *Nothnagel*, т. XVIII, I—II.—*Soles Boeckel*. Des kystes pancréatiques. Paris. 1891. — *Heinricius*. Ueber die Cysten und Pseudocysten des Pancreas. Berlin. 1897. «Archiv für klinische Chirurgie von *Langenbeck*», т. 54. — *Jordan Lloyd*. Injury to the pancreas a cause of effusions into the lesser peritoneal cavity. «British Medical Journal», 1892, № 12.—*Theodor Fisher*. Peritoneal sanguineous cysts and their relation to cysts of the pancreas. «Guy's Hospital Reports», т. XLIX, 1893. — *Tilger*. Beitrag für pathologische Anatomie und Aethiol. der Pancreascysten. «*Virchow*'s Archiv», т. 137, 1894.—*Dieckoff*. Beiträge zur pathol. Anatomie des Pancreas. Leipzig. 1896.—*Klebs*. Handbuch der pathol. Anatomie, 1876, т. I, ч. 2.—*Birch-Hirschfeld*. Lehrbuch der pathol. Anatomie, Leipzig, 1895, т. II, тетр. 24.—*Orth*. Lehrbuch der speciell. pathologischen Anatomie, Berlin, 1887, т. I. — *Ziegler*. Specielle pathol. Anatomie, Jena. — *Virchow*. Geschwülste, т. I. — *Friedreich*. Krankheiten des Pancreas. Handbuch v. *Ziemssen*, т. 8, 1878. — *В. И. Разумовскій*. «Лѣтопись Русской Хирургіи», т. IV, 2, XV, 1899.—*Zahn*. Ueber drei Fälle von Blutungen in die Bursa omentalis und ihre Umgebung. «Archiv f. pathol. Anatomie und Physiologie von *Virchow*», т. 124, 1891.—*Stanisław Jasiński*. O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy. «Przegląd lekarski», 1903, №№ 8—12.

---

Изъ академической глазной клиники проф. Л. Г. Беллярминова.

## О лѣченіи болѣзней слёзныхъ путей электролизомъ.

**А. В. Лотина.**

Сообщено на IX Пироговскомъ Съѣздѣ.

*(Окончаніе. См. выше, № 21, стр. 770).*

Перехожу къ бленнорройнымъ дакріоциститамъ или гнойнымъ катаррамъ слёзныхъ путей.

Электролизъ былъ мною примѣненъ въ 21 случаѣ бленноррейнаго дакріоцистита у 20 больныхъ. О степени съуженія слёзноносового канала въ этихъ случаяхъ нужно сказать, что съ болѣе или менѣе значительнымъ затрудненіемъ при первомъ зондированіи послѣдовательно удалось ввести зонды: въ 4 случаяхъ до № 6 включительно, въ 3 до № 5, въ 3 до № 4, въ 6 до № 3, въ 4 случаяхъ съ трудомъ прошелъ зондъ № 2 и, наконецъ, въ 1 случаѣ зонды совершенно не проходили. Электролизомъ достигнуто расширеніе слёзноносового канала до № 6 въ 17 случаяхъ, до № 5 въ 3 (изъ нихъ въ 2 лѣченіе не закончено) и до № 4 въ 1 (лѣченіе не закончено). Какъ было сказано выше, электролизъ какъ при катарральныхъ, такъ и при бленноррейныхъ дакріоциститахъ примѣнялся и по достиженіи расширенія слёзноносового канала, до тѣхъ поръ, пока не прекращалось отдѣленіе гноя и слизи изъ слёзнаго мѣшка. Въ среднемъ при бленноррейныхъ дакріоциститахъ примѣнено было 4—5 сеансовъ электролиза, а именно: въ 1 случаѣ 1 сеансъ, въ 6—2, въ 2—3, въ 4—4, въ 1—5, въ 2—6, въ 2—7, въ 2—8 и, наконецъ, въ 1—9. Въ 13 случаяхъ, помимо электролиза, произведено отъ 1 до 5 (въ среднемъ 2) зондированій и противогнилостныхъ промываній черезъ зондъ; въ 8-же случаяхъ, помимо электролиза, произведено отъ 6 до 20 зондированій и противогнилостныхъ промываній черезъ зондъ, дѣлавшихся частью по окончаніи сеансовъ, частью въ промежуткахъ между сеансами электролиза. Продолжительность лѣченія въ первыхъ 13 случаяхъ равнялась въ среднемъ 3 недѣлямъ, а въ послѣднихъ 8 приблизительно $3^1/_2$ мѣс.; такая длительность обусловливалась отчасти большими перерывами, которые больные дозволяли себѣ дѣлать во время лѣченія. Что касается исходовъ, то въ 5 случаяхъ получилось полное выздоровленіе, т. е. прекратилось какъ отдѣленіе гноя и слизи, такъ и слезотеченіе, въ 4 получилось выздоровленіе съ послѣдовавшимъ спустя нѣкоторое время возвратомъ, въ 10—значительное улучшеніе, въ 1—значительное улучшеніе съ послѣдовавшимъ затѣмъ возвратомъ и въ 1—улучшеніе въ меньшей степени. Не касаясь здѣсь случаевъ, въ которыхъ послѣдовало выздоровленіе, такъ какъ большинство изъ нихъ будутъ приведены ниже, скажу объ остальныхъ случаяхъ.

Изъ 4 случаевъ, въ которыхъ электролизомъ было достигнуто выздоровленіе, но затѣмъ послѣдовалъ возвратъ, въ 1-мъ, гдѣ послѣ 4 сеансовъ электролиза, спустя 3 недѣли отъ начала лѣченія, совершенно прекратилось отдѣленіе гноя и слизи, а также и слезотеченіе, по истеченіи 4 мѣс. развился флегмонозный дакріоциститъ, произвольно вскрывшійся, послѣ котораго осталось слезотеченіе въ слабой степени на вѣтру и на яркомъ свѣту (случай прослѣженъ въ теченіи 1 года). Во 2-мъ случаѣ, гдѣ, по видимому, было рубцовое съуженіе слёзноносового канала, возвратъ наступилъ спустя приблизительно 2 мѣс. по окончаніи лѣченія, и послѣ вторичнаго излѣченія электролизомъ опять послѣдовалъ возвратъ; въ настоящее время зондъ провести не удается. Слезотеченія, по заявленію больного, нѣтъ; изъ слёзнаго мѣшка выдавливается немного слезы. Въ 3-мъ случаѣ, въ которомъ безуспѣшно примѣнялось лѣченіе зондированіями и промываніями въ теченіи зимы 1902—1903 г., зонды при первомъ изслѣдованіи совершенно не проходили; черезъ 3 недѣли отъ начала лѣченія послѣ 3 сеансовъ электролиза послѣдовало выздоровленіе и достигнуто расширеніе слёзноносового канала до зонда № 6. Черезъ $2^1/_2$ мѣс. больная явилась съ возвратомъ катарральнаго дакріоцистита, при чемъ довольно свободно прошелъ зондъ № 4. Подъ вліяніемъ снова примѣненнаго электролиза опять получилось значительное улучшеніе: свободно проходитъ зондъ № 6. Въ 4-мъ случаѣ также безрезультатно производились зондированія и промыванія черезъ зондъ въ теченіи 2 мѣс. Изъ слёзнаго мѣшка выдавливалось много слёзъ съ примѣсью вонючаго гноя. Послѣ 2 сеансовъ электролиза и 1 зондированія и промыванія какъ слезотеченіе, такъ и отдѣленіе гноя изъ мѣшка прекратились; осталось лишь скопленіе по временамъ въ расширенномъ слёзномъ мѣшкѣ небольшого количества слёзъ, стекающихъ при давленіи на мѣшокъ въ носъ. Черезъ $7^1/_2$ мѣс. больная явилась съ возвратомъ бленноррейнаго дакріоцистита (въ болѣе легкой степени), наступившимъ черезъ 2 недѣли по окончаніи лѣченія. Она вторично была подвергнута лѣченію: произведено 6 сеансовъ электролиза, 3 зондированія и 9 промываній въ теченіи 4 мѣс. Какъ слезотеченіе, такъ и отдѣленіе гноя прекратились. Временами скопляется только ничтожное количество слезъ въ слёзномъ мѣшкѣ, выдавливаемое въ носъ.

Изъ 10 случаевъ, въ которыхъ отмѣчено значительное улучшеніе, въ 8 отдѣленіе гноя и слизи изъ мѣшка прекра-

Digitized by Google

тилось, а слезотеченіе осталось въ значительно меньшей степени, чѣмъ было ранѣе (въ 2 изъ этихъ случаевъ прекратилось и слезотеченіе); въ 3 случаяхъ осталось скопленіе по временамъ небольшого количества слезы въ слёзномъ мѣшкѣ, а въ 2, кромѣ того, небольшое отдѣленіе слизи изъ слёзнаго мѣшка.

Въ 1 случаѣ, гдѣ отмѣчено значительное улучшеніе съ послѣдующимъ возвратомъ, послѣ 1-го-же сеанса электролиза прекратилось отдѣленіе гноя, но послѣ 2-го больной явился только спустя 5 недѣль съ возвратомъ дакріоцистита въ меньшей степени и не пожелалъ подвергнуться дальнѣйшему лѣченію. Наконецъ, въ 1 случаѣ послѣдовало небольшое улучшеніе, такъ какъ послѣ 2-хъ сеансовъ больная, въ виду общаго разстройства нервной системы, прекратила лѣченіе.

Привожу нѣкоторыя исторіи болѣзней.

1. П. П., 42 л. Правосторонній бленнорройный дакріоциститъ. Кромѣ того, близорукій астигматизмъ и пресбіопія. Слезотеченіе изъ праваго глаза около 4, а отдѣленіе гноя изъ мѣшка около 2 лѣтъ. По словамъ больной, изъ мѣшка выдавливается значительное количество желтаго гноя. 2/x 1903 г.: Изъ праваго слёзнаго мѣшка выдавливается слеза съ небольшою примѣсью слизи (больная уже выдавила передъ изслѣдованіемъ содержимое мѣшка). Послѣ расщепленія нижняго слёзнаго канальца введенъ зондъ № 2, прошедшій съ большимъ трудомъ: съуженіе въ нижней части канала. Послѣ 3 (съ недѣльными промежутками) сеансовъ электролиза (въ теченіи 5 мин. токомъ въ 4--5 МА) зондами №№ 2, 4 и 5, какъ отдѣленіе гноя, такъ и слезотеченіе, за исключеніемъ легкаго слезотеченія на вѣтру, прекратились. Еще спустя недѣлю свободно прошелъ зондъ № 6. Исправлены стеклами близорукій астигматизмъ и пресбіопія. Черезъ мѣсяцъ отъ начала лѣченія (6/xi) П. заявила, что слезотеченіе совершенно прекратилось; свободно прошелъ зондъ № 6. Черезъ 2 мѣсяца по окончаніи лѣченія, 20/xii, состояніе тоже: слезотеченія ни въ комнатахъ, ни на вѣтру, а также отдѣленія гноя изъ мѣшка нѣтъ. Зондъ № 6 прошелъ свободно.

2. У. Ч., 25 л. Правосторонній бленнорройный дакріоциститъ. Слезотеченіе лѣтъ 10, а отдѣленіе гноя—года 2. Осенью 1902 г. сдѣлано расщепленіе верхняго слёзнаго канальца и нѣсколько зондированій, послѣ чего слезотеченіе уменьшилось, но съ лѣта 1903 г. оно опять значительно усилилось. Изъ слёзнаго мѣшка выдавливается много слёзъ съ небольшою примѣсью гноя. Послѣдовательно введены зонды №№ 2, 4 и 6 съ нѣкоторымъ затрудненіемъ въ средней части канала. Электролизъ зондомъ № 6 (въ теченіи 5 мин. токомъ $4^{1}/_{2}$—5 МА). Черезъ недѣлю слезотеченіе и отдѣленіе гноя совершенно прекратились; свободно прошелъ зондъ № 6.

3. А. К., 29 л. Правосторонній бленнорройный дакріоциститъ. Слезотеченіе 5 лѣтъ, а отдѣленіе гноя изъ мѣшка 1 годъ. Изъ праваго слёзнаго мѣшка выдавливается слеза со слизью и гноемъ въ большомъ количествѣ. Послѣ сдѣланнаго ранѣе (6/vi) расщепленія слёзнаго канальца 11/vi 1903 г. проведены послѣдовательно зонды №№ 3, 4 и 6; зондъ № 6 прошелъ съ трудомъ: съуженіе въ средней и нижней части слёзноносового канала. Послѣ 2 (11/vi и 18/vi) сеансовъ электролиза (въ теченіи 5—6 мин. токомъ въ 5 МА) зондомъ № 6 и 1 зондированія, спустя недѣлю, черезъ 20 дней отъ начала лѣченія, отдѣленіе гноя и слезотеченіе совершенно прекратились; изъ слёзнаго мѣшка не выдавливается ничего; правый глазъ только нѣсколько влажнѣе лѣваго. Черезъ $3^{1}/_{2}$ мѣс., въ теченіи которыхъ не было ни слезотеченія, ни отдѣленія гноя, развился, судя по разсказамъ больной, флегмонозный дакріоциститъ, своевременно нелѣченный и оставившій послѣ себя водянку слезнаго мѣшка, въ виду чего 20/xi 1903 г. мною сдѣлано вылущеніе слёзнаго мѣшка по способу *Kuhnt*'а.

4. П. В., 8 л. Правосторонній бленнорройный дакріоциститъ. Кромѣ того, хроническій ринитъ, железистыя разрощенія и тонзиллитъ. Послѣ ушиба носа и открытаго перелома носовыхъ костей (19/ii 1903 г.) появилось слезотеченіе и зыблившаяся опухоль въ области праваго слёзнаго мѣшка. Опухоль и появившаяся на нѣсколько дней въ началѣ апрѣля краснота въ области слёзнаго мѣшка исчезли подъ согрѣвающимъ компрессомъ. Въ началѣ апрѣля сдѣлано расщепленіе праваго нижняго слёзнаго канальца и зондированіе. Производившіяся въ теченіи 4 мѣс. (въ апрѣлѣ и маѣ, а затѣмъ въ августѣ и сентябрѣ) зондированія и промыванія черезъ зондъ растворами азотнокислаго серебра ($^{1}/_{2}$%) и сулемы (1 : 5000) только нѣсколько уменьшили слезотеченіе и отдѣленіе гноя. 25/ix 1903 г.: Изъ праваго слёзнаго мѣшка выдавливается слеза съ примѣсью слизи и небольшого количества гноя. Довольно свободно проходитъ зондъ № 5: съуженіе въ средней и нижней части канала. Электролизъ въ теченіи 5 мин. токомъ въ 5 МА зондомъ № 5. Послѣ перваго-же сеанса совершенно прекратилось отдѣленіе гноя. Послѣ 5 сеансовъ электролиза зондомъ № 6 (съ недѣльными промежутками) и зондированій и промываній растворами сулемы (1 : 5000) въ теченіи 2 мѣс., къ 27/xi 1903 г., отдѣленія слизи прекратились (скопляется лишь чистая слеза въ слёзномъ мѣшкѣ), и слезотеченіе значительно уменьшилось. Въ общемъ послѣ 8 сеансовъ электролиза и приблизительно 20 зондированій и промываній въ теченіи $4^{1}/_{2}$ мѣс. получилось выздоровленіе. Какъ катарральныя явленія, такъ и слезотеченіе совершенно прекратились. Излѣченіе прослѣжено $1^{1}/_{2}$ мѣс.

5. М. Ш., 52 л. Правосторонній бленнорройный дакріоциститъ и съуженіе лѣваго слёзноносового канала. Слезотеченіе—изъ лѣваго глаза только на вѣтру, а изъ праваго и на вѣтру, и въ комнатахъ—лѣтъ 5, а отдѣленіе гноя изъ праваго слёзнаго мѣшка—мѣс. 3. Изъ праваго слёзнаго мѣшка выдавливается значительное количество слёзъ съ примѣсью гноя. Послѣ расщепленія (14/x 1903 г.) нижняго праваго слёзнаго канальца 20/x введенъ зондъ № 2 и съ нѣкоторымъ трудомъ № 3: съуженіе по всему ходу канала. Электролизъ зондомъ № 3 въ теченіи 5 мин. токомъ въ 5 МА. Послѣ перваго-же сеанса электролиза прекратилось отдѣленіе гноя изъ мѣшка. Послѣ 3 (съ недѣльными промежутками) сеансовъ зондами №№ 3, 4 и 5 получилось значительное улучшеніе: осталось только слезотеченіе, но въ гораздо меньшей степени, чѣмъ ранѣе, на вѣтру и въ комнатахъ послѣ занятій. Слезотеченіе это, вѣроятно, обусловливается хроническимъ конъюнктивитомъ и близорукодальнозоркимъ астигматизмомъ, въ 6,0 D, остававшимся не исправленнымъ въ теченіи всей жизни больной. Ш. не могла привыкнуть къ даннымъ ей сферо-цилиндрическимъ стекламъ, которыя пришлось замѣнить сферическими. Послѣ электролиза въ теченіи мѣсяца сдѣлано еще 4 зондированія №№ 5 и 6. 12/ii 1904 г., т. е. болѣе, чѣмъ черезъ 2 мѣсяца по окончаніи лѣченія, Ш. явилась въ клинику; изъ слёзнаго мѣшка не выдавливается ничего, но слезотеченіе не прекратилось.

Послѣднюю группу заболѣваній слёзныхъ путей, лѣченныхъ электролизомъ, составляютъ свищи слёзнаго мѣшка, которыхъ было 3 случая. При свищахъ электролизъ производился такъ-же, какъ и при съуженіяхъ слёзноносового канала и при дакріоциститахъ, т. е., электролизу подвергались слёзноносовые пути, а не самый свищъ. Кромѣ электролиза, дѣлались зондированія и промыванія черезъ зондъ, назначались согрѣвающіе компрессы и выдавливаніе содержимаго слёзнаго мѣшка. Въ виду небольшого числа случаевъ свищей скажу вкратцѣ о каждомъ изъ нихъ въ отдѣльности.

Въ 1-мъ случаѣ у С. Е., 45 л., слезотеченіе длилось годъ, а свищъ образовался за мѣсяцъ до начала лѣченія. Въ окружности свища—небольшая воспалительная припухлость и краснота съ синеватымъ оттѣнкомъ. Изъ свища, по удаленіи покрывающаго его струпа, выдѣляется слеза съ примѣсью слизи и гноя. Въ области слёзнаго мѣшка—линейный рубецъ и неровность на носовой кости—слѣдъ произведенной въ дѣтствѣ операціи. Съ трудомъ прошелъ зондъ № 2. Послѣ 3 (съ недѣльными промежутками) сеансовъ электролиза (въ теченіи 5 мин. токомъ въ 5 МА) зондами №№ 2, 4 и 5, приблизительно черезъ мѣсяцъ отъ начала лѣченія, свищъ окончательно закрылся, но остался бленнорройный дакріоциститъ. Черезъ 3 мѣс. отъ начала лѣченія наступило полное выздоровленіе, а спустя еще 6 недѣль послѣдовалъ возвратъ бленнорройнаго дакріоцистита и снова значительное улучшеніе отъ электролиза и зондированій въ теченіи мѣсяца. (Въ общемъ произведено 11 сеансовъ электролиза, 3 зондированія и 17 промываній черезъ зондъ).

Во 2-мъ случаѣ у П. М., 53 л., свищъ существовалъ $3^{1}/_{2}$ мѣс.; слезотеченіе на вѣтру изъ обоихъ глазъ длилось лѣтъ 20. Изъ свища, по удаленіи покрывающаго его струпа, выдѣляются слёзы съ примѣсью большого количества гноя. Въ области слёзнаго мѣшка—небольшая воспалительная припухлость и краснота. Послѣ 3 сеансовъ электролиза зондами №№ 5 и 6 (при первомъ зондированіи прошли зонды №№ 2, 4 и 5) и 4 зондированій и промываній въ промежуткѣ между сеансами электролиза, приблизительно, черезъ мѣсяцъ отъ начала заболѣванія, свищъ окончательно закрылся, а черезъ 4 мѣс. прекратились и отдѣленіе гноя и слизи изъ мѣшка, а также и слёзотеченіе, но спустя еще мѣсяцъ наступилъ возвратъ бленнорройнаго дакріоцистита; лѣченіе не окончено. (Въ общемъ произведено 9 сеансовъ электролиза, 2 зондированія и 13 промываній черезъ зондъ).

3. Л. А., 20 л., страдаетъ слезотеченіемъ изъ праваго глаза на вѣтру и въ комнатахъ и свищемъ въ области слёзнаго мѣшка, изъ котораго течетъ слеза какъ произвольно, на вѣтру и при занятіяхъ, такъ и при давленіи на слёзный мѣшокъ. Свищъ, съ булавочный уколъ, помѣщается у верхняго края линейнаго рубца, представляющаго слѣдъ разрѣза, сдѣланнаго въ дѣтствѣ по причинѣ воспаленія слёзнаго мѣшка. При первомъ зондированіи съ трудомъ прошелъ зондъ № 1, а затѣмъ №№ 2 и 3. Послѣ перваго-же сеанса электролиза зондомъ № 3 (въ теченіи 5 мин. токомъ въ 4—6 МА) слёзотеченіе значительно уменьшилось, и слеза перестала течь произвольно черезъ свищъ. Послѣ 3 (съ недѣльными промежутками) сеансовъ электролиза зондами №№ 3 и 5 слёзотеченіе прекратилось; лишь по временамъ въ слёзномъ мѣшкѣ скопляется немного слёзъ, которыя выдавливаются частью черезъ свищъ, частью въ конъюнктивальный мѣшокъ. Спустя 2 мѣс. свободно прошли зонды №№ 2 и 4. Перемѣны въ состояніи А. не произошло.

Такимъ образомъ, въ 2 случаяхъ подъ вліяніемъ электролиза наступило заживленіе свища черезъ мѣсяцъ отъ начала лѣченія послѣ 3 сеансовъ электролиза; въ 3-мъ случаѣ заживленія свища не послѣдовало, что обусловливалось, вѣроятно, рубцовыми свойствами окружающей ткани,

Digitized by Google

но послѣ перваго-же сеанса электролиза прекратилось произвольное слезотеченіе черезъ свищъ.

Въ общемъ, изъ 61 случая (въ 15 больные прервали лѣченіе, не доведя его до конца) въ 19 получено выздоровленіе, въ 7—выздоровленіе съ послѣдующимъ возвратомъ (въ 1 изъ нихъ послѣ вторичнаго лѣченія получилось выздоровленіе и въ 1—значительное улучшеніе), въ 25—значительное улучшеніе, въ 2—значительное улучшеніе съ послѣдующимъ возвратомъ, въ 8—улучшеніе въ меньшей степени. Изъ 19 случаевъ, въ которыхъ получилось выздоровленіе, въ 10 оно прослѣжено отъ 2 недѣль до 1 года 2 мѣс., а именно: 2 недѣли (въ 2 случаяхъ), $1^1/_2$ и 2 мѣс. (въ 2), $3^1/_2$ мѣс., болѣе 4, 7, 9, 11 мѣс. и, наконецъ, не болѣе 1 года 2 мѣс. въ 6.

Прежде, чѣмъ перейти къ выводамъ, приведу нѣкоторыя литературныя данныя о лѣченіи болѣзней слёзныхъ путей электролизомъ и скажу нѣсколько словъ о сущности его дѣйствія. Впервые электролизъ былъ примѣненъ къ лѣченію съуженій слёзныхъ путей *Desmarres*'омъ и *Tripier* въ 1863 г. *). Забытый въ теченіи нѣкотораго времени, онъ снова былъ примѣненъ и предложенъ съ тою-же цѣлью *Roy* [20]) (1875), *Steavenson*'омъ и *Jessop*'омъ [21]) (1887), *Gorecki* [22]) (1889), *Rohmer*'омъ [23]) (1891) и *Gradle*'емъ [24]) (1893).

*Roy* производилъ электролизъ двойными зондами, заключавшими оба полюса, отдѣленные другъ отъ друга изолирующимъ веществомъ; но наблюденія его были немногочисленны и окончательные результаты—неизвѣстны.

*Steavenson* и *Jessop* примѣнили электролизъ съ успѣхомъ въ 10 случаяхъ съуженій и дакріоциститовъ. Всѣ случаи окончились излѣченіемъ, прослѣженнымъ отъ 1 до 5 мѣс. (средняя продолжительность лѣченія равнялась 2 мѣс., при чемъ примѣнено отъ 1 до 3 сеансовъ электролиза). Авторы пользовались для электролиза соединенными съ катодомъ батареи Stöhrer'а тонкими платиновыми зондами, снабженными особою рукояткой. Анодъ въ видѣ пластинчатаго электрода приставлялся на спину или на шею сзади.

*Gorecki* въ 1889 г. сообщилъ во Французскомъ офтальмологическомъ Обществѣ о примѣнявшемся имъ въ теченіи 15 лѣтъ электролизѣ слёзноносового канала. Авторъ пользовался для этой цѣли обыкновенными *Bowmann*'овскими зондами, соединявшимися при помощи зажима съ катодомъ батареи Léclanché, а анодъ соединялся съ платиновою трахеотомическою канюлей, вводившеюся въ соотвѣтствующую ноздрю.

*Rohmer*, производившій электролизъ слёзноносового канала технически такъ-же, какъ и *Gorecki*, примѣнилъ это лѣченіе въ 12 случаяхъ съуженія канала и дакріоцистита; изъ нихъ только въ 2 лѣченіе осталось безуспѣшнымъ, въ остальныхъ получилось излѣченіе, прослѣженное въ нѣкоторыхъ случаяхъ мѣсяцами и даже болѣе года; при этомъ во многихъ случаяхъ ранѣе безуспѣшно примѣнялись зондированія и промыванія.

Упомянутые авторы, особенно *Gorecki* и *Rohmer*, отзываются объ электролизѣ, какъ о средствѣ, быстрѣе и вѣрнѣе возстановляющемъ проходимость слёзныхъ путей, чѣмъ способъ *Bowmann*'а и скорѣе прекращающемъ катарръ.

Если, не смотря на сообщенія названныхъ авторовъ, электролизъ слёзноносового канала долгое время не находилъ распространенія, то это обусловливалось несовершенствомъ примѣнявшейся техники.

Всѣ упомянутые авторы пользовались для электролиза неизолированными зондами, не измѣряли точно силы примѣнявшагося тока **) и не регулировали токъ при помощи реостата. Между тѣмъ, примѣненіе неизолированныхъ зондовъ при электролизѣ можетъ повести, какъ это наблюдали *Lagrange*, *Fournier* и *Rohmer*, къ послѣдующему съуженію слёзной точки и канальца, болѣе плотно, чѣмъ остальные части слёзныхъ путей, охватывающаго зондъ, и не имѣющаго костной точки опоры, которою обладаетъ слёзноносовой каналъ.

Неточная дозировка тока также имѣетъ свои отрицательныя стороны: примѣненіе слишкомъ слабыхъ токовъ можетъ не дать ожидаемаго отъ электролиза результата—расширенія канала; съ другой стороны, примѣненіе слишкомъ сильнаго тока можетъ повести вслѣдъ за временнымъ расширеніемъ слёзноносового канала къ съуженію и даже зарощенію его, какъ это наблюдалъ *Lagrange* при силѣ тока въ 8—10 МА.

Наконецъ, примѣненіе электролиза безъ постепеннаго усиленія и ослабленія тока при помощи реостата—весьма нежелательно въ виду того, что при замыканіи и размыканіи тока, какъ и при каждой рѣзкой перемѣнѣ его, больные испытываютъ болѣзненное ощущеніе, сопровождающееся блескомъ и заставляющее больныхъ откидывать голову назадъ (*Rohmer*, *Gorecki*).

*) Прив. по *Fage*'у [18]).

**) Только въ 3-хъ случаяхъ *Steavenson* и *Jessop* измѣряли силу тока милліамперометромъ.

Всѣ упомянутыя отрицательныя стороны электролиза въ томъ видѣ, какъ онъ примѣнялся названными выше авторами, были устранены *Lagrange*'емъ, которому принадлежитъ заслуга точной разработки технической стороны электролиза слёзныхъ путей и цѣлый рядъ статей, посвященныхъ послѣднему.

Не буду останавливаться здѣсь на техникѣ электролиза по *Lagrange*'у, такъ какъ я уже касался ея выше. Скажу лишь, что еще въ 1894 г. на Международномъ Съѣздѣ врачей въ Римѣ *Lagrange* [25]), дѣлая свое сообщеніе, насчитывалъ уже 16 случаевъ заболѣваній слёзныхъ путей, въ которыхъ было достигнуто окончательное излѣченіе путемъ электролиза и которые были прослѣжены въ теченіи многихъ мѣсяцевъ, при чемъ въ нѣкоторыхъ изъ этихъ случаевъ ранѣе безуспѣшно примѣнялось зондированіе. Въ диссертаціи д-ра *Fournier* [26]) (1896) изъ клиники *Lagrange*'а приводятся 15 случаевъ съуженій слёзноносового канала и дакріоциститовъ, въ которыхъ излѣченіе было получено путемъ электролиза и которые были прослѣжены въ теченіи 2—3 мѣс. Считая электролизъ недѣйствительнымъ при рубцовыхъ съуженіяхъ слёзноносового канала, *Lagrange* и *Fournier* горячо совѣтуютъ примѣнять его при воспалительныхъ съуженіяхъ, гдѣ онъ далъ имъ блестящіе результаты. Сообщая вторично о случаяхъ, собранныхъ въ диссертаціи *Fournier*, въ Медико-хирургическомъ Обществѣ въ Bordeaux (въ 1896 г.), *Lagrange* [27]) заявилъ, что имъ и его помощникамъ *Duclos* часто производился электролизъ безъ записи наблюденій, такъ какъ «мы считаемъ», говорилъ онъ, «эти случаи обыденными, а вѣру свою въ электролизъ вполнѣ обоснованною» (стр. 135).

*Dor* [28]) (1896), примѣнявшій электролизъ по видоизмѣненному способу *Lagrange*'а (положительный электродъ въ видѣ стержня съ маленькой металлической оливой, обмотанной ватой, смоченною соляною водой, вводился въ соотвѣтствующую ноздрю), въ 5 случаяхъ получилъ значительно лучшіе результаты, чѣмъ отъ способа *Bowmann*'а: для излѣченія было достаточно 1—4 сеансовъ.

Далѣе, *Clavelier* [29]) въ 1898 г. сообщилъ въ Медицинскомъ Обществѣ въ Toulouse'ѣ, что онъ примѣнялъ отрицательный электролизъ въ случаяхъ слёзотеченій, не поддававшихся зондированію, съ 1894 г., при чемъ въ теченіи нѣсколькихъ дней получалъ стойкое расширеніе съуженныхъ мѣстъ слёзоносового канала. Въ 18 случаяхъ онъ съ успѣхомъ воспользовался зондомъ, изолированнымъ чернымъ шелкомъ.

Въ 1900 г. *du Gourlay* [16]) сообщилъ полученные имъ (съ 1892 по 1898 г.) результаты лѣченія электричествомъ въ 60 случаяхъ болѣзней слёзнаго прибора, изъ коихъ въ 50 получилось полное и стойкое излѣченіе, а въ остальныхъ—болѣе или менѣе значительное улучшеніе.

Электричество примѣнялось *du Gourlay*'емъ въ видѣ 1) постояннаго тока для электролиза (противъ съуженій слёзноносового канала, расширеній слёзнаго мѣшка и катарральнаго и гнойнаго дакріоцистита) и для гальванокаустики (при свищахъ), а также 2) въ видѣ наведеннаго тока, примѣнявшагося снаружи, на область слёзнаго мѣшка, при его расширеніяхъ. Нужно сказать, что *du Gourlay* примѣнялъ электролизъ—онъ употреблялъ при этомъ зонды, изолированные шеллакомъ—не только отрицательнымъ полюсомъ, но и положительнымъ (въ теченіи 3—5 мин. токомъ въ 5 МА). Послѣднимъ онъ пользовался для устраненія расширенія слёзнаго мѣшка и отдѣленій изъ него (уже по расширеніи слёзноносового канала отрицательнымъ электролизомъ), для чего въ слёзный мѣшокъ, по промываніи его, вводился оканчивающійся маленькою оливою зондъ. Въ заключеніи своей статьи *du Gourlay* приводитъ 12 наблюденій, въ числѣ которыхъ имѣются такія, гдѣ излѣченіе, полученное отъ электролиза, прослѣжено 2—3—4 года и болѣе, а въ 1 случаѣ—8 лѣтъ.

Далѣе, въ томъ же 1900 г. на XIII Международномъ Съѣздѣ врачей въ Парижѣ *Fage*'емъ [18]) было сдѣлано сообщеніе объ электролизѣ, какъ о способѣ, значительно сокращающемъ лѣченіе дакріоциститовъ *).

По поводу сообщеній *du Gourlay*'я и *Fage*'а, примѣнявшихъ электролизъ почти такъ-же, какъ и *Lagrange*, по-

*) По поводу доклада *Fage*'а *Menacho* замѣтилъ, что въ 75 % случаевъ, въ которыхъ онъ примѣнялъ лѣченіе электролизомъ, выздоровленіе не получалось. Надо сказать, что *Menacho* примѣнялъ слабые токи (въ 2—3 МА), производя электролизъ по 10 мин. отъ 2 до 6 разъ въ недѣлю.

Digitized by Google

слѣдній снова подробно изложилъ технику электролиза слёзныхъ путей и описалъ употребляющіеся имъ приборы въ декабрьской книжкѣ «Annales d'oculistique» за 1900 г.

Наконецъ, на послѣднемъ Международномъ Съѣздѣ врачей въ Madrid'ѣ въ 1903 г. *Lapersonne* и *Rochon-Duvignaud* [30]) въ своемъ сообщеніи о хирургическомъ лѣченіи болѣзней слёзныхъ путей, остановившись довольно подробно на электролизѣ (по *Lagrange*'у), особенно предлагали его при болѣе или менѣе сильныхъ съуженіяхъ слёзноносового канала, осложненныхъ или не осложненныхъ дакріоциститомъ *).

Для полноты литературнаго обзора слѣдуетъ упомянуть о лѣченіи свищей слёзнаго мѣшка электролизомъ, съ успѣхомъ примѣнявшемся *Kramsztyk*'омъ [31]), *Jodko* [32]) (по примѣру *Kramsztyk*'а) и *Kaempfer*'омъ [33]). *Kramsztyk* вводилъ соотвѣтствующей толщины серебряную или платиновую проволоку во всю длину свища вплоть до введеннаго въ слёзноносовой каналъ зонда *Bowmann*'а, а анодъ помѣщалъ на затылокъ и такимъ образомъ въ теченіи 2—3 мин. пропускалъ токъ 10—12 элементовъ батареи *Stöhrer*'а. Этимъ способомъ *Kramsztyk*'у въ теченіи короткаго времени (5 дней въ одномъ случаѣ и 2 недѣль въ другомъ) удалось получить заживленіе свищей, существовавшихъ у одного больного нѣсколько лѣтъ, а у другого—20 лѣтъ. *Kaempfer*, производившій электролизъ свищей слёзнаго мѣшка при помощи погружавшагося въ свищъ двойного остроконечнаго электрода, получалъ блестящіе результаты даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ другіе хирургическіе пріемы не давали заживленія свища.

Приведеннымъ обзоромъ исчерпывается все, что мнѣ удалось найти въ литературѣ относительно лѣченія болѣзней слёзныхъ путей электролизомъ **). Не смотря на такое значительное число сообщеній въ пользу этого способа, примѣнявшагося преимущественно во Франціи, онъ и до настоящаго времени въ терапіи слёзныхъ путей распространенъ очень мало, а изъ большого числа извѣстныхъ руководствъ по глазнымъ болѣзнямъ я нашелъ описаніе электролиза только въ «Precis d'ophtalmologie» *Lagrange*'а [34]) и у *Terrien* [35]) въ его «Chirurgie de l'oeil et de ses annexes». Въ русской медицинской литературѣ объ электролизѣ слёзныхъ путей не упоминается вовсе.

Дѣйствіе электролиза на различнаго рода съуженія каналовъ объясняется авторами, примѣнявшими его, слѣдующимъ образомъ. Подъ вліяніемъ постояннаго тока ткани животнаго организма разлагаются, при чемъ на положительномъ полюсѣ отлагаются кислородъ, озонъ, хлоръ и кислоты, преимущественно соляная, а на отрицательномъ, который при лѣченіи съуженій является полюсомъ дѣйствующимъ, основанія, какъ-то K и Na, которые, въ силу большого сродства съ кислородомъ in statu nascendi, разлагаютъ воду и, соединяясь съ воднымъ остаткомъ, образуютъ ѣдкія щелочи, при чемъ выдѣляется свободный водородъ. Омыляющему ткани дѣйствію этихъ образующихся на отрицательномъ полюсѣ ѣдкихъ щелочей и приписывается главнымъ образомъ благотворное вліяніе электролиза на воспалительно-новообразованную и рубцовую ткань путемъ образованія мягкаго струпа, легко отдѣляющагося безъ глубокихъ потерь ткани. Къ этому присоединяется чисто механическое, разрыхляющее дѣйствіе отдѣляющагося газа (водорода), проникающаго между клѣтками и волокнами, наконецъ, расширеніе сосудовъ и разсасываніе тканей, происходящее подъ вліяніемъ электролиза ***). При этомъ отмѣчено болѣе энергичное дѣйствіе электролиза на инородную, новообразованную, чѣмъ на нормальную для данной области ткань. По мнѣнію *Bordier*, незначительныя количества ѣдкаго натра, выдѣлившіяся вдали отъ электрода, дѣйствуютъ, не прижигая, а вызывая обратныя превращенія въ тканяхъ—медленное и постепенное разсасываніе въ нихъ, чтò находитъ собѣ подтвержденіе, помимо клиническихъ данныхъ, и въ патологоанатомическихъ изслѣдованіяхъ.

«Съуженія рѣдко попадаются на секціонномъ столѣ; поэтому патологоанатомическихъ изслѣдованій дѣйствія электролиза не можетъ быть много, но то немногое, чтò наблюдается въ этомъ отношеніи, говоритъ въ пользу электролиза. *Terry* наблюдалъ въ 1, а *Newmann* въ нѣсколькихъ случаяхъ на вскрытіи, что мочеиспускательный каналъ на мѣстѣ бывшихъ съуженій былъ совершенно нормаленъ, не было и слѣда бывшихъ стриктуръ» (*Хольцовъ*, op. c., стр. 230).

О тепловомъ, прижигающемъ (подобно гальванокаустикѣ) дѣйствіи электролиза не можетъ быть и рѣчи.

*D'Arsonval* и *Bouasse* при помощи термоэлектрическихъ зондовъ доказали, что «при электролизѣ приборомъ *Fort*'а на трупахъ, при силѣ тока въ 22 МА, температура повышается въ 1-ю минуту только на 0°,55, во 2-ю на 0°,74 и въ 3-ю на 1°,4 Ц.; въ прямой кишкѣ живого кролика это повышеніе не превышаетъ $^1/_{800}$ бывшей до того температуры; это ничтожное повышеніе на живомъ животномъ они объясняли тѣмъ, что развивающаяся теплота, по мѣрѣ своего образованія, поглощается капиллярами и уносится съ поля операціи» [*Ваганов*ъ и *Слетов*ъ [6])].

Помимо сказаннаго выше, электролизъ обладаетъ и бактеріиубивающимъ дѣйствіемъ, какъ это доказано опытами *Schiel*'я [36]), *Lagrange*'а и *Mazet* [37]), *de Rensi* и *Pannes*'а, *Bourci* и *Fraisani*, *Cohn*'а и *Benno-Mendelsohn*'а *).

Такъ, *Lagrange* и *Mazet* [37]) пропускали постоянный токъ въ 5—12 МА черезъ очень вирулентную разводку стафилококка и стрептококка, помѣщенную въ тонкую пробирку (въ 4 мм. въ діаметрѣ и 11—12 стм. длины), при чомъ отрицательный полюсъ соединялся съ зондомъ *Bowmann*'а, опущеннымъ въ бульонъ и находившимся на очень близкомъ разстояніи отъ пропущенной черезъ дно пробирки проволоки, соединенной съ положительнымъ полюсомъ. Послѣ пропусканія тока (при условіяхъ, напоминающихъ электролизъ слёзныхъ путей) въ 5 МА и даже въ 4 МА въ теченіи 10 мин. посѣвы изъ бульона на желатину дали очень слабый ростъ, а прививки животнымъ остались безъ результата.

Такимъ образомъ электролизъ уничтожаетъ вирулентность стафилококковъ и стрептококковъ. Этимъ бактеріиубивающимъ дѣйствіемъ можно объяснить благотворное вліяніе электролиза, которое мнѣ неоднократно приходилось видѣть при бленнорройныхъ дакріоциститахъ, а именно — прекращеніе отдѣленія гноя изъ слёзнаго мѣшка, иногда послѣ перваго-же сеанса электролиза, даже въ такихъ случаяхъ, гдѣ слёзные пути были легко проходимы и безуспѣшно производилось промываніе черезъ зондъ вяжущими и обеззараживающими растворами.

Перехожу къ выводамъ, основаннымъ частью на собственныхъ наблюденіяхъ, частью на имѣющихся литературныхъ данныхъ. Сначала упомяну объ отрицательныхъ сторонахъ электролиза; онѣ слѣдующія:

1. Сравнительная дороговизна всѣхъ необходимыхъ для него приборовъ **).

2. Относительно бòльшая (въ общемъ незначительная) болѣзненность электролиза по сравненію съ обыкновеннымъ зондированіемъ ***) и бывающая въ нѣкоторыхъ случаяхъ боль въ зубахъ у лицъ, имѣющихъ гнилые зубы.

3. Наблюдавшіеся изрѣдка вскорѣ послѣ электролиза краснота и отёкъ въ области слёзнаго мѣшка и отёкъ вѣкъ.

4. Наконецъ, то обстоятельство, что электролизъ не обезпечиваетъ вполнѣ отъ возвратовъ ****).

---

*) По поводу этого доклада въ пользу электролиза высказался *Jouarez de Mendoza*. *Jessop* сказалъ, что онъ отказался отъ электролиза уже 12 лѣтъ (какъ упомянуто выше, *Jessop* примѣнялъ неизолированные зонды, не регулировалъ тока реостатомъ и не всегда точно опредѣлялъ силу тока).

**) Къ сожалѣнію, мнѣ не удалось получить упомянутой у *Fournier* [26]) Bordeaux'ской диссертаціи *Chabaneix*: «De l'électrolyse dans le traitement des voies lacrymales», 1894.

***) Послѣ электролиза катодомъ зондъ, въ силу омыленія и разрыхленія окружающихъ тканей, удаляется очень легко, чтò представляетъ отличительную черту дѣйствія катода. Наоборотъ, если-бы соединить зондъ съ анодомъ, то получилось-бы прилипаніе, спаиваніе окружающихъ частей съ зондомъ и образованіе плотнаго струпа съ послѣдующимъ образованіемъ рубца, чѣмъ характеризуется дѣйствіе анода.

---

*) Привожу по *Fournier* [26]).

**) При имѣющейся батареѣ все обзаведеніе стоитъ около 40 р. (реостатъ—16 р.; милліамперометръ 15—16 р.; зонды 3—6 р.; проводники 1½—2 р., простого устройства батарея Spamer'а въ 10 элементовъ 15 — 20 р.; такимъ образомъ все вмѣстѣ съ батареей стоитъ около 50—60 р.

***) Больные опредѣляютъ ощущеніе, испытываемое при электролизѣ, какъ легкое покалываніе, щекотаніе или жженіе въ каналѣ.

****) Особенно въ случаяхъ дакріоциститовъ съ растяженіемъ слёзнаго мѣшка, также въ случаяхъ рубцевыхъ съуженій канала. Надо сказать, что настоящія рубцевыя съуженія канала встрѣчаются рѣдко, какъ о томъ свидѣтельствуютъ патолого-анатомическія изслѣдованія *Osborne*'а, *Hasner*'а и *Berand*. *Osborne* не нашелъ среди 150 анатомическихъ препаратовъ ни 1 случая за-

Digitized by Google

Всѣ эти отрицательныя стороны электролиза съ избыткомъ искупаются, однако, положительными его сторонами:

1. Электролизъ значительно скорѣе излѣчиваетъ съуженія слёзноносового канала и дакріоциститы, чѣмъ обыкновенныя зондированія и промыванія черезъ зондъ.

2. Сеансы электролиза дѣлаются рѣже, чѣмъ зондированія, а именно черезъ недѣлю одинъ за другимъ, что особенно важно для рабочаго люда, не всегда имѣющаго возможность удѣлять время на частое посѣщеніе больницы.

3. Расширеніе съуженій слёзноносового канала подъ вліяніемъ электролиза болѣе стойко, чѣмъ при механическомъ расширеніи зондами: обыкновенно много времени (цѣлые мѣсяцы) спустя послѣ сеансовъ электролиза удается болѣе или менѣе свободно ввести или тотъ-же № зонда (напр., № 6), которымъ производился послѣдній электролизъ, или-же зондъ—1—2 №№ ниже (напр. № 5 или 4).

4. Во многихъ случаяхъ сильныя съуженія и упорные дакріоциститы, не поддающіеся обычному лѣченію зондами и промываніями, излѣчиваются электролизомъ.

5. Отдѣленіе гноя при бленноррейныхъ дакріоциститахъ иногда исчезаетъ послѣ перваго-же сеанса электролиза.

6. При свищахъ слёзнаго мѣшка отъ электролиза можно, по видимому, ожидать лучшихъ результатовъ, чѣмъ отъ зондированій и промываній, въ виду болѣе быстраго возстановленія проходимости слёзноносового канала подъ вліяніемъ электролиза, съ одной стороны, и бактеріиубивающаго дѣйствія электролиза, съ другой.

7. Электролизъ отрицательнымъ полюсомъ при силѣ тока въ 4—5 МА, продолжительности сеанса въ 5—6 мин. и постепенномъ усиленіи и ослабленіи тока при помощи реостата представляется вполнѣ безопаснымъ способомъ.

Что касается показаній, то электролизъ для лѣченія болѣзней слёзныхъ путей особенно показанъ въ случаяхъ сильныхъ съуженій слёзноносового канала какъ простыхъ, такъ и осложненныхъ катарральнымъ или бленнорреймымъ дакріоциститомъ, а также въ случаяхъ свищей слёзнаго мѣшка. Наконецъ, болѣе быстрое излѣченіе дакріоциститовъ при помощи электролиза побуждаетъ прибѣгать къ нему въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ желательно возможно скорѣе избавиться отъ дакріоцистита, какъ то при заболѣваніяхъ роговицы, а также передъ операціями на глазномъ яблокѣ.

Въ заключеніе считаю долгомъ выразить свою горячую благодарность глубокоуважаемому проф. *Л. Г. Беллярминову* за предоставленную мнѣ возможность примѣнить электролизъ на больныхъ Академической глазной клиники, а также ассистенту клиники *В. Н. Долганову* и всѣмъ товарищамъ, любезно направлявшимъ ко мнѣ соотвѣтствующихъ больныхъ.

**Литература**. 1. *Густавъ Крузелль.* Ueber den Galvanismus als chemisches Heilmittel gegen örtliche Krankheiten. Петербургъ, 1841.—2. *A. Eulenburg* и *M. Аѳанасьевъ.* «Реальная энциклопедія медицинскихъ наукъ, 1892 г., т. 4, стр. 376.—3. *Lombard.* Considérations sur la valeur thérapeutique de l'électrolyse dans la cure des rétrécissements. Парижская диссертація, 1890.—4. *Nallet.* De la valeur thérapeutique de l'électrolyse linéaire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre rebelles à la dilatation. Парижская диссертація, 1893. — 5. *Bordier.* «Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques». 1899, 15 августа; реф. во «Врачѣ», 1899 г., № 41, стр. 1204—1205.—6. *Ваганов*ъ и *Слетовъ.* Объ электролизѣ при съуженіяхъ мочеиспускательнаго канала. «Медицинское Обозрѣніе», 1897 г., іюнь, стр. 434—446.—7. *Хольцовъ.* О лѣченіи съуженій мочеиспускательнаго канала электролизомъ. (Докладъ, читанный на VIII-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ въ Москвѣ). «Русскій Врачъ», 1902 г., № 5 и «Больничная Газета Боткина», 1901 г.—8. *Рубецъ.* Электролизъ при съуженіяхъ мочеиспускательнаго канала. «В.-Медицинскій Журналъ», 1901 г., апрѣль.—9. *Fort.* «Gazette des hôpitaux», № 33, 1889. Привожу по реф. во «Врачѣ», 1889 г., № 12, стр. 297.—10. *Слетовъ.* Электролизъ при съуженіи пищевода. «Медицинское Обозрѣніе», 1899 г., январь. — 11. *Слетовъ* и *Постниковъ.* «Электролизъ при рубцовыхъ съуженіяхъ пищевода», «Врачъ», 1901 г., № 1, стр. 14. — 12. *Зельдовичъ.* Лѣченіе рубцовыхъ съуженій пищевода электролизомъ. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 1.—13. *Newmann.* «The New-York Medical Record», 1889, 6 іюля. Прив. по реф. во «Врачѣ», 1889 г., № 39, стр. 863.—14. *Duel.* «The American Journal of the medical Sciences», 1900 г., апрѣль; прив. по реф. во «Врачѣ», 1900 г., № 22, стр. 676.—15. *Спенглеръ.* О лѣченіи съуженій дыхательнаго горла электролизомъ. Отчетъ о засѣданіи Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ, 28-го сентября 1895 г. «Врачъ», 1895 г., № 41, стр. 1163.—16. *Du Gourlay.* Étude sur le traitement des lésions de l'appareil lacrymal par l'électricité. «Annales d'oculistique», 1900, май, стр. 340.—17. *Lagrange.* Technique de l'électrolyse des voies lacrymales. Тамъ-же, 1900, декабрь, стр. 457.—18. *Fage.* Résultats de l'électrolyse dans le traitement des dacryocystites. XIII Международный Съѣздъ врачей въ Парижѣ. Отдѣлъ глазныхъ болѣзней. Тамъ-же, 1900, августъ, стр. 166.—19. *Лотинъ.* Отчетъ о дѣятельности глазного отряда Попечительства о слѣпыхъ въ Свенцянскомъ уѣздѣ, Виленской губ. съ 15 мая по 15 іюля 1902 г. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 14. — 20. *Roy.* L'électrolyse dans le traitement de larmoiement chronique. Paris. 1876 [прив. по *Fournier* [26]) и по *Lagrange*'у [27])].—21. *Steavenson* and *Jessop.* Remarks on electrolysis in the treatment of lacrymal obstruction. «The British Medical Journal», 1887, т. II, стр. 1371—1372.—22. *Gorecki.* Traitement du rétrécissement des voies lacrymales par l'électrolyse. Société française d'ophtalmologie. Засѣданіе 10 августа 1889 г. «Recueil d'ophtalmologie», 1889, стр. 557—559.—23. *Rohmer.* Du traitement du larmoiement chronique par l'électrolyse du canal nasal. «Revue médicale de l'Est», т. XXIII, 1891, Nancy, стр. 1—10.—24. *Gradle.* Commentaires on diseases of the lacrymal passages. «Journal American medical Association of Chicago», XXI, стр. 684; реф. въ «Ophthalmologie Review», 1893, стр. 269. Прив. по «*Nagel*'s Jahresberichte», 1893 г., стр. 451.—25. *Lagrange.* Des avantages et des inconvénients de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales. Докладъ на Международномъ Съѣздѣ врачей въ Римѣ, «Recueil d'ophthalmologie», 1894, стр. 325—335.—26. *Fournier.* Valeur clinique de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales. Парижская диссертація, 1896.—27. *Lagrange.* Valeur clinique de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales. «Journal de médecine de Bordeaux», 1896, № 12—15. (Сообщено въ «Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux», 14 февраля 1896 г.).—28. *Dor.* «La Province médicale», 1896 г., 25 января. Прив. по реф. во «Врачѣ», 1896 г., № 7, стр. 191—192.—29. *Clavelier.* Traitement des sténoses des voies lacrymales par l'électrolyse. Présentation d'une nouvelle sonde (Société de médecine de Toulouse). «Annales d'oculistique», т. CXX, 1898, стр. 136—137.—30. *Lapersonne* et *Rochon-Duvigneaud.* Traitement chirurgical des affections des voies lacrymales. «Archives d'ophthalmologie», 1903, май, стр. 262—289. — 31. *Kramsztyk.* Dwa przypadki przetok włosowatych worka łzowego, wyleczonych za pomocą elektrolizy. «Medycyna», 1876, т. IV, стр. 201—206.—32. Рефератъ д-ра *Jodko* статьи *Kramsztyk*'а. «*Nagel*'s Jahresberichte... der Ophthalmologie», 1876 г., стр. 467—468.—33. *Kaempfer.* Die Electrolyse in der Augenheilkunde nebst Bemerkungen zur Therapie bei Trachom, Ulcus serpens, Fistula sacci lacrymalis und Cancroid der Lider. «Therapeutische Monatshefte», 1891 г., стр. 177—178.—34. *Lagrange.* Précis d'ophthalmologie», Paris, 1903, стр. 717—718.—35. *Terrien.* Chirurgie de l'oeil et de ses annexes. Paris, 1902, стр. 353—354.—36. *Schiel.* Electrotherapeutische Studien. «Deutsches Archiv für klinische Medicin», 1875, стр. 192.—37. *Lagrange* et *Mazet.* De l'action de l'électrolyse sur les cultures de staphylocoques et de streptocoques. «Recueil d'ophthalmologie», 1893.—38. *Graefe—Saemisch.* Handbuch der gesammten Augenheilkunde, 1877, т. 7, стр. 27.

рощенія слёзнаго канала. *Hasner* и *Berand*, хотя и нашли ихъ, но опредѣленно высказываются, что зарощенія и съуженія гораздо чаще распознаются, чѣмъ бываютъ на самомъ дѣлѣ [*Graefe-Saemisch* [38])].

---

XCV. Изъ Московской Старо-Екатерининской больницы.

## Нагноеніе прямой мышцы живота при брюшномъ тифѣ *).

**В. М. Минца и Г. Ѳ. Даниловича.**

Въ 1898 г. *Curschmann* [1]) писалъ въ своей монографіи о брюшномъ тифѣ слѣдующее: «Мышечные гнойники при тифѣ слѣдуетъ считать рѣдкостями; мнѣ самому пришлось наблюдать ихъ рядомъ съ вторичными гнилостными процессами. За послѣднее время повторно обращалось вниманіе на мышечные гнойники, обусловленные тифозной палочкой. Такъ напр. *Zahradnick*'имъ найденъ въ грудной мышцѣ гнойникъ, съ куриное яйцо, содержавшій однѣ лишь тифозныя палочки. Названный случай становится еще болѣе интереснымъ потому, что онъ доказываетъ стойкость *Eberth*'овской палочки въ живомъ организмѣ. Больной, оперированный въ декабрѣ 1894 г., перенесъ тифъ въ сентябрѣ 1893 г.»

*Chantemesse* [2]) касается мышечныхъ нарывовъ при тифѣ лишь бѣгло. Онъ говоритъ: «Мышечные нарывы бываютъ первичные и слѣдующіе за кровоизліяніемъ. Они хорошо изучены *Gendrin*'омъ, *Rokitansk*'имъ и *Virchow*'ымъ. Воз-

*) Просимъ уважаемыхъ авторовъ великодушно извинить намъ крайнее промедленіе въ печатаніи ихъ статьи. *Ред.*

Digitized by Google

будителемъ нагноенія бываетъ или тифозная палочка, или обычные для этого процесса микробы; иногда тѣ и другіе встрѣчаются вмѣстѣ (*Achard*)». Въ появившейся въ 1901 г. [3]) работѣ *Bollack*'а и *Bruns*'а насчитывается лишь 5 случаевъ мышечныхъ гнойниковъ, въ которыхъ была найдена исключительно *Eberth*'овская палочка.

Сами авторы наблюдали случай, гдѣ были поражены обѣ прямыя мышцы. На одной сторонѣ гнойникъ былъ вскрытъ; но, когда обнаружился результатъ бактеріологическаго изслѣдованія, т. е. присутствіе въ гною однѣхъ только тифозныхъ палочекъ, то опухоль съ другой стороны, появившаяся впослѣдствіи, была пользована выжидательно. Она разсосалась безъ хирургическаго вмѣшательства, и авторы опираются на этотъ фактъ, чтобы подтвердить истину о доброкачественности тифозныхъ нагноеній, и ссылаются при этомъ на *Gerhardt*'а, который указалъ на возможность всасыванія тифозныхъ эмпіемъ. Наличность однѣхъ только тифозныхъ палочекъ позволяетъ, по авторамъ, не слишкомъ спѣшить съ операціей.

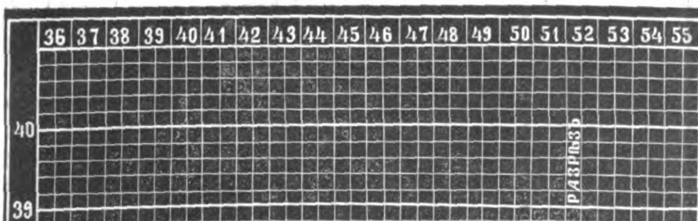
Мы позволяемъ себѣ сообщить о случаѣ нагноенія прямой мышцы живота, развившагося на 41-ый день отъ начала тифознаго заболѣванія. Повышеніе температуры, достигавшее на 51-ый день вечеромъ 38°,6, заставило насъ отказаться отъ выжидательнаго лѣченія въ пользу разрѣза. Интересъ случая заключается въ данныхъ бактеріологическаго изслѣдованія гноя и микроскопическаго изслѣдованія прямой мышцы другой стороны.

Больной, 30 л., поступилъ въ Старо-Екатерининскую больницу въ Москвѣ 3/IX 1901 г. Послѣ 1½ недѣли: жаръ, ознобъ, головная боль. Въ началѣ заболѣванія былъ поносъ,—слабило разъ 5—6 въ сутки, жидко; испражненія имѣли видъ гороховаго супа. 3/IX: Катарральная жаба. На языкѣ желтовато-бѣлый налетъ. Селезенка при постукиваніи увеличена. На кожѣ грудной клѣтки и живота розеолы.

Сердце замѣтно не увеличено; звуки его глухи, ослаблены; пульсъ 108, вялаго кровенаполненія. Въ нижней долѣ лѣваго легкаго много мелкихъ влажныхъ хриповъ. Въ мочѣ дов. много бѣлка.

Веч. 40°,4. 4/IX: 39°,4—38°. 5/IX: 39°,3—37°,8. Бредитъ. Пульсъ 108. Слабило 1 разъ, жидко. Розеола in statu quo. 6/IX: 38,1°—38°,2. Слабило жидко 3 раза. 7/IX: 38°,1—39°,5. 8/IX: 39°,4—40°. Въ обоихъ легкихъ явленія рѣзкаго бронхита. Кашель. 9/IX: 39°,8—39°,8. Слабило 1 разъ, жидко. Розеола блѣднѣетъ. П. 108. 10/IX: 39°,8—39°,8. 11/IX: 39°—40°,4. Слабило 1 разъ, жидко. 12/IX: 39°—40°,1. 13/IX: 38°,3—39°,8: 14/IX: 38°,6—39°,4. Слабило 1 разъ, жидко. 15/IX: 38°,1—39°. Слабило 3 раза жидко. Появилась хрипота. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи на лѣвой голосовой связкѣ найдены грануляціи. Окраска голосовыхъ связокъ не измѣнена; остальная слизистая оболочка гортани блѣдна. 16/IX: 38°,8—40°,4. Розеолъ не видно; 14/IX: 38°,1—39°,8. Слабило жидко, 1 разъ. 18/IX: 39°,2—39°,3. Временами бредъ. 19/IX: 38°,5—40°. 20/IX: 38°,4—39°,1. 21/IX: 37°,9—39°,6. Слабило 2 раза. 22/IX: 38°—38°. 23/IX: 38°,4—38,°2. 24/IX: 37°,8—37°,2. 25/IX: 37°,2—36°,8. 26/IX: 36°,8—36°,4. 27/IX: 36°,9—36°,5, 28/IX: 36°,5—36°,4. 29/IX: 36°,1—36,8. 30/IX: 36°,5—36,7. Въ слѣдующіе дни температура оставалась нормальной. 5/X надъ лоннымъ соединеніемъ справа отъ срединной линіи появилась опухоль. Согрѣвающій компрессъ 6/X: 36°8—37°. Опухоль какъ будто мягче. 7/X: 36°,7—37°4. 8/X: 37°,1—37°,5. 9/X: 37°,1—37°,4. 10/X: 37°,2—38°. 11/X: 37°,1—37°,2. Въ опухоли появились боли. 12/X: 36°,4—38°,3. Опухоль достигла величины дѣтской головки. 13/X: 37°,4—38°,5. 14/X: 36°,7—38,4. Былъ ознобъ. 15/X: 36°,8—37°,8. 16/X: 37°,0—38,6.

День болѣзни.




Кривая температуры за время развитія гнойника.

Въ виду рѣзкаго повышенія температуры на слѣдующій день былъ сдѣланъ разрѣзъ по срединной линіи. Подкожная клѣтчатка оказалась инфильтрованной. По вскрытіи утолщеннаго передняго листка влагалища правой прямой мышцы живота рука вошла въ полость, съ кулакъ, изъ которой вылилась коричневая жидкость съ плававшими въ ней омертвѣвшими кусочками ткани. Кверху полость была замкнута; въ нее выпячивалась покрытая фасціей прямая мышца противоположной стороны. Изсѣченъ кусочекъ для микроскопическаго изслѣдованія и для этой-же цѣли сохранены комочки, плававшіе въ содержимомъ полости. Изъ послѣдняго были сдѣланы прививки на питательныя среды для бактеріологическаго изслѣдованія. Послѣ разрѣза температура вернулась къ нормѣ, и наступило быстрое и полное выздоровленіе. Во время болѣзни была сдѣлана реакція *Vidal*'я, давшая положительный результатъ.

### *Бактеріологическая часть.*

Тотчасъ-же по вскрытіи гнойника прокаленной платиновой иглой взято гнойное содержимое его, и сдѣланы посѣвы въ нѣсколько пробирокъ съ глицериновымъ бульономъ, агаръ-агаромъ и кровяной сывороткой. Черезъ сутки пребыванія посѣвовъ въ термостатѣ при 37° Ц. пробирки съ бульономъ замутились, на косой поверхности кровяной сыворотки получился нѣжный поверхностный ростъ въ видѣ тонкаго, едва замѣтнаго матоваго налёта. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило въ полученныхъ разводкахъ присутствіе множества однородныхъ палочекъ, обладавшихъ быстрой подвижностью, съ нѣсколько закругленными концами, по величинѣ очень подходившихъ къ тифознымъ палочкамъ *Eberth*'а (длина ихъ равнялась приблизительно 2—3 μ). Изъ примѣнявшихся красокъ выше всего окрашивали палочки *Ziel*'евскій карболъ-фуксинъ и 1% водный растворъ генціанъ-віолетъ. Окраска палочекъ по *Gram*'у не удавалась. Въ сдѣланныхъ пластинчатыхъ разливкахъ на мясопептонной желатинѣ въ чашечкахъ *Petri* черезъ 36 час. при 20° Ц. полученъ ростъ колоній. Глубокія колоніи представлялись рѣзко ограниченными, мелкими, точечными, кругловатаго очертанія. При маломъ увеличеніи онѣ имѣли буровато-желтый оттѣнокъ и казались слегка зернистыми. Поверхностныя колоніи были гораздо крупнѣе, въ видѣ тонкаго налета съ неправильно зазубренными краями, синевато-серебристаго отблеска. Центръ колоніи представлялъ слабо-желтоватое окрашиваніе; по направленію же къ краямъ замѣчалась тонкая сѣть изъ линій, сходная съ рисункомъ древеснаго листа. Черезъ 5 сутокъ величина поверхностныхъ колоній достигала приблизительно 4—5 мм. въ діаметрѣ (при температурѣ около 20° Ц.). Дальнѣйшаго увеличенія въ ростѣ колоній въ послѣдующіе дни не наблюдалось.—Желатина не разжижалась.

Пластинчатыя разливки на мочепептонной желатинѣ *Piorkowsk*'аго черезъ 24 часа при 20° Ц. дали ростъ колоній, характерный для тифозной палочки *Eberth*'а. Получены опалесцирующія, съ изрѣзанными очертаніями колоніи, съ болѣе темнымъ центромъ и съ многочисленными тонкими, нитевидными отростками, ясно видными при слабомъ увеличеніи. По истеченіи сутокъ дальнѣйшаго увеличенія въ ростѣ колоній не наблюдалось. Микроскопическіе препараты, сдѣланные изъ колоній пластинчатыхъ разливокъ (какъ на обыкновенной желатинѣ, такъ и на мочепептонной желатинѣ *Piorkowsk*'аго) дали чистую разводку палочки, вполнѣ тождественной съ первоначально полученной палочкой какъ по ея морфологическимъ и біологическимъ свойствамъ, такъ и по отношенію къ нѣкоторымъ химическимъ веществамъ.

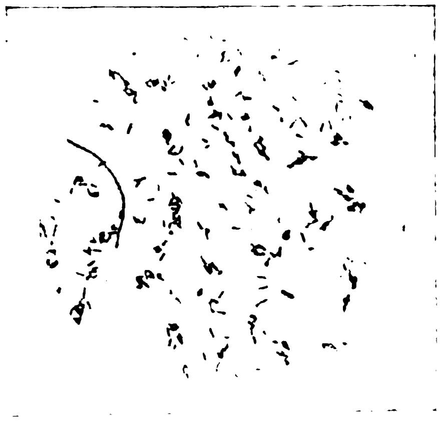
Полученныя чистыя разводки палочки по отношенію къ различнымъ питательнымъ средамъ представляли слѣдующія свойства. Въ бульонѣ при 37° Ц. микробъ разростался дов. быстро: черезъ 24 часа бульонъ сплошь мутнѣлъ; на поверхности получалась нѣжная пленка, а на днѣ пробирки собирался бѣловатый осадокъ. На косомъ глицериновомъ агарѣ черезъ 2 сутокъ получался дов. сочный налётъ сѣровато-бѣлаго цвѣта. На косо застывшей желатинѣ черезъ 3—4 сутокъ (при 22° Ц.) получался прозрачный, съ голубоватымъ отливомъ налётъ, не доходившій до стѣнокъ пробирки. Прививка на желатинѣ уколомъ давала маленькія, бѣловатаго цвѣта колоніи, располагавшіяся по ходу укола. По поверхности укола развивалась прозрачная, съ голубоватымъ отливомъ плёнка.

Съ цѣлью отличительнаго распознаванія полученной палочки (по видимому тифозной *Eberth*'а) отъ сходной съ нею кишечной палочки (bacterium coli commune) сдѣланы слѣдующіе опыты: 1) Посѣвъ на картофелѣ (съ слабокислой реакціей) далъ черезъ 3—4 сутокъ при 37° Ц. нѣжный ростъ въ видѣ едва примѣтнаго на глазъ влажнаго, росистаго налёта. Соскабливая платиновой иглой поверхность этого налёта и сдѣлавъ изъ него микроскопическіе препараты, легко было убѣдиться въ томъ, что засѣянная поверхность картофеля была покрыта массой однородныхъ палочекъ полученной нами разводки. Кишечная палочка даетъ, какъ извѣстно, на картофелѣ (съ слабокислой реакціей) грубый, сочный, желтоватаго цвѣта налетъ. 2) На круто сваренномъ куриномъ яйцѣ, на бѣлкѣ и желткѣ получилась безцвѣтная разводка, не имѣвшая наклонности увеличиваться по поверхности. Кишечная палочка на бѣлкѣ даетъ налетъ цвѣта кофе съ молокомъ, а на желткѣ—почти черное пятно, постепенно распространяющееся по поверхности. 3) При прибавленіи къ бульонной разводкѣ полученной нами палочки 1 к. стм. раствора чистаго азотистокислаго кали (0,02 на 100,0 перегнанной воды) и 6 капель насыщенной сѣрной кислоты индоловой реакціи (малиновое окрашиваніе) не получилось. Кишечная палочка даетъ ее. 4) Пробирки съ молокомъ при 37° Ц. въ теченіи нѣсколькихъ дней съ посѣвами полученной нами разводки не дали свертыванія молока. Кишечная палочка свертываетъ молоко въ теченіи 24—48 час. 5) 2%-ный сахарный агаръ-агаръ, приведенный въ жидкое состояніе и засѣянный разводкой полученной нами палочки, не далъ газовъ въ теченіи нѣсколькихъ сутокъ роста въ термостатѣ, кишечная-же палочка даетъ газы и разрываетъ са-

Digitized by Google

харный агаръ обыкновенно въ первыя-же сутки. 6) Съ бульонными разводками полученной нами палочки сдѣлана была реакція *Vidal*'я нѣсколько разъ, при чемъ кровь бралась нами у больныхъ съ типичнымъ брюшнымъ тифомъ въ разгарѣ болѣзни. Во всѣхъ случаяхъ получалось рѣзкое склеиваніе при разбавленіи 1:10 и 1:20.

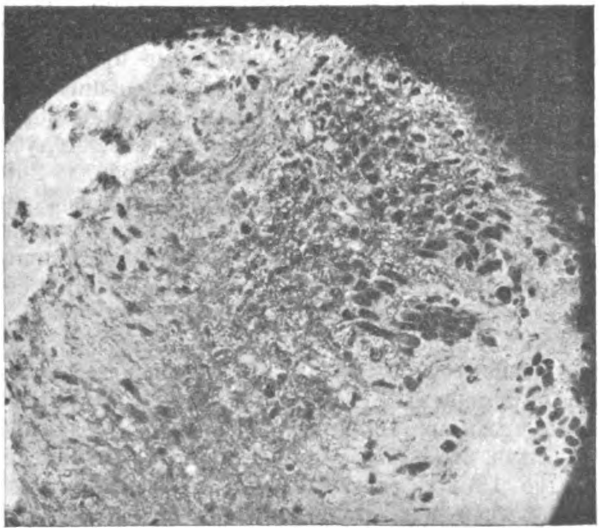
Если къ упомянутымъ 6 признакамъ для отличительнаго распознаванія брюшнотифозной палочки отъ кишечной прибавить вышеупомянутый характерный ростъ палочки на мочепептонной желятинѣ *Piorkowsk*'аго въ колоніяхъ, то перечисленныхъ нами данныхъ, полагаемъ, достаточно для установки точнаго бактеріологическаго распознаванія полученнаго нами микроба.



Сним. 1.
Микрофотографическій снимокъ выдѣленной палочки (картофельная 6-дневная разводка).

Микроскопическое изслѣдованіе омертвѣвшихъ кусковъ, плававшихъ въ содержимомъ гнойника, не обнаружило ясныхъ слѣдовъ мышечныхъ волоконъ; микроскопическая картина напоминала картину простыхъ сгустковъ.

Болѣе интересныя данныя дало изслѣдованіе куска изъ противоположной прямой мышцы. На микроскопическомъ срѣзѣ мышцы, окрашенномъ по *van Gieson*'у, прежде всего бросается въ глаза малочисленность мышечныхъ волоконъ въ полѣ зрѣнія. Между волокнами, отстоящими другъ отъ друга, видны широкіе поясы соединительной ткани, въ которой находятся остатки кровоизліянія и фибрина. Мышечныя волокна мѣстами окрасились нормально, мѣстами-же остались неокрашенными, такъ что получились неопредѣленной формы глыбы съ окрасившимся кой-гдѣ ядромъ, расположеннымъ на периферіи, какъ это характерно для поперечно-полосатой мышцы. Передъ нами была мышца, пораженная т. наз. перерожденіемъ *Zenker*'а; на мѣсто погибшихъ волоконъ надвинулась соединительная ткань, которая впослѣдствіи будетъ замѣщена и размѣщена новообразующимися мышечными волокнами.



Сним. 2.
Микрофотографическій снимокъ мышцы.

Надо полагать, что въ перерожденной правосторонней прямой мышцѣ наступило кровоизліяніе вслѣдствіе разрыва ея и что это и дало возможность тифозной палочкѣ проявить свое разрушающее дѣйствіе. Подобно другимъ описаннымъ случаямъ, и нашъ случай доказываетъ способность тифозной палочки вызывать нагноеніе или распадъ ткани безъ участія т. наз. смѣшаннаго зараженія.

Считаемъ пріятнымъ долгомъ выразить свою благодарность прозектору Старо-Екатерининской больницы *В. А. Колли* за приготовленіе свѣтописныхъ снимковъ съ микроскопическихъ препаратовъ.

**Литература:** 1. «Der Unterleibstyphus» Spec. Pathol. und Therapie von Nothnagel. стр. 76.—2. *Chantemesse*. Перев. Traité de médecine» подъ ред. ч. пр. *Голубинина*, Москва 1900, стр. 137. Авторы ссылаются на диссертацію *Someil*'я, Paris, 1894.— 3. *Bollack* и *Bruns*. «Deutsche med. Wochenschrift», № 35.

---

# XCVI. Организація акушерской помощи въ Петербургѣ *).

**В. В. Желтухина.**

## 1. Виды родовспоможенія.

Акушерская помощь по мѣсту ея подачи раздѣляется на 2 вида: или акушерскій персоналъ приглашается къ роженицѣ, и роды совершаются въ ея жилищѣ; или роженица отправляется въ какое-либо учрежденіе, обладающее акушерскимъ персоналомъ, гдѣ и остается въ теченіи родовъ и части послѣродового срока. 1-ую систему подачи акушерской помощи принято называть разъѣздной, 2-ую— стаціонарной.

Принимая въ соображеніе, что возможно благополучный исходъ каждыхъ данныхъ родовъ зависитъ отъ 2-хъ условій: отъ акушерскаго персонала и отъ обстановки роженицы, стаціонарная система обладаетъ очевиднымъ преимуществомъ передъ разъѣздной. При послѣдней имѣютъ силу оба указанныя условія, при чемъ случается, что обстановка роженицы разрушаетъ всѣ благія намѣренія персонала. При стаціонарной помощи оба условія совпадаютъ, такъ какъ обстановка, въ существенномъ по крайней мѣрѣ, зависитъ отъ персонала. Недостатокъ разъѣздной системы заключается еще и въ томъ, что ею вовсе не могутъ пользоваться многія роженицы, напр. изъ числа прислугъ и угловыхъ жилицъ.

Въ Петербургѣ существуютъ оба вида родоспоможенія.

## 2. Стаціонарная помощь.

Насколько удалось собрать свѣдѣнія, стаціонарную помощь оказываютъ: 13 городскихъ родильныхъ пріютовъ, 4 родильныхъ дома, 2 негородскихъ родильныхъ пріюта, 4 городскихъ больницы, 4 негородскихъ больницы, 2 клиники В.-Медицинской Академіи и 2 клиники Женскаго Медицинскаго Института при Петропавловской городской больницѣ **). На прилагаемомъ планѣ Петербурга указано расположеніе учрежденій, подающихъ стаціонарную акушерскую помощь.

Къ числу родовспомогательныхъ учрежденій, содержимыхъ частными лицами, принадлежатъ 18 убѣжищъ, которыми завѣдуютъ повивальныя бабки, и 8 разнаго наименованія лѣчебныхъ заведеній, принадлежащихъ врачамъ.

Характеръ всѣхъ общественныхъ и казенныхъ учрежденій, въ которыхъ совершаются роды, ясенъ изъ ихъ названій. Нѣкотораго поясненія требуютъ родильные пріюты. Еще недавно они легко отличались отъ родильныхъ домовъ сравнительно гораздо меньшимъ числомъ родовъ. Теперь этотъ простой отличительный признакъ уже непригоденъ. Можно сопоставить родильный домъ и пріютъ съ приблизительно равнымъ числомъ родовъ. Характерными признаками дома являются: распредѣленіе врачебнаго труда между многими лицами, дежурство врачей, повивальная школа и гинекологическое отдѣленіе. Отличительная черта пріюта состоитъ въ томъ, что всѣ врачеб-

*) Часть этого труда, въ сокращенномъ видѣ, была прочитана на IX Пироговскомъ Съѣздѣ, войдя въ составъ коллективнаго доклада объ организаціи акушерской помощи въ Россіи, предпринятаго проф. *Г. Е. Рейномъ*. Благодаря любезности послѣдняго, я имѣлъ возможность воспользоваться отвѣтами 11 учрежденій на его вопросные листы.

**) Къ учрежденіямъ, оказывающимъ стаціонарную акушерскую помощь, относятся еще: родильныя отдѣленія лазарета экспедиціи заготовленія государственныхъ бумагъ, больницы женскаго отдѣленія тюрьмы и родильный покой Таможеннаго вѣдомства. Свѣдѣній объ ихъ дѣятельности не имѣю.

Digitized by Google

будителемъ нагноенія бываетъ или тифозная палочка, или обычные для этого процесса микробы; иногда тѣ и другіе встрѣчаются вмѣстѣ (*Achard*)». Въ появившейся въ 1901 г. [3]) работѣ *Bollack*'а и *Bruns*'а насчитывается лишь 5 случаевъ мышечныхъ гнойниковъ, въ которыхъ была найдена исключительно *Eberth*'овская палочка.

Сами авторы наблюдали случай, гдѣ были поражены обѣ прямыя мышцы. На одной сторонѣ гнойникъ былъ вскрытъ; но, когда обнаружился результатъ бактеріологическаго изслѣдованія, т. е. присутствіе въ гною однѣхъ только тифозныхъ палочекъ, то опухоль съ другой стороны, появившаяся впослѣдствіи, была пользована выжидательно. Она разсосалась безъ хирургическаго вмѣшательства, и авторы опираются на этотъ фактъ, чтобы подтвердить истину о доброкачественности тифозныхъ нагноеній, и ссылаются при этомъ на *Gerhardt*'а, который указалъ на возможность всасыванія тифозныхъ эмпіемъ. Наличность однѣхъ только тифозныхъ палочекъ позволяетъ, по авторамъ, не слишкомъ спѣшить съ операціей.

Мы позволяемъ себѣ сообщить о случаѣ нагноенія прямой мышцы живота, развившагося на 41-ый день отъ начала тифознаго заболѣванія. Повышеніе температуры, достигавшее на 51-ый день вечеромъ 38°,6, заставило насъ отказаться отъ выжидательнаго лѣченія въ пользу разрѣза. Интересъ случая заключается въ данныхъ бактеріологическаго изслѣдованія гноя и микроскопическаго изслѣдованія прямой мышцы другой стороны.

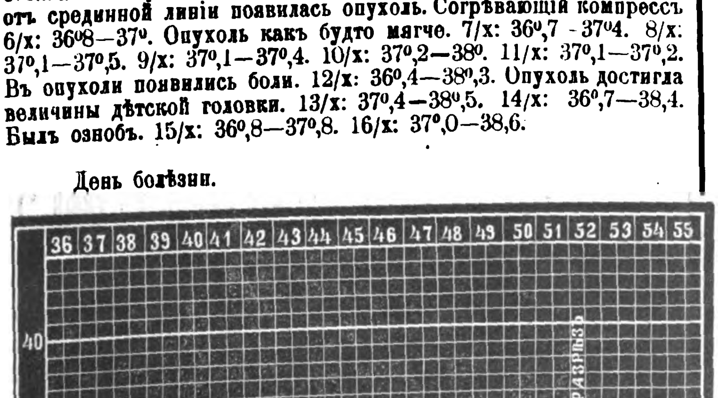
Больной, 30 л., поступилъ въ Старо-Екатерининскую больницу въ Москвѣ 3/IX 1901 г. Послѣ 1½ недѣли: жаръ, ознобъ, головная боль. Въ началѣ заболѣванія былъ поносъ,—слабило разъ 5—6 въ сутки, жидко; испражненія имѣли видъ гороховаго супа.

3/IX: Катарральная жаба. На языкѣ желтовато-бѣлый налетъ. Селезенка при постукиваніи увеличена. На кожѣ грудной клѣтки и живота розеолы.

Сердце замѣтно не увеличено; звуки его глухи, ослаблены; пульсъ 108, вялаго кровенаполненія. Въ нижней долѣ лѣваго легкаго много мелкихъ влажныхъ хриповъ. Въ мочѣ дов. много бѣлка.

Веч. 40°,4. 4/IX: 39°,4—38°. 5/IX: 39°,3—37°,8. Бредитъ. Пульсъ 108. Слабило 1 разъ, жидко. Розеола in statu quo. 6/IX: 38,1°—38°,2. Слабило жидко 3 раза. 7/IX: 38,1—39°,5. 8/IX: 39°,4—40°. Въ обоихъ легкихъ явленія рѣзкаго бронхита. Кашель. 9/IX: 39°,8—39°,8. Слабило 1 разъ, жидко. Розеола блѣднѣетъ. П. 108. 10/IX: 39°,8—39°,8. 11/IX: 39°—40°,4. Слабило 1 разъ, жидко. 12/IX: 39°—40°,1. 13/IX: 38°,3—39°,8: 14/IX: 38°,6—39°,4. Слабило 1 разъ, жидко. 15/IX: 38°,1—39°. Слабило 3 раза жидко. Появилась хрипота. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи на лѣвой голосовой связкѣ найдены грануляціи. Окраска голосовыхъ связокъ не измѣнена; остальная слизистая оболочка гортани блѣдна. 16/IX: 38°,8—40°,4. Розеолъ не видно; 14/IX: 38°,1—39°,8. Слабило жидко, 1 разъ. 18/IX: 39°,2—39°,3. Временами бредъ. 19/IX: 38°,5—40°. 20/IX: 38°,4—39°,1. 21/IX: 37°,9—39°,6. Слабило 2 раза. 22/IX: 38°—38°. 23/IX: 38°,4—38,°2. 24/IX: 37°,8—37°,2. 25/IX: 37°,2—36°,8. 26/IX: 36°,8—36°,4. 27/IX: 36°,9—36°,5. 28/IX: 36°,5—36°,4. 29/IX: 36°,1—36,8. 30/IX: 36°,5—36,7. Въ слѣдующіе дни температура оставалась нормальной. 5/X надъ лоннымъ соединеніемъ справа отъ срединной линіи появилась опухоль. Согрѣвающій компрессъ 6/X: 36°8—37°. Опухоль какъ будто мягче. 7/X: 36°,7 - 37°4. 8/X: 37°,1—37°,5. 9/X: 37°,1—37°,4. 10/X: 37°,2—38°. 11/X: 37°,1—37°,2. Въ опухоли появились боли. 12/X: 36°,4—38°,3. Опухоль достигла величины дѣтской головки. 13/X: 37°,4—38°,5. 14/X: 36°,7—38,4. Былъ ознобъ. 15/X: 36°,8—37°,8. 16/X: 37°,0—38,6.

День болѣзни.




Кривая температуры за время развитія гнойника.

Въ виду рѣзкаго повышенія температуры на слѣдующій день былъ сдѣланъ разрѣзъ по срединной линіи. Подкожная клѣтчатка оказалась инфильтрованной. По вскрытіи утолщеннаго передняго листка влагалища правой прямой мышцы живота ручка вошла въ полость, съ кулакъ, изъ которой вылилась коричневая жидкость съ плавающими въ ней омертвѣвшими кусочками ткани. Кверху полость была замкнута, въ нее выпячивалась покрытая фасціей прямая мышца противоположной стороны. Изсѣченъ кусочекъ для микроскопическаго изслѣдованія и для этой же цѣли сохранены комочки, плававшіе въ содержимомъ полости. Изъ послѣдняго были сдѣланы прививки на питательныя среды для бактеріологическаго изслѣдованія. Послѣ разрѣза температура вернулась къ нормѣ, и наступило быстрое и полное выздоровленіе. Во время болѣзни была сдѣлана реакція *Vidal*'я, давшая положительный результатъ.

*Бактеріологическая часть.*

Тотчасъ-же по вскрытіи гнойника прокаленной платиновой иглой взято гнойное содержимое его, и сдѣланы посѣвы въ нѣсколько пробирокъ съ глицериновымъ бульономъ, агаръ-агаромъ и кровяной сывороткой. Черезъ сутки пребыванія посѣвовъ въ термостатѣ при 37° Ц. пробирки съ бульономъ замутились, на косой поверхности кровяной сыворотки получился нѣжный поверхностный ростъ въ видѣ тонкаго, едва замѣтнаго матоваго налёта. Микроскопическое изслѣдованіе обнаружило въ полученныхъ разводкахъ присутствіе множества однородныхъ палочекъ, обладавшихъ быстрой подвижностью, съ нѣсколько закругленными концами, по величинѣ очень подходившихъ къ тифознымъ палочкамъ *Eberth*'а (длина ихъ равнялась приблизительно 2—3 μ). Изъ примѣнявшихся красокъ выше всего окрашивали палочки *Ziel*'евскій карболъ-фуксинъ и 1% водный растворъ генціанъвіолетъ. Окраска палочекъ по *Gram*'у не удавалась. Въ сдѣланныхъ пластинчатыхъ разливкахъ на мясопептонной желятинѣ въ чашечкахъ *Petri* черезъ 36 час. при 20° Ц. полученъ ростъ колоній. Глубокія колоніи представлялись рѣзко ограниченными, мелкими, точечными, кругловатаго очертанія. При маломъ увеличеніи онѣ имѣли буровато-желтый оттѣнокъ и казались слегка зернистыми. Поверхностныя колоніи были гораздо крупнѣе, въ видѣ тонкаго налета съ неправильно зазубренными краями, синевато-серебристаго отблеска. Центръ колоніи представлялъ слабо-желтоватое окрашиваніе; по направленію же къ краямъ замѣчалась тонкая сѣть изъ линій, сходная съ рисункомъ древеснаго листа. Черезъ 5 сутокъ величина поверхностныхъ колоній достигала приблизительно 4—5 мм. въ діаметрѣ (при температурѣ около 20° Ц.). Дальнѣйшаго увеличенія въ ростѣ колоній въ послѣдующіе дни не наблюдалось.—Желятина не разжижалась.

Пластинчатыя разливки на мочепептонной желятинѣ *Piorkowsk*'аго черезъ 24 часа при 20° Ц. дали ростъ колоній, характерный для тифозной палочки *Eberth*'а. Получены опалесцирующія, съ изрѣзанными очертаніями колоніи, съ болѣе темнымъ центромъ и съ многочисленными тонкими, нитевидными отростками, ясно видными при слабомъ увеличеніи. По истеченіи сутокъ дальнѣйшаго увеличенія въ ростѣ колоній не наблюдалось. Микроскопическіе препараты, сдѣланные изъ колоній пластинчатыхъ разливокъ (какъ на обыкновенной желятинѣ, такъ и на мочепептонной желятинѣ *Piorkowsk*'аго) дали чистую разводку палочки, вполнѣ тождественной съ первоначально полученной палочкой какъ по ея морфологическимъ и біологическимъ свойствамъ, такъ и по отношенію къ нѣкоторымъ химическимъ веществамъ.

Полученныя чистыя разводки палочки по отношенію къ различнымъ питательнымъ средамъ представляли слѣдующія свойства. Въ бульонѣ при 37° Ц. микробъ разростался дов. быстро: черезъ 24 часа бульонъ сплошь мутнѣлъ; на поверхности получалась нѣжная пленка, а на днѣ пробирки собирался бѣловатый осадокъ. На косомъ глицериновомъ агарѣ черезъ 2 сутокъ получался дов. сочный налётъ сѣровато-бѣлаго цвѣта. На косо застывшей желятинѣ черезъ 3—4 сутокъ (при 22° Ц.) получался прозрачный, съ голубоватымъ отливомъ налёгъ, не доходившій до стѣнокъ пробирки. Прививка на желятинѣ уколомъ давала маленькія, бѣловатаго цвѣта колоніи, располагавшіяся по ходу укола. По поверхности укола развивалась прозрачная, съ голубоватымъ отливомъ плёнка.

Съ цѣлью отличительнаго распознаванія полученной палочки (по видимому тифозной *Eberth*'а) отъ сходной съ нею кишечной палочки (bacterium coli commune) сдѣланы слѣдующіе опыты: 1) Посѣвъ на картофелѣ (съ слабокислой реакціей) далъ черезъ 3—4 сутокъ при 37° Ц. нѣжный ростъ въ видѣ едва примѣтнаго на глазъ влажнаго, росистаго налёта. Соскабливая платиновой иглой поверхность этого налёта и сдѣлавъ изъ него микроскопическіе препараты, легко было убѣдиться въ томъ, что засѣянная поверхность картофеля была покрыта массой однородныхъ палочекъ полученной нами разводки. Кишечная палочка даетъ, какъ извѣстно, на картофелѣ (съ слабокислой реакціей) грубый сочный, желтоватаго цвѣта налетъ. 2) На круто свареннообъ риномъ яйцѣ, на бѣлкѣ и желткѣ получилась безцвѣтн... ка, не имѣвшая наклонности увеличиваться по повер... шечная палочка на бѣлкѣ даетъ налетъ цвѣта ... комъ, а на желткѣ—почти черное пятно, посте... няющееся по поверхности. 3) При при... разводкѣ полученной нами палочки 1 ... азотистокислаго кали (0,02 на 100,0 ... пель насыщенной сѣрной кислоты ... вое окрашиваніе) не получилось. ... 4) Пробирки съ молокомъ при ... дней съ посѣвами полученной ... нія молока. Кишечная палоч... 24—48 час. 5) 2%-ный са... жидкое состояніе и засѣя... лочки, не далъ газовъ в... термостатѣ, кишечная-...

Digitized by Google

[illegible]

...одильный
давшихъ
% смерт-
именно:
ная — на
отъ об-
мости эк-
*Грюнин-*
чъ имѣлъ

[illegible]

...ь общихъ
...олѣзней.

| ...чаевъ. | % |
|---|---|
| 33 | 0,08 |
| 14 | 0,11 |
| 9 | 0,09 |
| 7 | 0,08 |
| 5 | 0,09 |
| 3 | 0,10 |
| ? | — |
| 23 | 1,7 |
| 8 | 0,24 |
| — | — |
| ? | — |
| — | — |
| — | — |
| — | — |
| — | — |
| 102 | 0,12 |

[illegible]

| | | | На какое число родовъ? | Число случаевъ. | % |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ...1902 | 39331 | 47 | 0,12 |
| | | ...–1901 | 20097 | 61 | 0,3 |
| | | ...7—1901 | 7776 | 34 | 0,43 |
| | | ...97—1902 | 8762 | 24 | 0,27 |
| | | 1897—1902 | 5452 | 13 | 0,24 |
| | | 1898—1901 | 2090 | — | — |
| | 5 | 1900—1902 | 793 | 10 | 1,3 |
| | 5 | 1897—1902 | 1303 | 2 | 0,15 |
| ... М. | 6 | 1898—1899 | 1270 | 9 | 0,71 |
| ... М. | 4 | 1897—1902 | 866 | 3 | 0,34 |
| ...К. М. | 4 | 1900—1901 | 305 | 2 | — |
| . . . . | 4 | 1901—1902 | 207 | 1 | — |
| ...го . . . | — | — | 88243 | 204 | 0,23 |

...привозныя.

Digitized by Google

*Городскіе родильные пріюты:* 1. Васильевскій. 2. Петровскій. 3. Выборгскій. 4. Литейный. 5. Рождественскій. 6. Московскій. 7. Ал.-Невскій. 8. Нарвскій. 9. 12-ый. 10. 1-й Спасскій. 11. 2-й Спасскій. 12. Коломенскій. 13. 13-ый. *Родильные дома:* 14. Петербургское родовспомогательное заведеніе. 15. Клиническій повивальный институтъ. 16. Александринскій пріютъ для женщинъ. 17. Маріинскій родовспомогательный домъ. *Негородскіе родильные пріюты:* 18. Гаваньскій. 19. Охтенскій. *Больницы:* 20. Рождественская барачная. 21. Дворцовый госпиталь. 22. Почтамтская. 23. Обуховская. 24. Александровская въ память 19 февраля 1861 г. 25. Морской госпиталь. 26. Калинкинская. *Клиники:* 27. Академическая В.-Медицинской Академіи. 28. Госпитальная В.-Медицинской Академіи. 29. 2 клиники Женскаго Медицинскаго Института при Петропавловской больницѣ.

ныя обязанности исполняются однимъ лицемъ. Число повивальныхъ бабокъ доведено тоже до возможнаго minimum'а (4—6). Послѣдствіемъ такой малочисленности медицинскаго персонала является изслѣдованіе каждой данной нормальной роженицы однимъ, рѣдко 2-мя лицами. О нарушеніи этого правила при использованіи пріютскаго матеріала въ педагогическомъ направленіи, для пріюта необязательномъ, будетъ сказано ниже.

Изъ частныхъ родовспомогательныхъ учрежденій считаю нужнымъ обратить вниманіе на убѣжища для беременныхъ и рожениц, содержимыя повивальными бабками. Это—мелкія родовспомогательныя единицы на 1, рѣдко на 2 кровати. По годовому количеству родовъ они играютъ ничтожную роль. Принципіально-же казалось-бы, что они вовсе не должны существовать, какъ медицинскія учрежденія, во главѣ которыхъ стоятъ лица безъ высшаго медицинскаго образованія и при томъ денежно заинтересованныя *).

Прежде чѣмъ перейти къ цифровымъ даннымъ стаціонарной помощи, я долженъ сдѣлать 2 оговорки. Во 1-хъ, всѣ вычисленія относятся къ Петербургу безъ пригородовъ; это сдѣлано потому, что для части взятаго мною періода времени число рожденныхъ въ пригородахъ неизвѣстно. Во 2-хъ, число живо-и мертворожденныхъ въ Петербургѣ принято за число родовъ. Въ этомъ отождествленіи, конечно, кроется нѣкоторая погрѣшность отъ неисключенія родовъ двойнями. Но опять таки для извѣстнаго числа лѣтъ изъ разслѣдуемаго времени число такихъ родовъ не указано. Неточность, отсюда происходящая, вообще небольшая, при вычисленіи съ пріютскимъ матеріаломъ сводится къ нулю, въ виду того, что % двойней и выкидышей тамъ почти одинаковы.

Въ 1902 г. въ Петербургѣ, безъ пригородовъ, было 41112 родовъ; считая-же и пригороды—48661 [1]). Городскія, казенныя и общественныя учрежденія приняли 23353 роженицы, а именно: городскіе родильные пріюты 11704, родильные дома 7161, не городскіе родильные пріюты 1246, городскія больницы 1128, не городскія больницы 666, клиники В.-Медицинской Академіи 1448. Кромѣ того, убѣжища, содержимыя повивальными бабками, приняли 266 рожениц, и частныя учрежденія, завѣдуемыя врачами,—около 400 [2]), [5]). Слѣд., 58% рожениц Петербурга безъ пригородовъ или 49% рожениц Петербурга съ пригородами получили стаціонарную помощь. Половину всей послѣдней оказали городскіе родильные пріюты.

Качество Петербургской стаціонарной акушерской помощи и отчасти подлежавшихъ ей рожениц, въ предѣлахъ матеріала, которымъ я располагалъ, характеризуются слѣдующими средними выводами. Разсматривая таблицы, можно убѣдиться, что выводы взяты изъ періода времени съ 1897 г. по 1902 г. включительно, при чемъ цифры отъ различныхъ родовспомогательныхъ и больничныхъ учрежденій получены за разные сроки.

%-ныя отношенія только для предлежанія дѣтскаго мѣста и для разрывовъ матки выведены изъ одного и того-же числа родовъ—88243. Для остальныхъ категорій число родовъ—неодинаково и колеблется отъ 84052 до 92001.

Смертность рожениц и родильницъ отъ всѣхъ причинъ составляетъ 0,46%, отъ гнилостныхъ заболѣваній 0,17%, отъ не-гнилостныхъ родовыхъ и послѣродовыхъ заболѣваній тоже 0,17% и отъ общихъ болѣзней 0,12%.

Заболѣваемость эклампсіей выражается 0,82%, разрывы матки 0,04%, предлежаніе дѣтскаго мѣста 0,23%.

*) Относительно частныхъ учрежденій, хозяевами которыхъ состоятъ врачи, придерживаюсь взгляда, который не разъ высказывался *В. А. Манассеинымъ*, что лучше и врачамъ не быть въ нихъ денежно заинтересованными.

Digitized by Google

Операціи: щипцы, поворотъ, извлеченіе, эмбріотомія, кесарское сѣченіе производились въ 6,1% всѣхъ родовъ.

Небезынтересно сравнить приведенные мною общіе для всѣхъ Петербургскихъ учрежденій средніе %% смертности и заболѣваемости рожениць и родильницъ съ соотвѣтствующими цифрами д-ра *Грюнинга* [7]) за 1891—1897 гг. Необходимо только принять въ соображеніе, что Петербургскій матеріалъ этого автора былъ нѣсколько иного состава, а именно въ него вошли: 3 городскихъ родильныхъ пріюта, 3 родильныхъ дома, 1 негородской родильный пріютъ и 2 клиники В.-Медицинской Академіи, давшихъ всѣ вмѣстѣ 57336 родовъ. Вычисленные мною %% смертности меньше тѣхъ же величинъ д-ра *Грюнинга*, а именно: вся смертность уменьшилась на 0,08%, гнилостная — на 0,02%, не-гнилостная—на 0,06%, а смертность отъ общихъ болѣзней осталась прежнею. % заболѣваемости эклампсіей у меня получился большій, чѣмъ у д-ра *Грюнинга* на 0,19%, что отчасти объясняется тѣмъ, что онъ имѣлъ

**Табл. 1.**

Смертность рожениць и родильницъ.

| Учрежденія: | № источника. | За какое время? | На какое число родовъ? | Вся. | | Отъ гнилостныхъ заболѣваній. | | Отъ негнилостныхъ родовыхъ и послѣродовыхъ заболѣваній. | | Отъ общихъ болѣзней. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Число случаевъ. | % | Число случаевъ. | % | Число случаевъ. | % | Число случаевъ. | % |
| Всѣ Петербургскіе городскіе родильные пріюты . | 2 | 1899—1902 | 39331 | 126 | 0,32 | 58 | 0,14 | 35 | 0,09 | 33 | 0,08 |
| Петербургское родовспомогательное заведеніе . . | 3 | 1898—1900 | 12459 | 73 | 0,58 | 25 | 0 20 | 34 | 0,27 | 14 | 0,11 |
| Клиническій повивальный институтъ. . . . . . | 4 | 1897—1902 | 9405 | 37 | 0,39 | 15 | 0,15 | 13 | 0,14 | 9 | 0,09 |
| Маріинскій родовспомогательный домъ . . . . | 4 | 1897—1902 | 8762 | 29 | 0,33 | 13 | 0,14 | 9 | 0,10 | 7 | 0,08 |
| Александрійскій пріютъ для женщинъ . . . | 4 | 1897—1902 | 5452 | 30 | 0,55 | 12 | 0,22 | 13 | 0,23 | 5 | 0,09 |
| Гаваньскій родильный пріютъ . . . . . . . . . | 4 | 1898—1902 | 2877 | 9 | 0,31 | 2 | 0,07 | 4 | 0,14 | 3 | 0,10 |
| Обуховская больница . . . . . . . . . . . . | 5 | 1900—1902 | 793 | ? | — | 2 | 0,25 | 16 | 2,0 | ? | — |
| Александровская больница въ память 19 февраля 1861 г. . . . . . . . . . . . . . . . | 5 | 1897—1902 | 1303 | 34 | 2,6 | 2 | 0,15 | 9 | 0,69 | 23 | 1,7 |
| Госпитальная клиника В.-Медицинской Академіи . | 5 | 1900—1902 | 3390 | 40 | 1,18 | 21**) | 0,62 | 11 | 0,32 | 8 | 0,24 |
| Академическая » » » » | 4 | 1897—1902 | 866 | 6 | 0,69 | 1 | 0,11 | 5 | 0,57 | — | — |
| Госпитальная клиника Ж. М. Института . . . . . | 4 | 1901—1902 | 305 | 3 | — | 1 | — | ? | — | ? | — |
| Факультетская » » » » *) . . . | 4 | 1901—1902 | 207 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Итого . . . | — | — | 84357 | 387 | 0,46 | — | — | — | — | — | — |
| | — | — | 85150 | — | — | 152 | 0,17 | — | — | — | — |
| | — | — | 84845 | — | — | — | — | 149 | 0,17 | — | — |
| | — | — | 84052 | — | — | — | — | — | — | 102 | 0,12 |

**Табл. 2.**

Эклямпсія.

| Учрежденія: | № источника. | За какое время? | На какое число родовъ? | Число случаевъ. | % |
|---|---|---|---|---|---|
| Всѣ Петербургскіе городскіе родильные пріюты . . . . | 2 | 1899—1902 | 39331 | 196 | 0,5 |
| Петербургское родовспомогательное заведеніе . . . . | 4 | 1897—1901 | 20097 | 202 | 1,0 |
| Клиническій повивальный Институтъ . . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 9405 | 115 | 1,2 |
| Маріинскій родовспомогательный домъ . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 8762 | 83 | 0,94 |
| Александринскій пріютъ для женщинъ . . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 5452 | 53 | 0,97 |
| Гаваньскій родильный пріютъ | 4 | 1898—1901 | 2090 | 8 | 0,38 |
| Обуховская больница . . . . | 5 | 1900—1902 | 793 | 29 | 3,6 |
| Александровская больница въ память 19-го февраля 1861 г. . | 5 | 1897—1902 | 1303 | 30 | 2,3 |
| Рождественская барачная больница . . . . . . . . . . | 5 | 1897—1902 | 2004 | 12 | 0,6 |
| Госпитальная клиника В.-М. Академіи. . . . . . . . . | 6 | 1898—1899 | 1270 | 15 | 1,2 |
| Академическая клиника В.-М. Академіи. . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 866 | 5 | 0,57 |
| Госпитальная клиника Ж. М. Института . . . . . . . . | 4 | 1900—1901 | 305 | 6 | — |
| Факультетская клиника Ж. М. Института . . . . . . . . | 4 | 1901—1902 | 207 | 1 | — |
| Итого . . . | — | — | 91885 | 755 | 0,82 |

**Табл. 3.**

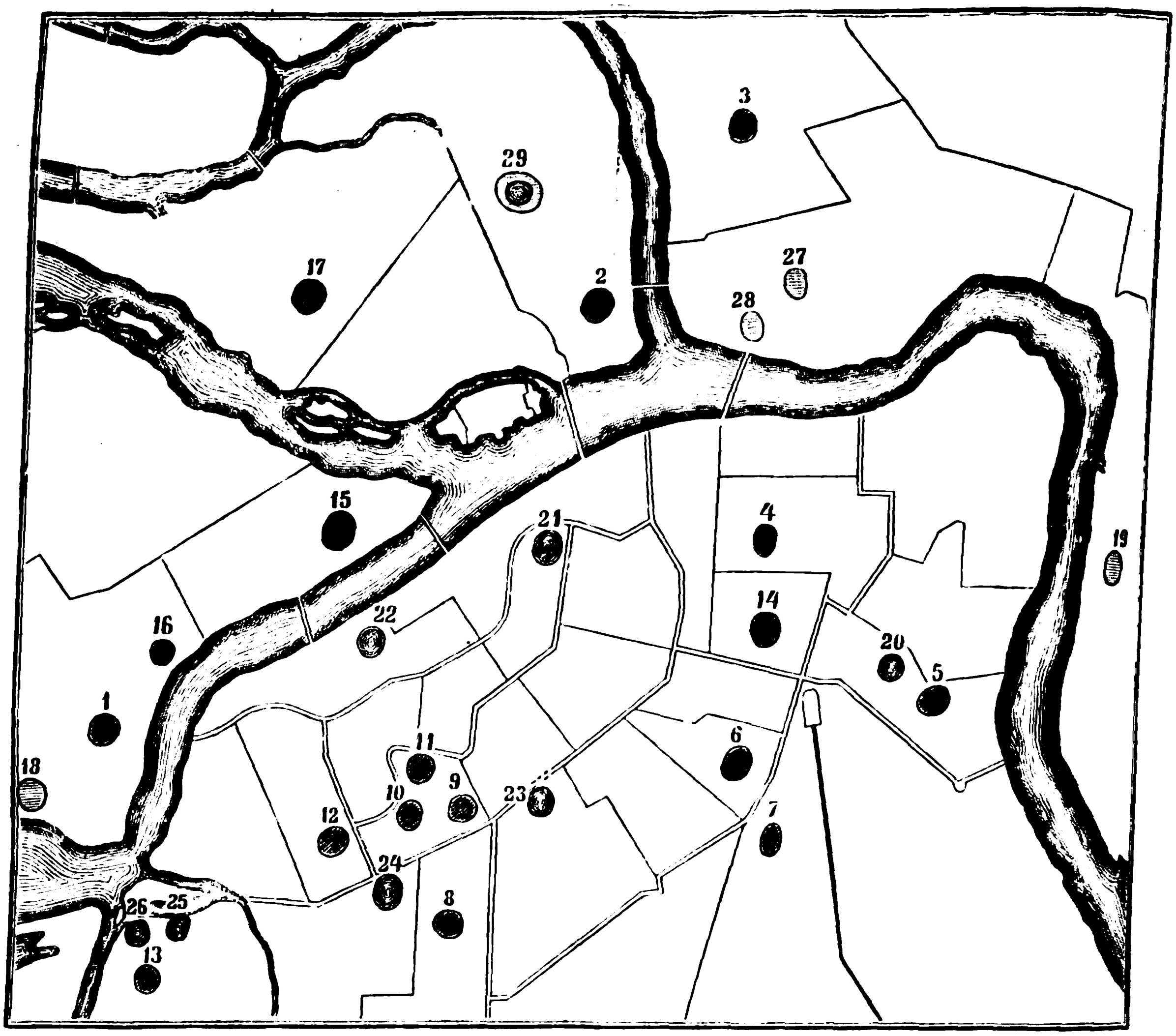
Предлежаніе дѣтскаго мѣста.

| Учрежденія: | № источника. | За какое время? | На какое число родовъ? | Число случаевъ. | % |
|---|---|---|---|---|---|
| Всѣ Петербургскіе городскіе родильные пріюты . . . . . | 2 | 1899—1902 | 39331 | 47 | 0,12 |
| Петербургское родовспомогательное заведеніе . . . . . . | 4 | 1897—1901 | 20097 | 61 | 0,3 |
| Клиническій повивальный институтъ . . . . . . . . . . | 4 | 1897—1901 | 7776 | 34 | 0,43 |
| Маріинскій родовспомогательный домъ . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 8762 | 24 | 0,27 |
| Александрійскій пріютъ для женщинъ . . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 5452 | 13 | 0,24 |
| Гаваньскій родильный пріютъ | 4 | 1898—1901 | 2090 | — | — |
| Обуховская больница . . . . | 5 | 1900—1902 | 793 | 10 | 1,3 |
| Александровская больница въ память 19-го февраля 1861 г. . | 5 | 1897—1902 | 1303 | 2 | 0,15 |
| Госпитальная клиника В.-М. Академіи . . . . . . . . . | 6 | 1898—1899 | 1270 | 9 | 0,71 |
| Академическая клиника В.-М. Академіи . . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 866 | 3 | 0,34 |
| Госпитальная клиника Ж. М. Института . . . . . . . . | 4 | 1900—1901 | 305 | 2 | — |
| Факультетская клиника Ж. М. Института . . . . . . . . . | 4 | 1901—1902 | 207 | 1 | — |
| Итого . . . | — | — | 88243 | 204 | 0,23 |

*) Перечислены въ концѣ статьи.

**) По сообщенію ассистента клиники *В. Н. Орлова*, почти всѣ—привозныя.

Digitized by Google




*Городскіе родильные пріюты:* 1. Васильевскій. 2. Петровскій. 3. Выборгскій. 4. Литейный. 5. Рождественскій. 6. Москов[...] 7. Ал.-Невскій. 8. Нарвскій. 9. 12 ый. 10. 1-й Спасскій. 11. 2 й Спасскій. 12. Коломенскій. 13. 13-ый. *Родильные дома:* 14. Пет[...]бургское родовспомогательное заведеніе. 15. Клиническій повивальный институтъ. 16. Александринскій пріютъ для женщ[...] 17. Маріинскій родовспомогательный домъ. *Негородскіе родильные пріюты:* 18. Гаваньскій. 19. Охтенскій. *Больницы:* 20. Рож[де]ственская барачная. 21. Дворцовый госпиталь. 22. Почтамтская. 23. Обуховская. 24. Александровская въ память 19 февраля 18[...] 25. Морской госпиталь. 26. Калинкинская. *Клиники:* 27. Академическая В.-Медицинской Академіи. 28. Госпитальная В.-Меди[цин]ской Академіи. 29. 2 клиники Женскаго Медицинскаго Института при Петропавловской больницѣ.

ныя обязанности исполняются однимъ лицемъ. Число повивальныхъ бабокъ доведено тоже до возможнаго minimum'a (4—6). Послѣдствіемъ такой малочисленности медицинскаго персонала является изслѣдованіе каждой данной нормальной роженицы однимъ, рѣдко 2-мя лицами. О нарушеніи этого правила при использованіи пріютскаго матеріала въ педагогическомъ направленіи, для пріюта необязательномъ, будетъ сказано ниже.

Изъ частныхъ родовспомогательныхъ учрежденій считаю нужнымъ обратить вниманіе на убѣжища для беременныхъ и роженицъ, содержимыя повивальными бабками. Это—мелкія родовспомогательныя единицы на 1, рѣдко на 2 кровати. По годовому количеству родовъ они играютъ ничтожную роль. Принципіально-же казалось-бы, что они вовсе не должны существовать, какъ медицинскія учрежденія, во главѣ которыхъ стоятъ лица безъ высшаго медицинскаго образованія и при томъ денежно заинтересованныя *).

Прежде чѣмъ перейти къ цифровымъ даннымъ стаціонарной помощи, я долженъ сдѣлать 2 оговорки. Во 1-хъ, всѣ вычисленія относятся къ Петербургу безъ пригородовъ; это сдѣлано потому, что для части взятаго мною періода времени число рожденныхъ въ пригородахъ неизвѣстно. Во 2-хъ, число живо-и мертворожденныхъ въ Петербургѣ принято за число родовъ. Въ этомъ отождествленіи, конечно, кроется нѣкоторая погрѣшность отъ неисключенія родовъ двойнями. Но опять таки для извѣстнаго числа лѣтъ изъ разслѣдуемаго времени число такихъ родовъ не указано. Неточность, отсюда происходящая, вообще небольшая, при вычисленіи съ пріютскимъ матеріаломъ с[во]дится къ нулю, въ виду того, что % двойней и выкид[ышей] тамъ почти одинаковы.

Въ 1902 г. въ Петербургѣ, безъ пригородовъ, бы[ло] 41112 родовъ; считая-же и пригороды—48661 [1]). Город[]скія, казенныя и общественныя учрежденія приняли 2332[...] роженицы, а именно: городскіе родильные пріюты 1170[...] родильные дома 7161, не городскіе родильные пріюты 1216[...] городскія больницы 1128, не городскія больницы 666, кли[]ники В.-Медицинской Академіи 1448. Кромѣ того, убѣж[и]ща, содержимыя повивальными бабками, приняли 266 ро[]женицъ, и частныя учрежденія, завѣдуемыя врачами,— около 400 [2]), [5]). Слѣд., 58% роженицъ Петербурга без[ъ] пригородовъ или 49% роженицъ Петербурга съ пригоро[]дами получили стаціонарную помощь. Половину всей по[]слѣдней оказали городскіе родильные пріюты.

Качество Петербургской стаціонарной акушерской по[]мощи и отчасти подлежавшихъ ей роженицъ, въ предѣлах[ъ] матеріала, которымъ я располагалъ, характеризуются слѣ[]дующими средними выводами. Разсматривая таблицы, мож[]но убѣдиться, что выводы взяты изъ періода времени с[ъ] 1897 г. по 1902 г. включительно, при чемъ цифры от[ъ] различныхъ родовспомогательныхъ и больничныхъ уч[реж]деній получены за разные сроки.

%-ныя отношенія только для предлежанія дѣтскаго м[ѣ]ста и для разрывовъ матки выведены изъ одного и того-ж[е] числа родовъ—88243. Для остальныхъ категорій число ро[]довъ—неодинаково и колеблется отъ 84052 до 92001.

Смертность роженицъ и родильницъ отъ всѣхъ причин[ъ] составляетъ 0,46%, отъ гнилостныхъ заболѣваній 0,17%, отъ не-гнилостныхъ родовыхъ и послѣродовыхъ заболѣва[]ній тоже 0,17% и отъ общихъ болѣзней 0,12%.

Заболѣваемость эклямпсіей выражается 0,82%, разрыв[ъ] матки 0,04%, предлежаніе дѣтскаго мѣста 0,23%.

*) Относительно частныхъ учрежденій, хозяевами которыхъ состоятъ врачи, придерживаюсь взгляда, который не разъ высказывался *В. А. Манассеинымъ*, что лучше и врачамъ не быть въ нихъ денежно заинтересованными.

Digitized by Google

Операціи: щипцы, поворотъ, извлеченіе, эмбріотомія, кесарское сѣченіе производились въ 6,1% всѣхъ родовъ.

Небезъинтересно сравнить приведенные мною общіе для всѣхъ Петербургскихъ учрежденій средніе %% смертности и заболѣваемости рожениць и родильницъ съ соотвѣтствующими цифрами д-ра *Грюнинга* [7]) за 1891—1897 гг. Необходимо только принять въ соображеніе, что Петербургскій матеріалъ этого автора былъ нѣсколько иного состава, а именно въ него вошли: 3 городскихъ родильныхъ пріюта, 3 родильныхъ дома, 1 негородской родильный пріютъ и 2 клиники В.-Медицинской Академіи, давшихъ всѣ вмѣстѣ 57336 родовъ. Вычисленные мною %% смертности меньше тѣхъ же величинъ д-ра *Грюнинга*, а именно: вся смертность уменьшилась на 0,08%, гнилостная — на 0,02%, не-гнилостная—на 0,06%, а смертность отъ общихъ болѣзней осталась прежнею. % заболѣваемости эклямпсіей у меня получился большій, чѣмъ у д-ра *Грюнинга* на 0,19%, что отчасти объясняется тѣмъ, что онъ имѣлъ

**Табл. 1.**

Смертность рожениць и родильницъ.

| Учрежденія: | № источника. | За какое время? | На какое число родовъ? | Вся. | | Отъ гнилостныхъ заболѣваній. | | Отъ негнилостныхъ родовыхъ и послѣродовыхъ заболѣваній. | | Отъ общихъ болѣзней. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Число случаевъ. | % | Число случаевъ. | % | Число случаевъ. | % | Число случаевъ. | % |
| Всѣ Петербургскіе городскіе родильные пріюты . | 2 | 1899—1902 | 39331 | 126 | 0,32 | 58 | 0,14 | 35 | 0,09 | 33 | 0,08 |
| Петербургское родовспомогательное заведеніе . . | 3 | 1898—1900 | 12459 | 73 | 0,58 | 25 | 0 20 | 34 | 0,27 | 14 | 0,11 |
| Клиническій повивальный институтъ. . . . . . | 4 | 1897—1902 | 9405 | 37 | 0,39 | 15 | 0,15 | 13 | 0,14 | 9 | 0,09 |
| Маріинскій родовспомогательный домъ . . . | 4 | 1897—1902 | 8762 | 29 | 0,33 | 13 | 0,14 | 9 | 0,10 | 7 | 0,08 |
| Александрійскій пріютъ для женщинъ . . . | 4 | 1897—1902 | 5452 | 30 | 0,55 | 12 | 0,22 | 13 | 0,23 | 5 | 0,09 |
| Гаваньскій родильный пріютъ . . . . . . . . | 4 | 1898—1902 | 2877 | 9 | 0,31 | 2 | 0,07 | 4 | 0,14 | 3 | 0,10 |
| Обуховская больница . . . . . . . . . . | 5 | 1900—1902 | 793 | ? | — | 2 | 0,25 | 16 | 2,0 | ? | — |
| Александровская больница въ память 19 февраля 1861 г. . . . . . . . . . . . . . | 5 | 1897—1902 | 1303 | 34 | 2,6 | 2 | 0,15 | 9 | 0,69 | 23 | 1,7 |
| Госпитальная клиника В.-Медицинской Академіи . | 5 | 1900—1902 | 3390 | 40 | 1,18 | 21**) | 0,62 | 11 | 0,32 | 8 | 0,24 |
| Академическая » » » » | 4 | 1897—1902 | 866 | 6 | 0,69 | 1 | 0,11 | 5 | 0,57 | — | — |
| Госпитальная клиника Ж. М. Института . . . . | 4 | 1901—1902 | 305 | 3 | — | 1 | — | ? | — | ? | — |
| Факультетская » » » » *) . . . | 4 | 1901—1902 | 207 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Итого . . . | — | — | 84357 | 387 | 0,46 | — | — | — | — | — | — |
| | — | — | 85150 | — | — | 152 | 0,17 | — | — | — | — |
| | — | — | 84845 | — | — | — | — | 149 | 0,17 | — | — |
| | — | — | 84052 | — | — | — | — | — | — | 102 | 0,12 |

**Табл. 2.**

Эклямпсія.

| Учрежденія: | № источника. | За какое время? | На какое число родовъ? | Число случаевъ. | % |
|---|---|---|---|---|---|
| Всѣ Петербургскіе городскіе родильные пріюты . . . . | 2 | 1899—1902 | 39331 | 196 | 0,5 |
| Петербургское родовспомогательное заведеніе . . . . | 4 | 1897—1901 | 20097 | 202 | 1,0 |
| Клиническій повивальный Институтъ . . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 9405 | 115 | 1,2 |
| Маріинскій родовспомогательный домъ . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 8762 | 83 | 0,94 |
| Александринскій пріютъ для женщинъ . . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 5452 | 53 | 0,97 |
| Гаваньскій родильный пріютъ | 4 | 1898—1901 | 2090 | 8 | 0,38 |
| Обуховская больница . . . | 5 | 1900—1902 | 793 | 29 | 3,6 |
| Александровская больница въ память 19-го февраля 1861 г. . | 5 | 1897—1902 | 1303 | 30 | 2,3 |
| Рождественская барачная больница . . . . . . . . . . | 5 | 1897—1902 | 2004 | 12 | 0,6 |
| Госпитальная клиника В.-М. Академіи. . . . . . . . . | 6 | 1898—1899 | 1270 | 15 | 1,2 |
| Академическая клиника В.-М. Академіи. . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 866 | 5 | 0,57 |
| Госпитальная клиника Ж. М. Института . . . . . . . . | 4 | 1900—1901 | 305 | 6 | — |
| Факультетская клиника Ж. М. Института . . . . . . . . | 4 | 1901—1902 | 207 | 1 | — |
| Итого . . . | — | — | 91885 | 755 | 0,82 |

**Табл. 3.**

Предлежаніе дѣтскаго мѣста.

| Учрежденія: | № источника. | За какое время? | На какое число родовъ? | Число случаевъ. | % |
|---|---|---|---|---|---|
| Всѣ Петербургскіе городскіе родильные пріюты . . . . | 2 | 1899—1902 | 39331 | 47 | 0,12 |
| Петербургское родовспомогательное заведеніе . . . . . | 4 | 1897—1901 | 20097 | 61 | 0,3 |
| Клиническій повивальный институтъ . . . . . . . . . . | 4 | 1897—1901 | 7776 | 34 | 0,43 |
| Маріинскій родовспомогательный домъ . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 8762 | 24 | 0,27 |
| Александрійскій пріютъ для женщинъ . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 5452 | 13 | 0,24 |
| Гаваньскій родильный пріютъ | 4 | 1898—1901 | 2090 | — | — |
| Обуховская больница . . . . | 5 | 1900—1902 | 793 | 10 | 1,3 |
| Александровская больница въ память 19-го февраля 1861 г. . | 5 | 1897—1902 | 1303 | 2 | 0,15 |
| Госпитальная клиника В.-М. Академіи . . . . . . . . . | 6 | 1898—1899 | 1270 | 9 | 0,71 |
| Академическая клиника В.-М. Академіи . . . . . . . . . | 4 | 1897—1902 | 866 | 3 | 0,34 |
| Госпитальная клиника Ж. М. Института . . . . . . . | 4 | 1900—1901 | 305 | 2 | — |
| Факультетская клиника Ж. М. Института . . . . . . . . | 4 | 1901—1902 | 207 | 1 | — |
| Итого . . . | — | — | 88243 | 204 | 0,23 |

*) Перечислены въ концѣ статьи.

**) По сообщенію ассистента клиники *В. Н. Орлова*, почти всѣ—привозныя.

Digitized by Google

**Табл. 4.**

**Разрывы матки.**

| Учрежденія: | № источника. | За какое время? | На какое число родовъ? | Число случаевъ. | % |
|---|---|---|---|---|---|
| Всѣ Петербургскіе городскіе родильные пріюты | 2 | 1899—1902 | 39331 | 11 | 0,03 |
| Петербургское родовспомогательное заведеніе | 4 | 1897—1901 | 20097 | 9 | 0,04 |
| Клиническій повивальный институтъ | 4 | 1897—1901 | 7767 | 5 | 0,06 |
| Маріинскій родовспомогательный домъ | 4 | 1897—1902 | 8762 | 1 | 0,01 |
| Александринскій пріютъ для женщинъ | 4 | 1897—1902 | 5452 | 4 | 0,07 |
| Гаваньскій родильный пріютъ | 4 | 1898—1901 | 2090 | 1 | 0,05 |
| Обуховская больница | 5 | 1900—1902 | 793 | — | — |
| Александровская больница въ память 19-го февраля 1861 г. | 5 | 1897—1902 | 1303 | 1 | 0,08 |
| Госпитальная клиника В.-М. Академіи | 6 | 1898—1899 | 1270 | — | — |
| Академическая клиника В.-М. Академія | 4 | 1897—1902 | 866 | 1 | 0,11 |
| Госпитальная клиника Ж. М. Института | 4 | 1900—1901 | 305 | — | — |
| Факультетская клиника Ж. М. Института | 4 | 1901—1902 | 207 | — | — |
| Итого | — | — | 88243 | 33 | 0,04 |

**Табл. 5.**

**Операціи: щипцы, поворотъ, извлеченіе, эмбріотомія, кесарское сѣченіе.**

| Учрежденія: | № источника. | За какое время? | На какое число родовъ? | Число случаевъ. | % |
|---|---|---|---|---|---|
| Всѣ Петербургскіе городскіе родильные пріюты | 2 | 1899—1902 | 39331 | 1928 | 5,0 |
| Петербургское родовспомогательное заведеніе | 4 | 1897—1901 | 20097 | 1560 | 7,7 |
| Клиническій повивальный институтъ | 4 | 1897—1902 | 9405 | 598 | 6,3 |
| Маріинскій родовспомогательный домъ | 4 | 1897—1902 | 8762 | 602 | 6,8 |
| Александринскій пріютъ для женщинъ | 4 | 1897—1902 | 5452 | 451 | 8,2 |
| Гаваньскій родильный пріютъ | 4 | 1898—1901 | 2090 | 62 | 3,0 |
| Обуховская больница | 5 | 1900—1902 | 793 | 73 | 9,2 |
| Александровская больница въ память 19-го февраля 1861 г. | 5 | 1897—1902 | 1303 | 55 | 4,3 |
| Госпитальная клиника В.-М. Академіи | 5 | 1900—1902 | 3390 | 206 | 6,0 |
| Академическая клиника В.-М. Академіи | 4 | 1897—1902 | 866 | 55 | 6,3 |
| Госпитальная клиника Ж. М. Института | 4 | 1900—1901 | 305 | 26 | — |
| Факультетская клиника Ж. М. Института | 4 | 1901—1902 | 207 | 6 | — |
| Итого | — | — | 92001 | 5622 | 6,1 |

дѣло лишь съ послѣродовой эклямпсіей. Сравнительно съ Петербургскими цифрами д-ра *Михайлова* [8]) вычисленный мною % выше на 0,1. Для разрывовъ матки мой % ниже, чѣмъ у д-ра *Грюнинга* на 0,01 и ниже, чѣмъ у д-ра *Михайлова* на 0,06. У послѣдняго автора предлежаніе дѣтскаго мѣста вычислено на 0,14% болѣе, чѣмъ у меня.

Роженицы, ищущія стаціонарной помощи, поступаютъ въ различныя учрежденія, внося въ нихъ неодинаковый % патологическихъ родовъ. Въ отношеніи заболѣваемости эклямпсіей и предлежаніемъ дѣтскаго мѣста родильные пріюты имѣютъ сравнительно болѣе легкій составъ роженицъ, родильные дома—средній, больницы—тяжкій. Такъ, % эклямпсіи въ городскихъ родильныхъ пріютахъ равенъ 0,5, въ Клиническомъ повивальномъ институтѣ — 1,2, въ гинекологическомъ отдѣленіи Обуховской больницы—3,6. % предлежанія дѣтскаго мѣста для тѣхъ-же учрежденій и въ томъ-же порядкѣ: 0,12, 0,43, 1,3. Если принять въ разсчетъ, что въ больницахъ-же разрѣшаются отъ бремени и лежащія тамъ больныя общими болѣзнями, то нельзя не признать, что въ этихъ учрежденіяхъ, какъ на днѣ, осѣдаетъ наиболѣе тяжкій составъ роженицъ.

Исходы родовъ для плодовъ при обѣихъ системахъ акушерской помощи, стаціонарной и разъѣздной, выражается слѣдующими коэффиціентами мертворождаемости. Въ Петербургѣ за 1883—1887 гг. въ каждой 1000 рожденныхъ было 44 мертворожденныхъ, за 1888—1892 гг.—42, за 1893—1896 гг.—40, за 1897—1900 гг.—39. Присоединяюсь къ мнѣнію д-ра *Выклюкова* [9]), изъ работы котораго заимствованы эти цифры, что уменьшеніе мертворождаемости въ Петербургѣ идетъ рядомъ съ улучшеніемъ организаціи подачи населенію акушерской помощи. Въ Петербургскихъ городскихъ родильныхъ пріютахъ за 1901 г. въ каждой 1000 рожденныхъ было 34 мертворожденныхъ, изъ которыхъ 16 мацерированныхъ; въ 1902 г. — 38 мертворожденныхъ, изъ нихъ 17 мацерированныхъ.

*(Окончаніе слѣдуетъ.)*

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Ялта, какъ курортъ, и д-ръ В. Н. Дмитріевъ.

(Письмо 2-е).

*(См. выше, № 20, стр. 735).*

Какъ извѣстно, *В. Н. Дмитріевъ* былъ большимъ патріотомъ. Когда-то онъ принималъ, какъ личное оскорбленіе, всякій неодобрительный отзывъ о погодѣ въ Ялтѣ; особенно больно уязвляли его сравненія климатовъ Ривьеры и Южнаго берега не въ пользу послѣдняго. Тогда онъ судилъ теоретически, руководясь средними числами изъ метеорологическихъ наблюденій; но личныхъ впечатлѣній онъ не имѣлъ. Среднія же числа очень близко подходятъ другъ къ другу какъ для Ривьеры, такъ и для Южнаго берега: разница какая-нибудь въ 1—2° тепла, въ нѣсколькихъ %% влажности и т. д. Лѣтъ 5 назадъ, въ 1899 г., ему однако пришлось провести зиму въ Италіи и на Ривьерѣ,—и онъ разочаровался въ своемъ патріотическомъ пристрастіи. «До личнаго знакомства съ прославленными по своему климату заграничными мѣстами, я, каюсь, писалъ *В. Н.*, былъ всегда пристрастенъ къ Ялтѣ, не придавалъ того значенія небольшой разницѣ въ среднихъ цифрахъ метеорологическихъ данныхъ между Южнымъ берегомъ Крыма и Ривьерой, какое въ дѣйствительности они имѣютъ. Теперь-же личное знакомство позволило мнѣ ввести въ должныя границы мое патріотическое пристрастіе. По климату и по флорѣ Ялтѣ очень далеко до Неаполя и тѣмъ болѣе до Ривьеры: здѣсь разница будетъ почти такъ-же велика, какъ между Южнымъ берегомъ Крыма и Западнымъ его берегомъ съ Севастополемъ во главѣ». Характерная особенность климата Ривьеры зимой заключается въ томъ, что въ результатѣ болѣе или менѣе продолжительнаго пребыванія тамъ получается общее впечатлѣніе пріятной погоды. «Только справившись со своими записями, пишетъ *В. Н.*, я припомнилъ, что за 2 мѣсяца моего пребыванія тамъ бывали и скучные пасмурные дни, и холодный пронзительный мистраль и нескончаемые надоѣдливые дожди, и снѣгъ былъ, и прочія гадости, когда приходилось сидѣть дома и жалѣть, что уѣхалъ изъ Ялты. Безъ такой справки, если бы кто спросилъ меня о погодѣ тамъ, ей-ей, я не сказалъ-бы ничего нехорошаго. Все дурное какъ-то исчезаетъ изъ памяти, затушевывается хорошимъ; только и вспоминается вѣчно голубое небо, весенняя теплота и воздуха, и моря, въ которомъ всю зиму купаются. Таково общее впечатлѣніе отъ Ривьеры». Такое-же общее впечатлѣніе неизмѣнно хорошей погоды получается на южномъ берегу Крыма, но только въ теплое ½-годіе, о которомъ вобще можно сказать, что съ мая до сентября тамъ не бываетъ ни одного ненастнаго дня; въ холодное-же ½-годіе, особенно погодой января и февраля пріѣзжіе на Южный берегъ остаются неудовлетворенными и какъ бы обманутыми въ своихъ ожиданіяхъ по части южнаго тепла, солнечнаго свѣта и яснаго неба. Холодное ½-годіе на Южномъ берегу даетъ общее впечатлѣніе сѣренькой мягкой русской осени. Нужно сказать однако, что *В. Н.* въ своемъ патріотическомъ увлеченіи ничуть не преувеличивалъ прелести Ялтинской зимы. «Въ «Очеркѣ климатическихъ условій Южнаго берега Крыма» онъ именно отмѣчаетъ лишь, что зимы, какая извѣстна на сѣверѣ, не существуетъ на Южномъ берегу: «здѣсь

Digitized by Google

все холодное $1/_2$-годіе есть постоянная смѣсь хорошихъ осеннихъ дней съ дурными осенними же, по сѣверному понятію, днями»; патріотическое заблужденіе *В. Н.* состояло въ томъ, что онъ полагалъ, что и на Ривьерѣ зимой такъ же, какъ въ Ялтѣ, стоитъ сѣренькая осенняя погода; между тѣмъ оказывается, что тамъ цѣлую зиму чувствуется «весенняя теплота», у насъ же, на Южномъ берегу Крыма ощущается зимой осенняя свѣжесть и прохлада.

Такое сравненіе, можетъ быть огорчительное для патріотическаго чувства, не обезцѣниваетъ однако лѣчебныхъ качествъ, присущихъ южнобережному климату и опредѣляющихъ его значеніе; отличительныя особенности его необходимо было принимать во вниманіе при установленіи основаній для терапевтическаго пользованія имъ. Надлежало такимъ образомъ на ряду съ изученіемъ климатическихъ особенностей вести тщательныя клиническія наблюденія надъ больными, пріѣзжающими въ Ялту для климатическаго лѣченія, такъ какъ готовыя указанія въ иностранныхъ книжкахъ не могли быть всецѣло примѣнены къ мѣстнымъ условіямъ климата. Въ этомъ отношеніи *В. Н.* встрѣтилъ дружную поддержку со стороны прочихъ товарищей-врачей, которыхъ судьба забросила въ Ялту. Систематическій сводъ клиническихъ наблюденій надъ лѣченіемъ чахотки въ Ялтѣ сдѣлалъ покойный *Ф. Т. Штангеевъ* отчасти на основаніи своихъ наблюденій, отчасти на основаніи наблюденій ранѣе его умершаго *Ф. А. Олехновича*. Въ заключеніи своего обширнаго труда—«Лѣченіе легочной чахотки въ Ялтѣ»—по разработкѣ статистическимъ методомъ 1000 исторій болѣзни, клинически проведенныхъ, д-ръ *Штангеевъ* опредѣляетъ цѣлебнотрофическую силу Южнаго берега Крыма при чахоткѣ числомъ въ 2,8 фунта—средняя прибыль въ вѣсѣ тѣла на 1 больного, вычисленная, какъ общій итогъ наблюденій надъ всѣми больными, включая умершихъ и получившихъ ухудшеніе. Это число не уступаетъ цифрамъ *Dettweiler*'а въ Фалькенштейнѣ, гдѣ больные пользуются роскошною діэтою, тогда какъ въ наблюденіяхъ д-ра *Штангеева* продовольствіе больныхъ происходило при независимыхъ условіяхъ. Клиническое веденіе наблюденій надъ больными, пріѣзжающими для климатическаго лѣченія, продолжается многими врачами въ Ялтѣ до послѣднихъ дней и служитъ матеріаломъ и основаніемъ для докладовъ и научныхъ статей на Съѣздахъ врачей и въ спеціальныхъ медицинскихъ журналахъ. Метеорологическія и клиническія наблюденія въ Ялтѣ дали подтвержденіе указаніямъ проф. *С. П. Боткина* о климатолѣчебномъ значеніи Южнаго берега Крыма и, кромѣ того, послужили основаніемъ для практическихъ цѣлей въ вопросахъ по устройству курорта, о постройкѣ и обстановкѣ жилищъ, объ одеждѣ и питаніи больныхъ, о пріемахъ пользованія климатическими условіями въ интересахъ лѣченія. Свое мнѣніе по этимъ вопросамъ *В. Н. Дмитріевъ* изложилъ въ рядѣ докладовъ, и взгляды свои онъ настойчиво проводилъ какъ въ личной жизни, такъ и въ практической дѣятельности въ качествѣ врача и общественнаго дѣятеля. Климатическое лѣченіе по существу есть лѣченіе при помощи гигіэнической обстановки, окружающей больного, при помощи выработки у больного гигіэническихъ привычекъ и поведенія. Въ такомъ дѣлѣ врачу, очевидно, приходится сталкиваться съ укоренившимися привычками и обычаями, съ предписаніями моды, съ убѣжденіями и вѣрой больного. При установленіи и проведеніи лѣчебнаго режима въ Ялтѣ положеніе врача отягчается тѣмъ, что климатическія условія въ холодное $1/_2$-годіе не отличаются пріятностью и внушаютъ больнымъ большія опасенія съ точки зрѣнія зловреднаго вліянія на ихъ здоровье. Въ докладѣ «О пользованіи воздухомъ въ Ялтѣ зимою» *В. Н.* перечислялъ тѣ ужасы, которые представляются пріѣзжимъ больнымъ въ Ялтинскомъ климатѣ и которые заставляютъ ихъ прибѣгать къ своимъ обычнымъ средствамъ защиты и тѣмъ обезцѣнивать, по крайней мѣрѣ, на $1/_2$ пользу отъ пребыванія въ климатической станціи. Когда температура наружнаго воздуха спустилась ниже температуры комнаты, тогда уже считается «холодно», и начинаютъ приниматься мѣры, чтобы закрыть, законопатить, заклеить окна, двери и натопить пожарче печи. Когда небо и горы покрыты облаками, или на морѣ лежитъ туманъ, или прошелъ дождь, тогда считается «сыро», и нельзя выходить изъ комнаты. Еще пугало для пріѣзжихъ—вѣтеръ и сквознякъ. «У васъ на Южномъ берегу жить нельзя: въ комнатахъ сквозняки, выйдешь на улицу, къ морю, въ горы—вѣтеръ. Нѣтъ ни одного укромнаго уголка, гдѣ-бы воздухъ стоялъ неподвижно». Такъ излагаетъ жалобы пріѣзжихъ *В. Н.* Подъ давленіемъ этихъ страховъ и ужасовъ пріѣзжіе больные стремятся замуроваться въ комнатахъ, и случается, что иные, вопреки всякимъ увѣреніямъ врачей, достигаютъ своего и проводятъ зиму въ непровѣтриваемой, душной, жарко натопленной комнатѣ, воображая, что они пользуются цѣлебнымъ приморскимъ воздухомъ Южнаго берега Крыма. Противъ такой боязни наружнаго воздуха, противъ страха передъ простудой *В. Н.* воевалъ съ неослабѣвающей настойчивостью и укорялъ товарищей-врачей въ недостаточной съ ихъ стороны поддержкѣ въ этомъ дѣлѣ. Нельзя не согласиться съ основнымъ положеніемъ *В. Н.*, утверждавшаго, что страхъ простуды вообще не имѣетъ достаточнаго научнаго основанія, неблагопріятное-же вліяніе отъ внѣшнихъ атмосферныхъ воздѣйствій на тѣло можетъ быть вполнѣ устранено цѣлесообразной одеждой. Несомнѣнно также, что неопредѣленныя непріятныя ощущенія и скучное настроеніе, испытываемыя больными въ пасмурный день и особенно угнетающія ихъ при разсматриваніи признаковъ «сырости» или «вѣтра» черезъ окно, обыкновенно не имѣютъ физіологической причины, а есть исключительно психическое явленіе, которое очень быстро смѣняется бодрымъ настроеніемъ, если больной, преодолѣвъ свои опасенія, выйдетъ и прогуляется. Поэтому заслуживаетъ полнаго вниманія врачей и больныхъ, равно какъ и здоровыхъ слѣдующій призывъ *В. Н.*: «Постараемся, говоритъ онъ, убѣдить всѣхъ и каждаго, что простуда, сквозняки, туманы и пр. далеко не такъ страшны, какъ рисуетъ ихъ мнительное воображеніе; гораздо страшнѣе ихъ комнатный воздухъ, излишне теплый, застоявшійся». Если бы укрѣпилось такое всеобщее убѣжденіе, тогда мы увидѣли-бы, «какъ во всей Ялтѣ, и въ январѣ и въ февралѣ, ежедневно, съ утра до вечера всѣ окна настежъ, и какъ здоровые и больные пользуются воздухомъ не часокъ—другой, а цѣлыми днями. Возвращаясь ко времени сна, они находятъ и въ спальняхъ почти тотъ-же чистый воздухъ, пахнетъ моремъ и горами, воздухъ, дѣйствующій живительно на весь организмъ, даже на настроеніе духа; тотъ воздухъ, за которымъ къ намъ идутъ. Ни дождь, ни вѣтеръ, ни пасмурность не должны мѣшать главному—дышать чистымъ воздухомъ». Это писалъ *В. Н.* въ 1894 г., но до сихъ поръ, къ сожалѣнію, желаннаго всеобщаго убѣжденія не наступило, хотя въ имѣющихся санаторіяхъ и въ нѣкоторыхъ частныхъ домахъ нарисованная *В. Н.* программа выполняется и мало по малу входитъ въ привычку Ялты.

Недостатки погоды въ холодное $1/_2$-годіе, вслѣдствіе которыхъ Южный берегъ Крыма по пріятности климата не выдерживаетъ сравненія съ Ривьерой, вознаграждаются преимуществами погоды въ теплое $1/_2$-годіе. Ривьера, какъ извѣстно, на лѣтнее время пустѣетъ, гостинницы закрываются, всѣ пріѣзжіе бѣгутъ оттуда изъ-за невыносной лѣтней жары; напротивъ, на Южномъ берегу Крыма теплое $1/_2$-годіе отличается всѣми пріятными качествами безсмѣнно ведренной, ясной погоды. Лѣтніе жары здѣсь значительно умѣряются береговыми бризами съ моря и съ горъ. Поэтому Южный берегъ на лѣтнее время не только не пустѣетъ, но привлекаетъ къ себѣ пріѣзжихъ въ гораздо большемъ числѣ, чѣмъ зимой. Съ годами все болѣе и болѣе опредѣляется дачный характеръ лѣтняго пріѣзда, а соотвѣтственно этому и пустынныя прежде мѣста Южнаго берега занимаются дачными постройками и декоративными садами; въ послѣдніе годы наблюдается даже сокращеніе виноградниковъ въ пользу дачнаго устройства. Крымъ становится излюбленнымъ мѣстомъ для лѣтнихъ каникулъ. Несомнѣнно, онъ обладаетъ большими преимуществами новизны и большимъ запасомъ естественныхъ природныхъ средствъ, чтобы дать отдыхъ и развлеченіе горожанамъ, утомленнымъ сутолокою городской жизни, умственною работою, нервнымъ напряженіемъ. Въ ряду естественныхъ средствъ для отдыха и развлеченій на первомъ мѣстѣ нужно поставить разнообразіе впечатлѣній и захватывающій интересъ, которые возбуждаются въ горной странѣ на берегу моря. Таврическія горы представляютъ собою природный естественно-историческій музей, въ которомъ находятъ удовлетвореніе и научная любознательность, и эстетическія потребности; но необходимое условіе для пользованія богатымъ запасомъ этого природнаго музея составляетъ доступность разныхъ его частей. До недавняго времени, однако, знакомство съ Таврическими горами сопряжено было съ большими, иногда непреодолимыми препятствіями, вслѣдствіе бездорожья и отчужденности населенія. По мѣрѣ заселенія Южнаго берега горы и горныя долины стали снабжаться дорогами для хозяйственныхъ цѣлей; но для цѣлей спорта и развлеченій пріѣзжающаго отдыхать дачнаго населенія требовалась особая организація, облегчающая возможность экскурсій по Южному берегу и по нагорной части Крыма. Эту задачу приняло на себя Ялтинское Отдѣленіе Крымскаго горнаго клуба, въ которомъ, со времени его открытія въ 1891 г., *В. Н.* принималъ самое живое и дѣятельное участіе, оставаясь до послѣднихъ дней своей жизни безсмѣннымъ его предсѣдателемъ.

Какъ врачъ, *В. Н.* хорошо понималъ высокое гигіэническое значеніе горныхъ экскурсій и альпинизма, какъ для тѣла, такъ и для души. Экскурсія въ горы представляетъ собою съ точки зрѣнія гигіены одинъ изъ лучшихъ видовъ тѣлесныхъ гимнастическихъ упражненій, дающихъ работу всѣмъ органамъ тѣла: происходитъ усиленная дѣятельность всѣхъ мышцъ тѣла, органовъ кровообращенія, дыханія, пищеваренія; усиливаютъ свою дѣятельность и изощряются органы спеціальныхъ чувствъ, и въ результатѣ получается какъ-бы обновленіе тканей организма, что способствуетъ укрѣпленію его, развитію большей физической устойчивости и ловкости. Съ другой стороны, экскурсіи въ горы даютъ психическое отдохновеніе, удаляя насъ изъ атмосферы повседневной жизни, заботъ, привычекъ и отношеній и наполняя наше сознаніе новыми мыслями, возбуждая новые интересы, давая множество новыхъ впечатлѣній. «Что можетъ быть прекраснѣе и болѣе захватывающимъ, чѣмъ виды горъ, постоянно мѣняющіеся, постоянно являющіе что-нибудь новое въ зависимости отъ высоты, отъ времени дня и горъ. Какъ хороши горы съ ихъ лѣсами и лугами, съ ихъ живописно разбросанными деревеньками, съ ихъ величественными сосками и скромными цвѣтами, съ ихъ высокими обрывистыми утесами и ихъ снѣжными полями, съ ихъ тихими озерами, съ ихъ бѣшенными потоками и пѣнящимися водопадами! Здѣсь, среди этой чудной и величественной природы человѣкъ успокаивается душой, забываетъ на нѣкоторое время ежедневныя заботы и мелочи жизни, городской шумъ и суету. Здѣсь на лонѣ природы люди, утомленные занятіями, съ надорваннымъ современной жизнью здоровьемъ находятъ и отдыхновеніе, и отраду, и даже излѣченіе». (D-r *P. Marduel*—Альпинизмъ и гигіэна. «Записки Крымскаго горнаго Клуба», вып. 2).

Разсматриваемая съ точки зрѣнія гигіэны дѣятельность Ялтинскаго Отдѣла Крымскаго горнаго клуба заслуживаетъ очень боль-

Digitized by Google

шого вниманія со стороны врачей и общества. За время своего существованія горный клубъ въ Ялтѣ сдѣлалъ легко доступными почти всѣ самые сокровенные по своей неприступности уголки крымскихъ горъ и долинъ; онъ широко развилъ спортъ горныхъ экскурсій и тѣмъ далъ возможность испытать этотъ особый сортъ удовольствія и развлеченія очень большому кругу лицъ. Въ теченіи 10 послѣднихъ лѣтъ воспользовались услугами горнаго клуба въ Ялтѣ 45000 чел. Дѣятельность клуба выразилась въ организаціи горныхъ экскурсій, для которыхъ имѣются удобные рессорные экипажи и опытный персоналъ проводниковъ. Клубомъ составленъ указатель экскурсій, собрана библіотека по Крыму, устроенъ и постоянно пополняется естественно-историческій музей Крыма. Для удобства экскурсантовъ заведены сношенія съ мѣстными жителями въ деревняхъ, устроенъ на Чатырдагѣ домикъ для ночлега, проведены пѣшеходныя тропы для подъема на Яйлу изъ Ялты. Вся эта дѣятельность клуба въ ея развитіи тѣсно связана съ именемъ *В. Н. Дмитріева*, который неизмѣнно работалъ и увлекался задачами клуба, болѣлъ душой за его будущее, такъ какъ со стороны мѣстныхъ людей замѣчалась въ послѣдніе годы большая холодность къ судьбамъ и процвѣтанію клуба. Несомнѣнно однако, что дѣло горнаго клуба въ Ялтѣ заглохнуть не можетъ, потому что оно удовлетворяетъ одной изъ самыхъ живыхъ потребностей лѣтняго сезона на Южномъ берегу Крыма. Давая починъ въ дѣятельности и въ направленіи горнаго клуба въ Ялтѣ, *В. Н.* лично сдѣлалъ почти всѣ наиболѣе интересныя и наиболѣе затруднительныя экскурсіи. Оставленныя имъ описанія экскурсій очень поучительны; они даютъ указаніе, какъ слѣдуетъ использовать это предпріятіе съ наибольшимъ удовольствіемъ и пользой. Въ «Запискахъ Крымскаго горнаго клуба» можно найти слѣдующія сообщенія *В. Н.*: «Поѣздка въ нагорную часть Крыма и гигіэническое значеніе экскурсій»—1891 г.—«Пещера Даниьльга-хоба»—1897 г.—«Ласпи»—1893 г.—«Поѣздка на Чатырдагъ»—1893 г. — «Осмотръ пещеръ на Чатырдагѣ» — 1893 г.—«Экскурсія на Чатырдагъ къ источнику Салгира и въ пещеры Кизиль-хоба»—1894 г.

По мѣрѣ того, какъ горные склоны и горныя долины съ проведеніемъ путей сообщенія становились болѣе доступными и болѣе посѣщаемыми, они невольно стали останавливать на себѣ вниманіе врачей, какъ мѣста, удобныя для лѣтнихъ климатическихъ станцій. *В. Н. Дмитріевъ*, знатокъ мѣстнаго края, не обошелъ молчаніемъ этого вопроса, а постарался освѣтить его, руководясь данными метеорологическихъ наблюденій, которыя начались въ послѣдніе годы и ведутся въ Байдарской и Кокозской долинахъ при земскихъ лѣчебницахъ. На основаніи этихъ наблюденій *В. Н.* далъ характеристику климата горныхъ долинъ на сѣверномъ склонѣ Яйлы и изложилъ свой взглядъ на пригодность ихъ въ качествѣ лѣчебныхъ мѣстъ въ докладѣ, представленномъ 1-му Съѣзду дѣятелей по климатологіи, бывшему въ Петербургѣ въ 1898 г. Выводы доклада заслуживаютъ того, чтобы привести ихъ здѣсь. «1. Долины—Байдарская, Кокозская, Качинская и Альминская—обладаютъ всѣми условіями, которыя требуются отъ мѣстности для устройства лѣтнихъ санитарныхъ станцій для больныхъ.—2. Первыя 2 долины уже въ настоящее время пригодны для этой цѣли, такъ какъ обладаютъ удобными путями сообщенія.—3. Лѣтній или, лучше сказать, теплый сезонъ, пригодный для пользованія больныхъ воздухомъ открытыхъ пространствъ, здѣсь длится 7 мѣсяцевъ, съ апрѣля по октябрь включительно.—4. Раціонально устроенныя здѣсь санитарныя станціи ни въ чемъ не уступятъ по климатической, а отчасти и по ландшафтной обстановкѣ прекраснымъ швейцарскимъ станціямъ.—5. Въ числѣ лѣчебныхъ средствъ, кромѣ чуднаго чистаго горнаго воздуха, здѣсь слѣдуетъ признать горныя систематическія прогулки, водолѣченіе, для чего есть множество горныхъ ключей, имѣющихъ сильное паденіе и низкую температуру.

Эти указанія остаются пока неиспользованными, но они останутся цѣнными и, будемъ надѣяться, пригодятся въ недалекомъ будущемъ. Потребность въ устройствѣ лѣтней санитарной станціи въ горной долинѣ выясняется опредѣленнѣе съ увеличеніемъ пріѣзда больныхъ на Южный берегъ на холодное $^1/_2$-годіе. Съ наступленіемъ весны, когда внизу, у моря начинаетъ повышаться температура воздуха, многіе больные принуждены уѣзжать въ болѣе умѣренный климатъ. Но лѣтніе жары въ центральной Россіи бываютъ иногда даже несноснѣе, чѣмъ у моря, а, съ другой стороны, тамъ бываетъ иногда крайне дождливое и холодное лѣто; поэтому переходы на сѣверъ нерѣдко сопровождаются ухудшеніемъ процесса. Для такихъ больныхъ было-бы истиннымъ благодѣяніемъ устройство горной станціи въ долинахъ Крымскихъ горъ. Съ проведеніемъ желѣзной дороги на Южномъ берегу Крыма, несомнѣнно, будутъ использованы для цѣлей лѣчебныхъ и долины горъ. *П. Розановъ.*

*(Продолженіе слѣдуетъ).*

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 451. Проф. *Heinrich Kisch* на основаніи подробнаго изслѣдованія 488 случаевъ сильно выраженнаго *общаго ожирѣнія* пришелъ къ заключенію, что оно часто является *признакомъ физическаго вырожденія*. Онъ нашелъ, что у лицъ, у которыхъ ожирѣніе является наслѣдственнымъ, всегда наблюдаются и нѣкоторые другіе признаки вырожденія, выражающіеся въ слѣдующемъ: у женщинъ бываютъ сильно развиты волоса на верхней губѣ, между тѣмъ какъ у мужчинъ усы совершенно не ростутъ; у дѣвушекъ мѣсячныя наступаютъ слишкомъ рано; кромѣ того, дѣти обоего пола обнаруживаютъ чрезмѣрный ростъ всего тѣла. При наслѣдственномъ рѣзко выраженномъ ожирѣніи, начинающемся съ самаго ранняго дѣтства, замѣчается особое предрасположеніе къ сахарному мочеизнуренію. Авторъ замѣтилъ, что во всѣхъ этихъ случаяхъ, раньше или позже, въ большинствѣ случаевъ въ возрастѣ между 30—40 годами, развивается сахарное мочеизнуреніе. Въ тѣхъ случаяхъ, когда наслѣдственное ожирѣніе развивается не съ ранняго дѣтства, а лишь въ зрѣломъ возрастѣ, сахарная болѣзнь появляется въ 50% случаевъ, при пріобрѣтенномъ-же ожирѣніи авторъ наблюдалъ ее лишь въ 15% случаевъ. Другимъ признакомъ, относящимся къ области вырожденія и наблюдающимся очень часто у людей, страдающихъ наслѣдственнымъ ожирѣніемъ съ юныхъ лѣтъ, является безплодіе женщинъ. Если въ нормѣ отношеніе числа безплодныхъ браковъ къ числу браковъ плодовитыхъ равно 1:10, то тоже отношеніе у наслѣдственно жирныхъ равно 1:4. Такимъ образомъ число рожденій у страдающихъ ожирѣніемъ уменьшено больше, чѣмъ на $^1/_2$ (Berliner klinische Wochenschrift, № 21). *А. Коварскій.*

452. Д-ру *Erb*'у младшему (Heidelberg) удалось *экспериментальнымъ путемъ вызвать у кроликовъ артеріосклерозъ* впрыскиваніемъ раствора адреналина. Онъ вводилъ ежедневно 3 капли раствора адреналина 1:1000 въ вены уха. Черезъ 6 недѣль у животныхъ оказывались разлитыя горбообразныя утолщенія или небольшія углубленія въ крупныхъ артеріяхъ, между тѣмъ какъ другіе органы были совершенно здоровы. У одного животнаго количества адреналина были значительно повышены, такъ что въ теченіи 2-хъ мѣсяцевъ было впрыснуто всего 16 к. стм. раствора. Вскрытіе обнаружило, помимо апоплектическаго гнѣзда въ мозгу (при жизни имѣлась параплегія ногъ) рѣзко выраженныя измѣненія въ аортѣ (она была утолщена, объизвествлена и расширена въ аневризму), равно какъ и во всѣхъ артеріяхъ тѣла. При микроскопическомъ изслѣдованіи жироваго перерожденія не оказалось; найдено: сывороточное пропитываніе и отложеніе пластинокъ извести въ средней (мышечной) оболочкѣ сосудовъ; измѣненія во внутренней оболочкѣ были крайне незначительны, что, по мнѣнію проф. *Marchand*'а, не позволяетъ сравнивать эти измѣненія сосудовъ съ артеріосклерозомъ человѣка, у котораго главнымъ образомъ и поражается внутренняя оболочка. Измѣненія, полученныя *Erb*'омъ у кроликовъ, тождественны съ тѣми, которые получили французскіе авторы въ 1889 г. при впрыскиваніи бактеріальныхъ веществъ. Во всякомъ случаѣ, важенъ тотъ фактъ, что при внутривенномъ впрыскиваніи адреналина можно получить измѣненія артерій всего тѣла, напоминающія артеріосклерозъ (Изъ отчета о Съѣздѣ нѣмецкихъ терапевтовъ въ Leipzig'ѣ. Therapie der Gegenwart, май). *А. Коварскій.*

**Фармакологія.** 453. Д-ръ *A. Leibholz* описываетъ дѣйствіе *цитарина—новаго средства противъ подагры*. Цитаринъ является производнымъ дѣйствія формальдегида на лимоннокислый натръ и представляетъ бѣлый, мелкокристаллическій порошокъ, легко растворимый въ водѣ, получающей при прибавленіи сахара вкусъ лимонада. Опыты установили его мочегонное дѣйствіе. По произведеннымъ по сіе время наблюденіямъ цитаринъ дѣйствуетъ всего вѣрнѣе, если его назначаютъ при первыхъ указаніяхъ на приступъ подагры и при томъ въ большихъ количествахъ (въ день приступа 4—8—10×2 грм., и 3×2 грм. въ послѣдующіе дни). Авторъ примѣнялъ его въ 12 случаяхъ подагры, въ среднемъ по 2 грм., 3—4 раза въ день, и почти во всѣхъ случаяхъ достигъ желаемаго дѣйствія: во многихъ случаяхъ удавалось прервать приступы болѣзни. Цитаринъ, сверхъ того, имѣетъ преимущество предъ кольхициномъ по своей безвредности и возможномъ употребленіи въ большихъ количествахъ, безъ какихъ-либо побочныхъ явленій, хотя въ отдѣльныхъ случаяхъ и отъ него наблюдается небольшой поносъ и голов-

Digitized by Google

ныя боли (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1903 г., № 39, по передачѣ въ Klinisch-therapeutische Wochenschrift, № 40). *Г. Александровъ.*

**Бактеріологія.** 454. Интересъ къ опредѣленію *роли стрептококка при скарлатинѣ* въ послѣднее время, въ виду новыхъ попытокъ лѣченія этой болѣзни антистрептококковой сывороткой, значительно возросъ, но найти опредѣленное рѣшеніе вопроса до сихъ поръ не удается. Ясные и неопровержимые результаты, которыхъ удается достигнуть въ цѣломъ рядѣ случаевъ, благодаря т. наз. біологическимъ реакціямъ, заставляютъ и здѣсь примѣнять эти реакціи,—къ сожалѣнію, пока неудачно. *Moser* и *Pirquet*, сторонники специфичности скарлатиннаго стрептококка, ссылались на положительные результаты склеиванія, но ихъ данныя, недостаточно убѣдительныя, даже если оставаться на экспериментальной почвѣ (*Neufeld*), тѣмъ болѣе недостаточны при клиническомъ наблюденіи. *Weaver* также занялся изученіемъ вопроса о склеиваніи стрептококковъ, выдѣленныхъ при различныхъ случаяхъ скарлатины, сывороткой скарлатинныхъ больныхъ, а затѣмъ и больныхъ другими болѣзнями (пнеймоніей, рожей, брюшнымъ тифомъ, послѣродовыми заболѣваніями). Оказалось, что сыворотка скарлатинныхъ иногда склеиваетъ даже при разведеніи 1:4000, но иногда склеиваетъ мало или даже совсѣмъ не склеиваетъ. Такими-же свойствами обладаетъ сыворотка пнеймониковъ, а въ случаяхъ рожи даже болѣе сильными и т. д. Такимъ образомъ, склеиваніе стрептококковъ, выдѣленныхъ изъ случаевъ скарлатины, сывороткой скарлатинныхъ больныхъ не имѣетъ характера специфической реакціи и не можетъ служить ни для цѣлей распознаванія, ни для доказательства специфичности стрептококка, какъ возбудителя скарлатины (Journal of Infections Diseases, 1904 г., I). *Л. Тарасевичъ.*

**Гигіэна.** 455. Д-ра *H. Cristiani* и *G. de Michelis* (Genève) изучали *вліяніе поливки дорогъ смолой и нефтью на количество пыли и количество живыхъ зародышей въ воздухѣ.* Изъ изслѣдованій авторовъ вытекаетъ, что поливка улицъ нефтяными маслами и смолой вызываетъ уменьшеніе числа живыхъ зародышей въ воздухѣ надъ этими улицами; особенно рѣзко въ этомъ отношеніи дѣйствіе нефтяныхъ маслъ. Эти заключенія не относятся къ пыли вообще, но только къ живымъ зародышамъ. Зародыши эти, по мнѣнію авторовъ, не представляютъ особой опасности; напротивъ, пыль, особенно минеральная, составляющая большую часть уличной пыли, можетъ быть весьма вредна. Въ то время, какъ воздухъ нормальныхъ дорогъ содержитъ въ среднемъ 14 живыхъ зародышей, воздухъ просмоленныхъ дорогъ даетъ ихъ 6,8, а политыхъ нефтянымъ масломъ 5,7. При влажной почвѣ эти условія измѣняются совершенно, и результаты всѣхъ 3-хъ группъ являются почти одинаковыми. При сухой почвѣ нормальныя дороги даютъ 23 зародыша, просмоленныя 9,3 и политыя нефтянымъ масломъ только 5 (Revue médicale de la Suisse Romande, № 1).

456. Д-ръ *Ashburton Thompson*, изучавшій со своими ассистентами въ 1902 г. эпидемію чумы въ Сиднеѣ, по вопросу *о путяхъ перенесенія чумной заразы*, пришелъ къ заключенію, что въ Сиднеѣ блестяще подтвердилась теорія, принимающая разносчиками заразы крысъ. Собственно сами по себѣ крысы переносить заразы не могутъ, а нуждаются для этого въ посредникѣ. *Simond* въ 1898 г. установилъ, что посредникомъ этимъ является муха или клопъ. Въ 1900 г. медицинскій Департаментъ требовалъ строгаго обособленія больныхъ, а въ 1902 г. больные помѣщались въ общихъ госпиталяхъ, и къ нимъ допускались посѣтители, но госпитали тщательно очищались отъ крысъ. Лица, жившія съ больнымъ въ одномъ помѣщеніи, не подвергались обеззараживанію. Самое обеззараживаніе производилось дов. поверхностно и чрезъ 36 час. послѣ оставленія больнымъ помѣщенія оно считалось снова годнымъ для жилья. Продажѣ товаровъ изъ зараженныхъ мѣстъ не препятствовали. Тѣмъ не менѣе въ 1900 г. было 303 сл. заболѣванія съ 103 смертельными исходами (34% смертности), а въ 1902 г.—139 сл. заболѣванія съ 39 сл. смерти (28% смертности). Расходы по чумѣ въ 1900 г. были 1760000 р., а въ 1902 г. только 240000 р. Изъ 139 сл. 133 были бубонной чумы, 6—гнилостной формы. Амбуляторныхъ случаевъ было 7—8. Обыкновенно заболѣванія были внезапныя. Постепеннаго развитія было только 14 случаевъ. Начиналась болѣзнь головной болью, общимъ недомоганіемъ, рвотой, знобомъ, частыми поносами и коликами. Въ 123 случаяхъ (32 окончились смертью) были только бубоны, изъ которыхъ въ 106 они были паховые. Въ 6 случаяхъ (1 со смертельнымъ исходомъ) бубоновъ не было. Мужчины заболѣвали вдвое чаще, чѣмъ женщины. Ни зараженная пища, ни прикосновеніе къ зараженнымъ предметамъ не вызывали болѣзни. Зараженіе происходило только чрезъ поврежденную кожу и при посредствѣ блохъ, переносившихъ заразу съ крысъ на человѣка. Существуютъ 4 разновидности блохъ, изъ которыхъ 3—pulex pallidus, pulex fasciatus и pulex serraticeps водятся обыкновенно на крысахъ и лишь въ случаѣ крайней нужды кусаютъ и человѣка, а 4-я разновидность—typhlopsylla musculi никогда не трогаетъ человѣка (The Medical Record, 27 февраля). *I. Л. Фишманъ.*

**Внутреннія болѣзни.** 457. *I. Bergonié*, въ статьѣ «*Радій въ медицинскомъ отношеніи,—извѣстныя и неизвѣстныя его свойства*», подробно описавъ извѣстныя уже физическія свойства этого новаго тѣла, останавливается главнымъ образомъ на дѣйствіи его на живые организмы. Оказывается, что подъ вліяніемъ излученія радія, листья быстро желтѣютъ (*Giesel*); зерна подъ вліяніемъ дѣйствія радія теряютъ способность произростать (*Matout*); движенія живчиковъ въ сѣмени ежа замедляются (*Bohn*); развитіе головастиковъ подъ вліяніемъ радія задерживается, а смертность среди нихъ увеличивается; наливочныя стараются избѣжать вліянія радія и, попадая въ поле его лучей, скоро погибаютъ (*Wilcoch*). Изъ бактерій особенно чувствительна къ дѣйствію радія сибиреязвенная палочка (*Aschkinass* и *Caspari*); *Dixon* нашелъ, что синегнойная, чудесная и сибиреязвенная палочки подъ вліяніемъ радія развиваются медленнѣе и дѣйствіе ихъ парализуется. Подъ вліяніемъ радія дѣйствіе эмульсина, трипсина и др. бродилъ уменьшается или совершенно уничтожается (*Mayer, Henry*); ядъ гадюки ослабляется (*Phisalix*); сопротивляемость красныхъ кровяныхъ шариковъ дѣйствію нѣкоторыхъ растворовъ подъ вліяніемъ радія уменьшается; оксигэмоглобинъ переходитъ въ метгэмоглобинъ. По отношенію къ бактеріиубивающимъ свойствамъ радія слѣдуетъ имѣть въ виду, что лучи его дѣйствуютъ не только на поверхность, но проникаютъ и въ глубь тканей и разводокъ. Электрическій угорь подъ вліяніемъ дѣйствія радія въ 20 м. теряетъ способность дѣлать электрическіе разряды. При продолжительномъ дѣйствіи радія на нервные центры мышей, кроликовъ и морскихъ свинокъ животныя эти парализуются и затѣмъ погибаютъ (*Danysz* въ Институтѣ *Pasteur*'а). Если въ совершенной темнотѣ помѣстить передъ глазами радіоактивное вещество, то получается ощущеніе свѣта,—подъ вліяніемъ лучей радія среды глаза флуоресцируютъ, и этотъ свѣтъ воспринимается сѣтчаткой (*Curie*, *Лондонъ* и др.). Дѣйствіе радія на здоровую кожу не вызываетъ никакихъ ощущеній, но спустя 6 дней появляется эритема, переходящая затѣмъ скоро въ чрезвычайно трудно заживающую язву (4—5 мѣс.). Съ этимъ скрытымъ дѣйствіемъ радія въ первое время примѣненія его на кожу надо считаться, употребляя его, какъ лѣчебное средство. Для лѣчебныхъ цѣлей радій заключаютъ обыкновенно въ толстыя мѣдныя чашечки, покрывая ихъ аллюминіевой пластинкой, слюдой или стекломъ, не содержащимъ свинца, или въ маленькія стекляныя трубочки, которыя вводятъ въ целлулоидную трубку. Для лѣченія съуженій пищевода подъ вліяніемъ злокачественныхъ опухолей такую трубочку можно помѣстить въ концѣ желудочнаго зонда. Для безопаснаго ношенія въ карманѣ стеклянную трубочку съ радіемъ заключаютъ въ толстый свинцовый футляръ. Нѣкоторые авторы съ успѣхомъ примѣняли радій при злокачественныхъ новообразованіяхъ. *Soddy* предлагаетъ пользоваться эманаціей торія и др. радіоактивными веществами для уничтоженія бугорчатковыхъ палочекъ при чахоткѣ. Другіе видѣли успѣхъ отъ примѣненія радія при судорожныхъ нейрозахъ, при ложной атаксіи, при параличѣ лицевого нерва. Дѣйствіе радія по *Becler*'у, дозируется посредствомъ хромордіометра Holtzcknacht'а (Archives d'électricité médicale, 10 марта). *И. В.*

458. Д-ръ *B. Kreissl* на основаніи 381 случая примѣненія *реакціи Gruber-Vidal'я* приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: положительный итогъ реакціи съ большей степенью вѣроятности говоритъ за брюшной тифъ, но лишь при условіи, что больной раньше, даже за нѣсколько лѣтъ до настоящаго заболѣванія, не болѣлъ тифомъ. Отрицательный итогъ реакціи не исключаетъ тифа. Особенное значеніе *Vidal*'евская реакція имѣетъ для распознаванія легкихъ формъ тифа, распознать которыя обычными способами весьма затруднительно. Раннее распознаваніе тифа—въ теченіи первой недѣли—помощью *Vidal*'евской реакціи удается въ 50%; поэтому нельзя оспаривать ея значенія въ этомъ отношеніи. По степени реакціи, т. е. по степени разведенія, при которомъ получается склеиваніе, нельзя выводить никакихъ заключеній относительно тяжести или легкости случая. Степень реакціи довольно быстро возрастаетъ съ теченіемъ тифа и достигаетъ наибольшей силы на 3-ей недѣлѣ, т. е. уже въ ступени паденія лихорадки; уменьшеніе склеивающей силы происходитъ крайне медленно. Авторъ въ 15 случаяхъ изслѣдовалъ также кровь изъ розеолъ на присутствіе тифозныхъ палочекъ и въ 12 получилъ положительный результатъ; поэтому онъ считаетъ этотъ способъ распознаванія тифа весьма цѣннымъ (Wiener klinische Wochenschrift, № 5).

459. Изучая *дѣйствіе Roentgen'овскихъ лучей на различныя ткани животнаго организма*, д-ръ *H. Heinecke* (изъ хирургической клиники въ Leipzig'ѣ) нашелъ, что какъ у мелкихъ, такъ у болѣе крупныхъ животныхъ, раньше всего дѣйствіе *Roentgen*'овскихъ лучей обнаруживается на селезенкѣ и лимфатическихъ железахъ и слѣдствіемъ его является гибель *Malpighi*'евыхъ тѣлецъ селезенки и фолликуловъ лимфатическихъ железъ. Это разрушающее дѣйствіе лучей начинается съ того, что уже черезъ нѣсколько часовъ послѣ начала дѣйствія лучей ядра лимфоцитовъ въ *Malpighi*'евыхъ тѣльцахъ распадаются на обломки и шарики; эти остатки ядра затѣмъ поглощаются фагоцитами, которые, въ свою очередь, вскорѣ исчезаютъ; черезъ 24 часа отъ всего *Malpighi*'ева тѣльца почти ничего не остается, такъ какъ процессъ разрушенія его уже заканчивается. Все теченіе процесса разрушенія совершенно одинаково какъ у мелкихъ животныхъ (мыши, крысы, морскія свинки), такъ и у собакъ. Что касается вопроса о продолжительности дѣйствія лучей, необходимаго для того, чтобы вызвать эти измѣненія, то она, конечно, измѣняется въ зависимости отъ цѣлаго ряда условій, но въ общемъ автору удалось выяснить, что она невелика. Наименьшая продолжительность для собаки равна 1/4 часа; это значитъ, что дѣйствія лучей твердой трубки на близкомъ разстояніи на животъ собаки въ теченіи 15 мин. достаточно для того, чтобы вызвать у собаки средней величины черезъ нѣсколько часовъ распадъ ядеръ лимфоцитовъ въ фолликулахъ селезенки, брыжеечныхъ железъ и кишечника. Никакія другія клѣтки тѣла не обнаруживаютъ замѣтныхъ измѣненій послѣ такого кратковременнаго дѣйствія х-лучей. Изъ своихъ изслѣдованій авторъ дѣлаетъ слѣдующіе выводы: 1) Въ животномъ организмѣ имѣются клѣтки, гораздо болѣе чувствительныя къ лучамъ *Roentgen*'овской трубки, чѣмъ клѣтки кожицы, которыя до сихъ поръ разсматривались, какъ первая инстанція дѣйствія этихъ лучей. 2) Реакція со стороны лимфатическихъ фолликулъ наступаетъ гораздо раньше, чѣмъ реакція покровнаго эпителія, такъ какъ здѣсь нѣтъ скрытаго періода дѣйствія и поэтому нѣтъ и связаннаго съ послѣднимъ собирательнаго дѣйствія. 3) Нужно думать, что и у человѣка подъ вліяніемъ кратковременнаго дѣйствія х-лучей происходятъ тѣ-же измѣненія въ лимфатическихъ железахъ и гораздо раньше, чѣмъ обнаруживается дѣйствіе лучей на кожу. И въ этомъ заключается практическое значеніе всего вышеприведеннаго, такъ какъ получается возможность примѣнить это явленіе для лѣчебныхъ цѣлей. Въ виду того, что дѣйствіе *Roentgen*'овскихъ лучей на железистую ткань имѣетъ разрушающій характеръ, то этимъ свойствомъ ихъ слѣдуетъ пользоваться при лѣченіи тѣхъ болѣзней, при которыхъ эта ткань вызываетъ разстройства вслѣдствіе патологически увеличеннаго разростанія ея или вслѣдствіе патологически повышенныхъ отправленій. Подъ это опредѣленіе подходятъ всѣ болѣзненныя состоянія, съ хронической опухолью селезенки, соединяемыя обыкновенно подъ однимъ именемъ ложнаго бѣлокровія, далѣе злокачественная лимфома и лимфосаркома и различныя формы бѣлокровія. Наконецъ можно было-бы попробовать дѣйствіе *Roentgen*'овскихъ лучей и въ такихъ случаяхъ, гдѣ имѣется основаніе предполагать, что болѣзненныя явленія обусловлены чрезмѣрно увеличенной вилочковой железой (gl. Thymus). Авторъ лично еще не примѣнялъ этого способа лѣченія, но за самое послѣднее время въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ успѣшнаго лѣченія бѣлокровія *Roentgen*'овскими лучами (Münchener medicinische Wochenschrift, № 18). *А. К—кій.*

460. Д-ръ *Maximilian Bernstein*, обсуждая вопросъ *о невоспріимчивости къ вторичному заболѣванію оспой и о необходимости производства ревакцинаціи*, указалъ, что, вопреки существующему ученію, новѣйшія литературныя данныя и его личный опытъ во время послѣдней большой эпидеміи оспы въ округѣ Travnik (въ Босніи) въ концѣ 1902 г. говорятъ о вполнѣ возможномъ заболѣваніи ею 2—3 раза и, слѣд., о далеко не полной невоспріимчивости къ вторичному зараженію. Во время названной эпидеміи онъ наблюдалъ нѣсколькихъ больныхъ съ прекрасно выраженными оспинами, при томъ въ тяжелой формѣ, перенесшихъ, по словамъ окружавшихъ, оспу уже въ дѣтствѣ. Невоспріимчивость у подобныхъ больныхъ продолжается, по мнѣнію автора, вдвое долѣе достигаемой обычной прививкой, т. е. 15 лѣтъ, если принять обычную невоспріимчивость послѣ прививки, въ среднемъ, за 7 лѣтъ. Производя въ томъ-же году и въ томъ же округѣ предохранительную прививку, авторъ ревакцинировалъ 64 чел. съ наглядными оспенными рубцами на лицѣ, въ возрастѣ 15—40 л., и у всѣхъ ихъ образовались прекрасно выраженныя пустулы, протекавшія такъ-же, какъ у вакцинированныхъ. Въ округѣ Krupa авторъ получилъ такіе результаты у 19 чел. изъ 30, имѣвшихъ видимые рубцы на лицѣ. Таковыя данныя даютъ, по его мнѣнію, право утверждать, что перенесенная оспа не создаетъ полной невоспріимчивости къ вторичному заболѣванію ею и что повтореніе прививки у подобныхъ лицъ чрезъ 15 лѣтъ является настоятельною необходимостью для предохраненія ихъ отъ этой болѣзни. Представляя свои наблюденія вниманію главнымъ образомъ сельскихъ врачей, авторъ въ конечномъ выводѣ указываетъ на трудность проведенія таковой мѣры въ практику въ виду вкоренившагося уже воззрѣнія на полную невоспріимчивость къ оспѣ послѣ разъ перенесеннаго заболѣванія ею; но, вмѣстѣ съ тѣмъ, высказываетъ мнѣніе, что борьба съ такимъ взглядомъ, въ интересахъ общественнаго здравоохраненія, составляетъ долгъ врачей, долженствующихъ настаивать на необходимости, по крайней мѣрѣ, однократной ревакцинаціи у перенесшихъ уже оспу (Wiener medizinische Presse, 1903 г., № 36). *Г. Александровъ.*

**Хирургическія болѣзни.** 461. Д-ръ *Ernst Neisser* съ успѣхомъ примѣнялъ выработанный имъ *способъ пробнаго прокола головного мозга* безъ сколько-нибудь значительнаго нарушенія цѣлости черепа. Цѣлый рядъ хирурговъ въ послѣднія 20 лѣтъ предлагали пользоваться пробнымъ проколомъ головного мозга для цѣлей распознаванія и лѣченія, но на практикѣ этотъ пріемъ не примѣнялся и дальше единичныхъ попытокъ и опытовъ на животныхъ дѣло не шло. Авторъ, между тѣмъ, произвелъ 120 проколовъ на 30 больныхъ и собралъ весьма важныя и практически интересныя данныя. Сама техника способа очень проста и легко выполнима, такъ какъ проколъ кости и мягкихъ частей производится въ одинъ пріемъ и безъ усыпленія. Авторъ пользуется для прокола электрической бормашиной, приводящей во вращательное движеніе тонкій буравчикъ въ 2 млм., при чемъ скорость вращенія такъ велика, что само движеніе едва замѣтно. Этотъ инструментъ съ поразительной легкостью пробуравливаетъ въ одинъ пріемъ мягкія части и кость, при чемъ ясно чувствуются моменты прохожденія черезъ наружную и внутреннюю пластинки кости. Въ тотъ моментъ, когда буравчикъ прошелъ сквозь внутреннюю пластинку кости, машину сразу останавливаютъ и буравчикъ извлекаютъ. Опасность попасть при проколѣ буравчикомъ въ мозгъ крайне ничтожна, такъ какъ уже при небольшомъ навыкѣ почти всегда удается остано-

Digitized by Google

виться во время и даже такъ, что твердая мозговая оболочка остается въ цѣлости. Вслѣдъ за удаленіемъ буравчика вводятъ иглу шприца и при постоянномъ насасываніи осторожно продвигаютъ иглу впередъ; глубже 4—5 стм. иглу продвигать не слѣдуетъ; для того, чтобы знать, насколько продвинута впередъ игла, на ней нанесены сантиметровыя дѣленія. Что касается мѣстъ на черепѣ, куда слѣдуетъ дѣлать уколы, чтобы попасть въ ту или другую часть мозга, то авторомъ выработаны для этой цѣли особыя подробныя наставленія, которыя будутъ сообщены особо. Для поясненія практическаго значенія новаго способа можетъ служить слѣдующій случай.

Къ автору доставленъ былъ больной въ безсознательномъ состояніи съ признаками опухоли головного мозга, при чемъ мѣстоположенія ея установить было нельзя. Число дыханій въ минуту было 4, такъ что ожидалось скорое наступленіе смерти. Сдѣланы были проколы сначала въ правую, затѣмъ въ лѣвую лобную долю мозга, но безуспѣшно; проколъ въ правую $^1/_2$ мозжечка также не далъ никакого результата; наконецъ при уколѣ въ лѣвую заднюю черепную яму удалось добыть 50 к. стм. янтарно-желтой, прозрачной жидкости, содержавшей 40 на 1000 бѣлка (бѣлокъ тутъ-же свернулся). Больной сейчасъ-же послѣ укола оправился. Впослѣдствіи у него появляются легкіе возвраты, которые были устраняемы повторными проколами, при чемъ пользовались тѣмъ-же отверстіемъ въ черепѣ. Въ теченіи 11 мѣсяцевъ было сдѣлано еще 4 прокола, при чемъ ни разу не примѣнялось усыпленіе. Всего было выпущено 125 к. стм. жидкости; во время послѣдняго прокола удалось даже измѣрить величину полости, изъ которой выдѣлялась жидкость, и опредѣлить, что поперечникъ ея равенъ 2,75 стм. Измѣреніе это произведено было такъ, что при продвиганіи иглы отмѣчено было мѣсто, когда начиналось выдѣленіе жидкости, а затѣмъ пунктъ, когда выдѣленіе жидкости прекращалось и въ иглу попадало мозговое вещество. Болѣе подробное изученіе случая показало, что у больного не было опухоли, а имѣлась доброкачественная киста мягкой мозговой оболочки.—Хотя такіе случаи крайне рѣдки, но все-же тутъ ясно сказалась практическая важность новаго способа и преимущество его передъ пробной трепанаціей: безъ большой опасности для больного можно сдѣлать сразу нѣсколько проколовъ, пока не будетъ отыскано настоящее мѣсто болѣзни.

Въ цѣломъ рядѣ случаевъ автору удалось при помощи пробнаго прокола добыть старую кровь и такимъ путемъ установить наличность кровоизліяній въ твердую мозговую оболочку и внѣ ея. Нѣкоторые изъ этихъ больныхъ обнаруживали признаки болѣзни, свойственные опухолямъ мозга; у другихъ признаки вообще были весьма неопредѣленны, такъ что безъ пробнаго прокола правильнаго распознаванія поставить было нельзя. На основаніи пробнаго прокола этимъ больнымъ сдѣланы были операціи, и у большинства изъ нихъ полученъ благопріятный результатъ. Особенно много, по мнѣнію автора, этотъ способъ долженъ дать при распознаваніи и лѣченіи нарывовъ мозга. Казуистика показываетъ, что въ очень большомъ числѣ случаевъ отличительное распознаваніе между опухолью (бугоркомъ) и нарывомъ — очень трудно; во многихъ изъ этихъ случаевъ нѣтъ достаточныхъ показаній для краніотоміи, или отъ нея отказываются, какъ отъ слишкомъ опаснаго мѣропріятія, а пробная трепанація часто остается безъ результата, на повторное-же ея примѣненіе хирургъ не рѣшается. Во всѣхъ этихъ случаяхъ примѣненіе пробнаго прокола можетъ оказать незамѣнимыя услуги. При наличности опухоли, микроскопическое изслѣдованіе содержимаго иглы можетъ дать указаніе на характеръ новообразованія. Однако проколъ головного мозга по вышеописанному способу далеко нельзя считать невиннымъ и вполнѣ безопаснымъ пріемомъ. Сами анатомическія условія и въ особенности расположеніе венъ мозга указываютъ на то, что эта операція можетъ при случаѣ имѣть и неблагопріятныя послѣдствія. Изъ 30 случаевъ автора ему только въ 2-хъ пришлось видѣть ухудшеніе состоянія больныхъ послѣ прокола: 1 разъ это произошло во время удаленія жидкости при головной водянкѣ; во 2-ой разъ во время пробнаго прокола у очень тяжелаго больного съ апоплектической гліомой, расположенной далеко отъ мѣста прокола, произошло кровоизліяніе въ опухоль, которое затѣмъ прорвалось въ мозговыя оболочки. Однако, эти 2 случая, по мнѣнію автора, не могутъ имѣть рѣшающаго значенія при оцѣнкѣ достоинствъ способа. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣло доходило до вскрытія, авторъ находилъ незначительныя кровоизліянія на мѣстѣ прокола въ мягкой мозговой оболочкѣ и въ веществѣ мозга, но какихъ-либо клиническихъ признаковъ, которые можно было-бы поставить въ связь съ ними, ему наблюдать не приходилось. Точно также ни разу не пришлось имѣть дѣла съ артеріальнымъ кровотеченіемъ или съ пораненіемъ какой-либо пазухи. Не смотря на простоту и сравнительную безопасность пробнаго прокола мозга, *Neisser* совѣтуетъ, однако, дѣлать его только при наличности достаточныхъ показаній. Кромѣ того, этотъ способъ пригоденъ для примѣненія лишь въ клиникахъ и больницахъ, но не въ частной практикѣ (Therapie der Gegenwart, май).

462. Д-ръ *Rafin* описываетъ случай *катетризаціи мочеточниковъ съ лѣчебной цѣлью и піонефроза бактерійнаго происхожденія (кишечная палочка), излѣченнаго прополаскиваніями лоханки.*

26-лѣтняя женщина съ 1900 г. страдала сильными болями послѣ мочеиспусканія, сосредоточивавшимися въ мочеиспускательномъ протокѣ и державшимися минутъ 20. Число мочеиспусканій: ночью 0, днемъ 4—5. Моча умѣренно мутная, гнойная, содержала немного бѣлка; сахара не было. Вмѣстимость пузыря нормальна. При цистоскопическомъ изслѣдованіи ничего ненормальнаго не найдено. Мочеиспускательный протокъ не съуженъ. Лѣвая почка прощупывалась при глубокомъ вдыханіи. Микроскопическое изслѣдованіе мочи показало, что въ ней было много кишечныхъ палочекъ. При раздѣленіи мочи приборомъ *Luys*'а моча изъ правой почки оказалась нормальной окраски, прозрачной, содержала немного бактерій и нѣсколько гнойныхъ шариковъ; моча изъ лѣвой почки была мутна, блѣдна, содержала бактеріи и гной въ умѣренномъ количествѣ. Сдѣлана катетризація лѣваго мочеточника, и лоханка промыта 1%-мъ растворомъ адскаго камня. Всего сдѣлано 13 промываній; въ концѣ лѣченія употреблялся 5% ный растворъ средства. Послѣдовало полное выздоровленіе. Въ мочѣ послѣ центрифугированія и окрашиванія никакихъ бактерій не найдено (Annales des maladies des organes génito-urinaires, № 8). *И. Вирскій.*

463. *A. Galbraith Faulds* совѣтуетъ *для растяженія мочевого пузыря при цистоскопіи употреблять кислородъ.* Обыкновенно для цистоскопированія мочевой пузырь наполняется стерилизованной водой, карболовымъ или борнымъ растворомъ. Наполненіе пузыря жидкостью имѣетъ свои достоинства и свои недостатки. Жидкость дѣлаетъ равномѣрнымъ тепло, испускаемое электрической машиной, и этимъ защищаетъ слизистую оболочку, но въ то же время отъ крови, гноя или мочевыхъ осадковъ жидкость мутнѣетъ и затрудняетъ цистоскопированіе. Теперь, когда существуютъ т. наз. «холодныя машины» пузырь можетъ наполняться газомъ. Авторъ наполнялъ его различными газами, которые онъ пропускалъ сквозь стерильныя среды. Въ настоящее время онъ наполняетъ пузырь кислородомъ и очень доволенъ результатами. Онъ вводитъ газъ чрезъ мягкій катетръ изъ мѣшка съ кислородомъ. Вынувъ катетръ, онъ вводитъ цистоскопъ. Вводить кислородъ въ пузырь слѣдуетъ съ нѣкоторыми предосторожностями. Больной долженъ содержаться въ теплѣ, газъ долженъ быть чистъ, въ пузырь его слѣдуетъ вводить медленно. При циститѣ должно примѣнять мѣстное обезболиваніе. Кислородъ не только можетъ оставаться въ пузырѣ больного безъ вреда для него, но подъ часъ дѣйствуетъ даже благотворно (The British Medical Journal, 5 марта). *I. Л. Ф.*

**Глазныя болѣзни.** 464. Д-ръ *Onfray* (изъ глазной клиники проф. *Lapersonne*'а въ больницѣ Hôtel-Dieu) сообщаетъ *случай заноснаго нагноенія всего глаза* (метастатическаго панофтальмита) *при ракѣ пищевода.*

Больному было 47 лѣтъ отъ роду. Съуженіе помѣщалось между средней и нижней $^1/_3$ пищевода. Образованъ былъ желудочный свищъ, черезъ который и начали кормить больного. Прибавившись въ вѣсѣ и окрѣпши, больной сталъ принимать пищу черезъ ротъ, надѣясь такимъ образомъ возстановить проходимость пищевода, какъ вдругъ въ лѣвомъ глазу и вокругъ него появились сильныя боли, зрѣніе стало быстро падать, и въ 3 дня больной ослѣпъ на этотъ глазъ. Отекъ вѣкъ и соединительной оболочки глазного яблока, равно какъ и наличность гноя въ передней камерѣ и выпота въ области зрачка указывали на нагноеніе всего глаза, общее-же изслѣдованіе не обнаружило подобныхъ заносовъ ни въ какомъ другомъ органѣ. Нѣсколько дней спустя изслѣдованъ былъ гной изъ передней камеры; оказались многочисленные цѣпекокки и какая-то анаэробная палочка. Съ теченіемъ времени глазъ опорожнился, и боли прекратились, но вскорѣ затѣмъ наступила и смерть. Вскрытіе не могло состояться.

Авторъ полагаетъ, что въ данномъ случаѣ имѣлось дѣло съ гнилостной закупоркой питающихъ глазъ артерій, что зараженіе исходило отъ изъязвленной поверхности новообразованія и что источникомъ этого зараженія явилось гніеніе пищи, вводившейся больнымъ черезъ ротъ и скопившейся надъ раковымъ съуженіемъ. Наличность анаэроб-

ной палочки въ гноѣ глаза говоритъ, по автору, въ пользу такого предположенія. Впрочемъ, авторъ не отрицаетъ тутъ и возможности чисто раковаго заноса, лишь впослѣдствіи осложнившагося цѣпекокковымъ зараженіемъ (Archives d'ophtalmologie, январь). *Р. Кацъ.*

465. Д-ръ *Coppez* сообщаетъ поучительный *случай заносного рака обѣихъ сосудистыхъ оболочекъ*, наблюдавшійся имъ въ Bruxelles'ской университетской глазной клиникѣ проф. *Coppez*'а.

43-лѣтній фабричный обратился въ клинику съ жалобой на пониженіе зрѣнія въ правомъ глазу. Оказалась центральная скотома при остротѣ зрѣнія въ $^1/_{16}$; глазное-же зеркало не обнаружило ничего ненормальнаго. Никакихъ болѣзненныхъ явленій не было найдено и въ общемъ состояніи больного; лишь на лѣвой сторонѣ шеи замѣченъ былъ цѣлый рядъ твердыхъ железъ, которыя, по словамъ больного, за послѣдніе 2—3 мѣсяца значительно увеличились въ объемѣ. Черезъ мѣсяцъ зрѣніе праваго глаза почти совершенно исчезло, а глазное зеркало обнаружило небольшую опухоль, съ $^1/_2$ соска, у нижне-внутренняго края соска зрительнаго нерва, представлявшагося сильно покраснѣвшимъ. Еще черезъ мѣсяцъ на правомъ глазу отслоилась сѣтчатка на значительномъ протяженіи, въ другихъ-же мѣстахъ глазного дна выступили ограниченные бугорки, а на лѣвомъ глазу острота зрѣнія понизилась до $^1/_{12}$, при центральной скотомѣ на цвѣта, отслойкѣ сѣтчатки въ области желтаго пятна и бѣловатыхъ пятнахъ вокругъ этой области. Въ виду безостановочнаго увеличенія надключичныхъ железъ, приступлено было къ ихъ вылущенію, при чемъ оказался типичный железистый ракъ заноснаго свойства. Общее состояніе больного и послѣ того оставалось отличнымъ, и лишь спустя 3 мѣсяца больной ослабѣлъ и пожелтѣлъ. Въ правомъ глазу появились глаукомныя боли, въ лѣвомъ зрѣніе упало до количественнаго свѣтоощущенія, на шеѣ явился возвратъ въ рубцѣ, а вдоль грудино-ключично-сосковой мышцы показались новые раковые узлы. Черезъ 2 мѣсяца послѣ того больной умеръ при крайнемъ истощеніи и повторной кровавой рвотѣ.

Первичный очагъ раковаго пораженія въ данномъ случаѣ, по видимому, находился въ желудкѣ. Въ пользу этого говорятъ кровавыя рвоты, бывшія въ послѣдніе дни жизни больного; но и съ самаго начала можно было заподозрить раковое пораженіе желудка, не смотря на отсутствіе желудочныхъ разстройствъ—по твердымъ узламъ припухшихъ железъ въ лѣвой надключичной ямкѣ (*Jaccoud* встрѣтилъ это явленіе 14 разъ на 27 случаевъ и считаетъ его весьма характернымъ для желудочнаго рака). Подобныя затрудненія въ опредѣленіи перво-источника пораженія глазъ встрѣчались и въ другихъ сообщенныхъ случаяхъ, и именно у мужчинъ, у коихъ глазная опухоль развивалась къ тому времени, когда еще не было никакихъ указаній на раковое пораженіе внутренностей. Такъ, въ случаѣ д-ра *Gayet* (1889 г.) признаки желудочнаго рака явились лишь послѣ вылущенія глаза, а у *Oatman*'а (1903 г.) больной умеръ черезъ 35 дней послѣ вылущенія, и лишь тогда убѣдились въ наличности рака печени, давшаго заносы въ большомъ числѣ другихъ органовъ. У женщинъ, у коихъ заносный ракъ сосудистой оболочки наблюдался въ общемъ чаще, чѣмъ у мужчинъ, распознаваніе первичнаго очага не представляло этихъ трудностей, такъ какъ обыкновенно такимъ очагомъ являлся ракъ грудной железы. Что касается двусторонности глазного рака въ настоящемъ случаѣ, то и этимъ послѣдній не отличается отъ большинства описанныхъ случаевъ: изъ 30 сообщенныхъ случаевъ не менѣе 20 представляли раковое пораженіе обоихъ глазъ (Archives d'ophtalmologie, февраль). *Р. Кацъ.*

466. Д-ра *Coppez* и *Depage* сообщаютъ *случай лучисто-грибковаго пораженія глазницы.*

У 56-лѣтняго пивовара, имѣвшаго обыкновеніе жевать хлѣбныя зерна, появились боли въ послѣднихъ верхнихъ зубахъ правой стороны, при чемъ стало испытываться и нѣкоторое затрудненіе въ открываніи рта. Зубы эти, оказавшіеся совершенно испорченными костоѣдой, были вырваны 2 мѣсяца спустя, въ октябрѣ, но боли послѣ того не прекратились, а черезъ нѣсколько дней появилась опухоль на щекѣ впереди уха. Поставили піявки, потомъ стали примѣнять іодную настойку; но опухоль продолжала увеличиваться, и ротъ не открывался. Въ началѣ января появился нарывъ въ височной ямкѣ, а 8 дней спустя оказался еще одинъ нарывъ впереди передняго отростка восходящей вѣтви нижнечелюстной кости; оба нарыва были вскрыты, при чемъ изъ 1-го вышло около виннаго стакана желтоватаго гноя съ гангренознымъ запахомъ, а изъ 2-го вышелъ гной, смѣшанный съ кровью. Къ $^1/_2$ февраля въ височной ямкѣ снова скопился гной, который былъ снова выпущенъ, а къ тому-же времени появилось выпячиваніе праваго глаза, у наружнаго же угла вѣкъ появился свищевой ходъ, черезъ который можно было проникнуть зондомъ на глубину 4 стм. до наружной костной стѣнки глазницы. Въ мартѣ д-ръ *Depage* выскоблилъ гнойные очаги острой ложечкой, послѣ чего больной сталъ свободно открывать ротъ. Изслѣдованіе гноя подъ микроскопомъ обнаружило лучистый грибокъ. Назначенъ былъ іодистый калій, сначала по 5 грм. въ день, а затѣмъ и по 10 грм., и къ началу іюня закрылись всѣ свищи височно-челюстной области; остался лишь глазничный свищъ, а вмѣстѣ съ тѣмъ не исчезало и пучеглазіе. Вскорѣ наступилъ параличъ наружной прямой мышцы; роговица сдѣлалась нечувствительной и стала изъязвляться, въ виду чего были сшиты вѣки этого глаза. Къ серединѣ іюля стали выступать мозговыя явленія, которыя, по видимому, обусловливались распространеніемъ болѣзненныхъ измѣненій на мозгъ, хотя положительный результатъ *Widal*'евской реакціи и говорилъ за брюшной тифъ, а въ послѣднихъ числахъ августа больной умеръ.

Лучистогрибковое пораженіе глазницы, относится, по видимому, къ большимъ рѣдкостямъ. Въ литературѣ авторъ нашелъ лишь 3 такихъ случая; изъ нихъ 1 (*Weeks*'а 1897 г.) наблюдался на попугаѣ, а другой (*Vossius*'а, 1902 г.) распознанъ былъ лишь послѣ смерти. Весьма поучителенъ 3-ій случай, сообщенный д-ромъ *Ransom*'омъ въ 1896 г.

Началось дѣло съ легкаго опущенія верхняго вѣка, паралича внѣглазныхъ мышцъ и болей въ глазу и вискѣ, къ коимъ впослѣдствіи присоединилось пучеглазіе. Извлеченіе гнилыхъ зубовъ въ верхней челюсти не дало никакого улучшенія. 6 мѣсяцевъ спустя появился глубокій свищъ во внутреннемъ углу глазницы, откуда и началъ выдѣляться типичный лучисто-грибковый гной. Вскорѣ затѣмъ больной умеръ, и вскрытіе показало, что свищъ изъ глазницы доходилъ сквозь *Highmor*'ову полость до луночки 1-го большого коренного зуба. Въ обѣихъ пещеристыхъ пазухахъ оказалось нагноеніе, а въ мозгу найдены были гнѣзда лучистаго грибка (Journal médical de Bruxelles, декабрь 1903; Archives d'ophthalmologie, февраль). *Р. Кацъ.*

467. Въ Великобританскомъ офталмологическомъ Обществѣ д-ръ *Jessop* сообщилъ *2 случая бугорчатковаго воспаленія сосудистой оболочки въ сочетаніи съ бугорчаткой соединительной оболочки.*

Въ 1-мъ случаѣ у 9-лѣтней дѣвочки на соединительной оболочкѣ глазного яблока развился круглый и гладкій узелъ, доходившій почти до самаго края роговицы. Узелъ этотъ былъ надрѣзанъ, и изслѣдованіе обнаружило бугорчатковыя палочки. Сѣтчатка была отслоена 2-мя буграми до того, что не видно было соска зрительнаго нерва. Съ теченіемъ времени, однако, на этомъ глазу возстановилось зрѣніе въ $^6/_{18}$.

Во 2-мъ случаѣ больной было 23 года. Она страдала бугорчаткой легкихъ и происходила изъ пораженной бугорчаткой семьи. Во время лѣченія замѣчены были гнѣзда въ сосудистой оболочкѣ, распространявшіяся отъ центра къ окружности; съ теченіемъ времени гнѣзда эти исчезли, оставивъ лишь слабые слѣды въ глазномъ днѣ. Черезъ 3 года больная выздоровѣла, при чемъ и зрѣніе возстановилось хорошее.

Д-ръ *Stephenson* замѣтилъ, что бугорки въ сосудистой оболочкѣ—вовсе не такая рѣдкость, какъ это думаютъ: среди 119 случаевъ бугорчатки, подвергнутыхъ имъ изслѣдованію въ больницѣ, пораженіе сосудистой оболочки оказалось почти въ 10%. Д-ръ *Stephenson*, съ своей стороны, можетъ засвидѣтельствовать, въ подтвержденіе наблюденій *Jessop*'а, что въ означенныхъ случаяхъ отсутствуютъ отложенія пигмента, какъ и мутность стекловиднаго тѣла.—Д-ръ *Juler* упомянулъ объ 1 случаѣ, гдѣ улучшеніе наступило при одномъ лишь мѣстномъ лѣченіи (По отчету въ Archiv für Augenheilk., XLIX, 1). *Р. Кацъ.*

468. Д-ръ *Corda* наблюдалъ *случай помутнѣнія хрусталика отъ іода.*

Больной, 43 л., принялъ за 7 дней всего лишь 135 капель іодистаго калія пополамъ съ водой. Между тѣмъ въ хрусталикѣ, у передняго полюса, явилось легкое помутнѣніе, имѣвшее форму диска и равнявшееся площади зрачка, вслѣдствіе чего острота зрѣнія понизилась до 0,01. Прекратили пріемы іодистаго калія, и вскорѣ затѣмъ помутнѣніе стало исчезать, а черезъ 2 недѣли востановилась полная прозрачность хрусталика, и зрѣніе стало нормальнымъ (Annali di Ottalmologia, 1903; Вѣстникъ Офталмологіи, январь и февраль). *Р. Кацъ.*

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 469. Д-ръ *Б. Шибовскій* (Варшава) сообщаетъ *случай отрыва пуповины отъ послѣда во время родовъ въ стоячемъ положеніи.*

Первородящая, 24 л., поступила 27/XI 1903 г. въ клинику и сообщила, что $1^1/_2$ часа назадъ она родила ребенка стоя и что послѣдъ еще не отошелъ.—Правильнаго сложенія, хорошаго питанія. Первыя мѣсячныя на 16-мъ году, приходили затѣмъ чрезъ 4 недѣли и продолжались 3—4 дня. Родовыя боли появились 27/XI въ 7 час. утра, плодныя воды отошли къ полудню. Чувствуя себя хорошо, роженица не ложилась въ постель. Въ 4-мъ часу дня она ушла въ городъ и, вернувшись, поднялась къ себѣ въ квартиру на 3-й этажъ. Вслѣдъ затѣмъ почувствовала сильныя боли и, не успѣвъ лечь, родила стоя, при чемъ пуповина

Digitized by Google

оторвалась, и ребенокъ упалъ на полъ, не получивъ, однако, повреждений. Вскорѣ послѣ того родильница была привезена въ клинику. Пуповину, находившуюся у ребенка, перевязала и отрѣзала жена дворника.—Незначительное кровотеченіе изъ родовыхъ путей; небольшой разрывъ рукава и промежности; дно слабо сокращенной матки—на срединѣ разстоянія между пупкомъ и лономъ. Пупочнаго канатика наружу не видно. Послѣдъ былъ легко удаленъ вмѣстѣ съ необильными сгустками въ полной цѣлости, равно какъ и оболочки; вѣсъ его 500 грм.; пуповины не было; въ мѣстѣ ея центральнаго прикрѣпленія находилась круглая поверхность, съ серебряный рубль, лишенная оболочекъ. Черезъ 8 дней мать и ребенокъ выписались здоровыми (Ginekologia, апрѣль). *С. Островскій.*

470. Д-ръ *Schumacher* для рѣшенія вопроса *о цѣлесообразности ваннъ для рожениць* произвелъ рядъ бактеріологическихъ изслѣдованій содержимаго верхнихъ частей влагалища и внутренней поверхности малыхъ губъ послѣ ванны и послѣ простого омовенія наружныхъ половыхъ частей. Къ водѣ ванны и къ водѣ для умовенія онъ прибавлялъ въ большомъ количествѣ разводки т. наз. чудесной палочки (bac. prodigiosus). Въ общихъ чертахъ онъ пользовался при своихъ изслѣдованіяхъ способомъ *Hertska*. Изслѣдованіе воды въ ваннѣ до купанія и послѣ него показало значительное увеличеніе числа микроорганизмовъ послѣ пріема ванны, въ среднемъ болѣе, чѣмъ въ 150 разъ. Изъ болѣзнетворныхъ зародышей *Schumacher* доказалъ присутствіе стафилококковъ и стрептококковъ. Такимъ образомъ, изслѣдованія этого автора подтверждаютъ мнѣніе проф. *В. В. Строганова*. Но изъ дальнѣйшихъ его изслѣдованій оказывается, что ни послѣ ванны, ни послѣ простого омовенія наружныхъ половыхъ органовъ прибавленную къ водѣ чудесную палочку нельзя найти въ верхнихъ частяхъ влагалища, не смотря на то, что она въ изобиліи наблюдается на поверхности малыхъ губъ. Послѣ ванны палочка эта только въ 6,25% всѣхъ случаевъ проникла во влагалище и въ 14,28% случаевъ послѣ омовенія наружныхъ половыхъ частей, но во всѣхъ этихъ случаяхъ имѣлись плохо залѣченные разрывы промежности. Слѣд., хотя зараженіе черезъ ванну и возможно, тѣмъ не менѣе нѣтъ никакого основанія предпочитать ей простое омовеніе наружныхъ половыхъ органовъ. Слѣдуетъ только съ предохранительной цѣлью въ случаяхъ существованія разрыва промежности какъ послѣ ванны, такъ и вслѣдъ за омовеніемъ наружныхъ частей произвести промываніе влагалища обеззараживающимъ растворомъ (Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaekologie, т. 8, тетр. 2). *А. Г—ръ.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 471. *Лѣченіе зуда кожи (Pruritus) сѣрной кислотой*, предложенное проф. *Leo*, дало д-ру *Köhler*'у въ 1 случаѣ, гдѣ это страданіе мучило больного легочной бугорчаткой днемъ и ночью, блестящій результатъ. Онъ давалъ сѣрную кислоту (Acidum sulfuricum) 3:200, черезъ 2 часа по столовой ложкѣ. И въ другихъ случаяхъ это лѣченіе оказалось успѣшнымъ, и поэтому авторъ предлагаетъ испробовать его во всѣхъ случаяхъ, гдѣ можно подозрѣвать, что зудъ вызванъ увеличенной щелочностью крови (Berliner klinische Wochenschrift, № 16). *А. Коварскій.*

472. Д-ра *J. Gaillard*, *P. Lafosse* и *A. Papegaey*, въ статьѣ «*Множественность сифилитическаго шанкра*» приводятъ статистику сифилитическихъ шанкровъ, которые наблюдали различные авторы (*Humbert*, *Mauriac*, *Gueyrat*, *Renault*). Въ общемъ изъ 12069 случаевъ на 3,93 шанкра приходился 1 множественный. На половыхъ частяхъ шанкръ наблюдался въ 11,543 сл., на другихъ частяхъ тѣла въ 435 сл. или въ 3,6%, въ томъ числѣ на головѣ (лицо, ротъ) въ 85,3% и на прочихъ частяхъ тѣла (туловище, конечности) въ 14,7%. Множественный шанкръ несравненно чаще наблюдался на половыхъ частяхъ (въ 25,8%), чѣмъ на прочихъ частяхъ тѣла (въ 6,8%). Такимъ образомъ множественный сифилитическій шанкръ, вопреки мнѣнію многихъ врачей, встрѣчается дов. часто, и это обстоятельство всегда надо имѣть въ виду въ цѣляхъ своевременнаго распознаванія, предсказанія и предохраненія (La Tribune médicale, № 14). *И. Вирскій.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.** (Отчетъ ч. пр. *Б. С. Грейденберга*). (Продолженіе; см. выше, № 21, стр. 786). Дневное засѣданіе; почетнымъ предсѣдателемъ предложенъ д-ръ *П. П. Кащенко* (Н. Новгородъ) 6-й программный вопросъ: *Роль инфекціи въ патогенезѣ острыхъ заболѣваній нервной системы.*

*С. О. Ярошевскій* (Самара). *Роль инфекціи въ патогенезѣ острыхъ нервныхъ заболѣваній.* Положенія. 1. Современное состояніе нашихъ знаній позволяетъ намъ съ большою вѣроятностью заключать, что всѣ извѣстныя намъ острыя заболѣванія нервной системы, какъ центральной, такъ и периферической, носятъ заразный характеръ. 2. Всѣ острыя нервныя формы возникаютъ или какъ самостоятельныя заразныя болѣзни, или какъ послѣзаразныя. 3. Строгихъ границъ между самостоятельными и послѣ-заразными заболѣваніями, очевидно, нѣтъ, такъ какъ однѣ и тѣже формы могутъ въ однихъ случаяхъ протекать, какъ первичныя, въ другихъ, какъ вторичныя заразы, напр. острая хорея, острый энцефалитъ. 4. Только для очень немногихъ острыхъ нервныхъ формъ установлены имъ однѣмъ свойственные болѣзнетворные возбудители; къ нимъ принадлежатъ: повальное воспаленіе оболочекъ черепного и спинного мозга, полиневритъ, извѣстный подъ именемъ «бери-бери», острый столбнякъ, отчасти острая хорея и др. 5. Одна и таже острая нервная форма, напр. міэлитъ или невритъ, можетъ явиться слѣдствіемъ разныхъ болѣзнетворныхъ возбудителей. И наоборотъ, одинъ и тотъ-же болѣзнетворный микроорганизмъ можетъ быть причиной разныхъ нервныхъ формъ, какъ міэлитъ, поліоміэлитъ и пр. Все, по видимому, зависитъ отъ свойства даннаго болѣзнетворнаго микроба, степени ядовитости его токсина и пр. 6. Болѣзнетворный микробъ самъ по себѣ очень рѣдко является возбудителемъ болѣзни; въ большинствѣ-же случаевъ дѣйствуетъ вырабатываемый имъ ядъ — токсинъ. 7. Ближайшая природа токсиновъ въ настоящее время очень мало изучена. 8. Судя потому, что теперь извѣстно о патогенезѣ острыхъ заболѣваній нервной системы и о роли болѣзнетворныхъ микробовъ, надо думать, что въ скоромъ будущемъ, когда многіе, еще темные теперь, вопросы получатъ должное освѣщеніе и должное фактическое обоснованіе, произойдетъ переворотъ и въ номенклатурѣ нервныхъ болѣзней, подобно тому, какъ это уже и теперь отчасти принято въ хирургіи.

*И. И. Ивановъ* (Варшава): Докладчикъ не представилъ собственно ничего, что не считалось-бы давно уже общеизвѣстнымъ и общепринятымъ. Въ частности совершенно не выдерживаетъ критики 2-ое его положеніе, что всѣ острыя нервныя формы возникаютъ или какъ самостоятельныя заразныя, или какъ послѣ-заразныя болѣзни; упущенъ изъ вниманія цѣлый рядъ острыхъ нервныхъ болѣзней, развивающихся отъ дѣйствія однихъ только ядовъ, безъ бактерій—алкоголя, окиси углерода, атропина, морфія, кокаина и др. Перечисляя въ п. 4-мъ немногія острыя формы, для которыхъ установлены, яко-бы, одни, свойственные только имъ болѣзнетворные возбудители, докладчикъ привелъ такія сомнительныя заразныя болѣзни, какъ острая хорея и полиневритъ, и забылъ другія, болѣе важныя, какъ водобоязнь, о которой часто забываютъ и которая представляетъ собою чистѣйшій типъ остраго заразнаго заболѣванія нервной системы.

*А. Д. Коцовскій* (Кишиневъ) не можетъ согласиться съ 5-мъ положеніемъ доклада, что разнообразіе острыхъ нервныхъ формъ зависитъ всецѣло отъ микроорганизма и его болѣзнетворныхъ свойствъ; оно не менѣе зависитъ и отъ той почвы, на которой онъ развивается.

Ч. пр. *В. П. Осиповъ* (Петербургъ) указалъ, что докладчикъ не упомянулъ о ботулизмѣ, микробъ котораго былъ открытъ *v. Ermengen*'омъ и который также является болѣзнью нервной системы по преимуществу.

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что онъ вовсе не отрицаетъ и другихъ причинъ, кромѣ бактерій, возникновенія острыхъ нервныхъ заболѣваній, но, вслѣдствіе обширности литературнаго матеріала, долженъ былъ по необходимости ограничиться областью одного только зараженія.

*П. П. Кащенко* предложилъ воспользоваться многолюдностью Собранія и приступить къ избранію Коммиссіи для выработки и представленія къ слѣдующему Пироговскому Съѣзду проэктовъ психіатрической классификаціи, формъ отчетности и устройства центральнаго психіатрическо-статистическаго бюро (см. выше, стр. 455). Въ составъ этой Коммиссіи *П. П. Кащенко* предложилъ слѣдующихъ лицъ: проф. *В. М. Бехтерева*, *Я. А. Анфимова*, *В. К. Рота* и *В. П. Сербскаго*, *Б. И. Воротынскаго*, *Н. А. Вырубова*, *В. И. Гребенщикова*, *Б. С. Грейденберга*, *М. В. Игнатьева*, *П. Л. Куркина*, *И. И. Моллесона*, *Н. Н. Реформатскаго*, *А. Е. Черемшанскаго*, ж.-врача *В. С. Яковенко* и *В. И. Яковенко*. Въ виду большей и сложной работы, предстоящей Коммиссіи, Отдѣлъ предложилъ усилить составъ ея

Digitized by Google

и выбралъ еще: профф. *И. П. Мержеевскаго*, *П. И. Ковалевскаго*, *И. А. Сикорскаго*, *Н. М. Попова*, *В. Ф. Чижа*, *И. Г. Оршанскаго*, *М. Н. Лапинскаго* и *Л. В. Блуменау*, *Н. Н. Баженова*, *С. Д. Колотинскаго*, *Н. В. Краинскаго*, *М. Н. Нижегородцева*, *В. П. Осипова*, *Н. Я. Смѣлова*, *А. В. Тимофѣева*, *О. А. Чечотта* и *П. П. Кащенко*.

Ч. пр. *Б. С. Трейденбергъ* (Харьковъ). *Солевыя вливанія въ терапіи душевныхъ больныхъ*. (См. выше, № 5, стр. 159).

*Н. А. Сокальскій* (Уфа). 1) *Къ вопросу о подкожныхъ вливаніяхъ физіологическаго раствора при психозахъ*. 2) *Къ техникѣ вливаній физіологическаго раствора*. Докладчикъ производилъ наблюденія надъ дѣйствіемъ вливаній въ Уфимской губернской земской психіатрической больницѣ совмѣстно съ д-ромъ *И. Т. Касьяновымъ*. Для примѣненія вливаній выбирались преимущественно возбужденные, острые, спутанные больные; вливанія дѣлались обыкновенно подъ кожу живота, въ количествѣ 2000—3000 к. стм. раствора, нагрѣтаго до 40°—44° Ц., при помощи прибора *Cantani*. Больные послѣ вливаній часто дѣлались спокойнѣе и становились сонливыми; нерѣдко они засыпали во время вливанія и продолжали спать послѣ него. Температура тѣла вечеромъ въ день вливанія и на слѣдующій день повышалась, хотя вливаемая жидкость предварительно тщательно стерилизировалась. Вливанія нельзя считать лѣчебнымъ средствомъ, но лишь припадочнымъ, успакаивающимъ, не вліяющимъ ни на сущность болѣзни, ни на ходъ ея. Съ начала 1903 г. докладчикъ сталъ примѣнять подкожныя вливанія физіологическаго раствора въ значительныхъ количествахъ, доходя до *5000—7000 к. стм. заразъ*. «Обыкновенно послѣ такого вливанія буйствующій больной успокаивался, но трудно рѣшить, есть-ли это успокоеніе результатъ промыванія крови или-же отягченія организма громаднымъ количествомъ влитой подъ кожу жидкости, которая у однихъ больныхъ рассасывалась быстро (въ нѣсколько часовъ), а у другихъ еще задерживалась въ нѣкоторомъ, хотя и небольшомъ, количествѣ въ подкожной клѣтчаткѣ больше сутокъ». Слѣдующій день послѣ вливаній больные обыкновенно лежали спокойно въ постеляхъ, но докладчикъ затрудняется рѣшить, насколько вліяло здѣсь отягченіе организма большимъ количествомъ влитой подъ кожу жидкости или наблюдавшееся у больныхъ послѣ вливаній повышеніе температуры. Въ конечномъ итогѣ результаты вливаній не были настолько убѣдительны, чтобы заставить продолжать ихъ. — Техника вливаній, выработанная докладчикомъ, слѣдующая: въ потолокъ ввинчивается кольцо или крюкъ, служащіе какъ-бы блокомъ, черезъ который перекидывается веревка, съ привязаннымъ къ ней жестянымъ ведромъ, опускаемое и поднимаемое по мѣрѣ надобности; въ это ведро ставится вымѣренная бутыль, вмѣстимостью до 7000—8000 к. стм., наполненная подогрѣтымъ до 42°—43° физіологическимъ растворомъ, съ опущенной до дна сифонообразно изогнутой трубкой, черезъ которую по закону сифона жидкость поступаетъ въ длинную резиновую трубку, соединенную съ Т-образной стеклянной трубкой, 2 свободные конца которой соединяются, въ свою очередь, при помощи 2-хъ резиновыхъ трубокъ съ 2-мя иглами, втыкаемыми одновременно въ 2-хъ мѣстахъ, по преимуществу—въ кожу живота, гдѣ подкожная клѣтчатка болѣе рыхла. При такомъ способѣ весьма удобно регулировать давленіе столба жидкости, опуская или поднимая ведро. Для измѣренія температуры физіологическаго раствора, заключеннаго въ бутылки, служитъ плавающій въ немъ небольшой термометръ, употребляемый обыкновенно для измѣренія температуры воды въ ваннахъ, но освобожденный отъ своего деревяннаго футляра. Если взять термометръ небольшого размѣра, то обыкновенно онъ плаваетъ въ жидкости отвѣсно, уравновѣшиваясь въ такомъ положеніи тяжестью своего резервуара съ ртутью. Когда уровень жидкости въ бутыли во время вливанія понижается до извѣстнаго предѣла, то плавающій въ ней термометръ, ударяясь своимъ нижнимъ концомъ о дно бутыли, производитъ звукъ, дающій указаніе на то, сколько жидкости уже влито. Продолжительность вливанія при помощи этого прибора удается сократить до 30—40 мин. для 6000—7000 к. стм. жидкости; стоимость его не превышаетъ $1^1/_2$—2 р.; въ тоже время онъ удобнѣе прибора *Cantani*, такъ какъ даетъ возможность вливать сразу весьма большія количества физіологическаго раствора.

*П. И. Растегаевъ* (Курскъ): Солевыя вливанія, какъ лѣчебную мѣру, нужно привѣтствовать, хотя нельзя разсчитывать на ихъ широкое примѣненіе, въ виду чрезмѣрной обремененности ординаторовъ земскихъ психіатрическихъ заведеній, въ большинствѣ которыхъ на каждаго врача приходится по 100 и болѣе больныхъ. Въ Курской больницѣ сдѣлано было незначительное число вливаній, но съ замѣтнымъ лѣчебнымъ результатомъ; большему распространенію ихъ помѣшалъ, можетъ быть, недостатокъ техники, такъ какъ каждое вливаніе требовало, по меньшей мѣрѣ, 40 мин.

*П. М. Автократовъ* (Варшава): У истощенныхъ больныхъ съ возбужденіемъ, безсонницей и отказомъ отъ пищи солевыя вливанія оказываютъ благопріятное дѣйствіе, какъ на сонъ и позывъ на ѣду, такъ и на общее состояніе (повышеніе температуры, поднятіе пульса); но это дѣйствіе лишь временное и ни на общее теченіе болѣзни, ни на исходъ ея не вліяетъ. Кромѣ области живота, съ удобствомъ могутъ служить для вливаній бедра и голени; количество вливаемой за разъ жидкости не должно превышать $^1/_2$ литра.

Ч. пр. *А. Н. Бернштейнъ* (Москва): Солевымъ вливаніямъ, благодаря простотѣ техники и благопріятному воздѣйствію на состоянія истощенія, несомнѣнно предстоитъ широкое распространеніе въ психіатрической практикѣ. При назначеніи вливаній необходимо тщательно изслѣдовать состояніе сосудистой системы: въ Московскомъ центральномъ полицейскомъ психіатрическомъ покоѣ наблюдался случай смерти 19-лѣтней больной черезъ $^1/_2$ сутокъ послѣ сдѣланнаго ей вливанія, при чемъ вскрытіе обнаружило старый міокардитъ.

*И. И. Ивановъ* (Варшава) указалъ на болѣзненность подкожныхъ вливаній, въ особенности при введеніи такихъ громадныхъ количествъ жидкости, какъ 5000—7000 к. стм., тѣмъ болѣе излишнихъ, что и отъ 150—200 к. стм. получаютъ вполнѣ благопріятные результаты.

*Л. М. Пуссепъ* (Петербургъ): Теплыя ванны не могутъ замѣнить вливаній; у истощенныхъ больныхъ онѣ противопоказаны вслѣдствіе паденія кровяного давленія, между тѣмъ какъ подкожныя вливанія повышаютъ это давленіе и улучшаютъ его состояніе; введеніе большихъ количествъ жидкости—болѣе 300—400 к. стм. единовременно—не можетъ быть допустимо.

*Н. А. Вырубовъ* (Воронежъ): Въ виду относительной затруднительности техники солевыхъ вливаній, требующей продолжительнаго удерживанія больнаго, къ тому-же зачастую слабаго, едва-ли этотъ способъ можетъ имѣть очень широкое распространеніе. При извѣстныхъ показаніяхъ можетъ, конечно, понадобиться солевое вливаніе, но никоимъ образомъ не при отказѣ отъ пищи, при которомъ лучше всего прибѣгать къ кормленію черезъ зондъ.

*А. К. Микульскій* (Екатеринославъ): Успѣшные результаты, полученные изслѣдователями, не доказательны, такъ какъ успокоеніе больныхъ можетъ быть отнесено на счетъ повышенія температуры; поэтому было-бы желательно избѣжать этого, если возможно, путемъ замѣны соляного раствора какимъ-нибудь другимъ, болѣе приближающимся къ составу кровяной сыворотки.

*С. Я. Любимовъ* (Петербургъ): Въ больницѣ всѣхъ Скорбящихъ солевыя вливанія производятся только при астеническихъ психозахъ и никогда не употребляются, какъ успокоительное средство при возбужденіи; въ 1-й разъ вливается не болѣе 250, а въ слѣдующіе—не болѣе 500 к. стм.

*М. М. Маевскій* (Винница): Такія громадныя количества раствора, какъ 7 литровъ, употреблявшіяся д-ромъ *Н. А. Сокальскимъ*, должны сильно переполнять кровяные сосуды и вызывать не безразличное для организма полнокровіе, вслѣдствіе весьма значительнаго болѣзненнаго растяженія тканей; кромѣ того, продолжительность такого вливанія—не менѣе 2 час.—не можетъ не быть мучительной для больныхъ. А между тѣмъ и умѣренныя количества до 500 к. стм. уже оказываютъ благотворное вліяніе, въ особенности у истощенныхъ больныхъ. Вообще-же не слѣдуетъ слишкомъ увлекаться солевыми вливаніями, для примѣненія которыхъ у душевно-больныхъ нѣтъ еще достаточно изученныхъ показаній.

Ч. пр. *С. А. Сухановъ* (Москва) также высказался за осторожность при назначеніи и примѣненіи солевыхъ вливаній, въ особенности у возбужденныхъ больныхъ.

Проф. *В. Ф. Чижъ* (Юрьевъ): Докладчики еще разъ подтвердили мой взглядъ на весьма сомнительный эффектъ отъ вливанія солевого раствора; польза его весьма незначительна, а между тѣмъ вливаніе причиняетъ боль, крайне непріятно для больныхъ, измѣняетъ температуру и, наконецъ, можетъ быть очень опасно. Поэтому надо заключить, что къ этому способу лѣченія пока приходится прибѣгать какъ можно рѣже.

*П. М. Автократовъ* (Варшава): Проф. *В. Ф. Чижъ* неправильно понимаетъ повышеніе температуры въ данномъ случаѣ и не имѣетъ основаній говорить, что при вливаніяхъ успокаивающимъ образомъ дѣйствуютъ лихорадочное состояніе и боль: этого не сказалъ ни одинъ изъ докладчиковъ и никто изъ возражавшихъ имъ.

*П. Д. Трайкинъ* (Н. Новгородъ) видѣлъ хорошіе результаты отъ примѣненія солевыхъ вливаній у больныхъ, отказывающихся отъ пищи, примѣненія-же ихъ съ лѣчебною цѣлью у возбужденныхъ больныхъ не наблюдалъ, но, по даннымъ литературы, дѣло тутъ не обходится безъ увлеченія, такъ какъ нѣкоторые авторы примѣняютъ вливанія даже при наростающемъ параличѣ.

Digitized by Google

*И. Ф. Толочиновъ* (Петербургъ): Въ Домѣ призрѣнія душевно-больныхъ въ теченіи 2-хъ послѣднихъ лѣтъ примѣнялись вливанія физіологическаго раствора при различныхъ формахъ душевныхъ заболѣваній съ удовлетворительными результатами: больные успокаивались, позывъ на ѣду у нихъ улучшался, вѣсъ увеличивался, въ 1 случаѣ (послѣднемъ) не было даже повышенія температуры. Способъ этотъ нисколько не исключаетъ кормленія черезъ зондъ, которое, однако, очень часто сопровождается сильнѣйшимъ сопротивленіемъ со стороны больныхъ, а иногда и рвотами. Только 1-й уколъ при вливаніи болѣзненъ, но болевая чувствительность у многихъ душевно-больныхъ обыкновенно понижена. При вливаніи въ области бедра (внутренней стороны, гдѣ много рыхлой клѣтчатки) жидкость скоро всасывается, и на другой день уже нѣтъ ни опухоли, ни синяка, и болѣзненность при надавливаніи незначительная.

*Б. С. Грейденбергъ* (Отвѣтъ на возраженія): Техника вливаній крайне проста и большого персонала не требуетъ, наибольшая продолжительность вливанія не превышала у насъ $^1/_2$ часа. Переполненіе заведеній и обремененность врачей, конечно, будутъ служить препятствіемъ къ распространенію вливаній въ психіатрической терапіи, но тамъ, гдѣ условія благопріятствуютъ, они должны занять въ ней видное мѣсто.—Область живота представляетъ наилучшія условія для всасыванія вливаемаго раствора, благодаря обильной подкожной клѣтчаткѣ, уменьшающей также и болѣзненность вливанія, и въ этомъ отношеніи область бедра несравненно менѣе удобна.—Что вливанія требуютъ принятія извѣстныхъ предосторожностей, само собою разумѣется; въ частности, конечно, обязательно предварительное изслѣдованіе состоянія сердца и большихъ сосудовъ.—Болѣзненность вызываетъ только 1-ый уколъ, при введеніи подъ кожу иглы, но при нѣкоторомъ навыкѣ и она можетъ быть низведена до minimum'а; самыя-же вливанія, по показаніямъ больныхъ, совершенно безболѣзненны.—При примѣненіи вливаній въ состояніяхъ остраго возбужденія у безпокойныхъ больныхъ и слабости ихъ, очевидно, не можетъ быть рѣчи; удерживаніе, необходимое для производства вливаній, едва-ли больше и продолжительнѣе, чѣмъ при кормленіи зондомъ.—Успокаивающее дѣйствіе солевыхъ вливаній на возбужденныхъ больныхъ никоимъ образомъ нельзя сводить на повышеніе температуры, такъ какъ это повышеніе наблюдается только послѣ первыхъ вливаній, при послѣдующихъ же колебанія температуры настолько ничтожны, что объяснять ими измѣненія въ состояніи больныхъ, конечно, нельзя.—Увлекаться вливаніями, конечно, не слѣдуетъ, но какимъ-же образомъ выработать показанія къ нимъ, если не примѣнять ихъ настойчиво и систематически при различныхъ формахъ психозовъ?—По поводу замѣчанія *П. Д. Трайнина* о примѣненіи нѣкоторыми авторами вливаній даже при наростающемъ параличѣ многоуважаемый товарищъ *А. Н. Бернштейнъ* сообщилъ мнѣ (и разрѣшилъ сослаться на него) объ 1 случаѣ паралича, наблюдавшагося въ Московскомъ центральномъ полицейскомъ психіатрическомъ покоѣ, гдѣ солевыя вливанія оказали несомнѣнно благопріятное дѣйствіе на больного, именно въ смыслѣ успокоенія.—Не могу понять вывода проф. *В. Ф. Чижа*, что «доклады еще разъ (?) подтвердили сомнительный эффектъ отъ вливаній солевого раствора». Мнѣ кажется, что доклады подтвердили какъ разъ обратное, и всѣ высказанныя здѣсь замѣчанія направлены были къ выясненію тѣхъ или другихъ частностей способа, не подрывая основного его значенія. Повторяю еще разъ, что самое вливаніе никакой боли не причиняетъ, а болѣзненность перваго момента введенія иглы можно свести къ незначительному, скоропреходящему ощущенію, скорѣе непріятному, чѣмъ болѣзненному. Объяснять все дѣйствіе вливаній повышеніемъ температуры нѣтъ никакихъ основаній. Вливанія больнымъ ни въ какомъ случаѣ не «крайне непріятны» и при соблюденіи самыхъ элементарныхъ предосторожностей безусловно безопасны. Заключеніе, что «къ этому способу лѣченія пока приходится прибѣгать какъ можно рѣже», совершенно не вытекаетъ изъ всего сегодня здѣсь сказаннаго.

*Н. А. Сокальскій* (Отвѣтъ на возраженія): Количества солевого раствора, которыя я вливалъ больнымъ, въ 10 разъ меньше вводимыхъ при опытахъ животнымъ (проф. *В. В. Пашутинъ*) безъ какого-либо замѣтнаго вреда для нихъ,—и вреда отъ вливаній я не видалъ. Что полезнѣе для безпокойнаго, возбужденнаго больного—удерживаніе его силою нѣсколькихъ служителей, изоляторъ, гдѣ онъ изобьется, или-же вливаніе большого количества физіологическаго раствора? Я предпочиталъ послѣднее и, имѣя въ виду пользу больного, дѣлалъ ему вливаніе, постепенно увеличивая количество ихъ. Особой болѣзненности они не представляютъ: болѣзненно только самое втыканіе иглы, но не вливаніе. Нѣкоторые сознательные больные иногда сами просили повторить имъ вливаніе. Осложненій у меня ни разу не было.

Ч. пр. *Н. И. Кульбинъ* (Петербургъ). *Чувствительность къ прикосновенію и боли и нормальное распредѣленіе ея въ кожѣ человѣка.* Докладчикъ разбиралъ ощущенія, получаемыя при различномъ погруженіи острой иглы въ наружные покровы человѣческаго тѣла: ощущеніе прикосновенія, ощущеніе болѣзненнаго укола и ощущеніе боли. При изслѣдованіи различныхъ участковъ кожи и доступныхъ слизистыхъ оболочекъ онъ опредѣлялъ, съ помощью своего эстезіометра, число степеней каждаго изъ названныхъ ощущеній. Далѣе онъ сдѣлалъ попытку къ изученію закономѣрности, существующей между силой раздраженія и степенью ощущенія, и изложилъ новые способы повѣрки существующихъ уже формулъ этой закономѣрности. Положенія: Изслѣдованіе чувствительности къ прикосновенію и боли необходимо производить точными измѣрительными приборами. При этомъ слѣдуетъ принимать въ соображеніе нормальное распредѣленіе тактильно-болевой чувствительности у человѣка. При изслѣдованіи чувствительности покрововъ тѣла очень важное значеніе имѣетъ величина раздражаемой поверхности. Наиболѣе важно въ научномъ отношеніи изслѣдованіе отдѣльныхъ точекъ поверхности тѣла. Изслѣдованіе чувствительности этихъ точекъ къ механическимъ раздраженіямъ удобнѣе всего производить стальной иглой, измѣряя глубину погруженія ея въ покровы тѣла. Для этой цѣли можетъ служить эстезіометръ докладчика. За единицу механическаго раздраженія покрововъ человѣческаго тѣла слѣдуетъ принять погруженіе въ нихъ иглы на глубину $^1/_{100}$ млм.

*Я. Б. Чудновскій* (Петербургъ) указалъ на сложность прибора докладчика.

*П. П. Викторовъ* (Москва) сдѣлалъ нѣсколько замѣчаній по вопросу о раздѣленіи чувствительности къ прикосновенію и боли.

*Н. В. Краинскій* (Вильна) полагаетъ, что глубина укола не опредѣляетъ чувства боли, которая стоитъ въ большей связи съ шириною (тупостью) иглы и силою раздраженія.

Проф. *В. Ф. Чижъ* (Юрьевъ): При изслѣдованіи ощущенія прикосновенія длина иглы указываетъ на толщину кожи, на ея состояніе и поэтому, въ зависимости отъ личныхъ особенностей, у каждаго изслѣдуемаго глубина укола должна быть весьма неодинакова; но боль зависитъ скорѣе отъ толщины иглы, чѣмъ отъ ея длины, такъ что глубина укола едва-ли можетъ быть мѣриломъ боли.

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что упрекъ въ сложности его прибора неосновательнъ—проще приборовъ не бываетъ. Чувствительность къ прикосновенію и къ боли идутъ не параллельно: у здоровыхъ людей есть участки тѣла, на которыхъ очень тонко развита или одна чувствительность, или другая; при нѣкоторыхъ болѣзняхъ чувствительности къ прикосновенію можетъ не быть, а къ боли сохраниться. Очевидно, что это совершенно различные виды чувствительности, хотя толкованіе имъ въ настоящее время дать еще нельзя. Всѣ врачи пользуются для изслѣдованія чувствительности уколомъ булавки, такъ какъ ощущеніе боли соразмѣрно съ глубиной его. Но при этомъ необходимо имѣть въ виду, что при уколѣ, кромѣ раздраженія, получается еще, по указанію проф. *В. М. Бехтерева*, и обезкровливаніе кожи, извращающее результаты изслѣдованія. Кромѣ существующихъ способовъ изслѣдованія чувствительности—опредѣленіемъ порога раздраженія и порога различенія, желательно изыскать еще и новые способы, и докладчикъ предлагаетъ измѣрять чувствительность числомъ ощущеній, получаемыхъ въ различныхъ областяхъ тѣла.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

**Отдѣлъ гигіены.** (Отчетъ *Г. И. Дембо*). (Продолженіе. См. выше, № 6, стр. 220). Соединенное засѣданіе отдѣловъ гигіены и бактеріологіи 7-го января. Почетнымъ предсѣдателемъ на 1-ую половину засѣданія избранъ *В. А. Арнольдовъ*, на 2-ую—проф. *Г. В. Хлопинъ*.

*Е. А. Шепилевскій. Къ вопросу о вліяніи брома и іода на жизнеспособность животныхъ и холерныхъ палочекъ.* Вліяніе брома на жизнеспособность тифозныхъ и холерныхъ бактерій оцѣнивается авторами различно. Въ то время, какъ одни съ *Schumburg*'омъ во главѣ нашли, что 0,06 грм. этого галоида на 1 литръ воды убиваетъ эти микроорганизмы при обыкновенныхъ условіяхъ въ теченіи 5—10 мин., другіе такого дѣйствія не видѣли и отъ количествъ въ 2—5 разъ и болѣе превышающихъ вышеозначенное. Съ цѣлью выяснить это непонятное противорѣчіе, породившее страстную полемику въ нѣмецкой литературѣ, докладчикъ произвелъ рядъ опытовъ надъ дѣйствіемъ брома на жизнеспособность указанныхъ бактерій съ примѣненіемъ нѣсколькихъ различныхъ способовъ изслѣдованія, при чемъ выяснилось, что при нѣкоторомъ содержаніи органическихъ веществъ въ водѣ, указанныхъ *Schumburg*'омъ количествъ брома, дѣйствительно, оказывается недостаточно для обезвреживанія воды искусственно зараженной тифозными палочками, но при увеличеніи брома до 0,07 на 1 литръ такое обезвреживаніе достигается въ 15 мин., даже при условіяхъ значительнаго содержанія бактерій и органическихъ веществъ въ водѣ. Что касается дѣйствія іода на жизнеспособность тѣхъ-же бактерій, то оно нѣсколько слабѣе брома.

*Онъ-же. О видоизмѣненіи способовъ обезвреживанія*

Digitized by Google

*питьевой воды Schumburg'а и Georges'а.* Способъ обезвреживанія питьевой воды бромомъ по *Schumburg*'у имѣетъ чувствительный недостатокъ, заключающійся въ томъ, что для него необходимо имѣть запасъ брома въ жидкомъ видѣ въ запаянныхъ стеклянныхъ ампуллахъ, которыя при передвиженіи войскъ и экспедицій, а также при пересылкѣ большими массами, могутъ биться, угрожая сопряженной съ разлитіемъ брома опасностью. Кромѣ того, пользованіе жидкимъ бромомъ стоитъ довольно дорого какъ вслѣдствіе затраты большого труда на самый процессъ заключенія въ ампуллы брома, такъ и вслѣдствіе непроизводительной траты этого вещества при обезвреживаніи малыхъ количествъ воды. Въ виду этого способъ *Georges*'а съ лепешечками изъ сухихъ солей, выдѣляющихъ каждая такое количество іода, какое потребно для обезвреживанія одного литра воды, заслуживаетъ особаго вниманія. Но іодъ дѣйствуетъ слабѣе брома. Поэтому желательно было составить и испытать смѣсь бромистыхъ солей, аналогичныхъ смѣси *Georges*'а, что и было сдѣлано докладчикомъ. Смѣсь его, состоящая изъ бромистаго калія, и бромноватаго натра, при дѣйствіи на нее разведенной соляною кислотою, выдѣляетъ весь заключающійся въ ней бромъ, при чемъ реакція идетъ по слѣдующей формулѣ:

$$5KBr + Br\,NaO^3 + 6\,NCl = 6\,Br + 5\,KCl + Na\,Cl + 3H^2O$$

Смѣсь эта можетъ быть спрессована въ лепешки произвольнаго количественнаго состава и въ такомъ видѣ одобрена В.-Медицинскимъ Ученымъ Комитетомъ для очистки воды въ походахъ въ тѣхъ исключительныхъ случаяхъ, когда представляется невозможнымъ обезвредить воду кипяченіемъ.

Во время преній, въ которыхъ приняли участіе профф. *М. Б. Блаубергъ*, *С. В. Шидловскій*, *В. Д. Орловъ*, и *Г. В. Хлопинъ*, и *В. А. Арнольдовъ*, было указано на желательность дальнѣйшаго производства опытовъ практическаго характера въ цѣляхъ выясненія пригодности этого способа на практикѣ.

*И. И. Клитинъ. Искусственныя разводки палочекъ проказы и дѣйствіе ихъ на животныхъ.* Докладчикъ подробно изложилъ условія полученія палочекъ проказы (матеріалъ, способъ посѣва, питательныя среды, температурныя условія), очертилъ морфологію, особенности роста, красочную реакцію и жизнеспособность лепро-бактерій въ искусственныхъ разводкахъ и, на основаніи бактеріологическихъ и частью патолого-анатомическихъ данныхъ, доказывалъ специфическую болѣзнетворность живыхъ разводокъ лепро-бактерій для животныхъ.

*В. Н. Окуневъ. Существующіе типы формалиновыхъ камеръ и ихъ практическое значеніе для обеззараживанія.* Докладчикъ описалъ и представилъ чертежи и планы главнѣйшихъ существующихъ у насъ и за-границей формалиновыхъ камеръ. Камеры эти весьма разнообразны по своему устройству и мало удовлетворительны для производства обеззараживанія въ большихъ размѣрахъ. Многія изъ нихъ крайне малаго размѣра, не имѣютъ цѣлесообразныхъ приспособленій для подачи внутрь камеры формальдегида и равномѣрнаго распыленія его во всѣхъ частяхъ камеры, не имѣютъ приспособленій для постояннаго размѣшиванія формальдегида въ воздухѣ камеры и приведенія въ движеніе самого воздуха, не снабжены приспособленіями для поддержанія насыщенности формальдегида въ воздухѣ камеры путемъ испаренія добавочныхъ количествъ формалина, лишены повѣрочныхъ приборовъ, не защищены отъ рѣзкихъ колебаній температуры въ нихъ. Надежные результаты обеззараживанія въ существующихъ камерахъ въ значительной степени обусловлены, при прочихъ равныхъ условіяхъ, размѣрами нагрузки и размѣщеніемъ вещей. Произведенными до сихъ поръ научными испытаніями обеззараживанія вещей въ формалиновой камерѣ не выяснены вполнѣ соотношенія нагрузки къ количеству необходимаго для обеззараживанія формальдегида. Въ собственныхъ опытахъ докладчику при нагрузкѣ въ количествѣ 1 узла изъ 4—5 вещей верхняго платья на 1 к. метръ удавалось получать стерильность бактеріологическихъ пробъ во всѣхъ мѣстахъ камеры, по возможности въ скрытыхъ и глубокихъ частяхъ одежды, при количествѣ формалина, въ 8—10 разъ превышающемъ предлагаемыя нормы для обеззараживанія жилыхъ помѣщеній (3 гр. формальдегида на 1 куб. метръ помѣщенія).

*А. І. Грамматчиковъ. О приборѣ Заревича для обеззараживанія формальдегидомъ въ связи съ вопросомъ объ опредѣленіи количества формальдегида въ обеззараживаемомъ пространствѣ.* Докладчикъ на основаніи произведенныхъ имъ изслѣдованій считаетъ приборъ г. Заревича очень удобнымъ для примѣненія: онъ даетъ хорошіе результаты, устройство его простое, онъ портативенъ и расходуетъ съ пользой 90—95% взятаго для обеззараживанія количества формальдегида.

Пренія, въ которыхъ приняли участіе *В. Д. Орловъ*, *Г. В. Хлопинъ*, *В. В. Фавръ*, *Ю. Д. Карѣевъ*, касались почти исключительно доклада *В. Н. Окунева* и произведенныхъ имъ экспериментальныхъ изслѣдованій.

*В. К. Бартъ. Измѣненія свойства перевязочныхъ матеріаловъ подъ вліяніемъ стерилизаціи.* Изслѣдуя перевязочные матеріалы по способу *Rubner*'а, докладчикъ отмѣтилъ уменьшеніе упругости при увлажненіи матеріала или при сухомъ нагрѣваніи до высокой температуры. При тщательной просушкѣ упругость, наоборотъ, сохраняется при любомъ способѣ паровового обезпложиванія.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

---

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *LXXVII—LXXIX. Изъ Русскаго хирургическаго Общества Пирогова.*

(Засѣданіе 11-го февраля).

Проф. *С. П. Ѳедоровъ* показалъ больного, у котораго недавно была *удалена предстательная железа* вслѣдствіе ея гипертрофіи. Задержка въ мочеиспусканіи и боли, до операціи, отравлявшія больному его существованіе, теперь въ значительной степени уменьшились, больной можетъ ходить и чувствуетъ себя удовлетворительно.

Проф. *М. С. Субботинъ* замѣтилъ, что въ такихъ случаяхъ можно удалять железу черезъ промежность по способу *Bottini*. Операція эта примѣнялась почти лишь только самимъ авторомъ, и онъ отзывается о ней восторженно. Проф. *С.* примѣнилъ этотъ способъ на 2-хъ больныхъ и получилъ прекрасный результатъ.

*Докладчикъ* указалъ, что послѣ операціи по *Bottini* получаются стягивающіеся рубцы и наблюдались возвраты того болѣзненнаго состоянія, которое обусловливается затрудненнымъ переходомъ мочи изъ пузыря въ мочеиспускательный каналъ. Примѣненіе этой операціи онъ видѣлъ на 2-хъ больныхъ въ клиникѣ проф. *Freudenberg*'а.

*В. Н. Зененко* спросилъ, была-ли удалена въ данномъ случаѣ вся железа или лишь часть?

*Докладчикъ* отвѣтилъ, что железа удалена была почти вся, за исключеніемъ передней и отчасти боковыхъ ея частей, прилежащихъ къ нисходящимъ вѣтвямъ лобковыхъ костей. Вообще полное удаленіе железы—крайне затруднительно.

Проф. *Л. Л. Левшинъ* показалъ изобрѣтенную имъ *первоначальную противогнилостную повязку*, накладываемую на рану и особенно пригодную въ военное время (см. выше, № 9, стр. 317).

Проф. *М. С. Субботинъ* показалъ сдѣланный по данной имъ модели *операціонный столъ*, который по своей простотѣ, легкости, дешевизнѣ и доступности для обмыванія, является, по его мнѣнію, особенно пригоднымъ для нуждъ военнаго времени.

Ч. пр. *А. Р. Войничъ-Сяноженцкій. Проэктъ преобразованія системы библіотечнаго дѣла Русскаго хирургическаго Общества Пирогова.*

*А. Б. Арапова. Простѣйшій способъ усѣченія.* Главными моментами операціи являются: 1) боковой разрѣзъ, 2) отслойка надкостницы, 3) круговое сѣченіе, 4) перевязка сосудовъ, 5) наложеніе кожныхъ швовъ и повязка. При этомъ получается хорошая работоспособная культя [1]).

Въ преніяхъ приняли участіе: *В. А. Оппель*, ч. пр. *А. Р. Войничъ-Сяноженцкій*, проф. *М. С. Субботинъ* и *В. В. Зендеръ*.

(Засѣданіе 25-го февраля).

*П. И. Бухманъ* показалъ больного мальчика, 11 л., у котораго по ходу кожныхъ венъ лица, шеи, туловища, рукъ и ногъ и внутренней поверхности правой щеки и правой ½ языка наблюдаются *врожденныя венныя телеангіэктазіи*, построенныя, по видимому, по типу пещеристыхъ сосудистыхъ опухолей. Эти венныя телангіэктазіи прощупываются и въ толщѣ стѣнокъ грудной клѣтки, достигаютъ размѣровъ куринаго яйца и при сдавливаніи не опорожняются. Со стороны сердца особыхъ измѣненій нѣтъ. Въ дан-

[1]) За неимѣніемъ подъ рукой доклада я не имѣю возможности передать его подробнѣе. *В. Б.*

Digitized by Google

номъ случаѣ обращаетъ на себя вниманіе преимущественное распространеніе этихъ пещеристыхъ ангіомъ на рукахъ, головѣ и туловищѣ.

*В. Н. Зененко* 3 года назадъ наблюдалъ такой-же случай венныхъ телангіэктазій у дѣвочки на лѣвой ногѣ, въ видѣ нѣсколькихъ опухолей, вокругъ которыхъ прощупывалось нѣкоторое затвердѣніе. Вены на той-же ногѣ были расширены. Одна изъ этихъ опухолей была имъ вырѣзана, и при микроскопическомъ изслѣдованіи ея было найдено: расширеніе венъ съ огромнымъ утолщеніемъ ихъ стѣнокъ, настолько значительнымъ, что толщина стѣнокъ почти вдвое превышала ихъ просвѣтъ; помимо этого, были расширены и лимфатическіе сосуды. Дѣвочка въ настоящее время чувствуетъ себя хорошо. Затрудненія въ ходьбѣ уменьшились, но бо́льшая часть опухолей остается. Часть опухолей тогда-же была вырѣзана, и больная стала носить эластическіе чулки, послѣ чего и вены, и опухоли начали спадаться, хотя и не рѣзко.

*А. В. Когановъ. Къ казуистикѣ актиномикоза брюшной стѣнки.* Лучисто-грибковою болѣзнью чаще всего поражаются лицо и шея: около 22% случаевъ ея приходится на долю брюшныхъ органовъ; затѣмъ идутъ легкія, грудная клѣтка и другіе органы. Лучисто-грибковое пораженіе кишечника и брюшной стѣнки считается по теченію наиболѣе благопріятнымъ. Пораженіе брюшной стѣнки проявляется въ 2-хъ формахъ: или въ видѣ плотнаго, плоскаго инфильтрата, или въ видѣ рѣзкой, ограниченной опухоли, иногда шаровидной формы. Докладчикъ привелъ 3 случая лучисто-грибковой болѣзни брюшной стѣнки, которые онъ наблюдалъ въ клиникѣ проф. *С. П. Ѳедорова*. 1. К. В., 50 л., подполковникъ. Имѣлъ натуральную оспу; въ молодости злоупотреблялъ спиртными напитками. Заболѣлъ въ концѣ сентября 1902 г. Болѣзнь началась сильной рѣжущей болью во всемъ животѣ, больше справа, повышеніемъ температуры и знобомъ. Боли въ ближайшіе 6 дней стихли; на 7-ой день былъ сильный приступъ болей въ срединѣ живота и въ обѣихъ подвздошныхъ впадинахъ; вскорѣ появились вздутіе живота и желтуха. Только черезъ 4 мѣс. отъ начала заболѣванія больной поправился и могъ перейти на обычный режимъ. Въ срединѣ апрѣля 1903 г. въ правой ½ живота появилась опухоль съ колющими болями. Опухоль эта при поступленіи больного въ клинику 16/XI занимала всю правую ½ живота, заходя пальца на 2 за среднюю линію влѣво, кверху до подреберья, книзу до линіи, соединяющей переднія ости подвздошныхъ костей. Опухоль была неподвижна, мало болѣзненна, съ неясными границами и неровными краями. 27/XI операція подъ гедоналъ-хлороформнымъ наркозомъ. Инфильтратъ удаленъ; полость его выскоблена. Временами въ предѣлахъ инфильтрата образовывались гнойнички; ихъ вскрывали и выскабливали. Кромѣ того, больной получилъ около 100,0 JK въ продолженіи 4—5 мѣс.—2-ой случай относится къ Н. Н., 23 л., крестьянкѣ, съ опухолью въ лѣвой ½ живота и сильными болями, особенно внизу и слѣва. На 6-мъ году имѣла оспу. Въ клинику принята 16/XII 1903 г. Заболѣла 4 мѣс. назадъ. Въ лѣвой ½ живота—плотная опухоль, съ головку 5-лѣтняго ребенка, гладкая, шарообразная. Кверху опухоль доходила до подреберья, кнутри на 1,5 стм. не доходила до бѣлой линіи, кнаружи пальца на 4 заходила за среднюю подмышковую линію, а внизу была прочно укрѣплена въ подвздошной ямкѣ. 17/XII—операція. Въ глубинѣ инфильтрата гнойникъ съ объемистыми стѣнками; вытекло около 3-хъ столовыхъ ложекъ гноя съ крошковатымъ распадомъ. Брюшныя стѣнки также были инфильтрированы. Въ подбрюшинной клѣтчаткѣ ходовъ обнаружено не было. Въ посѣвѣ на бульонѣ получился изъ взятаго гноя стрептококкъ.—3. Д. Г., 36 л., крестьянинъ, боленъ 3 мѣс. Опухоль около пупка, вздутіе живота и запоры. Опухоль—въ 2 кулака, плотная, дов. подвижная и безболѣзненная. Поступилъ 22/VII 1902 г. 23/VII операція. Помимо оперативнаго лѣченія, лучисто-грибковыя пораженія предложено лѣчать, между прочимъ, и іодомъ. Докладчикъ на основаніи своего опыта находитъ возможнымъ сомнѣваться въ пользѣ такого лѣченія, отрицая его специфичность.

Проф. *С. П. Ѳедоровъ:* Приведенные случаи проливаютъ свѣтъ на этіологію и патологію лучисто-грибковой болѣзни и выясняютъ нѣкоторыя особенности лучисто-грибковыхъ опухолей. Главнымъ мѣстомъ проникновенія чужеяднаго надо считать кишечникъ, а изъ кишекъ—тѣ, которыя не покрыты брюшиной: слѣпую кишку, восходящую и нисходящую ободочную. Развиваясь здѣсь, лучисто-грибковая опухоль распространяется на предбрюшинную клѣтчатку и идетъ дальше, или-же кишка, пораженная лучисто-грибковой опухолью, можетъ спаяться съ брюшиной передней стѣнки живота, и отсюда болѣзнь распространяется дальше. Если лучисто-грибковая опухоль открывается въ кишечникъ, предсказаніе скверное. Если-же такого сообщенія нѣтъ, или процессъ ограничился стѣнкой кишечника, предсказаніе гораздо лучше. Коренной операціей надо считать полное изсѣченіе, менѣе коренной—разсѣченіе инфильтратовъ и выскабливаніе. Іодъ per os не давалъ успѣшныхъ результатовъ. Крѣпкіе растворы сулемы (1:200:100) *(Рудневъ)* предлагались, но въ 1 изъ сообщенныхъ случаевъ они не дали ощутительнаго результата.

*П. И. Бухманъ:* Чистыя лучисто-грибковыя опухоли дов. часто подвергаются размягченію, если особенно инфильтратъ распространяется на кожу и спаивается съ послѣдней. Если JK въ количествѣ 100,0 не оказалъ замѣтнаго дѣйствія, то это потому, что его дали мало. Истинныя лучисто-грибковыя пораженія, которыя приходилось наблюдать д-ру *Б.*, прекрасно поддавались іодистому лѣченію (4,0—8,0 въ сутки JK). На ложно-лучисто-грибковыя опухоли JK, правда, не проявляетъ своего дѣйствія. Что касается сулемы, то большинство считаетъ ее уступающей по лѣчебному дѣйствію іодистому калію.

*А. А. Трояновъ* высказался за пригодность JK въ нѣкоторыхъ случаяхъ лучисто-грибковой болѣзни, грануляціонныхъ формахъ, когда ткани гранулемъ подъ вліяніемъ этого средства замѣщаются прочной соединительной тканью. Лучисто-грибковыя опухоли съ переносами, съ жидкимъ содержимымъ не подлежатъ іодистому лѣченію, которое въ случаяхъ, не доступныхъ хирургическому вмѣшательству, оказывается особенно полезнымъ.

*В. Н. Зененко* тоже видѣлъ хорошіе результаты отъ большихъ пріемовъ JK при лучисто-грибковомъ пораженіи лица и шеи.

*Докладчикъ* замѣтилъ, что случай, гдѣ примѣненъ былъ JK, протекъ въ общемъ неблагопріятнѣе, чѣмъ другой, гдѣ JK не примѣнялся. Это обстоятельство, по его мнѣнію, говоритъ противъ JK.

Проф. *С. П. Ѳедоровъ* согласенъ съ тѣмъ, что при всемъ разнообразіи формы лучисто-грибковаго процесса нѣкоторыя изъ нихъ излѣчиваются пріемами внутрь JK, но успѣшнаго результата при назначеніи послѣдняго въ случаяхъ лучисто-грибковой болѣзни въ количествѣ до 4,0 въ день онъ не видѣлъ. При ограниченномъ распространеніи процесса надо спѣшить съ оперативнымъ пособіемъ и уже послѣ послѣдняго, какъ дополнительное, можетъ быть проведено іодистое лѣченіе.

(Засѣданіе 12-го марта).

Передъ началомъ засѣданія была отслужена панихида по проф. *В. А. Ратимовѣ*, почетномъ членѣ и бывшемъ предсѣдателѣ Общества, скончавшемся въ Евпаторіи.

Проф. *М. С. Субботинъ* отмѣтилъ заслуги покойнаго предъ Обществомъ и охарактеризовалъ его, какъ гуманнаго человѣка, мягкаго, тактичнаго предсѣдателя, объективнаго въ своихъ заключеніяхъ.

Ученики покойнаго ч. пр. *В. Н. Гейнацъ* и *В. А. Оппель* сказали небольшія рѣчи, въ которыхъ какъ ближайшіе сотрудники покойнаго, описали личность его какъ человѣка, профессора и научнаго дѣятеля.

Проф. *С. П. Ѳедоровъ* показалъ *сросшихся близнецовъ*, лежащихъ въ его клиникѣ (thoracoxyphopagi). Практика показала, что такого рода уродства доступны хирургическому вмѣшательству, хотя и не всѣ. Sternopagi, напр., хирургическому лѣченію не подлежатъ.

Ч. пр. *В. Н. Гейнацъ* предложилъ примѣнить въ данномъ случаѣ методическое давленіе на мѣсто соединенія обоихъ близнецовъ съ цѣлью вызвать слипчивое воспаленіе брюшины и затѣмъ уже докончить разъединеніе ихъ ножомъ безъ риска получить кровотеченіе.

Проф. *І. Ф. Земацкій* привелъ случай kraniopagi'и, гдѣ на вскрытіи оказалось, что у каждаго изъ младенцевъ, сросшихся затылкомъ, были самостоятельныя мозговыя оболочки, и операція поэтому могла быть произведена.

*Докладчикъ* не согласился съ предложеніемъ ч. пр. *В. Н. Гейнаца* и считаетъ возможнымъ разъединеніе кровавымъ путемъ, при чемъ опасность этого мѣропріятія замѣчается въ томъ, что недостача въ брюшныхъ стѣнкахъ можетъ получиться такая большая, что брюшины и другихъ покрововъ не хватитъ на ея покрытіе.

*А. А. Трояновъ* тоже высказался за кровавый путь разъединенія близнецовъ, при чемъ предложилъ печень разъединить термокаутеромъ. Въ виду слишкомъ сильнаго истощенія младенцевъ въ данномъ случаѣ онъ считаетъ нужнымъ предварительно отправить ихъ въ деревню для поправки.

Проф. *М. С. Субботинъ* присоединился къ мнѣнію *А. А. Троянова*, что младенцы теперь не перенесутъ операціи и потому лучшее ее отложить. Умѣренное давленіе бандажемъ можетъ уменьшить перемычку и отверстіе брюшной полости. Полное разъединеніе раздавливаніемъ опасно въ виду возможности зараженія.

*В. А. Оппель* показалъ больного, которому была сдѣлана *colopexia по Jeannel'ю* по поводу выпаденія прямой кишки.

Проф. *І. Ф. Земацкій. Случай изсѣченія всей слѣпой и ободочной восходящей кишки вслѣдствіе злокачественнаго новообразованія.* Больная, 55 л., заболѣла 2 года назадъ неопредѣленными явленіями: появились боли, схватки въ полости живота, поносы съ примѣсью крови и т. д. Больная сильно исхудала. Рвоты и тошноты не было. Изрѣдка была отрыжка. Лѣчили больную отъ катарра желудка. Клиническое распознаваніе—ракъ кишечника; микроскопическое—аденокарцинома. Докладчикъ отмѣтилъ несоотвѣтствіе между пульсомъ и дыханіемъ (учащеніе пульса), которое наблюдалось на 2—3 й день послѣ операціи, и считаетъ это явленіе отраженнымъ со стороны брюшной полости [1]).

Проф. *А. А. Кадьянъ* думаетъ, что учащеніе пульса зависѣло отъ внутренняго кровотеченія или въ брюшную полость, или въ кишку, такъ какъ, если-бы это былъ рефлексъ, то онъ появился-бы вскорѣ послѣ операціи. Съ такимъ объясненіемъ учащенія пульса и несоотвѣтствія этого явленія съ дыханіемъ докладчикъ не согласился.

*М. Л. Крепсъ. Изъ цистоскопической практики.* Для успѣшной цистоскопіи, по мнѣнію докладчика, необходимо владѣть далеко не всегда легкой техникой, умѣть правильно объяснять видимыя измѣненія и выбирать случаи для подобнаго изслѣдованія. Съ помощью цистоскопа можно опредѣлить состояніе стѣнокъ мочевыхъ путей вплоть до мочевого пузыря, существова-

[1]) За неимѣніемъ доклада подъ руками я принужденъ ограничиться этими краткими выдержками изъ изустнаго сообщенія. *В. Б.*

Digitized by Google

ніе на послѣднемъ развитыхъ перекладинъ, язвъ, опухолей, увеличеніе предстательной железы, камни, ихъ число, форму, величину и даже химическій (? *реф.*) составъ. Эвакуаціоннымъ цистоскопомъ *Nitze* можно убѣдиться въ конечныхъ результатахъ литотрипсіи, хотя примѣненіе его вслѣдствіе кровотеченія въ полѣ операціи часто бываетъ ограниченнымъ, ибо кровотеченіе это можетъ длиться до нѣсколькихъ дней. Докладчикъ перешелъ затѣмъ къ описанію цистоскопическихъ картинъ, которыя ему приходилось наблюдать, главнымъ образомъ у мужчинъ. Особенно подробно онъ остановился на цистоскопическихъ картинахъ при бугорчаткѣ мочевого пузыря и новообразованіяхъ въ немъ. Цистоскопомъ, по мнѣнію докладчика, можно распознать ранніе стадіи бугорчатки, особенно если она не осложнена катарромъ мочевого пузыря, представляющаго самыя разнообразныя картины и затрудняющаго правильную постановку распознаванія. Что касается новообразованій, то особенно отчетливую картину даютъ ворсинчатыя новообразованія и новообразованія, сидящія на широкомъ основаніи. Состояніе отверстій мочеточниковъ, ихъ сокращенія, характеръ выдѣляемой каждымъ мочеточникомъ мочи—все это довольно легко можетъ быть опредѣлено цистоскопически. Наконецъ, докладчикъ думаетъ, что операціонный цистоскопъ *Nitze* съ одновременнымъ, гдѣ нужно, примѣненіемъ прибора *Jacobi* для тампонированія, можетъ во многихъ случаяхъ замѣнить другіе оперативные пріемы, предпринимаемые съ лѣчебной цѣлью въ полости мочевого пузыря.

Проф. *С. П. Ѳедоровъ* замѣтилъ, что цистоскопическое удаленіе опухолей пузыря никогда не можетъ быть кореннымъ.

*Б. Н. Хольцовъ* отвелъ важную роль цистоскопу въ дѣлѣ распознаванія болѣзней мочевого пузыря.

*Докладчикъ* замѣтилъ, что возвраты, наступающіе послѣ внутри-пузырнаго удаленія опухолей, могутъ быть и при высокомъ сѣченіи его и потому не умаляютъ значенія разбираемаго способа. Внутрипузырный способъ можетъ быть произведенъ на ходу, нѣсколько разъ, не отрывая больного отъ обычныхъ занятій. Высокое сѣченіе пригодно для тяжелыхъ случаевъ (рака).

*В. Божовскій.*

## LXXX. *Изъ Общества дѣтскихъ врачей въ Москвѣ.*

(Засѣданіе 14-го апрѣля).

Продолжалось обсужденіе доклада, сдѣланнаго *Т. П. Краснобаевымъ* въ предыдущемъ засѣданіи: *Противоинилостный способъ въ борьбѣ съ вторичными больничными зараженіями. Заразная больница Pasteur'а въ Paris'ѣ* (см. выше, № 19, стр. 711).

*А. А. Кисель:* Докладчикъ предлагаетъ въ одной изъ строящихся больницъ устроить въ видѣ опыта отдѣленіе по типу больницы *Pasteur*'а. Мнѣ кажется, однако, что изъ его доклада вытекаетъ еще и одно обстоятельство, чрезвычайно важное для старыхъ больницъ. Изъ представленныхъ цифръ мы узнали, что въ послѣдніе годы во всѣхъ отдѣленіяхъ Hôpital des enfants malades значительно уменьшилось количество вторичныхъ зараженій благодаря значительнымъ улучшеніямъ въ гигіэническомъ отношеніи. Слѣд., въ нашемъ распоряженіи есть еще одинъ способъ борьбы съ вторичными зараженіями. Нельзя сомнѣваться, что ущербъ, наносимый послѣдними больничному дѣлу, очень великъ. Если высчитать число больничныхъ дней, приходящихся на вторичныя зараженія, то окажется, разумѣется, что послѣднія обходятся очень дорого, а потому и съ экономической точки зрѣнія борьба съ ними будетъ полезна. Мнѣ кажется, что всестороннее изученіе вопроса о вторичныхъ зараженіяхъ въ нашихъ больницахъ является дѣломъ крайне необходимымъ и неотложнымъ.

*А. Н. Устиновъ:* Вопросъ этотъ представляетъ, безспорно, громадный интересъ и важность. Наше Общество, можетъ быть, пожелаетъ выработать мѣры для борьбы съ вторичными зараженіями въ больницахъ; мнѣ кажется, что предварительно намъ слѣдовало-бы выбрать Коммиссію, которая изслѣдовала-бы настоящее положеніе дѣла и представила-бы необходимыя для сужденія о немъ данныя.

*В. И. Дрейеръ:* Задача такой Коммиссіи была бы очень сложной. Привести доказательства относительно источника зараженія часто очень трудно. Мнѣ кажется, что слѣдуетъ ограничиться вопросомъ о боксахъ. Вы имѣете цифры до введенія системы боксовъ и послѣ принятія оя; всѣ цифры вездѣ говорятъ объ уменьшеніи заразныхъ заболѣваній, если не о полномъ ихъ исчезновеніи при системѣ боксовъ.

*А. Н. Устиновъ:* Я предполагаю разработать вопросъ о томъ, нужны-ли намъ эти боксы, или мы можемъ справиться съ вторичными зараженіями и при нашемъ теперешнемъ устройствѣ больницъ?

*В. И. Дрейеръ:* О боксахъ мы знали давно, но до сихъ поръ мы относились къ нимъ съ недовѣріемъ. Мы держались того взгляда, что заразы—особенно кори, вѣтряной оспы передаются черезъ воздухъ и не могутъ быть переданы черезъ третье лицо. Опыты *Grancher*, однако, говорятъ противное, и намъ слѣдуетъ принять новый взглядъ. Мы должны произвести свой опытъ. Мѣры эти не въ такой уже степени коренныя, какъ это можетъ казаться; при приведеніи ихъ въ жизнь, конечно, встрѣтится много затрудненій, но мы должны руководиться сознаніемъ важности и неотложности ихъ.

*А. Н. Устиновъ:* Вопросъ въ томъ, какъ провести эти мѣры въ жизнь?

*В. И. Дрейеръ:* Каждая больница будетъ проводить ихъ по своему. Для меня только ясно, что это надо провести.

*Н. В. Яблоковъ:* Мѣры эти находятся въ тѣсной связи съ вопросомъ объ образованіи нужнаго персонала; отдѣльнымъ-же больничнымъ учрежденіямъ города будетъ гораздо труднѣе провести этотъ вопросъ.

*Докладчикъ:* Я того мнѣнія, что намъ нельзя ждать результатовъ работы этой Коммиссіи. Опытъ уже есть и онъ далъ прекрасные результаты; мы должны имъ воспользоваться уже теперь.

Общество постановило: избрать Коммиссію и поручить ей выработать программу для изученія вопроса о вторичныхъ больничныхъ зараженіяхъ.

*Т. П. Краснобаевъ показалъ 2-хъ больныхъ съ шейными ребрами* и относящіеся къ нимъ *Roentgen*'овскіе снимки, гдѣ отчетливо видны эти ребра.—1. Дѣвочка, 9 л., поступила въ Морозовскую дѣтскую больницу съ жалобой на боли въ шеѣ при движеніи головой и съ установкой головы въ слегка согнутомъ кпереди и наклоненномъ къ лѣвому плечу положеніи. Заболѣла сразу за 2 мѣсяца до поступленія, въ теченіи которыхъ былъ промежутокъ, когда эти явленія совсѣмъ исчезали. Позвоночникъ уклоненій отъ нормы не представляетъ. При положеніи въ постели и вытяженіи за голову возможны всѣ пассивныя движенія. При изслѣдованіи съ обѣихъ сторонъ найдены шейныя ребра, исходящія отъ 7-го шейнаго позвонка и теряющіяся въ массѣ лѣстничныхъ мышцъ.—2. Мужчина, 44 л., обратился за совѣтомъ по поводу кратковременныхъ припадковъ очень острой боли въ области лѣваго плечевого пояса и лѣвой $^1/_2$ грудной клѣтки, появившихся у него впервые 4 года назадъ. При изслѣдованіи найдены шейныя ребра, исходящія изъ 7-го шейнаго позвонка, слѣва болѣе длинное, приподнимающее мягкія части. Въ лѣвой надключичной впадинѣ глазомъ замѣтно біеніе подключичной артеріи.

*А. Э. Гиппіусъ:* Я думаю, что у дѣвочки боли происходятъ вслѣдствіе того, что шейное ребро своимъ острымъ краемъ повреждаетъ прилежащія мягкія ткани шеи, а не вслѣдствіе прижатія ребромъ плечевого сплетенія. Противъ этого говоритъ отсутствіе разстройствъ чувствительности или нейральгическихъ болей въ рукѣ.

*Докладчикъ:* Очень можетъ быть, что причиной, вызвавшей боли, былъ ушибъ мягкихъ тканей въ сосѣдствѣ съ лишнимъ ребромъ; только ушибъ этотъ могъ забыться.

*А. А. Кисель:* Трудно допустить, чтобы дѣвочка забыла объ ушибѣ, послѣ котораго началось такое тяжелое страданіе.

*А. А. Кисель показалъ мальчика, 10 л., со слизистымъ отекомъ.* Больной этотъ былъ показанъ въ Обществѣ въ 1896 г., когда ему было еще 3 года и онъ представлялъ типичную картину слизистаго отека: короткое, коренастое и широкое туловище и сравнительно небольшія конечности; подкожная жирвая клѣтчатка была развита въ большомъ количествѣ подъ подбородкомъ и на шеѣ она образовывала нѣсколько складокъ; мѣстами она выдавалась въ видѣ различныхъ бугровъ; вѣки были отечныя и выдавались въ видѣ валиковъ; языкъ—большой, широкій, какъ-бы съ трудомъ помѣщался въ полости рта; по временамъ онъ былъ высунутъ снаружи; щитовидной железы не было; въ психическомъ отношеніи ребенокъ отсталъ, не говорилъ; мочился и испражнялся постоянно подъ себя. Съ того времени больной нѣсколько разъ дов. долго лѣчился лепешками изъ щитовидной железы (приготовленія лабораторіи Феррейна въ Москвѣ; содержали по 0,12 сухой щитовидной железы теленка), при чемъ нѣкоторыя физическія явленія слизистаго отека дов. скоро проходили, а послѣ прекращенія лѣченія снова появлялись. Послѣдніе 2 года мальчикъ прожилъ въ деревнѣ и лепешекъ не принималъ. Въ настоящее время при изслѣдованіи больного можно замѣтить слѣдующее: туловище его развито гораздо лучше, чѣмъ конечности; въ нѣкоторыхъ мѣстахъ подкожнаго жира очень много; подъ лопатками и ключицами онъ выдается въ видѣ подушекъ; кожа суха, сильно шелушится; языкъ большой, широкій, толстый, наружу не выдается; черты лица мало подвижны; хрящи дыхательнаго горла отчетливо прощупываются; щитовидной железы нѣтъ; внутренніе органы измѣненій не представляютъ; п. 60; на лучевой артеріи онъ не прощупывается; въ умственномъ отношеніи мальчикъ сильно отсталъ, но все-же научился говорить; рѣчь у него неясная, медленная, съ паузами. Онъ учится уже съ $^1/_2$ года, но за это время успѣлъ запомнить только нѣкоторыя буквы азбуки. Память его очень плоха, но, если ему твердить что-нибудь долго, онъ запоминаетъ сказанное. Знаетъ молитву Богородицѣ и считаетъ до 10. Ходитъ дов. хорошо, но рѣзвиться и бѣгать не любитъ. Выраженіе лица старообразное. Въ заключеніе докладчикъ отмѣтилъ, что за все это время, не смотря на дов. неисправное лѣченіе въ состояніи ребенка произошло очень значительное улучшеніе, не смотря на полное отсутствіе щитовидной железы; слѣд., можно разсчитывать на еще большіе результаты при врожденномъ слизистомъ отекѣ, если только употребленіе щитовидной железы будетъ вестись долго и настойчиво.

*И. Д. Астраханъ. Случай рѣдкаго уродства у 7-мѣсячнаго плода.* Плодъ родился у совершенно здоровой, крѣпкой и молодой женщины, при чемъ правильное теченіе беременности ничѣмъ у нея не нарушалось и сама мать (фабричная) очень желала имѣть ребенка. 1-ый ея ребенокъ родился доношеннымъ и хорошо развитымъ, но былъ отданъ въ Воспитательный домъ, гдѣ и умеръ на 2-мъ мѣсяцѣ жизни. Въ семьяхъ отца и матери плода никакихъ особыхъ заболѣваній, алкоголизма и уродства

Digitized by Google

не было. Переходя затѣмъ къ обслѣживанію плода, докладчикъ отмѣтилъ, что у него нѣтъ почти ни одного органа, который не представлялъ-бы какого-нибудь уклоненія отъ нормы: однихъ органовъ въ цѣломъ или въ части нѣтъ вовсе, другіе неправильно расположены, а третьи неправильно устроены. Руки очень сильно согнуты въ лучезапястныхъ сочлененіяхъ; изъ костей съ обѣихъ сторонъ не достаетъ луча, нѣкоторыхъ кистей запястья и большого пальца. Нога имѣется только одна, состоящая изъ бедренной кости, чашки у маленькаго куска эпифиза большого берца. Бедро въ суставныхъ концахъ, очень толстое, по видимому, сросшееся изъ 2-хъ бедренныхъ костей. Въ позвоночникѣ на всемъ его протяженіи нѣтъ заднихъ дужекъ позвонковъ. Вещество спинного мозга въ каналѣ удается прослѣдить только до середины грудныхъ позвонковъ. Позвоночный столбъ сильно искривленъ, состоитъ изъ 7 шейныхъ и 11 грудныхъ позвонковъ, а поясничныхъ и крестцовыхъ совсѣмъ нѣтъ. Часть подвздошной кости имѣется только съ правой стороны. Реберъ только 18: справа 8, слѣва 10. Кости черепа развиты хорошо и измѣненій не представляютъ. Правая затылочная доля мозга, непосредственно переходитъ, значительно съузившись, въ расщепленный позвоночный каналъ. Мозговыя ножки также уходятъ въ полость позвоночнаго канала. Мозолистаго тѣла и мозжечка совершенно нѣтъ. Сердце значительно сдвинуто вправо. Оба легкія представляются въ видѣ тонкихъ листковъ (толщиною не болѣе 3 мм.) легочной ткани, при чемъ лѣвое—1-дольчатое, правое-же—2-дольчатое. Грудобрюшная преграда имѣется только съ правой стороны. Увеличенная печень занимаетъ все надчревье. Желчный пузырь, селезенка, поджелудочная железа, желудокъ и 12-перстная кишка рѣзкихъ измѣненій не представляютъ. Продолженіемъ послѣдней служитъ длинная петля кишекъ, кончающаяся значительно расширеннымъ слѣпымъ мѣшкомъ. Совершенно отдѣльно, въ мѣстѣ, гдѣ должна быть лѣвая $^1/_2$ таза, лежитъ короткій отрѣзокъ кишки, начинающійся и кончающійся слѣпымъ мѣшкомъ. Отъ сосудистаго пучка, идущаго черезъ пупочное кольцо, отходитъ въ сторону канатикъ, расширяющійся книзу въ видѣ слѣпого конца—зачатокъ мочевого пузыря. Половые органы въ зачаточномъ состояніи; съ лѣвой стороны придатковъ матки нѣтъ. Почки въ надлежащихъ мѣстахъ, но безъ мочеточниковъ. На передней поверхности бедра—кожное образованіе, состоящее изъ 3-хъ соединенныхъ между собою кожныхъ бугорковъ. Есть нѣкоторое основаніе принять эти бугорки за половые органы.—Вышеприведенное описаніе неправильностей развитія плода позволяетъ установить такое анатомическое распознаваніе: dextrocardia, atresia intestinalis et ani, talipomanus bilateralis, rachisctiasis, monopus.

*А. Н. Устиновъ*: Замѣчено, что уроды встрѣчаются въ воспитательныхъ домахъ серіями; если разсчитать моментъ ихъ зачатія, то оказывается, что онъ приходится на періоды наибольшаго разгула, наибольшаго пьянства въ году, а, слѣд., на происхожденіе уродствъ, быть можетъ, вліяетъ алкоголь.

*А. А. Кисель показалъ дѣвочку, $5^1/_2$ л., страдающую обыкновеннымъ чешуйчатымъ лишаемъ.* Л. Е. была привезена въ амбулаторію дѣтской больницы св. Ольги въ концѣ марта текущаго года по поводу сыпи, появившейся не болѣе 2-хъ мѣсяцевъ назадъ. Прежде у дѣвочки не было никакихъ пораженій кожи. Въ настоящее время руки и особенно ноги покрыты большимъ количествомъ различной величины (отъ малой горошины до 3-копеечной монеты) слегка возвышенныхъ, на ощупь суховатыхъ и плотныхъ папулъ, красно-бураго цвѣта, большею частью правильной, кругловатой формы, съ рѣзкими очертаніями, окруженныхъ неизмѣненной кожей и покрытыхъ различной толщины корками эпидермиса, сѣроватаго цвѣта, частью блестящими. Нѣкоторыя папулы не покрыты чешуйками эпидермиса. Гораздо меньше папулъ на волосистой части головы и на ягодицахъ. Въ общемъ на разгибательныхъ сторонахъ конечностей сыпи больше, чѣмъ на сгибательныхъ; на локтяхъ и колѣнахъ ея не особенно много. При соскабливаніи чешуекъ на поверхности папулъ показываются мельчайшія капельки крови. Остальная кожа и видимыя слизистыя оболочки никакихъ измѣненій не представляютъ. При осмотрѣ дѣвочка въ другихъ отношеніяхъ оказалась совершенно здоровой. Происходитъ она отъ здоровыхъ родителей; нервныхъ заболѣваній и сифилиса въ семьѣ не было. Случай этотъ заслуживаетъ вниманія по слѣдующимъ причинамъ: 1) вообще это страданіе у дѣтей встрѣчается дов. рѣдко, особенно въ такой сильно выраженной формѣ; 2) обильная сыпь развилась очень быстро; 3) цвѣтъ папулъ и покрывающихъ ихъ чешуекъ очень напоминаетъ сифилитическій чешуйчатый лишай; однако всѣ другія явленія говорили противъ подобнаго предположенія. Между прочимъ, дѣвочка была показана ординатору Мясницкой больницы *А. И. Розенквистъ*, который подтвердилъ распознаваніе.

*I. А. Ралисъ. Случай смертельнаго кровоизліянія въ желудокъ при скарлатинѣ.* Мальчикъ, 10 л., хорошо упитанный, поступилъ по поводу скарлатины, на 2-ой день болѣзни въ заразное отдѣленіе городской Морозовской дѣтской больницы. Сыпь выражена слабо, на конечностяхъ—гэморрагическая. Сознаніе неясное; бредъ. Вскорѣ появились омертвѣлые налеты на миндалинахъ и у основанія язычка, затѣмъ обильное истеченіе изъ носа и рта; на 3-й день открылась гнойная дурнопахучая течь изъ обоихъ ушей и одновременно присоединились признаки недостаточной дѣятельности сердца. Температура все время болѣзни держалась около 40°. На 8-й день болѣзни мальчикъ сталъ покойнѣе, но въ тоже время замѣтили значительную блѣдность съ синюшнымъ оттѣнкомъ его лица и общихъ покрововъ. На другой день, при явленіяхъ нарастающей слабости сердца, мальчикъ скончался. При вскрытіи трупъ поражалъ своей блѣдностью. Жировое перерожденіе сердечной мышцы, печени и почекъ. Желудокъ растянутъ громаднымъ кровянымъ сгусткомъ, а кишки наполнены дегтеобразной, полупереваренной кровью. Слизистая оболочка желудка набухла, гиперэмирована, и по ней, въ дно складокъ всей большой кривизны, тянутся продольныя язвы, обнажающія мѣстами мышечную оболочку. Въ глубинѣ однако изъ такихъ изъязвленій вблизи входа въ желудокъ найденъ разъѣденный небольшой кровеносный сосудъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено слѣдующее: межжелезистая соединительная ткань пропитана мелкими клѣтками; мѣстами на поверхности слизистой оболочки ткань ея омертвѣла; ядра клѣтокъ не окрашиваются и самыя очертанія ихъ неясны. Сосуды слизистой оболочки и подслизистой ткани—главнымъ образомъ волосники и вены—растянуты кровью; ткань мышечнаго слоя отечна; мышечные пучки раздвинуты; въ поверхностныхъ слояхъ слизистой оболочки, особенно въ мѣстахъ ея разрушенія, видны кучки кокковъ. Докладчикъ указалъ, что въ наиболѣе распространенныхъ руководствахъ по дѣтскимъ болѣзнямъ очень мало говорится о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ желудкѣ и кишкахъ. Только въ сборникѣ руководствъ *Nothnagel*'я приводится случай *Crooke*, отчасти напоминающій сообщенный.

*А. Н. Устиновъ*: Какъ объяснилось при микроскопическомъ изслѣдованіи разъѣданіе сосуда?

*Докладчикъ*: Здѣсь сказалось, очевидно, вліяніе скарлатиннаго яда.

*А. Н. Устиновъ*: Не было-ли у больного чрезмѣрно сильныхъ рвотныхъ движеній?

*Докладчикъ*: Рвота была только 2 раза, обычнаго характера.

*В. А. Кисели*: Вскрытіе умершаго больного произведено мною. Отдѣльныхъ статей о подобныхъ кровоизліяніяхъ не существуетъ, но у *Jürgenssen*'а есть указаніе на возможность желудочныхъ кровотеченій при скарлатинѣ. Въ случаѣ *Crooke*'а, гдѣ больной умеръ черезъ 26 час. отъ начала заболѣванія, микроскопическая картина очень похожа на приведенную у докладчика; я встрѣтилъ на вскрытіи еще 2 случая язвъ желудка при скарлатинѣ, но кровотеченій при жизни у этихъ больныхъ не было.

*В. А. Колли. Нѣсколько случаевъ сывороточнаго лѣченія скарлатины* (Изъ Морозовской дѣтской больницы). Сыворотка (приготовленная въ Московскомъ бактеріологическомъ Институтѣ) примѣнялась какъ *Moser*'овская, такъ и поливалентная антистрептококковая. При приготовленіи послѣдней берется и стрептококкъ, выдѣленный изъ крови скарлатинныхъ. Всего лѣчились 12 больныхъ. Впрыскивали заразъ отъ 100 до 200 к. стм. 1 больной умеръ черезъ нѣсколько часовъ послѣ впрыскиванія. Вскрытіе показало, что въ этомъ случаѣ было смѣшанное заболѣваніе (скарлатина и дифтерія). Больные выбирались по возможности тяжелые. Впрыскиваніе дѣлалось въ первые дни заболѣванія (не позже 5-го). Дѣйствіе сыворотки сказывалось менѣе всего на самочувствіи больныхъ. Температура иногда уже черезъ 12 час. падала почти до нормы. Зѣвъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ очищался очень быстро. Въ другихъ случаяхъ этого отмѣтить не удавалось. Сыпь исчезала быстрѣе обыкновеннаго. Продолжительность періода шелушенія не укорачивалась. Какой либо разницы при примѣненіи *Moser*'овской и поливалентной сыворотки не отмѣчено. Изъ побочныхъ явленій наблюдались сильныя сывороточныя сыпи, отеки, боли въ суставахъ и мышцахъ.

*А. Э. Гиппіусъ*: Наблюдалась-ли у Васъ разница въ дѣйствіи между сывороткой *Moser*'а и поливалентной?

*Докладчикъ*: Нѣтъ, та и другая дѣйствовали одинаково.

*В. И. Дрейеръ*: Въ больницѣ св. Владиміра сдѣлано 5 или 6 наблюденій надъ лѣченіемъ скарлатины *Moser*'овской сывороткой, и общее впечатлѣніе у насъ получилось благопріятное. Мы видѣли, что въ тяжелыхъ случаяхъ всѣ явленія болѣзни стихали; особенно, это было замѣтно на самочувствіи больныхъ, которое значительно улучшалось; температура черезъ 10—12 час. падала, но число пульсовыхъ ударовъ падало не такъ значительно, какъ температура, и проходило нѣсколько дней, пока пульсъ выравнивался и приходилъ въ соотвѣтствіе съ температурой. Что касается мѣстныхъ явленій, то они продолжали развиваться, какъ и раньше, и омертвѣнія иногда держались очень долго. Мы наблюдали и тяжелое воспаленіе почекъ, видѣли и пораженіе ушей. По отношенію къ сывороточнымъ явленіямъ надо ожидать, что, въ виду значительнаго количества впрыскиваемой сыворотки, они будутъ выражены рѣзко. Дѣйствительно, въ 1 случаѣ у насъ лихорадочное состояніе было очень упорно, а кожныя явленія очень продолжительны и разнообразны. Я хочу еще отмѣтить распространенное припуханіе поверхностныхъ лимфатическихъ железъ, появленіе котораго мы видѣли черезъ 2—3 дня послѣ впрыскиванія сыворотки. Во всякомъ случаѣ слѣдуетъ производить дальнѣйшія наблюденія надъ сывороточнымъ лѣченіемъ скарлатинныхъ.

*Г. Н. Сперанскій*: Въ дѣтской клиникѣ было 3 случая лѣченія скарлатинныхъ *Moser*'овской сывороткой, при чемъ получилось благопріятное впечатлѣніе. Общее состояніе больныхъ значительно улучшалось, температура значительно падала. Всѣ случаи протекли безъ осложненій—безъ воспаленія ушей и железъ.

*И. Л. Ярхо*: Я имѣлъ 2-хъ скарлатинныхъ больныхъ, лѣчившихся *Moser*'овской сывороткой. Мальчикъ, 12 л., уже на 2-й день болѣзни находился въ безсознательномъ состояніи. На 4-й

Digitized by Google

день сдѣлано было впрыскиваніе. Черезъ 24 часа температура упала на 3°, сыпь исчезла очень скоро, воспаленіе ушей было выражено сильно, но протекало безъ высокой температуры. 2-я больная была дѣвочка съ тяжелой скарлатиной. На 3-й день болѣзни ей впрыснуто 100 грм. *Moser*'овской сыворотки. Температура упала на 1°. Теперь идетъ 5-я недѣля болѣзни, и дѣвочка чувствуетъ себя очень хорошо. По моему мнѣнію, *Moser*'овскую сыворотку стоитъ впрыскивать при скарлатинѣ.

*Т. П. Краснобаевъ:* При видѣ больныхъ, бодро сидѣвшихъ въ постели, трудно было повѣрить, чтобы они еще такъ недавно, передъ впрыскиваніемъ сыворотки, находились въ тяжеломъ состояніи. Подъ вліяніемъ сывороточнаго лѣченія, по видимому, исчозаютъ гнилостныя явленія, между прочимъ поносы; пораженія ушей встрѣчаются въ небольшомъ числѣ; только омертвѣнія какъ будто не поддаются лѣченію. Я долженъ, впрочемъ, отмѣтить сравнительную доброкачественность современной эпидеміи скарлатины, дающей мало тяжелыхъ хирургическихъ осложненій.

*П. В. Кусковъ:* Я не могу причислить случаи докладчика къ тяжелымъ. Это—случаи средней силы; только 1 изъ нихъ отчасти подходитъ къ тяжелымъ. Въ нихъ не было ни очень высокой температуры, что обычно бываетъ при токсической температурѣ, ни обширнаго пораженія зѣва, ни истеченія изъ носа, ни большой опухоли желѣзъ на шеѣ.

*Докладчикъ:* Разумѣется, личное впечатлѣніе имѣетъ громадное значеніе при оцѣнкѣ тяжести случая. Температура можетъ быть низкой и въ очень тяжеломъ случаѣ, гдѣ общія явленія отравленія выражены очень рѣзко.

*В. Н. Дрейеръ:* Чтобы признать случай тяжелымъ, нельзя требовать наличности позднихъ тяжелыхъ припадковъ. Между тѣмъ докладчикъ дѣлалъ впрыскиванія въ раннемъ періодѣ скарлатины, когда тяжесть случая выражается еще только рѣзкимъ пораженіемъ нервной системы и угнетеніемъ дѣятельности сердца, а эти явленія докладчикъ наблюдалъ у своихъ больныхъ.

*И. Д. Астраханъ:* Я хотѣлъ-бы знать, когда сыворотка дѣйствуетъ успѣшно? Въ 1, очень тяжеломъ, случаѣ скарлатины у 22-лѣтней больной я впрыснулъ сыворотку на 4-ый день болѣзни; черезъ 18—20 час. больная скончалась.

*Г. Е. Владиміровъ:* Нельзя считать главнымъ признакомъ тяжести скарлатины существованіе обширной опухоли желѣзъ на шеѣ, истеченіе изъ носа и пр. Напротивъ, самые тяжелые случаи это—тѣ, когда отравленіе организма такъ сильно и пораженіе нервной системы такъ рѣзко, что мы теряемъ больного черезъ 24—30 час., прежде чѣмъ у него успѣетъ развиться опухоль желѣзъ и пр., даже прежде чѣмъ разовьется сыпь.

*А. А. Кисель:* При ознакомленіи съ имѣющимися наблюденіями надъ лѣченіемъ скарлатины сывороткой, тотчасъ бросается въ глаза, что у врачей, примѣнявшихъ ее, получалось очень благопріятное впечатлѣніе, между тѣмъ % смертности у больныхъ получался все-таки дов. большой. Такъ, у проф. *Moser*'а при лѣченіи сывороткой % смертности уменьшился съ 12 лишь на 9. Д-ръ *Малиновскій* примѣнялъ сыворотку, приготовленную д-ромъ *Пальмирскимъ*, у 21 больного въ Варшавской дѣтской больницѣ и получилъ 20% смертности (умерли 4). Но оба эти автора считаютъ полученные результаты очень хорошими, исходя, по моему мнѣнію, изъ невѣрнаго положенія. *Moser*, напр., считаетъ, что среди его 84 больныхъ было 34 или 40% со смертельнымъ предсказаніемъ, а между тѣмъ за предыдущіе годы въ больницѣ св. Анны смертность ни разу не превышала 20%. Ясно, что *Moser* переоцѣнилъ тяжесть наблюдавшихся имъ случаевъ. Еще дальше пошелъ д-ръ *Малиновскій*, говоря, что его больные безъ сывороточнаго лѣченія дали-бы 80% смертности, которую ему удалось уменьшить до 20%. Мы только-что слышали отъ *И. Л. Ярхо*, что онъ примѣнилъ сыворотку *Moser*'а въ 2-хъ тяжелыхъ случаяхъ скарлатины. 1 изъ его больныхъ—дѣвочку, 9 л.,—я осматривалъ 2-мя часами ранѣе и нашелъ ея состояніе превосходнымъ, и скарлатину, по видимому, легкой, а потому я нашелъ совершенно лишнимъ впрыскивать этой больной сыворотку *Moser*'а. Вотъ какъ различна можетъ быть оцѣнка одного и того-же случая. Что касается осложненій воспаленіемъ почекъ, то они дов. часто наблюдаются у лицъ, лѣчившихся противоскарлатинной сывороткой; такіе случаи приводитъ д-ръ *Косинскій*, пользовавшійся сывороткой приготовленія проф. *Bujwid*'а въ Краковѣ.

*Л. П. Александровъ:* Изъ преній выяснилось, что общее впечатлѣніе, полученное различными наблюдателями при лѣченіи скарлатины *Moser*'овской сывороткой, благопріятное и что есть основаніе продолжать опыты такого лѣченія. *А. Кисель.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

## *Сборникъ статистическихъ свѣдѣній по Московской губерніи. Отдѣлъ санитарный. Вып. III. Къ характеристикѣ физическаго развитія населенія Дмитровскаго уѣзда. Санитарнаго врача Г. И. Ростовцева. 1903 г.*

Санитарное бюро Московскаго губернскаго Земства, поставившее цѣлью дальнѣйшаго развитія санитарнаго дѣла—выяснять физическое состояніе населенія Московской губ., постепенно выполняетъ свою задачу, давая время отъ времени цѣнные труды, составляемые санитарными врачами. 1-мъ такимъ трудомъ явилась работа д-ра *В. А. Левицкаго*, которымъ собрано много матеріала по данному вопросу. Къ числу такихъ-же работъ относится и вышеуказанный трудъ д-ра *Ростовцева*, касающійся физическаго развитія населенія Дмитровскаго уѣзда по даннымъ призывныхъ списковъ за 1875—1894 гг. положенія населенія за 1854—1900 гг. Кромѣ краткаго предисловія и заключенія, работа д-ра *Ростовцева* распадается на 4 части: въ 1-ой сообщаются общія свѣдѣнія о призывныхъ; во 2-ой—о доживаемости мужскаго населенія до призывнаго возраста, зависимость доживаемости отъ рождаемости вообще и смертности грудныхъ дѣтей и т. д.; въ 3-ей о тѣлесномъ развитіи призывныхъ съ критической оцѣнкой способовъ для сужденія о физическомъ развитіи человѣка; въ послѣдней главѣ говорится о связи развитія культурности населенія и его доживаемости до призывнаго возраста съ тѣлеснымъ развитіемъ. Къ сожалѣнію, на этомъ вопросѣ авторъ остановился мало, а между тѣмъ онъ имѣетъ громадное значеніе.

На основаніи собраннаго матеріала прекрасно обработаннаго и вполнѣ освѣщающаго разсматриваемый вопросъ, авторъ приходитъ къ интереснымъ выводамъ; нѣкоторые изъ нихъ я приведу. Всего призывались за 25-лѣтія 31740 чел. или въ среднемъ въ годъ по 1264, изъ нихъ на долю сельскаго населенія падаетъ 23438 чел., остальные на г. Дмитровъ и Сергіевъ Посадъ. Изъ 100 родившихся мальчиковъ въ среднемъ за 25 л. являлись на призывъ только 36,6, остальные 64,4, т. е. почти въ 2 раза болѣе, исчезли, погибли на протяженіи жизни до 21 года. Явленіе—очень печальное въ особенности при сравненіи съ западными государствами; во Франціи напр., за 1889—1893 гг. до призывнаго возраста изъ 100 родившихся мальчиковъ доживали 69,4, въ Италіи 61,7, въ Бельгіи 70,9, въ Германіи 60,8. Годовыя колебанія доживаемости призывныхъ находятся въ обратномъ отношеніи съ колебаніями общей смертности, при чемъ увеличеніе доживаемости зависитъ отъ улучшенія условій существованія населенія, напр., жилищныхъ условій и т. п. Тѣлесное развитіе призывныхъ Дмитровскаго уѣзда представляется недостаточнымъ, ниже нормальнаго. Съ теченіемъ времени это состояніе все болѣе и болѣе улучшается. Мѣстности съ повышенной смертностью грудныхъ дѣтей оказываются съ худшимъ тѣлеснымъ развитіемъ призывныхъ.

Очень важно было-бы выяснить здѣсь вліяніе работы на фабрикахъ, которыхъ въ Дмитровскомъ уѣздѣ дов. много. Такія данныя помогли-бы выяснить въ разбираемомъ вопросѣ, какъ отражается работа на фабрикахъ и занятіе земледѣліемъ на физическомъ развитіи призывныхъ.

*Д. Никольскій.*

## *H. de Rothschild. Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier age. T. I. Paris. Изд. Oct. Doin. 1904 г., стр. 748, ц. 15 фр.*

Благородною обязанностью ученика признается добросовѣстное и настойчивое слѣдованіе по стопамъ учителя, разумныя и полезныя идеи котораго, продолжаясь съ неослабной силой среди современниковъ и потомства, становятся въ концѣ концовъ общимъ достояніемъ всѣхъ культурныхъ народовъ. Въ этомъ смыслѣ *Henri de Rotschild* дѣлаетъ все, отъ него зависящее, чтобы провести въ жизнь столь категорически поставленную *Pierre Budin*'омъ задачу—понизить % смертности маленькихъ дѣтей, увеличить ихъ жизнеспособность и тѣмъ поднять приростъ населенія, служащій краснорѣчивымъ мѣриломъ національной мощи. Изъ красиво описаннаго предисловія сен. Paul Strauss'а легко видѣть, что Франція внимательно прислушивается къ голосу научной истины и напрягаетъ всѣ усилія для осуществленія наиболѣе вѣрныхъ способовъ къ сохраненію существъ, не имѣющихъ права на жизнь лишь вслѣдствіе невыгодно складывающихся для нихъ условій общественнаго быта. «La puériculture», такъ начинаетъ *Paul Srauss*, «est entrée dans une voie nouvelle». Въ этихъ справедливыхъ словахъ звучитъ грустная нотка упрека, относящаяся далеко не къ одной Франціи, хотя послѣдняя виновата въ этомъ отношеніи больше другихъ странъ, такъ какъ незабвенный *Théophile Roussel* еще въ 1874 г. указалъ вѣрный путь къ сохраненію возможно бо̀льшаго числа дѣтей перваго возраста жизни. Послѣ того прошло 30 лѣтъ и что-же мы видимъ? Тѣ-же истины, но, что называется подъ инымъ соусомъ получаютъ характеръ какъ-бы новости, хотя и остаются старыми, какъ міръ... Въ 1-мъ томѣ разбираемаго руководства имѣется 7 частей, изъ которыхъ 1-ая и наиболѣе существенная принадлежитъ талантливому перу *H. de Rotschild*'а, остальныя составлены отчасти сотрудниками его по дѣтской поликлиникѣ, отчасти товарищами, заявившими себя въ литературѣ и въ практикѣ знатоками того или иного спеціальнаго отдѣла педіатріи. Въ 1-ой части изложено ученіе: объ уходѣ за дѣтьми въ моментъ рожденія и въ первые мѣсяцы жизни (глава I); о нормально развивающемся, здоровомъ ребенкѣ груднаго періода (глава II); о питаніи доношеннаго и здороваго груднаго ребенка (глава III); о техникѣ кормленія грудью матери (глава IV) и кормилицы (глава V); о смѣшанномъ и искусственномъ вскармливаніи (главы VI—XIII); объ отнятіи отъ груди (глава XIV). Особаго вниманія заслуживаютъ по полнотѣ изложенія, красотѣ слога и удобопонятности главы, посвященныя смѣшанному и

Digitized by Google

искусственному вскармливанію. 2-ая часть, состоящая изъ 3-хъ главъ, разсматриваетъ: недоносковъ, уходъ за ними, питаніе ихъ, предупрежденіе и лѣченіе debilitatis congenitae (гл. I. *M. Perret*), пищу грудныхъ дѣтей, страдающихъ желудочнокишечными разстройствами и сифилисомъ (главы II и III—*H. de Rotschild*). Болѣзни пупка (ч. III, гл. I—IV) описаны *M. Deschamps*, при чемъ неправильности *Meckel*'ева расширенія изложены полнѣе, чѣмъ у другихъ авторовъ, описывавшихъ болѣзни новорожденныхъ. Острыя заразныя болѣзни составляютъ предметъ 4-ой части. Врачъ поликлиники *H. de Rothschild*'а д-ръ *Rognes* кратко, но толково излагаетъ скарлатину, корь, краснуху, оспу натуральную, коровью и оспопрививаніе, вѣтряную, дифтерію и коклюшъ (гл. I—VIII). Въ описаніи брюшного тифа (*A. Miele*, гл. IX) обращено серьезное вниманіе на сердце, легко подвергающееся вредному вліянію тифознаго яда, при чемъ въ предупрежденіе непріятностей справедливо совѣтуется держать дѣтей въ постели 10—15 дней, послѣ паденія температуры. Сифилисъ у дѣтей описываетъ директоръ акушерской клиники въ Nancy *A. Fruhinsholz* (гл. X), бугорчатку *H. de Rothschild* совмѣстно съ препараторомъ *Pasteur*'овскаго Института *A. Lanzenberg*'омъ (гл. XI), болотную лихорадку *Léon Kahn* (гл. XII), столбнякъ и сочленовный ревматизмъ *H. de Rothschild* (гл. XIII и XV), гриппъ и эпидемическую свинку врачъ поликлиники *L. Brunier* (гл. XIV и XVII), рожистый процессъ *H. de Rothschild* вмѣстѣ съ *A. Lanzenberg*'омъ (гл. XVI). Всѣ 5 главъ 6-ой части посвящены описанію болѣзней мочеполовыхъ органовъ и составляютъ единоличный трудъ выше упомянутаго *Marcel Deschamps*'а; здѣсь сказано все существенное и важное въ практическомъ отношеніи. Добросовѣстно составленная врачемъ поликлиники *Leopold*'омъ *Levi* 6-ая часть (гл. I—VIII), заключаетъ въ себѣ общій обзоръ, convulsions essentielles, болѣзни мозговыхъ оболочекъ, мозга и черепа (нѣсколько страннымъ кажется включеніе, въ область этой группы кровяной опухоли новорожденныхъ), страданія спинного мозга, периферической нервной системы, аміотрофіи, нейрозы. Въ послѣдней 7-ой части руководства изложены разстройства питанія: сахарное и несахарное мочеизнуреніе (гл. I и II—врачъ поликлиники *P. Ehrhardt*), желудочно-кишечная кахексія и дѣтская цынга (гл. III и V—*H. de Rothschild*), и рахитизмъ (гл. IV— *L. Brunier*), при чемъ прекрасно исполненные *Roentgen*'овскіе снимки краснорѣчиво поясняютъ измѣненія дѣтскаго костяка. Въ заключеніе я долженъ прибавить, что въ концѣ многихъ статей приложенъ достаточно полный литературный указатель. Изданіе книги безупречно. Привѣтствуя появленіе въ печати 1-го тома руководства, не могу не пожелать видѣть скорѣе и 2-ой. Но... всякая медаль, даже самая красивая имѣетъ и обратную сторону. Спрашивается, зачѣмъ понадобился уважаемому автору большой форматъ, крупная разгонистая печать и обширныя поля? Сравнивъ это изданіе съ не менѣе изящнымъ «Traité des maladies de l'enfance» *J. Grancher*—*J. Comby*, можно убѣдиться въ полной возможности уменьшить объемъ книги на $^1/_3$ и тѣмъ сдѣлать ее по цѣнѣ болѣе доступной въ интересѣ самого дѣла.

Проф. *Н. Троицкій*.

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

**LXVIII.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ.

Указаніе д-ра *А. Ф. Гегерштедта* (въ его статьѣ «О техникѣ перегонки амміака при опредѣленіи азота по *Kjeldahl*'ю», № 20 «Русскаго Врача» за текущій годъ), что «въ пріемникѣ ключемъ бьетъ амміакъ, образующійся съ поступленіемъ первыхъ капель щелока въ колбу» совершенно невѣрно. Не только такого бурнаго, но и слабаго выдѣленія амміака не происходитъ и не можетъ происходить, такъ какъ «первыя капли щелока» идутъ на нейтрализацію сѣрной кислоты, а не на разложеніе сѣрноаммоніевой соли. А сѣрноаммоніевой соли въ опытахъ д-ра *Гегерштедта* находилось такъ мало, что выдѣленный изъ нея избыткомъ щелочи амміакъ составлялъ только около 0,02%, по отношенію къ жидкости, и могъ выдѣлиться изъ нея только при кипяченіи и то далеко не такъ бурно, какъ это описываетъ д-ръ *Гегерштедтъ*. То, что «въ пріемникѣ бьетъ ключемъ», есть не амміакъ, а угольный ангидридъ, всегда находящійся въ продажномъ ѣдкомъ натрѣ въ видѣ углепатріевой соли и выдѣляющійся изъ нея подъ вліяніемъ сѣрной кислоты. Стало-быть, и предлагаемыя д-ромъ *Гегерштедтомъ* «приспособленія» для устраненія потери амміака основаны на недоразумѣніи. Точно также недоразумѣніемъ можно объяснить приводимые имъ опыты количественнаго опредѣленія амміака, которагo онъ, при помощи децинормальной сѣрной кислоты, нашелъ *вдвое больше*, чѣмъ его должно было образоваться изъ взятаго имъ количества мочевины.

Проф. *Д. Давыдовъ*.

Варшава. 23-го мая 1904 г.

**LXIX.** М. Г.! Не откажите въ напечатаніи слѣдующихъ строкъ.

Значительное распространеніе венерическихъ болѣзней среди учащихся въ высшихъ (и среднихъ) учебныхъ заведеніяхъ давно замѣчено за границею, а въ послѣднее время обнаруживается и у насъ, въ Россіи. Невольно приходится поставить это явленіе въ связь съ чрезвычайно распространеннымъ среди учащейся молодежи взглядомъ, что половое воздержаніе до брака вредно для здоровья; прибѣгая поэтому къ внѣбрачнымъ половымъ сношеніямъ, молодежь заражается венерическими болѣзнями. Точныхъ указаній по этому вопросу я въ литературѣ почти не нашелъ; между тѣмъ провѣрка этого распространеннаго взгляда путемъ опроса авторитетныхъ лицъ мнѣ представляется насущно необходимою, въ виду чего я позволяю себѣ обратиться ко всѣмъ гг. преподавателямъ (профессорамъ и частнымъ преподавателямъ) В. Медицинской Академіи и всѣхъ Россійскихъ Университетовъ, преимущественно по каѳедрамъ физіологіи, гигіены, венерическихъ, внутреннихъ, нервныхъ и душевныхъ болѣзней, равно какъ и ко всѣмъ товарищамъ, интересующимся разбираемымъ вопросомъ, съ покорнѣйшею просьбою отвѣтить на слѣдующіе вопросы:

1) Полезно или вредно половое воздержаніе для юноши и мужчины?

2) Если половое воздержаніе вредно, то съ какого возраста?

Полученіе отвѣта будетъ мною вмѣстѣ съ тѣмъ принято за разрѣшеніе опубликовать его съ указаніемъ автора.

Сводку полученныхъ отвѣтовъ (независимо отъ того, соотвѣтствуютъ-ли они моимъ воззрѣніямъ на разбираемый вопросъ) я имѣю въ виду напечатать въ одномъ изъ распространенныхъ общихъ изданій.

Отвѣты прошу присылать мнѣ по адресу: Петербургъ, Забалканскій, 31, д-ру Людвигу Яковлевичу Якобзону [1]).

*Л. Якобзонъ*.

Петербургъ 25/V 1904 г.

**LXX.** М. Г.! Прочитавъ въ № 20 «Русскаго Врача» за текущій годъ письмо д-ра *А. Орлова* и редакціонную къ ней замѣтку, я прежде всего былъ изумленъ ими, но вскорѣ чувства изумленія смѣнилось ощущеніемъ горькой обиды и потребностью заявить протестъ противъ обвиненія меня д-ромъ *Орловымъ*, которое сводится въ сущности къ обвиненію меня въ плагіатѣ. Гдѣ-же плагіатъ, спросилъ я себя? Д-ръ *Орловъ* въ 1903 г. защитилъ диссертацію, озаглавленную «Къ вопросу о лѣчебномъ вліяніи холоднаго электрическаго свѣта (лампочекъ накаливанія) на различныя воспалительныя заболѣванія матки и ея придатковъ». Въ работѣ этой, между прочимъ, приводятся рисунокъ и описаніе прибора, которымъ онъ пользовался при своихъ наблюденіяхъ. По смыслу письма г. *Орлова* читатель можетъ подумать, что я пользовался для своихъ наблюденій его приборомъ почти безъ всякихъ измѣненій или приборомъ, устроеннымъ совершенно по его образцу. Достаточно однако сравнить рисунокъ прибора, которымъ пользовался я («Русскій Врачъ», № 18, 1904 г.) съ рисункомъ прибора д-ра *Орлова* (стр. 66 его диссертаціи), чтобы убѣдиться въ томъ, что между этими 2-мя приборами нѣтъ никакого сходства, развѣ только, что главная составная часть обоихъ—лампа и лампа электрическая. Замѣчу тутъ-же, что цѣлью моей работы было единственно наблюденіе надъ дѣйствіемъ свѣта на заболѣванія средняго уха, а не желаніе изобрѣсти какой-либо приборъ, могущій составлять исключительно мою привиллегію. Приборъ для меня игралъ исключительно роль вспомогательную, и поэтому, приступая къ работѣ, я прежде всего сталъ отыскивать что-либо подходящее для этой цѣли. Видѣлъ, между прочимъ, въ магазинѣ г. Шаплыгина и приборъ д-ра *Орлова*, но при одномъ взглядѣ на него убѣдился, что для примѣненія къ среднему уху онъ совершенно не пригоденъ. Въ виду этого я вынужденъ былъ проэктировать собственный приборъ. Такъ какъ врядъ-ли кто изъ читателей имѣетъ возможность воочію убѣдиться въ построеніи моего прибора (онъ, насколько мнѣ извѣстно, не находится еще въ обращеніи), то я вынужденъ войти въ нѣкоторыя подробности и указать на особенности этого прибора въ сравненіи съ таковымъ д-ра *Орлова*. Лампа, которую онъ употребляетъ, дов. большая, продолговатая, величиной приблизительно въ стеариновую свѣчу, силою въ 16 свѣчей; та-же, которой пользуюсь я, небольшая, шарообразная, силою 10 свѣчей. Затѣмъ, лампа д-ра *Орлова* какъ-бы заключена въ стеклянный колпакъ, одной съ ней формы, спереди наглухо закрытый и пропускающій на всемъ протяженіи лучи свѣта; у меня же, наоборотъ, свѣтъ по пути не долженъ теряться, а по возможности собираться въ одномъ мѣстѣ. Для этого лампа помѣщена въ металлическій никеллированный цилиндръ, впереди открытый, большихъ размѣровъ, чѣмъ сама лампа. У открытаго конца навинчивается металлическій усѣченный конусъ, постепенно съуживающійся до размѣровъ ушной воронки. На мѣстѣ перехода цилиндра въ воронку по внутренней его поверхности есть кольцевидный выступъ, на которомъ помѣщена плоско выпуклая чечевица, имѣющая двоякое назначеніе: 1) собирать лучи свѣта и направлять ихъ въ ухо и 2) задерживать обращающуюся въ цилиндрѣ воду и не пропускать ее въ ухо (укрѣплена чечевица при помощи 2-хъ резиновыхъ колецъ). Такимъ образомъ почти всѣ лучи безъ потери направляются въ слуховой проходъ. Ничего подобнаго описанному приспособленію въ приборѣ д-ра *Орлова* не имѣется. Такъ какъ вся поверхность прибора, которымъ я пользовался, металлическая и приборъ на-

---

[1]) Общественное значеніе поставленныхъ уважаемымъ товарищемъ письма вопросовъ, будемъ надѣяться, спасетъ ихъ отъ нашей обычной безучастности, и опросъ его не останется безъ отвѣтовъ. Съ своей стороны, можемъ напомнить, что незабвенный **Вячеславъ Авксентьевичъ Манассеинъ** былъ убѣжденнымъ и горячимъ сторонникомъ дѣвственности мужчинъ до брака. *Ред.*

Digitized by Google

ходится непосредственно въ рукахъ больного (а не держится при помощи деревянной ручки, какъ приборъ д-ра *Орлова*), то, во избѣжаніе распространенія тока по поверхности, во всѣхъ мѣстахъ прикосновенія металлическихъ частей лампы съ таковыми же цилиндра находятся кольца изъ изоляціоннаго матеріала, т. наз. фибры. Лампа д-ра *Орлова* вклеивается или впаивается въ металлическую шайбу окружающаго ее стекляннаго цилиндра, укрѣплена такимъ образомъ неподвижно, и весь приборъ составляетъ одно нераздѣльное цѣлое; мой-же приборъ весь очень легко разбирается на мельчайшія составныя части, что весьма важно при замѣнѣ одной лампы другою и очисткѣ прибора. Не желая останавливаться еще на нѣкоторыхъ второстепенныхъ мелочахъ, отличающихъ одинъ приборъ отъ другого, я позволю себѣ лишь вкратцѣ резюмировать вышесказанное: лампы въ обоихъ приборахъ *совершенно различныя*, какъ по формѣ и конструкціи, такъ и по силѣ свѣта. Преобладающій матеріалъ, изъ котораго сдѣланъ приборъ, у меня—*металлъ*, у д-ра *Орлова—стекло*. Направленіе лучей свѣта въ обоихъ приборахъ *совершенно разное*: у д-ра *Орлова* свѣтъ—разсѣянный на всемъ пути излученія, у меня—сконцентрированный, направленный въ одну точку. Ручки для держанія прибора у меня не имѣется; весь приборъ, въ противоположность таковому д-ра *Орлова*, *разбирается на составныя части*; наконецъ по внѣшней своей формѣ оба прибора *не имѣютъ никакого сходства*.

Что касается замѣчаній д-ра *Орлова* объ одинаковомъ размѣщеніи приводящей и отводящей воду трубокъ, то я считая нужнымъ только замѣтить, что проведеніе въ какомъ-либо приборѣ текучей воды для его охлажденія извѣстно издавна и не мыслимо иначе, какъ при помощи 2-хъ трубокъ—приводящей и отводящей. При чемъ и тутъ даже есть отличіе въ обоихъ приборахъ: въ приборѣ д-ра *Орлова* обѣ трубки горизонтальныя, въ томъ-же, которымъ я пользовался, отводящая помѣщена вертикально, что очень важно для болѣе легкаго оттока воды. И такъ, изъ всего сказаннаго, мнѣ кажется, ясно, что плагіатъ не въ приборѣ. Но, можетъ быть, онъ заключается въ научныхъ выводахъ и данныхъ д-ра *Орлова*? Это опровергнуть не трудно, если вспомнить, что я работалъ надъ дѣйствіемъ свѣта на ухо, а д-ръ *Орловъ*—надъ таковымъ же на женскіе половые органы. Что-же я заимствовалъ у д-ра *Орлова*? По смыслу обвиненія и приводимому д-ромъ *Орловымъ* образчику, дѣло сводится къ сходству нѣсколькихъ фразъ (одной, приведенной дословно, и другой, помѣщающейся на той-же страницѣ и составляющей по словамъ д-ра *Орлова*, чуть не $^2/_3$ стр. 2-ой) введенія. Инкриминируемая часть введенія ни слова не говоритъ о самой работѣ, а содержитъ лишь общія замѣчанія о цѣлительномъ дѣйствіи свѣта и не заключаетъ никакихъ объективныхъ данныхъ по существу. Такимъ образомъ д-ръ *Орловъ* могъ-бы проявить свою ревность не какъ изслѣдователь, а исключительно какъ авторъ стилистическихъ оборотовъ, которые случайно оказались въ моей работѣ. Но психологическое объясненіе этого совпаденія гораздо проще и невиннѣе, чѣмъ это изображаетъ д-ръ *Орловъ*. Онъ первый работалъ по вопросу о свѣтолѣченіи въ гинекологіи, я первый изучалъ примѣненіе свѣта въ ушныхъ заболѣваніяхъ. Въ виду новости дѣла, мы оба не имѣли основанія быть увѣренными, что труды наши приведутъ къ желанной цѣли, но могли и надѣяться, что они будутъ небезполезными для дальнѣйшихъ работъ въ этой области. Исключительно эта мысль и высказана въ 2-хъ сходныхъ фразахъ. Съ этой стороны я и не оспариваю сходства нашихъ выраженій. Послѣ всего сказаннаго позволяю себѣ надѣяться, что ни у кого не останется и слѣда подозрѣнія, что я желалъ присвоить себѣ что-либо изъ научной собственности д-ра *Орлова*.

*О. С. Мееровичъ.*

Петербургъ. 20-го мая 1904 г.

**LXXI.** М. Г.! Ознакомившись въ рукописи съ вышенапечатаннымъ пространнымъ, но не объясняющимъ сущности моего возраженія (см. № 20 «Русскаго Врача», стр. 755) отвѣтомъ *О. С. Мееровича*, я позволю себѣ обратить вниманіе на нижеслѣдующее.

Авторъ письма говоритъ: «читатель можетъ подумать, что я (г. *М.*) пользовался для своихъ наблюденій его (т. е. моимъ) приборомъ почти безъ всякихъ измѣненій или приборомъ, устроеннымъ совершенно по его образцу». Къ чему-же предположенія, что читатель можетъ подумать, когда я совершенно опредѣленно заявляю, что приборъ д-ра *Мееровича* отличается лишь *самыми незначительными мелочами* отъ тѣхъ приборовъ, съ которыми работалъ я, и я снова подтверждаю это свое заявленіе, главнымъ образомъ потому, что въ моемъ приборѣ лампочка (16—32 свѣчная) горитъ прямо въ проточной водѣ и въ приборѣ, употребленномъ д-ромъ *Мееровичемъ*—тоже самое, а между тѣмъ никто изъ авторовъ (судя по литературѣ) для мѣстнаго свѣтолѣченія до меня такимъ способомъ не пользовался. Это-ли не сходство въ нашихъ приборахъ? Тутъ уже не только «электрическая лампа и только лампа», какъ говоритъ д-ръ *Мееровичъ*. Слѣд., идея прибора—одна, и не въ томъ дѣло, что авторъ письма «при одномъ взглядѣ» на мой приборъ въ магазинѣ г. Шаплыгина убѣдился, что влагалищное зеркало (каковымъ, собственно, является мой приборъ) «не пригодно для средняго уха». Короче говоря, основная мысль моего письма въ № 20 «Русскаго Врача» сводится, во 1-хъ, къ тому, что д-ръ *Мееровичъ*, дѣлая сообщеніе такому почтенному собранію товарищей, какъ Пироговскій Съѣздъ, по вопросу, надъ которымъ работалъ цѣлый рядъ авторовъ, не нашелъ нужнымъ указать, что мысль, положенная въ основу приспособленнаго имъ для отологическихъ цѣлей свѣтол[...] прибора, принадлежитъ не ему, г. *Мееровичу*, и, во 2-[...] почти во всѣхъ первыхъ 40 строкахъ своего доклада [...] Врачъ», № 18, стр. 653) и при описаніи своего прибор[...] не имѣющаго никакого сходства съ моимъ), онъ поль[...] почти буквальными моими выраженіями и фразами, что [...] нять «случайнымъ сходствомъ», я думаю, едва-ли можно.

Въ заключеніе, не касаясь остальной части отвѣта д-ра [...] *ровича*, я приглашаю его, въ цѣляхъ выясненія истины [...] шемъ спорѣ, къ суду товарищей, для чего предлагаю [...] избрать съ обѣихъ сторонъ по довѣренному лицу, пред[...] имъ рѣшить, кто изъ насъ правъ; объ избранныхъ лицах [...] домитъ г. редактора «Русскаго Врача», а заключеніе этих [...] своевременно опубликовать [1]).

*А. Орл[...]*

Петербургъ. 26-го мая 1904 г.

**LXXII.** М. Г.! Для разъясненія недоразумѣній, вы[...] ныхъ редакціями «Русскаго Медицинскаго Вѣстника» и «Р[...] Врача» (см. № 21, стр. 796, замѣтка въ «Хроникѣ» подъ [...] прошу Васъ дать мѣсто слѣдующимъ строкамъ: Губерн[...] кретарь *Громзинъ*, обладая аттестатомъ зрѣлости класс[...] гимназіи, проходилъ курсъ медицинскихъ наукъ въ Варш[...] Университетѣ и въ тоже время служилъ классным[...] ромъ л.-гв. Литовскаго полка. Удовлетворивъ всѣмъ тр[...] ямъ медицинскаго факультета и сдавъ успѣшно всѣ испыт[...] степень лѣкаря, г. *Громзинъ* 10-го февраля 1904 г. зачи[...] 186-й пѣхотный резервный Луковскій полкъ младшимъ вр[...] на вполнѣ законномъ основаніи [2]).

*А. С. Тауберъ*, отвѣтственный редакторъ «Военно-М[...] скаго Журнала».

Петербургъ. 25-го мая 1904 г.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІ[Я]

1016. На каѳедру госпитальной терапевтической клин[...] В.-Медицинской Академіи *избранъ* проф. *А. П. Фав[...]*

1017. Въ Москвѣ защитили диссертаціи: 23-го мая *А. [...] кевичъ* на тему—«*Результаты оперативнаго лѣченія [...] близорукости по даннымъ глазной клиники Московск[...] версимета*» и 25-го мая *В. И. Бѣляевъ* на тему—«*К[...] о серодіагнозѣ*» («Русскія Вѣдомости», 24 и 26 мая).

1018. 23-го мая въ Одессѣ защитилъ диссертацію *К. Э. [...] вольскій* подъ заглавіемъ—«*Изслѣдованіе чувствител[...] наиболѣе употребительныхъ въ санитарной практик[...] собовъ опредѣленія каменноугольныхъ красокъ*».

1019. 24-го и 26-го мая въ В.-Медицинской Академ[...] тили диссертаціи: *А. И. Васильевъ* на тему—«*Къ бактер[...] и кріоскопіи брюшного тифа*», *Д. Т. Вержбицкій* на [...] «*Къ вопросу о роли насѣкомыхъ въ эпидеміологіи чу[...] спериментальное изслѣдованіе надъ блохами: pulex ir[...] p. canis, p. felis, typhlopsylla musculi и клопами: cim[...] tularius*» и *Ф. Ф. Либихъ* на тему—«*Къ вопросу объ опе[...] номъ лѣченіи ограниченныхъ и разлитыхъ перитони[...] зависимости отъ заболѣваній червеобразнаго отрост[...]*

1020. *Почетными членами* «The Britisch Gynaecolog[...] ciety» избраны: профф. *Г. Е. Рейнъ* (Петербургъ), *В. [...] гиревъ* (Москва), *L. Mangiagalli* (Павія), *O. Morisani* [...] поль) и *G. Jacobi* (Брюссель). Проф. *Г. Е. Рейнъ* избранъ [...] *почетнымъ членомъ* Лейпцигскаго акушерскаго Общест[...]

1021. Въ Харьковской медицинской испытательной Ком[...] удостоены званія врача *140 чел.*, изъ коихъ 7 женщинъ [...] жевыя Вѣдомости», 25 мая).

1022. Мы слышали, что *главнымъ врачемъ Петропав[...] городской больницы* въ Петербургѣ избранъ *проф. [...] Медицинскаго Института Г. А. Смирновъ*. Территор[...] связь этой больницы съ Институтомъ, будемъ надѣяться, [...] веннымъ путемъ приведетъ къ полному сліянію этихъ [...] режденій въ одно цѣлое на благо общаго дѣла. Только въ [...] видахъ мы и признали-бы допустимымъ примѣнительно [...] больницѣ совмѣстительство обязанностей больничнаго вр[...] обязанностями руководителя каѳедры. Такъ какъ матер[...] средства Института, какъ извѣстно, болѣе, чѣмъ огранич[...] отчего-бы, въ самомъ дѣлѣ, такому богатому городу, ка[...] тербургъ, не придти на помощь этому полезнѣйшему уч[...] нію передачей въ его распоряженіе смежной съ нимъ бо[...] разумѣется, пока съ приходящимися на ея долю бюджет[...] городскихъ суммъ? Неужели дѣло за представительство[...] мелочами?

1023. Медицинскій Департаментъ, какъ сообщаетъ «Д[...]

---

[1]) Признавая избранный многоуважаемымъ товарищ[...] *Орловымъ* путь безусловно правильнымъ, мы прекращ[...] нѣйшую полемику по этому вопросу и охотно приним[...] себя обязанности посредника въ сношеніяхъ между заи[...] ванными сторонами. *Ред.*

[2]) Такого-же содержанія письмо мы получили и отъ на[...] ника Отдѣленія главнаго в.-медицинскаго Управлені[...] уважаемаго *Н. В. Макарова*. Остается лишь пожалѣть, [...] дакція оффиціальнаго приказа составлена была такъ неу[...] *Ред.*

Digitized by Google

скій Вѣстникъ» (15 мая), уведомилъ Могилевскаго губернатора, что «представляется допустимымъ» *опредѣлять женщинъ-врачей на должность сельскихъ врачей* съ правами государственной службы, предоставленными вообще женщинамъ-врачамъ по закону 9 марта 1898 г.

1024. Корпусной врачъ 16-го армейскаго корпуса *В. Ф. Быстровъ назначенъ окружнымъ в.-медицинскимъ инспекторомъ Манчжурской арміи* (Русскія Вѣдомости», 26 мая).

1025. Отбыли на Дальній Востокъ: 16-го мая изъ Курска *земскій санитарный отрядъ* въ составѣ 4 врачей, 4 фельдшерицъ, 12 сестеръ милосердія и 20 санитаровъ; 19-го мая изъ Петербурга—соединенный *отрядъ сестеръ милосердія* Св.-Троицкой и Кронштадтской Общинъ Краснаго Креста въ составѣ 3 врачей и 24 сестеръ милосердія; 19-го-же мая изъ Костромы—*земскій санитарный отрядъ* въ составѣ 2 врачей, 1 студента-медика, 1 фельдшера, 4 сестеръ милосердія и 5 санитаровъ; 19-го же мая изъ Воронежа 2 *врачебно-продовольственныхъ отряда* Воронежскаго губернскаго Земства въ составѣ 4 врачей, 4 фельдшерицъ, 8 сестеръ и 16 санитаровъ; 20-го мая изъ Симферополя — *Таврическій лазаретъ* имени Государыни Императрицы Александры Ѳеодоровны на 200 кроватей; 21-го мая изъ Ростова н/Д—*полевой лазаретъ* въ составѣ 2 врачей, 8 сестеръ милосердія и 5 санитаровъ; 21-го-же мая изъ Москвы—*5 земскихъ санитарныхъ отрядовъ*, снаряженныхъ Московскимъ губернскимъ Земствомъ въ составѣ 2 врачей, 4 сестеръ милосердія, 2 фельдшерицъ и 7 санитаровъ каждый; 21-го-же мая изъ Варшавы—*санитарный поѣздъ* въ составѣ 2 врачей, 5 сестеръ милосердія и 8 санитаровъ; 23-го мая изъ Самары *санитарный отрядъ* мѣстнаго Комитета Краснаго Креста; 26-го мая изъ Москвы—2-й эшелонъ 2-го санитарнаго отряда Московскаго плавучаго госпиталя въ составѣ 4 врачей, 20 сестеръ милосердія и 34 санитаровъ. (Новое Время», 20—23 мая, «Русскія Вѣдомости», 20—26 мая).

1026. Вятское экстренное губернское земское Собраніе *пожертвовало 50000 р. на постройку барака* и содержаніе 50 кроватей для эвакуированныхъ раненыхъ и 25000 р. на нужды Вятскаго отряда Краснаго Креста. — Московская губернская земская Управа приготовляетъ для больныхъ и раненыхъ на Дальнемъ Востокѣ *60 кроватей въ земскихъ лѣчебницахъ*. — Въ Вольскѣ 25-го мая освященъ *лазаретъ* мѣстнаго Отдѣла Краснаго Креста на 10 раненыхъ. — Общество Московско-Казанской ж. дороги *пожертвовало* 10000 р. на снаряженіе обеззараживающаго отряда. — Правленіе Московско-Кіево-Воронежской ж. дороги снаряжаетъ самостоятельный *санитарный поѣздъ* для отправки на Дальній Востокъ («Новое Время», 23 и 24 мая; «Русскія Вѣдомости», 25 и 26 мая; «Кіевская Газета», 18 мая).

1027. «Русскія Вѣдомости» (23 мая) сообщаютъ, что до настоящаго времени отправлены на Дальній Востокъ *20 земскихъ врачебно-продовольственныхъ отрядовъ*.

1028. Главнымъ Управленіемъ Краснаго Креста для быстраго и успѣшнаго снаряженія на Дальнемъ Востокѣ лазаретовъ какъ Краснаго Креста, такъ и военныхъ выработанъ новый типъ *вагоновъ-складовъ*. Вагоны эти будутъ содержать въ себѣ постельное и госпитальное бѣлье и предметы обстановки для госпиталей, буфета, аптеки, операціонной и кухни. Кромѣ того, тамъ будутъ находиться врачебныя принадлежности, пищевые продукты, перевязочныя средства и предметы ухода за больными. Мѣстныя Управленія въ Одессѣ, Кіевѣ, Харьковѣ и др. городахъ получили уже предложеніе снарядить, согласно каталогу, по 3 такихъ вагона и отправить ихъ на Дальній Востокъ. Каждый вагонъ долженъ содержать все необходимое для 30 кроватей. По приблизительному подсчету стоимость каждаго вагона-склада, исключая бѣлье, обойдется отъ 2000 до 2500 р.

1029. Главное Управленіе Краснаго Креста предложило Саратовскому Отдѣленію снарядить *2-ой врачебно-санитарный отрядъ* для отправки его на театръ военныхъ дѣйствій. 2-ой отрядъ долженъ быть устроенъ на 100 кроватей, т. е. вдвое меньше 1-го, уже отправленнаго на Дальній Востокъ («Саратовскій Дневникъ», 11 мая).

1030. Въ Харбинѣ освящена *баржа-госпиталь* для эвакуаціи отсюда раненыхъ и больныхъ въ Хабаровскъ и Благовѣщенскъ («Биржевыя Вѣдомости», 24 мая).

1031. Херсонское губернское Земство, по ходатайству директора Одесской бактеріологической станціи *П. Н. Діатроптова*, *назначило ежемѣсячное пособіе* въ 50 р. *семьѣ д-ра Оксанова*, состоящаго при станціи врачемъ отъ губернскаго Земства и призваннаго на Дальній Востокъ военнымъ врачемъ.

1032. Бывшій въ плѣну у японцевъ врачъ парохода Екатеринославъ *А. Н. Тюринъ возвратился въ Одессу*.

1033. Въ числѣ *попавшихъ въ плѣнъ къ японцамъ* во время битвы 18-го апрѣля подъ Тюренченомъ находится и врачъ 11-го Восточно-Сибирскаго стрѣлковаго полка *К. Г. Швецовъ*. Онъ былъ захваченъ непріятелемъ въ то время, когда оказывалъ первую помощь раненымъ на перевязочномъ пунктѣ.

1034. Виленское Общество врачей устроило *теплые проводы* д-ру *Г. О. Коварскому*, уѣзжавшему на Дальній Востокъ («Новости», 16 мая).

1035. «Вѣдомости Петербургскаго Градоначальства» (23 мая) передаютъ, что военное Министерство признало возможнымъ въ настоящемъ году *отмѣнить* установленный для студентовъ В.-Медицинской Академіи *лагерный сборъ* въ виду отвлеченія значительнаго числа студентовъ Академіи въ лазареты и госпитали на театрѣ военныхъ дѣйствій.

1036. По словамъ «Сибирской Жизни» (9 мая), въ Японской арміи свирѣпствуютъ *повальныя болѣзни*. Ежедневно, будто-бы, умираетъ до 300 чел.

1037. Военный корреспондентъ «Новаго Времени» г. Шуфъ въ корреспонденціи подъ заглавіемъ «*Профессоръ на войнѣ*» («Новое Время», 20 мая) повѣствуетъ о своемъ путешествіи въ одномъ поѣздѣ съ «Кіевскимъ профессоромъ д-ромъ *Исаковичемъ*». «Профессоръ *Исаковичъ*», по словамъ корреспондента, производилъ пассажирамъ поѣзда оспенныя прививки и давалъ всевозможные разъясненія, совѣты и т. п. Рѣчь, очевидно, идетъ о проф. *В. К. Высоковичѣ*; любопытно, что корреспондентъ, посвящая цѣлую статью бесѣдѣ съ профессоромъ, не счелъ даже нужнымъ узнать хорошенько фамилію своего собесѣдника. Между прочимъ, профессоръ совѣтовалъ въ числѣ прочихъ лѣкарствъ брать на войну «бензонафтолъ и принимать его отъ 1/2 до 1 грана», а «болѣе сильное средство—салициловый висмутъ принимать по 1/3 чайной ложки»; говорилъ также профессоръ о комарахъ *anofilis*, объ *асперинѣ* и т. д.—О томъ, что общимъ газетамъ, если онѣ касаются медицинскихъ вопросовъ и предметовъ, необходимо имѣть въ составѣ редакціи врача,—говорилось уже неоднократно, но, по видимому, безуспѣшно, и газеты по прежнему продолжаютъ подносить публикѣ различныя медицинскія нелѣпости, не говоря уже о безграмотныхъ и неправильныхъ техническихъ названіяхъ.

1038. П. М. Анрепъ устроила въ Петербургѣ *1-ую мастерскую центральнаго склада Общества Краснаго Креста*. Позволяемъ себѣ привести изъ присланнаго намъ «Отчета» по этой мастерской нѣкоторыя цифровыя данныя. Мастерская была открыта 29-го января и закрыта 10-го мая 1904 г. За это время было изготовлено и сдано изъ матеріала, доставленнаго изъ Центральнаго склада, слѣдующее количество бѣлья: простынь 2316, рубахъ 1735, рубахъ для раненыхъ 153, наволочекъ нижнихъ 1086, верхнихъ 778, полотенецъ 903, полотенецъ кухонныхъ 50, кальсонъ 1370, кальсонъ для раненыхъ 93, косынокъ 971, халатовъ докторскихъ 381, халатовъ для больныхъ 331, носилокъ 774, сѣнниковъ 161, подушечекъ перевязочныхъ 970, салфетокъ 215, бинтовъ 5761. Итого 18048 предметовъ. Кромѣ того, было сшито 62 халата и 117 передниковъ изъ пожертвованнаго холста. 500 р. поступившихъ денежныхъ пожертвованій внесены въ главное Управленіе Общества Краснаго Креста на устройство 1 кровати имени 1-ой мастерской склада Краснаго Креста въ одномъ изъ госпиталей на театрѣ военныхъ дѣйствій.

1039. 20-го мая происходило *1-ое засѣданіе* вновь учрежденнаго *Кіевскаго офталмологическаго Общества*. Предсѣдателемъ Общества избранъ *М. Э. Мандельштамъ*, товарищемъ его *К. О. Румшевичъ*, секретаремъ—ч. пр. *А. Ф. Шимановскій*.

1040. *Предсѣдателемъ* Саратовскаго физико-медицинскаго Общества избранъ *А. Н. Сахаровъ* («Саратовскій Листокъ», 16 мая).

1041. Мы слышали, что *главнымъ врачемъ* новой (еще строющейся) *дѣтской городской больницы* въ Петербургѣ *избранъ проф. Д. А. Соколовъ*. Возбужденный по поводу назначенія профессоровъ главными врачами городскихъ больницъ принципіальный вопросъ о допустимости такого совмѣстительства разрѣшенъ городской больничной Коммиссіей въ утвердительномъ смыслѣ, но подъ условіемъ, чтобы главный врачъ-профессоръ посвящалъ больницѣ ежедневно время съ 10 час. утра до 2 час. дня. Очевидно, при этомъ имѣется въ виду ограниченіе т. наз. частной практики такихъ профессоровъ и предоставляется имъ право (а, слѣд., должна быть предоставлена и возможность) исполнять преподавательскія обязанности въ больницѣ-же; иначе было-бы наивностью допустить, чтобы, дѣйствительно, нашелся такой преданный своему дѣлу профессоръ, который согласился-бы отдавать ему лишь одну, да еще 2-ую половину своего рабочаго дня.

1042. На послѣднемъ Общемъ Собраніи Петербургскаго врачебнаго Общества взаимной помощи, за отказомъ *П. Н. Булатова* и *П. И. Дроздовскаго*, по недостатку времени, отъ редактированія «Вѣстника» Общества, *редакторами* этого журнала на слѣдующее 3-лѣтіе (1904—1906 гг.) *избраны: В. И. Гребенщиковъ* и *Н. Г. Фрейбергъ*.

1043. Главное В.-Медицинское Управленіе командируетъ въ Мервъ д-ра *А. А. Ильницкаго для борьбы съ болотной лихорадкой*, которая ежегодно развивается въ Мервскомъ уѣздѣ подъ вліяніемъ разлитія р. Мургаба.

1044. «Сѣверный Кавказъ» (15 мая) передаетъ, что Институтъ экспериментальной медицины лѣтомъ текущаго года снаряжаетъ научную экспедицію изъ врачей *для изученія болотной лихорадки на Черноморскомъ побережьи*, главнымъ образомъ въ окрестностяхъ климатической станціи Гагры.

1045. Въ статьѣ «О судебныхъ ошибкахъ» («Биржевыя Вѣдомости», 20 мая) г. Н. касается вопроса *о психіатрической экспертизѣ на судѣ* въ связи съ бывшимъ недавно процессомъ Резенера (см. выше, № 20, стр. 757). Г. Н. говоритъ: вердикты присяжныхъ засѣдателей, коими единогласное заключеніе экспертовъ-психіатровъ отвергнуто, вызываетъ всегда смутное чувство страха: нѣтъ-ли въ данномъ случаѣ прискорбной судебной ошибки? Судъ присяжныхъ разрѣшаетъ вопросъ о виновности на основаніи совѣсти, составленнаго убѣжденія и впечатлѣнія. Мотивовъ никакихъ не требуется. Но, если это лучшій способъ отысканія судебной правды вообще, то можно ли безъ ущерба правды по совѣсти разрѣшать научные вопросы? Можно ли въ области естественныхъ наукъ по совѣсти разрѣшить вопросъ о данномъ явленіи? Возможно-ли по совѣсти разрѣшить математическую задачу? Если психопатологія—наука будущаго, то тѣмъ болѣе цѣнны всѣ тѣ крупинки знанія, которыя уже

наукой собраны; тѣмъ болѣе требуетъ осторожности и предусмотрительности разрѣшеніе вопросовъ, составляющихъ предметъ этой науки. Что-нибудь одно изъ двухъ: или знанія психіатровъ цѣнны или нѣтъ. Въ послѣднемъ случаѣ ихъ не нужно приглашать, въ первомъ—къ заключенію ихъ отнестись съ полнымъ довѣріемъ. Другое дѣло, если эксперты разошлись въ своихъ выводахъ между собою или отказались дать категорическое заключеніе; тогда Суду остается широкій просторъ разрѣшить психопатологическій вопросъ въ томъ или иномъ смыслѣ. Но, когда эксперты пришли къ единогласному заключенію, я полагаю, что считаться съ этимъ заключеніемъ слѣдуетъ не иначе, какъ съ научной истиной».

1046. *Изъ постановленій уѣздныхъ земскихъ Собраній Рязанской губ. послѣдней сессіи.* На обсужденіе уѣздныхъ Собраній былъ, между прочимъ, переданъ губернскимъ Собраніемъ докладъ д-ра *Т. И. Федорова «Объ организаціи постоянной окулистической помощи населенію Рязанской губ.»*. Въ докладѣ этомъ указывается на неудовлетворительность существующей постановки глазной помощи, при чомъ такой недостатокъ, по мнѣнію д-ра *Т. И. Федорова*, служитъ главною причиною громаднаго распространенія слѣпоты въ Россіи. *Т. И. Федоровъ* предлагаетъ при поступленіи земскихъ врачей на службу ставить имъ условіемъ лѣченіе глазныхъ болѣзней, а также высказывается за нераціональность института временныхъ глазныхъ отрядовъ и губернскихъ земскихъ окулистовъ.—Пронское уѣздное земское Собраніе, согласно съ заключеніемъ уѣзднаго санитарнаго Совѣта, по поводу доклада *Т. И. Федорова* высказалось, что причины большой слѣпоты въ Россіи заключаются не въ плохой постановкѣ исключительно глазной помощи, а въ недостаточности врачебной помощи вообще, затѣмъ въ чисто бытовыхъ условіяхъ деревни и ея некультурности. Въ частности въ Пронскомъ уѣздѣ помощь глазнымъ больнымъ оказывается равномѣрно и постольку-же удовлетворена, поскольку удовлетворяется спросъ на врачебную помощь вообще. Собраніе—на нашъ взглядъ, вполнѣ основательно—не согласилось съ предложеніемъ докладчика—ставить земскимъ врачамъ въ условіе лѣченіе глазныхъ болѣзней, такъ какъ съ такимъ-же правомъ можно-бы ставить условіемъ лѣченіе и внутреннихъ, и хирургическихъ болѣзней, и Управы при приглашеніи врача были-бы въ затрудненіи, какое требованіе, по мѣстнымъ условіямъ, наиболѣе необходимо. Безплатное лѣченіе и увеличеніе количества участковъ—главное для удовлетворительной постановки врачебной помощи и въ частности глазной.—Кромѣ того, Собраніе постановило по вопросу *о командировкахъ врачей* предоставить каждому врачу, независимо отъ права пользоваться ежегодно мѣсячнымъ отпускомъ, право пользоваться отпускомъ съ научной цѣлью черезъ 3 года на 3 мѣсяца.—Раненбургскій уѣздъ: 1) По вопросу *объ организаціи постоянной глазной помощи* постановлено ввести безплатный отпускъ лѣкарствъ больнымъ глазами, подобно тому, какъ это примѣняется для сифилитиковъ; 2) по вопросу *о безплатномъ отпускѣ лѣкарствъ* изъ земской аптеки *земскимъ служащимъ* постановлено, чтобы безплатныя лѣкарства по рецептамъ врачей отпускались служащимъ, получающимъ не болѣе 500 р. въ годъ; 3) предложеніе *о приглашеніи студентовъ для оспопрививанія* отклонено (почему? *Ред.*); 4) по вопросу о желательности *учрежденія уѣздныхъ санитарныхъ Совѣтовъ* указано, что въ Раненбургскомъ уѣздѣ такой Совѣтъ уже учрежденъ; 5) *смѣта* на медицинскую часть на 1904 г. утверждена въ суммѣ 65268 р. 21 коп.; Ряжскій уѣздъ: 1) по вопросу *объ организаціи глазной помощи* населенію указано, что Ряжскимъ Земствомъ на этотъ вопросъ было обращено вниманіе еще 5 лѣтъ тому назадъ. Въ уѣздѣ устроена глазная больница на 7 коекъ, въ которой успѣшно пользуется лѣченіемъ населеніе не только Ряжскаго, но и сосѣднихъ уѣздовъ; 2) установлены *нормы платы за лѣченіе* приходящихъ и коечныхъ больныхъ (въ значительной части уѣздовъ Рязанской губ. лѣченіе, къ сожалѣнію, до сихъ поръ платное. *Ред.*); 3) разрѣшено Управѣ *приглашать* на земскую службу *женщинъ-врачей*; 4) постановлено *лѣчить безплатно* въ Ряжскихъ больницахъ *служащихъ въ Ряжскомъ Земствѣ* (всѣхъ? *Ред.*); 5) учрежденіе *уѣзднаго санитарнаго Совѣта* признано желательнымъ; 6) *смѣта* на врачебную часть утверждена въ размѣрѣ 45607 р. 11 коп.—Егорьевскій уѣздъ: 1) по вопросу *объ организаціи глазной помощи* населенію признано невозможнымъ предъявлять ко вновь поступающимъ врачамъ требованіе о спеціализаціи. Помощь глазнымъ больнымъ можетъ быть обезпечена только при участіи пунктовыхъ земскихъ врачей, но предлагать отправляющимся въ научную командировку врачамъ изучать глазныя болѣзни едва-ли возможно, такъ какъ такое давленіе на свободный выборъ занятій можетъ принести, вмѣсто пользы, вредъ. Лѣченіе какъ глазныхъ больныхъ, такъ и всѣхъ вообще въ Егорьевскомъ Земствѣ безплатное. Мѣры для ослабленія % глазныхъ больныхъ трудно осуществимы; сдѣланное Егорьевскимъ Земствомъ въ этомъ направленіи слѣдуетъ считать пока достаточнымъ; 2) установлено *періодическія прибавки* низшему врачебному персоналу; 3) *смѣта* на врачебную часть утверждена въ размѣрѣ 58212 р. 44 коп.—Данковскій уѣздъ: 1) по вопросу *объ освобожденіи* всѣхъ приходящихъ больныхъ *отъ платы за лѣченіе* найдено желательнымъ освобожденіе отъ платы за совѣты врачей несовершеннолѣтнихъ и повторныхъ, но въ виду того, что съ будущаго года должна быть введена карточная система записей больныхъ, что значительно осложнитъ работу врачей, освобожденіе отъ платы больныхъ указанныхъ группъ отложено на годъ, чтобы дать врачамъ возможность приспособиться къ новымъ условіямъ работы по пріему больныхъ, не увеличивая этой работы еще приливомъ больныхъ вслѣдствіе введенія безплатной подачи совѣтовъ. Относительно освобожденія отъ платы всѣхъ вообще больныхъ постановлено, въ видахъ осторожности, оставить пока этотъ вопросъ открытымъ и выждать результатовъ введенія безплатнаго лѣченія несовершеннолѣтнихъ и повторныхъ; 2) вопросъ *о призрѣніи душевно-больныхъ въ семьяхъ* и объ устройствѣ патронажа при уѣздныхъ врачебныхъ пунктахъ рѣшенъ отрицательно; 3) *смѣта* на врачебную часть утверждена въ размѣрѣ 60192 р. 91 к.—Зарайскій уѣздъ: 1) по вопросу *о глазной помощи населенію* указано, что помощь эту въ уѣздѣ надо считать обезпеченною въ той мѣрѣ, какъ было высказано на Совѣщаніи врачей при губернской Управѣ; 2) *учрежденіе санитарнаго Совѣта* признано желательнымъ; 3) *смѣта* на врачебную часть принята въ размѣрѣ 38308 р. 66 к.—Касимовскій уѣздъ: 1) по вопросу *о глазной помощи населенію* указано, что дѣлать обязательнымъ для поступающихъ врачей лѣченіе глазныхъ болѣзней неудобно. Научныя командировки въ уѣздъ существуютъ и даютъ полную возможность желающимъ ознакомиться съ глазными болѣзнями. Въ уѣздѣ имѣются 2 глазныхъ пункта, пользующихся субсидіей Попечительства о слѣпыхъ, чѣмъ обезпечена безплатная подача глазной помощи; 2) *смѣта* на врачебную часть принята въ размѣрѣ 69670 р. 50 к.—Михайловскій уѣздъ: 1) по вопросу *о глазной помощи* указано, что нѣтъ основаній отводить глазной помощи первенствующую роль въ ряду другихъ родовъ помощи населенію. Земскій врачъ не можетъ быть узкимъ спеціалистомъ; если-же онъ чувствуетъ какой-либо пробѣлъ въ своей подготовкѣ, то не преминетъ воспользоваться научной командировкой. Населеніе едва-ли нуждается въ глазной помощи больше, чѣмъ въ какой-либо другой, при чемъ оно нуждается не столько въ спеціалистахъ-врачахъ, сколько въ устройствѣ достаточнаго количества больницъ съ надлежащей обстановкой; 2) по возбужденному губернскимъ Собраніемъ вопросу *объ учрежденіи санитарнаго Совѣта* указано, что таковой въ уѣздѣ уже существуетъ.—Рязанскій уѣздъ: 1) по вопросу *о глазной помощи* указано, что нѣтъ основанія выдѣлять глазную помощь изъ другихъ видовъ врачебной помощи, и, слѣд., судьба этого вопроса находится въ прямой связи съ общей постановкой земскаго врачебнаго дѣла въ уѣздѣ; 2) по вопросу *о безплатности больничнаго лѣченія* постановлено ввести безплатное лѣченіе для всѣхъ плательщиковъ Рязанскаго уѣзднаго земскаго сбора и взимать плату съ жителей другихъ уѣздовъ; 3) приняты *пожертвованныя* Т. П. Таптыковымъ *50000 р. для устройства лѣчебницы* на 5—8 чел., преимущественно для дворянъ и служащихъ Рязанскаго Земства, согласно желанію жертвователя; 4) *уѣздное призрѣніе душевно-больныхъ* признано неудобнымъ; 5) постановлено учредить *уѣздный санитарный Совѣтъ* и утвердить уставъ его; 6) *смѣта* на врачебную часть утверждена въ размѣрѣ 94297 р. 54 к.—Сапожковскій уѣздъ: 1) учрежденіе *уѣзднаго санитарнаго Совѣта* признано въ принципѣ желательнымъ, но окончательное рѣшеніе вопроса отложено до слѣдующаго Собранія; 2) *смѣта* на врачебную часть принята въ размѣрѣ 56559 р. 81 к.—Скопинскій уѣздъ: 1) по вопросу *о глазной помощи* населенію постановлено, что помощь глазнымъ больнымъ можетъ быть оказываема пунктовыми земскими врачами въ томъ только случаѣ, если эти послѣдніе будутъ командироваться по очереди для научнаго ознакомленія съ лѣченіемъ глазныхъ болѣзней; въ виду этого постановлено ежегодно командировать одного изъ врачей для научнаго усовершенствованія; 2) въ виду перехода д-ра *Е. И. Федутинова*, прослужившаго въ Земствѣ 10 лѣтъ, на другую должность постановлено выразить ему *глубокую признательность* за его труды и ассигновать 200 р. на пріобрѣтеніе для него медицинской библіотеки; предсѣдатель Собранія, съ своей стороны, внесъ изъ личныхъ средствъ 200 р. въ пособіе Земству на этотъ предметъ; 3) *смѣта* на врачебную часть утверждена въ размѣрѣ 50962 р. 20 к.—Спасскій уѣздъ: 1) по вопросу *о глазной помощи* населенію постановлено: порядокъ командированія врачей для изученія глазныхъ болѣзней подчинить правилу, принятому Собраніемъ о командировкахъ врачей съ научной цѣлью вообще; 2) по вопросу объ учрежденія *уѣзднаго санитарнаго Совѣта* указано, что въ уѣздѣ имѣется «Съѣздъ врачей», вполнѣ соотвѣтствующій санитарному Совѣту; 3) *смѣта* на врачебную часть утверждена въ размѣрѣ 40860 р. («Свѣдѣнія о врачебно-санитарной организаціи Рязанской губ.», № 3—6, 1903 г.).

1047. 24-го мая въ Гатчинѣ *тепло чествовали* выѣхавшаго оттуда д-ра *Г. В. Ольдероге*, состоявшаго 18 лѣтъ врачомъ Гатчинской лѣчебницы для хронически больныхъ дѣтей («Новое Время», 25 мая).

1048. Вѣдомство учрежденій Императрицы Маріи получило 100000 р. по духовному завѣщанію г-жи Тряпкиной. Наслѣдство оставлено *для призрѣнія и воспитанія слѣпыхъ дѣтей* («Новое Время», 23 мая).

1049. 18-го мая въ Елисаветградѣ освящено прекрасное и громадное зданіе *новой больницы Краснаго Креста*, построенной на средства А. М. Дмитрянъ. При больницѣ устроена обширная амбуляторія. На постройку, снаряженіе и отчасти содержаніе больницы г-жей Дмитрянъ пожертвовано болѣе 500000 р.

1050. 28-го апрѣля въ Аккерманѣ открыта *здравница*, устроенная на средства мѣстнаго землевладѣльца Еремѣева («Бессарабецъ», 13 мая).

1051. По завѣщанію г. Кузнецова %% съ неприкосновеннаго капитала въ 2000 р. назначены на содержаніе въ Саратовѣ *больницы для хрониковъ* («Саратовскій Листокъ», 19 мая).

1052. «Биржевыя Вѣдомости» (24 мая) передаютъ, что Петербургская городская санитарная Коммиссія предполагаетъ устроить

Digitized by Google

*5 новыхъ городскихъ амбуляторій.* При всѣхъ этихъ амбуляторіяхъ будутъ учреждены ночныя дежурства врачей и ежедневный пріемъ спеціалистовъ, который будетъ начинаться послѣ 12 час. дня, вслѣдъ за пріемомъ у думскихъ врачей.

1053. При Одесской еврейской больницѣ учреждается *Общество пособія бѣднымъ, нуждающимся въ амбуляторномъ лѣченіи* («Южное Обозрѣніе», 21 мая).

1054. Старобѣльскій (Харьковской губ.) уѣздный санитарный Совѣтъ по вопросу *о порядкѣ закрытія школъ во время появленія въ нихъ эпидемическихъ заболѣваній* постановилъ: согласно предложенію инспектора народныхъ училищъ предоставить всѣмъ земскимъ врачамъ уѣзда право на временное закрытіе школьныхъ зданій во время появленія въ нихъ злокачественныхъ и имѣющихъ наклонность къ широкому распространенію эпидемій—натуральной оспы, скарлатины, кори, краснухи, вѣтряной оспы, коклюша, свинки и дифтеріи съ тѣмъ, чтобы врачи немедленно доводили до свѣдѣнія инспектора о характерѣ эпидеміи и о времени, на какое школа должна быть закрыта, и просить инспектора увѣдомить всѣхъ учителей и учительницъ народныхъ школъ уѣзда о немедленномъ прекращеніи школьныхъ занятій при появленіи эпидемическихъ заболѣваній въ школахъ въ тѣхъ случаяхъ, когда мѣстный земскій врачъ найдетъ это необходимымъ («Врачебная хроника Харьковской губ.» № 3).

1055. «Русскія Вѣдомости» (20 мая) сообщаютъ, что въ одной изъ палатъ Юрьевской госпитальной хирургической клиники *отъ ветхости обрушился потолокъ*, при чемъ *1 больного убило* и причинены серьезныя поврежденія сидѣлкѣ.

1056. Д-ръ *Н. Д. Качкинъ* сообщаетъ во «Врачебно-санитарной хроникѣ Саратовской губ.» (№ 4) слѣдующій *интересный съ бытовой стороны случай*: «М., 26 л., духовнаго званія, пьетъ запоемъ и тяготится этой слабостью. Мѣсяца 4 назадъ обратился къ священнику съ просьбой связать его клятвой «не пить водки въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ». Клятва сопровождалась цѣлованіемъ креста и евангелія. 3-мѣсячный искусъ М. перенесъ легко, по истеченіи же этого срока запилъ снова и рѣшился повторить клятву, что и привелъ въ исполненіе вечеромъ 20-го февраля. На слѣдующее утро не выдержалъ, и выпилъ рюмку водки, но... тутъ же почувствовалъ, что лишился языка. Вечеромъ 21-го февраля былъ приглашенъ я. М.—брюнетъ средняго роста, цвѣтущаго здоровья; выговариваетъ только «ба—ба»... Температура нормальная, пульсъ 120; волнуется страшно; плачетъ: боится, что даръ слова потерялъ навсегда; параличей никакихъ, языкъ послушно двигается во всѣ стороны. Назначенъ бромистый калій и на ночь хлоралъ гидратъ. Совѣтъ—быть спокойнѣе, такъ какъ излѣченіе будетъ полное. Къ священнику—просьба разрѣшить больного отъ грѣха «нарушенія клятвѣ». 22/п: Больной все еще волнуется и не вѣритъ въ свое выздоровленіе. Попытки заставить его произносить разныя слова отчасти увѣнчались успѣхомъ: выговорилъ «да» и «хочу». 22-го февраля спокойнѣе; чувствуетъ самъ, что «заговоритъ». 24—говоритъ свободно».

1057. По телеграфу сообщено извѣстіе, что въ Пекинѣ обнародованъ указъ *о присоединеніи Китая къ Международному Обществу Краснаго Креста.* Богдыханомъ пожертвовано на Китайскій Красный Крестъ 100000 іенъ; къ пожертвованіямъ приглашается и населеніе страны.

1058. Д-ръ *A. Grünbaum* предпринялъ въ Англіи рядъ опытовъ надъ *прививками брюшного тифа, скарлатины и кори* человѣкообразнымъ обезьянамъ—*шимпанзе.* Большими количествами брюшно-тифозныхъ бактерій (1 к. стм. 24-дневной разводки въ молокѣ) удалось вызвать у 2-хъ шимпанзе, погибшихъ черезъ 12 дней, патолого-анатомическія измѣненія въ кишечникѣ и въ селезенкѣ, типичныя для брюшного тифа (припуханіе *Peyer*'овыхъ бляшекъ, увеличеніе брызжеечныхъ железъ и селезенки, наличность брюшно-тифозныхъ палочекъ въ этихъ железахъ). Прививки изъ кожныхъ чешуекъ и изъ крови больныхъ скарлатиной и корью не дали опредѣленныхъ результатовъ: здѣсь, кромѣ нагноенія, ничего не получилось («British Medical Journal», 9 апрѣля).

1059. По газетнымъ извѣстіямъ, прозекторъ городской больницы въ Baltimore'ѣ д-ръ *Samuel Darling открылъ микроорганизма свинки* («The Medical Age», 10 мая).

1060. Въ Philadelphi'и за одну изъ послѣднихъ недѣль *заболѣваемость брюшнымъ тифомъ* достигла цифры 321 (всего съ 1 января наблюдалось свыше 2000 случаевъ). Отмѣчая этотъ грустный фактъ, «American Medicine» (7 мая) напоминаетъ старую поговорку, что «за каждую такую смерть кого-нибудь слѣдуетъ повѣсить», и взываетъ къ общественному управленію о принятіи мѣръ.

1061. Въ Butler'ѣ, штатъ Pennsylvania, образовалось общество спеціально для веденія исковъ объ убыткахъ къ водопроводной компаніи города по поводу недавней *эпидеміи брюшного тифа*, вызванной, какъ всѣ увѣрены, небрежностью этой компаніи («Medical Record», 14 мая).

1062. Massachusetts'скіе *противники живосѣченій* и въ этомъ году пытались провести въ законодательномъ собраніи штата желательный имъ билль, но опять провалились, получивъ всего 35 голосовъ изъ 125 («The Journal of the American Medical Association», 14 мая).

1063. Факультетъ Philadelphi'йской Medico-Chirurgical College недавно приговорилъ къ *исключенію одного студента высшаго курса*, обвинявшагося мѣстнымъ медицинскимъ Обществомъ въ лѣченіи больныхъ («The Journal of the American Medical Association», 14 мая).

1064. Германскимъ верховнымъ Судомъ запрещено, какъ передаетъ «The Journal of the American Medical Association» (14 мая), *американскимъ докторамъ именоваться таковыми въ Германіи.*

1065. Въ «New-York Times» телеграфируютъ изъ Харбина, что *улицы этого города и санитарное состояніе его ужасны* (horrible) и что слѣдовало бы на приведеніе послѣдняго въ порядокъ удѣлить добрую часть громадныхъ суммъ, собранныхъ въ Россіи на раненыхъ; иначе городу, въ которомъ не рѣдкость холера, а тифъ не переводится, угрожаетъ нынѣ лѣтомъ и чума («Medical Record», 7 мая).

1066. Американская компанія Associated Press получила свѣдѣнія, которыми *рѣшительно опровергаются всѣ слухи о якобы свирѣпствующихъ въ Мукденѣ эпидеміяхъ:* въ мѣстныхъ больницахъ имѣется, правда, нѣсколько больныхъ съ кровавымъ поносомъ, оспой и тифомъ, но послѣднія 2 формы эндемичны въ Манчжуріи, а кровавый поносъ неизбѣженъ при скопленіи большихъ массъ войска («Medical Record», 14 мая).

1067. «The Medical Age» (10 мая) заимствуетъ изъ London'ской «Truth» нѣчто въ родѣ *похвальнаго слова японскому солдату.* Особенно восхваляется неприхотливость послѣдняго въ ѣдѣ: все питаніе японца въ военное время составляютъ, будто-бы, лепешки изъ развареннаго, а затѣмъ высушеннаго до плотности морской галеты риса, которыя поѣдаются распущенными въ кипяткѣ съ приправой изъ сухой рыбы или свѣжихъ плодовъ, или-же и сухими. При такомъ питаніи японецъ имѣетъ крѣпчайшія мышцы, онъ—превосходный стрѣлокъ, быстро осваивается съ мѣстностью, можетъ спать всего 3 часа въ сутки, чистоплотенъ, пылкій патріотъ и пр., и пр., и—стоитъ государству всего 5 центовъ въ сутки.

1068. Изъ Winnipeg'а сообщаютъ отъ 28-го апрѣля, что всѣ эскимосы въ бассейнѣ Mackenzie, кромѣ 10 семей, *истреблены корью*; до эпидеміи ихъ было 40—50 семействъ или болѣе 200 чел. («American Medicine», 7 мая).

1069. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The Lancet», 21 и 28 мая). Капская колонія: за 2 послѣднія недѣли апрѣля въ Port-Elizabeth'ѣ наблюдалось 2 и 1 свѣжихъ заболѣваній. Трансвааль: за первыя 2 недѣли мая заболѣли 21 чел. (17 цвѣтныхъ и 4 бѣлыхъ), а умерли 4 (3 бѣлыхъ); общее число заболѣвшихъ отъ начала эпидеміи—140 (24 бѣлыхъ). На островѣ св. Маврикія за недѣлю по 13 мая свѣжихъ случаевъ чумы не обнаружено. Въ Hong-Kong'ѣ съ 8 по 14 мая заболѣли 28 чел. и умерли 27.

1070. *Умерли:* 1) 21-го апрѣля бывшій Поневѣжскій городовой врачъ *Онуфрій Казиміровичъ Мойгисъ*, родившійся въ 1836 г., званіе врача получившій въ 1860 г. и все время врачебной дѣятельности посвятившій г. Поневѣжу. Покойный прослужилъ 30 лѣтъ городовымъ и училищнымъ врачемъ и пользовался большой извѣстностью, какъ практическій врачъ и добрый человѣкъ. До могилы его провожалъ весь городъ (Сообщено *К. К. Антошевскимъ*).—2) Участковый врачъ Копальскаго участка Семирѣченской области *Николай Николаевичъ Лютыкъ* («В.-Медицинскій Журналъ», апрѣль), родившійся въ въ 1869 г., а званіе врача получившій въ 1897 г.—3) Младшій врачъ Калужскаго мѣстнаго лазарета, *Аркадій Михайловичъ Черкасовъ* (тамъ-же), родившійся въ 1866 г., а званіе врача получившій въ 1893 г.—4) Дивизіонный врачъ 13 пѣхотной дивизіи *Василій Александровичъ Александровъ* (тамъ-же), родившійся въ 1846 г., а званіе врача получившій въ 1873 г.—5) Самаркандскій областной врачъ *Барсовъ* («В.-Медицинскій Журналъ», май).—6) Младшій врачъ 10-го Восточно-Сибирскаго стрѣлковаго полка *Константинъ Ивановичъ Коробковъ* (тамъ-же), родившійся въ 1875 г., а званіе врача получившій въ 1899 г.—7) Младшій врачъ 201-го пѣхотнаго резервнаго Лебединскаго полка *Сигизмундъ Петровичъ Девоневскій* (тамъ-же), родившійся въ 1863 г., а званіе врача получившій въ 1889 г.—8) 20-го мая въ Петербургѣ отъ рака желудка главный врачъ Маріинской больницы *Артемій Михайловичъ Айкановъ* («Новое Время», 21 мая), родившійся въ 1848 г., а званіе врача получившій въ 1870 г. Въ одномъ изъ слѣдующихъ №№ мы дадимъ болѣе подробный некрологъ о покойномъ. — 9) Въ Варшавѣ *Левъ Вильгельмовичъ Ненцкій* («Gazeta lekarska», 28 мая), родившійся въ 1848 г., а званіе врача получившій въ 1871 г.—10) Въ Новгородѣ *Иванъ Захаровичъ Мурашевъ*, «около 15 лѣтъ пробывшій земскимъ врачемъ и отдававшій всѣ силы и все время на облегченіе страданій бѣднаго деревенскаго люда», а затѣмъ принявшій санъ священника». Въ «Биржевыхъ Вѣдомостяхъ» (19 мая), откуда мы заимствуемъ извѣстіе о его смерти, напечатанъ о немъ теплый некрологъ. Покойный родился въ 1858 г., а званіе врача получилъ въ 1888 г. — 11) 19-го мая, въ Петербургѣ, *Михаилъ Петровичъ Огановичъ* («Новое Время», 22 мая), родившійся въ 1849 г., а званіе врача получившій въ 1873 г.—12) Въ Leipzig'ѣ проф. анатоміи *His.*—13) Въ Парижѣ извѣстный физіологъ *Marey.*

**Опечатка:** Въ № 20, въ статьѣ проф. *И. В. Заблудовскаго*—«Переутомленіе при занятіяхъ письмомъ и музыкой» — на стр. 724, на 1-ой строкѣ св. напечатано: въ 45 разъ; слѣдуетъ: въ 4—5 разъ.

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Русскіе.

**Практическій Врачъ**, 1904 г., 3 января.

1. **М. Ростовцевъ.** *Грыжи червеобразнаго отростка.* 2. **С. Черепнинъ.** *Характеристика эпидеміи сыпного тифа въ Петербургѣ 1902—1903 г.* (Не окончена). 3. **Э. Гейкингъ.** *О хирургическомъ лѣченіи гнойныхъ выпотовъ околосердія.* (Не окончена). 4. **И. Львовъ.** *Лѣченіе климактерическихъ кровотеченій.* (Не окончена).

10 января.

1. **Я. Бандалинъ.** *Какодиловая терапія при chorea Sydenham'a, дрожательномъ параличѣ, неврастеніи и діабетѣ.* (Не окончена). 2. **С. Черепнинъ.** (Продолженіе). 3. **Э. Гейкингъ.** (Продолженіе). 4. **И. Львовъ.** (Окончаніе).

17 января.

1. **С. Штейнгаузъ и Л. Айхенвальдъ.** *Наблюденія надъ примѣненіемъ веронала у душевно-больныхъ.* (Не окончена). 2. **С. Черепнинъ.** (Окончаніе). 3. **Э. Гейкингъ.** (Продолженіе).

24 января.

1. **J. Mikulicz** (Бреславль). *Къ патологіи и терапіи кардіоспазма.* (Не окончена). 2. **Э. Гейкингъ.** (Продолженіе). 3. **Я. Бандалинъ.** (Тоже). 4. **С. Штейнгаузъ и Л. Айхенвальдъ.** (Окончаніе). Приходятъ къ выводу, что вероналъ (въ пріемахъ 0,5—1,25) представляется лучшимъ изъ снотворныхъ по надежности и безопасности своего дѣйствія.

31 января.

1. **М. Цитринъ.** *Къ вопросу о лѣченіи проникающихъ ранъ брюшной стѣнки съ выпаденіемъ сальника. Случай съ выздоровленіемъ.* 2. **Э. Гейкингъ.** (Окончаніе). 3. **Я. Бандалинъ.** (Тоже).

7 февраля.

1. **Н. Шистовскій.** *О лѣченіи экземы у дѣтей перувіано-борной мазью.* Болѣе 3000 случаевъ, за 10 лѣтъ. Прекрасное дѣйствіе смазыванія волосистой части головки 2—3 р. въ день мазью изъ 12,0 тончайшаго порошка борной кислоты и 2,0 перувіанскаго бальзама на 100,0 очищеннаго желтаго вазелина, а при экземѣ не-волосистыхъ частей тою же мазью безъ бальзама или только съ $^1/_2$% его. 2. **J. Mikulicz.** (Продолженіе). 3. **С. Ясный.** *Къ вопросу о повторныхъ заболѣваніяхъ скарлатиной.*

14 февраля.

1. **А. Мануйловъ.** *Наблюденія надъ терапевтическимъ примѣненіемъ скополамина.* (Не окончена). 2. **J. Mikulicz.** (Окончаніе). 3. **Г. Даниловъ.** *Обзоръ новѣйшихъ работъ по вопросу о сонной немочи.* 4. **Н. Невзоровъ.** (Окончаніе).

21 февраля.

1. **С. Самохоцкій.** *Къ казуистикѣ грыжъ кишечной стѣнки.* 3 случая. 2. **А. Мануйловъ.** (Окончаніе). 3. **Софія Дейчъ.** *Къ лѣченію атропиномъ непроходимости кишекъ.* 3 удачныхъ случая. Атропинъ (сѣрнокислый) давался въ 1-мъ случаѣ внутрь, по 0,002, черезъ часъ по порошку, и, было принято 4 порошка, да 1 на 2-ой день; во 2-мъ—3 порошка внутрь и затѣмъ 2 дня по 1 впрыскиванію 0,005 подъ кожу; въ 3-мъ только подкожно—на 3-ій день болѣзни 2 раза по 0,002, 2 раза на 4-ый и 1 на 5-ый.

28 февраля.

1. **Vulpius.** *Опыты пересадки сухожилій.* (Не окончена). 2. **Г. Зеленскій.** *Случай бугорковой проказы.* (Тоже). 3. **Н. Домбровскій.** *Къ казуистикѣ последифтерійныхъ параличей.* Случай.

**Врачебная Газета**, 1903 г., 13 декабря.

1. **М. Козловскій.** *Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ въ дыхательныхъ путяхъ.* 2 случая. 2. **Э. Гейманъ.** *Enteritis membranacea.* По поводу 9 случаевъ (приведенъ 1). 3. **Е. Розенблюмъ.** *Къ казуистикѣ беременности при цѣлости дѣвственной плевы въ связи съ вопросомъ о растлѣніи.* (Не окончена).

1904 г., 3 января.

1. **Н. Чистовичъ и О. Шестакова.** *О морфологическихъ измѣненіяхъ крови при краснухѣ.* 2. **С. Сухановъ.** *О навязчивыхъ психическихъ сочетаніяхъ по контрасту при меланхолическихъ состояніяхъ.* 3. **С. Преображенскій.** *9 случаевъ инородныхъ тѣлъ въ носу и ринолитовъ.* (Не окончена). 4. **Р. Зеленскій.** *Къ казуистикѣ эхинококковъ головного мозга.* Патолого-анатомическое наблюденіе. 5. **Н. Лобасъ.** *Нѣкоторыя черты изъ психо-физики преступниковъ.* (Не окончена). 6. **В. Балдовскій.** *2 случая лѣченія эклямпсіи экстрактомъ щитовидной железы.* 7. **И. Кавалеровъ.** *Наблюденія надъ дѣйствіемъ арренала при болотной лихорадкѣ.* По автору, арреналъ не уступаетъ хинину; давался онъ внутрь по 5—10 капель раствора 1:20 2 раза въ день передъ ѣдой.

10 января.

1. **И. Догель.** *Нѣкоторые препараты мышьяка по отношенію ихъ къ животному организму.* 2. **С. Преображенскій.** (Окончаніе). 3. **С. Бобовичъ.** *Къ вопросу о травматическихъ заболѣваніяхъ желудка. Случай ахиліи и слипчиваго перитонита, происшедшихъ послѣ ушиба живота.* (Не окончена). 4. **В. Васильевъ.** *Наблюденія надъ физіологическими проявленіями половой жизни у киргизокъ Актюбинскаго уѣзда Тургайской области.* 5. **Н. Лобасъ.** (Продолженіе).

17 января.

1. **В. Гейнацъ.** *Наблюденія надъ адреналино-кокаиновой анэстезіей.* (Не окончена). 2. **I. Гербсманъ.** *Нѣкоторыя темныя стороны въ современномъ ученіи о сифилисѣ.* (Не окончена). 3. **Н. Лобасъ.** (Окончаніе). 4. **С. Бобовичъ.** (Окончаніе).

24 января.

1. **И. Львовъ.** *Рижское взморье, какъ курортъ.* (Не окончена). 2. **В. Гейнацъ.** (Окончаніе). 3. **I. Гербсманъ.** (Окончаніе). 4. **С. Линтваревъ.** *Нѣсколько рѣдкихъ случаевъ сибирской язвы у человѣка.*

31 января.

1. **И. Львовъ.** (Окончаніе). 2. **П. Өедоровъ.** *Борьба съ дѣтской смертностью.* (Не окончена). 3. **К. Перцевъ.** *Случай болѣзни Weil'я съ рѣдкимъ осложненіемъ.* (Не окончена). 4. **А. Михновскій.** *Къ вопросу о перевозкѣ тяжело-раненыхъ. Случай травматическаго разрыва печени.*

7 февраля.

1. **А. Новиковъ.** *Гдѣ искать опорныхъ пунктовъ для діагностики опухолей брюшной полости? (Случай оперированнаго cancer peritonei colloides, окончившійся выздоровленіемъ).* Подчеркивается важность разспроса. 2. **И. Гюбертъ.** *Къ вопросу о заразительности проказы.* (Не окончена). 3. **К. Перцевъ.** (Окончаніе). Осложненіе—омертвѣніе язычка, мягкаго неба и миндалинъ, съ отекомъ гортани. 4. **П. Өедоровъ.** (Продолженіе). 5. **А. Вороновъ.** *Къ вопросу о лѣченіи переломовъ надколѣнника открытымъ костнымъ швомъ.* 6. **М. Заусайловъ.** *О лѣченіи Виттовой пляски (Choreae minoris) салициловымъ натромъ.*

14 февраля.

1. **С. Златогоровъ.** *По поводу москитной теоріи распространенія маляріи.* 2. **А. Жолковъ.** *Къ казуистикѣ огнестрѣльныхъ раненій желудка.* (Не окончена). 3. **П. Өедоровъ.** (Окончаніе). 4. **И. Гюбертъ.** (Продолженіе).

21 февраля.

1. **Ө. Стефановскій.** *Мирингитомія, какъ средство, улучшающее слухъ при хроническомъ среднемъ отитѣ (при слипчивой, сухой и склерозной формахъ его).* (Не окончена). 2. **М. Орбантъ.** *Дифтерія послѣродовой матки.* Случай. 3. **И. Гюбертъ.** (Продолженіе). 4. **А. Жолковъ.** (Окончаніе). 5. **М. Заусайловъ.** *О примѣненіи формалина для обеззараживанія предметовъ по способу д-ра Voges'a.* 6. **П. Смоленскій.** *Объ испытаніи дезинфекціоннаго аппарата и газа Clayton'a въ Барачной больницѣ въ память С. П. Боткина въ Петербургѣ.*

28 февраля.

1. **И. Бендерскій.** *Клиника маленькаго желудка (Mikrogastria).* 2. **Ө. Стефановскій.** (Окончаніе). 16 случаевъ. 3. **И. Гюбертъ.** (Тоже). 4. **М. Кероновскій.** *Случай раненія брюшной полости и кишекъ, оперированный въ крестьянской избѣ и окончившійся выздоровленіемъ.*

#### Англійскіе.

**American Medicine.** 1903 г., 5 декабря.

1. **C. D. Aaron.** *Treatment in 442 cases of movable kidney without surgical intervention.* 442 случая подвижной почки; лѣченіе безъ хирургическаго вмѣшательства. 2. **H. A. Fairbairn.** *A logical definition of typhoid fever.* 3. **T. C. Martin.** *The relation of the rectal valve to obstipation.* Отношеніе прямокишечной заслонки къ запору,—40 случаевъ. 4. **F. Huber.** *Otitic serous meningitis: lumbar puncture, recovery.* Случай. 5. **A. Gordon.** *A case of hysteric tetany...* 6. **S. E. Cook.** *Mycotic disease of the ear canal; with report of a new fungus.*

12 декабря.

1. **A. S. Klebs.** *The relative importance to the community of pneumonia and tuberculosis.* 2. **J. B. Deaver.** *Address on hernia.* 3. **T. H. Manley.** *On amputations.* 4. **A. Mc Phedran.** *Amyotrophic lateral sclerosis.* 5. **I. R. Trimble.** *Infections of the knee-joint* (колѣна). 6. **H. W. Yates.** *Care of the uterine cervix.*

19 декабря.

1. **J. F. Schamberg.** *The Finsen light and Röntgen rays in the treatment of diseases of the skin* (кожи). 2. **W. F. Cheney.** *The diagnosis of trichiniasis.* 3. **J. H. Gibbon.** *Perforated gastric and duodenal ulcers.* 4 случая операціи. 4. **G. W. Goler.** *The influence of the municipal milk supply upon the deaths of young children.* 5. **R. Winslow.** *Indications for operations on the gall-bladder and bile ducts.* 6. **D. Crosby.** *The recent epidemic of smallpox* (оспы) *in California.*

26 декабря.

1. **W. Osler.** *Typhoid fever and tuberculosis.* 2. **J. M. Baldy.** *Retrodisplacements of the uterus.* 3. **H. B. Allyn.** *The results of the surgical treatment of ascites occurring in cirrhosis of the liver.* Случай. 4. **G. E. Shoemaker.** *Sarcoma of the abdominal wall, and probably of the pelvic viscera, which has disappeared under the use of the Röntgen rays.* 5. **R. M. Pearce.** *The islands of Langerhans in congenital syphilitic pancreatitis.* 6. **F. Van Beuren.** *Some experiments with radium on bacteria.*

Digitized by Google

1904 г., 2 января.

1. A. Stengel. *The early diagnosis of arteriosclerosis.* О раннихъ признакахъ артеріосклероза. 2. W. T. Howard and W. H. Weir. *A bacteriologic investigation of commercial vaccine virus.* 3. W. Baumgarten. *The methyleneblue eosin stains.* О разныхъ способахъ окраски синькой съ эозиномъ. Статья компилятивная, но в. интересная. 4. T. J. Harris. *Some remarks on the etiology of hyperplasia of the pharyngeal tonsil in the light of recent investigations.* 5. J. W. England. *Percentage solutions, with reference to the metric system.* 6. E. K. Shelmerdine. *Seasickness: etiology and prophylaxis.* О морской болѣзни.

9 января.

1. C. D. Spivak. *Tubism-lavage habit.* Предостерегаетъ отъ ненужныхъ промываній желудка. 2. W. B. Coley. *Amputation at the hip-joint form sarcoma...* 7 усѣченій бедра по поводу саркомы. 3. S. S. Cohen. *Can our procedures for the judical determination of the cause of death be bettered?* Можетъ-ли быть улучшено судебно-медицинское опредѣленіе причинъ смерти? 4. L. M. Warfield. *Observations on uncinariasis.* 5. J. W. Wherry. *Results of an experimental treatment of epileptic insanity.* 6. J. W. Kime. *Care of sputum of tuberculous patients.* 7. L. Coville. *Ithaca epidemic of 1903* (брюшной тифъ).

16 января.

1. J. R. Arneill. *Cancer of the stomach.* Рядъ случаевъ. 2. J. Fränkel and B. Onuf (Onufrowicz). *Congenital intrauterine poliomyelitis and neuritis...* 3. O. Lerch. *Malaria followed by interstitial nephritis and peripheral neuritis.* Случай. 4. H. F. Hansell. *Hallucinations of vision.* 5. J. N. Hall. *An unusual form of tuberculous disease of the chest* (груди). 2 случая. 6. P. Kintzing. *Operation for the radical cure of inguinal hernia in young children.*

23 января.

1. J. Mc Crae, J. C. Fyshe and W. E. Ainley. *Acute lobar pneumonia.* Разборъ 486 случаевъ и 100 вскрытій. 2. L. V. Hamman. *The blood in acute leukemia.* 3 случая. 3. M. I. Wilbert. *A comparative study of fractures of the extremities.* 4. J. S. Horsley. *Fracture-dislocation of the spine.* 5 случаевъ перелома—смѣщенія позвоночника. 5. J. Knott. *Physical overexertion, and its effects on health.* 6. W. Lathrop. *The modern treatment of wounds.*

30 января.

1. M. J. Stern. *The diagnosis and treatment of gall-stones* (желчныхъ камней). 2. C. G. Cumston. *The medicolegal aspects of autoabortion.* 3. A. M. Pond. *Postoperative intestinal obstruction.* 4. B. Onuf (Onufrowicz). *Some features of the epileptic attack.* 5. W. J. Lederer. *Some reflex neuroses of dental origine.* 6. H. G. Wetherill. *Intrauterine flushing and drainage for infection: the passing of the curet and douche.*

**The British Medical Journal.** 1904 г., 2 января.

1. I. Owen. *Oedema of the lungs and its importance as a mode of death.* Клиническая лекція. 2. W. H. Broadbent. *Postural albuminuria.* Замѣтка. 3. A. James. *Empyema and bronchiectasis.* Изъ клиническихъ лекцій. 4. D. J. Williams. *Three cases of abscess of the lung.* 5. J. A. Coutts and R. P. Rowlands. *A case of purulent pericarditis associated with empyema in a child aged $2^1/_2$ years.* 6. E. Trevithick. *Note on the method of demonstrating tubercle bacilli in the urine.* Нѣсколько разъ центрифугируетъ мочу, предварительно взбалтывая осадокъ съ водою и сливая затѣмъ послѣднюю. 7. F. P. Weber. *Reaction withe perchloride of iron in the urine of grave cases of hepatic cirrhosis.* Реакція съ $1^1/_2$-хлористымъ желѣзомъ въ мочѣ при тяжеломъ циррозѣ печени. 8. J. L. Thomas. *A method for anastomosing a severed vas deferens.* 9. J. Sawyer. *Pilewort ointment and suppository.* Объ unguentum ranunculi ficariae и такихъ же свѣчкахъ при почечуѣ.

9 января.

1. G. E. Herman. *Operative and expectant treatment in ectopic pregnancy* (при внѣматочной беременности). 2. E. T. Thring. *Abdominal operations during pregnancy.* 3. R. Maclaren. *On the operative treatment of uterine myomata.* 4. J. M. M. Kerr. *Forcible, dilatation of the cervix in «accouchement forcé».* 5. C. Watson. *Observations on the pathogenesis of gout* (подагры). 6. J. W. Byers. *Glandular fever.* 7. C. B. Plowright. *Notes on the distribution of cancer in the Freebridge Lynn rural district.* 8. P. Manson. *A note on Dr. Primrose's paper on filariasis.* 9. A. Powell. *The life-span of the Guinea-worm.*

16 января.

1. W. R. Gowers. *Lumbago: its lessons and analogues.* Лекція. 2. W. Osler. *Chronic cyanotic polycythaemia with enlarged spleen.* 3. R. T. Williamson. *Changes in the spinal cord in diabetes mellitus.* Итоги изслѣдованія 1 случая. 4. W. M. Stevens. *A note on the tendon reflexes in uraemia.* 5. H. Distin. *A note on «brachial neuralgia».* 6. R. Fullerton. *Respiratory spasm followed by cessation of breathing* (дыханія) *in a recently-born child.* 7. F. Smith. *Hysterical paraplegia in the male.* 8. W. H. Lewis. *An unusual epileptic case.* 9. G. C. R. Harbinson. *Scleroderma associated with Raynaud's disease and addisonian pigmentation.* 10. W. Thorburn. *A modified operation of castration.* 11. S. Boyd. *Intraperitoneal abscess due to pneumococcus.* 12. E. Smith. *The invasion stage of measles* (кори). 13. W. C. W. Glenny. *A case of extreme hyperpyrexia.*

23 января.

1. K. W. Monsarrat. *On the etiology of carcinoma.* Описываетъ особый микроорганизмъ. 2. B. Pollard. *Carcinoma of the colon and its treatment by colectomy.* 3. J. M. Davidson. *Radium bromide.* 4. G. Sichel. *A case of rodent ulcer treated with radium.* 5. P. Manson and G. C. Low. *The Leishman-Donovan body and tropical splenomegaly.* 6. J. E. Dutton. J. L. Todd and C. Christy. *Human trypanosomiasis on the Congo.*

30 января.

1. T. Stoker. *Observations on suprapubic prostatectomy.* 2. G. Barling. *Prostatic enlargement and its treatment by Freyer's method.* 3. C. S. Wallace. *An anatomical criticism of the procedure known as total prostatectomy.* 4. P. S. Lelean. *Notes on myiasis.*

**The Lancet.** 1904 г., 2 января.

1. W. H. Bennett. *Deceptive signs of improvement following upon septic intoxication in acute appendicitis, especially in young people.* Клиническая лекція. 2. C. Norman. *On hallucination.* Тоже. 3 A. W. Mayo Robson. *On hour-glass stomach from a personal experience of 23 operations.* 23 случая операціи при желудкѣ въ формѣ песочныхъ часовъ. 4. W. Osler. *Ochronosis.* О пигментаціи хрящей, склеръ и кожи при алькаптонуріи. 5. W. E. Wynter. *Some simple expedients in physical therapeutics.* 6. J. B. Pettigrew. *Spiral formations in relation to walking, swimming, and flying.* 7. J. A. Ormerod. *An unusual form of family paralysis.* 8. E. H. Fraser. *A case of facial paralysis associated with herpes zoster.* 9. W. A. Lane. *An effectual means of dealing with the conditions of chronic obstruction of the large bowel...* О завалахъ толстой кишки вслѣдствіе сращеній. 10. G. Lamb and W. K. Hunter. *On the action of venoms of different species of poisonous snakes on the nervous system.* О дѣйствіи нѣкоторыхъ змѣиныхъ ядовъ на нервную систему. 11. T. A. W. Ogg. *Some observations regarding the special circumstances of cases of lead poisoning* (свинцоваго отравленія) *occurring amongst workers in white lead factories.*

9 января.

1. I. Owen. *The future of electro-therapeutics.* Рѣчь. 2. P. Horrocks. *On sterility.* Клиническая лекція о безплодіи. 3. J. B. Hellier. *Seven cases of caesarean section.* Клиническая лекція о 7 случаяхъ кесарскаго сѣченія. 4. T. Wilson. *Kelly's method of cystoscopy in the female* (у женщинъ). 5. J. W. Byers. *Glandular fever.* О железистой лихорадкѣ. 6. D. C. Watson. *Pathogenesis of deafness* (глухоты) *due to chronic nonsuppurative middle-ear disease.* 7. R. Campbell. *The operative treatment of hernia in infants and young children.* 114 случаевъ. 8. L. Kingsford. *Tuberculosis of the tonsils in children.* 9. G. Cavazzani. *The prophylactic action of garlic* (чесноку) *against tuberculous diseases.* Предварительное сообщеніе. Опыты на 8 свинкахъ, 6 изъ которыхъ получали ежедневно 0,06 чесночнаго сока внутрь.

16 января.

1. E. S. Bishop. *Some forms of chronic abdominal surgical disease.* Рѣчь. 2. S. West. *Physiological or functional albuminuria.* 3. G. E. Herman. *The termination of a case of recurrent mammary cancer treated by oöphorectomy.* 4. A. Keith and A. Shillitoe. *The preputial or odoriferous glands in man.* 5. G. A. Syme. *Carcinoma of the duodenum.* Выздоровленіе послѣ изсѣченія. 6. F. Marchand and J. C. G. Ledingham. *On the question of trypanosoma infection in man.* 7. J. M. Bennion. *A case of lobar pneumonia in which the physical signs persisted for eight weeks accompanied by a very irregular temperature.* 8. D. Siveright. *Atmospheric temperature and small-pox* (оспа). 9. F. W. Foott and F. De Havilland Hall. *Case of rupture of the left auricle.* 10. P. M. Chapman. *Notes and comments upon five cases in which chloroform anaesthesia was carried out by Dubois's apparatus.*

23 января.

1. C. R. B. Keetley. *Old unreduced dislocations of the shoulder-joint...* О лѣченіи старыхъ невправимыхъ вывиховъ плеча. Лекція. 2. R. T. Williamson. *The treatment of diabetes mellitus.* Клиническая лекція. 3. A. E. Wright. *On certain new methods of blood examination with some indications of their clinical importance.* О нѣкоторыхъ новыхъ способахъ изслѣдованія крови. 4. H. B. Robinson. *Intraperitoneal rupture of the bladder* (мочевого пузыря) *in a girl, aged 5 years...* 5. A. E. Hind. *A case of acute sulphonal poisoning.* 6. F. J. Smith and C. W. M. Moullin. *A case of acute traumatic cholecystitis.* 7. W. J. Kilner. *Two cases of osteitis deformans in one family.* 8. G. P. Newbolt. *A case of total extirpation of the prostate.* 9. G. F. M. Clarke. *A case of veronal poisoning.*

30 января.

1. T. D. Savill. *Hysterical skin symptoms and eruptions.* Клиническая лекція объ истерическихъ сыпяхъ. 2. C. T. Williams. *The sanatorium treatment of pulmonary tuberculosis.* 3. A. Newsholme. *The relation of the medical practitioner to preventive measures against tuberculosis.* 4. H. C. Bastian. *Note on the probable mode of infection by the so called filaria perstans...* 5. J. W. Russell. *A contribution to the after-history of gastric ulcer.* 6. P. Jakins. *Notes on a case of otitic cerebellar abscess...* 7. A. Morison. *The efficient treatment of cardiac failure.*

6 февраля.

1. L. Rogers. *The physiological action and antidotes of snake venoms...* (змѣиныхъ ядовъ). Лекція. 2. D. Duckworth. *Medi-*

Digitized by Google

*cal examinations for life assurance.* 3. **P. Rose.** *The Midwives et in its bearing upon the work of general practitioner.* 4. **E. A. Paton.** *The surgical treatment of perigastric adhesion.* 5. **W. Thomas.** *On congenital occlusion of the oesophagus.* 6. **F. H. Humphris.** *A chart of static modalities.* Таблица показаній для различныхъ видовъ статистическаго электричества. 7. **C. M. Heanley.** *Agglutination and sedimentation in human glanders* (сапѣ). 8. **H. Savory.** *A case of acute lymphatic leukaemia.* 9. **J. Phillips.** *A case of ovarian «fibroid» tumour removed by posterior colpotomy; subsequent pregnancy.*

13 февраля.

1. **P. Kidd.** *A case of Adams-Stokes disease.* Клиническая лекція. 2. **E. F. Bashford** and **J. A. Murray.** *The significance of the zoological distribution, the nature of the mitoses, and the transmissibility of cancer.* 3. **W. Milligan.** *The etiology and treatment of suppuration of the labyrinth.* 4. **G. C. Low.** *Filaria perstans...* 5. **E. J. Hynes.** *Jodide rash in a syphilitic patient resembling a variolous eruption.* 6. **G. C. Adams.** *Cancer in Australia...* (Не окончена). 7. **A. L. Whitehead.** *An unusual case of cerebral abscess...* 8. **M. Collier.** *On latent or intermittent nasal obstruction.*

20 февраля.

1. **T. C. English.** *The after-effects of head injuries.* Послѣдствія поврежденій головы. Изъ лекцій. 2. **J. F. Woods.** *The psychic side of therapeutics.* 3. **J. W. Taylor.** *The diminishing birth-rate and what is involved by it.* 4. **F. P. Mackie.** *The use of antistreptococcic serum in the treatment of scarlet fever and of diphtheria.* 5. **C. W. M. Moullin** and **A. Keith.** *Notes on a case of backward dislocation of the humerus caused by muscular action.* Случай смѣщенія головки плеча кзади отъ дѣйствія мышцъ. 6. **F. S. Dawe** and **E. S. Austin.** *70 cases of lobar pneumonia.* 7. **G. C. Adams.** Окончаніе статьи о ракѣ въ Австраліи. 8. **A. Forsyth.** *Caecal concretions.* Случай. 9. **F. H. Jacob.** *Notes on the etiology of lupus and on the cases treated by the x rays and. Finsen light.*

## ЖУРНАЛЫ ВЫХОДЯЩІЕ 2 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

### Французскіе.

**Le Bulletin médical.** 1903 г., 23 и 27 декабря.

1. **Marfan.** Продолженіе лекціи. 2. **J. Renaut.** *Pouvoir sécrétoire et signification glandulaire des épithéliums des tubes contournés du rein. Valeur thérapeutique de leur préproduits solubles dans l'eau.*

30 декабря.

1. **Kirmisson.** *Etranglement interne par bride partant d'un diverticule de Meckel.* Клиническая лекція.

### Нѣмецкіе.

**Deutsche Medizinal-Zeitung.** 1903 г., 1, 5 и 8 января.

1. **P. Burgener.** *Beiträge zur Kenntniss der Psoriasis.* Рядъ наблюденій и литература.

12, 15 и 19 января.

1. **M. Schüller.** *Ein inoperables Sarkom behandelt mit Röntgenbestrahlung.* Получилось замедленіе роста. 2. **F. Schultze.** *Beitrag zur Sterilisation.* О приборѣ для обезпложиванія шелка, кэтгута и т. д. 3. **P. G. Unna.** *Über Hyalin und Bacillenhüllen im Rhinoskleromgewebe.* Способы окраски. 4. **L. Fürst.** *Die Funktionsschwäche und Dilatation des Herzens.* О функціональной слабости и расширеніи сердца у дѣтей, распознаваніе и лѣченіе.

22, 26 и 29 января.

1. **L. Casper.** *Die Tuberkulose der Harnblase und ihre Behandlung.* Бугорчатка мочевого пузыря и ея лѣченіе. 2. **J. Ruhemann.** *Die Richtigkeit der von mir angegebenen Uricometerprobe zur quantitativen Bestimmung der Harnsäure im Urin.* О количественномъ опредѣленіи мочевой кислоты приборомъ автора («урикометръ»,—описанъ въ «Berliner klinische Wochenschrift», 1902, №№ 2 и 3). 3. **P. Schenk.** *Kinderschutzgesetz und Arzt.* 4. **O. Emmerich.** *Zur Kritik über Dr. Hirschlaff's Heilserum zur Bekämpfung der Morphiumvergiftung etc., und seine praktische Anwendbarkeit.* О *Hirschlaff*'овской противоморфійной сыворотки («Berliner klinische Wochenschrift», 1902, №№ 49 и 50).

2, 5 и 9 февраля.

1. **H. Schwerin.** *Intoxikationspsychose nach Injektion von Jodoform in die Blase.* Случай и литература. 2. **A. Gassmann.** *Ueber Ichthyosis vulgaris.*

26 февраля.

1. **Treitel.** *Ueber Ertaubung im Beruf und deren Abschätzung für die Invalidität.* Профессіональная глухота и ея оцѣнка.

2 и 5 марта.

1. **J. Heddaeus.** *Darminvaginationen.* 6 наблюденій внѣдренія кишекъ (3 у взрослыхъ).

9 и 12 марта.

1. **E. R. Engelmann.** *See-und Höhenklima.* (Не окончена).

16 и 19 марта.

1. **Seebohm.** *Zur Behandlung der chronischen Nierenaffektionen.* Къ лѣченію хроническихъ страданій почекъ. 2. **Fr. Kraus.** *Ueber die Beeinflussung pathologischer Anschauungen durch die physikalische Chemie.* О вліяніи физической химіи на патологическія воззрѣнія.

23 и 26 марта.

1. **E. Fink.** *Ursache und Heilung des Heufiebers nach Dunbar,* Причины и лѣченіе сѣнной лихорадки по *Dunbar*'у. 2. **N. Zuntz.** *Ueber die Wärmeregulation bei Muskelarbeit.* Итоги опытовъ произведенныхъ совмѣстно съ *Bischoff*'омъ.

30 марта, 2, 6 и 9 апрѣля.

1. **A. Erlenmeyer.** *Ueber die Bedeutung und Behandlung der funktionellen Herzschwäche in der Abstinenzperiode der Morphiumentziehung und bei Nervenkrankheiten.* О значеніи и лѣченіи функціональной слабости сердца въ періодѣ воздержанія при отученіи отъ морфія и при нервныхъ болѣзняхъ.

13, 16, 20 и 23 апрѣля.

1. **Lindner.** *Ueber schmarotzende und parasitische Protozoen.* 2. **A. Ladendorf.** *Ueber die Bildung von leuchtenden und chemisch wirkenden Strahlen im Körper.* Образованіе свѣтящихся и химически-дѣйствующихъ лучей въ тѣлѣ. 3. **Aly.** *Oeynhausen und seine Erfolge bei Gelenkrheumatismus und chronischer Gelenkentzündung.* 4. **H. Citron.** *Die Technik der Untersuchung des Harns auf Zucker.* Техника изслѣдованія мочи на сахаръ.

27 и 30 апрѣля.

1. **E. H. Kisch.** *Die Erleichterung der Herzarbeit durch balneo-therapeutische Mittel.* Облегченіе сердечной работы бальнеотерапевтическими средствами. 2. **H. Koeppe.** *Osmotischer Druck und Diurese.* 3. **J. Sabrazès.** *Der semiotische Wert der Maximaldauer des freiwilligen Atmungsstillstandes.* Время, въ теченіи котораго человѣкъ можетъ задерживать дыханіе (послѣ обыкновеннаго выдоха, не слѣдовавшаго за усиленнымъ вдохомъ), равняется при нормѣ 20—25 сек., очень рѣдко 30—35; при порокахъ сердца промежутокъ этотъ рѣзко падаетъ, напр. до 10—5 сек., какъ равно при плеврите и пнеймоніи, при чахоткѣ же не измѣняется. Опыты надежнѣе у людей интеллигентныхъ. Начало и конецъ опыта отмѣчаются знакомъ руки.

4 и 7 мая.

1. **Engelmann.** *Blutuntersuchungen mittels des Hämatokrit.* 2. **K. Grube.** *Weitere Untersuchungen über den Einfluss von Mineralwässern auf das Blut.* Къ вліянію минеральныхъ водъ на кровь.

11 мая.

1. **H. A. Савельевъ** (Юрьевъ). *Ueber die Entstehung der Appendicitis auf der Basis einer Infektion mit Darmparasiten.* Присоединяется къ мнѣнію *И. И. Мечникова*, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ аппендицита важную причинную роль играютъ глисты.

14 мая.

1. **M. Fisch.** *Der Blutdruck als Mass der Herzfunktion.* Кровяное давленіе, какъ мѣрило сердечной дѣятельности.

18 и 21 мая.

1. **C. Pariser.** *Zur Diagnose der Darmkatarrhe.* 2. **J. Preuss** *Notizen aus der Praxis; Angina lacunaris. Kali chloricum.*

25 и 28 мая.

1. **Quesse.** *Die Bedeutung und Heilwirkung des Wiesbadener Kochbrunnens mit besonderer Berücksichtigung der Trinkkur.* 2. **B. Beckmann.** *Lactagol, ein Lactagogum.* Рекомендація новому препарату фабрики Pearson'а.

1 и 4 іюня.

1. **C. Wegele.** *Ueber adhäsive Gastroptose.* 2. **M. Loeb.** *Die Früh Diagnose des Diabetes mellitus.* 3. **Staedtler.** *Zur Therapie des Keuchhustens.* Рекомендуетъ «Vaporin»—препаратъ изъ разряда собственныхъ.

8 и 11 іюня.

1. **A. Loebel.** *Die blutdruckreduzierenden Werte der Moorbäder.* 2. **L. Steinsberg.** *Die Wirkung der Franzensbader Moorbäder im Lichte der neuesten Forschungen.* (Не окончена).

15 и 18 іюня.

1. **L. Steinsberg.** (Окончаніе). 2. **M. Koenigstein.** *Ein Fall von primärem Trommelfellabscess.* Случай первичнаго нарыва барабанной перепонки.

22 и 25 іюня.

1. **Immelmann.** *Ueber die Untersuchung des Herzens mittels des Orthodiagraphen unter Kontrolle der Phonendoskopie.* 2. **D. Rothschild.** *Zur Nachbehandlung pleuritischer Exsudate.* Къ послѣдовательному лѣченію плевритическихъ выпотовъ.

29 іюня.

1. **G. Meyer.** *Die Beförderung von Kranken nach, in und von Kurorten.* (Не окончена).

2 и 6 іюля.

1. Окончаніе статьи *Meyer*'а.

9, 13 и 16 іюля.

1. **A. Winckler.** *Zur Balneotherapie des chronischen Gelenkrheumatismus.* (Не окончена).

20, 23, 27 и 30 іюля.

1. **A. Winckler.** (Окончаніе). 2. **M. Reissner.** *Zur internen Behandlung der Gonorrhoe.* Похвалы Gonosan'у фабрики J. Riedel'я въ Berlin'ѣ. 3. **O. O. Fellner.** *Syphilis und Schwangerschaft.* 4. **Müller de la Fuente.** *Ueber Impotenz, deren Ursachen und Behandlung.* 5. **E. Vollmer.** *Eine praktische Methode zur Bestimmung der Trinkwasserverhältnisse in Badeorten.*

---

Редакторы { Проф. **В. В. Подвысоцкій.**
Д-ръ **С. В. Владиславлевъ.**

Digitized by Google

## XCVII. Новый способъ вапоризаціи лѣкарственныхъ веществъ.

Ч. пр. Е. Шацкаго.

### Введеніе.

Вопросъ о проявленіи наибольшаго количества врачебной энергіи отъ наименьшаго количества лѣкарственнаго вещества интересуетъ меня еще съ 1894 г. Въ сложныхъ лѣкарственныхъ веществахъ растительнаго и животнаго происхожденія мы достигаемъ ихъ усиленной врачебной энергіи путемъ извлеченія изъ нихъ дѣйствующихъ составныхъ частей или началъ (алкалоиды, глюкозиды, кислоты и т. п.). Что-же касается тѣхъ лѣкарственныхъ веществъ, которыя представляютъ собою во всей своей сплошной массѣ однородныя опредѣленныя химическія соединенія, то я исходилъ изъ той мысли, что ихъ врачебная энергія можетъ также быть усилена, если эти вещества будутъ приведены въ такія состоянія, въ которыхъ они проявляютъ наибольшую физико-химическую энергію. Изъ такихъ состояній наиболѣе пригодныхъ для врачебныхъ цѣлей, я имѣлъ уже случаи указать на слѣдующіе: 1) состояніе лѣкарственныхъ веществъ во время ихъ образованія или выдѣленія (in statu nascendi) [1]; 2) состояніе лѣкарственныхъ веществъ въ свѣже-приготовленномъ видѣ и ихъ различіе отъ тѣхъ-же веществъ давняго приготовленія [2]; 3) состояніе лѣкарственныхъ веществъ эмульгированныхъ посредствомъ сапонина [3]; 4) парообразное состояніе тѣлъ [4] и 5) состояніе тѣлъ во время ихъ разложенія или выдѣленія электролизомъ [катафорическое [5]].

Изъ всѣхъ этихъ состояній тѣлъ наибольшаго вниманія заслуживаетъ парообразное какъ по огромному количеству летучихъ лѣкарственныхъ веществъ, легко превращающихся въ паръ, такъ еще и по тому важному обстоятельству, что многія изъ нихъ, вслѣдствіе малой растворимости въ водѣ, не могутъ быть вдыхаемы посредствомъ пульверизаціи, такъ какъ, не растворяясь въ водѣ они плаваютъ на ея поверхности или падаютъ на дно сосуда, въ зависимости отъ ихъ уд. вѣса.

*Названіе способа и его отличія отъ другихъ ингаляціонныхъ способовъ.* Способъ вдыханія паровъ лѣкарственныхъ веществъ я называю «вапоризаціею». Онъ отличается отъ способа «пульверизаціи» слѣдующими особенностями: 1) Паровыя частицы лѣкарственныхъ веществъ болѣе отвѣчаютъ условіямъ проявленія наибольшаго количества врачебной энергіи отъ ихъ наименьшаго вѣсового количества, чѣмъ мельчайшая, но все-же жидкая пульверизаціонная пыль, собирающаяся, по мѣрѣ удаленія отъ угла пульверизатора, въ болѣе крупныя жидкія частицы.

Извѣстно, что вѣсъ химической частицы (молекулы) опредѣленнаго химическаго соединенія равняется удвоенной плотности его пара. Слѣд., 2 частицы пара могутъ быть разсматриваемы, какъ 1 молекула химическаго соединенія въ состояніи диссоціаціи, т. е., при образованіи молекулы происходитъ взаимное уравновѣшеніе кинетической энергіи 2-хъ паровыхъ частицъ. Отсюда слѣдуетъ, что 1) отъ тѣлъ въ парообразномъ состояніи, въ которомъ кинетическая энергія проявляется сильнѣе, мы должны ожидать по аналогіи и большей врачебной энергіи; 2) огромная поверхность паровыхъ частицъ въ сравненіи съ ихъ вѣсомъ, весьма благопріятная для всякаго рода взаимодѣйствія, должна также вліять и на ихъ врачебное значеніе; 3) способъ вапоризаціи выгодно отличается отъ способа пульверизаціи не только тѣмъ, что онъ допускаетъ возможность врачебнаго примѣненія большого количества пароразвивающихъ (летучихъ) лѣкарственныхъ веществъ, независимо отъ ихъ растворимости въ водѣ, но также и тѣмъ, что многія изъ нихъ, разлагаясь съ парами воды на летучія и нелетучія соединенія, образуютъ условія, при которыхъ вещества могутъ быть вдыхаемы не только во время ихъ образованія (in statu nascendi), но также и въ моментъ ихъ превращенія въ паръ. Такъ, напр., кокаинъ при нагрѣваніи съ водой разлагается уже при 45°—50° на метиловый спиртъ и бензоилэкгонинъ—соединенія летучія, при чемъ происходитъ слѣдующая реакція гидратаціи:

$$\underset{\text{кокаинъ}}{C_9H_{13}NO_3\,(COC_6H_5)\,(CH_3)} + H_2O = \underset{\text{бензоилэкгонинъ}}{C_9H_{14}NO_3\,(COC_6H_5)} + \underset{\text{метил. спиртъ}}{CH_3\,OH}$$

Пилокарпинъ разлагается при дѣйствіи горячей воды на алкалоиды іаборинъ и пилокарпидинъ—болѣе летучія и физіологически дѣйствующія подобно пилокарпину, но слабѣе его. Образованіе іаборина происходитъ при реакціи изомеризаціи (внутренняя перегруппировка атомовъ въ частицѣ), а пилокарпидина—при реакціи дегидрогенизаціи по слѣдующему уравненію:

$$\underset{\text{пилокарпинъ}}{C_5H_4\,NHC\,(COOH)\,(CH_3)\,NH\,(CH_3)_2} - H_2 = \underset{\text{пилокарпидинъ}}{C_5H_4NC\,(COOH)\,(CH_3)\,N\,(CH_3)_2}$$

При нагрѣваніи воднаго раствора ихтіола его летучія составныя части могутъ быть вдыхаемы, а не летучія разлагаются и остаются изолированными. Толутанскій и прочіе бальзамы, состоящіе изъ летучихъ дѣйствующихъ и нелетучихъ смолистыхъ недѣйствующихъ частей, могутъ быть вдыхаемы посредствомъ вапоризаціи въ моментъ ихъ выдѣленія или образованія: 4) всѣ эѳирныя масла и многія другія лѣкарственныя вещества, жадно поглощающія кислородъ атмосфернаго воздуха, часто нарушающій ихъ составъ и врачебное дѣйствіе, могутъ быть вдыхаемы съ парами воды по способу вапоризаціи въ такомъ идеальномъ химически-чистомъ видѣ, въ какомъ они никогда не встрѣчаются въ продажѣ; 5) способъ вапоризаціи допускаетъ возможность регулированія температуры, давленія и вѣсовыхъ количествъ вдыхаемыхъ лѣкарственныхъ веществъ въ видѣ пара, чего нельзя достигнуть такъ полно при способѣ пульверизаціи и, наконецъ, 6) по способу вапоризаціи вдыханіе лѣкарственныхъ веществъ черезъ носъ производится съ такою-же легкостью и такъ-же полно, какъ и ртомъ. Это обстоятельство весьма важно въ тѣхъ многихъ случаяхъ, когда желательно избѣгать вкусовыхъ ощущеній лѣкарственныхъ веществъ и ихъ присутствія въ полости рта.

*Основной принципъ способа.* Способъ вапоризаціи основанъ на способности летучихъ лѣкарственныхъ веществъ, независимо отъ высокихъ температуръ ихъ кипѣнія, перегоняться съ водянымъ паромъ. Вещество, кипящее, напр., при 175° или 200°, перегоняется съ водянымъ паромъ въ разрѣженномъ пространствѣ при температурѣ ниже 100° и можетъ быть вдыхаемо изъ вапоризатора при желательныхъ температурахъ въ предѣлахъ отъ 35° до 55°. На этомъ свойствѣ разрѣженной атмосферы (вакуустической) значительно понижать температуру пара летучаго лѣкарственнаго вещества основана его вапоризація. Вапоризаторъ есть, слѣд., такой усовершенствованный перегонный снарядъ, который развиваетъ пары лѣкарственныхъ веществъ при низкихъ температурахъ въ разрѣженномъ пространствѣ. Снабжая этотъ снарядъ воздушнымъ холодильникомъ или дефлегматоромъ для регулированія температуры пара, манометромъ—для показанія его давленія и ингаляціонной стклянкой съ термометромъ—для показанія температуры вдыхаемаго пара и соединяя его съ системой воздушно-водяныхъ газометровъ для притока воздуха по мѣрѣ его вдыханія изъ нихъ и всего снаряда, мы получимъ тотъ ингаляціонный приборъ, который дастъ возможность при опредѣленныхъ температурѣ и давленіи вдыхать точныя дозы лѣкарственныхъ веществъ въ видѣ

---

[1]) О дѣйствіи лѣкарственныхъ веществъ во время ихъ образованія (in statu nascendi) «Врачъ», 1895 г., № 9—12.

[2]) Тоже. 1895 г. № 12.

[3]) «Врачъ». О сапониновыхъ эмульсіяхъ, 1896 г. № 2.

[4]) «О дѣйствіи лѣкарственныхъ веществъ въ парообразномъ состояніи. Труды 6-го Съѣзда Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова.* Кіевъ, 1896 г.

[5]) Труды 3-го Всероссійскаго фармацевтическаго Съѣзда. Москва, 1901 г.

Digitized by Google

пара (а не жидкой пыли) при низкихъ температурахъ. Этотъ приборъ я называю «вапоризаторомъ».

*Вопросъ о количествѣ вдыхаемыхъ паровъ.* Вопросъ о количествѣ паровъ лѣкарственныхъ веществъ, выходящихъ изъ вапоризатора въ опредѣленный промежутокъ времени при опредѣленныхъ температурѣ и давленіи, былъ рѣшенъ рядомъ произведенныхъ мною анализовъ съ феноломъ, толуоломъ, ксилоломъ, гуаяколомъ, эйкалиптоломъ, паральдегидомъ, кумоломъ и крессиловой кислотой. Вещества эти представляютъ особый интересъ въ томъ отношеніи, что различіе температуръ ихъ кипѣнія лежитъ въ предѣлахъ 50°—60°. Кромѣ того, я прибѣгнулъ къ опытамъ съ такими веществами, которыя легко поддаются непосредственному точному количественному опредѣленію путемъ хорошо выработанныхъ способовъ химическаго анализа. Изъ такихъ веществъ я выбралъ, какъ наиболѣе подходящія, летучіе алкалоиды—пиридинъ и хинолинъ, количества которыхъ опредѣлялись титрованнымъ растворомъ соляной кислоты, при чемъ указателемъ конца реакціи (индикаторомъ) служила розоловая кислота. Хотя точное рѣшеніе поставленнаго вопроса сопряжено съ значительными затрудненіями, такъ какъ вѣсовыя количества вдыхаемыхъ паровъ должны находиться въ тѣсной зависимости не только отъ физическихъ условій дѣйствія вапоризатора, но также и отъ весьма различныхъ физіологическихъ и субъективныхъ условій вдыхающаго, тѣмъ не менѣе анализы эти даютъ намъ приблизительныя данныя о количествахъ паровъ лѣкарственныхъ веществъ, вдыхаемыхъ изъ вапоризатора.

Опыты производились при слѣдующихъ условіяхъ. Въ вапоризаторъ помѣщалось опредѣленное количество лѣкарственнаго вещества и 100,0 воды. Умѣренное и равномѣрное кипѣніе поддерживалось при помощи платиновой пластинки и *Bunsen*'овской газовой горѣлки. Вдыханіе и выдыханіе воспроизводились газометрами (накачивающимъ и всасывающимъ) при одинаковыхъ показаніяхъ манометра (ртутно-масляного); температура въ ингаляціонной стклянкѣ поддерживалась при 40°—50°; опытъ продолжался ½ часа.

При этихъ опытахъ получены слѣдующія данныя.

1. 0,202 продажнаго пиридина съ точкой кипѣнія 116°—118° потребовали для своего насыщенія (осредненія) 24,8 к. стм. $^1/_{10}$-го нормальнаго раствора соляной кислоты. По теоріи то же количество пиридина требуетъ такой-же кислоты 25,3 к. стм.

2. Остатки, полученные въ вапоризаторѣ послѣ перегонки при вышеизложенныхъ условіяхъ 0,2015 пиридина, потребовали для своего осредненія 19,7 к. стм. $^1/_{10}$-го нормальнаго раствора соляной кислоты, что равняется 70% взятаго для опыта пиридина. Слѣд., 30% пиридина могутъ быть вдыхаемы изъ вапоризатора.

Для провѣрки предыдущихъ опытовъ продѣланы слѣдующіе:

3. 0,203 пиридина обработаны 40 к. стм. $^1/_{10}$-го нормальнаго раствора соляной кислоты и смѣсь титровалась обратно $^1/_{10}$-мъ нормальнымъ растворомъ ѣдкаго натра, котораго потребовалось до осредненія 14,9 к. стм., что равняется 25,1 к. стм. соляной кислоты. По теоріи этой кислоты вычисляется 25,31 к. стм.

4. Остатокъ, полученный въ вапоризаторѣ послѣ перегонки 0,2025 пиридина, былъ обработанъ 40 к. стм. $^1/_{10}$-го нормальнаго раствора соляной кислоты. При обратномъ титрованіи смѣси $^1/_{10}$-мъ нормальнымъ растворомъ ѣдкаго натра послѣдняго потребовалось 20,2 к. стм., что равняется 70% взятаго для опыта пиридина.

5. 0,201 продажнаго хинолина съ точкой кипѣнія 229°—231° потребовали для своего осредненія 14,8 к. стм. $^1/_{10}$-го нормальнаго раствора соляной кислоты. По теоріи то же количество хинолина, если вѣсъ его частицы принять равнымъ 129, требуетъ такой кислоты 15,5 к. стм.

6. Остатокъ въ вапоризаторѣ отъ перегонки 0,214 хинолина потребовалъ для своего осредненія 11,6 к. стм. $^1/_{10}$-го нормальнаго раствора соляной кислоты, что равняется 74% взятаго для опыта хинолина. Слѣд., 26% хинолина можетъ быть вдыхаемо изъ вапоризатора.

Опыты съ нижеприведенными веществами были предприняты не только съ цѣлью количественнаго опредѣленія той части ихъ паровъ, которая можетъ быть выдѣлена изъ вапоризатора и служить матеріаломъ для вдыханій, но также и для выясненія того соотношенія, которое существуетъ между летучестью этихъ веществъ съ парами воды и температурами ихъ собственнаго кипѣнія. Имѣя въ виду, что для этихъ веществъ нѣтъ точныхъ способовъ ихъ непосредственнаго количественнаго опредѣленія, я остановился на марганцевокисломъ кали (минеральномъ хамелеонѣ), какъ на реагентѣ, хотя и непригодномъ для абсолютнаго количественнаго опредѣленія этихъ веществъ, но весьма полезномъ для ихъ относительнаго опредѣленія.

Опредѣленія производились растворомъ (1%) хамелеона въ щелочной средѣ, такъ какъ большинство этихъ веществъ легче растворимо въ водныхъ растворахъ ѣдкаго кали, чѣмъ въ водѣ. Остатки, полученные въ вапоризаторѣ послѣ его дѣйствія при условіяхъ предыдущихъ анализовъ, помѣщались въ химическій тонкостѣнный стаканъ; смѣсь обрабатывалась 0,6 ѣдкаго кали и нагрѣвалась до 50°—60° въ водяной банѣ. Къ нагрѣтой смѣси прибавлялось небольшими количествами раствора хамелеона до появленія блѣдно-розоваго окрашиванія, не исчезавшаго при нагрѣваніи смѣси въ теченіи 20 мин., что служило указаніемъ конца реакціи. При этихъ опытахъ получены слѣдующія данныя.

*Толуолъ.* а) 0,201 толуола съ точкой кипѣнія 111°—112°, 0,6 ѣдкаго кали и 100,0 воды потребовали при условіяхъ предыдущихъ опытовъ 34,2 к. стм. 1%-го раствора хамелеона.

б) Остатокъ въ вапоризаторѣ послѣ перегонки 0,2001 толуола потребовалъ 21,4 к. стм. хамелеона, что равняется 62% взятаго для опыта толуола. Слѣд., 38% этого вещества можетъ быть вдыхаемо изъ вапоризатора.

*Фенолъ.* а) 0,2011 фенола съ точкой кипѣнія 181°—183° потребовали 33,7 к. стм. хамелеона.

б) Остатокъ въ вапоризаторѣ послѣ перегонки 0,2015 фенола потребовалъ 22,1 к. стм. хамелеона, что равняется 65% взятаго для опыта фенола. Слѣд., 35% этого вещества можетъ быть вдыхаемо изъ вапоризатора.

*Ксилолъ.* а) 0,2006 ксилола съ точкой кипѣнія 140°—141° потребовали 34,6 к. стм. хамелеона.

б) Остатокъ послѣ перегонки 0,2011 ксилола потребовалъ 21,7 к. стм. хамелеона, что равняется 62% взятаго для опыта ксилола. Слѣд., 38% этого вещества можетъ служить для вдыханія изъ вапоризатора.

*Гуаяколъ.* а) 0,2012 гуаякола съ точкой кипѣнія 198°—201° потребовали 33,9 к. стм. хамелеона.

б) Остатокъ послѣ перегонки 0,2003 гуаякола потребовалъ 22,6 к. стм. хамелеона, что равняется 66% взятаго для опыта гуаякола. Слѣд., 34% этого вещества можетъ быть вдыхаемо изъ вапоризатора.

*Паральдегидъ.* а) 0,2002 паральдегида съ точкой кипѣнія 123°—126° потребовали 33,8 к. стм. хамелеона.

б) Остатокъ послѣ перегонки 0,2005 паральдегида потребовалъ 21,2% хамелеона = 62% паральдегида. Слѣд., 38% этого вещества можетъ быть вдыхаемо изъ вапоризатора.

*Эйкалиптолъ.* а) 0,2001 эйкалиптола съ точкой кипѣнія 175°—178° потребовали 33,9 к. стм. хамелеона.

б) Остатокъ послѣ перегонки 0,2004 эйкалиптола потребовалъ 21,7 к. стм. хамелеона = 62% эйкалиптола, т. е., 38% этого вещества можетъ быть вдыхаемо изъ вапоризатора.

*Кумолъ.* а) 0,2003 кумола съ точкой кипѣнія 150°—153° потребовали 34,9 к. стм. хамелеона.

б) Остатокъ послѣ перегонки 0,2002 кумола потребовалъ 22,1 к. стм. хамелеона = 63% кумола, т. е., 37% его можетъ быть вдыхаемо изъ вапоризатора.

*Крессиловая кислота.* а) 0,2012 крессиловой кислоты съ точкой кипѣнія 203°—205° потребовали 34,1 к. стм. хамелеона.

б) Остатокъ послѣ перегонки 0,2013 крессиловой кислоты потребовалъ 22,7 к. стм. хамелеона = 66% крессиловой кислоты, т. е., 34% этого вещества можетъ быть вдыхаемо изъ вапоризатора.

На основаніи данныхъ, полученныхъ при этихъ опытахъ, можно вывести то заключеніе, что летучесть лѣкарственныхъ веществъ, переходящихъ съ водянымъ паромъ, обратно пропорціональна температурамъ ихъ кипѣнія, хотя правильнаго соотношенія между первой и послѣдними не замѣчается. Отсюда слѣдуетъ, что коэффиціентъ парообразующей способности вапоризатора не можетъ быть теоретически вычисленъ, но долженъ быть установленъ анализомъ для каждаго лѣкарственнаго вещества въ отдѣльности.

*Устройство отводныхъ приспособленій.* Существенно важнымъ является вопросъ объ устройствѣ отводныхъ приспособленій для удаленія выдыхаемаго больнымъ испорченнаго воздуха. Во многихъ ингалаторіяхъ примѣняется выдыханіе въ разрѣженное пространство колокольнаго газометра, при чемъ мундштукъ снабжается каналами съ заслонами для вдыханій и выдыханій. Неудобство послѣдовательнаго замыканія и размыканія каналовъ, утомляющее больного и неизбѣжность пресыщенія разрѣженнаго вначалѣ газометрическаго воздуха испорченнымъ выдыхаемымъ воздухомъ больного, даже и при выкачиваніи пневматической машиной, и, наконецъ, невсегда желательное выдыханіе въ разрѣженное пространство — все это приводитъ къ необходимости устройства такой отводящей системы, въ которой эти неудобства были-бы устранены. Для этой цѣли я пользуюсь тяжелымъ уд. вѣсомъ выдыхаемаго воздуха, его токомъ, идущимъ по направле-

Digitized by Google

нію отъ больного по гладкой наклонной плоскости, и, наконецъ, различіемъ температуры окружающаго комнатнаго воздуха отъ температуры воздуха, окружающаго нагрѣваемый вапоризаторъ, при чемъ тотъ и другой воздухъ отдѣлены другъ отъ друга ширмами для задержанія побочныхъ воздушныхъ токовъ.

Приспособленія устраиваются слѣдующимъ образомъ. У края стола передъ сидѣньемъ больного прикрѣпляется металическая будка, по своей формѣ похожая на суфлерскую, съ открытой стороной впереди. Въ столѣ по срединѣ будки имѣется круглое отверстіе, къ которому герметически прикрѣплена воронка своимъ широкимъ концомъ. Узкая-же часть этой воронки скрѣплена съ системой металлическихъ трубокъ, соединенной съ водянымъ провѣтривателемъ (водяной провѣтриватель удобнѣе электрическаго въ томъ отношенія, что водой, необходимой для дѣйствія газометровъ, можно одновременно пользоваться и для дѣйствія провѣтривателя). Воздухъ, выдыхаемый больнымъ, идетъ по данному послѣднимъ направленію и, не встрѣчая на своемъ пути бокового теченія, стремится по направленію къ будкѣ, гдѣ температура выше. Здѣсь онъ скользитъ по гладкой наклонной поверхности будки и падаетъ внизъ въ воровку, откуда увлекается по трубкамъ силою водяного провѣтривателя въ печную трубу.

Независимо отъ этихъ приспособленій, комнатный воздухъ освѣжается притокомъ наружнаго воздуха черезъ форточку проф. Якоби или инж. Тимоховича, измѣненную мною. Извѣстно, что форточка проф. Якоби представляетъ собою ящикъ изъ металлической сѣтки, наполненный водувсасывающей ватой и вставленный въ отверстіе обыкновенной форточки, а провѣтриватель г. Тимоховича состоитъ изъ трубы, одинъ конецъ которой открытъ для притока наружнаго воздуха, а другой снабженъ фланелевымъ мѣшкомъ для воздушной сквозь него фильтраціи. Практика показала, что водувсасывающая вата скомкивается и на холоду замерзаетъ въ сплошную ледяную массу, а мѣшки г. Тимоховича очень скоро уплотняются и загрязняются (мѣшки, по совѣту г. Тимоховича, помѣщаются у карниза или на потолкѣ). Для устраненія этихъ недостатковъ я наполняю равномѣрно, но не туго ажурный проволочный ящикъ стеклянной шерстью. Во избѣжаніе слеживанія отъ своей собственной тяжести, эта шерсть распредѣляется въ ящикѣ на протянутыхъ въ видѣ полокъ параллельныхъ проволокахъ. Стеклянная шерсть имѣетъ то преимущество передъ водувсасывающей ватой и фланелью, что не скомкивается отъ влаги, легко промывается и по своей относительной твердости способствуетъ нагрѣванію проходящаго холоднаго воздуха вслѣдствіе тренія его частицъ по обширной твердой поверхности стеклянныхъ волоконъ. Такая стеклошерстная форточка особенно полезна въ томъ случаѣ, если противъ нея на противоположной сторонѣ комнаты помѣщенъ каминъ.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

XCVIII. Изъ госпитальной терапевтической клиники и клиники при каѳедрѣ частной патологіи и терапіи въ В.-Медицинской Академіи проф. В. Н. Сиротинина.

## Къ діагностикѣ рака желудка *).

З. Ф. Орловскаго.

Какъ извѣстно, распознаваніе рака желудка въ однихъ случаяхъ легко и не представляетъ никакихъ затрудненій;—это, именно, тогда, когда на лицо имѣются, если не всѣ, то, по крайней мѣрѣ, самые характерные признаки страданія, какъ-то: опухоль, прощупываемая въ области желудка, характерная рвота, худосочіе и т. д.; въ другихъ-же случаяхъ постановка распознаванія рака желудка даже у очень опытныхъ клиницистовъ настолько затруднительна, что, напр., по статистикѣ *Reichmann*'а [1]), основанной на матеріалѣ *Virchow*'скаго патолого-анатомическаго Института за 1895—1901 гг., 25% (71 на 288) всѣхъ раковъ желудка остаются при жизни нераспознанными; по *Guinard*'у % этотъ еще выше, ибо достигаетъ 30 (34 на 113). Эти формы, протекающія при жизни скрытно, по *Boas*'у носятъ особое названіе—«скрытаго рака» желудка (carcinoma ventriculi occultum); при этомъ со стороны желудка либо совсѣмъ не бываетъ признаковъ, указывающихъ на пораженіе его ракомъ, либо-же выступаетъ на первый даже планъ какое-нибудь иное страданіе, настолько затемняющее основную болѣзнь, что при оцѣнкѣ наблюдаемыхъ явленій желудокъ не принимается и въ разсчетъ. Такихъ случаевъ въ литературѣ описано достаточно, и еще недавно 2 изъ нихъ были описаны проф. *А. П. Фавицкимъ* [2]). Въ этихъ формахъ, когда типическихъ признаковъ болѣзни нѣтъ или они бываютъ выражены нерѣзко, какъ къ ultimum refugium, прибѣгаютъ къ изслѣдованію желудочнаго содержимаго, ища здѣсь отвѣта на свой вопросъ. Здѣсь характернѣйшими признаками считается отсутствіе соляной кислоты, на что впервые обратилъ вниманіе *van Velden* въ 1879 г., присутствіе молочной кислоты и ослабленіе двигательной способности желудка (*Ewald*, *Riegel*, *Rosenheim*, *Boas*). Къ сожалѣнію, отсутствіе соляной кислоты при ракѣ желудка не составляетъ правила: оно встрѣчается по *Boas*'у [3]) въ 77,5%, а по *Rosenheim*'у въ 73%, такъ что приблизительно въ 25% всѣхъ случаевъ рака желудка можно найти свободную соляную кислоту. Распознавательное значеніе соляной кислоты уменьшается еще и оттого, что отсутствіе ея можетъ наблюдаться также при хроническихъ и токсическихъ гастритахъ, при амилоидѣ желудка, при желудочной ахиліи и т. д., иногда даже при ракѣ другихъ органовъ. Тоже самое надо сказать и о молочной кислотѣ: по статистикѣ *Schiff*'а [4]) ее находятъ только въ 73,5% всѣхъ случаевъ рака желудка. У другихъ авторовъ эти цифры немного больше: по *Croner*'у [4]) ее находятъ въ 78,5%, по *Rütimeyer*'у [4]) въ 75—80% и даже въ 84,4% [*Boas* [4])]; отсутствіе ея само по себѣ еще не говоритъ противъ рака желудка.

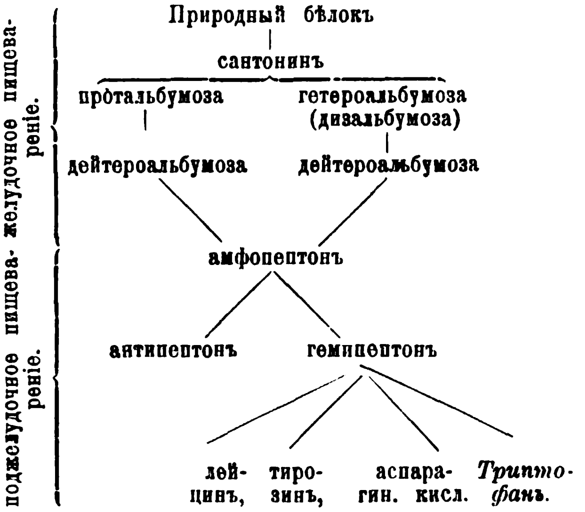
Изо всего этого видно, что распознаваніе рака желудка, не смотря на тщательное изученіе страданія многими выдающимися клиницистами, далеко еще несовершенно. Вотъ почему всякій вновь предложенный признакъ, облегчающій діагностику страданія, заслуживаетъ нашего серьезнаго вниманія. Изъ числа многихъ признаковъ, предложенныхъ въ послѣднее время, я хочу остановиться подробно на 2-хъ, а именно на значеніи 1) т. наз. триптофановой реакціи и 2) пробы на бѣлокъ по *Salomon*'у.

Прежде чѣмъ говорить о значеніи триптофановой реакціи, остановлюсь нѣсколько на томъ, что такое триптофанъ и какъ производится сама реакція.

Триптофанъ [*Neumeister* [5])], Proteinochrom [*Stadelmann* [6])] былъ впервые открытъ въ 1831 г. въ сокѣ поджелудочной железы собаки *Tiedemann*'омъ и *Gmelin*'омъ [7]): они видѣли, что послѣдній отъ прибавленія хлорной воды даетъ красно-фіолетовую окраску. Съ тѣхъ поръ его тщательно изучали цѣлый рядъ авторовъ (*Cl. Bernard*, *Kühne*, *Neumeister*, *Stadelmann*, *М. В. Ненцкій* и др.), но, не смотря на это, онъ и до сихъ поръ еще не выдѣленъ въ чистомъ видѣ и eo ipso его химическая формула въ точности неизвѣстна. Одно время его считали идентичнымъ съ нафтиламиномъ [*Lauder Brunton*, *Em. Baurquelot* [7])], съ чѣмъ однако не соглашались *Hemala*, *Ненцкій*, *Stadelmann* [7]). По новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Hopkins*'а и *Cole* [8]) продукты распада бѣлка, дающіе реакцію на триптофанъ (Proteinochromogen, Proteinochromkörper, Bromkörper нѣмецкихъ авторовъ) представляютъ скатоламиноуксусную resp. индоламинопропіоновую кислоту. По *Winternitz*'у [9]) протеинохромогенъ не имѣетъ ничего общаго съ индоловой группой и стоитъ въ прямой связи съ лейциномъ и тирозиномъ. Что касается происхожденія триптофана, то по современнымъ нашимъ знаніямъ онъ представляетъ продуктъ глубокаго распада бѣлка подъ вліяніемъ либо гніенія (дѣйствіе бактерій), либо панкреатическаго пищеваренія (дѣйствіе бродилъ). Эти 2 способа образованія протеинохромовыхъ тѣлъ проще всего показать такимъ образомъ: къ водному раствору пептона прибавляютъ или кусочки поджелудочной железы, или же просто продажнаго трипсина. Если поставить эту смѣсь на 1—2 сутокъ въ термостатъ, то по истеченіи этого времени можно получить ясную реакцію на триптофанъ. При дальнѣйшемъ гніеніи, особенно если оно идетъ энергично, протеинохромовыя тѣла разрушаются, реакція теряетъ въ своей силѣ и, наконецъ, совсѣмъ исчезаетъ. Ту же реакцію можно получить и тогда, когда для удаленія гніенія прибавимъ къ вышеописанной смѣси тимолъ, толуолъ, хлороформъ и т. д. Подъ вліяніемъ одного только панкреатическаго пищеваренія чрезъ 6—7 час. при температурѣ термостата получается обильное образованіе протеинохромовыхъ тѣлъ. Соотвѣтственно съ этимъ, и у человѣка мы найдемъ эти тѣла въ верхнихъ частяхъ тонкихъ кишекъ, гдѣ они развиваются главнымъ образомъ подъ вліяніемъ панкреатическаго пищеваренія; въ болѣе нижнихъ частяхъ кишекъ возможно образованіе ихъ подъ вліяніемъ гніенія. Въ самыхъ нижнихъ отдѣлахъ кишекъ и въ калѣ ихъ не находятъ отчасти вслѣдствіе разложенія, отчасти вслѣдствіе всасыванія ихъ кишечникомъ; вообще, они въ общихъ чертахъ дѣлятъ судьбу лейцина и тирозина, съ которыми они одновременно и развиваются, что хорошо видно изъ слѣдующей схемы [по *Neumeister*'у [10])].

*) Сообщено въ Петербургскомъ медицинскомъ Обществѣ 20/IV 1904 г.

Digitized by Google




Какъ видно изъ этой схемы, триптофанъ образуется при глубокомъ распаденіи бѣлка одновременно съ лейциномъ и тирозиномъ; присутствіе триптофана поэтому безусловно указываетъ на присутствіе лейцина и тирозина; въ виду крайней простоты реакціи на триптофанъ, ею можно пользоваться, какъ посредственнымъ доказательствомъ присутствія этихъ 2-хъ тѣлъ, обнаружить которые непосредственно дов. затруднительно, особенно если ихъ немного. Сама реакція, какъ уже упомянуто, дѣлается чрезвычайно просто: берутъ нѣсколько к. стм. испытуемой жидкости, если надо профильтровываютъ, затѣмъ подкисляютъ слабымъ растворомъ уксусной кислоты (ибо въ щелочной средѣ реакція не выходитъ) и прибавляютъ по каплямъ или хлорную, или бромную воду; conditio sine qua non успѣха реакціи—свѣжесть обоихъ реактивовъ. Послѣ всякой новой капли реактива для успѣха реакціи необходимо хорошо взболтать испытуемую жидкость. Если въ послѣдней имѣются протеинохромовыя тѣла, то послѣ нѣсколькихъ капель реактива вся жидкость окрасится въ красноили розово-фіолетовый цвѣтъ, смотря по силѣ реакціи. Малѣйшій избытокъ реактива, и реакція исчезаетъ: жидкость (напр., профильтрованное желудочное содержимое) сразу мутнѣетъ. Что касается того, то лучше употреблять, хлорную-ли или бромную воду, то и въ этомъ отношеніи между авторами существуетъ разногласіе. *Stadelmann* предпочитаетъ бромную воду, такъ какъ, по его мнѣнію, излишекъ брома менѣе вреденъ. *Neumeister*-же, *Winternitz*, *Erdmann*, наоборотъ, считаютъ менѣе вреднымъ излишекъ хлора; по этимъ авторамъ, хлорная вода предпочтительна еще и потому, что она сама болѣе безцвѣтна, чѣмъ вода бромная, такъ что легче уловить реакцію, которая иногда бываетъ выражена очень слабо. Удобство хлорной воды состоитъ еще и въ томъ, что она далеко не такъ сильно раздражаетъ дыхательные пути, что̀ тоже имѣетъ свое значеніе. Я лично пользовался исключительно хлорной водой.

Изслѣдованія *Winternitz*'а [11]), *Malfatti* [12]), *Glaessner*'а [13]) и *Volhard*'а [14]) показали, что протеинохромовыя тѣла въ нѣкоторыхъ случаяхъ могутъ развиваться и при пепсиновомъ пищевареніи; но и здѣсь также между авторами имѣется разногласіе относительно причины появленія ихъ. Въ то время, какъ *Hoppe-Seyler* [15]) образованіе этихъ продуктовъ приписываетъ длительному дѣйствію пепсина, другіе вмѣстѣ съ *Kühne* и *Neumeister*'омъ [15]) появленіе триптическихъ продуктовъ пищеваренія при желудочномъ пищевареніи приписываютъ загрязненію экстрагированной слизистой оболочки желудка. По *Winternitz*'у [11]) протеинохромовыя тѣла получаются, если подѣйствовать на фибринъ искусственнымъ желудочнымъ сокомъ свиньи (для полученія послѣдняго мелко изрѣзанную слизистую оболочки свиньи настаиваютъ на 2⁰/₀₀-мъ растворѣ соляной кислоты). Послѣ 7-часового дѣйствія такого желудочнаго сока на фибринъ при 40° Ц. получается ясная реакція на триптофанъ. Чистый-же сокъ безъ фибрина не даетъ реакціи даже и послѣ 12-часового стоянія при той-же температурѣ. Это обстоятельство, по *Winternitz*'у, говоритъ въ пользу воззрѣнія *Hoppe-Seyler*'а, которое также старается подтвердить своими опытами и *Malfatti* [12]). По *Glaessner*'у [13]) развитіе триптофана при желудочномъ пищевареніи происходитъ въ привратниковой части желудка и зависитъ отъ образующагося здѣсь профермента, который онъ называетъ «псейдопепсиномъ». По *Volhard*'у [14]) триптофановая реакція получается не только въ тѣхъ случаяхъ, когда на растворъ пептона дѣйствуютъ нормальнымъ желудочнымъ сокомъ, но даже и тогда, если на этотъ растворъ дѣйствовать сокомъ, добытымъ у лица, страдающаго доброкачественной ахиліей. Изъ этого авторъ заключаетъ, что̀ нѣтъ основанія приписывать пепсину глубокое распаденіе бѣлка, resp. происхожденіе триптофановой реакціи, тѣмъ болѣе, что эта послѣдняя вмѣстѣ съ лейциномъ и тирозиномъ легко получается изъ растворовъ пептона подъ вліяніемъ даже дрожжей.

Впервые обратили вниманіе на значеніе триптофановой реакціи при распознаваніи рака желудка — *Erdmann* и *Winternitz* [9]). По даннымъ этихъ авторовъ, если желудокъ здоровъ, триптофановой реакціи не получается вовсе ни послѣ пробнаго завтрака (чрезъ 1—2 часа), ни послѣ пробнаго обѣда. Реакція эта не получается также и въ патологическихъ случаяхъ доброкачественнаго происхожденія (хроническомъ гастритѣ, anaciditas, sub-hyper-aciditas и пр.). При расширеніи желудка въ зависимости отъ бывшей язвы въ немъ и вообще отъ съуженія привратника доброкачественнаго происхожденія триптофановая реакція опредѣляется только тогда, когда застой пищи очень великъ; но, если съ вечера сдѣлать промываніе желудка, то на слѣдующій день послѣ пробнаго завтрака реакціи не получится. При ракѣ желудка, даже если застой ничтоженъ, реакція имѣется на лицо въ огромномъ большинствѣ случаевъ. Особенно рѣзко она бываетъ выражена въ случаяхъ расширенія желудка, зависящихъ отъ съуженія привратника раковаго происхожденія. Въ заключеніе авторы говорятъ, что появленіе триптофановой реакціи безъ рѣзкаго застоя желудочнаго содержимаго безусловно указываетъ на злокачественное новообразованіе желудка.

Почти одновременно съ работой *Erdmann*'а и *Winternitz*'а появилось предварительное сообщеніе *Glaessner*'а [16]) о соотношеніи между триптофановой реакціей и ракомъ желудка. Авторъ изслѣдовалъ желудочный сокъ у 35 чел., какъ это видно изъ прилагаемой таблицы.

| У кого изслѣдовался сокъ. | Число. | Триптофановая реакція получилась. |
|---|---|---|
| У здороваго . . . . . . . . . . . . . . . | 3 | — |
| » больного съ подострымъ катарромъ желудка. | 4 | — |
| » » » кислымъ катарромъ желудка . . | 4 | 1 |
| » » » язвой желудка . . . . . | 6 | 2 |
| » » » ракомъ желудка . . . . . . . | 12 | 1 |
| » » » gastrosuccorrhoe'ей . . . . . . | 2 | — |
| » » » атоніей желудка . . . . . . . | 4 | — |

Изъ этой таблицы видно, что триптофановая реакція не встрѣчается у здоровыхъ, а также и въ большинствѣ патологическихъ случаевъ; тѣмъ не менѣе какого-либо патогномоническаго значенія для рака желудка она имѣть не можетъ.

Къ этому заключенію *Glaessner*'а цѣликомъ присоединяется и *Volhard* [14]): онъ также говоритъ, что реакція эта для распознаванія рака желудка никакого значенія не имѣетъ, ибо то она бываетъ, то ея нѣтъ, и высказывается, что значеніе ея не больше значенія присутствія молочной кислоты. Къ сожалѣнію, онъ не даетъ при этомъ никакихъ цифръ.

2.

Послѣ этихъ краткихъ свѣдѣній о триптофанѣ перейду къ слѣдующему признаку—опредѣленію бѣлка по способу *Salomon*'а [17]). Теоретической основой описаннаго авторомъ признака послужило слѣдующее наблюденіе: какъ извѣстно, если при порѣзахъ (напр. при бритьѣ) для остановки кровотеченія прижимать ранку платкомъ, то первое время пятна на платкѣ будутъ чисто кровяными, потомъ-же они дѣлаются все желтѣе и желтѣе отъ примѣси все бо̀льшаго и бо̀льшаго количества сыворотки и, наконецъ, уже по остановкѣ кровотеченія нѣкоторое время будутъ получаться чисто желтыя пятна отъ просачивающейся одной только сыворотки. Понятно, что подобное пропотѣваніе сывороткой, содержащей много бѣлка, должно быть и на язвенной поверхности раковой опухоли въ желудкѣ. Чтобы обнаружить въ желудкѣ сыворотку, стоитъ смыть ее съ поверхности язвы небольшимъ количествомъ безразличной для желудка жидкости. Присутствіе или отсутствіе бѣлка въ выкаченной жидкости укажетъ на присутствіе или отсутствіе пропитыванія сывороткой, resp. существованія язвенной поверхности въ желудкѣ, если, конечно, исключена возможность поступленія въ желудокъ бѣлка извнѣ.

Съ этой цѣлью опытъ ведется такъ: уже наканунѣ больной получаетъ на обѣдъ и ужинъ только жидкую, бѣдную бѣлкомъ пищу, напр., бульонъ, кофе, чай и т. д. Поздно вечеромъ ему дѣлается промываніе желудка до тѣхъ поръ, пока промывныя воды не будутъ совершенно чисты. Послѣ промыванія больной не долженъ ничего ни ѣсть, ни пить. Утромъ на слѣдующій день натощакъ медленно вливаютъ чрезъ зондъ 400 к. стм. физіологическаго раствора поваренной соли; чтобы вторая жидкость смыла все со слизистой оболочки желудка, воронку съ растворомъ поваренной соли то опускаютъ, то поднимаютъ и т. д.; за-

Digitized by Google

тѣмъ выкачиваютъ влитый растворъ по возможности весь и испытываютъ его на содержаніе бѣлка (по *Esbach*'у) и на содержаніе азота по *Kjehldahl*'ю.

Оказалось, что у здоровыхъ и у страдающихъ разнаго рода гастритами, нервными несвареніями и т. д., добытыя такимъ образомъ промывныя воды, испытанныя по *Esbach*'у, не даютъ осадка бѣлка: жидкость остается или безусловно прозрачной, или-же даетъ едва замѣтную опалесценцію. Количество азота, опредѣленное по *Kjehldahl*'ю, колеблется въ этихъ случаяхъ отъ 0 до 16 млгрм. на 100 к. стм. выкаченной жидкости. Тѣже самыя отношенія получились и при хронической язвѣ желудка; совсѣмъ иное найдено у страдавшихъ ракомъ желудка: у нихъ промывныя воды подъ вліяніемъ реактива *Esbach*'а даютъ быстрое и сильное помутнѣніе, такъ что на днѣ пробирки получается дов. большой хлопчатый осадокъ, нерѣдко доходящій до 0,5‰. Соотвѣтственно съ этимъ и азота по *Kjehldahl*'ю получается гораздо больше: отъ 10 до 70 млгрм. на 100 к. стм. промывныхъ водъ. Эти цифры выведены на основаніи наблюденій надъ 22 больными, изъ коихъ 8 страдали ракомъ желудка. На основаніи этихъ наблюденій авторъ и говоритъ, что онъ считаетъ подозрительнымъ всякое хроническое заболѣваніе желудка, если промывныя воды даютъ ясный осадокъ съ реактивомъ *Esbach*'а или же количество азота въ нихъ превышаетъ 20 млгрм. на 100 к. стм. раствора поваренной соли; *Salomon*, впрочемъ, оговаривается, что подобное явленіе мыслимо и при рѣзкомъ хроническомъ гастритѣ, но что такіе случаи ему не встрѣчались.

3.

Свои собственныя изслѣдованія надъ значеніемъ триптофановой реакціи и пробы, описанной *Salomon*'омъ, я производилъ надъ матеріаломъ 1-го и 2-го (1-й половины) терапевтическихъ отдѣленій Клиническаго военнаго госпиталя. Методика изслѣдованія ясна изъ всего вышесказаннаго; скажу только, что, дѣлая пробу по *Salomon*'у, я не опредѣлялъ количества азота по *Kjehldahl*'ю, а довольствовался только опредѣленіемъ бѣлка по *Esbach*'у, ибо я имѣлъ цѣлью убѣдиться, насколько этотъ способъ доступенъ всякому практическому врачу; опредѣленіе-же азота требуетъ уже лабораторной обстановки.

Въ выкаченномъ желудочномъ содержимомъ обращалось вниманіе на все, что при современномъ состояніи нашихъ знаній имѣетъ значеніе для распознаванія рака желудка,— на присутствіе кусочковъ ткани, гноя, крови, палочекъ молочнокислаго броженія, protozoa и т. д.; самое тщательное вниманіе обращалось на соляную и молочную кислоты, чтобы установить ихъ значеніе сравнительно съ триптофановой реакціей. Послѣдняя во всѣхъ случаяхъ расширенія желудка дѣлалась въ 1-й день натощакъ, а на 2-й день—послѣ пробнаго завтрака съ предварительнымъ промываніемъ желудка съ вечера, по возможности до чиста. Всего такимъ образомъ изслѣдовано мной 45 больныхъ; результаты изслѣдованій видны изъ слѣдующей таблицы.

| №№ по рядку. | Распознаваніе. | | Свободная соляная кислота. | Молочная кислота. | Триптофановая реакція. | Признакъ Salomon'а. | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Ракъ желудка | | — | + | — | $^{1}/_{4}$‰ | Изъ подъ праваго подреберья выходитъ плотная, бугристая, болѣзнанная при ощупываніи опухоль. Положительная реакція *Weber*'а на кровь. Худосочіе. |
| 2 | » » | | — | + | — | $^{1}/_{2}$‰ | См. исторію болѣзни № 1. |
| 3 | » » | | — | + | — | $^{1}/_{4}$‰ | Тотчасъ вправо отъ мечевиднаго отростка на высотѣ вдоха прощупывается плотная опухоль, въ голубиное яйцо. Содержимое желудка окрашено въ розоватый цвѣтъ отъ примѣси крови. Ясно видны комочки гноя. |
| 4 | » » | | — | + | — | $^{1}/_{4}$‰ | Въ области лѣваго надчревья прощупывается плотная, очень болѣзненная, слегка бугристая инфильтрація. Въ содержимомъ желудка кровь, гной. Рѣзкое худосочіе. |
| 5 | » » | | — | + | — | $^{1}/_{4}$‰ | Въ области желудка изъ подъ лѣваго подреберья внизъ на 2 пальца выходитъ плотная, очень болѣзненная опухоль. Въ содержимомъ желудка кровь, гной въ порядочномъ количествѣ. Худосочіе средней степени. |
| 6 | » » | | — | + | — | $^{1}/_{2}$‰ | Въ лѣвомъ надчревьи въ области желудка плотная, очень бугристая опухоль, въ куриное яйцо. Въ содержимомъ желудка—ясная реакція на кровь *Weber*'а. Худосочіе умѣренное. |
| 7 | Ракъ привратника. Расширеніе желудка | натощакъ | — | + | + | ? | Въ области привратника плотная, бугристая опухоль, въ голубиное яйцо. Нижняя граница желудка на 2 пальца ниже пупка. Переносы въ печени. Содержимое желудка съ рѣзкимъ запахомъ сѣроводорода. |
| | | послѣ пробнаго завтрака | — | + | — | | |
| 8 | » » | натощакъ | — | + | — | ? | Плотная, очень бугристая опухоль по ходу большой кривизны желудка, начиная отъ срединной линіи вправо, и въ области привратника. Нижняя граница желудка пальца на 3 ниже пупка. Рѣзкое худосочіе *). |
| | | послѣ пробнаго завтрака | — | + | — | | |
| 9 | » » | натощакъ | + | — | + | ? | Большіе болѣзненные бугры въ привратниковой части желудка. Нижняя граница послѣдняго на 2 пальца ниже пупка. На вскрытіи: раковая язва на привратниковой части желудка. |
| | | послѣ пробнаго завтрака | + | — | — | | |
| 10 | » » | натощакъ | — | + | + | $^{1}/_{4}$‰ | Въ привратниковой части желудка плотная, бугристая опухоль, въ куриное яйцо. Нижняя граница желудка на $2^{1}/_{2}$ пальца ниже пупка. Рѣзкое худосочіе. Желудочное содержимое черного цвѣта, съ рѣзкимъ гнилостнымъ запахомъ. |
| | | послѣ пробнаго завтрака | — | + | + | | |

*) Случай этотъ интересенъ еще и тѣмъ, что больной, представлявшій при поступленіи въ клинику — что называется — кожу да кости, чрезъ 3 недѣли прибылъ въ вѣсѣ на 3300 грм. (при поступленіи 46200, при выпискѣ 46500) и поправился на столько, что, считая себя выздоровѣвшимъ, настойчиво требовалъ выписки. Такія значительныя улучшенія (конечно, временныя) отмѣчены и др. авторами, напр. д-ромъ *Певзнеромъ* [18].

Digitized by Google

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Расширеніе желудка | натощакъ | — | + | — | ? | Въ области привратника усиленное противодѣйствіе брюшной стѣнки и болѣзненность. Желудокъ на 1 палецъ ниже пупка. На вскрытіи: раковая язва привратниковой части желудка. |
| | | послѣ пробнаго завтрака | — | + | — | | |
| 12 | » » | натощакъ | + | + *) | + | ? | Въ области привратника тотчасъ подъ правой реберной дугой ясно прощупывается плотное, мелко бугристое, очень подвижное, мало болѣзненное тѣло, въ куриное яйцо. Содержимое желудка — невыносимо гнилостнаго запаха. На вскрытіи: круглая язва (?) и ракъ привратниковой части желудка. |
| | | послѣ пробнаго завтрака | + | + *) | + | | |
| 13 | » » | натощакъ | + | — | + | ? | |
| | | послѣ пробнаго завтрака | + | — | — | | |
| 14 | » » | натощакъ | + | — | — | ? | |
| | | послѣ пробнаго завтрака | + | — | — | | |
| 15 | » » | натощакъ | + | — | — | ? | |
| | | послѣ пробнаго завтрака | + | — | — | | |
| 16 и 17 | Расширеніе желудка; опущеніе его | натощакъ | + | — | — | ? | |
| | | послѣ пробнаго завтрака | + | — | — | | |
| 18 | Язва желудка; расширеніе его | натощакъ | + | — | + | ? | |
| | | послѣ пробнаго завтрака | + | — | — | | |
| 19 | » » | натощакъ | + | — | — | ? | |
| | | послѣ пробнаго завтрака | | | | | |
| 20 | Язва желудка | | + | — | — | — | |
| 21 | Хроническій гастритъ | | + | — | + | — | |
| 22 | » » | | + | — | + | — | |
| 23—31 | » » | | + | — | — | — | |
| 32—35 | Атонія желудка | | + | — | — | — | |
| 36 | Crises gastriques | | + | + | — | — | Содержимое желудка съ рѣзкимъ запахомъ сѣроводорода |
| 37 | » » | | + | — | — | — | |
| 38—39 | Гастральгія | | + | — | — | — | |
| 40 | *Reichman*'ова болѣзнь | | + | — | — | — | |
| 41 | Нервное несвареніе | | + | — | — | — | |
| 42 | Опухоль въ животѣ | | + | — | — | — | См. исторію болѣзни № 2. |
| 43 | Ракъ печени | | + | — | — | — | » » » № 3. |
| 44 | » » | | — | — | — | — | » » » № 4. |
| 45 | Малокровіе | | — | — | — | — | » » » № 5. |

(*Окончаніе слѣдуетъ*).

# XCIX. Наблюденія надъ бѣлыми шариками при брюшномъ тифѣ и при нѣкоторыхъ осложненіяхъ его.

**В. Ф. Петрова.**

Брюшной тифъ протекаетъ при явленіяхъ раздраженія значительной части лимфатическаго прибора и железистой ткани, почему слѣдовало-бы по теоріи *R. Virchow*'а ожидать въ теченіи этого заболѣванія значительнаго увеличенія бѣлыхъ тѣлецъ въ крови. Первые изслѣдователи (*Vierordt*, *v. Jaksch*, *Seifert*, *H. Müller*) и находили при брюшномъ тифѣ увеличенное содержаніе бѣлыхъ тѣлецъ въ крови, т. е. находили т. наз. лейкоцитозъ. Позднѣе изслѣдователи (*Halla*, *v. Limbeck*, *Grawitz*, *G. Hayem*, *H. Rieder*, *Тумасъ*, *Е. Боткинъ*, *Хетагуровъ*, *Заліевъ*, *Усковъ*, *Габричевскій*, *Вѣрюжскій*, *Тихоновъ*, *Заиъ*, *Бураевскій*, *Петровъ* и др.) на основаніи многочисленныхъ подсчетовъ пришли къ согласному выводу, что въ теченіи брюшного тифа наблюдается уменьшеніе числа бѣлыхъ шариковъ въ крови сравнительно съ физіологическою нормою. Отсюда получилось противорѣчіе со взглядами *Virchow*'а. Въ литературѣ высказано было даже мнѣніе, что указаннымъ уменьшеніемъ числа бѣлыхъ тѣлецъ въ крови брюшной тифъ рѣзко отличается отъ другихъ заразныхъ болѣзней и что этимъ можно пользоваться, какъ хорошимъ распознавательнымъ признакомъ въ запутанныхъ случаяхъ.

Многіе авторы, установивъ уменьшеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ при брюшномъ тифѣ, естественно возникавшій при этомъ вопросъ, отчего зависитъ это явленіе, оставляли безъ отвѣта, другіе подыскивали болѣе или менѣе вѣроятныя

*) Такіе случаи одновременнаго присутствія въ желудочномъ содержимомъ и молочной, и свободной соляной кислоты отмѣчены и д-ромъ *Певзнеромъ* [18]).

объясненія, оказавшіяся впослѣдствіи мало обоснованными. Такъ, *Sörensen* и *Koblanck* уменьшеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ въ крови при брюшномъ тифѣ объясняли неравномѣрнымъ распредѣленіемъ ихъ по периферическимъ и центральнымъ сосудамъ, обѣднѣніемъ ими периферической системы сосудовъ. Такому объясненію совершенно противорѣчитъ изслѣдованіе д-ра *Семакина*, которымъ доказано равномѣрное распредѣленіе форменныхъ элементовъ крови по всѣмъ отдѣламъ сосудистой системы. *v. Limbeck* пытался объяснить уменьшеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ голоданіемъ, которому подвергаются въ значительной степени брюшнотифозные. Объясненіе это становится мало вѣроятнымъ, если вспомнить, что у собакъ голоданіемъ нельзя понизить числа бѣлыхъ тѣлецъ и что при другихъ заразныхъ болѣзняхъ, не смотря на многодневное воздержаніе отъ пищи, уменьшенія числа бѣлыхъ тѣлецъ не наблюдается. *Л. И. Тумасъ* и *Salkowski* объясняли это явленіе возможностью распаденія и растворенія бѣлыхъ тѣлецъ въ крови подъ вліяніемъ долго длящейся лихорадки при брюшномъ тифѣ, подобно тому, какъ при длительныхъ лихорадкахъ распадаются и растворяются красныя тѣльца и гэмоглобинъ въ зависимости отъ перегрѣванія. *Rieder* опровергалъ это объясненіе тѣми соображеніями, что при цынгѣ и пурпурѣ, когда растворяются красныя тѣльца и гэмоглобинъ, бѣлые шарики остаются неизмѣненными; онъ видѣлъ также уменьшеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ при брюшномъ тифѣ въ такихъ случаяхъ, въ которыхъ число красныхъ и содержаніе гэмоглобина были нормальны. *Pée* объяснилъ уменьшеніе бѣлыхъ тѣлецъ вліяніемъ токсиновъ тифозной палочки. *Н. В. Усковъ* при обсужденіи вопроса объ измѣненіяхъ бѣлыхъ шариковъ при брюшномъ тифѣ высказался, что ни лихорадка, ни поносъ, ни голоданіе, взятыя отдѣльно, не объясняютъ уменьшенія бѣлыхъ тѣлецъ и измѣненія %-хъ отношеній между отдѣльными сортами шариковъ; на основаніи своихъ наблюденій онъ отмѣтилъ возможность уменьшенія при брюшномъ тифѣ прибыли въ кровь бѣлыхъ шариковъ изъ кроветворныхъ органовъ, затѣмъ указалъ на замедленное морфологическое превращеніе бѣлыхъ шариковъ, не отрицая возможности увеличеннаго распада ихъ, а, какъ причину уменьшенія нейтрофиловъ (перезрѣлыхъ), допускалъ значительное голоданіе брюшнотифозныхъ. *Rieder*, принимая во вниманіе необоснованность объясненій другихъ авторовъ, писалъ, что, очевидно существуетъ еще неизвѣстная причина, вліяющая такъ исключительно при брюшномъ тифѣ; для обнаруженія ея, по его мнѣнію, требуются дальнѣйшія настойчивыя наблюденія и изслѣдованія.

Такимъ образомъ вопросъ объ уменьшеніи числа бѣлыхъ тѣлецъ при брюшномъ тифѣ оставался неразъясненнымъ до появленія въ свѣтъ весьма интересныхъ работъ *Е. С. Боткина* о формахъ растворенія бѣлыхъ шариковъ въ крови здоровыхъ и больныхъ людей. *Е. С. Боткинъ*, обративъ вниманіе на исключительное положеніе тифа среди многихъ другихъ заразныхъ болѣзней, протекающихъ, въ отличіе отъ тифа, съ лейкоцитозомъ, первый объяснилъ казавшееся неустранимымъ противорѣчіе въ реакціяхъ организма на большинство заразныхъ началъ, съ одной стороны, и заразное начало брюшного тифа, съ другой. На основаніи своихъ изслѣдованій *Е. С. Боткинъ* пришелъ къ заключенію, что разница сдѣланныхъ подсчетовъ бѣлыхъ тѣлецъ при брюшномъ тифѣ и многихъ другихъ заразныхъ болѣзняхъ получается вслѣдствіе усиленнаго растворенія бѣлыхъ тѣлецъ подъ вліяніемъ брюшнотифозной заразы, чего не наблюдается у здоровыхъ людей и при другихъ заболѣваніяхъ. Д-ръ *Залѣсвъ* подтвердилъ усиленное раствореніе бѣлыхъ шариковъ въ крови больныхъ брюшнымъ тифомъ и доказалъ, что т. наз. реакція *Ehrlich*'а, получаемая съ мочею брюшнотифозныхъ, вѣроятно, зависитъ отъ растворенія въ крови бѣлыхъ тѣлецъ; между силою реакціи и числомъ формъ растворенія существуетъ, по д-ру *Залѣеву*, полная параллель, подтверждающая предположеніе, что указанная реакція зависитъ отъ усиленнаго расхода бѣлыхъ тѣлецъ крови. Объясненіе *Е. С. Боткина* пролило свѣтъ на темное до того явленіе и уничтожило противорѣчіе между наблюденіями авторовъ и теоріею *Virchow*'а, по которой раздраженіе лимфатическаго прибора сопровождается увеличеннымъ содержаніемъ бѣлыхъ тѣлецъ въ крови.

Въ послѣднее время въ иностранной литературѣ по вопросу о причинахъ уменьшенія числа бѣлыхъ шариковъ въ крови при брюшномъ тифѣ появились новыя изслѣдованія *Roland*'а и *Naegeli*. *Roland* на основаніи своихъ опытовъ надъ животными, которымъ онъ вводилъ въ кровь разводки брюшнотифозной палочки, а также сыворотку тифознаго, пришелъ къ заключенію, что въ уменьшеніи бѣлыхъ тѣлецъ крови играетъ роль химіотактически-отрицательное вліяніе на нихъ микроорганизма брюшного тифа; однако, такому выводу противорѣчатъ сдѣланныя раньше наблюденія *Г. Н. Габричевскаго* и *Büchner*'а, доказавшихъ положительное химіотактическое вліяніе на бѣлыя тѣльца брюшнотифозныхъ палочекъ и ихъ протеиновъ. *Naegeli* при изслѣдованіи костнаго мозга трубчатыхъ костей брюшнотифозныхъ нашелъ уменьшеніе образованія нейтрофиловъ, что, по его мнѣнію, объясняется вліяніемъ тифознаго токсина. По поводу этой гипотезы *Grawitz* вполнѣ основательно указываетъ, что подобное вліяніе на костный мозгъ весьма сомнительно, особенно въ 1-ой ступени брюшного тифа, когда, напр., не получается даже реакція *Widal*'я.

Въ новѣйшей литературѣ по вопросу о числовомъ содержаніи бѣлыхъ тѣлецъ крови при брюшномъ тифѣ данныхъ нѣтъ; авторы обходятъ этотъ вопросъ, какъ рѣшенный, хотя этого сказать положительно нельзя, а это тѣмъ болѣе жаль, что многочисленныя новыя наблюденія могли-бы дать не мало и въ этомъ отношеніи. *Naegeli* и *Türck*, сосчитывая бѣлые шарики при брюшномъ тифѣ, пришли къ слѣдующимъ выводамъ на основаніи измѣненія %-хъ отношеній между нейтрофилами и лимфоцитами. Во время наростанія лихорадки, по этимъ авторамъ, существуетъ, вѣроятно, умѣренной степени увеличеніе содержанія нейтрофиловъ, которое въ періодъ постоянной лихорадки смѣняется уменьшеніемъ ихъ, какъ и лимфоцитовъ, хотя послѣдніе къ концу этого періода начинаютъ прибывать. Въ періодъ послабленій температуры содержаніе нейтрофиловъ уменьшается еще болѣе при одновременномъ увеличеніи лимфоцитовъ. Затѣмъ при лизисѣ реакція въ указанномъ направленіи продолжается, такъ что число нейтрофиловъ почти равняется таковому-же лимфоцитовъ. Эозинофилы исчезаютъ съ 1-го періода и опять появляются въ концѣ періода послабленій температуры или при паденіи ея. Въ періодѣ выздоровленія—до 2-хъ мѣс.— имѣется увеличенное содержаніе лимфоцитовъ, увеличеніе эозинофиловъ, нормальное или слегка увеличенное содержаніе нейтрофиловъ. При осложненіяхъ, а именно нагноеніяхъ, воспаленіи легкихъ или плейръ, во время брюшного тифа наблюдалось ничтожное увеличеніе содержанія нейтрофиловъ. Отсутствіе лейкоцитоза при этихъ осложненіяхъ *Naegeli* и *Türck* считаютъ плохимъ признакомъ, а неисчезаніе эозинофиловъ или раннее появленіе ихъ вновь—хорошимъ. *Grawitz* раздѣляетъ взглядъ *Naegeli*, что уменьшеніе числа нейтрофиловъ и увеличеніе лимфоцитовъ въ чистыхъ случаяхъ брюшного тифа можетъ служить цѣлямъ распознаванія, но только въ совокупности съ другими признаками; наоборотъ, выраженный нейтрофильный лейкоцитозъ даетъ полное основаніе исключить брюшной тифъ.

Вотъ вкратцѣ литературныя данныя по разбираемому предмету. Изъ нихъ видно, что для рѣшенія нѣкоторыхъ вопросовъ о реакціи крови брюшнотифозныхъ на заразное начало не достаетъ еще многаго какъ въ случаяхъ, протекающихъ безъ осложненій, такъ и въ случаяхъ осложненныхъ, въ которыхъ картина дѣлается наиболѣе запутанною. Съ 1898 г. по 1903 г. я завѣдывалъ терапевтическимъ отдѣленіемъ на 50 кроватей въ Полюстровской Маріинской барачной лѣчебницѣ въ Петербургѣ и за это время имѣлъ подъ своимъ наблюденіемъ до 500 брюшнотифозныхъ. Интересуясь измѣненіями крови при разныхъ болѣзненныхъ состояніяхъ, я изслѣдовалъ кровь у 50 больныхъ съ различнымъ теченіемъ брюшного тифа, въ разные періоды болѣзни, частью при многихъ осложненіяхъ. О результатахъ этихъ наблюденій я и позволяю себѣ сообщить здѣсь, думая, что, хоть отчасти, могу послужить этимъ интересной и еще мало разработанной гэматопатологіи. Прежде, чѣмъ излагать свои наблюденія, считаю

Digitized by Google

| №№ Полъ и возрастъ больныхъ | День болѣзни | Температура тѣла и число бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. млм. | День болѣзни | Температура тѣла и число бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. млм. | День болѣзни | Температура тѣла и число бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. млм. | День болѣзни | Температура тѣла и число бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. млм. | День болѣзни | Температура тѣла и число бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. млм. | День болѣзни | Температура тѣла и число бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. млм. | День болѣзни | Температура тѣла и число бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. млм. | День болѣзни | Температура тѣла и число бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. млм. | Примѣчанія. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. М. 19 л. | 9 | у. 39°,2<br>в. 40°,4<br>16071 | 17 | 38°,2<br>39°<br>8222 | 28 | 36°,2<br>36°,6<br>7915 | 39 | 36°,6<br>36°,8<br>6249 | 44 | 36°,5<br>36°,7<br>11230 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тифъ средней тяжести.<br>*W.* |
| 2. М. 18 л. | 6 | у. 38°<br>в. 39°,4<br>11442 | 10 | 39°<br>40°<br>8269 | 19 | 37°<br>37°,2<br>10416 | 22 | 37°,8<br>36°,7<br>11458 | 25 | 37°,3<br>37°<br>10065 | 47 | 36°,5<br>37°<br>20833 | 54 | 36°,4<br>36°,8<br>12499 | — | —<br>—<br>— | Тифъ средней тяжести; съ 19-го по 32-ой день болѣзни 2 ая волна; съ 40-го—быстрое выздоровленіе. Во время лихорадки—идея объ отравленіи.<br>*W.* |
| 3. Ж. 28 л. | 5 | у. 39°,1<br>в. 39°,6<br>14300 | 14 | 39°,2<br>39°,4<br>11020 | 22 | 38°,8<br>39°<br>8040 | 30 | 37°,4<br>39°<br>6025 | 40 | 36°,3<br>36°,8<br>600 | 54 | 36°,2<br>36°,6<br>10800 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тифъ средней тяжести; со дня поступленія правосторонній сывороточно-фибринозный плейритъ; въ выпотѣ тифозная палочка. Явленія плейрита исчезли къ 4-ой недѣлѣ болѣзни. Лихорадка 5½ недѣль.<br>*W.* |
| 4. М. 19 л. | 9 | у. 39°,1<br>в. 39°,2<br>18064 | 21 | 39°,5<br>39°,6<br>12400 | 35 | 37°,8<br>38°,8<br>6200 | 54 | 36°,2<br>36°,3<br>9920 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тифъ средней тяжести; съ поступленія явленія воспаленія нижней доли лѣваго легкаго; воспаленіе разрѣшилось къ концу 4-ой недѣли болѣзни. Лихорадка 6 недѣль. |
| 5. М. 26 л. | 5 | у. 39°,5<br>в. 38°,7<br>13200 | 14 | 37°<br>38°,4<br>11630 | 18 | 37°<br>37°,4<br>13950 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Легкій тифъ; на 17-ый день болѣзни тромбъ въ бедренной венѣ; явленія тромба въ 1 недѣлю исчезли подъ вліяніемъ согрѣвающихъ компрессовъ.<br>*W.* |
| 6. М. 23 л. | 11 | у. 39°,8<br>в. 40°,2<br>9360 | 21 | 37°,4<br>39°,1<br>8518 | 29 | 36°,7<br>38°,2<br>8674 | 42 | 36°,7<br>37°<br>5408 | 18 | 36°,4<br>36°,8<br>9860 | 53 | 36°,5<br>36°,7<br>10020 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тифъ средней тяжести; съ 29-го дня болѣзни небольшое повторное кровотеченіе изъ тонкихъ кишекъ. Лихорадка 5 недѣль. |
| 7. Ж. 15 л. | 5 | у. 39°,1<br>в. 40°<br>9350 | 15 | 38°,2<br>39°,6<br>15602 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Смерть на 16-ый день болѣзни. На вскрытіи: въ кишкахъ измѣненія, свойственныя брюшному тифу; перерожденіе органовъ; гэморрагическій энцефалитъ, преимущественно праваго ½-шарія. |
| 8. М. 14 л. | 6 | у. 39°<br>в. 40°<br>10020 | 7 | 39°,2<br>40°,4<br>8900 | 11 | 40°<br>40°,2<br>10900 | 13 | 39°,5<br>39°<br>13200 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Съ 11-го дня болѣзни течь изъ лѣваго уха; съ 13-го признакъ *В. М. Кернига* и мозговыя явленія. Смерть на 16-ый день. На вскрытіи: въ кишкахъ измѣненія, свойственныя брюшному тифу, гнойный отитъ средняго уха, отекъ мягкой мозговой оболочки, паренхиматозный энцефалитъ. |
| 9. М. 19 л. | 7 | у. 39°,7<br>в. 39°,8<br>10340 | 12 | 38°,4<br>39°<br>7060 | 17 | 37°,6<br>38°,8<br>4780 | 44 | 36°,3<br>36°,4<br>5450 | 68 | 36°,5<br>37°<br>10800 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тифъ средней тяжести; лихорадка длилась 4 недѣли; былъ возвратъ съ 36-го по 45-ый день болѣзни.<br>*W.* |
| 10. М. 14 л. | 6 | у. 38°,8<br>в. 39°,2<br>11300 | 14 | 39°,1<br>39°,6<br>8062 | 33 | 36°,2<br>36°,8<br>6130 | 44 | 36°,5<br>37°<br>7641 | 58 | 36°,6<br>37°<br>10420 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тифъ средней тяжести; лихорадка 4 недѣли.<br>*W.* |
| 11. Ж. 17 л. | 9 | у. 40°<br>в. 40°,2<br>9510 | 22 | 38°,7<br>39°,3<br>10416 | 44 | 36°,2<br>37°<br>11200 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тифъ средней тяжести; лихорадка 4½ нед. Во все время болѣзни хорошій позывъ на ѣду, жадность къ пищѣ; питали молокомъ, киселемъ, яйцами.<br>*W.* |
| 12. М. 24 л. | 13 | у. 39°,6<br>в. 40°,1<br>7366 | 49 | 36°,4<br>36°,9<br>12024 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тифъ средней тяжести; лихорадка 4 недѣли.<br>*W.* |
| 13. М. 28 л. | 12 | у. 39°,7<br>в. 40°,1<br>6019 | 20 | 38°,4<br>39°<br>10024 | 25 | 36°,4<br>37°,5<br>8403 | 47 | 36°,5<br>36°,5<br>19999 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тифъ средней тяжести; лихорадка 4 недѣли.<br>*W.* |
| 14. М. 15 л. | 13 | у. 39°,4<br>в. 40°<br>8984 | 28 | 36°<br>36°,8<br>9360 | 38 | 36°,2<br>36°,6<br>11026 | 45 | 36°,7<br>36°,6<br>10240 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тифъ средней тяжести, лихорадка 4 нед. Съ 17-го дня болѣзни легкій паротитъ, исчезнувшій на 23—24 ый день болѣзни.<br>*W.* |
| 15. М. 22 л. | 14 | у. 39°,1<br>в. 40°<br>7072 | 17 | 39°<br>39°,7<br>9576 | 24 | 38°,3<br>38°,3<br>12252 | 42 | 36°,3<br>36°,8<br>7078 | 59 | 36°,5<br>36°,6<br>10010 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тяжелый тифъ; лихорадка 5½ недѣль. Съ 16-го дня болѣзни новое высыпаніе розеолъ, съ 21-го обильные хрипы внизу сзади и шумъ тренія плейры внизу слѣва.<br>*W.* |
| 16. М. 30 л. | 29 | у. 38°,5<br>в. 39°<br>9078 | 38 | 36°,3<br>36°,9<br>6833 | 45 | 38°,8<br>39°<br>4520 | 65 | 36°,2<br>36°,5<br>9990 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тяжелый тифъ; съ 40-го по 55-ый дни болѣзни возвратъ.<br>*W.* |
| 17. М. 17 л. | 15 | у. 39°,5<br>в. 38°,5<br>5833 | 24 | 38°<br>39°,4<br>6184 | 31 | 37°,3<br>38°,7<br>4374 | 39 | 36°,7<br>37°,1<br>6249 | 54 | 36°,4<br>36°,6<br>11020 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тяжелый тифъ, лихорадка 5 недѣль. Съ 16-го дня болѣзни глосситъ, исчезнувшій черезъ 1½ недѣли; съ 24-го дня—правосторонній сухой плейритъ и бронхитъ.<br>*W.* |
| 18. М. 17 л. | 9 | у. 39°,5<br>в. 10°<br>7599 | 18 | 39°,5<br>39°,5<br>7666 | 31 | 36°,7<br>36°,8<br>7708 | 49 | 36°,2<br>36°,9<br>9860 | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | — | —<br>—<br>— | Тифъ средней тяжести; лихорадка 4 недѣли.<br>*W.* |

Digitized by Google

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19. М. 18 л. | у. 38°,2 | 38°,8 | 36°,5 | — | — | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 5½ недѣль. *W.* |
| | в. 39°,4 | 39°,6 | 36°,6 | — | — | — | — | — | — | |
| | 14 | 20 | 19 | — | — | — | — | — | — | |
| | 6666 | 5020 | 11820 | — | — | — | — | — | — | |
| 20. М. 12 л. | у. 39°,7 | 36°,4 | 36°,5 | — | — | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 4½ недѣли. *W.* |
| | в. 40°,1 | 36°,4 | 36°,8 | — | — | — | — | — | — | |
| | 11 | 31 | 44 | — | — | — | — | — | — | |
| | 5762 | 6464 | 9568 | — | — | — | — | — | — | |
| 21. М. 15 л. | у. 39°,8 | 36°,6 | 36°,3 | 36°,7 | — | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 4 недѣли. Въ періодѣ выздоровленія нѣсколько дней продолжалась спячка, было полное отсутствіе желанія ѣсть. *W.* |
| | в. 40° | 36°,9 | 36°,6 | 37° | — | — | — | — | — | |
| | 10 | 30 | 40 | 52 | — | — | — | — | — | |
| | 4602 | 3246 | 5225 | 7960 | — | — | — | — | — | |
| 22. М. 30 л. | у. 39°,8 | 39°,2 | 36°,2 | 36°,6 | 36°,8 | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 5 недѣль. На 23-й день болѣзни кишечное кровотеченіе съ паденіемъ температуры на сутки до 37°,2. |
| | в. 40° | 39°,5 | 36°,4 | 36°,7 | 37° | — | — | — | — | |
| | 14 | 17 | 38 | 5 | 71 | — | — | — | — | |
| | 5240 | 4444 | 5528 | 8875 | 13737 | — | — | — | — | |
| 23. Ж. 24 л. | у. 39°,1 | 37°,8 | 36°,3 | 36°,3 | — | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 5 недѣль. *W.* |
| | в. 39°,7 | 39°,2 | 36°,7 | 36°,9 | — | — | — | — | — | |
| | 11 | 21 | 36 | 54 | — | — | — | — | — | |
| | 5884 | 4890 | 4020 | 8900 | — | — | — | — | — | |
| 24. М. 35 л. | у. 36°,7 | 36°,8 | — | — | — | — | — | — | — | Тифъ средней тяжести; лихорадка 4 недѣли. |
| | в. 37° | 36°,8 | — | — | — | — | — | — | — | |
| | 33 | 44 | — | — | — | — | — | — | — | |
| | 2454 | 12000 | — | — | — | — | — | — | — | |
| 25. М. 24 л. | у. 38°,4 | 36° | — | — | — | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 5 недѣль. На 16-ый день болѣзни кишечное кровотеченіе, длившееся до 20—21-го дня; на 19-ый день число красныхъ шариковъ 2800000. |
| | в. 39°,5 | 36°,5 | — | — | — | — | — | — | — | |
| | 19 | 48 | — | — | — | — | — | — | — | |
| | 5200 | 10010 | — | — | — | — | — | — | — | |
| 26. М. 19 л. | у. 38°,3 | 40°,4 | 36°,5 | — | — | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка къ началу 6-ой недѣли начала было исчезать; на 37-й день знобъ, жаръ, подъемъ температуры; на 39-ый снова знобъ и жаръ, опухла правая нога вслѣдствіе тромба въ бедренной венѣ; на 48-ой день опять знобъ, жаръ, подъемъ температуры; припухлость правой ноги держится; черезъ 2 дня въ ногѣ все пришло въ норму; теченіе закупорки вены характеризовалось скачками температуры. *W.* |
| | в. 39°,6 | 40°,2 | 36°,4 | — | — | — | — | — | — | |
| | 37 | 48 | 58 | — | — | — | — | — | — | |
| | 8253 | 5672 | 9780 | — | — | — | — | — | — | |
| 27. Ж. 20 л. | у. 36°,1 | 36°,8 | — | — | — | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 4½ недѣли. При спаденіи температура колебалась 6 дней между 36° и 40°,5; на 26-ой день болѣзни число красныхъ тѣлецъ 4700000. *W.* |
| | в. 40°,5 | 37° | — | — | — | — | — | — | — | |
| | 26 | 50 | — | — | — | — | — | — | — | |
| | 4371 | 8960 | — | — | — | — | — | — | — | |
| 28. М. 17 л. | у. 39°,2 | 37°,9 | 37°,8 | — | — | — | — | — | — | Тифъ средней тяжести; лихорадка 4 недѣли. Съ 14-го дня болѣзни правосторонній паротитъ, исчезнувшій черезъ 1 недѣлю. *W.* |
| | в. 39°,6 | 39°,6 | 39°,5 | — | — | — | — | — | — | |
| | 8 | 11 | 19 | — | — | — | — | — | — | |
| | 11789 | 7410 | 11334 | — | — | — | — | — | — | |
| 29. Ж. 20 л. | у. 39°,2 | 39°,6 | 36°,5 | 36°,8 | — | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 4 недѣли. *W.* |
| | в. 40° | 40°,6 | 36°,4 | 37° | — | — | — | — | — | |
| | 8 | 14 | 33 | 42 | — | — | — | — | — | |
| | 6020 | 5620 | 5550 | 12030 | — | — | — | — | — | |
| 30. М. 22 л. | у. 37°,8 | 38°,4 | 36°,3 | 36°,6 | — | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 5 недѣль. *W.* |
| | в. 39°,4 | 39° | 36°,4 | 36°,7 | — | — | — | — | — | |
| | 7 | 30 | 40 | 50 | — | — | — | — | — | |
| | 5810 | 4290 | 4500 | 9990 | — | — | — | — | — | |
| 31. М. 19 л. | у. 39°,8 | 38° | 40°,5 | — | — | — | — | — | — | На 12-ый день болѣзни катарральное воспаленіе обоихъ легкихъ; диплококковое гнило-гноекровіе; гнойникъ и флегмона на большомъ пальцѣ лѣвой руки. Смерть на 13-ый день болѣзни. На вскрытіи: измѣненія въ кишкахъ, свойственныя брюшному тифу; перерожденіе органовъ; разсѣянныя гнѣзда катарральной пнеймоніи. Изъ сока селезенки выдѣлена тифозная палочка и диплококкъ *Fraenkel'я*. *W.* |
| | в. 38°,4 | 39° | — | — | — | — | — | — | — | |
| | 8 | 12 | 13 | — | — | — | — | — | — | |
| | 6498 | 37052 | — | — | — | — | — | — | — | |
| 32. М. 26 л. | у. 39°,2 | 38°,8 | 36° | 36°,7 | — | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 6 недѣль. *W.* |
| | в. 39°,5 | 39° | 36°,5 | 36°,8 | — | — | — | — | — | |
| | 10 | 29 | 44 | 55 | — | — | — | — | — | |
| | 4210 | 3900 | 4020 | 11900 | — | — | — | — | — | |
| 33. М. 21 г. | у. 38°,5 | — | — | — | — | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 6 недѣль. Подъ исходъ болѣзни были инфаркты въ легкихъ съ кровянистыми выпотами въ плеврахъ. *W.* |
| | в. 38°,5 | — | — | — | — | — | — | — | — | |
| | 12 | — | — | — | — | — | — | — | — | |
| | 8253 | — | — | — | — | — | — | — | — | |
| 34. М. 33 л. | — | 38°,3 | 37°,8 | 36°,3 | 36°,5 | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 5 недѣль. *W.* |
| | — | 38°,3 | 38°,5 | 36°,2 | 36°,5 | — | — | — | — | |
| | — | 26 | 31 | 39 | 49 | — | — | — | — | |
| | — | 6900 | 4460 | 4300 | 10350 | — | — | — | — | |
| 35. М. 16 л. | у. 39°,2 | 39°,4 | 38°,8 | — | — | — | — | — | — | Съ 16-го дня болѣзни катарральное воспаленіе обоихъ легкихъ. Смерть на 2-ой день. На вскрытіи: свойственныя брюшному тифу измѣненія въ кишкахъ; перерожденіе органовъ; двусторонняя катарральная пнеймонія; тифозныя язвы въ гортани и глоткѣ. |
| | в. 40°,5 | 39°,9 | 40° | — | — | — | — | — | — | |
| | 13 | 16 | 19 | — | — | — | — | — | — | |
| | 7854 | 11587 | 17204 | — | — | — | — | — | — | |
| 36. М. 27 л. | у. 39°,1 | 38°,8 | — | — | — | — | — | — | — | Съ 19-го дня болѣзни двусторонняя пнеймонія. Смерть на 24-ый день. На вскрытіи: въ кишкахъ измѣненія, свойственныя брюшному тифу; тифозныя язвы въ гортани; инфарктъ въ нижней долѣ задняго легкаго; начинавшееся катарральное воспаленіе въ лѣвомъ мѣшкѣ; перерожденіе органовъ. |
| | в. 39°,5 | 40°,6 | — | — | — | — | — | — | — | |
| | 13 | 19 | — | — | — | — | — | — | — | |
| | 5302 | 13950 | — | — | — | — | — | — | — | |
| 37. М. 27 л. | у. 39°,8 | 40°,1 | 40° | — | — | — | — | — | — | Съ 12—13-го дня болѣзни воспаленіе лѣваго легкаго. Смерть на 17-ый день. На вскрытіи: въ кишкахъ измѣненія, свойственныя брюшному тифу; перерожденіе органовъ; воспаленіе нижней доли лѣваго легкаго. |
| | в. 39°,7 | 40°,5 | 40°,7 | — | — | — | — | — | — | |
| | 8 | 13 | 15 | — | — | — | — | — | — | |
| | 3916 | 11422 | 20833 | — | — | — | — | — | — | |

Digitized by Google

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 38. М. 28 л. | 16 | у. 39°,8 | 19 | 39°,3 | 21 | 38°,7 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | Съ 18-го дня болѣзни лѣвосторонній паротитъ; на 22-ой—разрывъ. Смерть на 24-ый день. На вскрытіи: въ кишкахъ измѣненія, свойственныя брюшному тифу; перерожденіе органовъ; язвы въ гортани; гнойный лѣвосторонній паротитъ. |
| | | в. 39°,7 | | 40°,7 | | 40°,8 | | — | | — | | — | | — | | — | |
| | | 4163 | | 9360 | | 12630 | | — | | — | | — | | — | | — | |
| 39. М. 20 л. | 12 | у. 39°,2 | 14 | 39°,7 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | Съ 15-го дня болѣзни кишечное кровотеченіе; на 16-ый прободеніе кишечной язвы. Смерть на 17-ый день (послѣ операціи). На вскрытіи: въ кишкахъ измѣненія, свойственныя брюшному тифу; перерожденіе органовъ; начинавшійся сывороточно фибринозный перитонитъ вслѣдствіе прободенія; въ подвздошной кишкѣ кровоизліяніе. |
| | | в. 39°,9 | | 39°,6 | | — | | — | | — | | — | | — | | — | |
| | | 4791 | | 7023 | | — | | — | | — | | — | | — | | — | |
| 40. М. 21 г. | 35 | у. 39°,6 | 40 | 38°,6 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | Смерть на 42 ой день болѣзни. На вскрытіи: въ кишкахъ свойственныя брюшному тифу измѣненія, въ періодѣ начинавшагося рубцеванія; гнойникъ въ брыжеечной железѣ; инфарктъ въ лѣвомъ легкомъ и фибриновное воспаленіе; лѣвосторонній фибринозный плейритъ; правосторонняя катарральная пнеймонія; перерожденіе органовъ; язва въ гортани. |
| | | в. 39°,1 | | 40°,5 | | — | | — | | — | | — | | — | | — | |
| | | 3556 | | 16320 | | — | | — | | — | | — | | — | | — | |
| 41. Ж. 27 л. | 22 | у. 39°,9 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 5 недѣль. Смерть на 70-ый день болѣзни отъ атрофическаго цирроза печени. *W.* |
| | | в. 40°,2 | | — | | — | | — | | — | | — | | — | | — | |
| | | 4178 | | — | | — | | — | | — | | — | | — | | — | |
| 42. М. 19 л. | 11 | у. 39°,6 | 34 | 39°,5 | 45 | 36°,2 | 67 | 36°,5 | — | — | — | — | — | — | — | — | Тяжелый тифъ; лихорадка 3½ недѣли, затѣмъ 1 нед. нормальная температура, а съ 31-го дня возвратъ до 45-го. *W.* |
| | | в. 39°,8 | | 39°,5 | | 36°,8 | | 36°,5 | | — | | — | | — | | — | |
| | | 4577 | | 4210 | | 4010 | | 10320 | | — | | — | | — | | — | |

необходимымъ указать на методику изслѣдованій. Подсчеты производились утромъ до ѣды. Я пользовался счетчикомъ Thoma-Zeiss'a, а для разведенія крови бралъ жидкость Toisson'a, какъ совершенно безразличную для форменныхъ элементовъ крови, не разрушающую ни одной составной ея части, а это важно потому, что при этомъ дается возможность сосчитывать въ одной и той-же каплѣ крови какъ красныя, такъ и бѣлыя тѣльца, т. е. предоставляется возможность провѣрять степень насыщенія крови. Кромѣ наблюденія въ живомъ видѣ и сосчитываній форменныхъ элементовъ, я изслѣдовалъ препараты размазанной и фиксированной (жаромъ, алкоголемъ, смѣсью алкоголя и эѳира, сулемою и др.) крови, окрашенные синькою, послѣдовательно эозиномъ и синькою, смѣсью обѣихъ красокъ или смѣсью слабыхъ растворовъ эозина и азура. Сосчитывая по сортамъ *бѣлые шарики*, я принималъ слѣдующіе ихъ виды: 1) лимфоциты, 2) нейтрофилы или многоядерные, 3) одноядерные (и переходные), 4) эозинофилы, 5) формы растворенія бѣлыхъ шариковъ, согласно описанію *Е. С. Боткина*. Данныя моихъ наблюденій приводятся въ слѣдующей таблицѣ, въ которой помѣчены дни болѣзни, температура, числа подсчетовъ, а въ примѣчаніяхъ указано на особенности клиническаго теченія случая съ исходомъ въ выздоровленіе или смерть, иногда оперативное пособіе и т. д. Распознаваніе брюшного тифа ставилось на основаніи всѣхъ клиническихъ данныхъ, иногда подтвержденныхъ бактеріологическимъ изслѣдованіемъ; часто примѣнялась реакція *Widal'я*, обозначаемая въ примѣчаніяхъ «*W.*». Я не привожу здѣсь большихъ подробностей изъ дневника, не желая затруднять вниманіе читателей; замѣчу лишь, что подробности эти, интересныя въ другомъ отношеніи, будутъ изложены въ имѣющемъ появиться отчетѣ.

Кромѣ указанныхъ въ таблицѣ подсчетовъ бѣлыхъ шариковъ при осложненіяхъ брюшного тифа, я сдѣлалъ счисленія ихъ въ слѣдующихъ случаяхъ:

1) при періоститѣ правой лучевой кости (всосался) — 12400;

2) при періоститѣ правой бедренной кости (всосался)— 13142;

3) при періоститѣ лѣвой бедренной кости (всосался) — 12600;

4) при періоститѣ 2-ой пястной кости—13062 (найдена тифозная палочка въ гною; больной оперированъ и выздоровѣлъ);

5) при нагноеніи правой околоушной железы—11980 операція, выздоровленіе);

6) при нагноеніи правой паховой железы—12690 (операція, выздоровленіе; въ гною найдена тифозная палочка;

7) при гнойникѣ въ селезенкѣ—13500 (операція, выпущенъ 1 литръ гноя, въ которомъ найдена тифозная палочка; выздоровленіе);

8) при остромъ бѣлокровіи чрезъ 2 недѣли болѣзни — 8200, $3^1/_2$—9100, $7^1/_2$—249648, 8—266000. (Смерть на 59-ый день болѣзни; на вскрытіи: въ органахъ измѣненія, свойственныя замѣчавшемуся тифозному процессу; острѣйшее бѣлокровіе).

*(Окончаніе слѣдуетъ.)*

## Организація акушерской помощи въ Петербургѣ.

**В. В. Желтухина.**

*(Окончаніе. См. № 22, стр. 815).*

Размѣры стаціонарной акушерской помощи, которую теперь оказываетъ Петербургъ вообще и въ особенности его городское самоуправленіе, получатъ должную оцѣнку, если бросить взглядъ, хотя-бы самый общій, на не очень давнее Петербургское прошлое.

36 лѣтъ назадъ, въ 1867 г., Петербургъ имѣлъ всего 4 пункта для акушерской стаціонарной помощи: Петербургское родовспомогательное заведеніе, основанное въ 1771 г., Повивальный институтъ, существующій съ 1797 г., клинику Медико-Хирургической Академіи и Калинкинскую больницу. Всѣ эти учрежденія могли принять только 17% всего числа Петербургскихъ роженицъ. Положеніе тѣхъ изъ нихъ, которыя не въ состояніи были разрѣшаться въ своихъ жилищахъ и не были приняты въ родильные дома, было прямо отчаянное. Онѣ рожали, гдѣ и какъ попало. Въ концѣ концевъ онѣ оказывались все-таки счастливѣе тѣхъ, которыя поступали въ родовспомогательныя учрежденія, но встрѣчали тамъ родильную горячку, дававшую свыше 3% смертности и разгоравшуюся иногда до степени эндемій. Изъ такого критическаго положенія былъ найденъ выходъ въ видѣ 3-кроватныхъ пріютовъ. Они давали и стаціонарную помощь, и возможность легче, чѣмъ въ родильныхъ домахъ, бороться съ родильной горячкой, между прочимъ, путемъ быстраго временнаго закрытія пріютовъ [10—11]).

4 пріюта были учреждены на городскія средства въ 1869 г., а въ вѣдѣніе городского самоуправленія перешли въ 1883 г. Для предшествовавшаго, 1882 года вычислено, что стаціонарную помощь получили уже 27% роженицъ, а изъ получившихъ ее только 15% разрѣшились въ городскихъ родильныхъ пріютахъ. Къ этому времени существовали 3-й родильный домъ—Маріинскій, съ 1870 г., и 2 негородскихъ родильныхъ пріюта: Охтенскій, тоже съ 1870 г., и Гаваньскій, съ 1876 г.

Въ 80-хъ годахъ персоналъ Петербургскихъ родовспомогательныхъ учрежденій настолько освоился съ противугнилостной техникой, что предупрежденіе родильной горячки было поставлено на твердую почву, и не только эндеміи, но и высокіе %% смертности отъ гнилостныхъ послѣродовыхъ заболѣваній отошли въ область преданія, хотя и свѣжаго *).

*) Вступленіе въ противогнилостную эру самого крупнаго изъ Петербургскихъ родильныхъ домовъ Петербургскаго родовспомогательнаго заведенія—произошло на моихъ глазахъ. «*Semelweiss*'омъ» этого учрежденія былъ сверхштатный врачъ *Я. П. Бѣляевъ*. «22-го октября» (1882 г.),—пишетъ онъ,—«были введены въ общее примѣненіе мѣры, практиковавшіяся уже нѣсколько мѣсяцевъ раньше на моемъ днѣ дежурства». Въ перечисленіи этихъ мѣръ, между прочимъ, говорится: «сдѣлано обязательнымъ предварительное передъ каждымъ изслѣдованіемъ обмываніе рукъ щеткой, съ мыломъ и дезинфицирующимъ растворомъ» [12]).

Digitized by Google

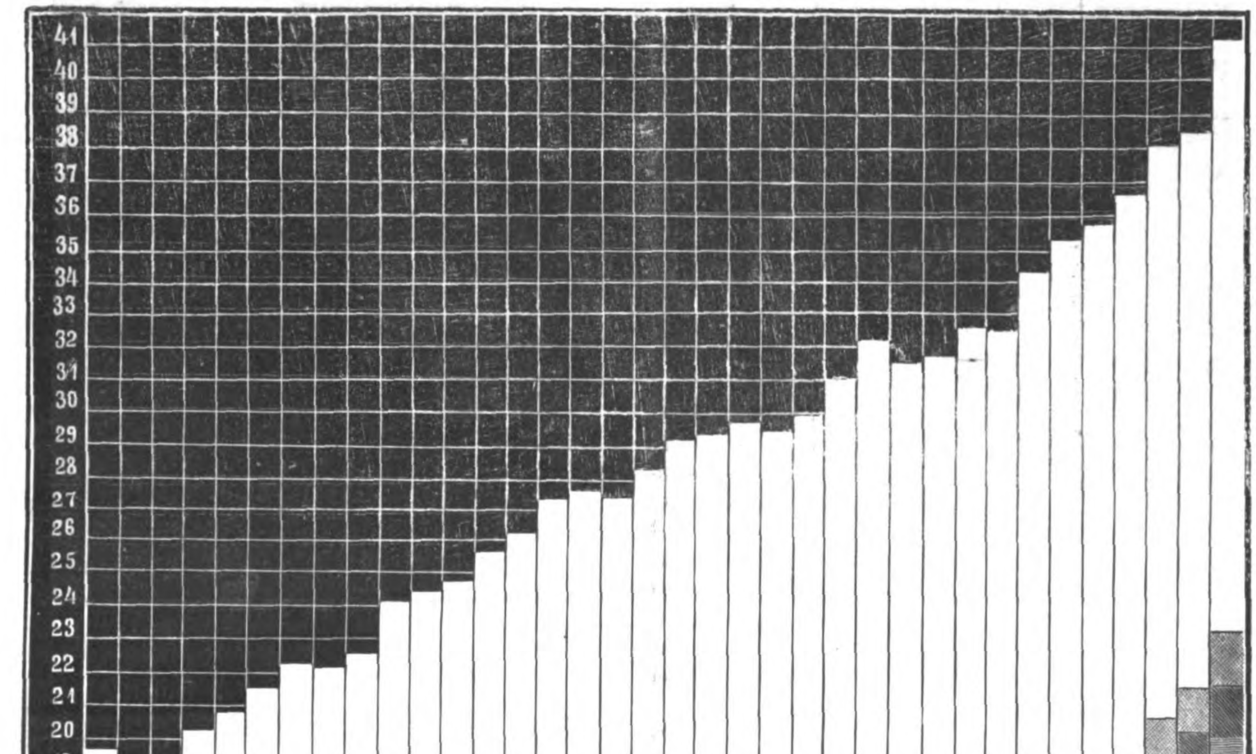
Мелкая родовспомогательная единица въ формѣ 3-кроватнаго пріюта потеряла тогда смыслъ своей мелкости и стала рости числомъ призрѣваемыхъ роженицъ, сохраняя свои прочія типическія черты, которыя оказались выгодными въ санитарномъ и экономическомъ отношеніяхъ. Въ 1883 г. 11 городскихъ родильныхъ пріютовъ приняли всего 1323 роженицы, а черезъ 13 лѣтъ, въ 1896 г., тоже число пріютовъ имѣло уже 5741 роженицу, т. е., въ среднемъ, каждый пріютъ сталъ болѣе, чѣмъ вчетверо крупнѣе. Въ 1896 г. стаціонарная помощь была оказана уже 43%, а изъ получившихъ ее 38% поступили въ городскіе родильные пріюты. Соотвѣтствующія цифры 1902 г. были приведены раньше. Отмѣчу лишь, что за послѣднія 6 лѣтъ открыто 2 новыхъ пріюта, а общее число роженицъ, принятыхъ во всѣ городскіе родильные пріюты увеличилось болѣе, чѣмъ вдвое [13]).

Сдѣланное мною краткое отступленіе въ область недалекаго прошлаго должно быть дополнено упоминаніемъ объ основаніи въ Петербургѣ, въ 1895 г., 4-го родильнаго дома, названнаго Александринскимъ пріютомъ для женщинъ.

Оба главныхъ типа Петербургскихъ родовспомогательныхъ учрежденій: домъ и пріютъ проявляютъ несомнѣнные признаки жизни: они размножаются и развиваются (см. таб. 6).

Указанное выше развитіе городского родильнаго пріюта изъ мелкой единицы въ крупную имѣетъ свои предѣлы, уже достигнутые нѣкоторыми пріютами. 1500 родовъ въ годъ есть, по видимому, наибольшая величина, съ которою можетъ справиться 1 врачъ. Теперь настала очередь для усовершенствованія пріютской системы призрѣнія роженицъ въ смыслѣ помѣщенія каждаго изъ пріютовъ въ спеціально приспособленномъ городскомъ зданіи, съ квартирою для врача *).

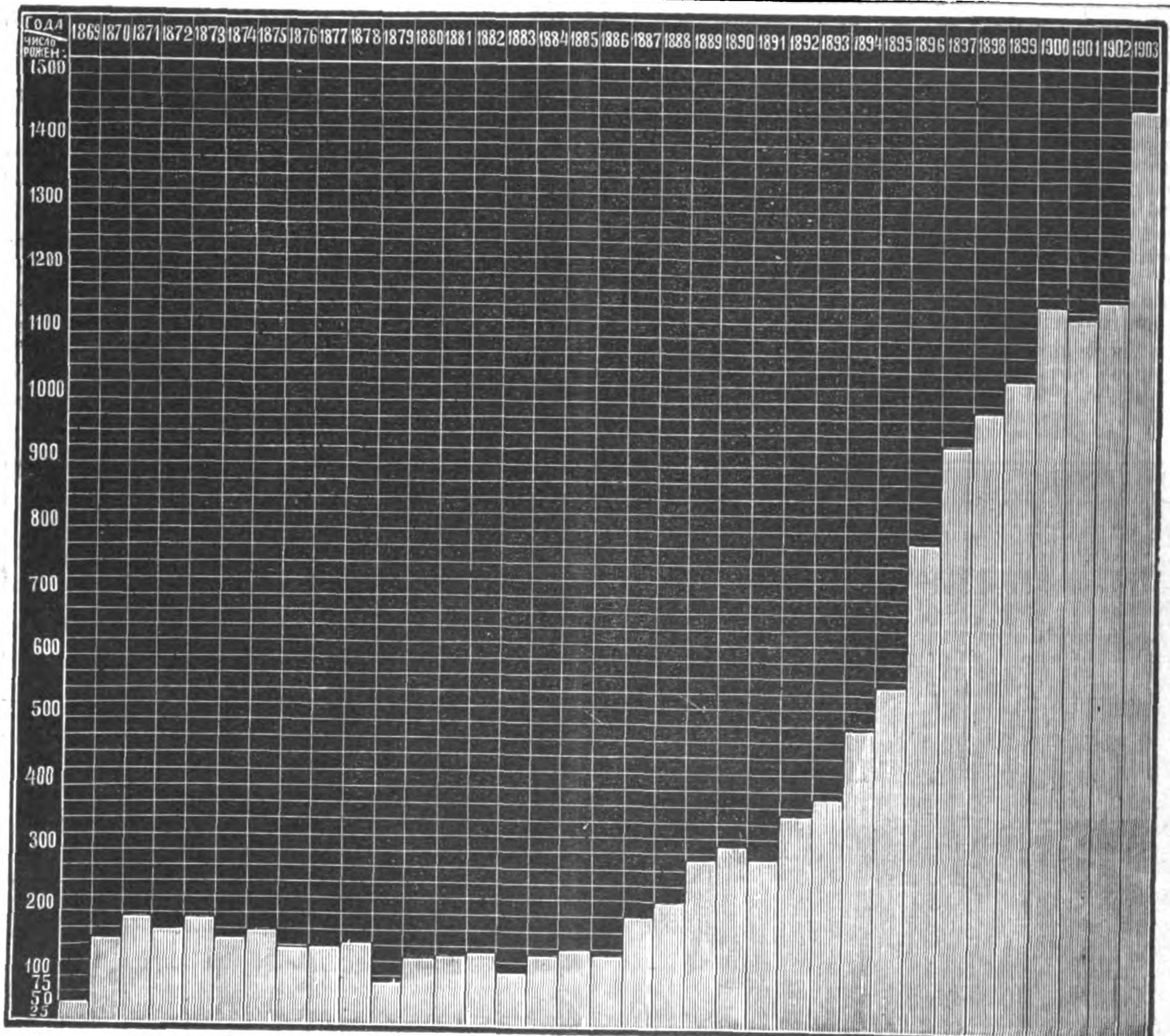
Эволюція родильныхъ домовъ, сообразно съ болѣе сложными и болѣе широкими ихъ задачами, иная. Они главнымъ образомъ расширяютъ гинекологическую и педагоги-




*Діаграмма 1-я* показываетъ состояніе акушерской помощи въ Петербургѣ съ 1867 по 1902 гг. Каждый вертикальный столбецъ соотвѣтствуетъ годовому числу родовъ въ тысячахъ. Заштрихованная часть столбца показываетъ число родовъ, помощь при которыхъ оказана по стаціонарной системѣ; не заштрихованная—число родовъ съ помощью по разъѣздной системѣ. Косвенныя справа налѣво черты (нижній рядъ столбцовъ) обозначаютъ число роженицъ, получившихъ призрѣніе въ городскихъ родильныхъ пріютахъ, продольныя—въ родильныхъ домахъ, поперечныя—въ негородскихъ родильныхъ пріютахъ, косвенныя слѣва направо—въ больницахъ, перекрестныя—въ клиникахъ. Діаграмма по отношенію къ городскимъ родильнымъ пріютамъ и родильнымъ домамъ за всѣ года составлена точно. Для прочихъ учрежденій точность могла быть соблюдена только за послѣднія 7 лѣтъ, а также за 1882 и 1867 гг.; за остальное время она составлена приблизительно.

*) Этой ступени развитія уже давно достигъ Гаваньскій родильный пріютъ, получающій денежное вспомоществованіе города.

Digitized by Google




*Діаграмма 2-я* показываетъ превращеніе Петербургскаго городского родильнаго пріюта изъ мелкой родовспомогательной единицы въ крупную. Какъ образчикъ, взятъ 1 изъ 4-хъ пріютовъ, впервые основанныхъ въ 1869 г.,—Васильевскій. Каждый отвѣсный столбецъ соотвѣтствуетъ годовому числу принятыхъ роженицъ.

ческую дѣятельность. Значеніе ихъ, какъ центровъ образованія повивальныхъ бабокъ и врачей-акушеровъ и гинекологовъ, громадно и не ограничивается однимъ Петербургомъ, а распространяется на всю Россію. Въ этомъ направленіи крупнымъ событіемъ надо считать переходъ Клиническаго Повивальнаго Института въ новое роскошное помѣщеніе, начавшее жизнь принятіемъ въ своихъ стѣнахъ 1-го Съѣзда Россійскихъ гинекологовъ и акушеровъ.

За послѣдніе года спросъ на пользованіе акушерскимъ матеріаломъ со стороны учащейся молодежи, въ особенности со стороны слушательницъ Женскаго Медицинскаго Института, такъ увеличился, что и родильные пріюты стали удовлетворять его по мѣрѣ, конечно, ихъ силъ и возможности дѣлать это безъ вреда для своего санитарнаго состоянія. Въ настоящее время рѣдкій день проходитъ въ пріютѣ безъ того, чтобы въ немъ не приняла родовъ слушательница, или молодой врачъ, или студентъ.

Иного характера просвѣтительную дѣятельность совершаютъ еще городскіе пріюты, раздавая своимъ родильницамъ печатныя наставленія «Для матерей».

Съ 1897 г. Петербургскіе городскіе родильные пріюты получили объединеніе путемъ учрежденія Совѣщанія пріютскихъ врачей. На ежемѣсячныхъ засѣданіяхъ обсуждаются всѣ вопросы пріютской жизни, возбуждаемые какъ санитарной Коммиссіей, въ вѣдѣніи которой находятся пріюты, такъ и самими врачами.

Скажу еще нѣсколько словъ о финансовой сторонѣ стаціонарной акушерской помощи. Средняя стоимость родильницы въ родильныхъ домахъ въ настоящее время съ точностью неизвѣстна вслѣдствіе сложности ихъ хозяйства. По приблизительному и самому скромному разсчету можно предположить ее въ предѣлахъ 15—20 р., при готовомъ зданіи, и то для домовъ съ наиболѣе ограниченными средствами. Средняя стоимость родильницы городскихъ родильныхъ пріютовъ съ 1896 г. по 1902 г. включительно колебалась отъ 9 р. 49 к. до 11 р. 70 к. При этомъ надо принять во вниманіе, что въ эту-же сумму входили расходы на открытіе 3-хъ новыхъ пріютовъ, переустройство большинства пріютовъ на 20-кроватный штатъ, увеличеніе жалованья медицинскому персоналу, а также квартирная плата для 11 пріютовъ. Въ 2-хъ пріютахъ, помѣщающихся въ городскихъ зданіяхъ, средняя стоимость родильницы въ 1902 г. равнялась 7 р. 26 к. и 5 р. 85 к.; послѣдняя цифра—при даровомъ отопленіи. Расходы города на пріюты, начавшись въ 1869 г. съ 2842 р., дошли въ 1902 г. до 133877 р., что, при общемъ расходѣ города въ 23.400000 р., составляетъ нѣсколько болѣе 1/2% [14]).

Изъ Европейскихъ городовъ, о которыхъ мнѣ удалось собрать свѣдѣнія, по относительному количеству акушерской стаціонарной помощи Петербургъ занимаетъ 1-ое мѣсто. Въ 1902 г. онъ оказалъ ее 58% всѣхъ роженицъ, Stockholm въ 1900 г.—46% [15]), Paris въ 1899 г.—32% [16]), Вѣна въ 1900 г.—18% [17]), Milano въ 1902 г.—8,5% [18]), Berlin въ 1902 г.—8% [19]). 23% всей Парижской стаціонарной помощи оказывается у повивальныхъ бабокъ, тогда какъ въ Петербургѣ, къ счастью, это случается всего въ 1% *).

### 3. Помощь по разъѣздной системѣ.

Для Петербурга этотъ видъ акушерской помощи, за отсутствіемъ удовлетворительной отчетности, пока не поддается систематическому изложенію. Могу сообщить лишь отрывистый сырой матеріалъ.

Въ концѣ 1903 г. въ Петербургѣ, съ пригородами, имѣли жительство 982 повивальныхъ бабки **). Состоящія въ вѣдѣніи медико-филантропическаго Комитета человѣколю-

*) Рукопись была сдана мною въ редакцію, когда я получилъ Парижскія цифры за послѣдній отчетный, 1901-й, годъ. Онѣ даютъ 63% разъѣздной акушерской помощи и 37% стаціонарной. Слѣд., за 2 года послѣдняя возросла на 5%, но въ самомъ невыгодномъ для населенія отношеніи: у повивальныхъ бабокъ, которыя оказываютъ теперь 33% всей стаціонарной помощи (Annuaire statistique de la ville de Paris, ч. XXII, 1901, стр. 284).

**) Эта цифра, а также свѣдѣнія объ убѣжищахъ и другихъ частныхъ учрежденіяхъ получены благодаря любезности столичнаго врачебнаго инспектора *В. И. Скабичевскаго*.

Табл. 6.

| Года. | Число живо- и мертворожденныхъ въ Петербургѣ безъ пригородовъ. | % разрѣшившихся въ пріютахъ ко всему числу Петербургскихъ рожениць. | Число принятыхъ въ пріюты рожениць. | Число отказовъ въ пріемѣ. | Число пріютовъ. | Среднее годовое число родильницъ въ пріютѣ. | Число штатныхъ кроватей во всѣхъ пріютахъ. | Среднее годовое число родильницъ на штатную кровать. | Среднее ежедневное число родильницъ во всѣхъ пріютахъ, превышающее число штатныхъ кроватей. | Среднее число дней пребыванія родильницы въ пріютѣ. | Расходъ на родильные пріюты въ рубляхъ. | % расхода на родильные пріюты ко всей суммѣ городскихъ расходовъ. | Средній расходъ на родильницу въ рубляхъ. | Платныя роженицы внесли рублей. | % внѣбрачныхъ рожениць въ пріютахъ. | % первородящихъ. | % смертности рожениць и родильницъ *). Всей. | Отъ родильной горячки. | Отъ другихъ причинъ въ связи съ родами. | Отъ общихъ болѣзней. | % мертворожденныхъ. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1869 | 19484 | — | 243 | — | 4 | — | 12 | — | — | | 2842 | 0,08 | 11,7 | — | | | — | — | — | — | |
| 1870 | 20292 | 3 | 268 | — | — | 157 | — | 52 | — | | 6413 | — | 10,2 | — | | | — | — | — | — | |
| 1871 | 20996 | — | 681 | — | — | 170 | — | 57 | — | | 5426 | — | 8 | — | | | — | — | — | — | |
| 1872 | 21716 | — | 704 | — | — | 176 | — | 59 | — | 5,3 | 5396 | — | 7,6 | — | 67 | 30 | — | — | — | — | 4,5 |
| 1873 | 22250 | — | 737 | — | — | 184 | — | 61 | — | | 5913 | — | 8 | — | | | — | — | — | — | |
| 1874 | 22006 | — | 604 | — | — | 151 | — | 50 | — | | 5508 | — | 9 | — | | | — | — | — | — | |
| 1875 | 22662 | 2 | 573 | — | — | 143 | — | 48 | — | | 5902 | 0,13 | 10,3 | — | | | — | — | — | — | |
| 1876 | 24215 | — | 528 | — | — | 132 | — | 44 | — | — | 5396 | — | 10,2 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1877 | 24309 | 5 | 1218 | — | 9 | 135 | 27 | 45 | — | — | 12880 | — | 10,5 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1878 | 24661 | 4 | 1071 | — | — | 119 | — | 40 | — | — | 12880 | — | 11,1 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1879 | 25821 | 5 | 1187 | — | — | 132 | — | 44 | — | — | 13000 | — | 11 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1880 | 26440 | 4 | 1082 | — | — | 120 | — | 40 | — | — | 13450 | 0,25 | 12,4 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1881 | 27463 | — | 1154 | — | — | 128 | — | 43 | — | — | 15358 | — | 13,3 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1882 | 27510 | — | 1150 | 1258 | — | 128 | — | 43 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1883 | 27471 | 5 | 1323 | 1362 | 11 | 120 | 39 | 34 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1884 | 28114 | — | 1564 | 1295 | — | 142 | — | 40 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1885 | 29077 | 6 | 1616 | 1411 | — | 147 | — | 41 | — | — | 24295 | 0,35 | 15,3 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1886 | 29126 | — | 1686 | 1803 | — | 153 | 48 | 35 | — | — | 24012 | — | 14,24 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1887 | 29606 | 7 | 1955 | 1532 | — | 178 | — | 41 | — | — | 28757 | — | 14,7 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 1888 | 29594 | — | 2069 | 865 | 10 | 207 | 60 | 34 | — | 8 | 38643 | — | 17,48 | — | — | 22 | — | — | — | — | 5 |
| 1889 | 29979 | 8 | 2490 | 1151 | — | 249 | — | 41 | — | — | 35579 | — | 14,28 | — | — | 23 | — | — | — | — | 4,5 |
| 1890 | 31006 | 10 | 3104 | 2208 | — | 310 | — | 51 | — | — | 37844 | — | 12,19 | — | — | 21 | — | — | — | — | 2,2 |
| 1891 | 32263 | 9 | 2926 | 913 | — | 292 | 76 | 38 | — | — | 42183 | 0,44 | 13,30 | 310 | — | 24 | — | — | — | — | 4,4 |
| 1892 | 31500 | 11 | 3582 | 576 | — | 358 | 80 | 45 | — | — | 45019 | — | 12,57 | 430 | — | 25 | — | — | — | — | 3,8 |
| 1893 | 31633 | — | 3585 | 517 | — | 358 | — | 45 | — | 7,4 | 44028 | — | 12,24 | 300 | — | 23 | — | — | — | — | 3,6 |
| 1894 | 32749 | 12 | 3978 | 686 | — | 398 | — | 50 | — | 7,1 | 44284 | — | 11,13 | 730 | — | — | — | — | — | — | 4,2 |
| 1895 | 32608 | 14 | 4698 | 687 | — | 470 | — | 58 | — | — | 46284 | 0,40 | 9,85 | 515 | — | 24 | — | — | — | — | — |
| 1896 | 34315 | 17 | 5741 | 688 | 11 | 522 | 90 | 64 | — | 7 | 60431 | — | 10,51 | 520 | — | — | — | — | — | — | 4 |
| 1897 | 35238 | — | 6042 | 359 | 12 | 503 | 106 | 57 | — | 7,3 | 66058 | — | 9,68 | 1460 | — | — | — | — | — | — | 4,2 |
| 1898 | 35743 | 19 | 6814 | 368 | — | 568 | — | 64 | — | — | 72596 | — | 10,66 | 1390 | — | 25 | — | — | — | — | 3,9 |
| 1899 | 36940 | 22 | 8129 | 441 | — | 677 | — | 76 | — | 6,8 | 77115 | — | 9,49 | 2000 | 36 | 26 | 0,41 | 0,14 | 0,14 | 0,12 | 3,9 |
| 1900 | 38171 | — | 9294 | 330 | 13 | 715 | 126 | 74 | 73 | 6,8 | 98368 | 0,55 | 10,58 | 3644 | 35 | 28 | 0,19 | 0,04 | 0,07 | 0,07 | 3,8 |
| 1901 | 38686 | 26 | 10204 | 187 | — | 785 | 164 | 62 | 52 | 7,3 | 103173 | — | 11,70 | 1960 | — | — | 0,34 | 0,22 | 0,06 | 0,06 | 3,4 |
| 1902 | 41112 | 28 | 11701 | 270 | — | 900 | 224 | 52 | 21 | 7,1 | 133877 | 0,57 | 11,44 | 2250 | 34 | — | 0,33 | 0,16 | 0,08 | 0,08 | 3,8 |
| 1903 | — | — | 12483 | 315 | — | 960 | 248 | 50 | — | — | 148662 | — | 11,9 | — | — | — | — | — | — | — | — |

*Прим.:* 1. Отказы въ пріемѣ за послѣдніе года надо понимать въ томъ смыслѣ, что роженица, не принятая въ одномъ изъ пріютовъ, направлена была въ другое родовспомогательное учрежденіе, въ которомъ, по телефону, ей было обезпечено мѣсто.

2. При исчисленіи смертности приняты въ разсчетъ исходы заболѣваній всѣхъ родильницъ, въ томъ числѣ и переведенныхъ въ больницы.

биваго Общества повивальныя бабки за послѣднія 6 отчетныхъ лѣтъ, оказывали помощь бѣднымъ роженицамъ ежегодно въ количествѣ 500—800 случаевъ, получая за дѣло 800—1000 р. въ годъ [4]). Врачами Повивальнаго Института съ 1897 по 1901 г. была подана поликлиническая помощь въ 116 родахъ [4]). Врачи, дежурившіе при 12-мъ городскомъ родильномъ пріютѣ, съ апрѣля 1901 г. по конецъ 1902 г., призывались для акушерскаго и гинекологическаго пособія 68 разъ [13]).

Иныхъ данныхъ не имѣю. Могу лишь предполагать, что громадное большинство родовъ, совершающихся въ жилищахъ рожениць, входитъ въ область частной практики повивальныхъ бабокъ и врачей.

Такое сравнительно ничтожное количество помощи, подаваемой недостаточнымъ роженицамъ по разъѣздной системѣ, можно только привѣтствовать въ виду значительнаго развитія болѣе совершенной системы—стаціонарной.

### 4. Акушерская статистика.

При составленіи этой статьи мнѣ пришлось стать въ ближайшее соприкосновеніе съ Петербургской акушерской статистикой. Она несовершенна главнымъ образомъ въ 2-хъ направленіяхъ: въ неодинаковости принциповъ, по которымъ планируются отчеты, и въ запоздалости появленія послѣднихъ. Безспорно, всякій авторъ отчета воленъ разрабатывать, что и какъ ему угодно, а также когда ему угодно. Но для цѣлей санитарныхъ и экономическихъ необходимо установить тотъ minimum вопросовъ, который долженъ быть одинаковъ и обязателенъ для всѣхъ учрежденій, гдѣ совершаются роды, и отвѣчать на который надлежитъ своевременно. По техническимъ соображеніямъ должна быть принята карточная система отчетности. Для частной практики, которая теперь вовсе не регистрируется, карточка можетъ быть упрощеннаго типа. Для однообразія и быстроты разработки карточекъ стаціонарной помощи желательно, чтобы онѣ посылались въ одинъ центръ, которымъ, сколько мнѣ извѣстно, могло-бы служить статистическое Отдѣленіе Петербургской городской Управы. На случай, если-бы эта мѣра не осуществилась или была отложена на неопредѣленное время, необходимо теперь-же приступить хотя-бы къ разработкѣ «листковъ о рожденіи» по вопросу о мѣстѣ, гдѣ происходили роды.

Въ настоящее время, благодаря карточной системѣ и трудамъ д-ра *Е. Л. Пушкиной* и статистическаго Отдѣленія городской Управы, медицинскіе отчеты Петербургскихъ городскихъ родильныхъ пріютовъ занимаютъ 1-е мѣсто по быстротѣ своего появленія и наглядности выводовъ. Отчасти по этой причинѣ я говорилъ о пріютахъ нѣсколько подробнѣе, чѣмъ о другихъ учрежденіяхъ.

**Источники.** 1. Статистическіе ежегодники Петербурга.—2. *Е. Л. Пушкина.* Медицинскіе отчеты Петербургскихъ городскихъ родильныхъ пріютовъ. «Врачъ», 1900 г., 1901 г., «Русскій Врачъ» 1903 г. Отчетъ Петербургской городской исполнительной санитарной Коммиссіи за 1902 г.—3. Печатные отчеты Пе-

*) *Pinard* для Парижской клиники *Baudelocque*'а даетъ слѣдующіе %% смертности беременныхъ, рожениць и родильницъ: за 1890—1903 гг., при 31539 поступившихъ, вся смертность состояла 0,53%, отъ гнилокровія—0,22% (Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1904, февраль).

Digitized by Google

тербургскаго родовспомогательнаго заведенія.—4. Отвѣты на вопросные листы проф. *Г. Е. Рейна.*—5. Полученныя мною письменныя свѣдѣнія.—6. *Г. И. Лебедевъ.* Медицинскій отчетъ акушерскаго отдѣленія клиники акушерства и женскихъ болѣзней при В.-Медицинской Академіи за 1898 и 1899 гг. Петербургъ, 1901 г. — 7. *Р. Б. Грюнингъ.* Статистическій матеріалъ къ вопросу о профилактикѣ послѣродовыхъ заболѣваній. Петербургъ, 1900 г.—8. *В. Михайловъ.* Средніе русскіе акушерскіе итоги за 50 лѣтъ. Новгородъ, 1895 г.—9. *А. М. Выклюковъ.* Мертворождаемость въ Петербургѣ. Петербургъ, 1902 г.—10. Призрѣніе недостаточныхъ рожениць, нуждающихся въ общественной помощи. Городскіе родильные пріюты въ Петербургѣ въ 1868—1885 гг. Петербургъ, 1887 г. — 11. *В. Штольцъ.* Петербургскіе городскіе родильные пріюты. Петербургъ, 1876.—12. *Я. Бѣляевъ.* Этюдъ разбора санитарнаго состоянія родовспомогательнаго заведенія. Петербургъ, 1885 г.—13. Печатные отчеты Петербургской городской санитарной Коммиссіи.—14. Извѣстія Петербургской городской Думы. 1903 г., № 28. — 15. Berättelse angående Stockholms Kommunalförvalning, År 1901. Stockholm. 1903.—16. Annuaire statistique de la ville de Paris. XX Année. 1899.—17. Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien für das Jahr 1900.—18. Municipio di Milano. Dati statistici 1902. Milano 1903.—19. Veröffentlichungen des Statistischen Amts der Stadt Berlin. 1902. Supplement 1.—20. 100 лѣтъ дѣятельности И. Клиническаго Повивальнаго Института. Петербургъ, 1898 г., а также другіе печатные отчеты различныхъ учрежденій Петербургской акушерской стаціонарной помощи.

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 473. *Тиреотоксическая сыворотка* была получена впервые проф. *Маньковскимъ* и д-ромъ *Гончаруковымъ*. *Demoor* и *van Lint* подтвердили и расширили эти изслѣдованія, а въ послѣднее время *Portis* снова занялся этимъ вопросомъ. Онъ вызывалъ невоспріимчивость у козъ внутрибрюшинными впрыскиваніями, производимыми каждыя 2 недѣли, въ противоположность *Domoor*'у и *v. Lint*'у, которые необходимымъ условіемъ успѣха считаютъ частыя (черезъ день) впрыскиванія. Доза постепенно повышалась и подъ конецъ доходила до 10 железъ въ 1 разъ. Помимо этого, авторъ вызывалъ невоспріимчивость у животныхъ впрыскиваніемъ одного коллоиднаго вещества. Полученныя такимъ образомъ сыворотки оказались весьма активными, особенно первая. При впрыскиваніи ея въ вены въ количествѣ 4 к. стм. на кило (19 опытовъ) наблюдались явленія рвоты, непроизвольнаго испражненія, общей подавленности, гэмоглобинуріи; смерть наступала иногда уже черезъ $^1/_2$-часа. Въ виду того, что сыворотка обладала гэмолитическими свойствами, авторъ попробовалъ избавиться отъ гэмолизиновъ, извлекая ихъ предварительно прибавкой соотвѣтственныхъ эритроцитовъ на холоду. Результаты получались аналогичные вышеуказаннымъ, но не столь рѣзкіе, особенно гэмоглобинурія, которая въ этомъ рядѣ опытовъ (6) была слабо выражена. Наконецъ, сыворотка, полученная при вызываніи невоспріимчивости коллоиднымъ веществомъ, также дала положительные результаты (6 опытовъ), до смерти животныхъ включительно; гэмоглобинуріи здѣсь не наблюдалось. — Микроскопическое изслѣдованіе органовъ указываетъ на исчезаніе въ щитовидныхъ железахъ коллоиднаго вещества и на слущиваніе эпителія. Помимо того, въ почкахъ, селезенкѣ и печени наблюдались тѣже явленія, какъ и при впрыскиваніи гэмолитической сыворотки, главнымъ образомъ переполненіе кровью и перерожденіе клѣтокъ. Изслѣдованія надъ дѣйствіемъ тиреотоксической сыворотки на элементы щитовидной железы in vitro (по способу, указанному *Flexner*'омъ и *Noguchi*) обнаружили явленія склеиванія и цитолиза. Слѣдуетъ замѣтить, что сыворотки, полученныя при впрыскиваніи одного коллоиднаго вещества, обладаютъ свойствомъ растворять и склеивать соотвѣтственные красные шарики. Въ настоящее время въ виду возможности полученія столь энергичныхъ сыворотокъ слѣдовало-бы воспользоваться ими для рѣшенія физіологическихъ вопросовъ объ отправленіяхъ щитовидной железы, примѣнивъ для этого соотвѣтственную физіологическую методику, такъ какъ иначе новыя работы являются только повтореніемъ прежнихъ (Journal of Infections Diseases, I). *Л. Тарасевичъ.*

**Гигіэна.** 474. Д-ръ *Thomson* для ознакомленія съ вопросомъ *о роли крысъ на суднахъ, какъ распространительницъ чумы*, изучилъ всемірную навигацію за 4-лѣтній періодъ съ 1898 г. по 1901 г. За это время чума обнаружена была на 95 судахъ: въ 58 случаяхъ только у людей, въ 28—у людей и у крысъ, въ 9—только у крысъ; стало быть, за все время у крысъ на 37 судахъ. Изъ 3048 судовъ, отправившихся изъ Бомбея съ 1898 г. по 1901 г. въ разные порты внѣ Индіи, чума появилась во время путешествія на 20: 16 разъ у людей, 3 раза одновременно у людей и у крысъ и 1 разъ только у крысъ (между тѣмъ въ Бомбеѣ передъ отходомъ судовъ не принимаютъ никакихъ особыхъ мѣръ для уничтоженія крысъ). На основаніи этихъ данныхъ *Thomson* задается вопросомъ, кого собственно при одновременномъ существованіи чумы слѣдуетъ считать источникомъ заразы—человѣка или крысу? Достовѣрность сообщеній о чумѣ у крысъ умаляется въ нѣкоторыхъ случаяхъ отсутствіемъ полнаго бактеріологическаго изслѣдованія, одного-же микроскопическаго изслѣдованія недостаточно, такъ какъ у крысъ существуетъ болѣзнь, дающая большую смертность и происходящая отъ микроорганизма, не отличаемаго ясно подъ микроскопомъ отъ чумной палочки. Тѣмъ болѣе нельзя съ увѣренностью причислить къ чумнымъ эпидеміямъ крысъ случаи съ простымъ упоминаніемъ о большой смертности; кромѣ чумы, у крысъ наблюдаются и другія болѣзни съ большой смертностью. Между тѣмъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ это было допущено. Что касается вопроса о зараженіи пассажировъ судовъ зачумленными судовыми крысами, то опять-таки нельзя утверждать, что крысы въ 58 случаяхъ чумы, отмѣченной только у людей, были свободны отъ нея, такъ какъ иногда она появляется у нихъ въ формѣ, трудно распознаваемой. Изъ 28 случаевъ чумы у людей и у крысъ только въ 7 упоминается о полномъ бактеріологическомъ изслѣдованіи у крысъ; изъ 9 случаевъ чумы у однѣхъ крысъ 6 разъ было произведено полное бактеріологическое изслѣдованіе и 2 раза—только микроскопическое. Во всякомъ случаѣ изъ значительнаго преобладанія случаевъ (58), въ которыхъ чума существовала только у людей, надъ тѣми, въ которыхъ она была наблюдаема одновременно и у крысъ (28) *Thomson* выводитъ заключеніе о незначительности опасности зараженія чрезъ ихъ посредство. Ближайшее же разсмотрѣніе послѣднихъ 28 случаевъ, въ свою очередь, только подтверждаетъ этотъ выводъ: на 13 судахъ заболѣли только по 1 человѣку, на 3—по 2, на 5—по 4, не смотря на большую продолжительность путешествія. Относительно 9 пароходовъ, на которыхъ чумой болѣли однѣ крысы, *Thomson* подчеркиваетъ отсутствіе хотя бы одного заболѣванія у людей, не смотря на продолжительность переѣзда. Останавливаясь далѣе на перенесеніи заразы зачумленными крысами съ пароходовъ на сушу, *Thomson* разбираетъ 5 случаевъ, въ которыхъ имъ приписывалось это. Оказывается, что ни для одного случая это обстоятельство не доказано, тогда какъ, съ другой стороны, суда, имѣвшія зачумленныхъ крысъ, но безъ заболѣвшихъ людей, не смотря на производство разгрузки до обеззараживанія (5 сл.), не служили источникомъ зараженія. Изслѣдованія д-ра *Jacques*'а подтверждаютъ выводы *Thomson*'а: изъ 555 судовъ на 26 оказались зачумленныя крысы, но ни на судахъ, ни на сушѣ никто изъ людей чумой не заболѣлъ (суда были обеззаражены). Хотя *Thomson* и не берется въ точности опредѣлить степень опасности зараженія отъ зачумленныхъ крысъ, тѣмъ не менѣе онъ утверждаетъ, что крыса не только не является главнымъ передатчикомъ чумы человѣку, но изъ всѣхъ извѣстныхъ или еще не извѣстныхъ передатчиковъ она оказывается однимъ изъ наименѣе важныхъ (Revue d'hygiène et de police sanitaire, 20 февраля).

**Внутреннія болѣзни.** 475. *James J. Walsh* говоритъ о *лѣченіи злокачественнаго малокровія антистрептококковой сывороткой*. Прошло уже 50 лѣтъ, какъ *Addison* впервые описалъ т. наз. идіопатическое малокровіе, а этіологія этой болѣзни и до сихъ поръ остается неизвѣстной. Ракъ, особенно желудка, вторичныя малокровія, зависящія отъ какой-либо постоянной причины, частыя кровотеченія и кишечныя чужеядныя (anchylostomum duodenale) даютъ тѣже припадки, что и злокачественное малокро-

віе. Но часто причины найти нельзя совсѣмъ, и лишь все нарастающее уменьшеніе числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ указываетъ на роковый конецъ. Несомнѣнно, что злокачественное малокровіе встрѣчается чаще, чѣмъ принято думать. 3 года назадъ докторъ *William Hunter* предложилъ новое объясненіе этой болѣзни. Корень зла онъ видѣлъ въ дурныхъ зубахъ, какъ въ очагѣ гноеродныхъ бактерій, развивающихъ заразный матеріалъ, вызывающій гнилостный гастритъ, результатомъ котораго является разрушеніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ по *Hunter*'у. Связь между дурными зубами и гастрическимъ катарромъ слѣдующая: 1) желудокъ лишь до извѣстной степени можетъ переносить постоянное присутствіе гноя отъ гнилыхъ зубовъ; 2) способность его убивать гноеродные микроорганизмы зависитъ отъ количества свободной HCl; 3) способность эта ослабѣваетъ постепенно съ увеличеніемъ числа гноеродныхъ бактерій и уменьшеніемъ кислотности желудочнаго сока; 4) эти 2 условія являются слѣдствіемъ хроническаго каріо-некроза зубовъ; 5) иногда простой катарръ желудка—слѣдствіе гнилыхъ зубовъ—дѣлается гнойнымъ вслѣдствіе гнилостнаго зараженія слизистой оболочки; 6) это можетъ вести и къ болѣе глубокимъ измѣненіямъ—атрофіи железъ, увеличенію соединительной ткани. Такимъ образомъ гнилые зубы являются постояннымъ источникомъ мѣстнаго и общаго гнилостнаго отравленія. Бактеріальное изслѣдованіе гнилыхъ зубовъ показало, что здѣсь встрѣчаются палочка, вызывающая омертвѣніе зубной мякоти, и обыкновенные гноеродные микроорганизмы, особенно желчный гноеродный стафилококкъ и стрептококкъ. На основаніи всего этого *Hunter* вывелъ заключеніе, что лѣченіе антистрептококковой сывороткой должно давать благопріятные результаты. *Hunter*'овское объясненіе вліянія кишечныхъ микроорганизмовъ на общее зараженіе пріобрѣтаетъ тѣмъ большее значеніе, что оно во многомъ аналогично съ открытіемъ *Adami*. Послѣдній нашелъ, что при печеночномъ циррозѣ въ печени находятъ микроорганизмы, проникшіе въ нее, несомнѣнно изъ пищеварительнаго канала и представляющіе перерожденные экземпляры кишечной палочки. Послѣдняя сама по себѣ цирроза не производитъ, но способствуетъ развитію его, ослабляя жизнедѣятельность почечныхъ клѣтокъ. Проф. *Osler* рѣшительно отвергаетъ теорію *Hunter*'а, указывая на то, что онъ изслѣдовалъ очень много больныхъ, у многихъ нашелъ плохіе зубы, но малокровія у нихъ тѣмъ не менѣе не было. Авторъ также является противникомъ *Hunter*'овской теоріи и въ подтвержденіе своего взгляда на нее приводитъ слѣдующій случай.

У больной, 38 л., страдавшей сильной степенью малокровія (1000000 красныхъ кровяныхъ тѣлецъ съ зернистыми клѣтками и мегалобластами), рвотой и отсутствіемъ позыва на ѣду (зубы были отличные и содержались въ примѣрной опрятности), примѣнилъ сначала дов. успѣшно лѣченіе мышьякомъ, дающимъ всегда отличные результаты при лѣченіи малокровія. Когда-же мышьякъ пересталъ помогать, онъ прибѣгнулъ къ впрыскиванію антистрептококковой сыворотки. Въ 1-ый разъ онъ впрыснулъ ея 5 к. стм., въ слѣдующіе 5 разъ по 10 к. стм. Впрыскиванія производились съ 3-дневными промежутками. Появилась сначала мѣстная краснота, а затѣмъ и общая крапивница съ невыносимымъ зудомъ. Рвота и упадокъ силъ больной не проходилъ, и вскорѣ она погибла (Medical Record, 27 февраля). *Ф.*

476. Д-ръ *Devilliers* предложилъ испытать *адреналинъ при почечуйныхъ узлахъ*, имѣя въ виду его сосудосжимающее дѣйствіе. Примѣняя распыленные растворы адреналина (25 грм. 1°/₀₀-го раствора адреналина въ 250 грм. перегнанной воды) и послѣдовательное приложеніе ватныхъ тампоновъ, пропитанныхъ $^1/_2{}^0/_{00}$-мъ растворомъ адреналина, *Devilliers* получалъ обезкровливаніе выпавшихъ узловъ и ихъ обезболиваніе; употребляя затѣмъ $1^0/_{00}$-ый растворъ адреналина, онъ достигъ быстраго вправленія выпавшихъ узловъ, безъ дальнѣйшаго уже ихъ выпаденія. Поэтому *Devilliers* и полагаетъ, что примѣненіе адреналина при болѣзненныхъ невправимыхъ почечуйныхъ узлахъ заслуживаетъ полнаго вниманія, такъ какъ разнородное послѣдовательное его дѣйствіе можетъ ограничивать необходимость оперативнаго вмѣшательства, которое, при безуспѣшномъ его дѣйствіи, сохранитъ все-таки свое мѣсто (Klin. ther. Wochenschrift, 1903 г., № 33, Wiener med. Presse, 1903 г., № 42). *Г. Александровъ.*

**Хирургическія болѣзни.** 477. *Berkeles-Moynihan* посвящаетъ спеціальную статью вопросу о *желудкѣ формы песочныхъ часовъ*. Перетяжка бываетъ иногда 1, иногда 2, чаще—посрединѣ желудка или ближе къ выходу. Малая кривизна бываетъ чаще притянута къ большой, чѣмъ наоборотъ. Относительно происхожденія такой формы желудка мнѣнія авторовъ рѣзко расходятся. *Hochenegg*, *Cowington*, *Maier*, *Saake* и др. считаютъ ее слѣдствіемъ старыхъ язвъ, гипертрофіи мышцъ, сращеній съ поджелудочной железой или ея брюшной стѣнкой, ограничившагося прободенія и условій, сопутствующихъ хронической язвѣ желудка. Другіе, какъ *Fenwick*, *Meckel*, *Cumston*, *Landifort*, *Wyss*, *Mariotti*, *Mazotti*, считаютъ это явленіе врожденнымъ; находимыя язвы они считаютъ послѣдовательными, *B.-Moynihan* горячо возстаетъ противъ послѣдняго мнѣнія и утверждаетъ, что причины, производящія желудокъ формы песочныхъ часовъ, могутъ быть только лишь слѣдующія: 1. перигастрическія сращенія, 2. хроническія язвы, 3. злокачественныя болѣзни. Перигастрическія сращенія возникаютъ вслѣдствіе язвы желудка или вслѣдствіе желчнокаменной болѣзни. Хроническія язвы могутъ производить желудокъ формы песочныхъ часовъ двоякимъ образомъ: а) при постепенномъ углубленіи язвы, послѣдняя сростается съ брюшной стѣнкой или прилежащимъ органомъ и б) хроническая язва при заживленіи даетъ стягиваніе и сильное затвердѣніе. Судороги желудка также могутъ вызвать гипертрофію мышцъ желудка. Признаки желудка формы песочныхъ часовъ слѣдующіе: 1) при промываніи желудка нѣкоторая часть вливаемой жидкости остается въ желудкѣ (1-ый признакъ *Woelfler*'а); 2) послѣ того, какъ желудокъ промытъ, внезапно вытекаетъ небольшое количество вонючей жидкости (2-ой признакъ *Woelfler*'а); 3) парадоксальное расширеніе желудка (*Jaworski*). Если наполнить желудокъ жидкостью до того, что при сотрясеніи области желудка получится шумъ плеска, желудочнымъ зондомъ вывести всю жидкость и затѣмъ снова произвести сотрясеніе области желудка, то шумъ плеска все еще остается слышнымъ; 4) *Von Eiselsberg* замѣтилъ, что при экспериментальномъ расширеніи желудка сначала образуется выпуклость съ лѣвой стороны надчревья, а потомъ уже постепенно наполняется и весь желудокъ, и выпуклость появляется и съ правой стороны; 5) *Von Eiselsberg* обращаетъ также вниманіе на шумъ журчанія и клокотаніе при выслушиваніи желудка, наполненнаго $CO_2$. При нормальномъ или расширенномъ желудкѣ шумъ этотъ слышенъ только у выходной части; если же есть перетяжка, то онъ слышенъ на 2—3 дюйма слѣва отъ средней линіи; 6) авторъ замѣтилъ слѣдующій признакъ: если наполнить желудокъ $CO_2$ (*Seidlitz*'овскій порошокъ 2-мя дозами) и выстукивать его, то звукъ послѣ наполненія желудка $CO_2$ во входной части усиливается, а въ выходной остается тѣмъ-же; 7) *Schmidt-Monard* и *Eichhorst* наполняютъ желудокъ $CO_2$ и при наличности перетяжки видятъ ясно снаружи борозду, раздѣляющую желудокъ на 2 части, причемъ при давленіи на одну часть увеличивается объемъ другой и обратно; 8) *Ewald* наполняетъ желудокъ водой и вводитъ электрическую лампочку (gastrodiaphania), при чемъ освѣщается лишь входная часть желудка, а выходная остается темной; 9) больной проглатываетъ резиновый шаръ *Turk* и *Hemmeter*'а; шаръ этотъ раздувается чрезъ трубку и тогда снаружи замѣчается выпуклость входной части желудка слѣва отъ средней линіи. И такъ, 2 главныхъ признака способствуютъ постановкѣ распознаванія при желудкѣ формы песочныхъ часовъ, это—1) промываніе желудка и 2) наполненіе его $CO_2$. Вотъ вкратцѣ исторіи болѣзни 18 больныхъ автора.

1. Больная, 39 л., 10 лѣтъ назадъ имѣла болѣзнь, проявлявшуюся въ сильномъ малокровіи. 7 мѣс. назадъ были всѣ припадки язвы желудка, но безъ признаковъ прободенія. Въ настоящее время послѣ каждаго пріема пищи—боль въ области желудка и рвота. При ощупываніи—расширеніе желудка; слѣва отъ средней линіи немного ниже мечевиднаго отростка—особенно чувствительное мѣсто съ повышенной сопротивляемостью (при операціи оказалось, что это мѣсто соотвѣтствуетъ мѣсту сращенія желудка). Потеря въ вѣсѣ, разрушеніе здоровья. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ, съуженіе по срединѣ, сращеніе съ передней стѣнкой живота. При разъединеніи

Digitized by Google

срощенія въ желудкѣ образовался свищъ, который былъ закрытъ швомъ. Полное выздоровленіе.

2. Больная, 27 л., послѣ пріема пищи чрезъ часъ появлялись боли, иногда сопровождавшіяся рвотой. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ. Съуженіе въ 4 д. отъ выхода желудка. Разрѣзъ съуженія въ поперечномъ направленіи, сшиваніе въ продольномъ. Выздоровленіе.

3. Больной 45 л. Боленъ 3 года. Боль въ надчревьи, отдающаяся въ лѣвую сторону. Рвота. Потеря въ вѣсѣ. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ. Срощеній нѣтъ, гипертрофіи тоже; легкое срощеніе привратника съ желчнымъ пузыремъ.

4. Больная, 28 л., 5 лѣтъ страдала припадками язвы желудка. Чрезъ $^1/_2$—1 час. послѣ пріема пищи рвота. Признаки *von Eiselsberg*'а желудка формы песочныхъ часовъ. Операція подтвердила распознаваніе. Вокругъ съуженія оплотнѣніе ткани к многочисленныя срощенія. По разъединеніи послѣднихъ полное выздоровленіе.

5. Больной, 55 л., 16 лѣтъ страдалъ болями въ животѣ послѣ пріема пищи, иногда рвота. 5 лѣтъ назадъ была кровавая рвота. Потеря въ вѣсѣ. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ; много срощеній. Гастропластика. Выздоровленіе.

6. Больной 46 л. Послѣ пріема пищи чрезъ часъ боли въ желудкѣ; потеря въ вѣсѣ, разстройство здоровья. Имѣлъ 1 приступъ съ сильными болями и кровавой рвотой. Испражненія черныя, какъ чернила. Ежедневно рвота. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ, 2 язвы у выходной части; привратникъ оказался съуженнымъ; срощеніе съ печенью и желчнымъ пузыремъ. По срединѣ сильно расширеннаго желудка перетяжка. Задняя гастроэнтеростомія. Спустя нѣкоторое время больной умеръ отъ другой болѣзни.

7. Больной 48 л. Много лѣтъ рветъ послѣ пріема пищи, 2 раза имѣлъ сильную кровавую рвоту. Явленія расширенія желудка. При надуваніи его прощупывается борозда въ нижней части; надъ ней журчащій шумъ. На лицо 1, 3, 5 и 6 (см. выше) признаки желудка формы песочныхъ часовъ. Операція подтвердила распознаваніе. Входная часть оказалась сильно расширенной; съуженіе было на 3 д. выше выхода. Выздоровленіе.

8. Больная 50 л. Больна много лѣтъ. Припадки язвы желудка. На лицо 1, 3 и 6 признаки желудка формы песочныхъ часовъ. Операція подтвердила распознаваніе. Съуженіе въ $2^1/_2$ д. надъ выходомъ желудка. На задней стѣнкѣ входной части—язва. Задняя гастроэнтеростомія. Послѣ операціи появилась упорная рвота. Вторичная операція: образованъ свищъ въ тощей кишкѣ. Полное выздоровленіе.

9. Больной 39 л. Боленъ 9 лѣтъ. Сразу появились сильныя боли послѣ пріема пищи. 2—3 раза въ день рвота. 1, 2, 3 и 6 признаки желудка формы песочныхъ часовъ, что подтвердилось операціей. Съуженіе въ 3 д. надъ выходомъ, едва пропускавшее кончикъ мизинца. Входная часть расширена. Задняя гастроэнтеростомія; пилородіозъ. Больной вскорѣ погибъ; на вскрытіи обѣ почки оказались больными.

10. Больная, 25 л., 3 года страдала болями и рвотой послѣ пріема пищи и падала въ вѣсѣ. Слѣва и выше пупка плотное утолщеніе. При введеніи $CO_2$ по обѣ стороны этого утолщенія появилось набуханіе. Операція: желудокъ формы песочныхъ часовъ. На границѣ обоихъ мѣшковъ—твердая масса, срощенная съ поджелудочной железой; много увеличенныхъ железъ. По уничтоженіи срощеній вскорѣ-же наступило полное выздоровленіе.

11. Больной, 40 л., 6 мѣс. назадъ внезапно почувствовалъ сильную боль въ верхней части живота. Быстрое исхуданіе. Надъ пупкомъ между средней линіей живота и лѣвымъ подреберьемъ прощупывалась гладкая, мягкая, зыблившаяся опухоль. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ. Срощенія разъединены. Гастропластика. Выздоровленіе.

12. Больная, 28 л., 6 лѣтъ страдала болями послѣ пріема пищи. Рвота. Сильное истощеніе. 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7 признаки желудка формы песочныхъ часовъ, что подтвердилось при операціи. Сильное съуженіе привратника. Гастропластика и задняя гастроэнтеростомія. Больная плохо переносила наркозъ и умерла на 5-ый день отъ пнеймоніи.

13. Больная, 42 л., нѣсколько лѣтъ страдала болями и рвотой послѣ пріема пищи, запорами. 18 лѣтъ назадъ была кровавая рвота. Съ тѣхъ поръ боли постепенно увеличивались. 1, 2, 3, 5 и 6 признаки желудка формы песочныхъ часовъ, что подтвердилось при операціи. Съуженіе едва пропускало мизинецъ. На задней поверхности кольца съуженія—плотная масса. Гастропластика. Задняя гастроэнтеростомія на выходной части. Выздоровленіе.

14. Больная 27 л. Больна 9 лѣтъ. Боль и рвота вскорѣ послѣ пріема пищи. При надуваніи желудка видно раздѣленіе его на 2 мѣшка. 1, 2, 3, 5 и 6 признаки желудка формы песочныхъ часовъ, что подтвердилось при операціи. Гастро-гастростомія и гастроэнтеростомія. Выздоровленіе.

15. Больная 34 л. Больна $9^1/_2$ лѣтъ. 5 лѣтъ назадъ были особенно сильныя боли въ животѣ и кровавая рвота. Признакъ *Woelfler*'а и *Jaworsk*'аго желудка формы песочныхъ часовъ, что подтвердилось при операціи. Съуженіе привратника. Гастрогастростомія и гастроэнтеростомія. Выздоровленіе.

16. Больная 35 л. Больна 6 лѣтъ. Боли въ животѣ, особенно съ лѣвой стороны надчревья. 3 раза была кровавая рвота. $^1/_2$-года боли и рвота послѣ пріема пищи. Быстрое истощеніе. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ. На передней и верхней поверхности желудка значительное утолщеніе, притягивающее верхнюю кривизну къ нижней. Отъ мѣста перетяжки къ печени сильные тяжи. Задняя гастроэнтеростомія. Выздоровленіе.

17. Больной 54 л. Рвота при обильномъ питьѣ. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ. Съуженіе зависѣло отъ злокачественнаго новообразованія. Jejunostomia. Выздоровленіе.

18. Больная, 38 л., 17 лѣтъ имѣла язву желудка. Нѣсколько недѣль назадъ была кровавая рвота. Съ тѣхъ поръ часто боли въ животѣ. За послѣднее время сильно исхудала. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ. Желудокъ былъ срощенъ съ передней стѣнкой живота. Разъединеніе срощеній. Гастропластика; пилоропластика. Вскорѣ больная умерла. Изсѣченная масса оказалась злокачественнымъ новообразованіемъ.

Язвы желудка бываютъ множественныя. Какъ показали вышеописанные случаи, часто оказывается недостаточно одной операціи для излѣченія. Если сдѣлать гастроэнтеростомію на входной части, то выходная остается недренированной, являются припадки задержки и необходимость во 2-ой операціи. Гастропластика удобопримѣнима при съуженіяхъ на тѣлѣ желудка, но неудобна при съуженіяхъ привратника. Часто необходима двойная операція: гастроэнтеростомія на обоихъ мѣшкахъ, гастропластика съ гастроэнтеростоміей выходной части, гастро-гастростомія или гастропластика и пилоропластика (British Medical Journal, 20 февраля). *I. Л. Фишманъ.*

**Глазныя болѣзни.** 478. Д-ръ *Fehr* описываетъ *«семейное пятнистое перерожденіе роговой оболочки»*, наблюдавшееся въ глазной лѣчебницѣ проф. *Hirschberg*'а у 2 сестеръ и 1 брата. Болѣзнь заключалась въ медленно нароставшемъ невоспалительномъ помутнѣніи обѣихъ роговицъ, начинавшемся на 10—12 году жизни и приведшемъ лѣтъ черезъ 30 въ 1 случаѣ къ почти полной потерѣ зрѣнія (счету пальцевъ съ небольшого разстоянія), а въ 2 остальныхъ—къ чрезвычайному пониженію работоспособности (счету пальцевъ съ разстоянія нѣсколькихъ метровъ до 0,1 нормальной остроты зрѣнія). Невооруженному глазу роговицы казались равномѣрно мутными съ разсѣянными бѣловатыми точками и пятнышками самой разнообразной формы; при изслѣдованіи-же сильной лупой, и разлитая муть оказывалась скопленіемъ тончайшихъ точекъ. Самыя густыя мутности располагались въ центральныхъ частяхъ роговицы, занимая преимущественно поверхностные слои ея, а по краю роговицы, если мутности имѣлись, то помѣщались въ глубокихъ слояхъ. Новообразованныхъ сосудовъ въ роговицѣ не замѣчалось, и поверхность ея во всѣхъ случаяхъ представлялась гладкой, сохранивъ нормальный блескъ. Причина болѣзни осталась невыясненной. Здоровье было прекрасное у всѣхъ; наслѣдственное вліяніе также не удалось обнаружить. Лѣченіе внутренними, какъ и мѣстными средствами—іодомъ, ртутью, хекиритоломъ, соструганіемъ съ роговицы (abrasio corneae)—оставалось безуспѣшнымъ.—О подобномъ перерожденіи роговой оболочки впервые сообщено было въ 1890 г. д-ромъ *Bieber*'омъ, описавшимъ 3 случая *«рѣшетчатаго помутнѣнія роговой оболочки»*. Въ прошломъ году д-ръ *Freund*, присовокупившій къ 12 такимъ случаямъ изъ литературы своихъ 15 изъ 2 семействъ, далъ слѣдующія положенія о клинической картинѣ этой болѣзни: 1) Рѣшетчатое помутнѣніе роговой оболочки представляетъ собою наслѣдственное страданіе, проявляющееся лишь съ наступленіемъ половой зрѣлости. 2) Помутнѣніе это составляется изъ сѣрыхъ пятенъ, которыя занимаютъ серединныя части роговицы и, располагаясь подъ эпителіемъ, обусловливаютъ неровности въ поверхности этой оболочки. 3) Помимо отдѣльныхъ пятенъ, имѣется разлитое помутнѣніе роговицы, которое и обнаруживаетъ, при изслѣдованіи лупой, рѣшетообразный рисунокъ. 4) Краевыя части роговицы всегда остаются незатронутыми. Другое подобное-же пораженіе роговой оболочки, представляющее какъ-бы переходную ступень между рѣшетчатымъ помутнѣніемъ *Bieber*'а и пятнистымъ *Fehr*'а, описано было подъ названіемъ *«узелковаго помутнѣнія роговой оболочки»* д-ромъ *Groenouw*'омъ въ 1898 г. По *Fuchs*'у, узелковое помутнѣніе характеризуется 1) неровной поверхностью роговой оболочки, 2) сѣрыми пятнами въ зрачковой области роговицы, выступающими надъ ея поверхностью и окруженными вѣнчикомъ мелкихъ пятнышекъ, и 3) разлитымъ, а подъ лупой мелкоточечнымъ, помутнѣніемъ всей остальной роговицы. По *Fuchs*'у-же, сходство узелковаго помутнѣнія роговой оболочки съ рѣ-

Digitized by Google

шетчатымъ сказывается 1) въ очень затяжномъ теченіи болѣзни, 2) въ поверхностномъ расположеніи мутностей и въ выступаніи ихъ надъ поверхностью роговицы и 3) въ появленіи этихъ болѣзней у членовъ одной и той-же семьи. А по *Fehr*'у, сходство пятнистаго помутнѣнія съ узелковымъ и съ рѣшетчатымъ выражается 1) въ медленномъ развитіи наростающаго помутнѣнія роговицы при отсутствіи рѣзкихъ воспалительныхъ явленій, 2) въ раннемъ наступленіи страданія—на 10—12-мъ году жизни, 3) въ очень затяжномъ теченіи и 4) въ семейномъ появленіи болѣзни при отсутствіи основного страданія. Что-же касается сущности анатомическихъ измѣненій при означенныхъ помутнѣніяхъ роговой оболочки, то, какъ показали изслѣдованія *Dimmer*'а, *Fuchs*'а и др. при помутнѣніяхъ рѣшетчатомъ и узелковомъ, здѣсь имѣется дѣло съ отложеніями стекловидныхъ глыбъ, игольчатыхъ кристалловъ трипельфосфата и мочекислаго натра или-же безформеннаго слизеобразнаго вещества—словомъ, и анатомическія данныя говорятъ въ этихъ случаяхъ за отсутствіе рѣзкихъ воспалительныхъ измѣненій при наличности явленій перерожденія (Centralblatt für Augenheilkunde, январь). *Р. К.*

479. Д-ра *Schweinitz* и *Edsall* изслѣдовали *мочу* въ 7 случаяхъ *табачно-алкогольной амбліопіи* и нашли повышенное содержаніе уробилина, летучихъ жирныхъ кислотъ и сѣрнокислыхъ соединеній. Во всѣхъ этихъ случаяхъ одновременно съ улучшеніемъ состоянія глазъ, наступавшимъ подъ вліяніемъ лѣченія, возстановлялся и нормальный составъ мочи. Отсюда авторы заключаютъ, что при табачно-алкогольной амбліопіи происходитъ чрезмѣрное всасываніе отравныхъ веществъ въ *желудочно кишечномъ каналѣ* и что разстройства послѣдняго являются связующимъ звеномъ между злоупотребленіемъ табакомъ и алкоголемъ и между страданіями зрительнаго нерва. Практическій выводъ: лѣченіе должно быть направлено и на кишечникъ путемъ тщательнаго упорядоченія діэты (По передачѣ изъ «The American Journal of Medical Sciences», августъ, 1903 г., въ «Centralblatt für praktische Augenheilkunde», январь). *Р. Кацъ.*

**Нервныя и душевныя болѣзни.** 480. Въ Hamburg'скомъ Обществѣ врачей большія пренія вызвалъ докладъ д-ра *Boettiger*'а объ *истинныхъ и ложныхъ признакахъ* (*стигматахъ*) *истеріи*. Докладчикъ смотритъ на истерію, какъ на психозъ, и всѣ ея проявленія считаетъ, непосредственно или посредственно, психогеннаго происхожденія. Изъ извѣстныхъ истерическихъ признаковъ онъ «гвоздь» (clavus) и «шаръ» (globus) относитъ къ области нейрастеніи, въ частности церебрастеніи, и желудочно-кишечнаго нейроза, считая, что съ истеріей они вообще ничего общаго не имѣютъ. Ослабленіе или отсутствіе конъюнктивальнаго и нёбнаго рефлексовъ можетъ быть при истеріи, но очень часто можетъ и не быть, но, такъ какъ это вообще наблюдается въ физіологическихъ предѣлахъ кожныхъ и слизисто-оболочечныхъ рефлексовъ, то и должно быть разсматриваемо не какъ истерическій признакъ, а какъ нормальное физіологическое явленіе. Точно также и истерическія болѣзненныя точки требуютъ, въ особенности послѣ классическихъ изслѣдованій *Head*'а, новаго пересмотра; напр., оварію, представляющую собою очень часто лишь гипэрестезію кожныхъ покрововъ, докладчикъ нерѣдко наблюдалъ, какъ сопутствующее явленіе при блуждающей почкѣ и хроническомъ запорѣ; истерическимъ же признакомъ оварія становится лишь тогда, когда съ соотвѣтственной болевой точки можетъ быть вызванъ истерическій припадокъ. Наиболѣе важнаго изъ установленныхъ *Charcot* истерическихъ признаковъ—половиннаго чувствительно-чувственнаго паралича, геміанэстезіи, съ съуженіемъ поля зрѣнія включительно, докладчикъ въ своей практикѣ, при обыкновенномъ, не спеціально-нейропатологическомъ, изслѣдованіи истеричныхъ, никогда не могъ у нихъ отмѣтить, даже при наличности геми-моно- и параплегій; изъ 95 больныхъ онъ лишь у 3-хъ нашелъ частичныя—и то незначительныя анэстезіи, а съуженія поля зрѣнія, при изслѣдованіи рукой, въ сколько-нибудь сильной степени—ни разу. Особенно тщательнаго изслѣдованія онъ намѣренно избѣгалъ, для устраненія всякой возможности внушенія, изъ чего онъ и заключаетъ, что находимые у истеричекъ чувствительно-чувственные признаки большею частью зависятъ отъ способа врачебнаго ихъ изслѣдованія и доказываютъ только внушаемость этихъ больныхъ, ихъ податливость къ чужимъ и своимъ внушеніямъ. Для истеріи въ общемъ болѣе всего характерны только 2 отличительныя особенности: несоотвѣтствіе припадковъ ни анатомическимъ, ни физіологическимъ даннымъ, какъ нормальнымъ, такъ и патологическимъ, и болѣе или менѣе выраженныя чрезмѣрность или излишество ихъ. Обѣ эти характерныя особенности истеріи порознь или вмѣстѣ всегда могутъ быть доказаны какъ въ самыхъ сложныхъ, такъ и въ наиболѣе простѣйшихъ формахъ ея. Но въ каждомъ данномъ случаѣ распознаваніе должно ставить съ большою осторожностью, такъ какъ каждый отдѣльный признакъ и каждое сочетаніе ихъ въ различныхъ случаяхъ истеріи могутъ проявляться весьма своеобразно; въ сомнительныхъ случаяхъ благоразумнѣе оставить распознаваніе открытымъ.—*Saenger* отстаиваетъ значеніе основныхъ признаковъ истеріи, установленныхъ *Charcot*, какъ и вообще все ученіе о ней послѣдняго, ученіе строго клиническое, оказавшее, между прочимъ, столь существенныя заслуги разработкѣ впервые зародившагося въ Германіи ученія о т. наз. травматическихъ нейрозахъ, въ особенности при выясненіи притворства. Способы изслѣдованія, которые *Boettiger* примѣнялъ у своихъ больныхъ, онъ самъ считаетъ поверхностными, какъ, напр., изслѣдованіе поля зрѣнія движеніями руки. Если воображеніе и играетъ большую роль при многихъ истерическихъ явленіяхъ, то едва-ли такіе признаки, какъ ограниченныя анэстезіи пятнами, сокращенія зрачковъ, отсутствіе рефлексовъ съ роговой и соединительной оболочекъ глаза, нёба и др. могутъ зависѣть отъ психики. Столь часто наблюдаемое сочетаніе органическихъ нервныхъ заболѣваній съ истерическими явленіями и своеобразное отношеніе къ истеріи нѣкоторыхъ ядовъ (свинца, ртути, алкоголя) и электрическихъ токовъ высокаго напряженія, вызывающихъ нерѣдко какъ разъ признаки *Charcot*, указываютъ на существованіе въ центральной нервной системѣ функціональныхъ измѣненій, ничего общаго съ психическими измѣненіями не имѣющихъ. Эту мысль еще недавно высказалъ *Hoche* по поводу описанныхъ имъ, развившихся вслѣдствіе электрическихъ разрядовъ, нейрозовъ съ двигательными и чувствительными разстройствами несомнѣнно истерическаго характера. Въ случаѣ *Оканова* у больного, послѣ полнаго «излѣченія» истерической параплегіи съ анэстезіей, тщательное изслѣдованіе обнаружило язычно-губную судорогу съ анэстезіей языка и щеки—признаки, которые, конечно, нельзя объяснить ни воображеніемъ, ни психическимъ вліяніемъ. Въ практическомъ отношеніи установленные *Charcot* признаки истеріи имѣютъ большое распознавательное значеніе, такъ какъ они при всѣхъ обстоятельствахъ служатъ указаніемъ на наличность у изслѣдуемыхъ больныхъ нейроза, который мы называемъ истеріей.—*Nonne* не отрицаетъ, что встрѣчаются случаи истеріи и безъ классическихъ признаковъ, и соглашается, что распознаваніе истеріи, конечно, не должно зависѣть отъ наличности или отсутствія чувствительно-чувственныхъ признаковъ, но подтверждаетъ, что эти признаки въ немаломъ числѣ случаевъ являются объективными доказательствами существованія истерическаго нейроза. Въ цѣломъ рядѣ случаевъ, гдѣ распознаваніе колебалось между различными органическими заболѣваніями нервной системы—«мозговая опухоль», «менингитъ», «энцефалитъ», «міэлитъ», «травматическая гэматома твердой мозговой оболочки», «опухоль спинного мозга» и т. д.—только благодаря наличности специфическихъ разстройствъ чувствительности, удавалось доказать истерическій характеръ болѣзни. Въ особенности при поврежденіяхъ спины, гдѣ нерѣдко приходится ставить отличительное распознаваніе между поврежденіемъ позвоночника съ послѣдующимъ органическимъ параличемъ, съ одной стороны, и спинной нейральгіей съ истерическимъ параличемъ, съ другой, правильное опредѣленіе болѣзни бываетъ возможно нерѣдко только на основаніи разстройствъ чувствительности. То-же относится и къ нѣкоторымъ формамъ суставныхъ нейрозовъ. При изслѣдованіи чувствительности у истеричныхъ нужно, ко-

Digitized by Google

срощенія въ желудкѣ образовался свищъ, который былъ закрытъ швомъ. Полное выздоровленіе.

2. Больная, 27 л., послѣ пріема пищи чрезъ часъ появлялись боли, иногда сопровождавшіяся рвотой. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ. Съуженіе въ 4 д. отъ выхода желудка. Разрѣзъ съуженія въ поперечномъ направленіи, сшиваніе въ продольномъ. Выздоровленіе.

3. Больной 45 л. Боленъ 3 года. Боль въ надчревьи, отдающаяся въ лѣвую сторону. Рвота. Потеря въ вѣсѣ. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ. Срощеній нѣтъ, гипертрофія тоже; легкое срощеніе привратника съ желчнымъ пузыремъ.

4. Больная, 28 л., 5 лѣтъ страдала припадками язвы желудка. Чрезъ $^1/_2$—1 час. послѣ пріема пищи рвота. Признаки *von Eiselsberg*'а желудка формы песочныхъ часовъ. Операція подтвердила распознаваніе. Вокругъ съуженія оплотнѣніе ткани к многочисленныя срощенія. По разъединеніи послѣднихъ полное выздоровленіе.

5. Больной, 55 л., 16 лѣтъ страдалъ болями въ животѣ послѣ пріема пищи, иногда рвота. 5 лѣтъ назадъ была кровавая рвота. Потеря въ вѣсѣ. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ; много срощеній. Гастропластика. Выздоровленіе.

6. Больной 46 л. Послѣ пріема пищи чрезъ часъ боли въ желудкѣ; потеря въ вѣсѣ, разстройство здоровья. Имѣлъ 1 приступъ съ сильными болями и кровавой рвотой. Испражненія черныя, какъ чернила. Ежедневно рвота. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ, 2 язвы у выходной части; привратникъ оказался съуженнымъ; срощеніе съ печенью и желчнымъ пузыремъ. По срединѣ сильно расширеннаго желудка перетяжка. Задняя гастроэнтеростомія. Спустя нѣкоторое время больной умеръ отъ другой болѣзни.

7. Больной 48 л. Много лѣтъ рветъ послѣ пріема пищи, 2 раза имѣлъ сильную кровавую рвоту. Явленія расширенія желудка. При надуваніи его прощупывается борозда въ нижней части; надъ ней журчащій шумъ. На лицо 1, 3, 5 и 6 (см. выше) признаки желудка формы песочныхъ часовъ. Операція подтвердила распознаваніе. Входная часть оказалась сильно расширенной; съуженіе было на 3 д. выше выхода. Выздоровленіе.

8. Больная 50 л. Больна много лѣтъ. Припадки язвы желудка. На лицо 1, 3 и 6 признаки желудка формы песочныхъ часовъ. Операція подтвердила распознаваніе. Съуженіе въ $2^1/_2$ д. надъ выходомъ желудка. На задней стѣнкѣ входной части—язва. Задняя гастроэнтеростомія. Послѣ операціи появилась упорная рвота. Вторичная операція: образованъ свищъ въ тощей кишкѣ. Полное выздоровленіе.

9. Больной 39 л. Боленъ 9 лѣтъ. Сразу появились сильныя боли послѣ пріема пищи. 2—3 раза въ день рвота. 1, 2, 3 и 6 признаки желудка формы песочныхъ часовъ, что подтвердилось операціей. Съуженіе въ 3 д. надъ выходомъ, едва пропускавшее кончикъ мизинца. Входная часть расширена. Задняя гастроэнтеростомія; пилородіозъ. Больной вскорѣ погибъ; на вскрытіи обѣ почки оказались больными.

10. Больная, 25 л., 3 года страдала болями и рвотой послѣ пріема пищи и падала въ вѣсѣ. Слѣва и выше пупка плотное утолщеніе. При введеніи $CO_2$ по обѣ стороны этого утолщенія появилось набуханіе. Операція: желудокъ формы песочныхъ часовъ. На границѣ обоихъ мѣшковъ—твердая масса, срощенная съ поджелудочной железой; много увеличенныхъ железъ. По уничтоженіи срощеній вскорѣ-же наступило полное выздоровленіе.

11. Больной, 40 л., 6 мѣс. назадъ внезапно почувствовалъ сильную боль въ верхней части живота. Быстрое исхуданіе. Надъ пупкомъ между средней линіей живота и лѣвымъ подреберьемъ прощупывалась гладкая, мягкая, зыблившаяся опухоль. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ. Срощенія разъединены. Гастропластика. Выздоровленіе.

12. Больная, 28 л., 6 лѣтъ страдала болями послѣ пріема пищи. Рвота. Сильное истощеніе. 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7 признаки желудка формы песочныхъ часовъ, что подтвердилось при операціи. Сильное съуженіе привратника. Гастропластика и задняя гастроэнтеростомія. Больная плохо переносила наркозъ и умерла на 5-ый день отъ пнеймоніи.

13. Больная, 42 л., нѣсколько лѣтъ страдала болями и рвотой послѣ пріема пищи, запорами. 18 лѣтъ назадъ была кровавая рвота. Съ тѣхъ поръ боли постепенно увеличивались. 1, 2, 3, 5 и 6 признаки желудка формы песочныхъ часовъ, что подтвердилось при операціи. Съуженіе едва пропускало мизинецъ. На задней поверхности кольца съуженія—плотная масса. Гастропластика. Задняя гастроэнтеростомія на выходной части. Выздоровленіе.

14. Больная 27 л. Больна 9 лѣтъ. Боль и рвота вскорѣ послѣ пріема пищи. При надуваніи желудка видно раздѣленіе его на 2 мѣшка. 1, 2, 3, 5 и 6 признаки желудка формы песочныхъ часовъ, что подтвердилось при операціи. Гастро-гастростомія и гастроэнтеростомія. Выздоровленіе.

15. Больная 34 л. Больна $9^1/_2$ лѣтъ. 5 лѣтъ назадъ были особенно сильныя боли въ животѣ и кровавая рвота. Признакъ *Woelfler*'а и *Jaworsk*'аго желудка формы песочныхъ часовъ, что подтвердилось при операціи. Съуженіе привратника. Гастрогастростомія и гастроэнтеростомія. Выздоровленіе.

16. Больная 35 л. Больна 6 лѣтъ. Боли въ животѣ, особенно съ лѣвой стороны надчревья. 3 раза была кровавая рвота. $^1/_2$-года боли и рвота послѣ пріема пищи. Быстрое истощеніе. При операціи найденъ желудокъ формы песочныхъ часовъ. На передней и верхней поверхности желудка значительное утолщеніе, притягивающее верхнюю кривизну къ нижней. Отъ мѣста перетяжки къ печени сильные тяжи. Задняя гастроэнтеростомія. Выздоровленіе.

17. Больной 54 л. Рвота при обильном… найденъ желудокъ формы песочныхъ час… отъ злокачественнаго новообразованія… леніе.

18. Больная, 38 л., 17 лѣтъ имѣла я… недѣль назадъ была кровавая рвота… въ животѣ. За послѣднее время сил… найденъ желудокъ формы песочныхъ… срощенъ съ передней стѣнкой живо… Гастропластика; пилоропластика. В… ченная масса оказалась злокачеств…

Язвы желудка бываютъ множе… вышеописанные случаи, часто … одной операціи для излѣчен… теростомію на входной части… нированной, являются при… мость во 2-ой операціи. Г… при съуженіяхъ на тѣлѣ ж… ніяхъ привратника. Часто гастроэнтеростомія на обо… гастроэнтеростоміей вых… или гастропластика и … Journal, 20 февраля).

## Глазныя болѣзни.

*мейное пятнистое* наблюдавшееся въ … *berg*'а у 2 сестер… въ медленно нар… нѣніи обѣихъ ро… жизни и приве… почти полной по… шого разстоян… ному пониже… разстоянія нѣ… ты зрѣнія). Н… номѣрно мут… пятнышкам… ніи-же сил… пленіемъ … располаг… мая пре… роговиц… бокихъ … не зам… ставл… чина … крас… лось … сред… ніем… пѣш… впер… сави… *обол*… …

Digitized by Google

[illegible] Неров- [illegible] вліяніемъ [illegible] плоскими [illegible] рубцахъ, [illegible] и т. п. вол- [illegible] льной уста- [illegible] сеансовъ до [illegible] о дѣйствія. [illegible] одѣ обычной [illegible] ыря съ сыво- [illegible] етъ вреднаго [illegible] енія. 6. Общее [illegible] ченія свѣтомъ; [illegible] олѣченія значи- [illegible] подлежатъ боль- [illegible] ами волчанки.

[illegible] *о-анатомическаго* [illegible] *лѣченной концен-* [illegible] *R. Finsen'a.* (Изъ [illegible] проф. *А. Г. Ге* въ [illegible] ъ, принадлежавшій [illegible] аночно пропитанной [illegible] чковъ) брались какъ [illegible] и по прекращеніи ея, [illegible] послѣ сеанса (у 3 боль- [illegible] а во 2-мъ послѣ 1, 2, [illegible] подробнаго описанія [illegible] скаго изслѣдованія вол- [illegible] о способу *Finsen*'а, до- [illegible] описаніе указываетъ, что [illegible] аночной гранулемы, такъ [illegible] кожи отъ волчаночнаго [illegible] ступающаго подъ вліяніемъ [illegible] слѣднее, обостряясь при по- [illegible] способствуетъ гибели все но- [illegible] въ гранулемы, изъ которыхъ [illegible] окончательно, а меньшая пу- [illegible] цессовъ принимаетъ участіе въ [illegible] подобное-же сохраняющее дѣй- [illegible] щадится не только здоровая [illegible] волчаночнаго пропитыванія, и [illegible] великолѣпныхъ въ косметиче- [illegible], а въ нѣкоторыхъ случаяхъ—къ [illegible] ожи.

[illegible] этихъ докладовъ, пренія происходили

[illegible] мѣрялась-ли температура кожи, под- [illegible] овыхъ лучей? Если температура была [illegible] -ли повѣрочные опыты съ нагрѣва- [illegible] ли въ разсчетъ фокусное разстояніе [illegible] фокусъ прибора?

[illegible] что охлажденіе линзы, по его мнѣнію, [illegible] центрированный свѣтъ не производилъ [illegible] Поэтому, не является-ли дѣйствующимъ [illegible] температура?

[illegible] тилъ, что выходящіе изъ оптической си- [illegible] та собираются въ фокусѣ на разстояніи [illegible] концентратора. Это фокусное разстоя- [illegible] иду при установкѣ давящаго прибора, [illegible] отъ особенностей случая, то распола- [illegible] для большей концентраціи свѣта, при [illegible] ніи площади освѣщенія, то болѣе или [illegible] ого, при чемъ, естественно, получается [illegible] нія, но уменьшается сила свѣта. Что-же [illegible] проходящаго черезъ давитель свѣта, то [illegible] ложеніи больные обычно не испыты- [illegible] даже жалуются на чувство холода; во [illegible] получается.

[illegible] добавилъ, что при сеансахъ по *Finsen*'у [illegible] ъ, а не жаръ на мѣстѣ приложенія свѣ- [illegible] не дѣйствуетъ; сверхъ того, чѣмъ силь- [illegible] е охлажденіе; бываетъ, что, если давле- [illegible] ется ощущеніе жженія, исчезающее при [illegible]

[illegible] ѣтилъ, что свѣтолѣченіе получило-бы [illegible] если-бы, вмѣсто дорого стоющихъ при- [illegible] мѣнялся источникъ свѣта, устроенный [illegible] кова, которая, какъ извѣстно, состоитъ [illegible] углей, раздѣленныхъ непроводящею пла- [illegible] стѣ съ концами углей. Такъ какъ сила [illegible] альна квадрату разстояній, то было-бы, [illegible] ить неподвижную Вольтову дугу фонаря, [illegible] части, подобнымъ приспособленіемъ съ [illegible] ъ оптическихъ приборовъ, словомъ— сдѣлать типъ, если можно такъ выразиться, фотокаутера; размѣры углей можно было-бы сдѣлать различныхъ діаметровъ. Подобный приборъ, если-бы онъ оказался выполнимымъ въ техническомъ отношеніи, можно было-бы назвать «фото-Яблочковъ» на подобіе термокаутера, называемаго *Paquelin*'омъ.

*В. Ѳ. Бургсдорфъ* замѣтилъ, что являвшаяся и у него мысль воспользоваться свѣчею Яблочкова, главнымъ образомъ въ интересахъ упрощенія современныхъ довольно сложнаго устройства электрическихъ лампъ, встрѣтила препятствіе въ отсутствіи въ Казани перемѣннаго тока, необходимаго для этой свѣчи.

*А. А. Глѣбовскій* нашелъ въ представленныхъ вышеназванными докладами данныхъ—подтвержденіе 4-лѣтнихъ клиническихъ наблюденій въ свѣтолѣчебномъ отдѣленіи при Академической хирургической клиникѣ проф. *Н. А. Вельяминова*. Итоги дѣятельности этого отдѣленія были доложены имъ хирургическому Отдѣлу Съѣзда 8-го января, гдѣ одновременно были показаны 25 больныхъ съ различными формами заболѣваній и въ разныхъ ступеняхъ излѣченія. Экспериментальныя изслѣдованія съ цѣлью выяснить температуру участковъ кожи, подвергавшихся свѣтолѣченію по *Finsen*'у, указывали всегда пониженіе температуры на подвергаемой свѣтолѣченію сторонѣ, или части тѣла, что являлось совершенно естественнымъ послѣдствіемъ приложенія къ ней давителя—линзы съ проточною водою изъ водопровода.

*Г. Ф. Ланг*ъ, привѣтствуя открытіе свѣтолѣчебнаго кабинета при Калинкинской больницѣ, какъ новаго мѣста въ Россіи для таковаго способа лѣченія, добавилъ, что самъ *Finsen* лишь нынѣ, послѣ 7-лѣтней дѣятельности, высказываетъ предположеніе о наступающей своевременности строгаго сообразованія продолжительности сеансовъ съ особенностями каждаго отдѣльнаго случая.

Проф. *Т. П. Павловъ* замѣтилъ, что, не примѣняя лично свѣтолѣченія, за отсутствіемъ въ его клиникѣ соотвѣтственнаго кабинета, онъ наблюдалъ все-таки ходъ и результаты его и не можетъ признать его за способъ, который можетъ упразднить способы лѣченія, примѣнявшіеся ранѣе. Вынужденный лѣчить все, что попадется, и слѣд., не подбирая подлежащій лѣченію матеріалъ, онъ получалъ отъ примѣненія старыхъ способовъ лѣченія волчанки даже большій % выздоровленій, чѣмъ нынѣ представила Казанская дерматологическая клиника ($15^{1}/_{2}$%), отъ дѣйствія свѣтолѣченія; %-же излѣченій lupus erythematodes, установленный ею (7%), не говоритъ даже за достоинство свѣтолѣченія вообще, такъ какъ при обычномъ лѣченіи этой формы волчанки % выздоровленій получается несравненно большій. Не отрицая благотворнаго вліянія свѣтолѣченія въ нѣкоторыхъ случаяхъ волчанки, проф. *Павловъ* оттѣнилъ, что, кромѣ подбора больныхъ, никакой другой изъ ранѣе предложенныхъ способовъ лѣченія не обставлялся такъ роскошно и не примѣнялся съ такою настойчивостью, продолжительностью и систематичностью.

Проф. *А. Г. Полотебновъ*, указавъ, что излѣченіе волчанки достигалось и до *Finsen*'а, добавилъ, что для сужденія о дѣйствіи способа послѣдняго необходимо давать подробное описаніе самаго пораженія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, чтобы можно было судить объ анатомической его основѣ. Поверхностное мѣстоположеніе болѣзненнаго процесса, конечно, должно давать и болѣе легкое его устраненіе; напротивъ-же, глубокое мѣстоположеніе, а тѣмъ болѣе расположеніе пропитыванія между прочными рубцовыми прослойками, расположенными иногда въ нѣсколько рядовъ, можетъ не поддаваться никакимъ способамъ лѣченія, и даже вырѣзываніе подобнаго пораженія будетъ давать постоянные возвраты. Способъ *Finsen*'а былъ-бы наилучшимъ, если-бы онъ обладалъ способностью дѣйствовать на пропитыванія чрезъ такія прослойки и давалъ-бы въ этихъ случаяхъ стойкое излѣченіе; при современномъ-же положеніи дѣла онъ далеко не упраздняетъ другихъ способовъ лѣченія волчанки; быть можетъ, въ соединеніи съ ними онъ и будетъ давать отличные результаты.

*В. Ѳ. Бургсдорфъ* отвѣтилъ, что его сообщеніе представляло «итоги» 3-лѣтнихъ наблюденій исключительно надъ дѣйствіемъ свѣтолѣченія по *Finsen*'у, завѣдомо устраняя смѣшанное лѣченіе. Безусловнымъ противопоказаніемъ для лѣченія по *Finsen*'у служатъ тѣ случаи, гдѣ тѣми или другими условіями создается невозможность поступленія свѣта въ толщу очага пораженія. Способъ *Finsen*'а, помимо другихъ преимуществъ, обладаетъ замѣчательнымъ избирательнымъ дѣйствіемъ только на волчаночную ткань, не касаясь здоровыхъ тканей, неприкосновенность которыхъ далеко не обезпечивается при хирургическомъ вмѣшательствѣ; поэтому и косметическій результатъ свѣтолѣченія гораздо лучшій. Во всякомъ случаѣ, слѣдуетъ признать, что свѣтолѣченіе далеко распространилось за предѣлы своего первоначальнаго примѣненія, пріобрѣтая все болѣе и болѣе сторонниковъ среди врачей и завоевывая совершенно исключительное довѣріе среди больныхъ.

*Л. П. Шафиръ* замѣтилъ, что, если и признать даже значительное дѣйствіе свѣта на нормальную и больную кожу вообще и въ частности вліяніе свѣтолѣченія на волчанку, то для толкованія объ излѣченіи послѣдней необходимо болѣе длительное наблюденіе, которое могло-бы выяснить и частоту возвратовъ при томъ или другомъ способѣ лѣченія и время ихъ появленія. Отсутствіе указаній о дальнѣйшей судьбѣ волчаночныхъ больныхъ, лѣченныхъ по *Finsen*'у, обязываетъ къ осторожности въ выводахъ объ ихъ излѣченіи. Больные выходили изъ [illegible] олѣчебнаго кабинета въ состояніи, конечно, «блестящаго [illegible] но въ Русскомъ сифилидологическомъ Обществѣ д-р[illegible] ь видѣть вскорѣ-же послѣ лѣченія больного, лѣчен[illegible] комъ свѣтолѣчебномъ кабинетѣ и представлявшаго [illegible] нки въ разгарѣ. Съ редакціею положенія д-ра [illegible] то

Digitized by Google

нечно, считаться съ возможностью самовнушенія, но это уже дѣло опыта врача, точно также какъ и оцѣнка данныхъ изслѣдованія. Истерическіе признаки составляютъ для врача-практика прочную опору при распознаваніи трудныхъ и сомнительныхъ случаевъ, въ особенности для отличія дѣйствительной истеріи отъ притворства при нервныхъ заболѣваніяхъ послѣ несчастныхъ случаевъ, траумъ и т. п.—*Jessen*: Значеніе истерическихъ признаковъ несомнѣнно преувеличено; ослабленіе и отсутствіе конъюнктивальнаго и нёбнаго рефлексовъ встрѣчается и при простомъ малокровіи, безъ малѣйшихъ слѣдовъ истеріи; лица съ тяжелыми половинными анэстезіями никогда, однако, не наносятъ себѣ раненій, а съ съуженіемъ поля зрѣнія очень хорошо разбираются въ пространствѣ. Во всякомъ случаѣ масса, т. е. «чрезмѣрность» и «нелогичность» явленій вмѣстѣ съ особеннымъ подчеркиваніемъ своего «я»—лучшіе признаки истеріи, чѣмъ т. наз. «стигматы» *Charcot*.—*Buchholz* согласенъ съ докладчикомъ въ его предостереженіи противъ злоупотребленія распознаваніемъ истеріи и отнесеніе всякаго неяснаго припадка къ истерическимъ, но возражаетъ противъ преувеличеннаго значенія приписываемаго имъ самовнушенія. Психическаго элемента въ истеріи не отрицалъ и *Charcot*, опредѣлившій ее, какъ «une psychose par excellence», а способность истерическихъ больныхъ къ самовнушенію считается въ настоящее время однимъ изъ основныхъ припадковъ болѣзни; по опредѣленію *Babinsk*'аго, «l'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'autosuggestionner». То-же можно сказать и о наклонности къ притворству. Но, разъ оба эти явленія входятъ въ совокупность припадковъ клинической картины истеріи, какъ составныя ея части, то ихъ и нужно принимать, какъ таковыя.—*Lomer*: Докладчикъ отождествляетъ оварію съ гипэрестезіей брюшныхъ покрововъ, между тѣмъ какъ извѣстно, что оварія наблюдается и при анэстезіи ихъ; также несостоятельно и упоминаніе докладчика объ оваріи при хроническомъ запорѣ: изъ 38 больныхъ *L.* только у 7 были явленія со стороны желудочно-кишечнаго канала, но запоры—только у 5, а у 2 даже поносы. При оцѣнкѣ данныхъ изслѣдованія нужно имѣть въ виду и т. наз. скрытую истерію.—*Hess*: Если отдѣльные признаки или стигматы, какъ гвоздь, шаръ, оварія, гипэрестезія и анэстезія, и могутъ вызывать при распознаваніи истеріи нѣкоторую сдержанность, то уже къ нерѣдко встрѣчающемуся сочетанію ихъ, напр. оваріи съ шаромъ въ истерической аурѣ, нельзя относиться легко. Значеніе внушенія и самовнушенія тоже нельзя слишкомъ преувеличивать; трудно предположить, чтобы врачъ при изслѣдованіи, напр., чувствительности у больныхъ внушалъ имъ то или другое разстройство ея, или чтобы при повторномъ или провѣрочномъ изслѣдованіи другой врачъ, какъ разъ, попалъ на гиперэстезированныя или анэстезированныя мѣста, найденныя первымъ. Еще *Lasègue* сказалъ, что (геми-) анэстезіи находятъ всегда, если только ихъ ищутъ.—*Trömner*: Понятіе о «печати дьявола» (stigmata diaboli) исходитъ изъ временъ, когда объ истеріи еще ничего не знали, при чемъ изслѣдовавшимъ отмѣченныхъ этой печатью хорошо было извѣстно, что они о своей «стигматизаціи» и не подозрѣвали; знали даже объ анэстезіи слизистыхъ оболочекъ у «одержимыхъ», такъ что это никоимъ образомъ нельзя считать искусственнымъ явленіемъ современности. Но, кромѣ того, много данныхъ говоритъ въ пользу происхожденія истерическихъ признаковъ не путемъ внѣшней внушаемости, а вслѣдствіе внутреннихъ условій, а именно: 1) извѣстно, что впервые подвергающіеся изслѣдованію истеричные ничего не знаютъ о своихъ стигматахъ; 2) глубокіе уколы нечувствительныхъ мѣстъ мало или совсѣмъ не кровоточатъ, что знали уже древніе врачи; 3) развивающіяся вслѣдствіе пораженій суставовъ анэстезіи даютъ очень часто типичные возвраты; 4) часто наблюдающаяся зависимость между истерическими двигательными разстройствами и чувствительными, точно такъ-же какъ въ гипнозѣ каталепсія, часто наступаетъ вмѣстѣ съ анальгезіей или гипальгезіей. Почему докладчикъ, такъ недовѣрчиво относящійся къ чувствительнымъ разстройствамъ при истеріи, не распространяетъ своего недовѣрія и на двигательныя, а, между тѣмъ, и параличи, и сведенія равно поддаются внушенію, въ отношеніи какъ вызыванія ихъ, такъ и устраненія?—Въ заключительномъ словѣ *Boettiger*, между прочимъ, сказалъ, что значеніе чувствительно-чувственныхъ признаковъ истеріи неизбѣжно должно мало-по-малу умаляться, такъ что при распознаваніи слѣдовало-бы, по возможности, обходиться безъ нихъ, а руководиться больше другими данными, въ особенности-же несоотвѣтствіемъ другъ другу отдѣльныхъ клиническихъ явленій. Больше всего опасности въ смыслѣ ошибочности распознаванія и предсказанія представляютъ истерическіе признаки при нервныхъ заболѣваніяхъ вслѣдствіе несчастныхъ случаевъ, гдѣ слѣдуетъ избѣгать всякой возможности преувеличенія или осложненія клинической картины путемъ внушеннаго изслѣдованія (Neurologisches Centralblatt, 1 февраля). Ч. пр. *Б. Грейденбергъ.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 481. *A. Renault* сообщаетъ очень рѣдкій случай третичной *«цилиндроидной сифиломы мочеиспускательнаго канала»* (по обозначенію *Fournier*).

Больной заразился сифилисомъ въ 1884 г. и первые 2 года совсѣмъ не лѣчился. Въ 1886 г. онъ лѣчился 3 недѣли въ виду пораженія слизистыхъ оболочекъ. 10/XI 1903 г. онъ поступилъ къ автору по поводу язвенныхъ сифилидовъ (теперь зарубцевавшихся) мошонки и спаекъ губъ; въ разныхъ мѣстахъ, кромѣ того, найдены пигментированные рубцы. Въ области промежности, позади мошонки, прощупывалась твердая опухоль въ орѣхъ, соединявшаяся съ луковичной частью мочеиспускательнаго канала. По словамъ больного, годъ назадъ у него на этомъ мѣстѣ образовался нарывъ, послѣ котораго былъ свищъ, зажившій отъ іодистаго калія. При дальнѣйшемъ изслѣдованіи, весь каналъ внизу оказался пораженнымъ въ видѣ цилиндра, очень плотнаго, соединявшагося съ вышеупомянутою опухолью; пещеристыя тѣла не были поражены. Больному былъ назначенъ іодистый калій, и опухоль стала быстро уменьшаться (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1903, № 12). *М. Членовъ.*

482. *M. Guilbaud* описалъ *случай внѣполового шанкра* у рабочаго, 32 л., отца семейства, поступившаго въ хирургическую клинику для лѣченія небольшого новообразованія на нижней губѣ, явившагося слѣдствіемъ неосторожнаго раненія при бритьѣ маленькаго прыщика; недѣли 3 спустя послѣ раненія явилась безболѣзненная припухлость подчелюстныхъ железъ. Имѣвшаяся у больнаго язва была слегка вдавлена въ центрѣ, покрыта корочкою, слегка бугриста, съ мало уплотненнымъ основаніемъ и весьма походила на раковую. Чрезъ 1½ мѣсяца у больного былъ установленъ типичный папулезный высыпъ, и специфическое лѣченіе устранило всѣ болѣзненныя явленія. Обращая вниманіе на способъ зараженія, авторъ одновременно указалъ на необходимость выжидательнаго способа лѣченія при подобныхъ случаяхъ (Gazette méd. de Nantes, 1903 г. № 48). *А. Гаринъ*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней.** (Отчетъ *А. П. Гарина*). (Окончаніе. См. выше, № 19, стр. 708). (Засѣданіе 10-го января въ городской Калинкинской больницѣ). Первую половину засѣданія—почетный предсѣдатель д-ръ *П. А. Ширяевъ*, вторую—ч. пр. *В. Θ. Бургсдорфъ*.

*В. Θ. Бургсдорфъ. Итоги свѣтолѣченія по Finsen'у за 3 года примѣненія его въ Казанской университетской дерматологической клиникѣ.* Докладъ сопровождался предъявленіемъ многочисленныхъ свѣтописныхъ снимковъ какъ самаго свѣтолѣчебнаго отдѣленія клиники, такъ и больныхъ въ различныхъ ступеняхъ свѣтового лѣченія.

*С. Θ. Проскуряковъ. О результатахъ лѣченія волчанки свѣтомъ по способу проф. Finsen'а.* (Изъ свѣтолѣчебнаго кабинета Калинкинской городской больницы). Свѣтолѣчебный кабинетъ при Калинкинской городской больницѣ открылъ свои дѣйствія 1/V 1903 г. Съ этого времени по 31/XII подвергались лѣченію 20 больныхъ волчанкою, исключительно коечныхъ; изъ нихъ выздоровѣли 4 (20%), почти выздоровѣли 4 (20%), значительно поправились 11 (55%); неудачныхъ случаевъ было 1 (5%). Выздоровѣвшими считались тѣ, у кого на мѣстѣ узелковъ явился рубецъ и при изслѣдованіи черезъ прижатый къ кожѣ стеклянный шпатель не обнаружено и пигментныхъ пятенъ отъ бывшихъ узелковъ. Всѣхъ сеансовъ за указанное время было произведено 1941, изъ нихъ 1-часовыхъ 1450, ½-часовыхъ—491. Положенія: 1. Примѣненіемъ свѣтолѣченія по способу *Finsen*'а можно достигнуть излѣченія волчанки. 2. Свѣтолѣченіе по способу *Finsen*'а даетъ по излѣченіи волчанки

Digitized by Google

рубцы, наилучшіе въ косметическомъ отношеніи. 3. Неровные и плотные рубцы отъ бывшей волчанки подъ вліяніемъ свѣтолѣченія по способу *Finsen*'а дѣлаются болѣе плоскими и болѣе мягкими; тоже самое можно сказать о рубцахъ, оставшихся послѣ выскабливаній, выжиганій и т. п. волчаночныхъ гнѣздъ. 4. Помощью особенно тщательной установки давителя можно достигнуть укороченія сеансовъ до $^1/_2$ часа, вмѣсто 1 часа, не уменьшая лѣчебнаго дѣйствія. 5. Если послѣ сеанса реакція бываетъ не въ видѣ обычной припухлости и болѣзненности, а въ видѣ пузыря съ сывороточнымъ содержимымъ, то это не оказываетъ вреднаго дѣйствія ни на кожу, ни на результаты лѣченія. 6. Общее состояніе здоровья вліяетъ на результаты лѣченія свѣтомъ; при упадкѣ питанія лѣчебное дѣйствіе свѣтолѣченія значительно понижается. 7. Лѣченію свѣтомъ не подлежатъ больные съ обширными множественными очагами волчанки.

*М. С. Пильновъ. Результаты патолого-анатомическаго изслѣдованія волчанки (lupus vulgaris), лѣченной концентрированнымъ свѣтомъ по способу Niels R. Finsen'а.* (Изъ лабораторіи дерматологической клиники проф. *А. Г. Ге* въ Казани). Авторъ изслѣдовалъ матеріалъ, принадлежавшій 6 больнымъ, у которыхъ кусочки волчаночно пропитанной кожи (въ общей сложности 105 кусочковъ) брались какъ въ промежуткѣ острой реакціи, такъ и по прекращеніи ея, а именно: въ 1-мъ случаѣ тотчасъ послѣ сеанса (у 3 больныхъ) чрезъ сутки, 2, 3 и 4 сутокъ, а во 2-мъ послѣ 1, 2, 3, 4, 5 и 6 сеансовъ. Въ заключеніе подробнаго описанія отдѣльныхъ картинъ микроскопическаго изслѣдованія волчаночныхъ тканей при лѣченіи по способу *Finsen*'а, докладчикъ высказалъ, что таковое описаніе указываетъ, что какъ измѣненія въ клѣткахъ волчаночной гранулемы, такъ и въ связи съ этимъ освобожденіе кожи отъ волчаночнаго пропитыванія зависитъ отъ наступающаго подъ вліяніемъ дѣйствія свѣта воспаленія; послѣднее, обостряясь при повторномъ воздѣйствіи свѣта, способствуетъ гибели все новой и новой группы элементовъ гранулемы, изъ которыхъ большая часть и погибаетъ окончательно, а меньшая путемъ идущихъ впередъ процессовъ принимаетъ участіе въ замѣщеніи потери рубцомъ; подобное-же сохраняющее дѣйствіе свѣта, при которомъ щадится не только здоровая ткань, но и часть клѣтокъ волчаночнаго пропитыванія, и приводитъ къ образованію великолѣпныхъ въ косметическомъ отношеніи рубцовъ, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ—къ едва замѣтной атрофіи кожи.

Въ виду общности темы этихъ докладовъ, пренія происходили по заслушаніи ихъ всѣхъ.

Д-ръ *Шеръ* спросилъ: измѣрялась-ли температура кожи, подвергаемой дѣйствію свѣтовыхъ лучей? Если температура была высокая, то производились-ли повѣрочные опыты съ нагрѣваніемъ кожи и принималось-ли въ разсчетъ фокусное разстояніе давителя, перемѣщавшаго фокусъ прибора?

Д-ръ *Суховъ* замѣтилъ, что охлажденіе линзы, по его мнѣнію, недостаточно, чтобы сконцентрированный свѣтъ не производилъ повышенія температуры. Поэтому, не является-ли дѣйствующимъ началомъ при свѣтолѣченіи температура?

*В. Ѳ. Бургсдорфъ* отвѣтилъ, что выходящіе изъ оптической системы *Finsen*'а лучи свѣта собираются въ фокусѣ на разстояніи 10 стм. отъ нижней линзы концентратора. Это фокусное разстояніе всегда имѣется въ виду при установкѣ давящаго прибора, который, въ зависимости отъ особенностей случая, то располагается ближе къ фокусу для большей концентраціи свѣта, при одновременномъ уменьшеніи площади освѣщенія, то болѣе или менѣе удаляется отъ него, при чемъ, естественно, получается бо́льшая площадь освѣщенія, но уменьшается сила свѣта. Что-же касается температуры проходящаго черезъ давитель свѣта, то при правильномъ его приложеніи больные обычно не испытываютъ жженія, а иногда даже жалуются на чувство холода; во всякомъ случаѣ ожоги не получается.

*С. Ѳ. Проскуряковъ* добавилъ, что при сеансахъ по *Finsen*'у больной чувствуетъ холодъ, а не жаръ на мѣстѣ приложенія свѣта, и слѣд. теплота здѣсь не дѣйствуетъ; сверхъ того, чѣмъ сильнѣе давленіе, тѣмъ больше охлажденіе; бываетъ, что, если давленіе не сильно, то получается ощущеніе жженія, исчезающее при сильномъ давленіи.

*П. Н. Прохоровъ* замѣтилъ, что свѣтолѣченіе получило-бы большее распространеніе, если-бы, вмѣсто дорого стоющихъ приборовъ *Finsen-Reni*, примѣнялся источникъ свѣта, устроенный по основѣ свѣчи Яблочкова, которая, какъ извѣстно, состоитъ изъ 2-хъ параллельныхъ углей, раздѣленныхъ непроводящею пластинкою, сгорающею вмѣстѣ съ концами углей. Такъ какъ сила свѣта обратно пропорціональна квадрату разстояній, то было-бы, конечно, выгоднѣе замѣнить неподвижную Вольтову дугу фонаря, а также и оптической части, подобнымъ приспособленіемъ съ сочетаніемъ необходимыхъ оптическихъ приборовъ, словомъ—сдѣлать типъ, если можно такъ выразиться, фотокаутера; размѣры углей можно было-бы сдѣлать различныхъ діаметровъ. Подобный приборъ, если-бы онъ оказался выполнимымъ въ техническомъ отношеніи, можно было-бы назвать «фото-Яблочковъ» на подобіе термокаутера, называемаго *Paquelin*'омъ.

*В. Ѳ. Бургсдорфъ* замѣтилъ, что явившаяся и у него мысль воспользоваться свѣчею Яблочкова, главнымъ образомъ въ интересахъ упрощенія современныхъ довольно сложнаго устройства электрическихъ лампъ, встрѣтила препятствіе въ отсутствіи въ Казани перемѣннаго тока, необходимаго для этой свѣчи.

*А. А. Глѣбовскій* нашелъ въ представленныхъ вышеназванными докладами данныхъ—подтвержденіе 4-лѣтнихъ клиническихъ наблюденій въ свѣтолѣчебномъ отдѣленіи при Академической хирургической клиникѣ проф. *Н. А. Вельяминова*. Итоги дѣятельности этого отдѣленія были доложены имъ хирургическому Отдѣлу Съѣзда 8-го января, гдѣ одновременно были показаны 25 больныхъ съ различными формами заболѣваній и въ разныхъ ступеняхъ излѣченія. Экспериментальныя изслѣдованія съ цѣлью выяснить температуру участковъ кожи, подвергавшихся свѣтолѣченію по *Finsen*'у, указывали всегда пониженіе температуры на подвергаемой свѣтолѣченію сторонѣ, или части тѣла, что являлось совершенно естественнымъ послѣдствіемъ приложенія къ ней давителя—линзы съ проточною водою изъ водопровода.

*Г. Ф. Ланъ*, привѣтствуя открытіе свѣтолѣчебнаго кабинета при Калинкинской больницѣ, какъ новаго мѣста въ Россіи для таковаго способа лѣченія, добавилъ, что самъ *Finsen* лишь нынѣ, послѣ 7-лѣтней дѣятельности, высказываетъ предположеніе о наступающей своевременности строгаго сообразованія продолжительности сеансовъ съ особенностями каждаго отдѣльнаго случая.

Проф. *Т. П. Павловъ* замѣтилъ, что, не примѣняя лично свѣтолѣченія, за отсутствіемъ въ его клиникѣ соотвѣтственнаго кабинета, онъ наблюдалъ все-таки ходъ и результаты его и не можетъ признать его за способъ, который можетъ упразднить способы лѣченія, примѣнявшіеся ранѣе. Вынужденный лѣчить все, что попадется, и слѣд., не подбирая подлежащій лѣченію матеріалъ, онъ получалъ отъ примѣненія старыхъ способовъ лѣченія волчанки даже бо́льшій % выздоровленій, чѣмъ нынѣ представила Казанская дерматологическая клиника ($15^1/_2$%), отъ дѣйствія свѣтолѣченія; %-же излѣченій lupus erythematodes, установленный ею (7%), не говоритъ даже за достоинство свѣтолѣченія вообще, такъ какъ при обычномъ лѣченіи этой формы волчанки % выздоровленій получается несравненно больщій. Не отрицая благотворнаго вліянія свѣтолѣченія въ нѣкоторыхъ случаяхъ волчанки, проф. *Павловъ* оттѣнилъ, что, кромѣ подбора больныхъ, никакой другой изъ ранѣе предложенныхъ способовъ лѣченія не обставлялся такъ роскошно и не примѣнялся съ такою настойчивостью, продолжительностью и систематичностью.

Проф. *А. Г. Полотебновъ*, указавъ, что излѣченіе волчанки достигалось и до *Finsen*'а, добавилъ, что для сужденія о дѣйствіи способа послѣдняго необходимо давать подробное описаніе самаго пораженія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ, чтобы можно было судить объ анатомической его основѣ. Поверхностное мѣстоположеніе болѣзненнаго процесса, конечно, должно давать и болѣе легкое его устраненіе; напротивъ-же, глубокое мѣстоположеніе, а тѣмъ болѣе расположеніе пропитыванія между прочными рубцовыми прослойками, расположенными иногда въ нѣсколько рядовъ, можетъ не поддаваться никакимъ способамъ лѣченія, и даже вырѣзываніе подобнаго пораженія будетъ давать постоянные возвраты. Способъ *Finsen*'а былъ-бы наилучшимъ, если-бы онъ обладалъ способностью дѣйствовать на пропитыванія чрезъ такія прослойки и давалъ-бы въ этихъ случаяхъ стойкое излѣченіе; при современномъ-же положеніи дѣла онъ далеко не упраздняетъ другихъ способовъ лѣченія волчанки; быть можетъ, въ соединеніи съ ними онъ и будетъ давать отличные результаты.

*В. Ѳ. Бургсдорфъ* отвѣтилъ, что его сообщеніе представляло «итоги» 3-лѣтнихъ наблюденій исключительно надъ дѣйствіемъ свѣтолѣченія по *Finsen*'у, завѣдомо устраняя смѣшанное лѣченіе. Безусловнымъ противопоказаніемъ для лѣченія по *Finsen*'у служатъ тѣ случаи, гдѣ тѣми или другими условіями создается невозможность поступленія свѣта въ толщу очага пораженія. Способъ *Finsen*'а, помимо другихъ преимуществъ, обладаетъ замѣчательнымъ избирательнымъ дѣйствіемъ только на волчаночную ткань, не касаясь здоровыхъ тканей, неприкосновенность которыхъ далеко не обезпечивается при хирургическомъ вмѣшательствѣ; поэтому и косметическій результатъ свѣтолѣченія гораздо лучшій. Во всякомъ случаѣ, слѣдуетъ признать, что свѣтолѣченіе далеко распространилось за предѣлы своего первоначальнаго примѣненія, пріобрѣтая все болѣе и болѣе сторонниковъ среди врачей и завоевывая совершенно исключительное довѣріе среди больныхъ.

*Л. П. Шафиръ* замѣтилъ, что, если и признать даже значительное дѣйствіе свѣта на нормальную и больную кожу вообще и въ частности вліяніе свѣтолѣченія на волчанку, то для толкованія объ излѣченіи послѣдней необходимо болѣе длительное наблюденіе, которое могло-бы выяснить и частоту возвратовъ при томъ или другомъ способѣ лѣченія и время ихъ появленія. Отсутствіе указаній о дальнѣйшей судьбѣ волчаночныхъ больныхъ, лѣченныхъ по *Finsen*'у, обязываетъ къ осторожности въ выводахъ объ ихъ излѣченіи. Больные выходили изъ свѣтолѣчебнаго кабинета въ состояніи, конечно, «блестящаго улучшенія», но въ Русскомъ сифилидологическомъ Обществѣ д-ру *Ш.* пришлось видѣть вскорѣ-же послѣ лѣченія больного, лѣченнаго въ Казанскомъ свѣтолѣчебномъ кабинетѣ и представлявшаго картину волчанки въ разгарѣ. Съ редакціею положенія д-ра *Проскурякова*, что

Digitized by Google

свѣтолѣченіемъ по *Finsen*'у можно вылѣчить волчанку, никто, конечно, спорить не станетъ.

Въ послѣдовавшемъ перерывѣ засѣданія Отдѣлъ постановилъ послать привѣтственную телеграмму *N. R. Finsen*'у.

*П. Н. Прохоровъ. Работа почекъ у сифилитиковъ.* Выводы: Соизмѣримые результаты можно получить, если имѣть мѣру дѣйствія, выраженную въ единицахъ, какъ это принято во всѣхъ точныхъ наукахъ. Нельзя быть односторонним и полагать, что нѣтъ общихъ законовъ и что трудный путь собиранія матеріаловъ для выясненія этихъ законовъ есть самообманъ. Разъ будетъ принято назначеніе лѣкарственныхъ веществъ на килограммъ вѣса и къ этой единицѣ будутъ относиться выдѣляемые мочею продукты, то дѣло значительно облегчится. Почки являются регуляторомъ осмотическаго давленія крови. Осмотическое давленіе въ растворахъ зависитъ отъ насыщенности ихъ. Самыя разнообразныя вещества сообразно взятымъ количествамъ могутъ имѣть дѣйствіе совершенно различнаго характера; напр., дѣйствіе цѣлаго ряда противогнилостныхъ средствъ на дрожжевое броженіе *(Бернацкій, Діанинъ)* показываетъ, что 1) между нулевымъ, 2) постепенно возрастающимъ до optimum'a, 3) угнетающимъ и наконецъ 4) убивающимъ дѣйствіемъ существуютъ предѣлы, опредѣляемые математическимъ путемъ. Показателемъ дѣйствія при дрожжевомъ броженіи служитъ измѣреніе въ к. стм. $CO_2$ въ опредѣленные промежутки времени. Тѣ-же результаты получаются при изслѣдованіи дѣйствія различныхъ химическихъ веществъ на бактеріи, растенія, животныхъ и человѣка. Данныя всѣхъ этихъ опытовъ привели докладчика къ убѣжденію, что формулировка ихъ вполнѣ напоминаетъ законъ *Weber-Fechner*'a, при чемъ даже терминологія останется та-же самая. Въ самомъ дѣлѣ, по отношенію къ органамъ чувствъ существуютъ: 1) порогъ раздраженія, 2) высшая точка и наконецъ 3) ослабленіе и 4) потеря чувствительности. Законъ *Weber-Fechner*'a можно выразить такъ: если ощущенія представить какъ рядъ чиселъ арифметической прогрессіи, то соотвѣтствующія имъ раздраженія расположатся въ рядѣ чиселъ геометрической прогрессіи. Кривая этого закона изображается т. наз. логарифмическою линіею. Ощущенія и раздраженія измѣряются порогами, какъ единицею мѣры. Этому закону буквально подчиняются т. наз. явленія хеміотаксиса (извѣстные опыты съ сперматозоидами папоротника, съ бактеріями по отношенію къ растворамъ различныхъ крѣпостей). Каждое лѣкарственное вещество, въ томъ числѣ и ртутныя соли, по отношенію къ организму имѣютъ также свой порогъ раздраженія, optimum дѣйствія, угнетающее и наконецъ смертельное дѣйствіе. Анализъ логарифмической линіи приводитъ къ заключенію, что раздраженіе, дѣйствующее ниже порога, т. е. составляющее дробную его часть, выразится отрицательной величиной. Какъ часто видно это отрицательное дѣйствіе малыхъ дозъ ртутныхъ солей въ смыслѣ разстройства питательныхъ процессовъ. Измѣрить дѣйствіе какого-либо вещества на организмъ вполнѣ возможно даже такимъ простымъ пріемомъ, какъ сравненіе вычисленнаго на кило твердаго мочевого остатка до лѣченія, во время и послѣ него. Если-же къ этому присоединить изслѣдованіе на хлоръ и мочевину на кило вѣса, то картина дѣйствія значительно болѣе выяснится и, при разсматриваніи представленныхъ діаграммъ, вполнѣ понятно, что дозы докладчика разрушительнаго дѣйствія на организмъ не производятъ.

*П. И. Фроловъ. Нѣкоторыя данныя къ вопросу о вліяніи сифилиса на обмѣнъ азотъ содержащихъ веществъ въ организмѣ больныхъ.* Положенія: 1. Сифилисъ, какъ болѣзнь крови и всего организма, не можетъ не вліять на обмѣнъ веществъ. 2. Вліяніе это выражается угнетеніемъ обмѣна и качественнымъ его ухудшеніемъ. 3. Въ періодъ первичной высыпи, однако, наблюдается подчасъ очень бурное повышеніе обмѣна, какъ проявленіе реакціи организма, хотя качественно обмѣнъ остается все-же угнетеннымъ. 4. Обычные способы лѣченія сифилиса (Hg, теплыя, сѣрныя, электрическія и др. ванны) потому, быть можетъ, и оказываютъ свои благотворные результаты, что повышаютъ обмѣнъ и улучшаютъ качество его, измѣняя къ лучшему составъ крови. 5. Эмпиризмъ въ дѣлѣ лѣченія сифилитиковъ (о которомъ говорили въ своихъ докладахъ д-ра *Цѣновскій, Федченко*) тогда только будетъ совершенно устраненъ, когда будетъ основательно изучена жизнедѣятельность ихъ организмовъ, ихъ метаморфозъ, какъ показатель способности борьбы съ заразой.

По заслушаніи вышеприведенныхъ 2-хъ докладовъ, въ послѣдующихъ преніяхъ принимали участіе: профф. *А. Г. Полотебновъ* и *П. В. Никольскій* и ч. пр. *Е. Ф. Фридманъ*.

Засѣданія Отдѣла закрыты были заключительною рѣчью завѣдывающаго проф. *Т. П. Павлова*.

Ч. пр. *С. Я. Кульневъ* отъ лица врачей Калинкинской больницы высказалъ благодарность Отдѣлу за ту честь, которую онъ оказалъ больницѣ, избравъ ее мѣстомъ для своего послѣдняго засѣданія, и пригласилъ осмотрѣть больницу, свѣтолѣчебный кабинетъ при ней и нѣкоторыхъ интересныхъ больныхъ.

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### LXXXI. *Изъ Общества русскихъ врачей въ Петербургѣ.*

(Засѣданіе 12-го февраля).

*В. Г. Божовскій. Къ вопросу объ условіяхъ происхожденія барабаннаго звука въ легкихъ* (съ предъявленіемъ больного). Обычно у здоровыхъ лицъ въ частяхъ болѣе или менѣе удовлетворительно развитой грудной клѣтки, выполненныхъ легкими, при постукиваніи получается ясный, легочный звукъ. Барабаннымъ-же онъ становится по современному ученію тогда, когда напряженіе легочной ткани въ силу тѣхъ или иныхъ патологическихъ причинъ, посредственно или непосредственно, уменьшается. Если въ нормѣ получается т. наз. ясный звукъ при постукиваніи грудной клѣтки, то это потому, что легочная ткань напряжена и даже больше, чѣмъ того требуетъ емкость грудного ящика. Однако, объясненіе появленія барабаннаго звука однимъ уменьшеніемъ напряженности легочной паренхимы, едва-ли можно считать правильнымъ. Въ нормѣ составляющія легочную ткань частицы находятся въ извѣстномъ равновѣсіи, напряженіи, которое достаточно для образованія звука, близкаго къ барабанному, и если обычно таковаго не получается, а получается ясный не барабанный звукъ, то это измѣненіе звука объясняется одновременными колебательными движеніями стѣнокъ грудной клѣтки, которыя носятъ негармоническій характеръ. Здоровая-же легочная ткань въ грудной клѣткѣ даетъ звукъ при постукиваніи, близкій къ барабанному, т. е. получаются болѣе или менѣе гармоническія звуковыя колебанія. Подтвержденіемъ такого объясненія происхожденія барабаннаго звука въ легкихъ можетъ служить врожденная недостача у (показаннаго Обществу) больного Б. У него, какъ обнаруживается при ощупываніи, затѣмъ на тѣнеписномъ снимкѣ, справа въ переднихъ отдѣлахъ не достаетъ частей 2-го, 3-го и 4-го реберъ, наружные концы которыхъ свободно выстоятъ нѣсколько книзу. Большой грудной мышцы, кромѣ одной части ея, идущей отъ наружной $^1/_3$ правой ключицы къ верхней $^1/_3$ плечевой кости, на мѣстѣ недостачи также нѣтъ. На мѣстѣ реберной недостачи имѣются такимъ образомъ кожные покровы съ подкожной клѣтчаткой, весьма мало развитой, и съ слоемъ подкожной мышцы (platysmae myoides). При натуживаніи, кашлевыхъ толчкахъ мягкія части выпираются въ видѣ косо идущаго сверху и кнаружи валика, имѣющаго въ длину 11, а въ ширину 6 стм. При постукиваніи средней силы этой ямки при спокойномъ дыханіи получается близкій къ барабанному звуку, который не исчезаетъ, когда при натуживаніи образуется валикъ. Говорить объ уменьшеніи напряженія легочной ткани въ данномъ случаѣ не имѣется достаточныхъ данныхъ на основаніи тщательнаго изслѣдованія. При выслушиваніи на мѣстѣ недостачи получается болѣе рѣзкій везикулярный дыхательный шумъ. Сама по себѣ недостача представляетъ очень рѣдкую неправильность въ строеніи грудной клѣтки.

*В. Т. Покровскій*: Врожденная это недостача или нѣтъ?

*Докладчикъ:* Недостача въ ребрахъ впервые была замѣчена врачемъ, лѣчившимъ больного, когда ему было 2 года, отъ остраго воспаленія мозговыхъ оболочекъ. Роды, по словамъ матери, протекли безъ помощи искусства, правильно.

Проф. *М. В. Яновскій*: Мнѣ кажется, что заголовокъ доклада не совсѣмъ соотвѣтствуетъ его содержанію. Слово «барабанный» я замѣнилъ-бы словомъ «ясный». Въ настоящее время держатся того взгляда, что барабанный звукъ надъ легкимъ обусловливается уменьшеніемъ напряженія послѣдняго. На основаніи выслушаннаго доклада можно думать, что барабанный звукъ вообще присущъ легочной ткани; на самомъ-же дѣлѣ сообщенный случай можетъ указывать лишь на участіе въ вызываемомъ постукиваніемъ звукѣ стѣнокъ грудной клѣтки съ ея мягкими частями,— колебательныя движенія которыхъ не суммируются и не консонируютъ съ колебаніями легкаго, и потому получается ясный

звукъ. Близкій къ барабанному звукъ при постукиваніи на мѣстѣ недостачи указываетъ на нѣкоторую правильность колебательныхъ движеній легкихъ, которая не нарушается вслѣдствіе почти полнаго отсутствія твердыхъ и мягкихъ частей стѣнокъ грудной клѣтки.

*А. А. Трояновъ:* Чѣмъ-же объяснить барабанный звукъ у эмфизематиковъ?

*М. В. Яновскій:* При эмфиземѣ барабанный звукъ бываетъ выраженъ различно: то сильнѣе, то слабѣе, и, чѣмъ меньше напряжено легкое, тѣмъ онъ выраженъ сильнѣе: колебанія стѣнокъ грудной клѣтки не въ состояніи видоизмѣнять получаемый при этой болѣзни барабанный звукъ въ ясный легочный.

*А. А. Трояновъ:* Я позволю себѣ замѣтить, что, по моему мнѣнію, правое легкое у показаннаго больного работаетъ слабѣе. Легкое въ своемъ развитіи слѣдуетъ за ростомъ грудной клѣтки; послѣдняя въ силу недостачи должна была задерживаться въ своемъ развитіи; правое легкое поэтому должно было спадаться, терять свою напряженность, содержать, кромѣ того, въ силу упомянутаго условія меньше воздуха и въ результатѣ давать получающійся теперь звукъ барабаннаго свойства.

Проф. *М. В. Яновскій:* Если-бы Ваше объясненіе было правильнымъ, т. е. что легкое находится въ менѣе напряженномъ состояніи, то при натуживаніи, когда напряженіе его достигаетъ maximum'а, слѣдовало-бы ожидать исчезанія барабаннаго звука. Этого, однако, не наблюдается. При натуживаніи больного легкое содержитъ больше воздуха, чѣмъ при нормѣ. О спаденіи легкаго, о меньшемъ содержаніи воздуха въ немъ говорить въ данномъ случаѣ нельзя.

*А. А. Трояновъ:* Я представляю себѣ дѣло такъ, что барабанный звукъ, съ одной стороны, обусловливается потерей легкимъ напряженія, а съ другой—уменьшеннымъ количествомъ воздуха. Если допустить, что послѣдняго содержится не меньше, чѣмъ въ нормѣ, то не играетъ-ли въ данномъ случаѣ роль 1-ая причина, а именно потеря напряженія?

Проф. *М. В. Яновскій:* Въ правомъ легкомъ на мѣстѣ недостачи я выслушиваю нѣсколько болѣе рѣзкое везикулярное дыханіе и думаю, что легкое это работаетъ правильно. Во всякомъ случаѣ, нельзя съ несомнѣнностью доказать, какое изъ легкихъ работаетъ меньше—правое или лѣвое.

Далѣе *А. А. Трояновъ* для объясненія появленія барабаннаго звука указывалъ на вліяніе грудобрюшной преграды, опыты надъ легкими, вынутыми изъ грудной клѣтки, гдѣ всюду идетъ дѣло объ уменьшеніи или потерѣ напряженія ихъ, но проф. *М. В. Яновскій* возражалъ, что опыты на не-живыхъ легкихъ въ данномъ случаѣ не могутъ быть приняты въ разсчетъ и что, хотя, правда, правая $^1/_2$ свода грудобрюшной преграды поднимается выше лѣвой, однако это вліяніе, какъ и вліяніе нижележащей справа печени можетъ сказаться на нижнихъ отдѣлахъ легкихъ и не только праваго, но и лѣваго, гдѣ лежитъ желудокъ и часть толстой кишки.

Ч. пр. *Н. Ф. Чигаевъ:* Я-бы сказалъ, что правое легкое не такъ сильно работаетъ и расправляется, какъ при нормальныхъ условіяхъ. Больному нужно дѣлать значительныя усилія, чтобы это легкое работало въ столь необычныхъ условіяхъ, которыя и могутъ вліять на легочную ткань въ смыслѣ потери свойствъ, обусловливающихъ ясный легочный звукъ.

Проф. *М. В. Яновскій:* Собственно говоря, чисто физическая сторона, обусловливающая нормальное звучаніе легкаго, здѣсь на лицо: упругость легкаго сохранена, такъ какъ оно, судя по валику, на мѣстѣ недостачи, рѣзко расправляется и спадается.

Ч. пр. *Н. Ф. Чигаевъ:* Я думаю, наоборотъ, что упругость праваго легкаго уменьшена, такъ какъ границы его опущены. Затѣмъ барабанный звукъ здѣсь можетъ быть проведеннымъ; онъ болѣе слышенъ не на мѣстѣ недостачи, а ниже.

Проф. *М. В. Яновскій:* То, что въ указанномъ Вами мѣстѣ барабанный звукъ болѣе полный, можно объяснить созвучными колебаніями окружающихъ частей; къ тому-же грудобрюшная преграда, подпирая правое легкое, можетъ обусловить это болѣе рѣзкое звучаніе—барабанный звукъ. Что-же касается того, что этотъ звукъ будто-бы, проведенъ, то почему-же нѣтъ этого проведенія на другой, лѣвой, сторонѣ?

Ч. пр. *Н. Ф. Чичаевъ:* Едва-ли въ данномъ случаѣ можно говорить о созвучныхъ колебаніяхъ окружающихъ частей въ правомъ легкомъ: оно отъ кишечника—мѣста, гдѣ возможенъ и наблюдается рѣзкій барабанный звукъ,—отдѣлено плотнымъ компактнымъ органомъ—печенью. О проведеніи барабаннаго звука въ правое легкое, а не въ лѣвое, можно говорить потому, что лѣвое—нормально, а правое нѣсколько спалось.

Проф. *М. В. Яновскій:* Но, вѣдь, правое легкое расширяется. Какъ-же можно говорить объ его спаденіи?

Ч. пр. *Н. Ф. Чигаевъ:* Во всякомъ случаѣ, оно не такъ упруго.

Проф. *М. В. Яновскій:* Когда больной натуживается, то легкое настолько расширяется, что на мѣстѣ недостачи выпячивается въ видѣ валика; значитъ, спаденія нѣтъ. Затѣмъ во время выдоха оно спадается быстро; значитъ, и упругость легкаго сохранена.

Ч. пр. *Н. Ф. Чигаевъ:* Мнѣ кажется, что здѣсь можно говорить о потерѣ упругости до извѣстной степени.

*А. И. Булавинцевъ:* Есть-ли на мѣстѣ недостачи удлиненный выдохъ? Этимъ признакомъ можно руководиться при сужденіи о степени упругости легкаго.

*Докладчикъ:* Небольшой выдохъ выслушивается надъ верхушкой лѣваго легкаго.

Проф. *М. В. Яновскій:* Я думаю, что этимъ признакомъ здѣсь руководиться нельзя. Если больной глубоко вздохнетъ, то вслѣдствіе податливости грудной клѣтки легкое расширяется больше и медленнѣе спадается при выдохѣ, а потому послѣдній кажется нѣсколько удлиненнымъ.

Ч. пр. *Н. Ф. Чигаевъ:* Легкое вообще опущено, и здѣсь барабанный звукъ, быть можетъ, зависитъ отъ эмфиземы.

Проф. *М. В. Яновскій:* Вдохъ здѣсь чисто везикулярный, и объ эмфиземѣ говорить нельзя. Легкое развито хорошо, выдохъ не удлиненъ, легкое упруго и напряжено, какъ при нормѣ. Данное объясненіе барабаннаго звука, по моему, правильно.

Ч. пр. *Н. Ф. Чигаевъ:* Чѣмъ-же обусловливается то, что барабанный звукъ рѣзче выраженъ ниже недостачи и сбоку?

Проф. *М. В. Яновскій:* Я съ этимъ не согласенъ.

Ч. пр. *Г. Ю. Явейнъ:* Если на мѣстѣ недостачи выстукивать слабо, то звукъ кажется неяснымъ и, пожалуй, рѣзче по окружности. При болѣе сильномъ выстукиваніи получается, однако, болѣе рѣзкое звучаніе съ барабаннымъ оттѣнкомъ, всетаки, на мѣстѣ недостачи.

Проф. *Л. В. Поповъ:* Звукъ при постукиваніи на мѣстѣ недостачи кажется даже болѣе тупымъ, чѣмъ барабаннымъ. Послѣдній оттѣнокъ звука довольно рѣзко выраженъ ниже недостачи.

*А. К. Педенко. Къ патологіи болѣе рѣдкихъ неправильностей обмѣна. Случай т. наз. бронзоваго діабета.* Бронзовый діабетъ, совмѣщающій въ себѣ припадки, свойственные циррозу печени, сахарному діабету + распространенная темная пигментація кожныхъ покрововъ, какъ отдѣльная самостоятельная нозологическая единица, становится извѣстнымъ собственно съ 1882 г. (*Hanot* и *Chauffard*). Какъ вообще сложное заболѣваніе, но не самостоятельное, его впервые описалъ въ 1871 г. *Traissier.* Главнѣйшими объективными признаками бронзоваго діабета считаются: общая атрофія, значительное увеличеніе, плотность и болѣзненность печени и селезенки, вздутіе кишекъ, иногда брюшная водянка, далѣе поліурія съ гликозуріей (до 300,0 pro die) и бронзовая, темносѣрая съ металлическимъ оттѣнкомъ окраска кожи, отсутствіе желтухи и реакціи на желчные пигменты. Патологоанатомически, помимо соотвѣтствующихъ измѣненій въ органахъ, наблюдается значительное почти повсюду отложеніе пигмента, дающаго реакціи на желѣзо. Печень, забрюшинныя железы, поджелудочная железа, селезенка, слюнныя железы, щитовидная железа, сердечная мышца, легкія, потовыя железы, яички, костный мозгъ, иногда почки и надпочечники—органы, въ которыхъ въ нисходящемъ порядкѣ отлагается упомянутый пигментъ въ видѣ различной величины зеренъ. Количество содержащаго Fe пигмента, отложеннаго въ органахъ, опредѣленное химическимъ путемъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ превышало во 100 и даже 300 разъ (*Quincke*) норму. Продолжительность болѣзни, имѣющей 2 типа, отъ 2 лѣтъ до 6 недѣль. Преимущественно заболѣваютъ мужчины, въ возрастѣ за 35 лѣтъ. Этіологически болѣзнь ставятъ въ зависимость отъ алкоголизма и свинцоваго хроническаго отравленія. Иногда-же бронзовый діабетъ развивается, по видимому, безъ всякой причины. Обычно онъ оканчивается смертью. Однако, *Murri* 1 разъ видѣлъ излеченіе.—Случай докладчика слѣдующій. Н., 60 л., жалуется на легкую утомляемость и ослабленіе памяти къ предшествующимъ заболѣванію событіямъ его жизни. Съ 13 лѣтъ въ сравнительно благопріятной обстановкѣ занимается слесарнымъ мастерствомъ. Условія жизни также достаточно благопріятныя. Съ 18 лѣтъ куритъ и злоупотребляетъ спиртными напитками; въ послѣднія 25—30 лѣтъ пьетъ до бутылки и больше въ день. Объективныя данныя изслѣдованія весьма мало отличаются отъ выше описанныхъ. Тріада: циррозъ печени, сахарный діабетъ и характерная бронзовая окраска на лицо. Въ крови найдено 90% Hb, 3.700000 красныхъ и 10190 бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. мм. Содержаніе въ крови Fe немного ниже нормы. Въ калѣ, помимо обычныхъ переваренныхъ элементовъ пищи, капельки жира. Въ мочѣ, полное количественное изслѣдованіе которой производилось нѣсколько разъ, между прочимъ, отмѣчено до 280,0 сахара pro die.—Основнымъ страданіемъ *Hanot* считаетъ діабетъ сахарный, который вызываетъ эндартеріитъ и затрудненное кровообращеніе съ отложеніемъ въ печени пигмента и послѣдовательнымъ развитіемъ цирроза. По *Brault*'у и *Galliard*'у сахарный діабетъ обусловливаетъ распадъ крови и усиленное отложеніе въ органахъ пигмента; циррозъ-же печени, предшествующій этому состоянію, развивается самостоятельно. *Housalez-Hernander* считаетъ, однако, циррозъ печени, подобно *Hanot*, явленіемъ послѣдовательнымъ. *Naunyn* и *Jacksch* первичнымъ считаютъ страданіе печени, а бронзовый діабетъ печеночнаго происхожденія; по *Bass*'у, *Mossé* и *Daunic*'у, *Paul Marie*, *Dulournier*, *Jeanselme* и *Anschütz*'у онъ—панкреатическаго происхожденія. *Anschütz* бронзовый діабетъ объясняетъ какимъ-то измѣненіемъ крови и клѣточныхъ элементовъ различныхъ органовъ съ развитіемъ соединительной ткани. По мнѣнію докладчика, отъ неизвѣстной причины въ организмѣ разстраивается обмѣнъ Fe; послѣднее, быть можетъ, активно накопляется въ органахъ, развивается циррозъ. На основаніи, во 1-хъ, избирательнаго отложенія Fe—содержащаго пигменты въ органахъ, кромѣ желудочно-кишечнаго канала, и, во 2-хъ, болѣе обильнаго скопленія его тамъ, гдѣ Fe опредѣляется и при нормѣ, докладчикъ находитъ возможнымъ смотрѣть на бронзовый діабетъ, какъ на неправильность въ обмѣнѣ Fe и названіе «желѣзный діабетъ», или «желѣзная кахексія» онъ считаетъ болѣе соотвѣтствующимъ патогенезу заболѣванія.

*Е. И. Дьяченко:* Почему Вы описанныя патолого-анатомическія измѣненія въ печени относите къ типу гипертрофическаго цирроза?

Digitized by Google

*Докладчикъ*: Дѣленіе циррозовъ на гипертрофическій и атрофическій въ послѣднее время запутывается все болѣе и болѣе но, все-таки, между ними существуетъ разница. При гипертрофическомъ циррозѣ печеночныя дольки выступаютъ отчетливѣе, расположены болѣе равномѣрно, а внутрь нихъ почти не наблюдается прониканіе соединительной ткани—словомъ, наблюдается то, что видно на моихъ препаратахъ.

*Е. И. Дьяченко*: Наблюдали-ли Вы въ Вашемъ случаѣ стеаторрею, и было-ли опредѣлено количество жира?

*Докладчикъ*: При изслѣдованіи испражненій, какъ я уже упоминалъ, я находилъ капельки жира, количество-же послѣдняго не опредѣлялось.

Проф. *М. В. Яновскій*: О неправильности обмѣна Fe Вы говорите потому, что въ тканяхъ, какъ печени, поджелудочной железѣ и селезенкѣ, Вы находили значительное количество Fe. Вы, по моему мнѣнію, разсуждаете такъ, какъ если-бы я сказалъ, что, напр., въ случаѣ жирового перерожденія печени, гдѣ наблюдается также значительно его количество, или при отложеніи пигмента, можно-бы было говорить о неправильностяхъ обмѣна въ одномъ случаѣ жира, а въ другомъ—пигмента. Насколько я Васъ понялъ, Вы на основаніи присутствія въ увеличенномъ количествѣ тѣхъ или иныхъ элементовъ въ тканяхъ находите возможнымъ говорить о неправильностяхъ ихъ обмѣна. Вы не указываете подробностей причинъ. О неправильностяхъ въ обмѣнѣ, положимъ Fe, Вы могли-бы говорить въ данномъ случаѣ лишь тогда, когда наблюдали-бы его съ самаго начала болѣзни или даже до нея и такимъ образомъ имѣли-бы возможность подвергнуть сравненію полученныя данныя.

*Докладчикъ:* Я судилъ о неправильности обмѣна Fe не на основаніи одного только избыточнаго присутствія его въ упомянутыхъ органахъ, но и по тому, что морфологическій и химическій составъ крови не представляли замѣтныхъ отклоненій отъ нормы. Главнымъ образомъ я хотѣлъ отмѣтить то обстоятельство, что Fe отлагается въ органахъ избирательнымъ путемъ и въ нѣкоторыхъ преимущественно, какъ, напр., въ печени, поджелудочной железѣ, селезенкѣ. Случайное-ли это совпаденіе или нѣтъ, судить не могу. Но заключать отсюда, что нѣтъ разстройствъ въ обмѣнѣ Fe, по моему мнѣнію, также нельзя. Говоря объ обмѣнѣ Fe, я дѣлаю лишь предположеніе, догадку, которую, къ сожалѣнію, пока трудно доказать, тѣмъ болѣе, что и въ анатомической сторонѣ этого болѣзненнаго процесса не обнаружено въ этомъ отношеніи никакихъ данныхъ.

Проф. *М. В. Яновскій:* И жиръ, и различные пигменты при извѣстныхъ заболѣваніяхъ могутъ отлагаться въ органахъ далеко не въ одинаковой степени: въ однихъ органахъ они отлагаются въ большемъ количествѣ, въ другихъ—въ меньшемъ. Говорить-же на основаніи такихъ данныхъ о неправильностяхъ въ обмѣнѣ подобныхъ элементовъ, на мой взглядъ, нельзя.

*Докладчикъ*: Не предрѣшая пока сущности описаннаго процесса, я лишь пытался связать эти явленія между собой и, кромѣ того, указываю на избирательное отложеніе Fe въ нѣкоторыхъ органахъ.

Проф. *М. В. Яновскій:* Клиническая картина бронзоваго діабета говоритъ о множествѣ явленій. Неужели и суть явленій при жирномъ, положимъ, діабетѣ будетъ говорить о неправильностяхъ обмѣна жира? Я сомнѣваюсь въ возможности считать сутью бронзоваго діабета вообще обмѣнъ Fe. Съ этой цѣлью я и привожу Вамъ аналогію.

Ч. пр. *Г. Ю. Явейнъ*: Въ печени Вы опредѣляли Fe въ 60 разъ больше, чѣмъ въ нормѣ?

*Докладчикъ:* Да. *Quincke* въ своемъ случаѣ наблюдалъ еще бо̀льшее увеличеніе, до 300 разъ выше нормы.

Проф. *М. М. Волковъ*: Разбирая вопросъ, почему обнаруженіе Fe въ органахъ свидѣтельствуетъ о существованіи нарушеннаго его обмѣна, тутъ упомянули и объ отложеніи жира. Когда мы говоримъ о жировомъ перерожденіи съ отложеніемъ жира, то для насъ это—понятно: токсическія и иныя вліянія вызываютъ химическія и біологическія измѣненія клѣточнаго вещества, и въ числѣ продуктовъ этихъ измѣненій находятъ жиръ. Онъ накопляется, скажемъ, въ печени, и объ этомъ накопленіи мы можемъ судить на основаніи извѣстныхъ данныхъ. По аналогіи тоже самое можно сказать и о Fe. Но суть бронзоваго діабета, нѣтъ сомнѣнія, не заключается въ неправильности желѣзнаго обмѣна. При этомъ заболѣваніи наблюдается лишь измѣненное распредѣленіе Fe въ органахъ, рѣзко выраженное. Систематически путемъ опытовъ на животныхъ прослѣдить ходъ отложенія Fe въ органахъ немыслимо. Какъ при жировомъ перерожденіи нельзя считать причиной болѣзненнаго процесса жиръ, такъ и при бронзовомъ діабетѣ Fe не можетъ быть приписана подобная-же роль. Мы ставимъ только извѣстную гипотезу, и данное объясненіе пока оно совершенно удовлетворяетъ. Fe, какъ въ другомъ случаѣ жиръ, является памятникомъ, признакомъ протекшаго болѣзненнаго процесса. Далѣе, не менѣе интереснымъ представляется выясненіе вопроса, откуда въ тканяхъ берется Fe? Въ описанномъ случаѣ нельзя не отмѣтить слѣдующаго обстоятельства. Если предположить, что Fe идетъ изъ крови, то послѣдняя при бронзовомъ діабетѣ, какъ, напр., при сидерозѣ, такъ или иначе выдавала-бы въ своемъ химическомъ составѣ и свойствахъ морфологическихъ элементовъ эти измѣненія. Этого, однако, въ данномъ случаѣ нѣтъ. Приходится поэтому искать причину въ другомъ мѣстѣ, другой путь происхожденія Fe. Кромѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ, ихъ гэмоглобина, Fe содержится всюду, во всѣхъ тканяхъ, такъ какъ оно—обязательный составной ихъ элементъ, и потому, само собою разумѣется, количество Fe въ тканяхъ можетъ давать представленіе объ удѣльномъ желѣзномъ питаніи и обмѣнѣ. Такъ какъ Fe выводится не съ мочою, а печенью, а за этимъ путемъ выдѣленія слѣдить крайне трудно, то по этому самому мы лишены возможности судить объ обмѣнѣ Fe. И, подобно тому, какъ при сахарномъ діабетѣ отдѣльные его типы могутъ не походить другъ на друга и все-же за всѣмъ тѣмъ они будутъ причислены къ общему типу на основаніи извѣстныхъ отдѣльныхъ признаковъ, такъ и тутъ, даже при отсутствіи тождества въ отдѣльныхъ типахъ страданія, всегда можно найти химическіе или клиническіе эквиваленты. Измѣненія азотистаго обмѣна, обмѣна P, гликогена и др. чрезвычайно часто примѣняются для аналогичныхъ выводовъ, конечно, съ извѣстной приблизительностью. Но какъ у P, такъ и у другихъ элементовъ, въ томъ числѣ и у Fe, можно допустить существованіе своего обмѣна. Такимъ образомъ желѣзный обмѣнъ—гипотеза, схема, которой приходится пока довольствоваться.

*Докладчикъ:* Въ данномъ случаѣ я позволилъ-бы себѣ провести параллель хотя бы съ подагрой, гдѣ мочевая кислота, быть можетъ является случайнымъ продуктомъ.

Проф. *М. В. Яновскій*: Въ Вашихъ объясненіяхъ я вижу большія противорѣчія: то Вы на обмѣнъ Fe смотрите, какъ на сущность болѣзненнаго процесса, то хотите считать его случайнымъ продуктомъ.

Проф. *Н. П. Кравковъ:* Прежде чѣмъ говорить о неправильностяхъ обмѣна какого-бы то ни было элемента, необходимо знать нормальный его обмѣнъ, въ Вашемъ случаѣ, напр., Fe. Но по этому поводу мы въ настоящее время ничего положительно не знаемъ, и потому о неправильностяхъ въ обмѣнѣ Fe и говорить нельзя. Что касается избирательнаго, какъ Вы называете, отложенія Fe въ спеціальныхъ органахъ, то тяжелые металлы вообще, какъ извѣстно, отличаются въ нихъ легко—это фактъ фармакологическій. Однако, въ печени отлагается тяжелыхъ металловъ сравнительно мало, больше ихъ—въ кишечникѣ. Наконецъ, обозначеніе «желѣзный діабетъ» мнѣ кажется не совсѣмъ подходящимъ, такъ какъ оно какъ бы предрѣшаетъ безъ фактическихъ данныхъ сущность болѣзненнаго процесса.

Д-ръ *Шаповаленко*: Fe на мѣстѣ образоваться не можетъ, оно идетъ изъ крови, и нормальный, по видимому, составъ ея не говоритъ еще о томъ, что общее благосостояніе организма благопріятное. Казна можетъ быть переполнена, и за всѣмъ тѣмъ народъ можетъ бѣдствовать, и наоборотъ.

*Е. И. Дьяченко*: Наблюдалась-ли въ Вашемъ случаѣ желтуха и какъ были окрашены испражненія?

*Докладчикъ:* Желтухи не было, а окраска кала мѣстами была бѣлесоватая.

Проф. *Л. В. Поповъ*: Ни обмѣнъ весь полностью, ни костный мозгъ въ частности, какъ источникъ образованія красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, не были въ данномъ случаѣ изслѣдованы; слѣд., по существу мы не можемъ говорить о неправильностяхъ обмѣна въ какомъ-бы то ни было направленіи; не знаемъ мы и нормальнаго обмѣна Fe, какъ было уже замѣчено, а потому тѣмъ болѣе не въ правѣ говорить объ его неправильностяхъ.

*В. Божовскій.*

## LXXXII. Изъ Русскаго сифилидологическаго и дерматологическаго Общества.

(Засѣданіе 24-го апрѣля).

*В. И. Теребинскій* **показалъ больную**, поступившую 6/ш въ клинику проф. *В. Н. Сиротинина*, и изложилъ результаты ея изслѣдованія. Больная, 30 л., финляндка, 3 уже года какъ стала замѣчать распространеніе по тѣлу какой-то сыпи, не тревожившей ее и заставившей обратиться за врачебной помощью лишь въ виду появленія ея съ $^1/_2$-года назадъ, на лицѣ. Самымъ раннимъ проявленіемъ сыпи больная признаетъ синеватое пятно на плечѣ, которое, равно какъ и послѣдующія, постепенно распространившіяся почти по всему тѣлу красновато-синія пятна на фонѣ неизмѣненной кожи, оказались при осмотрѣ узелками различной величины, не выпячивающими кожи и особенно рѣзко замѣтными при ощупываніи; по мѣстамъ своего расположенія и по величинѣ нѣкоторыхъ изъ нихъ, узелки эти уподобляются увеличеннымъ лимфатическимъ железамъ различныхъ областей: подчелюстнымъ, шейнымъ, паховымъ, подключичнымъ, локтевымъ и т. п. Узлы не зудятъ, не болятъ, нигдѣ не изъязвляются и не рубцуются. На лицѣ синеватокрасныя пятна расположены на обѣихъ щекахъ и имѣютъ въ основѣ, въ подкожной клѣтчаткѣ, узлы, величиною въ 3-копѣечную монету. 2 узла, вырѣзанные изъ плечевой области, были подвергнуты микроскопическому изслѣдованію, результаты котораго указали на тѣсную во всѣхъ случаяхъ зависимость между новообразованными клѣточными гнѣздами и сосудами. Описавъ подробно патолого-анатомическую картину узловъ и показавъ соотвѣтствующіе микроскопическіе препараты, докладчикъ изложилъ данныя отличительнаго распознаванія имѣющихся у больной явленій, которыя, путемъ исключенія, призналъ за т. наз. *кожный саркоматозъ Beck'а*, выдѣленный въ общую группу множественныхъ доброкачественныхъ образованій подобнаго типа. У показанной больной эта болѣзненная форма, по видимому, не достигла еще полнаго развитія. Лѣченіе состояло сперва въ подкожныхъ впрыскиваніяхъ мышьяка, а затѣмъ въ пріемѣ азіатскихъ пилюль (въ послѣднее время больная принимала ихъ по 7 въ день). Нѣкоторые узлы, несомнѣнно, представляютъ явленія обратнаго развитія.

Ч. пр. *П. П. Абрамычевъ* замѣтилъ, что введенный *Kebne*-

Digitized by Google

гомъ въ лѣченіе подобныхъ заболѣваній мышьякъ не оказывалъ на нихъ, по его наблюденіямъ, никакого дѣйствія.

Нѣсколько замѣчаній по поводу этого сообщенія сдѣлали еще ч. пр. *В. В. Ивановъ* и *М. П. Гундоровъ*.

Д-ръ *Бѣловъ показалъ больного, 40 л., съ распространенной pityriasis rubra pilaris*. Такое-же распознаваніе было установлено у него и въ Московской клиникѣ. Болѣлъ съ 22 лѣтъ, періодически посѣщаетъ клиники и лѣчится различными средствами съ преходящимъ успѣхомъ.

Ч. пр. *П. П. Абрамычевъ* замѣтилъ, что имѣющіяся въ настоящее время у больного данныя не представляются достаточно убѣдительными для установки столь опредѣленнаго распознаванія, такъ какъ они-же могутъ составлять явленія различныхъ кератозовъ въ промежуткѣ остраго ихъ распространенія.

*М. П. Гундоровъ* выразилъ пожеланіе болѣе подробнаго изслѣдованія больного, напр., изслѣдованія его со стороны азотистаго обмѣна, состава крови и т. п.

Проф. *Т. П. Павловъ* высказалъ, что, помимо вполнѣ достаточныхъ, по его мнѣнію, данныхъ для распознаванія pityriasis rubra pilaris, показанный больной представляетъ особый интересъ повсемѣстнымъ распространеніемъ у него болѣзненнаго процесса.

*П. И. Фроловъ показалъ больного съ своеобразнымъ* послѣдовательнымъ *рубцеваніемъ мягкаго шанкра* и сообщилъ исторію его болѣзни.

Ч. пр. *Е. Ф. Фридманъ* замѣтилъ, что сообщенный случай представляетъ типичную мягкую язву съ свищевымъ ходомъ, почему и заживленіе ея имѣло крайне затяжной характеръ; но такая язва совершенно не соотвѣтствуетъ указываемому докладчикомъ сходству ея съ своеобразными мягкими язвами, похожими на твердый шанкръ, о которыхъ говорилъ ч. пр. *С. С. Яковлевъ* на послѣднемъ Пироговскомъ Съѣздѣ.

Проф. *Т. П. Павловъ* и *А. И. Будуговъ* также оттѣнили полное несоотвѣтствіе сообщеннаго случая съ случаями язвъ, описанныхъ ч. пр. *Яковлевымъ*.

*Е. А. Коганъ* заявилъ, что съ самаго начала появленія указанныхъ рубцевыхъ явленій у больного онъ считалъ ихъ за настоящую фиброму, т. е. за соединительнотканныя (мозолистыя) образованія.

Д-ръ *Кечекъ показалъ больного* изъ амбуляторіи Общины св. Евгеніи, котораго онъ еще не успѣлъ подвергнуть болѣе подробному изслѣдованію, но, принимая во вниманіе заявленіе больного, что онъ страдаетъ одышкою, кашлемъ и ночными проливными потами, имѣющуюся у него по тѣлу сыпь, съ которою онъ собственно и обратился къ докладчику, можно признать за *бугорчатковый фолликулитъ Barthelemy*. Сыпь подобна обыкновеннымъ угрямъ (acne vulgaris), не болитъ, не зудитъ, держится уже годъ и имѣетъ застойный характеръ.

Ч. пр. *В. В. Ивановъ* замѣтилъ, что имѣющіяся у показаннаго больного явленія представляютъ слишкомъ много отличій отъ тѣхъ, которымъ нынѣ присваивается названіе туберкулидовъ.

Ч. пр. *Е. Ф. Фридманъ* добавилъ, что синеватый оттѣнокъ отдѣльныхъ воспаленныхъ фолликуловъ можетъ обусловливаться иногда самымъ мѣстоположеніемъ ихъ (напр., на ногахъ) и обычно считается имъ, въ условіяхъ его госпитальной дѣятельности, за цинготныя явленія; нѣтъ ли подобной-же болѣзненной основы и у даннаго больного?

Проф. *Т. П. Павловъ* высказалъ, что устанавливаемая при поверхностномъ осмотрѣ больного неправильность пульса и синюшная окраска отдѣльныхъ частей тѣла позволяютъ думать о возможной зависимости необычной окраски простыхъ угрей отъ застойныхъ явленій.

*Г. Ю. Явейнъ. Случай гонорройнаго пораженія лѣваго колѣннаго сустава.* 24-лѣтній больной поступилъ въ Николаевскій военный госпиталь по поводу нейрастеніи. Уже около 2-хъ лѣтъ больной страдалъ перелоемъ, и моча его была мутна и содержала нити. Въ скудномъ гнойномъ отдѣляемомъ мочеиспускательнаго канала найдены былыя тѣльца, эпителіальныя клѣтки и гонококки. Находясь въ госпиталѣ, больной заболѣлъ гриппомъ, послѣ котораго у него сначала появились въ лѣвомъ колѣнномъ суставѣ боли, а затѣмъ суставъ этотъ припухъ; образовавшійся въ суставѣ выпотъ былъ извлеченъ труакаромъ, и д-ръ *Мачинскій* добылъ изъ него чистую разводку гонококковъ. Можно думать, что причиною такого пораженія сустава было общее ослабленіе организма подъ вліяніемъ перенесеннаго больнымъ эпидемическаго заболѣванія.

*А. И. Будуговъ* сказалъ, что въ 3-хъ видѣнныхъ имъ подобныхъ случаяхъ въ суставномъ выпотѣ, помимо гонококковъ, найдены были еще какіе-то кокки, указывавшіе на возможность смѣшаннаго зараженія. Такіе больные, по его наблюденіямъ, успѣшно пользовались отъ своего длительнаго и упорнаго страданія въ Саккахъ.

Ч. пр. *П. П. Абрамычевъ* замѣтилъ, что перелойныя пораженія ограничиваются большею частью единичными суставами, хотя возможна и послѣдовательность въ пораженіи ихъ.

*М. П. Гундоровъ* сообщилъ объ одномъ больномъ, у котораго при повышеніи температуры послѣдовательно поражались голеностопные и др. суставы и даже связки позвоночника; самый характеръ страданія не оставлялъ сомнѣнія въ его перелойномъ происхожденіи, хотя промываніемъ по *Janet* въ теченіи мѣсяца и было достигнуто полное просвѣтленіе мочи больного.

*А. Гаринъ.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

## *Д-ръ В. Н. Образцовъ. Письмо душевно-больныхъ. Съ рис. и табл. письма. Казань, 1904.*

Я всегда съ особымъ удовольствіемъ отмѣчаю появленіе клиническихъ работъ по психіатріи, представляемыхъ въ качествѣ диссертацій на степень доктора медицины. Психіатрическая клиника чревата вопросами, которые ждутъ еще своихъ изслѣдователей. И эта очередь для разрѣшенія многихъ мало изученныхъ вопросовъ клинической психіатріи значительно подвинулась-бы впередъ, если-бы психіатры, ищущіе степени доктора медицины, чаще обращались къ клиническому матеріалу, въ изобиліи имѣющемуся въ большихъ спеціальныхъ больницахъ, лѣчебницахъ и клиникахъ. Тщательная разработка такого матеріала подъ руководствомъ опытныхъ клиницистовъ значительно способствовала-бы болѣе правильному освѣщенію нѣкоторыхъ спорныхъ вопросовъ, особенно такихъ, при рѣшеніи которыхъ необходимо принимать во вниманіе мѣстныя условія—расовыя, климатическія, соціальныя, культурныя. Въ этомъ отношеніи наше отечество представляетъ особенно богатый матеріалъ. Современная психопатологія выдвинула не мало крайне интересныхъ и важныхъ вопросовъ, обстоятельное изученіе которыхъ можетъ имѣть существенное значеніе для разрѣшенія многихъ проблемъ біологіи и психологіи. Я уже не говорю о тѣхъ жизненныхъ вопросахъ судебной психіатріи, которые имѣютъ громадный практическій интересъ. Монографная разработка такихъ вопросовъ, несомнѣнно, обогатитъ науку весьма интересными фактами, оживитъ ее, приблизитъ къ жизни и вообще будетъ способствовать прогрессивному развитію отечественной психіатріи.

Работа д-ра *В. Н. Образцова* затронула одинъ изъ такихъ важныхъ въ практическомъ отношеніи вопросовъ клинической психіатріи. Трудъ автора подъ заглавіемъ «Письмо душевно-больныхъ» содержитъ слѣдующіе отдѣлы: 1) Введеніе. 2) Физіологія и патологія письма. 3) Значеніе письма въ психіатріи и очеркъ литературы вопроса о письмѣ помѣшанныхъ. 4) Письмо при состояніяхъ меланхоліи и маніи. 5) Письмо при періодическихъ и циркулярныхъ психозахъ. 6) Письмо при состояніяхъ душевной спутанности. 7) Письмо параноиковъ и графомановъ. 8) Письмо при состояніяхъ преждевременнаго слабоумія съ его разновидностями. 9) Письмо паралитиковъ. 10) Письмо вторично слабоумныхъ. 11) Заключеніе.

Въ краткомъ введеніи авторъ устанавливаетъ положеніе, что рукописи душевно-больныхъ являются важнымъ пособіемъ для психологическаго анализа ихъ душевнаго страданія. Письмо душевно-больного есть одна изъ формъ проэкціи его болѣзненно измѣненнаго сознанія во внѣшній міръ. Такимъ образомъ письмо, какъ матеріализированная рѣчь, пріобрѣтаетъ значеніе фактически объективнаго матеріала, который можно подвергать психологическому анализу, ибо рѣчь и письмо есть способъ выраженія мысли словами, и, слѣд., здѣсь наиболѣе точно отражается внутренній міръ больной души. Въ этомъ-же отдѣлѣ авторъ опредѣляетъ то мѣсто, которое должно занимать письмо, какъ одна изъ формъ произвольнаго движенія, среди другихъ подобныхъ движеній, проявляющихъ собою сознательную психическую дѣятельность человѣка.

Глава, посвященная физіологіи и патологіи письма, представляется наиболѣе разработанной. Здѣсь авторъ даетъ анатомо-физіологическій очеркъ движеній, сопровождающихъ письмо, анализируетъ механизмъ этихъ движеній, изучаетъ графическія кривыя и вообще всю механику письма; далѣе, излагаетъ современное ученіе о физіологіи и патологіи письма съ достаточно подробнымъ приведеніемъ литературныхъ данныхъ и дѣлаетъ общій разборъ различныхъ разстройствъ письма съ точки зрѣнія ихъ механики.

Останавливаясь на выясненіи значенія письма въ психіатріи, авторъ видитъ въ немъ пособіе при клиническомъ изученіи душевныхъ заболѣваній, которое можетъ облегчить постановку распознаванія, а также дать нѣкоторое указаніе въ отношеніи предсказанія и теченія болѣзни. Кромѣ того, письмо душевно-больныхъ можетъ имѣть также не малое судебно-медицинское значеніе.

Въ главахъ, посвященныхъ изученію разстройствъ письма при отдѣльныхъ формахъ душевныхъ заболѣваній, авторъ приводитъ много интересныхъ образчиковъ писемъ больныхъ и подвергаетъ ихъ анализу какъ въ отношеніи содержанія, такъ равно и со стороны внѣшности. Образчики письма душевно-больныхъ получены авторомъ изъ различныхъ психіатрическихъ больницъ, причемъ нѣкоторыя рукописи, дѣйствительно, представляютъ большой интересъ и заслуживаютъ вниманія. Однако, необходимо отмѣтить, что разборъ этихъ рукописей сдѣланъ авторомъ недостаточно подробно и психологическій анализъ ихъ содержанія произведенъ не съ той полнотой, какая въ этомъ случаѣ была-бы желательна. Въ этомъ отдѣлѣ при чтеніи работы чувствуется нѣкоторая незаконченность, какъ-бы спѣшность въ обработкѣ матеріала. Этимъ и объясняется, быть можетъ, то обстоятельство, что въ своихъ заключительныхъ выводахъ авторъ не выставляетъ какихъ-либо опредѣленныхъ положеній, а высказываетъ лишь общія соображенія и намѣчаетъ пути для дальнѣйшихъ изслѣдованій. Между тѣмъ при болѣе подробной разработкѣ имѣвшагося въ распоряженіи автора матеріала можно-бы сдѣлать нѣкоторые болѣе опредѣленные выводы, и тогда указанный отдѣлъ въ работѣ автора пріобрѣлъ-бы особый интересъ.

Тѣмъ не менѣе работа д-ра *В. Н. Образцова* производитъ въ

общемъ очень хорошее впечатлѣніе и заслуживаетъ полнаго къ себѣ вниманія, какъ попытка систематическаго изученія письма душевно-больныхъ съ цѣлью выяснить то практическое значеніе, какое могутъ имѣть рукописи больныхъ при рѣшеніи нѣкоторыхъ вопросовъ клинической психіатріи. Работа эта съ интересомъ прочтется спеціалистами и, быть можетъ, побудитъ ихъ пополнить и расширить изслѣдованія автора, который и самъ обѣщаетъ продолжать въ этомъ направленіи свои наблюденія. Нельзя не пожелать автору въ этомъ отношеніи полнаго успѣха, такъ какъ затронутый имъ вопросъ клинической психіатріи еще очень мало изученъ.

Работа д-ра *В. Н. Образцова*, состоящаго ассистентомъ при каѳедрѣ психіатріи, вышла изъ психіатрической клиники Казанскаго Университета и произведена подъ руководствомъ проф. *П. И. Ковалевскаго*. *Б. Воротынскій*.

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

LXXIII. М. Г.! Не откажите въ напечатаніи слѣдующихъ строкъ:

«Слѣдуетъ... ввести», заканчивая статью, замѣчаетъ д-ръ *И. Я. Алфеевъ* [1]): «метрическую систему мѣръ, потому что существующая система вершковъ, фунтовъ и пр. составляетъ лишній тормазъ для статистическихъ и научныхъ изслѣдованій...»

Автору изслѣдованія «измѣненія вѣса въ зависимости отъ роста» [2]) однако не удалось показать въ приложеніи превосходство той или иной системы мѣръ.

Попытаюсь по системѣ вершковъ и т. д. показать зависимость вѣса отъ роста (въ среднемъ) эмпирической формулой и сравнить вычисленное съ непосредственными наблюденіями извѣстной Коммиссіи 1887 г.

Положимъ

$$p = 0.111h^2 \pm W.$$

$$W = \sqrt{0.0535h^2 - (0.3147h + 0.00034h^3)}$$

гдѣ p—вѣсъ, h—ростъ, W—уклоненіе отъ средняго числа, соотвѣтствующее вѣроятности ½. Вѣсъ—въ фунтахъ, h—въ вершкахъ.

Отсюда получимъ:

| h | p | p′ |
|---|---|---|
| 34.5 | 132 | 133 |
| 35.5 | 140 | 136 |
| 36.5 | 148 | 149 |
| 37.5 | 156 | 157 |
| 38.5 | 165 | 166 |
| 39.5 | 173 | 175 |
| 40.5 | 182 | 182 |
| 41.5 | 191 | 190 |

Число наблюденій—22306.

Очевидно, отношеніе $\frac{p}{h^2}$ (въ среднемъ) есть величина постоянная, такъ что ни по росту, ни по вѣсу, ни по отношенію ихъ нельзя судить о крѣпости тѣлосложенія. Поэтому дѣленіе автора на легковѣсныхъ, среднихъ и пр. безъ всякаго указанія на ростъ является, по моему, произвольнымъ уже по всякой системѣ, независимо отъ «солидныхъ» цифръ.

*В. Мишневскій.*

Кѣльцы. 27/v 1904 г.

LXXIV. М. Г.! Въ № 16 «Русскаго Врача», въ отдѣлѣ хроники помѣщена замѣтка, перепечатанная изъ «Нижегородскаго Листка» (5 апрѣля), о томъ, что въ Могилевѣ врачъ больницы *Б.* не оказалъ нужной помощи еврейскому мальчику изъ за того только, что онъ былъ «еврейской» вѣры. Врачемъ больницы *Б.*, принимающимъ больныхъ въ амбуляторной лѣчебницѣ Краснаго Креста, состою въ Могилевѣ я одинъ, почему и считаю своимъ долгомъ заявить, что факта, разсказаннаго въ упомянутой замѣткѣ, и даже сколько-нибудь подобнаго ему въ Могилевской лѣчебницѣ Краснаго Креста никогда не было. 3 года состою я ординаторомъ этой лѣчебницы, пользующейся въ городѣ огромными симпатіями общества и врачей, и не помню рѣшительно ни одного случая, чтобы какой-либо больной ушелъ изъ лѣчебницы, не получивъ нужной ему помощи. Что-же касается вопроса о національности и о вѣрѣ больныхъ, то таковой ни мною, ни кѣмъ-либо изъ другихъ врачей, работающихъ въ лѣчебницѣ, даже возбуждаться никогда не можетъ, такъ какъ эти свѣдѣнія о больномъ, въ видахъ исключительно статистики, собираются предварительно дежурной сестрой милосердія, записывающей больныхъ на карточки. Къ врачу попадаетъ больной уже съ готовыми о немъ свѣдѣніями о возрастѣ, родѣ занятій, національности и пр., и вдаваться въ новые опросы нѣтъ надобности, да нѣтъ и возможности: при той массѣ больныхъ, коихъ необходимо осмотрѣть, едва хватаетъ времени для необходимыхъ вопросовъ о болѣзни больного.

Мнѣ приходится опровергать лживое сообщеніе «Нижегородскаго Листка» по перепечаткѣ его въ «Русскомъ Врачѣ, ибо я лишенъ возможности, за нераспространенностью этого «Листка» въ данной мѣстности, познакомиться со всѣмъ содержаніемъ вышеупомянутой замѣтки. Прошу «Нижегородскій Листокъ» перепечатать настоящее мое опроверженіе [1]).

*А. Т. Барышевскій.*

Могилевъ губ. 20 мая 1904 г.

[1]) «В.-Медицинскій Журналъ», 1903, № 12, стр. 744, п. 8.

[2]) Тамъ-же, п. 3.

LXXV. М. Г.! Въ № 15 «Русскаго Врача» на стр. 553 д ромъ *А. Н. Рубелемъ* напечатано: «я прежде чѣмъ печатать статью, хотѣлъ непремѣнно познакомить съ нею товарищей, хотѣлъ предварительно прочесть ее въ товарищескомъ кругу въ т. наз. «Научномъ Собраніи» врачей Санитарной Коммиссіи. Однако, вопреки обыкновенію предсѣдатель «Научныхъ Собраній» совѣщательный членъ врачъ *А. А. Липскій* отклонилъ на этотъ разъ мое предложеніе».—«Научное Собраніе» врачей Петербургской Санитарной Коммиссіи послѣ детальнаго выясненія выше напечатаннаго пришло къ заключенію, что заявленіе *А. Н. Рубеля* неправильно и отношеніе къ нему предсѣдателя «Научнаго Собранія» *А. А. Липскаго* было вполнѣ корректно.

Предсѣдательствовавшій въ засѣданіи Научнаго Собранія *И. Долинскій.*

Секретарь *Г. Левченко.*

1904 года 18 мая.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1071. 22-го мая въ Кіевѣ закончились *испытанія въ государственной Коммиссіи на званіе лѣкаря*. Изъ приступившихъ къ испытаніямъ 111 чел. не выдержали 2, изъ остальныхъ со званіемъ лѣкаря окончили 94 и со званіемъ лѣкаря съ отличіемъ 15.

1072. Отбыли на Дальній Востокъ: 1-го іюня изъ Екатеринбурга *лазаретный отрядъ* мѣстнаго Комитета Краснаго Креста на 50 кроватей въ составѣ 2 врачей, 13 сестеръ милосердія и 10 санитаровъ и изъ Петербурга *санитарный отрядъ* имени А. Л. Цепель («Новое Время», 1 и 2 іюня).

1073. Смоленское чрезвычайное губернское земское Собраніе *ассигновало 100000 р. на содержаніе персонала по уходу за больными и ранеными* въ снаряжаемомъ мѣстною Общиною Краснаго Креста санитарномъ отрядѣ Смоленскаго губернскаго Земства на 100 кроватей.—Пермское чрезвычайное губернское земское Собраніе *ассигновало 100000 р. на удовлетвореніе нуждъ больныхъ и раненыхъ воиновъ* на Дальнемъ Востокѣ.—Д-ръ *М. В. Асѣевъ*, землевладѣлецъ Тамбовскаго уѣзда, *принимаетъ на свое иждивеніе 15 больныхъ и раненыхъ воиновъ* съ Дальняго Востока, предоставляя подъ ихъ помѣщеніе принадлежащую ему больницу въ его имѣніи («Новое Время», 27 и 31 мая и 2 іюня).

1074. По словамъ «Бессарабца» (22 мая), *Греческій Красный Крестъ снарядилъ медицинскій отрядъ*, состоящій изъ врачей-хирурговъ и низшаго медицинскаго персонала, для подачи врачебной помощи больнымъ и раненымъ воинамъ на Дальнемъ Востокѣ. Во главѣ отряда стоятъ представители хирургическихъ каѳедръ.

1075. 25-го мая въ Вольскѣ освященъ *лазаретъ* мѣстнаго отдѣла Краснаго Креста на 10 раненыхъ («Новости», 26 мая).—Въ Харбинѣ открытъ *частный госпиталь* для больныхъ солдатъ, сооруженный на средства г. Попова («Биржевыя Вѣдомости», 28 мая).

1076. 28 апрѣля въ Маріинскѣ состоялись *очень теплые проводы* д-ра *Пайселя*, уѣзжавшаго на театръ военныхъ дѣйствій («Сибирская Жизнь», 19 мая).

1077. До-нельзя странное мнѣніе о томъ, *имѣетъ-ли право взятый въ плѣнъ русскій врачъ лѣчить японцевъ*, высказываетъ ч. пр. Кіевскаго Университета *Н. К. Неёловъ* въ «Кіевской Газетѣ» (приводимъ по «Биржевымъ Вѣдомостямъ», 31 мая). По мнѣнію г. *Неелова*, «если-бы врачъ, находясь въ плѣну, увидѣлъ, что японецъ истекаетъ кровью, то, конечно, при отсутствіи помощи, онъ обязанъ оказать ее,—но принять на себя обязанности врача безъ вышеприведенной исключительной обстановки, врачъ не имѣетъ права и, дѣлая это, онъ нарушаетъ свой долгъ, является измѣнникомъ. Это ясно, какъ $2 \times 2 = 4$, и доказывать правильность такого взгляда не для чего». Нужно быть очень ослѣпленнымъ дурно понятымъ патріотизмомъ, чтобы забыть элементарную истину, по которой для врача всюду, при всякихъ обстоятельствахъ и независимо отъ всякихъ стороннихъ соображеній, на первомъ планѣ должны стоять лишь больные и страждущіе и что оказывать посильную помощь всѣмъ больнымъ безъ всякаго изъятія—долгъ врача и его главное и высшее назначеніе. По теоріи г. *Неелова*, выйдетъ, пожалуй, что русскіе врачи, лѣчащіе плѣнныхъ японцевъ, тоже являются измѣнниками... Ne quid nimis!

1078. «Сибирскій Вѣстникъ» (14 мая) передаетъ, что Совѣтомъ Томскаго Университета возбуждено ходатайство объ учрежденіи при немъ *акушерско-гинекологическаго Общества*.

1079. Разбиравшееся на дняхъ въ Петербургскомъ окружномъ Судѣ дѣло Бартуля по обвиненію въ убійствѣ вновь наводитъ на нѣкоторыя размышленія *о психіатрической экспертизѣ*. Мы хотѣли-бы обратить вниманіе читателей на рѣчь обвинителя, въ которой онъ касается этой экспертизы. Какъ видно изъ газетныхъ отчетовъ, товарищъ прокурора «въ своей рѣчи доказывалъ,

[1]) Не сомнѣваемся, что газета, помѣстившая поворившій доброе имя уважаемаго товарища слухъ, исполнитъ его вполнѣ законное желаніе. *Ред.*

Digitized by Google

что въ настоящее время психіатрическая наука еще не достигла того, чтобы считать ее непреложной, что она только лишь гадательная и потому нельзя основывать на ней свои выводы и заключенія относительно состоянія души человѣка» («Петербургская Газета», 29 мая).—Подобные аргументы, какъ извѣстно, весьма нерѣдко высказываются въ судебныхъ преніяхъ; выводъ изъ нихъ, конечно, только одинъ: разъ психіатрія—не наука, а нѣчто гадательное, то психіатрическая экспертиза совершенно излишня. Мы, конечно, не намѣрены полемизировать о томъ, гадательная-ли наука психіатрія, съ лицами, имѣющими о психіатріи болѣе чѣмъ отдаленное представленіе; считаемъ, однако, не лишнимъ указать, что, разъ психіатрическая экспертиза установлена закономъ и судомъ, то подобныя развязныя сужденія и развязное отношеніе къ наукѣ, буде приведенныя нами въ ковычкахъ слова переданы газетой точно, недостойны представителя правосудія; такія разсужденія, на нашъ взглядъ, столько-же свидѣтельствуютъ о неуваженіи къ наукѣ, сколько и о неуваженіи къ самому правосудію.

1080. Недавно состоявшійся въ Москвѣ Съѣздъ представителей исправительныхъ заведеній учредилъ, какъ сообщаетъ «Новое Время», 27 мая, *премію въ 500 р. за лучшее руководство по психіатрическому изслѣдованію и наблюденію за воспитывающимися въ исправительныхъ заведеніяхъ*.

1081. Д-ру *Н. П. Забусову* (см. выше, № 18, стр. 677, № 20, стр. 757 и № 21, стр. 794) выразило *свое сочувствіе*, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (31 мая), и Харьковское медицинское Общество.

1082. *Изъ постановленій уѣздныхъ земскихъ Собраній Саратовской губ.* послѣдней сессіи. Саратовскій уѣздъ: 1) по вопросу *о нормальной сѣти врачебныхъ участковъ* одобрена нормальная сѣть съ 10-верстнымъ радіусомъ, для достиженія которой придется открыть въ уѣздѣ не менѣе 11 новыхъ участковъ; пока постановлено открыть 1 новый участокъ и ходатайствовать передъ губернскимъ Земствомъ объ учрежденіи 3-хъ межуѣздныхъ участковъ; 2) по вопросу *о командировкахъ врачей для научнаго усовершенствованія* постановлено, что черезъ каждые 3 года службы врачъ имѣетъ право на командировку на 4 мѣсяца по очереди, при чемъ ежегодно отпускомъ могутъ пользоваться 2 врача, но не одновременно; помимо сохраненія жалованья, командированный врачъ получаетъ пособія отъ Земства по 50 р. въ мѣсяцъ; за командировку врачъ долженъ прослужить въ Земствѣ не менѣе 2-хъ лѣтъ; 3) *установленъ* для врачей *1 день въ недѣлю, свободный отъ пріема приходящихъ больныхъ*; 4) смѣта на 1904 г. утверждена въ 96978 р.—Балашовскій уѣздъ: 1) признано желательнымъ *учрежденіе уѣзднаго санитарнаго Совѣта* и поручено Управѣ разработать этотъ вопросъ къ будущему Собранію; 2) постановлено ходатайствовать передъ губернскимъ Собраніемъ *о назначеніи въ уѣздъ 1 санитарнаго врача*; 3) по вопросу *о принудительномъ лѣченіи проститутокъ-сифилитичекъ въ городской земской больницѣ* постановлено уполномочить врача городской больницы не принимать въ нее женщинъ-сифилитокъ, въ виду отсутствія спеціальнаго сифилитическаго отдѣленія; относительно-же устройства такого отдѣленія, на чемъ настаиваетъ Саратовскій губернскій врачебный инспекторъ, рѣшено запросить губернское Правленіе, въ виду неясности законоположеній по этому вопросу; 4) по вопросу *о нормальной сѣти врачебныхъ участковъ* намѣчено 35 участковъ, т. е., 21 новый къ 14 теперь существующимъ; часть новыхъ участковъ предположено, конечно, открыть въ отдаленномъ будущемъ. На Балашовскомъ Собраніи чрезвычайно ярко выразилось со стороны крестьянскаго населенія сознаніе важности общедоступной врачебной помощи, проявившись не только платоническимъ ходатайствомъ объ открытіи участковъ, но и полнѣйшей готовностью придти на помощь Земству собственными средствами и въ очень значительномъ размѣрѣ,—напр., крестьянское Общество с. Разсказани изъявило готовность пожертвовать на устройство больницы 20000 р., Корайское—10000 р.; Свинухинское предложило устроить больницу на свои средства, если Земство дастъ на это ссуду, и т. д.; 5) по вопросу *о фельдшерскихъ пунктахъ* признано, что такіе пункты—явленіе весьма нежелательное, съ которымъ, какъ неизбѣжнымъ зломъ, приходится мириться лишь по финансовымъ соображеніямъ, и что пункты должны постепенно закрываться; пока постановлено закрыть 2 фельдшерскихъ пункта въ уѣздѣ, если мѣстныя Общества не изъявятъ желанія принять на свой счетъ ихъ содержаніе; 6) смѣта на врачебную часть утверждена въ 122018 р.—Камышинскій уѣздъ: 1) постановлено *командировать одного изъ врачей* уѣзда *для изученія глазныхъ болѣзней* и одного для пополненія научныхъ знаній вообще; 2) возбуждено *ходатайство передъ Попечительствомъ о слѣпыхъ* объ отпускѣ средствъ на покупку глазныхъ инструментовъ и на содержаніе больныхъ глазами для 3-хъ врачей уѣзда до 400 р. каждому; 3) смѣта на врачебную часть утверждена въ 122074 р.—Кузнецкій уѣздъ: 1) по вопросу *о нормальной сѣти* врачебныхъ участковъ за нормальный для уѣзда радіусъ принять 13-верстный и намѣчено къ существующимъ участкамъ открыть еще 6; признано, что врачебная помощь должна быть не только амбуляторная, но и больничная; 2) по вопросу *о платѣ за лѣченіе душевно-больныхъ* постановлено ходатайствовать передъ правительствомъ объ отнесеніи платы за лѣченіе крестьянъ въ психіатрической лѣчебницѣ за счетъ казны; 3) смѣта на врачебную часть утверждена въ 61918 р. Петровскій уѣздъ: 1) установленъ *1 свободный отъ пріема приходящихъ больныхъ день* какъ для врачей, такъ и для фельдшеровъ, при чемъ этотъ день не можетъ быть воскреснымъ или базарнымъ; 2) по вопросу *о Клиническомъ Институтѣ для врачей* постановлено возбудить ходатайство передъ подлежащими вѣдомствами: а) о расширеніи Клиническаго Института въ Петербургѣ и увеличеніе его средствъ, равно и объ открытіи учрежденій подобнаго рода въ другихъ городахъ; б) объ уравненіи Клиническаго Института съ другими учебно-медицинскими учрежденіями Россіи въ правахъ на полученіе труповъ, какъ учебнаго матеріала, изъ Петербургскихъ больницъ; в) ассигновать Клиническому Институту на увеличеніе его средствъ 100 р.; 3) по вопросу *о нормальной сѣти участковъ* указано, что съ открытіемъ въ 1903 г. одного пункта въ уѣздѣ осуществленъ 15-верстный радіусъ, принятый какъ норма въ 1892 г. Тѣмъ не менѣе Собраніе, находя, что сѣть эта не удовлетворяетъ предъявляемымъ въ настоящее время требованіямъ, поручило Управѣ совмѣстно съ Коммиссіей врачей пересмотрѣть составленную съ 1892 г. сѣть участковъ; 4) смѣта утверждена въ 83704 р.—Царицынскій уѣздъ: 1) установлено *прогрессивное увеличеніе жалованья врачамъ* до предѣльнаго оклада въ 1800 р. (не считая квартирныхъ); срокъ выслуги высшаго оклада 15 лѣтъ; 2) смѣта утверждена въ 62135 р. Аткарскій уѣздъ: 1) для подготовки и разрѣшенія медицинскихъ вопросовъ избрана *медицинская Коммиссія* на 3 года, подъ предсѣдательствомъ предсѣдателя Управы. Засѣданія Коммиссіи, по рѣшенію Собранія, должны происходить не менѣе 4-хъ разъ въ годъ; 2) въ Собраніе былъ внесенъ гл. С. Е. Усачовымъ докладъ *о борьбѣ съ алкоголизмомъ*, заключительныя положенія котораго далеко выходятъ изъ узкихъ рамокъ поставленной темы и захватываютъ общіе вопросы земской медицины, лишь отчасти связанные съ основной темой. Въ виду обширности затронутыхъ вопросовъ постановлено препроводить докладъ въ губернское земское Собраніе и просить гласныхъ войти въ обсужденіе самого доклада; 3) смѣта утверждена въ 112541 р.—Хвалынскій уѣздъ: 1) по вопросу *о нормальной сѣти* врачебныхъ участковъ былъ представленъ одобренный врачебнымъ Совѣщаніемъ докладъ д-ра *В. В. Цимбалина*, въ которомъ намѣчаются къ 6 существующимъ участкамъ еще 10 новыхъ. Собраніе постановило, принципіально соглашаясь съ докладомъ *В. В. Цимбалина*, находя, что населеніе неравномѣрно пользуется врачебною помощью, и относясь отрицательно къ существованію фельдшеризма, передать докладъ для подробной разработки и освѣщенія съ финансовой стороны уѣздной Управѣ, поручивъ ей свой докладъ представить къ будущему Собранію; 2) по вопросу *о принятіи въ больницы хрониковъ*, доставляемыхъ полиціею, постановлено признать, что хроники при недостаткѣ мѣстъ въ больницѣ не должны приниматься, какъ это выработала практика губернскаго Земства; 3) отклонено ходатайство Елшанскаго сельскаго Общества *объ открытіи фельдшерскаго пункта*, такъ какъ жители этого села безъ особаго неудобства могутъ обращаться за помощью въ городъ и такъ какъ въ интересахъ населенія слѣдуетъ заботиться объ уменьшеніи, а не увеличеніи фельдшеризма; 4) по вопросу *о порядкѣ закрытія школъ при развитіи эпидемическихъ болѣзней* рѣшено остановиться на порядкѣ, принятомъ въ Новгородскомъ Земствѣ, и возбудить соотвѣтственное ходатайство. Въ Новгородскомъ Земствѣ закрытіе школы опредѣляется не количествомъ заболѣваній, а экспертизой и заключеніемъ врача по соглашенію съ завѣдующимъ школой учителемъ; на разрѣшеніе подлежащаго учебнаго начальства вопросъ поступаетъ лишь въ случаѣ несогласія между врачемъ и учителемъ; 5) постановлено возбудить *ходатайство передъ акцизнымъ Управленіемъ*, чтобы изъ казенныхъ винныхъ лавокъ отпускался спиртъ по требованію врачей по цѣнѣ склада; 6) смѣта на врачебную часть утверждена въ 62829 р. («Врачебно санитарная хроника Саратовской губ.», №№ 1—4).

1083. Организаціонный Комитетъ *кумыснаго Съѣзда* врачей и представителей общественныхъ учрежденій доводитъ до общаго свѣдѣнія, что предполагавшійся къ созыву 20—25 августа Съѣздъ признанъ въ настоящее время министромъ внутреннихъ дѣлъ *нежелательнымъ* («Самарская Газета», 23 мая).

1084. «Днѣпровскій Вѣстникъ» (25 мая) передаетъ, что умершій въ Петербургѣ д-ръ *Вучиховскій* (см. выше, № 21, стр. 797) *завѣщалъ* въ пользу Гельсингфоргскаго Университета и на разныя благотворительныя дѣла *312000 мар.*

1085. Л. Бродскій *пожертвовалъ 50000 р.* на усиленіе средствъ Кіевскаго Общества лѣчебницъ для хронически больныхъ дѣтей («Новое Время», 1 іюня).

1086. Г. Тарасовъ *пожертвовалъ 1000 р.* на постройку хирургическаго павильона при Екатеринодарской городской больницѣ («Сѣверный Кавказъ», 11 мая).

1087. Обществу скорой медицинской помощи въ Кіевѣ *пожертвованы 1000 р.* на образованіе фонда для постройки собственнаго зданія спасательной станціи («Кіевская Газета», 23 мая).

1088. По словамъ «Приднѣпровскаго Края» (25 мая), главное В.-медицинское Управленіе предполагаетъ устроить *рядъ лепрозерій въ Донской, Кубанской и Терской областяхъ*.

1089. По словамъ «Донской Рѣчи» (24 мая), въ Вяземскомъ уѣздѣ, Смоленской губ., Земство поручило *оспопрививаніе народнымъ учителямъ и учительницамъ*.—Дѣло это, лишь кажущееся маловажнымъ, должно-бы находиться въ рукахъ исключительно медицинскаго персонала.

1090. Кишиневская уѣздная земская Управа открываетъ въ с. Васіенахъ *земскую больницу* на 12 постоянныхъ коекъ съ отдѣленіемъ для сифилитиковъ на 4 кровати («Бессарабецъ», 27 мая).

1091. Правленіямъ казенныхъ и частныхъ желѣзныхъ дорогъ предложено, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (30 мая),

Digitized by Google

озаботиться устройствомъ при своихъ больницахъ *библіотекъ для выздоравливающихъ больныхъ*.—Желательно, чтобы библіотеки заведены были при томъ не для одного лишь показа ихъ начальству.

1092. 25 мая въ с. Ближне-Константиновѣ, Нижегородскаго уѣзда *сгорѣла земская больница. Благодаря находчивости фельдшера Соколова, всѣ больные спасены* («Нижегородскій Листокъ», 27 мая).

1093. «Вопросъ о гипнотизмѣ и внушеніи столь интересенъ и важенъ, особенно въ настоящее время, что мы не могли не побесѣдовать съ піонеромъ этого способа лѣченія у насъ въ Россіи, съ извѣстнымъ спеціалистомъ этой науки О. И. Фельдманомъ, съ первыми опытами котораго ознакомились 18 лѣтъ тому назадъ съ его лѣчебными совѣтами въ московскихъ больницахъ въ Голицинской, Маріинской и др. Воспользовавшись пріѣздомъ въ Петербургъ О. И. Фельдмана, мы навѣстили его» («Свѣтъ», 27 мая). «Въ Петербургъ пріѣхалъ на дняхъ извѣстный гипнотизеръ г. О. И. Фельдманъ. Съ именемъ г. Фельдмана связывается представленіе о таинственной силѣ внушенія» («Петербургская Газета», 27 мая).—Такими фразами начинаются помѣщенныя въ означенныхъ органахъ печати *интервью съ г. Фельдманомъ*. Обѣ бесѣды подписаны одними и тѣми-же начальными буквами С. Н. и имѣютъ, конечно, единственной цѣлью увѣдомить наивную публику о пріѣздѣ г. Фельдмана и о возобновленіи имъ «пріемовъ». Бесѣды переполнены саморекламированіемъ г. Фельдмана и «взглядами и нѣчто» о гипнотизмѣ. Курьезно, что для врачей примѣненіе гипноза до самаго послѣдняго времени приравнивалось къ производству операціи и врачу воспрещалось производить гипнотическіе сеансы иначе, какъ въ присутствіи другого врача и со всякаго рода ограниченіями, но г. Фельдману законы не писаны, и онъ, по его собственнымъ словамъ, уже въ теченіи 20 лѣтъ вполнѣ свободно «лѣчитъ гипнозомъ» направо и налѣво, не имѣя никакого права ни лѣчить вообще, ни лѣчить гипнозомъ въ частности.

1094. «Новому Времени» (1 іюня) передано по телеграфу изъ Тавриза, что въ Гамаданѣ, отстоящемъ отъ Тавриза приблизительно на 700 верстъ, появилась *холера*.

1095. По изслѣдованіямъ *Henriet*, какъ онъ сообщилъ о томъ въ засѣданіи Парижской Académie des Sciences (24 мая), въ *чистомъ атмосферномъ воздухѣ содержится формальдегидъ* въ количествѣ 2—6 грм. на 100 к. м. воздуха.

1096. *Для полнаго обезпложиванія пробокъ* и уничтоженія обычно находящихся въ толщѣ ихъ споръ плѣсневыхъ грибковъ, дрожжей и бактерій необходимо, по наблюденіямъ *Bardas* (сообщено въ засѣданіи Académie des Sciences, 30 мая), обезпложивать пробки въ пустотѣ, а именно сначала продержать ихъ 10 мин. при 120° Ц., затѣмъ выкачать воздухъ изъ сосуда, гдѣ происходило нагрѣваніе, впустить туда водяные пары и, поднявъ температуру сосуда до 130° Ц., продержать пробки здѣсь въ теченіи 10 мин.

1097. Тѣло физіолога *Marey*'я, согласно выраженной имъ при жизни волѣ, послѣ гражданскихъ похоронъ было *сожжено* («Le Progrès médical, 28 мая).

1098. *Becquerel* и *A. Broca* въ засѣданіи Парижской Académie des Sciences (24 мая) сообщили интересныя наблюденія относительно *зависимости между излученіемъ N-лучей центральной нервной системой и состояніемъ искусственно вызваннаго наркоза*. Оказывается, что въ періодѣ возбужденія подъ вліяніемъ наркотизаціи головной мозгъ испускаетъ огромное количество N-лучей; въ состояніи глубокаго наркоза излученіе ихъ прекращается почти совсѣмъ; при продолжительномъ наркозѣ излученіе это происходитъ, хотя и въ незначительной степени; полное отсутствіе излученія въ теченіи нѣсколькихъ минутъ есть признакъ вѣрной смерти, наступившей вслѣдствіе чрезмѣрно сильнаго наркоза.

1099. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 4 іюня). Въ Индіи за недѣлю по 23 и 30 апрѣля умерли отъ чумы 38748 и 44783 чел.; 563 и 520 случаевъ смерти далъ городъ Bombay, 3723 и 3027 Bombay'скій округъ, 440 и 270 Calcutta, 1439 и 1062 Bengal, 4279 и 2965 Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 24714 и 33953 Punjab, 1072 и 865 Rajputana, 578 и 627 Kashmir, 249 и 219 Karachi, 1288 и 732 Центральная Индія; такимъ образомъ во всѣхъ округахъ смертность уменьшилась, за исключеніемъ Punjab'a, гдѣ она за послѣднюю недѣлю апрѣля болѣе чѣмъ на 3000 превысила наибольшую недѣльную смертность отъ чумы во всей Индіи за 1903 г. Южная Африка: въ Port-Elizabeth'ѣ за недѣлю по 30 апрѣля и 7 мая свѣжихъ заболѣваній обнаружено 1 и 0, умершихъ не было, 7 мая оставались на лѣченіи 7 чумныхъ больныхъ; въ Transvaal'ѣ за недѣли по 14 и 21 мая заболѣли 7 (2 бѣлыхъ) и 14 (2 бѣлыхъ), а умерли 2 (1 бѣлый) и 2 (оба бѣлые). На островѣ св. Маврикія за недѣлю по 26 мая и заболѣваемость, и смертность выразились цифрою 3. Въ Hong-Kong'ѣ за недѣли по 17 и 26 мая заболѣли чумою 28 и 39 чел., умерли отъ нея 27 и 35.

1100. Д-ръ мед. г-жа *J. Joteyko избрана вице-предсѣдателемъ Бельгійскаго неврологическаго Общества*,—первый какъ полагаютъ «Medicinische Blätter» (2 іюня), случай такого рода въ Европѣ.

1101. «American Medicine» (14 мая) жалуется на *учащеніе въ Америкѣ отравленій древеснымъ спиртомъ*, который, будучи очень дешевъ изъ-за отсутствія налога, широко употребляется недобросовѣстными фабрикантами для разныхъ препаратовъ, вмѣсто хлѣбнаго спирта.

1102. Въ San Antonio (штатъ Texas), по почину д-ра *Quitman Kohnke*, изъ учениковъ мѣстныхъ школъ образованы *партіи для поливанія керосиномъ*, въ видахъ истребленія комаровъ, *всѣхъ стоячихъ водъ въ окрестностяхъ*. Примѣру San Antonio послѣдовалъ недавно и New-Orleans, гдѣ д-ръ *K.* состоитъ санитарнымъ врачомъ («American Medicine», 14 мая).

1103. *Французское правительство предполагаетъ назначить по женщинѣ-врачу во всѣ болѣе крупныя туземныя поселенія Алжиріи*, такъ какъ къ мужчинамъ арабскія женщины не обращаются за помощью вовсе («American Medicine», 14 мая).

1104. «The British Medical Journal» (4 іюня) передаетъ, что почтовый департаментъ New-York'a рѣшилъ учредить *цензуру для газетныхъ объявленій*, чтобы изгнать рекламы, развращающія и обманныя, особенно о патентованныхъ лѣкарствахъ. Печатающія такія рекламы газеты не будутъ приниматься для разсылки почтою.

1105. Мэръ Lyon'a д-ръ *Augagneur* еще въ 1901 г. издалъ *приказъ, запрещающій открывать питейные дома* въ разстояніяхъ *ближе 250 метровъ отъ кладбищъ*, церквей и часовень, больницъ и школъ; мѣра эта повела къ исчезновенію въ 3 года 270 такихъ заведеній,—общее число ихъ упало съ 5104 въ 1901 г. до 4428 въ 1904 («Le Bulletin médical», 4 іюня).

1106. Такой серьезный журналъ, какъ «The Lancet», къ сожалѣнію, не стѣсняется проявлять весьма *прискорбный шовинизмъ руссофобскаго характера* въ своей рубрикѣ «Война на Дальнемъ Востокѣ» (The war in the Far East), занимаясь прославленіемъ японскихъ побѣдъ (при Ялу и Цзинь-Чжоу) и даже той не особенно честной «иниціативы», которую захватилъ японскій флотъ нападеніемъ 26-го января. Въ послѣднемъ № (4 іюня) онъ передаетъ читателямъ такія поучительныя въ медицинскомъ отношеніи свѣдѣнія, какъ о 78 захваченныхъ японцами при Цзинь-Чжоу русскихъ пушкахъ, о затруднительномъ положеніи А. Н. Куропаткина и т. д.

1107. Въ Philadelphi'и *судъ недавно приговорилъ профессора* (?) *Munyon'а*, главу фирмы Munyon's Homeopathic Remedy Company, *къ уплатѣ 20000 долларовъ* въ пользу нѣкоей г-жи Sprenkel, пострадавшей отъ лѣченія ея д-ромъ (?) *W. S. Moat*'омъ, однимъ изъ ассистентовъ Munyon'a («Medical News», 28 мая).

1108. За время съ 1 ноября 1903 г. въ Chicago насчитано 3565 случаевъ смерти отъ фибринознаго воспаленія легкихъ и 1696 отъ чахотки, въ New-York'ѣ за тотъ же періодъ 9460 и 4878; вообще эти 2 болѣзни въ названныхъ городахъ являются *причиною цѣлой $^1/_3$ всѣхъ случаевъ смертей*, при чемъ пнеймонія оказывается вдвое болѣе губительною, чѣмъ чахотка («The Journal of the American Medical Association», 21 мая).

1109. *Умерли*: 1) Дивизіонный врачъ 31-ой пѣхотной дивизіи *Иванъ Гавриловичъ Филипповичъ* («Правительственный Вѣстникъ», 27 мая), родившійся въ 1851 г., а званіе врача получившій въ 1874 г.—2—6) Состоявшіе въ запасѣ чиновниковъ В.-медицинскаго вѣдомства и на учетѣ по уѣздамъ: Калужскому—*Щеловъ*, Хотинскому—*Фейнбергъ*, Везенбергскому—*Карлъ Августовичъ Гиршгаузенъ*, родившійся въ 1856 г., а званіе врача получившій въ 1884 г., Щигровскому—*Николай Ильичъ Мамаевъ*, родившійся въ 1868 г., а званіе врача получившій въ 1893 г., и Новорадомскому—*Шпигель* [1]), (тамъ-же).—7) Въ Ломжѣ дивизіонный врачъ 6-ой Кавказской дивизіи *Митрофанъ Николаевичъ Степановъ* («Биржевыя Вѣдомости», 28 мая), родившійся въ 1844 г., а званіе врача получившій въ 1867 г.—8) въ Гатчинѣ *Эмилій Гекторовичъ Павликовскій* («Новое Время», 31 мая), родившійся въ 1857 г., а званіе врача получившій въ 1883 г.—9) 31-го мая въ Петербургѣ *Александръ Ивановичъ Өедоровъ* («Новое Время», 1 іюня), родившійся въ 1845 г., а званіе врача получившій въ 1870 г.—10) Въ Napoli ординарный профессоръ глазной клиники мѣстнаго Университета *Carlo De Vincentiis*, родившійся въ 1849 г., а каѳедру получившій въ 1878 г. Покойный оставилъ до 80 печатныхъ работъ по своей спеціальности и былъ однимъ изъ выдающихся окулистовъ Италіи («Gazzetta degli ospedali e delle cliniche», 29 мая).

*Съ 15-го іюня по 1-ое августа* всѣ рукописи и денежную корреспонденцію, направляемыя въ редакцію, просятъ адрессовать только на имя проф. *В. В. Подвысоцкаго* по адрессу: Петербургъ, Невскій, 14, книжный магазинъ К. Л. Риккера.

**Опечатки**: 1. Въ № 22, въ статьѣ *В. В. Желтухина*—Организація акушерской помощи въ Петербургѣ—на стр. 817, въ таблицахъ, *) должна быть поставлена въ заголовкѣ 2-го столбца послѣ словъ «№ источника», а не на послѣдней строкѣ табл. 1.

2. Въ томъ-же №, на стр. 833, въ сноскѣ къ письму д-ра *Якобзона* на строкѣ 5-ой сн. послѣ слова «товарищемъ» набрано лишнее слово «письма».

3. Въ томъ-же №, на стр. 834, строка 55 сн., вмѣсто «госпитальной», слѣдуетъ «пропедевтической».

---

[1]) Именъ и отчествъ, а также датъ рожденія и полученія званія врача не обозначено у тѣхъ изъ покойныхъ товарищей, мѣсто служенія которыхъ, указанное сообщившей объ ихъ смерти газетой, не соотвѣтствуетъ даннымъ «Россійскаго Медицинскаго Списка» на 1904.

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### ЕЖЕНЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Англійскіе.

**Medical News.** 1903 г., 5 декабря.

1. **C. A. Herter.** *The influence of Pasteur on medical science.* 2. **W. H. Park** and **L. E. Holt.** *Report upon the results with different kind of pure and impure milk in infant feeding in tene ment houses and institutions of New-York City.* 3. **L. B. Pilsbury.** *The degree to which substances agglutinating the dysentery bacilli are present in the blood of non-infected persons.* 4. **H. Morell.** *General convulsive tic with coprolalia.* Случай. 5. **G. T. Vaughan.** *The treatment of anterior dislocation of the shoulder...* 6. **J. Zaborsky.** *The mortality of diphtheria in private practice under the antitoxin treatment.*

12 декабря.

1. **P. A. Morrow.** *Syphilis and divorce.* 2. **R. C. Newton** *Some practical suggestions on physical education in the public schools.* 3. **J. R. Wathen.** *Report of cases with exhibition of specimens diagnosed by the cystoscope.* 4. **W. B. Young.** *Hysteria.* 5. **J. R. Clemens.** *Enlarged bronchial glands.* Опредѣленіе опухлости бронхіальныхъ железъ у дѣтей. 6. **D. H. Stewart.** *A humble sterilizer.* Простой приборъ для обезпложиванія.

19 декабря.

1. **W. B. Pritchard.** *Peripheral neuritis.* 2. **H. Gradle.** *Clinical experiences with the enlarged pharyngeal tonsil.* 3. **W. E. Parke.** *The surgical treatment of dysmenorrhea.* 4. **M. Behrend.** *The dangers of inflating the stomach with $CO^2$ gas; its diagnostic value.* Опасности раздуванія желудка углекислотою (3 случая со вскрытіями). 5. **W. E. Lower.** *On the value of ureteral catheterisation and urine separation with hemocryoscopy and urinocryoscopy in surgical diseases of the kidney.* 6. **W. H. Wallace.** *Some experiments and conclusions in hypnotic therapeutics.*

26 декабря.

1. **J. B. Huber.** *Predisposition to tuberculosis.* 2. **S. Oppenheimer.** *The indications for the ligation of the internal jugular vein in lateral sinus thrombosis.* 3. **G. S. Peterkin.** *Chorda venerea.* 4. **A. Ravogli.** *On the reflex eruptions of the skin from morbid alterations in the male urethra.* 5. **D. T. Marshall.** *The treatment of some diseases of the eye* (глаза) *by warm medicated sprays.*

1904 г., 2 января.

1. **G. A. Soper.** *The management of typhoid fever epidemics.* 2. **H. L. Elsner.** *Anomalies and difficulties of diagnosis in typhoid fever.* 3. **E. Le Fevre.** *Management and treatment of typhoid fever.* 4. **D. H. Stewart.** *Thoughts on chlorine and an antiseptic technic.* 5. **C. C. Miller.** *Excision of the frenum preputii following baceration during a suspicions intercourse.* 6. **P. D. Bourland.** *Chickenpox concurrent with smallpox.* Подтверждаетъ, что оспа и вѣтряная оспа—болѣзни совершенно различныя.

9 января.

1. **F. S. Dennis.** *The mortality of appendicitis.* 2. **P. A. Potter.** *The relation of proteids to edema in marantic children; with urinanalyses in infantile diarrhea.* 3. **J. T. Schell.** *Diagnosis of gall-bladder diseases* (болѣзней желчнаго пузыря). 4. **C. L. Leonard.** *The diagnostic value of the Roentgen rays.* 5. **W. H. Prioleau.** *The value of climate in genito-urinary tuberculosis.* 6. **W. F. Waugh.** *Seasickness.* Мѣры противъ морской болѣзни.

16 января.

1. **T. R. Pooley.** *Case of mastoiditis.* Закупорка пазухи, гноекровіе, 2 операціи, выздоровленіе. 2. **C. G. Cumston.** *The surgical treatment of acquired incontinence of urine in women.* 3. **W. L. Howard.** *Some subjective hints of the morphine habit.* 4. **F. L. Wachenheim.** *The hemorrhagic diseases and their allies in the light of modern pathology.*

23 января.

1. **C. A. Powers.** *Interscapulothoracic amputation for sarcoma.* Случай. 2. **F. H. Beadles.** *Prevention of the spread of ringworm.* 3. **F. Burthe.** *Cryoscopy of urine. The method of Claude and Balthazard.* Краткій обзоръ. 4. **E. M. Merrins.** *The pathology and treatment of osteo-arthritis.* 5. **J. W. Kime.** *Bovine tuberculosis.* 6. **J. N. Study.** *Neurasthenia.*

30 января.

1. **J. M. Mayer.** *Criminal procedure against the unlawful practice of medicine.* 2. **J. W. Keefe.** *A new method for performing intestinal anastomosis.* 3. **A. A. Eshner.** *A fatal case of chorea complicated by endocarditis, pericarditis and nephritis.* 4. **E. Libman.** *Notes on the Widal reaction.* 5. **F. P. Vale.** *A brief note on the x-ray treatment of glandular tuberculosis.*

**Medical Record.** 1903 г., 5 декабря.

1. **C. S. Bull.** *Lesions of the eye which occur in the course of diseases of the heart, the blood vessels and the kidneys.* О пораженіяхъ глазъ при болѣзняхъ сосудистой системы и почекъ. 2. **F. Kinnicut.** *Eye lesions in heart and kidney disease.* Тоже. 3. **H. Moffat.** *A report of three years of operative work per Vagina...* 4. **H. G. Spooner.** *Inflammation of the bladder* (мочевого пузыря). 5. **E. A. Aronson.** *Observations on the use of the Sahli test-meal.* О пробѣ *Sahli.* 6. **F. F. Newell.** *A typical case of sporadic cretinism.*

12 декабря.

1. **H. D. Chapin.** *The function of maternal milk in developing the stomach.* 2. **A. R. Elliott.** *Cyclical albuminuria.* 3. **J. Fraenkel** and **J. Collins.** *Muscle tonus and tendon phenomena.* 4. **A. A. Strasser.** *A rare case of patent diverticulum ilei* (у ребенка). 5. **C. W. Allen.** *The treatment of cancer by caustic paste.*

19 декабря.

1. **J. T. Wayson.** *Leprosy in Hawaii.* 2. **H. Roth.** *The diagnosis and treatment of intussusception.* 4 случая (изъ нихъ 1 у взрослаго и 3 у дѣтей). 3. **P. B. Barringer.** *An unappreciated source of typhoid infection.* О зараженіи тифомъ черезъ клозеты. 4. **C. P. Ambler.** *Points to be observed by the family of a tuberculous patient.*

26 декабря.

1. **J. Fraenkel.** *Tumors of the ponto-medullo-cerebellar space. Acustic neuromata (Cental Neurofibromatosis).* 5 случаевъ. 2. **J. Teschner.** *The present status of the treatment of lateral curvature.* 3. **R. T. Morris.** *Intestinal fermentations, as it interests the surgeon.* 4. **F. Cohn.** *The submucous resection of the nasal septum.*

1904 г., 2 января.

1. **S. A. Knopf.** *A plea for justice to the consumptive.* 2. **H. Oppenheim.** *The diagnostic significance of certain reflexes and tendon-phenomena.* 3. **H. Wakefield.** *Commentaries upon lues and leprosy as subcatabolic diseases.* 4. **S. S. Burt.** *Diagnosis of acute lobar pneumonia.*

9 января.

1. **J. E. Winters.** *Etiology of rheumatism...* 2. **V. P. Gibney.** *Remarks on the management of fractures involving the joints.* 3. **J. Punton.** *The principles of diagnosis of medical malingering* (притворство). 4. **M. Frank.** *Congenital orbital sarcoma of endothelial origin in an infant.* 5. **E. A. Robertson.** *Mixed anaesthesia, with special reference to the administration of hyoscine hydrobromide before ether.* 6. **F. S. Clarke.** *The early diagnosis of pulmonary tuberculosis.* 7. **H. Lilienthal.** *A simple and accurate method of examining the stools for gallstones and other solid bodies.* Для отдѣленія желчныхъ камней и т. п. предлагаетъ помѣщать въ чашку клозета кисейный мѣшокъ на ободкѣ изъ телеграфной проволоки.

16 января.

1. **M. Einhorn.** *The serum treatment of typhoid fever.* По своимъ наблюденіямъ стоитъ за сыворотку. 2. **F. Le Roy Satterlee.** *The Röntgen or tri-ultra-violet rays, their nature, applications, and dermatological effects.* 3. **A. D. Rockwell.** *X-ray dermatitis as influenced by idiosyncrasy.* 4. **A. C. White.** *Liquefied air.*

23 января.

1. **C. L. Dana.** *On cytodiagnosis in nervous diseases.* 2. **J. Fraenkel.** *Lymphocytosis of the cerebrospinal fluid.* 3. **S. G. Tracy.** *Thorium: a radioactive substance with therapeutical possibilities.* 4. **H. G. Piffard.** *A new and simple phototherapeutic lamp.* 5. **E. M. Pond.** *Early operations in abdominal troubles.* 6. **A. B. Atherton.** *Two cases of abdominal traumatism.* 7. **G. E. Brewer.** *Common duct stone without characteristic symptoms.* Камень въ общемъ желчномъ протокѣ безъ характерныхъ припадковъ.

30 января.

1. **E. L. Munson.** *The movement of plague* (чумы) *in the Philippine islands.* 2. **W. M. Leszynsky.** *Report of a case of brain tumor* (мозговой опухоли) *infolving the right lateral ventricle.* 3. **G. B. Hassin.** *Contribution to the Obersteiner-Redlich theory of tabes dorsalis.* 4. **D. H. Stewart.** *An antiseptic toilet for the hands and vulva.* 5. **F. Griffith.** *Instruments for the production of abortion sold in the marked places of Paris.* Приборы для выкидыша, продаваемые на Парижскихъ рынкахъ. 6. **C. Koller.** *Scarlatinal panotitis: exfoliation of a portion of the labyrinth; radical operation.* 7. **H. Gathmann.** *An unusual case of potassium iodide idiosyncrasy.*

**New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal consolidated.** 1903 г., 28 ноября.

1. **F. Griffith.** *The use of weak cocaine solutions in operations for the removal of cervical tumors.* 2. **B. Bartow.** Окончаніе статьи объ оперативныхъ лѣченіи бугорчатковыхъ остеитовъ колѣна. 3. **S. A. Knopf.** *The treatment and management of postoperative tuberculous patients...* 4. **H. G. Klotz.** *The treatment of acute and subacute anterior gonorrhoea by retrograde injections of stronger solutions of silver.* (Продолженіе). 5. **M. W. Zimmerman.** (Окончаніе).

5 декабря.

1. **G. B. Massey.** *Report of a case of carcinoma of the breast, treated by massive mercaric cataphoresis.* 2. **R. Soutter** and **E. H. Bradford.** *Twists in normal and in congenitally dislocated hernia.* 3. **A. S. Lobingier.** *Tuberculous infection of the peritonaeum and annexa.* 4. **C. E. Skinner.** *Dry hot air* (сухой горячій воздухъ) *in the treatment of Bright's disease.* (Не окончена). 5. **H. G. Klotz.** (Окончаніе).

Digitized by Google

12 декабря.

1. **J. S. Billings.** *The administration of antitoxine in diphtheria by the department of health during 1902.* 2. **M. K. Kassabian.** *The Roentgen rays in therapeutics.* 3. **F. T. Stewart.** *Report of a case of rupture of the uterus in which hysterectomy was followed by recovery.* 4. **L. J. Hammond.** *Some of the more infrequent causes of obstruction of the common bile duct* (общаго желчнаго протока). 5. **C. E. Skinner.** (Окончаніе). 6. **P. C. Kalloch.** *The element of faith in healing.* Значеніе вѣры при исцѣленіи болѣзней. 7. **F. Krauss.** *A case of poisoning by hyoscine hydrobromide.*

19 декабря.

1. **W. Freudenthal.** *On the aetiology of pulmonary tuberculosis in its relation to diseases of the nose and throat.* 2. **J. M. Taylor.** *Remarks on mechanotherapy, massage, bone setting and osteopathy.* 3. **J. W. Kime.** *On the natural habitat of the tubercle bacillus.* 4. **G. King.** *A method of rapid extirpation of nasopharyngeal fibromata.* 5. **M. L. Stevens.** *Things every tuberculous patient should know.* Нѣчто въ родѣ катехизиса для чахоточныхъ. 6. **F. Elias.** *The genesis and nature of medicinal dioxides.*

26 декабря.

1. **L. A. Conner.** *The aetiology of bronchopneumonia.* 2. **J. O. Cobb.** *The point of election in tuberculosis.* 3. **J. Sinexon.** *Accidents and complications following operations on the nose and throat.* 4. **V. B. Jackson.** *Fat necrosis...* Случай жирового омертвѣнія. 5. **H. Dupuy.** *Laryngeal complications in typhoid fever.* Случай съ горлосѣченіемъ; выздоровленіе. 6. **J. Gilbert.** *A device for the prevention of premature baldness.* Во избѣжаніе плѣшивости предлагаетъ особое приспособленіе для шляпъ, чтобы ими не сдавливались сосуды. 7. **C. C. Bass.** *Treatment of typhoid fever with castor oil.* 8. **R. Mc Kinney.** *Delayed secondary haemorrhage following amygdalectomy.* 2 случая.

1904 г., 2 января.

1. **B. F. Curtis.** *Gallstones, their surgical treatment.* О хирургическомъ лѣченіи желчныхъ камней. 2. **A. Vanderveer.** *The surgical treatment of malignant and non-malignant diseases of the stomach.* 3. **H. C. Daever.** *Hysterectomy for infectious disease of the uterus and uterine appendages.* 4. **H. L. Elsner.** *The treatment of the cardiac toxaemia of pneumonia.* 5. **S. J. Maher.** *Some investigations of a bacterial treatment of tuberculosis.* (Не окончена). 6. **C. B. Kelsey.** *The surgery of the day.* 7. **J. H. Woodward.** *The ocular complications of mumps* (свинки).

9 января.

1. **S. G. Tracy.** *Radium: induced radioactivity and its therapeutical possibilities.* 2. **J. Davidson.** *Some observations on an unusual case of scurvy* (цынги). 3. **W. S. Ely.** *The treatment of a certain class of the underfed.* 4. **D. L. Edsall** and **C. A. Fife.** *Concerning the accuracy of percentage modification of milk for infants.* (Не окончена). 5. **S. J. Maher.** (Продолженіе). 6. **E. R. Corson.** *The x-ray technic of Dr. H. Albers-Schönberg.*

16 января.

1. **F. M. Pottenger.** *The relation of early diagnosis and treatment to the prevention of tuberculosis.* 2. **F. H. Sawers.** *A simple and inexpensive apparatus for lifting and moving helpless patients.* 3. **D. L. Edsall** and **C. A. Fife.** (Окончаніе). 4. **S. J. Maher.** (Продолженіе). 5. **J. N. Mc Cormack.** *A plea for unification and uniform organisation.*

23 января.

1. **J. B. Deaver.** *Hepatic drainage in infection of the biliary tracts.* 2. **S. G. Gant.** *Sterile water anaesthesia in the office treatment of rectal diseases.* 3. **W. R. Pryor.** *Puerperal sepsis, and its treatment by iodine.* 4. **R. G. Eccles.** *Public health and food preservatives.* 5. **S. J. Maher.** (Продолженіе).

30 января.

1. **J. A. Scott.** *A case of purulent pericarditis secondary to pneumonia, with operation and recovery.* 2. **W. A. Dennis.** *Solitary, or fused, kidneys.* Случай слiянія почекъ въ одну. 3. **S. J. Maher.** (Окончаніе). 4. **R. G. Eccles.** (Тоже).

**The Journal of the American Medical Association.** 1903 г., 5 декабря.

1. **T. D. Crothers.** *Demonstrated pathologic changes from alcohol.* 2. **O. T. Osborne.** *The legitimate therapeutic uses of alcohol.* 3. **C. H. Baker.** *Nasal polypus; origin and treatment.* 4. **O. T. Freer.** *The window resection operation for the correction of deflections of the nasal septum.* 5. **E. J. Mellish.** *General surgical anesthesia.* (Не окончена). 6. **C. O. Thienhaus.** *Vaginal exploratory puncture and celiotomy.* 7. **G. E. Pfahler.** *Carcinoma and tuberculosis treated by the Roentgen rays.* 9 случаевъ.

12 декабря.

1. **A. P. Dudley.** *The trend of gynecolocic work to-day.* 2. **W. A. King.** *Co-operative work in registration methods and vital statistics.* 3. **W. B. Hill.** *The limitations in the use of aconite and veratrum viride.* 4. **L. Page.** *Non-tubercular hemorrhages of the air passages.* 5. **E. J. Mellish.** Окончаніе статьи объ общемъ хирургическомъ обезболиваніи. 6. **G. B. Smith.** *Two cases of paratyphoid infection.*

19 декабря.

1. **T. F. Harrington.** *An epidemic of typhoid fever from sewage pollution of city water supply.* 2. **C. S. N. Hallberg.** *The United States Pharmacopeia of 1900.* 3. **C. M. Cobb.** *How far should the specialist in rhinology and otology presume to treat the systemic condition of his patients?* 4. **H. H. Briggs.** *The early manifestations of laryngeal tuberculosis...* 5. **E. S. Talbot.** *The vasomotor system of the pulp.* 6. **A. P. Dudley.** *The trend of gynecologic work to-day.* 7. **J. G. Holmes.** *The capacity of a human muscle for work.* 8. **E. E. Morse.** *Dystocia caused by double congenital cystic kidneys in the new-born.* Случай.

26 декабря.

1. **W. J. Mayo.** *The causes of the occasional failure of operation to cure gallstone disease.* 2. **J. A. Storck.** *Intestinal antiseptics.* 3. **M. Anderson.** *Notes on pulp technic.* 4. **C. Beck.** *A simple method of treatment of hemangioma.*

1904 г., 2 января.

1. **T. Mc Crae.** *Arthritis deformans.* О 110 случаяхъ изъ клиники *Osler*'a. (Не окончена). 2. **F. D. Boyd.** *Acute otitis media.* 3. **P. Hammond.** *Some recent experiences with chronic suppuration of the ear* (уха). 4. **H. Gradle.** *The efficacy of the treatment of acute purulent otitis by aseptic drainage.* 5. **S. F. Snow.** *The great value of drainage and ice* (льда) *in the early stages of mastoiditis.* 6. **A. R. Elliott.** *Diabetes mellitus; the limitations of its dietetic treatment.* 7. **O. N. Heise.** *Empyema of the antrum.* 8. **A. D. Bevan.** *The x-ray as a therapeutic agent...* 9. **G. King.** *Perisinusal abscess of the lateral sinus with metastasis in liver and sternoclavicular joint.* 10. **F. Jones.** *Syphilis in the negro.* 11. **C. M. Nicholson.** *Rapidly growing sarcoma of the femur.* Выздоровленіе послѣ операціи.

9 января.

1. **J. S. Fulton.** *Typhoid fever.* О профилактикѣ брюшного тифа. 2. **K. W. Baldwin.** *Shall we operate on deformed septa in cases of atrophic rhinitis?* 3. **G. E. Shambaugh.** *The distribution of blood vessels in the labyrinth of the ear.* 4. **A. E. Baldwin.** *Professional responsibilities.* 5. **M. H. Fletcher.** *Tolerance of the tissues to foreign bodies, with special reference to the pulp and gums* (деснамъ). 6. **T. Mc Crae.** (Продолженіе). 7. **G. W. Penn.** *Urethrotomy by the combined use of an anterior and posterior sound...*

16 января.

1. **W. J. Calvert.** *Sources of plague.* 2. **J. J. Kinyoun.** *The prophylaxis of plague.* (Не окончена). 3. **W. E. Walker.** *Orthodontic facial orthomorphia.* 4. **T. E. Constant.** *The dental pulp-viewed without the microscope.* 5. **H. W. Loeb.** *The immediate relief of hysterical manifestations of the larynx.* 6. **J. Punton.** *The trend of modern psychiatry and its relation to general medicine.* 7. **T. Mc Crae.** (Окончаніе). 8. **G. M. Gould.** *The history and etiology of «migraine».* (Не окончена).

23 января.

1. **W. E. Gamble.** *A contribution to the study of visual disturbances in brain injury.* Зрительныя разстройства при поврежденіяхъ мозга, — по поводу 1 случая. 2. **W. S. Lindsay.** *A case of perforating wound of both cerebral hemispheres.* 3. **J. G. Biller.** *A clinical study of epilepsy.* 4. **G. W. Mc Caskey.** *Relationship of epilepsy to chronic gastro-intestinal disease.* 5. **B. Holmes.** *Echinococcus cyst of the liver* (печени). Операція, выздоровленіе. 6. **J. J. Kinyoun.** (Окончаніе). 7. **M. Gould.** (Тоже). 8. **C. G. Levison.** *Lipoma arborescens tuberculosum of the knee-joint* (колѣннаго сустава).

30 января.

1. **J. G. Clark** and **C. C. Norris.** *Peritoneal saline infusions in abdominal operations.* 2. **G. E. Schweinitz.** *The physiology of the sympathetic in relation to the eye* (глазъ). 3. **J. M. Ball.** *Influence of resection of the cervical sympathetic in optic-nerve atrophy, hydrophthalmos and exophthalmic goiter.* 4. **J. E. Weeks.** *Pathology of the cervical sympathetic.* 5. **T. D. Crothers.** *Pathology of inebriety* (пьянства). 6. **F. S. Pearce** and **A. C. Buckley.** *Carcinoma of the spine and meninges secondary to cancer of the breast.* 7. **A. J. Pressey.** *Report of 10 cases of morphinism.* 8. **H. T. Pershing.** *The treatment of emotional disturbances.* 9. **O. Romer.** *Pulp hypertrophy of the teeth* (зубовъ). 10. **M. L. Heidingsfeld.** *The control of prostitution and the prevention of the spread of venereal diseases.*

## ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩІЕ 2 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

### Нѣмецкіе.

**Deutsche Medizinal-Zeitung.** 1903 г., 3 и 6 августа.

1. **G. Schröder.** *Bemerkungen zur Frage der Heilstättenbehandlung Lungenkranker.* О здравницахъ для чахоточныхъ. 2. **M. van Oord.** *Ueber Freiluftliegebehandlung bei Nervösen.* Лѣченіе нервныхъ больныхъ лежаніемъ на свѣжемъ воздухѣ.

10 и 13 августа.

1. **Lenné.** *Zur Therapie des Diabetes mellitus.* 2. **J. Heddaeus.** *Die Untersuchung des Bauchs in Knieellbogenlage.* Настойчиво совѣтуетъ въ трудныхъ для распознаванія случаяхъ изслѣдовать въ колѣнно-локтевомъ положеніи.

17, 20 и 24 августа.

1. **A. Kühner.** *Rheumatismus und Gicht.* 2. **Pelizaeus.** *Ueber die Anlage-und Betriebskosten von Volksheilstätten...* О стоимости народныхъ здравницъ.

---

Редакторы { Проф. **В. В. Подвысоцкій.** Д-ръ **С. В. Владиславлевъ.**

Digitized by Google

С. Изъ отдѣла общей патологіи въ Институтѣ экспериментальной медицины.

# О физіолого-патологическомъ значеніи эманаціи радія *).

Е. С. Лондона.

## 1. *Общія замѣчанія.*

Радій, кромѣ т. наз. лучей—точнѣе, матеріальныхъ потоковъ, распространяющихся въ видѣ лучей,—служитъ неизсякаемымъ источникомъ выдѣленія особаго газа, получившаго названіе «эманаціи». По своей физико-химической природѣ эманація примыкаетъ къ группѣ газовъ, отличающихся своей инертностью, и, слѣд., съ этой точки зрѣнія не было основанія разсчитывать на способность ея къ физіолого-патологическимъ дѣйствіямъ. Но эманація выдѣляется изъ среды всѣхъ извѣстныхъ намъ до сихъ поръ газовъ, во 1-хъ, тѣмъ, что сообщаетъ окружающимъ предметамъ радіоактивныя свойства, а, во 2-хъ, своей неустойчивостью, характеризующейся появленіемъ въ замкнутомъ сосудѣ на ея мѣстѣ гелія. Эти свойства эманаціи, особенно 1-е, позволяло разсчитывать на положительные результаты физіологическихъ опытовъ. Но прежде всего нужно было рѣшить вопросъ о томъ, способны-ли одушевленные организмы радіоактивироваться, подобно предметамъ неодушевленнымъ.

Вопросъ этотъ, мнѣ кажется, рѣшенъ мною въ положительномъ смыслѣ. Стоитъ, напр., подержать 1—2 часа въ сосудѣ съ эманаціей мышенка, и онъ будетъ затѣмъ долгое время (до сутокъ) проявлять радіоактивныя свойства. Это простое наблюденіе побудило меня произвести рядъ другихъ изслѣдованій, въ которыхъ принималъ участіе и д-ръ *С. В. Гольдбергъ.*

Живые организмы, какъ мы убѣдились, подчиняются въ отношеніи вторичной радіоактивности тѣмъ-же законамъ, которые найдены физиками для предметовъ неодушевленныхъ, а именно, въ замкнутомъ пространствѣ радіоактивность ихъ слабѣетъ медленнѣе, чѣмъ въ открытомъ, уменьшаясь въ 1-мъ случаѣ на $^1/_2$-ну черезъ каждые 4 дня, а во 2-мъ—черезъ каждыя 28 мин. Въ виду этого обстоятельства мы всѣ наши опыты вели по мѣрѣ возможности въ закрытыхъ сосудахъ.

Источникомъ эманаціи служилъ намъ растворъ бромистаго радія (10 млгрм.) въ перегнанной водѣ (10 к. стм.). Впрочемъ, нельзя сказать, чтобы у насъ былъ именно растворъ, такъ какъ изъ него дов. скоро выпалъ осадокъ, весьма похожій на тотъ самый препаратъ, который былъ растворенъ. Замѣчу кстати, что радій выдѣляетъ эманацію и въ сухомъ видѣ, но выдѣленіе ея идетъ обильнѣе, если его держать въ растворѣ; лучеотдѣленіе-же, напротивъ, при этомъ ослабляется.

Колбочка съ растворомъ радія (см. сним. 1) при помощи газоотводной трубки сообщалась всякій разъ на извѣстный срокъ съ тѣмъ сосудомъ, въ который желательно было вве-

Сним. 1.

*) Сообщено въ Обществѣ охраненія народнаго здравія 15/III 1904 г.

Digitized by Google

сти эманацію, при чемъ для полученія замкнутаго пространства всѣ соединенія обдѣлывались либо парафиномъ, либо вазелиномъ, либо Менделѣевской замазкой.

## 2. *Вліяніе на кожу.*

Для изученія вліянія эманаціи и вторичной радіоактивности на человѣческую кожу мы могли воспользоваться 3-мя способами. Во 1-хъ, можно было прикладывать къ кожѣ замкнутый сосудъ, содержащій эманацію, напр., плотно закупоренную пробирку, которая предварительно была сообщена на нѣкоторое время съ источникомъ эманаціи. При этомъ способѣ дѣло имѣлось-бы не съ эманаціей, какъ таковой, а со вторичной радіоактивностью стѣнки пробирки—радіоактивностью, весьма слабой. Во 2-хъ, можно было остановиться на тѣхъ или другихъ предметахъ, пробывшихъ болѣе или менѣе продолжительное время внутри пробирки (или другого сосуда). Въ данномъ случаѣ мы имѣли-бы дѣло съ наведенной радіоактивностью испытуемаго предмета и эманаціей, осѣвшей на его поверхности; физіологическое дѣйствіе ея должно-бы было быть сильнѣе, но въ теченіи лишь ограниченнаго времени. Наконецъ, наиболѣе сильнаго дѣйствія слѣдовало-бы ожидать отъ пропитаннаго эманаціей рыхлаго объекта, напр., ваты, въ виду богатства послѣдняго радіоактивнымъ веществомъ.

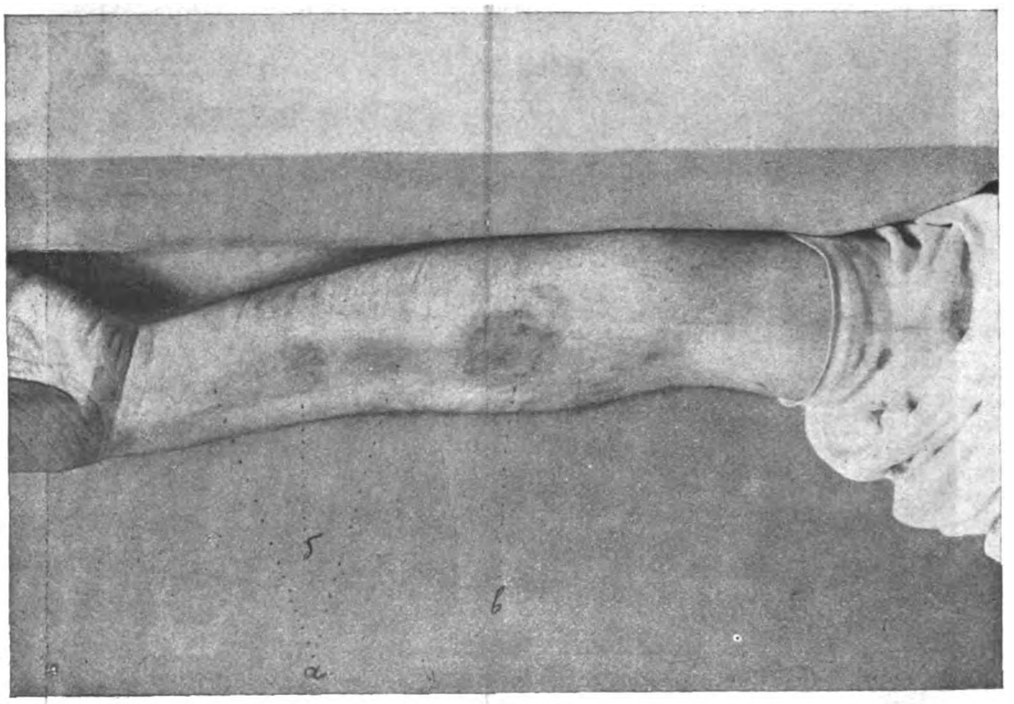
Всѣ 3 способа и были испытаны нами, и ожиданія наши вполнѣ оправдались, какъ это, между прочимъ, ясно видно на снимкѣ 2.

концовъ наступало шелушеніе, послѣ котораго оставалась стойкая пигментація, не исчезнувшая понынѣ (мѣсяца 4 послѣ опыта).

Конечно, умноженіе числа сеансовъ могло-бы довести дѣло до образованія язвы, характеризующей дѣйствіе лучей радія.

Вообще, нужно сказать, что эманація дѣйствуетъ на кожу аналогично лучамъ радія. Сильнѣе всего дѣйствуетъ, какъ это и ожидалось a priori, эманированная вата. Я склоненъ поэтому думать, что было-бы полезно дальнѣйшіе опыты лѣченія радіемъ кожныхъ болѣзней направить въ сторону изученія съ этой точки зрѣнія эманированной ваты. Послѣдняя имѣетъ, во 1-хъ, то преимущество, что весьма легко растяжима по поверхности и удобо прилаживается ко всякому мѣсту, смотря по потребностямъ каждаго случая. Во 2-хъ, при посредствѣ ваты радій дѣлается, такъ сказать, дробимымъ и портативнымъ. Радіоактивная энергія, какъ-бы впитанная ватой, можетъ быть пересылаема на большія пространства, такъ какъ въ герметически закрытомъ сосудѣ, какъ было сказано выше, вторичная радіоактивность ослабляется весьма медленно. Эманированная вата можетъ стать предметомъ аптечнаго обращенія. Располагая 5—10 млгрм. радія, аптеки могутъ постоянно отпускать большія количества этого продукта, нисколько при этомъ не тратя основного запаса препарата.

Дѣло терапевтовъ выяснить, насколько и въ какихъ случаяхъ радіоактивная вата можетъ быть полезна. Если-бы дальнѣйшіе опыты показали, что радіоактивная энергія можетъ имѣть полезное примѣненіе къ пищеварительнымъ органамъ, то я предложилъ-бы для этой цѣли радіоактивированный сахаръ, который, благодаря своей порозности, является хорошимъ, такъ сказать, аккумуляторомъ радіоактивности.




Сним. 2.

На снимкѣ этомъ воспроизведена свѣтопись съ моего предплечья, которое ближе къ лучезапястному суставу со сгибательной поверхности было въ теченіи 30 час. подвергнуто дѣйствію привязанной къ нему тонкостѣнной пробирочки съ эманаціей (а). Спустя мѣсяца 2 было испытано дѣйствіе куска резины, предварительно пролежавшаго сутки въ сосудѣ съ эманаціей (б); этотъ кусокъ резины былъ приложенъ къ кожѣ на 3 часа. Пятно, обозначенное на снимкѣ буквой «в», соотвѣтствуетъ тому мѣсту предплечья, къ которому 3 раза, съ промежутками въ 7—8 дней, привязывался на 3—4 часа кусочекъ ваты, предварительно пропитывавшійся въ теченія 18—20 час. эманаціоннымъ газомъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ на мѣстѣ приложенія газа черезъ 12—24 часа выступали явленія дерматита (краснота, ощущеніе слабаго жженія и натяженія), усиливавшіяся въ теченіи 2—3 послѣдующихъ дней. Точно такими-же послѣдствіями сопровождались опыты воздѣйствія на различные участки той и другой руки другими радіоактивированными объектами, какъ-то: монетами (съ хорошо вычищенными поверхностями), кружечками параффина, пробки, бумаги и т. п. Объекты (за исключеніемъ пробирки), кстати сказать, закрѣплялись съ помощью липкаго пластыря, поверхъ котораго накладывалась повязка. Пробирка была привязана свободно, и поэтому въ соотвѣтствующемъ участкѣ получился разлитой, безъ рѣзкихъ границъ, дерматитъ, въ то время какъ во всѣхъ остальныхъ случаяхъ кожное пятно представляло точный отпечатокъ примѣненнаго объекта.

Краснота держалась очень долго (4—6 недѣль), а въ концѣ

## 3. *Общее дѣйствіе эманаціи.*

Вопросъ объ общемъ дѣйствіи эманаціи, безспорно, имѣетъ большое значеніе, такъ какъ, согласно новѣйшимъ изслѣдованіямъ *Elster*'а и *Geitel*'я, а также *Allen*'а, *Curie* и *Laborde*'а, а у насъ въ Россіи проф. *И. И. Бормана*, газъ этотъ составляетъ нерѣдкую принадлежность окружающей насъ атмосферы, выдѣляясь изъ глубины земли черезъ минеральные источники, лаву, грязи и т. д.

Мы дѣлали опыты на лягушкахъ и бѣлыхъ мышахъ. Не вдаваясь въ подробное описаніе ихъ, ограничусь изложеніемъ общихъ данныхъ.

Чтобы убѣдиться въ смертоносности эманаціи для лягушекъ, достаточно сдѣлать такой опытъ.

Берутъ 2 2-литровыя бутыли съ весьма небольшимъ количествомъ воды изъ водопровода и впускаютъ туда по лягушкѣ. 1-ая бутыль, съ назначенной для опыта лягушкой, сообщается съ источникомъ эманаціи, а 2-ая плотно закупоривается пробкой. По истеченіи 2-хъ дней разобщаютъ 1-ую бутыль съ эманаціонной колбочкой и закупориваютъ ее пробкой. Спустя дня 3 откупори-

Digitized by Google

ваютъ обѣ бутыли дня на 2. Затѣмъ вторично сообщаютъ 1-ую бутыль съ эманаціонной колбочкой, а 2-ую (повѣрочную) закупориваютъ. По истеченіи 2-хъ дней разобщаютъ 1-ую бутыль съ колбочкой и закрываютъ пробкой. Черезъ дня 3—4 подвергнутая опыту лягушка оказывается мертвой, въ то время какъ повѣрочная не обнаруживаетъ никакихъ признаковъ заболѣванія.

Можно обставить опытъ и иначе: бутыль съ подвергаемой опыту лягушкой сообщить съ колбочкой и оставить въ такомъ видѣ, а съ повѣрочной закупорить. Эта постановка выгодна въ томъ отношеніи, что удается легче слѣдить за заболѣваніемъ подвергаемой опыту лягушки. Припадки послѣдняго: вялость движеній, сонливость, ослизнѣніе кожи, дыхательныя разстройства. Всѣ эти припадки появляются на 6—7-ой день опыта, наростая по мѣрѣ приближенія къ роковому концу, наступающему, какъ и при 1-ой обстановкѣ, на 13—15-ый день.

Характерны положеніе животныхъ и видъ воды, въ которой они сидятъ. И то, и другое видны на снимкѣ 1: подвергнутая опыту лягушка сидитъ съ вытянутымъ туловищемъ, имѣя страдальческій видъ, а повѣрочная лежитъ на четвереньках, какъ и обыкновенно. Въ бутыли съ подвергаемой опыту лягушкой вода мутная съ клочьями, а съ повѣрочной—сравнительно чистая и прозрачная.

Радіоактивность лягушки легко установить уже въ 1-ый день опыта при помощи электроскопа, платиносинеродистаго экрана и т. п.

Поучительныя предъявленія можно сдѣлать въ темнотѣ съ мертвой (удобнѣе, чѣмъ съ живой) лягушкой. Можно показать, что она испускаетъ α-лучи (при помощи экрана изъ обманки Сидо), β-лучи (при помощи платиносинеродистаго барія) и γ-лучи (пропуская послѣдніе сквозь свинцовую пластинку). Если положить на лягушку платиносинеродистый экранъ, то на послѣднемъ отчетливо вырисовывается свѣтлое изображеніе ея, при чемъ бросается въ глаза нѣкоторая испещренность рисунка, происходящая, по всей вѣроятности, оттого, что радіоактивируются и полостные органы, особенно легкія, а также оттого, что экранъ прорѣзывается лучами, идущими со всей поверхности кожи лягушки. Испещренность рисунка особенно хорошо видна (хотя и не всегда) на свѣтописномъ снимкѣ, получаемомъ, если лягушку въ темной комнатѣ положить на 3 часа на черный конвертъ, содержащій свѣточувствительную пластинку (сним. 3). Всего сильнѣе радіоактивируется кожа. Если вырѣзать часть кожи у лягушки и положить ее этой-же поверхностью на 1/2-часа на указанный конвертъ, то получается отпечатокъ, воспроизведенный на снимкѣ 4.

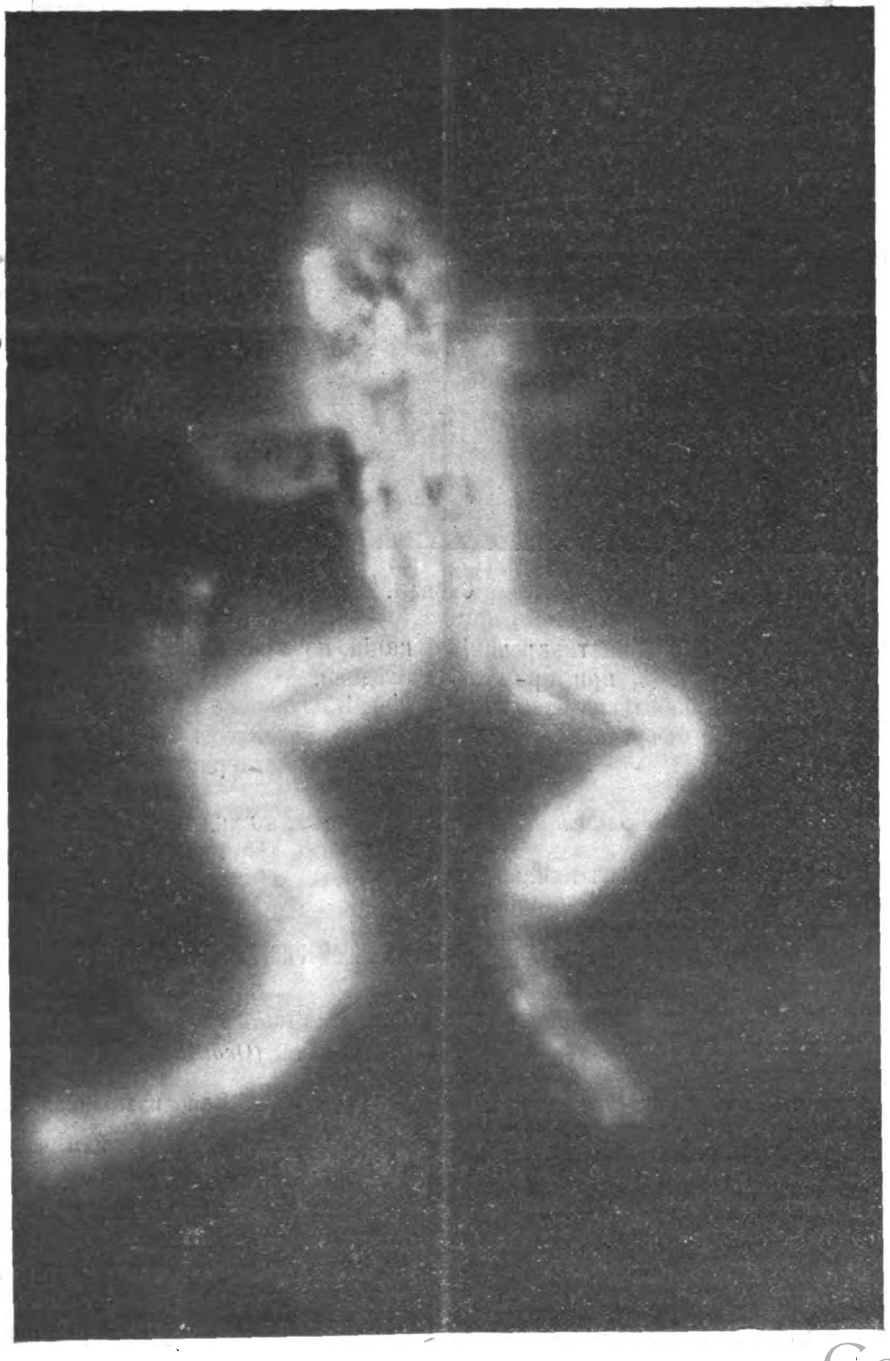
На вскрытіи бросается въ глаза темный цвѣтъ крови и ненормальная дряблость кожи.

Микроскопъ обнаруживаетъ наиболѣе рѣзкія измѣненія въ кожѣ, особенно въ кожѣ спины: шелушеніе рогового слоя, сильное налитіе сосудовъ подъ этимъ слоемъ, жировое перерожденіе подкожныхъ железъ и стекловидное перерожденіе соединительной ткани.

Чтобы убѣдиться въ смертельномъ дѣйствіи эманаціи на мышей, можно сдѣлать такой опытъ.

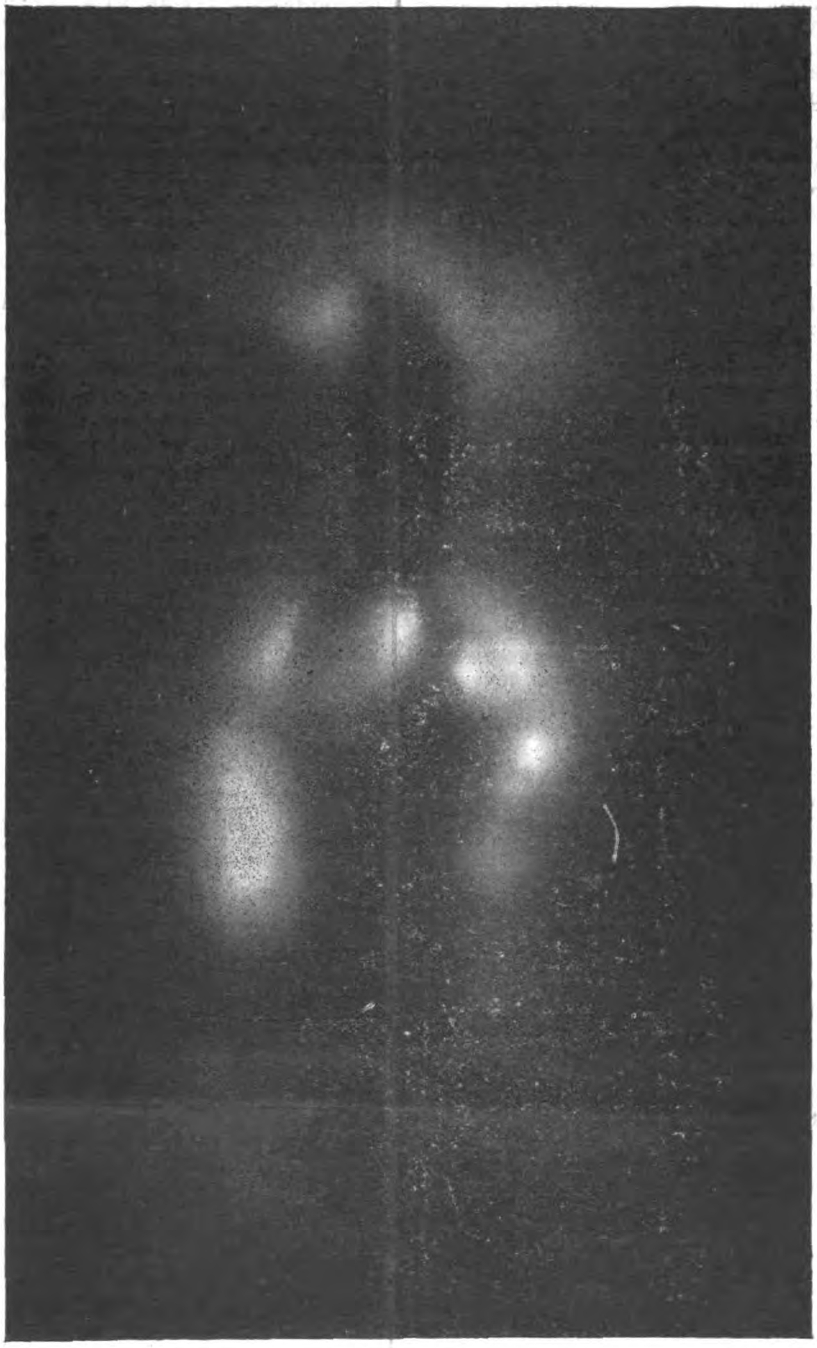
Въ литровую *Ehrlenmeyer*'овскую колбу, въ которой эманація скоплялась 2 сутокъ, впускаютъ 3—4 грудныхъ мышатъ и закупориваютъ ее на 4 часа. Во 2-ую бутыль (повѣрочную) впускаютъ столько же мышатъ отъ той-же матери (у мышей обычно родятся 8—10 мышатъ). Затѣмъ, по открытіи колбъ, мышата оставляются въ нихъ часа 2. За все это время ни повѣрочныя, ни подвергнутыя опыту мышата не обнаруживаютъ никакихъ болѣзненныхъ разстройствъ. Послѣднихъ нельзя уловить и въ теченіи послѣдующихъ 2-хъ сутокъ. На 3-ьи сутки подвергнутыя опыту мышата заболѣваютъ, падаютъ на бокъ, начинаютъ тяжело дышать и погибаютъ при явленіяхъ асфиксіи. Повѣрочныя мышата продолжаютъ жить и развиваться нормально. Чѣмъ дольше мышата выдерживаются въ колбѣ, тѣмъ быстрѣе наступаетъ смерть.

Ближайшая причина смерти кроется, очевидно, въ раз-



Сним. 3.

Digitized by Google



Сним. 4.

стройствѣ дыханія, какъ послѣдствіи радіоактивированія дыхательныхъ путей. Во всякомъ случаѣ, при примѣненіи вдыханія эманаціи въ легочныхъ заболѣваніяхъ, предлагаемомъ *Coddu*, нужно считаться и съ вреднымъ ея дѣйствіемъ [1]).

4. *Дѣйствіе эманаціи на отдѣльные элементы.*

1. Если, при соблюденіи всѣхъ правилъ асептики, ввести въ 2 пробирки по небольшому количеству дефибринированной крови (мы дѣлали опыты съ кроличьей кровью) и 1 изъ нихъ сообщить съ источникомъ эманаціи, а 2-ую оставить закупоренной для провѣрки, то, взбалтывая время отъ времени кровь, чтобы приводить въ соприкосновеніе съ эманаціей все новые красные шарики, легко убѣдиться въ гэмолитической способности этого газа. Спустя 3—4 дня происходитъ полное разрушеніе кровяныхъ элементовъ.

2. Внося въ пробирку съ эманаціей эмульсію сперматозоидовъ морской свинки, легко удостовѣриться, что газъ этотъ обладаетъ также спермолитическимъ дѣйствіемъ.

3. Ни гэмолитическая, ни спермолитическая способность сыворотки не утрачивается послѣднею подъ вліяніемъ эманаціи, по крайней мѣрѣ при 5-дневномъ воздѣйствіи послѣдней.

4. Желудочное и поджелудочное бродила обнаруживаютъ большую стойкость въ отношеніи эманаціи, въ противоположность бактеріямъ, которыя довольно чувствительны къ ней.

Зиминъ, по видимому, ослабляется въ своемъ ферментативномъ дѣйствіи подъ вліяніемъ эманаціи.

---

## Новый способъ вапоризаціи лѣкарственныхъ веществъ.

Ч. пр. **Е. Шацкаго.**

*(Окончаніе. См. № 23, стр. 841).*

### Вапоризаціонная рецептура.

Общая часть.

Принимая во вниманіе, что летучія лѣкарственныя вещества даютъ посредствомъ вапоризаціи желательные результаты при количествахъ, сравнительно меньшихъ, чѣмъ тѣ, которыя примѣняются при назначеніи тѣхъ-же веществъ per os, въ полосканіяхъ, смазываніяхъ и даже распыленіяхъ, я считалъ-бы наиболѣе цѣлесообразными такія рецептурно-вапоризаціонныя формулы, въ которыхъ были-бы обозначены названія лѣкарственныхъ веществъ,

---

[1]) *Gordon Charp.* Two cases of lung treated with the emanations from thorium nitrate. «British Medical Journal», 1904, № 2255, стр. 654.

Digitized by Google

ихъ вѣсъ (pro dosi), температура ихъ вдыхаемыхъ паровъ, число и періодичность сеансовъ (въ день, недѣлю, мѣсяцъ). Въ большинствѣ случаевъ каждый ингаляціонный сеансъ, считая вмѣстѣ съ нормальными автоматическими перерывами, вытекающими изъ основного принципа устройства самаго вапоризатора, достаточно продолжать $^1/_2$ часа. Что же касается продолжительности (глубины) каждаго вдоха, числа прибавочныхъ (произвольныхъ) передышекъ (отдыховъ) и продолжительности послѣднихъ въ теченіи $^1/_2$-часового сеанса, то эти величины должны тоже обозначаться на рецептѣ врачемъ въ зависимости отъ субъективныхъ свойствъ каждаго больного и съ той цѣлью, чтобы послѣдній не чувствовалъ утомленія при вдыханіяхъ или послѣ нихъ.

Практика показываетъ, что при равномѣрномъ и умѣренномъ кипѣніи содержимаго вапоризатора можно сдѣлать нормальныхъ вдыханій отъ 4 до 5 разъ въ минуту, т. е., 4 или 5 разъ въ минуту вапоризаторъ развиваетъ пары лѣкарственныхъ веществъ въ разрѣженномъ пространствѣ и столько же разъ въ минуту эти пары могутъ быть вдыхаемы изъ вапоризатора вмѣстѣ съ опредѣленною порціею воздуха. Величина такой порціи зависитъ отъ емкости легкихъ; она регулируется водяной струей и опредѣляется показаніемъ манометра.

Такія формулы, включая въ себѣ и тѣ величины, которыя мною установлены при опредѣленіи степени летучести лѣкарственныхъ веществъ на основаніи аналитическихъ данныхъ, полученныхъ при ихъ испареніи изъ вапоризатора, могутъ въ достаточной степени служить примѣрнымъ указаніемъ при введеніи этихъ веществъ путемъ вапоризаціи. Само собою разумѣется, что свобода выбора этихъ веществъ и ихъ сочетанія остаются въ той-же силѣ, въ какой она примѣняется при другихъ способахъ введенія лѣкарственныхъ веществъ.

Летучія лѣкарственныя вещества, пригодныя для вапоризаціи, распредѣлены мною по алфавитной системѣ, снабженной нумераціею въ слѣдующемъ порядкѣ: 1) названіе лѣкарственнаго вещества; 2) его важнѣйшія для вапоризаціи свойства; 3) его дозы на 1 сеансъ; 4) при нѣкоторыхъ—названіе болѣзней, при которыхъ вещество показуется; 5) формула рецепта; 6) измѣненіе вещества при вапоризаціи, если таковое происходитъ. Всѣ эти свѣдѣнія помѣщены въ частномъ описаніи этихъ веществъ.

## Частное описаніе.

1. ***Aether jodatus***—іодистый этилъ $C_2H_5J$, кипитъ при 71°, нерастворимъ въ водѣ; высшій пріемъ per os 20 капель. При бронхитѣ съ удушьемъ, коклюшѣ (въ неосложненныхъ случаяхъ). Rp. Aether jodat. 0,05 до 0,12. D. S. Вдыхать при 18° и атмосферномъ давленіи (столько-то) разъ въ день въ теченіи (такого-то) срока. Прим. Эти количества іодистаго этила вдыхаются изъ вапоризатора при означенныхъ условіяхъ въ теченіи $^1/_2$ часа при 100 вдохахъ съ нормальными перерывами, необходимыми для дѣйствія вапоризатора. Само собою разумѣется, что эти перерывы можно продолжить, а число вдоховъ—сократить.

2. ***Anetholum***—аллилметилфениловый эөиръ $C_6H_4(OCH_3)C_3H_5$ добывается изъ анисоваго эөирнаго масла, какъ главная составная его часть; плавится при 21°, нерастворимъ въ водѣ. Употребляется въ тѣхъ случаяхъ, при которыхъ показуются противогнилостныя средства. Rp. Anetholi 0,03 до 0,09. D. S. Вдыхать при 40°—45° (столько-то) разъ въ день въ теченіи (такого-то) срока. Прим. При 100 вдохахъ вдыхается въ $^1/_2$ часа около $^1/_2$ означенныхъ количествъ средства.

3. ***Acidum cinnamylicum***—коричная кислота $C_6H_5(CH)_2COOH$ плавится при 133°, летуча, съ парами воды безъ разложенія. При бугорчаткѣ легкихъ. Rp. Acid. cinnamylic. 0,03—0,12. D. S. Вдыхать при 45°—50° (столько-то) разъ въ день въ теченіи (такого-то) срока. Прим. Коричная кислота по своимъ вапоризаціоннымъ свойствамъ сходна съ анетоломъ.

4. ***Acidum camphoricum***—камфорная кислота $C_{8}H_{14}(COOH)_2$, кристаллическіе листочки безъ запаха. При легочной чахоткѣ. Rp. Acid. camphoric. 0,1—0,3. D. S. Вдыхать при 45° (столько-то) разъ въ день въ теченіи (такого-то) срока. Прим. Заслуживаетъ вниманія сочетаніе камфорной, коричной и бензойной кислотъ. Пары послѣдней кислоты, вслѣдствіе ихъ раздражающихъ свойствъ, вдыхаются въ количествѣ вдвое меньшемъ, чѣмъ пары коричной.

5. ***Bromoformium***. $CHBr_3$ тяжелая жидкость съ уд. в. 2,904. При коклюшѣ. Rp. Bromoform. 0,1—0,2. D. S. Вдыхать при 20° (столько-то) разъ въ день въ теченіи (такого-то) срока при атмосферномъ давленіи. Прим. Тѣла, легко летучія, подобно бромоформу, полезнѣе вдыхать при атмосферномъ давленіи, а не изъ разрѣженнаго пространства на томъ основаніи, что давленіе атмосферы понижаетъ ихъ летучесть и тѣмъ способствуетъ болѣе продолжительному врачебному дѣйствію наименьшаго количества вещества. Съ этой-же цѣлью слѣдуетъ понижать и температуру вдыхаемыхъ паровъ.

6. *Bromolum*—3-бромъ-фенолъ $C_6H_2Br_3OH$ представляетъ шелковистые кристаллы, нерастворимые въ водѣ. Употребляется при тѣхъ-же болѣзняхъ, при которыхъ показуются обеззараживающія средства и сочетаніе послѣднихъ съ бромомъ. Rp. Bromoli 0,01—0,06. D. S. Вдыхать при 40° (столько-то) разъ въ день въ теченіи (такого-то) срока.

7. ***Balsamum peruvianum***. Его уд. вѣсъ не менѣе 1,135; состоитъ изъ нелетучей смолы (20—30%) и летучихъ веществъ: циннамеина (60%) или коричнобензиловаго эөира $C_6H_5(CH)_2COO(C_6H_5CH_2)$, стирацина или коричнокоричнаго эөира $C_6H_5(CH)_2COOCH_2(CH)_2C_6H_5$ (15%), ванилина (незначительно) и свободныхъ кислотъ: коричной и бензойной. Весьма важно, что при вапоризаціи перуанскаго бальзама мы имѣемъ возможность совершенно отдѣлить и использовать его наиболѣе активныя летучія составныя части. Употребляется при легочной чахоткѣ, хроническомъ бронхитѣ. Rp. Bals. peruvian. 1,0—1,5. D. S. Вдыхать при 40° (столько-то) разъ въ день въ теченія (такого-то) срока. Прим. Для устраненія прилипанія бальзама къ стѣнкамъ вапоризатора и во избѣжаніе неполнаго вслѣдствіе этого выдѣленія его летучихъ частей, полезно смѣшать предварительно бальзамъ съ талькомъ до густоты хлѣбнаго тѣста.

8. *Balsamum tolutanum*. Его уд. вѣсъ 1,2; состоитъ изъ толена $C_{10}H_{16}$, кипящаго при 165°. Толенъ жадно поглощаетъ кислородъ воздуха, превращаясь въ смолу. Кромѣ толена, бальзамъ содержитъ летучіе бензиловые эөиры коричной и бензойной кислотъ и эти-же кислоты въ свободномъ состояніи. Содержаніе ванилина въ бальзамѣ не превышаетъ $^1/_2$%; содержаніе нелетучей смолы достигаетъ 80%. При гнойномъ бронхитѣ, удушьѣ. Rp. Bals. tolutan. 0,3—0,5. D. S. Вдыхать при 40—45° (столько-то) разъ въ теченіи (такого-то) срока.

9. *Camphora monobromata* $C_{10}H_{15}BrO$ плавится при 76°, нерастворима въ водѣ; точка кипѣнія 274°. Rp. Camphorae monobrom. 0,1—0,3. D. S. Вдыхать при 50° (столько-то) разъ въ теченіи (такого-то) срока.

10. *Camphora phenylica*—маслянистая жидкость пріятнаго запаха. Употребляется въ тѣхъ-же случаяхъ, при которыхъ показаны мѣстно-обезболивающія и противогнилостныя средства. Rp. Camphorae phenylic. 0,06—0,2 D. S. Вдыхать при 40° (столько-то) разъ въ день въ теченіи (такого-то) срока.

11. *Camphora trita* $C_{10}H_{16}O$ или борнеолкетонъ, плавится при 175, кипитъ при 204°, растворима въ 1300 чч. воды при обыкновенной температурѣ. Въ сухомъ состояніи легко возгоняется. Съ парами воды перегоняется безъ разложенія. Rp. Camphor. trit. 0,05—0,1. D. S. Вдыхать при 40° (столько-то) разъ въ теченіи (такого-то) срока.

12. *Chloralum hydratum* перегоняется безъ разложенія съ парами воды, способенъ возгоняться при обыкновенной температурѣ; даетъ съ камфорой, тимоломъ, салоломъ жидкія смѣси. Rp. Chlorali hydrat. 0,3—1,0. D. S. Вдыхать при 35° по назначенію.

13. ***Chloralinum*** содержитъ нѣсколько продуктовъ охлоренія феноловъ. Тамъ-же, гдѣ показаны противогнилостныя. Rp. Chloralini 0,01—0,02. D. S. по назначенію.

14. *Chloroformium*—$CHCl_3$. Въ продажѣ имѣются 4 сорта хлороформа для вдыханій, кромѣ обыкновеннаго для наружнаго употребленія: 1) изъ хлорала, 2) Picté, 3) Anschütz'a и 4) Duncan'a. Эти сорта различаются по степени химической чистоты хлороформа. Самымъ дорогимъ и чистымъ считается препаратъ Anschütz'a, хотя имѣются аналитическія данныя, опровергающія эту репутацію. Rp. Chloroform. 0,05—0,20. D. S. Вдыхать при 25° и атмосферномъ давленіи по назначенію.

15. *Chloreton*—продуктъ дѣйствія ѣдкаго калія на хлороформъ и ацетонъ; по вкусу и запаху напоминаетъ камфору; трудно растворимъ въ водѣ, что служило препятствіемъ къ болѣе широкому его примѣненію, такъ какъ нельзя было получать растворы желаемой крѣпости. При способѣ вапоризаціи этотъ недостатокъ устраняется, такъ какъ количество вдыхаемаго хлоретона опредѣляется точно и ничѣмъ не ограничено. Примѣняется, какъ общее и мѣстно-обезболивающее. Rp. Chloretoni 0,2—0,4. D. S. Вдыхать при 35° по назначенію.

16. *Cocainum muriaticum*. Солянокислый кокаинъ не можетъ быть вдыхаемъ въ водѣ пара, такъ какъ съ водянымъ паромъ уже при 40° онъ разлагается на метиловый спиртъ и бензоилэкгонинъ. Послѣдній-же переходитъ съ водянымъ паромъ безъ разложенія и можетъ быть вдыхаемъ изъ вапоризатора въ моментъ образованія (in statu nascendi) и превращенія въ паръ. Бензоилэкгонинъ обладаетъ такими-же обезболивающими свойствами, какъ и кокаинъ, но въ меньшей степени. При желаніи вдыхать пары кокаина въ неразложенномъ видѣ приходится помѣщать этотъ алкалоидъ не въ вапоризаторъ, а въ его ингаляціонную стклянку, гдѣ температура поддерживается не выше 40°. Въ этомъ случаѣ приходится жертвовать точностью дозировки, такъ какъ превращенію въ паръ подвергается только неопредѣленная часть кокаина. Rp. Cocaini muriat. 0,008—0,01. D. S. Вдыхать (какъ экгонинъ или какъ кокаинъ) по назначенію.

17. *Cumarinum*—ангидридъ ортокумаровой кислоты или ортооксикоричной кислоты; трудно растворимъ въ водѣ (400 чч.), плавится при 67°, возгоняется при 290°, весьма пріятнаго запаха свѣже-скошеннаго сѣна. До сихъ поръ въ терапіи не употребляется, но, имѣя въ виду его генетическую связь съ коричной кислотой, было-бы небезполезно испытать дѣйствіе его паровъ въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ показуются коричная кислота.

Digitized by Google

Rp. Cumarini 0,01—0,02. D. S. Вдыхать при 45° по назначенію.

18. *Eucalyptolum*—$C_{10}H_{18}O$, кипитъ при 176°. Rp. Eucalyptol. 0,06—0,1—0,2. D. S. Вдыхать при 50° (столько-то) разъ въ теченіи (такого-то) срока.

19. *Eugenolum*—$C_6H_3(C_3H_5)(OCH_3)OH$, главная составная часть эѳирнаго гвоздичнаго масла (около 90%), кипитъ при 240°. При бугорчаткѣ. Rp. Eugenoli 0,06—0,1—0,2. D. S. Вдыхать при 55° по назначенію.

20. *Exalgin*, метилацетанилидъ $C_6H_5NCH_3(COCH_3)$ плавится при 100°, кипитъ при 240°. При мигрени. Rp. Exalgini 0,06—0,12. D. S. Вдыхать при 40° по назначенію.

21. *Geosotum*—валеріановый гуаяколъ, $C_6H_4(OCH_3)OCOC_4H_9$, кипитъ при 245°; нерастворимъ въ водѣ. Rp. Geosoti 0,06—0,1. D. S. Вдыхать или впускать въ ухо при (такомъ-то) давленіи (давленіе маслянаго манометра въ вапоризаторѣ показываетъ отъ 0 до 50 млмтр.) по назначенію.

22. *Guajacolum* — $C_6H_4(OCH_3)OH$, составная часть буковаго креозота, плавится при 33°, кипитъ при 205,1°, уд. в. 1,143. Rp. Guajacoli puri 0,02—0,06. D. S. Вдыхать при 45° по назначенію. Прим. При 100 вдохахъ въ $^1/_2$-часа выдыхается около $^1/_3$ взятаго гуаякола.

23. *Ichthyolum*—сульфонхтіоламмоніевая соль, $C_{28}H_{36}S(SO_3NH_4)_2$ (?). Вещество это еще несовсѣмъ изслѣдовано химически. Есть, однако, основаніе полагать, что оно содержитъ тіоспирты (меркаптаны, сѣроспирты) и тіоэѳиры (сульфиды, сѣроэѳиры). При перегонкѣ съ водянымъ паромъ переходятъ всѣ летучія составныя части ихтіола, а нелетучія разлагаются и не переходятъ въ перегонъ. Это обстоятельство весьма важно; такъ, примѣняя способъ вапоризаціи ихтіола, можно воспользоваться его дѣйствующими летучими составными частями, совершенно отдѣляя послѣднія отъ нелетучихъ. При легочной бугорчаткѣ, жабѣ, остромъ трахеобронхитѣ, хроническомъ бронхитѣ, фибринозномъ бронхитѣ, остромъ ларингитѣ, остромъ фарингитѣ, ринитѣ. Rp. Ichthyoli 0,2—0,5. D. S. Вдыхать при 45° (указать число сеансовъ и дней и продолжительность каждаго сеанса). Прим. Летучія вещества означеннаго количества ихтіола (0,5) вдыхаются при 40 вдохахъ.

24. *Mentholum*—$C_{10}H_{19}OH$ плавится при 43°, кипитъ при 212°. При остромъ и хроническомъ ринитѣ, бугорчаткѣ верхнихъ дыхательныхъ путей. Rp. Mentholi 0,12—0,2. D. S. Вдыхать при 50° при назначеніи числа сеансовъ и ихъ періодичности. Прим. 0,2 ментола вдыхается при 50—55 вдохахъ.

25. *Methylium salicylicum*—салициловометиловый эѳиръ или искусственное гаультеріевое масло $C_6H_4OHCOO(CH_3)$, кипитъ при 219°, уд. в. 1,183. При гонорреѣ, бугорчаткѣ. Rp. Methyl. salicyl. 0,01—0,03. D. S. Вдыхать при 35—40° по назначенію сеансовъ и ихъ періодичности. Прим. Въ послѣднее время совѣтуютъ употреблять при гонорреѣ водяной паръ. Если послѣдній даетъ хорошіе результаты, то вапоризація methyl. salicyl. или ichthyol'омъ при давленіи выше атмосфернаго обѣщаетъ быть весьма поучительной.

26. *Myrtolum* добывается изъ миртоваго масла и содержитъ въ своемъ составѣ эйкалиптолъ, правый пиненъ и камфору; кипитъ при 160°—170°. При вонючемъ бронхитѣ. Rp. Myrtoli 0,06—0,15. D. S. Вдыхать при 40° по назначенію числа и періодичности сеансовъ. Прим. 0,15 миртола вдыхаются при 55—60 вдохахъ.

27. *Omalum*—3-хлоръ-фенолъ $C_6H_2Cl_3(OH)$. Кристаллы плавятся при 68°; кипитъ при 244°. При воспалительномъ состояніи дыхательныхъ путей. Rp. Trichlorphenol 0,01—0,03. D. S. Вдыхать при 40° $^1/_2$-часа съ нормальными перерывами дѣйствія вапоризатора.

28. *Paraldehydum*—$C_2H_3O_2(CH_3)_3$, кипитъ при 123°—125° уд. в. 0,998. Rp. Paraldehydi 0,5—1,0. D. S. Вдыхать при 25—30°. Прим. 1,0 паральдегида вдыхается при 75—80 вдохахъ.

29. *Phenolum*—карболовая кислота $C_6H_5(OH)$; перегоняется съ парами воды подобно креозоту. Не слѣдуетъ употреблять препарата съ красной, жидкой при обыкновенной температурѣ, побочной примѣсью. Rp. Acid. carbol. 0,006—0,01. D. S. Вдыхать при тѣхъ-же условіяхъ, какъ креозотъ.

30. *Pyramidonum* camphoricum acidum и pyramidonum camphoricum neutrale. Пирамидонъ или диметиламидоантипиринъ даетъ съ камфорой 2 соединенія: кислое и нейтральное; оба летучи съ парами воды. При инфарктахъ въ легкихъ, легочной чахоткѣ и пр. Rp. Pyramidoni camphorici acidi (или neutrale) 0,01—0,03. D. S. Вдыхать при 45° по назначенію.

31. *Pyridinum*—$C_5H_5N$, кипитъ при 117°, остраго вкуса и непріятнаго запаха. При бронхіальной и носовой астмѣ, гонорреѣ. Rp. Pyridini 0,005—0,008—0,01. D. S. Вдыхать при 25° по назначенію. Прим. Пиридинъ при гонорреѣ можетъ быть введенъ въ количествѣ 0,03—0,06.

32. *Resorcin*—$C_6H_4(OH)_2$, плавится при 118°. Rp. Resorcini 0,06—0,1. D. S. Вдыхать при 40° по назначенію.

33. *Salolum*—$C_6H_5O_2CC_6H_4(OH)$, плавится при 42°. Rp. Saloli 0,2—0,3. D. S. Вдыхать при 45° по назначенію числа сеансовъ и ихъ періодичности.

34. *Styracolum*, cynnamylguajacolum $C_6H_4(OCH_3)O_2C_2H{=}CHC_6H_5$, плавится при 130°. При легочной чахоткѣ и какъ противогнилостное. Rp. Styracoli 0,3. D. S. Вдыхать при 40° по назначенію.

35. *Terpinolum*—$C_{20}H_{34}O$. Это сложное вещество заключаетъ въ своемъ составѣ терпены: терпиненъ, терпиногенъ, дипентенъ и терпинеолъ $C_{10}H_{18}O$. Кипитъ при 168°. При бронхитахъ и кровохарканьи. Rp. Terpinoli 0,20—0,5. D. S. Вдыхать при 40° по назначенію.

36. *Thymolum*—methylisopropylphenol, $C_6H_3CH_3C_3H_7OH$, плавится при 50°—51°, кипитъ при 230°. Rp. Thymoli 0,01—0,02. D. S. Вдыхать при 35° по назначенію.

### Рецептура эѳирныхъ маслъ.

Изъ эѳирныхъ маслъ, пригодныхъ для вапоризаціи, слѣдуетъ указать на слѣдующія: ol. terebinth. gallic. (содержитъ 80% пинена), ol. pini (содержитъ около 30% сильвестрена и около 3—5% уксуснoборниловаго эѳира, придающаго маслу характерный запахъ), ol. eucalypti glob. (содержитъ до 70% цинеола), ol. menthae piper. (содержитъ до 60% свободнаго ментола и его эѳировъ), ol. carvi (содержитъ 50—60% карвона), ol. thymi (содержитъ до 40% тимола и карвокровъ), ol. anisi (содержитъ до 90% анетола), ol. caryophillorum (содержитъ до 80% эйгенола) и ol. cinnamomi (содержитъ до 75% коричнаго альдегида). Всѣ эти эѳирныя масла могутъ быть вдыхаемы изъ вапоризатора при обыкновенныхъ условіяхъ его дѣйствія въ количествѣ отъ 5 до 10 капель pro dosi.

Заканчивая эту статью, считаю нужнымъ еще разъ подчеркнуть, что способъ вапоризаціи, какъ въ смыслѣ мѣстнаго, такъ и общаго врачебнаго его значенія, представляетъ возможность использовать всю врачебную энергію лѣкарственныхъ веществъ, и въ этомъ заключается его преимущество передъ другими способами введенія лѣкарствъ въ животный организмъ. Выражаясь образно, способъ вапоризаціи долженъ быть охарактеризованъ, какъ высшая инстанція, пройдя черезъ которую, лѣкарственное вещество получаетъ право врачебнаго гражданства. Я вполнѣ увѣренъ, что многія лѣкарственныя вещества, пройдя черезъ эту инстанцію, представятся намъ въ болѣе яркомъ освѣщеніи при сравненіи съ тѣми смутными намеками объ ихъ врачебномъ дѣйствіи, которые получаются при другихъ способахъ ихъ введенія въ организмъ. Весьма вѣроятно, что тѣ лѣкарственныя вещества, которыя въ борьбѣ съ бугорчаткой, напр., оказывались побѣжденными этимъ неумолимымъ и страшнымъ бичемъ человѣчества, могутъ оказаться побѣдителями при использованіи всей ихъ врачебной энергіи посредствомъ вапоризаціи.

---

Изъ госпитальной терапевтической клиники и клиники при каѳедрѣ частной патологіи и терапіи въ В.-Медицинской Академіи проф. В. Н. Сиротинина.

## Къ діагностикѣ рака желудка.

З. Ф. Орловскаго.

(*Окончаніе. См. № 23, стр. 843*).

Въ поясненіе помѣщенной въ предъидущемъ № (см. стр. 845) таблицы приведу нѣсколько исторій болѣзни въ самыхъ общихъ чертахъ.

№ 1. С., 45 л., обратилась въ клинику съ жалобой на боли въ верхней части живота и на частыя и упорныя рвоты тотчасъ послѣ ѣды. Страдаетъ желудкомъ уже около 1½ лѣтъ, но особенно худо чувствуетъ себя послѣдніе 8 мѣс. Хорошо упитана, но нѣсколько блѣдная. Подложечная область при ощупываніи болѣзненна особенно въ лѣвой ½. На голеняхъ небольшіе отеки. Въ остальномъ ничего ненормальнаго. 12/XI 1903 г. послѣ пробнаго завтрака выкачено 56 к. cm. желудочнаго содержимаго съ обильнымъ количествомъ слизи. Общая кислотность = 6,0; свободной соляной кислоты нѣтъ; ясная реакція на молочную кислоту; ясная-же реакція на присутствіе крови по *Weber*'у; *отсутствіе триптофановой реакціи. Признакъ Salomon'a, давшій до ⅛‰ бѣлка*, окончательно установилъ распознаваніе рака желудка, хотя, какъ видно изъ вышесказаннаго, опухоли не прощупывалось совсѣмъ, худосочія тоже не было; наоборотъ, питаніе было довольно удовлетворительно, и первое время наблюдалось даже увеличеніе вѣса тѣла (съ 55000 до 57200 грм. въ теченіи 3-хъ недѣль). Дальнѣйшее наблюденіе вполнѣ подтвердило распознаваніе, ибо къ концу декабря стала ясно прощупываться опухоль, выходившая изъ-подъ лѣваго подреберья, и больная вскорѣ погибла.

№ 2. К., 38 л., жалуется на постоянную боль въ подложечной области и въ лѣвомъ подреберьи, на непріятный вкусъ во рту, отсутствіе позыва на ѣду, частыя отрыжки и изжоги; считаетъ себя больнымъ мѣсяца 3; за это время сильно похудѣлъ. Раньше былъ всегда здоровъ.—Блѣденъ, истощенъ. Языкъ обложенъ. Подложечная область болѣзненна при надавливаніи. Въ лѣвомъ подреберьи по сосковой линіи прощупывается плотная, бугристая, болѣзненная опухоль, очень мало подвижная; при раздуваніи желудка опухоль прощупывается очень неясно. Въ остальномъ ничего ненормальнаго. Въ виду сказаннаго возникло подозрѣніе на существованіе у больного рака задней стѣнки дна желудка. Произведенное изслѣдованіе желудочнаго содер-

Digitized by Google

жимаго показало: общая кислотность = 51; свободной соляной кислоты—30; связанной соляной кислоты—7, молочной кислоты нѣтъ; большое количество слизи. *Проба по Salomon'у—отрицательная.* Распознаваніе рака желудка было отвергнуто; предположена лимфосаркома забрюшинныхъ железъ. Въ дальнѣйшемъ теченіи распознаваніе подтвердилось вполнѣ.

**№ 3.** Ш., 45 л., жалуется на потерю позыва на ѣду, боли въ подложечной области, особенно послѣ ѣды, тяжесть въ правомъ подреберьи и сильные запоры. Заболѣлъ 6 мѣс. назадъ: незамѣтно стало пропадать желаніе ѣсть, появились боли подъ ложечкой, а вскорѣ и рвоты, часа чрезъ 1—1½ послѣ ѣды. Рвота значительно облегчала больного. Первое время рвало ежедневно, но такъ продолжалось съ мѣсяцъ; потомъ рвота понемногу стихла и въ послѣдній разъ была 2 мѣсяца назадъ. За это время сильно похудѣлъ. Раньше всегда былъ здоровъ.—Ясное худосочіе. Въ лѣвой надключичной ямкѣ—плотныя увеличенныя железки. Подложечная область при ощупываніи болѣзненна, напряжена. Печень увеличена до пупка, сильно бугриста, болѣзненна. Чрезъ наружные покровы живота ясно видно на нѣкоторыхъ буграхъ печени пупкообразное вдавленіе. Въ остальномъ ничего ненормальнаго. Распознанъ ракъ печени; первичное гнѣздо предположено въ желудкѣ, въ виду бывшихъ явленій съ этой стороны. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго показало: общая кислотность = 60; свободной соляной кислоты—42; отсутствіе молочной кислоты; *по Salomon'у полученъ отрицательный результатъ*, т. е. проба указала на отсутствіе изъязвленной поверхности въ желудкѣ, выдѣляющей сыворотку, resp. раковой язвы; поэтому предположеніе о первичномъ гнѣздѣ въ желудкѣ было оставлено. Вскрытіе, какъ это видно изъ протокола его, вполнѣ подтвердило все сказанное. Протоколъ вскрытія (*Л. В. Соболевъ*): Ростъ 163 стм., вѣсъ 34400 грм. Рѣзко истощенный, худосочный трупъ. Подкожнаго жирнаго слоя нѣтъ. Въ подкожной клѣтчаткѣ груди замѣчаются узелки, величиной въ бобъ, подвижные, мозговой плотности сѣрокраснаго цвѣта. Въ полости околосердечной сумки немного сывороточной жидкости. Жира по бороздамъ сердца нѣтъ; длинникъ сердца 8,5, поперечникъ 9,5 стм.; верхушку образуетъ лѣвый желудочекъ, хорошо сокращенный; въ полостяхъ сердца красные кровяные сгустки въ небольшомъ количествѣ; заслонки и отверстія безъ измѣненій; внутренняя оболочка восходящей аорты слегка склерозирована; мышца сердца дряблая, тусклая, краснобураго цвѣта; толщина стѣнки лѣваго желудочка — 11, праваго 3 млм. Въ мышцѣ лѣваго желудочка 2 узла новообразованія, величиной въ горошину, бѣлаго цвѣта. Полости плеиръ пусты; плевры гладки, блестятъ; подъ ними въ обоихъ легкихъ мелкіе, величиной съ просяное зерно, узелки новообразованія въ незначительномъ количествѣ. Вещество легкихъ малокровно, нѣсколько отечно; на разрѣзѣ въ немъ небольшіе, мало воздушные узлы, краснобураго цвѣта; изъ узловъ выдавливается мутная жидкость, кромѣ того въ нижней долѣ лѣваго легкаго группа узелковъ, бѣлаго цвѣта, частью мозговой плотности, величиной до лѣсного орѣха; при давленіи съ поверхности разрѣза въ этомъ мѣстѣ освобождается желтоватая гноевидная жидкость. Слизистая оболочка бронховъ покрыта дов. густой гноевидной жидкостью съ кислымъ запахомъ. Бронхіальныя железы увеличены; на разрѣзахъ въ нихъ замѣчаются мелкіе, бѣловатые узелки. Селезенка небольшая; сумка ея сморщена; ткань сухая, темнокрасная, плотная. Желудокъ дов. большой; слизистая оболочка его мѣстами гладкая, безъ складокъ, мѣстами сѣроаспиднаго цвѣта; въ одномъ мѣстѣ около средины большой кривизны замѣчается звѣздообразный рубчикъ. Желчные пути легко зондируются изъ *Vater*'ова бугорка; слизистая оболочка ихъ и желчнаго пузыря безъ измѣненій. Печень значительной величины; на поверхности ея много бѣловатыхъ узловъ новообразованія съ выпячиваніемъ въ центрѣ; на разрѣзѣ печени такіе-же узлы; вещество печени полнокровно, мѣстами окрашено въ зеленоватый цвѣтъ; рисунки плохо выражены; узлы новообразованія въ печени чрезвычайно мягкіе; болѣе крупные изъ нихъ въ центрѣ распадаются. Надпочечники дов. большіе; въ мозговидной части ихъ по узлу новообразованія, съ лѣсной орѣхъ. *Wirsungi*'евъ протокъ зондируется изъ *Vater*'ова бугорка на разстояніи около 3 стм.; далѣе зондъ попадаетъ въ разрыхленную ткань железы. Поджелудочная железа въ общемъ плотна, бѣловатаго цвѣта, полупрозрачна, съ отдѣльными непрозрачными, желтоватыми полосками и точками; въ хвостѣ ея ясно выраженные узлы новообразованія, сѣророзоваго цвѣта, мозговой плотности, переходящіе безъ рѣзкихъ границъ въ ткань железы. Железы, окружающія поджелудочную железу, увеличены, плотны и въ большинствѣ замѣщены тканью новообразованія. Лѣвая почка спаяна съ хвостомъ поджелудочной железы и соотвѣтственнымъ надпочечникомъ; довольно велика; подъ сумкой и отчасти въ веществѣ ея такіе-же бѣловатые узлы новообразованія; вещество почки полнокровно, тускло, дрябло; правая почка—такая-же. Слизистая оболочка мочевыхъ путей и пузыря безъ видимыхъ измѣненій. Яички безъ отклоненій отъ нормы. Внутренняя оболочка грудной и брюшной аорты слегка оплотнена. Слизистая оболочка тонкихъ кишекъ въ верхней части слегка гиперэмирована. S—образная кишка растянута; подъ растянутымъ мѣстомъ находится съуженіе; слизистая оболочка здѣсь темнокрасная, съ желтоватыми отложеніями, главнымъ образомъ на верхушкахъ складокъ. Мозгъ и его оболочки, кромѣ легкаго отека, измѣненій не представляютъ. Подъ микроскопомъ обнаружено: въ легкомъ узлы новообразованія состоятъ изъ эпителіальныхъ клѣтокъ кубической формы; вокругъ катарральная пнеймонія; въ сердцѣ и почкѣ узлы того-же типа. Эпикризъ: первичный ракъ поджелудочной железы (?); переносы въ сердцѣ, легкихъ, печени, почкахъ, надпочечникахъ, забрюшинныхъ лимфатическихъ железахъ, жировомъ слоѣ подкожной клѣтчатки.

**№ 4.** М., 53 л., поступилъ въ клинику съ жалобами на сильную жажду и слабость. Считаетъ себя больнымъ годъ; до этого-же времени былъ совсѣмъ здоровъ.—Средняго роста, худощавый; видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Надъ правой верхушкой заглушеніе звука, небольшое ослабленіе голосового дрожанія, бронхіальное дыханіе; изрѣдка сухіе хрипы. Печень сильно увеличена, особенно лѣвая ея доля, выступающая почти до уровня пупка, плотна, при ощупываніи болѣзненна; поверхность ея бугристая. Мочи за сутки до 8 литровъ, уд. в. 1,001—1,003; бѣлка и сахара не содержитъ. Въ остальномъ ничего ненормальнаго. Предварительное распознаваніе было: несахарное мочеизнуреніе, опухоль печени (и желудка?) и праваго легкаго. Первичное гнѣздо рака предположено было въ желудкѣ. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго тоже говорило за это предположеніе, ибо общая кислотность оказалась=7, свободной соляной кислоты не было; но *проба, продѣланная по Salomon'у, дала отрицательный результатъ*. Въ виду этого предположеніе о ракѣ желудка было оставлено; первичное гнѣздо предположено было въ правомъ легкомъ, что вполнѣ подтвердилось на вскрытіи, протоколъ котораго привожу (вскрывалъ *Л. В. Соболевъ*). Ростъ 164 стм., вѣсъ 53700 грм. Истощенный трупъ, средняго сложенія. Кожные покровы блѣдны. Кости черепного свода умѣренной толщины; губчатый слой ихъ хорошо развитъ; твердая и мягкая мозговыя оболочки малокровны, отечны; послѣдняя отъ мозга отдѣляется легко. Полости боковыхъ желудочковъ нѣсколько растянуты. Вещество мозга малокровно, отечно, плотность его уменьшена; въ остальномъ мозгъ никакихъ измѣненій не представляетъ. Въ околосердечной сумкѣ около 3-хъ столовыхъ ложекъ сывороточной жидкости. Жира по бороздамъ сердца нѣтъ. Внутренностный листокъ околосердія безъ особыхъ измѣненій. Длина сердца 8,5, поперечникъ 9 стм.; полости нѣсколько растянуты, содержатъ жидкую кровь съ красными кровяными сгустками; заслонки и отверстія сердца безъ особыхъ измѣненій. Внутренняя оболочка восходящей аорты мѣстами слегка склерозирована въ видѣ бляшекъ. Полости плеиръ пусты. Легкія мѣстами сращены съ грудной клѣткой старыми ложными перепонками; лѣвое легкое умѣренно полнокровно, повсюду проходимо для воздуха, въ нижней долѣ отечно; въ правомъ легкомъ на разрѣзѣ замѣчается бѣловатая, фиброзной плотности, дающая мало сока, неправильной формы опухоль, величиной нѣсколько больше грецкаго орѣха. Опухоль эта расположена вокругъ бронха, представляющаго 1-ое развѣтвленіе праваго бронха. Слизистая оболочка бронха въ этомъ мѣстѣ неровная, утолщенная. Въ окружности ткани легкаго замѣчаются узелки новообразованія меньшей величины; перибронхіальныя, загрудинныя и отчасти подключичныя железы увеличены, большей частью сплошь замѣщены мозговидной, розоваго цвѣта, тканью новообразованія. Селезенка немного увеличена; сумка ея нѣсколько сморщена; вещество темнокраснаго цвѣта, разрыхлено. Печень дов. большая; на поверхности и на разрѣзѣ ея много бѣловатаго цвѣта узловъ, до грецкаго орѣха величиной, мозговой плотности, розоватаго цвѣта; на поверхностныхъ узлахъ втягиваніе въ центрѣ; вещество печени въ остальномъ буроватаго цвѣта, умѣренно полнокровно, дрябло; рисунокъ плохо выраженъ. Желчные пути проходимы. Лимфатическія железы, расположенныя въ печеночныхъ воротахъ, въ печеночно-12-перстной связки и около головки поджелудочной железы увеличены въ объемѣ и пронизаны мозговидной тканью новообразованія. Въ мозговомъ слоѣ праваго надпочечника такой-же узелъ новообразованія, съ лѣсной орѣхъ. Поджелудочная железа нѣсколько короткая, дряблая, безъ замѣтныхъ измѣненій. Сумки обѣихъ почекъ снимаются мѣстами съ потерей вещества; на поверхности почекъ нѣсколько бѣловатыхъ узелковъ, мозговой плотности, проникающихъ въ глубь въ видѣ клина; вещество почекъ дов. полнокровно, нѣсколько уплотнено; граница корковаго слоя ясно замѣтна. Слизистая оболочка мочевыхъ путей безъ замѣтныхъ измѣненій. Сѣмянные канальцы отдѣляются легко. Слизистая оболочка желудка тонкая, зернистая, съ мелкими выпячивающимися кистами, съ маковое зернышко. Слизистая оболочка тонкихъ и толстыхъ кишекъ сѣроаспиднаго цвѣта, особенно на мѣстѣ лимфатическаго прибора. Слизистая оболочка пищевода, гортани и дыхательнаго горла безъ видимыхъ измѣненій. Вѣсъ мозга 1380, сердца 350, легкихъ праваго 1070, лѣваго 680, печени 2440, селезенки 110, почки правой 170, лѣвой 190 грм. Подъ микроскопомъ найдено: въ легкомъ атипическое разростаніе эпителіальныхъ клѣтокъ кубической формы и небольшой величины. Эпикризъ: первичный ракъ праваго легкаго изъ бронха; переносы въ околобронхіальныхъ и загрудинныхъ железахъ, въ печени, въ забрюшинныхъ железахъ, въ почкахъ и въ правомъ надпочечникѣ.

**№ 5.** Л., 39 л., поступила въ клинику 16/xi 1903 г. съ жалобами на сильную слабость, жажду, потерю позыва на ѣду и боли подъ ложечкой. Позывъ на ѣду сталъ пропадать года 1½ назадъ; вскорѣ появились изжога, тошнота и рвота сильно кислыми массами, особенно послѣ ѣды; въ рвотныхъ массахъ иногда была примѣсь порядочнаго количества крови. Одно время рвоты были почти ежедневно, потомъ онѣ стали рѣже и въ настоящее время бываютъ приблизительно 1—2 раза въ недѣлю. Мѣсяцевъ 6 назадъ больная стала замѣтно худѣть и блѣднѣть. Мѣсяцъ назадъ появились отеки на лицѣ и въ ногахъ.—Очень слабая, восковоблѣднаго цвѣта. Лицо и вѣки отечны; отечны также и голени до ½. Сердце расширено до срединной линіи, звуки его глухи; на верхушкѣ слышенъ систолическій шумокъ. Подложечная об-

Digitized by Google

ласть при ощупываніи напряжена и болѣзненна. Печень увеличена пальца на 3, плотна, при ощупываніи болѣзненна; поверхность ея гладкая. Небольшая брюшная водянка. Мочи за сутки собрано 800 к. стм., уд. в. 1,008, со слѣдами бѣлка; подъ микроскопомъ въ ней найдены, кромѣ нормальныхъ составныхъ частей, стекловидные цилиндры въ небольшомъ количествѣ, изрѣдка—зернистые. Въ остальномъ ничего ненормальнаго. Распознаны: нефритъ, малокровіе. Въ виду явленій со стороны желудка было изслѣдовано желудочное содержимое, такъ какъ нельзя было исключить возможности существованія рака желудка. Изслѣдованіе это показало: общая кислотность = 2,0; полное отсутствіе свободной соляной кислоты; слабая реакція на молочную кислоту; отсутствіе триптофановой реакціи. Реакція на присутствіе крови по *Weber*'у—отрицательная. *Проба по Salomon'у—отрицательная.* При микроскопическомъ изслѣдованіи въ содержимомъ желудка найдено много энергично двигавшихся простѣйшихъ (именно trichomonas), помимо дрожжевыхъ клѣтокъ, сарцинъ, палочекъ *Oppler*'а. Такимъ образомъ, по химическому изслѣдованію желудочнаго содержимаго имѣлись всѣ признаки, указывавшіе на ракъ желудка; въ пользу этого говорило и присутствіе trichomonas въ немъ. Это послѣднее обстоятельство, по *Cohnheim*'у [19]), съ высокой степенью вѣроятности указываетъ на ракъ желудка, при чемъ простѣйшія нерѣдко являются въ качествѣ перваго и почти точнаго признака этой болѣзни. Одна только проба по *Salomon*'у показала отсутствіе язвенной поверхности въ желудкѣ, и предположеніе о ракѣ желудка, какъ причинѣ малокровія и рвоты, было оставлено; малокровіе было поставлено въ зависимость отъ нефрита, а явленія со стороны желудка признаны мочекровными. Больная вскорѣ скончалась при явленіяхъ наростающаго упадка силъ, и вскрытіе вполнѣ подтвердило эти предположенія. Протоколъ вскрытія *(Л. В. Соболевъ):* Ростъ 148 стм., вѣсъ 45300 грм. Трупъ плохого питанія. средняго сложенія. Ноги и кисти рукъ отечны. На лѣвой кисти съ внутренной стороны имѣется кожный рубецъ, въ гривенникъ; кожа въ этомъ мѣстѣ надъ подлежащей ладьевидной костью слабо подвижна. Твердая мозговая оболочка умѣренно напряжена, блѣдна; въ остальномъ безъ особыхъ измѣненій. При выниманіи мозга изъ полости черепа освободилось дов. много прозрачной, сывороточной жидкости. Твердая мозговая оболочка отъ основанія черепа отдѣляется легко; мягкія блѣдны, малокровны, отъ мозга отдѣляются легко, при этомъ рвутся. Хороидныя сплетенія слегка зернисты. Полости боковыхъ желудочковъ слегка растянуты, содержатъ прозрачную, сывороточную жидкость. Вещество мозга отечно, малокровно; большіе мозговые узлы, мозжечекъ и продолговатый мозгъ безъ особыхъ измѣненій. Въ околосердечной сумкѣ около 200 к. стм. прозрачной, сывороточной жидкости. Сердце свободно; длина и поперечный размѣръ по 10 стм.; полости сердца содержатъ жидкую кровь и безцвѣтные и красные сгустки въ небольшомъ количествѣ; внутренній листокъ околосердія мѣстами слегка утолщенъ въ видѣ сухожильныхъ пятенъ; полость праваго желудочка расширена; заслонки и отверстія безъ измѣненій; окружность легочной артеріи надъ заслонками 68, аорты 62 млм.; 2-створчатая заслонка утолщена по краю; сосочковыя мышцы и перекладины утолщены; сухожильныя нити утолщены, нѣсколько укорочены; лѣвое предсердіе-желудочковое отверстіе свободно пропускаетъ 2 пальца; заслонки и внутренняя оболочка аорты безъ особыхъ измѣненій; эндокардій слегка мутенъ; мышца сердца дряблая, блѣдная, съ слегка буроватымъ оттѣнкомъ; толщина стѣнокъ лѣваго желудочка около 9, праваго около 2 млм. Въ полости правой плейры около 400 к. стм. прозрачной, сывороточной жидкости. Правое легкое сращено съ грудной клѣткой старыми ложными перепонками, объемисто; плейра, за исключеніемъ упомянутыхъ мѣстъ сращеній, гладкая, блеститъ; вещество легкаго малокровно, отечно; съ поверхности разрѣза стекаетъ дов. много пѣнистой жидкости. Слизистая оболочка бронховъ покрыта жидкою слизью, блѣдна. Бронхіальныя железы увеличены, чернаго цвѣта. Лѣвое легкое свободно; съ поверхности разрѣза его соскабливается и стекаетъ слегка окрашенная въ красноватый цвѣтъ жидкость, содержащая незначительное количество пузырьковъ воздуха; въ остальномъ оно такое-же, какъ и правое. Въ полости брюшины около 800 к. стм. прозрачной, сывороточной жидкости; брюшина гладка, прозрачна, блестяща, значительныхъ сращеній нѣтъ. Селезенка 13×6×4 стм.; сумка ея мѣстами фиброзно утолщена, напряжена; мякоть темнокрасная, соскабливается въ дов. большомъ количествѣ; перекладины ясно замѣтны; фолликулы слегка увеличены. Печень 26×18×11 и 8 стм.; сумка мѣстами утолщена, мѣстами сращена съ грудобрюшной преградой; поверхность въ общемъ гладкая; край острый; вещество печени блѣдно; рисунокъ ясно выраженъ; центральныя части долекъ блѣдножелтоватаго цвѣта, по периферіи—краснаго. Желчный пузырь слегка растянутъ, содержитъ жидкую желчь. Желчные протоки проходимы. Слизистая оболочка желудка гладка, малокровна, слегка утончена. 12-перстная кишка содержитъ слегка окрашенную въ желтый цвѣтъ слизь. Поджелудочная железа блѣдная. Надпочечники нормальной величины, безъ видимыхъ измѣненій. Сумки почекъ снимаются легко; лѣвая почка 9,6 и 2,5 стм.; поверхность ея изрыта вслѣдствіе присутствія неправильной формы втягиваній красноватаго цвѣта; вещество почки блѣдножелтаго цвѣта, плотно; границы корковаго слоя незамѣтны; слизистая оболочка *лоханки* блѣдная; на ней замѣтны небольшой величины (въ маковое зерно) узелки, какъ-бы наполненные прозрачной жидкостью (кисты?). На слизистой оболочкѣ мочеточника такіе-же узелки въ небольшомъ количествѣ; мочеточникъ не растянутъ, безъ особыхъ измѣненій въ остальномъ. Правая почка нѣсколько увеличена—13,6 и 3,5 стм.; сумка снимается легко; поверхность въ общемъ гладкая: на ней замѣтно лишь немного небольшихъ втягиваній, сходныхъ съ таковыми-же лѣвой почки; корковое вещество ясно различается; слизистая оболочка лоханки и мочеточника безъ особыхъ измѣненій. Мочевой пузырь растянутъ мутной мочей. Матка нормальной величины; стѣнки ея плотны, рѣжутся съ извѣстнымъ насиліемъ; полость тѣла и шейки, равно какъ и слизистая оболочка, безъ особыхъ измѣненій. Трубы извиты, слегка растянуты, содержатъ желтоватую, прозрачную слизь. Яичники также окружены сращеніями. Слизистая оболочка прямой и вообще толстыхъ кишекъ безъ особыхъ измѣненій. Тонкія кишки блѣдны, малокровны, одиночные фолликулы увеличены. Брызжеечныя железы слегка увеличены, на разрѣзѣ блѣдны; забрюшинныя и паховыя железы представляютъ сходныя измѣненія. Внутренняя оболочка грудной и брюшной аорты безъ особыхъ измѣненій, равно какъ и внутренняя оболочка правыхъ бедренной и большой подкожной (v. saphena) венъ. Костный мозгъ бедренной кости темно-краснаго цвѣта. Вѣсъ мозга 1250, сердца 250, праваго легкаго 600, лѣваго 550, печени 1650, селезенки 150, почки правой 170, лѣвой 140 грм. Эпикризъ: общее малокровіе; отекъ мозга, легкихъ и подкожной жировой клѣтчатки ногъ; расширеніе и бурая атрофія сердца; гиперплязія селезенки; хроническій межуточный нефритъ, преимущественно слѣва; хроническій периметритъ.

4.

На основаніи таблицы и вышеприведенныхъ исторій болѣзни, мнѣ кажется, можно придти къ слѣдующимъ выводамъ:

1. Въ противоположность мнѣнію *Erdmann*'а и *Winternitz*'а, триптофановая реакція встрѣчается также и при доброкачественныхъ страданіяхъ желудка: такъ, на 29 случаевъ (сл. 13—41) у моихъ больныхъ реакція эта была найдена 2 раза при хроническомъ катаррѣ желудка и 2 раза натощакъ при расширеніи желудка доброкачественнаго происхожденія; въ послѣднихъ 2-хъ случаяхъ послѣ пробнаго завтрака съ предварительнымъ промываніемъ желудка съ вечера получить реакціи уже было нельзя.

2. Триптофановая реакція при ракѣ желудка встрѣчается сравнительно чаще, чѣмъ при доброкачественныхъ страданіяхъ его; тѣмъ не менѣе какого-нибудь патологическаго значенія для рака желудка она имѣть не можетъ. Въ этомъ отношеніи гораздо болѣе цѣнное значеніе имѣютъ отсутствіе соляной кислоты и присутствіе молочной; такъ, на 12 случаевъ рака желудка съ расширеніемъ и безъ расширенія его отсутствіе соляной кислоты наблюдалось 10 разъ, молочная кислота была обнаружена 11 разъ, тогда какъ триптофановая реакція—только 4 раза, и то въ 2-хъ случаяхъ (въ 7 и 9) только натощакъ; послѣ же пробнаго завтрака съ предварительнымъ промываніемъ желудка съ вечера ея не получилось. Такимъ образомъ присутствіе триптофановой реакціи при ракѣ желудка составляетъ чисто случайную находку. Выводы эти вполнѣ согласны съ выводами *Glaessner*'а и *Volhard*'а.

3. Въ промывныхъ водахъ, добытыхъ изъ желудка натощакъ по способу *Salomon*'а, не встрѣчается бѣлка ни при здоровомъ состояніи желудка (сл. 42, 43), ни въ патологическихъ случаяхъ доброкачественнаго происхожденія; мнѣ, по крайней мѣрѣ, не удалось найти бѣлка во всѣхъ случаяхъ гастрита, атоніи желудка, гастральгій, нервнаго неваренія и т. д.

4. При ракѣ желудка, неосложненномъ расширеніемъ его, во всѣхъ моихъ случаяхъ (сл. 1—6) получился ясный осадокъ бѣлка до $^{1}/_{2}\,^{0}/_{00}$ по *Esbach*'у. Признакъ этотъ, такимъ образомъ, является весьма цѣннымъ при распознаваніи рака желудка, особенно если опухоль бываетъ расположена на мѣстахъ, недоступныхъ или трудно доступныхъ нашему осязанію, напр., на малой кривизнѣ. Эти случаи, какъ извѣстно, наиболѣе трудны для распознаванія, особенно при сохранившемся еще питаніи больного (см. напр., исторію болѣзни № 1), ибо соляной кислоты можетъ не быть и молочная можетъ быть и при хроническомъ гастритѣ, ахоліи доброкачественной и т. д.; гноя, кусочковъ опухоли и т. д. можетъ не быть даже при завѣдомомъ ракѣ желудка. Въ этихъ случаяхъ положительный или отрицательный результатъ пробы по *Salomon*'у укажетъ намъ на присутствіе или отсутствіе просачиванія кровяной сыворотки въ желудокъ resp. язвенной поверхности и такимъ образомъ даетъ точку опоры для распознаванія (см. исторіи болѣзни № 1 и № 5).

5. При ракѣ привратника съ расширеніемъ желудка и

Digitized by Google

вообще при расширеніи желудка примѣненіе пробы по *Salomon*'у очень затруднительно, ибо весьма трудно промыть желудокъ такъ, чтобы онъ на слѣдующее утро оказался безусловно чистымъ. Изъ 6 случаевъ рака привратника съ расширеніемъ желудка мнѣ удалось получить положительный результатъ только 1 разъ, въ остальныхъ-же случаяхъ всегда на слѣдующее утро въ желудкѣ натощакъ оказывалось еще содержимое.

6. Признакъ *Salomon*'а весьма цѣненъ въ тѣхъ случаяхъ, когда на ряду съ явленіями хроническаго гастрита или въ области желудка, или по сосѣдству съ нимъ прощупывается опухоль. Отрицательный результатъ пробы по *Salomon*'у укажетъ на отсутствіе язвенной поверхности въ желудкѣ, слѣд. на принадлежность опухоли къ другимъ органамъ брюшной полости (см. исторію болѣзни № 2).

7. При ракѣ печени тотъ или иной результатъ пробы по *Salomon*'у можетъ указать на присутствіе или отсутствіе первичнаго гнѣзда въ желудкѣ и такимъ образомъ можетъ направить распознаваніе на истинный путь (см. исторіи болѣзни №№ 3 и 4).

8. При круглой язвѣ желудка (хронической), по видимому, получаются отрицательные результаты при примѣненіи пробы по *Salomon*'у. Впрочемъ, соотвѣтственныхъ случаевъ у меня было очень мало, чтобы утверждать это съ положительностью.

Конечный выводъ изъ всего сказаннаго можно сдѣлать тотъ, что способъ, предложенный *Salomon*'омъ, представляетъ значительный шагъ впередъ въ дѣлѣ распознаванія желудочныхъ заболѣваній.

Въ заключеніе считаю своимъ пріятнымъ долгомъ принести свою искреннюю благодарность глубокоуважаемымъ проф. *В. Н. Сиротинину* и ассистенту 2-го терапевтическаго отдѣленія (1-й его половины) *Г. Г. Ликуди* за любезное разрѣшеніе пользоваться матеріаломъ завѣдываемыхъ ими клиникъ.

---

Когда моя работа была уже закончена, въ печати появилось сообщеніе *Sigel*'я [20], касающееся того-же самаго вопроса. *Sigel* тоже приходитъ къ заключенію, что триптофановая реакція не имѣетъ никакого значенія: въ 15 случаяхъ рака желудка онъ нашелъ ее только 2 раза, а въ 20 случаяхъ круглой язвы желудка только 1 разъ. Пробу-же по *Salomon*'у онъ тоже признаетъ цѣннымъ признакомъ для распознаванія рака желудка: положительный результатъ получился во всѣхъ изслѣдованныхъ имъ въ этомъ направленіи 7 случаяхъ. Что касается круглой язвы желудка, то здѣсь результаты вышли неопредѣленные: изъ 5 случаевъ въ 4 получились слѣды бѣлка, а въ 1 результатъ былъ отрицательный, такъ что какого-нибудь значенія для отличительнаго распознаванія рака желудка отъ круглой язвы его проба по *Salomon*'у имѣть не можетъ: необходима совокупность нѣсколькихъ признаковъ. Что касается остальныхъ страданій желудка, то у *Sigel*'я при хроническихъ гастритахъ только изрѣдка получался бѣлокъ, да и то въ видѣ слѣдовъ; болѣе-же значительныхъ количествъ бѣлка, которыя и имѣютъ главнымъ образомъ распознавательное значеніе ему, какъ и *Salomon*'у и мнѣ, ни разу наблюдать не удалось. Въ заключеніе *Sigel* тоже высказываетъ, что признакъ *Salomon*'а представляетъ значительный шагъ впередъ въ дѣлѣ распознаванія болѣзней желудка.

**Литература**: 1. *Reichmann*. «Berliner klinische Wochenschrift», 1902, № 31. — 2. *А. П. Фавицкій*. «Русскій Врачъ», 1904. № 15. — 3. *Boas*. Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten, ч. II, 1901. — 4. Прив. по *Boas*'у.—5. *Neumeister*. «Zeitschrift für Biologie», XXVI. — 6. *Stadelmann*. Тамъ-же, № F. 8, 1890.—7. Прив. по *Stadelmann*'у.—8. Прив. по *Glaessner*'у. «Berliner klinische Wochenschrift», 1903, № 26.—9. *Erdmann* und *Winternitz*. «Münchener medicinische Wochenschrift», 1903, № 23.—10. *Neumeister*. Учебникъ физіологической химіи. Русс. перев., изд. 1900 г.—11. *Winternitz*. «Zeitschrift für physiologische Chemie», т. XVI.—12. *Malfatti*. Тамъ-же, т. XXXI.—13. *Glaessner*. «Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie», т. I. — 14. *Volhard*. «Münchener medicinische Wochenschrift», 1903, № 49. — 15. Прив. по *Malfatti*. — 16. *Glaessner* см. 8. — 17. *Salomon*. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1903, № 31.—18. *Э. И. Певзнеръ*. «Труды факультетской терапевтической клиники Московскаго Университета», 1904 г.—19. *Cohnheim*. «Deutsche medicinische Wochenschrift», 1903, №№ 12, 13 и 14.—20. *Sigel*. «Berliner klinische Wochenschrift», 1904, №№ 12, 13.

---

CI. Изъ патолого-анатомическаго Института проф. Н. М. Любимова при Казанскомъ Университетѣ.

## О патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ паренхиматозныхъ органовъ при дѣйствіи на нихъ гепатолитической сыворотки.

**А. В. Сивре.**

**(Предварительное сообщеніе).**

Опыты *Bordet*, *Belfanti* и *Carbone* съ гэмолизинами открыли новую область въ біологіи; по ихъ пути пошло много ученыхъ во главѣ съ *И. И. Мечниковымъ* и *Ehrlich*'омъ. Вслѣдъ за гэмолизинами были открыты и другіе клѣточные яды (цитотоксины): лейкотоксинъ (*Мечниковъ, Безредка, Funck, Delezenne* и *Гладинъ*), трихотоксинъ (*v. Dungern*), спермотоксинъ (*Landsteiner, Мечниковъ, Метальниковъ, Moxter, Лондонъ*), нейротоксинъ (*Delezenne, Пиронэ*), нефротоксинъ (*Линдеманъ, Нефедьевъ*), гепатотоксинъ (*Delezenne, Deutsch*) и тиреотоксинъ (*Маньковскій* и *Гончаруковъ*). Всѣ эти авторы добывали специфическія сыворотки, и только *Студенскій* и *Schütze* получили отрицательные результаты при своихъ опытахъ.

Съ 1902 г., по предложенію проф. *Н. М. Любимова*, я занялся вопросомъ о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ различныхъ органахъ животныхъ, которымъ впрыскивалась гепатолитическая сыворотка. Работа эта была предпринята потому, что изслѣдователи, изучавшіе гепатолитическую сыворотку (*Delezenne, Deutsch*), лишь установили специфичность ея дѣйствія, а не старались различными способами обнаружить подробности этого дѣйствія. Да и вообще, слѣдя за изслѣдованіями авторовъ, интересовавшихся дѣйствіемъ специфическихъ сыворотокъ на различные соотвѣтственные органы, можно видѣть, что они, старательно изучая причину дѣйствія сыворотки, мало удѣляли вниманія тѣмъ измѣненіямъ, которыя получались въ органахъ подвергаемыхъ опыту животныхъ. Несомнѣнно, что въ области ученія о клѣточныхъ ядахъ нельзя удовлетвориться краткими патолого-анатомическими данными; патолого-анатомическій отдѣлъ по этому вопросу долженъ быть разработанъ возможно подробнѣе; поэтому, работая съ гепатотоксинами, я употреблялъ различные способы фиксажа и окраски и останавливалъ свое вниманіе на подробностяхъ дѣйствія гепатолитической сыворотки.

Принимая во вниманіе, что, впрыскивая эмульсію изъ такого сложнаго органа, какъ печень, мы приготовляемъ сыворотку, дѣйствующую противъ многихъ химическихъ веществъ, входящихъ въ составъ печени, мы, конечно, должны искать измѣненій не только въ печени, но и въ другихъ органахъ. Разумѣется, наибольшія измѣненія слѣдуетъ ожидать въ печени; но имѣются ткани, въ составъ которыхъ входятъ вещества, находящіяся въ печени; поэтому я не ограничивался изслѣдованіемъ одной печени, но слѣдилъ за измѣненіями и въ другихъ органахъ.

Поставивъ 6 серій опытовъ, я пришелъ прежде всего къ тому заключенію, что гепатолитическая сыворотка безусловно специфична, но она крайне непостоянна въ своемъ дѣйствіи и довольно быстро теряетъ свойство производить характерныя измѣненія въ органахъ подвергаемыхъ опыту животныхъ. *Nolf* предполагаетъ, что алексины—не протеолитическія бродила, и что красныя кровяныя тѣльца отъ дѣйствія алексиновъ растворяются такъ-же, какъ и отъ дѣйствія химическихъ веществъ. Наблюдая при своихъ опытахъ такія парадоксальныя явленія, что сыворотка въ меньшихъ дозахъ вызывала болѣе быструю смерть и болѣе рѣзкія измѣненія органовъ, чѣмъ въ дозахъ большихъ, я скорѣе склонялся принять ученіе проф. *И. И. Мечникова* и смотрѣть на дѣйствіе цитолитической сыворотки, именно какъ на ферментативное. Не буду останавливаться подробно на свойствахъ сыворотокъ: это уже довольно хорошо изучено другими; моя задача—описать измѣненія въ органахъ подвергаемыхъ опыту животныхъ.

Впрыскивая различныя количества гепатолитической сыворотки, я отыскалъ смертельное количество ея. Вели-

чина эта была очень непостоянна, но какъ она сама, такъ и близкія къ ней вызывали различныя измѣненія въ органахъ животныхъ совершенно по одному и тому-же типу.

Опыты я ставилъ, при соблюденіи строгой асептики, въ 2-хъ направленіяхъ: 1) впрыскивалось смертельное количество сыворотки, и, когда животное падало, органы его вынимались, фиксировались въ жидкостяхъ *Altmann*'a, *Flemming*'a, въ сулемѣ, спиртѣ и въ формалинѣ и затѣмъ изслѣдовались; 2) впрыскивая наибольшія несмертельныя количества и убивая животныхъ уколомъ въ продолговатый мозгъ, я старался прослѣдить постепенное дѣйствіе гепатолитической сыворотки. Во всѣхъ опытахъ измѣненія получались совершенно по одному и тому-же типу.

Макроскопическія измѣненія состояли въ томъ, что у животныхъ, погибшихъ быстро послѣ впрыскиванія сыворотки въ брюшную полость, печень оказывалась дряблой, полнокровной. Сердце было переполнено жидкой кровью. Селезенка не была увеличена; сумка ея была умѣренно напряжена; паренхима темно-краснаго цвѣта, умѣренно плотна, *Malpighi*'евы тѣльца рѣзко выдѣлялись въ видѣ болѣе свѣтлыхъ зеренъ. Почки имѣли желтоватое корковое вещество и темно-красныя пирамиды; сумка ихъ снималась легко. Поперечно-полосатыя мышцы передней брюшной стѣнки мѣстами представлялись болѣе свѣтлыми, сухими. Въ полости брюшины всегда находился сывороточно-фибринозный выпотъ, не содержавшій никакихъ бактерій. Если животное было убито черезъ нѣсколько недѣль, то печень представлялась измѣненной формы: она имѣла закругленные края, была срощена съ окружающими частями и имѣла неравномѣрный темнокоричневый цвѣтъ; другіе органы при этомъ особыхъ измѣненій не представляли.

При микроскопическомъ изслѣдованіи наибольшія измѣненія оказались въ печени. Здѣсь можно наблюдать, какъ печеночныя клѣтки подъ вліяніемъ специфической сыворотки начинаютъ набухать; окраска ихъ становится свѣтлѣе; протоплазма начинаетъ какъ-бы таять: сначала мы видимъ ее въ большомъ количествѣ, затѣмъ отъ нея остаются грубыя зерна и нити, постепенно уменьшающіяся (рис. 1, в), и, наконецъ, вся клѣтка представляется прозрачной, безцвѣтной, съ ясно очерченными границами; въ ней плаваетъ рѣзко очерченное ядро (рис. 3). Ядра печеночныхъ клѣтокъ испытываютъ рядъ совершенно аналогичныхъ измѣненій: ихъ вещество постепенно разрѣжается, окраска становится свѣтлѣе, и въ концѣ концовъ отъ ядра остается прозрачный пузырекъ, плавающій въ клѣткѣ. Правильной вакуолизаціи нигдѣ замѣтить нельзя. Послѣ этихъ измѣненій клѣтка начинаетъ сморщиваться, ядро совершенно исчезаетъ; наконецъ, и клѣточная оболочка, которая всего болѣе сопротивлялась дѣйствію сыворотки, распадается.

Таковъ типъ измѣненій клѣтки; его нельзя подвести ни подъ одинъ изъ извѣстныхъ намъ типовъ перерожденія и некроза, здѣсь происходитъ какое-то раствореніе или выщелачиваніе протоплазмы и ядра. Проф. *И. И. Мечниковъ*, наблюдая перевариваніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ внутри бѣлыхъ, описываетъ именно такой типъ измѣненій, и въ его наблюденіяхъ периферическій слой ядра и оболочка краснаго кровяного тѣльца всего дольше сопротивлялись дѣйствію переваривающихъ бродилъ. На основаніи всего этого я въ правѣ утверждать, что въ упо-

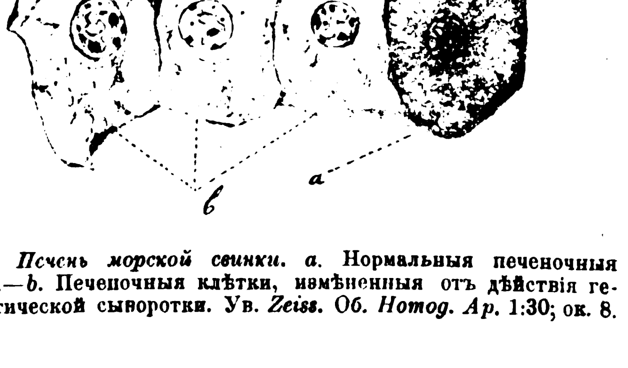



Рис. 1. *Печень морской свинки. a.* Нормальныя печеночныя клѣтки.—*b.* Печеночныя клѣтки, измѣненныя отъ дѣйствія гепатолитической сыворотки. Ув. *Zeiss.* Об. *Homog. Ap.* 1:30; ок. 8.

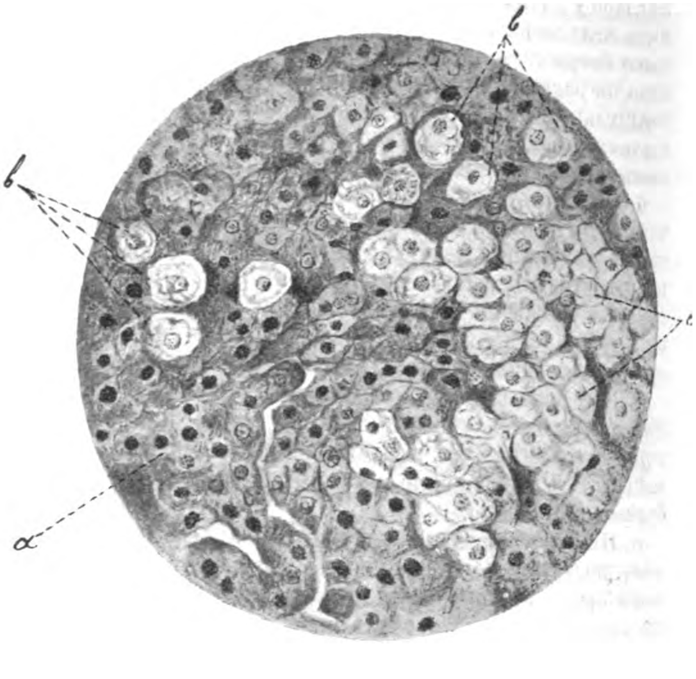



Рис. 2. *Печень морской свинки. a.* Нормальныя печеночныя клѣтки —*b.* Печеночныя клѣтки съ явленіями цитолиза подъ вліяніемъ гепатолитической сыворотки.—*c.* Группы измѣненныхъ печеночныхъ клѣтокъ гепатолитической сывороткой. Ув. *Leitz.* Об. 6; ок. 4.

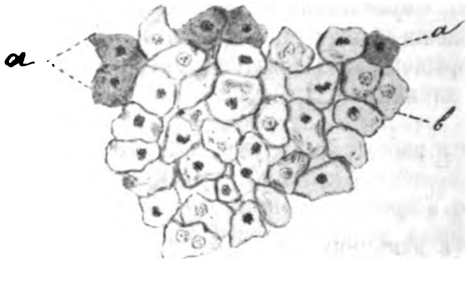



Рис. 3. *Печень морской свинки. a.* Нормальныя печеночныя клѣтки.—*b.* Печеночныя клѣтки съ сильно выраженнымъ цитолизомъ подъ вліяніемъ гепатолитической сыворотки. Ув. *Leitz.* Об. 6, ок. 4.

треблявшейся мною гепатолитической сывороткѣ находилось такое-же вещество, какое выдѣляютъ бѣлыя тѣльца при непосредственномъ перевариваніи ими различныхъ клѣтокъ; это вещество, приходя въ соприкосновеніе съ клѣтками печени, производило на нихъ свое протеолитическое дѣйствіе.

Въ противуположность д-ру *Линдеману*, отмѣтившему лишь измельченіе почечныхъ эпителіальныхъ клѣтокъ и ихъ вакуолизацію, д-ръ *Нефедьевъ* получилъ измѣненія клѣтокъ по тому-же типу, какъ и я, но онъ описалъ ихъ не достаточно подробно.

Описанныя измѣненія въ печеночныхъ клѣткахъ наблюдаются не сплошь во всей печени, а лишь островками, и рядомъ съ совершенно нормальными клѣтками встрѣчаются и рѣзко измѣненныя (рис. 2). Тамъ, гдѣ печень подверглась болѣе сильному измѣненію, можно видѣть цѣлыя группы долекъ въ послѣдней стадіи цитолиза; ткань имѣетъ видъ сѣтки, въ петляхъ которой плаваютъ различнаго вида и цвѣта ядра (рис. 3). Жирового перерожденія во всѣхъ своихъ опытахъ я нигдѣ не встрѣчалъ. *Kupfer*'овскія клѣтки мало измѣнялись. Капилляры и вообще кровеносные сосуды были рѣзко гиперемированы тамъ, гдѣ характерныя измѣненія со стороны печеночныхъ клѣтокъ только еще начинались; гдѣ-же клѣтки были измѣнены въ большемъ числѣ, тамъ можно было отмѣтить сдавленіе капилляровъ—анемію. Эпителій желчныхъ протоковъ измѣнялся по тому-же типу, какъ и печеночныя клѣтки.

Кромѣ измѣненій въ печени при своихъ опытахъ мнѣ приходилось наблюдать измѣненія и въ другихъ органахъ. Въ почкахъ можно было отмѣтить бѣлковое перерожденіе нѣкоторыхъ клѣтокъ эпителія извитыхъ канальцевъ; въ

Digitized by Google

селезенкѣ—гиперемію и отложеніе бураго пигмента въ большомъ количествѣ; въ сердцѣ видна была только продольная исчерченность, а поперечная совершенно была затушевана; капилляры между волокнами сердца были сильно гиперемированы. Что касается поперечно-полосатыхъ мышцъ, то въ нихъ я наблюдалъ рѣзкія измѣненія: волокна ихъ сильно набухали, становились однородными, напоминая то состояніе, какое бываетъ при *Zenker*'овскомъ перерожденіи.

Продолжая изучать въ подробностяхъ измѣненія органовъ при дѣйствіи на нихъ гепатолитической сыворотки, я обратилъ свое вниманіе среди другихъ способовъ окраски на способъ *Altmann*'а. Способъ этотъ, примѣненный многими авторами (*Полъновъ, Карауловъ* и др.), я считаю хорошимъ реактивомъ на измѣненную протоплазму; жидкость *Altmann*'а съ послѣдующей его окраской является тонкимъ реактивомъ, отмѣчающимъ самыя раннія стадіи отступленія клѣтокъ отъ нормальной жизни (*Порошинъ, Карауловъ, Сивре* и др.). Тамъ, гдѣ въ моихъ опытахъ печеночныя клѣтки при другихъ способахъ изслѣдованія представлялись, почти неизмѣненными, на препаратахъ, обработанныхъ по способу *Altmann*'а, въ нихъ уже была замѣтна неправильность въ расположеніи зернышекъ (granula) и измѣненіе въ ихъ величинѣ: такъ, нѣкоторыя изъ зернышекъ становятся болѣе крупными. Чѣмъ дальше идетъ процессъ цитолиза, тѣмъ меньше остается зернышекъ въ протоплазмѣ. Тамъ, гдѣ на препаратахъ, обработанныхъ, напр., по *Flemming*'у, я видѣлъ печеночныя клѣтки, состоявшія только изъ оболочекъ и ядра, зернышки *Altmann*'а оказывались сохранившимися только по окружности клѣтки, остальная-же часть клѣтки, болѣе центральная, представлялась прозрачной, безцвѣтной, или окрашенной въ сплошной желтоватый цвѣтъ. Наконецъ, замѣчалось и выхожденіе зернышекъ изъ остатковъ клѣтки—ея полный распадъ. Въ сердцѣ наблюдается также неправильное расположеніе зернышекъ—разнообразіе ихъ величины; во многихъ волокнахъ зернышки представляются не 4-угольными, какъ это бываетъ обычно, но яйцевидной формы и круглыми. Въ почкахъ зернышки *Altmann*'а измѣнены въ своей величинѣ и расположеніи такъ, какъ это наблюдается при бѣлковомъ перерожденіи.

И такъ, на основаніи своихъ изслѣдованій я пришелъ къ слѣдующему заключенію:

1) гепатолитическая сыворотка специфична;

2) подъ вліяніемъ гепатолитической сыворотки протоплазма и ядро печеночныхъ клѣтокъ растворяются по тому типу, какой наблюдалъ проф. *И. И. Мечниковъ* при перевариваніи красныхъ кровяныхъ тѣлецъ бѣлыми;

3) гепатолитическая сыворотка вліяетъ не только на одну печень, но и на другіе органы, производя въ нихъ рядъ дегенеративныхъ измѣненій.

Болѣе подробныя результаты изслѣдованій будутъ вскорѣ мною описаны.

**Литература**: Ч. пр. *Студенскій*. Къ вопросу о цитотоксинахъ. «Извѣстія В.-Медицинской Академіи», 1902 г., № 1.—*Bordet*. Sur l'agglutination et la dissolution des globules rouges par le sérum d'animaux injectés de sang défibriné. «Annales de l'Institut *Pasteur*». 1898.—*Belfanti* et *Carbone*. Прив. по *И. И. Мечникову*. Sur les cytotoxines. Тамъ-же. 1900.—*Ehrlich P.* und *Morgenroth J.* Zur Theorie der Lysinwirkung. «Berliner klin. Wochenschrift. 1899.—*И. И. Мечниковъ*. 1. Sur les cytotoxines. «Annales de l'Institut *Pasteur*», 1900. 2. Recherches sur l'inflammation de l'org. sur les toxines. Sur la sperm. et l'antisperm. Тамъ-же, 1900. 3. L'immunité dans les maladies infect. 1901.—*Онъ-же*. Клѣточные яды (цитотоксины) «Русскій Архивъ патологіи» и пр. 1901.—*Онъ-же* и *Безрѣдка*. Recherches sur l'action de l'hémot. sur l'homme. «Annales de l'Institut *Pasteur*», 1900.—*Funck*. Das antileuc. Serum. «Centralblatt f. Bacteriologie», 1900.—*Delezenne*. 1. Contr. à l'étude des sér. antileuc. Comptes rendus de l'Academie des Sciences», 1900. 2. Mode d'action des sér. antileuc. Тамъ-же, т. CXXX. 3. Sérum antihépatique. Тамъ-же, т. CXXXI. *Гладинъ*. Къ вопросу о лейк. сыворотки. «Извѣстія В.-Медицинской Академіи», 1901. — *v. Dungern*. «Münchener med. Wochenschrift», 1899. *Пиронэ*. Къ вопросу о нейролизинахъ. «Архивъ біологическихъ наукъ», т. X, № 1. *Нефедьевъ*. Sérum néphrotoxique. «Annales de l'Institut *Pasteur*», 1900.—*Nolf*. Le mécan. de la globulolyse. Тамъ-же, 1900.—*Lindemann*. Sur le mode d'action de cert. pois. rénaux. Тамъ-же, 1900.—*Метальниковъ*. Etude sur la spermotox. Тамъ-же, 1900.—*Лондонъ*. 1. Къ ученію о гэмолизинахъ. «Архивъ біологическихъ наукъ», т. VIII. 2. Къ ученію о сперматолизинахъ. Тамъ-же, т. IX.—*Moxter*. Ueber ein specif. Immunser. gegen Sperm. «Deutsche med. Wochenschrift», 1900.—*Маньковскій*. Къ вопросу о клѣточныхъ ядахъ и пр. «Русскій Архивъ патологіи», т. XIV.—*Deutsch*. Sur le sérum antihépatique. «Comptes rendus du Congrès int. de médicine, 4 августа 1900.—*Польновъ*. Казанская диссертація, 1901 г.—*Порошинъ*. Тоже, 1899 г.—*Карауловъ*. Тоже, 1900 г.—*Сивре*. Сравнительно-морфологическое изслѣдованіе паренхиматозныхъ органовъ при перегрѣваніи и отравленіи животныхъ дифтерійнымъ токсиномъ. Казань, 1899.

---

## Наблюденія надъ бѣлыми шариками при брюшномъ тифѣ и при нѣкоторыхъ осложненіяхъ его.

**В. Ф. Петрова.**

(*Окончаніе. См. № 23, стр. 846*).

Такимъ образомъ я представляю матеріалъ изъ 50 случаевъ брюшного тифа, въ которыхъ сдѣлано изслѣдованіе крови, большею частью повторное и при весьма различныхъ условіяхъ, что̀ дозволяетъ сдѣлать и выводы. Изъ вышеприведенной таблицы видно, что въ сл. 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, въ которыхъ сдѣлано счисленіе бѣлыхъ тѣлецъ не позже 1-й недѣли отъ начала заболѣванія, число ихъ превышаетъ среднюю физіологическую норму (7000) и колеблется у разныхъ лицъ между 9000—14000 въ к. млм. Только въ сл. 30 на 7-й день болѣзни было ихъ 5810 въ 1 к. млм., т. е. немного ниже физіологической нормы. Такимъ образомъ изъ 8 случаевъ наблюденія въ 1-ую недѣлю болѣзни въ 7 былъ небольшой лейкоцитозъ, а въ 1—гиполейкоцитозъ. Большинство, а именно 4 изъ этихъ 7 случаевъ, протекали дов. тяжело, 1 случай былъ легкій, а 2 окончились смертью на 16-й день болѣзни вслѣдствіе воспалительнаго процесса въ корковомъ слоѣ головного мозга. Случай съ гиполейкоцитозомъ клинически характеризовался какъ тяжелый, что̀, вѣроятно, и обусловливало уже съ первыхъ дней уменьшеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ. Далѣе въ сл. 3, 4, 5, 6, 8, 11, 14, 28, 33, въ которыхъ наблюденіе велось въ теченіи 2-й недѣли болѣзни, число бѣлыхъ тѣлецъ превышало физіологическую норму и колебалось у разныхъ лицъ между 9000—16000 въ 1 к. млм.; въ сл. 2, 9, 10, 12, 15, 18, 19, 35 число бѣлыхъ тѣлецъ въ теченіи 2-ой недѣли брюшного тифа было въ предѣлахъ средней физіологической нормы, а сл. 13, 17, 20, 21, 22, 23, 31, 32, 36, 37, 39, 42 на 2-ой недѣлѣ болѣзни отличались гиполейкоцитозомъ, при чемъ колебанія у разныхъ лицъ были между 4000 и 6000 въ 1 к. млм. И такъ, вся группа наблюденій на 2-ой недѣлѣ обнимаетъ 10 случаевъ съ гиперлейкоцитозомъ, 8 съ нормальнымъ числомъ бѣлыхъ тѣлецъ и 12 съ гиполейкоцитозомъ. Клинически случаи съ гиперлейкоцитозомъ характеризовались—1 какъ легкій, 7 какъ средней тяжести, 1 какъ тяжелый, а 1 окончился смертью; между случаевъ съ нормальнымъ числомъ бѣлыхъ тѣлецъ 5 было средней тяжести, 2 тяжелыхъ и 1 смертельный; изъ протекавшихъ съ гиполейкоцитозомъ 1 былъ средней тяжести, 7 тяжелыхъ и 4 смертельныхъ. Изъ сказаннаго можно заключить, что тяжесть заболѣванія, то или другое теченіе болѣзни отзывается на реакціи крови на зараженіе, что есть извѣстный параллелизмъ между тяжестью страданія организма и степенью напряженія защитительной реакціи, обусловливающей то или другое перенесеніе болѣзни и тотъ или другой исходъ борьбы между организмомъ и бактеріальнымъ началомъ. По поводу соотношенія между тяжестью зараженія и числомъ бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. млм. при брюшномъ тифѣ подробнѣе будетъ сказано ниже; пока-же ограничусь замѣчаніемъ, что тяжесть зараженія понижаетъ величину лейкоцитоза и вызываетъ нерѣдко гиполейкоцитозъ.

Далѣе слѣдуетъ разсмотрѣть вопросъ о числѣ бѣлыхъ тѣлецъ въ 1 к. млм. на 3-ей, 4-ой, 5-ой и 6-й недѣляхъ болѣзни, т. е. до спаденія лихорадки. Изъ таблицы видно, что въ чистыхъ случаяхъ брюшного тифа, независимо отъ осложненій, въ указанный періодъ болѣзни въ сл. 2, 11, 13 и 15 былъ умѣренный лейкоцитозъ, колебавшійся у разныхъ лицъ между 9000—11000 бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. млм.; въ сл. 3, 6, 13, 17, 18, 26 было средне-нормальное число бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. млм., а въ сл. 3, 4, 9,

Digitized by Google

17, 19, 26, 29, 30, 32, 41 и 42 былъ гиполейкоцитозъ, причемъ число бѣлыхъ шариковъ въ 1 к. млм. колебалось между 3000 и 6000. Слѣд., 4 случая съ умѣреннымъ гиперлейкоцитозомъ клинически характеризовались, какъ случаи средней тяжести; изъ случаевъ съ нормальнымъ числомъ бѣлыхъ тѣлецъ 4 клинически были средней тяжести, а 2 тяжелыхъ; случаи-же съ гиполейкоцитозомъ по припадкамъ относились—3 къ среднимъ и 8 къ тяжелымъ. Приведенное сопоставленіе теченія лейкоцитоза (въ смыслѣ числа бѣлыхъ шариковъ) съ клиническою характеристикою случаевъ позволяетъ принять, что въ разгарѣ брюшного тифа и до конца лихорадочнаго періода тяжесть переносимой болѣзни отзывалась на числѣ бѣлыхъ тѣлецъ въ 1 к. млм. такъ, что наиболѣе тяжелые случаи протекали съ нормальнымъ или пониженнымъ вдвое противъ физіологической нормы числомъ бѣлыхъ шариковъ, а въ наиболѣе легкихъ былъ лейкоцитозъ, хотя и в. умѣренный. Что касается періода выздоровленія, то въ этомъ отношеніи въ таблицѣ имѣются слѣдующія данныя: въ сл. 1, 3, 6, 9, 10, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 32, 34, 41, 42, а всего въ 21 случаѣ въ первые нѣсколько дней выздоровленія былъ гиполейкоцитозъ, въ дальнѣйшемъ болѣе или менѣе скоро смѣнявшійся гиперлейкоцитозомъ. Въ сл. 2, 4, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 28 въ періодѣ выздоровленія былъ гиперлейкоцитозъ. Такимъ образомъ во всѣхъ случаяхъ, гдѣ дѣлалось наблюденіе, въ періодѣ выздоровленія отъ брюшного тифа былъ гиперлейкоцитозъ, чаще 9000—11000 бѣлыхъ тѣлецъ въ 1 к. млм., изрѣдка даже 20000. Гиперлейкоцитозъ въ періодѣ выздоровленія, какъ это видно изъ клиническихъ характеристикъ случаевъ, развивался тѣмъ скорѣе, чѣмъ легче былъ случай; въ случаяхъ тяжкихъ ему предшествовалъ гиполейкоцитозъ, продолжавшійся, очевидно, съ лихорадочнаго періода. Можно думать, что угнетающее лейкоцитозъ вліяніе зараженія въ случаяхъ тяжелыхъ и средней тяжести продолжалось и въ началѣ періода выздоровленія, подобно тому, какъ оно сказывалось иногда въ продолжавшихся сонливости, вялости, отсутствіи позыва на ѣду и даже отвращеніи къ ней. Въ болѣе легкихъ случаяхъ вслѣдъ за исчезаніемъ лихорадки быстро исчезали и болѣзненные припадки, организмъ быстро оправлялся, и число бѣлыхъ шариковъ немедленно-же поднималось выше средней физіологической нормы. Такимъ образомъ и въ періодѣ выздоровленія, какъ и въ началѣ или разгарѣ болѣзни, имѣется параллелизмъ между силою зараженія и числомъ бѣлыхъ тѣлецъ, по которому до нѣкоторой степени можно судить о переносимыхъ и перенесенныхъ вредныхъ вліяніяхъ. Такое отношеніе бѣлыхъ шариковъ крови къ брюшно-тифозному заразному началу важно отмѣтить съ общепатологической точки зрѣнія.

Какъ-же въ цѣломъ протекаетъ лейкоцитная реакція организма на брюшно-тифозную заразу? Выше я изобразилъ отношеніе лейкоцитной реакціи къ 3-мъ періодамъ брюшного тифа—началу болѣзни, разгару ея и выздоровленію. Изъ сопоставленія клинической картины въ отдѣльныхъ случаяхъ можно видѣть, что тѣ изъ нихъ, которые характеризовались, какъ болѣе легкіе, напр., сл. 2, 5, 11, 14, 18, протекали съ небольшимъ лейкоцитозомъ, къ концу лихорадки иногда исчезавшимъ, а въ періодѣ выздоровленія снова появлявшимся. Болѣе тяжелые случаи, напр., 1, 3, 6, 9, 10, 16, протекали въ началѣ заболѣванія съ лейкоцитозомъ, затѣмъ къ концу лихорадки въ нихъ отмѣчалось уже небольшое число бѣлыхъ шариковъ, а въ періодѣ выздоровленія снова развивался умѣренный лейкоцитозъ. Къ сожалѣнію, больные обыкновенно поступали въ больницу очень поздно, почему у многихъ и не удавалось дѣлать наблюденій въ началѣ болѣзни, а приходилось ограничиваться счисленіемъ бѣлыхъ шариковъ въ разгарѣ болѣзни и въ періодѣ выздоровленія; у такихъ больныхъ, конечно, найдена неполная реакція. Наконецъ, въ тяжелыхъ случаяхъ почти съ самаго начала болѣзни былъ гиполейкоцитозъ, къ концу лихорадки усиливавшійся, нерѣдко державшійся и въ первые дни безлихорадочнаго періода при выздоровленіи и только потомъ медленно смѣнявшійся лейкоцитозомъ, какъ и въ менѣе тяжелыхъ случаяхъ; сюда относятся сл. 17, 20, 23, 30, 32, 42. Возвраты тифа всегда сопровождались гиполейкоцитозомъ.

Остается разсмотрѣть группу тифозныхъ умершихъ. Умерли отъ тифа изъ изслѣдованныхъ 8. У 2-хъ изъ нихъ на 5-й и 6-й дни болѣзни, т. е. дов. рано, было небольшое повышеніе числа бѣлыхъ тѣлецъ, а именно въ сл. 7 9350 и въ сл. 8 10020 въ 1 к. млм.; оба больныхъ умерли на 16-й день болѣзни отъ мозговыхъ осложненій. Въ сл. 31 и 37 на 8-й день болѣзни было бѣлыхъ шариковъ 6498 и 3916, въ сл. 36 и 39 къ концу 2-й недѣли болѣзни 5302 и 4791, въ сл. 38 на 16-й день 4163 въ 1 к. млм. Послѣдніе 5 случаевъ уже въ 1-й періодъ болѣзни отличались, слѣд., гиполейкоцитозомъ. Число ихъ, однако, слишкомъ мало, чтобы на нихъ строить выводы, а потому я лишь отмѣчу ихъ, имѣя въ виду дальнѣйшую разработку вопроса.

По поводу %-хъ отношеній разныхъ сортовъ бѣлыхъ тѣлецъ между собою, я могу на основаніи своихъ наблюденій сообщить слѣдующее: въ 1-ю недѣлю болѣзни въ тѣхъ случаяхъ, когда число бѣлыхъ шариковъ выше физіологической нормы, % многоядерныхъ бываетъ увеличенъ, % лимфоцитовъ и одноядерныхъ уменьшенъ, % формъ растворенія или остается неизмѣненнымъ, или слегка увеличенъ; эозинофилы не встрѣчаются, а изрѣдка лишь можно видѣть разсыпавшійся эозинофилъ. Въ разгарѣ болѣзни, а въ тяжелыхъ случаяхъ нѣкоторое время и въ періодѣ выздоровленія % отдѣльныхъ видовъ бѣлыхъ шариковъ представляется въ такомъ видѣ: % многоядерныхъ пониженъ, иногда до 40, % лимфоцитовъ нѣсколько увеличенъ, рѣзко увеличенъ % формъ растворенія—мнѣ приходилось видѣть даже 19% ихъ, чаще-же 8—12%; эозинофиловъ въ разгарѣ болѣзни не встрѣчается вовсе. При выздоровленіи бросается въ глаза появленіе эозинофиловъ и небольшое число формъ растворенія, т. е., 1—1,5%; % многоядерныхъ медленно и постепенно увеличивается, никогда однако не превышая средней физіологической нормы, т. е., 65%, а скорѣе держась болѣе низкихъ цифръ; % лимфоцитовъ, не смотря на увеличеніе общаго числа бѣлыхъ тѣлецъ, остается увеличеннымъ и убываетъ лишь медленно. Такимъ образомъ начало брюшного тифа часто характеризуется небольшимъ многоядернымъ лейкоцитозомъ, разгаръ—рѣзко повышеннымъ % формъ растворенія, а выздоровленіе имѣетъ своею особенностью лимфоцитозъ. Эозинофилы при брюшномъ тифѣ, какъ и при воспаленіи легкихъ, исчезая въ разгарѣ болѣзни, въ періодѣ выздоровленія рано появляются вновь и служатъ какъ-бы предвѣстниками приближающагося выздоровленія, указывая на одержанную организмомъ побѣду надъ заразою. Формы растворенія главнымъ образомъ происходятъ изъ многоядерныхъ, рѣже изъ одноядерныхъ шариковъ и эозинофиловъ. Пластинки *Bizzozero* во время брюшного тифа къ концу болѣзни почти исчезаютъ,—такъ мало ихъ попадается на глаза. Красные кровяные шарики къ концу брюшного тифа уменьшаются въ числѣ; при продолжительномъ лихорадочномъ періодѣ число ихъ не превышаетъ 42.00000—45.00000.

Мнѣ остается еще разобрать, какъ содержатся бѣлыя тѣльца при разныхъ осложненіяхъ брюшного тифа? Матеріалъ мой, хотя онъ и небольшой, заслуживаетъ въ этомъ отношеніи нѣкотораго вниманія.

Вотъ перечень наблюдавшихся мною осложненій съ указаніемъ числа бѣлыхъ шариковъ: 1) геморрагическій энцефалитъ обоихъ $^1/_2$-шарій—15602; 2) паренхиматозный энцефалитъ—13200; 3) простая заушница (инфильтратъ всосался отъ согрѣвающихъ компрессовъ)—11334, гнойная—12630; 4) гнойникъ въ лимфатической железѣ впереди праваго уха—11980, въ правыхъ паховыхъ железахъ (найдена тифозная палочка)—12690; 5) гнойникъ въ селезенкѣ (найдена тифозная палочка)—13500; 6) острѣйшее бѣлокровіе—249648; 7) періоститы (разсосались), 3 случая—12400, 13142 и 12600; тоже (операція; найдена тифозная палочка)—13062; 8) сывороточно-фибринозный плейритъ (въ выпотѣ тифозная палочка)—14300, бронхитъ и сухой плейритъ—12252; 9) катарральная пнеймонія, 4 случая—20833, 17204, 18064 и 13950; тоже (диплококковое зараженіе)—37052; фибринозная пнеймонія и инфарктъ въ легкомъ—16320; 10) кровотеченіе въ подвздошной кишкѣ, начинавшійся сывороточно-фибринозный перитонитъ, за 2 дня до прободенія тифозной язвы—7023; 11) кровотеченіе въ подвздошной кишкѣ, 2 случая—5200 и 5408; 12) закупорка бедренной вены, 2 случая—13950 и 8253.

При легкихъ осложненіяхъ—бронхитомъ, ларингитомъ и глосситомъ—измѣненія въ числѣ бѣлыхъ шариковъ нич-

Digitized by Google

тожны или незамѣтны. Инфаркты легкихъ, селезенки, печени и почекъ даютъ едва замѣтное повышеніе числа бѣлыхъ шариковъ. Такимъ образомъ, большинство осложненій брюшного тифа выражаются лейкоцитозомъ въ 11000—14000, т. е., умѣреннымъ; только осложненія воспаленіемъ легкихъ выражаются лейкоцитозомъ болѣе значительнымъ, доходящимъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ до 20000. Значительная часть осложненій, въ томъ числѣ и гнойныхъ, вызвана была тифозною палочкою, какъ-то: гнойникъ въ селезенкѣ, нагноенія лимфатическихъ железъ, гнойный періоститъ; не смотря на величину гнойника—гнойникъ въ селезенкѣ, напр., содержалъ 1 литръ гноя—лейкоцитозъ все-же былъ ничтожный, всего 13500, тогда какъ воспаленіе легкаго сопровождалось лейкоцитозомъ въ 16000—20000, а воспаленіе легкихъ съ диплококковымъ гнилогноекровіемъ вызвало лейкоцитозъ въ 37052. Что-же за причина этого? Не лежитъ-ли разница въ особенностяхъ заразнаго начала, т. е., въ томъ, что тифозныя палочки обладаютъ меньшею способностью вызывать лейкоцитозъ, чѣмъ, напр., диплококкъ *Fraenkel*'я, стрептококкъ и другіе возбудители воспаленій и нагноеній? На такое объясненіе имѣются указанія, а именно, тифозная палочка, какъ возбудитель воспаленія и нагноенія, какъ извѣстно, вообще отличается слабостью, сравнительно съ другими гноеродными микробами. Обстоятельство это соотвѣтствуетъ тому, что тифозная палочка меньше вызываетъ лейкоцитозъ при воспаленіяхъ и нагноеніяхъ, чѣмъ гноеродные микроорганизмы. Какъ видно изъ 2-хъ случаевъ, приведенныхъ въ таблицѣ, кишечныя кровотеченія сопровождались измѣненіями въ числѣ бѣлыхъ тѣлецъ только въ смыслѣ уменьшенія ихъ, вѣроятно, вслѣдствіе потери крови и разведенія ея на счетъ тканевыхъ соковъ. Только 1 случай представилъ исключеніе въ этомъ отношеніи: въ немъ послѣ кровотеченія число бѣлыхъ тѣлецъ съ 4000 повысилось до 7000 тысячъ. Въ дальнѣйшемъ выяснилось, что къ кровотеченію здѣсь присоединились воспаленіе брюшины и прободеніе тифозной язвы. Очевидно, одновременно съ кровотеченіемъ въ данномъ случаѣ было уже реактивное воспаленіе брюшины, которое и выразилось повышеніемъ числа бѣлыхъ тѣлецъ по сравненію съ числомъ ихъ за предъидущіе дни. Не можетъ-ли это обстоятельство служить цѣлямъ распознаванія начала перитонита и готовящагося прободенія? Если-бы въ дальнѣйшихъ наблюденіяхъ мое указаніе подтвердилось, то это имѣло-бы громадное значеніе и для лѣченія. Указаніе на то, что простое кровотеченіе изъ кишечника при брюшномъ тифѣ протекаетъ съ гиполейкоцитозомъ, а кровотеченіе съ начинающимся перитонитомъ сопровождается выравниваніемъ существующаго гиполейкоцитоза, согласуется съ послѣдними наблюденіями аналогичнаго процесса,—я имѣю въ виду заболѣваніе червеобразнаго отростка. Какъ извѣстно, при пораженіи послѣдняго путемъ опредѣленія числа бѣлыхъ тѣлецъ точнѣе опредѣляютъ характеръ болѣзни, а хирурги съ бо́льшимъ основаніемъ могутъ примѣнить оперативное вмѣшательство. О счисленіи бѣлыхъ тѣлецъ при аппендицитахъ накопилась уже большая литература; слѣдовало-бы въ этомъ отношеніи обратить вниманіе и на тифозныя прободенія, заслуживающія еще большаго вниманія.

Лейкоцитная реакція организма на зараженіе брюшнымъ тифомъ въ разныхъ случаяхъ протекаетъ неодинаково, и въ этомъ отношеніи легкіе и тяжелые случаи рѣзко отличаются другъ отъ друга. Кромѣ того, разнятся между собою и періоды болѣзни въ одномъ и томъ-же случаѣ. Если вспомнить, что первые наблюдатели находили у брюшно-тифозныхъ гиперлейкоцитозъ, а позднѣйшіе гиполейкоцитозъ, то это съ вѣроятностью можно объяснить недостаточнымъ матеріаломъ или случайнымъ подборомъ его: нѣкоторые авторы строили свои заключенія на основаніи 5—10 случаевъ, другіе случайно выбирали наиболѣе тяжелыя формы. Позднее начало изслѣдованій тоже могло вліять на неправильность выводовъ. Съ моей точки зрѣнія противорѣчіе такихъ указаній, совершенно вѣрныхъ въ отдѣльности, но относящихся къ разнымъ формамъ брюшного тифа и при томъ въ разные періоды болѣзни, разрѣшается просто. Не трудно также примирить и сообщенія авторовъ о гиполейкоцитозѣ при брюшномъ тифѣ съ *Virchow*'скими взглядами, по которымъ при этой болѣзни слѣдуетъ ожидать лейкоцитоза вслѣдствіе раздраженія лимфатическаго прибора и железистой ткани, а именно—во многихъ случаяхъ съ начала брюшного тифа имѣется умѣренный гиперлейкоцитозъ, который при легкомъ теченіи не исчезаетъ и въ разгарѣ болѣзни; въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ въ разгарѣ болѣзни къ концу лихорадочнаго періода вслѣдствіе особыхъ причинъ, о коихъ будетъ сказано ниже, наблюдается гиполейкоцитозъ, но онъ характеризуетъ лишь 2-ую половину теченія болѣзни. Наконецъ, въ очень тяжкихъ случаяхъ нерѣдко бываетъ рѣзкій гиполейкоцитозъ, но онъ свойственъ и другимъ заразнымъ болѣзнямъ и зависитъ отъ степени отравленія организма. Такимъ образомъ ходъ лейкоцитной реакціи при брюшномъ тифѣ, заключающейся сначала въ гиперлейкоцитозѣ, а затѣмъ въ гиполейкоцитозѣ, не противорѣчитъ взглядамъ *Virchow*'а по существу. Кромѣ того, изъ сказаннаго вытекаетъ, что, если брюшной тифъ въ началѣ, а въ легкихъ случаяхъ въ теченіи всей болѣзни протекаетъ съ умѣреннымъ лейкоцитозомъ, то онъ по существу не отличается въ этомъ отношеніи отъ другихъ заразныхъ болѣзней, а разнится отъ нихъ лишь количественно. *Е. С. Боткинъ*, какъ было сказано, первый указалъ, что при брюшномъ тифѣ въ крови идетъ усиленный распадъ, раствореніе бѣлыхъ шариковъ, чѣмъ и объясняется гиполейкоцитозъ брюшнотифозныхъ. Мои изслѣдованія вполнѣ подтверждаютъ этотъ взглядъ, ибо я во время тифа видѣлъ увеличенный % формъ растворенія бѣлыхъ шариковъ вообще (8—12%), а въ нѣкоторыхъ случаяхъ ихъ было даже 19%. Раствореніе, распадъ главнымъ образомъ касается многоядерныхъ шариковъ, т. е. того вида бѣлыхъ тѣлецъ, который преобладаетъ въ крови. Понятно, что такой усиленный распадъ и раствореніе многоядерныхъ шариковъ при брюшномъ тифѣ въ теченіи нѣсколькихъ недѣль ведетъ къ уменьшенію численнаго содержанія бѣлыхъ тѣлецъ въ крови и обусловливаетъ гиполейкоцитозъ. Въ разныхъ по тяжести случаяхъ брюшного тифа и въ разные періоды болѣзни наблюденія надъ %-ными отношеніями видовъ бѣлыхъ шариковъ и ихъ формъ растворенія показываютъ, что въ началѣ заболѣванія, затѣмъ въ легкихъ случаяхъ брюшного тифа % многоядерныхъ держится около 70—80; въ разгарѣ болѣзни и къ концу лихорадочнаго періода, особенно при тяжелыхъ тифахъ, % многоядерныхъ падаетъ до 45—40; параллельно этому % формъ растворенія при 80% многоядерныхъ = 2—3, а при 40—45% многоядерныхъ 8—12 и даже 19. Отъ начала тифа до конца его лихорадочнаго періода % формъ растворенія бѣлыхъ шариковъ увеличивается, число-же бѣлыхъ шариковъ уменьшается; уменьшается также и % многоядерныхъ шариковъ. Эти явленія протекаютъ въ связи и зависимости одно отъ другого. Такимъ образомъ при брюшномъ тифѣ устанавливается усиленная разрушаемость бѣлыхъ тѣлецъ крови, которую еще подозрѣвалъ *Н. В. Усковъ* и которую впервые выяснилъ *Е. С. Боткинъ*. Это обстоятельство въ связи съ голоданіемъ и неправильнымъ усвоеніемъ пищевыхъ веществъ черезъ язвенную поверхность тонкихъ кишекъ можетъ вполнѣ объяснить замѣну начальнаго гиперлейкоцитоза при брюшномъ тифѣ послѣдовательнымъ гиполейкоцитозомъ: брюшной тифъ, вызывая, съ одной стороны, гиперлейкоцитозъ, а съ другой—усиленное раствореніе многоядерныхъ шариковъ, вліяетъ на бѣлыя тѣльца крови въ 2-хъ противоположныхъ направленіяхъ; отъ степени того и другого вліянія зависитъ тотъ или иной результатъ, выражающійся при счисленіяхъ бѣлыхъ шариковъ такъ различно, т. е. представляющійся то выше физіологической нормы, то ниже ея. Какое значеніе имѣетъ опредѣленіе лейкоцитной реакціи при брюшномъ тифѣ? Можно-ли, опредѣляя гиперлейкоцитозъ или гиполейкоцитозъ, на основаніи одного этого точно распознавать брюшнотифозное зараженіе? Изъ выше приведенной таблицы счисленія бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ при брюшномъ тифѣ видно, какъ разнообразны результаты этихъ счисленій въ различныхъ случаяхъ брюшного тифа и въ разные періоды его. Опредѣленіе гиперлейкоцитоза или гиполейкоцитоза не имѣетъ патогномоническаго зна-

Digitized by Google

ченія; основываясь на немъ, нельзя съ увѣренностью ставить распознаваніе брюшного тифа. Да и было-бы утопіею искать патогномоническій признакъ какого-либо зараженія въ лейкоцитной реакціи организма на это зараженіе. Тѣмъ не менѣе изслѣдованіе лейкоцитной реакціи въ цѣломъ, во всѣ періоды брюшного тифа и въ совокупности съ другими клиническими признаками имѣетъ громадное значеніе какъ для распознаванія болѣзни, такъ и для уясненія того или другого теченія ея, а во многихъ случаяхъ и для опредѣленія осложненій. Съ общепатологической точки зрѣнія изслѣдованіе вообще реакціи крови на зараженіе крайне необходимо, а въ частности реакціи лейкоцитной весьма желательно, ибо бѣлыя тѣльца—важные защитники организма: они оказываютъ помощь ему въ борьбѣ съ бактеріями, захватывая и переваривая послѣднихъ, а при распаденіи, раствореніи образуютъ бѣлковые продукты, имѣющіе значеніе бактеріиубивающихъ тѣлъ и обладающіе антитоксическими свойствами.

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Забытыя жертвы войны.

Въ виду безконечнаго ряда журнальныхъ статей, призывающихъ къ подачѣ медицинской помощи нашимъ войскамъ; въ виду множества санитарныхъ отрядовъ, посылаемыхъ на театръ военныхъ дѣйствій, нужно имѣть извѣстную смѣлость, извѣстное гражданское мужество, чтобы указывать на необходимость новыхъ пожертвованій, чтобы призывать къ помощи новымъ категоріямъ страдающихъ. Однако я рѣшаюсь сдѣлать это и прошу не отказать въ помѣщеніи этихъ строкъ въ пользу «забытыхъ жертвъ войны».

При всякомъ большомъ скопленіи людей бываютъ случаи душевныхъ заболѣваній; армія-же состоитъ изъ людей въ возрастѣ, наиболѣе подверженнымъ этого рода заболѣваніямъ; напомню, хотя-бы, большое относительное число самоубійствъ въ войскахъ. Но не одно число заболѣваній, а прежде всего необходимость практическая, и обязанность нравственная—помочь заболѣвшимъ должны вызвать организацію попеченія объ этого рода больныхъ. Лишенія и трудности похода, переутомленіе, усиленный алкоголизмъ, опасность, различныя нравственныя воздѣйствія, травматизмы тѣлесные и душевные—все это явленія, составляющія естественныя слѣдствія и неизбѣжныя условія войны, и потому заболѣвшіе отъ этихъ условій имѣютъ такое-же право на помощь, какъ и раненые.

Тотчасъ по окончаніи курса я сдѣлалъ съ французской арміей походъ 1870—71 гг. и присутствовалъ при нѣсколькихъ большихъ атакахъ и отступленіи арміи. Уже тогда я былъ пораженъ значительнымъ числомъ острыхъ нервно-психическихъ заболѣваній [это были преимущественно случаи дегенеративнаго характера [1]) и травматическихъ психо-нейрозовъ]; сверхъ того я былъ настолько счастливъ, что имѣлъ возможность остановить исполненіе нѣсколькихъ военныхъ казней и другихъ жестокихъ приговоровъ за преступленія, совершенныя несомнѣнно въ состояніи остраго психоза. Къ сожалѣнію, всѣ такіе случаи въ огромномъ, подавляющемъ большинствѣ проходятъ непонятыми и не попадаютъ поэтому въ статистику. Интересуясь этимъ вопросомъ, я освѣдомлялся объ этомъ и слышалъ подтвержденіе моего наблюденія, и отъ русскихъ врачей, сдѣлавшихъ походъ 1877—78 гг. Точно также изъ моихъ разспросовъ о Китайской войнѣ 1900 г. я получилъ свѣдѣнія о рядѣ случаевъ остраго психоза у солдатъ и офицеровъ; такіе-же случаи—мнѣ это съ точностью извѣстно—были и въ настоящую войну, напр., при одной изъ бомбардировокъ Портъ-Артура. Газеты сообщили, что на «Манджуріи», захваченной Японцами, находилось 14 душевно-больныхъ, назначенныхъ на отправку въ Россію.

Заботы о душевныхъ заболѣваніяхъ въ военное время вообще нѣтъ и это, конечно, очень печально. Для европейскихъ армій такое отсутствіе всякой организаціи попеченія о подобнаго рода больныхъ до нѣкоторой степени понятно. Въ европейскихъ войскахъ заболѣвшіе психически могутъ быть всегда помѣщены въ мѣстныя спеціальныя больницы, вообще достаточно многочисленныя въ Европѣ, и потому душевно-больные и не вызываютъ экстренной заботы среди общихъ заботъ военнаго времени. Хороши или дурны эти мѣстныя больницы—вопросъ другой; во всякомъ случаѣ онѣ до нѣкоторой степени составляютъ отраженіе культурности страны и культурности ея психики,—какъ и вообще забота о душевно-больныхъ есть мѣрило нравственной культурности Общества—и потому неизбѣжно будутъ считаться удовлетворительными для нуждъ арміи въ военное время. Въ далекихъ—колоніальныхъ войнахъ—культурныхъ государствъ посылаемыя для этого войска бываютъ обыкновенно такъ немногочисленны, а самая война противъ мало-цивилизованныхъ или даже совсѣмъ дикихъ народовъ такъ проста, что психическія заболѣванія, вызываемыя спеціальными условіями военнаго времени, не вызываютъ необходимости особой, экстренной заботы.

Настоящая война ведется нами въ совершенно исключительныхъ неблагопріятныхъ условіяхъ и представляетъ совокупность дурныхъ сторонъ и европейской, и колоніальной войны. Здѣсь имѣются огромныя скопленія людей и высоко-техническія, потрясающія психику, смертоносныя средства, какъ въ европейскихъ войнахъ, но почти совершенно нѣтъ мѣстныхъ вспомогательныхъ средствъ—не только спеціальныхъ больницъ, но и просто необходимыхъ помѣщеній. Во всемъ остальномъ—бездорожье, трудности похода, дурной климатъ, ненаселенность и безплодіе мѣстности, дальность доставки и дальность эвакуаціи—войска наши находятся въ условіяхъ войны колоніальной. Что-же касается удовлетворенія потребности войскъ въ нейрологической и психіатрической помощи, то едва-ли о ней можно и говорить. Психіатрическія больницы имѣются въ Европѣ, но ихъ нѣтъ въ Сибири, а тѣмъ болѣе въ Манчжуріи. Сибирскія «психическія отдѣленія» Приказа общественнаго призрѣнія были описаны не одинъ разъ,—они ужасны и при томъ переполнены. Везти душевно- или даже нервно-больныхъ за тысячи верстъ въ условіяхъ передвиженія по желѣзной дорогѣ въ военное время и на военной территоріи—это значитъ заранѣе поставить надъ ними крестъ. Но всѣмъ этимъ, къ сожалѣнію, не исчерпываются новыя и неблагопріятныя психіатрическія условія нашихъ войскъ. Современная техника войны рѣзко отличается отъ техники еще недавнихъ войнъ, напр. франко-прусской, и въ отношеніи психическаго воздѣйствія всякая параллель была-бы ошибкой. Въ настоящее время война приняла характеръ не личнаго боя, съ идеей котораго мы сроднились тысячелѣтней практикой, а индустріальной бойни. Самая опасность и и смерть на войнѣ приняла новый, чуждый еще нашей психикѣ характеръ грандіозныхъ, стихійныхъ катастрофъ, а извѣстно, какое множество психозовъ и психическихъ траумъ порождаетъ землетрясеніе. Если желѣзно-дорожныя крушенія даютъ такъ много тяжелыхъ нервно-психическихъ заболѣваній, то что должны перестрадать спасшіеся послѣ катастрофъ «Варяга», «Корейца», «Енисея», «Боярина», и въ особенности «Петропавловска»! Такого рода нервныя потрясенія и психическія траумы требуютъ немедленнаго лѣченія на мѣстѣ, въ условіяхъ полнаго спокойствія, и совершенно исключаютъ перевозку больныхъ за 9000 верстъ по желѣзной дорогѣ. Всѣ эти новые виды военной опасности неизбѣжно создаютъ и новыя, мало еще извѣстныя намъ психофизическія условія заболѣваемости, и новыя, можетъ быть, формы заболѣванія, вѣроятно, близкія къ травматическимъ и истерическимъ психозамъ и къ нѣкоторымъ острымъ психозамъ индустріальнаго происхожденія. Нѣтъ сомнѣнія, что уже кратковременный опытъ новой войны дѣлаетъ болѣе чѣмъ вѣроятными новыя психофизическія условія заболѣваемо-

[1]) О дегенеративныхъ формахъ въ русскихъ войскахъ см. очень цѣнную работу д-ра *Озерецковскаго*—Истерія въ войскахъ.

сти. Мнѣ однако неизвѣстно, чтобы въ медицинской литературѣ эти требованія врачебнаго попеченія о войскахъ, возникающія вслѣдствіе такихъ условій самой войны, были предвидѣны. Для морского дѣла на новую психическую обстановку указывали не одинъ разъ при обсужденіи достоинствъ и недостатковъ системы большихъ броненосцевъ; но эти указанія относились къ трудности командовать этими судами, а не къ особой, специфической заболѣваемости, грозящей морякамъ.

Таково положеніе дѣла. Едва-ли можно сомнѣваться въ томъ, что при такихъ условіяхъ число психическихъ заболѣваній будетъ больше, а средствъ не только помощи, но и просто освобожденія войскъ отъ этого рода больныхъ — меньше. Сюда нужно прибавить крайнюю занятость врачей при войскахъ своею неотложною работою и невозможность дать столько времени и заботъ, сколько требуютъ именно этого рода больные, а также непривычку къ душевно-больнымъ, полное отсутствіе низшаго персонала, подготовленнаго для ухода за ними, практическое неудобство, чтобы не сказать невозможность, совмѣстнаго пребыванія душевныхъ и другихъ больныхъ, изъ которыхъ большинство будутъ раненые и заразные, и мы получимъ довольно вѣрную — и мало утѣшительную — картину. А между тѣмъ эти жертвы войны, не менѣе раненыхъ, нуждаются именно въ немедленной цѣлесообразной врачебной помощи, и каждый день, можно почти сказать, каждый часъ просрочки уменьшаетъ вѣроятность выздоровленія; для многихъ, несомнѣнно, было-бы достаточно кратковременнаго медицинскаго ухода, доставленнаго имъ немедленно на мѣстѣ, чтобы совершенно поправиться. Душевнобольные требуютъ прежде всего спокойствія, а ихъ приходится везти за тысячи верстъ по военной желѣзной дорогѣ!

Но есть еще нѣчто другое. Напомню, какую огромную роль играетъ дисциплина и условность въ военной преступности, въ особенности въ военное время [1]); можно себѣ представить, сколько душевно-больныхъ погибнутъ вслѣдствіе нарушенія ими дисциплины въ виду непріятеля, ибо военные суды лишены возможности различать преступную волю и душевную болѣзнь. На долю нашихъ войскъ выпала тяжелая судьба грандіозной колоніальной войны въ совершенно непривычныхъ условіяхъ новой войны индустріальнаго характера, съ почти стихійными катастрофами. Къ такой войнѣ ни одно государство еще не подготовлено—я говорю, конечно, только о медицинской сторонѣ дѣла, а между тѣмъ необходимость такой подготовки очевидна. Забота о душевно-больныхъ на мѣстѣ, особенно лѣтомъ, при современномъ способѣ ухода, совершенно возможна и въ области военныхъ дѣйствій, и именно тутъ-то она и будетъ благодѣтельна. Организація психіатрической помощи будетъ стоить безъ сравненія дешевле всѣхъ остальныхъ формъ врачебной помощи и всякихъ другихъ санитарныхъ отрядовъ; въ настоящее-же время и при настоящихъ условіяхъ эти несчастнѣйшіе больные въ сущности лишены всякой помощи—это «забытыя жертвы войны». Предлагаемой мною организаціи еще нѣтъ въ другихъ странахъ, но она вызывается безусловною необходимостью, и я не вижу, почему-бы Россіи не взять на себя починъ въ этомъ дѣлѣ; за нею, несомнѣнно, послѣдуютъ и другія цивилизованныя государства. *П. Якобій.*

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 483. Значеніе и роль *вторичныхъ микробовъ въ развитіи легочной бугорчатки* занимали многихъ клиницистовъ и экспериментаторовъ, при чемъ главное вниманіе было обращено на опредѣленіе вліянія растворимыхъ продуктовъ *Koch*'овской палочки на другіе виды микробовъ и обратно. Это, однако, далеко не исчерпываетъ вопроса, такъ какъ въ настоящее время намъ хорошо извѣстно, что на ряду съ растворимыми продуктами и нерѣдко даже значительно впереди нихъ надо поставить т. наз. эндотоксины, внутриклѣточные яды, освобождаемые только послѣ смерти бактерійной клѣтки. *Morelli* и *Vaccari* (изъ лабораторіи проф. *Manfredi*) произвели рядъ опытовъ надъ вліяніемъ какъ тѣхъ, такъ и другихъ продуктовъ возбудителя бугорчатки на желтый стафилококкъ, *Fraenkel*'евскій диплококкъ и кишечную палочку, а также надъ вліяніемъ продуктовъ названныхъ микробовъ на *Koch*'овскую палочку. Къ сожалѣнію, авторы не присоединили къ своимъ опытамъ изслѣдованій надъ стрептококкомъ, который между тѣмъ играетъ первенствующую роль среди микробовъ, являющихся причиной вторичныхъ зараженій у больныхъ бугорчаткой; многіе авторы, какъ извѣстно, считаютъ участіе стрептококка въ процессѣ разрушенія легочной ткани и развитія гектической лихорадки существеннымъ условіемъ этихъ явленій. Заключенія авторовъ сводятся къ слѣдующему: 1. Внутриклѣточные продукты микробовъ бугорчатки in vitro благопріятствуютъ развитію и усиливаютъ вирулентность стафилококка и кишечной палочки. Это дѣйствіе особенно ясно выступаетъ при употребленіи нѣкоторыхъ специальныхъ средъ, какъ-то легкихъ, вмѣсто мяса. 2. Эти-же продукты понижаютъ сопротивляемость животныхъ по отношенію къ стафилококку и кишечной палочкѣ. 3. Растворимые продукты микробовъ бугорчатки только слегка благопріятствуютъ развитію кишечной палочки и стафилококка, не оказывая вліянія ни на ихъ вирулентность, ни на сопротивляемость животныхъ. 4. Внутри-и внѣ-клѣточные продукты стафилококка, кишечной палочки и *Fraenkel*'евскаго диплококка благопріятствуютъ развитію палочки бугорчатки, не вліяя на ея вирулентность. Будучи введены въ организмъ больныхъ бугорчаткою животныхъ, эти вещества уменьшаютъ его сопротивляемость по отношенію къ палочкамъ бугорчатки. Въ виду сложности вопроса, особенно поскольку дѣло касается опредѣленій ослабленія сопротивляемости организма при введеніи продуктовъ, которые сами по себѣ обладаютъ яснымъ токсическимъ дѣйствіемъ, нельзя не пожелать подтвержденія и расширенія этихъ изслѣдованій (Annali dell'Istituto d'igiene sperimentale, 1904, 1). *Л. Тарасевичъ.*

**Бактеріологія.** 484. Изучая взаимныя отношенія *настоящей тифозной палочки къ bacterium foecalis alkaligenes* д-ръ *Altschüler* (изъ бактеріологическаго Института въ Strassburg'ѣ) пришелъ къ заключенію, что эти микроорганизмы очень родственны между собою, такъ какъ *удается превратить ихъ одного въ другого.* Посѣявъ на обезпложенное дѣтское мѣсто настоящія тифозныя палочки и слѣдя за ихъ видоизмѣненіями долгое время, авторъ убѣдился, что черезъ $4^1/_2$ недѣли въ одномъ и 6 недѣль въ другомъ случаѣ палочки настолько измѣнили свои свойства, что послѣ 24-часового роста на лакмусовой молочной сывороткѣ онѣ окрашивали послѣднюю въ синій цвѣтъ, т. е. образовывали щелочь, теряли способность склеиванія подъ вліяніемъ специфической сыворотки и росли на картофелѣ въ видѣ желтыхъ колоній. Свойство тифозной палочки терять при извѣстныхъ условіяхъ способность склеиванія было замѣчено уже нѣкоторыми другими изслѣдователями; точно также была извѣстна измѣнчивость роста тифозной палочки на картофелѣ, но способность образованія кислоты при ростѣ на лакмусовой молочной сывороткѣ считалась до сихъ поръ настолько характерной отличительной особенностью палочки тифозной, что при отсутствіи этого признака изслѣдуемая палочка, не смотря на наличность другихъ признаковъ, не признавалась за тифозную. Изслѣдованія автора такимъ образомъ показали, что и этотъ признакъ не постояненъ. Интересно, что ни кишечная палочка, ни паратифозная при тѣхъ-же условіяхъ роста на обезпложенномъ дѣтскомъ мѣстѣ въ теченіи 3-хъ мѣс. не потеряли способности образовывать при ростѣ на молочной сывороткѣ кислоту. Возможность превращенія b. alkaligenes въ тифозную палочку была доказана слѣдующимъ путемъ. Разводка b. alkaligenes, обнаруживавшая

[1]) «Не смотря на запрещеніе продавать водку нижнимъ чинамъ, по всей линіи (Сибирской желѣзной дороги) идетъ сильное пьянство между проѣзжающими нижними чинами. При этомъ нерѣдки случаи буйства и нарушенія дисциплины, влекущіе за собою преданіе суду»... (Приказъ по войскамъ Харбинскаго гарнизона).

Digitized by Google

всѣ характерные признаки этого микроорганизма (образованіе щелочи послѣ 24-часового роста, образованіе на картофелѣ толстаго темно-коричневаго налета) и полученная изъ испражненій тифознаго больного, долгое время сохранялась безъ перевивки, при чемъ каждыя 8 дней опредѣлялись отношенія микроорганизма къ лакмусовой молочной сывороткѣ и къ картофелю. Оказалось, что черезъ 6 недѣль палочка уже болѣе не давала черезъ 24 часа синяго цвѣта, а производила измѣненія совершенно такія-же, какъ и палочка тифозная: сыворотка оставалась прозрачной и даже черезъ нѣсколько дней лишь слабо кислой. Картофель еще покрывался коричневымъ налетомъ, но черезъ 2 недѣли и на картофелѣ получался безцвѣтный налетъ. Палочка такимъ образомъ пріобрѣтала всѣ особенности тифозной. Чтобы имѣть право признать ее тождественной съ послѣдней, надо было доказать, что она можетъ быть склеиваема специфической сывороткой въ достаточно сильной степени разведенія. И это также удалось автору двоякимъ путемъ: 1) частымъ пересѣвомъ измѣненной палочки на новыя питательныя среды удалось повысить склеиваемость первоначально совершенно не реагировавшей палочки до того, что специфическая сыворотка давала положительный результатъ еще при разведеніи въ 1 : 1000; 2) авторъ вызывалъ невоспріимчивость у кролика путемъ введенія разводки измѣненной палочки, и оказалось, что сыворотка крови этого животнаго обладала сильно склеивающими свойствами по отношенію къ разводкѣ настоящей тифозной палочки. Она давала положительный результатъ при разведеніи 1 : 6000. *Altschüler* думаетъ, что существуетъ нѣсколько различныхъ видовъ b. alkaligenes, такъ какъ разводка этого микроорганизма, выдѣленная имъ изъ испражненій здороваго человѣка, не обнаруживала ни малѣйшей наклонности измѣнять своихъ свойствъ подъ вліяніемъ вышеописанныхъ условій. Изъ всего изложеннаго явствуетъ еще, что образованіе кислоты или щелочи и ростъ на картофелѣ не представляютъ настолько характерныхъ свойствъ для тифозной палочки, чтобы отъ нихъ исключительно могло зависѣть признаніе изслѣдуемой палочки тифозной (Münchener medicinische Wochenschrift, № 20). *А. К—скій.*

**Гигіэна.** 485. *А. Renard* предлагаетъ *для сохраненія молока прибавлять къ нему $H^2O^2$*, по возможности скорѣе послѣ доенія; давъ затѣмъ молоку постоять въ прохладномъ мѣстѣ отъ 6 до 8 час., можно его пустить въ продажу. Молоко это ни вкусомъ, ни запахомъ не отличается отъ обыкновеннаго свѣжаго молока. $H^2O^2$ (на 12 объемовъ), прибавленная въ количествѣ 2% къ сырому молоку, по прошествіи 6—8 час. разлагается, такъ что присутствіе его въ молокѣ въ это время уже нельзя установить посредствомъ хромовой реакціи. Обстоятельство это и составляетъ одно изъ главныхъ преимуществъ $H^2O^2$ предъ другими веществами, которыя остаются въ молокѣ и въ моментъ его употребленія. Болѣе сильный растворъ разлагается медленнѣе, 5% вполнѣ не разлагается. *Renard* замѣтилъ, что не всякое молоко обладаетъ въ этомъ отношеніи одинаковыми свойствами: иногда разложеніе идетъ быстрѣе, иногда медленнѣе. Окружающая температура въ опытахъ *Renard*'а не оказывала вліянія на быстроту разложенія $H^2O^2$. Кипяченное или согрѣтое до 75° молоко, либо сырое, но прокипяченное вмѣстѣ съ $H^2O^2$, теряетъ способность разлагать $H^2O^2$, но за то сохраняется безъ измѣненія очень долго. При прибавленіи $H^2O^2$ молоко не обезсложивается, но сохраняется гораздо дольше безъ измѣненія, чѣмъ обыкновенное сырое молоко (при 2% растворѣ—90 час., при 3%—95 час., вмѣсто 24 час. при 11°). Д-ръ *Debout* примѣнялъ у дѣтей лѣтомъ 1902 г. сохраняемое по описанному способу молоко и остался доволенъ результатами, получивъ нѣкоторое пониженіе смертности (17%, тогда какъ тамъ-же и въ томъ-же сезонѣ по общей статистикѣ она была 27,3%) (Revue d'hygiène et de police sanitaire, 20 февраля). *А. Г—ръ.*

486. *Nicolle* и *Duclaux* произвели, въ дополненіе къ опытамъ *Renard*'а, имѣвшимъ въ виду только химическое дѣйствіе $H^2O^2$ на молоко, рядъ опытовъ съ цѣлью уяснить *вліяніе $H^2O^2$ на микробы молока.* Опыты эти самымъ несомнѣннымъ образомъ показали могущественное убивающее микробы дѣйствіе $H^2O^2$. Во всѣхъ случаяхъ прибавленіе къ молоку 1%—2% $H^2O^2$ влекло за собою въ ближайшіе часы значительное уменьшеніе числа микроорганизмовъ, тогда какъ въ томъ-же молокѣ, при прочихъ равныхъ условіяхъ, но предоставленномъ самому себѣ замѣчалось въ соотвѣтствующіе часы быстрое ихъ размноженіе. Дѣйствіе $H^2O^2$ на микробы молока продолжается обыкновенно не болѣе 8—10 час.; по прошествіи этого срока содержаніе зародышей въ молокѣ, разбавленномъ $H^2O^2$, начинаетъ увеличиваться. Фактъ этотъ находится въ полномъ согласіи съ наблюдавшимися *Renard*'омъ химическими явленіями, и результаты, полученные авторомъ, соотвѣтствуютъ заключеніямъ *Renard*'а: кривая размноженія микробовъ въ молокѣ въ точности слѣдуетъ за кривой его окисленія. Только въ одномъ *Nicolle* и *Duclaux* расходятся съ *Renard*'омъ: въ то время, какъ по опытамъ *Renard*'а, температура не вліяетъ на быстроту разложенія $H^2O^2$ въ молокѣ, *Nicolle* и *Duclaux*, напротивъ, наблюдали, что, чѣмъ выше температура, тѣмъ дѣйствіе $H^2O^2$ кратковременнѣе. Во всякомъ случаѣ авторы считаютъ прибавленіе $H^2O^2$ къ молоку весьма дѣйствительнымъ средствомъ для его сохраненія (при 15° молоко, на 2% разбавленное $H^2O^2$ и вскипяченное 48 час. послѣ доенія, не свертывается). Въ то же время рядомъ опытовъ авторы установили, что прибавленіе $H^2O^2$ къ молоку, достаточное для его сохраненія (2%), не влечетъ за собою уничтоженія ни одного изъ видовъ болѣзнетворныхъ микробовъ, встрѣчающихся въ молокѣ, загрязненномъ нечистой водой, а равно и синегнойной и чудесной палочкой, вызывающихъ произвольное измѣненіе молока. Вліяніе на палочки бугорчатки подлежитъ сомнѣнію тѣмъ болѣе и потому не было изучено. Разбираемый способъ сохраненія молока обладаетъ въ общемъ тѣми-же достоинствами, что и способъ охлажденія, но примѣненіе его значительно проще. Передъ пастеризаціей-же онъ имѣетъ то преимущество, что нисколько не измѣняетъ питательныхъ свойствъ молока (Revue d'hygiène et de police sanitaire, 20 февраля). *А. Г—ръ.*

**Внутреннія болѣзни.** 487. Д-ръ *Jürgens* (изъ клиники проф. *Kraus*'а въ Berlin'ѣ) описываетъ интересный *случай перелойнаго стоматита.* Особенности его заключаются какъ въ самой картинѣ, которую представляла слизистая оболочка рта, такъ и въ результатахъ бактеріологическаго изслѣдованія.

Изслѣдованіе полости рта больного показало, что вся слизистая оболочка десенъ была опухши, разрыхлена и сильно покраснѣла. Краснота и припухлость наиболѣе рѣзко были выражены у края десенъ, гдѣ образовался красный валикъ, на 2 мм. поднимавшійся надъ поверхностью окружающей ткани. Десны были покрыты вонючимъ сѣровато-зеленоватымъ, легко стирающимся налетомъ. Въ области коренныхъ зубовъ и на прилегающей къ нимъ слизистой оболочкѣ щекъ воспалительныя измѣненія выражены были еще рѣзче: здѣсь верхній слой эпителія былъ отторгнутъ, и образовались поверхностныя язвы. При стираніи налета съ воспаленной слизистой оболочки послѣдняя очень легко кровоточила. Попытки лѣчить это воспаленіе обычнымъ способомъ (полосканіями *Bertholett*'овой солью, растворомъ марганцевокислаго кали и уксуснокислаго глинозема) оказались безуспѣшными. Только послѣ примѣненія раствора сулемы 1 : 7000 до 1 : 10000 воспалительныя явленія стали проходить. Въ виду того, что больной незадолго до заболѣванія получилъ перелой мочеиспускательнаго канала, перелойный характеръ заболѣванія былъ очень вѣроятенъ, но при бактеріоскопическомъ изслѣдованіи налета найдено было много спириллъ и веретенообразныхъ палочекъ, т. е., тѣ микроорганизмы, которые обыкновенно находятъ при *Vincent*'овой жабѣ. Только при повторномъ и тщательномъ изслѣдованіи препаратовъ можно было мѣстами найти характерные диплококки. Для провѣрки были сдѣланы разводки на средѣ *Wertheim*'а, при чемъ получился типичный для гонококковъ ростъ и черезъ 30 часовъ уже появились дегенеративныя формы. На обычныхъ питательныхъ средахъ роста не получилось (Berliner klinische Wochenschrift, № 24). *А. Коварскій.*

488. *О современныхъ способахъ лѣченія ужаленныхъ ядовитыми змѣями въ Бразиліи* д-ръ *Ernst von Bassevitz* (Porto-Alegre) сообщаетъ слѣдующія интересныя данныя. Число смертельныхъ случаевъ отъ ужаленія ядовитыми змѣями въ Бразиліи было довольно значительно. Встрѣчаются здѣсь главнымъ образомъ представители 2-хъ семействъ змѣй: Crotalus и Bothrops: Способы лѣченія до послѣдняго времени были большею частью чисто мѣстные, при чемъ не пренебрегали и внутренними средствами, среди которыхъ преобладали главнымъ образомъ различные виды растеній. Съ тѣхъ поръ, какъ появилось

Digitized by Google

сывороточное лѣченіе, всѣ устремились къ этому многообѣщающему способу лѣченія; но тутъ мѣстнымъ врачамъ скоро пришлось пережить непріятное разочарованіе. Оказалось, что добытая *Calmette*'омъ «Serum antiveneneux» противъ яда Бразильскихъ змѣй была не дѣйствительна. Дѣло въ томъ, что при приготовленіи своей сыворотки *Calmette* исходилъ изъ того положенія, что ядъ всѣхъ змѣй одинаковъ по своему составу, а потому и добытое при помощи яда одной какой-нибудь змѣи противоядіе должно осреднять и яды всѣхъ другихъ родовъ змѣй. На дѣлѣже оказалось, что всякая порода змѣй имѣетъ свой особый ядъ. Д-ръ *Vital Brazil* поэтому добылъ при помощи иммунизаціи животныхъ 2 сыворотки, изъ которыхъ одна была дѣйствительно противъ яда змѣй изъ семейства Crotalus, другая противъ семейства Bothrops. Въ тѣхъ случаяхъ, когда извѣстно было, какой изъ этихъ видовъ змѣй ужалилъ больного, примѣнялась соотвѣтственная сыворотка; если-же это было извѣстно, то впрыскивалась смѣсь изъ равныхъ частей обѣихъ сыворотокъ. Результаты при этомъ во всѣхъ случаяхъ получались вполнѣ благопріятные. Къ сожалѣнію, эти специфическія сыворотки не долго сохраняютъ свои свойства, и для полученія хорошихъ результатовъ слѣдуетъ употреблять по возможности свѣжія и не долго стоявшія. При условіяхъ-же сельской практики это крайне затруднительно, такъ какъ аптекарямъ невыгодно держать дорогой и быстро портящійся препаратъ, на который къ тому-же нѣтъ большого спроса. Авторъ поэтому придумалъ другой способъ лѣченія, вполнѣ аналогичный сывороточному, но болѣе удобо выполнимый. Исходя изъ того факта, что ядъ змѣй безвреденъ для самихъ носителей его, нужно допустить, что кровь и железы ядовитыхъ змѣй обладаютъ способностью осреднять или разрушать этотъ ядъ. Такъ какъ изъ всѣхъ органовъ тѣла, какъ выяснено экспериментальными изслѣдованіями, наиболѣе рѣзко выраженной способностью разрушать яды обладаетъ печень, то естественнѣе всего было воспользоваться, какъ противоядіемъ, именно ею. Въ большинствѣ случаевъ ужаленія змѣя убивается, а потому ея печенью и можно воспользоваться для прививки. Поступаютъ при этомъ, по предложенію автора, такъ. При соблюденіи всѣхъ правилъ безгнилостности вынимаютъ изъ тѣла только-что убитой змѣи печень, растираютъ ее въ ступкѣ съ физіологическимъ растворомъ поваренной соли и полученную эмульсію, богатую жиромъ, фильтруютъ черезъ обезжиренную вату; фильтратъ впрыскиваютъ подкожно больному; авторъ совѣтуетъ еще принять внутрь, если можно, содержимое желчнаго пузыря той-же змѣи. Этотъ способъ лѣченія давалъ автору хорошіе результаты, хотя личный опытъ его еще не очень великъ. Само собою разумѣется, что этотъ способъ лѣченія слѣдуетъ примѣнять лишь въ тѣхъ случаяхъ, когда нельзя получить цѣлебной сыворотки. Отрицательная его сторона заключается въ томъ, что даже при самомъ тщательномъ соблюденіи всѣхъ правилъ безгнилостности часто получаются нагноенія на мѣстѣ впрыскиванія, что объясняется богатствомъ форменныхъ элементовъ во впрыскиваемой жидкости, съ одной стороны, и уменьшеніемъ бактеріиубивающей силы тканей подъ вліяніемъ змѣинаго яда, съ другой. Послѣднимъ обстоятельствомъ обусловливается, вѣроятно, частота появленія нарывовъ и на мѣстѣ укуса, иногда принимающихъ опасный характеръ влажной гангрены (Münchener medicinische Wochenschrift, № 19). *А. Коварскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 489. Д-ръ *I. Chompret* въ статьѣ: *Проникающая язва рта или множественныя омертвѣнія челюсти у спинносухоточнаго*, описываетъ слѣдующій случай.

47-лѣтній больной, съ нервной наслѣдственностью, до 40 лѣтъ чувствовалъ себя совершенно здоровымъ. На 16-мъ году была небольшая язвочка на членѣ, зажившая недѣли въ 2 и не оставившая послѣ себя никакихъ послѣдствій, признанная лѣчившимъ врачемъ простой не специфической язвой. Съ поступленіемъ на военную службу сталъ много пить. На 40-мъ году появились головокруженія, диплопія, молніеносныя боли въ разныхъ частяхъ тѣла, ощущенія ползанія мурашекъ, опоясывающія боли, дрожаніе рукъ. Лѣчился отъ спинной сухотки. 5 лѣтъ назадъ внезапно появились опущеніе вѣкъ и параличъ мышцъ лѣваго глаза, которые черезъ 4—5 мѣс. также внезапно исчезли. Осталось ощущеніе какого-то облака, мѣшающаго правильному зрѣнію. Признака *Argyll-Robertson*'а нѣтъ; слухъ, обоняніе, вкусъ нормальны. Иногда, особенно ночью, наблюдаются недержаніе мочи. Года 2 назадъ стали появляться сильныя желудочныя боли и рвота. Въ настоящее время позывъ на ѣду хорошъ и пищевареніе нормальное; есть явленія почечуя, сопровождающіяся то запорами, то поносами. Легкія и сердце нормальны. Давно страдаетъ половымъ безсиліемъ и мрачнымъ настроеніемъ духа, память немного ослаблена. На лицо признаки *Westphal*'я и *Romberg*'а. Никакихъ паралитическихъ и атрофическихъ явленій. За много лѣтъ до начала сухотки у больного стали быстро портиться зубы, осталось много корней. 3 года назадъ замѣтилъ, что изо рта жидкости и дымъ проходятъ въ носъ черезъ отверстіе въ нёбѣ у коренныхъ зубовъ слѣва. Появленію этого отверстія не предшествовали ни боли, ни воспалительныя явленія. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ верхніе рѣзцы стали шататься и скоро выпали безъ боли; въ области этихъ рѣзцовъ образовалось изъязвленіе. Въ январѣ 1903 г. остались всего 1 зубъ въ верхней челюсти (большой 2-ой коренной слѣва) и 7 зубовъ въ нижней: 2 рѣзца, 2 клыка, 2 малыхъ коренныхъ и лѣвый 3-й большой коренной. Въ маѣ въ области верхнихъ рѣзцовъ образовались опухоль и нагноеніе; отсюда былъ удаленъ небольшой секвестръ; потеря вещества занимала область 4-хъ рѣзцовъ и давала возможность проникнуть въ полость носа. Послѣ этого удалено было еще нѣсколько секвестровъ, такъ что у больного теперь 3 отверстія.

На основаніи этого случая, д-ръ *Chompret* полагаетъ, что омертвѣніе челюсти у спинносухоточнаго и проникающія язвы рта образуются подъ вліяніемъ обычныхъ причинъ, вызывающихъ омертвѣніе; болѣе частою причиною можетъ быть нагноеніе или порча зуба и ея осложненія, а также раненіе при жеваніи (Archives générales de médecine, № 48). *И. Вирскій.*

490. Д-ръ *A. Diel* въ статьѣ *О медленной постепенной перевязкѣ сонной артеріи* описываетъ случай, гдѣ у 55-лѣтняго діабетика съ изъязвившейся эпителіомой правой околоушной области, въ виду возможности изъязвленія наружной сонной артеріи и опасности смертельнаго кровотеченія, рѣшено было перевязать общую сонную артерію. Имѣя въ виду, что перевязка этой артеріи часто сопровождается крайне опасными осложненіями (смертельные обмороки, судороги; гемиплегія), авторъ, освободивъ артерію отъ окружающихъ нервныхъ сплетеній, подвелъ подъ нее лигатуру, которую сталъ медленно и постепенно, подъ контролемъ пальцевъ, затягивать. На перевязку потребовалось 8—10 мин.; послѣ перевязки у больного не наблюдалось никакихъ мозговыхъ явленій. Почти черезъ мѣсяцъ послѣ перевязки у него появился внезапно сильный ознобъ, жаръ, онъ впалъ въ безсознательное состояніе и умеръ. На вскрытіи оказалось, что наружная сонная артерія захвачена была опухолью и изъязвлена; соотвѣтствующее полушаріе головного мозга не представляло ничего ненормальнаго (Archives générales de médecine. 1903 г. № 52). *И. Вирскій.*

**Глазныя болѣзни.** 491. Д-ръ *Cantonnet* испыталъ подъ руководствомъ проф. *Lapersonne*'а *лѣченіе глаукомы осмотическими веществами.* Исходя изъ того положенія, что съ повышеніемъ проходимости и дѣятельности почекъ можетъ понизиться сгущенность глазныхъ средъ, а отъ уменьшеннаго вслѣдствіе этого поступленія воды въ глазъ можетъ понизиться внутриглазное давленіе, авторъ давалъ гляукомнымъ больнымъ поваренную соль, по 5 — 15 грм. въ день, или молочный сахаръ въ количествѣ 100 грм.; въ нѣкоторыхъ-же случаяхъ онъ дѣйствовалъ на кишечникъ, назначая глауберову соль. Всего пользовано имъ было такимъ способомъ 17 больныхъ, при чемъ въ большинствѣ случаевъ, для большей убѣдительности опыта, впусканіе въ глаза пилокарпина на время лѣченія пріостанавливалось. Результаты въ общемъ получились весьма благопріятные. Въ 12 случаяхъ наступило явное улучшеніе какъ въ остротѣ зрѣнія, такъ и въ полѣ зрѣнія, и боли уменьшились; улучшеніе это получилось уже въ нѣсколько дней, а затѣмъ оно медленно достигало наивысшей своей ступени, дальше которой не шло, съ прекращеніемъ-же лѣченія начинало исчезать. Лишь въ 3 случаяхъ наступило ухудшеніе, а въ 2 результатъ былъ измѣнчивый или ничтожный. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, гдѣ получилось улучшеніе, оказалась и достаточная проходимость почекъ для хлористыхъ солей; во всѣхъ этихъ случаяхъ наступило либо замѣтное повышеніе суточнаго количества мочи, либо значительное выдѣленіе хлористаго натрія, либо и то, и другое. Въ тѣхъ-же случаяхъ, гдѣ результатъ получился отрицательный или неблагопріятный, поваренная соль не вызывала никакихъ рѣзкихъ перемѣнъ ни въ количествѣ мочи, ни въ содержаніи хлористаго натрія. Лишь въ 1 случаѣ получилось явное несоотвѣтствіе въ этомъ отношеніи: суточное количество мочи поднялось съ 1260 грм. до 1660, а хлористый натрій

сталъ выдѣляться въ количествѣ 27 грм., вмѣсто прежнихъ 19,7, въ состояніи-же глазъ наступило ухудшеніе. На основаніи полученныхъ результатовъ авторъ совѣтуетъ примѣнять испытанное имъ лѣченіе, сочетая послѣднее, въ случаѣ надобности, съ вкапываніемъ пилокарпина въ глазъ. Необходимо лишь предварительно убѣждаться въ проходимости почекъ, такъ какъ поваренная соль, принося большую пользу при проходимыхъ почкахъ, можетъ въ противномъ случаѣ оказаться опасной. Судить-же о проходимости почекъ для хлористыхъ солей слѣдуетъ непосредственно, сравнивая выдѣляемыя количества хлористаго натрія до лѣченія и въ первые 2 или 3 дня послѣ назначенія этой соли. Нелишне также изслѣдовать и общее состояніе больного, дабы убѣдиться, нѣтъ-ли гдѣ-нибудь отековъ или припадковъ легкаго мочекровія. Метиленовой синькой опредѣлять проходимость почекъ въ данномъ случаѣ безполезно, такъ какъ между выдѣленіемъ синьки и содержаніемъ хлоратовъ нѣтъ полнаго соотвѣтствія. Начинать нужно всегда со слабаго пріема поваренной соли, дабы не вызвать внезапной задержки хлоратовъ въ томъ случаѣ, если-бы почки оказались недостаточно проходимыми. Если послѣ такого пробнаго пріема почки выдѣлятъ меньше хлоратовъ, чѣмъ до того (безусловная задержка хлористыхъ солей), или нѣсколько больше, но меньше, чѣмъ слѣдовало-бы (относительная задержка), то слѣдуетъ перейти къ обезхлориванію путемъ исключенія соли изъ пищи, либо дѣйствуя на кишечникъ, а если возможно, то и на почки, назначая молочный сахаръ. При относительной задержкѣ можно продолжать лѣченіе хлоромъ лишь съ осторожностью и лишь въ томъ случаѣ, когда одновременно съ этимъ имѣется повышеніе суточнаго количества мочи. Послѣ того, какъ улучшеніе достигло наивысшей степени, слѣдуетъ еще очень долго продолжать то-же лѣченіе, только пріемы надо уменьшить, дабы не произошло случайной задержки хлоратовъ, какъ это возможно при бронхитѣ, сильной жабѣ или другихъ подобныхъ заболѣваніяхъ, а такая задержка можетъ оказать дурное вліяніе на глаукому. Вообще при какихъ бы то ни было заразныхъ заболѣваніяхъ слѣдуетъ пріостановить пріемы поваренной соли и направить лѣченіе на кишечникъ, устраняя запоры (Archiv. d'ophtalm., янв.). *Р. К.*

492. Проф. *Van Duyse* разбираетъ *причины пороковъ развитія въ глазахъ*. Уродства возникаютъ въ зародышевой ступени, а внутриутробныя болѣзни глазъ—въ ступени плода; причины же одинаковы въ тѣхъ и другихъ случаяхъ — наслѣдственность, ушибы матки и зараженіе или отравленіе материнской крови (сифилисъ, бугорчатка, быть можетъ, алкоголизмъ или самоотравленіе). Вліяніе наслѣдственности прослѣжено, прежде всего, при недостачахъ (колобомахъ) въ радужной и сосудистой оболочкахъ. Сюда же относятся: полное отсутствіе радужной оболочки, цифроподобныя пятна на этой оболочкѣ, малоглазіе, бычачій глазъ, катаракта, пигментное перерожденіе сѣтчатки, альбинизмъ, дрожаніе глазъ, высокая близорукость, опущеніе верхняго вѣка и др. Съ особенной силой вліяніе наслѣдственности сказывается при бракахъ между родственниками: проф. *Laqueur* отмѣтилъ кровосмѣшанные браки въ 5 изъ 13 случаевъ бычачьяго глаза, въ 9 изъ 21 пигментнаго перерожденія сѣтчатки и въ 13% среди 243 случаевъ врожденной близорукости. Вліяніе ушибовъ матки, какъ и страданій материнскаго организма можетъ обнаруживаться на зародышѣ непосредственно или-же черезъ посредство водной оболочки, неравномѣрное развитіе которой ведетъ къ той или другой недостачѣ—отъ давленія недоразвившагося участка оболочки на соотвѣтственныя части зародыша. Въ ступени плода болѣзни отъ матери передаются черезъ послѣдъ; сюда относятся внутриутробныя воспаленія радужной и сосудистой оболочекъ, а, быть можетъ, и скрытноглазіе (отъ сроищенія вѣкъ съ глазнымъ яблокомъ вслѣдствіе воспаленія соотвѣтствующихъ поверхностей), которое, по мнѣнію другихъ авторовъ, возникаетъ въ зародышевой ступени—отъ давленія водной оболочки (Archives d'ophtalmologie, февраль). *Р. Кацъ.*

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 493. Ракъ наружныхъ половыхъ частей встрѣчается гораздо рѣже, чѣмъ внутреннихъ половыхъ органовъ и влагалища; такъ, по статистикѣ д-ра *M. Jacoby* на 355 случаевъ рака женскихъ половыхъ органовъ, наблюдавшихся въ Allerheiligen-Hospital въ Бреславлѣ, ракъ наружныхъ половыхъ частей былъ найденъ всего въ 1,4% случаевъ. Особенною рѣзкостью является *первичный ракъ похотника*. Такихъ случаевъ всего описано въ литературѣ 65, изъ которыхъ несомнѣнными *Jacoby* считаетъ только 40 и присоединяетъ къ нимъ еще своихъ 2 случая. На основаніи всей этой литературы онъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ. Первичный ракъ похотника встрѣчается чаще всего въ старческомъ возрастѣ. Этіологія не можетъ быть установлена съ достовѣрностью, но всякій случай упорной экземы или pruritus'а въ этой области долженъ считаться подозрительнымъ и требуетъ продолжительнаго наблюденія, какъ какъ иногда эти явленія представляютъ собою лишь припадокъ уже имѣющагося новообразованія. Ракъ похотника есть новообразованіе изъ ороговѣвшаго плоскаго эпителія; на разрѣзѣ наблюдаются островки ороговѣвшаго эпителія, обложеннаго известковыми наслоеніями. Макроскопически новообразованіе это представляетъ либо язву большихъ или меньшихъ размѣровъ съ возвышенными, твердыми краями, либо опухоль, прикрѣпляющуюся плоско или на ножкѣ съ изъязвленной верхушкой. Явленія, которыми сопровождаются первыя стадіи развитія опухоли, часто настолько безразличны (зудъ, жженіе), что можетъ пройти нѣсколько лѣтъ прежде, чѣмъ больная замѣтитъ у себя новообразованіе. Участіе паховыхъ лимфатическихъ железъ въ процессѣ не находится въ соотвѣтствіи съ ростомъ опухоли. Переносы на другіе органы, какъ то матку, печень, брюшину и т. д., наблюдаются только въ послѣднемъ періодѣ, при чемъ лишь въ исключительныхъ случаяхъ новообразованіе переходитъ на влагалище. Предсказаніе, какъ показываетъ статистика случаевъ, гдѣ сдѣлана была операція, очень неблагопріятно, такъ какъ большею частью уже черезъ немногіе мѣсяцы, въ лучшемъ же случаѣ черезъ 2 года, наступаетъ возвратъ. Изъ 67 оперированныхъ по поводу рака похотника выздоровѣли 11, при чемъ только у 3 срокъ наблюденія равнялся 2, $2^1/_2$, $3^3/_4$ годамъ; у остальныхъ онъ былъ гораздо короче. Тѣмъ не менѣе *Jacob* считаетъ вылущеніе опухоли необходимымъ, при чемъ настаиваетъ на одновременномъ удаленіи, если это возможно, и всѣхъ паховыхъ железъ. Въ виду того, что перваго натяженія не получается почти никогда и во избѣжаніе чрезмѣрнаго натяженія тканей, онъ не совѣтуетъ сшивать края раны (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie. т. XIX, тетр. 3). *А. Г.*

494. Д-ръ *A. Silberstein* (Berlin) описываетъ *случай родовъ 2-мя плодами—съ многоводіемъ въ одной изъ амніотическихъ полостей и маловодіемъ въ другой.* Случай этотъ относится, по мнѣнію автора, къ числу тѣхъ, которые, подтверждая ученіе *Schatz*'а объ особенностяхъ кровообращенія у близнецовъ, происходящихъ изъ одного яйца, говорятъ вмѣстѣ съ тѣмъ въ пользу ученія *Gusserow*'а о почечномъ происхожденіи околоплодной жидкости. Благодаря сообщенію между кровеносными сосудами близнецовъ («3-й кругъ кровообращенія»), естественно, что въ нормальныхъ случаяхъ близнецы развиваются одинаково. Но въ тѣхъ случаяхъ, когда русло, несущее кровь отъ 1-го плода ко 2-му, шире, чѣмъ русло, направляющееся отъ 2-го къ 1-му, въ интересахъ выравниванія этого различія, необходимо должны получаться функціональныя измѣненія въ органахъ. Сопоставивъ большое число собственныхъ наблюденій, *Schatz* пришелъ къ выводу, что лучше развитые органы—сердце, почки, пузырь—наблюдаются на ряду съ многоводіемъ у того плода, который лучше снабжается кровью, недостаточное-же развитіе этихъ органовъ вмѣстѣ съ маловодіемъ—у плода, находящагося въ менѣе благопріятныхъ условіяхъ кровоснабженія: получая большее количество крови, плодъ вынуждается къ большей работѣ сердца, повышенное-же кровяное давленіе, увеличивая отдѣленіе мочи, вызываетъ, въ свою очередь, рабочую гипертрофію почекъ. Въ случаѣ *Strassmann*'а («Beitrag zur Lehre von der föt. Harnsecretion» и т. д., Berlin, 1899), у многоводнаго плода найдены: гипертрофія и расширеніе сердца, увеличенныя почки, гипертрофія мочевого пузыря. Въ своемъ случаѣ авторъ нашелъ слѣдующія различія:

Digitized by Google

вѣсъ плодовъ находился въ отношеніи 8:5; толщина лѣваго желудочка—9:2 (въ миллиметрахъ); вѣсъ всего сердца былъ вдвое больше у многоводнаго плода; отношеніе вѣсовъ легкихъ у бо́льшаго плода было 11,45:8,5, между тѣмъ какъ у менѣе развитого оно было 5,5:4,7; длина и діаметръ почекъ у 1-го плода были въ $1^1/_2$ раза, вѣсъ въ 3 раза, а величина *Malpighi*'евыхъ клубочковъ въ $1^1/_2$—2 раза больше, чѣмъ у 2-го; вѣсовое отношеніе мочевыхъ пузырей было 1050:100. Но, если прототипомъ для процессовъ, совершающихся при ненормальныхъ условіяхъ, служитъ, какъ нужно думать, процессъ нормальный, то едва-ли, въ виду всѣхъ этихъ данныхъ, можно еще отстаивать тотъ взглядъ, по которому околоплодная жидкость есть простой пропотъ изъ сосудовъ отпадающей оболочки, а не продуктъ жизнедѣятельности плода, и главнымъ образомъ—дѣятельности почекъ (Archiv für Gynäkologie, т. LXVII, тетр. 3). *С. Бродскій.*

**Нервныя и душевныя болѣзни.** 495. Д-ръ *Sicerling* (Berlin) изслѣдовалъ *спинно-мозговую жидкость, полученную проколомъ по Quincke* въ 75 случаяхъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней и на основаніи этихъ изслѣдованій пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ: изслѣдованіе физическихъ, химическихъ и микроскопическихъ свойствъ спинно-мозговой жидкости является весьма полезнымъ и цѣннымъ способомъ при распознаваніи. Изъ физическихъ свойствъ спинно-мозговой жидкости особенно важное значеніе имѣетъ цвѣтъ, такъ какъ по нему можно судить о наличности кровотеченія въ мозговыя оболочки и о давности его. Если кровь примѣшана къ жидкости вслѣдствіе пораненія сосуда во время прокола, то при центрифугированіи кровь собирается внизу, а вся жидкость надъ кровью остается неокрашенной; при подъпаутинныхъ кровотеченіяхъ жидкость остается окрашенной и послѣ центрифугированія. Желтовато-зеленоватое окрашиваніе, по *Sicard*'у, указываетъ на мозговое кровотеченіе. Изъ химическихъ свойствъ имѣетъ значеніе количество и качество бѣлковъ. Въ нормѣ въ спинно-мозговой жидкости имѣется 0,2 до 1,0 на 1000 бѣлка. Если къ нормальной спинно-мозговой жидкости прибавить насыщеннаго раствора сѣрнокислой магнезіи и профильтровать, то фильтратъ при кипяченіи не долженъ давать мути. При наростающемъ-же, напр., параличѣ получается при этомъ ясная муть. Рѣзко выраженное увеличеніе числа лимфоцитовъ, находимое при микроскопическомъ изслѣдованіи, указываетъ на наличность раздраженія мозговыхъ оболочекъ. (Изъ 38 случаевъ наростающаго паралича оно найдено въ 37). Есть основаніе думать, что при этомъ имѣется менингитическій процессъ съ клѣточными выпотами. Вышеописанная химическая реакція съ сѣрнокислой магнезіей дастъ положительный результатъ (помутнѣніе) во всѣхъ случаяхъ, гдѣ имѣется лимфоцитозъ. Оцѣнка значенія другихъ форменныхъ элементовъ, находимыхъ въ спинно-мозговой жидкости (помимо лимфоцитовъ), пока еще не можетъ быть сдѣлана (Berliner klinische Wochenschrift, № 21). *А. Коварскій.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 496. Относительно рѣдкое страданіе мышечной ткани при сифилисѣ—*myositis syphilitica*—выражается, по *J. A. Fordyce*, появленіемъ мышечныхъ болей, вызываемыхъ гиперэміею съ незначительнымъ выпотѣніемъ, или раздраженіемъ периферическихъ нервовъ самимъ сифилитическимъ ядомъ, и скоро проходитъ. При дальнѣйшемъ ходѣ заболѣванія оно проявляется въ раннихъ ступеняхъ его въ видѣ разлитого межуточнаго міозита, а въ позднихъ—въ видѣ ограниченныхъ гуммозныхъ новообразованій. Оба означенные вида пораженія могутъ появляться и одновременно. При злокачественномъ сифилисѣ (syphilitis maligna praecox) гуммозныя образованія наблюдаются и въ ранней его ступени. Авторъ описалъ вкратцѣ 3 подобныхъ случая. У 1-го больного, съ большими папулами по туловищу наблюдалось припуханіе грудиноключично-сосцевидной мышцы по всему ея протяженію, имѣвшее въ одномъ мѣстѣ величину кулака и быстро изчезнувшее при противосифилитическомъ лѣченіи. Изъ 2-хъ другихъ больныхъ у 1-го, зараженнаго 5 лѣтъ назадъ и невполнѣ излѣченнаго, и у 2-ой больной, зараженной 5 мѣс. назадъ и весьма преданной алкоголизму, при распространенныхъ папулопустулезномъ сифилидѣ и пораженіи миндалинъ, наблюдалось болѣзненное увеличеніе правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы, покрытое гноящимися свищевыми отверстіями (Journal of Cutaneous Diseases 1903 г., апрѣль, по пер. въ Dermatologisches Centralblatt, № 1, 1904). *Г.*

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ глазныхъ болѣзней.** (Отчетъ *С. В. Лобанова*). (Окончаніе. См. № 21, стр. 788). Засѣданіе 10-го января. Почетный предсѣдатель окружной окулистъ Московскаго округа ч. пр. *А. Г. Лаврентьевъ.*

*Я. В. Зеленковскій. Настоящее положеніе вопроса объ эндогенномъ зараженіи глаза.* Докладчикъ изложилъ состояніе этого вопроса на основаніи литературныхъ данныхъ, работъ какъ его самого, такъ и д-ровъ *Войцеховскаго* и *Королькова* и нѣкоторыхъ иностранныхъ авторовъ (*Stock*'а, *Schitamura* и др.). Въ виду того, что одна работа докладчика по этому вопросу и изслѣдованіе *Ѳ. А. Королькова* были помѣщены на страницахъ «Русскаго Врача» въ 1903 г. (см. № 7, стр. 243 и № 50, стр. 1779) я не привожу здѣсь этого доклада.

*А. С. Чемолосовъ. О вліяніи бокового освѣщенія на центральное зрѣніе.* Выводы: 1. Центральное одно- и двуглазное зрѣніе подъ вліяніемъ боковаго освѣщенія повышается при достаточномъ и хорошемъ освѣщеніи разсматриваемаго предмета и понижается—при ослабленномъ его освѣщеніи. 2. Повышеніе V подъ бо́льшимъ угломъ паденія бокового свѣта обязано прохожденію свѣта чрезъ склеру, подъ меньшимъ-же угломъ, — къ этому присоединяется съуженіе зрачка. 3. Пониженіе V прямо пропорціонально степени бокового освѣщенія и обратно пропорціонально: а) углу падающаго свѣта и б) степени освѣщенія разсматриваемыхъ предметовъ; при извѣстномъ соединеніи этихъ условій центральное зрѣніе падаетъ до *запредѣльной относительной слѣпоты*; 4) пониженіе V отъ бокового освѣщенія обязано главнымъ образомъ нарушенію физіологическаго свѣтового контраста, вслѣдствіе появленія обратнаго реальнаго изображенія источника бокового освѣщенія на днѣ глаза (черезъ зрачекъ); также важное значеніе при пониженіи центральнаго зрѣнія имѣетъ прямое прохожденіе сильнаго бокового свѣта черезъ склеру и съуженіе зрачка, которое при слабомъ освѣщеніи разсматриваемыхъ предметовъ вызываетъ пониженіе зрѣнія. 5. Боковое освѣщеніе глазъ, понижая зрѣніе, можетъ явиться предметомъ жалобъ больныхъ и вызвать необходимость назначенія діафрагматическихъ очковъ.

Д-ръ *Ноишевскій* спросилъ, обращено-ли было вниманіе на свѣторазсѣяніе, которое могло быть въ опытахъ докладчика, и не играло-ли въ нихъ роль не недостаточное освѣщеніе, а, напротивъ, чрезмѣрное?

Проф. *Беллярминовъ* находитъ необходимымъ въ подобномъ изслѣдованіи привести размѣръ зрачка къ одной постоянной величинѣ, въ противномъ случаѣ трудно рѣшить, что зависитъ отъ колебанія величины зрачка, что—отъ другихъ причинъ? Онъ спросилъ затѣмъ, какъ докладчикъ объясняетъ пониженіе V на одномъ глазу, при боковомъ освѣщеніи другого?

*Докладчикъ* замѣтилъ, что каждый изъ источниковъ освѣщенія былъ по возможности отдѣленъ другъ отъ друга; сильныхъ источниковъ освѣщенія, вызывающихъ ослѣпленіе, не примѣнялось. Повышенія V одного глаза при боковомъ освѣщеніи другого объясняется сочувственнымъ съуженіемъ зрачка, которое, при условіи слабаго освѣщенія разсматриваемыхъ предметовъ, вызываетъ пониженіе зрѣнія.

Д-ръ *Лаврентьевъ* призналъ вопросъ, затронутый въ докладѣ, очень важнымъ въ практическомъ отношеніи, такъ какъ при опредѣленіи V въ военной практикѣ, при устройствѣ стрѣльбищъ и пр., мало обращается вниманія на указанныя докладчикомъ обстоятельства, и выработка извѣстныхъ нормъ въ этомъ отношеніи является необходимой.

*А. С. Вайнштейнъ. О вліяніи кокаина и голокаина на роговую оболочку.* Разобравъ относящуюся къ вопросу литературу, докладчикъ изложилъ результаты своихъ изслѣдованій, изъ которыхъ оказалось, что кокаинъ и его соли дѣйствуютъ на эпителій роговой оболочки, вызывая въ нихъ процессъ какого-то перерожденія, характеризующійся сморщиваніемъ ядеръ и образованіемъ пустотъ въ клѣткахъ и ведущій къ слущиванію эпителія. Въ гибели эпителія высыханіе играетъ лишь ту роль, что клѣтки, отравленныя кокаиномъ и потерявшія всю или значительную часть своей жизнедѣятельности, легко подвергаются высыханію при незакрытой глазной щели. Степень отравляю-

Digitized by Google

щаго дѣйствія зависитъ отъ крѣпости и продолжительности дѣйствія растворовъ. Объясненіе вреднаго вліянія кокаина на роговицу однимъ лишь высыханіемъ (*Eversbusch*, *Würdinger* и др.) несостоятельно. Слабые масляные растворы кокаина, дѣйствуя непродолжительное время на роговицу, не вызываютъ никакихъ или лишь слабыя измѣненія ея эпителія, подобно такимъ-же воднымъ растворамъ. На теченіе рѣзанныхъ ранъ роговой оболочки кокаинъ вліяетъ вредно, такъ какъ замедляетъ образованіе эпителіальной пробки, защищающей отъ внѣшняго зараженія. Утончленія собственной ткани роговой оболочки и обѣднѣнія ея лимфой докладчикъ не наблюдалъ. Голокаинъ тоже оказываетъ вредное дѣйствіе на роговицу, какъ и кокаинъ.

Проф. *Беллярминовъ* спросилъ, оказываетъ-ли кокаинъ дѣйствіе лишь на эпителіальныя клѣтки или также и на нервныя окончанія роговой оболочки и этимъ послѣднимъ можно объяснить его обезболивающія свойства?

Д-ръ *Чемолосовъ*, полагая, что впусканіе въ конъюнктивальный мѣшокъ простой воды можетъ вліять на эпителій роговой оболочки, считаетъ необходимыми такіе опыты параллельно съ опытами надъ кокаиномъ.

Д-ръ *Суровъ:* Если водные и масляные растворы кокаина и вызываютъ въ роговицѣ измѣненія по существу одинаковыя, но какова ихъ степень? Можетъ быть, она неодинакова? Чѣмъ объяснить болѣе сильное и быстрое дѣйствіе масляныхъ растворовъ?

*Докладчикъ* признаетъ, что кокаинъ—вообще ядъ для протоплазмы, и для объясненія его обезболивающихъ свойствъ склоненъ принять теорію *Pflüger*'а. Никѣмъ не доказано, чтобы отъ воды наступали подобныя-же измѣненія въ эпителіи роговой оболочки. Отъ масляныхъ и водныхъ растворовъ кокаина одинаковой крѣпости наступаютъ измѣненія въ роговицѣ совершенно одинаковыя; болѣе сильное и быстрое дѣйствіе первыхъ объясняется ихъ бо́льшимъ показателемъ всасыванія.

Д-ръ *Коганъ* (во время перерыва) дѣлалъ на больномъ операцію заворота вѣкъ *по своему способу* и давалъ при этомъ соотвѣтствующія разъясненія.

*Ф. М. Кубли. О желательномъ бо́льшемъ ограниченіи примѣненія атропина и расширяющихъ зрачекъ средствъ вообще при нѣкоторыхъ глазныхъ заболѣваніяхъ.* Докладчикъ на основаніи болѣе 10-лѣтняго опыта на большомъ числѣ больныхъ предлагаетъ ограничить пользованіе атропиномъ и вообще расширяющими зрачекъ средствами въ слѣдующихъ случаяхъ: 1) при конъюнктивитахъ обходиться безъ атропина; въ случаѣ осложненій со стороны роговой оболочки, примѣнять съуживающія зрачекъ средства; 2) при кератитахъ (поверхностныхъ, глубокихъ, гнойныхъ, краевыхъ, прободающихъ язвахъ) избѣгать атропина: или не примѣнять ничего или примѣнять съуживающія зрачекъ средства; послѣднія лишь тогда, когда этого требуетъ состояніе радужной оболочки, а также при совершенно центральныхъ пораженіяхъ роговицы; при паренхиматозномъ кератитѣ, смотря по состоянію радужной оболочки,—или расширяющія зрачекъ средства, или ничего, или съуживающія зрачекъ средства; 3) при воспаленіи радужной оболочки—расширяющія зрачекъ средства, при высокомъ Т—пилокарпинъ; 4) при опредѣленіи состоянія преломленія и приспособленія глаза—атропинъ лишь въ случаяхъ As, судороги рѣсничной мышцы, подозрѣніи на притворство; при Hm стараться обходиться безъ атропина; 5) не поступать шаблонно и строго разбирать каждый случай. При такомъ ограниченіи въ примѣненіи атропина докладчикъ убѣдился въ болѣе удовлетворительныхъ результатахъ лѣченія, чѣмъ когда онъ употреблялъ расширяющія зрачекъ средства larga manu.

Д-ръ *Браунштейнъ* не можетъ согласиться съ неупотребленіемъ атропина при острыхъ конъюнктивитахъ (напр. отъ пневмококка, *Koch-Weeks*'овской палочки), сопровождающихся гиперэміей радужной оболочки и болями; также при паренхиматозномъ кератитѣ безъ атропина болѣзнь можетъ затянуться и появиться осложненія со стороны радужной оболочки. Физіологическое дѣйствіе атропина очень важно при многихъ болѣзняхъ. Чѣмъ объясняетъ докладчикъ дѣйствіе съуживающихъ зрачекъ средствъ при кератитахъ?

Д-ръ *Выгодскій* примѣняетъ съуживающія зрачекъ средства при всевозможныхъ заболѣваніяхъ роговой оболочки и при паренхиматозномъ кератитѣ, не сопровождающихся осложненіями со стороны радужной оболочки и очень доволенъ результатами; при этомъ иногда бываетъ полезно на-время оставить эзеринъ и перейти ненадолго на атропинъ, съ тѣмъ чтобы снова начать употреблять эзеринъ; такая смѣна оказываетъ хорошее дѣйствіе; во многихъ случаяхъ остраго конъюнктивита не слѣдуетъ отказываться отъ атропина: здѣсь онъ полезенъ.

Проф. *Беллярминовъ* не можетъ признать необходимости ограничить примѣненія атропина; вліяніе съуживающихъ зрачекъ средствъ при кератитахъ безъ повышенной Т непонятно; почему при центральныхъ воспаленіяхъ роговицы должны быть иныя средства, чѣмъ при краевыхъ? Развѣ болѣзнь въ обоихъ случаяхъ не одинакова? Встрѣчаются, правда, кератиты, напр., у пожилыхъ людей, съ повышенной Т, гдѣ показуются съуживающія зрачекъ средства; вообще-же для примѣненія ихъ при кератитахъ нѣтъ достаточнаго основанія, и страхъ передъ атропиномъ неоснователенъ; гораздо больше должно быть опасеніе передъ возможностью осложненія иритомъ. Многіе случаи поверхностнаго и фликтенулезнаго кератитовъ, лѣченныхъ съуживающими зрачекъ средствами, затягиваются и поддаются лишь расширяющимъ зрачекъ средствамъ. При язвенныхъ-же кератитахъ проф. *Б.* или ничего не примѣняетъ или примѣняетъ атропинъ.

Д-ръ *Кацъ* ставитъ слѣдующее положеніе: при кератитахъ—эзеринъ, при иритахъ—атропинъ; при подозрѣніи на осложненія со стороны радужной оболочки ждать съ эзериномъ; при острыхъ конъюнктивитахъ мазь изъ желтой осадочной ртути съ кокаиномъ очень дѣйствительна; необходимо ограничить употребленіе атропина при подборѣ очковъ, такъ какъ очки, назначенные подъ атропиномъ, впослѣдствіи не переносятся, не говоря уже про тягостное самочувствіе больныхъ, потерю времени, необходимость прекращенія занятій и пр.

Д-ръ *Грабовскій*, на основаніи своей обширной заводской практики, указалъ на громадное значеніе примѣненія атропина при поврежденіяхъ глазъ.

Д-ръ *Аннинъ* находитъ, что для рѣшенія вопроса объ употребленіи при кератитахъ атропина или пилокарпина необходимы продолжительныя клиническія наблюденія.

Д-ръ *Лисицынъ* видѣлъ хорошіе результаты отъ примѣненія скополамина при рейматическихъ иритахъ на абсолютноглаукоматозномъ глазу, гдѣ съуживающія зрачекъ средства ухудшали процессъ.

Д-ръ *Лаврентьевъ* привелъ примѣры, гдѣ нельзя отказываться отъ атропинизаціи при опредѣленіи преломленія глазъ, именно у школьниковъ и новобранцевъ, у послѣднихъ особенно при подозрѣніи на притворство.

Ж.-вр. *Соколова* обратила вниманіе, что проф. *Э. В. Адамюкъ* также совѣтуетъ примѣнять съуживающія зрачекъ средства во многихъ случаяхъ заболѣванія роговицы.

*Докладчикъ* находитъ, что всѣ возражавшіе ему по существу дѣла съ нимъ согласны; онъ не совѣтуетъ непремѣнно употреблять съуживающія зрачекъ средства, а говоритъ лишь объ ограниченіи примѣненія средствъ, расширяющихъ зрачекъ; если-же состояніе радужной оболочки или изслѣдованіе преломленія глазъ у дѣтей, притворщиковъ и т. п. требуетъ атропина, то онъ не противъ этого и самъ примѣняетъ его. Объяснить, какъ дѣйствуютъ при кератитахъ съуживающія зрачекъ средства, онъ затрудняется, но, вѣроятно, пониженіемъ Т ставятъ роговицу въ лучшія условія питанія. Предложеніе объ ограниченіи атропина онъ основываетъ на своемъ болѣе, чѣмъ 10-лѣтнемъ опытѣ на нѣсколькихъ десяткахъ тысячъ больныхъ.

*А. М. Матавкинъ. Объ изслѣдованіи остроты зрѣнія у молодыхъ матросовъ и въ особенности у нижнихъ чиновъ флота, назначаемыхъ въ комендоры и сигнальщики, при слабомъ освѣщеніи.* Изъ своего изслѣдованія докладчикъ выводитъ 15 положеній, изъ которыхъ приведу нѣкоторыя: Изслѣдованіе остроты свѣтового чувства тѣми способами, которые до сихъ поръ извѣстны, трудно примѣнимо на практикѣ вслѣдствіе низкаго уровня развитія нашихъ нижнихъ чиновъ, особенно новобранцевъ; это изслѣдованіе можетъ быть замѣнено изслѣдованіемъ V при постепенномъ уменьшеніи силы свѣта, какъ способомъ болѣе доступномъ ихъ пониманію; этой цѣли удовлетворяетъ поляризаціонный приборъ *А. Гершуна* съ вольтовой дугой. При изслѣдованіи имъ оказывается, что уменьшеніе V нормальнаго глаза, съ полнымъ V при обычномъ освѣщеніи, совершается въ логариѳмическомъ порядкѣ по отношенію къ напряженности свѣта при постепенномъ уменьшеніи послѣдняго; V дальнозоркаго глаза — начиная отъ 1,0D при слабомъ освѣщеніи ниже нормальнаго, и для перваго требуется больше времени для адаптаціи къ слабому освѣщенію, чѣмъ для втораго, соотвѣтственно степени Hm перваго; V дальнозоркаго глаза до 1,0D или ничѣмъ не отличается отъ V нормальнаго глаза при слабомъ освѣщеніи, или достигаетъ такой-же величины только послѣ болѣе продолжительной адаптаціи; у дальнозоркаго въ 1,0D и больше V при слабомъ освѣщеніи падаетъ очень рѣзко, особенно если V при обычномъ освѣщеніи ниже 1; у дальнозоркихъ съ расширеннымъ зрачкомъ при слабомъ освѣщеніи во многихъ случаяхъ обнаруживается увеличеніе V; стенопическое отверстіе улучшаетъ одно-и дву-глазный V при обычномъ освѣщеніи и ухудшаетъ въ высшей степени при ослабленномъ; люди съ анизометропіей, слабыми степенями As и M, точечными помутнѣніями роговицы, даже не центральными, дальнозоркіе больше 1,0D не удовлетворяютъ требованіямъ современной артиллерійской и сигнальной службы на судахъ флота вслѣдствіе значитель-

Digitized by Google

наго паденія V при слабомъ освѣщеніи; куриную слѣпоту въ большинствѣ случаевъ легко распознать изслѣдованіемъ V при ослабленномъ освѣщеніи. Докладчикомъ былъ показанъ приборъ *Гершуна* и цѣлый рядъ таблицъ и цифровыхъ данныхъ, полученныхъ при его употребленіи.

Нѣсколько замѣчаній по поводу этого доклада сдѣлали д-ра *Браунштейнъ*, *Кацъ* и проф. *Беллярминовъ*.

*Ф. М. Кубли* показалъ свой *новый масштабъ* для глазныхъ клиникъ, лѣчебницъ и врачей.

Почетный предсѣдатель *А. Г. Лаврентьевъ* предложилъ выразить благодарность бюро Отдѣла—завѣдующему и секретарямъ за ихъ труды по устройству Отдѣла.

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *LXXXIII. Изъ Общества нейропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ.*

(Соединенное съ Московскимъ Психологическимъ Обществомъ Засѣданіе 24-го февраля).

***Докладъ соединенной Коммиссіи Общества нейропатологовъ и психіатровъ и психологическаго Общества по вопросамъ, представленнымъ на ихъ разрѣшеніе постояннымъ Бюро Съѣздовъ русскихъ исправительныхъ заведеній*** (читанъ секретаремъ Коммиссіи ***А. С. Бѣлкинымъ***). Постоянное Бюро Съѣздовъ представителей русскихъ исправительныхъ заведеній обратилось въ Московское психологическое Общество и въ Московское Общество нейропатологовъ и психіатровъ съ просьбой оказать свое содѣйствіе работѣ Бюро посредствомъ разсмотрѣнія вопросовъ, содержаніе которыхъ будетъ ясно изъ нижеслѣдующаго. Во 1-хъ, по вопросу объ организаціи медико-педагогическаго надзора въ исправительныхъ заведеніяхъ, а также о психіатрическомъ обслѣдованіи поступающихъ въ эти заведенія малолѣтнихъ. Коммиссія признала, что для правильнаго веденія дѣла воспитанія въ исправительныхъ заведеніяхъ рѣшительно необходимо участіе врача-психіатра, такъ какъ 1) въ такія заведенія при настоящей ихъ постановкѣ, какъ показываетъ опытъ, нерѣдко поступаютъ малолѣтніе съ тѣми или другими уклоненіями отъ нормальной психической дѣятельности и даже страдающіе несомнѣннымъ душевнымъ разстройствомъ, а потому нуждающіеся въ постоянномъ медицинскомъ надзорѣ за собой; такъ какъ 2) врачъ-психіатръ можетъ оказать большую пользу своимъ совѣтомъ вообще въ веденіи воспитательнаго дѣла въ исправительномъ заведеніи. Что касается организаціи психіатрическаго надзора за воспитываемыми въ исправительныхъ заведеніяхъ, то Коммиссія признала необходимымъ слѣдующее: 1) Врачъ-психіатръ при исправительномъ заведеніи долженъ производить предварительное психіатрическое обслѣдованіе поступающихъ въ это заведеніе, чтобы выяснить, не окажется-ли у кого-либо изъ нихъ явныхъ признаковъ душевнаго разстройства или предрасположенія къ нему. 2) Онъ долженъ имѣть особое наблюденіе надъ явно ненормальными воспитанниками исправительнаго заведенія. 3) Онъ долженъ принимать участіе въ медико-педагогическомъ надзорѣ за всѣми вообще содержащимися въ исправительномъ заведеніи и состоять постояннымъ членомъ его педагогической Конференціи.—Подвергнувъ, далѣе, обсужденію заключенія Совѣщанія директоровъ исправительныхъ заведеній 1) о томъ, что «доколѣ не будетъ при заведеніяхъ постоянныхъ врачей-психіатровъ, слѣдуетъ употреблять всѣ средства, дабы поступающіе въ заведеніе подлежали по возможности точному изслѣдованію въ психіатрическомъ и медицинскомъ отношеніи въ отдѣльныхъ помѣщеніяхъ заведенія или даже въ ближайшихъ больницахъ»; 2) о томъ, «что врачъ-психіатръ можетъ съ полнымъ успѣхомъ для дѣла вѣдать всею медицинско-санитарною частью въ заведеніи», Коммиссія признала, что для психіатрическаго обслѣдованія поступающихъ въ исправительныя заведенія нѣтъ необходимости имѣть отдѣльное помѣщеніе. Со 2-мъ-же заключеніемъ Совѣщанія директоровъ заведеній Коммиссія вполнѣ согласилась. Во 2-хъ, по вопросу «о составленіи особаго опроснаго листа для медико-педагогическаго надзора за воспитанниками исправительныхъ заведеній, по которому этотъ надзоръ могъ-бы осуществляться воспитателями воспитательно-исправительныхъ заведеній», въ виду объясненія, даннаго *А. А. Фидлеромъ*, что въ этомъ случаѣ разумѣется такой опросный листъ, по которому врачъ-психіатръ, получивъ его изъ исправительнаго заведенія, могъ-бы судить о воспитанникѣ безъ личнаго изслѣдованія о состояніи его психическаго здоровья, Коммиссія высказалась отрицательно, такъ какъ для постояннаго врача-психіатра при исправительномъ заведеніи такой листъ не является необходимымъ, а при неимѣніи постояннаго врача-психіатра онъ не можетъ достигать цѣли, потому что не можетъ правильно заполняться не спеціалистомъ. Въ 3-хъ, по вопросу о составленіи популярнаго руководства по психіатріи, пригоднаго для директоровъ и воспитателей исправительныхъ заведеній, Коммиссія высказалась, что составленіе такого руководства, желательно и вполнѣ возможно. Въ 4-хъ, по вопросу о листѣ для собиранія свѣдѣній о содержащихся воспитанникахъ въ исправительныхъ заведеніяхъ Коммиссія признала: 1) что веденіе такого листа необходимо; 2) что цѣли, которыя могутъ быть достигнуты введеніемъ такого листа, слѣдующія: а) удовлетвореніе практической потребности болѣе систематическаго изученія личности воспитанниковъ, при чемъ такой листъ можетъ служить руководствомъ для веденія записей о воспитанникахъ; б) такого рода листы, правильно и періодически заполняемые, могутъ давать понятіе о тѣхъ измѣненіяхъ, которыя происходятъ въ личности воспитываемаго; в) эти листы могутъ также давать понятіе объ общемъ состояніи и ходѣ дѣла воспитанія въ исправительномъ заведеніи; г) наконецъ, собранныя посредствомъ этихъ листовъ свѣдѣнія могутъ дать очень цѣнный матеріалъ для научной разработки; 3) что, кромѣ опроснаго листа, необходимъ отдѣльный статистическій листокъ (такіе листки, по объясненію *А. А. Фидлера*, составляются во всѣхъ исправительныхъ заведеніяхъ); 4) что опросный листъ долженъ быть составленъ и заполняться слѣдующимъ образомъ: а) онъ долженъ заключать въ себѣ, помимо чисто педагогической, также медицинскую характеристику воспитываемаго, изъ которыхъ 2-ая должна представлять собою общій заключительный выводъ состоящаго при исправительномъ заведеніи врача-психіатра относительно состоянія физическаго и психическаго здоровья воспитываемаго; б) остальная, главная, часть опроснаго листа должна носить медико-педагогическій характеръ, при чемъ всѣ вопросы, входящіе въ нее, должны быть таковы, чтобы отвѣтъ на нихъ не требовалъ спеціальныхъ медицинскихъ знаній, заполняться-же опросный листъ долженъ при совмѣстномъ участіи воспитателей и врача; в) постоянный врачъ-психіатръ, находящійся при исправительномъ заведеніи, долженъ заполнять полученную посредствомъ опроснаго листа характеристику воспитываемаго своими наблюденіями и соображеніями.—Опросный листъ, доставленный Бюро, былъ признанъ Коммиссіей составленнымъ недостаточно систематично. Переработку его, а также дополненіе новыми вопросами, взяли на себя *В. В. Воробьевъ*, *Н. П. Постовскій* и *Г. И. Россолимо*, вошедшіе въ составъ подъ-Коммиссіи. Опросный листъ Коммиссіи, равно какъ и въ соединенномъ засѣданіи Обществъ, получилъ слѣдующій окончательный видъ.—*Листъ для изслѣдованія воспитанника*. I. *Данныя антропологическаго изслѣдованія*. II. *Физическое здоровье*. III. *Психическое здоровье*. IV. *Характеристика личности воспитываемаго*. 1) Правильно-ли развивается умственно, т. е., соотвѣтственно-ли своему возрасту? Развитіе своевременное, преждевременное, запоздалое. *Интеллектъ*. 2) Запоминаетъ—особенно хорошо, удовлетворительно, плохо: молитвы, стихи, прозу, числа, дни, хронологію, лица, мѣста, рисунки, чертежи, имена, слова, музыкальные мотивы, техническія указанія, порученія, правила, предписанія. Запоминаетъ быстро или медленно? 3) Прочно-ли удерживаетъ въ памяти (забывчивость, непрочность памяти)? 4) Не ошибается-ли при воспоминаніи? 5) Соображаетъ быстро или медленно, хорошо, плохо; понятливъ, малопонятливъ? Хорошо-ли излагаетъ устно и письменно свои мысли? 6) Проявляетъ-ли наблюдательность, изобрѣтательность, творчество, практическую смѣтливость? 7) Не проявляетъ-ли стремленія къ резонерству? 8) Не проявляетъ-ли: а) неправильности мышленія (нелогичность, непослѣдовательность, поверхностность разсужденія и т. п.) или б) умственной односторонности? 9) Не проявляетъ-ли суевѣрія или какихъ-либо страшныхъ мыслей? 10) *Фантазія*: а) Не проявляетъ-ли творческой фантазіи? б) Не вноситъ-ли своихъ дополненій въ разсказы о видѣнномъ? Не сочиняетъ-ли небылицъ? в) Не склоненъ-ли принимать вымыслы за дѣйствительность? 11) Каково его вниманіе: а) Разсѣянъ-ли и легко-ли отвлекается? б) Можетъ-ли сосредоточивать вниманіе и чѣмъ именно (путемъ-ли привлекательности предмета или путемъ воли)? в) Быстро-ли утомляется вниманіе? 12) Оказываетъ-ли успѣхи въ школьныхъ предметахъ? 13) Общая оцѣнка интеллектуальныхъ способностей: среднія способности, выше среднихъ, ниже среднихъ? 14) Не замѣчается-ли преобладанія памяти, воображенія или разсудка? *Чувство*. 15) Каково душевное настроеніе: а) Довольное или недовольное? б) Добродушное или раздражительное? в) Общительное? г) Стремленіе къ одиночеству, замкнутость, нелюдимость? д) Веселое или грустное? е) Бодрое или подавленное? ж) Измѣнчивое (смѣна настроеній медленная, скорая, внезапная)? 16) Склоненъ-ли къ душевнымъ волненіямъ (аффектамъ)? а) Въ чемъ проявляются эти аффекты (пугливъ, труслизъ, тосклизъ, вспыльчивъ, злобенъ, востороженъ и пр.) и какіе встрѣчаются чаще? б) Достигаютъ-ли эти аффекты степени умоизступленія? 17) Не обнаруживаетъ-ли немотивированныхъ страховъ—темноты, грозы, безвредныхъ животныхъ и насѣкомыхъ и т. п.? Не обнаруживаетъ-ли немотивированныхъ симпатій или антипатій. 18) *Религіозное чувство*: а) Охотно-ли молится и посѣщаетъ церковныя службы? б) Какъ относится къ исповѣди и таинству причащенія (съ благоговѣніемъ или равнодушно)? в) Не замѣчается-ли чрезмѣрной религіозности, длительныхъ молитвъ, аскетизма, стремленія въ монастырь? г) Не замѣтно-ли религіознаго ханжества? д) Любитъ-ли читать священныя книги. 19) *Нравственныя чувства*: а) Любитъ-ли родныхъ? б) Обнаруживаетъ-ли привязанность къ воспитателямъ и товарищамъ? в) Развито-ли чувство товарищества? Не замѣчается-ли наклонности къ ябедѣ, доносу? г) Проявляетъ-ли доброе отношеніе къ пріюту? д) Воспріимчивъ-ли и памятливъ-ли къ доброму воздѣйствію? е) Обнаруживаетъ-ли любовь къ животнымъ? ж) Совѣстливъ-ли? з) Справедливъ-ли? и) Честенъ-ли? і) Откровененъ-ли? к) Правдивъ

Digitized by Google

или лживъ (лицемѣріе, притворство, обманъ)? л) Хитеръ-ли? м) Льстивъ-ли и не любитъ-ли подслуживаться къ начальству? н) Не хвастливъ-ли и не любитъ-ли рисоваться? Не замѣчается-ли самомнѣнія? о) Недовѣрчивъ? п) Не упрямъ-ли и не склоненъ-ли къ противорѣчію? р) Своенравенъ? с) Завистливъ? т) Озорникъ? у) Вѣжливъ? ф) Нахаленъ? х) Сварливъ? ц) Грубъ? ч) Не золъ-ли и не жестокъ-ли? Не обнаруживаетъ-ли жестокости къ животнымъ и склонности мучить ихъ ради удовольствія? ш) Развито-ли чувство собственнаго достоинства? щ) Обидчивъ? ъ) Злопамятенъ? Мстителенъ? ы) Насмѣшливъ? ь) Мягокъ, деликатенъ? Не преувеличенно-ли чувствителенъ? ѣ) Стыдливъ? Застѣнчивъ? э) Каково отношеніе къ собственности? Насколько проявляется чувство выгоды, самосохраненія, заботы о своемъ тѣлесномъ и душевномъ покоѣ? ю) Не жаденъ-ли? Не скупъ? Бережливъ-ли? Не расточителенъ-ли? я) Каково чувство долга, отношеніе къ своимъ обязанностямъ (равнодушное, ревностное)? 20) *Эстетическое чувство*: а) Есть-ли стремленіе къ франтовству или, наоборотъ, чрезмѣрное равнодушіе къ одеждѣ? б) Чувство чистоплотности: не проявляетъ-ли неряшливости и нечистоплотности? в) Есть-ли способность и любовь къ музыкѣ, рисованію, живописи, сценическому искусству и изящной литературѣ? 21) *Низшія чувства*: а) Не замѣчается-ли прожорливости? Нѣтъ-ли любви къ лакомству? б) Развито-ли половое чувство и нѣтъ-ли ненормальныхъ проявленій его или извращенія (неприличные разговоры, непристойное поведеніе съ товарищами, онанизмъ, педерастія и т. п.)? *Воля*. 22) Исполняетъ-ли задуманное и какъ: а) Энергично или вяло? б) Скоро-ли остываетъ въ своихъ стремленіяхъ или настойчивъ, упоренъ? 23) Охотно или нѣтъ исполняетъ приказанное? 24) Представляются-ли его дѣйствія достаточно мотивированными или бываютъ стремленія и поступки безсмысленные, непонятные для окружающихъ и неожиданные? 25) Не противорѣчатъ-ли дѣйствія и поступки словамъ его, мнѣніямъ, взглядамъ и т. п.? 26) Подъ вліяніемъ какихъ стремленій преимущественно дѣйствуетъ: а) Къ личному удовольствію? б) Къ собственной выгодѣ? в) Къ доставленію удовольствія другимъ? г) Къ избавленію другихъ отъ неудовольствія? д) Изъ чувства долга и справедливости? е) Изъ страха наказанія? ж) Изъ самолюбія, желанія похвальбы? з) Изъ стыда предъ воспитателями или товарищами? и) Подъ вліяніемъ хорошаго или дурного примѣра? і) Не проявляетъ-ли властолюбія (стремленія первенствовать) или легко подчиняется другимъ? к) Не обнаруживаетъ ли подражательности, внушаемости? 27) Не проявляетъ-ли склонности: а) Къ воровству? б) Къ спиртнымъ напиткамъ? в) Къ куренію? г) Къ ссорѣ и дракѣ? д) Къ подстрекательству, бунту и неповиновенію? 28) Есть-ли стремленія къ хорошему и къ исправленію своихъ недостатковъ? 29) Умѣетъ-ли сдерживаться или нѣтъ? Не обнаруживаетъ-ли чрезмѣрной подвижности, суетливости, болтливости? 30) Проявляетъ-ли любовь къ труду или нѣтъ? 31) Прилеженъ или нѣтъ въ ученьѣ, работахъ? 32) Обучается-ли и какимъ именно ремесламъ и сельско-хозяйственнымъ работамъ? И способенъ-ли къ нимъ? 33) Чѣмъ занимается только по принужденію? 34) Чѣмъ занимается съ интересомъ и увлеченіемъ? 35) Къ чему имѣетъ склонность (искусствамъ, ручному труду, чтенію)? Любитъ-ли читать и что именно (книги историческія, сказки, путешествія и т. п.)? 36) Любитъ-ли играть въ подвижныя игры? 37) Какъ проводитъ охотнѣе всего часы досуга? 38) Не проявляетъ-ли склонности къ шутовству, гаерству? 39) Нѣтъ-ли какихъ-либо странностей въ поступкахъ? Нѣтъ-ли какихъ-либо странныхъ привычекъ? Нѣтъ-ли какихъ-либо странныхъ влеченій и вкусовъ. *V. Дополнительныя замѣчанія врача.*

***Г. И. Россолимо. Постановка вопроса о нѣкоторыхъ обязанностяхъ семьи и общества по отношенію къ юношеству.*** Докладчикъ коснулся вопроса о половой жизни юношества, о неблагопріятныхъ вліяніяхъ, которымъ послѣднее подвергается въ современномъ обществѣ, объ отношеніи беллетристическихъ произведеній къ этому вопросу, о томъ, вредно-ли половое воздержаніе и проч., и проч.

Постановлено просить докладчика сдѣлать по этому вопросу сообщеніе съ формулировкой возможныхъ положеній.

*С. Сухановъ.*

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

***Учебникъ венерическихъ болѣзней (перелой, венерическая язва, сифилисъ) д-ра Максимиліана Цейссля, профессора въ Университетѣ въ Wien'ѣ. Переводъ сочиненія „Lehrbuch der venerischen Krankheiten von Prof. Dr. Maximillian von Zeissl“ д-ра Л. П. Шафира, подъ редакціею Т. П. Павлова, профессора Императорской Военно-Медицинской Академіи. Съ 50 рисунками въ текстѣ. С.-Петербургъ. Изд. К. Л. Риккера. 1903 г. Стр. XVI, 702. Ц. 5 р.***

Въ предисловіи къ настоящей книгѣ редакторъ характеризуетъ ее слѣдующими словами: «*M. v. Zeissl* воспользовался при изданіи настоящаго руководства богатымъ клиническимъ опытомъ, тонкою наблюдательностью и научнымъ безпристрастіемъ, лежащими въ основѣ сочиненія его отца *H. v. Zeissl'я*, дополнилъ ихъ данными своихъ многолѣтнихъ наблюденій, присоединилъ научныя пріобрѣтенія послѣдняго времени и, наконецъ, далъ обширную литературу, знакомство съ которою позволяетъ читателю разобраться въ противорѣчивыхъ воззрѣніяхъ различныхъ клиницистовъ». Руководство *H. v. Zeissl'я* было достаточно извѣстно въ свое время русскимъ врачамъ; въ современной-же обработкѣ оно представляетъ такой сводъ матеріала по данной спеціальности, какой плохо согласуется съ скромнымъ, въ общепринятомъ смыслѣ, названіемъ учебника. Обращавшіеся въ послѣднее время переводы учебныхъ сочиненій по сифилису французскихъ авторовъ (*Lancereaux*, *Fournier* и др.), самою системою своего изложенія, рѣзко оттѣняли ихъ національный характеръ и дѣлали ихъ трудно усвоиваемыми посторонним читателемъ, только-что знакомящимся съ данною спеціальностью и потому, можно думать, требовали дополненій или соотвѣтственныхъ указаній. Разбираемое сочиненіе, хотя и можетъ подавлять массою подробностей, весьма цѣнныхъ уже для спеціалиста, но въ должной мѣрѣ оттѣняетъ и необходимыя каждому врачу основныя знанія; справедливость высказаннаго подтверждаетъ, напр., изложеніе анатомическихъ измѣненій мочеиспускательнаго канала при остромъ и хроническомъ перелоѣ. Для характернаго разбора ихъ авторъ приводитъ отдѣльные подлинные итоги изслѣдователей этихъ вопросовъ и въ заключеніе кратко излагаетъ свое собственное мнѣніе по тѣмъ-же даннымъ, придавая ему общій оттѣнокъ.

Проф. *Т. П. Павловъ* въ предисловіи говоритъ: «не вполнѣ соглашаясь съ нѣкоторыми взглядами автора, мы, чтобы сохранить у читателя цѣльность впечатлѣнія, не сочли однако нужнымъ полемизировать съ нимъ въ примѣчаніяхъ»; но нѣкоторыя подробности и отдѣльныя воззрѣнія автора настолько интересны и настолько подкупаютъ къ признанію ихъ, что для самой характеристики книги нельзя не привести ихъ, хотя-бы въ извлеченіи. Передъ изложеніемъ, напр., перелоя у мужчинъ авторъ приводитъ данныя анатоміи и физіологіи мужского мочеиспускательнаго канала, выгодно возобновляющія въ памяти необходимыя свѣдѣнія и наглядно выясняющія послѣдующій разборъ самого страданія. Сопоставляя при разборѣ вопроса, какъ перелой распространяется на заднюю часть мочеиспускательнаго канала, результаты наблюденій авторовъ и свои собственныя изслѣдованія, авторъ указываетъ на отсутствіе какихъ-либо основаній для строгаго раздѣленія мочеиспускательнаго канала на переднюю и заднюю части и потому считаетъ, что перелойный процессъ начинается вообще съ ладьеобразной ямки и въ большинствѣ случаевъ поражаетъ и заднюю часть мочеиспускательнаго канала.

Сифилисъ авторъ опредѣляетъ слѣдующимъ образомъ: «Подъ сифилисомъ разумѣютъ отравленіе крови, вызываемое дѣйствіемъ своеобразнаго животнаго яда и проявляющееся въ разнообразныхъ измѣненіяхъ различныхъ системъ тканей человѣческаго организма—измѣненіяхъ, протекающихъ съ извѣстною болѣе или менѣе постоянною послѣдовательностью». Теченіе сифилиса онъ дѣлитъ на 2 ступени: ступень мокнущихъ папулъ и ступень гуммозныхъ новообразованій. «Обѣ эти ступени обыкновенно исключаютъ другъ друга, т. е. не наблюдаются на одномъ и томъ же субъектѣ одновременно, хотя исключенія и не очень рѣдки». Разбирая «природу сифилитическаго яда», авторъ, между прочимъ, говоритъ: «указанія на литературныя описанія, будто у нѣкоторыхъ больныхъ въ періодѣ гуммознаго сифилиса наблюдалось первичное сифилитическое явленіе, т. е. новое зараженіе сифилисомъ, прямо невѣрны; но при наслѣдственной передачѣ извѣстны случаи, гдѣ наслѣдственно-сифилитическія дѣти были произведены родителями, которые имѣли гуммозныя формы сифилиса (стр. 318 и далѣе). Скорѣе можно придти къ тому взгляду, въ силу котораго не характеръ сифилитическихъ явленій вліяетъ на передачу сифилиса отъ одного субъекта къ другому, а только время, протекшее между моментомъ возникновенія сифилитическаго зараженія и моментомъ образованія сифилитическаго продукта». Спорный вопросъ о вторичномъ зараженіи (reinfectio syphilitica) авторъ рѣшаетъ, можетъ быть, слишкомъ легко и категорически, но приводитъ, тѣмъ не менѣе, слѣдующія заключенія *Diday*'я по этому поводу: «1) сифилисъ можетъ быть окончательно излѣченъ; 2) для окончательнаго излѣченія сифилиса необходимо, по крайней мѣрѣ, 23 мѣсяца; 3) лучшимъ способомъ для доказательства полнаго излѣченія сифилиса является вторичное зараженіе». Крайне остороженъ и поучителенъ отзывъ автора о сифилитическихъ заболѣваніяхъ нервной системы: «даже благопріятный исходъ противосифилитическаго лѣченія еще не служитъ достаточнымъ подтвержденіемъ распознаванія (сифилитическаго характера страданія), ибо, съ одной стороны, всегда нужно считаться съ возможностью излѣченія страданія мозга или нервовъ и помимо противосифилитическаго лѣченія; съ другой-же стороны, неудача противосифилитическаго лѣченія, направленнаго на заболѣванія мозга и нервовъ, отнюдь не можетъ свидѣтельствовать съ достовѣрностью о несифилитическомъ характерѣ даннаго страданія. Къ сожалѣнію, мы и до сихъ поръ не имѣемъ въ своемъ распоряженіи вполнѣ характерныхъ признаковъ сифилитическаго пораженія головного мозга и нервовъ, и симптоматологія ихъ почти совершенно тождественна съ симптоматологіей тѣхъ-же страданій несифилитическаго происхожденія». «Столь-же мало какъ и статистика, позволяетъ намъ вывести достовѣрныя заключенія о происхожденіи прогрессивнаго паралича (непремѣнно отъ сифилиса) и противосифилитическое лѣченіе»; авторъ оттѣняетъ, что и онъ самъ не можетъ рѣшиться на признаніе взаимной зависимости

Digitized by Google

между сифилисомъ и спинною сухоткою (стр. 576). Опредѣляя наслѣдственнымъ сифилисомъ тотъ, который передается по наслѣдству отъ сифилитическихъ родителей ихъ дѣтямъ, авторъ добавляетъ: «наслѣдственный сифилисъ характеризуется преимущественно тѣмъ, что у пораженныхъ имъ лицъ, само собою разумѣется, «*нельзя доказать никакого сифилитическаго первичнаго явленія*» (?). Приступая къ разбору лѣченія, авторъ опредѣляетъ время начала его такими словами: «что касается момента, когда слѣдуетъ лѣчить сифилисъ ртутью, то я лично придерживаюсь того взгляда, что ртутное лѣченіе слѣдуетъ начинать только послѣ обнаруженія общихъ явленій сифилиса». Раннее общее лѣченіе, по его мнѣнію, только тогда могло-бы имѣть основаніе, если-бы мы были вполнѣ убѣждены въ томъ, что ртуть составляетъ противоядіе сифилитическаго яда. «Появленіе высыпа при лѣченіи ртутью, т. е. въ то время, когда организмъ находится подъ ея дѣйствіемъ, показываетъ, что мы не въ состояніи путемъ введенія въ организмъ больного ртути предупредить развитіе новыхъ проявленій сифилиса у даннаго лица. Такимъ образомъ, назначая больному ртуть въ то время, когда у него не обнаружилось никакихъ общихъ явленій, мы достигаемъ лишь того, что дѣлаемъ организмъ менѣе чувствительнымъ къ дѣйствію ртути». Разборъ отдѣла «раннее общее лѣченіе» авторъ заканчиваетъ знаменательными словами: «на основаніи теоретическихъ и практическихъ соображеній я нахожу нужнымъ высказаться въ томъ смыслѣ, что *лѣченіе сифилиса должно начинаться только тогда, когда обнаружились общія явленія*». О самой системѣ лѣченія вообще онъ отзывается такъ: «я совѣтую больнымъ продолжать лѣченіе ртутью до тѣхъ поръ, пока совершенно исчезнутъ малѣйшіе слѣды высыпа или пораженія слизистыхъ оболочекъ и пока первичный сифилитическій склерозъ, при ощупываніи, не обнаружитъ ни малѣйшей плотности, а на мѣстѣ его не будетъ замѣтно никакой пигментаціи. *Если у больного не обнаруживается никакихъ признаковъ сифилиса, то нѣтъ никакого основанія подвергать его противосифилитическому лѣченію.*—Я лично придерживаюсь того взгляда, что сифилитическое первичное явленіе слѣдуетъ лѣчить мѣстно. Общее лѣченіе слѣдуетъ начинать лишь тогда, когда общія явленія у даннаго больного достигнутъ полнаго развитія; больного слѣдуетъ подвергать снова ртутному лѣченію, когда у него обнаружатся новыя проявленія болѣзни». «Хотя въ большомъ числѣ случаевъ полное излѣченіе сифилиса достигается при исключительно выжидательномъ методѣ лѣченія», продолжаетъ авторъ, разбирая лѣченіе общихъ явленій сифилиса, «однако я лично пользуюсь этимъ способомъ только до тѣхъ поръ, пока явленія на общихъ покровахъ не начнутъ обнаруживать склонности къ самопроизвольному обратному развитію. Только тогда я назначаю больному препараты іода и ртути, и, на основаніи долголѣтняго опыта, полагаю, что ничто не препятствуетъ (въ случаѣ необходимости) и одновременному ихъ назначенію». Не лишенъ интереса отзывъ автора о современномъ распространенномъ лѣченіи впрыскиваніями и объ ихъ, яко-бы, превосходствѣ предъ старымъ способомъ втираній: «если вѣренъ выражаемый противъ способа лѣченія втираніями упрекъ, что мы не имѣемъ представленія о томъ, сколько ртути, содержащейся въ сѣрой мази, на самомъ дѣлѣ, всасывается при втираніяхъ, то такой-же упрекъ съ полнымъ правомъ можетъ быть обращенъ противъ способа впрыскиваній нерастворимыхъ и растворимыхъ препаратовъ ртути. Точность дозировки не вполнѣ достижима, и мы, собственно говоря, знаемъ лишь только то, какое количество растворимаго или нерастворимаго препарата ртути отложено нами въ данномъ мѣстѣ тѣла, съ другой стороны, намъ остается однако неизвѣстнымъ—въ какое время и, еще менѣе, сколько изъ существующаго запаса ртути всасывается въ опредѣленное время? Но и растворимые препараты ртути, будучи введены въ тѣло, становятся нерастворимыми, такъ какъ препараты эти вызываютъ на мѣстѣ введенія ихъ свертываніе бѣлка и образовавшійся такимъ образомъ въ самомъ организмѣ альбуминатъ ртути растворяется только при помощи хлористыхъ соединеній организма».

Позволительно думать, что вышеприведенныя выписки въ должной мѣрѣ характеризуютъ, въ предѣлахъ общаго отзыва, итоги автора изъ литературныхъ данныхъ и его личныя воззрѣнія. Какъ представитель Вѣнской школы, авторъ оцѣнилъ, какъ было уже указано, и настойчиво предлагаемое французами, съ легкой руки *Fournier*, длительное непрерывное лѣченіе сифилиса, покоющееся на теоретическихъ основаніяхъ и составляющее еще по сіе время лишь опытное изслѣдованіе, требующее весьма длительныхъ наблюденій, но производящееся въ довольно широкихъ размѣрахъ безъ должной осторожности.

Въ заключеніе нельзя не высказать искренной благодарности проф. *Т. П. Павлову*, своимъ редакторскимъ трудомъ сдѣлавшему такое содержательное сочиненіе достояніемъ русскихъ врачей и учащихся. Переводъ книги, за ничтожными недосмотрами и неточностями [трехстворчатый аортальный клапанъ (стр. 197), напрягающія движенія, управленіе клиникой и т. п., употребленіе лишнихъ иностранныхъ словъ и изрѣдка собственныхъ именъ въ русскомъ правописаніи], является вполнѣ удовлетворительнымъ.

Книга снабжена обширнымъ перечнемъ литературы, предметнымъ и именнымъ указателями. За внѣшнюю сторону отвѣчаетъ изданіе ея фирмою Риккера.

*А. Гаринъ.*

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

**LXXVI.** М. Г.! Не откажите дать мѣсто въ отвѣтъ на письмо д-ра *К. Я. Шулыгина*, напечатанное въ № 21 «Русскаго Врача», слѣдующимъ строкамъ.

Многоуважаемому товарищу, по видимому, неизвѣстна напечатанная мною и д-ромъ *С. Л. Богровымъ*, статья въ «Медицинскомъ Обозрѣніи», 1904 г. № 3, въ которой мы приводимъ, въ числѣ другихъ авторовъ, и его (д-ра *Шулыгина*) и д-ра *П. Ф. Боровскаго*. Познакомившись съ работой д-ра *Боровскаго*, я въ концѣ прошлаго года писалъ ему (въ Ташкентъ) и просилъ его выслать мнѣ хоть одинъ препаратъ protozoa для сравненія съ найденнымъ мною protozoa при восточной язвѣ (bouton d'Orient), но до сихъ поръ отвѣта не получилъ. Теперь съ этой-же просьбой я обращаюсь и къ д-ру *К. Я. Шулыгину* въ надеждѣ, что въ исполненіи ея онъ мнѣ не откажетъ. Получить-же его препараты для меня очень важно, такъ какъ я хочу заняться болѣе подробно вопросомъ объ этіологіи восточной язвы. Адрессъ мой: Москва. Больница Императора Павла I.

*Е. Марциновскій.*

Москва. 7 іюня 1904 г.

## *LXXVII. Письмо Коммиссіи, состоящей при Московскомъ Терапевтическомъ Обществѣ по организаціи противозаразныхъ отрядовъ.*

Въ виду неблагопріятныхъ гигіеническихъ условій, среди которыхъ приходится воевать нашей арміи на Дальнемъ Востокѣ, въ виду также многочисленныхъ формъ эпидемическихъ болѣзней, тамъ господствующихъ, нельзя не ожидать распространенія ихъ среди нашихъ войскъ и населенія.

Для предупрежденія развитія эпидемическихъ болѣзней недостаточно однихъ обычныхъ гигіеническихъ мѣръ (доброкачественной пищи и питья, хорошихъ помѣщеній и т. д.), подчасъ невыполнимыхъ. Инфекціи всетаки будутъ появляться, и потому неизбѣжна борьба съ ними. Московское Терапевтическое Общество и выбранная имъ Коммиссія въ цѣломъ рядѣ засѣданій обсуждали, какіе-бы пріемы борьбы были всего целѣсообразнѣе, и пришли къ заключенію, что всего болѣе практичной является борьба съ очагами инфекцій въ самомъ началѣ ихъ появленія. Для этого же наилучшей формой ея, самой дѣйствительной и цѣлесообразной надо признать дѣятельность *противозаразныхъ* отрядовъ, снабженныхъ всѣми средствами ранняго и точнаго распознаванія инфекцій, средствами разносторонней дезинфекціи, средствами профилактической вакцинаціи и серотерапіи и т. д.

Благодаря сочувствію и содѣйствію Особаго Комитета Е. В. В. Кн. Елисаветы Θеодоровны, давшему 60000 р. на сформированіе и содержаніе отрядовъ, проектъ Общества въ настоящее время уже приводится въ исполненіе. Центральный отрядъ и 3 его летучихъ отдѣленія съ начала Іюня двинутся уже на театръ военныхъ дѣйствій для борьбы съ заразными болѣзнями. Отрядъ названъ именемъ всѣми чтимаго общаго нашего учителя покойнаго профессора *Сергѣя Петровича Боткина.*

Центральный отрядъ будетъ состоять изъ врачей-бактеріологовъ и санитаровъ, 3 студентовъ и 12 служителей, каждый изъ летучихъ--изъ 1 врача, 1 студента и 4 служителей. Оборудованіе состоитъ изъ приборовъ для дезинфекціи паромъ, формальдегидомъ и другими средствами, всѣмъ необходимымъ для разнообразныхъ вакцинацій и серопрофилактики (серотерапіи).

Центральный Отрядъ будетъ выполнять бактеріологическія работы, приготовленіе вакцинъ, ихъ примѣненіе, дезинфекцію, изслѣдованіе пищи, воды и т. д. Летучіе отряды разъѣзжаютъ на мѣста появленія эпидемій для проявленія дезинфекціи, изоляціи и эвакуаціи заразныхъ больныхъ, вакцинацій, общихъ санитарныхъ мѣръ и т. д.

Такимъ образомъ задача противозаразныхъ отрядовъ, какъ это можно видѣть также изъ прилагаемой программы дѣятельности ихъ,—разносторонняя и раціональная борьба съ заразами. Для врачей, конечно, совершенно понятно, что такая борьба можетъ быть чрезвычайно плодотворна. Мы знаемъ это не по теоріи только, но и по опыту. Если бы удалось собрать достаточно средствъ, чтобы выслать на театръ военныхъ дѣйствій хотя бы десятокъ такихъ отрядовъ, намъ удалось бы сохранить десятки тысячъ жизней.

Каждый изъ насъ врачей всю жизнь борется съ болѣзнями страждущаго человѣчества, и потому естественно намъ прежде всего понять, гдѣ нашъ долгъ, гдѣ нужна наша иниціатива. Вѣря въ отзывчивость русскаго врача, Московское Терапевтическое Общество обращается къ нему съ покорнѣйшей просьбой помочь собрать нужныя средства, объясняя русскому Обществу все значеніе организуемыхъ отрядовъ для борьбы противъ заразныхъ болѣзней.

Члены Коммиссіи, принимающіе пожертвованія: *В. Д. Шервинскій* (Пречистенка, Троицкій пер., собств. домъ); *Г. Н. Габричевскій* (Б. Чернышевскій пер., д. Станкевичъ); *Л. П. Боголѣповъ* (Селезневская, д. Крашенинникова); *В. А. Воробьевъ* (Знаменка, д. № 2); *Д. Е. Голубининъ* (Страстной бульваръ, д. Кн. Горчакова); *А. П. Ланговой* (Мясницкая, соб. домъ); *Г. А. Левенталь* (Леонтьевскій пер., д. бывш. Олениной); *П. В. Панфиловъ* (Пильниковъ п., д. Поржесинскаго); *Н. Д. Титовъ* (Сухаревская площадь, д. Канановой); *А. Б. Фохтъ* (Б. Власьевскій пер., д. Львовой); *С. П. Чернышевъ* (Таганка, Семеновская ул., д. Молод-

цова); *В. В. Шишкинъ* (Лаврушинскій пер., д. Харитонова); *С. І. Чирвинскій* (Нижняя Лѣсная, д. Станкевичъ) [1].

Москва. 8 іюня 1904 г.

## *LXXVIII. Программа дѣятельности отрядовъ въ память С. П. Боткина для борьбы съ заразными болѣзнями на театрѣ военныхъ дѣйствій, организуемыхъ Московскимъ Терапевтическимъ Обществомъ при содѣйствіи особаго Комитета Ея Высочества Великой княгини Елисаветы Феодоровны.*

Отряды имѣютъ своимъ главнымъ назначеніемъ предупреждать развитіе и распространеніе эпидемическихъ заразныхъ болѣзней какъ среди войскъ, такъ равно и среди населенія, живущаго въ районѣ театра военныхъ дѣйствій.

Въ цѣляхъ предупрежденія эпидемическихъ болѣзней отряды производятъ по мѣрѣ средствъ слѣдующія работы: 1) бактеріологическимъ изслѣдованіемъ устанавливаютъ діагнозъ возникающей или уже существующей эпидеміи какъ въ видахъ самостоятельныхъ мѣропріятій, такъ равно и консультативно для всѣхъ военныхъ и общественныхъ организацій, которыя не имѣютъ собственныхъ лабораторій; 2) съ помощью того-же бактеріологическаго изслѣдованія устанавливаютъ способы и пути распространенія заразы существующей эпидеміи и принимаютъ соотвѣтствующія мѣры или вырабатываютъ ихъ для частей войскъ или населенія; 3) производятъ дезинфекцію помѣщеній, бѣлья и выдѣленій больныхъ и мѣстъ загрязненныхъ отбросами, зараженныхъ стоянокъ, жилищъ и т. д.; 4) въ случаѣ необходимости уничтожаютъ и выводятъ живыхъ переносчиковъ заразы: крысъ, домашнихъ насѣкомыхъ (клоповъ, блохъ), мухъ, комаровъ и т. д.; 5) устраиваютъ или руководятъ въ устройствѣ механической защиты жилыхъ помѣщеній противъ комаровъ и мухъ; 6) даютъ санитарную оцѣнку мѣстности для стоянокъ, оцѣнку пищи, питьевой воды и т. д., главнымъ образомъ по отношенію къ заразнымъ болѣзнямъ; 7) производятъ предохранительныя прививки бактеріальными вакцинами и специфическими сыворотками; 8) примѣняютъ различныя средства съ предохранительной, а также и лѣчебной цѣлью, поскольку позволяютъ средства отрядовъ, имѣя въ виду при этомъ тѣ-же задачи предупрежденія болѣзней; 9) опредѣляютъ на основаніи бактеріологическихъ изслѣдованій сроки для изоляціи наиболѣе опасныхъ эпидемическихъ болѣзней: холеры, чумы и т. д.; 10) опредѣляютъ наиболѣе цѣлесообразный порядокъ эвакуаціи больныхъ при одновременномъ существованіи нѣсколькихъ эпидемическихъ болѣзней; 11) даютъ наиболѣе раціональныя указанія относительно погребенія заразныхъ больныхъ и сами способствуютъ своими средствами (надзоромъ) правильному осуществленію этой мѣры; 12) содѣйствуютъ вообще всѣмъ другимъ общественнымъ и военнымъ организаціямъ въ мѣрахъ, направленныхъ къ предупрежденію эпидемическихъ болѣзней; 13) приготовляютъ на мѣстѣ вакцины: тифозныя, холерныя и дизентерійныя; 14) распространяютъ среди войскъ и населенія свѣдѣнія о заразныхъ болѣзняхъ и о мѣрахъ борьбы съ ними.

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1110. Конференція В.-Медицинской Академіи, какъ передаютъ общія газеты («Новое Время», 5 іюня, «Биржевыя Вѣдомости», 6 іюня), возбуждаетъ ходатайство о разрѣшеніи поставить *памятникъ* покойному *Сергѣю Петровичу Боткину* передъ зданіемъ Михайловской клинической больницы баронета Вилліе. Проэктъ памятника уже составленъ проф. Беклемишевымъ и одобренъ Конференціею; онъ будетъ сдѣланъ изъ бронзы. Расходы по его постановкѣ предполагается покрыть изъ суммы, собранной на этотъ предметъ между учениками покойнаго, бывшими его больными и другими почитателями его памяти.—Безъ всякаго сомнѣнія, памятникъ будетъ достоинъ «красы и гордости» отечественной медицины; онъ *долженъ* быть такимъ. Отчего-бы устройство его не сдѣлать дѣломъ общенароднымъ? *Сергѣю Петровичу Боткину* должна воздвигнуть памятникъ Россія, а не только его ученики и почитатели памяти.

1111. *Кураторами* на медицинскомъ факультетѣ Одесскаго Университета избраны: профф. *Н. А. Батуевъ*, *П. Я. Борисовъ*, *П. А. Вальтеръ*, *С. С. Головинъ* и *С. В. Левашовъ* («Южное Обозрѣніе», 1 іюня).

1112. Проф. *В. В. Подвысоцкій* утвержденъ на новый срокъ *деканомъ медицинскаго факультета* въ Одесскомъ Университетѣ.

1113. Экстраординарные профессора Одесскаго Университета—по каѳедрѣ хирургической университетской клиники *К. М. Сапѣжко*, по каѳедрѣ фармакологіи *П. Я. Борисовъ*, по каѳедрѣ оперативной хирургіи *Н. К. Лысенковъ—назначены ординарными профессорами* того-же Университета.—Ч. пр. Харьковскаго Университета *В. И. Зарубинъ назначенъ экстраординарнымъ профессоромъ* Одесскаго Университета по каѳедрѣ кожныхъ и венерическихъ болѣзней («Правительственный Вѣстникъ», 4 іюня).

1114. 23 мая въ Томскомъ Университетѣ защищалъ диссертацію *А. В. Романовъ* на тему—«*Объ окончаніи нервовъ въ паріетальной и висцеральной плеврѣ у нѣкоторыхъ млекопитающихъ*» («Сибирская Жизнь», 25 мая).

1115. Главный медицинскій инспекторъ флота *В. С. Кудринъ* утвержденъ *почетнымъ членомъ* Медицинскаго Совѣта съ правами совѣщательнаго члена его («Новости», 4 іюня).

1116. Мы слышали, что инспекторомъ по медицинской части вѣдомства учрежденій Императрицы Маріи *назначается проф. Н. Н. Феноменовъ*.

1117. Въ составѣ центральнаго Управленія Министерства народнаго просвѣщенія, согласно недавно обнародованнымъ новымъ штатамъ («Сборникъ Узаконеній», № 85, 31 мая), учреждены *2 новыя должности—завѣдующаго врачебно-санитарной частью учебныхъ заведеній и его помощника*. Обѣ должности обязательно замѣщаются врачами; по классу должности 1-ая приравнена къ должности вице-директора, а 2-ая—начальника отдѣленія. Будемъ надѣяться, что нововведеніе это хоть нѣсколько поспособствуетъ улучшенію физическаго воспитанія молодежи и всей постановки врачебно-санитарнаго дѣла въ учебныхъ заведеніяхъ.

1118. Отъ В.-Медицинской Академіи *откомандированы* въ распоряженіе полевого в.-медицинскаго инспектора Манчжурской арміи *еще 20 врачей* («Биржевыя Вѣдомости», 6 іюня).

1119. Отбыли на Дальній Востокъ: 28-го мая *изъ Москвы* 19-й Сибирскій *военно-санитарный поѣздъ* съ 3 врачами, 5 сестрами милосердія, 5 фельдшерами и 28 санитарами; 1-го іюня *изъ Петербурга санитарный отрядъ*, снаряженный на средства г-жи А. Л. Беккель, въ составѣ врача, 6 сестеръ милосердія и 6 санитаровъ; 1-го же іюня *изъ Челябинска санитарный отрядъ* Екатеринбургскаго Отдѣла Краснаго Креста въ составѣ 2 врачей и 5 сестеръ милосердія; 2-го іюня *изъ Петербурга* 5-й и 6-й *обеззараживающіе отряды* Краснаго Креста въ составѣ 2 врачей и 17 санитаровъ; 3-го іюня *изъ Москвы* 20-й Сибирскій *военно-санитарный поѣздъ* съ 3 врачами, 5 сестрами милосердія, 5 фельдшерами и 33 санитарами; 4-го іюня *изъ Вильны* мѣстный *санитарный отрядъ* въ составѣ 4 врачей, 10 сестеръ милосердія и 13 санитаровъ; 5-го іюня *изъ Петербурга* снаряженный Георгіевскою Общиной Краснаго Креста *санитарный отрядъ* для госпиталя, на 200 кроватей, имени Е. В. принцессы Ольденбургской, въ составѣ 5 врачей, 1 провизора, 1 студента, 20 сестеръ милосердія и 20 санитаровъ и *санитарный отрядъ* Общины имени ф. Кауфманъ; 5-го *же* іюня *изъ Тулы* городской *санитарный отрядъ*, на 50 кроватей, имени В. Кн. Елизаветы Ѳеодоровны, въ составѣ 3 врачей и 26 сестеръ милосердія и санитаровъ; 5-го *же* іюня *изъ Астрахани 2 санитарныхъ отряда* мѣстнаго Отдѣла Краснаго Креста, на 50 кроватей, въ составѣ 4 врачей, 10 сестеръ милосердія и 12 санитаровъ; 6-го іюня *изъ Кіева* 21-й Сибирскій *военно-санитарный поѣздъ* съ 4 врачами, 5 сестрами милосердія и нѣсколькими санитарами; *изъ Тобольска этаповый лазаретъ* мѣстнаго Отдѣла Краснаго Креста въ составѣ 2 врачей, 5 сестеръ милосердія и 6 санитаровъ («Новое Время», 3—8 іюня, «Русскія Вѣдомости» 31 мая—6 іюня).

1120. При исполнительной Коммиссіи Краснаго Креста образована, какъ передаютъ «Новости» (31 мая), особая Коммиссія подъ предсѣдательствомъ проф. *В. Н. Сиротинина* для обсужденія *вопроса о борьбѣ съ заболѣваніями душевными болѣзнями, могущими возникнуть на Дальнемъ Востокѣ въ дѣйствующей арміи*, и о выработкѣ специальной организаціи по уходу за такими больными.

1121. По словамъ «Новостей» (4 іюня), гор. Москва посылаетъ на Дальній Востокъ для своихъ госпиталей нѣсколько вполнѣ оборудованныхъ *Röntgen'овскихъ кабинетовъ*.

1122. Вологодское чрезвычайное губернское земское Собраніе ассигновало *25000 р. для больныхъ и раненыхъ воиновъ* и постановило присоединиться къ Московской общеземской организаціи («Русскія Вѣдомости», 27 мая).

1123. «Сибирскій Вѣстникъ» (23 мая), со словъ «Русскаго Листка», сообщаетъ, что по свѣдѣніямъ главнаго в.-медицинскаго Управленія % *заболѣваемости* въ дѣйствующей арміи на Дальнемъ Востокѣ въ настоящее время *на ½ менѣе*, чѣмъ въ русско-турецкую войну 1877—1878 гг.

1124. Врачи и сослуживцы поднесли отъѣзжающему на театръ военныхъ дѣйствій, во главѣ Казанскаго университетскаго санитарнаго отряда д-ру *М. Ф. Кондаратскому в. прочувствованный адрессъ* («Новости», 4 іюня).

1125. Балахнинскій земскій врачъ *Н. М. Лебедевъ* пожертвовалъ въ мѣстный комитетъ Краснаго Креста *нѣсколько десятковъ книгъ и журналовъ* для больныхъ и раненыхъ воиновъ на Дальнемъ Востокѣ («Нижегородскій Листокъ», 24 мая).

1126. 6-го іюня исполнилось *50-лѣтіе служебной дѣятельности* д-ра *К. А. Шенка* («Новое Время», 7 іюня). Просимъ глубокоуважаемаго юбиляра принять и нашъ сердечный привѣтъ.

1127. Въ «Вѣстникѣ Псковскаго губернскаго Земства (№ 4) приводятся подробности происходившаго 20-го февраля *чествованія земскаго врача* 1-го медицинскаго участка Псковскаго уѣзда *П. К. Березскаго по случаю 35-лѣтняго юбилея его земской врачебной дѣятельности* въ одномъ и томъ-же медицинскомъ участкѣ. 18-го января 1869 г. *П. К. Березскій* полу-

[1] Нижеслѣдующія лица временно уѣзжаютъ изъ Москвы: *Г. Н. Габричевскій* съ 15-го іюня по 1 сентября, *В. А. Воробьевъ* съ 1-го іюня по 1 сентября, *Л. Е. Голубининъ* съ 15 іюня по 1 сентября, *П. В. Панфиловъ* съ 1-го іюня по 1 августа, *Н. Д. Титовъ* съ 15-го іюля по 1 сентября, *С. І. Чирвинскій* съ 1-го іюля по 1 сентября, *В. Д. Шервинскій* съ іюля до конца августа.

Digitized by Google

чилъ званіе лѣкаря, а 20-го февраля того-же года поступилъ на службу въ 1-ый медицинскій участокъ Псковскаго уѣзда, гдѣ и прослужилъ до сего дня. Въ чествованіи маститаго юбиляра принимали участіе мѣстныя крестьянскія Общества, представители Псковскаго Земства, товарищи—земскіе врачи, а также Общество Псковскихъ врачей, въ коемъ юбиляръ состоитъ членомъ со дня основанія. Въ «Вѣстникѣ» приведены нѣкоторые адреса, поднесенные юбиляру и характеризующіе его, какъ виднаго земскаго дѣятеля, хранящаго лучшіе завѣты 60-хъ годовъ, и какъ весьма симпатичнаго товарища.—Приносимъ глубокоуважаемому *П. К.* и наше запоздалое поздравленіе.

1128. Коммиссія при Академіи Наукъ для разбора сочиненій на премію за изслѣдованіе о природѣ рыбнаго яда *признала*, какъ сообщаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (3 іюня), *работу покойнаго д-ра М. И. Арустамова—«О рыбномъ ядѣ»*—плодъ его 11-лѣтнихъ неутомимыхъ трудовъ, прерванныхъ его внезапною смертью,—*достойною, малой преміи*. Въ виду крайней важности дальнѣйшей разработки вопроса о рыбномъ ядѣ, далеко не исчерпаннаго даже въ его главнѣйшихъ частяхъ, Коммиссія признала желательнымъ учрежденіе *новаго конкурса по этому вопросу*, съ обращеніемъ на него суммы, остающейся неизрасходованной отъ настоящаго конкурса.

1129. Только-что вышедшіе «*Протоколы засѣданій Петербургскаго медико-хирургическаго Общества за 1897—1900 г.*» (Петербургъ, 1904, 268 стр.) содержатъ частью подлинныя сообщенія, частью рефераты и автурефераты сообщеній и протоколы какъ научныхъ, такъ и административныхъ засѣданій. Въ концѣ книги приложенъ алфавитный по фамиліямъ списокъ докладовъ и указатель именъ. Въ предисловіи д-ра *П. Н. Булатова* говорится, что выпускаемые «Протоколы» относятся къ періоду расцвѣта дѣятельности Общества. За весьма немногими исключеніями «Протоколы» составлены бывшимъ всѣ эти 3 года секретаремъ *П. Н. Булатовымъ*, прочитаны и утверждены въ соотвѣтствующихъ засѣданіяхъ. Въ корректурныхъ листахъ «Протоколы» еще разъ были просмотрѣны проф. *Н. А. Вельяминовымъ*, къ крайнему сожалѣнію, отказавшимся, по болѣзни отъ предсѣдательства въ Обществѣ. Избранный въ секретари въ концѣ 1900 г. д-ръ *Б. А. Фраткинъ* скончался лѣтомъ 1903 г., и за послѣднюю зиму 1903—1904 г. жизнь Общества затихла. Надѣемся, говоритъ д-ръ *П. Н. Булатовъ*, что выходъ «Протоколовъ» повліяетъ благопріятно на дальнѣйшее процвѣтаніе Общества. Что Общество работало весьма энергично, явствуетъ уже изъ одного числа докладовъ, сдѣланныхъ за отчетное время—90, и можно, конечно, только отъ всей души пожелать возобновленія плодотворной дѣятельности Общества въ полномъ объемѣ на пользу науки и въ единеніи съ другими научно-врачебными Обществами Петербурга.

1130. Заимствуемъ изъ «Сѣверо Западнаго Слова» (2 іюня) нѣкоторыя данныя о *дѣятельности Виленскаго медицинскаго Общества въ 1903 г.* Членовъ въ немъ было 275. Очередныхъ засѣданій было 10, экстренныхъ 3; 1 засѣданіе было годовое и 3—санитарнаго отдѣла. На этихъ засѣданіяхъ было сдѣлано 14 докладовъ научнаго характера. Въ лабораторіи Общества произведено 2063 различныхъ анализовъ, изъ нихъ 1903—съ распознавательною цѣлью.

1131. «Русскимъ Вѣдомостямъ» (5 іюня) пишутъ изъ Херсона, что Очередной сессіи Херсонскаго уѣзднаго земскаго Собранія Управа представила отчетъ, въ которомъ, между прочимъ, доводитъ до свѣдѣнія Собранія, что, не смотря на всѣ ея усилія, *открытіе цѣлаго ряда новыхъ врачебныхъ пунктовъ встрѣтило продолжительныя задержки* по разнымъ причинамъ; въ числѣ этихъ причинъ не послѣднее мѣсто занимаютъ и проволочки, связанныя съ процедурой утвержденія на должность врачей. Вслѣдствіе этого долгое время оставались свободными мѣста въ нѣсколькихъ участкахъ. «Вслѣдствіе крайняго недостатка въ настоящее время (войны) во врачахъ, желающихъ поступить на земскую службу, Управа не въ состояніи предупредить возможность долгаго отсутствія врачей въ нѣкоторыхъ участкахъ, которые поэтому волей-неволей будутъ предоставлены вѣдѣнію фельдшеровъ.

1132. Приводимъ изъ «*Отчета о научной командировкѣ*» (осенній сезонъ 1903 г.) д-ра *А. Вербова* отзывы его о нѣкоторыхъ Петербургскихъ хирургахъ («Врачебно-санитарная хроника Воронежской губ.», № 3): «Проф. *Г. Ф. Тилингъ* оперируетъ довольно быстро, но вмѣстѣ съ тѣмъ и демонстративно, такъ что главные моменты операціи не ускользаютъ отъ наблюдателя. Очень поучителенъ разборъ больныхъ профессоромъ на амбулаторномъ пріемѣ: здѣсь на каждомъ больномъ онъ останавливается довольно долго, разбираетъ подробно и умѣло». «Д-ръ *Г. И. Трахтенбергъ*, завѣдующій хирургическимъ отдѣленіемъ въ Маріинской больницѣ для бѣдныхъ, является хорошимъ учителемъ; онъ оперируетъ очень медленно, во время самой операціи останавливается на малѣйшихъ подробностяхъ, предъ операціей дѣлаетъ необходимыя указанія, а послѣ операціи никогда не отказывается дать нужныя разъясненія. Онъ нѣсколько разъ велъ съ нами вечернія занятія на трупахъ, при чемъ демонстрировалъ топографію важныхъ областей». «Въ Обуховской больницѣ у д-ра *А. А. Троянова* громадный и самый разнообразный матеріалъ; иногда предполагалось 1—2 операціи, а потомъ было еще нѣсколько экстренныхъ, такъ что приходилось оставаться весь день въ Обуховской больницѣ. Здѣсь мы посѣщали и перевязочную, гдѣ видѣли много интереснаго и поучительнаго. Къ сожалѣнію, д-ръ *Трояновъ* часто болѣлъ въ описываемый мною сезонъ, а потому меньше оперировалъ».

1133. *Изъ корреспонденцій «Новаго Времени»*: «Врачебная корпорація въ Кіевѣ имѣетъ свои особенности. Установилась даже своеобразная система продажи билетовъ къ нѣкоторымъ «свѣтиламъ». Установлена такса на билеты—3, 5, 10 руб. Есть билеты по повышенной цѣнѣ, по которымъ паціенты принимаются внѣ очереди. Нѣкоторые врачи имѣютъ свои излюбленныя аптеки. Въ скромной роли продавцовъ билетовъ иногда подвизаются молодые врачи, состоящіе какъ-бы адъютантами при «свѣтилѣ». Наконецъ есть врачи, имѣющіе особыхъ коммиссіонеровъ по розыску и доставкѣ больныхъ. Коммиссіонеры эти весьма хорошо освѣдомлены о платежныхъ силахъ паціента и т. д.» («Новое Время», 5 іюня). Подобныя огульныя, безъименныя и бездоказательныя обвиненія—весьма нерѣдкое явленіе въ нашей журналистикѣ; представляя ничто иное, какъ злостныя выходки, они, конечно, имѣютъ менѣе всего общаго съ задачами честнаго обличительнаго печатнаго слова и являются итогомъ мелочного личнаго озлобленія и полнаго непониманія цѣлей и обязанностей печати.—Въ томъ-же «Новомъ Времени» (4 іюня) читаемъ: «Одесскимъ земскимъ врачамъ удалось къ сожалѣнію отвоевать себѣ право рѣшающаго голоса при назначеніи новыхъ лицъ на медицинскія должности по земству. Согласно существующей инструкціи поступленіе того или иного новаго врача рѣшается исключительно баллотировкою врачебнаго совѣщанія безъ всякаго участія земской управы. Такой странный порядокъ, какъ оказывается, не обезпечиваетъ земство въ смыслѣ замѣщенія всѣхъ вакантныхъ должностей врачей». Автору этихъ строкъ, по видимому, неизвѣстно, что порядокъ этотъ существуетъ въ большинствѣ земствъ, и объ этомъ пока никому не приходилось ни «сожалѣть», ни находить этотъ порядокъ «страннымъ». Вѣдь, баллотировка во врачебномъ Совѣтѣ имѣетъ единственною цѣлью выбрать наиболѣе достойнаго по познаніямъ и опытности кандидата, а оцѣнить врачебныя познанія врачи, безъ сомнѣнія, могутъ вѣрнѣе, чѣмъ состоящая изъ неврачей земская Управа.

1134. На содержаніе медицинской части въ Закавказскомъ краѣ въ 1904 г. назначенъ *кредитъ въ размѣрѣ 401431 р.* Кредитъ этотъ распредѣленъ такъ. На содержаніе сельско-врачебной части по старымъ еще штатамъ 214905 р., на содержаніе Тифлисской Михайловской больницы и состоящихъ при ней аптеки, женскаго отдѣленія умалишенныхъ, а также на ремонтъ зданій—95478 р., на наемъ и содержаніе домовъ для умалишенныхъ и ремонтъ зданій дома для умалишенныхъ (содержатся въ Тифлисѣ, Баку и Кутаисѣ) 47436 р.; содержаніе Ольгинскаго повивальнаго Института съ гинекологическимъ отдѣленіемъ—28959 р. на содержаніе оспопрививателей—9420 р.; на содержаніе въ г. Тифлисѣ заведенія для снаряженія края животною оспенною лимфою—3333 р.; пособіе военному вѣдомству на содержаніе въ г. Тифлисѣ *Pasteur*'овскаго прививочнаго отъ водобоязни заведенія—1500 р. и на лѣченіе лицъ гражданскаго вѣдомства въ военно-врачебныхъ заведеніяхъ—400 р. («Казбекъ», 29 мая).

1135. Въ Вилькомірѣ, Ковенской губ., во время огромнаго пожара, уничтожившаго почти весь городъ, *сгорѣла*, какъ сообщаетъ «Новое Время» (6 іюня), и *городская больница*; больные, къ счастью, всѣ спасены.

1136. «Русскія Вѣдомости» (8 іюня) приводятъ изъ напечатанной въ «Извѣстіяхъ Одесской городской Думы» (№№ 4 и 5—февраль и мартъ) статьи санитарнаго врача *Ѳ. И. Мартемьянова*—«*Курортные поселки на Куяльницкомъ (Андреевскомъ) и Хаджибейскомъ лиманахъ въ санитарномъ и бытовыхъ отношеніяхъ*» рядъ данныхъ, характеризующихъ эти поселки въ указанныхъ направленіяхъ съ в. нелестной стороны. Было-бы интересно знать, сдѣлано-ли что-нибудь съ тѣхъ поръ на этихъ лиманахъ въ устраненіе указанныхъ товарищемъ в. существенныхъ недочетовъ?

1137. Изъ «*Медицинскаго Отчета Ялтинской санаторіи для недостаточныхъ чахоточныхъ больныхъ*» за сезонъ 1902—1903 гг. (Ялта, 1904) видно, что за отчетное время въ здравницѣ было всего 36 больныхъ—14 женщинъ и 22 мужчины; по возрасту наибольшее число больныхъ (14) было 25—30 лѣтъ, затѣмъ 30—35 л. (9) и меньше всего (1) 40—45 л. Продолжительность болѣзни до поступленія въ здравницу въ 9 случаяхъ была 2—3 года, въ 8—отъ 1 до 2 лѣтъ, въ 6—отъ 3—4 лѣтъ, въ 2 случаяхъ болѣзнь тянулась 12 и 13 лѣтъ. Наслѣдственность имѣлась у 20 больныхъ, изъ нихъ у 11—со стороны братьевъ и сестеръ. Возможность зараженія отмѣчена въ 9 случаяхъ. По степени болѣзни 9 больныхъ относились къ 1-ой степени ея—легкое пораженіе, ограничивавшееся только небольшими участками одной доли, 16—ко 2-ой и 11 къ 3-ьей—уплотнѣніе цѣлой доли или нѣсколькихъ долей или признаки образованія полостей. Бугорчатковыя палочки найдены у 26 больныхъ (72,2%). Продолжительность лѣченія колебалась отъ 59 до 255 дней, въ среднемъ на каждаго больного приходится 208 дней. Прибавились въ вѣсѣ отъ 0,9 до 16,3 клгрм. 18, безъ перемѣнъ остались 6 и потеряли въ вѣсѣ отъ 0,4 до 5,6 клгрм. 10 чел.; средняя прибавка вѣса равна 5,6, средняя потеря 2,5 клгрм. Выздоровѣли 6 больныхъ, выписались въ улучшенномъ состояніи 16, безъ перемѣнъ остались 3, ухудшеніе получилось у 6, умерли 2. 3 больныхъ не вошли въ послѣднюю статистику въ виду краткаго ихъ пребыванія въ здравницѣ. Въ общемъ получили улучшеніе и т. наз. выздоровленіе 22 чел., что составляетъ 66,6%. Эту цифру, по словамъ отчета, надо считать высокой, если принять во вниманіе составъ больныхъ. Лѣченіе въ здравницѣ было главнымъ образомъ гигіено-діэтетическое; лѣченіе лѣкарствами, по мѣрѣ возможности, избѣгалось. Въ отчетномъ году завѣдующій здравницей и составитель настоящаго отчета д-ръ *М. В. Демпель* началъ примѣнять лѣче-

ніе старымъ туберкулиномъ *Koch*'а и сывороткой *Maragliano*. Въ виду малаго числа больныхъ, лѣченныхъ туберкулиномъ (8), и малаго времени наблюденія, авторъ не рѣшается дѣлать окончательныхъ выводовъ и ограничивается пока указаніемъ, что осторожное примѣненіе туберкулина не представляетъ никакихъ серьезныхъ опасностей для больныхъ. Относительно сыворотки *Maragliano* авторъ отмѣчаетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ она вызываетъ непріятныя побочныя явленія: сильную боль на мѣстѣ впрыскиванія, припуханіе близь лежащихъ лимфатическихъ железъ, кожныя сыпи и даже обморочное состояніе. Изъ 12 больныхъ, лѣченныхъ сывороткой, 3 съ далеко зашедшимъ процессомъ «получили столь значительную пользу отъ ея примѣненія, что оспаривать ее было-бы очень трудно».—Ялтинская здравница—учрежденіе совсѣмъ молодое; пріемъ больныхъ въ нее начался лишь съ середины 1901 г.; возникла она по почину кн. М. В. Барятинской частью на субсидію отъ правительства, частью на пожертвованія. Въ здравницѣ каждый больной имѣетъ отдѣльную комнату съ платой за содержаніе, комнату и врачебный надзоръ 40 р. въ мѣсяцъ. Хотя въ правилахъ здравницы и говорится, что въ нее принимаются лишь больные съ начальной формой легочной бугорчатки, но, какъ видно изъ вышеприведенныхъ цифръ отчета, правило это соблюдается, по видимому, не слишкомъ строго. Здравница эта—учрежденіе чисто благотворительное; содержаніе больного обходится значительно дороже, чѣмъ взимаемая съ него болѣе, чѣмъ умѣренная плата; такъ въ сезонъ съ 20 сентября 1901 г. по 1 іюня 1902 г. ($8^1/_2$ мѣс.) содержаніе 1 больного обошлось въ 615 р. 34 коп.

1138. Изъ Могилева губ. пишутъ «Новостямъ» (3 іюня), что тамъ по почину гг. Кагана и Фридлянда устроена *здравница для чахоточныхъ*. Средства на ея содержаніе даетъ Общество пособія бѣднымъ и больнымъ.

1139. «Сибирская Жизнь» (23 мая) сообщаетъ, что въ Сѣверо-Енисейской тайгѣ появился *сыпной тифъ*. Въ центральной больницѣ лежатъ уже 3 больныхъ съ этой заразной болѣзнью. «*Врачебная помощь нынѣ въ тайгѣ плачевная*, далеко хуже прошлогодней. На всю тайгу только врачъ женщина и фельдшеръ». Начальникъ края, по словамъ газеты, не разрѣшилъ Съѣзду золотопромышленниковъ воспользоваться ссыльными врачами въ качествѣ фельдшеровъ.

1140. «Русскія Вѣдомости» (27 мая), со словъ «Полтавскаго Вѣстника», передаютъ, что *ходатайство Полтавской Думы о разрѣшеніи открыть* въ городѣ на общихъ основаніяхъ *городскую аптеку оставлено безъ удовлетворенія*.

1141. «Врачебно-санитарная хроника Рязанской губ.» (№ 3) и «Врачебно-санитарный обзоръ Вологодской губ.» (вып. 3) въ Обозрѣніи выдающихся заболѣваній по губерніямъ за мартъ мѣсяцъ отмѣчаютъ рѣзкое *повышеніе заболѣваемости куриной слѣпотой*; такъ, въ Рязанской губ. число заболѣваній съ 139 въ февралѣ поднялось въ мартѣ до 807. Всѣ врачи, сообщающіе о повышеніи заболѣваемости, приписываютъ его главнымъ образомъ неудовлетворительному питанію населенія во время великаго поста. «Врачебно-санитарная хроника Рязанской губ.» замѣчаетъ, что, хотя постъ и начался въ текущемъ году еще въ первой ½ февраля, но въ первыя недѣли истощеніе организма не могло еще быть особенно рѣзкимъ, чѣмъ и объясняется сравнительно небольшое число случаевъ въ февралѣ, хотя и оно значительно превышало число заболѣваній въ предыдущіе мѣсяцы.

1142. Въ корреспонденціи изъ Мелитополя въ «Приднѣпровскомъ Краѣ» (30 мая) на врача Васильевской больницы взведено *тяжкое обвиненіе*—будемъ надѣяться незаслуженное—въ небрежномъ отношеніи къ своимъ обязанностямъ. Товарищъ, надо думать, не замедлитъ высказаться по этому поводу печатно.

1143. Мы получили увѣдомленіе отъ Комитета *1-го Международнаго Съѣзда по гигіенѣ жилищъ*. Съѣздъ созываетъ «Société Française d'hygiène» по случаю Международной гигіенической выставки въ Парижѣ. Съѣздъ этотъ будетъ въ Парижѣ съ 15-го по 20-ое октября (н. ст.). Работы Съѣзда распадаются на 6 отдѣловъ: 1) городскія жилища; 2) сельскія жилища; 3) жилища рабочихъ; 4) гостинницы и меблированныя комнаты; 5) школьныя жилища; 6) плавучія жилища (пароходы, военныя суда и т. п.). Доклады и сообщенія слѣдуетъ направлять на имя главнаго секретаря *M. F. Marie-Davy*, 7, rue Brézin, Paris (14 Arrondt) и при томъ *только до 1-го сентября*; ему-же слѣдуетъ адресовать и членскій взносъ—20 фр.

1144. Ректоромъ Краковскаго Университета на текущій годъ *избранъ проф. N. Cybulski* (Przegląd Tygodniowy», 18 іюня).

1145. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The Lancet», 11 іюня). Изъ мѣстностей Cape Colony за недѣлю по 14 мая чума наблюдалась только въ Port-Elizabeth'ѣ—1 случай (туземецъ). Въ Transvaal'ѣ за недѣлю по 4 іюня заболѣли 2 (цвѣтные) и умеръ 1 (тоже); общее число заболѣвшихъ отъ начала эпидеміи—139 (24 бѣлыхъ). На островѣ св. Маврикія за недѣлю по 2 іюня заболѣли 3 и умерли 2. Въ Hong-Kong'ѣ за недѣлю по 4 іюня число заболѣваній достигло 36 и смертей 37.

1146. *Чума на о. Formosa*. Американскій вице-консулъ въ Daitotei (прежде Tamsui), столицѣ Formos'ы, увѣдомилъ свое правительство, что за мартъ на этомъ островѣ было 558 случаевъ чумы съ 369 случаями смерти отъ нея.

1147. *Проказа въ New South Wales'ѣ*. Въ этой австралійской провинціи къ 1/1 1902 г. было 14 больныхъ проказою (1 женщина), въ лазаретѣ Little Bay, недалеко отъ Sydney; въ теченіи года прибылъ 1 больной, 2 умерли и 3 были выписаны (съ lepra nervorum), такъ что осталось 10 чел. 3 уроженца New South Wales отъ родителей-европейцевъ, 1 уроженецъ Германіи, 1 Англіи, 1 американецъ, 1 яванецъ и 1 китаецъ («The Lancet», 11 іюня).

1148. «Gazzetta degli ospedali e delle cliniche» (5 іюня) передаетъ извѣстіе изъ Ляояна, что по берегамъ Ялу и въ Фынхуанченѣ *между Японскими войсками появилась холера*, уносящая въ среднемъ по 50 чел. въ день.

1149. «Medicinische Blätter» (9 іюня) передаютъ, что Японскій врачъ *Noguchi*, работая въ Kjöbenhavn'ѣ, добылъ *сыворотку противъ змѣинаго яда*.

1150. Писательница F. Kempner завѣщала городу Breslau 30000 марокъ для устройства особаго *морга, гдѣ-бы тѣла оставлялись на 7 сутокъ*, во избѣжаніе погребеній заживо; городъ, однако, отказался принять такое пожертвованіе (Medicinische Blätter», 9 іюня).

1151. Nil novi sub sole—приходится повторить, который уже разъ, вмѣстѣ съ «Marseille médical» (1 іюня); оказывается, что *необходимость хорошей воды въ походахъ и польза кипяченой воды* были извѣстны какъ нельзя лучше еще Киру Персидскому,—объ этомъ прямо говоритъ Геродотъ въ кн. I, гл. 188.

1152. «American Medicine» (28 мая) отмѣчаетъ, со словъ англійской ежедневной печати, *скудность денежнаго содержанія врачей-интерновъ въ London'скихъ больницахъ*. Въ 20 больницахъ, относительно которыхъ собраны свѣдѣнія, оно равно около 740 р. на наши деньги въ годъ, при готовомъ содержаніи. Въ St. Bartholomew's Hospital, одной изъ крупнѣйшихъ больницъ London'а, врачи не получаютъ ни жалованья, ни содержанія. Вслѣдствіе такого положенія вещей, мѣста занимаются людьми не болѣе способными и пригодными къ дѣлу, а болѣе состоятельными.—Въ Петербургскихъ городскихъ больницахъ съ этой стороны дѣло обстоитъ не лучше: получаемое интернами (ассистентами) жалованье и того меньше, а въ нѣкоторыхъ больницахъ изъ него еще удерживаютъ стоимость стола; трудъ-же т. наз. сверхштатныхъ ординаторовъ, безъ коихъ, при современныхъ осложнившихся условіяхъ ухода, больницы обойтись не могутъ, вездѣ совершенно даровой.

1153. Почтовый департаментъ округа Columbia въ Соединенныхъ Штатахъ Сѣверной Америки *воспретилъ одной фабрикѣ лѣкарственныхъ снадобій пользованіе почтою за обманчивыя рекламы ея*. Издѣлія фабрики были подвергнуты анализу и оказались, какъ и слѣдовало ожидать, далеко не отвѣчающими обѣщаемому въ рекламахъ («The Journal of the American Medical Association», 28 мая).

1154. Постановленіемъ Board of County Commissioners въ графствѣ Chester, штатъ Pennsylvania, *установлено вознагражденіе за вскрытія* въ 15 долларовъ и въ 5 долларовъ *за наружный осмотръ*. Мѣра эта вызвана тѣмъ, что до сихъ поръ врачи назначали произвольныя суммы, отъ 30 до 40 долларовъ («The Journal of the American Medical Association», 28 мая).

1155. *Смертность врачей въ Австріи*. По недавно обнародованной статистикѣ, только 7% ежегодно умирающихъ врачей города Вѣны гибнетъ отъ бугорчатки,—слишкомъ вдвое меньше общей цифры; съ другой стороны, около 40% смертей среди врачей обусловливаются болѣзнями сердца и почекъ, и 40% всѣхъ морфинистовъ—врачи («The Journal of the American Medical Association» 28 мая).

1156. Chicago'ское Board of Education постановило организовать *врачебную инспекцію во всѣхъ школахъ* («The Medical Age», 25 мая).

1157. По иску д-ра *A. Mac Donald*'a, бывшаго судебнаго врача въ Washington'ѣ, New-York'ская газета «*Sun*» *приговорена къ уплатѣ 20000 долларовъ за клевету* («American Medicine», 21 мая).

1158. Къ празднованію въ этомъ году дня независимости (4 іюля), дающему обыкновенно немало несчастныхъ случаевъ, городомъ Chicago подготовляются особыя мѣры предосторожности; между прочимъ, усиливается *снабженіе публичныхъ увеселительныхъ мѣстъ* полиціею, пожарными и *врачами* («American Medicine», 21 мая).

1159. Въ Philadelphi'и образовалось *Общество для борьбы съ бугорчаткою*, подъ именемъ Бѣлая Лига—White-Ligue («American Medicine», 28 мая).

1160. *Умерли*: 1) 4-го іюня, въ Петербургѣ, *Гуго Ѳедоровичъ Фреммертъ* («Новое Время», 5 іюня), родившійся въ 1837 г., а званіе врача получившій въ 1863 г. Покойный одно время служилъ въ Обуховской больницѣ и пользовался большими симпатіями товарищей. Скончался онъ отъ апоплексіи.—2) Въ Варшавѣ *Ѳеодоръ Юліановичъ Лизе*, родившійся въ 1819 г., а званіе врача получившій въ 1874 г. Въ «Medycynie» (18 іюня), откуда мы заимствуемъ это извѣстіе, помѣщенъ о немъ теплый некрологъ.

*Съ 15-го іюня по 1-ое августа* всѣ рукописи и денежную корреспонденцію, направляемыя въ редакцію, просятъ адресовать только на имя проф. *В. В. Подвысоцкаго* по адресу: Петербургъ, Невскій, 14, книжный магазинъ К. Л. Риккера.

**Опечатка:** Въ № 22, стр. 827, лѣвый столбецъ, строка 34 св. *Напечатано:* и слабости ихъ; *слѣдуетъ*—о слабости ихъ.

Въ нѣкоторыхъ экземплярахъ № 23 вшитъ по ошибкѣ дубликатъ 2-го листа. Просимъ читателей извинить намъ эту невольную вину. *Ред.*

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩІЕ 2 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

#### Нѣмецкіе.

**Deutsche Medizinal-Zeitung.** 1903 г., 27 августа.

1. **Weber.** *Die Indikationen der Nordsee bei Nervenkrankheiten.*

31 августа.

1. **L. Ratner.** *Die Sommerdiarrhoe bei Kindern und ihre Behandlung.* 2. **G. Lindner.** *Beobachtungen über den Befund gewisser Monaden in den sogenannten Miescher'schen Schläuchen.*

3, 7 и 10 сентября.

1. **M. Löwy.** *Symmetrische Erweichungsherde beider Hemisphären im Kopfe des Nucleus caudatus und im äusseren Gliede des Linsenkerns mit Muskelrigidität.* Симметричныя гнѣзда размягченія обоихъ полушарій въ головкѣ хвостатаго ядра и въ наружной части чечевичнаго ядра съ ригидностью мышцъ. Случай. 2. **P. G. Unna.** *Neue Tatsachen aus der feineren Anatomie der Oberhaut.*

14 и 17 сентября.

1. **A. Kühner.** *Tortikollis, Tortithorax und Lumbago, ihre Beziehungen zur Unfallversicherung.*

21 и 24 сентября.

1. **M. Monier.** *Eine rationelle Methode gegen die Tuberkulose (Zomotherapie, Luftkur, rationelle Ueberernährung.*

28 сентября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

1 октября.

1. **A. Kühner.** *Schwachsinnige Schulkinder.* Слабоумныя дѣти.

4, 8, 12, 15, 19 и 22 октября.

1. **A Voirol.** *Ein Beitrag zur Aetiologie und Kasuistik des Lupus erythematodes.* 2. **O. O. Fellner.** *Inwiefern verbieten interne Krankheiten vom geburtshilflichen Standpunkt aus das Heiraten?* Противопоказанія для брака, съ точки зрѣнія акушерской, со стороны внутреннихъ болѣзней.

26 октября.

1. **H. Citron.** *Die chemische Untersuchung des Mageninhalts in der ärztlichen Praxis...*

29 октября.

1. **Ohlemann.** *Zur Behandlung des Schreib-und Klavierkrampfes.* О лѣченіи судороги писчей и піанистовъ.

2 и 5 ноября.

1. **W. Winternitz.** *Prophylaxe und Hydrotherapie.*

9, 12, 16, 19 и 23 ноября.

1. **E. Hähnle.** *Die gerichtsärztliche Beurteilung schlecht geheilter Frakturen und Luxationen, wenn in Frage steht, ob Kunstfehler vorliegt.* Судебно-медицинская оцѣнка плохо зажившихъ переломовъ и вывиховъ (неправильности лѣченія).

26 и 30 ноября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

3 декабря.

1. **E. Springer.** *Zur Chemie neuerer Arzneimittel.*

7 и 10 декабря.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

14 и 17 декабря.

1. **A. Ивановъ** (Москва). *Ueber Angina Vincenti und deren Komplikationen.*

21 и 24 декабря.

1. **Treitel.** *Die Beurteilung der Ohreiterungen bei der Aufnahme in eine Lebensversicherung.* 2. **Strebel.** *Zur Radiumtherapie.*

### ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩІЕ 3 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

#### Французскіе.

**Gazette des hôpitaux.** 1903 г., 25, 27 и 30 іюня.

1. **Debove.** *Chlorose et phlegmatia.* По поводу 1 случая. 2. **H. Gillet.** *Particularités et formes de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant.* Обзоръ. 3. **A. Breton.** *Note sur l'adrénaline.*

2 и 4 іюля.

1. **L. Thévenot.** *Actinomycose cervico-faciale de forme courante.* 2 случая. 2. **A. Rousseau.** *Quelques considérations thérapeutiques sur la cryogénine.* 3. **S. Broïdo.** *De l'agent pathogène de la dysenterie epidémique aiguë.* Обзоръ. (Не оконченъ).

7, 9 и 11 іюля.

1. **L. Dor.** *La tuberculose articulaire.* 2. **S. Broïdo.** (Окончаніе).

14, 16 и 18 іюля.

1. **A. Mathieu** et **J.-Ch. Roux.** *Le foie chez les dyspeptiques.* 2. **Raymond** et **Cestan.** *Le syndrôme protubérantiel supérieur.*

21, 23 и 25 іюля.

1. **Guermonprez.** *Hernie traumatique.* 2. **M. Mailland.** *Rhumatisme tuberculeux primitif.* 3. **E. Du Pasquier.** *Les troubles de l'estomac chez les tuberculeux pulmonaires.* Обзоръ.

28 и 30 іюля и 1 августа.

1. **Abadie.** *Tumeur inflammatoire de la glande sous-maxillaire.* Случай. 2. **Le Roy des Barres.** *Sur un cas de dilatation dite idiopathique du gros intestin avec dilatation de la vessie.* Тоже. 3. **H. Piéron.** *Un cas d'obsession scrupuleuse s'ajoutant à un délire érotique.* 4. **F. Lévy.** *Des chloroses symptomatiques (essai de critique historique).*

4, 6 и 8 августа.

1. **J. Brault.** *Contribution au traitement chirurgical des ulcères variqueux de la jambe.* 7 случаевъ. 2. **Patel** et **Viannay.** *Deux cas de luxation de la colonne cervicale.* 2 наблюденія. 3. **L. Revol.** *La toux gastrique.* О желудочномъ кашлѣ.

11, 13, 15 и 18 августа.

1. **Mauclaire.** *Sarcome mixte du sein.* Клиническая лекція. 2. **Boinet.** *Thoracenthèse sans aspiration...* 3. **Vicq.** *La mort dans la chorée.* Извлеченіе изъ диссертаціи (Paris, 1903). 4. **Moty.** *Empyème par l'incision verticale postérieure.* 5. **A. Mathieu** et **J.-Ch. Roux.** *Le transit stomacal.* 6. **S. Szczypiorski.** *Cure rapide des brûlures par fils métalliques incandescents.* 3 случая. 7. **G. Dupont.** *A propos de vésicatoires.*

20 и 22 августа.

1. **P. Vignard.** *Épithélioma tubulé du nez d'aspect glandulaire.* Случай. 2. **P. Sainton** et **J. Ferrand.** *L'adipose douloureuse ou maladie de Dercum.* Обзоръ.

25, 27 и 30 августа.

1. **F.-X. Gouraud.** *Les fausses phosphaturies.* 2. **P. Roy.** *Le gigantisme.* Извлеченіе изъ диссертаціи (Paris, 1903). 3. **P. A. Lop.** *Des arthrites au cours de la puerpéralité.* 4. **S. Szczypiorski.** *Gangrène en bloc du lobe pulmonaire superier gauche...* Случай; операція; смерть.

3 и 5 сентября.

1. **G. Froin.** *Inflammations méningées avec réactions chromatique, fibrineuse et cytologique du liquide céphalo-rachidien.* О 3 случаяхъ. 2. **G. Roussy.** *Phlébite syphilitique secondaire.* Литература и 2 личныхъ наблюденія.

8, 10 и 12 сентября.

1. **E. Marandon de Montyel.** *Nature de l'obsession.* 2. **P. Lejonne.** *Les atrophies musculaires dans la sclérose en plaques.* Извлеченіе изъ диссертаціи (Paris, 1903). 3. **G. Dupeyrac.** *Les métastases de l'eczéma.* Тоже. 4. **A. Terson.** *Sur le traitement d'urgence de l'amblyopie par pertes de sang.* Впрыскиванія физіологическаго раствора поваренной соли при слѣпотѣ отъ потери крови. 5. **Laignel-Lavastine.** *Action du plexus solaire sur les viscères abdominaux.* Обзоръ.

15, 17 и 19 сентября.

1. **P.-A. Lop.** *Des oedèmes partiels au début de l'auto-intoxication gravidique; leur valeur diagnostique.* 3 наблюденія. 2. **A. Mathieu** et **J.-Ch. Roux.** *Valeur séméiologique de l'état de la langue dans les maladies du tube digestif.* (Не окончена). 3. **P. Guiot.** Извлеченіе изъ его диссертаціи «*Les complications nerveuses de la coqueluche*» (Paris, 1903). 4. **F. Terrien.** *Affections oculaires d'origine menstruelle.* Обзоръ. (Не окончена).

22, 24 и 26 сентября.

1. **L. Ombrédanne.** *L'anesthésie générale dans les opérations pratiquées sur la face.* 2. **B. Granier.** *Le diagnostic de l'abondance des épanchements pleuraux.* Извлеченіе изъ диссерт. (Paris, 1902). 3. **F. Terrien.** (Окончаніе).

29 сентября, 1 и 3 октября.

1. **V.-E. Bouic.** *De la sécrétion sudorale dans la tuberculose pulmonaire.* Извлеченіе изъ диссертаціи (Paris, 1903). 2. **P.-A. Lop.** *Infection puerpérale localisée.* Операція. 3. **F. Barthélemy.** *De l'influence du milieu hospitalier sur l'évolution des maladies infantiles.* Извлеченіе изъ диссертацій (Paris, 1903). 4. **H. Hartmann.** *L'exclusion de l'intestin.*

6, 8 и 10 октября.

1. **A. Mathieu** et **J.-Ch. Roux.** Продолженіе статьи о состояніи языка при болѣзняхъ пищеварительныхъ путей. 2. **H. Bordier.** *Traitement électrique de la méralgie paresthétique.* 3. **P. Cavaillon** et **P. Trillat.** *Du traitement de l'éclampsie puerpérale par la décapsulation rénale, d'après Edebohls.* Случай, въ которомъ съ успѣхомъ примѣнено было оперативное пособіе. 4. **Ch. Fouquet.** *Des essais de bactériologie et de sérothérapie dans la syphilis.* Обзоръ.

13, 15 и 17 октября.

1. **A. Mathieu** et **J.-Ch. Roux.** (Продолженіе). 2. **A. Demmler.** *Du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.* 3. **P. Ravaut** et **Darré.** *Contribution à l'étude des herpès génitaux.* 4. **P. Soubeyran.** *L'épithélioma primitif de l'urètre chez l'homme.* Обзоръ.

20, 22 и 24 октября.

1. **Reboud.** *De l'anesthésie localisée à la cocaïne dans la cure opératoire de la hernie inguinale.* 2. **Ch. Périer.** *Le pronostic après les accidents.* 3. **Du Pasquier** et **F.-X. Gouraud.** *Des coefficients urinaires.*

27, 29 и 31 октября.

1. **G. Variot** et **Saint-Albin.** *Deux types d'atrophie infantile d'origine gastro-intestinale.* 2. **Le Roy des Barres.** *Lombrics et appendice.* Патолого-анатомическое наблюденіе. 3. **R. Cestan** et **L. Chenais.** *Du myosis dans certaines lésions bulbaires en*

Digitized by Google

*foyer.* 4. **P. Poirier.** *Leçons sur le developpement du coeur.* Лекціи о развитіи сердца, записанныя д-ромъ *Le Sourd.*

3, 5 и 7 ноября.

1. **L. Monnier.** *Gastrotomie pour l'extraction de 25 corps étrangers.* 2. **G. Froin.** *Le liquide céphalo-rachidien dans l'hémorragie cérébro-méningée.* 9 проколовъ у одного больного. 3. **F. Trémalières.** *Le diagnostic de la méningite tuberculeuse par les procédés nouveaux.* Обзоръ.

10, 12 и 14 ноября.

1. **A. Mathieu** et **J.-Ch. Roux.** *La migraine tardivement aggravée.* 2. **G. Froin.** *Méningite fibrineuse compliquée d'hémorragie cérébro-méningée.* 3. **J. Abadie.** *Les grenouillettes.* Обзоръ.

17, 19 и 21 ноября.

1. **J. Ferrand.** *Une observation de botryomycose du doigt.* 2. **E. Lesné** et **Ch. Richet** fils. *Des effets de l'hyperchloruration.* 3. **J.-Ch. Sautier.** *Sur un nouvel appuie-tête adapté à la position de Rose.* Описаніе прибора, съ рисунками. 4. **M. Faure-Beaulieu.** *Les données récentes sur la pathogénie du zona.* Обзоръ.

24, 26 и 29 ноября.

1. **A. Poncet.** *Rhumatisme tuberculeux.* Клиническая лекція. 2. **Contet.** *La méthode de «la dose suffisante» en thérapeutique.*

1, 3 и 5 декабря.

1. **R. Morichau-Beauchant** et **V. Courtellemont.** *Un cas de pellagre indigène.* 2. **B. Cunéo** et **V. Veau.** *A propos de la pathogénie de la grenouillette sublinguale commune.* 3. **A. Mathieu** et **J.-Ch. Roux.** *Traitement de la toux émétisante des tuberculeux.*

8, 10 и 12 декабря.

1. **Gaucher.** *L'eczéma de la tête et des diverses régions de la face.* 2. **G. Froin.** *Contribution à l'étude de l'hémorragie méningée.* 3. **V. Pauchet.** *Utérus bifide, fibrome à droite, grossesse à gauche, hystérectomie abdominale, guérison.* 4. **V. Courtellemont.** *Les éruptions post-vaccinales.*

15, 17 и 19 декабря.

1. **L. Babonneix.** *Les paralysies diphtériques et la théorie de la méningite.* 2. **Moizard** et **H. Grenet.** *Deux observations de granulie* (острой просовидной бугорчатки) *à forme hémorragique.* 3. **Lévi-Sirugue.** *Examen clinique des selles.* Обзоръ.

22, 24 и 26 декабря.

1. **A. Mathieu** et **J.-Ch. Roux.** *Les lavements alimentaires.* О питательныхъ клизмахъ. 2. **J. Lucas-Championnière.** *La méthode antiseptique et ses déviations...*

### Итальянскіе.

**Gazzetta degli ospedali e delle cliniche.** 1903 г., 16 и 18 іюня.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

21, 23 и 25 іюня.

1. **A. Ferrannini.** *Cirrosi portale atrofica asplenomegalica come malattia prevalentemente congenita.* 2. **Casavecchia.** *Sulla tubercolosi sperimentale del cane e sulla tossemia che ne consegue.* 3. **S. Rolando.** *Casuistica chirurgica.* 4. **Gravagna.** *Le iniezioni endovenose di sublimato nella cura della sifilide.* Относится къ способу скорѣе отрицательно. 5. **C. Quadrone.** *Aneurisma sacciforme della porzione discendente dell'aorta toracica, che si esplica nel cavo addominale.*

28 іюня.

1. **A. Nizzoli.** *Il fegato infettivo acuto in una forma morbosa non ancora cognita.* О болѣзни (заразное пораженіе печени, походящее на гнойникъ въ ней), описанной проф. *Bozzolo* въ «Rivista critica di Clinica medica» за 1902 г. 2. **F. Figari.** *Antitossine ed agglutinine nel sangue di animali immunizzati.* 3. **E. Cavazzani.** *Il nucleone nello sperma.* 4. **G. Monzardo.** *Sulla cura delle infezioni puerperali.* 5. **A. Prandi.** *La sciatica curata colle iniezioni locali di antipirina.* Глубокія впрыскиванія водного раствора 5 : 10, по 1 шприцу ежедневно, посрединѣ и немного ниже линіи, соединяющей сѣдалищный бугоръ съ большимъ вертеломъ. 6. **D. Bruno.** *Medicatura cacodilia.*

2, 7 и 9 іюля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

5 іюля.

1. **E. Galvagni.** *Un caso di tumore caseoso delle fandole retroperitoneali.* 2. **G. Guerrini.** *Dell'azione del nucleoproteide di sangue eterogenco sul numero e la proporzione dei globuli rossi e dei globuli bianchi.* Предварительное сообщеніе. 3. **G. Guyot.** *L'espettorato come mezzo di coltura pel bacillo della tubercolosi.* 4. **E. Aievoli.** *Ancora sul concetto dottrinale della derivazione chirurgica del sangue dal circolo postale.* 5. **G. Viscardi.** *Contributo alla cura radicale dell'idrocele con la esteriorizzazione del testicolo alla Lorgnet.* 6. **E. Bracchi.** *Craniectomia per grave trauma.*

12, 14 и 16 іюля.

1. **A. De Blasi.** *Rammollimento cerebellare.* 2. **C. Viscontini.** *Un caso di disarticolazione interscapolotoracica.* 3. **F. Carini.** *Contributo alla patogenesi della broncopneumonite consecutiva alla operazione del gozzo.* 4. **G. Messina.** *Resezione dell'anca per coxite tubercolare suppurata...* 5. **G. Riva.** *Un caso di autostrangolamento.* 6. **U. Melzi.** *Incontinenza notturna d'orina e vegetazioni adenoidi.* 7. **G. G. Deplano.** *Tetano ed acido fenico. Contributo alla cura Baccelli.*

19, 21 и 23 іюля.

1. **P. Fiorentini.** *Un caso di acinesia algera.* 2. **G. Morelli.** *Osservazioni cliniche sopra un caso di polineurite simmetrica mista.* 3. **F. Re.** *Un caso di frattura dell'orbita.* 4. **T. Scarrone.** *Contributo clinico alla chirurgia della laringe e della trachea.* 5. **A. Frattini.** *Un mezzo di cura degli angiomi senza operazione.* 6. **D. Gentile.** *Il diabete insipido essenziale nei bambini.*

28 и 30 іюля.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

2, 4 и 6 августа.

1. **A. Cipollina.** *Versamenti chilosi e chiliformi.* 2. **A. Santucci.** *Sulla entero-anastomosi.* 3. **G. Baroni.** *La cura chirurgica della nevralgial del trigemino.* 4. **F. Figari.** *Ricerche sperimentali sull'uso di una antitossina per la via gastrica.*

11, 13 и 18 августа.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

16 августа.

1. **G. de Luna.** *Ittero infettivo pleiocromico a ricadute.* Случай. 2. **T. Scarrone.** *La sutura ossea nella frattura della rotula.* 3. **D. Secchi.** *Sopra alcuni casi non comuni di clinica sifilopatica.* 4. **G. Moresco.** *L'opoterapia soprarenale nel trattamento dell'atonia vescicale.* Предварительное сообщеніе. 5. **A. Germani.** *Contributo allo studio clinico della pseudoleucemia.*

20, 25 и 27 августа.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

30 августа.

1. **A. Campani.** *Emeralopia da parotite epidemica.* Случай. 2. **G. Cesare.** *Un caso di aneurisma dell'aorta toracica discendente.* 3. **C. Orecchia.** *Su la legatura simultanea dell'arteria e della vena femorale.* Наблюденіе и опыты на собакахъ. 4. **V. Galletta.** *A proposito d'un secondo caso d'angina di Ludwig.* 5. **A. Prandi.** *Le gastro-enteriti acute dei bambini e la cura idrica.* 6. **S. Lopriore.** *Polmonite crupale in gravidanza inoltrata.* Случай. 7. **E. Leonardi.** *Litiasi intestinale gottosa.* Тоже.

1, 3, 8, 10 и 15 сентября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

6 сентября.

1. **C. Mastri.** *Anuria riflessa senza uremia.* Случай. 2. **G. Corsini.** *Della polmonite lobare acuta.* 3. **G. Migliacci.** *Del gozzo esoftalmico.* О лѣченіи *Graves*'овой болѣзни. 4. **C. Viscontini.** *Nuovo contributo alla cura chirurgica radicale del varicocele.* 5. **I. Andreoli.** *Contributo alla chirurgia conservativa dell'ovaio.*

13 сентября.

1. **O. De Lollis.** *Di una cardiopatia congenita.* Случай врожденнаго съуженія легочной артеріи съ отверстіемъ въ междужелудочной перегородкѣ у мужчины, 30 л. 2. **C. Gallia.** *Un caso di ascesso periuretrale da gonococco.* 3. **A. Luxardo.** *De l'intervento chirurgico in alcune forme di nefrite.* 4. **A. Borri.** *A proposito di un caso di avvelenamento per aspirina.* 5. **M. Capurbano.** *Cura locale delle scottature* (ожоговъ) *mercè il glicerolato tannico.* 6. **N. Introna.** *Un nuovo metodo per la ricerca dell'albuminuria delle orine.* Къ 5—6 к. стм. мочи прибавляютъ продажнаго формалина; въ случаѣ присутствія бѣлка появляется мутность, которая по прокипяченіи жидкости садится на дно, и по высотѣ осадка можно судить о количествѣ бѣлка, такъ что формалиномъ вполнѣ можетъ быть замѣненъ реактивъ *Esbach*'а. 7. **N. Muglia.** *Setticemia erisipelatosa in donna gravida.* Случай. 8. **G. Sighinolfi.** *Distocia fetale per presentazione di spalla C. I. D., con procidenza d'arto in parto gemellare.* Тоже. 9. **G. Urso.** *La fisiologia del corpo tiroide nell'ultimo ventennio.* Обзоръ.

17, 22 и 24 сентября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

20 сентября.

1. **E. de Renzi.** *Un caso di polimiosite ossificante progressiva.* Лекція, записанная д-ромъ *Filtipaldi.* 2. **F. Minella.** *Epidemia di ileo-tifo.* 3. **G. Rossi.** *Di un caso di varicella e concomitante monoplegia brachiale dextra.* 4. **G. Fumaioli.** *La ricerca coi raggi Roentgen in chirurgia.* 5. **E. Ebhardt.** *Contributo alla casuistica del tetano curato col metodo Baccelli.* 6. **G. Campanella.** *Sul bromuro di metil-atropina.* 7. **C. Ortale.** *Sulla cheratocongiuntivite bilaterale secondaria a reumatismo articolare.* 8. **G. Guyot.** *Alcune osservazioni sulla biologia morfologica del bacillo tubercolare in mezzi inadatti al suo sviluppo.* Опыты.

29 сентября и 1 октября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

4 октября.

1. **A. Amantini.** *Contributo allo studio delle malattie funzionali del cuore.* 2 случая. 2. **G. Burzi.** *Bradicardia da miocardite acuta morbillosa.* Случай. 3. **N. Muglia.** *Infezione puerperale e pseudo-infezione puerperale.* 4 наблюденія. 4. **G. Pierantoni.** *Un caso di gravidanza immaginaria.* 5. **T. Caldesi Valeri.** *Un caso di ematoma arterioso successivo a ferita della tibiale anteriore.*

6 и 8 октября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій.
Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

CII. Изъ физіологической лабораторіи Томскаго Университета.

# Нѣкоторыя наблюденія надъ дѣйствіемъ лѣкарственныхъ веществъ и ядовъ на движенія вырѣзаннаго кишечника теплокровныхъ животныхъ.

Проф. А. А. Кулябко и ч. пр. И. И. Александровича (Дочевскаго).

(Предварительное сообщеніе).

Въ 3-мъ и 7-мъ выпускахъ т. 102 *Pflüger*'овскаго «Архива» [5]) появились 2 сообщенія *R. Magnus*'а, изучавшаго самостоятельныя ритмическія движенія отрѣзковъ кишечника теплокровныхъ животныхъ. Авторъ пользовался для своихъ изслѣдованій чрезвычайно простымъ и удобнымъ способомъ: отрѣзокъ кишки онъ помѣщалъ въ сосудъ съ подогрѣтымъ *Locke*'овскимъ растворомъ и сокращенія какъ продольныхъ, такъ и поперечныхъ круговыхъ мышцъ записывалъ при помощи простого приспособленія на закопченной поверхности вращающагося барабана. *Magnus* сообщаетъ много чрезвычайно интересныхъ и важныхъ въ физіологическомъ отношеніи наблюденій; онъ указываетъ, между прочимъ, на существованіе двоякаго рода самостоятельныхъ періодическихъ сокращеній кишечныхъ мышцъ: 1) маятникообразныхъ движеній («Pendelbewegungen») въ видѣ болѣе частыхъ сравнительно сокращеній и разслабленій кишечныхъ мышцъ и 2) болѣе медленныхъ періодическихъ колебаній мышечнаго тонуса («Tonusschwankungen»).

Изслѣдованія *Magnus*'а доказываютъ, что примѣненіе *Ringer-Locke*'овскаго раствора является въ высшей степени драгоцѣннымъ способомъ и по отношенію къ изученію физіологическихъ отправленій кишечника. Но подобно тому, какъ это было указано относительно сердца [2]), упомянутый способъ представляется намъ весьма пригоднымъ и для фармакологическихъ изысканій. Уже первые пробные опыты въ этомъ направленіи дали намъ цѣлый рядъ интересныхъ результатовъ, краткое изложеніе которыхъ составляетъ предметъ настоящаго предварительнаго сообщенія; подробную-же разработку намѣченныхъ вопросовъ мы надѣемся представить въ непродолжительномъ времени.

Опыты наши производились слѣдующимъ образомъ. Отрѣзокъ тонкой кишки только что убитаго кролика погружался въ вертикальномъ положеніи въ стаканъ съ 400 к. стм. подогрѣтой до температуры тѣла жидкости *Locke*'а или болѣе сложной по составу жидкости *Hédon*'а и *Fleig*'а [3]), черезъ которую въ теченіи всего опыта пропускался кислородъ. Нижній конецъ кишечнаго отрѣзка укрѣплялся неподвижно въ зажимѣ горизонтальной вѣтви L-образнаго рычага, а верхній посредствомъ тонкой проволоки соединялся съ легкимъ рычажкомъ, записывавшимъ сокращенія кишечника на барабанѣ. Сначала записывался рядъ нормальныхъ сокращеній; затѣмъ къ жидкости въ стаканѣ приливался растворъ того или иного изслѣдуемаго вещества; по измѣненіямъ въ записываемой кривой можно было дѣлать заключенія о вліяніи изслѣдуемаго вещества на двигательную способность мышцъ кишечной стѣнки.

Первые опыты произведены были съ жидкой вытяжкой конопельнаго тайника (Apocynum cannabinum). Вещество это, фармакологическому изученію котораго посвящена была, между прочимъ, докторская диссертація *И. И. Дочевскаго* [1]), относится къ сильнымъ сердечнымъ средствамъ, не уступая по силѣ дѣйствія наперстянкѣ и строфанту. Испытать вліяніе его на кишечную перистальтику было интересно уже потому, что большинство сердечныхъ средствъ обнаруживаетъ болѣе или менѣе сильное побочное дѣйствіе на желудочно-кишечный каналъ. Помимо апоцина, нами изслѣдовано также дѣйствіе атропина, вератрина, апоморфина, хлоралъ-гидрата, адреналина и нѣкоторыхъ другихъ веществъ.

Что касается апоцина, то малыя дозы его (1—2 капли жидкой вытяжки конопельнаго тайника на 400 к. стм. жидкости въ стаканѣ) немедленно вызывали усиленіе маятникообразныхъ размаховъ рычажка. Нѣсколько болѣе значительныя дозы (отъ 3 до 6 капель вытяжки) обусловливали сначала такое-же усиленіе сокращеній, которыя, все болѣе и болѣе замедляясь, начинали сливаться другъ съ другомъ; при этомъ обнаруживалось явственное *повышеніе тонуса кишечныхъ мышцъ*, и вся кривая, постепенно удаляясь отъ абсциссы, соотвѣтствующей полному разслабленію кишечныхъ мышцъ, получала сходство съ кривой зубчатаго тетануса. При дозѣ въ 6 капель настойки и болѣе маятникообразныя сокращенія подъ конецъ сглаживались и исчезали совершенно, и сильно сократившаяся кишка записывала уже прямую линію контрактуры. Послѣ замѣны жидкости въ стаканѣ свѣжимъ, не содержащимъ апоцина растворомъ мало по малу вновь появлялись маятникообразныя движенія, сначала слабыя, а затѣмъ постепенно усиливавшіяся, и на ряду съ этимъ наступало ослабленіе повышеннаго тонуса кишечныхъ мышцъ до первоначальнаго состоянія ихъ.

Гораздо быстрѣе и рѣзче проявлялся подобный-же эффектъ, если послѣ наступленія контрактуры кишечныхъ мышцъ подъ вліяніемъ апоцина въ тотъ-же стаканъ съ жидкостью мы приливали нѣкоторое количество 1%-наго раствора атропина (0,5 до 1 к. стм.). Почти тотчасъ-же появлялись энергичныя маятникообразныя движенія и постепенно исчезало тоническое напряженіе кишечной стѣнки. Между апоциномъ и атропиномъ существуетъ, по видимому, полный антагонизмъ: новая прибавка избытка апоцина снова вызывала остановку сокращеній и появленіе контрактуры, которыя, въ свою очередь, опять могли быть устранены новой прибавкой избытка атропина. Самъ по себѣ атропинъ при дѣйствіи на нормальный, неотравленный предварительно отрѣзокъ кишечника вызывалъ разслабленіе мышцъ и исчезновеніе колебаній тонуса при явственномъ усиленіи маятникообразныхъ движеній.

Вератринъ въ 1%-номъ растворѣ обнаруживалъ дѣйствіе, подобное дѣйствію апоцина, но гораздо болѣе слабое, чѣмъ упомянутая вытяжка этого послѣдняго. Растворъ хлоралъ-гидрата также обусловливалъ усиленіе мышечнаго тонуса и сліяніе отдѣльныхъ маятникообразныхъ сокращеній въ одну общую контрактуру.

Наоборотъ, апоморфинъ, подобно атропину, вызывалъ разслабленіе тонуса, но при этомъ совершенно исчезали и маятникообразныя движенія. Послѣ кратковременнаго дѣйствія этого яда отрѣзокъ кишечника представлялся совершенно парализованнымъ и дѣятельность его намъ не удавалось болѣе возстановить никакими средствами. Апоморфинъ примѣнялся также въ видѣ 1%-го раствора, и этого раствора мы вливали отъ 0,5 до 1 к. стм. на 400 к. стм. жидкости въ стаканѣ.

Въ высшей степени интереснымъ и совершенно неожиданнымъ оказалось дѣйствіе на вырѣзанный кишечникъ адреналина. Многочисленными изслѣдованіями установлено, что это вещество обнаруживаетъ сильное дѣйствіе на всю сосудистую систему, вызывая сокращеніе сосудистыхъ стѣнокъ; по мнѣнію нѣкоторыхъ изслѣдователей такое дѣйствіе адреналина должно быть сведено къ прямому вліянію его на гладкія мышцы сосудистыхъ стѣнокъ. На сердце адреналинъ также дѣйствуетъ весьма энергично, вызывая рѣзкое усиленіе и учащеніе сердечныхъ сокращеній. Такъ какъ стѣнки кишечника содержатъ въ себѣ гладкія мышечныя волокна, то, по аналогіи съ сосудистыми стѣнками, можно было предполагать, что и въ кишечникѣ адреналинъ вызоветъ усиленіе тонуса мышцъ и, быть можетъ, усиленіе же маятникообразныхъ ритмическихъ сокращеній. На самомъ-же дѣлѣ адреналинъ обнаружилъ совершенно иное вліяніе на кишечникъ: онъ не только не усиливалъ тонуса, но вызывалъ полное разслабленіе всѣхъ мышцъ кишечнаго отрѣзка съ прекращеніемъ маятникообразныхъ сокращеній. Особенно интересно отмѣтить силу дѣйствія адреналина: мы пользовались растворомъ адреналина 1:1000 (Adrenalchlorid *Poehl* или-же препаратъ фирмы Parke Davis & C°,) и этого раствора приливали отъ 0,5 до 2 к. стм. на 400 к. стм. жидкости *Hédon*'а въ стаканѣ; такимъ образомъ получались 100000-ныя или даже 1000000-ныя разведенія вещества, и тѣмъ не менѣе дѣйствіе его появлялось весьма энергично и почти *мгновенно*. Интересно въ этомъ

Digitized by Google

отношеніи сравнить дѣйствіе адреналина на кишку, предварительно отравленную апоциномъ, съ таковымъ-же дѣйствіемъ атропина. Между тѣмъ какъ атропинъ въ 1%-мъ растворѣ, какъ уже упомянуто выше, вызываетъ лишь постепенное возстановленіе маятникообразныхъ движеній и постепенное-же разслабленіе тонуса, адреналинъ въ упомянутыхъ разведеніяхъ *почти мгновенно* разслабляетъ сокращенную кишку и сразу уничтожаетъ способность ея производить маятникообразныя движенія.

Разслабляющее вліяніе адреналина на мышечный тонусъ кишечника казалось намъ сначала до того парадоксальнымъ, что мы не рѣшились-бы, вѣроятно, упоминать о немъ въ настоящемъ предварительномъ сообщеніи до новой провѣрки сдѣланныхъ наблюденій, если-бы намъ не удалось найти указанія на аналогичный фактъ въ замѣткѣ итальянскаго профессора *F. Bottazzi* [4]), который, наблюдая дѣйствіе адреналина на пищеводъ жабы, также замѣтилъ разслабленіе мышечнаго тонуса и, подобно намъ, съ удивленіемъ останавливается на этомъ явленіи, стоящемъ въ противорѣчіи съ распространеннымъ взглядомъ на сущность дѣйствія адреналина. Наши наблюденія надъ кишечными мышцами теплокровныхъ животныхъ совпадаютъ съ тѣмъ, что *Bottazzi* нашелъ на холоднокровныхъ. Во всякомъ случаѣ это оригинальное вліяніе адреналина на двигательную способность кишечника можетъ имѣть, по нашему мнѣнію, и практическій интересъ, такъ какъ неоднократно дѣлались предложенія въ тѣхъ или иныхъ случаяхъ примѣнять адреналинъ подкожно. При такомъ подкожномъ введеніи вещество, поступая въ кровь, должно оказывать вліяніе не на одну только сосудистую систему, и необходимо обратить вниманіе на только-что указанное сильное воздѣйствіе адреналина на кишечный каналъ.

Кромѣ упомянутыхъ препаратовъ, мы намѣтили еще изслѣдованіе цѣлаго ряда другихъ лѣкарственныхъ и ядовитыхъ веществъ, какъ-то: различныхъ сердечныхъ и мышечныхъ ядовъ, наркотическихъ средствъ, эѳира, хлороформа, алкоголя, органотерапевтическихъ препаратовъ, змѣинаго яда и пр.

До настоящаго времени мы изучали исключительно лишь движенія продольныхъ мышцъ кишечной стѣнки; дѣятельность круговыхъ мышцъ кишечной стѣнки, по видимому, представляетъ нѣкоторыя особенности по отношенію къ ядамъ, и изученіе ея не менѣе важно, чѣмъ изученіе дѣятельности мышцъ продольныхъ. Сложныя движенія перистальтики, имѣющія значеніе для физіологіи и патологіи пищеваренія, слагаются изъ сокращеній той и другой группы кишечныхъ мышцъ, находящихся въ зависимости отъ сложной иннерваціи. Способъ изслѣдованія дѣйствія ядовъ на вырѣзанный кишечникъ дастъ намъ новую возможность анализировать сложныя и запутанныя отношенія этой важной двигательной функціи кишечнаго канала.

**Литература.** 1) *Дочевскій И. И.* Матеріалы къ фармакологіи жидкой вытяжки конопельнаго тайника. Томскъ, 1896 г. «Извѣстіе Томскаго Университета», т. 12.— 2) *Кулябко А. А.* Фармакологическія изслѣдованія на вырѣзанномъ сердцѣ. Петербургъ, 1902 г. «Извѣстія И. Академіи Наукъ».— 3) *Hédon et Fleig.* Influence de la température sur la survie de certains organes séparés du corps et leurs reviviscence dans un liquide nutritif artificiel, 1903 г. «Comptes rendus de la Société de Biologie de Paris», т. LV, № 29. Sur l'entretien de l'irritabilité de certains organes séparés du corps par immersion dans un liquide nutritif artificiel. Тамъ-же, № 27.—4) *Bottazzi, F.* Azione dell'adrenalina sul tessuto muscolare liscio esofages di Bufo vulgaris. 1903 г. «Bollettino della R. Akademia Medica di Genova», г. XVIII, № 2.—5) *Magnus, R.* Versuche am überlebenden Dünndarm von Säugethieren, I und II Mittheilung. «*Pflüger*'s Archiv f. d. ges. Physiologie», т. 102, тетр. 3/4 и 7.

## CIII. Къ вопросу о приспособленіяхъ для быстраго развитія паровъ формальдегида для цѣлей обеззараживанія.

Ч. пр. **В. А. Левашева.**

Изъ употребительныхъ въ настоящее время способовъ развитія формальдегида для цѣлей обеззараживанія наибольшее распространеніе имѣютъ, какъ извѣстно, слѣдующіе: 1) полученіе паровъ формальдегида путемъ выпариванія разведенныхъ водныхъ растворовъ формалина въ особыхъ приборахъ изъ мѣди или желѣза, нагрѣваемыхъ спиртовой или керосиновой лампой (таковы, напр., приборъ проф. *Flügge* въ Германіи, д-ра *Hoton* во Франціи, покойнаго д-ра *С. Э. Крупина* въ Россіи); 2) полученіе паровъ формальдегида путемъ пропусканія струи водяного пара, развиваемаго въ отдѣльномъ котелкѣ, чрезъ неразведенный (40%) формалинъ (приборы *Ehrenburg*'а, *Schneider*'а, *Заревича*); 3) полученіе паровъ формальдегида и тончайшей пыли воднаго его раствора путемъ пульверизаціи крѣпкихъ формалиновыхъ растворовъ, опять таки пользуясь струей водяного пара, развиваемаго въ особомъ котелкѣ (приборы *Lingner*'а, *Czaplewski*'аго, *Праусница*).

Названные приборы примѣняются какъ при обеззараживаніи помѣщеній, такъ и въ предназначенныхъ для цѣлей обеззараживанія учрежденіяхъ, имѣющихъ паровые обеззараживающіе приборы и особыя камеры для обеззараживанія формальдегидомъ.

Каковы-бы ни были особыя преимущества того, другого или третьяго изъ только-что названныхъ способовъ полученія паровъ формальдегида въ смыслѣ болѣе надежнаго достиженія конечной цѣли—возможно быстраго и надежнаго уничтоженія болѣзнетворныхъ зародышей, всѣ они имѣютъ ту невыгодную сторону, что всѣ болѣе или менѣе дороги, не только въ смыслѣ дороговизны самихъ приборовъ, но и въ смыслѣ значительной затраты на горючій матеріалъ для нагрѣванія и превращенія въ паръ или распыленія формалиновыхъ растворовъ, въ особенности если для нагрѣванія предпочитаютъ примѣнять спиртъ, а не керосинъ. Я не говорю уже о нѣкоторой опасности, всегда существующей при пользованіи этими горючими матеріалами.

Между тѣмъ, въ предназначенныхъ для обеззараживанія учрежденіяхъ и вообще всюду, гдѣ имѣется подъ рукою паровой котелъ, очевидно, проще всего воспользоваться для вышеозначенныхъ цѣлей выпариванія растворовъ формалина именно этимъ паромъ, примѣненіе котораго въ подобныхъ случаяхъ требуетъ крайне простыхъ и дешевыхъ приспособленій, а стоимость эксплоатаціи сводится при обычныхъ условіяхъ, когда нѣтъ необходимости въ выпариваніи черезчуръ значительныхъ количествъ формалина, до minimum'а, почти не поддающагося подсчету.

Въ литературѣ имѣются уже указанія на возможность примѣненія подобнаго способа на практикѣ. Таково, напр., предложеніе, описанное въ «Centralblatt für Bacteriologie», (т. XXXI, № 9, стр. 270), воспользоваться перегрѣтымъ паромъ, какимъ-бы путемъ ни получался послѣдній, одновременно какъ для цѣлей выпариванія обеззараживающихъ растворовъ и для полученія насыщеннаго текучаго водяного пара, такъ и для полученія обезпложенной воды. Пробная практическая провѣрка удобопримѣнимости и цѣлесообразности только-что сказаннаго, произведенная мною въ дезинфекціонной Камерѣ при Барачной Больницѣ въ память *С. П. Боткина*, дѣйствительно, показала полную пригодность описаннаго пріема, какъ быстраго и простого способа выпариванія 8%-хъ растворовъ формалина въ цѣляхъ обеззараживанія предметовъ, помѣщенныхъ въ формалиновую камеру.

Устроенное мною для этого приспособленіе состоитъ въ томъ, что въ общеизвѣстный приборъ д-ра *С. Э. Крупина*, почти около дна и на разстояніи около 1,5 стм. отъ боковыхъ стѣнокъ, впаяна мѣдная, луженая снаружи, трубка, діаметромъ въ 0,6, длиною въ 70 стм., согнутая кольцомъ и соединенная однимъ концомъ съ паропроводной трубой, а другимъ съ трубой, отводящей отработанный паръ и конденсаціонную воду наружу. Пропуская черезъ трубку водяной паръ подъ давленіемъ въ магистральной трубѣ 60—66 фунтовъ, я получилъ полное кипѣніе 5 литровъ налитой въ приборъ воды черезъ 4 мин., а затѣмъ паропроводный кранъ пришлось нѣсколько прикрыть, чтобы кипѣніе шло не слишкомъ бурно и жидкость не выбрасывало изъ предохранительной трубки *Крупинскаго* прибора. Черезъ 30 мин. было уже выпарено 3 литра жидкости, исходная температура которой была 15° R., тогда какъ въ приборѣ *Flügge*, снабженномъ спиртовой горѣлкой, для этого требуется около часа времени.—Изъ вышеописаннаго

Digitized by Google

видно, такимъ образомъ, что, дѣйствительно, никакихъ затрудненій для того, чтобы воспользоваться паромъ для цѣлей быстраго развитія формальдегида въ обеззараживаемомъ пространствѣ въ любомъ количествѣ, не представляется, благодаря чему практическое примѣненіе этого средства въ цѣляхъ обеззараживанія, несомнѣнно, можетъ быть упрощено и удешевлено въ значительной степени.

---

CIV. Изъ акушерско-гинекологической клиники проф. П. В. Михина при Харьковскомъ Университетѣ.

## Къ казуистикѣ большихъ кистъ яичника.

Ѳ. А. Соловьева.

Случай, описываемый ниже, представляетъ интересъ какъ по значительной величинѣ опухоли, такъ и по тѣмъ трудностямъ, съ которыми была сопряжена операція удаленія ея, и по исходу операціи. Ниже я коснусь случаевъ, аналогичныхъ этому, которые я встрѣтилъ въ доступной мнѣ литературѣ, а теперь перейду къ описанію своего случая.

15/I 1904 г. на амбуляторный пріемъ акушерской клиники Харьковскаго Университета была доставлена крестьянка С. Б., 32 л. Мѣсячныя съ 12 лѣтъ, по 5—6 дней, безъ болей; послѣ замужества типъ ихъ не измѣнился. Рожала 7 разъ, при чемъ всѣ роды были срочные и благополучные. Въ дѣтствѣ ничѣмъ не болѣла. 2 года назадъ внизу живота у больной появилась опухоль, начавшая съ 1/X 1903 г. усиленно рости. Мочеиспусканіе и актъ испражненія не затруднены. Моча прозрачная, слабокислой реакціи, безъ бѣлка; въ осадкѣ ничего особаго не содержится. Животъ равномѣрно увеличенъ; пупокъ выпячивается. Сквозь кожу живота, окрашенную въ блѣдно-желтый цвѣтъ и сильно напряженную, просвѣчиваютъ подкожныя вены, сильно развитыя и извивающіяся. При ощупываніи живота какихъ-либо очертаній опухоли найти не удается; ощупываніе это чрезвычайно болѣзненно, такъ какъ больная явилась на пріемъ уже съ явленіями перитонита (рвота, частый нитевидный пульсъ). Изъ половой щели шарообразно выпячивается какъ передняя, такъ и задняя стѣнки влагалища. При введеніи одного пальца удается отыскать маленькую, атрофическую влагалищную часть матки. Дальнѣйшаго изслѣдованія какъ то: измѣренія живота, отыскиванія придатковъ произвести не удалось изъ за сильной болѣзненности. Распознаны: киста яичника, брюшная водянка.

На слѣдующій день по поступленіи было сдѣлано проф. *П. В. Михинымъ* чревосѣченіе подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ кокаиномъ (1:1000,0). Впрыснуто было до 10 шприцевъ *Pravatz*'а вдоль бѣлой линіи живота. Разрѣзъ кожи небольшой, пальца на 2 внизъ, отъ пупка; вскрыта полость живота. Черезъ отверстіе тотчасъ-же полилась густая, коллоидная жидкость. Животъ былъ перетянутъ полотенцами, которыя стягивали, по мѣрѣ постепеннаго опорожненія полости живота. Киста оказалась разорвавшейся, а стѣнки ея такъ плотно приросли къ брюшинѣ передней стѣнки живота и мѣстами къ кишкамъ, что стоило большого труда отдѣлить ихъ, и то это не вездѣ удавалось. Разрывъ кисты былъ, по видимому, недавній, а именно, во время перевозки больной на тряской телѣгѣ до станціи, расположенной въ 35 в. отъ мѣста ея жительства, когда больная впервые почувствовала сильныя боли въ животѣ и у нея появились рвоты, которыхъ до тѣхъ поръ не было. Нижняя часть опухоли въ области правыхъ придатковъ представляла небольшую кисту, исходившую какъ-бы изъ стѣнки большой кисты; эта киста была удалена вмѣстѣ съ остатками стѣнки большой кисты, послѣ предварительнаго наложенія лигатуръ на правыя широкую связку и трубу. Жидкость изъ полости живота тщательно была выбрана марлевыми компрессами, и полость живота зашита оленьими сухожиліями. Швъ 2-этажный: брюшино-апонейротическій и кожный. Жидкости было выпущено свыше 3 пуд.

Послѣоперaціонный періодъ: первые дни пульсъ 140, при нормальной температурѣ; въ слѣдующіе дни онъ постепенно дошелъ до нормы. Недѣли черезъ $1^1/_2$ послѣ операціи у больной при повышенной температурѣ появились боль въ правомъ боку и кашель съ мокротой ржаваго вида; была опредѣлена фибринозная пнеймонія; при соотвѣтствующемъ лѣченіи больная 3/II выписалась изъ клиники.

Случаи большихъ кистъ яичника довольно рѣдки. Я не могу опредѣлить частоту ихъ въ %-мъ отношеніи, но въ литературѣ такъ рѣдко приходится встрѣчать описаніе такихъ случаевъ, что это наводитъ на мысль сравнительную ихъ рѣдкость. Изъ случаевъ, описанныхъ въ доступной мнѣ литературѣ, я могу указать на случай *Gilliam*'а, описавшаго самую большую кисту яичника, въ 176 ф. [1]).

«Опухоль была такъ велика, что измѣнять положеніе въ кровати больная могла лишь при помощи нѣсколькихъ лицъ; лежать на спинѣ она то-же не могла, такъ какъ задыхалась; однако, будучи поставлена на ноги, она могла ходить. Стѣнки кисты имѣли значительную толщину, такъ что ихъ съ трудомъ прокололи троакаромъ. Въ опорожненномъ видѣ киста вѣсила около 7 ф. Содержимое кисты имѣло видъ чрезвычайно мутной воды и давало зеленовато-желтый осадокъ на тѣхъ предметахъ, съ которыми приходило въ соприкосновеніе, оно было собрано въ кадки, въ которыхъ и измѣрено по окончаніи операціи».

Затѣмъ по величинѣ слѣдуетъ опухоль, описанная *L. A. Rodenstein*'омъ [2]); это была многополостная киста яичника въ 146 ф. вѣсомъ.

Проф. *А. И. Лебедевъ* [3]) въ 1900 г. въ засѣданіи Петербургскаго медико-хирургическаго Общества 10/II показалъ оперированную, 25 л., у которой онъ удалилъ кисту яичника вѣсомъ свыше 3 пуд.

Больной въ виду ея тяжелаго состоянія и значительной одышки сдѣланъ былъ проколъ и выпущено 23 литра коллоидной жидкости. Опухоль сидѣла на тонкой ножкѣ и имѣла значительныя прирощенія съ передней брюшной стѣнкой и со слѣпой кишкой и съ сальникомъ; всѣ прирощенія были отдѣлены. По отдѣленіи стѣнокъ кисты отъ брюшины, послѣдняя представлялась синевато-красной, съ многими мелкими кровоизліяніями.

Проф. *Н. А. Вельяминовъ* [4]) на засѣданіи, 13/I 1900 г., этого-же Общества показалъ больную, у которой онъ удалилъ кисту яичника (cystoma glandulare) вѣсомъ въ 83 ф.

Разрѣзъ показалъ сплошное срощеніе стѣнокъ кисты съ передней брюшной стѣнкой. У пупка кожа была срощена съ опухолью такъ, что пришлось вырѣзать кусокъ кожи въ ладонь величиною. Верхняя часть опухоли, состоявшая изъ выстоявшихъ мелкихъ опухолей, производила впечатлѣніе твердаго тѣла и такъ плотно прилегала къ обоимъ подреберьямъ, что нельзя было ввести руку.

Крайне трудное отдѣленіе опухоли отъ брюшной стѣнки съ лѣвой стороны шло, какъ оказалось, не между опухолью и брюшиной, а между брюшиной и стѣнкой живота, такъ какъ обнажились мышцы, а на задней стѣнкѣ прощупывались мочеточники. Опухоль имѣла ножку толщиною въ палецъ.

Въ нашей клиникѣ въ 1894 г. проф. *Н. Ф. Толочиновъ* оперировалъ больную, 37 л., по поводу большой кисты праваго яичника, вѣсомъ въ 35 клгрм.

Увеличеніе живота больная замѣтила съ годъ назадъ. Съ 3/II 1894 г. животъ сталъ быстро рости. Наибольшая окружность (на ладонь выше пупка) = 183 стм. Исходъ операціи—выздоровленіе.

Такимъ образомъ, судя по цифрамъ американскихъ журналовъ, приводимый мной случай окажется 4-мъ по величинѣ (считая кисту въ случаѣ проф. *А. И. Лебедева* большей, чѣмъ была у нашей больной).

Когда работа моя была уже окончена, въ «Русскомъ Врачѣ» (1904 г., № 16) появилось описаніе кисты, самой большей среди описанныхъ до сихъ поръ.

Д-ръ *P. Pfaehler* [5]) удалилъ кисту, изъ которой послѣ прокола вытекло 74 литра жидкости, вѣсъ которой былъ 97 клгрм., т. е. нѣсколько больше 5 пуд. Вѣсъ больной по удаленіи кисты былъ 47 клгрм. Больной было 42 г.; операцію она перенесла благополучно.

**Источники:** 1) *Gilliam*. «The New-York Medical Journal», 9 сентября; по реф. во Врачѣ», 1899 г., № 40.—2) *Rodenstein*. См. Частную патологію и терапію женскихъ болѣзней проф. *К. Ѳ. Славянскаго*, т. II, стр. 179.—3) Проф. *А. И. Лебедевъ*. «Врачъ», 1900 г., № 8. — 4) Проф. *Н. А. Вельяминовъ*. Тамъ-же, 1900 г., № 4.—5) *P. Pfaehler*. «Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte», № 7.

---

CV. Сердце, какъ мышечный органъ съ опредѣленной локализаціей отправленій (подобно центрамъ нервной системы). Законъ синергіи и дизергіи. О клиническомъ распознаваніи локализаціи болѣзненнаго процесса въ мышцѣ сердца *).

М. Я. Брейтмана (Петербургъ).

Если мы беремъ на себя смѣлость утверждать, что въ разстройствахъ сердечной дѣятельности, по скольку она зависитъ преимущественно отъ того или другого анатомическаго пораженія сердечной мышцы, важную роль играетъ локализація болѣзненнаго процесса, и далѣе, что эту локализацію можно клинически опредѣлить во многихъ случаяхъ съ большой степенью точности и вѣроятности, то

*) Сообщено въ Петербургскомъ медицинскомъ Обществѣ 9/III и 20/IV 1904.

Digitized by Google

для доказательства этого утвержденія мы должны основываться на нормальной и патологической анатоміи, на физіологіи и клиническихъ данныхъ, по возможности провѣренныхъ вскрытіями. Я началъ изученіе вопроса со сравненія клинической картины съ патолого-анатомическими данными. Полученнымъ мною выводамъ не противорѣчили какъ данныя физіологіи, такъ равно и общепринятыя данныя нормальной анатоміи. Наблюдая, однако, извѣстныя взаимоотношенія между клиникой и патологической анатоміей съ достаточной степенью постоянства, чтобы можно было сдѣлать изъ этого отношенія какіе-либо выводы, я не всегда находилъ для этой связи объясненіе, которое бы меня вполнѣ удовлетворяло. Въ своихъ работахъ я старался дать такія объясненія, но доказать ихъ не могъ: они оставались гипотезой до тѣхъ поръ, пока, совершенно независимо отъ меня, Берлинскій врачъ *Albrecht* не далъ подробнаго и точнаго описанія нормальной анатоміи сердца. Данныя, полученныя имъ путемъ нормальной анатоміи, настолько совпадаютъ съ тѣми выводами, которые мнѣ пришлось сдѣлать совершенно инымъ путемъ, что такое полное совпаденіе даже въ мелочахъ даетъ мнѣ право считать мои прежнія объясненія правильными: кромѣ того, я теперь могу основывать ихъ на вполнѣ опредѣленныхъ анатомическихъ данныхъ.

Казалось бы страннымъ, что необходимость изученія зависимости между строеніемъ и измѣненіями сердечной мышцы съ одной стороны и ея нормальной и патологической дѣятельностью (функціей), съ другой, приходится доказывать, а между тѣмъ это такъ. Кто знакомъ съ вопросомъ о современныхъ взглядахъ на болѣзни сердца, сейчасъ-же догадается, что рѣчь идетъ о проф. *O. Rosenbach*'ѣ. На стр. 88 его книги «Grundriss der Pathologie und Therapie der Herzkrankheiten» (1899) мы находимъ слѣдующую фразу: «In welcher Form sich auch immer auf dem Leichentisch ein Herzmuskel, der in abnormer Weise funktioniert hat, präsentieren mag, im Leben war es doch sicher nur möglich die Diagnose einer mehr oder weniger ausgeprägten Insuffizienz der Herzkraft, weakened heart, zu stellen». Ставя такое распознаваніе, врачъ не идетъ дальше обращающагося къ нему больного, говорящаго, что его сердце слабо. Возраженіе, что болѣе точное знакомство съ патолого-анатомическими процессами въ сердцѣ, съ ихъ расположеніемъ и т. д., намъ не нужно, ибо не даетъ намъ никакихъ новыхъ указаній относительно лѣченія (а такія выраженія мнѣ приходилось слышать неоднократно), не выдерживаетъ критики—и цѣлью моего сообщенія будетъ, между прочимъ, показать, какое важное значеніе для лѣченія имѣетъ точное распознаваніе локализаціи болѣзненнаго процесса въ сердцѣ.

Какой бы органъ мы ни изучали, намъ нужно быть хорошо знакомымъ съ его нормальной анатоміей, патологической анатоміей, физіологіей, патологической физіологіей и клиникой; всѣ эти части равноцѣнны и всѣ должны служить предметомъ изученія. *Rosenbach*, довольствующійся только изученіемъ клиники, этимъ самымъ лишаетъ себя права на вполнѣ научное обсужденіе вопроса. Неправильно поступаютъ и тѣ ученые, которые интересуются только нервами сердца и все, что съ нимъ ни случится, объясняютъ дѣйствіемъ блуждающихъ, ускоряющихъ нервовъ или нервныхъ узловъ сердца, забывая, что сердце есть, раньше всего, мышечный органъ, и что работаетъ мышца, а нервы только регулируютъ эту работу. Въ настоящее время несомнѣнно доказано, что ритмическія движенія могутъ совершаться и безъ участія нервовъ, и по отношенію къ сердцу всѣ его движенія прекрасно объясняются самимъ его строеніемъ. Патологическіе процессы въ сердечной мышцѣ показываютъ, что ихъ развитіе (а также и «явленія выпаденія») происходитъ не согласно распредѣленію нервовъ, а въ видѣ очаговъ, соотвѣтствующихъ распредѣленію сосудовъ, преимущественно лимфатическихъ. Наконецъ, по *His*'у и *Romberg*'у, узлы сердца принадлежатъ къ сочувственной системѣ, не столько двигательной, сколько чувствительной.

*Значеніе сердечныхъ нервовъ* уже довольно хорошо изучено, ими можно объяснить *многое, но не все*, и мнѣ кажется, что мы вправѣ *временно* отрѣшиться отъ сердечныхъ нервовъ и изучить, какое значеніе имѣетъ сердечная мышца внѣ вліянія нервовъ (скажемъ, въ изолированномъ изъ организма видѣ и т. п.), и къ какому результату приведутъ тѣ или другія измѣненія его мышечныхъ стѣнокъ.

Относительно другихъ органовъ то, что приходится отстаивать, говоря о сердцѣ, является уже аксіомой. Хирургъ при ракѣ желудка стремится опредѣлить положеніе опухоли и отношеніе ея къ сосѣднимъ органамъ, и никто не ставитъ ему въ упрекъ, что онъ забылъ о «психическомъ сокѣ» или другихъ нервныхъ вліяніяхъ, которыя и онъ принимаетъ во вниманіе, когда необходимо. Значеніе локализаціи въ нейропатологіи настолько очевидно, что смѣшно его доказывать; всѣ прекрасно знаютъ, что поставить локализацію процесса въ нервной системѣ не всегда значитъ уже помочь больному; но эта невозможность помочь въ одномъ случаѣ нисколько не умаляетъ великой цѣнности локализаціонной теоріи въ сотняхъ другихъ случаевъ, гдѣ ею указывается и необходимая помощь. Въ нейропатологіи, къ счастью для нея, этотъ вопросъ уже сталъ на твердую почву; въ области же сердца—это съ моей стороны первая слабая попытка, но врядъ-ли она имѣетъ лишь теоретическое значеніе, ибо въ одномъ спеціальномъ вопросѣ (см. мой докладъ на IX Пироговскомъ Съѣздѣ *) мнѣ уже удалось доказать и ея практическое значеніе въ смыслѣ распознаванія, предсказанія и лѣченія.

Согласно своему основному взгляду, я изложу сначала вкратцѣ анатомію и физіологію сердца по новѣйшимъ работамъ Лейпцигской школы (*Krehl*'я, *Köster*'а, *Kelle*, *Hesse*), *v. Schrötter*'а и, въ особенности, *Ehrenfried*'а *Albrecht*'а (Der Herzmuskel und seine Bedeutung für Physiologie, Pathologie und Klinik des Herzens. Berlin 1903), у котораго анатомія и физіологія сердца изложены наиболѣе подробно, при чемъ его выводы (1903) почти вполнѣ совпадаютъ съ моими (1899).

Мышца сердца отличается отъ мышцъ скелета тѣмъ, что въ ней нѣтъ такихъ волоконъ или фибриллей, какъ въ скелетныхъ мышцахъ, а основнымъ элементомъ сердечной мышцы являются *мышечныя клѣтки*, развѣтвляющіяся и сплетающіяся другъ съ другомъ въ сѣти или *пластинки* (Lamellen *Henle*). То, что въ сердечной мышцѣ производитъ впечатлѣніе волоконъ, на самомъ дѣлѣ представляетъ лишь боковой край пластинки.

Такимъ образомъ, въ общемъ стѣнки желудочковъ сердца состоятъ изъ нѣсколькихъ системъ мышечныхъ тяжей, каждая система—изъ мышечныхъ пластинокъ, представляющихъ анатомо-физіологическую единицу.

Свое описаніе я начну съ *лѣваго желудочка*. На основаніи строенія его стѣнокъ и внутренней поверхности можно различать въ немъ 2 части: межсосочковую и надсосочковую. На гипсовыхъ слѣпкахъ внутренней поверхности (въ систолическомъ желудочкѣ), полученныхъ *Hesse*, первая представляется въ видѣ звѣздообразной щели, вторая—въ видѣ полости надъ нею; кромѣ того, сѣть перекладинъ расположена въ той и другой части различно (что замѣтно лучше на діастолическомъ сердцѣ). Границею между обѣими частями являются верхушки сосочковыхъ мышцъ. Таково видимое, анатомическое основаніе подобнаго дѣленія, но дальше мы убѣдимся, что для послѣдняго существуетъ еще гораздо болѣе важныя (физіологическія) причины.

Заслугою *Albrecht*'а является данное имъ описаніе сосочковыхъ мышцъ. Онъ доказалъ тщательнымъ анатомическимъ препарированіемъ, безъ всякихъ искусственныхъ и насильственныхъ мѣръ, что сосочковая мышца есть не только то, что до сихъ поръ было называемо этимъ именемъ, т. е., образованіе, вдающееся въ полость желудочка. Напротивъ того, она продолжается въ ткань самой стѣнки, внѣдряясь въ нее подобно гвоздю или клину и составляя ея интегральную составную часть, главную массу мышечной стѣнки въ этой области желудочка. Такимъ образомъ, въ сосочковой мышцѣ мы видимъ 2 отдѣла: вдающійся въ полость (подэндокардіальный) *перекладинный*

*) Врачебная Газета, 8 мая с. г., № 19.

Digitized by Google

или трабекулярный, и *внутристѣнный* или интрамуральный, составляющій неразрывное цѣлое со стѣнкой желудочка. Оба указанныхъ отдѣла сосочковыхъ мышцъ построены не симметрично, а такимъ образомъ, что вся ихъ масса спирально стремится, въ толщѣ передней лѣвой стѣнки желудочка, къ переднему краю перегородки. При этомъ задняя сосочковая мышца на своемъ пути охватываетъ переднюю снаружи.

Задняя сосочковая мышца построена такимъ образомъ, что перекладинная часть ея расположена почти вертикально по оси желудочка, внутристѣнная же часть вѣерообразно расходится къ передней сосочковой мышцѣ, у задняго края которой и исчезаетъ, огибая ее снаружи. При этомъ волокна обѣихъ сосочковыхъ мышцъ не сплетаются, а только перекрещиваются въ чрезвычайно рыхлой соединительной ткани, сохраняя свою индивидуальность и особое назначеніе. Среди пластинокъ, изъ которыхъ составляется перекладинная часть задней сосочковой мышцы, слѣдуетъ упомянуть, въ особенности, пластинки, подходящія сзади (справа) отъ перегородки почти горизонтально и сплетающіяся съ пластинками сосочковой мышцы въ истинный вертикальный шовъ.

Верхушка передней сосочковой мышцы шире верхушки задней и лежитъ выше ея. Перекладинная часть ея представляетъ (въ систолическомъ сердцѣ) тяжъ, идущій къ верхушкѣ, но не доходя до нея, на 1—1½ стм. выше, поворачивающій тангенціально (какъ касательная линія) къ перегородкѣ, затѣмъ въ ней онъ идетъ по направленію внизъ и назадъ, т. е., въ видѣ спирали. Пластинки внутристѣнной части пронизываютъ стѣнку желудочка насквозь, идя перпендикулярно къ поверхности, послѣ чего загибаются и идутъ параллельно поверхности, къ переднему краю перегородки. (Эти пластинки въ глубинѣ переплетаются съ круговыми тяжами надсосочковаго пространства, о которыхъ будетъ рѣчь ниже).

Между обращенными другъ къ другу паралелльными краями сосочковыхъ мышцъ нѣтъ соединенія: сюда внутристѣнно вдается въ верхней трети подъ острымъ угломъ мышечный тяжъ, составляющій продолженіе задняго клиновиднаго продольнаго валика надсосочковаго пространства (см. ниже) и являющійся, такимъ образомъ, связующимъ (сочетательнымъ, *Брейтманъ*) звеномъ между обѣими частями лѣваго желудочка.

Въ надсосочковомъ пространствѣ, простирающемся снизу отъ верхушекъ сосочковыхъ мышцъ кверху до атріовентикулярнаго кольца, въ систолическомъ сердцѣ мы не видимъ сѣти перекладинъ, а, въ силу ихъ сокращенія, образуются 2 крупныхъ клиновидныхъ мышечныхъ валика, расположенныхъ почти въ продольномъ направленіи, остріемъ внизъ. Большій изъ нихъ задній вдается между обѣими сосочковыми мышцами (см. выше), меньшій передній выполняетъ промежутокъ между передней сосочковой мышцей и перегородкой.

*Задній продольный клиновидный валикъ* представляетъ въ своемъ перекладинномъ слоѣ верхушку, расщепленную на 2 тяжа, передній изъ которыхъ идетъ *впередъ*, къ заднему краю передней сосочковой мышцы, и здѣсь входитъ въ стѣнку желудочка, а задній, меньшій—къ задней сосочковой мышцѣ.

Чрезвычайно любопытное строеніе представляетъ собою главная масса задняго продольнаго валика: вѣерообразно расходясь кверху, она образуетъ 2 мышечныя аркады (въ видѣ романскаго свода), задняя изъ которыхъ направляется къ заднему краю перегородки, огибая верхушку задней сосочковой мышцы (затѣмъ она вертикально поворачиваетъ кверху, образуя основу задняго аортальнаго валика, см. ниже), а передняя идетъ впередъ, огибая переднюю сосочковую мышцу.

Кромѣ мѣстнаго значенія, только что описанныя образованія важны, какъ элементъ, связующій надсосочковое пространство съ межсосочковымъ.

*Передній клиновидный валикъ* также направляется дугообразно, но въ одну сторону, вправо и кзади, гдѣ соединяется съ передней (лѣвой) аркадой задняго продольнаго валика. Верхушка этого валика входитъ (между верхней третью передней сосочковой мышцы и перегородкой) въ стѣнку желудочка, образуя переднюю спираль.

Описанные продольные клиновидные валики составляютъ продольный подэндокардіальный слой надсосочковаго пространства. Кнаружи отъ нихъ лежитъ глубокій круговой слой (sphinkter *Henle*, Mittelstück или Triebwerkzeug *Krehl*'я), а затѣмъ—самые *наружные слои лѣваго желудочка.*

Здѣсь мы видимъ мышечный слой, начинающійся отъ задняго края перегородки, гдѣ онъ толще всего, затѣмъ пластинки его направляются сзади сверху впередъ и внизъ, становясь все тоньше по мѣрѣ приближенія къ верхушкѣ и, наконецъ, совершенно утрачивая самостоятельность, сливаются съ самымъ поверхностнымъ слоемъ, общимъ для обоихъ желудочковъ. Пластинки этихъ наружныхъ слоевъ тѣснѣе связаны другъ съ другомъ, чѣмъ съ пластинками внутреннихъ слоевъ, съ которыми они пересѣкаются подъ тупымъ угломъ, открытымъ влѣво, и отъ которыхъ отдѣлены рыхлой соединительной тканью.

У верхушки сердца нѣкоторыя пластинки наружныхъ слоевъ проникаютъ черезъ стѣнку подъ эндокардій, гдѣ идутъ затѣмъ продольно, представляя *связь между самымъ наружнымъ и самымъ внутреннимъ слоями сердца.* По описанію *Ludwig*'а и др. можно было бы думать, что въ этомъ мѣстѣ, которое называется сердечнымъ завиткомъ (*Herzwirbel*), перекрещивается масса мышцъ, такъ что здѣсь существуетъ утолщеніе сердечной стѣнки. На самомъ дѣлѣ, однако, завитокъ—*наиболѣе тонкая часть лѣваго желудочка*, ибо наибольшая масса въ межсосочковой части лѣваго желудочка, т. е., сосочковыя мышцы, проходитъ тангенціально къ завитку, не отдавая ему мышечныхъ пластинокъ. (О значеніи этого важнаго явленія, замѣтнаго особенно рѣзко на систолическомъ сердцѣ, будетъ рѣчь ниже).

Говоря о стѣнкахъ лѣваго желудочка, я пока не касался его правой стѣнки, т. е., перегородки; въ ней нужно различать 3 слоя, изъ которыхъ одинъ (подэндокардіальный) принадлежитъ правому желудочку, другой такой же—лѣвому желудочку, а середину занимаетъ наиболѣе толстый мышечный слой, со значеніемъ котораго мы познакомимся ниже. Только что упомянутый подэндокардіальный слой интересенъ тѣмъ, что въ немъ находится мышечный тяжъ, переходящій черезъ переднюю лѣвую стѣнку верхушки въ правый желудочекъ въ видѣ петли, связывая, слѣд., *продольные слои перегородки въ правомъ и лѣвомъ желудочкахъ.*

Выше было упомянуто, что перекладинная часть передней сосочковой мышцы входитъ въ нижнюю $^1/_3$ перегородки; здѣсь она направляется дальше по направленію внизъ и кзади, при чемъ, если смотрѣть сверху, то получается спираль *въ направленіи часовой стрѣлки.* Почти по тому же направленію идутъ внутристѣнныя пластинки задней сосочковой мышцы, которыя, сливаясь съ перекладинной частью передней сосочковой мышцы, вмѣстѣ съ нею образуютъ верхушку сердца. (Правый желудочекъ не участвуетъ въ образованіи верхушки, ибо нижній край его прикрѣпляется нѣсколько выше).

Я уже указалъ, что къ верхней $^1/_3$ задней сосочковой мышцы сзади подходятъ пластинки изъ перегородки, образуя при переплетеніи съ ними истинный шовъ; если прослѣдить эти пластинки, согласно ихъ направленію, сзади и снизу, впередъ и вверхъ, то мы увидимъ, что онѣ, дойдя до передняго края перегородки, поворачиваютъ вертикально кверху и соединяются съ поверхностнымъ вертикальнымъ продольнымъ слоемъ передняго продольнаго валика надсосочковаго пространства, образуя передній аортальный валикъ; такимъ образомъ, мы видимъ и здѣсь *сочетательный тяжъ*, связующій подэндокардіальный слой межсосочковаго пространства черезъ посредство пластинокъ, проходящихъ всю перегородку, съ заднимъ краемъ задней сосочковой мышцы, т. е., одной изъ важнѣйшихъ составныхъ частей межсосочковаго пространства, въ свою очередь направляющейся впередъ въ томъ же спиральномъ направленіи, чтобы слиться съ передней сосочковой мышцей и вмѣстѣ образовать верхушку сердца. Во всѣхъ этихъ случаяхъ спираль расположена въ направленіи часовой стрѣлки.

О строеніи *праваго желудочка* мы можемъ для нашей цѣли упомянуть лишь самое необходимое.

Въ немъ различаютъ кармашкообразную *входную часть* (Einströmungsteil, recessus) съ венными заслонками и отдѣленную отъ нея выступающимъ мышечнымъ валикомъ *конусообразную выходную часть* (conus, Ausströmungsteil), какъ бы приставленную къ самой полости желудочка въ видѣ трубки, окруженной со всѣхъ сторонъ мышцами.

Въ правомъ желудочкѣ нѣтъ такого рѣзкаго раздѣленія полости на межсосочковое и надсосочковое пространства: здѣсь межсосочковое пространство *зачаточно:* сосковыя мышцы происходятъ не только отъ стѣнки, но и отъ перегородки, и при томъ не составляютъ интегральной части стѣнки желудочка, а болѣе самостоятельны, ибо связаны съ нею сѣтью перекладинъ, идущихъ дугообразно въ 3 различныхъ направленіяхъ и также болѣе самостоятельныхъ въ правомъ желудочкѣ, чѣмъ въ лѣвомъ. Болѣе наружно расположена мышечная стѣнка праваго желудочка, настолько тонкая, что иногда просвѣчиваетъ (*Krehl*), а еще болѣе кнаружи—слои, общіе правому и лѣвому желудочку.

Такимъ образомъ, отличія въ строеніи праваго желудочка отъ лѣваго заключаются въ слѣдующемъ: выходная часть лѣваго желудочка представляетъ лишь желобъ въ верхней части перегородки, подъ входомъ въ аорту, и не является продолженіемъ всей передней части полости, какъ въ правомъ желудочкѣ, а лежитъ сбоку, образуясь только во время систолы, вслѣдствіе выступанія обоихъ аортальныхъ валиковъ.

Въ заключеніи нашего краткаго изложенія нормальной анатоміи сердца слѣдуетъ упомянуть о *кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудахъ сердца*. Что касается *кровеносныхъ сосудовъ*, то необходимо отмѣтить слѣдующіе важные факты. Какъ правая, такъ и лѣвая вѣнечныя артеріи снабжаютъ кровью не только одноименный желудочекъ, но и часть неодноименнаго; это очень важно съ точки зрѣнія обезпеченія доступа крови къ сердцу при заболѣваніи одной изъ вѣтвей вѣнечной артеріи. Пограничная область между областями распредѣленія обѣихъ вѣтвей проходитъ на задней стѣнкѣ сердца, тотчасъ позади лѣваго его края: это мѣсто, наименѣе снабжаемое кровью, является однимъ изъ излюбленныхъ участковъ, гдѣ располагаются ограниченныя очаговыя пораженія сердечной мышцы.

Волосные кровеносные сосуды расположены въ сердцѣ продольными петлями и окружены кольцевиднымъ влагалищемъ *лимфатическихъ сосудовъ*. Сѣть послѣднихъ проходитъ почти перпендикулярно къ направленію мышечныхъ клѣтокъ. Такимъ образомъ, питательная жидкость изъ кровеносной системы не можетъ непосредственно переходить въ мышечныя клѣтки, а должна предварительно пройти черезъ лимфатическіе капилляры (какъ и въ мозгу). Съ другой стороны, регрессивные продукты обмѣна, прежде чѣмъ попасть въ вены, должны пройти черезъ лимфатическіе капилляры.

Благодаря подобному расположенію кровеносныхъ и лимфатическихъ сосудовъ кровеносные волосники, лежащіе въ лимфатическихъ влагалищахъ (а не въ рыхлой соединительной ткани, какъ въ другихъ органахъ), при сокращеніи сердца никакъ не могутъ подвергнуться вредному для нихъ сдавленію; между тѣмъ, лимфа при каждой систолѣ выжимается изъ сердца, и при томъ по всѣмъ направленіямъ, ибо таково распредѣленіе лимфатическихъ сосудовъ. Ясно, что при описанныхъ цѣлесообразныхъ приспособленіяхъ работоспособность сердца можетъ быть огромна, а съ ролью этихъ приспособленій для патологіи сердца мы познакомимся немного ниже.

Приведенныхъ анатомическихъ данныхъ вполнѣ достаточно для того, чтобы понять *физіологію сердца съ точки зрѣнія локализаціи*, а затѣмъ и *патологическія явленія*.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

CVI. Изъ глазной клиники Казанскаго Университета.

## Къ этіологіи кольцевиднаго кератита.

**В. Адамюка.**

Въ глазную клинику Казанскаго Университета 8/I 1904 г. поступилъ съ пораженіемъ лѣваго глаза отставной солдатъ А. Аг—въ, 66 л. Въ день поступленія на роговицѣ лѣваго глаза, почти у самого верхне-внутренняго ея края, находилась язва, имѣвшая видъ желобка съ мутнымъ дномъ и краями. Желобокъ этотъ держался параллельно краю роговицы, занимая около $^1/_3$ ея окружности.

Соединительная оболочка яблока лѣваго глаза сильно гиперэмирована; на обоихъ глазахъ небольшое слизисто-гнойное отдѣляемое. Распознанъ кольцевидный кератитъ лѣваго глаза.

По словамъ больного данное страданіе началось 3—4 дня назадъ, сопровождалось сильнымъ раздраженіемъ и быстро шло впередъ.

Надо замѣтить, что у Аг—ва имѣлась еще рубцовая стадія трахомы на обоихъ глазахъ и кромѣ того—свищъ слезнаго мѣшка праваго глаза, черезъ который, при надавливаніи выступало нѣкоторое количество слизисто-гнойнаго отдѣляемаго.

Описанное изъязвленіе лѣваго глаза и послѣ поступленія больного въ клинику продолжало увеличиваться какъ въ ширину, такъ и, главнымъ образомъ, въ длину. Вмѣстѣ съ тѣмъ на правомъ глазѣ, роговица котораго была совершенно чиста, 12/I, т. е., черезъ 4 дня послѣ поступленія больного въ клинику, появились въ 2-хъ мѣстахъ поверхностныя изъязвленія роговицы: одно въ нижне-внутренней ея части, другое въ нижне-наружной. Изъязвленія эти были прозрачны, имѣли видъ линейныхъ царапинъ, къ которымъ отъ края роговицы вскорѣ направились сосуды. Лѣченіе начато было съ промываній 3—4 раза въ день конъюнктивальныхъ мѣшковъ растворомъ сулемы (1:5000). Затѣмъ сдѣлано расщепленіе скальпелемъ слезнаго мѣшка праваго глаза, съ промываніемъ полости его растворомъ сулемы, впусканіемъ 3%-наго раствора адскаго камня и, наконецъ, каутеризаціей гальванокаутеромъ слезнаго канала удалось въ нѣсколько дней прекратить доступъ гноя оттуда къ правому глазу и предупредить постоянную возможность зараженія. Далѣе, когда отдѣляемое конъюнктивальныхъ мѣшковъ уменьшилось, промыванія сулемой производились попеременно съ вкладываніемъ за вѣки айроловой мази 10%. Глаза держались подъ повязкой. Такъ какъ язвы находились на периферіи роговицъ, то время отъ времени примѣнялся $^1/_2$% растворъ эзерина въ оливковомъ маслѣ. Не смотря на лѣченіе язвы не уменьшались, а прогрессировали, особенно на правомъ глазѣ и черезъ 5 дней мы видимъ, что описанныя двѣ линейныхъ язвочки corneae слились и уже въ видѣ почти полнаго язвеннаго кольца окружаютъ роговицу. Средняя часть роговицы еще нѣкоторое время была прозрачна, но въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни она инфильтрировалась и помутнѣла. Язва на роговицѣ лѣваго глаза тоже прогрессировала и стремилась образовать кольцо; кромѣ того, появилось изъязвленіе въ самомъ центрѣ corneae, съ образованіемъ hypopion'а. Тогда въ лѣвый глазъ назначенъ атропинъ; произведены кантотоміи на обоихъ глазахъ. Язвенное кольцо роговицы праваго глаза каутеризировано въ своей нижней, наиболѣе широкой части, гальванокаутеромъ. Сдѣлана также каутеризація двухъ наиболѣе изъязвленныхъ точекъ corneae лѣваго глаза. Были испытаны и перекись водорода (3%), растворъ формалина (1:500), желтая осадочная мазь съ діониномъ; въ то же время продолжалось орошеніе глазныхъ яблокъ сулемой. Процессъ не поддавался терапіи. Больной съ трудомъ могъ лишь различать свѣтъ.

Общее состояніе организма больного тоже было нарушено. Ежедневное измѣреніе температуры указывало на ея повышеніе, при чемъ колебанія были въ предѣлахъ отъ 38° до 39°. Больной жаловался на недомоганіе, головныя боли, отсутствіе аппетита, сухость и царапаніе въ горлѣ. По заключенію спеціалистовъ терапевтовъ однако никакихъ объективныхъ признаковъ за какой-либо опредѣленный процессъ не было. Въ зѣвѣ имѣлась сильная разлитая гиперэмія, не представлявшая, однако, ничего характернаго. Прощупывались увеличенныя подчелюстныя железы.

Бактеріологическое изслѣдованіе конъюнктивальнаго отдѣляемаго, произведенное лаборантомъ глазной клиники *К. Х. Орловымъ*, указало, что на ряду со стафилококкомъ находятся палочки, не обезцвѣтившіяся при окраскѣ по *Gram*'у и также окрашивающіяся по *Neisser*'у. Тогда былъ сдѣланъ посѣвъ на свернутой кровяной бычачьей сывороткѣ, при чемъ матеріалъ для посѣва былъ взятъ прокаленной платиновой петлей съ изъязвленнаго мѣста роговицы. Окраска по *Neisser*'у выросшей въ термостатѣ при 37° Ц. разводки, въ возрастѣ около 15 часовъ, убѣдила, что мы имѣемъ дѣло съ истинными дифтерійными палочками. Повтореніе этихъ изслѣдованій приводило къ тѣмъ же результатамъ. Точно также бактеріологическое изслѣдованіе, произведенное ассистентомъ дѣтской клиники *В. К. Меньшиковымъ*, слизи взятой съ миндалинъ—дало чистыя разводки *Löffler*'овскихъ палочекъ. Въ послѣднемъ случаѣ также производился посѣвъ на свернутой кровяной сывороткѣ и окраска по *Löffler*'у и *Neisser*'у. Впослѣдствіи сдѣлана инъекція $^1/_2$ к. ст. бульонной культуры этихъ палочекъ подъ кожу брюшной стѣнки здоровой морской свинкѣ. На мѣстѣ инъекціи образовался струпъ; на 3-й день свинка умерла; при вскрытіи—обычная картина, получаемая при дифтеріи. Имѣя основаніе допускать, что язвенный процессъ на роговицахъ у нашего больного вызванъ дифтерійными палочками и видя полную неуспѣшность мѣстнаго терапевтическаго лѣченія, видя также, что процессъ не только мѣстный, но имѣется и общее вліяніе токсиновъ на организмъ, рѣшено было прибѣгнуть къ подкожнымъ инъекціямъ противудифтерійной сыворотки.

21/I было сдѣлано впрыскиваніе 7000 единицъ противудифтерійной сыворотки, приготовленія мѣстнаго бактеріологическаго Института, въ правое бедро больного.

26/I произведено 2-ое впрыскиваніе 6000 единицъ той-же сыворотки. Мѣстно для глазъ продолжались орошенія глазныхъ яблокъ сулемой (1:5000) 3 раза въ день и одинъ разъ въ день капли 3%-наго раствора перекиси водорода. Нельзя было не замѣтить, что именно послѣ этихъ инъекцій сыворотки въ болѣзни произошелъ поворотъ. Прежде всего, уже на другой день послѣ первой инъекціи, температура больного понизилась до нормы и оставалась таковой все остальное время пребыванія его въ клиникѣ.

Самочувствіе больного съ каждымъ днемъ улучшалось, но главное, что имѣетъ интересъ въ данномъ случаѣ, начали очищаться язвы роговицъ. При бактеріологическомъ изслѣдованіи, произведенномъ черезъ нѣсколько дней, дифтерійныхъ палочекъ уже не удалось получить ни изъ конъюнктивальныхъ мѣшковъ, ни съ роговицъ и ни изъ зѣва. На этомъ основаніи производство 3-ей инъекціи сыворотки признано не нужнымъ.

Очищеніе язвъ шло впередъ очень быстро; съ каждымъ днемъ прозрачные участки роговицъ дѣлались все больше и больше. Прежде всего зарубцевалась центральная язва на роговицѣ лѣваго глаза, исчезъ hypopion и просвѣтлилась средняя часть corneae праваго глаза. Заживленіе-же описанныхъ выше кольцевидныхъ изъязвленій наступило позднѣе и инфильтрація этихъ мѣстъ держалась сравнительно долго.

Digitized by Google

Къ 7/II состояніе глазъ настолько улучшилось, роговицы уже покрылись возродившимся эпителіемъ, что больной нѣкоторое время днемъ оставлялся безъ повязки, въ консервахъ, а съ 12/II и временная повязка совершенно оставлена. Черезъ нѣсколько же дней больному было позволено выходить гулять на клиническій дворъ, чтобы пріучать свои глаза къ свѣту и холодному воздуху. Послѣ того какъ дифтерійныхъ палочекъ уже не удавалось обнаружить, въ конъюнктивальныхъ мѣшкахъ, еще нѣкоторое время были стафилококки, но однако они не мѣшали процессу выздоровленія. Еще черезъ нѣкоторое время посѣвъ слизи на плацентарномъ агарѣ не далъ ничего. Когда въ конъюнктивальныхъ мѣшкахъ не оказалось болѣзнетворныхъ микробовъ и язвы роговицъ совершенно зажили, больной выписался 10/III. Роговица праваго глаза представлялась совершенно чистой, у нижняго же края роговицы лѣваго глаза имѣлось лишь пятно. Реакція зрачковъ на свѣтъ правильная. Соотвѣтственно возстановленію прозрачности роговицъ возстановилось и зрѣніе.

Такимъ образомъ вышеописанный случай «keratitis annularis» можно считать вызваннымъ дифтерійными палочками. Бактеріологическое изслѣдованіе и прививка морской свинкѣ культуры не оставляютъ сомнѣнія въ этомъ. Вліяніе, оказанное употребленіемъ противудифтерійной сыворотки, также подтверждаетъ высказанное положеніе.

Въ настоящее время еще не установлено, какого рода пораженія роговицъ вызываютъ дифтерійныя палочки. Насколько показываютъ бактеріологическія изслѣдованія и лабораторные опыты [*Darracq* [1])], зараженіе роговицъ упомянутыми палочками можетъ вызывать язвенный процессъ; образованіе-же характерныхъ дифтерійныхъ пленокъ здѣсь не имѣетъ мѣста, какъ это и указываетъ *Coppez* [2]). Хотя *Dransart*, *Thiébaut* описали случаи пораженій роговицъ съ образованіемъ пленокъ и пытались отнести ихъ къ дифтерійнымъ пораженіямъ, но, какъ замѣчаетъ *Coppez*, подобная этіологія не была доказана бактеріологически.

Во всякомъ случаѣ, повторяю, вліяніе дифтерійной заразы на роговицы, ходъ и характеръ вызываемыхъ этимъ пораженій, еще не вполнѣ опредѣленъ, поэтому наше наблюденіе и можетъ имѣть нѣкоторое значеніе.

Описанный случай указываетъ, что язвенный процессъ на роговицахъ при разсматриваемой нами заразѣ можетъ имѣть форму «keratitis annularis» и ограничиваться только роговицами безъ характернаго пораженія конъюнктивъ, которыя обыкновенно легче поддаются дѣйствію дифтерійнаго токсина. По *Fuchs*'у [3]) keratitis annularis можетъ вызываться различными бактеріями. Въ его случаяхъ найдены были: pneumococcus, staphylococcus, streptococcus. Далѣе, *Fuchs* считаетъ характернымъ для «keratitis annularis» очень быстрое развитіе и почти постоянно послѣдующій панофтальмитъ. Такимъ образомъ нашъ случай представляетъ интересъ по своему счастливому исходу. Блестящее вліяніе, оказанное въ данномъ случаѣ противудифтерійной сывороткой, заставляетъ вспомнить имѣющіяся въ литературѣ сообщенія о благопріятномъ дѣйствіи при инфекціонныхъ глазныхъ процессахъ сыворотки *Roux*, сыворотки *Tizzoni*, и пожелать болѣе широкаго примѣненія серотерапіи въ упорныхъ язвенныхъ пораженіяхъ роговицъ при извѣстныхъ бактеріологическихъ показаніяхъ.

Въ заключеніе считаю долгомъ принести глубокую благодарность многоуважаемому профессору *А. Г. Агабабову* за предоставленіе мнѣ этого случая, а товарищамъ *К. Х. Орлову* и *В. К. Меньшикову* за содѣйствіе при лабораторныхъ изслѣдованіяхъ.

---

CVII. Изъ Новороссійской городской больницы.

## Anus praeternaturalis vaginalis.

**В. В. Лезина.**

Влагалищно-прямокишечные свищи, остающіеся послѣ поврежденій при родовомъ актѣ, наблюдаются сравнительно рѣдко. Еще рѣже встрѣчаются эти свищи послѣ поврежденій рукава при соитіи. Поэтому я считаю не лишеннымъ интереса сообщить о встрѣтившемся мнѣ случаѣ поврежденія рукава и прямой кишки при совокупленіи, гдѣ въ результатѣ образовалась настолько большая недостача, что получился настоящій anus praeternaturalis vaginalis.

В. Л., 22 л., русская, замужемъ болѣе года. Беременности не было. Больная получила разрывъ рукава и прямой кишки при первомъ сношеніи. Въ самомъ началѣ сношенія больная почувствовала сильнѣйшую боль, заставившую ее громко кричать. Сношеніе было тотчасъ-же прекращено. Кровотеченіе не было особенно сильнымъ. Черезъ 2 дня больная замѣтила отхожденіе газовъ и каловыхъ массъ черезъ рукавъ. Черезъ недѣлю больная настолько оправилась, что могла совершать половыя отправленія съ мужемъ безъ какихъ-либо страданій и затрудненій. Мужъ ея, 23 л., русскій, роста ниже средняго, тѣлосложенія очень крѣпкаго. 28/IV 1904 г. больная поступила въ Новороссійскую городскую больницу съ жалобами на непроизвольное отхожденіе газовъ и каловыхъ массъ черезъ передній проходъ.

Больная, средняго роста, крѣпкаго и правильнаго тѣлосложенія. Въ общемъ состояніи ея организма нѣтъ никакихъ разстройствъ. При осмотрѣ рукава оказалось, что на задней его стѣнкѣ, на $1^1/_2$ стм. выше ладьевидной ямки въ слизистой оболочкѣ имѣется недостача, проникающая въ прямую кишку и закрывающаяся отчасти выпадающими впередъ складками слизистой оболочки передней стѣнки прямой кишки. Недостача настолько велика, что свободно пропускаетъ концы 2 пальцевъ. Каловыя массы непрерывно проникаютъ въ рукавъ и вытекаютъ наружу. Разрывъ слизистой оболочки рукава имѣетъ полулунную форму съ выпуклостью внизъ къ ладьевидной ямкѣ. Къ краямъ разрыва рукава съ обоихъ боковъ прочно приросли и вывернулись въ рукавъ складки слизистой оболочки передней стѣнки прямой кишки. Сверху недостачи образовался полулунный лоскутъ слизистой оболочки рукава, свободный конецъ котораго опустился внизъ и погрузился въ прямую кишку. Выше недостачи рукавъ представляется довольно узкимъ, такъ что задняя его стѣнка здѣсь непосредственно соприкасается съ передней. Если въ рукавъ вводить палецъ какъ при гинекологическомъ изслѣдованіи, то онъ свободно и безпрепятственно проникаетъ черезъ недостачу въ прямую кишку, введеніе-же пальца въ верхній отдѣлъ рукава довольно затруднительно. По всей вѣроятности половой актъ совершался не нормальнымъ путемъ, но черезъ недостачу.

30/IV 1904 г. я закрылъ недостачу слѣдующимъ образомъ.

Отступивъ отъ краевъ недостачи приблизительно на 1 стм., я удалилъ сморщенную рубцами слизистую оболочку рукава, отсепарировавъ ее предварительно отъ подслизистаго слоя прямой кишки. Верхній полулунный лоскутъ слизистой оболочки рукава былъ особенно сильно сморщенъ рубцовой тканью и, чтобы его освободить, пришлось отпрепарировать его отъ подслизистаго слоя прямой кишки на протяженіи около 2,5 стм., послѣ чего его можно было свести внизъ настолько, что онъ свободно и безъ натяженія могъ закрыть всю недостачу. Особенно тщательно пришлось отдѣлить притянутые рубцомъ къ краямъ недостачи и выпадающія въ просвѣтъ рукава складки слизистой оболочки прямой кишки. Затѣмъ, при помощи зеркала со стороны прямой кишки я наложилъ шелкомъ 2 шва, захватывая края слизистой и подслизистой оболочекъ прямой кишки. Концы нитокъ были выведены наружу. Этими швами я имѣлъ въ виду только опустить края слизистой оболочки прямой кишки въ просвѣтъ оной и устранить ущемленіе ихъ въ глубинѣ раны. Послѣ этого, со стороны рукава я наложилъ въ поперечномъ направленіи 4 узловыхъ погружныхъ шелковыхъ шва, захватывая справа и слѣва подслизистый соединительно-тканный слой прямой кишки и не проникая въ ея слизистую оболочку. Этотъ шовъ прочно закрылъ недостачу прямой кишки. Послѣ этого было уже легко закрыть недостачу рукава. Верхній полулунный лоскутъ слизистой оболочки рукава былъ безъ малѣйшаго натяженія соединенъ узловымъ шелковымъ швомъ съ нижнимъ и боковыми краями слизистой оболочки недостачи.

Послѣоперaціонный періодъ протекъ безлихорадочно. Въ теченіи первыхъ 7 дней моча выпускалась катетеромъ и больная получала простую опійную настойку. На 5-й день было замѣчено, что нѣкоторые швы, наложенные на рану слизистой оболочки рукава прорѣзались и рана расшилась приблизительно на 1 стм. Тогда-же отдѣлились, очевидно прорѣзавшись, и швы, наложенные на слизистую оболочку прямой кишки. Въ глубинѣ-же края раны сростались безъ осложненій. На 8-й день 2 глубокихъ шва были сняты, остальные 2, покрытые слизистой оболочкой рукава, совершенно вросли. Рана въ глубинѣ срослась 1-мъ натяженіемъ. На 10-й день, послѣ клизмы, испражненія выдѣлились нормальнымъ путемъ, при чемъ никакихъ слѣдовъ проникания газовъ и жидкости въ рукавъ не было замѣчено.

Черезъ 3 недѣли послѣ операціи рана слизистой оболочки рукава совершенно зарубцевалась. Недостача закрылась прочно и отправленія прямой кишки сдѣлались совершенно правильными. 26/V 1904 г. больная выбыла.

Что касается до способовъ зашиванія влагалищно-прямокишечныхъ свищей, то въ общемъ здѣсь примѣнимы тѣже принципы, что и для операцій пузырно-влагалищныхъ свищей съ тою только разницею, что здѣсь поле операціи доступно съ обѣихъ сторонъ. Главное затрудненіе представляетъ трудность отдѣленія рукава отъ прямой кишки

---

[1]) и [2]) *Coppez*. «Etudes sur la diphtérie oculaire». Archives d'ophtalmologie, т. 19, 1899 г.

[3]) *Fuchs*, Ueber Ringabscess der Hornhaut. A. v. *Graefe*'s Archiv f. Ophtalmologie, т. LVI, 1 т.

Digitized by Google

вслѣдствіе тонкости прямокишечно-влагалищной перегородки. Одни совѣтуютъ зашивать со стороны рукава, другіе со стороны прямой кишки. *Hofmeier* [1]) при низко сидящихъ свищахъ совѣтуетъ разсѣкать всю промежность со стороны свища въ сагиттальномъ направленіи и, послѣ окровавленія краевъ свища и наложенія на нихъ швовъ, зашивать промежность какъ при полномъ ея разрывѣ.

Приступая къ операціи въ вышеприведенномъ случаѣ, я задался цѣлью какъ можно шире отдѣлить по всей окружности недостачи слизистую оболочку рукава отъ прямой кишки и главное вниманіе обратилъ на то, чтобы, погрузивши края слизистой оболочки прямой кишки въ ея просвѣтъ, соединить глубокимъ швомъ, какъ можно на большемъ протяженіи, широко освѣженныя подслизистыя поверхности передней стѣнки прямой кишки. Я захватывалъ эти поверхности, отступя отъ краевъ раны почти на $^{3}/_{4}$ стм. и не прокалывая иглой слизистой оболочки. Сшиваніе краевъ слизистыхъ оболочекъ прямой кишки и рукава только дополняло операцію и, какъ видно изъ исторіи болѣзни, не дало стойкаго результата: эти швы прорѣзались, края ранъ разошлись и стянулись уже при помощи грануляцій. Слѣд., весь успѣхъ операціи закрытія такой большой недостачи обусловился основнымъ глубокимъ швомъ, давшимъ возможность возстановить прямокишечно влагалищную перегородку. Полагаю, что въ данномъ случаѣ предварительное разсѣченіе промежности оказалось-бы излишнимъ. Въ заключеніе считаю нужнымъ отмѣтить, что вслѣдствіе рубцоваго сморщиванія послѣ поврежденія и удаленія слизистой оболочки по краямъ недостачи при операціи, въ нижнемъ отдѣлѣ рукава получилось замѣтное съуженіе, что несомнѣнно должно отозваться при родовомъ актѣ.

---

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Полемическіе пріемы г. М. Драгомирова въ спорѣ о военно-санитарной реформѣ.

Въ № 702 «Развѣдчика» появился отвѣтъ г. М. Драгомирова на мою статью «Правда и кривда о военно-санитарной реформѣ» [2]). Въ отвѣтѣ этомъ имѣется и издѣвательство по моему адрессу, и оскорбленія по адрессу военныхъ врачей, и беззастѣнчивое, прикрываемое софизмами, извращеніе истины относительно санитарной реформы и военныхъ врачей.

Въ первой своей замѣткѣ [3]) г. Драгомировъ утверждаетъ, что санитарная реформа началась съ формы одежды, потому что «нѣкоторымъ докторамъ захотѣлось военныхъ чиновъ и сравненія въ формѣ одежды съ офицерами».... Въ дѣйствительности, какъ я отмѣтилъ въ своей статьѣ [4]), со ссылкою на сообщеніе о реформѣ оффиціальнаго органа — «В.-Медицинскаго Журнала», — совсѣмъ не то. Въ основныхъ положеніяхъ реформы выражается необходимость устранить двоевластіе въ санитарномъ дѣлѣ и поднять авторитетъ военныхъ врачей въ военной средѣ; авторитетъ, конечно, не «военный», какъ говоритъ г. М. Драгомировъ [5]), а служебный. И вотъ въ этихъ-то видахъ, т. е. въ видахъ поднятія служебнаго авторитета военныхъ врачей, въ печати разными авторами, а въ числѣ ихъ и мною [6]), были предложены разныя мѣры, между прочимъ и сравненіе врачей въ правахъ съ офицерами соотвѣтственныхъ ранговъ во всѣхъ отношеніяхъ до чина и мундира включительно. Слѣд., преобразованіе санитарной части не начинается съ чиновъ и формы одежды, какъ утверждаетъ г. М. Драгомировъ, а, на-оборотъ, вопросъ о чинахъ и формѣ одежды вытекаетъ изъ основныхъ задачъ проектируемой реформы. Это—большая разница и эту-то разницу я отмѣтилъ въ своей статьѣ въ опроверженіе неосновательнаго утвержденія г. М. Драгомирова; и—смѣю думать — каждый, внимательно читавшій мою статью, понялъ это; только г. М. Драгомировъ, не желая сознаться въ неосновательности своего утвержденія, старается неоднократнымъ повтореніемъ въ своемъ отвѣтѣ слова «нелѣпо» затуманить читателя и свалить вину въ сочиненіи нелѣпостей съ больной головы на здоровую....

Неправъ г. М. Драгомировъ и въ своихъ разсужденіяхъ по поводу перваго основного положенія реформы—устраненія двоевластія въ санитарномъ дѣлѣ. Въ № 702 «Развѣдчика» онъ разсуждаетъ, что «устранить двоевластіе, это—другими словами: сдѣлать въ полкахъ медицинскую часть независимою отъ строевого начальства, т. е. получивъ желательное для медиковъ единовластіе, установить двоевластіе совершенно нетерпимое въ полку». Такое разсужденіе г. М. Драгомирова совершенно неосновательно. Устраненіе двоевластія въ санитарномъ дѣлѣ въ полку достигается не тѣмъ, что медицинская часть будетъ независима отъ строевого начальства, что совершенно немыслимо; а тѣмъ, что старшій врачъ полка, вполнѣ подчиняясь командиру полка, какъ и нынѣ онъ ему подчиняется, по завѣдыванію санитарною частію въ полку будетъ полнымъ хозяиномъ полковыхъ врачебныхъ заведеній (лазарета, пріемнаго покоя, околодка) и начальникомъ всѣхъ чиновъ санитарной службы въ полку, безъ вмѣшательства въ его дѣло 3-хъ (нынѣ вмѣшивающихся въ это дѣло) лицъ, а именно—1) завѣдующаго хозяйствомъ въ полку, 2) завѣдующаго лазаретомъ и 3) завѣдующаго нестроевой командой, изъ которыхъ 2-ой будетъ подчиненъ старшему врачу, а остальные 2 не будутъ имѣть никакого отношенія къ санитарной службѣ въ полку, такъ какъ и хозяйствомъ лазарета, и лазаретной прислугой будетъ завѣдывать старшій врачъ. Такимъ образомъ единовластіе съ двоевластіемъ смѣшиваю не я, а г. М. Драгомировъ. Устраненіе двоевластія, тормозящаго правильный ходъ медико-санитарной службы, еще болѣе важно въ госпиталяхъ и лазаретахъ военнаго вѣдомства; но тамъ его достигнуть легко, если поставить во главѣ лѣчебнаго заведенія врача, спеціалиста медико-санитарнаго дѣла, вмѣсто начальника госпиталя—офицера или генерала, лица некомпетентнаго въ тѣхъ вопросахъ, которые ему, по должности, приходится рѣшать. Вотъ въ чемъ состоитъ устраненіе двоевластія. Неужели это не ясно?

Въ опроверженіе моего заявленія, что военные авторы, писавшіе по вопросу о санитарной реформѣ, не желаютъ допустить военныхъ врачей въ одинъ (или, если угодно г-ну Драгомирову «на одинъ») уровень съ офицерами, г. М. Драгомировъ утверждаетъ, что «совсѣмъ не то: они», т. е. военные авторы, «считаютъ военныхъ врачей совсѣмъ на одномъ уровнѣ съ офицерами, но считаютъ гостями, а не хозяевами въ части». Въ этомъ утвержденіи г. М. Драгомировъ, самъ того не замѣчая, впадаетъ въ противорѣчіе: если врачи только гости въ строевой части (въ которой несутъ всѣ тягости службы иногда десятки лѣтъ подъ рядъ наравнѣ съ офицерами), то, слѣд., они не равноправны съ хозяевами-офицерами и по тому самому не стоятъ на одномъ съ ними уровнѣ. Но, вѣдь, я-то въ своей статьѣ ссылался на мнѣнія военныхъ авторовъ, какъ-то гг. Кривенко, Войде, Апушкина и др. Я приводилъ въ кавычкахъ характерныя выраженія, ясно обрисовывающія этотъ взглядъ. Припомните: «противники реформы свысока заявляютъ «о претензіяхъ» «иныхъ» врачей «стать въ одинъ уровень съ офицерами», о «нежелательности разбавленія офицера врачемъ» и т. п. Все это взято изъ статьи г. Апушкина въ № 281 «Русскаго Инвалида» за 1902 г. и все это со ссылками на статью и съ обозначеніемъ № «Инвалида» указано въ моей статьѣ. Но г. М. Драгомировъ, хотя и пишетъ о военно-санитарной реформѣ, о которой въ теченіи $1^{1}/_{2}$ года напечатано въ военныхъ журналахъ много правды и еще болѣе кривды,—«полемики» (о военно-санитарной реформѣ, конечно), «раздутой нѣсколькими эскулапами,—не знаетъ, да и знать не хочетъ», т. е. онъ открыто сознает-

---

[1]) *Hofmeier*. Grundriss der gynäkologischen Operationen.
[2]) «Русскій Врачъ», № 50, 1903 г.
[3]) «Развѣдчикъ», № 679, стр. 926.
[4]) «Русскій Врачъ», 1903 г., № 50.
[5]) «Развѣдчикъ», № 702, стр. 339.
[6]) «Русскій Инвалидъ», 1902 г., № 270 («Старшіе врачи частей войскъ») и № 274 («Нужны-ли военнымъ врачамъ военные чины?»).

Digitized by Google

ся, что пишетъ (и при томъ 2 раза) о томъ, чего не знаетъ, и не хочетъ знать. Вотъ, значитъ, гдѣ причина противорѣчій и глумленія относительно санитарной реформы и военныхъ врачей въ статьяхъ г. М. Драгомирова! Но противорѣчитъ г. М. Драгомировъ и самому себѣ въ одной и той-же статьѣ: съ одной стороны, онъ утверждаетъ, что врачей считаютъ совсѣмъ на одномъ уровнѣ съ офицерами, но считаютъ гостями, а не хозяевами; съ другой—упоминаетъ о такихъ «странныхъ» частяхъ, въ которыхъ врачей не допускаютъ въ офицерскія собранія! Хорошъ одинъ уровень! Хорошъ и почетъ гостямъ—нечего и говорить! Неправда-ли: какая путаница понятій?!.. Да и способъ обращенія г. М. Драгомирова съ военными врачами въ полемикѣ съ ними, которой онъ «не знаетъ и знать не желаетъ», но въ которой, не смотря на то, добровольно участвуетъ,—способъ въ высшей степени предосудительный,—доказываетъ, что взглядъ военныхъ сотрудниковъ «Инвалида»,—раздѣляемый, очевидно, и критикомъ моей статьи,—на военныхъ врачей именно такой, какой я имъ приписываю, т. е. что врачи стоятъ и должны стоять не на одномъ уровнѣ съ офицерами, а пониже ихъ. Съ равными членами общества обращеніе не такое, какое позволяютъ себѣ они по отношенію къ врачамъ, а также и г. М. Драгомировъ въ своей «полемикѣ». Г. М. Драгомировъ позволяетъ себѣ въ серьезномъ спорѣ называть врачей не «врачами», какъ это вездѣ и всѣми принято, а «эскулапами». Слово—само по себѣ не обидное, но, благодаря ему, оттѣнокъ рѣчи получается оскорбительный, насмѣшливо-пренебрежительный. Отвѣчая въ № 693 «Развѣдчика» г-ну Medicus'y на его весьма деликатный отвѣтъ [1]) на замѣтку г. М. Драгомирова о санитарной реформѣ, г. М. Драгомировъ позволяетъ себѣ, между прочимъ, обращаясь съ рѣчью къ г. Medicus'у, называть его «г. штабъ-лѣкарь». Это прямо уже оскорбительное обращеніе. Терминъ этотъ отжилъ свой вѣкъ; онъ напоминаетъ доброе старое время, отъ котораго мы далеко ушли и, будучи примѣненъ къ современному врачу, представляетъ его смѣшнымъ, отсталымъ, архаичнымъ. За что-же такое презрительное отношеніе г. М. Драгомирова къ г. Medicus'у: ужъ не за то ли, что г. Medicus повиненъ въ раздѣленіи съ г. М. Драгомировымъ дѣйствительно «архаичныхъ» взглядовъ на ненадобность для военныхъ врачей ни военныхъ чиновъ, ни «блестящихъ побрякушекъ» (увы! въ военной средѣ и онѣ имѣютъ свое значеніе), ни сравненія въ правахъ съ офицерами? Другой провинности за нимъ нѣтъ.

Далѣе, говоря о врачахъ, г. М. Драгомировъ употребляетъ несоотвѣтственное, архаичное слово «лѣкарь». Слово это, правда, существуетъ даже какъ оффиціальный, хотя и устарѣлый, терминъ, выражающій опредѣленную ученую степень, какъ и терминъ «докторъ медицины»; но въ жизни это слово давно уже замѣнено другимъ словомъ—«врачъ». «Врачъ»—родовое понятіе для лица медицинской профессіи, обнимающее 2 видовыхъ понятія: «лекарь» и «докторъ медицины». Человѣку интеллигентному слѣдовало-бы понимать это и не злоупотреблять словами, особенно въ печати. Такой безцеремонности г. М. Драгомировъ не позволилъ-бы себѣ по отношенію къ офицерамъ; ну, а по отношенію къ врачамъ—другое дѣло: съ ними какія-же, да и къ чему церемоніи?

Малое знакомство г. М. Драгомирова съ санитарной службой и съ бытомъ военныхъ врачей обнаруживается въ его отвѣтѣ на каждомъ шагу. Такъ, упоминая о «странныхъ» частяхъ, въ которыхъ не допускаютъ врачей въ офицерскія собранія, г. М. Драгомировъ наставительно высказываетъ, что на мѣстѣ врачей, попадающихъ на службу въ такія части, онъ не только не огорчался-бы невозможностію доступа въ столь странное общество, но и самъ-бы отъ него сторонился. Смѣю увѣрить г. М. Драгомирова, что врачи и раньше его наставленія именно такъ и поступали, какъ поступилъ-бы и онъ самъ; но отъ этого и положеніе ихъ въ такой странной служебной средѣ нисколько не облегчалось, и служебные интересы части не выигрывали. Санитарная служба въ войсковыхъ частяхъ при такихъ ненормальностяхъ отношеній между офицерами и врачами неизбѣжно страдаетъ, а потому, сложа руки, смотрѣть на такое положеніе дѣла нельзя; напротивъ, необходимо, во чтобы то ни стало, искать выхода изъ такихъ странныхъ и ненормальныхъ отношеній между офицерской средой и врачами.

Еще меньше знакомства обнаруживаетъ г. Драгомировъ въ госпитальномъ дѣлѣ. Онъ говоритъ: никакими новыми положеніями не проймешь представителей военной власти въ госпиталѣ, оставляющихъ безъ вниманія заявленія врачей о поощреніи или о наказаніи кого-либо изъ чиновъ госпитальной прислуги. На самомъ-же дѣлѣ «пронять» ихъ совсѣмъ не трудно даже безъ всякаго «суроваго», а тѣмъ болѣе «безпощаднаго» воздѣйствія начальства: стоитъ только устранить вопіющее зло госпитальной службы—двоевластіе, объединивъ управленіе госпиталемъ въ лицѣ компетентномъ въ военно-санитарной службѣ — въ главномъ врачѣ, и никакихъ недоразумѣній между медицинскою и административно-хозяйственною частями госпиталя не встрѣтится.

Говоря о гостепріимствѣ по отношенію къ военнымъ врачамъ со стороны офицерскихъ собраній, г. М. Драгомировъ глумится надъ военными врачами. Такое-же глумленіе проявляется и въ заключительныхъ словахъ его по поводу «странныхъ» войсковыхъ частей, недопускающихъ врачей въ офицерскія собранія, и относительно непорядковъ госпитальной службы: «думаю,—пишетъ онъ— что если-бы военные врачи почаще выводили на свѣтъ Божій подобные анекдоты, которые узнаешь только случайно, то это лучше выяснило-бы пробѣлы и аномаліи современнаго положенія военно-санитарной части въ войскахъ, нежели то, что они до сихъ поръ писали».

Если г. М. Драгомировъ говоритъ это серьезно, то пусть онъ укажетъ способъ, при помощи котораго военные врачи могли-бы выводить на свѣтъ Божій подобные (число имъ—милліонъ!) анекдоты изъ пробѣловъ и аномалій современнаго положенія военно-санитарной части въ войскахъ? Намъ, врачамъ, этотъ способъ неизвѣстенъ; потому-то г. М. Драгомировъ и узнаетъ эти анекдоты только случайно. Но интересно было-бы знать отвѣтъ и на другой вопросъ: какъ-бы отнесся г. М. Драгомировъ на мѣстѣ командира части къ врачу этой части, если-бы сей послѣдній вздумалъ въ серьезъ выводить на свѣтъ Божій анекдоты, случающіеся въ его части? Мыслимо-ли вообще существованіе такого врача при дѣйствующихъ служебныхъ условіяхъ и порядкахъ? Если врачи не могутъ выводить на свѣтъ Божій подобные анекдоты, то для чего г. М. Драгомировъ написалъ такое пожеланіе, бросивъ такимъ образомъ упрекъ врачамъ за ихъ безразличное отношеніе къ такимъ анекдотамъ? Да по одной изъ слѣдующихъ причинъ: или г. Драгомировъ не знаетъ того, о чемъ пишетъ, или онъ пишетъ это тенденціозно съ желаніемъ набросить на врачей тѣнь...

Возвратимся къ разсужденіямъ о гостепріимствѣ по отношенію къ врачамъ со стороны офицерскихъ собраній: г. М. Драгомировъ различаетъ среди военныхъ врачей гостей «двухъ марокъ»: гости одной марки считаются «гостями въ высшей степени желательными, необходимыми, любимыми»; такими гостями, по его мнѣнію, оказываются врачи, «когда они занимаются своимъ дѣломъ, благожелательны и благовоспитаны»; и, наоборотъ, гости «другой марки» считаются «гостями неизбѣжными, хотя и противными, если они вмѣсто только-что перечисленныхъ качествъ обнаруживаютъ наклонность къ кляузамъ, пререканіямъ и пикировкѣ»... Какъ понять такія рѣчи г. М. Драгомирова: просто-ли это непониманіе того, что говоритъ, или объясняется это незнаніемъ условій службы и быта врачей въ военной средѣ? Не то, и не другое: это опять-таки оскорбленіе по адрессу военныхъ врачей со стороны г. М. Драгомирова, дѣлящаго врачей на 2 «марки», изъ коихъ одна является, по его мнѣнію, наклонной къ кляузамъ, пререканіямъ и пикировкамъ! Если допустить возможность единичныхъ случаевъ среди военныхъ врачей людей съ такими качествами (такіе люди встрѣчаются вездѣ, не исключая ни врачебной, ни военной, ни литературной среды), то обобщать этого все-таки не слѣдовало-бы. А неблаговидное обобщеніе г. М. Драгомирова относится къ большей и луч-

[1]) «Правда о санитарной реформѣ въ русской арміи» («Развѣдчикъ», № 684).

Digitized by Google

вслѣдствіе тонкости прямокишечно-влагалищной перегородки. Одни совѣтуютъ зашивать со стороны рукава, другіе со стороны прямой кишки. *Hofmeier* [1]) при низко сидящихъ свищахъ совѣтуетъ разсѣкать всю промежность со стороны свища въ сагиттальномъ направленіи и, послѣ окровавленія краевъ свища и наложенія на нихъ швовъ, зашивать промежность какъ при полномъ ея разрывѣ.

Приступая къ операціи въ вышеприведенномъ случаѣ, я задался цѣлью какъ можно шире отдѣлить по всей окружности недостачи слизистую оболочку рукава отъ прямой кишки и главное вниманіе обратилъ на то, чтобы, погрузивши края слизистой оболочки прямой кишки въ ея просвѣтъ, соединить глубокимъ швомъ, какъ можно на большемъ протяженіи, широко освѣженныя подслизистыя поверхности передней стѣнки прямой кишки. Я захватывалъ эти поверхности, отступя отъ краевъ раны почти на $^3/_4$ стм. и не прокалывая иглой слизистой оболочки. Сшиваніе краевъ слизистыхъ оболочекъ прямой кишки и рукава только дополняло операцію и, какъ видно изъ исторіи болѣзни, не дало стойкаго результата: эти швы прорѣзались, края ранъ разошлись и стянулись уже при помощи грануляцій. Слѣд., весь успѣхъ операціи закрытія такой большой недостачи обусловился основнымъ глубокимъ швомъ, давшимъ возможность возстановить прямокишечно влагалищную перегородку. Полагаю, что въ данномъ случаѣ предварительное разсѣченіе промежности оказалось бы излишнимъ. Въ заключеніе считаю нужнымъ отмѣтить, что вслѣдствіе рубцоваго сморщиванія послѣ поврежденія и удаленія слизистой оболочки по краямъ недостачи при операціи, въ нижнемъ отдѣлѣ рукава получилось замѣтное съуженіе, что несомнѣнно должно отозваться при родовомъ актѣ.

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Полемическіе пріемы г. М. Драгомирова въ спорѣ о военно-санитарной реформѣ.

Въ № 702 «Развѣдчика» появился отвѣтъ г. М. Драгомирова на мою статью «Правда и кривда о военно-санитарной реформѣ» [2]). Въ отвѣтѣ этомъ имѣется и издѣвательство по моему адрессу, и оскорбленія по адрессу военныхъ врачей, и беззастѣнчивое, прикрываемое софизмами, извращеніе истины относительно санитарной реформы и военныхъ врачей.

Въ первой своей замѣткѣ [3]) г. Драгомировъ утверждаетъ, что санитарная реформа началась съ формы одежды, потому что «нѣкоторымъ докторамъ захотѣлось военныхъ чиновъ и сравненія въ формѣ одежды съ офицерами».... Въ дѣйствительности, какъ я отмѣтилъ въ своей статьѣ [4]), со ссылкою на сообщеніе о реформѣ оффиціальнаго органа — «В.-Медицинскаго Журнала», — совсѣмъ не то. Въ основныхъ положеніяхъ реформы выражается необходимость устранить двоевластіе въ санитарномъ дѣлѣ и поднять авторитетъ военныхъ врачей въ военной средѣ; авторитетъ, конечно, не «военный», какъ говоритъ г. М. Драгомировъ [5]), а служебный. И вотъ въ этихъ-то видахъ, т. е. въ видахъ поднятія служебнаго авторитета военныхъ врачей, въ печати разными авторами, а въ числѣ ихъ и мною [6]), были предложены разныя мѣры, между прочимъ и сравненіе врачей въ правахъ съ офицерами соотвѣтственныхъ ранговъ во всѣхъ отношеніяхъ до чина и мундира включительно. Слѣд., преобразованіе санитарной части не начинается съ чиновъ и формы одежды, какъ утверждаетъ г. М. Драгомировъ, а, наоборотъ, вопросъ о чинахъ и формѣ одежды вытекаетъ изъ основныхъ задачъ проектируемой реформы. Это—большая разница и эту-то разницу я отмѣтилъ въ своей статьѣ въ опроверженіе неосновательнаго утвержденія г. М. Драгомирова; и—смѣю думать — каждый, внимательно читавшій мою статью, понялъ это; только г. М. Драгомировъ, не желая сознаться въ неосновательности своего утвержденія, старается неоднократнымъ повтореніемъ въ своемъ отвѣтѣ слова «нелѣпо» затуманить читателя и свалить вину въ сочиненіи нелѣпостей съ больной головы на здоровую....

Неправъ г. М. Драгомировъ и въ своихъ разсужденіяхъ по поводу перваго основного положенія реформы—устраненія двоевластія въ санитарномъ дѣлѣ. Въ № 702 «Развѣдчика» онъ разсуждаетъ, что «устранить двоевластіе, это—другими словами: сдѣлать въ полкахъ медицинскую часть независимою отъ строевого начальства, т. е. получивъ желательное для медиковъ единовластіе, установить двоевластіе совершенно нетерпимое въ полку». Такое разсужденіе г. М. Драгомирова совершенно неосновательно. Устраненіе двоевластія въ санитарномъ дѣлѣ въ полку достигается не тѣмъ, что медицинская часть будетъ независима отъ строевого начальства, что совершенно немыслимо; а тѣмъ, что старшій врачъ полка, вполнѣ подчиняясь командиру полка, какъ и нынѣ онъ ему подчиняется, по завѣдыванію санитарною частію въ полку будетъ полнымъ хозяиномъ полковыхъ врачебныхъ заведеній (лазарета, пріемнаго покоя, околодка) и начальникомъ всѣхъ чиновъ санитарной службы въ полку, безъ вмѣшательства въ его дѣло 3-хъ (нынѣ вмѣшивающихся въ это дѣло) лицъ, а именно—1) завѣдующаго хозяйствомъ въ полку, 2) завѣдующаго лазаретомъ и 3) завѣдующаго нестроевой командой, изъ которыхъ 2-ой будетъ подчиненъ старшему врачу, а остальные 2 не будутъ имѣть никакого отношенія къ санитарной службѣ въ полку, такъ какъ и хозяйствомъ лазарета, и лазаретной прислугой будетъ завѣдывать старшій врачъ. Такимъ образомъ единовластіе съ двоевластіемъ смѣшиваю не я, а г. М. Драгомировъ. Устраненіе двоевластія, тормозящаго правильный ходъ медико-санитарной службы, еще болѣе важно въ госпиталяхъ и лазаретахъ военнаго вѣдомства; но тамъ его достигнуть легко, если поставить во главѣ лѣчебнаго заведенія врача, спеціалиста медико-санитарнаго дѣла, вмѣсто начальника госпиталя—офицера или генерала, лица некомпетентнаго въ тѣхъ вопросахъ, которые ему, по должности, приходится рѣшать. Вотъ въ чемъ состоитъ устраненіе двоевластія. Неужели это не ясно?

Въ опроверженіе моего заявленія, что военные авторы, писавшіе по вопросу о санитарной реформѣ, не желаютъ допустить военныхъ врачей въ одинъ (или, если угодно г-ну Драгомирову «на одинъ») уровень съ офицерами, г. М. Драгомировъ утверждаетъ, что «совсѣмъ не то: они», т. е. военные авторы, «считаютъ военныхъ врачей совсѣмъ на одномъ уровнѣ съ офицерами, но считаютъ гостями, а не хозяевами въ части». Въ этомъ утвержденіи г. М. Драгомировъ, самъ того не замѣчая, впадаетъ въ противорѣчіе: если врачи только гости въ строевой части (въ которой несутъ всѣ тягости службы иногда десятки лѣтъ подъ рядъ наравнѣ съ офицерами), то, слѣд., они не равноправны съ хозяевами-офицерами и по тому самому не стоятъ на одномъ съ ними уровнѣ. Но, вѣдь, я-то въ своей статьѣ ссылался на мнѣнія военныхъ авторовъ, какъ-то гг. Кривенко, Войде, Апушкина и др. Я приводилъ въ кавычкахъ характерныя выраженія, ясно обрисовывающія этотъ взглядъ. Припомните: «противники реформы свысока заявляютъ «о претензіяхъ» «иныхъ» врачей «стать въ одинъ уровень съ офицерами», о «нежелательности разбавленія офицера врачемъ» и т. п. Все это взято изъ статьи г. Апушкина въ № 281 «Русскаго Инвалида» за 1902 г. и все это со ссылками на статью и съ обозначеніемъ № «Инвалида» указано въ моей статьѣ. Но г. М. Драгомировъ, хотя и пишетъ о военно-санитарной реформѣ, о которой въ теченіи $1^1/_2$ года напечатано въ военныхъ журналахъ много правды и еще болѣе кривды,—«полемики» (о военно-санитарной реформѣ, конечно), «раздутой нѣсколькими эскулапами,—не знаетъ, да и знать не хочетъ», т. е. онъ открыто сознает-

[1]) *Hofmeier*. Grundriss der gynäkologischen Operationen.
[2]) «Русскій Врачъ», № 50, 1903 г.
[3]) «Развѣдчикъ», № 679, стр. 926.
[4]) «Русскій Врачъ». 1903 г., № 50.
[5]) «Развѣдчикъ», № 702, стр. 339.
[6]) «Русскій Инвалидъ», 1902 г., № 270 («Старшіе врачи частей войскъ») и № 274 («Нужны-ли военнымъ врачамъ военные чины?»).

Digitized by Google

ся, что пишетъ (и при томъ 2 раза) о томъ, чего не знаетъ, и не хочетъ знать. Вотъ, значитъ, гдѣ причина противорѣчій и глумленія относительно санитарной реформы и военныхъ врачей въ статьяхъ г. М. Драгомирова! Но противорѣчитъ г. М. Драгомировъ и самому себѣ въ одной и той-же статьѣ: съ одной стороны, онъ утверждаетъ, что врачей считаютъ совсѣмъ на одномъ уровнѣ съ офицерами, но считаютъ гостями, а не хозяевами; съ другой—упоминаетъ о такихъ «странныхъ» частяхъ, въ которыхъ врачей не допускаютъ въ офицерскія собранія! Хорошъ одинъ уровень! Хорошъ и почетъ гостямъ—нечего и говорить! Неправда-ли: какая путаница понятій?!.. Да и способъ обращенія г. М. Драгомирова съ военными врачами въ полемикѣ съ ними, которой онъ «не знаетъ и знать не желаетъ», но въ которой, не смотря на то, добровольно участвуетъ,—способъ въ высшей степени предосудительный,—доказываетъ, что взглядъ военныхъ сотрудниковъ «Инвалида»,—раздѣляемый, очевидно, и критикомъ моей статьи,—на военныхъ врачей именно такой, какой я имъ приписываю, т. е. что врачи стоятъ и должны стоять не на одномъ уровнѣ съ офицерами, а пониже ихъ. Съ равными членами общества обращеніе не такое, какое позволяютъ себѣ они по отношенію къ врачамъ, а также и г. М. Драгомировъ въ своей «полемикѣ». Г. М. Драгомировъ позволяетъ себѣ въ серьезномъ спорѣ называть врачей не «врачами», какъ это вездѣ и всѣми принято, а «эскулапами». Слово—само по себѣ не обидное, но, благодаря ему, оттѣнокъ рѣчи получается оскорбительный, насмѣшливо-пренебрежительный. Отвѣчая въ № 693 «Развѣдчика» г-ну Medicus'у на его весьма деликатный отвѣтъ [1]) на замѣтку г. М. Драгомирова о санитарной реформѣ, г. М. Драгомировъ позволяетъ себѣ, между прочимъ, обращаясь съ рѣчью къ г. Medicus'у, называть его «г. штабъ-лѣкарь». Это прямо уже оскорбительное обращеніе. Терминъ этотъ отжилъ свой вѣкъ; онъ напоминаетъ доброе старое время, отъ котораго мы далеко ушли и, будучи примѣненъ къ современному врачу, представляетъ его смѣшнымъ, отсталымъ, архаичнымъ. За что-же такое презрительное отношеніе г. М. Драгомирова къ г. Medicus'у: ужъ не за то ли, что г. Medicus повиненъ въ раздѣленіи съ г. М. Драгомировымъ дѣйствительно «архаичныхъ» взглядовъ на ненадобность для военныхъ врачей ни военныхъ чиновъ, ни «блестящихъ побрякушекъ» (увы! въ военной средѣ и онѣ имѣютъ свое значеніе), ни сравненія въ правахъ съ офицерами? Другой провинности за нимъ нѣтъ.

Далѣе, говоря о врачахъ, г. М. Драгомировъ употребляетъ несоотвѣтственное, архаичное слово «лѣкарь». Слово это, правда, существуетъ даже какъ оффиціальный, хотя и устарѣлый, терминъ, выражающій опредѣленную ученую степень, какъ и терминъ «докторъ медицины»; но въ жизни это слово давно уже замѣнено другимъ словомъ—«врачъ». «Врачъ»—родовое понятіе для лица медицинской профессіи, обнимающее 2 видовыхъ понятія: «лекарь» и «докторъ медицины». Человѣку интеллигентному слѣдовало-бы понимать это и не злоупотреблять словами, особенно въ печати. Такой безцеремоности г. М. Драгомировъ не позволилъ-бы себѣ по отношенію къ офицерамъ; ну, а по отношенію къ врачамъ—другое дѣло: съ ними какія-же, да и къ чему церемоніи?

Малое знакомство г. М. Драгомирова съ санитарной службой и съ бытомъ военныхъ врачей обнаруживается въ его отвѣтѣ на каждомъ шагу. Такъ, упоминая о «странныхъ» частяхъ, въ которыхъ не допускаютъ врачей въ офицерскія собранія, г. М. Драгомировъ наставительно высказываетъ, что на мѣстѣ врачей, попадающихъ на службу въ такія части, онъ не только не огорчался-бы невозможностію доступа въ столь странное общество, но и самъ-бы отъ него сторонился. Смѣю увѣрить г. М. Драгомирова, что врачи и раньше его наставленія именно такъ и поступали, какъ поступилъ-бы и онъ самъ; но отъ этого и положеніе ихъ въ такой странной служебной средѣ нисколько не облегчалось, и служебные интересы части не выигрывали. Санитарная служба въ войсковыхъ частяхъ при такихъ ненормальностяхъ отношеній между офицерами и врачами неизбѣжно страдаетъ, а потому, сложа руки, смотрѣть на такое положеніе дѣла нельзя; напротивъ, необходимо, во чтобы то ни стало, искать выхода изъ такихъ странныхъ и ненормальныхъ отношеній между офицерской средой и врачами.

Еще меньше знакомства обнаруживаетъ г. Драгомировъ въ госпитальномъ дѣлѣ. Онъ говоритъ: никакими новыми положеніями не проймешь представителей военной власти въ госпиталѣ, оставляющихъ безъ вниманія заявленія врачей о поощреніи или о наказаніи кого-либо изъ чиновъ госпитальной прислуги. На самомъ-же дѣлѣ «пронять» ихъ совсѣмъ не трудно даже безъ всякаго «суроваго», а тѣмъ болѣе «безпощаднаго» воздѣйствія начальства: стоитъ только устранить вопіющее зло госпитальной службы—двоевластіе, объединивъ управленіе госпиталемъ въ лицѣ компетентномъ въ военно-санитарной службѣ — въ главномъ врачѣ, и никакихъ недоразумѣній между медицинскою и административно-хозяйственною частями госпиталя не встрѣтится.

Говоря о гостепріимствѣ по отношенію къ военнымъ врачамъ со стороны офицерскихъ собраній, г. М. Драгомировъ глумится надъ военными врачами. Такое-же глумленіе проявляется и въ заключительныхъ словахъ его по поводу «странныхъ» войсковыхъ частей, недопускающихъ врачей въ офицерскія собранія, и относительно непорядковъ госпитальной службы: «думаю,—пишетъ онъ—что если-бы военные врачи почаще выводили на свѣтъ Божій подобные анекдоты, которые узнаешь только случайно, то это лучше выяснило-бы пробѣлы и аномаліи современнаго положенія военно-санитарной части въ войскахъ, нежели то, что они до сихъ поръ писали».

Если г. М. Драгомировъ говоритъ это серьезно, то пусть онъ укажетъ способъ, при помощи котораго военные врачи могли-бы выводить на свѣтъ Божій подобные (число имъ—милліонъ!) анекдоты изъ пробѣловъ и аномалій современнаго положенія военно-санитарной части въ войскахъ? Намъ, врачамъ, этотъ способъ неизвѣстенъ; потому-то г. М. Драгомировъ и узнаетъ эти анекдоты только случайно. Но интересно было-бы знать отвѣтъ и на другой вопросъ: какъ-бы отнесся г. М. Драгомировъ на мѣстѣ командира части къ врачу этой части, если-бы сей послѣдній вздумалъ въ серьезъ выводить на свѣтъ Божій анекдоты, случающіеся въ его части? Мыслимо-ли вообще существованіе такого врача при дѣйствующихъ служебныхъ условіяхъ и порядкахъ? Если врачи не могутъ выводить на свѣтъ Божій подобные анекдоты, то для чего г. М. Драгомировъ написалъ такое пожеланіе, бросивъ такимъ образомъ упрекъ врачамъ за ихъ безразличное отношеніе къ такимъ анекдотамъ? Да по одной изъ слѣдующихъ причинъ: или г. Драгомировъ не знаетъ того, о чемъ пишетъ, или онъ пишетъ это тенденціозно съ желаніемъ набросить на врачей тѣнь...

Возвратимся къ разсужденіямъ о гостепріимствѣ по отношенію къ врачамъ со стороны офицерскихъ собраній: г. М. Драгомировъ различаетъ среди военныхъ врачей гостей «двухъ марокъ»: гости одной марки считаются «гостями въ высшей степени желательными, необходимыми, любимыми»; такими гостями, по его мнѣнію, оказываются врачи, «когда они занимаются своимъ дѣломъ, благожелательны и благовоспитаны»; и, наоборотъ, гости «другой марки» считаются «гостями неизбѣжными, хотя и противными, если они вмѣсто только-что перечисленныхъ качествъ обнаруживаютъ наклонность къ кляузамъ, пререканіямъ и пикировкѣ»... Какъ понять такія рѣчи г. М. Драгомирова: просто-ли это непониманіе того, что говоритъ, или объясняется это незнаніемъ условій службы и быта врачей въ военной средѣ? Не то, и не другое: это опять-таки оскорбленіе по адрессу военныхъ врачей со стороны г. М. Драгомирова, дѣлящаго врачей на 2 «марки», изъ коихъ одна является, по его мнѣнію, наклонной къ кляузамъ, пререканіямъ и пикировкамъ! Если допустить возможность единичныхъ случаевъ среди военныхъ врачей людей съ такими качествами (такіе люди встрѣчаются вездѣ, не исключая ни врачебной, ни военной, ни литературной среды), то обобщать этого все-таки не слѣдовало-бы. А неблаговидное обобщеніе г. М. Драгомирова относится къ большей и луч-

[1]) «Правда о санитарной реформѣ въ русской арміи» («Развѣдчикъ», № 684).

Digitized by Google

шей части военныхъ врачей, а именно ко всѣмъ дѣльнымъ, серьезнымъ, честнымъ и энергичнымъ военнымъ врачамъ, которымъ дороги интересы службы и которымъ именно приходится «грызться зубъ за зубъ» со всѣми чинами полковой администраціи, добиваясь устраненія замѣчаемыхъ ими санитарныхъ непорядковъ въ части и обращаться съ этою цѣлію въ концѣ концевъ къ командирамъ частей. Вотъ это-то обязательное для врача обращеніе къ командиру части съ цѣлію устраненія санитарныхъ непорядковъ въ части (другихъ способовъ для этого, кромѣ докладовъ командиру части, врачу не предоставлено) и создаетъ дѣльному врачу именно тогда, когда онъ добросовѣстно занимается своимъ дѣломъ, репутацію и кляузника, и неуживчиваго человѣка, склоннаго къ пререканіямъ и пикировкамъ, и создаетъ ему въ то-же время тяжелое, а иногда и невыносимое положеніе въ офицерской средѣ. Такая-же репутація человѣка, наклоннаго къ кляузамъ, пререканіямъ и пикировкѣ, создалась-бы и для того врача, который, по совѣту г. М. Драгомирова, вздумалъ-бы выводить на свѣтъ Божій разнаго рода анекдоты изъ злоключеній полковой санитаріи... Вотъ каковы условія службы и быта военнаго врача, когда врачъ долженъ «создавать» себѣ положеніе въ офицерской средѣ, какъ это выражалось въ пожеланіяхъ нѣкоторыхъ авторовъ, писавшихъ въ «Инвалидѣ»,—положеніе, очевидно, крайне невыгодное для службы: оно вынуждаетъ людей съ слабымъ характеромъ идти на компромиссы и, создавая себѣ положеніе въ офицерской средѣ, поступаться служебнымъ интересомъ... Гостями первой «марки» по сортировкѣ г. М. Драгомирова, т. е. гостями желательными и любимыми, къ сожалѣнію, въ дѣйствительности, какъ разъ наоборотъ тому, что говоритъ г. М. Драгомировъ, большею частію бываютъ врачи именно нежелательнаго типа съ точки зрѣнія служебной пользы...

Пойдемъ дальше. Въ первой статьѣ г. М. Драгомировъ, между прочимъ, утверждаетъ, что «авторитетъ доктора между офицерами и нижними чинами зависитъ отъ добраго отношенія къ нимъ и отъ знанія докторами своего дѣла». Такъ какъ военный врачъ, какъ «чиновникъ» не имѣетъ никакого авторитета между офицерами («чиновникъ»—не въ чести у офицеровъ), то я и ставлю вопросъ: «неужели-же громадная масса врачей не проявляютъ добрыхъ отношеній къ офицерамъ и нижнимъ чинамъ» [1]) (если уже, дѣйствительно отъ добрыхъ отношеній зависитъ авторитетъ)? На это г. М. Драгомировъ, совершенно забывая, что вопросъ мой вызванъ его же собственнымъ разсужденіемъ—вопрошаетъ: «Неужели г. Н. З. не замѣчаетъ того, что подобный вопросъ нелѣпъ и что во всемъ написанномъ по поводу военно-санитарной реформы онъ не найдетъ ни строчки, которая давала-бы ему право ставить подобные вопросы?» Были такія строчки, г. М. Драгомировъ: и у Васъ [2]), и у другихъ авторовъ [3]).

Разсмотримъ еще одно возраженіе г. М. Драгомирова. Онъ находитъ страннымъ мое разсужденіе, что по дисциплинарному уставу врачъ находится въ такомъ же подчиненіи начальству, какъ и всякій офицеръ. «Лучше бы этого не говорить, ибо онъ самъ знаетъ, что это не такъ», утверждаетъ г. М. Драгомировъ; «мы здѣсь должны говорить не по тому, что написано въ уставахъ, а по тому, что происходитъ въ жизни, если желаемъ правды, а не кривды. Я вполнѣ убѣжденъ, что, если бы собрать статистическія свѣдѣнія по арміи, то оказалось-бы, что на сто офицерскихъ арестовъ въ теченіи года лекарскихъ не прійдется можетъ быть и одного»...

Читатель, конечно, пойметъ, что такое разсужденіе г. М. Драгомирова не что иное, какъ рядъ софизмовъ. Дисциплинарнымъ уставомъ опредѣляются отношенія между начальниками и подчиненными, а также обязанности, права и степень власти военнослужащихъ. Это—законъ, регулирующій весь военнослужебный строй и обязательный для всѣхъ и каждаго въ военной службѣ. Произвола и вольныхъ толкованій этого устава не допускается; и если иногда въ жизни происходитъ не такъ, то это—исключенія, на которыя ссылаться болѣе, чѣмъ странно. Статистическая же выкладка г. М. Драгомирова (сравнительный подочетъ арестовъ врачей и офицеровъ, можно думать, близокъ къ истинѣ)—доказываетъ какъ разъ не то, что онъ хочетъ доказать, а совершенно обратное. Вѣдь, если на сто офицерскихъ арестовъ прійдется около одного ареста врача, то этимъ уже шансы врача и офицера попасть подъ арестъ являются почти равными: врачей средними числами въ частяхъ войскъ по 1 на 100 офицеровъ (принимая во вниманіе, что врачи имѣются не во всѣхъ войсковыхъ частяхъ); но не слѣдуетъ забывать, что попадаютъ подъ арестъ не всѣ офицеры одинаково часто; чаще всего это случается съ офицерами въ младшихъ чинахъ, въ самомъ юномъ возрастѣ; чѣмъ старше чинъ и возрастъ офицеровъ, тѣмъ рѣже случаи ареста, такъ какъ съ возрастомъ люди становятся и серьезнѣе, и исправнѣе по службѣ, а потому меньше случается нарушеній съ ихъ стороны служебныхъ обязанностей и меньше поводовъ къ аресту. Врачи поступаютъ на службу по возрасту на 6, на 8 лѣтъ позже, чѣмъ офицеры: офицеръ прибываетъ въ полкъ 18 лѣтъ, а врачъ 24—26. Въ этомъ возрастѣ человѣкъ становится болѣе серьезнымъ, да, наконецъ, благодаря жизненному опыту и—главное—академическому образованію, молодой врачъ является въ полкъ болѣе развитымъ и болѣе установившимся человѣкомъ, чѣмъ молодой офицеръ. Въ этихъ обстоятельствахъ, казалось-бы, должна лежать гарантія для болѣе рѣдкаго попаданія подъ арестъ врачей по сравненію съ офицерами и тѣмъ не менѣе, по подсчету самого г. М. Драгомирова, аресты врачей такъ часты! А объясняется такое сравнительно большое число арестовъ тѣмъ, что служба военнаго врача и въ мирное время—боевая служба, ибо врачу, заботящемуся о санитарномъ благосостояніи части, постоянно приходится воевать со всѣми чинами полковой администраціи, несклонными потворствовать его санитарнымъ затѣямъ, всегда сопряженнымъ съ нежелательнымъ денежнымъ расходомъ. Дѣятельному врачу приходится сталкиваться со всѣми; inde ira, оттуда-же и грозный окрикъ: «подъ арестъ!»....

Такъ вотъ, какое реальное значеніе имѣетъ для военнаго врача даже и при гражданскомъ его чинѣ (положеніе дѣла не измѣнится и при военномъ чинѣ) дисциплинарный уставъ, не смотря на «либеральныя» завѣренія г. М. Драгомирова, будто «дѣло не въ редакціи закона, а въ томъ, какъ онъ примѣняется къ жизни!» Не извольте безпокоиться: законъ (по крайней мѣрѣ дисциплинарный уставъ) примѣняется буквально такъ, какъ онъ написанъ, да иначе и быть не можетъ.

Въ заключеніе своихъ соображеній объ арестахъ г. М. Драгомировъ еще разъ не поцеремонился съ врачами. «Правда, говоритъ онъ, что съ лѣкарями (sic!) случаются анекдоты въ родѣ того, какъ въ одномъ изъ округовъ лѣкарь угодилъ *въ* подъ арестъ («подъ арестъ», г. М. Драгомировъ) на тридцать сутокъ... за то, что командированный на пріемъ новобранцевъ, онъ все время безъ просыпа компанію съ Бахусомъ водилъ»... Спрашивается: отчего же «съ лѣкарями случаются такіе анекдоты»? Развѣ это такое обычное для военныхъ врачей явленіе безпросыпное пьянство, что его можно обобщать? Развѣ не понимаетъ г. М. Драгомировъ оскорбительности для военныхъ врачей такого оборота рѣчи? Конечно, видитъ и понимаетъ, да чего же церемониться съ ними?—не г.г. офицеры, стерпятъ!.... Ну, а позвольте спросить: пьянство, которое Вы считаете почему-то обычнымъ во врачебной средѣ (средѣ въ дѣйствительности наиболѣе воздержной по отношенію къ спиртнымъ напиткамъ),—развѣ оно не встрѣчается въ средѣ военной? Сколько извѣстно, пьяницы встрѣчаются во всѣхъ классахъ общества, въ томъ числѣ и въ офицерской средѣ, и при томъ на всѣхъ ступеняхъ служебной лѣстницы и во всѣхъ чинахъ; встрѣчают-

---

[1]) «Русскій Врачъ», 1903 г., № 50 («Правда и кривда о военно-санитарной реформѣ»).

[2]) ...«авторитетъ доктора между офицерами и нижними чинами зависитъ отъ добраго отношенія къ нимъ».... См. ст. г. М. Драгомирова «Наши дѣлишки», VIII, въ № 679 «Развѣдчика».

[3]) Напр. у г. *Н. Рыдзевскаго*, которой въ очень сдержанной и деликатной замѣткѣ «Къ вопросу, нужны ли военнымъ врачамъ военные чины» (№ 278 «Русскаго Инвалида» за 1902 г.), хотя и въ иныхъ выраженіяхъ, высказываетъ такую-же мысль: ...«нормальное положеніе врача въ строевой части всецѣло зависитъ отъ личности самого врача и отъ состава офицерской среды»....

Digitized by Google

ся они и среди молодыхъ подпоручиковъ, и среди старыхъ генераловъ, съ которыми тоже случаются анекдоты... Но, вѣдь, обобщать этого никто и не станетъ.

Безцеремонность литературныхъ пріемовъ г. М. Драгомирова по отношенію ко мнѣ проявляется въ отвѣтной мнѣ статьѣ въ №702«Развѣдчика» въ грандіозныхъ размѣрахъ, не смотря на очень сдержанный и деликатный по отношенію къ нему тонъ моей статьи «Правда и кривда о военно-санитарной реформѣ». Не придерживаясь литературныхъ приличій, г. М. Драгомировъ начинаетъ свой отвѣтъ съ насмѣшливаго заявленія, что я «призналъ за благо» прислать ему свою брошюру. Въ дѣйствительности-же, конечно, я не «призналъ за благо», а счелъ своимъ долгомъ прислать ему отдѣльный оттискъ моей статьи, имѣя въ виду, что статья эта, какъ отвѣтная г. М. Драгомирову, должна сдѣлаться ему извѣстной; а между тѣмъ, если бы я ее не послалъ г. М. Драгомирову, она могла-бы остаться имъ не замѣченной, такъ какъ напечатана въ врачебномъ журналѣ, не читаемомъ г. М. Драгомировымъ. Далѣе, придираясь къ тому, что у меня было сказано: «не хочется вѣрить, чтобы статья эта (первая замѣтка г. М. Драгомирова, въ № 679 «Развѣдчика») вышла изъ подъ пера нашего знаменитаго и высокоталантливаго генерала»,—г. М. Драгомировъ поучаетъ меня, что «не слѣдовало-бы забывать литературные обычаи и приличія» и «брать на себя неподобающую роль раздавать патенты на высокоталантливость и знаменитость» и что отъ «знаменитости и прочихъ кислосладкихъ эпитетовъ» (я имѣлъ неосторожность назвать г. М. Драгомирова уважаемымъ авторомъ) «можно было-бы воздержаться»... Согласенъ, воздержаться можно-было-бы; но, если я не воздержался и сказалъ, то этимъ я отнюдь не вышелъ изъ рамокъ понятныхъ каждому благовоспитанному человѣку литературныхъ обычаевъ и приличій. Всякому ясно, что, называя г. М. Драгомирова «высокоталантливымъ» и «знаменитымъ генераломъ» я не выдавалъ ему патента на «высокоталантливость» и «знаменитость», а только вслѣдъ за другими повторялъ прилагаемые къ его имени, какъ къ имени извѣстнаго боевого генерала и администратора, эпитеты «высокоталантливый» и «знаменитый», не входя въ обсужденіе, насколько они справедливы. Нарушенія съ моей стороны литературныхъ приличій въ этомъ нѣтъ; доказательствомъ этому служитъ и то, что такой высокопробный (да позволено будетъ такъ выразиться) литераторъ, какъ А. С. Суворинъ, говоря въ своей газетѣ о генералѣ Драгомировѣ, прилагаетъ къ нему тѣ же эпитеты [1]). Какъ же относится ко мнѣ и какъ понимаетъ «литературные обычаи и приличія» самъ г. М. Драгомировъ на 5-мъ десяткѣ лѣтъ своего «существованія» въ литературѣ? А вотъ, что онъ пишетъ:

«Что сказалъ-бы г. Заркевичъ, если бы я, не ограничиваясь его подписью подъ статьею, прибавилъ «архимандритъ» или «мандаринъ» Н. Заркевичъ?»—Г. М. Драгомировъ признаетъ все неприличіе и оскорбительность для меня подобныхъ прибавокъ къ моему имени, какъ совсѣмъ несоотвѣтствующихъ и явно выражающихъ неуваженіе ко мнѣ, и самъ отвѣчаетъ за меня на поставленный имъ вопросъ и отвѣчаетъ вполнѣ резонно, угадывая въ точности мой отвѣтъ, что я, т. е. Н. Заркевичъ, вѣроятно, «обозвалъ-бы его», т. е. г. М. Драгомирова, «и совершенно подѣломъ» (подлинныя слова г. М. Драгомирова), «весьма неблаговоспитаннымъ въ литературномъ смыслѣ человѣкомъ». Давъ такую правильную оцѣнку своему поступку, и, слѣд., вполнѣ понимая все неприличіе его, онъ тѣмъ не менѣе совершаетъ его вполнѣ сознательно! Вотъ гдѣ поучитесь Вы, малосвѣдущіе въ литературныхъ обычаяхъ и приличіяхъ литераторы, настоящимъ литературнымъ приличіямъ!.. Поучаетъ Васъ опытный литераторъ, на склонѣ лѣтъ, на 5-мъ 10-лѣтіи своего литературнаго «существованія»!... А вотъ и другой образецъ литературныхъ приличій г. М. Драгомирова: «.... гнѣвъ г. Н. З. на «Русскій Инвалидъ», очевидно за непомѣщеніе какой-то его статьи едва-ли основателенъ. Конечно, это продерзость и даже преступная: какъ смѣть не помѣстить статью г. Н. З.! Но гнѣвъ этотъ опять происходитъ... отъ незнакомства г. Н. З. съ литературными обычаями. Если онъ полагаетъ, что газета есть незагороженное мѣсто для всѣхъ доступное, то онъ, конечно, ошибается. Редакторъ всякой газеты имѣетъ полное право принять или не принять статью..., но обижаться за это въ литературѣ не принято».

Правда, редакторъ газеты имѣетъ полное право принять или не принять статью; но, если редакторъ открываетъ столбцы своей газеты для всесторонняго обсужденія какого-либо вопроса и во всеуслышаніе объявляетъ объ этомъ, то нравственный долгъ его содѣйствовать, насколько возможно, выясненію вопроса безпристрастнымъ отношеніемъ къ полемизирующимъ сторонамъ. Разъ это не выполняется, редакторъ вполнѣ заслуживаетъ упрека въ некорректности. Упрекъ этотъ и сдѣланъ мною редакціи «Инвалида» въ моей статьѣ не потому, что редакція не помѣстила нѣсколькихъ моихъ статей по санитарному вопросу, а потому, что она охотно помѣщала все, что угодно, *противъ* врачей, не стѣсняясь неприличіемъ тона статей и явною тенденціозностью ихъ, и не допускала на страницы журнала статей *за* военныхъ врачей и *за* реформу. Обвинялъ я редакцію потому, что она не помѣстила (будто бы изъ-за полемическаго характера, неподходящаго для оффиціальнаго органа) много очень дѣльныхъ статей военныхъ врачей (конечно, я имѣю въ виду не свои статьи, а статьи другихъ авторовъ, отчасти тѣ, которыя мнѣ самому были извѣстны, отчасти тѣ, о которыхъ мнѣ пришлось слышать весьма лестные отзывы отъ одного изъ членовъ состава редакціи «Инвалида») и тѣмъ ввела въ заблужденіе и авторовъ, и читателей. Въ № 68 «Русскаго Инвалида» за 1903 г. г. Дубовскій [2]) ставитъ вопросъ: почему врачи такъ слабо отозвались въ печати по вопросу о переименованіи ихъ въ офицерскіе чины, а редакція, вмѣсто откровеннаго отвѣта, что причиной этого явленія она сама, такъ какъ врачи, пишущіе въ пользу реформы и военныхъ чиновъ, не допускаются ею къ печатному станку,—въ подстрочномъ примѣчаніи къ статьѣ г. Дубовскаго лукаво заявляетъ, что она охотно дастъ мѣсто на страницахъ газеты мнѣніямъ военныхъ врачей!.. Далѣе я долженъ отмѣтить существенную разницу взглядовъ на газетный листъ моихъ и г. М. Драгомирова, на сколько его взгляды выразились въ его, отвѣтной мнѣ, статьѣ, а именно: высоко цѣня значеніе печатнаго слова, я на газетный листъ смотрѣлъ и смотрю какъ на «tabula rasa», на которой можно написать все, что угодно, лишь-бы написанное было дѣльно, честно и прилично. По г. М. Драгомирову-же, видимо, выходитъ, что газета—загороженное мѣсто, далеко не для всѣхъ доступное; но, если ужъ кто попалъ за загородку, то городи огородъ, какъ хочешь и веди себя, какъ знаешь, не стѣсняясь никакими приличіями и условностями!...

Окончивъ свою критику, г. М. Драгомировъ резюмируетъ свои впечатлѣнія отъ моей статьи въ такихъ выраженіяхъ: «неумѣстныя претензіи, противорѣчіе самому себѣ не то безсознательное, не то преднамѣренное; двоевластіе ему кажется единовластіемъ и т. п.»...

Отвѣчать на это не стану: безпристрастный читатель, вникнувъ въ написанное мною и г. М. Драгомировымъ, самъ пойметъ претензіи мои и г. М. Драгомирова; разберетъ, кто изъ насъ противорѣчитъ самому себѣ безсознательно или преднамѣренно и разсудитъ, кто изъ насъ правъ.

*Н. Заркевичъ.*

Петербургъ, 16 апрѣля 1904 г.

[1]) «Новое Время», № 10093.

[2]) «По поводу реформы въ военно-медицинскомъ вѣдомствѣ».

---

## Изъ Берлина.

**Годовое собраніе нѣмецкаго центральнаго Комитета по устройству здравницъ для легочныхъ больныхъ. Совѣщаніе представителей нѣмецкихъ городовъ по вопросу объ устройствѣ приморскихъ колоній для дѣтей. Новыя Общества, основанныя профф. Hoffa и Heubner'омъ. Новое средство противъ легочной бугорчатки проф. Jacob'а.**

Въ маѣ въ Берлинѣ происходилъ цѣлый рядъ Собраній и Съѣздовъ какъ чисто научнаго, такъ и общественно-медицинскаго характера. Не имѣя возможности подробно останавливаться на каждомъ изъ нихъ, я сообщу лишь вкратцѣ наиболѣе интересныя данныя.

20-го мая происходило 8-ое *главное Собраніе нѣмецкаго центральнаго комитета по устройству народныхъ здравницъ*. Изъ печатнаго отчета о дѣятельности комитета видно, что къ началу нынѣшняго года въ Германіи было 69 народныхъ здравницъ съ 5800 кроватями; кромѣ того имѣется еще 25 частныхъ лѣчебницъ для легочныхъ больныхъ, 9 здравницъ начаты постройкой и проэктировано открыть еще 18.

Что касается успѣховъ, достигнутыхъ лѣченіемъ въ здравницахъ, то, по отчету комитета, они вполнѣ благопріятны. Прочное и продолжительное излѣченіе отмѣчено за время съ 1897-го по 1901-ый годъ у 27% всѣхъ больныхъ, и въ послѣдніе годы даже у 31%. Интересное наблюденіе было сдѣлано въ отношеніи больныхъ къ сельско-хозяйственнымъ колоніямъ: оказалось, что больные, переведенные изъ здравницъ въ сельско-хозяйственныя колоніи, гораздо хуже приспособлялись къ новымъ условіямъ жизни, чѣмъ больные, которые прямо, безъ посредства здравницы, направлялись въ колоніи. При обсужденіи характера дѣятельности комитета въ ближайшемъ будущемъ и въ нынѣшнемъ году (какъ и въ прошломъ) уже не замѣчалось стремленія увеличить число здравницъ и расширить ихъ дѣятельность. Никто, конечно, не высказывалъ ничего противъ нихъ, всѣ признаютъ ихъ дѣятельность полезной, но для борьбы съ бугорчаткой ихъ однихъ далеко недостаточно; признано было очень желательнымъ увеличеніе числа попечительствъ о больныхъ бугорчаткой по типу французскихъ и бельгійскихъ dispensaires antituberculeux, такъ какъ этого рода учрежденія, какъ показала ихъ дѣятельность въ Берлинѣ, очень полезны и не требуютъ тѣхъ значительныхъ матеріальныхъ затратъ, которыя необходимы при устройствѣ здравницъ.

Для того, чтобы дѣятельность этихъ учрежденій во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ была плодотворной, для того, чтобы всякій больной бугорчаткой могъ разсчитывать найти себѣ помощь, необходимо, чтобы въ борьбѣ съ бугорчаткой обязательно приняли участіе городскія и сельскія общества. Дѣло въ томъ, что при теперешнихъ условіяхъ на помѣщеніе въ здравницу или на соотвѣтственное лѣченіе имѣютъ право только члены кассъ и рабочіе, застрахованные на случай старости или увѣчья. Всѣ

Digitized by Google

остальные жители городовъ и деревень должны, въ случаѣ болѣзни или лѣчиться на собственныя средства, или прибѣгать къ учрежденіямъ, устраиваемымъ городскими и сельскими обществами для бѣдныхъ. Но помимо того, что далеко не во всѣхъ городахъ организація врачебной помощи бѣднымъ стоитъ на должной высотѣ, оно унизительно и къ ней не всегда охотно прибѣгаютъ. Необходимо преобразовать дѣло такъ, чтобы оно не только по существу было полезнымъ, но чтобы вмѣстѣ съ тѣмъ оно не имѣла характера благотворительности.

Одинъ изъ крупныхъ нѣмецкихъ городовъ Köln уже осуществилъ въ значительной мѣрѣ этотъ достойный подражанія способъ борьбы съ бугорчаткой слѣдующимъ образомъ: О нуждающихся въ поддержкѣ и помощи больныхъ бугорчаткой собираются свѣдѣнія при посредствѣ школьныхъ врачей и врачей для бѣдныхъ; кромѣ того на городскія средства устроены особыя станціи для изслѣдованія больныхъ, куда всякій имѣетъ право обратиться съ тѣмъ, чтобы дать себя изслѣдовать въ отношеніи бугорчатки. Изслѣдующій врачъ въ случаѣ положительнаго результата изслѣдованія опредѣляетъ, смотря по степени развитія болѣзни, направить ли больного въ здравницу, или въ больницу. Въ случаѣ, если эти учрежденія почему либо отклоняютъ пріемъ больного, городъ снабжаетъ его необходимыми матеріальными средствами для того, чтобы онъ у себя дома могъ вести соотвѣтственный гигіэническимъ требованіямъ образъ жизни. Само собой разумѣется, что и въ здравницахъ и больницахъ лѣченіе ведется на городской счетъ. Далѣе городъ намѣренъ въ будущемъ содѣйствовать улучшенію гигіэническихъ условій жизни бѣднѣйшаго населенія постройкой жилищъ для рабочихъ, уступкой городскихъ земель по дешевой цѣнѣ товариществамъ, поставившимъ себѣ цѣлью постройку дешевыхъ квартиръ для рабочихъ и матеріальной поддержкой такихъ товариществъ. Если всѣ городскія и сельскія общества будутъ работать въ указанномъ направленіи, если кассы и страховыя общества будутъ въ такой же мѣрѣ заботиться о своихъ членахъ, то на долю частной благотворительности выпадетъ только ничтожная часть работы, а именно забота о пріѣзжихъ бѣднякахъ. Съ этой задачей ей будетъ гораздо легче справиться.

*Участіе германскихъ городовъ въ борьбѣ съ бугорчаткой* служило предметомъ обсужденія еще въ другомъ, спеціально для этой цѣли созванномъ Собраніи, въ которомъ на ряду съ представителями различныхъ городскихъ обществъ участвовали многіе выдающіеся врачи и ученые. Съѣздъ этотъ разсматривалъ одинъ только вопросъ—объ устройствѣ убѣжищъ на морскомъ берегу для больныхъ бугорчаткой дѣтей. Какъ извѣстно, этотъ видъ борьбы съ бугорчаткой привился во Франціи, гдѣ онъ даетъ очень хорошіе результаты. Проф. *Baginsky*, читавшій вступительный докладъ на этомъ Съѣздѣ представителей нѣмецкихъ городовъ, указалъ на то, что въ лѣченіи въ приморскихъ колоніяхъ нуждаются главнымъ образомъ дѣти съ мѣстными пораженіями костей и суставовъ. Они въ настоящее время переполняютъ больницы и такъ какъ они, помимо оперативнаго лѣченія, нуждаются въ весьма продолжительномъ діэтетическомъ лѣченіи, которое они далеко не всегда могутъ получить въ больницахъ, то въ результатѣ болѣзнь ихъ затягивается, получаются инвалиды, которые ложатся тяжелымъ бременемъ на городскія кассы для бѣдныхъ. Опытъ Франціи и Италіи показалъ, что морской воздухъ благотворно дѣйствуетъ на такихъ больныхъ и они быстро поправляются послѣ самыхъ серьезныхъ операцій. Въ Германіи въ настоящее время существуетъ уже одна довольно крупная колонія на островѣ Norderney въ Нѣмецкомъ морѣ. Она располагаетъ 6 павильонами и вмѣщаетъ 250 дѣтей. Она содержится благотворительнымъ Обществомъ, которое получаетъ поддержку отъ нѣкоторыхъ городовъ. На Съѣздѣ большинство высказалось за то, чтобы пока не строить новыхъ колоній, а только расширить существующую.

Извѣстный Берлинскій ортопедъ и хирургъ, проф. *Hoffa*, однако, по видимому, не возлагаетъ большихъ надеждъ на скорое осуществленіе проэкта расширенія приморскихъ колоній для больныхъ дѣтей на средства городскихъ Обществъ, такъ какъ онъ рѣшилъ добиться той-же цѣли, хотя въ болѣе скромномъ видѣ, путемъ благотворительности. Онъ основалъ Общество, задавшееся цѣлью устроить убѣжище для дѣтей больныхъ бугорчаткой костей и суставовъ. Въ виду трудности устроить подходящее учрежденіе на морскомъ берегу, онъ рѣшилъ замѣнить морской воздухъ мѣстнымъ, который также оказываетъ благотворное дѣйствіе на золотушныхъ дѣтей. Новое Общество намѣрено открыть свое убѣжище въ лѣсной мѣстности возлѣ Берлина.

Другое Общество, поставившее себѣ цѣлью *борьбу съ дѣтской смертностью*, основано по почину проф. *Heubner*'а и д-ра *C. S. Engel*'я. Въ учредительномъ собраніи этого Общества проф. *Heubner* указалъ на то, что дѣтская смертность въ Германіи, спустившаяся было за время съ 1886 по 1898 годъ съ 270 до 245 на 1000 грудныхъ младенцевъ, за послѣднее время опять увеличилась и къ 1901 г. опять поднялась до прежней ужасающей цифры. Особенно велика смертность среди грудныхъ дѣтей въ крупныхъ городскихъ центрахъ и въ Берлинѣ она доходитъ до 286 на 1000 грудныхъ дѣтей. Какъ въ настоящее время безспорно выяснено, главной причиной дѣтской смертности является то обстоятельство, что дѣти вскармливаются не грудью матери, а искусственнымъ путемъ. Въ то время какъ въ 1885 г. въ Берлинѣ больше $\frac{1}{2}$ младенцевъ получали грудь матери, теперь число ихъ едва достигаетъ $\frac{1}{3}$ всѣхъ грудныхъ дѣтей. И такое уменьшеніе числа матерей, кормящихъ своей грудью дѣтей, зависитъ не отъ рассоваго вырожденія, какъ это утверждаютъ нѣкоторые, а просто отъ недостатка доброй воли. Новое Общество, поэтому, поставило себѣ цѣлью распространять всѣми доступными ему способами среди публики идею о важности естественнаго способа вскармливанія дѣтей. Но такъ какъ и при самыхъ благопріятныхъ условіяхъ и наличности доброй воли со стороны матерей все-же всегда останется большое число дѣтей, для которыхъ материнская грудь окажется недостижимымъ благодѣяніемъ, то другой главной задачей общества является забота объ улучшеніи качества суррогатовъ материнскаго молока. Я уже сообщалъ въ прошломъ году о работѣ, предпринятой д-ромъ *Engel*'емъ съ цѣлью улучшенія качества коровьяго молока въ Берлинѣ и объ организованномъ имъ врачебномъ контролѣ за молочными хозяйствами; новое Общество приняло эту организацію въ свое вѣдѣніе. Оно будетъ разсылать еженедѣльно всѣмъ матерямъ (адресса послѣднихъ сообщаетъ статистическое вѣдомство) особыя печатныя «Сообщенія», въ которыхъ приводятся адресса всѣхъ молочныхъ хозяйствъ, которыя ввели у себя всѣ гигіэническія мѣропріятія для улучшенія качества молока; въ этихъ сообщеніяхъ, кромѣ того, имѣются наставленія о томъ, какъ обращаться съ молокомъ дома. Матерямъ, которыя не въ состояніи покупать хорошее молоко, Общество будетъ выдавать денежное пособіе; кромѣ того, оно будетъ возмѣщать убытки молочныхъ торговцевъ за то молоко, которое будетъ признано врачами негоднымъ и будетъ изъято изъ продажи. Общество обратилось еще къ министру путей сообщенія съ просьбой, чтобы вагоны для перевозки молока превращены были въ вагоны-ледники, такъ какъ однимъ изъ наиболѣе важныхъ условій для сохраненія доброкачественности молока является охлажденіе его сейчасъ-же послѣ доенія и сохраненіе его при низкой температурѣ вплоть до мѣста назначенія.

Изъ событій въ области научной и практической медицины я долженъ отмѣтить послѣднее чрезвычайное собраніе здѣшняго терапевтическаго Общества, которое было посвящено всецѣло докладу проф. *Jacob*'а *о новомъ способѣ лѣченія легочной бугорчатки*. Не смотря на то, что врачебная публика привыкла уже къ разочарованіямъ въ этой области, не смотря на лѣтнюю жару, докладъ привлекъ много слушателей и былъ выслушанъ съ большимъ интересомъ. Свой способъ лѣченія проф. *Jacob* называетъ «легочными вливаніями» (Lungeninfusionen) и исходитъ онъ изъ стремленія воздѣйствовать на легочный процессъ непосредственнымъ мѣстнымъ примѣненіемъ лѣкарствъ, такъ какъ введеніе ихъ подъ кожу, внутрь или черезъ вдыханія совершенно не достигаетъ цѣли. Предварительные опыты на крупныхъ животныхъ показали, что можно ввести значительныя количества лѣкарственныхъ веществъ черезъ дыхательные пути въ легкія, не подвергая этимъ жизнь животныхъ никакой опасности. Техника легочныхъ вливаній, по *Jacob*'у, слѣдующая: сначала смазываютъ анэстезиномъ или эйкаиномъ надгортанникъ или голосовыя связки, затѣмъ вводятъ черезъ голосовыя связки въ дыхательное горло особо устроенный для этой цѣли распылитель, при помощи котораго вся слизистая оболочка дыхательнаго горла и крупныхъ бронховъ покрывается анэстезиномъ. Вслѣдъ за тѣмъ въ дыхательное горло вводится катетерообразная трубка, которая продвигается дальше въ крупные бронхи и черезъ эту трубку при помощи особаго шприца вводится *по каплямъ* лѣкарственная жидкость; у человѣка докладчику описаннымъ путемъ удавалось ввести въ теченіи 10 минутъ до 90 куб. стм. жидкости. Изъ всѣхъ испытанныхъ средствъ наиболѣе дѣйствительными оказались: старый туберкулинъ и креозотъ. Новый способъ лѣченія пока примѣненъ былъ у 5 больныхъ и у всѣхъ съ хорошимъ результатомъ; помимо улучшенія общаго состоянія, удалось добиться исчезновенія бугорчатковыхъ палочекъ изъ мокроты. Хотя на основаніи такого незначительнаго количества случаевъ, вообще, нельзя высказаться относительно достоинства новаго способа лѣченія, но нужно думать, что и проф. *Jacob*'у еще не удалось найти вѣрнаго средства для борьбы съ самымъ опаснымъ изъ враговъ человѣчества. Уже изъ самаго описанія способа лѣченія видно, что онъ далеко не безопасенъ и, вѣроятно, далеко не во всѣхъ случаяхъ примѣнимъ. Насколько прочны полученные результаты, покажетъ ближайшее будущее.

Берлинъ. 16-го іюня. *А. Коварскій.*

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Патологическая анатомія.** 497. Д-ръ *K. Buday* (Kolozsvár) сообщаетъ *2 случая первичнаго склероза воротной вены.*

Наиболѣе типичный изъ этихъ случаевъ относится къ 52-лѣтней прачкѣ. Низъ живота уже 5 мѣсяцевъ пухнетъ; въ послѣдніе дни отекъ нижнихъ конечностей; объемъ живота 100 стм. Смерть черезъ годъ послѣ 1-го пріема въ больницу. Въ теченіи этого года болѣзненность въ подложечной области; въ послѣдніе мѣсяцы повторныя тяжелыя кишечныя кровотеченія. Смерть вслѣдствіе такого кровотеченія. При вскрытіи обнаружилось: Въ брюшной полости 10 литровъ свѣтлой жидкости. Сердце мало; аорта нѣсколько расширена, въ остальномъ нормальна; въ стѣнкѣ пищевода расширенныя, извилистыя вены; желудокъ и кишки содержатъ много крови. Селезенка увеличена вдвое, сумка утолщена до 1 стм., хрящеобразна, срощена съ окружностью. Печень почти вполовину меньше нормальнаго; сумка въ срединѣ правой доли очень утолщена, не ровна; это мѣ-

Digitized by Google

сто слегка втянуто. Ясно выраженной зернистости ни на поверхности, ни на разрѣзѣ печени не замѣчается. Стѣнка воротной вены сильно утолщена, резистентна; внутренняя оболочка шероховата, на многихъ мѣстахъ прощупываются объизвествленныя бляшки; на мѣстѣ развѣтвленія объизвествленіе величиной въ марку; тамъ и тутъ на внутренней оболочкѣ находятся желтыя, плоскія возвышенія. Просвѣтъ воротной вены сильно съуженъ вслѣдствіе присутствія желто-коричневаго плотнаго тромба, толщиной въ мизинецъ; тромбъ спаянъ съ задней стѣнкой, но отдѣляется легко; онъ продолжается въ вѣтви воротной вены и, постепенно истончаясь, сходитъ на нѣтъ. Стѣнка вѣтвей воротной вены въ паренхимѣ печени утолщена меньше, внутренняя оболочка довольно гладка. Селезеночная вена расширена, изогнута, не упруга, пергаментообразна, съ отложеніями извести. Въ селезеночныхъ воротахъ на селезеночной венѣ мѣшкообразное съ съ орѣхъ расширеніе; внутренняя оболочка неровна, съ просвѣчивающимися хрящевидными и желтыми объизвествленными возвышеніями, распадающимися на поверхности. Стѣнка верхней брыжеечной вены неравномѣрно утолщена, мѣстами тонка и гладка, мѣстами бугриста, складчата, очень тверда, почти 1 млм. толщиной. Тромбъ воротной вены на 3—4 стм. продолжается въ селезеночную и брыжеечную вены, не закупоривая ихъ, но придерживаясь задней стѣнки; концы тромба кеглеобразны, темно-краснаго цвѣта. Склеротическія измѣненія внутренней оболочки по всей длинѣ селезеночной вены, а въ брыжеечной почти на разстояніи 10 стм. Въ артеріяхъ брыжейки внутренняя оболочка гладка, не утолщена. При микроскопическомъ изслѣдованіи—въ печени гіалиновое утолщеніе капсулы, воспалительное разрощеніе соединительной ткани въ поверхностныхъ частяхъ печеночной ткани, при полномъ отсутствіи такового въ глубинѣ; печеночныя клѣтки по большей части атрофированы. Микроскопическіе срѣзы венъ показали значительное утолщеніе внутренней оболочки почти въ 50 разъ больше нормы. Она бѣдна клѣтками, соединительно-тканныя волокна гіалино-перерождены, окраска ядеръ удается не вездѣ; мѣстами видно мелкозернистое объизвествленіе; на нетронутыхъ мѣстахъ во внутренней оболочкѣ большее количество новообразованныхъ эластическихъ волоконъ, между тѣмъ какъ въ гіалино-перерожденныхъ мѣстахъ эластическія волокна подверглись сначала мелкозернистому распаду, а затѣмъ исчезли. Глубокіе слои внутренней оболочки распались, ихъ связь съ мышечной оболочкой нарушена; vasa vasorum проникаютъ во внутреннюю оболочку; въ мышечной оболочкѣ обнаруживаются фиброзные рубцы и очаги объизвествленія. Измѣненія внутренней оболочки селезеночной вены еще сильнѣе выражены. Большія вѣтви воротной вены въ веществѣ печени обнаруживаютъ незначительное утолщеніе внутренней оболочки. Тромбъ состоитъ по большей части изъ нитей фибрина, со скудными лейкоцитами; никакого признака организаціи. Сосуды другихъ частей тѣла нормальны. Измѣненія стѣнки воротной вены представляютъ всѣ признаки атероматоза. Очевидно, что здѣсь измѣненія сосудистой стѣнки были не слѣдствіемъ, но причиной тромба.

На основаніи своихъ 2-хъ случаевъ авторъ считаетъ возможнымъ признать процессъ за *самостоятельное обезображивающее воспаленіе внутренней оболочки воротной вены* (endophlebitis deformans), признаваемое *Bormann*'омъ и отрицаемое *Saxer*'омъ. Въ обоихъ случаяхъ печень была уменьшена; въ 1-мъ случаѣ была чистая бурая атрофія печени, во 2-мъ процессъ былъ сложнѣе и состоялъ въ воспалительной и простой атрофіи, съ одной стороны, и компенсаторной гипертрофіи, съ другой. Первый случай говоритъ за то, что значительное разстройство кровообращенія въ воротной венѣ можетъ вызвать значительное уменьшеніе печени (Centralblatt für allgemeine Pathologie, № 5, 1903). *А. Н. Дмитріевъ.*

**Физіологія и общая патологія.** 498. Д-ръ *A. Lassueur*. *Критическая замѣтка о радіотерапіи, фототерапіи и о лѣченіи радіемъ.* По поводу *радіотерапіи* выводы автора слѣдующіе: 1) х-лучи не имѣютъ, по видимому, никакого дѣйствія на морфологію, жизненность и ядовитость палочекъ *Koch*'а *(Bergonié, Tessier)*; 2) бактеріеубивающее дѣйствіе х-лучей является не прямымъ дѣйствіемъ лучей на болѣзнетворные микроорганизмы, а есть продуктъ вызываемаго этими лучами усиленнаго фагоцитоза *(Freund, Zeit)*; 3) х-лучи не имѣютъ вліянія на грибки, паразиты кожи, и подъ вліяніемъ х-лучей грибки не теряютъ своей жизненности *(Holtzknecht, Scholtz)*; 4) х-лучи обладаютъ убивающимъ дѣйствіемъ на элементы здоровыхъ и патологическихъ тканей; 5) патологическіе клѣточные элементы обладаютъ меньшей способностью противустоять дѣйствію х-лучей, нежели здоровые; но въ то время, какъ патологическіе элементы подвергаются перерожденію, здоровые элементы, находящіеся въ непосредственномъ сосѣдствѣ, обнаруживаютъ явленіе пролифераціи, которое ведетъ къ возстановленію болѣзненныхъ пораженій; 6) воспалительная реакція есть вторичное явленіе, появляющееся лишь тогда, когда жизненность клѣточныхъ элементовъ подорвана специфическимъ дѣйствіемъ х-лучей; 7) конечнымъ результатомъ является рубцеваніе. Въ общемъ, радіотерапія является обоюдоострымъ оружіемъ, такъ какъ градуировать ея дѣйствія очень трудно. Чтобы не причинить вреда больнымъ, слѣдуетъ примѣнять лѣченіе х-лучами съ осторожностью, примѣняя соотвѣтствующіе токи и пользуясь радіохронометромъ. Неудобства *фототерапіи:* 1) продолжительность лѣченія, варіирующаго, сообразно случаю, отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до года и болѣе; 2) трудность пользовать этимъ способомъ слизистыя оболочки; 3) высокая цѣна лѣченія, дѣлающая этотъ способъ трудно примѣнимымъ въ частной практикѣ. Въ общемъ, способъ этотъ является лучшимъ, почти специфическимъ при лѣченіи волчанки. Что касается *радія*, то онъ является новымъ чудодѣйственнымъ терапевтическимъ дѣятелемъ, которому предстоитъ блестящее, по видимому, будущее въ дерматологіи (Revue médicale de la Suisse Romande, № 4). *И. В.*

499. Проф. *R. v. Jaksch* сообщаетъ свои дальнѣйшія изслѣдованія *о количествѣ мочевины въ крови больныхъ*. Первое изслѣдованіе (1902 г.) касалось 20 наблюденій, теперь 24 наблюденія. Выводы, къ которымъ онъ пришелъ, слѣдующіе: числа содержанія мочевины въ крови при различныхъ заболѣваніяхъ чрезвычайно непостоянны; при бугорчаткѣ, гнилостныхъ процессахъ, отравленіи окисью углерода и при нѣкоторыхъ формахъ воспаленія почекъ—числа эти низки; при пнеймоніи, въ особенности осложненной воспаленіемъ почекъ, въ тяжелыхъ случаяхъ брюшного тифа числа эти высоки. Случаи мочекровія вслѣдствіе пораженія почекъ распадаются на такіе, гдѣ обнаруживается увеличеніе содержанія мочевины въ крови и у которыхъ число △ кровяной сыворотки понижено, и на случаи, гдѣ увеличеніе мочевины въ крови не обнаружено и число △ кровяной сыворотки—нормально. Содержащія азотъ вещества крови, не выпадающія при обработкѣ фосфорно-вольфрамовой кислотой, состоятъ преимущественно только изъ мочевины (Zeitschrift für Heilkunde, т. XXIV, 1903 г.). *А. Н. Дмитріевъ.*

**Фармакологія.** 500. Д-ръ *Baumstark* (Homburg), изучалъ въ клиникѣ проф. *Ewald*'а въ Berlin'ѣ *дѣйствіе тіозинамина (Thiosinamin) при рубцовыхъ заболѣваніяхъ желудка и кишекъ* и пришелъ въ результатѣ своихъ наблюденій къ совершенно *отрицательнымъ выводамъ*. Средство это оказалось недѣйствительнымъ не только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ съуженіе было обусловлено опухолями злокачественнаго характера, но и во всѣхъ безъ исключенія случаяхъ, гдѣ рубецъ образовался вслѣдствіе безусловно доброкачественныхъ язвъ или хронически воспалительнаго процесса. Успѣхъ другихъ авторовъ *Baumstark* склоненъ объяснить недостаточнымъ безпристрастіемъ наблюденія и ошибками въ распознаваніи. Онъ предостерегаетъ отъ увлеченія этимъ средствомъ, такъ какъ во многихъ случаяхъ, гдѣ оперативнымъ путемъ можно еще спасти больного, благодаря преувеличеннымъ ожиданіямъ и надеждамъ на излѣченіе тіозинаминомъ, можно пропустить удобное время для операціи (Berliner klinische Wochenschrift, № 24). *А. Коварскій.*

501. *J. Barjansky* изучалъ въ клиникѣ проф. *Senator*'а въ Berlin'ѣ *дѣйствіе новаго жаропонижающаго средства маретина* (*maretin*'а), представляющаго по своей химической формулѣ карбаминововкислый метатолилгидрацидъ. На основаніи наблюденія ряда случаевъ авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ: 1. Маретинъ относится къ числу тѣхъ жаропонижающихъ средствъ, относительно которыхъ можно съ увѣренностью сказать, что они дѣйствительно понижаютъ температуру. Пониженіе это совершается медленно, и этой особенностью маретинъ отличается отъ пирамидона, дѣйствіе котораго болѣе рѣзко. Послѣ пріема маретина пониженіе температуры наступаетъ черезъ 3—5 час., но за то держится гораздо дольше, такъ что дѣйствіе единичнаго пріема лѣкарства простирается на 9, даже на 15 час. 2. Наиболѣе цѣлесообразнымъ оказалось назначать лѣкарство по 0,25 грм. на пріемъ, по 1 порошку, до и послѣ полудня, передъ ожидаемымъ повышеніемъ температуры. Такъ какъ маретинъ почти нерастворимъ въ водѣ, то удобнѣе всего назначать его въ формѣ порошковъ, которые слѣдуетъ запивать небольшимъ количествомъ воды.

Digitized by Google

3. Маретинъ не производитъ никакого дѣйствія на кровообращеніе, такъ какъ частота пульса понижается одновременно съ пониженіемъ температуры. 4. Со стороны органовъ дыханія, пищеваренія и мочеполовыхъ никакихъ измѣненій не наблюдается. 5. Сколько-нибудь замѣтныхъ вредныхъ побочныхъ дѣйствій (синюхи, лѣкарственныхъ сыпей и т. п.) не наблюдается, и только въ 1 случаѣ появились скоропрошедшія явленія коллапса. 6. Такъ какъ препаратъ не имѣетъ скопляющагося дѣйствія, то его можно назначать ежедневно. 7. По цѣнѣ препаратъ дешевле пирамидона (1 грм. его стоитъ 25 пф., пирамидона 40 пф.). По временамъ наблюдаются сильные поты, какъ и при всѣхъ другихъ жаропонижающихъ; если устраненіе ихъ желательно, то можно назначать маретинъ вмѣстѣ съ агарициномъ (Berliner klinische Wochenschrift, № 23). *А. К.*

**Внутреннія болѣзни.** 502. Д-ръ *Ed. Wurdack* (изъ клиники проф. *v. Jaksch*'а) описываетъ *случай язвеннаго воспаленія внутрисердечной оболочки*, въ которомъ наблюдались особенныя *гэморрагическія измѣненія кожи*, состоящія въ рѣзко ограниченномъ синевато-красномъ окрашиваніи лица въ формѣ бабочки и на другихъ частяхъ тѣла; окрашиванія эти слѣдуетъ разсматривать, какъ послѣдствіе эмболіи микроорганизмами изъ свѣжаго эндокардита съ последующимъ кровоизліяніемъ и некрозомъ кожи. Подобное измѣненіе кожи при эндокардитѣ въ клиникѣ проф. *v. Jaksch*'а наблюдалось еще въ одномъ случаѣ въ 1903 г. (Zeitschrift für Heilkunde, т. XXV). *А. Н. Д.*

503. Д-ръ *Emil Haim* (Wien, отдѣленіе проф. *Ortner*'а), желая изучить *измѣненія костей при остромъ сочленовномъ ревматизмѣ*, прибѣгнулъ къ рентгеноскопіи. Въ 12 случаяхъ остраго сочленовнаго ревматизма было сдѣлано 40 свѣтописныхъ снимковъ. Выводы, къ которымъ пришелъ *H.* на основаніи своихъ снимковъ, слѣдующіе: при остромъ сочленовномъ ревматизмѣ уже въ первые дни послѣ начала заболѣванія, на свѣтописи обнаруживается разлитое просвѣтленіе костныхъ тѣней, сглаживаніе строенія и контура губчатыхъ суставныхъ концевъ; эти измѣненія указываютъ, что уже въ первые дни воспалительный процессъ захватываетъ костные концы сустава и что имѣется уже въ это время острое размягченіе, гиперэмія и набуханіе этихъ концевъ, процессъ, который можно назвать osteitis эпифизовъ. По окончаніи воспалительнаго процесса, исчезаютъ также и эти измѣненія, остается только незначительная стойкая атрофія костныхъ концевъ сустава, которая на свѣтописи проявляется легкимъ просвѣтленіемъ и рѣзкимъ крупнопетлистымъ, но скуднымъ по количеству рисункомъ (Strukturzeichnung) (Zeitschrift für Heilkunde, т. XXIV). *А. Н. Дмитріевъ.*

504. Д-ръ *Alexander Lion* (изъ клиники проф. *Leube* въ Würzburg'ѣ) сравнивалъ различные, описанные до сихъ поръ, *способы выполненія Gruber-Widal'евской реакціи* и пришелъ къ заключенію, что для практическаго врача удобнѣе имѣть дѣло съ мертвыми разводками и поэтому ему слѣдуетъ пользоваться жидкостью *Ficker*'а (Typhus diagnosticum) или формалиновыми разводками. Такъ какъ, по изслѣдованіямъ автора, послѣднія ни въ чемъ не уступаютъ жидкости *Ficker*'а въ смыслѣ ясности и правильности результата реакціи и такъ какъ ихъ легко приготовить безъ особаго труда и денежныхъ затратъ, то, несомнѣнно, для практики онѣ представляютъ большія преимущества. Въ виду того, что въ послѣднее время описаны тифоподобныя заболѣванія, возбудителями которыхъ являются палочки, родственныя обыкновенной *Eberth*'овской палочкѣ, но не тождественныя съ ней т. наз. паратифозныя палочки типа А и В, то теперь каждую сыворотку слѣдуетъ испытывать по отношенію къ 3-мъ видамъ бактерій: если она оказывается недѣйствительной по отношенію къ типичной тифозной палочкѣ, то слѣдуетъ ее испытать по отношенію къ паратифознымъ. Такъ какъ формалиновыя разводки всѣхъ 3-хъ видовъ всегда можно имѣть подъ руками, то этимъ путемъ легко будетъ получить точные результаты. Убитыя разводки отличаются отъ живыхъ при производствѣ *Widal*'евской пробы лишь тѣмъ, что реакція склеиванія наступаетъ у нихъ нѣсколько позже и поэтому время наблюденія должно быть нѣсколько увеличено (до 20 час.), но зато результаты получаются вполнѣ ясные (Münchener medicinische Wochenschrift, № 21). *А. Коварскій.*

505. Желая провѣрить мнѣніе *Luthje о раздражающемъ дѣйствіи салициловыхъ препаратовъ на почки*, д-ръ *E. Knecht* (Dresden) изслѣдовалъ въ этомъ направленіи 40 больныхъ и пришелъ къ заключенію, что раздраженіе это не такъ велико и встрѣчается далеко не во всѣхъ случаяхъ. *Luthje* находилъ у всѣхъ безъ исключенія изслѣдованныхъ имъ больныхъ (33) послѣ пріема салициловаго натра цилиндры, сильное увеличеніе всѣхъ родовъ эпителія и во многихъ случаяхъ бѣлокъ и сдѣлалъ изъ этого выводъ, что салициловая кислота дѣйствуетъ раздражающимъ образомъ не только на почки, но и на весь мочеполовой приборъ. *Knecht*, придерживаясь того-же порядка изслѣдованія и назначая тѣ же количества салициловаго натра, только у 7 изъ 40 больныхъ нашелъ незначительное раздраженіе почекъ, которое можно объяснить дѣйствіемъ препарата. Эту значительную разницу въ результатахъ наблюденій *Knecht* склоненъ объяснить разницей мѣстныхъ условій въ Greifswald'ѣ (гдѣ работаетъ *Luthje*) и Dresden'ѣ. Во всякомъ случаѣ нужно думать, что при примѣненіи количествъ салициловыхъ препаратовъ, не превышающихъ 5 грм. въ день, и при распредѣленіи этого количества на нѣсколько пріемовъ, нечего опасаться раздражающаго дѣйствія препарата на мочеполовой приборъ, такъ какъ, если это раздраженіе и существуетъ, то оно настолько ничтожно, что имъ можно вполнѣ пренебречь въ виду благотворнаго въ большинствѣ случаевъ дѣйствія средства на болѣзненный процессъ (Münchener medicinische Wochenschrift, № 22). *А. Коварскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 506. Дръ *Georg Glücksmann* (сотрудникъ проф. *Rosenheim*'а въ Berlin'ѣ) показывалъ въ Берлинскомъ медицинскомъ Обществѣ *новый* изобрѣтенный имъ *эзофагоскопъ*, позволяющій съ небывалой до сихъ поръ ясностью осматривать внутреннюю поверхность пищевода. Особенность прибора заключается въ особомъ приспособленіи, при помощи котораго производится растяженіе пищевода въ ширину, благодаря чему значительно увеличивается поле зрѣнія, и въ расположеніи освѣтительнаго снаряда (2 лампочки накаливанія на нижнемъ концѣ прибора). Кромѣ того, приборъ снабженъ приспособленіями для споласкиванія приставшихъ къ линзамъ кусочковъ слизи или крови. Въ виду того, что при помощи этого прибора дана возможность распознавать ракъ пищевода въ начальныхъ ступеняхъ его развитія, авторъ требуетъ, чтобы изслѣдованіе пищевода эзофагоскопомъ производилось во всѣхъ случаяхъ быстраго исхуданія, сопровождающихся неясными явленіями разстройства пищеваренія; до сихъ поръ въ подобныхъ случаяхъ производилось только изслѣдованіе прямой кишки. Авторъ надѣется, что благодаря изобрѣтенію *Sauerbruch*'а (дающему возможность оперировать въ полости грудной клѣтки безъ опасенія спаденія легкихъ) и усовершенствованному эзофагоскопу удастся удалять раки пищевода въ благопріятное для успѣха операціи время и такимъ образомъ спасать многихъ больныхъ. Остается желать, чтобы и для изслѣдованія желудка былъ изобрѣтенъ такой-же приборъ, такъ какъ гастроскопъ *Mikulicz*'а и видоизмѣненія его, сдѣланныя *Rosenheim*'омъ и *Kelling*'омъ, совершенно не достигаютъ цѣли (Berliner klinische Wochenschrift, № 23). *А. Коварскій.*

507. Д-ръ *Felix Fraenkel* (изъ городской больницы въ Nürnberg'ѣ) даетъ подробный отчетъ *о 250 коренныхъ операціяхъ грыжесѣченія по Bassini*. Операція производилась безъ существенныхъ отступленій отъ предписаній ея изобрѣтателя и продолжалась въ среднемъ 22—25 мин. Вмѣсто повязки изъ бинтовъ, на линію швовъ накладывались полоски коллодійной марли многими слоями; чтобы достигнуть извѣстнаго давленія на рану, на эту повязку накладывался въ первые дни мѣшокъ съ пескомъ, вѣсомъ въ 2—3 фунта. Повязка изъ обыкновенныхъ бинтовъ дѣлалась лишь въ тѣхъ случаяхъ, если въ рану вводился дренажъ; послѣдній примѣнялся лишь при ущемленныхъ грыжахъ, когда вѣроятность заживленія первымъ натяженіемъ не очень велика. Швы снимались на 6—7-ой день. Вставали больные на 12-ый день, а черезъ 14—15 дней

Digitized by Google

послѣ операціи выписывались изъ больницы. Что касается срока, по прошествіи котораго больные могутъ приступать къ своимъ обычнымъ занятіямъ, то онъ долженъ сообразоваться съ родомъ занятій. Тѣ, кому при работѣ приходится много сидѣть, могутъ приступить къ ней черезъ нѣсколько дней послѣ выписки изъ больницы. Для занятій, при которыхъ требуются большія тѣлесныя напряженія, срокъ этотъ долженъ быть увеличенъ до 3—4 недѣль. Носить бандажъ послѣ операціи по *Bassini* авторъ считаетъ не только лишнимъ, но и вреднымъ, такъ какъ вслѣдствіе давленія на рубецъ послѣдній растягивается, и такимъ образомъ бандажъ будетъ лишь способствовать появленію возврата. На 250 операцій, произведенныхъ надъ 208 больными (41 разъ операція произведена была съ обѣихъ сторонъ, у 1 больного она была сдѣлана 2 раза вслѣдствіе возврата) не было ни одного случая смерти. Въ 31 случаѣ грыжа была ущемленная. 2 раза произведенъ былъ разрывъ сѣмяотводящаго протока во время отдѣленія его отъ грыжевого мѣшка. Соединяющій шовъ въ обоихъ случаяхъ не былъ наложенъ, но въ будущемъ авторъ намѣренъ сшивать отводящій протокъ, такъ какъ опыты *Vulliet* показали, что при этомъ протокъ можетъ сохранить свою проходимость. Первое натяженіе при неущемленныхъ грыжахъ получилось въ 92,2%, при ущемленныхъ-же лишь въ 77%. Что касается прочности результатовъ операціи, то автору удалось собрать свѣдѣнія о 85 случаяхъ, при чемъ оказалось, что возвратъ получился только въ 7 случаяхъ, т. е. въ 4,9%; изъ 178 случаевъ, въ которыхъ возврата не оказалось, въ 136 послѣ операціи прошло уже болѣе года (отъ 1 до 5 лѣтъ). Такъ какъ большинство возвратовъ наблюдается въ теченіи 1-го года, то эти случаи можно съ большой долей вѣроятности считать уже свободными отъ возврата. Свои взгляды на счетъ оперативнаго лѣченія неущемленныхъ паховыхъ грыжъ авторъ резюмируетъ въ слѣдующихъ положеніяхъ: 1. Коренная операція паховой грыжи можетъ быть противопоказана лишь тогда, когда вообще имѣются противопоказанія для хирургическаго вмѣшательства. Если опасаются дѣйствія общаго усыпленія, то въ подходящихъ случаяхъ слѣдуетъ пользоваться мѣстнымъ. 2. Операція безусловно показуется во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда лѣченіе бандажами оказывается безполезнымъ или неудобопримѣнимымъ. 3. Но и тогда, когда бандажъ примѣнимъ, слѣдуетъ разъяснить больному преимущества хирургическаго лѣченія и предложить послѣднее, такъ какъ при примѣненіи способа *Bassini* этимъ путемъ удается скоро и безопасно не только устранить опасность ущемленія грыжи, но и получить въ большинствѣ случаевъ полное исцѣленіе (Münchener medicinische Wochenschrift, № 22). *А. Коварскій.*

508. Проф. *A. Reverdin* и д-ръ *Veyrassat*, въ замѣткѣ *«Постороннее тѣло въ прямой кишкѣ»*, описываютъ случай, гдѣ молодой, крѣпкій 30-лѣтній мужчина, для цѣлей педерастіи, введя себѣ въ задній проходъ до половины винный стаканъ, потерялъ равновѣсіе и упалъ, при чемъ стаканъ цѣликомъ ушелъ въ прямую кишку. Послѣ тщетныхъ попытокъ удалить стаканъ цѣликомъ подъ полнымъ наркозомъ, помощью пальцевъ и другихъ пріемовъ, пришлось сдѣлать надрѣзы жома и удалить стаканъ щипцами, по кускамъ, при чемъ осколками операторы ранили себѣ пальцы. Послѣоперaціонное теченіе протекло при умѣренной лихорадкѣ, и больной черезъ 3 недѣли выписанъ здоровымъ. Размѣры стакана были слѣдующіе: верхній діаметръ 65 млм., нижній 54 млм., высота 84 млм. (Revue médicale de la Suisse Romande, № 4). *И. Вирскій.*

**Глазныя болѣзни.** 509. Проф. *Baas* сообщаетъ *рѣдкій случай паралича наружной прямой и верхней косой глазныхъ мышцъ отъ отравленія атропиномъ, впускавшимся въ глаза.*

Впускался атропинъ 12-лѣтнему мальчику противъ появившейся у него близорукости. Одинъ разъ мальчикъ хорошо перенесъ это лѣченіе, но успѣха не получилось, въ виду чего 1/2-года спустя снова приступили къ атропинизаціи. На этотъ разъ, однако-же, стали показываться признаки отравленія—сухость въ горлѣ, безпокойный сонъ и плохой позывъ на ѣду, а затѣмъ развилось косоглазіе, предметы начали двоиться и мальчикъ сталъ держать голову повернутой вправо. Изслѣдованіе обнаружило на правомъ глазу парезъ отводящаго нерва и блоковаго; острота зрѣнія равнялась на обоихъ глазахъ 6/5, при близорукости въ 0,75 D. По прекращеніи атропинизаціи, всѣ явленія отравленія стали исчезать, а вмѣстѣ съ тѣмъ стали уменьшаться и косоглазіе, и двоеніе, полное-же возстановленіе отправленія парализованныхъ мышцъ наступило, по видимому, лишь 6 недѣль спустя (Archiv für Augenheilkunde, XLIX, 2). *Р. Кацъ.*

510. Д-ръ *Cuperus* (Zwolle, Голландія) сообщаетъ *2 случая излѣченія дрожанія глазъ* (nystagmus).

Въ 1-мъ случаѣ, у 15-лѣтней дѣвочки, дрожаніе (горизонтальное) исчезло послѣ разсѣченія послѣдовательной катаракты на одномъ глазу, а во 2-мъ, у 16-лѣтняго мальчика, это дрожаніе (вращательное), какъ и качаніе головы, прекратилось послѣ операціи сходящагося косоглазія.

На основаніи обоихъ этихъ случаевъ, главнымъ-же образомъ 2-го, такъ какъ въ 1-омъ исчезновеніе дрожанія могло обусловливаться и простымъ лишь улучшеніемъ зрѣнія, авторъ высказывается въ пользу отраженнаго происхожденія нистагма и утверждаетъ, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ дрожаніе глазъ должно считаться скорѣе показаніемъ, чѣмъ противопоказаніемъ къ операціи (Archiv für Augenheilkunde, XLIX, 2). *Р. Кацъ.*

511. Д-ръ *Herbert* сдѣлалъ сообщеніе въ Великобританскомъ офтальмологическомъ Обществѣ объ *образованіи подконъюнктивальнаго свища при лѣченіи затяжной глаукомы.* Въ одномъ рядѣ случаевъ авторъ получалъ этотъ свищъ отъ радужной оболочки, оставляя ее неисправленной, въ другомъ—отъ соединительной оболочки, засовывая ее въ разрѣзъ бѣлочной. По 1-му способу онъ оперировалъ въ 130 случаяхъ, при чемъ во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ 18, дѣлалъ небольшую иридектомію. Были и неблагопріятные случаи; такъ, въ 2 случаяхъ непосредственно послѣ операціи развился иридоциклитъ, который въ 1 изъ этихъ случаевъ (больной лѣчился неисправно) повелъ къ сочувственному воспаленію другого глаза и полной потерѣ обоихъ глазъ, а въ 3-мъ случаѣ утеряно было зрѣніе отъ запоздалаго возстановленія передней камеры. Но опасность подобныхъ осложненій, по автору, не въ примѣръ меньше, чѣмъ въ томъ случаѣ, когда внутриглазное давленіе не понижается отъ иридектоміи; въ общемъ, результаты получились гораздо лучшіе, чѣмъ можно было ожидать отъ типической иридектоміи (продолжительность наблюденія послѣ операціи колебалась между 6 мѣсяцами и 3 годами). По 2-му способу, дававшему также хорошіе результаты, авторъ оперировалъ въ 33 случаяхъ, при чемъ въ 10 изъ нихъ обезпечивалъ швомъ достаточно продолжительное пребываніе складки соединительной оболочки въ ранѣ бѣлочной. По мнѣнію автора, свищевой рубецъ показуется въ 3 случаяхъ: 1) если иридектомія оказалась безуспѣшной; 2) если можно предсказать, что она будетъ безуспѣшной, какъ это обстоитъ въ далеко зашедшихъ случаяхъ, и 3) когда больной не можетъ явиться для повторенія операціи, если-бы таковое оказалось нужнымъ. — *Priestley Smith* считаетъ внѣдреніе радужной оболочки, какъ и соединительной, вполнѣ надежнымъ способомъ для образованія свища, но, по его мнѣнію, было-бы гораздо лучше, если-бы этого удалось достигнуть безъ подобныхъ мѣръ.—*Treacher Collins* никогда не получалъ кистовиднаго рубца безъ внѣдренія радужной оболочки либо соединительной въ рану; внѣдреніе же это сопряжено съ большой опасностью для оперированнаго глаза, какъ и для другого.—*Critchett* замѣтилъ, что тотъ, кто придумаетъ безопасный способъ наложенія кистовиднаго рубца, окажетъ незабвенную услугу (По отчету въ Archiv für Augenheilkunde, XLIX, 1).

**Родоразрѣшеніе и женскія болѣзни.** 512. Д-ръ *A. Ostrcil* (изъ клиники проф. *Rubeska*, въ Прагѣ) сообщаетъ о *92 случаяхъ эклампсіи*, наблюдавшихся въ клиникѣ съ 1876 г. по 1901 г. Къ первородящимъ относилось 80 случаевъ, къ многородящимъ 12; изъ первородящихъ умерли 12 (15%), изъ многородящихъ 3 (25%). Начало припадковъ у первородящихъ наблюдалось до родовъ въ 13 случаяхъ (умерли 5=38%), во время родовъ—въ 52 (умерли 5=9%) и послѣ родовъ въ 15 (умерли 2=13%). Соотвѣтственныя цифры для многородящихъ: 6 (умерли 3), 4 и 2 (безъ смертныхъ случаевъ). Средній % смертности (15 изъ 92)=16; но, если присоединить 4 случая смерти отъ гнилостного зараженія и 1—отъ кровотеченія, то смертность будетъ равна 21,7%. Наиболѣе тяжелое теченіе наблюдалось въ тѣхъ случаяхъ болѣзни, гдѣ припадки появляются во время беременности; меньшую опасность представляетъ появленіе эклампсіи во время родовъ. По числу припадковъ въ каждомъ данномъ случаѣ нельзя предсказать исхода болѣзни, но въ среднемъ слу-

чаи, оканчивающіеся смертью, даютъ 16, а выздоровленіемъ—7 припадковъ. Что касается температуры, то, чѣмъ она выше, тѣмъ предсказаніе хуже, и въ случаяхъ, оканчивающихся благопріятно, она рѣдко поднимается выше 39°. При эклямпсіи, начавшейся въ послѣродовомъ періодѣ, почти всегда наблюдалась нормальная температура. Количество бѣлка, выдѣляющагося съ мочей, не можетъ дать указаній относительно предсказанія; но зато громадное значеніе имѣетъ количество мочи. Замѣчательно, что бѣлокъ исчезаетъ изъ мочи очень скоро послѣ родовъ. Присутствіе бѣлка въ мочѣ авторъ объясняетъ не воспалительными измѣненіями почекъ, а разстройствомъ кровообращенія. Это относится особенно къ перворождающимъ, у которыхъ брюшныя стѣнки мало податливы и мышечный тонусъ хорошо сохраненъ: здѣсь происходитъ значительное повышеніе кровяного давленія, вызывающее явленія застоя, замедленія тока крови въ тѣхъ венахъ, которыя несутъ кровь въ восходящую полую вену. Отсюда—расширеніе венъ на ногахъ и на наружныхъ половыхъ органахъ, а также отекъ въ этой области при отсутствіи бѣлка въ мочѣ. Совершенно такое-же разстройство кровообращенія возможно и въ почкахъ, чѣмъ легко объяснить увеличеніе этихъ органовъ и застойную окраску пирамидъ. Какъ только указанное препятствіе для кровообращенія, съ окончаніемъ родового акта, исчезаетъ, тотчасъ-же исчезаетъ и бѣлокъ. Вопросъ о лѣченіи эклямпсіи находится пока въ очень печальномъ состояніи: въ большинствѣ случаевъ послѣ родовъ припадки возвращаются, и смертельный исходъ наблюдается очень часто даже въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ лѣченіе начато было въ самомъ началѣ болѣзни—тотчасъ послѣ первыхъ припадковъ. Что касается примѣненія хлороформа, морфія и хлоралъ-гидрата, то авторъ ни въ одномъ случаѣ не замѣчалъ ослабленія припадковъ подъ вліяніемъ этихъ средствъ: да и какой смыслъ вводить новые яды, и при томъ въ большихъ количествахъ, въ такой организмъ, который мы считаемъ отравленнымъ. Даже хлороформный наркозъ, если онъ недостаточно глубокій, не въ состояніи устранить припадка. Изъ потогонныхъ средствъ авторъ больше всего совѣтуетъ завертываніе въ теплыя простыни. Кровопусканіе, не вліяя на сущность эклямпсіи, полезно тѣмъ, что понижаетъ кровяное давленіе, уменьшая такимъ образомъ опасность появленія отека легкихъ и кровоизліянія въ мозгъ. Важнѣе всего предупредительныя мѣры. Во 2-ую половину беременности всегда нужно изслѣдовать мочу на бѣлокъ; если есть бѣлокъ, то необходимо назначить молочную діэту. При отекахъ показано потогонное лѣченіе въ формѣ ваннъ; очень важно заботиться о правильности испражненій. Когда эклямпсія уже наступила, необходимо немедленно опорожнить матку—осторожными мѣрами, при чемъ всѣ операціи производятся въ глубокомъ наркозѣ. Тамъ, гдѣ есть условія для поворота, щипцовъ или прободенія, роды, само собою, оканчиваютъ помощью этихъ операцій. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ шейка еще сохранена и настолько узка, что нѣтъ возможности ввести метрейринтеръ, расширеніе удается при помощи расширителя *Bossi*, горячо восхваляемаго авторомъ. Въ 1 изъ своихъ случаевъ онъ въ теченіи $^3/_4$ часа расширилъ шейку, едва пропускавшую палецъ (при длинѣ въ 4 стм.), настолько, что тотчасъ-же удалось произвести поворотъ и затѣмъ извлечь 2 плода. При сглаженной шейкѣ, но недостаточно раскрытомъ маточномъ зѣвѣ, лучше всего производить расширеніе помощью метрейринтера *Champetier* или *Müller*'а, упругій-же кольпейринтеръ *Braun*'а нецѣлесообразенъ. Вышеупомянутый инструментъ вводятъ въ матку, захватываютъ его ручку, выдающуюся изъ влагалища, и помощью простаго потягиванія производятъ полное расширеніе маточнаго зѣва, что удается въ 20—30 мин. Опасаться кровотеченія при этомъ нѣтъ никакихъ основаній. Указанныя операціи просты по выполненію, менѣе опасны и при томъ даютъ не худшіе результаты, чѣмъ примѣняемыя сложныя, каковы: глубокіе разрѣзы шейки, влагалищное кесарское сѣченіе *Dührssen*'а и сохраняющее кесарское сѣченіе черезъ брюшныя стѣнки. Если по окончаніи родового акта припадки возвращаются, къ чему нужно быть готовымъ, то не остается ничего другого, какъ дѣйствовать припадочно: здѣсь умѣстны теплыя завертыванія, изъ наркотическихъ средствъ лучше всего—хлоралъ-гидратъ или бромистый калій. Если пульсъ полный и твердый, и синюха лица увеличивается, то производится обильное кровопусканіе — съ цѣлью понизить кровяное давленіе. Производить кровопусканіе до родовъ не слѣдуетъ, такъ какъ нельзя предвидѣть размѣровъ кровотеченія во время нихъ (Archiv für Gynaekologie, т. LXVII, тетр. 3).

*С. Бродскій.*

**Нервныя и душевныя болѣзни.** 513. Проф. *Erb* (Heidelberg) сообщаетъ свои новѣйшія наблюденія надъ 45 случаями *Dysbasiae angiosclerot icae* (перемежающаяся хромота). Эта впервые имъ-же описанная болѣзнь въ типическихъ случаяхъ представляетъ слѣдующіе признаки: при ходьбѣ появляются парэстезіи и боли въ ступняхъ; чувство напряженія, боль въ икрахъ, нерѣдко и выше; похолоденіе, блѣдность или синюха, а иногда и жаръ или яркое покраснѣніе ступней; наконецъ, все увеличивающееся затрудненіе въ ходьбѣ, необходимость черезъ извѣстные, постепенно уменьшающіеся промежутки (30—20—10—5 мин.) останавливаться и отдыхать. Послѣ короткаго отдыха всѣ вышеописанные признаки исчезаютъ для того, чтобы при дальнѣйшей ходьбѣ опять выступить съ прежней силой. Объективнымъ весьма важнымъ признакомъ болѣзни является отсутствіе пульса на всѣхъ или нѣкоторыхъ артеріяхъ стопы, что является слѣдствіемъ сильныхъ склеротическихъ измѣненій въ нихъ; кромѣ того, важны для распознаванія и сосудодвигательныя разстройства: похолоденіе, блѣдность или краснота, синюха ступней. Въ нетипическихъ случаяхъ картина «перемежающейся хромоты» бываетъ выражена не такъ рѣзко, такъ какъ недостаетъ того или другого изъ вышеописанныхъ признаковъ, но для распознаванія отсутствіе пульса въ одной или во всѣхъ артеріяхъ стопы должно быть на лицо. У большинства наблюдавшихся авторомъ больныхъ болѣзнь была 2-сторонней, и только въ $^1/_3$ всѣхъ случаевъ она ограничивалась одной стороной, при чемъ лѣвая сторона поражалась чаще правой. Въ большинствѣ случаевъ на ряду съ этой болѣзнью имѣлся общій артеріосклерозъ, ясно, а во многихъ даже очень рѣзко, выраженный. Распознаваніе болѣзни очень легкое: въ типическихъ случаяхъ перемежающейся хромоты слѣдуетъ только изслѣдовать пульсъ въ артеріяхъ стопы и убѣдиться въ его отсутствіи; кромѣ того, нужно доказать отсутствіе всякихъ спинно-мозговыхъ заболѣваній. Что касается этіологіи болѣзни, то, по наблюденіямъ *Erb*'а, сифилисъ и злоупотребленіе алкоголемъ играютъ въ ней второстепенную роль; гораздо больше значенія имѣетъ злоупотребленіе куреніемъ табака. Что табакъ играетъ значительную роль при возникновеніи этой болѣзни, доказывается еще тѣмъ, что она встрѣчается главнымъ образомъ у мужчинъ. Изъ описанныхъ до сихъ 127 случаевъ только 7 относились къ женщинамъ, остальные 120 къ мужчинамъ. Далѣе, немаловажное значеніе, по мнѣнію *Erb*'а, имѣетъ простуда. Онъ замѣтилъ, что болѣзнь эта сравнительно часто встрѣчается у русскихъ и приписываетъ это частымъ простудамъ ногъ, съ одной стороны, и злоупотребленію табакомъ, съ другой. Замѣченное нѣкоторыми авторами преобладаніе этой болѣзни среди евреевъ *Erb* на основаніи своихъ наблюденій подтвердить не могъ. Что касается лѣченія, то оно должно заключаться: въ устраненіи вредныхъ вліяній, послужившихъ причиной болѣзни, примѣненіи препаратовъ іода, укрѣпляющихъ сердце средствъ, которыя однако не дѣйствуютъ на сосудодвигатели, въ примѣненіи теплоты, гальваническаго тока въ видѣ ножныхъ гальваническихъ ваннъ, легкаго массажа и въ строгомъ упорядоченіи и распредѣленіи движеній конечностями (подробно о лѣченіи см. «Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde», XIII, стр. 1—76, 1898 г.). Отъ лѣченія, которое направлено главнымъ образомъ противъ артеріосклероза, нельзя, конечно, ожидать блестящихъ результатовъ, но значительное улучшеніе и исчезновеніе признаковъ болѣзни на продолжительное время получается довольно часто (Münchener medicinische Wochenschrift, № 21).

*А. Коварскій.*

**Кожныя и венерическія болѣзни.** 514. Съ тѣхъ поръ какъ лучи *Roentgen*'а стали въ широкихъ размѣрахъ

Digitized by Google

примѣняться для терапевтическихъ цѣлей, случаи *причиненія ими ожоговъ и язвъ* стали очень не рѣдки. Объясняется это тѣмъ, что мы не обладаемъ точно выработанными пріемами для количественнаго опредѣленія силы примѣняемыхъ лучей и правилами ихъ дозировки. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, какъ, напр., при лѣченіи распространенной волчанки, желательно бываетъ вызвать сильную реакцію пораженной ткани. Къ сожалѣнію, язвы, полученныя отъ дѣйствія *Roentgen*'овскихъ лучей, очень трудно заживаютъ. Д-ра *Gustav Baerman* и *Paul Lisner* (изъ клиники проф. *Neisser*'а въ Breslau) нашли даже, что волчанку лица удается излѣчить примѣненіемъ сильной рентгенизаціи гораздо лучше, чѣмъ при примѣненіи слабыхъ, не вызывающихъ реакціи х-лучей. Что касается лѣченія образовавшихся при этомъ язвъ, то наиболѣе успѣшнымъ оказывается хирургическое лѣченіе, а именно пересадка кожи съ сохраненіемъ кожнаго мостика. Пересадка по *Thiersch*'у оказалось неудачной. Гистологическое изслѣдованіе *Roentgen*'овскихъ язвъ объяснило причину такого неуспѣха: дѣло въ томъ, что подъ вліяніемъ *Roentgen*'овскихъ лучей погибаютъ всѣ кровеносные сосуды, и потому пересаженные лоскутки кожи должны омертвѣть отъ недостатка питанія. Если-же пересаженный лоскутъ, благодаря сообщенію съ здоровой кожей, имѣетъ способные къ развитію сосуды, то они вростаютъ въ дно язвы, и черезъ 10—12 дней весь лоскутъ проростаетъ настолько хорошо, что можно уже его отдѣлить и перерѣзать мостикъ. Такимъ образомъ трудность заживленія *Roentgen*'овскихъ язвъ зависитъ не отъ того, что *Roentgen*'овскіе лучи уменьшаютъ способность эпителія къ размноженію (какъ это думали до сихъ поръ), а отъ гибели сосудовъ на днѣ язвы (Münchener med. Wochenschrift, № 21). *А. Коварскій.*

515. Д-ръ *H. Dreuw* (Hamburg) предлагаетъ *новый способъ лѣченія волчанки*. Сущность способа заключается въ сочетанномъ примѣненіи замораживанія хлоръ-этиломъ и прижиганія неочищенной соляной кислотой. Авторъ различаетъ 2 рода прижиганія по своему способу: 1) плоскостное и 2) точечное. 1-ый родъ прижиганія примѣняется во всѣхъ случаяхъ волчанки; 2-ой лишь тогда, когда приходится лѣчить одиночные, глубоко сидящіе узелки. Плоскостное прижиганіе совершается такъ: пораженная волчанкой часть опыляется хлоръ-этиломъ Hening'а (бутылка съ мгновеннымъ затворомъ) до тѣхъ поръ, пока образуется бѣлая снѣгообразная поверхность. Послѣ этого немедленно приступаютъ къ прижиганію соляной кислотой; для этого берутъ стеклянную палочку, наматываютъ на одинъ конецъ ея ватный тампонъ, пропитываютъ послѣдній обыкновенной соляной кислотой (Acido hydrochl. crudo) и подъ давленіемъ натираютъ имъ основательно пораженную волчанкой поверхность до тѣхъ поръ, пока она не получитъ бѣловато-сѣраго цвѣта; если отъ прижиганія ощущается сильное жженіе, то его устраняютъ повторнымъ примѣненіемъ хлоръ-этила. Прижженная поверхность покрывается затѣмъ высушивающимъ и обеззараживающимъ порошкомъ (Euguform). Черезъ 2—8 дней появляется корка, которая черезъ 2—4 недѣли спадаетъ. Послѣ того, какъ прижженное мѣсто совершенно заживаетъ, его или прижигаютъ вторично, или дѣлаютъ лишь точечное прижиганіе въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ простымъ глазамъ или при помощи лупы видны еще маленькіе узелки. Точечное прижиганіе дѣлается слѣдующимъ образомъ: берутъ стеклянную трубку съ внѣшнимъ діаметромъ въ 4 млм. и вытягиваютъ ее на Bunsen'овской горѣлкѣ; на срединѣ вытянутаго мѣста трубку ломаютъ пополамъ и конецъ отламываютъ еще пинцетомъ такъ, чтобы получилось косое остріе. Можно также косо отточить конецъ. Такимъ образомъ получается острый инструментъ, остріе котораго можно проткнуть черезъ кожу въ узелокъ. Передъ прижиганіемъ нѣсколько такихъ трубочекъ погружаются въ неочищенную соляную кислоту. Вслѣдствіе волосности кислота поднимается въ трубкахъ и остается въ нихъ. Эти трубки съ кислотой вводятся послѣ замораживанія въ узелки; если узелковъ очень много, то вмѣсто замораживанія примѣняется общее усыпленіе. Чтобы не терять при операціи времени на отыскиваніе узелковъ, ихъ отмѣчаютъ заранѣе въ видѣ черныхъ точекъ при помощи спиртоваго лака; тогда остается только втыкать трубки въ заранѣе обозначенныя мѣста. По прекращеніи незначительнаго кровотеченія дѣлаютъ въ томъ-же мѣстѣ вторичный уколъ; уколъ слѣдуетъ повторить и тогда, когда остріе трубки засоряется тканью волчаночнаго узла. Послѣ уколовъ прижженныя мѣста присыпаютъ обеззараживающимъ порошкомъ. Въ повязкѣ большею частью надобности не бываетъ. По мнѣнію *Unn*'ы, высказанному имъ въ засѣданіи Hamburg'скаго Общества врачей, этотъ способъ лѣченія волчанки по своимъ результатамъ долженъ быть поставленъ на ряду съ лучшими современными способами лѣченія этой болѣзни, при чемъ онъ обладаетъ слѣдующимъ весьма важнымъ преимуществомъ: его можетъ безъ особаго инструментарія примѣнять всякій врачъ (Münchener med. Wochenschrift, № 15). *А. Коварскій.*

**Судебная медицина.** 516. Д-ръ *H. Schmidt* изучалъ на животныхъ *измѣненія крови и легкихъ при смерти отъ утопленія*. За послѣднее время нѣкоторыми авторами (*Paltauf*, *Carrara*, *Placzek*) было указано, что часть жидкости, въ которой произошло утопленіе, проникаетъ въ лѣвое сердце и далѣе, вслѣдствіе чего происходитъ разжиженіе крови, особенно рѣзко выраженное въ лѣвомъ сердцѣ и легко опредѣляемое кріоскопіей. *Carrara* и *Placzek* нашли значительную разницу въ точкѣ замерзанія крови изъ лѣваго и изъ праваго сердца при смерти отъ утопленія и считаютъ эту разницу весьма важнымъ и существеннымъ обстоятельствомъ для опредѣленія смерти отъ утопленія. Авторъ на основаніи своихъ изслѣдованій пришелъ къ заключенію, что при смерти отъ утопленія разжиженіе крови несомнѣнно происходитъ; разжиженіе это касается обѣихъ половинъ сердца, но въ гораздо болѣе значительной степени выражено въ лѣвомъ сердцѣ вслѣдствіе поступленія крови непосредственно изъ переполненныхъ жидкостью легкихъ. Разница въ точкѣ замерзанія крови обѣихъ сердечныхъ половинъ особенно рѣзка тотчасъ послѣ смерти; затѣмъ она уменьшается и въ нерѣзкой степени можетъ быть обнаружена еще на 4-ый день послѣ смерти. Разжиженіе крови никогда не происходитъ у животныхъ, погружаемыхъ въ воду уже умершими. Въ практическомъ отношеніи кріоскопія въ свѣжихъ случаяхъ можетъ дать весьма цѣнныя указанія для судебномедицинскаго распознаванія смерти отъ потопленія; значеніе этого способа, однако, не слѣдуетъ переоцѣнивать, если принять во вниманіе, что осязательныя данныя могутъ быть получены только тотчасъ послѣ смерти или въ первые 1—2 дня. Изучая измѣненія легкихъ при утопленіи, авторъ нашелъ, что находимая въ легкихъ при утопленіи обильная жидкость по преимуществу — жидкость, въ которой произошло утопленіе; жидкость эта проникаетъ въ мельчайшія альвеолы, а также въ межуточную ткань вслѣдствіе частичныхъ разрывовъ альвеолярныхъ стѣнокъ. Жидкость переполняетъ главнымъ образомъ болѣе глубоко лежащія альвеолы; альвеолы, лежащія по краямъ легкихъ, обыкновенно бываютъ растянуты и вслѣдствіе надрыва раздѣляющихъ ихъ перегородокъ соединяются въ цѣпеобразныя пустоты; жидкости онѣ обыкновенно не содержатъ. Описанные разрывы альвеолъ по краямъ легкихъ авторъ нашелъ во всѣхъ своихъ опытахъ и считаетъ этотъ признакъ весьма важнымъ для распознаванія смерти отъ утопленія. Признакъ этотъ легко опредѣлимъ и, по мнѣнію автора, несомнѣнно болѣе цѣненъ, чѣмъ подвергнутый всевозможнымъ случайностямъ вышеописанный кріоскопическій способъ (Aerztliche Sachverständigen-Zeitung, № 1). *С. Новосельскій.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ. Отдѣлъ нервныхъ и душевныхъ болѣзней.** (Отчетъ ч. пр. *Б. С. Грейденберга*). (Продолженіе; см. выше, № 22, стр. 825). Засѣданіе 10-го января—утреннее. Почетными предсѣдателями предложены *Н. В. Краинскій* (Вильна) и *Б. И. Воротынскій* (Одесса).

Доклады по 7-му *программному* вопросу — *о лѣченіи нервно-больныхъ въ курортахъ и санаторіяхъ.*

Проф. *В. Ф. Чижъ* (Юрьевъ). *Лѣченіе нервныхъ больныхъ въ курортахъ и санаторіяхъ.* Наиболѣе важные вопросы, подлежащіе разработкѣ, слѣдующіе: во-1-хъ, нужно выработать показанія для лѣченія нервныхъ больныхъ на сѣверныхъ и южныхъ курортахъ. Взгляды врачей по этому

вопросу крайне расходятся и не выработаны хотя-бы въ общихъ чертахъ, показанія для лѣченія на Сѣверѣ и Югѣ. Выработать такія показанія особенно важно, чтобы безъ крайней необходимости не направлять малоимущихъ больныхъ на Югъ, въ виду значительныхъ расходовъ, требуемыхъ такой поѣздкой. Во-2-хъ, необходимо классифицировать наши курорты и выработать основныя показанія для предпочтенія одной группы передъ другой. Имѣя такую классификацію, каждый врачъ могъ-бы посовѣтовать больному наиболѣе удобный, при данныхъ житейскихъ условіяхъ, курортъ, и больные были-бы избавлены отъ излишнихъ расходовъ и хлопотъ, сопряженныхъ съ поѣздкой на отдаленные и дорогіе курорты. Это обстоятельство особенно важно по отношенію нервныхъ больныхъ въ виду того, что большинство нервныхъ болѣзней имѣютъ затяжное теченіе. Наконецъ, въ 3-хъ, крайне желателенъ обмѣнъ мнѣній относительно лѣченія нашихъ нервныхъ больныхъ въ санаторіяхъ, для устраненія настоящаго печальнаго положенія вещей, представляющаго настоящій circulum vitiosum: съ одной стороны, наши больные направляются въ заграничные, преимущественно, нѣмецкія санаторіи потому, что у насъ ихъ очень мало; съ другой стороны, у насъ очень мало санаторій потому, что наши больные ѣдутъ лѣчиться заграницу. Когда мы убѣдимся въ предпочтительности лѣченія въ нашихъ санаторіяхъ, они, конечно, возникнутъ, и мало по малу будетъ устранена необходимость для нашихъ больныхъ лѣчиться въ заграничныхъ санаторіяхъ. Вотъ наиболѣе важные вопросы, подлежащіе нашему обсужденію, и если-бы намъ удалось что-либо сдѣлать въ этомъ направленіи, мы оказали-бы большую услугу многочисленнымъ больнымъ, нуждающимся въ лѣченіи въ курортахъ и санаторіяхъ, а также товарищамъ, занимающимся нервными болѣзнями. Какъ фактическій матеріалъ, подлежащій общей группировкѣ и критической обработкѣ, я могу сообщить мои наблюденія о лѣченіи нервныхъ больныхъ на Рижскомъ взморьѣ. Эти наблюденія имѣютъ нѣкоторую цѣнность, въ виду общедоступности этого курорта, пріобрѣвшаго большое значеніе съ 1895 г., т. е. послѣ удешевленія желѣзнодорожнаго тарифа въ концѣ 1894 г. Мои заключенія основаны на наблюденіяхъ, собранныхъ въ теченіи восьми сезоновъ (1893, 1895, 1897, 1898, 1899, 1901, 1902, 1903), проведенныхъ мною въ Ассернѣ, гдѣ за это время я наблюдалъ болѣе 2000 больныхъ, краткія замѣтки о теченіи болѣзни которыхъ у меня имѣются. Самые лучшіе результаты наблюдаются вообще при нервныхъ заболѣваніяхъ на почвѣ истощенія (какъ послѣдствія тифа, гриппа и т. п.), усиленныхъ занятій, тяжелыхъ душевныхъ волненій. Въ теченіи лѣта значительное большинство такихъ больныхъ совершенно поправляются; вѣсъ ихъ значительно прибываетъ, самочувствіе улучшается и вообще возстановляется status quo ante. Вообще, пребываніе на Рижскомъ взморьѣ такимъ больнымъ оказываетъ большую пользу, почему оно должно считаться подходящимъ для нихъ курортомъ. Также весьма хорошіе результаты лѣченія наблюдаются при гемикраніи, мигрени и *Basedow*'ой болѣзни. Нейрастеники, вообще особенно малокровные, съ пользою для себя проводятъ лѣто на Рижскомъ взморьѣ. Улучшеніе въ этихъ случаяхъ объясняется поднятіемъ общаго питанія, что̀ достигается особенно вслѣдствіе купаній въ открытомъ морѣ. Съ каждымъ годомъ я все болѣе и болѣе убѣждаюсь, что противопоказаній для морскихъ купаній гораздо меньше, чѣмъ это принято; съ нѣкоторой осторожностью, послѣ кратковременнаго пріученія къ холоду съ помощью тепловатыхъ ваннъ, даже весьма слабые больные скоро поправляются отъ морскихъ купаній. Хорошо упитаннымъ нейрастеникамъ Рижское взморье не приноситъ большой пользы. Въ высшей степени трудно формулировать заключенія относительно пользы пребыванія на Рижскомъ взморьѣ для истеричекъ, хотя именно этихъ больныхъ тамъ приходится наблюдать очень много. Я наблюдалъ нѣсколько случаевъ проявленія истеріи (1-й истерическій припадокъ) во время пребыванія на Рижскомъ взморьѣ, и потому думаю, что всѣмъ семьямъ, въ которыхъ есть подростки съ признаками истеріи, или съ истерическимъ характеромъ, слѣдуетъ настойчиво отсовѣтывать ѣхать на Балтійское взморье. Также я наблюдалъ больныхъ, въ теченіи болѣзни которыхъ за время пребыванія на Рижскомъ взморьѣ послѣдовало несомнѣнное ухудшеніе. Мнѣ извѣстны случаи, въ которыхъ послѣдовало улучшеніе послѣ того, когда больные, по моему совѣту, покинули Рижское взморье. Въ нѣсколькихъ, однако, случаяхъ я наблюдалъ и улучшеніе; вѣроятнѣе здѣсь играло роль то довѣріе, которымъ пользуется Рижское взморье среди евреевъ, а несомнѣнно, что внушеніе почти все при лѣченіи истеріи; можетъ быть, оказывала благотворное вліяніе и рѣзкая перемѣна въ обстановкѣ. Что касается до душевныхъ болѣзней, то я могу подтвердить давно составленное заключеніе относительно неблагопріятнаго вліянія взморья на теченіе этихъ болѣзней. Исключеніе составляютъ психозы на почвѣ истощенія (Erschöpfungspsychosen) съ депрессивнымъ характеромъ. Такіе больные прекрасно поправляются на Рижскомъ взморьѣ; нужно замѣтить, что здѣсь особенно удобно примѣнить постельное лѣченіе, въ виду изобилія, если можно такъ выразиться, чистаго воздуха, и несомнѣннаго повышенія позыва на ѣду на берегу моря. По отношенію нервныхъ болѣзней на органической подкладкѣ, Рижское взморье, конечно, не можетъ имѣть значенія настоящаго курорта, такъ какъ прямого или непосредственнаго вліянія на эти болѣзни оно имѣть не можетъ. Однако, нельзя не обратить вниманія на весьма важное вліяніе пребыванія на морѣ — это благотворное воздѣйствіе на общее питаніе. Несомнѣнно, что у значительнаго большинства общее питаніе болѣе или менѣе замѣтно улучшается, а потому пребываніе на Рижскомъ взморьѣ больнымъ съ нервными страданіями на сифилитической почвѣ приноситъ весьма значительную пользу. Я составилъ себѣ убѣжденіе, что больные на Рижскомъ взморьѣ прекрасно переносятъ самое энергическое специфическое лѣченіе, особенно, если они могутъ купаться въ морѣ. Также благотворно вліяетъ пребываніе на морѣ, особенно, если больные могутъ купаться въ немъ, при истощеніи, вызванномъ или самою болѣзнью, или специфическимъ лѣченіемъ, что̀, конечно, весьма замѣтно отражается на ходѣ нервнаго страданія. Едва-ли можно объяснить простою случайностью, что я ни разу не видѣлъ на взморьѣ явленій отравленія ртутью, требующихъ прекращенія лѣченія. Наконецъ, слѣдуетъ отмѣтить, что больные, вернувшись съ моря въ обычную обстановку, не жалуются ни на какія непріятныя явленія, у нихъ не замѣчается повышенной наклонности къ простуднымъ заболѣваніямъ, однимъ словомъ, они не переживаютъ того періода, который такъ тяготитъ больныхъ, проживншихъ лѣто на югѣ. Поэтому я считаю Рижское взморье весьма подходящимъ мѣстомъ для лѣтняго пребыванія всѣхъ лицъ, страдающихъ нервными болѣзнями на сифилитической почвѣ, за исключеніемъ прогрессивныхъ паралитиковъ. Такъ какъ такихъ больныхъ очень много, то понятно, что Рижское взморье, въ виду его общедоступности и сравнительной благоустроенности, заслуживаетъ особаго вниманія со стороны нейропатологовъ. Такъ какъ недостаточное развитіе, англійская болѣзнь, слабое тѣлосложеніе, малокровіе, упадокъ питанія, какъ послѣдствіе перенесенныхъ острыхъ болѣзней въ дѣтскомъ возрастѣ, нерѣдко бываетъ причиною нервныхъ и даже душевныхъ болѣзней въ послѣдующихъ періодахъ жизни, то для нейропатолога имѣетъ большое значеніе Рижское взморье, какъ дѣтскій курортъ по преимуществу. Въ этомъ отношеніи его слава установилась уже давно, и можно лишь напомнить, что для возстановленія расшатаннаго здоровья едва-ли въ Россіи имѣется болѣе подходящій курортъ, чѣмъ Рижское взморье. Для меня несомнѣнно, что при лѣченіи дѣтей для сѣверной и средней полосы Россіи, Балтійское море, вообще, и Рижское взморье въ частности, слѣдуетъ предпочитать Черному морю; исключеніе составляютъ конечно заболѣванія, требующія продолжительнаго пребыванія на морѣ. Наконецъ, по отношенію къ Балтійскому морю весьма важно, что здѣсь не развивается наклонности къ простудѣ, зябкости и т. п.

Проф. *Л. В. Блуменау* (Петербургъ). *О лѣченіи нервныхъ болѣзней минеральными ваннами.* Положенія: 1. Изъ нервныхъ заболѣваній наибольшій % выздоровленій при лѣченіи минеральными ваннами даютъ *периферическія* пораженія, а изъ нихъ *нейральгіи*, особенно «*рейматич*-

Digitized by Google

скій». 2. Наиболѣе дѣйствительнымъ бальнеологическимъ средствомъ при названныхъ пораженіяхъ являются несомнѣнно *грязевыя* ванны и при томъ одинаково—какъ иловыя, такъ и торфяныя. 3. При *спинной сухоткѣ* слѣдуетъ избѣгать слишкомъ теплыхъ ваннъ; наилучшіе сравнительно результаты даютъ тепловатыя *углекисло-соляныя* ванны. 4. Въ виду пользы, приносимой углекисло-соляными ваннами (не только при спинной сухоткѣ, но и при многихъ другихъ заболѣваніяхъ), желательно, чтобы наши курорты съ соляными источниками вводили у себя искусственныя углекислыя ванны, которыя съ большимъ успѣхомъ примѣняются уже напр. въ Цѣхоцинкѣ. 5. Очень желательны изслѣдованія и сообщенія относительно дѣйствія при нервныхъ болѣзняхъ *Нарзана*. 6. При *сифилисѣ* центральной нервной системы соляныя (а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и грязевыя) ванны служатъ полезнымъ *вспомогательнымъ* средствомъ по окончаніи курса ртутныхъ втираній; послѣднія могутъ, впрочемъ, примѣняться и одновременно съ *соляными* ваннами. 7. Бальнеологическое лѣченіе органическихъ страданій *головного мозга* требуетъ особенной осторожности и должно быть примѣняемо главнымъ образомъ въ формѣ не слишкомъ теплыхъ соляныхъ ваннъ. 8. Лѣченія ваннами *геморрагическихъ гемиплегій* не должно начинаться ранѣе 4 мѣсяцевъ по прошествіи инсульта. 9. Въ случаяхъ *функціональныхъ нейрозовъ* при назначеніи ваннъ нужна самая широкая индивидуализація; особенно полезно здѣсь сочетаніе бальнеологическихъ средствъ съ гидротерапевтическими.

*И. И. Ивановъ* (Варшава) почти вполнѣ присоединяется къ выводамъ проф. *Л. В. Блуменау* и, на основаніи собственныхъ наблюденій, на Бусскихъ сѣрно-соляныхъ минеральныхъ водахъ (въ Кѣлецкой губ.), подтверждаетъ все сказанное относительно лѣченія периферическихъ пораженій нервной системы. Наоборотъ, результаты лѣченія ваннами чистыхъ случаевъ спинной сухотки при сочетанномъ примѣненіи ртути должны быть признаны неудовлетворительными. Что касается лѣченія сифилиса центральной нервной системы, то въ настоящее время бальнеологическое лѣченіе его вездѣ идетъ на ряду съ возможно широкимъ лѣченіемъ ртутью, при чемъ получается такое впечатлѣніе, что больные гораздо лучше, съ меньшими вредными послѣдствіями, переносятъ большія дозы ртути, при условіи лѣченія сѣрными ваннами. Главная задача въ антисифилитическомъ лѣченіи заключается въ возможно широкомъ насыщеніи организма ртутью, съ цѣлью нейтрализаціи гипотетическаго сифилитическаго яда. Нужно по возможности наиболѣе широко какъ бы промыть ртутью всѣ органы сифилитика и затѣмъ какъ можно скорѣе и полнѣе вывести всю эту ртуть изъ организма. Послѣднему условію и удовлетворяетъ примѣненіе, между прочимъ, сѣрныхъ ваннъ. Неопубликованныя еще наблюденія д-ра *И. С. Гуладзе* доказываютъ ускореніе выведенія ртути изъ организма мочею подъ вліяніемъ примѣненія Бусскихъ сѣрно-соляныхъ источниковъ.

Ч. пр. *П. А. Останковъ* (Петербургъ): Въ положеніяхъ проф. *Л. В. Блуменау* не упоминается о результатахъ лѣченія минеральными ваннами функціональныхъ заболѣваній нервной системы, а между тѣмъ, напр., въ лѣченіи нейрастеніи ванны Нарзана имѣютъ важное значеніе. 2-е положеніе докладчика, я думаю, раздѣляется всѣми спеціалистами; въ настоящее время наблюдается даже другая крайность—спинносухоточныхъ стали лѣчить ваннами очень низкихъ температуръ, что едва-ли можно признать цѣлесообразнымъ. Лучшими ваннами для спинносухоточныхъ являются ванны въ 25°—26°—27°.

Ч. пр. *Б. И. Воротынскій* (Одесса): До послѣдняго времени недостаточно установлены показанія и противопоказанія для лѣченія нервныхъ больныхъ минеральными водами, лиманами, морскими купаньями. Въ виду этого часто бываетъ, что больные пріѣзжаютъ на курорты или по собственной иниціативѣ, или же безъ всякихъ опредѣленныхъ показаній, установленныхъ врачемъ. Въ результатѣ больные или не получаютъ никакого улучшенія, или же наступаетъ даже ухудшеніе болѣзни. Желательно, чтобы русскіе врачи возможно подробно и основательно были знакомы съ отечественными курортами для правильнаго направленія туда больныхъ.

Проф. *В. М. Бехтеревъ* (Петербургъ) обращаетъ вниманіе на то обстоятельство, что многіе нервные больные улучшаются въ своемъ здоровьѣ, а нѣкоторые и совсѣмъ поправляются при обыкновенныхъ хорошихъ дачныхъ условіяхъ съ соотвѣтственнымъ лѣченіемъ. Поэтому центръ тяжести настоящаго вопроса заключается въ томъ, чтобы выяснить, въ чемъ заключается специфическая особенность дѣйствія того или другого курортнаго лѣченія и, можетъ быть, гг. докладчики въ своемъ отвѣтѣ остановятся на этомъ вопросѣ и выяснятъ, въ какомъ отношеніи тотъ или другой курортъ имѣетъ преимущество предъ обыкновеннымъ хорошимъ дачнымъ пребываніемъ съ соотвѣтствующимъ лѣченіемъ.

*Ф. Х. Гадзяцкій* (Рига) находитъ, что Рижское взморье представляетъ въ настоящее время не столько курортъ, сколько дачное мѣсто. Вслѣдствіе того, однако, что нѣкоторыя мѣста на взморьѣ, отличаются сыростью и погода часто бываетъ тамъ дождливой, у нейрастениковъ, раньше страдавшихъ болотной лихорадкой, вліяніе Рижскаго взморья иногда бываетъ неблагопріятно, и они вынуждены бываютъ покидать штрандъ.

*Б. С. Грейденбергъ* (Харьковъ) привѣтствуетъ внесеніе вопроса о лѣченіи нервныхъ болѣзней на курортахъ въ число программныхъ вопросовъ. Обладая первоклассными курортами въ Крыму и на Кавказѣ, мы въ сущности очень мало знаемъ о степени пригодности ихъ къ лѣченію въ нихъ нервныхъ больныхъ. Когда, лѣтъ 15 тому назадъ, въ Крымъ стали усиленно посылать нервныхъ больныхъ изъ Петербурга и особенно изъ Москвы, многихъ изъ нихъ приходилось скоро отсылать назадъ, такъ какъ состояніе ихъ на Южномъ берегу скоро ухудшалось. Многіе нейрастеники, напр., чувствуютъ себя въ Ялтѣ, и вообще на Южномъ берегу плохо. При спинной сухоткѣ лучшіе результаты даютъ тепловатыя морскія ванны, не выше 28° Р. Въ виду безспорной важности вопроса о значеніи нашихъ курортовъ для лѣченія въ нихъ нервно-больныхъ—его слѣдовало бы внести еще разъ въ программу будущаго X Пироговскаго Съѣзда.

*К. Ф. Барановичъ* (Москва) думаетъ, что главнымъ показателемъ при назначеніи ваннъ должно служить появленіе реакціи со стороны кожи и сердца, такъ какъ у спинносухоточныхъ очень часто отсутствуетъ чувство усталости.

Проф. *Л. В. Блуменау* (отвѣтъ на возраженія): Въ моемъ докладѣ указывается на благопріятное дѣйствіе углекислыхъ ваннъ во многихъ случаяхъ нейрастеніи. Мнѣ также извѣстны случаи хорошаго вліянія Нарзана на нейрастениковъ, но я не счелъ возможнымъ сказать о Нарзанѣ что-нибудь, кромѣ того положенія, какое мною выставлено. Не только у спинносухоточныхъ, но у всѣхъ безъ исключенія больныхъ мною всегда обращалось вниманіе на состояніе сердца.

*Н. И. Кульбинъ* (Петербургъ) указалъ по поводу одного изъ положеній доклада проф. *Л. В. Блуменау*, что въ отдѣлѣ общей терапіи уже разсматривался вопросъ объ учрежденіи при казенныхъ курортахъ благоустроенныхъ физіологическихъ лабораторій, съ устройствомъ которыхъ легче будетъ исполнить пожеланіе докладчика объ изученіи дѣйствія Нарзана и пр.

*О. А. Чечоттъ* (Петербургъ) считаетъ нужнымъ нѣсколько пояснить положеніе врачебно-научной части на Кавказскихъ минеральныхъ водахъ. Научная литература объ этихъ водахъ вовсе не такъ бѣдна, какъ это здѣсь высказано. Тамъ существуютъ 2 самостоятельныхъ ученыхъ общества—«Русское бальнеологическое Общество» въ Пятигорскѣ и «Общество практикующихъ врачей на Кавказѣ» въ Ессентукахъ, которыя всецѣло заняты изученіемъ мѣстныхъ водъ и вообще курортовъ. По почину Русскаго бальнеологическаго Общества, предпринятъ цѣлый рядъ точныхъ научныхъ изслѣдованій вліянія воды и, вообще, всего режима на курортахъ на здороваго и больного человѣка. Изслѣдованія эти производятся подъ руководствомъ проф *А. И. Щербакова*. Но и помимо такой дѣятельности ученыхъ Обществъ, есть цѣлый рядъ изслѣдованій отдѣльныхъ ученыхъ. О вліяніи Нарзана, въ особенности на кровообращеніе, производилъ изслѣдованія въ послѣднее время проф. *В. А. Штанге*. Изслѣдованіе однако вліянія того или другого отдѣльнаго фактора на водахъ, а тѣмъ болѣе Нарзана въ Кисловодскѣ, затрудняется нерѣдко невозможностью выдѣлить его исключительное вліяніе среди всѣхъ другихъ одновременно дѣйствующихъ климатическихъ факторовъ. Наконецъ, въ виду выраженнаго пожеланія устройства спеціальныхъ физіо-терапевтическихъ клиникъ, необходимо напомнить, что съ развитіемъ работъ, предпринятыхъ Русскимъ бальнеологическимъ Обществомъ, на послѣднемъ бальнеологическомъ Съѣздѣ въ Пятигорскѣ возбуждено ходатайство объ учрежденіи на Кавказѣ спеціальной клиники.

*К. М. Целерицкій* (Симбирскъ) по личнымъ впечатлѣніямъ высказался за благопріятное вліяніе Нарзана на нейрастениковъ, при чемъ даже сердечныя страданія не могутъ служить противопоказаніемъ къ пользованію Нарзанными ваннами, въ виду ихъ благопріятнаго вліянія на сердечную дѣятельность.

*Г. М. Теріанъ* (Москва), какъ бывшій больной, лѣчившійся Нарзаномъ, также подтверждаетъ, что страданіе сердца не служитъ противопоказаніемъ къ углекислымъ ваннамъ и напоминаетъ, что при курортномъ лѣченіи нервныхъ больныхъ не меньшую роль, чѣмъ качества водъ и климатъ, играютъ роль условія и общій складъ жизни.

*Э. В. Эриксонъ* (Тифлисъ) изъ наблюденій нервныхъ больныхъ въ Абасъ Туманѣ вынесъ впечатлѣніе, что нейрастениковъ, одержимыхъ разными «страхами», въ особенности боязнью высотъ, туда не слѣдуетъ присылать, такъ какъ курортъ этотъ горный, лежитъ на высотѣ болѣе 4000 ф. надъ уровнемъ моря, въ ущельѣ съ крутыми боками и дорожками, гуляя по которымъ больные начинаютъ испытывать усиленіе ощущенія страха, головокруженія и пр. Съ другой стороны, нейрастеники чахоточные, съ не далеко зашедшимъ легочнымъ процессомъ, въ значительной степени поправляются, такъ что можно рекомендовать Абасъ-Туманъ для такихъ больныхъ, если только ихъ средства позволяютъ, и они не очень требовательны въ отношеніи удовольствій и комфорта. Спинносухоточныхъ съ разстроенной походкой лучше не посылать въ Абасъ-Туманъ въ виду топографическихъ условій мѣстности.

Проф. *В. Ф. Чижъ* (Юрьевъ) (отвѣтъ на возраженія): Рижское взморье является курортомъ, потому что тамъ собирается много больныхъ, и въ томъ числѣ нервныхъ, что отчасти зави-

Digitized by Google

ситъ отъ сравнительнаго удобства жизни. Въ виду своихъ лѣчебныхъ факторовъ, Рижское взморье благотворно воздѣйствуетъ на однихъ больныхъ и дурно на другихъ, что и слѣдуетъ выяснить. Д-ръ *Ф. Х. Гадзяцкій* вполнѣ правъ, что для больныхъ, страдающихъ болотной лихорадкой, пребываніе на Рижскомъ взморьѣ вредно; также я вполнѣ согласенъ съ д-ромъ *Б. С. Грейденбергомъ*, въ томъ, что противопоказанія для купаній въ Черномъ морѣ гораздо шире, чѣмъ для купанія на Рижскомъ взморьѣ, что объясняется различіемъ и въ физическомъ, и въ химическомъ отношеніяхъ этихъ морей. Можно лишь пожелать, чтобы вопросъ о нашихъ курортахъ для нервныхъ больныхъ подвергся систематической и детальной разработкѣ и чтобы нашъ отдѣлъ на Х-мъ Съѣздѣ продолжалъ начатую сегодня работу.

Согласно предложенію ч. пр. *Б. С. Грейденберга*, Отдѣлъ постановилъ внести въ программу будущаго Х-го Пироговскаго Съѣзда вопросъ о лѣченіи нервныхъ больныхъ на курортахъ—по предварительно разработанной программѣ.

*(Окончаніе слѣдуетъ).*

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

### *LXXXIV и LXXXV. Изъ Общества охраненія народнаго здравія.*

(Засѣданіе III отдѣла 27 октября 1903 г.).

Предсѣдатель проф. *С. В. Шидловскій* сказалъ нѣсколько словъ, посвященныхъ памяти скончавшагося члена Общества д-ра *А. В. Попова*. Собраніе почтило память усопшаго вставаніемъ.

*Е. Б. Контковскій. Заключеніе по запросу Харьковской губернской земской Управы относительно біохимической очистки сточныхъ водъ* (напечатано въ Журналѣ Общества за 1903 г., стр. 428). Исполняя порученіе III отдѣленія дать отзывъ по настоящему запросу, авторъ изложилъ въ своемъ докладѣ выводы, къ которымъ онъ пришелъ на основаніи продолжительнаго изученія вопроса и личнаго посѣщенія главныхъ западноевропейскихъ сооруженій, предназначенныхъ для очистки названныхъ водъ, какъ по біохимическому способу, такъ и по другимъ, употребительнымъ въ настоящее время. Высказываясь, въ общемъ, за біохимическую очистку, авторъ обратилъ особое вниманіе на то, что, въ интересахъ обезпеченія положительныхъ результатовъ очистки, постройка и работа сооруженій, предназначенныхъ для этой цѣли, должны находиться въ вѣдѣніи вполнѣ свѣдущаго въ данномъ отношеніи лица, и, кромѣ того, предварительно должны быть изучены всѣ особенности мѣстныхъ условій, могущихъ вліять на успѣхъ способа.

Въ оживленномъ обмѣнѣ мнѣній по вопросу о сущности, практической цѣнности и наилучшихъ условіяхъ и способахъ примѣненія біохимической очистки сточныхъ водъ въ большихъ размѣрахъ приняли участіе: проф. *С. В. Шидловскій, С. К. Дзержговскій, М. И. Алтуховъ, А. А. Веденяпинъ, С. В. Посадскій, А. А. Липскій* и докладчикъ. Сходясь въ томъ, что способы біохимической очистки сточныхъ водъ представляются крайне цѣнными и подробное изученіе ихъ настоятельно необходимо, говорившіе отмѣтили цѣлый рядъ условій, соблюденіемъ которыхъ можетъ быть обезпеченъ успѣхъ примѣненія этихъ способовъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ.

*А. А. Липскій. Санитарныя требованія при устройствѣ кладбищенскихъ церквей.* (См. выше, № 17-й, стр. 614).

Въ обмѣнѣ мнѣній приняли участіе: *П. Ю. Сюзоръ, Н. И. Григорьевъ, С. В. Посадскій* и докладчикъ.

Въ цѣляхъ подробнаго обсужденія вопроса, затронутаго докладчикомъ, отдѣлъ высказался за желательность образованія Коммиссіи, въ составъ которой были намѣчены слѣдующія лица: *А. А. Липскій, П. Ю. Сюзоръ, Э. Г. Перримондъ, И. А. Дмитріевъ, М. П. Порцель, С. В. Посадскій* и проф. *Н. М. Маліевъ*.

*А. И. Грамматчиковъ. Результаты испытанія прибора Заревича для обеззараживанія формальдегидомъ* [1]). Испытанный авторомъ приборъ оказался весьма удобнымъ при практическомъ примѣненіи, далъ хорошіе результаты при бактеріологической провѣркѣ его дѣйствія, а утилизація формальдегида изъ водныхъ растворовъ была весьма совершенною.

Въ обмѣнѣ мнѣній по сообщенію докладчика приняли участіе: *С. К. Дзержговскій, В. Н. Окуневъ, А. А. Веденяпинъ, К. И. Кресслингъ, В. А. Левашевъ* и докладчикъ.

[1]) Сообщеніе сопровождалось предъявленіемъ прибора.

(Засѣданіе III отдѣла 25 ноября 1903 г.).

*А. Ф. Лауенштейнъ. Объ упрощенныхъ способахъ опредѣленія $CO^2$ въ воздухѣ* (Диссертація. Рефератъ напечатанъ въ Журналѣ Общества за 1903 г., стр. 422). Выводы автора: 1) Количественное опредѣленіе $CO^2$ въ воздухѣ при помощи миниметрическихъ способовъ *Smith-Lunge, Lunge-Zeckendorf*'а и *H. Wolpert*'а не даетъ столь точныхъ и постоянныхъ результатовъ, какъ опредѣленіе $CO^2$ по способу *Нагорскаго-Субботина* и даже по первоначальному *Pettenkofer*'а. 2) Главные факторы, вліяющіе отрицательнымъ образомъ на точность и постоянство результатовъ опредѣленій $CO^2$ названными способами, суть слѣдующіе: a) неполнота поглощенія $CO^2$ изъ изслѣдуемаго воздуха, b) неточность отмѣриванія изслѣдуемаго воздуха, c) неопредѣленность и индивидуальная оцѣнка конца реакціи. 3) Только что названные источники ошибокъ тѣсно связаны съ сущностью вышеразобранныхъ способовъ опредѣленія $CO^2$ и коренное улучшеніе способовъ въ этомъ отношеніи невозможно. 4) Изъ 3-хъ вышеназванныхъ способовъ примѣненіе способа *H. Wolpert*'а опытнымъ лицомъ можетъ имѣть мѣсто тамъ, гдѣ изслѣдователю приходится имѣть дѣло съ ограниченными объемами воздуха, какъ, напр., при количественномъ опредѣленіи содержанія $CO^2$ подъ одеждой, подъ головнымъ уборомъ, въ пододѣяльномъ пространствѣ и т. д., т. е. въ такихъ случаяхъ, гдѣ прочіе способы опредѣленія $CO^2$ оказываются мало или совершенно неприменимыми. 5) Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ, когда представляется необходимость, въ интересахъ санитарныхъ, произвести количественное опредѣленіе $CO^2$ въ воздухѣ, слѣдуетъ пользоваться способомъ *Нагорскаго-Субботина*, дающимъ при сравнительной простотѣ выполненія изслѣдованія вполнѣ надежные, постоянные и точные результаты.

*С. В. Шидловскій* отмѣтилъ прежде всего тотъ фактъ, что нерѣдко и въ настоящее время при изслѣдованіи качествъ воздуха, напр., въ школахъ, пользуются способами, которые, какъ оказывается, страдаютъ большой неточностью и могутъ давать даже до 50% ошибки, а, между тѣмъ на основаніи собранныхъ такимъ путемъ данныхъ составляются цѣлыя таблицы анализовъ, дѣлаются тѣ или другіе выводы и пр. Работа докладчика, являясь у насъ въ Россіи первой въ данномъ направленіи, именно и имѣетъ большую цѣнность въ томъ отношеніи, что въ ней мы находимъ основанную на опытныхъ данныхъ опредѣленную оцѣнку способовъ опредѣленія $CO^2$, подкупающихъ своей простотой и доступностью для выполненія даже лицами, неимѣющими спеціальныхъ знаній.

Проф. *С. В. Шидловскій* прочелъ составленную имъ записку по вопросу *о настоящемъ положеніи вопроса о Петербургскомъ водоснабженіи.*

Проф. *С. А. Пржибытекъ* сообщилъ *о проектѣ водоснабженія Петербурга Невскою водою*, взятою выше пороговъ, коснувшись преимущественно собранныхъ городской лабораторіей данныхъ бактеріологическихъ изслѣдованій Невской воды въ названномъ районѣ и изученія мѣстныхъ условій, могущихъ вліять на чистоту воды этого пункта.

Гражд. инженеръ С. И. Пета сообщилъ *подробности техническаго выполненія проэкта снабженія Петербурга водою*, взятою выше пороговъ, разработаннаго инженеромъ В. Ф. Вандаловскимъ.

По вопросу о водоснабженіи Петербурга возникли оживленныя пренія, въ коихъ приняли участіе: проф. *С. В. Шидловскій*, проф. *С. А. Пржибытекъ, М. И. Алтуховъ, М. С. Уваровъ*, проф. *В. Е. Тимоновъ, Н. А. Рѣзцовъ, И. Н. Рубель, Ю. Г. Лундбергъ, Е. Б. Контковскій, Н. Ф. Погребовъ*, проф. *Надсонъ, Н. П. Нечаевъ, В. И. Яковлевъ, А. А. Липскій* и докладчикъ. Изъ высказанныхъ мнѣній преобладающимъ было то, что проэктъ снабженія Петербурга водою выше пороговъ не рѣшаетъ окончательно вопроса о водоснабженіи Петербурга вполнѣ доброкачественною водою на долгое время; Ладожское озеро обѣщаетъ въ этомъ отношеніи несравненно болѣе и поэтому необходимо немедленно-же приступить къ новымъ подробнымъ изслѣдованіямъ этого послѣдняго источника. Въ виду такого положенія дѣла было рѣшено настоящій вопросъ снова вернуть въ Коммиссію при III Отдѣлѣ Общества, уже работавшую по этому вопросу, пополнивъ составъ ея новыми членами (*Б. К. Праводзикъ, Н. К. Чижовъ, Н. Ф. Погребовъ, М. С. Уваровъ*).

*В. Левашевъ.*

### *LXXXVI. Изъ Общества глазныхъ врачей въ Москвѣ.*

(Засѣданіе 23 декабря 1903 года).

*В. П. Страховъ. Предъявленіе больной съ distichiasis vera* (congenita). Больная 22 лѣтъ; глазъ слезится 10 лѣтъ. За послѣдній годъ её очень безпокоитъ треніе по глазу рѣсницъ, которыя постоянно выдергивали ей. Интермаргинальное пространство на всемъ протяженіи одинаковой ширины и устроено вообще нормально. По заднему краю каждаго вѣка расположенъ рядъ тонкихъ волосковъ, направленныхъ къ глазному яблоку и трущихъ по его поверхности. Лѣченіе—оперативное. Были вырѣзаны сначала лишь наиболѣе крупныя рѣсницы, для чего расщеплялось межреберное пространство и вырѣзывался кливушекъ вмѣстѣ съ рѣсничками изъ задней губы раны. Вскорѣ оказалось, однако, что передніе рѣсницы приблизились къ глазному

яблоку. Поэтому, вырѣзывая слѣдующія рѣсницы, докладчикъ переносилъ съ губы мелкіе кусочки слизистой оболочки, и результатъ получился хорошій.—Докладчикъ склоненъ въ дальнѣйшемъ при такихъ случаяхъ поступать по совѣту *Kuhnt*'а,—срѣзывать всё заднее ребро въ одинъ пріемъ и пересаживать на рану 1 лоскутъ слизистой оболочки.

*С. Н. Ложечниковъ* и *А. А. Крюковъ* отмѣчаютъ большую рѣдкость описаннаго и показаннаго докладчикомъ страданія: *С. Н.* видѣлъ только одинъ такой случай, а *А. А.* не болѣе 2—3.

*В. П. Страховъ. По поводу удаленія слезнаго мѣшка* (предъявл. больн.). Докладчикъ сдѣлалъ обзоръ 138 случаевъ удаленія слезнаго мѣшка, имѣвшихъ мѣсто за $4^1/_2$ года въ Московской глазной больницѣ. Операція дѣлалась по способу *Kuhnt*'а. Слизистая въ началѣ слезно-носового канала выскабливалась или выжигалась по удаленіи мѣшка. *Результаты:* въ 95 случаяхъ получилась 1-е, въ 34-хъ случаяхъ—2-е натяженіе, въ 9-ти остался свищъ. *При операціи* наблюдались слѣдующія *осложненія*: 1 разъ кровотеченіе при удаленіи шейки мѣшка изъ канала (остановлено тампономъ, бывшимъ въ ранѣ нѣсколько дней); 1 разъ надломъ слезной косточки; 2 раза прободеніе конъюнктивальнаго мѣшка, 2 раза поранена кожа у внутренняго угла глаза и въ 2-хъ случаяхъ—значительное кровоизліяніе въ ретробульбарную клѣтчатку, вызвавшее пучеглазіе на 2 дня. *Въ послѣоперaціонномъ теченіи* получилось образованіе нарыва въ 4-хъ случаяхъ въ теченіи 1-ой недѣли, въ 1-мъ случаѣ черезъ $2^1/_2$ недѣли и въ 1-мъ случаѣ черезъ $3^1/_2$ недѣли. Въ 3-хъ изъ этихъ случаевъ передъ нагноеніемъ получилось послѣ операціи 1-е натяженіе.

*Показаніемъ къ операціи* служили: 1) Свищъ и нарывы мѣшка *(30 сл.)*, 2) эктазія стѣнокъ мѣшка *(29 сл.)*, 3) операціи на глазномъ яблокѣ *(28 сл.)*, 4) ползучая язва роговицы *(23 сл.)*. 5) безрезультатность сохраняющаго лѣченія *(16 сл.)* и 6) дакріоциститъ на единственномъ, зрячемъ глазу *(12 сл.)*.—Изъ числа больныхъ было 40 мужчинъ и 84 женщины. Нужно отмѣтить, что во всѣхъ 28 случаяхъ, гдѣ послѣ удаленія мѣшка были сдѣланы операціи на глазномъ яблокѣ, нагноенія не получилось. Большинство больныхъ совершенно исчезли изъ наблюденія, у 2—3, показавшихся черезъ $^1/_2$—3 года послѣ операціи, возврата не было. Примѣненіе при операціи *адреналина* значительно облегчаетъ дѣло.

*А. В. Натансонъ* имѣлъ въ одномъ случаѣ панофтальмитъ послѣ вылущенія катаракты, не смотря на предварительное вылущеніе слезнаго мѣшка. Въ другихъ случаяхъ, гдѣ онъ испыталъ перевязку слезныхъ канальцевъ, зараженія не получилось. Проф. *Беллярминовъ* и д-ръ *Шредеръ* также считаютъ перевязку канальцевъ болѣе надежной, чѣмъ удаленіе мѣшка передъ операціями на глазномъ яблокѣ. Да и докладчикъ указалъ, что послѣ удаленія мѣшка зараженіе въ нѣкоторыхъ случаяхъ держится довольно долго въ слезныхъ путяхъ, и по прошествіи нѣсколькихъ недѣль обнаруживаются скрытые гнойники. Поэтому черезъ 2—3 недѣли послѣ удаленія слезнаго мѣшка нельзя дѣлать операціи на глазномъ яблокѣ, и требуется установить болѣе продолжительный срокъ.

*С. Н. Ложечниковъ* не согласенъ съ мнѣніемъ *А. В. Натансона*, что перевязка слезныхъ канальцевъ дѣйствуетъ въ смыслѣ предохраненія отъ зараженія лучше, чѣмъ удаленіе слезнаго мѣшка; напротивъ,—послѣдняя операція, по мнѣнію *С. Н.*, представляетъ самое надежное средство въ указанномъ смыслѣ.

*А. В. Натансонъ* считаетъ интереснымъ отмѣтить, что въ большинствѣ случаевъ докладчика оставалось послѣ операціи болѣе или менѣе продолжительное слезотеченіе. Причины этого явленія до сихъ поръ вообще не выяснены.

Въ преніяхъ принимали участіе также д-ра *Правосудъ* и *Адельгеймъ*.

*Н. Г. Правосудъ* показалъ больного, которому по своему способу, предложенному въ апрѣлѣ 1903 г., онъ сдѣлалъ операцію по поводу *symblepharon totale inferior et partiale superior* на лѣвомъ глазу.

*В. П. Страховъ. Случай огнестрѣльной раны глазницы.* (Предъявленіе *Röntgen*'овскихъ снимковъ). Мальчикъ 11 л., за $2^1/_2$ недѣли до изслѣдованія получилъ огнестрѣльную рану правой глазницы (ружье Монтекристо). 4/IX 1903 г.: входное отверстіе между наружной и средней $^1/_3$ верхняго края глазницы, выходного отверстія нѣтъ. V.=0,04 (а черезъ $3^1/_2$ недѣли V=0,1). На *днѣ* глаза вблизи задняго полюса остатки кровоизліянія и разрывъ сосудистой оболочки. *Röntgen*'овскіе снимки показали, что пуля помѣщается въ полости черепа передъ затылочной костью немного вправо отъ средней линіи. Больной послѣ раненія былъ въ обморокѣ, но скоро пришелъ въ себя; одинъ разъ была рвота. Теперь со стороны нервной системы никакихъ разстройствъ, мальчикъ ни на что не жалуется. Докладчикъ полагаетъ, что пуля, попавъ въ полость черепа, не повредила мозга, а обошла по боковой стѣнкѣ и засѣла сзади.

*Ю. О. Гольдендахъ* припомнилъ подобный случай, наблюдавшійся 35 лѣтъ тому назадъ въ Екатерининской больницѣ.

Нѣсколько замѣчаній было сдѣлано *К. Л. Адельгеймомъ*.

*А. И. Масленниковъ. Случай сосудистой опухоли глазницы, оперированной по Krönlein'у.* (Въ передачѣ докладчика). Настоящій случай имѣлъ мѣсто въ глазномъ отрядѣ въ Малмыжскомъ уѣздѣ Вятской губ. лѣтомъ 1903 г. Больная Н. У., крестьянская дѣвица, 20 л., обратилась въ отрядъ по поводу сильнаго выпячиванія лѣваго глаза. Первые признаки выпячиванія замѣтила года 4 тому назадъ; выпячиваніе развивалось постепенно и всё время прямо впередъ; въ концѣ зимы 1903 г. больная стала ощупывать какую то опухоль между яблокомъ и наружнымъ краемъ глазницы; глазъ никогда не косилъ; двоенія предметовъ не было, боли никогда не ощущала. Правый глазъ нормаленъ; V=1,0; R=E. Лѣвый сильно выпяченъ: при изслѣдованіи сбоку верхушка роговицы кажется на одной прямой со спинкой носа; глазная щель вдвое шире таковой на правомъ глазу; при смыканіи вѣкъ глазъ закрывается вполнѣ; при оттягиваніи кверху верхняго вѣка яблоко выступаетъ впередъ до экватора. Глазъ выпяченъ прямо впередъ; подвижность его не нарушена и совершается въ нормальныхъ предѣлахъ; среды прозрачны; на днѣ картина не сильно выраженнаго застоя соска; V=0,9; H 1,25 D. Подъ соединительной оболочкой яблока снаружи видна желтоватая, дольчатая мягкая масса—жировая клѣтчатка глазницы; при ощупываніи черезъ вѣки снаружи и сверху между краемъ орбиты и яблокомъ прощупывается опухоль, плотная, со слегка бугристой поверхностью; при давленіи она не спадается, біенія въ ней не ощущается; при движеніи яблока опухоль—неподвижна; непосредственнаго перехода опухоли въ стѣнку глазницы при ощупываніи не отмѣчается; при выслушиваніи области глазницы никакихъ шумовъ не слышно. Выпячиваніе глаза прямо впередъ при отсутствіи смѣщенія въ сторону и нормальная подвижность заставляли предполагать опухоль внутри мышечной воронки, а нормальная острота зрѣнія (0,9) при небольшихъ явленіяхъ застоя на днѣ глаза показывали, что новообразованіе не стоитъ въ связи со зрительнымъ нервомъ и его оболочками. При этомъ опухоль предполагалась въ передней $^1/_2$ орбиты, такъ какъ, во 1-хъ, передняя часть опухоли прощупывалась, во 2-хъ, присутствіе опухоли и въ самой глубинѣ воронкообразной глазницѣ вызвало-бы болѣе рѣзкія явленія со стороны зрительнаго нерва и мышцъ глаза. Эти соображенія позволяли думать, что, сдѣлавъ помощью операціи *Krönlein*'а доступнымъ осмотру все содержимое глазницы, можно удалить всю опухоль, не рискуя повредить зрительный нервъ и при томъ—что очень важно—оперировать, руководствуясь все время зрѣніемъ. Природа новообразованія, конечно, могла быть только предполагаемой, при чемъ медленный ростъ опухоли, указывалъ, что имѣется сравнительно доброкачественное новообразованіе, а это еще болѣе укрѣпляло надежду на прочный результатъ операціи. Мягкія части разсѣчены полукруглымъ разрѣзомъ, выпуклостью обращеннымъ кнаружи; внутренняя надкостница наружной стѣнки отдѣлялась очень легко, изсѣченіе костной наружной стѣнки глазницы также не представляло затрудненій; какъ только изсѣченный кусокъ кости былъ отведенъ кнаружи, изъ глубины глазницы стала сильно выпирать внутрь надкостница, по разсѣченіи которой обнаружена бугристая темносиняя опухоль сверху снаружи и сзади яблока; опухоль удалена въ 2 пріема; при разрѣзаніи она спадалась, при чемъ изъ ея полостей вытекала густая бурая кровянистая жидкость; опухоль не была спаяна ни съ яблокомъ, ни съ мышцами; къ зрительному нерву она только прилегала, но не была спаяна съ его оболочками. По удаленіи опухоли внутренняя надкостница расправлена, но не сшита; костный кусокъ легко приложенъ на мѣсто; мягкія части сшиты; выпячиваніе рѣзко уменьшилось тотчасъ послѣ операціи; вѣки сомкнуты швомъ. Дальнѣйшее заживленіе безъ осложненій 1-мъ натяженіемъ; швы сняты на 6-ой день. Первыя $1^1/_2$—2 недѣли держался очень большой отекъ вѣкъ и соединительной оболочки; подвижность верхняго вѣка первыя $1^1/_2$ недѣли совершенно отсутствовала, а движенія глаза были очень ограничены; выпячиваніе глаза первыя 2 недѣли слегка было замѣтно, а черезъ 4—5 недѣль послѣ операціи исчезло вовсе; подвижность яблока и верхняго вѣка значительно улучшилась, хотя черезъ 5 недѣль была еще нѣсколько ограничена; острота зрѣнія таже 0,8—0,9. Застой на днѣ исчезъ. Опухоль при микроскопическомъ изслѣдованіи оказалась пещеристой кровяной опухолью (haemangioma cavernosum); полости величиной до $^1/_2$ сант. были наполнены кровью; многія полости были выполнены тромбами; въ иныхъ мѣстахъ тромбы представляли картину организаціи; въ центрѣ опухоли—много новообразованной соединительной ткани; вся опухоль величиной до $2^1/_2$ сант. въ длину и 1 сант. въ ширину. Въ литературѣ имѣется всего только 9 случаевъ кавернозныхъ ангіомъ глазницы, оперированныхъ по *Krönlein*'у; изъ нихъ въ случаѣ *Knapp*'а зрѣніе послѣ операціи улучшилось; случай докладчика представляется первымъ, гдѣ операція произведена надъ глазомъ съ нормальнымъ зрѣніемъ.

*А. А. Маклаковъ* показалъ *карманные шрифты для изслѣдованія остроты зрѣнія, составленные д-ромъ Кубли.*

*С. Н. Ложечниковъ* считаетъ ихъ излишними, такъ какъ они не отличаются ни точностью, ни полнотой и кромѣ того очень дороги (3 р. 50 к.). *К. В. Снегиревъ.*

## LXXXVII. Изъ Общества нейропатологовъ и псиxіатровъ при Московскомъ Университетѣ.

(Засѣданіе 19-го марта).

*В. К. Ротъ* показалъ 3-хъ больныхъ съ отмѣченнымъ имъ *своеобразнымъ признакомъ, наблюдаемымъ при офтальмоплегіяхъ* различнаго происхожденія. 2 изъ этихъ больныхъ были уже показаны Обществу нѣсколько лѣтъ назадъ. 1-ый больной,

Digitized by Google

съ двусторонними гнѣздами размягченія въ полушаріяхъ, задѣвшими центральные пути черепныхъ нервовъ, не можетъ смотрѣть по приглашенію вверхъ, внизъ, вправо, но эти движенія изрѣдка совершаются толчкообразно, невзначай; обыкновенно больному удается выполнить приглашеніе смотрѣть влѣво, въ особенности если онъ представляетъ себѣ предметъ съ лѣвой стороны. Если заставить больного медленно слѣдить за пальцемъ, то ему удаются до нѣкоторой степени движенія вверхъ и внизъ. Рѣзче замѣтенъ результатъ скопляющихся импульсовъ у 2-го, очень интеллигентнаго, больного съ остановившейся хронической ядерной офтальмоплегіей (хроническій полиэнцефаломіэлитъ). Произвольныя движенія совершаются у него очень медленно, какъ-бы съ треніемъ, и только вправо и кверху получается намекъ на движеніе; книзу движенія немного объемистѣе, влѣво-же совершенно невозможны. Если-же больной слѣдитъ за медленно двигающимся пальцемъ, то глаза его какъ-бы приковываются къ нему и движутся вмѣстѣ съ пальцемъ и вверхъ, и внизъ, и влѣво, лишь-бы движенія были медленны, такъ какъ небольшіе остатки мышцъ не въ состояніи быстро поворачивать глазное яблоко. Въ этомъ случаѣ ясно, что одного психомоторнаго импульса недостаточно, чтобы вызвать необходимую степень возбужденія въ ядрахъ глазодвигательныхъ нервовъ; но, если присоединяется отраженный импульсъ со стороны зрительнаго нерва, то возбужденіе периферическаго нейрона оказывается достаточнымъ для того, чтобы получилось сокращеніе соотвѣтствующихъ мышцъ.—Въ 3-мъ случаѣ наблюдается то же явленіе; здѣсь процессъ носитъ разлитой характеръ; небольшая гумма въ области ядра отводящаго нерва съ правой стороны вызвала параличъ соотвѣтствующей мышцы, а также лѣвой внутренней прямой и легкій параличъ всего лицевого нерва; послѣдній исчезъ подъ вліяніемъ специфическаго лѣченія, а движенія глазъ улучшились въ томъ смыслѣ, что, когда больной слѣдитъ за пальцемъ, то оба глаза поворачиваются вправо такъ, что радужная оболочка доходитъ до угла глаза; безъ фиксированія пальца, одного лишь усилія воли больного недостаточно, чтобы заставить глаза его повернуться вправо, хотя-бы онъ представлялъ себѣ здѣсь предметъ, на который онъ долженъ взглянуть. Участіе въ болѣзненномъ процессѣ лицевого нерва, вѣроятно, зависѣло отъ пораженія его колѣна (лемнискъ, пирамидный путь, тройничный нервъ не были задѣты), такъ что ядро отводящаго нерва, несомнѣнно, участвовало здѣсь въ процессѣ, хотя надо допустить участіе волоконъ центральнаго нейрона, идущихъ къ отводящему нерву и къ лѣвой внутренней прямой мышцѣ глаза.

*В. И. Семидаловъ* показалъ больную съ явленіями *псейдоафазической спутанности сознанія*. Указавъ на то, что псейдоафазическая спутанность, какъ нарисовалъ ее *Meynert*, складывается изъ явленій спутанности сознанія и псейдоафазическихъ разстройствъ, докладчикъ показалъ больную, у которой въ 1902 г. появилась боль при мочеотдѣленіи и въ области правой почки. Въ январѣ 1903 г. у нея былъ отекъ въ лицѣ, и моча отдѣлялась съ трудомъ. 14/xii 1903 г. въ Бахрушинской больницѣ найдено увеличеніе правой границы сердца, болѣзненное мочеотдѣленіе и болѣзненность при надавливаніи въ области почекъ, ознобъ и повышенная (до 37°,7) температура. Съ 3/i 1904 г.—жалобы на болѣзненное ощущеніе въ горлѣ и подергиванія въ животѣ; съ 9/i—безсонница; съ 23/i—подавленное состояніе и «молчаливость», а къ вечеру того-же дня бредъ, «голоса» и «видѣнія»; съ 24/i по 28/i—возбужденіе, пугливость, вскрикиванья, зрительныя галлюцинаціи. Помѣщенная 28/i въ психіатрическую больницу, больная представляла картину спутанности сознанія, пугливости и обильныхъ зрительныхъ галлюцинацій. До 18/ii сознаніе ея было неясное, и она совсѣмъ не могла опознаться въ окружающемъ; были галлюцинаціи зрѣнія, слуха и обонянія. Въ рѣчи, послѣ первыхъ 3-хъ дней по поступленіи, замѣчены мало уловимыя разстройства съ характеромъ заиканія и затрудненія въ нахожденіи словъ. Съ 18/ii при улучшившемся сознаніи, но не совсѣмъ еще ясномъ—такомъ, какое оно у нея и теперь—при рѣдкихъ галлюцинаціяхъ (иллюзіяхъ) зрѣнія и слуха, при недовѣрчивости и нѣкоторой враждебности ко всему больничному, разстройство рѣчи у больной сводится къ слѣдующимъ явленіямъ: 1) частыя подергиванія въ области подъязычныхъ и жевательныхъ мышцъ, вслѣдствіе чего рѣчь носитъ судорожный (заикающійся) характеръ съ многократнымъ повтореніемъ слоговъ; 2) намѣреваясь высказать какую-нибудь мысль, больная не находитъ многихъ словъ для ея выраженія, при чемъ пользуется подсказаннымъ словомъ, произнося его вѣрно; часто употребляетъ неподходящія къ дѣлу слова, искажая ихъ до неузнаваемости; 3) наибольшія разстройства рѣчи выражаются тогда, когда дѣло касается какого-либо сложнаго факта изъ жизни больной. Въ такихъ случаяхъ она совсѣмъ не можетъ разсказать факта, сбивается, путается и приходитъ къ совершенно неожиданнымъ результатамъ; при этомъ понимаетъ всѣ обращенные къ ней вопросы и показываетъ при изслѣдованіи всѣ предметы въ отдѣльности. Высказаться болѣе подробно по поводу этого случая, относимаго къ псейдо-афазической спутанности *Meynert*'а, докладчикъ намѣренъ въ одномъ изъ ближайшихъ засѣданій.

*П. А. Преображенскій* и *М. С. Маргулисъ*. *Къ ученію о полиміозитѣ*. Докладчики сообщили слѣдующій случай. Больная, 25 л., поступила въ отдѣленіе нервныхъ болѣзней въ Старо-Екатерининской больницѣ 20/ii 1903 г., жалуясь на затрудненіе при ходьбѣ. Плохо владѣла руками. Заболѣла 6 мѣс. назадъ. Заболѣванію предшествовала «простуда». Сначала появилось ограниченіе движеній въ ногахъ. Обѣ ноги опухли; затѣмъ опухоль въ нихъ исчезла, но осталась твердость и напряженность мышцъ. Тоже повторилось и съ руками. Въ теченіи всего этого времени у больной были сильныя ломящія боли въ рукахъ и въ ногахъ; кровотеченіе изъ носа. Вслѣдствіе сильной слабости больная не вставала съ постели; скоро замѣтила худобу въ рукахъ. Со стороны наслѣдственности ничего особеннаго отмѣтить не удалось. Сифилисъ и алкоголизмъ отрицаются. Питаніе плохое. Голова нѣсколько свисаетъ на грудь. Сплошное исхуданіе въ области обоихъ плечъ; въ предплечьяхъ оно менѣе рѣзко; питаніе мышцъ кистей достаточное. Сгибательное сведеніе пальцевъ обѣихъ рукъ. Активныя движенія во всѣхъ сочлененіяхъ рукъ очень ограничены, особенно въ проксимальныхъ частяхъ; при сопротивленіи сила движеній наименьшая. Ригидности нигдѣ нѣтъ. Ноги отечны; исхуданія въ нихъ нѣтъ; активныя движенія въ колѣнныхъ суставахъ ограничены и совершаются съ усиліемъ, въ тазобедренныхъ—невозможны. Встать сама съ постели больная не можетъ. На ощупь мышцы конечностей плотны и напряжены. При давленіи мышцы и нервы неболѣзненны. При глотаніи жидкая пища иногда попадаетъ въ носъ. Движенія небной занавѣски и сокращенія дужекъ вялы; сухожильныхъ рефлексовъ съ 2- и 3-главыхъ мышцъ на обѣихъ рукахъ нѣтъ; колѣнные рефлексы ослаблены съ обѣихъ сторонъ. Всѣ виды чувствительности сохранены вполнѣ. Возбудимость мышцъ фарадическимъ токомъ очень понижена. Реакціи перерожденія не было. Перебои въ сердцѣ. Измѣненія въ легочныхъ верхушкахъ. Въ дальнѣйшемъ появились боли въ мышцахъ спины; слабость наростала съ каждымъ днемъ; движенія ограничивались все больше и больше: развились припадки сердечной слабости; появились обильные поты. Біопсія правой икроножной мышцы. Вечернія повышенія температуры. На кожѣ были экзематозныя и петехіальная высыпи. Въ послѣдніе дни жизни развились лимфангоиты на рукахъ. Бульбарныя явленія постепенно усиливались. Колѣнные рефлексы исчезли совершенно. Рѣзкая сердечная слабость. 28/v смерть при явленіяхъ паралича сердца. Анатомическое распознаваніе: полиміозитъ; подострая бугорчатка легкихъ; просовидная бугорчатка плейръ и почекъ; острое набуханіе селезенки. Макроскопически мышцы имѣли цвѣтъ рыбьяго мяса, и измѣненіе это распространялось на всю толщу ихъ; на ощупь онѣ были плотныя, нѣкоторыя мышцы были атрофированы. Пораженіе было разлитое и захватывало всѣ мышцы. Для микроскопическаго изслѣдованія были взяты спинной и головной мозгъ, периферическіе нервы и кусочки изъ 27 различныхъ мышцъ туловища и конечностей, а также и кусочки всѣхъ внутреннихъ органовъ. Въ спинномъ и головномъ мозгу измѣненія оказались только въ клѣткахъ (при окраскѣ по *Nissl*'ю). Въ нервахъ измѣненій не обнаружено. Патолого-анатомическій процессъ въ мышцахъ въ общемъ заключался въ слѣдующемъ: различная толщина мышечныхъ волоконъ; волокна въ стадіи простой атрофіи, съ рѣзкой поперечной полосатостью и размноженіемъ ядеръ сарколеммы, при чемъ эти-же волокна часто червеобразно извиты; очень часто попадаются волокна въ стадіи восковиднаго перерожденія, а также волокна распавшіяся; распаденіе волоконъ на диски (фрагментація); иногда волокна представляютъ картину зернистаго распада, наполняющаго сарколемму. Только въ немногихъ мышцахъ волокна лежатъ тѣсно другъ съ другомъ, большею-же частью мышечные пучки раздѣлены соединительной или жировой тканью, и въ ней замѣтно много клѣточныхъ элементовъ; сосуды соединительной ткани очень многочисленны. Въ нѣсколькихъ мышцахъ туловища и конечностей часто встрѣчались бугорки. Въ легкихъ—творожистая пнеймонія и свѣжіе бугорки. Такимъ образомъ процессъ въ этомъ случаѣ съ патолого-анатомической точки зрѣнія является и паренхиматознымъ, и межуточнымъ. Тотъ и другой начались, по видимому, одновременно, чрезъ посредство сосудовъ, за что говорятъ повсемѣстный склерозъ сосудовъ и пораженіе всѣхъ поперечно-полосатыхъ мышцъ. Происхожденіе этого процесса докладчики склонны объяснять обращеніемъ въ крови токсина, который и производилъ свое вредоносное дѣйствіе на мышечную ткань. Въ общемъ измѣненія мышцъ не представляютъ ничего характернаго для полиміозита. Измѣненія въ клѣткахъ спинного и головного мозга объясняются истощеніемъ и бугорчаткой. Что касается патогенеза и этіологіи болѣзни въ разныхъ случаяхъ, то они не вездѣ одинаковы; иногда дѣло сводится къ зараженію, въ другихъ случаяхъ—къ самоотравленію. Рѣзкой границы между вторичными и первичными формами, въ смыслѣ *Unverricht*'а, въ настоящее время провести нельзя. Совпаденіе бугорчатки и полиміозита часто; надо думать, что въ такихъ случаяхъ, вслѣдствіе ослабляющихъ причинъ или врожденной слабости, мышечная система представляетъ locus minoris resistentiae организма; токсины бугорчатки, обращаясь въ крови, всего легче проявляютъ свое дѣйствіе въ этихъ ослабленныхъ частяхъ организма; смотря по степени и глубинѣ дѣйствія токсиновъ, въ мышцахъ или можетъ вспыхнуть самостоятельный воспалительный процессъ, или-же измѣненія эти остаются въ скрытномъ состояніи, пока какое-либо случайное заразное начало или какая-нибудь другая вредоносная причина не дадутъ толчка къ бурному развитію воспаленія въ мышцахъ.

*В. А. Муратовъ*, спросивъ у докладчиковъ, какая форма легочной бугорчатки наблюдалась у больной, и получивъ отвѣтъ, что у нея были пещеры въ легкихъ, замѣтилъ, что здѣсь можно говорить о смѣшанномъ зараженіи; поэтому, необходимо было произвести бактеріологическое изслѣдованіе содержимаго пещеры; при зараженіи стрептококковомъ въ организмѣ создается наклонность къ паренхиматознымъ измѣненіямъ. Необходимо, говоря объ этіологіи болѣзни, выяснить, съ какими заразными началами приходится имѣть дѣло.

Digitized by Google

*П. А. Преображенскій* замѣтилъ, что въ виду того, что небольшая пещера развилась у больной только подъ конецъ жизни, а при поступленіи въ больницу у нея пещеръ не было, полиміозитъ-же развился за нѣсколько мѣсяцевъ до того, т. е., въ то время, когда ни о какихъ стрептококкахъ въ пещерѣ не могло быть и рѣчи, нужно думать, что въ данномъ случаѣ единственное доказанное зараженіе—бугорчатка; анамнезъ больной не даетъ никакого указанія на существованіе предъ заболѣваніемъ какого-либо другого зараженія.

*Г. И. Прибыткову* не ясно, каково въ данномъ случаѣ вліяніе бугорчатки; вполнѣ возможно, что полиміозитъ развился отъ какой-либо другой заразной болѣзни, а бугорчатка развилась уже впослѣдствіи. *С. Сухановъ.*

## РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

### *Труды 15-го губернскаго Съѣзда членовъ врачебно-санитарныхъ организацій Московскаго Земства. 1902. Вып. I, 266 стр. Вып. II. 607+931 стр. Москва. 1903 г. Ц. 5 р.*

Труды Съѣздовъ земскихъ врачей Московской губ. давно уже пріобрѣли право на особое къ нимъ вниманіе. Въ нихъ, дѣйствительно, встрѣчается и много интереснаго и поучительнаго по вопросамъ не только теоретическимъ, но и практическимъ въ смыслѣ постановки врачебно-санитарнаго дѣла. По богатству такого матеріала, по обстоятельному разсмотрѣнію вопросовъ, подлежащихъ обсужденію Съѣздовъ, не только спеціально земскихъ, но и по организаціи медицинской помощи въ г. Москвѣ и на фабрикахъ, вышедшіе «Труды» выдѣляются особо. Было заслушано 19 делегатскихъ докладовъ, тогда какъ на прежнихъ Съѣздахъ ихъ бывало не болѣе 15, при чемъ делегатскіе доклады были очень обстоятельны и составлены по обширной программѣ, давая полное представленіе объ организаціи медицинскаго дѣла не только земскаго, но и городского и на фабрикахъ. Въ происходившихъ послѣ каждаго доклада преніяхъ вопросы эти еще болѣе дополнялись и освѣщались съ различныхъ сторонъ. Независимо отъ делегатскихъ докладовъ, Съѣзду было представлено 25 докладовъ и сообщеній, изъ которыхъ нѣкоторые, за совершеннымъ недостаткомъ времени, не были заслушаны, но всѣ помѣщены въ вышедшихъ «Трудахъ». Нѣкоторые изъ разсматриваемыхъ вопросовъ были заслушаны въ 1-й разъ. Такъ впервые на этомъ Съѣздѣ былъ разобранъ вопросъ о борьбѣ съ дѣтской смертностью (вып. I, 213—222). Хотя Съѣздъ и не предпринялъ по этому дѣлу практическихъ и немедленныхъ мѣръ, тѣмъ не менѣе намѣчены «широкія перспективы и пути» для будущихъ работъ Съѣзда. Далѣе, впервые-же подробно обсуждался вопросъ о школьномъ приваркѣ. Намѣченъ былъ планъ осуществленія этого дѣла, при чемъ признаны необходимыми какъ мѣстная самодѣятельность, такъ и участіе общественныхъ органовъ. По вопросу объ организаціи фабричной медицины и соотношеніи ея съ земскою выяснилось, что настоящее состояніе фабричной медицины въ Московской губ. представляется въ дов. безотрадномъ видѣ, за нѣкоторыми лишь исключеніями, и что реорганизація въ этомъ отношеніи настоятельно необходима; единственно раціональной формой этой реорганизаціи является передача всего дѣла въ руки земства путемъ переложенія натуральной повинности фабрикъ на денежную. Между тѣмъ, Съѣздъ призналъ необходимость отмѣны п. 5. ст. 105 Устава о промышленности, предоставляющаго фабриканту право нарушить договоръ съ рабочимъ въ случаѣ обнаруженія у послѣдняго заразной болѣзни. Дѣйствительно, статья эта является не только огромнымъ тормазомъ въ дѣлѣ медицинской помощи рабочимъ, но и не гуманной. Далѣе, Съѣздъ призналъ желательнымъ выдачу не менѣе $^1/_2$ заработной платы рабочимъ за время ихъ пребыванія въ больницѣ; признано желательнымъ участіе фабричныхъ инспекторовъ и фабричныхъ врачей въ засѣданіяхъ санитарныхъ Совѣтовъ. По вопросу о распространеніи гигіэническихъ знаній, между прочимъ, постановлено—признать желательнымъ возбудить ходатайство о предоставленіи общественнымъ учрежденіямъ и училищнымъ Совѣтамъ права свободнаго выбора книгъ по естествознанію и медицинѣ для пользованія въ начальныхъ школахъ, народныхъ библіотекахъ и при народныхъ чтеніяхъ, изъ числа всѣхъ, разрѣшенныхъ общей цензурой; признано необходимымъ внесеніе въ программу курсовъ для учителей естествознанія и гигіэны. По вопросу о желательныхъ измѣненіяхъ и дополненіяхъ существующихъ обязательныхъ санитарныхъ постановленій постановлено, что въ цѣляхъ дальнѣйшаго улучшенія санитарнаго состоянія фабрикъ и заводовъ необходимо изданіе, кромѣ дѣйствующихъ теперь, спеціальныхъ обязательныхъ постановленій для каждаго изъ наиболѣе распространенныхъ и вредныхъ для здоровья рабочихъ промысловъ съ точно опредѣленными нормами и съ обращеніемъ, по возможности, должнаго вниманія на самую технику, способы и орудія производства.

Не имѣя возможности въ краткой замѣткѣ начертить все интересное въ «Трудахъ» Съѣзда, позволю себѣ предложить интересующимся земско-санитарными вопросами обратиться непосредственно къ этой книгѣ. *Д. Никольскій.*

## ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1161. Въ Томскомъ Университетѣ *удостоены званія врача* 22 лица («Сибирская Жизнь», 29 мая).

1162. Проф. *А. И. Лебедевъ* избранъ *почетнымъ членомъ* акушерскаго Общества въ Лейпцигѣ и Общества чешскихъ врачей въ Прагѣ.

1163. Военно-окружной медицинскій инспекторъ Виленскаго округа *М. Ф. Вознесенскій* переведенъ на эту же должность въ Кіевскій военный округъ.

1164. Еще одно высшее техническое учебное заведеніе вводитъ курсъ преподаванія профессіональной гигіэны—это *Петербургскій Политехническій Институтъ*. Съ осени настоящаго года на Экономическомъ отдѣленіи, для студентовъ III-го курса будетъ введенъ *обязательный курсъ профессіональной гигіэны* и съ осени 1905 г. такой-же курсъ—для студентовъ IV-го курса электротехническаго отдѣленія. Преподавателемъ приглашенъ д-ръ *Д. П. Никольскій.*

1165. Мы слышали, что ч. преп. Военно-Медицинской Академіи *П. П. Авроровъ* назначается *э. профессоромъ общей патологіи въ Томскій Университетъ.*

1166. Въ *казенную консультацію врачи* управленіемъ Кавказскихъ водъ на текущій сезонъ приглашены: проф. Харьковскаго Университета *Я. А. Анфимовъ*, проф. Кіевскаго Университета *К. Э. Вагнеръ*, ч. пр. В.-Медицинской Академіи *В. Ф. Сигристъ*, д-ръ *Д. А. Парышевъ*, проф. В.-Медицинской Академіи *М. С. Субботинъ* и д-ръ *Ф. К. Трапезниковъ* («Казбекъ», 5 іюня).

1167. Проф. Новороссійскаго Университета, *А. В. Богдановъ* приглашенъ управленіемъ Кавказскихъ минеральныхъ водъ *на должность Пятигорскаго старшаго врача* («Казбекъ», 5 іюня).

1168. По словамъ «Приазовскаго Края», *директоромъ Пятигорской группы минеральныхъ водъ вмѣсто В. В. Хвощинскаго* назначается инженеръ Вагнеръ, состоящій начальникомъ юго-восточнаго горнаго округа.

1169. 27-го мая врачи г. Рязани *чествовали товарищеской трапезой* отправлявшихся на Дальній Востокъ товарищей: *П. А. Арбекова, П. В. Вербицкаго, В. П. Воскресенскаго, Е. Е. Збруева, В. П. Кравкова, П. А. Пистермана, А. Д. Сухова, А. И. Тимошенко* и *В. Н. Фортунатова* («Рязанскій Листокъ», 30 мая).

1170. Общество невропатологовъ и психіатровъ при Московскомъ Университетѣ, какъ любезно сообщилъ намъ глубокоуважаемый секретарь его, ч. пр. *С. А. Сухановъ*, въ засѣданіи 21-го минувшаго мая предложило *темою для сочиненія на премію имени А. Я. Кожевникова* вопросъ—*Взаимная связь между бугорчаткою и душевными разстройствами.* Срокъ подачи работы—1-е марта 1906 года; размѣръ преміи 500 р.

1171. Синодъ разослалъ 3 мая въ многія духовныя консисторіи *циркулярное предложеніе объ оказаніи духовнымъ вѣдомствомъ* дѣйствительной и сколь возможно существенной *помощи* въ дѣлѣ *призрѣнія больныхъ и раненыхъ воиновъ* съ Дальняго Востока. Согласно предложенію этому, раненые и больные будутъ размѣщены въ больницахъ при монастыряхъ и при духовныхъ учебныхъ заведеніяхъ.

1172. На *плавучій госпиталь «Орелъ»*, снаряжаемый въ Марселѣ на средства, пожертвованныя французами, назначенъ *хирургомъ* старшій врачъ 17-го флотскаго экипажа и консультантъ морского госпиталя *Я. Я. Мультановскій* («Новое Время», 10 іюня).

1173. По подсчету англійской газеты «Daily Chronicle», *общее число выбывшихъ изъ строя* до 9/22 іюня, считая въ томъ числѣ потери въ послѣднемъ сраженіи при Вафангоу у русскихъ—7767, у японцевъ—7442. Въ цифры эти не включены послѣднія потери японцевъ при потопленіи ихъ транспортовъ.

1174. По словамъ «Харбинскаго Вѣстника», *на рѣкѣ Сунгари* устроены *плавучіе госпитали Краснаго Креста* на 2 баржахъ. Каждая баржа оборудована на 130—140 коекъ. Въ верхнемъ надпалубномъ помѣщеніи устроены офицерскія палаты, перевязочная, аптека, ванная, столовая, комната дежурныхъ врачей и помѣщеніе для 10 сестеръ милосердія. Въ трюмѣ находятся общія палаты; спускъ больныхъ совершается при помощи лифта. При баржахъ буксирный пароходъ, въ которомъ помѣщаются 4 врача, 2 студента, 20 сестеръ милосердія и 30 санитаровъ. Въ концѣ іюня въ Харбинѣ будетъ приспособлено еще 10 баржъ подъ плавучіе госпитали.

1175. «Сѣверо-телеграфное агентство» сообщаетъ, будто *Японія заявила* на запросъ Франціи, что она *не считаетъ военноплѣнными врачей* и служащихъ въ «Красномъ Крестѣ» и что желающіе могутъ возвратиться на родину.

1176. Старшимъ врачемъ второго *Саратовскаго санитарнаго отряда*, отправляющагося на Дальній Востокъ, назначенъ д-ръ *Ѳ. Ф. Іорданъ* («Саратовскій Дневникъ», 27 мая).

1177. По телеграфному сообщенію изъ Харбина, тамъ приспособлено *4 вагона для устройства большой походной аптеки* для Манчжурской арміи, сосредоточенной въ Ляоанѣ.

1178. Общество Московско-Казанской ж.-дороги пожертвовало *10000 руб. на сформированіе обеззараживающаго отряда*; для этого отряда Общество предоставило 8 товарныхъ вагоновъ и 2 пассажирскихъ вагона 3 класса («Новое Время», 11 іюня).

1179. Въ настоящее время *въ районѣ дѣйствующей арміи* находится уже *18 лазаретовъ «Краснаго Креста» съ 3535 кроватями*. Именныхъ же коекъ на Дальнемъ Востокѣ находится 1039.

1180. Граф. Е. А. Воронцова-Дашкова представила въ *распоряженіе «Краснаго Креста» бóльшую часть* извѣстнаго *Алупкинскаго дворца* для помѣщенія тамъ больныхъ и раненыхъ, эвакуируемыхъ съ театра войны на южный берегъ Крыма. Расходы по приспособленію помѣщеній и по содержанію части больныхъ владѣтельница дворца беретъ на себя.

1181. Въ *Томскѣ въ университетскомъ общежитіи* приготовлено *165 кроватей для эвакуируемыхъ больныхъ и раненыхъ воиновъ*; оборудованіе и содержаніе этого лазарета приняло на себя мѣстное управленіе Краснаго Креста («Русь», 13 іюня).

1182. *Петербургская духовная Академія* постановила отвести въ своемъ имѣніи, находящемся въ Лубенскомъ имѣніи Полтавской губ., обширное *помѣщеніе для призрѣнія больныхъ и раненыхъ воиновъ* съ Дальняго Востока. Оборудованіе этого помѣщенія, какъ равно и содержаніе больныхъ Академія беретъ на свой счетъ («Новое Время», 12 іюня).

1183. «Русское Слово» (6 іюня) передаетъ, что землевладѣльцы и дачевладѣльцы села Геленджика предлагаютъ свою помощь по устройству и оборудованію *санаторіи для выздоравливающихъ раненыхъ и больныхъ воиновъ* въ томъ случаѣ, если санаторія будетъ открыта въ Геленджикѣ.

1184. Въ дѣлѣ подъ Вафангоу *раненъ* младшій врачъ 33-го Восточно-Сибирскаго стрѣлковаго полка *А. Охотниковъ* («Биржевыя Вѣдомости», 11 іюня).

1185. «Новостямъ» (11 іюня) пишутъ изъ Новогрудка, Минской губ., что мѣстное населеніе устроило *теплые проводы* д-ру *Г. И. Омельченко*, отправлявшемуся на Дальній Востокъ.

1186. «Южное Обозрѣніе» (5 іюня) передаетъ, что по почину владѣлицы мѣстечка Немирово, мѣстнымъ дамскимъ комитетомъ снаряженъ *санитарный лазаретъ на 25 кроватей*, который въ непродолжительномъ времени будетъ отправленъ на Дальній Востокъ.

1187. «Сибирскій Вѣстникъ» (1 іюня), со словъ «Новаго Края», передаетъ, что, по мысли командующаго Манчжурской арміей ген. Куропаткина, при дѣйствующей арміи организованы особые *летучіе санитарные отряды*, изъ коихъ 5 спеціально санитарныхъ и 10 обеззараживающихъ. При каждомъ отрядѣ состоитъ 4 врача, изъ числа спеціалистовъ по бактеріологіи. Каждый отрядъ снабженъ бактеріологической лабораторіей, обеззараживающими камерами, необходимыми приборами и всѣми потребными реактивами для производства самыхъ тщательныхъ бактеріологическихъ изслѣдованій. Цѣль организаціи — предупрежденіе заболѣваній; лѣченіе должно наступить тогда, если не удалось предупредить. Постоянное мѣстонахожденіе отрядовъ — линія желѣзной дороги отъ Харбина до Артура: намѣчено 5 пунктовъ. Точное распредѣленіе ихъ, а равно и увеличеніе количества ихъ поставлено въ зависимость отъ дальнѣйшихъ указаній опыта.

1188. Мѣстное *управленіе Краснаго Креста въ Астрахани* отправило 12 іюня на Дальній Востокъ *2 лазарета на 25 кроватей каждый*. При обоихъ лазаретахъ находится 4 врача, 12 санитаровъ и 10 сестеръ милосердія («Новое Время», 13 іюня).

1189. Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ по отдѣлу народнаго здравія и общественнаго призрѣнія вводятся въ дѣйствіе *новыя наставленія для размѣщенія больныхъ и раненыхъ на попеченіе жителей*. Врачебные районы каждой губерніи раздѣляются на 3 категоріи: къ 1-й принадлежатъ мѣста по линіямъ желѣзныхъ дорогъ, ко 2-й — по линіямъ водяныхъ сообщеній и къ 3-ей — районъ, лежащій внѣ упомянутыхъ путей сообщенія, но соединенный съ ними удобными для проѣзда дорогами. Въ каждый врачебный районъ будутъ поступать больные и раненые, не требующіе госпитальнаго лѣченія и слабосильные, требующіе отдыха послѣ перенесенной болѣзни. Они будутъ размѣщаться у обывателей, которые обязаны имъ дать помѣщеніе съ постелью, продовольствіемъ, и производить мытье бѣлья. За это отъ казны будетъ производиться особое вознагражденіе. Число больныхъ въ каждомъ врачебномъ районѣ разсчитывается по числу врачей, считая по 35-ти человѣкъ въ 1-ой категоріи или 100 человѣкъ 2-ой категоріи. Жилыя помѣщенія на фабрикахъ и заводахъ, села бѣдныя и въ нездоровыхъ мѣстностяхъ, а также тѣсные многолюдные дома признаны непригодными къ размѣщенію больныхъ и раненыхъ («Русскія Вѣдомости», 11 іюня).

1190. Въ 3-емъ № «Журнала Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*» помѣщенъ составленный *И. В. Поповымъ* прочувствованный *некрологъ* незабвеннаго общественнаго дѣятеля *Евграфа Алексѣевича Осипова*; къ статьѣ приложенъ прекрасно исполненный портретъ покойнаго.

1191. Въ настоящее время въ *Институтѣ экспериментальной медицины* д-ромъ *Д. К. Заболотнымъ* производятся *опыты надъ прививкой сифилиса* различнымъ породамъ обезьянъ, при чемъ удалось найти породу, именно Papio babuin, воспріимчивую къ зараженію сифилисомъ и дающую первичныя и вторичныя явленія. Сообщеніе объ этихъ опытахъ будетъ напечатано въ ближайшемъ № «Архива біологическихъ наукъ».

1192. Согласно полученной 15-го іюня телеграммѣ изъ Ляоана отъ уполномоченнаго Краснаго Креста, въ дѣлахъ 1 и 2 іюня подъ Вафангоу, д-ръ *Е. С. Боткинъ* работалъ цѣлый день на артиллерійской позиціи, перевязывая раненыхъ подъ сильнымъ огнемъ. Вообще, какъ и слѣдовало было ожидать, въ настоящую войну, подобно тому какъ и въ прежнія войны и въ другія годины народныхъ бѣдствій, *врачи оказываются на высотѣ своего призванія*, обнаруживая высокое самоотверженіе.

1193. Въ Шлиссельбургѣ произошло въ среднихъ числахъ іюня *массовое отравленіе мороженымъ*. По словамъ «Руси» (16-го іюня), всѣ ѣвшіе мороженое (около 40 человѣкъ), привезенное заѣзжимъ въ Шлиссельбургъ мороженникомъ, спустя нѣсколько часовъ заболѣли при явленіяхъ тяжелаго остраго отравленія. Мы были бы очень признательны, если бы кто-либо изъ Шлиссельбургскихъ товарищей, знающихъ это дѣло, сообщилъ намъ подробности упомянутаго массоваго отравленія.

1194. Въ «Журналѣ Общества Русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*» (№ 3) помѣщено слѣдующее *«обращеніе ко всѣмъ врачамъ, писавшимъ по общественнымъ врачебно-санитарнымъ вопросамъ»*: Въ 1890 г. Обществомъ русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова* былъ изданъ «Библіографическій указатель по земско-медицинской литературѣ» по 1889 г. включительно. За послѣднія 15 лѣтъ литература по общественной — земской, городской и сельской — врачебно-санитарной части увеличилась очень значительно и, вѣроятно, превзошла объемомъ все написанное за первыя 25 лѣтъ существованія общественной медицины. При обиліи этихъ работъ и статей, къ тому же разбросанныхъ по различнымъ спеціальнымъ и общимъ журналамъ и мѣстнымъ изданіямъ — земскимъ сборникамъ, хроникамъ, трудамъ съѣздовъ и Обществъ и пр., — представляется крайне затруднительнымъ находить необходимые источники для работы по тѣмъ или другимъ вопросамъ. Поэтому IX-ый Пироговскій Съѣздъ, по предложенію проф. *М. Я. Капустина*, постановилъ просить Правленіе продолжать изданіе «Библіографическаго указателя» по общественной медицинѣ. Для составленія этого «Указателя» будутъ просмотрѣны всѣ спеціальные и общіе журналы и мѣстныя изданія. Но чтобы облегчить нѣсколько эту работу и сдѣлать ее возможно полнѣе, безъ существенныхъ пропусковъ, Правленіе, приступая къ составленію «Указателя», проситъ всѣхъ лицъ, писавшихъ по вопросамъ земской, городской, сельской, фабричной, желѣзнодорожной и др. медицины и санитаріи, прислать подробный списокъ всѣхъ своихъ работъ, начиная съ 1890 г., съ указаніемъ у каждой статьи числа страницъ, года, № или мѣсяца изданія, гдѣ она была напечатана. Своевременная присылка такихъ списковъ ускоритъ составленіе и печатаніе «Указателя». Вмѣстѣ съ тѣмъ Правленіе проситъ также присылать, вмѣстѣ со списками, всѣ работы, статьи, отчеты, отдѣльные оттиски по общественно-медицинскимъ вопросамъ; эти книги послужатъ для пополненія имѣющейся у Общества библіотеки [1]. Правленіе убѣдительно проситъ другія изданія, спеціальныя и общія, перепечатать это обращеніе.

1195. *Департаментъ полиціи затребовалъ* отъ Правленія Пироговскаго Общества «по встрѣтившейся надобности»: 1) *всѣ изданія Пироговскаго Общества*; 2) «труды» Коммиссіи по организаціоннымъ вопросамъ общественной медицины; 3) списки членовъ всѣхъ собиравшихся въ Москвѣ съѣздовъ, и 4) обсуждавшійся на VIII съѣздѣ докладъ о страхованіи сельско-хозяйственныхъ рабочихъ отъ несчастныхъ случаевъ, на время болѣзни и на случай смерти. — Изданія Общества въ числѣ 45 отдѣльныхъ томовъ и выпусковъ были отправлены по назначенію, при чемъ разъяснено, что списки членовъ Московскихъ Съѣздовъ напечатаны въ препровождаемыхъ «Дневникахъ»; что же касается доклада о страхованіи рабочихъ, то Правленіе указало, что такого доклада на VIII-мъ съѣздѣ не было («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова», № 3).

1196. Сенаторъ Е. Ф. Турау обратился въ Правленіе Пироговскаго Общества *съ просьбою выслать ему*, для исполненія возложеннаго на него Высочайшаго порученія, протоколы засѣданій Организаціоннаго Комитета, *труды*, доклады и пр. *послѣдняго IX-го Пироговскаго съѣзда*. Правленіе сообщило, что всѣ протоколы и доклады находятся у Организаціоннаго Комитета въ Петербургѣ («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова» № 3).

1197. На обсужденіе Рязанскаго санитарнаго Совѣта губернскимъ гласнымъ А. К. Дворжакомъ недавно былъ предложенъ слѣдующій интересный вопросъ. А. К. Дворжакъ указалъ на послѣдніе опыты *Roux* и *Мечникова* съ прививками сифилиса обезьянамъ и на ограниченность имѣющихся въ распоряженіи этихъ ученыхъ средствъ. Въ виду сильнаго распространенія въ Рязанской губ. сифилиса, вопросъ о борьбѣ съ нимъ не можетъ не интересовать губ. земства. «Если-бы вопросъ объ этомъ былъ возбужденъ, то *губ. земство*, можетъ быть, признало-бы возможнымъ *оказать* хотя-бы небольшую *матеріальную поддержку въ цѣляхъ дальнѣйшихъ опытовъ по выработкѣ прививокъ отъ сифилиса*. Имена *Мечникова* и *Roux* ручаются за серьезную постановку дѣла». Предложеніе А. К. Дворжака вызвало въ Совѣтѣ весьма оживленный обмѣнъ мнѣній, и въ итогѣ Совѣтъ нашелъ, что внесеніе этого вопроса въ земское Собраніе отъ себя — несвоевременно, но, имѣя въ виду весь громадный вредъ отъ сифилиса и всю трудность борьбы съ нимъ, Совѣтъ призналъ крайне желательнымъ участіе земства въ поддержкѣ научныхъ изслѣдованій, направленныхъ къ изысканію средствъ для борьбы съ сифилисомъ («Врачебно-санитарная хроника Рязанской губ.», № 3).

1198. Сенатъ разъяснилъ, что *врачебное губернское начальство не можетъ уволить своей властью врача, назначеннаго ю-*

[1] Адресъ Правленія: Москва, Дѣвичье поле, Трубецкой пер., д. № 10.

Digitized by Google

*родской управой*, но должно сообщить ей о неправильныхъ дѣйствіяхъ врача, обнаруженныхъ врачебной ревизіей, и предложить городской управѣ принять мѣры къ устраненію безпорядковъ и привлеченію виновныхъ къ законной отвѣтственности («Вѣстникъ Ярославскаго Земства», № 9).

1199. Петербургское общественное Управленіе рѣшило изъ послѣдняго 30-ти милліоннаго займа употребить около *3½ милліоновъ рублей на улучшеніе и перестройку нѣкоторыхъ городскихъ больницъ*. Изъ этой суммы уже ассигновано *200000 руб. на постройку новыхъ бараковъ* въ Пантелеймоновской больницѣ на станціи Удѣльной («Русь», 15 іюня).

1200. Въ Петербургскомъ городскомъ общественномъ Управленіи возбужденъ вопросъ *о прибавкѣ къ содержанію думскихъ и санитарныхъ врачей* черезъ каждое 5-лѣтіе. Прибавки проэктируются по прослуженію не менѣе 10 лѣтъ («Новое Время» 11 іюня).

1201. Съ половины апрѣля, *въ физической лабораторіи В.-Медицинской Академіи* ведутся, подъ руководствомъ ассистента при каѳедрѣ физики, д-ра *Н. А. Орлова*, *практическія занятія по рентгеноскопіи и рентгенографіи*. Участвуютъ въ занятіяхъ врачи, прикомандированные къ Академіи.

1202. Кіевскій городской голова, исполняя порученіе думы, въ особомъ письмѣ на имя предсѣдателя *Кіевскаго Общества врачей* выразилъ искреннюю *признательность городского управленія* этому обществу за исполненный послѣднимъ трудъ по разработкѣ *проэкта обязательныхъ постановленій для г. Кіева относительно устройства жилыхъ* помѣщеній и подваловъ, каковой проэктъ, по точному выраженію городского головы въ текстѣ благодарственнаго письма, имѣетъ громадное общественное значеніе («Кіевская Газета», 3 іюня).

1203. 6 іюня состоялось въ Кіевѣ *открытіе городской санаторіи для чахоточныхъ* въ дачномъ поселкѣ «Пуща-Водица», гдѣ въ настоящее время уже закончено устройство первой серіи бараковъ. Санаторія будетъ находиться въ вѣдѣніи Кіевскаго Общества для борьбы съ бугорчаткой и чахоткой, предсѣдателемъ котораго состоитъ проф. *К. Г. Тритшель*. Средства на устройство бараковъ для санаторіи, главнымъ образомъ, пожертвованы Л. И. Бродскимъ («Кіевская Газета», 3 іюня).

1204. Въ августѣ настоящаго года состоится *въ Ялтѣ открытіе пансіона при Ялтинской мужской гимназіи, назначеннаго для слабыхъ здоровьемъ воспитанниковъ*, нуждающихся въ лучшихъ климатическихъ условіяхъ. Часть денегъ на постройку зданія пансіона собрана была по всероссійской подпискѣ (именно 12114 руб.), другая часть, именно 33515 руб. составилась изъ частныхъ пожертвованій черезъ посредство строительной коммиссіи; изъ средствъ государственнаго казначейства отпущено 197000 руб. При пансіонѣ построено отдѣльное зданіе лазарета на 12 кроватей. Число мѣстъ въ пансіонѣ—60. Годовая плата за полное содержаніе и обученіе пансіонера 560 руб. Согласно условіямъ пріема, въ пансіонъ принимаются «дѣти и юноши малокровные, рахитичные, предрасположенные къ заболѣваніямъ или страдающіе послѣдствіями таковыхъ и, вообще слабые, но отнюдь не больные; страдающіе же бугорчаткой или другой заразной болѣзнью не будутъ приниматься». Врядъ ли, однако, удастся на дѣлѣ осуществить во всѣхъ случаяхъ указанный выборъ предрасположенныхъ къ бугорчаткѣ отъ уже бугорчаточныхъ.

1205. *Московское городское Управленіе*, заботясь о возможности освобожденія больницъ отъ больныхъ, переполняющихъ ихъ, выработало совершенно *новый планъ эвакуаціи больницъ*. Оно предполагаетъ устроить убѣжища въ пустыхъ городскихъ зданіяхъ для больныхъ, за которыми не потребуется особенно тщательнаго ухода. Со временемъ намѣреваются эти убѣжища устраивать въ городскихъ подмосковныхъ имѣніяхъ («Новое Время», 10 іюня).

1206. При *переселенческомъ пунктѣ въ Благовѣщенскѣ* сформированъ *госпиталь на 150 кроватей*. Приспособленіе помѣщенія и оборудованіе госпиталя возложено на д-ра *I. Д. Прищепенко* («Русь» 15 іюня).

1207. «Донская Рѣчь» (8 іюня) передаетъ, что Общество Донскихъ врачей на послѣднемъ засѣданіи своемъ сдѣлало единодушное постановленіе—послать д-ру *П. Н. Забусову* по поводу происшедшаго съ нимъ инцидента резолюцію слѣдующаго содержанія. «Многоуважаемый товарищъ! Общество Донскихъ врачей въ г. Новочеркасскѣ, ознакомившись на засѣданіи 5 іюня изъ протокола Общества врачей Закаспійской области съ возмутительнымъ насиліемъ, произведеннымъ надъ вами начальникомъ Закаспійской казачьей бригады генералъ-маіоромъ Ковалевымъ, обманомъ завлекшимъ васъ въ свою квартиру подъ предлогомъ подачи ему медицинской помощи, сочло своимъ нравственнымъ долгомъ выразить вамъ, почтенный товарищъ, *искреннее сочувствіе* по поводу полученнаго вами тяжкаго оскорбленія и высказать негодованіе на такое дикое проявленіе самоволія, которое безконечно унижаетъ совершающаго его надъ беззащитнымъ человѣкомъ и которое невозможно въ сколько-нибудь интеллигентномъ обществѣ».

1208. 1 іюня освящена новая *больница* на 30—35 коекъ желѣзнаго рудника д-ра *С. Н. Колачевскаго* въ Весело-Терновской волости, Верхнеднѣпровскаго уѣзда. Устраивая такую большую больницу, хозяинъ-врачъ имѣлъ въ виду оказывать медицинскую помощь всѣмъ, безъ исключенія, окрестнымъ жителямъ. Въ настоящее (военное) время больница предполагаетъ удѣлять 10 коекъ для больныхъ и раненыхъ на Дальнемъ Востокѣ («Приднѣпровскій Край», 4 іюня).

1209. Въ помѣщенной въ «Свѣтѣ» (13 іюня) статьѣ съ громкимъ названіемъ «*самопомощь русскому воину при заболѣваніяхъ во время похода*» С.-Петербургское благотворительное общество послѣдователей гомеопатіи оповѣщаетъ, что оно «изготовило маленькія аптечки въ 10 средствъ для первоначальной самопомощи русскому воину, съ наставленіемъ какъ пользоваться. Цѣна аптечки 3 рубля». Вѣроятно, для вящщаго соблазна «русскихъ воиновъ». Тутъ-же указывается, что «при усталости необходимо принимать арнику и арсеникъ», «если голова горитъ, въ вискахъ стучитъ, кожа суха и горяча, сохнетъ во рту—принимать аконитъ», и т. д. Благотворительное гомеопатическое общество назначило, однако за «маленькую аптечку въ 10 средствъ», въ билліонномъ, вѣроятно, разведеніи,—не особенно благотворительную и далеко не гомеопатическую цѣну въ 3 рубля.

1210. Въ началѣ будущаго года въ Тифлисѣ будетъ созванъ *совѣщательный Съѣздъ желѣзнодорожныхъ врачей*, съ цѣлью ознакомить членовъ Съѣзда съ условіями горныхъ санаторій и для осмотра прилегающихъ курортовъ. Въ программу занятій съѣзда вносятся слѣдующіе вопросы: 1) алкоголизмъ и мѣры противъ его распространенія между служащими на желѣзныхъ дорогахъ; 2) постановка дѣла акушерской помощи на желѣзныхъ дорогахъ; 3) распространеніе сифилиса на желѣзныхъ дорогахъ; 4) венерическія болѣзни среди желѣзнодорожныхъ служащихъ и мѣры борьбы съ ними; 5) объ устройствѣ горныхъ санаторій въ предѣлахъ Закавказской желѣзной дороги; 6) о примѣненіи патронажа въ призрѣніи душевно-больныхъ; 7) бытовые вопросы жизни желѣзнодорожныхъ служащихъ: а) квартиры натурою и квартирное довольствіе, б) служебныя помѣщенія, нормальные типы дежурныхъ комнатъ, комнаты для отдыха и для рабочихъ помѣщеній, минимальныя нормы таковыхъ и в) графики работъ и ихъ отношеніе къ штатамъ служащихъ въ связи съ невозможностью имѣть всегда на лицо работу полнымъ штатомъ (за болѣзнью, отпускомъ, уходомъ со службы); 8) о переутомленіи желѣзнодорожныхъ служащихъ и 9) о перевозкѣ грузовъ (кожи и проч.), могущихъ распространять заразу на желѣзныхъ дорогахъ («Виленскій Вѣстникъ», 9 іюня).

1211. *Саратовское Общество борьбы съ дѣтской смертностью*, какъ видно изъ Отчета его за первый годъ существованія, выдало безплатно около *50000 флаконовъ пастеризированнаго молока* болѣе, чѣмъ 700 дѣтямъ груднаго возраста. Раздача молока производилась въ 6 пунктахъ города.

1212. Согласно *проэкту новаго аптекарскаго устава* отъ поступающихъ въ аптекарскіе ученики будетъ требоваться свидѣтельство объ окончаніи 6 классовъ гимназіи; ищущіе-же степени магистра фармаціи должны будутъ представить свидѣтельство объ окончаніи полнаго курса средняго учебнаго заведенія. Проэктъ новаго устава разосланъ Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ въ городскія Думы для предварительнаго заключенія.

1213. Въ настоящее время *въ Кронштадтѣ*, въ мясныхъ складахъ морскихъ командъ производится въ большихъ размѣрахъ *посолка мяса по американскому способу Morgan'а*. Солонина изготовляется *для нуждъ морского и военнаго вѣдомства*. Посолка ведется подъ непосредственнымъ наблюденіемъ 3-хъ врачей—*Н. О. Осипова*, *Д. Т. Вержбицкаго* и *В. А. Таранухина* и 3-хъ ветеринаровъ. Способъ Morgan'а заключается во впрыскиваніи непосредственно въ аорту (со стороны лѣваго сердца) только-что убитаго животнаго разсола до тѣхъ поръ, пока разсолъ не станетъ вытекать изъ праваго сердца. Составъ разсола слѣдующій: на 60 ведеръ прокипяченой воды 1 пудъ сахара, 18 пудовъ поваренной соли, 36 фунтовъ натронной селитры и 4 фунта фосфорной кислоты. Вся процедура превращенія быка въ просоленое состояніе продолжается отъ 8 до 12 минутъ. Ежедневно приготовляется такимъ образомъ отъ 20 до 25 быковъ.

1214. «Биржевыя Вѣдомости» (14 іюня) передаютъ, что Петербургскимъ санитарнымъ надзоромъ постановлено *убрать колоды для лошадей и уничтожить стоянки извозчиковъ вблизи мѣстъ, гдѣ производится рыночный торгъ съ лотковъ*. Надъ мѣстами извозчичьихъ биржъ въ лѣтнее время вьются въ безчисленномъ количествѣ мухи, которыя, перелетая, садятся на лотки съ съѣстными продуктами, расположенные вблизи. Вслѣдствіе этого мясо и другіе съѣстные припасы, засиженные мухами, быстрѣе портятся и иногда служатъ источниками заразы.

1215. Въ «Русскомъ Словѣ» (8 іюня) приведены данныя *о положеніи Московскихъ городскихъ больницъ*. Въ городскихъ больницахъ общее количество кроватей равняется 4434. Во всѣхъ больницахъ въ теченіи первыхъ 5 мѣсяцевъ нынѣшняго года имѣлись свободныя мѣста, и количество ихъ колебалось въ слѣдующихъ предѣлахъ: въ январѣ—отъ 180 до 329, въ февралѣ—отъ 246 до 374, въ мартѣ—отъ 262 до 761, въ апрѣлѣ—отъ 344 до 736 и въ маѣ—отъ 222 до 383. Нужно замѣтить, что количество зарегистрованныхъ въ больницѣ отказовъ не показываетъ настоящаго размѣра дѣйствительныхъ отказовъ. Во 1-хъ, въ больницахъ записываются всѣ случаи, когда отказывается лицамъ, ошибочно явившимся на пріемъ въ данную больницу и направленнымъ въ другія. Большой % отказовъ даютъ тѣ лица, которыя не нуждаются въ больничномъ лѣченіи, а ищутъ въ ней лишь пропитанія и прожитія; еще больше получаетъ отказовъ огромная масса больныхъ венерическими болѣзнями, направляемыхъ для лѣченія въ амбуляторіи, какъ являющіяся наиболѣе цѣлесообразной мѣрой для лѣченія этого рода заболѣваній. Несомнѣнно, на % отказовъ могутъ вліять и отказы пріѣзжимъ въ Москву. Что такихъ пріѣзжихъ Московскія больницы прини-

Digitized by Google

маютъ немало, доказываютъ слѣдующія цифры: въ 1901 г. число пріѣзжихъ больныхъ составляло 10,2%, въ 1902 г. 11,3% и въ прошломъ году—12,8%. Интересна также цифра больныхъ изъ фабричныхъ и заводскихъ рабочихъ. За послѣдніе 3 года такихъ больныхъ перебывало въ больницахъ—49940, 53345 и 58664 чел.; принимая во вниманіе, что въ родильныхъ пріютахъ была оказана помощь въ 13476 случаяхъ, всего коечная помощь была оказана 72140 чел. Въ амбуляторіяхъ было принято въ 898645 случаяхъ посѣщеній—411867 больныхъ. Интересна также въ этой запискѣ цифра, указывающая, сколько тратитъ городъ на врачебно-санитарную часть: она равняется 4651435 р. 47 коп. и составляетъ 23% всей суммы расходовъ.

1216. Въ Оренбургѣ открыта *дѣтская лѣтняя здравница* («Оренбургская Газета», 6 іюня).

1217. По словамъ «Сибирскаго Вѣстника» (4 іюня), Нижегородская уѣздная земская Управа возбудила ходатайство *о допущеніи на должность фельдшера* въ Нижегородскій уѣздъ доктора медицины Цюрихскаго Университета *М. М. Шоуръ*, имѣющаго въ зачетѣ 5 семестровъ медицинскаго факультета Казанскаго Университета. Ходатайство это, въ виду существующихъ на этотъ предметъ правилъ, врачебнымъ отдѣленіемъ губернскаго правленія отклонено.

1218. Въ засѣданіи *Парижской Академіи Наукъ* 20 іюня проф. *И. И. Мечниковъ* избранъ въ *члены-корреспонденты* по отдѣлу анатоміи и зоологіи на свободное мѣсто, которое занималъ покойный проф. *А. О. Ковалевскій* («Le Matin», 21 іюня).

1219. *Директоромъ Pasteur'овскаго Института* въ Парижѣ избранъ д-ръ *Roux*, помощниками директора—*Chamberland* и *И. И. Мечниковъ*.

1220. На освободившуюся *въ Женевскомъ Университетѣ каѳедру клинической хирургіи* (за выходомъ въ отставку проф. *Gulliard*'а) *Совѣтъ Университета пригласилъ* извѣстнаго швейцарскаго хирурга *A. Reverdin*'а, состоящаго профессоромъ Женевской поликлиники. *Reverdin* отвѣтилъ отказомъ и остался во главѣ организованной имъ поликлиники («Gazette médicale de Paris», 18 іюня).

1221. Въ Парижѣ появилась въ свѣтъ *на международномъ языкѣ Esperanto извѣстная брошюра проф. Fournier*—«Нашимъ сыновьямъ когда имъ будетъ 18 лѣтъ». Переводъ сдѣланъ д-ромъ *Rodet*. Заглавіе этой брошюры на новомъ языкѣ слѣдующее: «Por piaj filoj kiam ih estos dek-okjaraj». Не думаемъ, чтобы для тѣхъ, кто знаетъ французскій языкъ, новый искусственный языкъ esperanto составилъ-бы облегченіе.

1222. Небывалая стачка—*стачка гробовщиковъ* имѣла мѣсто въ концѣ мая въ португальскомъ городѣ Малага. Подъ вліяніемъ установленія правительствомъ новаго налога на гробы, всѣ гробовщики города устроили стачку и заперли свои магазины, выставивши на дверяхъ объявленія «requiescat in pace». Въ теченіи недѣли, пока продолжалась стачка, трупы хоронились безъ гробовъ; ихъ зашивали въ мѣшки и въ такомъ видѣ вывозили на кладбище («Revue française de médecine», № 23).

1223. На мѣсто умершаго въ Берлинѣ профессора психіатріи и нервныхъ болѣзней *Jolly* назначенъ проф. *Ziehen* (изъ Halle).

1224. На мѣсто вышедшаго въ отставку проф. *Gusserow*'а въ Берлинѣ назначенъ проф. *Bum*.

1225. Извѣстный французскій хирургъ *Doyen* выставилъ свою *кандидатуру въ Палату депутатовъ* на мѣсто умершаго д-ра *Dubois* («Gazette médicale de Paris», 18 іюня).

1226. Проф. *R. Koch возвратился въ Берлинъ* изъ своей поѣздки въ Трансвааль, гдѣ онъ пробылъ около 1½ года, по приглашенію англійскаго правительства, для изученія нѣкоторыхъ мѣстныхъ болѣзней людей, рогатаго скота и лошадей («Deutsche medicinische Wochenschrift», 16 іюня).

1227. Въ Wiesbaden'ѣ въ непродолжительномъ времени откроется, какъ передаютъ «Биржевыя Вѣдомости» (8 іюня), *здравница для русскихъ раненыхъ офицеровъ* подъ руководствомъ проф. *Noorden*'а.

1228. Медицинскій факультетъ въ Вѣнѣ сдѣлалъ первые шаги къ открытію спеціальной каѳедры радіологіи, учредивъ 3 приватъ-доцентуры по этой спеціальности, на которыя избраны д-ра *Leopold Freund*, *Robert Kienböck* и *Guido Holzknecht* («The Journal of the American Medical Association», 4 іюня).

1229. *Rue du docteur Liébeault*—такъ названа въ Nancy улица, гдѣ жилъ недавно умершій глава Nancy'йской школы гипнологіи («The Journal of the American Medical Association», 4 іюня).

1230. Полиція въ Padova накрыла, какъ передаетъ «Journal de médecine de Paris» (12 іюня), своеобразное коммерческое предпріятіе—*торговлю человѣческими скелетами*, въ которой уличенъ одинъ служащій при мѣстномъ медицинскомъ факультетѣ.

1231. Въ паркѣ Вѣнской лѣчебницы Alland торжественно открытъ 12 іюня бюстъ проф. *Schrötter*'а, работы J. Benk'а («Medicinische Blätter», 16 іюня).

1232. *Послѣднія вѣсти о чумѣ* (по «The British Medical Journal», 18 іюня). Въ Индіи за двѣ первыхъ недѣли мая умерло 41607 и 35413 человѣкъ, изъ каковыхъ чиселъ 373 и 265 смертей далъ городъ Bombay, 2335 и 1623 Bombay'скій округъ, 171 и 134 Calcutta, 2229 и 1303 Сѣверо-Западныя провинціи и Oudh, 34685 и 30723 Punjab, 313 и 221 Kachmir, 175 и 123 Karachi, 296 и 100 Центральная Индія. Болѣзнь появилась и въ Aden'ѣ, гдѣ 15 мая обнаружено 3 смертельныхъ случая. Южная Африка: изъ мѣстностей Капской колоніи чума за недѣли по 14 и 21 мая имѣлась только въ Port Elizabeth'ѣ, гдѣ заболѣло 1 и 2 (европейцы), а умерло 0 и 1; въ Transvaal'ѣ за недѣли по 28 мая и 4 іюня свѣжихъ случаевъ обнаружено 5 и 2, а смертей 3 и 0. Hong-Kong за недѣли по 28 мая и 6 іюня далъ 27 и 36 случаевъ, а смертей 27 и 37. Qweensland (Австралія): 8 апрѣля 1 случай чумы обнаруженъ въ Brisbane,—первый съ 18 февраля. Перу: по телеграммѣ изъ Guayaquil'я, бубонная чума быстро распространяется въ Puyta, гдѣ 10 іюня умерло отъ нея 10 человѣкъ и гдѣ она вызвала панику.

1233. *Сожиганіе труповъ* примѣнено *въ Парижѣ* за 1903 годъ въ 6628 случаяхъ, противъ 6710 случаевъ въ 1902 году. На кладбищѣ Père-Lachaise приготовляется хорошо обставленная сожигальница («The British Medical Journal», 18 іюня).

1234. Въ Glasgow'скомъ Университетѣ обсуждался недавно вопросъ *о допущеніи женщинъ ко всѣмъ занятіямъ на медицинскомъ факультетѣ вмѣстѣ съ мужчинами*, но рѣшенъ отрицательно («The Lancet», 18 іюня).

1235. По свѣдѣніямъ «The Medical Age» (25 мая), крупные фабриканты самокатовъ прилагаютъ всѣ усилія къ тому, чтобы оживить *самокатный спортъ*, за послѣдніе годы вышедшій изъ моды.—Мода модою, но гигіэническое, а отчасти и лѣчебное значеніе ѣзды на самокатѣ не подлежатъ сомнѣнію.

1236. *Умерли:* 1) 10 іюня въ Москвѣ *Николай Яковлевичъ Шкоттъ*, одинъ изъ популярнѣйшихъ въ Москвѣ спеціалистовъ по носовымъ, горловымъ и ушнымъ болѣзнямъ («Русское Слово», 11 іюня).—2) Въ Кіевѣ *В. Добкевичъ* («Kronika lekarska», 15 іюня).—3) Въ Варшавѣ *К. Северинъ* (тамъ-же).—4) Въ Лозаннѣ извѣстный французскій нейропатологъ *Gilles de la Tourette*.

Въ дополненіе къ извѣстію о смерти *Э. Г. Павликовскаго* (см. № 23, стр. 866) приводимъ слѣдующій его некрологъ, любезно присланный намъ проф. *Л. Г. Беллярминовымъ*. Въ г. Гатчинѣ 29-го мая, послѣ продолжительной и тяжкой болѣзни, скончался д-ръ *Э. Г. Павликовскій*. Покойный родился въ 1857 г. По окончаніи курса въ В.-Медицинской Академіи въ 1883 г. онъ въ теченіи 2-хъ лѣтъ былъ ассистентомъ въ Николаевской дѣтской больницѣ въ Петербургѣ, гдѣ основательно изучилъ педіатрію, которую впослѣдствіи онъ и избралъ своею спеціальностью. Послѣ этого *Э. Г.* перешелъ на службу въ Гатчинскій Сиротскій Институтъ, гдѣ и состоялъ врачемъ до самой смерти. Посвятивъ себя практической дѣятельности, покойный преимущественно интересовался отдѣломъ дѣтскихъ болѣзней, по каковой спеціальности имѣлъ обширнѣйшую практику не только въ Гатчинѣ и ея окрестностяхъ, но и въ Петербургѣ. Научно и клинически образованный, *Э. Г.* среди своихъ повседневныхъ занятій живо слѣдилъ за успѣхами медицины, посвящая весь свой отдыхъ литературнымъ занятіямъ и примѣняя въ своей практикѣ всѣ добытыя наукой новыя данныя. Какъ товарищъ, *Э. Г.* былъ благороднѣйшихъ и идеальнѣйшихъ убѣжденій: ни о комъ никогда нельзя было услышать отъ него дурного слова; онъ всѣхъ извинялъ, всѣмъ прощалъ, никого не порицалъ, не смотря на то, что всѣ и всегда его обходили, особенно по службѣ. За всѣхъ онъ хлопоталъ, просилъ, ходатайствовалъ, только не за себя. «Не могу: это—выше моихъ силъ; языкъ не поворачивается», говорилъ онъ мнѣ, какъ своему другу, когда я его упрекалъ, что онъ мало заботится о себѣ и нигдѣ не ищетъ лучшаго мѣста, повышенія и т. д. Эта скромность и была причиной того, что *Э. Г.* болѣе 20 лѣтъ оставался младшимъ врачемъ Гатчинскаго Института, въ то время, какъ его товарищи, даже и гораздо моложе его, перегоняли его на служебномъ поприщѣ. Но трудно было перегнать его въ другомъ, а именно—въ любви къ людямъ, къ больнымъ и особенно къ дѣтямъ. Въ этомъ у него было немного соперниковъ. Чуткій къ чужому горю, къ несчастію, мягкій, всегда ласковый и наружно веселый, онъ повсюду вносилъ съ собой атмосферу любви, успокоенія, утѣшенія. Врачуя физически по правиламъ науки, онъ врачевалъ и нравственно, психическимъ вліяніемъ, благотворно дѣйствуя уже однимъ своимъ присутствіемъ не только на своихъ маленькихъ больныхъ, но и на ихъ окружающихъ, часто болѣющихъ нравственно не менѣе самимъ больныхъ. Онъ вкладывалъ всю свою душу въ интересы больного и его семьи и былъ въ полномъ смыслѣ слова безсребренникомъ. При своей огромной практикѣ онъ получалъ гроши. Съ утра до поздней ночи (я самъ былъ тому свидѣтелемъ, живя въ Гатчинѣ цѣлое лѣто) онъ ѣздилъ къ больнымъ, дѣлая по 15—20 визитовъ въ день, не различая ни бѣдныхъ, ни богатыхъ, ни т. наз. простыхъ, ни знатныхъ. Пользуя бѣдныхъ безплатно, онъ помогалъ имъ деньгами и лѣкарствами. Гатчинскія аптеки (мнѣ это доподлинно извѣстно) не разъ выражали удивленіе, получая рецепты, подписанные д-ромъ *Павликовскимъ* съ прибавленіемъ: «отпустить въ мой счетъ». Изъ своего скуднаго заработка *Э. Г.* откладывалъ строго опредѣленный % «на бѣдныхъ» и даже предъ самой смертью, предчувствуя ее, завѣщалъ раздать бѣднымъ то, что на ихъ долю имъ было отложено, не смотря на то, что семья его осталась безъ всякихъ средствъ. Тяжелый недугъ незамѣтно подкрадывался къ *Э. Г.*, подтачивая его силы, надорванныя непомѣрнымъ трудомъ. *Э. Г.* стоически боролся съ тяжкой болѣзнью и покорялся неумолимо надвигавшемуся концу. Похороны *Э. Г.* были по истинѣ грандіозныя. Вся Гатчина, окрестностность ея, много пріѣзжихъ изъ Петербурга собрались отдать послѣдній долгъ покойному. Огромная толпа народа провожала его гробъ до могилы. Тутъ можно было видѣть, какъ любили и чтили *Э. Г.* люди разныхъ положеній. Слезы искренняго горя виднѣлись на всѣхъ лицахъ. На могилѣ произнесена была прочувствованная рѣчь, характеризовавшая покойнаго, какъ врача и человѣка.

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Русскіе.

**Русскій журналъ кожныхъ и венерическихъ болѣзней.** Февраль. T. VII. № 2. 1904 г.

1. **И. М. Гиммель.** *Морфологія, патологическая анатомія и бактеріологія въ дерматологіи.* Вступительная лекція. 2. **А. И. Поспѣловъ.** *Къ терапіи фолликулитовъ кожи.* Угри, ихъ діагнозъ отличительный отъ сифилитическихъ сыпей и леченіе. 3. **Н. Н. Дьячковъ.** *Три случая мягкаго шанкра на ручныхъ пальцахъ.* Описаніе случаевъ. 4. **Онъ-же.** *Два случая множественныхъ мягкихъ шанкровъ.* Описаніе случаевъ. 5. **B. Motz** и **J. Bartrina.** *Къ ученію о гнойникахъ промежности и разлитыхъ флегмонахъ уретральнаго происхожденія.* Клиническая лекція. 6. **В. Лѣсеневичъ.** *О лѣченіи мужского безсилія въ старину.* Приводится рецептъ изъ книги Вадерика Португальскаго.

Мартъ. T. VII. № 3.

1. **А. М. Кудишъ.** *Краткая замѣтка объ эпидеміи сибирской язвы во 2-мъ Поповскомъ участкѣ Бугульминскаго уѣзда Самарской губ. и нѣсколько словъ по поводу лѣченія ея.* Краткое описаніе эпидеміи. 2. **В. М. Кудишъ.** *Favus-dermatomycosis favosa.* Одинъ случай съ рисункомъ больного. 3. **В. К. Дидрихсонъ.** *Два случая нервнаго сифилиса.* Описаніе случаевъ. 4. **И. П. Дедюринъ.** *Къ вопросу о лѣченіи Ungu-argenti colloidal. Credé венерическихъ бубоновъ.* (Не окончена). 5. **B. Motz** и **J. Bartina.** *Къ ученію о гнойникахъ промежности и разлитыхъ флегмонахъ уретральнаго происхожденія.* (Продолженіе).

**Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины.** Февраль.

1. **Н. Г. Фрейбергъ.** *Профессіональная отвѣтственность врачей.* Къ вопросу объ отвѣтственности врача въ различные моменты его врачебной дѣятельности. 2. **Е. С. Хундадзе.** *Къ вопросу о состояніи крови въ сердцѣ при задушеніи.* Нахожденіе въ сердцѣ безцвѣтныхъ плотныхъ свертковъ крови не исключаетъ предположенія о быстромъ наступленіи смерти отъ асфиксіи, если при этомъ есть другіе признаки на лицо. 3. **В. А. Таранухинъ.** *Къ вопросу о специфическихъ осадкахъ противочумныхъ сыворотокъ.* Предварительное сообщеніе. 4. **И. Д. Астраханъ.** *Объ осмотрахъ рабочихъ на фабрикахъ и заводахъ.* Авторъ считаетъ поголовный осмотръ могущественнымъ средствомъ для борьбы съ сифилисомъ и венерическими болѣзнями. 5. **В. А. Таранухинъ.** *Къ вопросу о распознаваніи видовъ крови на основаніи сывороточной пробы.* Преципитирующія специфическія свойства кровяной сыворотки автору удалось сохранить въ теченіе $2^1/_2$ лѣтъ. 6. **П. Аляâдинъ.** *Объ амбулаторной выдачѣ пастеризованнаго молока здоровымъ и больнымъ дѣтямъ.* Выдача молока уменьшила смертность грудныхъ дѣтей съ 57% до $8^1/_2$%. 7. **П. Лащенковъ.** *Значеніе гидрата окиси желѣза въ дѣлѣ очистки питьевыхъ водъ.* Біологическія свойства фильтровъ по наблюденіямъ автора повышаются вслѣдствіе прибавленія къ очищаемой водѣ желѣза.

Мартъ.

1. **В. И. Гребенщиковъ.** *Предварительные разсчеты по устройству эмеритально-пенсіонной кассы для врачей.* Разсчетъ приводитъ къ неутѣшительнымъ результатамъ. 2. **А. Крикливый.** *Малярія въ м. Кагызманѣ Карсской области.* Эпидеміологическій очеркъ. 3. **I. В. Полякъ.** *Городскія смѣты и гигіэна.* Только лишь города Западной Европы приближаются по мнѣнію автора къ нормѣ общественнаго здравоохраненія. 4. **С. А. Олиховъ.** *Къ вопросу о микроскопическомъ отличіи костей человѣка и животныхъ.* Авторъ полагаетъ возможнымъ различать микроскопически кости животныхъ отъ костей человѣка. 5. **Р. Н. Шоръ.** *Медико-санитарныя условія работъ на каменноугольныхъ рудникахъ.* Медико-санитарное описаніе.

#### Сербскіе.

**Медицинска Бесѣда.** Апрѣль. Г. VIII. Кн. 4.

1. **В. Т. Драмовъ.** *Заразителнитѣ болести.* Объ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. 2. **Лассаръ.** *Хигиена и болести на кожата.* Гигіэна кожныхъ болѣзней. 3. **П. Вруарделъ.** *Международна борба съ охтиката.* 4. **Т. Г. Корнигъ.** *Хигиена на цъломъждрието.*

#### Англійскіе.

**The British Gynaecological Journal.** Февраль. T. XIX. № 76.

1. **Robert Hugh Hodgson.** *Incarcerated irreducible femoral hernia in a woman.* Ущемленная невправимая бедренная грыжа у женщины. 2. **Inglis Parsons.** *Radical cure of a recurrent ventral hernia.* Радикальное лѣченіе рецидивирующей грыжи брюшныхъ стѣнокъ. 3. **Bedford Fenwick.** *The treatment of dysmenorrhoea and sterility, due to stenosis of the cervix, by incision.* Лѣченіе разстройствъ мѣсячныхъ и безплодія, происходящаго отъ съуженія шейки матки. 4. **Mendes de Leon.** *A source of infection during operateon hitherto not sufficiently recognised.* Источникъ зараженія во время операціи.

**Tuberculosis.** Мартъ. T. III. № 3.

1. **Armaingaud.** *De la nécessité de rendre obligatoire l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux.* Къ вопросу о необходимости изолировать туберкулезныхъ больныхъ въ госпиталяхъ. 2. **C. C. L. G. Budde.** *Ein neues Verfahren zur Sterilisierung der Milch.* Рекомендуется стерилизація посредствомъ озона.

#### Нѣмецкіе.

**Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte.** T. XX. Тетр. 3.

1. **Fritz Schaudinn.** *Generations-und Wirtswechsel bei Tripanosoma und Spirochaete.* Предварительное сообщеніе къ вопросу о біологіи трипанозомъ. 2. **S. Prowazek.** *Die Entwickelung von Herpetomonas.* Исторія развитія чужеяднаго Herpetomonas. 3. **M. Hertel.** *Über Geflügelcholera und Hühnerpest.* Экспериментальное изслѣдованіе надъ куриной холерой и чумой. 4. **Otto Sackur.** *Zur Kenntniss der Blei-Zinnlegierungen.* Сравненіе физическихъ свойствъ солей свинца и цинка. 5. **Eduard Polenske.** *Eine neue Methode zur Bestimmung des Kokosnussfettes in der Butter.* Новый способъ открытія кокосоваго жира въ коровьемъ маслѣ. 6. **Svante Arrhenius.** *Die Anwendung der physikalischen Chemie auf die Serumtherapie.* Примѣненіе физической химіи къ сывороточному лѣченію.

**Archiv für die gesammte Physiologie des Menschen und der Thiere.** Мартъ. T. CII. Тетр. 1 и 2.

1. **H. Dreser.** *Ueber das 1,3—Dimethylxanthin und seine diuretische Wirkung beim gesunden Menschen.* Физіологическое дѣйствіе диметилксантина на здоровомъ человѣкѣ. 2. **K. Bürker.** *Blutplättchen und Blutgerinnung.* Экспериментальное изслѣдованіе по вопросу о роли кровяныхъ пластинокъ въ процессѣ свертыванія крови. 3. **Oscar Loew.** *Ueber den Zusammenhang zwischen Labilität und Activität bei den Enzymen.* Свойства бродилъ и вліяніе на нихъ формальдегида. 4. **L. Marchlewski.** *Zur Geschichte der Entdeckung der chemischen Verwandtschaft von Chlorophyll und Blutfarbstoff.* Историческая справка. 5. **Biberfeld.** *Beiträge zur Lehre von der Diurese.* Опыты на кроликахъ по вопросу о мочеотдѣленіи.

Тетр. 3 и 4.

1. **R. Magnus.** *Versuche am überlebenden Dünndarm von Säugethieren.* Изслѣдованіе сократительности гладкихъ мышцъ въ вырѣзанномъ кускѣ кишечника. 2. **Jacques Loeb.** *Ueber dynamische Umstände, welche bei der Bestimmung der morphologischen Polarität der Organismen mitwirken.* Опыты надъ гидроидными полипами. 3. **Hermann Braeuning.** *Zur Kenntniss der Wirkung chemischer Reize.* Опыты надъ лягушками. Изучалось вліяніе растворовъ солей и кислотъ на кожу и мышцы. 4. **M. v. Vintschgau.** *Wirkung der Wärme auf das Froschherz nach Anlegung linearer Quer-und Längsquetschungen.* Нагрѣваніе съ послѣдовательнымъ охлажденіемъ не измѣняетъ сердечной дѣятельности въ вырѣзанномъ сердцѣ лягушки. 5. **Rudolf Höber.** *Weitere Mittheilungen über Ionenpermeabilität bei Blutkörperchen.* Измѣненіе свойствъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ надъ вліяніемъ углекислоты. 6. **Albert Müller.** *Beiträge zur Kenntniss von den Schutzeinrichtungen des Darmtractes gegen spitze Fremdkörper.* Приспособленія, съ помощью которыхъ кишечникъ предохраняетъ себя отъ колющаго дѣйствія острыхъ предметовъ, заложены въ самой стѣнкѣ органа.

**Archiv für Hygiene.** T. XLIX. Тетр. 1.

1. **A. Plehn.** *Die Ergebnisse der neuesten Forschungen auf dem Gebiet der Malariaepidemiologie.* Новѣйшія эпидеміологическія данныя по вопросу о болотной лихорадкѣ. 2. **Felix Lewandowsky.** *Ueber das Wachstum von Bakterien in Salzlösungen von hoher Konzentration.* Экспериментальное изслѣдованіе по вопросу о вліяніи растворовъ солей различной крѣпости на ростъ микроорганизмовъ. 3. **Fritz Levy.** *Hygienische Untersuchungen über Mehl und Brot.* Бактеріологическое изслѣдованіе хлѣбной закваски.

Тетр. 2.

1. **Alois Velich.** *Die epidemiologische Bedeutung der plötzlichen Todesfälle von an latentem Abdominaltyphus leidenden Menschen.* Критическій очеркъ на основаніи описанія 1 случая. 2. **Engels.** *Experimentelle Beiträge zur Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd. 1. Teil.* Бактеріологическіе опыты. 3. **Онъ-же.** *Experimentelle Beiträge zur Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd. 11. Teil.* Продолженіе изслѣдованій, изложенныхъ въ предыдущей работѣ.

Тетр. 3.

1. **Emil Roth.** *Versuche über die Einwirkung des Trimethylxanthins auf das Bakterium typhi und coli.* Прибавка къ питательной средѣ извѣстнаго количества коффеина задерживаетъ ростъ кишечной палочки и не препятствуетъ росту тифозныхъ палочекъ. 2. **M. Ficker** und **W. Hoffmann.** *Weiteres über den Nachweiss von Typhusbacillen.* Экспериментальное изслѣдованіе.

**Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekologie.** T. VIII. Тетр. 2.

1. **J. P. L. Hulst.** *Ein Teratom in der Schädelhöhle als Ursache eines kongenitalen Hydrocephalus.* Подробное описаніе случая и микроскопическое изслѣдованіе опухоли. 2. **Alfr. Lab-**

**hardt.** *Beitrag zur Kasuistik der Placenta tumoren.* Въ случаѣ автора было сложное новообразованіе въ дѣтскомъ мѣстѣ. 3. **L. Federlin.** *Ein Fall von Endothelioma ovarii (Hamangiosarkom) mit Metastasen in Lymphdrüsen und Uterus.* Описаніе случая. 4. **H. Hellendall.** *Ueber die blumenkohlähnlichen Tumoren der Vulva.* 6 случаевъ съ свѣтописными снимками больныхъ и рисунки микроскопическихъ препаратовъ. 5. **H. Schumacher.** *Zur Frage der Zweckmässigkeit des Bades Gebärender.* О цѣлесообразныхъ купаніяхъ грудныхъ дѣтей. 6. **P. Manteufel.** *Untersuchungen über Metastasenbildung in den iliakalen Lymphdrüsen bei Carcinoma uteri.* Частота диссеминаціи въ лимфатическія железы раковыхъ пораженій матки. 7. **Gustav Schickele.** *Die Schwangerschaft in einem Uterusdivertikel.* Разрывъ матки; смерть; при вскрытіи найдено, что плодъ помѣщался въ дивертикулѣ матки. 8. **K. Baisch.** *Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über Cystitis nach gynäkologischen Operationen.* Изслѣдованіе цисцитовъ, развивающихся послѣ гинекологическихъ операцій.

**Centralblatt für Bakteriologie, Parasitenkunde und Infektionskrankheiten.** Мартъ. Т. XXXV. № 6.

1. **H. Preisz.** *Studien über Morphologie und Biologie des Milzbrandbacillus.* Морфологическія свойства палочекъ сибирской язвы. (Окончаніе). 2. **Anton Ghon** und **Milian Sachs.** *Beiträge zur Kenntniss der anaëroben Bakterien des Menschen.* Этіологія газовой гангрены. (Не окончена). 3. **Ludwig Kamen.** *Zur Aetiologie der Gasphlegmone.* (Окончаніе). 4. **Claudio Fermi** und **E. Bassu.** *Untersuchungen über die Anaärobiosis.* Опыты надъ вліяніемъ отсутствія кислорода на ростъ бактерій. 5. **Paul Krause.** *Einige bakteriologische Untersuchungen beim Erysipel.* Бактеріологія рожи. 6. **Е. Дьяченко.** *Zur Frage über den Erreger der toxämischen Hämoglobinurie bei dem Vieh in Kuban (Russland).* Причиной гемоглобинуріи оказалось по автору особаго рода спириллъ 7. **E. Bertarelli** und **G. Volpino.** *Nachforschungen und experimentelle Beobachtungen über die Wutkrankheit.* Бактеріологическія изслѣдованія бѣшенства. 8. **Joseph v. Löte.** *Beiträge zur Kenntniss der experimentellen Lyssa der Vögel.* Попытки прививать бѣшенство птицамъ. 9. **O. Fuhrmann.** *Die Tetrabothrien der Säugetiere.* Описаніе глистъ у млекопитающихъ. 10. **A. Looss.** *Zum Bau des erwachsenen Ancylostomum duodenale.* Строеніе паразита. 11. **Nikolaus Janczó.** *Ergebnisse betreffend die Bedeutung der Milz-und Venenpunktion bei der bakteriologischen Diagnose des Typhus abdominalis.* (Окончаніе). 12. **J. O. Wakelin Barratt.** *Centrifugalisation and disintegration in relation to the virus of Rabies.* (Окончаніе). 13. **v. Drigalski.** *Ueber Ergebnisse bei der Bekämpfung des Typhus nach Robert Koch.* О способахъ борьбы съ тифозной эпидеміей. 14. **B. Lipschütz.** *Ueber die bakteriologische Diagnose des Typhus abdominalis mit Hilfe des v. Drigalski-Conradischen Nährbodens und der Agglutination.* Провѣрка способа *Drigalsk*'аго и *Conradi.* 15. **F. W. Andrewes** and **K. S. P. Orton.** *A study of the disinfectant action of hypochlorous acid, with remarks on its practical application.* Обеззараживающее дѣйствіе хлорноватистой кислоты и его практическое примѣненіе. (Окончаніе).

Апрѣль. Т. XXXIV. № 18 и 19.

1. **Kausch.** *Neuerungen auf dem Gebiete der Desinfektion und Sterilisation.* Обзоръ усовершенствованій въ области обеззараживанія.

**Centralblatt für die gesammte Therapie.** Апрѣль. Тетр. 4.

1. **Walther Nic. Clemm,** *Ueber Verhütung und Behandlung der Blindarmentzündung, sowie über die mögliche Bedeutung des Wurmfortsatzes im Haushalte des Körpers.* Клиническая лекція о предупрежденіи и лѣченіи воспаленій слѣпой кишки. 2. **Kurt Frank.** *Ueber die Behebung der Obstipation im Puerperium mit besonderer Berücksichtigung des Purgatins (Knoll).* По мнѣнію автора, слѣдуетъ воздерживаться отъ употребленія пургатина при болѣзняхъ почекъ у рожениць.

**Deutsches Archiv für klinische Medicin.** Мартъ Т. LXXIX. Тетр. 5 и 6.

1. **Hans Lohrisch.** *Die Ursachen der chronischen habituellen Obstipation im Lichte systematischer Ausnutzungsversuche.* Опыты для выясненія причинъ привычныхъ хроническихъ запоровъ. 2. **Lubowski** und **Steinberg.** *Über Agglutination von Typhusbacillen bei Proteus-und Staphylokokken-Infektion.* Въ 2-хъ случаяхъ заболѣванія уха вслѣдствіе зараженія bac. Protous и стафилококкомъ. Кровяная сыворотка больныхъ склеивала тифозную разводку. 3. **Anastasy Landau.** *Über die Stickstoffverteilung im Harne des gesunden Menschen.* О выдѣленіи азота мочей здоровыхъ людей. 4. **P. Morawitz.** *Beiträge zur Kenntniss der Blutgerinnung.* Опыты къ вопросу о свертываніи крови. 5. **J. Grober.** *Über die Beziehungen der Verdauung zu den Harnfermenten.* Объ отношеніи бродилъ мочи къ бродиламъ пищеварительнымъ. 6. **Sehrwald.** *Ueber die Brauchbarkeit des Phonendoskopes.* Оцѣнка фонендоскопа въ примѣненіи къ практикѣ. 7. **R. May** und **L. Grünwald.** *Beiträge zur Blutfärbung.* Способъ окраски бѣлыхъ тѣлецъ. 8. **Hugo Lüthje.** *Die Zuckerbildung aus Eiweiss.* Опыты, доказывающіе возможность образованія сахара изъ бѣлка. 9. **Paul Linser** und **Julius Schmid.** *Ueber den Stoffwechsel bei Hyperthermie.* Обмѣнъ веществъ при перегрѣваніи. 10. **Thomas R. Boggs.** *Ueber Beeinflussung der Gerinnungszeit des Blutes im lebenden Organismus.* Наблюденія надъ вліяніемъ различныхъ веществъ на процессы свертыванія въ крови. 11. **Anastasy Landau.** *Experimenteller Beitrag zur Frage der Cholämie.* Опыты на кроликахъ. 12. **Ladislaus v. Kétly** und **Arpád v. Torday.** *Ueber die Verwertung des kryoskopischen Verfahrens bei der Beurteilung der Resorption chronischer Brustfellexsudate und anderer seröser Flüssigkeitsansammlungen.* Кріоскопическое изслѣдованіе выпотовъ.

Апрѣль. Т. LXXX. Тетр. 1 и 2.

1. **Karl Schleip.** *Die Homberger Trichinosisepidemie und die für Trichinosis patognomonische Eosinophilie.* Объ измѣненіяхъ въ крови и мышцахъ при трихинозѣ. 2. **Schijiro Kokawa.** *Zur pathologischen Anatomie der Kapselbacillen-Pneumonie (nebst Anhang über Kapselbacillen-Meningitis).* 7 случаевъ съ патолого-анатомическимъ и микроскопическимъ изслѣдованіемъ. 3. **Hermann Eichhorst.** *Ueber multiple Arterienthrombose.* Рѣдкій случай. 4. **Wilhelm Ebstein.** *Ueber die differentielle Diagnose der gichtischen Tophi der Ohrmuschel.* Къ вопросу о распознаваніи подагрическихъ узловъ на ушной раковинѣ. 5. **H. Lüthje.** *Die Zuckerbildung aus Glycerin.* Опыты на собакахъ. Возможность образованія сахара изъ глицерина. 6. **Ludwig Kast** und **Carl Gütig.** *Ueber Hypoleukocytose beim Abdominaltyphus und anderen Erkrankungen.* Клинико-экспериментальное изслѣдованіе. 7. **Rudolf Finkelnburg.** *Experimentelle Untersuchung über den Einfluss des Alkohols auf den Hirn-Rückenmarksdruck.* Вліяніе алкоголя на кровяное давленіе въ головномъ и спинномъ мозгу. 8. **Malaisé.** *Zur Differentialdiagnose der extra-und intramedullären Rückenmarkstumoren.* Къ вопросу объ отличительномъ распознаваніи опухолей спинного мозга. 9. **O. Karpjuweit.** *Über die Veränderungen der Milz bei perniziöser Anämie und einigen anderen Krankheiten.* Объ измѣненіяхъ въ селезенкѣ и лимфатическихъ железахъ при злокачественномъ малокровіи и другихъ болѣзняхъ. 10. **Muraschew.** *Über die Spezifizität des Fibrinfermentes und seiner Vorstufen.* Экспериментальное изслѣдованіе.

## ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩІЕ 3 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

### Итальянскіе.

**Gazzetta degli ospedali e delle cliniche.** 1903 г., 10 октября

1. **G. Campanella.** *La sintomatologia delle dispepsie.* 2. **C. Mannini.** *Senso muscolare e fenomeno di Romberg.* 3. **M. Gay.** *Del siero antidifterico nella pneumonite e nella meningite infettiva: polivalenza dei sieri.* 4. **A. De Fabritiis.** *Di un'epidemia scarlattinosa.* 5. **N. Natale.** *Un caso di anuria durata 27 giorni.* 6. **S. Portanova.** *Un epitelioma del labbro inferiorre scomparso nel decorso di una perniciosa malarica e riapparso dopo di questa.*

13 и 15 октября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

18 октября.

1. **B. Lovera.** *Osservazioni sulle ricadute nella polmonite crupale.* 2. **A. De Blasi.** *Le iniezioni sottocongiuntivali di sublimato corrosivo nelle ulceri corneali.* 3. **E. Maragliano.** Заключительная лекція 1902—1903 г.,—краткій отчетъ о дѣятельности клиники (562 больныхъ за годъ).

20 и 22 октября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

25 октября.

1. **C. Momo.** *Le ernie congenite nella legge degli infortuni sul lavoro.* 2. **D. S. Ceraulo.** *Un caso di ferita ampia del condotto laringo-tracheale.* 3. **G. De. Franchis.** *L'epicistotomia nelle ritenzioni gravi di urina da restringimenti uretrali.* 4. **N. Natall.** *Pustola maligna e siero anticarbonchioso sclavo.* 5. **S. Saitta.** *Myasis da cephalomya ovis.*

27 и 29 октября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

1 ноября.

1. **G. Berghinz.** *Note sovra alcuni di scarlattina.* 2. **G. Fratti.** *Sul valore del segno della nuca nella cloronarcosi.* 3. **L. Camuzzi.** *Cura delle anemie e questione economica.* 4. **G. Donzello.** *Sulla auto-sieroterapia nelle pleuriti essudative.* 5 случаевъ. 5. **F. Orta.** *Di una nuova complicanza della parotite.* 6. **F. Bindi.** *Su di un caso di perniciosa comatosa.*

3 и 5 ноября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

8 ноября.

1. **B. Chiassi.** *Enterocele crurale e varicocele crurale.* Случай. 2. **E. Pezzalozza.** *Modificazioni degli organi del torace e di alcuni dell'addome in gravidanza e puerperio.* 3. **A. Prandi.** *L'eczema dei bambini e la sua cura.* 4. **F. Bianchotti.** *Sopra un modo insolito di trasmissione dell'infezione carbonchiosa.* Случай зараженія сибирской язвой при игрѣ «въ шары» съ дубящими камнями. 5. **G. Migliacci.** *Sull'estratto di capsule surrenali.* 6. **T. Zaeslin.** *Sopra la terapia col creosoto ed un suo nuovo preparato: il solfosato.*

10, 12 и 19 ноября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

---

Редакторы { Проф. В. В. Подвысоцкій.
Д-ръ С. В. Владиславлевъ.

Digitized by Google

CVIII. Изъ ортопедической клиники В.-Медицинской Академіи.

## Въ защиту антисептики (по поводу способа Phelps'а).

Проф. Г. И. Турнера.

Какою отсталостью дышетъ для читателя поставленное нами заглавіе; какою ироніей звучитъ претензія выступить въ защиту лѣчебнаго метода, открытіе котораго составило эпоху въ исторіи медицины и человѣчества, обезсмертило имя его автора.

При широкомъ взглядѣ на современное лѣченіе ранъ зараженныхъ и не зараженныхъ, при знакомствѣ съ дѣйствительнымъ положеніемъ дѣла въ обстановкѣ клинической, больничной, военной, деревенской, а также принимая во вниманіе щедрое и разнообразное примѣненіе многочисленныхъ представителей антисептическихъ средствъ, казалось-бы и не надо было этихъ безплодныхъ излишнихъ подтвержденій заслугъ антисептическаго принципа! На самомъ дѣлѣ, однако, эта тема далеко не исчерпана и требуется много дальнѣйшихъ трудовъ прежде, чѣмъ вопросъ о лучшемъ способѣ лѣченія ранъ не исключительно свѣжихъ и чистыхъ, получитъ окончательное разрѣшеніе.

Сфера примѣненія асептики или антисептики составляетъ до сихъ поръ еще частую тему для обсужденія на Съѣздахъ. Въ Англіи во время предстоящаго въ іюлѣ этого года Съѣзда членовъ Британскаго медицинскаго Общества вопросъ объ антисептикѣ и асептикѣ поставленъ опять на очередь.

Что можетъ лежать въ основѣ этихъ несогласій по вопросу, сущность котораго для всякаго такъ очевидна, такъ проста? Мнѣ кажется причина лежитъ въ той нервности, съ какою мы безпрерывно ищемъ новаго, часто представляющаго повтореніе или видоизмѣненіе стараго. «Новостью» какъ-бы явилась и асептика на смѣну антисептикѣ. И моментъ упроченія этихъ 2-хъ яко-бы различныхъ терминовъ былъ несчастіемъ, породившимъ путаницу, которая для многихъ является очень тягостной. Несчастіе, о которомъ я позволилъ себѣ упомянуть, особенно рельефно для меня, какъ преподавателя, встрѣчающаго представителей юныхъ поколѣній, для коихъ антисептика и асептика являются понятіями, другъ друга исключающими на подобіе сохраняющаго и оперативнаго методовъ лѣченія, напр., бугорчатковыхъ суставовъ. Съ этимъ убѣжденіемъ начинающій медикъ, вступающій въ практическую жизнь, обыкновенно натыкается на необъяснимое для него затрудненіе. Знакомый запахъ іодоформа, карболовой кислоты, лизола и другихъ средствъ, долетавшій до его органа обонянія и въ образцовой клинической обстановкѣ встрѣчаетъ его во всей силѣ въ томъ учрежденіи, гдѣ суждено ему начать впервые самостоятельную дѣятельность при обстановкѣ лазарета, провинціальной больницы, поля битвы.

Сопоставляя первыя практическія наблюденія съ научнымъ направленіемъ и согласовывая то и другое въ практическую форму, экзаменующійся кандидатъ на самостоятельную работу на вопросъ о его собственномъ направленіи, часто отвѣчаетъ въ такомъ родѣ: «здѣсь» примѣняется исключительно асептическій методъ какъ самый лучшій, а тамъ въ больницѣ намъ приходилось много видѣть антисептическій методъ.

Съ этою двойственностью воззрѣній, стало быть, выходитъ въ работу начинающій, по своему отграничивающій со временемъ въ своей дѣятельности сферу антисептики и асептики.

Въ настоящее время уже достаточно выяснено, что термины антисептика и асептика вполнѣ идентичны по существу. Который изъ 2-хъ долженъ уцѣлѣть? Вѣроятно первый. Можно также, какъ выражается, напр., *Lackwood*, сказать, что антисептика есть способъ, при помощи котораго достигается асептика. Такъ понималъ дѣло и основатель метода *Lister*, для котораго терминъ и понятія асептика были ясны и который въ примитивной формѣ заботился объ асептическихъ мѣропріятіяхъ.

Какимъ способомъ достигается асептика—безразлично, при условіяхъ наименьшаго вреда для организма человѣка. Обеззараживаніе раны, обезвреживаніе перевязочнаго матеріала и инструментовъ, улучшеніе обстановки—все это будутъ антисептическія мѣры такъ-же, какъ напр., въ число антихолерныхъ мѣропріятій войдутъ обеззараживаніе изверженій, лѣченіе и уединеніе больныхъ, улучшеніе пищи и пр.; никому въ данномъ случаѣ въ голову не приходитъ мысль о мѣрахъ «антихолерныхъ», и «ахолерныхъ».

Переходя къ вопросу, нами намѣченному въ заглавіи, мы коснемся роли химическихъ средствъ въ дѣлѣ достиженія асептическаго результата. Вспоминая давно прошедшее и вдумываясь въ первичные блестящіе успѣхи *Lister*'а при лѣченіи завѣдомо зараженныхъ ранъ, мы не можемъ отрицать того, что оружіе, которымъ успѣшно боролся *Lister*, было исключительно химическое—карболовая кислота. При помощи этого средства достигались тѣ результаты, которые уподоблялись «божественному дару», выражаясь словами одного изъ первыхъ послѣдователей *Lister*'а, германскаго хирурга *Neuber*'а.

Обстановка госпиталя въ Глазго оставалась невыразимо грязной съ нашей современной точки зрѣнія, о стерилизаціи чего либо и помину не было, а результатъ былъ другой: гнилостное разложеніе, это главное осложненіе пріостановилось.

Въ первичной формѣ антисептика имѣла грозный видъ. Чистая карболовая кислота была первичнымъ оружіемъ. Намъ, незнакомымъ съ ужасающею грязной обстановкой госпиталя доантисептическаго времени, теперь не особенно ясно представляется и эффектъ перваго примѣненія столь сильнаго химическаго средства; но люди того времени оцѣнили результаты по достоинству и неудивительно, что, съ проясненіемъ причины осложненій ранъ, усердіе въ примѣненіи химической антисептики влекло за собою отдѣльные плачевные исходы. Какъ бы сномъ кажутся теперь пережитыя нами зрѣлища операціи въ атмосферѣ паровъ карболовой кислоты, при чемъ совершенно чистая рана обмывалась 5% карболовымъ растворомъ, смазывалась 8% растворомъ хлористаго цинка и засыпалась густымъ слоемъ іодоформа!

Зачѣмъ все это? скажетъ современникъ, наученный мыть руки, кипятить инструменты и обеззараживать паромъ перевязочный матеріалъ.

Время быстро положило конецъ этой жестокой формѣ примѣненія асептическаго принципа. Въ той-же Англіи принципы чистоты быстро съузили поле дѣятельности химическихъ средствъ и въ настоящее время даже самая бѣдная обстановка не допускаетъ мысли о примѣненіи химическаго средства на поверхность свѣжей чистой раны, ибо вредное вліяніе этого средства на живыя ткани превышаетъ значеніе единичныхъ микроорганизмовъ въ асептической ранѣ.

Первичный антисептическій принципъ, однако, немедленно расширилъ свои задачи. Не только септическое или гнилостное зараженіе должно быть предупреждаемо, но и всякое другое, и въ результатѣ мы видимъ исчезновеніе цѣлаго ряда бичей хирургическаго отдѣленія. Химія сдѣлала здѣсь меньше, чѣмъ физика, но принципъ остался все тотъ-же.

Жизнь наталкиваетъ насъ ежедневно на хирургическій случай, гдѣ о предупрежденіи зараженія не можетъ быть рѣчи, ибо оно уже произошло и представляется намъ въ готовомъ видѣ. Допустимо-ли здѣсь примѣненіе антисептическаго средства, какъ завѣдомо бактеріеубійственнаго и окупается-ли вредное дѣйствіе этого средства на организмъ его убивающими заразу свойствами? Зараза, о которой я говорю, можетъ быть различнаго свойства.

Затрагивая зараженіе доступныхъ ножу областей тѣла въ широкомъ смыслѣ слова, можно въ данномъ случаѣ говорить о цѣломъ рядѣ случаевъ, въ который входятъ обычное нагноеніе ранъ, карбункулъ, сапъ, сифилисъ, бугорчатка, гонококковое зараженіе и масса другихъ.

Кто станетъ отрицать, что антисептика или вѣрнѣе химическая антисептика на этомъ обширномъ полѣ находитъ себѣ широкое примѣненіе? Заслуга карболовой кислоты, сулемы, іода, іодоформа, жидкости *Burow*'а и массы дру-

гихъ молча признаются въ обычной больничной хирургической практикѣ, въ гинекологіи, въ терапіи венерическихъ заболѣваній и пр., и все-же мы склонны не говорить объ этомъ открыто.

Въ данный моментъ мы останавливаемъ вниманіе читателя на примѣненіи химическихъ средствъ въ рядѣ случаевъ, которые относятся болѣе спеціально къ хирургіи, т. е., напр., при лѣченіи загрязненныхъ ранъ, нарывовъ, бугорчатковыхъ пораженій кожи и суставовъ и др. Вопросъ этотъ въ послѣднее время входитъ въ нѣсколько новую фазу.

Всѣмъ извѣстно, что асептическій (т. е., физическій) принципъ въ настоящее время прочно привился и при лѣченіи завѣдомо септическихъ и вообще зараженныхъ ранъ. Исходной точкой служитъ мысль, что стерилизація глубины зараженныхъ тканей немыслима, даже при посредствѣ химическихъ средствъ, которыя въ свою очередь наносятъ мѣстный и общій вредъ.

Эти послѣднія 2 опасенія, однако, несомнѣнно преувеличены при настоящихъ способахъ дѣйствій. Есть возможность умѣрить глубокое дѣйствіе ядовитаго вещества и предупредить его всасываніе; послѣднее будетъ понятно, если вспомнить, что при прежнихъ несовершенныхъ способахъ дренажа масса ядовитыхъ веществъ въ удобномъ растворѣ всасывалась; современные-же способы осушенія раны, допуская попытку химическаго обеззараживанія, мгновенно пріостанавливаютъ дальнѣйшее всасываніе химическаго яда—вотъ въ чемъ разница, которую мы какъ будто забываемъ.

Относительно цѣлесообразности асептическаго метода при завѣдомо септической ранѣ, хотя-бы только гноящейся, вѣдь говорить не приходится. *Заживали-же гноящіяся раны въ старое время не только при асептическомъ, но даже при септическомъ лѣченіи ихъ.* Какъ иначе назвать плотную укупорку раны корпіей, кишащей всякими микробами? Отдавая должное принципамъ чистоты и открытаго стока, изъ которыхъ оба были подчеркнуты *Lister*'омъ, а послѣдній извѣстенъ съ тѣхъ поръ, какъ замѣчено, что со вскрытіемъ нарыва воспалительный процессъ стихаетъ, нельзя-ли, однако, открыто возстановить и значеніе въ нѣкоторыхъ случаяхъ химическаго обеззараживанія, если не въ смыслѣ полной стерилизаціи, то для ослабленія дѣйствующаго яда.

Вопросъ этотъ оживленъ недавно умершимъ американскимъ хирургомъ *Phelps*'омъ по отношенію къ нарывамъ, преимущественно къ бугорчатковымъ, къ рожѣ и пр.; но въ настоящее время онъ расширенъ дальше. Антисептика, предложенная *Phelps*'омъ, получила довольно энергичный обликъ: онъ примѣняетъ *чистую карболовую кислоту*.

Еще до *Phelps*'а, въ 1898 г. мы читаемъ предложеніе *Godson*'а примѣнять смазываніе чистою карболовой кислотой ранъ при сложныхъ переломахъ, полости суставовъ язвъ, лишаевъ и пр. (British Medical Journal, 26 ноября 1898 г.).

Въ 1901 г. *Fraser* хвалитъ смазываніе кожи карболовой кислотой при рожѣ (British Medical Journal, 11 мая 1901 г.).

Читая статью *Phelps*'а, помѣщенную въ № 38 «Münchener medicinische Wochenschrift» за 1900 годъ, нельзя было не увлечься убѣдительностью его рѣчи. Примѣненіе чистой карболовой кислоты при рожѣ останавливало процессъ, при холодныхъ нарывахъ въ области сустава промываніе карболовой кислотой давало прочное излѣченіе путемъ сохраняющихъ операцій, замѣнявшихъ усѣченіе или многократные проколы. Въ подтвержденіе цѣлесообразности своего предложенія *Phelps* привелъ 70 случаевъ подобнаго лѣченія, изъ которыхъ большинство относилось къ нагноенію въ тазобедренномъ суставѣ. На основаніи этого ряда случаевъ *Phelps* высказываетъ, что, сдѣлавъ 20 усѣченій, онъ спасъ по крайней мѣрѣ 30 суставовъ отъ усѣченія, которая имъ предстояла-бы при прежнихъ способахъ.

Способъ *Phelps*'а, какъ сказано, довольно техническій и своеобразный; мы приводимъ его въ буквальномъ описаніи автора. По вскрытіи полости сустава (или нарыва), отверстіе въ капсулѣ широко раскрывается и суставъ подвергается обслѣдованію. Когда имѣется обширное пораженіе кости, разрѣзъ удлинняется и капсула раздѣляется на протяженіи $^1/_2$ или $^2/_3$ ея окружности, головка выводится изъ сустава, который усердно выскабливается ложкой и затѣмъ промывается сулемой 1:2000. Суставъ потомъ «наполняется» (!!) чистой карболовой кислотой, которую оставляютъ ровно на 1 минуту и затѣмъ вымываютъ чистымъ спиртомъ, а этотъ послѣдній удаляютъ 2% растворомъ карболовой кислоты. Рана не зашивается, а въ глубину ея вводится толстая ($^1/_4$—1—2 дюйма въ діаметрѣ) стеклянная трубка, въ которую, въ свою очередь, вводится перевязочный матеріалъ. Цѣль введенія столь крупной трубки сводится къ тому, чтобы имѣть возможность наблюдать послѣдовательность теченія въ глубинѣ раны и, буде надо, повторять выскабливаніе и смазываніе карболовой кислотой.

Безнаказанность подобнаго способа *Phelps* объясняетъ себѣ тѣмъ, что алкоголь, какъ то заявляетъ американецъ д-ръ *S. Powell*, является противоядіемъ для карболовой кислоты. Мы склонны думать, что объясненіе здѣсь можетъ быть и иное: алкоголь, хорошо растворяя карболовую кислоту, успѣваетъ быстро вымыть излишніе остатки ея изъ раны; самъ-же алкоголь легко вымывается водою.

Заканчивая свою статью *Phelps* сообщаетъ, что *для хирурга ортопеда*, имѣющаго огромный матеріалъ хроническихъ нагноеній, *карболовая кислота является неоцѣнимымъ средствомъ.*

Преимущества избраннаго химическаго средства передъ безчисленнымъ рядомъ другихъ средствъ очевидно для каждаго, знакомаго съ этимъ препаратомъ. Карболовая кислота, подобно ряду другихъ феноловъ (лизолъ, креолинъ и др.), мало измѣняясь при соприкосновеніи съ тканевыми жидкостями, глубоко проникаетъ въ самыя ткани: руки, обмытыя карболовой кислотой или лизоломъ, креолиномъ, долго пахнутъ; слабый карболовый компрессъ въ состояніи вызвать общее отравленіе или даже омертвѣніе пальца и т. п.

Можно предполагать, что въ способѣ *Phelps*'а глубоко обеззараживающее дѣйствіе этого препарата не сопровождается общимъ ядовитымъ дѣйствіемъ его, во 1-хъ, вслѣдствіе быстроты всей манипуляціи и вымыванія спиртомъ, во 2-хъ, вслѣдствіе труднаго всасыванія сгущенной кислоты. При операціи на конечности, перетянутой жгутомъ, это всасываніе предупреждается еще болѣе совершенно.

Предложеніе *Phelps*'а не осталось незамѣченнымъ въ хирургическомъ мірѣ. На XXX Конгрессѣ хирурговъ въ Берлинѣ въ 1901 г. сдѣлано было сообщеніе *Bruns*'а и его ассистента *Honsell*'я, вполнѣ подтверждающее данныя *Phelps*'а. Возстановленіе правъ химической антисептики произошло по отношенію къ гнилостнымъ процессамъ.

*Honsell*, работавшій экспериментально и клинически, заявилъ, что примѣненіе карболовой кислоты можетъ имѣть мѣсто не при всѣхъ процессахъ нагноенія, но лишь при тяжелыхъ гнилостныхъ нагноеніяхъ, при осложненіи омертвѣніемъ и т. п. [1]).

Подкупающее сообщеніе *Phelps*'а заставило и меня тотчасъ испытать новый съ перваго взгляда смѣлый способъ. Сравнительно небольшой клиническій матеріалъ ортопедической клиники далъ мнѣ настолько убѣдительные результаты, что я считаю нужнымъ сообщить о нихъ, тѣмъ болѣе, что, насколько мнѣ извѣстно, у насъ разбираемый способъ еще не нашелъ распространенія.

Мы примѣняли карболовую кислоту при простыхъ нарывахъ, нагноившихся атеромахъ, при бугорчаткѣ суставовъ, при хронической водянкѣ суставовъ и т. п. Результаты во всѣхъ случаяхъ были очевидные. Въ силу нѣкоторой невольной боязливости мы дѣйствовали менѣе энергично. Вмѣсто чистой карболовой кислоты мы примѣняли спиртный растворъ въ 50—30%; вмѣсто наполненія полости карболовой кислотой мы щедро смазывали и протирали всѣ закоулки при посредствѣ захваченнаго пинцетомъ и смоченнаго этимъ растворомъ марлеваго тампона.

[1]) Centralblatt für Chirurgie, Beilage z. № 29, 1901.

Digitized by Google

Вслѣдъ за тѣмъ повторно полость орошалась спиртомъ, остатки котораго такъ-же вымывались борнымъ растворомъ.

При возможности, операція производилась подъ жгутомъ.

Изъ большаго ряда нашихъ наблюденій можемъ привести слѣдующіе:

1) Мальчикъ, 13 л., въ теченіи 4-хъ лѣтъ страдаетъ водянкою колѣннаго сустава. До поступленія въ клинику онъ уже испыталъ 6 проколовъ съ послѣдовательнымъ впрыскиваніемъ. Проколы повторены и въ клиникѣ, однако жидкость накоплялась снова. 5/x 1903 г. подъ хлороформнымъ наркозомъ суставъ вскрытъ разрѣзомъ въ 2—3 стм., полость его смазана карболкой по вышесказанному способу; рана зашита. Вода больше не показывалась въ теченіи многихъ мѣсяцевъ наблюденія.

2) Истощенная дѣвочка, 7 л., страдаетъ холоднымъ нарывомъ, величиною съ куриное яйцо въ клѣтчаткѣ передней поверхности бедра. Подъ наркозомъ полость вскрыта и выскоблена, вслѣдъ затѣмъ смазыванія карболовой кислотой. Зашиваніе вплотную. Полное заживленіе въ 9 дней.

3) У мужчины, 28 л., въ теченіи нѣсколькихъ недѣль развился нарывъ на задней поверхности шеи, по видимому, изъ лимфатической железы. Нарывъ вскрытъ, остатки железы вырѣзаны, полость обеззаражена карболовой кислотой, зашиваніе, за исключеніемъ одного угла для маленькаго фитиля. Заживленіе въ недѣлю совершенно такъ-же, какъ будто была вырѣзана чистая, доброкачественная опухоль.

4) Ребенокъ, 2 л., страдаетъ бугорчатковымъ пораженіемъ голеностопнаго сустава: рѣзкая тѣстоватость и зыбленіе. Суставъ вскрытъ съ двухъ сторонъ, капсула и грануляція частью удалены. Смазываніе; заживленіе происходило совершенно на подобіе чистой раны безъ намека на бугорчатковый характеръ. Спустя нѣсколько недѣль, снова нѣсколько бугорчатковый видъ, нагноеніе. Повторено смазываніе и быстрое улучшеніе.

5) Мужчина, 45 л. Старый свищъ въ области копчика. Atheroma? Подъ наркозомъ 18/IV 1903 г. свищъ раскрытъ, рана смазана. Заживленіе быстрое, прочное послѣ долгаго существованія свища.

6) Мужчина, 45 л. Нагноившаяся атерома щеки величиною съ каленый орѣхъ. Вскрытіе, выскабливаніе, смазываніе карболовой кислотой. Заживленіе въ недѣлю.

Помимо вышеописанныхъ, взятыхъ для примѣра случаевъ, цѣлый рядъ другихъ наблюденій привели насъ къ убѣжденію, что способъ *Phelps*'а можетъ очень часто найти полезное примѣненіе и что не только при бугорчатковыхъ, но и при нагноительныхъ процессахъ обеззараживаніе химическое вполнѣ допустимо. Едва-ли можно думать, конечно, о полной стерилизаціи полости нарыва. Но вѣдь и здѣсь, какъ и въ другихъ случаяхъ, мы имѣемъ въ виду относительный результатъ. При лѣченіи ранъ, все равно асептически или антисептически, мы помогаемъ организму, лишь разбавляя силу заразнаго начала. Что касается мѣстнаго вреднаго воздѣйствія карболовой кислоты на рану, то, наоборотъ, мы были поражены удивительно асептичнымъ и безреактивнымъ, если можно такъ выразиться, видомъ раны при первыхъ перевязкахъ.

По отношенію къ микробамъ нагноенія карболовая кислота имѣетъ особо благопріятное дѣйствіе. Извѣстно, напр., что начинающійся чирей легко пріостановить смазываніемъ съ поверхности кожи чистой карболовой кислотой; впрыскиваніе карболовой кислоты при карбункулѣ, при сибирской язвѣ давно съ пользой примѣняется. И такъ изъ состава антисептическаго метода химію исключать не слѣдуетъ. Нужно страдать особымъ асептическимъ фанатизмомъ, чтобы въ виду многочисленныхъ фактовъ примѣненія различныхъ антисептическихъ средствъ проповѣдывать, что антисептика окончила существованіе.

Солидные представители школы *Kocher*'а въ Bern'ѣ, д-ра *Lanz* и *Flach* путемъ экспериментальнымъ еще въ 1891 г. успѣли возстановить сферу значенія антисептическихъ средствъ [1]).

По мнѣнію этихъ авторовъ, «асептика вѣнчаетъ антисептику, она образуетъ лишь вѣнецъ, посаженный на тѣлѣ антисептики». Въ послѣдующей статьѣ на ту же тему [2]) *Lanz* высказываетъ тѣ же мысли. По мнѣнію его, принципіальной асептики слѣдуетъ такъ-же избѣгать, какъ и исключительной антисептики. Авторъ допускаетъ антисептическое орошеніе при зараженныхъ ранахъ для ослабленія заразы или для замѣны не вполнѣ стерильной воды.

[1]) Langenbeck's Archiv, т. 44, тетр. 4.
[2]) München. medicin. Wochenschrift. 1900, № 15.

Особенно симпатично предложеніе *Brunner*'а и *Lanz*'а вмѣсто асептическаго шелка примѣнять антисептическій; антисептика въ данномъ случаѣ явится предупреждающей нагноеніе, связанное съ пребываніемъ въ тканяхъ этого инороднаго тѣла.

Въ заключеніе нельзя не высказать слѣдующихъ мыслей. Антисептическій принципъ, понимая его широко, не настолько сложенъ, чтобы усвоеніе его было доступно не многимъ. Пути къ выполненію его, однако, весьма разнообразны, въ зависимости отъ средствъ и обстановки. Проповѣдь абсолютной асептики изъ учрежденія, обезпечивающаго роскошную чистоту, не доходитъ до обездоленной обстановки бѣдной больницы. Тамъ еще помнятъ заслуги антисептики въ дѣлѣ скромной перевязки вонючихъ ранъ. Тѣмъ лучше, если эти учрежденія встрѣтятъ поддержку изъ сферы не бѣдной.

---

CIX. Изъ отдѣленія проф. И. Г. Савченко въ Казанскомъ бактеріологическомъ Институтѣ.

## Къ бактеріологіи кори.

Ассистента дѣтской клиники В. К. Меньшикова.

(Предварительное сообщеніе).

Какъ извѣстно, вопросъ о возбудителѣ кори въ настоящее время представляется еще открытымъ. Отчасти въ такомъ же положеніи находится и вопросъ о микробіологіи осложненій, наблюдаемыхъ при кори. Если сама по себѣ корь сравнительно рѣдко представляется опасной болѣзнью, то это нельзя сказать про ея осложненія, почему выясненіе причины послѣднихъ также представляется чрезвычайно важнымъ.

Какъ возбудитель кори, до сихъ поръ описаны самыя разнообразныя бактеріи. *Canon* и *Pielike* въ крови коревыхъ больныхъ находили палочку, которую удавалось выращивать лишь на бульонѣ; перепрививка-же изъ бульона на другія среды имъ не удавалась. Палочку авторы эти находили также въ слизи носа и зѣва коревыхъ больныхъ. Подобнаго же рода находки описываетъ *Чайковскій*, при чемъ онъ указываетъ, что палочки его лучше всего ростутъ на средѣ съ гэмоглобиномъ, не окрашиваются по *Gram*'у и сильнѣе окрашиваются на концахъ. *Арзамасковъ* въ крови коревыхъ больныхъ и въ выдѣленіяхъ слизистыхъ оболочекъ находилъ палочки, хорошо ростущія на бульонѣ, но не ростущія на простомъ агарѣ и желатинѣ. Подобнаго же рода палочки описываетъ *Barbier*, *Giarre* и *Piechi*, изслѣдуя выдѣляемое дыхательнаго аппарата коревыхъ больныхъ, находили инфлюэнцеподобныя палочки. Къ такому же заключенію пришли и *Süsswein* и *Liebscher*. Провѣрочныя изслѣдованія *Варшавскаго* не дали чего либо новаго и привели автора къ отрицательнымъ результатамъ. Изслѣдованія другихъ авторовъ, какъ то *Laveran*'а, *Iosias*'а, не даютъ какой либо точно опредѣленной формы, которую-бы можно было считать за возбудителя. *Lesage* описываетъ найденные имъ въ періодѣ высыпанія кори особые кокки, оказавшіеся болѣзнетворными для животныхъ. Что касается до возбудителей, вызывающихъ осложненія при кори, то мы находимъ еще меньше указаній. Вниманія заслуживаетъ работа *Mery* и *Boulloche*, которые при коревой пнеймоніи нашли въ 25 случаяхъ 14 разъ пнеймококка и 11 разъ стрептококка.

Въ виду такой неопредѣленности вопроса, мы поставили себѣ задачей систематически изслѣдовать всѣ бывшіе подъ нашимъ наблюденіемъ случаи кори; при этомъ мы старались изучить всѣ встрѣчающіеся при кори и выращиваемые микроорганизмы, какъ въ чистыхъ случаяхъ кори, такъ и при ея осложненіяхъ. Такими изслѣдованіями имѣлось въ виду прежде всего рѣшить вопросъ, существуетъ-ли при кори постоянно сопутствующій ей микробъ, или же всѣ описанные до сихъ поръ при этой болѣзни микробы являются лишь случайными, а не постоянными спутниками кори и ея осложненій. Матеріаломъ для изслѣдованій служили больные коревого отдѣленія Казанской дѣтской Клиники проф. *П. М. Аргутинскаго-Долгорукаго*.

Digitized by Google

При нашей работѣ мы главнымъ образомъ обращали вниманіе на полученіе разводокъ на пластинкахъ. Въ каждомъ случаѣ производился посѣвъ крови больного на бульонъ, въ большинствѣ случаевъ на бульонъ съ асцитической жидкостью (3 : 1). Изъ мокроты или слизистаго отдѣляемаго горла, изъ конъюнктивальнаго отдѣляемаго при конъюнктивитѣ и изъ гноя при ушномъ гноетеченіи, обычно дѣлалась эмульсія съ физіологическимъ растворомъ хлористаго натрія и изъ разведенія этой эмульсіи производился посѣвъ на поверхность застывшаго въ чашкѣ *Petri* агара. При изслѣдованіи первыхъ 9-ти случаевъ мы пользовались агаромъ, смѣшаннымъ съ кровью изъ послѣда, а затѣмъ стали примѣнять агаръ съ примѣсью гэмоглобина. Мы пользовались этой послѣдней средой въ теченіи всей работы, чтобы не упустить при изслѣдованіи бактерійныя формы, нуждающіяся въ гэмоглобинѣ, а также въ виду другихъ соображеній, которыя изложены нами ниже.

Передъ посѣвомъ, мокрота или выдѣленіе изъ уха при гноетеченіи, а также, если былъ конъюнктивитъ, и выдѣленія конъюнктивы изслѣдовались на окрашенныхъ мазкахъ. При первыхъ-же нашихъ наблюденіяхъ намъ бросилось въ глаза постоянное преобладаніе въ мокротѣ и другихъ выдѣленіяхъ диплококковыхъ формъ, ближе всего морфологически какъ бы подходящихъ къ пнеймококку. Тотъ-же микробъ былъ находимъ нами въ слизисто гнойномъ выдѣленіи при осложненіи кори слизистымъ поносомъ. Кромѣ упомянутыхъ формъ въ мокротѣ и другихъ выдѣленіяхъ мы находили отдѣльные кокки и палочки.

При посѣвахъ *крови* коревыхъ больныхъ намъ лишь въ немногихъ случаяхъ (въ 9 случаяхъ изъ 61) удалось получить положительный результатъ. Мы получили здѣсь также диплококковыя формы, морфологически подходящія къ пнеймококку.

На пластинкахъ гэмоглобиноваго агара, засѣянныхъ эмульсіей изъ мокроты или другого выдѣляемаго, спустя сутки послѣ посѣва, при температурѣ 37° Ц., выростаютъ разнообразныя колоніи, при чемъ главная масса этихъ колоній представляется въ видѣ отдѣльныхъ буро-коричневыхъ точекъ на общемъ красноватомъ фонѣ агара. Если разсматривать разводку спустя 2—3 дня послѣ посѣва, то можно замѣтить, что вокругъ каждой такой коричневой колоніи появляется свѣтлый ореолъ, зависящій отъ поглощенія гэмоглобина. Это свойство микроба поглощать и какъ бы измѣнять гэмоглобинъ облегчаетъ отыскиваніе его на гэмоглобиновомъ агарѣ, почему эта среда и явилась особенно пригодной для нашихъ цѣлей во всѣхъ случаяхъ.

Микроскопическое изслѣдованіе окрашенныхъ мазковъ изъ указанныхъ выше коричневыхъ колоній обнаруживаетъ, что всѣ онѣ состоятъ изъ диплококковъ. При болѣе подробномъ изслѣдованіи этихъ колоній и при пересѣвѣ ихъ на жидкую среду (бульонъ + асцитическая жидкость) мы могли замѣтить, что одинъ разъ пересѣвъ давалъ общее помутнѣніе среды, другой-же разъ лишь хлопьевидный осадокъ на днѣ пробирки. Микроскопическая картина окрашенныхъ препаратовъ изъ этихъ культуръ представляется различной. Въ случаѣ общаго помутнѣнія бульона мы наблюдаемъ короткія цѣпи изъ диплококковъ, похожихъ на пнеймококка, когда-же культура даетъ лишь осадокъ на днѣ пробирки, мы видимъ чрезвычайно длинныя цѣпи стрептококка, состоящаго какъ-бы изъ отдѣльныхъ диплококковъ. Колоніи послѣдняго на гэмоглобиновомъ агарѣ можно лишь отличить по относительно большей величинѣ по сравненію съ колоніями 1-го и по болѣе рѣзкому измѣненію гэмоглобина. Мы принимаемъ для 1-го вида обозначеніе «дипло-стрептококкъ короткій», а не просто диплококкъ, потому что наблюдаемъ расположеніе диплококковъ въ короткія цѣпи изъ 2 до 8 вмѣстѣ, но цѣпи эти, въ противоположность 2-ой формѣ, коротки и никогда одна цѣпь не занимаетъ всего поля зрѣнія микроскопа, что мы видимъ во 2-мъ случаѣ, почему и принимаемъ для обозначенія 2-го вида названіе «дипло-стрептококкъ длинный». 1-ая форма описываемаго нами вида ближе всего подходитъ къ пнеймококку. Это сходство мы видимъ при посѣвахъ на различныхъ питательныхъ средахъ. На бульонѣ при температурѣ термостата 37° Ц. посѣвъ черезъ сутки образуетъ сплошную муть; ростъ пышнѣе, если прибавлена асцитическая жидкость. На простомъ косомъ агарѣ ростъ представляется въ видѣ очень мелкихъ прозрачныхъ колоній, едва замѣтныхъ невооруженнымъ глазомъ. На свернутой кровяной сывороткѣ ростъ такой-же, какъ и на простомъ агарѣ. На желатинѣ ростъ представляется въ видѣ очень мелкихъ сѣроватыхъ точекъ. Жизнеспособность описываемаго вида на обычныхъ питательныхъ средахъ очень слаба. Изъ бульонной раводки пересѣвъ удается лишь въ томъ случаѣ, если разводка не старѣе 3-хъ дней. На гэмоглобиновомъ агарѣ, въ присутствіи влаги, жизнеспособность сохраняется очень хорошо. Намъ удавался пересѣвъ на бульонъ изъ разводки этого микроба на гэмоглобиновомъ агарѣ 3-хъ-мѣсячной давности. Окрашивается хорошо *Löffler*'овской синькой, синькой *Kühne* и по *Gram*'у. Диплострептококкъ короткій найденъ нами во всѣхъ изслѣдованныхъ нами случаяхъ (61) кори и кромѣ того при всѣхъ осложненіяхъ ея.

Другой видъ «дипло-стрептококкъ длинный» даетъ на гэмоглобиновомъ агарѣ болѣе крупныя колоніи. Большая величина этихъ колоній видна и при посѣвѣ на простомъ агарѣ, хотя колоніи представляются такими-же прозрачными, какъ и въ 1-мъ случаѣ. На желатинѣ ростъ очень медленный и слабый въ видѣ сѣроватыхъ точекъ. Этотъ видъ стрептококка рѣзко разнится отъ рожистаго и скарлатиннаго стрептококка не только по своему виду, но и по присущему ему свойству измѣнять гэмоглобиновый агаръ. Многократные посѣвы рожистаго и скарлатиннаго стрептококка на гэмоглобиновый агаръ не давали намъ характерныхъ для дипло-стрептококка длиннаго коричневыхъ колоній и обезцвѣчиванія среды. Жизнеспособность этого вида сохраняется довольно хорошо. Изъ мѣсячной бульонной разводки этого стрептококка удается пересѣвъ, еще лучше сохраняется жизнеспособность на гэмоглобиновомъ агарѣ. На послѣднемъ, если держать разводку въ термостатѣ, удается сохранить жизнеспособность до $4^1/_2$ мѣсяцевъ. Окрашивается этотъ видъ стрептококка очень хорошо обычными способами, а также и по *Gram*'у. Дипло-стрептококкъ длинный найденъ нами при кори въ 48 случаяхъ одновременно съ 1-мъ видомъ.

Изъ приведеннаго описанія можно видѣть, что дипло-стрептококкъ короткій имѣетъ очень большое сходство съ пнеймококкомъ *Fraenkel*'я. Такимъ образомъ могло явиться предположеніе, что всѣ наши коревые случаи были осложнены пнеймококкомъ. Въ виду того обстоятельства, что описанный нами микробъ наблюдался во всѣхъ коревыхъ случаяхъ, мы задались цѣлью рѣшить, тождественъ-ли данный микроорганизмъ съ пнеймококкомъ, или между этими обоими видами есть существенная разница. Съ цѣлью провести различіе между этими микробами мы старались изучить ростъ этихъ микроорганизмовъ на питательныхъ средахъ, узнать вирулентность на животныхъ и, наконецъ, пробовали провести біологическую разницу путемъ серо-терапевтическихъ опытовъ надъ животными.

Ростъ на средахъ между пнеймококкомъ и описываемымъ нами видомъ не представляетъ существенной разницы. Существенное отличіе лишь оказалось въ вирулентности на мышахъ. Пнеймококкъ, какъ извѣстно, въ высшей степени вирулентенъ для мышей и зараженіе этого животнаго пнеймонической мокротой ведетъ послѣднее къ смерти, при чемъ изъ крови сердца мыши удается всегда получить пнеймококкъ въ чистомъ видѣ, а при послѣдовательныхъ прививкахъ усилить этотъ микробъ до громадной вирулентности. Въ опытахъ съ микробомъ отъ коревыхъ больныхъ, при прививкѣ послѣдняго мышамъ, эти животныя большею частью выживаютъ, а въ случаяхъ смерти, которая наступаетъ лишь черезъ нѣсколько дней, не всегда удается получить изъ крови сердца привитый микроорганизмъ. Усиленіе-же вирулентности микроорганизма этого никогда не удавалось до той степени, какъ это удается съ пнеймококкомъ. Смертельная доза пнеймонической культуры, послѣ пассажа, отъ $^1/_{100}$ до $^1/_{1000}$ к. стм. Что касается микроба, добытаго отъ коревыхъ больныхъ, то онъ иногда въ количествѣ 1 к. стм. убиваетъ мышь, усилить-же вирулентность удавалось лишь до $^1/_5$ к. стм.; кромѣ того не всегда у погибшихъ мышей можно было полу-

Digitized by Google

чить изъ крови сердца заразное начало и, по видимому, микробъ этотъ скорѣе токсиченъ, чѣмъ вирулентенъ для мышей. Для того, чтобы провести біологическую разницу, мы иммунизировали кроликовъ къ пнеймококку, къ дипло-стрептококку короткому и дипло-стрептококку длинному. При этомъ имѣлось въ виду изучить разницу въ агглютинирующихъ свойствахъ сывороткъ къ тѣмъ и другимъ микроорганизмамъ и испытать предохранительное дѣйствіе этихъ сывороткъ. Опыты съ агглютинацій не дали положительныхъ результатовъ. Дѣло въ томъ, что, какъ извѣстно, агглютинація пнеймококковъ и стрептококковъ идетъ не такъ легко и наглядно, какъ съ другими микроорганизмами. Опыты наши мы считаемъ не вполнѣ убѣдительными и пока считаемъ невозможнымъ отличать этихъ микробовъ путемъ агглютинаціи специфическими сыворотками.

Испытаніе тождественности или разницы этихъ микробовъ путемъ серотерапевтическихъ опытовъ также нельзя было провести всесторонне, т. е., изслѣдовать, напр., дѣйствуетъ-ли сыворотка отъ животнаго иммунизированнаго къ пнеймококку предохраняющимъ образомъ противъ диплококка, найденнаго при кори и противъ дипло-стрептококка длиннаго, найденнаго при той-же болѣзни. Нельзя было этого сдѣлать потому, что 2 послѣдніе микроба лишь слабо вирулентны для животныхъ. Поэтому пришлось ограничиться лишь рѣшеніемъ вопроса: дѣйствуетъ-ли предохраняющимъ образомъ противъ зараженія пнеймококкомъ (завѣдомо вирулентнымъ для мышей) сыворотка, добытая путемъ иммунизаціи животныхъ къ диплококку кори и къ дипло-стрептококку длинному. Опытъ былъ поставленъ такимъ образомъ. Мы имѣли сыворотки отъ кроликовъ иммунизированныхъ къ пнеймококку, къ дипло-стрептококку короткому и къ дипло-стрептококку длинному. Сыворотка кролика, иммунизированнаго къ короткому дипло-стрептококку, будучи впрыснута бѣлой мыши въ количествѣ 1 к. стм., предохраняла мышь отъ смертельной дозы пнеймококка вводимой мыши на другой день, тогда какъ повѣрочное животное погибало менѣе, чѣмъ черезъ сутки. Сыворотка кролика, иммунизированнаго къ длинному дипло-стрептококку, впрыснутая мыши наканунѣ зараженія смертельной дозой пнеймококка, лишь задерживала гибель животнаго, по сравненію съ повѣрочнымъ, на 1 сутки, т. е., дѣлала тоже, что и нормальная сыворотка, съ которой мы также ставили опытъ.

Такіе опыты вполнѣ исключаютъ изъ этой группы дипло-стрептококка длиннаго, который, очевидно, разнится не только морфологически, но и по своимъ біохимическимъ свойствамъ. Напротивъ, дипло-стрептококкъ короткій, находимый при кори, близокъ по своимъ біохимическимъ свойствамъ къ пнеймококку.

*Сопоставляя данныя этихъ опытовъ съ опытами надъ вирулентностью, мы приходимъ къ заключенію, что микробъ, найденный нами при кори, хотя и близокъ къ группѣ пнеймококка по своимъ морфологическимъ и біохимическимъ свойствамъ, тѣмъ не менѣе представляетъ очень стойкую разновидность, такъ какъ рѣзко отличается отъ этой группы пнеймококка по своей вирулентности.*

Кромѣ только что описанныхъ нами микробовъ мы изолировали еще палочку, похожую на возбудителя гриппа. Въ 30 случаяхъ изъ 61 при изслѣдованіи пластинчатыхъ разводокъ изъ мокроты, мы могли видѣть мелкія, прозрачныя колоніи при разсматриваніи ихъ подъ микроскопомъ какъ-бы состоящія изъ конгломерата отдѣльныхъ капелекъ. Эти колоніи при падающемъ на нихъ свѣтѣ кажутся сѣроватыми съ перламутровымъ оттѣнкомъ. Микроскопическое изслѣдованіе окрашеннаго мазка изъ этихъ колоній обнаруживаетъ, что онѣ состоятъ изъ очень мелкихъ палочекъ по своей величинѣ и виду подобныхъ палочкѣ гриппа. Палочки эти едва въ 2—3 раза длиннѣе ихъ толщины, иногда располагаются одна за другой, что производитъ впечатлѣніе, что здѣсь какъ будто между палочками видны диплококки. Часто между палочками попадаются тонкія короткія нити. Упомянутыя палочки хорошо окрашиваются разведеннымъ (1—10) карболъ-фуксиномъ, карболовой синькой *Kühne*, но не окрашиваются по *Gram*'у. На обычныхъ средахъ безъ гэмоглобина не даютъ роста, лишь на свѣжемъ агарѣ съ кровью изъ послѣда, при первомъ посѣвѣ съ пластинки, можно обнаружить ростъ въ видѣ мельчайшихъ прозрачныхъ колоній, видимыхъ въ лупу. На гэмоглобиновомъ агарѣ, при температурѣ термостата, разводка довольно скоро гибнетъ (ранѣе недѣли). Если-же разводку, продержавъ дня 2—3 въ термостатѣ, затѣмъ оставить при комнатной температурѣ, то она сохраняется недѣли $1^1/_2$ и, спустя это время легко удается пересѣвъ. Прививка разводки этого микроорганизма голубямъ, бѣлымъ мышамъ, свинкамъ и кроликамъ обнаружила, что для упомянутыхъ животныхъ палочка не болѣзнетворна.

Нахожденіе этой палочки при кори обусловливаетъ, по нашимъ наблюденіямъ, серьезное предсказаніе. Наши 3 случая бронхо-пнеймоніи при кори, въ которыхъ одновременно была найдена палочка, кончились смертью, тогда какъ всѣ случаи бронхопнеймоніи (5), въ которыхъ не наблюдалось этой палочки, протекали хорошо и кончились выздоровленіемъ. Палочка найдена нами на трупахъ не только въ легкихъ, но и въ крови сердца, рядомъ съ описаннымъ выше осложняющимъ всѣ случаи диплококкомъ.

Описанные выше 3 вида микроорганизмовъ обращаютъ на себя вниманіе по своей частотѣ нахожденія при кори. Мы не описываемъ подробно другія случайныя находки въ мокротѣ изслѣдованныхъ нами больныхъ, которыя, очевидно, не имѣютъ никакого отношенія къ патогенезу кореваго заболѣванія; укажемъ лишь, что находили всего чаще staphylococcus albus (45 разъ), citreus (13), flavus (8), aureus (3), затѣмъ палочку *Löffler*'а 2 раза, псейдодифтерійную палочку 6 разъ и лишь въ 2-хъ случаяхъ обыкновеннаго стрептококка, не измѣняющаго гэмоглобиновый агаръ.

Изъ нашихъ наблюденій мы можемъ прійти къ выводу, что *только одинъ микроорганизмъ сопутствуетъ всѣмъ случаямъ кори*, а именно, это *дипло-стрептококкъ короткій*. Не имѣя пока данныхъ принимать этотъ микроорганизмъ за специфическаго возбудителя кори, мы считаемъ его, однако, постояннымъ спутникомъ кори, дающимъ часто поводъ къ осложненіямъ ея. Этотъ микроорганизмъ при кори, по видимому, представляется такимъ-же агентомъ, какъ стрептококкъ при скарлатинѣ.

Въ заключеніе пользуюсь случаемъ выразить мою искреннюю благодарность проф. *М. П. Аргутинскому-Долгорукову*, какъ за предложенную мнѣ тему, такъ и за постоянное содѣйствіе и предоставленіе мнѣ клиническаго матеріала, проф.-же *И. Г. Савченко* приношу сердечную благодарность за постоянное руководство и вниманіе при производствѣ этой работы.

**Литература**. *Canon* и *Pielick*. «Berliner klinische Wochenschrift», 1882, № 16.—*Чайковскій*. «Centralblatt für Bakteriologie», т. 18, № 17—18.—*Barbier*. «Semaine médicale», 1897, № 37.—*Süsswein*. «Wiener klinische Wochenschrift», 1901, № 47.—*Арзамассковъ*. «Больничная Газета Боткина», 1898, № 41.—*Josias*. «Le Bulletin médical», 1892.—*Варшавскій*. Диссертація. Спб. 1895.—*Kolle* и *Wassermann*. Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. - *Габричевскій*. Медицинская бактеріологія. 1903.—*Плетневъ*. Микробы полости рта у дѣтей ранняго возраста. Диссертація. 1901 г. Спб.

---

CX. Изъ терапевтическаго отдѣленія дѣтской больницы св. Ольги въ Москвѣ.

## Къ вопросу о связи между Werlhof'овой болѣзнью и бугорчаткой.

Ч. пр. Московскаго Университета. **А. А. Киселя.**

Хотя первое описаніе болѣзни *Werlhof*'а относится еще къ концу 18-го столѣтія (1775 г.) тѣмъ не менѣе, однако, болѣзнь эта представляетъ собою страданіе весьма темное во многихъ отношеніяхъ. Этіологія этой болѣзни остается все еще совершенно темной, а потому весьма желательно, разумѣется, подробное и всестороннее изученіе клиническаго матеріала; даже описаніе отдѣльныхъ случаевъ не лишено будетъ интереса.

Во избѣжаніе недоразумѣній я долженъ оговориться, что въ нижеслѣдующемъ я буду имѣть въ виду только такъ называемую самостоятельную, встрѣчающуюся спо-

радически, *Werlhof*'ову болѣзнь и совершенно не буду касаться тѣхъ формъ гэморрагической пурпуры, которыя, напр., приходится наблюдать при очень сильномъ истощеніи, при крайне тяжелыхъ заразныхъ заболѣваніяхъ (такъ называемыя кахектическая и заразная пурпура).

Слѣдуетъ отмѣтить, что взгляды авторовъ въ этомъ отношеніи крайне противорѣчивы и относительно классификаціи различныхъ формъ пурпуры далеко не всѣ согласны. Я, лично, на основаніи всего бывшаго въ моемъ распоряженіи матеріала, больше всего склоненъ присоединиться къ извѣстному взгляду *Duplaix* [1]), который старается выдѣлить *Werlhof*'ову болѣзнь изъ ряда другихъ формъ гэморрагической пурпуры (рейматическая, заразная, токсическая). Не могу только раздѣлить его мнѣнія относительно рейматической пурпуры; до настоящаго времени нѣтъ никакого основанія выдѣлять ее какъ обособленную форму. Мнѣ пришлось наблюдать 36 случаевъ рейматической пурпуры у дѣтей (22 случая больничныхъ и 14 амбуляторныхъ), при чемъ я постоянно убѣждался, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ страданіе это очень трудно отличить отъ purpura simplex, а, съ другой стороны, съ рейматизмомъ оно, очевидно, не имѣетъ ничего общаго; поэтому, мнѣ кажется, нѣтъ никакого основанія выдѣлять его въ самостоятельную форму.

Самая тѣсная связь между purpura simplex и p. haemorrhagica очевидна для всякаго, имѣвшаго случай наблюдать эти болѣзни; мнѣ приходилось наблюдать случаи, которые въ началѣ протекали какъ p. simplex, а спустя нѣсколько дней присоединялось кровотеченіе изъ слизистыхъ оболочекъ и распознаваніе приходилось перемѣнять на *Werlhof*'ову болѣзнь.

Такимъ образомъ въ настоящее время я долженъ присоединиться къ взгляду тѣхъ авторовъ, которые признають, съ одной стороны, самостоятельную пурпуру (т. е. purpura simplex, rheumatica и haemorrhagica), а кромѣ того допускають рядъ вторичныхъ пурпуръ, какъ напр. заразную, кахектическую, токсическую и т. п.

Весьма часто приходилось убѣждаться, что при очень тяжелыхъ заразныхъ заболѣваніяхъ цѣлость сосудовъ легко нарушается; при ослабленіи дѣятельности сердца у подобныхъ больныхъ я охотно пользуюсь подкожными вливаніями физіологическаго раствора, при чемъ не рѣдко кожа живота (послѣ тщательной очистки ея эѳиромъ) густо покрывается мелкими кровоизліяніями въ видѣ точекъ и полосокъ; кромѣ того у очень ослабленныхъ больныхъ иногда сами собой появляются различной величины кровоизліянія въ кожу и подкожную клѣтчатку. Но эти сыпи во многихъ отношеніяхъ очень рѣзко отличаются отъ самостоятельной пурпуры.

Я не буду касаться новѣйшихъ работъ, посвященныхъ бактеріологіи пурпуры, обстоятельный обзоръ которыхъ можно найти, между прочимъ, въ статьяхъ *Константиновича* [2]) и *Невядомскаго* [3]), скажу только, что еще никому не удалось найти микроба, дѣйствительно вызывающаго это загадочное заболѣваніе.

Я задался цѣлью остановить вниманіе товарищей на *связи между Werlhof'овой болѣзнью и бугорчаткой.* Мысли объ этой связи возникали у меня еще въ 1892 году, когда пришлось встрѣтиться [4]) въ теченіи короткаго промежутка времени съ 2-мя случаями *Werlhof*'овой болѣзни, окончившимися смертью, при чемъ на вскрытіи была найдена бугорчатка.

Позволю себѣ въ нѣсколькихъ словахъ напомнить эти случаи:

I. Мальчикъ, 10 л., поступилъ въ больницу на 7-й день болѣзни, выражавшейся сильнымъ кровотеченіемъ изъ слизистыхъ оболочекъ носа и рта и появленіемъ многочисленныхъ кровоизліяній въ кожу. Въ больницѣ кровотеченіе продолжалось, силы быстро падали и черезъ 5 дней ребенокъ умеръ. При вскрытіи найдено слѣдующее: кровоизліянія въ кожѣ, плейрѣ, сердечной сорочкѣ, обоихъ листкахъ брюшины, мышцѣ сердца, почкахъ, слизистой оболочкѣ желудка и тонкихъ кишекъ. Хроническая бугорчатка лѣваго легкаго. Сильное малокровіе.

II. Дѣвочка, 6 л., поступила въ больницу 2 мѣс. спустя послѣ начала болѣзни: послѣдняя въ началѣ протекала легко, выражаясь гэморрагическою сыпью и кровотеченіями изъ десенъ. Въ началѣ такъ было и въ больницѣ, но черезъ 3 недѣли кровотеченія изъ слизистой носа и рта рѣзко усилились, ребенокъ быстро слабѣлъ, на 36-й день пребыванія въ больницѣ наступила смерть. При вскрытіи было найдено: кровоизліянія кожи, плейральныхъ листковъ, сердечной сорочки, слизистой оболочки желудка и брюшины. Дольчатое бугорчатое воспаленіе легкихъ. Очень сильное малокровіе.

Прежде всего, разумѣется, возникъ вопросъ, не имѣлъ-ли я дѣло съ т. наз. кахстической пурпурой, развившейся на почвѣ бугорчатки? Но противъ этого предположенія рѣшительно говорилъ анамнезъ и данныя изслѣдованія, а болѣе всего типическое для самостоятельной пурпуры теченіе болѣзни. Болѣзнь развилась очень быстро у здоровыхъ до того времени дѣтей, выражалась очень обильными кровоизліяніями въ кожу и изъ слизистыхъ оболочекъ, сильнаго-же упадка питанія и кахексіи не развивалось. Такимъ образомъ я исключилъ кахектическую пурпуру въ обоихъ этихъ случаяхъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ явилось предположеніе, что быть можетъ, бугорчатка стояла въ какой нибудь связи съ развитіемъ такой тяжелой пурпуры, если не въ видѣ причиннаго момента, то, по крайней мѣрѣ, какъ условіе, способствующее и подготовляющее почву для развитія кровоизліяній.

Сдѣланныя мною въ то время литературные поиски увѣнчались лишь незначительнымъ успѣхомъ; просмотрѣвъ наиболѣе извѣстныя руководства по внутреннимъ и дѣтскимъ болѣзнямъ, я только у *Dieulafoy, Descroizilles*'a, *Unger*'a, *Vogel*'я и *Steiner*'a нашелъ краткія указанія на то, что иногда *Werlhof*'ова болѣзнь наблюдается при бугорчаткѣ, при чемъ *Dieulafoy* утверждаетъ, что она чаще наблюдается при острой бугорчаткѣ и нерѣдко сопровождается общими кровоизліяніями. Но въ тоже время въ наиболѣе обширныхъ отдѣльныхъ статьяхъ, посвященныхъ пурпурѣ [*Immermann* [1]), *Comby* [2]), *Litten* [3]), *Riess* [4]), *Förster* [5])], вопросъ о возможной связи ея съ бугорчаткой совсѣмъ не разматривается. Зависить это, быть можетъ, отъ того, что количество патолого-анатомическихъ наблюденій, касающихся *Werlhof*'овой болѣзни, не особенно велико.

Если-же мы станемъ слѣдить за отдѣльными казуистическими наблюденіями, то скоро убѣдимся, что въ случаяхъ *Werlhof*'овой болѣзни, окончившихся вскрытіями, нерѣдко находили, кромѣ того, и бугорчатку.

*Константиновичъ* въ своей вышеупомянутой статьѣ приводитъ результаты вскрытія юноши, 18 л., умершаго отъ очень бурно протекавшей *Werlhof*'овой болѣзни; между прочими измѣненіями была найдена зажившая бугорчатка бронхіальныхъ железъ и омѣлотворенный узелокъ въ легкомъ. *Jacubasch* [6]) сообщаетъ о мальчикѣ, 4 л., погибшемъ отъ неостановившагося кровотеченія изъ рта и носа. Вскрытіе. Общая просовидная бугорчатка.

*Ахметьевъ* [7]) описалъ случай окончившійся смертью у мальчика 9 лѣтъ. Вскрытіе: брызжеечныя железы сильно увеличены, большинство изъ нихъ творожисто перерождены.

*Steffen* [8]) говоритъ, что изъ собранныхъ имъ 128 случаевъ (32 собственныхъ, остальные изъ литературы) 40 умерли, при чемъ

---

1) *Duplaix.* Gaz. des hôp. 1888, № 141.

2) *Константиновичъ.* Къ вопросу объ этіологіи и патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при пятнистой болѣзни *Werlhof*'a (Русскій Архивъ патологія, клинич. медицины и бактеріологіи, т. VIII, стр. 541).

3) *Невядомскій.* Современное состояніе вопроса о различныхъ формахъ идіопатической пурпуры (morbus maculosus *Werlhofii*, purpura simplex, purpura haemorrhagica, purpura rheumatica, etc). Тамъ-же, т. XIII, 1902, стр. 339.

4) *Кисель.* Два случая *Werlhof*'овой болѣзни у дѣтей 6 и 10 лѣтъ, кончившіеся смертью (Врачъ, 1894, № 34).

1) *Immermann.* Сборникъ *Ziemssen*'a, СПБ., 1881, т. XIII, ч. II, стр. 545.

2) *J. Comby.* Traité des maladies de l'enfance par *Grancher, Comby* et *Marfan*, т. II, стр. 168.

3) *Litten, Nothnagel*'s spec. Path. und Therapie. т. VIII, ч. III.

4) *Reiss.* Реальная Энциклопедія медицинскихъ наукъ *Eulenburg*'a и *Аѳанасьева*, т. III, стр. 209.

5) *Förster. Gerhardt*'s Handbuch der Kinderkrankheiten, т. III, стр. 223.

6) *Jacubasch.* Ein Fall von Tuberculose und haemorrhagischer Diathese, Jahrb. f. Kinderheilk. т. XV. стр. 167.

7) *Ахметьевъ.* Случай тяжелой, окончившейся смертью, *Werlhof*'овой болѣзни. Дѣтская Медицина. 1901, стр. 53.

8) *Steffen.* Ueber Purpura. Jahrbuch für Kinderheilkunde, т. XXXVII, стр.

Digitized by Google

2 больныхъ умерли при явленіяхъ общей бугорчатки черезъ 5 дней послѣ высыпанія пурпуры.

*Reimer* [1]) встрѣтилъ 4 случая *Werlhof*'овой болѣзни, окончившихся смертью; при вскрытіи одного изъ нихъ оказалась хроническая бугорчатка.

*Фадѣевъ* [2]) приводитъ слѣдующій случай. Дѣвочка, 6 л., поступила въ больницу на 4-й день болѣзни, начавшейся жаромъ, общей слабостью и появленіемъ на кожѣ массы кровоизліяній. Черезъ 2 дня больная умерла. На вскрытіи оказалась бугорчатка легкихъ, брюшины и кишекъ.

*Луковскій* [3]) описываетъ случай тяжелой, очень быстро развившейся *Werlhof*'овой болѣзни у мальчика, 11 л., плохо упитаннаго, блѣднаго, со слѣдами зажившей костной бугорчатки. Ребенокъ былъ въ общемъ здоровъ, какъ вдругъ безъ всякой причины появилось чрезвычайно много кровоизліяній по всему тѣлу, одновременно сильныя кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ полости рта и носа, угрожавшія даже жизни ребенка.

*Рахманиновъ* [4]) приводитъ случай рейматической пурпуры у дѣвочки, 11 л. Больная давно кашляетъ. Соотвѣтственно верхней долѣ лѣваго легкаго притупленіе; при выслушиваніи здѣсь влажные, довольно звонкіе хрипы. Кашель съ отдѣленіемъ желтоватой мокроты, въ которой повторно были находимы *Koch*'овскія палочки. Въ другомъ случаѣ (мальчикъ, 12 лѣтъ) дѣло дошло до вскрытія, при чемъ въ правомъ легкомъ найдены два творожистыхъ, объизвествленныхъ узла, величиною съ горошину.

Я не привожу такихъ случаевъ, гдѣ *Werlhof*'ова болѣзнь развивалась у очень истощенныхъ, чахоточныхъ больныхъ въ послѣдніе дни болѣзни.

Что касается моихъ собственныхъ наблюденій, то кромѣ 2 вышеупомянутыхъ случаевъ, умеръ еще 1 больной (мальчикъ, 4 л.), но при вскрытіи его бугорчатки не оказалось. Тѣмъ не менѣе нѣкоторые изъ моихъ больныхъ заслуживаютъ очень большого вниманія въ интересующемъ насъ отношеніи. Къ крайнему сожалѣнію, у амбуляторныхъ больныхъ подробно собирался анамнезъ только въ послѣдніе годы и потому прійдется воспользоваться далеко не всѣми наблюденіями.

Всего я наблюдалъ 36 случаевъ *Werlhof*'овой болѣзни (въ больницѣ 18, амбуляторно 18), при чемъ въ анамнезѣ нерѣдко были указанія на бугорчатку въ семьѣ (напр., другія дѣти умирали отъ бугорчатковаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ), а при изслѣдованіи нѣсколькихъ дѣтей отмѣчена микрополіаденія.

Въ настоящее время я наблюдаю слѣдующій случай хронической бугорчатки шейныхъ железъ, осложнившійся 2 мѣсяца тому назадъ *Werlhof*'овой болѣзнью.

Ф. В., 10 л., поступила въ больницу 18/III 1904 г., на 20-й день болѣзни, по поводу кровотеченія изъ десенъ и сыпи по всему тѣлу. Дѣвочка всегда блѣдна, лѣтъ 5 страдаетъ припуханіемъ шейныхъ железъ, часто бываютъ носовыя кровотеченія, въ прошломъ году приступъ *Werlhof*'овой болѣзни, продолжавшейся около 2 недѣль. 5 мѣсяцевъ пролежала въ Софійской дѣтской больницѣ. Отецъ блѣдный, худой, лѣтъ 20 страдаетъ кашлемъ. При изслѣдованіи больной было найдено слѣдующее: по всей кожѣ, преимущественно на конечностяхъ, очень много различной величины (отъ едва замѣтныхъ до крупной горошины) синефіолетовыхъ пятнышекъ; кромѣ того на нижнихъ конечностяхъ 2 блѣдныхъ, синеватыхъ пятна большой величины. На слизистой рта, зѣва и языка довольно много мелкихъ кровоизліяній. Подчелюстныя и шейныя железы значительно увеличены, плотны. У угловъ челюстей, особенно справа, большіе пакеты очень плотныхъ железъ. Въ мочѣ много красныхъ кровяныхъ шариковъ. Сердце расширено въ поперечникѣ, тоны глухи. Печень выступаетъ на 4 стм. ниже ребернаго края. Остальные внутренніе органы измѣненій не представляютъ. Въ больницѣ дѣвочка лихорадила только 2 дня (до 38,5), черезъ 2 дня прекратилось кровотеченіе изъ десенъ, въ мочѣ кровь держалась дней 5, сыпь на кожѣ очень быстро блѣднѣла и черезъ 17 дней дѣвочка вышла изъ больницы относительно здоровой. Потомъ она продолжала лѣчиться амбуляторно и послѣдній разъ я видѣлъ ее 23 мая. За все это время только 1 разъ было носовое кровотеченіе, въ другихъ же отношеніяхъ она чувствовала себя вполнѣ хорошо. Характеръ пораженія лимфатическихъ железъ не оставляетъ никакого сомнѣнія въ томъ, что эта дѣвочка страдаетъ бугорчаткой. Случай этотъ представляетъ очень большой интересъ въ томъ отношеніи, что черезъ годъ *Werlhof*'ова болѣзнь повторилась и, слѣд. въ этомъ случаѣ мы должны признать одно изъ двухъ, или 1) это кахектическая пурпура, или, 2) дѣйствительно между бугорчаткой и пурпурой существуетъ какая то связь. Признаковъ кахексіи у этого ребенка не имѣется; пораженіе железъ существуетъ, правда, уже 5 лѣтъ, но дѣвочка чувствуетъ себя вполнѣ хорошо, посѣщаетъ школу, достаточно упитана и только блѣдна. Остается, слѣд., признать вѣроятность второго предположенія.

*Землинскій* [1]) приводитъ 2 случая *Werlhof*'овой болѣзни у бугорчатыхъ.

1. Дѣвочка, 10 л., поступила въ больницу по поводу сыпи на кожѣ и обильныхъ кровотеченій изъ рта и носа. Черезъ мѣсяцъ у нея нашли бугорчатковое пораженіе праваго тазобедреннаго сустава, а черезъ 1/2 года она поступила въ больницу въ очень плохомъ состояніи съ далеко зашедшимъ пораженіемъ легкихъ.

2. У женщины, 18 л., съ хроническимъ пораженіемъ легкихъ (умерла черезъ 5 мѣсяцевъ) во время пребыванія въ больницѣ однажды появились кровоизліянія въ кожу живота и груди.

Выше я уже упомянулъ, что во многихъ изъ встрѣтившихся мнѣ 36 случаевъ *Werlhof*'овой болѣзни я находилъ микрополіаденію, которой я придаю очень большое значеніе при распознаваніи бугорчатки у дѣтей, въ особенности, если это состояніе железъ существуетъ одновременно съ блѣдностью и указаніями на бугорчатку въ семьѣ.

Такимъ образомъ всѣ эти наблюденія приводятъ къ заключенію, что *между Werlhof'овой болѣзнью и бугорчаткой существуетъ какая-то связь* въ томъ смыслѣ, что пораженіе организма бугорчаткой какимъ то образомъ предрасполагаетъ его къ развитію этой формы гэморрагическаго діатеза.

Разумѣется, естественно можетъ возникнуть возраженіе, что бугорчатка во всѣхъ возрастахъ встрѣчается очень часто и, слѣд., эту связь, быть можетъ, проще всего слѣдуетъ разсматривать какъ совпаденіе. Совпаденіе это, однако, наблюдалось у меня очень часто; въ особенности-же часто одновременно наблюдаются бугорчатка и *Werlhof*'ова болѣзнь на вскрытіяхъ, до того часто, что однимъ совпаденіемъ этого никакъ нельзя объяснить.

Я убѣдился, что у насъ гэморрагическій діатезъ встрѣчается довольно часто; мнѣ, напр., въ теченіи послѣднихъ 13 лѣтъ пришлось наблюдать кромѣ вышеупомянутыхъ 36 случаевъ рейматической пурпуры и 36 случаевъ *Werlhof*'овой болѣзни, еще 19 случаевъ простой пурпуры (purpura simplex), т. е. 91 случай [2]) гэморрагическаго діатеза. Впрочемъ, это еще не весь матеріалъ нашей больницы и амбуляторіи, такъ какъ только въ послѣднія 4—5 лѣтъ я принималъ мѣры къ тому, чтобы черезъ мои руки проходили почти всѣ случаи этого страданія.

Въ первой моей статьѣ (1894 г.), посвященной *Werlhof*'овой болѣзни, я отмѣтилъ существующее въ литературѣ указаніе на особенную частоту этого страданія въ Петербургѣ, теперь мнѣ приходится съ большимъ основаніемъ подтвердить тогда высказанный мною взглядъ, что и въ Москвѣ эта болѣзнь встрѣчается очень нерѣдко.

Если-же большинство врачей того мнѣнія, что гэморрагическій діатезъ и у насъ приходится наблюдать не особенно часто, то объясняется такое мнѣніе очень просто тѣмъ, что большею частью это страданіе протекаетъ очень легко, часто встрѣчается у маленькихъ дѣтей и въ большинствѣ случаевъ, насколько я могъ убѣдиться, этого рода больныхъ только по одному разу показываютъ амбуляторному врачу; дѣло въ томъ, что родителей пугаетъ быстрое появленіе обильной гэморрагической сыпи по всему тѣлу, между тѣмъ черезъ 2—3 дня они видятъ, что сыпь начинаетъ блѣднѣть, а ребенокъ въ другихъ отношеніяхъ остается совершенно здоровымъ. Нерѣдко мнѣ приходилось дѣлать не мало усилій, чтобы увидѣть ребенка во 2-й, а тѣмъ болѣе въ 3-й разъ. Однимъ словомъ, всякій интересующійся этимъ вопросомъ найдетъ, я думаю, въ любой дѣтской амбуляторіи обильный и интересный матеріалъ.

Въ заключеніе, подводя итоги всему сказанному и основываясь на всѣхъ сдѣланныхъ мною наблюденіяхъ надъ

---

[1]) *Reimer*. Jahrbuch für Kinderheilkunde. т, X, стр. 258.

[2]) *Фадѣевъ*. Отчетъ Спб. Николаевской дѣтской больницы за 1901 г., стр. 123.

[3]) Отчетъ Спб. Николаевской дѣтской больницы за 1902 г., стр. 44.

[4]) *Рахманиновъ*, Медицинское Обозрѣніе, 1904 г., № 8.

[1]) *Землинскій*. Къ вопросу о связи между morbus maculosus *Werlhofii* и бугорчаткой. «Врачебная Газета», 1904 г., № 20.

[2]) Въ будущемъ я имѣю въ виду подробно описать весь этотъ матеріалъ.

Digitized by Google

радически, *Werlhof*'ову болѣзнь и совершенно не буду касаться тѣхъ формъ гэморрагической пурпуры, которыя, напр., приходится наблюдать при очень сильномъ истощеніи, при крайне тяжелыхъ заразныхъ заболѣваніяхъ (такъ называемыя кахектическая и заразная пурпура).

Слѣдуетъ отмѣтить, что взгляды авторовъ въ этомъ отношеніи крайне противорѣчивы и относительно классификаціи различныхъ формъ пурпуры далеко не всѣ согласны. Я, лично, на основаніи всего бывшаго въ моемъ распоряженіи матеріала, больше всего склоненъ присоединиться къ извѣстному взгляду *Duplaix* [1]), который старается выдѣлить *Werlhof*'ову болѣзнь изъ ряда другихъ формъ гэморрагической пурпуры (рейматическая, заразная, токсическая). Не могу только раздѣлить его мнѣнія относительно рейматической пурпуры; до настоящаго времени нѣтъ никакого основанія выдѣлять ее какъ обособленную форму. Мнѣ пришлось наблюдать 36 случаевъ рейматической пурпуры у дѣтей (22 случая больничныхъ и 14 амбуляторныхъ), при чемъ я постоянно убѣждался, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ страданіе это очень трудно отличить отъ purpura simplex, а, съ другой стороны, съ рейматизмомъ оно, очевидно, не имѣетъ ничего общаго; поэтому, мнѣ кажется, нѣтъ никакого основанія выдѣлять его въ самостоятельную форму.

Самая тѣсная связь между purpura simplex и p. haemorrhagica очевидна для всякаго, имѣвшаго случай наблюдать эти болѣзни; мнѣ приходилось наблюдать случаи, которые въ началѣ протекали какъ p. simplex, а спустя нѣсколько дней присоединялось кровотеченіе изъ слизистыхъ оболочекъ и распознаваніе приходилось перемѣнять на *Werlhof*'ову болѣзнь.

Такимъ образомъ въ настоящее время я долженъ присоединиться къ взгляду тѣхъ авторовъ, которые признаютъ, съ одной стороны, самостоятельную пурпуру (т. е. purpura simplex, rheumatica и haemorrhagica), а кромѣ того допускаютъ рядъ вторичныхъ пурпуръ, какъ напр. заразную, кахектическую, токсическую и т. п.

Весьма часто приходилось убѣждаться, что при очень тяжелыхъ заразныхъ заболѣваніяхъ цѣлость сосудовъ легко нарушается; при ослабленіи дѣятельности сердца у подобныхъ больныхъ я охотно пользуюсь подкожными вливаніями физіологическаго раствора, при чемъ не рѣдко кожа живота (послѣ тщательной очистки ея эѳиромъ) густо покрывается мелкими кровоизліяніями въ видѣ точекъ и полосокъ; кромѣ того у очень ослабленныхъ больныхъ иногда сами собой появляются различной величины кровоизліянія въ кожу и подкожную клѣтчатку. Но эти сыпи во многихъ отношеніяхъ очень рѣзко отличаются отъ самостоятельной пурпуры.

Я не буду касаться новѣйшихъ работъ, посвященныхъ бактеріологіи пурпуры, обстоятельный обзоръ которыхъ можно найти, между прочимъ, въ статьяхъ *Константиновича* [2]) и *Невядомскаго* [3]), скажу только, что еще никому не удалось найти микроба, дѣйствительно вызывающаго это загадочное заболѣваніе.

Я задался цѣлью остановить вниманіе товарищей на *связи между Werlhof'овой болѣзнью и бугорчаткой*. Мысли объ этой связи возникали у меня еще въ 1892 году, когда пришлось встрѣтиться [4]) въ теченіи короткаго промежутка времени съ 2-мя случаями *Werlhof*'овой болѣзни, окончившимися смертью, при чемъ на вскрытіи была найдена бугорчатка.

Позволю себѣ въ нѣсколькихъ словахъ напомнить эти случаи:

I. Мальчикъ, 10 л., поступилъ въ больницу на 7-й день болѣзни, выражавшейся сильнымъ кровотеченіемъ изъ слизистыхъ оболочекъ носа и рта и появленіемъ многочисленныхъ кровоизліяній въ кожу. Въ больницѣ кровотеченіе продолжалось, силы быстро падали и черезъ 5 дней ребенокъ умеръ. При вскрытіи найдено слѣдующее: кровоизліянія въ кожѣ, плейрѣ, сердечной сорочкѣ, обоихъ листкахъ брюшины, мышцѣ сердца, почкахъ, слизистой оболочкѣ желудка и тонкихъ кишекъ. Хроническая бугорчатка лѣваго легкаго. Сильное малокровіе.

II. Дѣвочка, 6 л., поступила въ больницу 2 мѣс. спустя послѣ начала болѣзни: послѣдняя въ началѣ протекала легко, выражаясь гэморрагическою сыпью и кровотеченіями изъ десенъ. Въ началѣ такъ было и въ больницѣ, но черезъ 3 недѣли кровотеченія изъ слизистой носа и рта рѣзко усилились, ребенокъ быстро слабѣлъ, на 36 й день пребыванія въ больницѣ наступила смерть. При вскрытіи было найдено: кровоизліянія кожи, плейральныхъ листковъ, сердечной сорочки, слизистой оболочки желудка и брюшины. Дольчатое бугорчатое воспаленіе легкихъ. Очень сильное малокровіе.

Прежде всего, разумѣется, возникъ вопросъ, не имѣлъ ли я дѣло съ т. наз. кахетической пурпурой, развившейся на почвѣ бугорчатки? Но противъ этого предположенія рѣшительно говорилъ анамнезъ и данныя изслѣдованія, а болѣе всего типическое для самостоятельной пурпуры теченіе болѣзни. Болѣзнь развилась очень быстро у здоровыхъ до того времени дѣтей, выражалась очень обильными кровоизліяніями въ кожу и изъ слизистыхъ оболочекъ, сильнаго-же упадка питанія и кахексіи не развивалось. Такимъ образомъ я исключилъ кахектическую пурпуру въ обоихъ этихъ случаяхъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ явилось предположеніе, что быть можетъ, бугорчатка стояла въ какой нибудь связи съ развитіемъ такой тяжелой пурпуры, если не въ видѣ причиннаго момента, то, по крайней мѣрѣ, какъ условіе, способствующее и подготовляющее почву для развитія кровоизліяній.

Сдѣланныя мною въ то время литературные поиски увѣнчались лишь незначительнымъ успѣхомъ; просмотрѣвъ наиболѣе извѣстныя руководства по внутреннимъ и дѣтскимъ болѣзнямъ, я только у *Dieulafoy*, *Descroizilles*'a, *Unger*'a, *Vogel*'я и *Steiner*'а нашелъ краткія указанія на то, что иногда *Werlhof*'ова болѣзнь наблюдается при бугорчаткѣ, при чемъ *Dieulafoy* утверждаетъ, что она чаще наблюдается при острой бугорчаткѣ и нерѣдко сопровождается общими кровоизліяніями. Но въ тоже время въ наиболѣе обширныхъ отдѣльныхъ статьяхъ, посвященныхъ пурпурѣ [*Immermann* [1]), *Comby* [2]), *Litten* [3]), *Riess* [4]), *Förster* [5])], вопросъ о возможной связи ея съ бугорчаткой совсѣмъ не разматривается. Зависитъ это, быть можетъ, отъ того, что количество патолого-анатомическихъ наблюденій, касающихся *Werlhof*'овой болѣзни, не особенно велико.

Если-же мы станемъ слѣдить за отдѣльными казуистическими наблюденіями, то скоро убѣдимся, что въ случаяхъ *Werlhof*'овой болѣзни, окончившихся вскрытіями, нерѣдко находили, кромѣ того, и бугорчатку.

*Константиновичъ* въ своей вышеупомянутой статьѣ приводитъ результаты вскрытія юноши, 18 л., умершаго отъ очень бурно протекавшей *Werlhof*'овой болѣзни; между прочими измѣненіями была найдена зажившая бугорчатка бронхіальныхъ железъ и омѣлотворенный узелокъ въ легкомъ. *Jacubasch* [6]) сообщаетъ о мальчикѣ, 4 л., погибшемъ отъ неостановившагося кровотеченія изъ рта и носа. Вскрытіе. Общая просовидная бугорчатка.

*Ахметьевъ* [7]) описалъ случай окончившійся смертью у мальчика 9 лѣтъ. Вскрытіе: брызжеечныя железы сильно увеличены, большинство изъ нихъ творожисто перерождены.

*Steffen* [8]) говоритъ, что изъ собранныхъ имъ 128 случаевъ (32 собственныхъ, остальные изъ литературы) 40 умерли, при чемъ

---

[1]) *Duplaix*. Gaz. des hôp. 1888, № 141.

[2]) *Константиновичъ*. Къ вопросу объ этіологіи и патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ при пятнистой болѣзни *Werlhof*'a (Русскій Архивъ патологія, клинич. медицины и бактеріологіи, т. VIII, стр. 541).

[3]) *Невядомскій*. Современное состояніе вопроса о различныхъ формахъ идіопатической пурпуры (morbus maculosus *Werlhofii*, purpura simplex, purpura haemorrhagica, purpura rheumatica, etc). Тамъ-же, т. XIII, 1902, стр. 339.

[4]) *Кисель*. Два случая *Werlhof*'овой болѣзни у дѣтей 6 и 10 лѣтъ, кончившіеся смертью (Врачъ, 1894, № 34).

[1]) *Immermann*. Сборникъ *Ziemssen*'a, СПБ., 1881, т. XIII, ч. II, стр. 545.

[2]) *J. Comby*. Traité des maladies de l'enfance par *Grancher*, *Comby* et *Marfan*, т. II, стр. 168.

[3]) *Litten*, *Nothnagel*'s spec. Path. und Therapie. т. VIII, ч. III.

[4]) *Reiss*. Реальная Энциклопедія медицинскихъ наукъ *Eulenburg*'a и *Аѳанасьева*, т. III, стр. 209.

[5]) *Förster*. *Gerhardt*'s Handbuch der Kinderkrankheiten, т. III, стр. 223.

[6]) *Jacubasch*. Ein Fall von Tuberculose und haemorrhagischer Diathese, Jahrb. f. Kinderheilk. т. XV. стр. 167.

[7]) *Ахметьевъ*. Случай тяжелой, окончившейся смертью, *Werlhof*'овой болѣзни. Дѣтская Медицина. 1901, стр. 53.

[8]) *Steffen*. Ueber Purpura. Jahrbuch für Kinderheilkunde, т. XXXVII, стр.

Digitized by Google

2 больныхъ умерли при явленіяхъ общей бугорчатки черезъ 5 дней послѣ высыпанія пурпуры.

*Reimer* [1]) встрѣтилъ 4 случая *Werlhof*'овой болѣзни, окончившихся смертью; при вскрытіи одного изъ нихъ оказалась хроническая бугорчатка.

*Фадњевъ* [2]) приводитъ слѣдующій случай. Дѣвочка, 6 л., поступила въ больницу на 4-й день болѣзни, начавшейся жаромъ, общей слабостью и появленіемъ на кожѣ массы кровоизліяній. Черезъ 2 дня больная умерла. На вскрытіи оказалась бугорчатка легкихъ, брюшины и кишекъ.

*Луковскій* [3]) описываетъ случай тяжелой, очень быстро развившейся *Werlhof*'овой болѣзни у мальчика, 11 л., плохо упитаннаго, блѣднаго, со слѣдами зажившей костной бугорчатки. Ребенокъ былъ въ общемъ здоровъ, какъ вдругъ безъ всякой причины появилось чрезвычайно много кровоизліяній по всему тѣлу, одновременно сильныя кровотеченія изъ слизистыхъ оболочекъ полости рта и носа, угрожавшія даже жизни ребенка.

*Рахманиновъ* [4]) приводитъ случай ревматической пурпуры у дѣвочки, 11 л. Больная давно кашляетъ. Соотвѣтственно верхней долѣ лѣваго легкаго притупленіе; при выслушиваніи здѣсь влажные, довольно звонкіе хрипы. Кашель съ отдѣленіемъ желтоватой мокроты, въ которой повторно были находимы *Koch*'овскія палочки. Въ другомъ случаѣ (мальчикъ, 12 лѣтъ) дѣло дошло до вскрытія, при чемъ въ правомъ легкомъ найдены два творожистыхъ, обызвествленныхъ узла, величиною съ горошину.

Я не привожу такихъ случаевъ, гдѣ *Werlhof*'ова болѣзнь развивалась у очень истощенныхъ, чахоточныхъ больныхъ въ послѣдніе дни болѣзни.

Что касается моихъ собственныхъ наблюденій, то кромѣ 2 вышеупомянутыхъ случаевъ, умеръ еще 1 больной (мальчикъ, 4 л.), но при вскрытіи его бугорчатки не оказалось. Тѣмъ не менѣе нѣкоторые изъ моихъ больныхъ заслуживаютъ очень большого вниманія въ интересующемъ насъ отношеніи. Къ крайнему сожалѣнію, у амбуляторныхъ больныхъ подробно собирался анамнезъ только въ послѣдніе годы и потому прійдется воспользоваться далеко не всѣми наблюденіями.

Всего я наблюдалъ 36 случаевъ *Werlhof*'овой болѣзни (въ больницѣ 18, амбуляторно 18), при чемъ въ анамнезѣ нерѣдко были указанія на бугорчатку въ семьѣ (напр., другія дѣти умирали отъ бугорчатковаго воспаленія мозговыхъ оболочекъ), а при изслѣдованіи нѣсколькихъ дѣтей отмѣчена микрополіаденія.

Въ настоящее время я наблюдаю слѣдующій случай хронической бугорчатки шейныхъ железъ, осложнившійся 2 мѣсяца тому назадъ *Werlhof*'овой болѣзнью.

Ф. В., 10 л., поступила въ больницу 18/III 1904 г., на 20-й день болѣзни, по поводу кровотеченія изъ деснъ и сыпи по всему тѣлу. Дѣвочка всегда блѣдна, лѣтъ 5 страдаетъ припуханіемъ шейныхъ железъ, часто бываютъ носовыя кровотеченія, въ прошломъ году приступъ *Werlhof*'овой болѣзни, продолжавшейся около 2 недѣль. 5 мѣсяцевъ пролежала въ Софійской дѣтской больницѣ. Отецъ блѣдный, худой, лѣтъ 20 страдаетъ кашлемъ. При изслѣдованіи больной было найдено слѣдующее: по всей кожѣ, преимущественно на конечностяхъ, очень много различной величины (отъ едва замѣтныхъ до крупной горошины) синефіолетовыхъ пятнышекъ; кромѣ того на нижнихъ конечностяхъ 2 блѣдныхъ, синеватыхъ пятна большой величины. На слизистой рта, зѣва и языка довольно много мелкихъ кровоизліяній. Подчелюстныя и шейныя железы значительно увеличены, плотны. У угловъ челюстей, особенно справа, большіе пакеты очень плотныхъ железъ. Въ мочѣ много красныхъ кровяныхъ шариковъ. Сердце расширено въ поперечникѣ, тоны глухи. Печень выступаетъ на 4 стм. ниже ребернаго края. Остальные внутренніе органы измѣненій не представляютъ. Въ больницѣ дѣвочка лихорадила только 2 дня (до 38,5), черезъ 2 дня прекратилось кровотеченіе изъ деснъ, въ мочѣ кровь держалась дней 5, сыпь на кожѣ очень быстро блѣднѣла и черезъ 17 дней дѣвочка вышла изъ больницы относительно здоровой. Потомъ она продолжала лѣчиться амбуляторно и послѣдній разъ я видѣлъ ее 23 мая. За все это время только 1 разъ было носовое кровотеченіе, въ другихъ же отношеніяхъ она чувствовала себя вполнѣ хорошо. Характеръ пораженія лимфатическихъ железъ не оставляетъ никакого сомнѣнія въ томъ, что эта дѣвочка страдаетъ бугорчаткой. Случай этотъ представляетъ очень большой интересъ въ томъ отношеніи, что черезъ годъ *Werlhof*'ова болѣзнь повторилась и, слѣд. въ этомъ случаѣ мы должны признать одно изъ двухъ, или 1) это кахектическая пурпура, или, 2) дѣйствительно между бугорчаткой и пурпурой существуетъ какая то связь. Признаковъ кахексіи у этого ребенка не имѣется; пораженіе железъ существуетъ, правда, уже 5 лѣтъ, но дѣвочка чувствуетъ себя вполнѣ хорошо, посѣщаетъ школу, достаточно упитана и только блѣдна. Остается, слѣд., признать вѣроятность второго предположенія.

*Землинскій* [1]) приводитъ 2 случая *Werlhof*'овой болѣзни у бугорчатыхъ.

1. Дѣвочка, 10 л., поступила въ больницу по поводу сыпи на кожѣ и обильныхъ кровотеченій изъ рта и носа. Черезъ мѣсяцъ у нея нашли бугорчатковое пораженіе праваго тазобедреннаго сустава, а черезъ ½ года она поступила въ больницу въ очень плохомъ состояніи съ далеко зашедшимъ пораженіемъ легкихъ.

2. У женщины, 18 л., съ хроническимъ пораженіемъ легкихъ (умерла черезъ 5 мѣсяцовъ) во время пребыванія въ больницѣ однажды появились кровоизліянія въ кожу живота и груди.

Выше я уже упомянулъ, что во многихъ изъ встрѣтившихся мнѣ 36 случаевъ *Werlhof*'овой болѣзни я находилъ микрополіаденію, которой я придаю очень большое значеніе при распознаваніи бугорчатки у дѣтей, въ особенности, если это состояніе железъ существуетъ одновременно съ блѣдностью и указаніями на бугорчатку въ семьѣ.

Такимъ образомъ всѣ эти наблюденія приводятъ къ заключенію, что *между Werlhof'овой болѣзнью и бугорчаткой существуетъ какая-то связь* въ томъ смыслѣ, что пораженіе организма бугорчаткой какимъ то образомъ предрасполагаетъ его къ развитію этой формы гэморрагическаго діатеза.

Разумѣется, естественно можетъ возникнуть возраженіе, что бугорчатка во всѣхъ возрастахъ встрѣчается очень часто и, слѣд., эту связь, быть можетъ, проще всего слѣдуетъ разсматривать какъ совпаденіе. Совпаденіе это, однако, наблюдалось у меня очень часто; въ особенности-же часто одновременно наблюдаются бугорчатка и *Werlhof*'ова болѣзнь на вскрытіяхъ, до того часто, что однимъ совпаденіемъ этого никакъ нельзя объяснить.

Я убѣдился, что у насъ гэморрагическій діатезъ встрѣчается довольно часто; мнѣ, напр., въ теченіи послѣднихъ 13 лѣтъ пришлось наблюдать кромѣ вышеупомянутыхъ 36 случаевъ ревматической пурпуры и 36 случаевъ *Werlhof*'овой болѣзни, еще 19 случаевъ простой пурпуры (purpura simplex), т. е. 91 случай [2]) гэморрагическаго діатеза. Впрочемъ, это еще не весь матеріалъ нашей больницы и амбуляторіи, такъ какъ только въ послѣднія 4—5 лѣтъ я принималъ мѣры къ тому, чтобы черезъ мои руки проходили почти всѣ случаи этого страданія.

Въ первой моей статьѣ (1894 г.), посвященной *Werlhof*'овой болѣзни, я отмѣтилъ существующее въ литературѣ указаніе на особенную частоту этого страданія въ Петербургѣ, теперь мнѣ приходится съ большимъ основаніемъ подтвердить тогда высказанный мною взглядъ, что и въ Москвѣ эта болѣзнь встрѣчается очень нерѣдко.

Если-же большинство врачей того мнѣнія, что гэморрагическій діатезъ и у насъ приходится наблюдать не особенно часто, то объясняется такое мнѣніе очень просто тѣмъ, что большею частью это страданіе протекаетъ очень легко, часто встрѣчается у маленькихъ дѣтей и въ большинствѣ случаевъ, насколько я могъ убѣдиться, этого рода больныхъ только по одному разу показываютъ амбуляторному врачу; дѣло въ томъ, что родителей пугаетъ быстрое появленіе обильной гэморрагической сыпи по всему тѣлу, между тѣмъ черезъ 2—3 дня они видятъ, что сыпь начинаетъ блѣднѣть, а ребенокъ въ другихъ отношеніяхъ остается совершенно здоровымъ. Нерѣдко мнѣ приходилось дѣлать не мало усилій, чтобы увидѣть ребенка во 2-й, а тѣмъ болѣе въ 3-й разъ. Однимъ словомъ, всякій интересующійся этимъ вопросомъ найдетъ, я думаю, въ любой дѣтской амбуляторіи обильный и интересный матеріалъ.

Въ заключеніе, подводя итоги всему сказанному и основываясь на всѣхъ сдѣланныхъ мною наблюденіяхъ надъ

---

[1]) *Reimer*. Jahrbuch für Kinderheilkunde. т, X, стр. 258.

[2]) *Фадњевъ*. Отчетъ Спб. Николаевской дѣтской больницы за 1901 г., стр. 123.

[3]) Отчетъ Спб. Николаевской дѣтской больницы за 1902 г., стр. 44.

[4]) *Рахманиновъ*, Медицинское Обозрѣніе, 1904 г., № 8.

[1]) *Землинскій*. Къ вопросу о связи между morbus maculosus *Werlhofii* и бугорчаткой. «Врачебная Газета», 1904 г., № 20.

[2]) Въ будущемъ я имѣю въ виду подробно описать весь этотъ матеріалъ.

Digitized by Google

гэморрагическимъ діатезомъ, я долженъ высказаться, что въ большинствѣ случаевъ это страданіе не производитъ на меня впечатлѣнія самостоятельной заразной болѣзни. Я не буду вовсе касаться цѣлаго ряда новѣйшихъ бактеріологическихъ изслѣдованій, пока не выяснившихъ возбудителя этого страданія. Но нельзя не указать того, что клиническое теченіе этой болѣзни очень рѣзко отличается отъ остальныхъ заразныхъ болѣзней. Достаточно напомнить, что большинство случаевъ острой *Werlhof*'овой болѣзни протекаетъ безъ повышенія температуры; далѣе, въ очень тяжелыхъ случаяхъ, оканчивающихся смертью, послѣдняя наступаетъ обыкновенно при явленіяхъ тяжелаго малокровія, являющагося слѣдствіемъ упорныхъ кровотеченій изъ слизистыхъ оболочекъ и не наблюдается тѣхъ случаевъ отравленія организма, какіе мы постоянно встрѣчаемъ при всѣхъ другихъ заразныхъ болѣзняхъ.

Вотъ то общее впечатлѣніе, которое получилось у меня относительно этіологіи кровоточиваго діатеза на основаніи знакомства съ большимъ количествомъ случаевъ этого заболѣванія. Разумѣется, я не стану утверждать, что взглядъ на пурпуру (подразумѣвая подъ этимъ названіемъ всѣ ея 3 формы), какъ на заразное страданіе, не вѣренъ; напротивъ, я охотно допускаю, что въ будущемъ, быть можетъ, удастся открыть возбудителя, который вызываетъ часть случаевъ пурпуры, но пока, повторяю, большинство случаевъ этого страданія скорѣе наводитъ на мысль о какомъ-то общемъ разстройствѣ питанія, и мнѣ кажется, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ это нарушеніе питанія находится въ тѣсной связи съ заболѣваніемъ организма бугорчаткой [1]).

Нельзя, наконецъ, не отмѣтить того обстоятельства, что иногда пурпура и при томъ въ очень тяжелой формѣ (purpura fulminans) развивалась послѣ кори, а мы знаемъ, что корь часто осложняется общей бугорчаткой.

На основаніи всего сказаннаго можно сдѣлать слѣдующія заключенія:

1) Этіологія пурпуры и въ настоящее время представляется очень темной.

2) По теченію болѣзни большинство случаевъ пурпуры мало напоминаютъ заразное страданіе.

3) Есть основаніе думать, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ развитіе пурпуры находится въ связи съ бугорчаткой.

4) Гэморрагическій діатезъ въ Россіи наблюдается часто.

5) Между 3-мя видами пурпуры (simplex, rheumatica, haemorrhagica) очень трудно провести границу.

6) Среди моихъ больныхъ преобладали легкія формы; изъ 91 случая различныхъ формъ гэморрагическаго діатеза умерли только 3.

---

CXI. Изъ лабораторіи проф. И. И. Мечникова въ Парижѣ.

## Къ вопросу о существованіи фиксатора въ организмѣ естественно невоспріимчиваго животнаго.

**П. Заболотнова.**

До сихъ поръ въ наукѣ не установилось однообразнаго взгляда на то, какіе факторы играютъ роль въ животномъ организмѣ, естественно невоспріимчивомъ къ тому или другому микробу. Въ настоящее время преимущественно господствуютъ 2 теоріи съ одной стороны, клѣточная, созданная и защищаемая проф. *Мечниковымъ* и его учениками, а съ другой гуморальная, представителями которой являются *Buchner*, *Pfeiffer* и др.

По ученію *Мечникова* [1]), у естественно невоспріимчивыхъ животныхъ играетъ главную роль фагоцитозъ, благодаря которому организмъ быстро справляется съ микробами.

*Buchner*, изучая бактеріиубивающія свойства кровяной сыворотки, пришелъ къ тому заключенію, что они главнымъ образомъ связаны съ присутствіемъ въ ней особаго вещества, которому онъ далъ названіе алексина.

Съ другой стороны, *Bordet*, изучая феноменъ *Pfeiffer*'а, показалъ, что въ этомъ явленіи участвуютъ 2 вещества, изъ которыхъ одно заключается въ инактивированной специфической сывороткѣ, а другое въ свѣжей нормальной. Первому онъ далъ названіе сензибилизирующаго вещества, а второе есть собственно алексинъ *Buchner*'а. При сочетаніи обоихъ веществъ происходитъ извѣстный феноменъ *Pfeiffer*'а, зернистое распаденіе холерныхъ вибріоновъ.

*Bordet* и *Gengou* [2]) путемъ особаго метода открыли присутствіе сензибилизирующихъ веществъ или фиксаторовъ въ специфическихъ сывороткахъ. *Bordet* [3]) въ одной изъ своихъ работъ, разбирая вопросъ объ явленіяхъ агглютинаціи, между прочимъ, высказываетъ предположеніе, не существуетъ-ли общихъ свойствъ между специфическими и нормальными сыворотками. По крайней мѣрѣ, нельзя-ли встрѣтить въ слабой степени тѣ активныя начала, которыя развиваются въ специфическихъ сывороткахъ при иммунизаціи микробами. Такъ, сочетая дѣйствіе двухъ нормальныхъ сыворотокъ, можно констатировать зернистое измѣненіе холерныхъ вибріоновъ: если напр., къ подогрѣтой нормальной сывороткѣ лошади прибавить свѣжей сыворотки свинки. Другими словами, здѣсь какъ-бы существуетъ сензибилизирующее вещество или фиксаторъ въ нормальной сывороткѣ лошади. Но *Bordet*, однако, воздерживается отъ положительнаго заключенія. Тоже самое еще ранѣе замѣтилъ *Pfeiffer* [4]) въ отношеніи грѣтой сыворотки козы.

*Wechsberg* [5]) указалъ на присутствіе фиксатора для тифозной палочки въ нормальной сывороткѣ кролика.

*Malvoz* [6]), слѣдуя методу *Bordet* и *Gengou*, открылъ присутствіе фиксатора въ нормальной сывороткѣ собаки для сибиреязвенной палочки. Сыворотка этого животнаго относилась точно такъ-же, какъ сыворотка морской свинки, которой были введены микробы сибирской язвы. Наблюденія *Malvoz* подтверждаютъ своими опытами *Bail* [7]) и *Petterson* [8]). Они полагаютъ, что существуетъ извѣстное отношеніе между присутствіемъ или отсутствіемъ фиксаторовъ для сибиреязвеннаго бацилла и чувствительностью животнаго къ сибирской язвѣ.

Чтобы судить, насколько это явленіе постоянно, необходимо обслѣдовать этотъ вопросъ въ томъ-же направленіи. Наблюденія, сдѣланныя до сихъ поръ, не рѣшаютъ задачи въ силу своего одиночнаго характера. Для выясненія вопроса, дѣйствительно-ли предсуществуютъ фиксаторы въ организмѣ естественно-невоспріимчиваго животнаго къ тому или другому микроорганизму, я взялъ для этой цѣли морскую свинку, которая совершенно невоспріимчива къ палочкѣ свиной краснухи.

Для отыскиванія фиксатора въ нормальной сывороткѣ морской свинки я пользовался методомъ *Bordet-Gengou*. Чтобы имѣть въ своемъ распоряженіи достаточное количество микробовъ свиной краснухи, я прибавлялъ къ обыкновенному бульону $^1/_3$ объема сыворотки свиньи. Передъ опытомъ микробы отдѣлялись отъ бульона съ сывороткой центрифугированіемъ и отмывались физіологическимъ растворомъ соли. Приготовлялась эмульсія изъ палочекъ такой концентраціи, что смѣсь ихъ съ солевымъ растворомъ казалась при взбалтываніи мутномолочной.

Для провѣрки были взяты сыворотка свиньи, какъ весьма чувствительнаго къ данному микробу животнаго, и физіологическій растворъ соли. Приготовлялись пробирки со слѣдующими смѣсями: одна содержала алексинъ, эмульсію палочекъ и грѣтую сыворотку свинки; другая тоже, что и первая, съ замѣною сыворотки свинки сывороткою свиньи, 3-я также одинакова съ первою, но съ замѣною только сыворотки физіологическимъ растворомъ соли; 1-я

---

[1]) Пользуюсь случаемъ, чтобы исправить ошибку д-ра *Константиновича*, который въ своей статьѣ (l. c.) причислилъ меня къ авторамъ, которые не считаютъ morbus maculosus за самостоятельную форму болѣзни. Мнѣ непонятно, почему *К.* сдѣлалъ такое заключеніе, потому что подобного взгляда я не высказывалъ, и въ 1894 г. по поводу описанныхъ въ 1-ой моей статьѣ 2-хъ случаевъ *Werlhof*'овой болѣзни, осложненныхъ бугорчаткой, сказалъ, что «я не считаю собя въ правѣ отнести свои случаи къ самостоятельной *Werlhof*'овой болѣзни, хотя они были-бы признаны за таковые, если-бы больные выздоровѣли».

состояла изъ алексина и физіологическаго раствора соли. Такимъ образомъ для опыта служили 4 пробирки,—3 съ эмульсіей палочекъ и 1 безъ нея. Менѣе, чѣмъ черезъ $^1/_2$-часа послѣ прибавленія сенсибилизированныхъ красныхъ тѣлецъ кролика къ той трубкѣ, гдѣ былъ физіологическій растворъ соли и алексинъ свинки, наступилъ гэмолизъ. Количество алексина, видимо, было вполнѣ достаточно для наступленія полнаго гэмолиза, ибо всѣ тѣльца обезцвѣтились и на днѣ трубки видна только безцвѣтная строма. Между тѣмъ въ трубкахъ, въ которыхъ была эмульсія палочекъ, получилась нѣсколько иная картина: чрезъ $^1/_2$—1 ч. послѣ прибавленія сенсибилизированныхъ тѣлецъ не наступило полнаго гэмолиза, во всѣхъ трубкахъ наблюдалась слабая окраска, которая только спустя нѣсколько часовъ стала рѣзче. Но, вообще, гэмолизъ, хотя далеко не полный, рѣзче выраженъ въ 1-ой и 2-ой трубкѣ, гдѣ заключалась грѣтая сыворотка морской свинки и свиньи.

На основаніи того, что гэмолизъ въ данномъ опытѣ слабо выраженъ, можно-бы сдѣлать заключеніе о присутствіи фиксатора во взятыхъ нами сывороткахъ. Но противъ подобнаго заключенія говоритъ слабый гэмолизъ въ трубкѣ, гдѣ вмѣсто сыворотки былъ взятъ просто физіологическій растворъ соли. Такимъ образомъ присутствіе бактерій самихъ по себѣ является причиной, препятствующей наступленію полнаго гэмолиза помимо какого-либо участія грѣтой сыворотки свиньи или свинки. Здѣсь мы имѣемъ дѣло съ поглощеніемъ алексина бактеріями безъ всякаго участія посредствующаго элемента-фиксатора.

Разбирая данный опытъ, мы видимъ, что количество алексина было вполнѣ достаточно для полнаго гэмолиза взятой нами массы сенсибилизированныхъ красныхъ тѣлецъ, но оно оказалось совершенно недостаточнымъ въ присутствіи эмульсіи палочекъ. Чтобы достигнуть полнаго гэмолиза въ присутствіи палочекъ, можно поступить такимъ образомъ: не увеличивая алексина, убавить количество ихъ, или увеличить количество алексина, не уменьшая массы палочекъ, или, наконецъ, съ одной стороны, увеличить количество алексина, а, съ другой, взять менѣе густую эмульсію.

Другой опытъ былъ поставленъ, какъ и предъидущій, съ тою разницею, что эмульсія палочекъ была взята менѣе густая и кромѣ того были прибавлены разныя количества алексина, а именно 0,2 к. с., 0,4 к. с. и 0,6 к. с. Такимъ образомъ мы имѣли по 3 трубки съ сывороткой морской свинки, съ сывороткой свинки и физіологическимъ растворомъ соли.

Результатъ 2-го опыта былъ нѣсколько другой. Прежде всего слѣдуетъ указать на полный параллелизмъ въ ходѣ гэмолиза во всѣхъ трубкахъ, какъ съ сывороткой свинки, такъ равно и съ сывороткой свиньи и физіологическимъ растворомъ соли. Въ трубкѣ съ 0,2 алексина—рѣзкое окрашиваніе, но незначительная часть тѣлецъ еще не обезцвѣтилась; съ 0,4 алексина почти полный гэмолизъ, ибо на днѣ видны едва замѣтные слѣды окрашенныхъ тѣлецъ, которые часа черезъ 3 совсѣмъ обезцвѣтились; наконецъ, съ 0,6 быстро наступилъ совершенно полный гэмолизъ. При повтореніи этого опыта результатъ получался тожественный.

Какой выводъ можно сдѣлать изъ 2-го опыта? Задача нашего изслѣдованія была рѣшить вопросъ,—содержитъ-ли сыворотка нормальной морской свинки специфическій фиксаторъ для палочки свиной краснухи, къ которому она естественно-невоспріимчива. Если-бы фиксаторъ дѣйствительно содержался въ сывороткѣ свинки, то гэмолизъ совсѣмъ не наступилъ-бы, или онъ былъ-бы гораздо слабѣе выраженъ сравнительно съ повѣркой, такъ какъ должно произойти прочное соединеніе алексина съ микробами, импрессіонированными фиксаторомъ, какъ это показали опыты *Bordet* и *Gengou* со специфическими сыворотками и въ частности съ serum antirouget. Между тѣмъ въ нашемъ опытѣ—рѣзкій гэмолизъ во всѣхъ трубкахъ какъ съ сывороткой морской свинки, такъ равно съ сывороткой свиньи и физіологическимъ растворомъ соли.

Такимъ образомъ мы должны придти къ заключенію, что *нормальная сыворотка морской свинки, животнаго естественно невоспріимчиваго къ микробу свиной краснухи, не содержитъ для него фиксатора.*

Мысль, высказанная *Malvoz* о существующей связи между естественной невоспріимчивостью животнаго и присутствіемъ въ его организмѣ специфическихъ фиксаторовъ, какъ это онъ наблюдалъ въ отношеніи сибирской язвы, въ нашемъ изслѣдованіи не подтверждается и, слѣд., ни въ какомъ случаѣ не можетъ быть обобщена. Нужно признать здѣсь, согласно ученію *Мечникова*, значеніе только одного дѣятеля, играющаго существенную роль въ защитѣ организма морской свинки противъ микроорганизма свиной краснухи, а именно фагоцитоза. Послѣдній уже былъ изученъ *Мечниковымъ* [9]) на кроликахъ и *Mesnil*'емъ [10]) на мышахъ. Первый изъ нихъ показалъ, что палочки въ организмѣ кролика, невоспріимчиваго къ данному микробу, исключительно разрушаются фагоцитами. *Mesnil* точно также изучалъ фагоцитозъ на мышахъ, при чемъ онъ однѣмъ вводилъ только разводку палочекъ, а другимъ еще и превентивную сыворотку отъ кролика. Какъ у тѣхъ, такъ и у другихъ наблюдался фагоцитозъ съ тою разницею, что у послѣднихъ онъ происходилъ гораздо скорѣе, такъ что уже черезъ сравнительно короткое время палочки были фагоцитированы.

Мною точно также былъ поставленъ опытъ на морскихъ свинкахъ, ради изученія у нихъ фагоцитоза. Вводилась имъ въ брюшную полость чистая разводка въ размѣрѣ 1—1,5 к. с. Изслѣдованіе выпота, черезъ 2 часа послѣ введенія разводки обнаруживаетъ уже небольшое число лейкоцитовъ съ отдѣльными въ нихъ экземплярами палочекъ. Большая часть бактерій еще находится свободной въ выпотѣ. Черезъ 3 часа еще болѣе увеличилось количество захваченныхъ клѣтками бактерій. Выпотъ, взятый черезъ 6—7 часовъ, уже не содержитъ совсѣмъ свободныхъ микробовъ. Всѣ они заключены въ лейкоцитахъ, преимущественно въ полинуклеарахъ. Количество ихъ во многихъ клѣткахъ настолько велико, что положительно весь лейкоцитъ заполненъ ими. Рядомъ съ хорошо окрашенными бактеріями можно встрѣтить въ нѣкоторыхъ лейкоцитахъ едва замѣтные буроватоблѣдныя палочки. Въ выпотѣ, взятомъ черезъ 10 часовъ, картина мѣняется въ томъ смыслѣ, что въ нѣкоторыхъ лейкоцитахъ бактеріи приняли болѣе или менѣе зернистый видъ. Выпотъ, взятый черезъ $22^1/_2$ ч., довольно богатъ клѣтками. Въ немъ хотя еще полинуклеары составляютъ бо́льшую $^1/_2$ клѣточныхъ элементовъ, но бактеріи въ нихъ только въ ограниченномъ количествѣ. Наоборотъ, теперь онѣ лежатъ преимущественно въ мононуклеарахъ. При этомъ нужно замѣтить, что послѣдніе значительно увеличены въ объемѣ, содержатъ внутри себя 1—4 полинуклеара или даже плюсъ еще красныя тѣльца. Палочки въ нихъ сбиты въ одну кучу, въ одно густое скопленіе, но нерѣдко даже въ 2—3 отдѣльныя массы. Часто уже нельзя бываетъ различить отдѣльныхъ палочекъ, ибо они представляютъ изъ себя скорѣе зернистую массу. Это особенно бросается въ глаза на препаратахъ, приготовленныхъ изъ выпота, взятаго черезъ $30^1/_2$ часовъ послѣ прививки. Здѣсь палочки совершенно распались въ зернышки, которыя часто даже не такъ многочисленны, какъ въ предъидущемъ случаѣ.

Съ цѣлью рѣшить вопросъ, насколько вирулентны привитыя нами палочки и черезъ какой промежутокъ времени онѣ погибаютъ внутри лейкоцитовъ, выпотъ былъ привитъ мышамъ. При этомъ оказалось, что мышь, привитая выпотомъ, взятымъ черезъ 3 часа, пала черезъ 4 сутокъ. 2 мыши, — одна, привитая выпотомъ, взятымъ черезъ 7 часовъ и другая, взятымъ черезъ 10 часовъ,—пали къ концу 5 дня.

Изъ вышеприведенныхъ наблюденій можно сдѣлать заключеніе, что *защита организма морской свинки совершается путемъ фагоцитоза*, который ясно выраженъ черезъ 3 часа и рѣзко черезъ 7 часовъ. Къ этому времени онъ уже законченъ, ибо нѣтъ болѣе свободныхъ въ выпотѣ бактерій.

Въ первые 10 часовъ разрушеніе микробовъ совершается полинуклеарными лейкоцитами, а далѣе высту-

Digitized by Google

паютъ на сцену мононуклеары, которые и довершаютъ процессъ переваривания бактерій.

Что касается вопроса, въ какомъ состояніи были захвачены бактеріи лейкоцитами, т. е., въ живомъ или мертвомъ, то здѣсь очевидно, что бактеріи были вирулентны и жизнеспособны. Объ этомъ можно судить на томъ основаніи, что мыши, зараженныя выпотомъ, взятымъ черезъ 7 и 10 часовъ послѣ введенія разводки, когда совершенно не было уже свободныхъ микробовъ, тѣмъ не менѣе погибли.

На основаніи сдѣланныхъ нами опытовъ позволительно прійти къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Сыворотка морской свинки не содержитъ специфическаго фиксатора для палочки свиной краснухи;

2) самозащита животнаго противъ даннаго микроорганизма совершается исключительно путемъ фагоцитоза.

Въ заключеніе приношу искреннюю признательность проф. *И. И. Мечникову* и д-ру *А. М. Безрѣдка* за полезные совѣты и указанія при выполненіи настоящей работы.

**Литература:** 1. *Мечниковъ.* L'Immunité dans les maladies infectieuses. Paris, 1901 p. 217.—2. *Bordet et Gengou.* Sur l'existance de substances sénsibilisatrices dans la plupart des hernies antimicrobiennes Ann. de l'Instit *Pasteur*, 1901. — 3. *Bordet.* Agglutination et dissolution des globules rouges par le sérum. Ann. de l'Institut *Pasteur*, 1899. — 4. *Pfeiffer.* Weitere Mittheilungen über die specifischen Antikörper der Cholera. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrank. T. 20. — 5. *Wechsberg.* Zur Lehre von der natürlichen Immunität und über bactericide Heilsera. Тамъ-же, т. 39. — 6. *Malvoz.* Contribution à l'étude des fixateurs du sérum normal du chien. Ann. de l'Institut *Pasteur* 1902. — 7. *Bail.* Untersuchungen über natürliche und künstliche Milzbrandimmunität. Centralbl. für Bakter. T. XXXIII.—8. *Petterson.* Ueber die natürliche Milzbrandimmunität des Hundes und Huhns. Тамъ-же. — 9. *Мечниковъ.* Etudes sur l'immunité. Annales de l'Institut *Pasteur*, 1889. — 10. *Mesnil.* Sur le mode d'action du sérum preventif contre le rouget des porcs. Тамъ-же, 1898.

---

## Сердце, какъ мышечный органъ съ опредѣленной локализаціей отправленій (подобно центрамъ нервной системы). Законъ синергіи и дизергіи. О клиническомъ распознаваніи локализаціи болѣзненнаго процесса въ мышцѣ сердца.

**М. Я. Брейтмана** (Петербургъ).

*(Окончаніе. См. № 25, стр. 899).*

Сердце есть мышечный органъ; слѣд., функціей его является движеніе. Чтобы опредѣлить движеніе мышцы и ея физіологическое значеніе, мы должны знать тѣ *неподвижныя* (въ большей или меньшей степени) *точки*, къ которымъ прикрѣпляются мышцы. По *Ludwig*'у, наименѣе подвижною частью сердца является основаніе его, въ виду связи съ аортой и предсердіями, затѣмъ перегородка (мѣсто прикрѣпленія аорты), мѣсто прикрѣпленія легочной артеріи, и, наконецъ, желудочки (послѣднее не вполнѣ правильно, ибо стѣнки желудочковъ весьма подвижны). Согласно измѣреніямъ *Hesse* и анатомическимъ даннымъ *Albrecht*'а, въ области лѣваго желудочка при его систолѣ наиболѣе неподвижными точками являются верхушки сосочковыхъ мышцъ, остающіяся всегда на томъ-же разстояніи (въ продольномъ направленіи) отъ предсердіе желудочковаго кольца (основанія заслонки). Утвержденіе *Ludwig*'а, что сосочковыя мышцы при сокращеніи тянутъ внизъ заслонки для лучшаго ихъ открыванія, совершенно не оправдывается, ибо предполагаетъ неподвижность стѣнокъ желудочка, чего на самомъ дѣлѣ нѣтъ. Кромѣ того, такому приближенію верхушки сосочковой мышцы къ заслонкѣ препятствуютъ основныя хорды, натянутыя, какъ извѣстно, между основаніемъ заслонки и латеральной частью верхушки сосочковой мышцы; этимъ онѣ не даютъ заслонкамъ отойти отъ стѣнокъ желудочка дальше извѣстнаго предѣла, чѣмъ обезпечивается ихъ болѣе легкое раскрытіе и надежное замыканіе; кромѣ того, основаніе заслонки защищается ими отъ травматизаціи ея напоромъ кровяного давленія. Такимъ образомъ, раскрытію заслонокъ сосочковыя мышцы никакъ способствовать не могутъ. Мало того, для опущенія заслонки вслѣдствіе сокращенія сосочковой мышцы, стѣнки надсосочковаго пространства должны были-бы сократиться въ продольномъ направленіи, чему препятствуютъ тѣ-же основныя хорды. Наконецъ, такой антагонизмъ въ стѣнкахъ сердца былъ-бы крайне нецѣлесообразнымъ явленіемъ: на самомъ дѣлѣ, всѣ составныя части сердечной мышцы являются въ полномъ смыслѣ слова синергетами. Здѣсь я считаю умѣстнымъ упомянуть о томъ, что я называю *закономъ синергіи и дизергіи.*

*Синергіей* можно назвать работу различныхъ приборовъ организма въ одномъ и томъ же направленіи, для одной и той же цѣли. Примѣнительно къ сердцу законъ синергіи чрезвычайно важенъ, ибо оно представляетъ мышечный органъ, всѣ отдѣльныя части котораго, съ ихъ сложнымъ устройствомъ, должны выполнять важную механическую работу: поддержаніе кровообращенія въ организмѣ. Синергію мы видимъ, напр., въ томъ, что обѣ сосочковыя мышцы, не смотря на различный ходъ и расположеніе, дѣйствуютъ въ одномъ направленіи въ дѣлѣ сокращенія межсосочковаго пространства, играя, въ тоже время *различную* роль въ *подробностяхъ* этого сокращенія (*дизергія*). Къ явленіямъ *дизергіи* можно отнести и существованіе въ сердцѣ завитка (Herzwirbel), не принимающаго участія въ общей работѣ (въ силу того, что сосочковыя мышцы проходятъ по отношенію къ нему по касательной линіи, не отдавая ему своихъ мышечныхъ пластинокъ), и наличность «неподвижныхъ точекъ» при сокращеніи мышцъ, равно какъ «предохранительныхъ приборовъ», которые при извѣстныхъ условіяхъ дѣйствуютъ въ направленіи, обратномъ господствующему, и этимъ упорядочиваютъ правильность механической работы сердца.

Дополненіемъ къ моему закону синергіи и дизергіи (который въ болѣе широкомъ примѣненіи къ синергіи органовъ изложенъ въ статьѣ: «Ueber das Gesetz der Synergien im menschlichen Organismus», Russiche med. Rundschau 1903, III) является законъ *Albrecht*'а о «двоякомъ выполненіи функціи» («Gesetz der Doppelbesetzung der Funktion»): для каждой цѣли въ сердцѣ существуетъ, по крайней мѣрѣ, 2 различныхъ средства (напр., въ замыканіи заслонокъ сердца играетъ роль какъ мышечное сокращеніе стѣнокъ, такъ и гидростатическое давленіе крови); съ другой стороны, каждый приборъ (напр., сосочковая мышца) имѣетъ, по крайней мѣрѣ, 2 различныхъ функціи (съ одной стороны, уменьшеніе полости межсосочковаго пространства, съ другой—выпрямленіе, подниманіе и вращеніе верхушки сердца).

Благодаря существованію въ сердцѣ законовъ «синергіи и дизергіи» и «двоякаго выполненія функціи», нарушеніе дѣятельности одного изъ синергетовъ или одной функціи не ведетъ непремѣнно къ разстройству, ибо остается запасъ («резервъ»), который можетъ дѣйствовать замѣняющимъ образомъ.

Что касается до вопроса о клиническомъ распознаваніи локализаціи болѣзненнаго процесса въ мышцѣ сердца, то несомнѣнно, что рѣчь о топографическомъ распознаваніи локализаціи процесса возможна лишь въ томъ случаѣ, если послѣдній не является разлитымъ, а ограничивается извѣстными участками, и достаточно силенъ, чтобы проявиться клинически (ибо первоначально процессъ протекаетъ въ скрытой формѣ). Въ сердцѣ заболѣваніе первично носитъ [1]) *очаговый характеръ*, будетъ-ли это касаться жирового перерожденія (*Leyden*, *Göbel*), рубцевыхъ («мозолистыхъ») измѣненій (*Köster* 1888 и Лейпцигская школа: *Krehl*, *Romberg*, *Kelle*) или какихъ бы то ни было другихъ процессовъ въ мышцѣ сердца (круглоклѣточковая инфильтрація и т. д.). Особенно интересно въ этомъ отношеніи изученіе, т. наз., фрагментаціи сердца, при которой *разрывы* мышечныхъ волоконъ наблюдаются преимущественно *по ходу больше всего работающихъ мышечныхъ пучковъ*: тѣ части мышечныхъ пучковъ, которыя производятъ наибольшую тягу, наибольшее напряженіе во время

[1]) Разлитыя заболѣванія развиваются большею частью вторично или при нѣкоторыхъ необычныхъ условіяхъ, а именно, когда значительная вредность сразу подѣйствовала на все сердце.

Digitized by Google

работы сердца, должны легче всего подвергаться травматизаціи, разрывамъ, поврежденію мышечныхъ клѣтокъ, ихъ перерожденію и т. д. Это—мѣста наименьшаго сопротивленія, которыя при всякихъ заболѣваніяхъ сердца (заразныхъ, отравныхъ и т. д.) должны раньше всего поражаться болѣзненнымъ процессомъ. Съ этой точки зрѣнія точное изученіе фрагментаціи сердца съ подробнымъ, точнымъ записываніемъ пораженныхъ мѣстъ дастъ намъ въ будущемъ прекрасный матеріалъ для изученія наиболѣе слабыхъ мѣстъ сердечной мышцы.

Кромѣ самого сокращенія мышечныхъ пучковъ сердца, причиною ихъ механическаго поврежденія можетъ быть *кровяное давленіе*: тѣ мѣста, которыя подвергаются наибольшему растяженію, куда струя крови направляется съ большей силой, должны заболѣвать легче другихъ мѣстъ сердца, какъ оно въ дѣйствительности и наблюдается, причемъ пораженіе будетъ еще значительнѣе, если кровяной токъ ударяетъ въ тѣ части сердца, которыя обычно этому не подвергаются; интереснѣе всего наблюдать это при аортитѣ съ недостаточностью заслонокъ: струя крови ударяетъ при этомъ въ тѣ части аорты, которыя обычно не испытываютъ кровяного давленія, и онѣ то больше всего подвергаются свойственнымъ аортиту измѣненіямъ; но даже и при отсутствіи недостаточности заслонокъ, аортитъ поражаетъ тѣ части стѣнки аорты, гдѣ кровяное давленіе выше всего. Далѣе, изо всѣхъ мѣстъ, подвергающихся травматизаціи кровянымъ давленіемъ, наиболѣе пострадаютъ тѣ, *гдѣ стѣнки сердца тоньше и уступчивѣе*: здѣсь легко развивается не только процессъ перерожденія, но и частичное выпячиваніе стѣнки сердца, т. наз., *частичная его аневризма*.

Наконецъ, расположеніе очаговъ заболѣванія въ значительной степени обусловливается *распредѣленіемъ въ мышцѣ сердца кровеносныхъ сосудовъ;* при заболѣваніи, закупоркѣ и т. д. той или другой вѣтви поражается и соотвѣтствующая ей область; такъ, очаги вблизи верхушки сердца нерѣдко наблюдаются въ томъ случаѣ, если поражена низходящая передняя вѣтвь лѣвой вѣнечной артеріи.

Въ силу всего сказаннаго вполнѣ очевидно, что, такъ какъ перечисленныя условія, большею частью, всегда одинаковы, ибо зависятъ отъ строенія сердца, то и локализація очаговъ заболѣванія въ сердцѣ будетъ представлять извѣстнаго рода закономѣрность, которая вполнѣ заслуживаетъ точнаго изученія и топографической записи [1]). Дѣйствительно, *излюбленными мѣстами пораженія сердечной мышцы являются:* въ *лѣвомъ желудочкѣ:* 1) сосочковыя мышцы, 2) тѣ $^2/_3$ передней поверхности лѣваго желудочка въ межсосочковой части его, вблизи верхушки, гдѣ проходитъ продолженіе сосочковыхъ мышцъ, и 3) дальнѣйшее продолженіе ихъ въ нижней части перегородки; наконецъ, 4) $^2/_3$ задней поверхности лѣваго желудочка вблизи предсердія (здѣсь проходятъ: задній клиновидный продольный валикъ, перекладинная часть задней сосочковой мышцы и отчасти ея же внутристѣнная часть); въ *правомъ желудочкѣ* такими любимыми мѣстами оказываются: 1) пограничная область между конусомъ и recessus'омъ, 2) переднее и заднее мѣста соприкосновенія свободной стѣнки съ перегородкой и 3) стѣнки самаго конуса; наконецъ, *перегородка* подвергается измѣненіямъ преимущественно въ тѣхъ частяхъ, гдѣ проходятъ различныя сочетательныя системы.

Всѣ перечисленныя мѣста соотвѣтствуютъ, главнымъ образомъ, распредѣленію: 1) сосочковыхъ мышцъ, выполняющихъ наибольшую работу въ сердечной мышцѣ, 2) сочетательныхъ системъ между надсосочковымъ и межсосочковымъ пространствами ($^2/_3$ задней поверхности лѣваго желудочка) и 3) сочетательныхъ системъ между обоими желудочками (перегородка). Считаю необходимымъ отмѣтить, что на существованіе такихъ сочетательныхъ системъ и ихъ наибольшую ранимость въ сердцѣ впервые было указано мною въ 1899 г., и лишь въ 1903 г. на нихъ обратилъ вниманіе и *Albrecht*.

[1]) При этомъ необходимо изслѣдовать рядомъ послѣдовательныхъ разрѣзовъ непремѣнно *всю* мышцу сердца.

Такимъ образомъ, если въ сердцѣ поражаются ограниченными очагами наиболѣе дѣятельныя его части, то ясно, что и клиническія явленія, имъ соотвѣтствующія, должны быть ясно выражены, несомнѣнно, яснѣе, чѣмъ при пораженіи недѣятельныхъ (или, во всякомъ случаѣ, менѣе дѣятельныхъ), такъ сказать, промежуточныхъ, спаечныхъ частей сердечной мышцы.

Если мы обратимся къ *клиническому выраженію локализованныхъ болѣзненныхъ процессовъ*, то видимъ, что оно въ значительной мѣрѣ зависитъ отъ качества заболѣванія, его распространенія, силы и ступени, отъ сочетанія тѣхъ или другихъ измѣненій и т. д., совершенно подобно тому, какъ клиническія явленія нервной болѣзни будутъ опредѣляться особенностями процесса въ нервной системѣ, пораженіемъ тѣхъ или другихъ центровъ, сочетаніемъ этихъ пораженій и т. п. Такъ какъ сердце есть мышечный органъ, то при ограниченномъ пораженіи опредѣленнаго участка сердца должно наступить ослабленіе работы этого участка, т. е., сократимости и проводимости входящихъ въ его составъ мышечныхъ тяжей (въ ступени перерожденія); въ прогресивномъ стадіи болѣзни дѣятельность пораженной части можетъ быть патологически усилена (раздражающее дѣйствіе очага). Конечно, я могу изложить здѣсь, исходя изъ своихъ наблюденій, лишь тѣ данныя, которыя касаются болѣе типическихъ, характерныхъ измѣненій (и при томъ вкратцѣ, не упоминая о многихъ важныхъ вопросахъ), а отклоненія въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ будутъ носить характеръ индивидуальности.

Раньше всего слѣдуетъ оговориться, что измѣненій заслонокъ я коснусь ровно настолько, насколько онѣ стоятъ въ зависимости отъ первичныхъ измѣненій сердечной мышцы; гипертрофіи при порокахъ заслонокъ я касаться здѣсь не буду, ибо это завело-бы насъ слишкомъ далеко; преимущественное вниманіе я обращу на пораженія лѣваго и праваго желудочка.

О *правомъ желудочкѣ* придется сказать совсѣмъ немного. Въ общемъ, всѣ его мышечныя и перекладинныя системы представляютъ собою синергеты, т. е., мышцы, дѣйствующія за одно и совершенно одинаково, для того, чтобы перевести кровь изъ праваго желудочка въ легочную артерію; поэтому здѣсь нѣтъ ни такой могучей круговой мышцы, какъ въ надсосочковомъ пространствѣ лѣваго желудочка, ни такого сильнаго изгоняющаго приспособленія, такого двигателя, напоминающаго по устройству огнестрѣльное орудіе, какъ въ межсосочковомъ пространствѣ лѣваго желудочка. Если здѣсь и есть любимыя мѣста пораженія, то ихъ вліяніе, какъ я называю это, «иррадіируется» и на ближайшіе участки мышцъ, такъ что реагируетъ *весь* правый желудочекъ, а реагировать онъ можетъ только однимъ способомъ: гипертрофіей, если есть еще для этого подходящія условія, а если нѣтъ—то (чаще) расширеніемъ, общимъ или мѣстнымъ (въ излюбленныхъ мѣстахъ). Это тѣмъ легче, что правый желудочекъ и въ нормальномъ состояніи способенъ не только на максимальныя сокращенія, какъ стѣнки лѣваго желудочка, но и на субмаксимальныя, и потому онъ легче приспособляется къ различному объему крови, легче уступаетъ напору кровяного давленія (сходство съ мочевымъ пузыремъ). Нѣкоторое значеніе съ точки зрѣнія локализаціи имѣетъ, пожалуй, изолированное пораженіе конуса, при которомъ онъ обыкновенно подвергается также перегибу подъ тупымъ угломъ. Въ этомъ случаѣ нарушается тангенціальное движеніе крови вокругъ перегородки, впячивающейся во время систолы въ полость праваго желудочка; вслѣдствіе этого кровь ударяетъ о переднюю стѣнку конуса, и происходятъ здѣсь круговороты крови, которые проявляются слышными на легочной артеріи систолическими шумами; правый желудочекъ при этомъ не расширенъ; если-же пораженъ весь правый желудочекъ, и существуетъ его расширеніе, то онъ представляетъ собою широкую полость, въ которой уже не возникаютъ круговороты крови, а, слѣд., нѣтъ и систолическаго шума на легочной артеріи.

Важнѣе для насъ та *зависимость*, которая наблюдается *между дѣятельностью праваго желудочка и состояніемъ перегородки*. Я впервые указалъ («Врачъ», 1901, № 5), что перегородкѣ принадлежитъ важная роль въ смыслѣ

Digitized by Google

сочетанія дѣятельности обоихъ желудочковъ, и что нарушеніе этой дѣятельности отражается раньше всего на правомъ желудочкѣ, какъ функціонально болѣе слабомъ, выражаясь извѣстными явленіями застоя въ маломъ кругу. (О перегородкѣ будетъ рѣчь ниже).

Разстройства дѣятельности *лѣваго желудочка* выразятся различными явленіями, въ зависимости отъ локализаціи пораженія. Роль межсосочковаго пространства выражается въ слѣдующихъ функціяхъ: при сокращеніи сосочковыхъ мышцъ на всемъ ихъ протяженіи 1) полость межсосочковой части лѣваго желудочка уменьшается въ горизонтальномъ направленіи, вслѣдствіе приближенія свободной стѣнки къ перегородкѣ; это дѣйствіе обусловливается работой внутристѣнной части обѣихъ сосочковыхъ мышцъ и перекладинной части передней сосочковой мышцы (расположеніе которыхъ въ полости сердца напоминаетъ «механизмъ винтовыхъ нарѣзокъ» огнестрѣльнаго орудія, благодаря чему сердце при наименьшей затратѣ силы можетъ совершать наибольшую работу); 2) одновременно, вслѣдствіе выпрямленія мышечной спирали сосочковыхъ мышцъ, идущей въ направленіи часовой стрѣлки, дуга спирали переходитъ въ хорду, а вслѣдствіе этого происходитъ выпрямленіе стѣнки межсосочковаго пространства, его вращеніе слѣва направо и рычаговое поднятіе верхушки; ясно, какой результатъ долженъ быть при обособленномъ заболѣваніи каждой изъ упомянутыхъ частей сосочковыхъ мышцъ. При совмѣстномъ пораженіи обѣихъ функцій будетъ нарушено какъ 1) уменьшеніе полости, такъ и 2) движеніе верхушки, при чемъ первое выразится меньшимъ наполненіемъ артеріальной системы, а второе—ослабленіемъ сердечнаго толчка; кромѣ того, вслѣдствіе ослабленія «механизма огнестрѣльнаго орудія» будетъ затруднено выбрасываніе крови въ артеріальную систему или достиженіе того результата, какой мы имѣемъ въ нормальномъ сердцѣ. Сердцу съ больнымъ межсосочковымъ пространствомъ придется измѣнить и ритмъ своихъ сокращеній, равно какъ и ихъ частоту, въ одномъ случаѣ—въ смыслѣ ускоренія сердечныхъ сокращеній *(тахикардіи)*, въ другомъ—въ смыслѣ ихъ замедленія *(брадикардіи)*. Наличность того или другого симптома будетъ далеко не случайной: если мы будемъ имѣть сердце въ прогрессивномъ періодѣ развитія мышечныхъ измѣненій, когда очагъ, вѣроятно, расположенъ среди болѣе или менѣе здоровой ткани и, быть можетъ, оказываетъ на нее раздражающее вліяніе, какъ инородное тѣло [1]), мы будемъ имѣть ускореніе сердечной дѣятельности, *тахикардію*, сопровождающуюся усиленнымъ толчкомъ сердца, скорымъ пульсомъ и т. д. Но *такая* тахикардія будетъ наблюдаться въ этой ступени лишь тогда, если измѣненія расположены такимъ образомъ, что не вліяютъ на процессъ систолическаго преобразованія желудочка; если-же оно нарушено, то сердце въ систолѣ сохраняетъ діастолическую форму, нарушается механизмъ, напоминающій винтовыя нарѣзки въ огнестрѣльномъ орудіи, и *ускоренная дѣятельность сердца будетъ сопровождаться малымъ пульсомъ*; сердце почти низводится при этомъ на степень полой мышцы. Если-же измѣненія межсосочковаго пространства произойдутъ въ регрессивномъ или дегенеративномъ періодѣ заболѣванія, когда острыя явленія утихли, когда нѣтъ никакихъ импульсовъ для усиленной дѣятельности сердца, то мы будемъ имѣть слабый пульсъ, расширеніе межсосочковой полости, а частота пульса будетъ зависѣть уже отъ нѣкоторыхъ другихъ условій, о которыхъ рѣчь ниже. Также при наличности *обостренія затяжного процесса* мы будемъ всегда имѣть *тахикардію*, представляющую, такимъ образомъ, и *распознавательное значеніе*.

*Надсосочковое пространство*, какъ мы знаемъ, участвуетъ въ движеніяхъ верхушки отчасти благодаря извѣстнымъ намъ спиральнымъ образованіямъ, а, главнымъ образомъ, помощью увеличенія своего сагитальнаго діаметра. Мѣстное пораженіе мышцъ, въ особенности, кругового слоя (Triebwerkzeug *Krehl*'я), ведетъ къ недостаточному уменьшенію горизонтальныхъ размѣровъ, т. е., къ расширенію межсосочковаго пространства, которое можетъ быть въ немъ общимъ, и тогда выражается уменьшеніемъ его изгоняющей силы, и мѣстнымъ (*частичная анейризма*, которая образуется подъ вліяніемъ кровяного давленія обыкновенно на наиболѣе тонкомъ мѣстѣ на задней стѣнкѣ этого пространства). 2-мъ слѣдствіемъ заболѣванія мышцъ надсосочковаго пространства является недостаточное съуженіе венныхъ и артеріальныхъ заслонокъ, какъ выраженіе мышечной недостаточности сердечныхъ стѣнокъ. Въ виду того, что при пораженіи лѣвой $^1/_3$ мышечной стѣнки въ этомъ мѣстѣ пристѣночная створка 2-створчатой заслонки можетъ приближаться къ перегородкѣ пассивно, то большее значеніе имѣетъ пораженіе задней (рѣже передней) $^1/_3$ надсосочковаго пространства (излюбленное пораженіе этой задней $^1/_3$ имѣетъ значеніе для прижизненнаго распознаванія локализаціи въ случаѣ мышечной недостаточности 2-створчатой заслонки). Наконецъ, какъ мы знаемъ, изъ надсосочковаго пространства проходятъ въ межсосочковое *сочетательные тяжи*, преимущественно задній клиновидный валикъ, пораженіе котораго одинаково принадлежитъ къ заболѣваніямъ межсосочковаго и надсосочковаго пространства. Пораженіемъ этого валика, равно какъ частей задней сосочковой мышцы, спирально огибающей всю стѣнку лѣваго желудочка, нужно объяснить тѣ случаи, въ которыхъ нарушается правильное сочетаніе между надсосочковымъ и межсосочковымъ пространствами. Какъ было отмѣчено мною на IX-мъ Пироговскомъ Съѣздѣ [1]), въ этомъ случаѣ нарушается проводимость мышечнаго тяжа, необходимая для правильнаго сокращенія сердца. Благодаря особому расположенію лимфатическихъ сосудовъ, очагъ заболѣванія располагается въ такомъ тяжѣ поперечно, представляя какъ-бы его поперечный разрѣзъ, т. е., препятствіе, внѣдренное по ходу мышечнаго тяжа; вслѣдствіе этого нарушается сочетаніе между межсосочковымъ и надсосочковымъ пространствами, и лѣвый желудочекъ долженъ сдѣлать 1 — 2 напрасныхъ сокращеній, прежде, чѣмъ ему удастся преодолѣть давленіе въ аортѣ. При этомъ можно наблюдать въ лучевой артеріи 22—24 удара пульса, въ то время, какъ въ яремныхъ венахъ число пульсовыхъ ударовъ вдвое—втрое больше. Подобные случаи я описалъ въ 1900 г. («Еженедѣльникъ Практической Медицины», № 48) подъ названіемъ гемисистоліи или ложной брадикардіи, въ отличіе отъ истинной брадикардіи, при которой замедленіе сокращеній касается обоихъ желудочковъ, и которое зависитъ отъ вредностей, касающихся всего сердца [напр., отъ пораженія вѣнечной артеріи, отъ нарушенія «механизма винтовыхъ нарѣзокъ» и т. д. [2])]. (Сюда относятся и нѣкоторые случаи болѣзни *Stokes-Adams*'а; срв. Современ. Мед. и Гиг., 1903, № 11). Тогда-же я обратилъ вниманіе на то, что подобная брадикардія наблюдается особенно часто при ограниченномъ пораженіи лѣваго желудочка подъ заслонками аорты или вблизи лѣваго веннаго устья. Вліяніе такой локализаціи въ настоящее время вполнѣ объясняется прохожденіемъ здѣсь сочетательныхъ пучковъ для надсосочковаго и межсосочковаго пространствъ.

Теперь остается перейти къ изложенію *роли перегородки сердца* въ происхожденіи клиническихъ признаковъ разстройства его дѣятельности. Всѣ тяжи и системы лѣваго желудочка начинаются и кончаются, а также подвергаются разнообразному переплетенію въ перегородкѣ, которая, такимъ образомъ, является, съ моей точки зрѣнія, *сочетательнымъ центромъ для всѣхъ системъ лѣваго желудочка*. Поэтому и заболѣванія ея выразятся разстройствами этого сочетанія, которое будетъ проявляться относительно лѣваго желудочка, главнымъ образомъ, его неправильной дѣятельностью—аритміей; послѣдняя, впрочемъ, можетъ зависѣть, конечно, и *отъ всякихъ другихъ заболѣваній лѣваго желудочка, нарушающихъ основу сердечнаго ритма—проводимость сердечной мышцы*. Поэтому, какъ я неоднократно указывалъ, по разстройствамъ со стороны только лѣваго желудочка трудно распознать пораженіе перегородки. Въ силу анатомическаго устройства сердца заболѣванія перегородки (особенно недостаточное ея сокращеніе и

[1]) Поэтому никакъ нельзя согласиться съ мнѣніемъ *Albrecht*'а (стр. 446 его книги), что въ общемъ безразлично, находится-ли очагъ заболѣванія среди здоровой или среди больной ткани.

[1]) См. «Врачебную Газету» 8 мая с. г. № 19.

[2]) Въ концѣ концовъ, и заболѣваніе артеріи мы оцѣниваемъ по послѣдующимъ разстройствамъ со стороны мышцы.

Digitized by Google

выпячиваніе ея въ полость праваго желудочка) отражаются въ большей степени на правомъ желудочкѣ, которому она диктуетъ его измѣненія, и мы можемъ предполагать такое заболѣваніе въ томъ случаѣ, если правый желудочекъ не расширенъ, нѣтъ видимыхъ причинъ для его заболѣванія, а между тѣмъ наблюдаются разстройства со стороны малаго круга, совпадающія съ неправильной, ослабленной или даже усиленной дѣятельностью лѣваго желудочка. Такая картина можетъ наблюдаться при гуммахъ перегородки.

Изъ признаковъ, сопутствующихъ тѣмъ или другимъ измѣненіямъ сердечной мышцы, важное распознавательное значеніе имѣетъ для насъ *толчекъ сердца*. Если онъ усиленъ, но не представляется разлитымъ, если пульсъ скоръ (celer) и учащенъ (тахикардія), заслонки здоровы, и если есть основаніе предполагать заболѣваніе мышцы сердца (напр., при сифилисѣ), то такой толчекъ указываетъ на прогрессивную стадію заболѣванія (напр., гуммозную), а также свидѣтельствуетъ о томъ, что межсосочковое пространство не расширено. Если толчекъ сердца усиленъ, но его протяженіе увеличено, а пульсъ, не смотря на усиленную работу сердца, малъ и замедленъ, то можно думать о такомъ пораженіи межсосочковаго пространства лѣваго желудочка, при которомъ нарушается его систолическое преобразованіе (уменьшеніе полости), двигатель съ «механизмомъ винтовыхъ нарѣзокъ». Если отмѣчается умѣренное расширеніе лѣваго желудочка, а сердечный толчекъ усиленъ (resp. ослабленъ) и расширенъ, то надо думать о заболѣваніи надсосочковаго пространства при невредимости (resp. заболѣваніи) межсосочковаго пространства. Если толчекъ представляется разлитымъ въ лѣвую сторону и ослабленнымъ, но нѣтъ никакихъ ненормальныхъ пульсацій, то есть основаніе предполагать, что межсосочковое пространство расширено, но надсосочковое не затронуто. Чѣмъ менѣе распространенъ сердечный толчекъ, но въ то-же время, чѣмъ значительнѣе и обширнѣе ненормальныя пульсаціи со стороны лѣваго желудочка, тѣмъ большее слѣдуетъ предполагать расширеніе надсосочковаго пространства и прилеганіе его къ грудной стѣнкѣ. Наибольшей степенью этого состоянія является наличность только ненормальной пульсаціи со стороны лѣваго желудочка, при отсутствіи толчка сердца. Другой, крайне рѣдкой формой является наличность исключительно пульсаціи праваго желудочка, какъ это наблюдалось въ одномъ случаѣ *Curschmann*'а (Ueber eine eigentümliche Localisation des systolischen Geräusches etc.— Arbeiten aus d. med. Klinik zu Leipzig, 1893), когда правый желудочекъ, увеличенный въ своихъ сагиттальныхъ размѣрахъ, настолько прилегалъ къ грудной стѣнкѣ, что не только отсутствовалъ толчекъ сердца, но нельзя было и слышать его тоновъ, которые, однако, были ясно слышны на спинѣ, путемъ проведенія черезъ легкое; конечно, такіе случаи приходится наблюдать очень рѣдко, и распознавать ихъ нелегко; быть можетъ, для правильнаго распознаванія увеличенія сагиттальнаго діаметра сердца могли-бы служить *Röntgen*'овскіе лучи и т. п.

Изъ только что приведенныхъ строкъ не трудно убѣдиться въ важности распознаванія пульсацій лѣваго и праваго желудочка. По *Albrecht*'у, пульсаціи лѣваго желудочка наблюдаются у лѣваго края сердечной тупости или еще лѣвѣе, по направленію къ подмышковой впадинѣ. Если они обширны, то располагаются по дугообразной линіи кверху и кнаружи отъ верхушки, параллельно лѣвой границѣ сердечной тупости. Пульсаціи праваго желудочка лежатъ въ области абсолютнаго сердечнаго притупленія между грудинной линіей и верхушкой, при чемъ онѣ отдѣлены отъ послѣдней свободнымъ промежуткомъ.

Если сопоставить всѣ эти данныя, выведенныя мною на основаніи клиническихъ и патолого-анатомическихъ данныхъ, какъ своихъ, такъ и принадлежащихъ другимъ авторамъ, и провѣренныя указаніями нормальной анатоміи, то можно установить слѣдующія общія правила въ видѣ схемы [1]):

| Тоны сердца. | Наличность или отсутствіе шумовъ. | Распространеніе сердечнаго толчка. | Наличность или отсутствіе расширенія полостей сердца. | Сила сердечнаго толчка. | Сила пульса. | Частота и правильность пульса. | Стадія заболѣванія. | Локализація. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | расширеніе праваго желудочка можетъ быть на лицо или отсутствовать: | разстройства ній дѣя | со стороны ма тельности лѣ | лаго круга безъ ваго желу | измѣне- дочка | *Пораженіе* одного праваго желудочка: a) всего; |
| б. ч. нормальны, или 2-ой тонъ на легочной артеріи усиленъ. | *отсутств.* | нормально | 1) нѣтъ | н о р | м а л ь | н ы | прогресс. | |
| ослабленіе 2 тона на лег. арт. | » | нормально pulsatio epigastrica | 2) есть | *вторич* л ѣ | *ныя* измѣненія в а г о ж е | со стороны лудочка | регресс. | |
| нормальны | *систолическій шумъ на легочной артеріи* | нормально | расширенія праваго жел. *нѣтъ* | н о р | м а л ь | н ы | | b) только конуса; |
| 1 тонъ на верхушкѣ усиленъ. | отсутств. | нормально | *отсутств.* (преимущественно *разстройства со стороны малаго круга*) | усиленъ | сильный, полный, даже celer | *гемисистолія* вслѣдствіе разстройства сочетательной дѣятельности праваго и лѣваго желудочка; признаки болѣзни *Stokes-Adams*'а, брадикардія не обязательна; аритмія. | прогресс. | *Перегородка желудочковъ.* |
| ослабленъ (часто перебои, отсутствіе 1-го или 2-то тона). | » | » | » | ослабленъ | малый | та же картина, но въ болѣе тяжелой степени. | регресс. | |

[1]) Въ ней я предлагаю не окончательныя данныя для распознаванія локализаціи, а первую попытку, которую я и самъ постоянно разрабатываю дальше, и которая выльется въ окончательную форму лишь послѣ многолѣтнихъ точныхъ изслѣдованій и наблюденій.

Digitized by Google

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Лѣвый желудочекъ. |
| 1-ый тонъ короткій, рѣзкій (часто въ гуммозной стадіи сифилиса). | » | нормально | отсутств. | усиленъ, рѣзокъ | полный, даже celer, но часто *малый (парадоксальная гипертрофія)* | тахикардія и аритмія. | прогресс. | 1. *Пораженіе межсосочковаго пространства* a) безъ его расширенія; |
| *слабость тоновъ на верхушкѣ сравнительно съ основаніемъ* [1]). | » | увеличено; *ненормальныхъ пульсацій нѣтъ* | незначит. влѣво | ослабленъ | малый | аритмія; тахикардія, если проводимость мышечныхъ тяжей не нарушена; брадикардія, если нарушена. | регресс. | b) съ расширеніемъ; |
| 1-ый тонъ короткій, рѣзкій. | » | нормально | отсутств. | толчокъ часто усиленный, рѣзкій (при скоромъ или даже маломъ пульсѣ) | пульсъ celer, полный, но нерѣдко малый, несмотря на рѣзкій толчокъ сердца. | въ острой стадіи и при обостреніяхъ процесса *тахикардія съ аритміей.* | прогресс. | |
| ослабленъ 2-ой тонъ на аортѣ, при нормальномъ 2-мъ тонѣ на легочной артеріи. | » | нормально | отсутств. | ослабленъ | пульсъ малый, слабый (отличіе отъ брадикардіи вслѣдствіе раздраженія блуждающаго нерва). | *брадикардія съ гемисистоліей* (ложной брадикардіей) и явленіями *сердечной эпилепсіи* или *Stokes-Adams'овской болѣзни;* наличность *грудной жабы* не часта | регресс. | 2. *Сочетательныя системы между межсосочковымъ и надсосочковымъ пространствомъ* (см. въ текстѣ). |
| | | | | | | | | 3. *Надсосочковое пространство* (пораженіе кругового слоя, особенно въ задней и передней 1/3): |
| *слабость тоновъ у основанія сравнительно съ верхушкой* [2]). | *Явленія мышечной недостаточности 2 створчатой заслонки.* | нормаленъ | отсутств. | нормаленъ или даже усиленъ | нормаленъ или усиленъ, рѣже ослабленъ | тахикардія | прогресс. | a) безъ расширенія |
| » | | нормальнаго распространенія, но, кромѣ того, существуютъ ненормальныя пульсаціи. | можетъ быть на лицо расширеніе тупости влѣво | ослабленъ | ослабленъ | тахикардія, если проводимость мышечныхъ тяжей не нарушена; брадикардія—если нарушена | регресс. | б) съ расширеніемъ; |
| | | | | | | | | 4. *Одновременное пораженіе межсосочковаго и надсосочковаго пространствъ;* |
| тоны могутъ быть нормальны или даже усилены. | отсутств. | *нормальное; ненормальныхъ пульсацій нѣтъ* | отсутств. | нормаленъ или усиленъ | полный, даже celer | тахикардія | прогресс. | a) безъ ихъ расширенія; |
| » | » | » | » | ослабленъ | малый | тахикардія, если проводимость мышечныхъ тяжей не нарушена и не задѣты сочетательные тяжи; также при обостреніи затяжного процесса; брадикардія (см. выше)—при нарушеніи проводимости или сочетательныхъ тяжей. | регресс. | |
| слабость тоновъ у верхушки сравнительно съ основаніемъ [1]). | отсутств. | *увеличенное; ненормальныхъ пульсацій нѣтъ.* | тупость сердца немного увеличена влѣво | ослабленъ | малый | » | » | б) съ расширеніемъ только межсосочковаго пространства; |
| слабость тоновъ у основанія сравнительно съ верхушкой [2]). | могутъ быть явленія мышечной недостаточности 2-створчатой заслонки | *нормальное; кромѣ того, ненормальныя пульсаціи.* | тупость сердца немного увеличена влѣво | ослабленъ | малый | » | » | в) съ расширеніемъ только надсосочковаго пространства; |

[1]) По *F. A. Hoffmann*'у (Deutsche medicinische Wochenschrift, 21 апрѣля 1904 г.)—при жировомъ сердцѣ.
[2]) » » » » » » » » » » »)—при алкогольномъ перерожденіи сердца.

Digitized by Google

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ослабленіе 1 и 2 тона на верхушкѣ и у основанія. | въ зависимости отъ состоянія другихъ частей сердца. | *увеличено*; *ненормальныя пульсаціи, или только послѣднія* | тупость увеличена влѣво | ослабленъ | малый | » | » | г) съ расширеніемъ всего лѣваго желудочка. |
| | | | | | | *Разстройство синхронизма сокращеній обоихъ желудочковъ.* | | Наружный круговой слой обоихъ желудочковъ. |

Придерживаясь этой схемы и разрабатывая ее дальше, мы получимъ возможность, отчасти существующую уже и теперь, опредѣлить въ каждомъ данномъ случаѣ локализацію болѣзненнаго процесса въ мышцѣ сердца, степень его распространенія, опасность для жизни и лѣчебныя показанія. Кромѣ того, изученіе локализаціи объяснитъ намъ, почему сердечныя средства въ однихъ случаяхъ дѣйствуютъ лучше, въ другихъ хуже; такъ, уже и теперь есть указанія, что наперстянка не дѣйствуетъ на сердечную мышцу, если нарушена непрерывная проводимость ея мышечныхъ тяжей, какъ это бываетъ при ограниченныхъ фиброзныхъ и др. очагахъ. Во всякомъ случаѣ, вопросу о локализаціи въ области сердечной мышцы принадлежитъ широкая будущность, отдаленная, если врачи будутъ относиться къ нему безразлично, и близкая—при общей дружной работѣ.

# ПИСЬМА ИЗЪ РОССІИ И ИЗЪ ЗАГРАНИЦЫ.

## Ялта, какъ курортъ, и д-ръ В. Н. Дмитріевъ.

(Письмо 3-е).

*(См. выше, № 22, стр. 818).*

На ряду съ изученіемъ климата и его значенія въ дѣлѣ врачеванія *В. Н. Дмитріевъ* велъ клиническія наблюденія надъ лѣченіемъ морскими купаніями, виноградомъ, кумысомъ и кефиромъ. Работы его по этимъ вопросамъ явились плодомъ основательной литературной подготовки и результатомъ продуманнаго личнаго опыта и наблюденія. Въ руководствѣ для купающихся—«Лѣченіе морскими купаньями въ Ялтѣ, на Южномъ берегу Крыма» *Дмитріевъ* далъ подробную характеристику мѣстныхъ особенностей купанья. Онъ произвелъ рядъ наблюденій, дополненныхъ литературными указаніями, объ измѣненіяхъ въ теченіи дня и о мѣсячныхъ колебаніяхъ температуры морской воды, у береговъ Ялты, на разныхъ разстояніяхъ отъ берега и на различныхъ глубинахъ, о подвижности моря у береговъ, о концентраціи морской воды.

Эти наблюденія, между прочимъ, привели *В. Н.* къ убѣжденію, что купанье въ мѣстахъ вдоль Южнаго берега Крыма по характеру своему значительно отличается отъ купанья у другихъ береговъ того-же Чернаго моря, кромѣ береговъ Кавказа. Разница обусловливается большой подвижностью моря при глубокомъ днѣ вдоль Южнаго берега, благодаря открытому положенію его. Вслѣдствіе этого морское купанье отличается здѣсь болѣе возбуждающимъ дѣйствіемъ, оно неудобно для черезчуръ слабыхъ лицъ, но за то особенно рекомендуется для лицъ, которымъ необходимъ и полезенъ механическій моментъ купанья—движеніе воды. «На ударъ волны о тѣло купающихся надо смотрѣть, какъ на одинъ изъ важныхъ факторовъ дѣйствія морского купанья. Сила удара, конечно, пропорціональна величинѣ волны и ея скорости: она колеблется отъ еле замѣтнаго толчка до страшной силы давленія, отъ 100 до 170 пудовъ на квадратный футъ». (*Дмитріевъ*—Лѣченіе морскими купаньями. Изд. 1883 г.) Въ этомъ отношеніи *В. Н.* приравниваетъ морское купанье въ Ялтѣ къ купаньямъ въ Средиземномъ и Нѣмецкомъ моряхъ.

Говоря о морскомъ купаньѣ въ Ялтѣ, *В. Н.* не проходитъ молчаніемъ нареканій и жалобъ на неудобства, связанные съ загрязненіемъ воды городскими отбросами.

Такія жалобы раздавались еще тогда, когда въ Ялтѣ не существовало мола, не практиковалась вывозка мусора въ море и городское поселеніе едва доходило до 200 домовъ съ 5000 жителей, включая сюда и пріѣзжихъ. Тогда казалось очевиднымъ заблужденіе, противъ котораго возставалъ *В. Н.* Приписывали загрязненію городскими отбросами помутнѣніе воды у береговъ, бывающее при усиленномъ прибоѣ волнъ или послѣ дождей отъ потоковъ воды въ рѣчкахъ Дерекой и Учансу. Но съ устройствомъ мола и съ увеличеніемъ пароходнаго и судового движенія загрязненіе морской воды въ бухтѣ стало уже не кажущееся, а дѣйствительное, и вслѣдствіе этого загрязненія теперь нужно признать весь берегъ, прилегающій къ бухтѣ, вдоль набережной, непригоднымъ для морскихъ купаній; остальные-же берега вдоль Чукурлара и по направленію къ Массандрѣ представляются внѣ сомнѣнія по части загрязненія, и тѣ берега и могутъ только считаться теперь пригодными для купанья.

*В. Н. Дмитріевъ* первый ввелъ въ 1875 г. въ практику лѣченіе виноградомъ въ Ялтѣ, которое имѣло большое примѣненіе на курортахъ въ Европѣ, но въ Россіи не примѣнялось нигдѣ. Къ виноградному лѣченію въ Ялтѣ въ началѣ относились не только съ недовѣріемъ, но даже съ насмѣшкою. Говорили, что это лишь модная затѣя для богатыхъ людей, которые отъ скуки выдумываютъ для себя болѣзни, и для которыхъ врачи придумываютъ пріятныя лѣкарственныя средства. Но систематическое и настойчивое лѣченіе хорошо подобранныхъ случаевъ убѣдило мало по малу и врачей и публику въ благодѣтельномъ вліяніи этого пріятнаго и общедоступнаго въ Ялтѣ лѣчебнаго средства. На основаніи своихъ наблюденій, освѣщенныхъ теоретическими литературными указаніями, *В. Н.* далъ подробное описаніе «Лѣченія виноградомъ въ Ялтѣ, на Южномъ берегу Крыма»; оно до сихъ поръ остается единственнымъ по полнотѣ изложенія изданіемъ на русскомъ языкѣ, трактующимъ о виноградномъ лѣченіи. Въ настоящее время виноградное лѣченіе стало общедоступнымъ и очень распространеннымъ во время осенняго сезона. Съ теченіемъ времени осенній пріѣздъ въ Ялту сдѣлался проще, демократизировался, сталъ многолюднѣе, а вслѣдствіе этого казавшееся лишь удѣломъ богатыхъ людей виноградное лѣченіе сдѣлалось общедоступнымъ. Быстрый ростъ Ялты вызвалъ конкурренцію, которая главнымъ образомъ способствовала широкому распространенію удобныхъ жилищъ и соотвѣтственнаго питанія при доступныхъ цѣнахъ.

Наибольшая заслуга принадлежитъ *В. Н.* въ дѣлѣ распространенія кумыса и кефира въ качествѣ средствъ для усиленнаго питанія больныхъ. Съ самаго начала своей дѣятельности въ Ялтѣ онъ прилагалъ большія усилія надъ тѣмъ, чтобы насадить здѣсь производство кумыса, до него въ Ялтѣ неизвѣстнаго. Онъ разыскалъ въ Дерекоѣ Симбирскаго татарина, переселившагося давно тому назадъ въ Крымъ, и въ юности знакомаго съ приготовленіемъ кумыса, который въ татарскомъ населеніи Симбирской губерніи былъ тогда народнымъ напиткомъ. Производство кумыса въ Ялтѣ пошло удачно и потребленіе его развилось; но въ теченіи холоднаго $^1/_2$-годія имѣть сносный кумысъ не удавалось, а между тѣмъ пріѣздъ на зиму грудныхъ больныхъ все увеличивался, и они то въ особенности нуждались въ средствахъ усиленнаго питанія, легко усвояемыхъ. Въ 1878 г. на Кавказѣ, гдѣ *В. Н.* былъ въ качествѣ военнаго врача въ Турецкую войну 1877—78 годовъ, онъ случайно встрѣтилъ кефиръ, приготовляемый горцами изъ коровьяго молока при помощи особаго бродила. Этотъ напитокъ остановилъ на себѣ вниманіе *В. Н.*, такъ какъ процессъ кефирнаго броженія происходитъ при сравнительно низкой температурѣ, 12—14°, а потому кефиръ могъ бы замѣнять кумысъ въ холодное $^1/_2$-годіе. Только въ 1881 г. *В. Н.* удалось получить кефирные грибки, со скудными свѣдѣніями о способѣ приготовленія кефира въ бурдюкахъ изъ коровьяго молока. Руководствуясь этими свѣдѣніями и дѣлая самостоятельныя наблюденія надъ процессомъ броженія молока подъ вліяніемъ кефирныхъ грибковъ, онъ получилъ бутылочный кефиръ, имѣющій теперь очень широкое распространеніе какъ въ Россіи, такъ и заграницей. Кромѣ того, тогда-же онъ испыталъ свой кефиръ на 22 больныхъ съ серьезными заболѣваніями легкихъ и получилъ очень хорошіе результаты. Эти наблюденія были опубликованы въ «Еженедѣльной Клинической Газетѣ» (1882 г., № 16) и обратили вниманіе врачей на кефиръ, который сдѣлался вслѣдъ затѣмъ очень популярнымъ какъ въ практическомъ примѣненіи для лѣчебныхъ цѣлей, такъ и въ отношеніи научныхъ изслѣдованій о процессахъ броженія, о бродилѣ, объ измѣненіяхъ углеводистыхъ и бѣлковыхъ частей молока подъ вліяніемъ броженія и проч.

По словамъ *В. В. Подвысоцкаго* («Кефиръ, бродило и лѣчебный напитокъ изъ коровьяго молока». Кіевъ, изданіе 5-ое, 1901 г.), «д-ръ *Дмитріевъ* первый представилъ клинически провѣренныя доказательства дѣйствительно полезнаго дѣйствія кефира въ болѣзняхъ легкихъ и желудочно-кишечнаго канала. Результаты его лѣченія кефиромъ легочныхъ больныхъ въ Ялтѣ были блестящи. Онъ обратилъ вниманіе врачей на могущественное діэтетическое значеніе этого напитка и, на основаніи личныхъ наблюденій въ своей дѣятельности практическаго врача еще въ 1882 году, опредѣлилъ рядъ болѣзней, при которыхъ примѣненіе кефира полезно».

Природныя свойства климата и наличность естественныхъ лѣчебныхъ средствъ опредѣляютъ лишь возможность использовать данную мѣстность для курортныхъ цѣлей; но для того, чтобы возможность перешла въ дѣйствительность, необходима искусственная обстановка, создаваемая людьми и дающая всѣ тѣ удобства, которыя удовлетворяютъ гигіеническимъ требованіямъ и культурнымъ привычкамъ. Та бытовая обстановка Ялты, которую засталъ *В. Н.* при своемъ пріѣздѣ, была, какъ мы видѣли, пер-

вобытная, малоудовлетворительная въ гигiеническомъ и культурномъ отношенiяхъ, выносимая лишь для здоровыхъ людей, сохранившихъ въ полной мѣрѣ естественную приспособляемость къ внѣшнимъ влiянiямъ. Предстоящая задача—насажденiе въ Ялтѣ общаго и курортнаго благоустройства—не могла быть разрѣшена ни насилiемъ, ни приказанiемъ, ни единичными указанiями; требовалось-же отъ мѣстныхъ людей яснаго пониманiя этой задачи и связанныхъ съ ней мѣстныхъ нуждъ и пользъ, и на ряду съ пониманiемъ требовались такiя условiя общественности, при которыхъ мѣстные люди могли-бы удовлетворять свои общiя нужды и пользы, согласно своему пониманiю. Тогда именно наступали времена, очень благопрiятныя этимъ условiямъ общественности: вводились земскiя учрежденiя и вскорѣ затѣмъ дано городское самоуправленiе, и открывалось широкое поле для культурной работы. *В. Н.* хорошо понималъ высокое значенiе условiй самодѣятельности общества, тѣсно примкнулъ и не оставлялъ до смерти общественной дѣятельности на почвѣ земскаго и городского положенiя.

Въ 1868 г. мы встрѣчаемъ его уже земскимъ врачемъ Ялтинскаго уѣзда, до 1875 г. Онъ былъ тогда 1-мъ и единственнымъ земскимъ врачемъ на весь уѣздъ; онъ дѣлалъ такимъ образомъ первые шаги земской медицины. Дѣятельность его на этомъ поприщѣ очень поучительна, какъ примѣръ того, что отъ условiй общественности всецѣло зависитъ характеръ дѣятельности отдѣльныхъ лицъ. До земскихъ учрежденiй служащiй врачъ былъ лишь чиновникъ, исполняющiй приказанiя начальства, ожидающiй отъ того-же начальства поощренiя и награжденiя за свою исполнительность на пользу службы. Съ введенiемъ земскихъ учрежденiй всколыхнулось на почвѣ самодѣятельности провинцiальное болото, у всѣхъ явилась жажда общественной дѣятельности, явилась потребность жертвовать своимъ временемъ и трудомъ на общую пользу. На мѣсто пользы службы стала у земскихъ служащихъ польза общественная. *В. Н.*, прошедшiй служебную школу военной дисциплины, оказался истиннымъ представителемъ тротьяго элемента безъ всякой къ тому подготовки, только начавъ работать въ условiяхъ земскаго врача. Онъ принялъ въ свое завѣдыванiе отъ Приказа общественнаго призрѣнiя больницу на 4 койки. Въ первый-же годъ земство расширило ее до 14 коекъ; но зимой 1868—1869 г. развился на южномъ берегу возвратный тифъ между пришлыми рабочими изъ голодавшей тогда Курской губернiи,—и вмѣсто 14 навалили въ больницу съ полсотни больныхъ. «Тяжелое было время, пишетъ *В. Н.* въ своихъ воспоминанiяхъ. Привезутъ и бросятъ въ корридорѣ, куда хочешь, туда и помѣщай. Да ни у кого не хватило-бы духу отказать, зная, что здѣсь хоть въ корридорѣ на полу положитъ, все-таки это не шалашъ на мокрой землѣ. Не хватило корридора, пришлось устроить больныхъ на открытой галлереѣ, и, ей-ей, не только безъ вреда, но даже съ большой пользой для себя они продѣлывали весь тифъ почти на открытомъ воздухѣ».

Въ своихъ годовыхъ отчетахъ по медицинской части въ уѣздѣ земскiй врачъ *В. Н. Дмитрiевъ* подробно останавливается на общихъ положенiяхъ, принятыхъ земствомъ въ основу устройства медицинскаго дѣла въ уѣздѣ; на основанiи своего ближайшаго ознакомленiя съ дѣломъ и личнаго опыта онъ критикуетъ эти положенiя, даетъ свои разъясненiя и указанiя; такое поведенiе земскаго служащаго никому не казалось тогда обиднымъ или опаснымъ; напротивъ, всѣмъ ясно было, что кому же ближе всего и лучше всего знать положенiе и ближайшiя задачи въ постановкѣ медицинскаго дѣла въ уѣздѣ, какъ не врачу, завѣдующему этимъ дѣломъ.

Когда впослѣдствiи земско-медицинское дѣло въ уѣздѣ развилось и на службѣ у Ялтинскаго земства состояло нѣсколько врачей *В. Н.* оставался вѣрнымъ своему взгляду, находясь въ положенiи уѣзднаго земскаго гласнаго. Въ 1891 г. онъ внесъ въ земское собранiе предложенiе объ учрежденiи при Ялтинской земской Управѣ врачебнаго Совѣта, чтобы объединить дѣятельность медицинскихъ участковъ и привлечь врачебный персоналъ къ совмѣстной работѣ въ поступательномъ развитiи и устроенiи земско-медицинскаго дѣла, чтобы такимъ образомъ третiй элементъ не ограничивался холоднымъ и формальнымъ исполненiемъ службы.

Ялтинское благотворительное Общество, возникшее при первомъ же проявленiи заботъ мѣстнаго общества о мѣстныхъ пользахъ и нуждахъ, развилось и стало очень дѣятельнымъ учрежденiемъ, охватывающимъ широко разные виды помощи бѣднымъ и нуждающимся. Оно привлекаетъ всѣхъ отзывчивыхъ къ чужому горю мѣстныхъ людей и объединяетъ ихъ посильную работу, которой требуется въ Ялтѣ особенно много и требуется она постоянно. Такое постоянство повышенныхъ требованiй, предъявляемыхъ къ благотворительности, не смотря на сравнительно ничтожные размѣры Ялты, объясняется отчасти географическимъ положенiемъ южнаго берега Крыма и отчасти извѣстностью о климатолѣчебныхъ свойствахъ его. Находясь на окраинѣ Россiи, упирающейся въ Черное море, южный берегъ представляетъ собою самые отдаленные и конечные пункты для постоянно движущейся на югъ волны сельско-хозяйственныхъ рабочихъ, которой дальше идти некуда. Тѣ рабочiе, которые въ поискахъ работы дошли до южнаго берега Крыма и здѣсь не нашли ея, оказываются въ крайне бѣдственномъ положенiи: истомленные долгимъ странствованiемъ, изголодавшiеся въ пути, съ упавшимъ духомъ отъ безплодныхъ поисковъ работы и безъ всякихъ средствъ для дальнѣйшаго пропитанiя. Неудивительно, что въ средѣ этихъ рабочихъ развиваются болѣзни и въ особенности возвратный тифъ, который изъ года въ годъ неизмѣнно повторяется между пришлыми рабочими въ видѣ болѣе или менѣе сильной эпидемiи, начинающейся обыкновенно съ начала движенiя сельско-хозяйственныхъ рабочихъ—въ декабрѣ, и оканчивающейся съ прекращенiемъ этого движенiя—въ маѣ. Такимъ образомъ можно говорить, что южный берегъ ежегодно бываетъ свидѣтелемъ голодовки пришлыхъ рабочихъ и сопровождающихъ голодовку эпидемiй.

Извѣстность климатолѣчебныхъ свойствъ привлекаетъ на южный берегъ другую волну; сюда направляются какъ больные съ развитой болѣзнью, чтобы лѣчиться, такъ и ослабѣвающiе работники въ начальныхъ перiодахъ болѣзни, чтобы предупредить или остановить поступательный ходъ болѣзни, продолжая обычную работу при благопрiятныхъ условiяхъ климата. Въ этихъ послѣднихъ соображенiяхъ переселяются на южный берегъ Крыма и по преимуществу въ Ялту, гдѣ скорѣе можно найти работу, много какъ представителей такъ называемыхъ либеральныхъ профессiй, такъ въ особенности много ремесленниковъ разнаго рода и прислуги. Но бытовыя условiя ремесленно-промышленнаго труда, а равно и условiя труда прислуги въ Ялтѣ не отличаются лучшимъ положенiемъ по сравненiю съ обычными въ Россiи условiями этого рода; крайне неудовлетворительная гигiеническая обстановка ремесленно-промышленнаго труда обезцѣниваетъ въ значительной мѣрѣ влiянiе климата, а потому очень нерѣдко зачатки роковой болѣзни рано или поздно обнаруживаются и лишаютъ возможности работать. Равнымъ образомъ и потеря силъ и работоспособности, наступающая въ старости, ставитъ пришлыхъ ремесленниковъ и прислугу въ необходимость искать призрѣнiя у благотворительности.

Прiѣздъ больныхъ въ Ялту для лѣченiя ставитъ тоже свои задачи для мѣстной благотворительности. Прiѣзжiе больные одинокiе, въ чужомъ городѣ, иногда со скудными денежными средствами нуждаются въ очень многомъ,—отъ добраго слова и участiя до ближайшаго попеченiя и матерiальной помощи. Въ бѣдственномъ положенiи оказываются иногда слабые больные, нуждающiеся въ постоянномъ медицинскомъ уходѣ, такъ какъ для такихъ больныхъ оффицiальныхъ больничныхъ учрежденiй въ Ялтѣ не имѣется, въ частные-же дома, квартиры и гостинницы такихъ больныхъ принимать избѣгаютъ.

Вообще прiѣздъ больныхъ въ Ялту для лѣченiя требуетъ отъ мѣстной благотворительности устройства санаторiи или прiюта для больныхъ и денежной поддержки несостоятельнымъ больнымъ и пр.

Таковы разнообразныя задачи, которыя ставитъ бытовая и курортная жизнь Ялты Ялтинскому благотворительному Обществу, и, нужно отдать справедливость, Общество дѣлаетъ все возможное и доступное ему по его средствамъ. Общество въ настоящее время имѣетъ и содержитъ слѣдующiя учрежденiя: дѣтскiй прiютъ на 40 дѣтей; дѣтскiй денной прiютъ «Ясли» на 50 дѣтей; ночлежный прiютъ на 200 человѣкъ и при немъ дешевая столовая и чайная; родильный прiютъ на 8 коекъ; прiютъ для хрониковъ на 25 человѣкъ; пансiонъ «Яузларъ» для прiѣзжихъ больныхъ на 25 человѣкъ. Кромѣ того, непосредственное участiе личнымъ трудомъ члены Общества принимаютъ въ работахъ по комитету о мѣстныхъ бѣдныхъ, по комитету о прiѣзжихъ больныхъ и по комитету постройки пансiона «Яузларъ». Общая сумма расходовъ достигла въ 1903 г. до 90000 р.,—цифра очень почтенная, если принять во вниманiе небольшiе размѣры Ялты и то обстоятельство, что средства на покрытiе расходовъ, кромѣ субсидiй со стороны городского и земскаго Управленiй, собираются главнымъ образомъ путемъ пожертвованiй и отъ устройства развлеченiй. Впрочемъ, сборъ пожертвованiй не ограничивается только предѣлами Ялты, но распространяется далеко за предѣлы ея, гдѣ возможно. Такое распространенiе вполнѣ понятно въ виду указанныхъ обширныхъ источниковъ нужды, которые текутъ въ Ялту съ разныхъ концовъ нашего отечества; съ такой всероссiйской нуждой Ялта—курортъ, очевидно, не можетъ справиться мѣстное общество, предоставленное самому себѣ, мѣстными только силами и средствами.

Широкое и разностороннее развитiе благотворительности въ Ялтѣ не происходитъ искусственно, а вызывается, какъ видимъ, условiями курортной жизни. По своему происхожденiю курортная нужда связана съ болѣзнью, и потому она въ курортѣ ближе, чѣмъ гдѣ-нибудь въ другомъ мѣстѣ, соприкасается съ врачебной дѣятельностью. Въ этомъ заключается причина того, что благотворительность въ Ялтѣ возникла при дѣятельномъ участiи врача, въ лицѣ *В. Н.* и затѣмъ постоянно продолжаетъ привлекать къ себѣ работу врачей, которые несутъ ей не только свой врачебный трудъ, но имѣютъ всегда своихъ представителей въ управленiи дѣлами благотворительнаго Общества. *В. Н.* былъ авторомъ устава, много поработалъ надъ упроченiемъ образовавшагося Общества. Заслуги его были отмѣчены современниками, избравшими его въ 1869 г. почетнымъ членомъ Общества.

Самую большую долю своей общественной дѣятельности *В. Н.* посвятилъ санитарному и курортному благоустройству Ялты, гдѣ онъ работалъ на почвѣ городского Управленiя. Ближайшее участiе въ городскихъ дѣлахъ онъ началъ принимать по возвращенiи въ Ялту послѣ 2-лѣтней отлучки на время войны съ Турцiей въ 1877—1878 годахъ. Эти годы онъ провелъ на Кавказѣ, гдѣ состоялъ старшимъ врачемъ въ 3-ей резервной артиллерiйской бригадѣ. Турецкая война отозвалась на начавшей устраиваться Ялтѣ крайне неблагопрiятно: прiѣздъ въ Ялту прекратился, имущества пали въ цѣнѣ, многiя имущества пошли въ продажу за неявносъ срочныхъ платежей, населенiе города болѣе, чѣмъ на $^1/_3$ выѣхало изъ города, опасаясь военныхъ дѣйствiй со стороны Турецкаго флота. Дѣла возникшаго въ 1871 г. городского управленiя пришли въ крайнее разстройство.

въ городской кассѣ не только не оказалось никакихъ денежныхъ средствъ, но были истрачены хранившіеся въ ней чужіе капиталы, залоги и сборы. Изъ погрома и развалинъ городскому Управленію пришлось создавать городское хозяйство вновь. При самомъ началѣ этой созидательной дѣятельности на одномъ изъ видныхъ мѣстъ поставлены были задачи санитарнаго и курортнаго благоустройства Ялты; для разработки этихъ задачъ и практическихъ санитарныхъ мѣропріятій образована была въ 1880 г. исполнительная санитарная Коммиссія съ *В. Н.* во главѣ въ качествѣ предсѣдателя. Санитарная Коммиссія существовала и въ первый періодъ дѣятельности городского управленія съ 1871 года, но тогда она состояла изъ обывателей и исполняла исключительно полицейскую работу—присматривать за опрятностью содержанія дворовъ. Но такъ какъ тогда общихъ мѣръ санитарнаго благоустройства не принималось, то полицейскій присмотръ не давалъ никакихъ существенныхъ результатовъ. Безплодность распоряженій и приказаній при отсутствіи соотвѣтствующей обстановки въ общественномъ городскомъ хозяйствѣ была очевидна, и *В. Н.* еще въ 1875 г. вносилъ предложеніе въ Думу, въ качествѣ гласнаго, о томъ, чтобы подвергнуть дѣйствующую тогда инструкцію санитарной Коммиссіи и вопросы санитарнаго устройства тщательному пересмотру, поручивъ это дѣло врачамъ, которымъ должно принадлежать въ немъ первое слово, какъ спеціально знакомымъ съ задачами общественной гигіены и санитаріи. Но только въ 1880 г., при возстановленіи разстроеннаго войною городского хозяйства и управленія, предложеніе *В. Н.* было принято во вниманіе и въ образовавшуюся санитарную Коммиссію были привлечены, кромѣ городскихъ избирателей, также и всѣ жившіе тогда въ Ялтѣ врачи. Главною задачею Коммиссіи стали теперь выработка общихъ санитарныхъ мѣропріятій и осуществленіе тѣхъ, которыя были посильны и доступны наличнымъ средствамъ городского Управленія. Такимъ образомъ, согласно указаніямъ Коммиссіи, упорядочены были средства и способы ассенизаціи города, организованъ вывозной обозъ, заведена артель для очистки городскихъ улицъ, спланированы и шоссированы городскія улицы, даны имъ надлежащіе уклоны и устраненъ застой воды и грязи на нихъ, урегулировано водоснабженіе города. На ряду съ тѣмъ, какъ осуществлялись эти общія мѣры, Коммиссіей были составлены и Думой изданы правила для пользованія общественными санитарными приспособленіями и обязательныя постановленія, опредѣляющія порядокъ устройства и содержанія дворовъ и заведеній разнаго рода. При измѣнившихся такимъ образомъ отношеніяхъ Коммиссіи и санитарный надзоръ въ значительной мѣрѣ потерялъ свой полицейскій характеръ, а пріобрѣлъ значеніе хозяйственнаго со стороны городского Управленія контроля за исполнительностью подрядчиковъ и артелей.

Общественная санитарная дѣятельность Ялтинскаго городского Управленія, руководимая врачами въ лицѣ санитарной Коммиссіи подъ предсѣдательствомъ *В. Н.* двигалась рѣшительными шагами по пути развитія. Уже въ 1883 г. былъ поднятъ вопросъ о канализаціи Ялты, такъ какъ Коммиссія убѣдилась, что практика выгребовъ и вывоза не предохраняетъ почву отъ загрязненія. Въ 1885 г. по предложенію Коммиссіи Дума постановила пригласить санитарнаго врача въ качествѣ эксперта и руководителя въ практической санитарной дѣятельности городского Управленія. Выборъ, сдѣланный по указанію проф. *Ф. Ф. Эрисмана*, оказался очень удачнымъ. Приглашенный на должность санитарнаго врача *И. М. Сахаровъ* именно въ этомъ смыслѣ понялъ свое назначеніе въ Ялтѣ и, ознакомившись съ санитарными нуждами города, всѣ свои силы и вниманіе посвятилъ осуществленію канализаціи. Ему принадлежитъ какъ техническій проэктъ канализаціи, такъ и финансово-хозяйственный планъ выполненія. Послѣдній въ особенности заслуживаетъ вниманія, такъ какъ онъ позволилъ построить канализацію безъ затраты общихъ городскихъ средствъ, отсутствіе которыхъ служило непреодолимымъ тормазомъ для выполненія проэкта. Денежныя средства на постройку канализаціи были получены по добровольному соглашенію домовладѣльцевъ внести 10% съ годовой оцѣнки имущества за право присоединенія къ канализаціи. Этихъ взносовъ хватило на устройство уличной сѣти, а это самое главное въ канализаціи. Взносъ 10% съ оцѣнки за право присоединенія къ канализаціи теперь сталъ обязательнымъ для всѣхъ канализированныхъ владѣній. Добровольное соглашеніе домовладѣльцевъ было достигнуто при дѣятельномъ содѣйствіи членовъ санитарной Коммиссіи, санитарныхъ попечителей.

Кромѣ разработки проэкта канализаціи и практическаго почина въ ея осуществленіи, въ качествѣ основной мѣры къ оздоровленію Ялты, санитарный врачъ организовалъ предохранительныя мѣры противъ заразныхъ болѣзней и чахотки; но онъ въ значительной мѣрѣ игнорировалъ традиціонную санитарную дѣятельность по медико-полицейскому надзору, по опредѣленію размѣровъ выгребныхъ ямъ, степени ихъ наполненія и зловонія, по раскапыванію навозныхъ кучъ и пр., и за это онъ поплатился своимъ служебнымъ положеніемъ, не смотря на дѣятельную защиту санитарной Коммиссіи. Однако и послѣ выхода въ отставку перваго санитарнаго врача, разошедшагося во взглядахъ на санитарную врачебную дѣятельность съ обывателями, тоже направленіе осталось и поддерживалось въ средѣ врачей, объединенныхъ въ санитарной Коммиссіи, которой удалось впослѣдствіи, въ теченіи 1890-хъ годовъ провести въ жизнь и въ практику Ялтинскаго городского Управленія всѣ тѣ основанія санитарно-медицинской организаціи, которыя вырабатывались общимъ трудомъ русскихъ врачей въ Обществѣ въ память *Н. И. Пирогова*. На почвѣ этой организаціи санитарная Коммиссія не переставала оказывать свое воздѣйствіе, какъ на направленіе дѣятельности городского Управленія, такъ и на взгляды и на пониманіе жителей въ вопросахъ здравоохраненія.

Дѣятельность Ялтинской санитарной Коммиссіи возбуждала не разъ обостренныя отношенія враговъ санитаріи. Враждебныя отношенія эти обнаруживались главнымъ образомъ по адрессу врачей, въ особенности въ періодъ выборовъ. Такъ, въ обзорѣ дѣятельности санитарной Коммиссіи за 1893 г., между прочимъ, указано, что при происходившихъ въ этомъ году выборахъ гласныхъ на «новое четырехлѣтіе» встала и зашумѣла оппозиція существовавшему направленію въ дѣятельности городского Управленія. На знамени оппозиціи было написано—«долой санитарію». Оппозиція составилась изъ представителей торговли. О томъ-же обостренномъ отношеніи къ врачамъ говоритъ и *В. Н.* въ послѣдней своей рѣчи, произнесенной имъ въ декабрѣ 1903 г. на юбилейномъ засѣданіи Ялтинскаго отдѣла Русскаго Общества охраненія народнаго здравія. Онъ говорилъ: «чѣмъ объяснить лозунгъ оппозиціонной партіи на послѣднихъ (въ 1901 и 1902 гг.) выборахъ городскихъ и земскихъ—не пропустить ни одного доктора въ гласные? Не то, чтобы не пропустить такого то или такого-то, а никого изъ докторовъ. Должно быть солоно доктора пришлись! Можетъ быть мы, дѣйствительно, слишкомъ натянули струны? Гдѣ же какому-нибудь базарному кулаку понять наши требованія какой-то особой чистоты, какихъ-то тамъ анализовъ, дезинфекцій; все санитарія да санитарія! Довольно! не нужно намъ больше врачей!» Такое рѣшительное заявленіе со стороны оппозиціи несомнѣнно свидѣтельствуетъ, что воздѣйствія врачей не остаются незамѣченными, а, съ другой стороны, продолжающееся направленіе въ дѣятельности мѣстныхъ общественныхъ учрежденій по пути санитарнаго и общаго культурнаго благоустройства и достигнутые общепризнанные результаты показываютъ, что врачи идутъ рука объ руку съ лучшей и просвѣщенной частью мѣстнаго общества. Они не оставались въ одиночествѣ на почвѣ общественнаго управленія, и если въ самые послѣдніе годы врачи въ дѣлахъ по благоустройству Ялты какъ бы отодвигаются на второй планъ, какъ указываетъ *В. Н.* въ цитированной рѣчи, то это происходитъ, помимо ихъ участія или вины, а какъ общее проявленіе современной гражданственности, въ которой ясно сказывается недовѣріе къ общественнымъ управленіямъ, усиленіе опеки надъ ними и внесеніе административныхъ поправокъ въ ихъ работу. Къ проявленіямъ этого рода принадлежитъ и учрежденіе административной коммиссіи по оздоровленію южнаго берега Крыма, въ составѣ которой отсутствовали не только мѣстные врачи, но и, вообще, представители мѣстнаго населенія. Не подлежитъ сомнѣнію, однако, что это направленіе можетъ быть лишь временнымъ и во всякомъ случаѣ не исключаетъ обязанности, лежащей на врачахъ, и на будущее время вносить посильный вкладъ въ дѣло санитарнаго и общегородского улучшенія и усовершенствованія Ялты.

До сихъ поръ въ мѣстной общественной дѣятельности Ялты впереди врачей шелъ *В. Н. Дмитріевъ*, какъ испытанный предводитель ихъ; послѣ смерти своей онъ завѣщалъ врачамъ твердо удерживать занятое ими мѣсто въ Ялтинскихъ общественныхъ учрежденіяхъ, и такимъ образомъ вносить въ обиходъ мѣстной жизни свѣтъ и знаніе, которымъ принадлежитъ будущее. *П. Розановъ.*

# ИЗЪ ТЕКУЩЕЙ ПЕЧАТИ.

**Физіологія и общая патологія.** 517. Изслѣдованія д-ра *F. Schenk*'а относительно *біологическихъ свойствъ крови матери и ребенка и защитительныхъ веществъ молока* привели его къ слѣдующимъ заключеніямъ.

Содержаніе antihaemolysin'овъ (antistaphylolysin и antivibriolysin) въ кровяной сывороткѣ матери и ребенка одинаково. Убивающія бактеріи вещества также переходятъ отъ матери къ ребенку, но находятся въ меньшемъ количествѣ въ его сывороткѣ, нежели въ кровяной сывороткѣ матери. Haemolysin'ы и agglutinin'ы всегда въ большемъ количествѣ наблюдаются въ сывороткѣ матери, чѣмъ у ребенка. Isoagglutinin'ы бываютъ находимы при дѣйствіи нормальной сыворотки на нормальные эритроциты только въ исключительныхъ случаяхъ и лишь тогда встрѣчаются чаще, если дѣйствующая сыворотка или эритроциты происходятъ отъ лица, перенесшаго заразное или конституціональное заболѣваніе. Сыворотка матери никогда не растворяетъ эритроцитовъ собственнаго ребенка и чрезвычайно рѣдко ихъ агглютинируетъ, сыворотка ребенка во всѣхъ случаяхъ лишена активности по отношенію къ эритроцитамъ матери. Сыворотки матери, обладающія изоагглютинирующими свойствами относительно различныхъ формъ эритроцитовъ, выказываютъ также и по отношенію эритроцитовъ другихъ лицъ гэмолитическія способности. Что касается защитительныхъ веществъ молока, то выводы *Sch.* слѣдующіе. Какъ нормальное женское молоко, такъ равнымъ образомъ нормальное козье и коровье молоко содержитъ antihaemolysin'ы и содержитъ ихъ даже тогда, когда въ кровяной сывороткѣ ихъ не оказывается. Нѣкоторые antihaemolysin'ы молока происходятъ изъ молочной железы, обладающей антигэмолитической

способностью. Въ молокѣ здоровыхъ женщинъ находятся убивающія бактеріи вещества, но въ меньшемъ количествѣ, чѣмъ въ соотвѣтствующей кровяной сывороткѣ. Молоко здоровыхъ женщинъ содержитъ часто haemagglutinin'ы. Молоко здоровыхъ и всегда бывшихъ здоровыми женщинъ, не заключающее colostrum'a, только въ исключительныхъ случаяхъ агглютинируетъ эритроциты подобныхъ же женщинъ, тогда какъ молоко съ обильнымъ содержаніемъ colostrum'a чаще заключаетъ въ себѣ isoagglutinin'ы. Молоко женщинъ, перенесшихъ заразныя или конституціональныя заболѣванія, часто агглютинируетъ какъ и кровяная сыворотка такихъ женщинъ эритроциты другихъ лицъ, въ особенности такихъ, которыя перенесли сходныя болѣзни. Antihaemolysin'ы переходятъ во время сосанія въ кровяную сыворотку ребенка (Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, т. XIX, тетр. 2—3—4). *А. Г—ръ.*

**Внутреннія болѣзни.** 518. Д-ръ *Louis Martin. Больничное лѣченіе заразныхъ больныхъ. По поводу пользованія 2000 больныхъ въ госпиталѣ Pasteur'a.*

Съ 1900 г. въ госпиталѣ *Pasteur*'а въ Парижѣ въ одномъ павильонѣ, но въ отдѣльныхъ палатахъ, были пользованы больные со всякаго рода заразными болѣзнями, при чемъ всѣ усилія были направлены къ тому, чтобы: 1) уединить больного, дабы избѣжать зараженія; 2) имѣть возможность полнаго обеззараживанія занятыхъ мѣстъ во время и послѣ болѣзни; 3) достигнуть этихъ 2-хъ цѣлей безъ роскоши, но удобно. Описавъ подробно образцовое устройство госпиталя, д-ръ *М.* указываетъ, что хорошіе результаты получены благодаря этому устройству, многочисленнымъ предосторожностямъ и благодаря больничному персоналу. Съ 1 октября 1900 г. по 19 апрѣля 1903 г. на 2000 больныхъ приходилось: дифтерійныхъ 443, недифтерійныхъ ангинъ 166; оспенныхъ—524; больныхъ вѣтряной оспой—55; коревыхъ—126; скарлатинныхъ—92; рожистыхъ—163; больныхъ бѣшенствомъ—7; пользовалось прививками противъ бѣшенства—26; пользовано предохранительными прививками противъ дифтеріи—7; 192 матерей больныхъ дѣтей или дѣтей больныхъ матерей и 179 прочихъ больныхъ. Предосторожности состояли въ слѣдующемъ: Въ пріемной двое сестеръ встрѣчали больного; снявъ съ больного всю одежду и бѣлье, кладутъ все это въ жестяной цилиндръ въ 60 стм. вышины и 40 стм. въ діаметрѣ, закрывающійся плотной крышкой; больной въ рубахѣ ложится на кровать съ колесиками, покрывается простыней и одѣяломъ. Помывъ руки въ растворѣ сулемы, сестры заставляютъ родственниковъ, привезшихъ больного, также помыть руки этимъ растворомъ и даютъ этимъ родственникамъ соотвѣтствующія наставленія. Въ случаѣ оспы роднымъ прививается предохранительная оспа, и они оставляютъ госпиталь, не возвращаясь въ ожидальню. Сестры затѣмъ снимаютъ свои блузы и отдаютъ ихъ служителю, который отвозитъ больного въ назначенную ему палату и захватываетъ также цилиндръ съ вещами больного для обеззараживанія. Этотъ-же служитель обеззараживаетъ кровать, на которой былъ отвезенъ больной и всѣ вещи, бывшія съ нимъ въ соприкосновеніи. Больному послѣ нѣкотораго отдыха измѣряется температура, а затѣмъ дѣлается общая ванна. Если есть оспенные больные, то дежурный врачъ тотчасъ-же новоприбывшему прививаетъ оспу; дѣтямъ, ниже 3-хъ лѣтъ, впрыскивается 5 к. стм. противудифтерійной сыворотки, если есть дифтерійные. Все, что уносится изъ палаты больного, обеззараживается; все, что приносится, должно быть асептично. Бѣлье вымачивается въ продолженіе 12—24 часа въ обеззараживающемъ растворѣ (10 литровъ воды, 200,0 крезолина, 100,0 зеленаго мыла и 50,0 соды). Каждому больному выдается зубная щетка и гребень, которые, послѣ выписки больного, уничтожаются. Посуда послѣ каждаго употребленія кипятится 15 мин. въ растворѣ соды, въ томъ-же помѣщеніи. Полъ обеззараживается 2 раза въ день, утромъ и вечеромъ. Не смотря на столь строгія мѣры, все-же было нѣсколько случаевъ зараженія оспой (5 сл.), рожей (2 сл.) и дифтеріей (1 сл.), что составляетъ всего 0,3%. Смертность отъ оспы равняется 18%, отъ дифтеріи—11%, скарлатины—2,17%, рожи—6,5% и изъ 126 коревыхъ умерло 2. Въ заключеніе, д-ръ *М.* указываетъ, что новые госпитали должны имѣть небольшія палаты на 3—6, maximum 12 чел. и имѣть палаты для уединенія больныхъ (Le Bulletin médical, № 22). *И. Вирскій.*

519. Д-ръ *Kemp* предлагаетъ *при опредѣленіи положенія, величины и равномѣрности стѣнокъ желудка путемъ «просвѣчиванія»* вводить въ желудокъ не воду, а растворъ флюоресцирующихъ веществъ. При такомъ способѣ несравненно яснѣе выступаетъ очертаніе желудка и является возможность распознать, находится-ли новообразованіе въ стѣнкѣ желудка, или въ прилежащихъ частяхъ печени и кишекъ.

Больному на тощій желудокъ дается 15—20 гранъ соды въ 8 унціяхъ воды, затѣмъ растворъ 1/8 до 1/4 грана флюоресцина ($C_{20}H_{12}O_5$) въ 8 унціяхъ воды, съ прибавленіемъ еще 15—20 гранъ соды и одной драхмы глицерина. Послѣ этого, больному въ темной комнатѣ вводится источникъ свѣта, какъ при обычномъ изслѣдованіи желудка на просвѣчиваніе. Можно употреблять и двусѣрнокислый хининъ (10 гранъ) или другія флюоресцирующія вещества, но лучшіе результаты получаются при употребленіи флюоресцина. Необходимо лишь предварительно осреднить могущую находиться въ полости желудка соляную кислоту, такъ какъ она ослабляетъ и даже уничтожаетъ способность флюоресцина свѣтиться; глицеринъ и сода, наоборотъ, усиливаютъ свѣченіе. Въ количествѣ, необходимомъ для изслѣдованія, флюоресцинъ безвреденъ; при увеличеніи крѣпости раствора, способность свѣченія слабѣетъ (New-York Medical Journal and Philadelphia Medical Journal, 13 февраля). *Л. Старокадомскій.*

**Хирургическія болѣзни.** 520. Д-ръ *Maylard* на основаніи многочисленныхъ наблюденій выдѣляетъ въ особую группу *заболѣванія желудка*, стоящія въ зависимости *отъ врожденнаго съуженія привратниковаго отверстія.* Въ приводимыхъ авторомъ 7 случаяхъ болѣзненные припадки были во многомъ сходны съ явленіями затяжного катарра желудка и иногда сопровождались припадками растяженія желудка. Авторъ, однако, не можетъ указать признаковъ, по которымъ заболѣваніе могло-бы быть несомнѣнно распознано. Въ упоминаемыхъ авторомъ случаяхъ, когда болѣзненные припадки продолжались въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ—больныя были по большей части молодыя женщины—авторъ производилъ операцію задняго желудочно-кишечнаго соустія, послѣ чего больныя замѣчательно поправлялись. Такъ какъ въ изслѣдованныхъ случаяхъ д-ръ *Maylard* находилъ поперечникъ привратниковаго отверстія съуженнымъ иногда до 2—3 мм., иногда-же пропускавшимъ конецъ пальца, но никогда не достигавшимъ нормальной величины въ 12 — 15 мм., развитія-же рубцовой ткани не наблюдалось, то авторъ полагаетъ, что съуженіе обусловливалось чрезмѣрнымъ развитіемъ привратниковой заслонки. Единственнымъ цѣлесообразнымъ способомъ лѣченія этой неправильности авторъ считаетъ производство желудочно-кишечнаго соустія (British Medical Journal, 20 февраля). *Л. Старокадомскій.*

521. Д-ръ *Franz Kuhn* горячо рекомендуетъ *наркозъ черезъ легкія*, производимый при посредствѣ введенія особой трубки въ гортань (tubage); весь аппаратъ для хлороформированія изготовляется фирмой Evens et Pestor, Kassel. Преимущества легочнаго наркоза заключаются въ слѣдующемъ: 1) Прежде всего количество хлороформа, употребляемое для наркоза крайне ничтожно, такъ какъ каждая капля хлороформа непосредственно всасывается легкими и ничтожнымъ количествомъ достигаютъ быстраго дѣйствія (*Kuhn* достигалъ полнаго наркоза въ двѣ минуты). 2) Вслѣдствіе непосредственнаго дѣйствія небольшихъ дозъ narcotica облегчается регулированіе наркоза: наркотизирующій держитъ больного въ такомъ наркозѣ, какой необходимъ для операціи, чѣмъ и устраняется опасность излишняго употребленія хлороформа. 3) Особенное преимущество легочнаго наркоза—это устраненіе рефлексовъ со стороны носа и верхнихъ воздухоносныхъ путей: какъ извѣстно раздраженіе тройничнаго нерва въ носу отраженно вреднымъ образомъ отзывается на сердцѣ, и чтобы избѣжать этихъ раздраженій нѣкоторые совѣтуютъ затыкать носъ ватой или зажимать щипцами; при легочномъ же наркозѣ—носъ само-собой исключается. 4) Далѣе при легочномъ наркозѣ устраняется тошнота и рвота во время наркоза, что особенно важно при операціяхъ въ брюшной полости, во рту, въ глоткѣ и носу. 5) Легочный наркозъ съ помощью tubage представляетъ безусловную гарантію для свободы верхнихъ воздухоносныхъ путей: какъ скоро трубка вложена—судорога гортанной щели и хрипѣніе исчезаетъ, широкій потокъ воздуха съ силой стремится въ глубину легкихъ и никакое препятствіе не въ состояніи болѣе нарушить дыханіе; при операціяхъ въ ротовой или носовой полости опасность вхожденія крови или слизи устраняется. Такимъ образомъ tubage гарантируетъ свободный притокъ воздуха безъ опасности аспираціи, позволяетъ непрерывное введеніе хлороформа, устраняетъ рвоту и идеальнымъ образомъ доставляетъ хлороформъ туда, гдѣ онъ всасывается (Therapeutische Monatshefte, № 9, 1903). *А. Н. Д.*

---

**IX Пироговскій Съѣздъ.** **Отдѣлъ гигіены.** (Отчетъ *Г. И. Дембо*). (Продолженіе. См. выше, № 22, стр. 827). Соединенное засѣданіе съ Отдѣломъ общественной медицины 8 января.

Проф. *В. Д. Орловъ. Оцѣнка способовъ опредѣленія влажности въ жилыхъ помѣщеніяхъ.* Разобравъ существующіе способы опредѣленія влажности въ жилыхъ по-

мѣщеніяхъ, докладчикъ подробно остановился на способѣ *Mark'а*, провѣренномъ въ послѣднее время въ гигіенической лабораторіи Кіевскаго Университета, и одобрилъ его для практическихъ цѣлей, какъ наименѣе хлопотливый и сложный.

Съ этимъ мнѣніемъ согласились и принявшіе участіе въ преніяхъ профф. *С. В. Шидловскій, М. Б. Блаубергъ* и *В. А. Арнольдовъ*, указавшіе однако на менѣе точные результаты, получаемые при этомъ способѣ по сравненію съ вѣсовымъ.

Ч. пр. *В. А. Левашевъ. Городскія обеззараживающія камеры и условія общественнаго пользованія ими.* Докладчикъ привелъ краткія историческія данныя о возникновеніи и дѣятельности 1-ой городской обеззараживающей камеры при Петербургской городской барачной больницѣ въ память *С. П. Боткина* и цифровыя данныя о работѣ камеры за время ея существованія. Разобравъ вопросъ объ условіяхъ общественнаго пользованія обеззараживающими камерами, докладчикъ пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ. Правильно устроенное городское обеззараживающее учрежденіе, снабженное приспособленіями для обеззараживанія паромъ и химическими веществами, составляетъ основное требованіе въ дѣлѣ организаціи борьбы съ заразными болѣзнями. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, напр., во время взрывовъ эпидемическихъ заболѣваній и въ пригородахъ, могутъ оказать помощь и подвижныя обеззараживающія камеры. Обеззараживающія учрежденія должны находиться въ завѣдываніи врача и служить мѣстомъ для подготовки опытнаго персонала обеззараживателей. Обеззараживаніе вещей въ городскихъ обеззараживающихъ камерахъ и перевозка ихъ должна производиться безплатно. Сохранность вещей, отправляемыхъ въ обеззараживающія камеры, должна быть обезпечена. Въ случаѣ уничтоженія вещей путемъ сожиганія, а равно и въ случаѣ ихъ порчи по винѣ учрежденія, не должно быть затрудненій въ выдачѣ соотвѣтственнаго вознагражденія.

*В. А. Левашевъ и И. И. Бинштокъ. Объ обеззараживаніи частныхъ жилищъ и общественныхъ учрежденій и условія правильной постановки этого дѣла въ городахъ* [1]). Въ ряду мѣръ борьбы съ заразными болѣзнями въ городахъ, правильная постановка дѣла обеззараживанія частныхъ жилищъ и общественныхъ учрежденій послѣ случаевъ заразныхъ заболѣваній имѣетъ существенное значеніе. Въ настоящее время во многихъ русскихъ городахъ систематическое обеззараживаніе жилищъ и общественныхъ учрежденій вовсе еще не примѣняется, а тамъ, гдѣ дѣло уже организовано, оно нуждается въ значительныхъ улучшеніяхъ. Въ огромномъ большинствѣ нашихъ городовъ не имѣется ни общественной городской обеззараживающей камеры, ни городского обоза для перевозки вещей, подлежащихъ обеззараживанію, въ камеру и обратно, ни каретъ для перевозки больныхъ въ больницы, ни достаточнаго числа хорошо обученныхъ служителей-обеззараживателей, ни особыхъ помѣщеній, куда можно было-бы удалять здоровыхъ жильцовъ на время обеззараживанія ихъ квартиръ. Вслѣдствіе такого положенія дѣлъ производство правильнаго обеззараживанія, согласно современнымъ научнымъ требованіямъ, представляется на практикѣ почти неосуществимымъ. Даже въ большихъ городахъ, гдѣ многіе изъ перечисленныхъ недостатковъ устранены (имѣются паровыя камеры, санитарный обозъ, санитарныя квартиры и т. д.), санитарные врачи, на обязанности которыхъ лежитъ своевременное производство обеззараживанія частныхъ жилищъ и общественныхъ учрежденій, не имѣютъ въ своемъ распоряженіи ни достаточнаго кадра хорошо обученнаго низшаго персонала служителей-обеззараживателей (или персоналъ этотъ неправильно распредѣленъ между врачами), ни опредѣленнаго инвентаря приборовъ для производства обеззараживанія, ни какой-либо опредѣленной, соотвѣтствующей современному состоянію научныхъ знаній инструкціи, коей они могли-бы руководиться при практическомъ выполненіи обеззараживанія. Слѣдствіемъ такого положенія вещей является то, что въ своихъ практическихъ мѣропріятіяхъ санитарно-эпидеміологическій надзоръ либо придерживается устарѣвшей, давно не подвергавшейся пересмотру инструкціи, либо дѣйствуетъ безъ всякой инструкціи, безъ объединяющаго дѣятельность отдѣльныхъ органовъ плана. Недостатокъ персонала ведетъ, съ одной стороны, къ тому, что единственный помощникъ санитарнаго врача — городской обеззараживатель, трудъ, котораго очень скудно оплачивается, нерѣдко заваленъ работой, съ другой стороны—къ тому, что врачъ принужденъ привлекать къ обеззараживающимъ работамъ домовую администрацію (дворниковъ) или тѣхъ лицъ, въ помѣщеніи которыхъ производится обеззараживаніе. Къ крупнымъ недостаткамъ существующей организаціи дѣла въ городахъ надо отнести то, что выполненіе обеззараживанія всецѣло возлагается на санитарныхъ врачей. Между тѣмъ борьба съ заразными болѣзнями въ видѣ обеззараживанія отнимаетъ у этихъ послѣднихъ (по крайней мѣрѣ, въ большихъ городахъ) значительную часть времени, и такимъ образомъ санитарные врачи превращаются въ сущности въ врачей эпидемическихъ, въ узкомъ смыслѣ этого слова, а вся важная планомѣрная общесанитарная работа отступаетъ далеко на второй планъ. Систематическое обеззараживаніе жилищъ, отдаваемыхъ внаймы, и въ особенности мѣстъ большого скопленія людей, а равно и разнаго рода подержанныхъ вещей, продаваемыхъ на рынкахъ и аукціонахъ, и тряпья совершенно еще не примѣняется въ нашихъ городахъ. Докладчики намѣтили цѣлую систему мѣръ въ интересахъ правильной постановки дѣла обеззараживанія. Городъ долженъ имѣть особое учрежденіе (обеззараживающую камеру) для обеззараживанія вещей текучимъ паромъ и химическими способами (формалиномъ, сулемой и пр.). Учрежденіе это находится въ завѣдываніи врача и и служитъ одновременно мѣстомъ обученія и подготовки низшаго персонала (обеззараживателей). Для перевозки вещей въ камеру и обратно (а равно и для перевозки больныхъ въ больницы) городъ долженъ имѣть особыя городскія перевозочныя средства (санитарныя платформы, кареты). Желательно устройство изоляціонныхъ квартиръ, гдѣ можно было-бы помѣщать людей на все время карантиннаго срока для данной болѣзни, или, по крайней мѣрѣ, санитарныхъ убѣжищъ, гдѣ здоровые жильцы изъ квартиры могли-бы оставаться на время обеззараживанія ихъ помѣщенія. Въ большихъ городахъ должно быть нѣсколько особыхъ эпидемическихъ врачей (врачей-обеззараживателей), изъ которыхъ каждый завѣдуетъ отдѣльнымъ участкомъ города; въ малыхъ городахъ врачъ, завѣдующій городской обеззараживающей камерой, можетъ совмѣщать въ себѣ и обязанности городского эпидемическаго врача. Въ завѣдываніи каждаго врача-обеззараживателя даннаго района города должно находиться обеззараживающее бюро или станція, въ которомъ сосредоточивались-бы требованія относительно обеззараживанія; здѣсь долженъ быть достаточный кадръ служителей-обеззараживателей, необходимый инвентарь приборовъ и инструментовъ, и складъ обеззараживающихъ средствъ. Обеззараживаніе и перевозка вещей должны производиться безплатно (по отношенію къ частнымъ жилищамъ). Въ артельныхъ и угловыхъ помѣщеніяхъ, постоялыхъ дворахъ, ночлежныхъ домахъ и т. д. обеззараживаніе должно производиться періодически. Необходимо, кромѣ того, привлеченіемъ сочувствія населенія къ этой мѣрѣ путемъ чтеній, брошюръ, личныхъ бесѣдъ врачей, путемъ вознагражденія за уничтоженныя вещи; необходимо улучшить матеріальное положеніе низшаго персонала не только въ смыслѣ увеличенія содержанія, но и обезпеченіемъ на случай заболѣванія, смерти и неспособности къ дальнѣйшему труду. Что касается способа обеззараживанія жилыхъ помѣщеній и находящихся въ нихъ вещей, то на первомъ планѣ въ этомъ отношеніи необходимо поставить: обеззараживаніе текучимъ паромъ всѣхъ вещей, которыя могутъ быть подвергнуты такимъ обеззараживаніямъ; обеззараживаніе формальдегидомъ (въ камерѣ или жиломъ помѣщеніи) тѣхъ вещей, кои не могутъ быть ни погружены въ обеззараживающіе растворы, ни подвергнуты воздѣйствію пара;

[1]) Передаю положенія доклада полностью въ виду важности вопроса. *Г. Д.*

Digitized by Google

обеззараживающую очистку самихъ помѣщеній съ примѣненіемъ растворовъ сулемы, мыльно-карболовыхъ, зеленаго мыла, формалина, хлориновой ѣдкой извести съ послѣдовательнымъ, въ случаѣ необходимости, ремонтомъ этихъ помѣщеній.

Два доклада объ обеззараживаніи вызвали продолжительныя пренія. Между прочимъ, *А. Н. Рубель* не согласился съ мнѣніемъ *В. А. Левашева*, который увеличеніе числа обеззараживаемыхъ вещей въ камерѣ Петербурга считаетъ доказательствомъ возрастанія довѣрія населенія къ обеззараживанію. Этотъ фактъ правильнѣе можетъ быть объясненъ увеличеніемъ числа санитарныхъ врачей; обыватель и по сіе время относится къ обеззараживанію недружелюбно, но подчиняется требованію «начальства». Съ другой стороны, д-ръ *Рубель* является защитникомъ централизаціи дѣла обеззараживанія, такъ какъ только при этомъ условіи возможна организація цѣлыхъ отрядовъ для обеззараживанія квартиръ; безъ этого будетъ еще долго повторяться то пока непреодолимое зло, безъ котораго до сихъ поръ не можетъ обойтись Петербургскій санитарный врачъ: привлеченіе къ дѣлу обеззараживанія въ качествѣ рабочей силы дворниковъ дома, такъ какъ силами врача и обеззараживателя невозможно управиться.

Въ виду недостатка времени на обсужденіе затронутаго вопроса Отдѣлъ постановилъ избрать Коммиссію для подробнаго обсужденія вопросовъ, затронутыхъ докладомъ. Коммиссія эта была собрана и, въ свою очередь, въ лицѣ большинства своихъ членовъ постановила просить Правленіе Пироговскаго Общества созвать въ межсъѣздный періодъ Коммиссію для окончательной формулировки постановленій объ организаціи и раціональной постановкѣ обеззараживанія въ городахъ, а также поставить этотъ вопросъ въ число программныхъ на будущемъ Съѣздѣ.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

---

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

---

### *LXXXVIII. Протоколъ 111-го общаго Собранія Общества больничныхъ врачей 18-го февраля 1904 г.*

Присутствовали члены: *Арапов А. Б., Вахрамѣевъ А. А., Гинзбургъ Л. С., Гомолицкій І. Б., Дембо Г. И., Дроздовскій П. И., Жебровъ И. П., Кадьянъ А. А., Какушкинъ Н. М., Коробовъ Н. С., Лебедевъ А. А., Малисъ Ю. Г., Немзеръ М. Г., Нижегородцевъ М. Н., Рубель А. Н., Чапинъ Д. С., Чистяковъ М. А.*

Предполагавшаяся къ прочтенію рѣчь *Ю. Г. Малиса: Больничное дѣло и отношеніе къ нему общества и государства*, за отказомъ оратора, не состоялась и поэтому предсѣдателемъ предложено непосредственно перейти къ дѣловой части засѣданія.

Заслушаны отчетъ секретаря *А. Н. Рубеля*, казначея *М. А. Чистякова* и библіотекаря *Н. М. Какушкина* за 1903 г.

Въ виду указанія казначея на медленность поступленія членскихъ взносовъ отъ 22 членовъ Общества, постановлено предоставить Правленію полномочія для изысканія мѣръ взысканія недоимокъ.

По вопросу о выборѣ мѣста засѣданій на 1904 г. рѣшено поручить Правленію собрать справки о различныхъ помѣщеніяхъ, подходящихъ для этой цѣли, и о степени посѣщаемости засѣданій Общества въ прежніе годы въ Пироговскомъ музеѣ и въ залѣ Краснаго Креста, вновь поставить вопросъ на повѣсткѣ ближайшаго очереднаго засѣданія и затѣмъ только рѣшить вопросъ окончательно. До рѣшенія вопроса собраться въ Пироговскомъ музеѣ.

По предложенію д-ра *Г. И. Дембо* рѣшено внести на повѣстку слѣдующаго засѣданія вопросъ о пособіи семьямъ врачей, отправленныхъ на Дальній Востокъ.

За отказомъ *А. А. Кадьяна* предсѣдательствовать во время выборовъ, Собраніе единогласно просило *Л. С. Гинзбурга* взять на себя предсѣдательство. Выборы (записками) состоялись подъ предсѣдательствомъ послѣдняго.

Избранными оказались: предсѣдателемъ—*А. А. Кадьянъ*, товарищемъ предсѣдателя—*М. И. Петрункевичъ;* членами Правленія: *М. А. Чистяковъ, А. Н. Рубель, Н. М. Какушкинъ, А. Э. Бари, Б. Н. Синани*. Кандидатами: *А. Б. Араповъ* и *Л. С. Гинзбургъ*. Въ ревизіонную Коммиссію: *Г. И. Дембо, Д. С. Чапинъ, М. Г. Немзеръ*.

Предложенный въ члены-соревнователи графъ *В. А. Мусинъ-Пушкинъ* избранъ единогласно.

Секретарь *А. Н. Рубель*.

### Отчетъ секретаря А. Н. Рубеля.

Дѣятельность Общества больничныхъ врачей въ отчетномъ году, какъ и въ прежніе года, посвящена была главнымъ образомъ вопросамъ больничнаго дѣла. Изъ 11-ти заслушанныхъ въ теченіи года докладовъ въ 5 разсматривались съ той или другой стороны различные вопросы больничнаго строя.

Въ XVI-мъ очередномъ засѣданіи 28-го февраля д-ръ *А. Б. Араповъ* въ докладѣ: «*Положеніе средняго медицинскаго персонала въ больницахъ*» описалъ бѣдственное положеніе фельдшеровъ, фельдшерицъ, акушерокъ и т. п., служащихъ въ Петербургскихъ городскихъ больницахъ. Непомѣрно тяжелый 8—11-часовой трудъ, полная зависимость отъ единоличной воли главнаго врача, скудное матеріальное вознагражденіе, необезпеченность на случай болѣзни или инвалидности, отчаянныя квартирныя условія и неудовлетворительный «казенный» столъ—вотъ главныя черты, которыми докладчикъ рисуетъ положеніе этой «средней» между врачемъ и служительскимъ персоналомъ категоріи работниковъ въ больничномъ дѣлѣ. Если прибавить къ этому полное безправіе ихъ, то станетъ понятно, почему Собраніе пришло къ тому заключенію, что при такихъ ужасныхъ условіяхъ труда a priori невозможно уже требовать, чтобы эти ближайшіе помощники врачей стояли на желательной высотѣ своего призванія. Какъ лучшее средство для улучшенія положенія «средняго» медицинскаго персонала рекомендовалось широкое развитіе самопомощи въ видѣ различныхъ союзовъ фельдшеровъ, союзовъ, призванныхъ развивать въ средѣ своихъ членовъ правосознаніе, чувство корпоративности, личнаго достоинства и т. п. Это рекомендовалось, какъ лучшая мѣра борьбы, но при этомъ Общество не входило совершенно въ обсужденіе принципіальнаго вопроса, нуженъ-ли фельдшерскій персоналъ въ больницахъ и необходимо-ли его сохраненіе въ общемъ строѣ больничной службы.

Въ XVII-мъ очередномъ засѣданіи 31-го марта *А. Н. Рубель* представилъ докладъ «*о городскомъ больничномъ сборѣ*», въ которомъ, изучивъ вопросъ съ исторической, финансовой и бытовой точки зрѣнія, пришелъ къ заключенію, что этотъ сборъ, какъ неправильный и по объекту (право лѣченія) и по субъекту обложенія (бѣднѣйшій классъ населенія) и при томъ какъ налогъ подушный, сверхъ того неприличный для городского общественнаго Управленія по самому способу взиманія, требуетъ скорѣйшей замѣны его другими формами обложенія, соотвѣтствующими податной силѣ плательщиковъ. Собраніе единодушно присоединилось къ заключеніямъ докладчика и постановило возбудить передъ Петербургской городской Думой ходатайство объ отмѣнѣ больничнаго сбора, при чемъ признало необходимымъ оттѣнить, что принципъ безплатности больничнаго лѣченія въ городскихъ больницахъ давно уже ждетъ признанія со стороны городского общественнаго управленія.

Въ XVIII-мъ очередномъ засѣданіи 28-го апрѣля *М. А. Чистяковъ* по поводу возбудившаго тогда много толковъ въ печати и обществѣ случая бѣгства изъ Калинкинской больницы лепрозной больной коснулся «*вопроса о принудительномъ задержаніи больныхъ въ лѣчебныхъ заведеніяхъ*». Установивъ, что этимъ фактомъ констатируется возможность для нѣкоторыхъ больныхъ даже при добровольномъ поступленіи въ больницу лишиться свободы навсегда, докладчикъ ставитъ общій вопросъ о совмѣстимости гуманныхъ лѣчебныхъ функцій больничнаго учрежденія съ «функціей уловленія и принудительнаго задержанія» и рѣшаетъ его въ отрицательномъ смыслѣ, находя, что какъ пребываніе въ больницѣ, такъ и выписка изъ нея должны подчиняться волѣ больного. Примѣняя это общее положеніе въ частности къ лепрознымъ больнымъ, онъ ссылается на постановленіе XIII Пироговскаго Съѣзда, признавшаго «насильственное помѣщеніе въ больницы или лепрозоріи больныхъ проказою ни въ какомъ случаѣ нежелательнымъ» и считаетъ примѣненіе къ лепрознымъ больнымъ насильственныхъ мѣръ крайней несправедливостью, тѣмъ болѣе, что такія мѣры идутъ въ разрѣзъ съ интересами общественной медицины и не должны имѣть мѣста въ нашихъ больницахъ. Свое сообщеніе докладчикъ заканчиваетъ указаніемъ на необходимость «развитія народнаго просвѣщенія и подъема правового положенія» тѣхъ слоевъ населенія, въ которыхъ гнѣздится проказа, какъ основныхъ условій, при которыхъ только и возможна раціональная борьба съ проказой. Оживленныя пренія, вызванныя докладомъ, выяснили, что распоряженія административныхъ... администраціи о принудительномъ задержаніи больныхъ, противорѣчатъ закону, такъ какъ русское право не знаетъ никакого принудительнаго лѣченія, что врачъ—не тюремщикъ и что больница не можетъ быть мѣстомъ заточенія. Собраніе единодушно признало, что ни со стороны законодательной, ни со стороны медицинской, ни со стороны этической насильственное задержаніе больныхъ въ больницахъ не должно быть допустимо.

Въ XX-мъ очередномъ засѣданіи 6-го октября вновь возникъ врачебно-правовой вопросъ по поводу доклада *Ю. Г. Малиса* «*хирургическая операція, какъ уголовно наказуемое дѣяніе*». Докладчикъ находилъ, что хирургическая операція, произведенная въ лѣчебныхъ цѣляхъ lege artis, ни при какихъ условіяхъ ненаказуема, что отсутствіе согласія больного на операцію не превращаетъ ее въ уголовно наказуемое дѣяніе и что операція можетъ получить «характеръ тѣлеснаго повреженія», только утративъ характеръ лѣчебнаго мѣропріятія. Однако, присутствовавшіе въ засѣданіи юристы (проф. *Н. С. Таганцевъ* и *И. Г. Щегловитовъ*) указали, что и при нормальной дѣятельности хирурга, при условіяхъ, указанныхъ докладчикомъ, хирургъ съ точки зрѣнія закона не можетъ быть безграничнымъ распорядителемъ тѣлесной неприкосновенности больного и дѣйствія его являются

непреступными только при извѣстныхъ условіяхъ, установленныхъ въ рѣшеніи Сената по дѣлу *Модлинскаго;* эти условія заключаются въ разумности профессіональной дѣятельности съ одной и наличности согласія больного—подразумѣваемаго или прямо выраженнаго—съ другой стороны; отсутствіе согласія не имѣетъ значенія только тогда, когда совершеніе операціи представляется по врачебнымъ показаніямъ необходимымъ, а полученіе согласія по психическому состоянію больного невозможнымъ. Въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ врачъ долженъ взвѣсить всѣ обстоятельства и въ нѣкоторыхъ случаяхъ, исходя изъ своихъ медицинскихъ знаній и профессіональнаго долга, можетъ и переступить за предѣлы этихъ рамокъ закона, когда напр. являются внѣшнія препятствія къ полученію скораго согласія (дальность разстоянія опекуна отъ малолѣтняго больного и т. п.), а всякое промедленіе грозитъ смертью больному. Собраніе присоединилось къ этимъ мнѣніямъ юристовъ и высказалось за необходимость испрашиванія согласія на операцію не только съ правовой, но и съ этической и профессіональной точки зрѣнія.

Въ XXI-мъ очередномъ засѣданіи 7-го ноября *А. Н. Рубель* представилъ очеркъ *«дѣятельности Общества врачей, состоящихъ на службѣ Московскаго городского общественнаго управленія»*, въ которомъ познакомилъ Собраніе съ докладами и преніями въ Московскомъ Обществѣ за первый годъ его существованія.

Въ XXII-мъ очередномъ засѣданіи 15-го декабря *Н. М. Какушкинъ* въ докладѣ *«о расширеніи дѣятельности родильныхъ пріютовъ»* указалъ, что въ настоящее время дѣятельность родильныхъ пріютовъ однообразна, неполна и недостаточно активна, что въ общихъ интересахъ желательно, чтобы они расширили свою дѣятельность, взявъ на себя болѣе многообразныя обязанности; изъ послѣднихъ докладчикъ указалъ на необходимость приспособленія ихъ для подачи акушерской помощи на дому, на улицѣ и въ дорогѣ, на устройство при нихъ амбуляторій для подачи помощи беременнымъ, родильницамъ, грруднымъ дѣтямъ и гинекологическимъ больнымъ и на желательность устройства пріютовъ для беременныхъ. Кромѣ того, докладчикъ подчеркнулъ полную возможность для родильныхъ пріютовъ взять на себя просвѣтительныя задачи: распространеніе въ населеніи здравыхъ понятій о гигіенѣ вообще и беременности въ частности; подготовки врачей-спеціалистовъ и низшаго акушерскаго персонала и т. п. Собраніе, всецѣло присоединяясь къ пожеланіямъ докладчика, оттѣнило, насколько дѣйствительность далека отъ желательной постановки дѣла не только въ русской деревнѣ, гдѣ все еще царствуетъ баба-повитуха, но и въ Петербургскихъ родильныхъ пріютахъ, дѣятельность которыхъ не только не носитъ характера просвѣтительной, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ (въ отношеніи профилактики сифилиса) является, по выраженію одного изъ ораторовъ, прямо «преступной».

Кромѣ перечисленныхъ докладовъ Общество въ отчетномъ году окончательно высказалось по поводу положеній къ докладу *А. Н. Рубеля* о *«хозяйственно-административномъ строѣ больницъ»*. Такъ какъ этотъ докладъ, предполагавшійся къ прочтенію отъ имени Общества на IX Пироговскомъ Съѣздѣ [1]), былъ одобренъ въ XXII-мъ очередномъ засѣданіи 15 декабря, то положенія доклада можно разсматривать, какъ сводъ взглядовъ Общества на желательную постановку хозяйства и управленія въ больницахъ и на причины современныхъ неустройствъ; взглядовъ, сложившихся, какъ плодъ внимательнаго изученія дѣла въ теченіи 3-хъ лѣтней дѣятельности Общества. Поэтому позволю себѣ привести здѣсь полностію всѣ положенія доклада.

I. Современный строй городскихъ больницъ, какъ основанный на чисто бюрократическихъ началахъ, долженъ быть признанъ неудовлетворительнымъ. Главные недостатки его заключаются въ слѣдующемъ:

а) больничная помощь въ большихъ городахъ стоитъ въ настоящее время обособленно въ ряду прочихъ санитарно-врачебныхъ организацій города;

б) система управленія больницами, носящая характеръ канцелярской тайны, не даетъ возможности свободно обсуждать дѣятельность органовъ, вѣдающихъ больничное дѣло, и затрудняетъ общественный контроль за ними;

в) централизація административно-хозяйственной власти въ рукахъ главнаго врача и безправное положеніе младшихъ врачей понижаютъ у послѣднихъ духъ почина и способность къ самодѣятельности, лишая такимъ образомъ городскія общественныя Управленія возможности съ наибольшей продуктивностью использовать ихъ силы въ интересахъ общаго дѣла.

II. Для правильной постановки больничнаго дѣла въ городахъ въ основѣ организаціи должны лежать слѣдующія правила:

а) въ цѣляхъ согласованія больничной помощи съ общими задачами здравоохраненія необходимо, чтобы дѣятельность больницъ направлялась и развивалась въ соотвѣтствіи съ прочими санитарно-врачебными учрежденіями города; поэтому больницы должны быть органически связаны съ этими послѣдними и объединены въ одномъ общемъ съ ними коллегіальномъ органѣ;

б) организація и общее руководство больничнымъ дѣломъ должны находиться въ вѣдѣніи особаго, состоящаго при городской Управѣ органа (городского врачебно-санитарнаго Совѣта), состоящаго изъ врачей и гласныхъ, имѣющаго въ своемъ составѣ выборныхъ представителей отъ каждой больницы и основаннаго на началахъ строгой коллегіальности;

в) управленіе каждой отдѣльной больницей и завѣдываніе ею лежатъ на коллегіи всѣхъ врачей данной больницы; образованный изъ нихъ больничный хозяйственный Комитетъ вѣдаетъ всю внутреннюю жизнь больницы и вырабатываетъ правила и инструкціи, касающіяся внутренняго распорядка въ ней;

г) городскому врачебно-санитарному Совѣту принадлежитъ право выбора лицъ на свободныя вакансіи и санкція инструкцій и правилъ, вырабатываемыхъ хозяйственными совѣтами;

д) контора больницы и смотритель являются только исполнительными органами больничнаго хозяйственнаго совѣта;

е) въ интересахъ правильнаго веденія больничнаго дѣла всѣ служащіе въ больницахъ должны быть поставлены въ такія матеріальныя условія, которыя обезпечивали-бы полную возможность отдавать необходимое время занятіямъ въ больницѣ;

ж) дѣйствія всѣхъ отдѣльныхъ органовъ, вѣдающихъ больничное дѣло, должны быть возможно болѣе доступны гласности и контролю общества.

Кромѣ того отъ имени Общества предполагается къ прочтенію на IX-мъ Съѣздѣ еще докладъ *М. И. Ростовцева «О значеніи врача въ дѣлѣ управленія городскими богадѣльнями и о постановкѣ врачебной помощи призрѣваемыхъ въ нихъ»*, но положенія этого доклада не читались въ Обществѣ, такъ какъ они были приняты нашимъ Обществомъ еще въ 1902 г. по аналогичному сообщенію того-же автора. Къ сожалѣнію, однако и этотъ докладъ, по тѣмъ-же случайнымъ причинамъ, на Съѣздѣ прочитанъ не былъ.

XXII-му очередному засѣданію были доложены еще положенія доклада *А. Б. Арапова «Уходъ за больными въ городскихъ больницахъ»*, тоже предполагавшагося къ прочтенію на IX Съѣздѣ отъ имени Общества, но такъ такъ возникшія пренія по этому вопросу показали, что Общество наше до сихъ поръ въ этомъ отношеніи далеко еще не составило себѣ окончательныхъ, болѣе или менѣе строго обоснованныхъ взглядовъ и убѣжденій, то самъ докладчикъ снялъ свой докладъ съ очереди.

Изъ приведеннаго перечня докладовъ и ихъ содержанія видно, что въ отчетномъ году Общество удѣляло сравнительно съ прежними годами меньше вниманія вопросамъ общей организаціи внутренней жизни больницъ. Можетъ быть, это является простой случайностью; но можетъ быть, это стоитъ отчасти въ связи съ тѣмъ несомнѣннымъ фактомъ, что эти общіе взгляды Общества успѣли уже достаточно сформироваться и окрѣпнуть въ сознаніи большинства членовъ. Косвенное подтвержденіе этому предположенію можно видѣть въ санкціи, данной Обществомъ положеніямъ вышеупомянутаго доклада о хозяйственно-административномъ строѣ больницъ. Темы, всплывавшія въ отчетномъ году, носили либо болѣе широкій характеръ вопросовъ, касавшихся общихъ условій постановки дѣла больничной помощи (напр., о городскомъ больничномъ сборѣ), либо, наоборотъ, болѣе частный, больнично-бытовой характеръ. Но въ полномъ соотвѣтствіи съ направленіемъ дѣятельности въ прежніе годы обсужденіе всѣхъ этихъ вопросовъ носило строго принципіальный, научно-объективный характеръ.

Большую долю вниманія Общество по примѣру прошлыхъ лѣтъ удѣляло научнымъ вопросамъ. Въ отчетномъ году заслушано было 5 докладовъ этой категоріи. Сюда относятся доклады:

1) *Н. М. Какушкина.* Болеутоленіе, обезболиваніе и наркозъ въ гинекологической и акушерской практикѣ.

2) *Л. С. Гинзбурга.* Временная резекція нёба для удаленія опухолей, исходящихъ изъ основанія черепа (съ предъявленіемъ больной).

3) *А. Л. Мендельсона.* О вліяніи душевныхъ потрясеній на развитіе психозовъ.

4) *Э. А. Гейкинга.* О лѣченіи гнойнаго перикардита разрѣзомъ околосердечной сумки.

5) *Н. Н. Дьячкова.* Іодоленъ при лѣченіи мягкихъ шанкровъ.

Въ отчетномъ году Общество не чуждо было и практической дѣятельности; послѣдняя выразилась въ выработкѣ—согласно постановленію отъ 31-го марта—особаго представленія объ отмѣнѣ въ Петербургѣ больничнаго сбора; ходатайство это направлено отъ имени Общества въ Петербургскую городскую Думу.

Всего засѣданій въ отчетномъ году было 8 очередныхъ и 1 общее, въ этомъ послѣднемъ д-ромъ *Н. М. Какушкинымъ* произнесена была рѣчь о *«просвѣтительной роли русскаго врача»*. Всѣхъ заслушанныхъ докладовъ было 13; вотъ полный перечень ихъ.

1) *Н. М. Какушкинъ.* Болеутоленіе, обезболиваніе и наркозъ въ гинекологической и акушерской практикѣ.

2) *А. Б. Араповъ.* Положеніе средняго медицинскаго персонала въ больницахъ.

3) *Л. С. Гинзбургъ.* Временная резекція нёба для удаленія опухолей, исходящихъ изъ основанія черепа.

4) *А. Н. Рубель.* О городскомъ больничномъ сборѣ.

5) *А. Л. Мендельсонъ.* О вліяніи душевныхъ потрясеній на развитіе психозовъ.

6) *М. А. Чистяковъ.* По поводу принудительнаго задержанія больныхъ въ больницахъ.

7) *Ю. Г. Малисъ.* Хирургическая операція, какъ уголовно наказуемое дѣяніе.

8) *Э. А. Гейкингъ.* О лѣченіи гнойнаго перикардита разрѣзомъ околосердечной сумки.

9) *Н. Н. Дьячковъ.* Іодоленъ при лѣченіи мягкихъ шанкровъ.

10) *А. Н. Рубель.* О дѣятельности Общества врачей, состоящихъ на службѣ Московскаго городского общественнаго Управленія.

[1]) Чтеніе его не состоялось по совершенно случайнымъ, независѣвшимъ отъ докладчика обстоятельствамъ.

Digitized by Google

обеззараживающую очистку самихъ помѣщеній съ примѣненіемъ растворовъ сулемы, мыльно-карболовыхъ, зеленаго мыла, формалина, хлориновой ѣдкой извести съ послѣдовательнымъ, въ случаѣ необходимости, ремонтомъ этихъ помѣщеній.

Два доклада объ обеззараживаніи вызвали продолжительныя пренія. Между прочимъ, *А. Н. Рубель* не согласился съ мнѣніемъ *В. А. Левашева*, который увеличеніе числа обеззараживаемыхъ вещей въ камерѣ Петербурга считаетъ доказательствомъ возрастанія довѣрія населенія къ обеззараживанію. Этотъ фактъ правильнѣе можетъ быть объясненъ увеличеніемъ числа санитарныхъ врачей; обыватель и по сіе время относится къ обеззараживанію недружелюбно, но подчиняется требованію «начальства». Съ другой стороны, д-ръ *Рубель* является защитникомъ централизаціи дѣла обеззараживанія, такъ какъ только при этомъ условіи возможна организація цѣлыхъ отрядовъ для обеззараживанія квартиръ; безъ этого будетъ еще долго повторяться то пока непреодолимое зло, безъ котораго до сихъ поръ не можетъ обойтись Петербургскій санитарный врачъ: привлеченіе къ дѣлу обеззараживанія въ качествѣ рабочей силы дворниковъ дома, такъ какъ силами врача и обеззараживателя невозможно управиться.

Въ виду недостатка времени на обсужденіе затронутаго вопроса Отдѣлъ постановилъ избрать Коммиссію для подробнаго обсужденія вопросовъ, затронутыхъ докладомъ. Коммиссія эта была собрана и, въ свою очередь, въ лицѣ большинства своихъ членовъ постановила просить Правленіе Пироговскаго Общества созвать въ межсъѣздный періодъ Коммиссію для окончательной формулировки постановленій объ организаціи и раціональной постановкѣ обеззараживанія въ городахъ, а также поставить этотъ вопросъ въ число программныхъ на будущемъ Съѣздѣ.

(*Продолженіе слѣдуетъ*).

---

# ОТЧЕТЫ

## изъ врачебныхъ и другихъ ученыхъ Обществъ и корреспонденціи.

---

### *LXXXVIII. Протоколъ 111-го общаго Собранія Общества больничныхъ врачей 18-го февраля 1904 г.*

Присутствовали члены: *Араповъ А. Б., Вахрамѣевъ А. А., Гинзбургъ Л. С., Гомолицкій I. Б., Дембо Г. И., Дроздовскій П. И., Жебровъ И. П., Кадьянъ А. А., Какушкинъ Н. М., Коробовъ Н. С., Лебедевъ А. А., Малисъ Ю. Г., Немзеръ М. Г., Нижегородцевъ М. Н., Рубель А. Н., Чапинъ Д. С., Чистяковъ М. А.*

Предполагавшаяся къ прочтенію рѣчь *Ю. Г. Малиса: Больничное дѣло и отношеніе къ нему общества и государства*, за отказомъ оратора, не состоялась и поэтому председателемъ предложено непосредственно перейти къ дѣловой части засѣданія.

Заслушаны отчетъ секретаря *А. Н. Рубеля*, казначея *М. А. Чистякова* и библіотекаря *Н. М. Какушкина* за 1903 г.

Въ виду указанія казначея на медленность поступленія членскихъ взносовъ отъ 22 членовъ Общества, постановлено предоставить Правленію полномочія для изысканія мѣръ взысканія недоимокъ.

По вопросу о выборѣ мѣста засѣданій на 1904 г. рѣшено поручить Правленію собрать справки о различныхъ помѣщеніяхъ, подходящихъ для этой цѣли, и о степени посѣщаемости засѣданій Общества въ прежніе годы въ Пироговскомъ музеѣ и въ залѣ Краснаго Креста, вновь поставить вопросъ на повѣсткѣ ближайшаго очереднаго засѣданія и затѣмъ только рѣшить вопросъ окончательно. До рѣшенія вопроса собраться въ Пироговскомъ музеѣ.

По предложенію д-ра *Г. И. Дембо* рѣшено внести на повѣстку слѣдующаго засѣданія вопросъ о пособіи семьямъ врачей, отправленныхъ на Дальній Востокъ.

За отказомъ *А. А. Кадьяна* предсѣдательствовать во время выборовъ, Собраніе единогласно просило *Л. С. Гинзбурга* взять на себя предсѣдательство. Выборы (записками) состоялись [illegible] предсѣдательствомъ послѣдняго.

Избранными оказались: предсѣдателемъ—*А. А. Кад*[illegible] [illegible]варищемъ предсѣдателя—*М. И. Петрункевичъ*; членами [illegible]ленія: *М. А. Чистяковъ, А. Н. Рубель, Н. М. К*[illegible] *А. Э. Бари, Б. Н. Синани*. Кандидатами: *А. Б.* [illegible] *Л. С. Гинзбургъ*. Въ ревизіонную Коммиссію: *Г*[illegible] *Д. С. Чапинъ, М. Г. Немзеръ*.

Предложенный въ члены-соревнователи графъ [illegible] *Пушкинъ* избранъ единогласно.

Секретарь *А.* [illegible]

...ерскій Съ...
...такъ извѣстно ...
...память Н. И. Пир...
...основа, какъ о...
...по вопросамъ о...
...я этой цѣли пу...
...учрежденій. «По...
...IX Пироговскій...
...вопросъ до 1911
...правленію пр...
...ть и поставить ...
...о пріемѣ...
...взносы
...скаго Об...
...Всѣ фами...
...» Обществ...
...ть Н. И. Пи...

...присланной В. И. ...
...«Рус...
...ствіемъ про...
...щихъ студ...
...мъ на войнѣ.
...ю и удивле...
...молодежи, ...
...время войны он...
...вмѣстѣ съ сес...
...памяти. Не...
...Медицинской Акад...
...во время сраженій, пер...
...ненныхъ, не щадя себя, ...
...отверженія, великодушія, му...
...о продолжающемся непріятельско...
...еще дышащихъ. Сколько ты-
...и сохранять и какою счастливою,
...ихъ юныя лица въ годину испы-
... Мы можемъ гордиться такою благо-
...вязочные пункты осыпаются шрап-
...уженнымъ огнемъ; въ этой обстанов-
...такъ-же правильно, какъ въ безо-
... Послѣ такихъ дней они часто оста-
...некогда и негдѣ, надо вести ране-
...молодое поколѣніе здѣсь, чтобы оцѣ-
...того стоитъ».—Характеристику эту
...что въ послѣдніе годы въ на-
...иногда неправильно оцѣнивае-
..., нѣсколько пошатнулась вѣра въ
...мъ исповѣдываемые. Примѣры настоя-
...свидѣтельствуютъ, что универ-
..., какъ и всегда, чрезвычайно чутко
...всякое чужое и въ особенности об-
...мное большинство студентовъ склон-
...и къ забвенію собственныхъ интере-
...ближнему.

...сообщить, что *Комитетъ* В. Кн.
...*приглашаетъ студентовъ-медиковъ*
...*лающихъ отправиться на Дальній*
...для борьбы съ заразными болѣзнями.
...125 р. въ мѣсяцъ жалованья и 2 р.
...тельно знакомство съ бактеріологіей.
...Москва, Складъ В. Кн. Елисаве-
...му складомъ.

...*оссійска выѣхалъ* на Дальній Востокъ
...наго Креста въ составѣ д-ровъ *В.*
...*кото*, 5 сестеръ милосердія и 6 сани-
...отбылъ на Дальній Востокъ сфор-
...дворянствомъ новый *санитарный*
...*П. Н. Иванцова* и *М. М.*
...9 сестеръ милосердія и 15 са-
...», 18 іюня). 18 іюня *изъ Мос-*
...токъ *санитарный отрядъ на*
...на средства Александровской
...нымъ врачемъ избранъ д-ръ *В.*
...д-ра *П. И. Новожиловъ*, *А. М.*
...*А. Д. Фрейбергъ* («Русскія Вѣдо-

...снаряженъ *городской сани-*
...отправленъ будетъ на театръ
...чемъ отряда избранъ д-ръ *Е.*
...д-ра *П. Н. Лампеко*, *А.*
...ское Слово», 17 іюня).
...Петербурга на Дальній Во-
...снаряженный *для заболѣв-*
...*сестеръ милосердія* («Но-

...на 200 кроватей, обору-
...вленія Краснаго Креста въ
...*ленко*, младшими врачами—
...*въ*, *З. Н. Ходневъ* («Пра-

...равки на Дальній Востокъ,
...*нна для борьбы съ зараз-*
...892); главную составную
...*льная походная бактеріо-*

...*ческаго передового*
...я врачѣ этомъ
...тельственный

...); Туль-
...уѣздъ 1-ую
...*отмѣчен-*
...попа-
...ваз.
...ова-
...г-
...н

...
упра...
его ве...
а содержа...
больныхъ и ра...
свой счетъ. Для...
16 іюня).

1252. Г-жа Пастухова ...
*военный лазаретъ на 30 ...*
*для офицеровъ*. Зданіе для ...
мѣстная благотворительница г-жа ...
для городской богадѣльни. Въ этомъ ...
30 коекъ, для остальныхъ-же 5 ко...
окончательно арендовать частный домъ ...
5 іюня).

1253. *Иркутская городская Дума* отвела ...
время войны въ распоряженіе эвакуаціонной к...
кв. *саженей земли подъ постройку барак...*
*ненныхъ* («Правительственный Вѣстникъ», 18 іюня).

1254. *Московскіе монастыри* могутъ принять ...
*380 больныхъ и раненыхъ*, кромѣ того Троицкая ...
лавра приспособляетъ помѣщеніе на нѣсколько ...
больныхъ и раненыхъ; въ церковно-приходскихъ школахъ ...
будетъ помѣщено до 1 сентября 600 раненыхъ («Русь» ...).

1255. «Биржевыя Вѣдомости» (16 іюня) передаютъ ...
«Южнаго Края», что, по предложенію директора Славянскихъ ...
минеральныхъ водъ, проф. *С. I. Залѣскаго*, Славянская ...
родская Дума постановила предоставить Александровскому ...
митету о раненыхъ *безплатныя ванны на Славянскихъ ...*
*минеральныхъ водахъ на 15 человѣкъ*, призрѣваемыхъ ...
томъ.

дастъ «Русь» (20 іюня), построить въ Петербургѣ *домъ съ де-*
*шевыми и безплатными квартирами для престарѣлыхъ вра-*
*чей имени С. П. Боткина*. Общество ходатайствуетъ передъ
городскимъ общественнымъ Управленіемъ о безвозмездной уступ-
кѣ для постройки этого дома участка земли.

1250. «Приднѣпровскій Край» (10 іюня) передаетъ, что Обще-
ствомъ взаимной помощи женщинъ-врачей строится *здравница*
*для престарѣлыхъ, требующихъ отдыха женщинъ-врачей*,
въ Сочи, на Черноморскомъ побережьѣ, на участкахъ Верещa-
гинскихъ дачъ. Общество нуждается для этого въ средствахъ.

1251. На послѣднемъ очередномъ Калужскомъ губернскомъ
земскомъ Собраніи по докладу нѣсколькихъ гласныхъ былъ под-
нятъ вопросъ *о принятіи мѣръ противъ гибельнаго вліянія*
*винноторговли на благосостояніе и здоровье населенія*. Пьян-
ство, по наблюденію докладчиковъ, въ деревнѣ «съ каждымъ го-
домъ увеличивается, а вмѣстѣ съ нимъ увеличиваются и его не-
измѣнные спутники: болѣзни, безнравственность, домашнія ссо-
ры, раздѣлы, преступленія, пожары, распаденіе семьи и, что всего
...же, вслѣдствіе наслѣдственности получается положительное
...деніе человѣческаго рода». «Количество пропиваемыхъ де-
...громно; напр., по Калужскому уѣзду всѣхъ повинностей
...я немного болѣе 100000, и съ какимъ трудомъ онѣ со-
...и все-таки небезнедоимочно, а въ винныхъ лавкахъ
...ется водки на сумму въ нѣсколько разъ большую,
...повинностей, и это—только часть пропиваемыхъ
...ъ столько же, если не болѣе, пропивается кресть-
...на заработки изъ Калужскаго уѣзда въ другіе
...ки указываютъ, что ждать, когда народъ самъ
...можно; полагаться на распространеніе образо-
...йство Комитетами Попечительства о народ-
...ихъ никакой особенной пользы, при суще-
...ки, не приноситъ, и расходъ на нихъ со-
...телемъ». Правильный путь борьбы указанъ,
... Калужскимъ губернскимъ и уѣзднымъ
...сельскохозяйственной промышленности,
...мъ году «просить правительство спасти
...совершеннымъ прекращеніемъ тор-
...тавивъ производство ихъ лишь на
...ихъ заводовъ исключительно для
...хническихъ производствъ». Для
...промышленности «необходимо
...мическому и нравственному
...ъ кореннаго устраненія зла
...големъ,—зла не менѣе на-
...ъ. Необходимо взысканіе
...огли-бы замѣнить питей-
...ъ-бы возможность пре-
...ернское земское Со-
...ъ правительствомъ о
...тельствовать прави-
...Попечительства о
...ной пользы не
...онь).
...*саго земскаго*
...*ьной сюни*
...заключеніе
...ъ, чтобы
...*ідѣ ра-*
...*вленіи*
...*эпар-*
...й и
...бу-
...ъ

1256. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (15 іюня) Сы-
зранскій комитетъ увѣдомилъ Красный Крестъ объ откры...
въ гор. Сызрани *эвакуаціоннаго лазарета на 50 кроватей* и
одновременно испрашиваетъ у исполнительной Коммиссіи раз-
рѣшеніе на открытіе подготовительныхъ курсовъ для сестеръ
милосердія.

1257. На-дняхъ закончились *экзамены на* спеціальныхъ
*курсахъ для подготовки полевыхъ сестеръ милосердія*.
Курсы эти были организованы нѣкоторыми чч. пр. В.-Ме-
дицинской Академіи съ разрѣшенія Конференціи. Они от-
крылись 5-го апрѣля, при чемъ лекціи и практическія за-
нятія продолжались 6 недѣль. Лекціи читались въ одной изъ
аудиторій естественно-историческаго института Академіи, а
практическія занятія велись въ амбулаторіи 1-го хирургиче-
скаго отдѣленія клиническаго военнаго госпиталя. Д-ръ *Н. И.*
*Бочаровъ* читалъ лекціи по лѣкарствовѣдѣнію и рецептурѣ, ч. пр.
*Г. М. Малковъ*—по внутреннимъ болѣзнямъ и уходу за больны-
ми, д-ръ *П. Л. Мальчевскій*—по гигіенѣ и обеззараживанію, ч. пр.
*В. А. Оппель*—по хирургіи и ученію о повязкахъ, а д-ръ *К. Н.*
*Сусловъ*—по анатоміи и физіологіи. Лекціи читались безплатно.
Въ число слушательницъ принимались исключительно лица съ
среднимъ или высшимъ образованіемъ. Записалось для слуша-
нія лекцій 200 человѣкъ, а окончило курсъ съ успѣхомъ и вы-
держало экзаменъ 123 человѣка. Экзамены производились пре-
подавателями подъ предсѣдательствомъ проф. Академіи *Г. И.*
*Турнера*. Послѣ раздачи свидѣтельствъ выдержавшимъ съ ус-
пѣхомъ экзаменъ, слушательницы очень тепло простились съ пре-
подавателями, поднеся имъ на память и въ знакъ искренней
благодарности за ихъ труды изящные жетоны съ надписью

Digitized by Google

11) *Н. М. Какушкинъ*. О расширеніи дѣятельности родильныхъ пріютовъ.

12) *А. Б. Араповъ*. Положенія къ докладу объ «уходѣ за больными въ городскихъ больницахъ».

13) *А. Н. Рубель*. Положенія къ докладу о «хозяйственно-административномъ строѣ большихъ городскихъ больницъ».

Правленіе Общества въ отчетномъ году составляли: предсѣдатель *А. А. Кадъянъ*; товарищъ предсѣдателя—*Н. Я. Кетчеръ*; секретари—*А. Н. Рубель, А. Б. Араповъ*; казначей—*А. И. Латухинъ*; библіотекарь—*Н. М. Какушкинъ*; членъ Правленія—*А. И. Яроцкій*. За отъѣздомъ послѣдняго въ Юрьевъ, по случаю полученія тамъ профессорской каѳедры, и временнымъ отсутствіемъ казначея *А. И. Латухина*, обязанности выбывшихъ приняли на себя кандидаты къ членамъ—*А. Л. Мендельсонъ* и *М. А. Чистяковъ*. Казначей *А. И. Латухинъ* продолжаетъ однако, и по настоящій моментъ числиться членомъ Правленія, такъ какъ выбытіе его—только временное, по случаю задержанія въ домѣ предварительнаго заключенія. Не могу здѣсь не пожелать нашему сочлену скорѣйшаго возвращенія въ нашу среду для возобновленія своей внезапно прерванной плодотворной работы на пользу Общества.

Предсѣдатель *А. Кадъянъ*.
Секретарь *А. Рубель*.

# РЕЦЕНЗІИ И БИБЛІОГРАФІЯ.

*Der Herzmuskel und seine Bedeutung für Physiologie, Pathologie und Klinik des Herzens. Ein Versuch zur Entwickelung einer allgemeinen Pathologie und Symptomatologie der Herzmuskelerkrankungen auf anatomischer Grundlage. Von Dr. Ehrenfried Albrecht, Arzt in Berlin. Mit 3 Lichtdruck- und 3 lithographierten Tafeln. Berlin. Julius Springer. 1903. Стр. XV+590.*

Сочиненіе *Albrecht*'а—плодъ 18-лѣтнихъ трудовъ въ области нормальной анатоміи сердца и его физіологіи (въ меньшей степени—патологической). Въ 1-й части мы находимъ интересное и дающее много новыхъ данныхъ описаніе строенія, движенія и питанія мышцы сердечныхъ желудочковъ; этотъ отдѣлъ является и наименѣе спорнымъ. Напротивъ того, съ оригинальнымъ взглядомъ *Albrecht*'а на сущность гипертрофіи и міокардита согласятся не всѣ врачи [1]; хотя въ этихъ взглядахъ много правильнаго, въ особенности въ томъ, что касается способа происхожденія паренхиматозныхъ и межуточныхъ измѣненій. Интереснѣе всего 3-я часть книги, гдѣ *Albrecht* на основаніи нормальной и патологической анатоміи сердечной мышцы строитъ общую симптоматологію клиническихъ проявленій міокардита. Для врача, сознательно относящагося къ дѣлу, чтеніе этой части откроетъ много новыхъ горизонтовъ, нѣкоторые изъ которыхъ даже шире того, какими рисуетъ ихъ самъ *Albrecht*. Во всякомъ случаѣ, чтеніе этой книги оставитъ по себѣ такое глубокое впечатлѣніе, какое въ нашъ вѣкъ многописанія приходится переживать очень рѣдко. *М. Брейтманъ*.

# ПИСЬМА ВЪ РЕДАКЦІЮ.

LXXIX. М. Г.! Климато-терапевтическая (врачебная) секція Ялтинскаго Отдѣла Русскаго Общества Охраненія народнаго здравія въ своемъ засѣданіи 8-го сего іюня постановила:

«По поводу сдѣланнаго членами секціи гг. *Гухманомъ* и *Тамбуреромъ* заявленія о желательности разсмотрѣнія инцидента со старшимъ врачемъ Закаспійской жел. дор. *Н. П. Забусовымъ*, подвергшимся возмутительному насилію со стороны генерала Ковалева, постановлено: 1) выразить сочувствіе пострадавшему товарищу *Забусову* и 2) выразить твердую увѣренность въ томъ, что Общество взаимопомощи врачей въ Петербургѣ, какъ учрежденіе, имѣющее цѣлью охранять честь врачебнаго сословія въ Россіи, сочтетъ своимъ нравственнымъ долгомъ оказать д-ру *Забусову* поддержку не только въ смыслѣ нравственнаго сочувствія, но и въ смыслѣ предоставленія юридической помощи въ отысканіи правды въ позорномъ фактѣ насилія со стороны генерала Ковалева, руководствуясь въ своемъ почвнѣ какъ единодушнымъ сочувствіемъ къ д-ру *Забусову* со стороны товарищей, такъ и огромнымъ общественнымъ значеніемъ, которое имѣетъ происшедшій исключительный по своей гнусности фактъ.

Копіи этого постановленія послать: одну д-ру *Забусову*, другую Обществу взаимопомощи врачей въ Петербургѣ и третью въ редакцію «Русскаго Врача».

Предсѣдатель: *Б. Ножниковъ*.
Секретарь: *М. Гуревичъ*.

[1]) См. статью *А. А. Экка*, «Русскій Врачъ», 1904, стр. 164.

LXXX. М. Г.! Не откажите помѣстить нижеслѣдующее: 8/v сего года я получилъ слѣдующее предложеніе: «Г-ну врачу *Д. С. Соколову*. Зарайская Земская Управа покорнѣйше проситъ Васъ, Милостивый Государь, явиться въ Управу 10 мая (отъ 11 ч.—1 ч. дня) для личныхъ переговоровъ по поводу поданнаго Вами прошенія. Предсѣдатель Селивановъ». Я хотѣлъ было тотчасъ-же ѣхать въ Зарайскъ, но въ силу семейныхъ обстоятельствъ долженъ былъ измѣнить свое рѣшеніе и сначала послалъ въ Зарайскую Управу слѣдующую телеграмму: «Выѣздомъ Москвы указанный Вами срокъ прибыть не могу. Покорнѣйше прошу сообщить мнѣ Выгоничи Ваши условія. Врачъ Соколовъ». Телеграмма мною была подана 9/v, а 11/v я получилъ отвѣтную телеграмму: «Безъ личнаго свиданія невозможно. Желаете пріѣзжайте 14 го утромъ. Предсѣдатель Селивановъ». 14/v въ 11 ч. утра я явился въ Зарайскую Земскую Управу и узналъ изъ устъ самого г-на Селиванова слѣдующее: 1) Въ Зарайскомъ Земствѣ служить и можно, и должно. 2) На публикацію Управы отозвалось 26 врачей. 3) Одно изъ 3-хъ мѣстъ уже занято. 4) Для занятія оставшихся свободными 2-хъ вакансій вызваны «для личныхъ переговоровъ» четыре врача, съ однимъ изъ нихъ онъ, г. Селивановъ, уже говорилъ, а четвертаго врача (изъ Краснослободскаго уѣзда) Управа ждетъ 22/v. (Со мною явился еще врачъ *Васильевъ*). 5) До переговоровъ съ послѣднимъ врачемъ онъ, г. Селивановъ, мнѣ ничего обѣщать не можетъ. 6) До 22/v я могу ѣхать куда угодно, а Управа меня увѣдомитъ. Самый «конкурсъ» состоялъ въ томъ, что меня попросили на словахъ повторить то, о чемъ я подробно писалъ въ своемъ прошеніи (curriculum vitae—5 лѣтъ земской службы, 2 мѣсяца слушанія курсовъ въ Еленинскомъ Институтѣ). Г. Селивановъ даже не посмотрѣлъ и документовъ. «Конкурсъ» врача Васильева состоялъ въ томъ-же.

23/v на ст. Выгоничи я получилъ изъ Зарайска телеграмму: «Опредѣленіе не состоится. Предсѣдатель Селивановъ». Разстояніе между ст. Выгоничи Полѣсскихъ ж. д. и г. Зарайскомъ 590 верстъ; всего-же мнѣ пришлось сдѣлать 1200 верстъ (отъ ст. Выгоничи до с. Сосновки—моего мѣста жительства 10—12 верстъ). Поѣздка въ 3-емъ классѣ обошлась мнѣ въ 34 р. 60 коп.—сумма для меня далеко не маленькая и выкидывать ее на «конкурсы», о которыхъ мнѣ было ничего неизвѣстно, я никогда не разсчитывалъ; ѣхалъ же я въ г. Зарайскъ въ полной увѣренности на заработокъ, въ которомъ весьма нуждаюсь. Г. Селивановымъ, вызывающимъ врачей «на личныя свиданія» безъ предупрежденія о конкурсахъ, не мѣшало-бы помнить, что громадное большинство земскихъ врачей—люди далеко не богатые.

Врачъ *Д. С. Соколовъ*.

2 іюня 1904 г. Село Сосновка, Трубчевскаго уѣзда Орл. губ.

# ХРОНИКА И МЕЛКІЯ ИЗВѢСТІЯ.

1237. «Новости» (13 іюня) передаютъ, что директоромъ Петербургской Маріинской больницы *будетъ назначенъ ч. пр. Е. С. Боткинъ*, нынѣ находящійся на войнѣ.

1238. Московской городской Управой на должность *главнаго врача Алексѣевской психіатрической больницы* утвержденъ д-ръ *П. П. Кащенко*, бывшій до настоящаго времени директоромъ психіатрической лѣчебницы Нижегородскаго земства («Русское Слово», 17 іюня).

1239. *Завѣдующимъ* отдѣленіемъ народнаго здравія Саратовской губернской земской Управы назначенъ д-ръ *Е. Н. Николаевъ* («Саратовскій Листокъ», 12 іюня).

1240. Въ послѣднемъ очередномъ въ истекшемъ академическомъ году засѣданіи Кавказскаго медицинскаго Общества, 16 апрѣля, было, согласно установившемуся обычаю, произведено *избраніе почетныхъ членовъ* Общества. Избраны проф. *E. von Behring* и генералъ А. Н. Куропаткинъ, какъ «всегда стремившійся къ проведенію санитарныхъ мѣропріятій на благо ввѣреннаго его попеченію вѣдомства, всегда относившійся къ подчиненнымъ ему врачамъ съ большою симпатіей и заботившійся объ улучшеніи ихъ служебнаго и экономическаго положенія» («Протоколы Кавказскаго медицинскаго Общества», № 21).

1241. Въ публикуемомъ Главнымъ штабомъ спискѣ *русскихъ военно-плѣнныхъ*, въ числѣ плѣнныхъ значатся *слѣдующіе врачи*: врачъ 6-ой артиллерійской бригады *Матвѣенко*, врачъ 1-аго Верхнеудинскаго полка Забайкальскаго казачьяго войска *М. Осковъ* (взятъ въ плѣнъ 7 мая), врачъ 12 восточно-сибирскаго стрѣлковаго полка *К. Г. Шевцовъ*, врачъ отряда Краснаго Креста *П. Г. Рыжковъ* (взятъ въ плѣнъ 12 іюня). Д-ра *Осковъ* и *Рыжковъ* легко ранены.

1242. Согласно предложенію д-ра *А. Н. Меркулова*, VIII Пироговскій Съѣздъ постановилъ открыть *подписку на составленіе капитала для преміи* за лучшія сочиненія по общественной медицинѣ при Обществѣ русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова имени* 3-хъ ветерановъ земской медицины—*В. И. Долженкова, И. И. Моллесона* и *Е. А. Осипова*. Бывшій въ С.-Петербургѣ IX-й Пироговскій Съѣздъ постановилъ продолжить подписку на составленіе капитала для упомянутой преміи. Объявляя объ этомъ, Правленіе проситъ направлять пожертвованія въ его контору (Дѣвичье поле, Трубецкой пер. д. № 10). Фамиліи жертвователей будутъ опубликованы въ «Журналѣ» Общества («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова», № 3).

Digitized by Google

1243. XIV-й Московскій губернскій Съѣздъ земскихъ врачей въ 1898 году постановилъ, какъ извѣстно, учредить при Обществѣ русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова *премію имени Евграфа Алексѣевича Осипова*, какъ организатора земской медицины, за лучшія работы по вопросамъ общественной медицины, составивъ капиталъ для этой цѣли путемъ подписки среди сочувствующихъ лицъ и учрежденій. «Положеніе о преміи» было утверждено послѣднимъ IX Пироговскимъ Съѣздомъ. Капиталъ къ 1 января 1904 г. возросъ до 1914 р. 96 коп. IX Пироговскій Съѣздъ поручилъ Правленію пригласить 6 лицъ въ коммиссію для оцѣнки работъ и поставить въ извѣстность всѣ врачебно-санитарныя организаціи *о пріемѣ взносовъ въ капиталъ на премію Е. А. Осипова*. Взносы должны быть пересылаемы въ Правленіе Пироговскаго Общества (Москва, Дѣвичье поле, Трубецкой пер. 10). Всѣ фамиліи жертвователей будутъ опубликованы въ «Журналѣ» Общества («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова», № 3).

1244. Въ телеграммѣ, присланной В. И. Немировичъ-Данченко изъ Дашичао въ южной Манчжуріи «Русскому Слову», отъ 16 іюня мы съ особымъ удовольствіемъ прочли слѣдующую характеристику *дѣятельности нашихъ студентовъ-медиковъ* въ дѣлѣ оказанія помощи раненымъ на войнѣ. «Надо съ величайшимъ уваженіемъ, признательностью и удивленіемъ отозваться о подвигахъ нашей университетской молодежи, находящейся въ составѣ Краснаго Креста. Все время войны она является настоящимъ товарищемъ солдата и вмѣстѣ съ сестрой милосердія надолго останется въ его благодарной памяти. Не зная отдыха, студенты нашихъ университетовъ и Медицинской Академіи не выходятъ изъ боевого огня. Въ цѣпи, во время сраженій, перевязываютъ, подбираютъ, уносятъ раненыхъ, не щадя себя, оказываясь истинными героями самоотверженія, великодушія, мужества; послѣ битвы, не заботясь о продолжающемся непріятельскомъ огнѣ, они идутъ впередъ, спасая еще дышащихъ. Сколько тысячъ жизней они сохранили и сохранятъ и какою счастливою, увѣренною бодростью дышатъ ихъ юныя лица въ годину испытаній, подобную нынѣшней! Мы можемъ гордиться такою благородною молодежью; ихъ перевязочные пункты осыпаются шрапнелями, гранатами, часто—ружейнымъ огнемъ; въ этой обстановкѣ ихъ работа совершается такъ-же правильно, какъ въ безопасныхъ залахъ госпиталя. Послѣ такихъ дней они часто остаются голодными, отдохнуть некогда и негдѣ, надо вести раненыхъ дальше. Надо видѣть молодое поколѣніе здѣсь, чтобы оцѣнить его такъ, какъ оно того стоитъ».—Характеристику эту тѣмъ болѣе пріятно слышать, что въ послѣдніе годы въ нашемъ обществѣ, подъ вліяніемъ иногда неправильно оцѣниваемыхъ дѣйствій студенчества, нѣсколько пошатнулась вѣра въ его чистоту и въ идеалы имъ исповѣдываемые. Примѣры настоящей войны, напротивъ, наглядно свидѣтельствуютъ, что университетская молодежь теперь, какъ и всегда, чрезвычайно чутко реагируетъ и отзывается на всякое чужое и въ особенности общественное горе и что огромное большинство студентовъ склонно къ самоотверженности и къ забвенію собственныхъ интересовъ, при оказаніи помощи ближнему.

1245. Насъ просятъ сообщить, что *Комитетъ* В. Кн. Елисаветы Θеодоровны *приглашаетъ студентовъ-медиковъ старшихъ курсовъ, желающихъ отправиться на Дальній Востокъ* въ составѣ отряда для борьбы съ заразными болѣзнями. Условія 150 р. подъемныхъ, 125 р. въ мѣсяцъ жалованья и 2 р. суточныхъ въ дорогѣ. Желательно знакомство съ бактеріологіей. Предложенія адресовать: Москва, Складъ В. Кн. Елисаветы Θеодоровны, завѣдующему складомъ.

1246. 15 іюня *изъ Новороссійска выѣхалъ* на Дальній Востокъ *Черноморскій отрядъ* Краснаго Креста въ составѣ д-ровъ *В. В. Лезина* и *Ф. М. Невскаго*, 5 сестеръ милосердія и 6 санитаровъ. 17 іюня *изъ Москвы* отбылъ на Дальній Востокъ сформированный Московскимъ дворянствомъ новый *санитарный отрядъ* въ составѣ 2 врачей—*П. Н. Иванцова* и *М. М. Култышева*, 3 фельдшеровъ, 9 сестеръ милосердія и 15 санитаровъ («Русскія Вѣдомости», 18 іюня). 18 іюня *изъ Москвы* выѣхалъ на Дальній Востокъ *санитарный отрядъ на 200 кроватей*, оборудованный на средства Александровской Общины Краснаго Креста. Главнымъ врачемъ избранъ д-ръ *В. Г. Маевъ*, младшими врачами—д-ра *П. И. Новожиловъ*, *А. М. Смирновъ* *Б. М. Тведеръ* и *А. Д. Фрейбергъ* («Русскія Вѣдомости», 19 іюня).

1247. На средства *Кіевской думы* снаряженъ *городской санитарный отрядъ*, который на днахъ отправленъ будетъ на театръ военныхъ дѣйствій. Старшимъ врачемъ отряда избранъ д-ръ *Е. Г. Чернявскій*, младшими врачами—д-ра *П. Н. Лампеко*, *А. Б. Шалита* и *Е. Н. Кавунъ* («Кіевское Слово», 17 іюня).

1248. На днахъ отправляется изъ Петербурга на Дальній Востокъ особый *лазаретъ*, спеціально снаряженный *для заболѣвшихъ* на театрѣ военныхъ дѣйствій *сестеръ милосердія* («Новое Время», 20 іюня).

1249. *Старшимъ врачемъ* лазарета на 200 кроватей, оборудованнаго на средства мѣстнаго управленія Краснаго Креста въ Полтавѣ, назначенъ д-ръ *Н. Л. Василенко*, младшими врачами—д-ра *В. И. Лизогубъ*, *Г. Ф. Афонасьевъ*, *З. Н. Ходневъ* («Правительственный Вѣстникъ», 16 іюня).

1250. Въ Москвѣ организуется, для отправки на Дальній Востокъ, особый *отрядъ въ память С. П. Боткина для борьбы съ заразными болѣзнями* (см. выше, № 24, стр. 892); главную составную часть этого отряда составляетъ *центральная походная бактеріологическая станція*, для которой Московско-Казанская желѣзная дорога предоставила въ безплатное пользованіе 3 большіе вагона. Въ 1-мъ изъ этихъ вагоновъ—пассажирскомъ устроена бактеріологическая лабораторія, другой также пассажирскій назначенъ для персонала станціи, 3—багажный назначенъ для обеззараживающей камеры, и для динамомашины, которая будетъ снабжать электрическимъ свѣтомъ всю станцію. Рядомъ съ этими 3 вагонами, вмѣщающими собственно бактеріологическую станцію, находятся въ поѣздѣ нѣсколько вагоновъ съ ледодѣлательными машинами. Приводимъ описаніе внутренняго приспособленія вагона, въ которомъ устроена бактеріологическая лабораторія и который представляетъ собой 1-й опытъ полной походной бактеріологической лабораторіи, въ желѣзнодорожномъ поѣздѣ. Вагонъ раздѣленъ на 3 отдѣленія: одно изъ нихъ въ 6 оконъ по одну сторону занимаетъ собственно бактеріологическая лабораторія, другое съ 2 окнами предназначено для кладовой и 3-ье, маленькое, отведено для разныхъ животныхъ: крысъ, морскихъ свинокъ и т. п., необходимыхъ при добываніи сыворотокъ и вакцинъ. Стѣнки и потолокъ этого вагона обиты бѣлою клеенкой; полъ устланъ линолеумомъ. Для защиты отъ мухъ и комаровъ къ окнамъ вагона будутъ приложены кисейныя рамки. Въ лабораторномъ помѣщеніи установлены узкіе столы, обитые линолеумомъ, и шкафы. Тѣ и другіе размѣщены вдоль стѣнъ и прикрѣплены къ нимъ такъ, что помѣщеніе это остается достаточно просторнымъ. У одной стѣны имѣется раковина, къ которой проведена вода изъ баковъ, помѣщенныхъ въ самомъ вагонѣ. Для отраженія лучей солнца крыша вагона окрашена въ бѣлый цвѣтъ; кромѣ того устроено приспособленіе для поливанія ея водой, а изнутри крыша обита войлокомъ.

1251. *Смоленское земское собраніе* постановило организовать, совмѣстно съ мѣстнымъ управленіемъ Краснаго Креста, самостоятельный *санитарный отрядъ на 100 кроватей* для раненыхъ и больныхъ воиновъ, присвоивъ ему наименованіе «санитарный отрядъ Смоленскаго земства и Смоленскаго мѣстнаго управленія Краснаго Креста». Оборудованіе отряда и снабженіе его всѣмъ необходимымъ предоставляется мѣстному управленію, а содержаніе входящаго въ его составъ персонала, а также больныхъ и раненыхъ, въ теченіи 1 года земство принимаетъ на свой счетъ. Для этой цѣли ассигновано 100000 руб. («Русь», 16 іюня).

1252. Г-жа Пастухова изъявила согласіе организовать въ Омскѣ *военный лазаретъ на 30 коекъ для нижнихъ чиновъ и 5 коекъ для офицеровъ*. Зданіе для лазарета уступаетъ безвозмездно мѣстная благотворительница г-жа Шкроева, предназначенное ею для городской богадѣльни. Въ этомъ зданіи свободно помѣстится 30 коекъ, для остальныхъ-же 5 коекъ (офицерскихъ) рѣшено окончательно арендовать частный домъ («Сибирская Жизнь», 5 іюня).

1253. *Иркутская городская Дума* отвела безвозмездно на время войны въ распоряженіе эвакуаціонной Коммиссіи *5000 кв. саженей земли подъ постройку бараковъ на 600 раненыхъ* («Правительственный Вѣстникъ», 18 іюня).

1254. *Московскіе монастыри* могутъ принять *на излѣченіе 380 больныхъ и раненыхъ*, кромѣ того Троицко-Сергіевская лавра приспособляетъ помѣщеніе на нѣсколько сотъ человѣкъ больныхъ и раненыхъ; въ церковно-приходскихъ школахъ Москвы будетъ помѣщено до 1 сентября 600 раненыхъ («Русь», 16 іюня).

1255. «Биржевыя Вѣдомости» (16 іюня) передаютъ, со словъ «Южнаго Края», что, по предложенію директора Славянскихъ минеральныхъ водъ, проф. *С. I. Зальскаго*, Славянская городская Дума постановила предоставить Александровскому комитету о раненыхъ *безплатныя ванны на Славянскихъ минеральныхъ водахъ на 15 человѣкъ*, призрѣваемыхъ комитетомъ.

1256. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (15 іюня), Сызранскій комитетъ увѣдомилъ Красный Крестъ объ открытіи въ гор. Сызрани *эвакуаціоннаго лазарета на 50 кроватей* и одновременно испрашиваетъ у исполнительной Коммиссіи разрѣшеніе на открытіе подготовительныхъ курсовъ для сестеръ милосердія.

1257. На-дняхъ закончились *экзамены на* спеціальныхъ *курсахъ для подготовки полевыхъ сестеръ милосердія*. Курсы эти были организованы нѣкоторыми чч. пр. В.-Медицинской Академіи съ разрѣшенія Конференціи. Они открылись 5-го апрѣля, при чемъ лекціи и практическія занятія продолжались 6 недѣль. Лекціи читались въ одной изъ аудиторій естественно-историческаго института Академіи, а практическія занятія велись въ амбулаторіи 1-го хирургическаго отдѣленія клиническаго военнаго госпиталя. Д-ръ *Н. И. Бочаровъ* читалъ лекціи по лѣкарствовѣдѣнію и рецептурѣ, ч. пр. *Г. М. Малковъ*—по внутреннимъ болѣзнямъ и уходу за больными, д-ръ *П. Л. Мальчевскій*—по гигіенѣ и обеззараживанію, ч. пр. *В. А. Оппель*—по хирургіи и ученію о повязкахъ, а д-ръ *К. И. Сусловъ*—по анатоміи и физіологіи. Лекціи читались безплатно. Въ число слушательницъ принимались исключительно лица съ среднимъ или высшимъ образованіемъ. Записалось для слушанія лекцій 200 человѣкъ, а окончило курсъ съ успѣхомъ и выдержало экзаменъ 123 человѣка. Экзамены производились преподавателями подъ предсѣдательствомъ проф. Академіи *Г. И. Турнера*. Послѣ раздачи свидѣтельствъ выдержавшимъ съ успѣхомъ экзаменъ, слушательницы очень тепло простились съ преподавателями, поднеся имъ на память и въ знакъ искренней благодарности за ихъ труды изящные жетоны съ надписью на

одной сторонѣ «Отъ благодарныхъ слушательницъ», а на другой—«Добраго дѣла и слова не пропадутъ сѣмена». Среди слушательницъ было не мало женъ врачей и офицеровъ, находящихся въ настоящее время на театрѣ военныхъ дѣйствій («Правительственный Вѣстникъ», 19 іюня).

1258. *О печальной судьбѣ нашихъ мясныхъ консервовъ* сообщаетъ «Восточное Обозрѣніе». Въ окрестностяхъ Иркутска въ началѣ іюня была *зарыта* громадная *партія*—около 600 пудовъ признаннаго негоднымъ къ употребленію *соленаго мяса*. Передъ закапываніемъ консервированное мясо было облито керосиномъ во избѣжаніе того, чтобы окрестная бѣднота не выкопала и не употребила въ пищу испорченной солонины.

1259. По словамъ «Сибирскаго Вѣстника» (9 іюня), въ Читѣ наблюдаются случаи заболѣванія *цынгой*. Болѣзнь эта, будто-бы, приняла большіе размѣры и въ Верхнеудинскѣ.

1260. Во время бывшаго 16 іюня сильнѣйшаго *урагана* въ одной только *Москвѣ убито 9 человѣкъ и ранено 93 человѣка*, въ различныхъ селахъ Московскаго же уѣзда убито до 30 и ранено до 200 человѣкъ.

1261. Въ виду большого числа желающихъ, вообще, поступить въ студенты В.-Медицинской Академіи, приводимъ подробныя *правила о пріемѣ въ Академію*. Къ пріему допускаются лица, имѣющія аттестатъ или свидѣтельство зрѣлости отъ одной изъ русскихъ гимназій и воспитанники реальныхъ училищъ, прошедшіе въ нихъ 7-лѣтній курсъ. Воспитанники духовныхъ семинарій къ пріему допускаться не будутъ. Зачисленіе въ Академію производится по старшинству средняго балла въ гимназическихъ аттестатахъ и въ свидѣтельствахъ реальныхъ училищъ, при чемъ тѣмъ воспитанникамъ, которые при выпускѣ удостоены награжденія медалью, отдается предпочтеніе. Воспитанники реальныхъ училищъ только въ томъ случаѣ зачисляются въ комплектъ студентовъ, если они представляютъ свидѣтельство гимназіи или прогимназіи о выдержаніи дополнительнаго экзамена по латинскому языку за 4 класса гимназіи. Въ противномъ случаѣ они поступаютъ въ Академію на правахъ вольнослушателей, при чемъ обязываются сдать этотъ дополнительный экзаменъ въ теченіи 1-го года пребыванія въ Академіи. Не сдавшіе экзамена ко времени перехода на 2-ой курсъ подлежатъ увольненію изъ Академіи. Изъ общаго числа свободныхъ вакансій, собственно для воспитанниковъ реальныхъ училищъ выдѣляется только 4-ая часть. Изъ реалистовъ, окончившихъ курсъ болѣе 2-хъ лѣтъ тому назадъ, принимаются только тѣ, которые могутъ надлежащими документами удостовѣрить, что, по выходѣ изъ училища, они посвятили себя преподавательской или, вообще, научной дѣятельности. Реалистамъ, сдавшимъ уже экзаменъ по латинскому языку, предпочтенія, вообще, не отдается предъ реалистами, не сдавшими этого экзамена, за исключеніемъ того случая, когда приходится дѣлать выборъ между воспитанниками, имѣющими одинаковый средній баллъ, или, когда въ аттестатѣ имѣются отмѣтки по дополнительнымъ отдѣламъ математики, въ обязательный курсъ реальныхъ училищъ не входящимъ. Лица, окончившія курсъ ветеринарныхъ институтовъ, предпочтеніемъ предъ другими воспитанниками реальныхъ училищъ при пріемѣ также не пользуются. Они зачисляются по старшинству средняго балла въ свидѣтельствѣ реальнаго училища. Лица іудейскаго исповѣданія не допускаются къ пріему. Окончившіе курсъ по естественному разряду физико-математическаго факультета съ дипломомъ 1-ой степени, поступаютъ въ Академію прямо на 2-ой курсъ, минуя 1-й. На 2-ой и высшіе курсы Академіи разрѣшается также переходъ съ соотвѣтствующихъ курсовъ медицинскихъ факультетовъ при условіи представленія удостовѣренія о выдержаніи въ университетѣ экзамена по всѣмъ предметамъ, преподаваемымъ въ Академіи до того курса, на который они желаютъ поступить. Такъ какъ на высшихъ курсахъ Академіи имѣется самое ограниченное число свободныхъ вакансій, то могутъ разсчитывать на поступленіе при большомъ наплывѣ желающихъ только студенты, на переводныхъ испытаніяхъ въ университетѣ получившіе высшія отмѣтки. Пріемъ на 1-ый курсъ и на 2-ой съ дипломомъ 1-ой степени разрѣшается начальникомъ Академіи, а переводъ съ медицинскихъ факультетовъ—Конференціею. Лица, зачисленныя къ пріему, по прибытіи въ Академію, подвергаются медицинскому освидѣтельствованію, при чемъ тѣ, у которыхъ окажется болѣзнь или тѣлесный недостатокъ, препятствующіе поступленію въ Академію, исключаются изъ пріемнаго списка и на ихъ мѣсто зачисляются слѣдующіе по старшинству средняго балла кандидаты на поступленіе. Студенты Академіи, по переходѣ на 2-ой курсъ, пользуются казенною стипендіею (на 2-мъ курсѣ по 360 руб. въ годъ, на 3 и 4-мъ—по 420 руб., а на 5-мъ—по 500 руб. въ годъ). Стипендія эта обязываетъ получающаго ее, по окончаніи курса и полученіи званія врача, поступить на военно-медицинскую службу на срокъ, равный времени пользованія стипендіею и въ общей сложности не болѣе 4-хъ лѣтъ. Зачисленіе въ казенные стипендіаты для студентовъ не обязательно. Всѣ вновь поступающіе въ Академію студенты, за исключеніемъ бывшихъ офицеровъ, обязаны въ слѣдующемъ за пріемомъ году отбыть лѣтній лагерный сборъ, учрежденный съ цѣлью ознакомленія студентовъ, какъ будущихъ военныхъ врачей, со строевою службою и административно-хозяйственною частью войскъ. Пріемъ прошеній о зачисленіи въ студенты Академіи, начавшійся 1-го іюня, продолжится до 15-го іюля.

1262. *Медицинскій Совѣтъ* размотрѣлъ вопросъ *о порядкѣ выдачи медицинскихъ свидѣтельствъ*, установленныхъ статьей 24 правилъ о вознагражденіи *потерпѣвшихъ вслѣдствіе несчастнаго случая, рабочихъ*, при условіи, если несчастный случай вызываетъ необходимость немедленнаго доставленія пострадавшаго въ больницу и протоколъ составляется безъ участія врача. Принимая во вниманіе, что на больничныхъ врачей по закону не возложены обязанности выдавать такія свидѣтельства, Медицинскій Совѣтъ рѣшилъ, что *при отказѣ больничныхъ врачей въ выдачѣ* такихъ *свидѣтельствъ пострадавшимъ*, находящимся на излѣченіи въ больницѣ, освидѣтельствованіе должно быть произведено врачемъ, приглашеннымъ завѣдывающимъ или владѣльцемъ предпріятія. Этому врачу слѣдуетъ войти въ соглашеніе съ больничнымъ врачебнымъ персоналомъ, который не долженъ препятствовать производству освидѣтельствованія въ назначенное имъ время. Вмѣстѣ съ тѣмъ, Медицинскій Совѣтъ нашелъ необходимымъ, во избѣжаніе недоразумѣній, разъяснить циркулярно находящимся въ вѣдѣніи Министерства внутреннихъ дѣлъ правительственнымъ, общественнымъ и частнымъ лѣчебнымъ заведеніямъ, что они не должны препятствовать медицинскому освидѣтельствованію находящихся въ нихъ больныхъ посторонними врачами, приглашенными согласно п. 24 упомянутыхъ правилъ, и обязаны назначать время, когда освидѣтельствованіе можетъ быть произведено безъ ущерба для здоровья потерпѣвшаго («Новости», 17 іюня).

1263. Для *замѣщенія штатныхъ должностей военно-медицинскаго вѣдомства въ войскахъ*, управленіяхъ и заведеніяхъ въ мѣстностяхъ *Дальняго Востока* и сибирскаго военнаго округа разрѣшено Высочайшимъ приказомъ опредѣлять отставныхъ гражданскихъ и вольнопрактикующихъ врачей и фармацевтовъ на временную военно-медицинскую службу, допустивъ опредѣлять на всѣ упомянутыя должности также тѣхъ *врачей и фармацевтовъ, которые числятся въ ратникахъ ополченія*. Кромѣ того разрѣшено допускать гражданскихъ и вольнопрактикующихъ врачей и фармацевтовъ къ исполненію обязанностей по медицинскимъ и фармацевтическимъ должностямъ, остающимся свободными въ войскахъ, военно-врачебныхъ заведеніяхъ и учрежденіяхъ, а равно взамѣнъ штатныхъ чиновъ, командированныхъ на Дальній Востокъ и Сибирскій военный округъ. *Отставные гражданскіе вольно-практикующіе врачи* и фармацевты, желающіе поступить на временную военно-медицинскую службу въ мѣстности Дальняго Востока и Сибирскій военный округъ, должны обращаться съ прошеніями, оплаченными установленнымъ гербовымъ сборомъ, объ опредѣленіи въ главное медицинское Управленіе. Тѣ же лица, которыя пожелаютъ исполнять обязанности военныхъ врачей и фармацевтовъ, въ мѣстахъ жительства и практики, обращаются съ просьбой о томъ къ окружнымъ военно-медицинскимъ инспекторамъ того военнаго округа, въ которомъ проживаютъ. Въ мѣстностяхъ Дальняго Востока и въ большей части мѣстностей Сибирскаго военнаго округа содержаніе производится по усиленнымъ окладамъ и составляетъ въ годъ: врачамъ 6-го медицинскаго разряда—1834 р. 80 к., врачамъ 5-го медицинскаго разряда—2410 руб. 20 коп., фармацевтамъ 3-го разряда—1614 руб., 2-го разряда—2095 руб. 20 коп. Сверхъ того со дня отъѣзда на мѣсто службы будутъ производиться порціонныя деньги: врачамъ 6-го медицинскаго разряда и фармацевтамъ 3-го разряда—по 1 рублю и по 2 руб. въ сутки, врачамъ 5-го разряда и фармацевтамъ 2-го разряда—по $1\frac{1}{2}$ рубля и 3 рубля въ сутки. Всѣмъ означеннымъ лицамъ при отправленіи на службу будетъ выдано пособіе на подъемъ: назначеннымъ на должности 6-го медицинскаго и 3-го фармацевтическаго разряда—по 100 руб. и на должности 5-го медицинскаго и 2-го фармацевтическаго разрядовъ—по 150 руб. («Русскія Вѣдомости», 14 іюня).

1264. Г-жа *Э. К. Мостовникова* пожертвовала городскому общественному управленію Петербурга *10000 рублей спеціально на улучшеніе призрѣнія душевно-больныхъ* въ одной изъ городскихъ психіатрическихъ больницъ. Больничная Коммиссія высказалась за то, чтобы деньги эти были употреблены на *устройство особаго отдѣленія для заразныхъ больныхъ* имени жертвовательницы въ *Пантелеймоновской больницѣ* («Русь», 17 іюня).

1265. *Съѣзды русскихъ терапевтовъ*, мысль объ устройствѣ которыхъ возникла въ средѣ членовъ отдѣла внутреннихъ болѣзней VIII-го Московскаго Пироговскаго Съѣзда, выработавшихъ впослѣдствіи и уставъ такихъ Съѣздовъ, *не разрѣшены* Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память *Н. И. Пирогова*», № 3).

1266. 13 іюня, въ д. Малютинкѣ въ *окрестностяхъ Кіева* состоялось *освященіе и открытіе здравницы для дѣтей городскихъ училищъ*. Съ 29 мая услугами ея пользуется 1-я группа дѣтей въ количествѣ 130 человѣкъ 8—12-лѣтняго возраста. Помѣщеніе для дѣтской здравницы по примѣру прошлыхъ лѣтъ нанято у крестьянъ и занимаетъ 7 небольшихъ домиковъ со службами. Столовая устроена въ клунѣ, которая передѣлана соотвѣтственно этой цѣли. Наемъ этихъ помѣщеній обходится городу приблизительно около 1000 руб. за лѣто. Вблизи здравницы находятся прекрасный сосновый лѣсъ, и прудъ, удобный для купанья. Дѣти 1-й группы будутъ пользоваться здравницей до 9 іюля; 2-я такая-же группа будетъ жить въ здравницѣ съ 12 іюля до 20 августа. Въ здравницу принимаются дѣти бѣдняковъ и многосемейныхъ («Кіевское Слово» 15 іюня).—Отчего-бы прекрасному примѣру города Кіева, гдѣ ежегодно лѣтомъ вывозятся болѣзненныя дѣти городскихъ училищъ въ спеціально приспособленныя деревенскія здравницы, не послѣдовать столицѣ и другимъ городамъ?

Digitized by Google

1267. *Окладъ содержанія Керчь-Еникальскаго городового врача увеличенъ до 1200 рублей*, при чемъ при врачѣ этомъ учреждена должность штатнаго фельдшера («Правительственный Вѣстникъ», 16 іюня).

1268. По словамъ «Биржевыхъ Вѣдомостей» (17 іюня), Тульское губернское земство предполагаетъ учредить въ Тулѣ 1-ую въ Россіи *испытательную станцію народныхъ лѣкарственныхъ средствъ*. Какъ извѣстно, въ селеніяхъ нерѣдко попадаются лица, довольно успѣшно врачующія крестьянъ т. наз. народными средствами. Успѣшность лѣченія заинтересовала земскихъ врачей Тульской губ. и побудила ихъ подвергнуть употребляемыя при лѣченіи различныя мази, настои и припарки изслѣдованію. Земскіе врачи, подавленные многочисленными прямыми обязанностями, не въ состояніи заниматься такими изслѣдованіями, тѣмъ болѣе, что у нихъ нѣтъ подъ руками необходимыхъ приборовъ, снарядовъ и приспособленій. Этими изслѣдованіями и будетъ заниматься вновь учреждаемая станція.

1269. На разсмотрѣніи Синода въ настоящее время находится, какъ передаетъ «Приднѣпровскій Край» (13 іюня), вопросъ о допущеніи въ Россіи устройства *крематорій*. Вопросъ этотъ возникъ вслѣдствіе ходатайства нѣкоторыхъ иностранныхъ Обществъ о допущеніи устройства такихъ крематорій, хотя-бы на инославныхъ кладбищахъ.

1270. «Приднѣпровскій Край» (12 іюня) передаетъ, что Медицинскимъ Совѣтомъ *запрещенъ ввозъ* въ Россію всѣхъ заграничныхъ лѣкарственныхъ средствъ, названія которыхъ заключаютъ въ себѣ слово—«*чай*» (thé, thee).

1271. Въ Сызранскомъ уѣздѣ открываются на лѣтнюю рабочую пору *ясли-пріюты* на средства губернскаго и уѣзднаго земствъ, отъ уѣзднаго 300 р., а губернскаго 150 р. («Самарская Газета», 12 іюня).

1272. «Новое Обозрѣніе» (10 іюня) передаетъ, что Управленіемъ Владикавказской желѣзной дороги рѣшено открыть на станціи Пятигорскъ *санитарную стоянку на 100 кроватей* для служащихъ Дербентскаго участка больныхъ болотной лихорадкой.

1273. «Новости» (15 іюня) передаютъ, что Московское городское общественное Управленіе *организуетъ подачу врачебной помощи бѣднымъ на дому*. До сихъ поръ такого института въ Москвѣ не существовало и бѣдняки были совершенно лишены всякой помощи, за исключеніемъ амбуляторной.

1274. «Приднѣпровскій Край» (14 іюня) передаетъ, что въ главномъ медицинскомъ Управленіи Министерства внутреннихъ дѣлъ возбужденъ *вопросъ о расширеніи программъ и преобразованіи фельдшерскихъ школъ гражданскаго вѣдомства*. Между прочимъ существуетъ предположеніе при нѣкоторыхъ изъ школъ открыть курсы для подготовки фельдшерицъ.

1275. «Биржевыя Вѣдомости» (18 іюня) передаютъ, что Справочнымъ педагогическимъ бюро Курскаго губернскаго Земства собраны *статистическія данныя о степени распространенія алкоголя среди учащихся въ народныхъ школахъ Курской губ*. На предложенный справочнымъ бюро вопросъ — пьютъ-ли школьники водку, отвѣтили изъ 797 школъ 486, т. е. около $^{2}/_{3}$ всѣхъ школъ; изъ этихъ 486 отвѣтовъ 369 утвердительныхъ и 117 отрицательныхъ. Такимъ образомъ оказалось только 23,5% школъ, ученики которыхъ не пьютъ, а въ болѣе чѣмъ $^{3}/_{4}$ школъ «ученики пьютъ». Такъ, 1 учитель-корреспондентъ пишетъ: «изъ всѣхъ 56 учениковъ, находящихся въ школѣ, только 1 не знаетъ вкуса водки». «Только 10% всѣхъ учениковъ, пишетъ другой учитель, не пили водки». Въ Курскомъ земствѣ въ настоящее время разрабатывается проэктъ борьбы съ алкоголизмомъ чрезъ посредство народной школы. Предположено на предстоящіе въ іюлѣ текущаго года учительскіе курсы пригласить лектора по школьной гигіэнѣ, который прочелъ-бы нѣсколько лекцій о вредѣ алкоголя на организмъ, а также и о возможной борьбѣ съ пьянствомъ путемъ школы.

1276. «Нижегородскій Листокъ» (14 іюня) передаетъ, что по поводу инцидента съ д-ромъ *Забусовымъ* Харьковскимъ медицинскимъ Обществомъ послано ему слѣдующее письмо: «Многоуважаемый товарищъ! Въ засѣданіи Харьковскаго медицинскаго Общества 2-го іюня обсуждался фактъ насилія надъ Вами, имѣвшій мѣсто 14 марта. Основаніемъ къ обсужденію послужила замѣтка въ № 18 «Русскаго Врача» за этотъ годъ. Высказавъ единодушное негодованіе по поводу вѣроломнаго приглашенія Васъ якобы къ больному и предательскаго нападенія 9-ти противъ одного безоружнаго, выразивъ глубокое возмущеніе и энергичный протестъ противъ подобнаго грубаго и отвратительнаго насилія, члены Общества единогласно постановили поручить Правленію передать Вамъ ихъ *товарищеское сочувствіе и соболѣзнованіе* по поводу происшедшаго съ Вами несчастья». Письмо это подписано по порученію общаго собранія предсѣдателемъ и секретаремъ.

1277. «Новости» (16 іюня) передаютъ, со словъ «Южной Россіи», что Общество врачей г. Николаева постановило выразить *горячій протестъ* на страницахъ мѣстнаго органа и «Врачебной Газеты» по поводу инцидента, имѣвшаго недавно мѣсто въ Закаспійской области, гдѣ д-ръ *Забусовъ* сдѣлался жертвой грубаго насилія со стороны мнимаго больного.

1278. Въ Кутаисѣ организовано *Общество попеченія о безпризорныхъ дѣтяхъ* («Новое Обозрѣніе», 11 іюня).

1279. Общество русскихъ врачей проэктируетъ, какъ передаетъ «Русь» (20 іюня), построить въ Петербургѣ *домъ съ дешевыми и безплатными квартирами для престарѣлыхъ врачей имени С. П. Боткина*. Общество ходатайствуетъ передъ городскимъ общественнымъ Управленіемъ о безвозмездной уступкѣ для постройки этого дома участка земли.

1280. «Приднѣпровскій Край» (10 іюня) передаетъ, что Обществомъ взаимной помощи женщинъ-врачей строится *здравница для престарѣлыхъ, требующихъ отдыха женщинъ-врачей*, въ Сочи, на Черноморскомъ побережьѣ, на участкахъ Верещагинскихъ дачъ. Общество нуждается для этого въ средствахъ.

1281. На послѣднемъ очередномъ Калужскомъ губернскомъ земскомъ Собраніи по докладу нѣсколькихъ гласныхъ былъ поднятъ вопросъ *о принятіи мѣръ противъ гибельнаго вліянія виноторговли на благосостояніе и здоровье населенія*. Пьянство, по наблюденію докладчиковъ, въ деревнѣ «съ каждымъ годомъ увеличивается, а вмѣстѣ съ нимъ увеличиваются и его непремѣнные спутники: болѣзни, безнравственность, домашнія ссоры, раздѣлы, преступленія, пожары, распаденіе семьи и, что всего ужаснѣе, вслѣдствіе наслѣдственности получается положительное вырожденіе человѣческаго рода». «Количество пропиваемыхъ денегъ огромно; напр., по Калужскому уѣзду всѣхъ повинностей собирается немного болѣе 100000, и съ какимъ трудомъ онѣ собираются и все-таки небезнедоимочно, а въ винныхъ лавкахъ уѣзда продается водки на сумму въ нѣсколько разъ бо́льшую, чѣмъ сумма повинностей, и это—только часть пропиваемыхъ денегъ, такъ какъ столько же, если не болѣе, пропивается крестьянами, ушедшими на заработки изъ Калужскаго уѣзда въ другіе города». Докладчики указываютъ, что ждать, когда народъ самъ отрезвится, невозможно; полагаться на распространеніе образованія трудно; «устройство Комитетами Попечительства о народной трезвости чайныхъ никакой особенной пользы, при существованіи продажи водки, не приноситъ, и расходъ на нихъ совершенно непроизводителенъ». Правильный путь борьбы указанъ, по мнѣнію докладчиковъ, Калужскимъ губернскимъ и уѣзднымъ Комитетами о нуждахъ сельскохозяйственной промышленности, постановившими въ прошломъ году «просить правительство спасти населеніе отъ этой пагубы совершеннымъ прекращеніемъ торговли спиртомъ и водкой, оставивъ производство ихъ лишь въ опредѣленномъ числѣ казенныхъ заводовъ исключительно для потребностей врачебныхъ и техническихъ производствъ». Для улучшенія сельскохозяйственной промышленности «необходимо прежде всего способствовать экономическому и нравственному возрожденію населенія посредствомъ кореннаго устраненія зла систематическаго отравленія его алкоголемъ,—зла не менѣе пагубнаго, чѣмъ торговля опіемъ въ Китаѣ. Необходимо изысканіе новыхъ источниковъ дохода, которые могли-бы замѣнить питейный доходъ, послѣдствіемъ чего и явилась-бы возможность прекратить продажу водки для распитія».—Губернское земское Собраніе постановило ходатайствовать передъ правительствомъ о принятіи мѣръ противъ пьянства и засвидѣтельствовать правительству, что мѣры, принимаемыя Комитетами Попечительства о народной трезвости,—недостаточны и желательной пользы не приносятъ («Петербургскій Земскій Вѣстникъ», іюнь).

1282. *Изъ постановленій Симбирскаго губернскаго земскаго Собранія послѣдней сессіи:* 1) вопросъ *о нормальной сѣти врачебныхъ участковъ* постановлено передать на заключеніе уѣздныхъ Собраній; 2) возбудить ходатайство о томъ, чтобы *пришлое населеніе лѣчилось за счетъ тѣхъ земствъ, гдѣ рабочій заболѣлъ;* 3) возбудить ходатайство *о предоставленіи врачамъ права участія въ уѣздныхъ училищныхъ и епархіальныхъ Совѣтахъ* по вопросамъ, касающимся медицинской и санитарной частей, съ правомъ совѣщательнаго голоса; 4) возбудить ходатайство, чтобы *земскіе врачи были освобождены отъ участія въ рекрутскихъ наборахъ;* заключеніе-же Коммиссіи о возбужденіи ходатайства объ освобожденіи земскихъ врачей отъ другихъ обязанностей, которыя возложены по закону на правительственныхъ врачей,—отклонить; 5) по вопросу *о предоставленіи врачамъ безпрепятственнаго входа въ мѣста заключенія* при волостныхъ правленіяхъ и арестные дома—рѣшено ходатайства не возбуждать, такъ какъ это можетъ повести къ нежелательнымъ пререканіямъ; 6) вопросъ *о взаимныхъ отношеніяхъ земствъ и городовъ* въ дѣлѣ оказанія врачебной помощи населенію постановлено передать на заключеніе уѣздныхъ земскихъ Собраній; 7) возбудить ходатайство *объ освобожденіи отъ пошлины выписываемыхъ изъ-за границы лѣкарствъ;* 8) по вопросу *о призрѣніи душевно-больныхъ* постановлено безплатность лѣченія отклонить и поручить губернской Управѣ къ будущему Собранію всесторонне выяснить расходы по содержанію больныхъ и размѣръ суммы, которую желательно исходатайствовать передъ правительствомъ въ воспособленіе на содержаніе психіатрической колоніи («Врачебно-санитарный Листокъ Симбирской губ.», № 5—6).

1283. Мы уже говорили *о постановленіи Елисаветградскаго уѣзднаго земскаго Собранія,—учредить*, вопреки мнѣнію Совѣщанія врачей, *новый самостоятельный фельдшерскій пунктъ въ уѣздѣ* (см. «Русскій Врачъ», 1903 г., № 39, стр. 1374). Изъ «Врачебной Хроники Херсонской губ.» (№ 7) видно, что Собраніе, сдѣлавъ такое постановленіе, имѣло еще наивность предложить Совѣщанію врачей опредѣлить мѣсто для фельдшерскаго пункта и принять участіе въ его организаціи. Совѣщаніе врачей высказалось такъ по этому поводу: «Совѣщаніе врачей Елисаветградскаго уѣзда троекратно доводило до свѣдѣнія земскаго Собранія о своемъ глубокомъ убѣжденіи въ непригодности, нецѣлесообразности и даже вредѣ организаціи въ уѣздѣ самостоятельныхъ фельдшерскихъ пунктовъ и о невозможности въ виду

Digitized by Google

этого принять на себя отвѣтственность за дѣятельность самостоятельныхъ фельдшеровъ. Нынѣ-же, выслушавъ докладъ Управы и постановленіе по немъ Собранія объ открытіи съ 1904 г. одного земскаго самостоятельнаго фельдшерскаго пункта въ уѣздѣ, Совѣщаніе врачей постановлено въ необходимость вновь повторить, что его убѣжденіе по данному вопросу не измѣнилось, и что оно не находитъ возможнымъ указать мѣсто для открытія фельдшерскаго пункта, равно принять какое-либо участіе въ организаціи таковаго».

1284. *Вологодское губернское земское Собраніе* въ засѣданіи своемъ 20-го января постановило *ходатайствовать передъ Министерствомъ Народнаго просвѣщенія:* 1) *о полной безплатности лѣченія* присылаемыхъ земствомъ больныхъ во всѣхъ содержимыхъ на средства государства клиникахъ и клиническихъ учрежденіяхъ; 2) *объ организаціи во всѣхъ университетахъ при медицинскихъ факультетахъ курсовъ для врачей*, командируемыхъ общественными учрежденіями для усовершенствованія; 3) *объ установленіи непрерывной дѣятельности клиникъ въ теченіи круглаго года* какъ въ виду спеціальнаго клиническаго пользованія больныхъ, направляемыхъ земскими врачами и въ виду того, что въ лѣтніе мѣсяцы облегчена для больныхъ возможность пріѣзда въ университетскіе города, благодаря пароходнымъ сообщеніямъ, такъ и въ особенности въ виду использованія клиникъ и врачебныхъ институтовъ въ каникулярное время для организаціи курсовъ для врачей. Препровождая въ Министерство означенное ходатайство земства, мѣстная Вологодская администрація высказалась въ пользу этого ходатайства.— По поводу приведеннаго, весьма основательнаго постановленія Вологодскаго земства мы повторимъ то, что неоднократно уже высказывали на страницахъ «Русскаго Врача», а именно, что безъ постоянной денежной помощи земствъ университетамъ, врядъ-ли удастся осуществить ходатайства эти, особенно второе и тѣсно связанное съ нимъ третье. Для непрерывной дѣятельности клиникъ въ теченіи круглаго года необходимы средства какъ на содержаніе самыхъ больныхъ, такъ и на содержаніе врачебнаго персонала. Вѣдь, очень ограниченные и безъ того уже бюджеты факультетскихъ клиникъ составлены именно въ разсчетѣ на то, что клиники функціонируютъ лишь въ учебное время. Министерство Народнаго просвѣщенія, располагающее, какъ извѣстно, вообще, ограниченными средствами, лишено фактической возможности, не смотря на все свое желаніе, прійти въ этомъ отношеніи на помощь земской нуждѣ.

1285. Проф. *В. Д. Шервинскій* въ статьѣ *«о номенклатурѣ бугорчатки»* («Журналъ Общества русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова», № 3) указываетъ на необходимость для разработки статистическихъ данныхъ по бугорчаткѣ упорядочить номенклатуру. Предложенія автора сводятся къ слѣдующему: 1) никакихъ другихъ обозначеній кромѣ «бугорчатка», (Tuberculosis) не употреблять при распознаваніи бугорчатковаго пораженія. Необходимо лишь условиться относительно того, какъ обозначать—«бугорчатка» или «туберкулезъ» (Tbc.); 2) послѣ слова «бугорчатка» или послѣ обозначенія Tbc. ставить наименованіе пораженнаго органа; 3) при осложненіи легочной бугорчатки такимъ-же пораженіемъ другого какого-либо органа прибавлять, кромѣ легкаго (pulm.), въ скобкахъ еще и наименованіе этого органа; 4) принять для легочной бугорчатки знаки, обозначающіе ступень развитія болѣзни и до извѣстной степени характеръ ея, осложненіе другой заразой или бугорчатковымъ пораженіемъ другого органа. Вотъ примѣры обозначеній: *общія обозначенія.* Бугорчатка колѣна (Tuberculosis genu); бугорчатка скрытая (Tuberc. occulta); бугорчатка легкихъ (Tuberc. pulm.). *Частныя обозначенія* для легочной бугорчатки: Tbc. pulm. II+T° (бугорчатка легкихъ второй степени съ присутствіемъ бугорчатковыхъ палочекъ и высокой лихорадкой); Tbc. pulm. III+T°. S. (intest.) (бугорчатка легкихъ 3-й степени съ нахожденіемъ бугорчатковыхъ палочекъ, высокой лихорадкой и осложненная стрептококковой заразой при одновременномъ бугорчатковомъ пораженіи кишекъ).—Tbc. pulm. I+f (larynx) (бугорчатка легкихъ 1-й степени съ бугорчатковыми палочками, легкой лихорадкой, но уже съ пораженіемъ гортани).

1286. Въ городѣ *Шарлотенбургѣ возлѣ Берлина* 20 іюня открыта *новая* огромная *больница на 1000 кроватей*, построенная согласно всѣмъ новѣйшимъ требованіямъ больничнаго строительства.

1287. Торжество *открытія памятника Pasteur*'у въ Парижѣ, сооруженнаго на средства, собранныя по международной подпискѣ, назначено на 3/16 іюля.

1288. Съ 12-го по 17-е сентября 1904 г. состоится въ Берлинѣ *5-й международный Съѣздъ по дерматологіи и сифилису* («Новости», 10 іюня).

1289. На каѳедру анатоміи въ Лейпцигѣ, освободившуюся за смертью проф. *His'а, назначенъ проф. Rabl.*

1290. За выходомъ въ отставку проф. *Naunyn*'а, на каѳедру медицинской клиники въ Страсбургѣ назначенъ проф. *Krehl* изъ Фрейбурга.

1291. 21 іюня, въ присутствіи императора Франца Іосифа, происходила въ *Вѣнѣ закладка новыхъ величественныхъ зданій для Allgemeines Krankenhaus, т. е. для центральной городской больницы и для университетскихъ клиникъ.* Какъ извѣстно, старыя зданія нынѣшняго Allgemeines Krankenhaus пришли давно уже въ ветхость. Общее число кроватей въ новыхъ зданіяхъ будетъ достигать до 2500; число отдѣльныхъ павильоновъ будетъ 40, изъ нихъ 32 предназначаются для цѣлей лѣченія и преподаванія, а 8 для административныхъ надобностей («Wiener med. Presse», № 26).

1292. Подъ редакціей д-ра *Françon* въ Парижѣ началъ выходить въ свѣтъ *новый медицинскій журналъ*, посвященный спеціально бугорчаткѣ *«La Revue thérapeutique et clinique de la tuberculose»*.

1293. 26 іюня въ Парижѣ въ присутствіи министра народнаго просвѣщенія и многихъ профессоровъ и врачей въ дворѣ глазной клиники больницы Hôtel-Dieu происходило торжество *открытія памятника* проф. *Panas'а* («Le Martin», 27 іюня).

1294. *Умерли:* 1) въ Сухумъ-Калѣ, 20 апрѣля, *Федоръ Алексѣевичъ Грузиновъ* отъ бугорчатки легкихъ. Покойный принадлежалъ къ числу тѣхъ скромныхъ, самоотверженныхъ общественныхъ дѣятелей, смерть которыхъ вызываетъ искреннее сожалѣніе во всѣхъ, кто зналъ ихъ или кому приходилось сталкиваться съ ними. По окончаніи медицинскаго факультета Московскаго Университета въ 1897 г. онъ избранъ былъ ординаторомъ при клиникѣ проф. *Остроумова*, гдѣ работалъ со свойственнымъ его живой и пытливой натурѣ увлеченіемъ. Занятый цѣлые дни у постели больного онъ находилъ время для теоретическихъ работъ по избранной имъ спеціальности. Въ «Клиническомъ Журналѣ» за 1900 г. № 2 онъ, первый въ Россіи, описалъ случай тетаніи при расширеніи желудка; въ томъ же журналѣ за 1901 г., № 3, онъ помѣстилъ прекрасную работу «Кровохарканіе и туберкулезъ». Помимо этого имъ помѣщено много рефератовъ въ «Клиническомъ Журналѣ», гдѣ онъ состоялъ постояннымъ сотрудникомъ. Природа не надѣлила *Ф. А.* крѣпкимъ здоровьемъ. Хилый и съ предрасположеніемъ къ легочнымъ заболѣваніямъ, онъ надорвалъ свое здоровье непрерывной работой и у него еще въ клиникѣ появилось кровохарканіе. По окончаніи ординатуры *Ф. А.* былъ приглашенъ проф. *Остроумовымъ* завѣдывать городской больницей въ Сухумъ-Кале. Больница только-что отстраивалась и покойный принималъ самое горячее, дѣятельное участіе въ оборудованіи ея, желая все обставить по клиническому образцу, что вполнѣ и удалось ему. Какъ мѣстное, такъ особенно окрестное, мало культурное, населеніе на первыхъ порахъ крайне недовѣрчиво относилось къ новому учрежденію и врачу, неохотно соглашаясь ложиться въ больницу. Вскорѣ, однако, любовь къ больному, внимательное, ровное ко всѣмъ отношеніе, снискали *Ф. А.* среди мѣстнаго населенія и далеко за предѣлами Сухума самыя искреннія симпатіи, полное довѣріе и широкую популярность. Ни одинъ больной не уходилъ отъ него безъ словъ ободренія и вѣры въ лучшее будущее въ смыслѣ возможнаго выздоровленія. Обаяніе личности этого врача человѣка, не покидавшаго даже работы во время сильнѣйшаго развитія его болѣзни, было поистинѣ удивительнымъ, и онъ ничѣмъ такъ не дѣйствовалъ на окружавшихъ его больныхъ, какъ своею отзывчивостью на всякое горе и страданіе ближняго. Кто бы въ какое время дня и *ночи ни позвалъ Ф. А.* къ больному, онъ являлся по первому зову; послѣдніе 2 года часто случалось ему выѣзжать къ больнымъ съ температурою свыше 38°. Усиленная работа въ больницѣ и частная обширная практика замѣтно сказались на здоровьѣ *Ф. А.* Въ октябрѣ 1903 г. онъ отказался отъ завѣдыванія городской больницей. Оставивши больницу, онъ не переставалъ принимать больныхъ, число которыхъ, особенно бугорчаточныхъ, росло со дня на день. Друзья и знакомые, съ непреодолимой тревогой слѣдившіе за состояніемъ здоровья *Ф. А.*, всячески просили его отдохнуть и полѣчиться. Но *Ф. А.*, неизмѣнно отвѣчалъ «пока у меня есть хоть какія-нибудь силы, я не могу отказать моимъ тяжелымъ больнымъ въ совѣтѣ и помощи». А силы эти были уже слабы и таяли какъ воскъ. 30 марта онъ окончательно слегъ въ постель и болѣе уже не всталъ. Не смотря на быстро прогрессирующій ходъ болѣзни у *Ф. А.*, все же теплилась надежда на выздоровленіе, онъ мечталъ даже о новыхъ работахъ, о заграничной поѣздкѣ; 20 апрѣля его не стало. Такъ рано, въ 30 лѣтъ оборвалась жизнь этого врача-человѣка. Самъ онъ любилъ человѣка, за что и его любили люди, искренно оплакивая теперь его преждевременную кончину. Миръ праху твоему дорогой товарищъ (Сообщено *А. Г. Васильевымъ*).—2) Внезапно отъ кровоизліянія въ мозгъ врачъ Успенской земской больницы *Яковъ Стояновскій*, всецѣло отдавшій себя на служеніе народу, который нашелъ въ немъ отзывчиваго врача-человѣка («Приднѣпровскій Край», 13 іюня). Покойный родился въ 1875 г.—3) 12 іюня въ Москвѣ филантропъ-врачъ *Сергѣй Ивановичъ Колесовъ* («Русское Слово», 16 іюня), родившійся въ 1852 г., а званіе врача получившій въ 1877 г.—4) 20 іюня почетный лейбъ-акушеръ *Иванъ Федоровичъ Масловскій*. Покойный родился въ 1837 г., кончилъ курсъ въ Медико-Хирургической Академіи съ золотою медалью и былъ оставленъ при Академіи на 3 года съ причисленіемъ ко 2-му Петербургскому военному госпиталю. Вскорѣ получилъ званіе акушера и защитилъ диссертацію: «Оваріотомія или вырѣзываніе опухолей яичника» на степень д-ра медицины. Затѣмъ въ теченіи многихъ лѣтъ былъ акушеромъ Петербургскаго Воспитательнаго дома («Новое Время», 21 іюня).

Digitized by Google

# ПРИЛОЖЕНІЕ.

## Краткое содержаніе журнальной литературы.

### МѢСЯЧНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

#### Нѣмецкіе.

**Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde.** Мартъ. Т. XXVI. Тетр. 1 и 2.

1. **Georg Köster.** *Ein klinischer Beitrag zur Lehre von der chronischen Schwefelkohlenstoffvergiftung.* 4 случая хроническаго отравленія сѣрнистымъ углеродомъ. 2. **K. Bonhoeffer.** *Ueber das Verhalten der Sensibilität bei Hirnrindenläsionen.* Состояніе чувствительности при различнаго рода пораженіяхъ мозговой коры. 3. **M. Bernhardt.** *Neuropathologische Betrachtungen und Beobachtungen.* Нѣсколько случаевъ. 4. **Hen. Landau.** *Drei Fälle von halbseitiger Atrophie der Zunge (Hemiatrophia linguae).* Клиническій разборъ 3-хъ случаевъ. 5. **Jenö Kollarits.** *Ueber Migraine ophthalmoplégique.* По поводу 1 случая. 6. **Walter Rindfleisch.** *Ueber diffuse Sarkomatose der weichen Hirn-und Rückenmarkshäute mit charakteristischen Veränderungen der Cerebrospinalflüssigkeit.* Въ 3 случаяхъ мягкая мозговая оболочка была саркоматозно перерождена. 7. **Robert Bing.** *Die Abnützung des Rückenmarks (Friedreichsche Krankheit und Verwandtes).* Микроскопическое изслѣдованіе спинного мозга.

**Hoppe-Seyler's Zeitschrift für physiologische Chemie.** Апрѣль. Т. XLI. Тетр. 4.

1. **Preston Kyes.** *Lecithin und Schlangengifte.* Значеніе лецитиновыхъ продуктовъ для организма. 2. **Emil Abderhalden** und **P. Rona.** *Die Abdanprodukte des «Thymushistons».* Продукты распада веществъ, добываемыхъ изъ зобной железы. 3. **A. Schittenhelm** und **F. Schröter.** *Ueber die Spaltung der Hefenucleinsäure durch Bakterien.* Вліяніе микробовъ на нуклеиновыя кислоты. 4. **Emil Abderhalden** und **A. Schittenhelm.** *Die Abbauprodukte des Elastins.* Продукты распада эластина. 5. **Brauer** und **Petersen.** *Ueber eine wesentliche Vereinfachung der künstlichen Atmung nach Sauerbruch.* Усовершенствованіе способовъ искусственнаго дыханія. 6. **Emil Abderhalden** und **P. Rona.** *Bildung von Zucker aus Fett.* Опыты, доказывающіе возможность образованія сахара изъ жира. 7. **Hans Lohrisch.** *Kalorimetrische Faecesuntersuchungen.* Изслѣдованіе нормальныхъ испражненій, а также при различныхъ разстройствахъ кишечника. 8. **A. Kossel** und **H. D. Dakin.** *Ueber die Arginase.* Изслѣдованіе химическихъ свойствъ. 9. **Kutscher** und **Lohmann.** *Die Endprodukte der Pankreasselbstverdauung.* Анализъ конечныхъ продуктовъ самопереваривания поджелудочной железы. 10. **Ernst Edw. Sundwik.** *Ueber die Bildung von Uroxansäure und Allantion aus Harnsäure.* Способъ возникновенія этихъ продуктовъ въ мочѣ. 11. **M. Nakayama.** *Ueber das Erepsin.* Опыты автора показали, что пептоны вслѣдствіе слабаго подщелочиванія кишечной вытяжки отъ кишекъ животныхъ (быковъ и кроликовъ) превращаются постепенно въ продукты, не дающіе біуретовой пробы.

**Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie.** Январь. Т. XIX. Тетр. 1.

1. **Arthur Dienst.** *Ueber den Verbreitungsweg des Eklampsiegiftes bei der Mutter und ihrer Leibesfrucht.* Случай эклямпсіи съ патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ. 2. **Hans Voelker.** *Tetanie in der Schwangerschaft.* Тетанія и беременность. 3. **F. Stähler.** *Zwei Fälle von Placenta praevia centralis.* Описаніе 2-хъ случаевъ. 4. **Schallehn.** *Zur mikroskopischen Diagnose der Schwangerschaft.* О микроскопическомъ распознаваніи беременности. 5. **A. H. Queisner.** *Ätiologie und Therapie des Puerperalfiebers.* Этіологія и лѣченіе послѣродовой лихорадки. 6. **Unterberger.** *Supravaginale Amputation des myomatösen Uterus wegen Schwangerschaft.* Описаніе случая. 7. **Anton Hengge.** *Pemphigus neonatorum sive contagiosus.* Критическій очеркъ. 8. **O. v. Frisch.** *Ein Fall von Carcinom der Bartholinschen Drüse.* Описаніе случая и рисунокъ пораженной области, а также микроскопическихъ препаратовъ. 9. **П. В. Занченко.** *Beitrag zur Frage der abdominaltyphösen Suppuration der Ovarialcysten.* Бактеріологическое изслѣдованіе содержимаго яичниковой кисты. 10. **Kurt Lichtenauer.** *Zur Ureterenchirurgie.* Операція пересадки мочеточника. 11. **Barth.** *Modifizierte Alexander-Operation.* 2 видоизмѣненія операцій *Alexander'а.* 12. **H. Schröder.** *Zur faktischen Berichtigung.* Полемическая статья.

Февраль. Т. XIX. Тетр. 2.

1. **Ferdinand Schenk.** *Untersuchungen über das biologische Verhalten des mütterlichen und kindlichen Blutes und über Schutzstoffe der normalen Milch.* Гэмолитическія свойства молочной сыворотки по отношенію къ крови матери и ребенка. (Не окончена). 2. **Richard Birnbaum.** *Blasenmole bei einem Zwillingsei und Luteinzellen-Verlagerung in einem Blasenmolen-Ovarium.* Случай пузырнаго заноса съ нахожденіемъ лютеиновыхъ клѣтокъ въ яичникѣ. 3. **Erwin Kehrer.** *Zum Geburtsmechanismus bei Hydrencephalocele sagittalis.* Описаніе случая. 4. **Klaes Bluhm.** *Ueber einen Fall von Kastration wegen Molimina menstrualia nach Hysterektomie.* Описаніе случая. 5. **Krönig.** *Weitere Erfahrungen zur abdominellen Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus.* Критическій очеркъ. 6. **H. A. v. Guérard.** *Sind Ventrifixur und Vaginifixur bei Frauen in gebärfähigem Alter zu verwerfen?* На основаніи своихъ разсужденій авторъ приходитъ къ заключенію, что фиксированіе матки не можетъ нарушать акта родовъ. 7. **Karl Steidl.** *Zur Alexander-Adams'schen Operation.* Литературно-критическій обзоръ вопроса.

Мартъ. Т. XIX. Тетр. 3.

1. **R. Schaeffer.** *Weitere Beiträge zur Händedesinfektion.* Сравненіе обезвараживающей силы сублимина съ силой алкоголя и сулемы. 2. **Ferdinand Schenk.** *Untersuchungen über das biologische Verhalten des mütterlichen und kindlichen Blutes und über Schutzstoffe der normalen Milch.* (Продолженіе). 3. **Arthur Stein.** *Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den Fibromyomen der Bauchdecken.* Краткая замѣтка по поводу 1 случая. 4. **Max Jacoby.** *Ueber primäres Carcinom der Clitoris.* Авторъ описываетъ 2 собственныя наблюденія и приводитъ перечень 65 случаевъ, описанныхъ въ литературѣ. 5. **Karl Kretschmar.** *Ueber Struma ovarii.* О коллоидныхъ кистахъ яичника. 6. **Paul Baatz.** *Dauerresultate der Prolaps-und Retroflexionsoperationen.* Авторъ горячо совѣтуетъ операцію пришиванія матки къ брюшнымъ стѣнкамъ и пластическую операцію влагалища при выпаденіяхъ матки, осложненныхъ ея перегибами.

Апрѣль. Т. XIX. Тетр. 4.

1. **F. Schauta.** *Die Berechtigung der vaginalen Totalexstirpation bei Gebärmutterkrebs.* Показанія къ влагалищному удаленію беременной матки, пораженной ракомъ. 2. **Frank W. Lynch.** *Kaiserschnitt und schwere Geburtsstörung infolge Ventro-Fixation und Suspension.* 2 случая трудныхъ родовъ, окончившихся кесарскимъ сѣченіемъ вслѣдствіе пришиванія матки. 3. **Charles Greene Cumston.** *Chirurgische Behandlung des erworbenen unwillkürlichen Harnabganges bei Frauen.* О хирургическомъ лѣченіи врожденнаго недержанія мочи у женщинъ. 4. **Karl Kretschmar.** *Ueber Struma ovarii.* (Окончаніе). 5. **Ferdinand Schenk.** *Untersuchungen über das biologische Verhalten des mütterlichen und kindlichen Blutes und über Schutzstoffe der normalen Milch.* (Окончаніе). 6. **Julius Sonnenfeld.** *Ueber die Dauererfolge der Operationen bei Falschlagen des Uterus.* Результаты оперативнаго лѣченія ненормальнаго положенія матки.

**Therapeutische Monatshefte.** Апрѣль. Тетр. 4.

1. **Felix Mendel.** *Der akute Gelenkrheumatismus und die intravenöse Salizylbehandlung. Ein weiterer Beitrag zur endovenösen Applikation der Medikamente.* Авторъ усиленно совѣтуетъ способъ внутривеннаго введенія въ организмъ лѣкарственныхъ веществъ. 2. **Emanuel Fink.** *Neuere Behandlungsmethoden des Heufiebers.* Оцѣнка новыхъ способовъ лѣченія сѣнной лихорадки. 15 исторій болѣзни. 3. **Edmund Saalfeld.** *Ueber Fetronsalbe.* По наблюденіямъ автора фетронъ является превосходнымъ constituens для мазей. 4. **Hundt.** *Ein Beitrag zur diuretischen Wirkung des Theocins speziell bei akuter Nephritis.* Терапевтическое дѣйствіе теоцина оказалось прекраснымъ во всѣхъ случаяхъ автора. 5. **Zeigan.** *Untersuchungen über subdurale Injektion von Adrenalin und Cocain.* Съ помощью даннаго способа можно получить не только мѣстный, но и общій наркозъ. 6. **Kablé.** *Skrofulose und Solbad.* Краткая замѣтка. 7. **O. Rosenbach.** *Ist für die Entstehung der Tabes die Syphilis oder die Anlage und ein sozialer Faktor massgebend?* Окончаніе. 8. **Arthur Loebel.** *Studien über die Wirkungen der Moorbäder.* Окончаніе.

**Virchow's Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin.** Январь. Т. CLXXV. Тетр. 1.

1. **Herm. Schridde.** *Ueber Magenschleimhaut-Inseln vom Bau der Cardialdrüsenzone und Fundusdrüsenregion und den unteren oesophagealen Cardialdrüsen gleichende Drüsen im obersten Oesophagusabschnitt.* О ненормальномъ расположеніи железъ желудка на слизистой оболочкѣ верхнихъ отдѣловъ пищевода. 2. **A. Ruckert.** *Ueber die sogenannten oberen Cardiadrüsen des Oesophagus.* Железистыя разростанія въ пищеводѣ авторъ относитъ къ порокамъ развитія. 3. **M. Matsuoka.** *Die Regeneration des Knorpelgewebes.* О возрожденіи хряща. 4. **Hermann Marx.** *Ueber vitale und supravitale Granulafärbungen bei Atzkeratitis.* Объ измѣненіяхъ внутриклѣточной окраски въ клѣткахъ различныхъ частей роговицы послѣ прижиганій. 5. **Bernhard Fischer.** *Zur Pathologie des elastischen Gewebes der Milz.* Патолого-анатомическія и гистологическія измѣненія въ упругой соединительной ткани селезенки при различныхъ заболѣваніяхъ. 6. **R. Tischner.** *Vergleichende Untersuchung zur Pathologie der Leber.* Экспериментальное изслѣдованіе измѣненій въ печени послѣ перевязки печеночной артеріи и желчнаго протока.

Февраль. Т. CLXXV. Тетр. 2.

1. **G. v. Bunge.** *Alkoholismus und Degeneration.* Теоретическія разсужденія на основаніи статистическихъ данныхъ. 2. **Leo Ehrlich.** *Der Ursprung der Plasmazellen.* Гистогенезъ плазматическихъ клѣтокъ. 3. **R. Minervini.** *Ueber die Ausbildung der Narben.* Объ образованіи рубцовой ткани. 4. **O. Langemak.** *Zur Kenntniss der Vorgänge in den Speicheldrüsen nach Verlegung ihres Ausführungsganges.* Опыты на животныхъ, а также гистологическія изслѣдованія слюнныхъ железъ человѣка при свищахъ выводного протока. 5. **Ludwig Pick.** *Ueber Hidradenoma und Adenoma hidradenoides.* Описаніе 2-хъ собственныхъ случаевъ, а также случаевъ изъ литературы. 6. **M. Westen-**

hoeffer. *Pachymeningitis carcinomatosa haemorrhagica interna productiva mit Colibacillosisagonalis.* Описаніе случая.

Мартъ. Т. CLXXV. Тетр. 3.

1. **Karl Kleist.** *Experimentell-anatomische Untersuchungen über die Beziehungen der hinteren Rückenmarkswurzeln zu den Spinalganglien.* Опыты съ перерѣзкой нервовъ для выясненія путемъ микроскопическаго изслѣдованія связи заднихъ спинно-мозговыхъ корешковъ къ спинно-мозговымъ узламъ. 2. **L. Laqueur.** *Noch einmal die Lage des Centrums der Macula lutea im menschlichen Gehirn.* Критическая замѣтка. 3. **M. Simmonds.** *Ueber bakteriologische Blutuntersuchungen an der Leiche.* Бактеріологическія изслѣдованія крови у труповъ. 4. **Otto Busse.** *Ueber Cystennieren und andere Entwickelungsstörungen der Niere.* Микроскопическія изслѣдованія пороковъ развитія въ почкахъ. 5. **Leopold Schwarz.** *Ueber ein Epithelioma papillare.* Критическій обзоръ. 6. **Julius Schleifstein.** *Beitrag zur Histogenese sogenannter Riesenzellen.* Гистологическое изслѣдованіе одной опухоли. 7. **Gotthold Hexheimer.** *Nachtrag zu meinem Artikel «Ueber multiple Amyloidtumoren des Kehlkopfes und der Lunge».* Краткое добавленіе къ ранѣе напечатанной статьѣ.

Апрѣль. Т. CLXXVI. Тетр. 1.

1. **J. Justus.** *Ueber den physiologischen Iodgehalt der Zelle.* Въ каждомъ органѣ, по мнѣнію автора, можно обнаружить въ различныхъ количествахъ іодъ. 2. **Leo Loeb.** *Versuche über einige Bedingungen der Blutgerinnung, insbesondere über die Specificität der in den Geweben vorhandenen Coaguline.* Опыты, въ которыхъ изучались условія свертываемости крови различныхъ животныхъ. 3. **O. Boellke.** *Ueber die klinische Bedeutung der wichtigsten morphologischen Veränderungen an den roten Blutkörperchen.* Клиническое значеніе важнѣйшихъ морфологическихъ измѣненій въ красныхъ кровяныхъ тѣльцахъ. 4. **Wallenfang.** *Beitrag zur Lehre von der symmetrischen Erkrankung der Tränen-und Mundspeicheldrüse.* Случай симметричнаго заболѣванія слезныхъ и слюнныхъ железъ. 5. **Jos. Wiesel.** *Zur Pathologie des chromaffinen Systems.* 2 случая *Addison*'овой болѣзни, въ которыхъ на вскрытіи обнаружена атрофія zonae reticularis корковаго слоя надпочечниковъ. 6. **G. Cagnetto.** *Zur Frage der anatomischen Beziehung zwischen Akromegalie und Hypophysistumor.* 2 случая: въ 1-мъ наблюдалась опухоль мозгового придатка безъ гигантизма, во 2-мъ былъ гигантизмъ при наличности опухоли придатка мозга. 7. **Bernhard Fischer.** *Ueber Neubildung von Elastin in Geschwülsten.* Критическая замѣтка. 8. **Niels Muus.** *Eine Geschwulst der Pleura von aberrierendem Lungengewebe ausgegangen.* Описаніе случая.

**Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie.** Т. LI. Тетр. 2.

1. **H. Füth.** *Ueber die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes von Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen.* Кріоскопическія наблюденія надъ кровью беременныхъ, рожениць и уже родившихъ женщинъ. 2. **Онъ-же.** *Untersuchungen am Kaninchen über die Einwirkung der Kohlensäure und des Sauerstoffs, sowie der Gravidität auf den Gefrierpunkt des Blutes, nebst Bemerkungen über den Sauerstoffgehalt des fötalen menschlichen Blutes.* Измѣненія точки замерзанія въ крови кроликовъ подъ вліяніемъ углекислоты и кислорода. 3. **Ferdinand Schenk.** *Primärer Krukenberg'scher Ovarialtumor.* Случай слизисто-клѣточковой фибросаркомы. 4. **Oskar Bürger.** *Zur Kenntniss der Ovarialblutungen.* Случай кровотеченія изъ яичника при существованіи въ немъ опухоли. 5. **A. Bauereisen.** *Ueber die Hämatommole.* Описаніе случая. 6. **George Boesebeek.** *Ueber die Trennungsschicht der Placenta in den verschiedenen Zeiten der Schwangerschaft.* Изслѣдованіе патолого-анатомическихъ препаратовъ. 7. **Zillmer.** *Ueber Operation einer Nabelschnurhernie mit Resection des vorgefallenen Leberlappens.* Случай операціи пупочной грыжи. 8. **F. Ahlfeld.** *Die Blutung bei der Geburt und ihre Folgen für die Frau.* Послѣдствія для женщины кровопотери во время родовъ.

**Zeitschrift für Heilkunde.** Мартъ. Т. XXV. Тетр. 3.

1. **Ludwig Teleky.** *Die Laugenverätzungen der Speiseröhre.* Ожоги пищевода щелочами. (Не окончена). 2. **Guido Holzknecht** und **Paul Domeny.** *Ueber Projektilextractionen aus dem Gehirn während der Röntgendurchleuchtung.* Примѣненіе рентгеноскопіи при извлеченіяхъ пуль изъ мозга. 3. **Karl Bayer.** *Zwei angeborene Kruralbrüche.* Описаніе 2-хъ случаевъ. 4. **Онъ-же.** *Lokale Blinddarmblähung bei Dickdarmverschluss.* 2 случая мѣстнаго вздутія слѣпой кишки при непроходимости толстой.

**Zeitschrift für wissenschaftliche Mikroskopie und für mikroskopische Technik.** Мартъ. Т. XX. Тетр. 3.

1. **E. Oppermann.** *Dr. Wilhelm Behrens. Gedenkblatt.* Некрологъ. 2. **Erwin Stransky.** *Bemerkungen zu dem Aufsatze «Paraffinöl als Ersatz für Canadabalsam zu mikroskopischen Dauerpräparaten» von Dr. C. O. Harz.* Полемическая замѣтка. 3. **P. Konaschko.** *Ueber ein neues Verfahren der Neutralisation der Carminleimmasse.* Авторъ провѣряетъ степень нейтрализаціи съ помощью діализа черезъ перепонку. 4. **Giovanni Colombo.** *Di in metodo per tingere «intra-vitam» i granili protoplasmatici degli elementi cellulari della cornea.e per fissare stabilmente la colorazione ottenuta.* Способъ прижизненной окраски протоплазматическихъ зеренъ въ клѣткахъ роговицы. 5. **Richard Fischel.** *Ueber eine neue Methode zum Aufkleben von Celloïdinschnitten und die Anwendung derselben für Schnittserien.* Въ описываемомъ способѣ примѣняется gummi trogacanthae. 6. **C. O. Harz.** *Erwiderung.* Полемическая замѣтка.

## 2-НЕДѢЛЬНЫЕ ЖУРНАЛЫ.

### Нѣмецкіе.

**Hygienische Rundschau.** Апрѣль. № 7.

1. **W. Hoffmann.** *Ueber Fortzüchtung von Tuberkelbacillen auf Glycerinkartoffeln während zweier Jahre.* Автору удалось поддержать жизнедѣятельность палочекъ бугорчатки въ теченіи 2-хъ лѣтъ на глицериновомъ картофелѣ.

**Deutsche Aerzte-Zeitung.** Мартъ. Тетр. 6.

1. **Julian Marcuse.** *Die praktisch wichtigsten Ergebnisse der Verhandlungen des Kongresses deutscher Naturforscher und Aerzte in Kassel, vom 20—26 September 1903.* Отчетъ о трудахъ Съѣзда нѣмецкихъ естествоиспытателей и врачей. (Не окончена). 2. **M. K. Preiss.** *Die Bedeutung der Tannin-Präparate in der Therapie der Darmkrankheiten im Säuglingsalter.* (Продолженіе). 3. **G. L. Mamlock.** *Die Bekämpfung der Tollwut im achtzehnten Jahrhundert.* Рецептъ для лѣченія бѣшенства въ XVIII-мъ столѣтіи. 4. **Ludwig Hirsch.** *Der Arzt in Gegenwart und Zukunft.* Продолженіе. 5. **v. Boltenstern.** *Ueber Veronal.* Критическій очеркъ. (Не окончена).

## ЖУРНАЛЫ, ВЫХОДЯЩІЕ 3 РАЗА ВЪ НЕДѢЛЮ.

### Итальянскіе.

**Gazzetta degli ospedali e delle cliniche.** 1903 г., 22 ноября.

1. **G. Migliacci.** *Sulla teoria ipofisaria della malattia di Marie o acromegalia.* О гипофизарной теоріи акромегаліи. 2. **E. Lorenzetti.** *A proposito di alcuni casi di tic convulsivo.* 3. **C. Zatti.** *Contributo alla statistica della gastroenterostomia.* 4. **E. Belliboni.** *Osservazioni ematologiche e terapeutiche su vari casi di anemie.* 5. **A. Campani.** *Contro le polluzioni notturne troppo frequenti.* 6. **C. Ricci.** *Pleurite purulenta guarita coll'iniezione d'aria atmosferica* (способъ, предложенный въ 1888 г. *Potain*'омъ)

24 и 26 ноября.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

1 и 3 декабря.

Тоже.

6 декабря.

1. **D. Calamida.** *L'emolisina del bacillo nel colera dei polli* (куръ). 2. **A. Cernezzi.** *Fibroleiomioma di una vena del plesso spermatico posteriore.* Случай. 3. **E. De-Renzi e G. Boeri.** *Sull'asportazione di alcuni organi abdominali e sulla soppressione completa della loro circolazione.* 4. **F. Zuccalà.** *La digitale ad alta dose ed il salasso nella cura della pneumonite lobare.* 5. **C. Ortali.** *Tetania da strozzamento d'ernia.*

8 и 10 декабря.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

13 декабря.

1. **C. Molon.** *Sul potere riduttore dei liquidi organici.* 2. **G. Tomaselli.** *Sulle alterazioni delle tuniche venose nel processo varicoso.* 3. **B. Domenico.** *Cloridrato di adrenalina, sue applicazioni in terapia oculare.* 3. **A. Ricciardelli.** *Un caso d'infezione durante il travaglio del parto per rottura precoce delle membrane.*

15 и 17 декабря.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

20 декабря.

1. **T. Prodi.** *Sopra due casi di emineurastenia.* 2. **L. Conti.** *Contributo clinico allo studio della demenza consecutiva.* 3. **G. Astolfoni.** *Contributo alla ricerca chimico-tossicologica della stricnina nel sangue putrefatto.* 4. **F. Senna.** *Nevrite ascendente acuta colla sindrome della paralisi di Landry.* 5. **C. Ricci.** *Un caso singolare di osteite deformante dell'adolescenza.*

22 и 24 декабря.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

27 декабря.

1. **C. Molon.** *Della emicrania oftalmoplegica periodica.* 2. **G. Stella.** *Considerazioni sulle lesioni traumatiche della volta del cranio* (свода черепа). 3. **A. Campani.** *L'esfoliazione nella pneumonite.* 4. **V. Putti.** *Azione della formalina sul rene.* 5. **G. Fratti.** *Su di un caso rarissimo di stenosi esofagea da compressione da lordosi osteomalacica.* 6. **T. Montagnini.** *Equivalenti musicali epilettici.*

29 декабря.

Оригинальныхъ статей нѣтъ.

Редакторы { Проф. В. [illegible]. Подвысоцкій.
[illegible] Владиславлевъ.

Digitized by Google

Digitized by Google

COUNTWAY LIBRARY
HC 24M3 H
R45
2
OCT 17 1947
Digitized by Google